UNIVERSAL
LIBRARY

OU-234365

UNIVERSAL
LIBRARY

جملہ حقوق محفوظ ہیں

هُوَ الْعَلِیُّ الْاَکْبَر

اعمال ید یعنی فن جراحی کی بے مثل کتاب

علم الجراحت

جو اراکان کلیہ طبیہ (طبیہ کالج) دہلی کے ایماء سے، جماعت سال سوم و چہارم کی تعلیم کے لیے نہایت عرق ریزی و جانفشانی سے لکھی گئی۔

تالیف و ترجمہ

زبدۃ الحکماء حکیم محمد کبیر الدین بہاری

مؤلف و پروفیسر طبیہ کالج دہلی

و مدیر مسیح

بمعاونت خصوصی

ڈاکٹر محمد عثمان خاں صاحب ایل ایم ایس

مامور طبی (میڈیکل آفیسر) ریاست بڑودا

(وسط ہند)

سنہ ۱۳۴۱
۱۹۲۳ء

پتہ۔ ناظم دفتر المسیح قرول باغ۔ دہلی

تعداد طبع اول

(مطبوعہ وِلی پرنٹنگ ورکس دہلی
باہتمام لالہ شاکر داس جیتا)

قیمت پانچ روپے
علاوہ محصول

طبیہ کالج دہلی کے نصاب کی جدید کتابیں

(از زبدۃ الحکما حکیم محمد کبیر الدین صاحب مؤلف و پروفیسر طبیہ کالج دہلی)

(۱) اقراض کبیر (ترجمہ شرح موجز القانون) کلیات کی ابتدائی درسی کتاب۔ کالج کے جماعت اول کا نصاب قیمت عہ مجلد ۱۱ محصول ڈاک علاوہ +

(۲) ترجمہ شرح اسباب معالجات کی معتبر درسی کتاب۔ کالج کی جماعت سال سوم اور چہارم کا نصاب۔ چار حصوں میں ہے۔ فی حصہ عہ، مکمل ۱۰ مجلد فی جلد ۱۱ +

(۳) تشریح کبیر (طبع ثانی) تشریح انسانی کی سب سے واضح معتبر درسی کتاب۔ مع بیشمار نقاوير رنگین و سادہ۔ کالج کی جماعت سال اول و دوم کا تشریحی نصاب۔ تشریح جدید و قدیم کا بہترین مجموعہ۔ ۲ جلدوں میں۔ فی جلد ۱۰ (جلد دوم جنوری ۱۹۳۳ء تک تیار ہوگی) +

(۴) منافع الاعضاء کلیات قدیم و جدید کا تقابل۔ افعال اعضاء کا دلچسپ ترکیبی بیان۔ سلیس اور عام فہم۔ کالج کی جماعت اول و دوم کا نصاب ۱۱ مجلد ۱۱

(۵) علم الادویہ نفیسی علم الادویہ کا معتبر اور مدلل بیان۔ ادویہ مفردہ و مرکبہ کے افعال و خواص۔ زبان نہایت سلیس۔ امام فن نفیس کا طرز استدلال طبی حلقہ میں آفتاب کی طرح روشن ہے طبیہ کالج میں علم الادویہ کی تعلیم سال دوم و سوم میں اس سے ہوتی ہے۔ کاغذ سفید۔ کتابت و طباعت دیدہ زیب قیمت عہ مجلد ۱۱ علاوہ محصول ڈاک +

(۶) علم الجراحت قیمت عہ مجلد (زیر طبع) محصول ڈاک کے علاوہ ہے +

چند دیگر کتب

(۷) دہلی کا مطب (بیاض کبیر حصہ اول) دہلی کی معتبر بیاض۔ حکمائے دہلی کے معمولات و تجربات اور انھوں مطب و علاج۔ اسکے چھپنے سے پہلے مستندین طبیہ کالج کے سوا دوسروں کو مشکل سے اسکی شکل دکھائی جاتی تھی۔ قلمی بیاض کو مستندین بصیغہ راز رکھا کرتے تھے۔ عہ مجلد ۱۱

(۸) دہلی کے مرکبات (بیاض کبیر حصہ دوم) دہلی کے دواخانوں کی معتبر مرکب دوائیں جنمیں سے بہت سے نسخہ جات بصیغہ راز رکھا کرتے تھے۔ یہ نفیس جدید غیر مطبوعہ قرابادین ہے۔ عہ مجلد عہ +

(۹) دہلی کی دواسازی (بیاض کبیر حصہ سوم) یونانی دواسازی کے اصول اور انکے راز طبیبوں کے لیے دواسازی کا رہنما اور عطاروں و دواسازوں کا استاد ہوگا۔ عہ مجلد عہ ہر حصہ علیحدہ مجلد عہ

علم الجراحت

فہرست عنوانات

صفحہ

تہدیہ۔ دیباچہ۔ مقدمہ

باب اوّل۔ علم الجراثیم۔ عدوی۔ مناعت ۱-۹۴

باب دویم۔ التہاب۔ ورم حار۔ ۹۵-۱۴۴

باب سویم۔ عدوی۔ صدیدیہ غیر نوعیہ اور جراحات ۱۴۵-۲۵۵
عدوی۔ اخراج حاد و مزمن۔ مجری و ناصور
ورم فلغمونی و التہاب خلوی۔ تعفن دم۔

باب چہارم۔ تقرح۔ قرحہ بننا۔ ۲۵۶-۲۷۶

باب پنجم۔ غانغرانا و شفا قلوس ۲۷۷-۳۳۴

باب ششم۔ امراض نوعیہ عفونیہ۔ سرخبادہ ۳۳۵-۳۴۵۔
خناق ۳۴۶۔ کزاز ۳۴۹۔ التہاب رگ نیگی سگ دیوانہ
۳۶۳۔ جمرۂ خبیثہ ۳۶۹۔ سوزاک ۳۷۶۔ قرحۂ رخوہ
(رز آتشک) ۴۰۰۔ آتشک ۴۰۶۔ تدرن دسل ۴۷۴۔
سراجہ ۴۹۸۔ جذام ۴۹۹۔ فطریت شعاعیہ ۵۰۱۔ ورم فطری ۵۰۷

تقدیمہ

میں غایتِ فخر و مباہات کے ساتھ اپنی اس طبعی خدمت کو حضورِ
والاشان، عمیم الفضل و الاحسان، منبع جود و عطا، سراپا بذل و کرم،
کپتان ہز ہائی نس، رانا سر **رنجیت سنگھ** جی صاحب بہادر دام اقبالہٗ
کے، سی، ایس، آئی
والی ریاست بڑوانی (وسطِ ہند)
کے نام نامی و اسم سامی کے ساتھ معنون کرتا ہوں۔ والاجاہ
کی علم پرور طبیعت اور علمی مذاق سے امید ہے کہ اس ناچیز ہدیہ
کو شرف قبول بخش کر مجھے گرویدۂ احسان و امتنان بنایا جائیگا۔

اگر ایسا ہو تو ہے قسمت

محمد کبیر الدین

CAPTAIN HIS HIGHNESS RANA SIR RANJIT SINGHJI, K.C.I.E.
Rana Saheb of Barwani State, C.I.

دیباچہ

انسانی امراض تقریباً پچاس فیصدی وہ ہیں جن کا تعلق علم الجراحت اور دستکاری سے ہے + پھر کس قدر بدبخت ہے وہ طب جس کے حاملین نامعقول وجوہ سے اس اہم حصہ کو قطعی خیرباد کہدیں، اور اس کے نازک اعمال کو طبقۂ جہال کے بیقاعدہ ہاتھوں میں دیکر الگ ہو بیٹھیں + یہ محض ہماری غفلت وجمود کا نتیجہ ہے کہ ہمنے اپنے آبائی فن کی صریح مخالفت کی، اور اس اہم اور ضروری شعبہ کو اس طرح بھلا دیا کہ جالینوس اور زہراوی کے چھوٹے چھوٹے اعمال بھی یاد نہ رہے، اور اُن کے کارہائے نمایاں کی اَب اگر ہمسے کوئی فہرست پوچھے، تو ہم میں بہت کم ایسے نکلینگے جو ان کے چند اعمال جراحیہ کے نام بھی بتا سکیں + ہماری طب کے زوال وانحطاط کے وجوہ میں سے، حکومت کی سرد مہری کے علاوہ، ایک بڑی وجہ یہ بھی ہے کہ ہمنے جراحیات کو چھوڑ کر مریضوں کی نصف تعداد کو اپنے مطبوں سے مایوس پھیر دیا + یہ ایک ایسی زبردست غلطی ہم لوگوں سے ہوئی کہ مدتوں اس کا خمیازہ ہمیں بھگتنا پڑے گا اور اس کھوئی ہوئی دولت کے اکٹھا کرنے میں کئی نسلیں گذر جائیں گی + مگر یہ مقام شکر ہے کہ اَب ہمارے اربابِ فن کو کافی طور پر اس غلطی کا احساس ہو چکا ہے، اور اس وقت ہر چھوٹی بڑی طبی درسگاہ میں اس امر کی کوشش جاری ہے کہ کسی طرح پھر ہم زہراوی وجالینوس کے اعمال جراحیہ کو زندہ کر سکیں + جس سے یہ اُمید بندھتی ہے کہ اَب ہمارا مستقبل ماضی کی طرح تاریک نہ رہے گا، اور کچھ دنوں کے بعد ہم ملک میں ایسے اطباء کا ایک گروہ دیکھ سکیں گے، جو دیگر معالجات کے ساتھ جراحی اعمال بھی خوبصورتی کے ساتھ انجام دیتے نظر آئیں گے + اور ہماری محبوب طب بھیس بدل کر نئے روپ میں

عرصہ کی تاریکی کے بعد جلوہ آرا ہوگی +

اس کتاب کی ترتیب و تالیف اور ترجمہ میں اگرچہ جالینوس وزہراوی کے قدیم اُصول سے کام نہیں لیا گیا ہے، مگر وہ دن بھی کچھ زیادہ دور نہیں ہے، جبکہ ہم جدید جراحیات سے واقف ہونے کے بعد قدیم اُصول و مراہم کے احترام کو پُورے طور پر سمجھ سکیں، اور صحیح طور پر وہ اعمال کر سکیں + اگر قدیم اعمال جراحیہ کے سمجھنے اور کرنے والے اساتذہ اس وقت ناپید نہ ہوتے، تو پہلے ہم زہراوی و جالینوس ہی کے اعمال جراحیہ کا اقتباس پیش کرتے، اور اس میں جو کمی ہوتی، اُسے ہم جدید ترقیات سے پُر کرتے + مگر شرم اور ہزار تاسُّف کا مقام ہے کہ ہم ایک ایسی مثال بھی پیش نہیں کر سکتے

یہ کتاب اصل طب جدید کی جراحیات کا ترجمہ ہے، جس میں موجودہ معتبر کتب دو سیہ (انگریزی و مصری) سے مدد لی گئی ہے + ترجمہ کی صعوبت کا اندازہ تو صرف مترجمین ہی کر سکتے ہیں، مگر سب سے زیادہ کوشش و محنت اس کتاب میں اصطلاحات کے اندر کی گئی ہے + اہل نظر اسے دیکھکر اندازہ کر سکیں گے کہ اس کتاب کے ترجمہ کی انوکھی خصوصیت اسی لحاظ سے ہے + ملک کے علم پرور حلقہ میں یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ انگریزی اور لاطینی اصطلاحات ہماری زبان کے لیے مفید نہیں + ہماری زبان کی ترقی کا راز اسی میں پوشیدہ ہے کہ علمی اصطلاحات کسی ایسی زبان کے نہوں، جس سے ہمارے کان قطعی ناآشنا ہیں + زبان اردو کے لئے عربی اور فارسی کا تعلق اس قدر گہرا اور وسیع ہے کہ ہندوستان کا ایک جاہل دہقان بھی ادائے مطلب کے لیے سیکڑوں فارسی اور عربی الفاظ استعمال کرتا ہے + ہمنے اس کتاب میں پُوری عرق ریزی اسی طرف صرف کی ہے اور خدا کا شکر ہے کہ ہمیں اُمید سے زیادہ اس میں کامیابی ہوئی ہے +

اصطلاحات کے باب میں میرا اصول یہ ہے کہ حتی الامکان میں بزرگوں کی پرانی زبان میں الفاظ تلاش کرتا ہوں، اور دیگر مشتقات کے لیے انھیں کو اصل قرار دیتا ہوں۔ امراض، آلات، اور اعضاء کے ناموں میں مجھے قدماء کی کتب سے کافی ذخیرہ ملا ہے، مگر جدید معلومات و انکشافات مثلاً غیر مدون امراض، جدید ترقی یافتہ علم کیمیا، علم جراثیم وغیرہ کے لئے مجھے نئی اصطلاحات وضع کرنی پڑیں، جسمیں میں نے اصول تسمیہ کا امکانی کوشش بھر لحاظ کیا ہے۔ مجھے اسکا بھی اعتراف ہے کہ موجودہ وضع کردہ اصطلاحات میں سے بعض ردوبدل کے قابل بھی سمجھے جائیں گے، اور مزید تتبع و تلاش اور غور و فکر کے بعد چند الفاظ اس سے بہتر بھی مل سکیں گے۔ یہ بھی ظاہر کرنا ضروری ہے کہ چونکہ یہ کتاب **کلیہ طبیہ دہلی** کے جراحی نصاب کی تکمیل کے لیے لکھی گئی ہے اور پہلے سے کوئی کتاب تعلیم کے لئے موجود نہ تھی، اس لیے اسکی تکمیل میں بہت کچھ عجلت کی گئی ہے۔ اور اس عجلت میں فروگذاشتوں کا ہونا زیادہ قرین قیاس ہے۔

ادائے سپاس

ابتداء کار اس خدمتِ فن کی تحریک و ایماء میں جن بزرگوں کا حصہ ہے میں غایتِ امتنان کے ساتھ ان کی خدمت میں مخلصانہ نامۂ سپاس پیش کرتا ہوں۔ مجددِ طب عالیجناب استاذی حضرت مسیح الملک حکیم حافظ **محمد اجمل خاں** صاحب قبلہ دامظلہٗ سکرٹری طبیہ کالج دہلی، و والاجاہ منبعِ علم و حلم، حضرت **پیرزادہ محمد حسین** صاحب جوائنٹ سکرٹری، و والاجاہ مجسمۂ خلق و احسان، عالیجناب ڈاکٹر **محمد حبیب الرحمن** صاحب پرنسپل کالج؛ انہی حضرات کی تحریک و تقریب سے یہ خدمت منزل مقصود تک پہونچی ہے۔ اور یہ کام انہی بزرگوں کے دستِ کارفرما کا رہینِ منت، اور ان کی مساعی جمیلہ کی نیک یادگار ہے۔

مُعاونتِ خصوصی ترجمہ کے دشوار گذار مرحلہ میں قدوسِ برتر کی چشمِ رحمت نے میری تنہائی کو ایک ایسی بے مثال رفاقت سے بدل دیا کہ اس سفر کی بہت سی کلفتیں کافور ہوگئیں + سراپا بذل و کرم عالیجناب **ڈاکٹر محمد عثمان خاں** صاحب ماموطبی (میڈیکل آفیسر) ریاست بڑودا نے وسطِ ہند کی طبیعتِ فیاض سے خارزارِ ترجمہ میں جو بے لوث امداد پہونچی ہے، میری زبان ادائے سپاس سے قاصر ہے + اس بے مثل رفیقِ طریقت کی معاونت و مشارکت اس کی مستحق تھی کہ اس خدمت کو تنہا میرے نام سے منسوب نہ کیا جاتا، مگر اس فیاض ہستی نے مجھے ایسا کرنے کی بھی اجازت نہ دی + خدمتِ فن کے خلوص جذبہ اور بے لوثی کی ایسی مثال دنیا میں بہت کم مل سکتی ہے + اس کتاب کا طویل و عریض تبصرہ، جو جراحیات کی پوری تاریخ پر مشتمل ہے، آپکی وسعت معلومات کی ایک روشن دلیل ہے + ساری ریاست بیک زبان آپ کے حیرت خیز اعمال جراحیہ کی معترف اور ثناخوان ہے + اس عملی مہارت کے بعض کرشمے اُمید سے زیادہ عجیب و غریب صورت میں ظاہر ہوئے ہیں کہ خلاقِ فن بھی سُنکر حیرت و استعجاب میں آجاتے ہیں + ایسی رفاقت پر پھر کیوں نہ مجھے فخر و ناز ہو +

میں اپنے مکرم دوست جناب حکیم محمد عبدالواحد صاحب ناظم ساکن ضلع میرٹھ کا بھی رہینِ احسان ہوں کہ انہوں نے کافی توجہ سے تصحیح وغیرہ میں مدد فرمائی +

اس موقعہ پر میں اپنے کرمفرما حافظ محمد ضیاء الدین صاحب کاتب دہلوی کی عنایت کو فراموش نہیں کرسکتا، جنھوں نے اول سے آخر تک پوری توجہ سے اس کتاب کو لکھا +

وَآخِرُ دَعْوَانَا اَنِ الْحَمْدُ لِلّٰہِ رَبِّ الْعٰلَمِیْنَ

محمد کبیر الدین

۵ ر ذیقعدہ ۱۳۴۱ھ + ۲۱ ر جون ۱۹۲۳ء +

مقدمۂ علم الجراحت

هُوَ الْمُسْتَعَانُ

فن جراحت

فن جراحت، جو آج طب مغربی کا اعلیٰ ترین سرمایۂ نازش و افتخار ہے، ہزارہا سال پیشتر مشرقی دنیا میں اوجِ کمال کو پہونچ چکا تھا۔ تاریخ شاہد ہے کہ بعض نہایت اہم آلات اور دقیق ترین اعمالِ جراحیہ، جو آج فضائے مغرب سے رنگارنگ صورتوں میں جلوہ گر ہو کر حیرت زدہ شرقیین کی نگاہوں کو خیرہ اور ان کے دل و دماغ کو مبہوت بنا رہے ہیں اپنی اصلیت میں شرقی نژاد ہیں اور قدیم ایام میں مشرق ہی کے گہوارۂ تہذیب میں نشو و نما پا چکے ہیں۔

دراصل فن جراحت بھی اُسی طرح قدیم ہے جس طرح انسان کی مادی ضروریات۔ سیلانِ خون کا روکنا، زخموں کی مرہم پٹی کرنا، تیروں کو بدن سے کھینچ کر نکالنا، مضروب اور شکستہ ہڈیوں کو لکڑی اور تختی کے سہارے باندھنا، یہ اور اسی طرح کے بہتیرے اعمالِ جراحیہ ابتداءِ زمانہ سے کم و بیش ہر ملک و قوم میں باقتضائے ضرورت رائج رہے ہیں۔ اصول علاج کے دیگر اعمال کی طرح دقیق اور باقاعدہ اعمالِ جراحیہ کی مشق و مزاولت بھی آریائی نسل کی دونوں بڑی جماعتوں (مشرقی و مغربی) میں نہایت قدیم زمانہ ہی سے جراحی کمال کو پہونچ چکی تھی۔ لیکن مبصرین کو اس امر کی تعیین میں اختلاف ہے کہ آیا علم طب (جس میں علم جراحی بھی شامل ہے) مشرقی جماعت یعنی ہندوؤں سے مغربی جماعت یعنی یونانیوں کو پہونچا، یا ہندوؤں کا طبی و جراحی کمال (جو ماہر طب چرک اور ماہر جراحت سشرت کے علمی کارناموں سے ہویدا ہے) دراصل مغربی تہذیب کا پرتو ہے جو سکندر اعظم کے فتوحات کے ساتھ ایشیا، ہندوستان تک پہونچ چکے تھے۔ عموماً یورپی دماغوں کا فطری رجحان کچھ ایسا واقع ہے کہ وہ صرف یونان ہی کو منبع کمالات اور سرچشمۂ علوم و فنون سمجھنے کے عادی ہیں، اور ہر اُس علم و فن

کو جس میں ایشیا نے انتہائی کمال کا ثبوت دیا ہے، وہ یونان کی دریوزہ گری پر محمول کر لیتے ہیں + باایں ہمہ مغربی مؤرخین میں چند مقدس نفوس[1] ایسے بھی ملتے ہیں جنہوں نے حقیقت بینی اور بے تعصبی کا قرار واقعی ثبوت دیا ہے اور تاریخ نویسی کو عملاً واقعہ نویسی کا مترادف سمجھا ہے + مستند شہادات[2] سے اس امر کا کافی ثبوت ملتا ہے کہ فخر ایجاد

[1] علامہ ورنز اپنی کتاب "تبصرۂ تاریخ طب" (ریویو آف ہسٹری آف میڈیسن) کے مقدمہ میں مغربی حسن ظن کے متعلق یوں تاویل فرماتے ہیں:۔ طب کی قدیم تاریخ کے متعلق واقعات کی بنیاد عموماً اہل یونان و روما کی قدیم تصانیف پر رکھی جاتی ہے، اور ترتیب واقعات اور استنباط نتائج میں صرف ایک خود ساختہ اصول کی کارفرمائی ہوتی ہے، جسکی رو سے یہ پہلے ہی فرض کر لیا گیا ہے کہ ہر وہ نظام علمی و فنی جو یونانی الاصل نہو، غیر معتبر و غیر مستند ہے اوائل عمری سے جو نصابی تاریخیں ہمارے دل و دماغ پر یونان کی علمی عظمت کے کارنامے منقش کر دیتی ہیں، ان مستقل سابقہ تاثرات اور ذہنی نقوش کو نسیاً منسیاً کرنے کیلئے لابدی ہے کہ ہر واقعہ اور بحث کی نہایت باریک تحقیق کی جائے۔ جو نئے شواہد و دلائل تاریخی ہمارے سامنے بعد میں آئیں انکو بخوبی جانچا اور پرکھا جائے، اور کافی جدت طبع سے کام لیا جائے + صداقت اور حق پسندی کا یہی اقتضا ہے کہ ہر نئے تاریخی واقعہ کی اصلیت کو بغور معلوم کیا جائے۔ تاکہ ہم صحیح نتائج اخذ کر سکیں

[2] (۱) مغربی محقق علامہ وائز نے اپنی مشہور کتاب "تاریخ طب اقوام ایشیائی" (ہسٹری آف میڈیسن اِسنگ دی ایشیاٹکس) میں نہایت قابلیت و وضاحت سے اس امر میں استناد کیا ہے کہ ہندو کا علم طب مصری پیشوایان مذہب کے ذریعہ سے یونانیوں تک پہونچا +

(۲) فاضل ووسے برا اپنی کتاب "تاریخ ادب ہند" (ہسٹری آف انڈین لٹریچر) میں لکھتے ہیں کہ حکیم فیثاغورث نے اپنے علم الاسرار اور مابعد الطبیعیات کو ہندی برہمنوں سے حاصل کیا +

(۳) علامہ روئیل نے اپنی کتاب "قدامت طب ہندی" (انٹینٹی کوئی ٹی آف ہندو میڈیسن) میں مستند شہادات تاریخی سے ہندوؤں کو تاج اولویت کا مستحق ثابت کیا ہے +

(۴) اسی طرح ولسن، ہین، این سلی، ہورنلی، آئرین، اسٹرابو، اور دیگر مغربی محققین نے صحیح تاریخی بنیاد پر ہندوؤں کی علمی جدت اور طبی کارناموں کا اعتراف کیا ہے + ان تاریخی شواہد کی تفصیلی بحث کو یہاں ہم خوف تطویل سے نظر انداز کرتے ہیں +

واوّلیت کے حقیقی مستحق اور تاج اختراع کے سچے سزاوار دراصل ہندو ہی ہیں + مبادی علاج میں سُشرت اور بقراط کے ذخائر میں قریبی مماثلت و مشابہت رکھتے ہیں + عملیۃ الحصات[1] کے متعلق سشرت کا بیان سلسوس کے بیان کردہ مصری طریقۂ عمل سے تقریباً مشابہ ہے + اسی طرح چند اعمال ایسے ہیں جن کے متعلق ہندی اور یُونانی طبوں کا بیان مشترک و مماثل ہے، جس سے ان کے ماخذ کا ایک ہونا قرین قیاس ہے با اینہمہ اس میں بھی شک نہیں کہ بعض خصوصی اور نہایت دقیق اعمال جراحیہ (مثلاً مصنوعی ناک بنانا) جنکا بیان سشرت نے دیا ہے، اور جن سے بے انتہا ذہانت و جدت کا پتہ چلتا ہے، بلاشبہہ خاص ہندوستان کی ایجاد ہیں + اصول علاج جو عظیم الشان اور اعلیٰ پایہ کے ہیں، خالص برہمنی ماخذ پر دلالت کرتے ہیں + ہندی مخزن الادویہ جس میں ملکی جڑی بوٹیوں کے علاوہ معدنیات (مثلاً سنکھیا، پارہ، جست وغیرہ) اور دیگر کثیر التعداد بیش قیمت و مفید ادویہ شامل ہیں، ایک ایسا نادر و مکمل مجموعہ ہے جو کسی غیر ملکی دوا کے وجود کا رہین منت نہیں + علاوہ ازیں نہایت وثیق ذرائع سے یہ بھی پایۂ تحقیق کو پہونچ چکا ہے[2] کہ سکندر اعظم کے زمانہ سے پہلے ہی مشرق علوم طبیہ اور کمالات جراحیہ میں شہرہ آفاق ہو چکا تھا +

الغرض ان سب حالات کی بنا پر کافی وجوہ اس امر کی سند میں موجود ہیں کہ ارتقائے فن جراحی میں آریائی نسل کی مشرقی شاخ ہی کو فخر اوّلیت حاصل ہے +

۱- ہندی جراحی

جیسا کہ اوپر درج ہو چکا ہے ہندی طب کے ابتدائی اور قدیم ترین قائدین میں دو ممتاز ہستیاں گذری ہیں جو چرک اور سُشرت کے نام سے بقائے دوام حاصل کر چکی ہیں + چرک اور سشرت کے نام سے جو تصانیف طبیہ و جراحیہ منسوب ہیں اونکی صحیح تاریخ کا تعین ابتک ایک متنازع فیہ مسئلہ ہے + یورپین مؤرخین کو انکے زمانہ کے

---

[1] عملیۃ الحصات (لتھاٹومی) مثانہ سے پتھری خارج کرنے کا عمل +

[2] آئرین اور اسٹابو اور دیگر محققین کی تحریرات میں اس کا مفصل تذکرہ موجود ہے +

متعلق اسقدر اختلاف ہے کہ وہ انکو ولادت حضرت مسیح سے پانچ سو سال ماقبل یا مابعد کے ازمنہ میں کہیں سمجھتے ہیں + مگر جدید تحقیقات کی بنا پر اس بات کو باور کرنے کے لیے صحیح و مستند وجوہ موجود ہیں کہ ہندی طب و کمالات جراحیہ کے یہ دو ابتدائی معلمین ایسے قدیم زمانہ سے تعلق رکھتے ہیں جبکہ یونانی تہذیب و یونانی علوم طبیہ کا آغاز بھی نہیں ہوا تھا +

چرک :- علم ویدک یعنے طب ہندی کا مشہور ابتدائی مصنف ہے، جسکو بعض محققین کشمیر کا اور اکثر بنارس کا رہنے والا سمجھتے ہیں + اس نے "چرک سنگہتا" نام کی جامع کتاب موضوع طب پر لکھی + ہندو مؤرخین کا عقیدہ ہے کہ چرک ابتداً عالم یا آغاز دنیا میں پیدا ہوا اور ایک رشی تھا + مگر یورپی محققین کا خیال ہے کہ چونکہ چرک سنگہتا میں علم طب کا نہایت تفصیلی تذکرہ موجود ہے، اس لئے وہ آتھر ویدسے (جس میں طب کا بیان محض مجمل طور پر ہے) نہایت مابعد زمانہ میں لکھی گئی ہوگی۔ جس کی وسعت ممکن ہے کہ ہزار سال سے بھی زائد ہو + مشہور فرانسیسی مستشرق ہیلبرن نے دی نے چینی ذرائع کی بنا پر پتہ لگایا ہے کہ چرک نام کا ایک طبیب راجہ کنشکا راجہ ہندوستان میں دوصدی قبل مسیح راج کرتا تھا کا درباری معلم تھا + مگر چونکہ ویدوں میں چرک کا نام بطور لقب کے موجود ہے اور سنسکرت صرف و نحو کی کتاب موسومہ "پانی" میں تالبعین چرک کو چرکون کے نام سے بطور لقب کے پکارا گیا ہے، اسلئے اس سے اصلی چرک کی تخصیص ثابت نہیں ہو سکتی + چرک اپنی کتاب میں صرف انہیں دیوتاؤں کا ذکر کرتا ہے جو ویدون جیسی قدیم مقدس کتابوں میں گنائے گئے ہیں + ویدوں سے بہت بعد میں پرانوں کی ترتیب ہوئی ہے اور پرانوں میں بیان کردہ دیوتاؤں کا کوئی تذکرہ چرک کی کتاب میں مطلق نہیں پایا جاتا + چرک نے انسانی ڈھانچ کی ہڈیوں کی کل تعداد ۳۶۰ بتائی ہے اور یہی تعداد قدیم ویدک زمانہ کی کتب میں درج ہے + المختصر ان سب وجوہ سے ثابت ہوتا ہے کہ چرک بلاشبہ پرانوں سے زیادہ پرانا ہے اور یورپی محققین جو اسے کھینچ تان کر زمانہ مابعد مسیح میں لاتے ہیں (اور اسطرح یونانی طب کی اولیت ثابت کرنا چاہتے ہیں) صریح مغالطہ میں مبتلا ہیں[1] +

[1] ماخوذ از مضمون ڈاکٹر گرندر ناتھ مکھوپادھیا اور تاریخ الاطباء از ڈاکٹر غلام جیلانی صاحب ہمنوا کوئی براج شمدر ناتھ ٹین کو سمجھتا +

سُشرت :- یہ علم جراحی کا اولین قائد اعظم مانا جاتا ہے + اس کے زمانۂ حیات کے متعلق مختلف روایات ہیں + غالباً یہ ویدوں کے زمانہ میں گذرا ہے کیونکہ مقدس وید کے بہت سے اشعار اس کے نام سے منسوب ہیں + مہا بھارت جیسی قدیم کتاب (جس کی صحیح عمر کا زمانہ مستند وجوہ کی بنا پر ایک ہزار سال قبل از مسیح شمار کیا گیا ہے) میں سُشرت کے باپ کا نام وشوامتر درج ہے + لہٰذا سشرت مہا بھارت سے بہت پہلے گذرا ہوگا + وشوامتر ایک گوشہ نشین زاہد تھا جو ہنود کے مقدس پیغمبر یا اوتار "رام" کا معاصر تھا + ست پتہ براہمنہ (جو ویدوں سے دوسرے درجہ کی کتاب ہے اور غالباً حضرت مسیح سے چھ صدی قبل لکھی گئی ہے) کا مصنف سشرت کے مسائل سے بخوبی واقف تھا + آتھر وید (جو حضرت مسیح سے ہزار سال پیشتر کی تصنیف ہے) کے دسویں باب میں انسان کی پیدائش کے متعلق ایک نظم ہے جس میں جسم انسانی کے ڈھانچ کا بیان سشرت اور آتری کے حوالہ سے بتصریح دیا گیا ہے +

مروی ہے کہ سشرت تحصیل طب و جراحیات کے لیے کاشی (بنارس) کے راجہ دیوداس (جسے دھن ونتری کا اوتار سمجھا جاتا ہے) کے پاس گیا + سشرت پہلا شخص ہے جس نے ہند و فن جراحی کو اپنی کتاب "سُشرت سمہتا یا سُشرت سنگہتا" میں مجتمع کیا اور فن جراحی میں کمال حاصل کیا +

محققین کی عام رائے ہے کہ چرک، سُشرت سے پہلے پیدا ہوا + لیکن پرانوں سے ثابت ہے کہ سُشرت دھن ونتری مہاراج (موجد طب و حکیم ربانی) کا شاگرد ہے + چونکہ دھونتری مہاراج ست یُگ کے قرون اولیٰ میں پیدا ہوئے، لہٰذا لازم آتا ہے کہ انکا شاگرد سُشرت بھی اسی زمانہ میں پیدا ہوا + علاوہ ازیں چونکہ چرک محض طبیب تھے اور خود اپنی کتاب میں تسلیم کرتے ہیں کہ وہ جراحی کے ماہر نہ تھے بلکہ کتاب کے شریر استھان باب پنجم میں جنین کی پیدائش و نشو و نما کے متعلق دھن ونتری مہاراج کی رائے کا حوالہ دیتے ہیں (یہ وہی رائے ہے جو سشرت نے اپنی کتاب میں درج کی ہے) لہٰذا ثابت ہوا کہ سشرت چرک کا پیش رو ہے +

سشرت کی تحریرات میں طبیبوں کی صرف ایک ہی جماعت کا تذکرہ ہے جو

علاج الامراض اور اعمالِ جراحیہ ہر دو فرائض کو مشترک طور پر ادا کرتے تھے۔ البتہ نشان امتیاز صرف اس حد تک تھا کہ جراحی معالجات بیشتر ادنیٰ قوموں کے ہاتھ میں تھے مثلاً نائی، کان صاف کرنے والے، دانت کھینچنے والے، فصاد وغیرہ جو برہمنی فرقہ سے خارج تھے۔ عملیۃ الحصات (پتھری خارج کرنے کا عمل) ہی خاص ماہرین تک محدود نہ تھا بلکہ ہر کس و ناکس جو اوسوقت کے راجہ سے اجازت حاصل کر لیتا پتھری نکال سکتا تھا۔ برخلاف اس کے اسکندریہ کے اطباء میں یہ عمل مخصوص ماہرین ہی کر سکتے تھے۔

مگر یہ مسلم ہے کہ چرک کے زمانہ میں ہندو اطباء دو جداگانہ جماعتوں میں منقسم ہو چکے تھے۔ ایک جماعت "کایا چکت سکا" (طبیبوں) کی تھی اور دوسری "سلیہ چکت سکا" (جراحوں) کی جنکو دھن ونتری مہاراج کے متبعین ہونے کے باعث "دھن ونتری سمپردایہ" کے نام سے بھی منسوب کیا جاتا تھا۔ امراض جراحیہ کے متعلق اکثر چرک نے اس آخری گروہ سے رجوع کرنے کی ہدایت کی ہے۔ چونکہ چرک اور سشرت کی تصانیف الہامی ماخذ کی سمجھی جاتی تھیں، اس لئے آنے والی نسلوں میں عموماً انکا ادب و احترام ملحوظ رکھا گیا اور اوس زمانہ کے اطباء انکو انسانی اصلاح اور نکتہ چینی سے بہت بالاتر سمجھتے رہے۔ اسی وجہ سے کسی کو ان کتب کے عام اصول و قواعد پر اضافہ کرنے کی کبھی ہمت نہ ہوئی اور صرف انہی کے مسلمہ اصول کی تشریح و تفسیر کی صورت میں منظم کرنے کی کوشش کافی سمجھی گئی[1]۔

سشرت کی تصنیف فن جراحی اور امراض جراحیہ کے متعلق سب سے پہلی کتاب ہے جو بجا طور پر عالمگیر شہرت کی مستحق ہے۔ اس میں امراض جراحیہ کے متعلق نہایت وضاحت اور اصول کے ساتھ اون معالجات و آلات جراحیہ کا بیان ہے جن کی مدد سے شدت درد و الم کا ازالہ کیا جا سکتا ہے۔ اس کی عجیب تر اور نادر خصوصیت یہ ہے کہ اس میں علم المقابلہ (دایہ گری) کے متعلق ایسے محکم

[1] بحوالہ ڈاکٹر کھوپا دھیا۔ کبیراج سین گپتا، ڈاکٹر غلام جیلانی، ٹھاکر صاحب گونڈل وغیرہ۔

کلیات وہمہ گیر نکات موجود ہیں کہ باوجود ہزارہا سال گذر جانے کے آج بھی طب جدید شاذ خصوصیات ہی میں اونسے آگے بڑھی ہوگی، سشرت نے بھی، چرک کی طرح، اپنی کتاب کو آٹھ جلدوں یا حصوں پر منقسم کیا ہے، جن کی تفصیل یہ ہے:-

(۱) "سَلیہَ" جس میں خارجی وغیر طبعی اجسام کو انسانی بدن سے خارج کرنے اور خراج (پھوڑوں) وغیرہ کو بذریعہ آلات جراحیہ، قلویات، محرقات، کاویات وغیرہ کے قطع و نابود کرنے کا بیان ہے +

(۲) "سالاکیہَ" جس میں اُن اعضاء کا بیان ہے جو شانوں سے اوپر واقع ہوئے ہیں یعنے امراض گوش، چشم، الف، چہرہ وغیرہ +

(۳) "کایا چکتسا" جس میں اُن امراض کا بیان ہے جو بحیثیت مجموعی سارے بدن پر طاری ہوسکتے ہیں، مثلاً حمیات (بخار) اسہال، سیلان خون، التہاب، جنون، صرع جذام، ذیابیطس، وغیرہ +

(۴) "بھوت وِدیا" اس میں اوراد و وظائف، صدقات و قربانیوں وغیرہ کا بیان ہے، جن کے ذریعہ سے بھوت، پلید، راکشس و دیگر ارواح خبیثہ کے پیدا کردہ امراض کی روک تھام ممکن ہے +

(۵) "کومار بھرتیا" کا تعلق امراض صبیان اور دودھ کے نقائص و معالجات اور اُناذں کی ضروری خصوصیات وصفات وغیرہ سے ہے +

(۶) "اگد تنترہ" اسکا تعلق حیوانی سمیات کے تریاقات سے ہے +

لہ شاید تہذیب جدید کے متوالے اسکو مضحکہ خیز سمجھیں، مگر ہم پوچھتے ہیں کہ آج مہذب دنیا میں جو اعمال تنویم (مسمریزم وہپناٹزم) تلیح ذاتی (آٹو سجس شن) علم الاسرار (آکلٹ سائنس) تبدیل خیال وتعلیم نفس (ٹیلی پیتھی) قوت ارادی (ول پاور) وغیرہ کے نام سے رائج ہیں، اور جن میں سے بعض کی اس قدر دھوم ہے کہ نامور علماء زمانہ اُن سے امراض کا علاج کرتے ہیں، اور امریکہ و جرمنی میں بجائے دارو کے بیہوشی کے اُن کے ذریعہ مریض کو اعمال جراحیہ کے لیے بیہوش کیا جاتا ہے + نیز ان سے جنوں اور اختناق الرحم وغیرہ کا علاج کیا جاتا ہے، آخر یہ سب کیا ہیں +

(۷) "رسایں متفرقہ" اس میں افزائش عمر اور اصلاح ذہن وعقل کے ذرائع اور مقویات وغیرہ کا بیان ہے +

(۸) "دواجی کرن متفرقہ" اس میں مشتہی ومہی ادویہ کا بیان ہے +

کتاب سشرت کے تفاسیر تراجم

اگرچہ متعدد ہندو شارحین نے سشرت سنگھتا کی شرحیں اور تفسیریں لکھیں مگر اوس کے مدوّنہ ومفروضہ کلیات سے سرمو انحراف کی کسیکو جرأت نہیں ہوئی + عامۃ الناس سشرت کی تعلیم کو الہامی اور آسمانی تقدس سے لبریز سمجھتے رہے اور آنے والی نسلیں اسی لکیر کے فقیر بنی رہیں + ۱۸۳۳ء میں یو، سی، دت صاحب نے اور ۱۸۹۱ء میں چاٹوپادھیا صاحب نے اس کے بعض حصص کا انگریزی ترجمہ کیا + علامہ ہیورنے بھی ۱۸۹۷ء میں اسکا انگریزی ترجمہ کیا + ہیلر صاحب نے لاطینی زبان میں اور ویکرس صاحب نے جرمانی زبان میں ترجمہ کیا +

آٹھویں صدی عیسوی کے اختتام سے قبل سشرت کا عربی ترجمہ ہوچکا تھا جو کتاب "شوشرتون الھندی" کے نام سے منسوب ہے، ابن ابی اصیبعہ نے اسکا تذکرہ "کتاب سوشرود" کے نام سے کیا ہے + رازی نے اپنی تصانیف وتحریرات میں "سرد" کا حوالہ بطور ایک فاضل جراحیات کے دیکر اکثر جگہ اوس سے استناد کیا ہے[1] +

ہندی آلات جراحیہ

سشرت ایک سو سے زائد فولاد کے جراحی آلات کا بیان دیتا ہے اور اوزاروں کے خواص وصفات نہایت دقت نظری کے ساتھ یوں درج کرتا ہے :-

"اونکے دستے اچھے اور جوڑ سخت ہوں، چمک اچھی ہو، دھار ایسی تیز وباریک ہو کہ بال بھی بخوبی کٹ جائیں، صاف ستھرے ہوں اور زنگ آلودہ نہ ہوں، اونکو غلافین کے غلاف میں لپیٹ کر لکڑی کی صندوق میں رکھنا چاہیے، وغیرہ" + ان اوزاروں میں سے چند کے نام یہاں درج کیے جاتے ہیں + انکا مقابلہ آجکل کی تہذیب یافتہ جراحی سازوسامان سے کیجیے اور ہندو اسلاف کی ذہانت اور دقیقہ رسی کا

[1] ماخوذ از ڈاکٹر گرناتھ کھوبا دیسائی کلکتہ +

اندازہ کیجیے:- مشرط[1] تشریح (ایک چھوٹا سا سیدھا چاقو) خمیدہ[2] پھل کے ناسور چیرنے کے مشرط، منبضع (نشتر) مبزع[3] (چبھنے) منشار[4] یا آری، ملقط العظام، ہاڈی توڑنے کے چمٹے، قینچیاں[5]، آلہ بازو[6] (شکم کا پانی خارج کرنے کا آلہ) مختلف قسم کی سوئیاں[7]، مشبک[8] ذوزر (گھنڈی دار ہک) حلقے[9]، مشبر[10] (زخم کی سلائی) معہ سائل الکاوی[11]، محجن منفذی، محجن مطبی[12] (پیشاب کی سلائی)، لمعقہ[13] (رچمچی) ملقط[14] یعنی چمٹے مختلف اقسام کے، ملقط[15] لحم زائد یعنی ناک کے مسوں یا اورام لحمیہ کے پکڑنے کے چمٹے، قاثاطیر[16] (پیشاب بہانے کی سلائی)، محقنات[17] یعنی پچکاریاں، منظار المبزغ مسمار[18] (سوئے) عصابہ اور رفائد (زخموں پر باندھنے کی پٹیاں اور بند شین مختلف مقامات واقسام کی، اور کھڑے ہوئے جوڑوں اور شکستہ اعضا پر باندھنے کے لئے تختیاں یا جبائر[19] جن میں سب سے مقبول وعام وہ تھی جو بانس کی تیلیوں کو باریک رسی سے باندھ کر جالدار شکل میں بنا لیتے تھے۔ علامہ وائز انکی تعریف میں یوں رطب اللسان ہیں:-

"میں نے اس عجیب وغریب جبیرہ کو مختلف مقامات کی شکستہ ہڈیوں پر باندھنے کے لیے نہایت مفید پایا ہے، خصوصاً ران، بازو، کلائی اور ہاتھوں کی ہڈیوں کی شکستگی میں۔ اس بانس کے جالدار جبیرہ کی مقبولیت کا اندازہ اس سے ہو سکتا ہے کہ چند ہی سال پہلے تک اسکاٹلستان کے تمام شفاخانوں میں بکثرت استعمال کیا جاتا تھا۔

۱ اسکال پل۔	۹ نیشل۔	۱۷ فارسپس۔
۲ بسٹوریز۔	۱۰ بلنٹ ہکس۔	۱۸ پاکٹ میں فارسپس۔
۳ لین سٹ۔	۱۱ لوپس۔	۱۹ کھٹے ٹر۔
۴ ہسکیری فیکے ٹر۔	۱۲ پروب۔	۲۰ سرنج۔
۵ ساؤ۔	۱۳ کاسنک ہولڈر۔	۲۱ رکٹل اسپیکیولم۔
۶ بون فارسپس۔	۱۴ ڈائرکٹر۔	۲۲ بوجی۔
۷ سیزرز۔	۱۵ ساؤنڈ۔	۲۳ بینڈج۔
۸ ٹرہ کار۔	۱۶ اسکوپ۔	۲۴ اسپلنٹ۔

آج بھی ہندوستانی غربا اور دیہاتی لوگ اسی ترکیب سے ٹوٹی ہڈیوں کا علاج نہایت حیرت انگیز کامیابی کے ساتھ بلا مدد جراحوں کے عام طور پر کرتے رہتے ہیں +

ہندی معالجات جراحیہ ٹوٹی ہڈی کی شناخت دیگر علامات کے علاوہ علامت فرقعہ (کڑکڑاہٹ) سے کی جاتی تھی + خلع (جوڑ اوکھڑنے) کی مختلف اقسام نہایت باریکی کے ساتھ مقرر کی گئی تھیں اور مختلف قسموں کے خلع کی شناخت کے لیے اونکی خصوص و تفریقی علامات بتائی گئی تھیں + خلع کا علاج بھی آجکل کے علاج کی طرح شد مقابل[1]، حرکت تخریطیہ[2]، حرکت دوریہ[3] اور دوسری ترکیبوں سے کیا جاتا تھا + زخموں کے اقسام میں جروح مشقوقہ[4]، جروح مثقوبہ، جروح ممزقہ[5] جروح رضیہ[6] وغیرہ متفرق کر لیے گئے تھے + کھوپری اور چہرہ کے زخم سئے جاتے تھے + جسم کے اندر سے خارجی غیر طبعی اشیاء (جو اتفاقیہ طور پر داخل جسم ہوگئی ہوں) نکالنے کے لیے ہندوؤں کی ذہانت و طباعی نے نہایت اعلیٰ قسم کی ترکیبیں اختراع و ایجاد کی تھیں، اور بعض مخصوص حالات میں آہنی ذرات کو خارج کرنے کے لیے مقناطیس کے استعمال سے بھی دریغ نہیں کیا جاتا تھا + اورام و التہابات کا علاج بھی آجکل کی طرح، مضاد التہاب ادویہ، پچھنے، اور ضمادات سے کیا جاتا تھا + فضہ کہنی کے مقدم حصہ کے علاوہ اور کئی مقامات پر لی جاتی تھی + جونک (علق) کا استعمال نشتر سے زائد رائج تھا + سنگھی کھچوانے (حجامت) کا رواج عام تھا + بخارات اور تکمید (فومنٹیشن۔ سینک) وغیرہ کی ترکیبیں جیسی آج عام ہیں اوسوقت بھی رائج تھیں + عمل بتر[9] یا قطع عضو بھی اکثر کیا جاتا تھا، اگرچہ اوسوقت سیلان خون کی روک

[1] شد مقابل۔ کاونٹر اکس ٹنشن۔
[2] حرکت تخریطیہ۔ سرکم ڈکشن۔
[3] حرکت دوریہ۔ سرکم گائی ریشن۔
[4] جروح مشقوقہ۔ انسائزڈ وونڈز۔
[5] جروح مثقوبہ۔ پنکچرڈ وونڈز۔
[6] جروح ممزقہ۔ لیسی ریٹڈ وونڈز۔
[7] جروح رضیہ۔ کن ٹیوزڈ وونڈز۔
[8] لغز۔ پولپس۔
[9] بتر۔ امپوٹیشن۔

تہام کے متیقن ذرائع جیسے آج حاصل ہیں اوسوقت موجود نہ تھے + قطع شدہ عضو کے سرے (عُصّ[1]) پر ادبلتا ہوا تیل لگاکر پیالہ نما شکل کی بندشی پٹیاں لگادی جاتی تھیں + اجسام واورام سلعیہ یا رسولی[2] اور بڑھے ہوئے غدد مغابن کاٹ کر نکالدیے جاتے تھے اور اعادۂ مرض سے بچنے کے لئے تازہ سطح پر سنکھیا کا ایک مرہم لگادیا جاتا تھا + جلندھر (استسقائے زقی) اور قیلۂ مائیہ[3] کا پانی آلۂ بازلہ کے ذریعہ نکالدیا جاتا تھا + فتق[4] کی مختلف اقسام میں تیزکی جاتی تھی اور فتق[5] ثربی کے خارج کرنے کے لئے صفن کے مقام پر عمل[6] بالید کیا جاتا تھا + مرض انورسما کی تخفیض تو کی جاتی تھی مگر اوسکا علاج نہیں کیا جاتا تھا + شریان کے کٹے ہوئے منہ پر گرہ لگانا (ربط) جیسا کہ انورسما اور سیلانِ خون کے علاج میں آجکل رائج ہے قدیم ہندی جراحی میں مفقود تھا + اس کی وجہ بلاشبہ یہی ہوسکتی ہے کہ وہ لوگ شرائین کی سمت ورفتار واوضاع سے ناواقف اور دوران خون کے مسئلہ[7] سے نابلد تھے + نہایت حیرت انگیز واقعہ یہ ہے کہ اس زمانہ کے ہندو اطبا عمل شق البطن یعنے پیٹ چاک کرنے کے عمل سے واقف تھے جسے وہ ایک اسلوب خاص سے کرتے تھے، یعنے زیر ناف قدرے بائیں جانب شگاف دیکر یہ لوگ شکم کو چاک کرتے تھے اور امعاء کے خفیف حصص کو باحتیاط اس شگاف سے باہر نکال نکال کر ہر حصہ کا بخوبی امتحان کرتے اور اگر اوس میں مثانہ یا اور کسی قسم کی رکاوٹ موجود ہوتی تو انتڑی کے ماؤف حصہ

[1] عُصّ - اسٹمپ۔
[2] سلعہ - رسولی - ٹیومر
[3] ہائڈروسیل۔
[4] فتق - ہرنیا۔
[5] اومنٹل ہرنیا۔

[6] مسئلہ دوران خون، جس کی ایجاد کا سہرہ مغربی دنیا ہاروے کے سر رکھتی ہے طب مغربی کی مابہ الامتیاز علمی تحقیق ہے + مگر میں نے کہیں پڑھا ہے کہ علامہ علاؤالدین قرشی نے سب سے پہلے یہ دریافت کرلیا تھا کہ شرائین دل سے اعضا کی طرف خون کو لے جاتی ہیں اور اوردن میں ارواح نہیں۔ بلکہ رقیق خون سیلان کرتا ہے + اگر یہ صحیح ہے تو ہاروے نے محض قرشی کی تعلیم سے سبق سیکھ کر دورانِ خون کے مسئلہ کو حل کیا +

میں شگاف لگا کر اوسکو خارج کر دیتے، پھر انتڑی کے زخم کو ٹانکوں سے سی کر بند کر دیتے اور اون پر گھی یا شہد کا ضماد کر کے غلاے شکم میں واپس داخل کر دیتے پتھری نکالنے کا عمل بغیر سلائی (مجس الحصاۃ) کی مدد کے کیا جاتا تھا۔ کٹی ہوئی ناک بنانے کے لیے ناک کے قرب و جوار اور گالوں کی جلد نکال کر اوس سے نئی ناک بنائی جاتی تھی۔ یہ عمل انتہائی نزاکت اور کاریگری کا ہے اور اسوقت ہندوستان میں کیا جاتا تھا جب یونانی معمولی جراحی اعمال سے بھی بے خبر تھے۔

عملیات ترقیع یعنی زندہ جلد کو تراش کر پیوند لگانیکے اعمال جس میں آجکل یورپ والوں نے محیر العقول ترقی کی ہے۔ در اصل قدیم ہندو کے رہین منت ہیں۔ اس نئے زمانہ میں بھی اندور کے مشہور انگریز ڈاکٹر کرنل کی گن صاحب نے مصنوعی ناک بنانے کے عمل کو نئی نئی ترکیبوں سے ہندوستانی مریضوں پر کر کے ایسا کمال حاصل کیا کہ اونکے خاص خاص نکات یورپ کی مقبول عام جراحی کتب و رسائل میں تصویروں کے ساتھ شائع ہوے اور یورپ نے اونکی تقلید کی۔ فرانس کے بعض ڈاکٹروں نے بھی اسی ہندوستانی ترکیب کا تتبع کر کے اس عمل میں موشگافیاں کیں۔ آنکھ کے اعمال جراحیہ میں نزول الماء یعنے موتیا بند کے نکالنے کی ترکیب شامل تھی۔

اعمال قابلہ یعنی دایہ گری کے کام مختلف انواع و اقسام کے تھے، حتی کہ عملیۃ قیصریہ کے ذریعہ زندہ بچہ شکم چاک کر کے نکالا جاتا تھا، اسی طرح مردہ جنین کو کاٹ کاٹ کر رحم مادر سے خارج کیا جاتا تھا۔

علاج بالدواء امراض جراحیہ کے علاج میں اعمال بالید کے علاوہ مناسب ادویہ اور عام بدنی معالجات سے بھی امداد لی جاتی تھی جس میں اونکی مہتم بالشان مخزن الادویہ کی وسعت اور علم العلاج کے عظیم الشان اصول کی باقاعدگی سے بہت مدد ملتی تھی۔ اونکے خارجی استعمال کے مرہموں اور ضمادوں میں سے اکثر میں گھی یا مکھن کی زمین کے اندر معدنی اجزاء مثلاً پارہ، سنکھیا، حبست، تتھیہ، ناج اخضر (ہیرا کسیس) وغیرہ شامل ہوتے۔

۱؎ مجس الحصاۃ: اسٹانہ۔
۲؎ پلاسٹک سرجری۔
۳؎ عملیۃ قیصریہ۔ وہ عمل جس میں شکم اور رحم میں شگاف دیکر بچہ نکالا جاتا ہے۔

فن جراحی کی تعلیم و تربیت

ہر حادثہ اور ہر مرض کے لیے جو اونکے علم میں تھا، مذہبی کتب (شاستروں) میں تفصیل قواعد منضبط تھے اور یہی مذہبی پیشوا شایقین طلبا کو سکھاتے، کتابی تعلیم بغیر عملی تجربات اور دستی مشق کے بیکار محض سمجھی جاتی + اعمالِ بالیدگی مشق طلبا کو موم کے مجسموں اور دوسرے نرم پھلوں مثلاً خیارین، تربوز، خربزہ وغیرہ پر عملاً کرائی جاتی + قطع و برید، شق و بط کی مشق کے لیے چمڑے کی تھیلیوں میں پانی یا کیچڑ بھرا جاتا۔ تشریط یعنی پچھنے لگانے اور فاسد خون کے نکالنے کی مشق تازہ مردہ چمڑوں پر اونکے بال نکالنے کے بعد کرائی جاتی + نشتر لگانے اور چھیدنے کے اعمال کنول کے پوے تنوں یا مردہ جانوروں کے عروق پر سکھائے جاتے + عصابات (پٹیوں) کی بندش کی مشق و ترکیب مصنوعی مجسموں اور پتلوں پر کرائی اور بتائی جاتی + درز بندی اور ٹانکے لگانے کی عملی تربیت کپڑے اور چمڑے پر دی جاتی + اعمالِ ترقیع (مثلاً جس میں ضایع شدہ ناک یا کان وغیرہ کو جلدی پیوند کے ذریعہ از سر نو بنایا جاتا ہے) مردہ جانوروں پر سکھائے جاتے + تشریح کی ضرورت تو مسلّم تھی مگر تشریحی تعلیم کا کوئی باقاعدہ نظام ہندو جراحیات میں پایا نہیں جاتا +

اسباب تنزل و انحطاط

ہندی جراحیات کے اس مختصر تبصرہ کے بعد یہی قدرتاً یہی سوال پیدا ہوتا ہے کہ جب قدماء ہند نے فن جراحی میں ایسے روشن کارنامے چھوڑے ہیں، تو اب متاخرین کی موجودہ نسلیں اور آجکل کے وید صاحبان کیوں اس ضروری شعبۂ طب سے اسقدر نفور اور مستغنی ہیں؟ اور کیوں جراحی کی ایسی عالی شان اور بلند عمارت، جس کی بنیادیں ہزاروں سال پیشتر انتہائے ہنرمندی کے ساتھ رکھی گئی تھیں اب ایک ایسے حقیر گم نام و بے نشان کھنڈر کی صورت میں ہے کہ موجودہ نسلیں اوس کے مٹے ہوئے آثار سے بھی ناواقف محض ہیں؟ ذیل میں چند وجوہ مختصراً بیان کیے جاتے ہیں، جن کی تفصیلی بحث ڈاکٹر مکھوپادھیا صاحب کلکتوی نے اپنی کتاب میں نہایت قابلیت سے درج کی ہے +

(۱) تشریح سے ہنود کی نفرت۔ نہایت ابتدائی زمانہ میں قدماء ہنود لاشوں کے چیرنے سے پرہیز نہیں کرتے تھے۔ مگر اونکے بعد کی نسلوں نے تشریح جیسی ضروری چیز کو

ذلیل، ناپاک اور مذہبی رسوم وغیرہ کے لئے مفسد طہارت تصور کرلیا + یہ ظاہر ہے کہ جراحیات کی صحت و ترقی تشریح کی مزاولت کی کس قدر محتاج ہے +

(۲) داعیانِ تقدس اور مذہبی پیشواؤں نے بتدریج اعمال جراحیہ کو غیر ضروری اور فضول ثابت کرنے کی کوشش کی اور بجائے جراحیات کے جادو ٹونا، منتر جنتر، اور دواؤں کے رواج کو مقبول بنالیا + ابتدا ذیورپ اور یونان میں بھی یہی حال تھا اور ہندوستان میں اب بھی واہمہ پرستی کی یہی وبا عالمگیر ہے +

(۳) مریض فطری طور پر نشتر اور چیر پھاڑ سے خائف رہتے تھے خصوصاً جبکہ نل اخضر (کلوروفارم) جیسی یقینی عمومی دارو سے بیہوشی اوس زمانہ میں موجود نہ تھی + ہندو جراحین نشتر کے مقابلہ میں محرقات، ملکور، ضمادات اور کادیات وغیرہ کو زیادہ مفید اور سہل الحصول سمجھتے رہے + جراحی علاج کے متعلق خود سشرت کا عقیدہ تھا کہ "معمولی محرقات کے نسبت کی بالنّار (داغنا) بہت بہتر علاج ہے کیونکہ داغنے سے اندرونی امراض ایسے نابود ہوتے ہیں کہ پھر عود نہیں کرسکتے اور اخلاط فاسدہ بھی دور ہوجاتے ہیں" + اس طرح ہندو جراح خارجی مقامی علاج کو زیادہ پسند کرتے رہے، حتیٰ کہ وہ اعمال جراحیہ سے بالکل نابلد اور غافل ہوگئے + اسی غفلت کے باعث اوسوقت کے علم جراحت میں بجائے ترقی کے زوال آگیا +

(۴) مذہبی پیشواؤں کی خود پسندی اور عوام کی واہمہ پرستی اور ضعیف الاعتقادی نے طبی اور جراحی کتب کو الہامی تقدس کی حد تک پہونچادیا + عامۃ الناس کے دلوں میں اس آسمانی تعلیم کی اس قدر عظمت و ہیبت پیدا کردی گئی کہ وہ چرک و سشرت کے مسلمات کو انسانی رائے زنی، تنقید و ترمیم اور اصلاح و اضافہ سے بہت بالاتر سمجھنے لگے + سشرت کے مفسرین و شارحین محض کم ظرف نقال ہی رہے اور کبھی کسی نے اوس کے مفروضہ اصول و کلیات سے سرمو انحراف و اختلاف نہ کیا، اور جہاں مسائل غیر محقق دیکھے اور غلط بیانی صریح پائی وہاں بھی نقد و اصلاح کی جرأت نہ کی + الغرض اس طرح کلیات و اصول جراحیات ناقص رہ گئے اور فن جراحی محدود ہوتا گیا + اس قسم کی خوش اعتقادی ابتدا ذیورپ والوں میں بھی یونانی علوم و فنون کے متعلق عام تھی، جس کی بدولت بقراط و جالینوس

کے پیش کردہ مسائل بلا امتیاز رطب و یابس تقریباً دو ہزار سال تک یورپ بھر کو تسخیر کرتے رہے +

(۵) ہندی جراحی کے انحطاط میں مذہب بودھ کی مخالف تعلیمات نے نہایت قوی اور نمایاں حصہ لیا اور فن جراحی جو کچھ برہمنی تعصب کے باوجود باقی رہ گیا تھا اوسکو اس نئے مذہب کے نشر و اشاعت نے بالکل تباہ کر دیا + اگرچہ بودھ مذہب کے بانی نے بعض مرضوں میں نشتر کے استعمال کی اجازت دی مگر بیشتر امراض جراحیہ میں، جن کی حقیقت و ماہیت مشکوک تھی، جراحی آلات کا استعمال شرعاً ناجائز قرار دیا مثلاً پھوڑا نشتر سے چیرنا جائز تھا مگر ناصور میں جراحی عمل کی صریح ممانعت تھی +

(۶) سب سے آخری اور اہم سبب حکومت کی سرد مہری ہے + ہندو حکومت کا تختہ اُلٹ گیا اور غیر ملکی فاتحین اپنے ساتھ نئے طبیب اور ڈاکٹر و جراح لائے جن کی پرورش و حوصلہ افزائی کا خیال نسبتاً زیادہ مقدم تھا + مفتوح قوم کے بھولے بسرے فن کی تجدید کی نہ کوئی کوشش ہوئی، نہ عوام کے جذبات و خیالات ایسے بلند تھے کہ وہ اپنے سیکڑوں سال کے جمے ہوئے عقاید کے خلاف کسی قسم کی خارجی مداخلت پسند کرتے یا اوسکو بنظر استحسان دیکھتے + ملکی خیالات کچھ بھی ہوں، مگر مسلمان حکمرانوں اور اونکے بعد علم و حکمت کے دلدادہ انگریزوں نے بھی دیسی طب کی تجدید و احیاء کے متعلق ابتک کبھی کوئی قابل ذکر کوشش نہیں کی + احیاء و تجدید تو درکنار، دیسی فن کے جو کچھ قدیم ذخائر موجود تھے، اُن کے جانچنے یا سمجھنے کا خیال بھی دلدادگان جدت کو نہ ہوا، ہاں نظر عنایت ہوئی تو یہ کہ اچھے اور بُرے سب کو بے اصول، غیر علمی اور ناقابل التفات سمجھ لیا + ؎

تغافل سے جو باز آیا، جفا کی تلافی کی بھی ظالم نے تو کیا کی

ہندی جراحی کے عظیم الشان نظام اور سلسلۂ کمالات کا جو بیان اوپر درج ہوا ہے وہ بیشتر مغربی مصنفین و محققین ہی کی آراء کا خلاصہ ہے، اور ان ابتدائی اوراق میں ہمنے علاوہ دیگر مصنفین کے دائرۃ المعارف برطانیہ (انسائکلوپیڈیا برٹانکا) سے بالخصوص استفادہ کیا ہے + دراصل ہندی فن جراحت کی بحث اسقدر دلچسپ،

اہم اور طویل ہے کہ ان مختصر اوراق میں اوس کے تمام پہلوؤں پر روشنی ڈالنا اور جا بجا مختلف محققین و مؤرخین کے اقوال کی تمام و کمال تعقول پیش کرنا ممکن نہیں ۔ اس موضوع پر ڈاکٹر گرندر ناتھ صاحب مکھوپادھیا کلکتوی نے نہایت فاضلانہ تحقیق اور تاریخی جدت سے کام لیکر طویل محنت و دماغی کاوش کے بعد دو ضخیم جلدیں انگریزی زبان میں تالیف کی ہیں، جو جامع کلکتہ (کلکتہ یونیورسٹی) کی طرف سے سنہ ۱۹۱۳ء میں شائع بھی ہو چکی ہیں[1] ۔ ہم بزور سفارش کرتے ہیں کہ شائقین اونکے مطالعہ سے ضرور مستفید ہوں، ڈاکٹر صاحب موصوف کی تحقیق کی داد دیں، اور قدماء ہند کے مخفی علمی خزائن سے واقف ہوں، اس کتاب کی ایک جلد میں ہندی آلات جراحیہ کی تصاویر بھی ہیں اور اونکے مقابل عربی اور انگریزی آلات جراحیہ بھی دکھائے گئے ہیں جن سے ارتقاء جراحی کی تصویر آنکھوں کے سامنے پیش ہو جاتی ہے ۔

(۲) یونانی و رومی فن جراحت

(الف) یونانی جراحی

یونانی جراحیات کی ابتدائی تصویر جس طرح ہندوؤں کا جراحی کمال سنسکرت کے قدیم صحائف اور مقدس کتب سے ظاہر ہوتا ہے، اوسیطرح یونانی کتب قدیمہ سے یونانیوں کے جراحی صنایع و بدایع کی تنظیم و ترقی کا پتہ چلتا ہے ۔ یونان کے نہایت قدیم اور مشہور قومی شاعر ہومر کی زندہ جاوید رزمیہ نظموں میں یونانی جراحیات کی ابتدائی تصویر نظر آتی ہے ۔ یونانی عقیدہ کے مطابق خدائے طب اپولو سے علم طب کی پیدائش منسوب ہے ۔ اپولو کے بعد اوسکا جانشین اور بیٹا اسقلیپیوس خدائے طب مشہور ہوا ۔ دراصل اسقلیپیوس ایک نہایت نامور اور کامیاب حکیم تھا، مگر اہل یونان کی مذہب، المثل خوش عقیدگی اور واہمہ پرستی نے اس باکمال ہستی کو "طبی دیوتا" بنا دیا ۔ اوسکی وفات کے بعد اوس کی قبر زیارت گاہ عوام بنگئی اور ایک خاص معبد میں اوس کے مجسمہ کی پرستش ہونے لگی ۔ مایوس المعالج مریض اس مجسمہ کے گرد جمگھٹوں ہوکر

[1] دی سرجیکل انسٹرومنٹس آف دی ہندوز۔

دعائیں مانگتے اور اقسام اقسام کے چڑھاوے چڑھاتے، رات کو وہیں سوتے اور مقدس خوابوں سے تعبیر لے کر اپنا علاج کرتے + ان خوابوں میں نہ صرف مناسب دواؤں اور جڑی بوٹیوں کے استعمال کے متعلق الہام ہوتا بلکہ پرہیز، مناسب غذا اور روزہ رکھنے کی ہدایت بھی ہوتی تھی + اب اسے خوش عقیدگی کا نتیجہ سمجھئے یا مناسب غذا و خوراک اور پرہیز کا اثر، کہ اکثر مریض شفایاب ہوتے اور خوش خوش اپنے گھر واپس آتے + مندرجے پوجاری اس قسم کی الہامی ہدایتوں اور مقدس علاجوں کی تفصیل معہ مریضوں کی تصویر کے اوس مرجع خلائق عمارت کے ستونوں اور محرابوں پر کندہ کرتے جاتے تاکہ آنے والی نسلیں اوس سے مستفید ہوں + یہ ظاہر ہے کہ اس قسم کے "الہامی" علاجوں کا اثر ہر قسم کے مریضوں پر عرصۂ دراز تک جاری و حاوی نہیں رہ سکتا تھا،

لہٰذا پوجاریوں نے جڑی بوٹیوں کے خواص و استعمال کی تفتیش کی ضرورت نہایت چابکدستی سے محسوس کرکے بتدریج علم الادویہ اور علم العلاج کی تدوین و تنظیم کا سنگ بنیاد رکھا + یہ واقعہ ہے کہ یہی تقدس مآب بزرگ ابتداءً ہر ملک و قوم میں حامل طب تھے + اسقلیپیوس کے دو بیٹے، ماخاون اور پودالیرس مشہور محاصرۂ "ٹرائے" میں جراحی خدمات پر مامور تھے اور مجروحین جنگ کا علاج کیا کرتے تھے۔ خصوصاً ماخاون (جس کا تذکرہ ہومر نے اپنی زینہ نظم میں تفصیل کیا ہے) مجروحین جنگ کے جسموں سے تیروں کے نکالنے میں خوب مشاق تھا + چونکہ وہ زخموں کو جڑی بوٹیوں اور شفابخش مرہموں کے استعمال سے بہت جلد درست کر سکتا تھا، اس لئے یونان کے جنگی کارناموں میں وہ ایک ممتاز حیثیت رکھتا ہے + جنگ آزما سورما جب مجروح ہوتے، اوس کے علاج سے بہت جلد شفایاب ہوکر دوبارہ شامل جنگ ہوتے اور فتح و نصرت کے پرچم اُڑاتے + اگرچہ ہومر کے زمانہ کی تشریح دانی کی بہت تعریف کیجاتی ہے مگر غور سے دیکھا جائے تو اوسوقت کا فن جراحی حجاموں کی دستکاری سے زیادہ وقیع نہیں تھا

اس طرح یونانی فن جراحی نے نہایت ابتدائی زمانۂ تہذیب میں واہمہ و خرافات پرستی سے جنم لیا اور خوش عقیدگی کے آغوش تربیت میں بتدریج منازل ارتقاء طے کیے + حتیٰ کہ ایک طویل زمانہ توہم اور تفتیش کی توأم حالت میں گذر گیا +

فیثاغورث نے ابتداءً علوم طب کو رواج دیا، جس کے بعد ایک جلیل القدر ممتاز ہستی (بقراط) نے فضائے یونان کو علم و کمال کی درخشندگی سے منور کرکے اصول طب و فن جراحی کی بنیاد رکھی +

بقراط کی جراحی بقراط (جسکا زمانۂ حیات تقریباً چار سو سال قبل ولادت مسیح تھا) ہی نے سب سے پہلے علمی و فنی حیثیت سے فن طب کی باقاعدہ تدوین و تنظیم کی + اس نے طب کی مختلف شاخوں پر متعدد کتابیں لکھیں + اس کے علمی ذخائر میں چند کتابیں علم الجراحت کے موضوع پر ہیں جن سے یونانی ایام جہالت کے مقابلہ میں بقراط کے زمانہ کے فن جراحی کی عظمت و شان اور ترتیب و ترقی کا اندازہ ہوتا ہے +

کسر و خلع (ہڈی ٹوٹنے اور جوڑ اوکھڑنے) پر اسکی دو کتابیں اسقدر مبسوط ہیں کہ بعض لحاظ سے آجکل بھی، جبکہ ترقی آلات و کمالات جراحیہ کا انتہائی زور خروش ہے، اوس کے مدوّنہ اصول و معلومات پر شاید ہی کچھ اضافہ ہوا ہو۔ "خلع شانہ" کی چار قسموں میں سے بقراط نے صرف "خروج تحتانی" (جس میں عظم العضد یعنے بازو کی ہڈی کا بالائی سرا اپنی طبعی وضع سے اوکھڑکر زیر بغل آجاتا ہے) ہی کو ایک عام اور کثیر الوقوع قسم بتایا ہے اور یہی خیال آجکل کے ماہران جراحی کا ہے + "خلع عظم الفخذ" کے اقسام میں "خروج مقدم" اور "خروج موخر" کو ہی عام بتایا ہے + ریڑھ کے پچھلے خاروں (سناسن) کے کسر کا بیان دیا ہے اور تنبیہ کی ہے کہ انکے ٹوٹنے کو غلطی سے "کسر صلب" نہیں سمجھ لینا چاہئے + "خمیدگی صلب" کے اسباب میں درن[1] کو بھی ایک اہم سبب بتایا ہے (جو سیکڑوں سال بعد "پوٹ[2]" کے نام سے مخصوص کیا گیا) + ان سب خصائص کے باعث بقراط کی تشخیص کو زمانۂ مابعد کی تشخیص پر سبقت و اولیت حاصل ہے + علم العلاج کے متعلق بھی بقراط میں وہی رفعت و بلند پائیگی موجود ہے جو ہند و طب کی شان امتیاز ہے + بقراط کی جراحیات میں کسر و خلع کے متعلق نہایت تفصیلی مقالات موجود ہیں، جن کی شناخت اور تحقیق میں اگرچہ اُسے عملی تشریح سے مدد ملنے کا موقعہ نہ تھا

[1] درن - ٹیوبرکل - | [2] پاٹس ڈزیز -

مگر اوسوقت کے اکھاڑوں، اور فن کشتی و پہلوانی کے حادثات سے معتدبہ مدد ملی + بقراط نے ایک مقالہ ضربات وجراحاتِ سر کے لئے مخصص طور پر درج کیا ہے، جس میں نہ صرف سر اور کھوپری کے زخموں کی نہایت باریک اور دقیق تقسیم موجود ہے، بلکہ "کسر انخفاضی" اور کسر بہ ضرب مقابل[1] تک کا بیان درج ہے + بقراط کے زمانہ میں کھوپری کی ہڈیوں کو آری سے قطع کرنے کا عمل (ثقب منشاری[2]) نہایت عام طور پر کیا جاتا تھا، بلکہ اس عمل کا استعمال اوسوقت بھی جائز و مباح سمجھا جاتا تھا جبکہ غشاۂ دماغ موجود نہ ہو + بقراط نے دیگر اعضاء جسم کے جروح و قروح بھی کثیر التعداد اقسام میں مخصوص طور پر گنائے ہیں +

زمانۂ بقراط کی جراحی کا ہنود کی جراحی سے مقابلہ

اوس زمانہ میں فتق - بواسیر - مستقیم کے اورام لحمیہ - ناصور المقعد - سقوط المقعد - استسقاء کے لیئے "فتح تجویف شکم" کر پانی پیٹ سے نکالنا وغیرہ امراض جراحیہ کا جراحی علاج کیا جاتا تھا + لیکن بعض دیگر اعمال مثلاً بتر یا اورام سلعیہ (رسولی) وغیرہ کی "تقطیع" جو ابتدائی ہندی جراحی میں عام طور پر رائج تھے، اوسوقت کی یونانی جراحی میں نہیں کیے جاتے تھے + پتھری نکالنے (عملیۃ الحصاۃ) کا عمل بھی مخصوص ماہرین ہی کر سکتے اور وہ بھی شاذ و نادر + تنفیخ صدر کی شناخت کا علم تھا اور اوس کے جراحی علاج کا طریقہ یہی تھا کہ پسلیوں کے درمیان کی فضاء (بین الاضلاع) میں شگاف دیکر پیپ خارج کر دی جاتی، مگر آجکل کی طرح پسلی کی ہڈی کا ٹکڑا کاٹ کر نہیں نکالا جاتا تھا + بقراط کے شاگردوں کو نہایت سخت قسم اس بات کی دی گئی تھی کہ جسم انسانی کا کوئی عضو (عمل بتر کے ذریعہ) ہرگز نہ کاٹیں + غالباً یہ ممانعت اوسوقت کے یونانی مذہب کے اصول کے مطابق تھی جس کے خلاف کوئی چارہ نہ تھا + یونانیوں کا علم تشریح بھی بہت زیادہ وسیع نہیں تھا کیونکہ وہ انسانی لاشوں کو مذہبی روایات کے خلاف

[1] کسر انخفاضی - کھوپڑی کی ہڈی کا ٹوٹ کر دب جانا +
[2] کسر بہ ضرب مقابل - وہ کسر جس میں سر کی ہڈی مقام ضرب سے دور ٹوٹے +
[3] ٹرپے ننگ +

چیر نہیں سکتے تھے، البتہ ادنیٰ قسم کے جانوروں کو چیر پھاڑ کر تشریحی معلومات حاصل کرتے رہے + اعمالِ ترقیع (مثلاً زندہ جلد کا پیوند لگا کر ضائع شدہ ناک بنا دینا، یا چہرہ، کان، وغیرہ کے عیوب کی اصلاح کرنا وغیرہ) جن کے اولین موجد اور مخصوص ماہر قدمائے ہنود تھے، یونانیوں کو اوسوقت معلوم نہ تھے، نہ یونان میں کیے جاتے تھے +

یونانی آلات جراحیہ جراحی آلات میں ملقط[1]، مسبر[2]، محبس منفذی[3]، منظار المستقیم[4]، قاطع[5]، اور مختلف اقسام کے کاویات و محرقات تھے +

مجموعی حیثیت سے دیکھا جائے تو بقراط ہی مغربی جراحیات کا اولین اور اعلیٰ ترین قائد ہے + یہاں اس بحث کی گنجایش نہیں۔ کہ بقراطی اعمال جراحیہ کا اصلی و حقیقی ماخذ کیا تھا + قدیم مغربی مؤرخین فخر ایجاد و اولیت کا مستحق بقراط اور یونانیوں کو ہی بتاتے ہیں، مگر جدید تحقیقات نے ایک ایسا زوردار تاریخی مواد اور ناقابل انکار شواہد کا انبار پیش کر دیا ہے کہ جسے دیکھ کر اب حقیقت بین یورپ والوں کو بھی لامحالہ یہی نتیجہ اخذ کرنا پڑتا ہے کہ فخر ایجاد و قدیم ہنود کا ہی حصہ ہے + ہنود کا علم طب و فن جراحی مختلف ذرائع سے (جن میں ایرانیوں کا حصہ پیش پیش ہے) یونان پہونچا + الغرض ماخذ کچھ ہی ہو مگر اس سے بھی انکار نہیں ہو سکتا کہ ابتدائی یونانی فن طب جو توہمات باطلہ اور عقیدات واہیہ سے بھرا پڑا تھا اور جسے اصلی معنوں میں علمی و فنی حیثیت حاصل ہی نہ تھی، ایسے ناقص انبار پارینہ کو بقراط ہی کی عالی دماغی اور بلند نظری نے علمی و فنی جامہ پہنایا۔ اور فقر مذلت و گمنامی سے اُٹھا کر آسمانِ فضیلت کے انتہائی عروج پر پہونچا دیا + بقراط کے اعمالِ جراحیہ بلاشبہ بعض کے اصل میں وہی ہیں جو آج زیادہ مہذب و آراستہ ہو کر مہذب دنیا میں رائج ہیں اور جن کی چار دانگ عالم میں دھوم ہے +

(ب) اسکندریہ و روما و بیزنطین کی جراحی

بقراط کے بعد کچھ عرصہ تک ایک ایسا دور سیاسی جمود و سکوت رہا جس میں جراحی کی

---

[1] فارسپس۔ [2] پروب۔ [3] ڈائرکٹر۔ [4] رکٹل اسپے کیولم۔ [5] کٹنے ٹر۔

رفتہ رفتہ سست رہی اور کوئی قابل تذکرہ ترقی وقوع میں نہ آئی، حتیٰ کہ حضرت مسیحؑ کی ولادت سے تقریباً تین سو سال قبل کے زمانہ میں

اسکندریہ میں طبی مدارس

کی بنیاد رکھی گئی + اسکندریہ کے مدارس اس خصوصیت کے باعث ممتاز ہیں کہ ان میں انسانی تشریح کی بہت ترقی ہوئی اور بعض روایات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس زمانہ میں یہاں زندہ انسانوں پر بھی تشریحی تجربات کیے گئے + اسکندریہ کی فنی ترقی کا زمانہ ایرو فیلوس - ایراسیسٹراطوس - فی لوکسی نوس - جاجیاس ہیرو - اپولونی - اور مشہور ماہر عملیۃ حصاۃ "اموئیس" جیسے نامور فضلاء کے باعث ممتاز و قابل یادگار سمجھا جاتا ہے + اس زمانہ میں تشخیص مرض کے متعلق باقاعدہ اصول منضبط ہوئے اور اعمال بالید نہایت بلند نظری اور بے باکی کے ساتھ اختیار کیے گئے + علم العلاج کو مختلف شعبوں میں منقسم کیا گیا، اور مخصوص امراض کا علاج صرف اوس شعبہ کے مختص ماہرین کے سپرد کیا + بایں ہمہ دقیقہ رس نظروں سے پوشیدہ نہیں کہ اس عظیم الشان طبی ترقی کے باوجود فلسفۂ امراض[1] اور علم افعال[2] اعضاء کے متعلق بقراط کی معلومات پر کوئی معتدبہ اضافہ نہ ہوا + اسکندریہ کے ماہرین جراحی اپنی مرہم پٹی کی باریکی و پیچیدگی کے باعث مشہور ہیں + پٹی باندھنے کے بیشمار و مختلف طریقے ایجاد ہوئے +

ایرو فیلوس نہایت بے باکی اور جرأت کے ساتھ نشتر جراحت چلاتا، حتیٰ کہ اعضاء رواحشاء شکم مثلاً کبد و طحال پر بھی بلا تکلف کانٹ چھانٹ کرتا + اوس کی رائے تھی کہ طحال جسم انسانی میں کوئی رفیع اہمیت نہیں رکھتی ہے + احتباس البول کا معالج وہ ایک خاص قسم کے فانا طیر سے کرتا، جو عرصہ تک اوس کے نام سے منسوب و مشہور رہا +

پتھری نکالنے کا عمل خاص خاص ماہرین ہی بکثرت کرتے تھے اور حکیم اموئنیس نے تو اندرون مثانہ پتھری توڑنے (عمل تفتیت الحصاۃ[3]) کے لئے

---

[1] فلسفۂ امراض - پیتھالوجی -
[2] علم افعال اعضاء فزیالوجی -
[3] لیتھوٹرپسی -

ایک مخصوص آلہ (مشفیۃ الحصاۃ) ایجاد کرکے استعمال کیا +

رومی فن جراحت کی بنیاد دراصل اون جلاوطن شدہ یونانی غلاموں کی وساطت سے پڑی جو روما میں آباد ہوگئے تھے + یہ غلام عام طور پر شہر میں حمام اور حجامت کی دوکانیں رکھتے تھے اور وہیں جراحیات کی ادنیٰ مشقیں ہوتی تھیں + رومی دستوری سلطنت کے زمانہ میں اہل روما یونانی جراحیات کی ترقی کو نہایت رشک و حسد کی نگاہوں سے دیکھتے تھے + چنانچہ روایت ہے کہ شاہ قاطو اعظم (۲۳۴ ق۔م سے تا ۱۴۹ ق۔م) جو یونانیوں سے بالخصوص جو حسنِ رقابت رکھتا تھا، اپنی جاگیر میں طب و جراحی کی مشق کرتا + سب سے پہلا یونانی حکیم جو روما میں جا بسا

حکیم آر کا غیطوس

(۲۱۸ قبل مسیح) اسکو اعمال جراحی اور کادیات کے استعمال کا اسقدر شوق و ذوق تھا کہ جاہل رومی اسے جلاد کے نام سے پکارتے تھے اور بالآخر رومیوں کی ناقدری اور جہالت نے اس نامور حکیم کو جلاوطن کرکے روما کی حدود سے باہر نکالدیا +

حکیم اسقلی بیدوس نے (جو مشہور فلسفی سلسرو کا دوست اور ہمعصر تھا) یونانی طب و جراحیات کا روما میں مستقل پایہ جمایا + یہ نہایت کامیاب طبیب ہی نہ تھا بلکہ جراحی کا نہایت باکمال مشاق تھا قطع الحنجرہ اور قطع القصبہ جیسے مشکل اعمال جراحیہ اسی کی ایجاد ہیں + اس کے فنی شوق و جرأت کا اندازہ اس سے ہوسکتا ہے کہ اس نے نہایت جسارت اور بے باکی سے خود اپنے جسم کو تشریحی تجربات کے لئے وقف کردیا تھا، تاکہ عوام دیکھیں اور اپنا شوق تجسس پورا کریں +

۱ لیتھوٹرانٹ۔	۵ اسکلے پیا ڈیس۔
۲ ری پبلک۔	۶ لیرنگا ٹومی۔
۳ کیٹومیجز۔	۷ ٹریکیا ٹومی۔
۴ ارٹشاگے ٹھوس۔	

حکیم طمیسان نے سب سے پہلے جوکوں کے استعمال کا رواج دیا۔ جوکوں کا رواج ہندوستان میں نہایت قدیم زمانہ سے چلا آتا تھا۔

حکیم سلسوس[1] سب سے پہلا رومی حکیم ہے جو شاہ اغسطس[2] کے زمانہ حکومت میں گذرا ہے۔ اس کی حیات کا زمانہ غالباً پہلی صدی مسیحی کی ابتدا میں ہے۔ اس نے تاریخ طب پر ایک نہایت جامع اور بسیط کتاب لکھی ہے جس سے فن جراحت کی کئی صدیوں کی تاریخ و حالت پر روشنی پڑتی ہے۔ اس کتاب کا ساتواں اور آٹھواں مقالہ جراحی سے مخصوص ہے، جس میں بیشتر وہی باتیں درج ہیں جو برہمنی شاستروں اور یونانی جراحیات کے قواعد و ضوابط پر مشتمل ہیں۔ اس نے اعمالِ[3] ترقیح کے ذریعہ ناک، کان، اور لبوں کے بنانے کی ترکیبیں مشرح طور پر درج کی ہیں، اور فتق کے لیے عمل بالید کے علاوہ رد الفتق[4] کی ترکیب بھی بیان کی ہے، جس میں یہ بھی درج ہے کہ "فتق کو واپس داخل کرنے کے بعد مجری البول[5] کو کئی بالنار سے داغ دینا چاہیئے"۔ سلسوس نے مشہور عملیۃ الحصا کا جو بیان درج کیا ہے وہ فی الحقیقت اوسی عمل کا چربہ ہے جو نہایت قدیم زمانہ سے ہندوستان اور خاص اسکندریہ میں بھی عملاً کیا جاتا تھا۔ اس نے مختلف مقامات کے ناصور کا علاج بھی بتایا ہے اور دیوار سینہ کے ناصور کے علاج میں پسلی کے استیصال جزئی (ٹکڑے قطع کرکے نکال ڈالنے) کا طریقہ بتایا ہے کھوپری اور سر کے اعمال میں ثقب[6] منشاری کو وہی اہمیت دی ہے، جو اس عمل کو یونانی جراحی میں حاصل تھی۔ اس زمانہ کے فن جراحت کے علو شان کا اندازہ اس سے ہوسکتا ہے کہ جب پتھری مجری البول میں پھنس کر اوسکو مسدود کردیتی، تو جلد کے نیچے مجرای بول کو کاٹ کر نکال لی جاتی۔ اطراف بدن (ہاتھ پاؤں) وغیرہ کو قطع کرنے کے لیے ایک خاص عمل بتو سلسوس نے مشرح و مفصل

---

[1] سلسوس۔
[2] آگسٹس۔
[3] پلاسٹک آپریشن۔
[4] ٹیکس۔
[5] انگوئنل کیسنال۔
[6] ایکچوئل کاوٹری۔
[7] ٹریفائننگ۔

طور پر بیان کیا ہے + اعضاء کو اس طور پر قطع کرنے کا طریقہ (جو ابتک بھی بعض حالات میں رائج ہے) جراحی ادب میں سب سے پہلی مرتبہ سلسوس نے بیان کیا ہے +

مندرجۂ بالا تفصیل سے ظاہر ہے کہ بقراط کے بعد (اور جالینوس سے پہلے) سلسوس وہی ایک ایسا نامور حکیم اور جراح گذرا ہے جس نے قدماء کی میراثِ فن پر چار چاند لگائے اور یونانی جراحیات کو مزید ترقی و اضافات سے آراستہ کرکے آئندہ آنے والی نسلوں کے لیے ایک شاہراہ ترقی کی بنیاد ڈالدی +

سلسوس کے بعد جو نامور رومی حکماء گذرے ہیں ان میں کے چند قابل تذکرہ ہیں :- مثلاً

طیسالوس[1] جس نے مختلف اقسام کے جراحات اور زخموں کے علاج کی ترکیبیں ایسی وضاحت و شرح سے بیان کی ہیں جو آجکل کے ترقی پذیر زمانہ کے معالجات سے ٹکر کھاتی ہیں +

دسقوریدیس[2] جس نے مکلوب[3] اور زہریلے حیوانات کے کاٹنے کے علامات و معالجات کا بیان دیا ہے +

اری طیوس[4] جو پہلی صدی عیسوی میں گذرا ہے اور جس نے سب سے پہلے تیلنی نکسی (ذراریح) کے ذریعہ آبلہ پیدا کرنے کا رواج ڈالا +

اری جینیس[5] **اور روفس**[6] نے سلسوس کے ایجاد کردہ ابتدائی طریقہ کی اصلاح کرکے ضغط (دباؤ) اور ربط (بند) کے ذریعہ عروق سے جریان خون کو بند کرنے کی ترکیب ایجاد کی + اری جینیس نے سب سے پہلے ربط مُدَوَّر (عروق کے گرد گول بند لگانے) کی ترکیب ایجاد و استعمال کی +

سرنوس[7] نے ہڈیوں کے ٹوٹنے (کسر) کے مختلف اقسام و علامات تشخیصی کی (خصوصاً کسرِ صُلب کے متعلق) تخصیص و تصریح بتائی + امراض النساء پر اس نے ایک کتاب لکھی اور آلۂ منظار الفرج ایجاد کیا +

---

[1] تھیالوس۔
[2] ڈیاسکوریڈیس۔
[3] مکلوب۔ وہ جانور جسے پاگل کتے نے کاٹا ہو۔
[4] اری ٹیوس۔
[5] اری جی نیز۔
[6] روفوس +
[7] سورانوس۔

ہیلی دوروس[۵۱] نے اعضا کو بتر شرائحی کی ترکیب سے کاٹنے کا طریقہ ایجاد کیا اور بتر شدہ دکو ناقص طریقہ بتایا + علی ہذا اس نے عروق سے سیلان خون کو روکنے کے لئے شرائین کو مروڑنے کا طریقہ (عمل سل[۵۲] والتواء) بھی ایجاد کیا + مگر معلوم ہوتا ہے کہ زمانۂ مابعد میں یہ عمل اور ربط (بند لگانے) کا طریقہ متروک ہوگیا اور اس کے بجائے داغنے (کی بالنار) کا رواج معقبول ہوگیا + ایک محقق ہے سنہ (نامی) کا بیان ہے کہ ہیلی دوروس نے فق[۵۳] الصفن کا جراحی عمل اور ضیق[۵۴] مجرائی بول کے دو حصے کاٹنے کا طریقہ ایجاد و استعمال کیا + ہے سنہ لکھتا ہے کہ "یہ سلطنت روم میں کمال جراحیات کی شاندار مثالیں ہیں" +

جالینوس (پیدائش ۱۳۱ء۔ وفات ۲۰۰ء) اس نامور یونانی النسل حکیم نے اسکندریہ میں تعلیم پائی + جالینوس سلطنت روم کے زمانۂ شباب میں فن طب کا مجدد (زندہ کرنے والا) خیال کیا جاتا ہے + شہنشاہ ہاڈرین کے عہد حکومت میں بمقام پرماس واقع ایشیائے کوچک پیدا ہوا۔ لیکن اصل وطن سمرنا تھا۔ چنانچہ اسی جگہ تعلیم ختم کرکے اوس کے استحکام دمشق کے لیے روانہ گیا + جالینوس علم طب اور علم الامراض و علم العلاج میں آفتاب بنکر چمکا + اس کی تحقیقات طبی اور تجربات عملی نے علوم تشریح، منافع الاعضاء اور اصول علاج میں نہایت اہمیت اور عالیشان رفعت پیدا کردی، مگر جہاں تک ارتقاء جراحیات کا تعلق ہے، باوجود اس کے کہ جالینوس خود ایک نہایت جدت پسند تشریح داں اور اول درجہ کا کامیاب جراح تھا، اوس کی تصانیف میں کوئی خاص اور اہم نئے اضافات جراحی کے متعلق نہیں پائے جاتے، اور وہ زیادہ تر جراحی میں بقراط کے شارح و مفسر کی حیثیت سے ممتاز ہے +

البتہ جالینوس کے جراحی کمالات میں چند باتیں قابل لحاظ ہیں (۱) جالینوس پہلا شخص ہے

---

۵۱ ہیلی ڈوروس۔

۵۲ فلیپ امپوٹیشن۔ عضو کے کاٹنے کا وہ طریقہ جس میں گوشت کے جھالر رکھے جاتے ہیں +

۵۳ سرکولر امپوٹیشن۔

۵۴ ٹارسٹن۔

۵۵ اسکروٹل ہرنیا۔

۵۶ اسٹرکچر آف یوریتھرا۔

جس نے صحیح اور کامل تشریح دانی کو جراحیات کے لئے ضروری اور اہم بتایا، اور نہ صرف اصولاً بلکہ عملاً اوس نے تشریح کے فوائد کا اپنی جراحی میں ثبوت دیا +
(۲) اوس نے جراحی معالجات اور اعمال میں ایسی باقاعدگی، ترتیب و تنظیم کی تدوین کی جو اوس سے پہلے موجود نہ تھی + (۳) زخموں اور جراحات کے پیدا ہونے والے نتائج اور عوارض بعیدہ کے متعلق وہ بوجہ اپنی کامل تشریح دانی کے نہایت صحت اور کامیابی کیساتھ پیشین گوئی کرتا اور انذاری رائے قایم کرسکتا تھا + عوارض و نتائج امراض کے متعلق ایسی صحیح رائے اوس سے پہلے کسی طبیب نے قایم نہیں کی تھی، کیونکہ اس سے پہلے حکماء دقیق و صحیح تشریح سے اسقدر واقف نہ تھے +
(۴) پٹیوں کی بندش کے طریقوں اور شریانی سیلان خون کے روک تھام کے وسائل کی بابت اوس کی تحقیقات و معالجات بہ نسبت اوس کے پیش رُو ماہرین جراحی کے بہت بہتر تھے + (۵) علاوہ ازیں، جراحی کے دو اہم کارنامے جالینوس کی ذات خاص سے منسوب ہیں۔ یعنے اوس نے نخرالقص[1] کا جراحی علاج عظم القص کے کچھ حصہ کو کاٹ کر (استیصال جزوی کے عمل سے) کیا + دوم یہ کہ اوس نے شریان صدغی کو "عملِ ربطِ شریانی" کے ذریعہ گرہ لگا کر باندھ دیا +

جالینوس نے سب سے قیمتی اور قابل قدر دریافت یہ کی کہ اُس نے تجربہ سے معلوم کیا کہ تمام شرائین (بالخصوص وہ جو قلب سے تمام بدن میں خون پہونچاتی ہیں اور جو اس وقت تک صرف روح سے پُر خیال کی جاتی تھیں) صرف خون سے پُر ہوتی ہیں +

جالینوس کے بعد یونان کے علوم و فنون میں جو عمومی زوال پیدا ہوگیا، اوس سے فنِ جراحت بھی متاثر ہوئے بغیر نہ رہا + بایں ہمہ جو شاذ نادر جراح گذرے ہیں اونکے حالات بعض کتب تواریخ میں ملتے ہیں + جالینوس سے دو صدی بعد "اوریباسیوس" اور چھٹی صدی عیسوی میں "اِی طیوس" نامی دو مؤرخین گذرے ہیں جن کی محفوظ تحریرات سے اوس زمانہ کی رومی جراحیات کی حالت تزنہ و ترقی کے متعلق روشنی پڑتی ہے + چنانچہ روایت ہے کہ "انتی لوس" لیوٹی دیز، فلاغریوس

[1] نخرالقص۔ سینے کی ہڈی کا بر سیدہ ہوجانا (کیریز آف اسٹرنم) +

اور پال اون نامی جراحوں میں سے ہیں جو جالینوس کے بعد گذرے ہیں +

انتی لوس (سنہ ۳۰۰ء) کو علامہ ہیزر نے دنیا کے قابل ترین جراحوں میں شمار کیا ہے + اس نے انورسما کے لیے یہ جراحی عمل ایجاد کیا کہ شریان ماوف کو کیسۂ انورسما سے اوپر اور نیچے کے مقام پر گرہ لگا کر باندھ دیا اور کیسۂ انورسما کو کاٹ کر خالی اور خارج کر دیا + شکر پڑے ہوئے اعضاء کو بذریعہ عمل قطع الاوتار کے درست کیا + جیسا آجکل کیا جاتا ہے + انتی لوس (اور لیڈنی دیز) نے گردن کے متورم غدد کو کاٹ کر خارج کیا + عروق کو کاٹنے سے پہلے اون میں گرہ لگانے کی ترکیب بتائی اور شریانِ سباتی اور ورید وداجی کو بچانے کے لیے متنبہ کیا +

ہیلی دوروس اور لیوئی دیز نے بتر شرائحی کا طریقۂ عمل ایجاد کیا +

پالِ ایجینا جو ساتویں صدی عیسوی میں گذرا ہے یونانی رومی جراحیات کا آخری نامور اور قابل ذکر جراح ہے +

بیزنطینی جراحی سلطنت روما کے زوال کے بعد تین صدیوں میں فن جراحی نے جو ادتار چڑھاؤ دیکھے، اونکی مختصر تفصیل ایجینا کے نامور جراح پولوس کی کتاب (سنہ ۶۵۰ء) میں محفوظ ہے + پولوس کی سات کتابوں میں سے چھٹی کتاب میں خالص عملی جراحی کا تذکرہ ہے اور چھٹی کتاب میں بیشتر امراض جراحیہ کا بیان درج ہے + علامہ ایڈمس فرانسیسی نے پولوس کی اس مشہور تصنیف کی شرح وتفسیر نہایت قابلیت سے لکھی ہے، جس میں دنیائے قدیم کی جراحیات کی ایک جامع تصویر نظر آتی ہے + چنانچہ وہ لکھتے ہیں:-

"پولوس کی چھٹی کتاب عمل جراحی کے متعلق ایک ایسا مکمل نظام پیش کرتی ہے جو زمانۂ قدیم سے ہم تک منتقل ہوا ہے۔ جیلی عباس اپنی کتاب "علیات" میں تمام مطالب پولوس سے نقل کر دیتا ہے + ابوالقاسم الزہراوی، جو تمام دیگر عربی مصنفین میں اپنی جدت اور صائب الرائی کے لئے ممتاز اور یکتا شخصیت رکھتا ہے، وہ بھی سارے کے سارے بابوں میں پولوس کا حوارئی ہے + زہراوی کی کتاب "تصریف"

لہ پال آف ایجینا لہ یہ اہل یورپ کی خود پسندی ہے کہ دوسرے غیر یورپی کاملین فن کے کمال کو ہمیشہ

یورپ کی تقلید سمجھتے ہیں +

(جو علم الامراض کے متعلق حکمائے سلف کے اصول و رائے کا بیش بہا خزانہ ہے) میں جو مطالب درج ہیں، اُن میں بعض ایسے مباحث ہیں جو پولوس میں نہیں پائے جاتے، وہ اُنتی لوس اور اسٹرکا جینس سے ماخوذ معلوم ہوتے ہیں + یہ ہے دیگر صاحب الرائے حکما۔ تو اگرچہ بعض اوقات ہمیں مخصوص مضامین کے متعلق اونکی رائیوں کی تشریح و تصریح کرنے کی ضرورت پیش آئے گی، مگر ان میں سے کسی ایک نے پولوس کی طرح جراحیات میں تنظیم نہیں پیدا کی + حتی کہ ابن سینا ہی (جو طب کے متعلق دوسری ہر چیز کا بیان نہایت تفصیل و شرح سے دیتا ہے) عملیات جراحیہ کے متعلق اپنے بیانات میں نقص و ابہام سے معرا نہیں، اور جو کچھ تشریح و تفصیل عملیات کے باب میں اوس نے دی بھی ہے وہ بھی تقریباً تمامتر پولوس سے ماخوذ ہے + کسر و خلع کے متعلق جو بیانات بقراط اور اوس کے شارح جالینوس نے دیے ہیں وہ تقریباً پورے پورے ہیں، لیکن جراحی کے دیگر مضامین کے متعلق ان کی معلومات قلیل و مختصر ہیں +

پولوس نے خود بھی بعض اصول و عملیات جراحیہ منضبط کیے۔ مثلاً استلاء دمی کے علاج کے لئے وہ بجائے "استفراغ عمومی" کے "استفراغ مقامی" کو زیادہ مناسب سمجھتا تھا + پتھری نکالنے کے لیے وہ بجائے "عمل شق وسطانی" کے "شق جانبی" کو زیادہ پسند کرتا، اور خارجی شگاف کا آزادی سے کرنا اور اندرونی شگاف کا محدود رکھنا مناسب خیال کرتا تھا + انورسما کی تشخیص وہ "تواصل عروقی" کو دیکھکر کرتا اور انتی لوس کے طریقہ پر انورسما کا جراحی عمل کرتا + سرطان پستان کے لئے وہ پستان کے اخراج و انقطاع کے واسطے عمل بتر پستان کرتا + کسر رضفہ کا علاج بھی وہ کرتا تھا +

عربی و اسلامی جراحی

فتح مصر کے بعد سے اہل عرب یونانی طب و یونانی فن جراحی سے روشناس ہوئے اور یونانی و رومی علوم و فنون کے احیاء و ترقی میں کمال دلچسپی لینے لگے + عربوں کی زبردست خصوصیت یہ ہے کہ اونکی وساطت اور سرپرستی کے باعث یونانی و رومی فنون کی میراث قدیم جو یورپ کے قرون وسطی کی علمی و اخلاقی جہالت سلطنت روما کے

زوال اور اوس زمانہ کے سیاسی تغیرات کی کشمکش سے انتہائی پستی وکس مپرسی کی حالت میں پہونچکر قریب الفنا ہو چکی تھی نہ صرف تمام آفات سے محفوظ رہی بلکہ نسبتاً بہتر صورت ولباس میں، مزید تہذیب وشائستگی کی جلاء سے آراستہ ہوکر، یورپ تک پہونچ گئی + یہ ایک ناقابل انکار تاریخی واقعہ ہے کہ بقراط اور جالینوس کے نام وکمال کو عربوں نے ہی زندہ کیا اور یونانی فن طب کو چار چاند لگا دئے + کہتے ہیں کہ "علم طب معدوم تھا، بقراط نے اوسکو ایجاد کیا، مردہ تھا، جالینوس نے اوسکو تازہ روح پھونک کر زندہ کیا، متفرق ومنتشر تھا، رازی نے اوسکو جمع کیا، ناقص تھا، شیخ الرئیس بوعلی ابن سینا نے اوسکو مکمل کیا"[1] +

اسلامی طب کا عروج - ابو بکر محمد ابن ذکریا الرازی (زمانہ حیات ۸۵۰ء) سے شروع ہوتا ہے + رازی کی تصنیفات کئی سو سے زائد ہیں، لیکن علم طب پر اوس کی حاوی کبیر ایک نہایت ہی عمدہ کتاب ہے، جس کی شہرت آجتک قایم ہے + رازی نے چیچک وخسرہ میں تفریق کی اور تشخیص بتائی +

ہارون نامی ایک عربی حکیم نے سب سے پہلے مرض چیچک کو بیان کیا +

رازی کے بعد شیخ الرئیس بوعلی ابن سینا ۹۸۰ء میں بخارا میں پیدا ہوئے، اور دنیائے طب کے آسمان پر آفتاب بنکر چمکے + مختلف علوم وفنون پر متعدد کتابیں لکھیں + اونکی تصانیف کے سامنے بقراط اور جالینوس کی شہرت ماند پڑگئی + چنانچہ قانون شیخ ایک ایسی جامع اور بے نظیر کتاب ہے جسے فرانسیسی علماء نے "کلیہ عقل ودانش" کا نام دیا اور یورپ والوں نے بکمال احترام سر پر رکھا، یہ اصل کتاب پہلی مرتبہ ۱۵۹۳ء میں روما میں شایع ہوئی اور پھر ۱۵۹۵ء میں اسکا لاطینی ترجمہ وینس میں چھپا اور پھر فرانسیسی وانگریزی میں اس کے تراجم ہوئے +

دسویں صدی مسیحی میں ایک بہت بڑا طبیب موسویہ دمشقی گذرا ہے جسکی کتاب علم الادویہ پر صدیوں تک یورپ میں سند شمار ہوتی رہی اور پندرھویں سولھویں صدی تک چھبیس مرتبہ طبع ہوئی + جیمس اوّل، شاہ انگلستان کے زمانہ میں جو قرابادین ادویہ لندن کی شاہی طبی دارالعلوم کی طرف سے شایع ہوئی وہ درحقیقت یہی کتاب تھی

[1] ماخوذ از تاریخ الاطباء ڈاکٹر غلام جیلانی +

"خلیفہ ہارون الرشید اور اوس کے جانشینوں کے زمانہ میں مسلمانوں نے علوم طبیہ میں بہت ترقی اور اضافات کیے + چنانچہ اس خلیفہ کے زمانہ میں تین ہندوستانی وید، منی کا (منکہ) صالیہ (مالہ) اور ابن دھن، بغداد میں طلب کیے گئے + منی کا کی مدد سے دیگر سنسکرت طبی کتب کے علاوہ سُشرت سنگتھا کا بھی عربی میں ترجمہ کیا گیا + اسی زمانہ میں چرک کا بھی عربی میں ترجمہ ہوا + رازی نے اپنی کتاب الحاوی میں چرک اور سشرت کا ذکر کیا ہے اور بعض مقامات پر اونکی عبارتیں بھی نقل کی ہیں" +

لیکن دراصل علوم طب اور فن جراحیات پر ہسپانیہ (اندلس) کے بانیٔ تہذیب عربوں اور اندلسی مسلمانوں کا نہایت گرانبہا احسان ہے، جس سے مہذب دُنیا عموماً، اور یورپ والے خصوصاً، ہرگز ہرگز عہدہ برآ نہیں ہوسکتے آج یورپ کے مہذب ممالک اپنے عروج و رفعت اور اخلاق سوز تہذیب و ترقہ کے نشہ میں ایسے بدمست و سرشار ہیں کہ اون میں سے بیشتر اوس سرچشمۂ تہذیب و ہدایت کو بھول گئے ہیں، جو ہسپانیہ (اندلس) کے اکہرٹ عربوں نے اپنی انتہائی ذہانت و جبلی شانِ علم پروری سے یورپ کے قرون وسطیٰ میں جاری کیا، اور جس نے تمام یورپ کی تاریکی اور جہالت کو تہذیب و علوم کی نورانیت سے مبدل کرکے اوسوقت کی دنیا کو بقعۂ نور بنا دیا + اندلس کی تاریخ دیکھئے، اور تاریخ بھی "مبالغہ پسند" شرقیئین یا مسلمانوں کی نہیں بلکہ "انصاف پسند و حق شناس" عیسائیوں کی لکھی ہوئی[1]، تو آپ کو معلوم ہوگا کہ اوسوقت تمام یورپ کس حد تک قعر پستی و جہالت میں گرا ہوا تھا اور مسلمانان اندلس نے باوجود اپنی مسلسل خانہ جنگیوں کے کیونکر بیشتر تمام علوم و فنون اور تہذیب و تمدن کی بنا ڈالی، جس سے علم طب زندہ اور محفوظ رہا، جراحیات کے منضبط اصول اور باقاعدہ علم و عمل سے یورپ روشناس ہوا، اور دُنیا کی عام علمی بیداری سے علوم و فنون کی ترقی جاری ہوئی +

[1] ملاحظہ ہو فاضل امریکی اسکاٹ کی تاریخ اندلس مسمی ہسٹری آف مورش امپائر اِن یورپ" کا قابل دید ترجمہ (اخبار الاندلس) از مولانا خلیل الرحمن صاحب (مترجم نفح الطیب و مولدین و تاریخ الخلفا وغیرہ) +

اس مختصر تبصرہ میں زیادہ تفصیل کی گنجائش نہیں، لہٰذا ہم مشرح تاریخی شواہد سے قطع نظر کرکے، محض تمثیلاً مشہور یورپی مؤرخ لین پول[1] کی تاریخ اندلس سے ذیل کے مختصر اقتباسات پر اکتفا کرتے ہیں جس سے خلیفہ اعظم عبدالرحمٰن ثالث (از ۹۱۲ء تا ۹۶۱ء) کے مبارک عہد کی علمی ترقی و تہذیب کا اندازہ ہوگا +

اس میں شک نہیں کہ خلیفہ اعظم (عبدالرحمٰن ثالث) کے مبارک عہد میں مدینۃ الخلفاء (قرطبہ دارالخلافۂ اندلس) مسلمانوں کا واقعی مایۂ ناز تھا، اور بلحاظ اپنی شاندار عمارتوں، پرتکلف اور شائستہ طرز معاشرت، اور عام علوم و فضائل کے تمام یورپ میں باستثنائے شہر بازنطین کے عدیم المثال تھا + پھر اگر ہم یہ بھی خیال کریں کہ جو حالات عربی مؤرخین نے اوس کی شان و شوکت کے متعلق قلمبند کیے ہیں وہ یورپ کی دسویں صدی سے علاقہ رکھتے ہیں، لیکن ہمارے سکسن بزرگ اور ہمارے اسلاف چوبی جھونپڑوں میں رہتے تھے، موٹے اور خراب گھانس پھونس کو اپنا فرش بناتے تھے، جبکہ ہماری زبان بالکل شکستہ اور نامکمل و ناقص تھی اور لکھنے پڑھنے کا فن صرف چند ناویہ نشین راہبوں کا علم صدری تھا، تو ہم مسلمانوں کی نادر الوجود تہذیب و شائستگی کو قبل تسلیم ہی کرتے ہیں + یا اس سے بھی بڑھ کر اگر ہم یہ خیال کریں کہ اوسوقت تمام یورپ پر وحشیانہ جہالت اور حیوانیت کی گھنگور گھٹا چھائی ہوئی تھی۔ اور بجز اون مقامات کے جہاں روغن تہذیب کا ٹمٹماتا ہوا چراغ اپنی وقیانوسی وضع سے آس پاس کی سرزمینوں پر پریدہ رنگ شعاعیں ڈال رہا تھا، بجز اطالیہ کے بعض حصص اور قسطنطنیہ کے جہاں علم و شائستگی کے خفیف ذرے اس دامن تیرگی کو برائے نام چاک کر رہے تھے، تمام براعظم یورپ ظلمت کدہ کا نمونہ تھا۔ تو اوس وقت مدینۃ الخلفاء کی اس عجیب و غریب حالت کا خوب اندازہ ہوسکتا ہے"۔

آگے چلکر لین پول صاحب فرماتے ہیں "اس شہر میں ہر فن کے کاملین موجود تھے،

---

[1] تاریخ اسپین "مورز ان اسپین" از لین پول کا دلچسپ اردو ترجمہ از منشی عالم علی صاحب صدیقی سہارنپوری۔ باب آٹھواں +

شمس العلما جو جمیع علوم سے ماہر تھے، امراء و اکابر جن کے بذل و احسان زبان زد خلائق تھے... دنیا کے دور و دراز حصص سے شوقین طالب علم، عروض، الٰہیات، قانون، طبعیات، اور ہر شاخ علم تحصیل کرنے بکثرت آتے + چنانچہ شہر مذکور ہر قسم کے نامووں کا مقام اتصال، عالموں کا مخزن، طلاب کا سرچشمہ بنگیا... وہ ہمیشہ کا ملین فنون کا دنگل، ارباب علم کا جولانگاہ، ... بنا رہتا ہے + یہ بیان ایک عربی مؤرخ سے ماخوذ ہے، مشرقی تعریف اکثر مبالغہ کی حد تک پہونچ جاتی ہے مگر قرطبہ کی تعریف جس قدر لکھی گئی ہے زیبا ہے"

"دریا پر سترہ خوشنما محرابوں کا ایک نہایت عالیشان پل بنایا تھا جو مسلمانوں کی تعمیری[1] ہنرمندی کی سراپا صداقت تھی... شہر میں فقط صرف وہ حمام تھے جن میں ہر خاص و عام غسل کر سکتے تھے + حمام مسلمانوں نے ہر شہر و قصبہ میں ایک ضروری خط و خال سمجھکر بنائے تھے کیونکہ اونکے نزدیک پاکیزگی اور صفائی اگرچہ دینداری سے دوسرے درجہ پر تو نہیں مگر زہد و عبادت کی ہر بات کا مقدمہ تھی، حالانکہ زمانۂ وسطی کے مسیحی غسل سے اس بنا پر ممانعت کرتے تھے کہ یہ بیدینوں کا طریقہ ہے۔ چنانچہ راہب اٹ ڈوکور اپنی غلظت اور نجاست پر اس درجہ نازاں تھے کہ ایک متبرک خاتون فخریہ لکھتی ہیں کہ "ساٹھ برس کی عمر تک میں نے کسی عضو جسم کو پانی نہیں لگایا بجز انگلیوں کے سروں کے جبکہ میں گرجا میں جاتی تھی"

غرضکہ مسیحی جب نجاست کو خصوصیت کے ساتھ مذہبی تقدس کا جزو سمجھتے تھے تو مسلمان طہارت کے ذرہ ذرہ برابر ارکان پورا کرنے میں حد درجہ احتیاط کرتے تھے اور جب تک اپنے جسم کو اچھی طرح پاک صاف نہیں کر لیتے ہرگز اپنے احکم الحاکمین کے حضور میں جانے کی جرأت نہ کرتے تھے + آخرکار اسپین میں مسیحی سلطنت دوبارہ قایم ہونے پر فلپ دویم رمرتم جہاں سوز ملکۂ انگلستان کے شوہر نے تمام حماموں کو کفار یعنے مسلمانوں کی زندہ یادگار سمجھکر مسمار کرا دیا"

قرطبہ کے باغوں کی نضارت اور تروتازگی، اوس کے مکانات کی رفعت شہر کی جس قدر زیادہ تھی، اوسی قدر علوم و فنون میں بھی اوسکا مذاق بڑھا ہوا تھا گویا اوسکا

[1] انجنیری +

حُسنِ صورت عین حسنِ معنیٰ تھا + اوس کے اساتذہ کے علمی کمالات نے اوسکو یورپ بھر کا مرکز علوم و شائستگی بنا رکھا تھا + تشنگانِ علوم ہر طرف سے اسی علمی کوثر کے دریا دل ساقیوں کے دست نگر بننے آتے تھے +....

ہر شاخ علم کی تعلیم و تدریس پر کما حقہ توجہ کی جاتی تھی + بالخصوص علمی طب (فن جراحت) کو اندلس کے ماہران جراحی کے نئے نئے معلومات سے اسقدر وسعت اور ترقی ہوئی کہ تمام گذشتہ صدیوں میں (باستثنار عہد جالینوس) عدیم المثال تھی + چنانچہ ابو القاسم[1] الزہراوی جو گیارھویں صدی عیسوی میں اس فن کا مشہور اوستاد تھا اوس کے بعض عملیات بعینہٖ زمانہ حال کے عملیات سے مطابقت رکھتے ہیں + ابن زہر نے جو اس کے بعد فن طب کا دوسرا کامل گذرا ہے دو نو شاخوں یعنے عملی اور نظری طب میں اپنے نئے ایجادات سے اضافہ کیا + اسیطرح ابن بیطار نے جو علم نباتات مین مسلم اوستاد زمانہ تھا تقریباً تمام مشرقی دنیا میں سفر کرکے نئی نئی جڑی بوٹیاں اور اونکے خاص در یافت کیے اور اخیر میں اونکو ضخیم اور جامع کتاب کی شکل میں قلمبند کرکے یادگار زمانہ چھوڑا + ابو الروس بھی اسی زمانہ کا ایک مشہور فلسفہ دان اور اون جلیل القدر اور محسنِ زمانہ کاملین میں سے تھا جن کے حسنِ سعی نے قدیم یونانی فلسفہ کو زمانِ حال کے فلسفہ سے وصل کیا ہے + علم ہیئت، جغرافیہ، کیمیا، علم طبعیات، غرضکہ کوئی شاخ علم نہ تھی جس کی بطریق احسن تعلیم نہ دیجاتی تھی" (لین پول) +

اندلس کے اسلامی عہد میں اسلامی فن طب و جراحت کی جو دھوم تمام یورپ میں تھی اور قرب و جوار کے فرمانروایوں کے دل میں جو عظمت اور عقیدہ اندلسی اطباء کے متعلق تھا، اوسکا اندازہ ذیل کے تاریخی واقعہ سے ہوگا جسے ہم تاریخ اسپین سے نقل کرتے ہیں:-

[1] لین پول صاحب نے "ابو القاسم خلف" کا نام لکھا ہے۔ غالباً بلکہ ضرور یہ زہراوی ہے +

سانکو نے تختِ لیون سے معزول ہو کر ملکہ نوار کے پاس جو اوس کی دادی تھی پناہ لی + اِن دونوں نے ملکہ خلیفۂ قرطبہ سے استغاثہ اور استمداد کی + اس کی مفصل کیفیت یہ ہے:-

سانکو مرض فربہی سے اسقدر تنگ و عاجز آگیا تھا کہ بلا سہارے چل بھی نہ سکتا تھا + پس اوس نے ارادہ کیا کہ اطباء قرطبہ سے جنکی حذاقت کی دور دور یورپ بھر میں نظیر نہ تھی رجوع کرے + چنانچہ ملکہ طوطہ نے اس ضرورت کے لئے خلیفہ کی خدمت میں ایک قاصد بھیجا + ادھر سے خلیفہ نے اوس کے جواب میں ایک نہایت کامل اور حاذق یہودی طبیب کو جسکا نام حسدای یا حصدی تھا بھیجدیا تاکہ سانکو "فربہ" کا علاج کرے + مگر طبیب نے بوجب ایمائے خلیفہ چند شرائط پیش کیں + منجملہ ان کے ایک یہ بھی شرط تھی کہ سانکو اپنے چند خاص قلعے خلیفہ کو سپرد کرے اور معہ ملکہ نوار بذات خود قرطبہ آکر معالجہ کرائے + ہر چند ملکہ کے نزدیک ایسے لمبے سفر کی صعوبتیں جھیلنا اور وہاں پہونچکر خلیفہ کی عظمت تسلیم کرنے سے تماشائے خلق بننا سخت مشکل تھا + مگر اَھْلُ الْغَرَضِ مَجْنُوْن چارناچار اپنے بیٹے شاہ نوار اور بیٹے (معزول شدہ سانکو) کو لیکر روانہ ہوئی + خلیفہ عبد الرحمن ثالث نے بڑی عالی حوصلگی کو کام فرمایا اور پورے مراسم و آداب شاہانہ کے ساتھ اوسنے پیش آیا اور مناسب مہمانداری کی + خلاصہ یہ کہ سانکو نے خلیفہ کی بدولت نہ صرف اپنے مہلک مرض سے نجات پائی بلکہ ایک جرّی فوج کے ساتھ واپس آکر ۹۲۷ء میں لیون پر بھی قابض ہو گیا"+

مندرجہ بالا اقتباسات سے بخوبی روشن ہو گا کہ اسلامی اندلس کا پایۂ تخت شہر قرطبہ عربوں کے زیر حکومت، علوم و فنون، صنعت و حرفت بلکہ تمام تہذیب و شائستگی میں بلاشبہ دنیا کا نہایت منور اور مایہ ناز شہر تھا، اور اِن گوناگوں ترقیات کے دور میں جراحیات اور فن جراحی کی ترقی سب سے اعلیٰ اور ارفع تھی، جس کے صدقہ میں سارے یورپ نے مسلمانوں سے تحصیل جراحی کی اور اُسی بنیاد پختہ پر جدید دُنیا نے بتدریج ترقی کر کے ایک ایسی شاندار عمارت قایم کر لی ہے جس کے فیوض و برکات کی زمانہ حال میں دھوم مچ رہی ہے +

الغرض جب سلطنت روما کے دورِ تباہی و بربادی میں یونانی و رومی تہذیب و علوم، جہالت و تاریکی کا شکار ہوگئے تو اونکے ساتھ ساتھ فن جراحی کی شمع بھی گل ہونے لگی + حاملانِ علوم اور ماہرانِ جراحت کی کساد بازاری کا یہ عالم ہوگیا کہ ابتداً تو مقدس راہبانِ کلیسا و دیگر علوم کے ساتھ جراحیات کے بھی ٹھیکہ دار بنگئے اور جراحی کی علمی تعلیم اور عملی مزاولت کلیسا کی مقدس چہار دیواری میں مقید و محدود ہوگئی + مگر بالآخر جبکہ علوم[1] کی کونسل نے اِن تقدس مآب بزرگوں کے لئے بھی خون بہانا ممنوع قرار دیا تو فن جراحت کی رہی سہی تعلیم و تدریس بھی کلیسائی مدارس و جوامع سے خارج کردی گئی + نتیجہ یہ ہوا کہ اعلیٰ قسم کے جراحی اعمال بتدریج متروک و ناپید ہوگئے اور نہایت معمولی اور ادنےٰ عملیات، مثلاً معمولی زخموں کی مرہم پٹی کرنا، فصد کھولنا، جوڑوں کو بٹھلانا، پچنے لگانا، وغیرہ، دیگر ادنیٰ بازاری پیشوں کی طرح حجام جراحوں کے گروہ کی سرپرستی میں آگئے اور یہی جراح اور حجام قدیم فن جراحت کے مالک اور وارث بنگئے +

یورپ کی اس عالمگیر جہالت اور علمی تاریکی کے زمانہ میں، فضائے مشرق سے ایک بلند حوصلہ، علم پرور جماعت عرب فاتحین کی غیب سے معرضِ ظہور میں آئی جس نے مغربی یورپ میں بجلی کی چمک اور بادل کی گرج کے ساتھ علمی ضیاء پاشی کرکے فن جراحی کی ڈوبتی ہوئی ناؤ کو بچالیا! فتح مصر و اقتصائے مغرب کے بعد فوراً عربوں نے احیاء علوم اور تجدید فنون کی بنا ڈالی + یونانی و رومی علوم و فنون عربی تراجم کے ذریعہ عربی لباس میں جلوہ آرا ہوئے + بغداد و قرطبہ میں علمی دارالعلوم و جوامع قایم کیے گئے + صلیبی جنگوں نے مشرق و مغرب کے اشتراک و اتصال کے مزید موقعے دیئے، جن کے باعث اوسوقت کے جاہل اور نیم وحشی یورپی اقوام نے عربوں جیسی مہذب، شائستہ، متمدن اور ترقی یافتہ قوم سے اکتساب کمال کیا + شوقین اور آرزومند یورپی طلبا جوق جوق دمشق، بغداد اور قرطبہ کے مراکزِ علوم میں آکر فن جراحی کی علمی اور عملی تکمیل کرنے لگے + مسلمانوں کے ساتھ یہودی حکماء و اطباء نے بھی اسقدر ناموری حاصل کی کہ اکثر یورپی ممالک میں قدر و منزلت کے ساتھ انکی طلبی ہونے لگی +

[1] کونسل آف ٹورس۔

دار العلوم سلیرنو (واقع اطالیہ) جب مسلمانوں کے ہاتھ سے دوبارہ نکلگیا تو یورپی اقوام کے طبی درس کا مرکز بنگیا جہاں سے یونانی علوم اور اسلامی تراجم رفتہ رفتہ تمام یورپ میں پھیل گئے +

جیسا کہ گذشتہ صفحات میں تذکرہ ہوچکا ہے، احیاء جراحیات کی تاریخ میں سب سے زیادہ شہرت وفضیلت کا مستحق، اسلامی اندلس کا مایۂ ناز فاضل جراحی

حکیم ابو القاسم الزہراوی

ہے + علامۂ موصوف اپنے کمالِ جراحی، جدت علمی، وجودت طبع کا سکہ تمام دنیا پر بٹھا چکا ہے اور اسکی مہتم بالشان تصنیف "التصریف" بقائے دوام کا تمغہ حاصل کرچکی ہے۔ اس نادر طبی قاموس کا دوسرا حصہ (جو عام طور پر زہراوی کے نام سے مشہور ہے) جو عملیاتِ جراحیہ کی تشریح وتفصیل اور دقیق جراحی نکات پر مشتمل ہے اور جس میں اوس زمانہ کے آلات جراحیہ کی تصاویر بھی جا بجا درج ہیں، ایسا کامل علمی اور عملی نظامِ جراحی پیش کرتا ہے کہ جس کی بنیاد پر صنا عانِ یورپ نے بانوئی تہذیب وتعلیم جدید علم وعملِ جراحت کی عظیم الشان عمارت قایم کرلی، جس کی عظمت ورفعت پر آج ایک طرف تو متاخرین یورپ کو السقدر فخر ومباہات ہے کہ وہ بزعم خود اوس کی بنیاد واصلیت تک سے منکر ہیں، اور دوسری طرف ناقابل وناخلف مگر حیرت زدہ اور مبہوت مشرقی اطبار ہیں کہ میراثِ اسلاف سے قطعی بے بہرہ اور قدماء من کے کمالات سے یکسر معرا!

اس کتاب کا کئی یورپی زبانوں میں ترجمہ ہوا، چنانچہ سب سے پہلے مکمل ترجمہ لاطینی زبان میں ۱۵۱۹ء میں ہوا، پھر دوسرے حصہ کا عبرانی ولاطینی ترجمہ ۱۷۷۸ء میں آکسفورڈ (انگلستان) میں چھپا + حال ہی میں اسکا عربی نسخہ مطبع نامی لکھنؤ نے ہندوستان میں شایع کیا ہے + اس کتاب کے مطالعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ اسکا مؤلف ایک صائب الرائے، مجتہد فن جراح ہے۔ جو دوسروں کے بعض عملیات پر کھلے دل سے تنقید کرتا ہے۔ اور مجتہدانہ طور پر اپنی ایجادات جراحیہ کی تفصیل دیتا ہے۔ جس سے اس وہم باطل کی قطعی تردید ہوجاتی ہے کہ یہ کتاب کسی یونانی کتاب کا ترجمہ اور اسکی نقل ہے کس قدر غیرت وعبرت کا مقام ہے کہ زہراوی کے علمی خزانہ سے یورپ کے طالبانِ

فن تو سیکڑوں سال پہلے مستفید ہوں اور اُسے راہِ طلب میں چراغِ ہدایت بنائیں اور یہاں فن طب کے حاملین و وارثین سلف کی یہ شانِ جمود و استغنا کہ زہراوی کے ترجمے و شرحیں لکھنا تو ایک طرف، اصلی عربی نسخہ سے اب وشناس ہوتے ہیں! اور روشناس ہونے پر بھی ہماری کم مائگی و بدنصیبی کی یہ انتہا کہ ہم میں سے اکثر زہراوی کے مطالبِ علمیہ کو بخوبی سمجھنے تک سے قاصر ہیں!

کتاب زہراوی میں ابتداءً کی بالتار یعنے داغ دیکر جسم کے مختلف مقامات کے امراض کے علاج کا طریقہ بتایا ہے + پھر ۹، ۹ فصلوں میں سر سے پاؤں تک جہاں جہاں شگافوں کی ضرورت ہے وہاں شگاف دینے، بندش لگانے اور جراحات و فصد وغیرہ کا بیان ہے + اس کے بعد اعضاء شکستہ اور اُکھڑے ہوئے جوڑوں کی بندشوں اور بٹھانے کا بیان ہے ۔ مثانہ کی پتھری سالم نکالنے کی ترکیب قریب قریب وہی درج ہے جو آجکل کے ڈاکٹر عملیات لے حصات میں اختیار کرتے ہیں + قلت وقت اور تقاضائے اختصار کے باعث دیگر اعمال کی تفصیل کی یہاں گنجایش نہیں، ورنہ ہم بتاتے کہ بیسیوں اعمال جو زہراوی نے بیان کیے ہیں وہ وہی ہیں جو بادی النظر میں بھی پرستاران طب جدید رات دن کرتے ہیں مگر اُنکے ابداع و ایجاد کی اصلیت سے وہ قطعی ناواقف ہیں +

بارھویں صدی عیسوی کے آخری حصہ میں اقصائے مغرب اور اسلامی ممالک افریقہ میں ابن زُہر اپنے زمانہ کا نہایت فاضل طبیب اور بے مثل جراح گذرا ہے جو خلیفہ عبد المؤمن مالک اندلس کا شاہی طبیب اور وزیر مقرر ہوا + ابن زُہر (جسکا پورا نام ابو مروان ابی العلاء ابن زہر ہے) مشہور و معروف فیلسوف اور حکیم ابن رُشد کا اُستاد تھا اور اسی کے لئے اوس نے اپنے شہرۂ آفاق کتاب "التیسیر" تصنیف کی تھی جو فن طب کی نہایت معتبر کتاب ہے + انگریزی مصنفین بھی اس کتاب کی بہت تعریف لکھتے ہیں + سنہ ۱۴۹۰ء میں اس کتاب کا لاطینی ترجمہ ملک اطالیہ میں چھپکر شایع ہوا +

لے پرینیل لتھاٹومی۔ عجانی۔ عملیۃ الحصات +

سے انگریزی کتب میں اس کتاب کو میگنم اوپس کہتے ہیں +

ابن زہر طبی قیاسی نظریات ہی کا ماہر نہ تھا بلکہ عملیات جراحیہ میں بھی کمال رکھتا تھا۔[1]
ابوالقاسم زہراوی اور ابن زہر ہی نہیں۔ بلکہ اسلامی دور کے ہر زمانہ میں ماہرین جراحت کی ایک فہرست ملتی ہے جو اپنے اپنے اعمال میں کامل دستگاہ اور مہارت رکھتے تھے، مثلاً ابوبکر محمد ابن ذکریا رازی کے تمام اعمال جراحیہ عموماً اور عمل قیح (نزول الماء کا عمل) خصوصاً عجیب مشہور تھے۔ حکیم علاء الدین ایرانی کا ایک واقعہ (عمل ترقیع۔ پیوند لگانا) مشہور ہے۔ ایک گنجے کا علاج اس نے اس طرح کیا کہ پہلے اس کے سر کی اصلی کھال اوھیڑ ڈالی۔ اس کے بعد کتے کی کھال سر پر منڈھکر ٹانکے لگا دیے، کچھ عرصہ بعد کھال جڑ گئی اور بال پیدا ہو گئے۔ آجکل یورپ و امریکہ میں جو اعمال ترقیع کے کرشمے دکھائے جا رہے ہیں۔ وہ انہی اعمال کے کرشمے اگر نہیں ہیں تو کیا ہیں۔

یہ تاریخ کی ناقابل انکار حقیقت ہے کہ اسلامی علوم اور اسلامی ماہرین جراحی نے تمام یورپ کو فیضیاب کر کے علم و شائستگی سے منور کر دیا، اور بالخصوص یورپ کی جدید جراحیات کی بنا ڈالی۔ عربوں نے نہ صرف یونانی و رومی فن جراحت کے منتشر اور بوسیدہ اوراق کو از سر نو مرتب و مدون کیا، بلکہ اوس میں نئی تحقیقات اور اضافات کے چار چاند لگا دیئے۔ مگر تعصب اور ہٹ دھرمی کا برا ہو کہ (باستثنائے چند حق شناسان) بیشتر منکرین یورپ ابتک اپنے محسن عربوں کے علمی و فنی احسانات کا قرار واقعی اعتراف نہیں کرتے، اور جب دبی زبان سے کچھ کہتے ہیں تو یہی کہ "عربوں نے یونانی علوم و فنون کی تقلید کی اور یہ کہ اسلامی دور علم میں جراحیات نے ترقی کی بجائے تنزل کی طرف قدم بڑھایا"۔[2]

سخن شناس نئی دلبرا خطا اینجاست

ذیل میں ہم بہ شکریہ تمام حضرت مسیح الملک، مجتہد الفن، امام طب، جناب حکیم محمد اجمل خاں صاحب کے ایک گرانقدر تاریخی و علمی مقالہ سے چند اقتباسات درج کرتے ہیں۔ ان اقتباسات سے اسلامی فن جراحی کے بعض ضروری اور تاریخی

---

[1] دائرۃ المعارف المقبولہ (نیو پاپولر انسائکلوپیڈیا) مؤلفہ علامہ اَنَن ڈیل۔
[2] یہ مقالہ کئی ملکی طبی جرائد میں شائع ہو چکا ہے۔

کارناموں پر مزید روشنی پڑے گی +

مقالہ حضرت مسیح الملک

معترض دوستو! یوں تو اندلس۔ بغداد اور ان دونوں سلطنتوں کے تمام بڑے بڑے شہروں میں مختلف امراض کے عملیات ہوتے تھے اور شفاخانوں کے افسر عام طور پر ایسے ہی طبیب مقرر کیے جاتے تھے جو طبیب ہونے کے علاوہ جراح بھی ہوتے تھے۔ لیکن چند طبیبوں نے خاص طور پر جراحی میں شہرت حاصل کی تھی جن میں سے ایک ابو القاسم بن عباس زہراوی تھا جو ایک قصبہ کا رہنے والا تھا جس کا نام زہراوی تھا اور جو قرطبہ سے صرف پانچ میل کے فاصلہ پر آباد تھا +

یہ وہ زمانہ تھا جب کہ یورپ کے طلبہ قرطبہ طب اور دوسرے علوم سیکھنے کے لئے آتے تھے اور یہاں سے سندیں حاصل کر کے اپنے اپنے ملکوں میں واپس چلے جاتے تھے۔ یہ ابو القاسم وہ شخص ہے جس نے عرصہ تک یورپ کے طلبہ کو علمی اور عملی تعلیم کے ساتھ جراحی بھی سکھائی تھی۔ اور یہ سلسلہ اس کے انتقال کے بعد بھی عرصہ تک جاری رہا +

ابو القاسم نے ایک کتاب لکھی ہے جس کا نام "التصریف" ہے اس کتاب میں اس نے ایک حصہ جراحی کا بھی لکھا ہے۔ جس سے اس بات پر کافی روشنی پڑتی ہے۔ کہ اس دورِ ترقی میں یونانی طب کے ہاتھ جراحی میں کہاں تک کام کر رہے تھے +

جہاں تک اس حصہ کے دیکھنے سے معلوم ہو سکتا ہے وہ یہ ہے کہ بہت سی معمولی جراحیوں کے علاوہ باریک عملیات بھی اس وقت کئے جاتے تھے اور انسانی طبی ضرورتوں کو جو جراحی سے متعلق تھیں یہ طب کافی طور پر پورا کرنے والی تھی۔ مجھے اس کتاب اور دوسری کتابوں کے دیکھنے سے یہ معلوم ہوا ہے کہ حسب ذیل امراض کا علاج جراحی کے ساتھ اس وقت کیا جاتا تھا +

(۱) اجتماع الماء فی الراس	دماغ کی جھلیوں میں پانی کا جمع ہونا +

(۱) ہائیڈروسیفلس۔

(۲) سیلان الدموع	آنسوؤں کا آنکھ سے زیادہ جانا +
(۳) ماسقط فی الاذن	کان میں کسی چیز کا گر جانا (اگر کسی اور تدبیر سے یہ چیز نہیں نکل سکتی تھی تو کان کی لو کے نیچے دستکاری کرکے نکالی جاتی تھی) +
(۴) السدّ فی الاذن	کان کے سوراخ کا بند ہونا +
(۵) الثآلیل	مسے خواہ وہ کسی جگہ ہوں +
(۶) البرد فی الجفن	پلکوں میں سفید قسم کی سخت چیز کا پیدا ہونا +
(۷) الشرناق۔	چربی کا اوپر کی پلک میں جمع ہونا +
(۸) التشمیر	جو بال آنکھ کو تکلیف دینے والے ہوں (پڑبال) ان کی جگہ کو کاٹ کر پلک کا سینا یہ عمل کئی صورتوں کے ساتھ کیا جاتا تھا +
(۹) الشترہ۔	پلک کا چھوٹا ہو جانا۔ اسے شگاف دیکر پھر درست کیا کرتے تھے
(۱۰) الصاق الجفن بالعین۔	اوپر کی پلک کا آنکھ سے جڑ جانا۔ اسے آلات جراحی سے جدا کرکے درست کیا جاتا تھا +
(۱۱) الظفرۃ۔	آنکھ پر جو سفید جسم کوے کی طرف سے شروع ہو کر سیاہی کی طرف جاتا ہے (اسے آنکھ سے جدا کرکے کاٹتے تھے)
(۱۲) ورد لحم	سرخ گوشت کا آنکھ میں پیدا ہو کر بڑھنا اسے دستکاری کے ذریعہ درست کیا جاتا تھا +
(۱۳) السبل	سرخ رگوں کا جال آنکھ میں، اسے صنانیر سے اٹھا کر کاٹ دیا کرتے تھے

(۲) اے پی فورا	(۸) آپریشن آف ٹری کایاسس (اینڈ) ڈسٹی کایاسس
(۳) فارن باڈی اِن دی ای یر۔	(۹) انٹروپین۔
(۴) آبسٹرکشن آف اکسٹرنل ایراوریفس۔	(۱۰) سمپلی فران (اینڈ) انکائی لوبلی فران۔
(۵) وارٹس۔	(۱۱) ٹری جی اَم۔
(۶) کیلازین۔	(۱۲) اپیڈیمک کنجنکٹوائی ٹس۔
(۷) ٹیومر آف دی اپر لڈ۔	(۱۳) پے رس

(۱۴) ناسور۔	اسے چیر کر درست کرتے تھے اور اگر ہڈی تک اسکا اثر ہوتا تھا تو ہڈی کو بھی چھیل کر ٹھیک کیا کرتے تھے ۔
(۱۵) نتو العین۔	آنکھ کا باہر کی طرف ابھرنا۔ اسے مختلف تدابیر سے اصلی حالت پر لاتے تھے
(۱۶) خرق العنبیۃ فتنا	طبقہ عنبیہ کا پھٹنا اور باہر کی طرف نکلنا۔ اسکا علاج بھی جراحی سے ہوتا تھا
(۱۷) الکنتہ۔	پیپ کا آنکھ کے اندرونی پردوں میں جمع ہونا۔ دستکاری کرکے اس پیپ کو باہر نکالتے تھے ۔
(۱۸) قدح الماء	یہ آنکھ کا عمل کئی طریقوں سے کیا جاتا تھا۔
(۱۹) بواسیر الانف	ناک کے اندر کے مسے کاٹ کر نکالے جاتے تھے ۔
(۲۰) ادرام الانفیہ۔	مختلف قسم کے ناک کے ورم۔ مختلف عملیات کے ذریعہ سے دُور کیے جاتے تھے ۔
(۲۱) خیاطۃ الاذن والانف والشفۃ	ہونٹ کان اور ناک کی پھٹی ہوئی جلد کو سینا۔
(۲۲) العقد فی الشفتین	ہونٹھ کی گرہیں (انہیں چیر کر نکالتے تھے)
(۲۳) اللحم الزائد فی اللثۃ	مسوڑوں کا زائد گوشت (اسے کاٹتے تھے)
(۲۴) جرد اللسان بالمبرد	دانتوں کا چھیل کر صاف کرنا۔
(۲۵) قلع الاسنان واقامۃ المصنوعۃ مقامہا	دانتوں کا اکھیڑنا اور ان کی جگہ مصنوعی دانت لگانا ۔
(۲۶) تنشیر الاضراس	دانتوں کا ریتنا۔

(۱۴) سائی نس۔ فیچولا۔
(۱۵) اکس آف تھلماس۔
(۱۶) پریسپس آف آئرس۔
(۱۷) ہائی پوپائی ام۔
(۱۸) کاؤچنگ۔ یہ قدیم عمل ہے۔ جسکے ذریعہ موتیا جلیدیہ کو پیچھے کی طرف ہٹا دیا کرتے تھے اب یہ متروک ہے جدید عمل طوبت جلیدیہ کو خارج کرنیکا (لنز اکسٹریکشن) ہے ۔

(۱۹) نیزل پالی پس۔
(۲۰) نیزل گرد تھنز۔
(۲۱) سیدچرنگ آف کپس اینڈ ایر + پلاسٹک آپریشن آف نوز اینڈ لپس۔
(۲۲) لے بیل گرد تھنز۔ ٹیومرز آف پس۔
(۲۳) گرد تھران گمز۔
(۲۴) ٹوتھ اسکریپنگ۔
(۲۵) ٹیتھ اکسٹریکشن (اینڈ) آرٹی فیشیل ٹیتھ
(۲۶) ساؤنگ دی ٹیتھ۔

(۲۷) تثبیک الاضراس المتحرکۃ بالذہب والفضۃ	متحرک اڑھوں کو سونے چاندی کے تاروں سے باندھنا
(۲۸) قطع الرباط الذی تحت اللسان	زبان کے نیچے کے رباط کا قطع کرنا۔
(۲۹) اخراج الضفدع	زبان کے نیچے کی گلٹی نکالنا۔
(۳۰) قطع اللوزتین وشق اورام الحلق	لوزتین کا قطع کرنا اور اورام حلق کا چیرنا۔
(۳۱) قطع اللہاۃ	حلق کے کوے کا کاٹنا۔
(۳۲) اخراج الشوک وغیرہ۔	گلے سے کانٹا نکالنا۔
(۳۳) الشق علی الاورام التی فی جلدۃ الراس	جلدِ سر کے اورام کا چیرنا۔
(۳۴) فی الشق علی الخنازیر التی فی العنق	گردن کی خنازیر کا عمل۔
(۳۵) شق الحجرۃ وترک الجرح مفتوحا مدۃ ما	حنجرہ کو شق کرنا اور زخم کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھنا۔
(۳۶) شق قیلۃ الحلقوم	قیلۂ حلقوم کو پھاڑنا۔
(۳۷) شق السلع۔	رسولی نکالنا۔
(۳۸) قطع الاثداء السرطانیۃ وغیرہا	سرطانی اورام وغیرہ کو قطع کرنا۔
(۳۹) بط الاورام الباطنیۃ	اورامِ بغل کو پھاڑنا۔
(۴۰) شق الورم الشریانی او الوریدی	ورم شریانی یا ورم وریدی کو شق کرنا۔

(۲۷) وائرنگ دی ٹیتھ۔	(۳۵) لیرنگاٹومی۔
(۲۸) کٹنگ دی فریم لنگوال	(۳۶) اوپے ننگ آف لیرنجیل ہرنیا + ریموول آف ایڈینائڈز (اینڈ) فیرنجیل گرو تھز۔
(۲۹) ریموول آف ری نیولا۔	
(۳۰) ٹانسلاٹومی + ٹانسی لکٹومی	
(۳۱) ریموول آف یوویولا	(۳۷) اکسٹریکشن آف ٹیمرز اینڈ گروتھز
(۳۲) ریموول آف بونز (اینڈ) فارن باڈیز فرام تھروٹ۔	(۳۸) اکسٹریکشن آف کینسرس ٹیمرز
(۳۳) ریموول آف اسکلپ گروتھز + اوپے ننگ آف اسکلپ ابسسز۔	(۳۹) ریموول اینڈ اوپے ننگ آف اگزاری گروتھز۔
(۳۴) ریموول آف اسکرافولس نک گلینڈ	(۴۰) اوپے ننگ آف آرٹرائی ٹس۔ اینڈ فلیبائی ٹس۔

(۴۱) نتوء العصب عند الورم الحاسی	سخت ورم کے پاس عصبی ابھار (کی جراحت)
(۴۲) نتوء السرۃ۔	اُبھری ہوئی ناف (کی جراحت)
(۴۳) فی الشق علی السرطان۔	سرطان کو شق کرنا۔
(۴۴) بزل الاستسقاء۔	استسقا کا پانی نکالنا۔
(۴۵) تثقیب الاحلیل۔	سوراخ بول نکالنا۔
(۴۶) اخراج البول بالقاطیر۔	قاطیر سے پیشاب نکالنا۔
(۴۷) غسل المثانۃ بالذراقۃ۔	پچکاری سے مثانہ کو دھونا۔
(۴۸) اخراج الحصاۃ۔	پتھری نکالنا۔
(۴۹) الاعدۃ المائیۃ۔	قیلہ مائی کا عمل۔
(۵۰) الاعدۃ اللحمیہ۔	قیلہ لحمی کا عمل۔
(۵۱) الاعدۃ الدوالیہ۔	قیلہ دوالی کا عمل۔
(۵۲) دبیلۃ الکبد۔	دبیلہ کبد کا عمل۔
(۵۳) فتق الاربیہ۔	فتق اربیہ کی جراحت۔
(۵۴) استرخاء جلدۃ الخصیہ۔	خصیتین کی ڈھیلی جلد کی جراحت۔
(۵۵) فی الاخصاء۔	خصی کرنا۔

(۴۱) ورم حاسی۔ اسکلے روسس۔	(۴۹) آپریشن آف ہائڈروسیل۔
(۴۲) اگزامنے س۔	(۵۰) " " سارکوسیل۔
(۴۳) اکسی زن آف کینسر۔	(۵۱) " " وریری کوسیل
(۴۴) پیراسنٹے سس ابڈومی نس۔	(۵۲) آپریشن فار یورتھرا۔
(۴۵) پلاسٹک ریسٹوریشن آف یورتھرا۔	(۵۳) آپریشن فیمورل ہرنیا " انگوئنل ہرنیا
(۴۶) کٹیٹے رزم۔ ریلیونگ دی بلیڈر وِد کیتھے ٹر	(۵۴) آپریشن فار کنٹریکشن آف لوز اسکروٹل بیگ۔
(۴۷) واشنگ اوٹ دی بلیڈر وِد سرنج۔	(۵۵) کیسٹریشن۔
سرنجنگ دی بلیڈر۔	
(۴۸) لتھاٹومی۔	

(۵۶) فی الخنثی۔	خنثیٰ کی جراحت۔
(۵۷) البظر والحم الناتی من الفرج	اندام نہانی کے زائد گوشت اور بظر کو کاٹنا۔
(۵۸) علاج الرتقاء۔	رحم و اندام نہانی کے زائد گوشت کو قطع کرنا۔
(۵۹) قطع البواسیر من القبل والدبر	بواسیر کا کاٹنا۔
(۶۰) بط الخراج الرحمی۔	رحم کے پیپ دار ورم کا شگاف۔
(۶۱) اخراج الجنین بالکلالۃ	جنین کو آلہ سے نکالنا۔
(۶۲) اخراج الجنین المیت۔	مُردہ جنین کو نکالنا۔
(۶۳) اخراج المشیمۃ۔	مشیمہ کو نکالنا۔
(۶۴) المقعدۃ الغیر المثقوبہ	غیر مثقوب مقعدہ میں سوراخ کرنا۔
(۶۵) النواصیر۔	نواصیر کی جراحت
(۶۶) شقاق المقعدہ۔	شقاق المقعدہ کی جراحت
(۶۷) السامیر۔	بہاسوں کی جراحت۔
(۶۸) علاج النملہ	نملہ کی جراحت۔
(۶۹) الداخس	داخس کی جراحت۔
(۷۰) الظفرۃ المرضوض	کچلے ہوئے ناخن کی جراحت۔
(۷۱) قطع الاصبع الزائدہ	انگشتِ زائد کا کاٹنا۔

(۵۶) خنثیٰ۔ ہرمیفروڈائٹ + خنثیٰ کی جراحت + سرجیکل ٹریٹ منٹ آف ہرمیفروڈیشن۔	(۶۳) اکسپریشن آف پلے سنٹا۔
(۵۷) ریموول آف کلے ٹورس (آر) وجائنل گرودھز	(۶۴) پلاسٹک سرجری آف اسپرفوریٹ اینس
(۵۸) گرودھز آف یوٹرس وجائنل آبسٹرکشن۔	(۶۵) سرجیکل ٹریٹ منٹ آف سائنس اینڈ فنجولا
(۵۹) اکسیزن آف ہمورائڈز۔	(۶۶) آپریشن فار فشر آف انس۔
(۶۰) وجائنل آبس۔ آبس آف یوٹرس۔	(۶۷) مولز اینڈ واری گرودھز۔
(۶۱) اکسٹرکیشن آف فیٹس انسٹرومنٹل ڈلیوری	(۶۸) ہرپیز۔
(۶۲) اکسٹرکیشن آف ڈیڈ فیٹس۔	(۶۹) پیرونیکیا۔ اونی کیا۔ ڈلو۔
	(۷۰) کرشد نیل۔
	(۷۱) پولی ڈیکٹیلزم۔ سوپر نیومری ڈیجٹ۔

(۷۲) التحام الاصابع	ملی ہوئی انگلیوں کا الگ کرنا۔
(۷۳) قطع الدوالی	دوالی کو قطع کرنا۔
(۷۴) علاج الجراحات	زخموں کا علاج کرنا۔
(۷۵) الخیاطۃ	زخموں کو سینا۔
(۷۶) فصد العروق۔	عروق کی فصد کرنا۔
(۷۷) الحجامۃ۔	پچھنے لگانا۔
(۷۸) اخراج العظام المکسورۃ	ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو باہر نکالنا۔
(۷۹) جرد العظام	ہڈیوں کو چھیلنا۔
(۸۰) قطع العظام والاعضاء۔	اعضا اور ہڈیوں کو کاٹنا۔
(۸۱) البط علی الادرام الظاہرۃ والباطنۃ	ظاہری اور باطنی ادرام کا شگاف۔

آلات جراحیہ

ذیل میں ان آلاتِ جراحیہ کی فہرست درج کی جاتی ہے۔ جو اندلس اور عراق کے ماہر جراح (سرجن) استعمال کرتے تھے تقریباً ۲۸۰ آلات کا ذکر زہراوی میں موجود ہے۔

المکواۃ (داغنے کا آلہ)

(۱) مکواۃ زیتونیہ۔

(۷۲) وبڈ فنگرس۔ سن ڈکیٹی لزم۔	(۸۰) امپوٹے شن۔
(۷۳) ریمووِل آف ویری کوز وینز۔	(۸۱) اکسی ژن آف سوے لنگز اینڈ گرد تھز (اکسٹرنل اینڈ انٹرنل)
(۷۴) وونڈز۔	۵ آلات جراحیہ۔ سرجیکل انسٹرومنٹس۔
(۷۵) سیوچرنگ آف وونڈز۔	۵ کاوٹری۔ کاٹیرائی زنگ انسٹرومنٹس
(۷۶) وینی سکشن۔	(۱) اولیو کاٹری۔
(۷۷) کپنگ۔	
(۷۸) اکسی ژن آف فریکچرڈ بونز۔	
(۷۹) اسکریپنگ آف بونز۔	

(۲) مکواۃ مسداریہ۔	
(۳) مکواۃ ذات السفودین	اس آلہ کے دو پھل ہوتے ہیں۔
(۴) مکواۃ ذات السفافید الثلثہ۔	اس آلہ کے تین پھل ہوتے ہیں۔
(۵) مکواۃ قدحیہ۔	اس آلہ سے گول داغ پڑتا ہے۔ عرق النساء میں استعمال
(۶) مکواۃ مجوفہ	یہ مجوف ہوتا ہے۔
(۷) مکواۃ مصمتہ۔	یہ ٹھوس ہوتا ہے۔
(۸) مکواۃ ہلالیہ۔	
(۹) مکواۃ منشاریہ	آری کی طرح دندانہ دار ہوتا ہے۔
(۱۰) مکواۃ میلیہ۔	
(۱۱) مکواۃ مثلثہ	
(۱۲) مکواۃ مدادیہ	

مجمہ (پچھنے لگانے کا آلہ)

(۱۳) مجمہ ناریہ۔	اس سے تومڑی لگائی جاتی ہے۔
(۱۴) مجمہ کبیرہ	
(۱۵) مجمہ صغیرہ۔	
(۱۶) مجمہ متوسطہ	

(۲) پگ شیپڈ کاٹری۔ کاٹری فار سٹفیلوما	(۱۰) پروب کاٹری۔
(۳) بائی اسپڈ کاٹری۔	(۱۱) ٹرینگولر کاٹری۔
(۴) ٹرائی اسپڈ کاٹری۔	(۱۲) اِنک کاٹری۔
(۵) بٹن کاٹری۔	کپنگ گلاس۔
(۶) بالو کاٹری۔	(۱۳) ڈرائی کپ۔ فائر کپ۔
(۷) سولڈ کاٹری۔	(۱۴) لانسیج کپ۔
(۸) سیملیونر کاٹری۔	(۱۵) اسمال کپ۔
(۹) سادٹ شیپڈ کاٹری۔ ڈنٹل کاٹری۔	(۱۶) انٹرمیڈی ایٹ کپ۔

شفرہ (ہونٹ) یا فوخ (تالو) وغیرہ اعضا کے داغنے کے خاص آلات تھے ان کے نام بھی ان اعضا کے تعلق کو ظاہر کرتے ہیں مثلاً:-

(۱۷) مکواۃ موضع الشفرہ۔	اس آلہ سے ہونٹوں پر داغ دیا جاتا تھا۔
(۱۸) مکوی الصدغین۔	اس سے کنپٹیوں پر داغ دیتے تھے۔
(۱۹) مکوی الیافوخ	یہ تالو پر داغ دینے کا آلہ تھا۔

ضیق النفس کے لئے ایک خاص مکواۃ تھا۔ اسے مکواۃ ضیق النفس کہتے تھے۔

مجرد[۵۲] (ہڈی چھیلنے کا آلہ)

اس کی کم و بیش اٹھائیس قسمیں مستعمل تھیں۔ چند مشہور کے نام درج ذیل ہیں

(۲۰) مجرد معطوف الطرف۔	اسکا سر خمیدہ ہوتا تھا۔
(۲۱) المجرد الکبیر۔	
(۲۲) مجرد ذو تجویف۔	اس میں سوراخ ہوتا تھا۔
(۲۳) المجرد الصغیر۔	
(۲۴) المجرد العریض۔	
(۲۵) مقطع العظم۔	اس سے ہڈی کو کاٹ دیتے تھے۔
(۲۶) مجرد لطیف۔	اس کے کئی نام تھے۔
(۲۷) مجرد مسباری۔	یہ سلائی کے طریق پر تھا۔
(۲۸) مجرد مسماری	یہ میخ کی شکل کا ہوتا تھا۔

(۱۷) کاڑی فارپس۔	(۲۲) ہالو اسکریپر۔
(۱۸) کاڑی فار پیورل ریجن۔	(۲۳) اسمال اسکریپر۔
(۱۹) کاڑی فار پیرائٹل ریجن۔	(۲۴) براڈ اسکریپر۔
۵۱ کاڑی فار ایستھا۔	(۲۵) اسکریپر فار کٹنگ دی بون۔
۵۲ کیورٹ۔ اسکریپر۔	(۲۶) تھن اسکریپر۔
(۲۰) کیورٹ بنٹ اِنڈ۔	(۲۷) اسکریپر پروب شیپڈ۔
(۲۱) لارج کیورٹ۔	(۲۸) اسکریپر بگ شیپڈ۔

(۲۹) خشم الراس۔	ناصور وغیرہ میں ہڈی چھیلی جاتی ہے۔
(۳۰) مشعب۔	یہ بھی مجرد کی ایک قسم ہے۔

مسعط (سعوط کا آلہ)

دواؤں کو ناک اور حلق میں ڈالنے کے لیے اس آلہ سے کام لیتے تھے۔ کبھی حلق میں بھی اس سے دوا ٹپکاتے تھے۔

مشراخ

متعدد اقسام کے رائج تھے۔ اس سے مردہ جنین کو قطع کرکے نکالتے تھے اس سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ عمل یورپ نے مسلمانوں سے لیا ہے۔ اس کام کے لیے چار پانچ طرح کے مشاخ تھے۔ مشاخ کے علاوہ دس بارہ قسم کے مدفع جنین بھی تھے جس سے پکڑ کر جنین کو خارج کیا جاتا تھا۔

ان کے علاوہ جنین کے قطع کرنے کے لیے متعدد اقسام کے مقطع جنین بھی تھے ان کو اسوقت استعمال کیا جاتا تھا۔ جب جنین کو کاٹ کر نکالنے کی ضرورت ہوتی تھی۔

صنارہ

اسکا ترجمہ عام زبان میں خیمہ دوز یا موچنہ ہے۔ قدیم جراحی میں یہ ایک بہت ضروری آلہ تھا اور اس کا مفہوم بھی نسبتاً وسیع تھا۔ اس زمانہ میں اس کی بہت سی قسمیں رائج تھیں۔ پندرہ قسم کی تصویریں زہراوی میں موجود ہیں۔

(۱) بسیطہ کبیرہ	سادہ اور بڑا صنارہ۔
(۲) بسیطہ وسیطہ	سادہ درمیانی صنارہ۔
(۳) بسیطہ صغیرہ	سادہ چھوٹا صنارہ

۱ میڈیسن ڈسپرس۔	(۱) لارج سمپل ہک۔
۲ آبسٹرک فارسپس۔ امبرائی آٹوی انسٹرومنٹ۔	(۲) انسٹری ڈی ایٹ سمپل ہک۔
۳ ہک۔	(۳) اسمال سمپل ہک۔

(۴) عمیہ کبیرہ۔	موٹا بڑا صنارہ۔
(۵) عمیہ وسیطہ۔	موٹا درمیانی صنارہ۔
(۶) عمیہ صغیرہ۔	موٹا چھوٹا صنارہ۔
(۷) ثلثی صنارہ	تین خار والا صنارہ۔
(۸) ذات الشعبتین۔	دو خار والا صنارہ
(۹) صنارۂ جنین۔	جنین کا صنارہ۔

صنارہ جنین کی کئی قسمیں تھیں۔

حضرت مسیح الملک کا مضمون اسی حد تک جرائد میں میری نظر سے گذرا ہے۔ زہراوی کے بقیہ آلات کا ذکر ذیل میں کیا جاتا ہے۔

مِبضَع[1]

مبضع یعنی نشتر کی چودہ پندرہ شکلیں زہراوی میں دی ہیں۔ اور ہر ایک کا موقع استعمال الگ بتایا ہے۔ اس کی ایک قسم مبضع منشل بھی ہے۔ جو چاقو کے مانند ہوتا ہے اس سے پھوڑے کے چھیچھڑے وغیرہ کے صاف کرنے میں مدد ملتی ہے۔ اس کی دوسری قسم مبضع عریض دیجانی ہے۔ یہ بھی چوڑا ہوتا ہے۔ اور اس سے بڑی رگوں کو کھولا جاتا ہے۔ مبضع زیتونی تنگ ہوتا ہے۔ اور اس سے باریک رگیں کھولی جاتی ہیں۔ مبضع شوکی اس سے استسقاء وغیرہ میں شکم کے اندر نشتر دیا جاتا ہے۔ میضع مرہنی۔ گاہے عمل قدح کے وقت کام آتا ہے۔

مِفصَد[2] وہ نشتر جس سے فصد کیا جاتا ہے۔ اسکی بھی چند قسمیں ہیں۔

مِسَل[3]۔ وہ آلہ ہے جس سے جلد کو چیرنے کے بعد عروق وغیرہ کاٹی جاتی ہیں۔ اسکی

(۴) لارج بلانڈ ہک۔	(۸) ڈبل ہک۔
(۵) انٹرے ڈی ایٹ بلانڈ ہک۔	(۹) ہک فارنیٹس۔
(۶) اسمال بلانڈ ہک۔	[1] نشت۔ [2] انسٹرومنٹ فار وینی سیکشن
(۷) ٹرپل ہک۔	[3] انسٹرومنٹ فار ریوونگ دی ویسلز۔

بھی چند قسمیں ہیں +

سکین[۵۱] + یعنی چاقو۔ زہراوی میں چار پانچ قسم کے چاقوؤں کی شکلیں ہیں +

مبضعہ[۵۲] + یہ بھی نشتر کی ایک قسم ہے۔ اس کی پانچ چھ شکلیں دی ہیں +

وَرَدہ + اس آلہ کا اگلا حصہ گلاب کی کلی کی طرح ہوتا ہے +

نصف وردہ + اسکا اگلا حصہ وردہ کا نصف ہوتا ہے +

فاس + اس سے بعض عروق کا فصد کیا جاتا ہے +

مِقْطَع + کاٹنے کا آلہ۔ اس کی دس پندرہ شکلیں دی ہیں۔ جو مختلف اعمال جراحیہ میں کام آتے ہیں + ان میں سے ایک مِقْطَع عدسی ہے۔ جس کے اگلے حصہ میں گول سا ایک حصہ بغیر دھار کے ہوتا ہے +

مِشْرَط[۵۳] + پچھنے لگانے کا آلہ۔ زہراوی نے اس کی تین قسمیں بتائی ہیں۔ ان سے رسولی اور ادرام کاٹے جاتے ہیں +

اِسْکَلْفَاج + دانت وغیرہ اُکھیڑنے میں کام آتا ہے۔ اس کی کئی قسمیں ہیں +

مِقْلَاع + اوکھیڑنے کا آلہ۔ دانت اُکھیڑنے کے بہت سے مقلاع کا تذکرہ زہراوی میں ہے +

کلالیب[۵۴] + کلوب کی بہت سی قسمیں بتائی گئی ہیں مثلاً

کلوب کرمی۔ جس کے اگلے سرے میں ریتی کے مانند بہت سے دانت ہوتے ہیں +

کَلُّوب سہمی + جس کے دونوں پھل کے اگلے سرے اندر کو خمیدہ ہوتے ہیں (سہم تیر)

کَلْبَتَان بھی کلوب کے مانند ہوتے ہیں۔ اور اس کی بھی کئی قسمیں ہیں۔

مِقْدَح + آلہ عمل قدح یعنی نزول الماء (موتیا بند) کے عمل کا آلہ اسکی کئی شکلیں ہیں اور یہ تانبہ کے ہوتے تھے +

مِنْشَار[۵۵] + آری۔ اس کی بارہ قسمیں زہراوی نے بتائی ہیں۔ اور سب کی شکلیں دی ہیں +

---

۵۱ نائف۔

۵۲ لنسٹ۔

۵۳ لبسٹوری۔

۵۴ فارسپس کی قسمیں ہیں۔

۵۵ ساؤ۔

مقراض[۴۹] قینچیاں کئی قسم کی ہیں۔ خمیدہ پھل کی۔ تیز نوک کی۔ چھوٹے پھل کی۔
مقص } گول نوک کی۔ غرض ان کی نو دس قسمیں اور شکلیں بتائی ہیں مقص تطفیر
مجز } ختنہ کرنے کی قینچی۔

ابرۃ[۵۰] + سوئی۔ جس سے زخم وغیرہ سیے جاتے تھے +

موسیٰ[۵۱] } استرہ۔
محلق[۵۲] }

قاطیر[۵۳] } جو فدار سلائی جو پیشاب کی نالی میں داخل کی جاتی ہے۔ (مبولہ۔
مبولہ } پیشاب لانے کا آلہ) +

محقنہ[۵۴] + ختنہ کرنے کا آلہ۔ اس کی کئی قسمیں ہیں +

زراقہ[۵۵] + عورتوں کی اندام نہانی کی پچکاری۔

مزرقہ[۵۶] + پچکاری جس سے کان وغیرہ دھوئے جاتے ہیں +

محقنہ مثانیہ[۵۷] + مثانہ کی پچکاری۔

مہبت + ایک قسم کی سلائی ہے جو نزول الماء کے عمل میں کام آتی ہے۔ اسکی بھی کئی قسمیں ہیں۔ مثلاً

مہبت مدور + گول مہبت +

مہبت حاد + تیز اور باریک مہبت +

ملقط[۵۸] + چمٹی یا موچنہ۔ اس کی کئی قسمیں ہیں۔ مثلاً ملقط سلعی جو ختنہ میں کام آتا ہے
ملقاط } اس کے اندر استرہ بھی موجود ہوتا ہے۔ اسے عضو مخصوص پر پہنا کر قبضہ دبا
دیا جاتا ہے۔ اور غلفہ کو پکڑ کر ذرا آگے کھینچ لیا جاتا ہے۔ اس سے غلفہ آسانی سے
کٹ جاتا ہے +

۵۱ سیزر۔	۵۶ وجائنل سرنج۔
۵۲ نیڈل۔	۵۷ سرنج۔
۵۳ ریزر۔	۵۸ سرنج آف بلیڈر۔
۵۴ کیتھے ٹر۔	۵۹ فارسپس کی قسم ہے
۵۵ اینا سرنج۔	

مِبرَد + ریتی۔
مِثقَب + سوراخ کرنے کا آلہ۔ اس کی نو شکلیں زہراوی میں موجود ہیں +
مِنقَب + یہ بھی چھید کرنے کا ایک آلہ ہے +
مِسبار[1] / سِبار } سلائی۔ اس کی کئی قسمیں ہیں +
مِسبارِ مثقوب + وہ مسبار جسکا اگلا سرا سوراخ دار ہو +
جفت[2] + ایک قسم کی چمٹی ہے۔ اس کی بھی چند قسمیں ہیں +
جفت لطیف + یہ نازک اور باریک ہوتی ہے +
انابیب[3] + مختلف قسم کی نلکیاں۔ جو مختلف اعمال میں کام آتی ہیں +
مِیل + سلائی۔ جو مختلف کاموں کے لئے مختلف قسم کی ہوتی تھیں۔
مِنقاش + موچنہ۔ بال اُکھیڑنے کا آلہ۔
نُولَب + اس کی بہت سی قسمیں ہیں۔ جن سے اندام نہانی کو کھولا جاتا ہے۔
مِفتاح الانف + اس سے مختلف سوراخوں کو کشادہ کرکے دیکھا جاتا ہے مثلاً سوراخ بینی۔ سوراخ رحم وغیرہ۔
مِلزَم + یہ بھی اندام نہانی کے کھولنے کا آلہ ہے۔ جو کئی شکلوں کا ہے۔
مِدفَعِ جنین + اس سے جنین کو پکڑ کر کھینچا جاتا ہے۔
مِحجَاج + زخم کے اندر بتی داخل کرنے کا آلہ۔
مِحرَاف + وہ خمیدہ سلائی۔ جس سے زخموں کی گہرائی معلوم کرتے ہیں۔
مِحجَمہ + وہ آلہ جس سے اندام نہانی وغیرہ کے اندر دھونی کی جاتی ہے +
مِنجَلِ ناصور + ایک آلہ ہے جس سے ناصور کو کاٹا جاتا ہے +
مِکشَطہ + ایک قسم کا چاقو ہے جس سے مرض ناخونہ[4] اور سَبَل[5] وغیرہ میں کام لیا جاتا ہے
مِنفَضَہ + پچکاری کی ایک قسم ہے +
بیرَم + (غلبہ) وہ آلہ ہے جو ٹوٹی ہوئی کھلی ہڈیوں کو پکڑ کر کھینچنے میں کام آتا ہے +

[1] پروب۔
[2] فارسپس کی قسم ہے۔
[3] ٹیوبز۔
[4] ٹی بی ام۔
[5] پے بس۔

جبائر[1] یعنی تختیاں جو ٹوٹی ہوئی ہڈیوں پر باندھی جاتی ہیں۔ انکی بہت سی شکلیں زہراوی نے دی ہیں۔ علاوہ ازیں اعمال جراحیہ کے اور بہت سے سامان اور کسر[2] و خلع[3] کے درست کرنے کی بہت سی ترکیبیں مع نقشہ جات کے بتائی ہیں + مثلاً مہروں کے خلع میں کس طرح مریض کو سلاکر اور اُس کے اعضاء کو باندھکر کوئلب[4] (پیچ) وغیرہ سے کھینچا جاتا ہے +

ان کے علاوہ زہراوی میں بہت سے آلات کے نام ایسے ملتے ہیں کہ استداد زمانہ سے اب اُنکا سمجھنا اور سمجھانا اور اُن کے اصلی نقشوں کا بتانا محال ہوگیا ہے +

مندرجہ بالا تفصیل اسلامی دور جراحیات اور اسلامی آلات جراحیہ کی عظمت و رفعت کا "مشتے نمونہ از خروارے" ہے، جس سے عہد اسلامی کے عملیات جراحیہ کی ہمہ گیری اور اوسوقت کے باکمال ماہران جراحت کی بالغ نظری و دقیقہ رسی کا کافی ثبوت بہم پہونچتا ہے + دائرۃ[5] المعارف البرطانیہ میں شعبۂ جراحی کا خصوصی مضمون نگار جو خود جراحیات کا ایک باکمال ماہر و ناقد ہے، ابو القاسم الزہراوی کے کمال فن و صائب الرائی کا اعتراف یوں کرتا ہے: "کہ اوس نے مریض قبلۃ[6] الحلقوم (گھیگھہ) پر عمل جراحی کرنا نامناسب قرار دیا، اور عمل فتح[7] القصبہ کو تامل کے ساتھ محض نادر حالات میں جائز سمجھا + مرض سرطان میں جراحی مداخلت کرنے سے قطعی اجتناب کیا، اور بڑے قسم کے خراج کو چیرنے کے لئے "افراغ تدریجی" کی ترکیب ایجاد کی جس میں بسیب یک لخت خارج نہیں کی جاتی ہے"! یورپ اور امریکہ کے جدید ترین ماہر سیکڑوں سال بعد ان امراض و اعمال کے متعلق بعینہٖ انہیں نتائج پر اب پہونچے ہیں!!!

