

# كتاب

لمحات السيرة الحكيمة عن فن الولادة



العالم الفاضل النطاسي الشهير

صاحب السعادة الدكتور عيسى باشا حندي

معلم الامراض الباطنية ورئيس المدارس الطبية وحكيم باشا

استبالية قصر العيني والعائلة الخديوية سابقا وعضو

بالجمعية العلمية المصرية وبمختلفة جمعيات

عليه طيبة بفرانسا

حفظه الله

(حقوق الطبع محفوظة لوزن)

-----

في الطبعة الثانية

هذه الطبعة طبعت بالمطبعة الاميرية سنة ١٣٤٠ هجرية

وبها ٣٦ شكلا زيادة عن الطبعة الاولى

فصار محتويا على

٢٠٠ شكل

(بالقسم الادبي)

كتاب  
الطبيب  
عيسى  
باشا  
حندي



## بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جدد المنصور وخلق . خلق الانسان من علق . وأخرجه من الظلمات الى النور . ومن  
الظل الى الحرور . وصلاة وسلاما على من وصل الأرحام وعلى آله وأصحابه الكرام  
(وبعد) فيقول راجي عفو المعيد المبدى عبده (عيسى جدي) لما كان علم الولادة  
من أهم الفنون وألزمها . وأحسن الوظائف الفسيولوجية وأعظمها . لما فيه  
من خلاص الحامل والمحمول . وسلامة الشامل والمشمول . وأنه مضى على مؤلفنا  
(لمحات السعادة في فن الولادة) حين من الدهر (عشرون سنة) حدثت في خلالها العلم  
تنوعات واستكشافات عديدة . سيما وان الطبعة الاولى بدأ ولتها الايدي . كما يدل  
عليه تواتر الطلبات والرجوات من مصر والاقليم الاخرى كسوريا وبلاد العرب  
والفرس باعادة طبعه فاجابه لهؤلاء الاخوان . وخدمة للانسانية والابدان .  
أبرزت للوجود الطبعة الثانية وأودعتها جميع المسائل الحديثة من هذا الفن كالوقاية من  
التعفن النفاسي الذي كثيرا ما يذهب بحياة الوالدات ومعالجته عند حصوله . والرضاعة  
بأنواعها . واللبن وكشفه وتعيمه الى غير ذلك مما يبق الاطفال من الوقوع في أمراض  
الجهاز الهضمي الخطر بحياتهم . والفظامة وزمنها وكيفيةها . والضعف الخلق للطفل  
وما يناسبه من العفطات وبذلك يشتمل الكتاب على ست مقالات . الاولى اعتبارات  
عمومية تشريحية وفسيولوجية . الثانية الحمل . الثالثة الولادة الذاتية . الرابعة  
الولادة الصعبة . الخامسة الوقاية من التعفن النفاسي ومعالجته عند حصوله . السادسة  
الطفل بعد ولادته . فجاه بعون الله دليلا ساطعا . وبرهانا قاطعا . وافيا بالمطلوب

(فهرست كتاب لمحات السعادة في فن الولادة لسعادة الدكتور عيسى باشا جدى)

صفحة	صفحة
٤٢	٣
الجس المهبلى	(المقالة الاولى اعتبارات عمومية
٤٤	تشريحية وفسبولوجيه)
الجس البطنى	٣
٤٥	وظيفة المرأة واعضاء تناسلها
السمع الرحى	٣
٤٦	التجويف البطنى
فى تشخيص الحمل	٤
٤٧	التجويف الحوضى
فى بحث المرأة الحامل	١١
٥٠	الاعضاء الحوضيه
الحمل التوأمى	١١
٥٠	المستقيم
فى حالة المشيمة والاغشية الجنينية فى	١١
الحمل التوأمى	الثانة وقناة مجرى البول
٥١	١١
فى علامات الحمل التوأمى	جبل الزهرة والفرج
٥٣	١٥
فى انتهاك مدة الحمل التوأمى	المهبل وغشاء البكارة
٥٤	١٧
الحمل خارج الرحم	الرحم
٥٥	٢٢
الحمل الكاذب	المبيض
٥٦	٢٢
ما يلزم للحامل مدة الحمل	الثدى
٥٧	٢٤
أمراض الحمل	فى الوظائف الفسيولوجيه لأعضاء
٦٤	التناسل الباطنيه
الاكليميا النفاسيه	٢٥
٦٦	السائل المنوى
سقوط الرحم	٢٥
٦٦	تلقيح البيضة
ميل الرحم	٢٦
٦٨	فى وظائف المبيض وبيضة المرأة
التزيف الرحى مدة الحمل	٢٧
٧٠	استحالة البيضة الملقحه وتكون الجنين
أمراض الحامل غير الناجمة عن الحمل	٢٨
٧٤	أغشية متصل العلق والمشيمة والحبل
الامراض المتعلقة بتحصن العلق	السرى
٧٤	٣٢
الاستسقا الامنيوسى	أقطار وهيئة الجنين التام التكوين
٧٥	٣٣
استسقا من السلى	كيفية وضع الجنين فى الرحم
٧٦	٣٥
السيلان المائى	(المقالة الثانية فى الحمل)
٧٧	٣٥
أمراض المشيمة	علامات الحمل الطبيعى البسيط
٧٨	
موت متصل العلق	

صفحة	صفحة
١٣٨	٨٠
في التصاق المشيمة	الاجهاض
١٤٠	٨١
نحود الرحم	علامات الاجهاض
١٤٦	٨٨
(المقالة الرابعة في الولادة المعيبة)	(المقالة الثالثة في الولادة الذاتية)
١٤٣	٩٠
القسم الاول في الولادة المعيبة	نسب الجنين مع الجدر البطنية للام
وأسبابها	٩٢
١٤٣	٩٥
في النحود الاولى للرحم	في تشخيص الحميات والاضاع
١٤٤	٩٥
في الانقباضات الرحمية غير المنتظمة	في ظواهر الولادة
١٤٥	٩٦
في صلابة عنق الرحم	الظواهر الفسيولوجية للولادة
١٤٦	١٠٠
في الانقباضات التشنجية لعنق الرحم	الظواهر الميكانيكية للولادة
١٤٧	١٠٠
في مقاومة العجان للولادة	ميكانيكية الولادة في الحبيء بالقة
١٤٨	١٠٦
في ميل الرحم	تنوعات تحصل في الرأس من الولادة
١٥١	بالقة
في سقوط الرحم	١٠٦
١٥١	ميكانيكية الولادة في الحبيء بالوجه
في عمر الولادة الناتج عن قصر الحبل	١٠٨
السرى	ميكانيكية الولادة في الحبيء بالمقعدة
١٥٢	١١٠
في عمر الولادة الناتج عن عدم	ميكانيكية الولادة في الحبيء بالجذع
انتظام حبيء الاجنة	١١٤
١٥٣	١١٤
في التصاق الاجنة	ميكانيكية الولادة التوأمية
١٥٥	١١٤
في تمزق الرحم	فيما يجب على المولدة فعله عند من
١٥٦	جاءها المخاض
في تمزق المهبل	١٢٠
١٥٦	في واجبات الطيب مدة المخاض
في أمراض الجنين التي تمنع الولادة	١٣١
الذاتية	في واجبات المولدة من ولادة الخلاص
١٥٨	١٣٤
واجبات الطيب في الحميات الرديئة	في حالة أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة
للجنين	١٣٦
١٥٨	فيما يلزم للمرأة في الايام التالية لليوم
في واجبات الطيب في الوضع المنحنى	الاول من الولادة
للقةمة في المضيق العلوى	١٣٧
١٥٩	١٣٧
واجبات الطيب في الوضع المؤخرى	في تغذية الوالدة عقب الولادة
انطلاق لقةمة في التجويف الحوضى	في مدة اقامة الوالدة في الوضع الطهرى
	على قرائنها
	١٣٨
	في العوارض التي تطرأ على المرأة
	عقب الولادة

صيفه	صيفه
١٧٦ في سرعة سقوط الجنين من اتساع الحوض	١٥٩ واجبات الطيب في الوضع المؤخرى المستعرض للقمة في المضيق السفلى
١٧٧ زيادة قوة انقباض الرحم	١٥٩ واجبات الطيب في الاوضاع المؤخرية العائية أو المؤخرية المحجزية
١٧٧ الورم الدموي للفرج والمهبل	مع وقوف في المضيق العلوى
١٧٧ الاندغام المعيب للشيمة والتزييف الناتج عن ذلك	١٦٠ واجبات الطيب في الوضع الذقنى الخلقى الوجه في المضيق السفلى
١٧٩ في سقوط الحمل السرى وردّه	١٦٠ واجبات الطيب في الاوضاع غير المنتظمة للقعدة
١٨٢ في تمزق العجان	١٦١ واجبات الطيب في الجحى الفجائى للجذع
١٨٣ في الاكلبسيا	١٦١ واجبات الطيب لدى الجحى بالقمة أو الوجه مع سقوط ذراع
١٨٤ ( القسم الثالث الاعمال التى تسند عيها الولادة المعيبة )	١٦٢ واجبات الطيب لدى الجحى بالقمة أو الوجه مع سقوط الذراعين معا
١٨٤ في التحويل	١٦٢ واجبات الطيب لدى الجحى بالقمة أو الوجه مع سقوط أحد العندين
١٨٦ فيما يلزم قبل فعل التحويل	١٦٢ سوت تركيب الرحم والمهبل والفرج وأمراض كل وواجبات الطيب نحو ذلك
١٨٧ في قواعد التحويل	١٦٤ واجبات الطيب لدى وجود ضيق في الحوض
١٩٥ في الخفت	١٦٧ في قياس الحوض
٢٠٠ الاحوال التى يستعمل فيها الخفت	١٧٤ في انذار الضيق الحوضى
٢٠١ ما يلزم المولد قبل العمل وكيفية وضع الخفت والجذب به واخراجها وسند العجان	١٧٤ واجبات الطيب لدى ضيق الحوض
٢١١ في ثقب الجمجمة	١٧٦ ( القسم الثانى من الولادة المعيبة الخ )
٢١٤ في ثقب الجمجمة	
٢٢٠ في تقطيع الجنين	
٢٢٢ في فصل الرأس من الجذع	
٢٢٣ في الشق البطنى أى العملية القيصرية	
٢٢٧ في بتر الرحم	

صفحة	صفحة
٢٥٤ في حالة الطفل بعد ولادته	٢٢٩ في العملية القيصرية بعد الموت
٢٥٤ في نمو الطفل	٢٢٩ في استخراج مخصل الحمل خارج الرحم
٢٥٥ في نوم الطفل	٢٣٠ في الولادة المعجزة الذاتية
٢٥٦ في نطافة الطفل	٢٣٠ في الولادة المعجزة الصناعية
٢٥٦ في فسحة الطفل	٢٣٠ في الولادة القهربية
٢٥٦ في تغذية الطفل	٢٣١ في الولادة المحرصة
٢٦١ في الرضاع الصناعي	٢٣١ في بط الكيس
٢٦٥ وزن الطفل	٢٣٢ في التمدد الميخانيكي لعنق الرحم
٢٦٦ في فطام الطفل	٢٣٣ في السد المهبل
٢٦٧ في أمراض حديث الولادة	٢٣٤ في عمل نافورة الماء الحار
٢٦٧ في الضعف الخلقى للطفل	٢٣٤ في فصل الجزء السفلي لكيس الجنين
٢٦٩ رجوع اللبن من فم الطفل	٢٣٦ في تحريض الاجهاض
٢٦٩ في الطفل	٢٣٦ في الجويدار
٢٧٠ الاسهال	٢٣٧ في استعمال الكلوروفورم اثناء التوليد
٢٧١ في الامساك	٢٣٨ في كحت الرحم النفاسي
٢٧١ في شلل الطفل	٢٣٩ (المقالة الخامسة في وقاية المرأة من الامراض العفنة النفاسية زمن الحمل والنفاس)
٢٧٢ في النزف الفموي أو اللثوي للطفل	٢٤١ في التعقيم
٢٧٢ في تصلب جلد الطفل	٢٤٣ في كيفية غسل أعضاء تناسل المرأة
٢٧٢ في أوزيميا الطفل	٢٤٤ في فسطرة المرأة
٢٧٢ في الموجبت	٢٤٤ في التسمم العفن النفاسي
٢٧٢ في الرمدا الصديدي للطفل	٢٤٥ في علامات التسمم النفاسي
٢٧٣ في بركان الطفل	٢٥١ (المقالة السادسة في الطفل بعد ولادته)
٢٧٣ في الالتهاب السري العفن للطفل	
٢٧٣ في الالتهاب الايريتماوي للطفل	
٢٧٤ في ورقة الولادة	

( تمت )

## (المقالة الأولى اعتبارات عمومية تشريحية وفسسيولوجية)

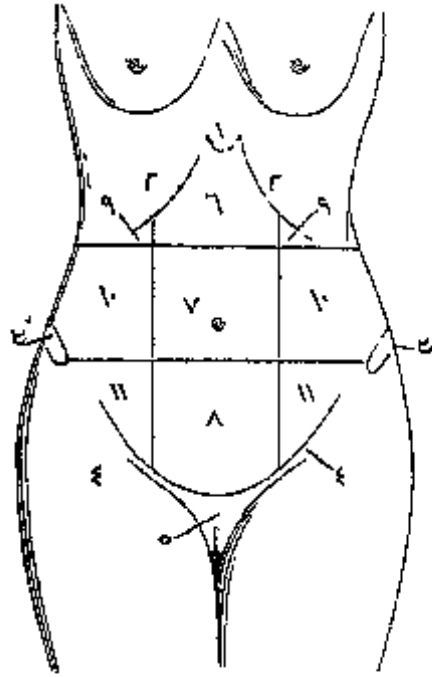
### تعريف وظيفة المرأة وأعضاء تناسلها

وظيفة المرأة طيبا أنها تبيض وتحمل ما يلقح من بيضها وتغذيه من دمها جنينا وترضعه طفلا وذلك أنها في أحد أدوار حياتها تفرز شهريا من أحد مبيضها بيضة أو أكثر إذا نضجت بنطفة الذكر تتحول تدريجيا إلى خلق جديد تحمله الأم في رحمها حينما من الدهر تسمى في خلاله حاملا وحملها جنينا حتى إذا تكاملت مدته الجنينية أو طارأ عليه مرض ما أو سبب ما يدفع بفعل الولادة قهرا إلى الخارج طارا بقناة موجودة في تجويف عظمي مبطن بأجزاء رخوة حتى إذا تم خروجه وكان يمكنه المعيشة يسمى طفلا ترضعه أمه نحو الحولين عادة

وفعل الولادة طبيعي غير ارادي يحصل متى كان الجنين في نهاية الشهر التاسع وهو الغالب وحينئذ يسمى هذا الفعل بالولادة الطبيعية فالوكان هذا في نهاية الشهر السابع سمي بالولادة المجردة فالو في أقل سمي بالأجهاض وفي هذه الحالة الأخيرة لا يعيش المولود غالباً . ويشغل الجنين على التعاقب التجويف الحوضي ثم البطني ثم الحوضي ثانيا عند مروره إلى الخارج وهذان التجويفان يمكن اعتبارهما تجويفا واحدا يقال له التجويف البطني الحوضي لأنهما ليسا منفصلين عن بعضهما إلا بالغشاء البريتوني وهذا التجويف يشتمل على المسافة الموجودة بين القفص الصدري من أعلى والجدار السفلي للحوض الصغير من أسفل

فالتجويف البطني أهميته قليلة عند المولد ولذا لا تذكر الانقساميه وهو تجويف متسع يحاط بأعضاء صلبة ورخوة . فالصلبة هي من الخلف العمود الفقري ومن أعلى الاضلاع السفلى المتصلة بالقص والاضلاع الكاذبة ومن أسفل الحفرتان العظيمنتان الحرقفتان . وأما الاعضاء الرخوة فهي من أعلى الحجاب الحاجز ومن أسفل العضلات والصفافات المبطننة للبعفرتين الباطنيتين الحرقفتين والبريتون الفاصل أعضاء التجويف البطني من أعضاء التجويف الحوضي ومن الجانبين والامام الاجزاء الرخوة لجدار البطن . واضبط أقسام التجويف البطني عند خطان عموديان من وسط الفرعين الأفقيين للعظمين العائنين إلى أعلى حتى يتصلا بالحافة

السفلى للاضلاع فهذين الخطين ينقسم التجويف البطنى الى ثلاثة اقسام قسمين جانبيين وآخر متوسط ثم يمد خط أفقى علوى من الحافة السفلى للاضلاع الكاذبة من أى جهة الى الحافة السفلى للاضلاع الكاذبة للجهة المقابلة لها ثم يمد خط آخر أفقى سفلى من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا لاجدى الجهتين الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة المقابلة لها فهذا العمل يصير كل قسم من الاقسام الثلاثة العمودية مقسوما الى ثلاثة اقسام ثانوية موضوعة فوق بعضها فالقسم



شكل (١)

المتوسط منها يوجد فيه من أعلى الى أسفل القسم المعدى فالسرى فالخلى

وأما الاقسام الثلاثة الجانبية فهى من أعلى الى أسفل المراق فالخاصرة فالحفرة الحرقفية الباطنية . وجميع هذه الاقسام واضحة بشكل (١)

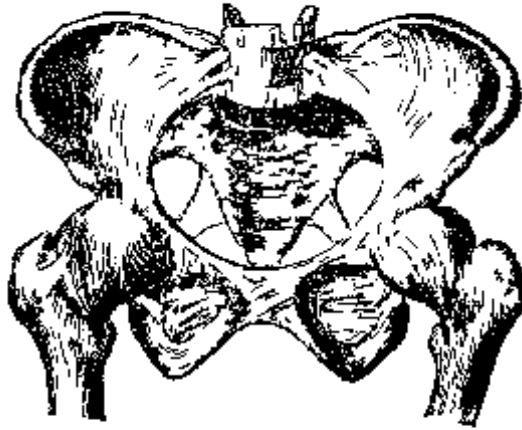
وأما التجويف الحوضى فركب من تجويف عظمى مبطن بأجزاء رخوة ومسدود من أسفل بأجزاء رخوة أيضا وشامل لاعضاء رخوة يلزم الاهتمام بعرفتها جيدا

(فى التجويف الحوضى العظمى)

الحوض العظمى يتكون من انضمام العظمين الحرقفيين ببعضهما من الامام وبالجزء والعصص من الخلف بحيث ينتج عن ذلك نوع قناة أوقع فتحته الواسعة متجهة الى الأعلى والامام وفتحته القليلة الاتساع متجهة الى أسفل باستقامة كما هو مرسوم فى شكل (٢) انظر شكل ٢ مع شرحه فى صحيفة (٥)

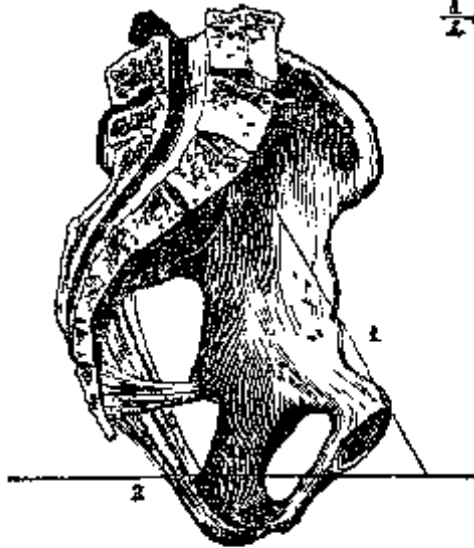
شكل (١) هذا الشكل يشير الى قسم التجويف البطنى . فرقم (١) يشير للتجويف الخبرى . ورقم (٢) للحافة الضلعية . و (٣) الشوكة الحرقفية المقدمة العليا . و (٤) للثنية الاربية . و (٥) لجبل الزهرة . و (٦) لقسم المعدى . و (٧) لقسم السرى . و (٨) للقسم العائى أو الخلى . و (٩) لقسم المراق . و (١٠) للقسم الخصرى . و (١١) للحفرة الحرقفية الباطنية





شكل (٣)

وينقسم الى صغير وكبير فالكبير لا أهمية له للولاد وأما الصغير فمحدود من أعلى بالمضيق العلوي ومن أسفل بالمضيق السفلي . فالمضيق العلوي بالنسبة لمحور الجسم مائل الى الامام من (٥٥) الى (٦٠) درجة كما في شكل (٣)



شكل (٤)

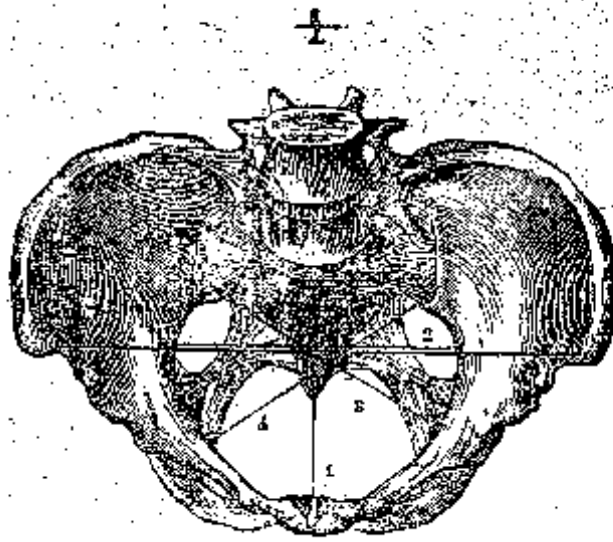
وهذا المضيق مكون من الخلف من الزاوية العجزية والجهة الجانبية لقاعدة العجز . ومن الجانبين من الخط الالاسم له للعظمين الحرقفيين . ومن الامام من الفرعين الأتقيين العائيين ومن الارتفاق العائى كما هو مشار له بشكل (٤)

وأما المضيق السفلي فتكون أقطاره في الهيكل الجاف (١١) سنتيمترا لكن الاقطار المتحرقة والمقدم الخلقى يمكن أن تتسع في الهيكل الرخو حتى تبلغ (١٢)

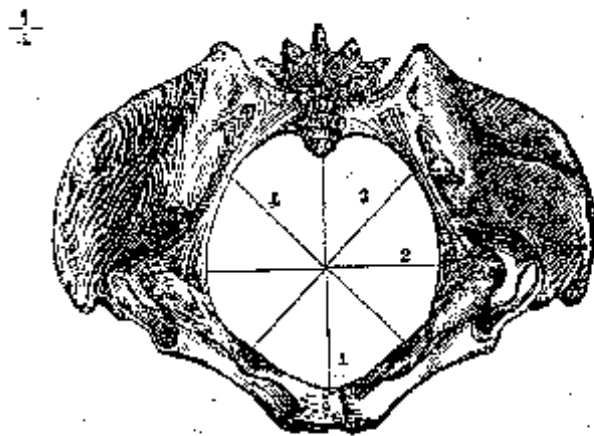
سنتيمترا وقت مرور رأس الجنين بتمدد الاربطة العجزية الحرقفية وبتحرك العصص كما في شكل (٥)

وأما أقطار التجويف الحوضي ( أى أقطار المسافة التي بين المضيقين ) فكل منها (١٢) سنتيمترا في جزئه المتوسط واذا كان العجز أكثر انحناء يصل القطر المقدم (انظر شكل ٤ و ٥ مع شرحهما بتعريف ٦)

شكل (٤) هذا الشكل يشير الى حوض امرأة مغطى بأربطته  
شكل (٣) هذا الشكل يشير الى قطع الحوض قطعاً متوسطاً من الخلف الى الامام لرؤية الميل الطبيعي للمضيق العلوي



شكل (٤)



شكل (٥)

الخلقي الى (١٣) سنتيمرا

وعند المرأة ذات التركيب

الجيد يكون اتساع القوس

العالي في قاعدته (٩)

سنتيمترات ونصف و (٤)

سنتيمترات نحو قننه .

وارتفاعه من (٥) الى

(٦) سنتيمترات

ثم ان وجود العضلتين

الاولوسواسيتين الحرقصيتين

يضيقان القطرين المستعرض

والمضيق العالوي

لكن اذا أمرت المرأة وقت

مرور رأس الجنين بحفظ فذئها

في نصف انثناء متباعدين

قليلا فلا يحدث وجودهما

ضيقا محسوسا في الحوض

. أما نحن قاع المثانة ووجود

نسيج خلوي شحمي ووجود المستقيم وحوافى فتحة الرحم فانها تحدث ضيقا في

المضيق العالوي وفي تقعر الحوض

والمضيق السفلي يتركب من العجان المكون لأرضية الحوض وهذا العجان وان

شكل (٤) يتضح منه أقطار المضيق العالوي فقطرة المقدم الخلق أو العجزى العاني المشار اليه برقم (١)

طوله (١١) سنتيمرا وقطره المستعرض المشار له برقم (٣) طوله (١٢) سنتيمرا وقطره المضيق

المشار اليه برقم (٣) و (٤) طوله من (١٣) الى (١٣) ونصف سنتيمرا

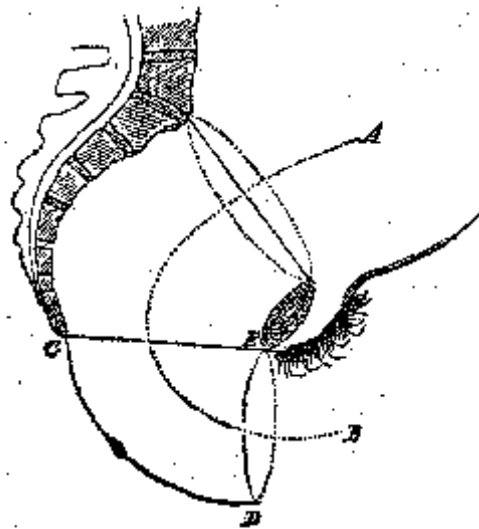
شكل (٥) هذا الشكل يشير لرقبة المضيق السفلي برقم (١) يشير لقطر المقدم الخلق أو

العصصى العاني برقم (٢) يشير لقطر المستعرض ورقا (٣) و (٤) يشيران للقطرين المتحرزين

كان

كان متينا الا أنه قابل للتمدد فيسمح لمرور الجنين بدون تفرق متى كانت انقباضات الرحم منتظمة . وطول العجان أثناء الراحة نحو (٨) سنتيمترات ويبلغ ١٢ سنتيمترا وقت الولادة بل والى ١٥ سنتيمترا . ومن وظائفه أنه يبطن انقباض الجنين ويمنع الولادة الفجائية أثناء وقوف المرأة ويقهر الرأس على توجيه مؤخرها الى الامام في الزمن الثالث من ميخانيكية المجهة بالقبضة

ثم ان وجود الاجزاء الرخوة لا يغير شكل ولا طول الجدار المقدم للعرض فيبقى طوله على ما هو عليه أى نحو (٤) سنتيمترات تقريبا في محاذاة الارتفاق العاني لكن وجودها يتوقع طول وميل الجدار الخلفى فيزداد طوله أثناء مرور الرأس من المضيق السفلى فيبلغ نحو (٢٦) أو (٢٧) سنتيمترا مع ان طول العجز والعصعص لا يكون الا (١٢) سنتيمترا من هذا المقدار والباقي ينجم عن تمدد العجان تمدا زائدا بحيث ان الزاوية الخلفية للفرج تصل قرب الارتفاق العاني



شکل (٦)

كما في شكل (٦) ولاجل فهم ميخانيكية الولادة يلزم دائما المولد تذكر أن الجنين عند خروجه يتبع الانحناء المشار اليه بحرفي ( ا ب ) الذى يمتد من مركز المضيق العلوى ويقطع التقعر الحوضى موازيا لتقعر العجز مازا من مركز المضيق السفلى آتيا الى مركز الفرج الذى صار عموديا بوصول الرأس الى أرضية العجان كما

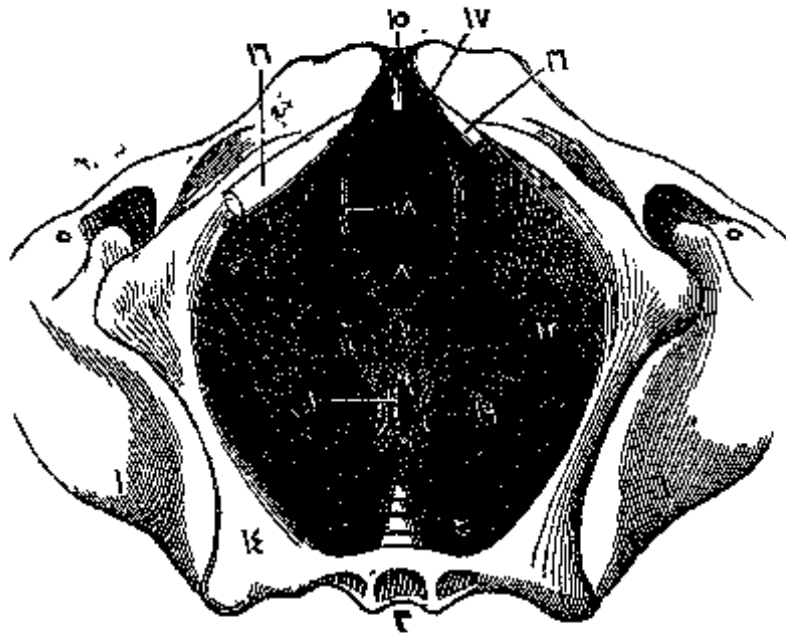
في شكل (٦)

شکل (٦) هذا الشكل يشير لرؤية القناة الفرجية الباطنية أثناء مرور رأس الجنين حرقا ( ا ب ) يشيران للعرض العام لتقعر الحوضى أثناء مرور الرأس من المضيق العلوى الى خروجها من الفرج وحرقا ( ت ) و ( د ) يشيران لعجان الذى تضامف طوله بتمده وحرقا ( ي ) و ( د ) للفرج الذى صار مستقيما بعد ان كان منحرفا قبل وصول الرأس الى أرضية العجان ( ملحوظة ) قصيرة القامة من النساء ذات التركيب الجسد تلد بسهولة عن طويلة القامة لعدم نظام حوضها وصغر جنيتها عن الطويلة

(في العجان أى الأجزاء الرخوة السادة لتجويف الحوض الصغير من أسفل)  
تستند الفصحة السفلى لتجويف الحوض الصغير بحاجز عضلى تقعيه الى أعلى ويمر  
في جزئه المتوسط ثلاث قنوات هى من الامام الى الخلف قناة مجرى البول فالهبل  
فالمستقيم . ويتركب الحاجز المذكور عدداً الوعية والأعصاب من طبقتين موضوعتين  
فوق بعضهما تقريبا فالعليا منهما أغلب أجزائها مكوّنة من العضلة الرافعة للشرح  
وسطح هذه العضلة العلوى مقعر والسفلى محدب ودائرتهما حلقيّة تقريبا  
وتندغم أليافها من أعلى في محيط باطن التجويف الحوضى ومن الامام في الوجه  
الخلقى للعظم العائى قرب الارتفاق العائى . ووحشى ذلك في الوجه الخلقى للفرع  
الافقى العائى وأسفل وخلف ذلك في القوس البنى الوترى الممتد من الجزء الخلقى  
من جسم العظم العائى الى الوجه الباطنى للحذبة الوركية  
ثم ان الألياف العضلية الناشئة من جميع هذه النقاط المذكورة توجه الى أسفل  
نحو الخط المتوسط المقدم الخلقى لأضيق السفلى ومنه توجه الى جهات مختلفة  
فالألياف العضلية المقدمة منها توجه الى جانبي المثانة الآن بعضها يندغم وسطها  
والبعض يندغم في جانبي المهبل والبعض في جداره الخلقى بعد أن يتصالب مع  
ألياف الجهة المقابلة لها في المسافة الفاصلة للمهبل من المستقيم . وأما الألياف  
العضلية الجانبية فتتجه نحو المستقيم وتنزل في جانبه وبعد أن تسير معه قليلا  
تتجه الى جداره الخلقى لتندغم فيه بعد أن تتصالب مع الألياف الآتية من الجهة  
المقابلة في الاستطالة الأيفية الممتدة من قمة العصعص الى الجزء الخلقى للمستقيم  
وأمّا الألياف العضلية الناشئة من الحذبة الوركية ومن رباط الهجز الوركى  
الصغير فانها تندغم في الجهتين الجانبيتين للعصعص وفي وجهه المقدم كما هو  
واضح بشكل (٧)

ثم ان هذه العضلة الرافعة للشرح مغطاة بصفاق ابنى تمتد في جميع السطح  
الباطنى للحوض الصغير وهذا الصفاق مع التصاقه بالصفاق الحوضى الوركى  
يشكّون منهما حاجزاً يبنى تقعيه الى أعلى ومحتوى الاعضاء الحوضية  
أما الطبقة السفلى للعجان فمكوّنة من جملة عضلات . وهى العاصرة الظاهرة  
( انظر شكل ٧ مع شرحه بصيغة ٩ )

للشرح



لشرح  
والعاصرة  
المهبلية  
والمستعرضة  
العجائية  
والوركية  
المجوفة  
كما هو  
واضح  
بشكل  
(٨)

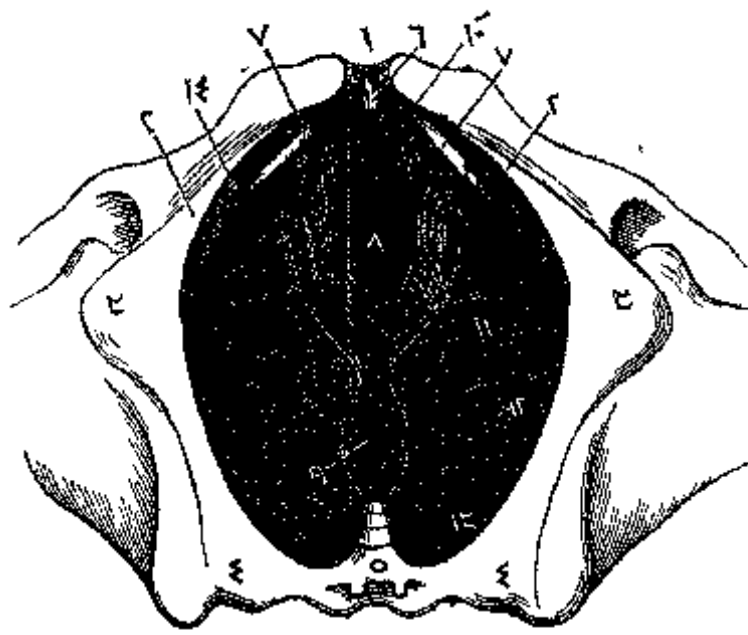
شكل (٧)

فالعضلة

العاصرة الظاهرة الشرجية تحيط بالطرف السفلي للمستقيم وتتشأ أليافها من جهتي رباط لبني ممتد من قمة العصص الى جاني الجزء السفلي للمستقيم والى جهته المقدمة فبعض الالياف العضلية الآتية الى الجهة المقدمة للجزء السفلي للمستقيم (أى الشرج) متى وصل للجهة المقدمة يتصلب مع الالياف المائلة للجهة المقابلة وينتهي هنالك . والبعض الآخر بعد هذا التصلب يستمر متجها نحو العانة لیساعد على تكون العضلة العاصرة للهبيل كما هو واضح بشكل (٨)

ومن خصائص العضلة العاصرة الشرجية أنها بمرورنها وانقباضها تعلق المستقيم . وأما ألياف العضلة العاصرة المهبلية فهي آتية من الالياف العضلية المتصلبة (انظر شكل ٨ مع شرحه بصحيفة ١٠)

شكل (٧) هذا الشكل يشير للوجه السفلي للعضلة الرافعة الشرج رقم (١) يشير للعظم الحرقفي و (٢) للجزء و (٣) للعصص و (٨) للهبيل و (١٠) الشرج و (١١) للالياف العضلية الآتية من العانة و (١٣) للالياف العضلية الآتية الى العصص و (١٤) للرباط العظيم المعجزى الحرقفي و (١٥) للظفر و (١٦) للأجسام المجوفة للظفر مقطومة و (١٧) للصماخ البولي و (١٨) للعاصرة الشرجية و (١٩) للعاصرة الفرجية



العضلة  
العاصرة  
الشرجية  
فيعدتصاليها  
أمام الشرج  
تحيط بجميع  
جهات المهبل  
متجهة الى  
الامام نحو  
البظر ليندغم  
بعضها فيه

شكل (٨)

والعض الاخر يندغم في رباطه

العالى كما هو واضح بشكل ٨ المذكور . وأما العضلة المستعرضة العجائية بلهق الحوض فتتأ من الخدبة الوركية ثم تتجه الى الانسية ومنى وصلت الى الخط المتوسط المقدم انطلق للضيق السفلي اختلطت أليافها بالالياف المستعرضة للجهة المقابلة وبالالياف العضلية للعاصرة الشرجية وبالالياف العاصرة المهبلية كما هو مشاره برقم (١١) في هذا الشكل . وأما العضلتان الوركيتان المجهوفتان فكل منهما موضوع فوق الحافة السفلى للوجه الباطني للفرع الوركى من العظم العجاني ثم تتجه الالياف الانسية الى الخارج فتحيط بجدر البظر ويندغم بعضها في غلافه كما في ذلك الشكل أما باقي أليافها فيندغم في الخدبة الوركية بلهتها . ويوجد خلاف ما ذكر في الاجزاء الرخوة للحاجز العجاني المذكور صفات ونسيج خاوى

شكل (٨) هذا الشكل يشير لعصلات العجان فرقم (١) يشير للارتقان العجاني و (٢) للقوس العجاني و (٣) للخدبة الوركية و (٤) لرابط العظم العجاني الوركى و (٥) لاصعصع و (٦) للبظر و (٧) للأجسام المخوية و (٨) للمهبل و (٩) للشرح و (١٠) (١) لعاصرة المهبل و (١٠) (٢) للالياف المدعمة في الارتقان العجاني و (١١) للعضلة المستعرضة للعجان و (١٢) للالياف العضلية العصبية الرامة للشرح و (١٣) للالياف العضلية الوركية العصبية الرامة للشرح و (١٤) للعصلات الوركية الاجوقية

وشخصي

وتسمى وأوعية وأعصاب

( في الأعضاء الحوضية ) - الأعضاء الموجودة داخل تجويف الحوض الصغير هي المستقيم والمثانة وقناة مجرى البول والمهبل والرحم وامتداداته كما هو مشاره بشكل (٩)

( في المستقيم )

المستقيم هو الجزء السفلي

النهائي للأمعاء الغليظة

وينتهي بفتحة في الجلد

تسمى الشرج كما هو مبين

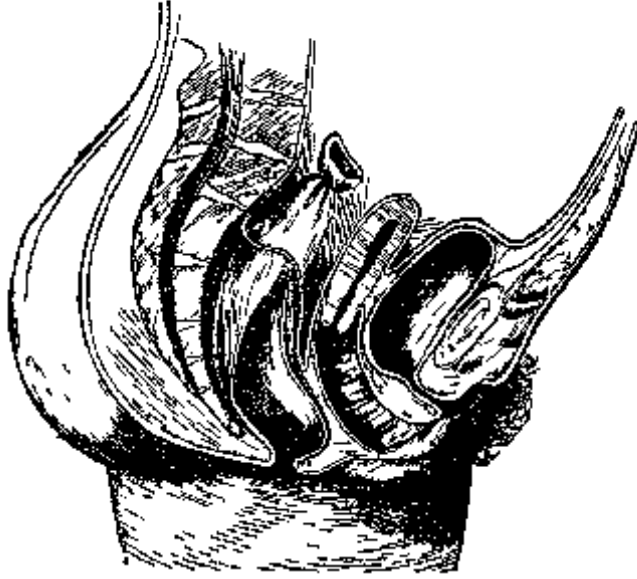
في شكل (٩)

. وهذه الفتحة محاطة

بعضلتين عاصرتين

أحدهما من الظاهر

محيطة بالفتحة الشرجية



شكل (٩)

الظاهرة وقد سبق شرحها . والثانية محيطة بالفتحة الداخلية للشرج في جزئه العلوي وهذه العضلة هي تكثر وتحت الألياف العضلية للطبقة العضلية للجزء النهائي للمستقيم . وحيث ان القناة المهبلية تقبل أليافا عضلية كما ذكرنا من العضلة الرافعة للشرج فترتفع هي كذلك وتنقبض بانقباض هذه العضلة ولذا مماها بعض المولدين بالعضلة الرافعة الشرجية المهبلية

( في المثانة وقناة مجرى البول ) - يوجد أمام المهبل والرحم كما هو مشاره بشكل

(٩) المثانة وقناة مجرى البول التي طولها عند المرأة نحو ثلاثة سنتيمترات وملتصقة

بالجدار المقدم للمهبل ومنتبهة في الفرج بفتحة يقال لها الصماخ البولي كما سنشرح ذلك

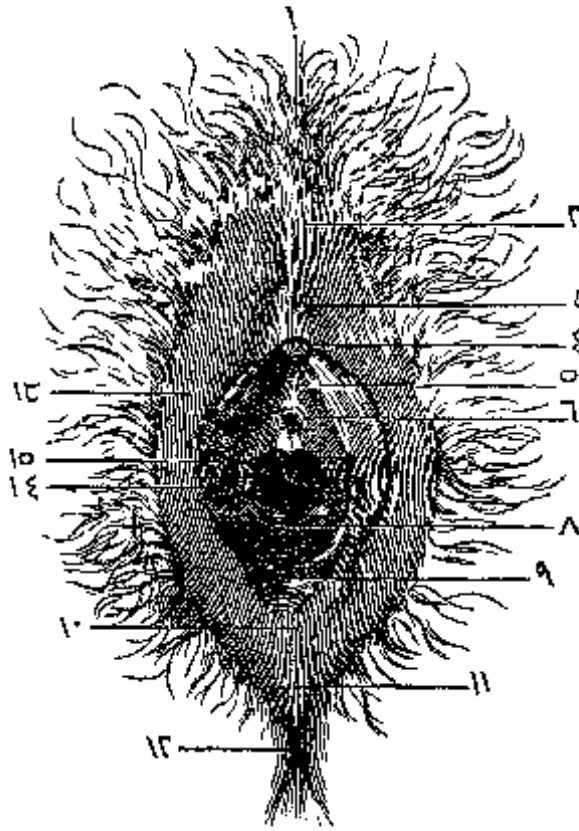
( في جبل الزهرة والفرج ) - جبل الزهرة والفرج هما أعضاء التناسل الظاهرية

شكل (٩) هذا الشكل هو قطع مقدم حلقى تقسم الحوض مع أعضائه التناسلية الى نصفين

لرؤية الأعضاء الموجودة في الحوض وبجوارتها بعضها وبجوارته البريتون للرحم والمهبل وبين

المستقيم من الخلف . والمثانة وقناة مجرى البول من الامام . والرحم والمهبل من الوسط . والهبان

الحقيق من أسفل



شكل (١٠)

المشار لهما بشكل (١٠) .  
 أما جبل الزهرة فهو ارتفاع  
 مستدير كثير البروز عند  
 الصغيرات موضوع أمام العظم  
 العاني أعلى الفرج مشاره برقم  
 (١) من شكل ١٠ ومحدود من  
 كل جانب بالنسبة الأريسية  
 ومركب في الظاهر من الجلد  
 المغطى على كثير من البصيلات  
 الشعرية يظهر شعرها في سن  
 البلوغ وعلى كثير من غدد  
 دهنية وعرقية وتحت هذا الجلد  
 كتلة من نسيج نحاسي ونسيج  
 عرن مندمج يختلف كيمته تبعاً  
 لبنية المرأة وهي تكون عند  
 الأطفال أكثر من الطاعنات في

السن وفي العادة تزيل المسئلة التييب شعره كلما نبت لأجل النظافة وتبقيه غيرها  
 سواء كانت بكراً أو ثيباً . وأما الفرج فهو الجزء الموضوع أسفل من جبل  
 الزهرة وأعلى من العجان كما هو مبين في شكل (١٠) ومحدود من الجانبين  
 والخارج بالشفرين العظيمين ومن الجانب والداخل بالشفرين الصغيرين ويوجد

شكل (١٠) هذا الشكل يشير لرؤية الفرج والشفرين العظيمين والصغيرين متباعدة عن  
 بعضها إلى الخارج لرؤية الأجزاء الأخرى . فرقم (١) يشير لجبل الزهرة و (٢) الزاوية  
 الفرجية المقدمه أو المجمع المقدم و (٣) لقلعة البظر أي كبوده و (٤) البظر و (٥) لهليز  
 الفرج و (٦) للصحاح البولي و (٧) لفتحة فتاه البكارة أو فتحة فتاه المهبل و (٨) لعشاء  
 البكارة و (٩) للفتحة الزورقية و (١٠) لشوكة الفرج أو المجمع الخلفي له أو الزاوية  
 الخلفية الفرجية و (١١) للعجان و (١٢) الشرج و (١٣) للشفرين العظيمين و (١٤)  
 الشفرين الصغيرين و ١٥ لفتحات غدد (برولين)

فيه



فيه من أعلى الى أسفل وعلى الخط المتوسط البظر وكبوده والدهليز والصماخ البولي والغشاء البكاري عند العذارى وفتحة المهبل والحفرة الزورقية والشوكة أو المجمع الخلقى والجمان كإهوميين في شكل ( ١٠ ) . فالشفران العظيمان هما ثنيتان من الجلد مشار لهما برقم ( ١٣ ) من الشكل المذكور ومتوازيتان سميكتان في جزئهما العلوى ويرقان كلما نزلا الى أسفل متصلتان ببعضهما من أعلى ويكوتوان الزاوية الفرجية المقدمة أو المجمع المقدم للفرج رقم ( ١٠ ) ثم ينمحيان في جبل الزهرة المشار اليه برقم ( ١ ) ويتصلان ببعضهما أيضا أسفل الفرج فيكوتوان الزاوية الفرجية السفلى أعنى شوكة الفرج رقم ( ٩ ) ويوجد لكل من الشفرين العظيمين سطحان وحائتان . فالسطحان ظاهري وباطني فالظاهري جلد مغطى بشعر عند البالغة غير المسلمة أما المسلمة فتزيله للنظافة والباطني أملس وردى اللون عند ذوات الجلد الأبيض . والحائتان خلفية ومقدمة فالخلفية ملتصقة بالأنسجة الخسوية الموجودة تحتها والحافة المقدمة سائبة مستديرة بنبت فيها الشعر عند البالغة وبقل تكاثفه في جزئه السفلى الخلقى . وعند الشابة السمينة الجيدة البنية تكون هذه الحافة سمكية صلبة ملامسة للحافة المقدمة من الشفر العظيم للجهة المقابلة . وعند الخفيفة خصوصا المتكررة الولادة تكون رقيقة ذابلة متباعدة عن الحافة المقدمة للشفر المقابل فتري من بينهما الأجزاء الأخرى للفرج . وكل من هذين الشفرين العظيمين يتركب من ثنية جلدية داخلها نسيج خلوى وشحمى وآخر مرن وأوعية وأعصاب وغدد دهنية وعرقية . ويندغم في كل منهما الفرع الظاهر للرباط المبروم للرحم . وأعصابهما تأتي من الضفيرة القطنية (الشفران الصغيران) - الشفران الصغيران هما ثنيتان رقيقتان من الجلد الذى صار كغشاء مخاطى . لونهما وردى عند ذوات الجلد الأبيض القليلات الاستعمال وموضوعان داخل الشفرين العظيمين على جانبي غشاء العذراء . لكل منهما وجهان وحائتان وطرفان . فالوجهان ظاهري وباطني فالظاهري مغطى بالشفر العظيم لجهته والباطني ملامس للوجه الباطني من الشفر الصغير للجهة المقابلة له . والحائتان مقدمة وخلفية فالمقدمة سائبة والخلفية مانصقة تنمحي في النسيج المتصل بها من غشاء البكارة . والطرفان علوى وسفلى فالسفلى لكل منهما

ينتهي تارة في السطح الباطن للشفر العظيم لجهته في محاذاة جزئه المتوسط وتارة يمتد وينزل الى أسفل ويجتمع مع الطرف السفلي للشفر الصغير لجهة المقابلة له ويساعدان على تكوين الشوكة الفرجية . وأما الطرف العلوي لكل من الشفرين الصغيرين فيتفرع الى فرعين أحدهما يصعد أعلى البظر وهناك يتقابل بالمائل له من فرعى الطرف العلوي للشفر الصغير المقابل ومن اجتماعهما يتكون كبود البظر أى قلفته المشار له برقم (٣) . والفرع الثاني يمر أسفل البظر وهناك يتقابل مع المائل له من الشفر الصغير للجهة المقابلة ثم يتدغمان هناك في البظر من أسفل . ويحتوى الجلد المكون للشفرين الصغيرين على كثير من الأعصاب ولذا كان الشفران المذكوران كثيرى الاحساس . ويحتوى أيضا على كثير من الغدد الدهنية والأوعية الدموية الشعرية والفاروية . (البظر) يتكون البظر من اجتماع جذرين من نسيج انصابي يسيمان بالجسمين المحفوفين ينشأ كل منهما من الفرع الوركي العائى لجهته ثم ينضمان لبعضهما فيكونانه وهو جسم مستدير بارز مشار له برقم (٤) يساوى جزء آخر بارز ارتفاعه بعض المليمترات كثير الاحساس يسمى الحشفة . والبظر موضوع أمام الارتفاق العائى وهو تبط به برباط يقال له الرباط المعالق للبظر وموضوع أيضا أمام الزاوية الفرجية المقدمة المكونة من تقابل الطرفين العلويين للشفرين العظيمين للفرج . ثم ان البظر يتكون خلا النسيج الانصابي البادى ذكره من أوعية شريانية غليظة حلزونية الشكل وأوعية لمفاوية وشعرية وكثير من الأعصاب . وقد يكون البظر ناميا عند بعض النساء فالصريات الحشقيات والسودانيات يقطع منهن مع الشفرين الصغيرين عند ما يكون عمرهن سبع سنين تقريبا ويسمى هذا القطع ختان البنات وهذا الختان وان كان مؤلما وقتئذ الا أنه صهي لان الافراز الدهنى المنقرز من هذه الاعضاء ان لم تقطع رجعاتنخ وأحدث التهابات شفرية فرجية قد تمتد الى المهبل بل والى قناة مجرى البول . ومن جهة أخرى فان هذا القطع يقلل اشتهاى البنت فانه لا يبظر ولا شفر لديها ينشأ عنهما احتسكاله جالب للاشتهاء وحينئذ لاتصير البنت من شغرها عصبية . ويترتب على هذا الختان أيضا عدم بشاعة المنظر للفرج لانه قد أزيلت عنه الاجزاء البارزة المشوهة له

(في)

( في دهليز الفرج ) دهليز الفرج هو البثرة المشار له برقم (٥) وهو على شكل مثلث قته الى أعلى وقاعدته الى أسفل فيها الفتحمة الظاهرة لقناة مجرى البول (أى الصماخ البولي) وهي المشار لها برقم (٦) . وهذه الفتحمة كثيرا ماتعسر معرفتها على الطبيب أو القبالة متى كانت المرأة مستترة خصوصا اذا كانت الفتحمة محاطة بانخفاضات صغيرة تلتبس بها . وغشاء بكارة العذراء المشار له برقم (٨) يوجد أسفل الصماخ البولي المذكور . والحفرة الزورقية للفرج المشار لها برقم (٩) توجد أسفل غشاء البكارة . وهي اتبعاج واضح عند من لم تلد وغير واضح عند غيرها . والشوكة الضربية المشار لها برقم (١٠) توجد أسفل الحفرة الزورقية . والعجان الحقيقي هو المسافة التي تفصل الفرج من فتحة الشرج ومشار لها برقم (١١) . وفتحة الشرج موجودة أسفل العجان ومشار لها برقم (١٢)

﴿ تنبيه ﴾ يوجد عدد عظيم من الغدد الدهنية والمخاطية في أجزاء الفرج خصوصا في الدهليز والشفرين الصغيرين وقلنة البظر . ويوجد في فتحة جهتي المهبل زوج من الغدد الكبيرة الحجم تنفتح في محاذة اجتماع الثلث المتوسط والثلث السفلي للفرج وهذه الغدد تسمى بالغدد المهبلية الفرجية أو بغدد (بارتولين) رقم ١٥ وحجم كل واحدة منها مثل حجم اللوزة تقريبا وهي من الغدد العنقودية ومغطاة بالعضلة العاصرة . والمهبلية . والفرج يتمدد قليلا وتتمرق زاوبته الخلفية في كثير من الاحوال خصوصا في الولادة الاولى . ولكونه يتمدد بصعوبة وقت مرور رأس الجنين منه لا يعود لقطره الاول الا بصعوبة بعد الولادة وإذن يصير الفرج رخوا ذابلا عند متكررة الولادة سيما اذا كانت الولادة متتابعة بدون فترة

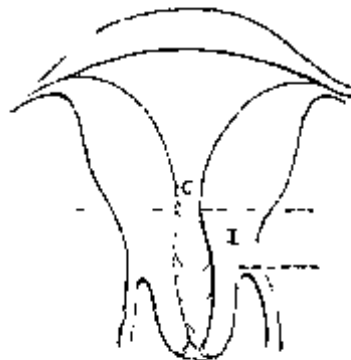
(في المهبل وغشاء العذراء) المهبل قناة عضلية غشائية ممتدة من الفرج الى الرحم متجهة من أسفل الى أعلى ومن الامام الى الخلف ومفرطجة عرضا وجدارها المقدم ملامس لجدارها الخلفي وبذلك تكون هيئتها كشق مستعرض أفقي عرضها من (٣) الى (٤) سنتيمترات وطولها نحو (١٠) سنتيمترات . ويميز للمهبل حافتان جانبيتان وطرفان علوي وسفلي وجداران مقدم وخلفي لكل منهما وجهان ظاهري وباطني . ويوجد وسط الوجه الباطن لكل منهما بروز مستطيل يسمى بالعمود المهبلية ينتهي المقدم منهما في الفرج خلف الصماخ البولي بجزء أكثر سعة وبروزا من

بأقى أجزائه يسمى بحدبة المهبل أو البصلة المهبلية وتكون كدليل للولادة عند ما يريد  
قسطرة مشاة المرأة . وعلى جانبي عمود المهبل تتكز من جدره على هيئة ثنيات  
مستعرضة تكون كثيرة الوضوح كلما قربت من الفرج وهي والاعدة نقل وضوحا  
كلما صعدت وتزول بالوصول الى الرحم . ويوجد في ثعذبات هذه الثنيات كثير من  
الخلطات . والجدار الخلقى للمهبل مرتكز من أعلى على المستقيم كما في شكل  
( ٩ ) المتقدم ومن أسفل على العجان منفصلا عن المستقيم بمسافة مثلثة قاعدتها  
الى أسفل وقمها الى أعلى مثلثة بنسج خلوى نحصى وهذه المسافة هي العجان  
الحقيقي كما هو مبين في شكل ( ٩ ) المذكور . وعند تباعد المهبل من أعلى عن  
المستقيم ينزل البريتون المغلف للوجه المقدم للجزء العلوى من المستقيم الى أسفل  
في نقطة اتصالها ثم يعطف صاعدا الى أعلى مغلفا للوجه الخلقى من الجزء العلوى  
للمهبل وبهذا الانعطاف يكون قعر كيس عمقه من ( ١٥ ) الى ( ٢٥ ) ملجترا تأتي  
فيه الامعاء أحيانا ويسمى قعر كيس (دوجلا) كما هو واضح في الشكل المذكور  
والجدار المقدم للمهبل مقعر قليلا ومجاور من أعلى للثانة التي تغطيه في مسافة  
( ٣ ) سنتيمترات تقريبا ومجاور من أسفل لقناة مجرى البول التي تتبع سيره الى  
الفرج كما هو واضح في الشكل المتقدم . والحافتان الجانبيتان تجاوران من أعلى  
الى أسفل الجزء السفلى من الأربطة العريضة للرحم والنسيج الخلوى تحت البريتون  
والصفاق الحوضى والعضلة الرافعة الشرجية . والطرف العلوى للمهبل يندغم  
حول عنق الرحم كما هو واضح في شكل ( ٩ ) انما الجدار المقدم منه يندغم في محاذاة  
اجتماع ثلثة السقلى بثلثة المتوسط . والخلقى يندغم أعلى ذلك أى في محاذاة اجتماع  
الثلث المتوسط بالثلث العلوى وإذا كان أطول من المقدم باثنين سنتيمتر . ومن هذه  
الاندغامات تتكون قعور أكياس مهبلية الخلقى منها أكثر غورا . والطرف السفلى له  
أكثر سمكا من باقى أجزائه وينتهى في الفرج بالقصعة المهبلية وبغشاء بكارة العذراء  
التي لم يمسهما ذكر لكن هذا الغشاء ليس قائما بنفسه بل هو منتهى الغشاء  
المخاطى المهبلية وبناء على ذلك تكون فتحة غشاء البكارة هي بعينها فتحة المهبل  
المشار لها برقم ٨ من شكل ( ١٥ ) وهذه القصعة تكون حلقة ومركزية في  
الغالب وقد تكون في الجزء العلوى من الغشاء أسفل قناة مجرى البول وليست

منفصلة

منفصلة عن فتحة الصماخ البولي الا بالحفاة انطفاة لها والبصلة المهبلية فشكلها اذن يكون هلاليا كالغشاء المكون لها . واحيانا تكون خيطية عودية أو ذات فصتين أو أكثر وتسمى حينئذ القربالية . وقد لا توجد فتحة مهبلية فيتراكم دم الحيض داخل المهبل متى بلغت المرأة فيلتجأ لعل فتحة صناعية . ومحيط فتحة غشاء البكارة تارة يكون سميكاً ذا مقعرة عظيمة فلا يتمزق بالجماع لكن على العموم يكون رقيقاً سهل التمزق من أول جماع وتصل عنقائه الى جدار الفرج والاهداب الناشئة عنها تسمى الزوائد الآسية . **تركيب المهبل** يتركب المهبل من ثلاث طبقات باطنة مخاطية وظاهرة خشوية ووسطى عضلية أليافها ملسا ويوجد في جزئه السفلي من الامام والخلف بصلتاه المكونتان من نسيج انصالي كتسج البظر واحيانا يكون بالمقدمة منهما حفرة تسكنها الغدة القربية المهبلية

**الرحم** - الرحم مجاس زريف الحيض يحمل البيضة الملقحة زمن الحمل ثم يقذفها الى الخارج متى تم نموها وعند خلوها منها يوجد في تجويف الحوض الصغير بحيث يكون محوره الأعظم مقابلاً لمركز المضيق العلوي تقريبا وهو مثبت بأربطة كثيرة المرونة بها يمكن تغير موضعه في حالتي فراغه وامتلائه . ففي مدة فراغه يندفع الى الامام لامتلاء المستقيم أو الى الخلف لامتلاء المثانة أو الى الاسفل لضغط الامعاء عليه من أعلى وقد توجد أسباب مرضية توجد هذا التغير . وأما في مدة امتلائه فيرتفع الى أعلى . وشكله حين الخلو من البيضة يكون على هيئة القرعة التي يستعملها صبيادو الاممك أي ان له انتفاخين منفصلين عن بعضهما بجزء ضيق يسمى البرزخ . أحدهما علوي وهو جسم الرحم وشكله كثرى مفرطح من الامام والخلف وجزؤه الاكثر ارتفاعا هو قاعه كما هو



شكل (١١)

مبين في شكل (١١) . والآخر سفلي وهو أقل حجما من الاول ويسمى عنق الرحم . ويقسم المهبل هذا العنق الى قسمين علوي خارج المهبل وسفلي داخلاه يسمى (بوز القنومة) وهو الذي يبرز عند الكشف بالمنظار على الرحم . وطول عنق الرحم من (٩) الى (١١) ملليمتر من الامام

شكل (١١) هذا الشكل يبين صورة الرحم مدة فراغه



شكل (١٢)



شكل (١٣)

ومن (١٤) الى (١٦) من الخلف كما هو مبين في شكل (١٢) وينتهي عنق الرحم في المهبل بفتحة على صورة شق مستعرض حافظها مستديرة . أما اذا كان الرحم محتويًا على البيضة فإنه يتغير شكله بتدبير من الشكل الكعبرى المقرطح يكتسب هيئة الجذانة ثم يصير بيضاويا تماما كما في شكل (١٣) ومع هذا التغير لا يفقد الرحم شيئا من سمكه ولا يغير مجاورته للبريتون ولكن كلما عظم حجمه صعد الى تجويف البطن ومال بقاعه الى الامام واليمين كما هو مبين في شكل (١٣) المذكور

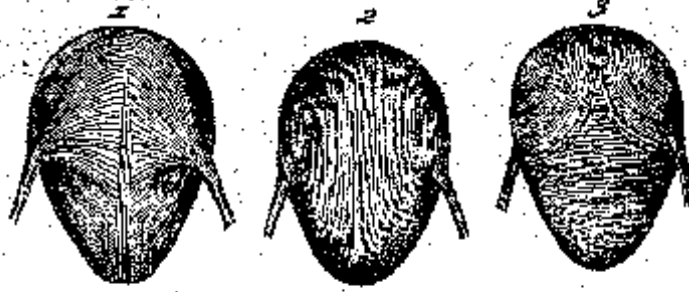
تركيبة - الرحم يتركب الرحم من ثلاث طبقات عضلية الاولى سطحية ضغفيرية الشكل والثانية غائرة ممبكة مكونة من اليباف حلقيسية والطبقة الثالثة موجودة بين هاتين الطبقتين وتتكون من اليباف طوياسة السطحية منها تنحني على هيئة عرى لمرورها في الاليباف الحلقيسية لعنق الرحم كما هو مبين في شكل (١٤) وللرحم وجهان

ظاهر وباطن فالظاهر يشتمل على سطحين وثلاث حافات وثلاث زوايا . أما السطحان فمقدم وخلفي . فالقدم محدب قليلا ومغطى بالبريتون في جميع امتداده الا الجزء الكائن أعلى المهبل من عنقه فإنه ملتصق بالوجه الخلفي للثانة في امتداد قدره من (١٤) الى (١٥) مليمترًا كما هو واضح في شكل (٩) المتقدم الذكر . والخلفي أكثر تحدبا من المقدم ومغطى أيضا بالبريتون في جميع امتداده بل وينزل على الجزء العلوي من الجدار الخلفي للمهبل . والثلاث حافات احدها العليا واثنان جانبيتان . فالعليا مكونة لقاع الرحم ومحدبة قليلا عند من لم تلد ومغطاة بالبريتون ومشار لها بحرف ألف الفرنسي من شكل (١٥) (انظر شكل ١٤ و ١٥ مع شرحهما بصحيفة ١٩)

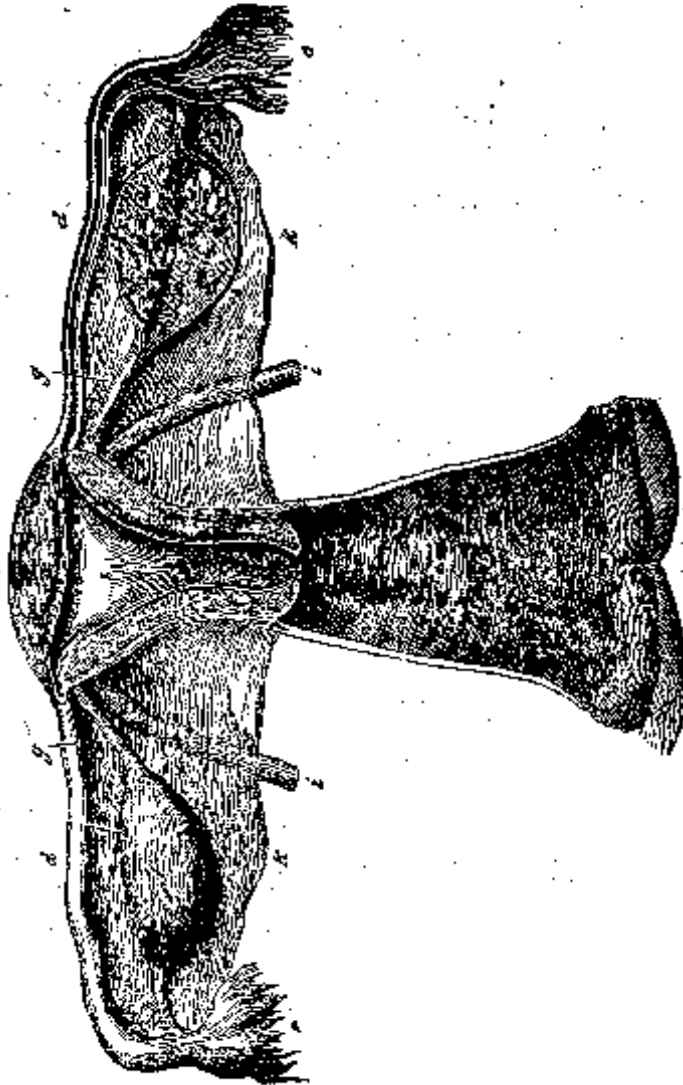
شكل (١٢) هذا الشكل يشير الى بوز القنومة

شكل (١٣) هذا الشكل يبين هيئة الرحم آخر مدة الحمل مع الخناله الى اليمين

والخالفاتان



شكل (١٤)



شكل (١٥)

والخافتان الجانبيتان  
تندغم فيهما الارتبطة  
العريضة والبرومة  
ويعرف بمحاذاة اندغام  
هذه الارتبطة  
الاوعية والاعصاب  
الرحمية . والثلاث  
زوايا منها اثنتان  
جانبيتان وواحدة  
سفلى فالجانبيتان  
متصتان بالبوقين  
المشار لهما بحرف  
(د) من شكل (١٥)  
والسفلى مكونة  
لعنق الرحم حرف  
صفر فرنسى .  
وينقسم الوجه  
الساكن الى قسمين  
علاوى وسفلى . فالعلاوى  
تجوف جسم الرحم  
حرف (ب) شكل  
(١٥) المذكور  
ومبطن بغشاء مخاطى  
رقيق لا يتجاوز سمكة  
(١) ملليمتر ولونه

شكل (١٤) هذا الشكل يشير للرحم في انتهاء بعد الحمل لرؤية أنواع البافه الثلاث فرقم (١) يشير للاباف  
الضغيفيه ورفقم (٢) يشير للاباف الطولية ورفقم (٣) يشير للاباف المستعرضة (أى الخلقية)  
شكل (١٥) هذا الشكل يشير الى رحم مفتوح من الامام تجوفه مؤشوله بحرف (ب) والى بوقيه اليسارى  
منهما مفتوح كذلك والى مبيضيه اليسارى منهما مقطوع ليرى فى باطنه البويضات ويشير الى رابطيه  
لعر بطين والبرومين والى المهبل المفتوح من الامام أيضا المندغم فى عنق الرحم

وردي وسطحه السائب . وشح بأخيلية بشرية اسطوانية الشكل ذات أهذاب اهتزازية . ويحتوي هذا الغشاء على غدد قنوية منفتحة على سطحه السائب وكثير من الاوعية الدموية والأذناوية والاعصاب . والسقلى تجويف عنق الرحم حرف (ت) شكل (١٥) ومبطن أيضا بغشاء مخاطي رقيق أخيلته البشرية اسطوانية ذات أهذاب اهتزازية وغدده عنقودية تفرز مادة غروية ثخينة كبياض البيض ثم تتراكم مدة الحمل وتكون سدادة سميكة غروية قوامها بين الصلابة والرخاوة تسد فتحة عنق الرحم وتخرج في ابتداء المخاض على صورة سائل غروي . وقد تسد فتحات بعض هذه الغدد فيتراكم افرازها داخلها وأذن تتمدد وتكون جيبوا بارزة تسمى بيض نابوت . وهذان التجويفان منفصلان عن بعضهما بالفتحة الباطنة (أى العليا من عنق الرحم)

(أربطة الرحم) - الرحم محفوظ بامتدادين غشائيين عريضين يسميان الرباطين العريضين أحدهما في الجهة اليمنى والآخر في اليسرى وهما ناتجان من انعطاف واجتماع ورقى البريتون ويمتدان من الحافتين الجانبيتين للرحم الى الجهتين الجانبيتين لحدار الحوض وهما المشار إليهما في شكل ١٥ بحرف لـ ويشتمل كل منهما على ما شتمل عليه الآخر . ولكل رباط منهما أربع حواف عليا وسقلى وجانبيتان . فالعليا لها ثلاث ثنيات مقدمة ووسطى وخلفية . فالمقدمة يوجد فيها الرباط المبروم للرحم حرف (إى) فرنسوى وشكله مستدير وهو ناشئ من الزاوية العليا للرحم أسفل اتصال البوق به ثم يتجه بانحراف من الخلف الى الامام مازا بالقناة الاوربية الى أن يتدغم في العانة وفي الشفر العظيم للفرج . والوسطى فيها البوق حرف (د) من هذا الشكل وطرفه الوحشى سائب عريض مشرزم يسمى صيوان البوق حرف (ايه) فرنسوى بشكل ١٥ . وهو محفور بقناة ذات طرفين انسى ووحشى فالانسى يتصل بالراوية العليا للرحم والوحشى سائب وهو المكون لتجويف صيوان البوق . والبوق اليسارى في هذا الشكل مشقوق لرؤية باطن فتاته . والخلفية للحافة العليا محتوية على المبيض حرف (ف) فرنسوى والمبيض اليسارى مشقوق لتري في باطنه حوصلات جراف المشار إليها بحرف (ف) . وللمبيض طرفان وحشى وانسى فالوحشى مرتبط به صيوان البوق بواسطة جزء

خيلى



خطى على هيئة ميزاب مشاره بحرف (ح) والانسي ينشأ منه رباط ليني حرف (ج) يتجه نحو زاوية الرحم العليا المقابلة الى أن يتدغم فيها أسفل وخلف اتصال البوق بالرحم بقليل . والحافة السفلى للرباط العريض موجودة على أرضية الحوض ومستمرة مع بريتون قاع تجويف الحوض . والحافتان الجانبيتان احداهما أنسية والاخرى وحية فالانسية متصلة بورقتي الوجه المقدم والخلقي للرحم والوحشية متصلة بريتون الجدار الجانبي للحوض . وبهذه الاتصالات ينقسم تجويف الحوض الى قسمين مقدم وخلقي فالمقدم توجد فيه المثانة والخلقي فيه المستقيم . ويوجد خلال ورقتي كل رباط من جهة الرحم نسيج خلوي وألياف عضلية ملساء مستمرة مع الاليف العضلية الرجية تمر فيها الاوعية الدموية والمفاوية والاعصاب الرجية وغيرها . وينشأ من الجهة الجانبية للوجه الخلفي من الرحم في محاذة اندغام جسمه بعنقه ألياف تتجه الى الخلف مارة بجانب المستقيم ثم تندغم في الوجه المقدم للحجزي محاذة اتصال فقرته الثالثة والرابعة وبذلك تحد فقركيس دوجلا من جهته . وقد شرح بعضهم رباطا آخر مقدما للرحم يسمى الرباط الرحي الثاني وهو ثنية بريونية تحت الألياف عضلية متفرقة .

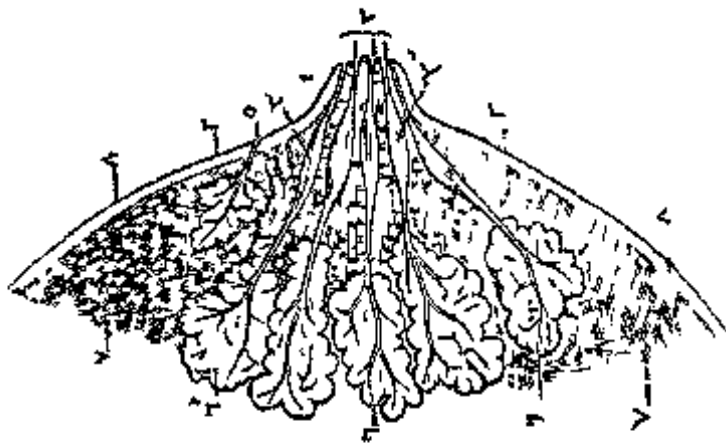
(خواص الرحم) - خواص الرحم أربعة الاحساس والانقباض والتمدد والمرونة . فخاصتا الاحساس والانقباض لا تظهران بوضوح الا في آخر مدة الحمل وحينئذ تكونان ظاهرتين فسيولوجيتين وهما المعروفتان بالطلق فوجودهما علامة على الولادة . وخاصية التمدد تتحقق بينما يأخذ الرحم حجما عظيما آخر مدة الحمل بدون ان يتمزق . وخاصية المرونة تتحقق برجوع الرحم المتمد الى حجمه الاول في أقل من ستة أسابيع عقب الولادة .

(في البوق) - البوق هو المشاره بحرف (د) من شكل (١٥) وهو قناة توصل تجويف الرحم بتجويف البريتون وتغمرها الحيوانات المنوية وتوصل البيضة الى تجويف الرحم . وطوله نحو (١٢) سنتمرا . وينقسم الى ثلاثة أقسام . انسي ضيق القطر داخل الرحم يصعب دخول شعرة الخلوف فيه . ومتوسط يسمى جسم البوق . ووحشي يسمى صيوان البوق شكله قمي قته نحو القناة ودائرته سائبة في تجويف البريتون وموشهة بشرابات حرف (اي) شكل (١٥) ثم ان احدى شراباته محفورة

كالغراب ومرتبطة في الطرف الوحشي برباط يسمى الرباط القنوي المبيضي المشار له بحرف (ح) من هذا الشكل أيضا . والمتوسط ينقسم أيضا الى قسمين انسي مستطيل اتساعه من ٣ الى ٤ ملليمتر ويسمى برزخ البوق . ووحشي يتسع تدريجيا كلما اتجه الى الوحشية حتى يصير اتساعه نحو ثمانية ملليمترات ثم يضيق حتى يصير اتساعه من ٣ الى ٤ ملليمتر . ويتركب البوق من ثلاثة أغشية ظاهري ومتوسط وباطني . فالظاهري مصلي يرتوني ينعطف داخل الصيوان الى أن يتصل بغشائه الخاطي . والمتوسط مركب من ألياف عضلية بعضها حافى والآخر مستطيل . والباطني مخاطي . مكون لتنيات مستطيلة ممتدة من الصيوان الى تجويف الرحم ومغطى بشرة أليافها اسطوانية موشحة باهداب اهتزازية

(في المبيض) - المبيض هو العضو الاصلى للجهاز التناسلي للمرأة لانه تتكون فيه حويصلات جراف حرف (ف) شكل (١٥) وهذه الحويصلات تتكون فيها البويضات وشكله لوزي ومصرطح من الامام والخلف . وطوله نحو ٤ سنتيمتر وعرضه نحو (٢) سنتي ويمكنه نصف سنتيمتر . ويوجد مبيضان أحدهما بين الرحم والآخر يساره كما في الشكل المذكور . وله وجهان وحافتان وطرفان . فالوجهان مقدم وخلق . فالمتقدم منجه قليلا الى أعلى ومجاور للأمعاء . والخلق منجه قليلا الى أسفل . والحافتان عليا ودغلي فالعليا محدبة قليلا والسفلى ملتصقة بورقني الرباط العريض ومستقيمة الاتجاه بقربيا وبها غمراة وعينة والاعصاب المبيضية . والطرفان انسي ووحشي فالانسي مستدير ومرتبط بالرباط المبيضي المشار له بحرف (ج) شكل (١٥) . والوحشي مرتبط بصيوان البوق بواسطة الجزء الخيطي لاحد شرايينه حرف (ح) من هذا الشكل . ثم ان وجهي المبيض يكونان أمليين قبل البلوغ ومن البلوغ فصاعدا الى سن اليأس يصير السطح المقدم العلوي خشنا غير منتظم بسبب أثر الالتحام التي تحصل عقب انفجار حويصلات جراف زمن كل حيض أما بعد سن اليأس فيصير المبيض ضامرا . ويوجد دائما في كل مبيض من البلوغ الى سن اليأس نحو (١٥) حويصلة جرافية ترى بالنظر المجرد وهي المشار لها بحرف (٥) في المبيض اليساري شكل (١٥) (تتميم للأعضاء التشريحية) في الثدي - الثدي عضو غددي معد لا فرارز لبن الرضاع ومشار له

بشكل



بشكل (١٦)  
وكائن في الجهة  
المقدمة الجانبية  
للصدر في مسافة  
ممتدة من الضلع  
الثالث الى السابع  
. ويختلف شكله

شكل ١٦

باختلاف سن المرأة

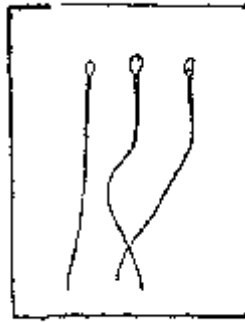
وعادة يكون شكله كمنصف كرة عند الشابة القوية البنية . وللثدي وجهان ودائرة فالوجهان ظاهري وباطني . فالظاهر محدب أملس يوجد وسطه جزء بارز يسمى بالحلمة مشار لها برقم (١) من هذا الشكل ويحيط بها جزء حلقي يختلف لونه من السمار الخفيف الى الغامق يسمى هالة الثدي ومشار لها برقم (٢) تحتوي على غدد دهنية وعرقية واخرى ثديية صغيرة قنواتها مشار لها برقم (٥) وتفتحها الطاهرة مشار لها برقم (٣) . وقد تكون تلك الغدد بارزة عن الثدي . وليس تحت جلد الهالة نسيج شمعي بل ألياف عضلية بانقباضها تتكون الثدييات الجلدية لها . وطول الحلمة من ١٠ الى ١٥ ملليمترًا وسماكها من ٨ الى ١٠ ملليمترات وشكلها اسطواني ولونها عادة وردي عند النساء البيض وسطحها موشع بحلمات واضحة تحت الجلد المغطى لها . ثم انها تشتمل على أطراف القنوات المخرجة للبن المشار لها برقم (٣) وتشتمل أيضا على أوعية وأعصاب . واما الوجه الباطن للثدي فهو مقعر ومغطى بصفاق من نسيج خلوي وموضوع على الوجه المقدم للعضلات الصدرية . وأما دائرة الثدي فهي مجاورة للانسجة المحيطة بها . (في تركيب الثدي) . يتركب الثدي من عضو أصلي وهو الغدة الثديية المتكونة من عناقيد شبيهة بعناقيد الكرم المشار لها برقم ٦ وكل عنقود له قناة عمومية مشار لها برقم (٣) من الشكل المذكور . وعدد العناقيد من (١٢) الى (٢٠) عنقودا في كل ثدي . وعند بعض النساء السمان يوجد جزء عظيم من النسيج الشمعي يحيط بغدة الثدي ومشار له برقم ٧ من الشكل المذكور

(في الوظائف الفسيولوجية لأعضاء التناسل الباطنية) - (الحيض) هو الدم الذي ينزل كل شهر من الرحم مدة ثلاثة أو أربعة أيام عادة وقد يمتد الى سبعة أو ثمانية أيام وابتدأه من سن البلوغ الى سن اليأس الذي هو في الغالب نحو خمس وخمسين سنة تقريبا . ويسبق نزول الدم سائل مخاطي وردي ثم يصير دما صافيا وبعد ذلك يهت شيئا فشيئا الى أن ينقطع . ويقف نزوله زمن الحمل وفي أكثر مدة الرضاعة . وكية الدم الخارج في كل حيض من ١٠٠ الى ٥٠٠ جرام فإذا تجاوز ذلك يكون عند المرأة نزيف رحمي وقد لا يحصل الحيض عند بعض النساء بل يعرض بنزيف أنثي أو شعبي أو معدى يخرج دمه بالقيء وقد يكون ذلك مع نزول الحيض . ثم ان دم الحيض يأتي من الاوعية الدموية السطحية للغشاء المخاطي الرحمي لانها تملئ فتترق في هذا الزمن ويتكرر ذلك في كل ثمانية وعشرين يوما من كل شهر قري في الغالب وقد يكون كل ثلاثين يوما أو (٣٢) أو أقل من ذلك الى نحو (٢٥) أو (٢٤) يوما . وقد يسبق نزول الحيض تطاير احتقانية عمومية أعراضها آلام قطنية وثقل في البطن وازدياد في حجم الثديين وتغير في تقاطيع الوجه وأحيانا طفح هرسي على الشفتين وتغير في الملق فتصير المرأة خزينة أو متهيجة . وتظهر الحيض أول مرة عند النساء يختلف باختلاف الأقاليم والبنية ففي البلاد المعتدلة يظهر في سن ١٤ الى ١٥ سنة وفي البلاد الحارة في سن ١٢ وفي البلاد الباردة في سن ١٦ أو ١٧ ونصف وقد يتقدم عن ذلك أو يتأخر لأسباب أخرى منها الوراثة عن الأقارب ومنها التغذية والتربية والاقامة في المدن الى غير ذلك . وكما أن ظهور العادة يختلف باختلاف الأقاليم كذلك يكون انقطاعها ففي فرنسا تنقطع في سن ٤٠ الى ٤٥ سنة وفي الهند تنقطع في ٣٠ سنة أو ٣٥ وفي البلاد الباردة تنقطع في سن ٥٠ الى ٥٥ ومع ذلك فقد تختلف أيضا في نفس الأقاليم تبعاً لبنية المرأة . وقد يتأخر الحيض بسبب تأثير مرض أو برد أو خوف كما قد يتأخر إذا كانت المرأة عقيمة مشبهة للولد . وحصول الحيض مرتبط بنمو حويصلات جراف وانفجارها وخروج البيضة حيث قد شوهد أن الصام حمديئة عند المرأة التي ماتت زمن ابتداء الحيض أو قبل حصوله بقليل وقد عده عند التي ماتت بعد انقطاعه عدة وهذه الاثر الانصامية

لا توجد

لا يوجد في جثة البنت التي ماتت قبل البلوغ ولا في التي ماتت بعد سن اليأس  
بزمن طويل وان الحيض ينقطع بعد استئصال المبيضين . وقد يحصل العلق  
بدون حيض كما يحصل الحيض بدون نمو في إحدى حويصلات جراف وبدون  
تكوّن البويضات وحينئذ فلا علاقة بين حصول الحيض ونمو حويصلات جراف  
وتكوّن البويضات كما أنه لا علاقة بين نمو حويصلات جراف وتكوّن البويضات  
بالحيض والقائلون بعدم العلاقة بين ما ذكر أسسوا رأيهم أولاً على أنه لم ير على  
الدوام آثار غرق الحويصلات عند النساء اللاتي قضين نحبهن في مدة الطمث أو  
عند انتهائه . ثانياً على الاحوال النادرة التي فيها يحصل الحمل مع ان المرأة لم  
تخص أصلاً . ثالثاً على بعض مشاهدات حصل فيها الحيض منتظماً عقب استئصال  
المبيضين . ولكن مع ما ذكر من هذه المشاهدات لم نزل نقول ان الحيض هو  
نتيجة نمو حويصلات جراف وانفجارها ونمو البويضة وانفصالها وانه لا يتأق حصول  
الحيض بدون ذلك

❖ في السائل المنوي ❖ - السائل المنوي مادة لزجة نخبية ذات لون أبيض معتم



رائحته كرائحة طلع النخل يحتوي على حيوانات شكل (١٧)  
كثيرة الحركة قد استكشفتها (لوزهام) سنة ١٦٧٧ م  
ويتركب كل حيوان من خلية مستطيلة خيطية ذات طرفين  
ينتهي أحدهما بانتفاخ بيضاوي الشكل هو الرأس وقطرها  
نحو ٥ ملليمترات والطرف الآخر دقيق مستطيل هو الذنب  
طوله نحو ٤٥ ملليمتر ويتخلل الطرفين جزء رفيع طوله  
٥ ملليمترات . ثم ان هذه الحيوانات توجد في السائل شكل (١٧)

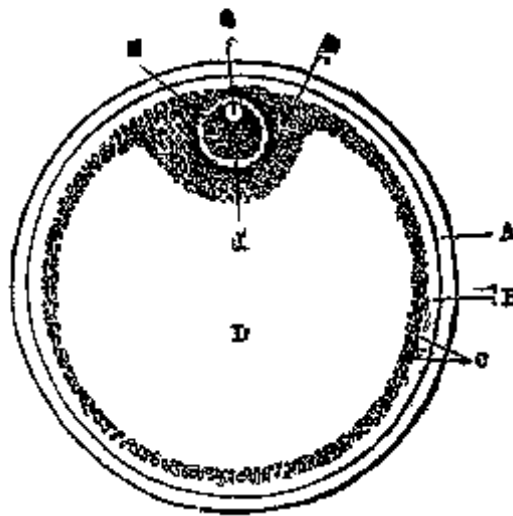
المنفرد من القنوات المنوية المكوّنة للخصية من سن البلوغ الى ٨٠ أو ٩٥  
سنة . وتحفظ حيويتها وحركتها وقوة خصيها في السوائل القلوية التي حرارتها  
تعادل حرارة الجسم أي ٣٧ درجة وذلك اذا لم يطرأ عليها ما يفقدتها أو  
يضعف قوتها كأن يضاف الى السائل المنوي ماء بسيط أو حضي . والسائل  
المنوي لا يشتمل على تلك الحيوانات اذا كان مفرزاً من خصيتين مريضتين

❖ في تلقيح البيضة ❖ - متى دخل السائل المنوي في المهبل زحفت حيواناته الى

شكل (١٧) هذا الشكل يشرح لحيوانات منوية

الرحم ومنه الى البوق ثم الى سطح المبيض ولقحت البيضة متى قابلتها ودخلت فيها ثم تقى فلان نمر البيضة في البوق بواسطة الحركة الاهتزازية الناشئة عن اتغلايا البشرية لغشاء قناته وبانقباض أليافه العضلية الى أن تصل الرحم ففيه تمكث وتكابد أطوارها المختلفة كما سيأتي . والمقابلة اما على نفس المبيض أو في الطرف الوحشي للبوق فلذا لم تحصل المقابلة في إحدى هاتين النقطتين لا يحصل التلقيح لان البيضة اذا تجاوزت الطرف الوحشي أحيطت بمادة زلالية تعوق بل تمنع دخول الحيوانات المنوية فيها وبناء على ذلك يكون العقم لدى الرجل غالباً ولذا يلزم بحث منيه بالميكروسكوب مهما كان عنده من جودة الصحة وقوة البنية حتى لو سبق أنه أعقب لا يستدل بذلك على وجود الحيوانات المنوية وقتئذ

وفي وظائف المبيض وبيضة المرأة - وتطيفة المبيض تكوين حويصلات جراف حرف (ف) من شكل ١٥ المتقدم وكل حويصلة جرافية تتركب كافي



شكل (١٨)

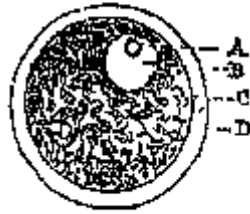
شكل (١٨) . من غلاف خاوي ظاهر حرف (أ) مبطن بطبقة بشرية حرف (ب) داخلها طبقة مكونة من خلايا منتظمة لبعضها ومكونة لغشاء محبب حرف (ث) يسمى الغشاء المحبب لبروز هذه الخلايا جهة الداخل أى الى باطن الحويصلة الذى هو تجويف متناهي بسائل يسمى سائل الحويصلة حرف (د) وفي جزء السطح الباطني من هذا

الغشاء المحبب جزء سميك يسمى قرص الغشاء المحبب حرف (ج) فيه جسم صغير قطره من (١) الى (٢) من مائة جزء من المليمتر هو البيضة حرف (د) فكل حويصلة جرافية تحتوى على بويضة وقد تحتوى على أكثر . وهى تمغق البيضة كما في شكل (١٩) . كانت مركبة من الغشاء الصفارى حرف (د) الذى يحتوى باطنه على مادة مائة انظر شكل ١٩ مع شرحه في صحيفة (٢٧)

شكل (١٨) هذا الشكل بشر لاجدى حويصلات جراف

لتجويفة

لتجويفه تسمى الملح أو الصفار وهي مادة (بروتوبلاسمية) حرف (ث) ويوجد في جزء من



هذه المادة خلية تسمى الحويصلة الجرثومية حرف (ب)

تحتل على نقطة لماعة تسمى البقعة الجرثومية حرف

(آ) . ثم ان الغلاف الظاهري للحويصلة كثير الاوعية

الدموية قليلها نحو المركز وفي كل حيض تنمو حويصلة

شياً فشيأ حتى يعظم حجمها فتبرز على سطح المبيض لزيادة

كمية السائل الموجودة في باطن الغلاف المحبب لها ثم تنتهي غلافات تلك الحويصلة

بالتمزق واذن يخرج السائل الى سطح المبيض مصطباً بالبيضة مع الجزء المتصلق

بها من الغشاء المحبب المكون للقرص قبلتقطها صيوان البوق . وهذه هي ظاهرة

البويض فاذا لم تلقح البيضة زالت بالذوبان والامتصاص أثناء مرورها من المبيض

الى الرحم أما اذا اقترنت فسكايد من ذلك الوقت استحداث عديدة

في استجابة البيضة الملقحة والتكوين الجنيني . دلت التجارب على أن

البيضة بعد تلقيحها في الصيوان تفقد حويصلتها وبغتها الجرثوميتين كما هو

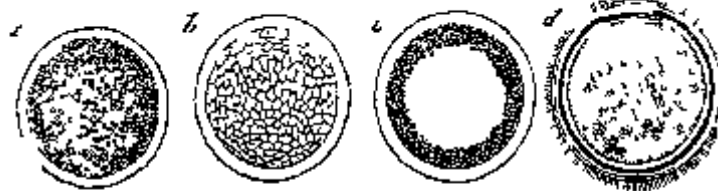
واضح في البيضة

المشار لها بحرف

(آ) من شكل

(٢٠) . ثم بعد

دخولها في قناة



شكل (٢٠)

البوق يتبدى تجرؤصها ( أي الصفار ) كما هو واضح في البيضة المشار لها بحرف

(ب) وعند وصولها الى الرحم يظهر في باطن غشاء الصفار غشاء آخر جديد يسمى

بالبلاستودرم ( أي الغشاء الجرثومي ) الذي نشأ من انضمام متحصل تجرئة الصفار

شكل (١٩) هذا الشكل يشير لبيضة امرأة نامة التوفير ملقحة

شكل (٢٠) يشير لاستجابة المرأة الملقحة من زمر دخولها صيوان البوق الى زمن تنبها

في الرحم فالبيضة المشار لها بحرف (آ) تشير للاستجابة الاولى ( أي زوال الحويصلة والبقعة )

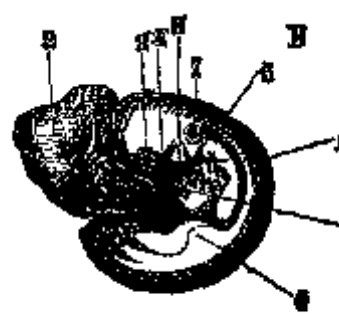
الجرثوميتين . والبيضة المشار لها بحرف (ب) تشير للاستجابة الثانية ( أي تجرئة الصفار ) . والبيضة

المشار لها بحرف (ث) تشير للاستجابة الثالثة ( أي تراكم متحصل تجرئة الصفار لتكوين

الغشاء البلاستودرمي ) . والبيضة المشار لها بحرف (د) تشير للاستجابة الرابعة ( أي ظهور

البقعة العلقية والورالسلاني ) أي الحمل السلاني

كما هو واضح في البيضة المشار لها بحرف (ن) وبعد ذلك بقليل أي بعد أن تثبت بورها السلائي في بطين ثنية من الغشاء المخاطي الرحمي المتضخم (الساقط) يظهر على جزء من غشائها البلاستودرعى بقعة تسمى البقعة المضغية أي بقعة الكائن الجديد أي العلقة كما هو مبين في البيضة المشار لها بحرف (د) من شكل (٢٠) المذكور . فالوصول الى الاستحالة الاخيرة يحتاج لزمن من ١٥ الى ٢٠ يوما وبعد ذلك يصير الكائن واضحا كما هو مبين في شكل (٢١)



( في أغشية متصل  
العلوق والمشيمة والرحم  
السري ) - متصل  
العلوق منفصل عن  
سطح تجويف الرحم  
مدة مكنه فيه بثلاثة  
أغشية وهي الغشاء

شكل (٢١)

الساقط والسلي والامينوسى . فالغشاء ان الاخيران يكوّنان كيسا مغلقا فيه السائل الامنيوسى السابح فيه متصل العلوق وهذا السائل معد لحفظه من الصدمات والارتجاجات والانقباضات الرحمية والبطنية مدة الحمل ويسهل انزلافه وقت الولادة بتنديته للغشاء التي يمر منها ويسهل أيضا مدد عنق الرحم . وأما الغشاء الساقط فليس غشاء جديد التكوين بل هو نفس الغشاء المخاطي الرحمي الذي صار ضمنا بفعل التلقح وفي إحدى ثنياته تثبت البيضة الملقحة بحملها السلائي في جزئه الموجود بين الغشاء السلائي وجزء الرحم فهذا الجزء يسمى بالغشاء الساقط ثم ان الغشاء المذكور يأخذ في الضمور من الشهر الرابع للحمل حتى تأتي الولادة فلا يكون

شكل (٢١) يشير لكائن داخل غلافه (نسيجه معلقه) عمره ثلاثة أسابيع . فرسم (٢) يشير لهذا الكائن في حجمه الطبيعي داخل كيبه ورسم (ب) يشير الى ما أنشأ اليه رسم (آ) معظم اللحم ورقم (١) يشير للغشاء الامنيوسى ورقم (٢) يشير للحوصلة السرية ورقم (٣) يشير لاول قوس بلعوى ورقم (٤) يشير لازرار الفم العلوى في هذا القوس ورقم (٥) يشير للقوس الثانى البلعوى ويشاهد خلفه قوسان صغيران ورقم (٦) يشير لابتداء الاطراف المقنمة ورقم (٧) يشير للحوصلة الحقيقية ورقم (٨) يشير لامين ورقم (٩) يشير لقلب . ولتلم التكوين الخلقى يلزم زمن من (٢٥٠) الى (٢٥٥) يوما



له أثر أو يكون عبارة عن نسيج رقيق ندى عيون رقيقة جدًا وكلما ضم الغشاء الساقط تكوّن على السطح الباطني للرحم غشاء مغاطي آخر . والغشاء المسمى بالسلي هو غشاء الصفار المبطن بالسطح الظاهر للوريقة الظاهرة من غشاء متصل العساقق المسمى بالبلاستودرم ويكون أملس في الابتداء ثم في الاسبوع الثالث من التلقيح يغطي من الظاهر بحمل أغلبه يضم مع الغشاء الساقط المنتهي والباقي منه ينمو نموًا عظيمًا فيكوّن المشيمة التي تكون واضحة في الاسبوع السادس . والغلاف الامنيوسي عبارة عن الطبقة الباطنة من الوريقة الظاهرة للغشاء

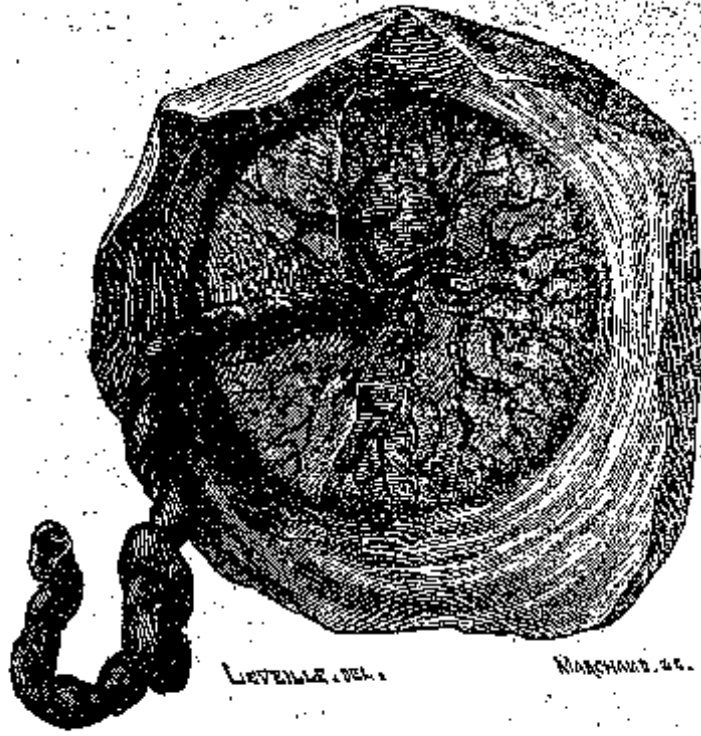
البلاستودرمي التي تكون منفصلة من السطح الباطن للسلي في الاسبوع الاول بكمية من سائل زلالى ثم بعد ذلك ينص ويهينئذ يلتصق بالسلي بواسطة نسيج خلوي رقيق جدًا كما هو واضح في شكل (٢٢) . فالمضغة لا تكون



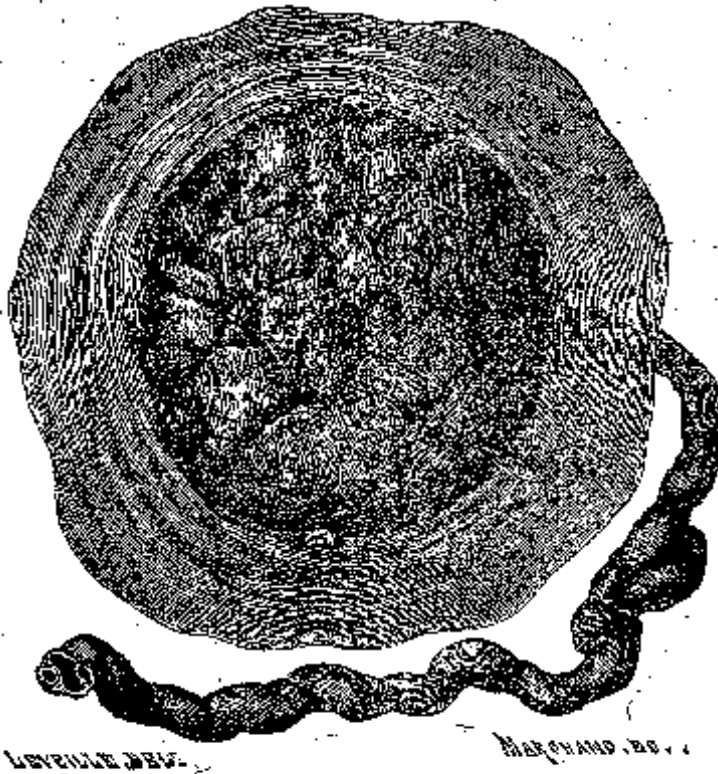
مثبتة في الرحم إلا بالحبل السرى والمشيمة المشار لهما بشكلى (٢٣) و (٢٤) . فالمشيمة عبارة عن فرص مستدير خلوي وعائى فيها يتصيون دم المضغة أى انها عضو تحيونها وتغذيها فانه لا يوجد فى النسيج الظلوى الموجود بين الرحم والمشيمة فتحات بها تنصل أوعية المضغة بأوعية الام لأن الشبكة الوعائية للمضغة ملتصقة

فقط بالشبكة الوعائية للام وبذلك لا يختلط دم الام بدم المضغة شكل ٢٢  
فدم المضغة يتصيون بواسطة اندسوزغازى . وتندغم المشيمة فى أكثر الاحوال فى قاع  
( انظر شكل ٢٣ و ٢٤ مع شرحهما فى صحيفة ٣٠ )

شكل (٢٢) يشير لمضغة نامة التكوّن فى الشهر الرابع فى ثلث حجمها الطبيعى وغلافاتها مفتوحة لرؤية أغشيتها الثلاثة وجوارياتها فرقم (١) يشير للغشاء الساقط الطبيعى ورقم (٢) يشير للغشاء الساقط المنعطف ورقم (٣) يشير للجويوف الرحمى ممثلًا بالسائل الزلالى الخيطى ورقم (٤) يشير للغشاء السلائى مجاورًا للغشاء الساقط المنعطف والنذى نمله ضمير ورقم (٥) يشير للسطح الباطن للغشاء السلائى أملس منفصلا عن الغشاء الامنيوسى بمسافة تمثلثة بسائل ورقم (٦) يشير لكيس الامنيوس محتويًا على الماء الحقيقى والمضغة ورقم (٧) يشير للمشيمة المضغية مكونة من نخل السلى السجقنى الضمغ



شکل (٢٣)



شکل (٢٤)

الزخم قريباً من قشرة  
البوق وقد تتدغم  
في الجزء السفلي منه  
كما في شكل (٢٥)  
وفي الجمل المتضاعف  
يوجد عادة أكياس  
ومشيمات بعدد المضغ  
الموجودة في جند  
حينئذ كان لهما  
مشيمان كما هو  
واضح في شكل (٢٦)  
وأحياناً تسد داخل

المشيمان في بعضهما  
في الجمل التوأمي  
بحيث يظهر انهما  
منضمتان انضماماً  
متيناً لكن دورة  
كل منهما قائمة  
بنفسها كما هو  
واضح في الشكل  
المذكور . ففي  
الجمل التوأمي  
لا يوجد الاغشاء  
(انظر شكل ٢٥  
مع شرحهما  
في صحيفة ٢١)

شکل (٢٣) يشير الى مشيمة منطوية من سطحها الباطن وحبلها السري معقود  
شکل (٢٤) يشير الى مشيمة منطوية من سطحها الظاهر وحبلها السري معقود أيضاً



شكل (٢٥)

ساقط حقيقي ويوجد  
غشاء سلاقي اذا كان  
التوأمان آتين من  
بيضة ذات خروميتين  
وغشا آن سلاسيان  
مميزان اذا أتى التوأمان  
من بيضتين مختلفتين  
وعلى كل حال يوجد  
غشا آن أمنيوسيان  
لان هذا الغشاء متولد  
من العلقبة نفسها  
لانه استطالة من جلد  
بطنها واما أنه يوجد  
علقتان فيكون لكل

واحدة

أمنيوس

ثم ان

المشيمة

تتولد

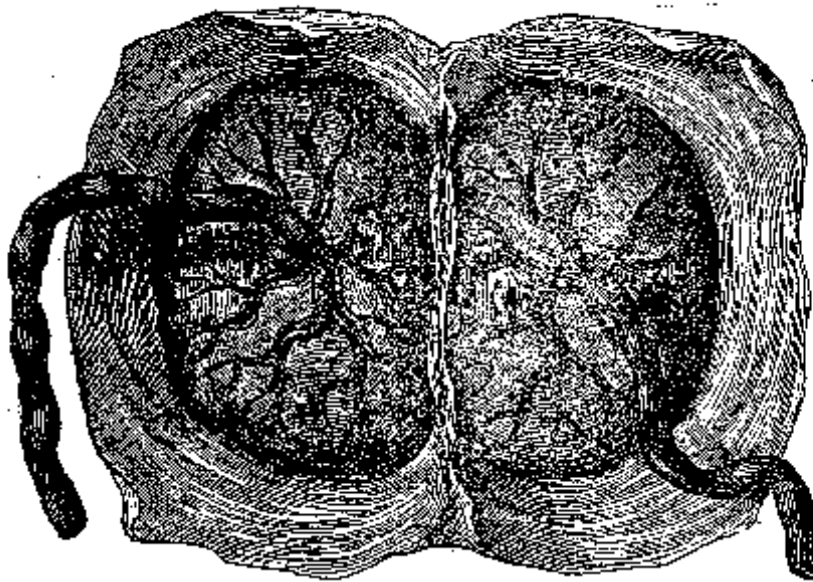
من

الحويصلة

الصبغية

وحيث

ان لكل



شكل (٢٦)

مضغة حويصلة

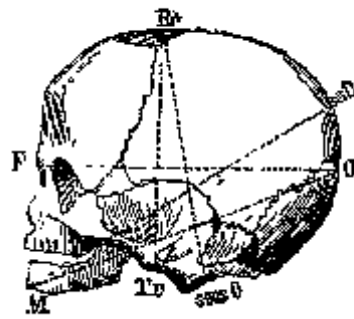
صغيرة خاصة بها فيكون لكل مضغة مشيمة أيضا فاذا وجدت مضغة ثالثة تكون

شكل (٢٥) يشير لمشيمة مندعة في الجزء العلوي من صق الرحم

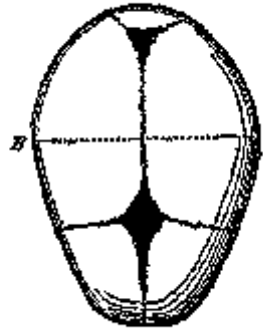
شكل (٢٦) هذا الشكل يشير لمشيمتين متجاورتين ومتعلقتهما

اثنان آتيتين من بيضة ذات جرثومتين واذن لا يكون لهما الاغشاء سلائي واحد لكن يوجد ثلاثة أمنيوسات وثلاث مشيمات ويندر اختلاط الاغشية السلائية والمشيمات في تضاعف المضع . والحبل السرى مكون من غمد ظاهري هو جزء من الغشاء الامنيوسى وثلاثة أوعية أحدهاوريد والاثنان شريانيان وتسمى جميعها بالأوعية السرية وكل منها محاط بمادة غروية هلامية تسمى هلام (ورت) والحبل السرى ملفوف على نفسه عادة من اليسار الى اليمين

( في أقطار وهيئة الجنين التام التكوين ) - اذا تم تكوين الجنين كان طوله تقريبا من العقب الى قمة الجمجمة ٥٢ سنتيمترا ورأسه يكون أعظم حجما لاطرفه المقعدى فإنه ينقص بالضغط عليه جملة سنتيمترات بخلاف الجمجمة فان غاية نقصها بالضغط سنتيمتر . وأقطار رأس الجنين التام هي كالشار لها في شكلى (٢٧) و (٢٨)



شكل (٢٨)



شكل (٢٧)

فشكل (٢٧) يشير الى رأس جنين متطورة بقمتها الرؤوية قطرها المستعرض المشار له بخط تمتد من حرف (ب) الى حرف (ب) وهو الجدارى الجدارى

وشكل (٢٨) يشير الى رأس جنين متطورة من جانبها الرؤوية الاقطار الاخرى . فالقطر فوق المؤخرى الذقنى الممتد من حرف (أوسو) الى حرف (م) طوله (١٣) سنتيمترا ونصف . وفي المؤخرى الجبهى الممتد من حرف (أو) الى حرف (ف) (١٢) سنتيمترا . وفي القطر تحت المؤخرى القبى الممتد من (إس أو) الى (ب) (٩) سنتيمتر ونصف . وفي القطر القصبى القبى الممتد من (ب) الى (ب) (٩) سنتيمترات . وفي القطر المستعرض أى الجدارى الجدارى الممتد من (ب) الى (ب) من شكل (٢٧) طوله (٩) سنتيمترات كذلك . وفي القطر الجبهى الذقنى الممتد من (م) الى (ف) (٨) سنتيمترات . وللمقابلة تلك الاقطار باقطار نقط المضيق العلوى لحوض المرأة يلزم معرفة اتجاه التدبير العظيم للجمجمة ووضع اليافوخ المقدم والخلقي

وانطلقى . فالسدر يز العظم بتغير شكله متى دخلت الرأس فى المضيق فعوضا من أن يبقى على هيئة شق غشائى يستجبل الى بروز عظمى لان حافة أحد العظمين الجداريين تملأ الاخرى بالضغط الواقع على الرأس من المضيق المذكور . وأما اليافوخ المقدم فلا يتغير شكله بهذا الضغط انما تنقص سعته قليلا بخلاف الخلقى المثلث الشكل فإنه ينمى بهذا الضغط ويؤل الى انبعاج عظمى لان الزاوية العليا للمؤخر تدخل تحت الزاوية الخلفية العليا للجدارين . ويعرف بوجود السدريزين المؤخرين الجداريين المتجهين الى الاسفل والوحشية وليسا متقاطعين بتدوير أخرى كما فى اليافوخ المقدم ولذا لا يلتبسان ببعضهما وأحيانا يجسد الاصبع مسافات لم تتعظم فتبقى غشائية لكن لا تلتبس باليوافخ لعدم وجود تدوير متصل بها وأحيانا تبقى جميع عظام الجمجمة بدون تعظم فيسمع بالضغط عليها بالاصبع فرقعة غشائية لا تلتبس بالفرقة التى تسمع تحت الاصبع من المشيمة المندمجة على عنق الرحم . ووجود اليوافخ والتدوير يسمع بتناقص حجم الجمجمة بالضغط عليها ولكن هذا التناقص لا يكون عظيما لان الاغشية التى بين العظام غير قابلة للتجدد فلا تسمح لتركب العظام على بعضها الا بقدر ثلاثة الى أربعة مليمترات فى جميع جهاتها . وأعظم صغر الجمجمة يحصل من اعتدال عظام قبتها فيصير على هيئة قع السكر وفى هذه الحالة ينقص القطر المقدم الخلقى أى المؤخر الجبهى نصف سنتيمتر والقطر المستعرض أى الجدارى الجدارى سنتيمترا بخلاف القطر المؤخر الذقنى فإنه ينقص من سنتيمتر ونصف الى ٢ سنتيمتر . ومن المحقق ان رأس الذكر أكبر حجما من رأس الانثى . ويلى الرأس فى عظم الججم الجزء العلوى للجذع وقطره المستعرض الممتد من النمو الاخرى الى الآخر يكون من ١١ الى ١٢ سنتيمترا وهذا القطر يتقص بالضغط الشديد الى ٩ سنتيمترات ونصف وحينئذ ينخفض الكتفان ويتجهان الى الامام أو الخلف . ثم يلى الجزء العلوى للجذع فى الغلط المقعدة فقطرها ١١ سنتيمترا ويصير بالضغط تسعة سنتيمترات

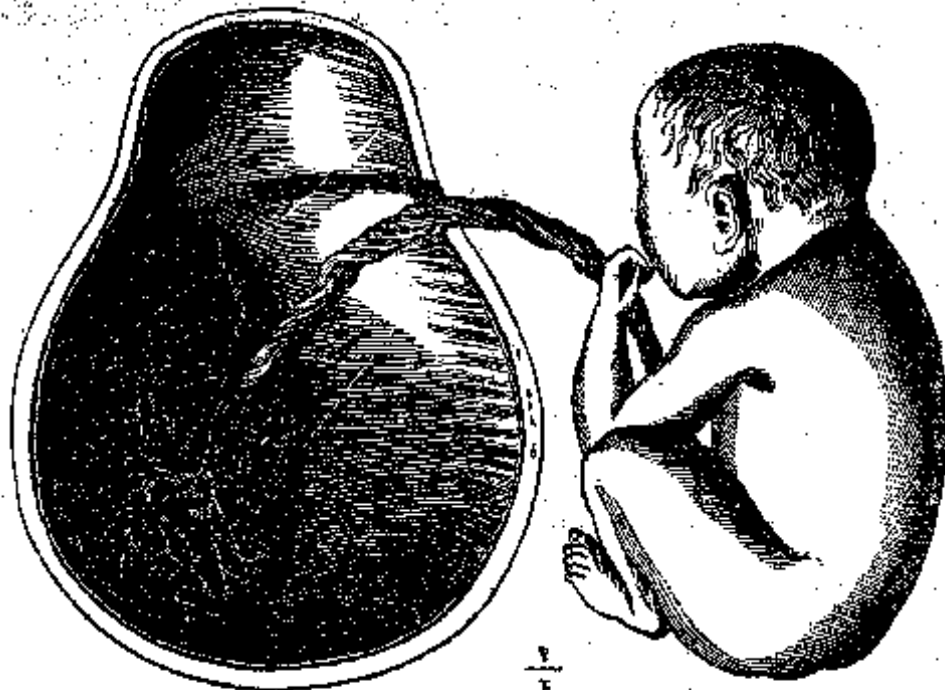
( كيفية وضع الجنين فى الرحم ) - جذع الجنين فى الرحم يكون منحنيا الى الامام ورأسه منقبة الى صدره وذراعاها موضوعين على جانبي صدره وساعداها

متئين ومتصليين أمام القوس ويأخذ موضوعتين على جانبي الذقن والفخذان  
متئين على البطن والساقان متئين على الفخذين والقدمان متئين على الجهة  
المقدمة للساقين والعقبان متصلين ومتقاربان من الأليتين كما في شكل (٢٩) و (٣٠)



شكل (٢٩)

وهي كأن الجنين متكورا به هذه الكيفية يكون  
شكله بيضاويا وقطره الاعظم من (٢٨) الى  
(٣٠) مستقيما وطرفه الغليظ هو الرأس وطرفه  
الصغير هو المقعدة . فالجنيء بالقمة هو الاكثر حصولا  
فانه يوجد في (٢١) مولودا واحد فقط آت  
بغير القمة . ولتناسب أقطار رأس الجنين مع  
أقطار المضيق العلوي والحوض والمضيق السفلي  
تتم الولادة الثانية . فالجنين التام التكوين  
لا يمكنه أن يمر من فتحة الحوض الا بميلته الى  
المضيق العلوي برأسه أو بمقعدته . وبما  
أن القطر المؤخرى الذقني غير مواز لأقطار