ابھی تہذیب عالم آغوش مادر میں تھی کہ چرک و سشرت کا دور شروع ہوکر ختم ہوچکا

---

[1] اسپلنٹ۔ [2] فریکچر [3] ڈسلوکیشن۔ [4] اسکریو۔ [5] انسائکلوپیڈیا برٹانیکا۔ [6] گاسٹر۔ [7] ٹریکیاٹومی۔

گرانِ باکمالوں کے نقشِ قدم کو چوم چوم کر دنیا والے گھٹنوں کے بل آگے بڑھنے لگے + بقراط، جالینوس اور سلسوس کے سہارے ذرا سنبھل کر کھڑے ہونے کا سامان ہاتھ آگیا + ایک عرصہ تک صبار فتاری سے منازلِ ترقی طے کرتے رہے کہ ہوائیں مخالف ہوگئیں اور سرد میوں کی تباہی کے ساتھ عالمگیر ظلمت و سیاہی پھیل گئی + اندھیرے گھپ میں ہاتھ مار رہے تھے کہ اسلامیوں کا آفتاب عالمتاب چمکا + مغرب والے جو اندھیرے میں شرقیین کو دیکھکر چندھیا سے گئے مگر بتدریج روشنی کے عادی ہوئے تو شیخ ابن رشد، رازی و زہراوی کی نورانی صورتیں دیکھکر حیران و ششدر رہ گئے + جب عراس بجا ہوئے تو حیرت نے عقیدت کو جگہ دی + اسے جوشِ عقیدت کہئے یا اقتضائے وقت و ضرورت، کہ مغرب سالہا سال تک انھیں مشرقی صاحب کمالوں کی راہِ ہدایت پر چلتا رہا جس سے بالآخر

جدید فن جراحی

نے جنم لیا + یورپ والوں نے جو کچھ کیا، اُس کی تفصیل کی چنداں ضرورت نہیں، جو کچھ ہے، آنکھوں کے سامنے ہے + ان بازیگروں نے اسلاف کی جراحیات پر کچھ دنوں بعد ترمیم و تنسیخ سے کچھ ایسا جادو کیا کہ اُس کی پوری کایا پلٹ کر دی + اسی قدیم فن جراحی کو اب نئے لباسِ زینت، نئے سامانِ زیبائش سے سنوار کر ایک نوخیز حسین، اور دوشیزۂ مہ جبین کی صورت میں دکھاتے ہیں + نئی دنیا (امریکہ) والوں نے اُسپر اور بھی چار چاند لگا دیے، مقعبۂ ریہ (ہوا کی نالی) کے اندر سے مقناطیسی کشش کے ذریعہ نگلی ہوئی سوئی نکالی گئی + پھیپھڑوں اور غلافِ قلب پر اعمالِ جراحیہ ہوئے، جوفِ سینہ کی سیر کی گئی + اندرونِ طبقات چشم سے شیشہ کے ٹوٹے ہوئے ٹکڑے سالہا سال کے بعد نکالکر نابینا کو بینا بنایا + انسانی خانۂ چشم میں غزالانِ صحرا کی آنکھیں منتقل کی گئیں + الغرض ان کرشمہ سازوں نے ان ہونی اور ناممکن کو ممکن کر دکھایا، اور جو دیدۂ حیرانہ شنید، وہ دن کے اُجالے میں کر رہے ہیں + یورپ کی جنگِ عظیم نے جراحیات جدید میں ایک دوسرا دور شروع کر دیا، یہ عالمگیر انقلاب المضاعف ہے + غرضکہ فن جراحی کی پیرزالۂ کہن سال اب اپنی بدلی ہوئی صورت میں اس خط و خال کے

ساتھ جلوہ آرائے انجمن ہے کہ پرستارانِ طب قدیم اُسے پہچان بھی نہیں سکتے، بلکہ اُس غزالِ رعنا کی لیلیٰ جمالی کو جمود و دور کو دیکھ کے باعث اپنے منتہائے خیال سے بالاتر سمجھے ہوئے ہیں ۔

فَاعْتَبِرُوْا یَا اُولِی الْاَبْصَار!

اللہ اللہ! ایک وہ زمانہ تھا کہ یہی تلامذۂ یورپ سُستر ت و نرھادی کے قدموں میں بکمال عجز و عقیدت، زانوے تلمذ تہ کیے بیٹھے تھے، یا اب یہ حال ہے کہ اُن باکمال اسلاف کے ہم ناخلف، انھیں اپنا اُستاد سمجھکر انکا مُنہ تک رہے ہیں ۔ یہ ہمارے اسلاف کی سُنی سُنائی باتیں ہمیں چھیڑ چھیڑ کر سنا رہے ہیں، اور ہم ایسے خود فراموش ہیں کہ اُس پُرانی داستان سے بھی قطعی بے خبر ہیں سچ ہے ۔

خواب تھا جو کچھ کہ دیکھا، جو سُنا افسانہ تھا

لیکن مقامِ عبرت اور باعثِ سخت غیرت ہے کہ اب بھی ہم میٹھی نیندیں مست ہیں، کبھی جاگتے بھی ہیں تو وُہی پُرانے خواب، ہمیں وقف نازعل و افتخار کر دیتے ہیں ۔ صفحاتِ بالا میں ہمنے کسی قدر وضاحت سے اسلاف کے کارنامے دُہرائے ہیں، اس سے ہمارا مقصود حاشا وکلا، محض رسمی اسلاف پرستی اور بے جا فخر و مباہات نہیں ۔ فی الحقیقت اس طویل ہرزہ سرائی سے ہمارا مقصد وحید اور حقیقی منتہائے خیال صرف یہی رہا ہے کہ ہم اپنے بزرگوں سے سبقِ عمل سیکھیں ۔ کس قدر مبارک اور اپنی دُھن کے پکے تھے وہ لوگ کہ زینۂ تمدن کی ابتدائی منزلوں میں اونہوں نے کیسے کیسے کارہائے نمایاں، کن کن دقتوں اور مشکلوں کے درمیان رہ کر، انجام دیئے! وہ سیدھے سادے مگر مستقل مزاج اور باعزم لوگ، ہمارے جدید تکلفات، اور موجودہ مصنوعات و مخترعات سے مستفیض نہ تھے، اُونکے پاس آلۂ سماع الصدر (سینہ بین) نہ تھا، مگر وہ کان رکھتے تھے، اجسادِ دقیقہ اور جراثیم کے دیکھنے کے لیے اونکو آلۂ مجہر[1] (خوردبین) میسّر نہ تھا، مگر وہ چشمِ حقیقت آشنا و نظرِ دوربین سے بہرہ مند تھے اور "جراثیمی سمیات[2]" کو "مواد فاسدہ" کے نام سے پکارتے تھے، یعنے جراثیم کے عملی

[1] اپسے ٹھس کوپ	[2] مائی کراسکوپ	[3] سیمن ٹا کسین

اثرات کے قائل تھے، اور قائل بھی اوسوقت تھے جبکہ ہماری طرح اونکو مشاہدۂ عینی کا موقعہ حاصل نہ تھا۔ کسر وخلع، (ہڈیوں کے ٹوٹنے اور جوڑوں کے اوکھڑنے) کے دقیق ترین اقسام کی تشخیص وتفریق بکمال لیاقت ابتداءً اونہوں نے ہی کی مگر ہماری طرح نہیں کہ آلۂ عکس شعاعی تو درکنار شمع راست بینی کی تیز ترین شعاعوں کی میںک چڑھا کر تشخیص ہوئی اور وہ بھی فی صدی نوے حالات میں غلط! امتحانِ قارورہ کے لئے اونکے پاس نہ جدید کیمیاوی تکلفات کا گورکھ دھندا تھا، نہ بیشمار آلاتِ دقیقہ کی زنبیل، مگر وہ امراضِ مثانہ وقلب کی تہ کو ایک ہی غلط انداز نظر میں پہونچ جاتے تھے! یہ سب کیونکر ممکن ہوا؟ اس لئے کہ وہ لوگ دُھن کے پکے تھے اور ارادے کے سچے۔ کام کرنا جانتے تھے اور صرف سعیٔ عمل اونکا ایمان تھا مشاہدہ اونکا یقینی آلہ تھا، جو خوردبین سے زیادہ طاقت رکھتا تھا + اونکے نزدیک اپنے پرائے کی تفریق وتخصیص نہ تھی + ھمالیہ کا رشی ہو یا یونان واسکندریہ کا فلسفی، اونکے نزدیک اہلِ علم سب برابر تھے، اور وہ علم کو دُنیا کی مشترک میراث سمجھتے تھے، جس میں ذاتیات کی تفریق کی گنجائش اور اس کی ضرورت ہی نہ تھی " چرک وسُشرت ہوں یا بقراط وجالینوس، اکتساب کمال میں مذہبی، قومی، رواجی یا ذاتی اختلافات اور رُکاوٹوں نے کبھی اونکے ثبات وعزم کو متزلزل نہ کیا اونکی کوششیں ساری دُنیا پر محیط تھیں اور لائحہ عمل یہ تھا۔

"مُسلم ہیں ہم وطن ہے سارا جہاں ہمارا
چین وعرب ہمارا، ہندوستان ہمارا" (اقبال)

بعینہٖ یہی حال دانایانِ فرنگ کی مساعیٔ جدیدہ کا ہے + ہندوں اور یونانیوں، رومیوں، اور اسلامیوں، ہر قوم اور ہر ملک وملت کے علوم شریفہ وفنون لطیفہ سے یہ زمانہ شناس مستفیض ہو رہے ہیں، گویا ہمارے بزرگوں کی سنتِ مؤکدہ اور اُسوۂ حسنہ پر بجائے ہمارے یہ لوگ عامل ہیں + چپہ چپہ پر انکی دقیقہ شناسی ان کے دامن کو مالا مال کر رہی ہے۔ اور جو جواہر ریزے جہاں سے ملے یہ اونکو

۵۱ فوٹوگرافی۔	۵۲ اکس رے۔

شوق کی آنکھوں سے اُٹھا کر سر پر چڑھاتے ہیں، جو کام کی بات ملی اُسے اختیار کرتے ہیں اور غیر مفید حشو و زوائد کو بلا تأمل مسترد کر دیتے ہیں۔ الغرض انکی فضیلت حاضرہ کا دار و مدار انکی سعیٔ عمل پر ہے۔ اور

ہماری پستی و ذلت

کا طشت از بام شدہ راز ہماری غفلت اور جمود میں ہے۔ اسلاف پرستی ہمارے لیے وجہِ افتخار رہے۔ مگر بزرگوں کے کارنامے ہمارے لیے اسی وقت باعث فخر ہو سکتے ہیں جبکہ ہم اُنھیں شمع ہدایت بنا کر شاہراہ ترقی پر گامزن ہوں، ورنہ یہ لاف و گزاف بلانیتِ عمل محض استخوان فروشی ہے۔ طب قدیم کے پرستار و اشترت وزہراوی کے جانشینو! ایک وہ زمانہ تھا کہ اسلامی خواتین اپنے فضل و کمال کے باعث خطرناک اور دقیق اعمال جراحیہ خود اپنے ہاتھوں سے انجام دے سکتی تھیں اور آج تمہاری پستی و جہالت کا یہ حال ہے کہ تم معمولی نشتر کے استعمال سے بھی ناواقف ہو، اور ایک پھوڑے کو چیرتے ہوئے ڈرتے ہو۔ الزہراوی کی تصنیف کے بعد آٹھ سو سال گذر گئے۔ اغیار نے اوس کے ترجمے اور شرحیں لکھیں اور تم اوس کے ادھورے نسخہ سے آج روشناس ہوتے ہو۔ یورپ والوں نے زہراوی کے نقشِ قدم پر چلکر سیکڑوں نئی کتابیں جراحی کے موضوع پر لکھ ڈالیں اور تم ہو کہ زہراوی کے قدیم نسخہ تک بخوبی سمجھنے سے قاصر ہو اور ابنِ بکیر کے فقیر بنکر میزان الطب، رسالۂ قبریہ، اور رسالۂ قارورہ کی تقویم پارینہ میں مستغنی و مستغرق۔

پیامِ عمل

دوستو! جاگو اور اُٹھو! دیکھو کہ زمانہ کس رُخ پر چل رہا ہے، اغیار بازی لیے جا رہے ہیں، تم بھی کچھ سعیٔ عمل میں کوشاں ہو، ذرا ترجمانِ حقیقت اقبال کی آواز پر کان دھرو:-

ہو صداقت کے لیے جس دِل میں مرنے کی تڑپ
پہلے اپنے پیکرِ خاکی میں جاں پیدا کرے
پھونک ڈالے یہ زمین و آسمانِ مستعار
اور خاکستر سے آپ اپنا جہاں پیدا کرے

زندگی کی قوتِ پنہاں کو کر دے آشکار
تا یہ چنگاری فروغِ جاوداں پیدا کرے
خاکِ مشرق پر چمک جائے مثالِ آفتاب
تا بدخشاں پھر وہی لعلِ گراں پیدا کرے
سوئے گردوں نالۂ شبگیر کا بھیجے سفیر
رات کے تاروں میں اپنے رازداں پیدا کرے

یہ گھڑی محشر کی ہے، تو عرصۂ محشر میں ہے
پیش کر غافل عمل کوئی اگر دفتر میں ہے (اقبال)

مطلعِ اُمید

الحمدللہ کہ اس عام جمود و سکوت کے عالم میں یکایک فضائے دہلی سے شعاعِ اُمید کا طلوع ہوا اور حضرت مسیح الملک حکیم حافظ محمد اجمل خاں صاحب کی مساعیٔ جمیلہ سے "آیورویدک و یونانی طبی کالج دہلی" معرضِ وجود میں آیا، جس کے باعث نہ صرف اطرافِ ملک میں تعلیم یافتہ اور قابل اطباء کی ایک جرثیلی جماعت ملک کی طبی ضروریات اور احیاءِ طب قدیم کے لیے مہیا ہوگئی، بلکہ قدیم طبقۂ اطباء میں بھی ایک جان بخش حرکتِ معکوس پیدا ہوگئی، جدید نصابِ تعلیم ملک کے سربرآوردہ اور نامور حکماء کی رائے سے مقرر کیا گیا، جس میں زمانہ کی ضروریات کے لحاظ سے تشریح اور وظائف الاعضاء وغیرہ کی تعلیم و تدریس لازمی گردانی گئی + تنظیم و تدوین نصاب کے لیے ضروری تھا کہ قدیم کتب طبیہ میں مناسب اضافات و ترمیم کے بعد جدید تالیفات بھی شامل کی جائیں، تاکہ طلباء کو قدماء فن کے اُصول و تحقیقات کے علاوہ، انکشافات جدیدہ و اختراعات حاضرہ سے متمتع ہونے کا موقعہ ملے +

اس مُہتم بالشان مقصد کی قرار واقعی تکمیل پر طبیہ کالج کی کامیابی کا دارومدار، بلکہ یوں کہنا صحیح ہوگا کہ، بحیثیت مجموعی یُونانی طب کی سلامتی و آیندہ زندگی کا انحصار تھا + ہزار شکر ہے کہ طبیہ کالج کے محکمۂ تالیفات نے اس ضروری اور اہم مقصد میں ابتک اُمید سے زیادہ کامیابی حاصل کی + مبادی و اصول طب، علم العلاج،

تجربات، تشریح الاجسام، وظائف الاعضاء، ماہیت امراض، و دیگر مضامین پر تالیفات و تراجم طیار ہوکر باعث منفعت کثیر ہوئے ۔ ان تالیفات کی قدر و قیمت کا اندازہ نہ صرف اس لحاظ سے کرنا چاہئے کہ ان کی مدد سے ایک تعلیمی نصاب منضبط و مدون ہوگیا، جس سے طلبا مستفید ہوئے، بلکہ اس حقیقت کا خیال و اعتراف بھی ضروری ہے کہ اپنے قدیم طبقۂ اطبا میں ایک سنسنی خیز حرکت، تحقیق و ترقی فن کے متعلق پیدا ہوگئی، اور اُن نوجوانوں میں بھی، جو دہلی کے دارالعلوم طبی سے فارغ ہوکر نکلے اور ملک کے طول و عرض میں بسرعت پھیل گئے، مزید تحقیق و تالیف کا شوق پیدا ہوگیا اور ان میں سے اکثر اب تراجم و تالیفات میں منہمک ہیں۔ یا طبی جرائد و رسائل میں حصہ لے رہے ہیں ۔ طبیہ کالج کی زرّیں مثال سے متاثر ہوکر لکھنؤ، بھوپال، مدراس، لاہور، حیدرآباد دکن، وغیرہ میں بھی قیمتی مساعی جاری ہیں ۔ قدرتی طور پر ان مساعی میں خاص دہلی کے طبی ارباب حل و عقد کا حصہ پیش پیش ہے، جو بالخصوص حضرت مسیح الملک کے فیض صحبت سے مستفیض ہو چکے ہیں یا اونکے "چشم و چراغ" طبیہ کالج دہلی سے تعلق رکھتے ہیں ۔

حاملان طب یونانی پر جدید اطبار کا ابتک بڑا اعتراض یہ تھا کہ وہ تشریح و افعال اعضاء جیسے ضروری مضامین سے یکسر غافل و نابلد ہیں ۔ مقام شکر ہے کہ اس کمی کو پورا کرنے کے لیے حضرت مسیح الملک اور ارکان کالج نے سب سے پہلے توجہ فرمائی اور اب چند سال سے تشریح و منافع الاعضاء کی تعلیم لازمی قرار دے دی گئی ہے ۔ نصاب کے ان معرکۃ الآرا مضامین کی تدوین و تکمیل، مسیح الملک کے ارشد تلامذہ، اور طبیہ کالج کے مایۂ ناز فرزند، موجودہ پروفیسر تشریح و منافع الاعضاء زبدۃ الحکماء مولانا حکیم کبیر الدین صاحب کا ایک قابل یادگار علمی کارنامہ ہے جو کالج کی تاریخ میں ہمیشہ مجلّٰی رہے گا ۔ علامۂ موصوف اب طبی دنیا میں کسی تعارف کے محتاج نہیں ۔ طبی نصاب کی تکمیل و تنظیم کا اہم فریضہ آپ نے جس حسن خدمت، و دلچسپی، اور قابلیت و انہماک سے ادا کیا ہے، وہ ارباب فن کی سخن شناس نگاہوں سے پوشیدہ نہیں ۔ ایک خاص قابل تذکرہ

بات یہ ہے کہ تشریح و منافع الاعضاء کے متعلق جو ہزارہا لاطینی و انگریزی اصطلاحات ہیں اور جن کی تعریب پر یا اُنکے مرادفات کی تلاش میں اکثر علمائے مصر تک مجبور ہوئے، علامۂ ممدوح نے، بکمال لیاقت وجدت وہزار کاوش و تتبع اُنکے قدیم مترادفات ڈھونڈ نکالے، یا ان کے لئے خالص عربی مصطلحات وضع کیے، اور وہ بھی ایسے کہ جو قدیم اور مروجہ یونانی اصطلاحات والفاظ کے ساتھ بے جوڑ اور بدوضع پیوند معلوم نہیں ہوتے، بلکہ اونکے ساتھ شیر وشکر کی طرح مل گئے ہیں یہ ادبیات اُردو اور خصوصاً طبی ادب کی نہایت گراں بہا و نادر تاریخی خدمت ہے +

ابتک تشریح کی تعلیم کے متعلق طبیہ کالج میں لاشوں کے چیرنے کا انتظام نہ ہونا ایک بڑی کمی تھی + مگر یہ خبر نہایت طمانیت بخش ہے کہ اب ارکان کالج نے نہایت کوشش سے طبیہ کالج کے طلباء کے لیے لاشوں کے مہیا کرنے کا انتظام فرما دیا ہے اور عملی نصاب کی یہ نہایت شدید و اہم ضرورت پوری ہوگئی ہے +

علم طب اور علاج الامراض کے دو اہم شعبے ہیں:- علاج بالدوا اور علاج بالید + طب قدیم ان ہر دو صیغوں میں قدیم الایام سے ممتاز رہی ہے، جیسا کہ گذشتہ صفحات میں تاریخ جراحی شہادت دے رہی ہے + یہ ہماری بدبختی تھی کہ ہم نے اسلامی علوم کے زوال کے بعد اپنی پستی و غفلت سے مجبور ہوکر اپنے مہذب و شائستہ فن جراحی کو سہو و گمنامی کے تعزیرات میں ڈالدیا، اور جراحیات سے ایسے غافل و ناآشنا ہوگئے کہ گویا کبھی اسکا نام بھی نہیں سنا تھا + بعض ضروری اور ناقابل گریز اعمال، مثلاً کسر و خلع کا علاج، فصد، حجامت وغیرہ، ادنیٰ پیشہ وروں، اور "حجاموں" کے سپرد کردیے اور نامور اطباء کے مطبوں میں صرف علاج بالدوا کی مشق و ممارست جاری رہی + ہندوستانی اطباء کی یہ سہل انگاری ہی دراصل اس بات کی ذمہ دار ہے کہ آج تعصب سے اطباء مغرب طب یونانی کو نامہذب، ناقص اور علمی حیثیت سے گرا ہوا سمجھتے ہیں - اور انگریزی ماہرین جراحی اس کی کم مائگی اور بے بضاعتی پر طعنہ زن ہیں:- یہ جو کچھ ہے، فی الحقیقت ہمارے اپنے کرتوتوں کا نتیجہ ہے:-

من از بیگانگاں ہرگز نہ نالم
کہ با من آنچہ کرد آں آشنا کرد

کس قدر عبرت و حسرت کا مقام ہے کہ فن جراحی کی مستند مشرقی تصانیف (سشرت سنگھتا اور الزہراوی) کو اہل یورپ اپنا دستور العمل بنائیں اور ادنے اکتساب کمال کریں، اور ہم ابتک ادنے قطعی بے خبر و بے پروا رہیں + سُنا گیا ہے کہ لاہور کے کسی مطبع نے اب سُشرت کا اُردو ترجمہ شائع کیا ہے، حالانکہ ہمارے اطبا اگر چاہتے تو سالہا سال پہلے اسکا اُردو ترجمہ (خلفائے بغداد کے عہد کے عربی ترجمہ سے یا اصلی سنسکرت کتاب سے) کرکے اوس سے مستفید ہوتے + زہراوی کا عربی نسخہ بھی اب مطبع نامی لکھنؤ کی کوشش سے ہندوستان میں شایع ہوا ہے + غالباً اس سے پہلے پٹنہ کے کتب خانۂ خدا بخش خان میں ایک نسخہ موجود تھا، اور قیاس ہے کہ ہندوستان کے بعض علم دوست حضرات اور نامور اطبا کے کتب خانے بھی اس سے خالی نہ ہونگے + مگر عام طور پر ہندوستانی اطبا کی جماعت، سشرت کی طرح زہراوی سے بھی غافل و مستغنی رہی، ورنہ ضرور تھا کہ دیگر یونانی طبی کتب کے ساتھ اسکا بھی اُردو ترجمہ سالہا سال پیشتر ہی شائع ہوکر رائج ہوجاتا + سُشرت اور زہراوی توخیر قدیم کتب ہیں اور اونکی کیابی کا عذر شاید قابلِ سماعت بھی ہو، لیکن جدید فن جراحی کی جو سیکڑوں انگریزی کتابیں برطانوی حکومت کے دَور دَورے کے ساتھ عرصۂ دراز سے ہندوستان میں داخل ہوئیں اور جنکی مدد سے ہندوستانی ڈاکٹر صاحبان اپنی نشتر زنی کا کمال حاصل کرچکے ہیں، اونکی طرف بھی جماعتِ اطبا نے توجہ نہیں فرمائی + اس میں شک نہیں کہ ترقیٔ علوم و ترویج فنون کے لئے حکومتِ وقت کی سرپرستی ضروری چیز ہے اور ہماری سیاسی غلامی ہماری علمی ترقیات میں بہت کچھ حائل رہی، مگر ایک پوری طبی جماعت کا جراحی جیسے مفید اور اہم طریقۂ علاج سے قطعی غیر مانوس و متنفر ہوجانا، حتی کہ اکتساب فن کی انفرادی مساعی کا بھی معدوم ہوجانا، یہ ایک ایسا جانکاہ قومی حادثہ اور فنی بدشومئی و پستی کا دلخراش نظارہ ہے، جس کی توجیہہ و تاویل کے لیے خالصتہً خارجی و سیاسی اسباب بمشکل کافی ہوسکتے ہیں بلکہ حق تو یہ ہے کہ اس سے قوائے قومی کے عوارضِ باطنی اور اضمحلال داخلی

کا پتہ چلتا ہے۔ سچ ہے:۔

اِنَّ اللّٰہَ لَا یُغَیِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتّٰی یُغَیِّرُوْا مَا بِاَنْفُسِہِمْ

کتاب "علم الجراحت" کی تدوین

احیاء طب قدیم کی تاریخ میں ایک اہم اور زرّیں واقعہ ہے

جسپرارکانِ طبیہ کالج اور خصوصاً کالج کے سرگرم پرنسپل، ڈاکٹر محمد حبیب الرحمٰن صاحب مستحقِ صد آفرین و مبارکباد ہیں۔ فن جراحیات کی اس پہلی اُردو کتاب کی تدوین و تکمیل میں ہمارے مکرم دوست مولانا حکیم محمد کبیر الدین صاحب نے جس عرقریزی، جانفشانی اور تبحرِ علمی کا ثبوت دیا ہے وہ آپ ہی جیسی باکمال شخصیت کا حصہ ہے۔ جنابِ مؤلف کو اس مجموعۂ کمال کی تالیف و تزئین میں، قدم قدم پر جن صعوبات و مشکلات کا سامنا ہوا ہے، اُن کا اندازہ کچھ وہی صاحبان فرما سکتے ہیں جو تفصیلی حالات سے واقف ہیں۔ بہرحال نہایت مسرت و افتخار کا موقعہ ہے کہ ارکانِ کالج کی متفقہ مساعیٔ جمیلہ کامیاب ہوئیں اور حکیم صاحب مدفیوضہٗ نے بکمال محنت و استقلال "علم الجراحۃ" کا یہ پہلا حصہ ارباب فن کے سامنے پیش کرکے طبِ یونانی کے سلسلۂ ارتقاء میں ایک اہم اور تازہ اضافہ فرما دیا، جس سے نہ صرف منتہی جماعتوں کے لیے علم و عمل جراحی کا نصاب مکمل ہوگیا بلکہ بحیثیتِ مجموعی ہندوستان کی جماعتِ اطباء کے سامنے اصول و ضوابط جراحیہ کا ایک سربستہ باب کھل گیا۔

کتاب الجراحت مبادی و اصول جراحی کے علمی و عملی بیانات کا ایک جامع مجموعہ ہے، جس میں زمانۂ حاضرہ کے ترقی یافتہ فنِ جراحی کا سادہ ترین ابتدائی خاکہ پیش کیا گیا ہے۔ جہاں تک ہمارا قیاس ہے، اس موضوع پر اُردو زبان کی یہ پہلی کتاب ہے، جو اُصول و ضوابط فن جراحی کو منضبط و باقاعدہ طور پر پیش کرتی ہے۔ فی الحقیقت اس ترقی یافتہ زمانہ میں فن جراحت نے نہایت عجیب و غریب اہمیت و وسعت حاصل کر لی ہے، جسکا کسی قدر اندازہ اس سے ہو سکتا ہے کہ یورپ و

امریکہ میں سیکڑوں ہزاروں تالیفات وتصنیفات، رنگارنگ تصاویر وتشریحات سے آراستہ ہوکر، نہایت قلیل عرصہ میں جراحی کے موضوع پر شائع ہوچکی ہیں اور روز بروز انکی تعداد میں ترقی جاری ہے + خاص خاص ماہرین فن نے تمام امراض واعمالِ جراحیہ میں سے صرف ایک مرض یا ایک عمل کو منتخب کرکے درجۂ کمال پر پہونچا دیا اور پھر صرف اُسی ایک بیان میں مستقل وضخیم کتابیں شائع کی ہیں + بیسیوں اعمال جراحیہ ایسے ہیں جو مختلف ماہرین مختلف طریقوں پر کرتے ہیں، اور ہر ماہر اپنے مخصوص ایجاد کردہ طریقۂ عمل کی تائید وتحسین اور دوسرے اقسامِ عمل کی تردید وتنقید میں، مشرح اعداد وشمار اور ضخیم شواہد مستقل کتابی صورت میں پیش کرتا ہے + مزید برآں علم الجراحۃ اسقدر شائستگی اور وسعت کو پہونچگیا ہے کہ اس کے اُصول واعمال کے بیسیوں جداگانہ اور مخصوص صیغے قایم ہوگئے ہیں، مثلاً:-

(۱) تشریح جراحی (۲) جراحت تعلیمی (مریضوں کے بستروں پر جراحی کا درس) (۳) جراحت عملی (۴) علم الامراض الجراحیہ۔ (۵) جراحت صغیرہ یعنی تعصیب ترفید اساوہ وغیرہ (پٹی وغیرہ باندھنا) (۶) جراحت دافع عفونت (۷) جراحت غیر عفونی (۸) مجروحین کی پہلی مدد (۹) فوجی جراحت (۱۰) مخدرات یعنی دوائے بیہوشی (۱۱) مخدرات نخاعیہ (۱۲) جراحت چشم (۱۳) جراحت بطن (۱۴) جراحت صدر (۱۵) جراحتِ خانہ (۱۶) آلات جراحیہ (۱۷) کی بالتار یعنی آگ سے داغنا۔

۱ سرجیکل اناٹومی۔	۹ ملٹری سرجری۔
۲ کلی نیکل سرجری۔	۱۰ انس تھیسیا۔
۳ اوپے ریٹو سرجری۔	۱۱ اسپائنل انل گیسیا۔
۴ سرجیکل پیتھالوجی۔	۱۲ آفتھلک سرجری۔
۵ مائنر سرجری، بینڈیجنگ (اینڈ) اسپلنٹس۔	۱۳ ابڈامنل سرجری۔
۶ اینٹی سپٹک سرجری۔	۱۴ تھوریسک سرجری۔
۷ اسپٹک سرجری۔	۱۵ پلوک سرجری۔
۸ فرسٹ ایڈ ٹو انجیورڈ	۱۶ سرجیکل انسٹرومنٹس اینڈ اپلی انسز
	۱۷ تھرموکاٹری۔

(۱۸) کَیَ بالبرق[۱۸] یعنی بجلی سے داغنا (۱۹) تسویۂ اطفال[۱۹] جس میں بچوں کی بدہیئتی کو دور کیا جاتا ہے (۲۰) جراحات شعاعیہ یعنی مختلف قسم کی شعاعوں سے امراض کا علاج کرنا +

اسی طرح اور بھی اس کے شعبے ہیں پھر ان میں سے ہر صیغہ کی قسمیں جُدا جُدا منضبط کی گئی ہیں اور اس طرح یہ ایک سلسلۂ طولانی بنگیا ہے +

الغرض ان عمومی و خصوصی مساعی کا یہ نتیجہ ہے کہ آج جدید علم الجراحۃ نے ایک عظیم الشان قصر کی صورت اختیار کر لی ہے جس کی آرائش و زینت میں اَنت نئی ایجادات و اختراعات سے اضافہ ہوتا رہتا ہے +

"کتاب الجراحۃ" میں علم جراحۃ کے انہی مسائل و اعمال کا محض ابتدائی اور سادہ ترین بیان ہے اور چونکہ یہ کتاب اس فن کے عام اصول و مبادی کا مجموعہ ہے، جو مبتدی فن کو جراحیات کے وسیع و پُر بہار میدان سے روشناس کر کے اس کے سامنے قصرِ جراحیات کا عظیم الشان باب وا کرتی ہے، اس سے زیادہ تشریح و تفصیل کی اس میں گنجایش بھی نہیں ہو سکتی تھی + پہلی جلد میں جو فی الحال اہل نظر کے سامنے پیش ہے، نہایت ابتدائی اور بنیادی مطالب درج ہیں، جن پر آگے چلکر فن جراحی کی فلک مرتبت عمارت کے بلند درجے کھڑے ہونگے + اس لحاظ سے ان ابتدائی اُصول کا بخوبی جاننا اور سمجھ لینا نہایت ضروری امر ہے + مبتدی فن اکثر مقامات پر ان جامع اُصول کی دقت اور روکھے پن کو صبر آزما پائے گا، مگر جراحی کے دقیق و قیمتی اعمال کو قبضۂ اقتدار میں لانے کے لیے صبر و استقلال کے ساتھ اسی پُر پیچ راہ سے گذرنا مقدم و ضروری ہے + اس سنگلاخ و ناہموار سرزمین کو عبور کیے بغیر جراحی کی شاہراہِ عمل پر پہونچنا ناممکن ہے + کہنے کو یہ مبادی ہیں اور شائقِ فن مبتدی کے لیے ابتدائی زینے، مگر انکے جامع اختصار میں وہ راز ہائے سربستہ پوشیدہ ہیں، جن کی موشگافی کے لیے ایک مغربی دار العلوم کا منتہی بھی انھیں سے وابستہ کار ہونے پر مجبور ہوتا ہے اور بالآخر اُنسے فیضیاب ہوتا ہے +

---

۱۸ الکٹرو کاٹری۔
۱۹ آرتھوپے ڈیز

۲۰ اکس رے (شعاع رانت جینی) (فنن لائٹ (شعاع فنن) الٹرا وائلٹ ریز (شعاع بنفشجی برتر)

مثال کے طور پر باب اوّل ہی کو لیجئے جس میں علم الجراثیم کے مبادی سے بحث کی گئی ہے، اور جو تفہیم وتسہیل امراض واعمال جراحیہ کے لیے نہایت ضروری ہے، سلف سے اب تک کی جراثیمی تحقیقات کا لُبِّ لُباب اس میں موجود ہے + بظاہر علم الجراثیم ایک جداگانہ حیثیت رکھتا ہے، مگر اسکا عمل ودخل جراحات وامراض جراحیہ پر اس شدت سے ہے کہ گویا جراثیم ہی تمام کون وفساد کی جڑ ہیں اور یہ نہوتے تو نہ جراحی کی چنداں ضرورت ہوتی اور نہ ماہرین جراحی کی پرسش + آگے چلکر باب التہاب (ورم حار) پر نظرِ غائر ڈالئے تو ظاہر ہوگا کہ جس طرح جراثیم بیشتر امراضِ جراحیہ کے مخفی اسباب میں سے ہیں، اسیطرح "التہاب" بیشتر امراض جراحیہ کا نمایاں مظاہرہ ہے + فرق اتنا ہے کہ ایک پس پردہ کارفرما ہے تو دوسرا صریحاً اور کھلے میدان میں + ذرا اور آگے بڑھئے تو "علائی" بجلیاں گراتا ہوا نظر آئیگا اور اُس کی فریب کاریوں کا راز ہویدا ہوگا + الغرض اسیطرح جراحیات کے سربستہ راز مبتدی پر زینہ بہ زینہ منکشف ہونگے + مبتدی انکی گوناگوں عجوبہ کاری سے دم بخود اور حواس باختہ ہوکر بعض اوقات گھبرا اُٹھے گا، تو منتہی انہی میں قوانین قدرت کے لامتناہی اسباب وعلل کا سلسلہ دریافت کرکے عش عش پکار اُٹھے گا، اور اب عملی طور پر محسوس کرے گا کہ

"ہر ورقے دفتر معرفت کردگار"

اس پوری کتاب میں ایک اہم وممتاز حصہ وہ ہے جس میں مؤلف علام نے امراضِ جراحیہ کی ماہیت دقیقہ وفلسفۂ مظاہر مرضیہ سے مبتدی کو روشناس کیا ہے، فی الحقیقت یہ خاص موضوع تحقیقاتِ جدیدہ کا عجیب ترین کارنامہ ہے، جو بیشتر خوردبینی مشاہدات کا نتیجہ ہے اور جسپر مغربی محققین کو بیحد ناز ہے + خوردبین کی ایجاد طب جدید میں وہی اہمیت رکھتی ہے جو بندوق کی ایجاد جدید طریقۂ جنگ میں + مگر جس طرح ٹٹی کی آڑ میں چھپکر بندوق کی گولی سے غنیم کی جان لینا چنداں شانِ تہور نہیں، اسیطرح طبعیات کی اس دبردست

۱؎ بیکٹیریالوجی۔	۳؎ انفکشن۔
۲؎ انفلامیشن۔	۴؎ سرجیکل پیتھالوجی۔

تریں کامیابی (خوردبین) سے زندہ جراثیم کا مشاہدہ کرلینا کوئی نمایاں دماغی فتحمندی نہیں + حقیقی تعریف کے مستحق وہ دانشمند و دورمین دماغ تھے جنھوں نے بلا خوردبین کی مدد کے جراثیمی سمیات[1] کی موجودگی کا اندازہ فرمایا اور اب سے سیکڑوں سال پیشتر مواد فاسدہ و مرطوبات مرضیہ کے متعلق ذہنی و قیاسی نظریات قایم کیے + بایں ہمہ ہم خوردبین کی اہمیت سے انکار نہیں کرسکتے، اور اب مقتضائے وقت یہی ہے کہ ہم بھی اس جدید حربہ سے جراثیمی افواج کی نقل و حرکت کا معائنہ کریں، اور صحت انسانی کے ان ٹڈی دل دشمنوں کے قلع قمع کرنے کا سامان جدید اسلوب پر کرنے کی مہارت پیدا کریں + ماہیت دقیقہ کا جویان کتاب علم الجراحت میں موجود ہے وہ اگرچہ اس مشکل و دقیق بحث کا سادہ ترین بیان ہے، مگر مبتدی ابتداءً اس میں ضرور غلطاں و پیچاں ہوگا۔ اس کی جدت و غیر مانوسیت اسی کی متقاضی ہے، تاہم یہ ایک ایسا اہم اور بنیادی حصہ ہے جس پر آئندہ جراحی مسائل کا دارومدار ہے، لہٰذا اس پر عبور حاصل کرنا نہایت ضروری ہے + جراثیم کا تمام بیان اسی زمرہ میں سمجھنا چاہئے + حضرت مؤلف نے اس سنگلاخ مرحلہ کو نہایت سلاست سے طے کیا ہے، جو اونکی قدرت زبان اور علمی تبحر پر دال ہے +

ایک زمانہ تھا کہ اسی قسم کے مسائل کے متعلق، قدماء فن انتہائے ذہانت اور بالغ نظری سے، قیاسی و ذہنی نظریات قایم کرکے اونکے نشانات کتب قدیمہ میں محفوظ کرگئے + متاخرین بھی اگر انھیں کے نقش قدم پر چلتے، اور اونکے اشارات کے سمت تحقیق و تفتیش جاری رکھکر بدیہیات و نظریات کی تلاش کرتے رہتے، تو آج اغیار خوردبین کی عینک لگاکر اپنے "عینی مشاہدات" کا خوان یغما بایں تفاخر ہمارے سامنے پیش نہ کرسکتے + بہرحال چونکہ ہم ہتی دامان ہیں اور تحقیقات جدیدہ کے اصلی بانی و محرک خود ہمارے اسلاف کے اصول قدیمہ ہیں، لہٰذا یہی مناسب ہے کہ ہم جدید مغربی علوم کی خوشہ چینی اور جائز تقلید میں دریغ نہ کریں، اور استفادہ کمال کے بعد بذات خود اس قوت و استحکام کو پہونچیں کہ دنیا کے سامنے پھر سلطنت و زمامداری کی تازہ مثالیں پیدا کردیں +

---

[1] ناکسین +

دُنیا کی تاریخ تمدن سے ثابت ہے کہ ترجمہ دورِ ترقی کی ابتدائی کڑی ہے جس کے ذریعہ ہر ملک و قوم نے شاہراہِ ترقی کی طرف قدم بڑھایا + بچہ جب خود اپنے پیروں کھڑا نہیں ہوسکتا تو پہلے دوسروں کا سہارا ڈھونڈھتا ہے اور پھر بتدریج قوت و استحکام حاصل کرکے اپنے بل چلنے کے قابل ہوجاتا ہے + یہ خود داری و خود اعتمادی ترقی کی آخری منزل ہے + تاریخ جراحیات کے متعلق آپ گذشتہ صفحات میں دیکھ چکے ہیں، کس طرح اہل یورپ نے تراجم کے ذریعہ سے دوسرے ملکوں اور اجنبی قوموں سے ابتداءً اکتساب کمال کیا، یونانی علوم میں ماقبل التاریخ ہند و علم و فلسفہ کی صاف جھلک موجود تھی۔ خلفائے بغداد و اندلس نے بھی یونانی و ایرانی ذرائع سے مستفید ہوکر اسی طرح اسلامی دورِ علم کی بنا ڈالی + پھر جب تراجم و تفاسیر کی مدد سے افرادِ قوم میں ترقی کا مادہ سرایت کرگیا تو انھیں اقوام نے، جو ابتداءً جنس مستعار کے خوشہ چین تھے، اپنے خود ساختہ ترقیات اور ذاتی کمالات کو دُنیا کے سامنے پیش کیا + بعینہٖ یہی تاریخی اصول موجودہ زمانہ میں طب یونانی کے احیاء و ارتقاء میں کارفرما ہے + جو قوم اپنا دامن نقد علم سے یکسر خالی کرچکی ہو، اوس کے لیے تقاضائے فطرت اور مصلحتِ وقت یہی ہے کہ پہلے دیگر ترقی یافتہ اقوام کے علمی ذخائر سے اکتساب کمال کرے + اور نظرِ غائر سے دیکھا جائے تو علم و کمال، فضل و ہنر کسی ایک قوم کی واحد ملکیت نہیں، بلکہ جمیع بنی آدم کی مشترک میراث ہے، بقولے

"بنی آدم اعضائے یک دیگراند"

اس نقطۂ خیال سے دیکھا جائے تو تراجم و تالیفات کے ذریعہ علوم قدیمہ کے احیاء و تجدید کی سعی ناجائز و نامناسب نہیں، بلکہ ایک مستحسن و ضروری قومی فرض ہے + مگر ساتھ ہی اسکا بخوبی احساس ہونا چاہئے کہ ہم ان ابتدائی مرحلوں پر ہی مطمئن و قانع ہوکر نہ بیٹھ رہیں۔ بلکہ ہماری قومی حیات کا صحیح منتہائے خیال یہ ہونا چاہئے کہ ہماری ذاتی تصانیف بالآخر اس پایۂ کمال کو پہونچ جائیں کہ اقوام عالم اُنکے ذریعہ سے ہمارے علوم و فنون سے مستفید ہوسکیں + ہمیں اُمید ہے کہ کتاب الجراحۃ کے صلائے عام سے مستفید ہوکر ابنائے فن اسی منتہائے خیال کی طرف بڑھیں گے +

ترجمہ اجنبی زبان کی عکسی تصویر ہے جس کے ذریعہ سے ہم غیر مانوس اجنبی خیالات کا اثر معکوس اپنے دماغ پر قایم کر سکتے ہیں + پس ضروری ہے کہ ہم اجنبی الفاظ کے مقابل و مرادف صحیح الفاظ اپنی زبان میں پیش کر سکیں، اور اگر اس قسم کے مترادفات موجود نہ ہوں تو نئے نئے الفاظ ایجاد و وضع کرکے ادنے تسہیل مطلب کا سامان پیدا کریں + مگر بدقسمتی سے زبانِ اُردو جدید علمی و حکمی مضامین و الفاظ سے بہت کم آشنا ہے + ہر زبان کا ادب اپنے مخصوص ملک و تمدن کا پابند ہے، اسی لحاظ سے اُردو بھی ہمارے گذشتہ اور موجودہ خیالات اور طرز معاشرت و مشاغل کا چربہ ہے جو خیالات ہمارے دل و دماغ پر حاوی و طاری رہے وہی الفاظ کی صورت میں ہماری زبان پر آگئے اور کثرتِ استعمال سے داخلِ زبان ہوگئے + اس نظر سے دیکھتے ہوئے اُردو کی کم مائگی چنداں تعجب خیز اور غیر معمولی نہیں، بلکہ اس نوزائیدہ طفل نے نہایت قلیل عرصہ میں حیرت انگیز ترقی حاصل کی + فطرتاً اس کی ترکیب و ساخت میں ایسی لچک اور لوچ ہے کہ آیندہ اسکے علمی کارناموں کا میدان بہت وسیع اور حوصلہ افزا نظر آرہا ہے، جیسا کہ آجکل کی نئی اُردو تالیفات سے بخوبی ظاہر ہے +

ترقی اُردو میں جدید علمی اصطلاحات کی ترکیب نوعیت کا مسئلہ زبردست اہمیت رکھتا ہے + ملک کی ایک بااثر علمی جماعت اسبات پر متفق ہے کہ اس قسم کی اصطلاحات (جن میں طبی اور جراحی اصطلاحات بھی شامل ہیں) کے اخذ و وضع کے لیے ہمیں زیادہ تر عربی و فارسی مصادر و مآخذ سے جنمیں ترکیب و اشتقاق کی بہت آسانیاں ہیں، مستفیض ہونا چاہیے، کیونکہ انکے وسیع ذخائر ہمارے لیے نہایت سہل الحصول ہیں اور خود ہماری زبان کی ترکیب و ساخت اسی کی متقاضی ہے، نیز اس اسلوب عمل کے باعث ہم کریہہ و اجنبی الفاظ کی غیر مستحسن تعریب سے بچ سکتے ہیں + یہی طریقہ جمہور سلف نے طب و فلسفہ کے یونانی الفاظ کے لیے اختیار کیا تھا، اگرچہ شاذ مثالوں میں تعریب کو وہ بھی ضرورتاً جائز سمجھتے تھے + مگر ہندوستان کے اہل علم کی ایک دوسری فاضل جماعت اسپر مُصر ہے کہ اب عربی و فارسی کے مزید الفاظ سے اُردو کو گراں بار و ثقیل کرنا مناسب نہیں، بلکہ جس طرح یورپ کے مختلف ممالک نے یونانی، رومی، لاطینی الفاظ کو، اصلی صورت میں یا بہ ادنیٰ تغیر اپنی اپنی زبانوں میں داخل کر لیا اسیطرح ہم بھی بآسانی انگریزی

وڈاکٹری الفاظ کے تلفظ کو بگاڑ کر اُردو میں داخل کرلیں + عصرِ جدید کے اکثر مصری علماء نے یہی آخری طریقہ اختیار کیا ہے + اِن دونو گروہوں کے دلائل کے تصریح و محاکمہ کی یہاں گنجایش نہیں۔ قبولیت عام کی ٹکسال پر دونوں قسم کے الفاظ کی پرکھ ہوکر پسندیدہ اور غیر پسندیدہ کی تمیز بالآخر ضرور ہوجائے گی، اور سچ پوچھئے تو یہی صحیح معیارِ زبان ہے، بمصداق غَلَطُ الْعَوَامِ دَفِیْنُ الْعُلَمَاءِ + +

معرب الفاظ اور عربی ماخذ کے جدید اصطلاحات دونوں دُنیائے اُردو کے سامنے ہیں، اب رواج و کثرتِ استعمال مقبولیت کا سہرا اِن میں سے جس کے سر باندھے وہی فصیح ہے + اسی بنا پر ہم یہ کہنے کی جرأت کرتے ہیں کہ اصطلاحات کے معاملہ میں سخت قواعد و آہنی حدود کی پابندی عائد نہیں کی جاسکتی، نہ کوئی ایک مسلمہ دستور العمل یا واحد مشرب، زبان آفرینی کا ٹھیکہ دار ہوسکتا ہے +

لہٰذا یہاں ہم کتاب الجراحت کی علمی اصطلاحات پر محض ایک سرسری نظر ڈالنے پر اکتفا کرتے ہیں + علامہ بہاری نے (جو اس سے پہلے تشریح مجے و منافع الاعضاء کی مصطلحات کے متعلق اپنی علمی قابلیت، جدت و ذہانت کا کافی ثبوت دے چکے ہیں) مصطلحات جراحیہ کا دریائے ذخار بھی نہایت خوبی و خوش اسلوبی سے طے کیا ہے، غیر مانوس لاطینی و مکروہ یونانی الفاظ کے لئے بھی آپ نے نہایت سادہ اور شیریں مترادفات ایجاد و وضع کیے ہیں، جو عموماً اُمَّہَاتُ الْکَلِمَۃ عربی مصادر سے مشتق و ماخوذ ہیں + ذیل میں کتاب الجراحت کی چند اصطلاحات مُدوّنہ درج کی جاتی ہیں جنکے ساتھ اونکے مقابل ڈاکٹری الفاظ اور وہ معرب مصطلحات بھی مندرج ہیں جن کی تعریب علمائے مصر کی دماغی کاوش کا نتیجہ ہے + نکتہ شناس نظریں انھیں غور و دلچسپی کے ساتھ ملاحظہ فرماکر خود فیصلہ کریں گی کہ اُردو زبان میں مصری معربات بہترہیں یا علامہ بہاری کے فرزندانِ معنوی:-

ڈاکٹری الفاظ	مصری مترادفات	کتاب الجراحۃ کے اصطلاحات
بیکٹیریالوجی	بکتیریولوجیا	علم الجراثیم
مائی کروبز	میکروبات	احیاد دقیقہ۔ جراثیم
بیکٹیریا	بکتیریا	جراثیم

ڈاکٹری الفاظ	مصری مترادفات	کتاب الجراحۃ کے اصطلاحات
کلوروفیل	کلورفیل	خضرتِ نباتی
سیلولوز	سیلولوز	نشائیۃ الکل
جیلاٹینس سبس ٹنس	مادۃ جیلاتینیہ	مادۂ ہلامیہ
زوگلیا	زوجلیا	کتلہ لزجہ
نیوموکوکس	نیموکوک	کرویہ ذات الریہ
بیسی لس	باشلس	عصیٰ
ٹے ٹے نس	تیتانوس	کزاز طاطانس (قدیم طب)
کاربولک لوشن	محلول فینک	محلول قطرانی
ڈفتھیریا	دفتیریا	خناق کلبی
ٹائے فائڈ	تیفود	حمیٰ معویہ
انفلوئنزا	انفلونزا	انف العنزہ
ہرا ڈینین موومنٹ	حرکت برونیہ	حرکت طفریہ
کاکائی	بکتیریا کوکیہ	جراثیم کرویہ
مائی کروکوکس	میکروکوک	کرویات دقیقہ
اسٹیفلوکوکس	استیفلوکوک	کرویات عنقودیہ
ڈپلوکوکس	دیپلوکوک	کرویات ثنائیہ زوجیہ
ٹٹراکاکائی	تتراکوک	کرویات رباعیہ
اسٹرپٹوکاکائی	استرپتوکوک	〃 عقدیہ
پروٹیڈ	مواد نتروجینیہ	مواد اولیہ شوربین
نائٹروجن	نتروجین	
سیپروفائٹ	سابروفیت	نبت العفونت جراثیم عفنہ
گانوکاکس	جونوکوک	کرویہ سوزاک
آکسیجن	اکسجین	حمضین
سٹابولک پروڈکٹس	افرازات متابولیکیہ	افرازات استحالیہ

ڈاکٹری الفاظ	مصری مترادفات	کتاب الجراحۃ کے اصطلاحات
اِنڈول	اندول	نیل بو
ٹائروسین	تیروسین	جُبنین
ڈایاسٹیز	دایاستیز	فصلین
اِنورٹیز	اِنفرتیز	عکسین
رے نین	رنین	کلوین
ٹرپسین	ترپسین	بانقراسین
جیلے ٹین	جلاتین	ہُلامین
ٹومین	تومین	جیفین
ٹاکسین	توکسین	سمین
لِمف	لِمف	مائیت دموبہ
فیگوسائی ٹوسس	فاجوسیتوسس	ہجوم بیضایات ہضم جراثیمی
کنڈِنسر	کوندنسر	جامع النور
اسلائڈ	صفیحہ میکرسکوبی	صفیحہ مجہریہ
آیوڈین	یود	سفشین
اگلوٹینین	اجلوتینین	التصاقین
پُروٹوزوا	بروتوزوا	حُرینات
ٹرِی پانوزم	تریپانسوم	ثاقبۃ الجسم

مندرجہ بالا مثالیں صرف کتاب کے محض ابتدائی حصہ سے بلا نظرِ انتخاب لے لیگئی ہیں۔ جن سے مؤلف کی قوتِ بیان اور سلاستِ زبان کا قدرے اندازہ ہوگا۔ ساری کتاب اسی قسم کی موضوعہ مصطلحات سے بھری پڑی ہے، جنپر نہایت معمولی لیاقت کا طالب علم نہایت آسانی سے عبور حاصل کرسکتا ہے + غور سے دیکھئے تو علمی اصطلاحات ہر زبان میں اوسکے معمولی ادب کی نسبت غیر مانوس اور ابتداءً اجنبی سی لگتی ہیں، اور نہ صرف غیر اقوام کو بلکہ اُسی زبان کے معمولی تعلیم یافتہ طبقہ کو بھی + مثال کے طور پر ڈاکٹری کے تشریحی الفاظ کو لیجئے، ایک مغربی نژاد انگریز بی۔ اے یا ایم اے جو ڈاکٹری سے ناواقف ہے، اِن الفاظ کو بمشکل صحیح تلفظ

سے ساتھ ادا کریگا، پھر اونکے معنے سمجھنا تو دُور کی بات ہے + اور معمولی بی اے کو بھی جانے دیجئے، خود سند یافتہ ڈاکٹروں کو لیجئے، لاطینی و یونانی و رومی الفاظ کو جو ڈاکٹری میں شامل کر لیے گئے ہیں۔ یہ لوگ بھی بشکل صحیح ادا کر سکتے ہیں، اور ایسے تو شاذ ہی ملینگے جو ہر اصطلاح کے لغوی معنے اور اوسکے ماخذ سے واقف ہوں + مگر باینہمہ کثرتِ استعمال سے یہ اصطلاحات اب عام طور پر زبانوں پر جاری ہیں اور اونکے اصطلاحی معنے سے ہر ڈاکٹر واقف ہے + اسی طرح جب کتاب اجراحت کی اصطلاحات، تعلیم طبی کے بعد، کثرتِ استعمال و رواجِ عام کے ذریعہ سے نعمۂ قبولیت حاصل کرلیں گی تو یہی الفاظ جو آج اُدق معلوم ہوتے ہیں، عام فہم اور آسان ہوجائینگے اور انکے اصطلاحی معنوں سے ہر طبیب واقف ہوگا + ملک اور خاصکر طبقۂ اطبا کو کتاب الجراحت کے فاضل مؤلف کا نہایت ممنون ہونا چاہیے کہ اونکی دماغی کاوش سے ضروری اصطلاحات جراحیہ کا نہایت اہم اور مشکل مرحلہ یوں حسنِ اختتام کو پہونچا اور "علم الجراحت" پر ایک مستند کتاب طیار ہوگئی + یہ موضوع متاخرین طب کے لیے ایک طلسم ہوشربا تھا، جس کی عقدہ کشائی کے لئے اطبار کو علامۂ کبیر الدین کی کوشش سے یہ لوحِ طلسم ہاتھ آگئی + جناب مؤلف اور اونکے ساتھ طبیہ کالج دھلی کے ارکان اور خصوصاً صاحب پرنسپل اس حسن کارگذاری پر جس قدر ناز کریں بجا ہے، مگر قوم و ابنائے فن کے ذمہ جو ایک بڑی ذمہ داری ہے وہ یہی نہیں کہ اس قابل قدر مجموعہ سے دل کھولکر مستفید ہوں، بلکہ سب سے اہم فرض یہ ہے کہ اس زرّیں مثال کی تقلید میں، فن جراحت کے وسیع و خصوصی مضامین پر جلد مسلسل و متعدد تالیفات و تصانیف پیش کریں اور استفادۂ کمال کی انتہائی سرحد پر پہونچکر ایسی نمایاں فنی ترقی حاصل کریں جس سے رازی و زہراوی کی یاد تازہ ہوجائے +

وَمَا عَلَيْنَا إِلَّا الْبَلَاغ

خادم فن
محمد عثمان خاں
بڑودانی۔ ۶ر جولائی ۱۹۲۳ء

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

نحمدہٗ و نصلی و نسلم

فنِ جراحت

باب اوّل

علم الجراثیم[۵۱]۔ عدوی[۵۲]۔ مناعۃ[۵۳]

جراثیم کے معلومات حاصل کرنے سے جراح کو دو فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ (۱) اکثر امراض جراحیہ (علی الخصوص وہ امراض جو ورم والتہاب سے تعلق رکھتے ہیں) جراثیم کے اثر سے پیدا ہوتے ہیں (۲) چونکہ یہ جراثیم ہر جگہ پھیلے ہوئے ہیں اس لئے اگر مناسب احتیاط نہ کی جائے۔ تو بیرونی زخموں میں لازمی طور پر داخل ہو جاتے ہیں۔ خواہ یہ زخم خود پیدا ہوئے ہوں۔ یا کسی عمل جراحی کے لیے پیدا کیے گئے ہوں۔ اور ان جراثیم کے داخل ہو جانے سے زخم کے بھراؤ اور اس کے التحام[۵۴] میں رکاوٹ واقع ہو جاتی ہے۔ یا خطرناک عوارض پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس لئے جراح کے لئے بھی ضروری ہے کہ وہ جراثیم کے مہتم بالشان اقسام سے آگاہ ہو۔ ان کے عادات۔ ان کے طور زندگی اور انکے طرق توزیع و انقسام کے عام معلومات رکھتا ہو۔ وہ جانتا ہو کہ جسم انسانی میں

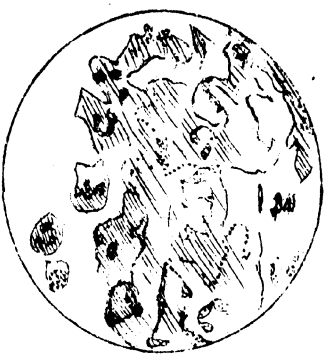
۵۱ علم الجراثیم۔ بیکٹریالوجی
۵۲ عدوی۔ انفکشن
۵۳ مناعۃ۔ امیونٹی۔
۵۴ التحام۔ ہیلنگ۔

یہ کس طرح مرض کے آثار پیدا کرتے ہیں۔ اور ان کے تفحص و تلاش اور تحقیق ثبوت کے وسائل و ذرائع کیا ہیں۔ جن سے ان کا وجود ثابت ہو۔

ضربِ زخم کے موجودہ طرق علاج کی بُنیاد علم جراثیم ہی ٹھہرائی گئی ہے۔ اس لئے علم جراثیم کے بغیر ان طرق کا صحیح طور پر استعمال کرنا نہایت دشوار ہے علاوہ ازیں بعض اوقات تشخیص امراض میں جراثیم کے امتحان سے نہایت مدد ملتی ہے اور نہایت اہم معلومات اس سے حاصل ہو جاتے ہیں۔

جراثیم۔ (فطر مشقوق[۵۲]) ادنی رتبہ کے نباتات کی ایک جنس ہیں۔ جن کی قسمیں اگرچہ ہزاروں بیان کی گئی ہیں۔ لیکن طبی طور پر یا جراحی کے لحاظ سے چند ہی مہتم بالشان اور ضروری ہیں۔ جراثیم کی تعریف بعض لوگوں نے اس طور پر کی ہے۔ کہ وہ نہایت باریک اور چھوٹے نباتات ہیں۔ جو محض ایک خانہ (خلیہ) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور جن کی افزائش نسل معمولی انقسام (انقسام بسیط[۵۳]) سے یا بعض قسموں میں تکوین بذر[۵۴] (اندرون خلیہ یعنی خانہ کے اندر تخم اور بیج کے بننے سے حاصل ہوتی ہے یہ تخم ایک خانہ میں ایک سے زیادہ نہیں بنتے ہیں۔ ان جراثیمی کیسوں میں سوائے اہداب[۵۵] (رومیں دار بلندیوں) کے اور کسی قسم کا کوئی عضو نہیں ہوتا۔ نیز ان میں کسی قسم کا نباتی رنگ (خضرت[۵۶] نباتیہ) نہیں پایا جاتا جراثیم کی ساخت نہایت ہی بسیط اور سادہ ہوتی ہے۔ یہ ایک نہایت رقیق اور نازک جدار[۵۷] (مادہ نشائیۃ الشکل یا اس کے مانند کسی دوسرے مادہ سے مرکب ہوتی ہے) رکھتی ہے

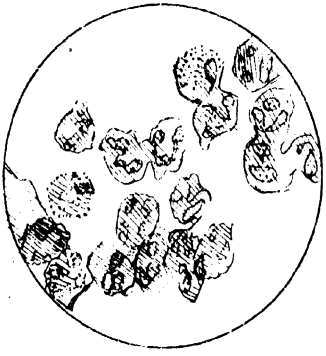
۵۱ جراثیم۔ بیکٹریا	۵۵ اہداب۔ فلاگلا۔
۵۲ فطر مشقوق۔ شیزومائی سٹیز۔	۵۶ خضرت نباتی۔ کلوروفیل
۵۳ انقسام بسیط۔ سمپل فشن۔	۵۷ جدار خلیہ / دیوار خانہ } سیل وال
۵۴ تکوین بذر۔ اسپور فارمیشن۔	۵۸ سلولوز



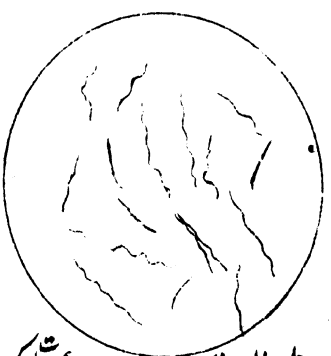
(۲) کرویات عقدیہ پیپ کے اندر

(۱) کرویات عنقودیہ پیپ کے اندر

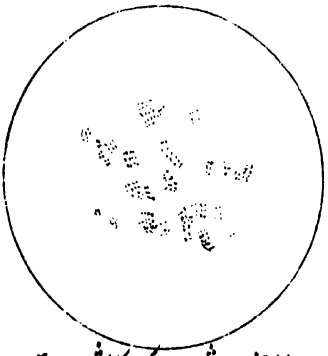
(۴) کرویات فی ات اریتھروک میں



(۳) کرویات سوزاک (کرویات زہریہ)



(۶) طرز دنیات زبجہ دلشت سے مع چند عصویات کے



(۵) حزمہ جرثومیہ ایک کاشت سے۔

جس کے اندر مادۂ حیات[۵۱] پایا جاتا ہے۔ مادۂ حیات کے اندر ایک دو بلبلے[۵۲] اور چند مجہول الحقیقت حبیبات[۵۳] (دانے) ہوتے ہیں۔ دیوار کیسے سے باہر کبھی ہلامی[۵۴] مادہ کا غلاف ہوتا ہے جو کیسہ ہائے جراثیم کو باہم سادہ طور پر جوڑ دیتا ہے جب اس قسم کے غلاف نمایاں طور نمودار ہوتے ہیں۔ تو گاہے بہت سے جراثیم مادۂ ہلامیہ کے ایک ٹکڑے میں جمع ہو جاتے ہیں۔ جسکو کتلہ لزجہ[۵۵] کہتے ہیں اس ہلامی غلاف کی پیدائش تشخیص امراض میں نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ چنانچہ ذات الریہ[۵۶] کے جراثیم کرویہ جب خون یا مرض کے رطوبات و افرازات[۵۷] میں پائے جاتے ہیں۔ تو ان میں یہ غلاف نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ اور اسی ذریعہ سے یہ اپنے مشابہ دیگر جراثیم سے ممتاز ہو جاتے ہیں +

اہداب[۵۸]۔ جراثیم کے اہداب یا مخملی روئیں حقیقت میں مادۂ حیات کے باریک باریک لمبے لمبے بڑھاؤ ہیں۔ جو اُن جراثیم میں پائے جاتے ہیں۔ جن میں ذاتی حرکت[۵۹] ہوتی ہے۔ یہ گاہے طول میں بہت بڑے ہوتے ہیں۔ لیکن ہمیشہ نہایت باریک ہی ہوتے ہیں۔ اور یہ اُس وقت تک نظر نہیں آسکتے۔ جب تک جراثیم کو چند طریقوں سے رنگ نہیں دیا جاتا ہے۔ ان اہداب کی تعداد تشخیص امراض میں نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ چنانچہ حمی مطبقہ[۶۰] کے جراثیم عصویہ علی العموم بارہ سے بیس اہداب رکھتے ہیں۔ برعکس اس کے عصی قولونیہ[۶۱] میں جو حمی مذکور کے جراثیم سے مشابہ ہوتے ہیں

۵۱ مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم۔
۵۲ بلبلے۔ ویکولز۔
۵۳ حبیبات۔ گرے نیولز۔
۵۴ غلاف ہلامی۔ جیلے ٹینس کیپسول
۵۵ کتلہ لزجہ۔ زوگلیا۔
۵۶ کرویہ ذات الریہ۔ نیمو کاکس۔
۵۷ افرازات۔ اگزوڈیٹس۔
۵۸ اہداب۔ فلاگلا۔
۵۹ حرکت ذاتیہ۔ اسپان ٹے نیس موبی لیٹی۔
۶۰ عصویہ حمی مطبقہ۔ ٹائیفائڈ بیسی لس
۶۱ عصی قولونیہ۔ بیسی لس کالائی۔

اہداب تین سے چھ تک ہوتے ہیں۔ جو جراثیم اہداب سے خالی ہوتے ہیں۔ ان میں گاہے ایک خاص قسم کی حرکت (طفرہ یا قفزہ) پائی جاتی ہے۔ جسکو غلطی سے ذاتی حرکت خیال کر لیا جاتا ہے۔

طفرہ یا حرکت طفریہ[1] وہ حرکت ہے۔ جو کسی شے کے سفوف کو کسی رقیق سیال کے اندر ملا دینے کے بعد اُس کے ذرات کے اوپر نیچے آنے اور اطراف میں نقل و حرکت کرنے کی صورت میں مشاہدہ کی جاتی ہے۔ اس حرکت میں صرف ذرات کی حرکت دیکھی جاتی ہے مگر جسم سیال مجموعی طور پر غیر متحرک رہتا ہے۔ اور اپنی جگہ نہیں بدلتا۔ اندرون سیال ذرات کی نقل و حرکت ایک لہر یا رَو کی صورت پیدا کر دیتی ہے۔

حرکت ذاتیہ[2] وہ حرکت ہے۔ جو کسی جسم میں خود بخود طور پر بلا ارادہ، بلا واسطہ غیرے ظاہر ہو۔ اور جس سے وہ جسم ایک مقام سے دوسرے مقام تک انتقال کرے یا جسم کے کسی حصے کو ہلائے۔

پہلی صورت میں صرف ذرات کی حرکت ہوتی ہے۔ اور نقل مکان نہیں ہوتا نہ وضع جسم میں تبدیلی ہوتی ہے۔ صورت ثانی میں پورے جسم یا حصۂ جسم (عضو) کی حرکت مجموعی طور پر ہو کر نقل مکان ہوتا ہے۔ اور وضع جسمی بدل سکتی ہے

افزائش نسل۔ جراثیم کی افزائش نسل کے طرق نہایت بسیط اور سادہ ہیں۔ آلات تولید و تناسل کی کوئی علامت ان میں نہیں ہوتی ہے۔ چنانچہ

(۱) انقسام[3] بسیط پیدائش جراثیم کی پہلی صورت ہے۔ جس میں جراثیم کا ایک خانہ ایک باریک جھلی کے ذریعہ دو خانوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ اور یہ دونوں خانے بڑھکر اور ترقی پاکر پختہ جراثیم بن جاتے ہیں۔ یہ دونوں نئے جراثیم

[1] حرکت طفریہ۔ برائن موومنٹ
[2] انقسام بسیط سمپل فشن۔

[3] اسپان نے میں موبی لیٹی

علی العموم ایک دوسرے سے بالکل الگ ہوتے ہیں۔ لیکن گاہے دونوں ایک ہی غلاف میں جسکا اوپر ذکر آچکا ہے بند رہتے ہیں۔ اسی وجہ سے جراثیم کے مختلف گروہ ہیں۔ اور ہر نوع اپنی خصوصیت سے ممتاز ہے۔ اور یہ فعل انقسام گاہے اس قدر تیز ہوتا ہے۔ کہ اگر کسی مناسب مادہ میں ایک یا دو جراثیم موجود ہوں تو چند گھنٹے میں اس کے اندر بے شمار جراثیم بن سکتے ہیں +

(۲) تکوین بذر[1] جو جراثیم کی پیدائش کا دوسرا طریقہ ہے۔ یہ پہلے طریقہ کی نسبت کسی قدر پیچیدہ ہے۔ اور یہ اُن جراثیم کی پیدائش میں ہوتا ہے۔ جو ڈنڈے نما (عصی)[2] ہوتے ہیں۔ اور جنکو عصی[3] کہا جاتا ہے۔ جراثیم کے بذر (تخم) گول یا بیضوی شکل کے ہوتے ہیں۔ اور خانہ جرثومہ کی دیوار کے اندر اس طرح پیدا ہوتے ہیں۔ کہ ایک جرثومہ کا مادۂ حیات اپنے غلاف کے اندر ایک یا زیادہ حصوں میں منقسم ہو کر سکڑ جاتا ہے۔ اور ہر ایک حصہ ایک علیحدہ غلاف میں ملفوف ہوتا ہے۔ اسی کو بذر[4] کہتے ہیں۔ بذر کے گرد ایک موٹی دیوار ہوتی ہے۔ جس کے اندر مادۂ حیات بھرا رہتا ہے۔ یہ مادۂ حیات جراثیم ناضجہ (پختہ جراثیم کے مادۂ حیات سے اس امر میں اختلاف رکھتا ہے کہ اس کے اندر پانی کی مقدار تھوڑی پائی جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے یہ مادہ شعاعوں کو زیادہ منحرف کرتا ہے۔ جیساکہ آلۂ مجہر[5] میں دیکھنے سے نظر آتا ہے۔ ان دانہائے جراثیم (جن کو ہم نے ان کے تخم سے تعبیر کیا ہے) کی شکل اور ان کے حجم سے تشخیص میں بڑی مدد ملتی ہے۔ مثلاً کزاز[6] کے عصی میں ان کی شکل تقریباً گول ہوتی ہے۔ اور ان کا

[1] تکوین بذر۔ اسپوغارے شن۔
[2] ڈنڈے نما۔ راڈ شیپڈ۔
[3] عصی۔ بیسی لائی۔
[4] بذر۔ اسپور۔
[5] مجہر۔ مائی کرا سکوپ۔
[6] کزاز۔ ٹے ٹنس

قطر اُس عصلی سے بڑا ہوتا ہے۔ جس میں یہ پیدا ہوتے ہیں۔ برعکس اس کے جمرۂ خبیثہ[۵۱] کے عصلی کے بذر تقریباً بیضوی ہوتے ہیں اور ان کا قطر جراثیم کے قطر کے مساوی یا ان سے کسی قدر بڑا ہوتا ہے۔ اسی طرح ان بذار کی وضع اور محل قیام بھی اس بارے میں کم اہمیت نہیں رکھتا ہے۔ چنانچہ عصلی کزازیہ کے بذر بالکل ان کے کنارے میں رہتے ہیں۔ جس سے ڈھول کے چوب (مقرعۃ[۵۲] الطبل) کی شکل معلوم ہوتی ہے۔ برعکس اس کے جمرۂ خبیثہ کے عصلی میں یہ درمیان میں رہتے ہیں۔ ان بذار کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے۔ کہ جس طرح اعلیٰ رتبہ کے نباتات کے تخم اپنی نوع کی حفاظت کرتے ہیں۔ اسی طرح یہ بذر بھی ایسی شکل رکھتے ہیں۔ کہ غیر مناسب حالات میں جبکہ جراثیم فنا ہو جاتے ہیں۔ یہ قائم رہتے ہیں۔ اور اس طرح ان کی نوع قایم رہتی ہے چنانچہ یہ بمقابلہ جراثیم کے خشکی کو بہت زیادہ برداشت کرتے ہیں۔ اور تباہ و برباد نہیں ہوتے۔ جمرۂ خبیثہ کے بذر معامل[۵۳] (تجربہ گاہوں) میں بیس سال تک رکھے گئے۔ مگر باوجود اس طول مدت کے نہ ان بذار سے قابلیت حیات مفقود ہوئی۔ اور نہ ان سے حدت[۵۴] سمیہ دور ہوئی۔ حالانکہ جمرۂ خبیثہ کے وہ جراثیم جو بذار سے خالی (عدیم[۵۵] البذر) ہوتے ہیں اگر وہ خشکی میں رہیں تو چند ہفتے میں ہلاک ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح یہ بذار حرارت کو بھی بہت زیادہ برداشت کر سکتے ہیں۔ اکثر جراثیم (جبکہ وہ تر ہوں) میں اگر ۶۰ درجے (۱۴۰ ف) کی حرارت پہونچائی جائے تو یہ نصف گھنٹے میں ہلاک ہو جاتے ہیں حالانکہ اگر ان کے بذار کو دیر تک جوش بھی دیا جائے تو یہ ہلاک نہیں ہوتے ہیں۔

۵۱ جمرۂ خبیثہ۔ این تھریکس۔
۵۲ مقرعۃ الطبل۔ ڈرم اسٹک۔
۵۳ معامل } لیبورٹیری۔
۵۴ حدت سمیہ۔ ویرولنس۔
۵۵ عدیم البذر۔ ایس پوروجینس۔

علیٰ ہذا بذر مانع عفونت[۵۱] شیاسے بھی بشکل تمام مرتے ہیں۔ چنانچہ جمرۂ خبیثہ کے بذر اُس وقت ہلاک ہوتے ہیں جبکہ انھیں محلول[۵۲] قطرانی میں چند روز تک ڈال کر چھوڑ دیا جائے۔ جراحت کے لئے مندرجۂ ذیل عصی نامی جراثیم زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ عصی[۵۳] گزازی۔ عصی جمرۂ[۵۴] خبیثہ۔ عصی اوذیمائی[۵۵] خبیثہ۔ یہ تینوں قسم کے جراثیم بذر پیدا کرتے ہیں۔ ان میں سے صرف عصی گزازیہ بدن کے اندر بذر کی تکوین کرتا ہے برعکس اس کے سراجہ[۵۶]۔ ورن[۵۷]۔ خناق کلبی[۵۸]۔ حمی مطبقہ[۵۹] متناقصہ۔ جذام[۶۰]۔ الف العنزہ[۶۱] (زکام دبائی) قرحہ رغوہ[۶۲] کے عصی نامی جراثیم بذر سے خالی (عدیم البذر) ہوتے ہیں۔

اقسام جراثیم۔ جراثیم کی تقسیم کی بُنیاد اگرچہ ان کی اشکال و صور پر رکھی گئی ہے لیکن ان کی بساطتِ شکل اور سادگی کو مدِ نظر رکھتے ہوئے ان کے مختلف اقسام کو بیان کرتے وقت ان کے اشکال کے ساتھ اُن کے وہ خواص بھی شامل کیے جا سکتے ہیں۔ جو ان کے افعال اور ان کی کاشت سے تعلق رکھتے ہیں۔ یعنی بعض اقسام تو محض بوجہ خصوصیاتِ شکل کے دوسرے اقسام سے ممتاز ہو گئے ہیں۔ مگر بعض اقسام اگرچہ شکل میں ایک دوسرے سے متحد ہیں مگر اپنے خصائص افعال جُدا رکھتے ہیں۔ اسی طرح بعض اقسام اپنے طریقہ کاشت کے لحاظ سے دوسروں سے الگ ہیں۔ اس وجہ سے شکل کے علاوہ تقسیم کے

---

۵۱ مانع عفونت۔ اینٹی سپٹک۔
۵۲ محلول قطرانی۔ کاربولک لوشن۔
۵۳ عصی گزازیہ۔ بیسی لس ٹے ٹانی۔
۵۴ جمرۂ خبیثہ۔ این تھرکس
۵۵ اوذیما خبیثہ۔ ہوڈی میٹس مے لگنائی۔
۵۶ سراجہ۔ گلینڈرس۔
۵۷ ورن۔ ٹیوبرکل
۵۸ خناق کلبی۔ ڈفتھیریا۔
۵۹ مطبقہ متناقصہ۔ ٹائیفائڈ
۶۰ جذام۔ لیپروسی۔
۶۱ الف العنزہ۔ انفلوانزا۔
۶۲ قرحہ رغوہ۔ سافٹ سور۔

وقت ان دونوں باتوں کا بھی لحاظ کیا جاتا ہے۔ جراثیم کی تین بڑی قسمیں کی جاتی ہیں (۱) جراثیم[۵۱] کرویہ۔ (۲) جراثیم[۵۲] عصویہ۔ (۳) جراثیم[۵۳] حلزونیہ +

(اوّل) جراثیم کُرَوِیّہ (کرویہ۔ گول) یہ جراثیم بالکل یا قریب قریب گول ہوتے ہیں۔ اور یہ تمام اقسام میں زیادہ سادہ ہیں۔ ان میں سے بہت ہی کم ہیں جن میں اہداب (روئیں) پائے جاتے ہوں۔ نیز ان میں بذر نہیں بنتے ہیں یہ قسم اپنی اپنی خصوصیات کی وجہ سے مندرجۂ ذیل اقسام میں منقسم ہے +

(۱) کرویات[۵۴] دقیقہ۔ جن میں جراثیم کے گروہ کی کوئی خاص ترتیب نہ ہو۔ اسی قسم سے ایک خاص قسم وہ ہے۔ جس میں بہت سے جراثیم کرویہ ملکر خوشۂ انگور کی شکل میں جمع ہوجاتے ہیں۔ انکو کرویات[۵۵] عنقودیہ سدیدیہ کہتے ہیں (عنقود۔ خوشۂ انگور + سدید۔ پیپ) (

(۲) انقسام کے بعد دو جراثیم ملکر دو دو کے جوڑے بنالیں۔ انھیں کرویات[۵۶] زَوجیّہ کہتے ہیں (زوج۔ جوڑا) (8 8 8 8 8 8)

(۳) باہم ملکر زنجیر کی شکل اختیار کریں۔ انھیں بعض لوگ کرویات[۵۷] عِقدِیّہ کہتے ہیں (oooooooooo) یہ صورت اس طرح واقع ہوتی ہے کہ جراثیم کا انقسام برابر برابر سلسلہ وار ایک دوسرے کے متوازی ہوتا چلا جاتا ہے +

(۴) گلہ ایسا ہوتا ہے۔ کہ ایک جرثومہ متوازی طور پر دو حصوں میں

---

۵۱ جراثیم کرویہ۔ کاکائی۔
۵۲ جراثیم عصویہ۔ بیسی لائی۔
۵۳ جراثیم حلزونیہ۔ اسپرلا۔
۵۴ کرویات دقیقہ۔ مائی کروکاکائی
۵۵ کرویات عنقودیہ۔ اسٹے فیلوکاکائی۔
۵۶ کرویات زوجیہ / کرویات شائیہ } ڈپلوکاکائی۔
۵۷ کرویات عقدیہ۔ اسٹرپٹوکاکائی۔

منقسم ہو جاتا ہے پھر یہ دونوں اس طور پر منقسم ہوتے ہیں۔ کہ پہلی متوازی سطح سے خط مستقیم کی جانب تقسیم ہوتی ہے۔ اور ایک مربع اس طرح بن جاتا ہے۔ کہ چاروں جراثیم مربع کے چاروں کونوں پر رہتے ہیں۔ ان کو کرویات رباعیہ[1] کہتے ہیں (رُباعیہ۔ چار والے) (۸)

(۵) جراثیم تین مرتبہ تین جگہ برابر برابر اس طرح منقسم ہوں کہ یہ آٹھ جراثیم اس مکعب کے گرد محیط ہوں۔ یہ نئے جراثیم چونکہ ایک دوسرے سے پورے طور پر الگ الگ نہیں ہوتے ہیں۔ اس لئے ایسا معلوم ہوتا ہے۔ گویا روئی کی گانٹھیں ہیں جو تین جگہ باندھی گئی ہیں ان کو حزمہ[2] کہا جاتا ہے۔ یہ جراثیم علی العموم دوبارہ منقسم ہو کر مرکب ٹکڑے بنا لیتے ہیں +

(دوم) جراثیم عَصَویہ (عصیٰ) ان جراثیم کی شکلیں عصیٰ یعنی ڈنڈوں کے مانند ہوتی ہے۔ ان کا قطر طولی قطر عرضی سے بڑا ہوتا ہے۔ اور یہ علی العموم سیدھے سیدھے ہوتے ہیں۔ لیکن گاہے کسی قدر خمیدہ بھی ہوتے ہیں۔ اس وقت ان کو عصاوادیہ[3] کہتے ہیں۔ اس قسم کے جراثیم میں علی العموم بذر بنتے ہیں۔ اور علی العموم ان میں اہداب بھی پائے جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے ان میں ذاتی حرکت بھی ہوتی ہے۔ جراثیم کرویہ کی طرح اس کی بہت سی قسمیں نہیں ہیں۔ لیکن چند اصطلاحی نام بعض خصوصیات کی وجہ سے ضرور بولے جاتے ہیں۔ مثلاً اگر یہ زنجیروں کی شکل میں ہوں تو ان کو عصیٰ عقدیہ[4] کہتے ہیں۔ اور جب یہ چھوٹے چھوٹے عصیٰ میں منقسم ہونے سے پہلے لمبے تاگوں کے مانند ہوتے ہیں۔ تو ان کو عصیٰ خَیطیہ[5] کہتے ہیں +

[1] کرویات رباعیہ۔ ٹٹرا کاکائی۔
[2] حزمہ۔ سارسین۔
[3] عصاوادیہ۔ کا بے سی لائی۔
[4] عصیٰ عقدیہ۔ اسٹرپٹوبیسی س۔
[5] عصیٰ خیطیہ۔ لپٹوتھرکس۔

(سوم) جراثیم حلزونیہ (حلزون۔ گھونگھہ) وہ جراثیم ہیں۔ جو اصل میں لمبے لمبے بلدار عصوی (ڈنڈے) کی شکل رکھتے ہیں۔ اور تین جانب پیچ کھاتے ہیں انہی میں سے بعض بڑے بڑے اور لمبے لمبے جراثیم کئی بل کھا کر پیچکش (سپرم) کی طرح لہردار و بلدار ہو جاتے ہیں۔ ان کی بعض قسمیں چھوٹی اور کم لمبی بھی ہوتی ہیں جو بل کم کھاتی ہیں۔ ان کو شریطیہ کہتے ہیں۔ اور جراثیم حلزونیہ سے علی العموم لمبے لمبے جراثیم مراد ہوتے ہیں۔ جراثیم حلزونیہ کی اکثر قسمیں فن جراحت کے لئے کچھ زیادہ اہمیت نہیں رکھتی ہیں۔ لیکن اس قسم میں امراض پیدا کرنے والے جراثیم صرف دو زیادہ مشہور ہیں شریطیہ[۲] ھیضہ اسیویہ (اسیویہ۔ ایشیائی) اور حلزونیہ حمی[۳] راجعہ۔ ان میں سے آخری قسم کو اب ایک قسم کا ادنیٰ[۴] رتبہ کا حیوان خیال کیا جاتا ہے۔ یعنی ان کو جراثیم سے الگ خیال کرتے ہیں +

احوال زندگی۔ اگر جراثیم بلحاظ افعال حیات کے دیکھے جائیں۔ تو یہ اُن نباتات سے مشابہت رکھتے ہیں۔ جو نباتی رنگ سے خالی ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان کی طرح جراثیم بھی اس امر پر قادر نہیں ہوتے ہیں۔ کہ آفتاب کی روشنی میں بسیط مواد سے مواد[۵] اولیہ (مواد[۶] شورجینیہ) پیدا کریں۔ اس لئے ان کی پرورش کے لئے اس امر کی ضرورت ہوتی ہے۔ کہ انھیں شورجین[۷] عضوی (شورجین مرکب) نباتی یا حیوانی مادوں سے حاصل ہوں۔ اس جہت سے جراثیم کی دو قسمیں کی جاتی ہیں (۱) جراثیم طفیلیہ (۲) جراثیم عفنہ +

۱ شریطیہ۔ وبریو۔
۲ شریطیہ ھیضہ اسیویہ۔ وبریو کاری ایشیاٹیکی
۳ حمی راجعہ۔ ری لیپ سنگ فیور۔
۴ حیوان ادنیٰ / خوین } پروٹوزوون۔

۵ مواد اولیہ / مواد ملحمہ } پروٹیڈ۔
۶ مواد شورجینیہ۔ نائیٹروجینس میٹریل۔
۷ شورجین۔ نائیٹروجن آرگینک

جراثیم طفیلیہ وہ کہلاتے ہیں جو صرف زندہ حیوان (یا زندہ نبات) سے تغذیہ حاصل کرتے ہیں۔ اور

جراثیم عفنہ (رَبَتُ العفونت) وہ کہلاتے ہیں جو اس کی قدرت نہیں رکھتے اور صرف مردہ مواد پر اپنی زندگی رکھتے ہیں۔ پہلے کی مثال جذام کے جراثیم عصویہ ہیں۔ جو اس وقت تک معلومات کی بنا پر طفیلی محض ہیں۔ بایں معنی کہ یہ صرف زندہ ساختوں پر زندہ رہتے ہیں اور ان کی کاشت جسم سے باہر ناممکن ہے۔ مگر جراثیم عفنہ اختیاریہ کی اصطلاح اُن جراثیم کے لئے بولی جاتی ہے۔ جن میں دونوں مذکورہ اقسام کی صفتیں جمع ہوں۔ وہ زندہ ساختوں سے بھی تغذیہ حاصل کرتے ہوں اور مردہ مواد سے بھی مناسب حالات میں غذا لیکر نمو پا سکتے ہوں۔ انکی مثال سوزاک کے جراثیم کرویہ ہیں۔ جو زندہ عشاء مخاطی میں تو سرعت سے پھیلتے ہیں۔ اور مردہ مواد میں بھی سستی کے ساتھ بڑھتے ہیں۔ برعکس اس کے جراثیم طفیلیہ اختیاریہ کی اصطلاح اُن جراثیم پر بولی جاتی ہے جو مردہ مواد میں اچھی طرح بڑھ سکتے ہوں۔ اور اس کے ساتھ ہی جراثیم طفیلیہ کی طرح زندہ ساختوں میں زندگی بسر کر سکتے ہوں۔ یہ بھی اچھی طرح ذہن نشین کر لینا چاہئے۔ کہ جراثیم طفیلیہ اور جراثیم مرضیہ کی دونوں اصطلاحیں ایک دوسرے کی مرادف نہیں ہیں۔ چنانچہ جراثیم مرضیہ وہ کہلاتے ہیں۔ جو امراض پیدا کر سکیں۔ اور احداث مرض کبھی اس طرح بھی ہو جاتا ہے کہ جراثیم زندہ ساختوں کے

۱۔ جراثیم طفیلیہ۔ پیراسائٹس۔	۵۔ کرویہ سوزاک۔ گانوکاکس۔
۲۔ جراثیم عفنہ (نبت العفونت) سیپروفائٹس	۶۔ جراثیم طفیلیہ اختیاریہ۔ فکلٹے ٹو پیراسائٹس
۳۔ عصا جذام۔ لیپروسی بیسی لس۔	۷۔ طفیلیہ۔ پیراسائٹک۔
۴۔ جراثیم عفنہ اختیاریہ فکلٹے ٹو سپروفائٹس	۸۔ مرضیہ۔ پیتھاجینک۔

اندر قطعاً داخل نہ ہوں۔ چنانچہ جب تعفن پیدا کرنے والے جراثیم رجراثیم[1] معفنہ خون کے لوتھڑے میں رحم کے اندر بڑھ جاتے ہیں۔ تو تسمم[2] دم پیدا کر دیتے ہیں برعکس اس کے جراثیم طفیلیہ کے لئے بھی یہ ضروری نہیں ہے۔ کہ وہ مرضی ہی ہوں اور ان سے کوئی مرض ضرور پیدا ہو۔ علی الخصوص ادنیٰ درجہ کے حیوانات میں کیونکہ علی العموم ان کے خون کے اندر جراثیم طفیلی زندگی بسر کرتے ہیں۔ مگر ان میں کسی قسم کے عوارض ظاہر نہیں ہوتے ۔

جراثیم کے احوال زندگی۔ اوپر بیان ہو چکا ہے کہ تمام جراثیم قیام حیات کے لئے حیوانی اور نباتی مرکبات سے عنصر شورین[3] اخذ کرتے ہیں۔ یعنی ان کی زندگی اور تغذیہ جسم کے لئے بطور جزو لاینفک کے ہے۔ مگر یہ شورین کو بحالت بسائط جذب نہیں کرتے۔ بلکہ عنصر شورین کے مرکبات سے تغذیہ حاصل کرتے ہیں ۔

شورین کے علاوہ پانی اور چند نمکیات بھی جراثیم کی زندگی کے لئے ضروری ہیں۔ اور ان سب کے ساتھ مناسب درجہ کی حرارت جراثیم کے نشو و نما کے لئے لابدی ہے ۔

حیات جراثیم کے لئے پانی کتنی ضروری چیز ہے۔ اس کا اندازہ اس امر سے ہوگا۔ کہ اگر عملیات جراحیہ کے بعد جراح سہل انگاری اور عجلت کی وجہ سے عمل کردہ حصۂ جسم سے پانی اور رطوبت کے اخراج اور نکاس کا انتظام ربر کی نلکیوں کے ذریعہ بخوبی نہ کرے اور اگر اجزاء بدن کو بخوبی جوڑ کر تمام گڑھے وغیرہ کو بند نہ کر دے۔ اور اس کی اس غفلت سے معمول کے بدن میں تھوڑا سا پانی یا رطوبت باقی رہ جائے۔ تو اس حالت میں مریض کے جسم میں جراثیم بآسانی ترقی

---

[1] جراثیم معفنہ۔ پٹری فیکٹو آرگے نزم
[2] تسمم دم۔ ٹاکسی میا
[3] شورین } نائٹروجن۔
شورجین }

پاتے رہیں گے۔ اور عمل کردہ حصے میں جتنے گڑھے یا خلائیں باقی ہوں گی انہیں دوبارہ پیپ وریم مبتلا رہیگا۔ (اسی وجہ سے ناصور وغیرہ میں بتی رکھکر اخراج رطوبت کا انتظام کرنا ضروری ہے)

جوف شکم کی اندرونی جھلی صفاق[1] (باریطون) کے عملیات میں مندرجۂ بالا حقیقت بخوبی روشن ہوجاتی ہے۔ باریطون یا صفاق کی قوت جذب[2] امتصاص رطوبات مسلم ہے۔ اور یہی قوت امتصاص بسا اوقات پردۂ صفاق کو ورم الہتاب سے قدرتی طور پر محفوظ و مامون رکھتی ہے +

عملی طور سے معامل (تجربہ گاہ) میں بارہا مشاہدہ کیا گیا ہے کہ حیوانات کے جوف صفاق میں جراثیم مرضیہ کے محلول[3] مواد زرعیہ مقدار کثیر میں داخل کیے گئے مگر ان سے ان حیوانات میں کوئی مضر اثر نمایاں نہیں ہوا۔ اس کی وجہ یہی ہے کہ سیال مذکور کی مقدار کثیر کو صفاق کی قوت مصاصہ نے فوراً جذب کر لیا۔ اور جوف شکم میں کوئی رقیق آبی رطوبت باقی ہی نہیں رہی۔ جس میں جراثیم نشوونما پاسکیں مگر چونکہ صفاق کی قوت جذب اُس کے زخمی اور کھُردرے ہونے کی حالت میں تقریباً زائل ہوجاتی ہے۔ لہٰذا جب کبھی مندرجۂ بالا عمل زخمی صفاق پر کیا جاتا ہے (تو قوت امتصاص کے معدوم ہونے کی وجہ سے) جراثیم کی افزائش ونشوونما برابر جاری رہتی ہے۔ اور صفاق[4] میں مہلک قسم کا ورم پیدا ہوجاتا ہے +

قیام حیات کے لئے مختلف جراثیم کے لئے مختلف درجات حرارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ وہ جراثیم جو اکثر امراض انسانی پیدا کرتے ہیں۔ یا جو عموماً جسم انسانی میں موجود رہتے ہیں بالعموم حرارت بدن (۹۸.۴ درجہ کی حرارت) میں

---

۱ صفاق } پری ٹونیم
باریطون }
۲ قوت امتصاص۔ ابزارپ ٹپادر۔

۳ محلول مواد زرعیہ۔ فلوڈ کلچرز۔
۴ ورم صفاق۔ پریٹونائٹس۔

بخوبی نشو ونما پا سکتے ہیں۔ مگر جراثیم کے بہتیرے انواع مثلاً جراثیم عفنہ جو اکثر خارج از بدن انسان پائے جاتے ہیں (مثلاً کروایات[1] عفنقودیہ سدیدیہ اور عصا قولونی) ۱۰۰/۱ یا اس سے بھی کم درجہ کی حرارت میں بخوبی زندہ رہتے اور بڑھتے رہتے ہیں۔ بعض دیگر اقسام جو اس درجہ سے کم یا زیادہ حرارت میں قائم رہ سکتے ہیں۔ امراض انسانی میں اہمیت نہیں رکھتے ہیں کمی حرارت یا سردی کے اثر سے (اگر زیادہ عرصہ تک نہ ہو تو) جراثیم بالکل ہلاک تو نہیں ہوتے مگر ان کی افزائش ونشو ونما عارضی طور پر مسدود ہو جاتی ہے جراثیم اور ان کے بذر کی ہلاکت زیادتی حرارت سے کیونکر واقع ہوتی ہے اس کا تذکرہ اوپر ہو چکا ہے۔

روشنی تقریباً تمام اقسام کے لئے مضر ہے۔ خصوصاً عصی[2] دردنی تو روشنی سے فی الفور ضائع ہو جاتا ہے۔ حتی کہ شیشہ کے اندر بھی انعکاس شعاع اسکو ذرا دیر میں ہلاک کر دیتی ہے۔ البتہ پھیلی ہوئی روشنی (جیسی کہ دن میں ہوتی ہے) قدرے دیر میں اُس پر اثر کرتی ہے۔ یہ مہلک اثر ان جراثیم کی زراعت وفلاحت میں مائین[3] محض آمیز اعلیٰ (اندرون شیشہ زراعت) بن جانے کی وجہ سے نمودار ہوتا ہے۔

بیشتر جراثیم کو افزائش ونشو ونما کے لئے جزء نیم یعنی حمضین[4] کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایسے جراثیم کو جراثیم ھوائیہ[5] کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ مگر چند جراثیم (جو شاذ ونادر اور کمیاب ہیں۔ مثلاً عصا[6] کزازی) ایسے بھی ہیں۔ جو صرف حمضین کی غیر موجودگی ہی میں بڑھ سکتے ہیں۔ ہاں یہ حمضین کی موجودگی میں زندہ

[1] کروایات عنقودیہ صدیدیہ۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجینس
[2] عصی دردنی۔ بیسلس ٹیٹر یکیولس
[3] مائین محض آمیز اعلیٰ۔ پراکسائڈ آف ہائیڈروجن
[4] حمضین۔ آکسیجن۔
[5] ہوائیہ۔ ایروبیز۔
[6] عصی کزازی۔ ٹٹینس بیسلس۔

رہ سکتے ہیں۔ اس قسم کے جراثیم کو جراثیم[1] لاھوائیہ کہا جاتا ہے۔ علی ہذا ان جراثیم کو جو ہوا کی موجودگی میں تو نہایت اچھی طرح بڑھتے ہیں۔ مگر جو ہوا کی غیر موجودگی میں بھی طوعاً و کرہاً زندہ رہ سکتے ہیں جراثیم غیر[2] ھوائیہ اختیاریہ کے نام سے پکارے جاتے ہیں برخلاف ان کے بعض جراثیم ایسے ہوتے ہیں جو ہوا کی غیر موجودگی میں تو ہشاش بشاش زندگی بسر کرتے ہیں اور نشو و نما پاتے ہیں۔ مگر ہوا اور حمضین کی موجودگی میں بدقت زندگی قائم رکھ سکتے ہیں۔ ان کو جراثیم[3] ھوائیہ اختیاریہ کہا جاتا ہے +

یہاں یہ جاننا ضروری ہے کہ جسم انسان کی خصوصیات و حالات نادر میں یہ عجیب مناسبت ہے کہ خالص ہوائی اور غیر ہوائی ہر دو قسم کے جراثیم ان میں بڑھکر نشو و نما پا سکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ حقیقی غیر ہوائیہ جراثیم کو اگر ہوا کے زیر اثر رکھا جائے۔ اور ساتھ ہی اُن کے قرب میں ایسے دیگر جراثیم مہیا کر دیے جائیں۔ جو ہوائیہ ہیں۔ یا حمضین کے لئے کشش[4] انجذابی کی شدید خاصیت رکھتے ہیں تو یہ غیر ہوائیہ جراثیم ان حالات میں بھی بڑھکر نشو و نما پا سکتے ہیں اسی طریق سے عصی کزازی دوسرے جراثیم کی موجودگی میں سطحی زخموں میں بھی بخوبی نشو و نما پا سکتے ہیں +

دوران افزائش میں تغیر و استحالہ کے بعد جراثیم بعض نہایت اہم رطوبات[5] و افرازات خارج کرتے ہیں۔ جن میں چند ضروری درج ذیل ہیں +

(۱) حوامض[6] (تیزابات) مثلاً لبنی[7] حامض (تیزاب شیر) خلی[8] حامض (تیزاب سرکہ)

---

[1] لاہوائیہ۔ ان ایروبیز۔
[2] غیر ہوائیہ اختیاریہ۔ فکلٹیٹو ان ایروبیز
[3] ہوائیہ اختیاریہ۔ فکلٹیٹو ایروبیز۔
[4] کشش انجذابی۔ افی نی ٹی ٹو ابزارپ
[5] افرازات استحالیہ۔ میٹابولک پروڈکٹس
[6] حوامض۔ ایسڈز
[7] لبنی حامض۔ لیک ٹک ایسڈ۔
[8] خلی حامض۔ ایسی ٹک ایسڈ۔

زبدی[1] حامض (تیزاب مسکہ)

(۲) قلیات[2] (کھاری چیزیں)

(۳) ریاح[3] و بخارات (غازات) مثلاً مائیں کبریت[4] آمیختہ۔ ہوا[5] بطائح۔

(۴) ملونات یعنی رنگین مواد یا رنگنے والے مواد مثلاً (۱) عصی[6] قیحیہ زرقا مدنیلی پیپ کے جراثیم) ایک قسم کے سبز رنگ کی ریزش کرتا ہے (۲) بعض اوقات نیلی سی پیپ زخموں میں دیکھی جاتی ہے۔ وہ بھی جراثیم کے اثر سے بنتی ہے۔

(۵) مواد عطریہ (معطرات) یعنی بودار مواد۔ مثلاً نیل[7] بو (انڈول) قطران[8] مصعد (فینال) جبنین[9] (ٹائروسین)

(۶) الکحول[10] اور الکحول سے مشابہ مرکبات۔

(۷) مواد اختمار (خمیرات) مثلاً فصلین[11] (ڈایاسٹیز) (۲) عکسین[12] (ان ورٹیز) (۳) کلورین[13] (رے نین) جو رطوبت معدیہ کے جوہر سے مشابہ ہوتا ہے (۴) ایک مخصوص اور اہم خمیر (جو رطوبت بانقراس کے جوہر "بانقراسین"[14] سے مشابہ ہوتا ہے۔ اور لحمی اور نشاستہ دار اجزاء کو منحل اور منہضم بنا دیتا ہے معمولی کرویات[15] عنقودیہ صدیدیہ کے افرازات میں پایا جاتا ہے اور ایک حد تک متورم و ملتہب ساختوں کے تحلیل و جذب کرنے میں معاون ہوتا ہے اس مادۂ اختمار (خمیر)

۱ زبدی حامض۔ بیوٹرک ایسڈ	۹ جبنین۔ ٹائروسین۔
۲ قلیات۔ الکلیز۔	۱۰ الکحول۔ الکہل۔
۳ ریاح / بخارات } گیسز	۱۱ فصلین۔ ڈایاسٹیز
۴ مائیں کبریت آمیختہ۔ سلفیوریٹڈ ہائڈروجن	۱۲ عکسین۔ انورٹیز
۵ ہوا۔ بطائح۔ مارش گیس	۱۳ کلورین۔ رے نین۔
۶ عصی قیحیہ زرقا۔ بیسی لس پایوسیانس	۱۴ بانقراسین۔ ٹرپسین۔
۷ نیل بو۔ انڈول	۱۵ کرویات عنقودیہ صدیدیہ اسٹے فیلوکوکس
۸ قطران مصعد۔ فینال	

کی موجودگی اس طرح دریافت کی جاسکتی ہے۔ کہ مادۂ ہلامیہ (ہلامین) یا منجمد مائیت دم میں زخم سے خارج شدہ پیپ کی رطوبت کا قطرہ ڈال کر مصنوعی (جراثیمی) کاشت کی جائے۔ اگر اس میں یہ مخصوص خمیر ہوگا تو مادۂ ہلامیہ یا منجمد مائیت منہضم ہو کر محلول ہو جائے گی +

(۸) قلویات حیوانیہ (جیفین) جسکو قلویات عفونیہ بھی کہا جاتا ہے۔ چند مخصوص اور مستقل کیمیاوی ترکیب کے منجمد مرکبات سمیہ ہیں (جو نباتات کے جواہر قلویہ سے مشابہ ہوتے ہیں) یہ زہریلے ہوتے ہیں۔ اور حدوث مرض میں نمایاں طور پر عامل ہوتے ہیں +

(۹) سمیات حقیقیہ (حقیقی سمین) یہ حالت بسالت میں حاصل نہیں ہو سکے ہیں۔ مگر غالباً ان کی کیمیاوی ساخت بیاضگین (البیوموز) اور مادۂ خمیر (ان زائم) سے بعض خصوصیات میں مشابہ ہوتی ہے۔ یہ مواد سمیہ اگر پچکاری سے بدن کے اندر یا خون میں داخل کیے جائیں۔ تو شدید سمیت پیدا کرتے ہیں۔ اور اگر یہ منہ کی راہ کھلائے جائیں۔ تو اکثر بے ضرر ثابت ہوتے ہیں۔ ان کی کیمیاوی نوعیت و ترکیب نہایت ناپائیدار و غیر مستقل ہوتی ہے اور حرارت کے اثر سے یا ہضم معدی سے فی الفور تباہ و برباد ہو جاتے ہیں۔ اور ان کی اصلی ترکیب بدل جاتی ہے۔ اسی طرح اگر انھیں محلول صورت میں رکھا جائے۔ تو بھی یہ بتدریج بے ضرر

۱ ہلامین۔ جیلاٹین۔	۷ سمین۔ ٹاکسین۔
۲ مائیت دم۔ بلڈسیرم	۸ بیاضگین } البیوموز زلال گین }
۳ جیفین۔ ٹومینس۔	۹ مادۂ خمیر۔ انزائم۔
۴ قلویات عفونیہ۔ پٹری فیکٹو الکلائڈ	۱۰ بے ضرر۔ انوکس
۵ قلویات حیوانیہ۔ اینیل۔ الکلائڈ۔	۱۱ ناپائدار۔ ان اسٹیبل۔
۶ قلویات جواہر قلویہ } الکلائڈ۔	

دے اثر ہو جاتے ہیں +

اسکی (سمین) کی دو ممتاز قسمیں ہیں۔ سمین[1] خارج خلیہ۔ سمین[2] داخل خلیہ۔

سمین خارج خلیہ (سمیت بیرون جراثیم) یعنی وہ رطوبات سمیہ جو جراثیم کے خلیہ سے باہر پیدا ہوں۔ جیسا کہ عصائکزازیہ اور عصا خناق وبائی بناتے ہیں اس قسم کی سمیت اُس رطوبت (زمین جراثیم) میں جمع ہو جاتی ہے جس میں یہ جراثیم پیدا ہوتے اور بڑھتے ہیں +

سمین داخل خلیہ (سمیت درون جراثیم) اس قسم کی سمیت جراثیم کے جسم سے باہر نہیں آتی ہے۔ بلکہ پیدا ہو کر جراثیم کے اندر ہی بند رہتی ہے مصنوعی طور پر اس داخلی سمیت کا خارج کرنا اگرچہ غیر ممکن ہے۔ مگر قدرتی طور پر بعض حالات میں یہ خود بخود خارج ہوا کرتی ہے۔ مثال کے طور پر عصویات تدرن کو لیجئے۔ اس کے افرازات (رطوبات رجوان کے جسم سے باہر آچکے ہوں) تقریباً بے ضرر ہوتے ہیں۔ برعکس اس کے جراثیم مذکور کے دھلے ہوئے جسم (بیرونی رطوبت سے الگ) نہایت زہریلے ہوتے ہیں +

سمین کی تاثیر[3] ان مواد سمیہ کا اثر حالات ماحول کے اعتبار سے مختلف اور متضاد ہوتا ہے۔ مگر علی العموم یہ بخار کا باعث ہوتے ہیں۔ بعض کا مقدم اثر مخصوص ساخت اور مخصوص ذرات پر ہوتا ہے۔ مثلاً کزاز کے عصی نامی جراثیم بالخصوص مرکزی نظام عصبی (مثلاً دماغ و نخاع) کے خلیات پر اثر رکھتے ہیں۔ اسی طرح پیپ کے جراثیم بالتخصیص بدن کی اُن تمام ساختوں پر اثر کرتے ہیں جن سے وہ متصل ہوتے ہیں +

[1] سمین خارج خلیہ۔ اکسٹرا سیلیولر ٹاکسین
[2] سمین داخل خلیہ۔ انٹرا سیلیولر ٹاکسین۔
[3] تاثیرات مرضیہ۔ پیتھالوجیکل افیکٹس۔

معمولی حالات میں سمین کے نتائج و عوارض اس کی مقدار (جو بدن میں موجود ہے) پر اور حیوان اور اس کے اعضا کے احساس کی کمی و بیشی پر منحصر ہوتے ہیں۔ یعنی اگر سمین کی مقدار زیادہ ہو یا اگر مریض اور اس کے بدن کی ساخت زیادہ ذکی الحس ہو تو سمین کا اثر بھی زیادہ شدید ہوگا۔ اسی طرح اس کے برعکس بھی قیاس کرنا چاہئے اس کی تفصیل یہ ہے کہ اولاً مثلاً اگر سمین نہایت شدید ہے تو اس کی حدت سمیہ کسی حصۂ بدن کی قابلیت حیات[1] (قوت حیوانیہ) کو کلیتہً فی الفور زائل کر دے گی (یہ پہلی صورت ہے) ثانیاً۔ برخلاف ازیں اگر سمین کی حدت سمیہ نسبتاً خفیف ہے تو اس حصۂ بدن میں ورم حار (التہاب حاد) پیدا کرنے کے بعد اس عضو کی قابلیت حیات کو منقطع کر دے گا (یہ دوسری صورت ہے) ثالثاً اگر سمین کی حدت سمیہ اس سے بھی خفیف ہے تو ساخت میں استحالہ و تغیر (فساد) کا باعث ہو کر لحمی النسجہ کو شحمی النسجہ میں تبدیل کر دے گا (فساد[2] شحمی واقع ہوگا) اور بالآخر عضو کی قوت حیات بھی زائل ہو جائے گی (یہ تیسری صورت ہے) رابعاً سمین کے بعض دیگر انواع میں التہاب واقع ہونے کے بعد بتدریج النسجہ میں ذرہ[3] بذرہ ہلاکت نمودار ہوتی ہے۔ اور بالآخر پیپ پیدا ہو جاتی ہے (تقیح[4]) (یہ چوتھی صورت ہے) خامساً۔ اگر نہایت ہلکے درجہ کی سمین عرصہ دراز تک مسلسل پیدا ہوتی رہے۔ تو اس کی تنبیہ و تحریک سے عضو کی ساخت میں نسیج لیفی[5] کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ مگر یہ تحریک و تنبیہ اس درجہ خفیف اور بتدریج ہوگی کہ التہاب کی نوبت نہ آئے گی اور نہ اس کے علامات ظاہر ہونگے۔

وسعت جراثیم۔ جراثیم کہاں کہاں پائے جاتے ہیں؟

[1] قوت حیات۔ وی ٹے لیٹی۔
[2] فساد شحمی۔ فیٹی ڈی جنریشن
[3] ذرہ۔ اِلی کیول۔
[4] نسیج لیفی۔ فائبرس ٹشو۔
[5] وسعت۔ ڈسٹری بیوشن۔

فضاء ہوا میں جراثیم کی موجودگی حالات کے تغیر و تبدل کے ساتھ متغیر ہوا کرتی ہے۔ مرتفع مقامات۔ قلۂ کوہ اور سمندر کی درمیانی سطح پر جراثیم نہیں ہوتے مگر گنجان آبادی اور شہروں میں بہ کثرت موجود رہتے ہیں۔ کسی رقیق سیال میں اگر جراثیم موجود ہوں تو یہ اس کی سطح سے خارج نہیں ہوتے ہوا میں یہ اُسی وقت تک آویزاں رہتے ہیں۔ جبکہ گرد و غبار یا رطوبت کے قطرات میں یہ چھپے ہوئے ہوں۔ بہ نسبت سرد کے خشک ہوا میں زیادتی کے ساتھ ہوتے ہیں۔ نیز آباد مکانات میں بہ نسبت کھلی ہوا کے زیادہ ہوتے ہیں۔ محدود مقام یا بند کمرے میں جب ہوا کا زور نہ ہو۔ اور ہوا بخوبی تھم جائے تو وہاں کا گرد و غبار اور خاک و ہول (اور اس کے ساتھ لگے ہوئے جراثیم) بتدریج زیریں سطح پر بیٹھ کر اُس مقام کی ہوا جراثیم سے قطعی پاک ہو جائے گی۔ تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ مدارس کے کسی کمرے میں اگر طلباء خاموشی کے ساتھ بیٹھے رہیں اور زیادہ بات چیت اور نقل و حرکت نہ کریں۔ تو وہاں کی ہوا میں نسبتاً بہت کم جراثیم پائے جائیں گے۔ عملیات جراحی کے دوران میں سکون و خاموشی کس قدر ضروری ہے۔ اس کا اندازہ مندرجۂ بالا صداقت سے کرنا چاہیے اور جراح اور اس کے معاونین اشخاص کو غیر ضروری نقل و حرکت اور کثرت گفتگو سے پرہیز لازم ہے۔ اگرچہ تنفس سے خارج کردہ ہوا (ہوائے شہیق) اصولاً جراثیم سے پاک ہوتی ہے۔ مگر بولنے اور کھانسنے کے افعال میں رطوبت کے خفیف ترین ذرات خارج ہوتے ہیں۔ جن میں عموماً کثیر التعداد جراثیم کی آمیزش موجود ہوتی ہے چونکہ یہ جراثیم علی العموم مولد امراض ہوتے ہیں۔ اس لیے عملیات جراحی میں مضر ثابت ہو سکتے ہیں۔

پانی میں بھی جراثیم کی موجودگی مختلف حالات میں مختلف ہوتی ہے۔

نل کے پانی میں جو عام طور پر پینے کے لئے استعمال میں لایا جاتا ہے۔ اس میں جراثیم عام طور پر قلیل تعداد میں ہوتے ہیں۔ خصوصاً مولد امراض جراثیم کی اقسام تو غالباً اس میں نہیں ہوتی ہیں۔ اس قسم کا صاف پانی سخت ضرورت کے وقت یا حادثات کے موقعوں پر زخموں کے دھونے میں استعمال کیا جا سکتا ہے۔ مگر بہتر یہی ہے کہ ایسے پانی کو مطہر ادویہ سے یا اُبال کر جراثیم سے پاک کر لیا جائے +

عموماً قدرتی چشموں یا دیگر ذرائع سے حاصل کردہ پانی میں مضرت رساں جراثیم کی خاصی مقدار موجود ہوتی ہے۔ لہٰذا انسب ہے کہ زخموں یا اعمال جراحیہ میں استعمال کرنے سے پہلے اسکو ابتداءً بخوبی مطہر کر لیا جائے +

مٹی[۳] کے اندر جراثیم کثیر تعداد میں موجود رہتے ہیں۔ اور یہ عموماً مضرت رساں اقسام کے ہوتے ہیں +

جلد[۴] انسانی چونکہ گرد و غبار اور کثافت و غلاظت سے آلودہ رہتی ہے اس لئے یہ دوسری میلی چیزوں کے مانند جراثیم سے لبریز ہوتی ہے۔ ان میں سے بیشتر جراثیم جو محض اتفاقیہ طور پر وہاں پہونچ جاتے ہیں۔ دھونے سے دور ہو سکتے ہیں مگر چند ایسے بھی ہوتے ہیں۔ جو فطرتاً جلد اور چمڑے میں بسیرا رکھتے ہیں اور چونکہ اندرونِ جلد میں زیادہ گہرائی تک جا پہونچتے ہیں۔ اس لئے ان کا خارج اور ہلاک ہونا دقت طلب ہوتا ہے +

جراثیم[۵] غذا کی نالی[۱] میں (منہ سے لیکر مبرز تک) کان[۲] کی نالی۔ جوف[۶] الف کے زیریں حصے۔ آنکھ[۷] کے طبقۂ ملتحمہ[۸] مردوں میں مجری البول[۹] کے ابتدائی حصے میں اور عورتوں[۱۰] میں فرج[۱۱] کے اندر موجود رہتے ہیں۔ عموماً جوف الف کا بالائی حصہ مردوں میں

۱ مجری غذائی۔ ایلی منٹری کینال۔
۲ ملتحمہ۔ کنجنکٹائیوا۔
۳ فرج۔ ولوا۔

مجری البول کا اندرونی حصہ اور کنواری عورتوں میں شرمگاہ کا بالائی حصہ یہ مقامات قدرتی طور سے جراثیم سے مبرا رہتے ہیں۔ اسی طرح تندرست حالت میں مرارہ[1]۔ مجری[2] مرارہ اور مجری بانقراس[3] میں بھی جراثیم موجود نہیں ہوتے۔ تندرستی کی حالت میں حیوانات کا خون اور جسم کی اندرونی اور گہری ساختیں عموماً جراثیم سے پاک ہوتی ہیں مگر باریک تحقیقات سے یہ ثابت ہو چکا ہے۔ کہ قلیل التعداد جراثیم مجری غذا سے نکل نکلکر سیلان خون اور عروق جاذبہ کی مائیت میں آٹھ دن پہونچتے رہتے ہیں حالت صحت میں یہ جراثیم اپنی افزائش ونشوونما کے لئے جسم میں مناسب سامان نہیں پاتے۔ اور جلد خون میں ملکر ہلاک ہو جاتے ہیں۔ مگر جب کبھی صحت درجہ اعتدال سے گری ہوئی ہوتی ہے۔ تو یہ داخل شدہ جراثیم زندہ اور قائم رہتے ہیں۔ اور جس حصۂ جسم میں کمزوری پاتے ہیں۔ وہیں اپنی جڑ مضبوط جما کر تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ اور مولد امراض ہوتے ہیں۔ بعض اوقات گہری ضربات[4] میں (مثلاً جلد کے نیچے کسی عضلے یا ہاڈ کے کٹ پھٹ جانے میں) از خود پیپ[5] پیدا ہو جاتی ہے (جسے اصطلاح میں عدوی ذاتیہ[6] کہتے ہیں) وہ غالباً اسی نوع سے واقع ہوتی ہے +

جراثیم کی شناخت کے طریقے

(۱) خوردبینی امتحان (آلۂ مجہر کی وساطت سے) جسم مریض سے مواد موذیہ لیکر اُسے خوردبین سے دیکھا جاتا ہے۔ یا پہلے مریض کا مواد لیکر اس کی مصنوعی کاشت کسی مناسب غذا میں اوگائی جاتی ہے۔ اور جب اس میں جراثیم متعلقہ

[1] مرارہ۔ گال بلیڈر۔	[4] ضربات۔ لیژن۔
[2] مجری۔ ڈکٹ۔	[5] تقیح۔ سپوریشن۔
[3] بانقراس۔ پنکریاس۔	[6] عدوی ذاتیہ۔ آٹو انفکشن۔

کی افزائش ونشوونما ہوجاتی ہے۔ تو انھیں خردبین میں دیکھکر شناخت کی کوشش کی جاتی ہے۔

جراثیم کو خردبین میں دیکھنے کے واسطے یہ چیزیں ضروری ہیں

(۱) ۱/۱۲ قیراط طاقت کا عدسہ[۲] (محدب الطرفین شیشہ) جسے ایک قسم کے غلیظ مگر شفاف روغن (روغن دیو دار[۳]) کی وساطت سے استعمال کرتے ہیں (یعنی پہلے شفاف کانچ پر جراثیم کو مخصوص طریقے سے رکھدیا جاتا ہے۔ پھر اُس کانچ پر روغن کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد عدسہ (کلاں[۱] نما شیشہ) سے جراثیم کا مشاہدہ آسان ہوتا ہے۔ روغن کی وساطت سے روشنی کی پھیلی ہوئی شعاعیں کچھ بھی طور پر مجتمع ہوجاتی ہیں۔ اور جراثیم کی شکل صاف نظر آنے لگتی ہے)۔

انتباہ۔ اس مضمون کے لئے عملی طور سے پہلے خردبین کے مختلف حصص و اجزاء کا جاننا ضروری ہے۔ اس کا مفصل بیان آیندہ مناسب موقعہ پر آئے گا۔

۲۔ خردبین کے اُس مسطح تختہ کو جس پر کانچ کا ٹکڑا (جسپر جراثیم کی ایک تہ پھیلا دی جاتی ہے) رکھا جاتا ہے۔ درجہ[۴] کہتے ہیں۔ اس کے وسط میں ایک گول چوڑا سوراخ ہوتا ہے۔ جس کے اندر روشنی نیچے سے آتی ہے اور کانچ کو روشن رکھتی ہے۔ مگر چونکہ روشنی کی شعاعیں اکثر بکھری اور پھیلی ہوئی ہوتی ہیں اسلئے نہایت باریک اجسام (جراثیم) کے مشاہدہ کے لئے پھیلی ہوئی روشنی کو اکٹھا کرنا ضروری ہوتا ہے ورنہ اشکال جراثیم کثرت روشنی کی وجہ سے بھی نظر نہیں آئینگی اور ان کے اجسام پھیلے ہوئے نظر آئیں گے۔ لہٰذا

---

۱ قوت مُعظّمہ۔ میگنی فائنگ پاور
۲ عدسہ۔ لنز۔
۳ روغن دیو دار۔ سیڈر آئل۔
۴ درجہ۔ اسٹیج۔

درجہ (تختۂ نظر) کے نیچے کی طرف ایک خود بخود کھلنے بند ہونے والا پردہ سا لگایا جاتا ہے۔ جسکو درجۂ تختانی[1] کہا جاتا ہے اور جو روشنی کو اکٹھا کرتا ہے (جامع النور) اس پردہ کے درمیانی چھید کو ایک پیچ کے ذریعہ چھوٹا بڑا کرکے کانچ پر آنے والی روشنی کو حسب ضرورت گھٹایا بڑھایا جاتا ہے تاکہ بخوبی نظر آسکے۔

مواد مرض یا رطوبت کو امتحان جراثیم کے لئے اکثر مخصوص ترکیبوں اور مخصوص رنگوں سے رنگ دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ جراثیم بغیر رنگے ہوئے بھی دیکھے جاسکتے ہیں۔ مگر مؤخر الذکر حالت میں رطوبت کو نقطۂ معلقہ یا قطرۂ آویزاں[2] کی صورت میں ایک خاص ترکیب سے کانچ پر رکھا جاتا ہے اور پھر مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ قطرۂ آویزاں کی وساطت سے دوران مشاہدہ میں جراثیم موجودہ کی شکل و شباہت۔ جثہ۔ اُن کی نظم و ترتیب۔ بذر کی موجودگی یا غیر موجودگی۔ نقل و حرکت وغیرہ خصوصیات کا اندازہ ہوسکتا ہے۔ جراثیمی کاشت کے دیکھنے کے لئے قطرۂ آویزاں" کی ترکیب سے مشاہدہ کرنا نہایت ضروری اور اہم ہے اور اس ترکیب کو ہمیشہ کام میں لانا چاہیئے۔

جراثیم کو مخصوص رنگوں سے رنگ کر دیکھنے کی ترکیب۔ یہ خصوصاً رطوبات و افرازات موذیہ پیپ وغیرہ کے دیکھنے کے لئے قابل اعتماد و وثوق ذریعہ ہے (قطرۂ آویزاں والا طریقۂ امتحان ایسی رطوبات کے لئے چنداں موزوں اور قابل اعتماد نہیں)

ترکیب عمل۔ (۱) پہلے رطوبت یا مواد کی ایک رقیق سی تہ شفاف کانچ کے

۱ درجہ تختانی۔ سب سٹیج۔	۳ مجہر خردبین } مائی کروسکوپ
۲ قطرۂ آویزاں } ہینگنگ ڈراپ۔ نقطۂ معلقہ	

ایک ٹکڑے پر یا مدور باریک کانچ پر پھیلائی جائے (۲) اس تہ کو خشک ہوجانے دو اور پھر کانچ کو چراغ بے دود کے شعلہ میں دو تین مرتبہ گذار کر رطوبت خشک کی پپڑی کو شیشہ پر "قایم" ہوجانے دو (۳) اب اس تہ کو مخصوص ترکیب سے رنگ دو +

انتباہ۔ مختلف اقسام کے جراثیم خاص خاص رنگ قبول کرتے ہیں۔ اور ان کے رنگنے کی مخصوص ترکیبیں ہیں۔ (جو عملیات علم الجراثیم سے تعلق رکھتی ہیں) جو ایک قسم کو دوسری نوع سے ممتاز کرنے میں کام میں لائی جاتی ہیں +

جراثیم رنگنے کی ترکیبیں متعدد ہیں۔ جن میں سے تین مخصوص ہیں جو درج ذیل ہیں +

(۱) **سادہ اقسام کے رنگ**۔ مثلاً نیلین سرخ جس میں حامض قطرانی ملایا گیا ہو (کاربال فکسین) سرخ اکبر تین قطرانی (کاربال تہایونین) (زرد) زرد خمرین (میتھی لین بلو) (نیلا) وغیرہ۔

یہ رنگ تمام قسم کے جراثیم پر اثر رکھتے ہیں۔ اور جراثیم کے علاوہ رطوبات مرضیہ کے اندر کے کریات اور اُن کے نوات وغیرہ کو بھی رنگ دیتے ہیں۔ اِن رنگوں کی وساطت سے جراثیم کی موجودگی عیاں ہوکر اُن کی شکل و شباہت وغیرہ کی تمیز بخوبی ہوسکتی ہے +

(۲) **دوسرا طریقہ جراثیم رنگنے کا**۔ شیشہ (صفیحہ مجہریہ) جس پر رطوبت یا

---

۱ یہ طریقہ طریقۂ جرام کے نام سے مشہور ہے

۱ صفیحہ مجہریہ } اسلائڈ۔
لوح زجاج }

۲ پپڑی } فلم

۳ تثبیت } ٹونکس
جمانا }

۴ نیلین سرخ } فکسین
ایلی فین رڈ }

۵ کاربال فکسین۔ نیلین سرخ قطرانی

۶ کاربال تھایونین۔ سرخ تین قطرانی

۷ میتھی لین بلو۔ زرقت خمرین۔

۸ نوات۔ نیوکلیس

۹ صفیحہ مجہریہ۔ اسلائڈ۔

مواد کی تہ ترکیب مندرجہ بالا سے جمائی گئی ہے) کو مرکب ذیل میں تین سے پانچ دقیقہ[1] تک ڈبو کر رکھا جائے۔

بنفشج[2] الجنطیانا کا محلول الکحولی۔ ۱۰ حصہ

حامض[3] قطرانی کا سیال آبی جو حامض مذکور ۱۔ حصہ پانی ۲۰ حصہ سے تیار کیا گیا ہو۔ ۹۰ حصہ

پھر شیشہ کی تہ پر دو تین دقیقہ تک مرکب ذیل ڈال کر رکھا جائے۔

بنفشین[4] ۱ حصہ

ریہیہ[5] بنفش آمیز ۲ حصہ

آب[6] مقطر مطہر ۳۰۰ حصہ

بالآخر شیشہ کی تہ کو الکحول[7] سے دھویا جائے حتیٰ کہ اس کے آشوب میں کوئی رنگت کا اثر باقی نہ رہے۔

اس ترکیب کی دلچسپ اہمیت کو بخوبی سمجھنا چاہئے۔ وہ یہ ہے کہ اس عمل کے بعد بعض قسم کے جراثیم پر تو رنگ قایم نہیں رہتا۔ مگر بعض مخصوص قسم کے جراثیم پر رنگت قایم رہتی ہے اور ان کا رنگ نہیں اڑتا۔ پس اس نوع سے فوراً ان اقسام کے مابین تفریق ہو سکتی ہے۔ اور یہ تحقیق ہو سکتا ہے۔ کہ یہ فلاں قسم کے جراثیم ہیں۔ اور فلاں کے نہیں۔

جو جراثیم اس خاص ترکیب سے رنگت کو قبول کر لیتے ہیں (جراثیم مثبت[8])

۱۔ دقیقہ۔ منٹ۔	۵۔ ریہیہ بنفش آمیز۔ پوٹاش آیوڈائڈ۔
۲۔ بنفشج الجنطیانا۔ جنشین وایولیٹ۔	۶۔ آب مقطر۔ ڈسٹلڈ واٹر۔
۳۔ حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔	۷۔ الکحول۔ الکہال۔
۴۔ بنفشین۔ آیوڈین۔	۸۔ جراثیم مثبت۔ گرام پازی ٹو۔

وہ مندرجۂ ذیل ہیں:-

کرویات[1] عنقودیہ۔ کرویات[2] عقدیہ صدیدیہ۔ کرویات[3] ذات الریہ۔ کرویات[4] دقیقہ رباعیہ۔ عصیٰ[5] کزاز۔ عصیٰ[6] جمرۂ خبیثہ۔ عصیٰ[7] درن۔ عصیٰ[8] جذام۔ عصیٰ[9] خناق دبائی۔ شعر[10] مفتول یا شعرات[11] مفتولہ جن سے مرض "فطریت شعاعیہ" ہوتا ہے +

اور جو اس ترکیب سے رنگت کو قبول نہیں کرتے ہیں (جراثیم منفی[13]) وہ یہ ہیں کرویہ[14] سوزاک۔ کرویہ[15] سرسام عثائی۔ کرویات[16] دقیقہ حمی مالطا۔ عصیٰ[17] قولونی۔ عصیٰ[18] سراجہ۔ عصیٰ[19] حمی مطبقہ (معویہ) عصیٰ[20] الف عنزہ۔ عصیٰ[21] قرحۂ رغوہ۔ عصیٰ[22] قیحی ازرق۔ شریطیہ[23] ہیضہ۔ حلزونیہ[24] حمی راجعہ۔ شعریہ[25] حلزونیہ آبلۂ فرنگ (جراثیم آتشک)

(۳) تیسرا[51] طریقہ جراثیم رنگنے کا۔ شیشہ کی تہ پر پہلے کسی تیز سادہ رنگ (مثلاً نیلین سرخ قطرانی۔ کاربال فکسن) کا عمل کئی گھنٹوں تک مسلسل جاری رکھا جائے یا

[51] طریقۂ زہیل نلسن۔

۱ کرویات عنقودیہ۔ اسٹے فیلوکاکائی۔

۲ کرویات عقدیہ صدیدیہ۔ اسٹرپٹوکاکائی پایوجینس

۳ کرویات ذات الریہ۔ نیوموکوکس۔

۴ کرویات دقیقہ رباعیہ۔ مائی کروکوکس ٹٹراجینس

۵ عصیٰ کزاز۔ بیسلس ٹے ٹنس۔

۶ عصیٰ جمرۂ خبیثہ۔ بیسلس انتھریکس۔

۷ عصیٰ درن۔ بیسلس ٹیوبرکل۔

۸ عصیٰ جذام۔ بیسلس لپروسی۔

۹ عصیٰ خناق دبائی۔ بیسلس ڈفتھریک۔

۱۰ شعر مفتول۔ اسٹرپٹوتھرکس۔

۱۱ شعرات مفتولہ۔ اسٹرپٹوتھریکس۔

۱۲ فطریت شعاعیہ۔ ایکٹی نومائی کوسس

۱۳ جراثیم منفی۔ گرام نیگے ٹو

۱۴ کرویہ سوزاک۔ گانوکوکس۔

۱۵ کرویہ سرسام عثائی۔ مے ننگو کوکس۔

۱۶ کرویات دقیقہ حمی مالطا۔ مائیکروکوکس ملی ٹنسس

۱۷ عصیٰ قولونی۔ بیسلس کالائی۔

۱۸ عصیٰ سراجہ۔ بیسلس گلینڈرس۔

۱۹ عصیٰ حمی معویہ۔ بیسلس ٹائی فائڈ۔

۲۰ عصیٰ الف العنزہ۔ بیسلس فلوریسنز۔

۲۱ عصیٰ قرحۂ رغوہ۔ بیسلس سافٹ سور۔

۲۲ عصیٰ قیحی ازرق۔ بیسلس پایوجینس۔

۲۳ شریطیہ ہیضہ۔ ویبریو کارا

۲۴ حلزونیہ حمی راجعہ۔ اسپائرلم ریلیپسنگ فیور

۲۵ شعریہ حلزونیہ آتشک۔ اسپائروکیٹ پلیفس

اُس رنگ کو گرم کرکے شیشہ کی تہ پر ڈالا جائے تو تہ جلد رنگ کو جذب و قبول کرلے گی۔ پھر شیشہ کو ۲۰ یا ۲۵ فیصدی طاقت کے محلول تیزاب گندھک میں ڈبو کر ۵ سے ۱۰ منٹ تک رکھا جائے۔ اس تیزاب کے اثر سے تمام کریات رطوبت اور بیشتر جراثیم سے رنگ منحل ہوکر زائل ہوجائے گا۔ مگر چند مخصوص جراثیم رنگ کو بدستور قایم رکھیں گے۔ اور ان کی رنگت تیزاب گندھک کے عمل پر حاوی رہکر زائل نہ ہوگی۔ ان جراثیم کو متمسکہ بالحمض[1] کہہ سکتے ہیں +

بعض اوقات بجائے محلول تیزاب گندھک میں ڈبونے کے شیشہ کی تہ کو الکحول میں ڈبو کر رکھا جاتا ہے۔ اس طرح الکحول میں ڈوبانے کے بعد بھی جن جراثیم کا رنگ قایم رہے ان کو متمسکہ بالکحول[2] کہتے ہیں +

امراض انسانیہ میں جو جراثیم "متمسکہ بالحمض" پائے جاتے ہیں۔ اُن میں سے بعض اہم اقسام یہ ہیں۔ عصیٰ دردن[3]۔ عصیٰ جذام[4]۔ عصیٰ رشحات قلغہ[6]۔ بعض شعرات[5] مفتولہ۔ اِن میں سے دو پہلی قسم کے جراثیم متمسکہ الکحولیہ بھی ہیں +

یہاں تک جراثیم کی شناخت کا پہلا طریقہ بیان ہوا ہے۔ جو خوردبینی امتحان کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ باقی دو طریقے اب بیان کیے جاتے ہیں +

طرق[7] زرعیہ یعنی شناخت کے وہ طریقے جن میں جراثیم اُگائے جاتے ہیں۔ خوردبینی مشاہدہ کے ساتھ ساتھ جراثیمی کاشت لگاکر مزید تحقیق کرنا مناسب ہے۔

ترکیب کاشت۔ جس طرح انسان کو بعض غذائیں ضروری اور مرغوب ہوتی

۱ متمسکہ بالحمض۔ ایسڈ فاسٹ۔	۴ عصی جذام۔ میسی لس لپروسی۔
۲ متمسکہ بالکحول۔ الکحل فاسٹ۔	۵ شعرات مفتولہ۔ اسٹرپٹوتھرکس۔
۳ عصی دردن۔ بیسی لس ٹیوبرکولوسس	۶ عصی رشحات قلغہ۔ اس ٹگ امیبی اس
	۷ طرق زرعیہ۔ کلچرل میتھڈ۔

ہیں یا نباتات اپنی مناسب مزاج غذاؤں میں پھلتے پھولتے ہیں۔ اسی طرح جراثیم بھی مخصوص و منتخب قسم کی غذاؤں کو پسند کرتے ہیں۔ اور اُن میں بہت جلد نشوونما پانے کی خاصیت رکھتے ہیں۔ اس قسم کے اغذیہ کو وسط زرعی یا زمین کہتے ہیں۔ اور یہ انواع انواع اور اقسام اقسام کے ہوتے ہیں۔ چند ممتاز یہ ہیں:۔

شوربا[۲]۔ یخنی[۳]۔ ہلام[۴]۔ بستہ یا منجمد مصل دم[۴]۔ اجار[۵] اجار دجو گوند کے مانند ایک شے ہے)۔

شوربا یا یخنی کا استعمال بالخصوص مادۂ تلقیح[۶] بنانے کے لئے یا جراثیم کے کیمیائی افرازات اور طریقہ مرض کے اعمال وغیرہ کی تحقیق میں کیا جاتا ہے۔ بعض زمین کاشت بستہ اور خشک قسم کے ہوتی ہیں اور ان کا استعمال عام طور پر اس وجہ سے کیا جاتا ہے۔ کہ اکثر جراثیمی کاشت مختلف قسم کے جراثیم کی مختلف و مخصوص طرز پر ان اغذیۂ منجمدہ کی سطح پر یا اُن کے اندر اُگتی ہیں۔ اور ان کے اُگنے کی حالت سے جراثیم کی تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔ ہلام منجمد خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے۔ بہ وجہ کہ بعض مخصوص قسم کے جراثیم اُس کے منجمد وبستہ مادہ کو حل کر کے رقیق سیال میں مبدل کر دیتے ہیں۔ چند دیگر جراثیم ایسے ہیں جو اس عمل ترقیق پر قابو نہیں رکھتے۔ مگر ہلام میں ایک یہ نقص ہے کہ اُس درجۂ حرارت میں پگھل جاتا ہے۔ جو اکثر جراثیم کی افزائش کے لئے طبعاً ضروری ہے اس وقت پر غالب آنے کے لئے دوسری ترکیبیں ایجاد کی گئی ہیں۔ مثلاً منجمد مصل دم کو حرارت کے اثر سے جما کر پھر جراثیمی کشتیں لگا کر اُن میں اختمار پیدا

۱ وسط زرعی زمین کاشت { کلچر میڈیم	۳ ہلام۔ جیلے ٹین۔
۲ شوربہ یخنی { براتھ	۴ مصل دم۔ بلڈ سیرم
	۵ اجار اجار۔ اگار اگار۔
	۶ تلقیح۔ ویکسین

کرنے والے اجسام (خمیر) کے عمل تخمیر (جس کے ذریعہ سے مادۂ لحمی منہضم و محلول ہو جاتا ہے) کا مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ علاوہ ازیں ایک دوسری چیز یعنی اجار اجار (اگار اگار) ایک ایسا وسیلہ کاشت ہے جو حرارت جسمی کی حدت سے یا کسی قسم کے جراثیم کے اثر سے رقیق و محلول نہیں ہوتا۔ اور کام میں لایا جا سکتا ہے۔

مندرجۂ بالا تفصیل سے زمین کاشت یا سامان تغذیۂ جراثیم کی نوعیت و اہمیت روشن ہو چکی ہے۔ یہ وسائل اُس وقت اختیار کیے جاتے ہیں جب تحقیق و تشخیص کے لئے مصنوعی طور سے جراثیم کی کاشتیں اوگانا فردی ہوتا ہے۔ مگر جسم انسان میں جراثیم کی من بھاتی غذا خون۔ رطوبات اور فضلات جسم میں مل جاتے ہیں۔ اور یہ انہی میں سامان اغتذاء و نمو پا کر بڑھتے ہیں۔ اور اپنی مجرّ العقول کرشمہ سازیاں حالت صحت و مرض دونوں میں نمایاں کرتے ہیں۔

مصنوعی کاشت کا یہ طریقہ ہے کہ ابتداءً ایک صاف و مطہر شیشہ[1] کی نلی میں مندرجۂ بالا اشیاء میں سے کوئی مخصوص چیز (بطور سامان اغتذاء یا جراثیم کی غذا کے) مثلاً منجمد[2] ہلام یا اجار اجار بھر کر پہلے سے صاف و مطہر کر لیا جائے پھر فلاٹینیہ[3] کے تار کو (جسکے سرے پر ایک حلقہ سا بنا ہو) چراغ بے دود[4] میں سرخ و گرم کر لیا جائے اور تار کے اس حلقہ کو مریض کے مواد یا رطوبت (جس کا امتحان منظور ہو) میں ڈبو کر اس کا ایک قطرہ تار پر اُٹھا لیا جائے اور شیشی کی نلی کے اندر کے مادہ کی سطح پر آہستہ سے چھو کر قطرۂ رطوبت کو اُس میں بخوبی حل کر دیا جائے یا ملا دیا جائے۔ پس اب مواد کے اندر

۱ شیشہ کی نلی (ٹسٹ ٹیوب۔ امتحانی نلی)	۳ فلاٹینیہ۔ پلاٹینم۔
۲ منجمد ہلام۔ سولی ڈی فائڈ جیلے ٹین۔	۴ چراغ بے دود۔ اسپرٹ لیمپ۔

جو جراثیم ہیں۔ گویا اُن کی کاشت کے لئے مناسب زمین میں تخم بو دیا گیا اس تخم ریزی کو اصطلاح میں تلقیح[1] کہتے ہیں۔

اب جراثیم کا بیج تو مناسب زمین میں بو دیا گیا۔ مگر ضروری ہے کہ بیج کے اُگنے کے لئے مناسب درجہ کی حرارت بھی حاصل ہو۔ لہٰذا شیشہ کی نلی کو **آلہ حضانت**[2] (جس میں حسب خواہش معینہ درجہ کی حرارت دی جاسکتی ہے) میں رکھدیا جائے! ور جراثیمی کشت کو اُگنے دیا جائے۔ اکثر دوسرے روز کشت اُگ کر تیار ہوگی۔ اُس کا امتحان طریقہ مقررہ پر کیا جائے اور جراثیم کی نوعیت ماہیت کی تحقیق اب کی جائے) (آحضانت سیمونی)

(مزید تفصیل اس باب میں علم الجراثیم کی مخصوص علمی کتب میں دیکھنا چاہئے۔ مترجم)

جاندار حیوانات کی تلقیح[3] شناخت جراثیم کا تیسرا ذریعہ ہے۔ جراثیم کو پہلے رطوبات و مواد سے جُدا کر کے بذریعہ پچکاری جانوروں کے جسم میں داخل کر کے دیکھا جاتا ہے۔ کہ اس عمل سے ان جانوروں میں بعینہٖ وہی امراض و عوارض پیدا ہوئے کہ نہیں جو کہ مریض میں موجود پائے گئے تھے۔

تاریخ علم الجراثیم کے ابتدائی درجۂ ارتقا میں جبکہ جراثیم کا مولّد امراض ہونا یقینی طور پر مسلم نہ تھا **علامہ کاخ**[4] (جرمنی کے ماہر علم الجراثیم) نے حسب ذیل اصول و قضایا قائم کئے۔ جب یہ تمام شرائط کسی خاص قسم جراثیم کے متعلق بالکمال راست پورے ہو جائیں تو اُسی کو مرض مخصوص کا سبب فاعلی سمجھنا درست ہوگا۔

(۱) جرثومہ (جس کی نوعیت اور شکل و شباہت غیر مشتبہ اور دیگر جراثیم سے ممتاز ہونی چاہئے) مرض مخصوص کے ہر مریض میں بلا استثناء موجود ہو۔

---

[1] تلقیح۔ انا کولے شن۔
[2] آلہ حضانت۔ انا کولے ٹر
[3] تلقیح۔ انا کولے شن۔
[4] سائل کاخ۔ کاکس پاسچولیٹس۔

(۲) یہ جرثومہ جسم مریض سے خارج کئے جانے کے بعد بھی مصنوعی کشت کے ذریعہ متعدد بار نسلاً بعد نسلٍ پیدا کیا جا سکے تاکہ اس تواتر و تسلسل سے اصلی مورث اعلیٰ کا اثر نسل مابعد سے خارج ہو جائے (مگر پھر بھی اولاد اُسی مرض کو پیدا کرے)۔

(۳) اس جرثومہ کو اگر تجربتاً عمل تلقیح کے ذریعہ کسی دوسرے تندرست حیوان کے جسم میں داخل کیا جائے تو موخر الذکر میں بھی بعینہٖ وہی مرض و عوارض پیدا ہو جائیں۔

(۴) جس حیوان پر اس طرح عمل تلقیح کیا جائے اُس کے جسم کے اندر سے وہی جرثومہ حاصل ہو سکے۔

ابتدا ان تمام شرائط کا ہر حالت میں پورا ہونا لازمی تصور کیا جاتا تھا۔ مگر ان کی پابندی بلا کم و کاست چنداں ضروری نہیں خیال کی جاتی۔ مثلاً عصی جذامیہ جسے اب مسلم طور پر جذام کا باعث تسلیم کر لیا گیا ہے۔ اب تک مصنوعی کشت میں نہیں پیدا ہو سکا ہے۔ اگرچہ کاخ کی پہلی شرط کے مطابق وہ جذام کے ہر مریض میں پایا جاتا ہے مگر اب بعض دیگر ذرائع ثبوت ایجاد ہو گئے ہیں۔ مثلاً مخصوص جراثیم۔ مریض کے خون کے اندر ایسے مخصوص مادے پیدا کر دیتے ہیں۔ جن سے جراثیم کے گروہ اکٹھا کئے جا سکتے ہیں (التصاقین[1]) اُن کا یہ طریق اجتماع مخصوص و مختص اشکال میں ہوتا ہے جن سے جراثیم کی نوعیت مخصوصہ کا ثبوت مل جاتا ہے۔

عملیات تلقیح کے تجربات اب عموماً امراض و عوارض کی تشخیص کی غرض سے کئے جاتے ہیں۔ مثلاً امراض متعلقہ مدرن کے مریضوں کے مواد و رطوبات (پیپ۔ پیشاب وغیرہ) میں چونکہ عصی[2] درنیہ نہایت خفیف مقدار میں حاصل ہوتے ہیں اور بآسانی اُن کی کشت مصنوعی طور پر اُگانا اور اُن کا رنگنا محال ہوتا ہے۔ لہٰذا ان

[1] التصاقین۔ اگلوٹی نین
[2] عصی درنیہ۔ بیسی لس ٹیوبر کیولوسس۔

مواد کو تلقیح کے ذریعہ دیگر حیوانات میں تحت الجلد یا اندرون تجاویف داخل کیا جاتا ہے خرگوش (ارنب[1] مصری) وغیرہ میں جب مادہ مذکور اس طرح داخل کیا جاتا ہے تو اگر مواد میں عصی درنیہ زندہ موجود ہوتے ہیں۔ تو ان حیوانات میں مرض تدرن کے علامات و عوارض یقینی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس تجربہ میں ایک خاص نقص یہ ہے کہ عمل تلقیح کے بعد علامات مرض جلد نہیں پیدا ہوتے ہیں اور کم از کم دو یا تین ہفتہ کا وقفہ لگتا ہے +

اکثر اوقات عمل تلقیح کے ذریعہ جراثیم کی خالص کشتیں بھی پچکاری سے داخل جسم حیوانات کی جاتی ہیں۔ ایسا اس وقت کیا جاتا ہے۔ جب جراثیم مرض شکل و شباہت میں بے ضرر جراثیم سے مشابہ نظر آتے ہیں۔ اور ان کے اور بے ضرر جراثیم کے درمیان اس اتحاد کی وجہ سے تمیز و تفریق مشکل ہوتی ہے۔ اس کی مثال عصی[2] حمرہ خبیثہ کی جو شکل و شباہت میں دیگر بے ضرر جراثیم کی اقسام سے بہت مشابہ ہے۔ ان بے ضرر جراثیم اور حمرہ خبیثہ کے عصی کے درمیان تفریق کی غرض سے عمل تلقیح کرنا پڑتا ہے اگر تلقیح کے بعد ادنیٰ حیوانات میں حمرہ خبیثہ کے علامات ظاہر ہو جائیں تو پھر یقینی طور پر معلوم ہو سکتا ہے۔ کہ یہ جراثیم اسی مرض کے تھے۔ اس ترکیب میں ایک لطیف و نفیس اصلاح باریک فرق کے لئے بعض مناسب حالتوں میں یوں بھی کی جاتی ہے۔ کہ مشتبہ جراثیم کی کشت دو حیوانات (ایک تو ایسا جسے فاوجراثیمی[3] حفظ ماتقدم کے لئے لگا کر اس کے اثر سے محفوظ بنا دیا گیا ہو۔ اور دوسرا ایسا جو معمولی حالت میں ہو اور اس سے متاثر ہونے کی قابلیت رکھتا ہو) ایک محفوظ (منیع[4]) اور دوسرا غیر محفوظ (غیر منیع) میں تلقیح کے ذریعہ لگائی جاتی ہے

[1] ارنب مصری۔ گوئی پگ۔
[2] عصی حمرہ خبیثہ۔ بیسی لس انتھرکس۔
[3] فاوجراثیمی۔ اینٹی ٹاکسین۔
[4] منیع۔ امیونائزڈ۔

نتیجہ یہ ہوتا ہے۔ کہ محفوظ میں تو مرض مشتبہ پیدا نہیں ہوتا۔ اور غیر محفوظ حیوان میں مرض کے علامات نمایاں ہو جاتے ہیں اور اس طرح مخصوص مولد امراض جراثیم کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ اسی ترکیب سے مرض گزاز کی تشخیص بھی کی جاتی ہے۔ چونکہ عصی گزاز مریض کے رطوبات اور پیپ وغیرہ میں تنہا موجود نہیں ہوتے بلکہ اُنکے ساتھ دوسرے بہت سے جراثیم بھی ملے جلے رہتے ہیں۔ اس لئے اُن کو مخلوط مواد میں سے جُدا کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے۔ اس اختلاط کی وجہ سے تلوین کے ذریعہ عصی گزازیہ اور دیگر جراثیم میں تفریق مشکل ہوتی ہے۔ کیونکہ ان سب پر ایک جیسی رنگت چڑھکر شکل و شباہت میں سب مشابہ نظر آتے ہیں۔ ایسی حالت میں عمل تلقیح کے ذریعہ مندرجۂ ذیل طریقہ سے تفریق بآسانی کی جاسکتی ہے +

۱۔ شوربا یا یخنی کی زمین میں پہلے مواد مشتبہ کی تلقیح کی جائے۔ یعنی شوربے کی نلی میں مواد کا ایک قطرہ ملا کر کشت اُگائی جائے +

۲۔ پھر اُس نلی کو مناسب حرارت پہونچانے کے لئے آلہ حضانت میں ہوا کی غیر موجودگی میں رکھا جائے (کیونکہ گزاز کے جراثیم "غیر ہوائی" ہوتے ہیں) +

۳۔ جب کشت تیار ہو جائے۔ تو اُسکو دو حصوں میں تقسیم کر لیا جائے +

۴۔ ایک حصے کو معمولی غیر محفوظ (غیر منیع) حیوان میں پچکاری کر دیا جائے۔

۵۔ دوسرے حصے کو محفوظ حیوان (جس میں مصل ضد گزاز کے ذریعہ پہلے سے قوت مناعت پیدا کر دی گئی ہو) میں لگا دیا جائے +

۶۔ اگر پہلا حیوان مر جائے اور دوسرا بے ضرر رہے تو تحقیق ہو گیا کہ مواد مشتبہ میں جراثیم گزاز (عصی گزازیہ) موجود تھے +

۱۔ عصی گزاز۔ بیسی لس ٹے ٹنس	۳۔ غیر ہوائی۔ ان ایرو بیز۔
۲۔ آلہ حضانت۔ انکوبے ٹر۔	۴۔ مصل ضد گزاز۔ اینٹی ٹے ٹک سیرم۔

ان اقسام جراثیم کے علاوہ اجساد[1] وقیقہ کے چند دیگر انواع کا اجمالی تذکرہ بھی ضروری ہے۔ اگرچہ یہ جراحیات میں چنداں اہمیت نہیں رکھتے۔

(۱) اجساد[2] تخمیریہ یا[3] جراثیم فطریہ۔ یہ نوع نباتی رنگ (خضرت[4] نباتیہ) نہیں رکھتی۔ اس کی افزائش نسل صرف غنچہ کی شکل (یعنی ابھار نکلکر الگ ہوجانا) میں یا تکوین[5] بذر اندرون[6] خلیہ کے ذریعہ ہوتی ہے۔ یہ جراثیم کئی اقسام کے اعمالِ اختمار میں حادث ہوتے ہیں۔ مثلاً محلول شکر انگوری میں اختمار[7] الکوحلی پیدا کر دیتے ہیں۔ یا بعض اوقات مریض ذیابیطس شکری میں یہ مجری البول کی راہ سے مثانہ میں داخل ہوکر وہاں اختمار پیدا کرکے مہیج مرکبات بنا دیتے ہیں جنکے اثر سے "التہاب[9] مثانہ" پیدا ہوجاتا ہے۔

اجسام اختمار وپھپوند جن امراض میں حادث ہوتے ہیں۔ اُن میں ایک مرض جو خصوصیت کے ساتھ قابل تذکرہ ہے وہ التہاب[10] جلدی خمیری ہے جس میں متعدد قروح اور گانٹھ پیدا ہوجاتے ہیں۔

(۲) فطر[11] خیطی (فطر لیفی[12]) یہ بوجہ اپنے ریشے دار جال اور دھاگوں کے ممتاز ہیں۔ ان میں تکوین بذر بہ نسبت معمولی جراثیم اختماریہ کے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہے اس نوع کے اثر سے جو عوارض پیدا ہوتے ہیں۔ ان میں مندرجۂ ذیل اہم ہیں۔

۱ اجاد وقیقہ۔ مائکرو آرگے نزم۔	۸ شکر انگوری۔ گریپ شوگر۔
۲ اجاد تخمیر۔ ایسٹ۔	۹ التہاب مثانہ۔ سسٹائی ٹس
۳ جراثیم فطریہ۔ بلاسٹومائی سیٹیز	۱۰ التہاب جلدی خمیری۔ بلاسٹومائی سے ٹک ڈرمٹائی ٹس۔
۴ خضرت نباتیہ۔ کلوروفیل۔	۱۱ فطر خیطی۔ مائی سیلیٹس۔
۵ تکوین بذر۔ سپورفارمیشن۔	۱۲ فطر لیفی۔ فلامنٹس فنجائی۔
۶ اندرون خلیہ۔ انڈوجینس۔	
۷ اختمار الکوحلی۔ الکہالک فرمنٹیشن۔	

(الف) قلاع[2] (مُنہ آنا) یہ بیض[1] بیضاء نامی جراثیم سے پیدا ہوتا ہے جبکا دوسرا نام فطر سکری[3] ابیض یا عقد[4] ابیض ہے +

(ب) قوبا (داد) اجساد فطریہ کے کئی اقسام سے یہ مرض پیدا ہوتا ہے ان جراثیم کی دو قسمیں عام ہیں +

(۱) فطر صغیر[5] البذر (۲) فطر کبیر[6] البذر (نسبت[7] شعری)

پہلی قسم کے اجساد لندن اور پیرس میں کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ مگر براعظم یورپ کے بیشتر ممالک میں معدوم ہیں +

(ج) سعفہ رگج (نخالی[8] شون لینی) نام کے جراثیم سے یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔

(د) نخالیہ[9] حمراء یا بہق احمر (چھیپ سُرخ) "نخالی[10] صغیر البذر" نام کے جراثیم سے پیدا ہوتا ہے +

(ہ) فطریت[11] قرنیہ یا قرنیہ کا قرحۂ[12] طفیلیہ (متعدی قسم کا زخم قرنیہ) بھی ایک قسم کے فطر سے پیدا ہو جاتا ہے +

(و) فطریت[13] رٹویہ
(ز) فطریت[14] اذنیہ
} بھی مخصوص قسم کے فطر سے پیدا ہو جاتے ہیں +

۱ بیض بیضاء۔ آئی ڈوم البی کینس۔
۲ قلاع۔ تھرش۔
۳ فطر سکری ابیض۔ سیکرومائی سیز۔
۴ عقد ابیض۔ مونی لیا البی کینس
۵ فطر صغیر البذر۔ مائی کراسپورون آڈوئینائی ویا) اسمال اسپور ڈرمٹس
۶ فطر کبیر البذر۔ لارج اسپور ڈرمٹس
۷ نسبت شعری۔ ٹرائی کوفائی ٹون۔

۸ نخالی شون لینی۔ اکورین شان لینائی۔
۹ نخالی حمراء یا بہق احمر۔ پٹی ریاسس روبرا۔
۱۰ نخالی صغیر البذر۔ مائی کراسپورون فرفر
۱۱ فطریت قرنیہ۔ کیراٹومائی کوسس۔
۱۲ قرحۂ طفیلیہ قرنیہ۔ پیراسائٹک السر آف کارنیا۔
۱۳ فطریت رٹویہ۔ نیومائی کوسس
۱۴ فطریت اذنیہ۔ آٹومائی کوسس

شعریہ مفتولہ[1]۔ یہ فطر خبطی[2] کے اسفل ترین نوع میں سے ہیں۔ اور معمولی جراثیم سے کئی خصوصیات میں مشابہ ہیں۔

اس نوع کے بعض افراد اس وجہ سے اہم خیال کیے جاتے ہیں کہ ان سے امراض و عوارض کا ایک سلسلہ پیدا ہوتا ہے۔ جسے مجموعی طور پر فطریت[3] شعاعیہ کہتے ہیں۔ دراصل یہ مرض مویشیوں میں ہوتا ہے مگر کبھی انسان بھی اس کا شکار ہو جاتا ہے۔

شعریہ مفتولہ کی یہ خصوصیت قابل ذکر ہے کہ ان کے اجسام سے لمبے ریشے یا تار باہر نکلتے ہیں۔ یہ ریشے فطر کے اعلیٰ تر افراد کی نسبت کسی قدر سکڑے ہوتے ہیں اور جراثیم کے اہداب[4] سے یوں متفرق ہو سکتے ہیں کہ ان میں نمایاں طور پر شاخیں بھی اکثر دیکھی جاتی ہیں۔ جو جراثیمی اہداب میں نہیں ہوتیں۔ ان کے بذر[5] زنجیریں بناتے ہیں۔ ان کے ریشہ دار تاروں کا مادۂ حیات[6] اکثر چھوٹے چھوٹے حصص میں اکٹھا ہو جاتا ہے۔ اس لئے ریشوں کا خول اکثر جگہ خالی نظر آتا ہے۔ دراصل ریشوں کے مادۂ حیات کے یہی سکڑے ہوئے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے تخم (بذر) بن جاتے ہیں۔ اور اس قدر شدید درجہ کی حرارت برداشت کر سکتے ہیں۔ کہ جس کے متحمل خود ریشے نہیں ہو سکتے۔ شعریہ مفتولہ بہت عالمگیر وسعت رکھتے ہیں۔ ان کے بہت سے اقسام ہیں۔ مگر صرف چند ہی مولد امراض ہیں۔

یہ بات قابل غور ہے کہ عصی درنیہ[7] اور جراثیم کے چند دیگر اقسام بھی اکثر شاخدار

۱ شعریہ مفتولہ۔ اسٹرپٹوتھرکس۔	۵ بذر۔ اسپور۔
۲ فطر خبطی۔ بائی فوائی سیٹیز۔	۶ مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم۔
۳ فطریت شعاعیہ۔ ایکٹینومائی کوسس	۷ عصی درنیہ۔ بیسی لس ٹیوبرکیولوسس
۴ اہداب۔ فلاگلا۔	

اور لمبے ریشوں کی صورت میں بڑھتے ہیں۔ اسی وجہ سے بعض محققین کی رائے ہے۔ کہ یہ بھی "شعریہ مفتولہ" کے نوع سے تعلق رکھتے ہیں۔ اور چونکہ ان کے اثر سے گانٹھیں سی بدن پر بن جاتی ہیں (اور غدد متورم ہوتے ہیں) اس لئے ان کو اکثر فطر دری[1] کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

(۳) حُوَینات[2] (حیوانات دنیہ) یہ منفرد الخلیہ (یک خانہ) اجسام حیوانی ایک اہم نوع سے متعلق ہیں۔ جو آتشک اور دیگر ممالک حارہ[3] کے بہت سے امراض کا باعث ہوتے ہیں۔ اس نوع کے افراد کے احوال زندگی بہ تفصیل معلوم نہیں ہوئے ہیں مگر چند کی سیرت حیات کے کچھ آثار تحقیق کیے گئے ہیں۔ موسمی بخار (ملیریا) زحیر حُوَینی[4] (جو حُوَین قولونی سے پیدا ہوتی ہے) اور گرم ممالک کے جگر کا پھوڑا[5] (جو حُوَین مذکور سے پیدا ہوتا ہے) اور دیگر امراض حُوَینات ہی سے پیدا ہوتے ہیں۔

مرض النوم[6] اور گرم ممالک کے دوسرے بہت سے انسان و حیوان کے امراض حُوَینات کی ایک مخصوص نوع ثاقبۃ الجسم[7] سے پیدا ہوتے ہیں۔

عدوی۔ چھوت

تعریف۔ "عدوی[8] زہریلے، زندہ اور مولد امراض جراثیم[9] کے ایسے مقام میں پہونچنے کو کہتے ہیں۔ جہاں سے اُن جراثیم کے تیار کردہ سمیات موذیہ

[1] فطر دری۔ ٹیوبرکیولوسیل	[5] مرض النوم۔ سلیپنگ سکنس۔
[2] حُوَینات۔ پروٹوزوا۔	[6] ثاقبۃ الجسم۔ ٹری پانوزوم۔
[3] ممالک حارہ۔ ٹراپک	[7] عدوی۔ انفکشن۔
[4] زحیر حُوَینی۔ امیبک ڈسنٹری۔	[8] جراثیم۔ آرگے نزم۔

(سیمین[1]) انجمہ جسم پر عمل کر سکیں"۔

اس تعریف کے چند ابہامات و نکات تشریح طلب ہیں۔ مثلاً (۱) ایک دلچسپ حقیقت یہ ہے کہ مردہ جراثیم بھی مثلاً عصی[2] دمنیہ زندہ جراثیم کی طرح مولد امراض ہو سکتے ہیں مگر اسکو حقیقی عدوی نہیں کہہ سکتے۔ کیونکہ عمل عدوی کا اصولی و بنیادی مفہوم یہ ہے کہ وہ ایک مریض سے دوسرے تک منتقل ہو سکے۔

(۲) دوسرا اہم سوال حدت[3] سمیہ اور درجۂ سمیت کا ہے۔ کیونکہ ایک ہی جرثومہ کی مختلف افرازات یا نسلیں مختلف درجہ کی سمیت رکھتی ہیں۔ اسی طرح یہ افرازات یا نسلِ جرثومہ کا ایک واحد نمونہ مختلف حالات میں جداگانہ اثر سمیت پیدا کر سکتا ہے اس کی مثال جراثیم[4] عقدیہ صدیدیہ میں پائی جاتی ہے۔ اگر جراثیم عقدیہ صدیدیہ کی خالص کشتیں کثیر مقدار میں خرگوش کے جسم میں داخل کر دی جائیں۔ تو شاید ہی کوئی مضر اثر نمایاں ہوتا ہے۔ مگر ایک خاص ترکیب سے انہی جراثیم کی سمیت میں شدید مہلک زیادتی اور افزائش حاصل ہو سکتی ہے۔ جس کے اثر سے ایک خفیف مقدار (غالباً ایک منفرد جرثومہ) ہی باعث ہلاکت ہو جاتی ہے۔ اس ازدیاد و افزائش سمیت کے حصول کا طریقہ یہ ہے کہ جراثیم کو بہ سلسلہ (ایک حیوان سے دوسرے حیوان میں اور دوسرے سے تیسرے حیوان میں اور اسی طرح آخر تک) کئی حیوانات میں گذار کر منتقل کیا جائے۔ پہلے حیوان کے جسم سے جراثیم لیکر دوسرے تک منتقل کیے جائیں اور اسی طرح آخر تک۔ انتقال جراثیم کے اس عمل کے بعد ہر حیوان میں مرض کے علامات نمودار ہونگے۔ مگر ہر تازہ حیوان میں اگلے حیوان کے مقابلہ میں مرض زیادہ شدید و مستعجل پایا جائے گا۔ حتی کہ سمیت کی آخری شدت

---

[1] سیمین۔ ٹاکسین۔
[2] عصی دمنیہ۔ ٹیوبرکیولوسس
[3] حدت سمیہ۔ ویرولنس۔
[4] جراثیم عقدیہ صدیدیہ۔ اسٹرپٹوکاکس پایوجینس

حاصل ہو جائے گی۔ جس کے بعد متواتر حیوانات میں اُسی آخری درجہ کی شدت تواتر کے ساتھ حاصل ہوتی رہے گی۔ اور یہ سمیت اُسی درجہ پر قایم رہکر غیر مبدل رہے گی +

غالباً معمولی حالات میں بھی ایسا ہی ہوا کرتا ہے۔ کیونکہ جو جراثیم براہِ راست مریض کے جسم سے حاصل کیے جاتے ہیں۔ وہ اپنی شدت و سمیت میں تجربہ گاہ (معمل) کی بنائی مصنوعی کشتوں کی نسبت بہت زیادہ تیز ثابت ہوتے ہیں۔ مثلاً کرویات عقدیہ کے التہاب صفاق کے مریض کے مرنے کے بعد لاش چیرنے میں اگر کبھی کوئی اتفاقیہ ہلکا سا زخم بھی جراح کو لگ جاتا ہے تو وہ نہایت سخت ہوتا ہے جس سے جراثیم متعلقہ کی شدت سمیت کا اندازہ ہو سکتا ہے +

الغرض عام طور سے یہ کہنا صحیح ہوگا کہ طبعی حالات میں از دیاد و افزائش سمیت کے اسباب کے متعلق اور خصوصاً امراض متعدیہ کی وباؤں کے حملوں کے متعلق ابھی ہماری واقفیت بہت کم یا بمنزلہ نفی کے ہے +

جراثیم کو مصنوعی کشتوں کے ذریعہ کمزور کرنے کو "عمل تخفیف" کہتے ہیں مولد امراض جراثیم کی مصنوعی تخفیف "اکتساب مناعت" کے متعلق نہایت اہمیت رکھتا ہے +

عمل تخفیف کا عام اصول یہ ہے کہ جراثیم کو قدرے ناموافق حالات میں اگایا جاوے تاکہ ان کی حدت سمیہ میں کمی آجائے۔ برخلاف ازیں تخفیف کے متضاد عمل یعنی افزائش سمیت (تقویت) کے حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ جراثیم کو موافق حالات میں اگایا جائے۔ مثلاً عصی جمرۂ خبیثہ جو ۹۷½ درجہ کی حرارت میں بہترین

۱ تجربہ گاہ۔ معمل۔ لیبورے ٹری۔	۴ تخفیف۔ اٹے نیولے شن۔
۲ کرویات عقدیہ۔ اسٹرپٹو کاکائی۔	۵ مناعت۔ امیونی ٹی۔
۳ التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس۔	۶ عصی جمرۂ خبیثہ۔ بیسی لس انتھرکس۔

نمو پاتا ہے اور اس حرارت میں اپنی سمیت عرصہ دراز تک قایم رکھ سکتا ہے اگر اسکو ۱۴۲ درجہ کی حرارت میں اُگایا جائے تو اس کی حدت سمیہ میں نمایاں کمزوری ہوجائے گی۔ محقق پاسچر نے اسی اصول تخفیف پر کشتیں کرکے تریاق جراثیم جمرۂ خبیثہ (تلقیح[1] جمرۂ خبیثہ) ایجاد کیا ہے جسے حیوانات میں لگانے سے صرف عارضی و خفیف علامات مرض پیدا ہوتے ہیں اس کے بعد اس مرض کے مقابلہ کے لیے تحصیل مناعت کی وجہ سے وہ محفوظ ہوجاتے ہیں +

(۳) حصول عدوی کے لئے ضروری ہے کہ جراثیم مولد امراض ہوں یعنی جس حیوان سے ان کا قرب و انتقال ہو اُس میں اُن کی سرایت سے مرض پیدا ہوجائے حیوانات کے مجری البول میں کرویات[2] سوزاک داخل کرنے سے کوئی عارضہ نتیجۃً نہیں پیدا ہوتا اور چھوت (عدوی) واقع نہیں ہوتی۔ لہٰذا ثابت ہوا کہ تحصیل عدوی کے لئے دو صورتیں ضروری ہیں یعنی (۱) جراثیم شدید سمیت کے ہوں اور (۲) جس شخص میں وہ جراثیم داخل ہوں وہ اس میں مبتلا ہونے کی استعداد[3] رکھتا ہو +

(۴) عدوی کا آخری اور ضروری خاصہ یہ ہے کہ جراثیم کے سمیات موذیہ (سمین) اُس شخص کی ساختوں پر اپنا اثر کریں۔ اکثر ایسا ہوتا ہے۔ اور ہونا ممکن بھی ہے کہ جراثیم (کرویات) عقدیہ[4] جلد کے بیرونی طبقات میں۔ یا جراثیم خناق وبائی[5] (کلبی) دھن وغیرہ میں موجود رہتے ہیں۔ مگر ان جراثیم کی موجودگی سے کوئی اثر ظاہر نہیں ہوتا۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ یا تو یہ جراثیم سمیات (سمین) نہیں بناتے یا اگر بناتے ہیں۔ تو وہ ساختہائے جسم تک نہیں پہونچتے۔ پس محض جراثیم کی موجودگی