شكل (٣٠)

تجويف الحوض لاسيما المضيق السفلي

شكل (٢٩) يشير لوضع الجنين في الرحم

وشكل (٣٠) يشير لاندام المشيمة في الرحم واتصال الحبل السري بها وبالجنين

يلزم خروج المؤخرى دائما قبل الذقن والرأس منتبهاة انثناء تاما أو الذقن قبله  
والرأس منبسطة انبساطا كبيرا وبذلك يصير أصغر أقطار رأسه وهو تحت المؤخر  
القوى أو القصبى القمى موازيا لاقطار المضيق السفلى . والفصل المؤخرى الحاملى  
لا يسمح عند الشبان الا بحركات انثناء وانسباط محدودة جدا ويكون رخوا  
عند حداثى الولادة بحيث يسمح لهاتين الحركتين بالانحاض كاف حتى فى حالة  
الانثناء ينبعج القص من الذقن . وفى الانسباط يلامس القفا الظهر . وأما حركات  
الانحناء الجانبى للرأس فهى سهلة جدا وحركاتها الاستدارية عظيمة بحيث يمكن  
أن تكون نصف دائرة تقريبا بدون أن يحصل تمزق فى الأربطة المفصلية ولا  
انضغاط محسوس فى الشجاج

### ( المقالة الثانية فى الحمل )

الحمل هو حالة مخصوصة تنصف به المرأة من وقت العلق الى وقت خروج متحصله . وينقسم  
الى حمل طبيعى ( أى داخل الرحم ) وغير طبيعى ( أى خارج الرحم ) وهذا الأخير  
يسمى باسم المكان الذى أخذت فيه البيضة مسكنا فيقال حمل بطنى اذا كان  
فى البطن أو مبيضى اذا كان على المبيض أو بوقى اذا كان فى البوق أو خللى اذا  
كان فى جزء البوق الداخلى فى الرحم . ومع ذلك فالحمل سواء كان داخل الرحم أو  
خارجه يكون بسيطا أو مركبا أو مضاعفا . فيكون بسيطا اذا لم يوجد إلا جنين  
واحد . ومركبا اذا وجد أكثر من واحد . ومضاعفا اذا وجد مع الجنين أو الاجنة  
شئ آخر متكون تكونا عارضيا كتكوين كيس مائى أو ديدانى أو ورم أو وجود  
حالة مرضية أخرى موضعية كانت أو عمومية . ويقال حمل كاذب اذا وجد شئ  
فى الرحم أو البطن ليس بجنين مثل تكون شخصى أولجى أو ليفى أو غازى أو  
اضطراب عصبى فتتوهم المرأة أنها حامل وليس كذلك

وفى علامات الحمل الطبيعى البسيط يعرف الحمل الطبيعى البسيط بعلامات  
عديدة تخمينية وحقيقية . فمن الأولى الظواهر التى تشاهد فى الشهر الأول وهى  
انتفاخ الثديين مع نخس مؤلم فىهما وألم فى الأسنان بدون تورس واضمحلال  
الوجه وتلون به بلون مخضر واحاطة الأعين بلون غامق والغثيان والتعب والبصاق  
وميل غير طبيعى للنوم والمأ كولات . وفى الشهر الثانى تنقطع العادة ويحصل فيه

مائي أو مخاطي أو صفراوي في الصباح وقت القيام من النوم ويتفرطح القسم  
الغلي وتبجع السرة بسبب انخفاض الرحم وعظم جسمه وأيضاً بعندل عنق



الرحم فيسهل الوصول اليه  
بالاصبع وتلين الطبقة الظاهرة  
لبوز القنومة كما في شكل (٣١)

شكل (٣١)

. ويحصل في الشهر الثاني أيضاً

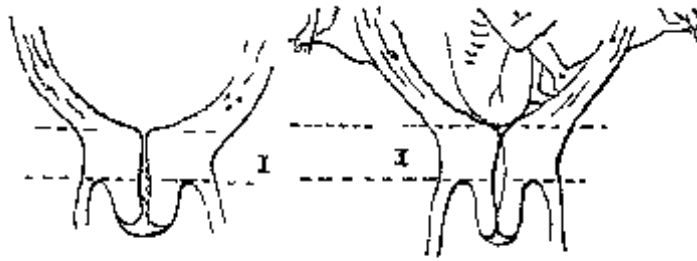
كراهة للاغذية التي كانت مألوفاً قبل ذلك وفقد في الشهية وتغير في الاخلاق  
وأحياناً اضطراب في الوظائف العقلية . وفي الشهر الثالث تدوم العلامات السابقة  
ويصير الرحم غير متحرك مائلًا للعرض . ويزداد سمك عنق الرحم الذي يكون  
مخروطياً عند من لم تلد فيصير اسطوانياً تقريباً ويتسع عند الماتى ولدن مرارا  
مع بقائه اسطوانياً . ويحصل لين واضح في بوز القنومة عند بكرات الولادة كاللاتى  
ولدن كثيراً بحيث يعطى للاصبع احساساً كالاحساس الناتئ عن ملامسة جسم  
صلب أملس مغطى بجوخ سميك . وأخيراً يحصل اتساع قليل في الفوهة الظاهرة  
وتأخذ شكلاً بيضاوياً بعد أن كانت ذات شكل مستعرض خطى عند بكرات  
الولادة مع بقائها مغلقة وهذه الفوهة التي تكون مستديرة عند من تكررت  
ولادتها تنفتح الى أن تصل الى درجة بها تقبل دخول لب الاصبع . وفي آخر هذا  
الشهر اذا كانت جدر بطن المرأة نحيفة أو كثيرة المرونة يمكن أن يحس بقاع الرحم  
فوق العانة بواسطة الجلس البطني مع بقاء العنق الى أسفل . وفي الشهر الرابع  
يزداد حجم الحلمات وتنفتح الهالتان الثدييتان وتتلون الحلمات والهالتان باللون  
الاسمر المسمى بالكاف ثم يظهر على هالة الثدي اثنتا عشرة أو عشرون دقنة بارزة  
يخرج منها بالضغط عابها سائل مصلي لبني وهذه البروزات تسمى بالدقنات الحلبية  
للطبيب (متجوهرى) وفي هذا الشهر يرتفع الرحم أعلى المضيق العلوى ليسكن في البطن  
الى زمن الولادة وفي هذا الزمن يتعسر الوصول الى العنق الذى كان في الشهر

شكل (٣١) يشير لرؤية أحوال عنق الرحم وقمته الظاهرة بالنسبة لمولات ومن لم تلد في  
الشهر الثاني والثالث حرف (أ) يشير لعنق رحم من لم تلد و (ب) يشير لعنق رحم  
من ولدت و (أ) يشير للفتحة الظاهرة لعنق رحم من لم تلد و (أ) يشير للفتحة الظاهرة لعنق  
رحم من ولدت

الثالث



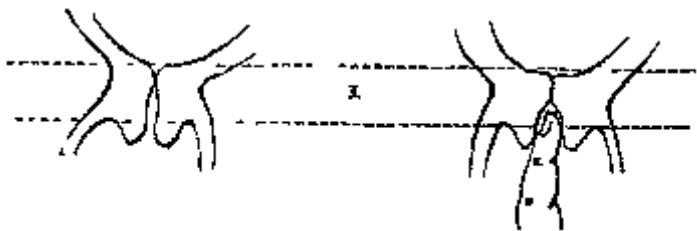
الثالث أسفل العانة لانه في الشهر الرابع يصبر الى أعلى والخلف واليسار . وفي آن واحد يلين بوز القنومة بحيث يعطى احساسا بالمر كاحساس بغشاء مخاطي أوز سماوي وتحصل استدارة تامة في الفصّة الظاهرة لعنق رحم من لم تلد التي لم تزل



شكل (٣٢)

مغلفة الى الآن . وأما عند من تكررت ولادتها فتتسع هذه الفصّة بحيث تسمح بدخول أمثلة الاصبع بسهولة كما في شكل (٣٢) . وفي آخر

الشهر الرابع يصير قاع الرحم أعلى العانة بعرض أربعة أصابع . وفي النصف الاول من الشهر الخامس تشاهد نفس العلامات السابقة لكنها تكون أكثر وضوحا . وفي النصف الاخير منه تظهر العلامات الحقيقية وهي أولا ظهور الحركة القسرية للجنين . ثانيا الحركات الذاتية له . ثالثا لغط أو ضربات قلبه . ومتى اتضحت هذه العلامات الاخيرة فلا يشك في وجود الحمل الحقيقي . وفي آخر هذا الشهر يكون قاع الرحم تحت السرة بعرض أصبع . والثالث السفلي للعنق يلين عند بكرات الولادة الا أنه يكون مسدودا وعند من سبقت ولادتها يكون



شكل (٣٣)

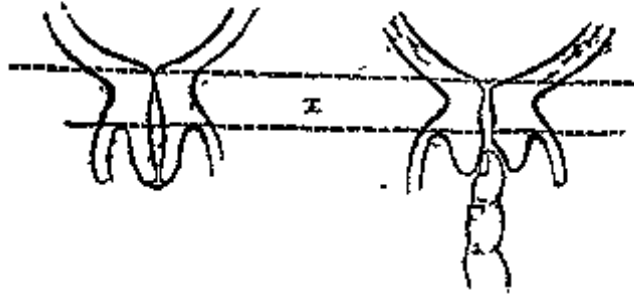
مفتوحا بحيث يمكن ادخال بعض أمثلة السبابه فيه كما في شكل (٣٣) وفي الشهر السادس توجد نفس هذه العلامات

ويراد عليها ظهور نقط سوداء في الهالة الثديية والخط الابيض البطنى وظهور الكاف في الوجه وتحسين تقاطيعه وتحسين الوظائف الهضمية وازدياد الشهية والسمن وجودة صحة الحامل . وفي آخر هذا الشهر يرتفع قاع الرحم أعلى السرة بمقدار (١) سنتيمتر . ويكون العنق رخوا لبنا في جميع نصفه السفلي مفتوحا عند من سبقت

شكل (٣٢) يشير لعنق رحم من لم تلد ولعنق رحم من تكررت ولادتها في الشهر الرابع

شكل (٣٣) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر الخامس

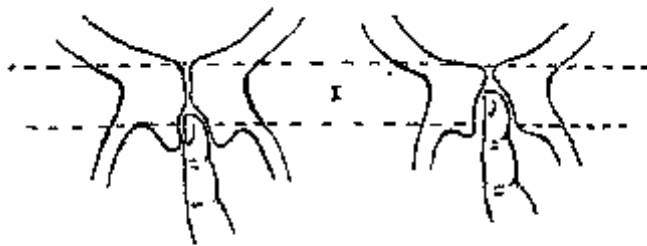
ولادتها بحيث يقبل سلاحي السبابة ومغلقة دائماً عند من لم تلد لكن قد يقبل  
بعض أكلة الإصبع كما في شكل (٣٤)



شكل (٣٤)

• وفي الشهر السابع  
تشاهد العلامات التي  
ذكرت في السادس ويزيد  
عليها ظهور خطوط  
عديدة على جلد البطن  
أعلى الأوربيتين ناجمة عن

تشقق في البشرة . ويكون اللون الاسمر أكثر وضوحاً على الخط المتوسط البطني  
وتسع الهالة الثديية . وقد تشاهد خطوط كالسابقة على الثديين إذا كانا عظمي الحجم  
• وفي آخر هذا الشهر يتجاوز قاع الرحم أعلى السرة بعرض أربعة أصابع ويبيل  
إلى اليمين والامام عكس اتجاه العنق الذي إذا أمكن الوصول إلى جسده يشاهد  
أنه رخو في ثلثيه السفليين . وعند من تكررت ولادتها يكون مفتوحاً بحيث يقبل  
السلاحي الأخيرة للسبابة . وأما عند من لم تلد فيعسر دخول أكلة الإصبع فيه كما هو



شكل (٣٥)

واضح في شكل (٣٥)  
• وفي الشهر الثامن  
من الحمل تشاهد  
علامات الشهر السابع  
وتزول هزة الجنين ويقل

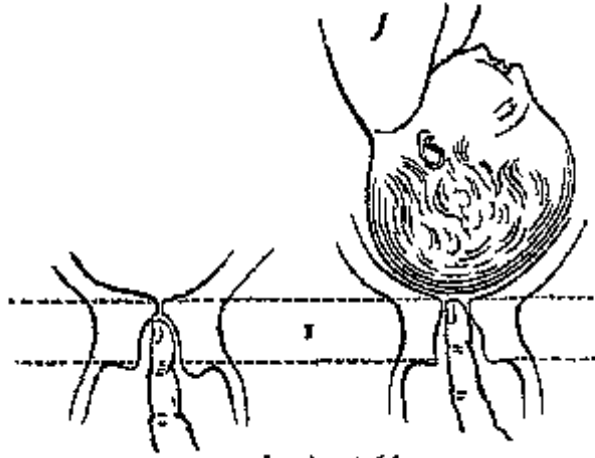
ماء الامنيوس بالنسبة لبحم الجنين بحيث يعسر تحركه فيه . وفي آخر هذا الشهر  
يكون قاع الرحم أعلى السرة بعرض خمسة أصابع ويكون العنق رخواً في ثلاثة  
أرباعه وقضته الظاهرة عند من تكررت ولادتها تسمح بدخول الإصبع حتى يصل  
إلى قمتها الباطنة التي تكون قد انقضت من نفسها قليلاً كما هو مشاهد بحرف  
(١) من شكل (٣٦) وأما عند من لم تلد فتكون قضته الظاهرة مفتوحة أيضاً  
(انظر شكل (٣٦) مع شرحه في صحيفة (٣٩)

شكل (٣٤) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر السادس

شكل (٣٥) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن سبقت ولادتها في آخر الشهر السابع

وتسمح

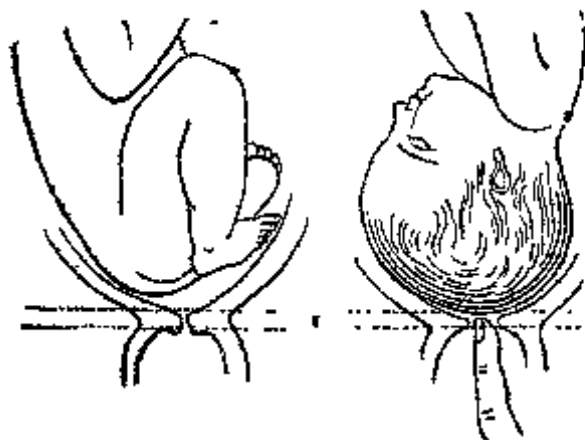
وتسبح بدخول الاصبع ووصوله الى الفتحة الباطنة التي تكون مغلقة كما هو  
مشاره بحرف (ب) من شكل (٣٦) المذكور . وفي ثلثي الشهر التاسع تكون



شكل (٣٦)

الحالة كما في الشهر الثامن  
الا ان قاع الرحم يصل  
الى ان يشغل جميع القسم  
الشراسيفي ويكون العنق  
رخوا حافظا طوله ومفتوحا  
عند من ولدت كمن لم تلد  
فاذا جس من الطامسر  
لايجس برخاوة التي بها يشدبه

يجدار المهبل ولكن اذا أمكن ادخال طرف الاصبع داخل العنق ( وان كان  
ذلك معبا بسبب انقلاب الجزء السفلي من الرحم الى الخلف والاعلى) يجس جيدا  
بانه لم يزل حافظا لطوله . وفي الثلث الاخير لهذا الشهر تستقط البطن وحينئذ يتسنى  
انحاء العنق من أسفل الى أعلى لامن أعلى الى أسفل وتكون قاعدة عنق الرحم  
متبسة عند من لم تلد وتحفظ هذا التيبس الى آلام الولادة بخلاف من تكررت  
ولادتها فتكون قاعدة العنق رخوة بالكيفية . وبالجس بالاصبع توجد الفتحة  
الباطنة رقيقة جدا ممتدة قليلا عند من لم تلد كما هو مشاره بحرف (ا) من

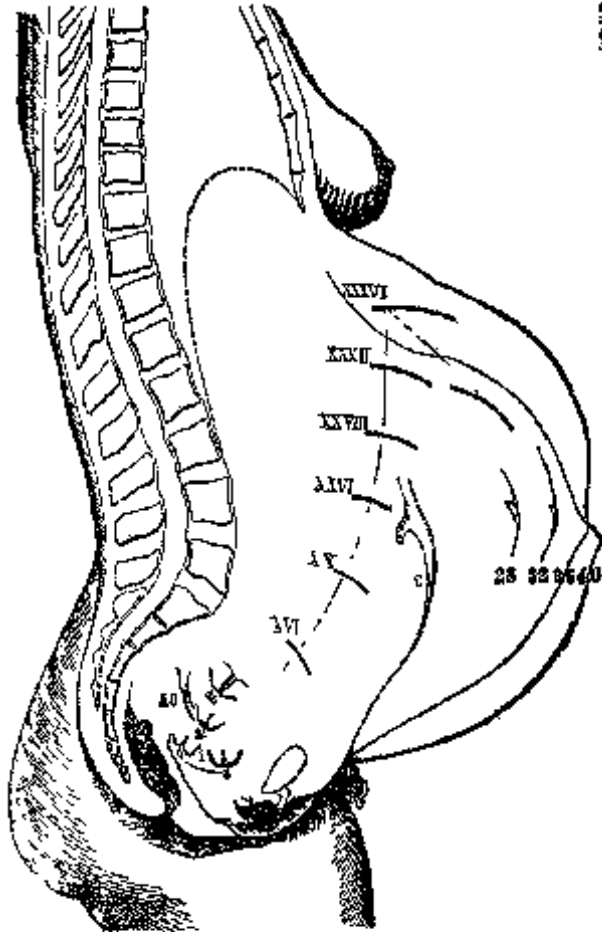


شكل (٣٧)

شكل (٣٧) وتكون ممتدة  
كثيرا عند من تكررت  
ولادتها كما هو مشاره بحرف  
(ب) من هذا الشكل .  
ومتى سقطت البطن بسبب  
دخول رأس الجنين في  
المضيق العساوي موشحة  
بالجزء السفلي من الرحم

شكل (٣٦) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر الثامن  
شكل (٣٧) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر التاسع

أحست المرأة برابعة في التنفس وشكرت لديها طلب التبول معصوباً بالآلام في البطن وتعب في المشي . فأنضام هذه الاعراض ونزول المادة المزجة من أعضاء التناسل يدل عادة على قرب الولادة . وبالجملية يتبدى تغير شكل البطن من الشهر الرابع



شكل (٣٨)

ويستمر الى التاسع  
كما يستفاد من شكل  
(٣٨) . وجميع  
مآذ كرهه - علامات  
الحمل على حسب  
التعاقب المعتاد .  
والآن نتكلم على  
كل واحدة بانفرادها  
لمعرفة أهميتها . أما  
انتفاخ الثديين وألمهما  
وآلم الأسنان بدون  
تسوس وذبول الوجه  
واحاطة العينين بهالة  
غامقة وحصول  
التهيوع والبصاق  
المتعب والميل غير  
المعتاد للتوم والفتور

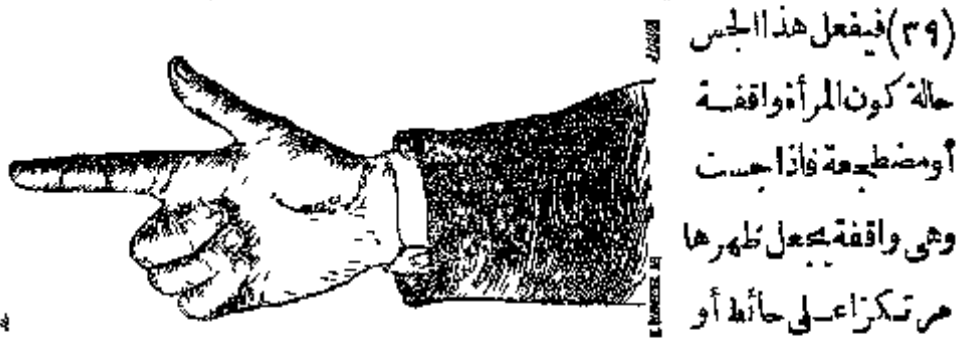
شكل (٣٨) يشير الى ارتفاع عنق الرحم وقاعه وشكل الجذرا المقدمه البطن في الازمنة المختلفة من الحمل فرقم (٨) يشير لمجلس عنق الرحم الفارغ (أى قبل الحمل) ورقم (٣٤) و (٤٠) يشير لمجلس عنق الرحم عقب العلق من ابتداء ٣٠ جمعة الى ٣٠ جمعة و (١٦) و (٣٠) و (٣٦) و (٢٨) و (٣٤) و (٣٦) تشير لفراع الرحم من ابتداء (١٦) الى (٣٣) جمعة وانخط غير المتكرر الموجود في محاذاة وأمام خط (٣٣) يشير الى الحمل الذي وصل اليه قاع الرحم ساعة الولادة ورقم (٥) يشير للجذر المقدمه للبطن حالة الفراغ ورقم (٢٨) و (٣٣) و (٣٦) و (٤٠) يشير للجذر المقدمه البطن في زمن الجمع الموافقة لهذه الاعطاد من الحمل

فان

فان لها نوع أهمية فتي وحدثت كانت علامات تخمينية على وجود الحمل غالباً خصوصاً اذا انقطع الحيض وتكرر التي ميومياً بدون مرض بوجهه ووجدت شهية غير عادية لا كل الاشياء غير المألوفة ووجدت تغير في الاخلاق وفي قوة الفهم وتغيرهاالة وحادثة الندي مع ازدياد في حجم الرحم وحصول لين خفيف في سطح بوز القنومة وتغير في شكلها واتساع في فوهتها (وقد قال منجبومري) ان تغيرات الندي علامة أكيدة عند بكرة الولادة فقط لامن سبقت ولادتها لأن هذه التغيرات متى ظهرت في الحمل الاول لا تزول بعده . وأما الصدمة الجنينية فيستدل بها ظناً على وجود الحمل اذا وجدت مع تلك العلامات السابقة . أما الأدلة المؤكدة لوجوده فهي الحركات الذاتية للجنين ولغبط قلبه وهاتان العلامتان لا توجدان الا في انتهاء الشهر الخامس من وقت العلق وفي هذا الزمن توجد غالباً الهزة الجنين لكنها ليست دائماً سهلة الادراك في الجزء السفلي للرحم لانه يمسر في هذا الزمن وحصول الاصبع الى الجزء السفلي المذكور من المهبل أولاً لأن صدمة الرجوع تكون خفيفة أو معدومة اذا كان محمي الجنين بالمقعدة أو بالجنجوع وهذه الهزة تنشأ عن دفع المولد جزء الجنين دفعة فجائية بيده مع بقاء اليد في موضعه بارهة من الزمن فيعود الجنين ثانياً فيصدم اليد وقد يعكس ادراك هزة الجنين من الظاهر ولاجل ذلك توضع المرأة على جنبها ثم توضع إحدى اليدين فوق بطنها والاخرى أسفلها ثم يفعل المولد بيده السفلى صدمة يقصد بها ارتفاع البطن فاذا كان الجنين سابحاً في صكثير من الماء زاع ثم عاد فحس اليد حينئذ بصدمة الرجوع وهذا شبيه باناء فيه ماء موضوع فيه قطعة من الثلج فانها تكون سابحة فيه فلو دفعت بالاصبع غاصت الى قاعه ثم تعود فلو بقي الاصبع على ما كان عليه بعد دفعه اياها صعدت من القاع فتصدمه فذلك الذي ذكرناه هو المعروف بالهزة وسبب عدم ادراك الهزة قبل تمام ذلك الزمن كون الجنين صغيراً جداً قليل الثقل فلا يحس الاصبع بسقوطه وقد لا تدرك أيضاً بعد مضي الشهر السابع وذلك لكون الجنين صار غير متحرك تقريباً . أما الحركات الذاتية للجنين فهي أكثر أهمية من الهزة وعند ادراك المرأة هذه الحركات لا نشك في وجود الحمل لكن يحتمل أنها قد تغش فعلى الطبيب حينئذ ان يدرك بنفسه هذه الحركات ولأجل ذلك يكفي وضع يديه على بطن المرأة برهة من الزمن ويحترض عضو الولادة باحدى أصابعه واذا لم يكف ذلك تنام المرأة على جنبها ثم يضع إحدى يديه على الجهة السفلى للبطن ويصدم النقطة المقابلة من البطن صدمة قوية باليد الاخرى فيتحرك الجنين فيدرك حركته فيبتأ كد

من وجود الحمل وإذا لم تذرك حركته بهذا العمل فقد يكون ميتاً أو مدهوشاً فيعرف وجوده بلغظ قلبه الذي يصل في الدقيقة من (١٣٠) الى (١٦٠) بل الى (١٧٠) نبضة وهذا الغط شبهه بلغظ الساعة المنتفة عند ميل جيلة طبقات . ولكون الجنين لا يأخذ في الرحم وضعا ثابتا الى انتهاء الشهر السابع تنقل ضربات قلبه من محل الى آخر فتسمع نارة في نقطة وتارة في أخرى ولا يأخذ وضعا ثابتا الا في الشهر الثامن فتصير ضرباته ثابتة في نقطة واحدة ومن هذه النقطة تأخذ قوة الضربات في التناقص شيئا فشيئا حتى تزول بعد بطوله من (٧) الى (٨) سنتيمتر . وقد يوجد بعض حالات يمتد ذلك الضربات في نصف البطن بتسامه كما انهم اقرت وجود في الجهة المتعابلة وان لم يكن في الحقيقة الاجنين واحدا لكن هذا نادر . وشدة هذه الضربات تختلف باختلاف سن الجنين أما عددها فلا يختلف باختلاف سنه بل يكون واحدا في الدقيقة من انتهاء الشهر الخامس الى الشهر التاسع ونبض الجنين لا يتأثر بتأثر نبض الام بحيث اذا طسرا أي سبب وأبطأ وأسرع نبض الام فنبض الجنين يكون على حالته . وأما اذا أبطأ نبضه أو أسرع وكان غير منتظما أو متقطعا فيعلم أن الجنين ليس على حالته الطبيعية بل اما مرضي أو متهمج

(طريقة استعمال الجس المهبلية واحداث الهزة) - يستعمل الجس المهبلية عادة بالسبابة وحدها حالة كون الاصابع الثلاثة منسوبة في راحة اليد والابهام كثيرا لانفراج كفي شكل



(٣٩) فيفعل هذا الجس حالة كون المرأة واقفة أو مضطجعة فاذا اجست وهي واقفة يجعل ظهرها مرتكزا على حائط أو

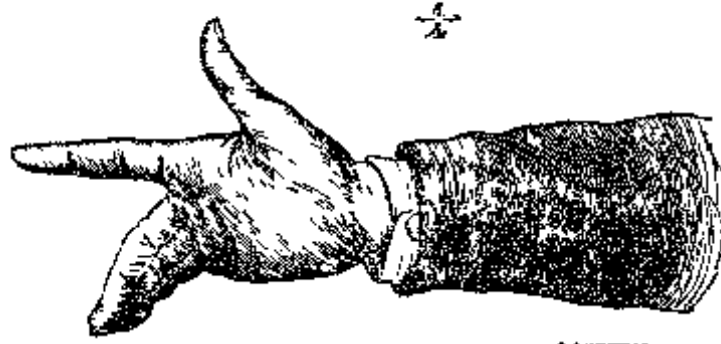
دولاب، ثلاثا والساقان متباعدين منسبيين قليلا فيعد (شكل ٣٩)

غسل اليد وتعقيمها وغسل أعضاء التماسل النظاهرة وتعقيمها أيضا ودهن السبابة بالفازلين المحتوي على السليمانى (١ في ١٠٠٠) أو المحتوي على جض البوريك (٣ في ١٠٠) أو زيت الزيتون المحتوي على (٥ في ١٠٠) من جض الفيديك يقف الطبيب أمامها أو يجانبا فيدخل يده تحت الملابس بين فخذي المرأة وتكون السبابة ممتدة مدافقيا وأغلتها

شكل (٣٩) يشرح كيفية وضع الاصابع في الجس المهبلية حالة البحث عن الجهة المقدمة للمعرض

مقعدة

متجهة الى أعلى ويدفعها الى الخلف الذي بين الايتين ففي ارتكزت على هذا الخط يوجهها من الخلف الى الامام مع الانكسار قليلا الى أن يصل طرفها الى المجمع الخلفي للفرج فيدخل الاصبع فيه ومتى دخل يرفعه بلطف لاجل دخوله في المهبل تاثيرا المنحناه هذه القنائة وقيل الوصول الى عنق الرحم توضع اليد الاخرى مسطحة على قاع الرحم لاجل ضبطه جيدا ومنعه من الارتفاع وحيد يمكن تعديله اذا كان كثيرا الانحناء بل ويحفظ في هذا الموضع قليلا ان أمكن ومتى دخلت كل السبابية في المهبل يلزم أن يكون الايهام متداعيا على جبل الزهرة والساعدي وديا تقريبا . واذا جئت المرأة وهي مضطجعة توضع على حافة سريرها مرتفعة المقعدة قليلا والخذان يكونان منثنين متباعدين ثم توجه يده بين فخذيها مع كون السبابية في الوضع العمودي والثلاث اصابع منحنية فقط والايهام متباعدا حتى وصلت للجان مرتبها من أسفل الى أعلى مع الانكسار قليلا أيضا الى ان تصل أعظم المجمع الخلفي للفرج فيدخل الاصبع فيه ثم يتبع المنحناء المهبل بلطف و لاجل سهولة الادخال بخفض المرفق الى



أن يلامس فراشها والايهام ملامسا لجبل الزهرة وتصير السبابية أفقية كما هو واضح في شكل (٤٠) ومتى قرب

طرف الاصبع من العنق يضع اليد الاخرى على قاع الرحم لاجل ضبطه وتعديله بل وخفضه قليلا اذا أمكن . وقد يفعل الجنس المذكور من المستقيم عند وجود عائق يمنع دخول الاصبع في المهبل كوجود غشاء البكارة أو ما أشبهه ويستعمل هذا الجنس بامر يكمن من قناة مجرى البول بعد تددها اذا انقلب الرحم الى الامام وقد يفعل مع كون المرأة متكئة على ركبتيها وذراعيها أو مضطجعة على أحد جانبيها مع امتداد الخذرساق الجانب المضطجعة هي عليه وانما مساق ونفذ الجهة الأخرى ثم ان جنس المرأة وهي واقفة مفضل متى كان الرحم قليل اللحم خصوصا اذا كان فارغا ومتى عظم حجمه وأخذ في الانحناء الى الامام بسبب غموت متصل العلوق فالأفضل جسمها وهي مضطجعة على ظهرها والمقعدة مرتفعة قليلا انهم هذا الوضع يتمكن الطبيب من توجيه عنق الرحم الى الأسفل والامام

شكل (٤٠) يشير الى هيئة وضع الاصابع في الجنس المهبل للبحث من الجهة الخلفية للموضع

بختلاف ما إذا كانت واقفة فإن العنق يكون متجهاً إلى الخلف والأعلى نحو الحديدة العجزية . والاحسن تمرير اليدين على فعل الجلس المهبطي اذ يتفق ان توجد المرأة في حالة لا يمكن معها الاقتصار على الجلس بيد واحدة متمرنة . وإذا كان الجلس بقصد التفتيش عن الحركات القسرية للجنين (أى الهرة) يلزم وضع السبابة على النقطة الأكثر انخفاضاً من الرحم أى أمام قاعدة عنقه . ويندفع الرحم باليد الأخرى وحينئذ يصدم بالسبابة الجزء الملامس إياه من الرحم مع حفظ ملامسة أعلاه الاصبع للنقطة المصدومة . يدرك رجوع الجسم المنتقل بالصدمة (فى الجلس البطنى وفوائده) - فوائده هى معرفة الطيب أو لا وجود ورم داخل البطن . تانياً ان الموجود جسم صلب هو الجنين . ثالثاً معرفة حالة وضع الجنين . وكيفية الجلس أن تكون المرأة مستقيمة على ظهرها ورأسها منخفضة بدون وسادة وساقها فى نصف انثناء متباعدين قليلاً وأن لا يوجد شئ على البطن ولا على الصدر غير ثوب والاحسن أن تكون مجردة عن الثياب وأن تنفس راحة مفتوحة القم وحينئذ يغمس الطيب يديه فى ماء



ساخن قبل الجلس فى فصل الشتاء لئلا تحصل انقباضات بطنية للمرأة من برودة اليدين ويكون الطيب واقفاً جهة رأس المرأة ووجهه نحو أطرافها السفلى وفى محاذاة خاصرتها فى يندى بحس سطحى خفيف ثم يمسد الرحم باليدين كما هو واضح فى شكل (٤١) ثم يصر الضغط

باليدين غاراً شيئاً فشيئاً وقد يقف الطيب فى الجهة اليمنى أو اليسرى (شكل ٤١) للمرأة حسب راحته . لمعرفة النقطة التى وصل إليها قاع الرحم يضغط الطيب ضغطاً خفيفاً بالحافة الزندية ليداه اليسرى إذا كان واقفاً عن يمينها وبالحافة الزندية ليداه اليمنى إذا كان واقفاً على يسارها فيدرك الطيب أو لا بعض مقاومة ناجمة عن الورم الرخوى ويضغطه بالحافة الزندية ليداه يحد ارتفاع هذا الورم من الأعلى كما هو مشار له فى شكل (٤٢) وبذلك يمكنه أن يعرف عمر الجنين . وإذا وضع المولى يده مسطحة برهة على البطن شعر بصدمات ناشئة عن دفع الجدر الرجبية بأقدام الجنين . وفى بعض الأحيان تكون حركة الجنين (انظر شكل ٤٢) مع شرحه فى صحيفة (٤٥)

شكل (٤١) يشترط به الرحم بالجلس باليدين



ممتدة فتكون ناشئة عن تحريك جميع جسمه فهذه الصدمات والحركات تدل على حياة الجنين ولذا تعد من العلامات المؤكدة للعمل



وتسمى الحركة الذاتية للجنين وقد تدرك هذه الحركة بالعين وتشعر بها المرأة أيضا . ولعرفة الوضع العمومي للجنين يستعمل الطبيب يديه في لمس البطن بوضعهما مسطحتين على البطن بحيث يكون معصما اليدين متجهين الى اعلى

والاصابع الى اسفل . ثم ان هذا البحث لا يكون باليدين ( شكل ٤٤ )

في آن واحد بل هما متاليتين فيبتدى باليد الاكبر بعدا فاذا فرض ان الطبيب موجود في الجهة اليمنى للمرأة كانت اليد اليسرى هي الاكبر بعدا وهي التي تبدأ بالضغط منضمة الاصابع حالة كون اليد اليمنى موضوعة على الجهة المقابلة ( أي اليمنى للمرأة ) سائدة لها وليس الضغط بأطراف الاصابع فقط بل بكل امتداد اليد ثم تنقل بطريق الزحف وبذلك يبحث من اسفل الى اعلى أولا ثم من الخارج الى الداخل متجهان نحو المراق الأيمن ومتى تم بحث هذه الجهة توضع اليد اليسرى في المراق الأيسر للمرأة لتسند به باليد اليمنى تبحث الجهة اليمنى بالكيفية المتقدمة فينتج من هذا البحث ان الطبيب يدرك وجود سطح صلب في احدى مراقي المرأة أقل مرونة من المراق الآخر هو ظهر الجنين ومنته من الأعلى بطرف غير منتظم الاستدارة هو المقعدة ومن الاسفل بطرف آخر صلب هو الرأس . وأما المراق المقابل للمراق الموجود فيه السطح الصلب المذكور فيمكن منغطه باليد وبها تدرك الاطراف الصغيرة للجنين فاذا لم تدرك الايدي شيئاوجب بحث القسم الختلى لأن الجنين ربما كان موضوعا في الرحم بالعرض

( في التسمع الرحي ) - السماع ( المستقصية ) هنا وجود من الاذن العاربية عنده اذ به يقل نجل المرأة ويتجنب الطبيب احتقان رأسه وبذا يمكنه بحث جملة تقط بدون أن يلتجئ الى أوضاع متعبة وبه يمكنه ضغط العرى المعوية التي قد تكون موجودة بين الرحم والجسد البطنية المقدمة وبه أيضا سهل تحديد قوة الغطاء قلب الجنين والحدود التي تزول فيها هذه الغطاء . ولاجل التسمع يلزم أن تكون المرأة مستلقية على سرير ضيق

شكل ( ٤٤ ) يشير الى نقطة ارتفاع السكره الرحمية والى بدا المولد المحادة لتقاع الرحم بحافته الزندية

يجت يمكن الدوران حولها بسهولة وأن يكون السبر يمرر تفعاً للتلايمحبر الطيب على خفض رأسه فلا يكون السماع واضحاً . وكذا يلزم رفع رأسه أو كتفيه أو سادة وانثناء فخذيها على بطنه الاجل ارتخاء الجدر المقدمه للبطن التي تكون مغطاة بقميص أو فوطه رقيقة والأحسن عدم وجود شئ على البطن . فيوضع الطرف الضيق للسماع على الكرة الرحية عمودياً على سطحها مع الاتكاء قليلاً بدون أن يحدث للمرأة ألم الما ثم توضع الاذن على الطرف الاذني الاكثر اتساعاً لآلة ويسمع مع الانتباه بدون ضبط السماع بيد، خوفاً من ان تشبه عليه الالفاظ المحوثة عنها بالنبضات الشريانية للاصابع الماسكة للسماع والأحسن أن يمسك بأصابع هذه اليد نبض المرأة يقارن ضرباته بضربات قلب الجنين ويسند باليد الأخرى الجهة المقابلة من بطن المرأة لعدم زوغان الجنين كما هو مشاره في



(شكل ٤٣) فضبط النبض الكعبري للمرأة وقت سماع الالفاظ قلب الجنين ضروري لمقارنة عدد ضرباته بعدد الالفاظ المجموعة . فإذا كانت الالفاظ المجموعة بالسماع موافقة لنبض المرأة كانت الالفاظ المجموعة هي الالفاظ أو عجزها . وإذا كانت

عديدة وغير موافقة لضربات نبضها كانت ضربات قلب الجنين وفي بعض الاحيان تسمع بقوة ثم يهتف ذلك مسكون ثم تسمع طاباً بقوة ولذا يلزم بقائه الاذن على السماع برهة من الزمن . وعدم تواصل النبضات نتيجة الانقباضات الرحية . وعلى العموم تسمع شدة نبضات قلب الجنين جيداً في بطن المرأة في النقط الموضوعه حذاء قلبه ثم يقل سماعها كلما بعد من هذه النقطة الى أن يزول وتختلف قوة ضربات قلب الجنين باختلاف وضعه وحالته الصحية وتختن جدر بطن المرأة ( في تنخيص الحمل ) - قد يندب الطبيب للاستشارة في المدة الاولى من الحمل (أى من الشهر الاول الى الخامس) أو في المدة الثانية (أى من الشهر الخامس الى التاسع) أو في زمن

شكل (٤٣) بشرى كيفية عمل التسمع في البحث من ضربات قلب الجنين

المخاض

المخاض في المدة الاولى يسألونه هل المرأة حامل أو لا فيجيب عن ذلك بما يستفيد من أجوبة  
المرأة ومن بحثه لها الآن ذلك ذوأهمية في تشخيص الحمل غير أنه يكون على سبيل التخمين  
فيسألها أولاً عن سنها وعن السوابق الولادية الوراثية العائلية لأنه كثيراً ما تكون والدته  
المرأة الحامل راشيتيكية البنية في صغرها أو عمدها استعداداً لحصول ابن في عظامها مدة حملها  
• وثانياً يسأل عن سوابقها المرضية الشخصية أي في أي سن من عمرها ابتدأت في المشي  
وهل استمرت مشيها أو وقف ثم عاد وما هي الامراض التي أصابتها من تاريخ خروجها من  
بطن والدتها الى الآن ( ويحفظ سرها اذا كانت أصيبت بأحد الامراض السرية )  
• وثالثاً يسأل الطبيب زوجها عن سوابقه المرضية سواء كانت وراثية أو شخصية  
( ويحفظ سرها اذا كان أصيب بامراض سرية ) لان الصان والاداب لا يتبع افاشاء ذلك  
• رابعاً يسأل الطبيب المرأة عن حالة أعضاء تناسلها وعن سوابقها اذا كان تكررها  
• خامساً يسأل عن تاريخ انقطاع الحيض لأن منه يعرف ابتداء الحمل سبباً اذا كانت  
المرأة تحيض بانتظام الى هذا التاريخ وأما عند اللائي يحضن بتغير انتظام فقد يحدث  
الالتباس لدى الطبيب • وقد ينقطع الحيض عند الشابة العذراء عقب زواجها بقليل مدة  
شهر أو أكثر بل ويصعب هذا الانقطاع انتفاخاً بالبطن والشدين بسبب تأثير عصبي ناشئ عن  
الاجتماعات الاولى للرجل بالشابة وعما ينتها به علم أنها غير حامل • وقد يحصل للشابة عقب  
العلق زيف في الاشهر الاولى من الحمل الحقيقي مادته مكونة من سائل مصفر أو محمر قليلاً  
فهذا ليس حيصاً حقيقياً وقد تحصل العادة الحقيقية عندهن النساء أثناء حملهن ولكن  
هذا نادر جداً ويوجد في هذا العلم مشاهدة ذكرها الطبيب (جانال) في كتاب امتحانه الأخير  
في الطب سنة ١٨٦٧ م وهي أن امرأة قد حكهم عليها بالاعدام حالة كونها تشعر بأنها حامل  
فأخبرت الحكومة بذلك لانه من الفوائن المرعية ان يؤخر تنفيذ الاعدام الى انتهاء الوضع اذا  
تبين أن المرأة حامل لانما هذه المرأة كانت تحيض مدة الحمل فأمرت الحكومة بالكشف عليها  
فبالصدفة كانت المرأة حائضاً وقت الكشف فعند رؤية دم الحيض رفضت دعواها ونفذ  
حكهم الاعدام وعند تشريح جسمها وجد في رجليها جنين عمره أربعة شهور • وفي الغالب  
ينقطع الحيض من الشهر التالي للعلق. ثم بعد استيفاء أجوبة المرأة يسرع في بحثها  
( في بحث المرأة الحامل ) - تبحث المرأة الحامل في المدة الاولى للحمل بالنظر فالجس  
البطني فالرحي أو بالأخيرين معا . وبالتسمع الرحي مع ما تقدم اذا كان انشداب الطبيب  
في المدة الثانية من الحمل أو في زمن المخاض . فبالنظر يتحقق الطبيب من اضمحلال الوجه

واحاطة الجفون بهالة سمراء وانتفاخ الشدى الذى يصير مرتفعا بارزا باستقامة وانتفاخ



حلمته وتلون هالته بالسمره وبروز درنات (منتجو مري) كما هو واضح في شكل (٤٤) فترى هالته بارزة كزجاجة الساعة ودرنات (منتجو مري) بارزة ويشاهد بالبصر أيضا كلف الوجه وكلف الخط الابيض البطن . وفي المدة الثانية للعمل عند البكرات تحدث خطوط جديدة في جلد البطن أعلى الاورينين ذات شكل قوسى تحديدها توجه نحو الاورينين

مع تشقق بشرة جلد هذه الخطوط وقد يشاهد على جلد الشدى (شكل ٤٤)

خطوط مماثلة للتقدمه اذا كان انتفاخه عظيما ومتى وجدت هذه الخطوط لا تزول وقد لا توجد تلك الخطوط البطنية المذكورة لدى بعض النساء وتكون قليلة الوضوح . ويتحقق الطيب أيضا بالنظر من لون العشاء المخاطى الفرجى المهبلى فيكون ذا لون بنفسجى في الزمن الاخير من المدة الثانية للعمل وفي هذا الزمن قد توجد تمددات دوائية فرجية وباسورية وأوزيميا الاطراف السفلى ويشاهد بالنظر أيضا كبر حجم البطن . ففى تحقق الطيب من وجود الظواهر السابقة ووجد أنها متحدة مع ما استفاد منه من أجوبة المرأة حكم بوجه التخمين انها حامل واذن يحمله على اتباع الشروط اللازمة للمرأة الحامل بدون أن يؤكدها انها حامل دفعا لسوء الظن اذا جاء الزمن الثانى من مدة الحمل ولم يظهر له أثر . واذن يدب الطيب فى المدة الثانية (أى بعد الشهر الخامس) وكان لا يعرف المرأة أولا أخذ يبالها كما سبق وبعد اجابتهابحث فيها ببصره ثم بالجلس البطنى ثم المهبلى ثم بالسمع الرحى كما تقدم . ومتى ثبت وجود الجنين بالعلامات المؤكدة وجب على الطيب أن يخبرها بأحاطل وها هو مختصر علامات الحمل السابقة الذكر

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| (العلامات التخمينية المختصة بالمرأة)                       | (العلامات المؤكدة المتعلقة بالجنين) |
| (١) انقطاع الحيض   | التي لا تدرك إلا بعد الشهر الخامس)  |
| (٢) الاصطرابات العصبية الاعكاسية للجهاز الهضمى وغيره       | (١) الحركة القسرية للجنين           |
| (٣) انتفاخ الثديين وظهور اللون الاسمر لها والفوروز درنات   | (٢) الحركة الذاتية للجنين           |
| (منتجو مري) والكلف الوجهى والبطنى                          | (٣) أغطاط قلب الجنين                |
| (٤) عظم حجم الرحم المترقب عايمه كبر حجم البطن وتشققات جلده |                                     |
| (٥) تنوع حالة عنق الرحم                                    |                                     |

شكل ٤٤ يشير الى تدى امرأه حامل منظر من احدى جهاته

وأما

وأما إذا نذب الطبيب الاستشارة عن تعيين وقت المخاض فبعد الاستعلام منها عن السوابق ان كان غير عالم بها يبحث عن الحمل ان كان جزء الجنين الآتي به نزل في المضيق العلوي وانحسر أولاً فهذا الاشمسار يحصل عند تكررة الولادة في الخمسة عشر يوماً الاخيرة من مدة الحمل ثم يبحث أيضاً حالة عنق الرحم لانه يسترخى وينمى شيئاً بالتدريج وبالانتظام . وهذا الاسترخاء والانعقاد يتأخران عند بكرة الحمل عن تكررها فإذا كان جزء الجنين منحسراً وعنق الرحم انمى كانت الحامل قريبة من المخاض خصوصاً اذا كان هذا الاتشاء مصحوباً بالآلام الرجعية المحضرة . وقد يندب الطبيب للحامل بسبب ادراكها المانثاشاعن منغص معوى ظناً بأنه محاض فيميز بينهما بان ألم المغص لا يصطب بالانقباضات الرجعية التي تعرف بوضع اليد على البطن وقت حصولها فيدرك أن الرحم بصيرته كوراجامدا وقتها . وللمخاض صفات خاصة به وهي الآلام وحالة عنق الرحم فالآلام إما أن تكون محضرة أو قاذفة أو مكسرة . فالاولى تصعب انعماء عنق الرحم وتقدم فتحته . والثانية تصعب تجاوز جزء الجنين فحمة الرحم . والثالثة تصعب مرورها من المضيق السفلى . وعلى العموم يمضي من ابتداء الآلام المحضرة الى خروج الجنين عند بكرات الولادة من (١٥) الى (٢٠) ساعة وعند تكرراتها من (٦) الى (٨) وهذه المدة تنقسم الى دورين . دور انعماء عنق الرحم وتقدم فتحته . ودور انقذاف الجنين . فالاول يكون من (٦) ساعات الى (٨) عند البكرات ومن (٤) الى (٦) عند غيرهن . والثاني يكون من ساعتين الى (٤) عند البكرات ومن ساعة الى ساعتين عند غيرهن . ولعرفة مدة الحمل يجب التذكر بان مدة الحمل الطبيعي تسعة أشهر شمسية تارة تزيد نحو عشرة أيام وتارة تنقصها والقانون الفرنسي جعلها (٣٠٠) يوم من بعد فسخ الزواج وافتراق الزوجين . وذكر المعلم (فوردريه) أن زوجته ولدت مرتين من بعد هذه المدة الاخيرة ولكن العادة هي (٢٧٠) يوماً الى (٣١٠) أيام وهذا الاختلاف ينجم في غالب الاحوال من عدم ضبط تاريخ العلقوق وقد ينجم بسبب كون الحيوانات المنوية تكث في المهبل نحو خمسة عشر يوماً بعد الجماع بدون أن تتلف وتنفق خاصة بالتلقيح . وقد عكثت تحصل العلقوق في الرحم (ميتاً) زماناً طويلاً بل وبجهة ستين ويكون معوقاً عن الخروج اما بوجود مانع قرب عنق الرحم أو في المهبل وبذلك يحصل تأخير غير عادي في انقذافه . وبالجملة فمدة الحمل مؤسسة على ما يستفاد من أجوبة المرأة بالنسبة لتاريخ آخر جماع وهذا ضروري بالنسبة للطب الشرعي وعلى ما يستفاد من أجوبتها أيضاً

بالنسبة لتاريخ آخر حيضة لان العلق لا يحصل الا بعد انتمها بسبعة أيام أو ثمانية  
فمثلاً إذا كان آخر يوم الحيض (٢٥) سبتمبر فلا يحسب تاريخ العلق الا من (٣) أو  
(٤) من شهر أكتوبر ثم يحسب من هذا التاريخ (٩) شهر فالولادة تكون غالباً في يوم  
(٣٠) من شهر يونيو وتارة تحصل قبل هذا التاريخ بعشرة أيام أو بعده بعشرة وهذا انجم  
كأد كرم من عدم ضبط تاريخ العلق ومن اختلاف عدد أيام الشهر لان بعضها تارة يكون  
ثلاثين يوماً وتارة يكون (٣١) ومنها شهر يكون في عام (٢٨) وفي آخر (٢٩) وكذلك  
الاشهر القمرية بعضها ٣٠ والبعض ٢٩ يوماً . ويمكن تحديد مدة الحمل بعرفة درجات  
ارتفاع قاع الرحم في بطن الحامل فيقرب من السرة شيئاً فشيئاً من الشهر الرابع الى  
السادس ثم يتجاوزه بانحو (٣) الى تسعة أصابع شيئاً فشيئاً الى الشهر التاسع كما هو  
واضح في شكل (٣٨) المتقدم الذي يشير لتغير وضع قاع الرحم وارتفاعه في الازمنة المختلفة  
للحمل . ثم في الخمسة عشر يوماً الاخيرة ينخفض الرحم الى أسفل تدريجياً ويزداد عرضه  
وتحصل فيها تطواهر تشير لقرب المخاض (وحيثئذ تقول المرأة بطنها سقطت) ومن هذا  
الوقت يصير النفس أكثر سهولة كما كان عليه من قبل وكذلك الهضم لكن يحصل للمرأة  
ثقل ومزاجة ضغط في حوضها فيحصل تطلب متكرر للتبول والتبرز كما تقدم وأخيراً تظهر  
الآلام المحضرة

(الحمل التوأحي) - محمل المرأة عادةً بمجنين واحد وقد تحمل بأكثر فاذا كان باثنين  
فيل للحمل توأحي وهو يحصل بنسبة واحد من تسعين ولادة ويكثر ذلك في بلاد (إيرانده  
والروسيا) وأسبابه غير معلومة وانما ثبت المشاهدة أنه وراثي تارة عن الام وهو الاكثر  
وتارة عن الاب . وقد شاهد المعلم (ليبرو) أن امرأة ولدت مرتين توأمين ذكراً في كل  
مرة فلما تزوج هؤلاء الاربعة ولدت كل زوجة من زوجاتهم مثل أمهم وغاية ما يصل اليه  
الفكر أن ذلك قد ينتج عن تلقيح بيضتين في زمن واحد أو زمنين عقب الجماع الواحد واذن  
يكون مغروج البيضتين من البيض في حيضة واحدة وقد يخرج البيضتان في زمن واحد  
ولكن لانهما عقب جماع واحد وقد تكون البيضة الواحدة ذات جرثومتين فتلقحان  
في زمن واحد

(في حالة المشيمة والاغشية الجنينية في الحمل التوأحي) - توجد عدة أحوال للمشيمة

في

في الحمل التوأحي فتارة توجد مشمتان منفصلتان وسليمان وأمنيوسيان أي كل جنين يكون في كيس قائم بنفسه وقد يوجد لكل جنين غلاف ساقط فأذن يكون كل واحد منفصلاً عن الآخر انفصلاً تاماً وتارة لا توجد الأمشيمة واحدة خادمة للجنينين لكن يوجد سليمان وأمنيوسيان منفصلان عن بعضهما وفي هذه الحالة إذا بحثت المشيمة بالدقة وجدت مركبة من جزأين منضمين إلى بعضهما انضماماً تاماً بحيث يظن أنهما مشيمة واحدة . وتارة توجد مشيمة واحدة وسلي واحد وأمنيوسيان والخاصة الفاصل للتجويفين الامنيوسيين يكون مكتوناً من جدر الامنيوسيين الملامسين لبعضهما وهذه الحالة تشاهد في الحمل الناتج عن تلقيح بيضة ذات جرثومتين ولكنه نادر وقد يكون الجنينان في كيس واحد بحيث لا يوجد لهما الأمشيمة واحدة وسلي واحد وأمنيوس وهذا الحالة تشاهد أيضاً في الحمل الناتج عن تلقيح بيضة ذات جرثومتين وهو نادر أيضاً

( في علامات الحمل التوأحي ) - تنقسم علامات الحمل التوأحي كما انقسمت علامات الحمل البسيط الى علامات تخمينية وعلامات مؤكدة فالخمينية هنا هي عين المتقدمة ويزاد عليها تزايد البطن في الحجم والعرض وازدياد عرض عليها ووجدت صمماً في جميع أجزائها تفرقها بما فيكون غلط البطن حينئذ نابعاً عن



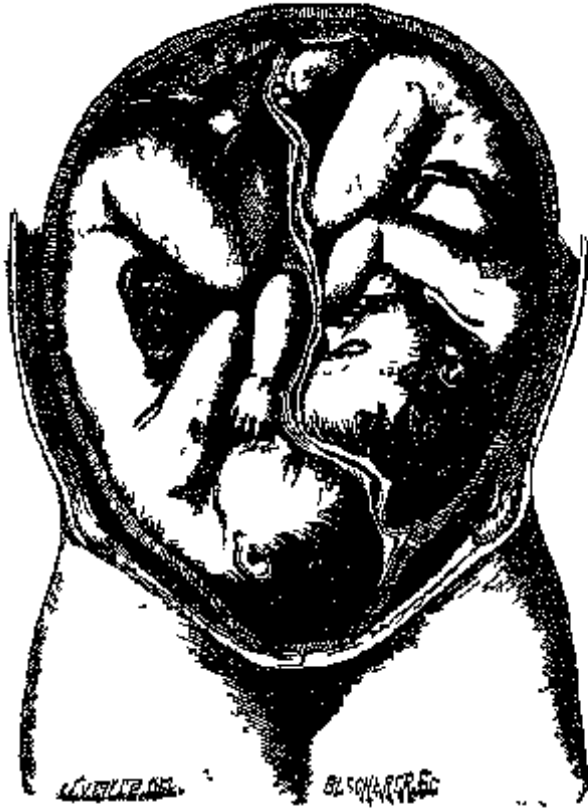
الرحم بسبب وجود أزيد من جنين فيه لا عن الأمعاء وغازاتها ويعصب غطاء البطن في أغلب الأحوال الظهور المبكر لأوزيما الأطراف السفلى وأعلى العانة . وبالجلس البطني يدرك الطبيب تورم الرحم حتى إن هذا التورم يمنع وصول أصابع اليد إلى الأجزاء الجنينية ولكن في الغالب تصل اليها وتدركها أربع كتل جنينية غليظة اثنتان منها أكثر صلابة وهما الرأسان اللذان قد يكون

أحدهما إلى أسفل والآخر إلى أعلى كما في شكل (٤٥) ( شكل ٤٥ )

شكل (٤٥) يشير إلى توأمين رأس أحدهما إلى أسفل والآخر إلى أعلى

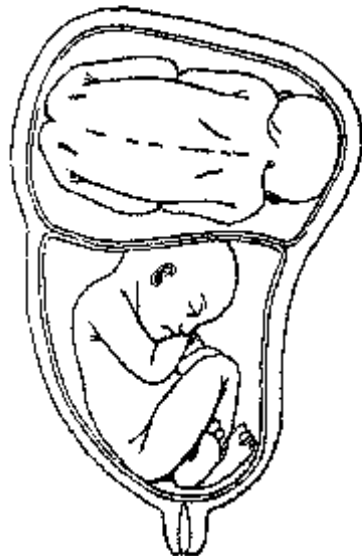
أما الكتلتان الاخيرتان فتكونان رخوتين قابلتين للضغط هما المقعدتان أحدهما الى أعلى

والاخرى الى أسفل أيضا وأحيانا يكون الجزء أن الاكثر صلابة (أى الرأسان) موضوعين في الجزء السفلى من الرحم لكن أحدهما مرتدع عن الآخر والجزء أن الاكثر رخاوة (أى المقعدتان) موضوعين في الجزء العلوى من الرحم كما في شكل (٤٦) وقد يدرك في الجزء السفلى جزء رخوع عليظ (أى مقعدة) وفي الجزء المتوسط من الرحم (رأس) ثم يعلوها جسم موضوع بالعرض وجزءه الاكثر صلابة موجود في احدى



شكل (٤٦)

الجهةين الجانبيتين من الرحم وجزءه الاكثر رخاوة في الجهة الجانبية المقابلة من الرحم كما في شكل (٤٧) وهذا نادر . وقد لا يدرك بالجلس البطني الا ثلاث كتل غليظة جنينية وهي رأس ومقعدتان أو مقعدة ورأسان وتارة لا يدرك به الا طرفان غليظان فقط لكن من المؤكد انهما من طبيعة واحدة (أى إما رأسان أو مقعدتان) وبالجلس المهبلى كثيرا ما يجد الاصبع فتحة عنق الرحم منقصة خفيفا خصوصا عند متكررة الولادة فتدخل الاصبع فيها بل وفي الفتحة الباطنة له وحينئذ تدرك به أغشية الأجنة فاذا حصل



( شكل ٤٧ )

شكل (٤٦) يشيران إلى آيتين رأسهما أكبر رأس أحدهما أكثر انخفاضا من الآخر

شكل (٤٧) يشيران إلى المقعدة بعلو رأسه جنين آخر موضوع عرضيا

انشار



انحشار جزء جنينين يدرك أن المسافة الفاصلة لعنق الرحم عن قاعه تكون أكثر طولاً عما إذا كان فيه جنين واحد لأن الجنين الواحد يأنثائه على نفسه يقل طوله بقدر أنثائه . وقد يدرك في فتحة عنق الرحم جيبان مائيان منقصة لأن عن بعضهما أو تيان في آن واحد وهذا دليل على وجود جنينين . وقد شاهد المعلم (دوبول) في دفعتين جيباً مزدوجاً ثم وضعت المرأتين جنينين وهذه الخصوصية وإن كانت بأدلة الإله يلزم معرفته أنه نذر نزول الجنينين من فوهة الرحم دفعة واحدة وإذا فعل الجس البطني مع الجس المهبلي فقد يدرك طرفان عليان صلبان أحدهما إلى الأعلى والآخر إلى أسفل أو أنهما معاً إلى أعلى أو إلى أسفل كما سبق وهذين الجسين يمكن معرفة أوضاع كل جنين في الرحم . وهذه الأوضاع تنقسم إلى ثلاثة أقسام . الأول أن يكون الجنينان موضوعين بجوار بعضهما أحدهما في المصنف اليميني من الرحم والآخر في المصنف اليساري منه وهذا في الغالب . الثاني أن يكون أحدهما موجوداً في الجزء السفلي والآخر في الجزء العلوي . الثالث أن يكون أحدهما أمام الآخر والثاني خلفه وهذا النوع الأخير تتعسر معرفته لأن الجنين الخلفي محجوب بالجنين الأمامي فلا تسمع الاضربات قلب الأمامي . وسماع ضربات قلبي الجنينين أقوى دليل على وجود حمل توأمي فإذا كان الجنينان موضوعين وضعاً جيداً بحيث يمكن أن غير تظهر كل منهما فلا بد من وجود نقطتين تدرك فيهما ضربات قلبهما وهاتان النقطتان تكونان منفصلتين عن بعضهما بما يجعله مستحيلاً لا تسمع فيها الضربات أبداً وتكاد تسمع قليلاً . ومن العلامات الكيدة على وجود الحمل التوأمي تفاوت عدد الضربات في هاتين النقطتين بأن يكون عددهما (١٥٠) نبضة وعدد الأخرى (١٤٠) مثلاً أما إذا كان العدد متعاداً فيقطع وجود جنين واحد وإذا كان أحد التوأمين ميتاً فالحس المهبلي يعرف ما وجود الجنينين . وقد يشبه الحمل البسيط بالحمل التوأمي بسبب عظم حجم البطن الناجم عن ترايد كمية مياه الامنيوس ويدفع هذا الالتباس بالحس البطني والمهبلية وباتسمع وتارة يحصل الالتباس في الحمل البسيط المضاعف بسبب وجود ورم أو كيس في المبيض فيدفع هذا الالتباس بما تقدم وقد يحصل الالتباس بعد ولادة الجنين بسبب غلظ المشيمة ونخس نسيج الرحم فيتوههم بقضاء جنين آخر فيه وبالبحث بما تقدم يعلم أنه ليس كذلك

(في انهما مدة الحمل التوأمي) - تحصل على العموم ولادة الحمل التوأمي قبل تمام مدة الحمل فتلد المرأتان أحدهما بعد الآخر وأيسر من السادره شهادة محييمهما المغيب في الحالة

العادية يجي وكل منهما بالقفة أو أحدهما بالقفة والآخر بالمفعدة وقد يجي كل منهما  
بالمفعدة أو أحدهما بالمفعدة والآخر بالسكفة. أما سير الولادة في الحاملة العادية فهي أن تحصل  
ولادتان على التعاقب إلا أن ولادة الجنين الأول تكون بطيئة والثاني سريعة وأنهما  
يكونان من نوع واحد مذكورة وأنثوية وقد يختلفان فيكون أحدهما ذكراً والآخر أنثى  
وإنذار الحمل التوأمي بالنسبة للمرأة ليس جيداً لأنها تكون في تعب طويل مدته تقريباً  
بسبب توربطنها وتوراعظها ووجود أوزيمياً طرفها السفلى وإن الجنين يكونان عرضة  
للجذبات المعيبة التي لا تتم الولادة فيها إلا بعمل ينجم عنه خطر للجنين وربما ينجم للمرأة  
أيضاً ويكون الإنذار غير جيداً أيضاً للجنين في الحجي العادية إذا ولد قبل تمام مدة الحمل  
(في الحمل خارج الرحم) - الحمل غير الطبيعي يسمى باسم النقطة التي تنمو فيها البيضة  
فإذا كان في البيض قبل حمل مبيض وإذا كان في البوق يسمى بوقياً وإذا كان في جزء البوق  
الذي يعرف بجران الرحم يسمى خلاليماً وإذا كان في تجويف البريتون يسمى بطنياً  
فالحمل البوقي هو أكثر حصولاً والحمل البريتوني هو أكثر الأنواع خطراً ثم إن معرفة  
الحمل خارج الرحم تكون صعبة في الأشهر الأولى خصوصاً إذا كان الحيض منقطعاً لأن  
التنوعات الحاصلة في حجم البطن وفي قوام عنق الرحم وفي هيئة الهالات الشديدة تحصل كما  
في الحمل الطبيعي ولكن بعده ضئيفة أشهر توجد علامات بها يمكن معرفة الحمل خارج  
الرحم إذ يكون شكل البطن غير منتظم وبالجس البطني يعرف أن البيضة النامية ليست في  
محلها الاعتيادي وبالجس البطني والمهبلي وتوجيه الرحم من يدالي أخرى يدرك أنه فارغ  
ولو كان متزايد الحجم قليلاً وتحوّل إلى الجانب المقابل للورم. وأخيراً إذا كان الجزء السفلي من  
الكيس شاغلاً للضيق العلوي يمكن أحداث الهرة فيه التي تعرف أكيداً أنهم ليست في نفس  
الرحم وفي هذا الزمن تدرك اليد الحركة الذاتية للجنين وتدرك الأذن الغاطية القلبية التي  
تكون أكثر سطحية عن العادة ثم إذا لم يتمزق الكيس يحصل للحامل في الشهر التاسع آلام  
كآلام الولادة سواء كان الجنين حياً أو ميتاً وهذه الآلام تنكث في الحد المتوسط من ثلاثة  
أيام إلى أربعة ثم تزول بدون تمدد في فتحة عنق الرحم وخروج شيء مامن ثم يعقب ذلك راحة  
للرأمو يستمر الحمل من سنتين إلى ثلاث أو أكثر بدون ظهور حيض في مدته بخلاف إفراز اللبن  
فإنه لا يحصل وفي كل تسعة أشهر يطرأ على المرأة آلام تنكث ثلاثة أيام أو أربعة شبيهة بالطلق  
بدون تمدد فتحة عنق الرحم كما ذكرنا. وقد ذكر بعض المؤلفين حصول العلق عند انبات

مدة

مدة الحمل خارج الرحم ووضعهن بعد انتهاء المدة الاعتيادية أطقا للاحياء .  
( السمي الذي يلزم أن يتبعه المولد في الحمل خارج الرحم ) - اذا ثبت وجود الحمل خارج الرحم فالطريقة الوحيدة لتجنب الضرر الذي ينجم عنه هي اخراجه بواسطة شق البطن وهذا العمل يلزم فعله من ابتداء ظهور الحمل الى الشهر الخامس أما اذا لم تستشر المرأة الطبيب الا بعد مضي هذا الشهر فيمكن المولد أن يؤخر العمل وينتظر مضي الشهر السابع أو الثامن انما يشترط في هذا التأخير أن يكون الجنين حيا غير مهدد للحياة الاثم . ولاجل استخراج شق البطن الى أن يصل الشق الى الكيس ثم يحاط الجزء الذي يبرز من الكيس بالقطن العقيم ثم يخييط جدره بجدر البطن ( أي في جلد البطن ) لكن بدون مرور الابرة في تجويف الكيس بل في خلال أنسجة جدر الكيس ثم بعد ذلك يفتح الكيس ويخرج الجنين بضغطه من قدميه ثم يغسل باطن الكيس بمحلول مركز للنفول ثم يحشى بالغاز اليبودقوري ويغير عليه يوميا فينتهي بالشفاء وهذه هي طريقة حفظ جدر الكيس وهي المفضلة . وأما الطريقة الثانية التي فيها يستأصل الكيس فهي أن يشق البطن ثم تحاط جدر الكيس في شق الجرح البطني مؤقتا ثم يشق الكيس مع الاحتراس من تمزق الاوعية ثم يخرج الجنين ويربط الحبل السري ثم تخرج المشيمة ثم الغلافات باستئصالها ثم تمسك الاوعية الناذفة بالحقن ذات الضغط المستمر وهكذا حتى تنتهي العملية . ثم يحفف ويحاط الشق البطني ويغير عليه بعد اليوم الثالث . وأما اذا كان الكيس متقيفا يتبع فيه ما به عمل في خراج حوضي

( في الحمل الكاذب ) - يسمى الحمل كاذبا اذا تغيرت محصل العروق وصارت شبيهة بكتلة لا يندرل فيها وصف الجنين فاذا يكون كجوابلات دينانية أو مادة لحمية ففي الحالة الأولى لا يوجد أثر للجنين وفي الحالة الثانية تكون الكتل اللحمية محتوية إما على جنين كامل أو على بعض آثار من الحبل السري وأيا ما كان الحمل الكاذب يحصل في مدته انقطاع الطمث وتزايد في حجم البطن تدريجي واحتمقان في الثديين وغير ذلك كافي للحمل الحقيقي ولا يعرف ان كان صادقا أو كاذبا الا بعد الشهر الخامس اذ فيه تظهر العلامات المؤكدة كالهزة والحركات الذاتية للجنين والغاز قلبه فهذه العلامات الثلاث مني بحث عنها بالدقة مرارا في أزمئة مختلفة ولم يندرل بتحقيق من عدم الحمل الحقيقي وفي الغالب لا يستمر الحمل الى انتهاء مدته بل يقذف الرحم ما اشتمل عليه قبل هذا الزمن ويوجد أيضا بعض أحوال فيها يظن حمل

حقيقي كاحتباس الطمث والاستسقاء المائى الرحمى والغازى الرحمى والتشميم البطني وبعض الاحوال العصبية التى تنسب للاستيريا. أما احتباس دم الطمث فى تجويف الرحم فقد يعمل الانسان على الفطن بوجوده ل عدم نزول دم الحوض وظهور نزوواهر سمبأتوية للمرأة لكن بعد الشهر الخامس يسهل تمييز احتباس الطمث عن الحمل الحقيقى لعدم وجود علامات المؤكدة وهذا الاحتباس ينجم غالباً عن عدم انتقاب غشاء البكارة أو انسداد فوهة عتى الرحم . وأما الاستسقاء المائى الرحمى والغازى الرحمى فيشبهان بالحمل الحقيقى بسبب انقطاع الطمث وظهور النزوواهر السمبأتوية كما تقدم وهذا الاشتباه يزول بعد الشهر الخامس كما تقدم أيضاً وبالفرع على الرحم فى حالة استسقاؤه الغازى يسمع صوت طبلى . وفى بعض الاحوال الاستيريه تظن المرأة مدة الثلاثة شهور الاولى أنها حامل وهذه الاحوال تشاهد عند النساء العصبيات اللاتى بلغن من العمر نحو (٣٥) أو (٤٠) سنة وحينئذ يغلب عليهن تشوق الاولاد فى حصولهن مرض عصبى رحمى أو معوى أو تغير عضوى رحمى أو مبيضى يتولد عندهن ادراكات كاذبة توهمهن أنهم حوامل بسبب تقرب وطمئن وانتفاخ الثديين وظهور النزوواهر السمبأتوية وحصول بعض انقباضات تشنجية رجسية ومعوية يعتبرنها حركات جنينية حتى ان بعضهم فى انتهاء مدة الحمل العادية على حسب توهمها تزعم أنها استعرت بالام الولادة مع كون حصول الطمث مستمر عندها لكن يندرامتداد هذا الوهم الى ما بعد الشهر الخامس لعدم وجود العلامات المؤكدة الدالة على ذلك (فيما يلزم العامل مدة الحمل) - يلزم الحامل أن تستنشق الهواء الطاق وأن يكون مسكنها متسعاً متجدد الهواء الجيد فلا يندفى ايها أن تكون محرومة منه لان فى الحرمان ضرراً عليها كما لا يخفى ويلزمها أيضاً التريض ماشية كل يوم بدون أن تجهد نفسها وليس لها الركوب فى المركبة (العربة) الا اذا كانت عذبة الهز وخيلها هادئة وسيرها بطياً والطريق مستوية ومدى السيرة قليلة أما السياحة والسفر فتنع منها فى الاشهر الاولى اذا كانت بكرية الحمل بخلاف متعددته فالنصرح بهم يكون نابعا لعادة كل امرأة وسوابقها لان من النساء من يتأثر رجها بأقل حركة فتجهض وهن من لا يتأثر رجها بالحركة ومع ذلك اذا كان السفر اضطرارياً يلزم أن يكون متقطعاً بحيث انها تستريح فى كل محطة على الفراش مدة تختلف باختلاف احداساتها كما أنه يلزم أن تمنع من التوجه للاحتفالات العمومية كمراسم الالعب وما أشبهها ومن الوطاء مدة الشهور الثلاثة الاولى وفى الثلاثة الاخيرة أيضاً ويلزم أن

أن تكون ملائمة متسعة وان تجنب لبس المنطقة البطنية وأن تستعمل الحمام المنزلي لتنظيف جسد هامدة الجمل بشرط أن لا تمكث فيه الا قليلا وان حرارة مائه تكون نحو (٣٥) درجة أو أكثر تبع الاحساسها ويمكنها أن تستعمل الحمام القدي عند الاحتياج بشرط أن لا تزيد حرارته عن خمس وثلاثين درجة كما تقدم . ويلزم للعامل أن تستعمل في كل صباح حقنة مهبلية منقطة بشرط أن يكون دخول الماء هادئا وأن تكون الانبوبة المهبلية منقبة وموجها طرفها نحو جدر المهبل لانحوا الرحم وأن ماءها يكون عقيما قاترا . ومتى قرب انتهاء مدة الحمل يضاف الى ماء الحقنة قليل من حمض البوريك أو من السليمانى لعمل محلول خفيف جدا . وبما أنه في انتهاء مدة الحمل ينفرز من حلة الثدي مادة تسيل الى الخارج تلونها وتكون فوقها قشورا تصير في أغلب الاحوال سببا للتشققات والالتهابات الخلية الثديية فيلزم دائما غسل الحلمات بمحلول حمض البوريك لتجنب هذه الامراض ثم دهنها بالفازلين البوريكي يوميا . واذا كانت الخلية الثديية قصيرة يركب عليها قمع في شكل المحجم ثم يفعل فيه الفراغ ويترك موضوعا عليه مدة ثم يرفع ويكرر ذلك جماعة مرار كل يوم في أثناء الحمل . ويدفع الامساك باكل الخبز والسباح والبرقوق المطبوخ أو بتعاطي المرأة قبل طعام المساء ملعقة كبيرة من بزر الكتان كل ليلة أو تعمل حقنة شرجية من الماء القاتر مضافا اليه ملعقتان من الجليسرين أو يعطى لها برشامة محتوية على . ٥٠ . ستيجيرام من الراوند أو كباية ماء معدني مسهل ويلزم رفض المسهلات الشديدة كما يلزم أن تنظف أسنانها عقب كل اكل بواسطة مساحنة تظيفه نغمس في المحلول المسكون من بوركس (١) جرام ومن تيمول . ٥٠ . ستيجيرام ومن ماء مقطر . ٥٠ جرام ويلزمها أن تتغذى جيدا فيعطى لها كل ما تطلبه شهيتها لكن لا يصرح لها باكل الثوابل ولا المنبهات ولا الاغذية العسرة الهضم لتجنب اضطراب الجهاز الهضمي

(في أمراض الجمل) - تنقسم أمراض الجمل الى قسمين أمراض تختص بالمرأة وأمراض تختص بتحصن العروق . فالأمراض المختصة بالمرأة أغلبها ليس أمراضا حقيقية بل هي اضطرابات سمبائية تحصل في الاجهزة المختلفة لها وهي اضطرابات الجهاز الهضمي والتنفسي والدوري والبولي وجهاز الحركة والعصبية . أما اضطرابات الجهاز الهضمي فتمتاز بفقد الشهية والوجع والالام العصبية المعدي والقيء والامساك والاسهال وهذه الظواهر تحصل في المدة الاولى من الحمل وتعالج بالطرق الآتية . فلعلاج فقد الشهية اذا كان اللسان وجها

تعطى المرأة مسهلاً خفيفاً مكوناً من نخوج حوامين الى أربعة من الراوند أو المانيتزيا المركبة أو (١٥) جراماً الى (٤٠) من زيت الطرودع أما اذا كان اللسان لطيفاً فتعطى المتفوقات المرة العطرية كتفوق القطريون الصغير وصبغة الجنطيانا وغيرها . وتدفع طواهر الوحم أو تلتطف بتعاطى الادوية المرة . وان كانت المرأة أنيمياوية أو خالوروزية أضيف الادوية المرة المركبات الحديدية وعادة تزول تلك الطواهر من نفسها بتقدم العهد . وأما الألم العصبي المعدي فيصطبج باعتقال وجوضة معديين وعسر في الهضم وامسالك ونحو ذلك وتلزم مداركته خوفاً من أن يؤدي الى الاجهاض باعطاء المانيتزيا المكثفة من جرام الى حوامين مضافاً اليها نحو عشرين سنجرام من الاتيبرين كل صباح وثلاثة أو أربعة من أقراص فينشي كل يوم منها في أوقات متباعدة أو نحو ستين سنجرام من تحت نترات البرزوت قبل كل أكلة برقع ساعة ان لم يوجد امسالك مع استعمال ماء ساخن بدل الماء شرباً وان لم يزل بهذه الوسائط توضع حوافة نوسادريه على فم المعدة وبعد نزع البشرة يندرج على سطحها سنجرام من المورفين أو يعطى شرابه وحده والأحسن أن يكون مزوجاً بقدره من شراب قشر النارج وفي آن واحد تستعمل حقنة شرجية من مطبوخ بزراكتان مثلاً لاجل زوال الامسالك . وأما القيء فهو عرض يكثر حصوله عند الحوامل فاذا كان قليلاً بان لم يزد عن مرتين في اليوم والليله فلا يهتم به ويكفي لمنعه ابتعاد الحامل بالمقاومة وعدم التفكير فيه مع تعاطى منقوع عطري كالشاي أو أوراق البرتقال أو النارج أو الميباسيالا نه يتدراس تداوية هذا العارض الى الشهر الرابع أو الخامس أما اذا تكرر جملة مرات في اليوم وأخرج أغلب ما تناولته المرأة من الأغذية كان مرضاً يخشى منه على حياتها بسبب الحرمان من الغذاء وعلى الحمل نفسه بسبب اضطراب دورة الرحم وأزفته الناجمة عن مجهودات القيء ولا يؤدي حرمانها لموت الجنين اذ ثبت بالمشاهدة أن الحرومة من التغذية تلد طفلاً جسداً الصحة كالموت كانت تغذيتها جيدة أما اذا استمر القيء الى ما بعد الشهر الخامس وتزايد عدده وتعاصى على العلاج سمي القيء المتعاصى ويحصل قبل الاكل أو بعده بعدة مختلفة وهذا الاخير أقل خطراً من الاول وأعراض القيء المتعاصى تختلف باختلاف أدواره . ففي الدور الاول تنحف المرأة بدون جنى ومدته مختلفة وقد يحصل أثناء وقوف القيء فتتحسن بنية المرأة . وفي الدور الثاني تظهر الحمى والكاشميكسيا وتصير المرأة أكثر تخافة ويعتريها جنى ذات نوب ويصير قهاجافاً ذاراً حجة كريهة ومدته تختلف من أسبوع الى أشهر . وفي الدور الثالث ويسمى

دور

دورا تطواه الخنية يعترى المرأة هالوسة وتخيالات وتطواه جنون، وانذارا لثي المتعاصي  
خطر اذا استمر وزول بخروج الجنين ويدفع هذا التي بطرق عديدة منها تغيير مواعيد الاكل  
الاعتيادية واعطاؤها استنجر امين من خلاصة الافيون في ابتداء كل اكل مع تعاطي  
المنقوعات العطرية كالنعناع والميليسا وورق البرتقال واستعمال اللبونات الغازية  
المحمضة بمحمض الليمون المحلاة بشراب التوت الافرنكي أو تعاطي جرعة المعلم (رفير) وهي  
تركب من سائل منفرد ومحتوي بيكر بونات الصودا وسائل آخر منفردا ايضا محتوي على  
حمض الليمون أو الطرطير وكلا السائلين يكون محلي بالسكر فيعطى من السائل الاول ملعقة  
الى اثنين ثم يعقب بجزء مشله من السائل الثاني فيحصل التفاعل والفوران في المعدة أو  
يعطى للمرأة أو كسالات السر يوم بمقداره ٥ الى ٦ سنتجرام في اليوم وقد يعطى شراب  
الاثير أو شراب المورفين أو المشروبات الجليدية بمقدار قليل بدون تراخ أو قطع صغيرة من  
الثلج يزدردهابتمامها أو صبغة اليود الكحولية بمقدار من (١٠) نقط الى (٢٠) نقطة في  
اليوم توضع في نصف كوب من الماء المحلى بالسكر وتؤخذ بالملعقة أو تعطى نقطتين من صبغة  
الجوزا المقني في ملعقة من الماء المحلى بالسكر كل ساعة واذا لم يثر ذلك كله تعطى ٦٠ سنتجرام  
من تحت نترات البرموت مع (٣) سنتجرام من خلاصة الافيون قبل كل اكله بربع ساعة  
أو تعطى قليلا من الروم أو الكنيال أو الشبانيا المنلجة مع وضع حراقة نوساندرية على المعدة  
يغير عليها بحقوق المورفين أو يحقن تحت الجلد بمحلوله أو تسعمل حقنة شرجية مكونة  
من (٣٠) أو (٤٠) نقطة من اللودانوم في (٥٠) جراما من سائل غروي كغلي الخطومية  
واذا كان التي دوريا يعطى الكينين لكن بمقدار قليل لانه يحدث الاجهاض وبعضهم  
استعمل كى عنق الرحم بنترات الفضة وبعضهم أوقف التي به يد عنق الرحم باصبعه، وعلى  
كل فيلزم تقسيم غذاء المرأة الى جملة عرات وبمقدار قليل في كل دفعة كما أنه يلزم أن تكون  
الاغذية مبردة لأنها تتحملها عن الحرارة. واذا لم يقف التي استعملت الحقنة الشرجية  
المغذية والحقن تحت الجلد بالمصل الصناعي مع استنشاق الهواء التي دائما فاذا استمر التي  
حتى أضعف المرأة فلا يلزم التأخير عن احدات الاجهاض الصناعي ويحدث ايضا متى  
شوهذا غشاء المرأة من أقل حركة أو عمل أو كانت تقاطع الوجه متغيرة جدا ووجدت حتى  
شديدة مستمرة وتجاوزت حرارتها (٣٨) درجة والنفض (١٢٠) نبضة وبالجملة فالانتظار  
أو عدمه أمر منعلق بنظر الطبيب وحكمه. وأما الامسال فينسب عنه فقد المشبه

وظواهر عصبية ريعاً أثرت على الرحم وأحدثت الاجهاض ولذا يلزم دفعه في الحال بتكرار الحقن الشرجية الغروية أو الزيتية أو المحتوية على ملهقتين من الجليسرين أو بتناول المرأة زمناً فزمناً من (١٥) الى (٢٠) جراماً من زيت الخروع أو من جرامين الى أربعة من الماتيزيا المكسفة أو الراوند . ولاجل نجاح الحقنة الشرجية عند مدمات الحمل يلزم أن توصل أنبوبة الحقنة بأنبوبة طويلة لاجل أن يصل طرف الاخيرة الى أعلى جزء من الامعاء الغليظة المضغوطة بالرحم وبدون هذا الاحتراس لاتصل مواد الحقنة الى الامعاء وبناء على ذلك لا يخرج الاجزء قليل من المواد البرازية أو لا يخرج شيئاً . وأما الاسهال فهو أندر من الامساك وهو مهين للاجهاض اذا استمر ولذا تلزم معالجته في الحال بمنعها من الأغذية وتعاطيها جزءاً من كبة من مغلي الارز المضاف اليه جزء من الصمغ العربي وجزء من تحت ثمرات البرموت وآخر من شراب بزرا السفرجل . وأما اضطراب الجهاز التنفسي فينبج عن تناقص القطر العمودي للصدر مدة الحمل بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى الرحم كما قال بعض العلماء . ويعترض عليه بأن هذا التناقص يكافأ بتزايد القطر المقدم الخلفي للصدر ولو لم يكن كذلك لحصل اسفكسياً المتحصل المملوق لان الحامل تنفس لشخصها وولجنتها ولذا كان عدد حركات التنفس متزايداً عند مدمات الحمل فتكون من (٢٦) الى (٢٨) حركة في الدقيقة الواحدة وذلك من الشهر الثامن الى التاسع أما في غير مدمات الحمل فيكون عددها من (١٦) الى (٢٠) وتتزايد كذلك في الشهرين المذكورين الظواهر الكيمائية للاحتراق وبناء على ذلك يخرج بهم واه الزفير كمية أكثر من حمض الكربونيك عن الكمية التي تخرجها غير الحامل وحينئذ يكون عمر التنفس الذي يشاهد في الاشهر الاخيرة ناجماً عن حصول الانيميا والظهور لاعتراض الجهاز التنفسي ولذا يلزم دفعه بتعاطي الادوية المرة والمركبات الحديدية والأغذية المقوية اما اذا كان العمر شديداً ناجماً عن الامتلاء الدموي العمومي أو عن المراجعة فيعمل الفصد العام لانه مفيد حينئذ . وأما اضطراب الجهاز الدوري فيعده منه تناقص عدد الكرات الحمراء لدم المرأة فينزل الى (١٠٤) جرام في (١٠٠٠) جرام من الدم بعد أن كان في حالة غير الحمل ١٢٥ في الالف ويحصل كذلك تناقص في الايموجلوبين وتزايد قليل في عدد الكرات البيضاء وفي كمية مصصل الدم أيضاً فيكون مقداره في غير الحمل (٧٥١) في (١٠٠٠) جرام من الدم أما في مدة الحمل فيصير (٨١٧) في الالف وكذلك يتناقص الالبومين والفبرين لكن



لكن في المدة الاخيرة من الحمل تترى زيادة الفيرين وكذلك تنقص كمية حديد الدم وبالجملة تحصل مدة الحمل انيميا كروية وامتلاء مصلى وفي آن واحد يزداد حجم القلب ووزنه ففي مدة الحمل يصل الى (٢٩٠) جراما وفي غيرها يكون من (٢٢٠) الى (٢٣٠) جراما وهذه الزيادة ناجمة عن تزايد سلك بطينيه خصوصا اليساري عنهما وتزايد هذا السلك سببه تزايد شغل القلب الناجم عن وجود دورة دموية ثالثة وهي الدورة الرجيمية المشيمية فلتنفع الدم الى هذه الاجزاء يضغط القلب ولذا يكون النبض مدة الحمل صلبا متزايدا العدد وبسبب ضغط الاوردة الحرقفية بالرحم المتزايد الحجم تتمدد اوردة الاطراف السفلى فتظهر الدوالي وبسبب هذا الضغط وتزايد كمية مصلى الدم ينفذ ماؤه خلال جدران الاوردة المتمددة الى النسيج الخلوي للاطراف السفلى . وبالجملة يوجد نارة لذي الطامل الامتلاء الدموي الحقيقي وهو نادر حتى لدى دمويات المزاج ونارة الامتلاء الكاذب وهو الاكثر حصولا فتكون الدورة العامة في كل ما أكثر امتلاء خصوصا في النصف الثاني من مدة الحمل وكثيرا ما تكاد الحوامل دورانا في الرأس وغشاوة في البصر وطنينا في الاذنين واحمرار في الوجه وارتفاع في حرارة الجسم خصوصا في الرأس وهذه الظواهر تحصل بخفة غالبا وكما تحصل في الامتلاء الحقيقي تحصل كذلك في الامتلاء الكاذب . وتدفع الظواهر الناجمة عن الامتلاء الكاذب بتعاطي الادوية المرة والحديدية واذ لزم الفصد لا يستخرج زيادة عن ثلاثمائة جرام من الدم ويعطى عقبه في الحال المركبات المرة والحديدية والانبذة الغنيقة والاعذية المقوية . وقد يوجد امتلاء موضعي رجيم يحدث عند المرأة شعورا بشغل في أعضاء الحوض وتورم مؤلم في البطن السفلى وآلام قطنية وكروية وهذا الامتلاء ينجم عن امتلاء عمومي لدى النساء الدمويات المزاج اللاتي يحضن أثناء المدة الاولى للحمل وبوجود هذا الامتلاء تضطرب دورة الجنين فتقل حركته وتضعف وربما لا تنزل فاذا لم تعالج المرأة وقتئذ حصل لها الاجهاض فالطريقة المفيدة لمنعها هي فصد الذراع لاستخراج كمية من الدم نحو ثلاثمائة جرام كذا كرر فاذا تكررت هذه الظواهر يؤمر للمرأة بمحامات خردلية يدوية أو بوضع ليخ خردلية بين كتفيها وبوضع جلاء محاجم على الصدر بدون تشريط وتؤمر باستقامتها على ظهرها وتنعاطى مشروب مسهل خفيف وغذاء قليل وقد يحصل الامتلاء الموضعي لدى العصبيات وزلاجات البول فيدفع أيضا بوضع اللج الخردلية والمحاجم الجافة واعطاء الادوية المرة والحديدية المفيدة كثيرا حيث قال المعصم ( كازو ) ان تعاطى الحديد من ابتداء الحمل يمنع الاجهاض عند من

تعودن عليه قبل استعماله وانهم يلدن أولاداً جيدي الصحة بعد ذلك ومع هذا العلاج تؤمر  
المرأة بالاستلقاء واما على الظهر على كرسي مستطيل الى أن يمضي الزمن الذي كانت تحبض  
فيه . ومن أمراض الجهاز الدوري الدوالي وأوزيميا الأطراف والبواسير وهي تنجم عن  
مزاجية سيردورة الوريد الباب ودورتي الاوردة الحرقفية وهذه الطواهر وان كانت لأهمية  
لها الا انه يلزم دفعها فتدفع دوالي الأطراف السفلى بعمل ضغط لطيف مستوعليها بواسطة  
رباط من الصوف أو بواسطة استعمال شراب من اللاسك . وتقاوم الاوزيميا باستعمال ذلك  
. وتدفع البواسير بتعاطي المليينات واستعمال الحن الشرجية الملبنة والحمامات الجلوسية  
الباردة وهذه علاجات تحسينية وقد يتم شفاؤها بعد الولادة . وقد يحصل تلعب للحامل  
فاذا كان قليلا لا يهتم به واذا كان غزيرا يذفع بتعاطي مسهل خفيف من كبريتات  
الصودا أو كبريتات الماينز يامع استعمال مضغفة قابضة أو استحلاب قطع صغيرة من الثلج  
أو من السكر النبات أو بتعاطي نحو الجرام من الاثروبين مع التصبر لانتهاها الشهر الثالث  
حيث يزول من نفسه بعد هذا الزمن عادة \* واما اضطراب الجهاز البولي فيعذمه الحصر  
البولي الذي يشاهد في بعض الاحيان عند الحوامل بسبب ضغط الرحم على قناة مجرى  
البول . ويستعمل لدفعه تقسطر المرأة بعد تطهير القساطير . ويعذمه النزلات المشابهة  
التي تعالج بالحجسة اللبنة وبغسل المثانة بمحلول حمض البوريك الفاتر ( ٤ في ١٠٠ )  
وباعطاء المرأة السلول من ( ١ ) الى ( ٤ ) جرامات أو الانيبيرين من ( ٢ ) الى ( ٣ )  
جرامات في اليوم . ويعذمه وجود الزلال في البول بسبب اضطراب الدورة عندهن  
. وقد يكون وجود الزلال ناجعا عن التهاب كلوي حقيقي من من ( أي مرض برايت )  
وحيث يكون سابقا على الحمل . وعلى العموم كلما خرج جزء من الزلال بالبول تراكم جزء من  
البولينا في الدم . وقد لا يدرك وجود الزلال في البول الا عند بحثه ولذا يلزم دائما بحث  
بول الحوامل سواء كن بكرات الحمل أو متكرراته ويكون هذا البحث إما بغليانه على النار  
حيث يرسب الزلال ولكن قد يكون الراسب ملحميا وحيث نشذ فلواضيف له بعض نقط من  
حمض التستريك المدخن ذاب اذا كان ملحميا وبقي على حاله اذا كان زلاليا وإما أن يكون  
البحث بوضع الحمض المدخن على البول الزلال فيرسب زلاله لكن هنا يرسب أيضا حمض  
البوليك فاذا غلي على النار ذاب الراسب اذا كان من الحمض وبقي على حاله اذا كان من الزلال  
. وقد تعان أوزيميا الأطراف السفلى بوجود الزلال في البول ولكن قد تكون ناجعة عن

الدوالي

المدوالية لاعين وجوده . وقد تعان بوجود الزلال احدى الظواهر الناجمة عن التسمم البولي بالبولينا كوجع الرأس ودورانه وغطه شدة البصر والكمنة والسعال والام المعدي والانقباضات الشخبية والكوما . وهذه الظواهر اذا لم تكن ناجمة عن التغير الكاوي تزول بزوال الزلال عقب الولادة، ويدفع خروج الزلال مع البول بتدفئة المرأة وتغذيتها بالبن الحليب فقط أو بالفصدا اذا ظهرت التشنجات أو الكوما \* وقد يوجد في الثلاثة شهور الاخيرة من الحمل سيلان غزير مهبل ذي لون ابيض أو اخضر ناجم عن التهاب مهبل مزمن بسيط حبيبي وتدرج حيو به إما بالجس المهبلي أو بالبصر بواسطة المنظار . فاذا كان هذا السائل غزيراً أحدث اضطراباً في الهضم وألاماً عصبياً . وهذا السيلان يعالج إما باستعمال الحمامات والغسلات المهبيلة المعقمة أو بالزقات المهبيلة بالماء الابيض المتكون من الماء ومن تحت خللات الرصاص أو بحل الزنك ثم توضع عقب ذلك قطعة صغيرة من قماش رفيع عقيم أو من غاز البودوفورم بين الشفرين العظمين ويفعل هذا يومياً حتى تنتهي الولادة

(في اضطراب جهاز الحركة) - قد يحصل للمرأة في الاثني عشر الاخير للعمل ارتخاء في اربطة الارتفاقات الحوضية . فاذا كان الارتخاء خفيفاً فلا ينتج عنه ألم ولا صعوبة في المشي ولا في الوقوف . واذا كان عظيماً نتج عنه تحرك الاسطحة المفصالية وحينئذ يصير المشي والوقوف شاقين عليها . وقد ينتج عن ذلك التهاب الاربطة وعضاريف الارتفاقات المذكورة . فحتى أدركت المرأة حركة غير اعتيادية في مفاصلها الحوضية مع عدم الثبات في المشي ووجود آلام فيها تؤمر باستلقاءها على الظهر طول مدة الحمل بل وبعد الولادة بزمان تامع الراحة التامة . ثم بعد الوضع يجتهد في رجوع الاربطة الى مرونتها الاولية باستعمال التشلل بالماء البارد البسيط أو المحلى أو بوضع الحراقات الطيارة النوشادرية على المفاصل المذكورة أو بلف الحوض لفاتين بارباط عريض . وينبغي استعمال هذه الوسائط لزمناً طويلاً لان الشفاء هنا يكون كثيراً بطيء ففي كثير من الاحوال لا يحصل الا بعد ثمانية أشهر أو أكثر فاذا لم تزل هذه الحركة المتعبة بعد ذلك يلزم استعمال منقعة الفولاذ على الدوام مع الاحتراس العظيم أثناء المشي

(في الاضطراب العصبي) - قد يحصل عند المرأة مدة الحمل اضطراب في القوى الحسية والمبيلية والعقلية ودوار وغطه شدة في البصر وانحما وتغير في الذوق وأحياناً الكمة والصمم

وتقع في الاخلاق وكراهة بدون سبب لاجابئها الاعزاء وعدم الهمة وحالة جنون جزئي أو  
تمجج شديد . ومن الخاملات من تقضى جميع أوقاتها في النوم . ومنهن من تشتكي بالم  
عصبى في الوجه . فاذا كان سبب هذه الظواهر فقر الدم فالوسائط التي يعتمد عليها في  
الشفاء هي تعاطي المركبات الحديدية والادوية المرة والاعذية المقوية مع الرياضة المنتظمة  
 . فاذا لم تنم هذه الوسائط تنتظر الولادة حيث يعقبها انتظام الوظائف العصبية

وقد يوجد عند بعض الحوامل كالان شديد في الفرج فيعالج باستعمال الحمامات الفاترة  
 المتكررة والغسلات المستمرة بماء تحت خللات الرصاص أو بمحلول بورات الصودا . والاجود  
 من ذلك أن يغسل بمحلول خارجي من السليماني (١) على (٥٠٠) أو (١) على (١٠٠٠)  
 أو على (٢٠٠٠) أو على (٤٠٠٠) ويشكر الغسل بجملة مرات في اليوم والمعلم (دبوا)  
 يوصى بمحلول مكون من الجليسرين الانجليزى (٢٠) جراما ومن السكر وفورم (٥٠)  
 سنتجرام ومن صبغة الزعفران (٥٠) سنتجرام أيضا لكن العلاج الاكثر قوة هو المس  
 بنترات الفضة محلولاً أو صلباً ويندر عليه جملة من ارمسحوق مركب من الكوكايين والنشا  
 وتحت نترات الزيموت والكافور

في الاكلبسيا النفاسية قد تحصل الاكلبسيامدة الحبل نحو الشهر الثامن أو زمن  
 المخاض أو في الايام التالية للولادة وأكثر ظهورها يكون عند بكرات الولادة الصغيرة  
 السن مدة المخاض خصوصاً من تمدد فتحة عنق الرحم . اما اذا ظهرت بعد الولادة  
 فيكون ذلك عقيبها بضع ساعات غالباً أو أثناء الاربعة أيام التالية . وحصول الاكلبسياء يقل  
 في الحبل الثاني ويندر في الثالث كما يندر عند المتدمات في السن وان كن بكرات . ثم  
 ان الاكلبسياء تصاعف البول الزلالى فبارة يسبقها وبارة يظهر معها ولكن ليس كل مصابة  
 بالبول الزلالى تصاب بالاكلبسيا لانه لا توجد الا واحدة تصاب بها في خمس من المصابات  
 بالبول الزلالى

(التغيرات التشريحية) اذا فحمت جثة من ماتت بالاكلبسياء فقد توجد تغيرات  
 الالتهاب الكاوى ويوجد الكبد والطحال محتقنين والرحم محتوي على جلط دموية والمبيض  
 محتوي على بورات نرفية والمخ محتقنا ومحتوي بآحيانا على بورات نرفية أيضاً ومصاب بالاوزعيا  
 أو يوجد استسقاء بطيناته والدم يكون ذالون بنفسجي ومحتوي على كمية مختلفة المقدار  
 من البولينا أو من كربونات النوسادر الناجم من تحليل البولينا . وبسبب هذه التغيرات  
 يلزم اعتبار الاكلبسياء عرضاً تسميمياً أكثر من اعتبارها مرضاً عصبياً

اعراض

وأعراض الاكلبسية • يندر أن تميزت الاكلبسية في مبتدئها الحامل في الحمل متى  
كان الطبيب مباشراً أحوالها دائماً بحيث لا يتأخر عن العلاج متى ظهر الزلال في البول  
واصطبغ بالدوار وحصل اضطراب البصر وألم الدماغ والام المعدي وعسر التنفس  
وحصول التعصب لان جميع ذلك يعلن بالتسمم • وتتكون النوبة الاكلبسية من ثلاثة  
أدوار ودور الهجوم ودور التشنج التشنجي ودور الانثناء والبسطه فالدور الاول يبتدئ بانقباض  
عضلات الوجه ونبات المقابلة وتباعد الاجفان عن بعضها ثم يعترها انقباضات تشنجية  
متوالية فتتقارب وتتباعده وهكذا ثم تتحرك المقابلة تحركاً تشنجياً فتجبه الى أعلى وتختفي  
القرنية أسفل الجفن العلوي بحيث لا ترى الا الصلبة وتتباعده وتتقارب أجنحة الانف  
وتتشنج وتنقبض السفن وأحياناً تجبه إحدى زاويتي الفم الى أعلى أو الى الخارج وتنقبض  
الالياف العضلية للسان فيهتز وعيل الرأس الى اليمين والى اليسار بالتوالي وأخيراً تجبه نحو  
اليسار وتقف ثابتة نحو ربع ساعة وبالجملة فهذه التشنجات المتوالية والمقارنة لبعضها  
تنقضي في نصف دقيقة الى دقيقة . والدور الثاني تجبه فيه الرأس بقاءة الى الخلف  
ويتخشب الجرع وتنسبط الاطراف وتتخشب أيضاً ويقف التنفس وبصر الوجه من رقاً  
وإذا وجد اللسان بين الاسنان صار منضغطاً بينها بقوة فيتمزق وحينئذ يسيل من الفم لعاب  
مدم ثم عقب (١٥) ثانية من هذا الدور يبتدئ الدور الثالث وفيه تصير جميع عضلات الوجه  
في انقباض وبسط متواليين وتدور المقابلة داخل الجحاج ويصير لون الوجه أحمر بنفسجياً  
منتفخاً عظيم الحجم كوجه الغريق وتلتوى الاطراف في كل جهة ويندر تنقل الجرع ويصير  
التنفس غير منتظم ويخرج المخاط من الفم بالزفير ويعود بالشهيق وترتفع حرارة الجسم الى  
(٤٠) أو (٤١) . وهذا الدور يستمر نحو ثلاث دقائق الى خمس وبعدها تهاه قد  
تفيق المرأة شيئاً فشيئاً بدون أن تشعر بما حصل لها . وأحياناً يعقب هذا الدور تنفس  
كوماوي يتقطع بنوب تشنجية تارة ينتهي بالموت وتارة تستيقظ منه شيئاً فشيئاً بعد مضي  
بضع ساعات ثم يعقبه الشفاء . ويختلف عدد النوب التشنجية إلا كما بسياً فإذا كانت  
متباعدة عن بعضها فقد لا تتكرر الا مرتين أو ثلاثة وقد تكررت عند بعض النساء نحو مائتي  
مرة مع التخلل بفترات قصيرة تكث بضع دقائق الى بضع ساعات وفي العادة تكون النوبة  
الاولى قليلة الشدة قصيرة المدة لا تزيد عن دقيقة واحدة وتكون النوبة الثانية من عجة طويلة  
الشدة ومدتها تختلف من خمس دقائق الى سبع

\* والاكليسياء عرض عميت للرأة وللجنين أيضاً متى كانت نوبها متتابعة بدون فترة ولكن اذا بعدت عن بعضها وقت شدتها وصارت حرارة الجسم طبيعية ربما أعقب ذلك تحسين حالهما وفي العادة يموت من الاجنة (٣٢) في المائة . وتتميز نوب الاكاهيسيا عن نوب الاكسييرا بافقد الادراك فيها فقد تاما وبانقباض عضلات البسط . ويمكن تجنب ظهور الاكاهيسيا اذا استعملت المرأة الغذاء اللبني فقط من ابتداء ظهور الزلال في البول واستمرت على ذلك ثلاثة أشهر اما اذا ظهرت وكانت نوبها خفيفة متباعدة فتعطى الادوية الممكنة واذا كانت قوية متتارية يلزم الاسراع في اخراج الجنين والتخلص بالصناعة . وفي أثناء النوبة يلزم الطبيب المحافظة على المرأة من ان تضر بنفسها فيجنبها عض لسانها بان يضع شيئاً بين الاسنان بعد الفكين عن بعضها ويستفرغ البول من المثانة ان وجد . وفي اثناء الفترة يفعل للمرأة حقنة شرجية منظفة مكونة من (٢٥٠) جرام من الماء ومن قبضة من ملح الطعام ثم يفعل عقب ذلك ربع حقنة شرجية محتوية على (٢) الى (٣) جرامات من الكورال الايدراتي ويمكن الزيادة عن ذلك بالتسدر بيج الى (١٢) جرام في (٢٤) ساعة بحسب شدة النوب وخفتها . واذا وجدت الكوما استعمل الفصد العام لاستخراج كمية من الدم تختلف بحسب قوة المرأة وضعفها أو توضع عشر علاقات الى (١٢) خلف كل اذن ولنج خردلية على الاطراف السفلى ومثانة ملوأة بالنج على الرأس أو رفاة مثله بالماء البارد اذا لم توجد المثانة . حتى أمكن المرأة الازدراد يعطى لها شراب الايتير والكورال الايدراتي من (٤) الى (٥) جرامات مع (١٠٠) جرام من الماء أو يعطى لها شراب المورفين في منقوع الزيفون . وبالجملة لجميع هذه الوسائط ربما لا تفيد فالاولى من ذلك كاه الاسراع في اخراج الجنين والتخلص

(في سقوط الرحم) - من المعلوم أن نزول الرحم بل سقوطه الكامل لا يمنع تلغج البيضة ولا ينتج عنه أدنى عارض كما ثبت ذلك بالمشاهدة . فقط يلزم أن تؤمر المرأة باستلقائها على ظهرها مدة الاربعة الايام الاولى وأشار بعضهم أنها تستعمل مع الاستلقاء لما وضع فرزجة هوائية أو اسفنجية في المهبل طول هذه المدة . وقد يلقى الطبيب لان امرها بالاستلقاء طول مدة الحمل فاذا كانت مجبورة على القيام تستعمل علاقة صلبة جيدة الصناعة

(في المييل الخلفي للرحم) - المييل الخلفي للرحم الممتملى ليس نادراً الحصول عند

اللاتي

اللاقحين من انحنائه كثير في العجز يسبب عنه اتساع التجويف الحوضي وضيق المضيق العلوي وكثرة بروز الزاوية العجزية الفقرية وهذا الميل تارة يحصل تدريجياً وتارة يحصل دفعة واحدة . ففي الحالة الاولى يقف قاع الرحم تحت الزاوية العجزية الفقرية في آخر الشهر الثالث من الحمل عوضاً عن أن يخرج من المضيق العلوي ليصل الى البطن فينتج من ذلك احساس للمرأة بثقل في تجويف الحوض وعسر في التبرز والتبول . فاذا استمر الرحم في هذا الوضع على التمشوهد في الحال أن العوارض تأخذ شيئاً فشيئاً ثمة الا آخر فتحصل آلام شديدة كما يحصل في كل اختناق وأعراض التهاب شديد واحساس كامل في المواد الثقيلة والبولية وفيه وضيق في التنفس لا يطاق ثم يكون الاجهاض محتملاً . وأما في الحالة الثانية فالرحم الذي تجاوز المضيق العلوي نحو ابتداء الشهر الرابع يصعد الى البطن السفلي ينقلب فجأة الى الخلف عقب سقوطه على المقعدة أو من حصول مجهود عنيف لرفع شيء ثقيل أو من رجعة عنيفة ناشئة عن سعال أو عطاس أو قيء أو نحوها فتفزع الرحم بصيراً أسفل الزاوية العجزية الفقرية ويبقى فيها ممدوداً كما ومن ذلك يحصل ظهور العوارض المذكورة انما تكون هنذاذات سير سريع كما يحصل في كل اختناق حاد . فاذا لم يحصل اجهاض ولم يمكن رد الرحم لموضعه ينتهي الالتهاب بالغنغرة بنا فينجم عنها هلاله المريضة ولذا كان انذار الميل الخلفي للرحم في حالة الحمل كثيراً للخطر دائماً فلعل الخلة تفعّل أو لا تجر برة رد الرحم ولاجل ذلك يتبدأ بتفريغ المشيمة بواسطة القسطرة وتفريغ المستقيم بفعل حقنة شرجية ذات أنبوبة شرجية مرنة طويلة طرفها السائب يمكنه أن يمر الى أعلى النقطة المنضغطة للامعاء الغلاظ ثم بعد ذلك توضع المريضة على حافة سريرها كما في حالة بحشها بالنظار ويجذب عنق الرحم الى أسفل جهة تقعر العجز بواسطة الاصبعين الداخلين في المهبل من اليد اليسرى وفي آن واحد يدخل الطبيب اصبعين من اليد اليمنى أو الفضيبة المدافع للعلم (افرات) ويدفع قاع الرحم جهة ~~مركز~~ المضيق العلوي . والمعلم (جو تفرود) اقتدى بالمعلم (هوتتر) وبالمعلم (نوايه) في خصوص تخليص قاع الرحم من ثقل الاحشاء البطنية ليسهل رد العضو عقب ذلك فأمر بوضع المرأة على بطنها بالعرض على سرير مضيق تكاد يجتمها تلامس الارض قبل الوصول الى عمل الرد الذي هو في الجملة عين ما ذكر آنفاً ونجح في عدة أحوال صعبة من هذا القبيل والاقنءابه مفيد في هذه الحالة ومع ذلك نوصي قبل وضع المرأة موضعاً متعباً كهذا بتجربة وضعها على قوائمها الاربع أي على ركبتيها

ومرفقها . وعلى كل فالاجهاض لا بد منه بسبب هذه الافعال لكن لا يكون خطره كخطر الاختناق الاتهابي للرحم ولذا يلزم احداثه بمجرد علم استعماله رذا الرحم ويكون احداث الاجهاض ببط اليضة باآلة بازالة من خلال الجزء السفلي للرحم من الخلف فربما من قاعدة العنق وبعد البط ينتظر قذف المضغة وبعد الرذا اذا أمكن فعله تحفظ المرأة على فراشها في راحة تامة الى انتهاء الشـهر الرابع مع تجنبها فعل كل مجهود يمكن أن يحدث الميل ثانيا فلذا بلا حظ عدم اصابها بالزكام خوفا من السعال أو العطاس وكذا لاتفعل مجهودات عند التبرز أو التبول ومتى كان الحمل في آخر الشـهر الخامس ولم يمكن رده اكتسب الرحم جماعين اعتداله ورجوعه الى حالته الطبيعية وعلى ذلك تصير الاحتراسات كلها غير مفيدة وكذلك اذا وجد انثناء خلقى للرحم الممتلئ واستمر الى نهاية الشهر الثالث فن الواضح أنه يحدث العوارض التي أحدثها الميل الخلفي انما يتأخر عنه حصول الاختناق بقليل فان العضو بسبب انثناءه يحتاج لوضع يتمكن فيه على حسب طوله . وأما رده فيكون عسرا لان الرحم يكون قليل الميل الطبيعي للاتصاب

في التزيف الرحمي مدة الحمل - التزيف الرحمي الذي يحصل عند الحمل يكون في العادة ظاهريا . وقد يكون باطنيا . فالظاهرى هو الاكثر حصولا . وأسبابه إما مهيمية أو متممة . فالمهيمية هي أحوال مرضية للرحم وتأثيرها يحصل بالاخص في الثلاثة الأشهر الأول اذ في هذا الوقت لم يزل الرحم متعودا على الاحتقان الطمئي والغشاء الساقط يكون عبارة عن كتلة فطرية قليلة التعضون كثيرة الاوعية ولذا كثيرا ما يحصل التزيف ثم الاجهاض في أوقات الطمث . ومن الاسباب المهيمية للتزيف أيضا انقمام المشيمة على عنق الرحم لكن هذا التزيف لا يحصل الا في الثلاثة الأشهر الاخيرة من مدة الحمل . والاسباب المتممة هي الانفصال الفجائي لمحصل العلووق عقب سقطة أو هزة عنيفة أو ضربته على البطن أو شغل شاق أو نزحاج شديد أو رجة عقلية عظيمة أو الغيظ أو الحمام العام الكثير الحرارة أو البرودة أو حمام الاقدام المفعول بدون احتراس أو عقب حصول خطوة كاذبة . ومن الاسباب المتممة للتزيف أيضا في الأشهر الاول لبس المنطقة الصدرية البطنية الكثيرة الانضمام والافراط في الوطاء فالمنطقة تعوق الدورة فيحصل احتقان رحمي ثم تزيف . والوطاء يزحج الرحم مباشرة فيفصل كيس متحصل العلووق فيحصل التزيف . أما السبب المتمم للتزيف الذي يحصل من الانقمام المعيب للمشيمة فهو تعدد عنق الرحم في المدة الاخيرة للحمل

(في)



(في التزيف الباطني) - التزيف الباطني الذي يحصل مدة الحمل يكون داخل نسج المشيمة أو بينها وبين الرحم . ففي الحالة الاولى تكون المشيمة ممرضة بيورات سكتية مختلفة الاطوار . فبعضها يكون محتويا على دم سائل حديث الخروج وبعضها على جائط متجمدة متوسطة العهد والبعض الآخر على مادة ليفية صلبة قديمة العهد . وقد توجد بيورات متسعة مكونة من عدة طبقات من الدم . والمعالم (دوا) شاهد مشيمة ذات تجويف محتوي على قطعة من الدم في حجم بيضة الدجاجة الرومية . وهذا التزيف كان كافيا في موت الجنين الذي خرج خاليا من الدم . وفي الحالة الثانية التي يكون التزيف فيها بين المشيمة والرحم قد يكون هذا التزيف عينا فان المعلم (ليغوس) شاهد موت امرأة بقاؤه عند انتهاء مدة الحمل فلما نذب للبحث عن سبب موتها وجد دائرة المشيمة ملتصقة بالرحم وما عداها منفصلا ومكونا للتجويف منسج محتلي بالدم \* والازفة الرجعية الظاهرة أقل خطرا من الباطنية ما عدا التزيف الظاهري الحاصل من الاندغام المغيب المشيمة فانه متى كان غزيرا أضرب المرأة وبمحصل العلق لانه ينجم عنه الموت في أغلب الاحوال وتعالج الازفة الظاهرة بوضع المرأة على ظهرها مرتفعة المقعدة براحة تامة مع وضع المكمدات الباردة على البطن السفلي وأعضاء التناسل الظاهرة وعمل حقنة شرجية مكونة من (٢٠) الى (٣٠) نقطة من اللودانوم في (٥٠) جراما من الماء البارد وحقنة قحت الجلد بالمورفين مع اعطاء اللجونات المعدنية أو عمل زروقات مهلبية حارة مما يأنحو (٤٥) درجة . واذ اخيف على حياة المرأة استعمل السد المهبل وان كنا نرض استعماله الا اننا نشرح فعله للاستفادة ليس الا

(في السد المهبل) - بحضرة لاجل فعل السد المهبل أو لامن (١٠) الى (١٥) كرتة من القطن العقيم البوريكي ومثلها من الصوفان الطري المعقم أيضا بحيث تكون كل كرتة منها في حجم الاجهام تربط من وسطها بخيط طويل عقيم أطرافه تبقى خارج الفرج بلذبحها عند اخراجها . وثانيا كرات أخرى من القطن أو الشاش العقيمين البوريكيين تربط أيضا بدون أن يترك الخيط اطراف . وثالثا كتلة غليظة من القطن أو الشاش العقيمين البوريكيين . ورابعها جس أو ست رفائدم مستطيلة عقيمة . وخامسا رباط نافي عقيم . ومتى أحضر ذلك جميعه توضع المرأة على طرف سريرها عرضا وتستفرغ

مشائتها وتظهر أعضاها تناسلها ثم يؤخذ منظارا ساوا في معقم مسدودا بقازلين بوريكى أو سليمانى ويدخل في المهبل ثم يخرج منه سدته ثم توجه في باطن المنظار نافورة حقنة محتوية على ماء مطهر بارد لاخراج الجلط الدموية من المهبل حتى يصير عنق الرحم نظيفا جسدا خفيفا تضبط كره من السكرات الاول بحفت طويل معقم وتغمس في محلول مر كرم من فوق كلورور الحديد ثم تعصر نوعا ثم تدفن بالقازلين البوريكى أو السليمانى وتوضع في عنق الرحم ان أمكن أو في فحمة بالتحكيم لانها تكون مفتوحة قليلا في مثل هذه الحالة ثم تحاط هذه الكرة بأربع كرات أو خمس آخر مغموسة أيضا في محلول فوق كلورور الحديد بحيث يعلق المهبلى ثم يدخل أربع كرات أو خمس جافة ثم أربع أو خمس قطع من الصوفان ثم أربع أو خمس كرات جافة وهكذا على التوالي حتى تمتلئ ثلاثة أرباع المهبل وبعد ذلك تستعمل كرات مغموسة في الزيت الأكلينتوس أو مسدودة بالقازلين البوريكى أو السليمانى بدون خيط لاتمام امتلاء المهبل وعند الوصول الى الفرج يثبت الجميع بالكتابة الغليظة والرباط التالى فاذا وضع الجهاز بهذه الكيفية منع الدم منعا كليا ولذا يمكن الطبيب الانصراف عن الرأى مع الاطمئنان وعلى العموم لا ينبغي رفعه الا بعد عشر ساعات أو اثنتى عشرة من وقت الوضع ما لم يطرأ طارئ كالاتياج الشديد للتبول فينبذ رفع ثم يوضع ثانيا بعد تفرغ المثانة . ويرفع أيضا متى حصلت الآلام القاذفة الشديدة فالسد المذكور حينئذ له منفعة ان احدهما يقاوم التزيف والثانية سرعة انقذاف متحصل العلق ولكن اذا كان التزيف غزيرا ويخشى منه على حياة الام وكانت فحمة عنق الرحم ممتدة تمدا كافيا لادخال يد الطبيب فيلزم ادخالها في الرحم واخراج الجنين بالتحويل القسدى أو بحفت الولادة لكن المفضل هو عمل التحويل لانه يستدعى زما قليلا وعاقبته جيدة متى كان الطبيب ماهرا متمرا

في أمراض الحامل غير الناجمة عن الحمل - تنقسم الامراض غير الناجمة عن الحمل الى أمراض تستدعى أعمالا جراحية وإلى أمراض عمومية . فالأمراض التى تستدعى لشفاؤها أعمالا جراحية يلزم تأخيرها الى ما بعد الولادة اذا أمكن لان عملها يفتح بابا للدخول الميكروبات العفنة الملوثة للامراض في بنية الحامل فتضر بها وتحصل العلق أيضا . وقد ينشأ عن هذه الاعمال تنبيه وانقباض للرحم فيحصل الاجهاض . واذا كانت أعضاها تناسل هي مجاس هذه الاعمال الجراحية تنج عن عملها تزيف غزير بسبب عوق الدورة الحوضية ففى كان الورم لا يراحم غمومه تحصل العلق ولا يمنع خروج منه زمن الولادة من

الطريق

الطريق الاعتيادي فالأفضل تأخير الاعمال الجراحية الى ما بعد الولادة أما اذا كان  
مزاجها نموها وعائتها خروجها من الولادة ويمكن عملها فلا ينبغي تأخير العمل فثلا اذا كان  
ذلك كيسا مبيضيا فيلزم يبطه أو فتح البطن ثم استئصاله \* والامراض العمومية إما تعفنية  
أو تسممية . والتعفنية اما حادة أو مزمنة . فلحادة تؤثر على الجنين بارتفاع حرارتها  
وبجراثيمها العفنة . فتى وصلت الحرارة الى (٤٠) درجة مات الجنين أو صار معرضا  
للموت ثم يعقب ذلك الاجهاض . ومن هذه الامراض الحصبة وهي نادرة المشاهدة زمن  
الحمل فاذا حصلت لحجم عنها موت الجنين ثم الاجهاض كما تقدم . ومنها القرمزية وهي  
نادرة أيضا وقد تظهر في الايام التالية للولادة حتى ان بعض العلماء ظن دخول جرثومتها في بنية  
الام قبل الولادة ولكن امتداد دورتها الى ما بعدها وعلى كل قتي دخل ميكروبيها في  
بنية المرأة مدة الحمل نتج عنه الاجهاض ثم الطفح في الايام التالية له . ومنها حمرة الوجه فاذا  
حصلت مدة الحمل نتج عنها الاجهاض وان حصلت بعد الولادة نتج عنها التعفن النفاسي . ومنها  
الجدري فان كان قليلا فلا يؤثر على مفصل العلووق وان كان مختلط نتج عنه الاجهاض . وقد  
يستمر الحمل على سيره بدون أن يصاب بشئ من الجدري فيعتبر كأنه ملقح له وقد يصاب به ثم  
يولد موشحاً بالطفح . ومنها الحمى التيفوسية والتيفودية وجمها يحصل الاجهاض غالباً اذا كان  
انذارهما خطراً على المرأة والمفصل . ووجود الحمل لا يتووع المعالجة اللازمة لهذين المرضين  
. ومنها الروماتزم المفصلي العمومي الحاد الذي يصاب الجنين كذلك واذا كانت الاصابة في  
الايام الاخيرة للعمل ظهر المرض في الطفل عقب ولادته ببعض أيام تبعا لزمان التفريخ  
كما شاهدت ذلك . والامراض المزمنة منها الما لاريا وتوجهم المتقطعة نادرة المشاهدة مدة  
الحمل أما عقب الولادة فتشاهد كثيرا ووجودها لا يزيد الحالة النفاسية خطرا اذا تحقق  
ان النوب ناجمة عن الما لاريا لا عن التعفن النفاسي أما اذا ظهرت النوب مدة الحمل فان  
انذارها غير جيد على مفصل العلووق لانه يحصل الاجهاض كما هي القاعدة فاذا لم يحصل  
وخرج الجنين بالولادة الطبيعية حيا كان ضعيف البنية انكن لم تظهر عنده النوب  
ونعالمحى الما لاريا اذا ظهرت نوب امددة الحمل بدون التفات لمفصل العلووق وذلك باعطاء  
المرأة ملفات الكينين اما اذا ظهرت بعد الوضع فيعطى الطفل لمرضة ترضعه مدة العلاج  
لان الكينين ترمع اللبن فتضربه . وبعضهم لم يجز اعطاء الطفل للرضعة وقال انه يؤمن  
الضرر اذا كانت كمية الكينين قليلة بحيث لا تزيد عن (١٠) أو (١٥) سنتيغرام وكان

تعاطيهما من الاكل وفرغ الثدي بعد ثلاث ساعات من التعاطي قبل ان ترضع الطفل منه . ومن الامراض المزمنة الزهري فتارة يكون المصاب به الرجل وتارة المرأة وتارة هما معا . فاذا كان المصاب الرجل فقط تمحصل العلق قبل الشفاء منه أصيب متحصل العلق به غالباً بواسطة الحيوانات المنوية وبدون أن يعدي المتحصل أمه . فاذا حصل الشفاء للرجل منه قبل العلق لا يصاب به المتحصل . واذا كانت المصابة الام فقط وكانت الاصابة قبل العلق أوفى اثنا الستة الشهور الاول أصيب المتحصل حتماً حيث ان البويضة المكونة له زهرية . اما اذا لم تصب الا في انتهاء الحمل فقد لا يصاب المتحصل . واذا كان الرجل والمرأة مصابين فلا شك في اصابة المتحصل لكون كل من الحيوانات المنوية والبويضة مصابا وانذار هذا المرض خطر عليه لانه ينجم عنه الاجهاض في الشهر السابع تقريبا ثم ان ظهور هذا المرض في المتحصل تارة يكون مدياً للحياة الرجعية وتارة زمن الولادة وتارة بعدها يضع أسابيع . وعلامة كون الجنين مصاباً به ان تكون الرأس غليظة في أغلب الاحوال ضيقة القطر الجداري المزروج والجهة بارزة والوجه غليظاً أحياناً وكثيراً ما يوجد استسقاء دماغى وطفح بسور يازس في راحة اليدين وأخص القدمين وبقاعات بنفجوسية في الوجه المقدم لاساقين ويكون الكبد متغيراً خلوياً والرئتان اسكلوروزيتين والعظام ليست منتفخة هشة . وقد تولد الاطفال في حالة يظن معها الصحة لكنها تموت بعد زمن يختلف من ثلاثة اشهر الى ستة وكثيراً ما تكون المشيمة اسكلوروزية وبها التصاقات غير عادية في واجبات الطيب اذا أصيب الرجل بالزهري قبل زواجه يلزم الطيب أن ينصحه بعدم الاقدام عليه حتى يشفى ثم يتزوج بعده مضي أربع أو خمس سنوات من شفاؤه بالمعالجة الجيدة التي يلزم استمرارها نحو ثلاث سنين . واذا حصل هذا المرض بعد الزواج يمنع من الوطء حتماً سواء بزوجه أو بغيرها الى أن يشفى كما تقدم . واذا أصيبت المرأة قبل الزواج أو بعده فكذلك يلزم معاملتها بمثل ما عومل به الرجل . فاذا أصيبت مدة الحمل زمت معالجتها . واذا أصيبت مدة الولادة يلزم الطيب أن يحترس على الطفل وعلى نفسه من العدوى فاذا انجمنها الطفل يرضع من امرأة سليمة . ومن الامراض المزمنة البول السكري وهو خطر على المرأة وعلى متحصل العلق كما أن حصول الحمل يزيد خطر البول السكري . وقد يظهر هذا البول مدة الحمل ثم يزول عقبه . وأما الامراض التسممية فمنها التسمم الرصاصى وهو خطر على متحصل العلق وان كان خفيفاً ومنها التسمم الكئولى وهو

الكولي وهو خطر على المتحصل فإنه ينجم عنه الاجهاض . ومنها اليرقان فإذا كان خفيفا  
وناجعا عن احتقان كبدي بسبب الحمل لا يكون خطرا على المرأة لكن قد يكون خطرا على  
متحصل العلق . أما الحى الصفراء المسماة باليرقان الخطر فهي خطيرة عليهما . ومنها  
المغص الكبدي وهو غير خطر عليهم ما اذا عولج بالمسكنات وبعياد فينسى . وقد تصاب  
الحامل بالتهاب شعبي قد ينجم عن نوب سعاله الاجهاض فتلزم معالجتها بدون التفات الى  
متحصل العلق . وقد يحصل التهاب رئوي للعامل وهو خطر على متحصل العلق فتلزم  
المعالجة بدون التفات الى المتحصل أيضا . وقد يحصل التهاب بلوراوى وهو غير خطر على  
المتحصل فتلزم المعالجة بدون التفات اليه . وهذه الامراض تضعف المرأة فلذا تلزم  
مساعدتها من الولادة بالصناعة . ومنها الدرن الرئوي وهو يؤثر تأثيرا مضر على المتحصل  
فتارة يميته ويحصل الاجهاض ونارة يستمر على سيره ثم يولد ولكن يكون ضعيف البنية ثم  
يظهر عنده هذا المرض في الغلافات الخفية زمن الطفولية الاولى أو في رثته زمن السبوية  
وقد يؤثر الحمل على هذا المرض فيسرع سيره عند المرأة . وقد عوت المصابة بهذا المرض  
مدة جلها إما عقب اضمحلال صحتها أو عقب أنزفة رئوية صاعقة . وقد عوت عقب  
الخلاص فإذا عاشت بعده كانت صحتها غير جيدة . وكلما حدث حمل للمصابة بهذا المرض  
قرّبها الى انتهاء الحياة . يجب على الطبيب أن يمنع المرأة المصابة بهذا المرض من الزواج لانه  
مضربها وينسلها . فإذا تزوجت لزم منعها من العلق لانه مضربها ويحصل  
العلق لا يلتفت اليه وتعالج بما يوافق حالتها وإذا ولدت يرضع الطفل من مرضعة سليمة  
ومن الامراض الموضعية أمراض القلب فكثيرا ما يكون الحمل سببا لحصول التهابات قلبية  
باطنية ولو وجدت قبل الحمل تغيرات في الصمامات القلبية خصوصا ضيق الصمام الأذني  
البطني اليسارى ترايدت هذه التغيرات بسبب الحمل ونجم عنها الاجهاض غالباً فإذا لم يحصل  
ثم حصلت الولادة كان الطفل ضعيف البنية . وكما أنه ينجم عن هذه التغيرات الاجهاض قد  
ينجم عنها موت المرأة غالباً . وينبغي للطبيب أن يمنع المصابة بالامراض القلبية من الزواج  
فإذا أصيبت به بعده لزم منعها من العلق فلو حصل ثم ولدت لزم منعها من الارضاع حيث  
قال المعلم (بيتر) لازواج المصابة بهذه الامراض ولاجل اذا تزوجت ولا رضاع اذا ولدت  
ثم ان هذه المصابة يلزم منعها مدة الحمل من تعاطى الشاي والقهوة ويجب أن تعطى اللبن

ويزومورالبوناسيوم ويودوره فلذا قرب انتهاء الحمل وكثرت حالتها خطيرة فلم ان تفعل لها  
الولادة المجهلة الصناعية

وفي الامراض المتعلقة بمحصل العلق **١١٤** - تنقسم هذه الامراض الى ثلاثة اقسام  
امراض الغلافات وامراض المشيمة وامراض المتحصل

(في امراض الغلافات) - من الغلافات الامنيوس واكثر امراضه الاستسقاء وهو  
عبارة عن وجود كمية من المافزائدة عن (١٠٠٠) جرام في باطن الامنيوس وهذا المرض  
نادر لانه يحصل مرة في كل مائة حمل . واسبابه كل ما يعوق دورة متحصل العلق او دورة المرأة  
من الاسباب التي تعوق دورة المتحصل اصابته بالزهرى لانه يحدث تغيرا في كبده وفي  
المشيمة ايضا . ومنها عيوب تكون اعضاء المتحصل . ومنها وجود توأمين ذوى  
دورتين مخالفتين لبعضهما في الاتجاه لانهما يعرفان سربعضهما . ومن الاسباب التي  
تعوق دورة المرأة اصابته بالامراض العضوية القلبية والكوية وغيرها مما اصابها  
بالزهرى سواء كان مكتسبا او وراثيا . وعلى العموم لا يشاهد الاستسقاء الامنيوسى قبل  
الشهر الرابع والخامس وعادة يكون حصوله تدريجيا وحينئذ لا يكون خطرا على المرأة  
غالب الا انه يحدث عسرا في التنفس واحيانا يجرى الانقباضات الرجعية التي ربما تخرج عنها  
الاجهاض فاذا لم يحصل واستمر الحمل ربما ينجم عن ذلك مجي م عيب وقت الولادة ونحوه في  
الرحم . اما اذا حصل الاستسقاء فجاء فيكون خطرا على المرأة لانه ينجم عنه عسرا في التنفس  
الذي يمتد للمرأة ان لم يشترك الطبيب علاجه في الحال . ويعرف الاستسقاء  
الامنيوسى بكبر حجم البطن كبرا عظيما مبكرا وعسر التنفس المبكر ايضا وادراك الطبيب  
موجة السائل المنتفخة بالقرع اذا وضع احدى يديه على جهة من البطن ثم قرع باليد الاخرى  
الجهة المقابلة لها . وقد لا يمكن سماع الغاط قلب الجنين بسبب كثرة تحركه وكثرة كمية  
السائل الفاصل له عن جدر بطن المرأة الموضوع عليها السماع . واذا فعل الطبيب الجس  
المهلبى أدرك ان الرحم اكثر اتساعا بالنسبة لزمن الحمل . وقد تدهد فتحة عنق الرحم قبل  
اوان تمددها الطبيعي فيبرز جيب المياه ويصير عرضة لالتزق وبخروج السائل قد يسقط معه  
الحبل السرى . وقد يمتس الاستسقاء الامنيوسى بالحمل التوأمي وباحتباس البول  
المصحوب بميل الرحم الى الخلف وبالحمل المضاعف بوجود كيس مبيضى او ورم ليفى رجي .  
اما الحمل التوأمي فيعرف بقسمة كمية السائل الامنيوسى وبسماح نقطتين قلبيتين

ووجود

ووجود طرفين صليين مستديرين هما الرأسان . واما احتباس البول فيعرف بأدخال  
القساطير في المثانة . والحمل المضاعف بكيس في البيض يعرف بانفصال الكيس  
عن الرحم والمضاعف بورم ليني يعرف بوجود ورم صلب مجاور للرحم \* واختلف  
الاطباء فيما يلزم للصابة بالاستسقاء الامنيوسى . فتم من يوصى المرأة بانواع جيدة  
قاسية مع استعمال الحمامات الباردة ومغزات البول والمعرفات لمدة الحمل ولهكن كل هذا  
غير مانع من تزايد كمية السائل واحداثها لانقباضات الرحم والاجهاص . ومنهم  
وهو المعول عليه الا ان من يوصى ببط كيس الجنين ويكون ذلك اما من قصبة عنق الرحم  
أو من الجزء السفلى لجسم الرحم . ففي الحالة الاولى يفعل البط بالمس ذى السهم الحاد  
الطرف للعلم (ميسر) . وفي الحالة الثانية يفعل بالآلة البازلة غرة (٤) أو (٣) من  
جهاز العلم (بوتين) أو العلم (ديولفوا) ويكون استقراغ السائل بواسطة الجهاز نفسه . فاذا  
اريد استعمال المس ذى السهم الحاد الطرف ببط الكيس الامنيوسى أعلى عنق الرحم  
ما أمكن اذ بذلك لا يخرج الا الجزء الزائد من الماء الامنيوسى ثم بعد البط تحفظ المرأة  
الوضع الافقى الظهرى مع الراحة التامة وملازمة الحمية وترك الجنين ونفسه وكذلك اذا ببط  
الكيس من جسم الرحم يلزم أيضا ان يكون ذلك في جزئه المقدم أعلى العنق وبعد استقراغ  
الجزء الزائد توامر المرأة بحفظ الوضع الظهرى كما سبق . وأما اذا كان الحمل قريب الانتهاء  
فتفعل الولادة المهجولة انما يجتهد المواليد في منع خروج السائل بسرعة وذلك بوضع اليد  
على فتحة جيب المياه والضغط عليها خفيفا ويفعل ذلك أيضا في حالة ما اذا حصلت الولادة  
المهجلة الذاتية . ومن الغلافات الغشاء السلائى وأكثر امراضه استسقاء جنه فينجم  
عنه تكون أورام صغيرة في نسيجه شبيهة بالكياس الديدانية وحينئذ يقذف الرحم بعد  
بضعة أشهر من الحمل كتلة غليظة من أغشية سميكة سطوحها الظاهر مرصع بعدد عظيم من  
حوبيات شفافة يختلف حجم كل واحدة منها من حجم برزق تونة الى حجم بيضة دجاجة صغيرة  
وتكون موضوعة بجوار بعضها متصلة بعنقبات خيطية كحبوب العنب في عنقوده وقد  
يوجد في سطح هذا النسيج بعض اجزاء سميكة من الغشاء الساقط ملتصقة به . وفي العادة  
أن متصل العروق يموت ويذوب ويمتص حتى لا يبقى له أثر اذا كان ابتداء التغيير من الشهر  
الأول وقد لا يذوب فيوجد ميتا داخل الكيس أو يبقى حيا الى انتهاء المدة ولهكن هذا نادر  
جدا ويقال ان المعلم الشهير (بيكلار) ولد بحالة مماثلة لهذه . ثم ان استسقاء جنه السلى

يعرف بأزدياد حجم الرحم واسترخاء نسيجه بحيث ينبعج بالاصمبع اذا ضغط به ولا تترك  
هذه الزخاوة اذا اضطجبت هذا الاستسقاء بالاستسقاء الامنيوسي ويعرف أيضا بزيف  
رحمى متكرر وانقذاف كتل حويصاية بعضها يخرج في غالب الاحوال مع دم الانزفة  
وقد لا يخرج من هذه الحويصلات شي فيصعب التشخيص . وفي يوم ما يعقب الزيف  
انقباضات رجمية تفقد كتلة كبيرة من نسيج وأغشية سطحها الظاهري مكون من  
الحويصلات المذكورة وهذا الانقذاف عواجها ضما لانه لا يوجد أثر لمحصل العلق  
والعجل السرى . وقد لا يخرج الكتلة بتامها في زمن واحد بل يبقى في الرحم جزء منها  
تم يخرج بعد مضي بعض أيام وهذا ما شاهدته أخيرا في الشهر الثالث للحمل عند شابة يبلغ  
عمرها نحو ( ١٥ ) سنة وكان الجزء الذي خرج أول يوم أكبر من مشيمة عمرها تسعة أشهر  
بدون أثر لمحصل العلق وفي ثالث يوم خرجت قطعة أخرى لحمية . ثم ان الاستسقاء الحملي  
السلاني خطر على متحصل العلق لانه يموت وينص في أغلب الاحوال وعلى المرأة أيضا  
لانه يعرضها للانزفة التي ربما يحجم عنها الموت الصاعق . ويلزم الطبيب أن يأمر المصابة بهذا  
المرض بالاستسقاء على الظهر والراحة التامة ويعمل لها الحقن تحت الجلد بالمورفين أو حقنة  
شرجية صغيرة محتوية على اللودانوم لوقوف الزيف أو السدد المهبل والاحسن عمل  
الزروقات المهبلية الساخنة فتخرج شئ من الكتلة ويبقى منها بعض أجزاء ملتصقة متعفنة  
يفعل الكحت الرحمي . ومن الغلافات الجنينية الغشاء الساقط . وأكثر أمراضه الالتهاب  
الحاد والمزمن . فالحاد ينظر أمدته الاصابات بالامراض العفنة . والمزمن يكون سابقا  
على الحمل وكلاهما يحدث الاجهاض

( في السيلان المائي ) - قد يسيل مدة الحمل من الرحم ماء يختلف كميته وفي الغالب  
يكون سيلانه في الأشهر الأخيرة وقد شاهدت في مدينة المنصورة شابة في الشهر الثالث من  
حبلها عندها سيلان مائي محسوب بالام وكان يعالجها بعض اطباء بالجويذار فلما تدهبت  
للاستشارة مع اطباء الذين كانوا يعالجونها بهذا الدواء منهتها من تعاطيه وأعطيتها قليلا من  
اللودانوم فزال الام واستمر الحمل الى تمام مدته حتى ولدته اني . وفي العادة يحصل هذا  
السيلان بدون أن يصطب بانقباضات رجمية اذا كان قليلا فتشعر المرأة فجأة أنها ابتلت  
بدون ألم لا قبل السيلان ولا بعده . أما اذا كان هذا السيلان غزيرا فقد ينجم عنه انقباضات  
رجمية خفيفة . وهذا السائل لونه مائل للصفرة يقع الملابس يقع تصير صلبة اذا جفت رائحتها

مشوية



مشوية وهو ينتضخ من الغشاء الساقط ويتجمع بين هذا الغشاء والسلي وحينئذ يفصل  
الاعشمية عن بعضها ثم يخرج من الجهة التي تجتمع فيها وبعض الأطباء ينسب لتضخ بسيط  
يحصل على السطح الباطني للغشاء الساقط وفي الغالب يكون ناتجا عن التهاب خفيف مزمن  
لهذا الغشاء وفي هذه الحالة يكون متحصل العلقوك وكيسه سليمين وقد يكون الكيس متترقا  
خفيفا فيخرج السائل ويمر بين الكيس والغشاء الساقط ويتميز إذا ما بحث بالميكروسكوب  
بوجود مادة دهنية وشعر رفيع آتين من جلد الجنين ويكون سميلا نه مستمر اقريبا وبتزايد  
وقوف المرأة والسعال وفعل كل مجهد وقد تضل كميته من (٢٠٠) الى (٣٠٠) جرام في  
كل دفعة أما في حالة الراحة فتكون قليلة كسندية . وفي حالة اتيانه من التهاب الغشاء الساقط  
يكون خروج على دفعات منفصلة عن بعضها بفتحات يقف فيها السيلان وفي أثنائها يتجمع  
ثانيا ثم يخرج وهكذا كلما تجتمع جزء عظيم منه ولذا تضي جملة أيام بين كل دفعة فإذا كان  
السائل المذكورا تيا حقيفة من السائل الامنيوسي بسبب تفرق في غشائه وكان الحل في  
الشهر الرابع أو الخامس أو السادس لا ترجى حياة متحصل العلقوك بل في الغالب يموت ثم يتعفن  
وأما إذا حصل التمزق بعد ستة أشهر ونصف فيجب وضع المرأة على ظهرها مع الراحة التامة  
واعطائها نحو عشرين نقطة من اللوردانوم أو يعمل لها حقنة تحت الجلد بمحلول كلورايدرات  
المورفين ويلزم المرأة أن تبقى على هذا الوضع الى أن تعضي جملة أيام بعد وقوف نزول المياه  
المذكورة ومع ما تقدم يلزم فعل التعقيم الفرجي والمهبلي جملة مرات في اليوم بالحقن المعقمة  
وعقب ذلك توضع كرة من الغاز البودوفورجي أو القطن المعقيم في فوهة المهبل لادخاله  
ثم ان هذا السيلان يتميز عن غرق جيب المياه الناجمة عن الطاق بعدم تعدد دفعة

عشق الرحم

وفي أمراض المشيمة - قد يمزق بعض أوعية المشيمة فينجب عن ذلك انسكاب دم فيها  
وهذا ما يشاهد في المصابة بالأمراض العنفة والمصابة بالأمراض الكلوية والقلبية أما  
مجانس النزف فقد يكون في الجزء المتوسط من المشيمة فتنفصل حينئذ من وسطها وتبقى متصلة  
بدورة المرأة بحافتها فقط فينجب عن ذلك الموت الفجائي للمرأة ولتحصل العلقوك وقد تصاب  
المشيمة بسبب الزهري الوراثي من الرجل أو المرأة بالالتهاب المزمن الاسكليروزي (أي الخلووي)  
فتضمر أوعيتها وينجم عن ذلك فقد وظيفتها فيموت متحصل العلقوك وقد يوجد في سطحها  
أكياس غروية ودموية وتكونات حجرية وأورام حقيفة وقد يحصل تجدد دموي في

الوريد السرى وقد ينفقد الحبل السرى أو يلفظ وبذلك يعاق أو يمتنع سير الدم فيه فيموت  
متحصل العلق حينئذ

(في أمراض متحصل العلق) - قد يقع مدة الحبل على متحصل العلق تأخير جسم ياد  
فيكسرمه عظما أو أكثر وقد تدخل في الرحم آلات يقصد بها قتله فتكسره أو تجرحه وقد  
تتكون في باطن الامنيوس عقب التهاب أو تغيرات فيه ألبة فتهيض بأحد أطرافه أو جزء منها  
كالاصبع وبضعها عليه تيره . وقد يحصل استسقاء الحبل المتحصل ناجم عن تغير كلوى  
أو كبدى زهرين وحينئذ تكون المشيمة أوزيماوية أيضا وقد تصاب عظام ومفاصل  
المتحصل بتغيرات مرضية كالراشيتسم الخلقى والكسور الذاتية والخلوع الذاتية الخلقية  
والانكيبوزات الخلقية وربما تولد أورام قرب عنقه أو عجزه تنجم عن عيوب في تركيبه  
فينشأ عنها سر الولادة كما سيأتى ذلك في بابها

(في موت متحصل العلق) - قد يموت متحصل العلق داخل الرحم ويمكث فيه مدة  
بعد الموت . وأسباب موته كثيرة منها إصابة المرأة بالزهرى والبول السكرى والزلالى أو  
التسمم الزحلى أو بافراطها في التدخين أو شرب المشروبات الروحية أو إصابتها بأحد  
الامراض العقنة الحادة كالجدري والحصبة والقرمزية والحجى التيفودية والتيفوسية  
وغيرها أو إصابتها بالامراض القلبية وقد يكون الموت ناجما عن مرض المشيمة أو الحبل  
السرى أو غلاطات الجنين \* ومن الاسباب الميئة للجنين أيضا الضرب أو الرج أو التزف  
الرحمى المشبى أو الانقباضات الرجبية التيتانوسية . وعلى كل قى مات المتحصل فتارة  
لا ينقب كيسه فلا يتعفن وتارة ينقب ولا يتعفن وأخرى ينقب ويتعفن . فإذامات  
متحصل العلق بدون أن تنقب أغشيته فاما أن يكون في الشهرين الاولين أو في الشهر الثالث  
الى الخامس أو من الخامس الى التاسع . ففى حالة ما إذامات في الشهرين الاولين ثم مكث في  
الرحم بعد الموت مدة قد تنوب عناصره بدون أن يبقى له أثر واذن لا يوجد داخل الكيس  
الاسائل مصفرة كرفنجين كالشراب فتقول العامة (البيضة رائقة) أعنى أنها فسدت . أما  
اذا لم يذب وخرج عقب الموت فيوجد بأوصافه الخاصة بعمره . وفى حالة ما إذامات من الشهر  
الثالث الى الخامس ومكث في الرحم مدة بعد الموت فلا يذوب لكنه يصير كالمخنط في وسط  
الاسائل الامنيوسى الذى قد يتعفن شبه أفسشياً حتى يزول واذن يصير سطح المتحصل مغطى  
بفضلات السائل الامنيوسى . فاذا كان الحبل توأمياً فقد يموت أحدهما ويبعث الآخر حتى  
تنتهى

تنتهي المدة فيوالحيوان الاثني عشر يوماً كالمخيط كاذكر آنفا . واذا مات بعد الشهر الخامس الى التاسع ومكث في الرحم مدة انتقع جسمه بعد مضي بضعة أيام فبعد يومين من موته يصير لون جاذ وجهه وردياً يسمرا عند البيض وبشرة الجلد لا تنفصل ولو بالدلك الشديد والقرنية تبقى شفافة كالعادة فيشاهد من خلالها القرنية بلونها الطبيعي بدون وجود مصل مختل في النسيج الخلاوي تحت الجلد الا في الطرف الجنيني للعل السرى وفي الصفن عند الجنين الذكر وبعد مضي خمسة أيام يصير منظر لون القرنية وردياً ناجعاً عن اللون سائل باطن العين باللون المذكور ويتخلل السائل المصلي النسيج الخلاوي تحت فروة الرأس وتزيد أوزيم الصفن عند الذكر وبعد مضي ثمانية أيام يصير لون الجلد في الوجه وحول السرة أروازياً وما بقى من جلد الجننة يصير وردياً يسمرا ويسهل انفصال البشرة من مطع الجلد ما عدا الوجه وفروة الرأس فان بشرة جلد هما تبقى بالتصاقها وتصير الامعاء من تحية والرثان بنفسجيتي اللون وبعد مضي اثني عشر يوماً تكون جننة الجنين من تحية بحيث لو وضعت على طاولة لهبعت كأنها فاس مبالول ويسهل انفصال بشرة جلد الوجه أيضاً ما عدا فروة الرأس وتتركب عظام الجمجمة فوق بعضها بسهولة ويصير الكبد بنفسجي اللون والعدسة معتمة ووردية وبعد مضي خمسة عشر يوماً تصير الصلبة ووردية اللون وجميع التغيرات السابقة متقدمة في التعفن . وبعد مضي أربعين الى ستين يوماً تكون الادمة عارية عن بشرتها في عموم الجلد حتى بشرة فروة الرأس ويوجد في نطق مختلفة من الجننة بقع غروية ووردية اللون ناجمة من تحلل عناصرها بالمادة المصلية الوردية اللون وهذه المادة تلون السائل الامنيوسي لان تحلل السائل المصلي تحت البشرة ينجم عنه نفاطات تنفجر فيمنزج سائلها الوردى بالسائل الامنيوسي فيلونه به هذا اللون فيكون علامة لموت الجنين وان تقاعه . ويعرف موت متحصل العلق من بعد الشهر الخامس الى التاسع بعدم تحركه وعدم سماع ضربات قلبه وباسترخاء جدر البطن وعدم ازدياد حجمها وبرخاوة عنق الرحم وغلظ الجزء السفلي من الرحم فاذا كان الحجي بالرأس في المضيء الخلاوي أدرك المولد بالضغط عليها بأصبعه خششة ناجمة عن تراكب عظام الجمجمة على بعضها . أما معرفة موته في الأشهر الاول فهى صعبة ومع ذلك اذا زالت اضطرابات الجهاز الهضمي قبل الزمن المعلوم لوالها كان ذلك دليلاً على موته . وعلى العموم فموت الجنين ليس خطراً على المرأة لان اجهاضه بعد موته يتم عادة بدون عوارض خطيرة عليها ولو مكث بعد الموت في الرحم الى تسعة أشهر فأكثر مادام لم

يحصل انتقاب وتعفن في الكيس . وأما إذا مات متحصل العلق وانتقب كيه فقد لا تعفن بجثته إذا كان الانتقاب حديث العهد وأفضل التعقيم في الحال لكن غالباً يعقب الانتقاب التعفن للملاسة الهوائية وحينئذ تصير جميع أنسجته متخللة بغاز التعفن فينتفخ ويصير جاده ذالون مخضر تامق وبشرته سهلة الانفصال ورائحته كريهة فإذا كان متحصل العلق في انتهاء مدة الحمل تعسر انقذاً فله زيادة حجمه الناجم عن انتفاخه وبالتعفن تنفصل أعضاؤه بسهولة عند حصول أقل جذب يقع عليها وهذه الحالة خطيرة على المرأة . وتنبى ثبت موت متحصل العلق ولم ينتقب كيه وجب على الطبيب انتظار الاجهاض الذاتي بدون فعل شئ للمرأة . وكذلك إذا انتقب الكيس ولم يحصل تعفن للمتحصل ينتظر الاجهاض الذاتي أيضاً لأنه يفعل للمرأة زوقات مهبلية معقمة مرتين في اليوم وبعده كل مرة يضع جزءاً من غاز اليود فورم في الفوهة الفرجية المهبلية نسيئاً بوضع طبقة سميكة من القطن المعقم ويحفظ ذلك برباط معقم أيضاً . أما إذا انتقب الكيس وتعفن المتحصل فيلزم تحريض الانقباضات الرحمية القاذفة مع عمل الزوقات المعقمة المهبلية والرحمية بجملة مرات في اليوم

(في الاجهاض) - الاجهاض هو انقذاف متحصل العلق الذي لا يمكنه الحياة خارج الرحم بسبب عدم تكوّن أعضائه والمشاهدات الاكلينيكية والتريديد والتلقيح الصناعي تثبت عدم امكان المعيشة خارج الرحم قبل انتهاء الشهر السابع فكل انقذاف يحصل قبل انتهاء هذا الزمن يسمى اجهاضاً فلو حصل بعد ذلك سمي ولادة مجحولة . ثم ان الاجهاض نارة يكون ذاتياً ونارة تكون صناعياً إما بواسطة الطبيب بقصد علاجي وإما بغيره بقصد جنائى . فالاجهاض الذاتي كثير المشاهدة لانه يوجد اجهاض واحد من ستة ولادات وتأخير الحيض يعتبر حملاً ورجوعه بعد التأخير اجهاضاً . وهو إما تام أو غير تام فالتام ما خرج خلاصه بعده وهو غير خطير ولا يستدعى الاعلاج بسبباً وغير التام ما انحس بعدد الخلاص كاه أو بهضه وهو خطير غالباً فيستدعى العناية الطبية . وإذا حصل الاجهاض من يوم العلق الى عشرين منه سمي المقذوف عاقمة وبعد يوم عشرين الى انتهاء الشهر الثاني سمي مضغعة ومن الشهر الثالث الى انتهاء السادس سمي سقطاً وفي هذا يتم الاجهاض في زمنين الاول ينقذف فيه الخلق والثاني ينقذف فيه المشيمة . والمعول عليه هو انقسام الاجهاض الى ثلاثة أنواع . الاول ما يحصل في الشهرين الاولين من مدة الحمل . والثاني ما يحصل من الثالث الى

الى المنتهى الرابع . والثالث من الخامس الى المنتهى السادس . اما اسباب الاجهاض  
فقد سبق شرحها في امراض الحامل وفي موت متحصل العلق  
(في علامات الاجهاض) - يسبق الاجهاض الناجم عن الامراض العمومية  
بقشعريرة في الجسم وارتفاع في حرارته وفقد في الشهية وغطامشة وملل وخفقان  
وبهاتة في اللون وهبوط في القوى وذبول في العيينين وثقل في أعضاء التناسل والشرج  
والام قطنية وعانية وكاوية وزحير مشائي واسترخاء نسيج الشدى وخروج مادة مصلية  
من حلمته بالضغط عليها ثم يمد مضى أيام الى أشهر ينقذف متحصل العلق ثم يليه خروج  
متعلقاته اذا كان متقدما السن . والاجهاض غير الناجم عن الامراض العمومية  
يحصل بدون ان يسبق بطواهر تنل على قربه وفيه اذا سلئت المرأة عن سوابقها أجابت أنها  
أجهضت في نفس هذا الزمن من الحمل السابق وكثيرا ما يكون هذا الزمن هو مدة هجى  
الحيضة . واذا كان الاجهاض ناجما عن سبب متم كسقطه على المقعدة مثلا قامت المرأة  
وهي مبتلة بالدم الذي قد يكون محتويا على متحصل العلق اذا كان حديث العهد بحيث  
يحتفى في الجائط الدموية أما اذا تجاوز عمره الشهر الثاني فانقذاه يسبق بزيف يستمر مدة  
من الزمن واذا تجاوز عمره أكثر من ثلاثة شهور وأقل من خمسة يسبق الاجهاض بعلامات  
استرخاء الشدى وخروج مادة مصلية من حلمته بالضغط عليها واسترخاء البطن وعدم ازدياد  
حجمها واين عنق الرحم وسيلان الدم منه واتساع فمته بحيث يمكن ادخال الاصبع  
وادراك أغشية متحصل العلق ذابله . اذا كان عمر متحصل العلق أكثر من خمسة أشهر  
صحب العلامات السابقة زوال حركات الجنين وزوال ضربات قلبه . وأما علامات الاجهاض  
نفسه فتختلف باختلاف سن متحصل العلق فتكون في الاجهاض العلقى نزيفا رجيا غزيرا  
تظن المرأة أنه الحيض ويكون نزوله مصحوبا بالام رجعية وقطنية وبخروج جائط دموية فيها  
يحتفى متحصل العلق لكونه عبارة عن كيس صغير غشائي حجمه كحجم البيضة لصغيرة واذا  
وضعت جميع الجائط في الماء وبحثت جيدا عرف الكيس بخملة الذي يتزوج بحركة السائل  
و يتم الاجهاض العلقى في زمنين . ففي الزمن الاول ينفصل الكيس من الرحم وينقذف  
الى الخارج ويحصل النزيف الاولى . وفي الزمن الثاني ينقذف الغشاء الساقط ويصعبه  
النزيف الثانوى ولا يوجد في نوع هذا الاجهاض خلاص حقيق بل الغشاء الساقط هو  
المكون له وتارة يخرج الكيس العلقى مغلفا بهذا الغشاء ثم ان شكل كيس المتحصل يكون

بيضا وبالألمس في معظم سطحه وفي باقيه توجد كتلة شنجابية ذات أزرار ونحل هي جرثومة المشيمة وبسبب تحال الخلل وأجزاء الغشاء المذكور يدم التزيف يتغير منظر الكيس فتعسر معرفته ولذا يلزم وضع الخلط الدموية وما يخرج من الرحم في الماء لفصل الدم المتجمد ومعنى انفصال عرف الغشاء الامنيوسي بملاسته والغشاء السلائق بحمله فاذا لم تندب المرأة الطبيب للبحث عن العاقلة فلما منها ان هذا حيض وايس اجهاضات نجم عن هذا الاله مال التبايات رجعية باطنية تصير معاوية على العلاج فيما بعد ولذا كان انذار هذا النوع غير جيد على صحتها ان لم يتم بعقب حصوله ومع الجتم في الحال . وعلامات الاجهاض المضغى هي أن يسبق كذلك بزيف بين الغشاء الساقط والكيس فيتجمد دم هذا التزيف بينهما شيئا فشيئا حتى يفصلهما عن بعضها ثم يعقب هذا الانفصال انة باضات رجعية تنذف المضغى ولذا كان حصول الاجهاض في هذا النوع طويل المدة ومؤلمة فاذا كان عمر متحصل العلق شهرين فقد يخرج مع كبدته كثرة واحدة كافية كافي الاجهاض العلقى ولكن في الغالب يكون خروجه كخروج متحصل العلق الذي عمره ثلاثة أشهر لان المضغى صارت عظيمة الحجم بحيث لا يمكن خروجها مع غلافها ككتلة واحدة انما قد تخرج المضغى بدون أن تشعر المرأة به الان خروجها لا يحتاج لأن تكون فتحة عنق الرحم كثيرة الاتساع بل يكفي فيه اتساع مقداره (٢) الى (٥) سنتيمترات واجهاض هذا النوع يتم في زمنين الاول يخرج فيه المضغى والثاني يخرج فيه الخلاص . وقد يوجد زمن ثالث تنذف فيه بعض أجزاءه بخيرة من أغشية الخلاص بقيت ملتصقة بهد خروج الاجزاء السابقة . وفي كثير من الاحوال لا ينذف الخلاص الا بعد ثمانية أيام أو أكثر بل وأسابيع وأشهر من خروج الخلق ويسمى ذلك احتباس المشيمة لانها أكبر حجما من الجنين في هذا الزمن وقد لا يخرج الخلاص الا بعد ثلثه جزأ . والعادة اخراجه باليد بعد مضي أربع ساعات من خروج الخلاص . وعلامات الاجهاض الجنيني هي أن يسبق بالام طلق مع استرخاء وانحما عنق الرحم وتعدد فتحاته وبروز جيب المياه ثم تمزقه وبعد خروج الجنين يخرج الخلاص وهو أكبر حجما منه أيضا ولذا كان خروجه صعبا لأن تعدد فتحة عنق الرحم قليل وغير كاف لخروج الخلاص من جهة ومن أخرى فان فتحة عنقه تنغلق بعد خروج الجنين في الغالب وان المشيمة في هذا النوع تكون ملتصقة التصاقا تاما بالغشاء الرحمي والاياف الرجعية قابله النمو والتأثير لانفصال المشيمة في الحال . وقد يخرج الخلاص المنحبس جزأ فجزأ مع السائل

السائل النفاسي بدون أن تشعر به المرأة ولعدم ادراكها ذلك يقال ان الخلاص استحبال  
وامتنص . وعادة ينشأ عن احتباس الخلاص تزيف مستمر طويل المدة قد يكون ممتدا  
فان لم يميت كان خطرا على المرأة . وأيضا فان الخلاص يتعفن بسرعة فينتج عنه تسهم  
المرأة وموتها ان لم يتساركه الطبيب ولذا كان هذا الاجهاض سببا للموت كثير من النساء  
اللاتي يهمن بهن . واذامات الجنين ومكث بعد موته زمنا طويلا في الرحم حتى  
صار جسمه منتفعا عظم حجمه فاذا خرج الخلق من نفسه تبعه خروج الخلاص بسهولة لانه  
أقل حجم من الجنين حينئذ . في تشخيص الاجهاض متى تدب الطبيب الى امرأة لم يعهد  
جلها ووجد نزيفا غزيرا سائلا من رجها ينبغي له ان يعرف ان كانت حارة لاوحا لالها  
الاجهاض أولا فيبحث عن العلامات التخمينية والمؤكدة للحمل اذ ربما كانت عادتها في  
الحيض غير منتظمة أو منتظمة ولكنها تأخرت فيكون الدم النازل دم حيض لادم اجهاض  
وقد يصحب دم الحيض آلام عندما تكون فتحة عنق الرحم ضيقة بل وبدون ضيق فيها  
ويعرف هذا الطمث المؤلم يكون الالم سابقا عليه وينقطع متى سأل الدم وبالعكس في  
الاجهاض لان الآلام فيه لا تنقطع الا بعد انقذاف متحصل العلق . وأيضا فتحة عنق  
الرحم في الطمث تكون طبيعية غير مفتوحة وعنق الرحم لا يحصل فيه استرخاء ولا انجلاء  
وبالعكس في الاجهاض ومتى تأكد الطبيب الحمل وابتداء الاجهاض سئل هل الاجهاض  
محمتم أو يمكنه إيقافه الجواب يكون محتما في ثلاثة أحوال . الاولى اذا كان التزيف غزيرا  
واستمر مدة تختلف من (١٥) الى عشرين يوما بدون انقطاع لان الجنين يموت عقب ذلك غالبا  
وثانيا اذا انزقت أغشية متحصل العلق وثالثا اذا مات الجنين . ويكون غير محتم  
اذا كان التزيف غير غزير ولا مستمر ولم يفرق جيب المياه ولم يميت الجنين لانه في هذه  
الاحوال قد يوقف التزيف والانقباضات الرجية فيأخذ الحمل سيره الطبيعي . وعلى  
كل يلزم الطبيب ان يبذل ما في وسعه لمنع الاجهاض وان كان محتما الا اذا تأكد موت  
متحصل العلق وتوقفه فينتدب عليه استعمال الطرق المساعدة على اخراجه . فاذا  
علم الطبيب أن السبب المهني للاجهاض هو الزهري الوراثةي وجب عليه أن يعالج المرأة بما  
يناسب حالها وهو كذا تعالج المرأة بدفع كل سبب مهني للاجهاض ووضعها في الشروط  
الصحية الجيدة مع استعمالها على ظهرها مدة الاشهر الأولى وعلى الأقل الى أن تمضي

المدة التي تجبض فيها إذا كان سبق لها الاجهاض وتلزم مداركة الامسالك وتجنب لبس المنطقة البطنية الصدرية وتجنب الوطء وعدم ارتفاع رأسها مدة استئصالها على الظهر وكذلك يلزم تدارك الانقباضات الرجسية بعمل حقنة صغيرة شرجية مكونة من ملعقة الى ملعقتين من ماء فازل محتوي على عشرين نقطة من اللودانوم ويكون ذلك مرتين أو ثلاثا في

اليوم أو حقنة مورفينية تحت الجلد لكن اذا كانت أغشية متصلب العلووق عميقة فلا فائدة لفلعل ذلك لان الاجهاض عنم انما يلزم الانتظار واستلقاء المرأة على ظهرها مع الراحة التامة ومغسل غسولات معقمة مهلبية يوضع عقبها في المهبل كرتة من القطن المعقم أو من غاز اليودوفورم واذا كان الاجهاض مصطعبا بزيف لزم ان تكون حرارة ماء الزروقات المعقمة (٤٥) درجة والحذر من تعاطي الجويدار . واذا كان الاجهاض المحتم هو المضعى فيلزم الاحتمام في اخراج المشيمة عقب خروج المضعى فاذا لم يخرج مع المضعى ينتظر نحو نصف ساعة يكبس في أنسائها الرحم من جدر بطن المرأة وهذا اذا أحضر الطبيب في الحال وأما اذا لم يحضر الا بعد الاجهاض بعدة من الزمن فيلزمه أن يجرى ما تقدم وأن يجرى أيضا فعل الزروقات المعقمة الساخنة الرجسية بواسطة المحس الرجسى ذى الطيارا مزدوج للعلم (استولس) شكل (٤٨) نعم اذا تأخرت المشيمة عن الخروج عقب خروج المضعى أو الجنين بضع ساعات الى يوم فلا ينجم عن ذلك ضرر للمرأة الا اذا مكثت نحو الخمسة أو الستة أيام لانها تتعفن فاذا يلزم الاسراع في اخراجها باليد عقب خروج متصلب العلووق بضع ساعات فاذا وجد الطبيب بالمس المهلبى جراً عظيماً منها منحصر في المهبل يكفى جذبها من هذا الجزء بعد ضبطه بأصبعين أو ثلاثة وأما اذا كانت بارزة فقط بروزاً خفيفاً في فوهة عنق الرحم فلا تكفى الاصابع لاجراجها ولومع



شكل (٤٨)



شكل (٤٩)

أو شكل (٤٩) لاجراجها حينئذ باليد

ملعقة

تثبيت قاع الرحم  
والتخفاضه باليد  
الاخرى فيسألزم





بعلقة المعلم (ياجو) شكل (٥٠)  
وعلى كل قتي ضبطت المشيمة سواء  
كان بالأصابع أو بغيرها ينبغي أن  
يكون جذبها ببطء مع ليم بالطف على

نفسها مع الاحتراس من تمزق جرحها البارز لأنه شكل (٥٠)

إذا اضطرت لترك القمذف إلى الطبيعة خذم هذه الجزء لتمدد فوهة عنق الرحم وتبينه جسمه  
• وأما إذا تمزقت المشيمة ونزح بعضها وبقى جزء عظيم الجسامة أو قليلا ما متصقا بقاع الرحم  
فلا ينبغي فعل مجهودات لاخراجها لأن الأفعال المتكررة التي يقوم عليها ضبطها وإخراجها  
ينشأ عنها خطر للمرأة فالأولى ترك القمذف إلى الطبيعة مع الاشتغال بعد اركة التسم التعفنى  
وذلك بفعل الزروقات المهبلية والرجية المعقمة كما ذكر فينتدى بزروقات من الماء المغلى  
العقيم يتلوها زروقات معقمة من محلول السليمانى الطرطيرى ولا يلتجأ لفعل ذلك إلا إذا كانت  
فتحة عنق الرحم غير ممتدة تمدا كافي الإدخال اليد وإخراج ما يوجد من الخلاص أو لإدخال  
الملقعة له عمل الكحت الرجى وفي حالة عمل الزروقات داخل الرحم يلزم إدخال المحس الرجى  
في تجويف الرحم ما أمكن وفعل الزروقات داخله بغاية الهدوء والتأنى وقد يعاقب المحس في  
سيره بالمشيمة التي يلزم أن يمر بحيطها ، ولأجل سهولة العمل يلزم أن تكون المرأة موضوعة  
بعرض السرير ثم يوضع منظار في المهبل ويثبت الرحم بواسطة جفت تضبط به الشفة السفلى  
لعنقه فإذا شاهد الطبيب ان لاشئ آت بعاء الزروقات وأن فتحة عنق الرحم ضيقة وضع ساقا  
من جدر اللامينار بالتوسيعها ويكرر الغسل وهذا الوضع عقب كل غسل فإذا مضى يومان بعد  
هذا العمل ولم يخرج المشيمة ولم يظهر نخر وجهها أمارات تدل على قربها فيخرج الخلاص باليد  
أو بالكحت الرجى بكاحت كالمتى صارت فتحة عنق الرحم ممتدة تمدا كافي الإدخال  
اليدى والكاحت فإذا لم يوجد الكاحت ولم تدخل اليد يستمر على فعل الزروقات داخل الرحم  
وكذلك إذا ظهر تزيف أو تعفن يلزم تفريغ الرحم بواسطة الكاحت كما ذكر نعم قد يمكن في  
ذلك استعمال الزروقات المعقمة التي حرارتها خمسة وأربعون درجة بدون فعل الكحت  
• وبالجملة يلزم الطبيب تجنب استعمال الجويدار والسد المهبلى للمرأة التي أجهضت بل  
يلزمه في الحال إخراج الخلاص بالصناعة إما باليد أو باليد أو باليد أو باليد الذى  
يتلوه عمل الأيكوفيلوناج مع الزروقات المعقمة التي حرارتها خمسة وأربعون درجة كما

ذكر ولا يترك القذف الطبيعية (وبعض العلماء لا يرى لإخراج المشيمة المحبوسة بالصناعة مادام لم يحصل تزييف ولا مضاعفة عفنة بل يستحسن ترك خروجها الطبيعية) ومع ذلك نذكر الاحوال التي يلزم فيها الاخراج الصناعي . منها الاجهاض الجنائى لانه لم يستعمل فيه مضادات التعفن لاقبل الاجهاض ولا بعده . ومنها وجود المشيمة التوأمية داخل الرحم لان عظم حجمها يمنعها من الخروج الذاتى فتتعفن . ومنها تجاوز مدة الاحتباس لليوم الثالث أو الرابع من الولادة . ومنها الحشار المشيمة الحشار اجزئيا فى عنق الرحم وتأخر انقذافها الى الخارج بالطبيعة . والاستخراج باليد أفضل متى كان كل المشيمة أو معظمها داخل الرحم وبالكحت اذا لم يبق داخله الا اجزاء منها أو كان الغشاء الرحجى منعقفا ويلزم أثناء عمله مراقبة اليد . ومعنا ان الكحت أسهل علام من الفصل باليد لانه مرادخالها حينئذ فإنه يحتاج الى تعدد عظيم فى فتحه عنق الرحم لادخالها ويلزم تنويم المرأة قبل العمل أما الكحت فلا يحتاج الى تعدد عظيم وأيضا يمكن عمله بدون تنويم ولكون آلمة معدنية وتعقم بالغلي عليها قبل العمل لا توصل ميكروب عدوى للمرأة (ولا ينتج عنه نقب رجها الا اذا كان العامل به غير مترن أو صارت جدر الرحم رقيقة مسترخية بسبب الالتهاب التعفن الرحجى) وأما اليد فقد توصل العدوى الى الرحم ان لم يكن تعقيمها جيدا وأيضا فان بعض اجزاء المشيمة الموجود قد لا يمكن فصله بالاصابع فيلتجئ المولداً فصله بالاطراف وهو مضر فالأفضل حينئذ الكحت لا اليد . وبالجملة يستعمل الكحت متى كان الموجود بعض اجزاء المشيمة كما ذكرنا ولتتيم نفاذ الرحم عقب الاخراج باليد وقد يستعمل الايكوفيلوناج عقب الاستخراج باليد أو بالكحت وعلى العموم فاجراج الاغلاص الصناعى باليد أو بالكحت يلزم قبل الشروع فيه تنويم المرأة بالكوروفرم ثم تنظيف الفرج والمهبل بالسوائل العقيمة البسيطة ثم المعقمة ثم وضع منظار ذى فتحة عرضة قصيرة فى الجهة الخلفية للمهبل ويسلم لمساعد ليضغط به عليها ثم يضبط الشفة السفلى لهتحة عنق الرحم بواسطة جفت ذى كلابين ثم يدخل فى الرحم المجس الرحجى لمعرفة طول تجويف عنقه وتجويف جسمه أيضا . واذا كان عنق الرحم صلبا غير ممتددا دخل فيه قبل العمل قلم من الالاميناريا ويترك فيه مدة أربع وعشرين ساعة . وقد يضطر لعمل التمدد القهرى الوقتى بواسطة الممدد ذى الثلاث فلق أو بواسطة المحسسات المرنة للمعلم (هيجار) وهذه تفضل عن الممدد لانه يمزق الرحم فيبتدأ بحجم ١٦ الى أن يصل الى حجم ٢٦ فان غمرة ١٦ يعطى تمدد ١٨ وحجم غمرة ١٨ يعطى تمدد ٢٠ وغمرة ٢٦ يعطى

حجمها

مجها عند اتساعه ٢٨ ثم يكرر ذلك مدة الاستخراج ككل الوحظ الى عنق الرحم عاد واتقبض  
وضغط على الاصبع أو آلة الكمت . ولاجل الاستخراج بالاصابع يضع الطبيب اسدى  
يديه على قاع الرحم لانخفاضه ما أمكن ثم يدخل سبابت ووسطى اليد الاخرى في الرحم  
ويفصل به ما المشيمة ومتى تم انفصالها وعلم عدمه كان استخراج أجزائها بالاصبع يضع  
الاصبعين في قعر الكيس الخلقى البريتونى للرحم ويضغط باليد الاخرى على الوجه المقدم  
من جدر البطن وبذلك يحصل عصر في الرحم فتخرج أجزاء المشيمة حينئذ . ولاجل عمل  
الكمت يلزم أن يكون الكاكت غليظا لان الرفيع يعرض الرحم لانتقاب ويكون غير مستلم  
لان الاستعمال يصير غير حاد كما أنه يلزم وجود جملة أنواع من الكاكت وقبل العمل به يلزم  
ادخال اليد لمعرفة وضع المشيمة حيث تعلم رعاوتها وارتفاعها عن أجزاء جدر الرحم المجاورة  
لها ولذا يلزم دائما الضغط عليهم المعروفة ذلك ولتحقق من نفاذ أجزاء باطن الرحم بعد العمل  
يدخل الاصبع البحث أو يكتفى بسمع قزير الكمت المعلن عن وصوله الى نسيج الرحم . وأما  
لاجل استعمال الايكوفيلوناج ECovillonnage فيلزم أولاً انحراف في سائل كاوقبل وضعه  
في الرحم كالسائل المكون من الجلايسرين (٣) ومن الكريازوت (١) أو من صبغة اليود  
(١) وذلك لعمل التنظيف والتعقيم في آن واحد . ويلزم عمل من رجعية ساخنة معقمة  
من ابتداء اجراء عمل التمدد الرحي وخصوصا بعد الايكوفيلوناج بحيث تكون كمية السائل  
التي قوتة عظيمة والحرارة أكثر ارتفاعا لاجل اخراج الفضلات المشيمية والزائد من المادة  
الكاوية وايضا في التزيف الرحي . ثم ان الجس الرحي الذي يستعمل يكون ذاتي بارين  
ومتسع القطر ثم بعد الانتهاء من العمل يدخل في الرحم قنديل دقيق من غاز اليود وفورم ثم  
يفعل السد المهبل بالغاز اليود وفورم ايضا . ثم ان هذا التغيير الاولي لا يرفع الا في آخر اليوم  
الثاني أو الثالث من وضعه ورفعه يسحب السد المهبل ثم الرحي ثم يغسل المهبل بزروقات  
معقمة ثم يفعل بعد ذلك السد المهبل وحده بالغاز اليود وفورم ولا يوضع في الرحم شيء ويجدد  
التغيير هكذا مرتين أو ثلاثا الى اليوم الخامس عشر فيرفع كلبة ولا يجدد بعد ذلك بل يقتصر  
على عمل الزروقات المهبلية المعقمة يوميا ولا تترك المرأة السرير الا بعد اليوم الخامس عشر  
والاجهاض الذي يحصل مدة الشهر الخامس والسادس يشبه الولادة لانه يحصل فيه  
ما يحصل فيها من الام طلق واين وانحاء في عنق الرحم واتساع في فتحة وخروج الجنين  
بعضانية كجنانية الا ان التزيف ها يكون أكثر منه فيها وكذلك الاحتراسات هنا تكون

كأنتى فى الولادة الطبيعية فيخرج الخلاص فيه باليد اذا تأخر خروجه بعد الجنين بساعة  
 . وبالجملة فاجهاض هذا القسم يحتاج الى ما تحتاجه الولادة الطبيعية السهلة من الاعمال  
 . ثم ان العلاج التالى لنوع هـ هذا الاجهاض مهم أيضا فيازم ابقاء المرأة فى الوضع الافقى  
 الظهورى مدة تختلف من ثمانية أيام الى خمسة عشر بل وأكثر تبعاً لمدّة الحمل ولظواهر التى  
 تطرأ مع استعمال التعقيم يومياً لاجزاء التناسل ظاهراً وباطناً

### (المقالة الثالثة فى الولادة)

الولادة هى انقذاف متحصل العلوق بعد تمام مدة الحمل . وتنقسم الى قسمين ولادة سهلة  
 طبيعية لا يحتاج فيها الى توسط الطبيب وولادة صعبة يحتاج فيها الى توسطه  
 (فى الولادة السهلة الطبيعية) - الجنين وقت ولادته يأتى فى المضيق العلوى على خمسة  
 أوجه وهى الجبى بالقمة وبالوجه وبالقعدة وبالكتف اليمىنى أو اليسارى وفى كل من هذه  
 الميئات تحصل أوضاع مختلفة وهى الميئات والأوضاع الاصلية لكل مجىء

#### الأوضاع الاصلية

#### الميئات

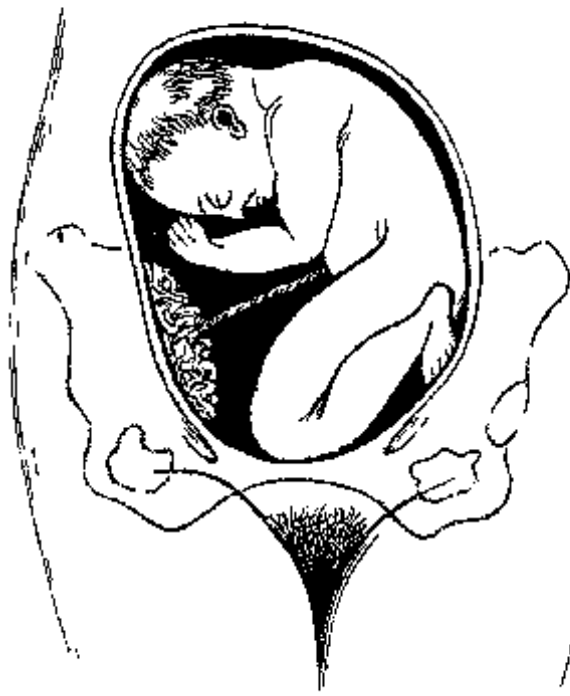
المؤخرى الحرقى اليسارى	} الميىء بالقمة .....
المؤخرى الحرقى اليمىنى	
الذقى الحرقى اليمىنى	} الميىء بالوجه .....
الذقى الحرقى اليسارى	
المجزى الحرقى اليسارى	} الميىء بالقعدة .....
المجزى الحرقى اليمىنى	
الدماغى الحرقى اليسارى	} الميىء بالجنب أو الكتف اليمىنى من الجذع
الدماغى الحرقى اليمىنى	
الدماغى الحرقى اليسارى	} الميىء بالجنب أو الكتف اليسارى من الجذع
الدماغى الحرقى اليمىنى	

ثم ان هذه الميئات والأوضاع ليست مستوية فى الحصول فالجبى بالقمة هو الاكثر حصولاً  
 فى عشرين ولادة توجد تسعة عشر بالقمة . والجبى بالقعدة يوجد مرة واحدة فى  
 (٣٥) والجبى بالوجه أو الجذع نادراً فإنه يوجد واحد منهم فى (٢٠٠) . وفى الميىء  
 بالقمة يوجد (١٤) من (٢٠) كان المؤخرى فيها الى اليسار والأمام (أى مؤخرى حرقى

يسارى

يسارى مقدم) ووجد (٥) في (٢٠) كان فيها المؤخرى الى اليمين والخلف (أى مؤخرى حرقى عيني خافى) وواحدة فقط في عشرين تكون القمة في وضع مخالف للمتقدمين . وفي المهي بالوجه لا يشاهد الانوعان وهما اتجاه الذقن الى اليمين والخلف (أى ذقنى حرقى عيني خافى) واتجاهها الى الأمام واليسار (أى ذقنى حرقى يسارى مقدم) ونسبة التغير الاول الى الثانى كنسبة خمسة عشر الى ثمانية وثلاثين . وفي المهي بالمقعدة لا يوجد الانوعان أحدهما اتجاه العجز الى اليسار والامام (أى عجزى حرقى يسارى مقدم) والثانى اتجاه العجز الى اليمين والخلف (أى عجزى حرقى يمينى خافى) ونسبة النوع الاول الى الثانى كنسبة (٤٢) الى (١٢١) . ثم ان المهي بالمقعدة يكون كاملا وغير كامل . فالكامل هو أن تظهر الالبتان إمام قبل القدمين أو بعدهما والمعلم ديواوحد في (٨٥) مجيئ بالمقعدة (٥٤) خرجت فيها الالبتان أولا وكانت أطراف الجنين السفلى مرتفعة على بطنه و (٣١) نزلت فيه الاقدام

قبل الالبتين . والمهيء  
بالركبتين كما في شكل (٥١)  
فادر المشاهدة . وفي  
المهيء بالجذع يكون  
اتجاه ظهر الجنين الى  
الامام أكثر من اتجاهه  
الى الخلف . وانذاره  
المجيمات المختلفة الاوضاع  
يختلف باختلاف المهيء  
ونوعه فالمهيء بالقمة هو  
الحيد وان كابدت المرأة  
فيه آلاما مستطيلة المدة



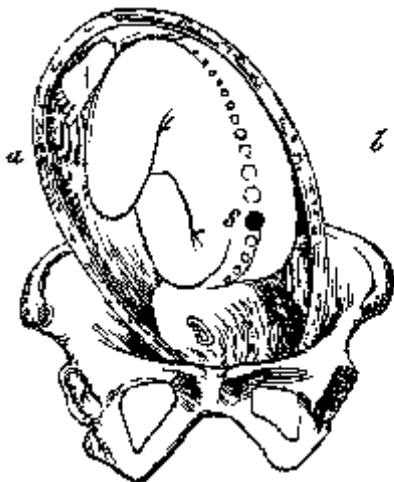
أكثر مما تكابد في المهيء بالمقعدة ان في هذه الحالة شكل (٥١)

الاخيرة يتوسط المولود لاسراع الولادة فيكون المهيء بالقمة أقل خطرا على الجنين لانه لا يموت واحدا من خمسين مولودا بهذه الكيفية . والمهيء بالوجه يكون خطرا على الجنين والام

شكل (٥١) هذا الشكل يشير للمهيء بالركبتين

(١٢)

فالطلق يكون طويلا متعبا حتى يلجأ الأخراج الجنين بالحقت لانه معرض للهلاك إما بسبب  
مغط الحبل السرى وإما باضطراب دورة الرحم المشيمة أو سكتة سحائية ولذا يموت جنين  
من أربعة يولدون بهذه الكيفية . والهيء بالاليتين اذا ترلذ ونفسه كان خطرا على الجنين  
والام كالتفـ دم فاه يحصل أولا تمدد بطىء العنق ثم يتمزق بجيب المياه فى الغالب قبل أن  
يتم هذا التمدد فتضمحل قوى الرحم فاذا لم يخرج الرأس بواسطة الحقت نجم عن ذلك خطر  
عظيم على الجنين فيموت محتوقا بضغط الحبل السرى فى عشرة من المواليد بهذه الكيفية  
يموت واحد وقال بعضهم واحد من ثمانية . والهيء بالكثف أكثر خطرا من الهجيء  
بالوجه ويعد فى أول رتبة من أسباب عسر الولادة والواقع أن الأفعال الطبيعية لا يمكنها أن  
الجنين فى هذه الحالة الا اذا كان الحوض واسعا جدا والجنين صغيرا جدا ولذا يلزم فى هذا  
الهجيء فعل التحويل القدي وان لم يخل عن خطر لان الجنين يكون معرضا للاسفسكسيا  
كافى الهجيء بالاقدام والمرأة فضلا عن تألمها وتبسيه أعضائها تكون معرضة الى التهاب  
رحمى أو بريتنوى فاذا فعل التحويل قبل أن يتمزق الاغشية أو عقب تمزقها بسرعة لا يموت  
امراة من عشرين ولا جنين من ثمانية وأما اذا فعل بعد خروج جميع السائل الامنيوسى  
واضعلال قوى المرأة يموت امراة من عشرين وبعين من ثلاثة وأما اذا لم يفعل التحويل  
وتركت الولادة لفعل الطبيعة ماتت سبعة وعشرون جنينا من ثلاثين وامراة ثمان من ثلاثة  
(نسب الجنين مع الجدر البطنية للام فى كل من الاوضاع الرئيسة المنقذة) - فى  
الوضع المؤخرى الحرقفى اليسارى المقدم تكون رأس الجنين الى أسفل على الفوهة الرجمية



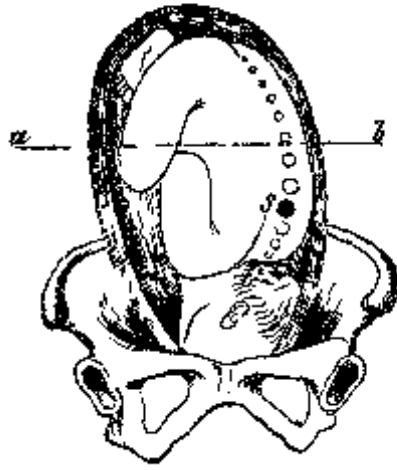
شکل (٥٢)

والمفعدة الى أعلى نحو قاع الرحم والنظر الى  
الامام واليسار والجنب الايمن الى اليمين والامام  
والايسار الى اليسار والخطف والحذبة الجدارية  
اليمنى (الايسافوخ نفسه) تكون مقابلة  
لمركز المضيق العلوى بسبب انحسار الرحم  
الى الامام وبالتنظر لاجاء ظهر الجنين تسع شدة  
ضربات قلبه أسفل سره الام وعلى اليسار قليلا  
من الخط المتوسط كفى شكل (٥٢) . وفى  
الوضع المؤخرى الحرقفى اليمنى الخلقى تكون

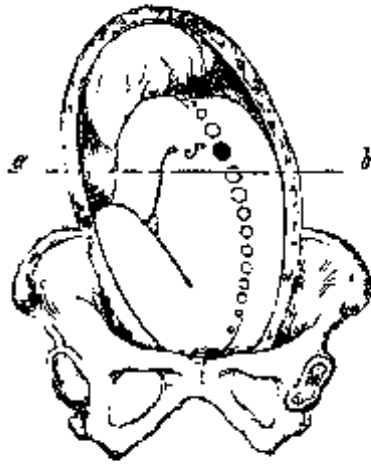
شکل (٥٢) هذا الشكل يشير لاجاس ضربات قلب الجنين أسفل السر فى نقطة اس وقسم السر وتورله  
بخط (أ) و (ب)

الرأس

الرأس على فوهة الرحم والمفعدة نحو قاعه والظهر الى الخلف واليمين والجنب الأيسر الى الامام وقليلاً الى اليمين والجنب الايمن الى اليسار والخلف وهذا تكون الحذبة الجدارية اليسرى هي المقابلة لمركز المضيق العلوي والغطاء قلب الجنين تكون كما في الشكل المتقدم أسفل من سرّة الأم انما تسمع أكثر من الخلف . وفي الوضعين الرئيسين الوجه تكون نسب الجنين لجدار البطن واحدة كما في الوضعين الرئيسين للقمة لان الجحى وبالوجه هو عين الجحى . بالقمة الا أنه صار غير منظم بسط الرأس ولا فرق بينهما غير أن الوجه يأتي بدل القمة في الفوهة الرجمية . وفي الوضع الذقني الحرقفي اليميني الخلفي يكون الخلد الأيمن لا الأنف مقابلاً لمركز المضيق العلوي . وفي الوضع الذقني الحرقفي اليساري المقدم يكون الخلد



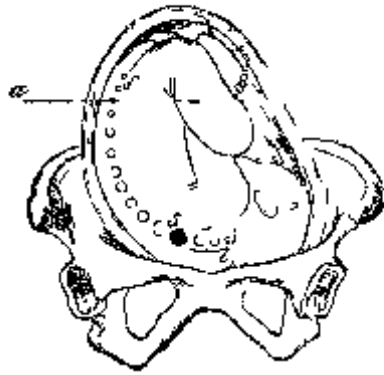
شكل (٥٣)



شكل (٥٤)

اليسر هو الذي يقابل الاصبع وقت الجلس المهبطي في مركز المضيق نفسه وبالسمع توجد ضربات القلب في النقط التي توجد فيها حالة الجحى بالقمة ينظر شكل (٥٣) . وفي الوضع العجزي الحرقفي اليساري المقدم تكون مقعدة الجنين الى أسفل على الفوهة الرجمية والرأس الى أعلى نحو قاع الرحم والظهر الى الامام واليسار والجنب الأيسر الى الامام واليمين واليمين الى الخلف واليسار ويسبب انحراف الرحم الى الامام تكون دائماً الآلية اليسرى (لا العصص) هي التي تقابل مركز المضيق العلوي وبارتفاع القسم القاعبي للجنين يكون محمل الغطاء قلبه أعلى سرّة الأم يقابل على الخط المتوسط نفسه كما في شكل (٥٤) . وفي الوضع العجزي الحرقفي اليميني الخلفي تكون المفعدة على الفوهة الرجمية والرأس نحو قاع الرحم والظهر الى اليمين والخلف والجنب الأيمن الى الامام واليمين قليلاً وهذا توجد الآلية اليمنى تحت الاصبع في مركز المضيق العلوي . والغطاء قلبه تكون أعلى

سرة الام بقليل والى اليمين والخلف كما في الشكل المذكور . وفي الجيئات بالجذع تكون رأس الجنين في احدى الحفرتين الحرقفيتين وتكون مة عدته الى أعلى في قاع الرحم تقريبا كما في حالة المحي وبالقامة لافي الحفرة الحرقفية المقابلة للوجود فيها الرأس لأن الجنين لا يكون موجودا بالعرض الا بالنصف العلوى من جذعه بحيث انه يكون منثيا حقيقفة الى جنبه وانه اذا أريد في التحويل توجه اليه اليسار الى اللفدام باستقامة يلزم توجهها الى قاع الرحم نفسه . وفي الوضع الدماغى الحرقفى اليسارى للكتف اليميني تكون الرأس في الحفرة الحرقفية اليسرى والمقعدة الى أعلى والظهر الى الامام والاسفل والاصبع يقابل منكب الكتف اليميني في مركز المضيق العلوى بعد استمرار الطلق زمنا وكال تمدد عنق الرحم وقبل ذلك لا يقابل شيئا واذ ابحت عن زيادة أغطاط القلب يلزم وضع صيوان المستقيمة الصدرية أعلى العانة بقليل وعلى الخط المتوسط بالضبط فاسمها تكون هماقوية ومتقاربة



سطح الجلد كما في شكل (٥٥) . وفي الوضع الدماغى الحرقفى اليميني للكتف اليميني تكون الرأس في الحفرة الحرقفية اليميني والمقعدة الى أعلى والظهر الى الخلف والاعلى قليلا ومنكب أيضا في مركز المضيق العلوى وزيادة أغطاط القلب تسمع بين السرة والعانة على الخط المتوسط الا أنها ضعيفة وبعبدة جدا عن سطح الجلد . وفي الوضع

الدماغى الحرقفى اليسارى للكتف اليسارى تكون الرأس شكل (٥٥)

في الحفرة الحرقفية اليسرى والمقعدة الى أعلى والظهر الى الخلف والاعلى قليلا ومنكب الكتف اليسارى (اذا فرضنا دائما ان الطلق متقدم وتعد فتحة العنق كامل) يوجد تحت الاصبع في مركز المضيق العلوى . وشدة ضربات القلب ندرت فيما بين العانة والسرة كما في الحالة المتقدمة . وفي الوضع الدماغى الحرقفى اليميني للكتف اليسارى تكون الرأس في الحفرة الحرقفية اليميني والمقعدة الى الأعلى والظهر الى الامام والأسفل قليلا ومنكب الكتف اليسارى يكون في مركز المضيق العلوى . وندرت شدة ضربات القلب بقوة أعلى العانة بقليل قريبا من الخط المتوسط كما في الشكل المتقدم

(في تشخيص الجيئات والاضاع) - وسائل التشخيص هي وسائل معرفة الحمل كالجس المهبلى والبطنى والسمع . فالجس بالقامة هو الذى يمكن تشخيصه حقيقفة قبل عدد فتحة

عنق



عنق الرحم اذ بالجس المهبلى يقابل الاصبع جسما كبيرا الحجم مستديرا صلبا هو الجمجمة  
وكل من المقعدة والكثف والوجه لا يعطى هذا الاحساس . والجس البطنى والتسمع  
يثبتان ما أثبتته الجس المهبلى اذ بالجس البطنى لا يوجد في محل آخر من البطن جسم يشبه  
رأس الجنين ما لم يكن الحمل توأميا . والتسمع توجد شدة ضربات لقلب أسفل سررة المرأة  
كفى شكل (٥٢) المتقدم . وأوضاع المحي بالقمة لا تعرف بالجس المهبلى الا بعد  
تمدد فتحة عنق الرحم وتمزق الأغشية فبالاصبع يبحث عن اتجاه التدوير العظيم للجمجمة  
وعن جزء الحوض المقابل له اليافوخ المقدم كى يمكن معرفة الوضع . وقد يتكون على  
الجمجمة حذبة دموية مصلية تخفى التدوير العظيم واليافوخ الاكثرت قربا من الاصبع  
فادا تمزقت الأغشية وكان تمدد عنق الرحم ببطء والانتفاضات الرجعية قوية فيعسر اذن  
معرفة الوضع لكنه يثبت المحي بالقمة ومعلوم انه فى مائة محي بهم سيكون ثنائون فى وضع  
مؤخرى حرقفى يسارى مقدم والعشرون فى وضع مؤخرى حرقفى عيسى خلئى . ولاتأنى  
معرفة المحي بالوجه معرفة تامة الا اذا كانت قصبة العنق متسعة وجيب المياه متمزقا ورخوا  
ان لم يكن متمزقا وبدون ذلك لا يدرك بالاصبع الأشياء غير منتظمة . والجس البطنى لا يحقق  
وجود الجمجمة لافى قاع الرحم ولا فى احدى الحفر الحرقفية . وبالتسمع تدرك ضربات  
القلب فى النقطة التى توجد فيها فى حالة المحي بالقمة كما هو واضح فى شكل (٥٣) المتقدم  
فاذا كانت فتحة الرحم متسعة وجيب المياه متمزقا ورخوا ان لم يكن متمزقا فيدرك  
بالاصبع من جهة الى أخرى من الحوض أولا الجبهة ثانيا أصل الانف ثالثا القم رابعا الذقن  
والانف هنا هو الجزء الرئيس للتشخيص فى المحي بالوجه ووضعه لانه لا يوجد بين  
الاجزاء الاخرى من الجسم جزء يشبهه وباتجاه فتحته تعرف النقطة الموجودة فيها الذقن  
وعلى ذلك يعرف الوضع . وقد يعسر معرفة ذلك اذا كانت الفتحة الرجعية متمددة من مدة  
طويلة وجيب المياه متمزقا والرحم شديد الانقباض لان الوجه المقابل لفراغ الحوض  
ينفخ ويتكون حذبتان دمويتان مصليتان فى اللذين اللذين يتقاربان من بعضهما تاركين  
بينهم هاميزا باغايرا يلتبس بالميزاب بين الاليتين لكن متى وصل الاصبع الى الانف زال اللبس  
ومتى كان المحي بالمقعدة كاملا فالجس المهبلى لا يفيد شيئا اذا كان عنق الرحم غير متمد  
فادن يكون المعول عليه هو الجس البطنى والتسمع فالجس البطنى يبحث عن وجود جسم غليظ  
مستدير صلب فى قاع الرحم هو رأس الجنين والتسمع يكشف شدة ضربات القلب على

سرة الام كافي شكل (٥٤) المتقدم وبالجس المهبطي لا يدرك شئ صلب في الجزء السفلي من الرحم وقد يحس بالعميق اذا كانت الاقدام منخفضة عن الاليتين فاذا توافق ذلك مع الجس البطنى والسمع كان التشخيص حقيقيا تقريبا وبصيرمؤكد اذا كان تمدد العنق تاما وجيب المياة متمزقا فان الاصبع يقابل في مركز الفتحه الرحمية وربما عظميا رخوا هو الألية المقدمة ويوجد خلفها يزاب منحرف يوجد فيه بالنوالى العصعص فالشرح فالاعضاء الشاسلية الظاهرة . وطرف العصعص هنا هو الضو الرئيس لتشخيص الحجي . والوضع ليكون قته متجهة للجهة اليسرى واليمنى من الحوض أعنى الوضع الاول والثانى من المقعدة . وأما اذا ظهر القدماء في الفتحه الرحمية بدل الاليتين كان التشخيص سهلا لان اتجاه العقيين يعرف نوع الوضع وكثيرا ما يعرف ذلك قبل تمزق الاغشية . وأما الحجي وبالركبتين كافي شكل (٥١) المتقدم فيميز عن الحجي بالمرفقين بعظم حجمهما خصوصا بوجود ردفتهما الصغيرة المتحركة وباتجاه طاقة القصبة يعرف الوضع . وأما الحجي بأحد جنبي الجذع فلا يمكن وضوح تشخيصه بالكافية الا بعد تمدد العنق وتمزق الاغشية اذ قبل ذلك لا يمكن معرفته . معرفة كافية لان عرض البطن وارتفاعه الكثير ووجود جزء مستدير صلب في احسدى الحفرتين الحرقفتين وشدة ضربات القلب أسفل السرة بكثير كافي شكل (٥٥) المتقدم غير كافية لتحقيق التشخيص فاذا كانت فتحه الرحم تامة التمدد والاغشية متمزقة قابل الاصبع إما الكنف نفسه أو المرفق أو الصدر أو لا يقابل شيا فاذا قابل الكنف أدرك الطبيب وربما صغيرا مستديرا مع بروز عظمى في مركزه هو التنوالى الأخرى . واذا كان الحجي بالمرفق أدرك الطبيب ثلاث حسدبات عظمية صغيرة منضمة مع بعضها غير متحركة واذا كان الحجي بالصدر ميز به موله وجود الاضلاع واذا لم يدرك شيا بالجس المهبطي كان ذلك دليلا على الحجي بالجذع لانه لو كان الحجي بجزء آخر كالقمة أو الوجه أو المقعدة لأدركه الاصبع جيدا . ومتى عرف منكب الكنف أو المرفق أو الصدر فلاجل معرفة الوضع يبحث عن ثنية الابط واتجاهها في أى نقطة من الحوض ثم معرفة اتجاه عظم الكنف الى الامام أو الخلف ومن المعلوم أن عظم الكنف جزء من الظهر وان الرأس هي المقابلة للنقطة التي تكون ثنية الابط متجهة اليها وحينئذ متى عرف اتجاه الظهر والرأس عرف وضع الجنين . ثم اذا تدلت يدا الجنين في المهبل أو في الفرج زالت صعوبة التشخيص لان ظهورها دليل على الحجي بالكنف فيمكن معرفة الوضع بالنظر لا يد الساقطة ان كانت اليمنى أو اليسرى وأيا ما كان فظهرها يكون

جهة

جهة الفخذ اليسار أو اليمنى للام وتختصرها متجهها الى الجزء المقدم أو الخلفي للحوض .  
. متى كان ظهر اليد اليمنى متجه الفخذ الام اليسارى وتختصرها متجهها الى القوس العمانى  
تشخص وضع أول الكتف اليمنى ( أى دماغى حرقى يسارى ) . ومتى كان ظهر اليد  
اليمنى متجه الخو الفخذ اليمنى للام وتختصرها نحو العجان تشخص وضع ثان للكتف اليمنى  
( أى دماغى حرقى يمينى ) . ومتى كان ظهر اليد اليسرى متجه الخو الفخذ اليسارى للام  
وتختصرها متجهها الى العجان تشخص وضع أول للكتف اليسارى ( أى دماغى حرقى يسارى )  
 . ومتى كان ظهر اليد اليسرى متجه الخو الفخذ اليمنى وتختصرها نحو العانة تشخص  
وضع ثان للكتف اليسارى ( أى دماغى حرقى يمينى ) وبالاختصار فنوع اليبسدين نوع  
الكتف واتجاه ظهر اليبسدين نوع النقطة التى تكون الرأس نحوها واتجاه الاصبع  
المنصر بين النقطة التى يكون ظهر الجنين متجهها نحو العاصرة اليد التى تحبى وتكفى  
لتشخيص الجبى ، بالجذع بشرط أن لا تكون اليد المذكورة ملتوية لكن من المهم أن يفعل  
مع هذا الجس المهبل لانه شوهد مجبى وبالقامة أو بالوجه مع سقوط الذراع وان كان ذلك نادرا  
( فى طواهر الولادة ) - تنقسم طواهر الولادة الى قسمين طواهر فى ولوجية وطواهر  
مخائبيكية وقبل التكلم على كل منهما نقول ان الرحم لا يتخلص من الجنين ومتعلقاته الا اذا  
بلغ تسعة أشهر كما تقدم وقبل التخلص ببعض أيام ( نحو خمسة عشر يوما ) يظهر عادة بعض  
أعراض خصوصا عند بكرات الولادة فى الجبى وبالقامة وهذه الاعراض هى انخفاض الرحم  
الى أسفل البطن وبذلك يصير التنفس والهضم سهلين بخلاف المشى فإنه يكون متعبا لان  
رأس الجنين تكون محشورة فى المضيق العلوى مما طة بجدر الرحم فنضغط ونهيج عنق المثانة  
والمستقيم والاعصاب العجزية وبذلك يحصل تطلب متكرر للتبول وزحير مستقبمى وتعب  
واعتمالات حقيقية فى الفخذين وسمانتى الساقين . فاذا كان الجبى ، بغير القامة لا توجد  
هذه الاعراض لعدم وجود ضغط على هذه الاعضاء بالدرجة المتقدمة فينتج من ذلك أن  
الاحتجاج المتواتر للتبول والزحير المستقبمى والاعتقالات فى الاطراف السفلى لا تدل فقط  
على قرب الولادة بل تدل أيضا على مجبى الجنين بالطريقة الجيدة ( أى بالقامة ) وخلاف  
ذلك نادر جدا وهناك علامات أخرى تدل على قرب الولادة وهى تنديده المهبل تنديده غير  
اعتيادية بمواد لزجة وانتفاخ الشفرين العظيمين واسترخاؤهما وحصول الام خفيفة  
تنشمر من القطن الى العانة أو انقباضات خفيفة بمجلسها الجزء الداخلى للرحم وهذه

الآلام الخفيفة والانقباضات التي تحصل عند البكرات قبل الولادة بيومين أو ثلاثة أيام بل من ثمانية إلى خمسة عشر يوماً ليست ابتدأه إطلاق انغماهي دلالة على عدم تحمل الرحم لمحصول العلق وقرب قذفه لكن لا يندى الطلق الحقيقي الا اذا كان عنق الرحم المسترخى شيئاً مده سيرا للجل قد انغماهي و زال بالكلية

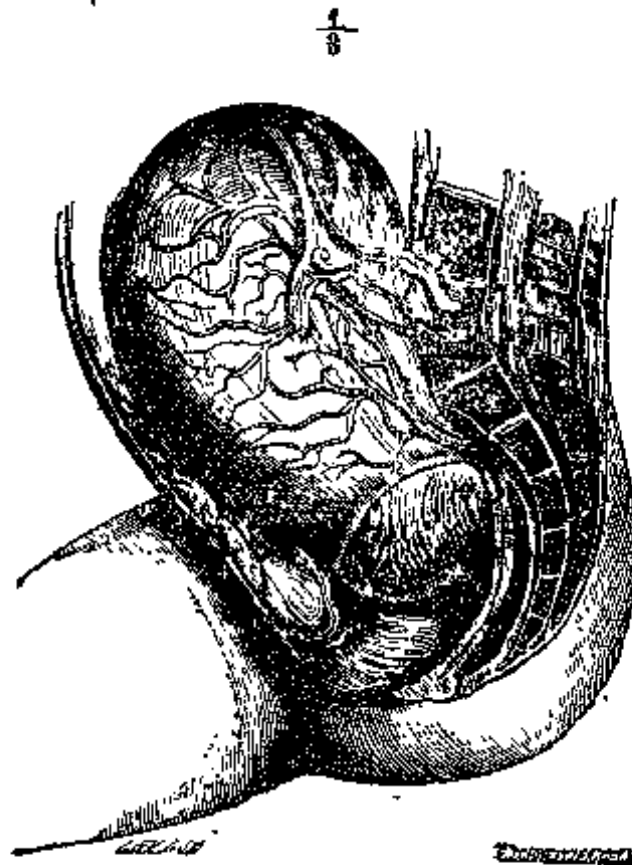
(في الظواهر الفسيولوجية) - الظواهر الفسيولوجية هي الانقباضات الرجعية والآلام (الطلق) والانقباضات العضلية البطنية والانقباضات المهبلية وانغماهي عنق الرحم وتعدد فتحته وسيلان المواد المخاطية الرزجة وتكون جيب المياه واتساع المهبل والفروج . فالانقباضات الرجعية من صفتها أن تكون مؤلمة متقطعة غير ارادية . والآلام الرجعية هي العلامة المهمة لدى العامة فاذا كانت قوية قيل ان الطلق جيد واذا كانت ضعيفة قيل ان الطلق بطيء . لكن ليست هذه الآلام هي الانقباضات الرجعية لان الانقباضات قد تكون قوية والآلام خفيفة أو معدومة وقد شاهد المعلم (تاريز) امرأه ولدت طفلا وهي نائمة بدون أن تشعر بظواهر خروج وجه ولم يوظفها من نومها الا صياحه بعد خروج وجه من أعضاء تناسلها وقد تكون الانقباضات خفيفة مع حصول آلام شديدة جدا وهذا يحصل غالباً عند العصبيات وعند من يوجد في أعضاء تناسلها ضيق مانع لمرور الجنين أو نحو ذلك لان المعلم (أوفار) شاهد امرأة ألقت بنفسها من طائفة مستشفى الولادة بمدينة باريس بسبب شدة هذه الآلام فماتت في الحال . ثم ان مدة الآلام ليست متساوية مع مدة الانقباض لان المولود اذا وضع يده على الرحم أدرك أنه يتقبض ويتصلب مدة مقدرها (١٢٠) ثانية وأن الآلام لا يحصل الا بعد مضي ٣٤ ثانية من الانقباض ثم يزول بعد مضي (٦٠) ثانية من حصوله ثم يستمر الانقباض من بعد زوال الألم مدة (٤٨) ثانية . ويعرف سير المخاض من صفات الآلام المرجودة وهي أولا تكون قارصة معلنة لقرب المخاض وتسمى بالفرنساوي (موش) أي ذباب لان الاساس يشبه لدغ الذباب وثانياً تكون محضرة وينتهي في أنسائها عنق الرحم وتمدد فتحته وثالثاً تكون فاذاقة متى تم تمدد الفتحه ورابعاً تكون مكسرة عند مرور جزء الجنين الآتي من الفتحه الفرجية . فالآلام القارصة تتكرر عقب كل عشرين دقيقة تقريباً وتستمر كل نوبة من نوبها نصف دقيقة وتكون قليلة الشدة ومتى حصلت وكانت المرأة ماشية وقفت وارتكرت على ما تجده يجانباها كحائط أو كرسي مثلاً وظهر على وجهها علامة التآلم ثم يزول عنها بسرعة وتأخذ سيرها و يعود وجهها الى هيئته الاعتيادية والآلام

. والالام المحضرة تحصل عقب القارصة ولكنها أشدهما وتكرر عقب كل عشر دقائق تقريباً وتسمى كل نوبة من نوبه اذقيقة يحصل في أثنائها تمدد فتحة عنق الرحم (تخصيراً لمرور الجنين) . والالام القاذفة تحصل عقب المحضرة وهي أكثر منها شدة اذ في أثنائها يصدر من المرأة صراخ حاد ينقطع عندما تفعل مجهودات بعضها البطني لانه يتقبض هذا العضل في أثنائها ثم يعود الالام والصراخ ثانياً وهكذا تكرر عقب كل خمس دقائق تقريباً وتسمى كل نوبة من نوبه اذقيقة ونصفاً . والالام المكسرة تحصل عقب الالام القاذفة ونوبها مؤلمة شديدة قصيرة المدة والفترة وتخرج في أثنائها الاجزاء الجنينية من الفرج . ثم ان التقطع عيماً لالام المخاض عن الالام التي لاتعلق لها به . والانقباضات العضلية البطنية تحصل عندما يتم تمدد عنق الرحم وتكون بارادة المرأة في حصول هذه الانقباضات فيسل ان المرأة تدفع الجنين وحينئذ يمكن المولود ان يتبع سير الاجزاء الجنينية الخارجة التي تعلن القذف . ثم ان تأثير الانقباضات العضلية البطنية يقع على الرحم وعلى الأعضاء المشوبة البطنية واذا كثيراً ما يحدث عند حصولها خروج المواد البرازية والبولية بدون ارادة المرأة . ويقع هذا التأثير أيضاً على دورة الجنين وعلى دورة الالام ولذا يدرك بالتسمع أثناء هذه الانقباضات أن ضربات قلبه ضعيفة بل وقد تنف وان ضربات قلبها سريعة . والانقباضات المهبلية ليس لها أهمية عند المرأة . وتبعاً للعلم (بينار) ان انحاء عنق الرحم يحصل متى ابتداء الطلق وأن حصوله علامة على ابتدائه وهذا مخالف للعلم (تارنير) لان الانحاء تبعاله يتبدى في الخمسة عشر يوماً الاخيرة من مدة الحمل . ثم ان انحاء عنق الرحم يحصل من أعلى الى أسفل وأسبابه كثيرة . منها انقباضات الالياف الرجية المستطيلة لانها أقوى من الياف عنقه الخلفية . ومنها اندفاع جيب المياه وجزء الجنين الا تيين تدريجياً . وتكرار هذه الافعال ينحى عنق الرحم ويتم تمدد فتحة حتى تسمح لمرور الجنين فتي تم الانحاء والتهدد لا يدرك الا اصبع الاحافة الفتحة الرجية فتكون رقيقة عند بكرات الحمل وسميكة لحية عند تكراراته فاذا طال الطلق قد تصير منتفخة أو زعجاوية وقد تكون رقيقة جداً فتصعب معرفتها ويمكن معرفتها اذا أمكن رفعها الى أعلى بالاصبع وقد لا تدرك الفتحة اذا كان الرحم مائلاً الى الخلف فيلزم البحث عنها في الامام والاعلى خلف العانة لانها تكون مخفية خلفها غالباً . والمتقدمون كانوا يقدرون اتساع عنق الرحم بقطع المعاملة فيقولون تمدد كقطعة الخسبين

سنتياً أو الفرنك أو الفرنكين أو النيسة فرنكات وهذا التقدير لم يزل متعارفاً إلى الآن عند العامة والأحسن تقديره بالسنتيمات . فيكون التمدد تاماً متى صارت حافة فتحة عنق الرحم مكونة لجزء من جدر تجويف الرحم وجزء من جدار المهبل وحينئذ يكون اتساع الفتحة من (٧) إلى (٨) سنتيمات . ثم إن مدة تمام التمدد تتعلق أولاً بحالة نسج العنق وثانياً بنوع المحي والجنيني وثالثاً بقوة الانقباضات الرجية ورابعاً بحسب بنية المرأة ومزاجها فيتم بسرعة إذا كان المحي عابثاً خصوصاً في وضعها المتوخى المقدم وبيطء إذا كان بالمقعدة وبيطء أكثر إذا كان بالكثف . ويتم تمدد فتحة عنق الرحم عند بكريه الحمل في مسافة تختلف من ست ساعات إلى عشر وعند مدة تكراراته في زمن يختلف من (٤) ساعات إلى (٦) وكلما تقدم التمدد أسرع تمام حصوله وعلى العموم يكون التمدد تدريجياً ومستمرًا وقد يقف من نصف ساعة إلى أكثر من ساعة بل وقد يقف المطلق بالكافة فينغلق عنق الرحم ثانية . ثم إن الجنين عند حروبه من الفتحة التامة التمدد يترك حافتهما ياتعت درجتها في الاتساع فينجم عن الترقق ندب القمام يعرف بها عدد ولادة المرأة لأن هذا الترقق يحصل في نقط مختلفة بتكرار الولادة . ومتى تم انحصاء عنق الرحم وتعدد فتحته سال منه مادة مخاطية خشنة كزلال البيض مصفرة اللون قد تكون ملوثة بالدم وهذه المادة هي إفراز الغدد المخاطية الرجية التي تراكت في الرحم بسبب انغلاق فتحة عنقه مدة الحمل . وقد ظن العامة أن هذه المواد هي مياه الامنيوس وهو خطأ نعم قد يرشح من خلال الكيس الأمنيوسي بعض مياه فتزل مع هذه المواد . ثم إن سيلان المادة المخاطية المذكورة يحصل قبل الآلام القاذفة في زمن يختلف من يوم إلى ثلاثة أيام . وجيب المياه هو جزء من الكيس الأمنيوسي المشتمل على جزء من مياه التي يعملوها الجزء الأتي للجنين وهذا الجيب ينحسر في فتحة عنق الرحم المتمددة ويبرز منها وحينئذ إذا فعل الجس المهبلي مدة فترة الانقباضات الرجية وجد الأصبع سطحاً أملس متوترًا من ضغطه فيصل لأجزاء الجنين فيعرفها الطبيب ويفهم نوعها وهذا السطح يصير محدباً متوترًا زائد البروز في فتحة عنق الرحم مدة الانقباضات الرجية كما في شكل (٥٦) ثم إن تحذب وبروز جيب المياه يختلفان متى كان بروزه بميشة (مومبار) أعان على العموم مجيئها من ارتفاع كالجبيء بالكثف أو بالمقعدة أو بالوجه لأن المحي مجزء من هذه الأجزاء يترك بينه وبين الأغشية

انظر شكل (٥٦) مع شرحه في صفحة (٩٩)

مسافة



مسافة كبيرة تجتمع فيها  
مياه الامنيوس . أما الجيب  
المفرطح فيعان مجيئاً منتظماً  
منخفضاً جيد العاقبة حتى  
ان المولدة المسماة (دوجرس)  
والدة المولدة المسماة (لاسابل)  
تقول اني لا أخشى من الجيب  
المفرطح . ثم ان أغشية  
الجيب تتمزق في زمن تافئسيل  
مياهه الى الخارج انما هذا  
التمزق نارة يتم في آن واحد  
وتارة بالتعاقب أما مجلسه  
ففي الغالب يكون نحو مركز  
فتحة عنق الرحم وأحياناً يكون

أعلاه حتى ان فتحة التمزق قد تسد بوجود جدر الرحم فوقها وماء

(شكل ٥٦)  
الامنيوس يكون شفافاً وسيلانه يحصل بقاء عقب التمزق ثم يصير متقطعة باختلاف سيلان  
المادة المخاطية المرزجة فانه يكون مستمراً وسائله هلامي مخاطياً لزجاً . ومعرفة سلامة  
غشاء جيب المياه من تمزقه قد تكون صعبة اذا كان المحيىء بالفتحة لان فروة الرأس قد تلتبس  
بجيب المياه الذي لم يتمزق . نعم يمكن تمييز الفروة باحساس الشعر لكن كثيراً ما يكون ملتصقاً  
بعضه بمادة غروية زلقة فيكون سطح الفروة أملس كسطح أغشية جيب المياه فيجتمد  
الطبيب حينئذ في أنه ينشئ السطح مدة فترة الانقباض الرحمي فاذا انتهى علم أنه الفروة وان لم  
يمكن ثبته علم أنه أغشية جيب المياه الذي يكثر تحديه مدة الانقباضات أما الفروة فتتكسر  
مدته وأخيراً اذا رفعت الرأس الى أعلى مدة الفترة الثامنة سال جزء من المياه الامنيوسية  
اذا كانت أغشيتها متمزقة وأيضاً اذا بقي الاصبع ملامساً للجزء البارز مدة الانقباض الرحمي  
يحس بدفقة من سائل فاتر يخرج في هذا الوقت وينزل في راحة اليد . ثم ان جيب المياه  
يتمزق عادة متى تم تمدد فتحة عنق الرحم . وقد لا يتمزق الا وقت خروج الرأس من الفرج

هذا الشكل يشبه الى جيب مياه الحمل مشهور بارز مدة الانقباضات الرحمية

فإذا كان التمرق في وسط الجيب ومستديرا خرجت الرأس مغلقة بأغشية الجيب وحينئذ تقول العامة (ولد الطقل بطر يوشه) . ثم إن جيب المياه هو المسهل لمرور الجنين بسبب ارتفاعه على التوالي في القناة التناسلية بجزء الجنين لكن إذا تأخر تمرقه بعد تمام التمدد بطوئة تقدم الولادة لأنه يمنع التأثير اللاواسط على الجزء الجنين على القناة المهبلية . وقد ينجم أياض عن خروج الأغشية مع الجنين بدون تمرق الانفصال المبكر للشيمة . فإذا تأخر التمرق الذاتي بعد تمام التمدد لم تمرق الجيب بالصناعة إما بنظر السبابه أو بقضيب متملم الطرف نوعا ويكون من خشب أو من أو عظم هضم أو معدن معقما جيدا وهذا أقوى . وقد يتمرق جيب المياه قبل تمدد فتحة عنق الرحم وأحيانا قبل الطلق وحينئذ يلزم تحريض الانقباضات الرجعية لاسراع خروج الجنين لأنه يخشى على حياته من عدم وجود المياه وان شوه هذا انقذافه حيا بعد سبيلان المياه بنحو (١٥) يوما بل وأكثر ولكن في الغالب انه يموت ويتعفن اذا تأخر انقذافه بعد هذه المدد من خروج المياه . واتساع المهبل يتبدى مع ابتداء انغماص عنق الرحم وتعد فتحة وهذا الاتساع ناجم عن دفع جدار المهبل بجزء الجنين والجزء العلوي للمهبل يتسع بسهولة بخلاف الجزء السفلي له المحاط بالعضلة العصصية الراجعة للشرج القابضة للمهبل والفرج فإنه يكون صعب الاتساع بحيث إن الرأس متى صارت على أرضية العجان بطوئة خروجها فيصير العجان محذبا بامتداد والمستقيم منضغطا معصورا فتخرج المادة البرازية منه خروجا غير ارادى وينفخ الشرج ويرزغ شفاء المستقيم وتظهر الرأس في الفرج زمن الانقباضات وتعود الى الداخل زمن الفترة الى أن يحصل انقباض قوى مع مجهود عضلي يطنى يخرجهما في عقب خروجها خروج الاكثاف فالاجزاء الاخرى للجدع (١)

(١) في التطواهر الميجانيكية - يحصل بالتوازي التطواهر الفسيولوجية المتقدمة التطواهر الميجانيكية وهي تكمن في الحركة الذاتية للجنين مدة مروره في القناة الحوضية عند انقذافه وهذه التطواهر تختلف باختلاف نوع المجيء ووضع من الوقت الذي يتبدى فيه الألام الى تمام انقذافه

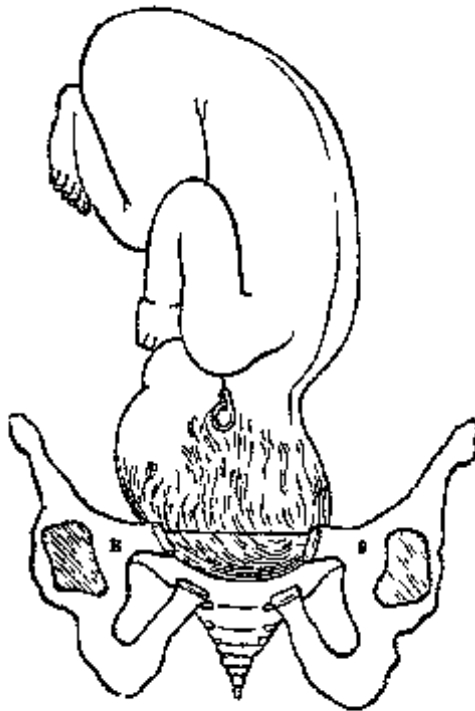
(٢) ميجانيكية الولادة في المجيء بالقمة - اذا كان الجنين آتيا بقمته فالرأس المنثنية بقوة تدخل في الفوهة المتمددة لعنق الرحم وفي المضيقي العلوي في آن واحد ويكون ذلك من ابتداء الألام القاذفة (وهذا هو الزمن الاول) ومن هنا تنزل في التجويف الحوضي بانثناءها بقوة شديدة أيضا (وهذا هو الزمن الثاني) ومتى وصلت الرأس الى أرضية العجان فعلت

(١) نفيه كثيرا ما ينجم عن التمددات القهربية للقناة المهبلية الفرجية أثناء الولادة تسليخات وتمزقات فيها حركة



حركة دورية بها يتجه المؤخر الى الامام تقريبا (وهذا هو الزمن الثالث) ثم يقبى الى الفرج وتخرج منه بحركة انبساط تدريجية هي تسكرة بالضغط على الارتفاع العاني (وهذا هو الزمن الرابع) ومتى وصلت الرأس الى خارج الفرج فعلت حركة جديدة دورية تابعة لحركة الاكاف الدورية الحاصلة في التقدير الحوضي (وهذا هو الزمن الخامس) ثم يعقب خروج الرأس زمن وقوف فيه المرأة تستريح ويعقبه في الحال انقباض جديد به ينتهي خروج الجنين (وهذا هو الزمن السادس) لكن يكون ذلك في زمنين وهما زمن خروج الصدر وزمن خروج المقعدة ولكنهما لا يميزان . وأما خروج متعلقات الجنين (أى المشيمة والأغشية) فلا يحصل الا بعد خروج الجنين بعشر دقائق الى خمس عشرة . وبالجملة فتوجد هذه الستة أزمان في انقذاف الجنين حين مجيئه بالقمة وهي . أولا انخسار الرأس في المضيق العلوي (أى الانكماش وتناقص الحجم والانخسار) . ثانيا نزولها في التجويف الحوضي . ثالثا الدوران الباطني للرأس متى وصلت الى أرضية المهجان . رابعا خروجها من الفرج . خامسا دورانها الظاهري الذي هو نتيجة الدوران الداخلي للكفتين . سادسا خروج الصدر في الجذع (أى المقعدة) انما بعد خروج الرأس بنقذاف الجذع بسهولة حتى

لا يمكن ادخال الزمن السادس كما تقدم . وهذه الازمنة هي ميكانيكية الولاية الذاتية . ففي الزمن الاول كما في شكل (٥٧) تنتهي الرأس وتخشرف في المضيق العلوي على حسب محور نفس هذا المضيق وبناء على ذلك تكون الحدة بالمدارية الجنى . أو اليسرى هي النقطة الكثيرة الانحدار التي يسقط عليها ولا الاصعب الباحث لا التدرج المستطيل نفسه وذلك على حسب أول وثاني وضع للقمة . وبالجملة متى انخسرت الرأس هكذا فانها تكون منتبهة بقوة لتنفص بقدر الامكان لان هذا الانتشاء هو نوع تناقصها

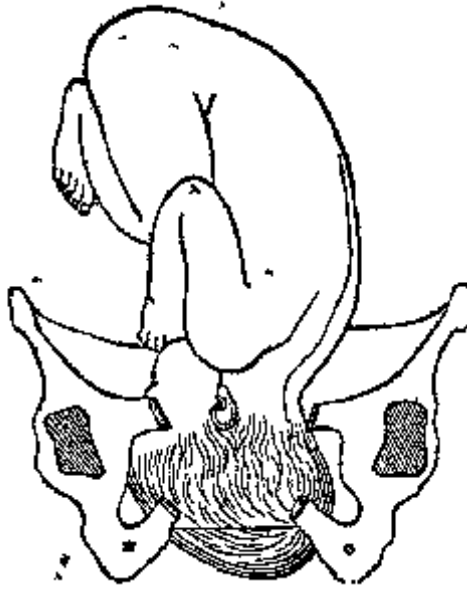


شكل (٥٧)

الحقيقي اذ به تنقص أقطارها . ومعلوم أن الرأس الاكبر طولها هو المقدم

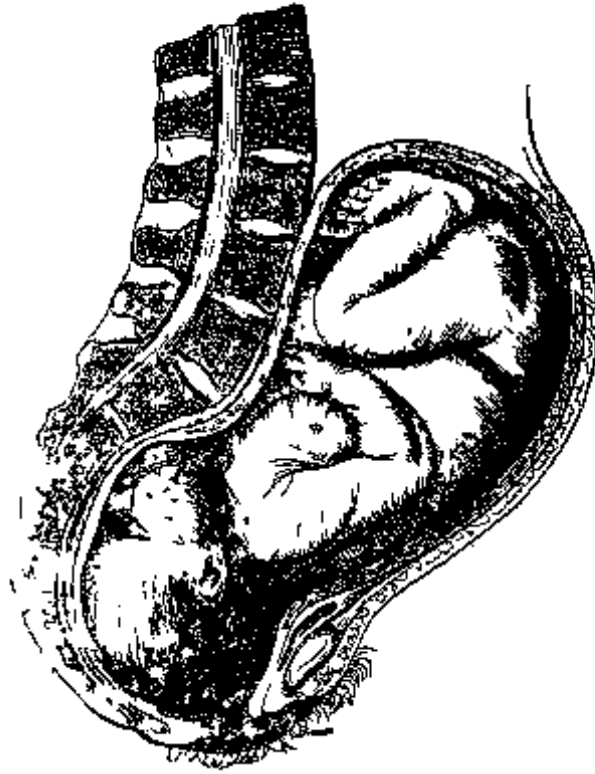
بالخلق المتدم من حرفي (أو - إس) الى حرف (ف) أي من المؤخرى الى الذقني كما في رأس  
 شكل (٢٨) المتقدم اذ يكون طوله (١٣) سنتيمترا ونصفا ثم يليه القطر المؤخرى الجبهي  
 المتدم من حرف (أو) الى حرف (ف) الذي يكون طوله (١٢) سنتيمترا ثم يليه القطر تحت  
 المؤخرى القمي المتدم من حرف (أو - س) الى حرف (ب - ر) الذي يكون طوله (٩)  
 سنتيمترات ونصفا ومثله القطر القصبي القمي المتدم من حرف (ت - ر) الى حرف  
 (ب - ر) حيث يكون طوله ٩ سنتيمترات ونصفا أيضا ومثلهما القطر الجداري المتدم  
 من حديدية جدارية الى أخرى أي المتدم من حرف (ب) الى حرف (ب) في رأس شكل  
 (٢٧) فانه يكون طوله (٩) سنتيمترات ونصفا كذلك . وأصغرا قطارا للججمة هو القطر  
 الجبهي الذقني المتدم من الذقن الى الجبهة أي المتدم من حرف (م) الى حرف (ف) من  
 شكل ٢٨ المذكور . ثم ان أقطار الججمة تكون قليلة التناقص اذا لم يحصل لها اثناء  
 لكونها من عظام صلبة . ثم ان القطر الاكبر طولاً من جذع الجنين هو قطره  
 المستعرض وليس المقدم الخلق وطوله يختلف من (١٢) الى (١٣) سنتيمترا ومعلوم  
 ان جذع الجنين متصل برأسه بواسطة ساق مرين يسمح للرأس وللجذع بأن يدور كل منهما  
 عليه وينثني وينبسط فوجه وهذا الساق هو العنق ومعلوم أيضا ان بعض الاقطار للضيق  
 العلوي ولتجويفه وللضيق السفلي للمرأة يكون طوله (١٢) سنتيمترا وبعضها (١١)  
 سنتيمترا ونصفا وبعضها (١١) فقط ومع ذلك فاعظم قطر من أطراف الجنين وهو الرأس أو  
 المقعدة يمر من أصغر قطر من حوض المرأة فالرأس تمر أولا ثم الجذع وكل منهما يقطع سيره في  
 الازمنة السابقة . ففي زمن الانحشار أي الزمن الاول المشار له بشكل (٥٧) المتقدم يكون  
 قطر الججمة (أو - إف) من شكل (٢٨) المتقدم أي المؤخرى الجبهي موازيا لأحد الاقطار  
 المتخرقة للضيق العلوي وقطر (ب - ب) أي الجداري الجداري من الججمة شكل (٢٧)  
 يكون موازيا تقريبا للقطر الآخر المتخرق للضيق العلوي وأن المحيط المؤخرى الجبهي  
 (أو - اف) للججمة شكل ٢٨ يكون موازيا لمحيط المضيق العلوي وأن محور هذا المضيق  
 يمر بالقطر القصبي القمي وفي انتهاء هذا الزمن يستبدل قطر (أو - اف) بالقطر تحت  
 المؤخرى القمي المشار له بحرف (أب - إار) ومحور المضيق والحوض الصغير حينئذ يمر  
 من القطر المؤخرى الذقني عوضا عن القطر القصبي القمي . وفي الزمن الثاني تركب الخدبة

الجدارية



شكل (٥٨)

الجدارية المقلمة مهما كانت الجنبى أو اليسرى خلف قائمة قوس العانة كما في شكل (٥٨) مدة كون الخدبة الخلفية تنزلق على الجدار الخلقى لتفسع الحوض في محاذاة الارتفاع العجزى الخرقى المقابل بحيث أن التدريز العظيم الجعصى يظهر مباشرة تحت الاصبع بمجرد قرب الرأس من المضيق السفلى كما في شكل (٥٨) المذكور. والزمن الثالث غاية وضع الجمجمة في حالة يكون بها قطر الاعظم أى المؤخرى الجعصى موافقا للقطر الاعظم من المضيق السفلى أى العصصى العانى مع توجه



شكل (٥٩)

المؤخرى إلى قوس العانة كما في شكل (٥٩) والخدبة المؤخرية لاتصل للاتجاه إلى الامام مباشرة بل ترتكز خلف القائمة المقابلة لقوس العانة بحيث أن الرأس تكون في آخر هذا الزمن منحنية دائما قليلا أعلى المضيق السفلى كما يستفاد من شكل (٥٩) المذكور وبالجملة يلزم أن يتصور جيدا أن هذه الحركة الرحوية الباطنة لاتحصل دفعة واحدة بل تتعاقب حركات صغيرة ذهابا وإيابا في زمن

الانقباض يتقدم المؤخرى إلى الامام ثم

يتأخر قليلا وهكذا إلى أن تصل الزاوية الخلفية للجدار المقدم (الخدبة المؤخرية نفسها) إلى محاذاة المجمع العلوى للفرج وإذا نزلت القمة في أول وضع ينقل إدراك هذه الحركة الرحوية قائمها الاتساوى واحدا من ستة عشر من الدائرة كما في شكل (٥٩) وأما إذا وصلت

القمة الى أرضية الحوض في الوضع الثاني فتكون هذه الحركة الرجوية أكثر من ربع دائرة . وفي الزمن الرابع يدخل المؤخرى تحت القوس العاني مباشرة تقريباً حتى يحبط الارتفاق



شكل (٦٠)

العاني بالقفا الحاطة تامة كما في شكل (٦٠) .  
وحيث تدور الرأس بتسامها على هذا القفا الذي هو مركز الحركة وتبسط شيئاً حتى تخرج من الفرج لأن هذا التخلص يحصل في الغالب ببطء خصوصاً عند بكرات الولادة وفي هذا الوقت يحصل ألم شاق يسمى بالألم المكسر يحمل المرأة على الصباح الشديد ويجعلها غائبة عن الوجود ويقطع جميع عضلات جذعها وذراعيها تخلصاً شديداً حتى تساعد الرحم ثم تنتهي من ذلك بطلاق شديد . ويلزم معرفة السير الطبيعي للرأس عند مجاوزتهم الفرج

لانهم ربما التجيء الى وضع جفت الولادة عند البكرات ذوات العجان الصلب مثلاً فيلزم تقليد هذا السير الطبيعي لاجل عدم قهر تعدد أعضاء التناسل الظاهرة أعني ان الاولى منع جذب



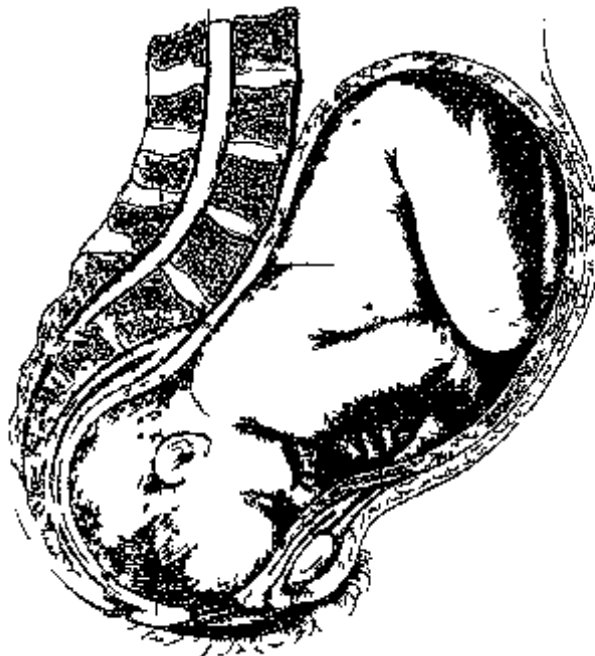
شكل (٦١)

الرأس حال كون الخديبة الجدارية مشرفة على التخلص . وأخيراً في الزمن الخامس تتحرك رأس الجنين حركة جديدة رجوية تحمل الوجه على الاتجاه الى الجهة الانسية والخلف قليلاً من نقذ الأم كما في شكل (٦١) وهذه الحركة نتيجة دوران رحوى باطنى للأكتاف به بصير القطر الاخرى غير موازلاً حد الاقطار المنصرفة للثقب الحوضي وموازيات تقريباً للقطر العصصي العاني ولكن هذه الازمنة الخمسة لا تكون دائماً متتالية كما ذكرناه يختلط

عند كثير من النساء اللاتي ولدن عدة أولاد الزمان الاولان بل الثلاثة . وقد يشاهد عند

بعض

بعض النساء فقد الحركة الرجوية الباطنة أو ازديادها حتى فقدت بصير المؤخرى موضوعاً بالعرض أو يجاوز العجز بسبب حركة مضادة . وأما إذا كانت الحركة متزايدة فإن المؤخرى يتجاوز الارتفاق العاني ويحاور الفرع العاني المقابل الذي كان حقه أن يقف خلفه فيأخذ تصل الحركة الرجوية في حالة أول مجيء بالقمة إلى (٦٠) درجة عوضاً عن أن تكون (٢٢) . وفي حالة الوضع الثاني تصل إلى (١٨٠) درجة عوضاً عن (٩٠) فإذا حصل من اتجاه الرأس حال خروجها من الفرج شك في الوضع الأول من المجيء بالقمة فلا يكون على المواد إلا البحث عن المجلس الحقيقي للبروز المصلى الدموي إذا وجد ولو كان صغيراً أجل زوال الشك لأن البروز المذكور يكون مجلسه الجداري الأيسر متى كانت القمة في نفس هذا الزمن في



الوضع الثاني لأن الحركة الرجوية في حالة الوضع الثاني للقمة إذا فقدت كما في شكل (٦٢) فلا يكون ذلك دليلاً على عدم حصول تمام الولادة الذاتية . وإذا بقيت الرأس منتبذة انقضاء قواها ينتهي المؤخرى بالخروج أولاً أمام العجان نعم أنه يمرقه كثيراً أو قليلاً وبعد ذلك فلا يكون على الرأس إلا أن تنسط كمنزلق القمة والوجه بالتعاقب تحت المجمع المقدم من الفرج لكن

يتأسف من انبساط الرأس قبل أن يتم خروج المؤخرى أمام العجان شكل (٦٢) لأن القطر المؤخرى الجبهي ثم المؤخرى الذقني يجاوزان القطر العصبي العاني الذي ليس له امتداد مماثل لهما فيحصل حينئذ انحصار الرأس فلا يمكن خروجها إلا بتفتيتها . وأما الوضع الثالث والرابع والخامس والسادس للقمة (التي هي بارزة جداً) فيضار كية الولادة فيهما وحسدة وأحيرامتي كانت الرأس إلى الخارج تبعها الكتف المقدم الذي يبرز تحت العوس العاني أولاً ثم يخرج الخالي ومتى خرج الكتفان فإن الجذع يتبع الحركة الرجوية لهما أو يصل الحنبر بين فخذيه وأمه ويكون يصنه إلى الامام ونساء على ذلك يكون

وجبه إلى أعلى وهذا الوضع مناسب لتنفسه بسهولة وفي مدة الولادة يحصل في الرأس تنوّعات مختلفة كما يكون حذبة مصلية تدور في الأجزاء الرخوة لها في النقطة المقابلة لفتحة الرحم



31.56.