---

[1] تلقیح۔ میکسین۔
[2] کرویات۔ سوزاک۔ گانوکاکس۔
[3] مستعد بسپ ٹی بل۔
[4] کرویات عقدیہ۔ اسٹرپٹوکوکس
[5] خناق وبائی۔ ڈفتھیریا۔

کا نام عدوی نہیں ہے۔ اگرچہ ایسے حالات میں ذرا سا تشقق[1] یا ضرب یا اور کوئی نامناسب حالت (جو مقامی یا عمومی قوت مدافعت کی کمی کا باعث ہو) فوراً عدوی پیدا کر سکتی ہے +

(۱) مرض[2] نوعی } یہ دونوں اصطلاحات جو متعدی امراض کے لئے اکثر مستعمل
(۲) مرض[3] غیر نوعی } ہیں تشریح طلب ہیں +

مرض نوعی کی تعریف۔ جو ایک ہی سبب سے۔ یعنی ایک واحد مخصوص نوع کے جراثیم سے پیدا ہو سکے دوسرے نوع سے نہ پیدا ہو سکے) مثلاً مرض کزاز[4] جو علم الامراض کے لحاظ سے ایک مشہور مرض ہے۔ صرف جراثیم کزاز ہی سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لہٰذا یہ عدوی[5] نوعیہ کی ایک بین مثال ہے۔ مگر برخلاف ازیں تقیح[6] (پیپ بننا) کا عمل جراثیم صدیدیہ کے بہت سے مختلف انواع کے اثر سے ہو سکتا ہے لہٰذا اُسے عدوی[7] غیر نوعیہ کہتے ہیں۔ عدوی نوعیہ اور غیر نوعیہ کے درمیان کوئی مستقل حد نہیں ہے۔ اور علم الامراض اور اسباب الامراض کے نئے انکشافات کے ساتھ ساتھ آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ عموماً مدارج ارتقاء کا عمل اس طرح ہو رہا ہے کہ وہ امراض جو ابتداءً بہ ظاہر متشابہ معلوم ہوتے تھے بالآخر انواع مخصوصہ میں منتقل کیے جا رہے ہیں کیونکہ ان میں سے ہر نوع کا باعث ایک خاص نوع کے جراثیم ثابت ہوتے ہیں۔ مثلاً اب ثابت ہوا ہے کہ قوبا (داد) فطر[8] کے مختلف اقسام سے پیدا ہو سکتا ہے۔ مگر علم الامراض کی جدید جدوجہد سے

۱ تشقق۔ لیژن۔	۶ تقیح۔ سپورے شن۔
۲ مرض نوعی۔ اسپے سے فک ڈیزیز۔	۷ عدوی غیر نوعیہ۔ نان اسپے سے فک انفکشن۔
۳ مرض غیر نوعی۔ نان اسپے سے فک ڈیزیز۔	۸ علم الامراض۔ پیتھالوجی
۴ کزاز۔ ٹے ٹنس۔	۹ فطر فنگس۔
۵ عدوی نوعیہ۔ اسپے سے فک انفکشن۔	

سے ثابت ہوا ہے کہ ہر ایک مخصوص نوع سے پیدا شدہ داد کی علامات دوسری اقسام جراثیم کے داد سے باریک باتوں میں امتیاز خصوصی رکھتی ہیں اسی طرح مرض فطریت[1] شعاعیہ پہلے ایک مرض نوعی سمجھا جاتا تھا اور ایک ہی قسم کے جراثیم اُس کا باعث سمجھے جاتے تھے۔ مگر اب منکشف ہو گیا ہے کہ مختلف انواع کے جراثیم یہ مرض پیدا کر سکتے ہیں۔ بعض اوقات مندرجہ بالا صورت سے برعکس بھی ظہور میں آتا ہے۔ یعنی کئی امراض جو بہ ظاہر مختلف معلوم ہوتے تھے۔ بالآخر ایک ہی قسم کے جراثیم کا نتیجہ ثابت ہوئے ہیں۔ لہٰذا یہ سب امراض ایک ہی قسم کے تعدیہ کے مظاہر ہیں مثلاً جمرۂ خبیثہ[2] اور مرض دابغ الجلد[3] بہ ظاہر دو مختلف و ممتاز عوارض ہیں۔ مگر چونکہ اب معلوم ہو چکا ہے۔ کہ عصیٰ جمرۂ[4] خبیثہ ہی ان دونوں کا باعث ہے۔ لہٰذا ان دونوں مظاہرات کو ایک ہی "عدوی نوعی" کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے۔

عدوی موضعیہ[5] یعنی "مقامی تعدیہ" کے عوارض

مقامی تعدیہ۔ مقام تلقیح پر جراثیم کی تولید و نمو سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جراثیم ایک مخصوص مدت[6] تفریخ یا مدت حضانت (جو مختلف جراثیم میں مختلف ہوتی ہے) کے بعد (جس میں گویا وہ ساختہائے جسم کی قوت مدافعت کے ساتھ مقابلہ و نبرد آزمائی کرتے رہتے ہیں اور اپنی جڑ جسم مریض میں جماتے رہتے ہیں) نمو پا کر افزائش حاصل کرتے ہیں۔ اور اپنے پیدا کردہ سمیات موذیہ کے اثر سے ساختہائے جسم میں تہیج و خراش

---

۱ فطریت شعاعیہ۔ ایکٹی نومائی کوسس۔
۲ جمرہ خبیثہ۔ ملگ نسٹ اسپیچوئل
۳ دابغ الجلد۔ وول سارٹرس ڈیزیز
۴ عصیٰ۔ بیسی لس۔
۵ عدوی موضعیہ۔ لوکل انفکشن۔
۶ مدت تفریخ / مدت حضانت } پیریڈ آف انکیوبیشن

پیدا کرکے التہاب[1] کے مختلف مدارج نمودار کر دیتے ہیں۔ التہاب کے یہ مراکز یا تو محدود رہ سکتے ہیں یا جراثیم انسجے کے سلسلۂ ارتباط کے ذریعہ یا عروق[3] جاذبہ کی راہ سے پھیلکر انھیں (یعنی مراکز کو) وسعت دیدیتے ہیں۔ یا جراثیم ابتدائی مرکز التہاب سے علیحدہ ہوکر سدہ[4] کی صورت عروق دمویہ کے ذریعہ بدن میں دور دراز مقامات پر منتقل ہو جاتے ہیں۔ ان مظاہر کے ساتھ ساتھ اکثر عمومی[5] اعراض بھی بوجہ انجذاب سمیات مقامی کے کم وبیش نمودار ہوتے ہیں۔ بعض امراض (مثلاً کزاز[6] خناق وبائی) میں مقامی تکلیف کے ساتھ ساتھ عام سمیت کے علامات شدید بتسمم[8] الدم بھی موجود ہو جاتے ہیں۔ لہذا مقامی عدوی کے مظاہر دو اقسام میں منقسم ہو سکتے ہیں +

(۱) وہ ظواہر مقامی۔ جس میں نظام جسم کی عام سمیت مفقود یا نفی کے قریب ہوتی ہے جیسا کہ قرحہ رخوہ[9]۔ خراج[10] درنی اور خفیف سوزاک وغیرہ میں دیکھا جاتا ہے +

(۲) وہ ظواہر جن میں مقامی علامات (التہاب وغیرہ) کے ساتھ ساتھ عام علاماتِ سمیت شدید نمایاں ہوں۔ جیسے حمرہ[11] (سرخباد) کزاز۔ خناق کلبی وغیرہ میں علامات سمیت مختلف سمیات موذیہ کی حالت میں لازماً مختلف ہوتے ہیں۔ بہت سے جراثیم جو مقامی امراض کا باعث ہوتے ہیں۔ عام نظام جسم میں پہونچکر اور افزائش حاصل کرکے مہلک امراض عام نظام جسم میں پیدا کر سکتے ہیں +

۱ التہاب۔ انفلامے شن	۷ خناق وبائی۔ ڈفتھیریا۔
۲ مراکز۔ فوکائی۔	۸ بتسم دم۔ ٹاکسی میا۔
۳ عروق جاذبہ۔ لمفے ٹک وسلز۔	۹ قرحہ رخوہ۔ سافٹ شنکر۔
۴ سدہ۔ جلطہ دمویہ۔ امبولس۔	۱۰ خراج درنی۔ ٹیوبر کولر ابس
۵ اعراض عمومی۔ کانسٹی ٹیوشنل ڈسٹرنجس	۱۱ حمرہ۔ اری سپلس۔
۶ کزاز۔ ٹے ٹنس۔	

عدوی[1] عمومیہ کے عوارض

عام جسمانی عدوی میں جراثیم دوران خون میں نمودار ہوکر افزائش حاصل کرلیتے ہیں۔ اگر اس قسم کے خون کو بذریعہ عمل تلقیح کسی دوسرے تندرست شخص کے جسم میں داخل کیا جائے تو (اگر مقدار تلقیح کافی دی گئی ہے) مرض مخصوص اُس کے جسم میں ضرور منتقل ہوجائے گا۔ مقامی عدوی پیدا کرنے والے بہت سے جراثیم عام عدوی کے عوارض پیدا کردیتے ہیں۔ حتیٰ کہ فن جراحت میں ہمیں شاید ہی عام عدوی کبھی ایسا ملے۔ جس میں کسی نہ کسی قسم کا مقامی عدوی عمومی عدوی کی اصلی بُنیاد نہ ہو۔ تعفن[2] دم۔ تقیح[3] الدم۔ دران[4] حاد۔ زہری[5] ثنائی (آتشک درجہ دوم) تسمم[6] بہ جمرۂ خبیثہ۔ حمیات[7] طحنیہ مثلاً چیچک۔ خسرہ وغیرہ عدوی عمومیہ کی مثالیں ہیں۔

عدوی جراحت یا عفونت[8] جراحت

عفونت جراحت ایک عام اصطلاح ہے۔ جس کا مطلب یہ ہے کہ کوئی زخم (خواہ عمل جراحی کا ہو یا اتفاقاً ہوا ہو) جراثیمی سمیت کا عدوی قبول کرے یا جراثیم مرضیہ کے تقدیہ سے آلودہ ہوجائے۔

جراثیم عفونیہ صرف مردہ ساختوں میں پیدا ہوکر بڑھ سکتے ہیں۔ مگر ان کے پیدا کردہ سمیات اس قدر مہیج ہوتے ہیں۔ کہ آس پاس کے حصوں اور ساختوں کو بھی آلودۂ عفونت کرکے گلا[9] سکتے ہیں جیسا کہ قروح آتشک کے اثر سے عضو تناسل کی جلد و حشفہ[10] سڑ جاتا ہے۔ اگر سڑی ہوئی ساختیں خون میں جذب ہوجائیں تو شدید بخار پیدا ہوجاتا ہے

۱ عدوی عمومیہ۔ جنرل انفکشن۔	۶ انتھراسیمیا۔
۲ تعفن دم۔ سپٹی سیمیا۔	۷ حمیات طحنیہ۔ اگز نتھی میٹا۔
۳ تقیح دم۔ پائی میا۔	۸ عفونت۔ سپ سس۔
۴ دران حاد۔ اکیوٹ ٹیبر کیولوسس۔	۹ گلانا۔ اسلفنگ۔
۵ زہری ثنائی۔ سکنڈری سفلس۔	۱۰ حشفہ۔ گلانس پے نس۔

مثلاً اگر متعفن آنول[1] رحم کے اندر رہ جاوے تو مواد معفنہ کے جذب ہونے سے بخار ہو جاتا ہے +

جراثیم صدیدیہ زندہ ساختوں میں پیدا ہو کر نشو و نما پا سکتے ہیں۔ اور وہاں کیمیائی سمیات بھی بنا دیتے ہیں۔ یہ جراثیم آس پاس کے انسجہ پر حملہ آور ہو کر حمرہ[2] (سُرخباد) اور التہاب[3] خلوی (فلغمونی) پیدا کر سکتے ہیں۔ یا سیلان خون میں داخل ہو کر تقیح الدم[4] اور عفونۃ الدم[5] کا باعث ہو سکتے ہیں۔ سمیات خون میں داخل ہو کر اپنی مقدار و نوعیت کے تناسب سے مختلف درجہ کا بخار پیدا کر سکتے ہیں۔ مثلاً حمی دق[6] یا حمی عفنیہ[7] یا تسمم عفن[8] گو ان سب قسم کے حمیات میں صرف مقدار سمیات کی وجہ سے فرق ہے۔ ورنہ ان کا طریق عمل یکساں نوعیت کا ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اگر زخم اور انسجہ متصلہ کے درمیان باہمی عمل مدافعت کے ذریعہ انگور[9] کے منے سے ایک دیوار یا آڑ قایم ہو جائے۔ یا اگر رطوبات[10] عفنیہ دباؤ کی وجہ سے جذب نہ ہوں بلکہ زخم سے باہر خارج ہوتی رہیں۔ تو یہ بخار بھی جاتا رہتا ہے۔ علامات عفونت جذب شدہ مادۂ[11] عفنیہ کی مقدار کی مناسبت سے کم یا زیادہ پیدا ہوں گی +

علامات عفونت۔ اکثر صدمہ ہونے کے دو روز بعد ابتداء میں جاڑا چڑھتا ہے پھر مسلسل بخار تیز درجہ کا ہو جاتا ہے۔ قلت اشتہا۔ زبان کی خشکی۔ قبض۔ اور آخری دو حالت میں اسہال۔ درد سر۔ نبض تیز۔ یہ علامات نمودار ہوتی ہیں۔ اگر مرض جاری رہا تو پھر نبض

۱ آنول مشیمہ۔ پلاسنٹا۔	۷ حمی عفنہ۔ سیپٹک فیور۔
۲ حمرہ۔ ایری سیپلس۔	۸ تسمم عفن۔ سیپٹیسیمیا۔
۳ التہاب خلوی۔ سیلیولائی ٹس۔	۹ زخم کے انگور۔ گرے نیولے شن۔
۴ تقیح الدم۔ پائی میا۔	۱۰ رطوبات عفنیہ۔ سیپٹک میٹیریل۔
۵ عفونت م۔ سیپٹیسیمیا۔	۱۱ مادۂ عفنیہ۔ سیپٹک میٹریل۔
۶ حمی دق۔ ہیکٹک فیور۔	

کمزور ہو جاتی ہے۔ سرسام ہو جاتا ہے۔ اور مریض انتہائے ضعف کی وجہ سے بے ہوشی عدم ہو جاتا ہے۔ البتہ اگر سمیات پیدا ہونے کے اسباب و علل کا قلع و قمع مناسب وقت پر کر دیا جائے تو مریض بہت جلد شفایاب ہو جاتا ہے +

معالجہ عفونت۔ متعفن حصے کو فوراً خارج کرنا چاہئے۔ اگر خراج[1] ہے تو اُس کو جلد چیر کر پیپ وغیرہ باہر نکالنا چاہئے۔ اور اس کا انتظام کرنا چاہئے کہ پیپ باہر بہتی رہے۔ مقوی اور محرک ادویہ کا استعمال کرنا چاہئے۔ اور غذا کافی مقدار میں دینی چاہئے +

اگر مریض انتہائی ضعف و اعیاء کی حالت میں ہو تو سیال[2] نمکین رنگ طعام تین رتی آب مقطر مطہر ۱۶۔ اوقیہ) کے ۳۲۔ اوقیہ وریدی کے ذریعہ متواتر داخل جسم کئے جائیں۔ اس کے اثر سے پیشاب زیادہ آوے گا اور اسہال بھی ہو گا۔ اور سمیات بول و براز کے ذریعہ خارج ہو جائیں گے۔ مسہل ادویہ کا استعمال بھی یہی اثر رکھتا ہے

مناعت[3]

معمولی حالات میں ہر زندہ حیوان ہمیشہ مختلف اسباب و ذرائع سے نشانہ عدوی[5] ہو سکتا ہے۔ جراثیم ہوا میں موجود ہیں۔ جس میں ہم سانس لیتے ہیں۔ ہمارے آکل و مشارب جراثیم سے لبریز ہیں۔ ہماری جلد اور مجری[6] غذا میں بھی جراثیم موجود ہیں مگر باوجود اس عالمگیر کثرت کے ہم عموماً جراثیم کے حملہ سے محفوظ رہتے ہیں۔ لہٰذا لامحالہ یہ ماننا پڑتا ہے کہ ان جراثیم کے حملوں سے محفوظ رکھنے کے لئے بعض کارگر اور

---

[1] خراج۔ ابسس

[2] سیال نمکین۔ سیلائن سولیوشن۔

[3] اوقیہ۔ اونس۔

[4] مناعت۔ امیونٹی۔

[5] عدوی۔ انفکشن۔

[6] مجری غذا۔ ایلی منٹری کینال۔

نہایت یقینی قدرتی وسائلِ امن اور فطری اسباب مدافعت ہمارے جسم میں موجود ہیں۔ اور یہ کہ جب یہ وسائل کمزور یا ناکافی ہوتے ہیں تب عدوی واقع ہوتا ہے۔ جراثیمی حملوں کی اس قوت مدافعت اور مقابلہ کو مناعت کہتے ہیں۔ اور مناعت کے متضاد و مخالف خاصیت عمل کو استعداد مرض[1] کہتے ہیں۔ علاوہ ازیں جب کوئی متعدی مرض قدرتی طور سے شفاء (بغیر دوا) حاصل کرتا ہے۔ یا بالفاظ دیگر ایسے مرض میں بلا علاج صورت شفا ہو جاتی ہے تب بھی ایک مخصوص و مناسب درجہ کی "مناعت" (مقامی یا عمومی) عامل ہو کر جراثیم کا قلع قمع کر دیتی ہے۔

مندرجہ بالا بیان سے ظاہر ہوگا کہ مناعت کی بحث حفظ ماتقدم[2] (تحفظ الامراض) اور "علاج الامراض" دونوں لحاظ سے نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ خصوصاً بدیں وجہ کہ یہ دونوں باتیں (تحفظ ماتقدم اور علاج) حاصل کرنے کے لئے نہایت تیر بہدف اور یقینی مصنوعی طریقے اور ذرائع در اصل اس قدرتی عمل مناعت[5] کو تحریک دیکر یا اس کی نقل کر کے (نقش قدم پر چلکر) یا اُس کا آزادانہ عمل زیادہ کر کے حاصل کیے جاتے ہیں۔ چنانچہ اس کی مثال خناق[3] و بائی کا بنا طریقہ علاج ہے جو فاد سیمین[4] (تریاق جراثیمی) سے کیا جاتا ہے۔ جس کے مصنوعی طریقے اس مرض کے طبعی طرق علاج سے مشابہ ہوتے ہیں۔ مگر افسوس یہ ہے کہ باوجود کثرت بحث و تجارب کے اب تک مناعت کی مخصوص قوتیں معلوم نہیں ہوئی ہیں۔

مناعت طبعی[5] - وہ قوت مدافعت ہے۔ جو ہر حیوان کے جسم اور ترکیب

---

[1] استعداد مرض - سسپٹی بی لیٹی۔
[2] حفظ ماتقدم - پری وینشن۔
[3] خناق وبائی - ڈفتھیریا۔
[4] فاد سیمین - اینٹی ٹاکسین۔
[5] مناعت طبعی - نیچرل امیونٹی۔

وساخت میں ابتدائے آفرینش سے مضمر ہوتی ہے۔ اور جو اس کے عوارض زندگی کے کسی واقعہ کے اثر سے مترتب نہیں ہوتی۔ مثلاً تمام حیوانات دینہ طبعاً مرض سوزاک کے تاثر سے محفوظ (ممنوع) ہیں۔ اور بعض دیگر امراض بھی جو عموماً انسان کو متاثر کر دیتے ہیں حیوانات ادنیٰ کے لئے بے اثر ہیں۔ اسی طرح حضرت انسان بھی بہت سے ایسے امراض سے طبعاً غیر متاثر و محفوظ ہیں۔ جو حیوانات پر حادث ہوتے ہیں۔ یہ طبعی مناعت عموماً ایک جنس کے تمام انواع و افراد میں یکساں طور پر موجود ہوتی ہے۔ مگر اکثر اس کے خلاف بھی ہوتا ہے۔ مثلاً بعض بچے چیچک سے قدرتاً بے اثر رہتے ہیں درانحالیکہ بیشتر بچے اس مرض سے ضرور متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اقوام مخصوص امراض سے بہ شدت متاثر ہونے کی استعداد رکھتی ہیں۔ لہٰذا بخوبی سمجھ لینا چاہئے کہ "قومی مناعت" اور "طبعی مناعت" ہیں۔ اور ایک دوسرے کے مترادف نہیں +

یہ بات بھی بخوبی ذہن نشین کر لینی چاہئے۔ کہ مناعت کا کوئی خاص صحیح و غیر مبدل معیار نہیں قرار دیا جا سکتا۔ کیونکہ نظام جسم کی ساختوں کا باہمی عمل و تفاعل افتتاحی استعداد اور انتہائی مناعت کے مابین متغیر و مبدل ہوتا رہتا ہے ذیل کی مثال سے یہ بات روشن ہوگی +

اگر متعدد حیوانات میں عمل تلقیح کے ذریعہ کسی جراثیمی کاشت کی مساوی مقدار داخل کی جاوے تو نتیجہ مختلف ہوگا۔ یعنی ایک حیوان میں تو مرض کے آثار بالکل نمودار ہی نہ ہونگے۔ دوسرے حیوان میں مقام تلقیح پر خفیف التہاب کے علامات نمودار ہونگے۔ تیسرے حیوان میں التہاب پھیلا ہوا ہوگا۔ اور بالآخر پیپ بھی

۱ محفوظ۔ امیون۔	۴ تلقیح۔ انا کولے شن۔
۲ قومی مناعت۔ ریشل امیونٹی۔	۵ پھیلنے والا التہاب۔ اسپریڈنگ انفلامیشن
۳ معیار۔ اسٹنڈرڈ۔	۶ پیپ بننا۔ تقیح۔ سپوریشن۔

پیدا ہو جائے گی۔ یا غانغرایا[1] کی نوبت پہونچ جائے گی۔ چوتھے میں مہلک عدوی[2] عمومی ہوگا۔ الغرض ہر حیوان اپنے مخصوص درجہ مناعت[3] کے مطابق محفوظ رہے گا۔ یا اپنی استعداد ذاتی[4] کے تناسب سے متاثر ہوگا۔ مزید برآں یہ کہ بعض حیوان معمولی درجہ کی سمیت والے جراثیم (یا نسبتاً بے ضرر جراثیم) کے مقابلہ میں تو انتہائی مناعت کا اظہار کر سکتا ہے مگر جب یہی جراثیم زیادہ سمیت حاصل کر کے (افزائش سمیت کے بعد) حملہ آور ہوتے ہیں تو وہ ہی حیوان انتہائی استعداد و قابلیت ظاہر کرتا ہے۔ اور ان سے سخت متاثر ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں کسی خاص جرثومہ کے متعلق ہر حیوان کی مناعت[5] یا اس کی استعداد[6] پر داخلی اور خارجی حالات کا نمایاں اثر ہوتا ہے۔ امراض کے حفظ ماتقدم کے لئے ان حالات و اسباب کا علم نہایت سخت اہمیت رکھتا ہے یہ ایک مسلمہ حقیقت ہے کہ انسان تقریباً ہر قسم کے جراثیم کے مقابلہ و مدافعت کے لئے نہایت اعلیٰ درجہ کی مناعت فطرتاً رکھتا ہے۔ حتیٰ کہ وہ عصیٰ ورن[7] سے طبعاً محفوظ رہ سکتا ہے البتہ جب انسان کی یہ مناعت مقامی یا عمومی اسباب کی وجہ سے گھٹ جاتی ہے۔ اور اس کی قابلیت[8] حیات (قوت) کمتر ہو جاتی ہے۔ تب عدوی[9] واقع ہو جاتا ہے۔

اسباب معدہ:۔ جن سے قوت مناعت گھٹکر عدوی کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے حسب ذیل ہیں:۔

(۱) خنکی اور رطوبت (تری)

۱ غانغرایا۔ گنگرین۔	۵ عصی ورن۔ ٹیوبر کیولر بیسی لس۔
۲ عدوی عمومی۔ جنرل انفکشن۔	۶ قابلیت حیات۔ وی لے ٹیٹی۔
۳ مناعت۔ امیونٹی۔	۷ عدوی۔ انفکشن۔
۴ استعداد۔ سسپ ٹی بی لیٹی۔	۸ اسباب معدہ۔ پری ڈسپوزنگ کاززـ

خصوصاً جب یہ دونوں متحد ہو جاتے ہیں تو شدید قابلیت جراثیم پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر ان کا نوع عمل اب تک غیر متحقق ہے کہ یہ کس طرح قوت مناعت کو کم کرتے ہیں۔

(۲) فاقہ اور سوء[1] تغذیہ خفیف درجہ میں بھی یہ مناعت کی قوت میں نمایاں کمی کر دیتے ہیں۔ مثلاً لاش چیرتے وقت اگر حالت فاقہ میں جراح کو زخم لگ جائے تو یہ بہت خطرناک ہوتا ہے۔ مگر جب پیٹ بھرا ہوا ہو اور ہاضمہ کا عمل جاری ہو اُس وقت اس قسم کا زخم لگے تو چنداں خطرناک نہیں ہوتا۔ چونکہ دوران ہاضمہ میں خون کے سفید[2] دانوں کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ لہٰذا قرین قیاس ہے کہ ان کی موجودگی تقویت مناعت کا باعث ہو مگر یہ امر ابھی محقق نہیں ہے کہ سفید دانوں کی زیادتی ہر حالت میں مناعت بڑھا دیتی ہے۔ اور اس کے برعکس انکی کمی مناعت میں کمی پیدا کر دیتی ہے۔

(۳) عمر کا اثر بھی اہم ہوتا ہے۔ کم سن بچے بہ نسبت بالغ افراد کے قبول مرض کے لئے زیادہ مستعد ہوتے ہیں۔

(۴) انزف[3] یعنی سیلان خون
(۵) بعض زہر (سمیات خصوصاً الکحول) } مناعت کو بہت کم کر دیتے ہیں۔

(۶) خراب اور متعفن ہوا مناعت کو کم کرتی ہے اور قبول مرض (خصوصاً جراثیم تدرن[4]) کی استعداد بڑھا دیتی ہے۔

(۷) دیرپا بیحسی (حذرت) } قوت مدافعت کو
(۸) بعض امراض کی موجودگی۔ خصوصاً ورم گردہ اور ذیابیطس } کم کر دیتے ہیں۔

---

[1] سوء تغذیہ۔ مال نیوٹریشن۔
[2] خون کے سفید دانے۔ یا کریات بیضا لیکوسائٹس
[3] نزف۔ سیلان خون۔ ہمورج۔
[4] جراثیم تدرن۔ ٹوبر کل آرگے نزمز۔

مقامی اسباب جو مناعت کو کم کر دیتے ہیں حسب ذیل ہیں:-

(۱) زخم و ضرب۔ خصوصاً جلد پر خون کا جم جانا (کہبت[1] دم) جلد کا چھل[2] جانا (سج) جلد کا آگ سے جلنا۔

(۲) کیمیائی مواد کی خراش۔ اکثر تجربہ گاہ میں جراثیم کی سمیت کے اثر کو شدید کرنے کے لئے عمل تلقیح[3] کرنے سے پہلے حیوانات یا مریض پر کیمیائی مہیجات کا مقامی اثر پیدا کر دیا جاتا ہے تاکہ مقام زخم و ضرب کی قوت مدافعت کم ہو کر وہاں جراثیم کا اثر شدید ہو سکے۔ مثلاً اگر معمولی حالت میں خرگوش پر کریات[4] صدیدیہ کی تلقیح کی جاوے اور زیادہ مقدار بھی دی جائے۔ تو کوئی علامت مرض اکثر پیدا نہیں ہوتی۔ مگر یہی جراثیم کے ساتھ تلقیح سے پہلے اگر تیزاب[5] شیر مخفف[6] یا دیگر جراثیم کے سمیات یا اور کوئی محلول مہیج ملا کر پھر خرگوش میں لگائی جاوے تو علامات مرض نمودار ہو جاتے ہیں۔

جراحیات میں مہیجات کا یہ اثر یاد رکھنے کے قابل ہے۔ کیونکہ تقریباً تمام مطہر ادویہ و دافع تعفن[7] مرکبات مہیج اثر رکھتے ہیں۔ خصوصاً جبکہ ان کا مسلسل یا تیز مقدار میں استعمال کیا جاوے تو یہ مقامی مناعت کو بہت گھٹا دیتے ہیں۔ اور اس طرح ان کے اثر سے مقام زخم پر عدوی جراثیمی کا اثر زیادہ قوی ہو جاتا ہے۔

(۳) بہت سرد یا بہت گرم سیالات کا مقامی استعمال بھی مناعت کو

۱۔ کہبت دم۔ برووز۔
۲۔ سج۔ کن ٹیوژن۔
۳۔ تلقیح۔ انا کولیشن۔
۴۔ کریات صدیدیہ۔ مائی کروکوکس پایوجینس۔
۵۔ تیزاب شیر۔ لیک ٹک ایسڈ۔
۶۔ مخفف۔ ڈائی لیوٹڈ۔
۷۔ دافع تعفن۔ اینٹی سپٹک۔

کم کر دیتا ہے۔ لہٰذا ضروری ہے کہ زخم کو دھونے کے لئے جن عنولات[1] کا استعمال کیا جاوے وہ حرارت بدنی سے زیادہ کم یا بیش نہ ہوں ۔

(۴) نازہ خون کی کمی بوجہ امراض عروق کے یا زخم پر پٹی زیادہ تنگ بندھی ہونے کی وجہ سے و ریدی خون کا کثرت کے ساتھ ایک جگہ اکٹھا ہو جانا (رکود[2]) یہ دونوں باتیں اگر کسی حصۂ جسم میں جمع ہو جائیں تو مدافعت میں کمی ہو جاتی ہے ۔

اکتسابی[3] مناعت۔ دو قسم کی ہوتی ہے (۱) ذاتی[4] اور (۲) قہری[5]۔

مناعت ذاتی۔ اکثر مرض ماسبق کا حملہ (خواہ وہ قدرتی طور سے ہو چکا ہو یا عمل تلقیح[6] کے ذریعہ عارضی طور سے پیدا کر دیا ہو) اُس مرض کے دوبارہ حملہ کو روک دیتا ہے۔ اور ایسا شخص اُس مخصوص مرض کے خطرہ سے آیندہ محفوظ ہو جاتا ہے اس قسم کی مناعت کو ذاتی کہتے ہیں ۔

آتشک چیچک جیسے امراض طفیحہ[7] اس قسم کی مناعت اکثر پیدا کر دیتے ہیں مگر یہ مناعت ہر حالت اور ہر شخص میں قطعی اور کلی نہیں ہوتی۔ کیونکہ بعض اوقات دیکھا گیا ہے کہ یہ امراض ایک دفعہ ہو چکنے کے بعد دوبارہ بھی ہو جاتے ہیں۔ برعکس اس کے چند امراض مثلاً امراض درنیہ[8] اور امراض صدیدیہ ایسے بھی ہیں۔ جن کے ایک مرتبہ ہونے سے کسی قسم کی مناعت حاصل ہوتی ہے یا نہیں۔ یہ اب تک مشکوک ہے ۔

کسب مناعت ذاتی کے چند اہم طریقے (۱) قدرتی طور سے پیدا شدہ

---

[1] عنول۔ لوشن۔
[2] رکود۔ اس ٹے گولے شن۔
[3] اکتسابی مناعت۔ اکوائرڈ امیونی ٹی۔
[4] مناعت ذاتی۔ ایکٹو امیونی ٹی۔
[5] مناعت قہری۔ پے سو امیونی ٹی۔
[6] تلقیح۔ اناکولے شن۔
[7] امراض طفیحہ۔ اگزنتھے میٹا۔
[8] امراض درنیہ۔ ٹوبر کولر ڈیزیز۔

مرض سے مواد یا رطوبت موذیہ لیکر تندرست افراد میں عمل تلقیح کیا جاوے۔ یہ طریقہ گذشتہ زمانہ میں چیچک کے ٹیکہ (تطعیم[1]) کی ایجاد سے پہلے رائج تھا۔ اور ایک مریض چیچک کا لیس (صدید) اُس کے زخموں سے لیکر دوسرے تندرست شخص کے جسم میں لگا دیا جاتا تھا (اور اب اُسے ہلکا کر کے لگا دیا جاتا ہے) یہ طریقہ زیادہ خطرناک ہے کیونکہ اس میں مرض اُسی قدر شدید ہوتا ہے جس قدر طبعی طور پر پیدا ہونے سے ہو سکتا ہے۔

(۲) عمل تلقیح[2] کے ذریعہ مرض کی سمیت یا خود اُس کے جراثیم (بشرطیکہ ان کی سمیت کو ہلکا بنا لیا گیا ہو) کو بدن کے اندر پہونچایا جائے۔ چیچک کے ٹیکہ کا عمل تطعیم اس کی بہترین مثال ہے۔ اس میں جو مائیت استعمال کی جاتی ہے۔ وہ حقیقت میں چیچک کے جراثیم کی مصنوعی کاشت ہوتی ہے (ان جراثیم کی پوری طبیعت و ماہیت اب تک مجہول ہے) جس کی سمیت ہلکی کر دی جاتی ہے۔ ماہر علم الجراثیم (پاسچر) مرض فزع الماء (کلب) اور جمرۂ خبیثہ[3] سے تحفظ کے لئے چوپایوں میں یہی طریقہ برتتا ہے جمرۂ خبیثہ کے ٹیکہ میں اس کے جراثیم عصویہ[5] کی زندہ کاشت ہوتی ہے۔ جسے تیز حرارت ۴۲½ میں اُگا کر ہلکا کر لیا جاتا ہے۔

(۳) جراثیم کی مردہ کاشت کا ٹیکہ (تلقیح) طاعون اور حمی معویہ[6] سے بچنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ اس میں جراثیم کو زیادہ حرارت پہونچا کر ہلاک کر دیا جاتا ہے اور جلد کے نیچے تھوڑی تھوڑی مقدار میں ٹیکہ لگایا جاتا ہے۔ جس سے بطور نتیجہ کے مقامی التہاب مختلف شدت کا ہوتا ہے۔ اور عام بدنی عوارض مثلاً بخار

۱۔ تطعیم۔ ویکسی نے شن۔	۴۔ جمرہ خبیثہ۔ انتھرکس۔
۲۔ تلقیح۔ انا کولیشن۔	۵۔ عصویہ۔ بیسی للائی۔
۳۔ فزع الماء (کلب) ہائڈروفوبیا۔	۶۔ حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ فیور۔

اور تکان بھی ظاہر ہوتے ہیں۔ جب یہ مراحل طے ہو جاتے ہیں۔ تو مریض اس مرض خاص کے مقابلہ کی کچھ قوت (مناعت[1]) حاصل کر لیتا ہے۔ اور اب یہ اس قابل ہو جاتا ہے کہ اس ٹیکہ کی بڑی مقدار یا خود زندہ جراثیم کی کاشت برداشت کر لے۔ جس سے قوت مناعت بھی ترقی پذیر ہو جاتی ہے۔ دزنین[2] کا خ بھی اسی قسم کا ہے (کاخ کا مادہ دزنیہ یا سلیہ) اس میں عصی[3] دزنیہ کے باریک ذرات کا شیرہ[4] ہوتا ہے۔ جس کو پیکر ہلاک کر دیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ اب دوسرے متعدی امراض کے علاج میں بھی پھیلتا جا رہا ہے۔

(۴) جراثیم کے وہ سمیات (سمین[5]) جو ان کے خانوں سے باہر پیدا ہوتے ہیں۔ جنگو "سمین[6] غیر خلوی" کہا جاتا ہے۔ اس کی پچکاری انسان میں نہیں کی جاتی ہے بلکہ دیگر حیوانات کے اندر قوت مدافعت (مناعت) پیدا کرنے کے لئے مفید مصل[7] تیار کرتے وقت (علی الخصوص مقشل ضد خناق وبائی وضد کزاز[8]) ان کی پچکاری کی جاتی ہے۔ اس مقصد کے لئے گھوڑے کا انتخاب کیا جاتا ہے کیونکہ اوّل تو گھوڑے میں اس کی پچکاری کرنی آسان ہے۔ دوئم اس کے خون سے مصل بکثرت تیار ہو جاتا ہے۔ اس طریقہ کے اصول سادہ ہیں۔ سمین کی تھوڑی مقدار (جسے پہلے مقطر[10] کر لیا جاتا ہے تاکہ زندہ جراثیم اس سے دور ہو جائیں) جلد کے نیچے پچکاری کی جاتی ہے۔ جس سے مقامی التہاب ہو جاتا ہے۔ بخار آتا اور بدن میں سستی و کاہلی (کسل و ماندگی) نمودار ہوتی ہے۔ لیکن جب یہ عوارض دور ہو جاتے ہیں۔ تو سمین مذکور

۱ مناعت۔ امیونی ٹی۔
۲ دزنین کاخ۔ کاخس۔ ٹیوبر کولین۔
۳ عصی دزنیہ۔ ٹیوبر کولر بیسی لائی۔
۴ شیرہ۔ امیلشن۔
۵ سمین۔ ٹاکسین۔
۶ سمین غیر خلوی۔ اکسٹرا سلیولر ٹاکسین۔
۷ مصل سیرم
۸ مصل ضد خناق۔ اینٹی ڈفتھیرک سیرم۔
۹ مصل ضد کزاز۔ اینٹی ٹے ٹنک سیرم
۱۰ مقطر کرنا۔ فلٹریشن۔

کی کسی قدر زیادہ مقدار برداشت ہوسکتی ہے۔ اس طریقہ سے بتدریج مقدار بڑھائی جائے یہاں تک کہ حیوان میں اس قدر قوت مقابلہ پیدا ہوجائے کہ بہت بڑی مقدار میں نہایت تیز اور قوی سمین کی بھی اگر پچکاری دی جائے۔ تو اس سے خفیف اور ناپائدار عوارض پیدا ہوں اس عمل میں اس قدر ترمیم کی جاسکتی ہے کہ اوائل میں سمین[1] اور فاد سمین[2] دونوں کو ملاکر پچکاری کی جائے۔ اور یا ایسے سمین استعمال کیے جائیں۔ جن کی شدت وحدت خاص طور پر کم کردی گئی ہو۔ تاکہ وقت زیادہ صرف نہ ہو (ورنہ اوائل میں مقدار سمین کو بڑھاتے بڑھاتے بہت وقت صرف ہوجاتا ہے)۔

یہ واضح رہے کہ مذکورہ بالا طرق سے حیوان کے اندر قوت مناعت حاصل ہوجاتی ہے اور وہ جراثیم یا ان کے سمیات سے مقابلہ کرنے کے قابل ہوجاتا ہے اور علی العموم اسے کوئی ہلکا مرض (جو بعض اوقات نہایت خفیف ہوتا ہے) لاحق ہوجاتا ہے اسی وجہ سے اس کا نام مناعت[3] ذاتیہ رکھا گیا ہے۔ کیونکہ مقابلہ کی قوت خود اس کی ذات میں پیدا ہوجاتی ہے۔

(۲) مناعت[4] قہریہ۔ جبکہ استحصال مناعت کے لئے خود کسی حیوان کے نظام جسم پر تو کوئی بار عمل تلقیح کے ذریعہ نہ ڈالا جائے۔ بلکہ کسی دوسرے پہلے سے تلقیح شدہ حیوان محفوظ[5] کی مائیت یا مصل (دافع جراثیم[6]) کو حاصل کرکے اس کے جسم میں داخل کردیا جائے تو اس عمل کے ذریعہ بھی اسے مناعت حاصل ہوجائیگی چونکہ اس عمل میں اس حیوان پر خود کوئی بار نہیں پڑتا بلکہ دوسرے حیوان کے

۱ سمین۔ ٹاکسین۔	۴ مناعت قہریہ۔ پے سو امیونی ٹی۔
۲ فاد سمین۔ اینٹی ٹاکسین۔	۵ محفوظ۔ امیونائزڈ۔
۳ مناعت ذاتیہ۔ اکیٹو امیونی ٹی۔	۶ مصل دافع جراثیم۔ اینٹی بکٹیریل سیرم۔

جسم سے نکالا ہوا مصل دافع جراثیم بنا بنایا اُسے مل جاتا ہے۔ اور مرض کے مقابلہ کی قوت بخشدیتا ہے۔ لہٰذا اس طرح حاصل شدہ مناعت کو عموماً قہریہ کہا جاتا ہے۔ مثلاً اگر کسی گھوڑے کے جسم میں پہلے جراثیم کزاز[1] تلقیح کے ذریعہ داخل کرکے اُسے مرض کزاز سے محفوظ بنا دیا جائے اور پھر اس طرح محفوظ کیے ہوئے گھوڑے کا مصل خارج کرکے کسی دوسرے گھوڑے کے جسم میں پچکاری کے ذریعہ داخل کر دیا جائے تو دوسرا گھوڑا بھی کزاز سے مقابلہ کی طاقت حاصل کریگا یعنی وہ مناعت قہریہ حاصل کرے گا۔ مگر اس عمل میں دوسرے گھوڑے پر مصل کی پچکاری کے بعد کوئی مضر اثر ظاہر نہ ہوگا۔ اور وہ مرض سے حفاظت بخشنے والی رطوبت کو (جو پہلے ہی دوسرے جانور کے جسم میں طیار ہو چکی ہے) محض انفعالی طور پر قبول کرے گا۔ اس قسم کے تریاق جراثیمی یا فادسمین[2] کی پچکاری اگر انسان میں کی جاوے تو اکثر اوقات بعض عارضی خفیف اثرات (مثلاً حرارت، اعضا شکنی۔ اضمحلال۔ جلد پر خارش و پھنسیاں وغیرہ) ظاہر ہو جاتے ہیں۔ مگر باوجود ان خفیف علامات کے ایسی پچکاری سے جو مناعت انسان کو حاصل ہو جاتی ہے۔ وہ فی الحقیقت انفعالی ہی ہے۔ یہ عارضی علامات ہمیشہ اور ہر حالت میں نہیں پیدا ہوتے۔ اور ممکن ہے کہ ان کا ظہور دیگر خارجی اسباب پر مبنی ہو۔ مناعت قہریہ ایسے جانور کے مصل سے نہیں حاصل ہو سکتی جو طبعاً مناعت رکھتا ہو۔ یعنی طبعی طور پر محفوظ ہو۔ مثلاً ادنیٰ حیوانات بیشتر مرض آتشک کی مناعت[3] طبعی رکھتے ہیں۔ اور آتشک اُن پر اثر نہیں رکھتی۔ پس اگر اس قسم کے حیوانات کی مائیت نکالکر انسان کے جسم میں داخل کر دی جائے تو انسان مرض آتشک سے نہ تو محفوظ ہو سکتا

[1] جراثیم کزاز۔ بیسی لس ٹے ٹنس۔ [2] فادسمین۔ اینٹی ٹاکسین۔	[3] مناعت طبعی نیچرل امیونی ٹی۔

اور نہ آتشک موجودہ سے شفاء پا سکتا ہے +

مصل کے ذریعہ شفاء یا حفظ ماتقدم خصوصاً ایسے نوعی[1] جراثیم سے حاصل ہو سکتی ہے۔ جو خارج[2] خلیہ سمین بنانے پر قادر ہوں۔ مثلاً جراثیم خناق[3] وبائی یا کزاز[4] کا مصل +

مناعت ذاتی اور مناعت قہری کے درمیان تفریق کے اور بھی چند ممتاز وجوہ ہیں مثلاً (۱) مناعت قہری مصل دافع جراثیم لگانے کے بعد فوراً ہی حاصل ہو جاتی ہے۔ مگر مناعت ذاتی حاصل کرنے کے لئے سمیات جراثیم یا زندہ یا مردہ جراثیم کی کشتیں پچکاری کے ذریعہ بڑھتی ہوئی مقداروں میں بتدریج مناسب وقفہ کے بعد لگائی جاتی ہیں۔ جن کے اثر سے مناعت تدریجاً حاصل ہوتی ہے (عموماً ایسی مناعت پچکاری لگانے کے کم از کم ایک ہفتہ کے بعد حاصل ہوتی ہے) +

(۲) مناعت قہری نسبتاً کم عرصہ تک قایم رہتی ہے۔ البتہ اگر مصل دافع جراثیم کی پچکاریاں بار بار دی جائیں تو اس قسم کی مناعت قدرتاً زیادہ دیرپا ہو سکتی ہے +

مصل دافع کزاز کی ایک خوراک پچکاری کرنے کے بعد حاصل شدہ مناعت تقریباً دو ماہ تک قائم رہتی ہے +

برخلاف ازیں مناعت ذاتی عموماً بہت زیادہ دیرپا ہوتی ہے۔ اگرچہ اس کی مدت بھی مختلف حالات و امراض میں مختلف ہو سکتی ہے۔ مثلاً آتشک یا چیچک کے بیشتر مریضوں میں حاصل شدہ مناعت ذاتی مستقل اور ہمیشہ قایم رہنے والی ہوتی ہے۔ مگر ذات الریہ (ورم شش) اور حمرہ[5] (سرخباده) کے بعد حاصل شدہ

[1] نوعی۔ خصوصی۔ اسپے سے فک۔
[2] سمین خارج خلیہ۔ اکسٹرا سیلولر ٹاکسین
[3] خناق وبائی۔ ڈفتھیریا۔
[4] کزاز۔ ٹے ٹنس۔
[5] حمرہ یا سرخباده۔ اری سپلس۔

مناعت تھوڑے عرصہ کے بعد ہی جاتی رہتی ہے +

عملیات مناعت کے نظریات :-

پہلے یہ بخوبی سمجھ لینا چاہئے کہ عمل مناعت کے دو مخصوص خصائص[1] تشریح طلب ہیں۔ یعنی ایک تو وہ مناعت جو خود جراثیم کے حملوں سے محفوظ رکھتی ہے (مناعت[2] ضد جراثیم) اور دوسری وہ جو جراثیمی سمیات و رطوبات موذیہ کے خلاف اثر رکھتی ہے (مناعت[3] ضد سمین) مثلاً اگر خناق وبائی کے زندہ جراثیم کی کشت معہ اونکے پیدا کردہ سمیات کے کسی ذی استعداد جانور میں پچکاری سے لگائی جائے، تو نتیجہ یہ ہوگا کہ جراثیم خناق تو حیوان معمول کے جسم کی ساختوں میں افزائش ونمو حاصل کرتے رہیں گے۔ مگر اونکے سمیات کا موذی اثر نہ صرف مقامی رہیگا بلکہ سمیات دور دراز مقامات پر بھی مضر اثر پیدا کر دینگے۔ لیکن اگر یہی (جراثیم کی کشت سمیات کی) پچکاری کسی ایسے حیوان میں لگائی جائے جو پیشتر ہی سے تلقیح مصل کے ذریعہ یا فطرتی طور پر مناعت حاصل کر چکا ہو، تو جراثیم فوراً ہلاک ہو جائینگے۔ اور اونکے سمیات کا بھی کوئی اثر حیوان معمول میں پیدا نہ ہوگا۔ اس[4] جراثیمی مناعت کی کیفیت پہلے درج کی جاتی ہے +

(۱) نظریہ[5] رطوبیہ :-

اس نظریہ کی رو سے یہ مانا جاتا ہے کہ خون اور سائیت عروق جاذبہ وغیرہ میں بعض مواد ایسے ہیں جن میں سے چند جراثیم کو ہلاک کر دینے کی خاصیت رکھتے

[1] نظریات۔ تھیوریز۔
[1] خصائص۔ پروپرٹیز
[2] مناعت جراثیمی۔ بیکٹیریل امیونٹی
[3] مناعت سمین۔ امیونٹی ٹو ٹاکسین
[4] جراثیمی بیکٹیریل۔ مناعت امیونٹی
[5] نظریہ۔ رطوبیہ۔ ہیومرل تھیوری

ہیں۔ جنکو مواد[۹] حافظہ یا تکملہ کہا جاتا ہے۔ اس نظریہ کی بنیاد اس حقیقت پر ہے کہ تازہ خون اور خصوصاً تازہ مائیت خون (مصل[۱] دموی) میں جراثیم کو ہلاک کرنے کی خاصیت تجربۃً مشاہدہ کی گئی ہے۔ لیکن اگر ۵۶ درجہ کی حرارت نصف گھنٹہ تک دی جائے۔ یا یوں ہی خون اور مائیت کو ایک آدہ روز کے لئے چھوڑ دیا جائے تو قتل جراثیم کی یہ قوت مفقود ہو جاتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ مدافعتِ جراثیم کی یہ قوت اِن رطوبات کے اندر چند مخصوص مواد (مواد[۲] حافظہ) سے ہوتی ہے جو حرارت کے اثر سے ضائع ہو جاتی ہے۔ خون اور مائیت میں اکثر جراثیم کی مصنوعی کشت اُگائی جاتی ہے مگر یہ اُسی وقت ہو سکتا ہے جبکہ حرارت کے ذریعہ اِن کی قوتِ مناعت کو مار کر اِن کو جراثیم کے لئے بے ضرر کر دیا جائے (یعنی ان کے مواد حافظہ ضائع کر دیے جائیں) +

(۲) نظریۂ[۳] خلویہ :-

ملک روس کے مشہور آفاق محقق (میٹ نی کاف) نے قوت قتل[۴] جراثیم کا ایک نظریہ پیش کیا ہے۔ یہ نظریہ ابتداءً نظریہ رطوبیہ سے مخالف سمجھا جاتا تھا۔ مگر بعد کی تحقیقات سے ہر دو نظریات میں بجائے اختلاف کے قرب و مشابہت ثابت ہو گئی ہے +

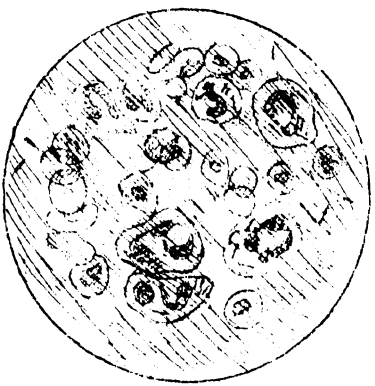
اس نظریہ کی بُنیاد علامۂ موصوف کے مشاہدات سے ابتداءً یوں ہوئی کہ اُس نے حیوانات[۶] دنیہ (حُوَینات[۷]) کے بعض یک[۸] خانہ اجسام مثلاً حُوَینۂ[۹] مُتشکّلہ

---

۱ مصل دموی۔ بلڈ سیرم۔
۲ مواد حافظہ۔ الکسین۔
۳ نظریہ خلویہ۔ سیلیولر تھیوری
۴ ہجوم بیضاوات / قوت قتل جراثیم } فاگی گوسائی ٹوسس
۵ بیضاوات / خون کے سفید دانے } فاگی گوسائٹس
۶ حُوَین / حیوانات دنیہ } پروٹوزوا۔
۷ ہرغوث۔ پسو۔ فلی۔
۸ یک خانہ۔ یونی سیلیولر۔

۵ کمپلی منٹ یا الکسین۔

(۷) ہجوم بیضاوات یا فعل قتل جراثیم



(۷) اس شکل میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ خون کے سفید دانے (بیضاوات) جراثیم (رنیہ (سلیہ) کو کس طرح اپنے اندر لیکر ہضم کر رہے ہیں ۔

(ایمی با) میں یہ مشاہدہ کیا کہ یہ پانی کے اندر کے جراثیم کو کھینچ کر عملِ انہضام کے ذریعہ اپنے جسم میں داخل کرکے اُنھیں تحلیل کرنے کے بعد اپنی غذا بنا لیتے ہیں۔ اس مشاہدہ کی بنا پر محقق موصوف کا خیال اعلیٰ حیوانات کے خون کے اُن سفید دانوں کی طرف منتقل ہوا جو شکل و صورت اور قوتِ نقل و حرکت میں اُس سے بہت کچھ مشابہت رکھتے ہیں۔ تجربہ نے ثابت کر دیا کہ یہ سفید دانے جراثیم کو گھیر کر جذب و ہضم اور تحلیل کرنے کی طاقت ویسی ہی رکھتے ہیں جیسی کہ حویصلہ متشکلہ (ایمی با) اور دیگر حیوانات دنیہ میں ہوتی ہے +

خون کے سفید دانوں کی اس قوتِ جذب و ہضم کا نام ہجوم[۴] بیضادات ہے۔ ہجوم بیضادات کے عمل کا ایک بیّن نمونہ تازہ پانی کے ایک قسم کے پسّو (برغوث الماء[۱]) میں دیکھا جاتا ہے۔ اس چھوٹے سے جانور کا جسم اس قدر شفاف ہے کہ اس عمل کا تمام و کمال مظاہرہ، اس میں جیتے جی، خوردبین کی مدد سے، بخوبی مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ اس پسّو میں فطر[۲] کی ایک قسم منفرد البذر[۳] کے اثر سے ایک خاص قسم کا مرض پیدا ہو جاتا ہے جراثیم فطریہ اوس کے جسم کی ساختوں میں داخل ہونے کے بعد بڑھ کر نشو و نما پانے لگتے ہیں۔ ابتداءً فطر کے بذر غذا کے ساتھ ساتھ پسّو کے مجریٔ غذائی میں داخل ہوتے ہیں، اور وہاں سے اندر گھس کر جسم کی فضاؤں میں پہونچ جاتے ہیں۔ اب اگر ان کی مدافعت نہ کی جائے تو وہ نشو و نما پا کر اس قدر بڑھ جاتے ہیں کہ پسّو کا پورا جسم ان ابذار سے لبریز ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر جراثیم فطریہ کے ابذار محض معدودے چند ہی پسّو کے جسم میں داخل ہوئے ہیں تو اس کے نظام مدافعت

---

۱ برغوث الماء۔ واٹر فلی۔
۲ فطر۔ فنگس۔
۳ منفرد البذر۔ مونوسپورا
۴ ہجوم بیضادات۔ فائی گوسائی ٹوسس۔
۵ محصن۔ یمنع۔ امیون۔

اور قوت مقابلہ میں تحریک پیدا ہوتی ہے، اور سفید دانوں کی فوج مجتمع ہوکر ان چند اجزار کو گھیر لیتی ہے اور بالآخر انکو جذب و تحلیل کرکے نیست و نابود کر دیتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ "ڈفنیہ" پر جراثیم فظریہ کے منفرد البذر کے مقابلہ میں ایک حد تک طبعی مناعت رکھتا ہے اور یہ مناعت صرف سفید دانوں کی قوتِ مدافعت پر انحصار رکھتی ہے۔

مندرجہ بالا مظاہر عجیبہ کی کیفیت سے علامہ موصوف متاثر ہوا کہ اس نے ہجوم بیضادات کی بہت سی مثالیں اعلیٰ حیوانات اور خود حضرتِ انسان میں ڈھونڈھ نکالیں۔ مثال کے طور پر، اگر کسی قسم کے جراثیم غیر مرضیہ[1] کی کاشتیں پچکاری سے کسی حیوان کے کیسۂ صفاق کے اندر داخل کر دی جائیں، اور مختلف وقفوں کے بعد بار بار اون کا امتحان کیا جائے تو ابتداءً تو جوف صفاق کے اندر جراثیم آزادانہ پڑے ہوئے پائے جائیں گے، بعد ازاں یہ جراثیم سفید دانوں کے مادۂ حیات کے اندر گھرے اور پھنسے ہوئے نظر آئیں گے مگر اس درجہ تک انکے اشکال و خصائص، قبولِ رنگ، طبعی طور پر پائے جائیں گے۔ بالآخر کچھ عرصہ کے بعد ان جراثیم کی شکلیں بوجہ اعمال جذب و تحلیل کے مبدل ہوکر دھندلی اور کثیف نظر آئیں گی۔ اور کیمیائی رنگ سے بھی یہ صاف نمایاں نہ ہونگے۔

بعینہ اسی قسم کا مشاہدہ سل کے جراثیم سے متاثر شدہ ساختوں میں بھی ہو سکتا ہے۔ خصوصاً ایسی ساختوں میں جو ان سے متاثر ہونے کے بعد مندمل و شفایاب ہو رہے ہوں۔ یہاں بھی جراثیم سلِ خلیات آکلہ (جراثیم کے کھانے والے دانے) سے گھرے ہوئے پائے جائیں گے۔ مگر خلیات سفید دانے نہیں ہونگے۔ بلکہ جھلی کے خلیات مُبطنہ[2] ہونگے (یعنی یہ جھلی کے اندرونی طبقہ کے ذرات ہونگے)۔

[1] جراثیم غیر مرضیہ۔ جن پر مقاجے نک آرگے نزنز

[2] خلیات بطنہ۔ انڈوتھی لیل سلز۔

اب یہ جاننا چاہیے کہ جب جراثیم داخل جسم ہوتے ہیں تو سفید دانے کیونکر اون تک پہونچ جاتے ہیں اور وہ کیا کشش ہے جو اونکو مقام ماؤف پر کھینچ بلاتی ہے۔ فی الحقیقت خود جراثیم چند ایسے محلول مرکبات خارج کرتے ہیں جو سفید دانوں کے لئے ایک خاص کشش رکھتے ہیں اور اونکو اپنی جانب متوجہ کرکے کھینچ لیتے ہیں۔ (Solution) محلول

پس دیگر موالید کی طرح سفید دانے اس کشش سے متاثر ہوکر اوس مقام پر مجتمع ہوجاتے ہیں جہاں ان لذیذ مرکبات کا ذخیرۂ کثیر موجود ہے اور ایسا ذخیرہ وہیں دستیاب ہوتا ہے جہاں جراثیم زیادہ مقدار میں موجود ہوتے اور افرازات بناتے ہیں) اس کشش کو اصطلاح میں "نظم کیمیادی"[1] کہتے ہیں یعنے مرکبات کیمیائی کی وہ کشش[2] جو زندہ خلیات کو اپنی طرف منتقل کرلیتی ہے۔ بعینہٖ یہی کشش حیوانات اور نباتات کے افراد میں بکثرت پائی جاتی ہے۔ مثلاً اگر ایک شیشے کی باریک نلکی (انبوبہ شعریہ[3]) میں گوشت کا خلاصہ یا شوربا رکھا جاوے اور پھر اس کا منہ جراثیم حمیٰ معویہ کی آبی کشت میں رکھ دیا جائے تو جراثیم حمیٰ معویہ فوراً شیشہ کی نلکی کے اندر داخل ہوجائیں گے اور شوربہ کی کشش اونکو اپنی طرف منتقل کریگی۔ نظم کیمیادی کی ایسی ہی صورت پھوڑے (خراج) کی حالت میں نمایاں ہوتی ہے۔

جراثیم صدیدیہ کی خاصیت ہے کہ وہ چند لذیذ کیمیائی مرکبات بناتے ہیں جن کی کشش سے سفید دانے کھنچ کر مقام التہاب پر چلے آتے ہیں اور وہاں ان مرکبات کے اردگرد حلقہ ڈال لیتے ہیں۔ ان مرکبات میں سے قدرے خون میں بھی جذب ہوجاتے ہیں اور ہڈیوں[5] کے مغز کے اندر سے سفید دانے اونکی طرف کھنچے چلے

[1] نظم کیمیائی۔ کیموٹاکسس۔
[2] الفت کیمیادی۔ کیمیکل افی نی ٹی۔
[3] انبوبہ شعریہ۔ کیپلری ٹیوب۔
[4] حمیٰ معویہ۔ ٹائی فائڈ فیور۔
[5] نخاع العظام۔ بون میرو۔

آتے ہیں۔ اس طرح سفید دانوں کا نہ صرف ایک مقامی مجمع خراج میں ہو جاتا ہے، بلکہ نظام جسم میں بھی عموماً سفید دانوں کی تولید میں افزائش ہو جاتی ہے (سفید دانوں کی یہ افزائش اسقدر ممتاز و نمایاں ہوتی ہے کہ جب کبھی یہ جاننا ہو کہ بدن کے کسی حصہ میں پیپ موجود ہے یا نہیں۔ تو خون کا ایک قطرہ لیکر خوردبین میں دیکھتے ہیں۔ اگر اس قطرہ میں سفید دانے معمول سے زیادہ نظر آتے ہیں تو گمان غالب ہوتا ہے کہ پیپ یا خراج موجود ہے۔ مترجم)

محقق روسی نے تحقیقات سے معلوم کیا کہ اُن مرضیٰ میں جن میں ہجوم بیضاوات کا عمل تیز و نمایاں تھا، اکثر بشفا ہوگئی، مگر جب کبھی یہ عمل خفیف و کمزور رہا تو جراثیم کی افزائش مسلسل جاری رہی اور بالآخر مریض نشانۂ اجل ہوگیا۔ اس سے اوس نے یہ نتیجہ نکالا کہ مناعت کا دارومدار اور تمامتر انحصار سفید دانوں کی موجودگی و کثرت پر ہے۔ علاوہ ازیں اوس نے یہ بھی دریافت کیا کہ اون حیوانات میں، جن میں مناعت اکتسابی پیدا ہوگئی تھی، سفید دانے جراثیم کو جذب و ہضم کرنے کی قوت رکھتے تھے درانحالیکہ اکتساب مناعت سے پہلے اونھیں حیوانات کے سفید دانوں میں یہ طاقت نہ تھی، ان تجربات و مشاہدات کی بنا پر علامۂ موصوف نے یہ توجیہ پیش کی کہ عمل تلقیح یا مرض سابق کے اثر سے سفید دانوں کو جو ایک گونہ تجربہ حاصل ہو جاتا ہے۔ اس تجربہ و تربیت سے آخرکار مناعت اکتسابی حاصل ہو جاتی ہے۔ اس پر معترضین نے اعتراض کیا کہ سفید دانے محض مردہ جراثیم یا کم از کم محض غیر سمی جراثیم ہی کو کھایا کرتے ہیں +

لیکن فاضل روسی نے اپنی فنی مہارت سے چند عصی نامی جراثیم کو الگ کرکے دکھلا دیا۔ جن کو سفید دانوں نے کھا لیا تھا۔ اور یہ ثابت کر دیا کہ یہ جراثیم زندہ اور زہریلے تھے +

باینہمہ "ہجوم بیضاوات" کا نظریہ اصلی صورت میں ہر جگہ تسلیم نہیں کیا گیا، اور بعض حالتوں سے اوس کی تطبیق اصولاً نہیں ہوسکی۔ مثلاً سائل لاصوق[1] (کلوڈیون) میں اگر زندہ جراثیم کو بند کرکے کسی محفوظ جانور کے جوف صفاق میں رکھدیا جاوے، تو اگرچہ لاصوق مذکور کے غلاف کے اندر محلول رطوباتِ بدن تو گذر سکتی ہیں مگر سفید دانے اوس کے اندر داخل نہیں ہوسکتے، پھر بھی جراثیم سفید دانوں کی موجودگی کے بغیر مُردہ پائے جاتے ہیں۔ مزید تفتیش نے یہ بھی ثابت کردیا کہ جو جراثیم بالآخر سفید دانوں کے اندر اونکے اثر سے مُردہ پائے گئے، وہ ان دانوں کے اندر مقید ہونے سے پہلے ہی ایک حد تک اپنے خط وخال، شکل وشباہت، قوتِ عکس انوار و دیگر خصوصیات بدل لیتے ہیں، جس سے یہ یقین ہوتا ہے کہ سفید دانوں میں داخل ہونے سے پہلے ہی کسی دوسری خارجی شئے کے مخالف اثر سے متاثر ہوچکے ہوتے ہیں، اگرچہ بالآخر سفید دانے ہی اونکا قلع قمع کرتے ہیں +

مگر یہ عجیب بات ہے کہ جراثیم سفید دانوں سے باہر اوسی وقت تباہ ہوتے ہیں جبکہ جراثیم کے گرداگرد سفید دانے محاصرہ کیے ہوئے پائے گئے ہیں، جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مواد حافظہ سفید دانوں سے بنتے ہیں +

اس انکشاف کے بعد محققین نے مندرجۂ بالا ہر دو نظریات (نظریہ[2] رطوبیہ و نظریہ[2] خلویہ) کے درمیان باہمی رفع اختلاف کرکے ایک درمیانی نظریہ قایم کیا، جس کا نام (۳) نظریۂ[3] خلویۂ رطوبیہ رکھا گیا، جو دونوں کے درمیان ایک مشترک نظریہ ہے +

یہ نظریہ، نظریہ رطوبیہ سے اس امر میں متفق ہے کہ جراثیم کی ہلاکت جزئی

---

۱ کلودیون } سائل لاصوق
کالوڈین۔

۲ عکس انوار۔ ریفلیکٹ ٹی بی لی ٹی۔

۳ نظریہ خلویہ رطوبیہ۔ سیلیولو ہیومرل تھیوری۔

یا کلی طور سے رطوبات جسم کے اثر سے واقع ہوتی ہے، اور نظریہ خلویہ سے یوں ہم رائے ہے کہ نظام جسم کی حفاظت اور دفع مرض کے فعل میں سفید دانے ہی ممتاز حصہ لیتے ہیں، مگر نظریہ خلویہ سے اِسے اختلاف اس امر میں ہے کہ اس آخری نظریہ کی رُو سے سفید دانوں کا فعل دوگونہ مانا جاتا ہے، اول تو کیمیائی اثر (جس کی وجہ سے جراثیم کی شدت وسمیت میں خفت ہوتی ہے) اور دوسرا ہجوم بیضاوات (جس کی وجہ سے جراثیم مضمحل وتحلیل ہوجاتے ہیں)

بہت سی باتوں سے اس آخری نظریہ کی صداقت پائی جاتی ہے، مگر پھر بھی یہ نظریہ عمل مناعت کی پوری پوری توجیہہ وتعلیل میں قاصر ہے۔ مثلاً علامۂ بھرنگ نے جو تحقیقات وتجربات مناعت قہریہ اور خصوصاً خناق وبائی کے متعلق کئے ہیں۔ اون سے ثابت ہوا ہے کہ مصل (فادسین) یا تریاقِ جراثیم، جو خود نفس جراثیم پر تو مہلک اثر نہیں رکھتا، مگر مرض خناق کو اچھا کر دیتا ہے۔ لہٰذا یہ ماننا پڑتا ہے کہ اس مصل کا اثر مواد حافظہ[۲] یا مواد قاتل جراثیم کی وجہ سے نہیں ہوسکتا (کیونکہ اگر ان کی وجہ سے ہوتا تو جراثیم پر بھی مصل کا مہلک اثر ہوجانا چاہئے تھا)

اس اعتراض کا جواب روسی محقق نے یوں دیا کہ "مصل فادسین (تریاق جراثیمی) کے اثر سے اگرچہ جراثیم پر براہِ راست کوئی اثر نہیں ہوتا، مگر سفید دانوں میں اس کے اثر سے انتشار واقع ہوکر اونکا فعل جذب وہضم تیز تر ہوجاتا ہے" یہ جواب اگرچہ تمام وکمال تو صداقت پر مبنی نہیں ہے مگر اس کی تہ میں صداقت کا ایک پہلو ضرور پوشیدہ ہے۔ جیسا کہ ہم آگے چلکر بتائیں گے۔ تحقیقاتِ مابعد سے بخوبی منکشف ہوگیا کہ تریاقات جراثیمی کا اثر نہایت سادہ ہے۔ ہر تریاق اپنی مخصوص سمیت (سمین) کے ساتھ متحد ہوکر ایک ایسا مخلوط مرکب بنا دیتا ہے

۱ فادسین = تریاق جراثیم } اینٹی ٹاکسین	۲ مواد حافظہ۔ الک سین۔

جو علاج سے ضرر ہوتا ہے۔ اس قول کی تمام شہادتیں تو یہاں درج کرنے کی چنداں ضرورت نہیں مگر اثبات دعویٰ کے لئے صرف ایک ثبوت کافی ہوگا جو درج ذیل کیا جاتا ہے۔

"بعض جراثیم، مثلاً عصیٰ کزازیہ، ایسے مواد سمیہ پیدا کر دیتے ہیں۔ جن کے اثر سے خون کے سُرخ دانے محلول ہو جاتے ہیں (یعنے یہ سمیات تذویب خون کا باعث ہیں) بدیں وجہ ان مرکبات کو مذیب دم جراثیمی (جراثیمی محلل خون) کہتے ہیں۔ چونکہ تحلیل خون کے یہ تجربات بدن سے باہر شیشہ کی نلکی کے اندر کیے جا سکتے ہیں، اس لئے زندہ ساختہائے جسم کے فعل یا ہجوم بیضاوات کا عمل ان تجربات میں عامل نہیں ہو سکتا۔ (کیونکہ یہ تجربات خارج از جسم کیے جا سکتے ہیں) اب یہ بخوبی ثابت ہو گیا ہے کہ مصل ضد کزاز (فاد سمین کزازی) اگر ایک ایسی شیشی کی نلکی میں داخل کر دیا جائے جس میں عصیٰ کزازیہ کی کاشت کے ساتھ خون بھی شامل ہو تو عصیٰ کزازیہ کا عمل تحلیل خون (جو مصل مذکور کی غیر موجودگی میں برابر ظاہر کرتے ہیں) ہرگز نمودار نہ ہوگا۔ بعینہٖ یہی عمل مصل ضد کزاز کے اثر سے زندہ حیوانات کے جسم میں بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس تجربہ سے ثابت ہو گیا کہ مصل ضد کزاز کے اثر سے محض ایک گونہ کیمیائی تعادل ہو گیا جیسا کہ تیزاب میں شوریت کے اثر سے ہو جاتا ہے۔

کزاز اور خناق وبائی کے فاد سمین دریافت ہو جانے کے بعد بے شمار امراض کے سمین (زہر) کے اندفاع کے لئے تریاقات دریافت کرنے کا دروازہ

۱۔ تذویب خون۔ ہیمولائی سس	۳۔ مذیب دم جراثیمی۔ بیکٹیریل ہیمولائی سین۔
۲۔ مذیب دم محلل خون } ہیمولائی سین۔	۴۔ تعادل۔ نیوٹرلے لائی زے شن۔
	۵۔ تعادل کیمیاوی۔ کیمیکل نیوٹرلے لائی زے شن۔

کھل گیا۔ جواہر[1] قلویہ (نباتیہ) اور معدنی سمیات[3] کے لئے تو فادسمین بنانا ممکن نہوا مگر بعض حیوانی و نباتی سمیات (مثلاً سانپ کے زہر، بام[4] مچھلی کے مصل، ایبرس[5] کے سمی جوہر (جسکو ایب رن کہتے ہیں) رد[2] عن ارنڈ کے سمی جوہر وغیرہ اور چند دیگر جراثیمی سمیات) دفع کرنے کے لئے مصل یا جراثیمی تریاقات طیار کیے گئے۔ مندرجۂ بالا تمام سمیات میں یہ ایک عام اصول پایا گیا ہے کہ اول تو وہ تمام زندہ اجسام کے اندر بنکر تیار ہوتے ہیں، خواہ یہ زندہ اجسام نوع حیوانی میں سے ہوں یا نوع نباتی سے تعلق رکھتے ہوں، دویم یہ کہ یہ سب سمیات یا تو مواد[6] ملحمہ (مواد شور جینیہ[7]) کے قسم کے یا اُن کے مشابہ ہوتے ہیں۔

فادسمین کا اسلوب عمل

(جو اوپر بیان ہو چکا ہے) مناعت کے بعض اقسام کے طریقۂ عمل پر کچھ روشنی ڈالتا ہے۔ مگر مناعت طبعی سے فادسمین کا کوئی تعلق نہیں معلوم ہوتا، کیونکہ وہ حیوان جو کسی مرض مثلاً کزاز سے فطرۃً محفوظ ہے اوسکا خون فادسمین کزازی کا کوئی جزو نہیں رکھتا، لیکن اگر کوئی حیوان مرض کزاز سے بیمار ہوکر شفایاب ہوگیا ہو (یعنے اوسے کزاز کے لئے "مناعتِ اکتسابی" حاصل ہوگئی ہو) تو اس حالت میں فادسمین کی آمیزش اوس کے خون میں برابر پائی جائے گی اور جب یہ مصل موجود ہے تو جراثیم کزاز اگر اُنسے مواد سمیہ ایسے جانور میں بنائیں گے تو وہ فوراً بے اثر ہو

[1] جواہر قلویہ۔ الکالائڈ۔
[2] جوہر بید انجیر۔ ری سین۔
[3] معدنی سمیات۔ منرل پوائزن۔
[4] مصل حنکلیس۔ ایل سیرم۔
[5] جوہر ایبرس۔ ایبرین۔
[6] مواد ملحمہ۔ پروٹیڈ۔
[7] مواد شور جینیہ۔ نائٹروجے نس۔

بے ضرر (متعادل[1]) بنا دیے جائیں گے اور جب سمیات بے ضرر بنگئے تو اونسے اوس حیوان کے جسم کی ساختوں کو کچھ مضرت نہیں پہونچ سکتی اور وہ ہجوم بیضادات[2] یا دوسرے عمل سے بالآخر خارج ہو جائیں گے۔ بعینہٖ یہی اسلوب عمل مناعتِ قہریہ کی صورت میں رُونما ہوتا ہے، یعنے جو تریاق سمین مصنوعی طور سے خون میں تلقیح کیا جاتا ہے، وہ فوراً سمیات موجودہ کے ساتھہ متحد ہوکر اونکو بے ضرر بنا دیتا ہے اور پھر اون سے ساختہائے جسم کی خلیات کو مرض کے اثر سے پناہ مل جاتی ہے۔

فادسمین[3] کا بننا

فادسمین کس نوع سے بنتے ہیں؟ یہ جاننا ابھی باقی ہے۔ اس کے متعلق بیشمار نظریات و قیاسات پیش کیے گئے ہیں، مگر ان سب میں علامہ ارھرلِڈ[4] کا نظریہ "سلسلۂ جانبیہ" زیادہ اہم اور وقیع معلوم ہوتا ہے۔ یہ نظریہ اگرچہ نہایت دقیق و پیچیدہ ہے، مگر حقائق اصلیہ کی تجزیہ و تعلیل اس سے خوب ہوتی ہے۔ اور اس کا اثر موجودہ علم الامراض کے خیالات پر نہایت شدید ہے۔ اس لئے اس مسئلہ کی اہم اور نمایاں خصوصیات درج ذیل ہیں۔

نظریۂ سلسلۂ جانبیہ

سمین[5] کے اندر دو مخصوص خواص ہوتے ہیں۔ پہلی خاصیت تو بدن کے کریات[7] (ذرات) کو زہر پہونچانے (ہلاک کرنے) کی۔ اور دوسری خاصیت فادسمین[6] کے

۱ متعادل۔ نیوٹرے لائزڈ۔	۵ سین۔ ٹاکسین۔
۲ ہجوم بیضادات۔ فیگوسائی ٹوسیس	۶ فادسین۔ اینٹی ٹاکسین۔
۳ فادسین۔ اینٹی ٹاکسین	۷ ذرہ۔ مالی کیول ہم کریات۔ سیلز
۴ نظریۂ سلسلۂ جانبیہ۔ سائڈ چین تھیوری۔	

کے ساتھ متحد ہونے اور جڑ جانے کی ہے۔ علامہ اہرلک نے ثابت کر دیا ہے کہ یہ دونوں خواص سیمن کے ذرات کے دو مختلف اور جداگانہ حصوں میں رہتے ہیں۔ یعنے ہر ایک ذرہ کا ایک خاص حصہ تو ایسا ہے جو فاد سیمن کے ساتھ جڑ جاتا ہے، اور دوسرا خاص مقام ایسا ہے جو خلیاتِ جسم کو مضرت پہونچاتا ہے پہلے قسم کے حصۂ جزو کو اہرلک نے حامل لمس (چھونے والا حصہ) کے نام سے نام زد کیا ہے، اور دوسرے حصہ کو حامل سم (سمی حصہ) کے نام سے پکارا ہے +

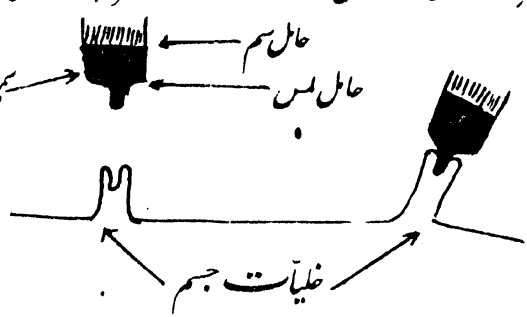
اس کے بعد اہرلک یہ فرض کرتا ہے کہ زندہ مادۂ حیات کا ہر ذرہ دو حصوں سے بنا ہوا ہوتا ہے۔ ایک تو وہ ممتاز حصہ جو نفس خلیہ کا رجس کا کہ وہ مادۂ حیات ہے) فعل مخصوص ادا کرتا ہے، اور دوسرا حصہ وہ جو پہلے حصہ کے تغذیہ کا کام سرانجام دیتا ہے۔ اس دوسرے حصہ میں یہ خاصیت ہوتی ہے کہ خون یا مائیت[۳] وغیرہ میں جو مواد لحمہ[۴] محلول ہیں ان کے ذرات کے ساتھ متحد ہو کر جڑ جائے اور پھر ان کو اپنے زندہ مادۂ حیات کے مبدل کر لے۔ یہ فعل تغذیہ خلیہ کے سلسلۂ جانبیہ یا مخصوص اجزاء کا حصہ ہے۔ جن کی مدد سے خلیہ (یا اوسکا مادۂ حیات) غذاء کے مواد لحمہ کے ذرات سے جڑ کر متحد ہو جاتا ہے۔ غذاء کا ہر ذرہ بھی (سیمن کے ذرات کی طرح) ایک مخصوص حصہ حامل لمس کا رکھتا ہے۔ مگر حامل سم غذا کے ذرات میں نہیں پایا جاتا۔ چنانچہ تغذیۂ خلیہ کے عمل میں ابتدائی مرحلہ یہ ہوتا ہے کہ خلیہ کے سلسلۂ جانبیہ میں سے ایک زائدہ یا کڑی مواد لحمہ کے ذرہ

۱۔ حامل لمس۔ ہیپٹوفور " مس۔ ۲۔ حامل سم۔ ٹاکسوفور۔	۳۔ مائیت۔ لمف ۴۔ مادۂ لحمہ۔ پروٹیڈ۔

کے حامل لمس سے متحد ہو جاتی ہے۔ اس عمل کو فاضل موصوف شقیق البحر[2] نامی پودہ کے عمل سے تشبیہ دیتا ہے۔ جس میں وہ اپنے مشابک[1] نامی زوائد سے غذا کے ذرات کو پکڑتا ہے۔ یہ بھی جاننا چاہئے کہ خون میں بہت سے اقسام کے مواد ملحمہ ہوتے ہیں، اور ہر قسم کے ذرات کا ایک مخصوص و ممتاز حامل لمس ہوتا ہے تکمیل تغذیہ کے لئے ضروری ہے کہ خلیۂ جسم کے سلسلہ جانبیہ کی ہر کڑی کے ساتھ غذا کا یہ مخصوص حامل لمس ٹھیک ٹھیک جڑ کر مل جائے اور جس طرح کنجی قفل میں بیٹھ جاتی ہے اسی طرح ٹھیک نصب ہو جائے، ورنہ اگر غذا کا حامل لمس ٹھیک طور پر نہ جڑے گا تو وہ تغذیہ خلیہ کے لئے لاحاصل ہوگا۔

اب اس اُصول کی تطبیق سیمن کے فعل کے ساتھ کرنے کے لئے یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ سیمن کی ساخت بھی مواد ملحمہ جیسی یا اونکے مشابہ ہوتی ہے۔ اگر کوئی محلول سیال مثلاً سیمن کرازی کسی جانور کے جسم میں تلقیح کیا جاوے، تو ممکن ہے کہ اس جانور کے خلیات کے سلسلۂ جانبیہ کا حامل لمس ٹھیک اُس پیمانہ کا نہ ہو جو سیمن کے حامل لمس سے بخوبی متحد ہو سکے۔ پس ایسی حالت میں سیمن اُس جانور کے خلیات کے ساتھ نہیں جُڑ سکے گا اور سیمیات کا مضر اثر پیدا نہ ہوگا۔ لیکن اگر خلیات کے سلاسل جانبیہ مناسب پیمانہ کے ہیں۔ تو وہ سیمن کے حامل لمس کے

[1] مشابک۔ اصابع۔ ٹنٹکلس [2] شقیق البحر (پودہ) سی انی مون



ساتھہ ملکر اوسی طرح متحد ہوجاوینگے جیسے کہ وہ غذا کے کسی مناسب حامل لسی کے ساتھ ہوسکتے ہیں۔ چونکہ سمین کے ذرہ میں حامل لسی کے ساتھ حامل سم بھی سلسلہ جانبیہ کے توسط سے جڑا ہوا ہے، اس لئے یہ حامل سمی اب اس قابل ہوجائے گا کہ خلیات پر مضر اثر ڈال سکے۔ پس نتیجہ یہ ہوگا کہ خلیہ کے مادۂ حیات کا مخصوص حصہ جو افعال و اعمال خلیہ سے تعلق رکھتا ہے تخمیر[1] کی تاثیر کی طرح بیکار ہوجائے گا۔ یہ الفاظ دیگر تسمم[2] خلیہ کے عمل میں (جو سمین حقیقی سے ہوتا ہے) ابتدائی مرحلہ ٹھیک اوسی طور پر ہوگا جیسا کہ تغذیہ خلیہ کے عمل میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔

اب فرض کرو کہ خلیہ کے چند سلاسل جانبیہ سمین کے ذرات کے ساتھ ملکر جڑ چکے ہیں جس کی وجہ سے زندہ خلیہ (کا ذرہ) ماؤف ہوگیا ہے۔ مگر قطعاً ہلاک نہیں ہوا۔ جسم خلیہ کے تغذیہ کے لئے سلاسل جانبیہ ضروری ہیں اور جو کڑیں مسموم و بیکار ہوگئی ہیں اون کی دوبارہ درستی اور اصلاح ضروری ہے۔ جیسا کہ پانی کے کیڑے (ہیدرا نامی) میں اُنگلی کٹ جانے کے بعد دوبارہ بن جاتی ہے۔ اب اگر سمین کی ایک اور خوراک (جو بالکل مہلک نہو) داخل کردی جاوے تو وہی پہلا سا عمل پھر نمودار ہوگا، چند زنجیریں قدرے مسموم ہونگی۔ مگر قوت اصلاح اونکو دوبارہ تازہ کرلے گی یا نئی زنجیریں پھوٹ آئیں گی۔ اگر سمین کی تمیع اسی طرح خفیف مقدار میں جاری رکھی جائے تو بتدریج خلیہ میں ہم نئی زنجیریں بنانے کی مناسب ترمیت و مشق پیدا کرسکتے ہیں، حتیٰ کہ وہ زنجیریں بہت ۔۔۔ جلد جلد بنانے پر قادر ہوجائے۔ لیکن اکثر ایسا ہوتا ہے کہ تحریک سمیت کے بعد زندہ ساختوں کا تفاعل[4] یعنی جوابی عمل اصلاح، مقدار سمیت سے کئی گونہ زیادہ ہوتا ہے (جیسے کہ ٹوٹی ہڈی میں

---

[1] خمیر کیبادی۔ انزائم۔
[2] تسمم۔ انٹاکسی کیشن
[3] ھیدرا۔ ہائڈرا۔
[4] تفاعل۔ ری ایکشن۔

ہڈی کا بیادہ (دوشبذ) پہلے سے زیادہ بنجاتا ہے) بعینہٖ یہی صورت فادسمین کے بننے میں بدن کے اندر واقع ہوتی ہے۔ خلیات بدن نئی زنجیریں پیدا کئے جاتے ہیں، حتیٰ کہ بالآخران کی ایسی کثیر تعداد پیدا ہو جاتی ہے کہ بہت سی زنجیریں بے ضرورت اور فاضل رہ جاتی ہیں اور سمین کے ذرات کے ساتھ متحد ہونے کے بعد بھی ایک بڑی تعداد ان زنجیروں کی باقی رہجاتی ہے۔ پس یہی باقی ماندہ اور فاضل زنجیریں جسم خلیہ سے جدا ہو کر سیلان خون میں بہتی پھرتی ہیں۔ جن میں اب بھی سمین کے ذرات کے حامل لسی کے ساتھ متحد ہونے کی طاقت باقی رہتی ہے۔ پس یہ زنجیریں بھی سمین کے ساتھ ملکر اوسکو بے ضرر بنا دیتی ہیں اور اس طرح یہ "تریاق جراثیمی یا فادسمین" بنتا ہے +

اس مختصر مضمون میں مسئلہ مندرجہ بالا کے متعلق تمام شواہد و اسناد کی تفصیل پیش کرنا غیر ممکن ہے، مگر ایک عجیب و غریب نکتہ اس موقعہ پر قابل اندراج ہے۔ تسمیم خلیہ کے لئے ضروری ہے کہ خلیہ میں ایسی مناسب زنجیریں موجود ہوں جو اُن سمین کے حامل لسی کے اندر بخوبی کھپ کر جُڑ سکیں۔ لیکن فادسمین میں ایسی مناسب پیمانہ کی زنجیریں جانبیہ موجود رہتی ہیں، لہٰذا یہ ماننا لازم آیا کہ ہر خلیہ جو کسی سمین سے مسموم ہو سکتا ہے وہ اوس خاص سمیت کا تریاق بھی طیار کرنے پر مجبور کیا جا سکتا ہے۔ اس بات کا کافی ثبوت موجود ہے کہ مرض کزاز میں ایسا ہی ہوتا ہے۔ کزاز کی سمیت (مادۂ مشنجہ) کا اثر خاص صرف مرکزی نظام عصبی پر ہوتا ہے۔ علامہ دانز (جرمن) کے تجربات سے معلوم ہوا کہ دماغ کے خاکستری مادہ کے محلول (شیر) میں کزاز کے سمیات کو فنیست و نابود کرنے کی

۱ــ دِشبذ۔ کیلس۔	۲ــ دماغ کا خاکستری مادہ / قشر دماغ۔ } گرے میٹر آف برین

قوت (تعدیل[1]) اوسی طرح ہوتی ہے جس طرح تریاق کزاز یہ کو یہ طاقت حاصل ہے مگر جسم کی دوسری ساختوں کے محلولات میں یہ قوت موجود نہیں ہوتی۔ لہٰذا ثابت ہوگیا کہ صرف مرکزی نظام اعصاب ہی کے خلیات میں ایسی زنجیر ہائے جانبیہ ہوتی ہیں جو کزاز کے سمیات سے متحد و وابستہ ہوسکتی ہیں۔ ان زنجیروں میں سے چند جسم خلیات سے جدا ہوکر سیلانِ خون کے ساتھ دیگر حصص بدن میں بھی پہنچ جاتی ہیں اور طبعی حالات میں ان کی وجہ سے "تریاق کزاز" اور دیگر اجسام[2] تریاقیہ اکثر معمولی خون میں پائے گئے ہیں +

معمولی کیمیاوی[3] سمیات میں فاوسین کے پیدا کرنے کی قابلیت نہیں ہوتی ہے کیونکہ یہ سمیات مواد ملحمہ کی طرح خاص طور پر زنجیر ہائے جانبیہ سے نہیں جڑتے بلکہ یہ خلیات کے ذرات کے تمام حصص کے ساتھ بلا قید تخصیص کیمیاوی مرکبات بنا سکتے ہیں +

اکتشافات مابعد سے یہ بھی معلوم ہوگیا کہ زندہ حیوانات میں بعض مواد ملحمہ (جو دراصل سمین نہیں ہوتے) کے داخل کرنے سے بھی چند ایسے اجسام و مرکبات بن جاتے ہیں۔ جو فاوسمین سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ایسے مرکبات کو اجسام تریاقیہ (یا فاد اجسام) کہا جاتا ہے۔ ان کے تحت میں یہ چیزیں شامل ہیں۔ ترسیبین[4] الصاقین[5] مذیب[6] خلیات۔ مذیب[7] جراثیم۔ مذیب[8] دم وغیرہ +

(۱) ترسیبین (ترسیب۔ رسوب بنانا۔ تہ میں بٹھا دینا) یہ وہ اجسام ہیں۔

[1] تعدیل۔ نیوٹرے لائزیشن۔
[2] اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز۔
[3] کیمیاوی سمیات۔ کیمیکل پوائزنز۔
[4] ترسیبین۔ پری سی پی ٹین۔
[5] الصاقین۔ اگلوٹی نین۔
[6] مذیب خلیات۔ کائی ٹولائی سین۔
[7] مذیب جراثیم۔ بکٹیریولائی سین۔
[8] مذیب دم۔ ہیمولائی سین۔

جو محلولات لحمہ کی تلقیح کرنے کے بعد خون میں بن جاتے ہیں۔ ان کی خاصیت یہ ہے کہ اگر انھیں اُنھیں تلقیح کردہ مرکبات کے محلول کے ساتھ آمیز کیا جاوے تو تہ میں ایک رسوب بنا دیں۔ مثلاً اگر انڈے کی سپیدی (ماح) کے محلول کو ایک خرگوش کے جسم میں تلقیح سے داخل کیا جاوے تو ایک ہفتہ کے بعد اسی خرگوش کے مصل میں یہ خاصیت پیدا ہو جائے گی۔ کہ اگر اس مصل کو انڈے کی سپیدی کے ساتھ ملایا جاوے تو روئی کے گالے جیسا رسوب تہ میں جم جائیگا۔ مگر انڈے کی سپیدی کے علاوہ کسی دوسرے مادۂ لحمہ میں اس کے ملانے سے رسوب نہ جمے گا۔ ترسیبین کا تعلق عمل مناعت سے کسی قسم کا نہیں ہے۔ اگرچہ وہ اس عام کلیہ کی ایک تمثیل پیش کرتے ہیں۔ کہ اگر کوئی خارجی مادۂ لحمہ کسی جانور میں تلقیح کیا جاوے تو اس کے اثر سے اجسام تریاقیہ بن جاتے ہیں +

(۲) **الصاقین** (الصاق۔ چپکا دینا) جراثیم خون کے سُرخ دانے خلیات وغیرہ کے چپکاری کرنے سے خون کی مائیت میں چند مرکبات ایسے بن جاتے ہیں۔ کہ اگر اس مائیت کو اُنھیں چیزوں کے ساتھ جن کا احتقان کیا گیا تھا۔ خارج از بدن کسی نلکی میں آمیز کیا جائے تو یہ چیزیں ان کے گرداگرد ایک جھنڈ سا بنا لیتی ہیں۔ اس کی ایک نہایت دلچسپ اور اہم مثال حُمّیٰ مطبقہ متناقصہ (معویہ[1]) میں پائی جاتی ہے۔ اور اس کی بنا پر اس مرض کی شناخت کا ایک نہایت معتبر ذریعہ ہاتھ آگیا ہے (تفاعل وڈال[2]) اس کی تفصیل یوں ہے کہ اگر مریض حمی معویہ کے خون کی مائیت کا ایک قطرہ حاصل کر کے اُس میں عصا حُمّیٰ معویہ کے مردہ جراثیم کی کاشت جس میں جراثیمی سمیات و دیگر مواد فاسدہ بھی شامل ہوتے ہیں۔ آمیز کر دیا جائے اور پھر اس مرکب محلول کا ایک قطرہ خوردبین کی مدد سے دیکھا جائے تو

[1] حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ فیور۔ | [2] تفاعل وڈال۔ وڈال ری ایکشن۔

حمی معویہ کے بہت سے جراثیم جگہ جگہ جھنڈ میں پائے جائیں گے۔ اس سے حمی معویہ کے ابتدائی درجات کی تشخیص میں بھی آسانی ہو سکتی ہے۔ لیکن اگر مائیت میں حمی کے الصاقین موجود نہیں ہیں۔ تو ایسے جھنڈ نظر نہیں آسکتے۔ اور معلوم ہو جائے گا کہ مرض مخصوص حمی معویہ نہیں ہے۔ مترجم)

اس قسم کے مواد بیشتر اقسام کے عدوی میں نہیں پائے جاتے۔ مثلاً ذات الریہ کی مائیت میں شفا ہونے کے بعد تک ایسے التصاقات نہیں نظر آتے۔ باہمہ الصاقین کی وساطت سے، ماہر علم الجراثیم اکثر مرض اور مرض پیدا کرنے والے جراثیم کے درمیان تعلق دریافت کر سکتا ہے۔ مثلاً اگر مریض پیچش کے ہر از میں بہت قسم کے جراثیم پائے گئے ہوں اور ان سب جراثیم میں سے صرف ایک قسم کے جراثیم مریض کی مائیت میں جھنڈ بنا سکتے ہوں۔ تو ایک زبردست شہادت اس بات کی مل جائے گی کہ پیچش کا سبب خاص یہی جرثومہ ہے۔ بعض اوقات مصنوعی کاشتوں میں پیدا کردہ جراثیم کی شکل و شباہت یقینی طور سے متعین نہیں کی جا سکتی۔ ایسے موقعہ پر بھی الصاقین کے بنائے ہوئے جھنڈوں کی مدد سے جراثیم کی نوعیت متعین ہو سکتی ہے۔ مثلاً اگر حمی معویہ کے کسی مشتبہ مریض کے براز سے ایسے جراثیم بذریعہ مصنوعی کاشت کے جدا کیے گئے ہوں۔ جو عصا حمی معویہ سے قریبی مشابہت رکھتے ہوں۔ تو یقینی طور پر تشخیص کرنے کی غرض سے سب سے پہلے جو شناخت کا طریقہ اختیار کیا جائے گا۔ وہ یہ ہوگا کہ کسی ایسے جانور کی مائیت حاصل کی جائے۔ جس کے بدن میں ابتداءً عصا حمی معویہ کی ایک کاشت تلقیح کے ذریعہ عمداً داخل کر دی گئی ہو۔ اگر اسی جانور کی مائیت میں مشتبہ قسم کے جراثیم کی کاشت ملا دئے جانے کے بعد جھنڈ نظر آنے لگیں تو یقینی طور پر محقق ہو جائے گا کہ مریض مشتبہ میں عصا حمی معویہ ہی باعث مرض ہے۔

الصاقین مناعت کے عمل میں کوئی حصہ نہیں لیتے۔ اور خون میں ان کی موجودگی حفاظت مرض کا یقینی نشان نہیں ہے۔ نہ ان کے ہونے سے مریض کو لازمی طور پر محفوظ سمجھا جا سکتا ہے۔ اگرچہ ان کی موجودگی میں مریض محفوظ ہی رہتا ہے +

(۳) اجسام[1] تریاقیہ کی سب سے آخری اور نہایت اہم قسم مذیب خلیات ہے۔ یہ اجسام خلیہ کے مادۂ حیات کو تحلیل کر سکتے ہیں۔ اس زمرہ میں "مذیب جراثیم" اور "مذیب[2] دم" وغیرہ شامل ہیں +

یہ قسم مسئلہ مناعت میں نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ اور لحاظ اپنی ترکیب و ساخت اور اعمال کے اجسام تریاقیہ سے زیادہ پیچیدہ ہے۔ سب سے پہلے ان اجسام کی نوعیت اور وجود کا اندازہ محقق فیفر کو ہوا۔ اس نے پہلے تلقیح کے ذریعہ ارنب[3] مصری میں جراثیم ہیضہ داخل کر کے ہیضہ کی مناعت اکتسابی طور پر پیدا کر دی۔ اور جب یہ جانور پوری طور پر محفوظ ہو گیا۔ تو پھر اس کے جوف صفاق میں جراثیم ہیضہ کی ایک کاشت داخل کر دی اب جوف صفاق کی رطوبت کو قدرے قدرے ٹھہر ٹھہر کر نکالا اور متعدد بار اندر کر کے جراثیم (جو داخل کیے گئے تھے) کا امتحان خوردبین سے کیا تو ان جراثیم کی شکل و صورت وغیرہ میں نہایت نمایاں تغیرات پائے گئے۔ پہلے تو اُن کی صورت میں قدرے تبدیلی پائی گئی۔ پھر وہ مدوّر شکل کے ہو گئے اور بالآخر آدھ گھنٹے کے اندر بکلیہ تحلیل ہو گئے۔ مندرجہ بالا عمل جراثیم ہیضہ کے لئے مخصوص و نوعی ہے اور علامۂ فیفر کے نام سے منسوب ہے (تفاعل[4] فیفری) اس کی نوعی خصوصیت یہ ہے۔ کہ جراثیم ہیضہ سے تلقیح کیے ہوئے

[1] اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز۔
[2] مذیب دم۔ ہیمولائی سین۔
[3] ارنب مصری۔ گیونی پگ۔
[4] تفاعل فیفری۔ فیفری ایکشن۔

حیوان کی رطوبت صفاقیہ صرف جراثیم ہیضہ (یا اس کے ہم جنس) پر ہی عمل تحلیل کر سکے گی۔ اور دیگر قسم کے جراثیم مثلاً جراثیم حمی معویہ وغیرہ اوس سے ہرگز متاثر نہ ہونگے۔

مزید تحقیقات سے یہ بھی روشن ہوا کہ یہ عمل تحلیل شیشہ کے اندر بھی کیا جا سکتا ہے۔ بشرطیکہ رطوبت صفاقی بالکل تازہ ہو۔ اگر رطوبت صفاق کو جسم سے نکالکر ایک یا دو روز رکھا رہنے دیا جائے تو پھر اوس کی یہ طاقت تحلیل ضایع ہو جاتی ہے لیکن اگر اس میں بالکل تازہ مصل (کسی معمولی جانور کے خون سے یا محفوظ کیے ہوئے (منیع) جانور کے خون سے نکالا ہوا) ملا دیا جائے تو ضائع شدہ طاقت دوبارہ عود کر آتی ہے اور قوت تحلیل پھر نمایاں ہو جاتی ہے۔ سہولت کے لئے اس تجربہ کو حسب ذیل نقشہ میں صاف دیکھ سکتے ہیں:-

۱۔ معمولی یعنی غیر محفوظ جانور کا تازہ مصل	جراثیم ہیضہ = کوئی تفاعل نہیں۔
۲۔ محفوظ جانور کا تازہ مصل یا رطوبت صفاقی	جراثیم ہیضہ = تحلیل و ذوبان
۳۔ محفوظ جانور کا باسی مصل	جراثیم ہیضہ = کوئی تفاعل نہیں۔
۴۔ محفوظ جانور کا باسی مصل + غیر محفوظ جانور کا تازہ مصل	جراثیم ہیضہ = تحلیل و ذوبان

مندرجۂ بالا تشریح سے بخوبی ظاہر ہوگا کہ محفوظ کردہ جانور کے جسم میں جراثیم کے ذوبان و تحلیل کے لئے دو چیزوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ ان دو میں سے ایک تو ایسی ہے جو صرف محفوظ کردہ جانور ہی کے خون یا رطوبات میں موجود ہو سکتی ہے اور جو دراصل اجسام تریاقیہ کے اقسام میں سے ہے اور ترسیبین سے بہت

۱۔ رطوبت صفاقیہ / باریطون کی رطوبت	پری ٹونیل فلوڈ
۲۔ جراثیم ہیضہ / ضمات ہیضہ	کالرا ویریو
۳۔ تحصین۔ اِیمیونائز	

کچھ مشابہ ہے اگرچہ زیادہ پیچیدہ ساخت کی ہے) اور جسے مادۂ حسیدہ[1] کہتے ہیں۔ دوسری چیز ایسی ہے جو معمولی غیر محفوظ جانور اور محفوظ شدہ جانور دونوں کے خون میں یکساں طور پر پائی جاتی ہے، اور یہ بہت نازک۔ عارضی اور سریع الحس شئے ہے جو زیادہ دیر قایم نہیں رہتی اور (باسی رطوبات سے) جلد غائب ہو جاتی ہے حرارت کے اثر سے بھی یہ جلد ضایع ہو جاتی ہے (غالباً یہ وہی ہے جسے اوپر مناعت کے نظریات کے بیان میں نظریہ رطوبیہ کے تحت میں "مواد حافظہ[2]" کے نام سے یاد کیا گیا ہے) جرمن مصنفین نے اس کا نام تکملہ[3] رکھا ہے +

اجسام تریاقیہ کے اس گروہ کے متعلق تحقیقات مزید میں خصوصاً "بورڈیٹ" کے انکشافات نے بہت آسانیاں پیدا کر دیں، جن کی وساطت سے مذیب[4] دم مرکبات، کسی ایک نوع کے جانور کے خون کو دوسرے مختلف النوع جانور میں پچکاری کرنے سے، پیدا کیے گئے، مثلاً خرگوش کا مصل گھوڑے کے خون کے سُرخ دانوں پر کوئی اثر نہیں کرتا، لیکن اگر خرگوش کے جسم میں گھوڑے کے خون کے سُرخ دانوں کی پچکاری پہلے کر دی جائے، تو اس خرگوش کے مصل میں یہ قوت پیدا ہو جاتی ہے کہ وہ گھوڑے کے سُرخ دانوں کو پگھلا دے +

اِن مُحلِّل خون (مذیب دم) مرکبات کا طریقِ عمل بظاہر اون مُحلِّل جراثیم (مذیب[5] جراثیم) کے مماثل ہے جن کا تذکرہ تفاعل فیفری میں اوپر کیا گیا ہے اور یہ تجربات کے لئے بہت مناسب و سہل الحصول ہیں مزید برآں ان مُحلِّلات خون کا عمل وسیع اور عمومی ہے اور اب مذیبات[6] خلیات بہ آسانی اجسام[7] منویہ، خلیات جگر، خلیات

[1] مادہ حسیدہ۔ امیوسپٹر سبس ٹینس من ای بی لیٹرس
[2] مواد حافظہ۔ الک سین۔
[3] تکملہ۔ کمپلی منٹ
[4] مذیب دم۔ ہیمولائی سین۔
[5] مذیب جراثیم۔ بیکٹیریولائی سین۔
[6] مذیب خلیات۔ کائی ٹولائی سین۔
[7] اجسام منویہ۔ اسپرے ٹوزوا

گردہ، خلیات[1] عصبیہ مرکزیہ وغیرہ کے لئے بنائے جا سکتے ہیں۔ یہ محلل خواہ کسی قسم کی ساخت کے لئے ہو، اوس کا اثر تحلیل و ذوبان ہر حالت میں دو مخصوص چیزوں پر منحصر ہے۔ اول تو ایک دیرپا، مستقل ساخت کا جسم تریاقی جسے مادۂ حیہ کہتے ہیں اور دویم معمولی خون کا ایک غیر مستقل اور ناپائے دار جزو جسے تکملہ یا مادہ حافظہ کہتے ہیں +

مناعت کیونکر حاصل ہوتی ہے

مندرجۂ بالا حقائق کا تطابق عمل مناعت اکتسابی (مثلاً کسی جانور کو جراثیم ہیضہ کی خفیف خفیف مقدارین تلقیح کر کے ہیضہ سے محفوظ بنانا) اور مناعت اکتسابی طور سے پیدا کرنا اسے کرنے میں بخوبی ذہن نشین کر لینا چاہئے کہ تلقیح کے وہ جراثیم پہلے تو اپنی افزائش ساختہائے جسم میں جاری رکھتے ہیں اور اس درجہ میں اون کی مدافعت کا واحد ذریعہ صرف سفید دانوں کا عمل ہضم ہی کہا جا سکتا ہے، کیونکہ اس درجہ میں تکملہ یا مواد حافظہ اپنا مخصوص عمل کرنے کے قابل نہیں ہوتے۔ کیونکہ وہ جراثیم کے ساتھ براہ راست (بلا توسط اُن دیرپا اجسام تریاقیہ کے جنکو مادۂ حیہ[2] کہتے ہیں) مخلوط نہیں ہو سکتے۔ کچھ عرصہ کے بعد حیوان کے جسم کے خلیات اجسام[3] تریاقیہ بنانا شروع کر دیتے ہیں۔ جو جراثیم کے مادۂ حیات[4] کے مواد ملحمہ[5] کے متضاد اثر کرتے ہیں۔ ان اجسام تریاقیہ میں سے اول تو چند فاوسمین[6] ہو سکتے ہیں جو حیوان معمول کو مزید تسمم سے محفوظ رکھنے میں کوشاں ہوتے ہیں۔ دویم بعض ترسیبین[7] کے قسم سے ہوتے ہیں۔ ارجن کی منفعت کے متعلق اب تک کوئی علم حاصل

---

[1] سنٹرل نروس سیلز

[2] مادۂ حیہ۔ ایمبوسپٹر۔

[3] اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز

[4] مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم

[5] مواد ملحمہ۔ پروٹیڈ۔

[6] فاوسمین۔ اینٹی ٹاکسین

[7] ترسیبین۔ پری سی پی ٹین

نہیں ہوا) سویم وہ مستقل اور دیرپا اجسام تریاقیہ (جنکو مادۂ حیہ کہتے ہیں) جو خون کے جزو تکملہ یا مواد حافظہ کو جراثیم کے ساتھ متحد کر دیتے ہیں۔ اور جراثیم کی تحلیل میں عامل ہوتے ہیں +

پس اب حیوان معمول کو مناعت حاصل ہوگئی۔ اور وہ محفوظ و محصن[1] ہوگیا۔ اور آیندہ جب کبھی جراثیم (موجودہ مثال کے مطابق جراثیم ہیضہ) کا حملہ اس پر ہوگا تو اُس کی مدافعت کے لئے مادۂ حیہ اور تکملہ[2] سے بنا ہوا آلۂ حفاظت تیار ملے گا +

علاوہ ازیں اس طرح مناعت حاصل کئے ہوئے محفوظ جانور کے مصل دم میں بھی مادۂ حیہ موجود رہتے ہیں اور جب یہ مصل کسی دوسرے جانور میں تلقیح کیا جاتا ہے تو اسکو بھی مناعت قہری حاصل ہو جاتی ہے بشرطیکہ اوس میں مواد حافظہ موجود ہوں۔ مواد حافظہ کی موجودگی حصول مناعت کے لئے لازمی ہے اسی وجہ سے علاج امراض میں مصل مذیب جراثیم کے علاج سے عام طور پر فائدہ حاصل کرنے میں دقت پیش آتی ہے۔ محفوظ کردہ جانور کے مصل دم میں "مواد حافظہ" زیادہ عرصہ تک نہیں ٹھہرتے بلکہ جلد غائب ہو جاتے ہیں اور مادہ حیہ جو ایسے جانور کے خون میں موجود رہتا ہے اگرچہ اُسی جانور کے تکملہ سے متحرک ہو جاتا ہے مگر دوسرے جانوروں سے حاصل کیے ہوئے تکملہ سے اوسکا متحرک ہونا ہمیشہ ضروری نہیں ہے۔ یہ مسئلہ نہایت دقیق اور پیچیدہ اور ابھی تک ایک راز سربستہ ہے جب تک اس کا قرار واقعی حل نہ ہو ہم علاج بالمصل[3] کے متعلق مزید ترقی کی اُمید نہیں رکھ سکتے +

[1] محصن۔ ایمیون
[2] تکملہ۔ کمپلی منٹ۔
[3] علاج بالمصل۔ سیرم تھراپی۔

خون کے سفید دانوں کا طریق عمل بھی دلچسپی اور اہمیت سے خالی نہیں۔ ہم دیکھ چکے ہیں کہ تکملہ انھیں سفید دانوں سے پیدا ہوتا ہے اور بعض محققین کا خیال ہے کہ مادہ حصبیہ اور دیگر اجسام تریاقیہ بھی انھیں سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان اجسام تریاقیہ کے غور و مطالعہ نے عمل ہجوم بیضاوات[1] کے بارہ میں مزید انکشافات پیش کر دیے ہیں۔ مثلاً یہ دریافت کہ ایک معمولی اور غیر محفوظ کردہ جانور کے خون سے حاصل کیے ہوئے سفید دانے ذات الریہ کے زہریلے جراثیم کو ہضم نہیں کر سکتے، درانحالیکہ اگر ان کے ساتھ اس حیوان کا مصل ملا دیا جائے جسے ذات الریہ کے کرویات کی تلقیح سے محفوظ کر لیا گیا ہو تو یہ دانے جراثیم ذات الریہ کے ہضم کرنے کی قوت حاصل کر لیں گے۔ اس سے ثابت ہو گیا کہ تلقیح کے ذریعہ حاصل کردہ مصل سفید دانوں کے عمل میں ممد و معاون ہوتے ہیں، اور یہ اعانت خصوصاً ان اجسام تریاقیہ کی وجہ سے حاصل ہوتی ہے جو جراثیم کے ساتھ متحد ہو کر انکو قابل ہضم بنا دیتے ہیں۔ اجسام تریاقیہ جو اس طرح عامل ہوتے ہیں ممکن ہے کہ مادہ حصبیہ یا فاد سمین ہوں یا ان ہر دو سے بالکل مختلف ساخت کے ہوں۔ سر الموراٹ رائٹ (انگریزی ماہر علم الجراثیم) جو اس میدان میں مشہور محقق ہے، ان اجسام کو اجسام مُلذِذَہ[2] کے نام سے منسوب کرتا ہے۔ اور اوس کا اعتقاد ہے کہ جس قدر یہ اجسام زیادہ ہونگے اوسی قدر عدوی کے خلاف قوت مناعت زیادہ حاصل ہوگی۔ ان اجسام کا اثر براہ راست جراثیم ہی پر ہوتا ہے، اس بات کا ثبوت حسب ذیل طریقہ سے مل سکتا ہے:-

جراثیم کو پہلے تازہ مصل دم میں آمیز کر دیا جائے، پھر اس محلول کو آلہ

[1] ہجوم بیضاوات۔ فیگوسائی ٹوسس
[2] اجسام لمذوہ۔ آپ سونین۔

مبعد[1] عن المرکز میں خوب گھما کر جراثیم کو تہ نشین کر دیا جائے اور مصل کو جدا کر دیا جائے۔ جدا کردہ جراثیم کو سیالِ نمکین میں بار بار خوب دھویا جائے۔ اس طرح کے جدا کردہ دھوئے ہوئے جراثیم کو سفید دانے اُس سرعت کے ساتھ جذب و تحلیل کر لیتے ہیں گویا کہ مصل ان میں ابھی موجود ہے۔ اس تجربہ سے ہم یہ نتیجہ نکال سکتے ہیں کہ جراثیم کو ابتداءً مصل میں ملانے سے اون میں مصل نے کچھ ایسا مزہ بخشدیا کہ جس سے وہ عمل ہجوم[2] بیضاوات کے لئے مستعد ہو گئے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مصل کے اثر سے خود سفید دانے مستعد ہو کر جراثیم کے ہضم پر قادر ہو جاتے ہوں، مگر اس خیال کی تائید میں کوئی سند حاصل نہیں ہے۔

اجسام ملذوذہ کے متعلق طبی و علمی نقطۂ نظر سے آجکل بہت تفتیش جاری ہے۔ مصل کے اندر ان اجسام کی حقیقی مقدار کیا ہے اسکو جانچنے اور ناپنے کا تا حال کوئی طریقہ ایجاد نہیں ہو سکا، مگر رائٹ نے ایک ترکیب دریافت کی ہے جس کی وساطت سے مصل کے دو مختلف نمونوں میں ان کی مقدار کا تناسب معلوم ہو سکتا ہے مثلاً تندرست دُھلے ہوئے سفید دانے کسی مریض کے مصل میں ملانے کے بعد کتنے جراثیم کو جذب و تحلیل کر سکتے ہیں اس کا شمار کرنا ممکن ہے اسی طرح اُسی قسم کے سفید دانے جب ایک تندرست معلوم شخص کے مصل کے ساتھ ملائے جائیں تو وہ کتنے جراثیم جذب و تحلیل کر سکتے ہیں اس کا شمار بھی ممکن ہے۔ اِن دونوں قسم کے محلولات کو جُدا جُدا ایک ہی مدت کے لئے حرارت بدنی میں رکھکر یہ دیکھا جا سکتا ہے۔ حاصل شدہ دونوں تعدادوں کے درمیانی تناسب کو معیار[4] ملذوذات کہتے ہیں اس تجربہ کو عملاً کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ:-

[1] مبعد عن المرکز۔ سنٹری فیوگل مشین
[2] تبعید عن المرکز۔ سنٹری فیولائی گیشن۔
[3] ہجوم بیضاوات۔ فیگوسائی ٹوئی سس
[4] معیار ملذوذات۔ آپ سونک انڈکس

لمبی شیشہ کی دو باریک نلکیوں (انبوبۂ شعریہ) میں دو قسم کے سیال بنائے جائیں پہلے نلکی میں دُھلے ہوئے سفید دانے، شیرۂ جراثیمی، اور مریض کا مصل ہموزن رکھا جائے۔ دوسری نلکی میں دُھلے ہوئے سفید دانے شیرۂ جراثیم، اور ایک تندرست شخص کا مصل، اِن سب کو ہموزن لیکر رکھا جائے۔ دونوں نلکیوں کو خوب ہلا کر اونکے اجزا کو خوب آمیز کر لیا جائے۔ پھر دونوں نلکیوں کو پندرہ دقیقہ کے لئے حرارت بدنی میں آلۂ حضانت (آلہ تفریخ) کے اندر رکھ دیا جائے (مختلف درجوں کی حرارت پہونچانے کا ایک آلہ ہوتا ہے جسکو آلۂ حضانت کہتے ہیں) پھر ہر دو نلکیوں میں سے ایک ایک قطرہ لیکر چپٹے شیشہ کے ٹکڑے پر پھیلا لیا جائے (صفائح خردبینی تیار کر لیے جائیں) اور دونوں کو مناسب رنگوں کے ذریعہ رنگ دیکر خوردبین کے اندر باری باری دیکھا جائے۔ سفید دانوں کے اندر نگلے ہوئے جراثیم دکھائی دینگے۔ اب دونوں شیشوں کے سو یا پچاس سفید دانوں کے نگلے ہوئے جراثیم کو ہوشیاری سے شمار کر کے دونوں کی میزان کے درمیان تناسب دیکھا جائے۔ مثلاً اگر تندرست مصل والے نمونہ میں سو دانے میں ۲۴۰ جراثیم (مرض خناق کے) نکلیں اور دوسرے نمونہ میں صرف ۱۲۰ جراثیم سو دانے میں پائے جائیں تو معیار ملذذات $\frac{120}{240}$ = ۵ ہوگا جسکا یہ مطلب ہوگا کہ مریض کے مصل میں بہ نسبت تندرست شخص کے بہت کم اجسام ملذذہ ہیں۔ اس تجربہ کو اخذ کرنے میں بہت احتیاط کی ضرورت ہے کیونکہ اس میں کئی وجوہ سے غلطی ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

اجسام مُلذِّذہ۔ نہایت نازک ساخت کے ہوتے ہیں، زیادہ دیر رکھنے

۱ شیرہ۔ حلیب ۲ مستخلب } المشن	۳ حضانت تفریخ } ان کی بحث ۴ صفیحہ مجہریہ۔ فلم

سے وہ غائب ہو جاتے ہیں، اور متوسط درجہ کی حرارت پر (یا اس سے بھی کم) میں ہلاک ہو جاتے ہیں، اس خاصیت میں اور دیگر چند خصائص میں مواد حافظہ سے مشابہ ہیں۔ مواد حافظہ بلحاظ صفات "نوعی"[۵] حیثیت کے معلوم ہوتے ہیں (اگرچہ بعض حضرات اس امر میں متفق نہیں) ایک مریض میں معیار ملذ ذات ایک قسم کے جراثیم کے لئے تو اعلیٰ درجہ کا ہو سکتا ہے اور دوسرے جراثیم کے لیے کم درجہ کا۔ تندرست اشخاص معیار ملذ ذات کے لحاظ سے تقریباً ایک دوسرے سے مشابہ ہوتے ہیں۔ جراثیم خنازیر وسل (عصویات ورنیہ) کے متعلق یہ خصوصیت ہے کہ ایسے اشخاص میں جنہیں خنازیر وسل کا اثر نہیں ہے، یہ معیار ۱½ سے زاید یا ½ سے کم شاذ ہی مل سکتا ہے، اور مشتبہ حالتوں میں جب معیار مذکور اس درجہ سے مرتبۂ زائد یا کم ہو تو احتمال غالب ہے کہ مریض خنازیر وسل کا اثر رکھتا ہے۔ مگر بہت سے سل و خنازیر کے مرضیٰ میں معمولی درجہ کا (تندرست آدمی جیسا) معیار اکثر پایا جاتا ہے، اس وجہ سے اس طریقہ سے شناخت یقینی نہیں ہو سکتی + عام کلیہ ہے کہ امراض حارہ میں یہ معیار طبعی حالت سے کم پایا جاتا ہے، اور جوں جوں صحت ہوتی جاتی ہے یہ معیار بڑھ کر معمولی درجہ کے برابر یا اس سے زائد ہو جاتا ہے۔ معیار کا اس طرح بڑھنا بعض اوقات یکایک ظہور میں آجاتا ہے جیسا کہ ذات الریہ کے بہت سے مریضوں میں، یا بعض اوقات بتدریج ہوتا ہے جیسا کہ دماغی[۱] میننجی کی حالت میں ہوتا ہے۔ کبھی ایسا بھی دیکھا جاتا ہے کہ مرض بڑھ رہا ہے مگر معیار مذکور بہت زاید پایا جاتا ہے خصوصاً مرض سل میں

مناعت کے متعلق اجسام ملذ ذہ کی اہمیت کے بارہ میں سر دست یقینی فیصلہ نہیں ہوا ہے۔ اس میں شک نہیں کہ یہ اجسام مناعت میں کسی نہ کسی

---

[۵] یعنی ہر مرض میں یہ الگ الگ تیار ہوتے ہیں | [۱] دماغی۔ فرنکل۔

مستم کا حصہ تو ضرور لیتے ہیں مگر اکتساب مناعت میں یہ خاص اور ضروری وسائل نہیں ہیں۔ بعض محققین نے ان کی اہمیت کے باب میں بہت مبالغہ سے کام لیا ہے۔ غور سے دیکھا جائے تو ان اجسام کے انکشاف نے عمل مناعت کی توجیہہ کو اور بھی پیچیدگی بخشدی ہے۔

علامہ رائٹ نے معیار ملذ ذات سے ایک مفید کام لیا ہے، یعنی اسکی وساطت سے تلقیح[1] کی مقدار پچکاری کا تعین کرتا ہے، ہر پچکاری کے بعد معیار مذکور اپنی سطح سے تیزی کے ساتھ نیچے اتر آتا ہے (زمن سلبی[2]) اس کے بعد پھر معیار میں زیادتی ہوتی ہے اور وہ عموماً طبعی حالت سے زائد بلند ہو جاتا ہے (زمن ایجابی[3]) مریض کی حالت میں درستی و اصلاح خون کے اجسام ملذوذہ کی زیادتی کی وجہ سے نمایاں ہوتی ہے اور جب یہ زیادتی کمی سے بدلنے لگتی ہے تو تلقیح کی دوسری خوراک دیجاتی ہے۔ دوسری پچکاری زمن سلبی میں نہیں کرنا چاہئے ورنہ معیار اور بھی زیادہ پست ہو جائے گا۔ اور جسم مریض میں جراثیم کی زیادتی سے خطرہ کی حالت پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ اسی وجہ سے علامہ رائٹ پچکاری لگانے سے پہلے معیار ملذ ذات کا امتحان کرکے پچکاری کا تعین کر لیتا ہے اور وہی مقدار دیتا ہے جس سے معیار بلند تر ہو جائے مگر جوں ہی پچکاری کا اثر گھٹنے لگتا ہے اور معیار کی بلندی پستی سے بدلنے لگتی ہے کہ وہ دوسری پچکاری لگا دیتا ہے۔

مگر گذشتہ چند سال کے تجربہ نے اب بخوبی ثابت کر دیا ہے کہ ایسا دقت طلب امتحانِ چنداں ضروری نہیں ہے اب بیشتر اطباء یہ امتحان معمولی امراض میں نہیں کرتے بلکہ دیکھکر نتیجہ نکال لیتے ہیں کہ پچکاری کا اثر علاماتِ مرض پر کیا

[1] مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔ [2] زمن سلبی۔ نیگیٹو فیز [3] زمن ایجابی۔ پازی ٹوفیز۔

(اچھا یا بُرا) ہوا ہے۔ مثلاً مریض کا بخار کم ہوا یا نہیں، اوس کے زخم کے مواد یا درد کم ہوا یا نہیں، زخم اچھا ہونے لگا یا نہیں وغیرہ +

مگر جب ان علامات سے نتیجہ نکالنا ممکن نہ ہو، یا جب اندرونی عدوے (امراض معدیہ) خصوصاً حاد اور خصوصاً خطرناک قسم کے ہوں جیسے عفونت الدم یا التہاب احشیۂ قاعدۂ دماغ وغیرہ ہو تو معیار مذکور کا دریافت کرلینا ضروری ہے +

مناعت کی تحقیقات ونظریات کا عملی فائدہ۔ دو قسم کا ہے۔ (۱) تشخیص امراض میں (۲) علاج امراض میں۔

(۱) افادۂ تشخیص کی مثالیں یہ ہیں +

الصاق جراثیم کا عمل جیسا کہ علامہ وِدال کے طریقہ سے حمی معویہ کے جراثیم اکثر اور بعض دیگر امراض کے جراثیم کی شناخت کئے جاتے ہیں۔ اسی طرح وازرمن کا طریقہ آتشک کے جراثیم میں مستعمل ہے اور معیار ملذوذات دیکھنے کا عمل مختلف امراض میں برتا جاتا ہے +

(۲) علم علاج میں اس کا فائدہ نہایت اہم ہے اگرچہ اس میں ابھی بہت کچھ تحقیق کرنا باقی ہے +

الکتاب مناعت یا علاج امراض میں جن مواد و مرکبات جراثیمی سے کام لیا جاتا ہے وہ تین بڑے عنوانات میں منقسم ہیں: مادۂ تلقیح (یا تلقیح) مصل فاد سین۔ دوسرے مصل +

(الف) مادۂ تلقیح (تلقیح) مردہ جراثیم کے شیرہ کو کہتے ہیں۔ علاج امراض کے لئے اس کے بنانے کی ترکیب حسبِ ذیل ہے:۔

پہلے مریض کے جسم سے خالص جراثیم حاصل کیے جائیں اور ان کی کاشت مصنوعی

طور سے اُگائی جائے۔ اس کی تازہ ابتدائی کاشت کو مطہر معمولی سیال نمکین میں ملا کر شیرہ[1] بنا لیا جائے۔ اس شیرہ کو شیشہ کی نلکی میں بند کر کے مناسب حرارت (مثلاً ۳۷½ درجہ کی) نصف گھنٹہ تک پہونچائی جائے۔ تاکہ یہ مطہر ہو جائے۔ پھر اس کے ایک مکعب سینٹی میٹر (تقریباً ۱۵ بوند) میں جراثیم کتنے ہیں (مخصوص طریقہائے شمار کے ذریعہ) شمار کیا جائے۔ پھر جراثیم کے شیرہ میں $\frac{25}{1000}$ طاقت کا مطہر لیزول[2] یا حامض قطرانی کا محلول (سیال نمکین میں حل کیا ہوا) ملا کر اُسے ہلکا کر لیا جائے۔ جراثیمی شیرہ میں محلول قطرانی یا لیزول کتنی مقدار میں ملایا جائے اس کا تعین تو اصلی شیرہ میں جراثیم کی تعداد دیکھکر اور اس تعداد میں سے کتنے جراثیم ہر خوراک میں رکھنا مقصود ہے اس کے اندازہ سے ہو سکتا ہے۔ مختلف جراثیم کی مقدار خوراک مختلف رکھی جاتی ہے۔ مثلاً گریات عنقودیہ اور کرویات سوزاک کی برداشت اکثر بڑی مقدار میں ہو سکتی ہے (۵۰ کروڑ کی تعداد میں عموماً) برخلاف ازیں عصی قولونی بڑی مقدار میں شدید مقامی اور عمومی عوارض پیدا کر دیتے ہے لہٰذا اسے نسبتاً بہت کم مقدار میں دینا چاہئے۔ علاوہ ازیں چند روز کے استعمال کے بعد مریض خود زیادہ مقدار کی پچکاری برداشت کر سکتا ہے لہٰذا دورانِ علاج میں بتدریج مقدار پچکاری بڑھانا چاہئے۔

جہاں تک ممکن ہو مناسب تو یہ ہے کہ مادۂ تلقیح یا شیرۂ جراثیمی ہر مریض کے ذاتی جراثیم حاصل کر کے ادوسنے بنایا جائے کیونکہ مختلف مریضوں کے ایک ہی قسم کے جراثیم کے درمیان باریک اور خصوصی فرق ہوا کرتا ہے۔ اور دوسرے مریض کیلئے مادۂ تلقیح (تلقیح[3] ذخیرہ) بوجہ اس باریک فرق کے ممکن ہے کہ اوس قدر مفید نہ ثابت ہو جس قدر کہ مریض کے اپنے جراثیم سے بنا ہوا شیرہ۔ اس طرح خود مریض کے جراثیم سے بنے ہوئے مادۂ تلقیح کو تلقیح[4] ذاتی کہتے ہیں۔ لیکن اگر جراثیم از قسم کرویات

[1] شیرہ بنانا۔ کل ی ق کیشن۔
[2] لیزول۔ لائی سال
[3] تلقیح ذاتی۔ آرڈوٹوجے نس وکسین۔
[4] اسٹاک ویکسین

عنقودیہ۔ عقدیہ یا عصی قولونیہ ہوں تو یہ امر کچھ زیادہ ضروری نہیں ہے (علی الخصوص دونوں قسم اخیر میں) مگر چونکہ ذاتی مادۂ تلقیح کے بنانے، دیکھنے اور مطہر کرنے میں چند دنوں کا وقفہ لگجاتا ہے اس لئے ابتداء علاج پہلے سے بنے ہوئے مادۂ تلقیح (تلقیح ذخیرہ) کی خفیف مقداروں سے شروع کر دیا جائے +

موجودہ حالات میں مادۂ تلقیح کے استعمال کو جراحی علاج کا قایم مقام نہیں سمجھا جاسکتا۔ بلکہ وہ جراحی کے ساتھ ساتھ بطور امداد اضافی کے مستعمل ہے۔ خراج[1] کو نشتر سے قطع کرکے گرم پانی[2] سے خوب صاف کرنا چاہئے۔ اور اندر سے پیپ خارج ہونے کے لئے راستہ چھوڑنا چاہئے۔ اگر گہرا سوراخ یا ناسور[3] ہوگیا ہو۔ تو اُس کی تہ میں سے سڑی ہوئی مردہ ہڈی نکالنا چاہئے ان اعمال جراحی کے بعد مادۂ تلقیح[4] کا استعمال زخموں کے پُر اور مندمل ہونے میں بہت کچھ مدد ہوسکتا ہے۔ اور اس سے بیماری کا خاتمہ جلد ہوجاتا ہے۔ اسی طرح جن مریضوں میں اعمال جراحیہ یا جراحی علاج سے صحت کی صورت نہیں ہوتی ہو۔ یا جب عمل جراحی سے پہلے کچھ انتظار کرنا ہو۔ تو وہاں بھی عمل تلقیح کے ذریعہ علاج کی کوشش مناسب ہوتی ہے۔ مگر دنبل (دمامیل[4]) جراثیم[5] عنقودیہ کے مادۂ تلقیح کی ایک پچکاری سے (جس میں ۲۵ کروڑ سے ۵۰ کروڑ تک جراثیم کی مقدار ہو) نہایت حیرت انگیز طریقے سے اچھے ہوجاتے ہیں اور ان میں عمل جراحی کی ضرورت پیش نہیں آتی +

(۲) مصل[6] فادسمین۔ اس زمرہ میں خصوصاً فادسمین کزاز۔ خناق وبائی اور پیچش قابل تذکرہ ہیں۔ جیسا کہ پہلے تشریح کی گئی ہے۔ مصل فادسمین میں ایسے اجزاء ہوتے

نشتگاف

آزمائش

[1] خُراج۔ ابسس	[4] دمامیل۔ بوائلز۔
[2] ناسور۔ سائنس۔	[5] جراثیم عنقودیہ۔ اسٹے فیلوکاکائی۔
[3] مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔	[6] مصل فادسمین۔ اینٹی ٹاکسک سیرم

ہیں۔ جو جراثیم کے سمیات بیرون خلیہ[1] کو بے اثر[2] بنا دیتے ہیں۔ مگر ایسے یقینی مصل ابھی تک تیار نہیں ہو سکے ہیں۔ جو سمیات اندرون[3] خلیہ کو بے ضرر کرنے میں کارگر ہو سکیں۔ مصل کے متعلق قابل عزیہ امر ہے۔ کہ اس کے استعمال میں سمین کو بے ضرر کر دینے کی خاصیت ہے۔ بشرطیکہ مصل کو سمین سے منفصل ہونے کا موقعہ اس سے قبل نہ ملے کہ سمین خلیات جسم سے قرب اتصال پاکر ان کو زخمی کرنے کا موقعہ حاصل ہو۔

یہی وجہ ہے جس کی بنا پر مصل کو جلد سے جلد لگانا نہایت اہم اور ضروری ہے تقلیل وقت کیلئے بجائے احتقان جلدی[4] کے احتقان وریدی[5] دینا بھی ممکن ہے کیونکہ اس سے بھی جلد اثر ہوتا ہے اور خصوصاً خناق و با ئی کا فا دسمین تو چھ بیس گھنٹہ تک جلد سے پورا پورا جذب بھی نہیں ہوتا۔ احتقان وریدی کی ترکیب نہایت سادہ ہے پہلے مصل کو حرارت بدنیہ کے درجہ تک گرم کر لیا جائے، پھر ایک شیشہ کی پچکاری (محقنہ جلدیہ[6]) کو مطہر کر کے اوس میں بھر لیا جائے۔ پھر کہنی کے سامنے کی بڑی ورید کے مقام پر جلد کو دافع عفونت عنولات[7] سے مصفی و مطہر کر کے ورید کے بالائی حصہ کو ہاتھ کے انگوٹھے یا پٹی سے دبا کر اوس میں خون جمع ہونے دیا جائے۔ اس ترکیب سے ورید خون سے پُر ہو کر خوب اوبھر جائے گی۔ پھر پچکاری کی ڈنڈی کو دبا کر اندر سے سب ہوا بخوبی نکال لی جائے اور پھر سوئی اوبھری ہوئی ورید میں ترچھی داخل کی جائے۔ تقریباً ½ قیراط[8] کے سوئی ورید کے اندر آہستہ سے داخل کرنی چاہئے اور جب وہ ورید کے اندر پہونچ جائے گی تو پچکاری کے اندر خون کا داخل ہونا نظر

---

[1] بیرون خلیہ۔ اکسٹرا سیلولر۔
[2] بے اثر۔ متعادل۔ نیوٹرے لائزڈ۔
[3] اندرون خلیہ۔ انٹرا سیلولر
[4] احتقان جلدی۔ ہائپوڈرمک انجکشن۔
[5] احتقان وریدی۔ وینس انجکشن۔
[6] محقنہ جلدیہ۔ ہائپوڈرمک سرنج
[7] دافع عفونت عنولات۔ انٹی سپٹک لوشن
[8] قیراط۔ ارنج۔

آئے گا۔ جوں ہی خون نظر آوے، ورید کو دبانے والا انگوٹھا یا پٹی ہٹالی جائے (تاکہ سیلانِ خون میں رکاوٹ نہ رہے) اور آہستہ آہستہ پچکاری کی ڈنڈی دبا کر مصل کو داخل ورید کیا جائے۔ مرضِ کزاز میں وریدی پچکاری دینے کی چنداں ضرورت نہیں ہے۔ اگرچہ سرعت تاثیر کے لئے پہلی پچکاری اس طریقہ سے دے سکتے ہیں۔

(۳) دیگر اقسام مصل۔ یہ دافع جراثیم (قاتل جراثیم) اثر رکھتے ہیں کیونکہ ان میں مادۂ حیہ[1] ہوتا ہے یا ان کی وجہ سے ہجوم[2] بیضاوات کا عمل طاری ہوتا ہے۔ شفائے مرض کے لئے عموماً یہ مصل، مصل فاوسین کی طرح مفید نہیں ہیں۔ مگر جہاں فاوسین یا مادۂ تلقیح[3] (شیرۂ جراثیمی) موجود نہ ہوں ان کا لگانا خالی از فائدہ نہیں۔

جراحیات میں اس زمرہ کے حسب ذیل مصل اہم ہیں۔

(الف) مصل[4] ضد کرویاتِ عقدیہ (مقلد پچکاری ۷، ابونڈ ۳۴۰ بونڈ تک) گھوڑوں کے جسم میں جراثیم عقدیہ صدیدیہ[5] داخل کرکے اونکو محفوظ (منیع[6] بنا کر یہ مصل طیار کیا جاتا ہے۔ چونکہ جراثیم عقدیہ صدیدیہ کے بہت سے اقسام ہوتے ہیں اور مختلف ذرائع سے حاصل کردہ نمونہ جات میں جراثیم کے درمیان باریک باریک فرق ہوتا ہے اور ایک قسم کے جراثیم سے بنا ہوا مصل دیگر اقسام کے خلاف اثر نہیں رکھ سکتا۔ اس لئے مصل[7] کثیر الاقسام (جو مختلف ذرائع سے حاصل کردہ جراثیم کی کاشتیں لیکر گھوڑوں میں تلقیح کرکے بنایا جاتا ہے) کا استعمال جہاں تک ممکن ہو کرنا اولیٰ ہے۔ اگر ایک دفعہ کی پچکاری کے بعد کوئی ممتاز فائدہ

---

[1] مادۂ حیہ۔ امبوسپٹر۔
[2] ہجوم بیضاوات۔ فیگوسائی ٹوسس
[3] مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔
[4] مصل ضد کرویات عقدیہ اینٹی اسٹرپٹوکوکس سیرم
[5] جراثیم عقدیہ صدیدیہ۔ اسٹرپٹوکوکس پیوجینس
[6] منیع۔ امیونائزڈ۔
[6] مناعت پیدا کرنا۔ تحصین۔ امیونائزنگ
[7] مصل کثیر الاقسام۔ پولی ولنٹ سیرم

نظر نہ آئے تو دوسری خوراک کسی دوسری تجربہ گاہ[1] (معمل) میں بنے ہوئے مصل کی لیکر لگانا چاہئے، کیونکہ ایک مصل ایک مخصوص مریض میں مفید ہو سکتا ہے اور دوسرا کسی دوسرے مخصوص مریض میں۔ اگر مصل کی پہلی پچکاری کے بعد نمایاں فرق معلوم ہو خصوصاً حرارت کم ہو جائے تو پھر اُسی مصل کو جاری رکھنا بہتر ہے اور دوسری قسم کا نہیں دینا چاہئے۔ بعض اوقات جبکہ پچکاری کے بعد عارضی حرارت (غالباً جراثیم عقدیہ کے گھل جانے اور اون کی سمین کی علحدگی کے باعث) ہو جاتی ہے تو ایسی حرارت لازماً کوئی خراب علامت نہیں ہے۔ بلکہ اکثر اس کے بعد مریض کو نمایاں افاقہ معلوم ہوتا ہے +

(ب) مصل[2] ضد جرثومہ خبیثہ۔ اس ملک میں "اسقلادہ[3]" کا بنایا ہوا مصل عام طور پر مشہور ہے، اور جرثومہ مقای (شبرۂ[4] خبیثہ) میں نہایت کامیاب نتائج پیدا کرتا ہے۔ پچکاری دینے سے ۲۴ گھنٹے کے اندر فائدہ معلوم ہونے لگتا ہے +

(ج) مصل[5] ضد کردیات ذات الریہ (ساختہ پین یا رور) جراثیم ذات الریہ کے شدید عدوی میں اسکو آزمانا چاہئے خصوصاً عفونت الدم[6] اور التہاب صفاق[7] جیسے بعض امراض میں جو ان جراثیم سے پیدا ہوئے ہوں۔ اس کا استعمال مفید پایا گیا ہے۔ بعض اوقات جبکہ جراثیم ذات الریہ کے اثر سے قرنیہ[8] میں قرحہ دابہ[9] بنجاتا ہے۔ تو اس مصل کے استعمال سے نہایت مفید اثر ہوتا ہے +

اور بھی بے شمار مصل ہیں۔ جن کا بیان یہاں ضروری نہیں +

[1] تجربہ گاہ۔ معمل۔ لیبوٹری۔
[2] مصل ضد جرثومہ خبیثہ۔ اینٹی انتھرک سیرم
[3] اسقلادہ۔ اسکلے دو۔
[4] بثرۂ خبیثہ۔ ملگنٹ پسچیول۔
[5] مصل ضد کردیات ذات الریہ۔ اینٹی نیمو کوکک سیرم
[6] عفونۃ الدم۔ سپٹی سیمیا۔
[7] التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس۔
[8] قرنیہ۔ کارنیا۔
[9] قرحہ دابہ۔ اسرسرپنس دیا اسرپیجنس کسر

عوارض مصل[1]

بعض اوقات مصل کی مقدار کثیر دینے کے بعد آٹھ یا بارہ روز زمدت حضانت[2] کے اندر یا اس کے بعد مریض میں بعض عجیب و غریب علامات نمودار ہو جاتی ہیں۔ منجملہ ان کے خاص علامات یہ ہیں۔ بخار۔ جلد بدن پر دَدوڑے[4]۔ (شری[5] یعنی پتی۔ خسرہ[8]۔ یا سرخ بخار[6] کے دانوں کے مانند) اکثر شدید خارش کے ساتھ غدد[7] جاذبہ کا پھول جانا (مقام عدوی کی متعلقہ گلٹیوں میں) جوڑوں میں درد (خصوصاً مشط اور انگلیوں کے جوڑ۔ پہونچے اور گھٹنے کے جوڑ میں) خون کے سفید دانوں[9] کی کثرت +

یہ علامات گو اچھے نہیں ہیں۔ مگر خطرناک نہیں ہوتے اور چند روز میں عموماً شفاء کلی ہو جاتی ہے +

برائے حفظ ماتقدم پچکاری کے وقت اور ایک دو روز بعد تک کلسیم بن آگین[10] ۵ قمحہ[11] کی مقدار میں استعمال کریں۔ جس سے علامات رُک جاتی ہیں۔ یا کم ہو جاتی ہیں یہ ایک کامیاب علاج ہے +

فقد الحمایت[12]

یہ حالت شدید اور انتہائی استعداد و تاثیر کی ہے جو مواد ملحمہ[13] مثلاً مصل خون

---

۱ عارض مصل۔ سیرم ڈیزیز۔
۲ مدت حضانت۔ پیریڈ آف انکوبے شن۔
۳ آزہ تفریخ۔ سیونی۔ انکوبے ٹر۔
۴ دَدوڑے۔ طفح۔ رَیش۔
۵ شری۔ پتی۔ ارٹی کیریا۔
۶ سرخ بخار۔ اسکارلے ٹینا۔
۷ غدد جاذبہ۔ لمفے ٹک گلینڈز۔
۸ خسرہ۔ ماربلائی۔
۹ لیکوسائی ٹوسس۔
۱۰ کلسیم بن آگین۔ کیلشیم لیک ٹیٹ۔
۱۱ قمحہ گرین۔
۱۲ فقد الحمایت۔ انافائی لیک سس
۱۳ مواد ملحمہ۔ پروٹیڈ سبس ٹینس۔

سفیدی بیضہ جراثیمی سمین لحمی وحیوانی اشیاء کے لئے، ان کی پچکاری لینے کے بعد مریض میں پیدا ہو جاتی ہے، یعنی ان اجزاء میں سے کسی کی پچکاری لینے کے بعد پھر مریض میں ان کی قوت برداشت نہیں رہتی اور ان کی خفیف مقدار (مقدار غیر مسم[1]) بھی مریض میں غیر طبعی تاثر پیدا کر دیتی ہے۔ یہ حالت ایک ہی پچکاری یا بہت سی پچکاریوں کے بعد نمودار ہو سکتی ہے۔ مثلاً اگر گھوڑے کا مصل کسی جانور میں ایسی کم مقدار میں لگایا جائے جو زہر کے درجہ تک نہ ہو، اور پھر مناسب وقفہ کے بعد دوسری پچکاری بھی اسی طرح کم مقدار میں دی جائے، تو حالت ذکاوت جس میں دوسری مقدار دینے کے بعد علامات[2] سمیت پیدا ہوتی ہیں۔ جو بعض اوقات مہلک بھی ہو سکتی ہیں۔ ایسی ذکی الحسی پچکاری کے بعد آٹھ سے بارہ روز میں پیدا ہو کر نامعلوم مدت تک قایم رہ سکتی ہے۔ مثلاً کولھے کی ہڈی کے سلعہ[4] لحمیہ میں سیال[5] کولی (کولی کا بنایا ہوا) کے متواتر استعمال نے نہایت فائدہ بخشا تھا۔ اس دوا کی پچکاریاں لگائے جانے کے ایک عرصہ دراز کے بعد پھر اسی دوا کا صرف نصف قطرہ اسی مریض کو لگایا گیا جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ مریض کو نہایت شدید بخار (۱۰۴ درجہ کا) ایک ہفتہ سے زائد تک آتا رہا جو بتدریج معمولی حرارت بدنیہ کے درجہ تک اترا۔

اسباب۔ اس قسم کے مظاہرات کے اسباب وعلل کیا ہیں ابتک اس کی تحقیق نہیں ہو سکی ہے۔

علاج[6]۔ محض عوارض و علامات کو کم کرنے کی غرض سے کیا جاتا ہے۔

---

۱ مقدار غیر مسم۔ سب ٹاکسک ڈوز

۲ مقدار مسم۔ ٹاکسک ڈوز

۳ علامات ہلاکت۔ فیٹل سمپٹمس۔

۴ سلعہ لحمہ۔ سارکوما۔

۵ سیال کولی۔ کولیز فلوڈ۔

۶ علاج عوارض۔ سمٹومے ٹک ٹریٹمنٹ

باب دوم

الالتہاب۔ ورم حار

الالتہاب[1] اُس سلسلۂ تغیرات کو کہتے ہیں جو زندہ ساخت میں کسی عارض[2] یا صدمہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ بشرطیکہ (الالتہاب پیدا کرنے والی) جراحت یا ضرب ایسے شدید درجہ کی نہ ہو کہ ساخت ماؤف کی بناوٹ اور قوت[3] حیات کو فی الفور باطل کر دے۔" یہ تعریف ایک محقق[4] نے ۱۸۱۸ء میں کی تھی۔ اور کافی طور پر صحیح ہے۔ بشرطیکہ اس میں اس بات کو بھی بخوبی بطور حقیقت مسلمہ کے تصور کر لیا جائے کہ اس جراحت کے ساتھ ساتھ عموماً کوئی قابل[4] انحلال کیمیاوی مبیعہ[5] و سوزش پیدا کرنے والا) اور بیشتر اوقات کوئی سمیت جراثیمی بھی مخلوط ہو کر داخل ہو جاتی ہے۔ علاوہ ازیں مجروح ساخت میں جو آخری مدارج التحام[6] ظاہر ہوتے ہیں وہ بھی عمل الالتہاب کے سلسلہ سے خارج ہیں۔ گذشتہ زمانہ میں ماہران[7] علم الامراض الالتہاب کو ہمیشہ ایک عمل تلف و فساد اور باعث مضرت سمجھتے تھے۔ مگر زمانۂ موجودہ میں عالمان[8] علم الجراثیم نے تحقیق سے ثابت کر دیا ہے کہ سلسلۂ الالتہاب اگر مناسب ضبط و تنظیم کے ساتھ محدود و جاری رکھا جائے تو وہ حفاظت و وقایت کا ایک قدرتی عمل ہے۔ کیونکہ یہ قدرت کا ایک ایسا حربہ ہے۔ جس کے اثر سے مضرت رساں اور خطرناک اجساد[9]

ام التیام = اہتمالی

۱ بلڈون سینڈرسن۔	۵ مبیع کیمیائی۔ کیمیکل اری ٹینٹ
۱ الالتہاب۔ انفلامے شن۔	۶ التحام۔ ہیلنگ۔
۲ عارض۔ ان جری۔	۷ ماہران علم الامراض۔ پیتھالوجسٹ
۳ قوت حیات۔ وی ٹے لیٹی۔	۸ عالمان علم الجراثیم۔ بیکٹیریالوجسٹ
۴ قابل انحلال۔ سولیوبل۔	۹ اجساد دقیقہ۔ مائکرو آرگنزم۔

دقیقہ (جراثیم) آگے بڑھنے سے رُک جاتے ہیں۔ اور بالآخر جسم سے خارج ہو جاتے ہیں۔ مگر کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ جراثیمی حملہ کے بعد نظام جسم کی طرف سے جو جوابی عملِ مدافعت (یعنی الالتہاب) ظاہر ہوتا ہے وہ ایسا سخت اور شدید ہوتا ہے کہ اس سے مرض کی حفاظت کی بجائے خطرات بڑھ جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں خود جراثیم کے سمیات مریض کی ہلاکت کا باعث ہو سکتے ہیں +

اسباب الالتہاب: یہ مختلف و متعدد ہیں۔

عموماً الالتہاب جراثیم کے باعث پیدا ہو جاتا ہے (علم الجراثیم کے بیان میں اُن مقامی اور عمومی حالات و اسباب کا تذکرہ ہو چکا ہے جن سے انسان میں جراثیم سے متاثر ہونے کی استعداد و قابلیت پیدا ہو جاتی ہے اور جو الالتہاب کی پیدائش میں مدد ہوتے ہیں) +

الالتہاب کے اسباب کو پہلے دو جماعتوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ اسبابِ سابقہ یا مُعِدہ اور اسبابِ واصلہ یا محرکہ +

(۱) **اسباب سابقہ یا مُعِدّہ۔** جن کی وجہ سے عضو میں الالتہاب کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ وہی اسباب ہیں جن سے جسم کی قوتِ مدافعت یا عضو کی قوت حیوانیہ کم ہو جاتی ہے اور جس کی وجہ سے بیرونی موذیات بآسانی مضرت پہونچا سکتے ہیں۔ اسباب سابقہ یا مُعِدہ دو قسموں میں تقسیم ہو سکتے ہیں جو درج ذیل ہیں:-

(الف) مقامی اسباب سابقہ۔ مثلاً۔

دورانِ خون کی خرابی۔ دورانِ خون کا غیر معمولی طور پر تیز یا سُست ہونا جیسا کہ

۱ جوابی عمل { تفاعل / ری ایکشن	۳ اسباب واصلہ { محرکہ / انفیکشنگ کاز
۲ اسباب سابقہ { مُعِدّہ / پری ڈسپوزنگ کاز	۴ قوت حیوانیہ۔ ویٹالیٹی۔

عوارض عروق میں قلت الدم[1] سے ہو سکتا ہے، یا دباؤ وغیرہ کے باعث استلاء دم[2] سے واقع ہوتا ہے +

بعض مخصوص قسم کی ساختیں، مثلاً اغشیۂ مائیہ[3] اور اغشیۂ زلالیہ[5] اپنی مخصوص ساخت و بناوٹ کے لحاظ سے بمقابلہ اغشیۂ مخاطیہ[4] قبولِ التہاب کی زیادہ استعداد رکھتی ہیں۔ بشرطیکہ ان کی فضاؤں کا تعلق بیرونی ہوا سے قایم ہو جائے +

جو عضو ایک مرتبہ ملتہب ہو چکا ہے، وہ شفایاب ہونے کے بعد بھی دوسری مرتبہ التہاب میں مبتلا ہونے کی مخصوص اور زیادہ استعداد رکھتا ہے +

(ب) عام اسباب سابقہ۔ خون کی ترکیب کا فاسد و ناقص ہو جانا بوجہ بڑھاپے کے، یا امراض و موذیات سمیہ کے باعث مثلاً

کثرتِ استعمال شراب یا پارہ، سیسہ نوشین[6] رفاس فوس کے استعمال سے فساد خون کا ہو جانا۔ کیمیادی فاسد مواد کا خون میں جذب ہونا جیسے ذیابیطس[7] سکری نقرس[8]، وجع المفاصل[9] وغیرہ میں ہوتا ہے +

خون کے فضلات کا طبعی طور پر خارج نہ ہونا جیسے گردہ کے بعض امراض میں ہوتا ہے +

خون کے معمولی اجزاء میں تغیر واقع ہونا جیسے فقر الدم[10]۔ داء الحفر[11] یمیات جراثیمی مثلاً خنازیر[12]۔ آتشک[13] وغیرہ +

---

۱ قلت الدم۔ انیمیا۔
۲ استلاء دم۔ کنجس چن
۳ اغشیۂ مائیہ۔ سیرس ممبرین۔
۴ " مخاطیہ۔ میوکس ممبرین۔
۵ " زلالیہ۔ سائنوویل ممبرین
۶ نوشین۔ فاسفورس۔
۷ ذیابیطس سکری۔ ڈایابیٹیز میلی ٹس
۸ نقرس۔ گاؤٹ۔
۹ وجع المفاصل۔ روماٹزم
۱۰ فقر الدم۔ انیمیا۔
۱۱ داء الحفر۔ اسکروی ریا) اسکاربیوٹس
۱۲ خنازیر۔ اسکافیولا۔
۱۳ آتشک۔ سفلس۔

(۲) اسباب واصلہ یا محرکہ۔ یہ وہ ہیں جن سے خراش پیدا ہوتا ہے اور ورم کا سبب بنتا ہے انکو "اسباب مُہیجہ[1]" کہتے ہیں۔ جو چار قسم کے ہوتے ہیں +

۱۔ مُہیجات[2] آلیہ:۔ جیسے ضرب۔ زخم۔ صدمہ۔ رگڑ۔ تناؤ۔ دباؤ۔ کھنچاؤ۔ موچ گھونسہ وغیرہ +

۲۔ مُہیجات طبعیہ[3] (الف) حرارت۔ احتراق (جلنا) پانی یا آگ کے اثر سے +

(ب) برودت۔ سردی۔ یخ بستگی۔

(ج) برقی تموجات۔ یہ یا تو طبعی[4] برق و رعد کے اثر سے صدمہ پیدا کردیں یا غیر طبعی[5] ہوں جیسے کہ شدید اور طاقت دار مصنوعی تموجات برق، جو طبیب یا جراح علاج کے لئے استعمال کرتا ہے، یا جو مصنوعات میں روشنی پیدا کرنے، گاڑیوں کو چلانے اور کھینچنے کے لئے مستعمل ہیں +

۳۔ مُہیجات سمیہ:۔ انکی چند قسمیں ہیں:۔

(الف) مہیجات کیمیاوی[6] یہ۔ حموضات[7] (تیزابات) قلیات[8] (کھار)

(ب) سمیات نباتیہ۔ شاذر و عن جمال[9] گوند۔ روغن خروَل[10] +

(ج) سمیات حیوانیہ۔ مثلاً ذرائح[11] (تتلی مکھی) بعض برساتی کیڑے جن کے اثر سے ورم یا آبلہ پیدا ہوجاتا ہے۔ حشرات الارض کا ڈنک مارنا یا ڈسنا وغیرہ +

(د) اجراثیم یا اجساد دقیقہ[12] (انکا مفصل بیان علم الجراثیم کے باب میں درج ہوچکا ہے)

---

[1] مہیجہ۔ اری ٹینٹ۔
[2] مہیجات آلیہ۔ میکانیکل اری ٹینٹ۔
[3] مہیجات طبعیہ۔ فزیکل اری ٹینٹ۔
[4] مہیجات کیمیاویہ۔ کیمیکل اری ٹینٹ۔
[5] حموضات۔ ایسڈز۔
[6] قلیات۔ الکلیز
[7] روغن جمال گوند۔ کروٹن آئل۔
[8] روغن خروَل۔ مسٹرڈ آئل
[9] ذرائح۔ کنتھریز فلائی (یا) بلسٹر
[10] اجساد دقیقہ۔ مائیکروآرگنزم

انتباہ۔ اسباب الالتہاب کے ضمن میں یہ ظاہر کر دینا ضروری ہے کہ بہت سے اوستادان فن، جن کی سند مستند مانی جاتی ہے۔ اُسی الالتہاب کو اصلی و حقیقی مانتے ہیں جو جراثیمی ہیجانات کے اثر سے پیدا ہوا ہو یہ لوگ غیر جراثیمی اسباب طبعیہ آلیہ وغیرہ (جن کا تذکرہ اوپر ہوا ہے) کے اثر سے پیدا شدہ الالتہاب کو اصلی الالتہاب یا جسم کا جوابی عمل مدافعت اصلی و صحیح معنوں میں نہیں سمجھتے +

ظواہر الالتہاب۔ الالتہاب کی ماہیت کو ذہن نشین کرنے کے لئے حیوانات پر تجارب کیے جاتے ہیں اور اصلی الالتہابی حالت کی چشمدید کیفیت سے بصیرت حاصل کی جاتی ہے۔ چنانچہ اگر زندہ مینڈک کے پنجہ کی جھلی کو پہلے خوب تان کر خوردبین کے نیچے پھیلا دیا جائے اور بغور دیکھا جائے تو سیلان خون کی طبعی کیفیت کا عجیب و غریب نظارہ آنکھوں کے سامنے پیش ہوگا +

(الف) بحالت صحت شریانوں۔ وریدوں اور عروق شعریہ[۲] میں خون بہتا ہوا نظر آئے گا۔ سیلان خون کا اندازہ کریات[۳] دمویہ کی نقل و حرکت سے بخوبی ہوگا۔ کریات[۴] حمراء یعنے خون کے سُرخ دانے زہر منفرد کریہ دوسرے کُریہ سے جُدا جُدا خون کے بہاؤ کے وسطانی یا مرکزی حصے میں بہتے ہوئے نظر آئیں گے اور اس کے گرد یعنے عروق کا محیطی حصہ جو کریات سے معرا ہوتا ہے۔ بے حرکت و بے رنگ نظر آئے گا مگر اس میں بعض بعض کریات بیضاء[۵] یعنے خون کے سفید دانے آہستگی و سُست رفتاری کے ساتھ بہاؤ میں لڑھکتے ہوئے نظر آوینگے۔ گاہے بعض سفید دانے سُرخ دانوں کے درمیان مرکزی حصہ میں بھی دکھائی دینگے۔ شریانیں کہیں پتلی

---

۱ ظواہر۔ فنامینا۔
۲ عروق شعریہ۔ کیپلریز
۳ کریات دمویہ۔ بلڈ کارپسکلز
۴ کریات حمراء۔ ریڈ کارپسکلز
۵ کریات بیضاء۔ لیوکوسائٹس

اور کہیں موٹی نظر آئیں گی۔ حالتِ صحت میں خون کے دانے ایک دوسرے کے ساتھ چسپاں نہیں ہوتے ۔

(ب) شرائین صغیرہ[1] کے جوف میں مسلسل[2] وستوی تغیرات نظر آئیں گے یعنی اُنکی جسامت ایک قسم کی ترتیب و باقاعدگی کے ساتھ متواتر کم و بیش ہوتی ہوئی دکھائی دے گی۔ شرائین صغیرہ کی جسامت کا یہ اختلاف قلب کی حرکات کے اثر سے تو بے تعلق ہوتا ہے مگر عروق شعریہ کے اندر کے سیلانِ خون پر اس مد و جزر تغیر کا نمایاں طور پر اثر ہوتا ہے ۔

(ج) کریات حمرا کی جسامت میں بھی تغیرات نظر آئیں گے، جو بیشتر روشنی کے اثر سے نمایاں ہوتے ہیں، یعنے جب روشنی زیادتی کے ساتھ ہوگی تو یہ سُرخ دانے سکڑ جائیں گے اور جب روشنی کم ہو جائے گی تو یہ دانے پھیل جائیں گے ۔

۱۰ التہاب حاد[3] میں عروق کے تغیرات۔ اب اگر مینڈک کے پنجہ پر کوئی تیز یا مہیج مرکب (مثلاً نمک طعام کی ایک کنکری یا قدرے نوشادریہ[3a]) لگا دیا جائے اور پھر پنجہ کی جھلی کو خوردبین کے نیچے رکھکر دیکھا جائے تو ابتداءً جھلی کے شرائین صغیرہ تھوڑی دیر کے لئے عارضی طور پر سکڑ جائیں گی۔ لیکن یہ عارضی انقباض چنداں اہمیت نہیں رکھتا اور صرف ایسے ہی التہاب میں عموماً نمودار ہوتا ہے جو تجربۃً مہیجات کے اثر سے پیدا کیا گیا ہو۔ اس عارضی انقباض کے بعد ہی فوراً ملتہب حصہ میں امتلاء[4] دموی واقع ہو جاتا ہے اور یہ اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ حصہ ماؤف کے عروق بہ سرعت[5] پھیل جاتے ہیں اور یہ استرخاء[6] دیرپا ہوتا ہے

۱ شرائین صغیرہ۔ آرٹری اولز۔	۴ امتلاء دموی۔ کنجسچن
۲ مسلسل وستوی۔ رِتھمیکل	۵ سرعت و دوران۔ اکسلریشن
۳ حاد۔ اکیوٹ۔	۶ استرخاء۔ ڈائلیٹیشن۔
۳a نوشادریہ۔ ایمونیا۔	

اس مقام کا دوران خون تیز ہو جاتا ہے (سرعتِ دوران) غالباً یہ استر خاشرائین صغیرہ کے اندر کے مقامی محرک اعصاب میں بعض تغیرات پیدا ہو جانے کی وجہ سے ظہور میں آتا ہے۔ دورانِ خون کی سرعت کچھ وقفہ کے لئے تو جاری رہتی ہے مگر بالآخر خون کا بہاؤ بتدریج سست پڑتا جاتا ہے گویا رفتار خون کو آہستہ آہستہ کوئی چیز آگے بڑھنے سے روک رہی ہے (مزاحمت[1] دوران) اس کے بعد ایک ایسا وقفہ نمودار ہوتا ہے جس میں خون کے دانے، جو پہلے جدا جدا بہ رہے تھے۔ ایک جگہ مجتمع ہو کر ٹھہر ٹھہر کر اور رُک رُک کر آگے قدم رکھتے ہیں اور کبھی آگے بڑھتے ہیں اور کبھی پیچھے ہٹتے ہیں۔ اس حالت کو ذبذبہ[2] کہتے ہیں بالآخر ایک ایسی حالتِ جمود پیدا ہو جاتی ہے کہ دورانِ خون بند ہو کر رُک جاتا ہے (اس حالت کو حالتِ وقوف یا رکود[3] کہتے ہیں) اس وقوف یا رکود کا نتیجہ بعض حالات میں تو یہ ہوتا ہے کہ عروق کے اندر حقیقی انجادِ خون واقع ہو کر عروق کو قطعی بند کر دیتا ہے۔ اس حالت کو انسداد[4] کہتے ہیں اور اوس منجمد خون کو جو رگوں کے اندر جکڑا ہوا بند کر دیتا ہے سُدّہ[5] کہتے ہیں۔

مندرجۂ بالا اعمال کے دوران میں عروق کی دیواروں اور اجزاء خون کے باہمی طبعی تعلقات و اوضاع میں بھی بعض تغیرات واقع ہو جاتے ہیں اور اس کا باعث یہ ہے کہ خود عروق کی دیواروں میں بعض غیر محسوس تبدیلیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ خون کی ترکیب و ساخت کی کوئی تبدیلی یہ تغیرات نہیں پیدا کرتی۔ چنانچہ جیسے ہی استرخاء عروق واقع ہوتا ہے خون کے سفید دانے عروق کی دیواروں سے

[1] مزاحمت۔ ریٹارڈیشن۔
[2] ذبذبہ۔ آگزیلیٹیشن۔
[3] وقوف یا رکود۔ اسٹیسس
[4] انسداد۔ تھرامبوسس۔
[5] سُدّہ۔ تھرامبس۔
[6] سرعتِ دوران۔ اکسلریشن۔

متصل ہو کر بہاؤ کے غیر متحرک محیطی طبقہ میں، مجتمع ہو جاتے ہیں۔ گویا وہ اپنی ہمراہی فوج کی قطار سے علٰحدہ ہو کر بچھڑ جاتے ہیں۔ اولاً سفید دانوں کا اجتماع وریدوں میں شروع ہوتا ہے۔ پھر عروق شعریہ میں اور آخر کار شریانوں میں۔ خون کے سفید دانے بھی، جو ابتداءً ایک دوسرے سے علٰحدہ علٰحدہ بہتے چلے جاتے تھے اب ایک دوسرے کے ساتھ پیوستہ ہونے لگتے ہیں اور عروق کی دیواروں کے ساتھ چسپاں ہوتے جاتے ہیں، مگر خون کے سفید دانے بمقابلہ سُرخ دانوں کے عروق کی دیواروں سے زیادہ چسپاں ہوتے ہیں۔

مندرجہ بالا تمام تغیرات کو مجموعی طور سے امتلاءِ دموی[1] کہتے ہیں۔

تغیراتِ عروق میں دوسرا اہم واقعہ اخراجِ رطوبت یا ترشّح[2] ہے جو نہایت ابتدائی منزل میں ہی نمودار ہونے لگتا ہے۔ خون کا ہر ایک جزو اس عملِ ترشّح میں حصہ لیتا ہے۔ یہ پہلے ہی بتایا گیا ہے کہ خون کے سفید دانے عروق کی دیواروں کے قریب یعنے محیطی حصہ میں مجتمع ہو جاتے ہیں۔ یہاں اس اجتماع کے دو وجوہ ہیں، اوّل تو عروق کی دیواروں میں بطور خود چند تغیرات واقع ہوتے ہیں جن کی وجہ سے یہ دیواریں زیادہ چپ چپی (لزج) ہو جاتی ہیں اور دانوں کو چسپاں کر لیتی ہیں۔ دوئم جراثیمی مرکبات کی کشش (جسے ہم کششِ جراثیمی[3] کے نام سے یاد کر چکے ہیں) انھیں اپنی طرف کھینچ لیتی ہے۔ الغرض خون کے سفید دانے عروق کی دیواروں کے قریب بکثرت جمع ہو جاتے ہیں۔ اور دوسری تبدیلی جو اس کے بعد واقع ہوتی ہے یہ ہے کہ یہ سفید دانے عروق کی دیواروں کے اندر گھُس کر اونکے باہر آجاتے ہیں۔ یہ نقل و حرکت بالخصوص وریدوں کی دیواروں میں زیادہ

[1] امتلاءِ دموی۔ ہائی پریمیا۔
[2] ترشّح۔ اگزوڈے شن۔
[3] کشش جراثیمی۔ بیکٹیریل انی ٹی۔

نمایاں ہوتی ہے اور اوس کے بعد عروق شعریہ میں۔ یہ عملِ اخراج و ترشح خصوصی طور پر ایک قسم کی قوتِ حیوانی[1] کا ظہور ہے اور حوینہ[2] متشکلہ کی سی حرکت[3] کے ذریعہ انجام پاتا ہے۔ پہلے تو عروق کی غشائے[4] مبطن کے خلیات[5] میں بوجہ عملِ التہاب کے تفرقِ اتصال واقع ہوتا ہے۔ پھر انہی خلیات کے مابین مقامات تفرق میں سفید دانوں کے باریک زوائد (جسکو یہاں تشبیہاً ہاتھ کہا جاسکتا ہے) گھس جاتے ہیں۔ اور مادۂ حیات[6] دانوں سے بہ کر ان زوائد میں آنے لگتے ہیں۔ حتی کہ غشاء مبطن کے اجزاء و عناصر ایک دوسرے سے زیادہ جدا ہو جاتے ہیں۔ اور بالآخر یہ دانے نفوذ کر کے عروق کی دیوار سے باہر آس پاس کے نسیج[7] خلوی میں آجاتے ہیں۔ سفید دانوں کی یہ حرکت انتقالی صرف اُسی وقت تک قایم رہتی ہے جب تک رگوں میں خون دوران کرتا رہتا ہے۔ ورنہ جہاں خون جما اور سدہ واقع ہوا۔ بس اُسی وقت سفید دانوں کی یہ حرکت بھی بند ہو جاتی ہے + جب خون کے سفید دانے بھاگ کر رگوں کے باہر کی ساخت میں چلے جاتے ہیں۔ تو ان میں مختلف تبدیلیاں واقع ہوتی ہیں مثلاً اوّل تو ممکن ہے کہ یہ ہلاک ہو جائیں۔ اور ان کے ٹوٹنے کے بعد خمیر تین[8] تیار ہو کر التہابی جلطہ[9] دمویہ کے بنانے میں معاون ہو۔ جس کا بیان ابھی کیا جائے گا (۲) یا یہ بھی ممکن ہے کہ یہ دانے ٹوٹ کر عروق جاذبہ[10] کے سلسلۂ دوران میں شامل ہو جائیں۔ (۳) یا یہ کہ پیپ[11] کے دانوں کی شکل میں تبدیل ہو جائیں۔ علاوہ ازیں ان کے ٹوٹنے

[1] قوت حیوانی۔ وی ٹے لیٹی
[2] حوینہ متشکلہ۔ امی با۔
[3] حرکت حوینیہ۔ امی بائڈ مومنٹ۔
[4] غشائے مبطن۔ انڈوتھیلیم
[5] خلیات۔ سلز۔
[6] مادۂ حیات۔ پروٹوپلازمہ۔
[7] نسیج خلوی۔ سیلیولر ٹشو۔
[8] خمیر تین۔ فائبرین فرمنٹ۔
[9] جلطہ دمویہ۔ کوگولم۔
[10] عروق جاذبہ۔ لمفے ٹک ویسلز۔
[11] پیپ کے دانے۔ پس سلز۔

یا پیپ کے دانوں کی شکل میں آنے سے پہلے مرکز التہاب کے آس پاس کی مردہ ساخت کے خارج کرنے یا جراثیم کے ہضم کرنے میں مدد گار ہوتے ہیں + دراصل خون کے یہ دانے فضلات بدن کے صاف کرنے میں جاروب کش کے مانند ہیں یا یہ کہ قدرتی مقدمۃ الجیش ہیں جو حملہ آور دشمن کی روک تھام کرنے کے لئے عروق سے باہر آجاتے ہیں۔ اور بدنی حفاظت کا کام سب سے پہلے یہی کرتے ہیں نظام بدن میں ان کا اولین فرض یہ ہے کہ یہ فاسد مواد اور مردہ ساخت کو بدن سے خارج کردیں۔ اور عمل فساد کو محدود کرکے پھیلنے سے روک دیں۔ اس کے بعد اپنی اپنی جگہ یہ اپنے سے بہتر دانوں کو دیدیتے ہیں۔ جو فعل التیام[1] میں حصہ لیتے ہیں اور جنکو خلیات جرثومیہ لیفیہ[2] کہتے ہیں +