شكل (٦٣)

الممتدة وهذه الحذبة يكون مجاسها الزاوية الخلفية العليا الجداري اليمنى في الوضع الأول للجبي بالقمة ويكون أعلى قليلاً وخلف الحذبة الجدارية اليسرى في الوضع الثاني للجبي بالقمة كما في شكل (٦٣). ومتى كان الطلق بطيئاً يحصل تنوع في المواضع وفي التداريز بتركيب العظام فوق بعضها فتكون الزاوية المؤخرية أسفل الزاوية الخلفية العليا الجداريين وتكون الحوافي

العليا العظام الجبهة أسفل الزاوية المقدمية العليا الجداريين والحوافي العليا الجداريين متركة فوق بعضها كما في شكل ٦٤ وقد ينتج من الضغط على الرأس شكل غير منتظم كما في شكل (٦٥). وفي الولادة بالوجه يوجد أيضاً خمسة أزمان وهي: أول دخول الرأس في المضيق العلوي في حالة بسط قهري. ثانياً نزول الرأس إلى أرضية العجان منبسطاً انبساطاً قوياً أيضاً. ثالثاً



شكل (٦٤)

دوران الرأس الباطني الذي يوجه الذقن إلى تحت القوس العاني. رابعاً خروج الرأس من الفرج بواسطة انثناء تدريجي. خامساً الدوران الظاهري للرأس الذي هو نتيجة الدوران الباطني لا تكاف التي قطرها الأعظم يوازي أعظم قطر للمضيق السفلي (أي العصعصي العاني) وهنا أيضاً يحصل الدوران الباطني والخروج من الفرج بواسطة تعاقب حركات صغيرة ذهاباً وإياباً كما في حالة



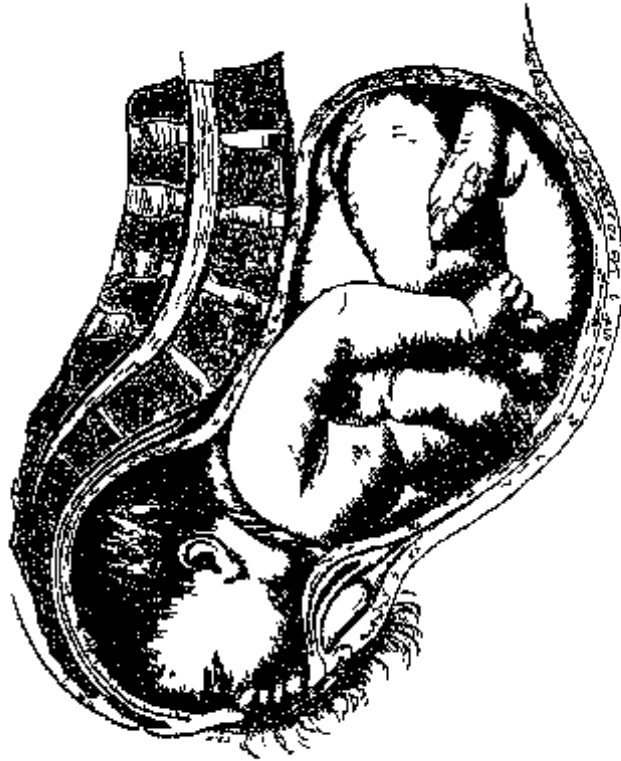
P.R.

شكل (٦٥)

الجبي بالقمة. وفي زمن الخروج تدور الرأس على قاعدة

الغلك المرتكز تحت القوس العاني لاجل فعل انثناء كما يحصل للقمامع القوس العاني في الجبي بالقمة. وفي أثناء حركة انثناء الرأس تظهر القمة قالياً فوخ فالموخري أمام العجان. والدليل على كون الولادة ذاتية في حالة الجبي بالوجه خروج الذقن أولاً تحت القوس العاني

عقب

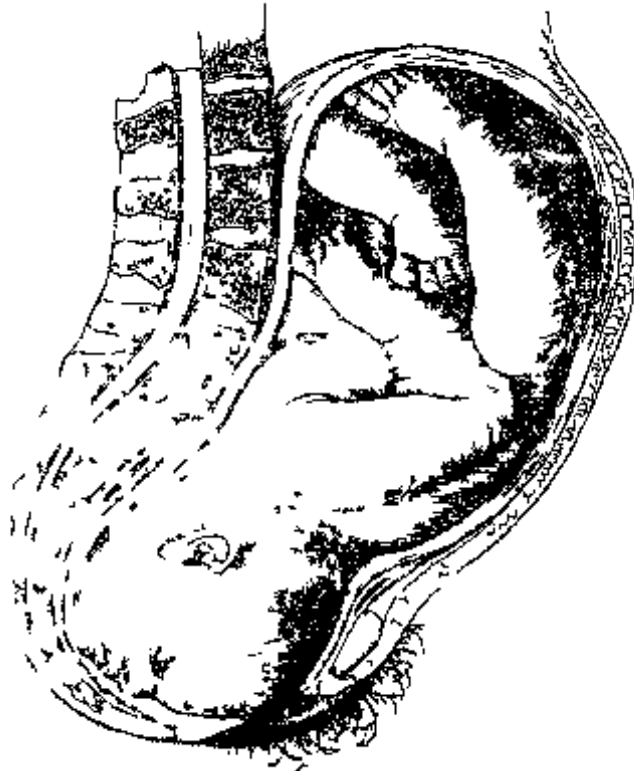


شكل (٦٦)

عقب انثناء الرأس الى الخلف  
انثناء قويا كما في شكل (٦٦)  
ويدون ذلك فالقطر المؤخري  
الذقني الذي طوله من (١٣)  
سنتيمتر الى (١٣) ونصف يصير  
مواريا للقطر العصعصي العاني  
الذي لا يتجاوز طوله (١٢)  
سنتيمترا وبذلك لا يمكن خروج  
الرأس بخلاف ما اذا أتت  
الذقن أولا تحت القوس العاني  
فيمر القطر القصي القمي ثم  
القطر القصي المؤخري بسهولة  
لان قطر كل منهما لا يتجاوز

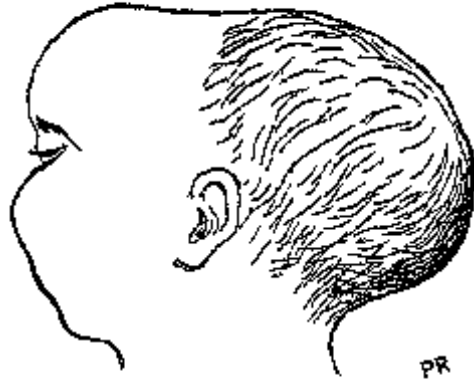
تسعة سنتيمترات ونصف . وقد يتفق أن

الذقن تبقى الى الخلف كما في  
أول وضع للحجى بالوجه بسبب  
عدم حصول الدوران كما في  
شكل (٦٧) ومع ذلك قد  
تحصل الولادة الذاتية فن  
الجاثرجينثان الذقن بدل ان  
ترتكز على قاعدة العصعص  
تسكن في الشرم العظيم الوريكي  
خافضة للاجزاء الرخوة التي  
تغطيه وبذلك يقل من القطر  
المؤخري الذقني نحو (٢)  
سنتيمتر وذلك يسهل له بالارلاق  
خلف الفرع العاني المقابل له



شكل (٦٧)

ويخرج هو أولا من تحت القوس العاني فيحصل



شكل (٦٨)

حينئذ تبديل المحيىء المعيب بالمحيىء بالقمة المنتظم. وفي المحيىء بالوجه يتكون في أغلب الاحوال حذبة مصلية دموية مجلسها الزاوية التي تلى الأمام وهذه الحذبة تمتد في الغالب الى الاجزاء المجاورة كالعين والخذ والاذن وبذلك يولد الطفل منفتح الوجه ذاهية بشعة تزداد بساعتها بتغير شكل

الجمجمة كما في شكل (٦٨)

(في الولادة بالمقعدة) - في مجزئتيكبة الانقسام بالمقعدة ينبغي ان يعدد ايضا خمسة ارمئة. ففي الاول (ولنرض المحيىء كاملا) تدخل الايتان في المضيق العلوى بسبب تناقص



شكل (٦٩)

بجمهما . وفي الثاني ينزلان في التقوير الى ارضية الحوض بحفظهما الوضع الذي كانا عليه أولا . وفي الثالث يعترجهم دوران باطنى به تصيرا حادا هما متجهة تقريبا الى الامام والاخرى به تجهة تقريبا الى الخلف . وفي الرابع يخرج جان من الفرج بواسطة تتابع حركات صغيرة ذهابا وايابا . والالية المقدمة هي التي تخرج دائما ولاشكل (٦٩) كما يحصل في خروج الاكاف في الحيات بالراس . وفي الزمن الخامس يحصل في الجزء الخارج دوران ظاهرى به يصير السطح المقدم للجنين متجها الى الجهة الانسية

وقبلا الى الخلف لاحد من قدي الام على حسب الوضع كما في شكل (٧) فاذا كانت الاقدام اكثر انخفاض من الايتان فالقدمان هما الاذان يخرجان أولا واحدهما كما في شكل (٧١) ولكن عادة يخرجان معا حينئذ متى وصلت المقعدة الى المضيق العلوى يتبدى سير الجمجمة ارمئة التي سبق ذكرها كما اذا كان المحيىء كاملا بدون فرق واذا كان القدمان

انظر شكل (٧٠ و ٧١) في صحيفة ١٠٩

أعلى





شكل (٧٠)

أعلى من الأليتين بقليل وقفابواسطة حافة الفوهة  
الرجيسة في الوقت الذي تنحرف فيه الأليتان  
فيرتفع القدمان حينئذ ارتفاعا كبيرا على السطح  
المقدم للجنين ولا يخرجان إلا مع الصدر في آن  
واحد. وإذا كانت الولادة طبيعية بقي الذراعان  
على العموم وموضوعين بطول الصدر ويخرجان  
معه ولا يرتفعان على جانبي الرأس إلا إذا جذب

الجنين لأجل اسراع انزاعه وبجذبه أيضا تنبسط  
الرأس وبدون هذا الجذب تبقى منتبئة  
على الصدر راضة - غطوة الرحم عليها  
. ومتى كان الكنفان إلى الخارج  
(بحيث إن أحدهما إلى الامام والآخر  
إلى الخلف) بقيت الرأس في التقعر  
كما في شكل (٧٢) من تسكرة بالقفا على  
أحد جوانب الارتفاق العاني فتخرج  
الذقن ثم باقي الوجه ثم الجبهة فالأفوخ  
فالقمة وأخير المؤخرى بالتعاقب أمام  
العجان ثم تدور الرأس على القفا الذي  
هو مركز الحركة فإذا بقي المؤخرى إلى  
الخلف عرضا عن أن يأتي إلى الامام  
لسبب ما كان ذلك عرضا يستدعي

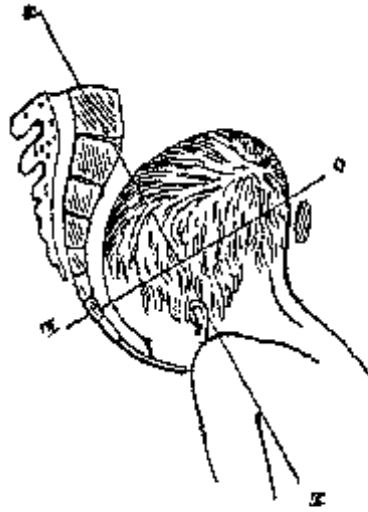


شكل (٧١)

توسط المولد ومع ذلك لا يخشى من هذا العارض إذ قد

تم الولادة الذاتية قهرا عن ذلك بسبب كون الرأس بقيت منتبئة فتزلق الجبهة من أعلى  
إلى أسفل خلف العانة حالة كون المؤخرى باقيا نابتا في تقعر العجز كما يحصل من وضع اليد

انظر شكل (٧٢) في صحيفة ١١٠



في فم الجنين لتثني رأسه كما في شكل (٧٣) وإذا لم  
تخرج بنفسها أخرجت بوضع الاصبع في فم الجنين كما  
في الشكل المذكور . وقد يكون عدم خروج الرأس  
بنفسها بسبب أنها تكون منبسطة في المضيق العلوي  
والذقن باقية معققة أعلى العانة كما في شكل (٧٤)  
فيحتاج لساعدة الطبيب لانزلاق المؤخرى على العجز  
ثم على الوجه العلوي من العجان ثم يخرج الأول من  
المجمع الخلفي للفرج كما في هذا الشكل . أما الخطر

الوحيد في الحجب بالمقعدة فهو تعريض الجنين كثيرا للاسفة كسبب

شكل (٧٣)

ضغط الحبل السري ولكن عندما تكون

الاطراف السفلى مرتفعة على الوجه

المقدم للجنين تكون أخطار الضغط

المذكور قليلة لأن فوهة الرحم تعدت

كثيرا من ابتداء زمن الانقباض

فتفقد بعض قوتها أكثر من حالة الحجب

بالأقدام أولاً لأن الحبل السري قد وفي

لوجوده إما بين الساقين وإما بجانب

أحدهما فيكون هناك وقاية له من

تأثير ضغط الدائرة الرجعية . وقد

لا يحصل تغير في شكل الجمجمة حال

الحجب بالمقعدة كما في شكل (٧٥)

( في مبخان كبة الولادة في الحجب

بالذراع ) - في هذا الحجب يميل الرحم

بانقباضاته لأن يأخذ شكلا بيضاويا

منتظما يميل الحجب الردي للجنين الى حجب طبيعي



شكل (٧٣)

انظر شكل (٧٤ و ٧٥) في صحيفة ١١١

لكنه



لكنه لا ينجم في ذلك دائماً  
خصوصاً عند من ولدن عدة  
أولاد وحصل عندهن  
ضعف في الرحم ولا  
يسمح أبداً باستمرار الحمل  
المستقيم بالبطن أو الظهر  
بل يسمح في الاغلب باستمرار  
الحمل في إحدى جهات الجنح  
لان هذه الجهات لما كانت  
ضيقة وغير منتظمة لم يكن  
لها سطح يسمح لجدار الرحم  
بالتأنيب عليها كما تؤثر على  
البطن والظهر وأياً ما كان  
فالحمى بالكثف حالة تستدعي

دخول البدل لاجل عمل التحويل القدي شكل (٧٤)



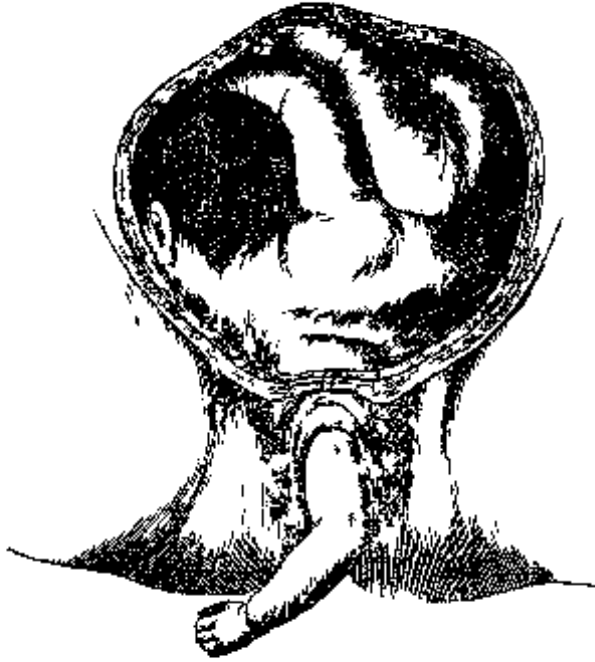
PR

وهذه قاعدة عمومية والطبيب الذي يصل في الوقت  
المطلوب لعمل التحويل يخطئ إذا اعتمد على المجهودات  
الطبيعية نعم يمكن حصول الولادة في بعض الاحوال  
بواسطة القوى الوحيدة للبنية متى كان الحوض متسعاً  
والجنين صغيراً فالكثف حينئذ يدخل دخولاً عميقاً في  
التقعر ويسكن تحت القوس العاني فيتردد مسافة بينه  
وبين العجز لكي يمكن الطرف المقعدي الجنيني الاتلاق  
من أعلى الى أسفل على الجدار الخلفي من القناه الفرجية

شكل (٧٥)

الباطنية ويخرج الاول أمام العجان وهذا يسمى بالتحويل الذاتي الجنين وهو يستدعي طلقاً  
شديداً من جهة الرحم حتى انه مات (٢٥) حينئذ من (١٣٧) ولدوا بهذه الكيفية وان ثلاثة  
أرباع الاسهات قد متت أيضاً بسبب الاضغلال العصبي أو بسبب الالتهاب الرحجي البريتوني

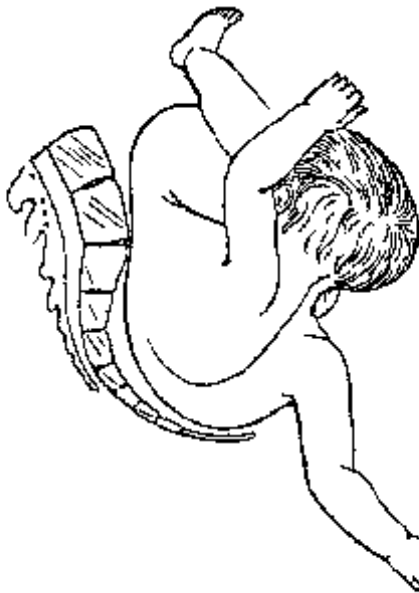
، ويمكن أيضاً أن يعتد في ميخا نيكية الخروج الذاتي في المحي وبالجدع خمسة أزمنة متميزة . ففي



الزمن الاول (وهو زمن التصغير والوصول للمضيق العلوي) ينتهي الجنين بقوة على الجهة المقابلة للجهة الآتية بها وتكون الرأس موضوعة على الصدر وضعا مختلفا ويتقارب الكتف العلوي والآلية العلوية من بعضهما والكتف الاسفل يستطيل بانضغاطه ضغطا حلقيا فيدخل في المضيق . وأحيانا تسقط اليد كما في شكل (٧٦) . وفي الزمن الثاني (وهو

شكل (٧٦)

زمن النزول) يدخل الكتف زيادة في التقعير والجذب



السفلي ينزل بنفسه بحيث يلامس أرضية العجان تقرىبا كما في شكل (٧٧) . وفي الزمن الثالث (وهو زمن الدوران الباطني) يفعّل الجنين مع كونه مستنبا على نفسه حركات صغيرة ذهابا وإيابا في الاتجاه الأفقي وهذه الحركات تصير الرأس على العانة وجانب العنق خلف الارتفاق العمانى والمقعدة في التقعير الهجزي كما في شكل (٧٨) . وفي الزمن الرابع (وهو زمن الانبساط الجانبي أو خروج الجدع) يخرج كل من جنبه وحقفته

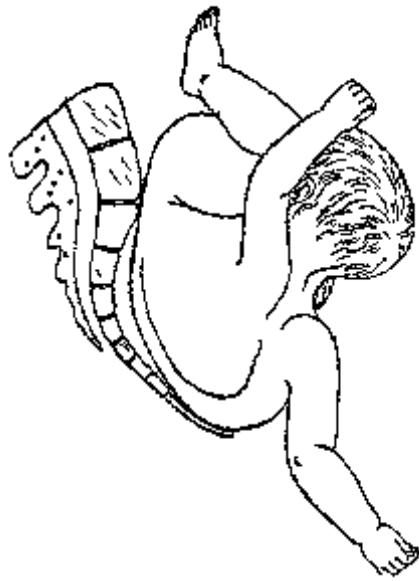
شكل (٧٧)

جهة الكتف الآتية وأخيرا يخرج على التعاقب الايتان

ثم القدمان أمام العجان كما في شكل (٧٩) . وفي الزمن الخامس يحصل دوران ظاهري يجعل الطهر الى الامام وهو نتيجة دوران باطني تفعله الرأس كي يصير المؤخر الى الامام ويخرج

انظر شكل (٧٨ و ٧٩) في صصفه ١١٣

كفروجه



شكل (٧٨)



شكل (٧٩)

كخروج وجهه في الولادة الاعتيادية بالمقعدة كما في شكل (٨٠) فاذا تأمنا الآن الى ميخائيلية الولادة في كل محي ء ترى انه يوجد في كل منها ميخائيلية أصلية دائماً تكون من نجسة أرمنة كما ذكر . ففي الزمن الاول يكابد جزء الجنين الآتي ضغطاً يصغر حجمه بل وينتو عن شكله كي يدخل في المضيق العلوي بسهولة ما أمكن ومن هنالك في التة مير (وهو زمن التصغير والدخول) والتصغير يحصل بطرق مختلفة على حسب الجزء الآتي فان كان المحي ء بالمقعدة التي يوجد

فيها كثير من الاجزاء الرخوة كان تصغير اللحم حقيقياً . وكذا اذا كان المحي ء بالاكتاف لانها قابلة للتصغير بتداخل حقيقي وبخروج الكتف الذي يأتي تحت القوس العسافي . واذا كان المحي ء بالرأس كان التصغير قليلاً وهو يحصل بسبب انثناءها انثناء قهريا اذا كان المحي ء بالقمة أو بسبب ايساطها

ايساطا قهريا اذا كان بالوجه المحي ء ومهما كان نوع المحي ء فالقاعة دائماً واحدة وهي التنقيص لسهولة الدخول في المضيق العلوي . وفي الزمن الثاني ينزل الجزء الداخل في المضيق الى قعر الحويص بقدر ما يسمح به شكله وأبعاده فهو حينئذ زمن نزول ودخول كامل . وفي الزمن الثالث يفعل الجزء الواصل الى أرضية الحوض حركة الدوران الباطني الذي غايةه وضع جزء الجنين الذي سيجري بكيفية مما يسهل يرقطره الأعظم في المضيق السفلي موارد بالقطر العصعصي العسافي الذي تصبره الحركة العصعصية أكبر من الآخرة . وفي الزمن الرابع يخرج من الفرج الجزء الذي فعل الحركة الدورانية

انظر شكل (٨٠) في صحيفة ١١٤



شكل (٨٠)

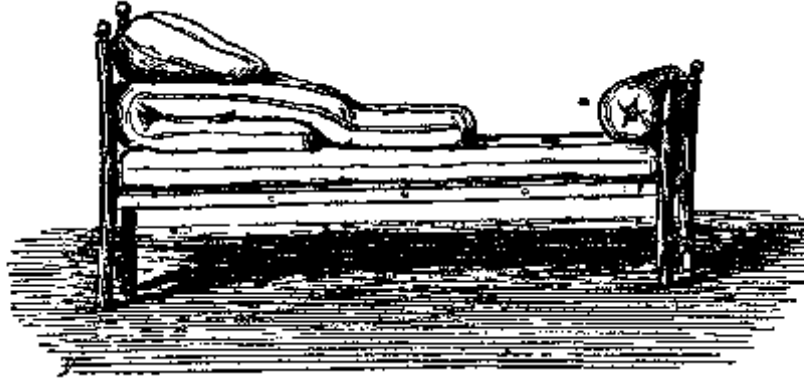
الباطنية وهذا الخروج يحصل بطرق مختلفة تبعاً لجزء الجنين الآتى وتبعاً لانداء أو بسط الرأس وعلى كل فالقصد منه واحد وهو خروج الجزء الذى فعل الحركة الدورانية الباطنية . وفي الزمن الخامس يفعل الجزء الموجود فى الحوض حركة دوران باطنية بها يصير قطره الأَعْظَم موازياً للقطر المقدم الخلقى للضيق السفلى كى يتبع الجزء الذى خرج فيه يكون الدوران الخارجى للجزء الخارج أو لنتيجة الدوران الباطنى للجزء الثانى

( فى ميخائيلية الولادة التوأمية ) -

إذا كان محبى التوأمين برأسهما كما هو المعتاد كثيراً حيث يبلغ (١٣٤) مرة فى (٣٢٩) ولادة أو جاء أحدهما برأسه والآخر بقدميه وهو قليل حيث كان (٨٦) مرة فى (٣٢٩) ولادة فلا يوجد فى ميخائيلية انعدامه ما شئ مخصوص يذكر انما يلزم فقط معرفة أن الطاق هنا ليس دائماً مربعاً بل يكون بطباشيراً بسبب ضعف الانقباضات الرجعية التى لا يمكنها أن تؤثر على الجنين الاول وتغذوه الامن خلال الثانى فتضعف الانقباضات فيما بعد وتفتقد أغلب قوتها عند تأثيرها على الجنين الثانى . فاذا كان لكل من الجنينين جيب متميز متكون من سلى وأمنيوس وكان لكل منهما مامشية متميزة يمكن أن يتأخر نزول الثانى عن نزول الاول بعدة ساعات بل وبسومين أو ثلاثة أو أكثر واما اذا كان الجنينان منحصرين فى جيب واحد ولهما مامشية عامة فانهما يكونان متتابعين ابتداءً بالطلاق فلا ينقطع حتى ينزل الاخير وفى هذه الحالة قد تطرأ عوارض محزنة اذ ربما اتفق أن أقدم أحدهما يدخل بجانب رأس الآخر أو يكون محببهما بالاقدام فتأتى بدون انتظام فى القوهة الرجعية أو يكونان متصلبين فى حالة محببهما بالعرض بحيث تكون رأس أحدهما فى الحفرة الحرقفية اليمنى ورأس الآخر فى الحفرة الحرقفية اليسرى فعلى الطبيب مداواة كل حالة بما يناسبها

( فيما يجب على المولود فعليه عند من جاءها المخاض ) - يلزم أن تحضر المرأة قاعة تلد فيها بشرط أن تكون واسعة هوائية عالية من الستائر والفرش والدواليب لا يترك فيها

فيها الاطارية واحدة ثم تغسل القاعة بمحلول السليمانى أو ثخيراً أو لاجحرق الكبيرت فيها بعد سد المنافذ والايواب وتستمر على هذه الحاله مدة (٢٤) ساعة ثم تفتح وتغسل الطاولة بمحلول السليمانى بنسبة (١) على (٢٠٠٠) من الماء وبعد ذلك تجفف بالقطن المعقم ثم تعطى بملاءة



تظففة معقمة  
لوضع الآلات  
فوقها . ويلزم  
للرأس برتلة  
عليه كالمشاره  
بشكل (٨١)  
وتكون قوائمه

شكل (٨١)

من حديد

وأرضيته من خشب ثم يوضع هذا السرير متباعدًا عن الحوائط كي يتمكن من الدوران حوله بدون عائق ثم يفرش عليه مرتين مرتبة سفلى تفرش بطولها ويوضع فوقها مشمع معقم وملاءة معقمة وحرام معقم أيضا يوضع طرفه المتجه نحو الاقدام أسفل المرتبة وطرفه الآخر وجوانبه تلف وهذا هو السرير الدائم ثم يوضع فوق ذلك مرتبة أخرى ينثنى أكثر من ثلثها أسفل باقيها ويوضع فوق هذه المرتبة مشمع معقم ثم ملاءة معقمة مفروشة بطولها وكذلك جملة ملاآت أخرى معقمة ومطوية أربع طبقات توضع بعرض السرير تحت مقعدة المرأة لتتسرب السوائل التي تخرج منها وتتحقق فيها المواد البرازية اذا خرجت بدون ارادتها وقت الدور الاخير للخاض فالمرتبة العليا وما فوقها تسمى بالسرير الوقتى للولادة اذ بعد انتهاؤها ترفع مع ما عليها بعد تنظيف المرأة من مواد الولادة . ويلزم تحضير السرير من ابتداء عدد عنق الرحم وعلى الطيب أن يحضر كثيرا من الفوط الدافئة المعقمة وأواني صينية وفرش الغسل الأيدي ومنظف اللأظافر يكون من معدن وصابونا سليما وكيمة من الكؤول النقي لغسل اليدين بعد غسلهم بالماء المغلى والصابون بواسطة الفرشة وقبل غسلها بالسليمانى ويحضراً ايضا لمبة كؤلية وحوضا معدنيا لغلى الماء وتعقيمه وتعقيم الآلات المعدنية ولاجل هذا التعقيم يوضع الماء البارد في الحوض الذى هو عبارة عن اناء معدنى داخله مصفاة معدنية ذات قوائم توضع عليها الآلات ثم يعطى الحوض وثوقد اللبة التى أسفلها



شكل (٨٣)

كافي شكل (٨٣) ويستمر على ذلك حتى يصل الماء الى درجة الغليان ويستمر به. كذلك أيضا نحو نصف ساعة ويحضر أيضا جهازا يعمل الزئبقات المهبالية وهذا الجهاز إما أن يكون كوزا من صيني أو من بلور متصلابلي منته بانبوبة من البلور كافي شكل (٨٣) وإما أن يكون من الكاوتشو كافي شكل (٨٤) أو من معدن كافي شكل (٨٥) ويحضر أيضا بحسرحي ذو طيار مزدوج كالشارله بشكل (٤٨) المتقدم وجهه از



شكل (٨٦)

لقبول ماء الغسيل المهبلي يوضع أسفل السرير ويوصل بالاناء الموضوع تحت مقعدة المرأة كافي شكل (٨٦) وإذا كان الماء حارا وخشي احساس الحرارة وضعت أنبوبة من خزف ذات صيوان تسد الفرج وتخرج منها الانبوبة المهبالية الكاوتشوية كافي شكل (٨٧) وأيضا تحضر قساطير بولية اذ ربما اقتضت الحالة للتبول بواسطتها وكريسي أو اناء للتبرز لانه ربما احتاجت اليه المرأة وكذا اجلة لترات من الماء الحار المغلي المعقم موضوعة



شكل (٨٤)

في أو ان بعد الغلي ومسدودة فوهاتها بالقطن المعقم سدا محكما ويحضر ماء بارد مرسخ ومغلي وكذا اجام صغيرا وحوض أو اناء كبير لاجل استحمام الطفل فيه وليون ومحلول نترات الفضة واحد على مائة من الماء ومسحوق اليود فورم ومسحوق اليكوبود وكثير من السكرات الفطانية المعقمة أو الشاش المعقم يحفظ في قاطر ميزات معقمة مسدودة الفوهة بالقطن المعقم سدا محكما ويحضر مناشف معقمة مبخنة لتجفيف المولود بعد استعماله وتغليقه عند فصله من والدته ومرهم سلبماني مكون من (١) من السلبماني و (٥٠٠) من الفازاين أو مكون من (١) من حمض البوريك و (٣٠) من الفازاين وأوراق كل ورقة تحتوي على خمسة وعشرين سنتجراما من السلبماني وجرام من حمض الطرطريك ونقطة من المادة الملوثة للتبالة ولاجل استعمالها يذاب ما في داخل ورقة واحدة في لتر من الماء الساخن المغلي بعد وضعه في اناء مطلي بالينا وليس في اناء معدني لان هذا السائل يتآف المعادن ثم يحرل

معدة

انظر شكل (٨٥ و ٨٦) في صحيفة ١١٧ وشكل (٨٧) في صحيفة ١١٨





شكل (٨٥)

مدة فيصير بعد ذلك تركيبه واحدا على أربعة آلاف  
وحيث أنه يكون صالحا لتعقيم الأواني والآلات غير  
المعدنية كالتي من البلور أو من الصيني أو من الصمغ المرين  
أو من الكاوتشوا المتصلب أو المعادن المطلية بالمينا أو  
بالنيكل أما الآلات المعدنية كالجفوت والمقصات ونحوهما  
والحوض الذي من القصدير أو من الزنك فتعقم بوضعها  
في الماء النقي في حوض التعقيم المتقدم ثم يغلى فيها الماء  
بواسطة اللبة الكؤلية الكبيرة الحجم كافي شكل (٨٤)  
المتقدم ويحضر الموانأ أيضا غاز البودوفورم كأنه يلزم أن  
يجهز سيرير ومسلايس للطفل ويؤتى له بما ينعشه كأن  
يؤتى له بحمض من الحبل أو العرقى أو الكونيك أو ماء  
كولونيا وقطعة من فانلا بيضاء معقمة وريشة أو زربنها  
وأنبوبة خنبرية أي منفاخ خنبري لنفخ الهواء في خنبرته

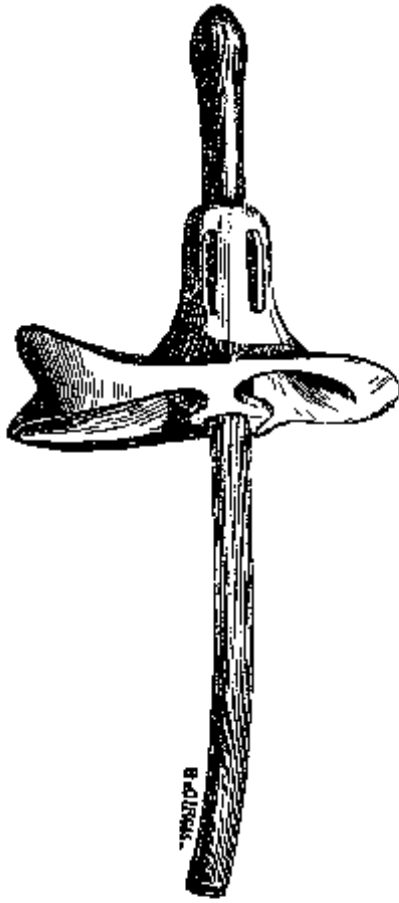


شكل (٨٦)

شكل (٨٨) إذا احتج لذلك  
وان يحضر جفت الولادة  
المنفصل للعلم باجو شكل  
(٨٩) وجفت آخر يدون  
أسنان وثاقب الجمجمة  
ومفتت الجمجمة وجفوت  
صغيرة ذات ضغط مستمر  
لتوضع على الحبل السرى  
قبل ربطه وجفت بوليب  
ومقص مستطيل ومشابك  
مصغرة واسطوانات من

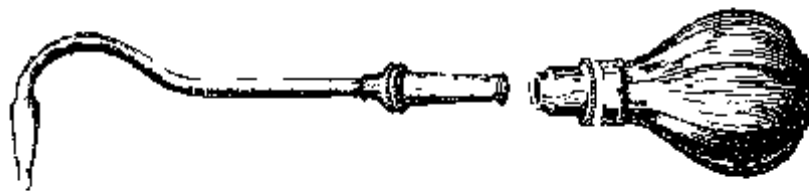
جذور اللاماناريا وخيوط من حرير معقم تحفظ في قطر ميز معقم صغير طول كل خيط منها

انظر (شكل ٨٨) في صحيفة ١١٨ (شكل ٨٩) في صحيفة ١١٩



شكل (٨٧)

من (٣٠) الى (٦٠) سنتيمترا لربط الحبل السرى  
وتحضر أيضا خرق صغيرة معقمة ونفة قطن معقمة  
ونفاقة يدين معقمة للطفل طولها (٤٠) سنتيمترا  
وعرضها (٨) سنتيمترات وبأطرافها أشربة لربطها  
ليستغنى عنها عن الديابيس ثم يوضع ذلك في قطر ميزان  
بعد التعقيم وذلك للغيار على الحبل السرى . وكذلك  
يلزم أن تحضر انفاقة يدين سميكة تحفظ معقمة  
لتحريمها للمرأة بعد الولادة وتحضر إبر وخيوط  
معقمة للخياطة وحقنة لحقن المرأة تحت الجلد  
بالمصل الصناعي اذا احتج لذلك وهذا المصل يتكون  
من كلوريد الصوديوم (٥) جرامات ومن سلفات  
الصودا (١٠) جرامات ومن الماء النقي المغلي المرشح  
(١٠٠٠) جرام . وكذا يلزم أيضا أن تحضر كمية من  
الكالوروفورم النقي وكمية من الجويدار تسحق فقط  
وقت المخاض وآلات تقطيع الجنين وآلة بارلة طويلة



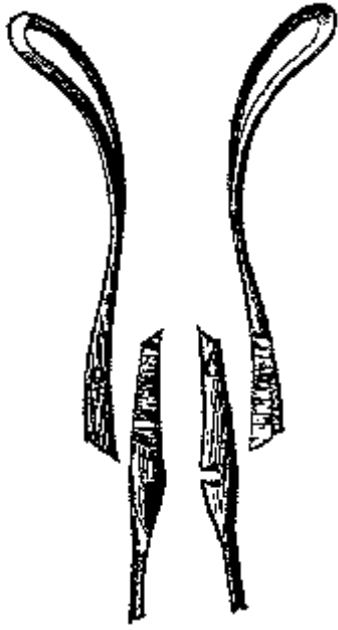
شكل (٨٨)

ورجل المعلم  
بودولوك  
وملعقة  
المعلم باجو  
السابقة الذكر

ومخيط متين منته بشقل من الرصاص مع كلاب . ثمان ملابس المولود والقابلة والمرأة الحامل  
يلزم أن تكون معقمة جيدة مغلية نظيفة (جديدة) . ويلزم المولود أن يقابل المرأة  
بالباشنة وأن يسكن روعها فاذا لم يسبق له معرفة به الزمه أن يسأل عن أحوالها كما تقدم  
أى يبحث عن سمنها وعن صحتها الاعتيادية وعن تاريخ طمثها الاول وسمنه في الاوقات  
الاخرى وعن آخر طمث لمعرفة مدة الحمل فاذا كانت ممن تكرر ولادتها يسأل عن كيفية

انظر شكل (٨٩) في صحيفة ١١٩

(٨٨) هذا الشكل كل شبر له صاح مكون من كرات من الكاوتش و من أبوية من سنجين في الكرية ينفخ الهواء في الخبيرة  
الولادات



شكل (٨٩)

الولادات السابقة ثم يبحث عن الغاظ القلب التي بها يعرف أنها حامل ويكون التسمع مدة راحة الرحم ثم يسألها هل حصل لها انخفاض البطن فإذا أجابت بأنه حصل سألها عن اليوم الذي حصل فيه ثم يسألها أيضاً هل حصل عندها آلام وهل أدركت سيلاناً مهلبياً مخاطياً نخبيناً كزلال البيض فإذا أجابت عن ذلك كله بأنه حصل لا يعول عليه تماماً بل يفعل الجس المهبل إلى لأنه هو المحقق لذلك كما وقبل فعل الجس يلزمه أن يغسل يديه هو ومن يساعده كما تقدم ثم يدهن سبابة إحدى يديه بالمرهم السليماني أو البوريكي لسهولة الانزلاق والدخول في المهبل فيجث عن حالة عنق الرحم وحالة فتحته حتى يتحقق من الحمل ومن قرب انتهائه يفعل

حقنة مسهلة مكونة من الماء الدافئ المحتوي على ملعقتين كبيرتين من الجليسرين ثم يفرغ المثانة بالقسطار إذا احتيج لذلك حتى ابتداء انخفاء عنق الرحم وتندققته وارتخاء البطن يأمر بوضع المرأة في حمام ساخن لتنظيف جسمها بالصابون ثم بعد ذلك يوجه من الحمام بحفف جسمها ببطوطه معقمة وتلبس ملابس معقمة نظيفة ثم بعد ذلك توضع على السرير ويوضع تحت رأسها بعض خديرات بحيث يكون ظهرها مرتكزاً على الفراش في راحة تامة وحوضها يكون على طرف المرتبة العليا ويكون الفخذان والساقان منثنية نصف انثناء ومثبتة بعمدة قليلاً والقدمان يرتكزان على وسادة أو لوح ثم بعد ذلك تغسل أعضائها تاسلاً بالظاهرة بالمحلول المعقم وكذلك ينظف المهبل جيداً بلزروقات المعقمة مع ادخال الاصبع فيه وحككه من الداخل في جميع أجزائه خصوصاً إذا وجد عند المرأة سيلاناً مهلبياً أبيض وفي هذه الحالة يلزم أن يكون سائل الغسيل أكثر ترطيباً ويعقب ذلك بالغسل بالماء المغلي البسيط ثم يكرر الجس كل ساعتين وقبل كل جس يجب أن يغسل يديه كما تقدم وبعده أيضاً كما أنه يلزم تعقيم أعضائه تناسل المرأة بعد كل جس وقبله ويكون كل من التعقيم والتنظيف الظاهري عاماً للفرج والفخذين وينبغي إزالة الشعر إذا كان موجوداً في الشفرير العظمين وجبل الزهرة ولا يصرح للمرأة بالمشي ولا بأكل المواد الصلبة متى ابتدأت الآلام فلا يصرح لها إلا بالأغذية السائلة كالمرق ونحوه ويمنع ذلك عنها إذا ابتدأت الآلام القاذفة لأنها تحدث القيء

ملحوظة - لا ينبغي أن يكون عند المرأة مع المولود أكثر من خمس من أقاربها لأنه يلزم المخاض

### ﴿ في واجبات الطيب مدة المخاض ﴾

يختلف سير المولد باختلاف أحوال المرأة من الآلام المحضرة وزمن الآلام القاذفة . فإذا كانت المرأة في زمن دور التحضير وكانت صحتها جيدة وسير الحمل طبيعياً وجيداً والجنين حياً وفي صحة جيدة وكانت المرأة بكرية أمكنه أن يتغيب عنها تغيباً قصيراً بعد أن يعترف عن الحمل الذي يتوجه به إليها المحتاجت المرأة إلى نديه منه . وإذا كانت متكررة الولادة فمن الصواب أن يبقى عندها احتياطاً . ثم إن المدة الكاملة للولادة من ابتداء الطاق إلى انتهائه تكون تقريبا عند بكرات الولادة من (١٥) ساعة إلى (٢٠) وعند المتكررات من (٦) إلى (٨) ساعات وفي هذه المدة تحصل أدوار الطلق . فالدور الأول الذي هو دور انجلاء عنق الرحم وتسد فتحة يكون عند البكرات من (٦) ساعات إلى (٨) . وعند المتكررات من (٤) إلى (٦) . والدور الثاني الذي هو دور الانقذاف يكون عند البكرات من ساعتين إلى أربع وعند المتكررات من ساعة إلى اثنتين . فحينئذ إذا أراد المولد المكث عند متكررة الولادة زمن الدور الأول يكون مكثه في غرفة مجاورة تعرفها لان وجوده معها في غرفة واحدة يكون مخجلاً لها إذا اعتراها تطلب متكرر للتبول أو التبرز وقتئذ وهذا إذا كانت الآلام المحضرة متباعدة ضعيفة ويلزم أن يزورها زمناً زمنار عما حدث عندها ما يلزم لعدم مفارقتها لها . فإذا كانت الآلام متباعدة قوية فلا يفارقتها أبداً بل يلزمها ويلطفها ويمنعها عن الحرق قائلاً ليس هذا أو انه . ثم يجري التسمع في كل عشر دقائق والجلس المهبطي زمناً فزمناً بعد أن يغسل ويعقم يديه وكذلك أعضاء تناسل المرأة كل دفعة كما تقدم إذ بالجلس يمكنه أن يقبض رأس الجنين خطوة بخطوة في النزول والحركة في القناة الحوضية وإن يبحث عن الوضع وعن التسدير العظيم وعن المسافة الفاصلة له من القوس العاني لمعرفة درجة الانحشار وأن يعرف بعد اليوافنج لأنه كثيراً ما تدرك الرأس وينظر أنها قريبة الخروج والحال أنها مرتفعة وبمعرفة محل اليوافنج يعرف درجة انثناء الرأس أو انبساطها وبالجلس أيضاً يمكن اتباع الحركة الرجوية الداخلة للجزء الجنيني الآتي . ثم إن المرأة قد تدرك في الدور الأول أنها ابتلت فتظن أن جيب المياه تمزق وبالجلس يتأكد أنه متمزق أو سليم فإذا ثبت أنه سليم كان السائل الذي ابتلت به هو السائل الزلافي المخاطي مع السداة العنقية الرجوية التي طردت بالجنين مدة انجلاء عنق الرحم وعند فتحه الباطنة وينزل الطيب جيب المياه من ابتداء تمدد فتحة عنق الرحم ولا

بسم

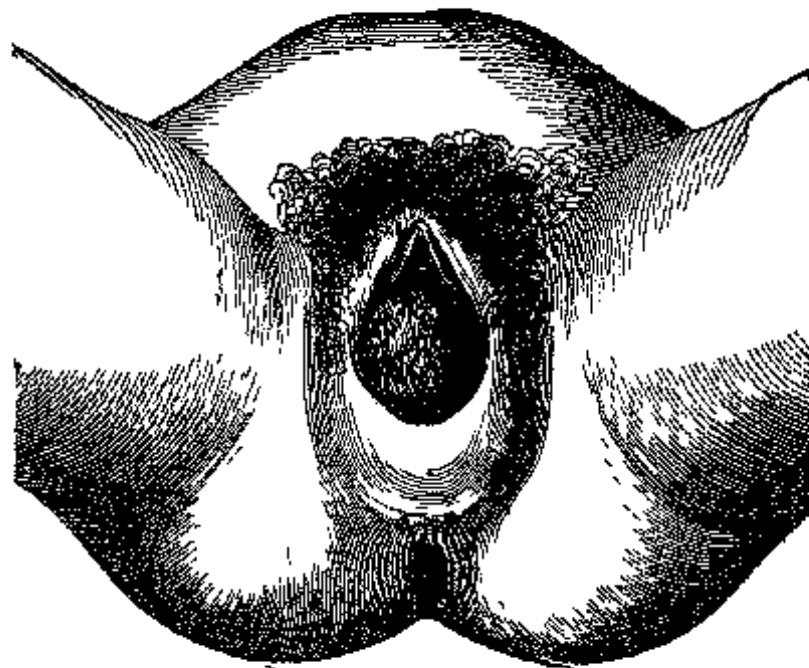
يتم تكوُّنه الا اذا تم انحصاء العنق وتمدد فقحة حتى صار اتساعها نحو (١٠) أو (١١) سنتيمتراً ومتى تم تكوُّن جيب المياه كان له أشكال مختلفة فعادة يكون مستديراً نصف كرة كافي شكل ٥٦ المتقدم وقد يكون مستطيلاً على شكل المبارك لكونه آتياً في الغالب من استرخاء الأغشية لاحتوائها على قليل من السائل وأحياناً يكون طوله متنسباً عن دخول يدا الجنين فيه أو قدمه أو عروته غليظة من الحبل السرى أو نحو ذلك . وعلى العموم يكون الجيب قليل البروز في المجيء بالفم وكثيره في المجات الأخرى (١) ثم ان المرأة في هذا الدور تكون هائجة متألمة بسبب الآلام الدورية وفيه تطلق وتنالم مع كونها لم تدرى حصول تقدم خروج جنينها فتخاف على نفسها حينئذ من شدة الآلام فتضطر للسؤال من الطبيب متى تخلص فيبادرها عن قريب ان شاء الله تعالى . وأخيراً تدرك المرأة في أثناء بعض هذه الآلام نزول مياه سخنة على هيئة موجة تنقطع عندما يحصل ألم أشد قوة ثم يعود نزولها متى صار الألم خفيفاً . فاذا فعل الجلس المهبل حينئذ لا يوجد الكيس الاماس الذي كان موجوداً ومتواتراً قبل هذا السيلان بل توجد أجزاء الجنين الآتية . وهذه المياه هي مياه جيب الامنيوس الذي تفرق ثم يخرج بعضها الذي كان موجوداً أسفل جزء الجنين الآتى وحينئذ تنزل الرأس أيضاً فتحاذي دائرة فقحة الرحم فتعوق نزول المياه المذكورة مدة الانقباض الرجى ثم تصعد قليلاً مدة الراحة فيعود نزول السائل لان الفقحة تصير غير مدونة بالرأس حينئذ وهكذا يستمر ذلك . ثم ان تمدد فقحة عنق الرحم يكون وقت تفرق جيب المياه تماماً بحيث يسمح لمرور الجنين لانه متى تم التمدد حصل التفرق من نفسه ولذا يجب على الطبيب متى شاهد قرب زمنه أن يحسب البر الكرية به لئلا تنزعج من التفرق الفجائي للمياه وأيضاً لا جعل أن تضع خرقة نظيفة عميقة على العجان والفرج لتتسرب السائل الخارج عقب هذا التفرق . متى تم التفرق أمكن المولد أن يتأكد بالجلس المهبل من نوع المجيء والوضع بسرعة قبل خروج جميع السائل الامنيوسى من الرحم سواء لزم الامر لعمل التحويل الداخلى أولاً وأن يتأكد ان كان مع الرأس يداً أو عروته من الحبل السرى كى ترذق الحمال أولاً . ومن الصواب أيضاً التحقق من لون المياه الذي يخرج لانه

(١) تنبيهه لا يفعل الجلس المهبل لمعرفة جيب المياه الامدة راحة الرحم من انشائها لان أجزاء الجيب تكون مدة الراحة مسترخية ومتوترة مدة الانقباضات فتعوق حينئذ وصول الامنيوس الى نوس أجزاء الجنين الآتية

إذا كان كثير التلون بالعنى علم تألم الجنين إذا لم يكن، صابا بالاسفكسيا فيسر ع حينئذ في  
اخر اجه بجفت الولادة أو بالتحويل على حسب الحال وليكن حيث ان ظهور العنى في المهيء  
بالرأس فادر فيحتم على الطبيب الا ينظر حتى يجسد العنى في ماء الامنيوس النازل . انما يلزم  
فعل التسمع الرحي كل عشر دقائق كما تقدم لانه لا يعتمد الا على عدد ضربات قلب الجنين في  
وجد أن عدد هاتزل الى (١١٠) أو الى (١٠٠) فقط كان الجنين في خطر وحينئذ يسرع في  
اخر اجه كما تقدم . وعلى كل فتي تم تمزق الجيب لزمه ان يأمر المرأة بملازمة سريرها . وقد  
يتمزق جيب المياه قبل ان يتدنى عدد فتحة عنق الرحم وحينئذ يلزم المرأة ملازمة الاسستقاء  
على الظهر أو الجنب مع عدم التعرض لما أمكن حتى يتم عدد فتحة عنق الرحم . وقد يتأخر تمزق  
الجيب كثيرا بدون خطر للجنين فتألم المرأة كثيرا الطول مدة المخاض فإذا كان الامر كذلك  
و بلغ عدد فتحة الرحم من (٧) الى (٨) سنتيمترات فيلزم ثقب الاغشية وقت بروزها في زمن  
أقوى انقباض رحي وذلك بالحك بظفر السبابة في مركز الكيس في مقابلة الجزء الاكثر  
صلابة من الجزء الجنيني الآتي وقد ينزلق الظفر على الكيس فلا يتمزق فيستعاض عنه  
حينئذ بقضيب من خشب معقم أو بريشة اوز كاملة مبرية على هيئة قلم ومعقمة أيضا فتدخل  
باحتراس مع السبابة الى النقطة البارزة من الاغشية كما ذكرتم تدفع بخفة كدفع آلة بازلة  
حتى تنقبه . ومتى فعل البط بأي طريقة سواء كان بالطبيعة أو بالصناعة واستفرغ جزء من  
المياه رجع الرحم على نفسه قليلا وبقى في الراحة برهة ثم ينقبض ثانية بقوة وهكذا . فتي كان  
الطلق مستمر او منتظما تزايد الآلام في الشدة وتقل بعد ذلك شيئا فشيئا ثم في أثناء أحد الآلام  
تطلق المرأة أي تمزق مع صياحها صياحا قويا وهذه الآلام تسمى الموقطة لانها توقظ كل نائم  
عند المرأة إذا حصلت حتى الطبيب أيضا إذا كان نائما مستريحا في الغرفة المجاورة لها وهذا  
يكون دليلا على ان الرأس تجاوزت دائرة فتحة الرحم التي مرت منها ومن قتها حتى نتج عن ذلك  
هذه الآلام الشديدة والصياح المعلن بانها بدأت في الدور الثاني أي دور الانقباض وحينئذ  
يجب على الطبيب أن يلزم المرأة ويجلس عن عينيها ليستعد ساعة ولدتها وقبول الجنين  
و يأمرها بأن تمزق عند حصول كل ألم تساعده الانقباضات الرحيمة بجهوداتها البطنية  
وعلى العموم يلزم المولد عمل الجلس المهبل عقب حصول كل ألم للحكم على تقدم خروج الجنين  
ومعرفة كل ما عساه أن يطرأ على سير القذف ويكون الجلس عقب تعقيم يديه الى الساعد  
وتعقيم أعضاء تناسل المرأة كما ذكرنا . وإذا حصل للمرأة آلام قطنية شديدة يضع الطبيب  
فوطه

فوط تحت القطن ويأمر بضبط طرفها ورفع المرآة قليلاً أو بأمر مساعد أقوى البنية بالضغط على عجزها الذي هو مجلس لهذه الآلام في الغالب وبكلتا الطريقتين تحصل راحة للمرأة. وإذا حصل لها اعتقالات في الفخذين أو في سماتى الساقين ذلك هذه الاعضاء وإن كانت هذه الاعتقالات تزول بالكيفية عقب انتهاء الولادة لأنهم متسببة عن ضغط الضفيرة العجزية بعجزه الجنين المشهور في التجويف الحوضي. وإذا حصل لها في بقاوم يتعاطى بعض جرعات من مشروب بارد حتى مع تشجيعها حتى تنتهي الولادة لأنه يزول بانقائها. وإذا حصل لها قشعيرات شديدة سكن روعها وشجعها بالقول لها إن هذه القشعيرات علامة على تمدد سريع لفحة عنق الرحم وقرب الخلاص جداً. (تليسه) تمر بق جيب المياه قبل تمام تمدد فتحة عنق الرحم بعرض الجنين إلى قبول ضغط الرحم مباشرة فينجم عنه موته بالاسفكسيا ولذا لا تمرق الاغشية بالصناعة مطلقاً قبل تمام التمدد بل تمرق به إذا اضطر لذلك المولد أو لأمته أدركت كثرة حركات الجنين وخيف من تبديل المحي بالقبضة بجي. وأخر أقل نجاحاته. وثانياً متى شاهدان الانقباضات الرجعية ووقفت وان الرحم متخدر أى حصل فيه نعود لزيادة تمدده كما يحصل في الاستسقاء الامنيوسى والجل التوائى. وثالثاً متى شاهدت ظهور أعراض تزيغ دموى ناتئ عن انفصال مبكر للشيمة. ثم انه يلزم التنبيه على المرأة بعدم الطلق الارادى في الدور الاول أى قبل أن تمر الرأس من فتحة عنق الرحم لأنه لا فائدة في ذلك كما ذكرنا في الدور الثاني متى تجاوزت الرأس الفتحة المذكورة ووصلت للهبان ومن باب أولى إذا بدأت في المرور من فتحة الفرج تؤمر بالطلق خصوصاً بكرة الولادة لمساعدة نفسها في هذا الدور لأنه لازم فيه وتكون المرأة في هذا الزمن مستلقية على ظهرها وساقاها وخذاهما مستقيين ومتباعدتين على الدوام عن بعضهما كما ذكرنا وإذا وجد مساعداً ينبغي أن يضع كل منهما إحدى يديه أمام ركبته من ركبتيها لترتكز عليهما مدة شدة الطلق الارادى وفائدة الاستلقاء على الظهر في هذا الدور هي تجنب الولادة الفجائية وسقوط الجنين على الارض وقطع الحبل السرى وتمزق الهجان. ثم انه يلزم للمرأة في هذا الدور فعل حقنة مهبلية معقمة لأن حافة فتحة الرحم تمرق بمرور الرأس منها يلزم تعقيمها والاعتماد عليها وفي هذا الزمن أيضاً يتحدث الهجان الخلقى أى يندفع إلى الخارج بعجز الجنين الآتى ومن شدة الآلام تكبش المرأة بكل من جاورها وتصل أسنانها وتصيح كالمجنونة الهاشجة وكثيراً ما يعثر بها تطلب متكرر للتبرز وفي الغالب يكون كاذباً ويزداد تحدث الهجان الخلقى شيئاً فشيئاً وتباعد شفتا الفرج عن بعضهما

وأخيرا يشتمد الألم جدا وتظهر الرأس في الفرج وحينئذ قد ينفخ الشرج وتنفذ منه مواد برازية لان نزول الرأس بعصر المستقيم من أعلى الى أسفل فتقول عنه (مادام لاسبايل) هذا أحسن ولكن الولادة ليست قريبة الانتهاء لان هذا أول ابتداء تمدد العجان المقدم اذ يلزم لتنام تمدده أحيانا ساعة وأحيانا ساعة ونصف وان كان ظاهرا الحال يعلن قرب انتهاء الولادة وكلا التمدد ومرور الرأس يمكن اعتباره دورا ثالثا لانه هو دور اليأس الحقيقي اذ الآلام تكون فيه شديدة والعجان متمددا عظيما ومنه دفعا الى الخارج بالرأس فيكون بروزا مستديرا ككافي شكل (٩٠) يوجد خلفه حلقة مخاطية مكونة من الشرج الذي اتسعت فتعنه حتى يمكن



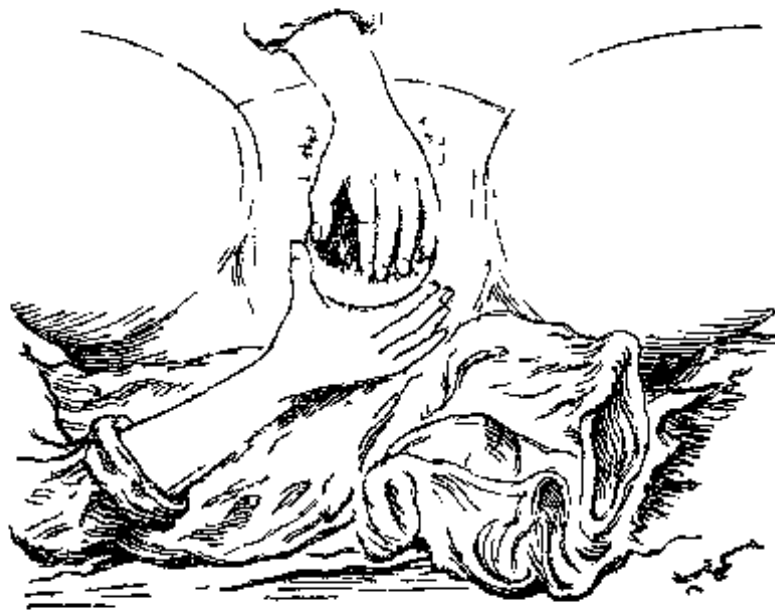
ادخال الاصبع فيها بسهولة وبدون تألم أيضا وفي شكل انقباض رجحي تأتي الرأس زيادة الى الخارج وفي كل راحة تعود الى الداخل فتفقد ما اكتسبته من الخروج الى ان

شكل (٩٠)

يحصل انقباض أكثر قوة فيستور العجان زيادة ويظهر كأنه مشرق على التمرق وأخيرا تنقدم الرأس وتظهر ملوثة بقليل من الدم فتنفخ حينئذ الانقباضات برهة من الزمن ولكن لا تعود الرأس الى الداخل كما تقدم بل تبقى ظاهرة في الخارج ككافي الشكل وحينئذ تتجاوز الرأس المضيق السفلي فتصير بارزة محشورة في فوهة الفرج فتتمددها بقوة فنشتمد الآلام وتسمى بالآلام المكسرة وأخيرا يحصل في عضلات العجان والحلقة الفرجية استرخاء فتفقد المرأة قوتها فتخرج الرأس من الحلقة الفرجية بحركة انقلاب لها فيصعد المؤخر نحو جبل الزهرة حال كون الفم تخرج مع الجبهة والوجه من حافة الشوكة الفرجية وتصبح أمام



أمام العجان متى حصل الطلق ثم يتجه الوجه بعد ذلك نحو الجهة الانسية وانحرف قليلا للفخذ  
اليمنى ويتجه المؤخرى نحو الفخذ اليسارى (أى فى الوضع المؤخرى الحرقى اليسارى المقدم)  
ويصير الكتف المقدم أسفل القوس العائى المقدم الفرجى (أى تحصل الحركة الداخلية  
لاكتافى) ويتجاوز الكتف الخلقى الشوكة الفرجية فيتخلص . ومتى تخلص الصدر انزلق  
باقى الجنين الى الخارج ويتبعه خروج كبة عظيمة من السوائل الرحية . وعلى العموم فى  
وصات الرأس الى أرضية الحوض يلزم الطبيب ان يرفع مقعدة المرأة حينما تكون مستقيمة  
على ظهرها بالكيفية المتقدمة اذا كانت فى السرير وذلك بوضع جلة ملاآت مطوية تحت  
المقعدة ليصير العجان من فوقا ومتطورا جيدا مدة مرور الرأس من الفتحة الفرجية لتداول  
عرقه وتوضع وسائل دقيقة فى ثنية المثبطين لتسندهما ويكون جمل اهتمامه فى ملاحظة  
العجان والفتحة الفرجية لانهما يشند تمددهما الى انتهاء مرور الرأس والكتفين من الفرج  
لان الجزء المقدم من العجان والجزء السفلى من الفرج يساعدان فى اتساعه وقت المرور ولذا  
يلزم لو قاية شوك الفرج والعجان من التمزق أن يسند العجان حتى يكون المرور بسيطه  
فبحصل تدريجيا حتى يسمح لمرو الجنين من الفتحة الفرجية بدون حدوث تمزق وأما اذا كان  
المرور بخائفا فلا بد من حدوث تمزق شوك الفرج والعجان مهما أسنده الطبيب وعلى كل  
يلزمه أن يسنده جيدا براحة اليد اليمنى المارة من تحت الفخذ اليمنى للمرأة فتكون راحتها



موضوعة على العجان  
وأصابعها الاربعة  
تكون موضوعة  
خارج الشفر الكبير  
اليسر وابهامها  
خارج الشفر الكبير  
الايمن ثم يتكئ  
براحتها على العجان  
البارز وبالاخص  
يكون الضغط بالحافة

الزندية اليد جهة النسر كما هو مشاره فى شكل (٩١) وبذلك تقضى شكل (٩١)

هذا الشكل يشير لوضع يده المولدة اسند العجان وبطه مرور الرأس من الفرج ومساعدة بسط الرأس بدمه الاخرى

اليسد العجان وترفع جزء الجنين المضاعط على شوكة الفرج والعجان ولاجل مساعده بسط  
الرأس وتلطيف خروجهما ويطه من زورها من الفرج بوصى الطيب المرأه بعدم الطلق في هذا  
الوقت ويضغط خفيفا بيده اليسرى الموضوعه أعلى وأمام الفرج مؤخرى الجنين ليبطئ  
خروجه من الفرج ما أمكن مع جذب المؤخرى المذكور جزبا خفيفا والتدرج الى الاعلى  
وانتلف كما هو واضح في شكل (٩١) المذكور وفي هذا الزمن أيضا يلزم ان لا يترك شئ  
من الوسائد تحت ظهر المرأه ولا تحت رأسها بل تكون في استلقاء ظهري أفقي تام لتجنب تمزق  
شوكة الفرج والعجان أيضا . وبالجملة فتدرج القذف ويطوه هو المهم لعدم التمزق ولذا  
لا ينبغي اطاعة المرأه ولا اطاعة أهلها في تخليصها بسرعة . وكذا يلزم استمرار هذه الوسائط  
مدة مرور الاكتاف والجذع من الفرج لانها تفعل فيه وفي العجان ما تفعله الرأس . ثم  
ان أكثر التمزقات الفرجية العجانية يحصل زمن مرور الاكتاف . وكثيرا ما تكون هذه  
التمزقات شاملة للشوكة الفرجية أولها والعجان أولها . وما والشرح وأحيانا بالعجان وللجمع  
المهلبى المستقيمى السرجى . ولا ينبغي ظن امكان تسهيل مرور الرأس من الفرج بدون ان  
الاصبع بين الرأس وجدار الفرج اذ ربما لا ينشأ عن ذلك تمدده بل يقله وينبه عضلاته  
فتقبض أكثر ويؤدى للتمزق الفرجى العجانى بل يقتصر المولد على تقليد الطبيعة في الخروج  
من الفرج بكل بطء ما أمكن لان الرأس كما ذكرنا لا تمر منه الا بعد استرخاء عضلاته وعضلات  
العجان ووقفدها من وقتها ، فاذا كانت الآلام شديدة جدا عند خروج الرأس وصار العجان  
رقيقا لا معاشرفا على التمزق فبعضهم بوصى بأخذ مقص قوى معقم فاطع جدا من طرفه  
فيفعل به من كل جهة نحو الجزء الخلقى من الشفر العظيم شفا صغيرا طوله (١) سنتيمتر  
فيحصل على شقين عوضا عن شق واحد لكن هذان الشقان لا يصلان الى الاعضاء المهمة  
بخلاف الشق المتوسط العجانى الناتج عن التمدد القهري فانه ربما وصل الى مجرى الشرج بل  
والمستقيم كما تقدم . وزيادة على ذلك وهذه الشقوق الصغيرة لا تحبس بها المرأه وتشفى بدون  
واسطة وبدون أن تترك أثر التحام . ومنى خرجت الرأس يحصل للمرأه راحة بسبب وقوف  
الانقباضات الرجية ولكن ينبغي مراعاتها وان كانت قصيرة المدة ففي ابتداء الطلق بعد  
هذه الراحة يضغط المولد بسبابة ووسطى يده اليسرى ويشبه ما هيئة ملعقة على رقوة  
الجنين ليبطئ حركة خروج أكافه وصدده ويبحث بيده اليمنى على ذقنه فان لم تكن تجاوزت  
الشوكة الفرجية خاصها منها يضغط به هذه اليد على الشوكة ثم بعد ذلك يبحث به من اليد  
أيضا على الفم فاذا وجد مغمو رافى السوائل انهار جسة خليفه منها لتجنب دخولها في فمه  
عند

عند فعل أول شهيق تنفسي ثم تبعد هذه اليد أيضا عن العنق اذ ربما يكون محاطا باللفة  
أولفات من الحبل السرى فاذا كان محاطا به يجتهد في تخليصه بمرور سبابة هذه اليد بين الحبل  
والعنق وتخليص الحبل الذي قد يحدث اختناق الجنين بضغطة على عنقه فاذا لم يمكن  
تخليصه يوضع على الحبل الملفوف على العنق جفتان صغيران ذوا أضغطة مسترقي نقطتين  
متباعدتين عن بعضهما ثم يقطع الحبل بينهما بمقص كالطرف ثم يسرع في اخراج الجنين  
خوفا من حدوثه ووته . ومتى تم الدوران الخارجى للرأس مضطها المولدين يديه من الجانبين  
وجهاها الى الأسفل الى أن يصير القفا مرتكرا على شوكة الفرج ثم يحفظها في هذا الوضع  
بيده اليسرى ويدفع بسبابة يده اليمنى التي صارت خالصة السطح المقدم للطرف العلوى  
المقدم بالظف تحت ظهر الجنين فهذا العمل يتجه الطرف المذكور نحو الخط المتوسط لا ظهر  
فيقل القطر الأخرى المزدوج فينتخلص حينئذ مرفق هذا الطرف من أسفل المجموع المقدم  
للفرج واذا دفع الطرف العلوى المذكور الى الخلف أكثر من ذلك تخالص أيضا ساعده ويده ثم  
بعدها يضبط المولود الرأس من الجانبين أيضا ويجذبها بالظف مع رفعها قليلا تباه المحور الفمحة  
الفرجية مع ملاحظة العجان دواما ولكن يوقف الجذب مع سندا الجنين في كل انقباض  
رجحى ومتى ظهر الكنف يضع المولود سبابة يده اليسرى في الحفرة تحت الأبط الخلقى ويجذب  
الجنين بها ويجذب بيده اليمنى رأسه فهذا العمل يخرج الكتفان . (تنبيه) لا ينبغي  
اسراع اخراج الكتفين من فتحة الفرج عند فعل الجنين حركة شهيق قوية لأن هذا الشهيق  
لا يدل على حصول خطرله كما أنه ينبغي أن يلاحظ الحركة الطبيعية الداخلية التي تفعلها  
الأكاف أى اذا أدخل المولود اصبعه تحت أحد الأبطين يلزم أن يجذب بكيفية بها يدور أحد  
الأبطين الى الامام والآخر الى الخلف فاذا أراد المولود حينئذ اخراج الأكاف بسرعة فيكون  
الجذب بالأصبع الموجود تحت الأبط الخلقى ولكن الأحسن عدم الاسراع كما تقدم . ومتى  
خرج الكتفان خرج باقى الجنين حينئذ يضبطه المولود أو أحد المساعدين باليد في محاذة  
صدره لا من ذراعيه أو يرفعه من أحد جنبيه مسنودا على يد المولود أو المساعد موجه وجهه  
الى الأعلى والجانب لسهولة تخالصه من السوائل والمخاط وسهولة تنفسه ويساعد تخالص  
فه وحلقه من المخاط بأصبعه أو بواسطة ريشة أو بزغبها معقبة تدخل في الفم والحلق وتدور  
لكسح المخاط الى خارج فم الجنين ثم يبحث الجنين جيدا ومتى وقف نبض حبله السرى ومضى  
على ذلك نحو دقيقتين وضع على الحبل بعدد عن سره الجنين بأربعة سنتيمترات جفتا صغيرا اذا

ضغطة مستمرة أو يربط الحبل في هذه النقطة ثم ينامتقنا ثم يضع جفتنا آخر أبعده من الأول نحو المشيمة بأربعة سنتيمترات أو يربط الحبل هناك أيضاً ثم يقطع الحبل بين هاتين النقطتين وتكون جميع هذه الاعمال بدون شد على الحبل وذلك لتجنب القصل المبكر للشيمة . وعلى كل لا يلزم ضغط الحبل بلطفوت أو يربطه ثم قطعه قبل أن يتنفس الجنين ويصبح ومتى قطع الحبل وفصل الطفل من والدته يعطى للنسوة بحديثه ( وسعود للكلام على الطفل في فصل خاص به ) . ثم بعد فصله يلزم المولود أن يفعل للمرأة في الحال زروفات مهبلية مضمخة معقمة ينظف بها الفرج والعجان والتخدين ثم تجفف هذه الاعضاء بالقطن المدهم ثم يضع في فوهة الفرج كرة من غاز البودفورم تاركا خارجة الطرف المشيمي للحبل السرى الذى قطع لفصل الطفل من أمه ثم يبحث عن مثانة الأم فيستقرغ ما فيها من البول بالقسطير لأن تمدد المثانة بالبول يعوق رجوع الرحم على نفسه وبذلك تعف انقباضاته التى هى ضرورية لقتل الحلاص فتعرض الرحم حينئذ للغمود والتزيف وبعد تنعيم ما ذكر رفع الملاآت الملوثة التى تحت مقعدة المرأة وتستعاض بغيرها نظيفة معقمة . واذا كان المجهى بالوجه يلزم بمجرد خروج الذقن تحت القوس العائى سند العجان باحتراس كلى خوفاً من انضغاط العنق تحت الارتفاق العائى واحتقان المرح ومتى خرجت الرأس خرج الكتفان وباقى الجنين ككافى الهجى وبالجملة . واذا كان المجهى بالمقعدة أو بالأقدام ينبغى حفظ جيب المياه بقدر الامكان وتركه ليتبرق من نفسه ثم بعد تبرقه لا يسرع بجذب الجزء الظاهر من الفرج لان ذلك عمل ردى ويل يتزلزل اذ قذف الجنين للطبيعة أو يبطئه الطيبب بوضع سبابة ووسطى يده اليسرى على الجزء البارز ويضغط عليه خفيفاً لانه اذا جذب من جرته الظاهر من الفرج بسرعة عنيفة يحصل انبساط الذراعين والرأس وهذا خطر يجب الاحتراس منه ومتى خرجت المقعدة برلق اصبعه تحت السرة فى محاذاتها ليرى ان كان الحبل مشدوداً أولاً فاذا كان مشدوداً يجذب منه عروة الى الخارج فاذا لم يمكن جذبها تقصر الحبل بسبب التقافه حول عنق الجنين بوضع جفت صغيره وضغط مستمر عليه بعيداً عن السرة ما أمكن ثم بوضع جفت آخر بعيداً عن الأول ثم يقطع الحبل من بين الجفتين ثم يسرع فى انهاء الولادة لئلا يهلك الجنين بالاختناق . وأما اذا كان الحبل غير مشدود ودخل بين فخذي الجنين فيجهد فى خلاصه من الخلف كى يمكن وضعه على عجان المرأة لا تحت القوس العائى لانه اذا كان تحته ينضغط بدون شك ولكن لا يسهل اجراء هذه الاعمال الا عند مشاهدة قرب ألبقى الجنين من الفرج وتكون المرأة فى هذه الحالة موضوعة بالعرض

بالعرض على سررها بالكيفية التي سئذ كرها ان شاء الله تعالى عند شرح التحويل الداخلي . ثم ان خروج قبايل من العقي في الهجيء بالقعدة لا يكون علامة رديئة كما في حالة الهجيء بالرأس أو بالكتف لانه قد يكون هنا آتيا من الضغط الحاصل على بطن الجنين بحافة الفتحة الرجمية أو بالقناة الرجمية المهبلية بخلاف خروج كثير من العقي من شرح مسترخ كأنه مشلول فانه يعان بحصول ضغط الحبل السري واضطراب عظيم في الدورة الجنينية وحينئذ تلزم المبادرة باستخراج الجنين اذا كان حيا لکن منى عرف بالتسمع وبنضات الحبل السري الذي جذب الى الخارج أن الجنين ليس في خطر فلا حاجة للاسراع باخراج الكتفين والرأس بالجذب بل الافضل ترك انقذاف هذه الاجزاء لانقباضات الرجمية وحدها اذ بالجذب تنبسط الاذرع والرأس ولذا لزوم في التوسط الا اذا عرف ان الجنين في خطر بسبب ضغط الحبل السري أو باضطراب الدورة الرجمية المشمية فينبغي جذب الجنين ولاجل ذلك يحاط بالجزء الخارج من الفرج كالساقين أو المقعدة بخرقة ناعمة معقمة ثم يضبط المولود باليد كما هذا الجزء ويحبته بيضاء وتي كان الهجيء كاملا فالذي يضبط أولا هو المقعدة واذا كان غير كامل فالساقان ثم القعدان ثم الحوض وفي جميع ذلك يجذب بلطف وبيضاء ما أمكن مع الاحتراز أيضا وهذا الجذب يصطبغ بفعل حر كات التواء الجنين اذا كان ضروريا بتوجيه الظهر جهة أحد النجائب الحقيقية للمرأة مع ضغط قاع الرحم بمساعدة ولا ينبغي ضبط الجنين من أحد اجزائه المرتفعة عن المقعدة اذ ضبطه باليد من بطنه أو صدره لا يخلو عن خطر . فاذا لم يبق في تجويف الحوض الا الرأس وكانت منقذفة انثناء لا تقا فالاسهل في اخراجها رفع الجنين بكائته جهة بطن أمه . وبذلك تخرج الذقن فالوجه فالجبهة فالنم أمام العجان وتنتهي الولادة ولا يبقى في الرحم الا الخلاص وحينئذ ترفع المالات القذرة ويفعل لاراء الزوقات كما تقدم ومتى انقذف الجنين انقذف بعده غلا فانه ومشيتمه بطريفة طبيعية ليبقى الرحم في راحته . وهذه ولادة ثانية تابعة للولادة الطبيعية سهلة فيها وتكون صعبة أحيانا في غيرها مثل الاجهاض . وكما تحصل في ولادة الجنين تطواهر فسيولوجية وتطواهر ميكانيكية تحصل كذلك هذه التطواهر في ولادة الخلاص فالطواهر الفسيولوجية هي الانقباضات الرجمية المؤلمة (أى الطاق) . والطواهر الميكانيكية تنقسم أزمتمها كما قال المعلم (ودولوك) الى ثلاثة . الزمن الاول انفصال المشيمة والاغشية والثاني مرور المشيمة في المهبل والثالث قذف المشيمة خارج أعضاء التناسل . ففي الزمن الاول يرجع الرحم على نفسه بعد قذفه الجنين ويتناقص تجويفه

شياً فنياً . أما المشيمة فليكونها سبكة وملصقة بسطحه الباطن فلا تنكسر حتى تتبع  
تناقص تجويظه بل تنفصل شيئاً فشيئاً بتمزق الاوعية الرابطة لها بالنسج الباطن للتجويف  
الرحم في وجود هذه الاجزاء داخل الرحم يتنبه ويزداد انقباضه فيزداد تمزق الاوعية الرابطة  
ويتم الانفصال فتارة يحصل الانفصال من المركز الى الدائر وتارة من الدائر الى المركز ، ففي  
الحالة الاولى ينفصل أولاً الجزء المركزي للمشيمة والدم الذي يخرج من الاوعية المتمزقة يبقى بين  
هذا الجزء وسطح الرحم وبذلك ينخفض الجزء المركزي للمشيمة الى أسفل جهة عنق الرحم  
بخلاف الدائرة المشيمية التي لم تنفصل فانها تبقى الى أعلى فتصير المشيمة منقلبة كالشمسية التي  
تنقلب من مصادرة الريح العاصف لها ثم تنفصل من الدائر شيئاً فشيئاً وهي منقلبة . وفي الحالة  
الثانية يبتدىء الانفصال تارة من الجزء العلوي لدائرة المشيمة أولاً ويستمر الانفصال شيئاً فشيئاً  
الى الجزء السفلي من دائرتها وفي الجزء العلوي الذي انفصل أولاً يترك الدم الخارج من  
الاوعية التي عرفت فيكون كيساً وتارة يبتدىء الانفصال من الجزء السفلي لدائرة المشيمة  
ويستمر شيئاً فشيئاً من أسفل الى أعلى وحينئذ تنفد المشيمة على نفسها من أسفل الى أعلى  
أيضاً ولكن نوع هذا الانفصال نادر الحصول . وعلى العموم متى تم الانفصال سقطت المشيمة  
بثقلها في الجزء السفلي للرحم جاذبة معها الاغشية الجنينية ولا تنحسر في عنق الرحم الا اذا تم  
انفصال جزء عظيم من امتداد هذه الاغشية . ففي أغلب الاحوال تسقط المشيمة في عنق الرحم  
بسطحها العسائي الاملس وفي النادر تأتي بمحافتها . ففي حالة انفصال المشيمة من المركز لا يحصل  
نزف غزير مدة الانقذاف وفي حالة الانفصال من الدائر يسبق انقذاف الخلاص نزيف  
غزير . وفي الزمن الثاني من التطواه - الميخانيكية عبر الخلاص في المهبل . ففي وصلت  
المشيمة مع الاغشية الى أعلى جزء العنق المسمى بالبرزخ أو (حلقة بارتل) صارت غير متأثرة  
بالانقباضات الرحمية بل تتأثر بثقلها فتسقط ولذا يتأخر وصولها الى المهبل بعد خروج  
الطفل بنحو . ٣ دقيقة تقريباً . وفي الزمن الثالث منها مكث الخلاص في المهبل نحو ساعة  
الى ساعتين لان المهبل صار غير قابل للانقباض بسبب التعب الذي حصل له مدة انقذاف  
الجنين فيمكنك متمدداً من اطوار ولا ولا يهود الى مروتته الا تدريجياً . وعقب خروج الخلاص  
من المهبل يخرج في الغالب جزء من الدم قد يكون كثيراً وقد يكون قليلاً . وقد لا يخرج دم  
أصلاً . فهذا الذي ذكره وسير ولادة الخلاص الذاتية ومدته تكون طويلاً عند بكرات  
الولادة وقصيرة عند متكرراتها فتكون عادة عند متكرراتها نحو نصف ساعة في الولادة  
الطبيعية التامة المدة . وقد يتم انفصال الخلاص عقب ولادة الطفل ببضع دقائق . وقد  
يتأخر بجملة ساعات

(في واجبات المولود من ولادة الخلاص) - اذا تمت ولادة الطفل ولم تتم ولادة الخلاص يلزم المولود أن يقف على عين المرأة واضعا يده اليسرى على قاع الرحم ويكبسه خفيفا لينبه انقباضاته ويجس يده اليمنى نبض المرأة ليعرف قوته وانتظامه مع النظر الى هيئته واسؤالها عن حالتها العمومية حتى اذا أدرك أدنى ظاهرة تدل على حصول نزيف يادرق الحمال ليحث الاعضاء التناسلية الباطنة وعمل اللازم لا يقافه فيفعل زروقات مخننة في الرحم والدم الذي يسيل عادة عقب خروج الطفل لا يعتبر نزيفا خفيفا بل يخشى منه ولا لزوم لعالجته . ثم ان هيئة المرأة واحساساتها العمومية هما اللذان يرشدان المولود الى وجود نزيف أو عدمه ولذا يلزمه أن يمكث عندها بعد خروج الطفل نحو نصف ساعة فاذا لم يخرج الخلاص يعمل لها التعقيم كما سبق ثم يجسك الحبل السرى باحدى يديه ويدخل بجوارحه سبابه اليد الاخرى في المهبل فقد يجرد الاصبع في المهبل المشيمة وتارة لا فاذا لم يجرد الاصبع شيئا يخرج به بدون فعل أدنى جذب في الحبل السرى وبعد خروج الاصبع يفعل للمرأة زروقات معقمة أخرى تكون حرارتها من (٤٠) الى (٤٥) درجة وتكون أنبوية الخفة من بلور ومنتبهة بطرف رفيع متسع الثقب فهذا الماء يتطغف المهبل ويحترق الانقباضات الرجبية وبعدهم هذه الزروقات يضح كرة من غاز اليود وفورم أو الشاش المعقم في قهوة الفرج وينتظر مع فرد الرحم باليد وضغطها عليه ببطء تدريجيا بدون أن يؤلم المرأة ثم يفعل جس مهبلي ثان بعد مضي ربع ساعة من الجس الاول فاذا لم يجرد الاصبع المشيمة في المهبل يكرر فعل ما تقدم فاذا مضى نحو ساعة مع هذه الاعمال ولم يخرج الخلاص يلزم اخراجه باليد والحذر ثم الحذر من جذب الحبل السرى أما اذا وجد الاصبع المشيمة أمامه فيلزم ضبطها بالاصابع واخراجها وقد توجد منفصلة من جدار الرحم واقفة أعلى عنقه فيفعل للمرأة حينئذ زروقات مهبلية معقمة مخننة في درجة (٤٥) مع تكييف الرحم وتؤمر بالطلق فتقبض عضلاتها البطنية ويستمر على هذا العمل نحو ربع ساعة فاذا خرج فيها والا فلا بأس من تكرار هذا العمل مرة ثانية مدة ربع ساعة أخرى فان لم يخرج يلزم اخراجه باليد كما تقدم والحذر أيضا من جذب الحبل السرى وقد يكون بعض المشيمة نازلا في عنق الرحم فيفعل فيه ما تقدم من الاعمال مع أمر المرأة بالطلق وقد تكون المشيمة جميعها نزلت في عنق الرحم فتخرج بالجذب والاجل ذلك يغاف المولود به اليمنى بخزقة ثم يضبطها الحبل السرى بين الخنصر والبنصر وراحتها ويلف الحبل على السبابه والوسطى من هذه اليد

ويحفظه ملفوقاً يضغطه بين الإبهام والسبابة والوسطى ويضغط براحة اليد اليسرى على قاع الرحم ليخففه بينما تجذب اليمنى الحبل السرى جاذباً بطيئاً مستمر في اتجاه مخالف لاتجاهه بمعنى ان الحبل السرى اذا كان متجهاً الى الامام كان الجذب نحو شوكة الفرج واذا كان الى الخلف كان الجذب الى الامام واذا كان جهة اليمين كان الجذب جهة اليسار واذا كان جهة اليسار كان الجذب جهة اليمين وبذلك يتخلص الجزء المشهي الذي يكون باقياً بدون تخليص . واذا منع سطح السرى بتوجيه اليد الجاذبة للحبل الى الخلف عظم الطبيب يده اليسرى بعد تركه قاع الرحم ثم يدخل السبابة والوسطى في أول الفقرة المهبلية متباعدتين عن بعضهما قليلاً ويجعل الحبل السرى في الميزاب النائبي عن وضع هذين الاصبعين وعليهما يصير الحبل كأنه موضوع على بكرة ثم يضغط بهما على الشوكة وبذلك يتباعد عنها فيمكن توجيهه الى الخلف بالجذب حينئذ يتم هذا العمل بخرج المشيمة المنفصلة مع الاغشية في أعقاب الاحوال بدون مجهود وأحياناً يحصل بعض صعوبات في خروجها وقد تكون المشيمة قريباً من الفرج ولكن عدم خروجها يكون ناشئاً عن عدم انفصال بعض أجزائها من تجويف الرحم ولذا لا يلزم جذبها بل يدخل الموليد يده المعظمة فيه ويفصل بها هذه الأجزاء بدون تمزيقها ثم يخرج الخلاص بتمامه وأما اذا وصل الخلاص الى قرب الفرج بدون التصاق فيخرج باليد ببطء بواسطة إبهامه على نفسه ثلاث مرات أو أربعة وفي الغالب يخرج كبة من الدم عقب خروج الخلاص . ويلزم عقب خروجه أن ينظره الطبيب ليعرف ان كانت الاغشية والمشيمة خرجت تامة أولاً وهذا البحث ضروري جداً لا ينبغي اهماله في حالة من الاحوال . والاغشية تكون مكونة لكيس مفتوح من أحد أطرافه وفي وسطه الكيس توجد المشيمة التي تكون مكونة من فصوص ذات لون أحمر معتم ثم يقلب الكيس ويبحث سطح المشيمة بكل دقة ليعرف ان كان جميع فصوصها موجوداً أولاً فاذا وجد في سطحها أجزاء مختلفة ألوانها عن اللون العمومي لها يلزم الالتفات لهذا الامر لان ذلك يدل على بعض تمزق ووجود بقايا المشيمة في الرحم فاذا كان الناقص جزءاً صغيراً سواء كان من الاغشية أو من فصوص المشيمة يلزم أن تفعل زروقات ماء سخن داخل الرحم فربما يخرج هذا الجزء مع سائلها الى الخارج فاذا كان الجزء الباقي كبيراً أخرج باليد بعد تعميمها وبعد اخراجها تفعل زروقات منظفة داخل الرحم ليتخلص من جميع المواد الموجودة داخله فتقطع الام الرحمية التي تحصل للرأه عادة عقب خروج الخلاص وتقطع أيضاً الأوتة التابعة



الشابعية لان الرحم مادام خاليا من شئ داخله لا يحصل للراة نزيف ولا ألم رحمى . ولعمل الزروقات المتظفة الرجة يدخل الجسم الرحمى ذو الطيار المزروج بالكيفية السابقة ففى تأكد المولود من أن الجسم صار داخل تجويف الرحم يوصله بالجهاز المحتوى على (٢٠٠٠) جرام من الماء المغلى جيدا مدة نصف ساعة ثم يعد زروق هذا السائل فى الرحم يوضع فى الجهاز نصف لتر من المحلول السليماني المكون من (٢٥) سنتجرام من السليماني و (١٠٠٠) جرام من الماء المغلى وجرام من حمض الطرطير يذوب ويزرق فى الرحم أيضا وفى كلهما تكون حرارة السائل (٤٥) درجة وتكون قوة الجسم مرفوعة الى أعلى ما أمكن أثناء عمل هذه الزروقات وتوجه فى جميع الاتجاهات داخل تجويف الرحم . فالزروقات الاولى معدة للغسل واخراج جميع المواد التى قد تكون داخل الرحم ومساعدة لتعقيم تجويفه الذى يتم بالزروقات الثانية لانه لا يكون لها تأثير اذا كان فى الرحم جلط دموية أو فضلات من الاغشية أو من المشيمة . وبعد تنظيف الرحم بالكيفية المتقدمة بتنظف المهبل أولا بالزروقات بسيطة ثم زروقات معقمة كما فعل فى الرحم ثم ينظف الفرج بهذه الكيفية نفسها ويوضع فى فوخته جزم من غاز اليودوفورم وفوقها كره من القطن المعقم أو من الشاش المعقم ثم ينظف الفخذان وترفع الملاآت الملوثة ثم يحفظ غيار الفرج برباط على هيئة شكل التالفرنسوى ويكون هذا الرباط معقما ومثبتا فى لفافة بذن معقمة أيضا وملفوفة على بطن الوالدة وجذعها (ملفوظة) . قد تكون المشيمة ساقطة فى عنق الرحم بسطحها الرحمى لابسطحها الجنينى وحينئذ يدرك الاصبع علامته لهذا السطح أجزاء رخوة ذات حدودات ففى هذه الحالة يلزم عدم جذب الحبل السرى بل يقتصر على تكليس الرحم أى تدليكه وعمل زروقات مهبلية معقمة مرتفعة الحرارة كما تقدم ثم ينتظر بعد ذلك فاذا لم يخرج بقل التخليص الصناعى كما سبق . وقد تأتى المشيمة بحافها فيحصل على العموم زيف كيمته من (٣٠٠) الى (٤٠٠) جرام بدون خوف ولذا لا يفعل زيادة عما سبق ذكره لخروجها عادة . فماتقدم من هذه الاعمال نشروج الخلاص يسمى بالطريقة الاختيارية أى الطبيعية وهناك طريقة أخرى تسمى القهريه وهى أنه عقب خروج الطفل ويربط حبله السرى وقطعه بضغط الرحم بقوة ويدلك بشده أيضا حتى يخرج الخلاص . وهذه الطريقة سريعة لاخرجه لكنهما مؤلمة جدا فاذا اضطر لسرعة اخراجه فالأفضل دخول اليد فى الرحم وفصل المشيمة ثم اخراجها كما سئذ كذلك مفصلا فى العوارض التى تطرأ عقب الولادة ان شاء الله تعالى

﴿ تنبيه ﴾ اذا وجد تمزق في العجان أو في الزاوية الخلفية للفرج أي المجمع الفرجي خيط قبل وضع الغيار وقد كفي أن تكون لفافة البدن التي يلف بها بطن المرأة وجوفها مكونة من فوطة طويلة عريضة معقمة من قماش أو من فانيلاموشحة في حافتها السفلى بأشرطة لتنزل وتغزأمام الغيار الموجود أمام الفرج وبذلك يستغنى عن الرباط تآني الشكل . وينبغي للولد أن يفحص حالة الثديين ويسندهما بالقطن المعقم ويحفظهما برباط عريض من الفانيلاموشحة اذا اقتضى الحال . وعلى العموم يلزم غسل الخطين والتيمم باليد المضمومة من حضن الموريت ثم يغطيان بشاش معقم مدهون بجرهم الحض المذكور . واذا كان العود شديد انحطاط أطراف المرأة بزجاجات مخلوطة بالماء الساخن لتندفتها وهي مستلقية على ظهرها ثم يضبط الطبيب نبضها ويستمرضها بطاله نحو نصف ساعة وعادة يكون نبضها أكثر سرعة وعمتلاً . واذا أتت المرأة بعد ذلك لزمه أن يتركها عند أحد يلاحظ نبضها ولون الغيار الموجود على الفرج مدة نومها اذ ربما حصل أثناء غيابها عنها نزيف .

﴿ في حالة أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة ﴾ - يحصل في أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة تطايرها تأخذ طبيعتها وأحوالها التي كانت عليها قبل الحمل . فالفرج والمهبل اللذان تمددا وتسطحا يعودان لانساعهما الطبيعي وتلتحم لخطاتم ما . وكذلك الرحم يرجع على نفسه فينقص حجمه شيئاً حتى يصير طبيعياً . وبالبحث بالحفاة الزندية لليد على حجمه وموضعه بعد خروج الخلاص يوجد تقريراً أعلى من السرة ثم بصيراً أسفل منها بنحو أربعة أصابع تقريراً بعد الأسبوع الأول ثم بصيراً أعلى الارتفاق العاني بنحو ستة أو سبع أصابع بعد مضي خمسة عشر يوماً الأولى ثم يعود جسم الرحم إلى حجمه الذي كان عليه قبل الحمل بعد مضي شهر إلى شهر ونصف . وأما عنق الرحم فيعود في الحال عقب الولادة إلى حالته الطبيعية تقريباً لكن يبقى رخواً مدة من الزمن ومستطراً استطراً قامتسها بالجزء السفلي لجسم الرحم ثم يصير بعد زمن قابل كما كان قبل الولادة لكن مع بعض تنوع فيه أي يصير قصيراً وفتحة مستعرضة بميزاب نسبي والغشاء المخاطي الرحمي يتكون كذلك \* والظواهر الرجعية التابعة أي التي تحصل بعد خروج الخلاص تصطبغ بسيلان رحي مكون من دم وكرات بيضاء وفضلات بشرية يسمى (لوكي) أو السائل النفاسي ويكون دموياً مدة يوم أو يومين أو ثلاثة من ابتداء نزوله ثم مدماً ثم مخاطياً وتتناقص كميته عادة من ابتداء اليوم السادس ويصير حينئذ كرشح ذي رائحة مخصوصة وقد يستمر نزوله أكثر من أسبوع وقد يستمر

يستمر على حالته الدموية أكثر من ثلاثة أيام . ووجود الألام الرجبية بعد الولادة ليس طبيعياً فلذا قد لا توجد وإذا وجدت كان ذلك دليلاً على وجود خلط دموية أو فضلات أو سوائل في تجويف الرحم فينبغ قبض لفضها . وكذلك تعود الأعضاء التابعة للرحم إلى حالتها الطبيعية بعد الولادة فتحيض المرأة عقبها بستة أسابيع أو ثمانية إن لم ترضع وهذا يسمى رجوع الحيض . وقد يحصل لديهما بعد مضي (٢٠) أو (٢٥) يوماً من الولادة تشبيلات دم من الرحم لكنه ليس حياً ولا ناشئاً عن وجود مرض رحي بل قد يكون ذلك ناشئاً عن الترك المبكر للفراش لأنه يحصل به احتقان رحي حينئذ . والحد البطني التي كانت ممتدة مسترخية تعود إلى مرونتها فنصير البطن صغيرة وقد لا ترجع إلى تمام مرونتها بل تبقى ضعيفة المرونة مسترخية نوعاً وبقية جلد البطن كذلك مرونته فيتكسر وتصير التشققات والمادة الحمضية مستمرة لكن التلوانات الأخرى للجلد والوجه تزول في الغالب . والافراز البولي يكثر في الأيام الأولى التابعة للولادة لأنه كان قليلاً لمدة الحمل . وضربات القلب تصير بطيئة مدة الثلاثة أيام الأولى في كثير من الأحوال والشهية والهضم يعودان ولكن على العموم يوجد أمساك . والثديان يكابدان نوعاً مخصوصاً لكونهما يؤديان بعد الولادة وتطيقتهما . والافراز اللبنى يتسدى من اليوم الثاني أو الثالث بدون حى وإذا وجدت كان ذلك دليلاً على التسمم العفن النفاسي . ويلزم تنقيص افراز اللبن عند من لم ترضع بإعطائها أو لأمسها ثم منوع الفلية أو مطبوخ جذور القصب الفارسي أو بإعطائها الانبيير بن أو اليبالوكر بين مع دهن الثديين بحرهم خلاصة الشوكران ثم تغليفها بالقطن المعقم ورفعها بما يرايط ووضع المرأة في الحمية . وقد يحصل في غالب الأحوال للمرأة بعد الولادة قشعريرة بدون ارتفاع في الحرارة بسبب التعب الذي حصل لها زمن الولادة وهي غير مخيفة بل قال المتقدمون انها أقل حسن . وعادة لا تزداد الحرارة في الولادة الطبيعية السهلة وتزداد قليلاً في الولادة الطويلة الطلق بسبب التعب فقد تصل إلى ثمانية وثلاثين درجة ستجراد فإذا زادت عن ذلك واستمرت كان دليلاً على التسمم العفن النفاسي لأن الارتفاع الناجم عن التعب يزول بعد بضع ساعات من الولادة إلى يوم فقط ولذا يلزم أخذ مقياس الحرارة مرتين في اليوم بوضع الترمومتر تحت الإبطن ثم بغسل بماء لول السليمانى عقب كل وضع . وينخفض النبض إلى ٦٠ أو ٥٠ أو ٤٦ نبضة في الدقيقة ويستمر على ذلك مدة تختلف من ثلاثة إلى خمسة أيام ثم يعود فيرتفع إلى عدده العادى (٧٥) نبضة في الدقيقة فيلزم الطبيب أن يحس النبض مرتين في اليوم مدة الأسبوع الأول من الولادة لیسادر بانها قد يلازم لكل حالة

و فيما يلزم للمرأة في الايام التالية لليوم الاول من الولادة ﴿ - يلزم أن يغسل مهبل المرأة وفرجها مرتين في اليوم مدة الاسبوع الاول بالزروعات المعقمة بالماء المغلي أولاً ثم بمحلول السليمانى ثانياً وبعد ذلك يجفف ثم يوضع في قفص الفرج كرة من غاز اليودوفورم أو القطن المعقم ورغادة معقمة ورباط معقم مثبت في اللقافة البدنية ويفعل ذلك مرة واحدة في اليوم مدة الاسبوع الثانى ويكون المستعمل للتنظيف الخرق المعقمة لا الاسفنج لانه يلزم رفضه كلية في تنظيف أعضاء الولادة ثم ان هذا الغسل يكون عقب قضاء كل حاجة طبيعية أيضاً والأحرى عدم عمل زروعات مهبلية قبل مضي عشرة أيام متى كانت الولادة طبيعية للطفل والخلاص . وينبغي أن تكون الابوية المهبلية من الزجاج أو من الصينى أو الصمغ المرين وتعمق قبل العمل وبعده ثم يوضع دائماً في سائل معقم مدة الفترة ولا يخرج منه الا عند الاستعمال ثم ترديه بعد تنظيفها وتعقيمها ويغسل الثديان بمحلول حمض البوريك الساخن عقب كل رضاع وبعد تدخين الحلمات بالفازلين البوريكى . وينبغي ملاحظ حالة التبرزلى للمرأة بطء حركة أمعائها فان لم تبرز عملها كل صباح حقنة شرجية محتوية على ملعقتين من الجلسرين ثم يوضع تحت مقعدتها وهى مستلقية على ظهرها وقت التبرزق قصيرة مقرطحة ولا ينبغي النصرح لها بالقيام من فراشها . وقد لا تبول المرأة بالطبيعة في الايام الاول التي تتبع الولادة الطويلة المدة أى يوجد حصر تام أو غير تام للبول وهذا نتيجة ضعف المثانة الناجم عن تعب المرأة بالطلق . ويعقب هذا الحصر أحياناً نزلة خفيفة مثانية ولذا يلزم المولود أن يسأل الوالدة يومياً ان كانت بالثأولاً فان لم يكن ذلك وكانت المثانة غير ممتلئة يكفي صب ماء سخن على العانة والفرج لاجل تحريض انقباض المثانة والتبول وان كان الانحصار تاماً فلا ينتظر امتلاء المثانة وتعددها بل تفعل القسطرة لاجل اخراج البول ويكرر ذلك كل أربع ساعات و لاجل قسطرة المرأة وهى مستلقية على ظهرها يكفي تباعد المثغذين واثناؤها على البطن ثم يلقى تحت مقعدتها اناء لقبول البول أو يوضع قرب الفرج ويتذكر المولود أن فحة قناة مجرى البول موجودة بين الشفرين الصغيرين أسفل البظر في الجزء السفلى من دهليز الفرج أعلى الحذبة المقعدة المهبلية فيكفي تبعيد الشفرين الكبيرين ثم الصغيرين باليد وجودها وعقب كل استفرغ بولى يحقن في المثانة كمية من محلول بوريكى فآرتلتنظيفها بواسطة القساطير ولا يحقن في كل دفعة الا من أربعين الى خمسين حراماً من السائل والحقن يكون بواسطة طلمبة وبقوة ثم يخرج أنبوبة الطلمبة ويتركه

السائل

السائل ليخرج من نفسه ثم يكرر ذلك بجملة دفعات في كل تبول . وكيفية السائل التي تحقق في كل غسل تختلف باختلاف الحالة ومتوسطها يكون مائتي جرام  
 (في تغذية الوالدة عقب الولادة) . يصرح للوالدة بتعاطي بعض الاغذية السائلة من أول يوم الولادة وذلك كالشوربة والبن لانه جيد في الايام الاول وبعدهمضى (٢٤) ساعة يمكنها أن تتغذى كعادتها ان لم يوجد عندها تغير متما فإذا وجد التجأ الطيبب الى أن يعين لها غذاء مخصوصا مناسبها . وان لم ترضع المرأة طفلها لا يعطى لها الاقليل من الاغذية . ويلزم أن تكون درجة حرارة غرفة الوالدة في فصل الشتاء من (١٧) الى (١٨) درجة . ومن الضروري تغيير هوائها فإذا كانت متصلة بغرفة أخرى فحتم منافذ الأخرى مع الاحتراس من تبريد الوالدة . ولعندم تعرضها لتيار الهواء مدة تغيبها في الغرفة يلزم أن تغطي بغطاء من الصوف الغاية عنقها او يحاط سريرها بشيء يعوق الهواء مثل (قارنذا) أو مواد أخرى

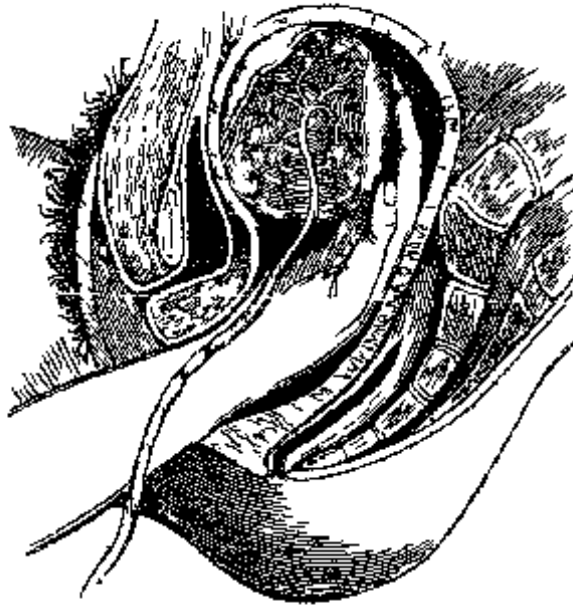
في مدة اقامة الوالدة في الوضع الطهري على فراشها لا يلزم للمرأة أخذ وضع عمودي الا بعد أن ترجع أعضاها تناسلها الى الحالة التي كانت عليها قبل الحمل والوضع والاخذ الرحم بسبب ذلك أو ضاعامعية وعند ذلك يصاب في أغلب الاحوال بالتهابات باطنية واذن فلا يمكن ان تفضى أشغالها الاعتيادية عقب الولادة الطبيعية الا بعد مضي خمسة أو ستة أسابيع أو ثمانية ففي الاسبوع الاول لا تترك الوضع الطهري في سريرها وفي الاسبوع الثاني والثالث يمكنها الجلوس فيه غير تاركة له بل لا يسمح لها الا بالارتفاع ظهرا قليلا بواسطة وسائد توضع خلف ظهرها ثم بعد مضي بعض أيام تجلس في سريرها وتتغذى وترضع طفلها وفي الاسبوع الرابع يمكن التصريح لها بتترك السرير وتسطحها وتعددها على كرسي طويل مدة ساعة في اليوم ابتداء ثم مدة ساعتين وهكذا تدريجيا كل يوم بحالقتها . وبعدهمضى شهر يصرح لها بالمشي قليلا في غرفتها ولا تخرج من منزلها الا بعد الاسبوع الخامس فيكون أول خروج لها في مركبة تحشى الهويشا وبعد ذلك تخرج ماشية على أفهام مدة قصيرة وخروجها يتعاقب بحالة الرحم فلا يسمح لها بذلك الا بعد أن يصير الرحم في الخوض كما كان قبل الحمل فإذا تأخر عن ذلك في هذه المدة فيستعان على رجوعه الى حجمه الاول بتشكيسه بالمطف (مساج) وعمل زروقات مهبلية حرارتها (٤٥) درجة تقع نافورة على عنق الرحم ولا يصرح للمرأة بالسفر والسياحة والرياضة الا بعد مضي ثلاثة أشهر من الولادة

كما لا ينبغي أن تجتمع إلا بعد مضي ستة أسابيع من الولادة لأن ذلك يحدث احتقاناً في الأعضاء التناسلية فيؤخر رجوع الرحم والمبيض والاربطاة إلى حجمها ووضعها الطبيعي وبعضهم لا يصح للرجل بجماع المرأة الولدة إلا بعد حصول أول مبيض بعد الولادة . ويلزم المرأة أن تلائم الفراش طول مدة الحيض الأول لتجنب النزفة الرجمية  
( في العوارض التي تطرأ على المرأة عقب الولادة )

**وفي التصاق المشيمة** - من العوارض التي تطرأ عقب خروج الطفل التصاق المشيمة بسطح الرحم التصاقاً متيناً بحيث يتعذر انفصالها انفصلاً ذاتياً بالانقباضات الرجمية ولا يفيد فعل ذلك على الرحم ولا الزوقات الرجمية السخنة لثبوت هذه الانقباضات كما لا يفيد انفصالها بالجذب السري أيضاً ونقط بحسب المولدة أثناء الجذب أن قاع الرحم هو الجذوب لا الخلاص . وهذا الالتصاق المتين يضم في الغالب من التهاب مشيمي أو نزيف خالٍ إلى مشيمي يحصل لأن زمن الحمل كما انهما قد يصحبان الولادات المتأخرة وأياً كان يلزم إخراجها بعد مضي ساعة أو ساعتين من الولادة إذ لم يحصل نزيف يخشى منه على حياة المرأة أما إذا حصل فيلزم الإسراع في فصلها باليد وإخراجها بدون انتظار ولا جعل ذلك موضع المرأة على السرير بالعرض كما تقدم في الإجهاض ثم تعوم الأيدي وأعضاء تناسل المرأة ثم يضبط المولدة الحبل السري بيده اليسرى ثم يدخل بيده اليمنى في الفرج ثم في الرحم مجموعة الأصابع كالقمع مدهوياً ظاهرها بالمرهم البوريكي أو السليمانى ويكون ذلك الدخول مدة راحة الرحم لا مدة انقباضه وفي أثناء دخول اليد في الفرج يضغط بها عليه في جزئه الخلفي مع فعالها حركة رجوية خفيفة مدة مرورها فيه ويكون أحد المساعدين مسنداً قاع الرحم ليُدفعه إلى أسفل ويمنعه من الزوغان والحبل السري المضبوط باليد اليسرى يرشد اليد اليمنى للوصول إلى السطح الجنيني للمشيمة . فعند وصول هذه اليد يبحث الطبيب ليعرف هل المشيمة ملتصقة التصاقاً كلياً أو جزئياً وعلى كل فيلزم البحث بالأصابع عن المشيمة وعن دأثرها فعند ما تجد اليد حافة هذه الدائرة يدخل المولدة أصابعه بينها وبين الجدار الباطني للرحم وراحة اليد الموضوعة على السطح الجنيني للمشيمة ترحف والأصابع الأربع تكشط أطرافها المشيمة من الجدار الرحمي من أعلى إلى أسفل فتكون المشيمة حينئذ مخفوفة في راحة اليد المنحنية كلعقة كما هو مشاره بشكل (٩٢) وبذلك تفصلها الأصابع من أعلى إلى أسفل إلى

انظر شكل (٩٢) في صحيفة ١٣٩ وهو يشير كيفية فصل المشيمة باليد

ان



ان يتم انفصالها فتخرجها اليد حافظة  
لها كما هي ومنى خرج الخلاص تدخل  
اليست في الرحم ثانيا بسرعة اذا احتجج  
لذلك والا تعلق العنق في الحال. ثم ان  
الفصل بالاصابع يكون بجذبات بسيطة  
لا بحركة منشارية بواسطة أطراف  
الاصابع لان الحسرة المنشارية قد  
تدخل الاطراف في نفس منسوج الرحم  
. واذا كانت المشيمة ملتصقة بجميع  
محيطها وغير ممكن فصلها من الدائرة  
تنقب باصبع من مركزها من جهة

الى اخرى ثم تفصل بالاصبع من الداخل الى الخارج شكل (٩٢)

في جميع جهاتها ويكون ذلك بفعل جذبات بسيطة حتى لا يبقى على انتهاء العملية بعد ذلك  
الاجذب العضو المضبوط باليد ضبطا جيدا كاملا الى الخارج . ومن القواعد المهمة عدم  
تزعج أجزاء المشيمة التي تبقى ممتصقة التصاقا متينا بالرحم بل تترك حتى تنفصل من نفسها  
شيا فشيا وتخرج مع السائل التفاسي أو مع سائل الزروقات الرجية أو تفصل بالسكت \*  
ومن العوارض التي تطرأ عقب الولادة احتباس المشيمة . فاذا حصل في الرحم انقباضات  
غير منتظمة وكانت متزايدة في جزئه الذي هو أسفل المشيمة أو حصل انكماش في الفتحة  
الظاهرة أو الباطنة لعنقه نشأ عن ذلك احتباسها وصارت جذبات الحبل مع الضغط على قاع  
الرحم والزروقات المهبلية السخنة غير مفيدة في اخراجها وقد يكون جزء من المشيمة منحسرا  
في الفتحة المنقبضة وبقيا في تجويف الرحم غير ملتصق به وقد يكون ملتصقا . وبالجملة  
يمكن القول باحتباس المشيمة متى علم بالجلس البطني أن شكل الرحم غير منتظم ومصحوب  
بفقد دموى معان بانفصال المشيمة لكن الاحسن هو التأكد بادخال اليد في الرحم فيعرف  
ان كانت المشيمة منفصلة ومنقبضة أولا وفي كلتا الحالتين متى كانت اليد داخل الرحم فلا  
يلزم اخراجها الا بعد اخراج المشيمة مع ضغط قاع الرحم باليد الاخرى أثناء دخول اليد  
الاولى خشية تمزق قاع المهبل . فاذا كانت الفتحة الباطنة هي المنقبضة أدخل الطبيب فيها  
جميع الاصابع بلطف وبيظ ثم يضبط المشيمة ويجذبها بقوة. وان كان المنقبض هو الجزء

العالى للرحم يحتمد في الوصول الى هذا الجزء ويخلص منه المشيمة باصبع أو باصبعين ثم تخرج بواسطة جذب الحبل فاذا شوهد أن المشيمة مع انحباسها ملتصقة أيضا لزم ادخال جميع اليد لتتم انفصالها ثم اخراجها كما تقدم . والخطر الذي يخشى منه في احتباس المشيمة هو النزيف الاولي الناجم عن الانفصال غير التام لها ثم النزيف التابعي للانفصال التام ثم التسهم النفاسي التابعي الناجم من التعفن المشيمي أو الجلاطي

ومن العوارض تجود الرحم في العادة تستمر الانقباضات الرجية بعد خروج الطفل لكي تفصل جميع متعلقاته وتخرج الدم الاكثي من الاوعية المتفرقة فاذا انقطعت هذه الانقباضات قبل خروج الخلاص ولم ينكس الرحم قبل هذا الانقطاع تجود رحي تابعي وهو يشاهد أحيانا عقب تمدد الرحم تمدد اعظيما مدة الحمل سواء كان ذلك بسبب حمل توأمي أو استسقاء أمنيوسي أو استسقاء دماغي جنيني عظيم أو امتداد زمن الولادة أو عتد وجود تركيب معيب للرحم أو استحالة في نسجه كالمراض السرطانية أو وجود أورام ليفية في نسجه . ويعرف الخجود بكون الرحم عوضا عن كونه ينكس نحو التجويف الحوضي على شكل كرة غليظة صلبة يبقى رخوا حافظا للحجم الذي كان عليه قبل الولادة ويعرف أيضا بوجود نزيف دموي كثير المقدار أو قليلا دال على عدم الانفصال التام للمشيمة . وفي بعض الاحيان يفصل الخلاص ويسقط في عنق الرحم فيسده فيمنع النزف الطاهري لا الباطني لان الدم الخارج من الجيوب المتفرقة يترك في تجويف الرحم ويملؤه وبذلك يحفظ الرحم الحجم الذي كان عليه قبل الولادة . وقد ينجم عن هذا النزيف موت الجنين ولذا يجب الاسراع في اخراج الخلاص باليد ثم تحريض انقباض الرحم بالزروعات السخنة وفعل الدلو كالتخلية باليد . وأحيانا يكون النزيف معاقا من الخروج الى الطاهر بسبب انسداد الفتحة الرجية بحائط دموي أو بالانقباض العضلي لعنق الرحم الذي يتغلق بسبب هذا الانقباض ولذا لا يترك المولود المرأة الا بعد مضي ساعة من خروج الخلاص وفي مدتها ينظر وجه المرأة ويجس نبضها ويبحث القسم الخلفي وغيار الفرج ويكرر ذلك بجملة مرات في اليوم . ويعرف النزيف الطاهري بتلوث غيار الفرج والنزف الباطني بهاته الوجه وتزايد حجم البطن وبرودة الاطراف وصغر النبض والدوار وطنين الاذنين وغطسة البصر والغشيان ( أي الانجماء ) والقلق التي تعترى المرأة ويعرف أيضا بالانقباضات التشجية وعرق الوجه بل وكل الجسم أحيانا . وفي أغلب الاحوال يكون النزيف مختما لظا أي باطنيا وطارها في آن واحد لان

الفحة



الفتحة الرجبية لا تسمح لخروج جميع الدم الشاذ فيبقى جزء منه ويتجدد داخل الرحم شيئاً فشيئاً . ثم إن التزيف تارة يكون غزيراً بحيث إذا انفصل جزء عظيم من المشيمة وتارة يكون قليلاً لا يخشى منه إذا كان المنفصل من المشيمة جزءاً صغيراً لأنه يوجد من لمداركه

( ما يجب عليه نحو الخلود الرحمي ) - إذا لم يوجد تزيف رحمي لا خارجي ولا داخلي فلا يلزم فعل شيء بل يجب الانتظار وإذا وجد لزم إخراج الخلاء باليد ثم يتبع ذلك بزروفات رجبية معتمة حرارتها (٤٥) درجة محتوية على جزء من الخلل الذي لغسل الرحم وتنشيمه وإخراج جميع ما فيه من الجلط الدموي ثم في أثناء ذلك ينبه الرحم يدغدغه باليد الموجودة داخله وباليد الأخرى عليه في القسم الخليلي فإذا استمر التزيف والخلود بعد فعل ما تقدم يحقن تحت الجلد بحقنة من الأرجوتين أو من محلول الجيلاتين مع مساعده ذلك بالضغط على الأورطة البطنية ويحقن أيضاً بالمصل الصناعي تحت الجلد فإذا لم يقف جميع ذلك يغسل الرحم بمحلول فوق كلور الحديد بنسبة (١) على (٤) من الماء فإذا لم يقف فعل السد المهبلي .