اسی طرح خون کے سرخ دانے عروق شعریہ کی دیواروں سے چھن کر باہر آجاتے ہیں (ہرب[3]) مگر یہ صرف التہاب میں ہوتا ہے۔ جب یہ عروق سے باہر آجاتے ہیں۔ تو یہ ٹوٹ جاتے ہیں۔ اور ان کا رنگین مادہ یہاں کی ساخت میں پھیل جاتا ہے جو بالآخر دوبارہ جذب ہوجاتا ہے +

اسی طرح التہاب کی صورت میں سائل دموی[4] بھی عروق سے باہر آجاتا ہے۔ یعنی طبعی مقدار سے بہت زیادہ باہر آتا ہے۔ ورنہ یہ ظاہر ہے کہ یہ ہمیشہ باہر آیا کرتا ہے اور یہ زیادتی اس قدر ہوتی ہے کہ باوجودیکہ عروق جاذبہ معمول سے زیادہ اپنا کام کرتے ہیں پھر بھی یہ وہاں اس قدر اکٹھا ہوجاتا ہے کہ وہ جذب کرنے سے عاجز ہوجاتے ہیں۔ اگر یہ سائل دموی بہ کر آس پاس کی ساخت میں چلا جاتا ہے۔ تو یہ وہاں جاکر منجمد ہوجاتا ہے۔ کیونکہ یہ وہاں کے ٹوٹے ہوئے سفید دانوں کے اس

[1] فعل التیام۔ ہیلنگ پراسس	[3] ہرب۔ ڈایاپے ڈی سس۔
[2] خلیات جرثومیہ لیفیہ۔ فائبر وبلاسٹک سلز	[4] سائل دموی۔ لائکر سنگوئی نس۔

عروق میں التہاب سے کس طرح تغیرات ہوتے ہیں

(۹) یہ رگ بحالت التہاب دکھائی گئی ہے۔ خون کی رفتار رُک گئی ہے۔ جس سے خون کے دانے الگ الگ نظر آرہے ہیں۔ خون کے دانے محیطی طبقہ میں آگئے ہیں۔ اور صورت انتقال مقامی کی ہے اسی طرح آس پاس کی ساخت میں سُرخ دانے بھی چند نظر آرہے ہیں۔

(۸) اس شکل میں طبعی عروق کی حالت دکھائی گئی ہے۔ جس کا محیطی طبقہ کریات دموید سے خالی ہے۔ اور مرکزی حصے میں سیلان خون اسقدر تیز ہے کہ کریات الگ الگ نظر نہیں آتے ہیں۔

مادہ (خمیر لیفین) سے مل جاتا ہے جو اسے منجمد کر دیتا ہے + اس مقام میں التہاب کی وجہ سے عروق جاذبہ کی رطوبت مائیت[1] دم بھی جمع ہو جاتی ہے۔ اسی طرح مصل[2] دموی بھی ساختوں کے جال یا ان کی فضاؤں میں جمع ہو جاتا ہے۔ جس سے ایک قسم کا تہیج[3] التہابی پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر سطح میں تفرق اتصال کا نی ہوتا ہے۔ تو یہ مصل بہ کر خارج ہونے لگتا ہے۔ اگر اسکا ترشح کسی غشاء[4] مائی (مثلاً صفاق[5]۔ غشاء[6] الصدر۔ اغشیۂ زلالیہ[7]) میں سے ہو تو یہ مصل وہاں کے جوف میں جمع ہو جاتا ہے۔ اول اول یہ مصل ذاتی طور پر منجمد ہونے کے قابل ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر رسائل دموی شامل ہوتا ہے۔ چنانچہ اگر انجماد واقع ہو جائے تو یہ لوتھڑا یا سطح غشاء کے ساتھ چپکا ہوا ہوتا ہے۔ یا آزادی کے ساتھ پانی میں تیرتا رہتا ہے +

مذکورہ بالا بیان سے ظاہر ہے کہ اگر التہاب کو صرف بلحاظ تغیرات عروق دیکھا جائے۔ تو التہاب دراصل احتقان[8] دموی اور ارتشاح[9] کا نام ہے جسے اس طرح ظاہر کیا جا سکتا ہے + التہاب = احتقان دموی + ارتشاح +

التہاب اگرچہ بظاہر ایک مرض ہے مگر دراصل التہاب کا ایک ایک فعل ایک مفید جواب عمل (ردعمل[10]) ہے اور مریض کے لئے اس لحاظ سے مفید ہے کہ جو مواد فاسدہ اور جراثیم کی سمیت نظام بدن کے اندر داخل ہو گئی ہے۔ اور اپنا تسلط جمانا چاہتی ہے۔ ان سے مدافعت و مقابلہ کیا جائے

[1] مائیت دم۔ لِمف	[6] غشاء الصدر۔ پلیورا۔
[2] مصل دموی۔ بلڈ سیرم	[7] اغشیۂ زلالیہ۔ سائی نوویل ممبرین۔
[3] تہیج التہابی۔ انفلاسٹری ایڈیما	[8] احتقان دموی۔ ہائی پریمیا
[4] غشاء مائی۔ سیرس ممبرین۔	[9] ارتشاح۔ اگزوڈیشن۔
[5] صفاق۔ پری ٹونیم	[10] ردعمل۔ ری ایکشن۔

چنانچہ (۱) سرعت[1] دوران جو مقام التہاب میں واقع ہوتا ہے۔ اس سے یہ فائدہ پہونچتا ہے کہ سمیت جراثیم اس کے ساتھ ملکر خفیف ہوجاتی ہے۔ اور وہ دوران کی وجہ سے وہاں سے دور ہوجاتی ہے۔ اگر سمیت کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ تو محض اسی سرعتِ دوران سے وہ کلیتہ خارج ہوجاتی ہے۔ اور التہاب کا عمل احتقان دموی سے شروع ہوکر وہیں ختم ہوجاتا ہے۔ اور اس کے دوسرے ظواہر پیدا بھی نہیں ہونے پاتے ۔ دوسرا فائدہ یہ ہے کہ اس مقام میں خون کی زیادتی سے تغذیہ زیادہ حاصل ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے وہ باوجود سمیت جراثیمی کے دخل ہونے کے زندہ رہ سکتے ہیں۔ تیسرا فائدہ سرعتِ دوران کا یہ ہے کہ اگر خون میں فادسمین[2] یا دوسرے اجسام تریاقیہ یا مادۂ متم[4] موجود ہو (جو جراثیم کی سمیت کو روک دیتے ہیں۔ یا خود جراثیم کو ہلاک کرسکتے ہیں) تو یہ چیزیں جن کی یہاں شدید ضرورت ہے دورانِ خون کی تیزی کی وجہ سے بکثرت یہاں پہونچیں گی۔ اور چونکہ مقام التہاب میں سائل[5] دموی کثیر مقدار میں مترشح ہوجاتا ہے۔ جس کے ساتھ یہ تمام اجسام ہوتے ہیں۔ اس لئے اس مقصد میں اس کا ترشیح زائد معین ہوجاتا ہے (اس سے ترشح کا فائدہ بھی ظاہر ہوگیا) اس کے بعد ظواہر التہاب میں یہ بتایا گیا ہے کہ خون کی رفتار میں مزاحمت[6] واقع ہوتی ہے۔ اور بالآخر حالتِ وقوف[7] طاری ہوجاتی ہے اسکا فائدہ اگرچہ ابھی تک مبہم سا ہے۔ لیکن غالب گمان یہ ہے کہ اس سے خون کے سفید دانوں کے انتقال مقامی میں مدد ملتی ہے۔ کیونکہ یہ ظاہر ہے کہ اگر خون

[1] سرعت دوران۔ اکسلے ریشن۔	[5] سائل دموی۔ پلازما۔
[2] فادسمین۔ انٹی ٹاکسین۔	[6] مزاحمت۔ ریٹارڈیشن۔
[3] اجسام تریاقیہ۔ انٹی باڈیز	[7] وقوف۔ اسٹےسس۔
[4] متم۔ الکسین۔ کمپلی منٹ	

کے بہاؤ میں سستی نہ واقع ہوگی تو دانوں کے لیے دیوار عروق سے چھٹنا اور ان میں نفوذ کر کے باہر آجانا محال ہوگا۔ بلکہ یہ بہاؤ کے ساتھ بہتے ہوئے چلے جائیں گے۔ رہا یہ امر کہ التہاب میں ان دانوں کے باہر آنے سے کیا فائدہ حاصل ہوتے ہیں اسکا مفصل تذکرہ پہلے ہی آچکا ہے۔

۲۔ تغیرات النسجہ۔ وہ تغیرات جو عمل التہاب سے مقام ورم کی ساخت میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ اگرچہ نہایت اہم ہیں۔ مگر تغیرات عروق کی طرح انکا مشاہدہ آسانی سے نہیں ہوسکتا۔

جراثیمی التہاب حاد میں النسجہ کا ردعمل محض سمین کی قوت مہیجہ پر موقوف ہے یا بالفاظ دیگر اُس تناسب پر موقوف ہے جو اس قوت مہیجہ اور مریض کے النسجہ کی قوت مدافعت کے درمیان ہوگا۔ اسکو قاعدہ کلیہ سمجھنا چاہیے کہ اگر کوئی مہیج نہایت خفیف ہو تو وہ خلیات کی پیدائش میں تحریک پیدا کر کے اُنھیں زیادہ کر دیتا ہے اسی طرح یہ بھی قاعدہ کلیہ ہے کہ اگر مہیج کافی قوی ہو تو وہ ساخت کو کم و بیش مُردہ کر دے گا۔ چونکہ خفیف قسم کی آفات و فتور کا خردبینی امتحان شاذ و نادر ہی کرنے کا موقعہ آتا ہے۔ اس لئے التہاب حاد میں النسجہ کی غیر طبعی افزائش کی سادہ مثالیں انسان میں دیکھنے کا موقعہ کم آتا ہے۔ یہ ظواہر حیوانات کے غشیۂ مائیہ کے التہاب حاد کے ابتدائی دور میں بخوبی نظر آسکتے ہیں۔ جہاں غشیۂ مبسطہ کی دبازت میں بجائے ایک خلیہ کے کئی خلیات ہوجاتے ہیں۔ اور ان کے نوات میں تیزی کے ساتھ عمل انقسام دیکھا جاتا ہے۔ جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ خلیات

۱ النسجہ۔ ٹشوز۔	۵ غشیۂ مبسطہ۔ انڈوتھیلیم۔
۲ سمین۔ ٹاکسین	۶ نوات۔ نیوکلی اس۔
۳ قوت مہیجہ۔ اررسی ٹے ٹو پاور۔	۷ انقسام خلایا۔ می ٹوسس۔
۴ خلیات۔ سلز۔	

کی افزائش غیر معمولی طور پر بڑھی ہوئی ہے۔ اسی طرح انگورؔ بننے والی ساخت کے بیرونی حصے (حلقہ) میں بھی جہاں جراثیم تھوڑے ہوتے ہیں یہی صورت (خلیات کی افزائش) نظر آئے گی۔

مگر بیشتر حالات میں سمین نہایت تیز اور شدید ہوتے ہیں۔ اور اس کے اثر سے اعضاء کی ساخت مردہ ہو جاتی ہے۔ اور یہ عمل اکثر موتؔ الانجماد کی وجہ سے واقع ہوتا ہے۔ جس میں انسجہ اور خلیات قابل انجماد سائل دموی سے (جو عروق سے باہر آتا ہے) تر ہو جاتے ہیں۔ اور سمین کے اثر سے یہ سب چیزیں منجمد ہو کر ہلاک ہو جاتی ہیں۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مقام ماؤف کے ان اجزاء کی خصوصی ہیئت غائب ہو جاتی ہے۔ چنانچہ نوات مخصوص رنگوں سے متلون نہیں ہوتے۔ اور وردینؔ (ہیموٹاکسی لین) اور ملوناتؔ اصلیہ کو خلاف معمول قبول نہیں کرتے۔ اور تمام انسجہ تیزابی رنگوں (مثلاً سفلینؔ یا یوسین نامی رنگ) سے ایک جیسی رنگت اختیار کر لیتے ہیں (حالانکہ طبعی حالت میں مختلف رنگوں کی قابلیت اجزاء میں الگ الگ ہوتی ہے) اور اس کے بعد کی آفتیں اور تغیرات جو ساخت میں واقع ہوں گی وہ جراثیم کی نوعیت پر موقوف ہوتی ہیں۔ اگر یہ جراثیم از قسم صدیدیہ ہوں تو مردار میں حصہ کثیر النویؔ کریاتؔ بیضاء کا اجتماع ہو جاتا ہے۔ جن میں سے چند سمین کے اثر سے مر جاتے ہیں۔ اور وہاں پیپ پیدا ہو جاتی ہے (جسکا مفصل بیان باب قیح میں آئے گا) اگر جراثیم اس قسم کے نہ ہوں تو کثیر النوی کریات بیضاء زیادہ تعداد

۱ انگور کی ساخت۔ گرے نیولے شن ٹشو۔	۳ وردین۔ ہیموٹاکسی لین۔
۲ موت الانجماد شفاقا قدس کوگولیشن نکروسس انجمادی	۴ ملونات اصلیہ۔ بے سک ڈائیز
	۵ سفلین۔ یوسین۔
	۶ کثیر النوی۔ پالی نیوکلیس
	۷ کریات بیضاء۔ لیوکوسائٹ۔

میں جمع نہیں ہوتے ہیں۔ بلکہ التہابی حصہ میں سفید دانوں کی گول اور چھوٹی قسم کا اجتماع ہوتا ہے جو کریات مائیہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ یہ اب تک محقق نہیں ہوا ہے کہ یہ دانے اس مقام میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ یا خون سے کھنچکر یہاں آجاتے ہیں لیکن اس میں شک نہیں کہ التہابی حصہ میں ان دانوں کے اندر انقسام ہو کر ان کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اگر جراثیم ہلاک ہو جائیں۔ اور التہاب کا عمل اس درجہ تک پہونچکر رک جائے تو ظواہر التحام نمودار ہو جاتے ہیں۔ اور التہابی حصہ میں مدبی ساخت پیدا ہو جاتی ہے (جسکا مفصل بیان باب التحام میں آئیگا)

سطحی مقامات کے غیر جراثیمی التہابات میں خلیات کے مابین رطوبات کی مقدار اس قدر مترشح ہو سکتی ہے کہ خلیات ایک دوسرے سے جدا ہو کر ٹوٹ جاتے ہیں۔ جس سے موت ذوبانی واقع ہوتی ہے (ذوبان۔ گھلنا) جیسا کہ آگ سے جل جانے کے بعد آبلہ نمودار ہونے میں ظاہر ہوتا ہے +

التہاب مزمن کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نہایت تیزی کے ساتھ خلیات بڑھتے ہیں۔ اور مقام ماؤف میں صلابت (تحجر) پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر یہ التہاب مزمن زیادہ تر نسیج خلوی میں واقع ہوتا ہے۔ جس کے اثر سے عضو کی اصلی ساخت بھی تلف ہو جاتی ہے +

۴۔ انجام التہاب۔ التہاب کا انجام (خاتمہ) مختلف صورتوں میں ہوا کرتا ہے جسکا دارومدار مندرجۂ ذیل امور پر ہے +

۱۔ اسباب کی نوعیت پر (کہ یہ جراثیمی ہیں یا غیر جراثیمی)

۲۔ عمل التہاب کی شدت اور مدت پر +

۱ کریات مائیہ۔ لیفوسائٹس	۴ تحجر۔ اسکلے روسس۔
۲ مدبی ساخت۔ اسکار ٹشو	۵ نسیج خلوی۔ سیلیولر ٹشو۔
۳ موت ذوبان۔ کالیکیوٹنکروس	

۳۔ مریض کی قوت مدافعت پر۔

التہاب جراثیمی کا انجام:۔ ۱۔ تحلیل[1] یعنی ساخت کی اصلی حالت کا لوٹ آنا اور ورم کا زائل ہوجانا۔ یہ شاذونادر ہی واقع ہوتا ہے +

۲۔ مقامی ساخت کا ضائع ہونا۔ یہ علی العموم ہوتا ہے۔ جراثیم اور عضو ماؤف کی نوعیت کے لحاظ سے مندرجۂ ذیل نتائج پیدا کرسکتا ہے۔ (الف) التیام[2] جس میں مردار حصہ غائب ہوجاتا ہے۔ اور نسیج ندبی اُس کی جگہ لے لیتی ہے۔ (ب) تقیح[3] جس میں النسجہ ماؤفہ اور ترشحات کے رقیق ہوجانے سے پیپ بن جاتی ہے۔ جسکو اگر پھوڑے سے خارج کردیا جائے۔ تو جراثیم۔ مواد اور مردار ساخت نکل جائیں گی۔ اور اس مقام میں نیا سکڑا ہوا چمڑہ بن جائیگا (ج) تقرح[4]۔ یہ اُس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ عمل تقیح وفساد (مردہ ہونا) سطح تک پہونچ جاتا ہے (د) وسیع حصہ ہلاک ہوکر خانغرانا[5] کا مزدار ہونا۔ یہ اُس وقت ہوتا ہے جبکہ جراثیم اپنے مضر اثر سے ساختوں کی قوت مدافعت کم کرکے بہت دور تک پھیل جائیں۔ اس موقعہ پر اس بات کا جاننا خالی از دلچسپی نہیں کہ زیادہ اہم اور بانظم اعضاء و احشاء بمقابلہ نسیج الحاقی (نسیج واصل)[6] کی سادہ قسموں کے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ حالانکہ اُن میں خون کی مقدار زیادہ ہوتی ہے مثلاً بچوں کی لمبی ہڈیوں کے اجسام بلحاظ ساخت نہایت باقاعدہ اور بانظم ہوتے ہیں اسی وجہ سے یہ جراثیمی التہاب کے اثر سے خصوصیت کے ساتھ تلف ہونے کی استعداد رکھتے ہیں۔ درانحالیکہ اگر یہی جراثیم جلد کے نیچے کی نسیج واصل میں انہی

[1] تحلیل۔ ریزولیوشن۔	[5] خانغرانا۔ گینگرین۔
[2] التیام۔ ری پیر۔	[6] نسیج الحاقی۔ کنکٹو ٹشو۔
[3] تقیح۔ سپوریشن۔	[7] نسیج واصل۔ کنکٹو ٹشو۔
[4] تقرح۔ السریشن۔	

حالات کے ساتھ التہاب پیدا کریں تو اُسکو اس قدر زیادہ نقصان نہیں پہونچا سکتے +

غیر جراثیمی التہاب کا انجام۔ جب التہاب اسباب آلیہ[۱] یا دیگر غیر جراثیمی اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ تو عموماً رقیق رطوبات کا ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے۔ مگر ابتدا میں اس کے اندر خلیات بہت کم ہوتے ہیں۔ اور التہابی عمل نہایت محدود ہوتا ہے۔ اور زیادہ پھیلنے کی قوت نہیں رکھتا۔ اسکا انجام عام طور پر مندرجۂ ذیل صورتوں میں ہوا کرتا ہے +

(الف) تحلیل[۲]۔ التہاب کی اس قسم میں تحلیل کامل اکثر ہوتا ہے +

(ب) لیفی ندبی ساخت[۳] کا بننا۔ جیسا کہ مائیت التصاق کی صورت میں جم کر تاروں کی شکل میں تبدیل ہو جاتی ہے +

(ج) گاہے عمل التہاب مزمن ہو کر حصۂ ماؤف میں صلابت (تحجر) یا لیفی دبازت پیدا کر دیتا ہے۔ یا اس کی وجہ سے کسی جوف مائی میں مسلسل رطوبت کا ترشح ہوتا رہتا ہے +

تحلیل۔ جس سے مراد یہ ہے کہ عضو ماؤف اپنی اصلی حالت اور طبعی فعل پر لوٹ آئے۔ یہ اُس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ التہاب کا سبب اس قدر سخت نہ ہو کہ عضو ماؤف کی قوت[۴] حیوانیہ بالکل باطل ہو جائے۔ عمل تحلیل کے ظواہر عمل التہاب کے سے ہیں۔ فرق صرف اس قدر ہے کہ عمل تحلیل کے ظواہر کی ترتیب اُلٹی ہوتی ہے۔ یعنی سب سے پہلے خون کے دانوں میں حرکت ذبذبہ[۵] پیدا ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ بتدریج دوران خون دوبارہ لوٹ آتا ہے جبکی

۱ اسباب آلیہ۔ میکانیکل کازز	۴ قوت حیوانیہ۔ وائٹل فورس
۲ تحلیل۔ ریزولیوشن۔	۵ ذبذبہ۔ آگزیلیٹیشن۔
۳ لیفی ندبی ساخت۔ فائبرو سیکیٹریشل ٹشو	

حرکت اول تو سست لیکن بعد میں تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دانوں کا چپکنا بتدریج کم ہو جاتا ہے۔ مگر بعض اوقات عروق کے محیطی اور غیر متحرک طبقہ کے ظاہر ہونے سے پہلے ہی دیواروں سے علٰحدہ ہو جاتے ہیں۔ خون کے سفید دانے جو عملِ التہاب میں عروق کی دیواروں سے باہر چلے گئے تھے۔ وہ دوبارہ دوران خون میں واپس آنے لگتے ہیں۔ جن کا ایک راستہ تو یہ ہے کہ وہ عروق کی دیواروں میں سے چھن کر پھر لوٹ آئیں۔ یا عروق جاذبہ کی راہ داخل ہو کر خون میں شامل ہو جائیں (اور زیادہ تر ایسا ہی ہوتا ہے) اور جو دانے ساخت میں باہر رہ جاتے ہیں۔ وہ بالآخر ٹوٹ کر جذب ہو جاتے ہیں۔ التہابی رطوبت جو کہ عروق سے باہر مترشح ہو چکی ہے۔ اب وہ عروق جاذبہ کی راہ سے جذب ہو جاتی ہے التہاب حاد کے بعد کچھ عرصہ تک عضو ماؤف کے عروق اور خاصکر وہاں کی وریدیں پھیلی ہوئی رہتی ہیں۔ کیونکہ التہاب کے باعث انکی قوتِ انقباضیہ کمزور ہو جاتی ہے۔ لیکن بتدریج یہ حالت بھی دور ہو جاتی ہے۔

علامات التہاب

مقام التہاب کے علامات چار عنوانات میں بیان کیے جا سکتے ہیں۔ گرمی۔ سرخی۔ ورم۔ درد۔ مگر اس میں ایک پانچویں اہم چیز کا اضافہ کرنا چاہئے۔ یعنی فعل میں خلل کا واقع ہونا۔

حرارت (گرمی) مقام التہاب چھونے سے گرم معلوم ہوتا ہے۔ اور اگر مقیاس[1] الحرارت کے ذریعہ سطح التہاب کو دیکھا جائے تو یہاں کی حرارت نمایاں طور پر آس پاس کی جلد سے زیادہ ہوتی ہے۔ جو دراصل اس امر کا نتیجہ ہے کہ یہاں دورانِ خون تیزی سے ہوتا ہے۔ اور خون کی مقدار زیادہ آتی ہے۔ مگر ملتہب

[1] مقیاس الحرارت۔ تھرمامیٹر

حصہ کی حرارت خود مرکز دوران (دل) کی حرارت سے کبھی زیادہ نہیں ہوتی ہے۔

حُمرت (سرخی) مقام التہاب میں اجتماع خون کی وجہ سے ہوتی ہے۔ شدید امتلاء[1] دموی کے ابتدائی درجہ میں اس مقام کا رنگ شوخ گلابی ہوتا ہے۔ جو دبانے سے فوراً ہلکا پڑ جاتا ہے۔ اور دباؤ ہٹانے کے بعد اسی تیزی سے لوٹ آتا ہے۔ حالتِ مزاحمت[2] میں جبکہ دورانِ خون سُست پڑ جاتا ہے۔ تو سرخی گہری (سیاہی مائل) ہو جاتی ہے۔ کیونکہ عروق شعریہ سے خوں کے گذرنے میں زیادہ وقت صرف ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے اس میں حمضین[2a] کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ مگر اب دبانے سے رنگ نہ جلد غائب ہوتا ہے۔ اور نہ جلد واپس آتا ہے۔ بلکہ دبانے سے اکثر ہلکی سی زردی وہاں رہ جاتی ہے۔ کیونکہ عروق میں سے حمرت[3] دمویہ خارج ہو کر ساخت میں آ جاتی ہے۔ اور جب حالتِ وقوف[4] و انسداد[5] آتی ہے تو دبانے سے سُرخ رنگ غائب نہیں ہوتا۔ اور اگر یہ حالت دیر تک قایم رہے تو اس مقام میں دھبہ رہ جاتا ہے۔

جب ملتہب حصہ غیر عروقی ہوتا ہے۔ جیسے قرنیہ۔ عنصرونت[6] منفصلی۔ تو سرخی یقیناً اُس وقت تک موجود نہیں ہوتی۔ جب تک کہ نئے عروق وہاں نہ بن جائیں۔ مگر جب قرنیہ میں التہاب ہوتا ہے۔ تو سیاہی چشم کے گرد (جزء[7] ہبنی) احتقان دموی کی وجہ سے گہری سُرخی نمودار ہوتی ہے۔ اسی طرح التہاب عنبیہ[8] میں بھی سرخی غائب ہوتی ہے۔ کیونکہ اس کا گہرا رنگ (مادۂ ملونہ[9]) پھیلے ہوئے عروق کو چھپائے

۱ امتلاء دموی۔ ہائی پریمیا۔	۵ انسداد۔ تھرامبوسس۔
۲ مزاحمت دوران۔ ریٹارڈیشن۔	۶ عنصرونت منفصلی۔ آرٹیکیولر کارٹلج۔
۲a حمضین۔ آکسی جن۔	۷ جزء ہبنی۔ سیلی اری ریجن۔
۳ حمرت دمویہ۔ ہیموگلوبین۔	۸ عنبیہ۔ آئرس۔
۴ وقوف۔ اسٹےسس۔	۹ مادۂ ملونہ۔ پگمنٹ۔

رکھتا ہے۔ جس سے ان کی سُرخی ظاہر نہیں ہونے پاتی۔ ہاں اگر اس میں التہاب عرصہ تک قایم رہے۔ تو چونکہ مادۂ ملونہ جذب ہو کر غائب ہو جاتا ہے۔ اس لئے اشرفت عنبیہ نمایاں طور پر نہایت سُرخ ہو جاتی ہے +

ورم۔ (سوجن) مقام التہاب میں سوجن کے پیدا ہونے کی وجہ بھی وہی دو ہیں۔ یعنی اجتماع خون۔ اور انصباب رطوبات (ترشح[1]) ورم کی مقدار کا انحصار دو باتوں پر ہے۔ اول شدتِ فساد پر۔ دویم ساخت کی قوت تمدد (پھیلنے کی قوت) پر۔ یہ بھی واضح ہو کہ تمدد کی زیادتی کے ساتھ درد کم ہوتا ہے۔ اور اس کی کمی کے ساتھ درد نسبتاً زیادہ ہوتا ہے +

اگر التہابی حصہ کسی سخت اور موٹی جھلی سے ڈھکا ہوا ہو تو اس حالت میں نہ صرف تناؤ کے باعث درد کی شدت زیادہ ہوگی۔ بلکہ بہت ممکن ہے کہ سوجن مقام التہاب سے دوسمنوار ہو۔ مثلاً اگر ہتیلی کی جھلی کے نیچے التہاب کے بعد پھوڑا بنجائے۔ تو سوجن پشتِ دست میں نمودار ہوگا۔ اگر التہاب کے مواد ڈھیلی ساختوں کے اندر چلے جائیں۔ تو وہ علامتیں کم ہو جاتی ہیں جنکو صرف مریض معلوم کر سکتا ہے۔ مثلاً درد و تکلیف مگر ممکن ہے کہ سوجن بہت زیادہ ہو۔ اسی طرح جبکہ تلوے میں التہاب ہوتا ہے۔ تو ترشح دور کے مقامات میں ظاہر ہوتا ہے۔ اور جب کھوپڑی میں التہاب ہوتا ہے۔ تو پپوٹوں میں سوجن نمودار ہوتی ہے۔ التہاب کا سوجن مرنے کے بعد اگرچہ کم ہو جاتا ہے۔ مگر پورے طور پر نہیں جاتا +

الم (درد) التہاب میں درد ہونے کی وجہ یہ ہے کہ اعصاب کے آخری سروں میں جسمانی[2] تہیج پہونچتا ہے۔ کیونکہ شریانوں کا تمدد بڑھ جاتا ہے۔ اور خارج شدہ رطوبتوں کا دباؤ پڑتا ہے۔ چنانچہ اگر گھیرنے والی جھلیوں کی دبازت کی وجہ سے

[1] ترشح۔ اگزوڈیشن۔	[2] جسمانی تہیج۔ میکانیکل اریٹیشن۔

سوجن جلد نہ ہو سکے۔ تو درد نہایت شدید ہوتا ہے۔ مثلاً جب التہاب ہتیلی یا آنکھ یا خصیتین میں ہو تو درد شدید ہوتا ہے۔ یہ بھی بہت ممکن اور قرین قیاس ہے کہ مواد بھی (اپنی تیزی کیفیت سے) براہِ راست اعصاب پر کیمیاوی اثر رکھتے ہوں (اور درد کا سبب ہوں) خصوصاً جبکہ عضو ماؤف میں عمل فساد جاری ہو۔ یا جبکہ اچھے خون کی کمی سے اعصاب کو کافی غذا نہ پہونچتی ہو۔

التہابی درد کا یہ خاصہ لازمہ ہے کہ دبانے سے ہمیشہ بڑھتا ہے۔ خواہ یہ دباؤ اندرونی ہو۔ یا بیرونی۔ اندرونی دباؤ کی مثال یہ ہے کہ متورم ہاتھ کو لٹکا کر رکھا جائے جس سے التہاب کے عروق میں خون کا دباؤ بڑھ جائے۔ اور بیرونی دباؤ کی صورت یہ ہے کہ باہر سے کسی بیرونی جسم کے ذریعہ یا انگلی سے دبایا جائے۔ اس قسم کے درد کو ذکاوت حس[1] کہتے ہیں۔

الم تقیح[2] یعنی پیپ بننے کے وقت جو درد ہوتا ہے۔ وہ ضربانی[3] قسم کا (ٹیس کا) ہوتا ہے۔ اغشیۂ مخاطیہ کے التہاب کا درد محرق[4] (جلتا ہوا) ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا کنکریاں چبھ رہی ہیں۔ اغشیۂ مائیہ کے التہاب کا درد ایسا ہوتا ہے گویا کوئی نیزہ بھونک رہا ہے (وجع الطعن) ہڈی کے التہاب میں ایسا درد ہوتا ہے۔ گویا کوئی چھید کر رہا ہے (وجع ناخس) اور یہ درد رات کے وقت زیادہ ہوتا ہے۔ خصیوں کے التہاب کا درد بیزار کرنے والا ہوتا ہے۔ وجع ممرض[5] جب آلات حواس خمسہ میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ تو حقیقی درد نہیں محسوس

[1] ذکاوت حس۔ ٹنڈرنس۔	[5] بھونکنے والا درد (وجع الطعن) اٹھے بنگ پین
[2] تقیح۔ سپوریشن۔	[6] وجع ناخس۔ بورنگ پین۔
[3] ضربانی درد۔ تھرابنگ پین۔	[7] وجع ممرض۔ سکننگ پین۔
[4] الم محرق۔ برننگ پین۔	

ہوتا ہے۔ بلکہ ان کے مخصوص افعال میں غیر معمولی زیادتی ہو جاتی ہے۔ مثلاً طبقۂ شبکیہ[1] میں جب التہاب ہوتا ہے۔ تو روشنی کے شعلے آنکھوں کے سامنے دکھائی دیتے ہیں۔ اسی طرح جب کان کے اندرونی حصے میں التہاب ہوتا ہے۔ تو طنین[3] کا مرض ہو جاتا ہے (یعنی از خود کان میں شور کی آوازیں آتی ہیں)

التہاب کا درد صرف اسی مقام میں محدود نہیں رہتا ہے۔ بلکہ اکثر اوقات دور کے اعضاء میں بھی محسوس ہوتا ہے۔ جس کی وجہ یا یہ ہوتی ہے کہ ایک ہی عصب کی شاخیں ان دونوں حصوں میں پہونچتی ہیں۔ یا اس وجہ سے کہ مقام التہاب میں جن اعصاب پر اثر پہونچتا ہے۔ مریض حسب اصول اس درد کو اُس مقام کا سمجھتا ہے جہاں اعصاب کی آخری شاخیں ختم ہوئی ہیں۔ مثلاً کولھے کے جوڑ میں جب التہاب ہوتا ہے۔ تو درد اکثر گھٹنے میں معلوم ہوتا ہے۔ کیونکہ دونوں جوڑوں میں ایک ہی عصب کی شاخیں پہونچتی ہیں۔ اسی طرح سنگ گردہ یا درد گردہ میں درد عصب[4] تناسلی فخذی کی پوری رفتار میں محسوس ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس میں کنج ران اور ران کے سامنے درد محسوس ہوتا ہے۔ اور اگر مریض مرد ہے۔ تو اس طرف کا خصیہ اوپر چڑھ جاتا ہے۔ اسی طرح ریڑھ کی ہڈی جب سڑ جاتی ہے۔ تو درد اُن مقامات میں معلوم ہوتا ہے۔ جہاں اس مقام کے اعصاب ختم ہوتے ہیں۔ مثلاً جب پشت کے حصے میں یہ آفت ہوتی ہے۔ تو کمر کے پاس پورے گھیرے میں درد معلوم ہوتا ہے۔ اور اگر التہاب پشت اور کمر کے التصالی مقام میں ہوتا ہے۔ تو شکم کے سامنے درد ہوتا ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ اعصاب[5] شرکیہ کی وجہ سے ایک طرف کا

[1] التہاب شبکیہ۔ ریٹی نائٹس۔
[2] التہاب الاذن باطن۔ اوٹائی ٹس انٹرنا
[3] طنین۔ ٹنائی ٹس۔
[4] عصب تناسلی فخذی۔ جسے نے ٹوکر و رل نرو۔
[5] اعصاب شرکیہ۔ سمپے تھے ٹک نروز

التہاب مقابل جانب بھی درد پیدا کر دیتا ہے۔ خصوصاً جبکہ یہ اعضاء جوڑے جوڑے ہوں۔ جیسے گردے +

اختلال عمل[1]۔ مرض التہاب میں مندرجۂ ذیل وجوہ سے پیدا ہو سکتا ہے

۱۔ ورم و سوجن کے زیادہ ہو جانے کی وجہ سے عضو ملتہب کے استعمال میں دقت واقع ہوتی ہے +

۲۔ گاہے درد کی وجہ سے عضو کی نقل و حرکت مشکل ہو جاتی ہے +

۳۔ عمل التہاب سے اکثر اوقات مریض حصہ میں استرخاء[2] پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ جراثیمی التہابات میں سیمین[3] کے ذاتی اثر سے ظاہر ہوتا ہے۔ جو کہ کریات کے مادۂ[4] حیات پر اثر کرتے ہیں۔ مثلاً التہاب چشم میں چند وجوہ سے آنکھ کا استعمال بصارت کے لئے تقریباً غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ اس طرح جب کوئی عضلہ ملتہب ہو جاتا ہے۔ تو طبعاً انسان اُسکو آرام میں رکھتا ہے۔ علیٰ ہذا اعضاء[5] غدویہ مثلاً گردے اور جگر کا التہاب ان کے مخصوص افعال کو اگر بالکل مفقود نہیں کرتا۔ تو کم از کم ناقص ضرور بنا دیتا ہے +

علامات بدنیہ[6]۔ التہاب کی حالت میں ہمیشہ موجود ہوتی ہیں۔ اگرچہ اسباب کے اختلاف سے ان کی شدت میں کمی و بیشی ہوتی ہے۔ غیر جراثیمی التہاب میں اگرچہ قدرے بخار ہوتا ہے۔ مگر یہ زیادہ مدت تک قایم نہیں رہتا ہے۔ مگر جب جراثیم موجود ہوں تو سمین کے جذب ہو جانے سے تمام بدن میں عمومی علامات پیدا ہو سکتی ہیں۔ جو اپنی شدت میں محض معمولی حرارت سے لیکر خطرناک تسمم دم[7] تک پہونچکر ہلاکت کا

---

[1] اختلال عمل۔ امپیرمنٹ۔
[2] استرخاء۔ پیرالائی سس۔
[3] سمین۔ ٹاکسین۔
[4] مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم
[5] اعضاء غدویہ۔ گلینڈولر آرگنز۔
[6] علامات بدنیہ۔ کانسٹی ٹیوشنل سمپٹم۔
[7] تسمم دم۔ ٹاکسیمیا۔

باعث ہوسکتی ہیں۔ بایں ہمہ یہ تعجب خیز امر ہے کہ اگر پیپ کا ایک قطرہ بھی تناؤ کی حالت میں ہو تو گاہے شدید اختلال پیدا کرسکتا ہے ٭

ارتفاع حرارت یا بخار۔ عمل التہاب کا یہ ضروری عرض ہے۔ جسکا اجمالی ذکر کرنا یہاں ضروری ہے۔ اس کی عام خصوصیات یہ ہیں کہ اس میں حرارت کا ازدیاد مختلف ہوتا ہے۔ اور قلب و تنفس کی حرکات درجۂ حرارت کے تناسب سے بڑھجاتی ہیں۔ اگر بخار مسلسل جاری رہے۔ تو مریض لاغر ہوجاتا ہے۔ اس کی عضلی طاقت گھٹ جاتی ہے۔ مُنہ خشک اور زبان میلی ہوجاتی ہے۔ اور آخری درجات میں لبوں اور دانتوں پر پپڑی سی جم جاتی ہے (جس میں رطوبت مخاطیہ[1] کے ساتھ غذا کے اجزا بھی ہوتے ہیں) بھوک کم ہوجاتی ہے۔ ہاضمہ خراب ہوجاتا ہے۔ قبض ہوتا ہے۔ اور پاخانہ بدبودار ہوجاتا ہے۔ قارورہ کا رنگ گہرا اور اس کی مقدار کم ہوجاتی ہے اور اعضاء کے تغیرات و استحالات کی کثرت کی وجہ سے قارورہ میں مادۂ بولیہ[2] اور بول آگین[3] مرکبات زیادہ خارج ہونے لگتے ہیں۔ مادہ بولیہ کی زیادتی کی شناخت اس طرح کی جاسکتی ہے کہ ایک شیشہ کی نلی میں تھوڑا سا قارورہ لیا جائے اور پھر اس میں ہموزن ٹھنڈا تیزاب[4] شورہ ملا دیا جائے۔ اس آمیزش سے بولیہ شورآگین کے دانے سیال کی بالائی سطح پر تیرنے لگیں گے۔ اور شکل میں وہ مصری کی کنکریوں کی طرح دکھائی دینگے ٭ مریض کی جلد بھی علی العموم خشک ہوتی ہے ٭

بخار کے اسباب۔ یہ امر محقق ہے کہ حرارت بدنیہ کے نظام کا خاص عصبی مرکز

۱۔ رطوبت مخاطیہ۔ میوکس۔	۴۔ تیزاب شورہ۔ نائٹرک ایسڈ۔
۲۔ مادۂ بولیہ۔ یوریا۔	۵۔ بولیہ شورآگین } نائٹریٹ آف یوریا۔
۳۔ بول آگین۔ یوریٹ۔	

جسم[1] مضلع میں ہے۔ اور اس کے ماتحت کچھ اضافی[2] مراکز نخاع[3] میں بھی ہیں۔ اور یہ بھی معلوم ہے کہ حرارت بدنیہ کی پیدائش اور اس کے زوال کا باہمی اعتدال اس طرح قایم رہتا ہے کہ جلد تنفس اور دیگر ذرائع سے جس قدر وہ ضائع ہوتی ہے۔ اُسی قدر وہ پھر اعضاء اور علی الخصوص احشاء[4] و عضلات ارادیہ[4] کے استحالۂ[5] انسجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس لئے بدن کے اندر ارتفاع حرارت کے دو ہی اسباب ہو سکتے ہیں۔ ۱۔ یا یہ کہ حرارت طبعی حالت سے ضائع کم ہو۔ اور (۲) یا اسکی پیدائش اعتدال سے زیادہ ہو۔ لیکن مریض کی حالت کو دیکھکر اس امر کا یقین کرنا دشوار ہے کہ اسکا بخار اسباب نقصان حرارت کی کمی سے واقع ہوا ہے۔ اس لئے یہ ماننا پڑتا ہے کہ بخار کا باعث یہ ہے کہ حرارت پیدا کرنے والے انسجہ خاصکر عضلات میں تیزی آجاتی ہے۔ جس کی شہادت اس امر سے بھی ملتی ہے کہ بخار کی حالت میں مریض کے عضلات دُبلے ہو جاتے ہیں۔ اس کی عضلی[6] طاقت کم ہو جاتی ہے۔ اور اس کے قارورہ میں عضلی انسجہ کے فضلات (یوریہ یوریل آگین وغیرہ) بکثرت پائے جاتے ہیں۔ تولید حرارت کی یہ تیزی غالباً انسجہ میں اس وجہ سے واقع ہو جاتی ہے کہ مقام التہاب میں ایسے اجسام محرک حرارت پیدا ہو جاتے ہیں۔ جو مراکز حرارت میں تحریک پیدا کر دیتے ہیں۔ تجربات سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ خمیر لیفین[7] اور بہت سے ایسے مرکبات جو انسجہ کے تحلیل و فساد سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور بہت سے سمین جو جراثیم کے عمل سے پیدا

[1] جسم مضلع۔ کارپس اسٹرائی ایٹم	[5] استحالۂ انسجہ۔ ٹشو میٹابولزم۔
[2] اضافی مراکز۔ اکسسوری سنٹرز	[6] عضلی انسجہ۔ مسکیولر ٹشوز۔
[3] نخاع۔ کارڈ۔	[7] خمیر لیفین۔ فائبرین فرمنٹ۔
[4] عضلات ارادیہ۔ والنٹری مسلز	[8] احشاء۔ وسرا۔

ہوجاتے ہیں۔ ان سب میں اس قسم کی قوت ہوتی ہے کہ مرکز حرارت میں تحریک پیدا کریں +

بخار کی علامات کے متعلق اجمالاً یہ کہنا کافی ہے کہ وہ زیادہ تر حرارت کی زیادتی کے نتائج ہیں۔ یا اُن فضلات سمیہ کے نتائج ہیں۔ جو دوران خون میں شامل ہوکر اعضاً غدی اور دیگر اعضاً و احشاء کے خلیات پر اثر کرتے ہیں۔ یعنی ان کے اثر سے یہ اعضاء نرم۔ متورم اور خستہ ہوجاتے ہیں۔ اس حالت کو مختلف ماہران امراض نے مختلف ناموں سے یاد کیا ہے۔ مثلاً ورم حاد یا ورم سحابی (ابر آلود) ضاد تجبی ترشح ماجی۔ غدد کے خلیات مفرزہ (رطوبت بنانے والے) حجم میں بڑھ جاتے ہیں۔ اور انکا مادہ حیات نمایاں طور پر دانہ دار ہوجاتا ہے۔ جس سے نوات بھی بمشکل نظر آتے ہیں۔ یہ دانے خاصیت میں رطوبت ماجیہ سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اور تیزاب سرکہ کے اثر سے بالکل صاف ہوجاتے ہیں + اسی قسم کے تغیرات قلبی عضلات کے ریشوں میں بھی نمایاں ہوتے ہیں۔ اور اُن کے خطوط غائب ہوجاتے ہیں۔ اور انمیں دانے پیدا ہوجاتے ہیں۔ ان سب باتوں سے اس کی انقباضی قوت میں کمی آجاتی ہے + اعضائے ہضم کے غدد پر جو اثرات پہونچتے ہیں ان سے بخار کے بہت سے عوارض کی علت معلوم ہوجاتی ہے۔ غدد لعابیہ اور منہ کی دوسری گلٹیاں لعاب کا ترشح پورے طور پر نہیں کرسکتیں۔ جس سے منہ خشک ہوجاتا ہے۔ اسی قسم

۱ ورم حاد۔ اکیوٹ سوجنگ۔
۲ ترشح ماجی۔ البیومی نس انفلٹریشن
۳ ورم سحابی۔ کلاؤڈی سوجنگ۔
۴ ضاد تجبی۔ گرے نیولر ڈی جنریشن
۵ غدد۔ گلینڈز۔
۶ خلیات مفرزہ۔ سکریٹنگ سلز۔
۷ مادہ حیات۔ پروٹوپلازم۔
۸ نوات۔ نیوکلیس
۹ رطوبت ماجیہ۔ البیومن۔
۱۰ تیزاب سرکہ۔ اسیٹک ایسڈ۔
۱۱ غدد لعابیہ۔ سیلیوری گلینڈز
۱۲ منہ کی گلٹیاں۔ بکل گلینڈز
۱۳ لعاب دہن۔ سلائی وا۔

کے تغیرات سے معدہ کی قوت ہاضمہ میں فتور آجاتا ہے +

بخار کی شدت اور اُس کی نوعیت مریض کی سابقہ حالت اور مرض کی نوعیت اور مدت کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتی ہے۔ نوجوان تندرست اور قوی اشخاص میں التہاب حاد کا بخار عموماً شدید قسم کا ہوتا ہے۔ اور اس میں حرارت اور اس کے دیگر عوارض مع ہذیان[1] کے بہت نمایاں ہوتے ہیں (حمی التہابیہ قویہ[2]) برعکس اس کے کمزور مریضوں میں اور اسی طرح لمبے بخاروں کے انتہائی درجہ میں (مثلاً حمی مطبقہ متناقضہ[3] کے تیسرے ہفتہ میں) اور شدید عددی جراثیمی[4] میں (مثلاً سرخباد[5] اور تعفن دموی[6]) انتہائی ضعف و ہبوط[7] نمایاں ہو جاتے ہیں (اس قسم کے بخار کو حمی التہابیہ غیر قویہ[8] کہتے ہیں) اس حالت میں بخار کا تیز ہونا ضروری نہیں ہے اور مریض پر نیم بے عقلی سی طاری ہو جاتی ہے۔ یا بکواس کے ساتھ ہلکا ہذیان ہوتا ہے۔ کپڑے نوچتا ہے۔ اور پاخانہ پیشاب بستر ہی پر ہو جاتا ہے +

اقسام التہاب:- مظاہر التہاب کے بیان کرنے کے لئے مختلف اصطلاحات بولے جاتے ہیں۔ جن میں چند درج ذیل کئے جاتے ہیں +

التہاب[9] نزلی میں اغشیۂ مخاطیہ[10] متاثر ہوتی ہیں۔ جو اوائل میں خشک اور نہایت سُرخ رہتے ہیں۔ اور ان میں درد و جلن ہوتی ہے۔ اس کے بعد اواخر میں رطوبت[11] مخاطیہ۔ یا پیپ ملی ہوئی رطوبت یا خالص پیپ کا اخراج بکثرت

[1] ہذیان۔ ڈیلیریم
[2] حمی التہابیہ قویہ۔ اسٹھینک انفلامٹری فیور
[3] حمی مطبقہ متناقضہ۔ ٹائی فائڈ فیور۔
[4] عددی جراثیمی۔ بیکٹیریل انفکشن
[5] سرخباد۔ اری سپلس
[6] تعفن دموی۔ سپٹی سیمیا۔
[7] ہبوط۔ کولیپس۔
[8] حمی التہابیہ غیر قویہ۔ ایسٹھینک انفلامٹری فیور
[9] التہاب نزلی۔ کٹارل انفلامیشن
[10] اغشیۂ مخاطیہ۔ میوکس ممبرینز
[11] رطوبت مخاطیہ۔ میوکس

ہونے لگتا ہے۔ ملتہب جھلی میں اوّل اوّل رطوبت مخاطیہ کا مبنا بند ہو جاتا ہے اور وہ رطوبتیں اس کے اندر نفوذ کر جاتی ہیں۔ جو التہاب کی وجہ سے عروق سے مترشح ہوتی ہیں۔ جن سے یہ جھلی بھی متورم ہو جاتی ہے + جھلی کے بشرہ[1] کے کریات[2] بڑھنے لگتے ہیں۔ جس سے رطوبت مخاطیہ کی پیدائش زیادہ ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد جوں جوں جھلی میں سفید دانوں[3] کا اجتماع ہوتا جاتا ہے اُسی قدر یہ رطوبت مذکور میں شامل ہو کر اُس میں سیپ کی آمیزش کر دیتے ہیں۔ یا خالص سیپ بنا دیتے ہیں + سطحی[4] بشرہ کے ضائع ہو جانے سے چھوٹے چھوٹے زخم بھی پیدا ہو سکتے ہیں لیکن ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔ اگر التہاب نزلی کے ترشحات[5] کو خوردبین سے دیکھا جائے۔ تو ان میں کریات قیحیہ[6] (سیپ کے دانے) سفید دانے اور بشرہ کے کریات مختلف حالتوں میں پائے جاتے ہیں۔ یعنی بشرہ کے بعض کریات میں مخاطین[7] کے گول دانے پائے جاتے ہیں۔ اور بعض اپنی طبعی حالت میں ہوتے ہیں + نزلی التہاب گاہے جراثیم سے۔ گاہے مقامی مہیجات[8] سے اور گاہے سردی کے لگنے سے ہوتا ہے +

التہاب[9] عفنائی (التہاب[10] منبت) جس میں ایک جھوٹی جھلی اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کہ عروق سے سائل[11] دموی مترشح ہو کر جم جاتا ہے۔ اور بچا ہوا لیفین[12] جھلی کی سطح پر جم جاتا ہے۔ جب اس قسم کا التہاب کسی عفنائی[13] (مثلاً

۱ بشرہ۔ اپی تھیلیم۔	۸ مہیجات۔ ارری ٹینٹس
۲ کریات۔ سیلز۔	۹ التہاب عفنائی۔ کروپس انفلامے شن۔
۳ سفید دانے۔ لیکوسائٹس	۱۰ التہاب منبت۔ پلاسٹک انفلامیشن۔
۴ سطحی بشرہ۔ سوپرفیشیل اپی تھیلیم	۱۱ سائل دموی۔ پلازما۔
۵ ترشحات۔ ڈسچارج۔	۱۲ لیفین۔ فائبرین۔
۶ کریات قیحیہ۔ پس سیلز۔	۱۳ عفنائی۔ سیرس ممبرین۔
۷ مخاطین۔ میوسین۔	

غشاء[1] صدر۔ صفاق اور غشاء زلالی[1] یعنی جوڑوں کی جھلی) کی سطح پر ہوتا ہے۔ تو مائیت[2] دمویہ کا ایک طبقہ جھلی کے مانند جم جاتا ہے۔ اور آس پاس کی چیزوں کو چپکا دیتا ہے۔ اس قسم کی حالت پھیپھڑے کے ہوائی خانوں میں ذات الریہ کے اندر بھی واقع ہوتی ہے۔ جبکہ پھیپھڑے کا ایک پورا لوتھڑا ملتہب ہو جاتا ہے۔ (ذات[4] الریہ مضیہ) اغشیۂ[5] مخاطیہ (جیسے طبقہ[6] لمتحمہ اور حلق کی جھلی) پر اس قسم کے التہاب سے گاہے سفید ٹکڑے گائے کے مانند پیدا ہو جاتے ہیں۔ جو نہایت آسانی سے جدا کیے جا سکتے ہیں۔ ان کے جدا ہونے کے بعد ایک سُرخ سطح نکل آتی ہے۔ جن میں ایک دو جگہ خون کے نقطے بھی نظر آئیں گے۔ مگر ساخت میں کوئی کمی نہ ہوگی +

التہاب[7] خناقی۔ دراصل یہ وہ التہاب ہے جو عصی[8] خناقِ وبائی کے اثر سے کسی آزاد سطح پر پیدا ہو جائے (اس کا مفصل بیان خناق وبائی کے باب میں آئے گا) +

مگر اکثر اس اصطلاح کا اطلاق عملاً دوسرے اسباب سے پیدا شدہ التہابی اعمال پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خناق وبائی کی طرح جھوٹی[9] جھلی اُسی نوعیت کی بن جاتی ہے۔ التہاب غشائی کی جھلی اور اس جھلی میں یہ فرق ہوتا ہے کہ اس کی ساخت میں صرف لیفین ہی نہیں ہوتی بلکہ مُردار ساخت کا بھی کم از کم کچھ حصہ تو ضرور شامل ہوتا ہے اسی وجہ سے کھُرچنے سے یہ مشکل جُدا ہو سکتی ہے اور جب اس کا کھرنڈ جدا کیا جاتا ہے

[1] غشاء زلالی۔ سائنوویل ممبرین۔
[2] غشاء صدر۔ پلیورا۔
[3] مائیت دمویہ۔ لِمف
[4] ذات الریہ مضیہ۔ لوبر نیمونیا۔
[5] اغشیۂ مخاطیہ۔ میوکس ممبرین۔
[6] طبقۂ لمتحمہ۔ کنجنکٹائیوا۔
[7] التہاب خناقی۔ ڈفتھیرک انفلامیشن۔
[8] عصی خناق وبائی۔ ڈفتھیریا بیسی لس۔
[9] جھوٹی جھلی (غشائے کاذب) فالس ممبرین

۲۔ ملتہب[1] حصہ کو آرام و سکون میں رکھا جائے۔ جہاں کہیں التہاب واقع ہو اُس حصہ کو طبعی سکون سے رکھا جائے۔ اور اس سے حتی الامکان کام نہ لیا جائے۔ مثلاً اگر التہاب مفصلی ہے۔ تو پٹی باندھکر اُس کی حرکت بند کر دی جائے۔ اگر پستان میں ورم ہے تو اُسے سہارہ دیکر باندھ دیا جائے۔ اور ساتھ ہی ہاتھ کو بدن سے باندھکر بے حرکت کر دیا جائے۔ اور دودھ پلانا بند کر دیا جائے۔ اگر قرنیہ میں التہاب ہے تو اس میں روئی کی گدی رکھکر پٹی باندھ دی جائے۔ تاکہ پپوٹوں کی حرکت سے قرنیہ کو رگڑ نہ لگنے پائے۔ اور اگر شبکیہ[2] میں التہاب ہے تو اُسکو آرام دینے کے لئے روشنی سے احتراز کیا جائے۔

۳۔ مقام التہاب سے خون کے دباؤ اور احتقان[3] دموی کو کم کرو۔ جس سے ترشح[4] رطوبات۔ درد اور تناؤ کم ہو جائے گا۔ یہاں یہ ظاہر کرنا مناسب ہے کہ اگرچہ احتقان دموی اور ترشح رطوبات یہ دونوں چیزیں ایک حد تک مفید ہیں۔ تاہم عموماً التہاب میں یہ اس قدر زیادتی کے ساتھ موجود ہوتی ہیں کہ انکو محدود کرنا ضروری ہوتا ہے اس مقصد کے حاصل کرنے کے لئے مناسب ہے کہ ملتہب عضو کو اونچا کر کے رکھا جائے۔ علی الخصوص جبکہ پاؤں میں التہاب ہو۔ کیونکہ یہ ظاہر ہے کہ عضو کو اس طرح اونچا رکھنے سے وریدیں بوجہ ثقل طبعی کے خون سے خالی ہو جائیں گی۔ جس کے انعکاسی[5] اثر سے شریانیں سکڑ جائیں گی۔ اس قاعدہ کو ضرورت سے زیادہ عمل میں نہیں لانا چاہیئے۔ ورنہ عضو ماؤف سے خون کم ہو کر تغذیہ کے خلل سے قوتِ حیات باطل ہو جائے گی۔ اس لیے یہ قاعدہ اختیار کرنا چاہیئے کہ عضو کو صرف اس قدر اونچا کیا جائے کہ وریدی خون کی واپسی تو آسانی سے ہوتی رہے۔ لیکن شریانی خون

---

[1] ملتہب۔ انفلیمڈ۔
[2] شبکیہ۔ ریٹنا۔
[3] احتقان دموی۔ ہائی پریمیا۔
[4] ترشح۔ اگزوڈیشن۔
[5] انعکاسی انقباض۔ ریفلیکس کنٹریکشن۔

کی آمد میں کوئی خلل واقع نہ ہو۔ مقامی اخراج خون کے لئے جونک[1] لگانا۔ یا پچھنے[2] لگانا یا تر یا خشک سنگھیاں[3] کھچوانا مناسب حالات میں مفید ہوتا ہے۔ اور گاہے اس سے درد کو فوری فائدہ ہوتا ہے +

سردی کا استعمال اگر مناسب طریقہ سے کیا جائے۔ تو احتقان دموی کے کم کرنے میں بہت بڑی مدد مل سکتی ہے۔ کیونکہ اس کے اثر سے شرائین صغیرہ[4] سکڑ جاتی ہیں۔ لیکن سردی کا استعمال محض ابتدائی درجہ میں کرنا چاہئے۔ کیونکہ سردی عضو ماؤف کی قوت حیات کو کم کر دیتی ہے۔ اس لئے اگر وہاں زیادہ اجتماع خون ہوگا۔ تو سردی فائدہ کے عوض نقصان پیدا کرے گی۔ اسی طرح بوڑھوں میں بھی اس کا استعمال احتیاط سے کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس کے اثر سے جلد کے مردہ ہو جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ سردی کا استعمال ربڑ کی تھیلی میں برف بھر کر کیا جائے۔ یا ایک برتن اوپر لٹکا کر اس میں برف کا پانی یا اور کوئی ٹھنڈا غسول[5] بھر دیا جائے۔ اور کپڑے کی دہجی اس برتن سے لگا کر عضو ماؤف پر لپیٹ دی جائے۔ تاکہ عضو ماؤف تک آہستہ آہستہ ٹھنڈا پانی آتا رہے یا کسی ٹھنڈک پہونچانیوالے غسول (مثلاً غسول رصاص وغیرہ) میں کپڑے کی پٹی تر کر کے براہ راست ملتہب حصہ پر رکھی جائے۔ اور سب سے بہتر تو یہ ہے کہ برف کا پانی شیشہ[6] کی نالیوں کے ذریعہ گذارا جائے۔ یہ نالیاں چونکہ نرم ہوتی ہیں۔ اس لئے وہ ہر قسم کے عضو پر لپیٹی جا سکتی ہیں +

گرمی خصوصاً اگر اس کے ساتھ رطوبت بھی ہو۔ تو عوارض التہاب کے علاج کے لئے نہایت مفید اور بکثرت مستعمل ہے۔ اس کا اثر سردی کے خلاف عروق قادر

[1] جونک لگانا۔ پنکچر۔	[5] غسول۔ لوشن۔
[2] پچھنے لگانا۔ اسکیری فی کے شن	[6] غسول رصاص۔ لیڈ لوشن۔
[3] سنگھی لگانا۔ کپنگ۔	[7] شیشے کی نالیاں۔ گلاس ٹیوب۔
[4] شرائین صغیرہ۔ آرٹری اولز۔	

النجہ کو ڈھیلا کرنا ہے۔ جس سے تناؤ اور درد کم ہو جاتے ہیں۔ یہ اس لحاظ سے بھی مفید ہے کہ چونکہ اس کے اثر سے عروق میں خون زیادہ پہونچتا ہے۔ اور عروق جاذبہ کا فعل (انجذاب) تیز ہو جاتا ہے۔ اس لئے عضو ملتہب کی قوت حیات بڑھ جاتی ہے۔ التہاب تحت الجلد کے علاج کے لئے ربڑ کی تھیلیوں میں گرم پانی بھر کر سینکنا۔ یا گرم پانی میں اسفنج۔ یا لفاح ملا کر یا خالص پانی سے سینکنا تکمید رطب یا گرم پانی سے نمدہ تر کے نچوڑنے کے بعد گرم کرنا۔ یا گرم بلغہ کا لگانا یا سادہ روئی کو گرم کر کے سینکنا مفید و کارآمد ہے۔

خشک حرارت پہونچانے کے دوسرے طریقے ایک مستقل باب میں بتائے گئے ہیں۔ مگر وہ زیادہ تر التہاب کے مزمن اقسام میں قابل استعمال ہیں۔

۲۔ التہاب جراثیمی کا مقامی علاج

جراثیمی التہاب کا مقامی علاج غیر جراثیمی کے اصول علاج سے کسی قدر مختلف ہے کیونکہ اسکا مقصد یہ ہے کہ یہاں جراثیم ہلاک کئے جائیں۔ اور انکے مواد سمیہ (سمین) خارج کر دیے جائیں۔ اور ساتھ ہی حتی الامکان ساختوں میں فتور و نقصان واقع نہ ہو۔ اس میں خاص دقت یہ پیش آتی ہے کہ ملتہب حصہ کی رگوں اور عروق جاذبہ میں بوجہ وقوف و رکود کے اچھے خون کا دوران نہیں ہوتا۔ علاوہ ازیں جراثیم کے بنائے ہوئے مواد (سمین) موقعہ پاکر النجہ پر مضر اثر کرتے ہیں

۱ عروق جاذبہ۔ لیمفٹک ویسلز۔	۶ النجہ۔ پولس
۲ تحت الجلد۔ سب کیوٹے نیس	۷ مزمن۔ کرانک
۳ لفاح۔ بلاڈونا۔	۸ سمین۔ ٹاکسین۔
۴ تکمید۔ فومن ٹے شن۔	۹ رکود / وقوف } اسٹیسس
۵ نمدہ۔ اسپنجیو پائین	

اور خون میں بھی جذب ہو کر اُس کی ترکیب کو خراب کر دیتے ہیں۔ یہ امر مشتبہ ہے کہ دافع[1] تعفن ادویہ جن کے اثر سے ماؤف ساختیں پُورے طور پر ہلاک نہیں ہوتیں۔ اُن جراثیم پر کوئی اثر رکھتی ہیں یا نہیں۔ جو کہ وہاں اپنی جڑ جما لیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کے ضعیف سیال[2] استعمال کیے جائیں۔ تو یہ جراثیم پر کوئی اثر نہیں کر سکتے۔ اور اگر زیادہ قوی لگائے جائیں تو خطرہ ہوتا ہے کہ ان کے اثر سے وہ ماؤف ساختیں جو جراثیم سے پہلے متاثر ہو چکی ہیں۔ اور زیادہ خراب ہو جائیں۔ اور اس کے بعد عمل التحام میں مزاحمت واقع ہو۔ لہٰذا جراثیمی التہاب کے مقابلہ کے لئے ہمارے پاس مندرجہ ذیل وسائل ہو سکتے ہیں۔

(۱) خون کی دافع سمین[3] اور دافع جراثیم[4] طبعی خاصیتیں جو پہلے سے موجود ہوتی ہیں۔ ان کو خارجی وسائل مثلاً مصل[5] دافع سمین۔ تلقیحات[6] جراثیمی اور مناسب ادویہ واغذیہ سے بڑھایا جائے (۲) بیرونی استعمال کی چیزیں اور دیگر وسائل اختیار کیے جائیں جن کے اثر سے خون کا انجماد اور ترشحات[7] دور ہو جائیں۔ اور تازہ خون ماؤف حصہ میں دوڑنے لگے۔ تاکہ التحام میں مدد ملے۔ ان نتائج کے لئے حسب ذیل تدابیر اختیار کی جائیں۔

۱۔ حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔ مثلاً اگر کوئی خارجی شئے جس سے اکثر تعفن واقع ہوتا ہے۔ اور کوئی ٹانکہ جو ناصور کی گہرائی میں چھپا ہو۔ تو ان کو نکال دینا چاہئے۔ بعض حالات میں التہاب کے مقامی مراکز کو تمام و کمال قطع کر کے خارج کر دیا جاتا ہے۔ مثلاً جب بندوق کی گولی سے جسم میں کوئی نالی پیدا ہو جاتی

[1] دافع تعفن۔ انٹی سپ ٹک۔
[2] سیال۔ سولیوشن۔
[3] دافع سمین۔ انٹی ٹاکسین۔
[4] دافع جراثیم۔ بیکٹیری سائڈ۔
[5] مصل۔ سیرم۔
[6] تلقیحات۔ ویکسینیز
[7] ترشحات۔ اگزوڈیٹس۔

ہے۔ اور وہ متعفن ہو جاتی ہے یا بثرہ[1] خبیثہ موجود ہو تو ان کو کاٹ کر خارج کر دینا چاہئے۔ اور گاہے اُن مراکز کو اگرچہ پورے طور پر قطع نہیں کیا جاتا ہے مگر سڑے ہوئے اور مواد سے بھرے ہوئے مقام کے بیشتر حصہ کو کاٹ کر اور کھرچ کر صاف کر دیا جاتا ہے۔ جیسے جمرہ[2] یعنی شب چراغ میں۔ مگر یہ ترکیب اُسی وقت مفید ہو سکتی ہے جبکہ عدوی محدود اور مقامی ہو۔

۲۔ جہاں تک ممکن ہو ملتہب حصہ کو آرام و سکون میں رکھا جائے۔ تاکہ نہ صرف اس سے جسمانی و اعضائی آرام حاصل ہو۔ بلکہ اس لئے بھی کہ نقل و حرکت کی وجہ سے سمیت نہ پھیل جائے۔ اس غرض سے مریض کو بستر پر رکھا جائے۔ یا عضو ماؤف کو تختیوں[3] میں باندھکر یا حمائل[4] سے لٹکا کر اس کی حرکت بند کر دی جائے۔ مگر اس میں یہ احتیاط رکھنی چاہئے کہ زیادہ دیر تک غیر متحرک رکھنے سے اس کے ذاتی افعال تغذیہ وغیرہ میں کوئی بُرا اثر نہ پیدا ہو۔

۳۔ اور ڈھ[5] اور عروق جاذبہ جن میں دوران سُست پڑ گیا ہے اُن کو خالی کرنے کی غرض سے عضو کو اونچا رکھا جائے۔ اور سینک پہونچائی جائے۔ تاکہ وہاں کی ساختیں نرم اور ڈھیلی پڑ جائیں۔ اسی مقصد کے لئے ضرورت ہو تو کچھ خون بھی خارج کیا جائے۔ معمولی حالتوں میں پچھنوں سے بہت فائدہ پہونچتا ہے۔ لیکن جب حالت رکود[6] واقع ہو کر تناؤ بہت بڑھ گیا ہو تو گہرے نشتر لگا کر خون خارج کر دیا جائے۔ جس کے ساتھ جراثیم اور مواد سمیہ بھی خارج ہو جائیں گے۔

۱ بثرہ خبیثہ۔ ملگنینٹ پسچیول	۴ حمائل۔ سلنگ
۲ جمرہ شب چراغ } کاربنکل	۵ اورده۔ وینز
۳ تختی جبیرہ } اسپلنٹ	۶ رکود۔ اسٹے سس

نہم۔ رطوبات کا اجتماع کم کیا جائے تاکہ جراثیم کا اثر ساختوں سے کم ہو جائے
اس غرض کے لئے حسب ذیل وسائل اختیار کیے جا سکتے ہیں (الف) جب
ساخت کی فضاؤں میں رطوبات کا اجتماع ہو جائے (ان فضاؤں کو اصطلاحاً افضیہ
میتہ کہتے ہیں) یا جو مقدار پھوڑا بنگیا ہو۔ جس میں بیرونی اجسام اور مُردہ ساختوں کا
ہونا ممکن ہے۔ تو آزادی کے ساتھ کھلا شگاف دیا جائے۔ اور اس کے بعد
اخراج رطوبت کے لئے کپڑے کی بتی یا ربر کی نلیاں زخم میں رکھدی جائیں۔
(ب) جب رطوبات جمع ہو کر ساختوں کے اندر مقید ہو جائیں۔ اور اُن کے دباؤ
سے عروق کے اندر تازہ خون کی آمد و رفت بند ہو جائے۔ اور عروق سے مائیت
کا ترشح بند ہو جائے۔ اور سفید دانوں کا نکلنا رُک جائے تو کوشش یہ ہونی چاہیے
کہ ساختوں سے رطوبات خارج کی جائیں۔ اور مائیت کے بہاؤ میں مدد دی جائے
یہ مقصد ایسی ادویہ کے مقامی و متواتر استعمال سے حاصل ہو سکتا ہے۔ جو اعصاب[1]
محرک عروق میں تحریک پیدا کریں۔ جس کے لئے بہترین شئی سائل نمکین[2] (۵ فیصدی)
ہے۔ جس کے بنانے اور استعمال کرنے کا طریقہ آگے بیان کیا جائے گا (ج)
التہاب کے آواخر میں جبکہ پیپ خوب جاری ہو۔ تو اس کو صاف کرنے کے لئے
زروق[3] (پچکاری) یا حمامات[4] جلد جلد استعمال کیے جائیں۔ تاکہ سفید دانوں کے
ٹوٹنے سے جو ایک قسم کا خمیر پیدا ہو جاتا ہے (جسکو فرکین[5] کہا جاتا ہے) اور جو
اعضاء میں تیج اور ساختوں کے گلانے کا اثر رکھتے ہیں۔ وہ دُھل کر ضائع ہو جائیں
اس مقصد کے لئے معمولی سائل نمکین مفید شئی ہے۔ جس میں ایک سے چار فیصدی

[1] اعصاب محرک عروق۔ ویسو موٹر نروز	[4] حمامات۔ باتھز۔
[2] سائل نمکین۔ سالٹ سولیوشن۔	[5] فرکین۔ ٹرپ سین۔
[3] زروق۔ ارری گیٹر	[6] افضیہ میتہ۔ ڈیڈ اسپیسز۔

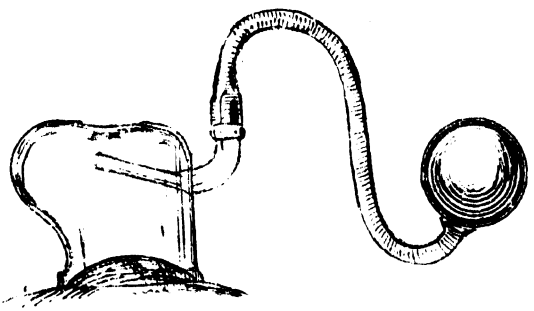
تک جست[1] کبریت آگین بھی ملایا جا سکتا ہے۔ جو سفید دانوں کے اخراج کو بڑھاتا اور مائیت خون کے ترشح کو روکتا ہے +

۵۔ حرارت و سخونت کے استعمال سے اس حصے میں اچھے خون کی آمد کو بڑھایا جائے۔ چنانچہ اگر جلد سالم ہو تو لیخات[2] لگائے جائیں۔ اور اگر زخم ہو تو حامض[3] بورقی کے تکیدات[4] استعمال کیے جائیں۔ یا۔ وہ ذرائع استعمال کئے جائیں جن سے مصنوعی طور پر اجتماع خون ہو جاتا ہے +

الکتابی[5] یا مصنوعی[6] احتقان دموی۔ سلسلہ علاج میں اس وجہ سے شامل کیا گیا ہے کہ خون اور سفید دانوں کا مقام التہاب میں موجود ہونا بشرطیکہ مناسب طور پر اسکو محدود رکھا جائے بہر صورت مفید ہے۔ لیکن التہاب حاد میں چونکہ عام طور پر خون پہلے ہی سے زائد ہوتا ہے۔ اس لئے وہاں مصنوعی طور پر خون کا زیادہ کرنا مضر ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے پھر اچھے خون کے پہونچنے میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ مصنوعی احتقان کے علاج میں پہلے قدرتی اور مضرت رساں احتقان کو زائل کیا جاتا ہے۔ اور اس غرض سے عضو کو اونچا رکھا جاتا ہے اور پھر اس کے عوض مصنوعی احتقان دموی پیدا کیا جاتا ہے۔ اور اسکو اپنے قبضہ میں محدود رکھا جاتا ہے۔ جس سے ملتہب حصے تھوڑی تھوڑی دیر کے بعد اچھے خون سے لبریز ہو جاتے ہیں۔ اور چونکہ اس میں تریاقی[7] اجسام موجود ہوتے ہیں۔ اس لئے جراثیم کے ہلاک کرنے میں یہ مدد دیتا ہے۔ اور صحت کو قریب لے آتا ہے +

[1] جست کبریت آگین۔ زنک سلفیٹ
[2] لیخات۔ پولٹس۔
[3] حامض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
[4] تکمید۔ فومن ٹیشن
[5] الکتابی احتقان۔ آرٹیفیشیل ہائی پریمیا۔
[6] مصنوعی احتقان۔ انڈیوسڈ ہائی پریمیا۔
[7] اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز۔

(۱۰) کرۂ مصاصہ (کلیپ)



یہ چھوٹے چھوٹے سطحی تلوثات یعنی دھاسیل یا شب چراغ وغیرہ کے لیے مناسب ہے

مصنوعی احتقان کی دو قسمیں ہیں۔ ذاتی[1] اور قہری[2] احتقان ذاتی میں خون کا بہاؤ اس حصہ کی طرف عروق کو پھیلا کر تیز کر دیا جاتا ہے اور یہ تیزی پہلے شریانوں سے شروع ہوتی ہے۔ یہ مقصد استعمال حرارت سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ خواہ تکمیدات حارہ استعمال کیے جائیں۔ یا عضو کو گرم پانی میں رکھا جائے۔ یا گرم ہوا کے مختلف طرق استعمال میں سے کوئی ایک طریقہ برتا جائے۔

احتقان قہری۔ جس کا آغاز وریدوں سے ہوتا ہے، اس طرح حاصل کیا جاتا ہے کہ حصۂ ملتہب کے اوپر (یعنے اوس کے اور قلب کے درمیان) ایک پٹی کھینچکر باندھ دی جاتی ہے (تاکہ وریدی خون کا اجتماع مقام التہاب میں پیدا ہو جائے) یہی مقصد حاصل کرنے کے لئے ایک مخصوص آلہ کا استعمال بھی کیا جاتا ہے جسکو کرۂ مصاصہ[3] کلیپ کہتے ہیں۔ وریدی خون کو روکنے کے لئے اکثر ربر کی لچکدار پٹی باندھ دی جاتی ہے، اس قسم کی پٹی مارٹن کی بنائی ہوئی بہت مناسب ہوتی ہے۔ اسکو بخوبی کھینچکر اس طرح باندھ دیا جائے کہ جس سے وریدی خون تو رک جائے مگر شریانوں میں رکاوٹ نہو اور اونکا دورانِ خون بدستور جاری رہے۔ اگر یہ پٹی صحیح طریقہ سے باندھ دی گئی ہے تو عضو اوّل سرخ و نیلگوں ہو کر اوس میں سوجن اور اوذیما[4] نمودار ہو جاوے گا مگر درد پیدا نہ ہوگا۔ لیکن اگر پٹی ضرورت سے زیادہ تنگ بندھ گئی ہے اور اوس سے شریانی دورانِ خون میں مزاحمت ہو گئی ہے تو مریض کو درد بہ شدت محسوس ہوگا اور عضو ٹھنڈا پڑ جائے گا جب پٹی ٹھیک بندھ جائے اور مناسب اور صحیح درجہ کا تناؤ حاصل ہو جائے تو عضو کو آرام محسوس ہوگا ایسی حالت میں اُسے اسی طرح پٹی سے بندھا ہوا مسلسل

[1] احتقان ذاتی۔ ایکٹو ہائی پریمیا
[2] احتقان قہری۔ پے سو ہائی پریمیا۔
[3] کرۂ مصاصہ کلیپ۔ کلیپس سکشن بال
[4] اوذیما۔ ایڈیما۔

بیس گھنٹے یا اس سے بھی زائد عرصہ تک اُسی وضع میں رکھنا چاہئے۔ ہر روز پٹی کو دو تین گھنٹے کے لئے کھول دینا چاہئے تاکہ اوذیما میں تخفیف ہو جائے اور جمع شدہ خون (جو کم و بیش حالت رکود میں[1] ہوتا ہے) عضو سے خارج ہو جائے۔ اس طریقہ سے علاج جاری رکھنا چاہئے حتیٰ کہ التہاب کم ہو جائے اور پھر اس کے بعد پٹی کی بندش کا وقفہ روزانہ بتدریج کم کر دیا جائے۔

۵۔ مُصَاصہ کلیپ کا استعمال اس وقت کیا جاتا ہے جب ربر کی پٹی باندھنے کا موقعہ نہ ہو مثلاً جب پشت یا گردن میں خراج[2] یا جمرہ[3] ہو، یا پستان میں التہاب ہو۔ یا کسی انگلی میں عفونت پیدا ہو جائے۔ پہلے کانچ کا ایک پیالہ یا مناسب صورت کا گلاس (جس کے کنارے کو چربی یا روغن لگا کر یا پانی سے تر کر لیا جائے) مقام التہاب پر بخوبی چسپاں کر دیا جائے پھر اوس کے اندر کی ہوا ربر پمپ (اس آلہ میں ایک گیند کی شکل کا ربر کا پھیلاؤ ہے جو ہوا کھینچ سکتا ہے) سے کھینچکر خارج یا کم کر دی جاوے۔ ایسا کرنے سے فوراً خون کھنچکر ملتہب ساختوں میں بھر آتا ہے اور پھر یہ ساختیں بھی پیالہ کے جوف کے اندر کھنچ آتی ہیں۔ اگر اس ملتہب حصہ میں پھوڑے یا جمرہ وغیرہ کے منہ کھلے ہوئے واقع ہیں۔ تو اونکے اندر سے مواد اور مُردار ساخت کے ٹکڑے وغیرہ بھی خارج ہو کر پیالہ کے اندر آجاتے ہیں۔ پیالہ پانچ یا دس دقیقہ[4] تک لگا رہنے دیا جاوے۔ یہ عمل دن میں دو تین مرتبہ کرنا چاہئے۔

۶۔ اگر زخم کھلا ہوا ہے تو مناسب طریقہ سے مرہم پٹی کی جائے۔ اور دافع تعفن[5] کا استعمال رکھا جائے۔ تاکہ بیرونی جراثیم داخل نہ ہونے پائیں۔

[1] رکود۔ اسٹےسس	[4] دقیقہ۔ منٹ۔
[2] خراج۔ ابسس۔	[5] دافع تعفن۔ انٹی سپٹک۔
[3] جمرہ۔ کاربنکل۔	

۳۔ التہاب کا علاج کلی

التہاب کا علاج کلی مریض کی حالت اور مرض کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے +

اگر مریض قوی اور توانا ہے۔ اوس کے خون کا دباؤ زیادہ ہو اور نبض عظیم[۱] اور ممتلی[۲] ہو اور ساتھ ہی التہاب کی مقامی علامتیں، درد وغیرہ نمایاں ہوں تو ایسے حالات میں مناسب ہے کہ شریانی تناؤ کم کرنے کی غرض سے ایسی ادویہ استعمال کی جائیں جیسے مرکبات کلیہ[۳] بچناگ[۴] دخانق الذئب۔ عرق الذہب[۵] نوشادریہ حل آگین، لحلاح[۶] وغیرہ اور ایسے ذرائع بھی اختیار کیے جائیں جن سے جلد بدن۔ گردوں اور امعاء کے افعال میں تحریک ہو جائے تاکہ سمین اور دیگر ہیجات بدن سے خارج ہو جائیں اور خون صاف ہو جائے۔ چند حالتوں میں مثلاً جب ذات الریہ[۷] یا سرسام[۸] عشائی موجود ہو، ابتدائی درجوں ہی میں فصد[۱۰] کھولنے کی ضرورت پیش آتی ہے مگر صرف ایسا قوی اور دموی[۱۱] مزاج کے جوانوں میں ہی کرنا چاہئے اور ان میں بھی اسی درجہ تک کہ اس سے قوی میں زیادہ کمزوری نہ ہونے پاوے۔ ازاں بعد ایسی سادہ اور زود ہضم غذا کافی مقدار میں دینا چاہئے، جس کی نوعیت و مناسبت کا اندازہ مریض کے بخار کی شدت یا قلت سے یا اوس کے آلات انہضام کی حالت سے کیا جا سکتا ہے۔ ہاضمہ کی حالت زبان کے معائنہ سے معلوم ہو سکتی ہے +

۱ نبض عظیم۔ لارج پلس۔	۶ لحلاح۔ کال چی کم۔
۲ نبض ممتلی۔ فل پلس	۷ ذات الریہ۔ نمونیا۔
۳ کلیہ۔ اینٹی منی۔	۸ سرسام عشائی۔ مے ننجائی ٹس۔
۴ بچناگ۔ خانق الذئب۔ اکونائٹ۔	۱۰ فصد۔ وینی سکشن۔
۵ عرق الذہب۔ ایپی کاکوانا۔	۱۱ دموی مزاج۔ فل بلڈڈ۔
۶ نوشادریہ حل آگین۔ ایسی ٹیٹ آف ایمونیا	

لیکن جب مریض ضعیف و کم طاقت ہو، اور خصوصاً جب اوس کی طاقت مسلسل بخار اور تسمم الدم[1] کے باعث بتدریج زائل ہو چکی ہو تو علاج کلی بالخصوص یہی ہے کہ غذا کافی پہونچائی جائے اور تیمارداری[2] نہایت احتیاط و خبرداری کے ساتھ کی جائے ایسی صورت میں مریض کی حالت کی درستی کا دارومدار طبیب اور تیماردار ہر دو کی ہوشیاری و مستعدی پر یکساں طور سے رہتا ہے۔ محرکات[3] کے استعمال کی ضرورت ایسے مریضوں میں ہو سکتی ہے۔ علاوہ ازیں امعاء اور گردوں کے افعال کو صحیح و منضبط رکھنا چاہئے اگرچہ ایسا کرنے میں مریض کی طاقت کو کم نہ ہونے دیا جائے +

خیال کیا جاتا ہے کہ معتدل درجہ کی حرارت (خفیف بخار) متعدی امراض میں بجائے مضر ہونے کے ایک طور سے مفید ہوتی ہے کیونکہ اس کے اثر سے اجسام تریاقیہ[4] کے بننے میں تحریک ہوتی ہے۔ مگر شدید حرارت مضر ہوتی ہے کیونکہ اُس کے اثر سے ساختوں میں استرخاء[5] پیدا ہو جاتا ہے اور تریاقی اجسام کی پیدائش بند ہو جاتی ہے۔ لہذا منقص[6] حرارت ادویہ کا استعمال اوسوقت تک نہیں کرنا چاہئے جب تک کہ حرارتِ شدیدہ نہ ہو اور جب یہ ضرورت پیش آئے تو ایسی دواؤں پر اعتماد رکھنا چاہئے جیسی کہ کنہ[7] ایسپرین[8] (نفسین) یا نیم گرم پانی سے اسفنج کو تر کر کے بدن کو پونچھا جائے تاکہ حرارت کم ہو جائے +

[1] تسمم الدم۔ ٹاکسی میا۔	[5] استرخاء۔ پیرالے سس۔
[2] تیمارداری، تمریض نرسنگ	[6] منقص حرارت۔ اینٹی پائریٹکس۔
[3] محرکات۔ اسٹی مولنٹ	[7] کنہ کنہ۔ کونین۔
[4] اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز۔	[8] ایسپرین۔ نفسین۔

التہاب[1] مزمن

اسباب۔ یہ التہاب حاد کے اسباب سے مشابہ ہیں مگر ان کا عمل زیادہ خفیف اور دیرپا ہوتا ہے۔ مریض کے مخصوص مزاج، فساد[2] بنیہ اور استعداد[3] بدنی کا اثر بھی حدوث التہاب پر نہایت نمایاں و اہم ہوتا ہے۔

جراحیات میں جن التہابات مزمنہ کے دیکھنے کا زیادہ تر اتفاق ہوتا ہے وہ بیشتر آتشک[4]۔ ورن[5] (مادۂ سلیہ) نقرس[6]، یا وجع المفاصل میں سے کسی ایک عارضہ کے باعث پیدا شدہ ہوتا ہے، لہٰذا طبیب کو لازم ہے کہ التہاب مزمن کے علاج کے وقت پہلے ان امراض یا ان کے خفیف اثر کی موجودگی یا غیر موجودگی کے متعلق تحقیق و اطمینان کرلے۔

ظواہر[7]۔ التہاب مزمن کے ظواہر و کیفیات اصولاً التہاب حاد سے مشابہ ہیں، اگرچہ علامات قدرے مختلف ہوتی ہیں۔

(۱) احتقان[9] دموی۔ کم درجہ کا مگر دیرپا ہوتا ہے کیونکہ التہاب پیدا کرنیوالا مہیج عموماً کم تیز ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے مقامی علامات و عوارض چنداں نمایاں نہیں ہوتے، درد از قسم ممرض[10] اور کم شدت کا اور ایک قسم کا بھاری پن معلوم ہوتا ہے، حصہ ماؤف نسبتاً کم گرم ہوتا ہے۔ سرخی شوخ رنگ کی نہیں بلکہ سیاہی مائل ہوتی ہے، اور اکثر عضو ماؤف کے انسجہ میں وہتے پڑ جاتے ہیں۔ عروق

---

[1] التہاب مزمن۔ کرانک انفلامے شن۔
[2] فساد بنیہ۔ ڈایاتھے سس۔
[3] استعداد بدنی۔ کنسٹی ٹیوشنل پری ڈسپوزیشن
[4] آتشک۔ سفلس۔
[5] ورن۔ ٹوبرکل۔
[6] نقرس۔ گاؤٹ۔
[7] وجع مفاصل۔ روماٹزم
[8] ظواہر۔ فنامینا۔
[9] احتقان دموی۔ ہائی پریمیا
[10] وجع ممرض۔ ایکنگ پین۔

اور خصوصاً اُن دہ کی قوت انقباض[1] میں بہت کمی آجاتی ہے (جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بہت دیر تک پھیلی ہوئی رہی ہیں) لہٰذا اونکو درجۂ اعتدال پر لانا زیادہ مشکل ہوتا ہے +

(۲) خون کے دانے ایک دوسرے کے ساتھ اوس قدر چسپاں نہیں ہوتے جیسے کہ التہاب حاد میں ہوتے ہیں اور چپک کر دیسی ٹکیوں کے ڈھیر نہیں بناتے خون کے دانوں کا انتقالِ مقام یا ہرب[2] (رینے اونکا عروق سے خارج ہوکر ساختوں میں مترشح ہوجانا) اگرچہ ہوتا ہے مگر نہایت ہی محدود درجہ کا ہوتا ہے ترشحات ورطوبات زیادہ رقیق قسم کے ہوتے ہیں۔ اور انکی ترکیب میں لیفین[3] یا مادہ بیضیہ[4] بہت کم ہوتے ہیں۔ اغشیۂ مائیہ[5] کے بعض التہابات مزمنہ میں تو اونکے کیسے ایسی رقیق رطوبت سے پُر ہوجاتے ہیں۔ جسکا ثقل نوعی مصل دم[6] کے ثقل سے بھی کم ہوتا ہے +

(۳) حاد اور مزمن التہاب کے درمیان سب سے زیادہ نمایاں اور اہم فرق اوس تفاعل[7] کی صورت میں نمودار ہوتا ہے جو ساختہائے ماؤف کی طرف سے التہاب کے جواب میں ظاہر ہوتے ہیں۔ التہاب حاد میں ساختوں کے اندر خلیات کی افزائش عموماً چنداں نمایاں نہیں پائی جاتی، کیونکہ اوس میں سیمین اس قدر شدید ہوتے ہیں کہ انسجہ کی قوت حیات اونسے اکثر زائل ہوجاتی ہے بخلاف ازیں التہابات مزمن میں ایسا نہیں ہوتا، یا کم از کم اگر ہوتا ہے تو مرض کے انتہائی درجوں میں ہی ہوسکتا ہے، جیسے کہ آتشک اور تدرن[9] میں +

[1] انقباض۔ کنٹریکشن
[2] ہرب۔ ڈایاپے ڈی سس
[3] لیفین۔ فائبرین۔
[4] مادہ بیضیہ۔ البومن۔
[5] اغشیۂ مائیہ۔ سیرس ممبرین۔
[6] ثقل نوعی (وزن مخصوص) اپے سے فک گرے ویٹی
[7] مصل دم۔ بلڈ سیرم
[8] تفاعل۔ ری ایکشن۔
[9] تدرن۔ ٹیوبرکل

جب کسی مقام پر التہاب مزمن موجود ہوگا تو رقبۂ ماؤف میں گول دانوں[1] کا ترشح و اجتماع مختلف ذرائع سے پیدا ہو جائے گا۔

(الف) بعض ساختوں میں (اونکی مخصوص ساخت کی وجہ سے) دانوں کی پیدائش و افزایش بہت نمایاں ہوتی ہے، خصوصاً اُن خلیات[2] مبطنہ میں جو عروق اور مائیت[3] کے خانوں میں استر کرتی ہیں، یا پستان کی جوہری ساخت کے دودھ پیدا کرنے والے دانوں میں بخلاف ازیں بعض اعضا میں دانوں کی یہ افزائش و پیدائش بالکل ہی نہیں ہوتی، جیسے کہ مرکزی[4] نظام اعصاب میں۔

(ب) مگر بیشتر حالات میں یہ گول دانے خلیات[5] مائیہ ہوتے ہیں اور چھوٹے عروق کے آس پاس کثیر تعداد میں مجتمع پائے جاتے ہیں۔ مزمن قسم کی رسولی[6] میں جن کی ترکیب ازار لحمیہ سے ہوتی ہے (سلعۂ[7] اریکہ) اس قسم کے خلیات مائیہ کی پیدائش نمایاں طور سے پائی جاتی ہے اور ان خلیات سے بنے ہوئے وسیع رستے ملتے ہیں۔

(ج) ایک اور قسم کے دانے جو اس قسم کے التہابات میں عموماً پائے جاتے ہیں اور حال ہی میں جن کے متعلق گہری دلچسپی کا اظہار ہوا ہے خلیۂ[9] سائل کے نام سے منسوب کیے جاتے ہیں۔ یہ دانے بمقابلۂ خلیات مائیہ کے بہت بڑے ہوتے ہیں اور ان کی شکل بیضوی ہوتی ہے، اِنکے نوات اُتنے ہی بڑے ہوتے ہیں جتنے کہ خلیات مائیہ میں یہ عموماً پانچ چھ حصوں میں

[1] گول دانے۔ راؤنڈ سیل۔
[2] خلیات مبطنہ۔ انڈوتھیلیل سیلز
[3] مائیت۔ لمف۔
[4] مرکزی نظام عصبی۔ سنٹرل نروس سسٹم
[5] خلیات مائیہ۔ لمفوسائٹس۔
[6] رسولی۔ ٹیومر
[7] ازار لحمیہ۔ گرے نیولیشن۔
[8] سلعہ اریکہ۔ گرے نیولوما
[9] سلعات اریکہ۔ گرے نیولومیٹا۔
[9] خلیۂ سائل۔ پلازما سیل۔

منقسم ہوتے ہیں اور دانے کے عین مرکز میں نہیں ہوتے بلکہ خارج المرکز[1] ہوتے ہیں۔ اِن کا مادۂ حیات مخصوص رنگوں سے متاثر ہونے کی خصوصیت رکھتا ہے گاہے اس قسم کے دانے التہاب مزمن میں اس کثرت سے پائے جاتے ہیں کہ وسیع رقبوں میں انکے سوا دوسرے کوئی قسم کے دانے شاذ و نادر ہی دکھائی دیتے ہیں، مگر عموماً انکے ساتھ خلیات مائیہ بھی ملے جلے پائے جاتے ہیں۔

الغرض یہ نئے بنے ہوئے دانے، خواہ اِن کا مادہ کچھ بھی ہو، بالآخر مبدل ہو کر نئے لیفی النسجہ[2] بناتے ہیں، مگر گاہے اِن سے طبعی ساخت بھی بن جاتی ہے پس التہاب مزمن کی ایک نمایاں خصوصیت نئی ساخت بنانا ہے۔

نتائج۔ جو حقیقۃً نمودار ہوتے ہیں وہ عضو ماؤف کی طبعی ساخت اور مریض کے مزاج و استعداد مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ التہاب[3] بسیط مزمن میں، جو آتشک یا تدرن[4] کے باعث نہ ہو، عضو ماؤف میں ترشحات و رطوبات پیدا ہو جاتے ہیں، اور وہ بڑا ہو جاتا ہے اور اگر یہی صورتِ حال جاری رہتی ہے تو لیفی ساختیں بنکر نتیجۃً تلیّف[5] (نئے ریشوں کا بننا) یا تحجر و صلابت (سخت ہو جانا) ہوتا ہے۔ مثلاً ہڈی کے التہاب مزمن میں ہڈی موٹی اور ٹھوس ہو جاتی ہے (تحجر العظم) اور ہڈی کے اوپر کی جھلی (غشاء عظم) میں جب التہاب مزمن واقع ہوتا ہے تو اس جھلی کے نیچے نئی ہڈی بن جاتی ہے التہاب غدد میں گلیٹوں کے نسیج الحافی میں ازدیاد[9] و خلقت واقع ہو جانے سے وہ بڑی ہو جاتی

[1] خارج المرکز۔ اکس سنٹریکل
[2] لیفی النسجہ۔ فائبرس ٹشو۔
[3] التہاب بسیط۔ سمپل انفلامیشن
[4] تدرن۔ ٹوبرکل۔
[5] تلیّف لیفی ساخت بنانا } فائبرسس
[6] صلابت۔ تحجر } اسکلے روسس سخت ہو جانا
[7] تحجر العظم۔ آسٹیو اسکلے روسس
[8] غشائے عظم۔ پری آسٹیم۔
[9] ازدیاد خلقت۔ ہائی پرپلاسیا۔

ہیں اور اُن میں سختی اور صلابت پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر جلد میں التہاب مزمن ہو جائے تو وہ موٹی ہو جاتی ہے یا اوس کی طبعی ساخت یکسر منحرف ہو جاتی ہے اور وہ تقرح کے بعد یا بغیر تقرح کے ازرار لحمیہ[1] میں متغیر ہو کر لیفی ندبی[2] ساخت اختیار کر لیتا ہے۔ حقیقی تقیح[3] شاذ ہی پیدا ہوتا ہے اگرچہ بعض اجساد[4] دقیقہ جن کی حدت سمیہ[5] ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے کبھی پیپ بھی پیدا کر دیتے ہیں +

علاماتِ بدنیہ[6]۔ یہ باستثنائے اُن علامات کے بہت کم ظاہر ہوتی ہیں جن کا انحصار مریض کے مزاج یا اوس کی استعدادِ مرض پر ہے (جس کے باعث التہاب مزمن کی مقامی کیفیت نمودار ہو گئی ہے) یا جو تغیرات عفونیہ کے باعث ثانوی[7] طور پر پیدا ہو گئی ہوں +

علاج۔ التہاب مزمن کا علاج بمقابلۂ التہاب حاد کے زیادہ دیر طلب اور مشکل ہے، اور اس کا باعث یہ ہے کہ عموماً یہ اخلاط و مزاج کی خرابیوں سے پیدا ہوتا ہے جو پس پردہ اس کی بنیاد ہوتی ہیں +

۱۔ سبب التہاب کو حتی الامکان دور کرنا ضروری ہے۔ ماذف یا مردار ہڈی کو خارج کر دینا چاہیئے اور مادۂ سلیہ کو نشتر یا دانہ دار[8] لعقہ کے ذریعہ کاٹ کر نکال دینا چاہیئے جس کے بعد مقام ماذف پر سیال حامض[9] قطرانی کی پھریری لگا دینا اکثر مفید ہوتا ہے۔ خراج[10] مزمن کی موجودگی مقامی تناؤ کو بڑھا کر اوس ابتدائی ہیجان کے مضر اثر کو اور بھی بڑھا دیتی ہے جو دراصل التہاب کا محرک ہوا ہے، لہٰذا ایسے

[1] ازرار لحمیہ۔ گرے نیوز ٹشو۔
[2] لیفی ندبی ساخت۔ فائبرو سیکیٹریشل ٹشو
[3] اجساد دقیقہ۔ مائی کرو آرگے نزم
[4] حدت سمیہ۔ ویرولنس۔
[5] علامات بدنیہ۔ کانسٹی ٹیوشنل سمپٹمس۔
[6] ثانوی۔ سکنڈری
[7] دانہ دار لعقہ۔ شارپ اسپون۔
[8] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔
[9] خراج مزمن۔ کرانک ابسس

پھوڑے کا علاج جس قدر جلد ممکن ہو (نشتر وغیرہ لگا کر) کرنا چاہیئے۔

۲۔ عضو کو آرام و سکون دینا چاہیئے۔ یہ التہاب مزمن میں بھی اُسی طرح ضروری ہے جس طرح التہاب حاد میں۔ مفاصل کو (تختی یا پٹی باندھکر) غیر متحرک کرنا چاہیئے۔ ریڑہ کے ستون سے مخصوص آلات (تابیر) کے ذریعہ یا مریض کو بستر پر لٹا کر ریڑہ سے وزن دور کرنا چاہیئے۔ افرازات[1] پیدا کرنیوالے غدد کا فعل سُست کر دینا چاہیئے۔ اور اعضائے حواس[2] کو تہیج[3] سے بچانا چاہیئے۔

۳۔ اِمالہ[4] (یا تہیج خارجی) التہاب مزمن میں علاج کے بہترین اقسام میں سے ایک ہے۔ یہ مرض کی نوعیت اور عضو ماؤف کی خصوصیت کے لحاظ سے متعدد طریقوں سے کیا جاتا ہے۔ مثلاً اگر مالش صرف ہاتھ سے کی جائے یا مروخات[5] محرک[6] عضو متہب پر چپڑ کر تمریخ کی جائے تو اس سے جلد میں احتقان[7] پیدا ہوتا ہے اور سطحی حصوں میں مقامی تحریک ہوتی ہے جس کے اثر سے عمیق ماختوں کو بھی کافی طور پر فائدہ پہونچتا ہے۔ اسکاٹ کی پٹی بھی اسی غرض سے استعمال کی جا سکتی ہے۔ اس کی ترکیب استعمال یہ ہے کہ پہلے کپڑے کی پٹیوں پر مرہم سیماب[8] مرکب (مرہم سیماب ۴۰ حصہ، موم ۲۴ حصہ، روغن زیتون ۲۴ حصہ، کافور ۲ حصہ) لگا کر متہب حصہ کو اون سے ملفوف کر دیا جائے، پھر اوس کے اوپر مشمع[9] صابن خالی یا نرم چمڑے (ہرن کے چمڑے) پر لگا کر لگا دیا جائے بنفشین[10] بھی چپڑی

۱۔ غدد مفرزہ۔ سکرٹینگ گلینڈز۔

۲۔ اعضائے حواس۔ آرگنز آف سنس

۳۔ تہیج۔ اری ٹے شن۔

۴۔ اِمالہ۔ کونٹراری ٹے شن۔

۵۔ مروخات۔ امبروکیشنز۔

۶۔ محرک۔ اسٹی مولنٹ۔

۷۔ احتقان۔ ہائی پریمیا۔

۸۔ مرہم سیماب مرکب۔ انگوئنٹم۔ ہائڈرارجائی کمپوزٹم

۹۔ مشمع۔ پلاسٹر۔

۱۰۔ بنفشین۔ آیوڈین۔

سے لگائی جاتی ہے اور نہایت مفید ہوتی ہے۔ تنفیط[1] (آبلہ پیدا کرنا) مناسب حالات میں بہترین علاج ہے۔ چھالے ڈالنے کی ترکیب یہ ہے کہ ملتہب حصہ پر خلاصہ ذرائح[2] کی پٹی چڑھا دی جائے، یا سائل لاصوق منفط[3] پھریری سے لگا دیا جائے۔ مقصہ[4] یہ وہ زخم ہے جو کہ شورہ کا محلول الکحولی[5] جلد پر لگا کر اور جلا کر پیدا کیا جاتا ہے۔

حمصہ[6] (زخم کا تازہ رکھنا) پہلے کسی طریقہ سے سطح پر تقرح پیدا کر لیا جائے پھر اُسے کسی مقامی مہیج کے اثر سے مثلاً چنے کا دانہ زخم پر باندھ کر اُسے تازہ رکھا جائے، یا کوئی مہیج دوا مثلاً مرہم اہیل[7] کی پٹی لگائی جائے۔ خزام[8] جلد کے نیچے ایک دھاگہ ڈالکر اوس کے دونوں کناروں پر ڈوڈوگرہ لگا دی جائیں اور پھر روز دھاگہ کو جلد کے نیچے کھینچا جائے۔ ان تمام تدبیروں کا آجکل استعمال تقریباً متروک ہے، تاہم گاہے گاہے ان سے فائدہ حاصل کیا جا سکتا ہے کی[9] حقیقی (آگ سے داغنا) یہ اِلہ کا نہایت شدید قسم کا طریقہ ہے اور ہڈیوں اور جوڑوں کے مزمن التہاب میں بالخصوص مفید ہوتا ہے۔

اِلہ کا طریق عمل پورا واضح نہیں ہے، لیکن قرین قیاس یہ معلوم ہوتا ہے کہ بعض حالات میں اس کا مفاد اوس احتقان دموی سے حاصل ہو جاتا ہے جو مقام باوف میں اس کے اثر سے پیدا ہوتا ہے۔ بعض دیگر حالات میں ان کا اثر اعصاب کے ذریعہ ہونا خیال کیا جاتا ہے۔

[1] تنفیط۔ بلسٹرنگ۔
[2] خلاصہ ذرائح۔ اکسٹریکٹ کنتھریڈس
[3] سائل لاصوق منفط۔ کوبوڈائن بلسٹرنگ فلوڈ
[4] مقصہ۔ ماکسا۔
[5] محلول الکحولی۔ اسپرٹس سولیوشن
[6] حمصہ۔ اشیو۔
[7] اہیل بسیون
[8] خزام بسیٹن۔
[9] کی حقیقی۔ ایکچوئل کاوٹری۔

۴۔ خارجی دباؤ (ضغط[1]) التہاب مزمن کے عوارض کا ایک نہایت اہم علاج ہے۔ اور اوس کا طریق عمل غالباً یہ ہے کہ وہ التہاب کے اثر سے ڈھیلے اور پھیلے ہوئے عروق کی قوت انقباض میں تحریک پیدا کر دیتا ہے جس سے وہ سکڑ جاتے ہیں۔ نیز دباؤ کے اثر سے التہابی رطوبات و ترشحات کے انجذاب میں مدد مل جاتی ہے۔ دباؤ پہونچانے کا عام طریقہ یہ ہے کہ عضو ماؤف پر پٹی کھینچکر باندہ دی جائے یا اُسے کسی نرم اور لچکدار چیز کا سہارا دیدیا جاوے جو بالخصوص مستعمل ہے +

۵۔ اکتسابی یا مصنوعی احتقان۔ (ہیئر کا علاج) یہی التہاب مزمن کے لئے مفید ہے اور اس کا بہترین فائدہ گرم حمامات سے یا بجلی کے خارجی استعمال کے مختلف طریقوں سے (جنکا بیان علٰحدہ آئے گا) یا مالش اور ورزشی علاجوں سے حاصل کیا جاتا ہے +

۶۔ عمومی یا بدنی علاج۔ التہاب مزمن جن مخصوص یا نوعی مزاجوں اور خلطوں کے ساتھ وابستہ ہو اونکا مناسب علاج کیا جائے، مثلاً آتشکی مریضوں میں سیماب اور شخاریہ[2] منفش آمیز کا استعمال کیا جائے +

۷۔ التہاب جراثیمی ہیں۔ مخصوص نوعی جراثیم کو علٰحدہ کرکے تلقیح[3] طیار کرکے علاج مناسب طریقہ سے کیا جائے (جسکا بیان علم الجراثیم کے باب میں مذکور ہوا ہی)

۸۔ معمولی جراحیات کے اعمال حسب ضرورت کیے جائیں کیونکہ یہ بھی ضروری ہیں +

---

[1] ضغط۔ پریشر

[2] شخاریہ منفش آمیز۔ پوٹاش آیوڈائڈ۔

[3] تلقیح۔ ویکسین۔

باب سوم

عدوی[1] صدیدیہ غیر نوعیہ

اول

جراحاتِ عدوی

اس باب میں اوس سلسلۂ عوارض کا بیان کیا جائے گا جن میں پیپ بنتی ہے یا جو پیپ بننے سے مشابہ ہیں اور جو دراصل غیر نوعی[2] جراثیم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں یہ اجساد[3] جنکو علی العموم صدیدیہ[4] کہا جاتا ہے، ساختہائے ماؤف میں ایک قسم کا جرابی عملِ التہاب پیدا کرکے اون میں رطوبات و ترشحات بنا دیتے ہیں۔ لہٰذا رقیق شدہ مادہ کو پیپ (قیح[5]۔ مِدّہ) اور جن ظواہر و اعمال سے بالآخر پیپ پیدا ہو جاتی ہے اونکو تقیح[6] کہتے ہیں۔ پیپ کے اوس مقامی اجتماع کو جو ساختوں کے اندر ہو جائے پھوڑا (خراج[7]) کہتے ہیں، اور یہ اپنی سرعتِ رفتار کے لحاظ سے حاد[8] یا مزمن[9] ہو سکتا ہے، اگرچہ خراج مزمن کمتر پایا جاتا ہے۔ گاہے عدوی کے اثر سے عضو ماؤف کا نسیج[10] خلوی کم و بیش وسعت

---

۱ نان اسپے سے فک انفکشن۔

۲ غیر نوعی جراثیم نان اسپے سے فک نکروآرگے نزم) وہ کہلاتے ہیں جو مخصوص امراض میں خصوصیت کے ساتھ نہیں ہوتے ہیں۔ اور نوعی جراثیم وہ کہلاتے ہیں جو خاص خاص امراض میں پائے جاتے ہیں مثلاً آتشک کے جراثیم۔

۳ آرگے نزم۔

۴ پایوجے نک۔

۵ قیح۔ مِدّہ۔ پس۔

۶ تقیح۔ سپورے شن۔

۷ ابسس

۸ اکیوٹ

۹ کرانک

۱۰ سیلیولر ٹشو۔

کے ساتھ ملتہب ہو جاتا ہے تو اس حالت کو التہاب[1] خلوی اور فلغمونی[2] کہتے ہیں +

اِن مظاہرِ مقامی کے ساتھ جو عام علاماتِ بدنیہ نمودار ہو جاتے ہیں وہ دو قسم کے ہو سکتے ہیں (الف) جب صرف مواد سمین جذب ہو جائیں تو تسمم[3] دم یا اُس سے مشابہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، یا (ب) جب خود جراثیم دوران خون میں داخل ہو کر دور دراز کے مقامات میں پھیل جائیں تو اُس سے تعفن[4] دم یا تقیحِ[5] دم پیدا ہو جاتا ہے +

اِن مختلف حالات کا تفصیلی بیان فرداً فرداً پیش کیا جائے گا مگر پہلے اس پورے گروہ کے مشترک جراثیم کا بیان ضروری ہے +

عدوی[6] صدیدیہ غیر نوعیہ کے جراثیم

جراثیم[7] صدیدیہ میں سے مندرجۂ ذیل اہم ہیں

(۱) کروی[8] یات عنقودیہ صدیدیہ۔ خاد اور مقامی تقیح میں یہ جراثیم نہایت عام طور پر پائے جاتے ہیں، خصوصاً جلد اور تحت الجلد نسج کے تقیح میں + حجم میں یہ کروی اوسط درجہ کا ہوتا ہے اور سیپ کے اندر انگور کے خوشوں کی صورت میں اس کے جھنڈ پائے جاتے ہیں۔ طریقۂ[9] جرام سے یہ جراثیم رنگ قبول کر لیتے ہیں اور مادۂ[10] ہلمیہ یا منجمد[11] مصل دم کو رقیق کر دیتے ہیں کیونکہ ان میں

[1] سیلولائی ٹس
[2] فلیگ مونس
[3] تسمم دم۔ ٹاکسی میا۔
[4] تعفن دم۔ سپٹی سیمیا۔
[5] تقیح دم۔ پائی میا۔
[6] نان اسپے سے فک انفکشن۔
[7] پائیوجے نک بیکٹیریا
[8] اسٹے فیلوکوکس پائیوجے نس۔
[9] سب کیوٹے نیس ٹشو۔
[10] گرام سے تھڈ
[11] جیلے ٹین۔
[12] سوڈی ڈائمڈ بلڈ سیرم۔

ایک اینا خمیر[1] کیمیاوی پیدا کر دینے کی خاصیت ہے جو رطوبت[2] معدہ (ہضمین) کی طرح مواد[3] ملحمہ کو تحلیل کر دینے کا خاصہ رکھتا ہے، یہ کرویات تقریباً ہر قسم کی زمینوں[4] (مواد[5] زرعیہ) میں آسانی سے کاشت کیے جا سکتے ہیں اور حمضین کی بکثرت موجودگی میں بہترین افزائش پاتے ہیں۔

ٹھوس قسم کی زمین میں ان کی کاشت بہ سرعت بڑھتی ہے اور انکی نوآبادیاں خوب پھیلتی ہیں۔ یہاں تک کہ زمین کی سطح پر ان کی ایک دبیز تہ جم جاتی ہے جو رنگ میں نارنجی[6]، ترنجی[7] (اُترنجی) یا سپید ہوتی ہے۔ انھیں رنگوں کی مناسبت سے اِن اجساد کی تین قسمیں شناخت کی گئی ہیں، یعنے کرویات[8] عنقودیہ صدیدیہ نارنجیہ، کرویات[9] عنقودیہ صدیدیہ اترجیہ، کرویات[10] عنقودیہ صدیدیہ بیضاء۔ لیکن بعض حالات میں ایک قسم دوسری قسم میں مبدل ہو جاتی ہے بایں ہمہ اس میں شک نہیں کہ یہ تینوں ایک ہی نوع یا جنس سے تعلق رکھتے ہیں۔

کرویات عنقودیہ صدیدیہ بہت عام وسعت رکھتے ہیں اور ہوا گرد و غبار میں بکثرت پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جلد انسانی میں بھی پائے جاتے ہیں گویا اس مقام کے معمولی یا طبعی باشندے نہیں ہیں جلد اور تحت الجلد

[1] انزائم۔	[6] آرنج ییلو۔
[2] پپ سین	[7] لیمن ییلو۔
[3] مواد ملحمہ پروٹیڈ	[8] کرویات عنقودیہ صدیدیہ نارنجیہ۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجے نس آڈریس۔
" لحمانیہ	[9] کرویات عنقودیہ صدیدیہ اترجیہ۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجے نس سائٹرییس
[4] میڈیا۔	[10] کرویات عنقودیہ صدیدیہ بیضاء۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجے نس البس۔
[5] کلچر میڈیا	
[6] آکسی جن	
[7] کالونیز	

ساختوں کے التہاباتِ صدیدی (ورم متقیح) بیشتر حالات میں انھیں کرویات عنقودیہ کے باعث پیدا ہوتے ہیں اور جب کبھی ابتداءً التہاب کسی دوسرے جراثیم کے اثر سے پیدا ہو جاتا ہے تب بھی کرویات عنقودیہ کا ثانوی[1] عدوی ضرور ہو جاتا ہے۔ اس کی مثال قوبائے[2] متعدیہ اور چیچک[3] (جدری) کے دانوں میں ملتی ہے۔ ان دونوں میں ابتداءِ مرض کا باعث کرویات[4] عقدیہ ہیں مگر ثانوی طور سے کرویات عنقودیہ صدیدیہ بھی حملہ آور ہو کر آموجود ہوتے ہیں +

جلد بدن کے جن عوارض کا باعث کرویات عنقودیہ ہیں، ان میں سے ممتاز یہ ہیں:- پھوڑے[5] (خراجات) دُمل[6]۔ جمرہ[7]۔ بثور[8] لبنیہ وغیرہ۔ بعض مرضی میں وسیع التہاب خلوی یعنی فلغمونی بھی انھیں کرویات عنقودیہ کے باعث پیدا ہوتا ہے، مگر ایسا شاذ ہی ہوتا ہے۔ عمیق ساختوں کا تقیح بھی مثلاً التہاب[9] نخ العظام التہاب[10] صفاق، تقیح[11] صدر، کرویات عنقودیہ کے باعث پیدا ہو سکتا ہے اور حقیقت تو یہ ہے کہ یہ جراثیم بدن کے ہر حصہ میں پیپ پیدا کر سکتے ہیں +

تعفن[12] دم، تقیح[13] دم، التہاب[14] بطانۂ قلب (معہ تقرح) بھی اگرچہ کرویات عنقودیہ کے اثر سے پیدا ہو سکتے ہیں اور اس حالت میں انکا انجام نسبتاً کم خطرناک ہوتا ہے مگر بیشتر یہ امراض کرویات عقدیہ کے باعث پائے جاتے ہیں +

[1] عدوی ثانویہ۔ سکنڈری انفکشن
[2] اپے ٹی گو کنٹے جیوسا
[3] جدری۔ چیچک۔ اسمال پاکس
[4] اسٹرپٹو کوکائی
[5] پھوڑا۔ ابسس
[6] دُمل۔ بوائل
[7] جمرہ۔ شب چراغ۔ کاربنکل۔
[8] بثور لبنیہ۔ پسچولر اکنی۔
[9] التہاب نخ العظام۔ آسٹیومائی لائی ٹس
[10] التہاب صفاق۔ پریٹونائی ٹس۔
[11] تقیح صدر۔ امپائی ما۔
[12] تعفن دم۔ سیپٹی سیمیا۔
[13] تقیح دم۔ پائی سیا۔
[14] التہاب بطانۂ قلب۔ انڈوکارڈائی ٹس

تقیح کی بہت سی حالتیں، جو اعمال جراحیہ میں غیر عفونی[1] یا مانع عفونت[2] احتیاط و وسائل کی کمی کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں، عموماً کرویات عنقودیہ کی تنہا موجودگی کے باعث یا دیگر جراثیم کے ساتھ مخلوط ہونے کے باعث ظہور میں آتی ہیں۔

۲۔ کرویات[3] عقدیہ صدیدیہ۔ ان اجساد کے افراد چھوٹی یا بڑی زنجیروں کی صورت میں مرتب ہوتے ہیں۔ طریقہ[4] جرام سے یہ رنگے جا سکتے ہیں مگر مصنوعی کشتوں کی زمینوں میں یہ بہت آسانی سے نہیں بڑھتے ان کی نشوونما کے لئے حرارت بدنیہ کے قریب قریب گرمی کی ضرورت ہوتی ہے اس لئے یہ مادۂ ہلامیہ کی زمین میں بخوبی نہیں بڑھتے۔ ان کی نوآبادیاں چھوٹی چھوٹی اور نیم شفاف ہوتی ہیں، زیادہ نہیں پھیلتیں اور نہ ایک دوسرے سے مخلوط ہوتی ہیں۔ یہ ایسا کوئی کیمیاوی خمیر نہیں بناتے کہ جس سے منجمد مصل دم (یا مواد لحمیہ) تحلیل ہو کر رقیق بنجائے ان کی نئی کاشتیں جلد ہلاک ہو جاتی ہیں۔

کرویات عقدیہ صدیدیہ کے اقسام کا جدا کرنا ایک مشکل امر ہے اور ابتک ان کی تقسیم نوع مشکوک و مبہم ہے۔ البتہ کرویات[5] معویہ یا کرویات[6] عقدیہ برازیہ تو ایک مخصوص و ممتاز نوع ہیں۔ یہ امعاء کے طبعی باشندے ہیں، اور میدان جنگ کے زخموں میں عموماً ملتے ہیں۔ مگر خوش قسمتی سے انکی حدت[7] سمیہ نسبتاً کمزور درجہ کی ہوتی ہے جس سے تعفن دم یا تقیح دم شاذ ہی پیدا ہو سکتا ہے ان کی خصوصیت یہ ہے کہ یہ نہایت مختلف شکلوں کے ہوتے ہیں اور اکثر بیضوی

---

[1] غیر عفونی۔ اسپ ٹک۔
[2] مانع عفونت۔ انٹی سپ ٹک۔
[3] اسٹرپٹوکوکس پایوجینس۔
[4] گرام سے نقطہ
[5] کرویات معویہ۔ انٹروکوکس۔
[6] کرویات عقدیہ برازیہ۔ اسٹرپٹوکوکائی فیکلس
[7] ویرولنس۔

اور عصوی[1] اشکال پائے جاتے ہیں۔ یہ نہایت سخت جان ہوتے ہیں اور دافع جراثیم مطہرات اور حرارت وغیرہ سے بمقابلہ معمولی اقسام کے مشکل ہلاک ہوتے ہیں۔

کرویات عقدیہ برازیہ کے سوا اور کوئی قسم، کرویات عقدیہ صدیدیہ کی قابل تفریق نہیں سمجھی گئی ہے اور ممکن ہے کہ ایک ہی قسم کے اجساد کو ہم مختلف درجوں کی حدت سمیہ میں پائیں اور کشتوں میں ہم ایک ہی چیز کو مختلف اوقات میں متغیر و مبدل صورتوں میں دیکھیں۔ ان کی نہایت شدید زہریلے انواع میں یہ ممتاز خصوصیت ہے کہ وہ ایک ایسا مادہ پیدا کر دیتے ہیں کہ جس میں خون کے سرخ دانوں کو تحلیل کر دینے کی قوت ہوتی ہے جس سے کہ خون کا سرخ جوہر (دموین[2]) الگ ہو جاتا ہے۔ جب اجار دموی[3] کی زمین میں انکو مصنوعی طور سے کشت کیا جاتا ہے، تو ان جراثیم کی نوآبادیوں کے گرد ایک گلابی رنگ کا طبقہ اوس جگہ بن جاتا ہے جہاں اس طرح خون کے دانوں کی تحلیل واقع ہو کر دموین خارج ہو جاتی ہے۔ جب کسی زخم کے مواد میں اس قسم کے کرویات عقدیہ صدیدیہ کی تفریق و تمیز ہو جائے تو اسے ایک نہایت نامسعود شگون سمجھنا چاہئے، کیونکہ انکی موجودگی تعفن دم کا پیش خیمہ ہے اور عمل التحام ہمیشہ سست ہوگا۔ جن زخموں میں اس قسم کے جراثیم پائے جائیں، اونکو اگر ٹانکے لگا کر بند کر دیا جائے گا تو وہ مندمل نہیں ہو سکتے۔

کرویات عقدیہ صدیدیہ بمقابلہ کرویات عنقودیہ صدیدیہ کے زیادہ زہریلے اجساد ہیں اور بجائے مقامی پھوڑے کے زیادہ تر وسیع پھیلنے والا احاد التہاب پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ گاہے یہ مقامی پھوڑا بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ حمرہ (سرخباد)

[1] راڈ شیپڈ۔
[2] دموین۔ ہیموگلوبین۔
[3] اجار دموی۔ بلڈ اگار۔

پیدا کرنے والے کرویات عقدیہ کو پہلے ایک ممتاز وجداگانہ نوع خیال کیا جاتا تھا، مگر معمولی اقسام کے کرویات عقدیہ اور ان کے درمیان اس قدر خفیف اور غیر اہم فرق ہے کہ اب ان دونوں اقسام کو متحد و مشابہ نوع ہی سمجھا جاتا ہے۔ التہاب خلوی یعنی فلغمونی بھی عموماً کرویات عقدیہ صدیدیہ سے پیدا ہوتا ہے تعفن دم اور تقیح دم میں بھی یہی اجساد (کرویات عقدیہ صدیدیہ) نہایت اہم حصہ لیتے ہیں، اور التہاب و تقرح بطانۂ قلب بھی اکثر ان کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔

۳۔ کرویات ذات الریہ۔ یہ عموماً ذات الریہ فصیہ (التہاب شش فصی) میں کرویات[1] مزدوجہ کی صورت میں موجود ہوتے ہیں، جن میں سے ہر فرد شکل میں مثلث نما یا نشتر سے مشابہ ہوتا ہے، اور ایک کا پیندا (قاعدہ) دوسرے کے پیندے سے متوازی اور برابر لگا ہوا ہوتا ہے۔ جب یہ جرثومہ کسی مادۂ حیوانیہ یا پیپ میں واقع ہوتا ہے تو اس کے گرد ایک غلاف[2] محیط ہوتا ہے۔ مصنوعی کشتوں میں یہ جرثومہ کرویات عقدیہ صدیدیہ سے قریبی مشابہت رکھتا ہے مشلش سے تعلق رکھنے والے التہابات میں اور خصوصاً تقیح[3] دل میں یہ مخصوص اہمیت رکھتا ہے۔ شش کے تمام التہابی عوارض میں، جن کی ابتدا خواہ کسی طور پر بھی ہوئی ہو یہ تقریباً ہمیشہ عدوی ثانویہ (دوسرے درجہ) کی صورت میں پایا جاتا ہے، مثلاً جب مرض سل میں پھیپھڑے کے اندر غار ہو جاتے ہیں، تو ان غاروں کی دیواروں میں عموماً صرف تنہا کرویات ذات الریہ کے باعث یا ان کے ساتھ اور دیگر جراثیم مخلوط ہو جانے سے پیپ پیدا ہو جاتی ہے۔ امراضِ جوبہ اور اوس کے باعث

---

[1] لوبر نیمونیا
[2] ڈپلوکوکس
[3] غلاف کیپشن۔
[4] اپائی ما۔
[5] مڈل ایر ڈیزیز۔

پیدا ہو جانے والے ججمہ[1] یا ججمہ کے اندرونی اعضاء کے عوارض بھی عموماً انھیں جراثیم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں التہاب[2] مفاصل بھی کر دیات ذات الریہ سے پیدا ہو سکتا ہے جس میں بالآخر پیپ بھی پیدا ہو سکتی ہے اس قسم کا التہاب مفاصل عموماً التہاب شش (ذات الریہ) کے بعد واقع ہوتا ہے مگر یہ ضروری نہیں کہ ذات الریہ کے بعد ہمیشہ مفاصل میں بھی لازمی طور پر التہاب ہو انہی اجساد کے باعث بچوں میں التہاب[3] صفاق بھی ہو جاتا ہے، جو ابتداءً ان سے پیدا ہوئیا امراض شش کے بعد ثانوی طور پر نمودار ہو کر دیات ذات الریہ گاہے دوران خون میں داخل ہو کر تعفن[4] دم پیدا کر دیتے ہیں جس کے ساتھ التہاب و تقرح[5] بطانۂ قلب بھی موجود یا غیر موجود ہو سکتا ہے +

(۴) عصا[6] قولونی یہ طبعی طور پر تندرست امعاء کے فضلات میں موجود ہوتا ہے یہ ایک چھوٹا عصی[7] ہے جس میں حرکت کرنے کی قابلیت ہوتی ہے مگر انڈے (ابواغ) نہیں بنا سکتا، طریقہ جرام سے رنگا جا سکتا ہے، حمضین[8] کی موجودگی میں بہترین نشوونما حاصل کرتا ہے، مگر غیر ہوائیہ[9] اختیاریہ ہوتا ہے۔ یہ خمیر[10] کیمیاوی (جس سے مواد ہلامیہ تحلیل ہو جاتے ہیں) نہیں بناتا، لہٰذا مادۂ ہلامیہ اس کے اثر سے رقیق نہیں ہو سکتا، مگر یہ بکثرت بدبودار ریاح پیدا کر دیتا ہے بدبو پیدا کرنے والے جراثیم میں سب سے زیادہ اہمیت رکھنے والے اجساد عصی قولونی ہی ہیں

[1] ججمہ۔ کرے نیم۔
[2] التہاب مفاصل۔ آرتھرائی ٹس
[3] التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس
[4] سپٹی سیمیا۔
[5] السریٹیو انڈوکارڈائی ٹس
[6] عصا قولونی۔ میسی لس کالائی۔
[7] میسی لس۔
[8] اسپور۔
[9] حمضین۔ آکسیجن۔
[10] نکلئے ٹوان ایروب۔
[11] انزائم۔

یہ مواد لحمیہ کو تجزیہ و تحلیل کے ذریعہ سے توڑ کر نیل بُو (انڈال) اور اوس سے مشابہ اجسام اور ایسے بخارات (ریاح) بنا دیتے ہیں جن میں پائے خانہ کی سی بدبو ہوتی ہے۔ یہ حمی معویہ کے جراثیم سے بہت قریبی مشابہت رکھتے ہیں مگر اون کی جیسی خاصیت مختلف شکروں پر اثر پیدا کرنے کی نہیں رکھتے جس کے باعث اون سے ممتاز طور پر شناخت کیے جا سکتے ہیں۔ مثلاً اگر شوربہ میں شکر انگور (شکر فواکہہ) کی آمیزش کر کے اُس زمین میں عصیٰ حمی معویہ کو اُگایا جائے تو حامض پیدا ہو جاتا ہے مگر ریاح نہیں بنتے، برخلاف اس کے اگر اِسی زمین میں عصیٰ قولونی کو اُگایا جائے تو حامض اور ریاح دونوں پیدا ہو جاتے ہیں۔ عصیٰ قولونی اور عصیٰ حمی معویہ یہ دونوں اجناد دقیقہ کے ایک بڑے اور اہم خاندان کے رُکن ہیں جو شکل و صورت میں تو ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں مگر اپنے کیمیادی افعال میں مختلف ہوتے ہیں +

معمولی اور طبعی حالات میں اس نوع کے جراثیم، جو امعاء کے فضلات میں واقع ہوتے ہیں، زیادہ سمیت نہیں رکھتے۔ مگر جب امعاء کے اندر کسی قسم کے تغیرات مرضیہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ مثلاً جب آنتیں کسی وجہ سے گھُٹ کر دب جاتی ہیں (خنق) یا اون میں زخم یا چھید ہو جائیں (تفرح و تثقب) تو اِن جراثیم کی سمیت میں زیادتی ہو جاتی ہے جس کے باعث ساختوں میں تلف و فساد پیدا ہو سکتا ہے۔ لہٰذا یہ جراثیم اکثر التہاب و دودۂ اعور التہاب صفاق حاد وغیرہ

۱ نیل بُو۔ انڈال	۶ اجناد دقیقہ۔ مائکرو آرگے نزم
۲ حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ فیور	۷ خنق۔ اسٹرینگولیشن۔
۳ شکر انگور۔ گریپ شوگر۔	۸ تثقب۔ پر فوریشن۔
۴ ایسڈ	۹ اپنڈی سی ٹس
۵ گیس	۱۰ پریٹونائی ٹس۔

پیدا کر دیتے ہیں اور انکے اثر سے جو پیپ بنتی ہے اوس میں پاخانہ کی بدبو پائی جاتی ہے۔ یہ جراثیم مجری مرارہ میں داخل ہوکر التہاب[1] مرارہ اور التہاب[2] مجری مرارہ پیدا کر سکتے ہیں۔ اسی طرح عصیٰ قولونی التہاب[3] مثانہ کے پیدا کرنے کے عام ترین اسباب میں سے ہیں۔ لیکن عصیٰ قولونی میں قارورہ کو نکین بنانے کی طاقت نہیں ہے۔ اسکا سبب یہ ہے کہ پیشاب میں عموماً ایک مخصوص قسم کے جراثیم موجود رہتے ہیں جنکو پہلے کر دیات[4] بولیہ دقیقہ کے نام سے پکارا جاتا تھا اور جو اب اون کر دیات[5] بشرہ بیضا، سے مشابہ سمجھے جاتے ہیں جو کہ جلد میں عام طور پر طبعا پائے جاتے ہیں +

(۵) عصیٰ[6] حمیٰ معویہ۔ یہ بعض اوقات پھوڑے پیدا کر دیتے ہیں جو عموماً حمیٰ معویہ کے بعد، خصوصاً ہڈیوں اور جوڑوں میں نمودار ہو جاتے ہیں بعض حالات میں یہ جراثیم پیپ نمودار ہونے سے برسوں پہلے جسم میں پوشیدہ پڑے رہتے ہیں۔ یہ بھی ثابت ہو چکا ہے کہ بعض مرضی حمیٰ معویہ ہونے کے بعد، ان جراثیم کو قارورہ اور براز سے برسوں بعد تک خارج کرتے رہتے ہیں۔ اور جب یہ براز میں پائے جاتے ہیں تو اکثر مرارہ انکا مرکز عدوی ہوتا ہے جہاں سے نکلکر یہ براز میں پہونچ جاتے ہیں۔ ایسے اشخاص کو حامل[7] حمیٰ معویہ کے نام سے پکارا جاتا ہے اور ان کی وساطت سے حمیٰ معویہ وبائی صورت میں ناگہانی طور پر پھیل سکتا ہے جو بظاہر بلا کسی سبب کے معلوم ہوتا ہے +

[1] التہاب مرارہ۔ کول سسٹائی ٹس
[2] التہاب مجری مرارہ۔ کولنجائی ٹس۔
[3] التہاب مثانہ۔ سسٹائی ٹس۔
[4] کر دیات بولیہ دقیقہ۔ مائکروکوکس یوریی
[5] کر دیات بشرہ بیضا۔ مائکروکوکس اپی ڈرمی ڈس البس۔
[6] عصی حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ بیسی لس
[7] حامل حمیٰ معویہ۔ ٹائی فائڈ کیریر۔

(۶) عصبی قیحیہ[1] زرقاء۔ (قیحیہ پیپ والے + زرقاء۔ نیلے) شہری آبادی کے مرضیٰ میں یہ جراثیم پیپ کا باعث شاذ و نادر ہی ہوتے ہیں۔ مگر یہ جنگی مریضوں اور خصوصاً بندوق کے زخموں میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ انکے باعث جو پیپ بنتی ہے اُسے اگر پٹی پر اکھٹا کیا جائے یا ہوا میں کھلا رکھا جائے تو اوسکا رنگ نیلگوں سبز ہو جاتا ہے۔ اس کے عدوی کے باعث زخموں سے مواد نہایت کثیر مقدار میں نکلتا ہے جس میں شیرۂ انگور کی سی بسی ہوئی بُو آتی ہے۔ جب ان جراثیم کے باعث عدوی پیدا ہو جائے تو وہ عموماً خطرناک نہیں ثابت ہوتا اور دافع جراثیم مطہرات کے ذریعہ اور پیپ کے خارج ہونے کا معقول انتظام کے بعد اُسپر (عدوی پر) پورا قابو آسانی سے حاصل ہو جاتا ہے۔ لیکن گاہے جراثیم خون کے اندر بھی دیکھے جاتے ہیں اور اونکے اثر سے اسہال[2] دریابی کان (جوبہ) کا التہاب اور موت بھی واقع ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات یہ عمومی[3] عدوی پیدا کر سکتا ہے +

(۷) عصبی[4] سوزاک (اس کا بیان سوزاک کے باب میں آئے گا)

(۸) کرویات[5] رباعیہ (رباعیہ۔ چار والے) ان کے افراد چار چار کی صورت میں ہوتے ہیں اور یہ بہت کم پائے جاتے ہیں +

تقیح بہت سی صورتوں میں عدوی[6] مختلطہ کے سبب سے پیدا ہوتا ہے جس میں مندرجۂ بالا جراثیم کی قسموں میں سے دو یا زیادہ ملکر سبب مرض ہو جاتے ہیں۔ (مختلطہ۔ ملا ہوا) میدان جنگ کے زخموں میں تو بعض غیر ہوائی[7]

---

[1] میسی پایوسیانس
[2] التہاب جوبہ۔ اڈائی ٹس میڈیا
[3] عمومی عدوی۔ جنرل انفکشن۔
[4] گانوکاکس۔
[5] کرویات رباعیہ۔ ٹائکروکاکس ٹیٹراجینس
[6] عدوی مختلطہ۔ مکسڈ انفکشن۔
[7] غیر ہوائی۔ ان ایروبیز۔

جراثیم (جنکا بیان علحدہ درج ہے) ہی شامل ہو کر حدوثِ مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ بعض دیگر حالات میں ابتداءً پھوڑا جو معمولی جراثیم صدیدیہ کے اثر سے پیدا ہو جاتا ہے بعد میں کسی بسیط قسم کے جراثیم عفنہ (بنت العفونت) کی تلقیح پاکر اونسے بھی ثانوی طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔ کیونکہ یہ جراثیم عفنہ مردار پیپ ہی میں نشو ونما پاسکتے تھے اور زندہ ساخت پر کچھ اثر نہیں کر سکتے تھے۔ ایسا اتفاق (حادثہ) کسی ایسے بڑے پھوڑے ہی میں ہو سکتا ہے جس میں مواد کے پورے طور سے خارج ہونے کا انتظام نہ ہوا ور جس کی پٹی احتیاط کے ساتھ نہ بدلی جاتی ہو۔ اس قسم کا حادثہ بہ احتیاط تمام پیدا نہ ہونے دینا چاہئے، کیونکہ مختلط عدوی کے زخم و جراحات نہایت دقت سے مندمل ہوتے ہیں، اور علاوہ ازیں ساختہائے جسم ایک ہی قسم کے جراثیم کے لئے تو مناعت نہایت آسانی سے حاصل کر سکتے ہیں مگر ان میں دو یا زیادہ قسم کے جراثیم کی مناعت ایک ہی وقت میں نسبتاً زیادہ دقت اور مشکل کے ساتھ پیدا ہو سکتی ہے۔ اس امر کی وجہ سے کہ زخم پہلے ہی سے عدوی[1] ہو چکا ہے احتیاط میں کمی کرنا اصولِ تطہیر کی پوری مطابقت ہر ممکن طریقہ سے نہ کرنا ناجائز اور خطرناک ہے۔

خراج[3] حاد

نوعیتِ اسباب

(الف) اس بات کو ایک مسلمہ اصول کی طرح ذہن نشین کر لینا چاہئے کہ جراحیات میں جب کبھی تقیح (پیپ کا موجود ہونا) پایا جائے گا تو وہ ہمیشہ جراثیم کے

[1] سیپر وفائٹس	[3] خراج حاد۔ اکیوٹ ابسس
[2] عدوی۔ انفکشو	

فعل کے باعث ہوگا۔ یہ سچ ہے کہ مُعَمَّل (تجربہ گاہ) میں کیمیا دی مُہیجات کے استعمال سے حیوانات میں غیر عفنی تقیح[۲] پیدا کر لینا ممکنات سے ہے، مگر انسان میں ایسا واقع نہیں ہوتا۔ یہ بھی سچ ہے کہ بعض پھوڑوں (جن میں سے خراج[۱] کبد اور تقیح[۲] تعانح قابل تذکرہ ہیں) کے مواد و رطوبات کے اندر خوردبینی اور کشتوں کے امتحان میں بھی کسی قسم کے جراثیم نہیں پائے جاتے مگر اس کی اصلی وجہ یہ ہے کہ جراثیم ہلاک ہو کر تلف ہو گئے ہیں اور خراج پھیلنے سے رُک گیا ہے۔ بعض دیگر حالات میں جراثیم نہایت قلیل تعداد میں موجود ہوتے ہیں یا وہ معمولی کشتوں کی نمینوں میں نہیں اُگتے۔ علاوہ ازیں اس موقعہ پر یہ ظاہر کر دینا بھی ضروری ہے کہ جراثیم مرض آئے دن نئے نئے دریافت ہوتے رہتے ہیں جن کے وجود کا پہلے وہم و گمان تک نہ تھا۔

(ب) جراثیم اوس مقام پر جو ملتہب ہو جاتا ہے جسم کے باہر یا اندر دونوں طرف سے پہونچ سکتے ہیں۔ بیشتر اوقات تو جراثیم باہر ہی سے داخل ہو جاتے ہیں، جیسا کہ محققین (گارسی اور بوخارد) کی تحقیقات سے ثابت ہو چکا ہے۔ اِن محققین نے کرویات[۳] عنقودیہ صدیدیہ نارنجیہ کی اُگائی ہوئی کشتیں اپنے بازوؤں کی جلد پر مکیں اور وہاں تقیح حاد پیدا کیا، جو اس طرح شروع ہوا کہ پہلے تو سلحی[۴] تبثور (پھنسیاں) نمودار ہو گئے اور یہ بالآخر دُمَّل[۵] یا جمرہ[۶] کی صورت میں مبدل ہو گئے۔ کرویات عنقودیہ صدیدیہ عموماً جلد بدن میں موجود رہتے ہیں۔ اور اکثر ہوا کے ذریعہ سے آلات جراحیہ، مرہم پٹی وغیرہ پر جم جاتے ہیں۔ لہٰذا

۱۔ اپسٹک ایبس۔ ۲۔ اسپٹک سپوریشن	۴۔ تبثور۔ پسچیول۔
۲۔ تقیح تعانح۔ پایوسلفنگس۔	۵۔ دُمَّل۔ بُوائل۔
۳۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجے نس آوریس	۶۔ جمرہ۔ شب چراغ۔ کاربنکل۔

بیشتر حالات میں تقیح پیدا ہونے کا سبب یہی ہوتا ہے کہ جراثیم ان خارجی ذرائع میں سے کسی نہ کسی ایک کے ذریعہ داخل بدن ہو جاتے ہیں اور عدوی پیدا کر دیتے ہیں ۔

لیکن بعض حالات میں جراثیم خون کے اندر سے ساختہائے بدن (انسجہ) میں پہونچ جاتے ہیں۔ مثلاً گاہے کسی گہری ساخت کا تفرق وضاد (جیسے کہ عضلہ[1] یا رباط[2] کا ٹوٹ جانا) بالآخر تقیح پیدا کر دیتا ہے اگرچہ اوس مقام کے اوپر کی جلد کا چمڑا مسلم ہوتا ہے اور جلد اور مقام ضرب کے درمیانی انسجہ بظاہر تندرست وصحیح ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں ہمیں عدوی ذاتیہ[3] کا واقع ہونا فرض کر لینا چاہئے جس میں جراثیم پرانے اور مزمن تقیح کے کسی مرکز (مثلاً تقیح لثہ[4]، یا تقرح دہن یا تقرح امعاء) سے خون میں داخل ہو جاتے ہیں ۔

بعض دیگر حالات میں خراج اُن جراثیم کے سبب سے پیدا ہو سکتا ہے جو انسجہ میں پوشیدہ اور چھپے ہوئے پڑے ہوں اور ممکن ہے کہ اس حالت[5] خفاء میں ایک عرصہ دراز سے ہوں۔ اس حالت کا تذکرہ علم الجراثیم کے بیان میں ہو چکا ہے اور یہ خصوصاً نامور اور کھُردرے زخموں کے بعد مزمن اور دیرپا تقیح کے مراکز بن جانے سے پیدا ہو سکتی ہے۔ اس قسم کے امکانات کا خیال اوس وقت پیش نظر رکھنا ضروری ہے جبکہ اس بات کا فیصلہ کرنا منظور ہو کہ جراحی کے بعض ثانوی اعمال (مثلاً ہڈیوں اور اعصاب پر) کرنے کے لئے بہترین وقت کون سا ہونا چاہئے۔ عموماً ایسے موقعوں پر تین سے چھ ماہ تک

۱؎ عضلہ۔ مسل۔	۴؎ تقیح لثہ۔ پایوریا۔
۲؎ رباط۔ لگمنٹ	۵؎ حالت خفائی جراثیم۔ لے ٹنسی آف جرمز۔
۳؎ عدوی ذاتیہ۔ آٹو انفکشن	

انتظار کرنا مناسب ہے اور اس درمیان میں مریض کو پہلے سے خوب قوی بنالینا چاہیے۔ اس امر کے متعلق قطعی حکم لگانا (فیصلہ کرنا) مشکل ہے کہ جراثیم کی یہ حالتِ خفا کن حالات و اسباب کے ماتحت پیدا ہوجاتی ہے، مگر ممکن ہے کہ یہ کسی خفیف سی خارجی چیز (جسمِ غریب[1]) کے اندر گھس جانے یا پیپ کی نہایت خفیف مقدار (جو شاید غور و بین ہی سے دیکھی جاسکے) میں جھلی سے گھر کر اور مخلّف ہوکر ساختوں میں رہ جانے کے باعث ہو یعنی جراثیم محدود ہوجاتے ہوں اور اون پر حالتِ جمود طاری ہوجاتی ہو۔

پس جب اس قسم کی مقامی حالت پہلے سے موجود ہو، تو حصنہ ماؤف کا ذرا سا چھل جانا جس میں سطحی تفرق الاتصال بھی واقع نہ ہو، یا عملِ جراحی کے دوران میں اتفاقی زخم کا لگ جانا، یا بغیر کسی قسم کے زخم کے بھی صرف عام صحت جسمانی میں کمی پیدا ہوجانا۔ اس بات کے لیے کفایت کرتا ہے کہ شاید تقیح از سرِ نو پھر اوبھر جائے۔ دوسری مثال ہڈیوں کے اون پھوڑوں میں ملتی ہے جو بعض اوقات حمّیٰ معوّیہ[2] ہونے کے مہینوں یا برسوں بعد پیدا ہوجاتے ہیں اور جو عصیٰ حمّیٰ معویہ کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس حالت میں یہ بھی ممکن ہے کہ ان جراثیم کا عدویٰ بعد میں بھی دوبارہ پہونچ گیا ہو۔

جب جراثیم صدیدیہ ایک مرکز تقیح سے جسم کے کسی دوسرے حصہ میں منتقل ہوجاتے ہیں، تو وہاں ایک بالکل مختلف اور جداگانہ مزاج (قسم) کے پھوڑے پیدا ہوجاتے ہیں جن کو خراج[3] سدی ثانوی کہتے ہیں اور یہ تقیح دم سوزاک وغیرہ میں نمودار ہوجاتے ہیں۔

[1] جسمِ غریب۔ خارجی جسم۔ فارن باڈی	[3] خراج سدی ثانوی۔ سکنڈری امبولک ابسس
[2] ٹائی فائڈ فیور	

عقیم[1] و مطہر اجسام غریبہ (مثلاً چاندی کا تار یا کانچ کے ٹکڑے) تقیح نہیں پیدا کرتے۔ مگر بعض نہایت نادر حالات میں عدوی ذاتیہ کے باعث ان سے بھی پیپ پیدا ہو سکتی ہے۔ مثلاً ایک مسافر خانے کے ملازم کی گردن میں آب ریہ[2] کی بوتل کے پھوٹنے سے کانچ کی ایک کھردری ناہموار کرچ (ٹکڑا) سوا قیراط[3] لمبی، ڈیڑھ قیراط چوڑی داخل ہو گئی۔ اس کے بعد کسی قسم کی تکلیف محسوس نہیں ہوئی (تقیح واقع نہیں ہوا) اس واقعہ کے دس ماہ بعد جب یہ کانچ کا ٹکڑا اوس کی گردن سے نشتر کے ذریعہ، نکالا گیا تو دیکھا گیا کہ اوس ٹکڑے کے گرد ایک جھلی کا غلاف بن گیا تھا جس نے اوسکو محیط کر رکھا تھا۔

اس اُصول سے کہ مطہر اجسام اندرونِ بدن داخل ہونے کے بعد پیپ نہیں پیدا کرتے، اعمال جراحیات میں رات دن منفعت حاصل کی جاتی ہے اور جسم کی ساختوں کے گہرے طبقات کو مطہر کردہ اندرونی[4] ٹانکے لگا کر جوڑ دیا جاتا ہے یا منقطع شدہ ساختوں (مثلاً ہڈیاں، رباطات، وغیرہ) کو دھات کے تاروں، پیچ کیل وغیرہ یا اسی قسم کے دیگر اندرونِ بدن سامان و ذرائع کی مدد سے ملا کر جوڑ دیا جاتا ہے۔ اگر یہ آلات و اسباب بہ احتیاط تمام کلی طور پر عقیم و مطہر نہ کئے جائیں تو بے حد و حساب تکلیف و فساد کا باعث ہونگے۔

لہٰذا مندرجہ بالا تشریح سے بخوبی ظاہر ہو گیا کہ، اگرچہ حیوانات میں تقیح تجربۃً جراثیم کے بغیر بھی پیدا کیا جا سکتا ہے، لیکن انسان میں معمولی حالات میں تقیح بغیر جراثیم صدیدیہ کی موجودگی اور بلا ادن کے حیوانی فعل کے واقع نہیں ہو سکتا۔

[1] عقیم و مطہر۔ اسٹرے لائزڈ	[3] انچ
[2] سوڈا واٹر۔	[4] اندرونی ٹانکے۔ بیوریڈ سیوچر

(۱۱) گردہ میں پھوڑے کا بننا

(۱۱) مرکز میں جراثیم کا کتلہ از جہ ہے۔ اور اس کے گرد مردہ ساخت کا ایک منطقہ یعنی حلقہ ہے۔ اور اس حلقہ کے گرد زندہ ساخت کا حلقہ ہے۔ جس میں بیضاوات کثیر النوات جمع ہو گئے ہیں۔

خراجِ حاد کے اسباب:۔ یہ عملی طور سے تین عنوانوں میں منضبط کیے جا سکتے ہیں:۔

(۱) غالباً مریضِ خراج پہلے ہی سے خراب اور کمزور صحت رکھتا ہے اور اس کے جسم کی قوتِ دافع[1] جراثیم ناقص ہوتی ہے۔ جب ایک ہی شخص میں پھوڑے ایک سے زائد مرتبہ ہو چکے ہوں تو اس بات کا گمان غالب ہوتا ہے کہ کوئی داخلی ذریعۂ عدوی (مثلاً عفونتِ دہن) یا کوئی خارجی آلائش و آلودگی (مثلاً میلے اور غلاظت کی نالیوں اور نلوں کے خراب ہونے کے باعث غلیظ و بدبودار بخارات موجود ہے۔

(۲) ایک مقامی مرکزِ عفونت کا موجود ہونا لازمی ہے جس کی قوت حیوانیہ مجروح ہونے کی وجہ سے یا سردی یا گرمی وغیرہ کے اثر سے کم ہو گئی ہو۔

(۳) یہ مقام یا مرکز جراثیم صدیدیہ سے ملوث ہو جاتا ہے، جو اس مقام پر اندرونِ جسم سے یا جسم کے باہر سے پہونچ جاتے ہیں۔

خراجِ حاد کی پیدائش و ساخت۔ جراثیم جو ساختوں میں داخل ہو چکے ہیں نشوونما پا کر سمیّن پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ سمیّن آس پاس کی ساختوں میں پھیل کر دماں التہاب حاد پیدا کر دیتی ہے۔ عروق پھیل جاتے ہیں اور ادون میں استرخا ہو جاتا ہے، دوران خون پہلے تیز ہو کر پھر سست ہو جاتا ہے (یعنے سرعت[2] و مزاحمت[3] کی حالت طاری ہو جاتی ہے) جس کے بعد کلی انسداد واقع ہو کر سکتہ[4] بنجاتا ہے اور خون کے سفید دانے ارتشاح و انتقال کے ذریعہ عروق سے باہر نکل جاتے ہیں۔ مجروح ساختوں پر سمیات کا زیادہ شدید اثر ادنکی قوت حیوانیہ کو نابود کر دیتا

[1] دافع جراثیم۔ جرمی سائڈ۔	[3] مزاحمت پریٹارڈے شن۔
[2] سرعت دوران۔ اکسلے ریشن	[4] تھرامبس۔

ہے اور یہ ہلاکت ساخت عموماً شقاقلوس[1] انجادی کے عمل کے ذریعہ پیدا ہوجاتی ہے۔ اب اگر مقام ماذف کو اس درجۂ مرض کے موقعہ پر تراش کر (خوردبین) سے دیکھا جاوے تو اوس میں دو نہایت متفرق و ممتاز طبقے نظر آئیں گے (۱) ایک مرکزی[2] رقبہ جس میں ساختیں مردہ ہوگئی ہیں اور جن سے رنگ قبول کرنے کے خصائص زائل ہوچکے ہیں۔ ان مردہ ساختوں کے ساتھ جراثیم[3] صدیدیہ بھی شامل ہوتے ہیں۔ اور (۲) ایک محیطی طبقہ[4] جو معمولی التہاب حاد کی صورت میں ہوتا ہے، اور جو بتدریج آس پاس کی تندرست ساختوں کے ساتھ ملکر اون میں غائب ہوجاتا ہے۔ اس ملتہب طبقہ میں خون کے سفید دانوں کا شدید ترشح و اجتماع موجود ہوگا، اور امتحان سے ظاہر ہوگا کہ یہ دانے زیادہ تر وہ ہیں جنھیں کثیر النوات کریات بیضاء کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے اور جو اس مقام پر جراثیم صدیدیہ کے افرازات کی خاص کشش (نظم[5] کیمیاوی) کے باعث کھنچکر چلے آئے ہیں۔

خراج حاد کا مرکزی مردار حصہ جس میں جراثیم بھی شامل ہیں تک (اس درجہ تک) آس پاس کے انسجہ سے جڑا ہوا ہوتا ہے، اور اگر اس وقت اس مقام کو کاٹ کر دیکھا جاوے تو یہ مرکزی حصہ بطور ایک سڑے ہوئے ٹکڑے (ناکل[6]) کے نظر آئے گا جسے جدا کرنے میں دقت محسوس ہوگی۔ لیکن یہ حالت محض عارضی ہوتی ہے اور جلد بدل جاتی ہے۔ رطوبات اور خصوصاً سائل[7] دموی کی مسلسل زیادتی

[1] شقاقلوس انجادی۔ کوگولیشن نکروسس	[5] پالی نیوکلیر لیکوسائٹس
[2] سنٹرل ایریا۔	[6] کیموٹیک سس۔
[3] پایوجے نک بیکٹیریا۔	[7] اسلف۔
[4] پری فیرل زون۔	[8] سائل دموی۔ پلازما۔

کے باعث مرکز الہتاب کا اندرونی تناؤ اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ مرکزی مُردار حصہ کا اتصال و تعلق آس پاس کی ساختوں سے منقطع ہو جاتا ہے اور ایک قلیل طبقہ بن جاتا ہے جس میں (۳) بیضاوات کثیر النوات رطوبت کے اندر تیرتے پھرتے ہیں۔ یہ طبقہ مرکزی مردار حصہ اور باہر کے محیطی ملتہب طبقہ کے درمیان بنتا ہے اور جہاں ممیتن خمیر کیمیاوی کے ذریعہ مادۂ لحمیہ کو تحلیل کر دینے کا اثر پیدا کر سکتے ہیں تو یہ عمل تحلیل ساختوں کو رقیق بنانے میں ایک حد تک ممد ہو جاتا ہے +

مرکزی چھوٹے سڑے ہوئے حصہ کا انجام بلحاظ حالاتِ مختلفہ، مختلف قسم کا ہوتا ہے، بعض اوقات جبکہ کوئی چھوٹا سا پھوڑا (نشتر سے) پھوڑا جاتا ہے تو وہ بجنسہٖ تمیز کیا جاتا ہے جیسے کہ دُمّل کی کیل (ام القیح) مگر بیشتر حالات میں اُسے سفید دانے جذب کر لیتے ہیں یا وہ کیمیاوی خمیر (خمیر ہاضم) اُسے ہضم کر لیتے ہیں جو اکثر جراثیم صدیدیہ طبعاً بناتے ہیں اور جن کے اثر سے مادۂ لحمیہ ہضم و تحلیل ہو جاتا ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کوئی مخصوص حصہ (تاکل) مجموعی طور سے مُردار ہو کر جُدا نہیں ہوتا بلکہ ابتدا میں ہی جراثیم یہ اثر پیدا کر دیتے ہیں کہ سفید دانے ملتہب ساخت میں جو اب تک زندہ ہوتی ہے بکثرت ہجوم کرتے ہیں اور ساخت کے ایک ایک خلیہ کو یکے بعد دیگرے چُن چُن کر ہلاک کر کے ہضم کر لیتے ہیں +

لہٰذا پھوڑا (خراج) سفید دانوں کا وہ مجموعہ ہے جو رطوبت میں معلق اور ساختہائے ملتہبہ کے طبقہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ سفید دانوں اور رطوبت

۱ انزائم۔ ۲ پھوڑے کی کیل (ام القیح) سورآف بوائل	۳ ٹرپ ٹک انزائم۔

کو مجموعی طور پر پیپ (مدۃ۔ قیح) کہتے ہیں، اور اس بات کا جاننا ضروری ہے کہ خراج حاد کی پیپ[1] کے خصوصی دانوں کی شناخت یہ ہے کہ وہ کثیر النوات[2] ہوتے ہیں۔ مگر یہ دانے معمولی خون کے سفید دانوں سے قدرے مختلف صورت کے ہوتے ہیں۔ ان میں سے بہتیرے تو سمین سے ہلاک ہو جاتے ہیں (جب تازہ پیپ کو آلۂ مجہر[3] کے گرم کردہ تختۂ[4] نظر پر رکھکر دیکھا جائے تو جو دانے ہلاک ہو چکے ہیں ان کی حرکت غائب نظر آتی ہے یہ انکی ہلاکت کی دلیل ہے) اور پھر ان میں فساد[5] کے مختلف تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض کے اندر جراثیم بھی ہو سکتے ہیں +

ابتداء میں تو پھوڑا اکثر سرعت کے ساتھ پھیلتا ہے، مگر دو ایک دن کے بعد بیشتر حالتوں میں ایک گونہ مقامی مناعت پیدا ہو جاتی ہے اور پھر پھوڑا نسبتاً آہستہ آہستہ پھیلنے لگتا ہے، یہ اسبات کی علامت ہے کہ عضو ماؤف کی ساختیں اولاً تو جراثیم اور سمین کے نرغہ میں آکر مغلوب سی ہو جاتی ہیں مگر بعدہٗ انکے ساتھ مقابلہ کے لئے آمادہ ہو جاتی ہیں، اس درجہ پر پہونچکر پھوڑے کی اندرونی فضا میں نئے انگور (اذرار لحمیہ[6]) کا استر ہو جاتا ہے جو ایک موٹی، نرم مخملی تہ بنا دیتا ہے اور جس کا رنگ شوخ گلابی ہوتا ہے انگور کی ساخت و ترکیب میں نوساختہ خون کی رگوں (عروق) کے کثیر التعداد حلقے سے ہوتے ہیں جو سفید دانوں اور مقامی النسجہ کے خلیات کے انبار میں گڑے ہوئے ہوتے ہیں اور ان دانوں اور خلیات میں پیدائش اور زیادتی کے ذریعہ افزائش موجود ہوتی ہے

۱؎ خلیات مدہ۔ پس سلز۔	۴؎ درجہ۔ اسٹیج۔
۲؎ پالی نیوکلیر	۵؎ ڈی جنریشن۔
۳؎ مائی کراسکوپ	۶؎ ازار لحمیہ۔ گرے نیولیشن ٹشو۔

انگور کی موجودگی سے یہ لازم نہیں آتا کہ پھوڑے کا پھیلنا قطعی بند ہو گیا ہے۔ کیونکہ اب بھی مواد سمیہ (سمین) اس قدر قوی ہو سکتے ہیں کہ انگور کی نئی بنی ہوئی ساخت کے دانے اونکے اثر سے فرداً فرداً ہلاک ہو جائیں۔ مگر بیشتر حالتوں میں انگور اس بات کی علامت ہے کہ عمل التحام و درستگی کا دور شروع ہو گیا ہے جو دراصل ساختہائے جسم کی آخری فتح کا پہلا دروازہ ہے۔ انگور کے دانوں کے عروق کی پتلی دیواروں میں سے خون کے سفید دانوں کا نقل و ہجوم پھوڑے کی اندرونی فضا میں جاری رہتا ہے۔ یہ دانے پیپ کے دانوں کی سمین کی جذب و کشش کیمیاوی کی وجہ سے عروق کے باہر کھنچے چلے آتے ہیں۔ اسی وجہ سے انگور کی تہ کو جس سے پیپ و رطوبت کا اخراج نمایاں معلوم ہوتا ہے، پہلے عشائے صدیدی[1] کہتے تھے۔ گذشتہ زمانہ میں جبکہ پیپ کا منوار ہونا زخموں کے التحام کے لئے ضروری اور لازمی سمجھا جاتا تھا کیونکہ پیپ جراثیم اور جراثیمی سمین کے مقابلہ اور مدافعت کے لئے ایک دیوار فاصل ہوتی ہے اور اونکو خون میں داخل نہیں ہونے دیتی) اوسوقت کے طبیب و جراح عشائے صدیدی پیدا ہونے کی آرزو رکھتے تھے اور اوس کا انتظار کرتے تھے۔ چونکہ اس قسم کی عشائے صدیدی، زردی مائل رنگ کی گاڑھی اور ملائی جیسی پیپ پیدا کر دیتی ہے اس لئے اوس زمانہ میں جب کبھی ایسی پیپ بن جاتی تھی تو اوس کے بعد مریض کو تسمم دم[2] کے خطرہ سے آزاد سمجھ لیا جاتا تھا اور اس قسم کی پیپ کو نیک شگون خیال کر کے مدہ فاضلہ[3] کے نام سے پکارتے تھے +

یہ قاعدہ عام ہے کہ پھوڑے بدن کے ہر ایک حصے میں یکساں نہیں پھیلتے

۱۔ عشائے صدیدی۔ پایوجینک ممبرین	۳۔ مدہ فاضلہ۔ لاؤڈ ویبل پس۔
۲۔ تسمم دم۔ بلڈ پوائزننگ۔	

کیونکہ بعض ساختیں خصوصاً ہڈیاں اور عضلی جھلیاں (لفائف[1]) بہ نسبت نیچ خلوی اور چربی کے زیادہ سخت و مزاحم ہوتی ہیں۔ پھوڑے کا پھیلاؤ اسی رُخ زیادہ ہوتا رہتا ہے جدھر روک اور مزاحمت کمتر ہوتی ہے، حتیٰ کہ وہ کسی سطح کے قریب پہونچکر اوبھر آتا ہے اور بالآخر جلد کے باہر یا مجریٔ غذائی یا اور کسی جوف کے اندر پھوٹ پڑتا ہے، ایسا ہونے کے بعد جراثیم اور جراثیمی سمین دونوں خارج ہو سکتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غشائے صدیدی پر ان کا اثر ہلکا پڑ جاتا ہے اور جب یہ واقع ہو جاتا ہے تو ساختہائے جسم کی قوتِ مدافعت جو پہلے جراثیم کی قوتِ مضرت کے مقابلہ میں مغلوب تھی، غالب آجاتی ہے۔ پھوڑا پھوٹنے کے بعد جو جراثیم باقی رہ جاتے ہیں، اب سفید دانے اون پر غلبہ حاصل کر کے بتدریج انکو خارج کر دیتے ہیں۔ سمین کی مقدار میں کمی آجاتی ہے، پھوڑے کی دیواروں کے اندر التہابی عمل ہلکا پڑنے لگ جاتا ہے، اور بالآخر انگور کی ساخت کا بننا شروع ہو جاتا ہے۔ یہ عمل پھوڑے کی اندرونی گہرائی (جوفِ خراج کے پیندے) سے شروع ہوتا ہے اور اوس کے بالائی حصص کی دیواریں، پیپ کی وجہ سے، جو ابتک مترشح ہوتی رہتی ہے (اگرچہ بتدریج کم ہوتی جاتی ہے) ایک دوسرے سے جُدا رہتی ہیں۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھوڑے کا جوف نیچے سے بھرتا ہوا چلا آتا ہے۔ اور بالآخر بالکل مندمل ہو جاتا ہے۔ اگر پھوڑے کی رطوبات کے اخراج اور بہاؤ کے لئے تشفی بخش ذرائع اختیار کیے جاتے ہیں تو جراثیم اور سمین بہ سرعت خارج ہوتے رہتے ہیں اور اوس کے بھرنے میں بہت آسانی ہو جاتی ہے۔

گاہے جسم کی قوتِ مدافعت اس قدر شدید ہوتی ہے کہ وہ جراثیم پیپ

[1] لفائف فیشیا۔

بننے کے بعد اور اوس کے خارج ہونے سے پہلے ہی ہلاک کر دیتی ہے۔
جب ایسا ہوتا ہے تو پیپ جذب ہو جاتی ہے اور پھوڑے کا جوف بھر کر
مسدود ہو جاتا ہے۔ یا صرف پیپ کا رقیق حصہ جذب ہو جاتا ہے اور سفید دانے
مادۂ شحمی (رفساد شحمی[1]) میں متغیر ہو کر پنیر نما نرم اور ناقابل شناخت ساخت
کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ بہرحال پھوڑے کی دیواریں یعنی ساخت بنجاتی
ہیں۔ جس سے اندرونی ندبہ[2] بن جاتا ہے اور ندبہ کے بیچ میں خشک اور
گاڑھی پیپ رہ جا سکتی ہے۔ مگر ایسا واقعہ باستثنائے شکم کے بہت شاذ و
نادر ہوتا ہے۔ اور جب شکم میں ہوتا ہے تو خصوصاً زائدہ دودیہ[3]، مجری[4] قاذف
یا کبد میں ہوتا ہے +

علامات۔ خراج حاد کے علامات کی تقسیم تین خاص قسموں میں مرتب
کی جا سکتی ہے +

(۱) مقامی علامات و مظاہر۔ ساخت ماذف ملتہب ہو جاتی ہے اور
اوسکا التہاب چار چیزوں سے ظاہر ہوتا ہے، یعنے حرارت[1]، درد[2]، سختی[3]
(حمرت) اور سوجن[4] (ورم)۔ سوجن ابتدا میں تو سخت تنی ہوئی اور پھولی ہوئی
ہوتی ہے مگر جب پیپ بن جاتی ہے تو اوس کا مرکزی حصہ نرم اور لچکدار
ہو جاتا ہے، سطحی تہیج[5] زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، اور درد میں ٹیس ہوتی ہے،
(وجع ضربانی[6]) اس درد کی شدت ساخت ماذف کی صفاقت (ٹھوس ہونے)
اور اُس کے اعصاب حسیہ کی مقدار کے لحاظ سے کم یا زیادہ ہوتی ہے۔

[1] فیٹی ڈی جنریشن	[4] مجری قاذف۔ فلوپین ٹیوب
[2] ندبہ۔ اسکار۔	[5] سطحی تہیج۔ سوپرفیشیل اڈیما۔
[3] زائدہ دودیہ۔ اپنڈکس ورمیفارمس۔	[6] وجع ضربانی۔ تھرابنگ پین۔

اور جب کسی سخت جھلی (مثلاً غشائے[1] کفِ دست) کے نیچے پیپ بنتی ہے تو درد نہایت شدید ہوتا ہے۔ تموّج[2] کا پایا جانا اس بات کی خاص پہچان ہے کہ رقیق شئ (پیپ) موجود ہے۔ اس کے دیکھنے کا طریقہ یہ ہے کہ سوجے ہوئے (متورم) حصہ پر ایک خاص جگہ ہاتھ کی ایک یا زیادہ انگلی رکھکر کسی قدر دبایا جائے اور دوسرے ہاتھ کی انگلیوں کو متورم حصہ کے دوسرے مقام پر قدرے فاصلہ سے رکھکر دیکھا جائے کہ جب سوجن کو دبایا جاتا ہے تو اندر کی رقیق چیز کی موج درمیانی حصہ میں یعنے پہلی جگہ سے گذر کر دوسری جگہ تک منتقل ہوتی ہے یا نہیں اگر رطوبت ہوگی تو تموج محسوس ہوگا۔ بعض منجمد اور غیر رقیق اجسام جو نرم ساخت کے ہوتے ہیں ان میں بھی اس قسم کا تموج محسوس ہوسکتا ہے، جیسے کہ سلعۂ[3] شحمیہ (چربی دار رسولی) اور سلعۂ[4] لحمیہ (گوشت کی رسولی) میں۔ برخلاف ازیں تموج بعض حالات میں غائب بھی ہوتا ہے مثلاً جب رطوبت میں بہت تناؤ ہو، یا جب کوئی دبیز دیوار رطوبت کے گرد محیط ہو یا جب رطوبت کسی غدودی[5] ساخت وغیرہ میں مثلاً پستان کے اندر بہت پھیلی ہوئی ہو۔

گاہے پیپ تھوڑی مقدار میں ہوتی ہے تو دبانے سے تموج کے بجائے صرف ایک قسم کا لچکدار دباؤ (مقاومت[6] لدنہ) متورم اور تنے ہوئے حصہ کے عین مرکز میں محسوس ہوتا ہے، مگر تجربہ کار اور مشاق کی انگلی تموج کی طرح اسی علامت کو یقینی سمجھکر اوس سے فوراً پیپ کی موجودگی محسوس کرلیتی ہے۔ جب پیپ عضلات یا لفائف[7] کی سطحوں کے نیچے گہرائی میں موجود ہو تو اوسکو پہچاننے کے لیے نہایت

---

[1] غشائے کفِ دست۔ پامر فیشیا۔
[2] تموّج۔ فلکچوئے شن۔
[3] سلعۂ شحمی۔ لیپوما۔
[4] سلعۂ لحمیہ۔ سارکوما۔
[5] گلینڈولر ٹشو۔
[6] مقاومت لدنہ۔ الاسٹک ریسیٹنس
[7] لفائف فیشیا۔

احتیاط و فکر کے ساتھ امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ بات قابل لحاظ ہے کہ عضلے کے ریشوں میں آڑے طور پر دبا کر دیکھنے سے اکثر اوقات انگلی کو تموج سا معلوم ہوتا ہے (حالانکہ وہاں کوئی رطوبت نہیں ہوتی) لہٰذا طبیب کو چاہئے کہ اس فاسد علامت سے دھوکا نہ کھائے بلکہ لحمی ریشوں کے متوازی دبا کر تموج کو محسوس کرے اور جب یہ حاصل ہو تو پیپ کی موجودگی کا یقین کرے۔ نمایاں اور بڑھتا ہوا تپش (اور ذیبا) عموماً اس بات کا ثبوت ہوتا ہے کہ پیپ بہت گہرے مقام پر موجود ہے۔ جیسا کہ التہاب مخ العظام (ہڈی کے مغز کا التہاب) اور التہاب[2] الشدی صدیدی میں ہوتا ہے۔

اگر پھوڑے کو اوس کی طبعی حالت پر چھوڑ دیا جاوے تو وہ بالآخر مُنہ نکالتا ہے اور خود بخود پھوٹ جاتا ہے، جوں جوں وہ بڑا ہوتا جاتا ہے، وہ اُسی سمت کا رُخ کرتا ہے جدھر اُسے مزاحمت کم ملتی ہے اور اس طرح پھیلنے کے بعد بالآخر وہ سطح تک جا پہونچتا ہے یا گوشت اور جھلیوں کی سطحوں کے مقابل اندر اندر کھوکھلا کرتا ہوا بڑھتا ہے یا قرب و جوار کی فضا ذل میں جا ملتا ہے پھوڑے کا انفجار حقیقی (صحیح طور پر پھوٹنا) گاہے کسی قسم کی جراحت یا ضرب کے باعث ہوا کرتا ہے، خواہ یہ ضرب و جراحت خفیف ہی سی کیوں نہ ہو مگر اکثر پہلے جلد میں تقرح ہو جاتا ہے۔ یا وہ مردہ ہو جاتی ہے اور اوس کے بعد پھوڑا پھوٹ جاتا ہے۔