ومن العوارض التزيف وهو ينجم عن جملة أسباب . منها الخلود الرحمي والاحتباس المشيمي والانفصال غير التام لها ونحو ذلك . وأقوى أسبابه الخلود سواء كان كلياً أو جزئياً والجزئي أكثر تأثيراً إذا حصل عقب انفصال جزء من المشيمة . وهو (أي الخلود الجزئي) قد يكون ناشئاً عن وجود الباقي من المشيمة بدون انفصال أو عن وجود جزء من أغشية الجنين أو عن وجود جلط دموي في تجويف الرحم . ففي الجزء الذي حصل فيه الخلود لا يوجد انقباض يضغط العروق المتفرقة والمفتوحة في جدار الرحم من الباطن ولذا يستمر التزيف منها . وقد يكون التزيف متقطعاً بسبب أن الدم الخارج يتجمد داخل الرحم فيكون جلطاً تضغط على العروق المتفرقة فيقف التزيف ووجود الجلط ينبه الرحم فينقبض ويقذفها فتصير هذه العروق مكشوفة لا تضغط عليها فيعود التزيف وهكذا . وقد يكون سبب التزيف استعداداً خصوصياً للمرأة (الموفيل) أو يكون متسبباً عن الانبساط وعن ضعف البنية . ثم إن التزيف يكون أولياً وثانوياً . فالأولى هو الذي ينتج عن الانفصال غير التام للمشيمة وهو إما ظاهري وإما باطني وإما ظاهري وباطني معاً . فالظاهر يعرف في الحال برؤية الدم الخارج . والباطني يعرف بالطواهر العمومية الناجمة عنه وهي مهارة الوجه وصغر النبض ونحو ذلك كما تقدم في خلود الرحم . والتزيف الثانوي هو الذي يتبع الانفصال التام للمشيمة . وهو أيضاً إما ظاهري وإما باطني وإما ظاهري وباطني معاً . فالظاهر يعرف

أيضاً بما تقدم وكذلك الباطني ولكن مع اصطحابه بانقباض رحي ويسبق غالباً بشعريرة  
 ولذا لو كان الدم الخارج غير كاف لتفسير الظواهر المتقدمة التي هي بمثابة الوجه وصغر  
 النبض ونحوها يبحث الرحم فيجده متزايد الحجم مع تأخر المرأة من أدنى ضغط عليه . ولاجل  
 إيقاف النزيف يلزم المولد أن لا يترك شيئاً في الرحم لأنه يجب إخراج كل ما يحتوي عليه باليد  
 ثم استعمال الزروقات المعقمة المطلوبة التي حوزتها ٤٥ درجة فإذا لم يقد استعمل الكسكت  
 الرحي أو السد الرحي كاتقدم ومتى وقف النزيف فإذا كانت المرأة فقدت جزءاً عظيماً من  
 الدم فتعطي جرعة تود أو جزءاً من الشاي مع جزء من الكونياك أو من الشبانية المنخلجة أو  
 يفعل لها الحظن تحت الجلد بالبنين (كافيين) أو بالايثير أو بالمصل الصناعي لأن جميع ذلك  
 من المنبهات الوقائية ثم تأف المرأة بملاءة ساخنة ونحوها بزجاجات مملوءة بماء سخن ويفعل حقن  
 المصل في الأوردة إذا كان الخارج من الدم أكثر مما تقدم وحياة المرأة مهددة \* ومن  
 العوارض التي تظراً عقب خروج الطفل تمزق الحبل السري إما بسبب شدته بقوة أو بسبب  
 دقته وهشاشته فيتمزق بأقل جذب وفي كاتما الحالتين يلزم فعل الخلاص الصناعي لأن  
 الحبل الذي هو ضروري لجذب الخلاص صار معدوماً \* ومن العوارض انقلاب الرحم وهو  
 ينجم عن الجذب المجهول للحبل السري قبل انفصال المشيمة خصوصاً إذا كان هنالك وجود رحي  
 وقد ينجم أيضاً عن قصر الحبل السري والتصاق المشيمة التصاقاً قوياً بقاع الرحم وقت  
 خروج الجنين في الولادة السريعة خصوصاً عند متكررة الولادة إذا ولدت واقفة \* ثم إن  
 هذا الانقلاب يعرف بالنظر إلى العضو الموجود في القرح الذي قد يكون مغطى بالمشيمة  
 لأنه متى حصل الانقلاب فتارة تكون المشيمة منفصلة وتارة لا وهو الغالب . فإذا وجد  
 الطبيب أن المنفصل منها جزء صغير وجب عليه أن يرد الرحم في الحال قبل أن يخنق بعنقه  
 أثناء انقلابه وبذلك الرديف أيضاً النزيف الناجم عن هذا الانفصال الجزئي . وهذا  
 النزيف خطر يخشى منه على حياة المرأة كما ذكر . وأما إذا كان المنفصل من المشيمة  
 نصفها فيلزم تكميل الانفصال قبل الرد . وكيفية الرد هي أن يوضع اصبع في كل جهة من  
 جهات قاعه المنقلب ثم يدفع به ما شيئاً فشيئاً إلى الداخل حتى يعود إلى أصله

المقالة الرابعة في الولادة المعيبة ﴿ - الولادة المعيبة هي التي لا يمكن أن تنتهي بالقوى  
 الطبيعية فقط بدون خطر يحصل للام والجنين أو لهما معاً . وتنقسم إلى ثلاثة أقسام  
 . الأولى عاقبة الجنين عن الخروج . الثاني حدوث عوارض تجعل الام والجنين في خطر وان

كان

كان سير الطلق على حالته الطبيعية . الثالث الاعمال التي يلجئ المولود لعملها النجاة الأم أو المولود أوهما معا

القسم الاول في الولادة المعيبة وأسبابها - أسباب هذا القسم خمسة عشر . الخود الاولى للرحم . الانقباضات غير المنتظمة للرحم . صلابة عنق الرحم . الانقباض التشنجي لعنق الرحم . المقاومة العظيمة للبعان . ميل الرحم الى الامام . ميله الى الخلف . قصر الجبل السرى . عدم انتظام مجرى الجنين سواء كان مضاعفاً ومنفرداً . التصاقات الاجنة المتضاعفة . تمزق الرحم أو المهبل . أمراض الجنين مع ازدياد حجمه . المحيات الرديئة للجنين . عيوب التركيب الطبيعي أو المكتسب للرحم أو المهبل أو الفرج . سوء تركيب الحوض مع ضيقه .

(في الخود الاقوى للرحم) - معلوم أن انقذاف الجنين يحصل بالانقباضات العضلية المتأذفة للرحم قى ضعفت هذه الانقباضات أو فقدت مدة سير الطلق سمي ذلك بالخود الرحي الاقوى فالآلام التي كانت قوية في ابتداء الطلق وكان يظن انها تحدث ولادة سريعة تضعف شيئاً فشيئاً فتصير قصيرة المدة متباعدة ثم تزول . وأسباب هذا الخود وجود ضعف عمومي في بنية المرأة أو اضعافها في قواها العصبية أو ضعف خصوصي في الرحم وقد يحصل الخود عقب التمدد الزائد للرحم كما في بعض أحوال الاستسقاء الامنيوسي والجل التوأمي . وقد تكون الانقباضات الرحية قوية لتسكنها تضاد بشئ آخر يمنع تأثيرها على الجنين كما تلاءم بالبول أو وجود كيس مبيض أو ورم ليفي داخل الرحم فتنتهي بزوالها وقد لا يدرك سبب لهذا الخود (فيما يجب على المولود أثناء هذا الخود) - من المهم معرفته للولد طور الطلق الذي يحصل فيه خود الرحم فتارة يحصل أثناء طور تمدد العنق وأخرى أثناء طور الانقذاف كما أنه ينبغي معرفة سلامة الاغشية من عدمها لانها ربما امتد طور التمدد الى ثمان وأربعين ساعة أو أكثر بدون حصول خطر على الجنين والام . متى كانت الاغشية غير متمترقة بخلاف طور الانقذاف فانه لا يزيد عن ست ساعات أو ثمان بدون أن يحدث خطر على الام والجنين . فأما خطر الام فهو التهاب القناة المهبلية أو تغرغز منمها . وخطر الجنين اختلافه بانضغاط الجبل السرى أو اضطراب الدورة الرحية المشيمية ولا يحصل له ذلك الا اذا تمزقت الاغشية من ابتداء الطلق اذ لو بقيت سليمة لا يحصل الخطر الا لام فقط لان الجنين مادام سابحاً في السائل الأمنيوسي لا يكون معرضاً للخطر . وبالجملة اذا امتد طور الانقذاف من ست ساعات الى ثمانية بعد

تمزق جيب المياه يموت جنين من أربعة واذا تجاوزت ثلثي عشرة ساعة يموت تسعة أجنة من عشرة وثلاث نسوة من خمس يلدن بهذه الكيفية بسبب اضمحلال عصبى أو التهاب رحي برينوفى . فعلاج الجنود الرحي يختلف باختلاف السبب فان كان ناجما عن ضعف عموى لدى المرأة تعطى قليلا من المرق والتبذالى أن يتم تقريرا بعدد عنق الرحم وبعد ذلك يمزق جيب المياه لتقوية الرحم ان لم يكن تمزق . واذا لم يكف ذلك تستعمل الزرقوات المهبلية الحارة . واذا حصل الجنود أثناء طور الانقباض أو خروج الجنين بالجفت أو بالتحويل على حسب مقتضيات الاحوال واذا كان الضعف قاصرا على الرحم وجاءت الرأس بحالة جيدة ولم تكن عظيمة الحجم فلا ينظر تمام عدد العنق لاجل تمزق الأغشية بل يلزم تمزيقها ثم استعمال الزرقوات المهبلية الحارة والدلو كالتالية ودغدة عنق الرحم لان هذه الوسائل تكفى لتعريض الانقباض الرحي . وقد شوهد في بعض الاحوال أن الرياضة على الاقدام فى مسكن المرأة تحدث هذه النتيجة حتى ان المرأة القوية لا تحتاج لاستعمال جفت الولادة الا نادرا . واذا كان الاستسقاء الامنيوسى هو السبب فى الجنود وجب بط الكيس لاجراجه جزء من مائه فيقوى الرحم وينظم الطلق . ويحسن فصد المرأة اذا كان الجنود ناجما عن الامتلاء الدموى العموى أو الرحي . واذا كان ناشئا عن انقباضات عنق الرحم فيسرع المولد بوضع الجفت عنده سماح عدد العنق بذلك لاجراجه الرأس لانها متى خرجت زالت الانقباضات وزال معها الجنود . واذا كان الجنود ناجما عن تعدد المثانة بالبول أخرج بالنساطر . وعلى كل يلزم عقب خروج الجنين ان تفعل الزرقوات الحارة المعقمة لمساعدة قذف الخلاص

(فى الانقباضات الرجبية غير المنتظمة) - قد تكون الانقباضات الرجبية شديدة غير منتظمة أى لاتخلها فترات من الزمن وقد تكون الانقباضات جزئية أى انها تحصل فى جزء واحد من الرحم دون باقى الاجزاء وهذه الانقباضات تكون مؤلمة جدا مقلقة كما اذا كانت عامة للرحم فيعترى المرأة منها اضطراب شديد فسيكى ويعترىها أيضا هذيان واختلاجات فيها ينقطع سير الطلق . وتعالج فى هذه الحالة بفسد المرأة وباعطائها قليلا من اللودانوم فى جرعة أوحقنه شرجية وهو الاحسن . واذا كانت المرأة ذات مزاج عصبي لاتفقد بل توضع فى حوض ماء بله السخن فحور ربع أو نصف ساعة مع اعطائها اجزا من الافيون فتسكن الآلام وتسترىج المرأة ثم يأتى النوم وقد يستعاض الافيون بعشرين نقطة من اللودانوم الى ثلاثين وعقب ذلك بزمن يسير تحصل آلام بسيطة منتظمة عامة للرحم ويبتدى سير الولادة المنتظم وتنتهى بأحسن حال

\* (ف)

(في صلابة عنق الرحم) - صلابة عنق الرحم توجد عند الشابات القويات خصوصا عند بكرات الولادة المتقدّمة في السن فيصعب تمدد فتحة فاذا اجس العنق بالاصبع وجدت حافته رقيقة فاقدت الحرارة عادمة الاحساس يابسة فلا يحصل في عنق الرحم لين ولا انخماص مطلقا ويحصل ان حصولا غير تام او ببطء وبمقابل يقف التمدد قبل تمامه فهرا عن الانقباضات الشديدة لجسمه . وكثيرا ما تكون الصلابة ناشئة من آثار التحامات عميقة أعقبت تفجّحات مختلفة الطبيعة . وقد تكون الصلابة ناجمة عن أوزن يماصلية لعنق الرحم أو عن تنوع مرضي في نسجه أو عن وجود تولد مرضي إيني فيه . ويختلف أثار صلابة عنق الرحم بالنسبة لدرجتها واستمرارها فبكون جيدا في الصلابة الخفيفة انما يكون خطرا على الجنين بالنسبة لبطء الولادة وقد ينتج عنها تمزق عنق الرحم أو جسمه . (واجبات الطبيب) يلزم الطبيب أن لا يمزق أغشية جيب المياح مبكرا بل يلزمه أن يحترض الانقباضات الرجعية بالدلك الخفيف أو بالزروقات المعقمة الحارة الموجهة على عنق الرحم أو بوضع المرأة في حوض مملوء بماء سخن مدة نصف ساعة ان لم يكن هنالك شغل على الجنين والأم لان الصلابة قد تزول بذلك فاذا أدرك الطبيب أقل خطر على حياة الام والجنين فتلزمه المبادرة باخراج الجنين إما بالحقن أو بالتحويل بعد تمدد فتحة عنق الرحم بالصناعة فاذا كان الجنين ميتا أخرج بالتقطيع . واذا كان حيا ومحيته معيار لم تحسن المجي حتى يكون طبيعيا . والتמיד الصناعي يكون إما بالاصبع أو بالألة الممددة ذات الثلاث فلق للعالم (ناربيير) أو بالكرة الممددة أو بوضع المحسات وأما فعل الشقوق في عنق الرحم في اتجاهات مختلفة طول الواحد من (٤) الى (٥) سنتم فانه لا يخلو من الخطر لان الشقوق قد تمدد الى جسم الرحم من المجهودات القاذفة \* وقد تكون صلابة عنق الرحم ناجمة عن اصابة بالسرطان . فاذا كانت هذه الاصابة قاصرة على جزء قليل الامتداد فلا تعوق الولادة الذاتية واذا كانت ممتدة طالت الولادة كثيرا ورجحان الجنين وحصلت تمزقات رجعية عند خروجه فيجب على المولدين ان يلاحظ المرأة دائما فاذا سكنت الولادة بطيئة والأم والجنين ليسا في خطر أو مات الجنين يفتطرر بما تحصل الولادة الذاتية فاذا كان هنالك خطر على الام يجتهد في فعل التمدد الصناعي لعنق الرحم كما تقدم ومتى سمح التمدد لمرور الجنين أخرج بالتحويل أو بالحقن اذا كان حيا وبالتقطيع اذا كان ميتا وحياة الام مهددة . واذا كانت الاصابة السرطانية لا تسمح لتمدد العنق حتى يمكن مرور الجنين اسه توصل العنق قبل

الطلق أو زمنه في الحال لأنه بدون ذلك يتمرق جسمه لا بحالة . ومن أسباب صلابة عنق الرحم وجود أورام ليفية فيه . فتي كان الورم شاغلا للجزء المهبل من عنق الرحم استئصل بمجرد التأكد من وجود الحمل وكذلك يستأصل بوليوس عنق الرحم إذا وجد بمجرد التأكد من وجود الحمل لأن الأورام الليفية للرحم تزداد حجمها بالحمل كما يزداد حجم الرحم فتصير سببا لسر الولادة فإذا كان مجلس الأورام قاع الرحم نجح عنها ميسله إلى الخلف من الحمل لتقلها . وإذا كان مجلسها جزء العنق الموجود أعلى المهبل في تجويف الحوض نجح عنها ضغط الخاليين والمثانة والمستقيم والأوعية والأعصاب وضيق تجويف الرحم كلما تقدم الحمل وهي تعوق أيضا التكيف الطبيعي للجنين وتحدث الميخات المعيبة له لكونها تعترض الانقباضات المجهدة وفي أثناءها إذا كان مجلس هذه الأورام الجزء السفلي للرحم تنحصر في الحوض الصغير فتسده وتعوق الانقباضات الرحمية فيطول طور التمدد ويمتنع خروج الجنين بوجودها . وإذا كان مجلسها جدار الرحم صارت أجزاءه رقيقة سهلة التمزق صعبة الرجوع على نفسها عند خروج الجنين وبذلك يحصل نحو درجتي وتزيف ثانوي يميت . وعلى العموم يلزم الطبيب التأمل في هذه الأورام الموجودة داخل الرحم لأنه يضطر في استئصالها التقطيع عنق الرحم أعلى المهبل

(في الانقباض التشنجي لعنق الرحم) - قد يتفق أن العنق بعد أن يتدلى في التمدد بانتظام يعثر به فجأة انقباض تشنجي يؤخر الولادة ويميز هذا الانقباض عن الصلابة البسيطة السابقة المذكور بكون حافات عنق الرحم تكون سميكة حارة ومصحوبة بالام قطنية مستمرة شديدة ويشاهد هذا الانقباض عند النساء القويات الدمويات أو العصبيات القابلات للتهدج أكثر من اللينقيات . ولعلاجها هذا الانقباض تفصده المرأة إذا كانت قوية البنية ويوضع قليل من خلاصة البلادونا على دائرة فتحة عنق الرحم ممزوجة بحمض من الفازلين البوريكي بقدار (٣) على (١٠) ويحسن استعمالها منفردة . فإذا كانت الخلاصة ذات قوام ناعم منها كرة في حجم الحصة وثبتت تحت ظفر السبابة ثم يدهن بها حول العنق لانه يكفي لذوبانها رطوبة المهبل وحرارته وإذا كانت سائلة تغمس فيها كرة من القطن المعقم وتضبط بطرفي السبابة والوسطى ثم يدهن بها جميع دائرة العنق . فإذا كانت المرأة عصبية وخالية من علامات الامتلاء العموي أو الرجي فلا تفصد بل يستعمل لها الحمامات العمومية المستطيلة وتعطى الأفيون في جرعة أو حقنة شرجية وتدهن فتحة العنق بخلاصة البلادونا كما تقدم وقد

وقد يفيدها تعاطى الكلورال واستنشاق الكلوروفورم ، وبالجملة إذا لم تفد هذه الوسائط ولم يكن الانتظار خشية حصول خطر على الجنين أو الام بيادر الطيب بتمديد الفتحة المنقبضة بالصناعة بالطريقة المتقدمة ثم يخرج الجنين بواسطة الجفت إذا كان المهجيء بالرأس ، وقد يتفق أن رأس الجنين أو جذعه (على حسب ولادته بالرأس أو بالمقعدة) يجاوز عنق الرحم ثم ينقبض العنق بعد ذلك فيضغط على عنق الجنين بقوة ويوقف انقذافه ، فإذا كان المهجيء بالرأس والجبل السرى غير منضغط تعطى المرأة الأفيون على سبيل التخفيف قبل الشروع في عملية التمديد التي يصعب فعلها هنا ، وأما إذا كان المهجيء بالاقدام فالجبل السرى يكون منضغطاً بالضرورة وبناء على ذلك تحصل له الاسفكسيا فيجب على المولدة أن تسرع في عمل التمديد القهري أو شق الجزء العنقي الرحمي الأقرب بواسطة مشرط ذي زرز ثم يخرج الجنين في الحال بواسطة اليدين فقط لأن الجفت لا يمكن استعماله هنا لأنه لو استعمل لقتضت ملاءمته على الجزء السفلي من الرحم مع الرأس ومنزقته ومع ذلك يلزم تجنب فعل الشق ما أمكن كما أنه لا ينبغي استعمال الكلوروفورم هنا لأنه لا يؤثر على انقباض عنق الرحم إلا إذا استعمل بكمية عظيمة ينشأ عنها خطر

في مقاومة العجان للولادة - يتشكل العجان عادة زمن الولادة بشكل ميزاب ينتهي إلى الفرج لأنه يدفع شيئاً فشيئاً أمام رأس الجنين لا تساع الفخذة المهبلية اتساعاً كافياً لمروءه ، وفي بعض الاحيان يكون العجان ذا مقاومة عظيمة حتى لا يتمدد وعلى ذلك لا تتقدم الرأس في الخروج بالانقباضات الرجمية التي تنتهي بالاضمعالل فيضطر المولدة حينئذ لإتمام الولادة بالجفت انما ينبغي أن يكون الجذب ببطء لتجدد أنسجة العجان زمنها كافياً لتمدد ها ولأن الجذب الشديد يعرقلها ، وإخراج الجنين بالجفت ضروري لأن الرأس إذا مكثت زمنياً أكثر من ساعة بدون أن يخرج بعد أن تجاوزت عنق الرحم وتمزقت الاعشية حصل خطر للجنين والام معا ، نخطر الام هو اضمعالل قواها الرجمية وحدوث تمزق في العجان ربما امتد إلى المستقيم والثانة ، وخطر الجنين هو حدوث الاسفكسيا له وكذا يستعمل الجفت في اخراج الجنين إذا تمزقت الاعشية ومكثت الرأس في التجويف الحوضي أكثر من أربع أو خمس ساعات بدون أن تصل إلى الفرج مع الاحتراس من تمزيق العجان زمن الجذب وإذا ظهر للمولدة أن العجان صار متورثاً عما مشرفاً على التمزق عند مرور الرأس من الفرج ونمعا عن الاحتراس لا يتأخر عن فعل الشقين الخلفيين الجانبيين بواسطة مقص جيد معقم ثم يخرج الرأس من الفرج

في الحمال \* وقد ينجم عسر الولادة عن ضيق القناة الفرجية المهبلية العجائية أو عن انسداد فيها . فالضيق قد يكون وقتي لانه كثيرا ما تكون هذه القناة طبيعية مدة الراحة ثم تصير صلبة زمن الولادة لفعلها مرورها الطبيعية وعدم تمددها وهذا ما يشاهد بالاختصاص عند بكرات الولادة المتدمات في السن . وقد يكون الضيق دائما خلقيا ومكتسبا ينجم عن ندب التحام فاذا وجد الطيب ذلك الضيق وجب عليه الانتظار لأن الولادة وان كانت طويلة المدة الأنهار بما تنتهي بالقوة الطبيعية ولكن اذا رأى أن الام أو الجنين في خطر لزمه الاسراع في تمام الولادة بالخط لا بفعل الشقوق في الفرج ولا في المهبل مع الجذب ببطء خوفا من تمزق العجان كما تقدم . وأما انسداد القناة المذكورة فقد يكون طبيعيا أو ناجعا عن وجود الجمة أو حالة مرضية أو عن مقاومة غشاء البكارة ومع ذلك قد تحصل الولادة الذاتية . وقد يكون الانسداد مكتسبا وناجعا عن ندب التحام . ثم ان الانسداد المهبل الفرجي يكون غير تام في الابتداء فيسمع للجماع ولا يتم عزقه الا في الولادة . وحينئذ قد يتعدى التمزق الى بقية أجزاء المهبل بل والرحم والمثانة والمستقيم والعجان أثناء الانقباضات القاذفة . فاذا عرف المولود هذا الانسداد مدة الحمل لزمه فعل عملية مهبلية للمرأة في الحمال لازالته واذا لم يعرفه الا في زمن الطلق أسرع في اخراج الجنين بالشق البطني وبعد شفاء المرأة تفعل العملية اللازمة لازالة هذا الانسداد

(في ميل الرحم) - قد يحصل ميل في الرحم نائمي عن ضعف زائد في جدار البطن أو عن عيب في تركيب الحوض كضيقه فيكون قاع الرحم ماثل اميلا كايا الى الامام بحيث يستحيل تعديله ووصول الاصبغ الى العنق ومع ذلك تنحسر رأس الجنين في التجويف الحوضي من ابتداء الطلق ثم يمر من فتحة العنق الباطنة لكنها لا تخرج من فتحةه الظاهرة بل تدفع الجزء المقدم الرحي الى الامام حتى يصل معها الى الفرج فعلى المولود حينئذ أن يتكئ على الجزء السفلي من الرحم ليرفعه ويجذب بأمله السبابة شفة الفتحة الرجبية فهو مركز تجويف الحوض بقدر الامكان ويستمر مثبتا لها هناك بالسبابة الى أن يتم تعددها فان لم يثمر هذا العمل وشوهد اضمحلال المرأة لزم فعل الشق الرحي من المهبل ولاجل ذلك توضع المرأة كوضعها لادخال الجفت ثم يدخل في المهبل منظار ذو أربع فلق ثم يفعل شق مستعرض طوله من نجمة الى ستة سنتيمتر في جزء الرحم الموجود في قاع المنظار بشرط قليل التحذب واذا لم يكن هذا الشق كافيا لمرور رأس الجنين تشق الشفة التي خلف هذا الشق بشرط ذي زرز وبعد ذلك تترك الولادة للطبيعة أو يساعدها المولد بجذب الجنين بالجفت والأحسن اخراجه بالشق



بالشق البطني اذا كان حيا . وقد يميل الرحم الى الخلف فيصير قاعه في التجويرف العجزى  
وعنقه مرتفعا الى الأعلى والامام في محاذاة الارتفاق العاني . وقد يحصل في آن واحد  
انثناء جسم الرحم الى الخلف على عنقه في محاذاة اتصالهما ببعضهما وهذه الحالة نادرة  
الحصول وتناهد عند متكررات الولادة وفيها أيضا يصير الرحم محشورا في التجويرف  
الحوضي لا يمكنه أن يصعد الى التجويرف البطني إما لان قاعه صار مثبتا فيه بألحمة والتصاقات  
وإما لتقله بوجود منخصل العلق فيه . ومن الاسباب المهينة لحصول الميل والانثناء تكرر  
الولادة وضعف الارتباط الرجعية سيما اذا كان العجان مسترخيا ومتمترقا . وقد يحصل هذا  
الميل دفعة واحدة تارة وأخرى ببطء . فالاول لا يحصل الا عقب تأثير فعل بادقشعر المرأة  
بتمرق داخل حوضها وبالبحت يتحقق الطيب من حصول الميل . والثاني يحصل تدريجيا  
. وأسبابه مختلفة منها حصر البول وضيق الحوض الذي تكون زاوية العجزية القطنية  
أكثر بروزا لأن الرحم ازداد حجمه بالحمل فلا يصعد بل يميل الى الخلف وينثني . ومنها وجود  
الاورام الليفية في قاع الرحم لانه بثقلها يميل الى الخلف أيضا ومنها وجود الالتصاقات  
الحوضية البريتونية الخلقية والناجئة عن الالتهابات التي تصيب الارتباطة العريضة أو  
المبيضين فالنوع الاول من الميل والانثناء لا يحصل الا من ابتداء الحمل الى انتهاء الشهر  
الثالث وبعد ذلك لا يحصل لأن الرحم يكون قد تجاوز المضيق العلوي فلا يمكنه أن ينثني  
ويسقط في تجويرف الحوض . ومن علامات هذا النوع اصطحابه بالأم شديدة تمرقة  
وتهوع وفيه . والنوع الثاني أي التمدد يكثر مشاهدة من الاول ومن علاماته حصول  
عسر في التبول وسلس في البول مدة بدون ارادة . وقد يلبس سلس البول بسيلان مائي  
رغبي ويميز البول برائحته واستمرار امتلاء المثانة الذي يعرف بالقسطرة . ومن علاماته  
أيضا حصول امساك مستمر وعدم تناسب كبر البطن لزمن الحمل . ومنها عدد المثانة وقصر  
الجدار الخلفي المهبلية وعسر وصول السبابه الى عنق الرحم في ابتداء الحمل حتى يلزم رفع  
الحوض قليلا للوصول اليه مع توجيه الاصبع كثيرا الى الأعلى والامام يدركه الاصبع  
خلف الارتفاق العاني وكذا يدرك الاصبع جسم الرحم في التجويرف الحوضي . وقد يصعد  
الرحم الى التجويرف البطني من نفسه أو بواسطة الطيب متى كان حجمه قليلا أي قبل الشهر  
الثالث فتي صار الرحم في التجويرف البطني استمر الحمل على سيره الطبيعي فادام يصعد الرحم  
الى تجويرف البطن قبل انتهاء هذه المدة بقي محبوسا في تجويرف الحوض ولا يمكن اعتداله .

أعلى وينتهي على ذلك قدر يحصل إجهاض بسيط أو محسوب يتمزق في الرحم فإذا لم يحصل الإجهاض تجرد عن وجود الرحم في الحوض فتنقطع الأعضاء الحوضية فتحصل غنغرينة المستقيم أو المثانة وقد دلت المجاز وردته ثم تمزقه مع الرحم من الانقباضات . فإذا لم يبادر الطبيب بإخراج الجنين ماتت المرأة حتماً لأن الخطر يزداد كلما تقدم الحمل . ولتشخيص ميل الرحم ينبغي أولاً التحقق من الحمل فإذا كانت المثانة ممتدة ومخفية للرحم استفرغ البول بالقسطير وإذا كان الحمل خارج الرحم وجد الرحم فارغاً وجد ورم بجانبه وهذا بخلاف الحمل الحقيقي فإن الورم يكون داخل الرحم

﴿ ما يجب على الطبيب فعله عند ميل الرحم ﴾ - يجب عليه ملاحظة المرأة المصابة بهذا الميل قبل الحمل إذ تدب لها من ابتدائه . وحينئذ يلزم أن يفرغ المثانة كل يوم ثلاث مرات بالقسطير إذا لزم الحال ثم يأمر المرأة بالاستلقاء على بطنها مدة الثلاثة شهور الأولى وبوضعها على ركبتيها وهرقها ثلاث مرات في اليوم مدة عشر دقائق في كل مرة ويستمر على فعل ذلك إلى انتهاء الشهر الثالث . وهذا العمل يخرج الرحم من المضيق العلوي فيصير في تجويف البطن . وحينئذ لا يخشى رجوعه بعد هذا الزمن لأنه يستمر على الصعود في التجويف البطني وإذا لم تستعمل هذه الطرق من ابتداء الحمل كان ذلك غير مفيد فيلتجأ أذن إلى أعمال أخرى لا اعتدال الرحم ولا جل ذلك بفعل المرأة حقة . سهولة في الليلة السابقة ليوم العمل وأخرى في صباحه ثم يتبدى فيه باستفراغ المثانة بالقسطير وتخذ المرأة بالكور وفورم ثم تلتقي على بطنها ويعد الشرج والمستقيم وبعد تعقيم هذه الأعضاء ويدي الطبيب جيداً يدخل ثلاثة أصابع أو أصبعين أو السبابة فقط من يده اليسرى في المستقيم حتى يصل إلى شحاذات الرحم ثم يدخل سبابة يده اليمنى في المهبل إلى أن يصل إلى عنقه فيدخله في فتحة ثم يفعل باليدين ( التي أحدهما في المهبل والأخرى في المستقيم ) في الرحم حركات جانبية ذهاباً وإياباً رافعا العنق بأصبع يده اليمنى إلى أعلى تارة وقاع الرحم باليسرى تارة أخرى مع الالتفات للاستشاق الكلور وفوزي فهذا العمل يمكن أن يعتدل الرحم ويتخلص من الحوض ويصير قاعه في التجويف البطني . وقد لا يثمر هذا العمل لو جرد التصاقات رجعية حوضية مثبتة أو لوجود عيوب في تركيب الحوض أو تركيب الرحم نفسه وفي هذه الأحوال يلزم وضع كرة هوائية في المستقيم لا اعتداله إذا أمكن . فإذا لم ينجح هذا العمل فعلت الولادة المجهلة . وقد يعسر خروج الجنين بهذه العملية أيضاً لغلظ حجم الرحم ومنحصره فإذن يلزم ضغط الكبس من المهبل أو المستقيم ليتناقص حجم الورم ما أمكن ويخرج الجنين

(سقوط)

(سقوط الرحم) - قد يوجد عند المرأة قبل الحمل سقوط في الرحم فإذا اجلت ازداد السقوط وقد لا يحصل الا زمن الحمل لتقل الرحم واسترخاء العجان فإذا كان السقوط قليلا فلا يمنع صعود الرحم الى التجويف البطني في الشهر الرابع أو الخامس من الحمل . وإذا كان السقوط عظيما فلا يصعد الرحم الى التجويف البطني بل يبقى متخسرا في التجويف الحوضي وضاعطا على الاعضاء الحوضية فينجب عن ذلك انقباضات رجعية قاذفة أي ينحصل الاجتهاض وهو جيد للام لم ينشأ عنه تمزقات في الرحم والا كان خطرا . وعلى الطبيب أن يأمر المرأة المصابة بالسقوط الرجعي قبل الحمل بالاستلقاء على ظهرها مرتفعة المقعدة من ابتداء الحمل وتستمر على هذا الوضع مدة الاربعة الايام الاولى اغلى ابتداء الحمل توضع على ركبتيها ومرفقيها مدة عشرين دقيقة ويكرر ذلك مرتين في كل يوم مع ملاحظة الرحم أثناء هذا الوضع . وكذا يفعل هذا العمل اذا حدث السقوط أثناء الايام الاولى من الحمل . أما عمل السد المهبلي أو وضع الفرازج فهو مضر لانه يحدث احتباس الرحم في الحوض ولذا يلزم تجنبه . وقد يصعد الرحم ثم يسقط ثانية من انقذاف الجنين فيعوق خروجه وحينئذ يلزم اخراجه بالحقن (في عصر الولادة التاجم عن قصر الحبل السري) - ينجم عن قصر الحبل السري وقوف رأس الجنين في التجويف الحوضي رغما عن قوة الانقباضات القاذفة أو ظهورها نحو الفرج أثناء حصول تلك الانقباضات ثم عودها الى الداخل أثناء زوالها ويصطبغ ذلك بالدم في قاع الرحم وينبج فيه أثناء الطلق ثم يزولان أثناء وقوفه ومتى كان طول الحبل أقل من خمسة عشر سنتيمترا قبل ان الحبل قصير . والقصر يكون حقيقيا للحبل السري أو نسبيا لالتفافه حول عنق الجنين أو جذعه أو أحد أطرافه وهو خطر على الجنين اذا كان تاجعا عن التفافه حول عنقه لتعرضه للاختناق وعلى الام لانه يستدعي امتداد الطلق فتضمحل قواها اولئك وينجب عنه نزيف اذا تمزق الحبل السري أو حصل انفصال مبكر في المشيمة أو لاحداته أحيانا انقلابا في الرحم أو لمساعدته على المجيء المعيب للجنين . وبالجملة سواء كان القصر حقيقيا أو نسبيا يلزم المولد أن يسادر لاخراج الجنين بالحقن اذ يجرد خروج رأس الجنين يعرف الطبيب حالة الحبل فان كان ملتفا حول العنق يجتهد في خلاصه اذا أمكن والا فيضغط بحقتين صغيرين ذوي ضغط مستمر في نقطتين متباعدتين عن بعضهما قليلا ثم يقطع الحبل بينهما يقص معقم وان لم يعلم نوع قصر الحبل ولم تكن رؤيته أدخل الطبيب السبابية في الرحم من جهة بطن الجنين ثم يصعد نحو السرة حتى وجده الحبل متورا يعلم أن القصر حقيقي فيجب عليه اذن جذب الجنين الى أن يظهر جزء الحبل المتصل بالسرة فيضع عليه في

فقطبتين متباعدين عن بعضهما جفتين ويقطع الحبل بينهما كما تقدم ثم تترك الولادة



وشأنها فينتظم غالباً لخروج الجنين وألا استخرج بالفتحة في الحال ثم بعد خروجه يلزم التأكد من انقلاب الرحم أو عدمه فإذا كان منقلبا تدخل اليد فيه وتردّه إلى شكله الأصلي في عسر الولادة الناجم عن عدم انتظام عجيء الاجنحة المتضاعفة والمنفردة - عند انتظام عجيء الاجنحة يكون - أولاً عجيء رأسي جنينين معا فينصهران في المضييق العلوي كما في شكل (٩٣). ثانياً عجيء أحد الاطراف الحوضية لاحد الاجنحة شكل (٩٣)

مع رأس الجنين الآخر وباتيان جنين بقدميه



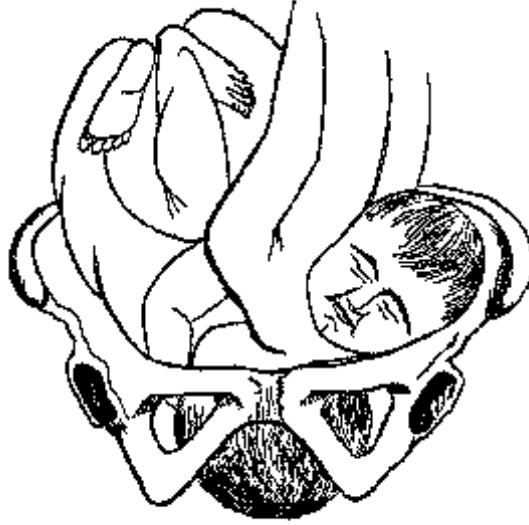
شكل (٩٤)

خروج إلى عنقه وعاقته رأس جنين آخر خرجت أولاً من الرحم ونزلت في التجويف الحوضي ثم وفتت أسفل رأسه كما في شكل (٩٤) ثالثاً عجيء جنين برأسه وصلت إلى التجويف الحوضي بسهولة ثم عاقها عنق جنين آخر معاً تق بالعرض لعنقها كما في شكل (٩٥) رابعاً عجيء عجلة أطراف سفلى لأجنحة منحصرة في الفتحة الرجبية على هيئة حزمة. في الحالة الأولى شكل (٩٣) والثالثة شكل (٩٥) يلزم تجربة جذب الرأس الأكثر انحصاراً بواسطة الجفت ولا يلتجأ إلى ثقبها إلا إذا لم يفسد جذبها. وفي الحالة الثانية شكل (٩٤) ينبغي رد الطرف أو الاطراف الساقطة وحفظها مردودة بالداخل بسهولة نزول الجنين الآتي

انظر شكل (٩٥) في صحيفة ١٥٣

رأسه

برأسه تمكن اذا كانت الاقدام مائلة الى السقوط دائماً فيمجرد تمدد العنق تمداً كافياً يثني وضع الجففت في الحال على الرأس الآتية بجانب الاقدام واخراجها لانه اذا ترك الجنين ذو الاقدام الساقطة حتى يخرج بجذعه مات قبل وضع الجففت على رأس الجنين الثاني وزيادة



على ذلك يصعب وضع الجففت فاذا لم يثر الرد أولم يمكن اخراج رأس الجنين المضبوطة بالجففت لكبر حجمها فيلزم جذب الجنين الاول الى أب يتمكن من الوصول الى عنقه بالأصبع فيقطعه بحقن كبير منحن على سطحه ثم تدفع الرأس المنفصلة الى الداخل ويخرج الجنين الآخر بسرعة بواسطة الجففت وبعد ذلك تخرج الرأس. وبالجملة يلزم

قبل قطع عنق الجنين رفعه الى أعلى نحو بطن أمه

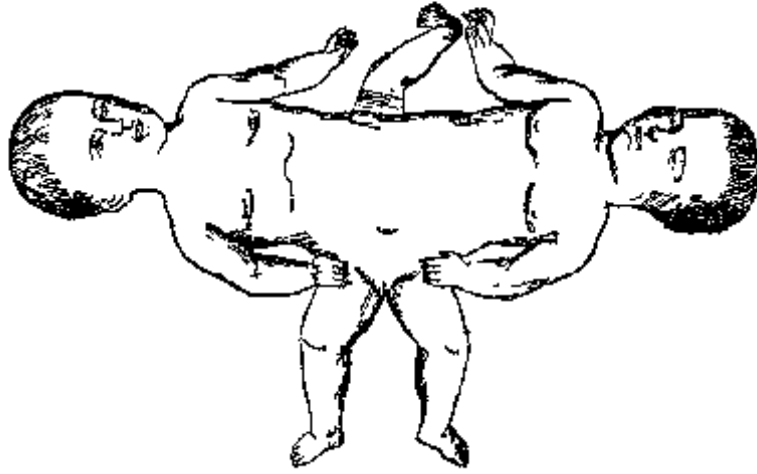
شكل (٩٥)

ثم يجتهد الطبيب في جذب رأس الجنين الخلفي بالجففت فاذا لم يفد قطع عنق الجنين المقدم عند حياة الخلفي أو عنق الخلفي عند موته وحياة المقدم. وفي حالة المجيء بمجولة أقدم يجتهد في رد بعض الاقدام بحيث لا يبقى الاقدام جنين واحد. وبما أنه بعسر معرفة كون القدمين الباقيين جنين واحد فالصواب جذب أحدهما فقط. ومتى خرج الجنين الاول بدون عائق سهلت ولادة الثاني ما لم يبقى في الرحم جنينان آخران. واذا سقط طرف من أطراف الجنين وكانت فتحة عنق الرحم غير كافية التمدد لزم وضع المرأة على ركبتيها ومرفقها ثم يجتهد في رد الطرف المذكور واذا لم يفد وضعت المرأة على ظهرها مع الراحة التامة مرتفعة المقعدة ثم يجتهد في رده أيضاً ما أمكن مع الانتظار لتمام عدد عنق الرحم لانه يسهل اذنه رده فاذا لم يمكن رده بعد ذلك وطال زمن الطلق لزم اخراج الجنين بالجففت

في التصاقات الأجنة - التصاق الأجنة يعوق الولادة وهو يحصل في التوأمين بالعنق أو بالعدة أو بالجذع ففي الحسالة الاولى متى كان الالتصاق غير قصير وغير متسع يمكن نزول أحدهما بعد الآخر بدون عسر وتم الولادة بنفسها أو بوضع الجففت على الرأس الاكثر اتحداراً بخلاف ما اذا كان الجزء الضام لهما متسعاً واصل إلى القفا وقصيراً فان استعمال

الجفت لا يفيد فيلزم ثقب وتفتيت الجمجمة البعيدة لانها هي المانع الاصلى للخروج ومع ذلك اذا علم المولد وجود تشوه في الخلفية فلا يفضل ثقب احدها على الاخرى بل يجذب الرأس الاكثر انحدارا ويمكن فصلها بواسطة المقص ثم تستخرج الثانية بعد تفتيتها . واذا كان المجيء بالاقدام فلا يجذب المولد الا قدما واحدا لانه لا يعرف التصاقه ما وانفردا . ما اقتى لم يفد ذلك توضع اليد في الرحم لجذب جميع الاقدام الى الفرج ثم يتركه ان تمام الولادة الطبيعية لانه يندر تمام مدة حمل هذه الاجنة كما انه يندر غلظت رؤسها ولو تكن اذا شاهد الطبيب وقوف لانقاذ وعلم ان الرأسين محشوران في التجويف يبادر باخواجهما باليد على التوالي فيبحث عن الرأس الخلفية أولا ويجذبها بوضع السبابة والوسطى في فم الجنين ثم بعد ذلك يخرج الرأس المقدمة بالطريقة عينها واذا لم يكف الاصبعان للاستخراج لزم اخراجها بالجفت فاذا لم يفد فعل الثقب الجمجمي والتفتيت حال رفع جذع الجنين المقدم رفعا قويا الى الامام على بطن الام لان ذلك يصبر الرأس الخلفية أكثر انحدارا فيسهل الوصول اليها ثم يخرج واذا حدثت اعاقبة فصلت وأخرجت عقب تفتيتها واذا علم تشوه خلقة الجنين اهتم بنجاة الام . واذا كان المجيء

بالسكتف يفعل  
التجويف القدي  
وبعد ذلك يفعل  
كافعل في الحالة  
المتقدمة . واذا  
كان التصاق  
التوأمين بالمقدمة  
كافي شكل (٩٦)  
يمكن حصول الولادة

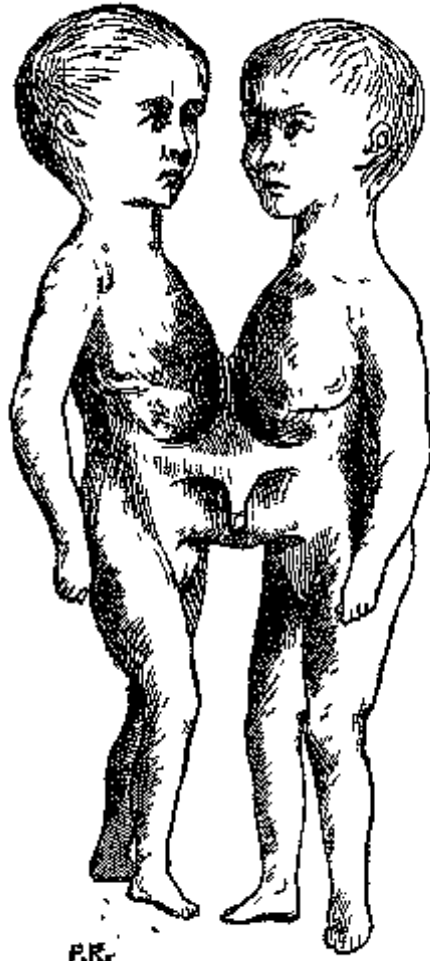


شكل (٩٦)

الذاتية سواء كانت الاجنة آتية بالرأس أو بالاقدام واذا صارن القوي الطبيعية المساعدة بالجذبات اللائقة غير مفيدة فيلزم التوسط بما يختاره المولد من العمليات لنجاة الام . واذا كان التصاق الاجنة بالجذع فليس من المهم معرفة كون الالتصاق بالجهة المفسدة للجذع كافي شكل (٩٧) أو الخلفية أو الجانبية انما المهم معرفة امتداد هذه الالتصاق لانه اذا كان كبيرا امتداد احصاء معووبة عظيمة في استخراج الاجنة لان رؤسهم تتابع مع بعضها في

انظر شكل (٩٧) في صحيفة ١٥٥

التجويف



والجوييف بخلاف ما اذا كان الالتصاق جزئيا فان  
هذه الحالة تدخل تقريبا في حالة الالتصاق الرخو  
للأجنة سواء كان بالعنق أو بالمفعدة فيسلك المولود  
في هذه الحالة ما سلكه في الأحوال السابقة لان  
القصد نجاة لام فيلزم فعل التفتيت أو تقطيع  
الجنين . وبالاختصار ينبغي في أحوال الأجنة  
المنصقة الانتظار الزائد بقدر الامكان فرعا  
فحصل الولادة الذاتية واذالم يفد ذلك يجرب وضع  
الجفت ولا يلجأ العملية متلفه لاحد الأجنة الا اذا  
اضطر لذلك جدا أو تحقق من أول الامر من جنس  
التشوه الذي يسببه تقطع الأجنة وفي هذه  
الأحوال لا ينبغي فعل العملية القيصريه الا اذا لم  
يمكن ثقب الجمجمة لان المراد حفظ حياة الام ولكن  
لاخطر في العملية القيصريه الا ان

(في تمزق الرحم) - قد يحصل في الرحم تمزق  
مدة الحمل نحو الشهر الرابع عقب رض أو حدوث  
مرض في جسده كسرطان أو ورم ليفي أو ندبة  
التحام أو مدة الولادة ويصيب التمزق عنق الرحم

شكل (٩٧)

تارة وأخرى جسم الرحم وهو نادر فالاول عبارة عن شق لا أهمية له الا اذا وصل الى فتحة  
الباطنية بسبب التزيف لذي يحصل وعلاجه يكون بخياطة الجزء المتمزق . والثاني وهو  
تمزق جسم الرحم كثيرا فاذ حصل لزم الاعتناء به لأن منه يمر الجنين فيصير بين طبقتي  
الرباط العريض اذا كان التمزق في احدى حافتي الرحم وهذا نادر أو في تجوييف البريتون  
اذا كان التمزق في قاع الرحم وهو الغالب . ثم تمزق جسم الرحم تارة ينجم عن سبب باد كالذي  
يحصل اثناء عمل التحويل أو وضع الجفت أو ثقب الجمجمة وتفتيتها بواسطة طبيب غير متمرن  
وتارة يكون ذاتيا وهو الاكثر حصولا متى كانت جدر الرحم مريضة لوجود أورام ليفية فيها  
أو حالة سرطانية أو لرقعة تلك الجدر لكثرة تمددها كما في الحمل التوأحي أو الاستسقاء الامنيوسي  
وحيث لا تقاوم الجدر ضغط الجنين عليها عند انقباضها فتمزق . وفي بعض الأحيان

تكون جدر الرحم قوية والقوة القاذفة عظيمة ولا يمكن يوجد عائق لخروج الجنين كضيق الحوض أو ميل الرحم أو انحصاره . وقد يكون التمزق قليل الاتساع فأصرا على الرحم أو عندما إلى المهبل بل والمستقيم والملائمة . وقد يكون التمزق متسعا فيسمح لخروج الجنين كله أو جزئه في تجويف البريتون كما تقدم . ثم إن التمزق الرحمي يسطحب بألم شديدا أثناء حصول الانقباضات الرجمية يعقبه فتور عظيم وانحما وتزفع الحرارة الموضعية للبطن وفي زمنه تشعر المرأة بهذا التمزق وأن الجنين يتحول من موضعه . وإذا كان التمزق متسعا بحيث يسمح لمروور الجنين مرتمسه إلى تجويف البريتون فيقف الانقباض الرحمي ويتغير شكل الرحم وتقل صلابته وحجمه ويوجد بجانبه ورم صلب قريب من جدر البطن هو الجنين . وبالجس المهبلي يدرك زوال جيب المياه الذي كان بارزا قبل ذلك واختفاء جزء الجنين الذي كان آتيا ويدرك أيضا رجوع ضيق فتحة الرحم بعد تمددها وإن بقيت متمددة بحيث يمكن ادخال اليد في الرحم ذلك أنه فارغ أو محتو على كتلة مرنة هي الأمعاء الدقيقة التي حلت محل الجنين . وإذا كان التمزق قليل الاتساع لا يسمح لمروور الجنين تمرق الكيس الأمنيوسي وحل سائله في تجويف البريتون وفي هذه الحالة يصعب التشخيص ولا يعرف إلا بعد الموت الذي يعقب التمزق الرحمي في أغلب الاحوال بسبب النزيف الباطني أو الالتهاب البريتوني أو الاختناق المعوي إن لم يبادر بأخراج الجنين من الطريق الطبيعية أو بالشق البطني تبعا لتسامتدد عنق الرحم وعدمه فإذا كان التمدد تاما أسرع في اخراج الجنين باليد أو بالجفت من المسالك الطبيعي وإن لم يكن تاما أخرج بالشق البطني

( في تمزق المهبل ) - قد يتمزق المهبل بينما تنحصر الرأس انحصارا قويا في المضيق العلوي بسبب ضيق الحوض وحصول الانقباضات الرجمية الشديدة ويغلب تمزقه أثناء عمل التحويل بيد غير متمرنة . وعلى العموم إذا حصلت هذه التمزقات يجب على المولدة المبادرة لاخراج الجنين من السبل الطبيعية واخراج الخلاص مع عدم تركه عمري معوية منحصرة في الجرح ثم خياطة التمزق إذا كان متسعا ثم فعل زروقات معقمة وسد فوهة المهبل بالغاز اليود وفورمي وتوثر المرأة بالاستلقاء على ظهرها مدة طويلة فإذا خرج الجنين من التمزق المهبل وصار في التجويف البطني أخرج بالشق البطني في الحال

( في أمراض الجنين التي تمنع الولادة الدائرية ) - لا تشكل هنا الاعلى الانفريما والاستسقاء الدماغي والفصري والزقي واحتماس البول وضخامة الكليتين

( في الانفريما ) - لا يصير الجنين أنفريما وبالأبعد موته وتعفن الذي يعرف بالرائحة الكريهة



الكريهة المنتنة المتصاعدة من الاعضاء التناسلية وبالصوت الطبلي الذي يسمع عند القرع على القسم الخثلي . فاذا حصل ذلك ينبغي للولد الاسراع في اخراج بخته ببطء أو شق الجزء الآتي به وتفتيت الرأس بل وتقطيع الخدع لتصغير حجم البخته ما أمكن وسهولة اخراجها مع استعمال الزروقات المعقمة بطريقة مستمرة

(في الاستسقاء الدماغي) - الاستسقاء الدماغي هو تراكم كمية من المصل زيادة على المعتاد في تجويف السحايا الخفية . وقد يكون جزء من الكيس بارزاً من العظم ويكون الكيس آخر خارجي مستطرق بالكيس الداخلي . وينجم الاستسقاء الدماغي عن حدوث مرض للجنين أو تداول زواج الأقارب أو عن الزهري الوراثي وهو الغالب . وقد يكون عنق الرحم ممتدداً والأغشية متمترقة والانقباضات الرجعية قوية وحوض المراتم جيداً وطلقها منتظماً ومع ذلك لاغر الرأس من المضيق العلوي لكبر حجمها بهذا الاستسقاء . وبالجس المهبل يدرك الأصبع رأساً غير محدبة بل مفرطحة تقريباً بمسافات غشائية عريضة هي التداريز والبوايج التي تتوتر مدة الألام وترتخي مدة الراحة ويظهر بالضغط أحجاماً فيها نوع تموج ووجهه العلامات ياتس الاستسقاء الدماغي بحبيب المياه ولكن وجود هذه المسافات بين اسطحة صلبة يميز الرأس عن جيب المياه ويكفي أيضاً لمعرفة فروة الرأس حكها بالظفر فإذا كانت الأغشية سليمة ينزلق الظفر فوقها بدون أن يرفع منها شيئاً وإذا كانت متمترقة يرفع معه الشعر الصغير لفروة الرأس فإذا لم يكف ذلك في التشخيص يوضع المنظار لترى به فروة الرأس أو أغشية جيب المياه فيتحقق الطبيب من وجود الاستسقاء الدماغي ومن عدمه إما كان نزول الرأس في التجويف الحوضي بأدر ببطها في محاذة إحدى المسافات الغشائية التي يمكن الوصول إليها بسهولة . ومتى استفرغت المياه الدماغية أخرجت الرأس بالحفت وإن لم يمكن فتنب بعسده ثقبها . وإذا كانت الرأس أعلى المضيق يفعل التعويل عقب بطرأس بالآلة الثاقبة للعلم (ناربير) أو بالمقص الطويل أو بالمشروط والأفضل أن يكون بالآلة البازلة الخديطة التي ينزل بها الاستسقاء البطني عادة مع الاحتراس من إصابة المخ إذا كان الجنين حياً وأريد اخراجه بدون أن يمس ضرر . وأما في حالة مجيء الجنين بالأقدام فيه بدخول جذعه من الفرج وتحقق أن العائق لتمام خروجه هو الاستسقاء الدماغي فيدل من أن تشعب البلعمة تفتح القناة الفقرية حذاء إحدى المقرات الظهريّة الأولى بارثة جزء من جدارها الخلفي ثم يدخل في هذه الفتحة بحس من صمغ من موشع بسلك يدفع إلى أن يصل طرفه إلى البلعمة ليخرج

كبنة من السائل الدماغي فيقبل حجم الرأس ثم تجذب بالجفت فإذا لم تخرج ثقتت وفتت ثم  
أخرجت لان الغرض المحافظة على حياة الام  
(الاستسقاء الفقري) - اذا حصل الاستسقاء المقري لدى الجنين وكان عظيما منع الولادة

الدائمة سواء كان الجنين آتيا برأسه أو  
بالاقدام وعلى كل فتي عرف الطيب  
هذا الاستسقاء لزمه بطنه ثم جذبته من  
أقدامه بشدة لاخر اوجه

(الاستسقاء الزقي) - يندر حصول

هذا الاستسقاء لدى الجنين اذا حصل  
وكان مانع لظهور وجهه وجب بطنه اذا  
أمكن الوصول اليه لاخراج السائل  
منه حتى يسهل خروجه

(احتباس البول) - قد يحصل

احتباس بول الجنين وينجم عنه تمدد  
مشانته تزداد عظما كما في شكل (٩٨)  
فيعوق خروج الجنين واذن يلزم بطن  
القسم الخليلي له لاستفراغ البول ثم

يجذب فيخرج بسهولة

(في التمزير الطبيعي للكليتين) - قد

تحصل ضخامة عظيمة في كابتى الجنين تمنع  
الولادة فينبغي تقطيع الجنين اربا واخراج  
وقد توجد أورام أخرى متكيسة كما في

شكل (٩٩) لكنهم لا تعوق ولادة

(واجبات لطبيب في الهيات الرديئة

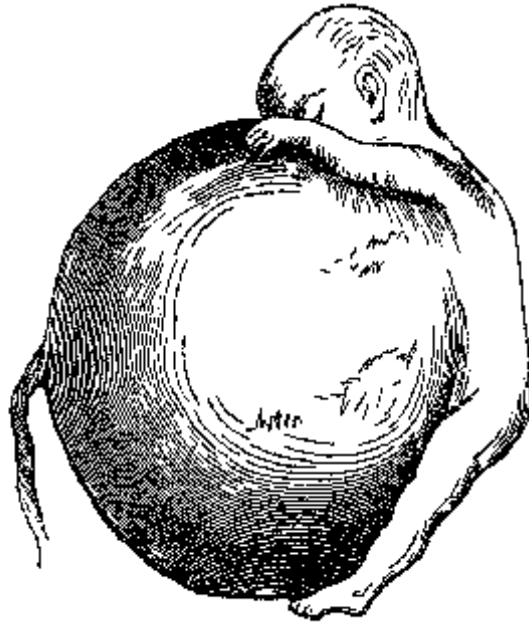
للجنين) - ففي النهى بالوضع المنحني للقمة

في المضيق العلوى متى كان تمدد عنق الرحم

كاملا يلزم المولد تمزيق الأغشية والاجتهاد في

تعديل الرأس وجعلها في وضع جيد ويكون

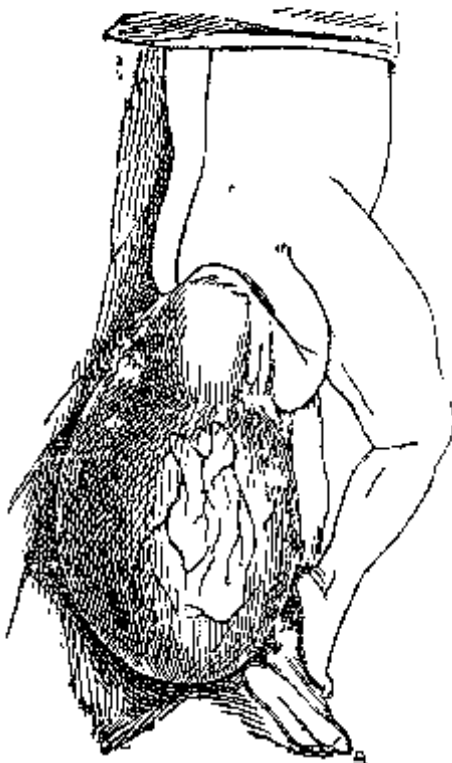
ذلك بالأصابع أو باحدى ملعقتى الجفت



PR

٥٦

شكل (٩٨)



شكل (٩٩)

٥٦

فإذا لم يثمر هذا العمل وكان الحوض متسعاً أسرع في عمل التحويل ما لم تكن المياه قد خرجت من الرحم والرأس محصوراً في أعلى التجويف ففي هذه الحالة يلزم إخراجه بالجفت . وإذا فضل المولود إخراج الجنين بالجفت من أول الأمر عندما تكون الرأس خالصة في المضيق العلوي وجب عليه أن ينتظر مقدار خمس ساعات أو ست قبل وضعه لانهر بما يحصل تعديل الوضع بواسطة القوى الطبيعية خصوصاً إذا ساعدها المولود بتعديل الرحم بيده بينما تكون اليد الأخرى موضوعة على قمة الرأس مباشرة

( واجبات الطيب في الوضع المؤخرى الخلقى للقمّة في التجويف الحوضي ) - متى نزلت الرأس في التجويف الحوضي ولم تتم حركتها الرجوية الباطنية فالمؤخرى يبقى موضوعاً في تعبير العجز عوضاً عن أن يأتي أسفل القوس العاني ومع ذلك تحصل الولادة في أغلب الأحوال من ذاتها لأن المؤخرى ينتهي بوصولها إلى أسفل القوس العاني وإن كان بسيطاً عظيم انما يكون الجنين معرضاً للخطر والمرأة معرضة للاضمحلال العصبي والهجان معرضاً للتمزق ولذا يجب إخراج الجنين بالجفت بدون انتظار انما ينبغي قبل وضع الجفت فعل شق خلقي في جانبي الفرج إذا رأى المولود ان المجمع الخلقى للفرج متورق فيقلماع مشرف على التمزق وبعد وضع الجفت تخرج الرأس بالوضع الخلقى أو بفعل الدوران الباطني كي يصير المؤخرى تحت العانة وهذا أسهل لانه لا يخشى فيه على الهجان ثم إن هذا الدوران لا يفعل الا بعد نزول الرأس ووصولها إلى الهجان فوضع الجفت اذن مرة كافية لعمل الدوران الذي يفعله نحو الجهة المتجه إليها تظهر الجنين

( واجبات الطيب في الوضع المؤخرى المستعرض للقمّة في المضيق السفلي ) - الرأس الآتية بالوضع الثاني ولم تفعل عند وصولها الارضية الحوض الانصاف حركتها الرجوية الباطنية تبقى موضوعة بالعرض في المضيق السفلي وهذه حالة رديئة فلأجل تعدد بلها وتوجيه المؤخرى إلى الامام توضع المرأة كما توضع لعملية التحويل ثم تدور رأس الجنين بانزلاق سبابة ووسطى إحدى اليدين ووضعها على الخد المتجهة إلى الاعلى وسبابة ووسطى اليد الأخرى خلف اذن الجهة المقابلة ثم تفعل من كلا الجهتين حركة مضادة والاحسن ان تزلق اليدين بما التي تتوافق راحتهما مع المؤخرى تحت الخد الاسفل وتدخل السبابة والوسطى في الفم بحركة كب عنيف للذراع يتجه المؤخرى تحت القوس العاني ولا يلتجأ للعفت الا اذا لم يثمر هذا العمل ( واجبات الطيب في الاوضاع المؤخرية العانية أو المؤخرية العجزية الواصلة مع وقوف في المضيق العلوي ) - يجب على الطيب وضع الجفت وإخراج الجنين اذا كانت الرأس غير

متحركة وخرجت جميع المياه وأما إذا كانت الرأس لم تزل متحركة والمياه باقية في الرحم فيفعل التحويل

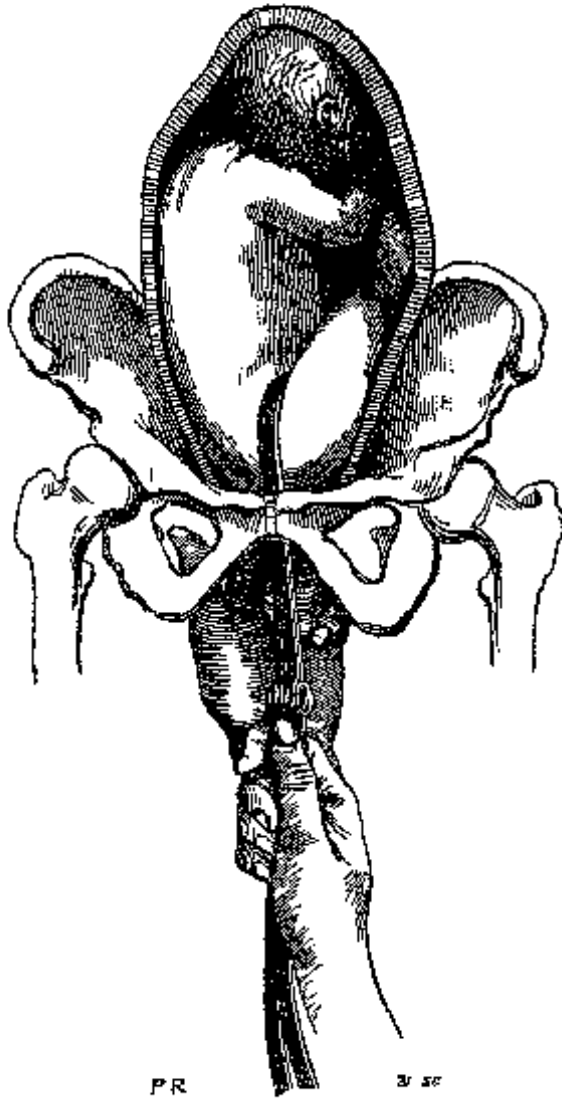
(واجبات الطبيب في الوضع الذقني الخلفي للوجه في المضيق السفلي) - الوضع الذقني الخلفي يكون طبيعياً إذا كان الوجه لم يزل في المضيق العلوي أو في التحويل وهو هذا الوضع هو الأكثر حصولاً للوجه من الأوضاع الأخرى ولا يستدعي توسط المولود ولذا يلزم انتظاره على الطبيعة لأن الرأس تزل شيئاً فشيئاً على أرضية العجان وهناك تفعل حركتهم الرجوية فتتجه الذقن تحت القوس العاني إذا لم يعقها عائق فتنتهي الولادة من ذاتها لكن إذا اتفق عدم حصول الحركة الرجوية الباطنية وبقيت الذقن إلى الخلف عوضاً عن أن تأتي إلى الامام فلا يتعشم في انتهاء الولادة من ذاتها حينئذ يلزم المولود وضع الجففت لتوجيه الذقن بسرعة إلى الامام فإذا كان العمل بالجففت الاعنيدى يلزم وضعه مرتين متواليتين للوصول إلى دوران الرأس نصف دائرة أما إذا فعل بجففت صغير مستقيم فيمكن الوصول إلى فعل هذه الحركة من أول وضع الجففت، والخطر الذي ينجم عن هذا العمل للجنين هو موته بسبب الضغط الواقع عليه من الجففت أو من تمزق نخاعه العنقي كأنه يموت إذا تزلخرو وجهه للقوة الطبيعية بل وتموت المرأة أيضاً لأنه لا يمكن انتهاء الولادة من ذاتها ولذا يلزم الاجتهاد في تخليصها بإخراج الجنين بالجففت وبه يمكن إخراج الجنين حياً انما يلزم أن كان الجنين حياً ولم يتعسر وضع الجففت أن يوضع الجففت ولا تفعل الحركة الرجوية العظمية للرأس إلا في زمتين بينهما اقترابه منها نحو عشر دقائق فهذه الكيفية مجربه جدع الجنين زمنياً يتبع فيه حركة الاموال الخاصة للعنق

(واجبات الطبيب في الأوضاع غير المنتظمة للمقعدة) - قد تأتي المقعدة في المضيق العلوي وكذا في التحويل الخوضي بوضع عجزى عجزى أو بوضع عجزى عاني وهذا ان الوضعان قليلاً الرأفة لا هما قد يعتد دلان من نفسها كلك قربت المقعدة من أرضية العجان لكن أحياناً يبقى العجزى في أحدهما من المجلين وحينئذ يلزم التوسط لأجل وضع المقعدة في اتجاه جيد وتوجيه ظهر الجنين نحو إحدى الحفرتين الخفيتين للإمام إذا لم يكن فيها ومتى جاءت المقعدة بالمخرف زائداً إلى المضيق العلوي بدون أن تنحصر به لازم فعل التحويل وأما إذا تزلت في المضيق ولم يمكن رده بالتحويل فيستعمل المشبك المثلث للجففت بوضعه في أربية الجنين وجذبه كافي شكل (١٠٠) وأما إذ وصلت المقعدة للخارج وكانت الفتحة الرجوية ممتدة تعدد اعظيها وكان حب المياه متمراً فاجذب بوضع السبابه والوسطى منحنيين في ثنية أربية الجنين

انظر شكل (١٠٠) في صحيفة ١٦١

(واجبات

واجبات الطبيب في المجيء العجائى للبتع - قد يتفق أن الرأس تجسى بموضوح ثم



شكل (١٠٠)

يحسن بالكشف فجأة تحت الاصبع في المضيق العلووى فعلى المولداذن فعل التحويل القدى عند تعدد العنق تدرا كاملا. ويحسن عمل التحويل الدماغى أثناء انتظار تمام تعدد العنق اذا أمكن  
واجبات الطبيب لدى المجيء بالقمة أو الوجه مع سقوط ذراع - قد تكون القمة أو الوجه في وضع جيد في المضيق العلووى فيظن المولدا أن القمة أو الوجه فيه فقط لكن متى تفرق جيب المياه أدرك الطبيب يدا ساقة بجانب القمة أو الوجه فيلزمه ردها أعلى المضيق العلووى واذا لم ينجح الرد أو ردها ثم عادت ثانيا ترك الولادة للطبيعة مع استعداده لاخراج الجنين بالجفت عند حصول أدنى عائق انما يلزم تجنّب ضبط اليد والذراع على عتق الجفت مع الرأس عند وضعه وان كان ضبطهما به

لا ينشأ عنه ضرر ويخرج الرأس بالجفت اذا كانت الاعضاء منحصرة والرحم منقبضا على نفسه لانه لا يعكس عمل التحويل حينئذ وينضل التحويل اذا كانت الرأس لم تنزل متحركة وتحقق من عدم امكان رد العضو الساقط لانه يصعب وضع الجفت في المضيق العلووى ويبادر بالفتيت ووضع الجفت لتخايف الام اسرعة اذا شاهد ان اليد الساقطة عديمة الحركة وان الفرج يخرج منه سائل مصفر ولم يدرك بالسمع ضربات القلب لان ذلك يدل على موت الجنين . ثم ان سقوط اليد لا يمنع من عمل الجس المهبلى لان به يعرف ان كان الجزء الاقى مع اليد الكتف أو الرأس فاذا عرف أن الجزء الاقى هو الرأس كان ذلك خطرا على الجنين

لانه يبطن الولادة الذاتية ويلجئ الى الاستعانة بالحنف اذا كان الخوض متسعا واما اذا كان ضيقا فيوت الجنين لانه لا يمكن خروجه بالحنف الا بعد التقطت  
 ( واجبات الطيب لدى المحي بالقمة أو الوجه مع سقوط الذراعين معها ) - يجب على المولود فعل التحويل اذا كان ممكنا ولم يمكن رد الاعضاء الساقطة لأن وضع الحنف على رأس منحصرة في المضيق العلوى مع ذراعين ساقطين خطر فلا يلجأ لفعله الا اذا لم يمكن عمل التحويل وقد لا يمكن اخراج الجنين بالحنف الا بعد تقطت الجمجمة  
 ( واجبات الطيب لدى المحي بالقمة أو الوجه مع سقوط أحد القدمين ) - ينبغي للمولود الاجتهاد في رد القدم الساقطة ودفعها أعلى المضيق العلوى واذا لم يمكن بفعل التحويل ولكن اذا تحصرت الرأس مع القدم وتعرض لعمل التحويل اخرج الجنين بالحنف فاذا لم يقد فتت الرأس وأخرجت الجمجمة . واذا وجد الطيب بجانب الرأس القدمين أو قدما وذراعا باحدى في الحال لفعل التحويل مع الاعتناء بتثبيت القدم الاكثر سوطا برباط على هيئة عروة فاذا كانت الاعضاء المذكورة محصورة في التجريف وضع الحنف أولا واذا لم يفرقت الجمجمة وفتت ثم أخرجت بالحنف

سوء تركيب الرحم والمهبل والفرج وأما مرض كل وواجبات الطيب نحو ذلك - سوء تركيب هذه الاعضاء قد يكون خلقيا وقد يكون مكتسبا . وقد شوهد أن امرأة وصلت لانها معدة الحمل وعنتق رجها مسدود وأن الانسداد حصل بعد العلق عقب التهاب رجي تقرح في الحالة المماثلة لهذه عند عدم حصول الولادة الذاتية بفعل الطيب القطع الرجي من المهبل ولاجل ذلك يدخل في قاع المهبل منظارا اذا أربيع فلق ويشق جزء الرحم الملاصق اطرف المنظار شفا مستعرضا طوله من أربعة الى خمسة سنتيمترات وفي هذا الشق يفعل شقين أحدهما الى الامام والاخر الى الخلف ثم يترك الطلق ونفسه أو يخرج الجنين في الحال بالحنف تبعا لحالة المرأة والقطع الرجي المهبل المذكور قليل الخطر انما يلزم قبل فعله الاجتهاد في تباعد شفتي عنتق الرحم عن بعضهما بالضغط بالسبابة بينهما لان ذلك قد يكتفي لزوال الالتصاق وحينئذ لا يحتاج لفعل الشق . وقد يكون العنتق مفتوحا قليلا وحوافيه صلبة بنسيج ندي فلا يتمدد بالمجهودات العادية للولادة ففي هذه الحالة يفعل بعض شقوق صغيرة بمشرط ذي ذر منقاد على سبابة اليد اليسرى طول كل شق من واحد الى اثنين سنتيمتر في اتجاهات مختلفة سيما في الجانب والخلف وبذلك يمكن ادخال الحنف واخراج الجنين . وقد

شاهد

شوهه عند امرأته من غير الولادة وجود حاجز قاسم للرحم الى تجويفين من الأسفل وكانت  
هذه الحالة في ثلثي ولادة لهذه المرأة ووجدت رأس الجنين في جهة وقدماه في جهة أخرى  
والجذع فوق الحافة العليا من هذا الحاجز فتي شوهت حاله مماثلة لذلك بواسطة الجس  
يضع الطبيب اليد اليسرى في الرحم اذا كانت القطعة المكونة للورم على اليسار واليد اليمنى  
اذا كانت على اليمين ومتى وصلت الحافة العليا للحاجز الرحي جذبته بالاصابع ثم يدخل  
بواسطة اليد الاخرى مشرطاً طويلاً اذا زربه يشق الحاجز من أعلى الى أسفل وبعد ذلك تتم  
الولادة بالطبيعة أو بأحدى الوسائط البسيطة كوضع الجفت أو التحويل . وقد يكون  
انقسام الرحم تاماً أي أكثر من الرجين فاذاً يكون أحدهما تارة محتوي على جنين والاخر فارغاً



شكل (١٠١)

كافي شكل (١٠١) وفي هذه الحالة تكون الولادة  
أقل صعوبة وتارة يوجد في كل تجويف رحي  
جنين وحينئذ تكون الولادة صعبة جداً لانه  
يندرزول أحدهما بعد الآخر ولو حصل كانت  
المرأة عرضة للتزيف بسبب عدم انقباض  
الجهتين معا . وقد يكون المهبل ضيقاً خلقياً أو  
عارضياً بسبب ألجمة ندية عقب التهاب تقرحي  
فيصعب خروج الجنين فتي يتحقق الطبيب

وجودها ووجب عليه ازالتهما من كلتا الجهتين بشرط غير حاد الطرف . وقد يكون غشاء البكارة  
سليماً وقت الولادة لعدم تمزقه وقت الجماع فيجب على الطبيب شقه من أعلى الى أسفل بشرط  
ذي زوايا وبقص منحني على جنبه غير حاد الطرف معقم . وقد شوهه عدم تمدد الفرج وعاقلته  
الولادة والواجب في هذه الحالة فعل شقين جانبيين خفيفين في المجمع الخلقى للفرج واذا لم  
يخرج الجنين بنفسه أخرج بالجفت اذا كان آتياً بالرأس وأخرج باليسدين اذا كان آتياً  
بالمقعدة . وفي الحالتين يكون الجذب ببطء . وقد يوجد حاجز متوسط فاصل للرحم والمهبل  
الى جزأين أي رحم ومهبل يميني ورحم ومهبل يساري . وفي هذه الحالة يفعل التحويل  
لاخراج الاجنسة \* ثم ان الامراض التي تصيب الرحم والمهبل والفرج وتعمق الولادة  
الذاتية هي الأورام الليفية والسرطانية أو البوليبيوسية أو الأوزيمياً والانسكابات الدموية  
أو الأورام المبيضية . فاذا علم المولداً أثناء الطلق أن عنق الرحم فيه ورم ليفي أو سرطاني

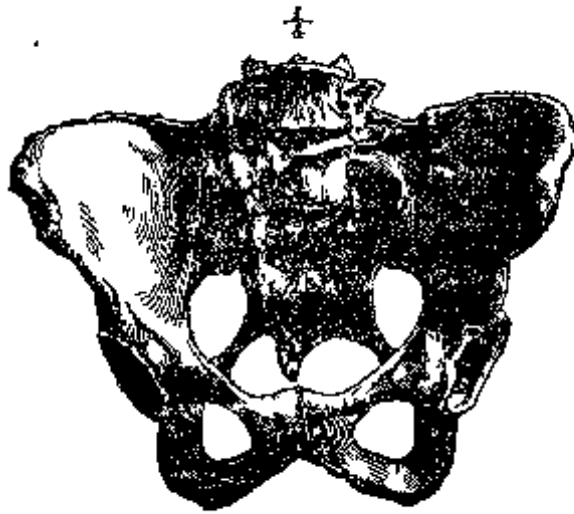
أو بوليوسى عائق لده انتظر برهة من الزمن فاذا لم يخرج الجنين بنفسه فعزل شقين أو ثلاثة في الجزء السليم من الفوهة الرحية ثم أخرج الجنين إما بالتحويل أو بالحقن تبعاً للحالة فاذا لم يتجح ذلك أخرج الجنين بالشق البطنى . وفي حالة وجود أورام دموى في عنق الرحم يلزم تشريط هذا الجزء لزوالهما وبعد ذلك تحصل الولادة الذاتية وكذا يفعل التشريط اذا كان العائق للولادة أورامياً في المهبل . وأما اذا كان العائق ورماً دمويًا في المهبل وتعرس معه استفرغ الدم الموجود فيه فيسرع الطبيب في استخراج الجنين بالحقن أو بالتحويل قبل ازدياد حجم الورم ومنعه انتهاء الولادة . ثم إن أورام الفرج يشد أن تعوق خروج الجنين عاقبة شديدة ولكنها تستأصل متى كانت صلبة وتشقى متى كانت سائلة تسهل الخروج وكذا يفعل الشق في الورم الدموى للشفرين العظيمين فاذا تأخرت الرأس عن الخروج بعد ذلك أخرجت بالحقن \* وأما أورام المبيض فانها ان لم تحدث الا بهاض تكون عاقبة للولادة في كثير من الاحوال فاذن ينبغي دفعها الى الحفرة المحرقية أعلى المضيق العلوى اثناء الولادة فاذا لم يمكن دفعها فان كانت سائلة لزم بظها وان كانت صلبة لزم استخراج الجنين بالعملية القيصرية قبل اضمحلال المرأة \* وقد تعاق الولادة بوجود اسكروس المثانة وحصواتها الكبيرة . ففي حالة وجود الاسكروس يخرج الجنين بالحقن اذا كان ميتاً فاذا لم يقدر ثقت الجنمة وقتت ثم أخرجت بالحقن واذا كان الجنين حياً أخرج بالشق البطنى . وفي حالة وجود الحصاة المثانية يجتهد في دفعها الى أعلى المضيق العلوى اذ سمحت الحالة بذلك فاذا لم يمكن بسبب انحصار جزء الجنين في التصريف يجتهد في جذب قعر المثانة مع الحصاة المحتوية عليها الى ما تحت القوس العالى فاذا لم يخرج الرأس مع هذا فعل شق في المستقيم ثم في الجدار الخلقى للمثانة ثم تستخرج الحصاة

و اجبات الطبيب لدى وجود ضيق في الحوض **س** سمي وجد ضيق في جميع أقطار الحوض سمي هذا بالضيق المطلق و سمي وجد في قطر أو قطرين من أقطاره سمي بالضيق النسبي فالضيق المطلق ينشأ عن وقوف في نحو الحوض ويكون منتظم الشكل لكنه صغير كحوض من سنها عشرين إلى اثنتي عشرة سنة وهذا النوع نادر المشاهدة لانه لم يوجد منه إلا أربعة احواض وأقطار كل حوض منها تنقص عن الاقطار الطبيعية بنحو (٢) سنتيمتر ونصف كما في شكل (١٠٢) في الحالة المماثلة لهده يجب على الطبيب المبادرة لاحراج الجنين بالشق البطنى من ابتداءه المطلق . ويعرف الضيق الحوضى بقياسه لانه لا يختص بقصيرة القامة بل شوهد عند

انظر شكل ١٠٢ في صحيفة ١٦٥

طوبى لانها





تتعلق به

شكل (١٠٢)

والارتفاع العاني نحو سنتيمتر ونصف والمسافة الموجودة بين قمة أول نتوشوكي العجز والوجه المقدم للارتفاع العاني نحو ١٩ سنتيمترا والمسافة التي بين العرفين الحسرقفين من جهة الوسط من (٢٧) الى (٢٨) سنتيمترا والمسافة الموجودة بين الشوكتين الحرقفتين العالويتين المقدمتين (٢٤) سنتيمترا . وأما الضيق النسبي فيوجد منه أربعة أنواع رئيسية وهي الضيق المقدم الخلفي والضيق



شكل (١٠٣)

المخرف والضيق المستعرض

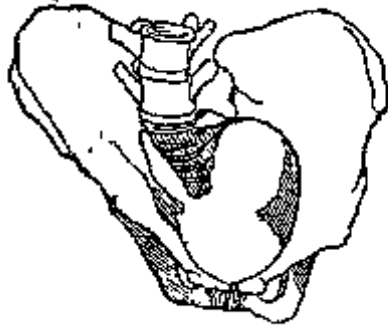
والضيق في جهة اتجاهات في آن واحد وأكثرها مشاهدة هو الضيق المقدم الخلفي للضيق العالوي الذي يكون فيه بروز الزاوية العجزية الفقرية متزايدا كما في شكل (١٠٣) وفي هذا النوع يكون الضيق السفلي



شكل (١٠٤)

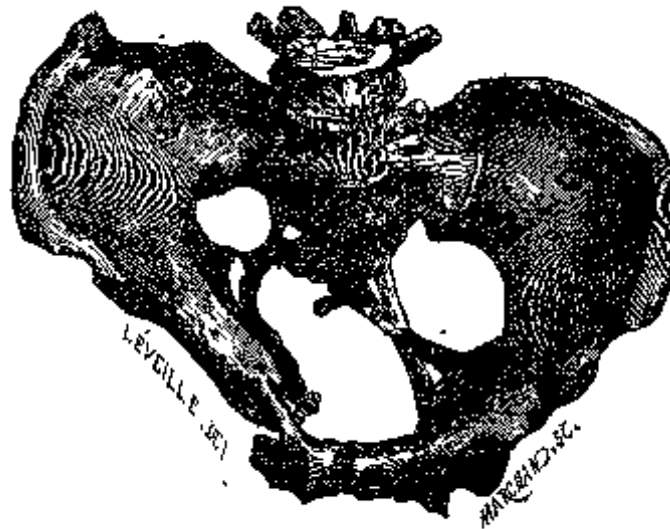
وتجويف الحوض طبيعيتين وقد يكونان واسعين ثم يضيقت في الكثرة النوع الذي يكون فيه الحوض مفرطجا بانحراف كافي أشكال ١٠٤ و ١٠٥ و ١٠٦ وأما النوعان الاخيران وهما الضيق المستعرض والضيق في جهة اتجاهات المشار لهما بشكلي ١٠٧ و ١٠٨ فهما نادران . وعلى العموم اذا ذكر حوض ضيق بدون تعيين نوعه يراد به حوض قطرته العجزية العاني قصير . وقد نسب المولدون

انظر شكل ١٠٥ و ١٠٦ و ١٠٧ في صيغة ١٦٦ وشكل ١٠٨ في صيغة ١٦٧



شكل (١٠٥)

زمناطو يلا الضيق الخوضى بانواعه للراشيتسم  
وذلك مكان خطأ منهم لأن لين العظام المسمى  
استيومالاسى الذى يصيب الشابات أثناء الحمل  
يكون سدياً أيضاً الخدود عيوب فى تركيب الخوض  
كأنه يساعد على حصول ذلك الخلع الذاتى أو  
العارضى لرؤس عظام الفخذين أو كسر الفخذين



شكل (١٠٦)

مع قصرهما الحاصل  
كل منهما زمن الصغر .  
وكذلك وقوف نمو  
العظام فى جزء من أجزاء  
الخوض لاقى جميع  
محيطه يحدث ضيقاً  
فى الخوض كفى شكل  
(١٠٩) حرفى (أ) و (ب)  
• ويوجد سبب آخر  
لضيق الخوض وهو خلع

الفقرة الأخيرة القطنية من الفقرة الأولى العجزية الى الامام كفى شكلى ١١٠ و ١١١



شكل (١٠٧)

بجيت بصير البروز الناجم عن هذا الخلع مانعا  
للولادة وأحياناً تخترق فقرة أو جملة فقرات قطنية  
أو عجزية وتسمى أجسامها كفى مرض (توت)  
حتى ينتج من ذلك أن فقرات القطن تبرز الى  
الامام فتعطي فتحة الخوض وتسدّها كفى شكل  
(١١٢) ولذا يلزم الطبيب اذا دعى الى من تعسرت  
ولادتها عدم السه وعن معرفة سوابق حلها

انظر شكل ١٠٩ فى صحيفة ١٣٧ و شكل ١١٠ و ١١١ فى صحيفة ١٣٨ و شكل ١١٢ فى صحيفة ١٦٩  
ووضعها



شكل (١٠٨)



شكل (١٠٩)

شكل (١٠٩)

ووضعها ثم يبحث قائمتها ومثبتها وشكل  
أطرافها السفلى والتركيب الظاهر  
لحوضها ثم يقبسه ومن الخطأ أن  
يعتقد أن جميع النساء الخلب يكون  
حوضهن ضيقا بل النساء اللاتي صرن  
حدا بعقب الراشيتسم هن اللاتي يكن  
من هذا القبيل أي ضيقات الحوض  
وحيث أن أطرافهن السفلى  
قصيرة معقدة ومقوسة فممكن معرفة  
ذلك في أغلب الأحوال بمجرد النظر إلى

سبقتهم فإذا كانت طويلة مستقيمة بدون  
تعقدات مفصلية علم أن لا تشوه واضح في  
حوضها ولو كانت حديباء كما في شكل (١١٣)

ويمكنها الولادة وحدها أو بمساعدة الجفت  
وأما إذا كانت المرأة حديباء قليلا ورأسا

نخذهما مقوسين وركبتهما اغليظتين وساقها  
معوجين فيعلم أن تركيب حوضها غير جيد  
ولا يمكنها حصول الولادة الطبيعية كما في

أحواض شكل (١١٤) و(١١٥) و(١١٦)

(في قياس الحوض) يقاس الحوض من  
الظاهر والباطن فالقياس من الظاهر يكون  
بواسطة برجل المعلم (بودولون) المشار له

بشكل (١١٧) والقياس من الباطن يكون بواسطة الاصبع أو بالآلة المعلم (استين) المشار  
لها بشكل (١١٨) أو ببرجل المعلم (فنيو قبيل) شكل (١١٩) و(١٢٠) ولاجل استعمال برجل

انظر شكل ١١٣ في صحيفة ١٦٩ وشكل ١١٤ في صحيفة ١٧٠ وشكل ١١٥ و ١١٦ و ١١٧ في  
في صحيفة ١٧١ وشكل ١١٨ و ١١٩ في صحيفة ١٧٢ وشكل ١٢٠ في صحيفة ١٧٣



شكل (١١٠)

المعلم ودولوك في القياس من الظاهر  
تضجع المرأة على جنبها وتغطي بقيصها  
فقط ثم يبحث المولد بالأصابع عن التتو  
الشوكي للفقرة الأولى العجزية فيضع  
عليه أحد أزرار البرجل ثم يبحث بعد  
ذلك عن قمة الارتفاق العاني ويضع عليها

الرزال الآتية كاهو

واضح في شكل (١٢١)

ثم ينظر الطبيب المسطرة  
المدرجة الضامة لفرعيه  
لمعرفة درجة تباعد

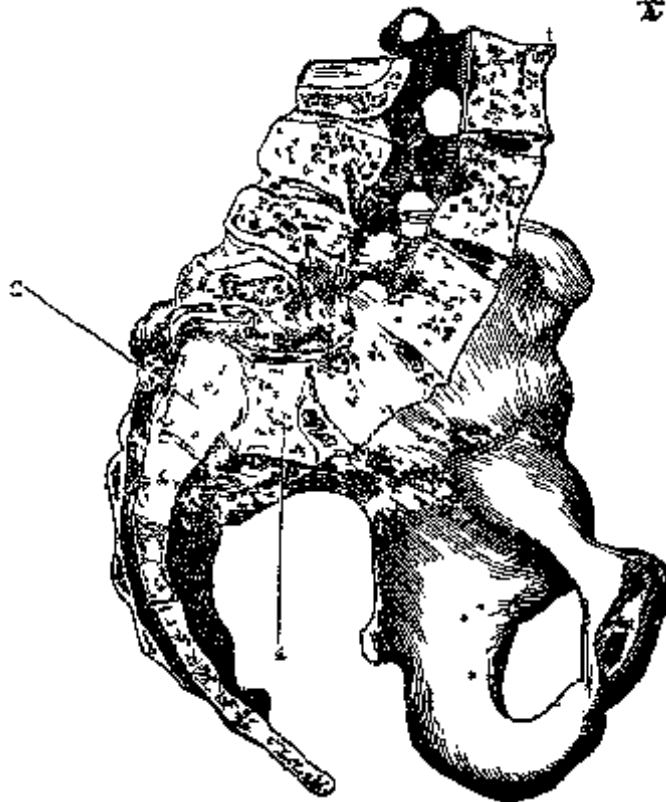
الرزين عن بعضهما  
فالحوض المنتظم

التركيب يبلغ قياسه  
بالكيفية المذكورة ١٩

سنتيمترا فإذا لم يبلغ الا  
(١٦) ونصفا يقال له

حوض ضيق من الامام  
الى الخلف في محاذة

مضيقه العلوي لانه  
متناقص بنحو سنتيمترين



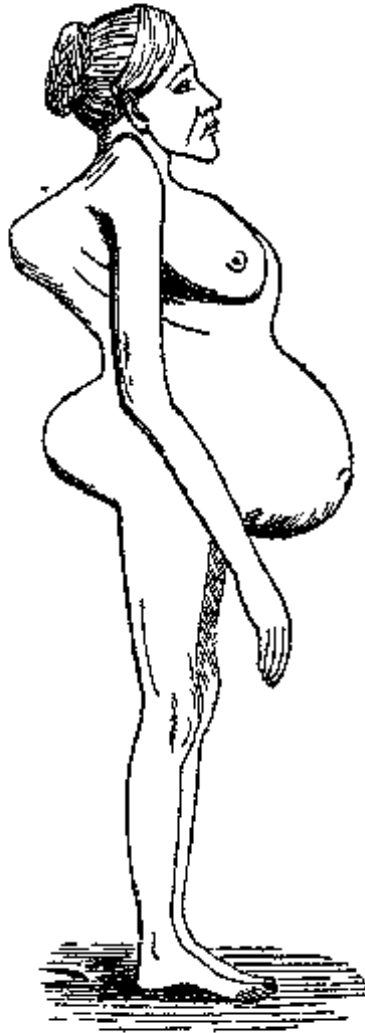
شكل (١١١)

ونصف وإذا كان العرض قياس تباعد العرفين الحرقفين أو تباعد المدورين اللذين يبلغ  
قياس كل منهما في الحالة الطبيعية في الحوض الجيد (٢٧) سنتيمترا تضجع المرأة على ظهرها  
ثم يضع المولد رزي البرجل على النقط المقابلة المراد معرفة تباعدها ويقابل بعد ذلك لأرقام  
المتحصلة من هذا التباعد بالأرقام الطبيعية للحوض . ولأجل استعمال آلة المعلم (استين)

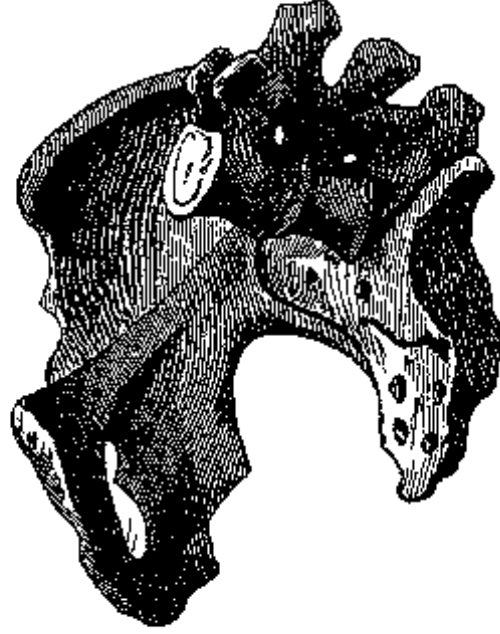
انظر شكل ١٢١ في صحيفة ١٧٣

شكل

شكل (١١٨) في القياس من الباطن توضع المرأة على حافة سريرها كما توضع لاجل وضع  
المنظار ثم يدخل الطبيب سبابة يده اليسرى في المهبل الى أن يصل طرفه الزاوية العجزية



شكل (١١٣)



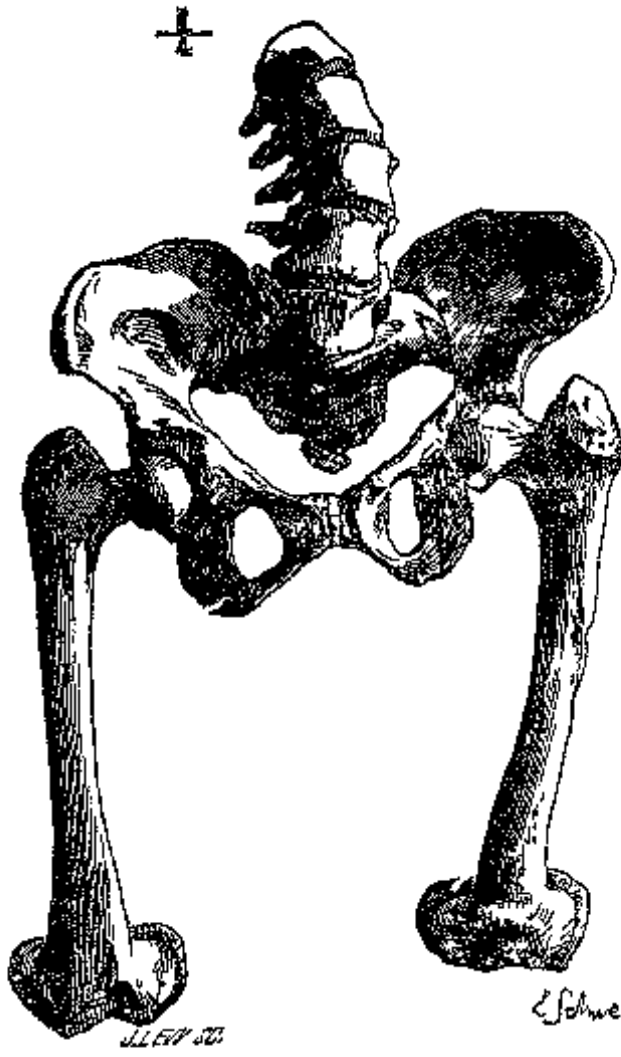
شكل (١١٢)

الفقرية  
ثم يراق  
عالمها  
باليد  
اليسرى  
طرف  
ساق  
الآلة  
الى أن  
يصل  
الى قمة

هذه الزاوية وبعد ذلك يوجه جسم الساق نحو  
الارتفاع العائى بقدر الامكان ثم يوقف جراى الآلة  
في محاذة هذا الارتفاع ثم ينظر عدد الارقام من  
الستيمترات للجزء الداخلى في طرح منها استيمترات ونصفا في  
مقابلة ميل الآلة من أعلى الى أسفل فيحصل حينئذ  
على قياس القطر العجزى العائى بالضغط . واذا أريد  
معرفة مقياس القطر العصعصى العائى يوضع طرف

الآلة على العصعص ويوقف الجراى في محاذ قمة القوس العائى ثم ينظر عدد الارقام من  
الستيمترات للجزء الداخلى فيكون هو مقياس القطر المذكور وهما لا يطرح شي حيث لا يوجد  
ميل في وضع الآلة وأما مقياس الحوض من الباطن بـرجل المعلم (قنوي يقبل) فيكون  
كالقياس بـرجل المعلم استين انما يوجد في بـرجل المعلم قنوي يقبل ساق آخرى تحركه ويهدف  
بالارادة على الساق المهبلية بواسطة جراى وهذا الساق موشح طرفه العلوى برمة طويلة  
منتهية برز يوضع بضغط قابل على نقطة جبل الزهرة المتضادة للطرف العلوى للارتفاع العائى

انظر شكل ١١٨ في صحيفة ١٧٢



وهذه هي النقطة الثانية  
 للرجل لان النقطة الاولى  
 هي قمة الزاوية العجزية  
 الفقرية الموضوع عليها  
 طرف الساق المهبلية ثم يرفع  
 الرجل بقل البرمة وبعد  
 اخراجه ترد البرمة الى محلها  
 الاصلى ثم يقيس المولد  
 المساهمة الكائنة بين قمة  
 الفرع المهبلية وبرمة الفرع  
 الظاهر بالسنتيمتر وي طرح  
 منها سنتيمترا ونصفا قيمة  
 سمك الارتفاق العاني  
 فالباقي يكون طول القطر  
 العجزى العاني بالضغط .  
 وعند عدم وجود آلة المعلم  
 استين أو برجل المعلم  
 (قنوي يقبل) يمكن استعمال

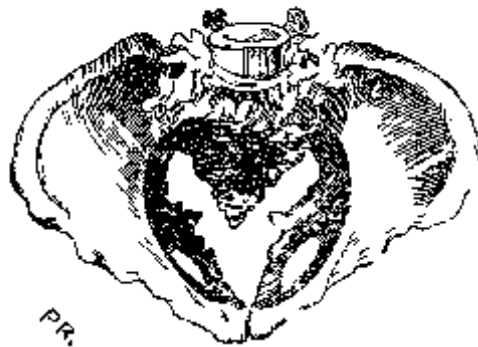
شكل (١١٤)

قساطير النساء لمعرفة مقياس هذه الاقطار فيوضع طرف المجلس المذكور غير المدع على الزاوية  
 العجزية الفقرية او على المصحص ثم يوضع على الساق ظفر الابهام على هيئة جرائ في النقطة  
 المقابلة لقمة القوس العاني ثم يخرج محفو نظام هذه الكيفية ويوضع على متر لأجل أن يعرف  
 مقدار القطر المقدم الخلقى لضيق الحوض بالسنتيمترات المرقومة على المتر ويلزم دائما طرح  
 سنتيمتر ونصف من الارقام المذكورة في مقابلة ميل الآلة كما سبق . ومن السهل أيضا  
 استعمال السبابة في هذا القياس لانها أسهل من جميع آلات الاقيسة الحوضية الباطنية  
 ولا ضرر في عدم وصول هذا الاصبع الى الزاوية العجزية القريبة لانه متى كان طوله  
 اعتياديا ولم تصل أغلته الى أعلى العجز علم أن القطر العجزى العاني لا ينقص عن ثمانية  
 سنتيمتر ونصف وادن تنهى الولادة بطريقة جيدة بالطبيعة أو بالجفت . ولاستعمال

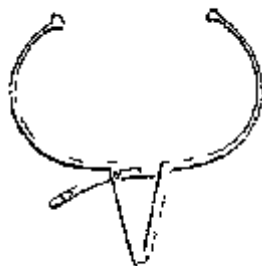
الاصبع



شكل (١١٥)



شكل (١١٦)

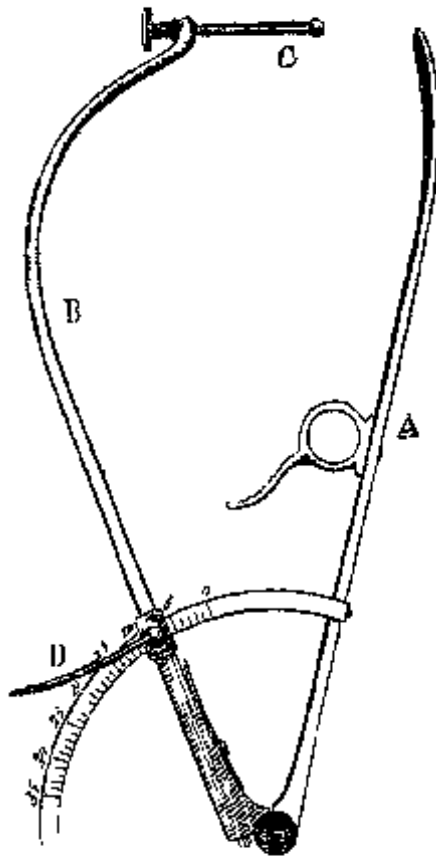


شكل (١١٧)

الاصبع في مفاص الاقطار الحوضية الباطنة  
يضع المولد سبابة اليد اليمنى في المهبل  
ويوجهها الى اعلى والخلف نحو الزاوية  
المجزية التي تعرف بسهولة بواسطة البروز  
التي تكون منها وبالانخفاض المستعرض  
الناسي من المفصل العجزي القطني الموجود  
اعلاها فتصير طرف السبابة موضوعا  
جيدا على الجزء المقدم من قاعدة العجز يرفع  
معصم اليد الى أن تعاق الحافة الكعبرية  
للإصبع بالجزء السفلي من ارتفاع العانة  
فيضع حينئذ طرف سبابة اليد اليسرى على  
سبابة اليد اليمنى الموجودة أسفل الارتفاق  
العاني كما هو مشاره بشكل (١٢٢) ويضغط  
بظفره ليحدث فيه علامة (حزأ) مع  
الاحتراس بإبعاد الشفرين العظيمين  
والصغيرين الى اعلى ثم بعد ذلك يسحب  
المولد الاصبع الاول ويضعه على المتر  
ليعرف مقدار الارقام التي يسير  
طول المسافة التي تفصل الزاوية العجزية  
من قمة القوس العاني بعد طرح سنتيمتر  
ونصف لان الخط بسبب ميله يكون طويلا  
عن القطر العجزي العاني الذي يمتد الى اعلى

الارتفاق لا الى أسفله فاد اوجد مانع لا يطرح شيء وقد يطرح  
زيادة عن سنتيمتر ونصف اذا كان الارتفاق العاني عموديا ولاجل  
قياس القطر العصبي العاني بالاصبع توضع أعملة سبابة اليد  
اليسرى على قمة العصص ثم يرفع المعصم الى أن تعاق الحافة  
الكعبرية لهذا الاصبع بالجزء السفلي من ارتفاع العانة ثم

انظر شكل ١٢٢ في صحيفة ١٧٣



شكل (١١٩)



شكل (١١٨) قياس مضبوط فاذا أريد معرفة

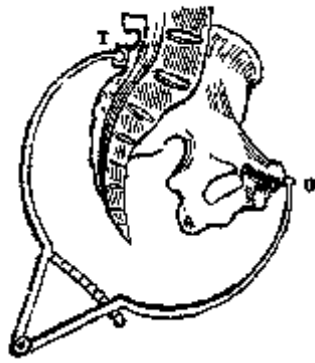
تعلم هذه النقطة بطرف سبابة  
اليسد اليمنى كما هو مشاره بشكل  
(١٢٣) ثم يخرج أصبع اليسد  
اليسرى ويوضع على متر يعرف  
أرقام امتداد القطر المقدم الخلفي  
للمضيق السفلي بغاية الضبط ولا  
يطرح ههنا من الرقم المتحصل  
لأنه لا يوجد ميل في اتجاه الأصبع  
لكن في كثير من الأحوال يلجأ  
إلى استعمال آلة المعلم (استين)  
أو المعلم (فتو يقبل) المذكورين  
لقياس الأقطار المستعرضة أو  
المخترفة للمضيق العلوي إذ  
بدونهما لا يصل المولد إلى معرفة

القطر المستعرض مثلاً بواسطة ما يوضع ملوق الفرع المهبلي بعد ادخاله في المهبل على الحافة  
اليمنى للمضيق العلوي ثم يوصل زر البرمة الفرع الآخر الخارجى بالمدور العظيم للجهة الأخرى  
أعنى المدور اليسرى ثم تقرأ أرقام المتحصل وتكتب ثم بعد ذلك ينقل الملوق المهبلي ويوضع  
على الحافة اليسرى للمضيق المذكور مع زر البرمة على مدور الجهة نفسها ثم ينظر مقدار  
الأرقام وتطرح أرقام القياس الأخير من الأول فالباقي هو طول القطر المستعرض للمضيق  
العلوي. ولاجل قياس الأقطار المخترفة تستعمل هذه العملية نفسها إنما يوضع زر البرمة على  
الارتفاع الحرقى العائى والملوق المهبلي على الجزء المقدم من الارتفاع المخرى للجهة الأخرى  
وتؤخذ الأرقام ثم يوضع الملوق المهبلي على نقطة المضيق العلوي المقابلة للارتفاع الحرقى  
العائى الموضوع عليه زر البرمة من الخارج وتؤخذ أرقام قياسه ثم تطرح أرقام القياس  
الأخير من أرقام القياس الأول ومابقى فهو اتساع القطر المخترف. والسبابة كافية لقياس

انظر شكل ١٢٣ فى صحيفة ١٧٣

أقطار





شكل (١٢١)



شكل (١٢٢)



شكل (١٢٣)



شكل (١٢٠)

أقطار المضيق السفلى  
بل تفضل فيه عن  
الآلات السابقة  
لسهولة العمل . وعلى  
كل لا يلزم الاقتصار  
على قياس الحوض  
من الظاهر بل يلزم  
أخذ قياس الأقطار  
المنحرفة اليمنى  
واليسرى للحوض  
الكبير بأحدى الآلات  
المتقدمة ثم مقابلتها  
ببعضها . ويمكن  
التحقق من عيب  
تركيب الحوض

بوضع المرأة واقفة وظهورها متركز بطول حاجز  
ثابت ثم يسلك خيطان ينهى كل منهما ما ينقل من

الرصاص ويوضع الطرف السائب لاحد الخيطين على النقطة الشوكية العجزية للفقرة الاولى  
والاخر على الحافة السفلى للارتفاق العاني بحيث يكون وضعهما وتثبيتهما بواسطة مساعد  
يقف بجانب المرأة ويقف المولداً أمامها بعيداً عنها بقليل وينظر هـذين الخيطين هل هما  
موجودان متوازيين احدهما امام الاخر على السطح المقدم الخلفي اولافان لم يكونا كذلك  
علم ان هذا الحوض منحرف بيضاوي ومن درجة المنحرف ان الخيط المهدم يمكن أن يحكم  
بالضبط على امتداد عيب التركيب لان هذا الخيط يذهب دائماً نحو الجهة المقابلة للارتفاق  
العجزية الحرقفي المنتصق . وفي الاحوال الزائدة في الانحراف يكون الخيط المقدم موازياً  
للسطح العمودي للارتفاق العجزية الحرقفي غير المنتصق . ثم ان المعلم (تارنير) ذكر  
طريقة لقياس أقطار المضيق السفلى أسسها على ان القطر المنحرف له يزيد عن القطر

الوركي المزروع لهذا المضييق بخمسة ملائترات وهي أن يضغط الطيب بلها في يديه الاجزاء الرخوة للحدبتين الوركيتين من الخلف حالما تكون المرأة مستلقية على ظهرها من ثنية الفخذين ويكون الضغط بقوت حتى يصل الى العظم فيضغط على الجلد بظفره في محاذة العظم المذكور فتظهر علامة في الجلد ثم توضع مسطرة بين هاتين العلامتين لمعرفة المسافة الموجودة بينهما ثم ينظر من أرقامها ١١ ملائترات في مقابلة الأنسجة الرخوة الموجودة فوق العظام والباقي هو القطر المستعرض أو الوركي المزروع جفاد الاضيف اليه خمسة ملائترات كان الناتج هو طول القطر المنحرف للمضييق السفلي . وهناك طريقة أخرى لعمل القياس المقابل لجهتي الحوض وهي أن يقاس من الشوكة الفقرية العظمية الخامسة الى الشوكة الحرقفية العليا الخلفية ويحفظ ما وجد ثم يقاس من هذه الشوكة الفقرية العظمية أيضا الى الشوكة الحرقفية العليا المقدمة ويحفظ ما تحصل ثم يقابل المثلثان ببعضهما وكذا يفعل في الجهة الثانية ثم يقاس من الشوكة الحرقفية العليا الاحدى الجهتين الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة الاخرى ثم من الحدبة الوركية لاحدى الجهتين الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة الاخرى ثم تفعل هذه القياسات أيضا في الجهة الاخرى من الحوض ثم تقابل قياسات الجهتين ببعضهما وبذلك يعرف ان كانت جهتنا الحوض متوازيتين أو لا

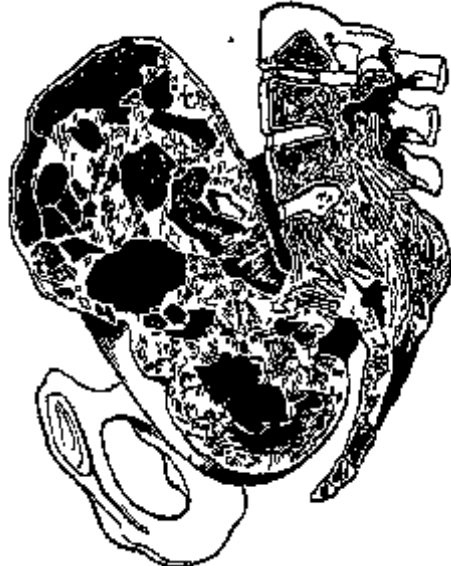
(في انذار الضيق الحوضي) - متى وجد ضيق عظيم في حوض الحامل كان خطر اعلمها وعلى الجنين اذا تمت مدة الحمل ومع ذلك يختلف الانذار بحسب مجلس الضيق ودرجته فاذا كان مجلس الضيق العالوي وكان شاغلا للقطر العجزي العاني كان كثيرا للخطر والتفرطح الحوضية المنحرفة والمستعرضة قليلة الخطر اذا كانت بسيطة . وأما ضيق المضييق السفلي فلا أهمية له لانه لا يعوق جزء الجنين الا في قيسه ولا يعوق أعمال الطيب اذا التجأ للعمل بخلاف ما اذا كان جزء الجنين الا في واقفا في المضييق العالوي فيكون التوسط صعبا لانه يحصل لدى المرأة تعب لطول القناة التناسلية وانحنائها أثناء ادخال الآلة فيها . وأما الانذار بالنسبة لدرجة الضيق فيكون خطرا على الجنين وأمه كلما كان الضيق عظيما لانه يتعدى الخروج الذاتي للجنين حينئذ

(واجبات الطيب لدى ضيق الحوض) - قد تحصل الولادة الذاتية اذا كان القطر الضيق للحوض لا ينقص عن تسعة سنتيمترات ونصف وكان المحي وبالقمة وأما اذا كان المحي

لقدمين

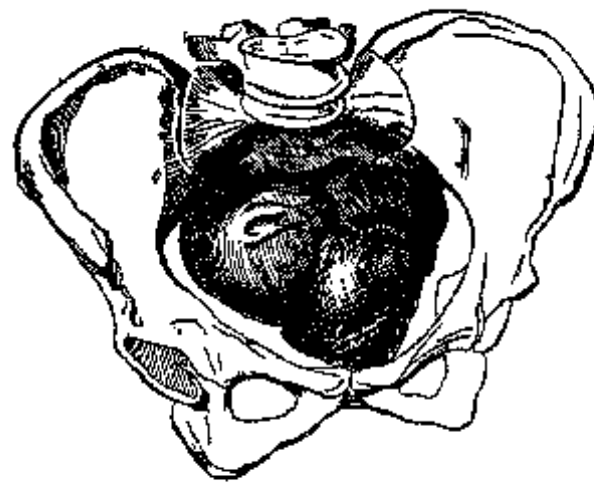
بالقدمين فيكون خطراً على الجنين لضغط الحبل السرى وانسساط الرأس لان حصول كل من هاتين الحالتين لا بد منه تقريباً . فاذا وقفت الرأس في المضيق العلوى وجب على المولدان ينتظر نهما عن عدد عنق الرحم نحو خمس ساعات أو ست ما دامت الانقباضات الرجية وصحة المرأة والجنين جيدة قبل الاقدام على اخراجه بالجفت وفيما بعد ذلك يسادر بالخراج بالجفت متى سمعت بذلك فتحة عنق الرحم وكذلك يسادر باخراجه بالجفت اذا كان المهيء بالوجه وكانت الذقن الى الامام أما اذا كانت الى الخلف فيجتمداً ولا في ثنى الرأس أو في تحويل المهيء بالوجه الى المهيء بالقمة فاذا لم يثمر أخرج بالجفت . وأما اذا كان طول المضيق السفلى نحو تسعة سنتيمترات ونصف وعاق الرأس فلا ينبغي الانتظاراً أكثر من ساعة فاذا لم تمر الرأس أخرجت بالجفت اذ مكثها في التجوييف زماناً طويلاً ينشأ عنه غنغرة بنا الشفة المقدومة للعنق أو اقعاع المثانة بسبب ضغط الرأس عليها . ومتى كان قطر الحوض لا يزيد عن ثمانية سنتيمترات فلا يمكن حصول الولادة الذاتية ما لم تكن رأس الجنين صغيرة جداً والانبساطات الرجية قوية مستمرة وفي هذه الحالة لا يجب على الطبيب الانتظاراً أكثر من ساعتين اذا كانت الرأس في المضيق العلوى بل يجب اخراجه بالجفت متى سمعت فتحة عنق الرحم بذلك . واذا كانت الرأس أسفل التجوييف الحوضي لا ينتظر أكثر من ساعة فان لم يخرج الجنين اخرج بالجفت . وقد لا ينجم المولد في أول وضع للجفت اذا كانت الرأس واقفة في المضيق العلوى فيضطر لوضع ثان بل وثالث لكن يلزم أن يتخلل بين كل وضعين نحو ساعتين لراحة المرأة فاذا لم يقد الوضع الثالث أسرع في ثقب الجمجمة ثم يخرج بالجفت وان لم تمر الرأس فنتت ثم اخرجت بالجفت والافضل متى كان الجنين حياً ان يسادر لاخراجه بالشق البطني . وفي حالة ما اذا كان قطر الحوض أقل من ثمانية سنتيمترات وأكبر من ستة ونصف يلزم المولدان يسرع بثقب الجمجمة وتفتيتها ثم اخراجهما بالجفت والافضل الاخراج بالشق البطني اذا كان الجنين حياً أيضاً . واذا كان القطر أقل من ستة سنتيمترات ونصف وكان الجنين ميتاً فلا وسيلة هنا الاثقب الجمجمة وتفتيتها ثم اخراجهما بالجفت واذا كان الجنين حياً أخرج بالشق البطني . فاذا كان الحوض الضيق منحرفاً أيضاً او يافئ يلزم قبل العمل البحث في الحوض عن الجهة المتجهة اليها المؤخر فان كان متجهاً للجهة المنسعة من الحوض أمكن ترك الطلق الى الطبيعة وأما اذا كان المؤخر متجهاً نحو الجهة الضيقة من الحوض فنلزم المبادرة في عمل التحويل القدي الذي به يجذب الجزء الاكثر غلظاً من الرأس ويوجهه الى النصف الكثير الاتساع من

المضيق العلوي ومن التجويف فينشأ عن ذلك سهولة الولادة ولكن قد لا ينجم هذا العمل  
فالأحسن اخراج الجنين بالشق البطني من أول الامر، وإذا كان ضيق الحوض ناجعاً عن  
لين العظام ولم يزل هذا اللين موجوداً يتهشم في خلاص المرأة خلاصاً جيداً بواسطة انقباضات



شكل (١٢٤)

وحدها أو المساعدة باليد فقط لانه الرحم  
شوهدت أحواض قطرها نحو خمسة سنتيمترات  
ويسبب لين العظام سمحت بالولادة الذاتية  
، ومتى كان الضيق في المضيق العلوي وحده  
كان ابتداء الطلق سريعاً وانتهاهؤه بطيئاً وقد  
توجد أورام عظيمة في السحاق العظمى أو  
في نفس النسيج العظمى وبارزة في الوجهه  
الباطن للحوض كما هو مشاره بشكل (١٢٤)  
وشكل (١٢٥) فتعوق مرور الجنين وفي الحالة  
المعائلة لهذه ينبغي المبادرة لاجراج الجنين



شكل (١٢٥)

بالشق البطني متى كان حياً  
( القسم الثاني من الولادة المعيبة  
حسدون عوارض تجعل الام أو  
الجنين في خطر ) - من الولادة  
المعيبة سرعة سقوط الجنين أو  
زيادة قوة الانقباض الرحمي أو  
الورم السموي الفرج أو الانقسام  
المعيب للشيمة والتزيف الناجم  
عن الانفصال المبجل لها أو سقوط

الحبل السموي أو تمزق العجان أو الاكلبسيا ، فالاول أي سرعة سقوط الجنين يتجم عن  
الاتساع غير العادي للحوض فيتمزق عنق الرحم أو المهبل أو العجان أو يحصل سقوط كلي  
للرحم نشأ عنه جذبات مهينة لالتهابات بريتونية وخراجات تابعة وقد ينجم أيضاً عن  
السقوط المذكور الانفصال المبجل للشيمة ثم التزيف واذن يكون كل من المرأة والجنين

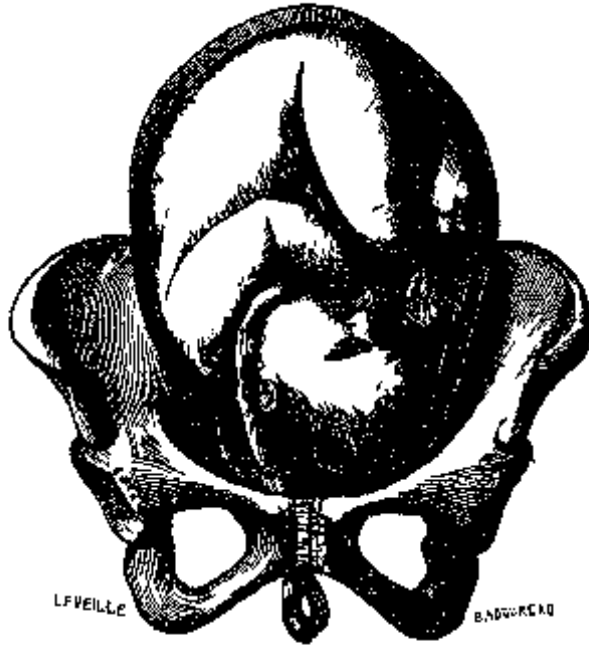
معرضاً

مع عرض الخطر فإذا أدرك المولود أثناء الطاق الساع الحوض أمر المرأة بالاستلقاء على ظهرها أو جنبها في الحال وبعدم فعله بأدنى مجهود فإذا وصل الرحم إلى أرضية العجان لزم تثبيته هناك إلى أن يتم تدعيمه ثم ينزل ليخرج منه الجنين وفي أثناء خروجه تلزم المحافظة على العجان من التمزق ما أمكن \* والثاني أي زيادة قوة الانقباض الرحمي ينجم عنه سرعة خروج الجنين فيحصل للمرأة حينئذ عرق عنق الرحم أو المهبل أو العجان أو جسم الرحم أو انغماء أو اضطرابات عصبية ممتدة أو يحصل للجنين الاسفنجية بسبب خروج مياه الامنيوس فجأة أو ضغط الحبل السري أو انقطاع الدورة الرجعية المشيمية مبكرا . وهذا الانقباض يشاهد غالباً عند النساء اللاتي يعترهن مغص رحمي شديد من الحيض وعند ذوات المزاج العصبي القابلات للتهدج فإذا علم المولود قبل الوضع زيادة قوة الانقباضات الرجعية وكانت المرأة ذات امتلاء دموي بادر بفصدها من ذراعيها وأعطائها قليلا من الأفيون في جرعة أو حقنة ومتى ظهرت الآلام المحضرة أمرها بحفظ الوضع الأفقي على سريرها وبعد مساعدهتها الطلق ما أمكن ويحتهد في تأخير عزيق جيب الميئه بقدر الامكان فإذا لم يمكن المرأة الامتناع من الطلق استعمل لها استنشاق الكاودور وفورم مع المحافظة على العجان زمن خروج الجنين من الفرج فإذا رأى المولود أن العجان مشرف على التمزق وجب فعل الشفوق الجنانية الخاضعة للفرج \* والثالث أي الورم الدموي للفرج لا يعوق الولادة متى ظهر زمن مرور الرأس من المضيق السفلي لكنه يكون خطرا على المرأة إذا عظم حتى يبلغ حجم رأس جنين فقد شوهد أنه في كل اثنتين وستين امرأة مصابة بالورم المدكور يموت اثنان وعشرون ولكن خفت وطأة هذا العارض الآن بسبب استعمال المعينات عقب شقه وقبله وصار لا يموت الا نجسة في المائة ويفعل هذا الشقوق في الجزء المنحدر من الورم ويخرج الجنين بالجفت ثم تفعل الزروقات المعقمة الحارة ثم السد بالمهبل بالغاز اليودوفورمي . فإذا حصل التهاب يستعمل مضاداته \* والرابع أي الاندغام المعيب المشيمية يشاهد لدى متكررات الحمل أكثر من بكر ياته وقد يكون هذا الاندغام في الجزء الدائري للرحم مع كون جزء المشيمة المقابل للفحة الباطنية اعنه سائبا وهذا النوع هو الاكثر شاهدة كما في شكل (٢٥) المتقدم . وقد تندغم المشيمة بدائرتها وعركرها على الفحة الباطنية لعنق الرحم فتسدها وهذا النوع نادر جدا . وعلى العموم ينجم عن الاندغام المعيب المشيمية عدم غزو جسم الجنين وإذا يموت قبل تمام مدة الحمل غالبا وكثيرا ما يصحب ذلك اندغام معيب للحبل السري وهشاشة فيه

فيكون عرضة للتمزق والانزفة . وينجم عن الاندغام المعيب المشيمة أيضا تنبيه الرحم فينقبض فيقذف متخصل العلووق ويكون انفصال المشيمة غير منتظم فينشأ عنه نزيف هيمت لاستمراره لان الجزء السفلى للرحم رقيق الجدر ضعيف الانقباضات التي لاقوة لها على إيقاف النزيف . وينجم عن هذا الاندغام أيضا التمزق المبكر لا غشبية الامنيوس قبل المخاض فيهي الأم لحصول التسمم النفاسي خصوصا اذا كان الجنين ميتا وكذا ينجم عنه عدم تكيف الجنين فتحصل الحيات المعيبة كالجمبيء بالكنف أو المقعدة . ويعرف الاندغام المعيب بالتمزق المبكر لا غشبية الامنيوس والنزيف اللذين يحصلان قبل تطواهر الطلق فقد شوهد أن تمزق الأغشية الامنيوسية قبل المخاض حصل (١٤٧) مرة في (١٩٧) مرة من اندغام المشيمة في الجزء السفلى للرحم . والنزيف الناتج عن هذا الاندغام يحصل مدة الحمل أو مدة الولادة أو أثناء انفصال الخلاص فالنزيف الذي يحصل مدة الحمل يشاهد في الشهر الثامن وفي ابتداء التاسع فتفاجأ المرأة ثم يوقف ويعود وهكذا . والذي يحصل مدة الولادة كثيرا ما يكون غزيرا خطرا والذي يحصل مدة انفصال الخلاص يكون أشد خطرا وسما بعضهم بالنزيف الشللي لانه ناتج عن ضعف انقباضات جسم الرحم وعدم وجودها في الجزء السفلي منه كما تقدم وقد يكون هذا النزيف ناجما عن التصاق المشيمة التصاقا اذا عن المعتاد فيمنع تمام انفصال جزئها السفلي فلا يرجع الرحم لحالته الاصلية لضعفه . ويمكن معرفة الاندغام المعيب للمشيمة بالجلس المهبلي قبل ظهور علاماته في الاصبع يدرك الطبيب نبضات منتظمة في الجزء العلوي المهبلي تسمى النبض المهبلي فاذا ضغط باليد الاخرى على جدر البطن وخفض بها الرحم خصوصا في الاشهر الاخيرة للعمل أدركه بواسطة الاصبع أن جزء الرحم السفلي أكثر سماكة عن المعتاد . وحصول الانزفة الرجية وتكرارها بدون أن تسبق بتطواهر الطلق من العلامات المهمة الدالة على الاندغام المعيب للمشيمة خصوصا عند عدم وجود دوالي أو سرطان رجيين . ويتميز نزيف الاندغام المعيب للمشيمة عن نزيف الحمل الرخو (الكاذب) النادر الحاصل بكون دمه أقل احمرارا وأكثرا من مصلا ويخرج معه غالبا حويصلات مع الاغشية المريضة واذا بعثت الرحم وجد درخوا غدير محتوي على أجزاء صلبة مشبهة للجنين . وأما في حالة النزيف الناتج عن الاندغام المعيب فتدرك المشيمة بالاصبع في عنق الرحم ويكون الرحم شاملا للجنين حقيق . وقد تذف المشيمة قبل الجنين وتم الولادة بالقوى الطبيعية الا أنها تساعد في أغلب الاحوال بواسطة الطبيب خصوصا في الوضع

في الوضع المعيب للمجىء وفي بطنه الطلق أو النزيف الغزير . وقد تخرج المشيمة بنفسها مع صوبة بتزيف غزير ينجم عنه أنيميا تصير المرأة في خطر . وقد يحصل للمرأة التعفن النفاسي بسبب عدم جودة التعقيم للرحم أو المهبل وتعلق الخاط الدموية في الرحم . وعلى الطبيب في حالة الاندغام المعيب للمشيمة أن يأمر المرأة بالراحة التامة فإذا حصل تمزق مبكر للاغشية وكان الجنين حيا والفتحة الرجبية تامة التمدد لزم اخراجه ثم فعل الزروقات المعقمة للمهبل أو الفرج ثم توضع كرهة من الغاز اليودوفوروي في الفوهة الفرجية . وإذا حصل تزيف بدون تمزق في الاغشية وكان هذا أول تزيف تؤمر المرأة أيضا بالراحة التامة على ظهرها ثم تعقمة المفعدة ثم تفعل زروقات مهبلية معقمة حرارتها نجسة وأربعون درجة وذلك كاف لوقوف النزيف وتجنب السد المهبلي لان مواد متخفي النزيف بسبب تسربها الدم أما إذا كان النزيف غزيرا وشاهد الطبيب بهاته وجه المرأة وضعف النبض فيلزمه في الحال فعل الزروقات المهبلية المذكورة فإذا لم تكف لزم تمزيق الاغشية تمزيقا متسعا باصبع أو أصبعين ثم تعاد الزروقات وينتظر فإذا حصل الطلق فيها وان لم يحصل ووقف النزيف فلا بأس من الانتظار برهة أيضا لانه اذا كان المجىء بالقوة ربما توافق مع الفوهة الرجبية المتمددة فتسدها فيقف النزيف . أما اذا صارت المرأة أنيميا وية جدا وكان المجىء وبالوجه أو المقعدة وخصوصا بالخذع فيلزم خلاصها بسرعة اذ ليس لكل من هذه المجهثات شكل مستدير منتظم به تسد فتحة الرحم المتمددة سدا محكما حتى يقف النزيف ولاجل سرعة خلاصها توضع فرزجة المعلم ( ناربيير ) لانها تسد الرحم وتخرض الطلق . وأما اذا حصل النزيف مدة الطلق فيجهد في تحسب بن المجىء اذا كان معيبا وسمح بذلك الوقت والامرقت الاغشية تمزقا متسعا كما تقدم ثم ينتظر القذف الطبيعي اذا لم يكن هناك داع لسرعة اخراج الجنين . والاسراع في اخراجه يكون إما بالتحويل الداخلي الذي لا يستغرق عمله أكثر من خمس دقائق أو بالجفت الذي يستغرق وضعه في المضيق العلوي ربع ساعة وكلاهما لا يفعل الا بعد تمام تمدد عنق الرحم عددا اذا تيسر أو صناعيا اذا لزم ذلك . وأما اذا حصل النزيف مدة انفصال الخلاص فيلزم الاسراع بادخال اليد في الرحم وتتميم انفصال الخلاص بها واخراجها ثم يغسل باطن الرحم بالماء المعقم يغليه نحو نصف ساعة وحده أو مضافا اليه جزء من ملح الطعام وبعد ذلك تعقم أعضاء المرأة جيدا بالسوائل الدوائية المعقمة ثم تسد الفوهة الفرجية بجزء من الغاز اليودوفوروي الخامس أي سقوط الحبل السري عبارة عن خروج عروقه من الحبل قبل

الجزء الآتي به الجنين وهو أكثر حصولاً من سقوط الأطراف لأنه يحصل مرة في ست  
وتحسين ولادة . والأسباب المهمة لحصوله هي غزارة الماء الامنيوسي واتساع الحوض مع  
صغر الجنين أو ضيق الحوض بحيث لا يمكن انحسار الجنين أو طول الحمل السري زيادة عن  
المعتاد أو الاندغام المعيب له أو لاندغام المعيب للشجة أو الحنجرة المقعدة عند ما يكون الحمل  
بين ساقى الجنين أو الحنجرة المنحرفة القمى أو الحنجرة أو بالحنج . ثم ان هذا السقوط  
يعرف قبل تفرق الاغشية وبعده فيعرف قبل التفرق بالجس المهبل فيدرك الطيب بالاصبع  
ان شكل جيب المياه منبأرى وداخله جسم مستدير سايج متحرك رخوذ ونبضات أكثر  
عدد من نبضات الام اذا كان الجنين حياً الكتم اقد تلبس بالنبضات المهمة الباجسة عن  
الاندغام المعيب للشجة فيلزم التنبه لذلك ويعرف سقوط الحمل بعد التفرق بالاصبع أيضاً اذا



شكل (١٢٦)

لم يخرج من المهبل أو بالنظر اذا  
خرج منه كما في شكل (١٢٦) وفي  
حالة عدم خروج وجه يدرك الاصبع  
حبالاً منتفخاً ذات نبضات اذا كان  
الجنين حياً أو رخواً عند تبص  
اذا كان ميتاً وقد يكون الجنين ميتاً  
مع وجود نبض الحمل رجوع الدم  
اليه بسبب الانقباضات الرجعية  
فتحقق المولد سقوط الحمل لزمه  
البحث عما اذا كان معه أطراف  
ساقطة أو أجزاء أخرى كالامعاء  
الدقاق مثلاً أو لانه قد شوهد بروز

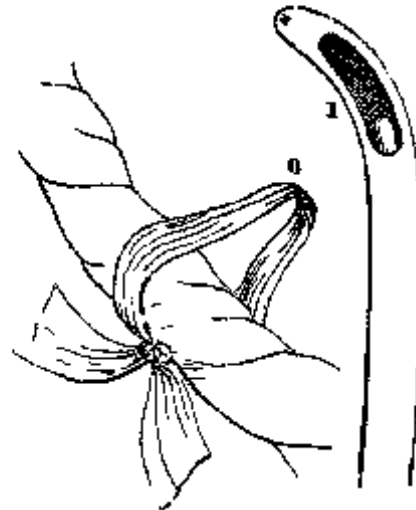
الامعاء في المهبل عقب تفرق رجلي حصل أثناء الولادة . ثم ان سقوط الحمل خطر على الجنين  
كثيرا لانه اذا انضغط الحمل يموت جنينان من ثلاثة أو أربعة ويكون هذا الضغط محتملاً اذا  
كان الحمل في الجهة المقسمة أو الخلفية للجنين أما اذا كان في الجهة الجانبية وكان موازياً  
للذرة عاق الحرقى العجزى اليسارى فقد لا ينضغط . ويجب على الطيب في حالة سقوط  
الحمل أن يأمر المرأة بالاستلقاء على ظهرها مرتفعة المقعدة مع الراحة التامة اذا كان تمدد

عنى



عنق الرحم غير تام وجيب المياه غير مترق لتجنب عرقه مبكرا والانتظار الى أن يتم تمدد فتحة عنق الرحم حتى تم التمدد ووضع المرأة على السرير بالعرض وعرق الاغشية ورد الحبل الى أعلى المضيق العلوى وحفظه هناك الى أن يحصل انخسار الجزء الآتى من الجنين لكن اذا كان عجي الجنين بالكتف لازم به دورد الحبل وعمل التحويل في الحال واذا كان المجيء باقمة او بالوجه لازم البحث عن نبض شرايين الحبل السرى وعمل التسمع الحثلي الا لمعرفة حياة الجنين من عدمه فاذا كان ميتا تركت الولادة وشأنها وان كان حيا والفتحة الرجعية تامة التمدد وسمح الوقت بعمل التحويل فعل في الحال لانه اذن هو المفضل فاذا مضى زمن التحويل أخرج الجنين بالجفت مع الاحتراس من أخذ الحبل في احدى ملاحظته . وأيضاً اذا حصل التمرق الذاتي في جيب المياه وكان تمدد عنق الرحم غير تام يجتهد الطبيب في رد الحبل الساقط

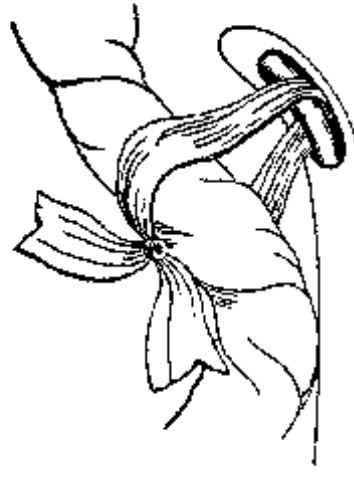
داخِل الرحم وحفظه أعلى المضيق العلوى حتى يتم التمدد فتخرج رأس الجنين بنفسها أو يخرجها الطبيب بالجفت أو يخرج نفس الجنين بالتحويل . وبالجملة متى كانت الرأس أعلى المضيق العلوى وكانت متحركة فلا بد من رد الحبل السرى بواسطة مجس شكل (١٢٧) وهو مجس يوجد في طرفه من جانب فتحة ويدخل في تجويفه سهم وكيفية العمل به أن يربط الحبل السرى بعروة متسعة من الخيط بدون ضغط ثم يدفع السهم في تجويف المجس فيخرج طرفه من الفتحة الجانبية له . حينئذ يدفع الطبيب طرف السهم في العروة المعلق فيها الحبل فيصير كما في شكل (١٢٨) ثم يدخل المجس في الرحم ثم بعد ذلك يجذب السهم فيسقط الحبل من المجس في الرحم ويصير كما في شكل (١٢٧)



شكل (١٢٧)



شكل (١٢٩)



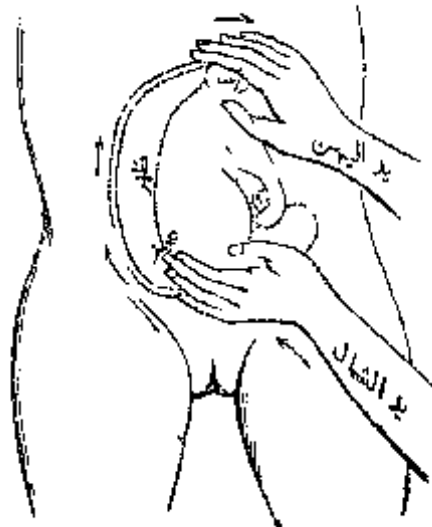
شكل (١٢٨)

المتقدم أو برد الحبل بواسطة مجس (كولن) الذي نوعه المعلم (تارنيير) وهو تركب من قضيب من شنب القيطس ينتهي بكلاب يعلق به قضيب آخر ذي مجس كما هو واضح في شكل (١٢٩) وكيفية العمل به أن يوضع الحبل السري في تجويف الكلاب ثم يعلق الكلاب بالقضيب الآخر بواسطة المجس ثم يدفع القضيب بالحبل داخل الرحم ومتى وصل إلى تجويفه جذب القضيب الغالق للكلاب فيسقط الحبل منه في الرحم وحينئذ يخرج المجس من الرحم بجذبه . ويمكن رد الحبل السري أيضا بواسطة مجس من الصمغ المرن يوجد في طرفه من جانب ثقب يدخل في تجويفه عوضا عن السهم خيط مزدوج تترك عروته خارج الثقب الجانبى لطرف المجس ثم يدخل طرف هذه العروة في عروة الحبل السري الساقط ثم تفتح عروة الخيط ويدخل فيها طرف المجس نفسه ثم يجذب طرفا الخيط الخارجا من الطرف الآخر للمجس فيصير الحبل مثبتا عليه ثم يدخل المجس داخل الرحم وبعد ذلك يدخل الطبيب اصبعه فيه ويرتق عروة الخيط من المجس ويردها إلى ما كانت عليه خالصة واذن يصير الحبل السري سائبا في الرحم ثم يخرج المجس بجذبه . ويمكن رد الحبل بواسطة اليد بأن تدخل أربعة أصابع في المهبل وتضبط بها عروة الحبل كلها وتدخل في الرحم ثم توضع أعلى المضيق العلوى وتحفظ هناك بالأصابع حتى تدخل الرأس في تجويف الحوض فتخرج اليد حينئذ . وعلى العموم لأجل عدم سقوط الحبل ثانيا يلزم وضع المرأة على جنبها أو ركبتيها ومرتقيها مدة تدره وتستمر على هذا الوضع زمانا طويلا بقدر ما يمكن حتى لا يعود الحبل إلى الخارج فإذا خرج بعد ذلك وكانت الرأس لم تنزل متحركة أسرع في عمل التحويل وإخراج الجنين أما إذا عاد الحبل وكانت الرأس منحسرة فترتد الطلق ونفسه مع جس نبض العروة الساقطة دواما حتى وجد فيها ضعف أخرج الجنين بالجفت . وإذا ظن الطبيب صغر حجم الجنين وزيادة اتساع الحوض فيمكنه انتظار الولادة الذاتية بخلاف ما إذا كان حجمه كبيرا والحوض ضيقا فيلزم إخراجه بالجفت بدون انتظار . السادس أى غرق العجان يحصل إما من ولادة المرأة منفردة (أى بلا طبيب معها) أو من تعاطى مقدار من الجويدار قبل الاحتياج إليه أو من التور الشديد للعجان وهذا التمرق تارة لا يصيب إلا الشوكة وتارة يصيب العجان بدون أن يصيب الشرج وأخرى يتمدد فيصيب الشرج الذي يكون أذن مع الفرج قفحة واحدة . ففي الحالة الأولى يكفي علاجه النظافة والتعقيم والراحة مع حفظ الطرفين السفليين منضمين لبعضهما . وفي الحالة الثانية يعقم ثم تفعل غرزة أو غرزتان من الحياطة أو توضع اثنتان أو ثلاث من ضامة الجروح (سرفين)

(سرفين) في الحال عقب حصول التمزق وخروج الخلاص والتعقيم ثم يوضع على الجرح جزء من اليودوفورم والغازاليودوفورمي والقطن المعقم ويربط برباط ثم تؤمر المرأة باستمرارها نائمة على جنبها بدون أن تبعد ساقيها والاحسن ربطها وأن تبول بالقساطير ثم ترفع الخياطة أو ضمادة الجروح من اليوم الثالث الى الرابع . وفي الحالة الثالثة يستعمل لها ما استعمل في الحالة الثانية من التعقيم والخياطة وكيفية النوم والتبول والتصاق الركبتين ببعضهما . فاذا تم نثر هذه الطرق يستعمل بعدا تقطاع السائل النفاسي ترقيع العجان بأن تدعى حوافي الجرح بواسطة مشرط ثم تقرب من بعضها تقريبا محكما بقدر الامكان من القاع الى السطح بواسطة خياطة مزدوجة كالخياطة المرودية لاجل تقرب قاعدة حافتي الجرح ثم تفعل الخياطة ذات الغرز المنفصلة لاجل تقرب الجلد والطبقة الحسوية التي تحته وهذا العمل يكون مؤلما فيلزم قبل اجرائه تخدير المحل بكلورورالبيثيل الكوكايني وعلى كل يلزم أن تكون الابرمخنية ومضبوطة بحامل ويكون الخيط من الفضة وتكون سوائيل الغسيل قليلة التركيز ثم يغير على الجرح كل يوم . وقد يمزق العجان من جزئه المركزي لدى المرأة ذات العجز الكثير الانحراف قليل الانحناء متى وصلت قمة الجنين أسفل التجويف الحوضي على الجزء المتوسط من العجان وكان الفرج متورما والرحم قوي الانقباضات فيكون عروية متسعة يمر منها الجنين بدون أن تصاب الشوكة ودائرة الشرج . ويعالج هذا التمزق بالخياطة أيضا كما تقدم ثم تؤمر المرأة بالكث على جنبها وأبطنها متقاربة الركبتين برباط متجهة قليلا الى أسفل لأجل عدم سيلان السائل النفاسي من الجرح ومتى أرادت التبول بولت بالقساطير كما تقدم أو بارتكازها على ركبتها وهي فيها ثم يغير على الجرح يوميا غازاليودوفورم والمرهم البوريكي بعد غسله بالمعقمات ثم يثبت الغيار بالباط الثاني . ومن الجيد حفظ اطلاق البطن لتجنب مجهودات التبرز . وقد ينجم عن تمزق العجان عوارض وقتية كالنزيف والتعفن النفاسي أو عوارض تابعة كسقوط الرحم أو ميله أو خروج الغائط بدون ارادة المرأة بسبب تمزق العاصرة الشرجية . والسابع أي الاكل بسيا اذا حصلت وقت الطلق كانت خطرة على المرأة والجنين ولا يتعشم بنجاتهم ما اذا تكررت نوبها قبل خروج الجنين . وعلى المولود من الشرب الاهتمام بحفظ لسان المرأة من العض الشديد بأن يضع بين اسنانها قطعة من خشب الفلين أو من السكاوتشوارخوتشبت بخيط بحيث يكون طرفه خارج الفم ثم استنشاق المرأة الكلوروفورم أو يحقن لها تحت الجلد بالمورفين لاجل وقوف النوبة ومتى

وقفت النبوة يعالج الاحتقان المخي اذا وجد بواسطة الفصد العام أو وضع العلق خلف  
الاذنين أو الثلج على الرأس أو اللبخ الخردلية على الساقين ويجب على الطبيب أن يلاحظ مع  
الانتباه الكلي تقدم عدد العنق فان تعدده من (٧) الى (٨) سنتمرات كاف للخروج الجنين  
فتي وجده هذا الاتساع مزق الاغشية في الحال وأخرج الجنين بالجفت أو بالتحويل على  
حسب الحال وإذا كانت حياة المرأة مهددة فلا ينتظر التمديد الذاتي للعتق بل يشقه في جولة نقط  
من دائرة بمشرط طويل ذي زر ثم يدخل اليد بقوة في الرحم ويسرع بإخراج الجنين (وهذا  
ما يسمى بالولادة القهرية) وهنا أيضا يمكن استنشاق الكلوروفورم أثناء العمل وان كان لا يوقف  
النبوة الا كلياسية دائما لأنه يقلل شدة التقلصات العضلية

(القسم الثالث من الاعمال التي تستدعيها الولادة المعيبة) - وهي الاعمال التي يلجئ  
المولود لعمالها النجاة الام أو الجنين أوهما معا كالتحويل ووضع الجفت وثقب الجمجمة وتفتيتها  
وتقطيع الجنين والعملية القيصرية وبترا الرحم والولادة القهرية والاجهاض الصناعي  
(في التحويل) التحويل عملية بها يوجه الطبيب أحد أطراف الجنين الى المضيق العلوي  
ولعمله كقيمتان الاولى التحويل الدماغي الذي غايته توجيه الرأس الى المضيق العلوي حين  
انحرافها الى احدى الحفر الخرقية والثانية التحويل المقعدى أو القدي وغايته ضبط  
قدي الجنين لاجل قلبه واخراجه بقدميه فالاولى لا يمكن فعلها الا قبل تمزق الاغشية لان  
الجنين يكون متحركا بخلاف ما اذا تمزق جيب المياه وسال منه جزء عظيم فانه لا يمكن تعديله  
وضع الجنين مجرد فعل حركات ظاهرة ولذا لا يلزم تجربة التحويل الدماغي الا عند سلامة  
الاعشية وعدم وجود عارض يستدعي توسط عمل



شكل (١٣٠)

نحو

قوى وعدم وجود سماكة زائدة في الجدر البطنية  
وتحقق ان الحبيء بالكتف أو بالقسمه مائله نحو  
الحفرة الخرقية ولعمله ينبغي أن توضع المرأة  
على جنبها الايسر اذا كانت رأس الجنين الى اليمين  
وعلى جنبها الأيمن اذا كانت الى اليسار ثم يدفع  
المولود رأس الجنين باحدى يديه الى مركز المضيق  
العلوي ويدفع بالآخرى مة عدته كما هو مشاره  
بشكل (١٣٠) وفي هذا الشكل ترفع اليد  
الشمال مقعدة الجنين واليد اليمنى تخفض رأسه

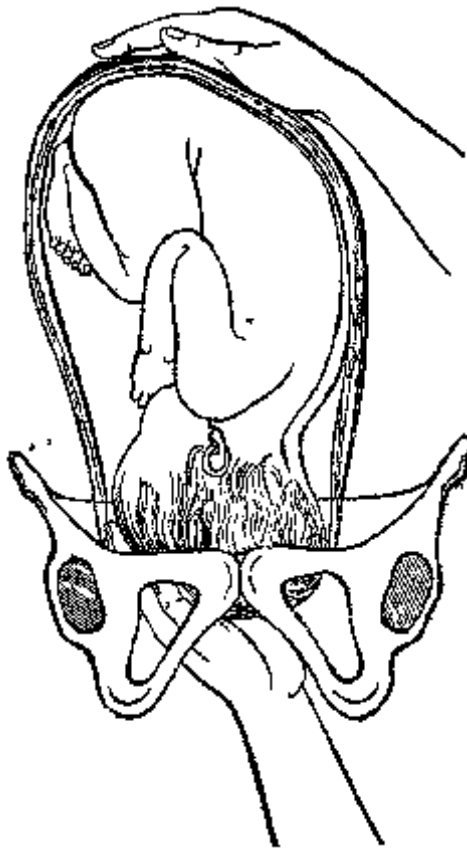
نحو المضيق فتي توصل الى رد الرس ووضعها في وضع جيد يحتمل في حفظها في هذا الوضع باليدين وهو أفضل من وضع الاحزمة المحكمة لحفظها في هذا الوضع الى أن يتدد العنق تمدا كافيا فينشد بمرق جيب المياه بسرعة لتدخل الرأس في المضيق العلوي وتنحرف فيه . ثم ان أفضلية تثبيت الرأس باليدين عن الاحزمة هي عدم افادة الاحزمة وعدم تحمل المرأة لها . واذ تحقق الطبيب بالجلس بعد تمرق الجيب أن الرأس زانغت فانها يادر بعمل التحويل المقعدى اذا كان موجودا في الرحم كمية كافية من المياه . وحيث ان المقصود من التحويل الدماغي نجاة الجنين فلا يفعل الا اذا تحقق من حياته . والطريقة الثانية لعمل التحويل هي التحويل القدي وهو الاكثر استعمالا في أيامنا هذه وهو ينحصر في البحث باليد الداخلة في الرحم عن قدي الجنين ليجذبها أولا وهو الواسطة الوحيدة في اخراج الجنين متى كان مجيشه بالجذع أو طرأت عوارض يخشى منها على الأم والجنين كالنزيف والأكلبيسا لأن خطرهما يزول بانتهاء الولادة وان التحويل القدي لا يستغرق أكثر من خمس دقائق ثم ان التحويل القدي عملية صعبة خطيرة متى فعل بعد تمرق الاغشية بمجملة ساعات وكان الرحم خاليا من المياه ومنقبضا على الجنين بقوة وهذه الحالة كثيرة المشاهدة لان أغلب الميئات المعية للجنين تمكث زمناطو يلا قبل أن تعرف ثم ان الخطر الذي ينجم من التحويل على الجنين هو موته بضغط الحبل السرى أو عقب الانقباض المعجل للمشيمة أو ووقوف الدورة الرجعية المشمية والخطر الذي ينجم عن التحويل للمرأة هو موتها اذا حصل اضطراب عصبي أو آلام شديدة أو التهاب بريتوني تابعي . ويشترط لعمل التحويل المقعدى ثلاثة شروط الاول وجود التناسب بين حجم الجنين وأقطار الحوض بدون تفاوت فاذا وجد تفاوت بينهما سواء كان ذلك التفاوت من جهة الجنين كما في الاستسقاء الدماغي أو من جهة الام كما اذا ضاق حوضها وكان أقل من (٧) سنتيمترات لا يكون التحويل مقيدا لانه لا يمكن اخراج الجنين به ولكنه يفعل التحويل في حالة ضيق الحوض السحي بالمنصرف البيضاوي مني آتت الرأس الى المضيق العلوي وكان المؤخرى متجهها الى الجهة العسبر الضيقة من حوض المرأة وكان عدم التناسب بين الحوض الصغير ورأس الجنين قليلا جدا والا كان خطرا جدا على الجنين والام لان أقل جذب للجنين يحدث انبساط الرأس في المضيق العلوي فيحتاج الى تفتيتها . الشرط الثاني أن تكون قبة الرحم تامة التمدد لانه يلزم ادخال اليد بتماها منها حجم اليد كحجم رأس الاجنة . الشرط الثالث عدم المحصار الرأس في التفتير الحوضي وعدم تجاوزها

لعنق الرحم فإذا سكنت منحصرة قليلا في أعلى الحوض الصغير ولم تتجاوز الفمحة الرجبية وكانت متحركة يمكن ردها إلى المضييق العلوي ولو بصعوبة ثم فعل التحويل لها إذا تجاوزت عنق الرحم ولم تتجاوز المضييق العلوي فلا يمكن عمل التحويل لأنه لا يمكن وصول اليد إليها لدفعها داخل الرحم واذن يلزم استعمال الجفت

(فيما يلزم قبل فعل التحويل) - يلزم قبل الشروع في عمل التحويل اخبار المرأة بأن جنينها ليس آتيا بالجهد المرغوب وأنه يحتاج لتعديل مجيئه ولا يخبرها بجميع ما سييفعله بل يخبرها بأقاربها فقط سرا خوفا من اتهامها به لئلا تطرأت عوارض محزنة فتى رضيت بعمل التحويل احتم المولود بتفريغ المستقيم بحقنة شرجية وتفريغ المثانة بالقسطاير عند الاحتياج ثم يجهز ما يلزم للغسل والتعقيم وما ينعش به الجنين اذا ولد محتنقا كما سخن وماء بارد وروح عسرقى وريشة بزغبها ومنقح خنجرى وخبوط وقطن معقم وتازل اليود وفورم ومهرهم بورىكى ورفائف معقمة وورباط بدن لاجل قطع الحمل السرى وربطه والغيار عليه وفوظ من الكنان الرفيع المعقم المستعمل لاجل العملية ثم يضع المولود بقربه جفت الولادة اذربا احتياج اليه ثم يشمم المرأة الكلوروفورم ثم توضع بالعرض على فراشها وتوضع عدة وسادات تحلق ظهرها بحيث يكون أعلى الجذع مرتفعا قليلا ويرفع العجز أيضا بوضع وسادة أسفلها أو ملاءة مثنية عدة ثبات وتوضع لوح من خشب أو دقير كبيرين المرتبتين في النقطة الموضوعه عليهما المقعدة وتكون أطرافها السفلى مثبتة قليلا ومغطاة بعلاءة وقدماهما تركزين على كرسيين أو على ركبتي المساعدين ومتباعدين بواسطة المساعدين اللذين يكونان واقفين أو جالسين خارج الاطراف أمام بعضهما ويضبط كل منهما باليد التي جهة الرأس الفخذ متباعدان الآخر ويضبط القدم المرتكز على ركبته أو على الكرسي باليد الاخرى ويلزم أن تكون الملاءة المغطى بها الاطراف السفلى واصلة الى الارض أمام ساق كل مساعدا لتخفظه من التلوث ولاجل عدم تلوث المرأة بالسائل يراعى تحت مقعدتها طرف ملاءة ويترك طرفها الآخر على الارض من ثبات عدة ثبات غير منتظمة أو بوضع مشمع تحت مقعدتها يوصل الى الارض ثم بعد ذلك يجرد المولود نفسه من سترته ويشمر عن ساعديه ويتفوط بفضوة العيادة أو نحوها ثم يعقم يديه ويجلس امامها ويضع بقربه فوط الكنان المعقمة المعدة لتنظيف الجنين واف كل ما خرج منه أثناء استخراجها ثم يعقم أعضاء المرأة ويدخل يده في المهبل ويبحث عن الجهة التي فيها ظهر الجنين ليعرف ان كان الجهد بالرأس المتخفة

المعرفة أو بالكشف الأيمن أو الأيسر ويعرف أيضا وضعه لأن ذلك ضروري لجري العمل بحسبه حتى تحقق بعد الجس المهبل أن وضع الجنين لم يتغير عما كان عليه أو لا يخرج أصبعه ويدهن ظهره إلى المعصم بالقزازين البوريكي ثم يجري التحويل . فإذا كان الجنين أتيا بالرأس سواء كان بالعمه أو بالوجه وعرفت جهة الخوض التي فيها المؤخرى فان كان المؤخرى جهة اليسار استعمل اليد اليسرى وان كان جهة اليمين استعمل اليد اليمنى وفي كلتا الحالتين يكون الوجه الراحي لليد مقابلا للسطح المقدم للجنين وإذا كان الجهي بالكشف يمكن استعمال اليد اليمنى في بعض أوضاع الكف الأيسر واليد اليسرى في بعض أوضاع الكف الأيمن .

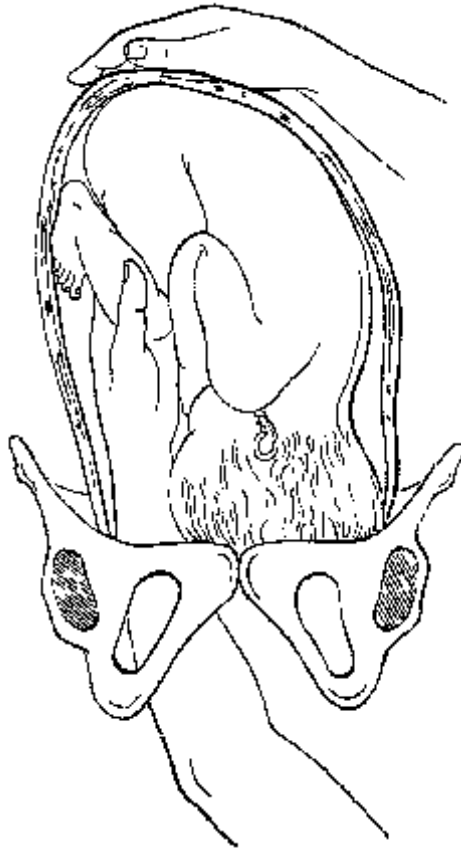
في قواعد التحويل (١٣١) - يوجد التحويل ثلاثة أزمنة متميزة وهي زمن ادخال اليد وقلب الجنين واستخراجه والكل زمن من هذمه اللازمة فواعده يلزم اتباعها ففي الزمن الاول يلزم أن تكون اليد مدهونة ومجموعة الاصابع ومدودتها على هيئة شكل مخروطي ثم توجه نحو الفرج وتدخل فيه ثم في المهبل ثم في عنق الرحم أثناء عدم انقباضات الرحم ويكون دخولها بضغط مصحوب بحركا صغيرة رحوية فإذا كانت المرأة بكريه الولادة وكان دخولها يصعبه للحصول الانقباض التنسجي العضلة العاصرة الفرجية وحينئذ يلزم الثاني في دفع اليد حتى يزول هذا الانقباض وقبل ادخالها زيادة على ما هي عليه يبادر بوضع اليد الأخرى



شكل (١٣١)

على قاع الرحم كما هو مشاره بشكل (١٣١) فيضغط عليه ويخفضه ما أمكن لتقريب قدمي الجنين من اليد الأخرى الداخلة في الرحم . ووضع يد المولدة على قاع الرحم لا يكون في الزمن الاول للعملية فقط بل يلزم أن يكون أيضا في الزمن الثاني خوفا من تمزق المهبل . فتي وصلت اليد للفخة الرجية في الوضع المطلوب تضم الاصابع التي هي على الشكل المخروطي انضماما قويا بقدر الامكان لتمتر في تجويف الرحم بسهولة ومتى وصلت إلى قاع الرحم وحصل انقباض فالأحسن سكونها من فرجة الاصابع حتى يزول الانقباض فتي زال بحث عن القدمين أو الركبتين لكن اذا كان هنالك تزيف أو تشنجات كلبسية خطيرة

على الام والجنين فلا ينتظر زوال الانقباضات الرجعية بل يبحث مع وجودها . وفي أثناء مرور اليد الطيب في العنق يلزم أن يضبط بها جزء الجنين الآتي ويدفعه أعلى المضيق العلوي قليلاً ثم إلى إحدى الحفر الخرقية وحينئذ يدفع اليد وحدها نحو قاع الرحم فيصير جزء الجنين محصوراً بإسعاد اليد . متى وصلت اليد إلى قاع الرحم ينبغي تدوير الاصابع بلطف والبحث عن القدمين أو الركبتين فإذا لم يخطئ المولود في بحثه لا بد أن تصادف أصابعه القدمين أو قدما واحداً أو ركبتيه أو الركبتين كما هو مشاره بشكل (١٣٢) وإذا وجد المولود في المهبل ذراعاً ساقاً



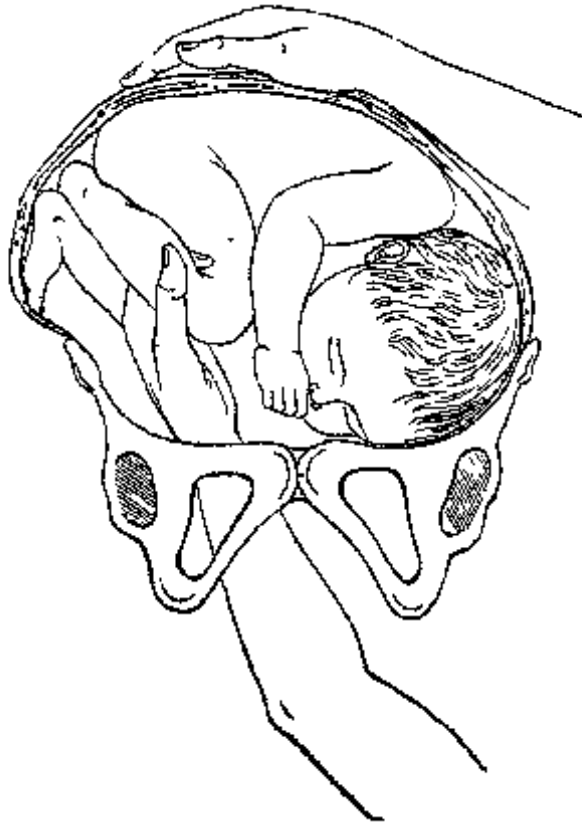
شكل (١٣٢)

لا يتأخر أيضاً عن ادخال يده لعمل التحويل وحينئذ يلزم مرورها على السطح المقدم للعجز وزلقها بلطف في عنق الرحم ثم في تحويره ثم في قاعه ويكون ذلك مدة راحته ثم يبحث في الحال بأطراف الاصابع عن الاقدام كما تقدم . ويعرف نوع الطرف السفلي باتجاه العقب ومحل وجود ايهام القدم فإذا وجد قدماً واحداً ضبطه من أعلى الكعبيين بين السبابة والوسطى مع انحنائهما على هيئة خطاف وإذا وجد قدمين وضع بينهما الاصبع الوسطى أعلى كعب كل منهما حاصراً الساق اليسارى بينه وبين السبابة والساق اليميني بين الوسطى والبصير مع انحصار وتكون السبابة والبصير موضوعتين أعلى الكعب الوحشئ لكل من الساقين ثم يجذبهما إلى قلب الجنين في الحال إذ من المهم عدم كثرة احتكاك اليد بالسطح الباطني للرحم خوفاً من تحريضه للانقباضات الزائدة التي تعوق انقلاب الجنين ولذا يلزم المولود ضبط كل ما يمكن ضبطه من أطراف الجنين وجذبه في الحال إلى المضيق العلوي لأن تحرك اليد الموجودة داخل الرحم وتدوير الجنين يكون سهلاً متى كان العمل سريعاً وإذا كانت الأغشية سليمة عند الشروع في فعل التحويل وجب تعزيزها في مركز الفوهة الرجعية ثم دفع اليد دفعة واحدة نحو قدي

الجنين



الجنين لانحوا السطح الجانبي أو الخلفي له . فالساعة المتروطى الشكل علا الفتحه الرجيه فيمنع نزول المياه بالكلية اذا أسرع في ادخال اليد عقب التمرق في الحمال . ولاجل أن تصل اليد الى النقطة الموجود فيها القدمان أو الركبتان يلزم المولد أن يجتث معصمه أعلى المضيق العلوى داخل الرحم المتخناه قويا في اتجاه المحورين المنضمين للرحم والحوض الصغير ويوجه يده باستقامة نحو قاع الرحم ان بدون ذلك لا يصل الى المحل الذى تكون فيه الاقدام عادة ويستغرق البحث زمانا طويلا فينجم عنه تحريض الرحم ثم الانفصال المجهل للشيمة ثم الخطر على الام وحينئذ . وقد لا يعتبر المولد على الاطراف السفلى للجنين فيلزمه أن يجذب يده قليلا نحو الفوهة الرجيه ثم يدفعها تانيا بلطف تابعا للسطح الجانبي أو الخلفى للجنين وبذلك قد يصادف قدما أعلى الالية فاذا صادف القدمين مجتمعين تحت أصابعه اجتث في جذبهما معا ويكتفى بجذب قدم اذا صادف عليه ذلك أو ركبته أو أى جزء يمكن ضبطه جيداً فاذا كان قدما أخرجه ثم يضع فيه عروة رباط أعلى الكعيبين ويتركه ونفسه ثم يدخل يده تانيا للبحث عن القدم الثانى . وفى الزمن الثانى (وهو زمن انقلاب الجنين) متى ضبط المولد القدمين أو القدم أو الركبة



شكل (١٣٣)

كافى شكل (١٣٣) يلزمه دائما بسط الطرفين أو أحدهما بجذبهما نحو الفتحه الرجيه ببطء وبهذا يفتنى الجنين على سطحه المقدم فينقلب وتصير رأسه نحو قاع الرحم وهذا العمل يكون أثناء راحة الرحم كما تقدم الا اذا وجدت أسباب تستدعى السرعة فيفعل ذلك مع وجود الانقباض الرحمى . واذا لم يمكنه الاجتذاب أحدا الاطراف السفلى الى المهبل وكان المضبوط هو الساق المقدم أمكنه تميم التحويل بدون أن يهتم بالساق الآخر واذا كان المجذوب هو الساق الخلفى لزمه

فمرور عروية رباط أعلى الكعب ليثبت في المهبل ثم يبحث عن الطرف الآخر ليحبسه نحو  
الفرج . ومع ذلك يمكن تبني التحويل جيداً أياً كان نوع الطرف المجدوب نحو الفرج  
فإذا كان هو الطرف الخلقى يضبطه في محاذة العرج ويحبسه مع توجيهه كثيراً إلى الخلف  
بقدر الامكان نحو العجان والاركبت الآلية المقدمة على العانة فيمتنع خروج الجنين ويلزم  
أيضاً مع الجذب والتوجيه إلى الخلف فعل حركة خفيفة رجوعية على حوض الجنين لتوجيه  
ظهروه إلى الامام وذلك بوضع احدى اليدين على الساق الخارج وادخال اليد الأخرى في  
المهبل ووضع اصبعين منها على الخصرة المقدمة للجنين ثم يجذب هذا الطرف الخارج إلى  
أن تصل المقعدة إلى الفرج وحينئذ يضع سبابه اليد الداخلة على ثنية أربية الطرف الآخر  
ثم يجذب بها أيضاً المساعدة على خروج الابلتين مع توجيه الظهر إلى الامام قليلاً كما ذكر  
بدون اهتمام في بسط هذا الطرف لانه ينجم عن عدم البسط فائدتان مهمتان الأولى زيادة  
بحجم الطرف المقعدى ليهيئ القمحة الرجعية لمرور الرأس والثانية حفظ الحبل السرى من كل



شكل (١٣٤)

ضغط يقع لانه قد يكون موضوعاً محجوراً اساق  
المرتفع فيضنقى من تأثر عنق الرحم وقت  
دخول الصدر والرأس فيه . وفي الزمن الثالث  
وهو زمن اخراج الجنين متى صار القدمان  
بساقيهما أو أحدهما مع ساقيه خارج الفرج  
لزم المواد أن يلف الساقين أو الساق بقطعة  
قماش جافة معقمة ويضبطهما بجميع اليد  
كما هو مشاره بشكل (١٣٤) ثم يجذب ما أثناء  
الانقباضات الرجعية بلطف مع فعل حركات  
صغيرة جانبية متوالية يميناً ويساراً جاعلاً  
جذع الجنين تابعاً لمحور المضيق العلوى بحبسه  
كثيراً إلى الأسفل حتى تتجاوز المقعدة الفرج  
فيأفها بخرقة جافة معقمة ثم يضبطها . ومن  
القوانين المتبعة أن يضبط المواد الجنين عند  
خروجه من الساقين فالركبتين فالفخذين  
فالحوض الذي يضبطه من العظمين الحرقصين

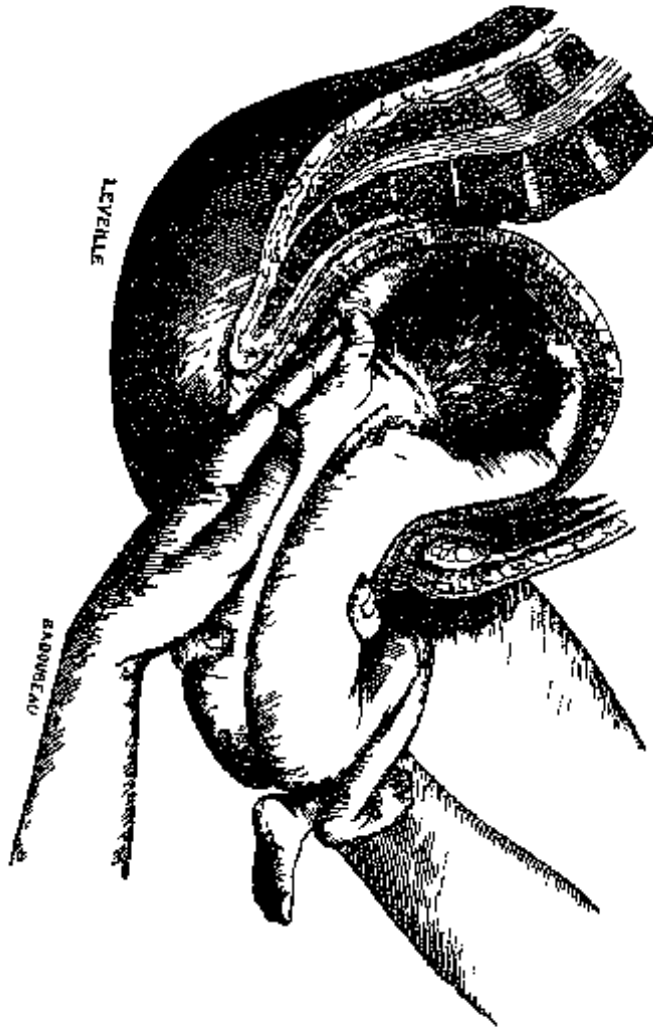


شكل (١٣٥)

كما هو مشاواره بشكل (١٣٥) ومتى وصلت  
السدى في هذا المثل لا ينبغي أن تتعداه إذ  
ضبط البطن باليدين ربما أحدث ضررا  
في بعض الأحشاء البطنية سيما الكبد  
الذي هو ككبير اللحم عند الأجنة ففي  
خروج ألتا الجنين من الفرج ترك  
اتمام الولادة الطبيعية أو تساعد بحذب  
الجنين ببطء كلى أذ بالحذب السريع  
قد تنبسط الرأس في المضيق العلوى أوفى  
التجويف الحوضى وربما لا يجد الرحم  
زمنار جمع فيه على نفسه عقب خروج  
الجنين فينجم عن ذلك خطر على الام  
والجنين الذى يموت بالاسفكسبى التى  
تعرف بخروج كمية عظيمة من العقى  
وبعدم وجود نبضات فى الحبل السرى  
أوفى الشرايين الفغذية للجنين اذالم

يسقط الحبل وربما ألتا ذلك الخطر الى جذب الجنين بسرعة . وبالجملة اذالم مساعدة  
الطبيعة لاتمام الولادة بحذب الجنين ينبغي أن تكون الجذبات بطيئة جدا كما تقدم وان  
تكون أثناء الانقباضات الرجسية بعكس ما ذكر فى الزمنين الاولين لان هذه الانقباضات  
تساعد على خروج الجنين مع حفظ الرأس والذراعين منتبهة على الصدر . ولذا يلزم أثناء  
الجذب وجود مساعدة ليضغط بيديه قاع الرحم فينبهه مادامت الرأس لم تصل الى تقعر  
الحوض . وعلى العموم ينبغي أن يكون ظهر الجنين عند نزوله متجه نحو احدى الحفر الحفية  
للأم فاذا اتفق ان ظهره مكان متجهها الى الخلف لزم فعلى حركة التواء خفيفة فى الساقين  
لتوجيه ظهره بانحراف الى الامام ومتى تجاوزت المقعدة الفرج لزم التحقق من حالة الحبل  
السرى بواسطة انزلاق السبابة الى موضع اندغامه فى البطن فاذا وجد متوترا ضبط بالامهم  
مع السبابة وحذب طرفه المشيمى لاجراء عرووه منه خارج الفرج فاذا وجد الحبل متوترا

ويخفف من ثقله أو من عدم خروج الجنين وضع على الحبل جفتان ذوا ضغط مستمر ثم يقطع من بينهما ثم تجزأ الولادة فإذا لم توجد الجفوت ضبط وضغط طرفه السرى بواسطة أحد المساعدين إلى أن تتم الولادة . وإذا اتفق أن الحبل كان محصوراً بين الفخذين يجتهد في تخليصه مع الاعتناء بمروره خلف الأطراف الخلقى للجنين بحيث يكون ملاصقاً للجان فإذا لم يمكن الوصول إلى ذلك وإن كان نادراً يقطع الحبل كما تقدم . وأحياناً ينسبط الذراعان كلما نزل الجنين ويرتفعان بجوانب الرأس فيسعوقان نزولهما في التصريف الحوضي فيلزم الاجتهاد في خفضهما ما أمكن . ويبدأ بخصف الذراع الخلقى بسهولة انخفاضه وكيفية ذلك هي أن توجه السبابة والوسطى من اليد التي توجه راحتها بإستقامة إلى ظهر الجنين كما هو مشار إليه بشكل



شكل (١٣٦)

(١٣٦) ثم على السطح الخلقى والوحشى للذراع إلى أعلى المفصل العضدى الرزدي ويرلق الأمام من الأسفل ليكون على السطح الأسي ويكون الأصبعان الباقيان ممتدين بمنزلة جياثر كي لا يصير الذراع عرضة للكسوف في أثناء ذلك يكون الجنع المنف بخرقة مرفوعاً باليد الأخرى كما هو مشار له بشكل (١٣٧) وبضغط السبابة والوسطى على جميع امتداد الذراع وجزء من الساعد ينثنى الذراع ويصل أمام الوجه

انظر شكل ١٣٧ في صحيفة ١٩٣



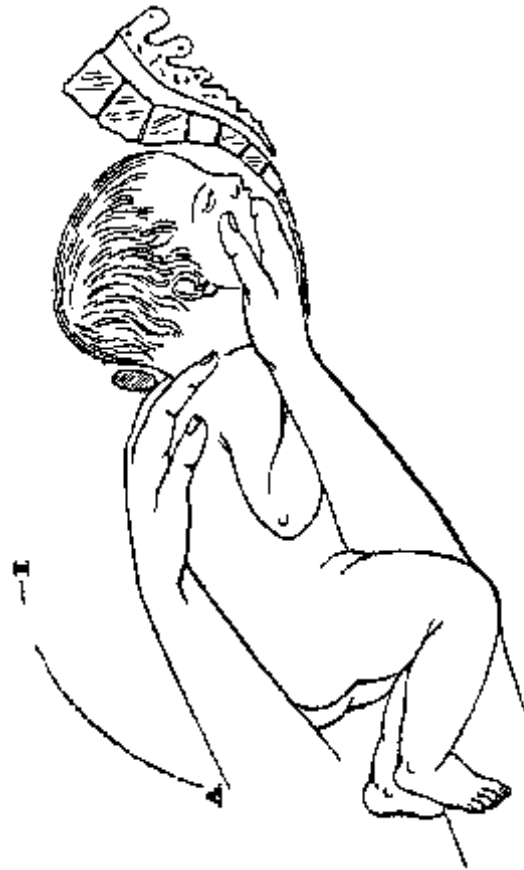
شكل (١٣٧)

ثم أمام الصدر ثم عذافه بجانب الخدغ  
 وهذه الكيفية يخلص أيضا الذراع  
 المتجه الى الامام كما هو واضح في هذا  
 الشكل (١) وعلى العموم اذا كان ظهر  
 الجنين متجه الى اليسار يستعمل  
 المولد خلاص الذراع الخلفي اليد  
 اليمنى وخلص الذراع المقدم اليد  
 اليسرى . واذا كان الظهر متجه الى  
 اليمين يستعمل خلاص الذراع الخلفي  
 اليد اليسرى وخلص الذراع المقدم  
 اليد اليمنى . وبعبارة أوضح تستعمل  
 اليد اليمنى لخلص الذراع الايمن  
 واليد اليسرى لخلص الذراع  
 الايسر مهما كان اتجاه الظهر . وقد  
 يكون الذراع المقدم مرتفعا وساعده

خلف العنق فيصعب تخليصه لانه لا يمكن انزال الذراع بين الظهر والعانة كما انزل بين الصدر  
 وتقعير العجز وكذلك اذا مر ساعد الذراع المرتفع أمام الرأس فلا ينخفض من الخلف الا بالنزول  
 مفصل الكتف فن المهم قبل الشروع في عمل الانخفاض التحقق من كون الذراع خلف  
 القفا وأمام الرأس . ويتأكد من معرفة ذلك بالبحث بالاصبع عن الزاوية السفلى  
 للكتف ان كانت بعيدة من العمود الفقري أو قريبة منه فاذا كانت بعيدة تتحقق أن  
 ارتفاع الذراع حصل من امام الصدر والرأس وان كانت قريبة يكون الارتفاع قد حصل  
 من خلف الظهر ولكن معرفة ذلك صعبة ولذا لا يهتم المولد بالبحث عنه بل يلزمه في الحال  
 خفض الذراع بأي طريقة . فاذا لم ينجح ذلك يلزمه مرور يديه أسفل الجنين في حالة بطح  
 قوى ثم يفعل فيه حركة التواء شديدة كافية لوضع الكتفين في اتجاه القطر العظيم  
 من الحوض وحينئذ يمكن تخليص الذراع أو خروج الرأس مع الذراع المرتفع فاذا لم تنجح

(١) وفي أثناء تخليص الذراع الخلفي يرفع المولد يديه الاخرى جذع الجنين ويخفضه اناء تخليص الذراع المقدم

هذه الحركة أيضا تم الطيب الولادة بدون ان يهتم بالذراع (١) وأخيرا متى كانت الرأس وحدها في التجويف باتجاه جيد والمؤخرى الى الامام رفع المولد جذع الجنين جهة بطن أمه أثناء الطلق فيخرج الوجه فالجهة فالقمة على الحافة المقدمة للعجان . وحيث ان الجنين معرض في هذا الزمن الى الموت لان ضغطا لعبل السرى فاذا لم يتم هذا الخروج بسرعة لزم المولد اخراجه بوضع سبابة ووسطى يده منضمين ومنقبضين مهيئة خطاف في فم الجنين حال كون راحة هذه اليد محيطة بذقنه جيدا وحال كون أصابع اليد الاخرى موضوعة خلف



القفا كما هو مشار له بشكل (١٣٨) ثم جذبه أو بوضع اليد الاولى على الفك العلوي بجانبى الانف عوضا عن وضعها في الفم كما في شكل (١٣٩) . واذا اتفق ان تظهر الجنين بقي متجها الى الخلف بالرغم مما فعل فلا ينبغي اليأس فان خروج الرأس يحصل في أغلب الاوقات بدون تعسر انما اذا كانت منثمبة انثناء قويا يكفي وضع اصبعين على الفك السفلي وفعل الحركة العظمى الخلفية (تظهر على ظهر) لجذع الجنين لكي تترلق جبهته خلف العانة وتخرج من العرج اما اذا انسطت الرأس تماما وارتكرت الذقن أعلى العانة فعلى المولد فعل الحركة العظمى

شکل (١٣٨)

المقدمة للجنين (بطن على بطن) ليخرج المؤخرى أمام العجان فاذا لم يفد هذا العمل أسرع بوضع الجفت . وأما اذا جاء الجنين بحالة جيدة ابتداءه وكان ظهره متجها نحو احدى الحفرتين الخفيتين ولم تتم الرأس حركتها الرجوية وبقيت بالعرض في التجويف فيزلق المولد به التي

(١) ملحوظة = قد يسكس الذراع مع هذه الاحتراسات وانكمه مع حذر لانه يكون في علاجه ان توضع عليه قطعة من القويورر ناط صعب مثل الكستورين أو البش أو الخس مدة ثمانية أيام أو عشرة



راحتها تعانق المؤخرى بالطبيعة بين الخلد  
الاسفل وتغير العجز ثم يضع طرف جميع  
الاصابع على الخلد المتجه الى أعلى كما هو موضح  
له بشكل (١٤٠) ثم يفعل بها حركة كقب قوية  
للساعد ليبدأ المؤخرى خلف العانة كما في شكل  
(١٤٠) المذكور وهذا العمل أفضل من وضع  
اصبعين من احدى اليدين على الخلد المتجه الى  
الاعلى واصبعين من اليد الاخرى خلف الاذن  
المتجهة الى الاسفل وبهاية عمل حركة قوية في  
الرأس يوجه المؤخرى بجهة القوس العاني  
ومنى وجدت يد الجنين في المهبل فلا يهتم  
بذفعها الى التجويف الرحمي لانه لا يمكن  
الوصول الى ذلك بل يكتفى بوضع عروة من شريط  
على معصمها كما في شكل (١٤١) ثم يشرع في  
التحويل فورا اذا فائدة في الانتظار لان عند

جذب القدمين أو أحدهما الى المهبل يصعد

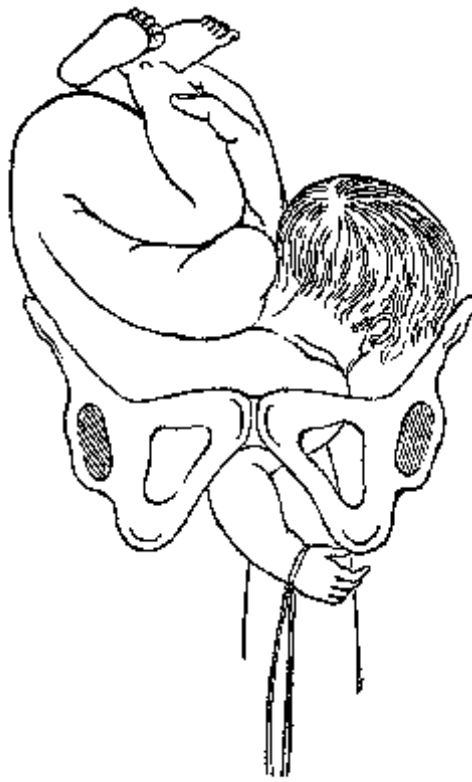
شكل (١٣٩)

الذراع الساقط من نفسه في الرحم وتتبعه العروة كلما صعد الكتف نحو قاع الرحم فهذه  
الطريقة تبقى الذراع ملتصقا بالذراع ثم ان خروج يد الجنين من المهبل لا يفيد في تحسين  
المجى بالكتف وان افادته لتشخيص الوضع ولذا لا يهتم به بل يلزم عمل التحويل في الحال كما  
تقدم بخلاف ما اذا كان الذراع جميعه خارج الفرج فانه يدل على أن الكتف منحصر  
انحصار اقوي ياتي التعبير وأن الرحم خال من الماء بالكلية ومنقبض انقباضا شديدا وبناء  
على ذلك لا يمكن عمل التحويل بل يقطع الجنين واذا ظن المولود وجود توأمين في الرحم أو عرف  
ذلك أثناء البحث على الاقدام لعمل التحويل لزمه الاحتراس من ضبط قدمين أو ركبتيين معا  
لانهم مار بما كان الجنين فينجبهم عن جذبهم مما تعسرات تلجئ لاعمال أخرى  
(في الجفت) - الجفت آلة معدة لضبط الرأس وجذبها الى الخارج وبه يمكن

انظر شكل ١٤٠ و ١٤١ في صفحة ١٩٦



شكل (١٤٠)



شكل (١٤١)

تقليل قطرها من ثمانية الى  
عشرة سنتيمترات وأول مخترع له  
بتر شميرلن وأنواعه كثيرة أحسنها  
ماتوغة المعلم (ليقرت) وهو من  
كافي شكلي (١٤٢) و (١٤٣)  
وطوله ٤٠ سنتيمترا وأعظم عرض  
لكل ملعقة من ملاعقه خمسة  
سنتيمترات وإذا ضم الذراعان الى  
بعضهما كانت أكبر مسافة بينهما  
سبعة سنتيمترات وبتر كبا من  
فرعين أحدهما أيسر ويسمى  
الفرع المذكر والثاني أيمن  
ويسمى الفرع المؤنث والطرف  
العلوي لكل فرع منهما على هيئة

ملعقة مثقوبة بثقب عريض  
وحافتا كل ملعقة من ملاعقه مقعرتان من  
الداخل محددتان من الظاهر لتتوافق مع  
تقوس الحوض. والطرف السفلي لكل فرع  
ينتهي بكلاهما مسطح منحن ومفصل الجفت  
يتكون من محور طويل يوجد في الفرع  
المذكر أو اليساري ومن ثقب مطابق للمحور  
يوجد في الفرع المؤنث أو اليميني. وقد حوّر  
هذه الآلة المعلم (باجو) حيث صير كل فرع  
منها مكونا من جزأين رقيقين حفيين يتصلان  
ويتفصلان بالارادة حتى صارت في غاية الخفة  
سهلة الحمل وجعل مفصلها مركبا من محور  
حلزوني أي لولب يتعشق في ثقب في جانب  
الفرع المؤنث لاني وسطه وكلاهما رقيق  
أحدهما أحد الطرفين والآخر أملس وهذا



الجفت هو الأكثر استعمالاً وهو المشار به بشكل (١٤٤) ومعدن لضبط الرأس في المصيق العلوي

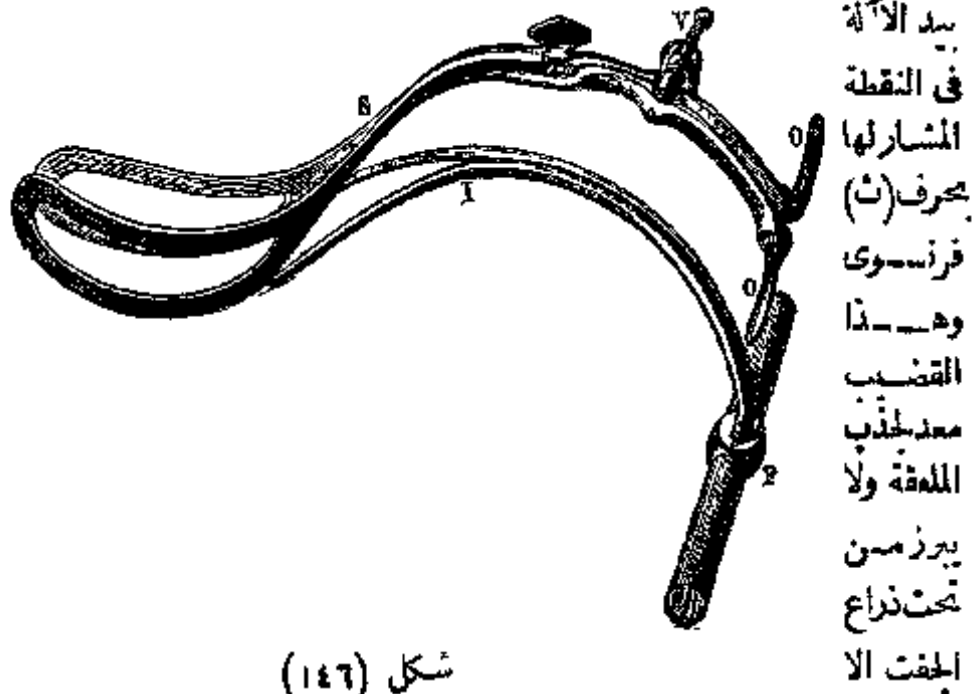


شكل (١٤٢) شكل (١٤٣) شكل (١٤٤) شكل (١٤٤)  
وفي الحوض أيضاً وقد اخترع هذا المعدن جفتاً آخر قصيراً بشكل (١٤٥) معدن لضبط الرأس  
متى كانت في الحوض فقط . ومن الجفوت الشهيرة جفت المعدن تاريخياً الذي يضبط ويقفل  
البحم ويجذب في آن واحد إلا أنه متضاعف التركيب فيتركب من جزأين أحدهما عبارة  
عن جفت ولادة عادي معدن لضبط رأس الجنين ومشار به بشكل (١٤٦) وطوله ٤٣ سنتيمتراً  
وملحقاً مشبهتان بعلقتي جفت ليقرت غير أنهما أقصر منهما وانحناؤهما الحوضي أقل  
الضرافاً وقبضاً فرعبه قصيرتان منتهيتان بكلاب مستديراً لمس ومشار به ما بحرف (زيرو)  
فرنسوي من الشكل المذكور ومفصل الفرعين كفصل جفت باجو أي محور حازوني

أنظر شكل ١٤٥ و ١٤٦ في صحيفة ١٩٨



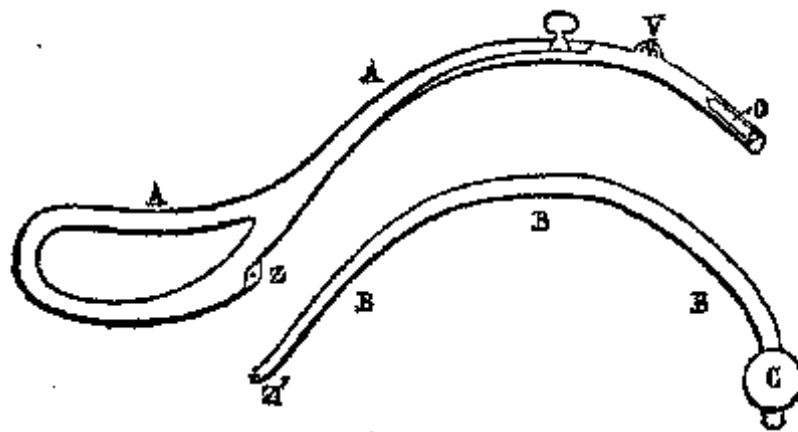
(ل) يسمى لولب المفصل مشارله بحرف (ل) فرنسوى من شكل (١٤٨) معد لحفظ فرعى الجذات منضمين ويوجد فى الجفت لولب ثان فى الذراع الايسر مشارله بحرف (ق) فرنسوى من شكل (١٤٦) يوجد فى صامولة ويدخل فى تجويف شبيه به كرسى موجود فى الذراع اليميني والغرض من هذا اللولب الاخير حفظ الملعقتين وفرعى الجذب مضغوطة على رأس الجذتين عند ربط صامولة هذا اللولب بدون أن يضطر المولد الى الضغط بيديه على الذراعين ولذا يسمى بالولب الضغط أو التشديد ثم يغالوظيقته ثم يوجد تحت الخافقة السفلى لكل ذراع فى المسافة الموجودة بين الملعقة والمفصل قضيب مشارله بحرف (ب) فرنسوى من شكل (١٤٧) يتصل أحد طرفيه المشارله بحرف (زيد) فرنسوى بالملعقة المشارله بحرف (أ) فرنسوى فى النقطة المشارله بحرف (زيد) الفرنسوى ويتصل الطرف الآخر شكل (١٤٥)



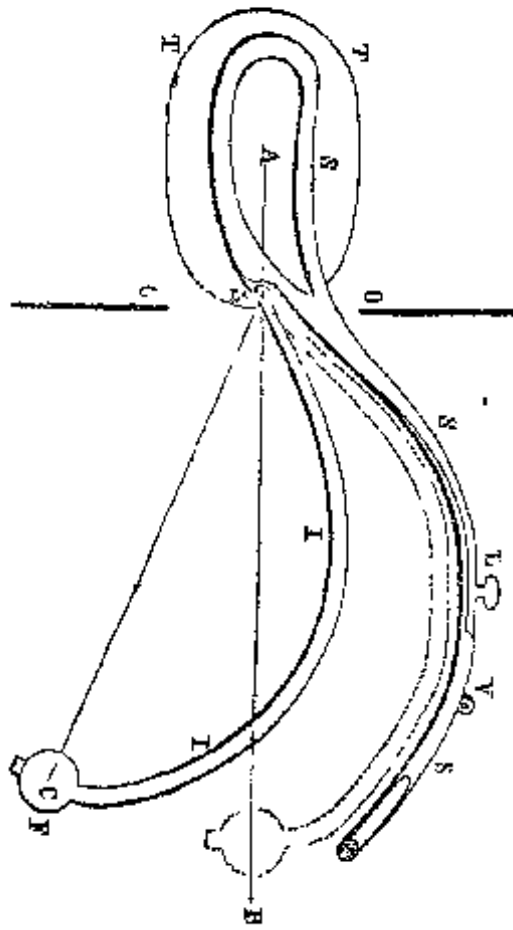
شكل (١٤٦)

بعد ادخال الفروع فى المهبل على القواعد المتباعدة فى ادخال فرعى الجفت ومتى استترحت ذراع الجفت يكون كما فى الفرع المشارله بحرف (اس) فرنسوى من شكل (١٤٨) ومتى كان

انظر شكل ١٤٧ وشكل ١٤٨ فى صحيفة ١٩٩



شكل (١٤٧)



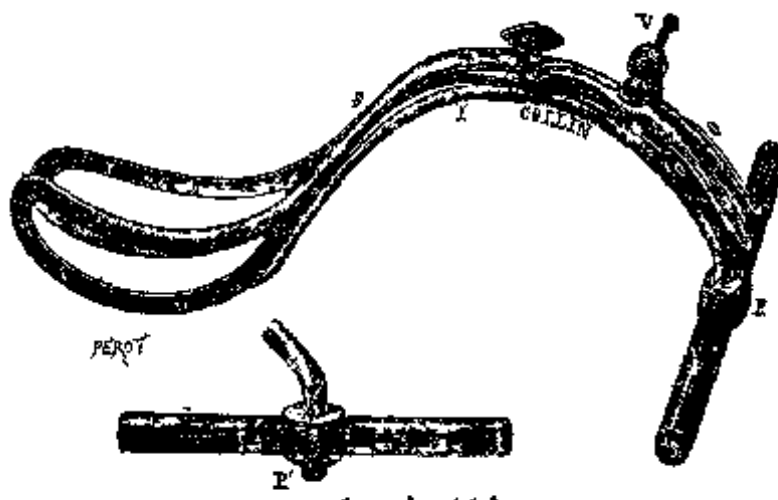
شكل (١٤٨)

(ب) من شكل (١٤٨) وبإضافة جزء أي جفت (تارنيير) يتكون منهم ما شكل (١٤٩) فماد كرتعلم صعوبة استعمال جفت (تارنيير) على من لم يرا استعماله وإذا كان جفت

بارزا يكون  
كها ومشاره  
بحرف (ا) من  
شكل (١٤٨)  
المذ كور  
والجزء الثاني  
من جفت  
(تارنيير) هو  
آلة الجذب

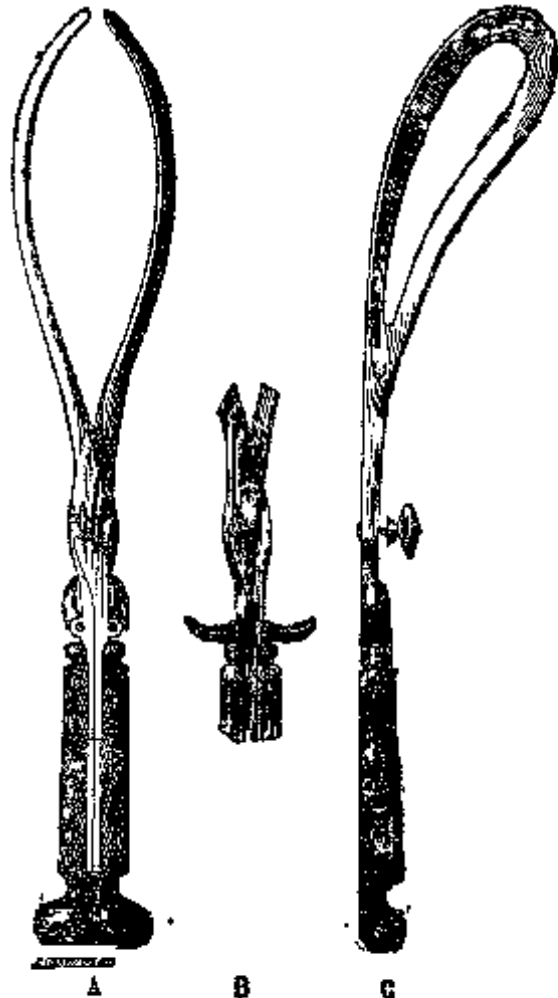
الحقيقية المشارها بحرف (ا) و (ب)  
فرنسوى من شكل (١٤٦) المتقدم  
ويتكبر من ساقين مشارها بحرف (ا)  
و (ب) فساق حرف (ا) مستطيل وساق  
حرف (ب) مستعرض يجتمعان بحيث  
يكونان زاوية قائمة بواسطة مفصل ثم ان  
الساق المستطيل يجمع قضبي الجذب  
بعد خروجهما من ذراعى الجفت  
بإصالة بهما من أحد طرفيه ويتصل  
طرفه الآخر بالساق الافقى المستعرض  
في نقطة حرف (ب) كما هو واضح في  
شكل (١٤٦) المتقدم والساق الثاني  
أى الافقى المستعرض ينتهى بقبضة  
تسمح للواد بوضع يده عليها والجذب  
بواسطة وهذا الجذب يكون في اتجاه  
خط ممسد من حرف (أ) الى حرف

انظر شكل ١٤٩ فى صحيفة ٢٠٠



شكل (١٤٩)

(ياجو) هو  
الأكبر  
استعمالاً  
في فرنسا  
وجفت  
(نجيل)  
في ألمانيا  
وجفت  
(سبسون)



شكل (١٥٠)

في إنجلترا. ومن الجفوت الكثيرة  
الاستعمال أيضاً جفت (ستولس)  
شكل (١٥٠) حرف (أ) من  
هذا الشكل يشير للجفت منضم  
الذراعين وحرف (ب) يشير  
لشكل يذات جناحين وحرف  
(ت) لذراع بيد مفرد أو أياً كان  
الجفت فاستعماله لا يكون إلا  
إذا انحصرت الرأس في المضيق  
العسوي ثم طرأ عارض خطر  
يلجئ لسرعة خروج الجنين  
صكاً التشنجك أو التزيف  
أو سقوط الجهد السري أو أن  
الرأس لم تزل متحركة ولم تدخل  
في المضيق العسوي لكونها  
غليظة الحجم أو لقسابة اتساع  
المضيق المذكور. ويستعمل  
الجفت أيضاً متى كانت الرأس

في

في التجويف ومكثت زمة الطويل بالبدون أن تخرج بسبب مقاومة الأجزاء الرخوة أو بسبب عدم تناسب محسوس بين الجمجمة واقطار المضيق السفلي المغلط في رأس الجنين أو تضيق في هذا المضيق . وكذلك يستعمل الجفت متى كان المهجى بالقمة غير منتظم أو كان بالوجه وكان الرحم خاليا من الماء ومنقبضا انقباضا شديدا ويستعمل أيضا متى كان المهجى بالقدمين ووقفت الرأس في التجويف ولم تخرج لان بساطها أو كبر حجمها لكن اذا بقيت محصورة في المضيق العلوي حينما يكون الجنين آتيا بالقسمين والجذع محسورا في التجويف الحوضي لا يمكن ادخال الجفت واذن يلجأ الى انفصال الرأس أو قطع الجذع في جزئه الصدري قطعا منحرفا ثم تضبط الرأس بعد ذلك وتخرج لكن اذا كان الجذع صغيرا جدا والحوض متسعاً لا بأس من تجربة الجفت قبل الشروع في عملية الانفصال . ثم انه يشترط لوضع الجفت أربعة شروط الاول أن تكون القهقهة الرخيمة ممتدة تسمح لمرور معلقتي الجفت الثاني ان تكون الاغشية متمزقة الثالث أن لا يكون اتساع الحوض أقل من ثمانية سنتيمترات الرابع أن تكون رأس الجنين محصورة وغير متحركة في المضيق العلوي لان الجفت لا يوضع الاعلها

( ما يلزم المولد قبل العمل ) - ينبغي للمولود قبل الاقدام على العمل بالجفت أن يخبر المرأة بانه يريد فعل ما يسهل عليها الولادة على سبيل الاجمال ولا يخبرها بالحقيقة نفسها لئلا تملك ذات ثبات وتريد الخلاص بأي طريقة فاذا كانت بكرية تتجمل من اخبارها بذلك ويجب عليه أن لا يخفي شيئا على أهلها لانه ربما طرأ عليها خطر ما ثم يبدأ بتفريغ المثانة والمستقيم ثم يعقم يديه واعضاء المرأة بالزروقات المعقمة ثم يجهر ما يلزمه من الأدوات كالجفت والمقص والمرهم البوريكي والقطن المعقم والحرق المعقمة والغاز اليودوفورمي والمناشف المعقمة وكيفية من الكحول وفورم لتسويم المرأة وما يلزم لانتعاش الجنين اذا ولد مختنقا والغيار على الحبل السري جزء من الجويد اراذره ما حدث في الرحم نحو بعد اخراج الجنين والخلاص ويجهز أيضا ما سخرنا في رجة (٤٥) وجهاز الزروقات ثم توضع المرأة بعد تنويمها كما توضع أثناء التحويل انما لا يلزمه أن يكون القراش مرتفعا جدا بل متوسطا ان ارتفاعه شبراً متعب للطبيب كما ان انخماضه كثير متعب له أيضا وكذلك يلزم أن يراودها على المساعدين واحدي يقوم بمناولة المولد فرعى الجفت متى علم ما ولا بد أن يكون هذا المساعد عاد فالفرعين المذكور والمؤنث لئلا يحطى عند المناولة وبالجملة فهذان العرعان يعقمان أولا تعقبا جيداً ثم يعمران برهة في الماء الحار ثم يدهنان بالمرهم البوريكي في تحذب الملعقتين

فقط لان تغيرهم مامعداضبط جزء الجنين المندى كثيرا . وينبغي قبيل الابداء في وضع الجفت التحققي من عجيء الرأس ومن كفاية تمدد العنق ومن تمزق الاغشية ويكون ذلك بادخال طرف الأصبع بين جدر الفصحة الرجبية والرأس المشرفة على الخروج من العنق فيتحقق من ذلك يدخل الفرع الاول بدون أن يخرج يده وأول ما يدخل هو القرع المذكور (الايسر) فيضبط باليد اليسرى ويوضع في الجهة اليسرى من الحوض ولا يوضع الفرع المؤنث أو الاثني أحوال نادرة ويكون ضبطه باليد اليمنى ووضعه في الجهة اليمنى من الحوض ثم ان وضع الجفت يكون في ثلاثة أزمنة متميزة . الأول زمن ادخال فرعي الجفت . الثاني زمن تعشق هذين الفرعين . الثالث استخراج الجزء الجيني المضبوط . ففي الزمن الاول ينبغي ان يجتهد المولود في ضبط رأس الجنين على حسب قطرها الجداري أي الحدبة الجدارية بلمعق الجفت اذ لا شيء أنفع من ذلك فاذا كانت الرأس لم تنزل في المضيق العلوي يندران تكون في اتجاه مستقيم لضبط ملعقتا الجفت الحدبات الجدارية كما ذكر وهما أيضا لا يمكن الاوضع أحدا فرعي الجفت الى اليسار والآخر الى اليمين في نفس اتجاه القطر المستعرض للحوض أو قريبا منه وبعما أن الرأس تكون على العموم موضوعة بحالة يكون فيها قطرهما المؤنثي الجهي موازيا تقريبا لحد الاقطار المتفرقة للمضيق العلوي فتضبط احدي ملعقتي الجفت الحدبة الجهية والآخرى تضبط الحدبة المؤخرية لكن بدون انتظام أما اذا كانت الرأس في التجويف الحوضي فيسهل ضبط الحدبات الجدارية بلمعق الجفت من أول وهلة لان الرأس صارت مستقيمة تقريبا بعد الانحراف . وحيث ان الرأس في الحوض فيمكن ميل اتجاه الجفت بحسب الارادة لضبطها وان كانت منحرفة الاتجاه لانه يلزم ضبط الرأس من قطرها الجداري بحيث ان الحفاة المقعرة للجفت تعانق جزء الجمجمة أو جزء الوجه الذي يتخلص عادة أو لا تحت القوس العاني في الولادة الذاتية وبناء على ذلك تكون الحفاة المذكوكة معانقة للمؤخرى اذا كان المجيء بالقمة وللدفن اذا كان المجيء بالوجه . فاذا منع مانع من معرفة كون الوضع بالقمة كورم دموي فلا يعوق هذا المارض المولود عن عمله فيوجهه الملاءمتين كما يوجهه في الوضع الاول الكثير الحصول للمجيء بالقمة ثم يشرع في جذب الرأس جذبا طبيئا . واذا تبين خطؤه تركها وضبطها نائبا عن ضبطها محكما ومهما كان الفرع الداخل يلزم ضبط الآخر في محاداة تعشقه كما تضبط ربشة الكنازة كما في شكل ١٥١ هذا اذا كان فراش المرأة مرتفعا قليلا أما اذا كان منخفضا فيلزم ضبطه

انظر شكل ١٥١ في صحيفة ٢٠٣

بكتابة



شكل (١٥١)

المراد ادخاله كما في شكل (١٥١) المذكور أيضا . وفي كلتا الحالتين ينبغي أن يهتم المولد بوضع أطراف الأصابع بين الرأس وحافة القهوة الرحبية قبل أن يراق منقار الملعقة على السطح الراحي لهذه الأصابع وبذا يتحقق من وضع الآلة في الرحم نفسه لافي قعر المهبل ولهذا كان من المهم ادخال الاصبعين المرشدين في الرحم حتى يتجاوزا فتحة قبل ادخال فرعي الجفت ثم ان كل فرع من فرعي الجفت في ابتداء ادخاله ينبغي أن يكون من تكرا تقريبا على الاربسية المقابلة لجهة الحوض المتجهة نحوها الملعقة كما هو واضح في شكل (١٥١) ويكون مشبك كلابه متجه الى أعلى كما هو واضح في شكل (١٥١) بكيفية بها يكون منقار الملعقة آتيا الى الفرج في اتجاه لائق وكما دخل هذا المنقار في المهبل على سطح الوجه الراحي للأصابع المرشدة يهتم بخفض يد الفرع شيئا فشيئا بين نغذي المرأة حتى

انظر شكل ١٥٢ في صحيفة ٢٠٤



تصير اليد متجهة الى  
الاسفل قريبة من الخط  
المتوسط كما هو واضح في  
شكل (١٥٢) . وبناء على  
ذلك تتبع الملعقة اتجاهها  
مخالفاً لأي تتبع اتجاه محور  
التجويف الحوضي فتصل  
الى الجهة المقابلة لرأس  
الجنين . ومتى كانت الرأس  
في المضييق العلوي وكان  
الفرع جيد الوضع ينبغي  
أن يكون المشبك منحنياً  
جداً أسفل من محاذاة  
الفتحين ليكون ملائماً  
للخرج وأما اذا كانت  
في التجويف فليس من  
الضروري خفض المشبك  
لهذه الدرجة ولا ملائمة  
المدور للأجزاء التناسلية

شكل (١٥٢)

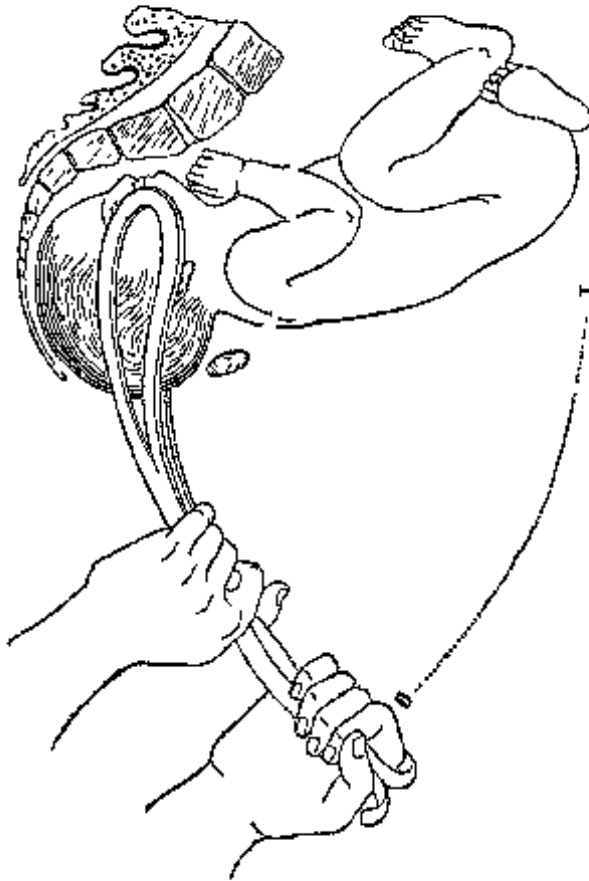
، والاحسن نفل اليد الضابطة لفرع الجفت من المفصل الى المشبك متى تجاوز نصف الملعقة  
القناة الفرجية الرجعية ليسهل تدوير الملعقة نصف دائرة . وينبغي دفع الفرع عند ادخاله بغاية  
البطء وايقافه عند الاحساس بأدنى مقاومة واخرجه قليلاً ثم دفعه ثانية بلطف موجهه الى  
توجيه احسن الان فهدر المقاومة من الخطأ العظيم . ثم ان جودة وضع الفرع تعرف أولاً بكونه  
يدخل دخولاً عميقاً بدون تعسر بدفعه بلطف ثانية انه بعد ادخاله اذا جازته المولد الى  
الخارج باستقامة يدرك انه معاق وذلك له انفة تقهر الملعقة لجزء الرأس . وبالجملة ففي أثناء  
ادخال الملعقة على السطح الراحي للاصابع وانزلاقها عليه يدرك المولد كل تغيير يحصل في  
اتجاه



اتجاه الملعقة ، فإذا خفض يد الفرع ~~مبكر~~ أدركه الزلاقي الملعقة أمام أصابع المرشدة  
وتجاوزها لها من الامام . وإذا رفعها مبكر أدرك تجاوز الملعقة الاصابع من الخلف ، فلذا  
وجه يد الفرع قليلا نحو الخط المتوسط وفتت الملعقة على التنيات المفصلة للاصابع . وإذا  
تجاوزت يد الفرع الخط المتوسط صادم منقار الملعقة فروة رأس الجنسين فمنعه من الاتجاه  
أبعد من ذلك ولذا يجب على المولد أن يستيقظ لما تدركه اليد المرشدة لاجل أن يصلح بسرعة  
الاتجاهات الرديئة الواصلة للملعقة بواسطة الانحناءات الرديئة للشبك . وعلى العموم يلزم أن  
توضع الملعقة ابتداء حذاء الرباط العريض العجزي الوركي ومن هنالك توجهه الى المحل اللازم  
بحركة نصف دائرة فإذا كانت الرأس لم تزل في المضيق العلوي كان فعل هذه الحركة ضروريا في  
الجهتين بدرجة واحدة . وأما إذا كانت في التجويف وكان وضعها عاديا بالخراف كانت  
هذه الحركة ضعيفة جدا أو مفقودة من جهة وممتدة من جهة أخرى . ففي الوضع الاول  
(مؤخرى حرقفي يساري مقدم) يكون الفرع الايمن هو الذي يفعل الحركة العظيمة مدة مكث  
الفرع الايسر في محله وبالعكس في الوضع الخامس (مؤخرى حرقفي عيني مقدم) وفي الاوضاع  
المنحرفة للقامة اذا كانت الرأس محصورة بقوة في الجزء العلوي من التجويف وكان الحوض  
ضيقا فقد يحصل للمولد تعسرات عظيمة في وضع الفرع المقدم للجفت اذا كان الفرع  
الآخر موضوعا فيلزم اخراج هذا الاخير وإعادة العمل فانما بان يتدنى بادخال الفرع المقدم  
الذي تعسر وضعه . واذا اتفق ان الفرع المقدم هو الايمن يفعل نصالب الفرع عيني لاجل  
تعشقه ما أو يفعل فيهما مفصل صناعى بواسطة رباط على هيئة عروة مشبكية . ومهما كان  
الفرع الموضوع أولا فيعطى مشبكه لمساعد بضبطه ضبطا محكما مدة اشتغال المولد بوضع  
الفرع الآخر كما في شكل (١٥٢) المتقدم ويوصى المساعد الذي أعطى له مشبك الفرع بعدم  
توجيهه نحو الخط المتوسط لانه يؤثر كرافعة حقيقية من النوع الاول على الرأس فيضعها  
وضعا ثابتا في الجدار المقابل للحوض . وهذه الكيفية بعروق مرور الفرع الثاني . والزمن  
الثاني وهو زمن تعشيق الفرع عيني ببعضها يفعل بغاية البطء والاحتراست لتجنب رض الفوهة  
الرجمية . ومتى تقابل ثقب أحد الفرع عيني مع محور الفرع الآخر وجب على المولد ادارته  
بنفسه أو بواسطة أحد المساعدين . وأحيانا لا يسهل دخول البرمة في ثقبها لان الملعقتين قد  
لا يتجهان اتجاههما موافقا يصير أحد البروزين منحنيًا بالنسبة للآخر وفي هذه الحالة يلزم  
ضبط كل مشبك بيد ويجهت في ادخال البرمة في الثقب بلطف فاذا لم يمكن ذلك يلزم اخراج

الفرع الثاني ووضعه ثانياً بطريقه لا ثقة ليكن تعسفة هما بسهمولة وقد لا ينتبه المولد فيدخل  
الفرع الايمن اولاً فيصير الثقب اسفل البرمة عوضاً من أن يكون فوقها وحينئذ لا يمكن  
انضمام الفرعين الا بعد اتصالهما ولاجل فعل التصالب يلزم ضبط كل مشبك بيد وتباعد  
الفرعين بلطف ثم يمر بالفرع الايسر تحت الايمن . فاذا أدرك المولد أنه لا يمكن فعل التصالب  
الامع حصول غرق عفيف في عنق الرحم أو الفتحه المهبلية لتكون الرأس منحصره بالملاقع  
على حسب قطرهما العظيم لزم عدم فعل التصالب وأخذ رباط متين وثنيه على هيئة عروة ثم  
ادخاله في الثقب ولف به الفرعين عدة لفات (على شكل رقم ثمانية افرنجية) محيطه احاطة  
متينة بالبروز من جهة وبالبرمة من جهة أخرى فبواسطة هذا الانضمام يمكن انتهاء الولادة  
جيداً اذا فعل مع الالتفات التام . وفي الزمن الثالث الذي فيه يستخرج الجنين متى ضم  
الطيبب فرعى الجفت بأي طريقه يلزمه قبل الجذب التحقق من كون رأس الجنين وحدها  
مضبوطة بالجفت ضبطاً جيداً ولا يكون ذلك بوضع الاصبع في المهبل بين الملتصقين والبحث  
عن ذلك أو بجذب الآلة قليلاً لأن الرأس اذا كانت غير مضبوطة ضبطاً محكماً انزلت الجفت

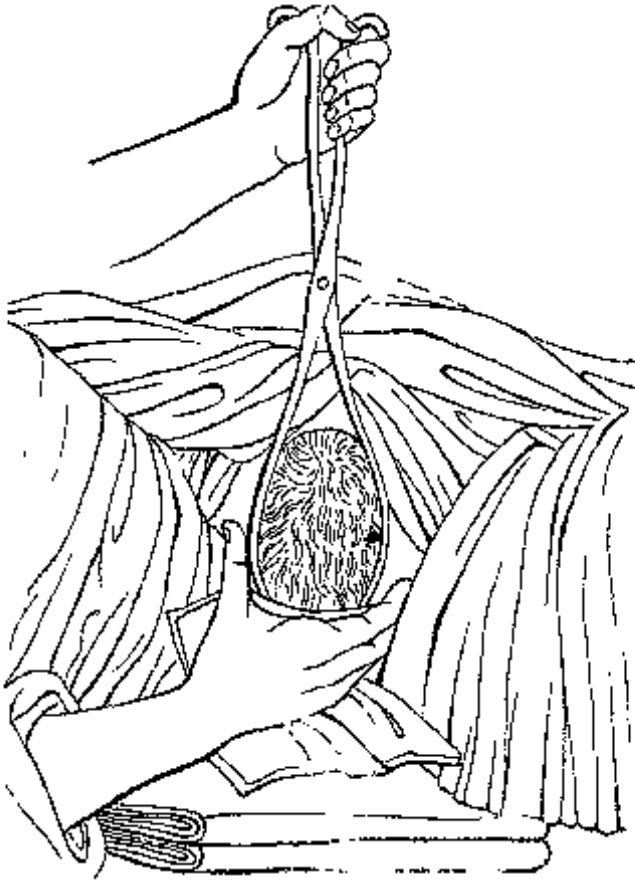
بدون أن يجذب شيئاً معه . واذا  
ضبط الجفت جزءاً من الامع  
الرأس يعرف بتألمها وقت الجذب  
فيبادر المولد بفك الآلة ثم وضعها  
ثانياً . وعلى العموم يلزم عند  
الجذب بالجفت أن يضبطه  
بأحدى اليدين في محاذة المفصل  
وباليد الاخرى من أمام المشبك  
بحيث تكون الاصابع دائماً على  
الآلة والابهامان أسفلها كافي  
شكل (١٥٣) وتكون الجذبات  
محصوبة بمحركات جانبية ودائرية  
فاذا لم يضطر لاستمرار الجذب فلا  
يجذب الامدة انقباض الرحم  
لان انقباضه يساعد على الخروج  
اما اذا اضطر لاستمرار الجذب فيلزم



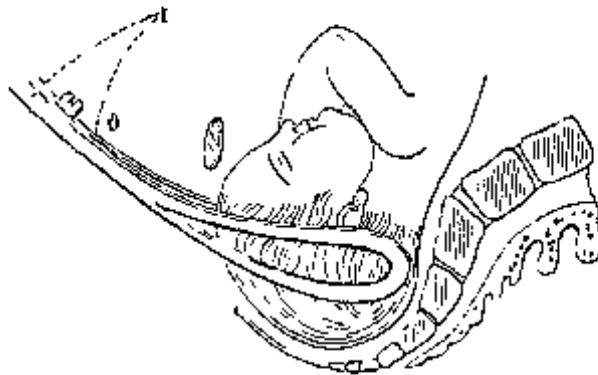
شكل (١٥٣)

فعله

فعليه أثناء الراحة والانقباض أيضا مع أمر المرأة بالطلق الى أن تجسبيء الرأس الى الفرج  
وحيثئذ ينعج الجذب ويسند العجان بالبد الاخرى مع الرفع التدريجي ليدالالة نحو بطن



شكل (١٥٤)



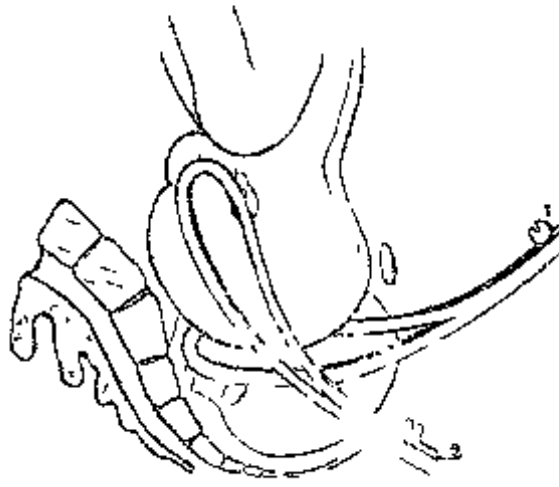
شكل (١٥٥)