(۲) پھوڑے کے دباؤ کے نتائج۔ یہ نتائج بیشتر اوقات اس وجہ سے ظہور پذیر ہوتے ہیں کہ آس پاس کی ساختوں پر سوجن اور ورم کا جسمانی[3] دباؤ

[1] التہاب مخ العظام۔ آسٹیومائی لائی ٹس۔	[2] التہاب الشدی۔ مسٹائی ٹس۔
	[3] جسمانی۔ میکانیکل۔

پڑتا ہے۔ زیادہ نمایاں اثرات وہ ہیں جو اعصاب کے تہیج[1] سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ جس کے باعث عصبی درد[2] نمودار ہو جاتا ہے اور مریض اس درد کو کسی دور دراز کے مقام پر جو تندرست ہے محسوس کرتا ہے۔ بعض حالات میں جبکہ بڑے بڑے عروق مرکز تقیح سے ہو کر گذرتے ہیں تو ان رگوں کے اطراف کی ساختیں تو تلف ہو جاتی ہیں اور خود رگیں پھوڑے کے جوف میں کھلی ہوئی اور لمبے ڈوروں یا تسموں کی صورت میں دکھائی دیتی ہیں۔ بعدہٗ ان میں انجماد خون ہو کر انسداد[3] واقع ہوتا ہے اور یہ خصوصاً دریدوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ گاہے شرائین[4] کے گرد التہاب ہو کر اُن کی دیواریں سڑ کر گل جاتی ہیں اور جریان[5] خون واقع ہو جاتا ہے۔

گاہے دیواروں کے سڑنے سے پہلے شریان میں پھیلاؤ کی وجہ سے انورسما[6] بھی ہو جاتا ہے اور اسکا باعث یہ ہوتا ہے کہ التہاب کے بعد آس پاس کی ساختوں کا سہارا جاتا رہتا ہے اور شریان پھیل جاتی ہے۔ اس قسم کے نتائج خراج[7] حاد اور خراج[8] مزمن ہر دو میں نمودار ہوتے ہیں۔

(۳) **عمومی اثرات**۔ خراج حاد بننے کے عمومی اعراض یہ ہیں کہ بخار پیدا ہوتا ہے۔ گاہے پھریری (قشعریرہ) اور جاڑہ (نافض) چڑھ جاتا ہے اور کثرت[9] بیضاوات ہوتا ہے۔

۱۔ اررِی ٹیشن۔	۵۔ جریانِ خون۔ ہمورج۔
۲۔ نیورلجک پین۔	۶۔ انورسما۔ انورزم۔
۳۔ تھرامبوسس۔	۷۔ ایکیوٹ ابسس
۴۔ التہاب شریانی ظاہر۔ پیری آرٹرائی ٹس	۸۔ کرانک ابسس
	۹۔ کثرت بیضاوات۔ لیکوسائی ٹوسس۔

لرزہ چڑھنے میں بعض خصوصی مظاہرات مستقل طور سے پائے جاتے ہیں جو اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ خون میں سمین مجتمع ہو کر مراکز حرارت کو تحریک دیتے ہیں۔ یہ لرزہ اوس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو فصلی بخار (حمی متقطعہ) میں ہوتا ہے اور اس میں لرزہ سے پہلے شدید سردی اور بے چینی محسوس ہوتی ہے، چہرہ متغیر ہو جاتا ہے اور دانت بجنے لگتے ہیں۔ مگر (بخلاف فصلی بخار کے) جلد خشک و گرم ہو جاتی ہے، اور حرارت بدنیہ تیزی سے بڑھ جاتی ہے، سردی محسوس ہونے کا سبب کچھ تو یہ ہے کہ معمولی اور معینہ درجۂ حرارت کی ہوا ایسی جلد پر لگتی ہے جو کہ گرم اور خشک ہے اور جس میں پسینہ نہیں آرہا ہے۔ دوم اس کی وجہ یہ بھی ہو سکتی ہے کہ اس حالت میں بیرونی اعضاء کے اندر خون کی کمی ہوتی ہے +

جاڑے اور لرزہ کی حالت کم و بیش عرصہ تک قایم رہتی ہے، اس کے بعد مریض کو بتدریج گرمی محسوس ہوتی ہے، اوسکا منہ تمتما کر سرخ پڑ جاتا ہے اب اگر مقیاس الحرارت لگا کر دیکھا جائے تو درجۂ حرارت اوپر نہیں چڑھتا اور مریض کی جلد پر پسینہ آنا شروع ہو جاتا ہے۔ بالآخر خوب پسینہ نکلتا ہے اور اس کے ساتھ ہی حرارت یکبارگی گر جاتی ہے۔ پسینہ نکلنے سے غالباً سمین تو خارج ہو جاتے ہیں مگر پسینہ کے بعد مریض کو کم و بیش کمزوری محسوس ہوتی ہے۔ کثرت بیضا وات سے تیقح میں کیا کیا فوائد حاصل ہوتے ہیں اور اوس سے اس کی تشخیص میں کس طرح امداد ملتی ہے۔ اس کا مفصل بیان آیندہ مناسب موقعہ پر آئے گا +

۱؎ تھرموجے نک سنٹر۔	۳؎ تھرمامیٹر۔
۲؎ ملیریا	

پیپ اور اوس کے اجزاء۔ طبعی پیپ۔ (جسے گذشتہ زمانہ میں مدہ[1] فاضلہ یا مدہ صحیحہ کہتے تھے) ایک گاڑھی لیسدار بالائی جیسی رطوبت ہے جس کا ثقل[2] نوعی ۱۰۳۰ ہوتا ہے، قلوی[3] تاثیر رکھتی ہے اور بے بُو ہوتی ہے (البتہ جب پیپ سڑنے لگتی ہے یا اوس میں عصیٰ قولونی کی پیدائش ہو جاتی ہے تو اُس میں بدبُو پیدا ہو جاتی ہے) پیپ کے قوام میں ۵۰ سے ۹۰ فی صدی تک پانی کا جزو ہوتا ہے۔ اگر پیپ کو بحالت سکون چھوڑ دیا جائے تو اوس کے دو طبقے ہو جاتے ہیں، ایک بالائی حصہ جو رقیق ہوتا ہے اور جسے سائل صدیدی[4] کہتے ہیں۔ یہ حصہ عموماً شفاف یا دودھیا رنگ کا (لبنی اللون) ہوتا ہے۔ دوسرا حصہ جو منجمد ہو کر تہ نشین ہو جاتا ہے، زردی مائل بھورے رنگ کا اور جسامت میں نسبتاً زیادہ ہوتا ہے۔ سائل صدیدی یعنے حصۂ رقیق اوس سائل دموی سے حاصل ہوتا ہے جو عروق سے مترشح ہوتا ہے۔ بدن سے علٰحدہ کیے جانے کے بعد یہ حصہ منجمد ہو سکتا ہے مگر اس کا لوتھڑا (جُلطہ[5]) بہت ڈھیلا اور ملایم بنتا ہے۔ لیکن بارہا ایسا انجماد نہیں بھی ہوتا ہے۔ جس کی وجہ شاید یہ ہو کہ یہ پھوڑہ کے اندر ہی ایک مرتبہ منجمد ہو چکا ہو اور اس انجماد میں لیفین[6] کی جو جالی بن چکی تھی وہ سمین کے خمیر ہاضم[7] سے تحلیل ہو چکی ہے یا سفید دانے اُسے کھا کر ہضم کر چکے ہیں (پس جب لیفین موجود نہیں ہے تو سائل دموی کا منجمد ہونا محال ہے) بلحاظ ترکیب کیمیاوی سیال مذکور ایک رقیق زلالی[8] مادہ سے مرکب ہے جو مصل[9] قسم

۱ لاوڈ ایبل پس۔	۵ لوتھڑا۔ جُلطہ۔ کلاٹ
۲ ثقلِ نوعی۔ اسپے سے فک گرے ویٹی	۶ فائبرین۔
۳ قلوی تاثیر۔ الکلائن ری ایکشن۔	۷ پیپٹونائزنگ فرمنٹ۔
۴ سائل صدیدی۔ لائکر پیورس	۸ البیومی نس۔
	۹ بلڈ سیرم۔

سے بہت مشابہ ہوتا ہے لیکن یہ نسبتاً زیادہ رقیق (مخفف[1]) ہوتا ہے اور اس میں جراثیمی سمین، خمیراتِ کیمیاوی[2] اور لحمین[3] (پروٹوز) یعنی وہ مرکبات ہوتے ہیں جو مادۂ لحمیہ وغیرہ کے ہضم و تحلیل سے بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات جب پھوڑا کسی شحمی ساخت میں ہوتا ہے تو چند دھنی کریات بھی سطح پر تیرتے ہوتے ہیں یا سیال صدیدی کی رطوبت کے ساتھ ملکر شیرہ نما محلول بنا دیتے ہیں۔

منجمد حصہ جو تہ نشین ہوتا ہے وہ بیشتر بیضاوات کثیر النوی[4] پر مشتمل ہوتا ہے جن میں سے زیادہ تر دانے تو مردہ اور ٹوٹے پھوٹے ہوتے ہیں مگر بعض دانے زندہ بھی پائے جاتے ہیں اور یہ حرکت ذاتیہ کی قابلیت رکھتے ہیں۔ علاوہ ازیں اس منجمد حصہ میں ساخت ماؤف کے خلیات کے ٹکڑے اور نوات[5] لیفی ساخت کے ریشے دیگر ذرات اور جراثیم بھی پائے جاتے ہیں اور اکثر اوقات چند سرخ دانے بھی ہوتے ہیں۔

جب پیپ میں خون کی آمیزش ہو تو اُسے مِدَّۃٌ دَمَوِیَّہ (خونی پیپ) کہتے ہیں۔ جب پیپ رقیق اور حریف (تیز) ہوتی ہے تو اُسے مِدَّۃٌ حَرِیفَہ کہتے ہیں۔ جب وہ دہی کے ریشے نما تاروں کی آمیزش رکھتی ہے جیسا کہ اکثر سلی یا دُنی مزاج کے تقیح مزمن میں دیکھا جاتا ہے، تو اُسے مِدَّۃٌ رَائِبَہ[6] کہتے ہیں (رائب۔ دہی) مِدَّۃٌ زَرقاء[7] (نیلگوں پیپ) اور مِدَّۃٌ خضراء[8] (سبز پیپ) جو

[1] ڈائی لیوٹ۔
[2] انزائمس
[3] پروٹوز۔
[4] پالی نیوکلیر لیکوسائٹس۔
[5] اسپان ٹے نیس موومنٹ۔
[6] نیوکلیائی۔

[7] مِدَّۃٌ دَمَوِیَّہ۔ سے فی اس پس (یا) سنگوئی نیس پس
[8] مدہ حریفہ۔ اکورس پس۔
[9] مدہ رائبہ۔ کرڈی پس۔
[10] مدۂ زرقاء۔ بلیو پس۔
[11] مدہ خضراء۔ گرین پس۔

عصبی قبیحہ زرقاء کی تاثیر و تحریک کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، اوسکا نیلگوں یا سبز رنگ اکثر زخم کی پٹی کی بیرونی تہوں میں جو ہوا کے مقابل اور کھلی ہوئی ہوتی ہیں، نمایاں دکھائی دیتا ہے مدۂ مخاطیہ[1] (بلغمی پیپ) لیسدار اور صاف ہوتا ہے اور اغشیۂ مخاطیہ[2] کے التہابی حالتوں سے پیدا ہوجاتا ہے مدۂ مائیہ[3] یا مصلیہ (پانی جیسی پیپ) مصل دموی کی آمیزش کے باعث زیادہ رقیق اور پتلا ہوتا ہے اور اغشیۂ مائیہ[4] کے التہابات سے پیدا ہوتا ہے۔

گاہے پھوڑے کے اندر نہ صرف پیپ ہوتی ہے بلکہ بخارات بھی ہوتے ہیں ایسا اوسوقت ہوتا ہے جبکہ پھوڑے کا تعلق براہ راست کسی کھوکھلے مضاد اعضو مثلاً شکم یا امعاء سے ہوجائے۔ ایسی حالت بیشتر حجاب[5] حاجز کے نیچے کے پھوڑوں میں پائی جاتی ہے۔ زائدۂ دودیہ کے التہابی پھوڑوں کے اکثر اقسام میں جو بخارات پائے جاتے ہیں وہ عموماً عصبی قولونی تنہا یا اوس کے ساتھ دیگر جراثیم کے اختلاط سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اعضائے طرفانیہ (ہاتھ پاؤں) میں یہ اکثر بخارات پیدا کرنے والے غیر ہوائی جراثیم (مثلاً عصبی[6] اور ذیما خبیثہ، عصبی[7] ہوائیہ غلافیہ) کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں۔ اور ان کی پیدائش شدید التہاب[8] خلوی منتشر یا غانغرینا کے ساتھ وابستہ پائی جاتی ہے۔

۱ مدۂ مخاطیہ۔ میوکوپس۔	۷ میسی لس اڈیمی میٹس مگنی۔
۲ میوکس ممبرین۔	۸ میسی لس ایروجینس کپشولے ٹس
۳ مدۂ مائیہ۔ سیروپس۔	۹ اسپریڈنگ سلیولائی ٹس۔
۴ سیرس ممبرین	۱۰ گنگرین۔
۵ ڈایافرام	
۶ اپنڈکس ورمیفارمس۔	

خراج حاد کا علاج

انسداد تقیح۔ جب کسی مقام پر التہاب واقع ہو کر پیپ بننے کا خطرہ پیدا ہو جائے تو تقیح کی روک تھام شاذ ہی ہو سکتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں عضو ماؤف کو اونچا رکھنا اور اُسے آرام و سکون دینا، بخارات کی شکل میں اُڑنے والے عسولات[1] کونین کے ساتھ فولاد کا اندرونی استعمال وغیرہ سے ممکن ہے کہ بعض اوقات انسداد تقیح حاصل کرنے میں کامیاب ہو جائیں، یا ممکن ہے کہ حصۂ ماؤف میں علامۂ[2] بے یُر کے طریقۂ عمل سے عارضی احتقان[3] دموی پیدا کرنا اسی مطلب کے لیے مفید پڑ جائے۔

انجذاب تقیح۔ جسم کے بعض حصص میں پیپ پیدا ہو جانے کے بعد جذب بھی ہو سکتی ہے، مگر یہ انجذاب جسم کی بعض اون فضاؤں میں ہی ممکن ہے جن میں قوت انجذاب شدید ہوتی ہے، مثلاً آنکھ کا خزانۂ[4] مقدمہ (تقیح خزانہ مقدمہ) یا کیسۂ صفاق۔ تقیح خزانۂ مقدمہ (مدۂ[5] کا منہ) میں مقامی اور عمومی علاج کے اثر سے پیپ کی مقدار میں عمل انجذاب سے جو کمی ہو جاتی ہے وہ وقتاً فوقتاً دیکھی جا سکتی ہے

اُصولِ علاج۔ مگر پھوڑے کے علاج کا عام کلیہ عموماً یہ ہوتا ہے کہ درد کو کم کرنے اور پیپ بننے میں مدد دینے کے لیے پہلے سینک اور تکمیدات[7] کا استعمال کیا جاتا ہے (تکمید کے ساتھ افیون یا بیبرورج[8] ولفاح کا مقامی استعمال بھی مفید ہوتا ہے) یا عضو ماؤف پر لبخات[9] لگائے جاتے ہیں، پھر جوں ہی پیپ

---

[1] ایوا پوریٹنگ لوشنز

[2] بی یر ٹریٹ منٹ

[3] ہائی پریمیا۔

[4] انٹریر چیمبر۔

[5] ہائی پرپائی ان۔

[6] ہائی پوپائی ان۔

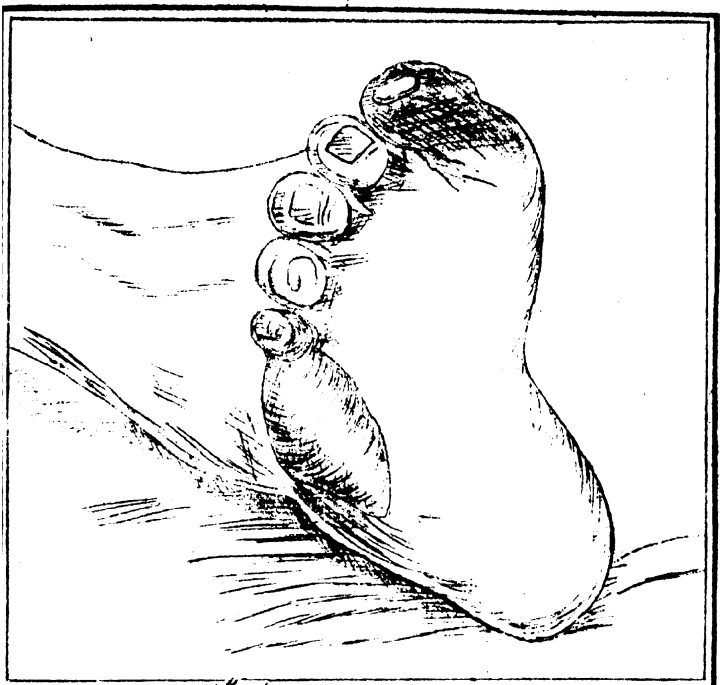
[7] تکمیدات سینک۔ فومن ٹے شن۔

[8] بیبرورج۔ لفاح۔ بلاڈونا

[9] لبخہ۔ پولٹس۔

پیدا ہو جاتی ہے، کہ نشتر لگا کر پیپ خارج کی جاتی ہے۔ نشتر لگا کر اس طرح شگاف دینا چاہئے کہ پیپ اوس مقام پر دوبارہ اکھٹی نہ ہو سکے، اور شگاف ایسے مقام پر ہو کہ پیپ وہاں سے بآسانی بہ کر خارج ہوتی رہے مگر مقام شگاف پر ثانوی[1] تعدیہ کا اثر نہ پہونچنے پائے اور اوس کی سمت ایسی ہو کہ عضو کے حرکات سے شگاف بند نہ ہونے پائے۔ اگر پھوڑے کا منہ (شگاف دیکر) ایسے مقام پر کیا گیا ہو جو نیچے کے رُخ پر نہ ہو تو مناسب ہے کہ زخم کے اندر اُنگلی یا سلائی[2] (مسبر) ڈالکر اُسے پھوڑے کی دیوار کو دبایا جائے۔ یہاں تک کہ سلائی یا اُنگلی جلد کے نیچے اوبھری ہوئی معلوم ہو۔ اور یہ مقام پھوڑے کے اصلی مقام سے نیچے ہو۔ اس جگہ دوسرا سوراخ شگاف دیکر بنا دیا جائے (تاکہ پیپ بآسانی خارج ہوتی رہے) جب پھوڑا گہرائی میں نازک اور خطرناک مقامات پر واقع ہو (خراجات غائرہ) تو اوس میں طریقۂ[4] حلطون سے شگاف دینا مناسب ہے۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ پہلے صرف جلد اور سطحی ساختوں کو قطع کیا جائے۔ پھر پھوڑے کے جوف میں ناصوری یا معمولی چمٹی (ملقط ناصوری یا معمولی ملقط[5] غیار) داخل کر دی جائے۔ اب جبکہ چمٹی کو کھولکر چوڑا کیا جائے گا تو اتنا بڑا سوراخ نمودار ہو جائے گا کہ اوس میں اونگلی یا ربر کی نلکی (انبوبۂ[7] تصریف) اخراج رطوبت کے لئے داخل کی جا سکے۔ پھوڑے میں شگاف دیتے وقت دافع تعفن وسائل اور طہارت عضو کے لئے نہایت سخت احتیاط برتنا چاہئے، کیونکہ اگرچہ پھوڑے میں جراثیم پہلے ہی سے موجود ہیں تاہم یہ ضروری ہے کہ دوسرے تازہ جراثیم

[1] سکنڈری کنٹامی نیشن۔
[2] سلائی۔ مسبر۔ پروب
[3] ڈیپ البس۔
[4] طریقۂ حلطون۔ ہلٹن مے تھڈ
[5] ملقط ناصوری۔ سائی نس فارسپس۔
[6] ملقط غیار۔ ڈرسنگ فارسپس۔
[7] انبوبۂ تصریف۔ ڈرے نج ٹیوب۔



(۱۵) پاؤں کا غانغرانا شیخوخیہ۔ اس حالت میں پاؤں کو گھٹنے سے اوپر کاٹنا چاہیے۔
اور شریان مابض بحالت ہایست اور تنخرّ پائی جاتی ہے۔

(۱۶) دیوار شکم کا ورم صلب (سقیروی)

داخل نہ ہوں اور اونکے اثر سے مخلوط[1] عدوی نہ پیدا ہو جائے، جس کی موجودگی عملِ التیام میں تاخیر پیدا کر دیتی ہے +

اگر پھوڑے میں سڑے ہوئے ٹکڑے (اوساخ[2] و تاکلات) موجود ہوں تو اونکو خارج کر دینا مناسب ہے، اور جب پھوڑا اندر سے کھوکھلا ہو جائے یا جب اوسکا جوف بہت بڑا ہو تو اوس کے اندر انگلی ڈالکر ٹٹولنا چاہئے، اگر اوس کے اندر کی التصاقی[3] ساختوں یا ڈوروں اور ریشوں کو (جن میں خون کی موٹی رگیں بھی موجود ہو سکتی ہیں) بلا تمیز و تفریق بے احتیاطی سے نہیں توڑنا چاہئے +

مندرجۂ بالا عمل (شگاف و اخراج مواد) کے بعد اب اگر کسی قسم کے عوارض (مثلاً سڑی ہوئی ہڈی وغیرہ) موجود نہیں ہیں تو بس یہی ضروری ہے کہ اخراج رطوبت کا مناسب انتظام کر دیا جاوے اور زخم میں مخلوط چھوت (مخلوط عدوی) نہ پیدا ہونے دی جاوے۔ اخراجِ رطوبت کے لیے ربر کی یا شیشہ کی نلکی زخم کے اندر رکھی جاتی ہے، یا کپڑے کی بتی داخل کرنا چاہئے۔ مخلوط عدوی کی روک کے لئے نہایت احتیاط کے ساتھ طیار کی ہوئی غیر عفنی (مطہر) یا دافع عفونت[4] غیارات (پنبش) زخم پر لگانا چاہئے یا پھوڑے کے جوف کے اندر جالیدار باریک اور ملایم کپڑے (دوسام[5]) کی بتی نمل[6] بنفشی (نانی صدی) کے شیرہ میں بھگو کر بھر دینی چاہئے۔ عموماً پہلے چوبیس گھنٹے میں بہت خون ضائع ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ عروق شعریہ نرم ہوتی ہیں۔ اور پھوڑے کی دیوار سے تناؤ یکایک دور ہو جاتا ہے، مگر یہ خطرناک نہیں ہے۔ کیونکہ خون خود بخود بند ہو جاتا ہے یا معمولی دباؤ کے اثر سے رک سکتا ہے قاعدہ ہے

[1] مکسڈ انفکشن
[2] اسلف
[3] ادھیسن
[4] غیارات۔ ڈرسنگ۔
[5] دوسام۔ گاز۔
[6] شیرہ نمل بنفشی۔ آیوڈوفارم ایملشن۔
[7] کپلریز۔

کہ جب پھوڑے کی رطوبت ایک دفعہ خارج کر دی جائے تو پھر پیپ نہیں بنتی بشرطیکہ خارجی آلائش (مخلوط عدوی) داخل نہ ہوئی ہو، اور جو رطوبت نکلتی ہے وہ محض مائی (پانی جیسی) ہوتی ہے، زخم جلد بھر کر اچھا ہو جاتا ہے، اور یہ سب باتیں اس امر کے باوجود واقع ہوتی ہیں کہ کچھ عرصہ تک جراثیم بھی زخم کے اندر موجود رہتے ہیں۔ کیونکہ یہ ظاہر ہے کہ مقامی مناعت[1] پیدا ہو جانے کے باعث جراثیم نشوونما نہیں پاتے ہیں اور نہ کوئی نقصان پہونچا سکتے ہیں۔ اگر غیر عفونی حالات قایم رکھے جائیں تو ایسا پھوڑا بھی جس کے اندر پہلے گندہ اور بدبودار پیپ ہو، اچھی رفتار سے مندمل ہو جاتا ہے، اور اگر اس پھوڑے کا تعلق شکم یا امعاء سے قایم نہیں ہے تو چند ہی روز کے عرصہ میں اوس کے مواد سے بدبو دور ہو جاتی ہے۔

اگر شگاف دینے کے بعد بھی کسی پھوڑے سے مسلسل پیپ آتی رہے تو یہ اس بات کی علامت ہے کہ اوس کا منہ بہت چھوٹا ہے یا یہ کہ مواد کسی تھیلی میں بند ہے۔ یا یہ کہ اوس میں مخلوط عدوی پیدا ہو گئی ہے، یا گاہے یہ اس بات کی دلیل ہو سکتی ہے کہ مریض کی قوت[2] حیوانیہ اس قدر ضعیف ہو گئی ہے کہ صحیح التیام کا قایم ہونا مشکل ہو گیا ہے، یا یہ کہ عضو ماؤف آرام و سکون سے نہیں رکھا گیا ہے۔ پھوڑے کے کامیاب علاج کے لئے ضروری عناصر یہ ہیں:۔ رطوبت کا بہ آسانی خوب خارج ہونا، مریض کی عام صحت میں اصلاح کرنا، عضو ماؤف کو آرام و سکون سے رکھنا، لہٰذا اگر پھوڑے کا شگاف یا منہ چھوٹا ہے تو اُسے چوڑا اور بڑا کر دینا چاہئے، اگر پھوڑے کے جوف میں چھوٹے چھوٹے کیسے بنگئے ہیں تو اونکو کھولکر مواد خارج کر دینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو ایک شگاف

[1] لوکل امیونٹی۔ | [2] وسیٹے لیٹی۔

دیگر دوسرا مقابل سوراخ بنا دینا چاہیئے۔ نقیہ اور کم طاقت مریضوں کو جن کا زخم جلد مندمل نہ ہوتا ہو بعض اوقات تبدیل آب و ہوا کے لیے ایسے مقامات پر بھیجنا ضروری ہوتا ہے جو سمندر کے کنارے پر واقع ہوں تاکہ زخم بھر جائے۔

خراج[1] مزمن صدیدی

تعریف۔ یہ پیپ کا وہ مجموعہ ہے جو بتدریج اور آہستہ آہستہ بنتا ہے اور جس کے بننے میں شدید التہاب کے علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ اسی وجہ سے اسے اکثر خراج[2] بارد یا خراج دموی[3] بھی کہتے ہیں۔

اسباب۔ ۱۔ بیشتر یہ مادۂ سلیہ[4] (ورنیہ) کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔

۲۔ بعض اوقات یہ سلعۂ[5] اریکہ کی تحلیل سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

۳۔ بعض اوقات کمزور جراثیم[6] صدیدیہ کے عدوی سے پیدا ہو جاتے ہیں

۴۔ بعض اوقات مزمن تقیح[7] الدم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔

ظواہر مرضیہ (علامات) یہ خواہ مادۂ سلیہ کے باعث ہوں یا مندرجۂ بالا دیگر وجوہ سے، انکے علامات و ظواہر بہر حال یکساں ہوتے ہیں اور ورن کے بیان میں تفصیل درج کیے جائیں گے۔ مگر ان دو صورتوں میں ایک نمایاں فرق یہ ہے کہ خراج صدیدی مزمن کی دیواروں میں جو جھلی استر کرتی ہے وہ محض ارزلحمیہ کی ایک پرت ہوتی ہے جو کم و بیش مؤثر (باعث تحریک) ہوتی ہے، مگر خراج سلی مزمن میں اس جھلی کے اندر زندہ مادہ سلیہ موجود رہتا ہے۔

[1] خراج مزمن۔ کرانک ابسس	[4] ٹیوبر کولس۔
[2] خراج بارد۔ کولڈ ابسس	[5] سلعہ اریکہ۔ گرے نیولومیٹا۔
[3] خراج دموی۔ کنجسٹو ابسس	[6] پایوجینک بیکٹیریا۔
	[7] کرانک پائیمیا۔

لہٰذا قسم اوّل کے علاج میں صرف ایک سادہ شگاف، غیر عفونی وسائل کے ساتھ لگا دینا کافی ہوتا ہے +

مگر قسم دوم (خراج سلی مزمن) میں شگاف کے بعد مادہ سلیہ کی ساخت کو بھی چمچہ (ملعقہ) یا اور کسی ذریعہ سے کھرچنا (کشت[1]) اور جدا کرنا چاہئے +

مجری[2] اور ناصور[3]

جب کوئی خراج حادیا مزمن، پھوٹنے یا کھولے جانے کے بعد پوری طور سے مندمل ہو اور ابتدائی مقام مرض اور باہر سے تعلق قایم ہو جائے، تو اندر اور باہر کے اس سلسلۂ اتصال کو مجری یا ناصور (مجری۔ نالی) کہتے ہیں۔

مجری یا جیب۔ انگور (اریکہ) سے استر کیا ہوا وہ تنگ راستہ ہے جو انجہ کے اندر نفوذ کیے ہوئے ہوتا ہے، اور جس کا ایک منہ (دہانہ) بند ہوتا ہے اور دوسرا کھلا ہوا۔ اس کی رطوبت گاہے پیپ دار ہوتی ہے اور گاہے محض مائی

ناصور۔ وہ پیدائشی یا اکتسابی، غیر طبعی تعلق ہے جو دو جوفوں کے درمیان یا ایک جوف اور دوسری خارجی سطح کے درمیان واقع ہو۔ یہ حالت جب کسی صدیدی خراج کے غیر مندمل رہ جانے کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، تو ناصور کی دیواروں کا بیرونی حصہ یعنی منبی[4] ساخت سے بنتا ہے، اور دیواروں کا اندرونی حصہ تقریباً صحیح انگور کی تہ سے بنتا ہے۔ لیکن اگر خراج سلی قسم کا ہو، تو اندرونی استر میں مادہ سل کے ابھار بھی موجود ہوتے ہیں، اگر ناصور کی نالی چھوٹی ہے تو اوسکی دیوار پر بشرہ[5] کا استر چڑھ جاتا ہے اور جب یہ حالت ہو تو ناصور کے طبعی طور سے

---

[1] کشت۔ اسکریپنگ۔
[2] مجری۔ سائی نس۔
[3] ناصور۔ فسچولا۔
[4] خاص بر سیکنڈری ٹشو
[5] بشرہ۔ اپی تھیلیم۔

مسدود ہونے کا امکان نہیں ہو سکتا۔ جب تک کہ بشرہ دور نہ کر دیا جائے۔ اور اس سے سطح کو آزاد نہ کر دیا جائے +

جیب اور ناصور کے نہ بھرنے کے اسباب۔ اکثر ناصور اور جیب کے مندمل ہونے میں سخت دقت واقع ہوتی ہے اور اونکی نالیاں کھلی اور غیر مندمل رہ جاتی ہیں، جس کے اسباب مندرجہ ذیل ہیں۔

(۱) کسی دیرپا یا مزمن مہیج کی زخم کی گہرائی میں موجودگی، مثلاً کپڑے کا ٹکڑا گرہ یا ٹانکوں کی تانت (وتر الہر[1]) کا ٹکڑا (جو جذب نہ ہو سکا) کسی عمل جراحی میں استعمال کیا ہوا ریشم کا ڈورا یا چاندی کا تار، یا کوئی بری ساخت جیسے سڑی ہوئی یا مردار ہڈی کا ٹکڑا (رمہ) +

(۲) مواد مہیجہ کا کسی غیر طبعی راستہ سے نکلکر مقام ماؤف میں خراش پیدا کرنا جیسے پیشاب، پاخانہ، یا گندہ پیپ +

(۳) زخم کے کسی گہرے جوف سے مواد کا کافی طور پر خارج ہونا، جس سے کہ زخم میں ہمیشہ کچھ تناؤ قایم رہے +

(۴) عضو ماؤف میں آرام و سکون کا نہ ہونا۔ جس کی دو صورتیں ہیں (۱) حرکات ارادیہ کی وجہ سے جیسے کہ ہاتھ پاؤں کی حرکت (۲) غیر ارادی حرکات کی وجہ سے۔ جیسا کہ اُس وقت ہو سکتا ہے۔ جبکہ ناصور مقعد میں ہو۔ جس میں براز کے وقت ہمیشہ حرکت ہوتی رہتی ہے +

(۵) ناصور کی دیوار میں مادۂ سل (دق) سے عددی پیدا ہونا، یا ناصور کی گہرائی میں مادۂ مذکور کے رواسب[2] کا ہونا +

(۶) ناصور کے اندر یا اوس کے کنارے پر بشرہ کا بڑھ کر پھیل جانا +

---

[1] وتر الہر کیٹ گٹ۔

[2] رواسب۔ ڈیپازٹ۔

(۷) ناصور کے گرد دبیز۔ سخت ریشہ دار ساخت کا ہونا۔

(۸) ضعفِ قویٰ بدنیہ۔

ناصور کا دہانہ بعض اوقات نیچے دبا ہوا نظر آتا ہے۔ یا اس وجہ سے ہوتا ہے کہ دہانہ کے اردگرد رطوبات کا انصباب و ترشح زیادہ ہوتا ہے جس سے وہ مقام پھول جاتا ہے، لیکن جب آس پاس کا حصہ تندرست ہو تو دہانہ ناصور کا سکڑ جانا ایک اچھی علامت ہے۔ جب اندر کوئی خارجی شئے داخل ہو کر رہ گئی ہو یا جب سڑی ہوئی ہڈی موجود ہو، اوسوقت ناصور کا دہانہ اکثر ابھرے ہوئے ازار لحمیہ[1] فظریہ سے گھرا ہوا پایا جاتا ہے۔

علاج۔ جیب یا ناصور کے علاج میں ابتدائی اصول یہ ہونا چاہئے کہ سبب مرض کو دفع کیا جائے۔ تنگ راستہ کو پھیلا کر چوڑا کر دیا جاوے یا اوس میں شگاف دیکر بڑا کر دیا جاوے تاکہ زخم کے اندرونی اور گہرے حصہ تک بآسانی رسائی ہو سکے اور اگر کوئی خارجی شئے وہاں ہو تو وہ نکالی جا سکے یا اگر جوف گہرا ہو تو اوس میں سے پیپ بآسانی خارج ہو سکے۔ اکثر حالات میں ناصور کے نچلے حصے کے مقابل شگاف دیکر ایک دوسرا سوراخ بنانا کافی ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے مواد ناصور بآسانی خارج ہوتے رہتے ہیں۔ علاوہ ازیں مقام ماؤف کو مطہر کرنے کے لئے خالص حامض قطرانی یا جست[2] اخضر آمیز[3] ۴ فحہ[4] ایک اوقیہ[5] میں بھی استعمال کیا جائے۔ اس کے بعد زخم کو مناسب چیزوں سے بھر دیا جائے۔ اور عضو کو آرام و سکون سے رکھا جائے اور حس و حرکت نہ دی جائے۔ مزید برآں مریض کی عام صحت

۱ ازار لحمیہ فظریہ } فنگے ٹنگ گرے نیشن ارکیہ فظریہ	۳ جست اخضر آمیز۔ کلورائڈ آف زنک
۲ حامض قطرانی۔ کاربالک ایسڈ	۴ فحہ۔ گرین۔
	۵ اوقیہ۔ اونس۔

کی اصلاح مقویات سے کی جائے۔ گاہے معمولی گول پٹی (عصابہ مدحرجہ)[1] باندھ دینے سے عضو میں کافی دباؤ پہونچکر اوس کی حرکت بند ہوجاتی ہے۔ یا ایک لکڑی کی تختی (جبیرہ)[2] باندھ کر عضو کو ناقابل حرکت بنا دیا جائے۔

نہایت کارگر اور کامل طریقہ علاج یہ ہے کہ جیب یا ناصور[3] شگاف دیکر بخوبی کھول دیا جاوے، پھر اوسکو خوب کھرچ کر تمام انگور کے دانے جو استر بنا رہے ہوں توڑ دیے جائیں یا اُن کو تیزابات و ادویہ کاویہ سے) جلا دیا جائے اور ارد گرد کی سخت ساخت کو کاٹ دیا جائے۔ اس کے بعد ٹانکے لگا دیے جائیں۔ یا زخم میں دسام (بتی) بھر دیا جائے۔ تاکہ انگور بنکر زخم گہرائی سے بھر آئے۔

اگر ناصور میں بشرہ[4] کا استر ہو جائے تو اوس کے کناروں کو (قینچی سے) چھانٹ دینا چاہئے، اور سوراخ کو بند کرنے کے لئے کوئی مناسب حال عملیت[5] ترقیع اختیار کیا جائے۔

ناصور کے علاج میں تلقیحات سے بہت اچھا اثر ہوتا ہے، اور بالخصوص جب مرض تقیح[6] الصدر کے بعد ناصور رہ جائیں تو اکثر ہلاک کردہ کرویہ[7] ذات الریہ کی ایک ہی پچکاری (جس میں ۵ کروڑ سے۔ اکروڑ تک جراثیم ہوں) کارگر ہو جاوے گی۔ نواصیر سلیہ جیسے کہ اکثر گردن کے غدد کے عمل جراحی کے بعد رہ جاتے ہیں، گاہے درنین[8] کی پچکاریوں سے اچھے ہو جاتے ہیں لیکن اگر مردہ ہڈی، یا نقل و حرکت

---

[1] عصابہ مدحرجہ۔ رالربنڈج۔
[2] جبیرہ۔ لکڑی کی تختی۔ اسپلنٹ
[3] عمل ترقیع۔ پلاسٹک آپریشن۔
[4] اپی تھیلیم۔
[5] پائی میا۔
[6] نیمو کوکس۔
[7] درنین۔ ٹیوبر کولین۔

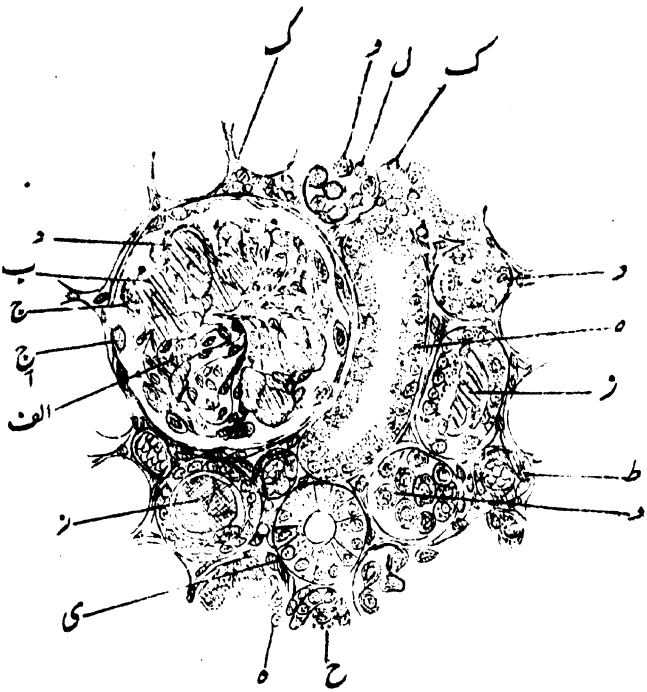
کے باعث زخم مندمل نہ ہوتا ہو تو ایسی حالت میں تلقیحات کے استعمال سے حصول کامیابی کا چنداں امکان نہیں ہوتا +

عرصہ تک تقیح قائم رہنے کے نتائج

جب کسی خراج، حادیا مزمن، صدیدی یا ورنی، کا غیر عفونی وسائل سے علاج کیا جاتا ہے تو پیپ بہ سرعت بند ہو جاتی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ زخم مہینوں تک مندمل نہ ہو اور صرف رطوبت مائیہ جاری رہے ایسی حالت میں عمومی عوارض و علامات ظاہر نہ ہونگے۔ بشرطیکہ کوئی دوسرا مرض موجود نہ ہو۔ نہ بخار ہوگا اور نہ عام صحت خراب ہوگی۔ لیکن اگر خراج ورنی کرویات[1] صدیدیہ سے ملوث ہو جائے یا اگر کرویات صدیدیہ کے پھوڑے میں مخلوط[2] عدوی واقع ہو جائے، تو پیپ جاری رہتی ہے یا دوبارہ موجود ہو جاتی ہے، ازاں بعد بخار مختلف درجہ کا پیدا ہو جاتا ہے۔ جب یہ حالت کسی وسیع یا گہرے پھوڑے میں واقع ہو تو مواد کی مقدار بہت زیادہ آنے لگتی ہے، بہت شدید بخار ہو جاتا ہے۔ احشاء[3] میں خطرناک تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں، اور گاہے تسمم الدم اور ضعف قوی کے باعث مریض ہلاک ہو جاتا ہے۔ دیرپا اور مسلسل تقیح کا قائم رہنا یا مدار عدوی کی علامت اور منجملہ ان عوارض کے جو اس کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ دو عوارض (حمی[4] دقیہ اور احشاء کا مرض شحمی[5]) مخصوص طور پر قابل تذکرہ ہیں +

حمی دق کی تعریف یوں ہو سکتی ہے کہ وہ ایک مزمن تسمم الدم ہے جو سمین کی خفیف مقدار کے مسلسل جذب ہوتے رہنے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور مزمن عدوی کی کسی حالت میں نمودار ہو سکتی ہے، مثلاً ہڈیوں اور جوڑوں کے حاد یا مزمن

۱۔ پایوجینک۔	۴۔ حمی دق۔ ہیکٹک فیور۔
۲۔ کنٹامینیشن۔	۵۔ مرض شحمی۔ فاٹی ڈیجنریز۔
۳۔ دسرا۔	



(۱۲) گردہ کا مرض شحمی دور اوّل میں

(الف) طبعی عروق شعریہ (ب) شحمی عروق شعریہ (ج) شحمی بشرہ عناقید گردہ کا۔ (ج) شحمی بشرہ کلاہ گردہ کا۔ (د) روغنی نقطے عروق شعریہ کی دیوار پر (ہ) بشرہ کے آزاد شحمی کریات (و) بشرہ کے ڈھیلے شحمی کریات (ز) جلبطۂ زجاجیہ (جس سے سانچے بنتے ہیں) (ح) شحمی سانچہ قطع کیا ہوا۔ (ط) شریان شحمی۔ (ی) شحمی عروق شعریہ (ک) نیچ واصل کا ترشح سفید دانوں سے (ل) کریات مستدیرہ (سفید دانے) انبوبۂ بولیہ کے اندر۔

امراض تنفس کے بعد پھیپھڑوں کے مرض سل ہیں، مزمن آتشکی یا سرطانی تقرح میں حمی دق کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ حرارت روزانہ تیز ہو جاتی ہے اور یہ تیزی دوپہر کے بعد یا شام کے وقت ہوتی ہے اور اسوقت چہرہ سرخ ہو کر تمتمانے لگتا ہے (حمرت وقیہ) جو رخساروں پر نمودار ہوتی ہے) آنکھوں میں تیزی اور چمک پیدا ہو جاتی ہے، پتلیاں چوڑی ہو جاتی ہیں، اور مریض اپنے تئیں اوسوقت زیادہ قوی اور بہتر پاتا ہے۔ لیکن نبض صغیر و ضعیف اور سریع ہو جاتی ہے۔ معمول کے نسبت اوس کے ضربات دس یا بیس زائد ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت زیادہ رات گذرنے تک جاری رہتی ہے اور اس عرصہ میں بخار تیز ہو کر چار یا پانچ درجہ بڑھ جاتا ہے۔ علی الصباح بخار اسی سرعت کے ساتھ اُتر جاتا ہے جس سرعت سے وہ پہلے چڑھا تھا اور اکثر معمولی درجہ پر بلکہ کبھی معمولی درجہ سے بھی نیچے گر کر کم ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ ساتھ پسینہ بکثرت آتا ہے جس کے سبب سے مریض کو بہت ضعف لاحق ہو جاتا ہے۔ ہر روز یہی حالت جاری رہتی ہے، اور مسلسل بخار اور پسینہ کے باعث مریض بہت جلد نمایاں طور پر دُبلا ہو جاتا ہے۔

مرض نشائی۔ رسولی یا شیئی جو مختلف اعضاء میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ وہ حالت ہے جو دوران خون میں کسی مرکبات کے پہونچنے اور گردش کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے، جن کے اثر سے پہلے تو شرائین صغیرہ کی دیواریں اور ازاں بعد

۱۔ حمرت وقیہ۔ ہکنگ فلش	۸۔ مرض نشائی۔ امی لائڈ ڈیزیز۔
۲۔ نبض صغیر اسمال پلس۔	۹۔ مرض زلالی۔ البیومی نائڈ ڈیزیز
۳۔ نبض ضعیف۔ کمپرس ایبل پلس۔	
۴۔ نبض سریع۔ کوئک پلس۔	۱۰۔ مرض شحمی۔ لارڈے سیس ڈیزیز۔

بعض احشاء کا مادۂ حیات[1] ایک قسم کی مومی ساخت میں مبدل ہوجاتا ہے، یا اوس میں اس مومی ساخت کا ترشح ہونے لگتا ہے۔ اس مومی ساخت سے شحمین[2] نامی خلاصہ نکل سکتا ہے۔ جو مادۂ لحمہ[3] کے قسم سے مگر ناقابل ذوبان ہوتا ہے۔ اس مرض کا نام نشائی ایک بالکل ناسزا وار لقب ہے کیونکہ شحمین نشاستہ سے بالکل مماثل نہیں ہے بلکہ وہ ایک مومی متشابہ الاجزا[4] شئے ہے جو صبغ بنفشین[5] کے لگانے سے گدلے بھورے رنگ کی ہوجاتی ہے اور اس کے بعد اگر اُس میں تیزاب گندھک[6] لگا دیا جاوے تو اوس کا رنگ سیاہی دوات کے مانند نیلا ہوجاتا ہے۔ اگر نشائی مواد میں خشین بنفشی[7] لگایا جاوے تو اوس کا رنگ سُرخ یاقوت احمر کی طرح ہوجاتا ہے، بخلاف ازیں خشین بنفشی معمولی طبعی ساختوں پر لگایا جائے۔ تو اوسکا رنگ اُودا یا نیلا ہوجاتا ہے۔ کبد، طحال، گردے اور اور امعاء کے خمل[8] یہ سب اعضا بالخصوص مرض مذکور سے متاثر ہوا کرتے ہیں۔

کبد (جگر) مرض نشائی کے باعث ہمواری کے ساتھ بڑھ کر حجم میں بہت بڑا ہوجاتا ہے اور اکثر پانچویں پسلی سے شروع ہوکر ناف تک بلکہ اوس سے بھی نیچے پہونچ جاتا ہے، اوس کی ساخت ربڑ[9] کی طرح سخت ہوجاتی ہے اور درد نہیں ہوتا، اور قطع کرنے کے بعد موم نما نظر آتا ہے فصیصات[10] یعنی کبد کے چھوٹے لوتھڑوں کی درمیانی شرائین صغیرہ اور عروق شعریہ میں پہلے تغیر شروع

---

[1] پروٹوپلازم۔
[2] شحمین۔ لارڈے سین۔
[3] مادہ لحمہ۔ پروٹیڈ۔
[4] متشابہ الاجزاء۔ ہیموجے نس۔
[5] ٹنکچر آف آیوڈین۔
[6] سلفیورک ایسڈ۔
[7] خشین بنفشی۔ می تیل وائولٹ۔
[8] خمل امعاء۔ ولائی آف انٹسٹائن
[9] ربڑ / مطاط } ربر
[10] لوبیولز

ہوتا ہے اور اوس کے بعد یہ تبدیلی خود جگر کی ساخت (خلیات) میں ہونے لگتی ہے۔ اس تبدیلی کا قدرتی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جگر کا وہ فعل جس کا تعلق تکوین سکر (شکر بنانے) اور تکوین صفراء سے ہے مختل ہو جاتا ہے، جس کے باعث ہاضمہ کے عمل میں اور خصوصاً شحمی مرکبات کے انجذاب و تحلیل میں خرابی واقع ہو جاتی ہے، اگرچہ اشتہا بدستور قایم رہ سکتی ہے۔

گردے۔ بھی اسی طرح بڑھ جاتے ہیں۔ یہ تغیر شرائین صغیرہ سے شروع ہوتا ہے جو بالآخر عناقید[1] کلیہ میں منتہی ہوتی ہیں۔ لیکن عروق شعریہ اور انابیب کا بشرہ بہت جلد مبتلا ہو جاتا ہے۔ چونکہ مجری البول کی نالیوں سے تلف و فساد کے باعث ترشح کی مقدار بڑھ جاتی ہے، اس لئے اس درجہ میں پیشاب بھی بہت زیادہ مقدار میں خارج ہوتا ہے اور اوسکا رنگ پھیکا اور شفاف ہوتا ہے اور اُس میں مجری البول کی جھلی کے شفاف قسم کے ٹکڑے (قوالب زجاجیہ) اور شحمی[3] خلیات بھی پائے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد جبکہ نالیاں اس تغیر میں بہ شدت مبتلا ہو جاتی ہیں تو پیشاب کی مقدار گھٹ جاتی ہے اوسکا ثقل نوعی[4] زیادہ ہو جاتا ہے، اور اوس میں مادۂ بیضیہ (زلال) بہت کثرت سے پایا جاتا ہے +

طحال۔ حجم میں بڑھ جاتی ہے، لیکن ہمیشہ اتنا نہیں بڑھتی جتنا دوسرے احشاء بڑھتے ہیں۔ اس کی ساخت کے عناقید[6] میں یہ فساد خصوصیت کے ساتھ پیدا ہوتا ہے +

[1] عناقید کلیہ۔ گلومے رولیائی۔	[4] ثقل نوعی۔ اسپے سے فک گرے ویٹی
[2] ہائلائن کاسٹ۔	[5] البیومن۔
[3] شحمی خلیات۔ فیٹی سلز۔	[6] عناقید۔ مال پی جین باڈیز۔

حمل امعاء کے عروق شعریہ میں بھی شحمی تغیر ہو جاتا ہے۔ عروق شعریہ سے خون کی مائیت کا ترشح زیادتی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، جس سے اسہال پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی باعث انجذاب اغذیہ میں بہت کمی ہو جاتی ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک تو زیادتی ترشحات و اخراج فضلات کے باعث دوئم قلت انجذاب غذا کے سبب مریض کی قوت بتدریج کم ہوتی جاتی ہے۔

جب احشاء میں اس قسم کے تغیرات واقع ہو جائیں تو یہ ایک معتبر علامت اس بات کی ہے کہ بلا تامل عمل جراحی کر کے مرض کو خارج کیا جائے، البتہ اگر مریض کی عام حالت بہت ضعیف اور عمل جراحی کو برداشت کرنے کے قابل نہ ہو تو تاخیر روا رکھنا جائز ہے۔ اگر مقامی مرض، کسی قسم کے عمل جراحی (مثلاً محل مرض کو کاٹ کر خارج کرنے یا عضو کو ایک دم قطع کرنے) سے نیست و نابود ہو سکتا ہو تو بہت ممکن ہے کہ اس قسم کے عمل کے بعد اعضاء و احشاء کے نشانی عوارض بھی خود بخود بالکل دور ہو جائیں۔ لیکن ساتھ ہی اس امر کا خیال بھی ضرور رکھنا چاہئے کہ عوارض نشانیہ کے دوران میں گردوں میں ایسا خطرناک فساد واقع ہو جاتا ہے کہ تیز مطہرات و دافع تعفن ادویہ (مثلاً حامض قطرانی) جو خون میں جذب ہو کر پیشاب میں خارج ہوتی ہیں، گردوں میں التہاب حاد پیدا کر سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ یہ مہلک نتائج بھی پیدا کر دیں۔

تقیح[1] دائم (دیرپا پیپ کا رہنا) نہ صرف پھوڑوں کو چیرنے کے بعد ہوتا ہے بلکہ اور بھی بہت سے دیگر حالات میں نمودار ہوتا ہے، جن میں سے ایک ممتاز صورت عفونت ذہنی (تعفن لثہ) ہے اسکا باعث عموماً وہ سقم ہے جسے تقیح اوائلی (تقیح لثہ) کہتے ہیں اور جس میں دانتوں کی جڑوں کے گرد مسوڑھوں میں

[1] پرسس فیٹڈ سپوریشن۔
[2] اورل پرسس

[3] تقیح اوائلی۔ پایوریا الوی اولیرس۔

پیپ کے کیسے بن جاتے ہیں اور یہ ایسے دانتوں میں عموماً ملتے ہیں جو گندے سڑے ہوئے اور میل کچیل سے بھرے ہوئے ہوں۔ زبان پر سپیڑی جمی ہوئی ہوتی ہے اور تنفس میں بدبو آتی ہے اس عارضہ کے باعث خطرناک نتائج پیدا ہو سکتے ہیں وجہ کا باعث اول تو یہ ہے کہ ایسی حالت میں جراثیم اور جراثیمی سمیت متواتر منہ سے نگلی جاتی ہے۔ دوئم یہ کہ مسوڑھوں کے گرد جراثیم لحمیہ (انگور زخم) ہوتے ہیں اور دانتوں پر محیط ہوتے ہیں۔ وہ بھی جراثیم کو براہ راست جذب کر لیتے ہیں۔

(۱) جراثیم صدیدیہ اور اونکے سمین حلق سے نیچے اتر کر معدہ اور امعاء کی غشیہ مخاطیہ پر مضر اثر پیدا کر دیتے ہیں جس سے رطوبت معدیہ کی حمضی قوت دفع تعفن کم یا ضائع ہو جاتی ہے۔ اس طرح مزمن التہاب معدہ قروح معدویا قروح اثنا عشری نزف عفنیہ نمودار ہو سکتے ہیں۔ علاوہ ازیں یہ بات بھی قابل لحاظ ہے کہ التہاب زائدہ دودیہ کے مریضوں میں بھی ہمیشہ دانتوں کے خراب ہونے کے باعث دہن کی گندہ عفونی حالت پائی جاتی ہے۔

انتباہ۔ اسی عنوان میں یہ بات بھی قابل غور ہے کہ دہن (زبان، جبڑہ، معدہ، امعاء وغیرہ کے تمام اعمال جراحی سے پہلے اور اونکے بعد بھی دہن کو مطہرات اور دافع تعفن ادویہ سے خوب احتیاط کے ساتھ صاف و مطہر کر لینا چاہیئے تاکہ موت و عدوی کا خطرہ کم ہو جائے۔

۱ گرے نیولیشن۔	۶ التہاب معدہ۔ گیسٹرائٹس۔
۲ پایوجے نک بکٹیریا۔	۷ قروح معدہ۔ گیسٹرک السر۔
۳ رطوبت معدیہ۔ گیسٹرک جوس۔	۸ قروح اثنا عشری۔ ڈیوڈینل السر۔
۴ حمضی قوت دفع تعفن۔ نیچرل انٹی سپٹک پاور	۸ اپنڈی سائی ٹس۔
	۹ عفنی۔ اثنا عشری۔

(۲) عفونت دہن کے باعث تنفس کے راستے بھی ملوث[1] ہو سکتے ہیں۔ اور التہاب[2] قصبۃ الریہ جس کے ساتھ پیپ و بلغم خارج ہو، پیدا ہو سکتا ہے، ایسی حالتوں میں اگر مریض کو دار و سے بیہوشی سنگھائی جائے تو شش میں التہاب[3] امتصاصی ہو جانے کا سخت خطرہ ہوتا ہے۔

(۳) ایک خفیف فقر الدم[4] ثانوی قسم کا پیدا ہو سکتا ہے، جس کے خوردبینی امتحانِ خون و شمار اجزا میں تیس لاکھ کے قریب قریب سُرخ دانے ۶۰ سے ۷۰ فی صدی تک دَموین کی کمی ظاہر ہوگی اور کثرت[5] بیضاوات یعنی سفید دانوں کی زیادتی اوسط درجہ کی پائی جائے گی۔ گاہے فقر الدم زیادہ شدید و خطرناک قسم کا بھی پایا جاتا ہے جو فقر[6] خبیث سے متجانس ہوتا ہے۔ یہ بھی خالی از دلچسپی نہیں کہ مائی ابیضاض[7] دم (خون کا سفید ہو جانا) کے مرض میں اکثر قروح دہن بھی پائے جاتے ہیں (کثرت بیضاوات کی ایک مہلک شکل "ابیضاض دم" ہے)۔

(۴) دوسری بہت سی عام حالتیں بھی عفونت دہن کے باعث پیدا ہو سکتی ہیں۔ مثلاً مسلسل اختلال و ماندگی کا رہنا اور سرخفیف قسم کے دمامیل[8] التہاب[9] عصب کے مختلف ظواہر، کبھی کبھی نہایت شدید بخار، حمی معویہ[10] کے قسم کا بھی پایا جاتا ہے مگر جوں ہی دہن اور دانتوں کو احتیاط کے ساتھ مطہر و صاف کر دیا جاتا ہے بخار بہ سرعت اُتر جاتا ہے اور مریض شفایاب ہو جاتا ہے مزمن[11] التہاب عظم

---

[1] ملوث۔ انفکٹڈ۔
[2] التہاب قصبۃ الریہ۔ ٹریکیائی ٹس۔
[3] التہاب شش امتصاصی ایس پائی ریشن نیومونیا
[4] انیمیا۔
[5] لیکوسائی ٹوسس۔
[6] فقر خبیث۔ پرنی شش انیمیا۔
[7] ابیضاض دم مائی لیوکیمیا لمفے ٹک
[8] دمامیل۔ فرنکیولوسس۔
[9] التہاب عصب۔ نیورائی ٹس
[10] ٹائی فائڈ۔
[11] التہاب عظم۔ آسٹیائی ٹس۔

اور التہاب[1] مفاصل بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور ہڈیوں اور جوڑوں کا وہ مزمن مرض بھی جسے مرض[2] عظمی مفصلی (ہڈی اور جوڑ کا مرض) کے نام سے آیندہ بیان کیا جائے گا۔ سمی مادہ کے مسلسل جذب ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے۔

۲۔ ورم[3] فلغمونی۔ التہاب[4] خلوی

التہاب خلوی (اسے پہلے فلغمون[5] منتشر کہا جاتا تھا) اس مرض کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں اُس پھیلے ہوئے التہاب (التہاب منتشر) کی علامتیں پائی جاتی ہیں جو جلد کے نیچے یا نسیج خلوی میں ہو۔ یہ مرض جراثیم صدیدیہ (پیپ کے) سے ہوتا ہے۔ اور بالآخر یا اس میں پیپ پڑ جاتی ہے یا گل کر اس سے تاکلات بنتے ہیں۔ اور یا ایک وسیع حصہ بالکل مردار ہو جاتا ہے (غالغرایا)

اسباب:۔ اسکا مخصوص سبب وہ جراثیم ہیں۔ جو نسیج خلوی میں کسی طور پر داخل ہو گئے ہوں۔ مثلاً کسی عملیتِ جراحی کے زخم کی راہ۔ یا عارضی جلدی تفرق کی راہ۔ یا خفیف خراش یا کانٹہ وغیرہ کے سوراخ کی راہ سے گاہے یہ حالت اُن گہرے جراثیمی زخموں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ جن کے مواد کے اخراج کا مناسب سامان نہ کیا گیا ہو۔ علی الخصوص اُس حالت میں جبکہ اُس شخص کی عمومی صحت خراب ہو۔ وہ بول[6] زلالی یا ذیابیطس میں مبتلا ہو۔ یا وہ گندگی میں گھرا ہوا ہو۔ جہاں کہیں نسیج خلوی زیادہ ڈھیلی ہوتی ہے۔ التہاب کے علامات وہیں نمودار ہوتے ہیں۔ کیونکہ آس پاس کے ملوث[7] مقامات سے جراثیم جذب ہو کر

---

[1] التہاب مفصل۔ آرتھرائی ٹس۔
[2] آسٹیو آرتھروپیتی۔
[3] ورم فلغمونی۔ فلیگ مونس انفلامیشن
[4] سلیولائی ٹس
[5] ڈیفیوز فلگ مان۔
[6] بول زلالی۔ البیومی نوریا۔
[7] انفکٹڈ۔

یہاں چلے آتے ہیں۔ مثلاً رحم کے ملوث ہونے سے اکثر جوف[1] نہ میں اور حلق کے قریح سے گردن میں التہاب خلوی ہو جاتا ہے +

جراثیم۔ التہاب خلوی میں زیادہ تر کریات[2] عقدیہ صدیدیہ پائے جاتے ہیں۔ علی الخصوص جبکہ التہاب پھیل رہا ہو + لیکن بعض مقامی التہابات خلویہ میں کریات[3] عنقودیہ صدیدیہ بھی ہوتے ہیں۔ اسی طرح شدید و خطرناک اقسام فلغمونی میں عصویات[4] اوزیلیہ خبیثہ سبب مرض ہوتے ہیں۔ اور اس وقت اس کی حالت اس مرض سے مشابہ ہوتی ہے۔ جسکو غانغرایا[5] معدیہ یا غانغرایا ریحیہ[6] حادہ کہتے ہیں +

علامات۔ مقام[7] تلقیح اور نسبت جراثیم کے لحاظ سے اس کے علامات مختلف ہوتے ہیں۔ چنانچہ اس کے نتائج مقامی تلقیح سے لیکر شدید ترین غانغرایا ساعیہ[8] تک پائے جاتے ہیں۔ اوسط درجہ کے حالات میں جبکہ کانٹا چبھنے یا خراش لگنے کے بعد جراثیم کا نفوذ ہو گیا ہو۔ علی العموم دو تین روز تک کسی علامت کا ظہور نہیں ہوتا ہے۔ اور اس مقام میں التہاب کی خفیف علامات ظاہر ہوتی ہیں اور درد کسی قدر تازک اور دردناک ہو جاتا ہے +

مریض کی طبیعت اگرچہ کسی قدر مضمحل سی ہوتی ہے۔ مگر وہ اپنا کام جاری رکھ سکتا ہے۔ لیکن بالآخر درد چھوڑنے پر مجبور ہو جاتا ہے۔ کیونکہ کچھ تو اُسے درد ستاتا ہے۔ اور کچھ اس کی عمومی صحت خراب ہو جاتی ہے + کم و بیش بخار تقریباً

---

[1] جوف حانہ۔ پرس۔
[2] اسٹرپٹوکاکس پایوجینس۔
[3] اسٹافیلوکاکس پایوجینس آرئس۔
[4] بیسی لس اڈی سے شل گنی
[5] غانغرایا معدیہ۔ انفکشس گنگرین۔
[6] غانغرایا ریحیہ حادہ۔ اکیوٹ میلگنی سی ٹیک
[7] مقام تلقیح۔ سائٹ آف انا کولیشن۔
[8] غانغرایا ساعیہ۔ اسپریڈنگ گنگرین۔

ہمیشہ ہوتا ہے۔ شدید صورت میں ایک دو مرتبہ لرزہ[1] بھی آتا ہے اور گاہے حرارت طبعی حالت سے گھٹ بھی جاتی ہے۔ جس کی وجہ خون کا زہریلا ہو جانا (تسمم دم) ہے + مقام مرض گرم۔ نازک اور رطوبت سے تر رہتا ہے۔ اگر وہ سطحی ہے تو سرخ اور سوجا ہوا نظر آتا اور چھونے میں سخت (جما ہوا) محسوس ہوتا ہے بعض حالات میں التہاب کے دیگر مظاہر کے ساتھ مقامی طور پر اخراج خون ہوتا ہے۔ یا وہاں خون کے دبیے پڑ جاتے ہیں + مرض کی رفتار کا دارومدار زیادہ تر تدابیر وعلاج پر ہوتا ہے۔ اگر کھلے دل سے وہاں شگاف دیے جائیں۔ تو التہاب رک جائے گا۔ اور التیام کا عمل جلد شروع ہو جائے گا۔ خواہ وہاں پیپ پڑ چکی ہو۔ یا تاکلات بنگئے ہوں۔ ہاں اگر سمیت زیادہ شدید ہو۔ یا مریض کی قوت مقابلہ کمزور ہو۔ یا متورم حصہ کو اپنی حالت پر چھوڑ دیا گیا ہو۔ یا صرف نشتر[2] لگا دیا گیا ہو۔ تو التہاب علی العموم تیزی سے پھیل جاتا ہے۔ اور وہاں کی ساخت کا بیشتر حصہ فاسد ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں وزد کی شدت۔ بیداری گاہے ہذیان[3] سمیت کا بخار (حمی سمی[4]) جس سے مریض جلد نڈھال ہو جاتا ہے۔ بالآخر پیپ پڑ جاتی ہے۔ لیکن علی العموم اس کی رفتار تیز نہیں ہوتی۔ لیکن گردن جیسے مقامات میں بعض اوقات ورم کی سختی اور جمود اسی طرح عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ اس لئے یہ اندازہ کرنا دشوار ہوتا ہے کہ آیا پیپ پڑ گئی ہے یا نہیں۔ گاہے جلد کے نیچے کی ساخت (نسیج خلوی) جس میں مواد کا ترشح ہوتا ہے۔ اندر سے گل جاتی ہے۔ اور جلد کے نیچے ایک پھیلا ہوا شقاقلوس[5] (مردہ حصہ) ہو جاتا ہے۔ اور اوپر کی جلد سوائے چند مخصوص حصوں کے صحیح و تندرست ہوتی ہے۔ اسی لئے اس حالت میں جلد

[1] نافض۔ لرزہ۔ ریگر۔
[2] پولٹس۔
[3] ڈلیریم۔
[4] حمی سمی۔ ٹاکسک فیور۔
[5] نکروسس۔

اور لفائف[1] غائرہ کے درمیان و ورتک مسبر[2] (سلائی) داخل ہو جاتی ہے۔ گاہے التہاب عضو کے ایک حصہ کو چھوڑ کر دوسری جگہ چلا جاتا ہے۔ اور مرکز التہاب مقام تلیح سے دور تر پاتا ہے۔ اور مقام تلیح محض خفیف طور پر متاثر ہوتا ہے یا اس میں عروق[3] جاذبہ کے شدید التہاب کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عروق جاذبہ کے ذریعہ اس مقام کے جراثیم یا ان کی سمیت منتقل ہو کر کسی دور کے مقام میں رک جاتی ہے۔ گاہے یہ مرض نسیج خلوی کے گہرے مقامات میں اور بذات خاص عضلات میں پھیل جاتا ہے۔ جس میں گاہے پیپ پڑ جاتی ہے۔ یا وہ مقام سڑ جاتا ہے۔ ان شدید حالات میں عمومی تعفن الدم[4] یا تقیح الدم کا اندیشہ ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر اعمال جراحیہ یا عارضی جراحات میں قواعد تطہیر و پاکیزگی کا پورا خیال رکھا جائے۔ تو عموماً فلغمونی نہیں پیدا ہونے پاتی ہے۔ خراش اور کھلے ہوئے معمولی زخموں کی بھی ہمیشہ نگہداشت رکھنی چاہئے۔ اُن زخموں کو مطہر کرنا چاہئے جو اندر تک نفوذ کیے ہوئے ہوں۔ خصوصاً جبکہ مریض کو اپنے خاص پیشہ۔ یا گرد و پیش کے حالات یا نوعیت زخم کی وجہ سے خاص طور عدوی کا اندیشہ ہو۔ جب التہاب کے علامات نمودار ہو جائیں تو کمادات مطہرہ[5] مثلاً لنجہ یا تکمید[6] بورقی کے استعمال سے التہاب پھیلنے سے رک جاتا ہے۔ اس حالت میں آنتوں کے فعل کو تحریک دینی چاہئے (تسکین امعاء) اور عام صحت کا خیال

[1] ڈیپ فیشیا۔
[2] مسبر پروب۔
[3] التہاب جاذبات۔ لمفین جائی ٹس۔
[4] سپٹی سیمیا۔
[5] پائی میا۔
[6] فومن ٹے شنز
[7] بوریسک فومن ٹے شن (آر) پولٹس۔

رکھنا چاہئے۔ اگر وہاں پیپ پیدا ہو جائے یا پیدا ہونے کا اندیشہ ہو تو عضو کے طول میں آزادی کے ساتھ کشادہ شگاف سختی کے مقام میں دینا چاہئے تاکہ وہاں سے رطوبات اور مواد مہیجہ خارج ہو جائیں۔ اور گلے سڑے ٹکڑے (تاکلات[۲]) کاٹ کر یا کھرچ کر الگ کر دیے جائیں۔ اس طرح زخم کو صاف کرنے کے بعد اس کے اندر دسام[۳] (جالی) نمل[۴] بنفشی سے لت کر کے ہلکے سے بھر دیں۔ اور اس کے اوپر معمولی پٹی باندھ دیں۔ اس سے غرض یہ ہے کہ زخم کی رطوبات باہر بہتی رہیں۔ اسی لئے یہ بھی ضروری ہے کہ جالی اور باہر کی پٹی کے درمیان کوئی ایسا مؤثر تعلق پیدا کر دیا جائے۔ جس سے اس مقصد میں امداد حاصل ہو۔ (مثلاً ان دونوں کے درمیان روئی وغیرہ جذب کرنے والی چیزیں رکھدیں) اسی لئے یہ بہتر ہے کہ پٹی کی آخری تہ میں پاک صاف موم جامہ یا اسی قسم کا کوئی دوسرا کپڑا (مثلاً طبرخی[۵] یا موم جامہ) شامل کر لیا جائے۔ تاکہ زخم خشک نہ ہونے پائے۔ اور اس کی رطوبت بآسانی بہتی رہے۔ مرض کا پھیلاؤ اس امر کو چاہتا ہے کہ اور بھی شگاف لگائے جائیں۔ اس لئے جراح کو یہ کام مرض کے مطابق نشتر سے کرنا چاہئے۔ اس حالت میں مریض کی صحت اور طاقت کو مناسب غذاؤں اور دواؤں (مثلاً کونین و مقویات[۶]) سے قائم رکھنا چاہئے۔

جبکہ شگاف کے بعد خون کا بہنا رک جائے۔ تو عضو کو روزانہ چند گھنٹے تک گرم پانی میں ڈبو رکھنا چاہئے (گرم حمام) تاکہ مواد سمیہ ہلکے پڑ جائیں۔ اور انہیں بے ضرر بنا دے۔ ایک وقت میں عضو کو تین چار گھنٹے سے زیادہ پانی

---

۱ اری ٹے ٹنگ ڈسچارج۔
۲ اسلف۔
۳ دسام۔ جالی۔ گاز۔
۴ نمل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔
۵ طبرخی۔ گٹا پرچا۔
۶ اسٹی مولنٹ۔
۷ وارم باتھ۔

میں نہ رکھنا چاہیئے۔ ورنہ پانی لگنے کا اندیشہ ہے۔ اس حمام کے لیے سہاگا نمک مطہر بہتر ہے۔ جس کی حرارت ۱۰۵ سے ۱۱۰ ف تک ہو۔ جب یہ مرض ایک مرتبہ شروع ہو جاتا ہے۔ تو ادویہ مطہرہ (مانع عفونت) عملاً مرض کے روکنے میں بیکار ثابت ہوتی ہیں۔ بلکہ اس میں جراح کو چاہیئے کہ وہ تناؤ کو دور کرتا رہے۔ سمی مواد کا اخراج جاری رکھے۔ اور ساخت کی طبعی قوت مقابلہ کو قایم رکھے۔ تاکہ عفونت کے خلاف یہ کام کرتی رہے۔ اس وقت اس امر کی بھی پوری احتیاط چاہیئے کہ کسی دوسرے زخم کا تازہ یا مخلوط عدوی اس کے فضلات کی شمولیت سے نہ پہونچ جائے۔

مسل متعدد الانواع ضد کریات عقدیہ بھی بطور علاج کے استعمال کیا جاتا ہے۔ تاکہ کریات عقدیہ (اس کے فعل اذایت و تخلیل جراثیمی سے) ضائع ہو جائیں۔ اور تاکہ اعضاء میں جراثیم کی ترقی کے خلاف قوت مناعت پیدا ہو جائے۔ ۱۰ مکعب سنٹی میٹر (ایک مکعب سنٹی میٹر ۱۷ بوند) سے شروع کیا جائے۔ اور آخر میں ۱۰ مکعب سنٹی میٹر دن میں دوبار دیا جائے۔ اس کی پچکاری پشت یا دیوار شکم کی جلد کے نیچے کی جائے۔ اسکا نتیجہ مختلف ہوا کرتا ہے۔ گاہے اسکا اثر نمایاں ظاہر ہوتا ہے۔ اور اکثر اس کے نتائج غائب بھی ہو جاتے ہیں۔ علاج بالتلقیح بھی کم درجہ کی شدت میں موثر ثابت ہوتا ہے۔

۱۔ اسٹرے لائزڈ سالٹ سولیوشن	۵۔ اسٹرپٹوکوکائی
۲۔ اینٹی سپٹک	۶۔ مکعب سنٹی میٹر کیوبک سنٹی میٹر (ایک مکعب سنٹی میٹر تقریباً ۱۷ بوند)
۳۔ کمپلیمنٹ	۷۔ ویکسین تھراپی۔
۴۔ پالی ولنٹ اینٹی اسٹرپٹوکوکس سیرم	

التہاب خلوی کی مخصوص اقسام

بغل کا فلغمونی اکثر ہاتھ کے زخم سے ظاہر ہوتا ہے۔ جیسا کہ اکثر تشریح[1] بعد الموت کے وقت ہاتھ میں پہنچ جایا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ عام طور پر طبیبوں۔ طالب علموں اور تیمار داروں کو ہو جایا کرتا ہے۔ گاہے یہ اُس تناؤ سے بھی ہوتا ہے جو بغل کی گلٹیوں کے ورم[2] سے پیدا ہوتا ہے۔ بغل کی ساخت سخت اور منجمد سی ہو جاتی ہے۔ درد سخت ہوتا ہے علی الخصوص شانہ کی تحریک کے وقت اس میں زیادتی ہوتی ہے۔ گاہے یہ مرض سینہ تک پھیل جاتا ہے خواہ عضلات[3] صدریہ کے نیچے نیچے یا ان کے مابین۔ گاہے یہ اوپر کی طرف بڑھتا ہے۔ اور شانہ کے جوڑ کو اندر سے کھوکھلا کر دیتا ہے۔ جوڑ کا رباط[4] کیسی گل جاتا ہے۔ اور اس میں شدید التہاب (التہاب[5] مفصل) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ضرورت ہے کہ جلد بڑے بڑے کشادہ شگاف لگائے جائیں۔ تاکہ اس قسم کے خطرناک عوارض نہ پیدا ہوں۔ لیکن شگاف لگانے کے وقت بغل کی بڑی بڑی رگوں اور اہم پٹھوں کا خیال رکھیں۔

فلغمونی زاس۔ (جلد سر کا فلغمونی) یہ عام طور پر اُن زخموں کا نتیجہ ہوتا ہے جو عضلہ[6] یا فوخیہ کے وتر عریض سے گذر کر سر کی متصلہ نرم خانہ دار[7] ساخت میں کھلتے ہیں۔ گاہے یہ سر کی معمولی خراش سے پیدا ہوتا ہے۔ اور سطحی رہتا ہے چنانچہ

---

[1] پوسٹ مارٹم اگزامی نیشن

[2] اورام غدد جاذبہ۔ لمفے ڈی نائی ٹس

[3] پکٹورل مسلز

[4] کپشولر لگمنٹ۔

[5] التہاب مفصل۔ آرتھرائی ٹس۔

[6] آکسی پیٹو فرانٹے لس۔

[7] اپانیوروسس۔

[8] اری اولر ٹشو۔

اس آخری صورت میں سر کی جلد رخ۔ پھولی ہوئی (تہجی[1]) اور دردناک ہوتی ہے۔ لیکن اس میں التہاب عموماً کم و بیش محدود اور مقامی ہی رہتا ہے۔ برعکس اس کے پہلی حالت میں پیپ درز مذکور کے نیچے پیدا ہوتی ہے۔ اور درز مذکور کے حدود اتصال تک پھیلتی ہے۔ چنانچہ اس کے پھوڑے عموماً پیشانی پر ٹھیک ابرو کے اوپر اسی طرح عظم زوج[2] کے اوپر یا محدودہ[3] کے بالائی خط منحنی پر نمودار ہوتے ہیں۔ سر کی ساری جلد کسی قدر اوبھر جاتی ہے۔ سر کی ہڈیوں کے مُردہ ہو جانے۔ اور مختلف دماغی عوارض کے پیدا ہونے کا خطرہ دامنگیر رہتا ہے لیکن جلد راس شاذ و نادر ہی گلتی ہے۔ کیونکہ اس میں عروق دمویہ کی کثرت ہے۔ مذکورہ بالا ہر دو صورت میں حرارت بدنیہ علی العموم زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور مریض سخت بیمار ہوتا ہے۔ اسکا علاج یہ ہے کہ جہاں تک جلد ممکن ہو کشادہ دلی سے عروق کی رفتار کے متوازی بہت سے شگاف دیں۔ اگر پیپ درز مذکور کے نیچے ہو تو اس کے بہاؤ کے لئے نلکیاں (انبوبات[4]) داخل کریں۔

فلغمونی مجر[5] (چشم خانہ کا فلغمونی) چشم خانہ کے اندرونی زخموں سے اکثر ہو جاتا ہے۔ کیونکہ ایسے تنگ مقام کو پاک کرنا اور اس کے مواد کا خارج کرنا دشوار ہوتا ہے۔ گاہے یہ چشم خانہ کی استخوانی دیواروں کے التہاب (جو افضیۂ[6] حجمہ کے تقیح سے ہوتا ہے) کا بھی نتیجہ ہوتا ہے۔ چشم خانہ کی ساخت میں مواد کا ترشح ہونے لگتا ہے۔ اور یہ پھول جاتی ہیں۔ پپوٹوں میں بھر بھراہٹ ہو جاتی ہے۔ آنکھ کا ڈھیلا سامنے کو نکل آتا ہے (حجوظ[7]) گاہے التہاب

[1] زائی گوما۔
[2] آکسی پٹیل بون۔
[3] سوپر بر کوڈ لائن۔
[4] ٹیوبز
[5] آربٹ
[6] کرنیل سائنسز۔
[7] پروپٹوسس

چشم خانہ سے اعشیہ دماغ تک پھیل جاتا ہے۔ کیونکہ ام[1] غلیظ چشم خانہ کی غشاء عظمی[2] سے اُن سوراخوں کے ذریعہ تعلق رکھتی ہے۔ جن سے عروق و اعصاب چشم خانہ میں دماغ سے پہونچتے ہیں۔ گاہے اس سے چشم خانہ کی دیواریں مُردہ ہوجاتی ہیں (شفا قلوس) اسی طرح خود آنکھ بھی مُبتلائے آلام ہوجاتی ہے یعنی آنکھ میں غدد جاذبہ کے عدوی سے یا التہاب[3] عمومی ہوجاتا ہے۔ یا عصبۂ مجوفہ[4] میں آنکھ کے پچھلے حصہ کے التہاب دوباؤ سے التہاب ہوجاتا ہے۔ یا آخر میں عصبۂ مجوفہ میں التحام کے انقباض کے باعث ہزال ولاغری پیدا ہوجاتی ہے یعنی جب زخم جڑنے لگتا ہے۔ تو وہاں کی ساخت میں قدرتاً تشنج و انقباض واقع ہوتا ہے (انقباض[5] ندبی) جس سے عصبۂ مجوفہ دب جاتا ہے۔ اور دبنے سے اس میں ہزال[6] پیدا ہوجاتا ہے + اگر چشم خانہ کی نسج خلوی گل جاتی ہے۔ تو کرۂ چشم کے حرکات میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ یا بالکل کھو جاتی ہیں۔ اسی طرح کبھی پپوٹے اس قدر پیچھے کھنچ جاتے ہیں کہ پوری طرح آنکھ بند نہیں ہوتی +

علاج۔ چشم خانہ کے قروح[7] نافذہ میں اگر ذرا بھی عدوی وعفونت کا احتمال ہو تو ہرگز اُسے بند کرنے کی کوشش نہ کرنی چاہیئے۔ بلکہ زیادہ بہتر یہ ہے کہ اُنھیں بتدریج کشادہ بنایا جائے۔ تاکہ اندرونی ساختوں کا دیکھنا (استحان کرنا) اور اُن کے مواد کا خارج کرنا آسان ہو۔ لیکن اگر ان سے فلغمونی پیدا ہوجائے تو اصلی[9] زخم کو کھول دینا چاہیئے۔ اور جہاں تک ممکن ہو نئے شگاف پپوٹوں کے

[1] ڈیورا میٹر۔
[2] پری اسٹیم۔
[3] التہاب عمومی چشم۔ پان آفتھلمائیٹس
[4] آپٹک نرو۔
[5] التہاب موخرعین۔ ریٹرو آکیولر انفلامیشن
[6] انقباض ندبی۔ سیکیٹریشل کنٹریکشن۔
[7] اٹروفی۔
[8] قروح نافذہ۔ پنی ٹریٹنگ وونڈ۔
[9] اصلی اور جنل۔

درمیان یا ملتحمہ[1] کے موڑ میں دینے چاہئیں۔ اس کے بعد کماداتِ[2] مطہرہ استعمال کرنا چاہئے۔ اگر آنکھ میں عمومی التہاب پیدا ہو جائے۔ تو کرۂ چشم میں صلیبی[3] شگاف لگانا چاہئے۔ یہ عمل کرۂ[4] چشم کا بالکل باہر نکال لینا سے بہتر ہے۔ کیونکہ اس سے اغشیۂ[5] دماغ میں ورم ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے +

فلغمونی گردن۔ گاہے حلق کی عفونت وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ لوزتین کے التہاب[6] جرابی۔ خناق[7] کلبی۔ اور قرمزیہ[8] کے ساتھ ہوتا ہے۔ اوائل میں گردن کی گہری غدد جاذبہ پھول جاتی ہیں۔ پھر فلغمونی ہوتا ہے۔ یہ گاہے گردن کی عملیات جراحیہ کے بعد بھی ہوتا ہے۔ گردن کے گہرے لفائف[9] علی العموم کرویات[10] عقدیہ سے ملوث ہوتے ہیں۔ اس کے بعد جلد یا بدیہ پیپ پڑ جاتی ہے۔ گردن کا ملوث حصہ متورم۔ سُرخ اور سخت ہوتا ہے۔ گہری ساخت میں تناؤ کا سخت درد ہوتا ہے۔ جوہر اور جبڑے کی حرکت سے شدید تر ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ورم خصوصی طور پر سخت اور منجمد ہوتا ہے۔ اور اوذیما اگرچہ گاہے موجود ہوتا ہے مگر چند روز تک جراح کے لئے اس امر کا پتہ چلانا دشوار ہوتا ہے کہ فلاں حصہ نرم ہو رہا ہے۔ اور تقیح کا مرکز یہی ہے۔ اس عرصہ میں بدنی عمومی عوارض شدید ہو جاتے ہیں۔ بخار گاہے سخت ہوتا ہے۔ مریض درد اور بیداری سے بیقرار ہوتا ہے۔ نگلنے کی دشواری کی وجہ سے اُس کے تغذیہ میں بھی خلل واقع ہوتا ہے خطرناک عوارض نمودار ہونے کی چند وجوہ ہوتی ہیں۔ اہم اور ضروری عروق و اعصاب پر

۱ کنجنکٹائیوا۔	۶ التہاب لوزی جرابی۔ فالم کیولرٹانسلائی ٹس
۲ اینٹی سپٹک فومن ٹے شنز۔	۷ ڈفتھیریا۔
۳ کروشلی	۸ اسکارلٹ فیور۔
۴ انیوکلیشن۔	۹ فیشیا۔
۵ ورم اغشیۂ دماغ۔ منجائی ٹس۔	۱۰ اسٹرپٹوکوکائی۔

دباؤ پڑنے کے باعث۔ حجاب[1] منصف یا حنجرہ[2] تک التہاب کے پھیل جانے کے باعث جس سے اوذیما کے بعد تنفس[3] میں تنگی پیدا ہوتی ہے۔ یا تقیح دم کے باعث جو وریدوں کے انسداد[4] سے پیدا ہو سکتا ہے۔ علی العموم اس مرض کا انجام یہ ہوتا ہے کہ نسیج خلوی مردہ ہو جاتی ہے۔ تقیح ہو جاتا ہے۔ اگر اندرونی لفائف میں شگاف دیکر اندر کی پیپ خارج نہ کی جائے۔ تو وہ مختلف جہات کی طرف رخ کرتی ہے +

علاج۔ حلق کے اصلی مرض کی طرف لازمی طور پر توجہ کرنی چاہئے۔ جو اس مرض کا سبب ہے۔ زخم کو اچھی طرح کھول دینا۔ اور مواد کے بہاؤ کا انتظام کرنا چاہئے۔ مقوی سیال غذاؤں اور دواؤں (مثلاً کونین) سے مریض کی قوت وصحت کو ترقی دینی چاہئے۔ مصل ضد کریات عقدیہ کی پچکاری بھی کی جاسکتی ہے لیکن گاہے مصل ضد خناق نہایت مفید ثابت ہوتا ہے (خواہ زیر جلد اس کی پچکاری کی جائے۔ یا براہ دہن کھلایا جائے) مقامی طور پر اوائل میں کمادات کا استعمال کیا جائے۔ لیکن اگر پیپ پڑ جائے۔ یا دباؤ کے عوارض مثلاً عسر تنفس وغیرہ شدید ہوں۔ یا مرض نمایاں طور پر بڑھ رہا ہو تو کشادہ شگاف عروق وغیرہ بچا کر لفائف غائرہ کے نیچے دیں۔ تاکہ متددکم ہو جائے۔ اور مواد بآسانی خارج ہونے لگیں + یہ اچھی طرح یاد رکھنا چاہئے کہ چونکہ اس مقام کی ساختیں باہم اسقدر چسپاں اور ایک دوسرے کے ساتھ اس قدر پیچیدگی سے ملی ہوئی ہیں کہ ان کا تمیز کرنا دشوار ہوتا ہے۔ اور چونکہ پیپ علی العموم یہاں زیادہ گہرائی میں ہوتی ہے اسلئے

[1] میڈی اسٹائنم۔	[4] تھرامبوسس۔
[2] گلاٹس۔	[5] اینٹی اسٹریپٹوکوکک سیرم۔
[3] ڈسپنیا۔	[6] اینٹی ڈفتھیریٹک سیرم۔

نہایت سخت احتیاط کی ضرورت ہے تاکہ زیادہ اہم اجزاء میں کوئی زخم نہ پہونچے۔
اس مرض کی وہ قسم جو جبڑے کے نیچے کے حصے (قسم تحت الفک) میں ہوتی ہے خصوصی توجہ کی ضرورت ہے۔ اس قسم کو فلغمونی تحت الفک کہتے ہیں۔ یہ علی العموم منہ کے کسی عفونی مرکز کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اور گاہے اس وجہ سے بھی ہوسکتا ہے کہ درم گلٹیوں کے غلاف سے تجاوز کرکے پھیل جائے اور گاہے کان کے درمیانی حصے کی بیماری سے پیدا ہوجاتا ہے۔ جبکہ مرض عضلہ ذات البلعین کے پچھلے بطن کی طرف اتر آتا ہے + اِن اقسام میں سوجن ٹھوڑی کے نیچے سامنے کی طرف پھیلتا ہے۔ اور گاہے فرشِ دہن اور زبان کی جڑ کو بھی گھیر لیتا ہے۔ جس سے زبان سامنے کی طرف دبتی ہے۔ اور گاہے منہ سے باہر نکل آتی ہے۔ گاہے حنجرہ میں اوذیما پیدا ہوجاتا ہے۔ یا زبان کے نیچے پھوڑا ابھاتا ہے + اسکا علاج وہی ہے جو اوپر بتایا گیا ہے۔ اور اس میں ایک یا دو شگاف کی ضرورت پیش آتی ہے + حنجرہ کے اوذیما کے لئے علی العموم عمل فتح قصبہ کی ضرورت پڑتی ہے +

فلغمونی عانہ۔ جوف عانہ کے اعضاء پر ڈھیلی ڈھالی نسیج خلوی استرکرتی ہے۔ اس میں گاہے متعفن التہاب ہوجاتا ہے۔ یہ گاہے اُن جراحات نافذہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جو اتفاقی طور پر ہوجاتا ہے یا عمل جراحت کے لیے کیا جاتا ہے۔ اور جو اس حصے میں پہنچ جاتا ہے۔ مثلاً مثانہ میں چھید ہوجائے۔ یا وہ صفاق

۱۔ فلغمونی تحت الفک ذبحہ لدرنگ / لڈرنگس انجائنا	۴۔ ہیلی
۲۔ کمپشول	۵۔ فتح قصبہ۔ ٹریکیاٹومی۔
۳۔ ڈائی گیسٹرک مسل ۴۔ سب مگزری بجن	۶۔ پلوک سیلیولائی ٹس۔
	۷۔ پنی ٹریٹنگ وونڈز۔

سے باہر پھٹے۔ پتھری نکالنے کے لئے فوق العانہ شگاف[1] دیا جائے۔ یا جانبی عملیۃ المصانۃ[2] کیا جائے (جس میں پتھری کے خارج کرنے کے لئے عجان یعنے بیضوں میں شگاف دیا جاتا ہے) یا بیقاعدگی سے قاطیر داخل کیا جائے۔ یا رحم کو آلہ کمشط[3] سے چھیلا جائے۔ یا اسقاط[4] جنین کی کوشش کی جائے + یہ گاہے اُن جراثیم کے جذب ہونے سے بھی ہو جاتا ہے۔ جو کہ احشاء عانہ۔ مثلاً مثانہ۔ غدۂ منی[5] مستقیم۔ رحم یا مجری قاذف میں ہوتے ہیں + اس کے ساتھ گہرے التہاب کی تمام مقامی اور عمومی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ بلکہ گاہے التہاب[6] باریطون کی علامتیں بھی ساتھ ہوتی ہیں۔ چنانچہ تنا ہوا۔ سخت اور دردناک ورم ہوتا ہے۔ جو معا مستقیم یا مہبل[7] سے معلوم ہوتا ہے اور گاہے قوس[8] عانہ کے اوپر التہابی ترشح کی وجہ سے کوئی سخت ٹکڑا معلوم ہوتا ہے۔ جس کے ٹھوکنے سے بھاری آواز نکلتی ہے + گاہے اس سے پھوڑے بنجاتے ہیں۔ جو گاہے باہر کی طرف رباط[9] اناربیہ کے اوپر پھوٹتے ہیں۔ اور گاہے جوف[10] عانہ کے کسی عضو میں۔ اور گاہے دونوں طرف جس سے پاخانہ یا پیشاب کے نہایت بُرے عسیر العلاج ناصیر[11] پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور گاہے وریدوں میں سدہ اور گاہے تقیح دم ہو جاتا ہے +

اس قسم کے احوال میں گاہے جراح کو اوائل مرض ہی میں بلایا جاتا ہے۔

۱ عملیۃ المصانۃ فوق العانہ۔ سوپرا پیوبک لیتھاٹومی	۷ فلوپین ٹیوب۔
۲ لیٹرل لیتھاٹومی۔	۸ پری ٹوناٹس
۳ کمشط۔ کیورٹ۔	۹ وجائنا۔
۴ ابارشن۔	۱۰ پیوبک آرچ۔
۵ پراس ٹیٹ گلینڈ۔	۱۱ پوپارٹس لگمنٹ۔
۶ رکٹم	۱۲ پلوک کیویٹی۔
	۱۳ فنچیولی۔

جبکہ اس میں پیپ نہیں پڑی ہوتی ہے۔ اس صورت میں مریض کو راحت و آرام سے رکھنا چاہئے۔ غذا کی مقدار کو کم کر دینا چاہئے۔ تھوڑی مقدار میں افیون دینا چاہئے۔ دستی پر تکمیدات کا استعمال کرنا چاہئے۔ گاہے ان باتوں کے ساتھ مقیم یا مہبل میں مطہرات سے گرم سکوب (تڑیڑہ) کیا جاتا ہے اور گاہے جراح کو اُس وقت بلایا جاتا ہے۔ جبکہ اس میں پیپ پڑ چکی ہے۔ اور پھوڑے کے کھولنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس حالت میں ایک شگاف رباط الاربیہ سے اوپر شوکہ عانیہ کے پاس لگایا جائے۔ اور شکم کے عضلات کو اس حد تک کاٹا جائے کہ جراح نیچے کی طرف لفافہ مستعرضہ اور باریطون کے درمیان کام کر سکے۔ اور باریطون کو ایک طرف ہٹا دیا جائے۔ تاکہ رباط عریض تک پہنچنا ممکن ہو۔ جہاں علی العموم پیپ پائی جاتی ہے + جس وقت باریطون کے نیچے کی ساخت کھل جائے۔ اُسی وقت چاقو ہاتھ سے رکھدیا جائے۔ اور کند آلات یا انگلی سے کام کیا جائے + پھوڑے کے جوف کو اچھی طرح دھویا جائے۔ اور اس کے مادہ کے بہاؤ کا پورا انتظام کیا جائے۔ اور اگر ممکن ہو تو مہبل میں اس کے مقابل کوئی دہانہ بنایا جائے +

عوارض بعیدہ کے طور پر انسجۂ الخایہ کے انقباض سے گاہے آنتوں میں سدہ واقع ہوتا ہے۔ اسی طرح گاہے اسی طریقے سے حالب کے دب جانے

---

۱ ہائپوگیسٹریم۔
۲ فومن ٹینٹن۔
۳ سکوب۔ ڈوش۔
۴ پیوبک اسپائن۔
۵ ٹرنسورسیلس فیشیا۔
۶ پری ٹونیم۔
۷ براڈ لگمنٹ۔
۸ بلنٹ انٹرومنٹ۔
۹ ریوٹ سکولا۔
۱۰ سیکیٹ ریشل ٹشو۔
۱۱ یورے ٹر۔

کے باعث استسقاء[1] الکلیہ بھی ہو جاتا ہے +

۳۔ عدوی[2] جراحات۔ تلوث[3] جراحات

جب کوئی جراحت خواہ عارضی ہو یا عملی جراثیم سے ملوث ہو جاتی ہے۔ تو فعل التحام کے طبعی رفتار میں خلل واقع ہوتا ہے۔ اور جراثیم سے مقابلہ کرنے کے باعث التہاب کے آثار بڑھنے لگتے ہیں۔ جن میں بالآخر پیپ پڑ جاتی ہے اس حالت کے لئے پہلے لفظ "عفونت[4]" استعمال کیا جاتا تھا۔ لیکن علم کے موجودہ دور انقلاب میں لفظ عفونت اور عفونی[5] کی کم ضرورت پڑتی ہے۔ اور جہاں تک ممکن ہو اس سے پرہیز کرنا بہتر ہے +

جب اتفاقی طور پر کوئی جراحت واقع ہوتی ہے۔ تو علی العموم عدوی سے پرہیز ناممکن ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات جلد میلی ہوتی ہے۔ یا اتفاقی عارضہ فی نفسہ اس قسم کا ہوتا ہے کہ زخم کا ملوث ہونا ضروری ہوتا ہے۔ اس کے بعد دافع عفونت اشیاء کے استعمال کے باوجود زخم کا پاک کرنا محال ہو جاتا ہے یہ صورت جنگ کی حالت میں خصوصاً بہت زیادہ ہوتی ہے۔ جہاں زخم گھنٹوں بلکہ بعض اوقات دنوں تک بغیر کسی توجہ و احتیاط کے یونہی پڑے رہتے ہیں۔ اور مریضوں کے کپڑے اکثر میلے ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان کو ہفتوں کپڑے دھونے اور بدلنے کا موقعہ نہیں ملتا + لیکن جراحات عملیہ میں (یعنی اُن زخموں میں جو جراح اپنے عمل سے پیدا کرتا ہے) اگر عدوی واقع ہوتا ہے۔ تو اس کی وجہ جراح کی وہ فاش غلطیاں اور بے احتیاطیاں ہوتی ہیں۔ جن سے اُسے گریز کرنا چاہئے اور

[1] استسقاء الکلیہ = ہائیڈرونفروسس۔	[3] سپ سس
[2] عدوی جراحات / [3] تلوث جراحات = وونڈ انفکشن	[4] سپٹک۔

جو ممکن العمل ہیں۔ لیکن گاہے عدوی[1] فانیہ بھی اسکا باعث ہوتا ہے + ابریشم یا وتر رسلائی کا تانت جو اکثر ملی کی آنتوں سے بنایا جاتا ہے۔ وتر[2] اہر کی نامکمل تطہیر اکثر اوقات عدوی کا سبب بنجاتی ہے۔ اسی وجہ سے ربر کے دستانے جراح اور اس کے مددگاروں کو پہن لینا چاہیئے۔ جس سے ان کے ہاتھ محفوظ ہو جاتے ہیں

اس قسم کے زخموں میں بعض اوقات اُمید سے زیادہ اقسام کے جراثیم پائے جاتے ہیں۔ اصابات[3] بعد العملیات یعنی اُن زخموں میں جو عمل جراحت کے بعد پیدا ہوتے ہیں عام طور پر کردیات[4] عنقودیہ پائے جاتے ہیں۔ لیکن زیادہ بُرے زخموں میں کردیات عقدیہ ہوتے ہیں۔ بلکہ گاہے مخلوط[5] عدوی ظاہر ہوتا ہے۔ (جس میں مختلف قسم کے جراثیم شریک ہوتے ہیں) اتفاقی اور ناگہانی زخموں میں اور اسی طرح جنگ کے زخموں میں عام طور پر مخلوط عدوی پایا جاتا ہے جس میں مذکورہ بالا اقسام کے ساتھ غیر ہوائی[6] جراثیم بھی شامل ہوتے ہیں +

مقامی عفونت یا مقامی عدوی اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ زخم میں صرف تنفخ حاد یا تنفخ[7] تحت الجلد کی علامتیں نمودار ہوتی ہیں۔ یا نسیج خلوی میں شدید فلغمونی پیدا ہو کر آس پاس کی ساخت میں بہت جلد پھیل جاتا ہے +

اعمال جراحی کے بعد کے ہلکے زخموں میں گاہے عفونت اندرونی ساخت کے اندر گہرے ٹانکہ میں یا بیرونی سطح میں شروع ہوتی ہے۔ چنانچہ جب بیرونی سطح کے قریب عفونت شروع ہوتی ہے۔ تو زخم کے کنارے سرخ اور پھولے ہوئے

[1] آڈ ٹوانفکسن۔
[2] وتر اہر کیٹ گٹ۔
[3] پوسٹ اوپے ریٹو کیسز۔
[4] اسٹے فیلو کوکائی
[5] کردیات عقدیہ۔ اسٹرپٹو کوکائی۔
[6] مخلوط عدوی۔ مکسڈ انفکشن۔
[7] غیر ہوائی۔ این ایروبیز۔
[8] تحت الجلد۔ سب کیوٹ۔

نظر آتے ہیں۔ اور ٹانکوں کے درمیان کی ساخت اس طرح پھول جاتی ہے کہ وہ خوب تنی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ اور جب اُس کے اندر سلائی (مسبر[1]) داخل کی جاتی ہے۔ تو گاہے اندر سے پیپ برآمد ہوتی ہے۔ مریض درد کی شکایت کرتا ہے۔ جو عام طور پر ضربانی[2] قسم کا ہوتا ہے (ٹیس کا درد) گاہے حرارت بدنی بھی کسی قدر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور بعض بُری حالتوں میں بخار کے ساتھ تشریرہ (پھریری) بھی ہوتا ہے[3]۔ خفیف احوال میں عفونت صرف زخم کے قریب ترساخت ہی تک محدود رہتی ہے۔ لیکن اگر بے پروائی کی جائے۔ یا مریض کی صحت خراب ہو۔ یا اگر جراثیم شدید قسم کے ہوں۔ تو ظغمونی حاد کی علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں[4]

جب عفونت زخم کی گہری ساختوں میں شروع ہوتی ہے۔ تو اُس کی سطح پر چند روز تک خفیف ورم اور چھونے پر ہلکے سے درد کے سوا اور کوئی چیز دکھائی نہیں دیتی۔ لیکن عام طور پر یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ حرارت بدنی کسی قدر بڑھ جاتی ہے اور تناؤ کا درد کسی قدر ظاہر ہوتا ہے۔ اس کے بعد جلد یا بدیر ایک پھوڑا نمودار ہوتا ہے۔ اور بیرونی سطح تک آجاتا ہے۔ اور جب تک کہ اصلی فساد (یعنی بندش یا اندرونی ٹانکہ) دور نہ ہو ناسور کی سی کیفیت باقی رہتی ہے۔ اسی قسم کی کیفیتیں چاندی کے تاروں، پیچوں اور طبقوں (پرتوں) اور دوسری چیزوں سے پیدا ہو سکتی ہیں۔ جنکو التحام قروح سے پہلے خارج کر دینا چاہئے۔

سخت حادثات کے بھاری زخموں میں عددی کی وجہ عفونت ہی نہیں ہوتی ہے کہ جلد پھٹ جاتی ہے۔ بلکہ اس کی وجہ ایک یہ بھی ہے کہ ملوثات اور گندہ مواد اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ مثلاً مریض کے کپڑے۔ سڑک کی گندیاں۔ خاک اور

[1] مسبر پروب۔
[2] ضربانی درد۔ تھرابنگ پین
[3] تشریرہ۔ ریگر۔
[4] ملوث انفکشن۔

کارخانوں میں مختلف قسم کی چربیاں وغیرہ۔ اور اس کے ساتھ ان کے یا مریض کی جلد کے۔ یا مددگار نادان دوستوں کی انگلیوں کے جراثیم بھی اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ جو ان فاسد شدہ ساختوں کے اندر اپنی پرورش و افزائش کا بکثرت مناسب مواد پاتے ہیں + پھر جتنی گہرائی تک یہ تفرق اتصال پھیلتا ہے اس کے موافق نتائج مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً ذف ساخت کے مختلف حصے میں پیپ پڑ جاتی ہے۔ یا وہ گل کر تاکلات واد ساخ[1] بنا لیتے ہیں + اس کی پیپ اندرونی کھلی ہوئی ساختوں کی طرف راستہ کر کے چلی جاتی اور وہاں جمع ہو جاتی ہے۔ اور سطحی حصوں کا ورم مرغن میں اور بھی اضافہ کر دیتا ہے۔ کیونکہ وہ گہری ساختوں سے مواد کے اخراج میں دباؤ کی وجہ سے رکاوٹ پیدا کرتا ہے۔ جس سے تناؤ میں الگ زیادتی ہوتی ہے۔ اور جراثیم کے لئے کثرت سے عمدہ خوراک الگ مہیا ہوتی ہے۔ جو کہ زخم کی گہرائی میں جمع ہوتی ہے + اس قسم کے حالات میں عموماً جس طرح غیر ہوائی جراثیم کا عددی ہوتا ہے۔ اسی طرح کر ویات صدیدیہ[2] بھی شریک ہوتے ہیں +

عددی جراحت کے عمومی علامات عام طور پر سمین کے مقدار انجذاب کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ نیز اس میں اس امر کو بھی دخل ہے کہ ایا خون کے اندر قوت مقابلہ موجود ہے یا نہیں +

۱۔ تشمم حاد[3] پہلے اسکا نام حمی عفونیہ[4] عارضیہ تھا) یہ اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ عفونی[5] التہاب سے (جو کافی پھیلاؤ اور شدت کا ہو) سمی مواد کی

[1] ادساخ۔ اسلف

[2] کرویات صدیدیہ۔ پائی اوکاکائی۔

[3] تشمم حاد۔ اکیوٹ ٹاکسی میا۔

[4] حمی عفونیہ عارضیہ۔ سپ ٹک ٹراوے ٹک فیور

[5] عفونی۔ انفکٹو۔

بڑی مقدار خون میں جذب ہو جاتی ہے + گاہے پیپ کا خفیف اجتماع بھی (جو دباؤ اور تناؤ رکھتا ہو) شدید سمی علامات پیدا کر دیتا ہے۔ اسی طرح پھیلے ہوئے التہابات جیسے سرخباده[1] اور فلغموی[2] میں بعض اوقات علامات سخت خطرناک ہوتی ہیں + جوف صفاق[3] کے عفونی التہابات میں بھی یہی حالت ہوتی ہے۔ خصوصاً جبکہ جوف مذکور کا بالائی نصف مریض ہو۔ کیونکہ اس صورت میں حجاب حاجز[4] کے عروق جاذبہ بھی اتصال کے باعث آسانی سے شریک ہو جاتی ہیں۔ بستم دم اکثر اوقات حقیقی تعفن دم[5] کے ساتھ شریک ہو جاتا ہے۔ اور عوارض و علامات کے لحاظ سے ان دونوں کے درمیان فرق کرنا تقریباً محال ہوتا ہے +

علامات۔ اس کی علامتیں بخار کی علامتوں سے مشابہ ہوتی ہیں۔ ہاں بعض شدید اقسام میں حرارت بجائے زیادہ ہونے کے کم ہوتی ہے۔ لیکن حرارت کم ہونے کے باوجود نبض تیز ہوتی ہے + بخار کے ساتھ بھوک کی کمی۔ زبان کی خشکی۔ نبض کی تیزی جو بہت جلد ضعف سے بدل جاتی ہے۔ شدید درد سر شب کے وقت کسی قدر ہذیان ہوتا ہے + اول اول قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس کے بعد معدہ اور آنتوں کے خراش سے قی اور اسہال شروع ہو جاتے ہیں۔ جسکا انجام شدید اضمحلال اور مہلک ہبوط (انحطاط قوی) ہوتا ہے۔ یا کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ مریض کو موت سے پہلے گہری نیند (سبات[6]) اور بے خبری کی حالت طاری ہو جاتی ہے جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ سمیت (سمین[7]) براہ راست اعضاء غذاء یا اعضاء

[1] سرخباده۔ اری سپلس۔
[2] فلغموی۔ سیلیولائی ٹس۔
[3] پری ٹونیم۔
[4] ڈایافرام۔
[5] لفے ٹکس۔
[6] سپٹی سیمیا۔
[7] ڈیلیریم۔
[8] کولیپس۔
[9] کوما۔
[10] ٹاکسین۔

عصبی پر اثر کرتی ہے۔ گاہے پھیپھڑوں کے اجتماع[1] خون سے سانس میں دقت (عسر تنفس) واقع ہوتا ہے۔ اور گاہے پیشاب میں مارح یا رطوبت ماحیہ ظاہر ہوتی ہے (بول زلالی[2])

علاج۔ گاہے یہ علامات سرعت کے ساتھ زائل ہو جاتی ہیں۔ جبکہ مؤثر علاج (مثلاً پھوڑے کا فوراً چیر دینا اور مواد کا بہانا) اختیار کیا جاتا ہے لیکن پھیلے ہوئے التہاب میں تسمم دم کی علامتیں کچھ عرصہ تک نہیں پائی جاتی ہیں + گاہے اس مرض کا حملہ مہلک ہوتا ہے۔ اور موت کے بعد اس کی حالتیں تعفن[4] دم کے ظواہر سے مشابہ ہوتی ہیں۔ لیکن خون یقینی طور پر عفونی[5] جراثیم سے خالی ہوتے ہیں +

تسمم[6] مزمن کی حالت اس وقت پیدا ہوتی ہے جبکہ جراثیم کی سمیت (سمین) کسی مقامی مرکز عفونت سے دیر تک جذب ہوتی رہے + کمر کے عضلات کے عفونی پھوڑے سے جو حالت پیدا ہوتی ہے وہ اس حالت کی نمایاں مثال ہے۔ اور اگر اسکا مناسب تدارک نہ کیا جائے تو حمی[7] دق کی علامتیں جلد یا دیر نمودار ہو جاتی ہیں +

شدید[8] تسمم عفن۔ یہ لفظ اب عمل جراحت میں بہت کم استعمال کیا جاتا ہے لیکن گاہے اس لفظ کا استعمال اس حالت کے لیے کیا جاتا ہے۔ جو اتنے نفاس[9] میں کسی قدر مشیمہ[10] کے باقی رہ جانے۔ اور اس کے سڑ جانے سے واقع ہوتی

---

[1] کنجس چن۔
[2] ڈسپ نیا۔
[3] بول زلالی { البیومنوریا / البیومن۔
[4] سپٹی سیمیا۔
[5] انفکٹو بیکٹیریا
[6] کرانک ٹاکسی میا۔
[7] کاک ٹک فیور۔
[8] سیپٹریمیا۔
[9] پوئر پیریم۔
[10] پلے سنٹا۔

ہے۔ کیونکہ اس سے مخلوط[1] عدد ی کی صورت واقع ہوتی ہے + علامات معمولی طور پر شدید ہوتے ہیں۔ جو کیمیا دی سمیات کے نتائج ہوتے ہیں اسکا علاج یہ ہے کہ میشمہ کا باقیماندہ سڑا ہوا حصہ خارج کیا جائے۔ جس سے تقریباً ساری علامتیں اور بخار بہت جلد دور ہو جاتا ہے +

۲۔ تعفن دم[2]۔ جس وقت جراثیم زخموں کے علاوہ خون میں بھی چلے جاتے ہیں۔ تو یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن اس میں اور تسمم حاد کی علامتوں میں اسقدر مشابہت ہے کہ دونوں کے درمیان حدود امتیاز قائم کرنا مشکل ہے (اسکا مفصل ذکر آگے آتا ہے) +

۳۔ تقیح دم[3]۔ جس طرح جراثیم خون میں الگ الگ داخل ہو کر اور نسل بڑھا کر مختلف علامات پیدا کرتے ہیں۔ اسی طرح گاہے اجتماعی شکل میں خون کے متفرق لوتھڑوں کے ساتھ عروق کے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ جب اس قسم کے خون کے سدے[4] عروق کے اندر بہنے لگتے ہیں۔ اور پھر جہاں کہیں یہ اقامت اختیار کرتے ہیں۔ وہیں ایک دوسرا پھوڑا بنا دیتے ہیں۔ اسی حالت کا نام تقیح دم ہے۔ جس کے مخصوص علامات مریض میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور جس میں تعفن دم کی نمایاں علامتیں بھی پائی جاتی ہیں (تقیح دم کا ذکر آگے مفصل آئے گا) +

عفونت[5] جراحت کا مقامی علاج۔ دو باتوں پر منحصر ہے۔ اول یہ کہ عفونت یا عدوی کو کتنا عرصہ گذرا۔ دوم یہ کہ مریض کے موجودہ حالات کیا ہیں +

جراحی کے بعد ہلکے زخموں میں جس امر کی ضرورت ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ وہاں

[1] کمسڈ انفکشن۔	[4] امبولس۔
[2] سپٹی سیمیا۔	[5] انفکشو ونڈ۔
[3] پائی میا۔	

تناؤ کو کم کیا جائے۔ اور حرارت و رطوبت کا استعمال کیا جائے تاکہ ساختوں کے اندر اندمال کی مقامی قوتیں تیز ہو جائیں + بیرونی اور اندرونی ٹانکے فوراً دور کر دیے جائیں۔ اور زخم کو اچھی طرح کھول دیا جائے۔ تاکہ سہولت سے پیپ نکلتی رہے + بے ضرورت زخم کو نہ چھیڑا جائے۔ مثلاً نہ اُسے کھرچا جائے۔ نہ نچوڑا جائے۔ اور نہ پچکاری کی جائے۔ اور اس قسم کے دوسرے کام نہ کیے جائیں۔ ورنہ ان باتوں سے جراثیم پھیل جاتے ہیں + تیز دافع تعفن اشیاء کا استعمال بے فائدہ ہے۔ کیونکہ اس سے جراثیم ساختوں کے اندر نفوذ کر جاتے ہیں۔ اور پھر اُس وقت تک تباہ نہیں ہوتے۔ جب تک کہ پھر ان ساختوں کو اسی طرح درد ناک نہ کیا جائے۔ علاوہ ازیں اس سے خون کے سفید دانوں کی قوت ہضم جراثیم (ہجوم بیضاوات) بھی کام کرنے سے رُک جاتی ہے۔ زمانۂ حال کی چند دافع عفونت دوائیں مثلاً اخضر آمود ادنی (ہائپو کلورائٹ) اور فلے وائن ایسی ہیں کہ ان کے استعمال میں کچھ زیادہ مضایقہ نہیں ہے اور بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔ لیکن یہ بہت ممکن ہے کہ ان چیزوں کے مناسب استعمال سے جو فوائد مترتب ہوتے ہیں وہ ایسے اسباب سے تعلق رکھتے ہوں۔ جنکو ہم فعل دفع تعفن سے الگ سمجھیں +

گلی سڑی ساخت (نیکروسس) کو دور کر دینا چاہئے۔ مگر عام طور پر اس لئے چھوڑ دی جاتی ہے کہ وہ خود بخود قدرتی طور پر جدا ہو جائے۔ اور اس فعل کی امداد کے لئے محلول نمک قوی (۵ فیصدی) میں دھجی تر کر کے رکھتے ہیں۔ یا حلول اور نمل تفشی (۱۰ فیصدی کا شیرہ) کا استعمال کرتے ہیں + اگر زخم کے اندر گہرائی

۱ فیگو سائی ٹوسس	۵ ہائی پر ٹانک سالائن سولیوشن۔
۲ ہائپو کلورائٹس۔	۶ ایوڈین۔ گلیسرین۔
۳ فلے وائن۔ ایکدی فلے وائن۔	۷ نمل تفشی۔ آیوڈوفارم۔
۴ اسلف۔	۸ ایلیشن۔

زیادہ ہو تو مواد کے بہانے کے لئے زخم کے اندر صاف کی ہوئی (مطہر[1]) ربر کی نلی (انبوبہ[2] تصریف) داخل کریں + ورنہ زخم کو نرمی سے بھر کر گرمی اور تری پہونچائیں۔ مثلاً تکمید[3] بورقیہ کا استعمال کریں + آنتوں کا بھی اس حالت میں خیال رکھیں۔ ملینات سے رفع قبض کریں۔ مریض کی صحت عامہ کی طرف پوری توجہ رکھیں + چند دنوں کے بعد جب انگور زخم میں بھرجائیں تو محلول نمک سے زخم کو دھویا جائے۔ یا مائین[4] حمض آمیز اعلیٰ سے صاف کیا جائے + آخر میں یہ زخم انگور بنکر بھرنے لگتا ہے۔ لیکن گاہے سرعت التیام کے لئے زخم کے کناروں کو باہم ملاکر باندھ دیتے ہیں۔ اور گاہے پیوند[5] لگا دیتے ہیں +

اگر ان تدابیر سے کام نہ چلے۔ تو زخم کو اور زیادہ کشادہ کر دیا جائے۔ جس سے یہ بھی یقیناً عیاں ہو جائے گا کہ زخم اندر سے خوب پھیلا ہوا ہے۔ تو دردِ[6] قلاری (فلغمونی[7]) کے مانند علاج کرنا چاہئے + گاہے ذیل کے لبخہ[8] کے استعمال سے بڑا فائدہ حاصل ہوتا ہے۔ آرد تخم کتان (السی) کو عنول[9] حامض بورقی میں جوابال کھارہا ہو ملاکر دسم آمیز[10] دھجی کے درمیان رکھکر زخم پر باندھ دیا جائے۔ اس قسم کا لبخہ پاک صاف (غیر عفونی[11]) ہوتا ہے۔ اور اس کی گرمی بمقابلہ تکمید کے زیادہ دیر تک قایم رہتی ہے۔ نیز یہ زیادہ نرم بھی ہوتا ہے۔ اور سطح کے نشیب و فراز میں بآسانی بیٹھ جاتا ہے + دوسری حالتوں میں کاسل ڈکن کا علاج[12] برتا جا سکتا ہے۔

۱ اسٹرے لائزڈ۔	۷ فلیگ مونس۔
۲ ڈرے نیج ٹیوب	۸ لپس۔
۳ بوریسک فومن ٹے شنز۔	۹ بورک ایسڈ لوشن۔
۴ نائیٹرو جن پر آکسائڈ۔	۱۰ سیاتی نائڈ۔
۵ گرافٹنگ۔	۱۱ اسپٹک۔
۶ سلیولائی ٹس	۱۲ کاسل ڈکن ٹریٹ منٹ۔

مقامی عدوی کی زیادہ شدید حالتوں میں زیادہ مؤثر اور قوی تدابیر کی ضرورت ہے۔ اور آجکل بہت سے جدید طریقے معلوم ہوئے ہیں۔ جو خصوصیت کے ساتھ گولی کے گندہ زخموں کے لیے زیادہ مؤثر ہیں۔ اور ان کے خطرناک عوارض کا ان سے مقابلہ کیا جاتا ہے۔ یہ تدابیر جس طرح ان فوجی زخموں کے لیے مفید ہیں۔ بعینہٖ اسی طرح یہ عام عفونی زخموں میں بھی قابل استعمال ہیں اسی وجہ سے ان کا ذکر یہاں کیا جاتا ہے +

فوری علاج۔ بھاری عفونی زخموں کے فوری علاج کا دارومدار اُس وقفہ پر ہے جو زخم لگنے کے بعد اب تک گذرا ہو + یہ بات اچھی طرح تسلیم کرلی گئی ہے کہ آٹھ سے بارہ گھنٹے تک جراثیم اعضاء کی گہری ساختوں میں نفوذ نہیں کرتے ہیں۔ جراثیم کی ایک محدود تعداد جو زخم کے اندر داخل ہوتی ہے ان کے بڑھنے میں ایک عرصہ صرف ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اگر زخم لگنے سے بارہ گھنٹے تک مکمل طور پر اسکو کیمیادی اور غیر کیمیادی ذرائع سے ہوشیاری کے ساتھ صاف کیا جائے (مطہر[1]) تو جراثیم کے اثر کا خاتمہ ہونا ممکن ہے +

زخم کو پاک کرنے کی پہلی کوشش۔ مریض کو بچیں کیا جائے۔ اور اُس کے کپڑے دور کردیے جائیں + جریان خون کا بند کرنا ضروری ہے۔ اور زخم کے جوف میں معمولی طور پر کسی مناسب دافع عفونت عنصل میں دبھی تر کرکے بھردی جائے (مثلاً عنصل[2] قطرانی یا محلول[3] ڈکن۔ اخضر[4] فورانی کا تیز محلول۔ یا کوئی دوسرا عنصل جسکو معالج مناسب خیال کرے) آس پاس کی جلد مونڈکر پاک صاف کردی جائے + زیادہ میلے زخموں میں مناسب یہ ہے کہ پہلے تارپین سے

[1] اسٹرے لائزڈ۔
[2] کاربولک لوشن۔
[3] ڈیکن سولیوشن۔
[4] بریلی انٹ گرین۔

صاف کیا جائے۔ اس کے بعد جلد کو صابون کے محلول[1] ایثری سے دھویا جائے آخر میں لسٹر[2] کا قوی مخلوط یا سیماب[3] بنفش آمیز ثنائی[4] کا الکحولی[5] محلول استعمال کیا جائے + لیکن دوسرے عنولات بھی اسی طرح استعمال کیے جا سکتے ہیں۔ اس کے بعد زخم کھول دیا جائے۔ اور اُس کا علاج کیا جائے +

زخم کے گلے سڑے کنارے کاٹ دیے جائیں۔ اسی طرح دوسرے مردہ اور فاسد اجزا بھی دور کر دیے جائیں۔ عضلات کو اچھی طرح ملاحظہ کیا جائے۔ خاصکر اُن حادثات میں جو سڑکوں اور گلیوں میں واقع ہوتے ہیں۔ اور گولی کے زخموں میں۔ ورنہ ممکن ہے کہ ان کے اندر غائغرانا[6] ہوائی رولنا ہو + جو ریشے کھل گئے ہوں اُنھیں کاٹ دیا جائے۔ یہاں تک کہ عضلات کے تندرست ریشے ظاہر ہو جائیں۔ عضلات کے تندرست ریشوں کی علامت یہ ہے کہ جب ان کو ملقط[7] سے چھوا جاتا ہے۔ تو یہ فوراً متاثر ہو کر سکڑتے ہیں۔ بیرونی اجسام اور میل کچیل کو لازمی طور پر زخم سے دور کر دیا جائے۔ اور جلد کے زخموں کو مناسب خط پر شگاف دیکر بڑا کر دیا جائے۔ تاکہ اندرونی اور گہری ساخت کھل جائے +

جو زخم اس طرح کھولا گیا ہے۔ اگر اس کی حالت سے جراح مطمئن ہو جائے تو خیاطت[8] اولیہ کا عمل کیا جائے۔ یعنی زخم کو سی دیا جائے۔ خواہ اس کے ساتھ ایثر[9] اور روح[10] الخمر کے مانند کوئی پھیلنے والا[11] دافع عفونت (سیماب[12] بنفش آمیز

۱ لسٹرس اسٹرانگ مکچر۔	۶ پرائمری سیوچر۔
۲ بانیو ڈائڈ آف مرکری	۷ ایتھر
۳ الکہالک سولیوشن۔	۸ اسپرٹ۔
۴ گیس گنگرین	۹ ڈفیوزیبل۔
۵ فاسپس۔ ۵ الکحلی ریل سولیوشن۔	۱۰ اینٹی سپ ٹک۔
	۱۱ بانیو ڈائڈ آف مرکری۔

ثانی بیلے کے ساتھ یا اس کے بغیر) استعمال کیا جائے۔ یا نہ + بعض دوسرے جراح الکحول سے زخم کو صاف کرنے کے بعد مارسین[1] کا طریقہ علاج استعمال کرتے ہیں۔ زخم کو بند کرنے اور سلائی کے لئے بہتر ہے کہ ریشم کے کیڑے کا ڈورا استعمال کیا جائے۔ لیکن مناسب یہ ہے کہ ٹانکوں کے بعد مواد کے اخراج کا کوئی مناسب انتظام کیا جائے +

اگر زخم کی حالت سے جراح مطمئن نہ ہو۔ تو ہرگز مناسب نہیں ہے کہ اسے فوراً بند کر دیا جائے۔ بلکہ ایسی حالت میں مناسب یہ ہے کہ فلیوائن (۱۰۰۰) میں جالی[2] (دھجی) تر کر کے زخم کی گہرائی میں بھر دی جائے۔ یا اس میں مارسین کا عصیدہ[3] بھر دیا جائے۔ یا کارل ڈاکن کا طریقہ علاج برتا جائے۔ اگر دو تین دن کے بعد زخم پاک ہو جائے۔ یا یہ کہ اس کے مواد میں محض چند جراثیم ثابت ہوں۔ تو اب زخم میں ٹانکے لگا دئے جائیں۔ اس عمل خیاطت کو جو ایک عرصہ کے توقف کے بعد کیا جاتا ہے خیاطت[4] اَوَّلِیَّہ مُتَاَخِّرَہ کہا جاتا ہے۔ اس حالت میں جراثیم کا امتحان نہایت اہمیت رکھتا ہے۔ خصوصاً اس لحاظ سے کہ ایا خون کے گھلانے والے کرویات[5] عقدیہ موجود ہیں۔ یا نہیں۔ اگر موجود ہوں تو زخم کا سینا فضول ہے +

اگر دو تین ہفتہ گذرنے کے بعد عدوی وعفونت کے آثار شدید ظاہر ہوں۔ اور مواد میں بے شمار جراثیم پائے جائیں۔ تو ورم فلغمونی[6] کے مطابق مندرجہ ذیل علاجات میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کیا جائے۔ آخر میں زخم انگور سے بھرنے لگتا ہے۔ جس کی مدد کے لئے گاہے پیوند لگایا جاتا ہے۔ یا جلدی کے خیال سے

[1] بی آئی پی پی ٹریٹمنٹ۔	[5] ہیمولائزنگ۔
[2] گاز۔	[6] اسٹرپٹوکوکائی۔
[3] بی آئی پی پی پیسٹ	[7] سیلیولائی ٹس۔
[4] ڈی لیڈ پرائمری سیوچر	

ٹانکے لگا دیے جاتے ہیں۔ اتنی تاخیر کے بعد جو ٹانکے لگائے جاتے ہیں۔ اسکو خیاطت ثانویہ کہا جاتا ہے +

ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کا علاج یہاں نہیں بتایا جا سکتا ہے۔ بلکہ اس کے ہدایات ایک خاص باب (باب کسر) میں مذکور ہیں۔ جن پر عمل کرنے کی ضرورت ہے +

مذکورہ بالا تدابیر دستاویز کے مؤثر و مفید ہونے کا ثبوت جنگی اور ملکی حادثات میں بکثرت مل چکا ہے۔ مثلاً ایک لڑکا شفاخانہ میں داخل ہوا جس کے ایک پاؤں پر بھاری موٹر گذر گئی تھی۔ زخم گھٹنے سے ٹخنہ تک آیا تھا۔ جلد اور جلد کے نیچے کی ساخت ٹانگ کے پورے دور میں لفائف غائرہ (عضلات کی گہری جھلیاں) اور عضلات سے اس طرح جدا ہو گئی تھی۔ کہ زخم کے اندر ہاتھ داخل ہو کر جلد کے نیچے نیچے دائیں طرف اچھی طرح گھوم سکتا تھا۔ کیونکہ دائیں طرف بیحد نقصان پہونچا تھا۔ سڑک کی خاک زخم کے اندر اچھی طرح گھس چکی تھی۔ اور اگرچہ کوئی ہڈی نہیں ٹوٹی تھی۔ مگر عضلات کی جھلیاں کہیں کہیں سے خراب ہو گئی تھیں۔ اور پورا عضو میلا تھا۔ لڑکے کو بیہوش کر کے چند گھنٹے میں دستکاری کی گئی۔ جلد کا ایک حصہ کاٹ لیا گیا۔ زخم کو مؤثر طور پر پاک کرنے کے لئے تارپین۔ صابون اشیر۔ مخلوط قوی۔ اور ہائیڈروجن حمض آمیز اعلیٰ استعمال کیا گیا۔ زخم کو بند کرنا اگرچہ غیر ممکن تھا مگر جلد کے کناروں جہاں ممکن تھا وہاں تقریباً ملا دیے گئے + ان تدابیر کے مؤثر ہونے کا ثبوت اس امر سے ملتا ہے کہ اگرچہ سلائی کے مقام پر جلد کا بیشتر حصہ مردہ ہو گیا

۱ سکنڈری سیوچر۔	۵ ایتھر سوپ
۲ فرکچر۔	۶ اسٹرانگ کمپچر۔
۳ ڈیپ فیشیا۔	۷ ہائیڈروجن پر آکسائڈ۔
۴ ٹرپنٹائن	

تھا۔ مگر پیپ کا ایک قطرہ بھی نہ بنا۔ اور بچہ تمام عوارض عفونت[1] سے محفوظ رہا +

ایک نوجوان شخص تقریباً چیاسٹھ گز (۲۰۰ قدم[2]) کی بلندی سے گرا۔ اور اُسے گہرے زخم پہونچے۔ بائیں گھٹنے کا جوڑ کھل گیا۔ دائیں گھٹنے کی ہڈی (رضفہ[3]) بھی ضرب میں شریک ہوگئی تھی۔ پنڈلی کی ہڈی کے اگلے کنارے کی جلد دو تین مقام پر عضلات کی گہری جھلیوں تک تاروں سے کٹ گئی تھی اور کل کا ایک حصہ بائیں عضلہ[4] مقربہ کے مقام میں گھس گیا تھا۔ جو رباط[5] راسیہ کے نیچے عضلات میں گھستا ہوا جوف شکم میں داخل ہوگیا تھا۔ جس سے وریدی خون کا شدید جریان ہو رہا تھا + زخم کو مندرجہ بالا طریقہ سے صاف کیا گیا۔ روح[6] اور سیماب[7] منفش آمیز ثانی کا بکثرت استعمال کیا گیا۔ ان کے علاوہ باقی تمام زخموں کو پورے طور پر سی دیا گیا۔ ران کے مقام پر زخم کو کھلا اس لئے رکھا گیا کہ وہاں سے زخمی وریدوں کو ٹھیک کیا جائے۔ اور اس میں جالی[8] بھر دی گئی۔ جوف صفاق[9] کو بھی اس لئے کھولا گیا تھا۔ تاکہ یہ دیکھا جائے کہ اندرونی احشاء[10] میں تو کوئی ضرب و زخم کا اثر نہیں ہے + مریض کو قدرتی طور پر اس شدید ضرب سے بہت تکالیف برداشت کرنی پڑیں۔ مگر اُسے بہت جلد بلا کسی رکاوٹ و علامت عفونت کے صحت ہوگئی +

میدان جنگ میں اکثر ایسی صورت واقع ہوتی ہے کہ زخموں کو جلد پاک کرنے کا

[1] سپٹک کمپلی کیشنز۔	[6] اسپرٹ۔
[2] فیٹ۔	[7] بانیو ڈائڈ آف مرکری۔
[3] پے ٹلا۔	[8] کارڈ۔
[4] اڈکٹر مسل۔	[9] پری ٹونیل کیویٹی۔
[5] لیگامنٹ۔	[10] وسرا۔

موقعہ نہیں ملتا ہے۔ کیونکہ اول تو مریض کو شفاخانہ تک پہونچنے میں دیر لگتی ہے۔ جہاں باقاعدہ علاج ہو سکتا ہے۔ دویم کام کی اتنی کثرت ہوتی ہے کہ ہر ایک مریض پر زیادہ وقت صرف نہیں کیا جا سکتا۔ اور ہر ایک مریض کو پورے طور پر یقین کے ساتھ پاک کرنے کا موقعہ نہیں ملتا۔ تاہم بہت بڑی تعداد میں گولی کے بھاری زخموں میں کامیابی ہوئی ہے۔ جنکو صاف کرنے کے بعد پورے طور پر اُسی وقت سی دیا گیا تھا۔ (خیاطت اولیہ) یا جن میں ٹانکے عرصہ کے بعد لگائے گئے تھے (خیاطت متاخرہ)

جن حالتوں میں کامل تطہیر ناممکن یا مشتبہ ہو۔ اور اس لئے اُس کا فوراً سینا بھی مشکوک ہو۔ تو اس حالت میں مناسب یہ ہے کہ خیاطت ثانویہ کے خیال سے زیادہ دیر تک تطہیر کی جائے۔ اور وقفہ کے بعد اسے بند کیا جائے۔ اس مقصد (تطہیر) کے لئے بہت سے جدید طریقے ایجاد کیے گئے ہیں +

طریقہ علاج استاذ دکن

اس طریقۂ علاج کا دارومدار اخضر آموزادنی کے اور خصوصاً محلول دکن کے دافع عفونت خواص پر موقوف ہے۔ جو کہ جراثیم کو تباہ کر دیتے ہیں لیکن سفید دانوں کے فعل ہضم جراثیم میں اور اعضاء کے قوت اندمال میں کچھ زیادہ خلل اندازی نہیں کرتے۔ اس کا اصل طریقہ یہ ہے کہ زخم کو پورے طور پر کھول دیا جائے۔ اور پورے طور پر عفونی زخم کی گہرائیوں کو صاف کیا جائے۔ اور تمام مردہ اور فاسد اجزاء کو دور کر دیا جائے۔ لیکن ہمیشہ یہ ضروری نہیں سمجھا جاتا کہ

۱ پرائمری سیوچر۔	۴ ہائپوکلورائٹس
۲ ڈیلیڈ سیوچر۔	۵ ڈکنس سولیوشن
۳ کارل ڈکنس ٹریٹمنٹ آف وونڈس	۶ فیگوسائی ٹوسس۔

مواد کے بہاؤ کا مستقل انتظام کیا جائے + یہ ظاہر ہے کہ زخم کی گہرائی محلول مذکور کے لئے ایک اچھا ظرف ہے۔ جس میں محلول مذکور بھرا جا سکتا ہے۔ پھر بہت سے انابیب[1] (نلکیاں) جنکا قطر[2] ۴/۱ قیراط اور لمبائی[3] تقریباً ½ اقیراط ہو زخم کے اندر اس طرح داخل کی جائیں کہ یہ اس کی تمام فضاؤں میں پہونچیں۔ اور ان کو اپنی جگہ پر جالی کی دھجیوں کے ذریعہ جنہیں محلول دکن سے تر کر دیا گیا ہو قائم رکھا جائے۔ یعنی یہ دھجیاں ان نالیوں کے درمیان۔ اور ان کے اور زخم کی دیواروں کے درمیان بھر دی جائیں۔ یہ نالیاں ایک طرف سے بند ہوں۔ لیکن اس طرف دور تک باریک باریک سوراخوں سے چھدی ہوئی ہوں + بڑے زخموں میں اس قسم کی چھ۔ آٹھ اور گاہے بارہ نلکیاں درکار ہوتی ہیں۔ انکے آزاد سرے شیشے کی ایک نلی سے لگا دیے جاتے ہیں۔ جس میں ایک دو یا زیادہ دہانے ہوتے ہیں۔ پھر یہ شیشے کی نلی لمبی نالیوں کے ذریعہ ایک یا زیادہ ظروف (برکہ[4]) سے تعلق قایم کر دیتی ہے۔ جو مریض کے بستر کے پاس لٹکتے رہتے ہیں۔ اور جن میں محلول[5] دکن بھرا رہتا ہے۔ اس ظرف سے ہر دو گھنٹے کے بعد محلول مذکور کی ایک معینہ مقدار بہائی جاتی ہے تاکہ زخم اس محلول سے دھلتا رہے۔ اور اس پچکاری کے ذریعہ دوا اندر پہونچتی رہے۔ اگر اس قسم کا ظرف مخصوص (برکہ) وقت پر مہیا نہ ہو تو دافع عفونت محلول سے ایک پچکاری بھر کر بڑی نالی میں پچکاری کی جائے یہ ضروری ہے کہ اس بڑی نلی میں بہاؤ کے روکنے کا کوئی ذریعہ مثلاً مقطع[6] ہونا چاہیے تاکہ محلول مذکور بہت زیادہ بہکر باہر نہ ضائع ہو جائے۔ بلکہ صرف اسقدر جائے کہ

۱ ٹیوبز	۴ ریزر واٹر۔
۲ ۴/۱ ملی میٹر۔	۵ ڈکنس سولیوشن
۳ ½ انچ میٹر۔	۶ کلپ۔

باریک باریک سوراخوں سے محلول مذکور گذر کر زخم کی گہرائی میں پہونچتا رہے۔ یہ نالیاں زخم سے باہر اس طرح آتی ہیں کہ وہ جی میں لپٹی ہوئی ہوتی ہیں جو محلول مذکور سے تر ہوتی ہے۔ اور غیر جاذب اور مطہر اون کی تہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ محلول دکن گاہے جلد میں خراش پیدا کر دیتا ہے۔ خصوصاً اگر خالص قلیات[1] موجود ہوں۔ اس سے محفوظ رہنے کی یہ تدبیر کریں کہ زخم کے گرد جالی کی کئی تہ صاف و مطہر دیزی لین میں تر کر کے رکھدیں۔ محلول مذکور جو ہر دو گھنٹے کے بعد داخل کیا جاتا ہے اس کی مقدار بہت زیادہ نہ ہونی چاہئے۔ اور اس کے ساتھ ہی ایسا انتظام کرنا چاہئے کہ بستر اس سے تر نہ ہونے پائے۔ کیونکہ اس محلول سے بستر کی چادر خراب ہو جاتی ہے۔ جب زخم بھرنے لگے۔ اور خیاطت ثانویہ کا عمل کیا جائے تو اس حالت میں مرہم کلورڈین[2] مفید ہے۔ جس کے اندر کلورومینٹ دس حصے۔ ریہیہ[3] دس آگیں ۸۶ حصے۔ اور پانی چار حصے۔

جب اس طریقے کو باقاعدگی سے برتا جاتا ہے۔ تو اس سے قیمتی فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ مگر اس میں دقت یہ ہے کہ اول تو نہایت دانائی اور ہوشیاری کے ساتھ اس عمل کو کرنے کی ضرورت ہے۔ دویم تعلیم یافتہ تیمارداروں کی امداد کی ضرورت ہے۔ سویم ایک ہوشیار کیمیا داں کی شرکت عمل کی ضرورت ہے جو سیال مذکور کو پوری احتیاط کے ساتھ تیار کرے۔ چہارم ایک ماہر علم جراثیم کی ضرورت ہے۔ جو اس امر کی صحیح اطلاع دے سکے کہ زخم کے اندر اسقدر جراثیم موجود ہیں۔ بعض فرانسیسی شفاخانوں اور دیگر اطلاعات سے اس طریقۂ علاج کی نمایاں کامیابی ثابت ہوئی ہے۔ لیکن یہ طریقہ جب ایسے مریضوں پر برتا جاتا ہے۔ جنکو بری یا بحری طویل سفر کرنا ہو۔ تو اس طریقے کا صحیح استعمال مشکل یا تقریباً

[1] الکلیز
[2] کلورڈین آنٹمنٹ۔
[3] اسٹیاریٹ آف سوڈا۔

محال ہوتا ہے۔ اور اس وجہ سے اس کے نتائج بہت زیادہ اچھے نہیں ثابت ہوتے + اس طریقہ علاج کے ذرائع کامیابی میں سے ایک امر یہ بھی ہے کہ جراح خود اپنے ہاتھوں سے مرہم پٹی کرے۔ اور یہ بذات خود ایک امر مشکل ہے + مواد کے جراثیم کی تعداد بار بار شمار کرنی چاہئے۔ اور جب کبھی اسکا شمار کیا جائے تو جداول[1] میں اسکا اندراج ہوتا رہے۔ اوائل میں جراثیم اسقدر بیشمار ہوتے ہیں کہ ان کا گننا محال ہوتا ہے۔ لیکن جب اخضر[2] آمو دادنی اپنا عمل شروع کر دیتا ہے۔ تو ان کی تعداد بتدریج کم ہونے لگتی ہے۔ یہاں تک کہ دس سے چودہ دن تک گاہے چند امتحانات میں ایک آدھ جرثومہ پایا جاتا ہے۔ اسوقت یہ سمجھا جاتا ہے کہ اب زخم پورے طور پر مطہر[3] (پاک و صاف) ہو گیا ہے۔ اور اب خیاطت[4] ثانویہ کے عمل سے ٹانکے لگائے جا سکتے ہیں + اس وقت بخار اور تسمم[5] دم میں نمایاں طور پر کمی آجاتی ہے۔ مریض کی شکایات بہت گھٹ جاتی ہیں۔ اور اندرونی اعضاء اور ساخت کی وہ اذیتیں کم ہو جاتی ہیں۔ جو زخم کے اثر سے ان میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ التحام و اندمال کا فعل سرعت سے جاری ہو جاتا ہے۔ اور دوسری خرابیاں اور بدمنائیاں جو عام طور پر دوسری حالتوں میں ہوا کرتی ہیں۔ وہ نسبتاً کم ہو جاتی ہیں۔ اگر خیاطت ثانویہ کے عمل اور ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کی عملیات کا موقعہ جلد ہی مل جائے۔ تو اسکو ایک امر مغتنم سمجھنا چاہئے +

لیکن اس وقت یہ بتانا بھی ضروری ہے کہ فاضل[5] رائٹ اس محلول کو جو بطور

۱ چارٹ	۴ سکنڈری سیوچر۔
۲ ہائپوکلورائٹ	۴ ٹاکسی میا۔
۳ اسٹرائل	۵ سر اے رائٹ۔

دافع عفونت کھلی ہوئی ساختوں پر استعمال کیا جاتا ہے بنظر شک دیکھتا ہے اور یہ تجویز کرتا ہے کہ دوسرے ذرائع سے بھی اچھے نتائج برآمد ہو سکتے ہیں اس طریقۂ علاج میں زخم کو بہت زیادہ کھولنے کی ضرورت پڑتی ہے جس میں مواد کے بہاؤ کے لئے بہت سی نالیاں رکھی جاتی ہیں اس میں اس امر کی بھی ضرورت ہوتی ہے کہ بار بار پچکاریاں کی جائیں۔ اس میں ایک شخص کی مستقل اور دائمی نگہبانی اور ایک ہوشیار جراح کی نگہداشت کی ضرورت ہے علاوہ ازیں یہ سیال بھی اپنے اثرات کے لحاظ سے نہایت قوی اور تیز ہے غرض اس کے نزدیک اس میں متعدد خرابیاں موجود ہیں۔

طریقہ علاج مارسین[1]

فاضل مارسین سے اس طریقۂ علاج کا رواج ہوا ہے۔ اس کے مفید سادہ اور قیمتی ہونے میں کوئی شک نہیں۔ اس طریقۂ علاج میں پہلے زخم کو کھول کر اسے ہاتھ سے اس طرح صاف کیا جاتا ہے کہ فاسد اجزاء کو کاٹ کر نکال لیا جاتا۔ یا وجی سے پونچھ لیا جاتا ہے۔ جریان خون (نزف[2]) بند کر دیا جاتا ہے اس کے بعد زخم کو اثیر یا الکحول سے خشک کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد وجی میں فیل کا دافع عفونت عصیدہ[3] (ایسی کی سی دوا) لگا کر زخم پر مل دیا جاتا ہے۔ اس عصیدہ میں بسمت[4] فحم آگین ایک حصہ۔ نمل بنفشی دو حصے۔ اور پیرافین سیال اس قدر کہ ساری دوا مجموعی طور پر ملکر منجمد بالائی کے مانند ہو جائے۔ اس دوا کے تیار کرنے سے پہلے تمام اجزاء کو مطہر کر لیا جائے۔ نمل بنفشی کو عنول[5] قطرانی

۱۔ بی آئی پی پی ٹریٹ منٹ۔	۴۔ بسمتھ کاربونیٹ۔
۲۔ ہیموسٹے سس	۵۔ آیوڈوفارم۔
۳۔ مارسین پیسٹ	۶۔ کاربولک لوشن

(۱/۴) میں دھویا جائے۔ بسمت اور پیرافین کو ۱۲۰ درجہ کی (صد) درجاتی حرارت میں آدہ گھنٹے تک گرم کیا جائے۔ بسمت اور مثل بتفٹی کو مطہر کھرل میں ملایا جائے اور پھر آہستہ آہستہ پیرافین ڈالتے جائیں۔ اور اچھی طرح حرکت دیتے جائیں۔ یہاں تک کہ کوئی ٹکڑا اور کسی قسم کی کرکراہٹ باقی نہ رہے۔ اس عصیدہ کو زخم کی پوری سطح میں اس طرح لگانا چاہئے۔ کہ ایک باریک سی تہ تمام سطح زخم کو استر کر دے۔ اور ہوشیاری اور نرمی کے ساتھ مطہر پھریری سے لگانا چاہئے۔ علی الخصوص عضلات میں نہایت نرمی کی ضرورت ہے + زخم کی گہرائی میں عصیدہ کا کوئی ٹکڑا یا ریزہ نہ چھوڑنا چاہئے۔ اور بہت بڑی مقدار بھی اس کی استعمال نہ کرنی چاہئے ورنہ سمی علامات کے نمودار ہونے کا ڈر ہے۔ بڑے زخموں میں عام طور پر اسکا ایک درہم کافی ہوا کرتا ہے۔ جب یہ ظاہر ہو کہ زخم کے اندر رطوبت و مواد کی کثرت نہیں رہی۔ اور دیگر علامات سے زخم کی حالت اچھی نظر آئے۔ تو زخم کو مکمل طور پر سی کر بند کر دیا جا سکتا ہے۔ اور اخراج مواد کے لئے راستہ رکھنے کی ضرورت نہیں + لیکن اگر حالات زیادہ اچھے نہ ہوں۔ تو زخم کو کھلا رکھنا اور اس کے اندر مطہر دھجی کا بھر دینا مناسب ہے۔ جب کوئی خاص سبب مکرر پٹی باندھنے کا پیش نہ آئے تو زخم کو پانچ چھ روز تک چھوڑ دیا جائے۔ جب دھجی زخم سے نکالی جاتی ہے۔ تو زخم نہایت میلا نظر آتا ہے۔ کیونکہ اس میں پیپ اور عصیدہ کا مخلوط تمام لتھڑا ہوا ہوتا ہے۔ لیکن جب زخم کو مطہر محلول نمک سے دھویا جاتا ہے۔ تو زخم کی سطح صحیح نظر آتی ہے۔ اس کے بعد پھر اسی طرح مرہم پٹی کر دی جائے اور اسی طرح پانچ چھ روز تک چھوڑ دیا جائے۔ اس کے بعد زخم نمایاں طور پر تیزی سے بھرتا ہوا معلوم ہوتا ہے +

۱ سنٹی گریڈ۔ ۲ سوئیب۔	۳ پیسٹ۔ ۴ سالٹ سولیوشن۔

ان حالات میں عموماً خیاطت ثانویہ کا عمل ممکن ہوتا ہے۔ چنانچہ اس مقصد کے لئے پہلے ارد گرد کی جلد صاف کر لی جائے۔ اس کے کنارے کسی قدر اندر تک کاٹ لئے جائیں + زخم کے انگور کو اچھی طرح کھرچ لیا جاتا ہے۔ اور جریان خون کو پورے طور پر بند کر دیا جاتا ہے۔ زخم کی سطح اثیر[1] یا الکحول[2] سے خشک کر دی جاتی ہے اور ہوشیاری کے ساتھ عصیدۂ مذکور لگا دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ٹانکے لگائے جاتے ہیں۔ اندر کے ٹانکے عضلی شگافوں میں وتر[3] الہر دبلی کے تانت) سے اس کے بعد کے ٹانکے جریشمی[4] ڈورے یا وتر دوالقز[5] ریشمی کیڑے کے تانت) سے دیے جائیں رزخم کا بیشتر حصہ اسی سے سیا جاتا ہے) اس کے بعد بیرونی جلد کو ٹھیک اپنی وضع پر قائم کر کے باریک وتر الہر[6] رودۂ گربہ) سے سی دیا جائے +

عصیدۂ مارلین اُن زخموں کے لئے بھی مفید شئی ہے جو تندرست ساختوں میں سڑی گلی ہڈیوں کے خارج کرنے۔ یا متعفن تجاویف کو خالی کرنے کے لئے پیدا کیے جاتے ہیں۔ ان اجزاء کو خلط کرنے کے بعد عصیدۂ مذکور اچھی طرح مل دیا جائے۔ اس سے عفونت کے آثار و افعال بند ہو جاتے ہیں + مرکز عفونت کے کھولنے یا مردہ ہڈی کے ٹکڑے (رمۃ[7]) کو نکالنے کے لئے زندہ ہڈی کے تراشنے (جرد[8]) میں ہڈی میں مکرر عفونت (عدوی) کے لگ جانے کا زبردست احتمال ہوتا ہے۔ اس صورت میں عصیدۂ مذکور کا استعمال ہڈی کے خانوں میں عفونت کے پھیلنے سے باز رکھتا ہے۔ کسی عضو کے مکرر کاٹنے میں بھی (خاصکر جبکہ انگور کی سطحیں موجود ہوں) عصیدۂ مذکور کا استعمال عام طور پر کیے ہوئے

---

[1] سکنڈری سیوچر
[2] ایتھر۔
[3] الکہال۔ [4] کیٹ گٹ۔
[5] سلک
[6] سلک ورم گٹ۔
[7] بی آئی پی پی۔
[8] سی کولسٹرم۔
[9] چی سلنگ۔

عضو کی حفاظت کرتا ہے۔ اور اس سے جراح کو بہت جلد یہ موقع مل جاتا ہے کہ وہ زخم کو بالکل بند کر دے۔ اور زخم کے سرعتِ اندمال کی اُمید رکھے +

اس دوا کے استعمال سے گاہے سمی علامات نمودار ہو جاتی ہیں۔ جس کا زیادہ تر تعلق بسمت[1] کی سمیت سے ہے + مسوڑھوں کا گہرا چمکدار نیلا ہو جاتا ہے گاہے یہی رنگ رخساروں اور زبان کی غشاء مخاطی پر بھی ہوتا ہے۔ گاہے معدہ اور امعاء کے اندر بھی خرابیاں بصورت درد۔ قولنج و اسہال ظاہر ہوتی ہیں۔ اور گاہے موت بھی واقع ہو جاتی ہے۔ گاہے قولون[2] کے تعریج[3] سینی میں قرحہ[4] اور تاکل[5] پایا جاتا ہے + اس میں یہ بھی احتیاط چاہئے کہ پیرافین بالکل خالص ہو۔ اگر یہ پورے طور پر مصفی نہ ہو۔ تو اکثر حالات میں زخم کے کناروں پر خراش پیدا ہو جاتی ہے +

آخر میں ہمیں یہ بھی بتانا ہے کہ زخم کے اندر عصیدۂ مذکور کی موجودگی شعاع[6] رانتجینی کے امتحان میں خلل اندازی کرتا ہے۔ کیونکہ سایہ پیدا کرتا ہے۔ اور یہ کہ عصیدۂ مذکور کا بکثرت استعمال قایم رہنے والا ناصور اور گاہے دوسرا پھوڑا پیدا کر دیتا ہے۔ اور یہ کہ اُس وقت تک اچھا نہیں ہوتا جب تک کہ تمام غیر ضروری مقدار خارج نہ ہو جائے +

فلے وائن۔ بحالت محلول (ایک فی ہزار) کو بعض لوگ بہت پسند کرتے

---

[1] بسمتھ
[2] میوکس ممبرین۔
[3] کولن۔
[4] سگمائڈ فلکسر۔
[5] السر۔
[6] اسلفنگ۔
[7] اکس ریز۔ رانٹ جن ریز۔
[8] پیسٹ

ہیں۔ اور ان کا یہ دعویٰ ہے کہ اس کی قوت دفع عفونت مصل[1] دم کی موجودگی میں زیادہ ہو جاتی ہے (اور اخضر[2] آمودات ادویہ کا فعل مصل مذکور کی وجہ سے دب جایا کرتا ہے) نیز اس کی وجہ سے فعل ہضم جراثیم (ہجوم[3] بیضاوات) اور زندہ اعضاء کے افعال میں بھی کوئی فساد نہیں آتا۔ نیز یہ بالکل غیر سمی مرکب ہے۔ نیز اس کے اثرات عفونی زخموں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ جبکہ اس کے محلول میں دھجی تر کر کے زخم کے اندر دیر تک رکھی جاتی ہے۔ اور ساختوں کے ساتھ ملی ہوئی چھوڑ دی جاتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے جراثیم بہت جلد تباہ ہو جاتے ہیں۔ اور زخم بہت سرعت سے پاک ہو جاتا ہے۔ لیکن بہت سے مبصرین ان دعاوی کی اور غیر معمولی شفا بخشی کی تصدیق نہیں کرتے + عام رائے یہ ہے کہ جب پیپ کا رستا بند ہو جائے افعال اندمال میں بھی تاخیر ہو جائے۔ اور بشور[4] کی پیدائش رک جائے۔ چنانچہ ایک ہفتہ کے بعد اگرچہ زخم میں پیپ نہ آئے تاہم زخم کی سطح ایسی نظر آئے جیسی کہ زخم کے شروع میں ہوتی ہے + کچھ عرصہ کے بعد ایک زرد پپڑی یا جھلی سی بنجائے جس میں کھلی ہوئی ساختوں کے بیرونی (سطحی) طبقات بھی شریک ہوں اور زخم قرحہ[5] صلبہ کی طرح نظر آئے تو ان حالات میں اگر فلیوائن کا استعمال ترک کر دیا جائے۔ اور اس کے بجائے دوسری چیزیں مثلاً معمولی[6] محلول نمک یا یوسٹال استعمال کی جائیں۔ تو بہت جلد زخم کی حالت اچھی نظر آنے لگتی ہے + گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ زخم دوسری دافع عفونت ادویہ سے اچھے نہیں ہوتے ہیں، مگر جب فلیوائن استعمال کیا

[1] بلڈ سیرم۔	[5] کیلس السز
[2] ہائپو کلورائٹس۔	[6] نارمل سالٹ سولیوشن۔
[3] فیگوسائی ٹوسس۔	[7] ایک دافع عفونت سیال۔
[4] اپی تھیلیم۔	

جاتا ہے۔ تو بہت جلد صاف ہو جاتے ہیں۔ علی الخصوص اُس وقت جبکہ زخم ایسے مقام میں ہوں جہاں سے پیپ بآسانی بہ نہ سکتی ہو۔ بلکہ وہاں یہ خطرہ ہو کہ پیپ پھوٹ کر عضلات کی جھلیوں (لفافہ)[1] کے اندر یا عضلات کے درمیان چکی جائے گی۔ مثلاً پنڈلی اور پشت میں + اسی طرح یہ عضو کے مکرر کاٹنے (قطع العضو)[2] کے وقت عضوی ساختوں کے لئے قابل استعمال اور مفید ہے۔ فلیوائن کے بھرائو (حشو)[3] کے اوپر لٹکتے ہوئے گوشت کو باہم ملا کر سی دینا چاہئے۔ گاہے عضوی زخموں کے چیرنے کے بعد بھی بعینہ اسی طرح عمل کیا جاتا ہے۔ جس میں فوراً ٹانکہ لگانا نامناسب نظر آتا ہے۔ گاہے جوڑوں میں پیپ پڑ جاتی ہے۔ اور ان میں فلیوائن کی پچکاری کی جاتی ہے۔ جس سے اچھے نتائج برآمد ہوتے ہیں۔ پہلے اس جوف کی پیپ کو امتصاص[4] کے ذریعہ (آلہ مصاصہ سے) یا معمولی محلول نمک کی پچکاری سے دور کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد فلیوائن کی پچکاری کی جاتی ہے + آخر میں ہمیں یہ بتانا ہے کہ یہ بالکل امر واضح ہے کہ فلیوائن میں بہت سی مفید قوتیں موجود ہیں۔ لیکن بہت ممکن ہے کہ ابھی تک ہمیں اس کے صحیح استعمال کا طریقہ نہ معلوم ہو۔ بہرحال ضرورت ہے کہ قبل اس کے کہ اس کی قدر و قیمت کے متعلق کوئی مستقل یقینی[5] رائے قائم کیا جائے ابھی بہت سے تجارب مختلف طریقوں سے کیے جائیں +

طریقۂ علاج[6] استاذ ذرائٹ

اس میں شک نہیں کہ جنگ (عظیم) چھڑ جانے کے وقت گولی کے عضوی

[1] فیشیا۔	[5] ایس پائی ریٹر۔
[2] اسپوٹے شن	[6] سر آلم را تھ رائٹس فزیالوجیکل
[3] پیکس۔	مے تھڈ آف ٹریٹنگ وونڈز۔
[4] ایس پائی ریشن۔	

زخموں میں تمام غیر عفونی اور دافع عفونت تدبیریں جو غیر جنگی زخموں میں مفید ثابت ہوا کرتی ہیں بہت زیادہ ناکام رہیں۔ اگرچہ گمان غالب یہ ہے کہ اس کی وجہ یہ نہیں ہے کہ علامہ لسٹر کے اصول غلط ہیں۔ بلکہ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان کے اصول و تدابیر کو نیم توجہی اور بے دلی سے برتا گیا + معمولی غیر عفونی تدابیر تو بالکل بے فائدہ ثابت ہوئیں۔ لیکن خطرناک جنگی زخموں کے مقابلہ کے لئے ماہران علم الامراض و علم الجراحت کی بہترین مساعی کو دعوت عمل دی گئی + ان میں سب سے اہم اور قابل ذکر فاضل رائٹ کے مساعی ہیں جنہوں نے اپنے معمل[1] میں اس مسئلہ پر غور و فکر کرنے کے بعد عدوی یا عفونت کے اس جدید طریقہ علاج کی بنا ڈالی۔ انہوں نے بتایا کہ گولی کے تازہ زخموں کی سطح علی العموم غیر عروقی[2] ہوتی ہے کیونکہ اس مقام کی ساخت مردہ ہو جاتی ہے۔ اور یہ کہ عروق[3] جاذبہ کی فضائیں کھلی ہوئی ہوتی ہیں۔ اس مقام میں سوائے اس کے اور کوئی صورت حفاظت کی نہیں ہو سکتی کہ سفید دانوں سے (جو کہ یہاں جمع ہو جاتے ہیں) اور مایئت دم سے (جو کہ یہاں مترشح ہو جاتی ہے) مدد لی جائے۔ لیکن جراثیم ان پر حملہ آور ہو کر ان کو فاسد کر دیتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جراثیم نہایت شدید سمیت کے ہوتے ہیں چونکہ یہاں جراثیم کو مناسب خوراک بکثرت مل جاتی ہے۔ اور عموماً نہایت تیزی کے ساتھ یہاں بڑھ جاتے ہیں۔ اس لئے مجروح ساختوں میں نہایت وسعت سے پھیل کر وسیع رقبہ میں التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ اور تجربہ سے یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ زخمی آدمیوں کے شفاخانہ تک پہونچنے میں اکثر دیر لگ جایا کرتی ہے۔ اس لئے اور بھی مرض میں ترقی اور خطرات میں اضافہ ہو جاتا ہے +

[1] لیبورٹیری۔ [2] نن ویسکیولر	[3] لفٹ ٹک اسپے سیز۔

اس قسم کے زخموں کے علاج میں اہم مشکلات یہ ہیں:-

(۱) جراثیم اس قدر گہری ساختوں میں نفوذ کر جاتے ہیں کہ تا وقتیکہ اچھی ساختوں کی بڑی مقدار تباہ نہ کر دی جائے اُس وقت تک ان کا دور کرنا محال ہوتا ہے۔

(۲) مجروح ساخت میں رطوبات کا ترشح ہوتا ہے۔ اور وہ متورم ہو جاتی ہے عروق[1] شعریہ کا دوران خون خراب ہو جاتا ہے۔ کیونکہ مائیت مترشحہ کا رگوں پر دباؤ پڑتا ہے۔ یعنی بالفاظ دیگر زخم مائیت دم سے محدود (گھرا ہوا) ہوتا ہے۔ اور وہاں رطوبات کا بہت کم اخراج ہوتا ہے۔

(۳) جو مائیت رگوں سے باہر آکر زخم میں جمع ہوتی ہے۔ وہ فاسد ہو کر اپنے تیز اور شدید طبعی خواص (ضد[2] جراثیمی) کو کھو دیتی ہے۔ یا فرکین[3] کی موجودگی کے باعث بگڑ جاتی ہے۔ جو کہ سفید دانوں کے ٹوٹنے سے پیدا ہوتی ہے۔ علیٰ ہذا وہ مصل جو فرکین کے ساتھ ملا ہوا ہوتا ہے (مصل[4] فرکی) وہ جراثیم کے لئے بہترین خوراک ہے۔ یہی وجہ ہے کہ عدوی سے مقابلہ کرنے کے لئے طبیعت کی تمام کوششیں جراثیم کی افزائش کے لئے مناسب ہوتی ہیں۔ تاوقتیکہ ہوشیاری کے ساتھ اس پر قابو نہ کیا جائے۔ اور اس کی مناسب اصلاح نہ کی جائے۔

(۴) گلے سڑے اجزاء (تاکلات[5]) کا آس پاس ہونا تازہ جراثیم کی افزائش کے لئے مستقل پوشش بنجاتا ہے۔ اگر یہ اجزاء دستکاری کے ذریعہ دور نہ کیے جائیں تو طبعی افعال کی وجہ سے یہ وہاں سے جدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس

---

[1] کپلریز
[2] اینٹی بیکٹیریل
[3] ٹرپ سین
[4] ٹرپ سی نائزڈ سیرم
[5] اسلف

طبعی فعل میں یہ امر بھی شریک ہے کہ جزوی یا کلی طور پر فرکین[1] کی وجہ سے جو کہ زخم کے مواد میں موجود ہوتی ہے۔ یہ تاکلات منہضم بھی ہوتے ہیں (یعنی فرکین کی وجہ سے یہ منحل ہو جاتے ہیں) یہ فعل ہضم جس طرح مردہ اجزا کے دور کرنے میں مفید ہے۔ اسی طرح یہ بھی ممکن ہے کہ یہ زندہ اعضاء میں پھیل کر اور اہم اجزاء کو مبتلا کر کے دوسری شکایات (آفات ثانویہ[2]) پیدا کر دے مثلاً شرائین کی دیواریں مبتلا ہو جائیں (اس کے بعد یہ پھٹ جائیں۔ اور جریان خون ہونے لگے)۔

جب اس قسم کا عدوی واقع ہو تو علاج کے بڑے وسائل کا تعلق تین چیزوں سے ہوتا ہے۔

(۱) مائیت[3] دم سے۔ جب یہ تازہ ہوتی ہے۔ تو یہ امر مسلم ہے کہ اس میں جراثیم کے مارنے کی پوری خاصیتیں ہوتی ہیں۔ اور فرکین[4] کے برباد کرنے کی بھی کافی قوت ہوتی ہے۔ جس شخص میں عدوی کا اثر ہوتا ہے۔ اس میں یہ دوسری قوت تیزی سے بڑھنے لگتی ہے۔ لیکن مائیت کے باسی ہونے پر یہ کھو جاتی ہے۔

(۲) خون کے سفید دانوں سے اور اس کی قوت ہضم جراثیمی (ہجوم بیضادات) سے۔ جس سے جراثیم تباہ ہو جاتے ہیں۔ اور اعضاء میں قوت اندمال بڑھ جاتی ہے۔

(۳) اعضاء کی ساخت سے۔ یہ ظاہر ہے کہ جب جراثیم اعضاء کے اندر اچھی طرح کمزور ہو جاتے ہیں۔ تو اعضاء کی ساخت فوراً اپنا غلبہ ظاہر کرتی۔ اور تیزی

۱ ٹرپسین۔	۳ ملف
۲ سکنڈری۔	۴ ٹرپسین۔

کے ساتھ ان کے طبعی افعال انذمال کے آثار نمایاں ہونے لگتے ہیں۔

زخم کے طبعی افعال میں جو مزاحمت اور برائیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان سے مقابلہ کرنے اور افعال انذمال میں تحریک پیدا کرنے کے لئے فاضل رائٹ یہ مثلہ اخضر آمیز (نمک) کا محلول استعمال کرتے ہیں۔ خواہ بصورت محلول[1] قوی یا بصورت محلول[2] مستوی + محلول نمک قوی (۵ یا ۱۰ فیصدی) مختلف جہات سے مفید اثرات رکھتا ہے (۱) ساخت سے انصباب مائیت میں تقویت پہونچاتا ہے۔ جس سے نہ صرف یہ فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ باسی (رویرکی) مائیت دور ہو جاتی ہے۔ اور اس کی بجائے تازہ اور مفید مائیت حاصل ہو جاتی ہے۔ بلکہ احتباس مائیت کو کم کر کے خون کی آمد اور اعضاء کے تغذیہ کو بڑھا دیتا ہے (۲) یہ خون کے سفید دانوں کے خروج کو بھی محدود کر دیتا ہے۔ جس سے پیپ کا ترشح کم ہو جاتا ہے (۳) جس سفید دانہ سے یہ ملاقی ہوتا ہے اُسے توڑ کر فرکین[3] کی ایک محدود مقدار زخم کے اندر چھوڑ دیتا ہے۔ جو زخم کے مردہ اجزا کو اپنی قوت ہضم و تقطیع سے ڈھیلا کرنے پر قادر ہوتا ہے۔ اور اس قوت میں زیادتی اسوجہ سے نہیں ہونے پاتی کہ اچھی مائیت میں اس کے خلاف عمل کرنے کی قوت (مضاد[4] فرکین) پائی جاتی ہے۔ ان حقائق و واقعات سے یہ امر واضح ہے کہ محلول نمک قوی جراحات عدوی کے ابتدائی مراحل کے علاج کے لیے ایک قیمتی شئی ہے۔ لیکن اس کے بعد ایک ایسا وقت آتا ہے کہ اس کا اثر گم ہو جاتا ہے اور اس وقت یقیناً اس کا استعمال مفید ہونے کی بجائے مضر ہوتا ہے۔ اور

۱۔ ری پیر۔	۴۔ آسموٹانک سولیوشن۔
۲۔ سوڈیم کلورائڈ۔	۵۔ ٹرپ سین۔
۳۔ ہائپرٹانک سولیوشن۔	۶۔ اینٹی ٹرپ ٹک۔

جراح اس وقت معمولی محلول نمک (محلول مستوی) ہوشیاری کے ساتھ استعمال کرسکتا ہے (۸۵ فیصدی) اس سے سفید دانے جذب ہوکر آتے ہیں اور اس لئے عمل ہضم جراثیمی (ہجوم بیضاوات) میں مدد مل جاتی ہے۔ اور جراثیم کا آخری قلع قمع ہوجاتا ہے۔

نمک کا محلول قوی کیونکر عمل کرتا ہے؟ اس میں بہت کچھ بحث و تمحیص کی جاچکی ہے۔ استاذ رائٹ کا یہ دعویٰ ہے کہ یہ ساختوں سے عمل ترشیح کے ذریعہ رطوبات کو جذب کرتا ہے۔ لیکن بڑے زور سے اس کی تردید کی گئی۔ ایک فاضل کا خیال ہے کہ مائیت کے انصباب میں کمی اس وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے کہ (۱) بیرونی سطح پر خشک شدہ مائیت دمویہ جمع ہوجاتی ہے۔ جس سے مسامات بند ہوجاتے ہیں (۲) مائیت دم کے مجاری عروق کے دہانے بند ہوجاتے ہیں۔ جس سے مائیت سطح تک نفوذ کرنے سے رک جاتی ہے۔ چنانچہ خشک شدہ مائیت کو مرطوب چیزوں کے لگانے سے قابل نفوذ (متحلل) بنایا جاسکتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر صرف لیفین کے جال اور مسامات ہوتے ہیں۔ جو پیپ کے دانوں سے بند رہتے ہیں۔ اگر محلول نمک قوی اس پر استعمال کیا جائے۔ تو دانہائے مذکور کی رطوبتیں چھن کر باہر چلی آتی ہیں۔ اور دانے سکڑ جاتے ہیں۔ اس لئے ساخت کے عروق جاذبہ کی رطوبت کے لئے راستہ کھل جاتا ہے۔ اسی وجہ سے مائیت بکثرت بہنے لگتی ہے۔

اس میں کچھ شک نہیں کہ محالیل قویہ کا استعمال جراحات عدویہ میں فائدہ سے

۱۔ نارمل سالٹ سولیوشن۔	۴۔ پرمی ایبل۔
۲۔ فیگوسائی ٹوسس۔	۵۔ فائبرین۔
۳۔ پیری مارجین۔	۶۔ ہائی پرٹانک سولیوشنز