المعرفة تستعمل إما الوضع مؤخرى عانى أو مؤخرى عجزى . وفي جميع أحوال جذب الرأس

الام كما في شكل (١٥٤) فاذا  
شاهد المولد أن العجان مشرف  
على التمزق فعمل الشقين  
الخليين الصغيرين الجانبيين  
للسفريين . وفي أثناء اخراج  
الرأس من الفرج يلزم تلطف  
الجذب بقدر الامكان مع تذكر  
المولد ميكانيكية خروج الرأس  
الذاتي في الوضع المؤخرى  
العانى والوضع المؤخرى العجزى  
لكي يجذب في الحالة الاولى  
الى أسفل بالبدالموجوده قرب  
تعشق الآلة الى أن يدخل  
المؤخر تحت العانة قبل رفع يد  
الجفت الى أعلى وفي الثانية  
يجذب الى الأمام والاعلى تابعا

نخط (أ) ولين شكل (١٥٥)  
حتى يخرج المؤخرى ويصير  
على الحافة المقسمة للعجان  
قبل خفضه يد الآلة كما  
في شكل (١٥٥) وهاتان  
الطريقتان هما المستعملتان  
لاخراج الرأس في حالة المنجى  
بالقمة لان جميع الاوضاع

يلزم أن تتبع ملاءق الجفت بالضبط اتجاه محور الحوض كفى شكل (١٥٦) وقد توجد



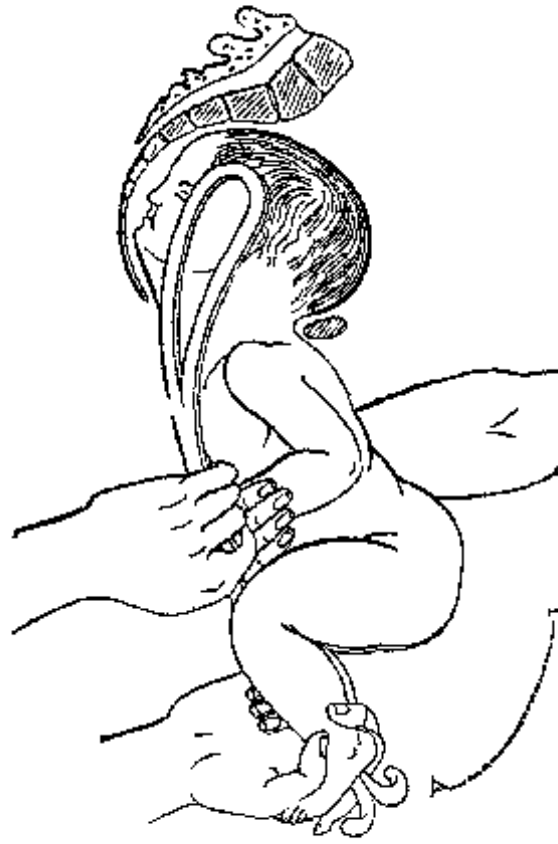
شكل (١٥٦)

أحوال تلجئ المولود لضعف جذبات قوية لاخراج الرأس فإذا كرر فعلها في أزمته مختلفة ولم تنرم أدركه عدم تحرك الرأس كان ذلك دليلاً على ضيق الحوض أو غلظ الرأس فيلزم حينئذ نقب الجمجمة وتفتيتها إذا لزم ثم إخراجها . ومتى خرجت الرأس وطرفا الملتصقين لم يزالا في الفرج يلزم الطبيب فك نعشيق فرعى الجفت

وأخراج أحدهما بعد الآخر بحركة واحدة كالأضراس من جهة المقابلة أما إذا خرجا من الأعضاء التناسلية فلا لزوم لفكهما . ثم إذا خرجت الرأس ورفع الجفت ولم توجد انقباضات رجعية كافية لاخراج جذع الجنين وخشى عليه أمر المولود المرأة بالطلق وأدخل سبابتى يديه تحت ابطنى الجنين وجذبه بهما للأسراع خروج الكتفين . فإذا كره فوعد وضع الجفت في الأحوال الاعتيادية فيلزم العمل بها . وهناك أحوال غير عادية يوضع لأجلها الجفت بصفة خصوصية . وهذه الأحوال ثلاثة المحي بالوجه . المحي بقاعدة الجمجمة عقب المحي الذاتي للقعدة . بقاء الرأس وحدها في الرحم بعد قطعهما من الجذع (الأول) إذا لم تنزل لرأس أعلى التجويف وكانت الذقن متجهة إلى الأمام لزم وضع الجفت كما يوضع في حالة المحي بقاعدة الذقن هنا عند نزلة المؤخرى في المحي بالقمة ولذا يلزم المولود أن يوجهه إلى الذقن الحافة المقعرة للجفت ليحدها تحت القوس العائى ابتداء ثم تخفض يد الجفت باليد القريبة من محل النعشيق إلى أن تخلص الذقن من القوس المذكور ثم ترفع يد الأكلة لأجل خلاص باقى الرأس من مقدم العجان . ومتى كانت الذقن متجهة إلى الخلف وضع الجفت مرتين متعاقبتين لأجل خلاص الرأس . وأما الاجتهاد في إرجاع الرأس إلى الأثناء بسكها من قرب المؤخرى فهو نادر غير مفيد . ثم إن وضع الجفت مرتين متواليتين بقوة يؤدى إلى التواء عنق الجنين لكن لا يخشى عليه منه ولو وصل إلى (١٥) درجة انما المهم تخليص الأم من الألام بقدر الامكان . وإذا وصل الوجه إلى العجان يمكن تحريك الرأس

ببطء

بطء حركة عظيمة رجوية في زمن واحد بواسطة جفت قصير مستقيم لعدم قهر مقاومة العمود الفقري لاعطاء الجذع زمنا كافيا فيه يتبع الحركة الواقعة على الرأس \* (الثاني) اذا كان الجنين آتيا بالافدام والرأس لم تنزل منحصرة في المضيق العلوي في هذه الحالة لا يمكن وضع الجفت عليها قبل فصلها من الجذع ومع ذلك يجرب وضعه اذا كان الجذع غير مائل للتجويف . واذا كانت محصورة في التجويف أمكن وضع الجفت لانه يكفي رفع أو خفض جذع الجنين بقوة على حسب اتجاه المؤخرى الى الامام أو الى الخلف ثم يشرع المولدف في وضع فرعي الجفت على حسب القواعد المتقدمة انما يكون ادخال فرع الجفت على السطح القصي للجنين كما في شكلي (١٥٧) و (١٥٨) لاعلى السطح الظهري له . ولاجل رفع جذع الجنين بقوة على



شكل (١٥٧)

عانة الام في حالة اتجاه الوجه الى الخلف يلزم لف الجذع مع الذراعين ببطء ورفع الجذع بأيدي الجفت ومتى كان الوجه متجها الى الامام ترك المولدف الجذع ونفسه لانه ثقيل يخفضه نحو العجان . ومتى ضبطت الرأس وفرضنا انها باقية في حالة انثناء فاذا كان الوجه متجها الى الخلف كما في شكل (١٥٧) تجذب الى الامام ثم الى الاعلى باليد اليسرى الموجودة قرب تمسك الآلة أثناء رفع الآلة شيئا فشيئا باليد اليمنى الى ان تصبح مشابهة للجفت في الهواء كما في شكل (١٥٧) أيضا . واذا

كان الوجه متجها الى العانة تجذب الرأس الى الاسفل وقليل الى الخلف باليد اليسرى مدة خفض اليد الآلة باليد اليمنى كما في شكل (١٥٨) المذكور ان في هذه الحالة الاخيرة تخرج الجبهة ابتداء لا المؤخرى

انظر شكل ١٥٨ في صحيفة ٢١٠



شكل (١٥٨)

وإذا كانت الرأس منبسطة والذقن مشبوكة أعلى العانة يلزم الجذب إلى الأمام ثم إلى الأعلى كما إذا كان الوجه متجهاً إلى الخلف في اتجاه الخط المشاره من (أ) إلى (ب) فرنسوى من شكل (١٥٩) أما إذا كانت الرأس منبسطة ومنحصرة في التجويف مع اتجاه الذقن إلى الخلف فلا يمكن تخليصها بالهفت فيلجأ إلى تفتيت الجمجمة . وإذا كان اتجاه الذقن إلى الأمام وكانت مشبوكة على الخافة العليا العانة فقد يمكن تخليصها ووردها وبذا تصبح الحالة غير خطيرة لأنه يمكن لأغنام الولادة فعل بعض جذبات في الجذع مع رفعه نحو بطن أمه (بطن على بطن) أو بوضع الجفت وجذبه انما

لا يكون وضعه كما في شكل (١٥٩) المذكور بل يجرب على السطح الظهري الجنين وبذلك تصل ملاءمته إلى المهمل المقصود بدون صعوبة . (الثالث) وهو بقاء رأس الجنين وحدها في الرحم أعلى المضيق العلوي في هذه الحالة يكون وضع الجفت أو الآلة المفتتة على الرأس صعباً جداً بسبب ارتفاعها وتحرر كها . ولذا يلزم قبل توصيل ملعقتي الجفت ووضعها على جهتي الرأس بالضبط تثبيت الرأس تثبيتاً جيداً بيدي مساعدي فطن مع دفعها ما أمكن نحو تجويف الحوض ثم يدخل المولدينه اليسرى بجمعها في التجويف الرحمي للاهتداء لوضع الملعقتين كما في شكل (١٦٠) واليد اليمنى تستعمل لادخال فرعي الجفت وفي أثناء ادخال ووضع الفرع الايسر تكون اليد اليسرى التي في الرحم موضوعة في حالة بطح قهري كما في شكل (١٦٠) المذكور وتكون في حالة نصف كب أثناء ادخال ووضع الفرع الايمن كما في شكل (١٦١)

انظر شكل ١٥٩ في صحيفة ٢١١ وشكل ١٦٠ في صحيفة ٢١٢ وشكل ١٦١ في صحيفة ٢١٣

وفي

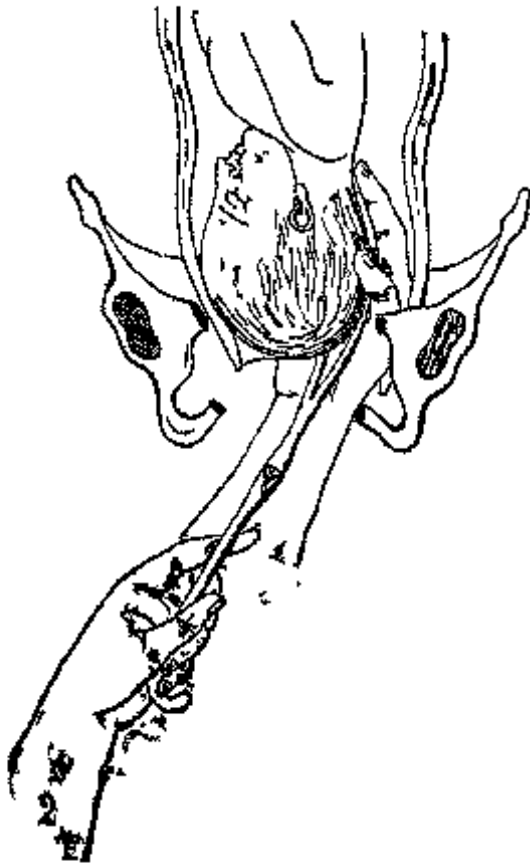


شكل (١٥٩)

(في ثقب الجمجمة) - الغرض من ثقب الجمجمة هو تقليل اقطار الرأس ليسهل خروجها . وثقب الجمجمة بقص المعلم (سميلي) شكل (١٦٢) أو بثاقب الجمجمة للمعلم (بلوت) شكل (١٦٣) أو بقص المعلم (نجليه) شكل (١٦٤) فإذا لم يتيسر احدى هذه الآلات ثقتب الجمجمة بساق صلب ذى طرف حاد قاطع . والمشرط الكبير القاطع من الجهتين الموشح طرفه بكرة صغيرة من الشمع المتلف بشريط من القماش حلزونياً على طوله يكفى اثقب الجمجمة عند الحاجة . وكيفية العمل أن توضع المرأة عرضاً على السرير كما توضع لعمل التحويل وتكون مقعدتها على

حافته والعجان خارجاً عن الحافة بالسكينة ثم يعقم المولود أعضاء التناسل ويديه كما تقدم ثم يدهن ظهره يده اليسرى بالمرهم البوريكي ويدخلها في المهبل ما عدا الاقدام وتكون الاربعة أصابع موضوعة على هيئة مخروط وقد تنكفي السبابة والوسطى لهذا العمل كما في شكل (١٦٥) فتى أدركه باليد رأس الجنين يرفع النصف المقدم من حافة عرق الرحم ثم يراقى حذ ثاقب الجمجمة بانتظام على السطح الراحي لليد والاصابع فإذا وجد المولود تحت طرف الآلة ياهو خافاً وتديره كما كان البط سهلاً جداً إلا أنه لا يلزم فعله فيها لأنه ينسد الثقب بتقارب العظام أثناء الانقذاف بل يلزم فعل البط في الجزء لعظمى الذي يقابل الاصبع فيضع الآلة عليه وضعا عموداً بقدر الامكان مع الاعتناء بحفظ يد الآلة حتى تلامس الحافة المقدمة للعجان ويحقق المولود أنه وصل الى المحل المقصود بقهر المقاومة وخروج جلط من الدم الاسود واللب

انظر شكل ١٦٢ وشكل ١٦٣ وشكل ١٦٤ في صحيفة ٢١٤ وشكل ٢٦٥ في صحيفة ٢١٥



شكل (١٦٠)

الحنى وحينئذ لا يكون عليه إلا بساعدة  
فصرى ثاقب الجمجمة وتحريكها حركة  
دائرية لاجل تمرير المخ ثم بعد ذلك  
تخرج الآلة مع الاحتراس بواسطة اليد  
المرشدة من خدش المهبل . فإذا انظر  
لتوسيع فتحة الثقب يخرج الثاقب من  
الجمجمة مقطوعا كافي شكل (١٦٥) .  
وإذا كان القطر العجزي العاني لحوض  
المرأة ليس أقل من ثمانية سنتيمترات  
ونصف يترك الخروج للطبيعة فإذا  
لم تكف لخروجه أخرج باليد  
. أما إذا كان قطر حوض المرأة أقل من  
ثمانية سنتيمترات فيلزم ثقب الجمجمة ثم  
تفتيتها واخراجها (٤) وبعض المولدين  
يفعل بعد الثقب والتفتيت زروقات

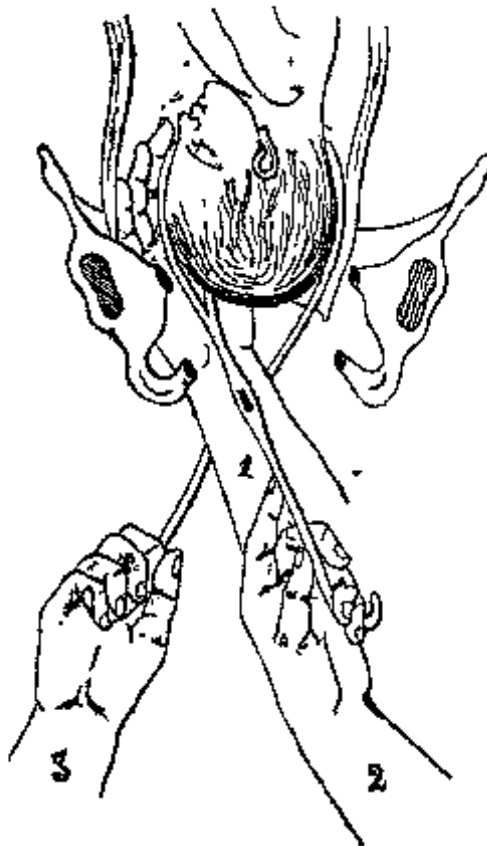
معمدة في تحييف الجمجمة لسهولة استئراغ اللب الحنى . ثم إن ثقب الجمجمة يكون سهلا متى  
كان الحنى بالقمة كافي شكل (١٦٥) . وأما إذا كانت الرأس واقفة في المضيق العلوي بعد  
خروج الجنين فيكون ثقب الجمجمة صعبا وربما كان خطرا على الام إذا أراد المولود ثقبها من  
المؤخرى أو من الجبهة لأنه لا يمكن اتجاه الآلة اتجاهها عموديا على أحد هذه الأسطح وإن  
هذه الأجزاء تقاوم أكثر مما يحصل عادة من القمة فيمكن انزلاق طرف الآلة الثاقبة  
فيصيب الأعضاء التناسلية فالأحسن خفض الفك السفلي للجنين خفضا قويا بواسطة  
أصبعين يدخلان في الفم وبعد ذلك يدخل مقص (سمبلي) فيه فيثقب قبوته فيدخل في  
الكتلة الدماغية كافي شكل (١٦٦) فهذه الطريقة يمكن للمولود أن يجري العمل عموديا بدون  
حصول انزلاق طرف الآلة يخشى منه . وبعض المولدين يثقب قاعدة الجمجمة بكسر العظم

انظر شكل ١٦٥ وشكل ١٦٦ في صحيفة ٢١٥

(٤) وإذا وضعت مطعنة فماتت أمام القرع اتلقت السائل الدماغى (حقائقه عن أمين الحاضرير كان حنا

الوندى



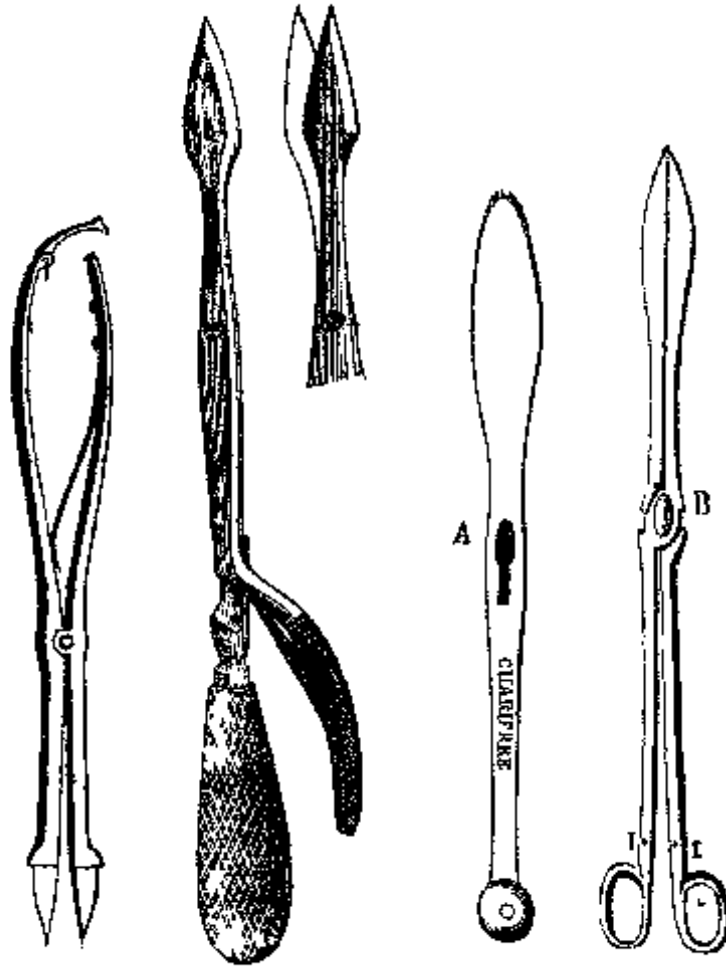


شكل (١٦١)

واحد ثم يدخل في السق الجفت الطويل المهدلب وليبوس ويدفع الى أعلى الى أن يصل لقاعدة الجمجمة ثم يفتح فرعاه في جهات مختلفة مع حفظهما متباعدين أثناء انخراجه ليكونا طرية متمسعا يسمح لورثاقب الجمجمة بدون مشقة وبدون تمزق الأجزاء التي يمر عليها لأنه يكون حينئذ في تمدد يوصله الى قبوة البلعوم أى على قاعدة العظم الوتدى تقريبا . وإذا أمكن وصول الاصبعين المرشدين للجفت الى القمم بدون مشقة لزم ضبط الفك السفلي بهما ليشناه مدة تأثير الثاقب . وهذا الاحتراس ليس مهما لان الجذب الخفيف المستمر للجذع يثبت الرأس تثبيتا كافيا . والثاقب المفضل هو ثاقب (روجس) شكل (١٦٧) فيعد عمل الغمد العسائي في القسم المقدم للعنق كأنه قدم يدخل فيه الثاقب المذكور تابعاً للاصبعين داخلين في المهبل الى أن يصل الى قبوة البلعوم . وهذا ان الاصبعان يضبطان الفك السفلي ويثبتانه اذا أمكن فتكون الرأس مثبتة حينئذ بهذين الاصبعين والايؤمر المساعد بفعل

الوتدى ثم يخرج اللب الخفى وبذلك يقل حجم الرأس لان العظم الوتدى متى انكسر وخرج اللب الخفى فالصدغيان والجداريان الآخذان نقطة ارتكازهما عليه ينخفضان بسمولة عظيمة وحينئذ تمر الرأس من المضيق الذي قطره ستة سنتيمترات بل ونحوه أما العظم المؤخرى والجبهي فلا يتم بهما لانهما ينشيان وينحيان ويحصران بانحراف فلا يمنعان مرور الرأس من المضيق . وكيفية العمل هي انه متى كان جذع الجنين هو الخارج والرأس وحدها هي المحصورة وواقفة في المضيق العلوى يفعل شق مستعرض في الجزء العلوى من قص الجنين امتداده من سبعة الى ثمانية سنتيمترات ويسلح الهدب العلوى منه بقدر سنتيمتر

انظر شكل ١٦٧ في صحيفة ٢١٦

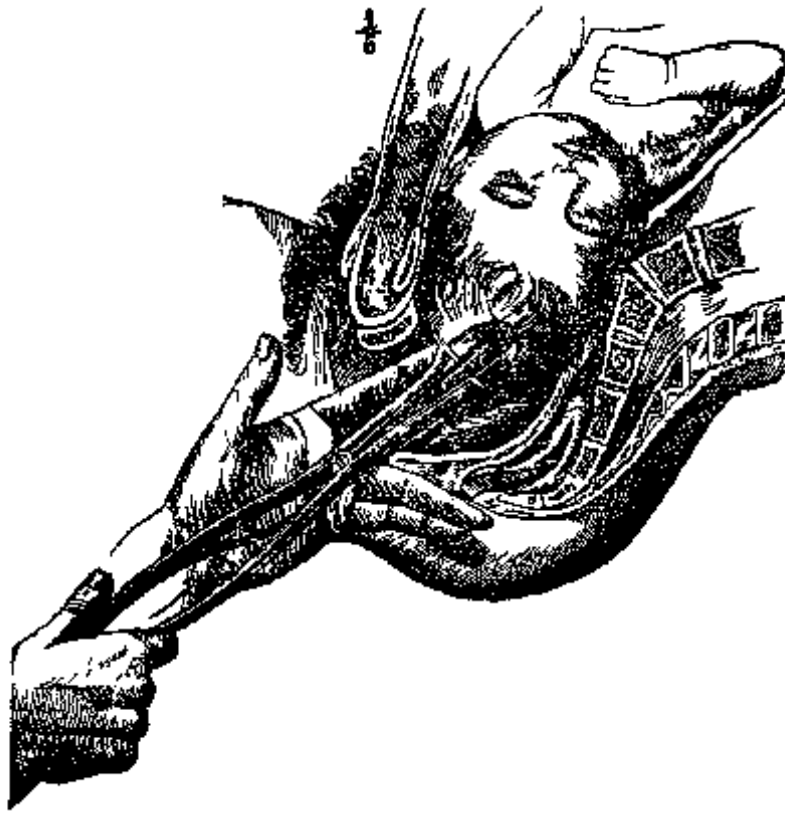


جذب مستمر على  
جذع الجنين بقي  
ثبتت الرأس يلزم  
نقب المـيزاب  
القاعـدى للعظم  
المـوخري أو نقب  
نفس قاعدة العظم  
الوئدي برأس الشاقب  
الواقع عليها حركة  
النواء البرمسة من  
اليسار الى اليمين  
ومتى دخلت في  
العظم قدر نجسة الى  
سنة سنتيمترات بفعل  
فيها بعض حركات

جانبية داخل المخ  
شكل ١٦٤ شكل ١٦٣ شكل ١٦٢  
لثمزيقه ثم يخرج الشاقب قليلا بحركة رحوية في اتجاه عكس الاول أى الى أسفل قاعدة  
الجمجمة بدون اخراجه من العمد العشائى أو يكفى بتغيير اتجاهه قلبـ الاحتى لا يخرج كلية  
من سمك العظم ثم ينقب هذا الجزء أيضا ثم ينتقل في نقطة أخرى من العظم المذكور وهلم  
جراحتى يحدث جولة تقرب على حسب نوع ضيق الحوض فى صارت قاعدة الجمجمة مفتحة  
كما تقدم جذب جذع الجنين فتخرج الرأس بدون احتياج الى عمل آخر أما اذا كانت الرأس  
الواقفة فى المضيق آتية بالوجه فيلزم ثقبها من الخجاج وادخال الآلة فيها

(فى ثقب الجمجمة) - قد تقدم ان ثقب الجمجمة لا بفعل الا اذا كان قطر المضيق نحو  
ثمانية سنتيمترات أما اذا كان القطر اقل من ذلك فيلزم ثقبها ثم ثقبها ويكون الثقبين  
بجفت مخصوص فرعاه قويا بان جسد او لعقناه طوي لثان ضيقان مشقوبتان كما هو مشاره

بأشكال



بشكل (١٦٨)

١٧٠ و ١٦٩

أو غير مشقوبتين

وعلى كل فيد

الجفت تكون

موشحة بلولب

يدور باليد كما في

شكل ١٦٨ أو

بدور بصامولة

قوية تحرك

بالارادة معدة

لتضريب

الماعقتين كما هو

مشار لها بشكلي

شكل (١٦٥)



شكل (١٦٦)

١٦٩ و ١٧٠ المذكورين أو تكون هذه

الصامولة مستعاضة بساق ذى اسنان موشح

بفتح مسنن كما في شكل (١٧١) أو مستعاضة

بحلقة من جلد تلف على طرفي فرعي الجفت

كما في شكل (١٧٢) وأما التقنين بواسطة

الجفت الناشر للعلم (فتورثقل) المشار له بشكلي

(١٧٣) و (١٧٤) فهو وخطر لتضاعف تركيبه

وكذا ناقب الجمجمة ومفتها للعلم تارنيس يره هو

متضاعف التركيب أيضا فيصعب استعماله

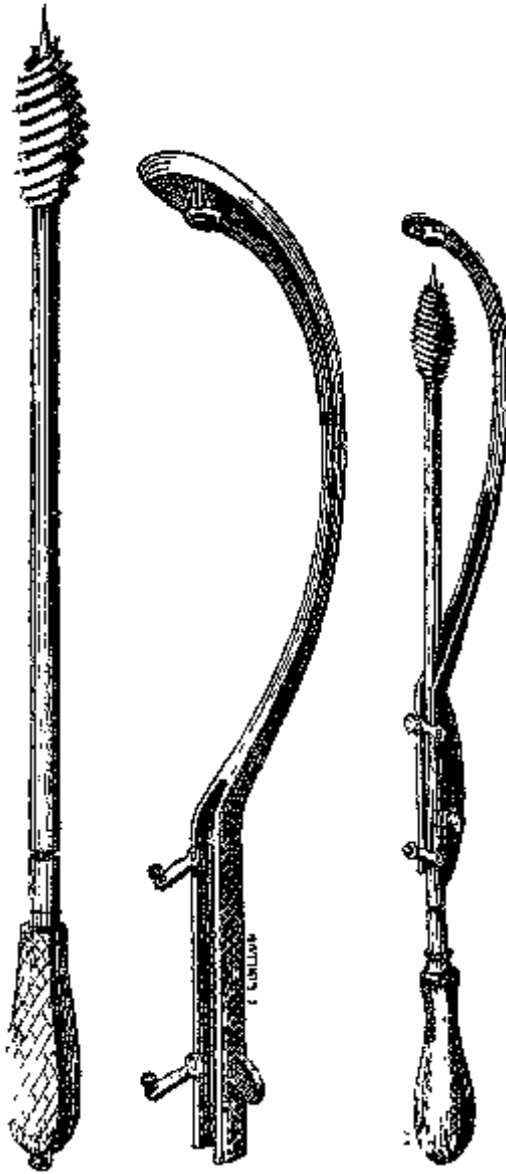
ولذا يلزم الاككتفاء بعجل التثبيت بأحد

الجفت العادية المتقدمة شكل (١٦٨) أو

شكل (١٦٩) ثم ان وضع الجفت المفتت

انظر شكل ١٦٨ و ١٦٩ في صحيفة ٢١٧ وشكلي ١٧٠ و ١٧١ في صحيفة ٢١٨ وأشكال ١٧٢

و ١٧٣ و ١٧٤ في صحيفة ٢١٩

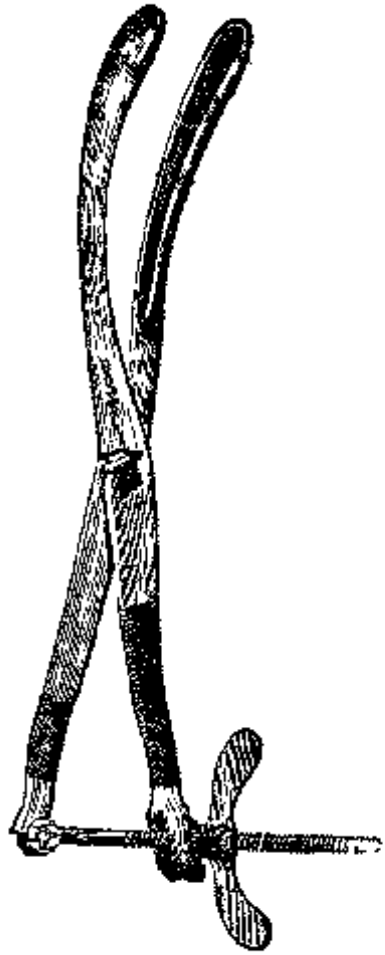


شكل (١٦٧)

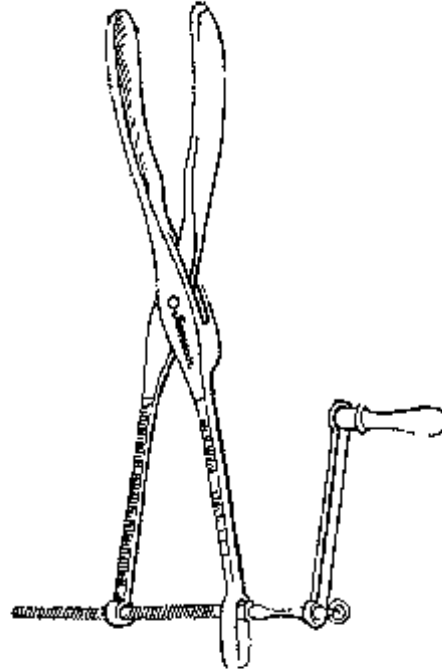
يكون كوضع الجفت البسيط لكن هنا يلزم الاحتراس في ادخاله لطوله وثقله كما انه يلزم اثناء ضبط الجمجمة تجنب ضبط جسد الرحم مع رأس الجنين بالجفت ولذا يلزم ادخال اليد بتمامها في الرحم كرساة لفرعي الجفت قبل ادخالهما وفي اثناء ادخالهما يلزم وجود أحد المساعدين بجانب المرأة لثبيت الرحم بيده تثبيتاً متيناً لكي لا تترك الرأس المضيق العلوي بعد وضع الفرع الاول عليها ولاجل ضبط الرأس بالجفت من وسطها يلزم المولود توجيهه يد الجفت الى الاسفل والخلف نحو العجان حتى تضبط الرأس على حسب القطر الموافق صارت طرفا فرعي الجفت متباعدين فيلزم اذن ادارة الصامولة الى أن يتلامس القرعان بقدر ما يمكن وإذا فعل المولود الثقب قبل التفتيت خرج اللب المحي من العرج عقب تقارب فرعي الجفت فيكون ذلك داء لا على

تفتيت الرأس ومع ذلك يستمر على العمل وحتى تقارب القرعان قربت ملامسة الملعقتين واذن ينبغي تدوير الحافة المقعرة للجفت الى اليسار أو اليمين لوضع القطر الصغير الحجم من الرأس في اتجاه القطر الضيق من الحوض ثم يفعل المولود جذبات قوية بالجفت على حسب المحور العام للقناة الرحمية الرجمية . ويتكرر التفتيت يتجنب غزيبق الاعضاء التناسلية

بالسطايا



شكل (١٦٩)

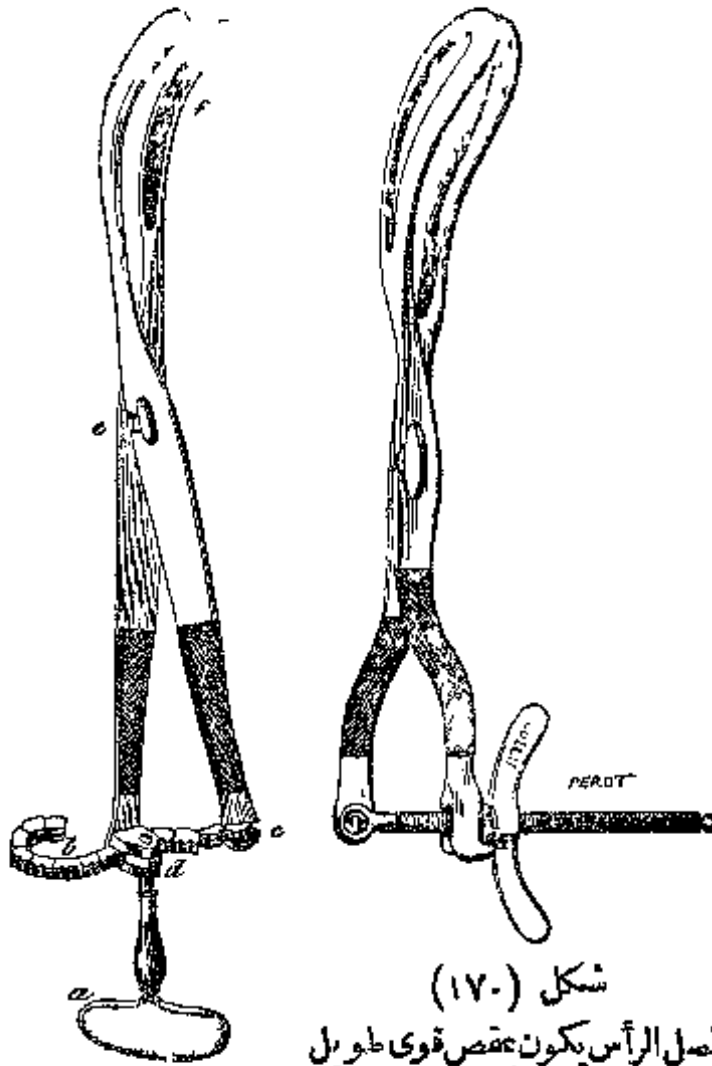


شكل (١٦٨)

بالشظايا  
العظمية  
الناخبة  
من تفتت  
الجمجمة  
ولاجل  
ذلك يلزم  
تكرار  
التفتت  
أربع  
دفعات  
أونحسا

أوستاوفي كل دفعة بفعل التفتت ثلاث مرات أو  
أربعا لا اياه بعد الدفعة الاولى يلزم فعل حركة رجوية  
عظمية الى اليسار واليمين في الرأس بالجفت المفتت  
حسب الوضع المعروف ففي ذلك يلزم فصل فرعي

الجفت ثم اخرجهما متتابعين ويترك خروج الجثة الطبيعية فاذا مضى نحو ساعة ولم تخرج  
لزم وضع الجفت والتفتت به تاليفي فطرغ من الاول من الرأس ثم فعل حركة رجوية في الجهة  
التي فعلت فيها الحركة الاولى ثم يخرج الجفت ويترك خروج الجثة الطبيعية أيضا فاذا مضى  
هذا الزمن المحدد ولم تخرج الجثة كرر الوضع والتفتت وهكذا الى أن يفعل التفتت خمس  
دفعات أو ستا ومع ذلك فعدد الدفعات يختلف على حسب درجة الضيق وقوة الانقباضات  
الرجية فقد يكرر التفتت الى ثمان دفعات في مسافة ساعة أو ساعتين بدون حصول أدنى  
عارض لأولى ولا تاليفي ، والمفضل ترك الانقذاف الطبيعية متى تفتت الرأس وقل حجمها ولم  
يوجد دعائق يمتعها عن الخروج بالانقباضات الرجية وحدها لانه اذا مضت الرأس بعد  
تفتتها مضطحا كما بالجفت وكان الضيق عظيما ثم جذبت بقوة تمرق عنق الرحم والمهبل .



وقد يمكن فعل التحويل  
المقعدى بعد التفتيت  
إذا كان ضيق الحوض  
قليلا وسمح لدخول اليد  
في الرحم . وفي حالة  
خروج الجنذع سواء  
كان بالتحويل المقعدى  
أو الولادة الذاتية إذا  
وقفت الرأس في المضيق  
العلوى بسبب ضيقه  
يلزم أولاً جذب الجنذع  
بقوة باليدين فإذا لم يتم  
جذب بالجفت فإذا لم  
يتم أيضاً لزم فصل  
الرأس لتخليص القناة  
الفرجية الرجمية منه ثم

شكل (١٧٠)

تفتت الرأس وتخرج وفصل الرأس يكون بمقص قوى طويل

شكل (١٧١)

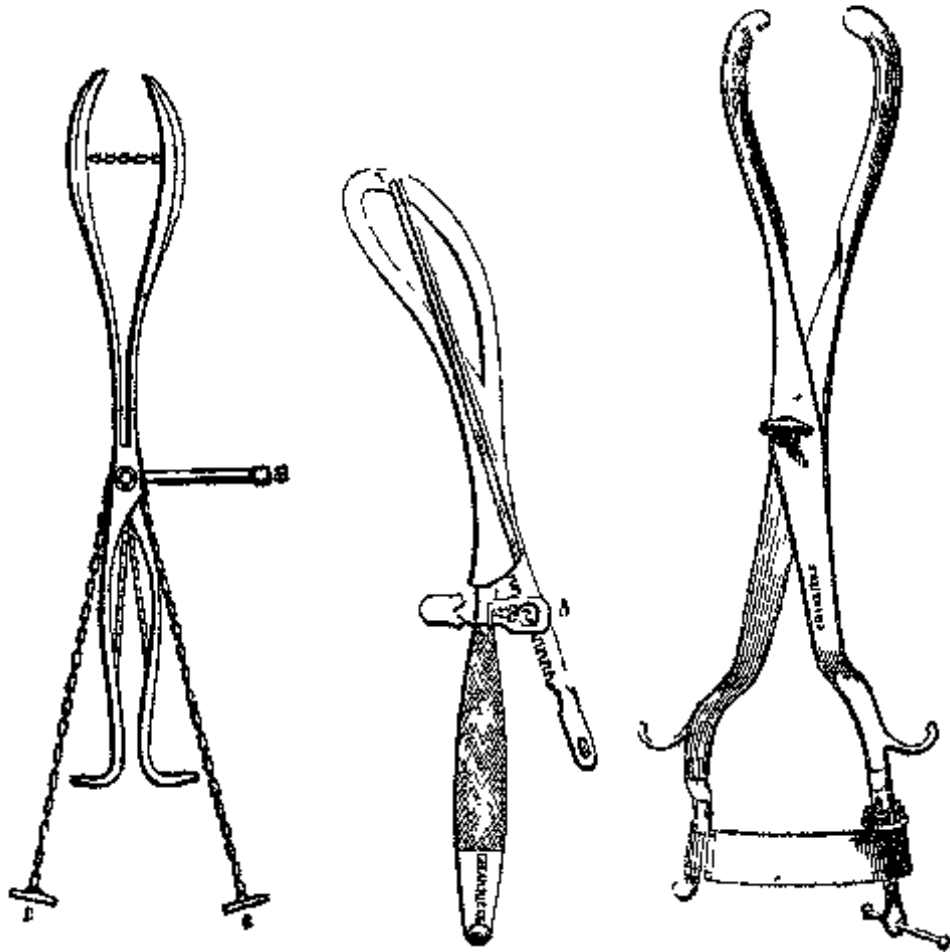
مستقيم شكل (١٧٥) أو بمقص منحن على سطحه . ويوصل

الى عنق الجنين منقاداً بأصبعين أو ثلاثة من اليد اليسرى للواد بينما يكون المساعده مستبنا  
الرحم والرأس جيداً حتى وصل المقص الى العنق تفصل الرأس ويخرج الجنذع ثم تفتت  
الجمجمة كما تقدم وبما أن الرأس متى صارت منفصلة عن الجنذع في الحوض الضيق صعب  
ضبطها بالجفت فيلزم أولاً تشبيتها ثم ثقبها من قاعدتها بالآلة المسماة بالفرنسوية (تريين)  
(المشار الحلقى) شكل (١٧٦) ثم يدخل في الثقب الناجم عن هذه الآلة بواسطة جفت  
طويل قضيب صلب طوله من خمسة الى ستة سنتيمترات وسمكه من خمسة الى ستة ملليمترات

انظر شكل ١٧٥ و ١٧٦ في صحيفة ٢٢٠

وسمكه

مربوط من وسطه بعروة من خيط طويل متين ومتى ادخل القضيبي في تجويف الجمجمة

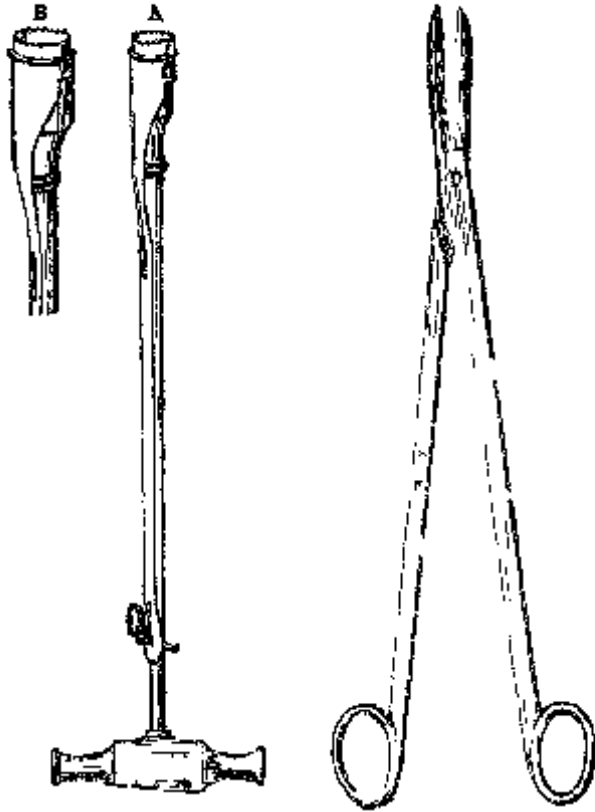


شكل (١٧٤)

شكل (١٧٣)

شكل (١٧٢)

يشد الخيط فيصير وضع القضيبي في باطن الجمجمة بالعرض ثم يسلم هذا الخيط الى المساعد ليحفظه مشدودا وبالشد نصير الجمجمة ثابتة الوضع وحينئذ يوضع جفت التفتيت وتفتت بواسطة هذا الخيط يمكن جذبها الى الخارج بعد ذلك وبما أنه ينبغي تثبيت الجمجمة لتفتيتها أولا ثم تثبيت التفتيتها ثم جذبها بعد التفتيت وبما أن ذلك صعب فالأفضل قطع الكتفين والذراعين واخراجهما بحيث لا يبقى في القناة المهبلية الفرجية الا العمود الفقري فيسهل ادخال الآلة الشاقبة أولا وتثبت الرأس بالشد على العمود المذكور بعد تغليفه بخرقة ثم بعد ثقب الجمجمة يخرج الشاقب ويوضع فرعا الآلة المفتتة أثناء تثبيتها بجذب العمود الفقري المذكور أيضا ثم تفتتها أو تثقب الرأس بالشاقب الترييني ثم يدخل في باطنها القضيبي



شكل (١٧٦)

شكل (١٧٥)

السابق الذكر مربوط بالخيوط  
ثم تفصل الرأس من العمود  
الفقرى ثم تفتت وهذه العملية  
وان كانت سهلة الا أنها خطيرة  
فانه مات سبع عشرة امرأة من  
ستين فعلت لهن هذه العملية  
ولذا يفضل عنها ثقب الجمجمة  
ثم تفتتها بجفت المعلم سمبسون  
شكل (١٧٧) وهو يتكون  
من فرعين أحدهما ذو ملعقة  
شباكية والآخر ذو ملعقة  
مسننة فبعد ثقب الجمجمة  
يدخل فيها من هذا الثقب  
الفرع الشباكى ثم يوضع الفرع

المسنن على سطحها الخارجى ثم يعشقهما ويقرب طرفيهما من بعضهم بقوة فينتفتت الجزء  
المختصر بين الملعقتين ثم يكرر هذا العمل في جملة نقط من الرأس

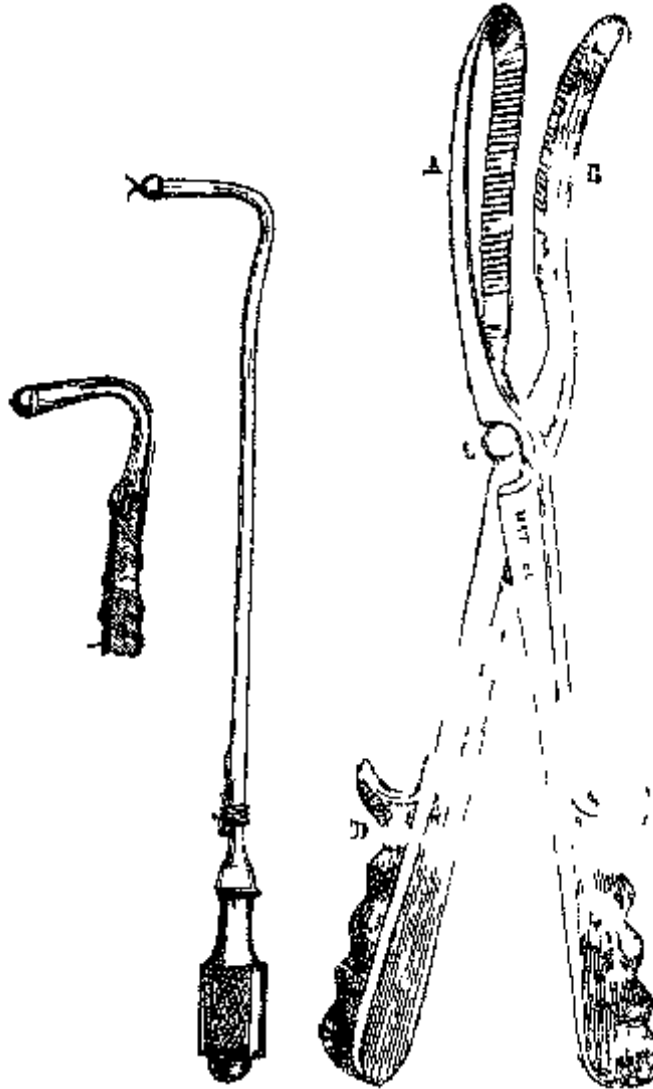
( في تقطيع الجنين ) - اذا جاء الجنين بالجذع وكان الكتف منحصر انحصاراً متيناً  
والرحم منقبضاً انقباضاً تشخيصياً لزم لاخر اجه فصله الى جزأين فيخرج الطرف السفلى أولاً  
بالجذب ثم العلوى المتصل بالرأس أما فصل الذراع الساقط في المهبل فلا يفيد فالأفضل  
تركه على ما هو عليه ولا يجذب الا عند الضرورة لاخراج الجزء المتصل به . ثم ان تقطيع  
الجنين إما من صدره أو ظهره أو عنقه . فالقطع من الصدر يلزم أن يكون بانحراف على  
هيئة جمالة السيف العربى ويبدأ به إما من أسفل الكتف المحصور ثم يصعد به الى أعلى  
كتف الجهة المقابلة قريباً من قاعدة العنق وإما من أعلى الكتف المحصور ثم ينزل به  
منحرفاً الى أسفل الابط المقابل ويلزم قبل العمل أن تكون الايدي والآلات واعضاء المرأة  
معتمة جيداً كما تقدم . وبه عمل القطع اما بالقتل الطويل القوى المستقيم شكل (١٧٥)

انظر شكل ١٧٧ في صحيفة ٢٢١

المنفرد



المتقدم وإما عكس متجن على سطحه فيدخل منقادا على اليد اليسرى المولدة تابعا حركاتها لتجنب جرح أعضاء التناسل . وبعضهم فعل القطع بواسطة كلاب ذى نصل حاد قاطع ولكن



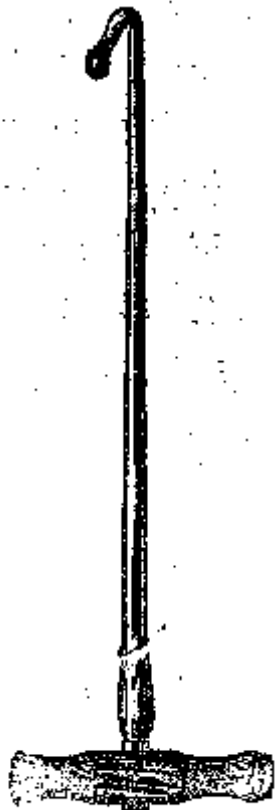
استعماله صعب في غير قطع العنق كما سيجي . وبعضهم استعمل القطع بالشراخيطةتين بمرحول الجذع ثم تخرج الطرفه خارج الفرج ثم يفعل فيهما حركتي ذهاب واياب بقوة . ولاجل مرور الخيط خلف جذع الجنين يؤخذ كلاب اعتيادي غير حاد الطرف سطحه المهدب محفور بيزاب معدن لقبول الخيط الذي يكون أحد طرفيه متبها ومتقارب صا على هيئة قلنسوة تلبس لطرف الكلاب شكل (١٧٨) وتحفظ عليه بشد الخيط الذي يكون طرفه السائب خارجا من ثقب موجود

شكل (١٧٧) شكل (١٧٨)

بيد الكلاب . وهذا الوضع يدخل الكلاب في المهبل ثم في الرحم ثم خلف الجنين منقادا باليد اليسرى . فتى تأكد المولدة أن طرف الكلاب وصل الى الجهة الخلفية للجنين ، نحي الخيط لتسقط الرصاصة بثقلها فتظهر فينقطع اليبرزها خارج الفرج . فان لم تظهر من نفسها لزم البحث عليها بالحقن الطويل المعدل لبوليوس فتى وجدت اخرجت كما تقدم ثم يمر بطرفي الخيط داخل منظار ثم يدفع المنظار داخل المهبل والرحم الى أن يلتصق طرفه

بالجين ثم يسلم المولود المنظار الى مساعدي ليعمل المولود في طرفي الخيط حركتي ذهاب واياب  
فبذلك تنشر الانسجة المحصورة في عمود الخيط من الخلف الى الامام . والقطع بهذه الطريقة  
مفضل عن غيرها لوجود الخيط في أي محل ولسهولة وضعه ولسرعة قطع الاجزاء الواقعة عليها  
العمل ولعدم حدوث خطر على الأم

(في فصل الرأس من الجذع) - تفصل الرأس في الجذع بقطع العنق اذا خرج الجذع  
ووقفت الرأس في المصيق العلوي سواء كان مجي الجين بالمقعدة ذاتيا أو بالتحويل المقعدى



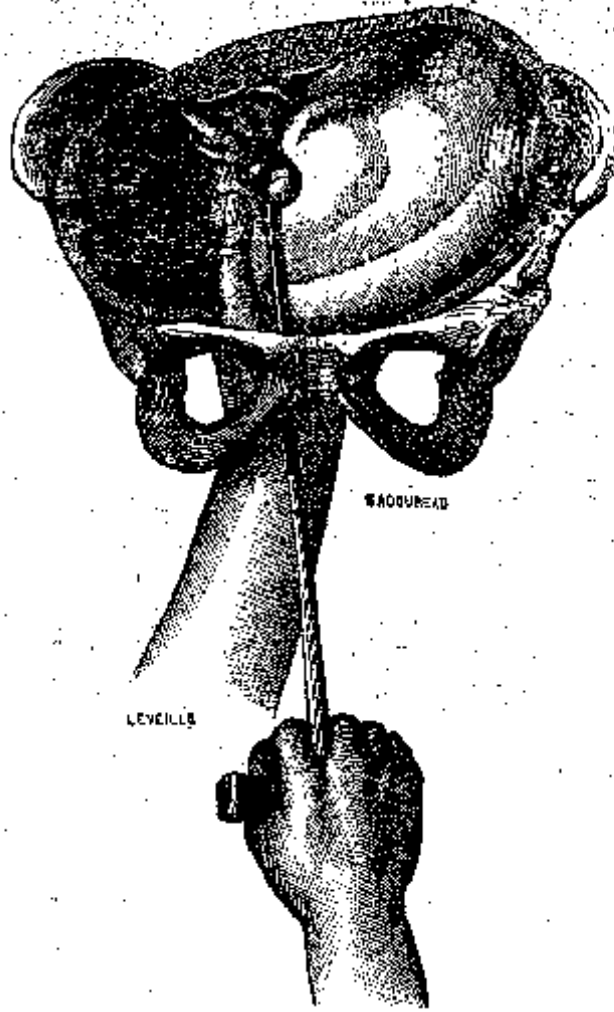
• ويكون القطع إما بالمقص الذي سبق ذكره أو بكلاب منته  
طرفه العلوي بزق كثير الصلابة وطرفه السفلي بساق من صلب  
مستدير غلظه مستدير واحد منته بيد من قرن أو معدن شكل  
(١٧٩) وجزؤه المنحنى قاطع تقر يسا في طول امتداد تعبير  
تقوسه وكيفية القطع بهذه الآلة هي أن تعقم الايدي والآلة  
وأعضاء تناسل المرأة بعد وضع مقعدتها على طرف السرير ثم  
تدخل اليد اليسرى الى أن تعانق عنق الجين فتوضع أصابعها  
الاربعة خلف العنق وإبهامها أمامه وبعد خفض العنق باليد  
ما أمكن يحسب المولود باليد اليمنى يد الآلة ويرتق الكلاب على  
إبهام اليد اليسرى الى أعلى عنق الجين ثم يفعل حركة رجوية  
خفيفة ليبد الآلة فيمر الكلاب أعلى عنق الجين ثم يثبت هنالك  
يجب يد الآلة بقوة مع فعل حركات رجوية بها فتفصل فقرات  
العنق والاجزاء الرخوة . ويلزم دائما أن تكون حركات الكلاب

شكل (١٧٩)

في راحة اليد اليسرى المرشدة الموجودة في الرحم كما في شكل

(١٨٠) فتى انقطع العنق يخرج الجذع بالجذب من الذراع الساقط في الفرج ثم تخرج الرأس  
باليد أو باليد بدون تفتيتها أو بعد تفتيتها بالآلة المفتتة تبعا للحالة ولا يلزم فصل الجين من  
عنقه اذا انحصر الكنف ولم يمكن رده لصعوبة الوصول الى الرأس وضبطها في هذه الحالة  
فالأفضل القطع المنحرف للصدر لانه لا يقطع العنق الا اذا كان ظاهرا في الفوهة الرجوية ولم  
يمكن جذب الذراع أو فعل التحويل . وعلى كل فالفضل عن قطع العنق و قطع الجذع هو الشق

انظر شكل ١٨٠ في صحيفة ٢٢٣



شكل (١٨٠)

البطنى اذا كان الجنين تام  
المدة سواء كان حيا وميتا لانه  
لا ينجم عنه تعريض المرأة  
لخطر ويضو الجنين في أغلب  
الاحوال اذا كان حيا أما اذا  
كان غير تام المدة فالأفضل  
تقطيعه لانه لا ينجم عنه  
أذى مشقة خصوصا اذا كان  
ميتا . وهذا ما يفعل في الجوى  
بالكتف متى كان ضيق المضيق  
العلوى عظيما . واما اذا كان  
الحوض طبيعيا تقريبا وسمح  
بدخول الكتف دخولا غيرا  
ولم يمكن عمل التحويل فبعض  
المواد ينقب الصدر بكلاب  
يدخله فيه الى أن يصل الى  
العروء الفقري فيمر به خلفه

ليصير العروء في تقعره فيجذبه الى أسفل . وبعضهم لا يدخل الكلاب من الصدر بل يدفعه بين  
الرحم والجنين الى أن يتجاوز الاضلاع الكاذبة من الخلف ثم يدبره بقوة مع الجذب ليقتب  
طرف الكلاب الجلد والأنسجة ويصير داخل البطن وحينئذ يكون تقويس الكلاب معانقا  
للعروء الفقري فيجذبه الى أسفل وبذلك يمكن اخراجه ولكن هذه الاعمال غير مفيدة ومضرة  
ولذا استبدلت بالشق البطنى

(في الشق البطنى أى العملية القيصرية) - العملية القيصرية هى شق الجدار المقدم  
للبن و الرحم لاخراج الجنين ومنعلقاته اذا لم يمكن اخراجه من المسالك الطبيعية ولو بعد  
تفتيت الجمجمة ويلزم المولد أن يحيط قبل العملية بحمامياتى ، أو لامتى كان ضيق الحوض بين  
ثمانية سنتيمترات وتسعة ونصف وكان الجوى وبالجملة لازم الانتظار مع وضع الحقت عدة مرات فاذا

لم ينفذ ذلك تفتت الجمجمة وتخرج الجننة بالجفت . وإذا كان المحي وبالمنقعة يلزم المولدة الانتظار أيضا وفعل جذبات جيدة فإذا لم يثمر وأمكن وضع الجفت على الرأس الباقية لزوم وضعه والافتت الجمجمة وأخرجت . وإذا كان المحي بالكشف لزوم فعل التحويل القدي ثم وضع الجفت على الرأس الباقية عند الاحتياج كما تقدم . ثانيا إذا كان المحي بالرأس وكان ضيق الخروض بين سبعة سنتيمترات وثمانية لزوم وضع الجفت فإذا لم يقد لم تفتت الجمجمة وكذلك إذا كان المحي بالمنقعة وعاققت الرأس انتهاء الولادة لزوم تفتتها فقط أو بعد تقطيع الجنين كما تقدم . وإذا كان المحي بالكشف ولم يمكن رده ولا فعل التحويل يقطع الجنين ما لم تفضل المرأة العملية القيصرية لتجاة جنينها المتبع بالحياة . ثالثا إذا كان الضيق بين ستة سنتيمترات وسبعة وكان المحي بالرأس يفعل تفتت الجمجمة البسيط أو المتكرر ما لم تطلب المرأة العملية القيصرية لتجاة الجنين . وإذا كان المحي بالمنقعة وكان الجذع خارجا ووقفت الرأس في الضيق العلوي يقطع الجنين ويتبع بتفتت الجمجمة . وحيث كان الجنين ميتا فلا تفعل العملية القيصرية إلا إذا كان عظيم الحجم ولم يمكن إخراجه من المسالك الطبيعية بعد تقطيعه . وإذا كان المحي بالكشف ولم يمكن رده لزوم فعل العملية القيصرية إذا كان الجنين حيا أو ميتا كبيرا الحجم وإذا كان ميتا غير كبير الحجم لزوم تقطيعه . رابعا إذا كان الضيق أقل من ستة سنتيمترات ولم يكن الجنين صغيرا جدا تعينت العملية القيصرية أي كان محي الجنين . وعلى كل منى وجدت حالة تستدعي هذه العملية يلزم التفكير في فعلها قبل حصول الطلق باثنتين وسبعين ساعة لان في المبادرة منفعة عائدة على الجنين والام أيضا لانه اذا ابتداء الطلق قبل شروع في العمل بزمن طويل صارت المرأة عرضة لانهاب مجت تابعي وكذا الجنين بصير عرضة للموت خصوصا اذا سبق العملية أعمال عنيفة أو مستطيلة قصد بها استخراج الجنين كالتحويل أو وضع الجفت ولم يثمر . وينبغي أن تفعل العملية للمرأة في محل جيد الهواء ثم يفعل لها حقنة مسهلة مساهلة العمل وفي الصباح قبل العملية يفعل لها حقنة أخرى شرجية منظفة ومتى تعددت فتحة عنق الرحم يشرع في العمل \* والشق البطني يقصد منه إما استخراج الجنين ومسهلة مائه فقط أو استخراج الرحم بما فيه فالأولى تعرف بالعملية القيصرية والثانية بعملية (بودوا) وفي كليهما يلزم قبل الابتداء في العمل تحضير ما سيذكره أولا وجود مساعدين من ذوي المعلوماتية بمقدار كاف لان بعضهم يصفون منوطا باستنشاق المرأة الكوروفورم وأخرى ضبط الرحم وتثبيتته أثناء الشق ويلزم اثنان لضبط الفخذين يجلسان بجانب المرأة ومساعد يضبط ذراعها

ذراعها وجذعها ومساعد لتثبيف الجرح حزم الشق ومساعد لناولة الآلات ويحضر  
أيضاً ماء مغلي معقم في حرارة (٤٥) درجة أو أكثر بكمية عظيمة نحو ١٥ لتر أو سائل أخرى  
معقمة من السليمانى وحض الطرطريك ويحضر أيضاً جهاز الزروقات وغاز يودوفورمى  
وقطن معقم بعضه مثل الاقراص والبعض الآخر مثل الكرات وأربطة من شاش معقم  
ومن قانيلا معقمة ورفائف معقمة وجميع ما ذكر يكون محفوظاً بعد تعقيمه في قنن ميزان  
معقمة لا يخرج منها الا وقت العمل ويكون استخراجهما وتناولها بواسطة جفت معقم  
ويلازم أيضاً تحضير جفت ولادة وخيوط من حرير وخيوط من الكاتنجون غليظة القطر  
نوعاً والجميع يكون معقماً جيداً . وكذلك تجهز أنابيب ادريناج من الكاوتشوالاحمر  
ومناشف وخرق جافة معقمة دائمة لتغليف الجنين . ومصل صناعى وحقنة لحقنه تحت  
الجلد . ويلزم أن تكون قاعة العملية معقمة جيداً مرشوشة بسوائل فنيكية وتكون  
حرارة القاعة زمن الشتاء نحو عشرين درجة وتحضر أيضاً مشارط مستقيمة ضيقة النصل  
ذات زر ومشارط محدبة ومقصات طويلة قوية وعدد عظيم من الحقن وذوات الضغط  
المستمر لقطع النزيف العادى وحقن أخرى طويلة قوية بعضها مسـتطيل وبعضها  
منحنى وبرة طويلة منحنية ذات يد لتحريكها بالارادة وأخرى متوسطة الغلظ وأخرى غليظة  
للخياطة مع حامل قوى للدبر ومحس قنوى من الفضة ورباط من الكاوتشوالاحمر طوله نحو  
الخمسين سنتيمتراً وقطره نحو خمسة ملاعمرات وسبيوح من صلب طولها خمسة وعشرون  
سنتيمتراً وقطرها ملاعمر واحد حادة من أحد أطرافها ويد لضبطها وادخالها بواسطة  
في الانسجة . وجهاز الترموكوتير وجهاز الزروقات للغسيل وقساطير مثنائية من الفضة  
هذامع التيقظ لوجوب تعقيم أيدي المساعدين وأطرافهم وجميع ملابسهم ثم بعد ذلك  
تقسطر المرأة لاجراء جميع البول الموجود في مثانتها ثم تعقم أعضاء التناسل وبعد  
التعقيم يسد الفرج بسدادة من غاز اليودوفورم ثم يغسل جلد البطن بالصابون والماء المغلي  
السخن بواسطة فرشاة ثم بالسوائل المعقمة أيضاً ثم تغطى البطن برقائق مضادة للتعفن  
معقمة . ويلزم أن تكون طاولة العملية نظيفة معقمة وليست كثيرة الارتفاع فتوضع  
المرأة فوقها ثم تنوم بالكوروفورم حتى صارت المرأة في خدر تام يجلس المولدة على يسارها  
إذا ابتدأ بالشق من أسفل وعلى يمينها إذا ابتدأ به من أعلى ثم يقوم كل من المساعدين بما عهد  
اليه كما تقدم ثم يأخذ المولدة المشرط المحذب ويشق البطن في الخط المتوسط ثم مستقيماً

طوله من (١٥) الى (١٨) سنتيمتراً مبتدئاً من أعلى السرة ثم ينزل به ليجيئها من جهتها اليسرى ثم يتبع الخط المتوسط ثانياً بعد تجاؤ زالشق للسرة من أسفل ويستمر نازلاً الى أن يقف أعلى الارتماق العاني بنحو أربع أو ثلاثة سنتيمترات ، وهذا اذا ابتدأ بالشق من أعلى اما اذا ابتدأ به من أسفل فيكون من أعلى الارتفاق بثلاثة سنتيمترات . وفي كليهما يلزم وضع جفوت ضاغطة على الاوعية النازفة أولاً فاولاً أثناء الشق أو تربط الاوعية النازفة أولاً فاولاً والمساعد المستعد للتنشيف يلزم أن ينشف الجرح أولاً فاولاً برقائق المعقمة أو بكرات أو أقراص من القطن المعقم معصورة فبذلك يصير الجرح جافاً فيسهل على المولود الشق بكل احتراص . ومتى وصل المولود الى البر يتون يلزم ضبطه بطرف الجفت ورفعها الى أعلى ثم يقبضه ويدخل في تجويفه من هذا الثقب بحسب اقنوبيا وعليه يشق هذا الغشاء فيصير التجويف البطنى مفتوحاً حينئذ يحيط أحد المساعدين في الحمال حواف الجرح بالرفائذ المعقمة السخنة المعصورة جيداً ويكون تناول كل منها بالجفت المعقم كما تقدم فاذا كان هناك سائل يجفقه ويلزم المساعد المثبت للرحم أن يدفع حافتي الجرح البطنى على الرحم الذي يعرز في الخط المتوسط بين حواف الشق كفتق ليلصقهما به حينئذ يشرع المولود في شق الرحم ولاجل ذلك يلزم أن تكون جدر الرحم موضوعة في الخط المتوسط بالضبط كما تقدم ثم يجسه باليد بلطف والانتقبض وهذا الجس لادرال الحبل الملتصقة فيه المشيمة لتباعد عنها أثناء شق الرحم ما أمكن ثم يشق الرحم في امتداد طوله من أربعة الى خمسة سنتيمترات ويكون الشق طبقة طبقة حتى وصل لتجويفه عقم الاصبع مرة أخرى بحلول السليمانى ثم يدخله فيه ليحس تجويفه بسرعة ليعرف محل التصاق المشيمة وعلى هذا الاصبع يقاد المشرط لتوسيع الشق بسرعة من أعلى وأسفل بدون التفات الى الدم النازف واذا أصاب الشق أو القطع جزءاً من المشيمة ينبغي الاسراع في تكملة الشق والوصول الى كيس الجنين لفتحه وقد يشق الكيس أثناء شق الرحم ويعلم ذلك بخروج السائل فجأة على هيئة نافورة فاذا كان شق الكيس متعاً أخرج الجنين بضبط الجزء الآتى نحو الشق ثم جذبه وينبغي ضبطه بالجفت اذا احتج اليه ومتى خرج الجنين يوضع جفتان ذوا ضغط مستمر على الحبل السرى في نقطتين متباعدتين ثم يقطع الحبل بينهما ثم يرفع الطفل ويسلم لاحد المساعدين ويشغل المولود بالخلاص فيدخل يده في الرحم ويفصل المشيمة ان لم تكن منفصلة ثم يخرجها بعد ذلك ويستفرغ جميع ما في الرحم بينما يكون أحد المساعدين موجهاً نافورة ماء مغلى في

حوانة

حارة ٤٥ درجة داخل الرحم لغسله وايقاف التزيف . وأحيانا يفعل مع ما تقدم حقنة تحت الجلد من الارجوتين اذا استمر التزيف فاذا استمر بعد ذلك تؤخذ نشافة معقمة وتلف كرباط حول الرحم ثم تلوى اطرافها كأنه يقصد بذلك اختناق الرحم فاذا كان ايقاف التزيف غير ممكن لزم ربط الرحم من أربطته بالجبل السكاوشوكا اذا أريد فصله فيقف التزيف لأن ايقاف التزيف ضروري جدا في هذه العملية لكونه مخيفا ويحصل دائما في هذه العملية ولذا يجب على المولدة أن يكون محضرا كل ما يلزم لايقافه . ومتى تم العمل ووقف التزيف يبحث عن فتحة عنق الرحم فاذا لم تكن كافية الاتساع لخروج السوائل الرجعية يلزم أن توضع فيها أنبوبة اندريناج لتتصل بالمهبل بطرفها السفلى وأما طرفها العلوى فلا ينبغي أن يتجاوز فتحة عنق الرحم الباطنة كثيرا ثم ينظف الرحم ويعقم ويخفف باطنه ومتى تأكد المولدة من وقوف التزيف بعد التعقيم والتخفيف الأخير تفعل الخياطة بحيث يكون بعضها غائرا والبعض سطحيا فالخياطة الغائرة تكون بالخيوط الحريرة المعقمة بواسطة الابرة الكبيرة المنحنية وأول غرزة تكون في الطرف العلوى لجرح الرحم أسفله يستئمر واحد بحيث تشمل جميع سمات الجدر ثم الابتداء بهما يكون بعيدا عن حافة الجرح يستئمرين وهكذا تكون الغرز التي تليها الى أن يصل الى الطرف السفلى للجرح وكل غرزة تكون بعيدة عن الأخرى يستئمر واحد والخياطة السطحية تكون نصف غائرة تفرييا وتعمل بحيث يخييط السكاوشوك غرزة (١) وكل غرزة تكون بعيدة عن الأخرى بنصف سنتيمتر ومتباعدة عن حافة الجرح بنسنتيمتر ومتى تمت خياطة الرحم يغسل البريتون ويعقم ثم تخاط جدر البطن خياطة غائرة وسطحية أيضا فالغائرة يضم البريتون والألياف العضلية وبالسطحية تضم حواف الجرح البطني ثم بعد ذلك ينظف ويعقم محل الجرح والخياطة ثم يذرع عليه مسحوق اليود وفورم ثم يوضع الغيار المكون من الغاز اليود وفورمي والقطن المعقم ثم الرفائد المعقمة وبعد ذلك يغسل ويعقم المهبل . ويوضع على الفرج كمية من الغاز اليود وفورمي والقطن المعقم ويحفظ غيار البطن بلصافة بدنية والغيار الفرجي برباط تاتي ثم تنقل المرأة الى فراشها وتترك في راحة تامة ولا يعطى لها مدة الثلاثة أيام الاول اللبن والمرق والغيار لا يرفع الاثالث يوم بدون أن تحل الخياطة وحلها لا يكون الا بعد اليوم الرابع عشر الى الحادي والعشرين

(١) في بتر الرحم - يبتتر الرحم الشامل لتصل العلوقة من أعلى اندغامه المهبل . ويلزم لبتره تخضيبه بكافة ما ذكر في العملية القيصرية . فتي ثم التخضير والتعقيم وتنويم المرأة فعل

الشق البطني القيصري بالطريقة المتقدمة لكن يكون هنا أكثر طولاً لينجم عن ذلك قحمة تسمح لخروج الرحم عتلاته بدون مشقة . ففى تمشق الجدار البطنى والبريتون وانكشاف الرحم وجب على المساعد المثبت للرحم أن يدفعه الى الامام ليخرج من تجويف البطن أثناء ما يكون المساعدان الجانبيان ضاعطين ومقررين حافى الشق البطنى من بعضهما مخاف الرحم وبذلك يعان بروز العرى المعوية الى الخارج . وحينئذ يأخذ المولود حبل الكاوتشو فيلف به الرحم مرتين في محاذاة اجتماع الجزء السفلى لجسمه بعنقه . ويكون هذا اللف بقوة ثم يصاب طرفى الرباط ثم يضع فوقه ما جفتا قويا اذا ضغط مستمر ثم يلف على هذين الطرفين خيطا آخر مزدوجا بشدة بقوة أيضا ثم يعقد عقدة مزدوجة فالرباط الاولى الوقى يصير بعد الشد القوى والعقد رباطا مائيا فيرفع الحفت حينئذ ثم يبتدأ الرحم بعشرط قوى أو عدية بترأ وبمقص أعلى الرباط باصبعين ثم بعد ذلك يستأصل الجزء الغشائى الذى برز من مركز العص بعد البتر . واذا كانت الحالة عفتة يلزم بعد البتر كى سطح الجرح بواسطة الترموكوتير . وبعد تميم ما ذكر يلزم المولود أن يتخذ فى العص أسفل الرباط سخين أحدهما بعد الآخر بكيفية بها يصيران متصلين فى مركز العص ثم بعد ذلك يلزم تفريغ حافى البريتون من بعضهما مخوفة القطع الرحى ويخاطان حولى دائرة العص أسفل الرباط والسخين ثم تضم حوافى جرح البطن بالخياطة كما ذكر فى العملية السابقة ثم يندرج الجرح الخيط وعلى فة القطع الرحى الباقى فى الخارج مسحوق اليود وفورم ثم يغلف الجرح ويحاط أيضا عنق القطع الرحى بالغاز اليود وفورى ثم يوضع جزء من القطن المعقم الجاف أسفل أطراف السخين بين ما وبين جلد البطن ثم يندرج على ذلك مسحوق اليود وفورم أيضا ويغلف الجميع بالقطن المعقم ثم يحفظ ذلك برباط بدن معقم . ثم بعد بضعة أيام من العمل يقع العص الموجود أعلى الرباط فى غنغرينة فاذا كانت جافة (وهو الغالب) كان ذلك جيدا لجهة المرأة واذا كانت رخوة ينجم عنها افرازات عفنة فيلزم مقاومتها باستعمال مضاداتها بكل همة ودقة كما يلزم فصل الاجزاء الميتة أولا فاولا فالسرعة الشفاء . واذا حصل نزيف من جرح العص بعد وضع الرباط الاول عليه يلزم وضع رباط آخر فوق الاول أو يخاط الجزء النازف . وعلى العموم يلزم بعد العمل غسل الفرغ وتعقيمه ويكرر ذلك يوما بعد كل تبول للمرأة أما غيار الجرح فلا يرفع الا فى اليوم الثامن من العمل . وعادة لا ترفع غرز خياطة جدار البطن الا فى نحو الاسبوع الثالث فيسقط العص ويخلفه ندبة سرية تخينة (والعملية القيصرية أفضل من البتر)

وفى



(في العملية القيصرية بعد الموت) - اذا ماتت المرأة لا يعيش جنينها بعد موتها الا من عشر دقائق الى اثنتي عشرة . فتي وقف قلبه ومضى عليه نجس أو ست دقائق لا يمكن رد الحياة اليه ولذا لا يفعل المولدة العملية القيصرية للمرأة الميتة الا اذا تحقق بالسمع أو لأن الجنين حي وانه قابل للعيشة خارج الرحم . وثانيا اذا تحقق بالجس المهبلي انه لا يمكن الاسراع باخراجه من الطريق الرحي المهبلي ولوشئ عنق الرحم ثقامتسعا . فتي تأكد من ذلك ورأى لزوم العملية القيصرية شرع في فعلها بكل دقة كما اذا كانت المرأة حية اذ ربما كان الموت ظاهرا بالاحقيا

وفي استخراج متحصل الحمل خارج الرحم - اذا صارت المضغة خارج التجويف الرحي يندر أن تعيش ليمتغوثها بل في الغالب يتمزق كبسما قبل الشهر الخامس فيخرج المتحصل منه في تجويف البريتون مع كمية كبيرة أو قليلة من الدم والماء الامنيوسي . فاذا لم يتمزق الكيس واستمر تغوثها الى انتهاء مدة الحمل خرج المتحصل من الطريق الطبيعي وبالاتقباضات الرجمية الذاتية وحدها أو بعسا عدها بوضع الجفت . وقد لا يخرج من الطريق الطبيعي فيلتجأ لأخراجه بالشق البطني كما تقدم . ففي الحالة التي يمكن انتهاء الولادة فيها من المسالك الطبيعية تكون البيضة الملتصقة إما واقفة في جزء البوق الماز من الزاوية الرجمية وإما في نفس سمك الجدر الرجمية فتتموهنالك فيتمزق البوق أو الاليف الباطنية الرجمية بعد ذلك وينتهي متحصل العلق مع كيسه بالظهور في تجويف الرحم بحيث يشغل هذا التجويف وقت الولادة وفي هذه الحالة لا توجد تعسرات ولا شئ خاص بالحمل خارج الرحم ويكون ارشاد المولدة فيها كالعادة أما اذا قصت البيضة بعيدا عن الرحم والبوق فلا يمكن فيها انتهاء الولادة من المسالك الطبيعية . فاذا وصل الحمل الى الشهر السابع من النمو (وان كان ذلك نادرا) كان المتحصل في تجويف البطن لاني تجويف الرحم وحده ثمذ فدلالة العمل تختلف باختلاف موته وحياته وموضعه وحالة الكيس بالنسبة للمترقي وعدمه . فتي كان الجنين حيا ولم يتمزق كيسه ولم يطرأ عارض يدعو لسرعة العمل ينتظر الطلق فتي حصل فعل الشق البطني وأخرج الجنين كما تقدم . واذا كان ميتا ولم يتمزق الكيس ينتظر ظهور أحد العوارض التي تنجم عن وجود الجثة الميتة داخل البطن فاذا حصل الطارئ أسرع بالعمل خصوصا اذا كان ظواهر التهاب بر يتوفى فيفعل الشق في النقطة التي يكون فيها الكيس أكثر وضوحا وتارة يكون ذلك قرب الرحم وتارة يكون قرب المهبل نحو إحدى

الحفرتين الحرقفتين فلذا كان بروز الكيس أكثر وضوحاً في المهبل فعـل فيه الشق وإذا كان في المستقيم فعل فيه وأخرج الجنين بالحقن فإذا تعذر الخروج تركه ويقتصر على فعل الزروقات المعقمة فيتعفن الجنين وينزل قطعاً مع سوائل الزروقات من الفتحة المهبلية أو الشرجية وهكذا يكرر هذا العمل مرتين أو ثلاثاً في اليوم حتى يتم خروج أجزاءه فتسقى المرأة أما إذا لم يمكن الوصول للكيس من المهبل أو المستقيم فيلزم فعل الشق البطني في الجلد والعضل بدون أن يشق البريتون فيلتصق الكيس بعد يومين بـبريتون حوافي جرح البطن ثم يفتح الكيس ويخرج الجنين بهـ كذلك . وأما إذا تمزق الكيس وكان الجنين حياً فيسرع في فعل الشق البطني وإخراجه والإيموت ويحصل التهاب بريتوني عنى لدى الأم كما أنه ينبغي الإسراع في العمل إذا كان الكيس متمزقاً والجنين ميتاً فإذا حصل الالتهاب البريتوني قبل العمل لا يلزم الشق الأبعد ووقوف الالتهاب إذا بالشق يزداد فطالما ينجم عنه نضح يلصق البريتون بالمنحـصل ويحده ويكون له كيساً ثم يؤول المنحـصل إلى خراج ويفتقحه فتخرج أجزاؤه قطعاً متقبحة . أما إخراج الجنين من البطن أو الرحم بقطع الارتفاق العفائي فلا نتكلم عليه لصعوبة عمله وعدم نجاحه

(في الولادة المججلة الذاتية) - الولادة المججلة الذاتية هي خروج جنين غير تام المدة قابل للعبث خارج الرحم . والطواهر الميكانيكية لهذه الولادة هي ظواهر الولادة العادية لكن انقذاف الجنين هنا يكون أسهل وأسرع إذا كان المجهى طبيعياً والولادة المججلة تنجم عن وجود مرض ولذا قد تكون خطيرة على الأم . ومتى حصلت هذه الولادة للمرأة ولو مرة واحدة صارت مستعدة لأن تلد بهذه الكيفية دائماً ما لم يزل المرض الناجمة عنه هذه الولادة المججلة . والاسعافات التي تلزم للمرأة في هذه الولادة هي التي تلزم في الولادة التامة المدة . أما الاسعافات التي تلزم للطفل لضعف بنيته فتتكلم عليها في بابها

(في الولادة المججلة الصناعية) - تفعل الولادة المججلة الصناعية بطريقتين . الأولى غايتها إخراج الجنين حياً بالتصويل قبل ان تستعد أعضاء التناسل لقذفه وخروجه ولذا سميت (هذه الطريقة السريعة) أو الولادة القهربية . الطريقة الثانية غايتها تخريف الانقباضات الرجعية الطبيعية لقذف الجنين وتسمى الطريقة البطيئة أو الولادة المحرصة

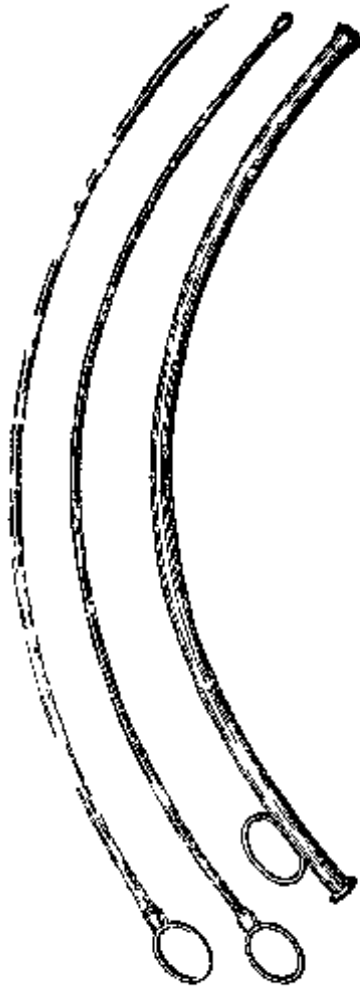
(في الولادة القهربية) - يلجأ لفعل الولادة القهربية لإيقاف التريف الرحي الخطر الذي

يحصل

يحصل في الأشهر الأخيرة من الحمل أو لزوال الأكلبسيا ولا يقا ف بعض عوارض خطيرة مميتة  
للأم وجنينها . ومع ذلك فهذه الولادة نادرة العمل وفيها تشق فتحة عنق الرحم لتوسيعها  
وإدخال اليد لعمل التحويل ثم يجذب الجنين وإخراجه ومعالم أن التشنجات تسكن بالتخدير  
وتزداد بالم الشق وإذا لاتفعل إلا للضرورة مع التعقيم الجيد

( في الولادة المحرصة ) - تفضل الولادة المحرصة على الولادة القهريه لانه لا يموت فيها الا  
امراه من خمس عشرة وينجو خمسة عشر جينا من ثلاثين وهي تفعل لا يقا ف تزيد  
خطرا وفي متعاص أوضيق في الحوض أو لتجنب اختناق الأم في أحوال استسقا آتها  
البطنية أو لتناقص الاعراض الناجمة عن أمراض عضوية للقلب أو لآ و رطة أو لزوال نوبة  
الأكلبسيا ثم ان زمن اجراء العملية يختلف باختلاف السبب الموجب لفعالها أما الوسائط  
التي بها تحرض الولادة فهي أولابط كيس الجنين . ثانيا التمديد الميخانيكي لعنق الرحم  
بواسطة الاسفنج المحضرا و جذور الاميناريا المعقمة . ثالثا السد المهبلي . رابعا اطلاق  
ناقورة من ماء حار على فتحة عنق الرحم . خامسا فصل الجزء السفلي لكيس الجنين من الجزء  
السفلي لجدر الرحم

( في بطن الكيس ) - يلزم الموالد قبيل الشروع في العمل فعل التعقيم كما هي القاعدة  
ثم يبط الكيس حال وقوف المرأة أو استلقا ثها على ظهرها وذلك اما أن يكون في جزء  
الكيس الموجود أعلى فتحة عنق الرحم أو في الجزء العلوي منه فاذا كان في فتحة عنق الرحم  
فعل ذلك البط إما بواسطة المحس الرحي العادي أو بريشة أو ربة مبرية على هيئة فسلم أو  
بواسطة آلة باذلة منحنية قليلا فاذا كان العمل بواسطة المحس الرحي أو الريشة يبط الكيس  
بقا ءة في فتحة عنق الرحم واذا كان بواسطة الآلة البازلة ( وهي الافضل ) يخرج سهمها  
ثم تدخل أنبوية الآلة في المهبل ثم في عنق الرحم الى أن تتجاوز فتحة وتلامس كيس الجنين  
وحيث يدخل السهم في الأنبوية الى أن يلامس الكيس فيبطه بقا ءة ويعرف الوصول الى  
باطن الكيس بزوال المقاومة ثم بعد ذلك يخرج السهم فسيل الماء الامنيوسي فتخرج  
منه مقدار ملعقتين أخرجت الأنبوية لان ابقاء جزء من السائل داخل الرحم ضروري  
لتمدد فتحة عنقه أو يبط في الجزء العلوي لكيس لبقاء كمية عظيمة من السائل الامنيوسي  
داخله ولكن قد يقع البط على المشيمة فينجم عنه نزيف غزير وبالطبع يكون بواسطة الآلة



شكل (١٨١)

البازلة شكل (١٨١) التي طول أنبوبتها من (٣٥) إلى (٣٦) سنتيمترا وسماكها من (٣) إلى (٥) مليمترات مصنوعة على هيئة قوس ويوجد في الطرف السفلي أي اليد لهذه الأنبوبة من جهة التحدب حلقة بها يعرف اتجاه الأنبوبة وبها تثبت أيضا وقت العمل . ولهذه الأنبوبة سهمان . أحدهما ذو طرف مستدير غير قاطع . والاخر ذو طرف حاد قاطع فالسهم الأول يوضع في الآلة قبيل ادخالها في الرحم لعدم جرح أعضاء التناسل وقت ادخالها . والسهم الثاني لا يوضع في الآلة إلا بعد ادخالها في الرحم واخراج السهم الأول فتصير الآلة كما في شكل (١٨٢) وكيفية ادخال أنبوبة هذه الآلة هي أن تلتقي المرأة على ظهرها ثم يفعل التعقيم كما تقدم ثم تدخل الآلة المعقمة مع سهمها المثلث مفقادة بسبب اليد اليسرى أو بعد وضع منظار في المهبل ثم يخرج المنظار وتوجه الآلة تابعة للجدار الخلفي للرحم إلى أن تصير حلقة طرف الأنبوبة ملاصقة للقرح فتوجه حينئذ هذه الحلقة جهة العجان



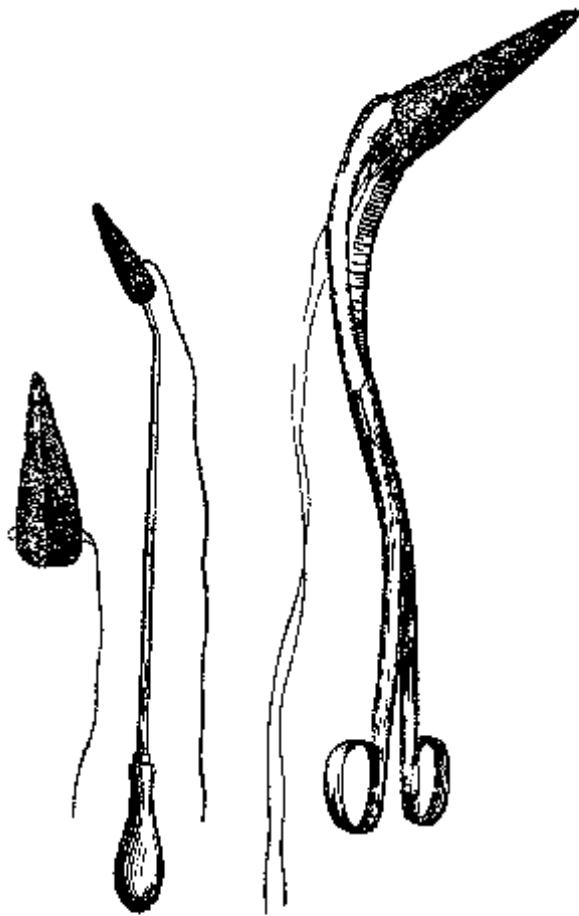
شكل (١٨٢)

ثم يخرج السهم الموجود داخلها ويستبدل بالسهم ذي الطرف الحاد وحينئذ يبط كيس الجنين في جزئه العلوي ثم يخرج هذا السهم فيسيل ماء الامنيوس فيخرج جزء منه أخرجه الأنبوبة ولكن لا يفضل ببط الكيس في جزئه السفلي كما تقدم لانه لا تصاب المشيمة بذلك

(في التمدد الميخانيكي لعنق الرحم) - يلزم ان يفعل هذا التمدد أن تلتقي المرأة على ظهرها وان تعقم أعضاؤها كما سبق ثم يؤخذ مخروط من الاسفنج المضرب طوله (٤) سنتيمترات ونصف وحجم قاعدته سنتيمتر ونصف أو قلم من اللامينار يا وجميعها معقم ثم يسلك ذلك بواسطة جفت طويل منحني معقم ذي حلقات كما هو واضح في شكل (١٨٣) ثم يدخل المواد بسبب يده اليسرى في المهبل إلى أن يصل لقاعدة عنق الرحم . فتق وصل لها يدخل المخروط أو شكل (١٨٣)

القلم

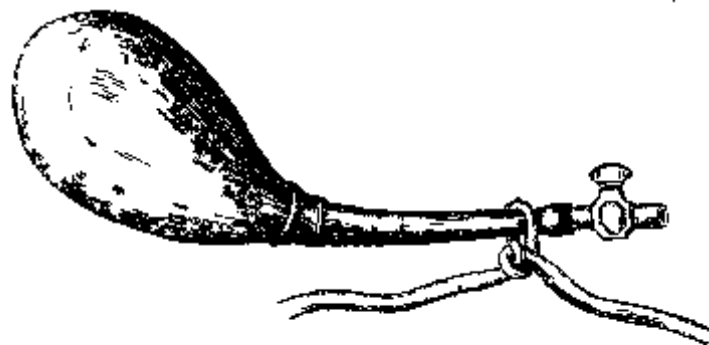
القلم ممسوكا كل منهما باليد تحت تابعا  
لراحة السبابة الى أن يصل لفتحة  
عنق الرحم ليندخلة فيه وحينئذ  
يدفعه داخلا بقوة متوسطة ثم  
يحفظ المخروط أو القلم في هذا  
الوضع بطرف السبابة الموجه في  
المهبل ثم يخرج الجفت ويدخل  
به في المهبل قطعاً من قماش أو  
قطن معقم الى أن يمتلىء المهبل  
وذلك لحفظ المخروط أو القلم داخل  
عنق الرحم ثم يوضع على المريخ  
رباط تائي وثوم المرأة بحفظ الوضع  
الظهري الافقي وقد يستبدل  
الجفت بساق معدني ذي طرف  
حاد يدخل في قاعدة المخروط كما في  
شكل (١٨٤) ويوجد دائماً في قاعدة  
المخروط أو في طرف الالاميناريا  
خط معدني لاجابه عند الاحتياج



شكل (١٨٤) شكل (١٨٣)

وإذا وضع المنظار قبل وضع المخروط في عنق الرحم كان أتم وهكذا يفعل كل يوم حتى يتبدئ  
الطلق

(في السد المهبل) - يلزم قبل فعله است فراغ المثانة والمستقيم وفعل التعقيم ثم تعلق المرأة  
على ظهرها ويدخل منظار في المهبل ثم يملأ بكرات من قطن معقم ومدهونة بمرهم بوربي  
ومن بوظة من وسطها بحيث يتم خروج المنظار بعد ذلك ويوضع رباط تائي وقد تستبدل

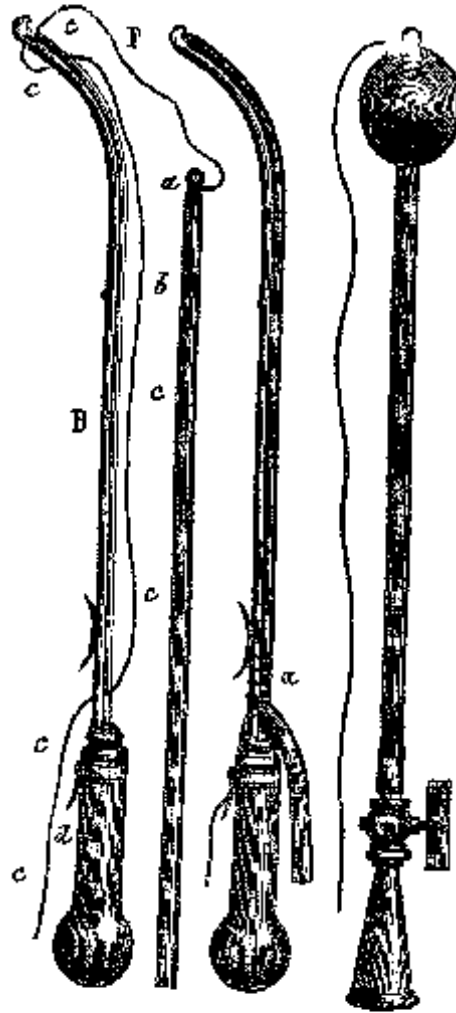


شكل (١٨٥)

(٣٠)

الكورات بكيس من  
الدكاوتشو يدخل في  
المهبل فارغاً ثم يملأ  
بسائل قاتر بواسطة  
حقنة وبسديربط  
طرفه أو غلقه بمنصية  
كافي شكل (١٨٥)

ويمكن ادخال جزء آخر من الماء في الكيس بعد كل أربع ساعات لازدياد ضغطه كلما ازداد حجمه وهكذا الى أن يتبدى الطلق وحينئذ يستخرج السائل ويخرج الكيس (في عمل نافورة الماء الخار) - يلزم أولاً فعل التعقيم ثم يؤخذ جهاز الزوقات وهو اناء أو كيس أو صكوزاً وقع موشع على طوليل ينتهي بحنفية تركيب عليها أنبوبة رجية من فجاج قطرها أربعة سنتيمترات ذات فتحة واحدة تهائية ثم عملاً للجهاز بماء حارته من (٣٨) الى (٤٥) درجة مئوية ثم تلقى المرأة على ظهرها على طرفها ووضعت تحت مقعدتها مشمع متصل باناء معدن لقبول السائل الخارج من المهبل أو يوصل به جهاز آخر معدن لتوصيل السائل الخارج الى الاناء كما تقدم ثم يجعل جهاز الزوق أعلى من مستوى المرأة بترين ثم يجلس المولدين ركبتيها ويدخل الأنبوبة الرجية في المهبل الى أن تقرب من فتحة عنق الرحم ثم تقم الحنفية فيؤثر السائل بقوة فتحداره على تلك الفتحة ويستمر على العمل من



شكل ١٨٦ شكل ١٨٧ شكل ١٨٨ الكروي

(١٠) الى (١٥) دقيقة ويكرر ذلك في اليوم من ثلاث مرات الى أربعة واذا وضع المنظار في المهبل قبل الحقن كان أم (في فصل الجزء السفلي لكيس الجنين) يلزم لفصله اضطلعاع المرأة على ظهرها وعمل التعقيم ثم يدخل مجس من الصمغ المرين بين كيس الجنين وجدار الرحم الى عمق يختلف من (١٨) الى (١٩) سنتيمتراً ثم يخرج فان لم يعقب ذلك حصول الطلق كرر هذا العمل مرة ثانية وثالثة حتى يحصل - وقد يتولد المجس داخل الرحم الى حصوله وقد يحقن داخل الرحم بكمية من ماء القطران أو سائل معقم آخر صفتن بواسطة المجس وبعضهم يجرب به بواسطة أنبوبة تنهس بجزة كروية من كاولنيسو ميكرون كافي شكل (١٨٦) \* (وتوضع هذه الأنبوبة في مسير اب ساق معدني شكل (١٨٧) معدنسهولة ضرور هذا داخل الرحم والجزء

الكروي يتمدد بالنفخ فيه أو بالحقن داخله بسائل حتى يصير على هيئة كرة كافي شكل (١٨٦) المتقدم والانبوبة الكاوتشوية مع كرتها هي المحصورة بين (آ) و(ب) من شكل (١٨٨) ومربوطة من نهايتها بخيط نافذ في الثقب الاول للساق المعدني المشار له بالحرف (ب) الكبير من شكل ١٨٨ ثم في الثقب الثاني ثم في الميزاب ثم في الثقب الثالث من هذا الساق وبذلك يتبع الطريق المشار لها بحرف (ث) حتى يجذب طرف الخيط دخلت الانبوبة في ميزاب الساق المعدني حتى تختفي فيه وتبقى محفوظة بهذا الوضع مادام الخيط مشدودا ثم يلف طرف الخيط حول المشبك الموجود نحو يد الساق المعدني المشار له بحرف (آ) شكل (١٨٧) المتقدم فينشئ تكون الآلة كجس عادي \* وكيفية العمل أن تدهن تلك الانبوبة بالمرهم البوريكي وتدخل في المهبل ثم في الرحم وبعد ذلك يحقن في طرفها الخارجي كمية من الماء فتتدد الكرة وتصبح كافي شكل (١٨٦) المتقدم



ثم يسد بعلق حنفيته لمنع رجوع السائل الى الخارج ثم يفلت الخيط من المشبك ويجذب الساق المعدني بدون جذب الخيط فيخرج وتبقى الكرة داخل الرحم بسبب تدها بالسائل . وتوجد آلة أخرى أبسط من تلك الآلة وهي تتكون من انبوبة من الكاوتشو ذات طرف انتهائي رقيق مشار له بحرفي (آ) و (ث) شكل (١٨٩) ومن سهم منحني مشار له بحرف (ب) من شكل (١٨٩) أيضا فتدخل هذه الانبوبة بسهمها في الرحم وبعد وصولها داخله يخرج السهم ثم يركب على طرفها الخارجي حقنة يحقن بواسطتها من ملعقة الى ملعقة من ماء فأر ثم يربط الطرف الخارجي للانبوبة قبل رفع الحقنة . وعلى العموم فهذه الطرق هي التي تستعمل في أغلب الاحوال لتعرض الولادة من الشهر السابع الى التاسع بدون خطر في الغالب بالنسبة لما عداها . وأما ترجيح بعضها على بعض فيتعلق بحالة المرأة . ومهما كانت الطريقة المستعملة فتي صار الطلق قويا منتظما تركت الولادة ونفسها مالم يوجد عرض يلجئ لفعل التحويل أو استعمال الخنث

ولاجل معرفة زمن الحمل الذي فيه ينبغي فعل الولادة المحجلة يلزم أولا شكل (١٨٩)

معرفة أقطار الحوض قبل وصول الحمل الى الشهر السابع ومقابلتها بأقطار رأس الجنين في أشهره المختلفة . فالقطر المعتد من حذبة جدارية الى الاخرى الجنين عمره سبعة أشهر يكون من ستة سنتمرات ونصف الى سبعة سنتمرات ، وان عمره سبعة أشهر ونصف يكون سبعة سنتمرات ونصف . ولن عمره ثمانية أشهر يكون ثمانية سنتمرات . ولن عمره ثمانية أشهر ونصف يكون ثمانية سنتمرات ونصف . ولن عمره تسعة أشهر يكون من تسعة سنتمرات الى تسعة ونصف وقد توجد استثناءات فيها تكون الرأس أكبر أقطارا مما ذكر

(في تحريض الاجهاض) - توجد أحوال فيها يكون الحوض ضيقا جدا بحيث لا يمكن الانتظار الى الشهر السابع كي تفعل الولادة المعجلة لانه حينئذ لا يمكن خروج الجنين من المسالك الطبيعية الا بجراء عمليات أخرى قد تكون خطيرة على الام . فمثلا اذا كان قطر الحوض أقل من ستة سنتمرات ووجد به ورم غليظ ثابت لا يمكن استنصاه أو استشفاء أمينوسي عظيم أو وجد الرحم مائلا الى الخلف وغيره يمكن تعديله أو طرأ على المرأة تزيفاً أو في متعاصيان لزم تحريض الاجهاض . ويختلف زمن فعله باختلاف هذه الاحوال . ولتحريض طرق أربعة ويلزم قبل الشروع في العمل فعل التعقيم في كل منها . الاولي أن يحضر المولود بجسمان الصغ المرن مع سهمه فيدخله في المهبل ثم في الرحم فيفصل به كيس الجنين فصلا حلقيا في نصفه السفلي مع الاحتراس من التمزق ما أمكن . وقد يمكن استبدال المحس بالاصبع لفصل الكيس . الثانية ادخال محس في الرحم أو آلة بازالة انقب الكيس واخراج جزء من السائل الامنيوسي وبذلك يحصل الاجهاض . الثالثة أن يدخل في فتحة عنق الرحم قمع من الاسفنج المدبر أو قلم من اللاميناريا فتتمدد الفتحة فينقبض الرحم ويقذف ما في تجويفه وهذه الطرق الثلاث جيدة لسهولة ثباتها وقلة خطرها . الرابعة أن يحضر جهاز الزروقات ويملا بما حار درجته من (٣٨) الى (٤٥) ثم توجه النافورة الحارة على فتحة عنق الرحم كما سبق في الولادة المحرصة . ولكن هذه الطريقة غير مضمونة النجاح

(في الجويدار) - الجويدار لا ينجم عنه حصول الانقباضات الرجعية الا أنه يقوى بها اذا وجدت ويحرضها اذا وقفت وهذه الخاصية لا تكون فيه الا اذا سحق عند الشروع في تعاطيه والافتقارها اذا مضى عليه زمن طويل بعد سحقه . ومقدارته اطيه يكون من جرام ونصف الى جرامين . فيعطى للمرأة نصف جرام في كل خمس عشرة دقيقة ولا يظهر فعله الا بعد

هذه



هذه المدة. أما زمن تعاطيه فيكون على العموم بعد خروج الخلاص إذا وجد نزيف ووقفت الانقباضات الرجعية وتعاطيه مدة خروج الجنين مضر جداً بل يميت الجنين إذا استمر الانقباض نحو ثلاث ساعات ولم يخرج ولذا يلزم الإسراع في إخراجه بالحقن إن لم يخرج بعد تعاطي الكمية المذكورة. وبالجملة فيلزم تجنب تعاطي الجويدار في الأحوال الآتية. أولاً إذا كان الحوض ضيقاً ورأس الجنين عظيمة الحجم. ثانياً إذا كان نوع المهبل غير معروف أو كان معيباً كالمهبل بالوجه أو بالكثف أو غيرهما. ثالثاً إذا وجد عائق في فتحة الرحم أو في المهبل أو في الفرج أو في العجان لمرور الجنين. رابعاً إذا كانت فتحة عنق الرحم غير تامة التمدد. خامساً إذا كانت الفتحة تامة التمدد إلا أن جيب المياه لم ينفتح.