خالی نہیں۔ مگر یہ ضروری نہیں کہ محض محلول نمک ہی سے یہ فوائد مترتب ہوں۔ بلکہ اس کے علاوہ اور بھی بہت سی چیزیں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ مثلاً حلویین[1] (جیسا کہ پرانے طریقہ کے مطابق مستحلب[2] نمل سفشی میں دس فیصدی استعمال کی جاتی تھی) شکر (۱۰ یا ۲۰ فیصدی) اسی طرح اس کے مانند دوسری چیزیں مثلاً ۲½ فیصدی صابون[3] سبز کا محلول + فاضل رائٹ یہ بھی کہتا ہے کہ محلول دکن[4] بھی زیادہ تر محلول قوی کی طرح اثر کرتا ہے +

مختلف زخموں میں محالیل مذکورہ کا استعمال مختلف طرق سے کیا جاتا ہے بیرونی سطح کے معمولی جراحات و تفرقات میں صرف اس قدر کافی ہے کہ سطح پر سنالہ[5] مطہر یا جائی کی معمولی گدی بنا کر رکھدیں۔ اور اسکو محلول مذکور سے تر کیجیں یعنی اس پر محلول مذکور ڈالدیا کریں۔ یا اس گدی کو وقتاً فوقتاً محلول مذکور میں ڈبولیا کریں۔ لیکن بہتر ہے کہ محلول کو کسی ظرف میں لٹکا کر قطرہ قطرہ ٹپکائیں۔ لیکن گہرے زخموں میں محلول کے پہونچانے کے لئے دکن کا طریقہ اختیار کریں۔ جس میں ربر کی نالیاں زخم کے اندر رکھی جاتی ہیں۔ جن میں سیال جاتا ہے اور زخم میں ہوکر باہر آجاتا ہے +

جس زخم کا علاج اس طریقہ سے کیا جاتا ہے۔ اُس کی شکل مخصوص ہوجاتی ہے۔ یعنی وہ بالکل صاف ہوجاتا ہے۔ رنگت گلابی اختیار کرلیتا ہے۔ انگور کی ایک باریک تہ سطح پر محیط ہوجاتی ہے۔ جس سے تھوڑی تھوڑی پیپ بہتی ہے یا پیپ بالکل نہیں ہوتی۔ جراثیم کی تعداد بھی بہت گھٹ جاتی ہے + اس قسم کے

[1] گلیسرین۔	[4] لنٹ۔
[2] آیوڈوفارم ایملشن۔	[5] گاز۔
[3] سولیوشن آف گرین سوپ۔	[6] کارل ڈکن میتھڈ۔

زخم بہت اچھے دکھائی دیتے ہیں۔ اگرچہ بدقسمتی سے گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ جب تک محلول قوی کا استعمال جاری رہتا ہے اُس وقت تک فعل اندمال بھی سست ہوتا ہے۔ لیکن اگر اس کی بجائے معمولی محلول نمکین استعمال کیا جائے تو زخم کی سطح بھوری ہو جاتی ہے۔ اور پیپ کی کافی مقدار بہنے لگتی ہے۔ گرانگور بہت جلد بنجاتے ہیں۔ اور فعل اندمال تسلی بخش صورت میں جاری رہتا ہے +

مذکورہ بالا خرابیوں کی اصلاح کے لیے بطور ترمیم کے دوسری صورت پیش کی گئی ہے جس میں زخم کے اندر نمک خاص طور پر بھرا جاتا ہے (علاج بالجرم الملح) اس طریقہ کے مطابق پہلے زخم کو ہاتھ سے اچھی طرح صاف کیا جاتا ہے اس کے بعد مطہر جالی کو چار چہ تہ کر کے ۵ فیصدی کے محلول نمک میں تر کیا جائے اور زخم کے ہر ایک گوشے میں اس طرح بھرا جائے۔ کہ زخم کی پوری سطح اچھی طرح اس سے ملاقی ہو جائے۔ اس کے بعد ۲۰ رتی کی چند نمک کی ٹکیاں اس کے اوپر زخم کے زیادہ گہرے حصہ میں رکھدی جائیں۔ اس کے بعد زخم کے جوف کو اچھی طرح جالی سے بھر دیا جائے۔ تاکہ نمک کی قرصیں بیچ میں آجائیں۔ اور اوپر نیچے جالی سے گھر جائیں۔ زخم کے جوف میں کوئی جگہ نہیں چھوڑنی چاہئے جس میں پیپ جمع ہو سکے۔ اس کے بعد بیرونی سطح پر جالی کو کئی تہ کر کے رکھدیا جائے۔ پھر اون کی موٹی تہ رکھکر اچھی طرح باندھ دیا جائے۔ اس سے مواد بکثرت خارج ہوتا ہے۔ اور اگر بیرونی اون وغیرہ تر ہو جائے تو نیا اون استعمال کیا جائے۔ ورنہ زخم کو چار پانچ روز تک چھوڑ دیا جائے۔ بشرطیکہ نبض حرارت

۱؎ سالٹ پیک ٹریٹ منٹ	۲؎ ٹیبلٹ۔

اور درد میں زیادتی نہ ہو۔ اور پٹی بدلنے کی ضرورت داعی نہ ہو۔ بعض اوقات پٹی کھولنا کراہت اور ناگواری طبع کا باعث ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ بڑی حد تک بیرونی حصے تک ہی محدود ہوتا ہے۔ اس کی بو اس طرح کم کی جا سکتی ہے کہ جالی کے بیرونی (سطحی) طبقات پر کلورومین ٹی سفوف[1] چھڑک دی جائے پہلے مرتبہ پٹی بدلنے کے وقت (جو کہ عموماً بحالت بیہوشی کی جاتی ہے) زخم کے اندر سے وہ بھری ہوئی چیزیں بآسانی خارج ہو جاتی ہیں۔ زخم کی سطح کھلنے پر گلے سڑے اجزا (تا کلات) سے پاک نظر آتی ہے۔ اور اس سے جو پیپ بہتی ہے وہ اچھی قسم کی ہوتی ہے۔ پھر وہاں کی جلد پر بنفشین[2] لگا دی جاتی ہے۔ اور پانچ چھ روز کے لئے پھر وہی عمل کیا جاتا ہے۔ یعنی دوسری نئی جالی اوسی طرح زخم کے اندر بھر دی جاتی ہے۔ جس کی مقدار پہلے سے کم ہوتی ہے۔ جب زخم کی سطح بالکل صاف نظر آتی ہے۔ تو خیاطت ثانویہ[3] کا عمل کیا جاتا ہے۔ نرم اعضاء کے اکثر زخم اس حالت میں تین ہفتے تک رہتے ہیں۔

یہ بتانا نہایت ضروری ہے کہ فاضل رائٹ بذات خود اقرار کرتا ہے کہ اعضاء کی مردہ فضائیں۔ یعنی وہ فضائیں جن میں پیپ تھیلیوں میں جمع ہو جاتی ہے۔ خواہ اس کے ساتھ مردہ اجزا۔ بوسیدہ ہڈی وغیرہ موجود ہو یا نہ۔ ان فضاؤں کو اچھی طرح کھول دینا اور مواد کے بہاؤ کا انتظام کرنا چاہیئے۔ ورنہ محلول[4] تک شدید القوت کے استعمال سے کوئی مفید نتیجہ برآمد نہ ہوگا۔ زخم کے مواد کے لئے اخراج کا اس طرح انتظام کرنا کہ پیپ یا کسی رطوبت کو ان مردہ فضاؤں

[1] پاؤڈر۔	[3] سکنڈری سیچر۔
[2] آیوڈین۔	[4] ہائی پرٹانک سالٹ سولیوشن۔

میں جمع ہونے کا موقع نہ ملے۔ سالہا سال سے جراحت عدوی کے علاج کی بنیاد رہا ہے +

بہت ممکن ہے کہ مذکورہ بالا جدید طرق میں سے بعض زیادہ عرصہ تک پائدار نہ رہیں۔ لیکن اُس حقیقی اور صحیح ترقی سے کسی طرح انکار نہیں کیا جاسکتا۔ جو ان میں سے بعض کے ساتھ وابستہ ہیں +

اس امر کا مطالعہ دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ ان طریقوں سے غیر فوجی زخمیوں میں کس قدر نتائج اچھے مرتب ہوتے ہیں۔ اور اسی قسم کے فوجی زخمیوں میں کس قدر۔ لیکن اس میں ایک بات کو فراموش نہ کرنا چاہئے کہ غیر فوجی زخمی عام طور پر ایسی صحت نہیں رکھتا۔ جیسی کہ ایک زخمی سپاہی۔ اسی وجہ سے سپاہی میں قوت مقابلہ زیادہ ہوتی ہے۔ اسی طرح برعکس اس کے یہ امر بھی ذہن نشین ہونا چاہئے کہ غیر فوجی زخمیوں کا علاج بمقابلہ میدان جنگ کے زیادہ مستعدی سے کیا جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ان دونوں کے درمیان صحیح طور پر مقابلہ نہیں کیا جاسکتا +

۴۔ تعفن دم[1]

یہ ایک شدید عفونی حالت ہے۔ جو تمام بدن میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ حالت اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ بعض قسم کے پیپ کے جراثیم خون میں بڑھ جاتے ہیں + یہ تقیح[2] دم سے اس طرح ممتاز ہے کہ اس میں پھوڑے (اخراج ثانویہ) نہیں ہوتے ہیں (اگرچہ بعض حالات میں اس کے ساتھ پھوڑے بھی ہوتے ہیں جیسا کہ اس کے بعد ذکر کیا جائے گا۔ اور تسمم دم[3] اور تسمم عفن[4] سے اس طرح ممتاز

[1] سپٹی سیمیا۔	[4] ٹاکسی میا۔
[2] پائی میا۔	[5] سیپریمیا۔
[3] سکنڈری ایبسنز۔	

ہے کہ یہ [illegible] محض جراثیمی سمیت (سیمین[1]) کے خون میں جذب ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ یہ جراثیم ایک مخصوص مریض حصے میں پیدا ہوتے اور وہیں تک محدود رہتے ہیں۔ برعکس اس کے تعفن دم میں جراثیم خون کے دوران میں گردش کرتے ہیں۔ اگرچہ بہت سی حالتوں میں ان کی تعداد اس قدر قلیل ہوتی ہے کہ جراثیمی امتحان کے لئے خون کی بڑی مقدار لینی پڑتی ہے (مثلاً ۸۰ بوند یا زیادہ) بلکہ کبھی تعفن دم کی شدید حالتوں میں ایسے اوقات بھی آجاتے ہیں کہ جراثیم قطعاً ثابت نہیں ہوتے۔ اس لئے یہ ضروری ہے کہ اگر کسی ایک امتحان میں ان کا وجود ثابت نہ ہو تو اس پر یقین نہ کرنا چاہئے۔

بحث[2] جراثیمی۔ عام طور پر اس میں کرویات[3] عقدیہ صدیدیہ ہوتے ہیں۔ جو تقریباً ۵۰ فیصدی احوال میں پائے جاتے ہیں۔ یہ تقریباً اس تعفن دم میں ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ جو امراض[4] نفاسیہ (پرسوت) اور قلب کی اندرونی جھلی کے التہاب[5] تقرحی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب کا تقرح دوران خون میں جراثیم کو اس طرح شامل کرتا ہے گویا وہ جراثیم کا سرچشمہ ہے۔ کرویات عقدیہ کے بعد بلحاظ کثرت کرویات[6] ذات الریہ کا درجہ ہے۔ جو گاہے تعفن دم پیدا کرتا ہے۔ خواہ پھیپھڑے میں یا کسی اور مقام میں تفرق اتصال کا پتہ نہ بھی چلے۔ اور کرویات[7] عنقودیہ بھی اس مرض کا مشہور اور عام سبب ہے۔ مگر اس کے خطرات بمقابلہ دوسرے دونوں اقسام کے کم ہوتے ہیں۔

[1] ٹاکسین۔	[5] پوٹرپرل ڈیزیز۔
[2] کیوبک سنٹی میٹر۔	[6] السریٹو انفلامیشن۔
[3] بیکٹیریالوجی۔	[7] نیوکوکس
[4] اسٹرپٹوکوکس پایوجینس۔	[8] اسٹے فیلوکوکس پایوجینس۔

غصاتِ[1] قولونیہ اور اس کے مانند دیگر جراثیم مثلاً غصاتِ[2] قحبیہ زرقاء رنیلی پیپ کے جراثیم) غصاتِ[3] اوذیما ویہ خبیثہ۔ اور کزو[4] یہ سوزاک سے یہ مرض شاذ و نادر ہوتا ہے۔

کیفیت حدوث۔ تعفن دم کی حالت عام طور پر اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ براہِ راست کوئی جرثومہ بدن کے کسی خفیف تفرق الاتصال کی راہ بدن کے اندر داخل ہو جاتا ہے (تلقیح[5]) جیسا کہ گاہے اُن زخموں سے ہو جاتا ہے جو تشریح[6] بعد الوفات سے پیدا ہوتے ہیں۔ یا اُن خراشوں اور جلد کے سوراخوں سے ہوتا ہے جو آلودہ سوئی (یا دبابیس) یا آلودہ آلات جراحیہ سے حادث ہوتے ہیں۔ یہ گاہے جراحی عملیات کے زخموں سے اور گاہے شدید جراحات[7] تمزقیہ (پھٹے ہوئے زخم) سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ حالت عام طور پر فانغرانا ساعیہ (پھیلنے والا غانغرانا) کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ اور گاہے یہ فلغمونی[9] اور آکلۃ الفم[10] کے ساتھ بھی ہوتی ہے۔ مریض جو اس مرض میں مبتلا ہوتا ہے وہ عام طور پر نہایت نحیف و ضعیف اور لگری ہوئی حالت میں ہوتا ہے۔ جس میں گاہے اس وجہ سے بھی زیادتی ہو جاتی ہے کہ وہ شراب یا کسی دوسری چیز کا عادی ہوتا ہے جس کی وجہ سے اُس کی طبعی قوت بہت کم ہو جاتی ہے۔ اور مرض کے حملوں کے مقابلہ کی تاب نہیں رہتی۔

مقام تلقیح میں جہاں سے جراثیم داخل ہوئے ہیں گاہے کوئی مقامی تکلیف

۱۔ بیسی لس کولائی۔	۶۔ پوسٹ مارٹم آرگانی نیشن۔
۲۔ بیسی لس پایوسیانس۔	۷۔ پنز۔
۳۔ بیسی لس اوڈی میٹس مگنی۔	۸۔ بیسی ریٹیڈ انجریز
۴۔ گانوکوکس۔	۹۔ سیلیولائی ٹس۔
۵۔ انا کولیشن۔	۱۰۔ کنکرم اورس۔

بھی ہوتی ہے۔ جنکو ہم نے ابھی فلغمونی کے زیر عنوان بیان کیا ہے۔ یہ علامات معمولی التہابی سرخی سے لیکر شدید ترین غانغرانا[1] ساعیہ تک ہوتی ہے۔

علامات عمومیہ۔ بخار ہوتا ہے جو گاہے شدید قشعریرہ[2] (پھریری) سے شروع ہوتا ہے۔ حرارت ایک سو چار یا ایک سو پانچ درجہ تک ہوتی ہے۔ اور عام طور پر اسی شدت کے ساتھ قایم رہتی ہے۔ حمی لازمہ ہوتا ہے یعنی دن رات چڑھا رہتا ہے۔ جس میں کسی وقت خفیف سی کمی (فترہ[3]) آجاتی ہے۔ مگر وقفہ (تقطع) کبھی نہیں ہوتا۔ غذا کی خواہش بند اور ساتھ ہی متلی ہوتی ہے۔ زبان بھوری اور خشک ہوتی ہے۔ نبض سریع اور ضعیف۔ قلب کی آوازیں ہلکی۔ اور بذات خود قلب پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ جلد کی رنگت گاہے خفیف یرقانی ہوتی ہے اور اس پر خون کے نقطے نظر آتے ہیں۔ دست عام طور پر ہوتے ہیں۔ جس میں گاہے خون کی سرخی بھی نمودار ہوتی ہے۔ پیشاب[4] زلالی ہوتا ہے۔ جس میں خون بھی ہوتا ہے۔ مریض کو ہذیان[5] ہوتا ہے۔ اور سہاست[6] کی کیفیت طاری ہوتی ہے۔ اس کے بعد وہ مرجاتا ہے۔ اور گاہے موت سے پیشتر سانس میں تنگی[7] لاحق ہوتی ہے گاہے حرارت بہت زیادہ ہوجاتی ہے۔ اور گاہے بہت گھٹ جاتی ہے۔ لیکن حرارت کا درجۂ اعتدال سے کم ہونا اور باوجود اس کے نبض کا تیز ہونا ہمیشہ زیادہ خطرے کی علامت ہے۔ گاہے سفید دانے[8] خون میں زیادہ ہوجاتے ہیں جو ابتدائی حالت میں زیادہ نمودار ہوتا ہے۔ لیکن بری متمم نہیں اور مہلک علامات

۱ اسپریڈنگ گنگرین۔	۶ البیومی نس یورن
۲ جنرل ٹیٹس	۷ ڈلیریم
۳ ریگر	۸ کوما
۴ ری ژشن۔	۹ ڈسپنیا۔
۵ انٹرمٹن	۱۰ لیکوسائی ٹوسس۔

کے ظہور کے وقت یہ کیفیت نظر نہیں آتی۔ ان حالات میں اسی نسبت سے بیضاوات کثیر النوی بھی بڑھ جاتے ہیں +

گاہے اس مرض کی حالت اچھی رفتار پر ہوتی ہے۔ جبکہ مقامی مرکز عفونت کی مؤثر طریقہ سے تدبیر کی جاتی ہے۔ یا مناسب تلقیح[۱] کے ذریعہ علاج کیا جاتا ہے۔ حرارت بتدریج گھٹ جاتی ہے۔ اور مریض آہستگی سے اپنی سابقہ صحت پر لوٹ آتا ہے +

ظواہر بعد الوفات۔ (موت کے بعد کے احوال) لاش میں تعفن و فساد بہت جلد شروع ہو جاتا ہے۔ مرنے کے بعد اعضاء کی سختی (صلابت[۲] بعد الموت) شدید نہیں ہوتی ہے۔ اسی طرح موت کے بعد اعضا کی سیاہی رزرقت[۳] بعد الموت) علی الخصوص سطحی وریدوں کی لمبائی میں اور پیچھے کی طرف نمایاں ہوتی ہے۔ خون اچھی طرح نہیں جمتا ہے۔ اور وہ سیاہ قطران[۴] کی طرح ہو جاتا ہے۔ اگر خون کو ٹھہرایا جائے تو جمائیت (مصل[۵]) دانہائے خون سے خارج ہوتی ہے۔ وہ بہت زیادہ رنگین ہوتی ہے۔ کیونکہ دیگر شدید احوال عفونت و عدوی کی طرح اس حالت میں بھی خون کے سرخ دانے ٹوٹ جاتے ہیں۔ اسی حالت کے اوپر موت کے بعد کی سیاہی کی کمی و بیشی کا دارومدار ہے۔ اور اسی وجہ سے قلب کی اندرونی جھلی (غشاء[۶] مبطن قلب) اور بڑی رگوں کا اندرونی[۷] طبقہ موت کے بعد رنگین ہو جاتا ہے۔ اور اس قدر رنگین ہوتا ہے کہ پہلے اسکو التہاب[۸] ثریا نی منتشر

۱ پالی نیوکلیر۔	۶ سیرم۔
۲ ریگمین۔	۷ انڈوکارڈیم۔
۳ ریگمارٹس۔	۸ ٹیونیکا انٹی ما۔
۴ کیڈاویرک لیوی ڈیٹی۔	۹ ڈیفیوز آرٹرائی ٹس۔
۵ ٹار۔	

(پھیلا ہوا) کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ غشیۂ[1] مائیہ کی بہت سی فضائیں ایک رنگین سطوبت سے کم و بیش بھری رہتی ہیں۔ اور تقریباً تمام اغشیہ مائیہ کے نیچے علی الخصوص تامور[2] یعنی غلاف القلب اور غشاء[3] الریہ کے نیچے خون کی چتیاں (نقطہ نزفیہ[4]) نمایاں ہوتی ہیں۔ پھیپھڑوں کے اندر علی الخصوص اس کے پچھلے حصے میں شدید احتقان[5] خون (احتقان) اور اوذیما[6] کی حالت ہوتی ہے۔ جگر۔ طحال اور گردے بڑھے ہوئے۔ نرم۔ پلپلے اور خون سے پُر ہوتے ہیں۔ یہ حالت طحال میں نسبتاً زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر خردبین سے امتحان کیا جاتا ہے۔ تو اکثر غدد مفرزہ[7] کے بشرہ[8] میں انتفاخ[9] غامی کی علامتیں پائی جاتی ہیں +

حکایات برائے توضیح احوال۔ ایک خادمہ جس کی عمر بائیس سال کی تھی۔ موسم گرما میں کسی کیڑے نے اندرونی گوشۂ چشم (ماق انسی) کے پاس ڈس لیا اور غالباً یہ کیڑہ کسی گندہ (ملوث) مقام میں تھا جس سے زخم میں بھی گندگی جا پہونچی۔ چوبیس گھنٹے کے عرصہ میں اُسے متلی شروع ہوئی۔ اور لرزہ (ناقض) اور سردی سے بخار چڑھا جہاں کیڑے نے کاٹا تھا وہ ابھر گیا۔ اور اندرونی گوشۂ چشم میں ورم ناک رم ہوگیا جو نہایت سے بڑھکر نیچے کی طرف پھیل گیا۔ چوتھے دن کے ختم ہونے پر دیکھا گیا کہ اُس کی آنکھیں باہر نکلی ہوئی اور خون سے پر ہیں۔ اور ایک انتہائی صلابت معلوم ہوتی تھی۔ جو ناک کی بالائی دیوار سے چہرہ۔ گردن اور ورید دماغ کے مقام تک پھیلی ہوئی تھی۔ یہ صلابت غالباً ورید الوجہ (چہرہ کی ورید) کی تھی۔ جو غلیظ ہوگئی تھی۔ اور اس میں

[1] سیرس ممبرین۔
[2] پری کارڈیم
[3] پلیورا۔
[4] پٹے چی۔
[5] کنجسچن
[6] ایڈیما۔
[7] سکرٹنگ گلینڈز۔
[8] کلاڈڈی سوئلنگ۔
[9] اپی تھیلیم

بھی شک نہیں کہ یہ صلابت صرف اسی وریدتک محدود نہ تھی بلکہ آگے تک بڑھی ہوئی تھی + مریضہ کو بخار چڑھا ہوا تھا۔ اور ہذیان میں بک رہی تھی۔ چشم خانہ میں شگاف دیے گئے۔ تاکہ تناؤ اور ورم میں تخفیف ہو۔ اور جو پیپ وہاں موجود ہے وہ آسانی سے نکل سکے۔ مگر بیفائدہ۔ اس کے بعد مریضہ کو نیند کی سی کیفیت (سبات) طاری ہوگئی۔ اور ایک ہفتہ کے بعد مرگئی +

دوسری حکایت۔ ایک بوڑھا آدمی سڑک پر گر پڑا۔ دائیں طرف سے اُسکا ہاتھ چھل گیا۔ ایک ہی دن میں اُس کی کلائی پھول گئی۔ اور دو روز کے بعد غائر[1] یا ناسور ہوگیا۔ ارتشاح یعنی انصباب رطوبات کی کیفیت شانہ تک بڑھ گئی۔ اور پانچ روز کے بعد مریض شدید تعفن دم سے مرگیا +

تشخیص۔ تسمم عفن کو ان حمیات[2] طفیلیہ (بخار جن سے بدن پر دوڑے پیدا ہوں) سے مشخص کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے جو نہایت درجہ شدید ہوں۔ اور جن میں مریض اس قدر جلد ہلاک ہوجاتا ہے کہ ان حمیات کے خصوصی علامات نمایاں بھی نہیں ہونے پاتے۔ اس قسم کے حالات میں عموماً تشخیص کرنا ناممکن ہوتا ہے جب تک کہ اصل عدوی کی کوئی علامت وہاں موجود نہ ہو + اسی طرح شدید تسمم دم کی صورت میں جراحت عدوی (عفونت) کا کوئی نمایاں مقام ضرور ہوتا ہے لیکن گاہے تسمم دم کی حالت اس قدر شدید ہوتی ہے کہ تھوڑی دیر کے لئے یہ باور کرنا دشوار ہوجاتا ہے کہ ایا تعفن دم موجود ہے یا نہیں۔ لیکن اگر زخم کو اچھی طرح کھول دیا جاتا ہے اور مواد کے بہاؤ کا مناسب انتظام کرلیا جاتا ہے۔ تو بخار کے فوراً زائل ہوجانے سے اس امر کا یقین ہوجاتا ہے کہ یہ کوئی خطرناک عمومی ضرر نہیں ہے۔ بلکہ محض مقامی فساد ہے۔ اگر تشخیص کو زیادہ واضح کرنے کی ضرورت ہو تو خون کو

[1] اگزنتھی میٹا۔	[2] ٹاکسی میا۔

طرق زرعیہ (کاشت کے ذریعہ) سے امتحان کرکے دیکھا جائے (اگر جراثیم موجود ہونگے۔ تو تعفن دم سمجھا جائے گا۔ ورنہ بستم دم) + اسی طرح اسکو تقیح[1] دم سے اس طرح مشخص کیا جاتا ہے کہ تقیح میں قشریرہ (پھریری) بار بار نہیں آتا۔ اور نہ پھوڑے (اخرجہ ثانویہ) نکلتے ہیں +

انذار[2] (انجام مرض بتانا) شدید تعفن دم کا انجام علی العموم خطرناک ہوتا ہے لیکن اگر جدید وسائل علاج استعمال کیے جائیں جنکا ذکر ذیل میں کیا گیا ہے۔ تو اُمید اچھی ہوسکتی ہے۔ اور انجام بکی تعداد گھٹ سکتی ہے +

علاج۔ التہاب کے مقامی مرکز کا نہایت عجلت کے ساتھ علاج کیا جائے چوڑے چوڑے بہت سے شگاف دیں۔ صاف کریں۔ اور مواد کے اخراج کا مناسب انتظام کریں۔ یا اس مقام کو کلیتہً کاٹ کر پھینک دیں۔ لیکن افسوس یہ ہے کہ یہ عمل اکثر بے سود ثابت ہوتا ہے۔ کیونکہ خون اس سے پہلے آلودہ ہوچکا ہوتا ہے۔ ان تدابیر کے ساتھ مقویات۔ محرکات اور مناسب تغذیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر سبب مرض کرویات[3] عقدیہ ہوں۔ تو مصل[4] ضد کرویات عقدیہ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اس طریقہ علاج سے اکثر کامیابیاں ہوئی ہیں + یا یہ کہ ورید کے اندر معمولی[5] محلول نمک کو بڑی مقدار میں پچکاری کے ذریعہ داخل کریں۔ یہ عمل دن میں دو تین بار کرنا چاہیئے۔ اس عمل سے پیشاب اور دست بکثرت آتے ہیں۔ جس کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ اس کے ساتھ جراثیم اور اُس کے مواد خارج ہوجاتے ہیں۔ مگر یہ علاج جتنا کہ بستم دم میں مفید ہے اس قدر حقیقی

۱۔ پائی میا۔	۴۔ اسٹرپٹوکوکس۔
۲۔ سکنڈری ایسنز۔	۵۔ اینٹی اسٹرپٹوکوکس سیرم۔
۳۔ پراگنوسس۔	۶۔ نارمل سیلائن سولیوشن۔

تعفن دم میں نہیں ہے +

بعض حالات میں تلقیح ذاتی[1] سے علاج کیا گیا ہے۔ اور کامیابی ہوئی ہے چنانچہ اگر وقت اور مہلت اس کی اجازت دے (کیونکہ تلقیح کے تیار کرنے میں تین چار روز صرف ہو جاتے ہیں) تو اس طریقہ علاج کو بھی برتنا چاہئے۔ اور اس عرصہ میں تلقیح[2] ذخیرہ استعمال کی جا سکتی ہے۔ جو اسی قسم کے خارجی جراثیم سے تیار کی گئی ہو +

تلقیح عینی[3] یا تلقیح ذاتی[4] سے وہ مادہ تلقیح مراد ہے جو براہ راست مریض کے خون سے تیار کی گئی ہے۔ اور تلقیح خارجی[5] یا غیری سے مراد وہ ہے جو دوسرے شخص کے خون سے تیار کی گئی ہو۔ مترجم۔

لیکن یہ ضروری ہے کہ شدید اور مہلک احوال میں اس سے اتنا زیادہ فائدہ نہیں ہوتا۔ جتنا کہ علاج بالمصل[6] سے۔

تعفن دم مزمن

تعفن دم کی ایک مزمن صورت بھی معلوم ہوئی ہے۔ جو ہفتوں بلکہ بعض مہینوں تک چلی جاتی ہے۔ اس کی تاریخ بھی عام طور پر مقامی التہاب سے شروع ہوتی ہے جس سے مریض کبھی بھی پورے طور پر شفایاب نہیں ہوتا ہے۔ بخار کی شکل دق کی سی ہوتی ہے۔ جس کی حرارت ہر رات تین چار درجہ تک چڑھ جاتی ہے۔ جس کے ساتھ پسینہ بکثرت آتا ہے۔ جراثیم خون میں امتحان سے کبھی کبھی معلوم ہوتے ہیں۔ اس مرض کا عمومی سبب یہ ہے کہ عرصہ تک دوران خون میں کسی مقامی تقیح سے

۱ آڈوٹوجینس ویکسین۔	۵ اگزوجینس ویکسینز۔
۲ اسٹاک ویکسین۔	۶ سیرم تھریپی منٹ۔
۳ ۴ } آڈوٹوجینس	

(مثلاً دبیلۂ کبد سے۔ یا قرحۂ مرارہ سے یا تقیح زائدہ دودیہ سے یا تقیح لثہ سے جراثیم جذب ہوتے رہتے ہیں۔ بعض حالات میں قلب کی اندرونی غشاء کا التہاب معدی (معدی کا التہاب) اسکا سبب ہوتا ہے + مریض کی صحت اور قوت بتدریج کم ہوتی جاتی ہے۔ اور اگر مقامی ضرر کا علاج نہ کیا جائے۔ تو موت واقع ہوتی ہے +

دستکاری کرنا ایسے کمزور مریض میں اگرچہ ایک خطرناک امر ہے۔ لیکن ازالۂ سبب کے لیے اصلی علاج بھی یہی ہے۔ لیکن اس کے علاوہ تلقیح کے ذریعہ بھی علاج کیا جائے۔ تاکہ عمومی صحت و قوت میں ترقی ہو۔ اور خون اور انسجۂ اعضا میں مقابلہ کرنے کی قوت پیدا ہو +

۵۔ تقیح دم

یہ ایک مرض ہے جس کی خصوصی علامات یہ ہیں کہ باری سے بخار آتا ہے (حمی نائبہ یا حمی متقطعہ) ساتھ ہی بدن کے مختلف مقامات میں متعدد پھوڑے نکلتے ہیں۔ جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کسی مقامی زخم سے مواد صدیدی (پیپ) تمام بدن میں جذب ہو کر پھیل جاتے ہیں +

بحث جراثیمی۔ ہر قسم کے صدیدی جراثیم اس مرض کے باعث ہو سکتے ہیں۔ اور عام رائے یہ ہے کہ تقیح دم کسی خراج حاد سے بطور عرض کے پیدا ہوتا ہے۔ اگرچہ عام طور پر یہی ہوتا ہے کہ پھوڑوں میں انگور بہت جلد بن جاتے ہیں جو جراثیم کو پھیلنے سے باز رکھتے ہیں۔ اس قسم میں زیادہ تر جو جراثیم پائے جاتے ہیں وہ کروی ات عقدیہ صدیدیہ ہیں۔ لیکن بعض حالات میں کروی ات عنقودیہ

۱ ابسس آفدی لیور۔	۶ پائی سیا۔
۲ سپورے ٹنگ گال بلیڈر۔	۷ انٹرمی ٹنٹ فیور۔
۳ سپورے ٹنگ اپنڈکس۔	۸ اسٹرپٹوکاکس پایوجنس۔
۴ پائی اور یا الوی اولیرس۔	۹ اسٹے فیلوکاکس پایوجنس آفدیس
۵ انفکشو انفلامیشن	

صدیدیہ نارنجیہ (ذہبیہ) بھی نظر آئے ہیں۔ لیکن ان سے کم کرویات ذات الریہ۔ کرویات سوزاک اور کرویات حمی معویہ پائے گئے ہیں + یہ امر تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ اگر جراثیم کرویہ پچکاری کے ذریعہ دوران خون میں شامل کر دیے جائیں تو تقیح دم کی حالت نہیں پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر یہ شمار میں قلیل ہوتے ہیں۔ تو تھوڑی دیر کے لئے بدنی حرارت میں اضافہ ہو جاتا ہے (حمی وقتیہ) اس کے بعد بدن کی طبعی اور پوشیدہ قوتیں بیدار ہو کر ان قلیل التعداد جراثیم کو تباہ و برباد کر دیتی ہیں لیکن اگر جراثیم کی تعداد بڑی ہو۔ یا اُس شخص کے بدن میں قوت مقابلہ ضعیف ہو۔ تو اس وقت تقیح دم کے عوارض نمودار نہ ہونگے۔ بلکہ تعفن دم کے علامات پیدا ہو جائیں گے۔ لیکن اگر خصوصی احوال موجود ہوں جو خراجات سدیہ (اخراجہ سلدیہ) کے لئے آمادہ کر رہے ہوں۔ تو ممکن ہے کہ تقیح دم پیدا ہو جائے + اگر یہ جراثیم ایسے مواد سے ملا دیے جائیں یا ایسے ٹکڑوں کے ساتھ جمع کر دیے جائیں جن کے ساتھ یہ جراثیم آخری شرائین صغیرہ اور عروق شعریہ میں جا کر پھنس جائیں۔ تو یہ ٹکڑے جہاں رکینگے وہیں پھوڑے پیدا ہو جائیں گے + انسان کے اندر عروق کے ان سدوں میں کتلۃ الزجہ یعنی جراثیم کے مجموعے ہونگے۔ یا ٹوٹے ہوئے خون کے لوتھڑوں کے عفونی ٹکڑے ہونگے +

سبب۔ تقیح دم کی صورت یہ ہوتی ہے کہ عفونی سدے پیدا ہو کر دوران خون میں شامل ہو جاتے ہیں۔ یہ صورت عام طور پر وریدوں میں کسی سدہ کے ٹوٹ جانے سے (التہاب وریدی عفونی سے) اور گاہے قلب میں (التہاب

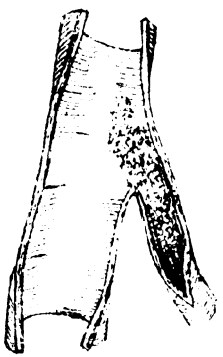
۱۔ ٹران زی انٹ پائی رکسیا۔	۴۔ انفکٹڈ۔
۲۔ امبولک ایبس۔	۵۔ انفکٹو فلے بائی ٹس۔
۳۔ زوگلیا۔	۶۔ انفکٹو انڈوکارڈائی ٹس۔

عفونی بطانۂ قلب) واقع ہوتی ہے + ہڈیوں کی نسیج مشاشی (نسیج اسفنجی) کا التہاب عادۃً عفونی عام طور پر تقیح دم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ کیونکہ وریدیں ہڈیوں میں کثرت سے ہوتی ہیں۔ اور ان کی دیواریں ان میں باریک ہوتی ہیں۔ نیز ان میں تناؤ بھی زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ ہڈیوں کی ساخت جو اس پر محیط ہوتی ہے وہ سخت ہوتی ہے + گاہے تقیح دم کھوپڑی کی ہڈیوں کے اُس التہاب سے پیدا ہوتا ہے جو کان کے درمیانی حصے (جوبہ) کے مرض سے ہوا ہو۔ کیونکہ اس سے دماغ کی وریدِ جانبی میں سدہ پڑ جاتا ہے + گاہے یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ رحم کی بڑی بڑی رگیں بحالتِ نفاس بعد ولادت کھلی رہتی ہیں۔ اور ان رگوں کے پاس متعفن مواد موجود ہوتے ہیں۔ جو عروق میں جذب ہو کر چلے جاتے ہیں +

جب عفونی سدے کسی مقام میں ٹھہرتے ہیں۔ تو وہاں سدہ پیدا ہو جاتا ہے (تخثر) اور اس سدہ میں نہایت سرعت سے جراثیم ترقی پذیر ہو کر اور عروق کی دیواروں کو پھاڑ کر آس پاس کی ساختوں میں چلے جاتے ہیں۔ جہاں پہلے التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کا انجام تقیح پر ہوتا ہے + اس قسم کے التہابات پھیپھڑوں میں عام طور پر دیکھے جاتے ہیں۔ جو زیادہ تر اس کے پچھلے کنارے میں سطح سے قریب پھیل جاتے ہیں۔ ہر ایک مقامی التہاب بسرعت تمام محدود ہو کر اور گھر کر پچر کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ جسکا قاعدہ یا چوڑا حصہ سطح محیط کی طرف اور زاویہ یا نوکیلا حصہ عضو کی گہرائی کی طرف مائل ہوتا ہے اسکا رنگ اوائل میں انصباب دم کے باعث سرخی مائل ہوتا ہے (انصباب دموی)

۱ کین سلس ٹشو۔	۳ تھرامبس
۲ لیٹرل سائنس	۴ ہموریجک انفارکٹ۔

(۱۴) تقیح الدم کی صورت میں ایک ورید کے اندر سدے کے متفرق ریزے ہیں



اس سدہ کا سرا بڑی ورید کی طرف بڑھ رہا ہے۔ جس کے اندر ابتک دوران جاری ہے۔ اور اسی سدہ سے متعفن سدے آسانی سے جدا ہو کر پھیل رہے ہیں۔

لیکن نہایت جلد اسکا رنگ متغیر ہو کر زرد بھورا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ پیپ پڑ جاتی ہے + یہ پھوڑے چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔ اور بدن کے اندر طبعی علامتیں بہت کم نمودار ہوتی ہیں + گاہے دیگر اعضائے بدن میں بھی پیپ کا اجتماع اسی طرح دیکھا جاتا ہے۔ خواہ اس سے پہلے انصباب دموی واقع ہوا ہو یا نہیں۔ جو سدے عام بدن کی وریدوں میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ پھیپھڑے چونکہ مرشح کا سا کام کرتے ہیں۔ اس لئے طبعاً اس میں پھیپھڑے تمام اعضا سے پہلے مبتلا ہوتے ہیں۔ اور اُن پھوڑوں سے جو ان میں پیدا ہوتے ہیں۔ عدوی نظام شریانی میں پہونچ جاتا ہے۔ جس سے جگر۔ طحال۔ گردے۔ دماغ جوڑوں کے اندر یا ان کے گرد اور دیگر اعضاء میں نئے مراکز تقیح بن جاتے ہیں۔ چنانچہ اگر التہاب وریدی (جو کہ اصل سبب مرض ہے) باب الکبد میں ہو تو ابتداءً سدہ جگر میں ٹھہرتا ہے۔ اور التہاب باب الکبد کے آثار نمایاں ہوتے ہیں + جب سدے متعدد میں زیادہ ہوتے ہیں۔ تو علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ اور شدید تقیح دم (تقیح حاد) پیدا ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ گاہے جراثیم بھی خون کے اندر نشو و نما پانے لگتے ہیں۔ اس وقت اسکو تعفن دم صدیدی کہتے ہیں۔ اس حالت میں مریض گاہے پھوڑوں (اخرجہ ثانویہ) کے پورے طور پر نکلنے سے پہلے ہی مر جاتا ہے + لیکن اس کے علاوہ دیگر احوال میں (جبکہ جراثیم خون کے اندر نشو و نما نہ پا رہے ہوں) اگر عمومی عوارض بدن میں پیدا ہوتے ہیں۔ تو وہ جراثیم کی ترقی کا نتیجہ نہیں ہوتے۔ بلکہ مقامی مرض سے مواد سمیہ خون کے اندر جذب ہو کر چلے جاتے ہیں +

۱۔ فلٹر۔	۴۔ اکیوٹ پائی سیا۔
۲۔ پورٹل وین۔	۵۔ پایوسپٹی سیمیا۔
۳۔ پائلے فلے بائی ٹس	۶۔ سکنڈری ایسس

اگر سدے تعداد میں کم ہوں اور جراثیم کی افزائش نسل خون میں بالکل نہ ہو۔ یا تھوڑی ہو۔ تو اس وقت اسکو مزمن تقیح دم (تقیح مزمن[1]) کہتے ہیں +

علامات۔ تقیح حاد کے حملہ کی نمایاں علامت یہ ہے کہ بحالتِ بخار شدید لرزہ ظاہر ہوتا ہے۔ جو بے قاعدہ طور پر بار بار لوٹتا ہے۔ مگر ہر دو نوبت کے درمیان علی العموم چوبیس یا اڑتالیس گھنٹے کا وقفہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس کی حالت حمی متقطعہ (باری کے بخار) سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس مرض کا لرزہ دوسرے امراض کے لرزوں سے اگرچہ مختلف نہیں ہوتا ہے۔ مگر اسکا لرزہ زیادہ شدید ہوتا ہے۔ اور اس کے بعد پسینہ بکثرت آتا ہے + ہر دو لرزوں کے درمیان گاہے حرارت اُتر کر درجۂ اعتدال پر آجاتی ہے۔ لیکن عام طور پر اس سے اوپر ہی رہتی ہے + جلد گرم ہوتی ہے۔ اور اسکا رنگ خاکستری ہوجاتا ہے۔ جس میں خون کے سُرخ سُرخ دھبے (بقع نزفیہ[2]) نظر آتے ہیں۔ اور ایک بڑی خصوصیت یہ ہے کہ سانس کی بو کہ وہ، میٹھی سی سوکھے گھاس کے مانند ہوتی ہے + انحطاط قوٰی کے علامات ظاہر ہوتے ہیں۔ مریض بہت جلد دُبلا ہوجاتا ہے۔ نبض لین[3] (نرم) اور ضعیف[4] ہوجاتی ہے۔ بدن سے رطوبات کا اخراج کم ہوجاتا ہے۔ رات کے وقت مریض کو ہذیان[5] ہوتا ہے۔ لیکن باوجود ہذیان کے ہوش نہیں جاتے + اگر قلب کے مقام پر غیر طبعی آواز نفخ[6] موجود ہو تو یہ اس امر کی علامت ہے کہ قلب کی اندرونی جھلی میں عفونی التہاب ہے۔ جو اکثر ہوا کرتا ہے + زبان کی حالت مختلف ہوتی ہے۔ اکثر یہ سُرخ ہوتی ہے

---

[1] کرانک پائی میا۔
[2] پٹے چیل ہیمرز
[3] سافٹ پلس
[4] ویک پلس۔
[5] ڈلیریم
[6] بروٹ۔

اس کی بلندیاں (حلمات[1]) خوب اُبھری ہوئی ہوتی ہے۔ پھر زبان کا رنگ بھورا اور یہ خشک ہو جاتی ہے + پہلے ہفتہ کے آخر میں پھوڑے نمودار ہوتے ہیں۔ جن کے ساتھ گلہ ہے درد نہیں ہوتا ہے۔ اور نہ ذکاوت حس (مضاضت[2]) ہوتی ہے۔ اور یہ جلد نکل آتے ہیں + جوڑ اکثر شریک مرض ہو جاتے ہیں۔ اور ان میں پیپ بھر جاتی ہے۔ جس کے ساتھ یا درد بالکل نہیں ہوتا۔ یا تھوڑا ہوتا ہے۔ اگر اسکا جلد علاج نہ کیا جائے۔ تو جوڑ خراب ہو جاتا ہے۔ اور اپنی جگہ سے ٹل جاتا ہے۔ اور جو رطوبت یہاں سے نکلتی ہے وہ صدیدی (پیپ کی) ہوتی ہے۔ یا رقیق و روغنی۔ جس میں جراثیم بہت زیادہ ہوتے ہیں + پھوڑے احشاء کے اندر چھوٹے چھوٹے اور متعدد ہوتے ہیں + جب یہ پھوڑے دل و دماغ جیسے اعضاء رئیسہ[3] میں ہوتے ہیں۔ تو موت اس مقامی افزائش (پھوڑے) سے واقع ہوتی ہے۔ ان پھوڑوں کی خصوصیت یہ ہے کہ اوائل میں اریکہ (انگور زخم) بالکل نہیں ہوتا۔ جو پیپ اور اصلی ساخت کے درمیان حائل ہوسکے یہی وجہ ہے کہ خواہ انکو جلد کھولا جائے اور ان کے پاک رکھنے میں پوری سعی کی جائے۔ پھر بھی یہ پھیلتے چلے جاتے ہیں۔ اور ان سے پیپ کا بہنا جاری رہتا ہے۔ حالانکہ معمولی پھوڑوں میں یہ بات نہیں ہوتی (وہ اگر صفائی و پاکیزگی کے ساتھ کھولے جائیں۔ تو بہت سرعت سے بھرنے لگتے ہیں) +

ان حالات میں عام طور پر جلد کے نیچے کی نسیج خلوی میں دردناک حصے یا دھبے (بقعہ مؤلمہ[4]) اِدھر اُدھر پیدا ہو جاتے ہیں۔ جس کے اندر اجتماع خون ہوتا ہے۔ اور جو چند روز میں غائب ہو جاتے ہیں۔ یہ دراصل چھوٹے چھوٹے

[1] پیپلی۔	[3] ویٹل آرگنز۔
[2] ٹنڈرنس۔	[4] پین فل پیچ۔

عفونی سدوں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ جس کے زائل کرنے کے لئے مریض کی ذاتی قوت[1] حیوانی کافی ہوتی ہے۔ اور پیپ پڑے بغیر اسکا ازالہ ہوجاتا ہے ۔

تقیح دم مزمن میں بخار کی علامتیں بہت کم نمودار ہوتی ہیں۔ پھوڑے بھی تعداد میں چند ہوتے ہیں۔ نیز یہ اگر اہم اور شریف اعضاء میں نہ ہوں تو خطرناک بھی نہیں ہوتے۔ چنانچہ اگر مریض کے دماغ کے بطون جانبیہ میں پھوڑا ہو تو اسکی ہلاکت کے لئے صرف یہی کافی ہوتا ہے۔ خواہ تقیح دم کے علامات میں سے کوئی علامت سوائے بے قاعدہ طور پر از دیاد حرارت ہوجانے کے نہ پائی جاتی ہو۔ اسی طرح گلہ سے اُس وقت بھی ہلاکت ہوجاتی ہے جبکہ کسی ایسے ناصور میں دستکاری کی جاتی ہے۔ جسکا تعلق گردے کے ساتھ ہوگیا ہو۔ اور اُسکو خراب کر دیا ہو۔ اگر یہ مرض کسی بیرونی زخم کی وجہ سے پیدا ہوا ہو۔ تو زخم کی حالت نہایت خراب ہوتی ہے۔ یہ کھلا ہوا ہوتا ہے۔ اور اس کی سطح خشک، چمکدار اور افعال اندمال کے لحاظ سے سُست ہوتی ہے۔ اور نئی نسیج[2] نبدی جوڑ ہاں پیدا ہوتی ہے۔ وہ ٹوٹ کر خراب ہوجاتی ہے۔ اور یہ ظاہر ہے کہ زخم کے اندر انگور کا صحیح طبقہ ہی حقیقت میں ایک آڑ ہوتا ہے۔ جو جراثیم وغیرہ کو خون کے اندر جذب ہونے سے روکا کرتا ہے۔ اور تقیح دم پیدا نہیں ہونے پاتا۔ کیونکہ انگور کی ساخت میں ایسے خلیات ہوتے ہیں۔ جن میں جراثیم کے ہلاک کرنے کی قوت ہوتی ہے ۔ اگر یہ مرض کسی ہڈی کے تعلق سے پیدا ہو۔ تو زخم کی گہرائی میں ہڈی علی العموم ننگی نظر آتی ہے۔ اس کے اوپر کی جھلی غائب ہوتی ہے۔ اور اس کے اسفنجی خانے پیپ یا گلے ہوئے گودے سے بھرے ہوئے پائے جاتے ہیں ۔

علامات بعد الممات۔ ملوث مقام کی وریدیں علی العموم بحالتِ التہاب

[1] دیئے لیٹی۔	[2] اسکار ٹشو۔

ہوتی ہیں۔ ان کے طبقات دبیز ہو جاتے ہیں۔ اس کی خلا میں نرم۔ زرد اٹوٹا ہوا خون کا ٹکڑا (جلطہ) پایا جائے گا۔ جو دور تک پھیلا ہوا ہوگا۔ وریدے کے گرد کی ساخت بھی تقیح میں شریک ہوگی (التہاب محیط وریدی) + پھوڑے بدن کے مختلف مقامات علی الخصوص پھیپھڑوں میں نظر آئیں گے۔ اور سددوں کے دیکھنے سے یہ بھی صاف طور پر نمایاں ہوگا کہ یہ ابھی اپنے کس دور میں ہیں۔ یعنی ابھی صرف اجتماع خون ہی ہوا ہے۔ یا مکمل پھوڑا بن گیا ہے۔ یا اس کے درمیان کسی دور میں ہے + اس کے علاوہ اس میں وہ عام علامتیں بھی موجود ہونگی جو تسمم دم کی دیگر حالتوں میں پائی جاتی ہیں +

تشخیص۔ عام طور پر تقیح دم کی تشخیص دشوار نہیں ہوتی۔ لیکن اگر یہ مرض کسی بیرونی اور نمایاں زخم سے نہ ہو۔ بلکہ کسی اندرونی پوشیدہ مرکز سے پیدا ہوا ہو۔ یا یہ کہ مقامی زخم کی اہمیت کا صحیح طور پر اندازہ نہ کیا گیا ہو تو اس کی علامتیں غلطی سے شدید درجہ مفاصل (گٹھیا) یا تپ لرزہ کی علامتوں سے مشابہ سمجھی جاتی ہیں +

انذار۔ انجام مرض کا دارومدار مریض کی طبعی قوتوں اور مرض کی شدت پر ہے۔ چنانچہ مرض اگر شدید ہو تو انجام عام طور پر خراب ہوتا ہے۔ اور سات یا دس روز میں ختم ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر شدید نہ ہو تو شفا نہ صرف ممکن الوقوع بلکہ اغلب ہے۔ بشرطیکہ مقامی پھوڑے اچھی جگہ پر واقع ہوں +

علاج

مقامی علاج یہ ہے کہ اگر ممکن ہو تو دوران خون میں اور زیادہ عدوی اور تلوث کو شامل ہونے سے روکا جائے۔ کیونکہ یہ مرض عام طور پر اسی طرح ہوتا ہے

۱؎ پراگنوسس۔	

کہ متعفن سدے کسی وریدسے جدا ہو کر خون میں شامل ہوتے ہیں۔ چنانچہ اس مقصد کے حصول کا ذریعہ یہ ہے کہ اگر زخم ہاتھ پاؤں میں ہو تو زخم کے مقام سے بہت زیادہ اوپر عضو کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے (تبر[1]) + اور اگر یہ مرض اس وجہ سے ہو کہ ہڈی کا گودا خراب ہو گیا ہو تو اس گودے کو (جو کہ سڑا گلا ہوگا) اچھی طرح کھرچ کر دور کر دیا جائے۔ اور اس کے جوف کو کسی دافع عفونت سے پاک کر دیا جائے + اور اگر یہ مرض اس وجہ سے ہو کہ نرم اعضاء (مثلاً عضلات) میں زخم ہو تو بہتر یہی ہے کہ ملتہب وریدا ور آس پاس کی ساخت کو خارج کر دیا جائے یا یہ کہ وریدکو سدہ اور قلب کے درمیان باندھکر سدہ کو دور کر دیا جائے۔ اس طریقہ علاج کی ایک فرضی مثال یہ ہے کہ اگر کان کے درمیانی حصے کے مرض کی وجہ سے دماغ کی وریدجانبی[2] میں ورم پیدا ہو جائے۔ تو پہلے وداج[3] غائر کو گردن میں باندھنا چاہئے۔ اس کے بعد وریدجانبی کو مشقب[4] منشاری (گول سی آری) سے یا مجرد (چھینی) سے (ہڈی کاٹ کر) نمایاں کرنا چاہئے۔ اس کے بعد وریدمذکور کو کھول کر اس کے اندر کے سدوں کو اوپر نیچے سے دور کر دینا چاہئے۔ اس طریق علاج سے اچھے نتائج پیدا ہو جاتے ہیں + لیکن اگر کہیں یہ علاج ناممکن العمل ہو تو جراح نامدسے زائد جو کر سکتا ہے وہ یہ ہے کہ مقامی مرض (زخم) کو جہاں تک ممکن ہو اسکو اچھی حالت میں رکھا جائے۔ تناؤ کو دور کیا جائے۔ اور اصولی پاکیزگی و تطہیر کا پورا انتظام کیا جائے + پھوڑوں کو اگر ممکن ہو تو فوراً کھول دیا جائے۔ اور اخراج مواد کی صورت پیدا کی جائے۔ یا آلہ شافط[5] کے ذریعہ سکی رطوبت وپیپ وغیرہ چوس لی جائے + اس قسم کے زخم عام طور پر آسانی سے

---

[1] امپوٹیشن۔
[2] لیٹرل سائنس۔
[3] انٹرنل جوگولر وین۔
[4] ٹرے فائن۔
[5] اسپائی رئیٹر۔

بھرنے لگتے ہیں۔ اور جوڑ جن میں کہ پیپ بھر جاتی ہے وہ بھی اس طرح شفایاب ہو جاتے ہیں کہ ان کی حرکت میں بھی کوئی رکاوٹ نہیں ہوتی۔ گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ باوجود پوری صفائی رکھنے اور کامل تطہیر کرنے کے تقیح برابر جاری رہتا ہے۔ اور گاہے اس کے ساتھ پھوڑے کی دیواریں بھی گلتی چلی جاتی ہیں۔ ایسی حالت میں اگر عام بدنی صحت کو درست کیا جائے۔ تو کچھ عرصہ میں زخم کے اندر انگور بنکر آرڈ بن سکتے ہیں۔ اور اس کے بعد زخم بھر سکتا ہے۔

علاج بدنی یا عمومی۔ اس مرض کا عمومی علاج یہ ہے کہ مریض کی قوت کو غذا اور مقویات سے قایم رکھا جائے۔ اور اس کی نگہداشت کی جائے کہ مریض میں قروح قطات (زخم بستر) یا کوئی اور مقامی زخم نہ ہونے پائے۔ کنہ کنہ صفصاف آگین دیا جا سکتا ہے۔ مگر اسکا نتیجہ موہوم ہے۔ مصل ضد کرویات عقدیہ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اور اکثر اوقات اس سے اُن احوال میں فائدہ بھی ہوتا ہے جنہیں مرض نے زیادہ طول نہ کھینچا ہو۔ اسی طرح علاج بالتلقیح کی بھی آزمایش کر لینی چاہئے۔

۱ بڈسور	۳ اینٹی اسٹرپٹو کوکک سیرم
۲ سلی سیلیٹ آف کونین۔	۴ ویکسین ٹریٹمنٹ۔

باب چہارم

تقرح[1] - قرحہ بننا

تقرح سے مراد بدنی ساخت کے ذرات کا مردہ ہو جانا ہے۔ یعنی اس حالت میں اعضاء کے سطحی اجزاء متفرق و پراگندہ ہو کر رطوبت کی شکل اختیار کر کے فنا ہو جاتے ہیں۔ اور یہ حالت بغیر خشک ریشہ یعنی کھرنڈ کے پیدا ہوتی ہے۔ تقرح کی حالت غانغرانا سے بہت کچھ موافقت رکھتی ہے۔ مگر دونوں کے درمیان فرق یہ ہے کہ غانغرانا میں بدن کا بڑا حصہ مردہ ہوتا ہے۔ اور ساخت کا وسیع حصہ دفعۃً اپنی قوتِ حیات کو کھو بیٹھتا ہے۔ لیکن گاہے دونوں حالتیں جمع ہو جاتی ہیں۔ اور حقیقت میں بھی یہی ہے کہ دونوں حالتیں ساخت کے مردہ اور بیجان ہونے پر دلالت کرتی ہیں۔ فرق صرف اس قدر ہے کہ تقرح کی حالت میں مردہ ذرات معمولی ننگی آنکھ سے واضح طور پر نظر نہیں آتے ہیں۔ لیکن غانغرانا کی حالت میں مردہ اجزاء نہایت واضح ہوتے ہیں۔ بشرطیکہ غانغرانا بدن کی بیرونی سطح میں ہو۔

فن جراحت میں قروح کی تین قسمیں بتائی جاتی ہیں:-

۱۔ وہ قروح جو ضرب و صدمہ یا جراثیم[2] صدیدیہ غیر نوعیہ سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً قروح ساعیہ[3] (پھیلنے والے قروح) قروح[4] ملتہمہ (بھرنے والے قروح) قروح[5] مزمنہ۔

[1] تقرح - السریشن۔	[3] قروح ساعیہ - اسپریڈنگ السر۔
[2] جراثیم صدیدیہ غیر نوعیہ - نان اسپے سے فک پایوجے نک بیکٹیریا۔	[4] قروح ملتہمہ - ہیلنگ السر۔
	[5] قروح مزمنہ - کرانک السر۔

۲- وہ قروح جو جراثیم نوعیہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ مثلاً قرحہ[1] رخوہ۔ قرحہ[2] قراعیہ قرحہ[3] ورنیہ۔ قرحہ[4] افرنجیہ

۳- قروح[5] خبیثہ۔ مثلاً قرحہ[6] اکالہ۔ سرطانیہ[7] بشریہ۔ سقیر وسیہ[8]۔ اور فطریہ[9]۔

اسباب۔ سطح بدن پر ہیج یعنی خراش پیدا کرنے والے سبب کے لگنے سے قرحہ پیدا ہوتا ہے۔ بشرطیکہ وہ سبب ہیج اتنا شدید ہو۔ اور اتنی دیر تک قایم رہے کہ وہاں مقامی طور پر التہاب (سوزش) پیدا کر دے اور آخر میں اُس مقام کی ساخت کو تلف کر دے + اس عمل میں ہر ایک ہیج شریک ہے + خواہ وہ کیمیاوی ہو۔ یا از قسم حرارت۔ یا سبب آلی[10] (جسمانی) یا عفونت ہو۔ علاوہ ازیں تمام وہ عوامل و مؤثرات جو التہاب کے لئے عضو میں استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ وہ تقرح کے وقوع میں سرعت پیدا کر دیتے ہیں۔ چنانچہ فنا و تغذیہ خواہ یہ کمی خون (فقر الدم) کی وجہ سے ہو۔ یا مزمن استلاء دموی (احتقان دموی) کی وجہ سے۔ یہ عمل تقرح میں اضافہ و سرعت پیدا کر دیتا ہے۔ علاوہ ازیں کسی عضو کی تجیبی (ضدر) اور مراکز[11] غذائیہ سے اسکا منقطع ہو جانا بھی مریض کے شعور کو مائل کر دیتا ہے۔ اور اُسے سبب ہیج کے ثبات و قیام کا ادراک و احساس نہیں ہوتا جس سے التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اور آخر میں اُس کے اجزاء تلف ہونے لگتے ہیں۔ جیسا کہ پانچویں عصب کے کاٹ دینے کے بعد قرنیہ میں قرحہ واقع ہوتا

[1] قرحہ رخوہ۔ سافٹ شنکر۔
[2] قراعیہ۔ ییو پائڈ۔
[3] ورنیہ۔ نیو برکیوس۔
[4] زہریہ۔ سفلی ٹک۔
[5] قرحہ خبیثہ۔ مالگ نینٹ السر۔
[6] قرحہ اکالہ۔ روڈنٹ السر۔
[7] سرطانیہ بشریہ۔ اپی تھیلیومے ٹس۔
[8] سقیر وسیہ۔ اسکیرس۔
[9] فطریہ۔ فنگے ٹنگ۔
[10] آلی۔ میکانیکل۔
[11] مراکز غذائیہ۔ ٹرافک سنٹرس۔

ہے۔ اور جیسا کہ سخافتِ بدن کی حالت میں پاؤں میں قروح ثاقبہ[1] عارض ہوتے ہیں + اور امراض خبیثہ میں گاہے ورم کا ابھرنا بھی اس کے تہیج و خراش کا سبب بنجاتا ہے۔ لیکن تقرح کا بڑا سبب جلد یا غشاء مخاطی کے اندرونی طبقات کا فنا ہو جانا ہے۔ لیکن جب بیرونی سطح کا بشرہ بھی متغیر ہو جاتا یا مفقود ہو جاتا ہے تو پھر ان کا عوض بننا ناممکن ہوتا ہے +

۱۔ قروح عارضیہ جو جراثیم صیدیہ غیر نوعیہ سے پیدا ہوتے ہیں

تغیرات تاریخی :- اس قسم کے زخم جلد یا بدیر اچھے ہو جاتے ہیں۔ اور ہر ایک قرحہ کے لئے تین درجات (ادوار) میں گذرنا ضروری ہے (۱) اصلی تقرح یا پھیلنے کا دور (۲) دورِ انتقال۔ اس درجہ میں قرحہ کے ملتحم ہونے کی استعداد پیدا ہوتی ہے۔ یہ درجہ قرحہ کی رفتار کے مطابق چھوٹا یا بڑا ہوتا ہے۔ یہ دور اُس وقت تک قایم رہتا ہے جب تک زخم کے اندر انگور (اریکہ[2]) بھر نہیں آتے ہیں (۳) دورِ التحام یا زمانہ شفا۔ یہ قابل توجہ امر ہے کہ اصلی تقرح کا زمانہ وُہی پہلا دور ہے۔ جب پہلا دور ختم ہو جاتا ہے تو حقیقی قرحہ بھی نائل ہو جاتا ہے۔ صرف اس کے بعد سطح عضو کی وہ کمی رہ جاتی ہے جو پہلے دور میں تقرح کے نتیجہ سے پیدا ہوئی ہے + جب تمام قروح مذکورہ بالا ہر سہ ادوار میں گذرتے ہیں۔ تو یہ ظاہر ہے کہ ہر بسیط قرحہ ان تینوں ادوار میں سے کسی ایک دور میں ہوگا۔ لیکن بعض اوقات طبعی طور پر بڑے قرحہ میں تینوں دور ایک ساتھ جمع ہو جاتے ہیں۔ اور گاہے اندرونی[3] یا بیرونی[4] اسباب سے بھرا ہوا زخم دوبارہ لوٹ آتا

[1] قرحہ ثاقبہ۔ پرفوریٹنگ السر۔
[2] اریکہ۔ گرے نیولیشن۔
[3] اتلاف۔ ڈسٹرکشن۔
[3] اندرونی اسباب۔ انٹرنزک کاز۔
[4] بیرونی اسباب۔ اکسٹرنزک کاز۔

ہے۔ اور دوبارہ قرحہ بنکر اس کے اجزا تلف ہونے لگتے ہیں۔ جسکو دور اتلاف[۵] کہا جاتا ہے ؛

دور اول۔ تقرح حقیقی۔ یا امتلاد یعنی پھیلنا۔ اس درجہ کی خصوصیت یہ ہے کہ ساخت کے برباد کرنے والے تغیرات سرعت یا بطؤ کے ساتھ برابر جاری رہتے ہیں۔ اور اسی دور میں بتایا جا سکتا ہے کہ قرحہ ملتہبہ[۱] ہے۔ یا ساعیہ[۲] یا آکلہ[۳]

علامات۔ جو ننگی آنکھوں سے نظر آتی ہیں۔ زخم کی بیرونی سطح پر زرد میلا۔ یا خاکی مادہ نظر آتا ہے جو کچھ تو کھرنڈ ہوتا ہے۔ کچھ رطوبت ہوتی ہے۔ اور کچھ عضو کے گلے ہوئے اجزاء (تاکلات) ہوتے ہیں۔ لیکن انگور داریکہ نظر نہیں آتے۔ اگر جراثیم سخت ہوں۔ یا بدنی ساخت کی قوت مقابلہ کمزور ہو تو کھرنڈ بننے کی استعداد زیادہ ہوتی ہے۔ زخم سے جو رطوبت بہتی ہے۔ وہ مقدار میں کافی۔ قوام میں رقیق ہوتی ہے۔ نیز یہ رطوبت دموی ہوتی ہے۔ علی العموم اس میں تہیج (خراش پیدا کرنے) کی قوت ہوتی ہے۔ اور بو قابل نفرت ہوتی ہے۔ اور شاذ و نادر صدیدی ہوتی ہے ؛ زخم کے کنارے موٹے اور مستورم ہوتے ہیں اور اردگرد کی ساخت میں تہیج (اوذیما) و ترشح رطوبت کی کیفیت نظر آتی ہے زخم کا کنارا تیز کٹا ہوا اور نہایت ممتاز طور پر گھرا ہوا ہوتا ہے ؛ زخم کی جڑ یعنی اس کی گہرائی موٹی اور اندرونی ساخت سے چسپاں ہوتی ہے۔ دراصل یہ علامات سطحی اور پھیلنے والے التہاب کی ہیں۔ جو آخر میں ساخت کو برباد کرنے لگتا ہے ؛

علاج دور اول۔ اسکا علاج چند امور پر مشتمل ہے (۱) سبب کا ازالہ کیا جائے

۱۔ قرحہ ملتہبہ۔ انفلیمڈ السر۔	۳۔ قرحہ آکلہ۔ سلفنگ السر۔
۲۔ قرحہ ساعیہ۔ سپریڈنگ السر	۵۔ اتلاف۔ ڈکسٹرکشن۔

(۲) زخم کی سطح کو کل جسمانی تہیجات و خراش سے بچایا جائے۔ اور ہر آلائش و گندگی سے پاک کیا جائے۔ جس حصہ میں التہاب ہو اُسے حرکت سے بچایا جائے۔ اور ایک حال پر قایم رکھا جائے۔ اور جہاں تک ممکن ہو اس حصہ کو بلند تر رکھا جائے (مثلاً پاؤں میں اگر التہاب ہو تو پاؤں کو لٹکا کر ڈھیلا نہ چھوڑنا چاہئے) اسی طرح زخم کے اوپر ایسی چیزیں رکھیں جو مضاد عفونت۔ گرم اور تر ہوں۔ مثلاً کمیڈ بوٹی[1] اگر زخم کے اجزا نہایت بُرے ہوں۔ تو اسی اور کوئلہ کا لیپ[2] مضاد استعمال کر سکتے ہیں۔ اسی طرح امعاء کا خیال کرنا۔ اور بدن کی عام صحت کا دیکھنا بھی ضروری ہے۔ اور خفیف مسہل رطبین کا استعمال بہتر ہوتا ہے۔

(۳) دور ثانی۔ دور انتقال۔ یہ اُن تمام تغیرات پر مشتمل ہے جو تقرح حقیقی کے ختم ہونے کے بعد نمودار ہوتے ہیں۔ اور اُس وقت تک قیام رہتے ہیں جب تک کہ زخم بھر نہ لے۔ اور اُس کے اندر انگور نہ پیدا ہوں۔ خلاصہ کلام یہ ہے کہ اس دور میں التحام کی ابتدا و آمادگی حاصل ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے اسکو ابتدا التحام کا دور کہا جا سکتا ہے۔

علامات۔ جو معمولی آنکھوں سے نظر آتی ہیں۔ جب عمل تقرح وقف و منقطع ہو جاتا ہے۔ تو زخم کی سطح صاف ہونے لگتی ہے اور اس طرح ہو جاتی ہے گویا اس پر صیقل کر دیا گیا ہے۔ کھرنڈیا مرہم اپنی کے وقت دور کر دیا جاتا ہے۔ یا قدرتاً جذب ہو جاتا ہے۔ رطوبت کا اخراج گھٹ جاتا ہے۔ اور اس کے اندر مائیت (سیلیت) بڑھ جاتی ہے۔ اور زخم کی سیاہی آمیز سرخی گلابی سُرخی سے بدل جاتی ہے۔ کیونکہ خون کی آمد بڑھ جاتی ہے۔ زخم کی جڑ یعنی اس کی گہرائی (قاعدہ) سے بھی ترشح کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ چنانچہ آس پاس کی ساخت زیادہ

[1] کمیڈ بوٹی۔ بورے سک فورسڈ شن۔	[2] لیپ۔ پولٹس۔

نرم اور کم چسپیدہ ہوتی ہے۔ زخم پر استر یا جھلی تدریجاً نمایاں ہوتی جاتی ہے اس کے بعد بدیر یا جلد حالات حاضرہ کے موافق مختلف مقامات میں سرخ سرخ نقطے نمودار ہوتے ہیں۔ یہ نقطے عدداً اور حجماً بڑھتے چلے جاتے ہیں۔ پھر یہ ایک دوسرے کے ساتھ اس طرح مل جاتے ہیں کہ ساری سطح انگوروں (اریکہ۔ ازرار الحیہ) سے ڈھک جاتی ہے۔ اس درجہ میں مندرجہ ذیل تین کام پورے ہوتے ہیں:۔ (۱) خشک ریشہ یعنی کھرنڈ زائل ہو جاتا ہے (۲) ایسی رطوبت سے زخم کی سطح ڈھک جاتی ہے۔ جو بیچ خلوی کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ جسکو رطوبت[1] خلویہ تکوینیہ کہا جاتا ہے (۳) نئی ساخت میں جو ابھی پیدا ہوئی ہے رگیں پیدا ہوتی ہیں۔ اور پھر یہ انگوروں کی شکل میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ یہ کوئی ضروری امر نہیں ہے کہ مذکورہ بالا تمام تغیرات بیک وقت پوری سطح میں یکساں پائے جائیں۔ یہی وجہ ہے کہ اس کے مظاہر میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ اصلاحی تغیرات زخم کی پوری سطح پر بیک وقت بھی پیدا ہو جاتے ہیں یہی وجہ ہے کہ تمام قروح مزمنہ جو نہ پھیلے ہوئے ہوں۔ اور نہ بھرنے والے ہوں اسی درجہ انتقال میں شامل کیے جا سکتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:۔ قروح[2] غیر مولمہ یا قروح[3] صلبہ قروح[4] مولمہ (مضہ) اور قروح[5] دوالیہ۔

قرحہ غیر مولمہ یا صلبہ

یہ عام طور پر ادھیڑ عمر کی عورتوں کی ٹانگ میں نمودار ہوتا ہے۔ یہ زیادہ تر بے توجہی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ مریضہ زخم کو کسی مستعمل کپڑے سے لپیٹ دیتی ہے

---

[1] رطوبت خلویہ تکوینیہ۔ سیلیولر پلاسٹک اگزوڈیشن

[2] قرحہ غیر مولمہ۔ انڈولنٹ السر۔

[3] قرحہ صلبہ۔ کلیس السر

[4] قرحہ آلمہ۔ مضہ۔ } اری ٹیبل السر

[5] " دوالیہ۔ وریری کوز السر۔

جس کے صاف ہونے کا کوئی یقین نہیں ہوتا۔ اور پھر اپنے کاموں میں مشغول ہو جاتی ہے۔ بتدریج حجم اور گہرائی میں بڑھتا چلا جاتا ہے۔ حتی کہ وہ پھیل کر عضو کی پوری سطح کو گھیر لیتا ہے + زخم کی سطح عام طور پر چکنی اور چمکیلی کی ہوتی ہے۔ مگر اسکا رنگ خاکستری اور زرد ہوتا ہے۔ جس میں گاہے بڑی شکل کے چند انگور بھی ہوتے ہیں + زخم کے کنارے سخت اور تیز کٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور نمایاں طور پر سطح سے اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اِرد گرد کی جلد کناروں پر اُبھر آتی ہے۔ اور یہ یا بشرہ سے ڈھکی ہوتی ہے۔ یا اس میں اجتماع خون ہوتا ہے۔ اس عضو کی جلد اسلئے دموی مزمن سے گہرے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ یہ رنگ مختلف بلندیوں (حلمات) میں شروع ہوتا ہے۔ پھر بتدریج سب کے سب مل جاتے ہیں + (طوبتِ زخم صدیدی یا مائی رمصلی) مقدار میں زیادہ اور اس قدر تیز (مسیح) ہوتی ہے کہ آس پاس نار[1] فارسی (چھالے) پیدا ہو جاتے ہے۔ اور اس کی شکل قرحۃ[2] فارسیہ کی سی ہو جاتی ہے + زخم کے قاعدہ میں خشک ریشہ (کھرنڈ) کی ساخت کم و بیش پائی جاتی ہے۔ جس کی کمی و بیشی مدتِ مرض پر موقوف ہے۔ یہ گاہے نہایت غلیظ ہوتا ہے۔ یہ گہری ساخت۔ لفائف (جھلیوں) وغیرہ کے ساتھ چسپاں ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے زخم کے التیام میں رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ اس حالت میں انقباض ناممکن ہوتا ہے۔ اگر اس قسم کا زخم ہڈی کے اوپر مثلاً پنڈلی کی بڑی ہڈی پر ہو تو ہڈی کی جھلی میں التہاب مزمن واقع ہوتا ہے۔ اور جھلی کے نیچے ہڈی میں گانٹھ پیدا ہو جاتی ہے (جسکو ہڈی کا ورم کہا جاتا ہے) جس کی مقدار زخم کے برابر اور جس کی وضع زخم کے مقابل ہوتی ہے۔ اور کھنبی (فطر) کے شکل کی

[1] نار فارسی۔ اکزیما۔
[2] قرحہ فارسیہ۔ اکزیمے ملک السر۔

بلندنی ہڈی پر پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بعض اوقات اس ورم سے ہڈی مردہ ہو جاتی ہے۔ یا ساری ہڈی اور اس کی جھلی میں التہاب واقع ہوتا ہے۔ اس قسم کے زخم میں گاہے شدت کا درد اس وجہ سے ہوتا ہے کہ کسی جلدی عصب پر دباؤ پڑتا ہے۔ یا اس وجہ سے کہ مقامی طور پر پنجۂ خلوی میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جس کے ساتھ گاہے ورید دں اور عروق جاذبہ میں بھی التہاب ہوتا ہے اور اکثر اوقات ان دونوں قسم کی رگوں میں سدہ واقع ہوتا ہے۔ جس سے پاؤں میں اوڈیما[1] مزمن ہو جاتا ہے۔ جو گاہے نہایت سخت ہوتا ہے۔ اور گاہے پاؤں میں غیر حقیقی داء الفیل کی شکل بن جاتی ہے +

اسی قسم کی حالت گاہے اُس وقت بھی پیدا ہو سکتی ہے جبکہ جسم کا ایک وسیع حصہ جل جائے۔ یا بدن کے کسی حصہ میں کوئی کشادہ زخم ہو۔ کیونکہ ان حالات میں گاہے ایک معین مسافت تک التہاب بڑھتا ہے۔ لیکن پھر وہ اس وجہ سے رُک جاتا ہے کہ کمر نڈی ساخت جو نئی پیدا ہوتی ہے وہ غیر ملتحم جزء کے عروق غاذیہ پر دباؤ ڈالکر اُس کی قوت حیات کو باطل کر دیتی ہے۔ اور زخم کے انگور کو منبع غذا سے محروم کر کے خراب کر دیتی ہے +

قرحۂ مُولِمہ (قرحۂ مُمضّہ) علی العموم اسی درجہ (دورانۂ قال) میں پایا جاتا ہے۔ اس کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ یہ علی الاغلب گٹے (کعب) کے آس پاس ہوتا ہے۔ اور اس میں درد ہوتا ہے۔ قرحۂ ملتحمہ یا مزمنہ کی سطح کو اگر چھوا جائے۔ تو عام طور پر مریض کو درد و تکلیف کی شکایت نہیں ہوتی ہے۔ مگر برعکس ان کے اس خاص قسم میں علی الخصوص شب کے وقت درد نہایت شدید ہوتا ہے۔ بعض محققین نے بتایا ہے کہ اگر مِسْبَر[2] اس قسم کے زخم کی سطح پر آہستگی سے

[1] اوذیما۔ ایڈیما۔ [2] مِسْبَر۔ پروب۔

پھیرایا جائے۔ تو یہ معلوم ہوگا کہ ایک یا زیادہ مقامات میں خصوصیت کے ساتھ درد کی شدت ہوتی ہے اور باقی سطح کے حصوں میں کمی ہے۔ اور ان مخصوص مقامات میں درد کے شدید ہونے کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ ان مقامات میں عصبی ریشے کھل جاتے ہیں۔ کیونکہ درد علی العموم از قسم وجع محرق (جلانے والا) یا طلقی[1] ہوتا ہے۔

قرحہ دَوالیہ۔ اُن مریضوں کی ٹانگ میں ہوتا ہے جن کی ٹانگ میں پہلے سے مرض دَوالی ہو۔ یعنی ٹانگ کی وریدیں پھولی ہوئی ہوں۔ اسی وجہ سے اس قرحہ کا نام "قرحہ دوالیہ" رکھا گیا ہے۔ علی الخصوص اگر مرض خاص طور پر چھوٹی چھوٹی وریدوں میں ہو۔ چونکہ یہاں کی جلد میں وریدی امتلاء خون (جسکو امتلاء قہری کہا جاتا ہے) ہوتا ہے۔ اور اسکا تغذیہ رُک جاتا ہے۔ اس وجہ سے معمولی خراش اور رگڑ بھی اس مقام میں قرحہ مزمنہ پیدا کر دیتا ہے۔ حالانکہ متدرستی کی حالت میں ایسی خراش و رگڑ خود بخود نہایت جلد اچھی ہو جاتی ہے۔ کاہے یہ قسم اُس نار فارسی[2] (رچاجن) سے بھی پیدا ہوتی ہے۔ جو کہ گرد و غبار کی رگڑ و خراش یا سخت پانجاموں کی رگڑ سے عارض ہوا ہو۔ اور کاہے یہ رقیق جلد کی زمی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جو پھیلی ہوئی وریدوں پر استرکیے ہوئے ہوتی ہے۔ اور معمولی حادثہ سے پھٹ کر شدید جریان خون (نزف) پیدا کرتی ہے۔ قرحہ دالیہ کی خصوصیات اکثر حصے میں قرحہ غیر مولہ سے ملتی جلتی ہوتی ہیں۔ یہ عام طور پر ٹانگ کے زیریں حصے میں اندر کی طرف ہوتا ہے۔ برعکس اس کے آتشک کے زخم عام طور پر گھٹنے کے پاس اور باہر کی طرف ہوتے ہیں۔

علاج۔ اس درجہ کا علاج موجودہ حالات کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔

[1] وجع طلقی۔ شوٹنگ پین۔	[2] نار فارسی۔ اگزیما۔

اگر یہ اپنے دورہ کو تیزی کے ساتھ التیام و اصلاح میں گذار رہا ہے۔ تو اس کے علاج میں وہی باتیں مدنظر رکھنی چاہئیں جو ابتدائی درجہ میں کی جاسکتی ہیں۔ یعنی راحت و آرام سے رکھنا اور زخم کو خراش کے اسباب سے بچانا۔ اس مقصد کے لئے یہ تدبیر نہایت مفید ہے کہ پٹیوں کی رگڑ سے بچانے کے لئے اس پر کوئی محافظ شئی رکھدی جائے۔ مثلاً ریشم کا کپڑا روغن میں تر کرکے زخم پر رکھا جائے جو نشاستین[1] کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہو۔ اس سے فائدہ یہ حاصل ہوگا کہ زخم کے بھرنے والے مواد اس محافظ کے علٰحدہ کرنے پر برباد نہ ہونگے +

قرحہ مزمنہ:۔ اس کے علاج میں نہایت توجہ کی ضرورت ہے۔ بعض حالات میں دستکاری کرنے کی بھی ضرورت پڑتی ہے۔ بلند وضع پر قایم کرکے عضو کو آرام و راحت سے رکھنا نہایت مفید ثابت ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے عضو کا اجتماع خون رفع ہوجاتا ہے۔ اگر زخم جوڑ کے اوپر ہو۔ تو عضو کو لازمی طور پر ہلاتے رہنا چاہئے۔ اگر زخم کی سطح بری ہو تو لبخہ[2] فحم[3] و تخم کتان استعمال کرنا چاہئے۔ یا زخم پر نمل سفنجی[4] چھڑک کر تکمید بورقی[5] استعمال کیا جائے۔ اور بعض حالات میں یہ بھی ممکن ہے کہ اس سے قبل زخم کی سطح پر نقرہ شورج[6] آگین (حجر جہنم[7]) یا جست اخضر آمیز[8] کا محلول (۴۰ قمحہ ایک اوقیہ میں) لگایا جائے +

اس قسم کے زخموں میں دباؤ سے بہت کچھ فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ بعض حالات میں معمولی پٹی بھی کافی ہوجاتی ہے۔ جو انگلیوں سے گھٹنوں تک ہو۔

[1] نشاستین۔ ڈکسٹرین۔	[5] تکمید بورقی۔ بوریک فومنٹیشن۔
[2] لبخہ۔ پولٹس۔	[7] حجر جہنم } نائٹریٹ آف سلور۔
[3] فحم۔ چارکول۔	[6] نقرہ شورج آگین }
[4] نمل سفنجی۔ آیلڈ فارم۔	[8] جست اخضر آمیز۔ کلورائڈ آف زنگ۔

مگر اس کے نیچے مرہم حمض[1] بورقی جس کے ساتھ زیادتی تنبیہ و تحریک کی غرض سے مرہم راتینج[2] (رسال) ملا لیا گیا ہو لگانا چاہئے۔ اگر وریدیں بہت زیادہ پھیلی ہوئی ہوں تو ربر کی پٹی نہایت مفید ہوتی ہے۔[5] ایک ماہر نے پرانے زخموں کے علاج کے لئے یہ طریقہ بتایا ہے۔ جو نہایت مفید ثابت ہوا ہے۔ اس میں لیسدار لصقہ[3] لگایا جاتا ہے جو مندرجۂ ذیل اشیاء سے مرکب ہوتا ہے۔ ہلام[4] ۵ حصے جست[5] حمض آمیزہ ۵ حصے۔ حمض بورقی ایک حصہ۔ حلوین[6] ۸ حصے۔ گاہے اس میں مزید فائدہ کی غرض سے شحم ماہی[7] (۵ فیصدی) بھی اضافہ کر دیا جاتا ہے۔ پورے عضو کو پہلے صابون اور پانی سے دھویا جائے۔ اور پھر اسکو محلول[8] قطرانی یا محلول[9] سلیمانی سے مطہر کیا جائے۔ اس کے بعد معمولی مطہر جالی سے عضو کو لپیٹ دیا جائے۔ اس کے اوپر وہی مذکورہ بالا دوا (ئی کے طور پر شعریہ (کچی) سے لگا دی جائے۔ مگر اسے پہلے دیگ بر دیگ کی طرح پکا کر پتلا کر لیا جائے۔ یعنی اسے ایک ظرف (مرتبان) میں ڈال کر اس ظرف کو دوسرے ظرف میں رکھا جائے۔ جس میں کھولتا ہوا پانی ہو۔

اس ضماد یا پٹی کے اوپر جالی کی ایک تہ اور لپیٹ دی جائے۔ اور سب کے اوپر باریک پٹی باندھ کر خشک ہونے دیا جائے۔ اگر وریدیں زیادہ پھیلی ہوئی ہوں تو یہ ضماد گھٹنے سے گھٹنے تک لگایا جائے۔ اور گاہے قدم کو بھی اس میں شامل کیا جا سکتا ہے۔ اگر رطوبت کا اخراج زیادہ ہو تو زخم کو پوشیدہ نہ کرنا چاہئے

۱۔ حمض بورقی۔ بورک ایسڈ۔	۵۔ جست حمض آمیز۔ آکسائڈ آف زنک
۲۔ مرہم راتینج۔ ریزن آئنٹمنٹ	۶۔ حلوین۔ گلیسرین۔
۳۔ لصقہ۔ پلاسٹر۔	۷۔ شحم ماہی۔ اکھائی اول۔
۴۔ ہلام۔ جیلاٹن۔	۸۔ محلول قطرانی۔ کاربولک لوشن۔
	۹۔ سلیمانی۔ سبلائی میٹ

۵ جیسا کہ فاضل ارتن کی ایک مخصوص پٹی اس مقصد کے لئے کارآمد ہے۔

اور پٹی روزانہ بدلنی چاہیئے۔ لیکن جبکہ رطوبت مقدار میں گھٹ جائے۔ تو یہ ضماد صرف زخم پر لگا کر پٹی کو ایک ہفتہ یا اس سے زیادہ عرصہ تک چھوڑا جا سکتا ہے۔ جبکہ قرحہ کے کنارے موٹے اور سخت ہوں اور اندمال و التحام کے افعال بند ہوں۔ تو ایسی حالت میں مسائم کی رائے[1] پر عمل کرنا مناسب ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ قرحہ کی ساری سطح اور ارد گرد کی جلد کو دواء کاوی سے جلا دیا جائے۔ مگر اس سے بہتر یہ ہے کہ مریض کو بیہوش کر کے قرحہ کی سطح کو دھار دار لعقہ[2] (لعقہ حادہ) سے کھرچ لیا جائے۔ اور اس کے بعد جبت[3] اخضر آمیز کا محلول قوی اس پر مل دیا جائے۔ جب فعل التحام ظاہر ہو۔ تو اس کی مدد کے لئے محرکات[4] و منبہات استعمال کریں جیسے قرمز یہ[5] حمر آر جو قطران فحمی یا تارکول کا ایک مرکب ہے) + اسے چوبیس گھنٹے تک بشکل مرہم چار سے آٹھ فیصدی تک استعمال کریں (یعنی مرہم میں اسے ۴ سے ۸ فیصدی تک شامل کریں) مگر پہلے قرحہ کو اچھی طرح پاک کر لیا جائے۔ اس کے بعد دو روز تک حامض[6] بورقی کا مرہم استعمال کریں۔ اس کے بعد پھر اسی طرح اسکو لوٹائیں اور دوبارہ قرمزیہ مذکورہ استعمال کریں + کمفری[7] کا عصارۂ رطب بھی انگور کے پیدا کرنے میں تحریک بخشتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر ایک جوہر فعال سجقین[8] سے مشابہ ہوتا ہے +

(۱) کمفری ایک نبات کا نام ہے۔ مترجم۔

(۲) سجقین ایک جوہر خاص ہے۔ جو جنین کے پیشاب اور بعض سلوبات

۱ سائنس کجس شن۔	۶ بورک ایسڈ۔
۲ شارپ اسپون۔	۷ کمفری (یا) سمفائی ٹم آفی سی نے لی۔
۳ کلورائڈ آف زنک۔	۸ لیکوئڈ اکسٹریکیٹ۔
۴ اسٹی مولنٹ۔	۹ السٹوئین۔
۵ اسکارلٹ ریڈ۔	

میں پایا جاتا ہے۔ اور قروح وجروح میں بشرہ کی پیدائش میں تحریک دینے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ مترجم۔

یا بذات خاص بحقین کو بشکل محلول (۵ فیصدی) استعمال کیا جا سکتا ہے۔ مذکورہ بالا اشیاء دراصل شفاء کو جلد لانے کے لئے ہیں + اگر قرحہ کی مندمل ہونے والی سطح چوڑی ہو تو بشرط ضرورت عمل ترقیع (پیوند لگانا) کیا جا سکتا ہے + لیکن یہ عمل اُس وقت تک بیکار ہے جب تک کہ مریض ایک عرصہ تک آرام وسکون سے رہنے کا وعدہ نہ کرے۔ اسی طرح اس کے بعد لچکدار بندش (ربط مرن) کی ضرورت ہے + لیکن بُرے زخموں میں جبکہ ہاتھ پاؤں کے محیط کا بیشتر حصہ خراب ہو چکا ہو۔ یا جبکہ قرحہ نہایت سخت (قرحہ صلبہ) ہو۔ اور اُس کی جڑ پنڈلی کی بڑی ہڈی (قصبہ کبریٰ) سے لگی ہوئی ہو۔ اور غشاء عظمی کے مزمن التہاب سے شب کے وقت شدید درد ہوا کرتا ہو۔ اور خصوصاً جبکہ مریض عرصہ دراز تک آرام وسکون سے نہ رہ سکتا ہو تو ان صورتوں میں اس عضو کا کاٹ کر علیحدہ کر لینا بہتر بہترین علاج ہے۔ اس کے لئے فارابوف کا طریقہ بہتر زیادہ اچھا ہے (جسکا ذکر ایک خاص باب میں آئے گا) +

جب وریدیں پھولی ہوئی ہوتی ہیں۔ تو علاج سے اُس وقت تک پورا فائدہ نہیں ہوتا جب تک کہ ان کے علاج میں کافی اہتمام نہیں کیا جاتا۔ یعنی یا دستکاری کی جائے۔ یا عصیدۂ انا استعمال کیا جائے۔ لیکن یہ مناسب نہیں ہے

۱۔ گرانلنگ۔	۵۔ پری آسٹیم۔
۲۔ الاسٹک سپورٹ۔	۶۔ امپوٹے شن۔
۳۔ کیلس السر۔	۷۔ فارابوف امپوٹے شن۔
۴۔ ٹبیا۔	۸۔ عصیدۂ انا۔ انا سس پیسٹ۔

کہ زخم کے مقام پر دریدوں کو چھیڑا جائے۔ ورنہ زخم متعفن ہو جائے گا۔ اس لئے کہ اس کے علاج میں سکون اور تکمید[1] (سینک) کی ضرورت ہے + دریدوں کی دستکاری یہ ہے کہ قرحہ سے اوپر پھولی ہوئی دریدوں کو کاٹ کر نکال لیا جائے یا ترنڈ[2] لنبرگ کا عمل مناسب حالات میں اختیار کیا جائے (جسکا ذکر آگے آئیگا)

قروح[3] مولمہ کا علاج یہ ہے کہ دردناک مقامات کا کھوج لگایا جائے۔ اور ٹھیک اُس سے اوپر کے حصے میں چاقو سے شگاف دیا جائے۔ تاکہ اس سے آفت رسیدہ پٹھہ کٹ جائے۔ لیکن اس سے بہتر یہ ہے کہ مریض کو بیہوش کرنے کے بعد پورے طور پر زخم کو کھرچ لیا جائے +

قروح[4] فارسیہ کا علاج مذکورہ بالا اقسام سے مختلف ہے۔ تاکہ نار[5] فارسی میں ترقی نہ ہو جائے۔ وضعیات[6] مسکنہ یعنی بیرونی استعمال کی تسکین بخش چیزیں مثلاً غسول[7] رصاص اس میں ضروری ہیں۔ اور جب اس کی حدت و شدت کا زمانہ گذر جائے تو مرکبات[8] قطرانیہ (مثلاً سائل[9] نخی مطہر ایک اوقیہ۔ غسول رصاص ۳[10] تولہ تک) یا مرہم شحم ماہی[11] دہ سے ۱۰ فیصدی تک) استعمال کیا جائے۔ اسی طرح جبت[12] جاوی آگین اور حامض بورقی[13] کا مرہم بھی مفید چیز ہے۔ یا عصیدۂ انا ہمراہ شحم ماہی استعمال کیا جا سکتا ہے +

۱ فومن ٹے شن۔	۷ لیڈ لوشن۔
۲ ٹرنڈ لنبرگ اپریشن۔	۸ ٹاری پرے پریشنز۔
۳ اوری ٹیبل السر	۹ لائکر کا رونس ڈٹرجنس۔
۴ اکزیے ٹک السر۔	۱۰ ۳ تولہ۔ ایک پائنٹ۔
۵ اکزیما۔	۱۱ اکتھیول۔
۶ اپلی کیشن۔	۱۲ بنزوایٹ آف زنک۔
	۱۳ بورک ایسڈ۔

تیسرا دور۔ اس زمانہ میں چونکہ التحام کا فعل پورے طور پر ظاہر ہو جاتا ہے اس لئے اب وہ قرحہ نہیں رہتا ہے۔ اور ہمیں قرحۂ سلیمہ کا علاج برتنا نہیں پڑتا۔ بلکہ اب وہ تقرح کے بعد ایک جراحت سلیمہ ہوتی ہے۔ جس کے اندر اچھے انگور ہوتے ہیں۔ جسکو ہم التباس اشتباہ سے بچنے کے لئے قرحۂ ملتحمہ کہتے ہیں ۔

قرحۂ ملتحمہ کی خصوصیات ذاتی یہ ہیں ۔

اس کی سطح نرم اور چکنی اور جلد سے کسی قدر نیچے ہوتی ہے۔ اور اس پر اچھے انگور کا استر ہوتا ہے۔ انگور کا رنگ سرخ گلابی ہوتا ہے۔ ان میں درد نہیں ہوتا۔ اور چھونے سے اگرچہ خون بہتا ہے۔ مگر زیادہ آسانی سے نہیں بہتا ۔

اس کی رطوبت بلحاظ تدابیر و علاج کے مختلف ہوتی ہے۔ اگر قرحہ کی سطح کو راحت و آرام سے رکھا جائے۔ اور تمام ہیجانات سے بچایا جائے تو رطوبت محض پانی جیسی (مائی) ہوتی ہے۔ لیکن اگر زخم عفونی (ملوث) ہو چکا ہو۔ یا اس میں مہیج دافع عفونت چیزیں استعمال کی گئی ہوں تو زخم میں معمولی پیپ پیدا ہو جاتی ہے ۔

اردگرد کی جلد نرم اور ڈھیلی۔ اور التہابی اجتماع خون سے خالی ہوتی ہے ۔

زخم کا قاعدہ یعنی گہرائی قابل حرکت ہوتی ہے (یعنی بالکل ثابت و قائم اور غیر متحرک نہیں ہوتی) ۔

۱ ہلدی السر۔	۳ ہیلنگ السر۔
۲ ہلدی وونٹ	۴ اری ٹینٹ۔
	۵ انفکٹڈ۔

زخم کے کنارے۔ اُبھرے ہوئے اور اندمال پاتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ جس میں تین رنگین دائرے (منطقہ[1]) دکھائی دیتے ہیں۔ اندرونی دائرہ سُرخ ہوتا ہے۔ جس میں انگور ہوتے ہیں۔ اس کے اوپر ایک باریک تہ کریات[2] بشریہ کا ہوتا ہے۔ جو محض اچھی روشنی میں نظر آسکتا ہے۔ اس کے بعد باہر کی طرف دوسرا باریک دائرہ خاکی ارغوانی رنگ کا۔ یا نیلا سا ہوتا ہے۔ جہاں انگوروں پر بشرہ کے کئی طبقات ہوتے ہیں۔ یہاں دوران خون میں اس وجہ سے کمزوری یا رکاوٹ ہوتی ہے کہ ندبی ساخت[3] پیدا ہوجاتی ہے (جس کے انقباض سے دباؤ پہونچتا ہے) + تیسرا بیرونی دائرہ سفید ہوتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ یہاں بشرہ خراب ہوکر صحیح حصے پر جمع ہوجاتا ہے +

اس قسم کے زخموں کے اندمال کا طریقہ یہ ہے کہ انگور کے اندرونی اجزا نسیج[4] لیفی ندبی میں تبدیل ہوتے ہیں۔ جو بتدریج سکڑتے اور اس کے اوپر بالآخر بشرہ پیدا ہوجاتا ہے۔ (اسکا مفصل بیان ایک مستقل باب میں آگے آئے گا) +

جب بیرونی طور پر نرم کرنے والی چیزیں (دضعیات[5] ملینہ) ایک عرصہ تک استعمال کی جاتی ہیں تو انگور رنگ میں پھیکے اُبھرے ہوئے اور تہیجی[6] (نرم و پھولے ہوئے) ہوجاتے ہیں۔ اور وقتی طور پر فعل اندمال موقوف ہوجاتا ہے اسی قسم کی حالت اُس وقت بھی پیدا ہوجاتی ہے جبکہ مریض کے قویٰ ضعیف ہوں۔ یا وریدیں پھولی ہوئی ہوں۔ ایسی حالت میں اس کے لئے قرحۂ ضعیفہ[7]

۱ زون۔	۵ امولینٹ اپلی کیشنز۔
۲ اپی تھیلیل ساز۔	۶ اڈیے ٹس۔
۳ سیکیٹریشل ٹشو۔	۷ ویک السر۔
۴ فائبرو سیکیٹریشل ٹشو۔	

کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔ اسی طرح زخم کے اُبھرے ہوئے پلپلے انگور کو عام طور پر لحم الغرود کہا جاتا ہے۔ اس قسم کے انگورہ اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ زخم کی گہری ساخت میں ندبی[۲] ساخت بنتی ہے۔ جو عروق پر دباؤ ڈالکر بیرونی انگور کو تپجی بنا دیتی ہے۔ اس قسم کے حالات میں فعل التحام کے اندر سخت مشکلات پیش آتی ہیں۔ اور اسکو دوا کاوی[۳] سے جلانا پڑتا ہے یا انھیں چھیل کر دور کر دینا پڑتا ہے۔ بعض اوقات یہ صورت دیر تک قائم رہتی ہے۔ اور قرحہ مزمن شکل اختیار کر لیتا ہے۔ جسکا بیان ابھی گذرا ہے۔ اس کی خصوصی علامت یہ ہے کہ بیرونی سطح کے نیچے زخم کی ساخت میں ریشے پائے جاتے ہیں +

علاج۔ حصۂ مریض کو آرام و سکون سے رکھا جائے۔ اگر قرحہ ٹانگ میں ہو تو اسکو لٹکانا نہ چاہیئے۔ زخم کو محفوظ رکھنے کے لئے ایسی مرہم پٹی استعمال کریں جس کے کھولنے پر قرحہ کی سطح میں کوئی نقصان نہ پہونچے۔ زخم کے برابر "واقی"[۴] کا ٹکڑا کاٹ کر پاک کر کے رکھ دینا چاہیئے۔ اور اس کے اوپر پاک صاف خرقہ[۵] (رجالی۔ دھجی) لپیٹ دینا چاہیئے +

واقی ایک روغنی ریشمی کپڑا ہوتا ہے۔ جو پانی قبول نہیں کرتا۔ اور جراحت میں استعمال کیا جاتا ہے +

خرقہ + قدیم اطبا مثلاً ابو القاسم ابن عباس ہراوی وغیرہ اُس کپڑے کو جو زخم کے مرہم پٹی کرنے میں کام آتا ہے "خرقہ" (دھجی) یا خرقہ کتان کہتے ہیں۔ کتان ایک نہایت باریک کپڑا ہے۔ جسکو باریک ململ سے مشابہ یا اس سے زیادہ نازک سمجھنا چاہیئے۔ اس لئے ہم بھی یہی اصطلاح استعمال کرینگے۔ مترجم

۱ پراوڈ فلش۔	۴ پروٹکٹو۔
۲ اسکار ٹشو۔	۵ خرقہ۔ گاز۔
۳ کاسٹک۔	

یا زخم پر سادہ مرہم (مرہم بسیط[۱]) لگائیں۔ مرہم کو نیچ[۲] آلودہ (پارچہ مسکہ) یا سنا[۳] پر پھیلا کر زخم پر لگا دیں +

مرہم سادہ۔ مرہم حامض[۴] بورقی کو اسی کے ہموزن فازلین[۵] کے ساتھ ملا کر مخفف کر لیا جائے +

اگر انگور زیادہ ابھرے ہوئے ہوں۔ تو اس پر نقرہ شور[۶] آگین (حجر جہنم) خفیف طور پر لگانا چاہئے۔ یا کوئی غسول[۷] منبہ استعمال کرنا چاہئے۔ مثلاً غسول احمر (سرخ غسول) جسکا نسخہ یہ ہے۔

نسخہ غسول احمر۔ حبت[۹] کبریت آگین دو قحہ۔ صبغ خزامی[۱۰] (گل مریم[۱۱]) مرکب بیس بوند۔ روح[۱۲] اکلیل الجبل بیس بوند۔ حامض[۱۳] بورقی دس قحہ۔ آب مقطر ایک اونس

خزامی۔ بقول صاحب اکسیر اعظم ایک نبات ہے۔ جس میں خوشبو ہوتی ہے۔ گل مریم اسکا دوسرا نام ہے +

اکلیل الجبل ایک خوشبودار پودا ہے۔ جو مصر و اسکندریہ میں کثرت ہوتا ہے اس کے اندر ایک خوشبودار لطیف روغن ہوتا ہے۔ مصری اطبا نے اسکا دوسرا نام "حصا لبان" بتایا ہے۔ مترجم۔

بڑے قرح میں سرعت اندمال کے لئے گاہے بیرونی مدد کی بھی ضرورت

۱۔ سپل آئنٹ منٹ۔
۲۔ بٹر کاکاؤ
۳۔ لنٹ۔
۴۔ اگمو آئنٹم ایسیٹاٹی بوریاٹی
۵۔ فازلین (مصری تلفظ واسلین)
۶۔ نائٹریٹ آف سلور۔
۷۔ اسٹی مولے ٹنگ لوشن۔
۸۔ بوشیو ربا۔
۹۔ زنک سلفیٹ
۱۰۔ خزامی طبیہ۔ لیونڈیولی۔
۱۱۔ گل مریم خزامی۔ روزمیرینی۔
۱۲۔ اوئل آف رزمیرینی۔
۱۳۔ ایسڈ بوریاٹی

پیش آتی ہے۔ ورنہ ایک ایسا وقت آتا ہے کہ بیج مدبی پیدا ہو کر انگور کے تغذیہ کو خراب کر دیتا ہے۔ جس سے مغل اندمال رُک جاتا ہے۔ اس اشکال کو دور کرنے کے لیے اکثر اوقات عمل ترقیع (پیوند لگانا) استعمال کیا جاتا ہے +

ترقیع وہ عمل ہے جس میں مختلف دبازت کی جلد کسی تندرست حصہ سے زخم کی متلحم ہونے والی سطح پر منتقل کر دی جاتی ہے۔ یہ عمل جراحیات میں ۱۸۶۹ء کے اندر ماہر ریفرڈین کے ذریعہ داخل ہوا۔ اور اُس وقت سے برابر اس میں ترقی ہوتی گئی۔ ذیل میں اس کے اہم طریقے درج کیے جاتے ہیں +

(۱) بشرہ اور ادمہ کے چھوٹے ٹکڑہ کا منتقل کرنا۔ ریفرڈین کا اصلی طریقہ یہی تھا۔ جلدی ساخت کا چھوٹا سا ٹکڑہ ملقط کی مدد سے یا اس کے بغیر پکڑا جاتا ہے۔ اور تیز خمیدہ قینچی (مقراض منحنی) سے تراش لیا جاتا ہے۔ اس ٹکڑے میں بشرہ کے ساتھ حقیقی جلد (ادمہ) کا کچھ حصہ ضرور ہونا چاہیئے۔ جس سطح سے یہ نکالا جائے وہاں بتدریج ایک دو بوند خون جمع ہو جائے۔ اس کے بعد یہ ٹکڑا نرمی کے ساتھ زخم کے انگور پر نیچے کے رخ پر رکھکر پاک کی ہوئی "واتی" سے ڈھانک دیا جائے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ ایک ہی وقت میں اس قسم کے کئی ٹکڑے لگائے جائیں اور سارے زخم پر مرہم پٹی کر کے اسکو محفوظ کر لیا جائے۔ اگر زخم کی سطح میں رطوبت زیادہ ہوگی۔ تو یہ پیوند وہاں نہ لگ سکے گا۔ برعکس اس کے اگر زخم کی سطح اچھی ہوگی۔ تو پیوند کے ان ٹکڑوں کا لگنا اغلب ہے + عام طور پر یہ ٹکڑے دو تین دن میں غائب ہو جاتے ہیں۔ کیونکہ اوپر کا بشرہ نرم ہو جاتا یا بوسیدہ ہو کر گر جاتا ہے

۱۔ اسکین گرافٹنگ۔	۴۔ فارسپس
۲۔ ریورڈین	۵۔ کروڈ سیزر
۳۔ کیوٹیکل۔	۶۔ پروٹکٹو۔
	۷۔ کیوٹس۔

لیکن جلد کا نیا بشرہ بہت جلد پھیل کر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ التحام کا ایک ممتاز مرکز ہے +

(۲) بشرہ کے بڑے حصوں کا منتقل کرنا۔ یہ طریقہ فاضل تیرش کا ہے۔ اس طریقہ میں بشرہ کی بڑی بڑی پٹیاں اُسترے سے اُتاری جاتی ہیں۔ اور تازہ جراحت پر۔ یا زخم کے انگور کو کھرچ کر کچی سطح بنا کر اس پر لگائی جاتی ہیں۔ لیکن پہلے دباؤ ڈالکر جریان خون کو روک لیا جاتا ہے۔ استرے سے بشرہ کے اُتارنے میں اس امر کے ہوشیاری کی ضرورت ہے کہ جہاں تک ممکن ہو بشرہ باریک اُترا جائے + مگر جلد کے حلمات عام طور پر کٹ جایا کرتے ہیں۔ اسی وجہ سے کسی قدر خون بھی بہ نکلتا ہے۔ پیوند کے ٹکڑوں کو اسی خونی سطح پر چھوڑ دینا چاہئے تاکہ وہ اس سے تر رہے۔ اس کے بعد استعمال کی جائے۔ یہ ٹکڑے اس طریقے سے لگائے جاتے ہیں کہ یہ ایک دوسرے پر چڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور زخم کے کناروں پر بھی سوار ہو جاتے ہیں۔ اکثر اوقات ان ٹکڑوں کے کنارے اندر کی طرف مُڑ جاتے ہیں۔ اس لئے مناسب انتظام کرنا ضروری ہے۔ اس کے بعد اس پر پاک صاف جالی (رخرقہ[1]) سے بندش کر دی جائے۔ اگرچہ بعض جراح اب تک اسی امر کو پسند کرتے ہیں کہ ان ٹکڑوں کو دائتی[2] سے۔ یا قصدیر[3] کے چھدے ہوئے پرت سے یا چاندی کے باریک تہ سے چھپا دینا چاہئے۔ عام طور پر زخم کو کئی روز تک کھولنے اور دیکھنے کی ضرورت پیش نہیں آتی ہے۔ بازو اور ران کا بیرونی حصہ ان ٹکڑوں کے نکالنے کے لئے بہترین مقام ہے۔ ان ٹکڑوں کے نکالنے کے بعد وہاں جو زخم پیدا ہو جائیگا۔ اس پر واقی رکھکر مطہر جالی سے باندھ دیا جائے۔ یا جالی کو حامض[4] مُر (تیزاب تلخ) میں تر کرکے اس پر لپیٹا جائے۔

---

[1] گاز [2] پروٹکٹو [3] ٹن [4] پکرک ایسڈ

اگر استرہ جلد کے نیچے کی ساخت تک نہ پہونچا ہو تو یہ زخم بہت جلد اچھا ہو جاتا ہے۔ پیوند کے ملتحم ہونے کے بعد جو ندبہ (زخم کا نشان) بنتا ہے وہ عموماً نرم اور ملائم ہوتا ہے۔ اور اس میں اس قدر انقباض نہیں ہوتا۔ جتنا کہ عام طور پر زخم کے نشانات (ندبہ) میں ہوا کرتا ہے +

(۳) جلد کی پوری دبازت کا منتقل کرنا۔ یہ بعض صورتوں میں کیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ فاضل وتعف کا ہے۔ اس طریقۂ عمل میں پیوند اُس مقدار سے بڑا لیا جاتا ہے۔ جتنی کہ ضرورت ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ بعد کو سکڑ کر چھوٹا ہو جاتا ہے ان ٹکڑوں میں سے جلد کے نیچے کی پوری ساخت اور چربی دور کر دی جاتی ہے۔ اس کے بعد انکو زخم کی کچی سطح پر انگوروں کو پھیلنے کے بعد لگایا جاتا ہے اور پھر وضع قایم رکھنے کے انکو سی دیا جاتا ہے۔ یہ دستکاری کے زخموں کی کچی سطح پر بھی لگائے جا سکتے ہیں +

(۲) جراثیم[1] نوعیہ کے قروح

عفونی قروح کی مختلف قسمیں اس کتاب کے مختلف مقامات میں مختلف عنوانات کی تحت میں بیان کی جائیں گی۔ جنکا اس موقعہ پر مجملاً اظہار کرنا کافی ہے +

قیحۃ[2] رخوہ (وہ سیلان قیح جو قروح اس قسم کا ہے کہ اسکو عام قروح غدہ بکتال کے طور پر پیش کیا جا سکتا ہے۔ جن میں عدم تنقی۔ عدم نباتت۔ تقرح اور التہاب کے تمام درجات ظاہر ہوتے ہیں +

آتشک کے قروح

(الف) قروح اولیہ (درجۂ اول کے زخم)

(ب) قروح ثانویہ (درجہ دویم کے زخم) جو عام طور پر غشیۂ مخاطی پر ہوتے

---

[1] اپنے سے فلک بیکٹیریا۔ [2] سافٹ شنکر۔ [3] انکیوبیشن۔

ہیں۔ اور گاہے جلد کو بھی شریک کر لیتے ہیں +

(ج) قروح متوسطہ کی دونوں قسمیں فقاعی[1] اور جاورسی[2]۔

قروح[3] ثلاثیہ۔ جو اورام[4] صمغیہ سے پیدا ہوتے ہیں +

تقرح[5] اکال (تقرح ذرب) عام طور پر آتشک کے ساتھ ہوتے ہیں۔

مادۂ سل (دران) کے قروح

(الف) قرحہ قراضیہ جو جلدی تدرن (جلد کے مادۂ سلیہ) سے پیدا ہوتا ہے

(ب) قرحہ درنیہ (سلیہ) جو عام طور پر زیر جلد یا زیر غشاء مخاطی کے خراج درنی کے پھوٹنے سے ہوتا ہے +

(ج) دوسرے مختلف تقرحات درنیہ۔ جو جلد میں پیدا ہوتے ہیں۔ اور اُن کا نام ماہران امراض جلدیہ نے "جلد[6] خنازیری" رکھا ہے۔ اسی طرح مرض[7] بازان (یا تصلب[8] احمراری) کیا عجب ہے کہ حقیقت میں درنی (سلی) ہی ہو +

(۳) قروح[9] خبیثہ

اس قسم کے قروح کسی التہابی اثر کا نتیجہ نہیں ہوتے ہیں۔ بلکہ حقیقت میں ان کی پیدایش کی وجہ جلد کا فنا ہو جانا۔ اور اس کی جگہ دوسری ساختوں کا بڑھ جانا ہے۔ ان کا ذکر ایک مستقل باب میں آئے گا +

۱۔ روپیل۔	۶۔ اسکرافیولوڈرمیا۔
۲۔ اکتمے ٹس۔	۷۔ بازنس ڈزیز۔
۳۔ ٹرشری السر۔	۸۔ اری تھی ما انڈیوریٹم۔
۴۔ گمیٹا۔	۹۔ ملگننٹ السرز۔
۵۔ فیجے ڈینک السریشن	

باب پنجم

غانغرانا و شفاقلوس

عضو کا گل سڑ جانا یا مُردہ ہو جانا

تعریف۔ جب ساختہائے جسم کے کسی معتد بہ حصہ کی قوتِ حیات مجموعی طور پر ایک ساتھ باطل ہو جاتی ہے۔ اور وہ مُردہ ہو جاتا ہے تو اسکو غانغرانا[1] یا شفاقلوس[2] کہتے ہیں +

یہ دونوں الفاظ یونانی ہیں۔ اور بقول جالینوس دونوں باہم مترادف ہیں۔ مگر بعض لوگوں نے غانغرانا اور شفاقلوس میں یہ فرق بتایا ہے کہ غانغرانا شفاقلوس کا مقدمہ ہے۔ چنانچہ غانغرانا کی صورت میں درد کسی قدر یا زیادہ موجود ہوتا ہے۔ اور شفاقلوس کی صورت میں عضو کا مردہ حصہ بالکل بے حس ہوتا ہے مترجم

غانغرانا اگرچہ عام طور پر (ری کے ساتھ) مشہور ہے۔ مگر یہ دراصل کاتب کی تصحیف ہے۔ صحیح لفظ غانغرانا (ن کے ساتھ) ہے۔ مترجم

شفاقلوس (ش کے بعد ق) بھی اگرچہ زیادہ مشہور ہے۔ مگر یہ بھی تصحیف کاتب سے ہوا ہے۔ تحقیق و تفتیش کے بعد یہ معلوم ہوا ہے کہ دراصل یہ لفظ شفاقلوس (ش کے بعد ف) ہے۔ مترجم

اگر یہ عمل فساد صرف جسم کی نرم ساختوں (مثلاً عضلات۔ عروق۔ رباطات اعضاء وغیرہ) تک محدود رہے تو اُسے عام طور پر تأکّل[3] (گل جانا۔ یا کھایا جانا) کہتے ہیں +

۱؎ غانغرانا۔ گنگرین۔ ۲؎ نکروسس۔	۳؎ اسلف۔ اسلفنگ۔

اگر ہڈی کا معتدبہ حصہ مردہ ہوجائے تو اسکو ریمہ یا ریمیم (ریسیدہ ہڈی) کہتے ہیں +

مگر لفظ غانغرانا کا اطلاق عام طور پر اُس عمل فساد پر کیا جاتا ہے۔ جو ہاتھ پاؤں کے نرم اور سخت دونوں اجزاء پر ایک ساتھ طاری ہوتا ہے +

غانغرانا کی عمومی علامت

عضو کے موت کی علامت:- کسی محدود حصہ میں قطعی اور نمایاں موت کے بعد جو علامتیں ظاہر ہوتی ہیں ان کے ظہور سے پہلے مندرجۂ ذیل پانچ مخصوص علامتیں پائی جاتی ہیں +

۱- عروق میں تڑپ (نبض) کا نہ ہونا۔

۲- عضو میں گرمی کا نہ ہونا۔ کیونکہ اس عضو سے گرم خون کی آمد بند ہوجاتی ہے

۳- مردہ حصہ میں احساس کا نہ رہنا۔ رہا وہ درد شدید جو اثنائے فساد میں ظاہر ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ اس مقام سے اوپر کے اعصاب انعکاسی طور پر متاثر ہوتے ہیں +

۴- مردہ حصہ کے طبعی افعال کا باطل ہوجانا۔ چنانچہ یہ فساد ہاتھ پاؤں میں ہوتا ہے۔ تو بے حرکت ہوکر لٹک جاتا ہے +

۵- رنگ کا بدل جانا۔ جس کی نوعیت اور دار و مدار اُس عضو کے موجودہ خون کی مقدار پر ہے۔ اگر اُس وقت وہ حصہ خون سے پر ہے۔ تو اُس کا رنگ ارغوانی اور دھبہ دار ہوتا ہے۔ اور اگر اُس میں خون کی کمی ہے۔ تو اُسکا رنگ موی بالائی کے مانند (زردی مائل) ہوتا ہے +

مذکورہ بالا پانچوں علامتیں کم و بیش اُس وقت بھی موجود ہونگی جبکہ کسی عضو

۱- ریمہ ۲- ریمیم } سی کونس ٹرم۔	

کی قوتِ حیوانی (قوت حیات) میں شدید کمی آجاتی ہے۔ جیسا کہ اُس وقت ہوسکتا ہے جبکہ کوئی بڑی شریان پر بند لگا دیا گیا ہو۔ یا اُس کے اندر رسدہ واقع ہوا ہو پھر اگر دورانِ خون کے رکاوٹ کی یہ علامتیں عرصہ تک قایم رہیں گی تو سمجھنا چاہئے کہ وہ حصہ پورے طور سے مردہ ہونے والا ہے + بعض اوقات مردہ حصہ کی شناخت میں کسی قدر دقت واقع ہوتی ہے۔ خصوصاً جبکہ وہ حصہ وریدی خون سے بھرا ہوا ہو۔ اور شریانی حرکت (نبض) غیر محسوس ہوگئی ہو۔ اس وقت اس کی شناخت کا طریقہ یہ ہے کہ اگر اُس کے دبانے سے رنگت میں قدرے تغیر واقع ہوتا ہو اور اُس کی سرخی کم ہوجاتی ہو۔ اور پھر دباؤ ہٹانے سے رنگت بدستور گہری ہوجاتی ہو تو اُسے زندہ سمجھنا چاہئے۔ اور اگر دباؤ سے رنگت بدستور قایم رہے تو سمجھنا چاہئے کہ غالباً وہ مردہ ہوگیا ہے +

تغیرات جو مردہ ساختوں میں نمودار ہوجاتے ہیں :-

ان تغیرات کا تمامتر انحصار اُن حالات پر ہے۔ جو عضو کے مردہ ہونے کے وقت طاری ہوتے ہیں۔ اور اس امر پر کہ عفونت (سڑاندہ) موجود ہے یا نہیں +

۱۔ غانغرانا یا بسہ یا غانغرانا جافہ (= موت۔ یبوست[۲] یا جفاف) خشک غانغرانا اُسی وقت واقع ہوتا ہے جبکہ ماؤف ساخت مردہ ہونے سے پہلے کم و بیش رطوبات و اخلاط سے خالی ہوتی ہے۔ اس کا عام سبب شرائین کا انسداد[۳] مزمن ہے۔ جیسا کہ آخری شریانوں کے تحجر[۴] و صلابت کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ جس سے بالآخر بڑی شریانیں بھی بتدریج یا یک لخت بالکل بند ہوجاتی ہیں

۱ ڈرائی گنگرین۔	۳ اوبلٹریشن۔
۲ یبوست۔ ممی فی کیشن۔	۴ اسکلے روسس۔

مردہ حصہ سخت۔ خشک اور جھری دار ہو جاتا ہے۔ اور خون کے سُرخ دانوں کی حمرت[1] دمویہ کے تفرق و پراگندگی اور تحلیل سے اُسکا رنگ بھورا[2] یا سیاہ ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر مردہ حصہ لحمی اور نرم ساخت کا ہے۔ جیسے ٹخنہ سے اوپر کا حصہ۔ تو وہ شاید ہی خشک ہوتا ہے۔ بلکہ اکثر اُس میں التہاب ہو جاتا ہے۔ اور التہاب کے بعد۔ اگر جراثیم پہونچ جاتے ہیں۔ تو وہ متعفن ہو کر سخت بدبودار ہو جاتا ہے +

۲۔ غانغرانا[3] رطوبیہ۔ (تر غانغرانا) جب جسم کا وہ حصہ مردہ ہو جو رطوبات سے پُر ہے۔ تو اس قسم کا غانغرانا نمودار ہوتا ہے۔ غانغرانا رطوبیہ اُس وقت طاری ہوتا ہے جبکہ وریدوں میں سدہ ہوتا ہے۔ اور اسی طرح شریانیں یکایک بند ہو جاتی ہیں۔ جیسا کہ گاہے ضرب و سقطہ کے غانغرانا میں بند و دباؤ کے باعث عضو کی بڑی شریان پھٹ جاتی یا دب جاتی ہے۔ اس صورت میں اُس حصہ کے اندر رطوبت کی کثرت اس صورت سے ہوتی ہے کہ جب قلب کی قوت دافعہ کا اثر یہاں غائب ہو جاتا ہے۔ تو عروق شعریہ میں وریدوں کا خون لوٹ کر جمع ہو جاتا ہے (اخفقان قہری) + یہ ظاہر ہے کہ ان حالات میں جراثیم کے نشو و نما کے تمام سامان موجود ہو جاتے ہیں۔ اور چونکہ جلد میں بکثرت جراثیم موجود رہتے ہیں۔ اس لئے اگر ان کے دفعیہ (تطہیر) کی انتہائی کوشش نہ کی جائے۔ تو یہ فوراً حملہ آور ہو کر عفونت کے ساتھ غانغرانا پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر یہ بخوبی ذہن نشین کر لینا چاہیے کہ غانغرانا رطوبیہ کے ساتھ تعفن کا ہونا ضروری اور لابدی نہیں ہے۔ بلکہ یہ ایک ضمنی چیز ہے جو بوجہ جراثیم کے نمودار ہو جاتی ہے +

۳۔ غانغرانا[4] رطوبیہ غیر عفونیہ۔ اس میں مردہ ساختیں فساد و تغیر کے

---

[1] ہیموگلوبین۔
[2] براؤن۔
[3] مؤانسٹ گنگرین۔
[4] اسپٹک موانسٹ گنگرین۔

باعث کم و بیش بدرنگ ہو جاتی ہیں۔ اُن کا رنگ ارغوانی۔ سیاہ۔ زرد۔ سبز یا سفید ہو جاتا ہے۔ اگر عدوی (چھوت) کا اثر نہ پہونچنے پائے تو مردہ حصہ تقریباً اُسی حجم و ترکیب کا رہتا ہے جیسے کہ آغاز غانغرانا میں تھا۔ اور پھر وہ بغیر کسی علامتِ التہاب کے نہایت سادگی اور سکون کے ساتھ آس پاس کے اجزاء سے منقطع ہو کر گر جاتا ہے۔ مگر چونکہ مردہ ساخت میں جو مختلف قسم کی رطوبتیں پیدا ہو جاتی ہیں اور وہ کسی قدر اچھی ساخت میں ضرور جذب ہوتی ہیں۔ اس لیے گاہے خفیف تسمم دم کی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں +

۴۔ غانغرانا رطوبیہ عفونیہ۔ اس قسم میں عمل تغیر و فساد تیزی کے ساتھ جاری ہوتا ہے۔ اور اُس کی ساخت بہت جلد متفرق و پراگندہ ہو جاتی ہے۔ عضو کا رنگ سیاہ۔ سبز یا زرد ہو جاتا ہے۔ جلد کا بالائی طبقہ یعنی بشرہ اندرونی طبقہ یعنی ادمہ سے جدا ہو کر اوپر کو ابھر جاتا ہے۔ اور اس میں آبلے نمودار ہو جاتے ہیں۔ جن میں متعفن مفصّل (رسائیت یا رطوبت) جمع ہو جاتا ہے۔ یا اس میں نفاخات (ہوائی آبلے) بن جاتے ہیں۔ جنکو بشرہ کے نیچے ہی نیچے کچھ دور تک دبایا جا سکتا ہے۔ اگر اس حصہ کو چھری سے داب کر اٹھایا جائے تو ہوائی چٹخ یا کراہٹ سنائی دیگی۔ نیز وہ حصہ نرم اور پھٹنے کے لیے آمادہ ہوگا +

علامات مابعد۔ غانغرانا کے علامات اس کے بعد کیا ہونگے؟ اس کا دارومدار دو باتوں پر ہے +

۱۔ پرپل	۴۔ کیوش ویرا۔
۲۔ سپ ٹک مائسٹ گنگرین پٹرڈ مائسٹ گنگرین	۵۔ سیرم
۳۔ کیوٹیکل۔	۶۔ گیس بلز۔
	۷۔ امفانی سی مے ٹس کریپٹنگ۔

۱- اُس میں عدوی یا عفونت کا دخل ہوا ہے یا نہیں؟

۲- اور اُس کی مقدار (حجم) کیا ہے؟

(الف) اگر مردہ حصہ چھوٹا اور غیر عفونی ہے۔ تو مناسب حالات کی موجودگی میں وہ بالکل جذب ہو جائیگا۔ جس طرح اعمال جراحیہ میں بلی کے آنتوں کے ٹانکے (دوتراہر[1]) جذب ہو جایا کرتے ہیں۔ جس سے اندرونی زخموں میں ٹانکے لگاتے ہیں اس قسم کا انجذاب اکثر اعضاء کے قطع کرنے کے بعد اُن چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں پایا جاتا ہے۔ جو لٹکتے رہتے اور گل جاتے ہیں۔ اگر مردہ حصہ کو جراثیم کے تاوث سے پاک اور خشک رکھا جائے۔ تو وہ بتدریج جدا ہو جاتا ہے۔ اور جب یہ اچھی طرح جدا ہو جاتا ہے تو ایک چھوٹا سا سیاہ رنگ کا کھرنڈ[2] خود بخود گر پڑتا ہے۔ یا جراح اُسکو چمٹے سے علٰحدہ کر دیتا ہے۔ اور اُس کے نیچے زخم کا نشان (ندبہ[3]) پایا جاتا ہے + اسی طرح مردہ ہڈی بھی جذب ہو سکتی ہے۔ بشرطیکہ وہ چھوٹی ہو۔ بہت زیادہ بھوس نہ ہو۔ اور تندرست عروقی ساختوں سے متصل ہو۔ چنانچہ یہ فعل اس طرح پورا ہوتا ہے کہ پہلے مردہ حصے پر چھوٹے چھوٹے گول خلیات حملہ آور ہوتے ہیں۔ جو غالباً خون کے سفید دانے ہوتے ہیں۔ اور آس پاس کی زندہ ساخت کے عروق جاذبہ و عروق دمویہ سے آتے ہیں۔ یہ دانے وہاں ترشح کے طور پر جمع ہو کر بتدریج مردہ حصہ کو عمل ہضم سے جذب کر لیتے ہیں۔ اور ان کی جگہ انگور بنجاتے ہیں۔ جو بالآخر ندبہ کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ اور ندبہ کے اوپر بشرہ کا استر ہو جاتا ہے (اسکا مفصل بیان باب التحام میں آئے گا) +

جراثیم کے باب میں ہجوم بیضاوات[4] کا بیان ہو چکا ہے۔ یہ فعل "جذب" بھی

۱؎ کیٹ گٹ۔	۳؎ سی کیٹ رکس۔
۲؎ اسکیب۔	۴؎ فیگر سائی ٹوسس

بعینہ اسی کے مانند ہے۔ مترجم

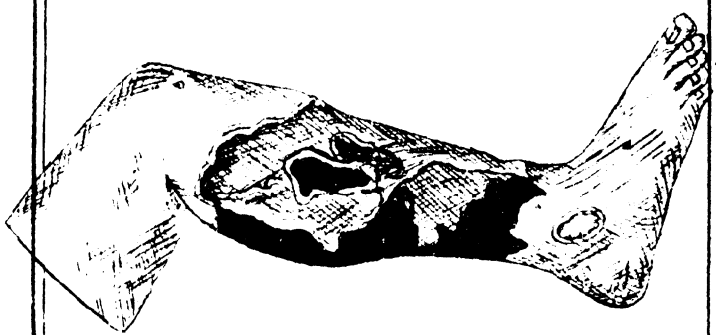
(ب) اگر مردہ حصہ غیر عفونی ہے۔ لیکن وہ حجم میں بڑا۔ یا ایسی ساختوں سے مرکب ہے جو اُسکو پورے طور پر منجذب ہونے سے روکتی ہیں۔ یا اگر مریض کی قوتِ حیات میں کمی آگئی ہے۔ تو مذکورہ بالا صورت سے کسی قدر مختلف صورت ظہور پذیر ہوگی۔ یعنی اس وقت اس کے "کلی انجذاب"[1] کی بجائے مردہ حصہ کا "جزئی انجذاب" ہوگا۔ اور باقی ماندہ حصہ تقرح[2] فقری[3] کے سادہ عمل کے ذریعہ جدا ہو جائے گا +

"تقرح فقری" سے مراد وہ تقرح ہے۔ جس میں فقر الدم یعنی کمی خون ہوتی ہے۔ مترجم

مردہ حصہ جو زندہ اجزاء سے بالکل ملا ہوا ہوتا ہے۔ وہ دور ہوتا چلا جاتا ہے۔ اور اس کی جگہ انگور بنتے جاتے ہیں۔ انگور کے دانے مردہ حصہ کے اندر دور تک بتدریج بڑھے چلے جاتے ہیں۔ اور جو انگور کہ پہلے بن چکا ہے وہ بتدریج سخت ہو کر ندبہ بنتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ اگلے انگور سرچشمہ غذا سے دور ہو جاتے ہیں اور ان کے پیچھے جو ندبہ بنتا جاتا ہے وہ سکڑ کر اور بھی رگوں کو بند کر دیتا ہے۔ جس سے اُن کی قوت طبعی کمزور ہو جاتی ہے۔ اور وہاں قلت غذا سے تقرح کا سادہ عمل جاری ہو جاتا ہے۔ اور مردہ اور زندہ ساختوں کے درمیان ایک حد فاصل پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی عمل سے مردہ حصہ جسم سے خارج ہو جاتا ہے + یہ مردہ حصہ جو بدن سے اس طرح جدا ہوتا ہے وہ اصلی مردہ حصہ سے نمایاں طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اس عمل سے مقامی التہاب کے علامات نہیں پیدا ہوتے

[1] انٹائرلی ابزارپشن۔ [2] پارشل ابزارپشن۔	[3] اینیمک السریشن۔

(۱۷) پاؤں کا غانغرانا عفونیہ رطبہ۔ جو شریان فخذی کے
جراحت نافذہ سے ہوا ہے



اور نہ عمومی عوارض زیادہ شدید ہوتے ہیں + مندرجہ بالا عمل نہایت آہستہ آہستہ اور بتدریج عمل میں آتا ہے۔ اور اس میں اس قسم کے خطرات نہیں ہیں۔ جیسے کہ سریع السیر عفونی غانغرانا میں ہو سکتے ہیں۔ ہاں یہ ضروری ہے کہ ساخت یا مردہ حصہ جس قدر زیادہ سخت اور ٹھوس ہوگا اسی قدر زیادہ وقت اس کے جدا ہونے میں صرف ہوگا۔ یہی وجہ ہے کہ جب ہاتھ یا پاؤں پورے طور پر غانغرانا کا شکار ہوتا ہے۔ تو اکثر یہ صورت واقع ہوتی ہے کہ ہڈیوں پر نمایاں اثر ہونے سے پہلے اس کے نرم حصے (مثلاً عضلات وغیرہ) جدا ہو جاتے ہیں۔ اور زخم بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے۔ جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نرم اجزاء میں شدید انقباض واقع ہوتا ہے۔ اور عضو کی شکل مخروطی ٹھنٹھ کے مانند ہو جاتی ہے۔ جس کی نوک سے ہڈی باہر نکلی رہتی ہے +

(ج) اگر غانغرانا والا حصہ عفونی[1] ہے۔ تو اس کے جدا ہونے میں عمل التہاب ضرور شامل ہوتا ہے۔ اس التہاب میں آس پاس کی تندرست ساختیں متاثر ہوتی ہے۔ غانغرانا والے حصہ میں تغیر رنگ ہونے کی وجہ سے بے جان اور تندرست ساخت کے درمیان حدِ فاصل (یا فصل مشترک) نمودار ہو جاتا ہے۔ کیونکہ تندرست ساخت کا رنگ بدستور قایم رہتا ہے۔ مردہ حصے میں کیمیاوی مہیج مرکبات پیدا ہو کر آس پاس کے تندرست حصوں میں خراش پیدا کر کے التہاب کا باعث ہوتے ہیں۔ جن میں بالآخر پیپ پڑ جاتی ہے۔ اور تندرست حصے کی آخری حد پر انگوری کی ایک تہ پیدا ہو جاتی ہے۔ اور اس طرح ایک آخری[2] خط (انفصال رخط انفصال نہائی) نمودار ہو جاتا ہے۔ علامات مرض جو اس آخری منزل میں نمایاں ہوتی

[1] سپٹک۔
[2] لائن آف ڈیمارکیشن۔
[3] فائنل لائن آف سپریشن۔

ہیں وہ یہ ہیں کہ تندرست ساختوں کے آخری کنارہ پر اجتماع خون کی وجہ سے ایک چمکدار سرخ لکیر نظر آتی ہے۔ یہ سرخی تقریباً آٹھ دس دن میں تدریج پھیل کر گہرائی میں چلی جاتی ہے۔ اس وقت اگر جلد کا بیرونی حصہ یعنی بشرہ ثابت ہے۔ تو مردہ اور تندرست حصے کے درمیان ایک باریک سفید یا زرد لکیر نظر آتی ہے۔ یہ لکیر دراصل بشرہ کے نیچے پیپ کی ایک تہ کے اجتماع سے پیدا ہوتی ہے۔ جو بشرہ کے ہٹانے پر آشکارا ہو سکتا ہے۔ جونہی پیپ یہاں سے خارج ہوگی ایک اوتھلی نالی (میزاب[1] ارورح) نظر آئے گی۔ جو تندرست حصے کے انگور والی سطح اور غانغرانا والے حصے کے درمیان حائل ہوگی۔ یہ عمل بتدریج عضو کی پوری موٹائی میں پھیل جائے گا۔ اس کے ساتھ ساتھ مقامی التہاب اور بخار کی علامتیں واضح ہونگی بخار کی شدت اور اسکا درجہ اس سیست پر منحصر ہوگا جو جذب ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں عمل التہاب ہمیشہ "حد الفصال" ہی تک محدود نہیں رہتا۔ بلکہ عروق جاذبہ یا اوردہ کے ذریعہ یا عضلات اور لفائف کے طبقات کی راہ سے اوپر تک پھیلکر سارے عضو میں ایک وسیع تقیح[2] کا باعث ہو سکتا ہے +

غانغرانا کے عمومی علامات

ان کی تفصیل دو عنوانات کے ذیل میں ہو سکتی ہے:-

(الف) ایسے عمومی حالات کا پایا جانا جنکی موجودگی حدوث غانغرانا میں سہولت پیدا کر سکتی ہے۔ اور جو بالخصوص قوی میں انحطاط پیدا کرکے یا خون کی ترکیب میں تغیر پیدا کر دیتے ہیں۔ یا اعضاء کی قوت حیوانی کو کمزور کر دیتے ہیں۔ مثلاً غانغرانا کے حملہ سے پہلے عام امراض کا ہونا جیسے ذیابیطس[3]۔ بول زلالی[4]۔

۱۔ شیلوگرو	۳۔ ذیابیطس
۲۔ سپوے شن	۴۔ البومی نوریا۔

اسی طرح غلط کاریوں اور غیر محتاط اور بُری زندگی کے جسمانی نتائج۔ یا قلتِ غذا کے مقامی علامات کا پایا جانا +

(ب) ایسے علامات کا پایا جانا جو مردہ حصہ کی موجودگی سے اور بدن کے ساتھ اس کے اتصال کے باعث پیدا ہوتے ہیں۔ چنانچہ تعفن دم کے مختلف انواع پائے جاتے ہیں۔ جن کی وجہ سے عموماً مختلف درجات کا بخار پیدا ہوتا ہے۔ یہ بخار عام طور پر ضعیف ہی ہوتا ہے + درد والم بھی مریض میں ضعف و نقاہت پیدا کر دیتا ہے۔ اور یہ عام طور پر بعض غانغرانا میں نمایاں علامت ہوتا ہے +

علاج

غانغرانا کا مقامی علاج اس کے اقسام کے ذیل میں الگ بیان کیا جائیگا۔ یہاں صرف "عمومی علاج" لکھا جاتا ہے۔ مترجم

علاج عمومی۔ مقوی[1] زود ہضم اغذیہ اور مختلف ذرائع سے مریض کی قوت کو قایم رکھنا چاہئے۔ شدتِ درد اور بے خوابی کو مخدرات و منومات سے دور کرنا چاہئے۔ اس مقصد کے لیے افیون[2] اور افیونین[3] (جوہر افیون) کافی مقدار میں دے سکتے ہیں۔ بشرطیکہ گردے تندرست ہوں۔ ذیابیطس اور بول زلالی کے لئے غذا اور دوا بطور علاج کے استعمال کرنا چاہئے (یعنی علاج[4] غذائی اور علاج[5] دوائی برتنا چاہئے) نمک اور زلال[6] بیض (سفیدی بیضہ) کی مقدار محدود کر دینا چاہئے +

مقامی علاج۔ کی تفصیل ذیل کے مبحث میں کی جائے گی +

۱۔ ٹانک۔	۴۔ ڈائی ٹے ٹک ٹریٹ منٹ۔
۲۔ اوپیم۔	۵۔ تھراپیوٹک ٹریٹ منٹ۔
۳۔ مارفیا۔	۶۔ البومن۔

اقسام غانغرانا

غانغرانا کی مندرجۂ ذیل تقسیم اگرچہ اصولاً نامکمل اور ناقص ہے۔ مگر اس تقسیم میں اس کے ایسے اقسام کو یکجا کیا گیا ہے جو ایک دوسرے کے مشابہ ہیں۔ تاکہ اس تقسیم سے عملی فوائد حاصل ہوں +

۱۔ غانغرانا[1] عرضیہ (وہ غانغرانا جو کسی مرض سابق کے عرض علامت کے طور پر ہو) وہ غانغرانا جس کی استعداد کسی مرض سابق (مرض عرقی یا مرض عمومی) کی وجہ سے پیدا ہوگئی ہو۔ یا جس میں اگر ضرب و زخم پایا بھی جاتا ہو تو وہ کوئی بڑا موثر نہ ہو +

(الف) غانغرانا[2] سدیہ (جو سدہ[3] عروق سے عارض ہو)

(ب) غانغرانا[4] شیخوخیہ (جو بڑھاپے سے عارض ہو)

(ج) غانغرانا[5] جو تخثر[6] شریانی (ورم شرائین) سے لاحق ہو اور بڑھاپے کے اثر سے نہ ہو)

(د) غانغرانا[7] ذیابیطیہ (جو مرض ذیابیطس سے ہو)

(ہ) غانغرانا[8] ذاتیہ متناسبہ (جسکو مرض ریٹوڈو بھی کہتے ہیں)

(و) غانغرانا[9] شیلیہ (جو شیلہ[10] کے باعث ہو)

۲۔ غانغرانا[11] جرحیہ (عارضیہ) وہ جو ہلاوا سطہ[12] یا بالواسطہ[13] ضرب و جراحت کی

۱۔ سیپٹے مٹک گنگرین۔	۸۔ ریناڈ ڈزیز۔
۲۔ امبولک گنگرین۔	۹۔ ارگٹ گنگرین۔
۳۔ امبولس۔	۱۰۔ ارگٹ۔
۴۔ سینائل گنگرین۔	۱۱۔ ٹرامے ٹک گنگرین۔
۵۔ آرٹیریل تھرامبوسک گنگرین۔	۱۲۔ ڈائرکٹ انجری
۶۔ ڈایابے ٹک گنگرین۔	۱۳۔ ان ڈائرکٹ انجری
۷۔ اسپاسمڈ نیس سمی ٹریکل گنگرین۔	

وجہ سے پیدا ہو جائے (یعنی ضرب واصل یا ضرب غیر واصل سے پیدا ہو) اور جس میں ضرب و جراحت انقطاع حیات کا فوری سبب ہو۔ اس کی دو قسمیں ہیں:۔

(الف) غانغرانا غیر واصلہ۔ جس میں مقام غانغرانا سے دور کے عروق پر ضرب یا صدمہ کا اثر پڑے۔ اور اس کے باعث نیچے کے حصص میں غانغرانا واقع ہو۔

(ب) غانغرانا واصلہ۔ جس میں عمل غانغرانا محض مضروب حصہ ہی تک محدود ہو۔

۳۔ غانغرانا عفونیہ۔ جو جراثیم کے عمل سے پیدا ہو۔ اس کے ذیل میں مندرجہ ذیل اقسام ہیں:۔

(الف) غانغرانا الہتابیہ حادہ یا غانغرانا جرحیہ منتشرہ۔

(ب) جروح آکلہ اور غانغرانائے بیمارستان۔

(ج) آکلۃ الفم اور غانغرانائی الفم۔

(د) جمرہ (شب چراغ) اور دمل۔

۴۔ حرارت و برودت کا غانغرانا مثلاً خصیہ کا پالا مارنا) حرق (جل جانا)

۱۔ ڈائرکٹ انجری۔
۲۔ ان ڈائرکٹ انجری۔
۳۔ ان ڈائرکٹ گنگرین۔
۴۔ ڈائرکٹ گنگرین۔
۵۔ انفکشز گنگرین۔
۶۔ اکیوٹ انفلامٹری گنگرین۔
۷۔ اسپریڈنگ ٹراوماٹک گنگرین۔
۸۔ ووڈ مینجے ڈینا۔
۹۔ ہاسپٹل گنگرین۔
۱۰۔ کنکرم اوریس۔
۱۱۔ نوما۔
۱۲۔ کانٹیجل۔
۱۳۔ بوائل۔
۱۴۔ فراسٹ بائٹ۔
۱۵۔ برن۔

خصوصی شدتِ سردی سے اعضاء کا متأذی ہونا۔ مختار الصحاح۔

اَب مندرجہ بالا اقسام میں سے ہر ایک کی تفصیل الگ الگ کی جاتی ہے

۱۔ غانغرانا[1] عرضیہ

(الف) غانغرانا سدیہ

غانغرانا[2] سدیہ (سدہ کی عام بحث اُس کے علٰحدہ اور مخصوص باب میں درج ہے) جب کسی عضو کی بڑی اور مخصوص شریان معمولی سدہ کی وجہ سے مسدود ہو جاتی ہے۔ تو اس وقت بعینہٖ وہی حالت پیدا ہو جاتی ہے جیسی کہ شریان کو گرہ لگا کر باندھ دینے سے ہوا کرتی ہے (ربط[3] الشریان) اور معمولی حالات میں محض ایسے سدہ کی وجہ سے غانغرانا نہیں پیدا ہونا چاہئے۔ مگر جب کبھی جسم کے قوی اور عام قوتِ حیات۔ یا کسی عضو کی مقامی قوت نہایت درجہ گری ہوئی ہوتی ہے۔ تو کسی بڑی شریان کا اس طرح مسدود ہو جانا اُس عضو کے کم و بیش حصے میں غانغرانا پیدا کر سکتا ہے۔ اس قسم کا غانغرانا حسب ذیل صورتوں میں پیدا ہو سکتا ہے +

(۱) جب سدہ یفین[4] سے بنا ہوا ہو اور قلب کی کواڑیوں (صمامات قلب) سے ٹوٹ کر اور سیلان خون میں شامل ہو کر کسی شریان تک جا پہونچا ہو۔ یہ حالت ایسے مریضوں میں واقع ہوتی ہے جن میں وجع مفاصل (گٹھیا) یا دیگر حیات کے بعد قلب کی اندرونی جھلی میں ورم والتہاب (التہاب[5] بطانۂ قلب) ہو جاتا ہو پھر یہ التہاب صمامات قلب تک پھیلکر اُسکو مبتلائے مرض کر دیتا ہے۔ جس سے

[1] سپٹوے مک گنگرین۔	[4] فائبرین۔
[2] امبولک گنگرین۔	[5] کارڈیک ویلوز۔
[3] لیگچر آف دی آرٹری۔	[6] انڈوکارڈائی ٹس۔

اُن میں خون کی لیفین جم جاتی ہے۔ ایسے مریض میں چونکہ پہلے بخار کی وجہ سے عام جسمانی تغذیہ ناقص ہوتا ہے۔ قلب کے حرکات بھی کمزور ہوتے ہیں۔ دوران خون میں بھی کوارٹیوں کے امراض کے باعث فتور آجاتا ہے۔ پس جب حدوثِ مرض کے لیے ایسے مناسب حالات مل جاتے ہیں۔ تو اس وقت عضو کی کسی بڑی شریان کا مسدود ہونا نوعمر مریض میں بھی خانغرانا پیدا کر سکتا ہے +

۲۔ اکثر معمر مرضیٰ میں ایسا ہوتا ہے کہ درم ہلامی (سلعہ ہلامیہ) کا ایک ٹکڑا جدا ہو کر ہاتھ پاؤں کی کسی ایسی شریان میں جا پھنستا ہے جس میں پہلے ہی سے شریانی فساد کے باعث کمی خون موجود ہو +

سدہ عموماً شریان میں اُس جگہ باعث انسداد ہوتا ہے جہاں وہ منقسم ہو کر دو شاخہ ہو جاتی ہے۔ یا جہاں کسی بڑی شریان سے کوئی بڑی سی شاخ پھوٹ نکلتی ہے۔ اور وہاں اصلی شریان کا قطر یک لخت تنگ ہو جاتا ہے۔ یہ سدہ مقام انقسام پر یا جہاں سے شریان پھوٹتی ہے اُس پر سوار ہو جاتا ہے۔ اور اس کے بعد نئی دپئی لیفین کے تازہ طبقات اُس پر جمتے جاتے ہیں۔ اور بالآخر شریان کی دونوں شاخوں کو مسدود کر دیتا ہے۔ زیریں اطراف (ٹانگ) میں سدہ کے رکنے کا مقام عام طور پر شریان فخذی یا بطنی کا مقام انقسام ہوتا ہے۔ اور بالائی اطراف (ہاتھ) میں سدہ کا قیام شریان غائر علوی کے پھوٹنے کی جگہ یا شریان عضدی کے تقسیم کی جگہ ہوتا ہے +

علامات۔ انسداد شریانی کی ابتدائی علامت یہ ہے کہ مقام انسداد پر یکبارگی

۱۔ ابتی رودا۔	۴۔ پاپلیٹل آرٹری۔
۲۔ آرٹیریول ڈی جنریشن۔	۵۔ سوپیریر پروفنڈا آرٹری۔
۳۔ فیمورل آرٹری۔	۶۔ برکیل آرٹری۔

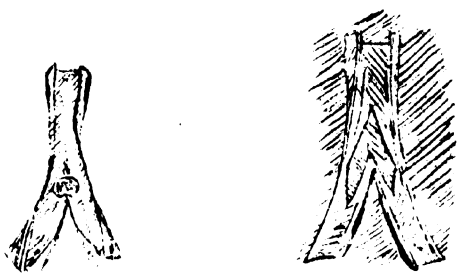
شدید درد محسوس ہوتا ہے۔ یہ درد نیچے پھیلکر شریان مخصوص کی پوری رفتار میں پایا جاتا ہے۔ شریان کی تڑپ (نبض) مقام انسداد سے نیچے بند ہو جاتی ہے اور عضو ڈھیلا (مسترخی) اور بے حس ہو جاتا ہے۔ اس کی حرارت دفعتاً کم ہو جاتی ہے۔ اگر عروق تندرست و صحیح ہیں تو اور وہ کے دوران خون میں رکاوٹ (رکود) واقع ہوگی۔ اور یہ بہت جلد عضو کے آخری حصہ میں امتلاء دموی اور تہیج (اوذیما) پیدا کر دے گا۔ اور بالآخر غانغرانا رطوبیہ (تر غانغرانا) نمودار ہو جائے گا۔ لیکن اگر آخری شریانوں میں مواد ارضیہ (مواد کلسیہ) کے باعث صلابت و تحجر پیدا ہو گیا ہو۔ یا اُن میں ورم ہلامی ہو گیا ہو۔ اور ان وجوہ سے عضو میں مزمن فقر دموی ہو تو اس حالت میں خشک غانغرانا (غانغرانا یابسہ) واقع ہوگا۔ جس کا عمل عضو کے آخری حصہ سے شروع ہو کر بتدریج اوپر کی طرف بڑھتا جائے گا۔ حتیٰ کہ وہ ایسی سطح پر پہونچ جائیگا جہاں دوران خون میں کوئی رکاوٹ نہیں ہے۔ اور جہاں اس قدر خون موجود ہوتا ہے کہ عضو کے اس حصہ کو زندہ رکھ سکے۔ ایسا تندرست حصہ عام طور پر جوڑ کے قریب جوار میں پایا جاتا ہے۔ کیونکہ مفاصل کے آس پاس بہ نسبت اُس حصے کے جو جوڑوں کے درمیان ہوتا ہے عروق کا باہمی تواصل زیادہ پایا جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے جوڑوں کے آس پاس قوت حیات زیادہ مستحکم اور پائدار ہوتی ہے۔ مثلاً پنڈلی کا غانغرانا اکثر ٹخنہ کے جوڑ سے ذرا اوپر یا گھٹنے کے جوڑ سے ذرا نیچے پہونچکر ختم ہو جاتا ہے۔

علاج

حفظ ماتقدم۔ سب سے مقدم اور ضروری احتیاط یہ ہے کہ عضو ماؤف میں

۱ـ اسٹیگ نے شن۔	۳ـ انیمیا۔
۲ـ اتی ردما۔	۴ـ اناسٹوموسس۔

(۱۸) سدہ کی تصویر جو ایک شریان کے مقام انقسام میں پھنس گیا ہے



الف ب

(الف) میں سدہ نظر آرہا ہے۔ اور اُس پر تخثر کی ابتداء ہوگئی ہے۔ مگر ابھی تک رگ پورے طور پر بند نہیں ہوئی ہے۔ لیکن (ب) میں شریان کی دونوں شاخیں سدہ کے بڑھنے سے بند ہوگئی ہیں +

علامات موت نمودار ہونے سے پہلے ہی عدوی وعفونت کا انسداد کیا جائے مریض کے ناخنوں کو کاٹ کر چھوٹا کر دیا جائے۔ اور پورے عضو کو بخوبی پاک صاف (مطہر) کر لیا جائے۔ انگلیوں اور ناخن کی جڑوں (ثنیات ہلالیہ) کے درمیان خصوصیت کے ساتھ پاک صاف کرنا چاہئے۔ پھر عضو کو پاک کی ہوئی خشک روئی میں لپیٹ کر پٹی باندھ دی جائے۔ عضو کو تکیہ وغیرہ کے اوپر رکھکر قدرے اُٹھا ہوا رکھنا چاہئے۔ تاکہ وریدی خون کی واپسی میں آسانی ہو (بغیر اس کے کہ شریانی خون کے دوران میں کوئی مزاحمت ہو) اور غانغرانا نہ ہونے پائے۔ عضو میں اچھی طرح مالش کرنا بھی مفید خیال کیا گیا ہے۔ تاکہ اس سے سدہ ریزہ ریزہ ہوکر نیچے کے عروق میں خون کے ساتھ چلا جائے۔ بعض مرتبہ لوگوں نے ایسا بھی کیا ہے کہ مسدود شریان کو نشتر سے کھول کر اور سدہ کو دھو کر خارج کر دیا۔ یا مقام ماؤف سے سرکا دیا۔ مگر اس عمل کے نتائج قرار واقعی امید افزا نہیں پائے گئے۔

لیکن اگر غانغرانا نمودار ہو جائے۔ تو بھی مہارت و پاکیزگی کے لیے مندرجۂ بالا احتیاط جاری رکھی جائے۔ اور حتی الامکان عدوی وعفونت کے انسداد کی کوشش کی جائے۔ یہاں تک کہ ایک قدرتی خطِ انفصال[1] نمودار ہو جائے۔ معمر مرضیٰ میں خشک غانغرانا کے علاج کے لیے عضو کے کاٹنے میں انہی اصول کا لحاظ کیا جائے جو غانغرانا شیخوخیہ میں قابل توجہ ہیں۔

مگر جوان اور نوعمر مریضوں میں خط انفصال سے ذرا اوپر تندرست حصہ میں عضو کو قطع کرنا چاہئے۔ قطع عضو کے لیے بہترین وقت کا تعین مریض کی مقامی اور عمومی علامات کو دیکھکر کرنا چاہئے۔ اگر ماؤف حصہ غیر عفونی[2] ہے۔ تو عمل قطع کو

[1] لائن آف سپریشن۔ [2] اسپٹک۔

ملتوی رکھنا چاہیئے۔ لیکن اگر التہاب شدید ہو اور وہ تیزی سے پھیل رہا ہو تو عضو کو جلدی ہی کاٹ دینا ضروری ہے۔ اور خط انفصال کے نمودار ہونے کا انتظار کرنا فضول ہے +

(ب) غانغرانا شیخوخیہ۔ بڑھاپے کا غانغرانا

یہ اکثر معمر اشخاص میں ہوتا ہے۔ اور غیر مکمل و ناقص تغذیۂ جسمانی کا نتیجہ ہوتا ہے

مقام مرض۔ یہ بالخصوص پیر کے انگوٹھوں میں ہوتا ہے۔ اگرچہ کمی کے ساتھ ہاتھ۔ ناک۔ کان اور زبان میں بھی پایا جاتا ہے +

اسباب۔ ان اسباب کا تعلق زیادہ تر دوران خون کے اعضاء کی خرابی سے ہوتا ہے +

(الف) اطراف یا اُس حصۂ بدن کی چھوٹی شریانوں میں فساد[1] کلسی ہمیشہ پایا جاتا ہے (یعنی اجزاء رضیہ یا کلسیہ کے باعث اُن میں صلابت پیدا ہو جاتی ہے) اور گاہے اس کے ساتھ بڑی شریانوں میں ورم[2] ہلامی بھی ہوتا ہے۔ ان مواد رضیہ کے جمنے سے عروق سخت نلکیوں کی طرح ہو کر ان کی لچک جاتی رہتی ہے۔ اور مختلف حالات میں ان کی فضائیں جو کم و بیش ہوا کرتی ہیں ان سے یہ اس وقت عاجز ہو جاتی ہیں۔ اس لئے عضو ماؤف میں ان سخت شرائین سے خون کی ایک معین اور ناکافی مقدار پہونچتا ہے۔ جس سے اُس عضو میں ایک گونہ قلت تغذیہ اور کمی خون کی مزمن حالت طاری رہتی ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ شرائین کی اندرونی استر کرنے والی جھلی (طبقۂ باطنہ[3]) اکثر ایسی ناہموار اور کھردری ہو جاتی ہے کہ ذرا سے چوٹ یا ضرب سے۔ بلکہ ضرب کے بغیر بھی شریان کے اندر نہایت آسانی سے تخثر[4] ہو جاتا ہے

[1] سینائل گنگرین۔
[2] کیل کیریس ڈی جنرے شن۔
[3] اقمی رومانا۔
[4] ٹیونیکا انٹی ما۔
[5] تھرامبوسس۔

(۱۹) غانغرانا شیخوخیه .

(ب) ضعف قلب عموماً موجود ہوتا ہے۔ جس سے نبض کی قوت کمزور ہو جاتی ہے۔ اور سخت اور تنگ شریانوں میں خون کا پھیلنا بھی دشوار ہوتا ہے اور (ج) خود خون کی حالت بول زلالی[1] یا بول سکری[2] کے باعث اکثر خراب ہوتی ہے۔

(د) جب یہ تمام اسباب معدہ موجود ہوں تو تخثر (انجماد خون شریانی) یا تو شریان کی بڑی شاخوں میں۔ یا آخری شاخوں میں یا عروق شعریہ میں پیدا ہو کر خانغرانا کی ابتدا ہو جاتی ہے۔

گاہے شریان کے اندر تخثر (انسداد) کسی ایسی ضرب یا غیر معمولی ورزش سے بھی ہو سکتا ہے۔ مریض بے پرواہی سے کچھ خیال بھی نہیں کرتا۔ یا گاہے شرائین کی کھردری دیواروں پر لیفین[3] کے طبقات کے بتدریج جمنے سے واقع ہوتا ہے۔

اگر چھوٹی شریانوں یا عروق شعریہ سے انسداد کی ابتدا ہو تو اکثر اس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ پہلے خفیف سی چوٹ لگتی ہے۔ مثلاً پاؤں کا انگوٹھا میز سے ٹکرا جاتا ہے یا انگلیوں کا گھٹنہ[4] کاٹا جاتا ہے۔ پھر اس چوٹ سے التہاب ہوتا ہے۔ جو بالآخر انسداد شرائین پر ختم ہوتا ہے۔

سردی کا لگنا بھی عروق کے اندر خون کے جمنے اور ان کے بند کرنے کا سبب محرک ہو سکتا ہے۔

بہر حال انجماد خون خواہ کسی وجہ سے ہو۔ یہ کچھ فاصلہ تک پھیل جاتا ہے اور خانغرانا کے پھیلنے کی بالائی حد سدہ کی وسعت پر منحصر ہوتی ہے۔

علامات (ا) علامات منذرہ اکثر اوقات خانغرانا نمودار ہونے سے پہلے ہی

---

[1] بول زلالی۔ البیومے نوریا۔
[2] بول سکری۔ گلائی کوسیدوریا۔
[3] فائبرین۔
[4] کارن۔

نقص تغذیہ کے علامات نمودار ہوتے ہیں۔ مثلاً عضلات کی اٹیشن (تقلص[1]) اور ان میں درد کا محسوس ہونا۔ تکان کا جلد واقع ہونا۔ سوئی کی سی چبھن کا محسوس ہونا + یا خدر و بیحسی کا پایا جانا۔ شریان[2] قصبی کی حرکت اسقدر خفیف ہو جاتی ہے کہ بمشکل معلوم ہو سکتی ہے۔ پورے عضو میں جھریاں پڑ جاتی ہیں۔ اور وہ سرد اور بھاری معلوم ہونے لگتا ہے + اکثر جلد میں قشری[3] طور پر احتقان دموی ہو جاتا ہے۔ جس سے قروح اور نار فارسی (چھاجن) نمودار ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے +

(۲) بالآخر عضو کے محیطی حصہ کی کسی آفت کی وجہ سے جب خانغرانا نمودار ہو جاتا ہے تو اس کے مقامی علامات یہ ہوتے ہیں کہ پہلے ایک دردناک سُرخ رقبہ ظاہر ہوتا ہے جس میں اکثر اوقات زخم بن جاتے ہیں۔ اس زخم کے مرکزی حصہ میں چند مردہ ٹکڑے (متکلمات) دکھائی دیتے ہیں۔ جو سوکھ کر سیاہ ہو جاتے ہیں۔ بتدریج یہ کیفیت بڑھکر ہر طرف پھیلتی جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ساتھ کم و بیش التہاب بھی جاری رہتا ہے۔ اسی وجہ سے اکثر اسکو خانغرانا[4] شیخوخیہ التہابیہ (بڑھاپے کا التہابی خانغرانا) کے نام سے پکارتے ہیں +

لیکن اگر خانغرانا کسی بڑی شریان کے انسداد سے نمودار ہو تو مقامی التہاب کی علامتیں نمودار ہوئے بغیر ماؤف حصہ بیجان ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں صرف پاؤں کی انگلیاں سکڑ کر مُردہ ہو جاتی ہیں۔ اسکو خانغرانا[5] شیخوخیہ غیر التہابیہ (بڑھاپے کا غیر التہابی خانغرانا) کہتے ہیں۔ یہ کیفیت عموماً پاؤں کے انگوٹھے کی اندرونی جانب سے شروع ہو کر پاس کی انگلیوں کو یکے بعد دیگرے بیجان کرتی ہوئی اندر اور اوپر کی طرف بڑھتی اور ٹخنہ اور پنڈلی تک جا پہونچتی ہے + اس عمل میں درد ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔

---

[1] کریپ۔
[2] ٹبیل آرٹری۔
[3] پے سو۔
[4] انفلامٹری سینائل گنگرین۔
[5] نان انفلامٹری سینائل گنگرین۔

اور غانغرانا کی وسعت دو باتوں پر موقوف ہوتی ہے۔ اول تو مقامی اور عمومی قوت حیات پر۔ دویم آس پاس کی ساختوں میں عدوی (تلوث وعفونت) کے ہونے یا نہ ہونے پر جس سے مرض بڑھتا جاتا ہے۔ مریض درد اور بیخوابی کی وجہ سے ناتواں وضعیف ہوتا جاتا ہے۔ حمی عفونت[1] (عفونت کا بخار) قروح قطاۃ[2] (زخم بستر) یا قلب شش۔ یا گردہ بستلا ہو کر مریض کا جلد خاتمہ کر دیتے ہیں +

علاج (۱) ابتداء جب شریانی خون کافی نہ ہونے کی وجہ سے تغذیہ و حرارت میں کمی آجاتی ہے۔ عضو ماؤف سرد۔ بھاری اور مضمحل ہو۔ تو قوت حیوانیہ کے انعاش کے لیے گرم حمامات[3] بخاریہ۔ مالش وغیرہ کرائی جائے اور بدنی صحت کی اصلاح کی طرف توجہ کی جائے + مریض کو اُس خفیف ضرب یا آفت کے (مثلاً گھٹہ کو بے احتیاطی سے کاٹنے کے) خطرات سے متنبہ کر دینا چاہیئے۔ اور کہ گرم پانی کی بوتلوں کو بے قاعدہ استعمال کرنے اور گھٹے کے بیقاعدہ کاٹنے سے کیا خرابیاں لاحق ہو سکتی ہیں +

(۲) اگر مرض ترقی پاکر غانغرانا کے صحیح آثار نمایاں ہوں تو شریانی ورید ی وصل (شریان ورید کو ملانے) کا عمل کرنا ضروری ہوگا۔ اس عمل میں مسدود شرائین کے خون کی رفتار کو صحیح اور وہ کے اندر متوجہ کر دیا جاتا ہے۔ تاکہ عضو ماؤف کی قوت حیات قائم رہ سکے۔ عموماً اس عمل کا مقام مجری[4] فخذی ہے۔ جس میں شریان[5] فخذی ورید[6] فخذی۔ اور عصب[7] صافن اسی رہتا ہے۔ اس عمل میں شریان فخذی اور ورید فخذی کو کھول کر عرضاً کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر کٹی ہوئی شریان کے نچلے حصے کو

۱ ہاٹ ایر باتھ	۴ فیمورل آرٹری
۲ آرٹیریو وینس انا سٹوموسس	۵ فیمورل وین
۳ ہنٹرس کینال	۶ انٹرنل سفنس نرو

۷ سپ نک فیور ۸ بڈسور۔

اور کٹی ہوئی ورید کے اوپر کے حصہ کو گرہ لگا کر باندھ دیا جاتا ہے (تاکہ ان کے دہانوں سے جریان خون بند ہو جائے) اور پھر کٹی ہوئی شریان کے اوپر والے حصے اور کٹی ہوئی ورید کے زیریں حصہ کے درمیان نہایت احتیاط کے ساتھ توصیل[1] قائم کر دیا جاتا ہے۔ یعنی ان دونوں کا منہ ملا دیا جاتا ہے +

(۳) جب خانغرانا فی الحقیقت موجود ہو۔ تو علاج میں یہ امر بخوبی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر مردہ حصہ کے بتر[2] (قطع) کے وقت زیادہ دور ہٹا کر صحیح حصہ سے نہ کاٹا گیا۔ بلکہ مردہ حصہ کے قریب ہی تندرست حصہ سے عضو کو کاٹ لیا گیا۔ تو قطع کرنے کے بعد باقی ماندہ کناروں (شرائح) میں فوراً خانغرانا کا دوبارہ نمودار ہونا یقینی امر ہے۔ کیونکہ یہ اوپر درج ہو چکا ہے کہ بعض اوقات محض خفیف آفت مثلاً گھٹہ کا کاٹنا مرض خانغرانا کا سبب بنجاتا ہے۔ تو یہ ظاہر ہے کہ عمل بتر جیسے عظیم آفت سے خانغرانا کیونکر شروع نہ ہو گا +

لہٰذا ضروری ہے کہ عمل بتر (قطع عضو) مردہ حصہ سے زیادہ فاصلہ پر کیا جائے۔ جہاں شرائح (لٹکتے ہوئے سروں) کے تغذیہ کے لئے خون کی کافی مقدار موجود ہو۔ لیکن یہ مقام دھڑ سے اتنا قریب بھی نہ ہو کہ اس صدمہ سے جان کا خطرہ ہو +

عمل بتر میں جہاں تک ممکن ہو دیر نہ کرنا چاہئے۔ خصوصاً جبکہ درد کی شدت ہو یا فلغموں[3] منتشر ہو +

عمل قطع کے وقت مناسب مقام کا انتخاب کرنے کے لئے اس بڑی شریان کو پوری لمبائی میں دیکھنا چاہئے۔ جس مقام تک شریان بند ہو۔ وہاں تک عمل بتر نہیں کرنا

---

[1] انا سٹوموسس۔
[2] امپوٹے شن
[3] فلیمس
[4] اسپریڈنگ سیلیولائٹس۔

چاہیئے۔ یہ بھی خیال رہے کہ عضلات میں بمقابلہ اس کی جلد کے سامان تغذیہ اچھا ہوتا ہے
الغرض جراح کو چاہیئے کہ پہلے عضو کی موجودہ حالت کا ہر صورت سے اندازہ
کرلے۔ اس کے بعد فیصلہ کرے۔ اگر عضو بہت لاغر۔ جھری دار اور مرجھایا ہوا سا
ہو تو عمل بتر بہت بلند مقام پر کرنا چاہیئے۔ دورانِ عمل میں ساختیں جس قدر کم
مجروح ہوں اُسی قدر بہتر ہے۔ شرائح یعنی جلد کے سرے طول میں تقریباً برابر اور یکساں
ہوں۔ کافی دبیز ہوں۔ اور عضلات کو چھپا سکیں ؛

اگر خانغرانا صرف قدم تک محدود ہو۔ تو اس وقت مناسب یہ ہے کہ عمل بتر
ران کی زیریں تہائی سے۔ یا گھٹنے کے جوڑ سے قدرے اوپر کیا جائے۔ لیکن گھٹنے
کے جوڑ کے مقابل کاٹنا اچھا نہیں ہے۔ کیونکہ ایسا کرنے میں شرائح (ٹکڑے ہوئے
سرے) کمزور اور بُرے ملتے ہیں ؛

اگر کسی وجہ سے عمل بتر نامناسب ہو تو عضو کو مہما (مکمن پاک صاف (غیر عفونی)
رکھنا چاہیئے۔ علاوہ ازیں اسے لپیٹ کر گرم رکھنا اور اونچا رکھنا مناسب ہے ؛

عام بدنی صحت کی اصلاح مناسب غذاؤں۔ مقویات اور محرکات سے کریں
رفع درد کے لیے افیون کے مرکبات کا استعمال کریں ؛

(ج) غانغرانائے انسداد شریانی (غیر شیخوخی)

یہ کثیر الوقوع نہیں ہے ؛

اسباب:۔ گاہے اس کا باعث التہاب[۳] بطانۂ شریانی مسدود ہوتا ہے (التہاب
بطانۂ شریانی مسدود سے مراد یہ ہے کہ شریان کی اندرونی دیوار میں ایسا التہاب واقع

---

[۱] فلیبس۔ ۔

[۲] گنگرین فرام آرٹیریل تھرامبوسس (نان سینائل)

[۳] اینڈ آرٹرائی ٹس۔
آبلی ٹرینس۔

ہوتا ہے کہ اس سے خود شریان کا منفذ بند ہو جاتا ہے) گاہے حمی معویہ کے آخری درجہ میں ہوتا ہے۔ اور گاہے خون کے تسمم شدید کا نتیجہ ہوتا ہے + ان سب حالات میں انسداد شریانی کی وجہ کچھ تو یہ ہوتی ہے کہ خون میں انجماد کی قوت بڑھ جاتی ہے اور کچھ وجہ یہ ہوتی ہے کہ سمیت کے دوران وسیلان کے اثر سے شریان کا اندرونی حصہ ملتہب (متورم) ہو جاتا ہے + اس حالت میں شریان فخذی عموماً مسدود ہوتی ہے مگر کبھی یہ انسداد اوپر چڑھکر اور بطنی (شکم کی شریان اعظم) تک جا پہونچتا ہے۔ اور دونوں ٹانگوں میں غانغرانا پیدا کر دیتا ہے +

علامات۔ عموماً یہ غانغرانا خشک ہوتا ہے۔ ہاں اگر اس میں شریان کے ساتھ وریدیں بھی ماؤف ہو جائے تو مرطوب غانغرانا بھی ہو سکتا ہے +

علاج۔ بہتر یہ ہے کہ خط فاصل کے نمودار ہونے تک انتظار کیا جائے۔ اس کے بعد عمل بتر کے ذریعہ عضو کو خوب اونچے مقام سے قطع کر دیا جائے +

اسی قسم کا ایک غانغرانا روس اور پورٹسمنڈ کے یہودیوں میں پایا جاتا ہے۔ جو تمباکو بہت پیتے ہیں۔ اس غانغرانا کو ایک خاص مرض کا نتیجہ خیال کیا جاتا ہے۔ جسکا نام ایک محقق نے التہاب عرقی انجمادی مسدد رکھا ہے (یعنی اس میں خون کے انجماد اور عروق کے التہاب کے باعث رگیں بند ہو جاتی ہیں) اس میں اول تو ٹانگ کی شرائین میں وسیع انجماد خون واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد ٹانگ کی وریدوں کے خون میں بھی انجماد ہو جاتا ہے۔ اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ابتداء توحش اور

۱ ٹائی فائڈ فیور۔	۴ لائن آف ڈیمارکیشن۔
۲ فیمورل آرٹری	۵ لیور جہ۔
۳ ایڈامنل ایورٹا۔	۶ تھرامبو انجائی ٹس آبلی ٹرینس۔

(۲۰) ذیابیطسی فلغمونی اور غانغرانا قدم اور ٹانگ میں

عضو کے تغذیہ میں نمایاں خلل واقع ہوتا ہے۔ اور آخر میں اکثر خشک غانغرانا پیدا ہو جاتا ہے +

اس کے علاج کے متعلق بعض کی رائے ہے کہ شریان فخذی اور ورید فخذی کے درمیان توصل قایم کر دیا جائے۔ جس سے ابتدائی درجہ میں فائدہ ہونے کی اُمید ہے +

گاہے ہاتھ کی ایک یا زائد انگلیوں کی نوک کا محدود و خشک غانغرانا اس وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے کہ ہنسلی کے نیچے کی رگوں پر گردن کی پسلی (ضلع عنقی) کا دباؤ پڑتا ہے

غانغرانا کی ایک عجیب قسم بعض اوقات حامض قطرانی کی پٹی کے مقامی استعمال سے پیدا ہو جاتی ہے۔ حتیٰ کہ بعض اوقات اس کے کمزور عنولات (مثلاً ایک حصہ حامض مذکور اور ۶۰ حصے پانی) یہی فعل کر گذرتے ہیں۔ اس سے عموماً ہاتھ کی انگلیاں متاثر ہوتی ہیں۔ اس صورت میں غانغرانا اس وجہ سے نہیں پیدا ہوتا کہ پٹی زیادہ کسی ہوئی ہوتی ہے۔ یا یہ کہ اوپر ایسے غلاف کی پوشش ہوتی ہے۔ جس میں پانی نفوذ نہیں کر سکتا۔ بلکہ غالباً اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ حامض مذکور کے اثر سے شریان میں دیر پا تشنج واقع ہوتا ہے۔ جس سے عضو میں خون کی کمی عارض ہو جاتی ہے۔ اور یہی خون کی کمی غانغرانا کا۔ یا عضو کے مُردہ ہونے کا سبب بنجاتی ہے +

۱؎ ضلع عنقی (سر وائیکل رب) وہ زائد پسلی جو گردن کے حصے میں پیدا ہو جاتی ہے	۲؎ کاربولک ایسڈ۔

(د) غانغرانا ذیابیطیہ[1]

اس کی خاص صفت خون کی وہ غیر معمولی حالت ہے جو ذیابیطس سے پیدا ہو کر بدن یا اعضاء کی قوت مدافعت کو ایسا کمزور کر دیتی ہے کہ وہ جراثیم کے حملوں کو نہیں روک سکتے +

اس کے ساتھ ہی ایک حد تک شرائین کی اندرونی دیوار کا ورم مصلب[2] (سختی پیدا کرنے والا التہاب) اور اعصاب انتہائی کا التہاب (التہاب[3] عصبی محیطی) بھی اس کا باعث ہیں +

عموماً یہ قسم ذیابیطس حاد کے مریضوں میں یا ایسے مریضوں میں نہیں ہوتا ہے جن کی عمر چالیس برس سے کم ہو +

اکثر یہ کسی قسم کی خفیف ضرب یا عفونی جراحت سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اکثر پاؤں کے انگوٹھے یا کسی دوسری انگلی کے نیچے کی طرف سے یا سرے سے ایک چھالے کی صورت میں اسکا آغاز ہوتا ہے۔ اس چھالے کے آس پاس ایک سیاہی مائل اور ارغوانی رنگ کا ہالہ یا حلقہ سا ہوتا ہے۔ جب چھالہ پھوٹ جاتا یا توڑ دیا جاتا ہے تو اُس کے وسط میں ایک مرکزی مردہ حصہ ہوتا ہے۔ جس سے غانغرانا چاروں طرف پھیل جاتا ہے۔ اگر ماؤف حصہ کو غیر عفونی (یعنی پاک صاف) رکھا جائے۔ یا اگر ہاتھ پاؤں کی شرائین کی اندرونی دیوار میں قدرے التہاب موجود ہو۔ تو مردہ حصہ سکڑ کر خشک ہو جاتا ہے۔ خصوصاً جبکہ شکریلی غذاؤں سے پرہیز کیا جائے۔ لیکن اگر اس قسم کی مقامی اور عمومی احتیاط نہیں برتی گئی تو نرم حصوں میں وسیع پیمانہ پر پھیلا ہوا تقیح[4]

[1] ڈایابے ٹک گنگرین۔	[3] پریفرل نیورائٹس۔
[2] اسکلے روسنگ انفلامیشن۔	[4] سپوریشن۔

(ریم بننا) نمودار ہوگا۔ اور محدود غانغرانا بھی تسمم[1] دم اور قوما[2] پیدا کرکے مریض کی ہلاکت کا باعث ہوجائے گا +

اکثر یوں بھی دیکھا گیا ہے کہ جلد پر تو مرض کا اثر چنداں نمایاں نہیں ہوتا۔ مگر زیر جلد ساخت میں غانغرانا کے متعدد مراکز پیدا ہوکر پھیلتے چلے جاتے ہیں +

علاج۔ جب زیادہ شدید غانغرانا نہ ہو۔ بلکہ (پاؤں کی) صرف ایک یا چند انگلیاں ماؤف ہوں۔ تو عضو کو غیر عفونی (پاک) اور گرم رکھنا کافی علاج ہے تاکہ وہ خود بخود طبعی قوت سے قطع ہوکر خارج ہوجائے۔ یا جراح آخری حالت میں انگلیوں کے جوڑ کی ہڈیوں کو نشتر سے علٰحدہ کردے +

بول سکری کے لئے مناسب علاج (مثلاً انیوں کے جوہر خاص کو ڈیمن کا استعمال) اور مناسب غذا کی ضرورت ہے +

جب غانغرانا زیادہ شدید اور پھیلا ہوا ہو تو علاج کی نوعیت کا انحصار بیشتر عروق کے مرض کی وسعت۔ اور التہاب کے موجودہ درجہ پر ہوتا ہے + اگر عروق خاطر خواہ صحیح ہوں تو غانغرانا کی حد سے زیادہ اوپر عضو کو کاٹنے کی ضرورت نہیں ہے۔ بلکہ حد کے قرب ہی سے عمل بتر کیا جاسکتا ہے + اگر بڑی شریان تندرست نہیں ہے تو عمل بتر حد غانغرانا سے بہت اوپر کرنا چاہئے۔ بشرطیکہ مریض کے بدن کی عمومی حالت اس کی متحمل ہو۔ اگرچہ ایسی حالت میں ذیابیطسی[3] سبات کے پیدا ہونے کا اندیشہ رہتا ہے + جب تقرح دور تک پھیلا ہوا ہو تو بعض اوقات مصلحت یہ ہوتی ہے کہ ماؤف حصہ کو (نشتر سے) کچھ عرصہ تک کے لئے کھول دیا جائے۔ تاکہ التہابی ترشحات و مواد وغیرہ خارج ہوجائیں۔ اس کے بعد قطع عضو کے متعلق فیصلہ کرنے میں

[1] ٹاکسی میا۔	[3] سبات ذیابیطسی۔ ڈایابے ٹک کوما۔
[2] کوما	

آسانی ہوتی ہے + داروے بیہوشی (دواء مخدر) کے انتخاب کرنے میں بھی احتیاط کی ضرورت ہے + جب زیریں اطراف (پاؤں) پر عمل کرنا ہو تو تخذیر[2] نخاعی کے بعد عمل بہتر کیا جاسکتا ہے +

(۱) تخذیر نخاعی:- جب نل[3] اخضر جیسے مضعفات قلب کا استعمال مریض کے ضعف قلب و شش کی وجہ سے جائز نہیں ہوتا۔ تو اس وقت اکثر اسٹووین نامی مخدر دوا کو نخاع کے اندر پچکاری کے ذریعہ پہونچا دیتے ہیں۔ اس سے مراکز اعصاب متاثر ہوتے ہیں۔ اور مرکز سے نیچے کے تمام اعصاب بے حس ہو جاتے ہیں۔ اور جراحی کا عمل ہو سکتا ہے۔ اس طریقے سے خصوصاً شکم کے نیچے کے دھڑ اور ٹانگوں وغیرہ کے جراحی اعمال کیے جاتے ہیں +

(۲) دھڑ کے بالائی حصے کے لئے تخذیر نخاعی ایک خطرناک عمل ہے کیونکہ اس سے نخاع کے بالائی مراکز تنفس وغیرہ کے بیحس ہونے اور موت واقع ہونے کا خطرہ ہے + مترجم

غانغرانا[4] ذاتیہ متناسبہ

یہ مرض عموماً ان جوان مستورات میں زیادہ ۳۰ سال کی عمر میں پایا جاتا ہے جو فطرتاً کمخون یا ضعف اعصاب رکھتی ہوں۔ یہ حقیقت میں محرک[5] عروق کے تشنج کا نتیجہ ہوتا ہے جو حرام مغز کی کسی نامعلوم گہری آفت سے یا بعض اوقات

[1] مخدر۔ دافع تکلیف

[2] تخذیر نخاعی۔ اسپائنل انالگیشیا۔

[3] نل اخضر کلورو فارم۔

[4] غانغرانا ذاتیہ متناسبہ۔ ریناڈس ڈزیز (ریا) اسپان لے نی اس سی ٹریکل کنگرین۔

[5] محرک عروق۔ ویسو موٹر۔

محیطی[1] اعصاب کے التہاب سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے تین درجات قایم کیے گئے ہیں +

(۱) مقامی ضعف[2] یا کمی خون جو شریانی تشنج کے باعث پیدا ہو جائے۔ اس کی علامت یہ ہے کہ ماؤف حصہ زرد اور پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور اُس میں درد محسوس ہونے لگتا ہے۔

(۲) مقامی اختناق[3] یا کثرتِ خون جس سے ماؤف ساختیں وریدی خون کی بازگشت کے باعث اودے رنگ کی ہو جاتی ہیں +

(۳) ماؤف حصہ کا مردہ ہو جانا۔ جس سے وہ خشک اور سیاہ ہو جاتا ہے۔ اس مرض کا آغاز عموماً یکایک ہو جاتا ہے۔ اور مرض کی مدت چند دنوں سے لیکر چند ماہ تک ہوتی ہے۔ اکثر ماؤف حصہ بالکل مُردہ ہو جاتا ہے (مگر ایسا مہینوں میں جاکر ہوتا ہے) لیکن ہر مریض میں عضو مردہ نہیں ہوتا۔ یہ مرض عموماً جسم کے دونوں طرف برابر ہوتا ہے (یہی وجہ ہے کہ اسکو متناسبہ[4] کہا جاتا ہے) اور اکثر پاؤں کی انگلیوں میں عارض ہوتا ہے۔ گاہے سطحی دھبوں کی شکل میں جسم کے دوسرے حصوں میں نمودار ہو جاتا ہے۔ بخار اس میں نہیں ہوتا۔ مگر اکثر درد اس میں بہت شدید ہوتا ہے۔ بعض اوقات مریض کے پیشاب میں خون کے دانے نوبت کے طور پر پائے جاتے ہیں (بول[5] احمر دموی) جس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ گردہ کے عروق میں تشنج کے دورے ہوتے ہیں۔ گاہے انتہائی اعصاب کے التہاب کے باعث انگلیوں کے پور کے چھوٹے چھوٹے جوڑ چمٹ جاتے ہیں (التصاق[6] مفاصل) مقامی دھبے پائے جاتے ہیں۔ جن میں بے حسی ہوتی ہے (بقع[7] حذرت) جس کے ساتھ

[1] التہاب اعصاب محیطی۔ پریفرل نیورائی ٹس	[5] بول احمر دموی۔ ہیموگلوبی نیوریا۔
[2] ضعف۔ سنکوپ۔	[6] التصاق مفاصل۔ انکائی لوسس۔
[3] اختناق اسفکسیا۔	[7] بقع حذرت۔ پیچز آف انس تھیسیا۔
[4] متناسبہ۔ سی ٹریکل۔	

عصبی[1] درد شریک ہوتا ہے۔ یہ حالت پانامرنے (تقیقع[2]) سے مشابہ ہوتی ہے لیکن چند علامات سے امتیاز ممکن ہے۔ مثلاً اس مرض میں بہ نسبت پالے کے عضو کی رنگت زیادہ سیاہی مائل ہوتی ہے۔ درد زیادہ ہوتا ہے۔ خارش نہیں ہوتی۔ اور آفت اعضاء کے انتہائی اور گھلے ہوئے حصوں تک محدود نہیں ہوتی +

علاج۔ ابتدائی درجات میں غانغرانا کے روکنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ مرکبات فولاد۔ کونین۔ اور دیگر مناسب مقویات کا استعمال کرنا چاہیئے۔ ماہواری ایام کی بیقاعدگی کی اصلاح کرنی چاہیئے۔ محرک ادویہ کی مالش۔ گرم پانی کا سکوب[3] مناسب ہے۔ سردی اور ضرب و جراحت سے حفاظت رکھنی چاہیئے۔ بجلی لگانے سے بہترین فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ گاہے بجلی کی مسلسل رو (تیار مستر[4]) پہونچائی جاتی ہے۔ اور گاہے برقی حمام (حمام کہربائی) کی صورت میں مقامی طور پر یا سارے جسم میں استعمال کی جاتی ہے اور روزانہ ایک بار یا چند بار کیا جاتا ہے۔ اور جب اصلی غانغرانا ظاہر ہو جائے۔ تو مردہ حصہ کو جراحی (چھوت) سے محفوظ رکھنا ضروری ہے۔ مردہ حصہ یا تو خود بخود جذب و تحلیل ہو جائے گا۔ یا خود قطع ہو کر جدا ہو جائے گا +

(۹) غانغرانا شیلیہ[6]

یہ نہایت نادر و کمیاب ہے۔ لیکن جب خراب شیلم روٹی میں مخلوط ہو جاتی ہے تو یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم کے غانغرانا کی حالت مختلف ہے۔ گاہے اس سے محض ایک دو انگلی ضائع ہو جاتی ہے۔ اور گاہے پورا ہاتھ یا پاؤں ضائع ہو جاتا ہے۔

[1] عصبی درد۔ نیورلجک پین۔
[2] تقیقع۔ چل بلین۔
[3] سکوب۔ ڈوش۔
[4] تیار مستر۔ کانس ٹینٹ کرنٹ۔
[5] برقی حمام۔ الکٹرک باتھ۔
[6] غانغرانا شیلیہ۔ گنگرین فرام ارگٹ۔

یا اس سے بھی زیادہ ترقی کر جاتا ہے +

غانغرانا[1] عارضیہ یا جرحیہ

(ضرب یا چوٹ کا غانغرانا)

تعریف۔ اس سے مراد وہ غانغرانا یا فقدان زندگی وحیات ہے جو کسی ایسی ضرب وزخم کے اثر سے عارض ہوا ہو جو خون کی بڑی رگوں کو ماؤف کر دے (غانغرانا[2] غیر واصلہ) یا وہ ضرب براہ راست عضو ماؤف کی ساخت کو ماؤف کر دے (غانغرانا[3] واصلہ) +

(الف) غانغرانا[4] جرحیہ غیر واصلہ

یہ مختلف اقسام کے صدمہ وآفت کے باعث لاحق ہوتا ہے۔ اسی طرح اس کے اقسام وعلامات بھی مختلف ہیں +

(۱) بڑی شریان کا باندھنا تندرست عضو میں غانغرانا نہیں پیدا کرتا۔ لیکن اگر اُس عضو میں دیرینہ فساد[5] تغذیہ ہے۔ یا کسی شریانی مرض کے باعث کمی خون ہے۔ تو اس سے کچھ حصہ مُردہ ہو سکتا ہے۔ اس حالت میں علامات وعوارض وُہی ہونگے جو غانغرانا سدیہ میں نمودار ہوتے ہیں + اس قسم کا غانغرانا اکثر خشک قسم کا ہوتا ہے۔ اور پاؤں کی ایک دو انگلی تک محدود رہتا ہے۔ یا ماؤف عضو کے ایک محدود وسطحی ٹکڑے پر عارض ہوتا ہے۔ لیکن اگر وہ عضو کے نرم حصوں (لحمی حصوں) تک جا پہونچے۔ تو اکثر مرطوب قسم کا ہو جاتا ہے +

---

[1] غانغرانا جرحیہ۔ ٹراوے ٹک گنگرین۔
[2] غانغرانا غیر واصلہ۔ ان ڈائرکٹ گنگرین۔
[3] غانغرانا واصلہ۔ ڈائرکٹ گنگرین۔
[4] غانغرانا جرحیہ غیر واصلہ۔ ان ڈائرکٹ ٹراوے ٹک گنگرین۔
[5] فساد تغذیہ۔ مال نیوٹری شن۔

علاج۔ جن حالات میں یہ ڈر ہو کہ دور کے اعضاء کی قوتِ تغذیہ اور قوتِ حیات معرضِ خطر میں ہے۔ تو قبل اس کے کہ رگیں پورے طور پر بند ہو جائیں دورانِ خون میں بتدریج کمی پیدا کرنے کی ایک سعی کرنی چاہئے۔ تاکہ دوسرے راستوں سے دورانِ خون جاری ہو سکے۔ اور اس کے لئے وقت دینا چاہئے کہ دورانِ[1] اضافی واقع ہو۔ اس کی صورت یہ ہے کہ شریان کو کاٹ دیا جائے۔ مگر اس سے پہلے دورانِ خون کو جاری رکھنے کے لئے یہ کیا جائے کہ اسکو چاندی کی باریک نلی سے (جس کی اندرونی سطح پر افین کا پورے طور پر استر ہو) باندھ دیا جائے۔ اور پانچ چھ روز کے بعد اس نلی کو علیحدہ کر کے شریان کو باندھ دیا جائے۔

اگر اصلی غانغرانا ظاہر ہو گیا ہو تو ماؤف حصہ کو گرم اور پاک صاف (غیر ملوث) رکھنا چاہئے۔ جب حد فاصل[2] قائم ہو جائے۔ تو طبعی عمل انقطاع کو مدد دینے کے لئے عضلات کی نسوں اور ہڈیوں کو جدا کرنے میں دستکاری سے امداد دی جائے۔ لیکن اگر بہت بڑا رقبہ مردہ ہو گیا ہو۔ یا اگر مردہ حصہ مرطوب و متعفن ہو گیا ہو تو بہت اونچی سطح پر بہت جلد عمل جراحی کیا جائے۔ یعنی عضو کو کاٹ کر علیحدہ کر لیا جائے۔

(۲) **جراحت یا عارضہ سے تخثر شریانی**[3]۔ یعنی خون کا شرائین کے اندر منجمد ہو جانا۔ یہ صرف مخصوص حالات میں غانغرانا پیدا کر دیتا ہے۔

اس کے علامات و علاج غانغرانا سدی سے مشابہ ہیں۔

(۳) **بڑی شریان اور ورید میں انسداد**[4] **کا واقع ہونا**۔ اگر یہ یکایک ہو جائے تو غانغرانا کا حدوث لازمی ہوتا ہے۔ مگر بعض ایسی یقینی مثالیں بھی موجود ہیں جن میں بغل کے سرطان[5] یا انورسما[6] کے خارج کرتے وقت بڑی شریان اور ورید کو باندھ دیا گیا ہے

---

[1] دورانِ اضافی۔ کولیٹرل سرکولیشن۔

[2] حد فاصل۔ لائن آف ڈیمارکیشن۔

[3] تخثر شریانی۔ آرٹیریل تھرامبوسس

[4] انسداد۔ آبسٹرکشن۔

[5] سرطان کینسر۔

[6] انورسما۔ انورزم۔

یا ان کے ٹکڑے کاٹکر نکال لیے گئے ہیں۔ مگر غانغرانا نہیں پیدا ہوا۔ مگر خیال یہ ہے کہ ان ہر دو حالات میں دستکاری سے پہلے دوران خون میں رکاوٹ ضرور موجود ہوگی اور اُس کی وجہ سے قدرتی دوران اضافی[1] دوسری متصلہ شاخوں کے ذریعہ ضرور قایم ہوگیا ہوگا۔ جیساکہ عام قدرتی قاعدہ ہے کہ جب کوئی بڑی شریان بند ہوجاتی ہے۔ تو دوسری جانبی شاخیں کشادہ ہوجاتی ہیں۔ اور اُس عضو میں دوران خون قائم ہوجاتا ہے +

لیکن تندرست اطراف کی شریان دورید کا یک لخت بند ہوجانا (جیساکہ بندش سے ہوسکتا ہے) ساخت میں یقیناً غانغرانا پیدا کردیتا ہے + اسی طرح گاہے اعضا میں غانغرانا اس طرح بھی ہوجاتا ہے کہ وہ بدن کے اندر کسی وجہ سے گھٹ جاتا یا بیچ جاتا ہے (اختناق[2] اعضاء) جیساکہ فتق[3] اختناقی میں ہوتا ہے۔ یا بدن کے باہر کوئی عضو دبکر بیچ جاتا ہے۔ جیساکہ اگر عضو مخصوص کی جڑ میں کسکر بند لگا دیا جائے۔ یا کسی ٹوٹے ہوئے عضو کو زیادہ زور سے باندھ دیا جائے + بلکہ گاہے اس طرح بھی غانغرانا ہوجاتا ہے کہ عضو کو پٹی سے معمولی طور پر باندھ دیا گیا۔ اور اس کے بعد وہ پھول کر تنگ ہوگیا (حالانکہ پہلے سے پٹی زیادہ کسی ہوئی نہ تھی) +

علی ہذا غانغرانا اس طرح بھی ہوسکتا ہے کہ کوئی بڑی شریان پھٹ جائے۔ اور اس کا خون خارج ہوکر ساتھ کی ورید (ورید مرافق) پر دباؤ ڈالے۔ جیساکہ اکثر کسرو[4] خلع[5] کے وقت ہوا کرتا ہے۔ یہ غانغرانا ہمیشہ مرطوب قسم کا ہوتا ہے +

علاج - ان حالات کا علاج نہایت مختلف ہے +

---

[1] دوران اضافی۔ کولیٹرل سرکولیشن۔
[2] اختناق۔ اسٹرینگولیشن۔
[3] فتق اختناقی۔ اسٹرینگولیٹڈ ہرنیا۔
[4] کسر۔ فریکچر۔
[5] خلع۔ ڈسلوکیشن۔

اگر عضو نہایت مجروح اور ناقابل اصلاح ہے۔ تو فوراً عمل بتر کے ذریعہ اُسے قطع کر دینا چاہیئے۔ تاکہ عدوی وعفونت کا خطرہ نہ رہے +

جب کسر وخلع کے وقت عروق دمویہ کو نقصان وآفت پہونچتی ہے تو بعض اوقات عضو کو بچانے کے لئے یہ دستور العمل اختیار کیا جاتا ہے کہ نشتر سے (عروق بچاکر) مقام ماؤف کو کاٹ کر اور اُس کے اندر سے منجمد خون کے لوتھڑوں (جُلطہ[1]) کو دھوکر خارج کر دیا جاتا ہے۔ اور مجروح عروق کو پکڑ کر (بندیا گرہ لگاکر) ان کے جریان خون کو بند کر دیا جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی ٹوٹی ہوئی ہڈی یا اوکھڑے ہوئے جوڑ کا مُناسب علاج کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ مناسب ہے کہ عضو مذکور کو کسی قدر بلند رکھا جائے۔ اور ٹوٹی ہوئی ہڈی کے آخری حصہ کو گرم اور پاک صاف رکھا جائے باایں ہمہ اگر غانغرانا نمودار ہو جائے۔ تو عضو کو علٰحدہ کرنے کے لئے عمل بتر ضروری ہوگا۔ عمل بتر کے لئے مناسب مقام کا انتخاب مقامی فساد وجراحت کی نوعیت پر منحصر ہے۔ یعنی اگر مقامی جراحت زیادہ خطرناک نہیں ہے۔ مثلاً اگر ہڈی صفائی کے ساتھ ٹوٹی ہے۔ یا سادہ طور پر جوڑ اُکھڑ گیا ہے۔ تو حد فاصل کے نمودار ہونے کا انتظار کریں۔ لیکن اگر ہڈی ٹوٹ کر ریزہ ریزہ ہوگئی ہے (کسر مُتفتّت) یا اور کسی قسم کی مقامی خطرناک حالت ہے۔ تو مقام ضرب سے اوپر بتر کرنا چاہیئے +

(ب) غانغرانا جرحیہ واصلہ[2]

تعریف:- اس سے مراد وہ غانغرانا ہے جو ضرب وزخم کے فوری اثر سے کسی عضو میں ہو جائے۔ اِس کا دارومدار آفت کی نوعیت پر منحصر ہے۔ اِس لیے اس کی مختلف قسمیں ہیں +

[1] جلطہ۔ کلاٹ

[2] غانغرانا جرحیہ واصلہ۔ ڈائرکٹ ٹراومے ٹک گنگرین

(۱) شدید رض (کچلنا) اور شدید ضرب و صدمہ:۔ یہ نہایت عام سبب ہے مثلاً کوئی عضو کل کے پہیوں میں الجھ جائے۔ یا کوئی وزنی چیز اُس پر گر جائے۔ یا کوئی گاڑی چھکڑا اُس کے اوپر سے گذر جائے۔ اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سے نہ صرف عضو کے اجزاء دب جاتے۔ کچل جاتے۔ اور چور چور ہو جاتے ہیں۔ بلکہ اس کے ساتھ خون کی عروق بھی پھٹ کر مجروح ہو جاتی ہیں۔ اور خارج شدہ خون غانغرانا کی پیدائش میں معاون ہوتا ہے + یہ غانغرانا مرطوب قسم کا ہوتا ہے۔ اور زیادہ تر ضعیف القویٰ اشخاص میں لاحق ہوتا ہے۔ مثلاً پاؤں کا کچل جانا ایک معمر شخص میں غالباً غانغرانا پیدا کر دے گا۔ مگر ایک تندرست و جوان شخص میں اس کا روکنا ممکنات سے ہے

علاج۔ اگر عضو ناقابل اصلاح طور پر مجروح ہو گیا ہو۔ تو عضو کے کاٹنے میں (عمل بتر میں) دیر کرنا مناسب نہیں۔ ورنہ عدویٰ و عفونت کا خطرہ ہے لیکن اگر عضو کے بچنے کا احتمال غالب ہو تو مجروح حصہ کو بہ احتیاط تمام دافع عفونت ادویہ سے خوب پاک و صاف کیا جائے + اس پر بھی اگر غانغرانا پیدا ہو جائے۔ تو اب عضو کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے۔ اور کسی چیز کا انتظار نہ کیا جائے +

(۲) ضغط مستمر (دیرپا دباؤ) بھی غانغرانا پیدا کر سکتا ہے۔ چنانچہ ٹوٹی ہوئی ہڈی کو جوڑنے کی غرض سے جو تختی (جبیرہ) عضو مضروب پر باندھی جاتی ہے۔ تو اکثر اُس کے دباؤ سے غانغرانا پیدا ہو جاتا ہے۔ خواہ اس دباؤ کی ضرورت ہو۔ یا غلطی اور بے احتیاطی سے غیر معمولی دباؤ پہونچایا گیا ہو۔ جب ہڈی کے ٹکڑے ٹوٹ کر اپنی طبعی وضع سے دور چلے جاتے ہیں۔ تو انکو اپنی وضع پر لانے اور اصلی جگہ پر قایم رکھنے کے لئے سخت دباؤ دیکر باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ جس کے بعد ہر ممکن احتیاط کے باوجود بھی غانغرانا پیدا ہو سکتا ہے + ایسی حالت میں مریض چند روز تک عصبی درد کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ مگر یہ درد بھی کچھ ایسا شدید نہیں ہوتا کہ اُس پر خاص توجہ

کی ضرورت پیش آئے۔ مگر کچھ عرصہ کے بعد جب تختی کھولکر عضو کو دیکھا جاتا ہے تو جلد کا مُردہ حصہ سفید، زرد پھیکے رنگ کا، اور بے حس معلوم ہوتا ہے۔ اس مردہ حصہ کو پاک صاف اور غیر عفونی رکھنے کے لئے نہایت سخت احتیاط برتنی لازم ہے تاکہ مقامی تکلیف اور عام نظام جسم کی خرابی مثلاً بخار وغیرہ نہ بڑھنے پائے +

قروح الفراش[1] یعنی زخم بستر جسکو تقرّح قطاۃ اور ناقبہ بھی کہا جاتا ہے۔ ان کی پیدائش کا احتمال اُس وقت ہوتا ہے جبکہ مریض عرصہ دراز تک بستر پر پڑا رہتا ہے یا کسی ایک کروٹ یا ایک وضع پر لیٹا رہتا ہے۔ بدن اور پشت کے جن حصوں پر دباؤ زیادہ پڑتا ہے وہ بوجہ استلاء دموی (اجتماع خون) کے سُرخ ہو جاتے ہیں۔ اور اس کے بعد زخم یا حقیقی خانغرانا ہو جاتا ہے + قروح الفراش عموماً زیادہ گہرے۔ بڑے اور پھیلے ہوئے نہیں ہوتے۔ لیکن اگر مریض بہت ضعیف ہے۔ یا وہ مفلوج یا مریض استرخاء ہے تو قروح زیادہ حصے میں بہ سرعت پھیلکر جلد کے نیچے کے لفائف[2] (لفائف ظاہرہ) کو ضائع کر دیتے۔ اور عضلات[3] کے غلاف کو کھول دیتے بلکہ ہڈی تک کو مُردہ کر دیتے ہیں + چنانچہ اس کی شدتِ فساد کا اس سے اندازہ ہو سکتا ہے کہ گاہے اس سے خانغرانا پیدا ہو کر مجری نخاعی[4] تک کھُل جاتا اور غشیۂ دماغ کے التہاب عفونی سے مریض جانبحق تسلیم ہو جاتا ہے + ایسے قروح سے بچنے کے لئے تیمار دار کی ہوشیاری کی ضرورت ہے۔ تاکہ وہ خیال رکھے کہ مریض کا بستر نرم ہو۔ چادریں سلوٹیں اور چنٹیں نہ رہیں۔ بستر اور کپڑوں میں مریض کے بول و براز کی گندگی نہ لگنے پائے اگر پسینہ بکثرت آیا ہو تو چادر بدل دی جائے۔ پشت اور کولھے کی جلد کو کسی غیر مسیح[5] صابون سے روزانہ دھویا جائے۔ اور پھر اُس پر کوئی مسکن مقوی اور مُصلِّب (سختی پیدا کرنے والی) دوا

[1] قروح الفراش۔ بڈسورز۔
[2] لفائف۔ ٹیشیا۔
[3] غلاف عضلات۔ مسکولر شیتھ۔
[4] مجری نخاعی۔ اسپائنل کینال۔
[5] غیر مسیح۔ اَن اِرریٹنگ۔

(مثلاً روح[1] شراب یا کنیاک[2] اور سفیدی بھینہ کا مرکب) لگائی جائے + پھر اُس پر مندرجہ ذیل ادویہ کا سفوف (ذرور) چھڑک دیا جائے۔ تاکہ وہ سخت اور خشک ہوجائے +

نسخہ ذرور۔ (حبت[3] حمض آمیز۔ حامض[4] بورقی۔ نشاستہ[5] سب کو ہموزن لیکر اور خوب باریک پیس کر باہم ملائیں۔ اور بطور ذرور کے استعمال میں لائیں +

اگر جلد سُرخ ہو جائے تو اُس پر صبغ[6] کات ہندی۔ اور سائل[7] رصاص خل آگین ادنیٰ کو ہموزن ملا کر اُس کی پھریری لگائی جائے (جس کے اثر سے جلد پر ایک شفاف اور نازک جھلی سی بن جاتی ہے۔ اور زخم کو محفوظ رکھتی ہے) اور پھر ایک گول تکیہ جس کے اندر پانی بھرا ہوا ہو۔ اور بیچ میں سوراخ ہو۔ لگا کر اُسے دباؤ سے محفوظ کر دیا جائے ضعیف معمر بیماروں میں۔ یا جنکو فالج ہو گیا ہو پانی سے بھرے ہوئے بستر (مہاد[8] مائی) پر رکھا جائے۔ جو کافی پھولا ہوا ہو۔ لیکن بہت زیادہ بھرا ہوا اور پھولا ہوا نہ ہو + اگر اس قسم کے بستر میں پانی بہت کم ہوگا۔ تو جسم کا وزن پانی کو ہٹائے گا۔ اور اسکا کچھ فائدہ حاصل نہ ہوگا۔ اور اگر پانی ضرورت سے زیادہ ہوگا۔ تو بستر بہت سخت اور غیر مفید ہو جائے گا +

اگر ایک کھلا ہوا زخم پیدا ہو جائے تو اُس کے ابتدائی اور شدید درجہ میں گرم پانی کی سینک مفید ہوگی۔ اور آخری درجوں میں زخم پر مرہم حامض[9] بورقی مخفف

[1] روح شراب۔ اسپرٹ آف وائن
[2] کنیاک برانڈی۔
[3] آکسائڈ آف زنک
[4] بورک اسیڈ
[5] اسٹارچ
[6] صبغ کات ہندی۔ ٹنکچر آف کٹچو۔
[7] سائل رصاص خل آگیں ادنیٰ۔ لائکر پلمبائی سب ایسی ٹیٹس۔
[8] مہادمائی۔ واٹر بڈ۔
[9] مرہم حامض بورقی مخفف۔ ڈائی لیوٹڈ بورک اسیڈ آئنٹمنٹ

لگایا جائے + یا اگر زخم بہت سُست رفتار سے مندمل ہو رہا ہو تو اُس پر مرہم حامض بورتی اور مرہم رسا تیغ دم ہم رال) ہموزن ملاکر لگائیں۔ ایسی حالت میں گاہے صبغ جاوی[1] مرکب ایک حصہ۔ روغن بید انجیر سات حصہ ملاکر لگانے سے بہت فائدہ ہوتا ہے +

(۳) مواد کیمیاوی یہ جو کاوی[2] (جلانے والے) یا اکال[3] (کھانے والے) ہوں۔ مقامی جراحت پیدا کرکے غانغرانا کا باعث ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ درجۂ غانغرانا مقدار دوا اور اُس کی مدتِ تاثیر پر منحصر ہوگا +

علاج۔ ماؤف حصہ باحتیاط پاک صاف رکھا جائے۔ اور مُردہ حصہ کو قدرتی طور پر جذب یا جدا ہونے کا موقعہ دیا جائے +

(۳) غانغرانا[4] نوعیہ (یا) عفونیہ

غانغرانا[5] حادہ ساعیہ (یا) غانغرانا[6] یکیہ حادہ (یا) غانغرانا[7] جرحیہ ساعیہ :-

یہ مرض جراحیات میں شدید ترین اور نہایت جلد ہلاک کرنے والا ہے +

اسباب (۱) یہ مرض عموماً ایسے اشخاص میں واقع ہوتا ہے جو پہلے ہی سے بوجہ کثرتِ شراب خواری۔ معاشرت بد۔ بُری زندگی یا فساد تغذیہ کے ضعیف و

[1] صبغ جاوی مرکب۔ ڈائی ارس بالسم

[2] کاوی۔ کاسٹک۔

[3] اکال۔ کارروسو۔

[4] غانغرانا نوعیہ یا عفونیہ۔ اسپے سے فک (یا) انفکشس گنگرین۔

[5] غانغرانا حادہ ساعیہ۔ اکیوٹ اسپریڈنگ گنگرین۔

[6] غانغرانا یکیہ حادہ۔ اکیوٹ اسفی سی میٹس گنگرین۔

[7] غانغرانا جرحیہ ساعیہ اسپریڈنگ ٹراومے ٹک گنگرین۔

مستعد ہوتے ہیں۔ لیکن بالکل صحیح اشخاص میں بھی یہ ہو سکتا ہے۔ بشرطیکہ جراثیمی سمیت شدید اور تیز ہو۔ کبھی کبھی یہ ذیابیطس کے مریضوں میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ اسی طرح خود اس مرض کے دوران میں اکثر بول سکری (شکر کا پیشاب) عارض ہو جاتا ہے۔

(۲) عام طور پر وہ آفت جو اسکا سبب ہوتی ہے۔ نہایت سخت اور شدید درجہ کی ہوتی ہے۔ (مثلاً کسر مرکب یا خلع مرکب) خصوصاً جبکہ نرم اجزا شدت کے ساتھ کچل گئے ہوں۔ یا نہایت گندہ (ملوث) ہو گئے ہوں۔ اگر اس قسم کے کچلے ہوئے اور گندہ اجزاء کی صفائی و تطہیر نامکمل رہ جائے۔ یا ٹانکے برابر لگا کر انکو بالکل بند کرنے کی کوشش کی جائے۔ جس سے اخراج مواد کا راستہ نہ رہے۔ یا مجروح حصہ کو خواہ مخواہ جوڑ کر اس کے بچانے کی سعی لاحاصل کی جائے۔ تو یہ سب امور غانغرینا کے فوری سبب ہو جاتے ہیں۔ مگر شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ خفیف زخم (مثلاً رگڑ خراش۔ کسی چیز کا چبھ جانا) نہایت زہریلے اور شدید جراثیم سے آلودہ ہو کر اس مرض کو پیدا کر دیتا ہے۔ چنانچہ عموماً یہ صورت لاشوں کے اٹھانے والوں۔ تیمارداروں اور علم الامراض کے معلمین (جو عملی طور پر امراض کی تعلیم دیتے ہیں) میں واقع ہوتی ہے۔

(۳) اس مرض میں جو جراثیم عموماً پائے جاتے ہیں وہ عصا[۴] اور ذیابویہ خبیثہ ہیں۔ جو باستور[۵] کے حلزونیات عضنہ[۶] سے مشابہ ہوتے ہیں۔ یہ جراثیم بشکل عصا (ڈنڈا) جرہ خبیثہ کے عصا سے مشابہ اور ابتدائے عمر میں جرام منفی ہوتے ہیں (یعنی طریقہ جرام سے متلون نہیں ہوتے ہیں) لیکن لمبے لمبے ڈوروں کی شکل میں بڑھنے کے لیے بہت زیادہ

۱ بول سکری۔ گلائی کوسوریا۔
۲ کسر مرکب۔ کمپونڈ فریکچر۔
۳ خلع مرکب۔ کمپونڈ ڈسلوکیشن۔
۴ عصا اور ذیابویہ خبیثہ۔ بیسی لس اڈی میٹس ایروجینز۔
۵ باستور۔ پاسچور۔
۶ حلزونیات عضنہ۔ ویبرین سپٹیک۔

میلان رکھتے ہیں۔ تیزی سے حرکت کرتے ہیں۔ ان کے بذر بیضوی شکل کے عصا کے وسط میں یا کسی ایک طرف کنارہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ غیر ہوائی حالات میں افزائش پاتے ہیں۔ اور کاشت کی زمین میں انگوری شکر (سکر عنب[1]) کی آمیزش کی جائے۔ تو خمیر پیدا ہوکر بدبودار بخارات و ریاح بکثرت پیدا ہو جاتے ہیں۔ انکی تلقیح[2] سے چھوٹے چھوٹے چوہے اور مصری[3] خرگوش چوبیس گھنٹے کے اندر مرجاتے ہیں ان میں تلقیح کے بعد مقامی طور پر پھیلنے والا اوذیما اور ذیبا موضعیہ ساعیہ[4] پیدا ہو جاتا ہے۔ بیج داصل کی خلائین فاسد رطوبات و ریاح سے پھول جاتی ہیں۔ جن میں عصا پائے جاتے ہیں۔ ان مردہ حیوانات کے خون۔ یا ان کے وہ مواد جو احشاء کی غشیہ مائیہ سے خارج ہوئے ہوں (جو اس مرض کا شکار ہوئے ہیں۔ یا جو عصا اوذیما دیہ خبیثہ کی تلقیح کے بعد ہلاک ہوئے ہیں) عصا اوذیما دیہ مذکورہ سے لبریز پائے جاتے ہیں یہی جراثیم بڑے بڑے اعضاء کی نسیج خلوی میں بھی پائے جاتے ہیں۔ اور مرنے کے بعد کچھ دیر تک رہتے ہیں۔ مؤلف

گاہے عصا مولد[5] سیلح مغلف سے بھی غانغرانا ساعیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر اس میں اور عصا اوذیما دیہ میں چند ممتاز فروق ہیں۔ مثلاً عصا ریاحیہ مغلفہ غیر ہوائی[6] ہوتا ہے اگرچہ انگوری[7] شکر میں اس سے تخمیر پیدا ہو سکتی ہیں۔ نیز یہ غیر متحرک اور عموماً بذر سے خالی ہوتا ہے۔ نیز یہ جرام مثبت[8] ہوتا اور اس کے گرد ایک باریک غلاف محیط ہوتا ہے۔ اس عصا کے غانغرانا میں خصوصیت یہ ہے کہ اس میں بخارات و ریاح بکثرت

[1] سکر عنب۔ گلوکوز۔
[2] تلقیح۔ انا کولیشن۔
[3] مصری خرگوش۔ گینی پگ۔
[4] اوذیما موضعیہ ساعیہ لوکل اسپریڈنگ اڈیما۔
[5] عصا مولد سیلح مغلف۔ میسی لس ایروبینس کیپشولے ٹس۔
[6] غیر ہوائی۔ ان ایروبیز۔
[7] انگوری شکر۔ گلوکوز
[8] جرام مثبت۔ گرام پازی ٹو۔

پائی جاتی ہے۔ حتی کہ امتحان بعد الموت کے وقت بھی جگر اور عروق میں بخارات ملتے ہیں۔ غانغرانا ریاحیہ کے پچاس مریضوں میں جراثیم کا امتحان کیا گیا جس سے معلوم ہوا کہ صرف چودہ مریضوں میں خالص غیر ہوائی جراثیم کے باعث عدوی واقع ہوا تھا۔ جن میں عصاریاحیہ مغلظہ بہ نسبت عصا اوذیما دیہ خبیثہ کے زیادہ مرضی میں پائے گئے +

علامات۔ دو تین روز تک یہ مرض پوشیدہ ہی رہتا ہے۔ اس اثنا میں درد کی شدت کسی قدر زیادہ ہوتی ہے۔ مگر اس کے علاوہ اور کوئی علامت پیدا ہونے والے مرض کی نمایاں نہیں ہوتی۔ باایں ہمہ اندر ہی اندر زہر اثر کرتا رہتا ہے۔ اور اکثر پیپ وغیرہ بھی نمودار نہیں ہوتی + پیپ کا نہ ظاہر ہونا نہایت خطرناک علامت ہے + بعض مرضی میں مدت[1] حضانت اور بھی کم ہوتی ہے۔ اور یکایک بلا کسی علامت انذار کے مرض شدید ہو جاتا ہے۔ اور نہایت شدید التہاب خلوی (ورم فلغمونی) پیدا ہو کر عام تسمم الدم ظاہر ہو جاتا ہے۔ زخم کھولنے اور چیرنے پر نہایت گندہ نظر آتا ہے۔ اس کی سطح پر تاکلات کے ٹکڑے دکھائی دیتے ہیں۔ اور رطوبت مائی یا مائی صدیدی (یعنی مائیت اور پیپ ملی ہوئی) بہنے لگتی ہے + عضو ماؤف کی نسیج واصل کی سطحوں میں التہاب بہ سرعت پھیل جاتا ہے۔ اور ورم ودرد کے باعث عضو پھول کر تن جاتا ہے + ایک مریض میں تو اس قسم کا غانغرانا صرف بارہ گھنٹے میں پھیل گیا تھا + پہلے تو حصہ ماؤف میں شوخ سی سرخی پیدا ہوتی ہے۔ پھر یہ بہت جلد متغیر ہو کر گہرا ارغوانی ہوتا۔ اور غانغرانا ظاہر ہو جاتا ہے + اسکو دبانے سے ریاح کی حرکت کی آواز (لغط[2]) سنائی دیتی ہے۔ انتفاخ[3] بہ سرعت طول وعرض میں پھیل

[1] مدت حضانت۔ پیریڈ آف انکیوبیشن	[2] لغط۔ کری پی ٹیشن۔
	[3] انتفاخ۔ امفائی سیما۔

جاتا ہے۔ اور ابتداءً اور کوئی دوسری بُری علامت نمودار نہیں ہوتی ہے لیکن اگر مریض زندہ رہا تو بعد میں عضو مردہ ہونے لگتا ہے۔

شدید تسمم الدم کی علامتیں بھی مثلاً بخار۔ ہذیان وغیرہ جلد ظاہر ہوتی ہیں۔ مگر گاہے ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ حرارت مطلق نہیں بڑھتی۔ اور بدن معمول سے زیادہ سرد ہو جاتا اور مریض پر سبات کی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ انجام مرض کے خطرات بہت شدید ہوتے ہیں۔ اور مریض عموماً دو تین دن کے اندر جان بحق تسلیم ہو جاتا ہے۔

علاج۔ رگڑ اور ضرب کے ناہموار اور کچلے ہوئے ریزوں کو (جیسا کہ عموماً ریل گاڑی وغیرہ کے حادثات میں ہوتے ہیں) ہرگز ٹانکے لگا کر ایک دم بند نہ کرنا چاہئے۔ اگر ایسے زخموں کو خوب ملا کر ٹانکوں سے بند کر دیا گیا۔ تو زخم کی رطوبات اور پیپ وغیرہ کے باہر بہنے کا راستہ بند ہو جائے گا۔ اور چونکہ ایسے حادثات میں عموماً زمین اور گرد و غبار کی گندگی سے عدوی و تلوث کا ہونا اغلب اور ناگزیر ہے اس لئے زخم کے بند کرنے میں جراثیم اور اُن کی سمیت اندر ہی بند ہو کر شدید تسمم واقع ہوگا۔ خاک اور گرد و غبار کے اندر نہایت مہلک اور خطرناک قسم کے غیر ہوائی جراثیم ہمیشہ موجود رہتے ہیں۔ اگر یہ زخم کے اندر بند ہو گئے۔ تو اندر ہی اندر انکے بڑھنے اور پھیلنے کا نہایت موزوں سامان مل جائے گا۔ اور یہ خوفناک نتائج بہت جلد پیدا کر دینگے۔

اِن خطرات سے بچنے کے لیے ضروری ہے کہ مجروح حصہ کو نہایت فکر و احتیاط کے ساتھ بخوبی قاتل جراثیم ادویہ اور محلولات مطہرہ کے استعمال سے پاک و صاف کر لیا جائے۔ اور اس مقصد کے لیے ایسے عوامل زیادہ مفید ہوتے ہیں جو حمضیں[1] کے ساتھ ملکر حموض آمیز مرکبات بناتے ہیں۔ اور جنکو عوامل محمضہ[3] کہتے ہیں

[1] حمضین۔ آکسی جن [2] حموض آمیز۔ آکسائڈ [3] عوامل محمضہ۔ آکسی ڈائزنگ ایجنٹس۔

مثلاً مانع الحمضین (مائین[1] حمض آمیز اعلیٰ) اور سائی[2] ٹاس + مجروح حصوں کے جوڑنے میں ٹانکے ڈھیلے اور ہلکے لگائے جائیں۔ اور مواد ورطوبات کے خروج کے لیئے کافی راستہ رکھا جائے۔ اس مقصد کے لئے گاہے ٹانکوں کے درمیان سبز کی نلیاں رکھدیا کرتے ہیں + لیکن باایں ہمہ اگر التہاب کی علامتیں نمایاں ہوں تو زخم کو پورے طور پر فوراً کھول دیا جائے۔ اور ملوث حصوں کو آزادی کے ساتھ خوب چیر دیا جائے اور پھر عضو کو مطہر اور قاتل جراثیم گرم محلولات میں ڈبو کر رکھا جائے۔ مثلاً سائل[3] کوندی (جو ایک دافع عفونت سیال ہے جس میں ریہیہ[4] اور شخاریہ[5] منقنیں آگین اعلیٰ ہوتے ہیں) یا سائی ٹاس +

اگر ان تدابیر کے بعد بھی مرض پھیلتا چلا جائے۔ تو مریض کی جان بچنے کی اُمید صرف عضو کے کاٹ دینے میں ہو سکتی ہے۔ عمل بتر علیل حصہ سے بہت بلند محافظ پر کیا جائے۔ یعنی غانغرانا کی حد سے بہت اوپر عضو کو کاٹا جائے۔ مثلاً اگر پاؤں میں غانغرانا ہے۔ تو پوری ٹانگ کو کنج ران کے پاس جدا کیا جائے۔ اور اگر ہاتھ میں مرض ہے۔ تو عضو کو کندھے کے جوڑ کے پاس سے جدا کیا جائے +

(ب) غانغرانائے بیمارستان (یا) غانغرانائے مستشفیٰ[6]

یہ اکثر گذشتہ زمانہ میں جبکہ غیر عفونی عملیات کا رواج نہ تھا واقع ہوا کرتا تھا۔ اور

[1] مائین حمض آمیز اعلیٰ۔ ہائڈروجن پر آکسائڈ۔

[2] سائی ٹاس ایک دافع عفونت دوا ہے۔ جو تارپین سے تیار کی جاتی ہے +

[3] سائل کوندی۔ کانڈیز فلوئڈ۔

[4] ریہیہ منقنیں آگین اعلیٰ۔ سوڈیم پر مینگنیٹ۔

[5] شخاریہ منقنیں آگین اعلیٰ۔ پوٹاسیم پر مینگنیٹ۔

[6] غانغرانائے بیمارستان۔ ہاسپٹل گنگرین۔

جدید جراحی کے اصول تطہیر کے زمانہ میں یہ تقریباً ناپید ہے + عموماً دوران اعمال جراحیہ میں جب کبھی کوئی زخم اتفاقاً جراح کو لگ جاتا تھا۔ تو اس کے چند روز بعد بہ سرعت پھیلنے والے جروح و قروح مقام زخم پر نمودار ہو جاتے تھے۔ اور اس کے بعد زیادہ پھیلکر غانغرانا پیدا کر دیتے تھے + اس قسم کے اکثر زخم باعث ہلاکت ہوتے ہیں (اور اب بھی ایسے ایسے حادثات گاہے واقع ہو جاتے ہیں۔ جس کی مثالیں مل جاتی ہیں +

(ج) آکلۃ الفم۔ غانغرانائے دھن

یہ منہ کا ایک عفونی التہاب ہے۔ جو عموماً شہروں کے گندہ۔ تاریک اور گنجان مقامات کے بچوں میں حادث ہوتا ہے + ایسے بچے عموماً خراب صحت رکھتے۔ دبلے اور کمزور ہوتے ہیں۔ اور اکثر حمیات[2] طفحیہ اور خصوصاً حصبہ[3] (خسرہ) کے بعد بحالت نقاہت اس مرض کا شکار ہو جاتے ہیں +

مرض کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ دھن کی غشاء مخاطی چھل جاتی ہے۔ پھر اس میں کسی گندہ یا سڑے ہوئے دانت کے باعث جراثیمی عدوی پہونچتا ہے جس سے اول التہاب اور اس کے بعد غانغرانا ہو جاتا ہے۔ گال کی اندرونی سطح پر ایک گندہ۔ بدبودار۔ بھورے رنگ کا پپلاسا تاکل[4] (مردہ حصہ) بن جاتا ہے۔ جس سے نہایت متعفن اور بدبودار رطوبت خارج ہوتی ہے۔ اور یہ رطوبت منہ سے حلق تک فرو ہو کر نگل لی جاتی ہے۔ اسی وجہ سے تنفس میں بھی گندگی پیدا ہو جاتی ہے۔ بتدریج عفونت اور غانغرانا گال کی سطح پر اور گہرائی میں پھیلتا جاتا ہے۔ رخسارہ پھول جاتا ہے۔ اور تنکر چکدار ہو جاتا ہے۔ اگر یہ کیفیت گال کی

---

[1] آکلۃ الفم۔ کنکرم اُورس۔
[2] حمیات طفحیہ۔ اگزنتھے میٹا۔
[3] حصبہ۔ میزلس۔
[4] تاکل۔ اسلف۔

پوری دبازت میں سرایت کر جائے تو ایک سیاہ رنگ کا مردہ حصہ (تاکل) بیرونی سطح پر بھی نمودار ہو جاتا ہے +

شدید مرض میں چہرہ کی متصلہ ہڈیاں بھی متاثر ہو کر سڑ جاتی ہیں۔ اور زبان۔ تالو۔ اور برزخ[1] حلق پر بھی یہی کیفیت طاری ہو جاتی ہے +

مظاہر عمومیہ۔ اس مرض میں شدید تسمم دم کی علامتیں پائی جاتی ہیں جس کی وجہ صرف یہی نہیں ہے کہ فاسد مواد حلق سے فرو ہو جاتے ہیں۔ بلکہ اس وجہ سے بھی کہ یہ زہریلی رطوبتیں عروق جاذبہ کی راہ سے بھی جذب ہوتی رہتی ہیں۔ اور تنفس کی راہ سے بھی سونگھی جاتی۔ اور اندر داخل ہو جاتی ہیں۔ جس سے ذات الریہ عفونیہ[2] پیدا ہو جاتا ہے + علاوہ ازیں چہرہ اور سنہ وغیرہ کی وریدیں بھی قرب واتصال کے باعث متاثر ہو کر اکثر آفت میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقیح الدم[3] پیدا ہونے کا سخت خطرہ رہتا ہے۔ نیز گاہے عدوی وعفونت سے تسمم عفونی[4] پیدا ہو جاتا ہے + جاڑا اور بخار تو ابتداء مرض ہی سے ہوتے ہیں۔ مگر مرض کے آخری درجات میں اور ہلاکت سے قبل اضمحلال قوی (غشی) اور سبات طاری ہو جاتا۔ اور جسم کی حرارت درجہ اعتدال سے گر جاتی ہے +

جراثیمی بحث۔ اس مرض کی جراثیمی بحث قدرے مشتبہ ہے۔ لیکن غالباً اس مرض کا باعث جراثیم عنقودیہ[5] صدیدیہ ہیں۔ اور ان کے ساتھ ساتھ بعض دیگر جراثیم بھی مخلوط ہو جاتے ہیں۔ جو ہمیشہ منہ میں موجود رہتے ہیں۔ علاوہ ازیں ایک مخصوص قسم کے جراثیم اور بھی پائے جاتے ہیں۔ جنکو حلزونیہ[6] ذبحہ و نسنت۔

---

[1] برزخ حلق۔ فاؤسز۔
[2] ذات الریہ عفونیہ۔ سپٹک نمونیا۔
[3] تقیح الدم۔ پائی میا۔
[4] تسمم عفونی۔ سپٹی سیمیا۔
[5] جراثیم عنقودیہ صدیدیہ۔ اسٹرپٹوکوکس پایوجینس۔
[6] حلزونیہ ذبحہ ونسنت۔ اسپائی رلم آف کنسنٹس انجائنا۔

(عصا مغزلیہ) کہتے ہیں +

علاج۔ اگر بچہ کی جان بچانی ہے تو علاج میں نہایت مستعدی اور عجلت کی ضرورت ہے۔ مریض کو بیہوش کرکے تمام نرم اور سڑے گلے حصے کو قطع کر دیں۔ یا کھرچ کر جدا کر دیں۔ حتی کہ تندرست حصہ میں سے خون اچھی طرح نکلنے لگے + کھرچنے کے بعد منکشف حصہ پر تیز اور مطہر تیزاب (مثلاً حامض قطرانی۔ یا حامض کبریتی) خوب مل دیا جائے۔ مگر اس بات کی احتیاط ضروری ہے کہ حلق وغیرہ کو تیزاب کے اثر سے بخوبی محفوظ رکھا جائے + اگر حامض قطرانی استعمال کیا گیا ہے تو غیر ضروری حصہ کو (جو دوسری جگہ لگ گیا ہے) روح لگا کر حل کرکے بے ضرر کر دینا چاہئے + اور اگر تیزاب گندھک لگایا گیا ہے تو تندرست حصوں سے اس کی زیادتی اور شدت کو بے اثر کرنے کے لیے ریہیہ فحم آگین کا سیال استعمال کرنا چاہئے +

اگر چہرہ کی ہڈیاں سڑ کر مردہ ہوگئی ہیں۔ تو ان کو اور سڑے ہوئے دانت کو جو (اکثر باعث مرض ہوا کرتا ہے) بھی نکال دینا چاہئے +

مندرجہ بالا عمل جراحی کے بعد دہن کو مطہر غسولات سے بار بار دھوتے رہنا چاہئے۔ مثلاً ماء الحضین (ایک حصہ دس حصہ پانی میں) سانی ٹاس (ایک حصہ دس حصے پانی میں) بورق حلوین آمیز (ایک حصہ حامض بورقی دس حصے حلوین میں) اور ریہیہ منغنیس آگین اعلی میں سے کسی کا استعمال کیا جائے +

۱ عصا مغزلیہ۔ فبری فارم میسی لس۔	۷ ماء الحضین۔ ہائیڈروجن پر آکسائڈ۔
۲ حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔	۸ بورق حلوین آمیز۔ بورو گلیسرائڈ۔
۳ حامض کبریتی۔ سلفیورک ایسڈ۔	۹ حامض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
۴ روح۔ اسپرٹ۔	۱۰ حلوین۔ گلیسرین۔
۵ ریہیہ فحم آگین۔ سوڈیم کاربونیٹ۔	۱۱ ریہیہ منغنیس آگین اعلے۔ پرسینگے نیٹ آف پوٹاس۔
۶ مطہر غسول۔ اینٹی سپ ٹک لوشن۔	

بچہ کو مقوی اور رقیق غذائیں دی جائیں۔ اور ضرورت ہو تو محرکات دیئے جا سکتے ہیں۔

نہایت شدید حالت میں گال کی پوری دبازت کو کاٹ کر جدا کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اور اس عمل سے جو نشیب اور خلا پیدا ہو جاتا ہے اُسکو ایک جداگانہ عمل تقیع (پیوند لگانے) کے ذریعہ تازہ جلد سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔

ایسے شدید عمل سے بوجہ التحام جلد کے لازمی طور پر بہت بڑا اور کریہ المنظر ندبہ (نشانِ زخم) پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے جبڑے کی حرکت میں دقت واقع ہوتی ہے۔

غانغرانای شفر۔ یہ قسم لڑکیوں کے اعضائے تناسل خصوصاً شفر میں اکثر ہوتی ہے۔ اسکو غانغرانائی فرج بھی کہتے ہیں۔

علاج۔ اس کا آکلۃ الفم کے مانند ہے۔ البتہ اس میں یہ آسانی ہوتی ہے کہ مردہ حصہ کو قطع کرنے کے بعد مریضہ کو دافع تعفن عنصول کے اندر بخوبی بٹھا سکتے ہیں۔

(۵) جمرہ اور دُمل کا بیان امراض جلد میں آئے گا۔

(۴) غانغرانای حرّ و بَرد

سردی و گرمی کا غانغرانا

(۱) **غانغرانای برودت** (خصر و تقیع) یہ عارضہ اس ملک (انگلستان) میں

۱۔ محرکات۔ اسٹی مولنٹ	۳۔ غانغرانای شفر۔ نوما	۶۔ جمرہ۔ کاربنکل۔
۲۔ عمل تقیع۔ پلاسٹک آپریشن	۴۔ شفر۔ لیبیا۔	۷۔ دُمل۔ بوائل
	۵۔ گنگرین آف ولوا۔	۸۔ خصر و تقیع۔ فرسٹ بائٹ

عام طور پر کمیاب ہے۔ مگر سرد ممالک میں جہاں سرد اور تیز ہوا بدنی حرارت کو کم کر دیتی ہے یہ بہت عام ہے +

اس میں جوانی کی نسبت بچے اور بوڑھے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان کے بدنی قوی کمزور ہوتے ہیں۔ یہ کیفیت مندرجہ ذیل دو صورتوں میں سے ایک سے پیدا ہوتی ہے ۱۔ (یا) براہِ راست سردی کے اثر سے۔ یا اس کے بعد کے التہاب سے +

(الف) براہِ راست سردی کے اثر سے بدن کی ساختیں سکڑ کر سخت ہو جاتی ہیں۔ اُن کا رنگ ہلکا سونی ہو جاتا ہے + پاے کی اس صورت میں درد نہیں ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے مریض سے زیادہ دوسرے دیکھنے والے اسے پہچان سکتے ہیں + جسم کے درد کے اعضاء جہاں دوران خون ضعیف ہو کر پہونچتا ہے (یا کھلے ہوئے حصے (مثلاً ناک، کان، وغیرہ) بالخصوص اس حالت میں متاثر ہوتے ہیں + ماؤف حصے بتدریج خشک و جھریدار ہو کر سیاہ پڑ جاتے ہیں۔ اور پھر یا جذب و تحلیل ہو جاتے۔ یا عمل تقرح سے جدا ہو جاتے ہیں + سردی کے غانغرانا کی ایک خاص کیفیت یہ ہے کہ اس میں سطحی انسجہ بوجہ کھنچے ہونے کے زیادہ متاثر ہوتے ہیں +

(ب) برودت کے التہاب سے۔ یعنی وہ غانغرانا جو براہِ راست برودت سے نہ ہو۔ بلکہ یہ صورت ہو کہ سردی کے اثر سے اعضاء فوراً مُردہ ہو جائیں۔ بلکہ ان میں التہاب لاحق ہو جائے اور التہاب سے غانغرانا پیدا ہو جائے + اس حالت میں نہایت شدید ہوتا ہے۔ اور ایک عرصہ تک خون کا کم پہونچنا عروق کی دیواروں کی قوتِ حیات کو اس قدر پست و کمزور کر دیتی ہے کہ دوران خون کی رجعت سے اُن میں التہاب حاد پیدا ہو جاتا ہے۔ جس سے رطوبات کا ترشح زیادہ ہو جاتا ہے۔ اور ان رطوبات کے دباؤ سے بالآخر غانغرانا نمودار ہو جاتا ہے + اگر اعضاء پورے طور پر مُردہ نہوں

تو بھی ماؤف حصہ کچھ عرصہ تک سُرخ رہتا ہے + امتلاء و موی کے ساتھ درد پیدا ہوتا ہے۔ اور سطحی قروح بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ باایں ہمہ وہ حصہ بالآخر تندرست ہو جاتا ہے +

علاج + سردی کھائے ہوئے حصوں کو نہایت آہستگی کے ساتھ اور بتدریج گرم کیا جائے۔ اور دورانِ خون کو بتدریج دوبارہ لوٹایا جائے۔ ورنہ التہاب۔ اور التہاب کے بعد غانغرانا کا نمودار ہونا ضروری ہے + پہلے تو ان اجزاء کو برف یا سرد پانی کے ساتھ ہلکے ہاتھ سے ملا جائے۔ اور معالج کے ہاتھ کی گرمی پہونچائی جائے مریض کو سرد کمرے میں رکھا جائے۔ پھر وہاں کی حرارت بتدریج بڑھائی جائے + جوں ہی قدرے اثر نمودار ہو کہ مریض کو نہایت احتیاط کے ساتھ کوئی گرم سیال قلیل مقدار میں پلایا جائے + اگر درد کی شدت ہو۔ یا اوذیما احتقانیہ نمودار ہو تو ماؤف حصہ کو اونچا رکھا جائے + اگر حقیقی غانغرانا نمودار ہو جائے تو مردہ حصے کو مطہر کیا جائے۔ اور مطہر رکھا جائے۔ اور پھر فکر و احتیاط کے ساتھ مریض کی نگرانی کی جائے۔ یہاں تک کہ خط انفصال پیدا ہو جائے +

شمالی امریکہ و شمالی مغربی کنیڈا کے اصلی باشندے، مزدور اور محققان طبقات الارض جو اکثر سردی میں کام کرتے ہیں اور کثرت پالے کے شکار ہوتے ہیں روغن[۲] تارپین (رتر بنتینا) ہر درجہ میں استعمال کرتے۔ اور مفید پاتے ہیں + طریقہ استعمال یہ ہے کہ مردہ حصوں کو تارپین کے روغن سے تر رکھا جاتا ہے +

(۲) حرق (آگ سے جلنا) سلق (گرم پانی وغیرہ سے جلنا) +

[۱] اوذیما احتقانیہ کنجسٹو اوڈیما۔	[۲] روغن تارپین۔ آئل آف ٹرپنٹائن۔

انھیں زخموں (جروح) کا ایک مخصوص گروہ (نوع خاص) خیال کیا جاتا ہے اور ان سے غانغرانا کا ہونا ہر صورت میں لازمی نہیں + حرق و سلق میں فرق یہ ہے کہ حرق آگ کے شعلہ یا سخت اور گرم جسم کے لگنے سے ہوتا ہے۔ اور سلق گرم پانی، گرم بھاپ، یا دوسری گرم رقیق شئی۔ یا گرم ہوا و بخار کے اثر سے پیدا ہوتا ہے +

اِن دونوں کے اثر میں وہی نسبت ہے جو بھوننے (بریان کرنے) اور ابالنے کے درمیان ہے + روغنی سیالات (تیل۔ گھی وغیرہ) جو پانی کی نسبت زیادہ درجہ کی حرارت سے گرم ہوتے ہیں وہ قدرتاً زیادہ شدید زخم پیدا کرتے ہیں +

عرصہ دراز ہوا کہ ایک محقق[1] نے حرق کے چھ درجے بیان کیے ہیں۔ جو اب تک مانے جاتے ہیں +

درجہ اوّل۔ معمولی طور پر جلنا یا آگ کی لپٹ کا ہلکے طور پر لگنا۔ جس سے محض سطحی استلاء دموی پیدا ہو جائے۔ اور اس سے جسم کی ساخت ضائع نہ ہو۔ صرف اس سے عضو ماؤف میں سُرخی اور درد پیدا ہو جائے۔ اور قروح پیدا ہونے کا خطرہ ہو + لیکن اگر کوئی خاص مقام بار بار جھلسے۔ جیسا کہ بعض اشخاص کی ٹانگوں پر آگ سے تاپنے میں ہوتا ہے۔ تو چمڑا رنگ بدل کر داغدار اور سخت ہو جاتا ہے۔ جلد کی اس حالت کو احرار[2] ناری کہتے ہیں +

درجہ دوم میں بشرہ (جلد کا بیرونی طبقہ) ادمہ (جلد کا اندرونی طبقہ) سے جدا ہو کر اوپر اُٹھ آتا ہے۔ اور چھالہ یا آبلہ (نفاطہ۔ نفاخہ) بن جاتا ہے۔ جب یہ چھالہ پھوٹ کر بشرہ کا چھلکا جدا ہو جاتا ہے (یا جُدا کیا جاتا ہے) تو اُس کے نیچے سے ادمہ سُرخ اور دردناک نمودار ہو جاتا ہے + اس کے اثر سے ایک مستقل بدرنگ داغ

[1] ڈپوٹرین۔	[2] احرار ناری۔ اری تھاب اگنی۔

رہ جانے کا احتمال ہو سکتا ہے +

درجہ سویم میں بشرہ تلف ہو جاتا ہے۔ اور اُس کے ساتھ ہی ادمہ کا کچھ حصہ ضائع ہو جاتا ہے۔ مگر ادمہ کے اوبھاروں (حلمات[1]) کے درمیان کے زوائد[2] بین الحلمات (بشرہ کے نوکدار اوبھار جو ادمہ کے حلمات کے درمیان گھسے ہوئے ہوتے ہیں) جن میں حسی اعصاب کے آخری ریشے ختم ہوتے ہیں۔ تلف نہیں ہونے پاتے۔ اور اُن کے نوکدار حصے عُریاں ہو جاتے ہیں + اسی وجہ سے درجہ سویم میں درد نہایت شدید ہوتا ہے + جلد اور ادمہ کے گہرے حصے جن میں پسینہ کی گلٹیاں (غدد عرقیہ[3]) شحمی یا دھنی گلٹیاں (غدد دھنیہ[4]) اور اجزبہ[5] شعریہ (بال کی جڑیں یا اس کی تھیلیاں) وغیرہ ہوتے ہیں۔ یہ سب بے ضرر رہتے ہیں + لہٰذا اگرچہ جلد کی سطح اریکہ (انگور زخم) سے ڈھک جاتی ہے۔ نئی جلد بہت جلد بن جاتی ہے۔ کیونکہ بشرہ کے دوبارہ پیدا کرنے والے خلیات کے اجزاء موجود رہتے ہیں + جب بشرہ تمام و کمال تلف ہو جاتا ہے تو زخم کے کناروں سے (جہاں بشرہ باقی ہے) نئی جلد بن جاتی ہے + اور جب بشرہ کی پوری سطح مسلسل نہ جلی ہو تو زخم کے درمیان میں بھی بشرہ کے چھوٹے جزیرے (حصے) جو صحیح و سلامت رہ جاتے ہیں۔ ان کی وجہ سے زخم کے درمیان سے بھی عمل اندمال جابجا شروع ہو جاتا ہے۔ اور کناروں سے آنے والے نئے خلیاتِ بشرہ کے ساتھ ملکر پوری سطح کو ڈھانپ دیتا ہے + لہٰذا درجہ سویم کے اندمال سے جو نوساختہ جلد کا داغ (ندبہ[6] نشانِ زخم) پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ اگرچہ اکثر سفید رنگ کا ہوتا اور آنکھوں میں کھٹکتا ہے مگر اس میں حقیقی جلد کے تمام اجزاء موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنا اور لچکدار ہوتا ہے۔ اور

[1] حلمات۔ پیلی۔
[2] زوائد بین الحلمات۔ انٹر پیلری پراسس
[3] غدد عرقیہ۔ سویٹ گلینڈز۔
[4] غدد دھنیہ۔ سیبشیس گلینڈز۔
[5] اجزبہ شعریہ۔ ہیر فالیکلز۔
[6] ندبہ۔ اسکار۔

اُس میں انقباض و سکیڑ نہیں ہوتا +

درجہ چہارم۔ میں جلد کی پُوری بازت تلف و ہلاک ہو جاتی ہے۔ اور جلد کے نیچے کا کچھ حصہ بھی ضائع ہو جاتا ہے +

درجہ پنجم میں تمام و کمال جلد اور جلد کے نیچے کی ساختیں تلف ہونے کے علاوہ عضلات پر آگ کا اثر پہونچتا ہے +

درجہ ششم میں عضو تمام و کمال جلد اور کلی فاسد ہو کر بیکار ہو جاتا ہے۔

مقامی کیفیت یا مقامی تاریخ:۔ حرق کی مقامی تاریخ تین درجات میں بیان کی جاتی ہے۔ یہ تینوں درجات قرحہ[1] کے یا پھٹے ہوئے زخم (جراحت تمزقی[2]) کے مانند ہیں +

(۱) پھلاد و (جلنے یا تلف ہونے کا۔ جس کے مختلف مدارج اوپر بیان ہو چکے ہیں +

(۲) دوسرا درجہ (التہاب اور خانغزانا یعنی کُل کا۔ جس سے مردہ حصہ خارج ہو کر زخم میں ایکمہ (انگور) بنجاتا ہے +

(۳) تیسرا درجہ (تمام واندمال کا +

ان مدارج داد و دار کی کیفیت میں کوئی خصوصیت قابل تذکرہ نہیں۔ سوائے اس کے کہ ان کے ساتھ ساتھ اکثر (خصوصاً جبکہ وسیع حصہ جل گیا ہو) عدوی بھی عارض ہو جاتا ہے + عام طور پر واقعہ حرق سے پہلے ہی جلد بدن بھی نقطۂ خیال سے گندہ اور میلی ہوتی ہے۔ یا مریض کے میلے لباس سے جلد ملوث اور عفونی ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں جلنے کے بعد فوراً عدوی و تلوث کا دفعیہ ممکن نہیں ہوتا + علاوہ ازیں جلنے کے بعد درد اور شدت تکلیف اس قدر ہوتی ہے کہ زخم کی پوری طہارت

[1] قرحہ۔ السر۔ [2] جراحت تمزقیہ۔ لیسی رٹیڈ وونڈ۔

دپاکیزگی عملاً ناممکن ہو جاتی ہے +

بدنی یا عمومی علامات جو مندرجہ بالا تینوں ادوار میں ہوتی ہیں تشریح طلب ہیں جو ذیل میں درج کی جاتی ہیں +

(۱) ابتدائی مدارج میں صدمہ[1] عموماً پایا جاتا ہے۔ جس کی شدت وحفت کا انحصار جلے ہوئے حصے کی وسعت وگہرائی پر ہوتا ہے + کسی عضو کا تمام وکمال جلنا نظام بدن میں اتنا صدمہ وضعف نہیں پیدا کر سکتا۔ جتنا کہ ایک وسیع حصہ کا محض سطحی طور پر جھلسنا۔ خصوصاً جبکہ یہ سطحی احتراق شکم۔ سر یا گردن میں واقع ہو گا ہے یہ صدمہ بڑھکر غشی (ہبوط قوی[2]) تک پیدا کر دیتا ہے۔ جس کے اسباب میں سے ایک سبب یہ بھی ہے کہ جلی ہوئی ساختوں سے سمیات اور فاسد مواد جذب ہوتے رہتے ہیں +

(۲) اس کے بعد حمی التہابیہ نمودار ہو جاتا ہے (جو عموماً جراثیمی عدوی و عفونت کے باعث ہو جاتا ہے) اور یہ چار سے چودہ دن تک جاری رہتا ہے + اندرونی اعضاء (احشاء) خصوصاً مجرای غذائی (معدہ و امعاء) جگر۔ شش و دماغ میں استلاء دم ہو جاتا ہے۔ جس کے باعث مختلف اقسام کے عوارض نمودار ہو جاتے ہیں +

حرق کے نتائج میں ایک نہایت اہم اور دلچسپ نتیجہ تفرح[3] اثنا عشری ہے۔ اگرچہ فی زمانہ یہ شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے + یہ قرحہ معمولی قروح اثنا عشریہ کے صفات وخصائص رکھتا ہے۔ اور مجرای صفراء کے دہانہ کے پاس واقع ہوتا ہے غالباً اس قرحہ کی پیدائش اُن سمیات لاذعہ[4] (خراش دہیجان پیدا کرنے والی) سے

---

[1] صدمہ۔ شاک۔
[2] ہبوط قوی۔ کولیپس۔
[3] تقرح اثنا عشری۔ السرایشن آفدی ڈیوڈینم۔
[4] لاذع۔ لاذعہ۔ اریٹی ٹینٹ۔

ہوتی ہے جو جلی ہوئی ساختوں میں عفونی تغیرات سے پیدا ہو کر جگر کی راہ سے خارج ہوتی ہیں۔ اور جن کے بُرے اثر سے انجماد خون (تخثر[1]) یا تقرح پیدا ہو جاتا ہے۔ حرق کے ایک مریض کی لاش کو چیر کر امتحان کیا گیا تو اثنا عشری کی غشاء مخاطی میں دمانہ مجرائی صفرا کے مقابل دیکھا گیا کہ غشاء کے نیچے خون نکلکر جمع ہو گیا تھا (نزف[2] تحت الجلد) اس سے صاف ظاہر ہوتا ہے کہ اس جگہ پر خون کا یہ انصباب قرحہ بننے کا ابتدائی درجہ تھا اور اگر مریض جلد فوت نہ ہو جاتا تو ضرور اس انصباب کے بعد مکمل طور پر قرحہ بنجاتا۔ (تقرح اثنا عشری کے علامات امراض اثنا عشری کے ذیل میں باب امراض شکم کے ماتحت درج ہونگے)۔

(۳) جب جلے ہوئے حصہ کو بخوبی غیر عفونی اور مطہر رکھا جاتا ہے۔ اور عمل التیام واقع ہوتا ہے۔ تو اس وقت کوئی غیر معمولی بدنی علامت نمودار نہیں ہوتی ہے۔ اگرچہ اس وقت بھی قدرے ضعف یا کمی خون کا موجود ہونا ممکن ہے۔ لیکن اگر زخم میں عفونت و عدوی موجود ہیں۔ اور پیپ خوب بن رہی ہے۔ تو ضعف اور کمی خون بہت نمایاں ہوگی۔ اور مریض کو حمی دق کی طرح روزانہ بخار آئے گا۔ احشاء میں فساد نشائی[3] نمودار ہو جائے گا۔ اور بالآخر غایت اضمحلال و کمال ضعف کے باعث موت آجائے گی۔

جلنے سے موت کیونکر واقع ہوتی ہے:- اگر کوئی شخص تا دم آخر جلایا جائے۔ تو موت کی وجہ اکثر اختناق (دم گھٹنا) ہوتا ہے۔ جو دھوئیں اور آگ کے زہریلے بخارات و دخانات کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ صدمہ[5]۔ سکتہ یا غشی بھی

---

[1] تخثر۔ تھرامبوسس۔
[2] نزف تحت الجلد۔ اکی موسس۔
[3] فساد نشائی۔ امی لائڈ ڈی جنریشن
[4] اختناق۔ اینفکسیا۔
[5] صدمہ۔ شاک۔

اختناق کے ساتھ ہلاکت کے مددگار ہو سکتے ہیں۔ خصوصی اُن مرضیٰ میں جن کا قلب پہلے ہی سے ضعیف و علیل ہو۔

اگر جلنے سے چند روز بعد موت واقع ہو تو اُس کا باعث سدمہ یا ہبوط[1] قوی ہوتا ہے جو تسمم الدم سے پیدا ہو جاتا ہے۔

اگر موت درجہ دویم (دور دویم) میں واقع ہو تو اس کی وجہ سدمہ یا اندرونی احشاء کے دیگر اندرونی عوارض۔ یا تقرح اثنا عشری ہو سکتی ہے۔

اور اگر درجہ سویم (دور سویم) میں موت واقع ہو تو اس کی وجہ کمال تکان و مقاسات مرض یا اندرونی امراض ہو سکتی ہے۔

بچوں میں جلنے کے بعد علاماتِ انذار بمقابلہ جوانوں کے ہمیشہ بُرے ہوتے ہیں۔

علاج:- آگ سے اگر صرف جلد کی بیرونی سطح اوپر اوپر سے جل گئی ہے۔ اور آبلہ وغیرہ نہیں اُٹھا ہے۔ تو اس میں صرف اسی قدر کافی ہے کہ جلے ہوئے حصہ کو محفوظ رکھا جائے۔ مثلاً حامض[2] بورقی مسفوف کے ساتھ نشاستہ مسفوف ملا کر زخم پر چھڑک دیا جائے۔ یا جلے ہوئے حصہ پر لاصوق[3] کے سیال کو پچکاری سے لگا دیا جائے۔

اگر آبلہ نمودار ہو تو پہلے اُسکو دافع عفونت غسول سے دھو کر پھوڑ دیا جائے اور اُس کے اندر کا پانی۔ جس میں جراثیم ہمیشہ مخلوط ہوتے ہیں۔ خارج کر دیا جائے آبلہ کے اوپر کا مُردہ چمڑا (بشرہ) مطہر اور صاف کی ہوئی قینچی سے تراش دیا جائے۔

[1] ہبوط قوی۔ کولیپس۔	[3] اسٹارچ۔
[2] حامض بورق۔ بورک ایسڈ۔	[4] لاصوق۔ کلوڈین۔

اور پھر اگر جلی ہوئی جگہ زیادہ وسیع نہ ہو تو حامض مُرک[1] کی پٹی باندھ دی جائے + جالی[2] کی پٹی یا سُنارہ[3] کو حامض مُرسیال مطہر (حامض مُرم قحہ[4] پانی ایک اوقیہ[5] میں بھگو کر۔ اور پھر اسکو نچوڑ کر جلی ہوئی سطح پر رکھ دیا جائے۔ اور اُس کے اوپر پاک صاف نرم روئی کی گدی رکھکر باندھ دیا جائے + اس طرح خشک پٹی (اسادہ[6] یا بسہ) ہو جاتی ہے جو کئی دن تک کھولی نہ جائے + چند روز بعد اُسے تبدیل کر دینا چاہئے + اس طرح پٹی لگانے سے بہت مفید نتائج پیدا ہوتے ہیں +

جب گہری ساختیں جل گئی ہوں تو مریض کے کپڑوں کو نہایت ہلکے ہاتھ سے اوتارا جائے۔ یا کپڑوں کو کاٹ دیا جائے۔ تاکہ رگڑ نہ لگنے پائے + پھر جلی ہوئی ساختوں کو دافع عفونت عنولات سے دھو لیا جائے۔ مثلاً غسول[7] سلیمانی (ایک حصہ سلیمانی دو ہزار حصے مطہر پانی میں) سے دھوکر فوراً نرم کپڑے یا باریک جالی سے ڈھانک کر پٹی باندھ دی جائے۔ مگر کپڑے یا جالی کو روغن[8] یہ کا لبتوس میں یا روغن قطرانی[9] مخفف (حامض قطرانی ایک حصہ۔ روغن ۴۰ حصے) میں تر کر لیا جائے +

جبکہ حرق شدید ہو اور جلد کی سطح بہت گندہ ہو تو مناسب ہے کہ مریض کو بیہوش کر کے مُردہ جلے ہوئے حصوں کو جن کے سڑنے (رغانقرانا ہو جانے) کا گمان غالب ہے۔ قطع کر کے خارج کر دیا جائے۔ زخم کو بخوبی پاک صاف کر لیا جائے اور واقی[10] (محافظ جلد روغنی کاغذ جو جھلی جیسا ہوتا ہے) رکھکر اوس پر سیماب وسم آمیز[11]

[1] حامض مُر۔ پکرک ایسڈ	[7] غسول سلیمانی۔
[2] جالی۔ گاز۔	سب لائی میٹ آف مرکری لوشن
[3] سنارہ۔ لنٹ۔	[8] روغن یہ کا لبتوس۔ یوکے لپٹس آئل۔
[4] گرین	[9] روغن قطرانی۔ کاربولک آئل۔
[5] اونس	[10] واقی۔ پروٹکٹو۔
[6] اسادہ یا بسہ۔ ڈرائی ڈریسنگ	[11] سیماب وسم آمیز۔ سیانی نائڈ آف مرکری۔

یا اور کوئی دافع جراثیم دوا، ملی ہوئی روئی۔ یا کپڑا وغیرہ رکھکر باندھ دیا جائے +

جب بہت وسیع حصہ جل گیا ہو تو زہریلے مظہرات مثلاً حامض قطرانی اور سلیمانی وغیرہ کے استعمال میں سخت احتیاط کی ضرورت ہے۔ ورنہ خطرناک علاماتِ تسمم نمودار ہو جانے کا اندیشہ ہے +

اگر مریض صدمہ کی حالت میں ہو تو اُسکو فوراً بستر پر لٹا کر گرم رضائی یا کمبل وغیرہ سے ڈھانک دینا چاہیئے۔ اور کوئی مناسب محرک گرمی پہونچانے والی دوا (مثلاً شراب۔ نوشادریہ سیال[1]) پلانی چاہیئے۔ اس کے بعد جوہر افیون (افیونین[2]) کی زیر جلد پچکاری دیدی جائے۔ تاکہ درد میں افاقہ ہو۔ اور نیند آکر آرام و قوت حاصل ہو +

اگر صدمہ کی حالت نہایت شدید ہو تو گرم سیال[3] نمکین کی وریدی پچکاری حسب ضرورت بار بار دے سکتے ہیں +

اگر مریض بچہ ہو۔ اور وسیع حصہ جل گیا ہو تو مناسب ہے کہ اُسکو فوراً گرم پانی کے ظرف میں قدرے روغن یوکالپٹوس یا سائل[4] کو ندی ملا کر بٹھا دیا جائے (حمام گرم) اُس کے بعد بچے کے کپڑے کاٹکر اوتار لئے جائیں۔ اور پھر اُسکو کچھ دیر تک گرم پانی میں بٹھایا جائے (گرم پانی کو ہر بار بدلنا چاہیئے) جب ضعف کم ہو جائے تو بچہ کو اُٹھا کر زخموں کی مرہم پٹی مندرجہ بالا طریق پر کرکے اُسکو بستر پر آرام سے لٹا دیا جائے + اگر ضعف زیادہ ہو تو مریض کو گرم پانی کی بوتلوں۔ گرم کی ہوئی اینٹ یا بجلی کی روشنی کی بتیاں رضائی یا کمبل کے اندر رکھکر اُس کی حرارت بدنی کو قائم رکھیں + بسا اوقات چند روز تک پٹی بدلنے سے پہلے مریض کو مندرجہ بالا طریقے سے گرم پانی میں بٹھانے کی ضرورت پیش آتی ہے +

[1] لائکر امیونیا [2] افیا [3] سیال نمکین۔	[4] سائل کوندی۔ کانڈیز فلوئڈ۔

جب عضو ہڈی تک جل جائے تو اُسکو قائم رکھنا فضول ہے۔ لہٰذا جس قدر جلد ہو سکے اُسے کاٹکر الگ کر دینا چاہئے + جلے ہوئے حصہ سے ٹھیک اوپر قریب کے تندرست حصہ میں یہ عمل (بتر) کرنا چاہئے +

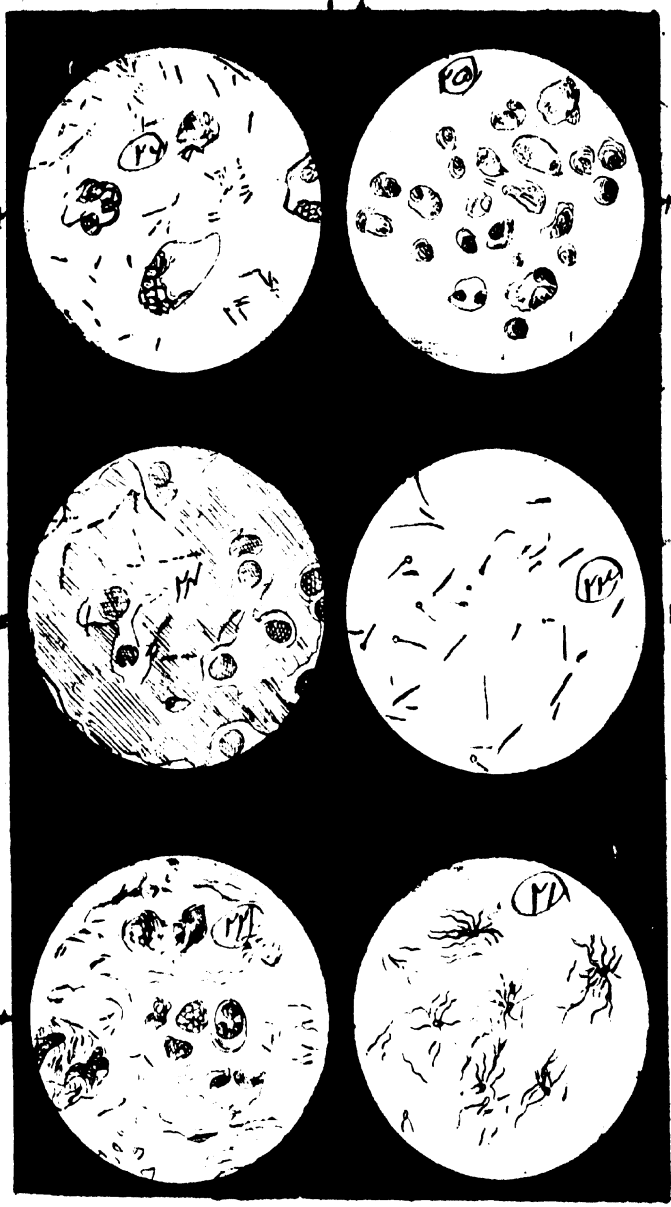
دورِ التہاب و غانغرانا میں محض حصۂ ماؤف کو غیر عفونی اور جراثیم سے پاک رکھنا کافی ہے + ساتھ ہی عمل اندمال میں گرم محلولات سے مَدد دینی چاہئے۔ اور اُن مردہ ٹکڑوں کو کاٹ کر الگ کر دینا چاہئے جو ڈھیلے ہو کر لٹک رہے ہوں + اس کے بعد زخم کا علاج عام اُصول کے مطابق کرنا چاہئے + بعض اوقات زخم کے اوپر اریکہ (انگور) بہت نمایاں اور بڑے ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا اُن کو کم کرنے کے لئے محرک ادویہ کی پھریری مثلاً حجر جہنم[1] (نقرہ شور آگین) کی ضرورت پیش آتی ہے +

جب زخم بہت بڑا ہو۔ اور سختی کے ساتھ اوس پر جلد بن رہی ہو تو دوسری جگہ یا غیر مریض سے کپڑا اُتار کر زخم پر علامۂ تیرش کے مطابق پیوند لگا دیا جائے (عمل ترقیع[2]) اس سے زخم مندمل ہو کر ڈھک جاتا ہے۔ اور مزمن نہیں ہونے پاتا + اسی طرح عمل ترقیع اُس وقت بھی مُناسب ہے جبکہ کسی مفصل کے عضلات قابضہ پر جلنے کا اثر پڑا ہو۔ اور زخم کے سکڑنے سے جوڑ کے مڑنے میں دقت واقع ہونے کا اندیشہ ہو + پیوند لگانے کے بعد جلد میں انقباض نہ واقع ہوگا اور جوڑ بہ آسانی مڑ سکے گا +

---

[1] حجر جہنم۔ کاوی۔ کاسٹک۔ نائٹریٹ آف سلور

[2] ترقیع۔ اسکن گرافٹنگ۔



تصویر ۲۱۔ حمی معویہ کے عصلی مع اہداب کے (۲۲) دق وسل کے عصی تشوک میں (۲۳) کزاز کے عصلی مع ابداب کے (۲۴) جزمۂ نبیشہ کے عصلی خلیہ میں (۲۵) جذام کے عصبی طحال کے خانوں میں (۲۶) عصبی قورونی پیشاب میں۔ مع پیمانہ دائرہ

باب ششم

امراضِ نوعیہ عفونیہ[1]

حُمرہ[2] سُرخ بادہ

حُمرہ[2] یا سُرخ بادہ۔ ایک معدی[3] (چھوت سے لگنے والا) اور عفونی[4] مرض ہے، جو جلد کے اور گاہے غشیۂ مخاطیہ کے چھوٹے عروق جاذبہ میں کرویات عقدیہ صدیدیہ[5] کے نمو پانے کے باعث پیدا ہوجاتا ہے + یہ مرض پھیلنے کے لئے مائل رہتا ہے اور ساختوں کو تلف کیے بغیر اچھا ہوجاتا ہے + اس کے سمیین جمقامی طور پر بنتے ہیں جذب ہوکر عام بدنی علامات پیدا کردیتے ہیں + گاہے اس سے جلد کے نیچے کا بافتہ واصل بھی متاثر ہوجاتا ہے اور اس مرض کی وہ قسم پیدا ہوجاتی ہے جسے حُمرۂ[6] خلویہ جلدیہ کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے +

---

[1] امراض نوعیہ عفونیہ انگریزی میں انفکشس ڈیزیز

[2] حمرہ۔ سرخ بادہ۔ اری سپلس۔

[3] معدی۔ کنٹیجیس

[4] عفونی۔ انفکشس۔ ساری۔ سراہنی

[5] اسٹرپٹوکوکس پایوجنس۔

[6] سلیولو کیوٹے نیس ایری سپلس۔

---

[1] آجکل کے خیال کے مطابق یہ امر سخت مشتبہ ہے کہ حمرہ کو ایک خصوصی نوعی مرض شمار کیا جائے۔ ماہرانِ علم الجراثیم کی باریک تحقیق سے یہ پتہ چلتا ہے کہ حمرہ کے اسباب محرکہ میں علاوہ کرویات عقدیہ صدیدیہ کے دیگر جراثیم صدیدیہ بھی پائے جاتے ہیں۔ اس تحقیقات کی بنا پر اب گمان غالب یہ ہے کہ آیندہ حمرہ کو ایک غیر نوعی و غیر خصوصی متعدی مرض تسلیم کرکے اسے غیر نوعی متعدی امراض کے تحت میں ہی درج کیا جائے گا +

اس امر کے متعلق بہت کچھ اختلاف رہا ہے کہ آیا جراثیم حمرہ اور معمولی کرویات عقدیہ صدیدیہ جو تقیح[1] ساعی میں پائے جاتے ہیں، ان دونوں میں کچھ فرق ہے یا نہیں ؟ +

لیکن اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ دونوں متشابہ ومتجانس ہیں + حمرہ اور وہ دیگر عوارض جو کرویات عقدیہ صدیدیہ کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں، ان کی علامات وظواہر مرضیہ میں جو اختلافات پائے جاتے ہیں اونکی توجیہہ غالبا یوں ہوسکتی ہے کہ ان دونوں کا حملہ جدا جدا طریقہ سے ہوتا ہے اور ان جراثیم کی سمیت مختلف خاندان کے لحاظ سے مختلف ومتغیر ہوتی ہے + بہرحال یہ بحث ابھی مستقل طور پر طے نہیں ہوئی ہے اور مزید تشریح وتحقیق کی طالب ہے +

اسباب۔ مندرجۂ ذیل چار اسباب اس مرض کے پیدا کرنے میں ممد ہوتے ہیں۔

(۱) بیشتر حالات میں کسی زخم یا رگڑ کی موجودگی اور خاصکر ایسا زخم جو میلا اور کھلا ہوا (غیر محفوظ) ہو حمرہ کا باعث ہوتا ہے۔ مثلاً عام طور سے حمرہ سر کی جلد کے زخم سے جس میں احتیاط نہ برتی گئی ہو یا منہ میں کھلنے والے زخم سے وابستہ ہوتا ہے +

بظاہر اسباب جس حمرہ کو "حمرہ ذاتیہ"[2] کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، دراصل وہ بھی کسی خفیف سے زخم، مثلاً کسی نوکدار چیز کے چبھنے یا کسی رگڑ یا خراش سے پیدا ہوتا ہے۔ گاہے کوئی ظاہری جراحت یا زخم بھی موجود نہیں ہوتا ہے اور تندرست جلد کے اندر اجربۂ شعریہ[3] (بال کی جڑ) سے عدوی پہونچ سکتا ہے +

(۲) بدنی قوی کی کمزوری جو کثرت شراب نوشی، خراب یا ناکافی غذا، ناپرہیزگاری

---

[1] تقیح ساعی۔ اسپرے ڈنگ سپوریشن
[2] حمرہ ذاتیہ۔ ایڈیوپے تھک ایریی سپلس
[3] اجربۂ شعریہ۔ ہیر فالیکلز۔

اور عیاشی کی زندگی، ذیابیطس، بول[1] زلالی وغیرہ کے باعث پیدا ہو گئی ہو، علاوہ ازیں بعض اشخاص طبعی طور پر اس مرض سے متاثر ہونے کی قابلیت رکھتے ہیں، خصوصاً دموی[2] اور نقرسی[3] مزاج کے اشخاص۔ اور اگر ایک مرتبہ یہ مرض ہو جائے تو اس شخص میں عارضی مناعت حاصل ہو کر پھر دوبارہ اس مرض سے متاثر ہونے کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے +

(۳) اگر دو نواح کا اصولِ صحت و صفائی کے خلاف واقع ہونا بالخصوص شفاخانہ میں مریضوں کا بکثرت جمع ہو جانا، یا ہوا اور روشنی کا ناکافی و ناقص ہونا، یہ سب اسباب حمرہ کے لئے نہایت اہم ہیں +

حالات و اسباب مندرجۂ بالا محض اسباب مُعِدّہ ہیں (جن سے صرف استعداد پیدا ہو جاتی ہے)+

(۴) لیکن حمرہ کا اصلی سبب محرک وہ خاص جرثومہ ہے جس کے عدوی سے یہ مرض پیدا ہو جاتا ہے +

علامات۔ مرض کی ابتداء عموماً دردِ سر اور اضمحلال و ماندگی کے ساتھ ہوتی ہے جو تقریباً چوبیس گھنٹہ تک رہتے ہیں۔ اس کے بعد قدرے جاڑا اور لرزہ ہو کر تیز بخار چڑھ آتا ہے، اور طفح[4] (دد وڑہ) یا تو زخم کے کنارے سے پھیلنا شروع ہوتا ہے یا بالکل تندرست جلد پر (بلا کسی قسم کی جراحت کی موجودگی کے) نمودار ہو جاتا ہے (جسکو حمرۂ ذاتی کہتے ہیں) اگر کوئی زخم پہلے سے موجود ہے تو اوسکی سطح زردی مائل میلے رنگ کی اور غیر طبعی نظر آتی ہے جس میں اندمال کے آثار نہیں پائے جاتے۔ اگر عدوی غیر مخلوط ہے تو جراحت کے بعد زخم میں عمل اندمال

[1] بول زلالی۔ البیومی نوریا۔
[2] دموی۔ پلے تھورک۔
[3] نقرسی۔ گاؤٹی۔
[4] طفح۔ ریش۔

تین چار دن تک تو جاری رہتا ہے، پھر طفح (دَدوڑا) نمودار ہوتا ہے اور زخم کا نوساختہ ندبہ[1] دوبارہ پھوٹ جاتا ہے اور اوس کے نیچے سے ایک خشک اور سخت سطح ظاہر ہوجاتی ہے جسکا کنارہ موٹا ہوتا ہے +

طفح جلدی ایک خاص قسم کی تیز گلابی سرخ رنگت کا ہوتا ہے جو دبانے سے غائب ہوجاتا ہے اور اوسکو دبانے سے مریض جلن محسوس کرتا ہے۔ یہ جلن اتنی تیز نہیں ہوتی کہ درد کی حد تک ہو لیکن اگر کسی دبیز ساخت مثلاً سر کی جلد میں مرض ہے تو سخت درد محسوس ہوسکتا ہے۔ ورم مایاں نہیں ہوتا ہے، البتہ اگر مرض نسیج خلوی (جس میں خلائین بہت ہوتی ہیں) میں ہو تو ورم مایاں ہوتا ہے جیسے کہ خصیوں کی تھیلی (صفن) اور پپوٹوں میں، ایسی حالت میں تہیج[2] بھی غیر معمولی طور پر مایاں ہوجاتا ہے۔ طفح جلدی کم و بیش سرعت کے ساتھ پھیلتا جاتا ہے اور اوسکا حاشیہ مسلسل اور قدرے اوبھرا ہوا ہوتا ہے۔ جوں جوں وہ نئے نئے حصوں میں پھیلتا اور بڑھتا جاتا ہے اور اُن پچھلے مقامات سے جہاں وہ پہلے ہوا تھا کم ہوتا جاتا ہے گردہاں ایک ہلکا بھورے رنگ کا داغ چھوڑتا جاتا ہے اور ان مقامات سے گیہوں کی بھوسی کی طرح چھلکے سے نکل آتے ہیں + بعض حالات میں طفح جلدی مسلسل نہیں پھیلتا اور کچھ حصہ چھوڑکر دوسرے مقام پر کود جاتا ہے، مگر اس قسم کے درمیانی حصص کے عروق جاذبہ موٹے ہوجاتے ہیں + سطح پر چھوٹے چھوٹے دانے اور آبلے (نقاطات) بن جاتے ہیں، جن میں مصل (مائیت) بھر جاتا ہے یہ مصل بہ سرعت گدلا ہوجاتا ہے مگر عموماً پیپ نہیں پیدا ہوتی + البتہ ڈھیلی تہنجی ساخت میں (مثلاً پپوٹوں میں) پیپ بھی پڑجاتی ہے + گاہے التہاب کی شدت سے یا ساختوں کی قوت حیوانیہ میں کمی ہوجانے کے باعث، جلد میں

[1] ندبہ - سیکیٹرکس	[2] تہیج - اوذیما - اوڈیما -

غانغرانا اور شفا قلوس (مردار ٹکڑے) پیدا ہو جاتے ہیں + عموماً ایسا چھوٹے بچوں میں ناف اور اعضائے تناسل کے قرب و جوار میں ہوتا ہے۔ حصۂ ماؤف کے قرب و جوار کی غدد جاذبہ ہمیشہ بڑی ہو جاتی ہیں۔ اور اُن میں درد بھی محسوس ہوتا ہے اور یہ اوسوقت سے ہی ہو جاتا ہے جبکہ طفح جلدی نمودار بھی نہیں ہوا ہے۔

اور دہ کی محیطی[1] ساخت میں بھی التہاب پیدا ہو سکتا ہے جس سے عوارض تفتح الدم لاحق ہو جاتے ہیں + جب تک طفح جلدی موجود رہتا ہے بخار بھی جاری رہتا ہے اور اوس میں صبح و شام کے وقت خفیف کمی و بیشی ہوتی ہے + عموماً بخار ۱۰۴ درجہ تک پہونچتا ہے، مگر جب اس سے زیادہ ہو تو سخت خطرہ کا اندیشہ ہو جاتا ہے + ابتداء بخار شدید و قوی قسم کا ہوتا ہے، نبض[2] بھری ہوئی (متمکی) ہوتی ہے، اور ہذیان تیز اور شور کے ساتھ ہوتا ہے + لیکن اس کے بعد نبض متواتر اور کمزور ہو جاتی ہے اور ہذیان ضعف کے ساتھ ہوتا ہے جس میں مریض آہستہ آہستہ بڑبڑاتا رہتا ہے اور شدید درجہ کا اضمحلال ہو کر قوی[3] حیوانیہ نہایت کمزور پڑ جاتے ہیں + سر کی جلد کے حمرہ میں ہذیان ایک نمایاں خصوصیت ہے، مگر اسکی موجودگی زیادہ تر عام بدنی حالت کے باعث ہوتی ہے نہ کہ مقامی مرض کی شدت سے البتہ اگر سر کی جلد کے حمرہ کے بعد سرسام غشائی پیدا ہو جائے تو ہذیان کی موجودگی اغشیۂ دماغ کی مقامی حالت (التہاب) کے باعث ہو سکتی ہے +

خون میں کثرتِ بیضاویات اوسط درجہ کی ہوتی ہے (۱۵۰۰۰ سے ۲۰۰۰۰ تک سفید دانے ایک مکعب ملی میٹر[4] خون میں) +

مدتِ مرض۔ عموماً ایک ہفتہ سے تین ہفتے تک ہوتی ہے، مگر اس میں بہت

---

[1] التہاب محیطِ اوردہ۔ پری فلائی ٹس۔
[2] نبض متمکی۔ فل پلس۔
[3] قوی حیوانیہ۔ وٹیل پاورز۔
[4] ایک ملی میٹر = ۱/۲۵ قیراط۔

کمی وبیشی ہوجاتی ہے، علاوہ ازیں اعادۂ مرض (نکس) کا ہونا بھی غیر معمولی بات نہیں ہے + گاہے حصۂ ماؤف کا ورم تمام وکمال اچھا نہیں ہوتا کیونکہ عروق جاذبہ مستقلاً مسدود ہوجاتے ہیں، اور اگر اعادۂ مرض بار بار ہوا ہو تو یہ ورم اس قدر نمایاں رہ جاتا ہے کہ ایک قسم کا داء الفیل[1] بن جاتا ہے +

حمرہ ذاتیہ۔ حمرہ جو اِسنام سے مشہور ہے، بالخصوص سر میں ہوتا ہے اور عموماً اُن اشخاص کو ہوتا ہے جن میں مرض کی استعداد پہلے سے موجود ہو۔ اور اکثر اس مرض کا اعادہ ہر سال ایک ہی وقت پر ہوتا ہے +

درد اور ہذیان اس کی نمایاں علامات ہیں اور چہرہ کی زیر جلد ساخت میں اسقدر شدید ورم ہوجاتا ہے کہ مریض کی صورت پہچانی نہیں جاسکتی۔ بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں، اور اکثر پپوٹوں کی جگہ پھوڑے بھی ہوجاتے ہیں +

حمرہ جلدیہ خلویہ۔ اس میں حمرہ کی خصوصی ہیئت کا عدوی جلد اور زیر جلد ساختوں میں سرایت کرجاتا ہے اور اوس کے اثر سے جلد اور اوس کے گرد وپیش کی نسیج خلوی میں پیپ اور تآکل پیدا ہوجاتا ہے + حمرہ کے معمولی ظواہر کے ساتھ زیر جلد ساختوں میں وسیع اجتماع رطوبات ہوجاتا ہے۔ اور وہ شروع میں تو ورم سخت اور تنا ہوا مگر بعد میں نرم ہوکر پلپلا ہوجاتا ہے + بالآخر جلد پھوٹ جاتی ہے۔ اور اندر سے پیپ اور سڑے ہوئے ٹکڑے نکل جاتے ہیں + عمومی علامات نسبتاً زیادہ سخت ہوتی ہیں اور تسمم الدم بھی پیدا ہوسکتا ہے + معمولی حمرہ میں اور اوس میں امتیازی علامات یہ ہیں کہ اس میں سرخی (طفح جلدی) کا حاشیہ چنداں نمایاں نہیں

[1] داء الفیل۔ ایلی فنشائی سس۔	[2] حمرہ جلدیہ خلویہ۔ سیلولو کیوٹے نس اری سپلس۔

ہوتا اور غدد بھی کسی قدر کم متورم ہوتے ہیں۔

حمرۂ صفنیہ (خصیہ کی تھیلی کا سُرخ بادہ) اسے گاہے۔ تہیج التہابی حاد" بھی کہتے ہیں + اس میں خصیہ کی تھیلی اجتماع مصل کے باعث تنکر بہت پھول جاتی ہے مگر سُرخی چنداں نمایاں نہیں ہوتی۔ پیپ اور سڑے ہوئے ٹکڑے بھی نتیجۃً اکثر پیدا ہوسکتے ہیں۔ بدیں وجہ اس کی ظاہری صورت اوس حالت سے مشابہ ہوجاتی ہے جس میں پیشاب مثانہ سے نکلکر خصیہ کی تھیلی میں جمع ہوجائے + مگر اسکی تشخیص یوں ہوسکتی ہے کہ اس میں پیشاب کے لئے کوئی رکاوٹ نہیں پائی جاتی۔ اور ورم و انتفاخ کے حدود اوس طرح محدود نہیں ہوتے جیسے کہ وہ خروج بول کی حالت میں ہوتے ہیں +

تشریح مرضی حصۂ ماؤف کی جلد کو قطع کرکے اگر خوردبین سے امتحان کیا جاوے تو حسب ذیل منظر پیش نظر ہوگا +

طبقہ جلدی کے پھیلے ہوئے حاشیہ سے قدرے باہر گول جراثیم زنجیر کی شکل میں مترتب ہوکر عروق جاذبہ پر حملہ آور نظر آتے ہیں + التہابی حصہ میں بکثرت سفید دانے (بیضاوات) نظر آتے ہیں۔ جو عروق جاذبہ کے اندر انسداد پیدا کردیتے ہیں یہ دانے بظاہر کرویات مذکورہ کو کھانے اور ہضم کرنے میں مصروف ہوتے ہیں + سفید دانوں کے اندر اکثر یہ جراثیم مقید بھی نظر آتے ہیں جس سے انکے ہجوم و ہضم کے عمل کا پتہ چلتا ہے۔ غدد جاذبہ بھی احتقان دموی کے باعث متورم اور بڑھے ہوئے ہوتے ہیں + حمرہ کے باعث جو مریض ہلاک ہوجاتے ہیں اونکی لاش کے امتحان بعد الموت میں وہی معمولی ظواہر نظر آتے ہیں جو عموماً عمومی تسمم الدم کے

۱ حمرہ صفنیہ۔ اسکروٹل اریسپلس ۲ تہیج التہابی حاد۔ اکیوٹ انفلامٹری ایڈیما	۳ تشریح مرضی۔ پیتھالوجیکل اناٹمی۔

باعث لاش میں پائے جاتے ہیں (ان ظواہر کی مفصل کیفیت تسمم الدم کے باب میں درج ہے) +

تشخیص۔ حُمرہ کی حالت بلا دقت، اس کی امتیازی خصوصیات و علامات سے شناخت کی جاسکتی ہے + وہ نشانات امتیازی یہ ہیں:۔ اُس کے پھیلنے کا مخصوص طریقہ یہ ہے کہ یہ پھیلتا جاتا ہے۔ جس کے کنارے چوڑے، سرخ، محدود کسی قدر سطح سے اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں + اِس کے ساتھ ہی تقریباً ہمیشہ سطحی دانے اور آبلے ہوتے ہیں جو شاید عدسہ[1] نامی شیشہ سے دیکھنے پر ہی نظر آویں، یا صاف پھُنسیاں اور آبلے موجود ہوتے ہیں + بعض اوقات عضلی زخم جس کے اندر پیپ بھری ہو، حُمرہ سے مشابہ نظر آتا ہے، مگر ایسے زخم کی سرخی کا حاشیہ حُمرہ کے حاشیہ کی طرح صاف نہیں ہوتا اور اِس کی سُرخی زخم کے متصلہ حصہ سے زیادہ دور تک نہیں پھیلتی + علاوہ ازیں معمولی حالت عفونت میں جلدی آبلے عموماً نہیں موجود ہوتے اور متورم اور بڑھے ہوئے غدد تو شاذ ہی پائے جاتے ہیں + التہاب خلوی کا تکڑا بھی حُمرہ سے انھیں خصوصیات کے باعث پہچانا جاسکتا ہے +

انذار۔ حُمرہ بذاتہ خطرناک نہیں ہے[2]، مگر دیگر عوارض کی موجودگی سے یہ مہلک ہوسکتا ہے + زیادہ اہم عوارض یہ ہیں:۔

سرسام (التہاب دماغ) ذات الریہ (التہاب شش) دیگر اعضائے باطنی کا التہاب جن میں بالخصوص گردہ کا ورم زیادہ اہم و مہلک ہے +

معمر مریضوں، نشہ بازوں (شراب خواروں) اور دو دو پیتے بچوں میں، حُمرہ

[1] عدسہ۔ لینز۔ محدب الطرفین شیشہ جو سورد کی طرح دونوں طرف سے محدب ہوتا ہے۔

[2] انذار۔ پراگنوسس۔
[3] بقول اُزلر (اسلر) اس سے شفاخانوں میں، فیصدی موت واقع ہوتی ہے۔

سے جان کا شدید خطرہ ہوتا ہے، کیونکہ ان حالتوں میں مریض کے قوی حیوانیہ میں بہت سرعت کے ساتھ ضعف پیدا ہو جاتا ہے +

یہاں ایک بات نہایت دلچسپ اور یاد رکھنے کے قابل ہے کہ حُمرہ کا ایک دورہ گذر جانے کے بعد جراحات و زخم (خواہ وہ پہلے سے نہایت مزمن اور ناقابل اندمال ہوں) نہایت سُرعت کے ساتھ اچھے ہو جاتے ہیں، بشرطیکہ کوئی دوسرا عارضہ موجود نہ ہو + حمرہ کے اثر سے التیامی قوت کو ایسی معجزنما تحریک ہو جاتی ہے، کہ اس سے نہایت دیرپا اور مزمن قروح[1] قرآضیہ و قروح آتشک بھی نہایت جلد مندمل ہو جاتے ہیں، حتیٰ کہ بعض قروح خبیثہ، خصوصاً سلعۂ لحمیہ[2] بھی گاہے اس کے بعد شفایاب ہو گئے ہیں +

علاج۔ انگلستان میں قانون امراضِ مُعدیہ بابت ۱۸۸۹ء اور ۱۸۹۹ء کے رُو سے حمرہ ایک قابلِ اطلاع[3] مرض ہے + اس کے مریضوں کو عام آبادی سے اور حتی الامکان دارالجرحی[4] سے بھی ہٹا کر رکھنا چاہئے + اگر بدقسمتی سے اس طرح علیحدگی غیر ممکن ہو تو، کم از کم مریض کو جس قدر ہو سکے دوسروں سے فاصلہ پر رکھا جاوے اور خصوصاً ایسے مریضوں سے جنکے زخم کھلے ہوئے ہوں اور جنکا ڈھانکنا دشوار ہو (مثلاً جبکہ منہ میں زخم ہو) + ان حالات میں یہ بھی مناسب ہے کہ تمام اعمال جراحیہ (خصوصاً وہ جنکا ملتوی کرنا خطرناک نہ ہو) ملتوی کر دیئے جائیں + مریض کے بستر کے گرد غسولِ قطرانی[6] میں تر کی ہوئی چادریں ٹانگ دی جائیں، اور

---

[1] قروح قرآضیہ۔ لیوپائڈ و ونڈز۔
[2] سلعۂ لحمیہ۔ سارکوما۔
[3] تقرّح خبیثہ۔ (سرطان۔ سلعۂ لحمی وغیرہ)
[4] ایسا مرض جس کے حدوث کی اطلاع محکمۂ حفظان صحت کو دینا طبیب یا مالکِ مکان کا فرض ہے +
[5] دار الجرحی۔ سرجیکل وارڈ۔ مجروحین کی قیام گاہ
[6] غسول قطرانی۔ کاربولک لوشن۔

یہی غسول مریض کے آس پاس کے فرش و زمین پر خوب چھڑک دیا جائے + اس مریض کی مرہم پٹی اور تیمار داری وغیرہ کے لئے مخصوص اور علیحدہ مغیر[1] اور تیماردار مقرر کر دیئے جائیں۔ اور بغیر ہاتھوں میں ربر کا پاک دستانہ پہنے کبھی مریض کی پٹی نہ بدلی جائے +

(الف) مقامی علاج دو مقصد سے کیا جاتا ہے۔ یعنی اول تو اس لئے کہ مرض پھیلنے سے رک جائے۔ دویم اس لیے کہ مقامی سقم کو اچھا کر دیا جائے + (۱) مرض کی وسعت اور پیش قدمی روکنے کے لئے ہر وہ شئے مفید ہو سکتی ہے جو مقامی طور سے بڑھنے والے حاشیہ سے آگے کی جلد میں سفید دانوں کی کثرت پیدا کر دے + اس مطلب کے لیے نہایت سادہ اور کارگر طریقہ یہ ہے کہ تندرست جلد پر تیز مروخ[2] بنفشین کی پچکاری تین چار دفعہ لگائی جائے۔ اس طرح یہ روزانہ کیا جائے حتی کہ مرض غائب ہو جائے + ایک اور طریقہ[3] مقامی کثرت بیضادات پیدا کرنے کے لئے اختیار کیا جا سکتا ہے + وہ یہ ہے کہ پھیلے ہوئے حاشیہ سے ایک یا دو قیراط کے فاصلہ پر جلد کے گرد چھوٹے چھوٹے پچھنے صرف اتنے گہرے لگائے جائیں کہ جس سے خون نکل آئے (تشریط[4]) + اگرچہ یہ بہی مفید ہے مگر دردناک ہے اور اس میں زیادہ دوائے بیہوشی کی ضرورت پڑتی ہے +

(۲) جہاں تناؤ اور درد شدید ہو، افیون یا لفاح[5] کے ساتھ تکمید کی جاوے (مثلاً صبغ افیون ایک اوقیہ، غسول[6] رصاص تقریباً ۵۳ تولہ میں ملا کر سینک کے ساتھ

---

[1] مغیر۔ ڈریسر۔

[2] مروخ بنفشین۔ لیمنٹ آف آیوڈین۔ (صبغ بنفشین کی طاقت مروخ کے برابر نہیں ہوتی) +

[3] طریقہ کراسکے۔

[4] تشریط۔ پچھنے لگانا۔ سکیری فیکیشن۔

[5] لفاح۔ بلاڈن۔

[6] غسول رصاص۔ لوشن یا لپائی۔

لگایا جائے اگر بہترین مقامی ضماد شحم ماہی (اکتیول) اور کبریت مدہن (تیول) کا ہے (تیول گندھک کا ایک مصنوعی مرکب ہے جو اکتیول سے مشابہ ہوتا ہے مگر اس میں بدبو نہیں ہوتی) طریقہ استعمال یہ ہے کہ ۲۰ سے ۴۰ فی صدی کا محلول آبی حصہ ماؤف پر دن میں کئی مرتبہ طلا کر دیا جائے حتیٰ کہ بخار دفع ہو جائے + اس علاج کا ایک ضمنی فائدہ یہ بھی ہے کہ اس طلا کے لیس کے باعث مرض کی سمیت (جراثیم) پھیلنے نہیں پاتی +

حمرۂ خلویہ جلدیہ میں تناؤ کم کرنے اور اگر ممکن ہو تو تقیح کو روکنے کی غرض سے گہرا شگاف جلد دینا چاہئے + شگاف دینے کے بعد تہیج کی موجودگی کے باعث ساخت ماؤف ہلامی نظر آتی ہیں اور رقیق مائی پیپ (مدۂ مائیہ) بہت نکلتی ہے + شگاف کے بعد مطہر عنولات کے ساتھ تکمید جاری رکھی جاوے حتیٰ کہ انگور نمودار ہو جاوے +

(ب) بدنی علاج - مقویات اور اغذیہ سے مریض کی طاقت قایم رکھی جائے زود ہضم وعمدہ غذا، اور کنکینہ (کونین) بہ افراط دی جائے - صبغ حدیدی خفتر آمیز اعلیٰ نصف درہم کی مقدار میں روزانہ تین چار بار دیا جاوے + یہ دوا ابتک اس مرض کے لیے ایک قسم کی تریاق خصوصی سمجھی جاتی ہے + اس دوا کے ساتھ ملکیات اور دیگر مسہلات ملا دیے جائیں تاکہ قبض نہ ہو + مفصل دافع کروبیات عقدیہ کثیر الانواع ۱۰ سے ۱۵ ملعب سنتی میتر کی مقدار میں زیر جلد پچکاری کے ذریعہ

---

۱ شحم ماہی - اکتیول

۲ کبریت مدہن - تیول -

۳ محلول آبی - ایکوائس سولیوشن

۴ ہلامی - جیلاٹے نس -

۵ صبغ حدید خفتر آمیز اعلیٰ - ٹنکچر فیرائی پرکلورائڈ -

۶ انٹی اسٹریپٹوکوکک سیرم -

۷ کثیر الانواع - پالی ولنٹ - جس میں بہت سے اقسام جراثیم کے شامل ہوں -

جس قدر جلد ممکن ہو استعمال کیا جاوے۔ اور یہ مقدار دن میں ایک دو مرتبہ لگائی جائے۔ لیکن علاج بالمثل کے نتائج خلافِ امید چنداں یقینی نہیں ثابت ہوئے +

خناق وبائی

خناق (خناق کلبی) ایک متعدی مرض ہے جس میں یہ خصوصیت ہے کہ ایک قسم کی رطوبت یعنی مترشح ہوتی ہے جو مقام ماذف کے سطحی طبقوں کے ساتھ پیوستہ ہو جاتی ہے، اور جو ایک مخصوص قسم کے تسمم الدم کا نتیجہ ہوتی ہے + عموماً اس مرض سے اغشیۂ مخاطیہ اور خصوصاً حلق حنجرہ اور جوف انف کی جھلیاں متاثر ہو کر مبتلائے مرض ہوتی ہیں + گاہے اسکا حملہ کھلے ہوئے زخموں، جلدِ بدن، ملتحمۂ چشم اور اعضائے تناسل پر بھی ہو جاتا ہے + یہ مرض "عصیٰ خناق وبائی" سے پیدا ہوتا ہے، جو ایک غیر متحرک خوردبینی جرثومہ ہے، جسکا طول تین صغیرہ (مائکرون) ہوتا ہے یہ تمام معمولی زمینوں میں اگایا جاسکتا ہے، مگر مصلِ دم میں بہ سرعت اگتا ہے۔ نیز یہ جرام مثبت ہے اور اکثر تاہموار طور سے رنگ قبول کرتا ہے +

معمل میں خناق کی تشخیص بالخصوص اسبات پر منحصر ہے کہ مشتبہ رطوبت سے عصیٰ خناق کی کشت اگائی جاسکے اور اس کشت میں اس مرض کے جراثیم خصوصی پائے جائیں + طریقۂ امتحان جو عموماً مستعمل ہے حسب ذیل ہے:-

امتحان کے لئے ضروری سامان یہ ہے + انبوبۂ زرعیہ (کلچر ٹیوب کی) جس میں

---

۱ خناق وبائی۔ ڈفتھیریا۔

۲ عصیٰ خناق وبائی۔ بیسی لس ڈفتھیری۔ (اسکو عصیٰ اکلبس لفریبی کہتے ہیں)

۳ ایک صغیرہ (مائکرون) ملی میٹر کا ہزارواں حصہ

۴ جرام مثبت۔ گرام پازیٹو۔

۵ معمل۔ لیبورٹری۔

۶ انبوبۂ زرعیہ۔ کلچر ٹیوب۔

مصل دم[1] موجود ہو + عقیم یعنی پاک صاف روئی کا پھایا۔ ایک شیشہ[2] کی امتحانی نلی کے اندر رکھا ہوا + اگر حلق کا امتحان کرنا مقصود ہے تو مریض کو تیز روشنی میں بٹھانا چاہیئے + اگر مریض بچہ ہے تو اوسکو مضبوط پکڑ لینا چاہیئے + پہلے مریض کی زبان کو چمچہ یا زبان دبانے کے مخصوص آلہ (ضاغطۂ لسان[3]) سے دبا کر رکھا جائے (تاکہ حلق بخوبی نمایاں ہوجائے) + پھر پنبۂ مطہر کو بہ احتیاط و صفائی شیشہ کی نلی سے باہر نکال کر حلق کی کوئی نمایاں جھلی پر (اگر موجود ہو) آہستہ سے مل دیا جائے + اب انبوبۂ زرعیہ کی ڈاٹ کھولکر اسی پنبہ کو (جو حلق کی جھلی کی رطوبت سے آلودہ کیا گیا ہے) انبوبہ کے اندر کے مصل دم کی سطح پر ہلکے سے پھرا دیا جائے (تلقیح) + پھر دونوں نلکیوں میں ڈاٹ لگا دی جائے + اس کے بعد تلقیح کردہ انبوبہ زرعیہ کو بارہ گھنٹہ تک آلۂ حضانت[4] کے ۳۷ درجہ کی حرارت (صدر درجاتی[5]) میں پیدا ہونے اور نمو پانے کے لئے رکھدیا جائے، اور بارہ گھنٹے کے بعد نکالکر اوسکا امتحان کیا جائے + اگر عصیٰ خناقیہ موجود ہیں تو مصل دم کی سطح پر چھوٹی چھوٹی دھندلی سفید رنگ کی نوابادیاں سطح سے قدرے ابھری ہوئی نظر آئیں گی + پنبۂ مطہر کو حلق کی رطوبت سے آلودہ کرنے کے بعد فوراً ہی اوس کی پرتیں غشاوہ[6] شفاف کانچ کے ٹکڑے (صفیحہ مجہریہ[7]) پر براہ راست لیکر اور اونکو رنگ کر بہی خوردبینی امتحان کر سکتے ہیں + چونکہ یہ مرض نہایت معدی و خطرناک ہے لہذا مریض کے حلق کے امتحان وغیرہ کے وقت طبیب کو لازم ہے کہ سخت احتیاط برتے اور ہوشیار رہے کہ دوران امتحان میں مریض اوس کے منہ پر نہ کھانسے اور مریض کے حلق کی رطوبت اور جھلی اوسکو آلودہ نہ کردے +

[1] مصل دم۔ بلڈ سیرم۔
[2] شیشہ کی امتحانی نلی۔ ٹسٹ ٹیوب۔
[3] ضاغطۂ لسان۔ ٹنگ ڈپرسر۔
[4] آلۂ حضانت۔ انکیوبیٹر۔
[5] صدر درجاتی۔ سنٹی گریڈ
[6] غشاوہ۔ فلم۔
[7] صفیحہ مجہریہ۔ اسلائڈ۔

مرض خناق کی خطرناک خصوصیت یہ ہے کہ اگرچہ اس کے جراثیم تقریباً ہمیشہ ایک خاص مقام پر محدود رہتے ہیں لیکن خناقی سمین[1] خون میں جذب ہو جاتے ہیں + یہ سمین غیر خلوی[2] (خارج از خلیہ) ہوتے ہیں، اور نہ صرف بخار پیدا کرتے ہیں بلکہ اعصاب محرکہ پر شدید و نمایاں اثر کرکے استرخاء پیدا کر دیتے ہیں + استرخاء کا اثر علی العموم تالو، خانۂ چشم و آنکھ کے عضلات پر نمایاں ہوتا ہے، مگر دھڑ اور اطراف کے عضلات بھی گاہے متاثر ہو جاتے ہیں + ضعف قلب بھی عام طور سے پیدا ہو جاتا ہے جسکا باعث کچھ تو عضلات قلب کا تحلل و فساد ہے اور کچھ عصب[3] راجع کا متاثر ہونا ہے + سمین خناق گردوں پر بھی بڑا اثر رکھتے ہیں جس سے عموماً بول[4] زلالی کی شکایت ہو جاتی ہے +

خناق حلق اور خناق حنجرہ } کا بیان امراض حلق و حنجرہ کے باب میں درج ہوگا +

علاج۔ نہایت ضروری بات یہ ہے کہ خناق کے مصل ضد سمین کو ۴۰۰۰ سے ۵۰۰۰ آحاد[5] کی مقدار میں استعمال کیا جائے + اَحَدْ (جمع آحاد) ضد سمین کی اُس مقدار کا نام ہے جو ۲۵۰ گرام[6] وزن کے مصری خرگوش[7] میں بطور پچکاری کے داخل کی جائے۔ تو معینہ معیاد کے سمین کی جس قلیل ترین خوراک سے حیوان مذکور ہلاک ہو سکتا ہے۔ اس سے سوگنی مقدار کو وہ بے ضرر بنا دے +

علاوہ مذکورہ بالا مصل ضد سمین (تریاقین) کے استعمال کے، مقامی مطہرات

۱ خناقی سمین۔ ڈفتھیریا ٹاکسین۔	۵ آحاد۔ یونٹس۔
۲ غیر خلوی۔ خلیہ سے باہر۔ اگزوٹاکسین۔	۶ گرام تقریباً ۱۰ ربتی یا سولہ قمحہ ۲۵۰ گرام۔ تقریباً ۱۲ تولہ۔
۳ عصب راجع۔ ویگس نرو۔	۷ خرگوش مصری۔ گیونی پگ
۴ بول زلالی۔ البومی نوریا۔	

اور دافع تعفن ادویہ کا استعمال کرنا چاہیئے + خناق حنجرہ میں جبکہ خناقی جھلی کے باعث انسداد ہوکر وقت تنفس واقع ہوجائے تو عمل جراحی کے ذریعہ قصبۂ ریہ کو کھولکر اس کے اندر نالی رکھی جاتی ہے (تاکہ سانس جاری رہے۔ اور اُس کے انسداد سے دم نہ گھٹ جائے) +

کزاز۔ طاطانس[1]

کزاز یا طاطانس ایک مقامی متعدی مرض ہے، جو عصبی[2] کزازیہ کے باعث پیدا ہوجاتا ہے اور جس کے ساتھ ایک مخصوص قسم کا تسمم الدم بھی ہوتا ہے + عصبی مذکورہ اور اونکے ابذار نہایت وسعت رکھتے ہیں اور اس قدر عام ہیں کہ تقریباً ہر قسم کی مزروعہ زمین، کھیتوں اور باغوں کی مٹی میں پائے جاتے ہیں اسیطرح یہ مزدوروں اور ہاتھ سے کام کرنے والوں کے ہاتھ کے میل اور گندگی میں، اور میلے آلات جراحیہ میں بھی پائے گئے ہیں + انکو جدا کرنے میں بہت سخت مشکلات کا سامنا ہوا، مگر بالآخر دو محققوں[3] نے عصبی کزازیہ کو پیپ کے اندر سے اس طرح جدا کرلیا کہ عفونی زخم کے اندر سے پہلے پیپ نکالکر اسکو ایک گھنٹہ تک ۸۰ درجہ (صد درجاتی) کی حرارت پہونچائی جس سے تمام معمولی جراثیم صدیدیہ ہلاک ہوگئے اور صرف یہ جراثیم باقی رہ گئے (کیونکہ یہ اتنی کم حرارت سے متاثر نہیں ہوتے) + یہ سیدھے نازک ڈنڈوں کی صورت میں ہوتے ہیں، جو کبھی کبھی لمبے تاگوں کی وضع میں بڑھجاتے ہیں + یہ جراثیم نہایت پکے لاہوائی[4] مزاج کے ہوتے ہیں۔ اور اگر ذرا سی نسیم (حمضیین[5]) بھی موجود ہو تو یہ بڑھنا بند کردیتے ہیں، عموماً انکی مصنوعی کشتیں

---

[1] طاطانس (ٹے ٹے نس) لفظ طاطانس یونانی الاصل ہے جسکا استعمال علی حسین جیلانی نے شرح قانون میں کیا ہے۔
[2] عصبی کزازیہ۔ بیسی لس ٹے ٹنس۔
[3] محقق نکولیر۔ اور محقق کتاسیتو۔
[4] لاہوائی۔ ان ایروبیز۔
[5] حمضیین۔ آکسی جن۔

ایسی ہوا میں اُگائی جاتی ہیں جس میں مائین[1] یا شورین[2] کے بخارات شامل ہوں + اِن جراثیم کے بڑھنے سے ریاح و بخارات نہیں پیدا ہوتے + انکے انڈے (بذر) مخصوص صورت کے، تقریباً گول ہوتے ہیں جو عصیٰ کے ایک کنارہ پر رہتے ہیں + اسی وجہ سے کزازی عصیٰ کی صورت مقرعۃ الطبل (ڈھول کے ڈنڈے) سے مشابہ ہوتی ہے۔ اور یہ زخموں کی پیپ اور مصنوعی کاشتوں (دونوں) میں دکھائی دیتے ہیں + یہ جراثیم طریقۂ جرام[3] سے رنگ قبول کر لیتے ہیں اور اِن میں بکثرت اہداب[4] ہوتے ہیں + یہ جراثیم بذاتہٖ زبردست طفیلی[5] نہیں ہوتے، اور جب اِنھیں انکے سیمین سے بتمامہٖ جُدا کر لیا جائے تو اکثر یہ عَدوی پیدا کرنے پر قادر نہیں ہوتے، حتیٰ کہ اگر انھیں ایسی خالص صورت میں ذی استعداد حیوانات کے اندر پچکاری سے داخل کر دیا جائے تو بھی اکثر انسے عَدوی نہیں پیدا ہوتا + مگر سیمین کی نہایت خفیف ترین مقدار بھی موجود ہو تو اوس کے اثر سے گرد و پیش کی ساختوں کی قوت حیوانیہ اسقدر پست ہو جاتی ہے کہ جراثیم اپنی افزائش و پیدائش جاری کر دیتے ہیں اور مزید سیمین بناتے جاتے ہیں +

اسباب۔ عصیٰ کزازیہ جو مرض طاطانس (کزاز) کا خاص سبب ہے، از قسم جراثیم[6] عفنہ اختیاریہ ہے، یعنی وہ خارج از جسم نشو و نما کی قابلیت رکھتا ہے، اور تقریباً ہمیشہ باغوں کی زمین۔ اصطبل کے کچرے اور دیگر اقسام کی گندگی، اور خاک دھول میں پایا جاتا ہے + لہٰذا وہ اشخاص جو زمین اور گرد و غبار سے دوچار ہوتے رہتے ہیں مثلاً کھیتوں میں کام کرنے والے مزدور، اور حبشی وغیرہ، ان سب کو یہ مرض لاحق ہو جانے کا بہت امکان ہے، کیونکہ یہ لوگ اس مرض کی سمیت سے ہمیشہ اتصال رکھتے ہیں + گھوڑے بھی اس مرض سے متاثر ہونے کی مخصوص استعداد رکھتے

---

[1] ہائیڈروجن [2] نائٹروجن۔
[3] طریقۂ جرام۔ گرام کے ٹکڑے [4] اہداب۔ فلاگلا
[5] طفیلی۔ پیراسائٹک۔
[6] جراثیم عفنہ اختیاریہ۔ فیکلٹیٹو سپروفائٹ۔

ہیں اور عصبی کزازیہ گھوڑوں کی لید میں عموماً موجود رہتے ہیں۔ اسی وجہ سے اصطبل کے ملازمین اور دیگر اشخاص جنکو گھوڑوں سے واسطہ رہتا ہے طاطانس کے مرض سے نسبتاً زیادہ تعداد میں دیکھے جاتے ہیں + یہ مرض (ہندوستان جیسے) ممالک حارہ میں بہ نسبت دیگر ممالک کے زیادہ پایا جاتا ہے + اس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ حرارت انکی افزائش و پیدائش اور ازدیاد سمیت میں معاون ہوتی ہے +

کسی قسم کے زخم و جراحت کی موجودگی (مریض کزازمیں) تقریباً ہمیشہ پائی جاتی ہے اور یہ زخم عموماً میلا پھٹا ہوا نا ہموار کناروں کا یا چھدا ہوا (نوک دار آلہ سے بنا ہوا) ہوتا ہے اور اس میں عموماً پیپ موجود ہوتی ہے + خواہ زخم بدن کے کسی حصہ میں ہو، مگر غالباً وہ حصص، جو زمین سے لگتے رہتے ہیں (مثلاً پاؤں کے تلوے، ہاتھوں کی ہتھیلی) اکثر اس سے متاثر ہوا کرتے ہیں + شاہراہِ عام کے خطرناک حادثات (خصوصاً سڑکوں پر گاڑی اور گھوڑے کے حادثات) کے بعد اس مرض کے پیدا ہو جانے کا بہت اندیشہ ہوا کرتا ہے +

جراحت کے باعث ساختوں کے چھلنے پھٹنے اور کچل جانے کے باعث اُنکی قوتِ حیوانیہ کا پست ہو جانا، پھر جراثیم صدیدیہ کی پیدائش کے بعد ساختوں میں لذع[1] کا پیدا ہونا، اور جراثیم صدیدیہ کا حمضین کی موجودہ مقدار کو جذب کر لینا اور اونکے اس عمل سے مقام ماؤف میں ایک کیفیت لاہوائی کا طاری ہو جانا، یہ سب اسباب بالاجتماع عصبی کزازیہ کے نشوونما کا باعث ہو جاتے ہیں + چنانچہ جب کبھی زخموں اور جراحات کو مطہر حالت میں رکھا گیا ہو اور جبکہ عمل التحام بہ سرعت درجۂ تکمیل پر ہو تو طاطانس ایسے زخموں پر اثر نہیں کرتا + اسی طرح یہ مرض اوسوقت بھی عموماً پیدا نہیں ہو سکتا (اگرچہ شاذونادر بھی ہو سکتا ہے) جبکہ چوٹ کے بعد جلد بدن صحیح و سالم ہو

[1] لذع - اری ٹیشن۔

جیسے کہ رض[1] (کچلنا) اور کدم[2] کے بعد + بندوق کے زخم جو بغیر گولی کے محض خالی کارتوس (فشکہ[3]) کے باعث ہوں، اِنکے بعد بھی اکثر طاطانس (کزاز) نمودار ہوجاتا ہے + اسکا سبب یہ ہے کہ خالی کارتوس کا زخم زیادہ تر کارتوس کے بھراؤ (حشو) سے پیدا ہوتا ہے اور یہ بھراؤ گھوڑے کے سخت بالوں کے مُنڈہ سے بنا ہوا ہوتا ہے جس میں عصیٰ کزازیہ کے انڈے موجود رہنے کا امکان ہوتا ہے + تجارتی یعنی بازاری سریش (غرّی[4]) جو گھوڑے وغیرہ کے کھُروں سے نکالا جاتا ہے۔ اس کے اندر بھی اکثر عصیٰ کزازیہ ہوتے ہیں اور جب اسکا استعمال پچکاری کے ذریعہ مرض اُنورسما[5] میں کیا جاتا ہے تو اوس مریض میں طاطانس کے نمودار ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے +

ماہیت مرض۔ علم الامراض میں مرض طاطانس اُس مقامی عُدوی کی بہترین مثال ہے جس میں عام تسمم الدم بھی ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے + عصیٰ طاطانسیہ (کزازیہ) خود تو زخم کے گرد و نواح میں مقیم ہوکر محدود رہتے ہیں اور سیلان خون کے اندر داخل نہیں ہوتے، نہ دور دراز کے مقامات تک پہونچتے ہیں + لیکن سمین جو مقام ہاؤف میں بنجاتے ہیں ایک مخصوص طریقہ سے عصبی مراکز کے خلیات پر اثر کرتے ہیں جو جوہر کچلہ[6] کے اثر سے مشابہ ہوتا ہے + لیکن سمین طاطانسی (کزازی) کی جو ایک نہایت غیر معمولی اور نادر خصوصیت ہے اور جو دیگر اقسام کے عدوی میں نہیں پائی جاتی وہ یہ ہے کہ طاطانس کے سمین مقام مرض (زخم وغیرہ) سے دماغ

---

[1] رض۔ بلو۔

[2] کدم (بروز) جلدی چوٹ بغیر جلدی تفرق اتصال کے

[3] فشکہ۔ کارتوس۔ کارٹرج۔

[4] غری۔ سریش۔ جیلاٹین۔

[5] انورسما۔ اُم الدم (انورزم) انورسما یونانی قدیم اصطلاح ہے۔ جو تمام کتب طبیہ میں موجود ہے۔

[6] جوہر کچلہ (اذارا تین) اسٹرکنین۔

دنخاع تک خون کی راہ سے نہیں بلکہ ایک عجیب وغریب طریقہ سے پہونچتے ہیں یعنی وہ خود اعصاب میں سے گذر کر دماغ ونخاع تک پہونچ جاتے ہیں جیسا کہ اندازہ کیا گیا ہے + اس نظریہ کے ثبوت میں ایک دو شہادتیں پیش کی گئی ہیں جو درج کی جاتی ہیں:-

(۱) سمین طاطانسی (کزازی) کی ایک نہایت خفیف مقدار بھی اگر براہ راست کسی حیوان کے عصب میں پچکاری سے داخل کر دی جاوے تو طاطانس کا مرض اوس حیوان میں پیدا ہو جاتا ہے، درآنحالیکہ اگر سمین کی اوس سے چار یا پانچ گنی مقدار بھی کسی عضلہ کے اندر لگائی جاوے تو اوس حیوان میں یہ مرض نہیں پیدا ہو سکتا (۲) لیکن اگر عصب کو پچکاری (تلقیح) کے مقام اور مراکز عصبیہ کے درمیان میں کہیں سے قطع کر دیا جاوے تو تشنج رک جاتا ہے یا بالکل پیدا ہی نہیں ہوتا + اثبات سے یہ بھی صاف ظاہر ہوتا ہے کہ علاج طاطانس (کزاز) کے لئے گذشتہ زمانہ میں عصب کو کھینچنے یا قطع کرنے کا جو عمل رائج تھا اوس سے کیونکر بعض اوقات مفید نتائج حاصل ہو جاتے تھے + (۳) مزید برآں، سمین کی موجودگی خود اعصاب میں دیکھی جا سکتی ہے کیونکہ اگر اس سمین کو کسی ذی استعداد حیوان میں پچکاری کے ذریعہ داخل کیا جاوے تو اوس میں طاطانس کا مرض پیدا ہو جاتا ہے بعد الموت تشریحی تغیرات کوئی خاص امتیازی خصوصیت نہیں رکھتے + عضلات اکثر زرد پڑ جاتے ہیں، یا ان میں تمزق (ٹوٹ جانے) یا رگوں سے خون باہر پھوٹ پڑنے کے نشانات پائے جاتے ہیں۔ انتہائی اعصاب[1] جو زخم سے باہر پھیلتے ہیں، کچھ فاصلہ تک سرخ اور متلی (خون سے بھرے ہوئے) ہوتے ہیں + اسکا باعث التہاب[2] صدیدی ہو سکتا ہے کیونکہ کزازی سمین عصب

[1] انتہائی اعصاب۔ پریفرل نروز۔
[2] التہاب صدیدی۔ پایوجنک انفلامیشن۔

پر کوئی مہیج اثر نہیں رکھتے اور عصب میں کوئی نمایاں اثر نہیں پیدا کرتے +
مراکز[1] اعصاب میں اکثر مقامات پر لیوینت (نرمی) پائی جاتی ہے، عروق کے
گرد تشحم[2] خلیات سے اجتماع مواد ہوتا ہے، اور قدرے احتقان دموی بھی
(خصوصاً اوسط[3] دماغ اور مبدأ[4] النخاع میں) پایا جاتا ہے + نیز تغیرات فساد نخاع
کے خلیات[5] عقدیہ میں نظر آتے ہیں +

علامات مرضیہ

(الف) طاطانس حاد (کزاز حاد) یہ مرض انگلستان میں اکثر عدوی کے بعد دو
یا تین ہفتے میں نمودار ہو جاتا ہے، مگر دیگر ممالک میں عدوی کے چند دنوں یا گھنٹوں
میں پیدا ہو جاتا ہے + وہ زخم جس کے باعث مرض طاطانس پیدا ہو جاتا ہے
اکثر پیپ دار ہوتا ہے اور گندہ اور غیر مندمل دکھائی دیتا ہے، لیکن اگر عدوی
تاخیر کے ساتھ پیدا ہو تو یہ زخم مندمل ہی ہو جاتا ہے + شروع میں مریض عموماً اسات
کی شکایت کرتا ہے کہ منہ کھولنے میں دقت ہوتی ہے، جس کے ساتھ گردن اور
چبانے کے عضلات (عضلات ماضغہ) میں دردناک اینٹھن محسوس ہوتی ہے +
جلد ہی یہ اینٹھن اسقدر شدید اور نمایاں ہو جاتی ہے (اور جبڑوں میں اسقدر سخت
کھنچاؤ ہو جاتا ہے) کہ دانتوں کے درمیان پتلا کاغذ کاٹنے کا چاقو تک نہیں سمایا
جا سکتا (جبڑا بیٹھ جانا۔ کزاز الفک[6]) اور کھانا کھانے میں سخت تکلیف ہوتی ہے +
اس کے علاوہ گردن کی پشت (گدی) اور چہرہ کے عضلات بھی اینٹھ کر جکڑ جاتے
ہیں جس کے باعث چہرہ میں ہنسی کی سی ایک عجیب ہیئت (حالت[7] ضحک) نظر

[1] مراکز اعصاب۔ نرو سنٹرز۔
[2] تشحم خلیات۔ سیلولر اگزوڈیشن۔
[3] اوسط دماغ۔ پانز۔
[4] مبدأ النخاع۔ میڈلا۔
[5] خلیات عقدیہ۔ گنگلین سیلز
[6] طاطانس حاد۔ اکیوٹ ٹے ٹنس۔
[7] کزاز الفک۔ لاک جا۔
[8] حالت ضحک۔ رائی سس سارڈونی کس۔

آنے لگتی ہے + حلق کے عضلات میں تشنج ہونے کے باعث نگلنے میں اکثر تکلیف ہوتی ہے (عسر بلع) + عموماً بخار بہت تیز ہوتا ہے، مگر بعض مریضوں میں تقریباً آخر دم تک بخار نہیں ہوتا + جلد ہی دھڑ اور اطراف (ہاتھ پانوں) تک تشنج کا اثر ہو جاتا ہے اور درد اور اینٹھن پیدا ہو جاتی ہے، حتیٰ کہ تشنج کے نہایت شدید اور دردناک دورے آنے لگتے ہیں اور اونکا درمیانی وقفہ محض عارضی اور ادھورا ہو جاتا ہے + اس مرض میں عضلاتِ تنفس بھی اکثر گرفتار (مبتلائے تشنج) ہو جاتے ہیں۔ مگر خوش قسمتی سے یہ حالت مرض کی انتہائی حالت میں پیدا ہوتی ہے + شدید تشنج کے دورے خفیف اور ہر قسم کی تحریک و تنبہ سے پیدا ہونے لگتے ہیں، مثلاً دروازہ کا پٹ بند ہونا، سرد ہوا کا جھونکا لگنا، یا کوئی اختیاری حرکت کرنا + یہ تشنج ہمیشہ مستوی شدت کا ہوتا ہے یعنے عضلات اکڑ جاتے ہیں اور پھر ڈھیلے نہیں ہوتے (تشنج مستمر[1]) + بدن سکڑ کر مختلف درجہ وضع میں اکڑ جاتا ہے، اور سینہ اکڑ جانے کے باعث تنفس میں رکاوٹ پیش آتی ہے + گاہے جسم اکڑ کر بصورت کمان پشت کے جانب خمیدہ ہو جاتا ہے (کزاز[2] خلفی) اسکا باعث یہ ہے کہ پشت کے عضلات اکڑ کر کھچ جاتے ہیں اور شکم کے دونوں عضلات[3] مستقیمہ میں تناؤ ہو کر وہ تختہ کے مانند سخت ہو جاتے ہیں + گاہے جسم سامنے کی طرف خمیدہ ہو جاتا ہے (کزاز[4] مقدم) اور شاذ و نادر جسم دائیں یا بائیں جانب کو بھی خمیدہ ہوتا ہے (کزاز[5] جانبی) + کبھی عضلات اسقدر سختی کے ساتھ سکڑتے ہیں کہ اونکی لیفی ساخت ٹوٹ جاتی ہے (تمزقِ لیفی)

[1] تشنج مستمر۔ ٹانک کنٹریکشن۔
[2] کزاز خلفی۔ اوپسٹھوٹونس۔
[3] عضلات مستقیمہ۔ سٹمائی ابڈومی نس۔
[4] کزاز مقدم۔ امپراسٹھوٹونس
[5] کزاز جانبی۔ پلیورا سٹھوٹونس۔

اور دانت ٹوٹ جاتے ہیں اور زبان کٹ کر قریب قریب الگ ہو جاتی ہے + شعور و قویٰ ذہنیہ آخر تک صحیح رہتے ہیں + ہلاکت عموماً تشنج کے دوروں کے تکان و ضعف قوی سے یا شاذونادر انقباضِ عضلات سینہ کے باعث اختناق دوم گھنٹے سے ہوتی ہے + موت سے پہلے کبھی حرارت ۱۰۸ یا ۱۱۲ درجہ (مقیاس[1] مروج) تک پہونچ جاتی ہے اور اکثر مرنے کے بعد بھی ایک یا دو درجہ زیادہ تک اور بڑھتی رہتی ہے + اس قسم کی شدتِ حرارت بالخصوص مسلسل انقباض عضلات کے باعث ہو جاتی ہے + بدن پسینہ سے شرابور ہو جاتا ہے، پیشاب کم مقدار میں آتا ہے اور گاہے بول زلالی ہوتا ہے + موت ابتداء مرض سے چوبیس گھنٹے کے اندر یا چار پانچ دن کے وقفہ کے بعد بھی ہو سکتی ہے +

(ب) طاطانس (کرانز) مزمن۔ یہ عدوی کے بعد نسبتاً زیادہ وقفہ کے بعد نمودار ہوتا ہے، اس کی علامات نسبتاً ہلکی ہوتی ہیں، اور اس کے بعد شفا کا امکان بھی زیادہ ہوتا ہے + دورانِ مرض میں عموماً بخار ہوتا ہے اور تشنج کے دورے اوسی عضو میں محدود رہتے ہیں جہاں سے عدوی پیدا ہوا ہے مگر یہ دورے عام اعضائے جسم میں بھی ہو سکتے ہیں + گاہے جبکہ مریض صرف صاحب فراش رہتا ہے اوس کے جبڑے تمام تر نہیں بلکہ جزوی طور سے سکڑ جاتے ہیں اور گردن، پشت، اور شکم کے عضلات میں محض سختی (صلابت[2]) ہوتی ہے مگر اون میں اس مرض کا خصوصی تشنج نہیں پایا جاتا +

(ج) طاطانس راسی یا طاطانس استرخائی[3]۔ یہ ایک مخصوص و غیر معمولی قسم ہے جو ان حصص جسم کی جراحات کے بعد پیدا ہو جاتی ہے جن میں اعصاب دماغیہ

---

[1] مقیاس مروج۔ فارن ہائٹ تھرمامیٹر۔
[2] صلابت۔ ری جی ڈیٹی۔
[3] طاطانس راسی۔ کیفیلو ٹے ٹنس۔
[4] طاطانس استرخائی۔ پیرالائی ٹک ٹے ٹنس۔

قاعدۃ الراس کے سوراخوں سے باہر نکلنے کے بعد پھیلتے اور منتشر ہوتے ہیں خصوصاً چشم خانہ کے بالائی حاشیہ کے آس پاس کی جراحت کے بعد یہ زیادہ تر دیکھا جاتا ہے + اس کے نمایاں خصائص یہ ہیں کہ عضلات ماضغہ کے تشنج کے ساتھ جس طرف جراحت پہونچی ہے اوس جانب چہرہ میں استرخاء (لقوہ) بھی ہوجاتا ہے + ابتداءً تو مرض کی تصویر صرف اسی قدر نمایاں ہوتی ہے اور مریض اس قابل ہوتا ہے کہ خود چلکر طبیب کے پاس جاسکتا ہے + لیکن بعد ازاں جسم کے دیگر اعضاء اور حصوں میں بھی وہی معمولی تشنج[1] مستمر کی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے اور دیگر اعصاب دماغیہ میں بھی استرخاء ہوجاتا ہے اور خصوصاً عصب سویم (محرک مقلہ) متاثر ہوجاتا ہے جس کے باعث حول[2] نمودار ہوجاتا ہے + بعض اوقات عضلات بلع (نگلنے کے عضلات) میں تشنج ہوجاتا ہے اور نہایت جوش کے ساتھ جنون[3] و شوریدہ سری کے دورے آنے لگتے ہیں + اسی باعث اکثر اس مرض کو کزاز[4] کلبی بھی کہا کرتے ہیں +

تشخیص - ابتدائی درجوں میں طاطانس (کزاز) کو ایسے کزاز نکی (جبڑا بیٹھنا) سے فرق کرنا چاہئے، جو دانتوں کے لذع و تہیج (مثلاً کال اسنان وغیرہ سے) یا کنپٹی اور جبڑے کے جڑ جانے سے، پیدا ہوگئی ہو + یہ شناخت نہایت آسانی سے یوں ہوسکتی ہے کہ طاطانس کی حالت میں گردن کے عضلات میں بھی صلابت ہوتی ہے + سمیت کچلہ سے بھی ایک سلسلۂ علامات پیدا ہوجاتا ہے جو طاطانس سے بہت مشابہ ہوتا ہے، مگر اس میں انقباض نسبتاً زیادہ ناگہانی اور تند ہوتا ہے، اور انقباضی دوروں (تشنج) کے درمیانی وقفہ میں عضلات اسقدر پورے طور پر ڈھیلے

---

[1] تشنج ستمر - ٹانک اسپیزم۔
[2] حول - اسٹرے بسس۔
[3] جنون سے بنیا۔
[4] کزاز کلبی ٹے ٹنس ہائیڈروفوبی اس۔

اور ملائم ہوجاتے ہیں کہ منہ نہایت آسانی سے کھل سکتا ہے + علاوہ ازیں ہاتھ بھی تشنج میں مبتلا ہوجاتے ہیں جو کہ طاطانس میں نہایت غیر معمولی بات ہے + اسی طرح چبانے کے فعل میں جو عضلات کام میں آتے ہیں وہ اکثر تشنج میں مبتلا نہیں ہوتے (درانحالیکہ طاطانس میں ان پر خصوصی اثر ہوتا ہے) +

کَلَبُ (فزعُ الماء) سے طاطانس (کزاز) کو تمیز کرنے میں کچھ بھی دقت نہیں ہونی چاہئے، کیونکہ کلب میں انقباض (تشنج) بالکل متضاد نوعیت کا یعنے ارتجاجی[1] ہوتا ہے (تشنج ارتجاجی میں عضلات انقباض کے بعد بالکل ڈھیلے اور ملائم پڑجاتے ہیں، پھر کسی وقفہ کے بعد سکڑتے ہیں) درآنحالیکہ طاطانس میں عضلات کا انقباض مسلسل قایم رہتا ہے اور درمیان میں ڈھیلاپن نہیں ہوتا + علاوہ ازیں کلب کی خصوصیات یہ ہیں کہ اوس میں عضلاتِ تنفس اور عضلاتِ ازدرادیہ میں تشنج وانقباض ہوتا ہے، نیز پیدائشِ مرض کا واضح اور مخصوص سبب (پاگل کتے یا جانور کا کاٹنا) ہوتا ہے، علاوہ ازیں دماغی خلل (اوہام) اور خیالات[2] باطلہ بہت ابتداء میں پیدا ہوجاتے ہیں اور عضلات کا انقباض مسلسل نہیں رہتا +

تجربہ گاہ (معمل) میں مخصوص طریقوں کے ذریعہ سے طاطانس کی تشخیص کی ضرورت اوسوقت تو عموماً لاحق نہیں ہوتی جبکہ مرض صاف طور پر نمایاں ہوگیا ہو لیکن جب کبھی تشخیص میں شبہہ ہو تو، امتحان کا بہترین طریقہ وہی ہے جو درج ذیل ہے:-

زخم کے گہرے حصہ میں سے قدرے مواد درطوبت لیکر اُسے شوربہ[3] (یخنی) ملاکر

---

[1] تشنج ارتجاجی۔ کلونک کنولشن۔
[2] خیالات باطلہ۔ ہیلوسی نیشن۔
[3] شوربہ۔ یخنی۔ برائتھ

رقیق کرلو + پھر اسکو دو حصوں میں تقسیم کرو + اس میں کا ایک حصہ تو کسی چوہے یا ارنب مصری کے جسم میں (تلقیح کے ذریعہ) داخل کردو، اور دوسرے حصہ میں مصل دافع طاعون[1] (تریاقین کرازی) بقدر ۱/۱۰ حبوب کے ملاکر اس مخلوط سیال کو ایک دوسرے جانور کے جسم میں تلقیح کردو + اگر پہلے جانور میں تلقیح کے بعد طاعون کا مرض پیدا ہوجاوے اور دوسرا جانور صحیح وسالم اور محفوظ رہے تو مریض میں طاعون کا ہونا متیقن طور پر ثابت ہوگا +

انذار۔ ہر حالت میں نتیجہ خراب (مہلک) ہونے کا اندیشہ رہتا ہے، مگر جسقدر زیادہ مدت تک طاعون رہے اور حرارت جتنی کم ہو۔ اوسیقدر امکان شفا ہوتا ہے لیکن اگر ابتداء مرض شدید (حاد) علامات کے ساتھ ہوئی ہو، بخار بہت شدت کا ہو، بے خوابی ہو، اور ہذیان اور حول (بھینگا پن) موجود ہو تو یہ علامات خطرناک ہیں + عدوی ہونے کے بعد مرض کے ظاہر ہونے کی مدت (زمانۂ حضانت[2]) کا طول بھی ایک نہایت اہم اثر رکھتا ہے، کیونکہ جن مریضوں میں مصل دافع کزاز (تریاقین طاعون) کی تلقیح بھی کردی گئی ہو اور انکی مدت حضانت دس دن سے کم ہو، تو بھی ان میں اموات کا اوسط، اُن مریضوں کے نسبت جن میں مرض زیادہ عرصہ کے بعد ظاہر ہوا ہو، کم از کم ۲۰ فی صدی زیادہ ہوتا ہے + یعنے جس قدر مدت حضانت کم ہوگی اوسیقدر مرض کا نتیجہ زیادہ خطرناک ہونے کا اندیشہ ہے +

علاج۔ حفظ ماتقدم۔ جن مقامات میں طاعون (کزاز) کا زیادہ زور پایا جائے وہاں مناسب ہے کہ جب زخموں میں عدوی کا گمان ہو تو فوراً بغرض احتیاط تریاقین طاعون کی تلقیح حفظ ماتقدم کی غرض سے کردی جائے + خصوصاً جبکہ

---

[1] مصل دافع طاعون۔ اینٹی ٹٹے نک سیرم + تریاقین کرازی ٹٹے نک۔ اینٹی ٹاکسین

[2] مدت حضانت (مدت تفریخ) پیریڈ آف انکیوبے شن۔

شاہراہ عام پر کسی حادثہ کے باعث چوٹ پہونچی ہو یا جب زخم کے گہرے حصوں کے مواد اور کہرچن[1] (حکاکہ) کا خوردبینی امتحان کرنے سے مشتبہ قسم کے جراثیم دیکھے جائیں، تو تریاقین (ضد سمین کرازی) کی تلقیح کر دینا عین مصلحت ہے + تریاقین کی مقدار ایک سے پانچ سنتی میٹر سے زائد دینے کی ضرورت نہیں ہے۔

جب مرض ظاہر ہو گیا ہو تو اصلی زخم (جہاں سے عدوی ہوا ہو) کو آزادی کے ساتھ کاٹ کر نکال دیا جائے اور پھر تیز جلانے والی ادویہ لگا دی جائیں + یا پورے عضو کو قطع کر دینا چاہئے + لیکن بایں ہمہ ممکن ہے کہ تشنج کے دورے جاری رہیں اور ہلاکت پیدا کر دیں۔ کیونکہ سمین کی خاصی مقدار نظام جسم میں پہلے ہی سے داخل ہو چکی ہے +

مندرجہ بالا مقامی علاج کے علاوہ طاطانس کی نوعی[2] تریاقین کسی منیع[3] و محصن (مناعت پیدا کردہ) جانور کے مصل دم سے طیار کی ہوئی (جسکا مفصل بیان علم الجراثیم کے باب میں درج ہو چکا ہے) پچکاری کے ذریعہ مریض کے جسم میں داخل کی جائے۔ یہ تریاقین محض خالص دافع سمین ہے اور عصی کرازیہ کے نشو و نما کو نہیں روک سکتی ہے + لہذا عصی کرازیہ کے دفعیہ و ہلاکت کے لیے مقامی ہجوم بیضادات[4] یا دوسری قسم کے مناعت پیدا کرنے والے عملیات سے افادہ حاصل کیا جائے + تریاقین کے استعمال سے وہی سمین جو دوران خون میں موجود ہیں فوراً بے ضرر یا ہلاک ہو جاتے ہیں، لیکن چونکہ سمین طاطانس، اعصاب کی راہ سے پھیلتے ہیں اور مراکز اعصاب کے مادۂ حیات سے فوراً ملحق ہو جاتے ہیں، اسوجہ سے اکثر

[1] کہرچن۔ اسکرے پنگ۔
[2] نوعی تریاقین۔ اسپے سے فک اینٹی ٹاکسین
[3] منیع۔ امیونائزڈ۔
[4] ہجوم بیضادات۔ فیگوسائی ٹوسس

تریاقین طاطانس کا فائدہ یقینی اور اُمید افزا نہیں پایا جاتا + ابتدا میں تریاقین ہمیشہ بہت زیادہ مقدار میں دینا چاہیئے، بعد ازاں کم مقدار کی پچکاریاں ہر روز ایک یا دو مرتبہ لگانا چاہیئے + جس قدر مرض کی علامات زیادہ شدید ہوں اُسی قدر تریاقین زیادہ مقدار میں دینا چاہیئے + بہتر ہے کہ پہلی پچکاری کی مقدار ۲۰ سے ۳۰ مکعب سنتی میتر کی ہو جو تحت الجلد دی جائے، اس کے بعد ۱۰ سے ۱۵ دن میں دو مرتبہ دی جائے + مگر اس سے بھی بہتر یہ طریقہ ہے کہ نسبتاً کچھ مقدار کی پچکاری وریدی دی جائے یا کمر میں چھید کر اُم جافیہ کی نیچے کی خلا میں داخل کی جاوے + اندرون دماغ کی پچکاری جو پہلے رائج تھی اوس کے خطرات کے باعث اب متروک ہے، لیکن احتقان[1] عصبی (عصب کے اندر پچکاری) کے ذریعہ تریاقین دیگر سمین کے اوپر جانے کا راستہ مسدود کر دینا کسی طرح قابلِ الزام نہیں ہے +

ایک اور طریقۂ علاج ایک محقق[2] نے بتایا ہے جس کے نتائج علاجِ تریاقین کے نسبت یقینی طور پر بہتر معلوم ہوئے ہیں + وہ یہ ہے کہ حامض قطرانی کا سیال (۲ فیصدی) ۱۰ سے ۱۵ قطرے تحت الجلد پچکاری سے دن میں دو یا تین مرتبہ داخل کیا جائے + اس دوا کا طریقۂ عمل اگرچہ نامعلوم ہے، مگر مفید نتائج ضرور ظاہر ہوئے ہیں +

مریض کو بالکل آرام و سکون کے ساتھ اندھیرے کمرے میں رکھا جائے اور تہیج و انتشار اور ہر قسم کی تحریک و تنبیہ کو (جس سے کہ تشنج پیدا ہو سکتا ہے) مسدود کر دیا جائے +

تشنج کے دورے کم کرنے یا قطعی روکنے کے لئے مطہر محلول مغنیس کبریت آگین[3] مفید ہے، جو تحت الجلد پچکاری سے یا بزل قطنی[4] کے ذریعہ اندرونِ فضائے اُم جافیہ

---

[1] نروس ریکشن [2] محقق باسیلی۔
[3] مغنیس کبریت آگین۔ میگنیشیم سلفیٹ۔
[4] بزل قطنی۔ لمبر پنکچر۔

میں دیا جاسکتا ہے + اس کے اثر سے اعصاب کے خلیات محرکہ کا انتشار و ہیجان کم ہوجاتا ہے مگر سمین کزازی[1] پر خواہ یہ خلیات کے اندر ہو یا آزاد ہو کوئی اثر نہیں ہوتا + مقدار زیر جلد پچکاری کے لئے ۱۰ فی صدی محلول کی ۱۰ سے ۲۰ مکعب سنتی میٹر[2] ہر چار گھنٹہ کے بعد + لیکن احتقان اندرون نخاع کے لئے ۲۵ فی صدی محلول ۲ سے ۴ مکعب سنتی میٹر روزانہ دینی چاہئے جس سے کسی قسم کا مضر اثر نہیں پیدا ہوتا + تشنج روکنے کے لئے نمل اخضر[3] بھی سنگھا سکتے ہیں + افیون۔ اخضرال ماگین[4] شخاریہ[5] عفن آمیز۔ اخضر خلون[6]۔ لوبیہ کالابار[7] کورارا[8] وغیرہ بھی مفید ظاہر کی گئی ہیں، مگر انکے استعمال سے جن مریضوں میں فائدہ پہونچا ہے غالباً وہ بغیر ان دواؤں کے بھی شفایاب ہوجاتے +

غذا۔ سادہ، رقیق، طاقت بخش، اور مسکن دینی چاہئے + چونکہ تشنج کے باعث خوراک کا فرو ہونا مشکل ہوتا ہے، لہٰذا یہ تجویز پیش کی گئی ہے کہ مریض کو روزانہ دو بار دارو سے بیہوشی سنگھانے کے بعد انبوبۂ[9] معدیہ منہ کی راہ سے پیٹ میں داخل کرکے غذا پہونچائی جائے + یا نرم ربر کی نلکی (قاثاطیر[10]) ناک کی راہ سے پیٹ میں پہونچکر اوس سے غذا دی جاوے + مگر مبرز کی راہ سے بھی غذا آسانی پہونچائی جاسکتی ہے + غذا کے علاوہ معمولی سیال نمکین کی مقدار کثیر مبرز کی راہ سے دیتے رہنا چاہئے تاکہ سمین کے اخراج میں مدد ملتی رہے اور مریض کی پیاس بھی بجھتی رہے +

---

[1] سمین کزازی۔ ٹے ٹے نوٹاکسین۔

[2] مکعب سنتی میٹر۔ (کیوبک سنٹی میٹر) تقریباً اونس

[3] نمل اخضر۔ کلورو فارم۔

[4] اخضرال ماگین (کلورل ہائیڈریٹ) اخضرال (اخضرین۔ الکحول)

[5] شخاریہ عفن آمیز۔ پوٹاسیم برومائڈ۔

[6] اخضر خلون۔ کلورے ٹون۔

[7] لوبیہ کالابار۔ فیزاسٹگما۔ کالابارین۔

[8] کورارا۔ جنوبی امریکہ کا زہر پیکان ہے۔

[9] انبوبۂ معدیہ۔ اسٹامک پمپ۔

[10] قاثاطیر۔ کیتھے ٹر۔

الکَلَبُ[1]

فزعُ الماء

اَلکَلَبُ ایک حاد عمومی مُعدِی مرض ہے، جو حیوانات کے ذریعہ سے منتقل ہوکر انسان تک پہونچتا ہے، اور خصوصاً پاگل کتوں، بلیوں اور بھیڑیوں کے ذریعہ سے پہونچتا ہے + اس میں نظام عصبی مرکزی مُبتلائے مرض ہوجاتا ہے + اس کی سب سے زیادہ نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ اس کی مدتِ حضانت نہایت طویل و متغیر (غیر متعین) ہے + حیوانات یا انسان میں یہ مرض ذاتی طور پر (خود بخود) کبھی نہیں پیدا ہوتا بلکہ عموماً (پاگل جانور کے) کاٹنے کے بعد نمودار ہوجاتا ہے + لیکن اگر کاٹنے وقت، دانت کپڑوں یا لباس کے اندر سے گھسیں، تو ممکن ہے کہ اسکا زہر پہنچکر کپڑوں میں لگ جائے۔ اور مرض پیدا نہ ہو + یہ بھی ثابت ہوچکا ہے کہ اگر عدوی والا جانور، بدن کے کسی چھلے ہوئے حصہ کو محض چاٹ لے، تو بھی یہ مرض منتقل ہوسکتا ہے، گو چاٹنے والے جانور میں اوسوقت پاگل ہونے کی کوئی خصوصی علامت موجود بھی نہ ہو +

کَلَبُ الکَلَبُ (کتے کا پاگل پن) یہ عدوی کے تین سے پانچ ہفتہ کے بعد ظاہر ہوتا ہے۔ لیکن یہ مدت بہت مختلف ہوتی ہے + اسکا اصلی و ابتدائی زخم عموماً تمامتر بخوبی اچھا ہوجاتا ہے، یا اوس میں کچھ التہابی دبازت آس پاس پیدا ہوجاتی ہے + مرض کا ابتدائی درجہ ضعف و تنگی تنفس کا ہوتا ہے جس میں جانور کا جھلانا