(في استعمال الكلوروفورم أثناء التوليد) - قد دلت التجارب الفسيولوجية على أن الرحم كعضلة القلبية والتنفسية يفقد إحساسه بالعازات المخدرة بحيث لا يفقد خاصية الانقباض إلا إذا تجاوز التحذير الحد المعلوم ولذا يستعمل في التوليد عند العصابات اللاتينية من المطلق ويخشى آلامه ولدى المصابات بنوبة الأكلسيا واللاتينية عملهن إحدى عمليات التوليد الصعبة بدون تخدير المرأة إلى أن تفقد الإدراك ويكون ذلك بتقريب الرافدة المبولة بالكلوروفورم نحو أنفها مدة ١٥-٢٠ ثانية ثم تترك وتبعد عن الأنف زمن الفترات وفي كل مرة لا يصب على الرافدة إلا بعض قطرات منه ويلزم تبعيد الرافدات عن الأنف أيضاً كلما ابتدأ الإحساس الجلدي في الضعف وبهذا العمل يمكن استمرار التخدير بجملة ساعات بدون خطر ويلزم قبل استئصالها أن تكون معدتها خالية من الماء كولات ومئاتها خالية من البول وينظف المستقيم بحقنة منظفة ويفعل التعقيم وهي معلقة على ظهرها ويوسع كل ملبوس يكون ضاغطاً على عنقها أو بطنها أو صدرها. ويلزم تجنب استعمال الكلوروفورم عند المصابة بأمراض قلبية أو رئوية أو كلوية أو بالانيميا المتقدمة وكذلك يلزم تجنبه عند المسنة لاحتقان المخي سيما المصابات بليته والمستعدات لحصول الانغماء ولو لم يكن بهن أحد الأمراض المتقدمة وهذا ضروري لأنه إذا استعمل التخدير بالكلوروفورم لامرأة مصابة بشئ مما تقدم حصل لها الانغماء ثم الموت. وقد تموت المرأة باستنشاقه مع عدم وجود شئ مما تقدم فيكون الموت ناجماً إما عن عدم وجود الأوكسجين في هواء الشهيق أو عن السكوب (وقوف القلب) فإذا طرأ هذا العارض يلزم في الحال تبعيد الكلوروفورم عنها وفتح المسافذ والترويج على وجهها بقوة

وإشمامها روح النوشادر وجذب اللسان وارتخاؤه على التوالي جملة مرات أو الضغط على الصدر وانقطاعه بالتوالي أو وضع الاصبع في الفم إلى الحلق أو النفخ في الخنجره بالفم أو بالآلة النافقة . ويمكن اضعاف احساس الفرج زمن خروج الرأس بمسه بمحلول مكون من أربعة من السكوكاين ومائة جرام من الماء وذلك بواسطة فرشاة ناعمة أو يحقن من هذا المحلول بنحو نصف جرام في باطن كل من الشفرين العظيمين أو برز كاورور الميتيل

(في كحت الرحم النفاسي) - إذا استمر التزيف بعد الخلاص وتعاضى على العلاج فعل اللحمت الرحي كما تقدم . ويكون بكاحت مثل وقبل الشروع في العمل يلزم تحضير الكاكت ومنظار ذى فائقة للعلم (سمس) أو منظار عادي وتحضير جفت طويل التثبيت الرحم وجهاز الزوقات مع مجس رحي مدرج وكذلك أنبوبة رجيحة من كاوتشو والأحسن أن تكون من زجاج قتم انتهت بفتحة واحدة كما تقدم وكذلك يلزم تحضير قساطير مثالية وماء مغلي بكمية كافية وشاش يودوفوري ومحلول سليمانى التعقيم ومحلول آخر مركز من الايتيراليودوفوري وكذلك محلول حمض الفنيك . ثم يعلق جهاز الزوقات في مرتفع ثم يمر بالكاكت على لهب لمبة ثم يغمس في محلول الايتيراليودوفوري ثم يوضع هو والمنظار والمجس المدرج وجفت التثبيت في اناء محتو على محلول الفنيك وهذه الادوات يلزم أن تكون على يمين المولد ثم تستلقي المرأة على سريرها بالعرض وتستقر غ مشانتها بالقساطير ثم تعقم اعضاء تناسلها وكذا أيدي المواد ثم يأخذ المنظار فيفتح الفرج ويدفعه في المهبل ثم يسلمه إلى مساعد يسنده ويضغط به على الجدار الخلفى للفرج والمهبل فيتمدد وحينئذ يأخذ جفت التثبيت ويضبط به الشفة الخلفية لعنق الرحم بدون جذب ثم يسنده بيده اليسرى ثم يأخذ المجس المدرج فيدخله في الرحم ليمس تجويفه حتى يعرف مقدار اتساعه ثم يخرج منه ويأخذ الكاكت بيده اليمنى ثم يدخله في الرحم فيكحت جدره في جميع أجزائها بحافة ماعقته باتجاه يوازي اتجاه جدر الرحم من أعلى إلى أسفل بدون أن يחדش نسيجه وكلما كحت المولد جزأ من الجدار أخرج الكاكت وغمس ماعقته في السائل السليمانى مع هزها فيه ليخلصها من مواد الكحت المائلة لها ثم يهدد التنظيف تدخل فانباوت كحت الاجزاء الاخرى وهكذا إلى أن يكحت جميع الجدر الرجيحة . ولا يوقف فعل الكحت الا اذا خرجت الملعقة نظيفة . ويمكن توجيه نافورة ماء معقم داخل الرحم عقب كل دفعة تخرج فيها الملعقة لتنظيفها كما أنه يلزم بعد انتهاء الكحت غسل باطن الرحم بالماء المغلى لإخراج المادة الدموية وغيرها ثم يعقب

ذلك

ذلك بالغسل بماء مغلي حار جدا ومضاف اليه قليل من السليمانى . ثم يسد قنطرة المهبل بالشاش البودوفورجى

### (المقالة الخامسة)

وفي وقاية المرأة من الامراض العفنة النفاسية زمن الحمل والنفاس  
قد ثبت بالتجربة وأكد بالمشاهدة أن كلامنا من الحمل والنفاس يهين المرأة للتأثر بفعل  
المكروبات المرضية التي تصل بأحد الحوامل الاربعة وهى الهواء والماء والامتنعة  
وأعراض أعضاء تناسل المرأة . ولهذا يجب التحفظ عليهما من مضارهما زمن الحمل والنفاس  
باختيار المسكن الجيد الهواء والامتنعة النقيه والمياه المعقمة إما بالترشيح أو بالغلي في أحد  
الاجهزة المعدة لذلك وان لم يتيسر فى اناء مدهون بالمساعلى لاهب المصباح الكروى العادى  
. ويمكن تأخير غليان الماء لدرجة (١٣٠) باضافة جانب من بي كربونات الصودا أو البوتاسا أو  
ملح الطعام بنسبة (٢٠) فى الألف فيحصل بذلك على ماء عقيم معقم لغيره . ولتعقيم  
الادوات المعدنية توضع فى الجلسرين ثم يغلى وهذا ضمن لحفظها من التأكسد وأكد  
لتعقيمها التأخير غليانها لدرجة (١٨٠) أو توضع الآلات على الجزء العلوى من لاهب المصباح  
بعض دقائق . وبتخاذ هذه الاحتياطات يؤمن على الحامل والنفاس من العدوى . وقد  
يلجأ لتعقيم الآلات بالمعقمات وهى إما طبيعية كالحرارة الجافة وذلك بوضع الادوات المراد  
استخدامها فى أفران التعقيم الخاصة ثم ترفع حرارتها لدرجة المطلوبة فتخرج منها عقيمة  
وإما كيميائية مختلفة القوة والتأثير حسب الظروف والمناسبات والخواص وجميعها  
مستحضرات أجنبية يأمرباستحضارها المتولى للتوليد بعمضى تذكرة يجب التأشير فى  
نهايتها بالزوم الكتابة على الزجاج أنه سم يستعمل من الظاهر . وفى حال عدم توفر المستحضرات  
تستعاض بجزء من الكؤل أو الكونيمال أو العرق أو الخل أو عصارة الليمون وحدها أو مع  
الماء المغلى فيعقم بها إذا كانت كثيرة التركيز  
والمعقمات المستعملة هى أولا حمض البوريك ويستعمل اما محلولوا فى الماء المقطر المغلى بنسبة  
(٣) فى (١٠٠) أو مرهم مع الفازلين وغيره بنسبة (١) الى (٢) فى العشرة . ثانيا  
حمض الفينيل ولكن لقوته وخطرتاثيره الكاوى يستعمل اما محلولوا كالمسابق مع الماء بنسبة  
(٢) فى (١٠٠) أو محلول مع الجلسرين أو الكؤل بنسبة (١) على (٢) لبسهل حمله  
ثم يحل مع الماء المغلى وقت العمل بنسبة (٢) فى (١٠٠) ولا يخافوا ثمته الخاصة يضاف له

عطر الخراحي بنسبة (١) في (١٠٠٠) وبوشير على زجاجة المخروط بلزوم رجهما ثلاثا يطفو  
السائل الأحمى على السطح فيكون أكثر تأثيرا. وإما صرهما بنسبة (١) إلى (٣٠) من الغازلين  
ويلاحظ أثناء استعمال مركباته من حدوث ظواهر كى أو التهاب موضعي أو تساقط عروحي يستدل  
عليه من تلون البول باللون المخضر أو المسود فينبغي شديدا منع استعماله. ويستعمل منه  
محلول مركز لتعقيم الآلات بنسبة (٥) في (١٠٠) واعدام الالتباس بكتب على الزجاجاة  
اسم محلول فينيكي مركزيو يلون بالعل. ثالثا املاح الزئبق وأخصها السليمانى لقوة فعله  
القائل للبيكرويات. ويركب حسب الآتى

سليمانى	جرام واحد
حض طرطريك	أربعة جرام
محلول كولى للنيلة	نقطة واحدة
ماء مقطر	ألف جرام

وهذا المحلول يخفف بضعفه أو ضعفه من الماء النقي لتوقى فعله التهييجى أو الكاوى ولاجل  
السهولة تحضر منه أوراق تحل أثناء العمل بالنسب المتقدمة فتركب كل ورقة كالتالى

سليمانى	٥٠٢٥	سنتجراما
حض طرطريك	١	جرام
نيله أولعل		نقطة

ويكتب على كل ورقة اسم سم ويحفظ في علب خشب أو مقوى. ولوجود حض الطرطريك  
أهمية فى منع السليمانى من الاتحاد بسوائل الانسجة الزلاية وتكون راسب عديم الفعل  
. وفعل مركبات السليمانى يقوى كلما كان المحلول سخنا ويفضل فى تعقيم الآلات عنه حض  
الفضيل لعدم تأثيره على المعادن والاراني المعدنية والآلات. ويلى السليمانى فى الاستعمال  
ثانى يودور الزئبق بالنسب الآتية

بي يودور الزئبق	٥٠٢٥	سنتجراما
يودور بوتاسيوم	١	جرام
ماء مقطر	١٠٠٠	جرام

وعلى العموم يحتس أثناء استعمال المركبات الزئبقية من ظواهر الالتهاب الموضعية واتسمم به  
الذى يستدل عليه بانتفاخ غشاء الفم واللسان واللثة وادرار اللعاب أو من ادارل المريضة

طعم

طم ففهام معدنيا كرميها فاذا حصل ذلك تعطى المرأة الماء المقطر محلولاً فيه زلال البيض بنسبة (٤) بيضات لكل لتر من الماء وذلك لوقوف تأثيره . رابعاً اليود وفورم . ويستعمل وحده أو مرهماً بنسبة (١) الى (٣) في العشرة أو مع الشاش سداً خامساً فوق منجانات البوتاسا ويستعمل محلولاً بنسبة (٢٥) سنجراماً في الالف وهو جيد التأثير لولا انه يقع الملايس . سادساً فتولات الصودا محلولاً في الماء بنسبة (٤) في (١٠٠٠) أو مرمر كرا بنسبة (٥) في (١٠٠) ثم يضاعف عند اللزوم بالماء بنسبة (٤) في (١٠٠٠) كما تقدم وخلاف هذه المعقمات الموضعية يستعمل عند الحامل والنفساء بعض معقمات باطنية وأهمها برشام بزواوات الفتول أو السالول بمقدار من (٣) الى (٤) جرامات في اليوم (في التعقيم) - التعقيم هو التطهير باستخدام بعض المعقمات في المواد المراد تعقيمها وحفظها من التلوث ويراد به في الولادة تعقيم المكان ومتولى التوليد والوالدة

(١) المكان - يجب كما سبق انتخاب محل الولادة وجعله نظياً من العفونات وذلك بغسله بالماء المغلي البسيط أو المشبع المحتوى على جزء من السليمانى أو حمض الفينيك ويلزم منع الدخول فيه لكل محترف بالحرف التى تصلح لحياة الميكروبات وتولدها كالجزار وخدمة المسالخ والمستشفيات وكامشى المراحيض وجامعى الطرق البالية وغير ذلك مع مراعاة تجديد هواء المكان جيداً

(٢) المتولى التوليد - يلزم تعقيم جسمه ونذره بملابس معقمة بالغلي ومن أعسلاها قميص أبيض معقم بصفة فوطية ويجب عدم مباشرته التوليد بملابس أو أدوات كان بها عند أخرى إلا بعد تعقيمها ويجب قبل الشروع فى العمل تسمير الذراعين جيداً وغسلها ما جلة مرات بالصابون الفينيكى والماء المغلي بواسطة الفرشة وتعقيم الاظافر بها أيضاً ثم بالتنظف الخاص ثم بالماء الفينيكى أو السليمانى ولا يستعمل الصابون العادى لاحتواء تركيبه على ميكروبات نتيجة اصطناعه من زيوت لم تغل وقت التجهيز ويلزم تجديد غسل اليدين عقب كل ملامسة لأعضاء الولادة ولا تجس أعضاء التناسل الباطنه إلا بعد تعقيم الأعضاء التناسلية الظاهرة والأيدي جيداً ائلا يكون ذلك سبباً لتوصيل العدوى من الظاهر الى الباطن ويهتم ذلك متى وجد سيلان أو جرح أو بعض جروح مهما كان مجلسها وبعد نهاية العمل يعقم يديه جيداً ومتعلقاته ثم يعن نظره فى ملابسه ائلا يكون وصلها شئ من الولادة وسها عنه فعدا تفق ان مولدة أصيبت بداحس فى

أصبغها وأثناء فتحه سقط على كها نقطة من محصله لم تره أو بعد الشفاء باشرت توليد سبيطة وهي لابسة تلك الملابس ففصل لها تعفن ولادى قضى عليها وإذا يجب عدم مباشرة ولادة ثانية إلا بعد التجرد من الملابس التي كانت على المولود عند مباشرته للولادة الأولى كما تقدم وتعيم جسمه يكون باستحمامه في حمام مكدون من (٢٠) جراما من السليمانى وعشر ين جراما من كلورايدرات النوشادرو من (٢٠٠) جرام من الماء تخلط ببعضها ثم تصب في حوض من الخشب ملوئ بالماء المغلى ثم يغسل جميع جسمه أو يكفى عن ذلك بحسب معجول السليمانى بنسبة (١) على (٢٠٠٠) ثم بالماء المغلى مع الصابون الفينيكى وبعد ذلك يتدثر باللبس أخرى معقمة كما تقدم بدون أسئى من الأولى هذا مع وجوب تعضية بعض أيام بين التوليد الأول والثانى

(٣) الوالدة - تعقم بتعهد أعضاء تناسلها الظاهرة والباطنة بالعميات ثم وضع سدادات في فتحة المهبل من القطن العقيم المغلف بشاش مثله ليكون كرشح للهواء يمنع وصول جراثيمه المرضية داخل الرحم ويكرر ذلك بعد كل نبؤل ويتحتم منع استعمال الاسفنج فيما ذكر ويلزم أن تكون السدادات المذكورة مجهزة بتكوير القطن في حجم البيضة ومغلفة بشاش دوائى ومحفوظة في قفط مريم معقم ووقت الاستعمال تغلى مع سائل عقيم مدة ساعة ثم تخرج منه وتغمس في محلول السليمانى بنسبة واحد في (١٠٠٠) وقد تتخذ السدادات من شاش يكو بردون قطن ويعقم بالطريقة السابقة ويحفظ في قفط ميزات من الباور كما تقدم ويعطى للمولود بواسطة جفت معقم لا باليد مباشرة. وأحسن جهاز لغسل أعضاء تناسل المرأة هو الجهاز شكل (٨٢) أو (٨٣) أو (٨٤) المتقدم فكل منها متى وضع في محمل مرتفع محتو على السائل المعقم يعطى تيارا كافيا لعبور الأعضاء المذكورة وغسلها جيدا فشكل ٨٢ عبارة عن كوز من زئلك مغطى بالمينا والاحسن أن يكون من زجاج ينتهى قاعه بنتو حلى فنوى مثبت عليه لى فى نهايته حنقبة يركب على فها أنبوبة ذات ثقوب من خرف أو صمغ أو عظم أو معدن والافضل أن تكون من زجاج سميك الجدر تنتهى بثقب أو عدة ثقوب شكل (٨٦) المتقدم ويفضل استعمال ذات الثقب للوالدة لقوة تيارها بخلاف ذات الثقوب فتفضل عند الحامل لضعفه ومما ينبغى التنبيه له أن الانبوبة الزجاجية وإن فضلت من حيث سهولة التعقيم إلا أنها ربما تنكسر داخل الرحم أثناء غسله بقوة عوده على نفسه ولهمذا يفضل عنما فى غسل الرحم الانبوبة المأخوذة من الفضة. وبسبب

حمل

تحمل الكوز المعدني للاوساخ وزوال ميناء بالسوائل المعقمة ولسهولة كسر الزجاجي وعسر نقله استبدل الكوز بالجهاز المكون من الكاوتشو وذلك لسهولة حمله في شئمة المولد وعند الضرورة يكفي وجود قمع بسيط تعقيمه بمروره على لهب المصباح ثم يغلى ويثبت بهلى من الكاوتشو وتستعاض حنقيته للضرورة أيضا باهم وسبابة يد مساعدا ويوفى على طرف اللى بمسح معقم مصنوع من أى مادة كانت . وعلى العموم يلزم غسل أجزاء الجهاز قبل العمل وبعده بغليه فى الماء مدة نصف ساعة ثم حفظه أثناء فترات الاستعمال فى سوائل معقمة . ومن المحفوظات الضرورية أثناء غسل الأعضاء التناسلية الباطنة استئمة سائل الغسل فى حوض يوضع تحت المرأة متصل بجهاز ما من من الكاوتشو ووضع طرفه السفلى فى اناء آخر موجود أسفل السرير كما فى شكل (٨٥) المتقدم وفى حالة استعمال سائل معقمة من تفعة الحرارة يوفى على لى جهاز الزوقات أنبوبة مهبلية تمر فى جزء من الخريف ذى صيوان عريض شكل (٨٦) المتقدم بسد فوهة الفرج وبقى الشفرين من الحرارة

( فى كيفية غسل أعضاء تناسل المرأة ) - لا يلزم توجيه نافورة سائل الجهاز الى عنق الرحم مدة الحمل بل توجهه الانبوبة المهبلية المضبوطة باليد نحو قعورا كياس المهبل أثناء ما تكون سبابة ووسطى اليد اليمنى تنظف التجويف المهبلى جيدا بدون أن تؤثر على الرحم وأما اذا أراد غسل باطن الرحم فيسهل ذلك بعد الولادة لبقائه مفتوحا منا فىمكن دخول اليد اليسرى بمجموعة الاصابع فى المهبل حتى عنق الرحم موجهها الى الاعلى لتسكون بذلك مسندا يهتدى به لتوصيل المحس الى عنق الرحم ومنه يدفع لباطنه فينفذ بسهولة الا انه يعاق اذا كان الرحم مائلا وحينئذ توجه المحس نحو اليمين أو اليسار فينفذ لباطنه وبسطة دل على تجاوزه عنق الرحم متى مر منه أكثر من ثلاثة سنتيمترات أما اذا لم يمر الا ثلاثة فيبدل ذلك على وجوده فى تجويف عنق الرحم فقط وأن طرفه معاق بالبرزخ أى حلقة بارتل فيلزم دفعه بدون خوف لانه يدفعه يدخل فى الرحم ويعرف ذلك بأنه اذا حرك المحس يتحرك أو يدفع الاصبع فى عنق الرحم لمعرفة ان المحس فيه أو تجاوزه حتى تحقق دخوله نفتح الحنقية فبم السائل فى الرحم وفى أثناء ذلك يوجه المحس تارة الى اليمين وأخرى الى اليسار وتارة يخرج جزءا منه ثم يدخله وهكذا حتى يلامس السائل جميع أجزاء الرحم وينسله واذا حصل ترقيف وخيف بقاع بطدمو يلزم ادخال اليد اليمنى معقمة فى الرحم تانيا فتخرجها هى وجميع ما وجد

معها ثم تنظف اليد باطن الرحم وإذا أريد غسل باطن الرحم بعد مضي زمن الولادة لزم وضع منظار ذي فلتة مسين مدهونا من الخارج بالفازلين البوري لكي لكون الرحم صار مغلوقا كما أنه يلزم أن يكون المساعدا حافضا للرحم من الصعود بالضغط على قاعه أعلى البدر البطنية للمرأة ثم يدخل المحس الرحي في المهبل ثم في الرحم وبعد ذلك يخرج المنظار إذا كان معدنيا وكان الحقن بماه درجة حرارته (٤٥) لان المنظار المعدني يوصل الحرارة للمرأة فتتألم منه

(في قسطرة المثانة) - تقسطر المرأة بانحال المحس في مثانتها من الفضة أو الصمغ المرين ويفعل ذلك بتباعد الشفرين الصغيرين لمن لم تختن والعظيمين للختونة فيوجد أعلى الحذبة المهبلية المقدمة بجزء منحرف منبجج هو الصماخ البول في مجرد الضغط عليه بطرف المحس يدخل فيه وهذا هو فتحة قناة مجرى البول وهي توجد عند الحامل التي تكررت ولادتها في نفس المهبل لافي دهليزه فتكون على شكل قناة ولذا يلزم جذب غشاء فتحة المهبل الى أعلى والأمام لرؤيتها وقبل ادخال المحس بالقوهة يلزم ان يكون معقما ومغمورا في محلول السليمان ثم يتظف ويعقم بهذه الكيفية أيضا بعد كل قسطرة . وأثناء ادخاله في المثانة يكون الاجهام موضوعا فوق فتحة المهبل ثم يخرج البول بقاءه وتلويثه باللابس والفراس . ولكون المثانة أثناء الحمل المتقدما مجذوبة الى أعلى بالرحم وقناة مجرى البول متوترة بصير دخول القساطير صعبا أحيانا ولهذا يستعمل محس رفيع طويل مرين مكون من الصمغ المرين فاذا عاقت رأس الجنين دخول المحس لزم رفعها بواسطة أصبع يدخل في المهبل ليعبدها عن طريق المحس وأحيانا لا يمكن قسطرة المرأة وهي مكشوفة فاذا كان المولود واقفا على يسارها رفع على ساعده اليسرى غطاءها مدة مرور اليد اليمنى بالمحس تحت الغطاء ثم يدخل سبابه ووسطى اليد اليسرى بمحمتين في فتحة المهبل تابعا عموده المقدم وعلى هذين الاصبعين يدفع المحس موجهة نفسه الى أعلى ثم يدفع أعلى الحذبة المهبلية المقدمه لان الصماخ البول موجودا أعلاها . وان لم يمكن فعل ذلك مع الغطاء كشفت المرأة بالرحم عنها وأدخل المحس حينئذ

(في التسمم العفن النفاسي) - قد يطرأ على الوالدة بالرحم عن فعل التعقيم تسمم عفن نفاسي يخشى على حياتها منه . وهو ينجم عن دخول مكروب هذا التسمم في بئتها من جرح باطن الرحم أو عنز في عنقه أو تسليخات المهبل أو الفرج أو الهجان . ومما يساعد على



على ذلك تمدد الاوعية اللفافوية والدموية بالجل . وقد يأتي مكروبه من نفس الوالدة متى وجد عند هاضم قبيح كالالتهاب المزمن المهبلي أو الرحمي أو الفرجي أو في مجرى البول فيدخل في دمها بواسطة أحد الجراح أو التسلخات السابقة الذكر . وقد يأتي من مرض متصل العروق فينتصل بأمه أثناء مرضه من أعضائها التناسلية بواسطة جراحها . وفي الغالب يأتي المكروب من العدوى الخارجية إما بواسطة المولود أو غيره أو أمتعة ملوثة بمادة فحجية عفنة أو مادة فحجية بلروح أو قروح بسيطة أو التهاب لوزي أو حنقي أو جريما أو التهاب نزلي أنفي أو مادة خراج أو غير ذلك

(في علامات التسمم النفاسي) - علامات التسمم النفاسي تظهر بعد بضع ساعات من الولادة أو بعد مضي يومين وهي عمومية وموضعية . فالعلامات العمومية هي ارتفاع حرارة الوالدة وتزايد النبض وقشعريرة الجسم والام البطن والتنوع والقيء والاسهال وحصر البول وانتفاخ البطن . والموضعية هي اعراض الالتهاب العفن للرحم واللييض أو لهما أو للرحم واللييضين وأجزاء البريتون عموماً ورمها نجم عن اصابة الرباط العريض تكون غلغموئي يعرف بالأموتيجن وارتفاع حرارة القسم الهادى له . ويعرف المولود ذلك بالجلس المهبل بواسطة أصبعه . وقد ينتهي هذا الالتهاب بالتحلل ثم بالشفاء لكن في الغالب يبقى جزء من النضج بدون تحلل فيتعضون ويلصق الاجزاء المجاورة ببعضها كما يلصقها به فتتوسع مجازرات هذه الاعضاء وحينئذ يصير ينمو الحصول التهابات ثانوية تهدد المرأة زمناً طويلاً . وهذا هو السبب في أغلب عاهات الاعضاء التناسلية المزمنة . وقد لا يتصل الالتهاب المذكور بل يستحيل الى صديد ويعرف ذلك بحصول قشعريرة ثانية وتزايد حرارة الجسم وعود الام في العضو المصاب ورجوع ظواهر الالتهاب البريتوني كالتوسع والقيء الذي يخرج أولاً مادة غذائية ثم صفراوية ثم مخضرة ثم شبيهة بالمادة البرازية فاذا ترك القبح ونفسه انفتح إما في المهبل أو في المستقيم أو في الاربية ومتى انفتح بأحدى الطرق المتقدمة فقد يحف وتشفى المرأة لكن الغالب أنه ينضج فينجم عنه طريق ضيق يسمى (ناصورا) وينشأ عن نضجه ضعف المرأة ونهوكها ثم موتها وقد ينفتح الخراج في تجويف البريتون فينجم عنه التهاب بريتوني عمومي يميت . وقد يكون التسمم عمومياً وموضعيًا فالموضعي ما تقدم ذكره والعمومي يصحبه تارة التهاب بريتوني عمومي وقد يحصل بدونه وهو ما تابعي للتسمم الموضعي المتقدم واما أولي يظهر بعد الولادة بضع ساعات أو بعد يومين وهذا هو العادة . وعلاماته هي ما تقدم من القشعريرة

والآلام الشديدة في عموم البطن وانتفاخه والتبرع والقيء والأمسالك وتزايد الحرارة والنبض الذي يتبدى صلباً ثم ضعيفاً خيطياً وأحياناً يحصل طلب التبرز ولا يخرج إلا مادة مخاطية وقد يحصل اسهال هيفي وبصير البول نادراً زلالياً وأحياناً يقف إفرازه وأخيراً تتغير صفات الوجه فيصير الأنف دقيقاً والعين غائرة في الجحاج ومحاطة بهالة غامقة واللسان جافاً والجناد فاقداً مرونته حتى أنه إذا نثي لا تنفرد الشدبة الأبطية والسائل النفاثي تقفاً وأنشأ ذلك لا تدرك المرأة شدة الألم إذا كانت حافظة لأدراكها فتظن أن صحتها تحسنت ولكن لا يمضي زمن طويل حتى يعثر بها النعاس ثم الكوما ثم الموت في بضعة ساعات في الأحوال المتوسطة ويتم حصوله في أواخر الأسبوع الأول من ابتداء المرض . وأما التسمم العمومي غير المعسوب بالالتهاب البريتوني فلا يصحبه التهابات عفنة موضعية أو أية لآفة في الرحم ولا في المبيض ولا في البريتون ويظهر في اليوم الثالث من الولادة وقد يظهر بعد اليوم السادس . وعلاماته هي الشعور بزيادة ارتفاع الحرارة وتزايد النبض ثم العرق الغزير الذي قد يعقبه تحسن الحالة العمومية ولكن ارتفاع الحرارة يستمر ثم تحصل نوبة أخرى بتبدى أيضاً بشعورية وتزايد في الحرارة الموجودة ثم عرق غزير أيضاً إلا أن الحرارة تبقى مرتفعة فتخفف المرأة ويحصل لها اسهال عفن فتضطرب صحتها العمومية ويحصل لها طواهر مرضية هليجية كخراجات المفاصل والجناد والكبد والكلى والمخ والالتهاب العفن لآرئة والقلب والصدى للبالورة . وعادة تحصل هذه التغيرات الموضعية الهاجورية في التسمم العفن البطيء السير الذي يقطع سببه في شهرين أو ثلاثة وهذا ما يسميه بعض الموالدين بالتسمم التنفسي المزمن . وقد يكون التسمم العمومي صاعقاً فيميت المرأة بعد بضعة أيام من ظهوره . وعلاج هذا التسمم هو البحث عن طريق دخول الميكروب المولده هل هو الفرج أو المهبل أو الرحم ليعالج بالمعقمات المتقدمة بكل دقة فإذا كان مجاس الإصابة الأولى من جرح الفرج أو المهبل كان علاجه سهلاً وذلك بغسله بسوائل التعقيم والغيار عليه بالمواد المعقمة وإذا كان المجلس الرحم لزم غسل باطنه أو لآثم المهبل فالفرج بالماء المغلي المعقم ثم بالسائل المعقم المكون من واحد من فوق منجانات البوتاس الأربعة آلاف من الماء المغلي أو من واحد من حمض الغنيليك في ٢٠٠ من الماء ثم يوضع في الفرج غيار معقم فلذا لم تنخفض الحرارة العمومية عقب ذلك بلزم فعل التسلسل المستمر داخل الرحم بالمحاليل المعقمة المتقدمة أو المكونة من المركبات الرثيقية بواسطة محسرح من قصدير

قصديراً وفضة يلزم تثبيته برباط فيدخل بواسطته في الرحم أولاً من (٢) الى (٣) لترات من المركبات المتقدمة أو محلول ثاني يودوز الرنمقي (١) على (٤٠٠٠) من الماء ثم يعقب ذلك سائل التسلسل المكون من (١) من حمض الفينيك و (١٠٠٠) من الماء المقطر المغلي وإذا تلوّن بول المرأة باللون الاسمر ولو خفيفاً يستعاض هذا المحلول في الحال بمحلول حمض البوريك المكون من (٣٠) من الحمض على (١٠٠٠) من الماء المقطر المغلي فينجم عن هذا العمل زوال المرض وشفاء المرأة فإذا مضى عليها (٢٤) ساعة من هذا العمل ولم تنخفض الحرارة يلزم في الحال عمل تحت باطن الرحم ثم غسله ثم ~~تثبيته~~ عقب ذلك بالجليسرين الكريازوتي وكثير من المولدين يوصى بالانتظار على استمراره هذا التسلسل مدة يومين أو ثلاثة فإذا لم تهبط الحرارة بفعل الكحت وفي آن واحد يوضع على القسم الموجود فيه الألم من البطن أو الحوض كيس أكيسان من الكاوتشوم أو أن بالجليد وبعلقان بخيط في أعلى السرير أو سقف الخجرة أو في الحائط بحيث يكون وضعهما على البطن مجرد لمس فقط لأن تركهما بدون تعليق يزيد الألم ثقلاً ما فإن لم يتهسر كيس الكاوتشوم بفعل كيس من القماش المشمع أو يوثق بثلاثة حيوان بعد تنظيفها وتعقيمها وتعلل بالجليد وتعلق كما ذكرتم تلف من الخارج بخزفة نظيفة معقمة أو قطعة من الفانيلا تكون حائلة بين الكيس وجلد بطن المرأة ويلزم أن يكون وضع هذه الاكياس مستمرا ويغير الثلج داخلها قبل أن يتم ذوبانه والا فلا يثمر العلاج به ويلزم الالتفات لتبول المرأة فإن لم تبل قسطرت وغسلت المثانة عقب كل قسطرة بمحلول حمض البوريك وبما أن أغلب التسمم النغماسي ناجم من وجود الميكروب السحبي المسمى استر بتوكوك فاذا فعل حقن مصل هذا الميكروب المنسوب للدكتور (مارموريك) من ابتداء ظهور وظواهر التسمم بمقدار (٢٠) الى (٥٠) جراماً كان أمّ وإذا كان عند المرأة امسالك يعمل لها حقنة معوية مضادة لتعفن وذلك بأن يوضع في مائها جاوات النفتول . ويضارب التي عبتعاطى قطع من الجليد تستعملها المرأة أو تعطى جرعة (ريفيير) أو خلاصة الافيون . وبمجرد تكون القيح يفتح الخراج من المهبل اذا ~~كان~~ كان كثير البروز فيسهل أو تفتح البطن ويستخرج الصديد ويكون الفتح أسفل البريتون بأن يفعل شق مواز لقوس الاوربية من أعلى كافي ربط الشريان الحرققي الظاهر ومتى وصل البريتون بفصل بلطف ويرفع الى أعلى بدون خدشه فيصل المواد الى الخراج فيشفه ثم بعد استفراغ الصديد وغسل محله يوضع فيه أنبوبة من الكاوتشوم ليسيل بواسطتها السائل الى الخارج ثم يوصل

تجويف الخراج بتجويف المهبل اذا كان غائرا ثم يوضع في الفتحة المهبلية أنبوبة أخرى  
لنزول السائل منها ويحقن ويغسل بواسطة الانبوبة الاولى وفي التسمم العمومي المصحوب  
بالتهاب يرتوي عمومي تعطي المرأ مخلصا الا فيون ويحقن بمحلول مكروب الاستربتوكول  
وتوضع الاكياس الجليدية على جميع امتداد البطن وبما أن هذا غير كاف فيلزم فتح البطن  
وغسل البريتون وحقن الدم بالمصل الصناعي لغسله بطرد متواصلته ويجري الفحص لخراج  
الدم العفن وينبغي ان يكون فتح البطن مبكرا وذلك بشق في امتداد اثناساعه نحو ستة  
سنتيمترات ومتى وصل البريتون يفتح بلطف ودقة ويدخل فيه أنبوتان معقمتان احداهما  
لخروج السائل والثانية من زجاج موصولة بجهة الزروقات للغسل فيدخل أولا في تجويف  
البريتون (٢) كيلوجرام من الماء المقطر المغلي لدرجة التعقيم ثم يتبع ذلك بدخول سائل  
سليماني (١) على (٥٠٠٠) من الماء المقطر المعقم ثم يتبع ذلك بغسل بماء مقطر معقم بسيط  
أي عقم بالغلي وحده ويوقف دخول السائل متى صار الخراج سائلا شفاقارا نقا . والغسل  
الاول والثاني معدان لتنقيص الامتصاص البريتوني فقط . ويفضل عن وضع الانبوبة  
المعدة لخروج السائل في فتحة شق البطن ان تفعل فتحة منسعة في قعر كيس (دوجلا) توضع  
فيها هذه الانبوبة (الديناج) بمرأ أحد طرفيها في البريتون والا تحرف المهبل . وبعد  
التطهير يحاط جرح البطن ويغير عليه بالغيار المعقم ثم يعلأ المهبل بالغاز اليودفوروي  
. ويتعلق النجاح بمبادرة فتح البطن بسرعة عقب ظهور التسمم وأما العلاج بالمصل الصناعي  
الاستربتوكوكي المعدل فمع التسمم النفاسي فيكون بالحقن تحت الجلد أو في الاوردة بمقدار  
من (٢٠) الى (٤٠) سنتيمترا مكعبا في ٢ ساعة ويمكن ازدياد هذه الكمية بدون خطر  
لكن على العموم لا ينبغي ان يقتصر على العلاج بالحقن بالمصل بل يجب ان يستعمل معه  
المعقات السابقة كانه يلزم الامتناع من حقنه اذا كانت الكلى مريضة ولذا يلزم بحث  
البول قبل حقنه وبكر الحقن يوما الى تمام الشفاء ومتى تناقصت الحرارة لا يحقن الا بمقدار  
٢٠ جراما أو ١٠ جرامات في ٢ ساعة وكذلك في حالة الضعف بفعل الحقن بالمصل الصناعي  
المعوض للدم المكوّن كما تقدم من ملح الطعام النقي (٥) جرامات وسلفات الصودا النقية  
(١٠) جرامات ومن الماء المقطر لدرجة التعقيم (١٠٠٠) جراما واذا لم يوجد المصل  
المدكور يصنع الطيب بان يأخذ الماء المقطر ويغليه ثم يذيب فيه الاملاح السابقة  
ويضعه في زجاج معقم ثم يغليه بزجاجة على حمام ماري يحتوي ماءه على حقنة من ملح الطعام  
ويعقم

• ويعقم الزجاج الذي يوضع فيه المصل بالهباب الكؤل في باطنه كما يعقم غطاؤه بوضعه في الماء والغلي عليه مدة نصف ساعة . ويلزم أن يحقن منه في كل دفعة وهو في درجة حرارة من (٣٨) إلى (٤٠) من لتر ونصف إلى لترين وآلة الحقن بسيطة تتركب من اسطوانة ذات مكبس من البلور يوفق على فيها الدقيق أنبوية من الكاوتشوتتصل بآبرة (ديولفوا) بحرة (٢) ويمكن استعاضة الاسطوانة ذات المكبس باناء من زجاج ذي فتحتين السفلى تتصل بأنبوية آبرة الحقن والعليا يصب منها السائل ثم تسد بقطن معقم . وأما الحقن في الاوردة فيكون بأنبوية من زجاج ذات طرف دقيق . وعلى العموم يلزم تعقيم آلات الحقن بغليها مع الماء في أجهزة التعقيم قبل وضع سائل الحقن فيها . وتختلف طريقة العمل تبعاً للحقن في الاوردة أو تحت الجلد فلحقن داخل الاوردة يكفي رفع الاناء ذي الفتحتين الى أعلى بواسطة مساعده مع ضغطه على طرف الانبوية الكاوتشوية المتصلة بالفتحة السفلى الاناء لمنع سيلان السائل ثم يربط العضد أعلى ثنية المرفق لظهور الوريد الدماغي الاوسط في ثنية المرفق أو يضغط العضد بواسطة أحد المساعدين وهو الاحسن ثم يكشف الوريد بشق الجلد المغطى له شفاص غير مواز ياله ثم ينقذ فخاف الوريد بآبرة بخيط ويربط ثم يفتح أعلى الربط وحينئذ يؤمر المساعد بترك الضغط على طرف الانبوية ليخرج جزء من المصل الى الخارج فيطرد الهواء ثم يدخل طرفها الدقيق في الوريد من أسفل الى أعلى وحينئذ يترك المساعد ضغط العضد فيمر المصل في الوريد . ويمكن تسهيل دخول الانبوية بواسطة جفت يحفظ شفطي فتحة الوريد متباعدتين ويستمر المساعد على رفع الاناء الى أن يدخل من المصل في الوريد أكثر من ثلثيه ثم يخفضه في محاذة فتحة الوريد قبل أن يتم فراغ الاناء وحينئذ يضغط طرف أنبوية التوصيل ثم يخرج من الوريد اذا كان مقدار المصل الداخل فيه كافياً للعصود والابقيت فيه الانبوية وصب في الاناء جزء آخر من المصل ثم بعد ذلك يترك الضغط على طرف الانبوية ويرفع اناء المصل الى أعلى فيستمر دخول المصل في الوريد وهكذا حتى يتم الغسل ثم يخفض الاناء وتضغط الانبوية ثم يخرج من الوريد كما تقدم وبعد اخراجها تحاط حافتا الجرح بغرزة خياطة يوضع فوقها غيار معقم محفوظ برباط معقم أيضاً ثم يحفظ المساعد منتظماً مدة يومين أو ثلاثة . فاذا احتاج المولد لادخال كمية أخرى يقل الغيار ويفعل في الجزء العلوي فتحة تدخل فيها الانبوية كما تقدم وكمية المصل الذي يحقن به كل دفعة تكون من لتر ونصف الى لترين . وبعض المولدين حقن منه بنحو خمسة لترات . وقد يكرر الحقن

بالمصل دفعتين أو ثلاثاً وأربعاً في اليوم حتى يتم الشفاء . وعلى العموم فالحقن لا يؤلم إلا أنه قد يعثرى المرأة في انتهاء العمل به عسر في التنفس . وكما حقن بالمصل في الوريد فيحقن به تحت الجلد أيضاً مع تعقيم ابرة الحقن جيداً ويختار لذلك الاقسام ذات النسيج الخلوي الغريز تحت الجلد فغريز الابر في عمق هذا النسيج ليصل بها المصل اليه ويلزم توصيل السائل المحقون بيده لتسهيل تخلله النسيج الخلوي وبذلك يمكن حقن كمية تختلف من (٤٠٠) الى (٥٠٠) جرام ويمكن تكرارها عند الاحتياج حتى تصل كمية من ترو نصف الى اثنى من مدة (٢٤) ساعة

وقد تصاب النفساء بالتهاب في الوريد الفخذي يسمى بالوريدى المؤلم الابيض (فلجما البادوانت) وهو كظاهرة تعفن نفاسي خفيف تحصل متأخرة ينسب به بعض المولدين لدخول المكروب السجى (استريبتوكوك) أى مكروب التعفن النفاسي في الوريد فيهبهج أغشيته ويلهيم افيطاسير الدم ويجمد ويكثون جلطاده وية تسد الوريد سد تاماً أو غير تام . واعراضه متى كان خفيفاً أو لارتفاع الحرارة العمومية بعض خطوط من درجة ثانياً ألم حذاء قسم مجلس التجمد الدموي إما في احدى الحفرتين الاريتين الحرقفتين أو الاريتينين معا أو في حفرة المثبض أو في سمانة الساق وهو إما حاداً وأصم يزاد بانضغط وبالحركة نالشا وزيعا الطرف مبتدأة من أسفل حتى تم الطرف بتمامه وهي أوزعما بيضاء ملساء نارة تكون صلبة وأخرى رخوة وهو الغالب وبالضغط الخفيف على الوريد بدبالاصبع يدرك الطيب التجمدات السادة له كجبل معقود وبذلك تنام المربضة وقد يحتوى مفصل الركبة على كمية من السائل المصلى فاذا تزايدت الحرارة عما تقدم فجأة دل ذلك على اصابة وريد الطرف الآخر وقد تشفى المرأة من هذا المرض بعد شهر أو ستة أسابيع . وأحيانا تظهر مدة وجوده مضاعفات أخرى كالاتهاب الاليفغريزى أو الغنغرينى أو الغلغمونى . وأحيانا يعقب الاتهاب الوريدى المذكور أوزعما مزمنة أو ظهور آلام عصبية متعاصية العلاج أو تيسات مفضلية أو ضمور عضلى . وقد يحصل عنه الموت فجأة عقب سدة سيارة تقف في المرح أو في الدورة الرئوية ويتقى حصوله باسـتعمال مضادات التعفن والتعقيم والنظافة والراحة التامة في الاستلقاء الظهري مدة طويلة لأنه لأن هذا العارض يطرأ عند من تتولد الفراش مبكرة قبل انتهاء الاسبوع الشالت تقريبا . ومتى حصل المرض يلزم أن تكون المرأة في راحة تامة وأن تغلف أطرافها بالقطن المعقم مع استعمال المعقمات والنظافة أيضا

أيضا ولا يسمح لها في ترك الفراش إلا بعد أربعين يوما لأنه بعد هذا الزمن تنشط الحصى

### ( المقالة السادسة في الطفل بعد ولادته )

متى خرج الولد من أعضاء التناسل حيا صاح لشعوره بوجوده خارج أعضائه وأنه ولاحتياجه للتنفس . ويكون جلده مغطى بطبقة دهنية فيلزم إزالتها . ولسهولة ذلك يدلك جسمه خصوصا في ثنيتي الأربيتين وتحت الأبطين وخاف الأذنين بالفازلين البوري . لكي قبل استعماله . وكيفية ذلك هي أن تؤخذ كرة من الفطن المعقم وتلوث بكثير من الفازلين ثم يدلك بها جلد الطفل بقوة وتستعاض بغيرها إذا تلوث وهكذا إلى أن يتم ذلك جميع جسمه فيغمر في ماء الحمام الأوجعه ووقفه وتكون حرارة الماء من (٣٠) إلى (٣٤) درجة ويدلك فيه جميع جسمه بالشاش المعقم مع الصابون حالة كونه موضوعا على راحة اليد اليسرى . فمطرحة الأصابع لتسند عنقه ورأسه وبعض ظهره ويكون ساعدهما زاويتين تحته وباليدين اليمنى ينظف جميع أعضائه ثم ينشف الجسم وينزع عليه مسحوق النشأ أو الليكوبود خصوصا تحت أبطه وفي الأربيتين ثم تغض عيناه بتباعد الجفنين بسبابة واجهام اليد اليسرى وتغسح باليد اليمنى بكرة من الفطن المعقم مبتلة بمحلول حمض البوريك الدافئ المكون من (٣٠) في الألف مع تنظيف باطن العين أيضا لأنه لا يلزم الاقتصاد على مسح العينين من الخارج خشية العدوى بالالتهاب ثم بعد ذلك ينزفهما بحزم من مسحوق اليود وفورم الناعم جدا وإذا لم يتيسر وجوده يقطر فيهما اقطرة من عصارة الليمون الجيد بدون التفات لاجرار الغشاء اللصقي الذي يعقب ذلك التقطير وبعد انتهاء ذلك يبحث الجبل السري بحسب اجيدا مرة ثانية خشية وجود عروة معوية به (فتقى سري) فتقى تحقق من عدم وجود ذلك يلزم ربطه وربطها ثانيا بحيط من الحسبر يلف حوله مرتين أسفل من الجفت وأعلى من السرة بثلاثة سنتيمترات تقر بامع الشد القوي ثم يعقد طرف الخيط عقدة بين متينتين فإذا كان الجبل السري غليظا دهنيا غرو بالزم أن يكون شدا الخيط بيضا حتى يتجاوز المادة الدهنية المذكورة ثم يعقد كما ذكر أو تزال بالسبابة والاجهام ثم يربط الخيط كما تقدم أو يوضع الجبل السري بين عودين من أعواد الكبريت ويربطان من الطرفين ربطا قويا فيكون الجبل كأنه بين جبيرتين والشدي يكون واقعا عليهم مباشرة فلا ينزلق الخيط من محله اذن ثم بعد فعمل العقدة الأولى يكسر من أطراف العودين ما زاد بحيث لا يكون باقيهما نسما إلا الجزء الموجود تحت فتقى الخيط والعقدة الأولى ثم يشد طرف الخيط بقوة فيغوص الجزء أن

الباقيات من العودين في المادة الدهنية الغروية ويحصران النسج الحقيقى للجبل السرى  
بينهما وبعد ذلك تعقد العفدة الثانية ثم يقطع الجبل أعلى الربط ويذرع على محل القطع  
مسحوق البودوفورم ثم يؤخذ جزء كبير من القطن المعقم وتعمل منه طبقة رقيقة من بعسة  
الشكل اتساعها نحو (١٠) سنتيمترات ثم تشق في أحد أطرافها الى مركزها ثم يدخل الجبل في  
الشق الى أن يصل الى آخره ويكون الوجه الخلقى لهذه الطبقة ملاصقا للجبل بطن الجنين  
أى فى آخر الجبل السرى من جهة البطن ثم يغلف الجبل بالقطن ثم يثنى على الوجه المقدم  
للطبقة القطنية نحو الجهة اليسرى للذرع الطفل وذلك لتجنب ضغط الكبد به أثناء وضع  
الرباط البدنى الحافظ للبل وغياره ثم يذرع أيضا على الغيار مسحوق البودوفورم وعلى جميع  
جسم الطفل مسحوق النساء والديكوبود كما تقدم ثم تلف على الذرع والجبل اللقافة البدنية  
لحفظ الغيار السرى ثم يذرع الطفل باللباس المحضرة له دافئة ثم يجمع على جانبه لسهولة  
خروج المادة المخاطية التى فى حلقه ويكون ترقيده فى سرير خاص به مجاور لسرير والدته  
، وإذا كان الفصل باردا توضع بجانبه زجاجات ممتلئة على ماء سخن لتدفئته مع المحافظة  
عليه من تيار الهواء والضوء الشديد . وقد لا تكون صحة الطفل جيدة فلا يصح ويكون لونه  
باهنا وحيله السرى رقيقا بدون نبضات وتنفسه سطحيا يحصل مرة فى كل ٣٥ أو ٤٥ ثانية  
وتسمى هذه الحالة بالاسفكسيا البيضاء أو الموت الظاهرى . وقد لا يصح ويكون لونه  
بنفسجيا وعيناه بارزتان زيادة عن العادة ووجهه مغتوجا بدون تنفس والجبل السرى غائبا  
وبه نبضات غالبا وتسمى هذه الحالة بالاسفكسيا الزرقاء فتى كان الطفل كذلك لا يستمر حيا  
أكثر من ساعتين أو ثلاثة وإذا استمر حيا بعد ذلك كان استمرار حياته ناجعا عن استمرار  
انفتاح ثقب (بوتال) . فالاسفكسيا البيضاء تنجم اما عن الضعف الخلقى للطفل فيكون غير  
قادر على التنفس وهذا ما يشاهد كثيرا لدى الأطفال الذين يولدون قبل تمام مدة الحمل  
، أو عن تزييف المشيمة قبل انفصالها . أو عن ضغط الجبل السرى . والاسفكسيا الزرقاء  
تنجم عن عاقبة خروج الدم من الجنين ولنا شاهد فى الولادة البطيئة وفى التى تكون فيها  
الانقباضات الرجمية متوالية بدون قرة أو فى الانقباضات الرجمية التشنجية وعند ما يكون  
الجبل السرى ملفوقا على عنق الجنين ومخنوقا به . ويجب على المولود فى حالة الاسفكسيا  
البيضاء عدم المبادرة لضغط و قطع الجبل السرى بل يلف الجنين بمنشفة جافة دافئة ثم يذرع  
جسمه ويشتم الخلل ونحوه الى أن يصبح ويتنفس جيدا فيقطع حبله السرى ويجرى له  
ما تقدم



ما تقدم ، وفي الاسفكسيا الزرقاء تجب المبادرة بقطع الحبل السرى وتركه مفتوح الاوعية ليخرج منه نحو (٣٠) الى (٤٠) جراما من الدم واثنا ذلك يدخل الطيب اصبغ مغفوقا بخرقة في فم الطفل الى الخجرة و ينظفها من المواد التي قد تكون موجودة فيها كخطاط اودم او ماء امنيوسى او غير ذلك او ينظفها بريشة اوز بزغبها معقمة بعمل السليماني ثم يحترض التنفس بدغدغة جدر بطنه او اواخص قدميه او بقرع وجهه او اياته او قسم قلبه باليد او بفوطة مبتلة بالماء او بالكول او يدلك جلدته بالكول او يدغدغ العشاء المخاطى للحفر الانفية او الحلق بواسطة زغب ريشة اثناء عمر الطفل في حمام ماء سخن بسيط او خردلى او يضبط الطفل ويهزه امام طاقة مفتوحة او يرش على وجهه ماء باردا او يصبه بهيئة سلسول على قسم قلبه فاذا لم يفد ذلك يجذب اللسان ويرده جلة مرات بهيئة منتظمة ويكون ضبطه بواسطة الاصابع مباشرة او بعداؤها بخرقة او يضبطه بحفت ضبطا خفيفا لثلاث عرقه ويحبذ به الى خارج الفم جذبا قويا ثم يفعل فيه من الامام الى الخلف حركة كحركة التنفس الطبيعى فيجذب اللسان تنبهه قاعدته فيمتد ذلك التنبه الى الخناج المستطيل ومنه ينعكس على عضلات التنفس فتتحرك . ولفعل التنفس الصنعاى يضبط ذراعا الطفل ثم يرفعان ويوجهان الى الخاف فينتع القفص الصدرى وهذا هو الشهيق ثم يخفضان ويصالبان على الصدر مع الضغط عليهم ما فوقه خفيفا وهذا هو الزفير . ويجب الاستمرار على ذلك حتى يصير التنفس طبيعيا . او ينفع الهواء داخل صدره بمنفاخ من كبر من كرة من الكاوتشو وانبوبة منحنية انحناء موافقا للحلق والخجرة كما هو واضح فى شكل (٨٨) بحيث تكون كمية الهواء الداخلة به فى الصدر عند كل نفخ من (٢٥) الى (٣٠) سنتيمترا مكعبة ويلزم الاستمرار على ذلك حتى يصير التنفس طبيعيا ويصبح الطفل ههذامع ملاحظة ضربات قلبه دواما لانهم ارشد المولود فى العمل . وكيفية النفخ بالمنفاخ المذكور هي أن يوضع خلف الطفل خديداً ليكون جذعه فى الوضع الجلوسى تقرىبا ثم يدخل المولد سبابه ووسطى يده اليسرى فى فم الى أن يصل الى الجزء العلوى للخجرة فتى أحس الاصبح بهذا الجزء أدخل باليد الانبوبة من لقا طرفها على الحافة الكعبرية لسبابه اليد اليسرى الى أن يصل الطرف حذاء فتحة الخجرة فيرفع الطرف الخارجى للانبوبة الى أعلى واليسار فيدخل الطرف فى فتحة الخجرة ويتحقق من الوصول اليها بأنه اذا حرك المنفاخ تحركت معه الخجرة وحينئذ يتندى فى الضغط على الكرة الكاوتشى بخفة ضغطا متقطعاً مقاداً حركة الشهيق الطبيعى

• ومدة كل نفخ تكون إما نائيتين أو أربع نوافع ويضغط باليد عقب كل نفخ على القسم الشراسيفي أو بأمر مساعد يعول هذا الضغط لإخراج الهواء الذي دخل في الرئتين بالانفخ . وعلى العموم لا يلزم تكرار النفخ زيادة عن ثمان مرات أو عشر في الدقيقة ابتداءً ويمكن تكراره فيما بعد زيادة عن ذلك . ويؤمل نجاح النفخ متى حصلت حركة تشنجية كنوع (فواق) فيها ترتفع البطن السفلى ثم يعقب ذلك سكون يستمر من (٢٠) إلى (٣٠) ثانية ثم يعقب ذلك تنفس تشنجي متبوع براحة قليلة المدة ثم يعقبها شهيق بسيلة عادية لا تشنجي فينتظم التنفس انما لا يلزم ترك النفخ كلية بمجرد حصول أول أو ثاني زفير ذاتي بل يلزم أن تكون الانبوبة باقية في محلها في الخنجر ولا تخرج الا اذا تكررت الزفرات التنفسية الذاتية من (٦) إلى (٨) مرات في الدقيقة . ولذا لا يلزم اخبار الحاضر من رجوع الطفل الى الحياة بمجرد حصول الزفرات التنفسية الاولى

(في حالة الطفل بعد الولادة) - نبض الطفل الذي فصل من والدته يكون من (١٢٠) إلى (١٤٠) نبضة في الدقيقة . وعدد تنفسه (٥١) مرة في الدقيقة . وحوارته العمومية تنزل بعد الولادة عند ضعف البنية الى (٣٦) بل الى (٣٣) درجة مئوية . ثم تصعد ثانية الى (٣٦) درجة وهي الدرجة الاعتيادية للطفل الحديث الولادة . ومثاقته تكون مملوغة بالبول أثناء ولادته ولذا يبول عقبها . وكذلك تكون الامعاء محتوية على كثير من المواد البشرية والمخاطية محتاطة بالمادة الصفراوية التي تنكسب اللون خلاصة الخشخاش ولذا تسمى خشخاشية وهي كلمة يونانية تسمى بالهربية (عقيا) فأول براز للطفل يكون من هذه المواد ويحصل عقب الولادة وقد يحصل أثناءها اذا طال زمنها وحصل للجنين تعب أثناء خروجه . ويكون التبرز من هذه المواد مدة لثلاثة أو اربعة أيام الاولى من الولادة ثم بعد ذلك نصير مكونة من فضلات هضم اللبن فيكون لونها أولا كالرق ثم أصفر فاتحا ثم أصفر ذهبيا . وعدد برازه في الشهر الاول يكون من مرتين الى أربع في اليوم . ثمان جلد المولود يكون وردي اللون عند ليض وأحمر غامق عند السمر واللون الاحمر ناجم عن احتقان الجلد بسبب تأثير الهواء عايبه لكن ينتهي ذلك بزواله فيصير لون الجلد ألامسرا ثم يهت شبيهاً فشيأ إلى ان يصير في لونه الطبيعي

(في نحو الطفل) - ثقل الطفل عقب ولادته في الحالة المتوسطة يكون (٣.٠٠) جرام تقريبا ثم يفقد من ذلك نحو (١.٠٠) جرام في الثلاثة الايام الاولى من الولادة بسبب خروج

العقي

العق الذي كان مائثا معاه . ومن اليوم الرابع يتبدى وزنه في الازدياد عادة بانتظام . فكل طفل لم يزد وزنه من اليوم الرابع يكون عليلا . ويزداد طول الطفل في الشهر الاول مقسداً أربعة سنتيمترات تقريباً وثلاثة في الشهر الثاني واثنين في الثالث . ويولد عادة بدون أسنان وقد يولد الطفل بأسنان ومن ذلك ملك فرانسوا (لويج) الرابع عشر و (مينيرابو) اللذان ولدا بأسنان في قههما . والمعتاد أن يتبدى بزوغ الاسنان نحو الشهر السادس أو السابع ويتم ظهورها نحو انتهاء العام الثاني وتسمى اسنان اللبن . وتبتدى أسنان الفك السفلي في الظهور قبل الفك العلوي ماعدا القواطع الجانبية فانها تظهر الفك العلوي قبل مشيتم الفك السفلي . ويكون ظهورها في أزمنة معلومة منتظمة وأحياناً تختلف الأزمنة في الأحوال المتوسطة عادة يظهر بعضها كل ثلاثة شهور بالترتيب الآتي

	(ظهور الاسنان)	
القواطع الوسطى	٢ سفليين ٢ علويين	تظهر نحو الشهر السادس تقريباً
القواطع الجانبية	٢ علويين ٢ سفليين	» » التاسع
الاضراس الاول الصغيرة	٢ سفليين ٢ علويين	» » الثاني عشر
الانياب	٢ سفليين ٢ علويين	» » الخامس عشر
الاضراس الثانية الصغيرة	٢ سفليين ٢ علويين	» » الثامن عشر

ثم إن اسنان اللبن تسقط وتستعاض بالاسنان الدائمة .

﴿ في نوم الطفل ﴾ - يسـ تغرق الطفل أكثر وأقائه مدد طوره الاول من الحياة في النوم . وعادة يكون تيقظه من النوم بصياح يصعبه أحياناً بكاءه فلا يكون دليلاً على تألمه الا اذا كان شديداً - ثم او يكون الصياح العادي ناجماً عن الجوع وهو الغالب أو البرد أو عدم راحته في لفته بأن تكون مبلولة من تبوله أو وسخة من تبرزه وهذا هو أكثر أسباب صياحه . ويكون صياحه المستمر ناجماً عن مغص طرأ عليه أو عن انحصاره بانفته انحصاراً شديداً

**( في نظافة الطفل )** - يلزم تنظيف الطفل كل يوم في حوض صغير ممتلئ على ماء حارته من (٢٨) إلى (٣٠) درجة مدة لا تتجاوز ثلاث دقائق ثم يخرج ويوضع على ركبتي المشتغل به ويكمل تنظيفه ثم يغسل الحبل السري بالماء البوريكي ويحفظ ثم يوضع عليه طبقة قطنية معقمة ومدهونة بالفازلين البوريكي ثم يذرع عليه مسحوق اليود وفورم وعلى جذع الطفل مسحوق النساء والليكو بود ثم يلف على الجذع بالرباط البسدي ثم تنظف العينان بواسطة كرة من القطن المعقم مبتلة بمحلول حمض البوريك الغائر . وعلى العموم تلزم ملاحظة الحظية لفتها دائماً فتغير كلما أصابها بلل أو وسخ كما أنه يلزم أن يكون سريره مجرداً من الناموسية وبعيداً عن كل ما يدخل تيار الهواء كالنوافذ والأبواب كما تقدم . وفي فصل الشتاء ترفع حرارة الغرفة إلى (١٨) درجة إذا كانت أقل منها . ثم يوضع في سريره زجاجات محتوية على ماء سخن يغير أثناء الليل لان الحرارة الجوية تنخفض إلى أقصى درجاتها نحو الساعة الثالثة أو الرابعة بعد نصف الليل فيصير هواء الغرفة بارداً جداً وماء الزجاجات كذلك فإذا لم يغير يبرد الطفل فيصبح لانه كثير الاحساس في طوره الاول .

**( في فسخة الطفل )** - يختلف أول زمن خروج الطفل للفسخة تبعاً لحالة الجو . فإذا كان ممحواً أخرج بعد اليوم الخامس عشر من الولادة ولا تتجاوز فسخته في اليوم الاول عشر دقائق أو ربع ساعة ثم تزداد شيئاً فشيئاً لأن فسخته ضرورية له وتعين على تحسين يومه

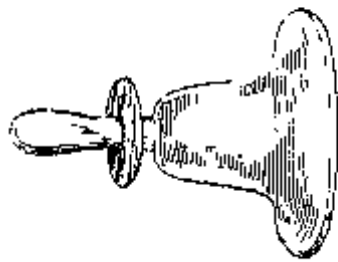
**( في تغذية الطفل )** - لا يلزم اعطاء الطفل شيئاً يتغذى به قبل مضي (٢٤) ساعة من ولادته لانه لا يحتاج لذلك ولا يتغذى بعد مضي هذه المدة الا باللبن فقط إما بإرضاعه من والدته أو من مرضعة أجنبية أو بلبن حيوان أو بلبن آدمية وحيوان . وعادة لا يتبدى إفراز اللبن من الام الا من اليوم الثاني الى الرابع من الولادة ويسبق إفرازه طواهر احتقانية في الثدي يقال لها طواهر صاعدة اللبن وهي ألم الثديين وتوترها وانتفاخهما ثم يظهر في قتي حليتي الثديين نقط من سائل أبيض معتم وهذا هو ابتداء إفراز اللبن وحينئذ يتناقص التوتر والانتفاخ الثديي ويؤول الام ويستمر الإفراز اللبني بالارضاع ولا ينقطع على العموم الا بعد مضي سنتين تقريباً . وقد ينقطع في ابتداء السنة الثانية أو في منتصفها وقد يستمر أكثر من سنتين بدوام الرضاع . وكثيراً ما يشاهد أن مرضعة ترضع طفلين متواليين الولادة لأمر واحدة . ويسمى اللبن في ابتداء نزوله بالكولوستروم ثم يصير لونه أبيض من رقا وهو ما نخبنا وهذا هو اللبن الحقيقي . فالكولوستروم مركبة من سائل مصلى ساج فيه فضلات بشرية

وجسيمات

وجسيمات توتية الشكل مكونة من اجتماع أخلية ملتصقة ببعضها بين جسيمات دهنية ثم ان الجسيمات التوتية تتمزق وتجزأ الى أجزاء دقيقة جدا فتنتشر في السائل اللبني العادي ولذا لا تشاهد فيه ثم ان اللبن الحقيقي يدخل ضمن تركيبه جزء من الماء متعاق فيه بالمزج الكرات الدهني ومذاب فيه نحو ٦٠ جراما في (١٠٠٠) من سكر اللبن المسمى (الكتوز) ومذاب فيه أيضا المادة المسماة بالكازين (جبنين) التي تتعد على مستها للحمض المعدى ومذاب في ماء اللبن أيضا مواد غير عضوية كصفات الجسير وكثورور البوتاسيوم وفوسفات الصودا والمائيزيا وغيرها . ويحتوي السائل اللبني على غازات في حال الانفرد كحمض الكربونيك وغاز الأزت والاكسوجين . وتركيب اللبن يختلف باختلاف زمن الرضاعة ففي ابتداء كل دفعة من الرضاعة يكون رقيق القوام ثم يصير بالمش كثيفا وعادة عندما يضغط الطيبب الحلمة بين أصبعيه يخرج منها نافورة لبن يكون لونه أولا معتما ثم يصير شياأ فشيأأ أبيض قشطيا فاذا وضع على الظفر منه نقطة وأميل الاصبع لا تسيل بسهولة . ويوجد دائما بين الثدي ومعدة الطفل ارتباط في الوظائف والتكون لان الجنين لا يرضع في الايام الاو الا قليلا كما أن اللبن وقتئذ يكون خفيف التركيب قليل التغذية والطفل غير محتاج الى غذاء كثير من ذلك ولذا لا ينبغي ارضاعه عقب ولادته من مرضعة عمر لبها نحو شهرين أو ثلاثة الا بعض ثوان لا متصاص الجزء الاو الرقيق لكونه موافقا لمعدته وكافيا لغذائه وكلما تقدم الطفل في العمر وصار قويا وأعطى له الثدي مصه بقوة حتى لا يبقى فيه شياأ . ففي الاسبوع الاو لا ينفرض من الثدي الا الكلوستروما ثم يصير اللبن متوسط التركيب من ابتداء اليوم العاشر الى الخامس عشر وتام التركيب نحو الشهر السادس ثم يتبدى افرازه في التناقص من ابتداء السنة الثانية لكنه يكون مع قلة كميته أكثر تغذية ثم ينقطع افرازه من الشهر الثامن عشر الى تمام السنين . وقد يستمر باستمرار الرضاعة كما تقدم . ثم ان المرأة الجديدة الصحة يفرز ثديها في ابتداء الاسبوع الاو من الولادة نحو نصف لتر من اللبن في اليوم تقريبا . وفي ابتداء الشهر السادس تفرز لترا كل يوم تقريبا . وعلى العموم فأكثر ما تفرز المرأة من اللبن وهي بين سن العشرين سنة والخمسة والثلاثين . وخلاف التغييرات الطبيعية لا يفرز اللبن المتعلقة بسير الظواهر الفسلوجية يحصل في افراز اللبن تغييرات في كميته أو صفته تتعلق بأسباب أخرى فاذا كان اللبن قليل الكمية أو العناصر الغذائية أو كثيرها أضر

بالطفل لانه في الحالة الاولى والثانية يكون غير كاف لتغذيته وفي الحالة الثالثة يكون عسر الهضم لاحتوائه على كثير من العناصر السلبية وبالاخص الزبد وكل من ذلك يؤدي الى اضطلال قوى الطفل ولذا تلزم ملاحظة تغذيته في كل آن . فالتغذية المنتظمة تحصل ضرور ومن الرضاع الطبيعي المنتظم متى كانت المرأ تجسده الصحة وليها موافقا لعدة طفلها

ومما ينبغي الالتفات اليه في الرضاع حرصا على صحة الطفل منع تعاطي المرضعة شيئا من المشروبات الروحية أو الحوامض أو الخل أو غير ذلك من الادوية القوية الفعلة لان ذلك ينفرز مع اللبن ويصل الى معدة الطفل ثم الى دمه ومنه الى عناصر الجسم . وعادة ينقص حيض المرأ العناصر المائية لبن فيصير ثقيلا المهضم كما أن الخل يغير صفته في الغالب ويقال كيتبه فيأخذ الشديان في الذبول ثم ينقطع الافراز وبالجملة بجميع الاسباب التي تحدث اضطرابا في تغذية المرضعة مثل التوب العصبية وتنجيس المعيشة والانفعالات النفسية من الفرح أو الحزن أو الانزعاج تغيب الافراز الطبيعي للبن الجيد كما أن الامراض الحادة الحمية تقلل افرازه أو توقفه وقتيا ثم يعود عقب الشفاء غالبا . وأول واجب على الام اطفالها رضاعه متى كانت جيدة الصحة لان لبنها أجود غذاءه . وقد توجد أحوال فيها تجبر على ارضاعه بنفسه هادون غير هامه . ما كانت الاعذار وذلك عندما يكون الطفل مصابا بالزهرى . أما الاحوال التي فيها ينبغي حضانه الطفل بمرضعة أجنبية فهي إما ناقلة لبن الام أو عدم افرازه بالسكليه ففي حالة القلة تساعد المرضعة واذن يكون الرضاع مشتركا وفي حالة



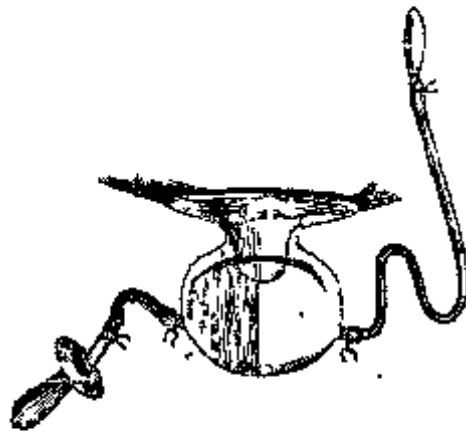
شكل (١٩٠)

عدمه تلزم الاستعاضة كما تقدم وكما تلزم أيضا اذا كان جسمها مضمعا أو بشديها عيب خلقي كقصر الخلتين أو مكسب كتشققة هما ففي هذه الحالة اذا لم يوت بمرضعة أجنبية وضع فوق حلم الثدي أثناء الرضاع الخلية الصناعية البسيطة شكل (١٩٠) فيوضع صيوانها على حالة الثدي فتدخل حلمة الثدي في الخلية الصناعية

ثم تدخل هذه الأخيرة في فم الطفل فيمصها فيحصل الفراغ فيثبت صيوان الخلية الصناعية على الثدي وينزع اللبن في فم الطفل أو يوضع على حلمة الثدي بالجهة الشكل (١٩١) المسكون

(انظر شكل ١٩١ في صحيفة ٢٥٩)

من نصف كرة من الزجاج ذى فتحتين جانبيتين كل فتحة مركب عليها صغير ينتهي



شكل (١٩١)

أحدهما بحمامة صناعية لمص منها الطفل  
والشأنى ينتهي بحسم من الصبني لتمص  
منه المرأة لاجل الفراغ في نصف الكرة  
وعند فعل هذا المص يكون اللب الموجود  
جهة الطفل مضغوطا بسبابتها وإبهامها  
بعد وضع نصف الكرة على حلمة الثدي  
فيخرج اللبن فيها فتعطي حينئذ الحلمة  
الصناعية للطفل وترفع سبابتها وإبهامها

عن لب الطفل وتضغط على اللب من جهةها إلى أن يتم الرضاع ثم تتركه فيدخل الهواء في  
نصف الكرة فيزول الفراغ ثم يرفع الجهاز وتغسل حلمتا الثديين بحمض البوريك ثم يند  
عليهما ما مسحوق اليود وفورم الذي يزال بالغسل قبل وضع الجهاز لكل رضاع كما أنه  
يلزم تنظيفه عقبه ثم وضعه في محلول حمض البوريك في الفترة . وقبل وضعه للرضاع  
يغسل بالماء المغلي المعقم . وفي حالة ارضاع الطفل بمرضعة غير والدته يجب أن تكون  
المرضعة مقيمة مع والدته لسراقتها وان تكون شابة بكرية الولادة متجاوزة العشرين من  
عمرها أو متكررتهم وتجاوز عمرها العشرين سنة أيضا وتفضل الأخيرة لسبق تجربتها على  
الرضاع وتعود حلمتها على نادية وطائفةهما . والسنة الجيد للرضعة الجيدة هو من  
العشرين إلى الثلاثين ويلزم أيضا أن تكون المرضعة خالصة من كل مرض وبعيدة عن  
زوجها ولم تحض وعمر لبنها كعمر الطفل أو أزيد منه بنحو شهرين إلى ثلاثة فقط وان  
تكون حلمتا الثديين متساويتين جيداً وبارزتين لتسكبا بسهولة ولا تتألم منهما بضبطهما  
بالاصابع ولا بحصمهما وان تكون الغدة الثديية نامية ويعرف ذلك بصلايتها إلى كبر الثدي  
مع رعاوته يدل على نمو النسيج الشحمي لأعلى نحو الغدد المفرزة للبن . والثدي الجيد يكون  
متوسط الحجم كثرى الشكل صلب القوام ممتد الأوردة غددى الملمس كما في شكل (٤٣)  
المتقدم ويلزم لمعرفة جودة الغدد حلب اللبن الموجود في الثدي لأنه كثيرا ما تترك المرأة اللبن  
مخزونا مدة قبل ان تحضر للكشف عليها أو تكون أرضعت طفلها من أحدهما وابتقت  
الأخر بلينه . ومتى كان الثدي جيدا وضغط على الحلمة خفيفا بين السبابته والإبهام من

انخلف الى الامام خرجت نافورة من اللبن واذا وضع منه نقطة على الظفر كان منظرها أبيض ولا تسيل بسهولة كما تقدم ثم بعد الكشف عاينها يؤخذ لبنها ويحلى ويلزم لجودته أن يكون كالآتي .

زبد	٤٤,٦٥	في الالف جرام
سكر اللبن	٦٠,٥٠	» » »
مواد ليلية	٢٧,٣٥	» » »
املاح	٠١,٦٥	» » »
	١٣٤,١٥	
خلاصة جافة	٠٩٥ +	

وكذلك يلزم الكشف على ولد المرشعة الذي يتغذى بلبنها للتحقق من صحته لان جودة هضمه دليل على جودة اللبن مع التحقق من أنه هو ابنها أولاً ويجب أن تكون معيشة المرشعة منتظمة وغداؤها من المواد السهلة الهضم وأن تمنع من تعاطي التوابل والمشروبات الكحولية وان تريض بدون تعب وأن تنظف نفسها في الحمام مرة في الاسبوع على الأقل وتنظف ثدييها بعسل حوض البوريك عقب كل رضاع وأن تلبس بعد الغسل الخمين بشاش معقم ناعم مدهون بالفازلين البوريكي ثم تلمس الحلمات وتنظفها بالقطن المعقم أو بقطعة من الشاش قبل الرضاع وهكذا في كل دفعة

وكيفية الارضاع في الاسبوع الاول هي أن تضع المرأة طفلها بجانبها او قبل اليسه بجانب جذعها فتعطيه الثدي ليرضع وهكذا في كل مرة . ومن ابتداء الاسبوع الثاني يلزمها أن تأخذ وتضعه منحرفاً على صدرها بينما تكون رأسه وجذعه مسنودين باليد التي جهة الثدي وتقر به الحلمة باليسد الاخرى حتى تدخل في فمه ان لم يضبطها الطفل بنفسه ثم تركها في فمه فيصمها لمدة عشر دقائق الى ربع ساعة فاذا اتركها بعد ذلك فمها والاخر جحتها من فمه فحرا عنه . ورغبة الطفل في الاستمرار على مص الثدي دليل على وجود عيب في تغذيته أو قلة اللبن الموجود في الثدي ويستدل على ذلك بتناقص وزن جسم الطفل ولذا يلزم وزنه قبل كل ارضاع وبعده ليعلم مقدار كمية اللبن الذي رضعه . والكمية اللازمة له بحسب سنه هي كالآتي

الايام



الايام	كمية اللبن اللازم كل دفعة	عدد مرات الرضاع في ٢٤ ساعة	كمية اللبن في ٢٤ ساعة
أول يوم	٠٧ جرامات	١٠	٠٧٠ جراما
ثاني يوم	» ١٥	» ١٠	» ١٥٠
ثالث يوم	» ٤٥	» ١٠	» ٤٥٠
عاشر يوم	» ٥٥	» ١٠	» ٥٥٠
في اليوم العشرين	» ٦٢	» ١٠	» ٦٢٠
الى آخر الشهر	» ٧٠	» ١٠	» ٧٠٠
في ثاني شهر	» ٨٠	» ٠٩	» ٧٢٠
في ثالث شهر	» ١٠٠	» ٠٨	» ٨٠٠
في رابع شهر	» ١٢٠	» ٠٧	» ٨٤٠
في خامس شهر	» ١٤٠	» ٠٧	» ٩٨٠
في سادس شهر	» ١٦٠	» ٠٦	» ٩٦٠

ثم تستمر على هذا المقدار حتى تنتهي مدة الرضاع وقد تختلف هذه الكمية قليلا باختلاف بنية الطفل . ثم انه يلزم أن تستعاض المرصعة سواء كانت والدة أو أجنبية بغيرها متى صار اللبن مضرا بالطفل بأن كان غير كاف لتغذيته أو غير موافق لصحته . ويعرف ذلك بطواهر فساد الهضم الذي ينجم عنه صياح الطفل وطرق الاسهال عليه واشتمال مواده البرازية على تعقدات جينية بحيث اذا حلل لبن الثدي وجد متغيرا . وقد لا يوجد تغير فيه الا انه يكون غير موافق لمعدة الطفل ويعرف ذلك باضه علال جسمه مع توفر كمية اللبن وشروط وجوده . وكذلك تستعاض المرصعة بأخرى اذا طرأ عليها مرض حاد عن كالاتهاب الرئوي والحصى التيفوسية والتيفودية والحجيات الطفحية والروماتزم المفصلي الحاد والتعفن النفاسي لان هذه الامراض تقلل اللبن ويخرج مكرورا معه فيعدي الطفل . وتستعاض أيضا اذا أصابها اليرقان أو وجد في الحلمات تشققات أجز مماوية وبالأولى اذا حصل فيها خراج

(في الرضاع الصناعي) - الرضاع الصناعي يكون بلبن غير الأدمية . والمختار منه ما يقرب من لبنها في التركيب وهولبن الحماره لانه قلوي ومحتوعلى قليل من الكازين وكثير من السكر كلبن المرأة الا ان زبده أقل من زبد لبنها ولذا كان أقل تغذية منه ويوافق

الطفل في الايام الاول من ولادته وهو مسهل خفيف في ابتداء تعاطيه . ويلى ابن الحمار لبن المعزى ويحتوى على كثير من الكازين وقليل من السكر . وعلى العموم المختار لبن هذين الحيوانين لعدم استعدادهما للاصابة الدرنية . ويليهما لبن البقر الا انه بعيد الشبه عن لبن المرأة لاحتوائه على كثير من الزبد والكازين من جهة ومن أخرى فان البقر مستعد للاصابة بالدرن ولذا يلزم الاحتراس من ارضاع الطفل بلبنه خوفاً العدوى . وكيفية الرضاع الصناعي أن يتعاطى الطفل من الحيوان امام مباشرة أو بواسطة آلة . فالارضاع مباشرة يمكن فعله من الحمار أو المعزى لموافقتهما لهذا العمل لان حلمات الثدي فيهما قليلة الغلظ وطولها كاف لضبطها بسهولة بقم الطفل ويتعود عليهما بسهولة فلا تجل ارضاعه من المعزى تسلك من احدى قوائمها الخلفية بعد غسل الثدي والحلمات بالماء البوريك الدافئ ثم بالماء المغلي المعقم الدافئ المحلى قليلاً بالسكر ثم يوضع الطفل في الوضع الظهري على ركبتي امرأة وتوضع حلمة الثدي في فمه كما هو مشار له بشكل (١٩٢) فيرضع منها وتغسل حلمتها



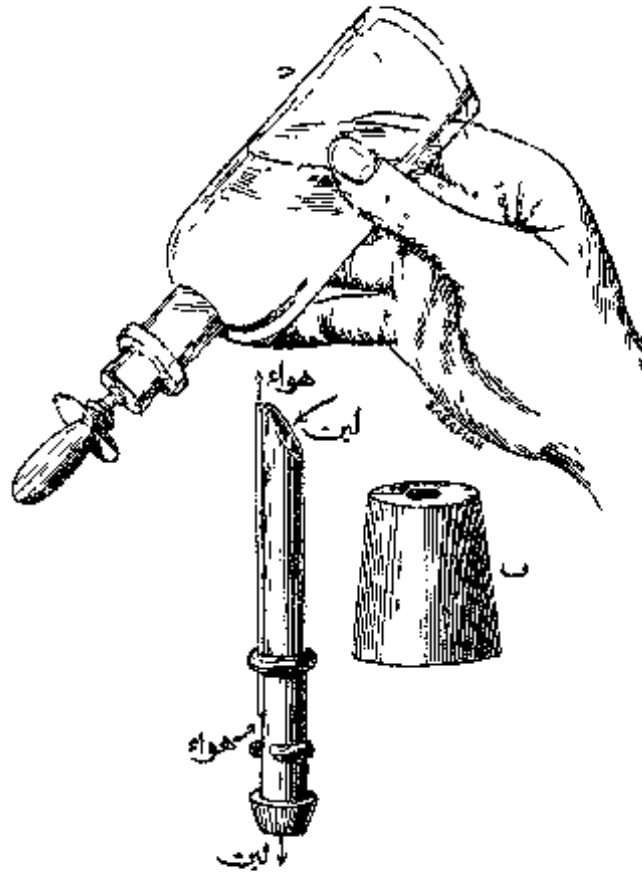
شكل (١٩٢)

بعد الرضاع وقبله كما تقدم ويمكن تعويض نقص سكر لبن المعزى باعطاء الطفل قبل الارضاع ملعقة من محلول اللكتوز ثم ان الارضاع مباشرة لا ينبغي الاتهارا أما البقلا فلا ينبغي الابالة والارضاع بها يكون غالباً باللبن البقرى لتيسره في كل وقت انما ينبغي أن تكون البقرة سليمة صغيرة السن جيدة البنية حديثة الولادة وأن يكون غذاؤها بالعاف الجاف

كالدريس والبقول والنسب لان غذاءها بالخضراوات غير جيد لابن اذا كانت البقرة معدة لرضاع الطفل . وجزء اللبن الموافق لرضاع الطفل هو الجزء الاول الذى يخرج بالحلب من ثدى البقرة أو اللبن الذى فصلت منه القشطة وعلى العموم يضاف لبن البقر جزء من بي كربونات الصودا وجزء قليل من السكر وكيسه من الماء المعقم تختلف باختلاف عمر الطفل ففي الاسبوع الاول والثانى يلزم أن يضاف الى اللبن مقدار ثلاثة أرباعه من الماء . وفي الاسبوع الثالث الى انتهاء الشهر الثالث يلزم ان يضاف اليه النصف من الماء ولذلك ينبغي غلى الماء لدرجة التعقيم بعد أن يذاب فيه بيخونه من بي كربونات الصودا وجزء من السكر بنسبة ثلاثة جرامات من الماء في المائة . ويمكن أن تستعاض بي كربونات الصودا

بجزء

يجزه من ماء فيشئ بعد دخليه . والبن المضاف اليه الماء يرغب الطفل في تعاطيه كثيرا الا ان عذوه يكون قليلا لقلته تعذيته وبالعكس اذا لم يصف اليه الماء وكان بكمية مناسبة الا انه لا يلزم اعطاؤه في السنة شهور الا اول الامخاوط بالماء كما تقدم . وبعده هذه المدة يعطى له اللبن بدون ماء لتعمل معدته له . وعلى العموم يلزم ان يكون اللبن فاترا وقت تعاطي الطفل منه ويكون تعاطيه إما بالامعة وهو الاجود أو بالفنجال أو بباريق صغير من البلور أو بالثدي الصناعي ويلزم رفض الثدي الصناعي ذي اللثي لصعوبة تعقيمه جيدا . وأفضل ثدي صناعي هو الذي يتكون من زجاجة بيضا مدرجة بستعاض غطاؤها



شكل (١٩٣)

بتعرضه للهواء تدخل فيه جراثيم ميكروبية عديدة فتتمكثرو ويساعد على ذلك حرارة الجو وهذه الجراثيم ينجم عنها الامراض التي تشاهد عند الرضيع زمن الصيف كالاسهال الاخضر أو ونحوه وقد يدخل في اللبن بواسطة الماء الذي يضاف اليه أو بما يغسل الثدي الصناعي اذا لم يعقم بالغلي قبل ذلك ولذا يلزم غلي اللبن والماء المضاف اليه بالزجاجة المحتوية

بالحملة الثديية شكل  
١٩٣ متصلة بجذع  
اسطوانى به أنبوبتان  
احدهما غليظة معدة  
لمرور اللبن ينتهى طرفها  
الخارجى بالحملة الثديية  
والطرف الاخرى مغمور  
في قاع اللبن . والانبوبة  
الاخري دقيقة ومفتوحة  
الطرفين معدة لمرور  
الهواء أثناء الارضاع  
ويلزم استبدال الحملة  
بغيرها زمنا فزما كما انه  
يلزم ان يكون اللبسين  
خاليا من الجراثيم لانه

عليهما الى (١٠٠) درجة مدة نصف ساعة متى كان اللبن معداً للتغذية (٢٤) ساعة . أما اذا كان معداً الاكثر من ذلك فيلزم غليه لدرجة (١٢٠) مع الاستمرار على الغليان في هذه الدرجة نصف ساعة أيضاً . وغليه الى (١٠٠) درجة كافي لتعقيمه . عقب حلبه من ثدي الحيوان أما اذا مضى على حلبه زمن فيلزم أن يكون الغلي في حرارة فوق (١٢٠) لان حرارة درجة المائة تميت الميكروبات لكن لا تتلف افرزاتها السمية الموجودة في اللبن فاذا اردت الحرارة عن المائة أتلفت افرزاتها السمية فضلاً عن قتلها بالميكروبات وكيفية التعقيم هي

أن تؤخذ حلة ذات

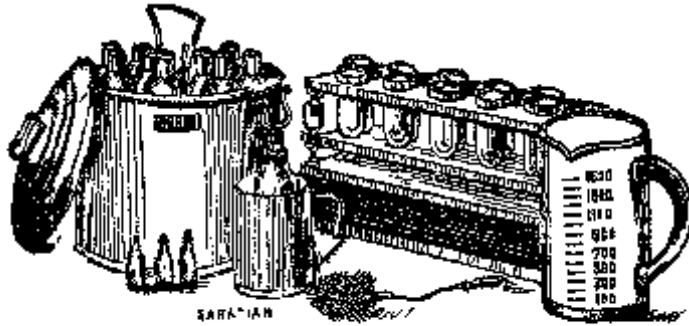
غطاء شكل ١٩٤ ثم

سبت معدني شكل ١٩٥

مقسم الى جملة تقاعير

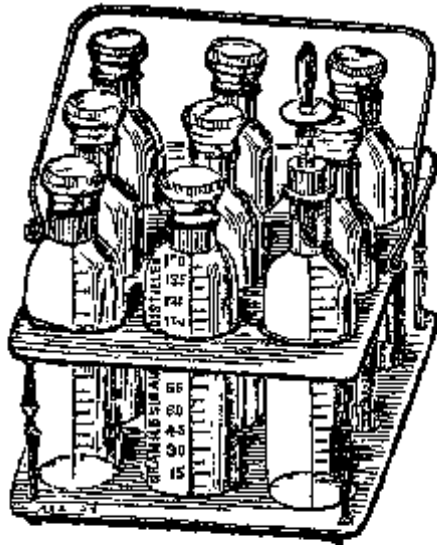
يوضع في كل منها زجاجة

مماوئة باللبن الى عنقها ومغطاة



شكل (١٩٤)

بغطاء من الكاوتشوشكله مخروطي يدخل جزؤه الرفيع في فم الزجاجة فيسدها ويبقى جزؤه الاكثر غلظاً المقعر طح خارجها وجزؤه الرفيع مصنوع بكيفية بها يسمح لخروج الهواء من الزجاجة لا لدخوله . والسبت ساق ينتهي من أعلى بحلقة يدخل ويخرج بهامع زجاجه من الحلة وقبيل وضعه بالحلة المذكورة يفرض بقاعها طبقة من الفس أو التبن لتكون حاجزاً بين السبت وقاعها ومتى ادخل يصب الماء البارد في الحلة الى أن يساوى سطحه سطح

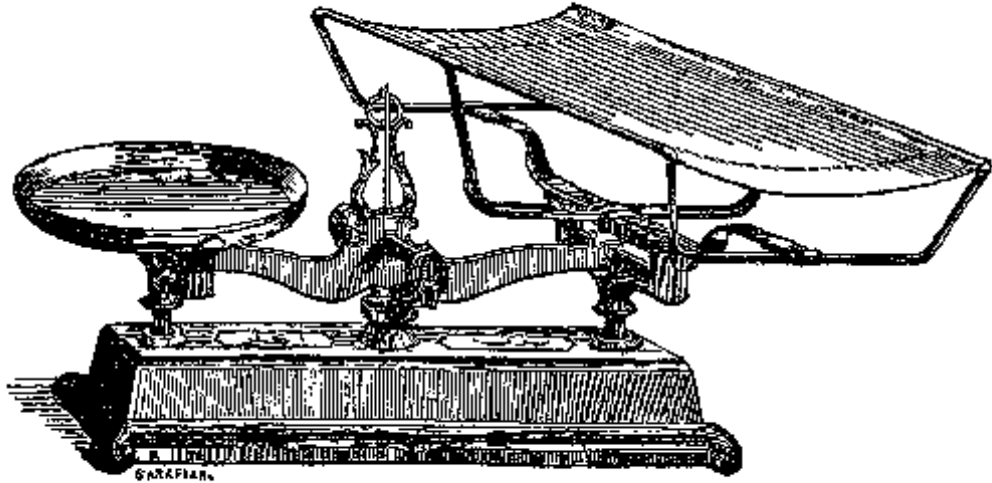


شكل (١٩٥)

لبن الزجاج كافي شكل (١٩٤) وبغلي شيئاً ومتى حصل الغليان يستمر عليه مدة نصف ساعة . وكل زجاجة مقسمة الى جملة أقسام كافي شكل (١٩٥) والافضل أن تكون كل زجاجة صغيرة لاتسع الا كمية لارضاع دفعة واحدة محكمة السد بسداد الكاوتشوالتي تصير سادة الزجاجة سداً جيداً يضغط الهواء الخارج عقب الفراغ الذي

يحصل

يحصل بعد غلي اللبن وخروج جميع الهواء الموجود فيه وفي الزجاجة وتكاثف البخار بالتبريد ولذا يلزم بعد غليه مدة نصف ساعة رفع غطاء الحلة مدة (١٢) دقيقة ليبرد ماؤها ثم يخرج السبب بزجاجه ويوضع في محل بارد . ويعرف تمام التعقيم متى صار السطح الظاهر للغطاء مقعرا وبأنه اذا قلبت الزجاجة وقرع على قاعدتها انجأت تحرك السائل كتلة واحدة وسمع صوت كالناجم من قرع مطرقة على سندال . وعلى العموم يلزم أن يكون الكاوتشو المكون منه الحلة الصناعية وغطاء الزجاجة جيدا . ويعرف ذلك بالقائه في الماء فاذا طما على سطحه كان جيدا . واذا غاص فيه كان غير جيد لاحتوائه على معادن مؤكسدة وعلى كل تؤخذ زجاجة من هذه الزجاجات متى آن وقت الرضاع ويرفع غطاؤها الكاوتشي ويستعاض بالحلة الصناعية كما هو واضح في احدى زجاجات شكل (١٩٥) المتقدم وتعطى للطفل فيرضع ماؤها فاذا بقي منه جزء في الزجاجة لزم اراقته وغسلها هي والحلة جيدا ثم توضع الأخيرة في محلول حمض البوريك أثناء فترات الرضاع حتى اذا لزم الرضاع ثانية تخرج منه وتغسل في ماء بسيط مع مضافي شتر كب على زجاجة أخرى وهكذا في كل دفعة . وأحيانا يصير لون اللبن أسمر بسبب الغليان فلا يهتم بذلك . ولا يلزم اعطاء الطفل زيادة عن الكمية اللازمة له من اللبن المحضرم . هذه الكيفية لان القليل منه يغذيه أكثر مما زاد كرفي قاعة مقادير كمية اللبن في كل ارضاع . ولبن البقرة أكثر تغذية من لبن المرأة ولذا لا يلزم الاهتمام بصباح الطفل أثناء فترات الرضاع . وأعظم طريقة لمعرفة جودة صحة الطفل ونموه هي وزنه في كل صباح في ساعة معلومة توافق فترة من فترات الرضاع مع ملاحظة خلواته المثانة والمستقيم . ويكون ذلك بالميزان شكل (١٩٦) فيزداد ثقل الطفل في الحالة المتوسطة كالاتي



شكل (١٩٦)

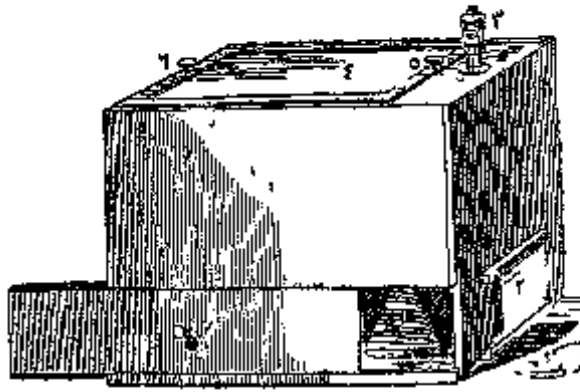
في الشهر الاول	٣٠	جراما
» » الثاني	٣١	»
» » الثالث	٢٧	»
» » الرابع	٢٣	»
» » الخامس	١٨	»
» » السادس	١٥	»

(في فطام الطفل) - الفطام هو منع الطفل عن الرضاع وتعويضه بغذاء آخر. ويكون ذلك بعد انتهاء السنة الثانية التي باتها ثانيا يتم بزوغ أسنانه الأمامية يلزم أن يكون فطامه تدريجيا وفي غير مدة الصيف . وهذا هو القانون الذي فطر الله الخلق عليه فيلزم اتباعه لان مخالفته تضر بالطفل ضررا بليغا . فاذا فطم مبكرا انجم عن ذلك نزلات معدية معوية قد تكون مميتة . وقد اتفق ان الجناب العالي خديونا (عباس حلمي باشا الثاني) كان له مرضعة عمر ليها أكبر من عمره بكثير، ولما صار الجناب العالي من العمر خمسة أشهر اعتراه بسبب ذلك التهاب معدى معوى فأرادت جدته رجعة الله عليها أن يغذي بلبن غيرها هذه المرضعة فأجرى ذلك ولم يفسد بل تضاعف الاسهال واستمر نحو العشرين يوما بشكل خفيف منه على حياته حفظه الله لانه لم يتمر العلاج فوفقت وما توفيقي الا بالله لان كؤنت له شورية من عصير اللحم وأضفت اليها دقيق خبز مخصوص بعمد تحمصه وسحقه ونخله جيدا فأقادت وأوقفت الاسهال فيقيت مستمر اعلى اعطائها له حتى أتم الثانية من عمره معتدل الصحة

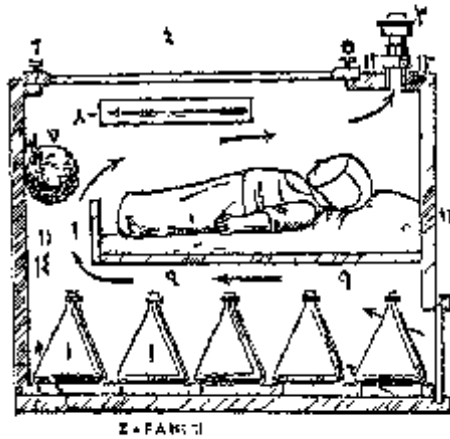
وعمانوصى به عدم اعطاء الطفل غذاء غير اللبن الا عند الضرورة ولا يكون قبل الشهر السادس من عمره لان ظواهر التسمم تنبئ فيه تقريرا ويصحبها اضطرابات مرضية وكيفية الفطام هي ان يبدأ باعطاء الطفل حال كونه في الرضاع شورية من مطبوخ الارز الجيد أو التبيوكا أو من الاراروط خفيفة القوام نامة النعج ويكون ذلك في أول يوم ولا يعطى له منها في الدفعة الواحدة زيادة عن أربع ملاعق أو نحو وهكذا ثلاث مرات في اليوم ثم يستمر على هذا المقدار مدة من الزمن تبعالفة لبن المرضعة وكثرتة ونسبة درجة تحمل معدة الطفل لهذا الغذاء الجديد وتعوده عليه فاذا حصل له أدنى اضطراب معدى معوى منع عنه هذا الغذاء وعذى باللبن الى أن يزول الاضطراب . واذا تعبت المرضعة عقب العظام

من

من كثرة البين في تدهيها أعطيت مسهلاً ولا وقل غسداؤها ومشرومها وغلف تديهاها بالقطن بعددهنهما بمرهم خلاصة الشوكران ثم يرفعان برباطها لهما  
**في أمراض حديث الولادة** - (في الضعف الخلقى) قد يولد الطفل سواعث مدة حمله أو لم تتم ضعيف البنية بطيء الحركة والتنفس منخفض الحرارة مسترخي الجلود ومتكرسه لا قوة له على مص الثدي فإذا وضع في فمه حرك شفتيه بدون أن يحرك الخنجره وهذا يدل على عدم الازدراد وإذا وزن قبل ذلك وبعده لم يزد وزنه شيئاً أو يزيد قليلاً فيلزم إذن رفع حرارته بالصناعة الدوام حيانه وذلك بوضعه في صندوق شكل ١٩٧ من خشب أو بلور طوله نحو



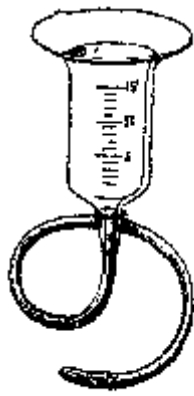
شكل (١٩٧)



شكل (١٩٨)

٦٥ سنتيمترا وعرضه ٣٦ وارتفاعه ٥٠ سنتيمترا وسماكته ٢٥ ملليمترا وتجويفه يكون مقسوماً الى طبقتين انقسام غير تام بحاجز أفقى موضوع أعلى أرضية الصندوق بنحو ١٧ سنتيمترا كفى شكل ١٩٨ والجزء الباقى بدون انقسام بعد توصيل الطبقتين ببعضهما ويوضع فيه اسفنجة ممتلئة بالماء البارد ثم يوضع في الطبقة السفلى على أرضية الصندوق بواسطة فتحة ذات باب كفى شكل (١٩٧) المتقدم أو انى من عنرف مملوءة بالماء الحار بعضها مشاره برقم (١) شكل (١٩٨) وبجانب هذه الفتحة فتحة أخرى تبقى مفتوحة بدون ستندخول الهواء البارد مشار لها برقم ٢ من شكل (١٩٨) والطبقة العليا من الصندوق معدة لوضع الطفل فيه أو لاجل ذلك يوضع فوق اللوح الأفقى مرتبة رقيقة ووسادة صغيرة ثم يوضع الطفل على ظهره فوقها كفى شكل (١٩٨) ويوجد فى غطاء هذه الطبقة فتحة متسعة مغطاة بلوح من البلور مشار له برقم ٤ إذا كان الصندوق من الخشب أو المعدن ليرى الطبيب الطفل منه ويدخله ويخرجه

منها الارضاعه وهذا اللوح يثبت طرفاه بمرمتين مشارلهما برقى ٥ و ٦ من الشكاكين المذكورين يمكن رفع الزجاج بشكهما فيصير الطفل مكشوفاً يمكن اخراجه من هذه الفتحة لارضاعه أو لتغييره لابس ثم ارجاعه محمله وعلق لوح الزجاج بشدوير البرمتين في اتجاه عكس اتجاه فكهما ويوجد في الغطاء أيضاً قرينان من لوح الزجاج فتحة صغيرة مركب فيها ترمومتر واصل الى تجويف الصندوق به تعرف الحرارة المحيطة بالطفل مشارله برقم ٣ ويجوار هذه الفتحة فتحة صغيرة جداً مفتوحة دائماً ليرمنها الهواء الساخن من باطن الصندوق الى الخارج مشارله برقم ١٣. وعلى العموم فوضع الماء الساخن في أواني الخرف بمفضل لتصلها الحرارة هذا مع لزوم احضار حلة من البني بعضها فارغاً معداً للثاء عند ما يراد استبدال الأواني التي في الصندوق بها وبهذه الكيفية يمكن جعل حرارة تجويف الصندوق من ٣١ الى ٣٢ درجة وهي الدرجة المطلوبة للطفل الضعيف البنية ويمكن رفعها الى (٣٣) درجة و (٤٤) ويلزم دائماً النظر الى الترمومتر فإذا شوهد أنه ارتفع أكثر من الدرجة المتقدمة نقل البرمتان ورفع الغطاء البلوري قليلاً حتى ينخفض الترمومتر الى الدرجة المطلوبة ثم ردت ثانية فإذا أريد أخذ الطفل من الصندوق فتح الغطاء فتحاً تاماً ثم يعلق عقب اخراجه لعدم انخفاض حرارة تجويف الصندوق ويلزم دائماً حفظه نظيفاً أثناء عدم استعماله بغسل جميع أجزائه بمحلول السلجاني واحد على (١٠٠٠) وقبوله من استعمال هذه الوسائط نقص عدم موت الاطفال ضعيفي البنية عن ذي قبل بدليل أن الاطفال الذين يولدون في الشهر السادس لم يموت منهم الا سبعة وأربعون في المائة مع أنه كان يموت جميعهم قبل استعمال هذه الطريقة والذين يولدون في الشهر السابع لا يموت منهم الا سبعة وثلاثون والذين يولدون في نصف الشهر الثامن لا يموت منهم الا اثنان وثلاثون والذين يولدون في ابتداء التاسع لا يموت منهم الا خمسة عشر والذين يولدون في نصف التاسع لا يموت منهم الا تسعة



شكل (١٩٩)  
يؤخذ

• وزيادة على استعمال الحرارة الصناعية للطفل ضعيف البنية تلزم تغذيته لانه لا قدرة له على المص وذلك إما بواسطة الملعقة بعد ارضاعه على ظهره وانخفاض رأسه فتدخل الملعقة مملوءة بالبن في فمه ثم ترفع رأسه قليلاً ليُدخل اللبن في الحلق فإذا أمكن الطفل الازدراء فيها والالزم ادخال اللبن في معدته بواسطة جهاز مركب من مجس من الكاوتشوالاجريتصل بقمع من البلبلوشكل (١٩٩) ولأجل ارضاعه به يؤخذ الطفل ويسطح على ركبتي مساعداً والدته مفكوكه الافة ثم



يؤخذ المحس المرئي لهذا الجهاز الذي يجب أن يكون وضع أثناء فترات التغذية في محلول  
حض البوريك وعلى في الماء قبل استعماله ثم يوضع اللبن في القمع المتصل بالمحس لطرد الهواء  
منه ثم بعد خروج الهواء وجزء من اللبن يضغط الطيب المحس بالأيهام والسبابة بينما يكون  
مملوئاً باللبن ثم يدخل سبابة اليد اليسرى في فم الطفل إلى أن يتجاوز دهليز الخنجره وعلمها يدخل  
المحس باليد اليمنى ويدفعه إلى أن يصل للمعدة واذن يرفع الطفل ويجلس ثم يرفع الضغط الواقع  
على المحس برفع الاصبع ثم يرفع القمع إلى أعلى فيسيل اللبن في معدة الطفل ويلزم رفع  
ونخفض القمع المنوي على اللبن لينتظم دخوله في المعدة . وعلى العموم يلزم أن يكون ادخاله  
ببطء واذ لم يتيسر هذا الجهاز تلاماً ملقحة صغيرة باللبن ويصب في أنف الطفل بعد كل مرة  
من شهبه فيسيل اللبن على أرضية حفرة في الأنف حتى يدخل في الحلق بدون أن يتعبه إلى

الخنجره هذا مع لزوم مزج اللبن مع الماء بالمقادير الآتية  
في الاسبوع الاول جزء من اللبن إلى (٤) من الماء  
» » الثاني جزء » (٣) »  
» » الثالث جزء » (٢) »  
وبعد الشهر الاول جزء » (١) »

ويلزم أن تكون كمية اللبن التي تعطى لهذا الطفل أقل من التي تعطى لمن تمت مدة حمله . فن  
ولدى الشهر السادس أو السابع لا يلزم له في كل رضاع زيادة عن (١٠) جرعات (أي ملقحة  
قهوة) ويكون ذلك كل ساعة مدة النهار وفي كل ساعتين مدة الليل ثم فيما بعد تصير الكمية  
من (٢٠) إلى (٤٠) جرعات وتصير الفترات مستطيلة . فاذا نشأ عن التغذية بالمحس  
حدوث انتفاخ الطفل أو وزيمالزم تنقيص كمية الغذاء حينئذ

﴿ رجوع اللبن من فم الطفل ﴾ - قد يرد الطفل بعضاً من اللبن قبل أن يصل إلى معدته  
(اذ لو وصل اليها لما ارنحفاظ الصفته الطبيعية ) وهذه الحالة تحصل للطفل الذي يحس  
الشدى بقوة ويرد زياً عما يلزم من روي المري وهو قد يكون رجوعه عن عيب في الفم فيرد  
عقب المص مباشرة بدون أن يردده ففي الحالة الاولى يلزم أثناء الرضاع نبغيد الشدى عنه  
من برهة لاخرى ليتمكن من الازدراد ببطء وفي الحالة الثانية يضارب عيب الفم بما يناسبه  
﴿ التي ﴾ - اذا وصل اللبن إلى معدة الطفل ومكث فيها من عشر دقائق إلى نصف ساعة  
ثم قاه كان ذلك قيساً واختلقت صفات موادها لتكون حضية مكونة من سائل وكتل

جينية مختلفة التجمد وعلى العموم يكون التي مؤلمة متعبا للطفل وسببه إما تغير في اللبن أو في الثدي الصناعي إذا كان يغذى بواسطته فيلزم البحث عن كليهما لمعرفة ويحتمل

**السعال** - قد يطرأ على الطفل فساد وقتي في الهضم يكون ناجما عن تأثير برد أصابه أو تغير في تركيب اللبن أو في كميته أو عن عدم اهتمام المرضعة الاجنبية به إذا كان يرضع منها أو عن تغير في الثدي الصناعي إذا تغذى بواسطته وفي جميع ذلك يحصل للطفل اسهال مائي متكرر يكون أقل اصفرارا وأحيانا يكون مختصرا وعلاجه هو تدفئته إذا كان ناجما عن البرد مع منع تغذيته باللبن ولا يتغذى إلا بماء الارز المغلي أو بماء الشعير المغلي فقط فإذا لم يقف هذا الاسهال فعلى الطفل حقن سرجيسة مكونة من الماء المغلي المعقم الفاتر مضافا اليه جزء من النشا وقد تكون مواد الاسهال مكونة من لبن منعقد غير مهضوم لونها أخضر سنجابي وهذا يشاهد عند الاطفال الذين يرضعون كثيرا من لبن كثير العناصر الغذائية أو من لبن غير جيد الصفة ويشاهد أيضا عند الاطفال ذوي الامعاء المصابة بالزهرى أو بالدرن فينشئ بلزم بحث اللبن فإذا وجد محتويا على عناصر غذائية كثيرة أضيف اليه كمية من ماء الشعير المغلي أو ماء الارز المغلي أو يوضع الطفل في الحمية المائية كما سيأتي بدون تعاطيه لبسامة يوم أو يومين . وإذا كانت مواد الاسهال حضية أضيف اللبن ملعقة قهوة من ماء فينشي في كل غذاء . وإذا كان مصابا بالزهرى عولج باللبك بجزء قليل من المرهم الزينقي . وقد ينجم الاسهال عن التغذية المعيبة بأن يعطى للطفل مع اللبن شي من الطعام كاللحم أو مهروس البسلا أو الفصوليا أو خلافها في الوقت الذي لا يوافق اعطائه وشياً من ذلك أي قبل تمام بزوغ اسنانه فتكون مواد البراز ذات لون سنجابي وسخ قليلة الكمية والطفل منتفخ البطن . فيلزم لعلاجه انتظام الغذاء باللبن فقط ومع هذا ترتفع حرارته ثم يضعف ويموت ولا يفيد فيه العلاج إذا فعل بعد اصابته بجمدة . وقد يكون الاسهال عفنا ناجما عن التسمم اللبني ويسمى أيضا اسهال الثدي الصناعي لأنه ينجم عن وساخته ويحجب الاسهال المذكور في . ومواد هذا الاسهال عند حديثي الولادة تكون ذات لون أخضر ترفع الملابس بقها مختصرة وبها بعض تعقدات جينية متخلة بالصفراء وتأثيرها حضي وعددها مختلف وتصطبب بالام يصح الطفل منها وينجم عن هذا الاسهال وقوف نحو الطفل فينخف ويبدل جلده ويصير خشنا ويتغير لونه وتكون هيئته كهية الكهل لأنه يظهر غظراسه

ودقة

ودقة أطرافه ويصير بطنه عريضا غليظا وجلده لما عالت شدته تعدده . وهذا الاسهال يحدث عن التسمم باللبن الفاسد المتخمر بعنصر عفن ولذا لا يشاهد الا عند الاطفال الذين يتغذون بالثدي الصناعي . ومعالجة هذا الاسهال ان يعزل الطفل ويغلى كل ما كان عليه في الماء من ملابس ومناشف وملاآت لمدة من الزمن ثم يوضع في الحمية المائية أى لا يعطى له الا مغلى الارز والشعير فقط مدة (١٢) ساعة ثم يعطى بعدها اللبن مخلوطا بماء الارز المغلى أو بماء الشعير المغلى مضافا له ما فى كل دفعة غذاء ملعقة قهوة من المركب الآتى

بنزوات البنفتول (١) جرام

ماء (٥٠) جراما

هذا مع استعاضة الثدي الصناعي بمرضعة ان أمكن أو تنظيفه جيدا واستعاضة اللبن بلبن آخر أو يعقم اللبن جيدا بدون استعاضة . واذا كان الطفل باردا للجسم ينبغى ذلكه بفانيللا جافة دافئة أو ممتلئة بالكؤل ويجوز استعاضة المركب المتقدم بالمركب الآتى

حض البنيك (٢٥) سنتى جراما

شراب القمر بمواز (٠٨) جرام

ماء (٢٥) جرام

بان يؤخذ منه مل ملعقة قهوة وتصب فى اللبن المعد لغذاء الطفل مدة (٢٤) ساعة اذا كان عمر من ثلاثة شهور الى اثني عشر شهرا . وعلى العموم يلزم أن يكون الطفل فى حرارة منتظمة وان ينظف فى حمام حرارة مائة نحو (٣٠) درجة مدة خمس دقائق الى عشر مرتين فى اليوم . وفى أثناء الفترات يدلك جسمه بفانيللا جافة دافئة أو مغموسة فى الكؤل الكافورى

(فى الامسالك) - قد يطرأ على الطفل امسالك شديد . ويندر عنده الاطفال الجيدى الصحة . ويكثر عندهم تغذيتهم معيبة . وعند من يتغذون بلبن كثيرا العناصر الغذائية . ويعالج هذا العارض بحقنة صغيرة محتوية على ملعقة من زيت اللوز فاذا زال الامسالك فيها واذا استمر أضيف لكل غذاءه اولئك ملعقة من اللبن المعقم (٥) سنتجرامات من كربونات المازيا أو بي كربونات الصودا أو قليل من كلورورا الصوديوم أو يعطى قبل الرضاع ملعقة من شراب الراوند

(فى شلل الطفل) - قد يحصل للطفل شلل فى أحد طرفيه العلويين أو فيهما عقب جذبه منهما أثناء الولادة . ويكون يجلسه العضلة الدالية أو تحت الشوكة والعضدية المقدمية

وقد يكون جميع عضل الطرف أو الطرفين معاً يابه فيكون فاقد الحركة والاحساس وقد يكون مجلسه عضلات الوجه ويكون ذلك ناجماً عن ضغط البلغم أثناء الإخراج به . وعلى العموم يزول الشال من نفسه بعد مضي زمن قليل أو بعد ذلك كما بسيطاً أو يتكهر به بالتياز المستمر

( في النزف الفموي أو الانفي للطفل ) - قد يوجد عند الطفل نزف في أو أنفي أو شرجي فيلزم الإسراع في إيقافه . وإذ نذر خطر لكونه دليلاً على فساد الدم . وقد يحصل النزف من طرف الحبل السري أو من نقطة اندغامه في البطن . فالأول يدل على أن ربطه غير جيد فيلزم ربطه جيداً والثاني يدل على تمزق تلزم خياطته

( في تصلب جلد الطفل ) - قد يطرأ على الطفل اسكيروز الجلد أي يتصلب جلده حتى يحصر الأطراف والمفاصل انحصاراً متيناً . ويظهر ذلك في الأيام الأولى من الولادة فيصعب الأطراف أولاً ثم يعم الجسم . فتى وصل إلى جلد الوجه تعذر عليه مص الثدي ويتميز التصلب عن الأوز بما بان فيها ينبعج الجلد عقب الضغط عليه بالأصبع ولا ينبعج في التصلب وهو يصيب الطفل غير التام مدة الحمل . ويعالج التصلب بوضع الطفل في صندوق التسخين وتغذيته بالحس المريني كما تقدم وذلك جسمه بزيت الكافور

( في أوزعما الطفل ) - قد يطرأ على الطفل أوزعما تنجم عن تحلل المادة المصلية للدم في النسيج الخلوي تحت الجلد وتحصل أيضاً عند من لم تتم مدة جهله أو عند ضعيف البنية إذا عرض للبرد ولذا تلزم إحاطته بالقطن المعقم أو وضعه في صندوق التسخين أو تبادل جسمه وتغذيته بالحس إذا تعذر غذاؤه الذاتي

( في الموجيت ) - قد يظهر في فم الطفل الموجيت وهو نقط بيضاء تشاهد ملتصقة على اللسان والشفتين وباطن الشفتين وسف الخلق وعلى اللهاة وتنمى بأن تختلط ببعضها . ويكون إعياب المصابين به حضياً . وهذه المادة مكونة من فطر يسمى ( واديوم البيكانس ) وتظهره دليل على فساد البنية فساداً عمومياً . ويعالج بغسل الفم بماء فيسقى وذلك الأجزاء المصابة بخرقة مغموسة في هذا الماء أيضاً ثم بعد ذلك يمس بفرشة مغموسة في محلول مكون من أجزاء متساوية من البوركس ومعدل الورد

( في الرماد الصديدي للطفل ) - قد يحصل للطفل رماد صديدي بعد بضعة أيام من ولادته فيكون الجفن منتفخاً ومحمراً ثم ينفر زمن العين سائل مصلية مع فر قليلاً يصعب فتح العين فيصح

فيصبح الطفيل ويتجنب الضوء دائما ، وتالبا تصاب العين الاخرى بذلك ثم يستعاض  
 الافراز المصلي بافراز صديدي فيزداد ورم الجفن وينشق الغشاء المتحيمي ويكون حوية  
 حول القرنية فتضطرب تغذيتها . فاذا لم توسط الطيب تعجبت العين وتلفت ثم تفرغ  
 ما فيها فتفقد الابصار . وفي الغالب ينجم العمى الخلقى عن رمد صديدي حدث بعد الولادة  
 . وهذا الرمد ينجم إما عن العدوى من طفل مصاب أو من قبح عفن لأعضاء تناسل الام .  
 وفي الغالب يكون من مكروب السيلان البالوثوراسي بالدم (مكروب نيسير) ولذا يلزم الوقاية  
 منه تعقيم أعضاء تناسل الام قبل الولادة وبعدها كما انه يلزم أن تنظف بنا الطفل وأن يذر  
 فهم ما بعد التنظيف مسحوق البودوفورم وأن يعزل عن الأطفال الأخرى وأن تغلى ملابسه  
 في الماء ، ويعالج متى كان خفيفا بغسل العينين بحمض البوريك انما يلزم قلب الاجفان  
 جيدا وغسلها وان كان ثقيلا فبمد قلب الاجفان تمس بمحلول تترات الغضة واحد على  
 أربعين بواسطة فرشاة ثم تغسل بفرشاة أخرى تغمس في محلول كاورور الصود يوم ثم بعد ذلك  
 يؤخذ قرص من القطن ويغمس في محلول حمض البوريك ويوضع على العين ثم يغطى ذلك  
 بقطعة من منسوج الخبر المصمغ

❦ في رقان الطفل ❦ - قد يظهر ذلك في اليوم الثاني أو الثالث من الولادة فيصير لون الجلد  
 والاعشية المخاطية مصفرا والبول محتويا على المادة الملونة الصفراء مع كون المادة البرازية  
 حافظة لونها الطبيعي . وقد يكون اليرقان عديم الحى وتاجعا عن عيب في تركيب القنوات  
 الصفراوية من امابة الكبد بالامراض الزهرية . وقد يكون اليرقان ناجعا عن تعفن وباق  
 خطر يصحبه جى واسهال وفيه . وحينئذ يلزم عزل الطفل وتعقيم ملابسه بالغلى وما تلوث  
 من مفروشاتة أيضا . وانذار اليرقان الزهرى والحى الوبائية غير جدد

(في الالتهاب السمري العفن للطفل) - قد يطرأ على الطفل التهاب سمري عفن ينجم عن  
 تلونه من أمه اذا كانت مصابة بالحى النفاسية أو عن احوال تظافة محل القطع أو عن  
 ملامسته للاجسام الملونة بمادة قصبية أو عقمته فيلزم التغيير عليه بالمواد المضادة للعفن

(في الالتهاب الايريتماوى للطفل) - قد يطرأ ذلك على الايتين والفخذين والظهر وفي  
 أعضاء التناسل فتصمر وتتضخ وهو ينجم غالباً عن ملامسة البول والمواد البرازية خصوصا مواد  
 الاسهال الحضى لهذه الأعضاء . وعلاجه يكون بالنظافة والغسل بحمض البوريك الغائر  
 والدهن بالفازلين البوريكي حول الفتححات الطبيعية ثم يذرع عليها مسحوق النشا والوكوبود

(في ورقة الولادة) - يلزم المولد بعد تمام الولادة الاعتيادية أن يكتب ورقة ولادة الطفل ويوصلها أبو المولود وأحد أقاربه معصوماً بشاهدين إلى المكتب الطبي في ظرف الثلاثة أيام التالية للولادة بواسطة محل الضبط إذا كانت بالامصاراً ولحل الضبط فقط إذا كانت بالارياض لأن الأب في القطر المصري هو المالك كلف بتبليغ الصحة عن مولوده . وفي مدينة باريس متى كان الطفل معروف الأب أي من عمه شرعي يعلن المولد محل الضبط بالولادة ليرسل طبيبه ليجقق ذلك وهذه لا يجوز ورقة الولادة ثم يحضر بهامع والده وأحد أقاربه مع شاهدين إلى محل الضبط وهناك يوقعون على المحضر الذي حرره وعقاب المولد في القانون الفرنسي إذا لم يخبر الحكومة بالولادة الجس من سنة أيام إلى ستة شهور وغرامة من (١٦) إلى (٣٠٠) فرنك وفي القطر المصري يعاقب الأب بالتحالف أو المولد في حالة ما تكون الولادة ناشئة عن السفاح إذا لم يخبر الصحة بالمولود في مدة الثلاثة أيام التالية للولادة

وقد تكون الولادة سرية بان كان المولود آتياً من سفاح فيكون المولود المكلف حينئذ بتبليغ الصحة عن اسم المولود ونوعه بدون ذكر أب أو أم فيقدم ورقة ولادة بدون أن يذكر فيها اسم المحل الذي حصلت فيه الولادة وبدون أن يذكر اسم الوالدة واسم أهلها ولوطلبت منه الحكومة توضيح ذلك

وفي ورقة الولادة يذكّر المولد ان كان الطفل تام المدة وألا وقابلًا للعيشة أو لا ولد حياً أو ميتاً ولا يكتفى من ذلك من ذكرك في الورقة مما يختص بالسر الصناعي لا تصرف يحاولاتو يحا ولا يكتفى من ذلك قانوناً هذا فضلاً عن فقد شرف واجب الصناعة لأن المولد يعلّمه أن يفضل الموت على افشاء السر الصناعي الذي هو الفضل والشرف الوحيد للصناعة والحياة الطبيعية . وهما هي صورة ما يكتب بورقة الولادة

أنا الموقع اسمي أوختي أدناه على هذه الورقة الدكتور \_\_\_\_\_ في الطب \_\_\_\_\_ من المدرسة \_\_\_\_\_ أعلن أنني حضرت في يوم \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_ إلى الست \_\_\_\_\_ في البيت \_\_\_\_\_ بحارة \_\_\_\_\_ بخط \_\_\_\_\_ أو ببلدة \_\_\_\_\_ أو عزبة \_\_\_\_\_ التابعة \_\_\_\_\_ لولادة الطفل (ذكر أو أنثى) (لأن تعيين نوع الطفل ضروري جداً) بعد سجل تام المدة وغير تامها (ولد حياً أو ميتاً) قابلاً للعيشة أولاً ما تحريراً في سنة \_\_\_\_\_ (ثم يوضع التاريخ والامضاء أو الختم) (وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين ملاحظ بدر التمام وفاح مسك الختام)



( صاحب السعادة الدكتور عيسى باشا حدى )  
مؤلف كتاب (لمحات السعادة في فن الولادة) ومعلم الامراض الباطنية  
ورئيس المدارس الطيبة وحكيم باشي العائلة الخديوية سابقا  
حفظه الله

## ( تصانيف المؤلف بالفرنسية )

- (١) كتاب في الختان
- (٢) « في البيروبيلاينا »
- (٣) رسالة في تأثير المورفين والذرا ريج والفصد في بعض مضاعفات الجريب (انفلوانزا)  
(تقدم للمؤتمر الطبي الدولي سنة ١٩٠٠)
- (٤) رسالة في السر الصنهي (تقدمت للمؤتمر الطبي الدولي الصناعي سنة ١٩٠٠)
- (٥) رسالة في عدوى الجنين بالروماتزم المفصلي العمومي الخاد المصابة به الأم أثناء الحمل

## ( تصانيف المؤلف باللغة العربية )

- (٦) كتاب في صحة الحوامل والاطفال
- (٧) « أمراض الاطفال »
- (٨) « فن العلاج »
- (٩) « لمحات السعادة في فن الولادة »
- (١٠) التشخيص (السمع والقرع)
- (١١) الجراحة الصغرى
- (١٢) هبة المحتاج (أمراض باطنة) مجلدين
- (١٣) المعراج (أمراض باطنة) ثلاثة مجلدات
- (١٤) النوشة (مناظرة لسعادة حسن باشا محمود)
- (١٥) الانفلوانزا (تقدم للجمعية الطبية المصرية)