---

[1] الکلب (ہائیڈرو فوبیا) فزع الماء کی اصطلاح جدید نہیں ہے۔ بلکہ طالنفیس نے بھی شرح موجز میں اس کا استعمال کیا ہے +

[2] کَلَبُ الکلب۔ رے بیز +

ہر وقت کاٹ کھانے کو طیار رہنا، چڑھنا، اور بدمزہ ہونا اور اسی قسم کے دیگر علامات ظاہر ہوتے ہیں (یہ باتیں خصوصاً دوسرے کتے کو دیکھکر اوس کے سامنے زیادہ ظاہر ہوتی ہیں) + بے چینی زیادہ ہوتی ہے۔ کتا تاریک گوشوں میں سست پڑا رہتا ہے یا اونگھتا رہتا ہے، بھوک فاسد قسم کی پیدا ہو جاتی ہے اور بلا تمیز ہر قسم کی گندگی اور خلاظت حتیٰ کہ خود اپنے پاخانہ کو کھانے لگتا ہے + یہ ابتدائی حالت دو یا تین دن رہتی ہے، اور در اصل یہ مدت نہایت خطرناک ہوتی ہے کیونکہ ان علامات میں کوئی خاص بات غیر معمولی نہیں معلوم ہوتی جو فوراً دل میں کھٹک جائے + اس کے بعد دوسرا درجہ استرخا (فالج) کا ہوتا ہے جس کے بعد موت آجاتی ہے۔ دوران مرض میں (ابتدا سے انتہا تک) جانور کا منہ گاڑھے لیسدار لعاب سے بھرا رہتا ہے جسے وہ پونچھکر علحدہ کرنے کی کوشش کرتا ہے مگر کامیاب نہیں ہوتا + عام کتوں کے بھونکنے میں جو مخصوص گنگناہٹ ہوا کرتی ہے وہ پاگل کتے میں جاتی رہتی ہے اور گلا بیٹھ جاتا ہے + جوں جوں مرض بڑھتا ہے۔ نیچے کا جبڑہ مفلوج ہوتا جاتا ہے + آخر میں کچھ حصہ میں یا عمومی تشنج کے دورے آتے ہیں، اور جانور مرض شروع ہونے کے چار یا چھ دن کے بعد مرجاتا ہے + بعض جانوروں میں ایک درجہ دیوانگی و جنون کا ہوتا ہے جس میں نہایت جوش و خروش پیدا ہو جاتا ہے اور جانور حالتِ وحشت میں دیوانہ وار دوڑتا اور لپکتا پھرتا ہے اور جس چیز کو دیکھتا ہے اوسکو کاٹ کھاتا ہے +

کلب (انسان میں) مدتِ حضانت بہت مختلف ہوتی ہے، جو چند مہینوں سے لیکر برسوں تک ہو سکتی ہے، لیکن عموماً چھ ہفتہ سے زائد مدتِ حضانت نہیں ہوتی + اس مدت کے اندر زخم (کتے کے کاٹنے کا) اچھا ہو جاتا ہے، اگرچہ نشانِ زخم چھونے سے دکھتا ہے اور اس میں عصبی درد ہوتا ہے + ابتدا، مرض

ایک موہوم خوف اور تخیلِ باطل سے ہوتی ہے، جس میں تخیلات شاذہ (آنکھوں کے سامنے جھوٹی شکلیں) اور انتشارِ حواس اور اختلالِ عقل پیدا ہو جاتا ہے + یہ حالت تقریباً چوبیس گھنٹہ تک طاری رہتی ہے، پھر بے چینی، بے خوابی، عدم اشتہار طعام کے ساتھ ساتھ پانی یا رقیق چیزوں سے نفرت پیدا ہو جاتی ہے اور شاید کچھ حرارت بھی ہوتی ہے + پھر اس مرض کی مخصوص و ممتاز علامات اس طرح نمودار ہوتی ہیں کہ زبان، گردن اور خصوصاً عضلات بلعیہ (عضلات ازدرادیہ) اور عضلاتِ تنفس میں تشنج کے ساتھ سختی اور انیٹھن پیدا ہو جاتی ہے، اور جب کسی چیز کو نگلنے کا ارادہ کیا جاتا ہے تو یہ تشنج اور بھی تیز و نمایاں ہونے لگتا ہے۔ اس مرض کے تشنج کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ اس کے دورے ارتجاجی[1] قسم کے ہوتے ہیں اور یہ کزاز (طاطانس) کے دوروں سے یوں مختلف ہوتے ہیں کہ مسلسل (مستمرہ) نہیں ہوتے بلکہ ان میں درمیانی وقفہ ہوتا ہے جس میں کچھ دیر کے لئے عضلات نرم اور ڈھیلے پڑ جاتے ہیں + تشنج کے دورے بتدریج سارے بدن میں پھیل جاتے ہیں اور تھوڑے ہی وقفہ کے بعد ہر خفیف ترین حسی تحریک اور ادنیٰ ترین تنبیہ (مثلاً سرد ہوا کا جھونکا، روشنی کی چمک۔ کوئی ناگہانی آواز، خصوصاً وہ آواز جو رقیق چیزوں کے بہنے سے پیدا ہوتی ہے) سے تشنج پیدا ہو جاتا ہے اور نگلنا بالکل غیر ممکن ہو جاتا ہے + عموماً دہن لیسدار گاڑھے لعاب سے پُر رہتا ہے جسکو خارج کرنے میں بہت دقت ہوتی ہے + تنفس رُک رُک کے آنے لگتا ہے (گویا دم گھٹنے لگتا ہے) اور اکثر ایک زوردار ہچکی جیسی آواز پیدا ہوتی ہے جو بعض اوقات کتے کے بھونکنے سے مشابہ خیال کی جاتی ہے، مگر یہ دراصل حجابِ حاجز

[1] تشنج ارتجاجی۔ کلونک کنولشن۔ کم و بیش ہونے والا تشنج جو مسلسل بڑھتا ہوا نہ چلا جائے +

کے تشنج کے باعث ہوتا ہے + بالآخر تشنج کے دورے بالکل بند ہو جاتے ہیں اور مریض مر جاتا ہے مگر اس کے ہوش و حواس آخر دم تک صحیح و بجا رہتے ہیں + ہلاکت کا باعث یہ ہے کہ مبدأ النخاع میں فاسد تغیرات نمایاں ہو جاتے ہیں یا ہلاکت انتہائی ضعف و ہبوط قوی سے ہو سکتی ہے + یا مزمار[3] یعنی حنجرہ کے تشنج سے موت بہت جلد واقع ہو سکتی ہے + یہ مرض تقریباً ایک ہفتہ تک رہتا ہے مگر اس سے بھی کم مدت کا ہو سکتا ہے اور دو ہی دن کے اندر ہلاک کر سکتا ہے +

تغیرات بعد الموت - خاصکر منفی قسم کے ہوتے ہیں + خوردبینی امتحان (فحص مجہری)[1] سے التہاب حاد کے علامات مبداء النخاع کے زیریں حصہ میں پائے جاتے ہیں جس میں اعصاب کے زوج نہم[2] دہم، اور شاذ دوازدہم، کے مراکز بھی مخلوط ہوتے ہیں + یہاں کے عروق میں انجماد خون اور نسیج واصل میں سفید دانوں کی ریزش ہوتی ہے + اعصاب کے ریشے اور عصبی عقد کے خلیات میں بھی تغیر و فساد ہوتا ہے + غدد لعابیہ ہمیشہ کم و بیش بڑھے ہوئے پائے جاتے ہیں + ادنیٰ درجہ کے حیوانات میں اس مرض کی تشخیص یوں ہو سکتی ہے کہ اس مرض کے اثر سے ادنیٰ دماغ کے بطن مقدم کے قرن کبشی اکبر اور جوہر مخطی (قشر دماغ)[3] میں اجسام کلبیہ (اجسام نخریہ) پائے جاتے ہیں جو شناخت کیے جا سکتے ہیں + یہ چھوٹے چھوٹے اجسام ہیں جو خلیات سے مشابہ ہوتے ہیں، انکے وسط میں ایک چھوٹا یا بڑا کتلہ (حصہ) ہوتا ہے یا چھوٹے چھوٹے جراثیم کرویہ کے جھنڈ ہوتے ہیں۔ جن کے گرد ایک شفاف متشابہ الاجزاء مخطی طبقہ ہوتا ہے اور پھر اس طبقہ کے گرد ایک رقیق (نازک) جھلی ہوتی ہے اجسام کلبیہ[4] تقریباً ہر مریض میں پائے جاتے ہیں اور قیاس کیا جاتا ہے کہ یہ اس

---

[1] فحص مجہری۔ مائیکرا سکوپک اگزامی نیشن۔
[2] قرن کبشی اکبر۔ ہپوکیمپس میجر۔
[3] قشر دماغ۔ سیریبرل کارٹکس۔
[4] اجسام کلبیہ۔ نگری باڈیز۔

مرض کے حویات[1] کے دورِ زندگی میں ایک مخصوص زینہ (زینۂ حیات) ہیں یہ اجسام چند گھنٹوں کے اندر معائنہ کیے جا سکتے ہیں اور اِن سے ثابت ہو سکتا ہے کہ کتے میں کلب (پاگل پن) کا مرض موجود تھا یا نہیں + (اگر انسان کو کتے نے کاٹا ہے اور تحقیقی طور پر یہ جاننا مقصود ہے کہ کتا پاگل تھا یا نہیں، تو کتے کو مار کر اوس کے دماغ میں اجسام کلبیہ ملاحظہ کرنے سے فوراً تشخیص مرض متیقن طور پر ہو سکتی ہے) اجسام مذکورہ کے استحان نے یہ آسانی پیدا کر دی ہے کہ تلقیح کر کے نتائج کے انتظار کرنے کی ضرورت باقی نہیں رہتی + اجسام کلبیہ انسان کے دماغ میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں اور بعض محققین[2] نے انکو مصنوعی طور سے کاشت کے ذریعہ اُگایا بھی ہے +

حفظِ ماتقدم کے لئے ضروری وسائل فوراً ہر حالت میں اختیار کرنا چاہیئے جبکہ کتا پاگل ہو یا اوس کے پاگل ہو جانے کا اندیشہ ہو + جس جگہ کتے نے کاٹا ہو اوس سے اوپر رسّی یا پٹی مضبوط باندھ کر دوران خون کو بند کر دینا چاہیئے تاکہ زہر سرایت نہ کر سکے اور زخم میں خون خوب بہانا چاہیئے (نشتر یا چاقو سے زخم کو بڑا کر کے خون خارج کر دیا جائے) اور کسی تیز دوا سے (مثلاً خالص حامض[3] قطرانی سے) جس قدر جلد ممکن ہو زخم کو جلا دینا چاہیئے + مگر مناسب تو یہ ہے کہ عضو ماؤف کو (یا مقام زخم کو) فوراً خوب کاٹ دیا جائے یا قطع کر کے خارج کر دیا جائے +

حفظ ماتقدم کے لئے طریقۂ پاستور[4] - اسکا بنیادی اُصول اس تحقیق پر مبنی ہے کہ اگر تخفیف کردہ سمیت، بتدریج بڑھتی ہوئی مقدار اور بڑھتی ہوئی طاقت میں پچکاری کی جاوے تو تلقیح کردہ حیوان یا انسان کو مرض سے محفوظ کر دیتی ہے +

[1] حویات - پروٹوزوا -
[2] محقق ناغوجی -
[3] حامض قطرانی - کاربولک ایسڈ -
[4] پاستور - پاسچر -

مادۂ تلقیح کا یہ اثر ہے کہ پہلے سے جو زہر موجود ہوگا اوسے گرفت میں لے لیگا اگر مرض کو زیادہ بڑھنے کا موقعہ نہیں دیا گیا ہے تو آیندہ زہر کو بڑھنے نہ دیگا اور مرض کا ظہور نہ ہو سکے گا + اسکا طریقۂ استعمال درج ذیل ہے:-

پہلے کتے کے اندر سے مرض کا زہر نکال کر اوس زہر کو کئی خرگوشوں میں یکے بعد دیگرے داخل کرکے (زہر کو) ایک مستقل ترکیب اور شدید ترین تیزی میں یعنی ایسی صورت وساخت میں حاصل کر لیا جاتا ہے کہ جس کی پچکاری لگانے کے بعد جانور (خرگوش) برابر ساتویں دن مرتا رہتا ہے اور اوس کے نخاع کا ہر حصہ شدتِ سمیت میں یکساں پایا جاتا ہے + زہر (مادۂ تلقیح) اس ترکیب سے حاصل کیا جاتا ہے کہ پہلے مریض (پاگل) کتے کے نخاع یا مبدأ النخاع کو نکال کر مطہر شوربہ کے اندر خوب گوندھ کر آمیز کر لیا جاتا ہے + پھر خرگوش کی کھوپری کا ایک ٹکڑا مثقاب[1] منشاری کے ذریعہ قطع کرکے اس مخلوط شوربہ کی پچکاری اوس کے دماغ کی غشائے[2] عنکبوتی کے نیچے لگا دی جاتی ہے + (اس پچکاری کے اثر سے تلقیح کردہ جانور کا نخاع سمی ہو جاتا ہے) + پس اب اس قسم کے کئی سمی نخاعین نکالکر اونکو خشک کرنے کے لئے کئی جرسی[3] شکل شیشہ (ناقوس زجاجی) کے اندر مختلف مدت تک لٹکا دیا جائے اور شیشوں کے پیندے میں قدرے ریہ کاوی[4] بھی رکھدیا جائے + اس ترکیب سے سمیت کی تیزی میں تخفیف بتدریج ہوتی جاتی ہے، حتی کہ چودہ دن تک رکھنے سے وہ بالکل ضائع ہو جاتی ہے + اس قسم کے تخفیف کردہ نخاع کے ٹکڑوں کو مطہر شوربہ کے اندر خوب حل کرکے انسان میں اس کی پچکاری لگائی جاتی ہے + اس کی ابتدا نخاع کے خفیف ترین طاقت کے محلول سے کی جاتی ہے

[1] مثقاب منشاری - ٹریفائن -
[2] غشائے عنکبوتی - ارکنائڈ ممبرین -
[3] جرسی شکل شیشہ - ناقوس زجاجی - گلاس بل جار -
[4] ریہ کاوی - کاسٹک پوٹاش -

اور بتدریج زیادہ طاقت کی پچکاریاں دی جائیں، یہاں تک کہ ایسے نخاع کا محلول دیا جاوے جو صرف ایک ہی دن کے لیے خشک کیا گیا ہو۔ یہ طریقۂ علاج ۱۸۸۵ء میں ایجاد ہوا تھا، اور ابتک اس کے استعمال سے جو نتائج مستنبط ہوئے ہیں وہ اسقدر یقینی ثابت ہوئے ہیں کہ ان سے صاف ظاہر ہوتا ہے کہ مرض کلب (فزع الماء) کے حفظ ماتقدم کے لیے ہمارے پاس ایک کارگر حربہ موجود ہے مگر شرط یہ ہے کہ کتے کے کاٹنے کے بعد مرض کو نشوونما کے لیے زیادہ ڈھیل اور طویل مدت نہ دی گئی ہو۔

اگر یہ مرض انسان میں نمودار ہوگیا ہو تو علامات کی شدت کم کرنے کے لیے محض علاج بالتخفیف اختیار کیا جاسکتا ہے۔ مریض کو قطعی آرام وسکون میں رکھنا چاہیئے اور تحریک وتنبیہ کے تمام اسباب کو مسدود کردینا چاہیئے۔ تشنج کے دورے کم کرنے کے لئے اخضرال منہ کی راہ سے دی جاوے یا نمل اخضر سنگھایا جائے، یا برزخ حلق پر آب پاش سے کوکین چھڑکا جائے غذا جو کچھ بھی مریض کھا سکے دی جائے اور بہتر ہے کہ مبرز کی راہ سے غذائی حقنہ کیا جاوے۔

جمرۂ خبیثہ

یہ مرض عصیٰ جمریہ کے عدوی کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، جو بھیڑ مویشی اور

۱ علاج بالتخفیف / علاج ملطف } پے لی ایٹو ٹریٹمنٹ	۴ برزخ الحلق۔ فاسز۔
۲ اخضرال۔ کلورل۔	۵ آب پاش۔ اسپرے اپریٹس۔
۳ نمل اخضر۔ کلورافارم۔	۶ جمرہ خبیثہ۔ انتھرکس۔
	۷ عصیٰ جمریہ۔ انتھرکس بیسی لس۔

دیگر جانوروں میں ایک قسم کا بخار (حمی طحالیہ) پیدا کر دیتا ہے جس میں بخار کے ساتھ طحال بڑی ہو جاتی ہے + انسان میں اگر عصیٰ جمریہ کا عدوی تلقیح جلد کے باعث پیدا ہو جاوے تو اوس سے ایک قسم کا مقامی التہابی ورم ہو جاتا ہے جسے بثرۂ خبیثہ کہتے ہیں، یا زیادہ پھیلا ہوا اور وسیع تہیج ہو جاتا ہے جسے اوذیما جمریہ کہتے ہیں اور جو گاہے جمرۂ خبیثہ کے بعد نمودار ہوتا ہے + اگر یہ جراثیم (یا انکی سمیت) پھیپھڑے یا امعاء کی راہ سے جذب ہو جاتے ہیں تو ایک عمومی التہابی مرض پیدا کر دیتے ہیں جسے تسمم جمری کہتے ہیں +

عصیٰ جمریہ۔ یہ جراثیم مرضیہ کی سب سے بڑی قسم ہے۔ جسکا طول ۵ سے ۲۰ صغائر تک، اور عرض اسے ½ اصغیرہ تک ہوتا ہے + یہ مریض حیوانات کے خون میں ڈنڈوں یا ڈوروں کی شکل میں ہوتا ہے جو متعدد (دو سے دس تک) بسیط اجزاء سے مرکب ہوتا ہے + یہ ہوائی، غیر متحرک ہوتا ہے، حرارت بدنیہ کے درجہ میں خوب بڑھ سکتا ہے، اور ہلامی مادہ کو پگھلا کر رقیق کر دیتا ہے + جب اسے مصنوعی طور پر حمضین کی موجودگی میں اُگایا جائے تو یہ عصیٰ کے اندر نمایاں ابذار پیدا کر دیتا ہے، مگر زندہ ساختوں میں اس کے ابذار کی پیدائش نہیں پائی جاتی + چند ثانیہ تک اُبالنے سے یہ جراثیم مر جاتے ہیں، لیکن جس لاش میں یہ موجود ہو اوس کی تحلیل (عفونت) انکو تقریباً ایک ہفتہ کے اندر ہلاک کرتی ہے۔ مگر اس کے ابذار نہایت سخت جان ہوتے ہیں اور اگر انھیں ایک فی صدی سیال حمض

۱ حمی طحالیہ۔ اسپلینک فیور۔
۲ بثرۂ خبیثہ۔ ملگنٹ پسچول۔
۳ اوذیما جمریہ۔ انتھریکس ایڈیما۔
۴ تسمم جمری۔ انتھریسیمیا جسے مرض مذاف بھی کہتے ہیں (اون دھلنے والوں کا مرض (وول سارٹرس ڈیزیز) بھی کہتے ہیں)
۵ صغائرہ (صغیرہ کی جمع) مائکرون
۶ ثانیہ۔ سکنڈ۔
۷ تحلیل۔ ڈی کمپوزیشن۔
۸ حمض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

قطرانی میں ڈبو کر رکھا جاوے تو ایک ہفتہ تک زندہ رہتے ہیں، درآنحالیکہ محض قطرانی کا یہی سیال ان جراثیم کو صرف دو دقیقہ[1] میں ہلاک کر دیتا ہے + علاوہ ازیں الکحول اور سیال حمض قطرانی (۵ فی صدی طاقت) یہی ایذا پر اوسوقت تک اثر نہیں رکھتے جب تک کہ ایک طویل وقت تک اونپر عمل نہ کریں + اگر حمی ملحالیہ[2] کے اثر سے مرے ہوئے کسی جانور کے خون میں سوئی کی نوک کو تر کر لیا جاوے، اور پھر اس سوئی سے کسی چوہیا (فار[3]) کی دم کی جڑ کے پاس چبھو دیا جاوے، تو اس طرح تلقیح شدہ چوہا چوبیس گھنٹے سے کم مدت میں ہلاک ہو جاتا ہے اور اُس کے جسم کے تقریباً ہر عضو میں عصیٰ جمریہ پائے جاتے ہیں +

بعض جانور، خصوصاً بڑی ذات کا چوہا (جرذ[4]) اور کتا، طبعی طور سے جمرۂ خبیثہ کے مرض سے مامون[5] ہوتے ہیں + علامہ باستور[6] کی تحقیقات میں ایک نہایت اہم اور مفید ایجاد یہ بھی ہے کہ اوس نے جمرۂ خبیثہ کی سمیت (جراثیم) کی کشتوں کو پہلے حرارت کے اثر سے تخفیف دیکر مویشی اور بھیڑ میں تلقیح کر کے اون میں اکتسابی[7] مناعت پیدا کرنے کا طریقہ دریافت کیا +

علامات۔ عصیٰ جمریہ کا عدوی عموماً چرواہوں میں جو زندہ مویشی کو چراتے ہیں یا قصابیوں میں جو بے جان مویشی کو ہاتھ لگاتے ہیں، پایا جاتا ہے + نیز یہ اُن پیشہ وروں میں بھی ہوتا ہے جو چمڑے اور اُون کا کام کرتے ہیں +

بثرۂ خبیثہ[8]۔ یہ عموماً چہرہ اور کلائی پر ہوتا ہے، اور مقام تلقیح پر ایک سُرخ مکدر پھنسی

[1] دقیقہ۔ منٹ۔	[5] مامون۔ امیون۔
[2] حمی ملحالیہ۔ اسپلینک فیور۔	[6] باستور۔ پاسچر۔
[3] فار۔ ماؤس۔	[7] مناعت کسبیہ۔ اکوائرڈ امیونٹی۔
[4] جرذ۔ ریٹ	[8] بثرۂ خبیثہ۔ ملگنٹ پسچول۔

کی صورت میں نمایاں ہو کر شروع ہوتا ہے، جو بہ سرعت پھیل جاتا ہے، اور جس کی جڑ (قاعدہ) میں مواد کے انصباب و ترشح کی بڑی کثرت پائی جاتی ہے۔ مگر بیچ میں آبلے ہوتے ہیں + اِن آبلوں کے اندر کی رطوبت (مصل) خون آلود ہو کر سیاہی مائل بھورے رنگ کی ہو جاتی ہے اور اوس میں عصی جرثومہ مخصوص شکل کے موجود ہوتے ہیں + اس درجہ میں درد مطلق نہیں ہوتا مگر نہایت سخت کھجلی اور لذع (جلن) ہوتا ہے + جوں جوں بثرہ پھیلتا جاتا ہے، اسکا مرکزی حصہ پہلے بھورا اور آخر میں کالا پڑ جاتا ہے اور یہی خشک ریشہ (کھُنڈ) بن جاتا ہے + اس مرکزی حصہ کے گرداگرد احتقان دموی (اجتماع خون) اور تہیج (ورم رخو) کے باعث ایک نہایت سخت متورم قسم کا حصہ بن جاتا ہے جسپر آبلوں کا تنگ حلقہ سا نمودار ہو جاتا ہے + یہ مقامی کیفیت بتدریج زیادہ نمایاں ہوتی جاتی ہے اور عروق دمویہ اور غدد جاذبہ بھی اس میں مبتلا ہو کر بڑھ جاتے ہیں + عموماً کسی قدر بخار اور کسل و ماندگی بھی ہوتی ہے جو چوتھے یا پانچویں دن تک زیادہ شدید نہیں ہوتی، اس کے بعد بخار ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ (مقیاس مروج) تک ہو جاتا ہے، نبض سریع اور غیر منتظم[1] ہو جاتی ہے، نذع[2] معدہ، قے، اور نفخ شکم زیادہ ہو جاتا ہے + اگر مرض بغیر کسی روک تھام تدابیر کے پھیلتا رہے تو قرب و جوار کے حصص اوذیما منتشرہ[3] میں مبتلا ہو جاتے ہیں مثلاً وہ چہرہ سے پھیلکر گردن، سینہ اور پشت تک پہونچ سکتا ہے سانس سطحی (کم گہرا) اور رُک رُک کر آنے لگتا ہے اور عمومی بدنی خرابی کے خطرناک علامات مثلاً ہذیان و قوما[4] پیدا ہو کر بیچارہ مریض عموماً ایک ہفتہ سے کم مدت میں، یا گاہے ابتداءِ مرض سے صرف تیس یا چالیس گھنٹے کے اندر ہی، شکارِ اجل ہو جاتا ہے + لیکن

[1] نبض غیر منتظم۔ ارریگولر پلس۔
[2] نذع معدہ۔ نجیئہ کارڈیٹی
[3] اوذیما منتشرہ۔ اسپریڈنگ ایڈیما۔
[4] قوما۔ سُبات۔ کوما

بیشتر یہ مرض اس شدت کا نہیں ہوتا اور صرف مقامی تغیرات و ظہور تک ہی محدود رہتا ہے، جو بتدریج دفع ہو جاتے ہیں اور خشک ریشہ علحدہ ہو جاتا ہے اور تبیّح بھی غائب ہو جاتا ہے + البتہ اگر مرض کے مراکز متعدد مقامات پر ہوں تو انجام مرض (انذار) قدرتاً زیادہ خراب ہوتا ہے +

اوذیما جمریہ۔ اسکا دوران نہایت تیز اور مہلک ہوتا ہے + یہ اکثر چہرہ اور پپوٹوں کے قریب ظاہر ہوتا ہے، اور جلد سُرخ بادہ کی طرح سخت، متورم اور سُرخ ہو جاتی ہے، اور کچھ عرصہ کے بعد دانوں اور چھالوں سے ڈھک جاتی ہے بالآخر غالغرانا کے دھبے (ٹکڑے) نمودار ہو جاتے ہیں + عروق جاذبہ کی نالیاں اور غدد بھی مُبتلائے مرض ہو جاتے ہیں +

یہ مقامی حالت، مادۂ چیچک کے اتفاقیہ ٹیکے سے یا جراثیم عنقودیہ صدیدیہ کی چھوت سے مشابہ ہوتی ہے (اور اکثر غلطی سے یہی سمجھی جاتی ہے) مگر چھالوں کے اندر کی رطوبت میں عصیٰ جمریہ کی موجودگی کے باعث اصلی مرض کی شناخت ہو سکتی ہے + مشتبہ صورتوں میں اس رطوبت سے کشتیں طیار کر کے جراثیم دیکھے جا سکتے ہیں +

تسمم جمری (داؤن کے دھینوں کا مرض)۔ یہ اوس عمومی حالت کا نام ہے جس میں اگرچہ کوئی خارجی سقم یا جراحت تو نہیں نمودار ہوتی، مگر عصیٰ جمریہ نظام جسم کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں + مرض کا زہر خشک ابلاہ کے نگلنے یا تنفس میں داخل ہونے کے باعث نظام جسم میں پہونچ جاتا ہے، جس سے دو قسم کے علامات پیدا ہو سکتے ہیں +

۱ اوذیما جمریہ۔ انتھرکس ایڈیما	۲ تسمم جمری۔ انتھراسیمیا۔
	۳ دول سارٹرس ڈیزیز۔

(۱) تنفسی۔ اگر ۱۲ اعضائے تنفس میں داخل ہوجاتا ہے تو مریض کو ابتداء میں چند روز تک بخار اور کسل و ماندگی کی شکایت ہوتی ہے، اور اس کے بعد ایک قسم کا ذات الریہ غشائیہ مصلیہ لیفیہ پیدا ہوجاتا ہے جس کی رطوبت میں عصیٰ جمریہ بکثرت موجود ہوتے ہیں + اس کی رفتار نہایت تیز ہوتی ہے، بہت تیز بخار اور عسر تنفس اور دورانِ خون میں ضعف ہوتا ہے آخر میں زیادہ مریضوں کو اضمحلال قوی لاحق ہوجاتا ہے +

(۲) معوی۔ اگر جراثیم معدہ میں داخل ہوجاتے ہیں، تو اکثر تو وہ ترش کیلوس (جس کے اندر ترش رطوبت معدیہ ہوتی ہے) کے باعث ہلاک ہوجاتے ہیں لیکن اگر بعض جراثیم یا ان کے انڈے آنتوں تک پہونچ گئے تو وہاں امعاء کے کھاری مادہ کے اندر انکے نشوونما کے لئے زرخیز زمین میسر ہوجاتی ہے اور یہ انتڑی کی دیواروں کو جلد مبتلائے مرض کردیتے ہیں جس سے مرض پھیل جاتا ہے + درد شکم، مروڑ اور اینٹھن کے دورے، قے، خونی دست (اسہال الدم) اس حالت کی نمایاں علامات ہیں +

یہ قسم معوی اسقدر مہلک یا زہریلی نہیں ہوتی جتنی کہ تنفسی، مگر قسم جلدی (جلد والی) کی نسبت تو یقیناً زیادہ خطرناک ہے +

علاج۔ جمرۂ کی قسم جلدی میں سڑے ہوئے اس پاس کے سوجے ہوئے حصہ کو قطع کرکے خارج کردینا چاہئے + اور پھر آگ سے داغ دینا چاہئے، یا خالص حامض قطرانی سے جلا دینا چاہئے + اس قسم کا علاج گذشتہ زمانہ میں مستعمل تھا، مگر جن لوگوں نے

۱ ذات الریہ غشائیہ مصلیہ لیفیہ سیرو فائبرس پلیورو نمونیا۔	۲ دقت تنفس۔ ڈسپنیا۔ ۳ حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

اس کے متعلق تجربہ کیا ہے اونکا خیال ہے کہ یہ طریقہ نہایت کم مفید ہے اور وہ تکمیدات (سینک) پر زیادہ اعتماد رکھتے ہیں +

مصل دافع جمرہ (تریاقین جمرہ) کئی قسم کے طیار کیے گئے ہیں، اور اون کے استعمال سے جمرہ میں مفید نتائج حاصل ہوئے ہیں، خصوصاً مقامی اقسام کے جمرہ میں اسقلادہ[1] کا طیار کیا ہوا مصل بیشتر استعمال کیا جاتا ہے + اس کے طیار کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے بکروں یا گدھوں میں علامۂ باستور[2] کے طریقہ سے بنایا ہوا مادۂ تلقیح[3] لگاکر مصنوعی طور سے اکتسابی مناعت پیدا کردی جاتی ہے (اس مادۂ تلقیح میں عصیٰ جمریہ کی زندہ کشتیں ۴۰ درجہ (صد درجاتی) کی حرارت میں تخفیف کی ہوئی ہوتی ہیں) + اس کے بعد ان میں شدید زہریلی کشتوں کی کثیر مقداریں لگائی جاتی ہیں + اس طرح حاصل کیا ہوا مصل (تریاقین) علاج جمرہ میں استعمال کیا جاتا ہے، جس کی پچکاری کی مقدار ۲۰ سے ۴۰ مکعب سنتی میتر (۳۴۰ قطرہ سے ۶۸۰ قطرہ تک) ہے، جو حسب ضرورت چوبیس گھنٹہ میں دوبار دی جاسکتی ہے زیادہ شدید حالتوں میں مصل کی پچکاری وریدی راہ سے کی جاوے + صوین ہیم کا مصل جمرہ بھی، جو مختلف طریقہ سے بنایا جاتا ہے اور مندرجۂ بالا مقداروں میں دیا جاتا ہے، اچھے نتائج پیدا کرتا ہے + ان دونوں اقسام مصل کے استعمال کے بعد مریض کو بخار اور پسینہ آتا ہے مگر مریض کی حالت میں اکثر نہایت جلد اصلاح ہوجاتی ہے + اندازہ ہے کہ مصل کے اثر سے ہجوم بیضاوات میں تحریک ترقی ہوتی ہے اور مریض شفایاب ہوجاتا ہے +

---

[1] اسقلادہ۔ اسکلیرو۔
[2] باستور۔ پاسچر۔
[3] مادۂ تلقیح۔ وکسین۔

سوزاک۔ سیلان زہری

سوزاک (سیلان زہری۔ سیلان مخاطی) ایک مرض متعدی ہے جو ایک خاص نوعی جراثیم "کرویات زہریہ یا کرویات زوجیہ سوزاک" کے فعل و اثر سے پیدا ہو جاتی ہے، اور جس کی خصوصیت (نہایت عام قسم میں) یہ ہے کہ مجری البول (احلیل) سے پیپ کی رطوبت خارج ہوتی ہے +

جراثیم سوزاک "کرویات زوجیہ" کی قسم سے ہیں، انکے جوڑے میں کا ہر ایک کرویہ شکل میں گردہ نما یا سیم کے بیج سے مشابہ ہوتا ہے۔ اور یہ دونوں ایسی وضع میں پائے جاتے ہیں کہ انکے مقعر کنارے ایک دوسرے کے بالمقابل ہوتے ہیں گاہے ایک ایک کرویہ تنہا یا چار چار کے گروہ (رباعیات) بھی ہوتے ہیں، مصنوعی طور سے یہ آسانی سے نہیں اُگتا اور اس کے اُگانے کے لیے دموین کی زمین کی ضرورت ہوتی ہے + کشتوں کے لئے مناسب زمین تیار کرنے کا نہایت سادہ طریقہ یہ ہے کہ معمولی زمین اجار کی سطح پر قدرے مطہر خون پھیلا دیا جائے + اس کی نوآبادیاں چھوٹی چھوٹی اور نیم شفاف ہوتی ہیں اور شبنم کے ننھے ننھے دانوں کی مانند نظر آتی ہیں + اگر اس طرح کی مصنوعی کشتوں کو انسانی احلیل کے اندر داخل کر دیا جاوے تو سوزاک پیدا ہو جاتا ہے + چنانچہ اس تجربہ سے

علاج۔ جرثومہ کی اک کے جراثیم بھی کرویات زوجیہ ہیں، کیونکہ علامۂ کاخ کے

قطع کر کے خارج کر دینا چاہیے) سے جلا دینا چاہئے + اس فنومکاکس۔

۱؎ ذات الریہ غشائیہ مصلیہ لیفیہ پلیورو منیا۔

۲؎ گردہ نما۔ کڈنی شیپڈ۔

۳؎ سیم کا بیج۔ بین

۴؎ رباعیات۔ ٹیٹرڈز۔

۵؎ دموین۔ ہیومو گلوبین۔

۶؎ اجار۔ اگار۔

اصولِ[1] موضوعہ کو تمام و کمال پورا کرتے ہیں + ادنیٰ حیوانات اس مرض سے طبعاً محفوظ ہیں + کرویات سوزاک طریقۂ جرام سے رنگ نہیں قبول کرتے (جرام[2] منفی) یہ خصوصیت تشخیص مرض کے لحاظ سے نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ کیونکہ کرویات زوجیہ کے بیشتر اقسام (جو جراثیم سوزاک سے مشابہ ہوتے ہیں) جرام مثبت ہوتے ہیں یعنے طریقۂ جرام سے رنگنے پر رنگت قبول کر لیتے ہیں اور اسکو قایم رکھتے ہیں + جراحات سوزاک کی پیپ میں کرویات سوزاک کثیر تعداد میں پائے جاتے ہیں، اور بیشتر یہ کثیر[3] الشکل بیضاوات کے اندر ہوتے ہیں + یہ انکی ایک ممتاز خصوصیت ہے، مزید برآں یہ خصوصیت بھی اہم ہے کہ اگرچہ بیشتر سفید دانے (کثیر النوات بیضاوات) تو ان کرویات سے خالی ہوتے ہیں، مگر جن سفید دانوں کے اندر یہ پہونچ جاتے ہیں اُن میں انکی تعداد کثیر مجتمع ہوتی ہے +

سوزاکی پیپ کے اندر خلیات بشریہ بھی موجود ہوتے ہیں، جو جھلیوں کی سطح سے چھلکر آتے ہیں۔ اور جنکے اوپر یا اندر بہت سے کرویات (جراثیم) اکثر پائے جاتے ہیں +

ماہیت جراثیمی۔ دارُ التجربہ (معمل) مین سوزاک کی تشخیص کے لئے اکثر طرق[4] زرعیہ (کاشت کے طریقے) کی چنداں ضرورت پیش نہیں آتی، بلکہ پیپ[5] کے صفائح کو (مخصوص طریقہ سے) رنگ کر امتحان کیا جاتا ہے + رنگنے کا بہترین طریقہ طریقۂ جرام ہے۔ جس کے بعد امتیاز حاصل ہونے کے لیے نیلین[6] سرخ قطرانی (نگسین قطرانی) مخفف سے انھیں رنگ دیا جاوے (تاکہ جراثیم سوزاک اور دوسرے جراثیم میں مختلف قسم کا رنگ چڑھکر تمیز میں آسانی ہو) + اس ترکیب سے کرویات سوزاک

[1] پاچیلیٹس۔ [2] گرام نیگیٹو [3] پالی مورفو کلیر لیکوسائٹس۔ [4] طرق زرعیہ کلچرل [5] صفائح صدیدیہ۔ پس فلز۔

[6] نیلین سرخ قطرانی۔ کاربال فکسین۔ فکس ایک جرمنی کا نام ہے جسکے نام پر نیلین سرخ کا نام رکھا گیا ہے

سرخ ہو جاتے ہیں اور دیگر اقسام کے کرویات سوزاک سے مشابہ ہوتے ہیں وہ سب گہرے بنفشی رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اور اس طرح ان کے مابین تمیز نہایت آسانی سے ہو سکتی ہے (تلوین[1] تمیزی) + علاوہ ازیں کرویات سوزاک کا خلیات کے اندر منقسم ہونا اور بڑھنا پیپ کے بیشتر دانوں کا اپنے بالکل خالی ہونا، اور صرف بعض پیپ کے دانوں کا ان سے بالکل پُر ہونا۔ یہ سب ممتاز خصائص ہیں جن سے سوزاک کی تشخیص قایم ہو سکتی ہے + لیکن گاہے بعض کرویات سوزاک خلیات یعنی دانوں سے باہر یعنے غیر خلوی ہوتے ہیں +

مَردوں میں سوزاک کا ابتدائی تفرق اتصال یا ابتدائی سُقم مجری بول کے سامنے کے حصے میں نزلی[2] التہاب حاد کی صورت میں نمایاں ہوتا ہے، اور یہ التہاب جلد تقیح (پیپ بننے) میں مبدّل ہو جاتا ہے، اور مجری البول کے گہرے حصوں میں حتی کہ غدۂ مذی[3] اغدیدوس[4] تک پہونچ سکتا ہے + عموماً مرض اسی حد تک پہونچ کر ختم ہو جاتا ہے، مگر بعض حالتوں میں کرویاتِ سوزاک دورانِ خون میں ہی داخل ہو جاتے ہیں اور اعضائے بعیدہ پر اثر کر دیتے ہیں + چنانچہ اس سے زیادہ تر مفاصل (جوڑ) متاثر ہوتے ہیں، لیکن گاہے حتیقی تقیح الدم[5] کے مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں (تقیح دم[6] زہری) جس سے پھوڑے (خراجات ثانویہ) اور التہاب بطانۂ قلب تقرحی پیدا ہو جاتے ہیں +

مجری[9] بول کے التہاب زہری حاد کے علامات۔ (مَردوں میں) مدتِ حضانت

[1] تلوین تمیزی۔ گاڈنر اسٹین۔	[6] تقیح دم زہری۔ گانو کوکیسا (خون میں کرویات سوزاک کی موجودگی)
[2] التہاب نزلی۔ کٹارل انفلامیشن۔	[7] خراجات ثانویہ۔ سکنڈری ابسنز۔
[3] غدۂ مذی۔ پراسٹیٹ گلینڈ۔	[8] التہاب بطانۂ قلب تقرحی۔ السرٹیو اینڈوکارڈائٹس
[4] اغدیدوس۔ اپی ڈڈمس۔	
[5] تقیح دم۔ پائیما۔	

[9] گنوریل یورتھرائی ٹس۔

دونسے آٹھ دن تک ہوتی ہے اور التہاب[1] مجری البول عموماً عدویٰ کے بعد چند ہی دنوں میں پیدا ہوجاتا ہے + ابتداءً دہانۂ احلیل[2] پر خارش سی محسوس ہوتی ہے اور پیشاب کرتے وقت جلن اور درد ہوتا ہے، اس کے بعد (عدویٰ کے تیسرے یا چوتھے دن) مواد آنے لگتا ہے جو شروع میں پتلا اور مخاطی ہوتا ہے گہ جلد ہی گاڑھا پیلا اور مقدار میں بہت زیادہ ہوجاتا ہے + دہانۂ احلیل کے کنارے متورم ہوکر سرخ جاتے ہیں + یہ حالت کم وبیش عرصہ تک جاری رہتی ہے، اور گاہے پشت دکمر میں بہت کھنچاؤ کا درد[3] ہوتا ہے، اور ساتھ ہی تمام بدن میں خلل اور بخار بھی ہوجاتا ہے + عموماً قبض موجود ہوتا ہے اور اشتہا کم ہوجاتی ہے + گاہے مجری البول کی غشائے مخاطی کا التہاب اسقدر شدید ہوتا ہے کہ اوسکے باعث احتباس[4] البول ہوجاتا ہے یا مجری البول سے خون جاری ہوجاتا ہے (بول الدم[5]) + پہلی بار مرض کا حملہ بہ نسبت مابعد کے حملوں کے زیادہ تکلیف دہ اور خطرناک ہوتا ہے، اگرچہ پہلا حملہ علاج سے جلد تر شفایاب ہوسکتا ہے + نقرسی[6] مزاج اور گٹھیا والے (حدآری[7]) اشخاص کا علاج زیادہ مشکل ہوتا ہے، اور ان میں پیپ (مواد) بند ہوجانے کے بعد اکثر اعادۂ مرض ہوجاتا ہے + یہ بھی مشہور ہے کہ بہ نسبت سیاہ فام اشخاص کے گورے آدمی زیادہ مبتلا ہوتے ہیں +

اگر مناسب علاج جاری رکھا جاوے تو دو تین ہفتہ کے بعد مواد بالکل بند ہوجاتا ہے، لیکن اگر علاج میں بے پروائی کی گئی تو التہاب پیچھے کی طرف پھیل جاتا ہے اور

[1] التہاب مجری البول
ورم احلیل } یوری تھرائی ٹس
[2] احلیل۔ یوریتھرا۔
[3] کھنچاؤ کا درد۔ ڈریگنگ پین۔
[4] احتباس البول۔ ری ٹنشن آف یورن۔
[5] بول الدم۔ یوریتھرل ہمورج۔
[6] نقرسی۔ گاؤٹی۔
[7] حدار (گٹھیا) روماٹزم۔

وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے عموماً التہاب[1] احلیلی مؤخر کہتے ہیں، کیونکہ یہ مجری بول کے اوس مؤخر حصہ کو ملتہب کر دیتا ہے جو عضلۂ[2] عاصرۂ غائرہ کے پیچھے واقع ہے یہ حالت گاہے باقاعدہ علاج پر بھی ہو جاتی ہے + یہ التہاب دوسرے ہفتہ کے آخر میں ظاہر ہوتا ہے اور اس کی ممتاز علامات یہ ہیں کہ پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ آتا ہے، عجان[3] (رسیدن) میں درد اور بھاری پن معلوم ہوتا ہے، پیشاب میں گاہے قدرے خون بھی آجاتا ہے اور عام بدنی اضمحلال اور ضعف محسوس ہوتا ہے + التہاب کا پیچھے کی طرف اس طرح پھیلنا ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ کیونکہ اس میں ایسے عوارض پیدا ہو جاتے ہیں جو غدۂ مذی، خصیتین[4] اور عیۂ منی[5] کو مبتلائے مرض کر دیتے ہیں اور جو خصوصاً سوزاک[6] مزمن یا نفقہ کی پیدائش کا نہایت عام سبب ہیں + سوزاک مزمن (رزنقہ) کی حالت میں کچھ عرصہ تک مواد کم و بیش زیادہ مقدار میں جاری رہتا ہے اور گاہے گاہے پیشاب کرتے وقت جلن اور درد محسوس ہوتا ہے، مگر اور کوئی تکلیف دہ علامات نہیں پائی جاتی + مواد اکثر پتلا اور مخاطی صدیدی (پیپ) اور بلغم آمیز ہوتا ہے، اور اتنا خفیف ہوتا ہے کہ اوس سے صرف مجری البول کے دہانہ کے لب چپک جاتے ہیں یا صبح سو کر اٹھنے کے بعد مجری البول کے دبانے سے قدرے خارج ہو جاتا ہے یہ مواد ایک عرصہ دراز تک بلکہ برسوں تک جاری رہ سکتا ہے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ محض اس قسم کی حالت میں بھی سوزاک کا مرض مرد سے عورتوں کو لگ سکتا ہے + بعض اوقات مجری البول کی غشائے مخاطی کے کسی حصہ میں تقرح ہونے یا انگور کی کیفیت

[1] التہاب احلیلی مؤخر۔ پوسٹیریر یورتھرائی ٹس
[2] عضلہ عاصرۂ غائرہ۔ ڈیپ پلانٹر کرٹر مسل۔
[3] عجان۔ پرے نیم۔
[4] خصیتین۔ ٹسٹیز۔
[5] اوعیۂ منی۔ سمینل وسائلکاز۔
[6] سوزاک مزمن (رزنقہ) کرانک گنوریا (گلیٹ)
[7] مخاطی صدیدی۔ میوکو۔ پرولنٹ۔

پیدا ہو جانے کے باعث بھی سوزاک مزمن (زنقہ) ہو جاتا ہے + ایسی حالت میں مواد زرد رنگ کا ہوتا ہے اور سلائی (مجس[1]) ڈالنے سے پیشاب کی نالی (حلیل) میں درد محسوس ہوتا ہے + زخم (تقرح) یا انگور کے دانوں کی شناخت منظار بولی[2] کے ذریعہ ہو سکتی ہے + بعض دیگر حالات میں سوزاک مزمن (زنقہ) کا باعث غدۂ مذی کا التہاب مزمن ہوتا ہے[3] جس کے ساتھ عموماً اوعیۂ منی بھی مزمن طور پر بڑھے ہوئے ہوتے ہیں + مؤخر الذکر حالت کی شناخت معاً مستقیم کے امتحان سے ہو سکتی ہے (جس کی صورت یہ ہے کہ سبز زیتی انگلی ڈالکر دیکھا جاتا ہے) اور جب غدۂ مذی میں مرض ہوتا ہے تو اس کی تشخیص اس طرح ہوتی ہے کہ پیشاب کے اندر رطوبت مخاطیہ کے رویں، کرم نما دھاگہ کے مانند نکلتے ہیں، جو خصوصاً صبح کے اندر انگلی ڈالکر غدۂ مذی کی مالش کرنے یا دبانے کے بعد نمایاں طور پر نکلتے ہیں +

جب مرض سوزاک عرصہ دراز تک جاری رہتا ہے، یا جب اس مرض کے متواتر حملے ہو جاتے ہیں، تو مجری البول کے آس پاس کم و بیش رطوبات کا اجتماع یقینی طور پر پایا جاتا ہے اور پیشاب کی نالی تنگ ہو کر ضیق الاحلیل[4] پیدا ہو جاتا ہے۔ مجری بول کی جھلی میں زخموں اور انگوری دانوں کے خشک ہونے اور اس سے نبلی[5] ساخت کے پیدا ہونے کے باعث بھی ضیق الاحلیل ہو سکتا ہے +

امتحان قارورہ۔ سوزاک میں قارورہ کے رسم امتحان سے اکثر اس مرض کی رفتار و وسعت وغیرہ کے متعلق مفید معلومات حاصل ہو جاتی ہیں +

سوزاک حاد میں شیشہ کے ایک برتن میں پہلے قریب ۴-۵ اوقیہ[6] کے

---

[1] سلائی۔ مجس۔ ساؤنڈ۔
[2] منظار بولی۔ یورتھراسکوپ۔
[3] التہاب غدۂ مذی۔ پراسٹائی ٹس۔
[4] ضیق الاحلیل۔ اسٹرکچر آف یورتھرا۔
[5] نبلی ساخت بسیکیٹریشل ٹشو۔
[6] اوقیہ۔ اونس۔

پیشاب جمع کرایا جائے + باقی ماندہ پیشاب دوسرے برتن میں کرایا جائے +
اگر مجری البول کے صرف سامنے کا حصہ ہی مبتلائے مرض ہے تو مواد پیشاب
کے پہلے ۴-۵ اوقیہ والے حصہ ہی میں شامل ہوکر نکل آئے گا، اور اس کے
برتن کا پیشاب غلیظ اور گدلے رنگ کا ہو جائیگا اور اوس کے اندر پیپ کے
تار یا گالے (ندف) موجود ہونگے + اگر مجری البول کے پچھلے حصہ میں مرض
ہے تو دوسرے برتن کے اندر کا پیشاب بھی قریب قریب پہلے برتن کے
پیشاب کی طرح گدلا ہوگا + اور اگر اس کے ساتھ ساتھ التہاب[۲] مثانہ بھی
موجود ہے تو دوسرے برتن کے اندر کا پیشاب اور بھی زیادہ میلا اور
گدلا ہوگا + اس مرض کی مزمن حالت میں جبکہ صرف زنقہ[۳] موجود ہو
تو پہلے مجری البول کے مقدم حصہ کو ۵-۶ اوقیہ حامض بورنی[۴] کے محلول
سے دھولینا ضروری ہے + اس دھوون کو امتحان کے لئے علحدہ رکھ
لینا چاہیئے + دھونے کے بعد پھر دو برتنوں میں پیشاب کرایا جائے
(جیسا کہ اوپر درج ہوچکا ہے) + اگر امتحان سے پہلے اس طرح دھویا نہیں
جاوے گا تو مجری البول کے پچھلے حصہ کی پیپ پیشاب کی دھار سے دھل
کر باہر آجائے گی اور شناخت غلط ہو جاویگی + زنقہ کی حالت میں منظار[۵]
بولی یا منظار باطنی[۶] کے ذریعہ بھی امتحان کرنا چاہیئے + یہ آلہ ایک آلہ
کی نلکی ہے جس کے اندر بجلی کی روشنی اس طریقہ سے پہونچانے کا انتظام

۱؎ روئی کا گالہ (ندف) فلیک۔
۲؎ التہاب مثانہ۔ سسٹائی ٹس۔
۳؎ زنقہ۔ گلیٹ۔
۴؎ حامض بورنی۔ بورک ایسڈ۔
۵؎ منظار بولی۔ یوریتھرا سکوپ۔
۶؎ منظار باطنی۔ انڈوسکوپ۔ وہ آلہ جس سے جسم کی کوئی فضا یا نالی کے اندر نظارہ کیا جاسکے۔

ہوتا ہے کہ جس سے مجری البول کی دیواریں نظر آجاتی ہیں + مجری البول کو پہلے دھونکنی (منفخ[1]) سے ہوا بھر کر پھلا لیا جاتا ہے + اس طرح دیکھنے سے ضیق الاحلیل ابتدائی درجہ میں یا مقامات متقرحہ یا بعض حصص کے انگوری دانے جو ادبھاریا کم و بیش زوائد لحمیہ[2] کی صورت میں ہوں اور اسی طرح کی دوسری باتیں شناخت کی جاسکتی اور اس کے علاوہ مناسب مقامی علاج (زخم یا انگور پر دوا وغیرہ لگانا) بھی بخوبی کیا جاسکتا ہے۔

پیپ کا اخراج ہر وقت لازمی طور سے سوزاک ہی کا نتیجہ نہیں ہوتا، کیونکہ..... ایسی عورت کے ساتھ صحبت کرنے سے بھی مجری[3] البول میں سادہ التہاب ہو سکتا ہے جو محض سیلان[4] الرحم (سیلان ابیض) کا عارضہ رکھتی ہو، یا جو ماہواری ایام (ادرار[5] حیض) سے کلی طور پر فارغ نہ ہو چکی ہو، اور جسے کسی قسم کے جماعی[6] مرض کا شائبہ نہ ہو + ان حالات میں ایسے عدوی کا باعث محض معمولی کرویات[7] صدیدیہ ہو سکتے ہیں یا یہ بھی ممکن ہے کہ عالم عصی[8] قولونی ہوں جو نہایت کثرت کے ساتھ اندام نہانی اور مہبل کے اورام (التہاب فرج و مہبل) کا سبب مانے گئے ہیں + سادہ (غیر نوعی) التہاب مجری البول کی تشخیص خود مریض کی بیان کردہ حقیقت حال سے ایک حد تک ہو سکتی ہے، مگر طبیب جب تک پیپ کا خوردبینی امتحان کر کے کرویات سوزاک کی غیر موجودگی کا بخوبی چشم دید معائنہ نہ کرلے۔ تشخیص مرض یقینی نہیں ہو سکتی + بایں ہمہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ گاہے کرویات سوزاک عرصہ دراز تک غشائے مخاطی کی خلائوں اور شکنوں میں بحالت جمود

[1] دھونکنی۔ منفخ۔ بلوز۔	[5] ادرار حیض۔ منسٹروایشن۔
[2] زوائد لحمیہ۔ پولی پائڈ۔	[6] جماعی مرض۔ وینیریل ڈزیز۔
[3] التہاب مجری البول سادہ۔ سمپل یورتھرائی ٹس	[7] کرویات صدیدیہ۔ پایوجینک کاکائی۔
[4] سیلان الرحم۔ سیلان ابیض۔ لیوکوریا۔	[8] عصی قولونی عام۔ بیسی لس کولائی کمیونس۔

وسکون پوشیدہ رہتے ہیں، اسی وجہ سے ایک ایسا شخص جسے ایک مرتبہ سوزاک ہو چکا ہو، اگرچہ بظاہر اوس میں سوزاک کی کوئی علامت موجود نہ ہو تو بھی وہ دوسرے شخص تک اس مرض کے منتقل کرنے کی قابلیت رکھتا ہے + مزید برآں نقرسی مزاج کے مریض میں قارورہ کا تیزی کے ساتھ ترش ہونا، اور خصوصاً اوس میں حامض بولی کی قلموں کا بکثرت موجود ہونا، تازہ تحریک پہونچا کر ایک عرصہ کے خوابیدہ التہاب مجری البول کو از سر نو تازہ کر سکتا ہے + بارہا یہ اتفاق پیش آتا ہے کہ سوزاک ہونے کے بعد شادی کرنے یا نہ کرنے کے متعلق طبیب سے مشورہ کیا جاتا ہے + محض پیپ یا مواد کا بند ہو جانا اس بات کی کافی ضمانت نہیں ہے کہ شادی بلا احتمال ضرر کی جا سکتی ہے + ایسے حالات میں بے خطر اور بہترین طریقہ امتحان کا یہ ہے کہ کسی کیمیادی مہیج مثلاً نقرہ شور آگین کے محلول (۱ حصہ ۱۰۰۰ حصے میں) کی پچکاری لگا کر التہاب از سر نو پیدا کیا جاوے اور پھر مواد کا امتحان علم الجراثیم کے رو سے طریقہ معینہ کے مطابق دار التجربہ میں کر کے کرویات سوزاک کی موجودگی یا غیر موجودگی کا تعین حاصل کر لیا جاوے +

علاج۔ سوزاک حاد کے ابتدائی درجوں میں قلیات (شور) کے استعمال سے پیشاب کی ترشی رفع کر دینی لازمی ہے، امعاء کے نعل کو تحریک دیکر آزاد رکھنا چاہئے اور مقامات ماؤف کے تبخیج میں مسکنات کے ذریعہ مثلاً صبغ بنج سے سکون پیدا کرنا چاہئے غذا سادہ ہلکی ہو اور محرک نہ ہونا چاہئے، ہر قسم کی شراب سے قطعی پرہیز لازم ہے نیز چائے، کافی (قہوہ) نہیں پینی چاہئے + مریض کو ہدایت کی جائے کہ سادہ لطیف

۱ حامض بولی۔ یورک ایسڈ۔	۵ ترشی۔ ایسیڈیٹی۔
۲ قلم۔ بلورات۔ کرسٹلز۔	۶ مسکنات۔ سیڈیٹوز۔
۳ نقرہ شور آگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔	۷ بنج۔ اجوائن خراسانی۔ ہیوسین۔
۴ قلیات۔ الکلیز۔	۸ محرک۔ ایسٹی مولنٹ۔

وسکنی چیزیں، مثلاً آش جو، دودھ، ماء الریہ[1] (کھاری بوتل) وغیرہ بکثرت پیا کرے۔ صفن[2] یعنی کیسہ خصیہ کو سہارا دیکر معلق[3] رکھنا چاہیئے، اور مریض کو ہدایت کرنی چاہیئے کہ سخت یا دیر تک ورزش اور جسمانی محنت نہ کرے۔ مقامی علاج کسی قسم کا اس درجہ میں ضروری نہیں ہے۔ اگرچہ گرم حمام[4] نصفی سے درد و جلن میں تخفیف ہوتی ہے۔ فی الحقیقت مجری البول میں ادویہ کی پچکاری اس درجہ میں نقصان کا باعث ہوتی ہے۔ جب تک مواد زیادہ آتا رہے اور پیشاب کی جلن جاری رہے صرف یہی علاج جاری رکھنا چاہیئے۔ مگر جوں ہی ان علامات میں تخفیف و اعتدال پیدا ہو جاوے روغن[5] بلسانات مثلاً روغن صندل[6] (۱۰ قطرے کیس[7] ہلامی کے اندر رکھکر روزانہ تین سے چھ بار) بلسان[8] کوبائی (۱۰ قطرے کیس کے اندر یا مزیج[9] کی صورت میں روزانہ تین بار) یا کباب[10] چینی (نصف سے ایک درہم کی مقدار میں کاغذی[11] غلاف میں لپیٹ کر) کا استعمال فائدہ مند ہوتا ہے۔ کباب چینی اور بلسان کوبائی ہر دو کے خصوصاً بلسان کوبائی کے استعمال سے تیز سرخ طفح[12] (سرخ پھنسیاں) پیدا ہو جاتی ہے جس میں سخت نزع (جلن) تمام بدن پر ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

مجرائی بول میں عنولات کی پچکاری کے متعلق سخت اختلاف ہے۔ سب باتوں پر غور کرنے کے بعد ہمارا خیال ہے کہ سوزاک حاد کے معمولی مریضوں

---

[1] ماء الریہ۔ سوڈا واٹر۔
[2] صفن۔ اسکروٹم۔
[3] معلق (سسپنڈر) ایک تھیلی نما کرتہ ہوتی ہے، جس میں صفن کو سہارا دیکر معلق رکھتے ہیں۔
[4] حمام نصفی۔ ہپ باتھ۔
[5] روغن بلسان۔ اولیو بالسم۔
[6] روغن صندل۔ صندل آئل۔
[7] کیس ہلامی۔ کنڈوم۔
[8] بلسان کوبائی۔ کوپے با۔
[9] مزیج۔ مکسچر۔
[10] کباب چینی۔ کیوب۔
[11] کاغذی غلاف۔ ولیفر پیپر۔
[12] طفح جلدی۔ ریش۔

ہیں جن میں زیادہ شدت کا مرض نہیں ہو، پچکاری کے علاج سے کامیابی کے ساتھ معالجہ ہو سکتا ہے، اور جب نمایاں طور سے مقامی تہیج اور جلن موجود ہو تو عموماً انکا استعمال ترک کر دینا بہتر ہوتا ہے + لیکن جب پیپ مواد کا بہنا زیادہ عرصہ تک قایم رہے، یا جب گذشتہ حملوں کے باعث مجرائی بول کی جھلی دبیز اور موٹی ہو گئی ہو اور خصوصاً جب زنفہ (سوزاک مزمن) کی حالت ہو تو پچکاریوں کا استعمال لازمی طور پر کرنا چاہئے۔ پچکاری کے استعمال کا بہترین طریقہ درج ذیل ہے:۔

پہلے مریض پیشاب کرے تاکہ مجرائی بول کا راستہ بخوبی دھل کر مواد سے صاف ہو جائے۔ اس کے بعد فوراً پچکاری سے دوا اندر داخل کی جاوے + شیشہ کی ایک چھوٹی پچکاری (جس میں بقدر ڈیڑھ تولہ کے پانی آسکتا ہو) لیکر پچکاری کی گول ٹونٹی مجرائی بول کے دہانہ میں داخل کر کے سوراخ کے لبوں کو ٹونٹی کے اوپر داب لیا جاوے + پھر دوا مجری (بول) کے اندر داخل کر کے پچکاری کو اس ترکیب سے نکال لیا جاوے کہ جب پچکاری ہٹائی جائے تو انگلی اور انگوٹھے سے سوراخ کو دبا لیا جاوے: دوا کو قریب بیس ثانیہ[2] کے اندر ہی رہنے دیا جاوے + اس وقفہ کے بعد انگلی اور انگوٹھے کو ڈھیلا چھوڑ دیا جاوے تاکہ دوا باہر نکل آوے + بعض دیگر اقسام کی مثلاً ربر[3] وغیرہ کی پچکاریاں بھی استعمال کی جاتی ہیں لیکن بلاشبہ شیشہ کی پچکاری سب سے بہتر اور زیادہ مطہر ہوتی ہے + مختلف اقسام کے غسولات کی پچکاری رائج ہے، مگر نسخہ جات ذیل نہایت مفید معلوم ہوتے ہیں +

(۱) صبغ[4] کاتِ ہندی ۱۰ قطرے

آب مطہر ۱ اوقیہ۔

۱۔ بُسم۔ ٹونٹی۔ نوزل۔	۳۔ ربر۔ مطاطہ۔ ربڑ۔
۲۔ ثانیہ۔ سکنڈ۔	۴۔ صبغ کات ہندی۔ ٹنکچر کیٹے کو۔

(۲) خار صین[1] کبریت آگین۔ ۲ قمحہ۔

آب مطہر۔ ۱۰ اوقیہ

(۳) خار صین[2] منغیس آگین اعلیٰ۔ ۱/۴ قمحہ

آب مطہر۔ ۱ اوقیہ

(۴) فضہ[3] شور آگین۔ ۱/۴ قمحہ

آب مطہر ۱۰ اوقیہ

(۵) فضہ زلال گین (پروٹار گال) ایک فی صدی محلول۔

اکثر نزلی التہاب میں مواد و رطوبت کو روکنے اور خشک کرنے کے لئے چاندی (فضہ) کے حیوانی مرکبات استعمال کئے جاتے ہیں کیونکہ یہ بہت معتدل ہوتے ہیں اور خراش نہیں پیدا کرتے + فضہ زلال گین (پروٹار گال) فضہ اور حامض نوشادی[4] کا ایک مرکب ہے + فضہ اور حامض نوری کے بہت سے مرکبات آجکل بنائے گئے ہیں + چنانچہ فضہ زلال گین سے بہتر آرجے رال[5] (فضال[6]) اور سل وال (نقرال[7]) اور ان دونوں سے بہتر فضین[8] (آرجنٹین) کو سمجھا جاتا ہے (جو چاندی اور حامض نوری کا ایک قیتی مرکب ہے) + یہ دوائیں مقامی طور سے غشیۂ مخاطیہ کے التہابات میں اب بہت رائج ہیں اور سوزاک کے علاوہ انکا مقامی استعمال پھریری کے ذریعہ آنکھوں کے روحوں میں بہت کثرت سے رائج ہے + مترجم

---

[1] خار صین۔ نیوک لک ایسڈ۔

[2] خار صین منغیس آگین۔ اعلیٰ۔ پرینگے نیٹ آف نک۔

[3] فضہ شور آگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔

[4] فضہ زلال گین (پروٹار گول) چاندی اور زلال گین (البیوموز) کا زرد سفوف ہے +

[5] حامض نوری۔ نیوک لک ایسڈ۔

[6] فضال۔ آرجے رال۔

[7] نقرال۔ سلوال۔

[8] فضین۔ آرجنٹین۔

نہایت اہم راز کی بات یہ ہے کہ پہلے ان دواؤں کی پچکاری روزانہ چار پانچ بار اور بعد میں صبح و شام ایک ایک بار اوسوقت بھی جاری رکھی جاوے جبکہ بظاہر مواد و پیپ کا نکلنا بالکل بند بھی ہوگیا ہو + پچکاری کی دوا کو ہمیشہ ۱۰۰ درجہ کی حرارت دیکر گرم کرلینا چاہئے اور اس بات کا بخوبی خیال رکھنا چاہئے کہ پچکاری کی دوائیں زیادہ تیز مقدار میں ہرگز نہ دی جاویں ورنہ خراش اور جلن زیادہ ہوجاوے گی اور مجرائی بول کی جھلی کو نقصان پہونچے گا +

لیکن یہاں اس بات کا اظہار ضروری ہے کہ بہت سے ماہران امراض اعضائے بول و تناسل اس امر میں بالکل مختلف خیالات رکھتے ہیں اور ادنیٰ رائے ہے کہ سوزاک کا علاج نہایت کامیابی کے ساتھ اوس کے ہر درجے میں شختاریہ[1] منغنیس آگین اعلیٰ کے کمزور محلول کی کثیر المقدار پچکاریوں سے کیا جاسکتا ہے۔ اور پچکاری ایسی طاقت سے دینی چاہئے کہ مجرائی بول کے تمام حصے (خلائین اور شکن) خوب پھیل جائیں اور اندر نہیں بلکہ مثانہ میں دوائے دافع عفونت بخوبی پہونچ جائے + اونکا خیال ہے کہ اس طریقہ علاج سے ابتدائی سوزاک بہت جلد بند کردیا جاسکتا ہے اور مرض آگے بڑھنے نہیں پاتا +

سوزاک مزمن کا علاج۔ یہ ہمیشہ بہت مشکل سے اور دقت سے جاتا ہے ابتدائی درجہ کی طرح، اس درجہ میں بھی مریض کے عام عادات و اطوار کی اصلاح ضروری ہے + امعاء کا فعل باقاعدہ کرنا اور قبض دور کرنا چاہئے، اور مریض کے لئے عورت کی صحبت سے قطعی پرہیز کرنا و تجرد کا قایم رکھنا ضروری ہے تاکہ حدوثی نہ پھیلے + قبض دفع کرنے کے لئے محلول حدید اخضر آمیز اعلیٰ بڑی مقدار میں

[1] شختا رمنغیس آگین اعلیٰ۔ پرمینگنیٹ آف پوٹاش۔

[2] محلول حدید اخضر آگین اعلیٰ۔ لائکر فیرائی پر کلورائیڈ۔

لمح[1] فرنگی کی مناسب مقدار کے ساتھ دینا چاہئے + اس عمومی علاج کے ساتھ پرانے سوزاک کے لئے مقامی علاج بھی پچکاریوں کی صورت میں، جیساکہ اوپر درج ہوچکا ہے ضروری ہے + گاہے دمات کی سرد ٹھوس مجس[2] (سلائی) ہر تیسرے چوتھے روز داخل کرنے سے بھی نہایت مفید اثر حاصل ہوتا ہے + مجری البول کو آلۂ موسعہ[3] (ممددہ) کے ذریعہ باقاعدہ پھیلانے کی ترکیب کو بھی بعض اطبا نے مفید بتلایا ہے اس سے تمام چھوٹی خلایئں اور فضائیں (جو مجری البول کے گرد ہوتی ہیں) دب جاتی ہیں اور ادنکے اندر سے بھرا ہوا مواد نکل جاتا ہے + غدۂ مذی[4] اور ادعیۂ منی[5] کی مالش مبرز کی راہ سے ہفتہ میں ایک یا دو بار مفید ہے، جبکہ یہ حصص بھی مبتلائے مرض ہوچکے ہوں + مجری البول کے بعض حصص میں حب الشہاب[6] کے ساتھ دانہ دار ساختیں بھی بن گئی ہوں تو ان دانوں پر فضۂ شور آگین[7] (ایک سے ۵ فی صدی قوت تک) کی پھریری آلۂ منظار الاحلیل[8] کے اندر سے مقامی طور پر لگائی جائے + اگر ان وسائل سے کامیابی نہ ہو تو مجری البول کے پچھلے حصہ کا مقامی علاج براہِ راست ایسی ادویہ سے کرنا چاہئے جیسے فضۂ شور آگین کا محلول (۱ حصہ ہزار حصوں میں) یا محلول شخاریہ منغیس آگین اعلی[9] (۱ حصہ ہزار حصہ میں) + اسکا سادہ اور بہترین طریقہ غالباً یہی ہوسکتا ہے کہ ایک ربڑ کا قاثاطیر[10] جسکا طول ناپ کر معین کرلیا گیا ہو (تقریباً

---

۱ لمح فرنگی۔ اسپم سالٹ۔

۲ مجس۔ بوجی۔

۳ ممددہ۔ موسعہ۔ ڈائی لیٹر۔

۴ غدۂ مذی۔ پراسٹیٹ گلینڈ۔

۵ ادعیۂ منی۔ ویسی کیولی سمی نے لیز۔

۶ الشہاب۔ ہیمبی۔ گرے نیولر انفلامیشن۔

۷ فضۂ شور آگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔

۸ منظار الاحلیل۔ یورے تھراسکوپ۔

۹ شخاریہ منغیس آگین اعلی۔ پرمینگنیٹ آف پوٹاش۔

۱۰ قاثاطیر۔ کیتھے ٹر۔

½ ، قیراط) مجری البول میں داخل کیا جاوے اور پھر اس قاطیر کے اندر سے دوا کا پانی اندر داخل کیا جاوے + اس طرح ہفتہ میں دو یا تین بار کرنا چاہیے +

سوزاک اور عوارضِ سوزاک کا علاج تلقیح جراثیمی (مادۂ تلقیح[1]) سے: تلقیح جراثیمی سوزاک و عوارض سوزاک کے علاج میں بہت مفید ثابت ہوئی ہے، اگرچہ مجری البول کی راہ سے پیپ و مواد کے لیے یہ اتنی مفید نہیں ہے جتنی کہ سوزاک کے دیگر عوارض کے لئے + تاہم بعض حالات میں جبکہ مزمن زنقد ہو یا درجۂ تحت الحاد[2] میں جبکہ مواد میں کمی آرہی ہو، تلقیح جراثیمی مفید ثابت ہوئی ہے + امراضِ مفاصل امراضِ چشم، امراضِ اعضاء و احشائے باطنہ جب سوزاک کے اثر سے پیدا ہو جائیں تو علاج بالتلقیح نہایت مفید اثر رکھتا ہے + مادۂ تلقیح کے طیار کرنے کا طریقہ علم الجراثیم کے باب میں مفصل درج ہو چکا ہے + مقدار (پچکاری) عموماً دس کروڑ سے پچاس کروڑ مردہ جراثیم سوزاک مادۂ تلقیح کی ایک خوراک میں ہونے چاہئیں +

عوارضِ سوزاک

عوارض سوزاک حسب ذیل عنوانات کے تحت میں بآسانی منضبط ہو سکتے ہیں

(۱) وہ عوارض جو سوزاک کے براہِ راست پھیلنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

مردوں میں جو عوارض سوزاک کے براہِ راست پھیلنے سے ہو جاتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں:

(۱) **التہاب حشفہ**[3] - جن مریضوں میں قلفہ زیادہ لمبا ہوتا ہے، اون میں ورم حشفہ اکثر پیدا ہو جاتا ہے + یہ ورم عموماً معمولی جراثیم صدیدیہ کے باعث پیدا ہوتا

---

[1] مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔
[2] تحت الحاد۔ سب اکیوٹ۔
[3] التہاب حشفہ۔ بلے نائی ٹس۔

ہے نہ کہ کرویات سوزاک کے باعث + بطور ثانوی نتیجہ کے قضیب کی عروق جاذبہ متورم ہوجاتی ہیں اور گاہے کنج ران میں بد (خیرجل[1] اُربی) بھی نمودار ہوجاتا ہے گاہے ورم حشفہ کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سُرخ دانہ دار ساختیں جو سلعۂ حلیبہ[2] کے طور پر ہوتی ہیں، اور جنکو ٹالیل[3] سوزاک کہتے ہیں پیدا ہوجاتی ہیں + ایسے سوزاکی مسے خصوصاً حشفہ[4] کے اوپر ابھر آتے ہیں، مگر گاہے یہ قلفہ کے حاشیہ (کنارے) پر بھی ہوتے ہیں (اسکا مفصل بیان امراض قضیب و امراض مجری البول میں درج ہوگا) +

(۲) خراج جُبّی[5] - جب جراثیم سوزاک یا اونکے ساتھ کے جراثیم صدیدیہ کا عدوی مجری البول کی ایک یا ایک سے زائد فضاؤں میں پہونچ جاتا ہے تو اِن میں پھوڑا پیدا ہوجاتا ہے + ایک سخت دردناک سُوجن، مجری البول کی زیریں دیوار کے برابر ہوتا اور مجری البول کے اندر ابھر کر یا تو اوسی میں پھوٹ جاتا ہے یا مجری البول سے باہر کی طرف پھوٹتا ہے یا اندر اور باہر دونوں جانب پھوٹ پڑتا ہے + اِس آخری حالت میں یعنی جبکہ وہ مجری البول کے اندر اور باہر دونوں طرف پھوٹے ناصور قضیبی[6] پیدا ہوجاتا ہے +

لہٰذا جس قدر جلد ممکن ہو پھوڑے کو باہر کی طرف سے نشتر لگاکر چیر دینا چاہیئے تاکہ ناصور قضیبی پیدا نہ ہونے پاوے، ورنہ ناصور قضیبی بہت مشکل سے اچھا ہوسکتا ہے + اگر ناصور قضیب، مجری البول کے دہانہ سے قریب ہی واقع ہو۔ (جو نہایت عام ہے) تو وہ شاذ ہی خود بخود اچھا ہوتا ہے، لیکن بعض حالات میں یہ برقی کی[7]

[1] خیرجل اُربی۔ انگوئنل بیوبو۔	[5] خراج جُبّی۔ لیکیوز السس۔
[2] سلعہ حلیبہ۔ پیپلوما۔	[6] ناصور قضیبی۔ پیائل فسچولا۔
[3] ٹالیل سوزاک گنوریل وارٹس۔	[7] برقی کی۔ الکٹرک کاؤٹری۔
[4] حشفہ۔ گلانس پے نس۔	

(بجلی کا داغ) یا فضۂ شور اگین کے لگانے سے بند کیا جاسکتا ہے + اسپر بھی وہ درست نہ ہو تو ناصور کو مجری البول کے دہانہ میں بذریعہ نشتر کے کھول دینا چاہئے + اگر ناصور قضیب کے جسم میں ہو تو اکثر عمل ترقیع کی ضرورت لاحق ہوتی ہے + یہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ پہلے ناصور کے کناروں کو (قینچی سے) برابر کاٹ لیا جاتا ہے، پھر اوس کے دونوں طرف کی جلد کو اودھیڑ لیا جاتا ہے اور پھر اوسکو قضیب کے خط وسطانی میں (ٹانکوں) سے بند کر دیا جاتا ہے +

(۳) التواء زہری۔ یعنی قضیب کی دردناک خمیدگی۔ یہ قضیب کے جسم اسفنجی یا دونوں جسم اجوف میں سے کسی ایک میں ترشحات کے مجتمع ہو جانے سے، پیدا ہو جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قضیب حالت استادگی میں نیچے کی طرف یا اطراف میں سے کسی ایک طرف (دائیں یا بائیں) جھک جاتا ہے + اسکو روکنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ شخار محض آمیز یا دیگر مسکنات کا استعمال شب کو سوتے وقت کیا جائے جب یہ مرض موجود ہو تو اوسکا علاج خارجی طور سے ٹھنڈک پہونچا کر کرنا چاہئے (مثلاً برف کا پانی۔ یا اسکی گدی استعمال کی جائے) +

(۴) غدۂ دودی کا التہاب۔ ان غدد کے التہاب سے بعض مریضوں میں عجان (سیون) کی گہرائی میں پیپ پیدا ہو جاتی ہے، اور اگر اسکا علاج نشتر لگا کر جلد نہ کیا جاوے تو ناصور بولی پیدا ہو جانے کا اندیشہ رہتا ہے۔

---

۱ فضۂ شور اگین۔ نائٹریٹ آف سلور
۲ عمل ترقیع۔ پلاسٹک آپریشن۔
۳ التواء زہری۔ کارڈی۔
۴ جسم اسفنجی۔ کارپس اسپنجی اوسم
۵ جسم اجوف۔ کارپس کورنوسم۔
۶ شخار محض آمیز۔ برومائڈ آف پوٹاسیم۔
۷ غدد دودی۔ کوپرس گلینڈ۔
۸ ناصور بولی۔ یورینری فسچولا۔

(۵) التہاب غدۂ مذی (سوزاک سے)
(۶) التہاب اوعیۂ منی (")
(۷) التہاب اغدیدوس (")
(۸) التہاب مثانہ (")

ان حالات کا مفصل بیان مناسب موقع پر درج ہوگا۔

(۲) عوارضِ سوزاک جو براہِ راست سمیت سوزاک کے منتقل ہونے سے پیدا ہوتے ہیں

(۱) سوزاکی التہاب[۴] مقعد۔ یہ مستورات میں گاہے اوس رطوبت کے عدوی سے پیدا ہوجاتا ہے جو خراج سے خارج ہوتے ہیں، علاوہ ازیں مرد اور عورت دونوں میں عاداتِ خلاف وضع فطرت (لواطت) کے باعث بھی پیدا ہوسکتا ہے + مروڑ کا ہونا اور گاڑھا مخاطی صدیدی مواد کا نکلنا اس کی نمایاں علامات ہیں + علاج رصاص[۵] خل آگین اور افیون کا یا حمض[۶] بورقی کا حقنہ کریں +

(۲) سوزاکی التہاب[۷] انف بھی بعض حالتوں میں پایا جاتا ہے + نہایت کثیر مقدار میں پیپ ناک سے خارج ہوتی ہے + علاج مسکنات کی گرم پچکاری سے دھونا چاہئے اور پھر تھوڑی دیر بعد رقیق قابضات سے +

(۳) سوزاکی رمد[۸] یہ بالغ اور بچوں، ہر دو میں پایا جاتا ہے +

بالغ مریضوں میں ابتداءً ایک ہی آنکھ میں ہوتا ہے +

بچوں میں یہ دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے، اور دوران وضع حمل میں ماں کے اندام نہانی سے عدوی پیدا ہوجانے کے باعث ہوتا ہے (رمد[۹] صبیانی۔ رمد مولود) +

---

۱ غدۂ مذی۔ پراسٹیٹ گلینڈ۔
۲ اوعیۂ منی۔ ویسی کیولی سمی نے لیز۔
۳ اغدیدوس۔ اپی ڈڈاس۔
۴ التہاب مقعد۔ پراکٹائی ٹس۔
۵ رصاص خل آگین۔ اسی ٹیٹ آف لیڈ۔
۶ حمض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
۷ التہاب الانف۔ رائی نائی ٹس۔
۸ رمد / التہاب لحمہ } کنجنکٹوائی ٹس۔
۹ رمد صبیانی۔ آفتھلمیا نیونے ٹورم۔

یہ ایک نہایت عجیب واقعہ ہے کہ اگرچہ سوزاک اسقدر عام مرض ہے پھر بھی نہایت کم مریضوں کے اندر ملتحمہ میں سوزاکی عدوی پایا جاتا ہے + جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ التہابِ ملتحمہ پیدا ہونے کے لئے اول تو سوزاکی سمیت کا براہِ راست لگنا ضروری ہے دوم اس جھلی کا ایسی حالت میں ہونا بھی ضروری ہے کہ اس میں قبولیت مرض کی استعداد اوس وقت موجود ہو +

بالغ مریض میں سوزاکی التہابِ ملتحمہ یوں شروع ہوتا ہے کہ پہلے آنکھ میں سُرخی اور لذع و ہیجان پیدا ہوجاتا ہے پھر جلد ہی مواد آنے لگتا ہے جو پہلے مخاطی ہوتا ہے لیکن جلد ہی صدیدی (پیپ دار) ہوجاتا ہے + پپوٹے سُرخ اور متورم ہوجاتے ہیں ملتحمہ موٹا ہوکر تہیجی[1] ہوجاتا ہے۔ اور مواد کیسۂ[2] ملتحمہ کے اندر اکٹھا ہوجاتا ہے + اگر اسے روکا نہ جاوے تو تقرحِ قرنیہ، بلکہ فسادِ[3] قرنیہ (غانغرانا) اور ممکن ہے کہ التہاب[4] مقلہ عمومی واقع ہوجائے + بچوں میں اندھاپن عموماً اسی کے باعث پیدا ہوجاتا ہے +

علاج۔ سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ مقابل کی آنکھ کو مرض سے محفوظ رکھنے کا فوری انتظام کیا جاوے + اس مطلب کے لئے سپرِ[5] چشم (ترسِ[6] بورہ) مشہور ہے + موم جامہ کا ایک چھوٹا ٹکڑا لیکر اور ایک گول حلقہ درمیان میں کاٹکر گھڑی کا شیشہ اس خالی حلقہ کے اوپر جمالیا جائے + اور پھر اسکو مقابل (صحیح) آنکھ پر لصقہ[7] کے ذریعہ بخوبی چپکا دیا جاوے + (شفاف کانچ کے باعث دیکھنے میں کوئی دقت نہیں ہوگی) + جس آنکھ میں التہاب ملتحمہ ہے اوس کی رات دن احتیاط کے ساتھ نگرانی کرنی چاہئے

۱ تہیج ملتحمہ۔ کیموسس۔	۵ سپرِ چشم۔ آئی شیلڈ۔
۲ کیسۂ ملتحمہ۔ کنجنکٹائی ول سیک۔	۶ ترسِ بورہ۔ بورس شیلڈ۔
۳ فساد۔ غانغرانا۔ نکروسس۔	۷ موم جامہ۔ سیکن ٹوش۔
۴ التہاب مقلہ عمومی۔ پان آفتھلمائی ٹس۔	۸ لصقہ۔ پلاسٹر۔

تاکہ اوش میں رطوبت و مواد جمع نہ رہے ۔ بار بار گرم بورقی[1] غسول سے آنکھ کو دھویا جاوے، اور ہر چار گھنٹہ کے بعد غسول مذکور سے دھوکر آنکھ کو صاف پھایہ سے خشک کرکے پھر غسول فضہ[2] شور آگین (۱ فتحہ ایک اوقیہ پانی میں) نرمی کے ساتھ دھولیا جاوے اور اس کے بعد مطہر سیال نمکین آنکھ میں بہاکر صاف کرلیا جاوے ۔ درمیانی وقفوں میں نشاستہ[3] کی پٹی برف سے ٹھنڈے کیے ہوئے بورقی غسول میں تر کرکے نچوڑ کر آنکھ کے اوپر رکھی جاوے ۔ یہی طریقۂ علاج جاری رکھا جاوے، حتی کہ پیپ بند ہوجاوے ۔ جب پیپ آنا بند ہوجاوے تو فضۂ شور آگین کا استعمال ترک کردیا جاوے، اور صرف سادہ قابضات[4] مثلاً جست[5] اخضر آمیز یا جست[6] کبریت آگین کام میں لائے جاویں ۔

شیر خوار بچوں میں اس مرض کی رفتار نہایت شدید اور تیز ہوتی ہے، اور قرنیہ میں زخم (تقرح قرنیہ) یا تاکل ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے، اکثر اس قسم کے عارضہ کے بعد رطوبت[7] جلیدیہ آنکھ سے خارج ہوجاتی ہے اور اندھاپن نمودار ہوجاتا ہے ۔ لہٰذا اس خطرناک مرض کے حفظ ماتقدم کے لیے قریدی کی رائے ہے کہ ہر نوزائیدہ بچے کی آنکھ کو فضۂ[8] شور آگین (۲ فی صدی) یا سلیمانی[9] مصعد (دارچینہ) کے غسول سے پیدائش کے بعد فوراً دھولینا چاہئے ۔ جب پیپ پیدا ہوجاوے تو نوزائیدہ میں علاج بطریق مذکورہ بالا کرنا چاہئے، مگر اس حالت میں دوسری آنکھ کو

۱ غسول بورقی ۔ بورک لوشن ۔	۵ جست اخضر آمیز ۔ کلورائڈ آف زنک ۔
۲ فضہ شور آگین ۔ نائٹریٹ آف سلور	۶ جست کبریت آگین ۔ سلفیٹ آف زنک
۳ نشاستہ (لینٹ) ایک نرم روئیں دار کپڑا ہے ۔	۷ رطوبت جلیدیہ ۔ لنز ۔
۴ قابضات ۔ اسٹرنجنٹ ۔	۸ فضہ شور آگین ۔ نائٹریٹ آف سلور ۔
	۹ سلیمانی مصعد ۔ کرو سیو سبلائی میٹ ۔

بچانے کے لیے سپرِ چشم کا استعمال چنداں فائدہ مند نہیں ہوسکتا) کیونکہ عدوی دونوں آنکھوں میں برابر پہونچ چکا ہے) +

(۳) عمومی انجذابِ سمیت کے عوارض

(۱) سوزاک کے باعث عوارضِ مفاصل۔ یہ عموماً سوزاک کے تحت الحاد[1] درجہ میں پیدا ہوجاتے ہیں (انکا مفصل بیان اور علاج بابِ مفاصل میں درج ہوگا) +

(۲) اَورامِ لِنفیہ[2]۔ ہر ایک عضلی، وترِی[3]، رباطی[4]، یا صفاقی[5] ساخت، سوزاک کے دوران میں متورم ہوکر دردناک ہوسکتی ہے + تلوے[6] کی محراب کو سہارا دینے والے رباطات اس قسم کے ورم میں مبتلا ہوجاتے ہیں + لہٰذا اس بات کا جاننا ضروری ہے کہ اگر مریض ایسی حالت میں چلتا پھرتا رہے گا تو تلوے کی محراب ضائع ہوکر پاؤں کا تلوا ہمیشہ کے لئے چپٹا پڑجائے گا (قدم رَوحار۔ چپٹا[7] تلوا) +

(۳) التہاب[8] طبقہ صُلبیہ (سوزاک سے) ملتحمہ کے نیچے کی گہری لیفی ساخت کا التہاب نہایت شاذ ہوتا ہے، اور یہ سوزاکی التہابِ ملتحمہ سے بالکل جداگانہ طور پر پیدا ہوجاتا ہے + اس کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ زیرِ ملتحمہ سرخی زیادہ نمودار ہوجاتی ہے اور آنکھ کے ڈھیلہ (مقلہ) میں چھونے سے بہت درد پیدا ہوجاتا ہے، جوہرِ لفاح[9] کا مقامی استعمال کرنا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو کنپٹی[10] کے مقام پر جونکیں[11]

---

[1] تحت الحاد۔ سب اکیوٹ۔
[2] ورم لیفی۔ فائبرو سائی ٹس۔
[3] وترِی۔ ٹنڈی نس۔
[4] رباطی۔ لگامنٹس۔
[5] صفاقی (پوٹینیورٹک) صفاق۔ چوڑے اوتار جو پھیلے ہوئے ہوں۔
[6] تلوے کی محراب۔ آرچ آف دی فوٹ۔
[7] چپٹا تلوہ (قدم روحار) فلیٹ فوٹ۔
[8] التہاب صلبیہ۔ اسکلے روٹائی ٹس۔
[9] جوہر لفاح۔ اڑوپین۔
[10] صُدغ۔ کنپٹی۔ ٹمپل۔
[11] جونکیں۔ لیچز۔

لگا ذی جاویں +

تنبیہ۔ اَورام لیفیہ، اور التہاب صلبیہ ان دونوں حالات کی ماہیت اب تک مشکوک وغیر متحقق ہے + غالباً یہ اسوجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں کہ چند کر ویات سوزاک جن کی حدت سمیہ کمزور پڑگئی ہو، ان ساختوں میں موجود ہوکر مرض پیدا کر دیتے ہیں، یا سوزاک کی مقامی آفت سے سمیہ پیدا ہوکر جذب ہوجاتے ہیں اور یہ عوارض اونسے پیدا ہوجاتے ہیں +

(۴) حقیقی سوزاکی تقیح دم (تقیح دم زہری) اسکو تسمم زہری بھی کہتے ہیں یہ گاہے پیدا ہوکر بدن کے مختلف حصّوں میں دوسرے پھوڑے بنا دیتا ہے جن میں صرف کر ویات سوزاک پائے جاتے ہیں + یہ پھوڑے عموماً گہری ساختوں سے شروع ہوتے ہیں اور کسی قدر مزمن ہوتے ہیں، لیکن بعد میں تقیح کے عام ظواہر نمایاں ہونے لگتے ہیں + انکو نشتر سے کاٹ کر خوب کھول دینا چاہئے جس کے بعد عموماً اچھی طرح مندمل ہوجاتے ہیں اگرچہ اندمال میں ذرا دیر لگتی ہے +

(۵) گاہے سوزاک کے عدوی کے اثر سے صمامات قلب میں التہاب ہوجاتا ہے اور جراثیم سوزاک قلب کے اندرونی استر میں التہاب و تقرح بھی پیدا کر دیتے ہیں +

(۶) حقیقی سوزاکی تعفن دم۔ یہ بہت نادر ہے اور جب حقیقی سوزاکی تعفن الدم ہوتا ہے تو مریض کے خون میں جراثیم سوزاک پیدا ہوجاتے ہیں اور ہلاکت کا باعث ہوتے ہیں +

---

۱ سوزاکی تقیح الدم۔ گنوریل پائیمیا۔

۲ تقیح دم زہری گنوریل پائیمیا۔

۳ تسمم زہری۔ گانوکوکے میا۔

۴ صمام قلب۔ کارڈیک ویلو۔

۵ التہاب و تقرح بطانۂ قلب السرٹیو انڈوکارڈائی ٹس۔

۶ سوزاکی تعفن دم۔ گنوریل سپٹی سیمیا۔

مستورات[1] میں سوزاک

سوزاک مستورات میں کسی طرح کمیاب نہیں ہے، فاحشہ بازاری عورتوں میں تو یہ کم و بیش ہمیشہ موجود ہوتا ہے + اکثر اس کی موجودگی عدم توجہی یا غلط تشخیص کے باعث ظاہر نہیں ہونے پاتی اور پھر اس کے اثر سے امراضِ رحم[2] و امراض عانہ[3] اکثر پیدا ہو جاتے ہیں + غالباً مستورات میں سوزاک اس وجہ سے عام ہے کہ عموماً مرد سوزاک مزمن کی شکایت رکھتے ہیں۔ اور پھر بھی اُنکو شادی کی اجازت ہوتی ہے + گاہے یہ مرض مستورات میں بطور چھوت کے عام پیشاب خانوں[4] سے یا گندہ تولیوں رومالوں اور لباس کی چھوت سے پیدا ہوتا ہے +

اس مرض کی ابتدائی آفت اکثر اہلیل یا عنق الرحم کے اندرونی استر یا دونوں میں شروع ہوتی ہے + سوزاک کے اثر سے التہاب[5] فرج بھی ہو سکتا ہے، مگر بالغ عورت میں سوزاکی التہاب[6] مہبل ایک غیر معمولی بات ہے + بعض اوقات عنق الرحم سے مواد نکلکر مہبل میں اکھٹے ہو جاتے ہیں اور وہاں اون میں عفونی تغیرات ہونے لگتے ہیں اور جراثیمی سمین کے اثر سے براہِ راست التہاب مہبل پیدا ہو جاتا ہے مگر کریات سوزاک مہبل کی غشائے مخاطی پر حملہ نہیں کرتے + لیکن بچوں میں حقیقی التہاب[7] فرجی مہبلی پایا جاتا ہے +

علامات۔ درجۂ حاد میں اندام نہانی کے اندر جلن اور گرمی ہوتی ہے پیپ دار مواد خارج ہوتا ہے۔ اور پیشاب کرتے وقت درد ہوتا ہے + اہلیل یعنی پیشاب کا سوراخ

---

[1] سوزاک مستورات۔ گنوریا ان وومن۔
[2] امراض رحم۔ یوٹرائن ٹرابل۔
[3] امراض عانہ۔ پلوک ٹرابل۔
[4] پیشاب خانہ۔ واٹر کلوزٹ۔
[5] التہاب فرج۔ ولوائی ٹس۔
[6] التہاب مہبل۔ وجائی ٹائی ٹس۔
[7] التہاب فرجی مہبلی۔ ولو وجائی نائی ٹس۔

ہاتھ لگانے اور دیکھنے سے سوجا ہوا معلوم ہوتا ہے، اور اسکا منہ (دہانہ) سُرخ اور متورم ہوجاتا ہے + اوسکو دبانے سے پیپ نکلتی ہے + اگر عنق الرحم بھی مبتلائے مرض ہے تو، رحم میں احتقان دموی (اجتماع خون) اور درد ہوجاتا ہے، کمر میں شدید درد ہوتا ہے، اور اکثر پیڑو میں دبانے سے درد محسوس ہوتا ہے، اور خون آلود مواد نکلتا ہے +

زیادہ مزمن حالات میں کوئی خاص علامت نہیں پائی جاتی ہے، البتہ ایام ماہواری درد کے ساتھ آتے ہیں۔ کسی قدر سیلان[1] الرحم ہوتا ہے اور گاہ بگاہ پیشاب میں تکلیف ہوتی ہے اور بار بار پیشاب آتا ہے +

ہر حالت میں ورم کے پھیلنے اور شانہ تک یا رحم کی راہ سے قاذف[2] کی نالیوں (التہاب[3] قاذف) یا خصیۃ[4] الرحم اور باریطون (پردہ صفاق) تک پہونچنے کا امکان ہے + اس آخری حالت میں (یعنے جب کہ مرض رحم کی راہ سے آگے بڑھتا ہے اور قاذف وغیرہ تک پہونچ جاتا ہے) التہاب مقامی اور محدود درجہ کا ہوکر قاذف[5] کے طرف مشرشر (جھالردار) میں التصاق[6] پیدا کردیتا ہے یعنی اس کی ساخت باہم چپک جاتی ہے + اس قسم کے التصاقات عورت میں اکثر عُقر[7] (بانجھ پن) کے اہم اسباب ہوتے ہیں + گاہے زیادہ پھیلا ہوا اور عمومی التہاب[8] صفاق پیدا ہوجاتا ہے (دیکھو امراض باریطون) +

علاج۔ ہلکی دافع تعفن ادویہ کی پچکاریاں (مثلاً لیزال[9] ایک دو ہزار میں یعنی آدھ

---

[1] سیلان الرحم۔ لیکوریا۔
[2] قاذف۔ فلوپین ٹیوب۔
[3] التہاب قاذف۔ سلپنجائی ٹس۔
[4] خصیۃ الرحم۔ اوویریز۔
[5] قاذف کا طرف مشرشر۔ فمبرائی اینڈ اکسٹریمیٹی آف فلوپین ٹیوب۔
[6] التصاق۔ اڈھیژن۔
[7] عُقر، عُقم۔ اسٹریلیٹی۔
[8] التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس۔
[9] لیزال۔ لائی سال۔

۲ ہزار حصص میں) اندام نہانی کے اندر کی جائیں اور مجری بول اور رحم کی اصلاح کے وسائل اختیار کیے جائیں + جب مجری البول میں بہت ورم و مواد ہو تو غذا مناسب اور باقاعدہ دی جاوے + اور قلیات[1] کا استعمال جس طرح مردوں میں کیا جاتا ہے، کیا جاوے + بلسانات[2] اور پچکاری کی ادویہ بھی مفید ہونگی +

مرض کے آخری درجوں میں (مزمن حالت میں) فضۂ شور آگین[3] کی قلموں کو مقامی طور سے مجری البول میں لگایا جاوے + چونکہ عورتوں میں مجری البول بہت چھوٹا ہوتا ہے اس طرح کی مقامی ادویہ آسانی سے لگائی جاسکتی ہیں اور استعمال کے بعد التہاب اکثر زیادہ مدت تک قایم نہیں رہ سکتا +

عنق[4] الرحم کے اندرونی التہاب میں پہلے پچکاریوں اور غسولات کے ذریعہ مقام ماؤف کو خوب صاف کر لیا جاوے اور پھر منظار[5] لگا کر فضۂ شور آگین دس فی صدی مقامی طور سے اندر لگایا جائے +

قُرحۂ رِخوہ[6]

قرحہ رخوہ (نرم قرحہ) ایک مقامی متعدی (عفونی) مرض ہے جو اعضائے تناسل کے علاوہ اور کسی دوسرے مقام پر شاذ ہی ہوتا ہے + یہ مرض تقریباً ہمیشہ بدکاری کا نتیجہ ہوتا ہے، اور ایک مخصوص عصیٰ (ڈنڈہ نما جرثومہ) کے باعث پیدا ہوتا ہے، جو نہایت چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں اور چھوٹی زنجیریں بناتے ہیں + انکے بذر نہیں ہوتے اور طریقۂ جرام سے یہ رنگ نہیں قبول کرتے + انکی مصنوعی کشتیں لگائی جاسکتی

---

[1] قلیات۔ الکلیز۔
[2] بلسانات۔ بالسمز۔
[3] فضۂ شور آگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔
[4] التہاب بطانۂ عنق الرحم۔ انڈو سروائی سائی ٹس۔
[5] منظار۔ اسپے کیولم۔
[6] قرحۂ رخوہ۔ سافٹ شنکر۔ الکس مولی۔

ہیں۔ اگرچہ یہ مشکل کے ساتھ اوگتے ہیں اور انکے ساتھ اکثر پیپ کے معمولی جراثیم بھی موجود ہوتے ہیں، مگر اس میں شک نہیں کہ "قرحۂ رخوہ" کا یہ خاص باعث ہیں + مصنوعی طور سے اگر ان کی تلقیح (پچکاری بدن کے اندر) کی جاوے تو اوس کے اثر سے چند ممتاز خصائص کے واقعات ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ چوبیس گھنٹے میں ایک سُرخ دانہ[1] یا ابھار نمودار ہو جاتا ہے، اور دو یا تین دن میں ایک آبلہ[2] دکھائی دیتا ہے جس کے گرد شدید احتقانِ دموی کا ایک ہالہ[3] (گھیرا) ہوتا ہے + اس چھالے کے اندر کا مُصل (مائیت) جلد ہی گدلا پڑ جاتا ہے اور چوتھے پانچویں دن ایک اچھا خاصہ بُثرہ[4] (پھُنسی) بنکر مکمل ہو جاتا ہے + جوں ہی اس پھُنسی کے اوپر کی کھال (بَشرہ[5]) نکل جاتی ہے، ایک قرحہ نمودار ہو جاتا ہے جس کے کنارے (حاشیہ) نہایت ہموار اور صاف کٹے ہوئے ہوتے ہیں اور جس کے حدود نہایت نمایاں اور واضح ہوتے ہیں + یہ قرحہ بتدریج بڑھ کر ایک خاصی حد تک وسیع ہو جاتا ہے + پھر اگر اسکو صاف ستھرا رکھا جاوے تو قریب تین ہفتے میں اچھا ہو جاتا ہے + اس قسم کے زخم (قروح) قضیب کے حصہ پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن بالخصوص یہ قلفہ[6] اور حشفہ[7] یا اکلیل الحشفہ[8] پر پائے جاتے ہیں اور ان میں بہت درد ہوتا ہے اور چھونے سے بھی درد محسوس ہوتا ہے + انکا مواد (ترشح) نہایت سخت معدی ہوتا ہے اور اگر مریض کے جسم میں کسی دوسری جگہ لگ جاتا ہے (تلقیح) تو بالکل ویسا ہی خصوصیات کا زخم (قرحہ) وہاں پیدا کر دیتا ہے جس سے صاف ظاہر ہے کہ یہ مرض محض مقامی ہے اور اس کے ہونے سے عام بدنی

[1] دانہ۔ پے پیول۔	[5] بشرہ۔ کیوٹیکل۔
[2] آبلہ۔ چھالہ۔ وسائیکل۔	[6] قلفہ۔ پری پیوس۔
[3] ہالہ۔ زون۔	[7] حشفہ۔ گلانس۔
[4] بُثرہ۔ پسچیول۔	[8] اکلیل حشفہ۔ کارونا گلینڈس۔

مناعت نہیں حاصل ہوتی +

اس میں اور حقیقی قرحۂ آتشک (قرحۂ افرنجیہ) میں یہ فرق ہے کہ قرحۂ آتشک کا مواد اگر اس طرح کسی مقام پر لگ جاوے تو اگرچہ اوس کے اثر سے ایک مقامی پھنسی (بثرہ) تو پیدا ہو جاتی ہے لیکن آتشک کا ممتاز زخم نہیں ہوتا + اکثر ایک ہی وقت میں بہت سے "قروحِ رخوہ" پیدا ہوتے ہیں، اور ایک زخم (قرحہ) کا مواد کسی متصلہ جلدی یا مخاطی سطح پر لگ کر بالکل ویسا ہی زخم پیدا کر سکتا ہے (قرحۂ تابعہ[1]) + مثلاً قرحۂ رخوہ قلفہ سے پھیلکر حشفہ میں یا حشفہ سے قلفہ میں اسی طرح فرج کے ایک لب سے دوسرے لب میں پیدا ہو سکتا ہے + یہ ایک عجیب و غریب مگر اصل حقیقت ہے کہ قروحِ رخوہ اعضائے تناسل کے علاوہ، جسم کے کسی اور حصہ میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں +

قرحہ رخوہ کے مختلف تغیرات۔ قرحہ رخوہ کی ہیئت میں بعض حالات میں مختلف تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، جو اکثر مریض کی بے احتیاطی و بے فکری کے باعث واقع ہوتے ہیں + مثلاً اگر قلفہ زیادہ لمبا ہو تو تمام مواد اوس کے عقب میں اکٹھا ہو جاتا ہے اور وسیع تقرح پیدا ہو جاتا ہے + کبھی اس قسم کے قروح حشفہ تک پھیل کر قلفہ کے بالائی حصہ کے اندر سے ہوتے ہوئے باہر نکل آتے ہیں اور جب ایسا ہوتا ہے تو قلفہ میں چھید ہو کر وہ حشفہ کے نیچے آپڑتا ہے + اگر تقرح قید الحشفہ[2] میں واقع ہو تو اس چنٹ کے اندر جو ایک شریانی شاخ ہوتی ہے اوس میں زخم (قرحہ) ہو جانے کے باعث بہت سیلان خون ہو جاتا ہے + جب قرحہ رخوہ میں شدید التہاب ہوتا ہے تو التہابی ترشحات کے باعث اوس کے پیندے

[1] قرحۂ تابعہ۔ سٹلائٹ شنکر

[2] قید الحشفہ (فرینم) حشفہ کے زیریں جانب ایک چنٹ ہے +

میں بہت سختی (تصلب) ہو جاتی ہے۔ جو حقیقی آتشک کے قرحہ (قرحۂ صلبہ) سے مشابہ ہو جاتا ہے۔

گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ قرحۂ رخوہ اور حقیقی آتشک ہر دو کا عدوی (تلقیح) ایک ساتھ ہی یا قریب قریب ایک دوسرے کے بعد ہی حاصل ہو جاتا ہے، تو اس حالت میں جو قرحہ پیدا ہوتا ہے وہ زیادہ عرصہ تک قایم رہتا ہے، اور صاف رکھنے پر بھی جلد مندمل نہیں ہوتا، اور کچھ عرصہ کے بعد مریض میں آتشک کے خصوصی علامات ظاہر ہو جاتے ہیں۔

بہر حال، ہر صورت میں آس پاس کے غدد[1] جاذبہ متورم ہو کر بڑھ جاتے ہیں، چھونے سے الم میں درد ہوتا ہے، اور پیپ پیدا ہونے (تقیح) سے بد ہو جاتا ہے (خیر جل[2])۔ اس قسم کے متورم غدد سے جو بد (خیر جل) ہو جاتا ہے اوس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔

(الف) "بسیط[3]" یا "منگی[4]" خیر جل (سادہ بد) جو ننگی سطح یا مقام ماؤف سے معمولی جراثیم صدیدیہ کے جذب ہونے کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں اسکا مواد (پیپ) اگر کسی دوسری جگہ تلقیح کے ذریعہ داخل کر دیا جاوے تو اوس سے ایک بثرہ (پھنسی) پیدا ہو جائے گا، مگر حقیقی قرحۂ رخوہ نہیں پیدا ہوگا۔ علاوہ ازیں معمولی بد (بسیط خیر جل) میں ظواہر مرضیہ صرف غدد کے اندرونی حصہ تک ہی محدود رہتے ہیں۔

(ب) خیر جل سمی[6] (موذی بد)۔ یہ نہ صرف معمولی جراثیم صدیدیہ سے بلکہ اونکے

[1] غدد جاذبہ۔ لغے ٹک گلینڈز۔	[4] خیر جل شرکی۔ سمپل شینکر بیوبو۔
[2] خیر جل۔ بد۔ بیوبو۔	[5] ننگی سطح۔ ابریڈ ڈسرفیس۔
[3] خیر جل بسیط۔ سمپل بیوبو۔	[6] خیر جل سمی۔ ویرولنٹ بیوبو۔

ساتھ ساتھ قرحہ رخوہ کے مخصوص جراثیم کے انجذاب کے باعث پیدا ہوتا ہے۔ لہٰذا اگر یہ پیپ کسی دوسری جگہ داخل کر دی جائے (تلقیح) تو وہاں ہمیشہ ایک حقیقی قرحۂ رخوہ پیدا ہو جاوے گا + علاوہ ازیں اس قسم کے بدیں نہ صرف غدد کے اندر پیپ ہو جاتی ہے بلکہ غدد کے آس پاس کے محیطی حصہ میں بھی پیپ بکثرت پیدا ہو جاتی ہے (التہاب محیط غدد) +

لہٰذا جلد ایک وسیع رقبہ میں کھوکھلی[2] ہو جاتی ہے، اور جب یہاں کے پوڑہ کو چیر دیا جاتا ہے تو کنج ران میں ایک زخم بڑے قرحۂ رخوہ کی صورت میں نمایاں ہو جاتا ہے جس کے وسط میں گلٹی (غدۂ جاذبہ) دکھائی دیتی ہے جو محض معمولی طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے + اکثر یہ کیفیت بہت آہستہ رفتار سے جاری رہتی ہے اور جلد کی سرخی بہت نمایاں ہوتی ہے مگر اس کے ساتھ بہت تھوڑی پیپ پائی جاتی ہے +

علاج۔ زخم کو صاف رکھنا چاہئے، اوس کی سطح پر نمل بنفشی[3] چھڑکنا چاہئے، زخم کے اوپر عنصول[4] سیاہ یا حامض بورتی[5] کے عنصول میں نشاستہ[6] بھگو کر رکھا جائے + اس سے دس سے بیس دن کے اندر زخم مندمل ہو جاتا ہے + جب التہاب حشفہ[7] زیادہ ہو تو قلفہ کو شگاف دیکر چوڑا کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر ختنہ[8] اوسوقت تک نہیں کرنا چاہئے جب تک کہ قروح مندمل نہ ہو گئے ہوں + خالص تیزاب شورہ[9] یا حامض قطرانی بھی زخم پر جراثیم کو مارنے اور سرعت اندمال کے لیے لگایا جاتا ہے

[1] التہاب محیط غدد۔ پری اڈی نائی ٹس۔
[2] کھوکھلی۔ انڈر مائنڈ۔
[3] نمل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔
[4] عنصول سیاہ۔ لوشیو نگرا (وسیتی جلو کا محلول)
[5] حامض بورتی۔ بورک ایسڈ۔
[6] نشاستہ۔ سٹارچ۔
[7] حشفہ۔ گلانس۔
[8] ختنہ۔ سرکم سی شن۔
[9] تیزاب شورہ۔ نائٹرک ایسڈ۔
[10] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

مگر اونکا استعمال اوسیوقت کرنا مناسب ہے جبکہ معمولی رسی (مندرجۂ بالا) علاج سے زخم کا پھیلنا نہ رُک سکے + اگر نمل بنفشی کا استعمال بوجہ اوس کی بدبو کے قابل اعتراض سمجھا جائے، تو بجائے اوس کے بنفشینہ[۲] (آیوڈول) یا بنفش حاشینہ[۳] (ارسٹول) کا سفوف چھڑک دیا جائے +

بدزخیر جل) کا علاج - ابتدائی درجہ میں تو مریض کو آرام وسکون دینا چاہئے، اور گرم تکمید کرنا چاہئے، کرۂ مصاصہ[۴] (کلیپ کا) (جسکا بیان التہاب حاد کے علاج میں آچکا ہے) لگایا جاوے + ان ترکیبوں سے گاہے ورم تحلیل ہو جاتا ہے، مگر جب پیپ پیدا ہو گئی ہو تو پھوڑہ میں عمودی (کھڑا) شگاف دینا چاہئے تاکہ پیپ بخوبی خارج ہوتی رہے (عمودی خط میں شگاف دینے سے یہ فائدہ ہے کہ اگر مریض بیٹھا ہوا اوسوقت بھی کنج ران سے پیپ خارج ہوتی رہیگی) +

پھر گھاؤ کے اندر نمل بنفشی میں بسائی ہوئی بتی (رسام) بخوبی بھر دی جاوے اور اوپر سے پٹی حسب معمول باندھ دی جاوے + بعض جراح چند چھوٹے شگاف دیکر مذکورۂ کرۂ مصاصہ سے مواد خارج کرتے ہیں + بعض دیگر اطباء کا خیال ہے کہ بڑی اور متورم غدد کو جلد چیر کر نکالدینا چاہئے + لیکن اس قسم کی کارروائی کی چنداں ضرورت نہیں پڑتی + علاوہ ازیں غدود کے گرد وپیش کی ساختیں اسقدر سخت ہو جاتی ہیں کہ غدد کو بخوبی شناخت کرکے علیحدہ نکالنا بہت وقت طلب مرحلہ ہوتا ہے اور وہاں کی دوسری ضروری ساختوں کے کٹ جانے کا اندیشہ رہتا ہے + نیز کنج ران کی غدد کو تمام وکمال خارج کر دینے کے بعد گاہے

---

۱ رسمی علاج - روٹین ٹریٹمنٹ -

۲ بنفشینہ - آیوڈول -

۳ بنفش حاشینہ - ارسٹول - آیوڈوتھائی مول -

(حاشینہ یعنی تھائی مول اور بنفشین کا مرکب ہے)

۴ کرہ مصاصہ کلیپ - کلیپس سکشن بال +

(کرہ - گیند + مصاصہ - چوسنے والا)

پاؤں یا بیرونی اعضائے تناسل کے عروق جاذبہ میں نہایت خطرناک انسداد پیدا ہو جانے کا خدشہ ہو جاتا ہے +

عرصہ تک آرام و سکون دینا، پھوڑے کو آزادی کے ساتھ نشتر سے چیرنا، ناسور اور گھاؤ کو اندر سے بخوبی کھرچ کر مواد کو خارج کر دینا اور پھر نبل بنفشی کی بتی بھر دینا، یہ علاج عموماً کافی ہوتا ہے اور اس سے زخم مندمل ہو جاتا ہے اگر اندمال سست رفتار سے ہو تو مریض کو تبدیل ہوا کے لئے لب ساحل کے مقامات پر جانا چاہئے +

آتشک[1]۔ بادفرنگ

(آبلہ فرنگ۔ افرنجی مرض مبارک)

اب یہ بات کافی طور سے پایۂ تحقیق کو پہونچ چکی ہے کہ آتشک حُوَینات[2] طفیلیہ کی ایک قسم کے باعث پیدا ہوتی ہے جسے علامہ سیُغل[3] اور شودین[4] نے ۱۹۰۵ء میں دریافت کیا اور شعریہ[5] حلزونیہ باہتہ یا خیوط[6] حلزونیہ باہتہ (شعر بال حلزون۔ گھونگھہ۔ باہتہ۔ پھیکا رنگ) کے نام سے منسوب کیا + یونتہ پیدا رجراثیم کی متعدد جنسیں علی العموم دھن اور گندے زخموں میں پائی جاتی ہیں، مگر حُوَینات آتشک اپنی مخصوص شکل و شباہت اور رنگ قبول کرنے کے خصوصی امتیازات کے باعث دیگر غیر اہم پیدا رجراثیم سے بآسانی تمیز کیے جا سکتے ہیں + حال ہی میں علامہ نغوچی[8] نے

---

[1] آتشک۔ سفلس۔

[2] حُوَینات طفیلیہ۔ پیراسائٹک پروٹوزوا۔

[3] سیغل۔ سیگل۔

[4] شودین۔ شوڈین۔

[5] شعریہ حلزونیہ باہتہ۔ اسپائرکیٹا پیلی ڈا

[6] خیوط حلزونیہ باہتہ۔ ٹریپونیما باہتہ۔

[7] حلزونیہ۔ گھونگھہ کے مانند بلدار۔

[8] نغوچی۔ نوگوچی۔

عُوَیناتِ آتشک کی کشتیں اجار[1] اور مائیتِ استسقاء[2] کی مخلوط زمین میں سخت غیر مواتی حالات کے اندر کامیابی کے ساتھ اُگتی ہیں + آتشک کے جراثیم آسانی سے رنگ قبول نہیں کرتے، اسی وجہ سے وہ ایک عرصہ دراز تک مشاہدہ میں نہیں آسکے بلحاظ شکل و شباہت عُوَیناتِ آتشک ایک نہایت نازک، رقیق، پیچدار (بلدار حلزونی یا لولبی) ریشہ کی شکل کا ہوتا ہے، جس میں آٹھ سے بارہ تک پیچ ہوتے ہیں، یہ پیچ باہم تقریباً یکساں ہوتے ہیں + اس ریشہ کا انتہائی سرا (دُم) نہایت تیز اور نوکدار ہوتا ہے اور باریک دُمچی کی صورت میں ختم ہوجاتا ہے + اسکا طول مختلف ہوتا ہے مگر بالاوسط ہر ریشہ خون کے سُرخ دانوں کے قطر کے برابر لمبا ہوتا ہے اور اوسکا ہر پیچ قیراط کے پچیسویں حصے (۱/۲۵ قیراط[3]) کے برابر ہوتا ہے + جراثیم آتشک کے مقابلہ میں معمولی قسم کا حلزونیہ[4] عکاسہ جو عموماً دہن اور قروح میں پایا جاتا ہے، نسبتاً زیادہ بڑا اور زیادہ چوڑا ہوتا ہے اور اوسکا انتہائی سرا اتنا تیز اور نوکدار نہیں ہوتا اوس کے پیچ بھی تعداد میں کم ہوتے ہیں اور جرثومۂ آتشک کی طرح یکساں اور باقاعدہ نہیں ہوتے +

پیچدار جراثیم کی قسموں میں عُوَیناتِ آتشک کی سیرتِ حیات اور خصائصِ زندگی کے متعلق ابتک نہایت کم واقفیت ہم پہونچ سکی ہے +

یہ جراثیم مرض آتشک کے لئے مخصوص (نوعی) ہیں، اسکا ثبوت بیشتر یہی ہے کہ یہ آتشک کے مریضوں کی ایک بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں (جسقدر زیادہ احتیاط ان کی تفتیش و امتحان میں برتی جائے اور تفتیش کنندہ جسقدر زیادہ سلیقہ

[1] اجار۔ اگار۔
[2] مائیت استسقاء۔ اسائی ٹک فلوڈ۔
[3] ۱/۲۵ قیراط۔ ایک ملی میٹر۔
[4] حلزونیہ عکاسہ۔ اسپائرو کیٹی رفرنجنس (ایک قسم کا پیچدار پیچیدار جرثومہ ہے جو عموماً دہن میں اور دوسرے زخموں میں پایا جاتا ہے)

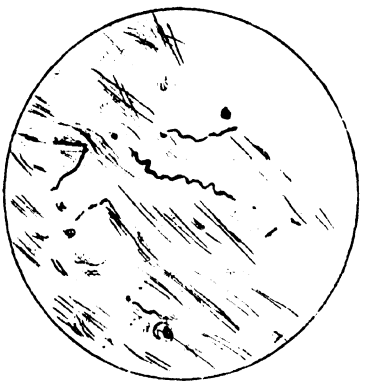
وشعور کام میں لائے اور سیقدر مریضان آتشک میں انکی موجودگی زیادتی کے ساتھ پائی جاتی ہے) مزید برآں یہ کہ یہ جسم کے بعض ایسے حصص میں بھی دیکھے گئے ہیں جہاں اتفاقیہ چھوت کا احتمال نہیں ہوسکتا، مثلاً مردہ پیدا شدہ آتشکی جنین کے پھیپھڑوں، جگر، تلی، اور دیگر اندرونی احشا میں + نیز یہ جراثیم اکتسابی آتشک کے اوس زخم میں (یا اوسکی کھرچن میں) بھی دیکھے جاسکتے ہیں جو آتشک کے اصلی اور مخصوص زخم سے پہلے نمودار ہوجاتا ہے، درجۂ دویم میں یہ جراثیم حصۂ ماؤف کے غدد میں، جلد کے زخموں یا اونکے قرب وجوار کے آبلوں کی رطوبت میں، تلی اور شاذونادر مریض کے خون میں بھی ہوتے ہیں۔ درجۂ سویم میں یہ اورام[1] صمغیہ یا اس درجہ کے دیگر مخصوص دانوں اور زخموں میں پائے جاتے ہیں، مگر بیشتر اوقات اس درجہ میں۔ نہایت دقت اور مسلسل امتحان وتلاش کے بعد ہی مل سکتے ہیں، خصوصاً آتشک کے اون عصبی امراض میں جنکو اعراض[2] نتائج آتشک کے نام سے یاد کیا جاتا ہے + (جسکو اب آتشک کا چوتھا درجہ مانا جاتا ہے۔ اس میں عصبی امراض مثلاً ہزال نخاع۔ تشوش حرکت وغیرہ آتشک کے نتیجہ سے ظاہر ہوتے ہیں) +

مخلوقات میں مرض آتشک صرف حضرت انسان ہی میں طبعاً واقع ہوتا ہے لیکن تلقیح کے ذریعہ بندر کی بعض اعلیٰ نسلوں میں بھی ایک اسی قسم کا مرض پیدا کیا جاسکتا ہے جو آتشک سے مشابہ علامات رکھتا ہے +

ان حیوانات میں اکثر متواتر تجربات کے ذریعہ نہایت دلچسپ علامات مرض کا مشاہدہ کیا گیا ہے جو تلقیح کے بعد نمودار ہوجاتی ہیں + انسانی مریض کا مادۂ آتشک خواہ کسی درجہ سے لیا گیا ہو تلقیح کے بعد ان حیوانات میں یہ مرض پیدا کردیتا ہے،

[1] اورام صمغیہ۔ گیٹا۔

[2] اعراض نتائج آتشک۔ پیراسفلے ٹک افکشن۔



(۲۷) علزونیه یا هسته یعنی جسم اثیم آتشناک

(۲۸) آتشکی مردہ جنین کے پھیپھڑے کی ساخت میں آتشک کے جراثیم نظر آرہے ہیں

مثلاً مریض آتشک کے خون، منی، درجہ ابتدائی کے قروح کی رطوبت، درجۂ دوم کے زخموں اور دانوں کی رطوبت، حتیٰ کہ اورام صمغیہ کی رطوبات بھی یہی اثر رکھتی ہیں۔ تلقیح کے بعد مرض تین سے چار ہفتہ کے اندر نمودار ہو جاتا ہے، جو اولاً ایک سخت دانہ سے دانے کی صورت میں ہوتا ہے اور پھر یہ پھوٹ کر تقرح پیدا کر دیتا ہے۔ اس زخم کے ساتھ ساتھ غدد بھی بڑھ جاتے ہیں۔ اس کے بعد درجۂ دویم کے علامات بھی خفیف قسم کے دیکھے جاتے ہیں، مگر درجۂ سویم کے علامات نہیں پائے جاتے۔ یہ بھی ثابت ہوا ہے کہ اگر تلقیح کے بعد چھ بیس گھنٹے کے اندر پارہ کے مرکب یعنی حلو (سیماب شیریں) کے مرہم کی خارجی مالش مقامی طور سے کر دی جاوے تو مرض پیدا نہیں ہونے پاتا، لیکن تلقیح کردہ مقام کو قطع کرنے سے پیدائش مرض صرف وسیع وقت ملتوی ہو سکتی ہے جبکہ یہ عمل (قطع) تلقیح کے بعد آٹھ گھنٹے کے اندر اندر اختیار کیا جاوے۔

آتشک کی تشخیص تجربہ گاہ (معمل) میں

معمل میں آتشک کی تشخیص دو طریقہ پر کی جاتی ہے۔ (۱) حوینات آتشک کے عینی مشاہدہ سے یا (۲) تشخیص بہ طریق فاسرمان۔

(۱) حوینات آتشک کا عینی مشاہدہ۔ مشتبہ ابتدائی زخم کے کناروں کو آہستہ سے کھرچ کر وہاں کی مائیت در طوبت کا خوردبینی امتحان کر کے جراثیم آتشک کا مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ یا متورم غدد کو چھید کر اوس کی مائیت دبا کر نکالی جاتی ہے اور اوسکا امتحان کیا جاتا ہے تو جراثیم آتشک ملتے ہیں۔ آتشک کا ابتدائی زخم پہلے بالکل معمولی حیثیت کا ہوتا ہے اور چند دنوں تک اوس میں حقیقی آتشکی زخم کے مخصوص خصائص نہیں ظاہر ہونے پاتے۔ چنانچہ اس قسم کے خصائص نمودار ہونے سے

۱؎ زنبق حلو سیماب شیریں۔ کیلومل۔	۲؎ فاسرمان۔ وازرمن۔

بہت پیشتر ہی اگر معمولی ابتدائی زخم کی مائیت کا امتحان کیا جاوے تو اس میں جراثیم آتشک پائے جاتے ہیں + در اصل زخم آتشک کے حاشیوں میں سختی اور ابھار کا پیدا ہونا قدرت کی طرف سے ایک عملِ محافظت ہے جس کے باعث جراثیم مقامی طور پر محدود و مقید ہو جاتے ہیں + چونکہ اس قسم کی حالت میں جراثیم اندر دبے ہوئے رہتے ہیں اسوجہ سے ادویہ کا مقامی استعمال اوپر بآسانی اثر نہیں کر سکتا + رطوبت زخم کے امتحان سے پہلے دافع عفونت اور جرم کش دواؤں کا استعمال مناسب نہیں ہے، کیونکہ ایسا کرنے سے حُرَیناتِ آتشک اور بھی گہری ساختوں میں روپوش ہو جاتے ہیں +

جراثیم آتشک کا معائنہ تین طریقوں سے کیا جا سکتا ہے، جو درج ذیل ہیں +

(۱) تازہ مادہ کا خوردبینی امتحان فضائی[1] تاریک کی تنویر سے (خوردبین[2] برتر) یہ بہترین طریقۂ امتحان ہے جس سے جراثیم نہایت آسانی سے دیکھے جا سکتے ہیں۔ اور انکی مخصوص نقل و حرکت کا نظارہ نظر کے سامنے آجاتا ہے +

عموماً خوردبین کے استعمال اور خوردبینی اجسام کے دیکھنے کا یہ طریقہ ہے کہ مشتبہ مواد پر رطوبت کی باریک تہ کو ایک شفاف سطح (شیشہ) پر رکھا جاتا ہے + پھر اس شیشہ کو خوردبین کے تختہ (درجہ[3]) پر رکھدیا جاتا ہے + اس تختہ کے عین وسط میں ایک گول چھید ہوتا ہے جس کے اندر سے روشنی آکر شیشۂ زیر معائنہ کی سطح کو منور کرتی ہے + یہ روشنی ایک مقعر آئینہ (جو درجہ کے نیچے لگا ہوا ہوتا ہے) کے ذریعہ سورج کی روشنی سے

[1] فضائی تاریک کی تنویر۔ ڈارک بیک گراؤنڈ الیومی نیشن۔

[2] خوردبین برتر۔ الٹرا مائی کرسکوپ

[3] درجہ۔ اسٹیج۔

اس طرح معکوس کی جاتی ہے کہ اوس کی عمودی شعاعیں براہِ راست تختہ کے
چھید میں سے گذر کر تختہ کے اوپر رکھے ہوئے شفاف شیشہ کو منور کرتی ہوئی
خوردبین کے عدسہ[1] (کلاں نما شیشہ) اور اوس کی نلی میں داخل ہو کر دیکھنے
والے کی آنکھ میں عکس افگن ہو جاتی ہیں ۔ یہ معمولی اصول خوردبین کے
استعمال اور خوردبینی اجسام وجراثیم وغیرہ کے دیکھنے کا ہے جس میں صورت
یہ ہے کہ تختہ پر رکھا ہوا شیشہ نیچے سے روشنی کی معکوس عمودی شعاعیں
لا کر روشن کر دیا جاتا ہے تاکہ شیشہ منور ہو جاوے اور اجسام جراثیمی
بخوبی نظر آجاویں ۔

لیکن اگر اُس شیشہ پر جو درجہ پر رکھا ہوا ہوتا ہے اس طرح عمودی شعاعیں
نہ ڈالی جائیں اور (کسی ترکیب سے جیسی کہ درج ذیل ہے) تمام روشنی
قطع کر دی جائے تو اوس کی شفاف سطح بالکل تاریک ہو جائے گی اور
رکھی ہوئی کوئی بھی چیز نظر نہیں آوے گی ۔ لیکن اگر اسی سطح کے نیچے
سے اوس کی متوازی شعاعیں داخل ہو کر اوپر گذرنے دی جاویں تو
شیشہ کی شفاف سطح ان متوازی شعاعوں کو کھینچ کر خود روشن ہو جاویگی
اور اوسپر رکھے ہوئے اجسامِ جراثیمی منور ہو کر دکھائی دینے لگیں گے ۔
اگرچہ اس قسم کی متوازی شعاعیں خوردبین کے عدسہ (شیشۂ کلاں نما)
اور اُس کی نلی کے اندر خود داخل نہ ہوں گی ۔ ایسا کرنے کے لئے ایک
خاص ترکیب ہے ۔ وہ یہ کہ خوردبین کے عدسہ کے چاروں طرف ایک
حلقہ لگا کر آس پاس کی روشنی اور شعاعیں منقطع کر دی جاتی ہیں ۔
اب درجہ کے نیچے سے جو روشنی آئے گی اوس کے لیئے ایک خاص

[1] عدسہ ۔ کلاں نما شیشہ ۔ لنس ۔

جامع[1] النور کام میں لایا جاتا ہے اور روشنی کے لیئے ایک نہایت طاقتور شمع استعمال کی جاتی ہے + جامع النور کو اس طرح لگایا جاتا ہے کہ جو شعاعیں اس طاقتور شمع سے نکلتی ہیں وہ اس جامع سے خارج ہوکر شیشۂ کلاں نما رحدسہ[2] تک پہونچنے سے پہلے ہی، سطح شفاف کے متوازی ہوجاتی ہیں + اس ترکیب کو جس کے ذریعہ عمودی شعاعیں قطع کردی جاتی ہیں اور بجائے اونکے متوازی شعاعوں سے شیشۂ شفاف کو منور کیا جاتا ہے تنویر[3] فضائے تاریک کے نام سے منسوب کیا گیا ہے +

چونکہ بعض جراثیم بذاتہ چمکدار اور منور اجسام رکھتے ہیں، جیسے کہ خمیرات آتشک، لہٰذا اونکو اچھی طرح دیکھنے اور اونکی نقل و حرکت کا معائنہ کرنے کے لیے ضروری ہوتا ہے کہ اونکو فضائے تاریک میں دیکھا جائے۔ تاریک زمین میں انکے چمکدار جسم کی نقل و حرکت اور اونکے خط و خال نمایاں نظر آتے ہیں، اور روشنی کی غیر ضروری جگمگاہٹ بھی نہیں پیدا ہوتی +

بعض اجسام (جنکا قطر $\frac{1}{10}$ ملی میٹر[4] سے کم ہوتا ہے) اس قدر خفیف جسامت کے ہوتے ہیں کہ وہ فی الحال قوی ترین عدسہ کی مدد سے بھی نہیں دیکھے جاسکتے + اسیطرح چند جراثیمی اور متعدی امراض (مثلاً آنکھوں کے رمد[5] الہاب[6] نخاع، رادی مقدم، زرد بخار[7] وغیرہ انسان میں اور حیوانات میں سوداوی مزاج[8] کلبی، ہیضۂ خنزیر[9] وغیرہ) ایسے ہیں جنکا متعدی ہونا اگرچہ ایک

---

[1] جامع النور۔ کنڈنسر۔
[2] تنویر فضائے تاریک۔ ڈارک گراؤنڈ الیلومی نیشن۔
[3] ایک ملی میٹر $\frac{1}{25}$ قیراط کے برابر۔
[4] رمد۔ ٹراکوما۔
[5] الہاب نخاع رادی مقدم۔ انٹیریر پولیومائی لائی مٹس۔
[6] زرد بخار۔ یلو فیور۔
[7] سوداوی مزاج کلبی۔ ڈاگس وڈس ٹمپر۔
[8] ہیضۂ خنزیر۔ ہاگ کالرا۔

یقینی امر ہے مگر ان کے مخصوص جراثیم ابھی تک کسی طاقت کی خوردبین سے قابل تمیز نہیں ہیں + اس قسم کے ناقابل معائنہ خفیف ترین اجسام وذرات کو برتر از معائنہ خوردبینی کہتے ہیں۔ اس قسم کے متعدی ہونے کا ثبوت دیگر وسائل سے بعض حالات میں حاصل ہو چکا ہے مثلاً انکی رطوبات کی تلقیح سے بعینہٖ اسی مرض کا پیدا ہو جانا وغیرہ +

خوردبین کے کلاں نما شیشہ (عدسہ) کی طاقت کا اندازہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ کسی شفاف شیشہ کی ایک قیراط سطح پر نہایت باریک لکیریں کھینچی جاتی ہیں + اگر یہ لکیریں بالکل صاف علٰحدہ علٰحدہ نظر آتی ہیں تو انکی انتہائی تعداد کے لحاظ سے کہا جاتا ہے کہ یہ شیشہ (عدسہ) فلاں مخصوص طاقت کا ہے + زیادہ سے زیادہ طاقتور خوردبینی شیشہ (عدسہ) اس طرح ایک قیراط کے اندر ایک لاکھ ساٹھ ہزار لکیریں صاف الگ الگ بتا سکتا ہے + لیکن اگر لکیریں اس سے زیادہ تعداد میں ہوں تو وہ صاف صاف نظر نہیں آتی ہیں بلکہ مخلوط دکھائی دیتی ہیں + اس لئے اس مؤخر الذکر غیر یقینی تعداد کی لکیروں کو برتر از معائنہ خوردبینی یا ناقابل مشاہدہ کہا جاتا ہے +

اس قسم کے اجسام کو دیکھنے کے لئے بعض اوقات فضائے تاریک کی تنویر سے دیکھنے کی کوشش کی جاتی ہے، جیسا کہ جرثومیات آتشک کے متعلق اوپر درج کیا گیا ہے + اکثر آتشک کے تازہ مواد کو "قطرۂ آویزاں" کی صورت میں خوردبین کے نیچے رکھکر بغور دیکھنے سے جراثیم آتشک کی نقل و حرکت تاریک زمین میں بخوبی نظر آتی ہے +

۱؎ برتر از مشاہدۂ خوردبینی = السلامی گرائسکوپک	۲؎ قطرۂ آویزاں = ہینگنگ ڈراپ۔

(ب) اسی قسم کا نظارہ کم و بیش ایک دوسری ترکیب سے بھی دیکھا جاسکتا ہے۔ وہ یہ ہے کہ زخم آتشک کی رطوبت کو ہندوستانی[1] روشنائی کے ساتھ خوب ملا لیا جائے اور پھر اوسکا ایک قطرہ کسی شفاف شیشہ (لوح) پر پھیلا کر ہلکی سی تہ (غشاوہ) جما لی جائے اور اس تہ کو خشک کر لیا جائے۔ اب اگر اس خشک تہ کا معائنہ خوردبین کی مدد سے "فضائے تاریک" کے اندر کیا جائے، تو جراثیم آتشک سیاہ زمین پر بے رنگ یا شفاف صورت میں نظر آئیں گے، اگرچہ خشک ہو جانے کی وجہ سے اب انکی نقل و حرکت تو زندہ جراثیم کی طرح نہیں دکھائی دے گی۔ یہ طریقہ امتحان نہایت سادہ اور آسان ہے اور بلا وقت مزید جلد قابل عمل ہے۔

(ج) حیوانات آتشک کے لگنے کے طریقے۔ متعدد اقسام کے رائج ہیں جنمیں سے بیشتر رومانوفسکی[2] کی اصلاح کی ہوئی صورتیں ہیں۔

عکسی تصویر کشی کے ذریعہ بھی جراثیم مختلف طریقوں سے نمایاں کیے جاتے ہیں، جنکا دارومدار اس کیمیائی اصول پر ہے کہ روشنی کے اثر سے نمکیات فضہ (چاندی کے مرکبات) کی ترکیب ٹوٹ جاتی ہے۔ (تجزیہ[3]) یہ طریقے اوس وقت خصوصاً مفید ہوتی ہیں جبکہ جراثیم کو گہری ساختوں کے اندر سے تلاش کرنا مقصود ہو۔

(۲) تشخیص بہ طریقۂ دیگر۔ (تفاعل فاسرمان[5]) شناخت آتشک کا دوسرا طریقہ ہے، جس میں مریض کے خون کا امتحان کیا جاتا ہے۔ اسکا بنیادی اصول یہ ہے کہ آتشک درجۂ اول کے اواخر میں، و نیز درجۂ دویم و درجۂ سویم میں مریض کے

[1] ہندوستانی روشنائی۔ انڈین انک
[2] رومانوفسکی۔ رومنوفسکی (ایک عالم کا نام ہے)
[3] نمکیات فضہ۔ سلور سالٹ
[4] تجزیہ۔ ری ڈکشن۔
[5] تفاعل فاسرمان۔ ماز رمن ری ایکشن۔

خون کی ماہیت میں ایک ایسی غیر معمولی شئے موجود ہو جاتی ہے، جسے اگر قلب یا جگر کے خلاصۂ[1] الکحولی میں (جسے سیال نمکین کی آمیزش سے ہلکا کیا گیا ہو) ملایا جاوے تو اس مخلوط تکملہ[2] نامی مادہ جدا ہو جاتا ہے +

تکملہ کے جدا ہو جانے کی شناخت اس طریقہ سے کی جاتی ہے کہ اگر اس مخلوط کے کے اندر سرخ[3] کریات ذی حس بنا کر ملا دیے جاویں تو تکملہ کی موجودگی میں تو کریات بالکل حل ہو جائیں گے۔ اور اگر کریات میں کوئی تبدیلی واقع نہ ہو تو سمجھنا چاہیے کہ مخلوط میں تکملہ موجود نہیں ہے +

پس اگر طریقۂ مندرجہ سے تکملہ کا موجود ہونا ثابت ہو جاوے تو اس امتحان کو تفاعل[4] فاسرمانی مثبت کہا جاتا ہے، اور تکملہ موجود نہ ہو تو اسے تفاعل[5] منفی کہنا چاہیے +

علاوہ آتشک کے یہ امتحان چند دیگر امراض میں بھی مثبت پایا جاتا ہے۔ مثلاً دودم تونی[6] جذام۔ مرض النوم[7] (افریقی) اور گاہے موسمی بخار میں + مرض آتشک میں یہ امتحان علی العموم ابتدائی زخم کے نمودار ہو جانے کے بعد دوسرے اور چھٹے ہفتہ کے درمیان مثبت پایا جاتا ہے + اس عرصہ میں ایک آدھ مرتبہ اس امتحان کا منفی ہونا مرض کے غیر موجود ہونے کی کوئی قوی دلیل نہیں ہے۔ لہٰذا مشتبہ حالت میں نخم آتشک

---

[1] خلاصۂ الکحولی۔ الکہولک اکسٹریکٹ (وہ خلاصہ جسے الکحول کی آمیزش سے طیار کیا جاوے)

[2] تکملہ۔ کمپلی منٹ۔ مخصوص طریقہ سے حیثیت حاصل کردہ سرخ ذرات خون۔ حساس کریات احمر۔

[3] ذی حس بنائے ہوئے سرخ کریات۔ سنسی ٹائزڈ۔ رڈ کارپسکلز۔

[4] تفاعل فاسرمانی مثبت۔ پازی ٹو وازرمن ری ایکشن۔

[5] تفاعل منفی۔ نیگے ٹو ری ایکشن۔

[6] دودم تونی۔ یاز۔

[7] مرض النوم۔ سلی پنگ سکنس۔

کی رطوبت کا امتحان جراثیم کے معائنہ کی غرض سے کرنا چاہیئے۔ اور امتحانِ فاسران کچھ عرصہ کے بعد کرنا چاہیئے ۔ امتحان فاسران درجۂ اول اور درجۂ دویم میں مثبت ملتا ہے بشرطیکہ وہ ادویہ اور علاج سے غائب نہ ہو گیا ہو + درجۂ سویم کی ابتدا میں چند مریض ایسے ملتے ہیں جن میں یہ منفی ثابت ہوتا ہے۔ اور اس کی تعداد بتدریج بڑھتی ہی چلی جاتی ہے۔ حتی کہ بہت پرانے مریضوں میں امتحان مثبت کی تعداد ۵۰ فی صدی سے گھٹ کر تقریباً ۱۰ فی صدی پر آجاتی ہے + لیکن یہ امر قابلِ غور ہے کہ فاسرانی امتحان سے محض عدوائی آتشک کا موجود ہونا ثابت ہوتا ہے۔ مگر اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ اس زمانہ کا ہر زخم آتشکی ہے +

سلسلۂ علامات۔ آتشک کی علامات، عدوی کی شدت سمیت اور ساختوں کی قوت و مقدار مدافعت کے لحاظ سے، مختلف مریضوں میں بہت مختلف ہوتی ہیں + مگر جیسا کہ ایک محقق[1] نے بتایا ہے، اس مرض میں یہ قاعدہ ہے کہ اس کے تین درجے ہوتے ہیں +

درجۂ ابتدائی[2]، جس میں کم و بیش مختلف عرصہ کی مدت حضانت کے بعد ایک زخم نمودار ہو جاتا ہے، جسے عام طور پر قرحۂ صلبہ[3] کہتے ہیں + اس کے بعد

۱؎ یہ تمام اعداد و شمار ایسے مریضوں سے لیے گئے ہیں جنکا علاج طریقۂ قدیم کے مطابق صرف پارہ کے مرکبات سے کیا گیا تھا +

مگر جدید طریقۂ علاج (مرکب ۶۰۶) نے بالکل کایا پلٹ کر دی ہے۔ چنانچہ واسرمن کے امتحان پر نئے علاج سے جو اثر پڑتا ہے، اسکی تفصیل مسودۂ عملِ احتقان میں شرح درج ہے۔ اوسے بغور دیکھنے کے بعد اس بحث میں اضافات و ترمیم کرنا چاہیئے +

۱؎ محقق ریکارڈ۔
۲؎ درجۂ ابتدائی۔ پرائمری اسٹیج۔
۳؎ قرحۂ صلبہ۔ ہارڈ شنکر (صلبہ سخت) +

درجہ دوئم[1] جو چند ہفتہ کے اندر ظاہر ہو جاتا ہے + اس میں آتشک کا زہر سارے بدن میں پھیلکر عمومی عدوی کے علامات اس طرح ظاہر ہوتے ہیں کہ جلدِ بدن اغشیۂ مخاطیہ اور غدد جاذبہ ماؤف ہو جاتے ہیں + اس کے بعد

درجہ سوئم[2] کی علامات، ایک مختلف وقفہ (شاید برسوں) کے بعد (اس وقفہ میں بعض اوقات بظاہر علاماتِ مرض غیر موجود ہوتی ہیں) اورام[3] صمغیہ وغیرہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں۔ یہ اورام بدن کے تمام حصص میں ہو سکتے ہیں +

طریقِ عدوی (آتشک کی چھوت کیونکر لگتی ہے؟)

اکتسابی آتشک قریب قریب ہمیشہ ناپاک مقاربت (بدکاری) کے باعث اعضائے تناسل میں چھوت لگ جانے سے پیدا ہو جاتی ہے + مگر گاہے یہ مرض بلا مقاربت، محض اتفاقیہ طور پر آتشکی زخموں سے بالواسطہ یا بلاواسطہ اتصال کے باعث بھی پیدا ہو جاتا ہے (آتشک غیر[4] جماعی یا پاک آتشک) + ایسی حالت میں ابتدائی زخم بجائے اعضائے تناسل پر ہونے کے اکثر جسم کے کسی دوسرے پر ہوتا ہے (قرحہ[5] غیر تناسلی) + مثلاً مریضِ آتشک کا استعمال کردہ آبخورہ اور گلاس یا تمباکو کا حقہ اور نے[6] استعمال کرنے سے ایک تندرست شخص کے لب میں آتشک کی چھوت لگ سکتی ہے + اسی طرح صرف بوسہ سے یہ مرض ایک سے دوسرے میں منتقل ہو سکتا ہے + ایک روسی[7] محقق نے ثابت کر دیا ہے کہ جراثیم آتشک نہایت نازک مزاج اور کمزور ہوتے ہیں، انکی سمی حرارت خارج از جسم نہایت

[1] درجہ دوئم۔ سکنڈری اسٹیج۔	سفلس ان سان ٹی ام۔
[2] درجہ سوئم۔ ٹرشری اسٹیج	[5] قرحہ غیر تناسلی۔ کسٹر اجنی ٹل شنکر۔
[3] اورام صمغیہ۔ گے ٹا	[6] نے۔ مقصبہ۔ پائپ۔
[4] غیر جماعی آتشک (پاک آتشک)	[7] محقق مسٹی کاف روسی۔

سرعت کے ساتھ غائب و نابود ہو جاتی ہے + یہی وجہ ہے کہ اگر براہ راست اتصال و تماس نہ ہو تو آتشک کی چھوت شاذ و نادر ہی لگتی ہے + دوسرا سبب یہ بھی ہے کہ صحیح و غیر مجروح جلد بدن اور تندرست و سالم غشیۂ مخاطیہ کے اندر سے جراثیم نظام جسم میں داخل نہیں ہو سکتے + علاوہ ازیں مرض آتشک ہر درجہ میں یکساں طور پر اور ایک شدت کا متعدی نہیں ہے + درجہ ابتدائی میں صرف زخم آتشک کی رطوبت ہی عدوی اور چھوت پیدا کر سکتی ہے، درجۂ دویم کے دوران میں چونکہ آتشک کا خصوصی زہر خون میں موجود ہوتا ہے، اس لئے وہ تمام مرضی ترشحات و رطوبات و نیز مریض کی منی میں پایا جاتا ہے، مگر خالص اور مصفیٰ رطوبات و افرازات (مثلاً آنسو، دودھ، اور پیشاب) آلائش مرض سے پاک ہوتے ہیں، لیکن اگر انہیں کسی مجروح اور رگڑ کھائی ہوئی سطح کی رطوبت آمیز ہو جاوے (جیسا کہ اکثر لعاب دہن کے ساتھ ہو جاتا ہے) تو یہ بھی فی الفور مُعدِی[3] ہو جاتے ہیں + درجۂ سویم کے مریضوں سے بھی چھوت لگنا ممکن ہے مگر ایسا شاذ ہی ہوتا ہے +

عموماً آتشک کا ایک حملہ مریض میں ایک گونہ قوت مدافعت (مناعت) پیدا کر دیتا ہے، جس کے باعث باوجود دوبارہ چھوت لگنے کے بھی آئندہ اعادۂ مرض نہیں ہونے پاتا + مگر اس قسم کی مناعت ہمیشہ یقینی طور پر محفوظ و مصئون نہیں رکھتی اور بعض مریضوں میں متیقن طور پر آتشک کے دوسرے حملے دیکھے گئے ہیں +

درجۂ حضانت[4] کی میعاد میں اختلاف پایا جاتا ہے، اور یہ دو سے چھ ہفتہ تک ہوتی ہے + عام طور پر تیسرے ہفتہ سے ہی قرحیں صلابت کے آثار پائے

۱؎ تماس۔ کان ٹیکٹ۔	۳؎ مُعدِی (چھوتدار) انفکٹو۔
۲؎ خصوصی زہر۔ ویرس۔	۴؎ درجۂ حضانت۔ اسٹیج آف انکیوبیشن

جاتے ہیں۔ مقامی سقم (زخم ابتدائی) کی قطع و برید یا خارج کر دینے سے مرض آتشک کی معمولی رفتار میں مطلق اثر نہیں ہوتا، البتہ عدوی کے بعد ہی اگر مقام ماؤف کو قطع کر دیا جاوے یا اگر سلور رزان کے ذریعہ علاج جاری رکھا جاوے تو مرض رُک جاتا ہے۔ بیشتر جراثیم آتشک قرحہ کے اندر محبوس رہتے ہیں جس کے باعث دوا ان تک نہیں پہونچنے پاتی، لہٰذا مناسب ہے کہ انکو خارج قطع و برید کے عمل کے ذریعہ خارج کر دیا جائے۔ اگر مقامی زخم خالصاً آتشکی ہے تو وہ مدت حضانت کے اندر ہی تمام و کمال مندمل ہو جاتا ہے اور پھر کوئی مقامی تبدیلی اوسوقت تک نمایاں نہیں ہوتی جب تک کہ زخم آتشک کی مخصوص صلابت ظاہر نہ ہو۔ مگر کبھی اس میں "عدوی صدیدیہ" واقع ہو جاتا ہے یا "قرحہ رغوہ" بھی ساتھ ہی موجود ہوتا ہے چنانچہ جب قرحہ رغوہ بھی ساتھ ہوتا ہے تو زخم کا اندمال بخوبی نہیں ہونے پاتا اور کچھ عرصہ کے بعد زخم کی گہرائی میں صلابت پیدا ہو جاتی ہے۔

(۱) درجہ ابتدائی۔ آتشک کے ابتدائی درجہ کے ممتاز خصائص یہ ہیں کہ اس میں ایک زخم پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی قرب جوار کے غدد جاذبہ بڑھ جاتے ہیں۔ عموماً یہ زخم قلفہ کی جڑ میں حشفہ کے اُبھرے ہوئے کنارے (اکلیل الحشفہ) کے پاس یا حشفہ کے نیچے لگی ہوئی جھلی (قید الحشفہ) میں واقع ہوتا ہے۔ مستورات میں یہ زخم زیادہ تر شرمگاہ کے بڑے شفر کے اندرونی پہلو یا چھوٹے

۱ سلور رزان۔ سالورسن (سنکھیا کا ایک نیا کیمیاب مرکب ہے جو آتشک کے لیے حکمی دوا سمجھی گئی ہے)
۲ عدوی صدیدیہ۔ پایوجے نک ان فکشن
۳ درجہ ابتدائی۔ پرائمری اسٹیج۔
۴ زخم۔ سور۔
۵ غدد جاذبہ۔ لمفے ٹک گلینڈز۔
۶ قلفہ۔ پری پیوس (کلاہ حشفہ)
۷ اکلیل حشفہ۔ کارونا گلانڈس۔
۸ قید الحشفہ۔ فرے نم۔
۹ شفر عظیم۔ لیبیا میجورا۔

شفر[1] پیدا ہوتا ہے، مگر چونکہ عموماً اس سے کسی قسم کی اذیت محسوس نہیں ہوتی اس لئے اکثر اس کی موجودگی نظر انداز ہو جاتی ہے +

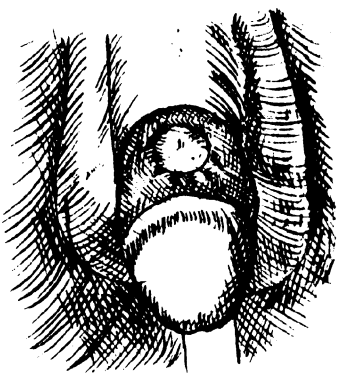
ابتدائی زخم ہمیشہ ایک ہی قسم کی شکل و صورت میں نمایاں نہیں ہوتا، اگرچہ کم و بیش ترشحات کا اجتماع اور صلابت اس کی ممتاز خصوصیت ہے + اس زخم کی خاص صورتیں یہ ہو سکتی ہیں +

(الف) حُلیمہ[2] مُتقشرہ (چھلکے دار ابھار) یہ قدرے ابھرا ہوا خراش دار دانہ ہوتا ہے، اسکا رنگ مٹیالا اور تقرح سے خالی ہوتا ہے + عموماً یہ دانہ چھوٹا مگر سخت ہوتا ہے، اور اس کی بیرونی سطح پر بشرہ[3] کے چھلکے یا کھرنڈ سے لگے ہوئے پائے جاتے ہیں + رگڑ لگ جانے سے یا رطوبات دماغ کے اجتماع سے اس میں تقرح بھی پیدا ہو سکتا ہے مگر ابتداءً صلابت زیادہ نہیں ہوتی + اگر اس قسم کے حادثات واقع نہ ہوں تو اس کی موجودگی محسوس بھی نہیں ہوتی اور اسکی غائبانہ رفتار ختم ہو کر مریض غیر محسوس طور پر آتشک زدہ ہو جاتا ہے اور شاید اس بات کا صحیح اندازہ بھی نہیں کر سکتا کہ وہ کس وقت اور کس ذریعہ سے عدوائی آتشک کا شکار ہو گیا +

(ب) قرحۂ[4] صُلبیہ (زخم سخت) یہ قسم نہایت عام طور پر پائی جاتی ہے، اور حُلیمہ (ابھرے ہوئے دانے) میں خراش کے اثر سے یا کسی قرحۂ رخوہ کی موجودگی میں پیدا ہو جاتی ہے، اگر ابتدائی سطحی خراش و سیج مندمل ہو کر اچھا ہو گیا ہے تو اوسکے ندبہ (نشان زخم) میں ایک مقامی ابھار کرمی کے مانند نہایت سخت پیدا

[1] شفر صغیر۔ منفی۔	[3] بشرہ۔ اپی تھیلیم۔
[2] حُلیمہ مُتقشرہ۔ ڈس کوئے ٹنگ پے پیول۔	[4] قرحۂ صلبیہ۔ ہارڈ شنکر۔ انڈیورے ٹڈ شنکر۔ ہنٹے رین شنکر

(۲۹) قرحۂ صلبہ یعنی آتشک کا زخم۔ جو قلفہ کی اندرونی سطح کے لوٹنے پر نظر آتا ہے



ہوجاتا ہے اور یہ حقیقی جلد (اُدمہ[1]) سے خوب چپکا ہوا بلکہ اُدمہ کے ساتھ منضم ہوجاتا ہے + البتہ اگر ابتداءً قرحۂ رخوہ پیدا ہوچکا ہے تو اس کی سطح میں کم وبیش گہرائی تک تقرح قایم رہتا ہے، اور ساتھ ہی زخم کا حاشیہ نمایاں طور پر واضح ہوجاتا ہے گو صلابت زخم کی جڑ ہی میں پائی جاتی ہے +

بعض حالات میں دانہ کا ابھار نہایت تھوڑا ہوتا ہے اور سطح پر تقرح نہیں پیدا ہوتا۔ اس قسم کو، جو بیشتر حشفہ پر پائی جاتی ہے، صلابت[2] رقی کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے + لیکن جب قلفہ (کلاہ حشفہ) یا جسم قضیب پر زخم ہوتا ہے تو ان مقامات میں نسیج[3] واصل کے ڈھیلے پن کے باعث، تصلب زیادہ پھیلاؤ رکھتا ہے + جب مقام ماؤف قلفہ کی جڑ ہوتا ہے تو صلابت عموماً عرضاً پھیلکر ایک طوق نما جسامت اختیار کرلیتی ہے + ایسی حالت میں جب قلفہ کے چمڑہ کو اوپر چڑھا لیا جاتا ہے تو یہ ایک مخصوص طرز پر پوسے کا پورا اوپر کھنچ آتا ہے + جب مقام ماؤف قلفہ کا دہانہ ہوتا ہے تو صلابت اور سختی اس حصہ میں زیادہ پھیلی ہوئی ہوتی ہے، جس کے باعث قلفہ کا چمڑا اوپر نہیں چڑھ سکتا اور قلفہ میں ایک قسم کی تنگی سامنے کے حصہ میں نمودار ہوجاتی ہے (ضیق[4] قلفہ) +

درجۂ ابتدائی کی نئی ساخت اور صلابت کی ترکیب۔ خوردبین سے دیکھنے پر محض گول[5] دانوں (کریات مستدیرہ) اور نوکدار لمبے[6] دانوں (کریات مغزلیہ) سے ثابت ہوتی ہے۔ جنکا اجتماع ایک دوسرے کے نہایت قریب ہوتا ہے اور

[1] اُدمہ۔ جلد حقیقی۔ کیوٹس۔
[2] صلابت رقی ریکوردی۔ ہارسچ منٹ انڈیوریشن آف ریکارڈی۔
[3] نسیج واصل۔ کنکٹو ٹشو۔
[4] ضیق قلفہ۔ فائی موسس
[5] گول دانے۔ کریات مستدیرہ۔ راؤنڈ سیلز۔
[6] نوکدار لمبے دانے۔ اسپنڈل سیلز۔

اور ان دانوں کے درمیان قدرے یعنی ساخت ہوتی ہے جو دانوں کو آپس میں جوڑتی ہے + گاہے اس ساخت میں خلیات[1] عظیمہ (کریات کثیر النوی) بھی پائے جاتے ہیں + اس ساخت کے اندر عروق بہت کم ہوتے ہیں، اسی وجہ سے اس میں تقرح بہت آسانی سے واقع ہو جاتا ہے +

مگر اس بات کا اندازہ بخوبی کر لینا چاہیئے کہ "صلابت" کے ظاہر ہونے سے پہلے ہی آتشک کی تشخیص خورد بین کی مدد سے کی جا سکتی ہے، اور جب تک اس طرح صحیح تشخیص ابتدا ہی میں قایم نہ کر لی جاوے اور مناسب علاج فوراً شروع نہ کر دیا جاوے، شفائے کلی کا امکان بہت کم ہو جاتا ہے (اسکا خلاصہ یہ ہے کہ ابتدائی زخم ہی سے آتشک کی تشخیص کر کے مناسب علاج سلورزان وغیرہ کے ذریعہ فوراً شروع کر دینا چاہیئے۔ اور صلابت کے ظاہری علامات کا انتظار نہ کرنا چاہیئے ورنہ شفائے کلی کی اُمید کم ہوتی ہے) +

ایک ہی مریض میں ایک سے زائد قروح آتشک، پائے جا سکتے ہیں بلکہ ممکن ہے کہ انکی چھوت ایک ہی وقت لگ چکی ہو + اور یہ بھی ممکن ہے کہ ایک ہی مریض مختلف اوقات میں (جن کے درمیان وقفہ تھوڑا ہو) یکے بعد دیگرے عدوی حاصل کرے لیکن قرحۂ آتشک بذاتہ اپنی چھوت سے دوسرا قرحہ عموماً نہیں پیدا کرتا یعنی مریض آتشک اپنی آتشک سے دوسرے عضو میں متاثر نہیں ہوتا۔ چنانچہ جب قرحہ قلفہ کے نیچے پیدا ہوتا ہے تو اوس کی چھوت سے حشفہ پر (جو پاس ہی ہے) دوسرا زخم پیدا نہیں ہوتا + جب قروح متعدد ہوتے ہیں تو وہ ہمیشہ چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں اور اون میں سختی نسبتاً بہت کم ہوتی ہے +

---

[1] خلیات عظیمہ { جائنٹ سیلز۔ بڑے دانے } (جن میں ایک سے زائد نوات ہوتے ہیں) +

۔قرحۂ اُلاِ خلیل۔ یہ عموماً مجری البول کے لبوں پر اندرونی پہلو میں ہوتا ہے اور ایک ایسا زخم بناتا ہے جس کی جڑ سخت ہوتی ہے، اگر مجری البول کے دہانہ کو انگلیوں میں پکڑ کر ٹٹولا جاوے تو یہ قرحہ بطور ایک سخت دانے یا گٹھلی کے محسوس ہوتا ہے اور اوس کے اندر سے ایک قسم کی مائی (مصلی) رطوبت جس میں خون کی آمیزش بھی ہوتی ہے، خارج ہوتی ہے + گاہے خود مجری البول کے دہانہ میں قرحۂ سخت واقع ہوتا ہے اور اوسکو گھیر لیتا ہے جس کے بعد ضیق اخلیل واقع ہوسکتا ہے + (ضیق[1] اخلیل۔ مجری بول کی تنگی)

قرحۂ[3] غیر تناسلی۔ غیر تناسلی قروح عام طور پر لب، انگلی اور حلمہ (سرپستان) کے اوپر پائے جاتے ہیں + اکثر انکا یہ خاصہ ہوتا ہے کہ التہاب صدیدی کے باعث ان میں انصباب و ترشح زیادہ ہوتا ہے مگر بمقابلہ اعضائے تناسل کے قروح کے ان میں سختی چنداں نمایاں اور محدود رقبہ میں نہیں ہوتی چنانچہ ان قروح میں ورم بہت اوبھرا ہوا اور خون کی رگیں پھولی ہوئی ہوتی ہیں اور اگر تقرح ہوجاتا ہے تو اوس کے ساتھ مواد بھی نسبتاً زیادہ نکلتا ہے اور یہ مواد خشک ہوکر زخم کی سطح پر کھرنڈ بنا دیتا ہے + پاس کے غدد جاذبہ بھی اکثر اوقات متورم ہوکر بہت بڑھ جاتے ہیں اور اونکے آس پاس ترشحات و رطوبات کا اجتماع ہوجاتا ہے + اس قسم کی حالت غلطی سے سلعۂ[4] بشریہ سمجھی جاتی ہے، مگر اس کی تفریق و تشخیص، قرحہ کی صلابت اور اس کے اُبھرے ہوئے کناروں سے، نیز اس کی تیز رفتار و سرعتِ تکمیل سے اور غدد کے جلد بڑھ جانے سے بآسانی ہوسکتی ہے + گاہے قرحۂ غیر تناسلی کی حالت تناسلی قرحہ کے نسبت زیادہ شدید پائی جاتی ہے اور

۱؎ قرحۂ اخلیل۔ یورتھرل شنکر	۳؎ قرحہ غیر تناسلی۔ اکسٹراجنیٹل شنکر۔
۲؎ ضیق الاخلیل۔ اسٹرکچر آف یورتھرا	۴؎ سلعہ بشریہ۔ اپی تھیلی اوما

غالباً یہی وجہ ہوتی ہے جس کے باعث اسکی صحیح تشخیص ابتدائی درجہ میں قایم نہیں ہو سکتی، بلکہ اوسوقت قائم ہوتی ہے جبکہ آتشک کے درجۂ دوم کی علامتیں نمودار ہوجاتی ہیں +

قروحِ اِصبعیہ[1] (انگلیوں کے آتشکی زخم) یہ عموماً تیمارداروں جراحوں اور بچہ جنانے والوں (مولدین[2]) میں دیکھے جاتے ہیں اور ناخن کے پہلو پر شروع ہوتے ہیں + یہ ایک غیر موٴلم (غیر دردناک) زخم ہوتا ہے، پھر یہ انصباب طوبات کے باعث سوجتا اور تقرح سے پھوٹ جاتا ہے اور ناخن کے مقام پیدائش کے نیچے اور اس کی ہلالی چنٹ (ثنیہ ہلالیہ[3]) کی سمیدھ میں پھیلتا رہتا ہے + اس سے رطوبت بہت کثیر مقدار میں خارج ہوتی ہے اور درد بھی شدید ہوتا ہے اور انگلی کا انتہائی پور پیاز کی گانٹھ کی طرح سوج کر پھول جاتا ہے۔ ازاں بعد کہنی اور بغل کے غدد (غدد فوق اللقمہ[4] اور غدد ابطیہ[5]) متورم ہوجاتے ہیں + ان سب علامات کے باعث اکثر اوقات ایسی حالتوں کو سہواً ورم[6] خبیث سمجھ لیا جاتا ہے + مگر کبھی کبھی یہ زخم اسقدر چھوٹا اور غیر نمایاں ہوتا ہے کہ (ابتداء) محسوس بھی نہیں کیا جاتا +

قرحۂ اکالہ[7]۔ یہ ایک قسم کا پھیلنے والا تقرح ہوتا ہے، جو فی زمانا (امراض ظہریہ[8] (تناسلیہ) اور خصوصاً آتشک کے علاوہ دیگر حالات میں بہت کمیاب ہوتا ہے +

---

[1] قروح اصبعیہ۔ ڈجیٹل شنکر۔

[2] مولدین۔ اکوشر۔

[3] ثنیہ ہلالیہ۔ سمی لیونر فولڈ۔

[4] غدد فوق اللقمہ۔ اپی کانڈیلائڈ گلینڈز۔

[5] غدد ابطیہ۔ اگزلری گلینڈز۔

[6] ورم خبیث۔ مالگننٹ ڈیزیز۔

[7] قرحۂ اکالہ۔ ینجے ڈینا (بقول بعض اسکا دوسرا نام ذرب بھی ہے)

[8] امراض ظہریہ۔ وینیریل ڈیزیز (عموماً امراض تناسلیہ کو کہتے ہیں) +

یہ ہمیشہ کمزور اور میلے اشخاص میں ہوتا ہے اور بیشتر اون رطوبات کے باعث ہوتا ہے جو کلاہ حشفہ کے تنگ ہوجانے کی وجہ سے بند ہوجاتی ہیں۔ قلفہ اور عضو تناسل کا انتہائی سرا سُرخ و متورم ہوجاتا ہے اور اوس میں رطوبات کا اجتماع ہوجاتا ہے۔ قلفہ کو اوپر چڑھالیا جائے یا کاٹ کر دیکھا جائے تو مقام ماڈف کی سطح سڑی ہوئی (گلی ہوئی) ملتی ہے اور اگر تقرح کو مناسب علاج سے روکا نہ جائے تو وہ سرعت کے ساتھ پھیلکر حشفہ اور قلفہ کو گلا دیتا ہے، بلکہ جسم قضیب تک پہونچ جاتا ہے۔

علاج۔ اگر قلفہ گل نہ گیا ہو تو اوسکو کاٹ دینا چاہئے، پھر اس کے بعد مریض کو گرم پانی میں بٹھاکر حمام نصفی کرانا چاہئے۔ درمیانی وقفوں میں زخم پر نمل بنفشی چپڑ کر عنصل سیاہ میں بھگوئے ہوئے ریشم سے باندھ دینا چاہئے۔ اس کے بعد کا علاج اوسی اصول پر ہونا چاہئے جیسا کہ آتشک کے درجۂ اول کا ہوتا ہے، اگرچہ مریض کی صحت عامہ کی کمزوری بعض اوقات مقویات کے استعمال کے لئے اور بعض اوقات بحری آب و ہوا میں رکھنے کے لیے مجبور کر دیتی ہے۔ اگر کسی خاص سبب سے حمام نصفی دینا غیر ممکن ہو تو اصول قدیم کے مطابق قرحہ کو چھیل کر زخم کی گہرائی میں حامض قطرانی یا تیزاب شورہ کی پھریری خوب لگیٹر دینی چاہئے۔ جبکہ ساختیں بہت گلی ہوئی ہوں تو یہ آخری طریقہ حمام نصفی سے پہلے نہایت مفید نتائج رکھتا ہے۔ (یعنی حمام میں داخل کرنے سے پہلے زخم کو اسی طریقہ سے جلا دیا جائے)۔

غدد جاذبہ۔ وہ تمام غدد جاذبہ، جن میں زخم (قرحہ) کے اردگرد سے مائیت

۱ حمام نصفی۔ ہپ باتھ۔	۴ نٹار بینٹ۔
۲ نمل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔	۵ حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔
۳ محلول سیاہ۔ لوشیو نگرا۔	۶ غدد جاذبہ۔ لمفے ٹک گلینڈز۔
	۷ مائیت۔ لمف۔

پہونچتی ہے، ممتاز طور پر متورم ہو کر بڑھ جاتے ہیں + یہ غدد ہلانے سے بخوبی جلد کے نیچے ہلتے ہیں اور بندوق کی گولی یا غضروفی ٹکڑوں، یا بادام کی سختی رکھتے ہیں (اسی بادامی سختی کے باعث اکثر ایسے غدد کے لئے اصطلاحاً لوزی یا بادام نما کا خطاب استعمال کیا جاتا ہے) + ان میں درد بالکل محسوس نہیں ہوتا اور نہ تقیح پیدا ہوتا ہے + البتہ اگر ابتدائی زخم میں قرحہ رخوہ کا سم نوعی یا کرویات سدیدیہ کی چھوٹ بھی شامل ہو جائے تو پیپ پیدا ہو جاتی ہے +

بعض اوقات اون عروق جاذبہ میں جو قرحہ اور غدد جاذبہ کے درمیان میں واقع ہیں، مزمن التہاب[1] پیدا ہو کر یہ عروق زیر جلد سخت رسی کی طرح محسوس ہوتے ہیں[2] اس طرح پشت قضیب کی عرق مائی (عرق جاذب) اکثر التہاب کے باعث مسدود ہو جاتی ہے اور اُس کے انسداد کی وجہ سے قلفہ اور حشفہ کا اوذیما (تہیج۔ بھر بھراہٹ) پیدا ہو جاتا ہے + علیٰ ہذا اگر قرحہ میں تقیح پیدا ہو جاوے تو اوس کے اثر سے عروق جاذبہ میں بھی پیپ دھوڑا (خراج) بن جاتا ہے +

قرحۂ آتشک کی تشخیص۔ قرحۂ آتشک اور قرحۂ رخوہ کے درمیان تشخیص قایم کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا + البتہ شبہ اوسوقت نہیں پیدا ہو سکتا جبکہ زخم میں تقرح نہ ہو اور قاعدۂ زخم میں ممتاز صلابت پائی جاوے + لیکن تشخیص میں دقت تو اوسوقت ہوتی ہے جبکہ ابتدائی قرحہ میں تقیح واقع ہو کر ایک گہرا زخم پیدا ہو جاتا ہے اور اوس کے گرد کی ساختیں انصباب مواد اور استلاء دموی کے باعث تشتی ہو کر حلقہ بنا لیتی ہیں + ایسی حالت میں قرحہ کی اصلیت کا اندازہ مشکل سے ہو سکتا ہے + کنج ران کے غدد دونوں حالتوں میں بڑھ جاتے ہیں اور پیپ کا موجود ہونا کوئی بات نہیں ثابت کرتا + حتیٰ کہ تلقیح ذاتی کے باعث

---

[1] لوزی۔ بادام نما۔ انگلانڈ۔ [2] التہاب عروق جاذبہ۔ لمفجائی کٹس [3] تلقیح ذاتی۔ آٹوٹوانا کولیشن

قرحۂ تابعہ[1] کا موجود ہونا بھی صرف قرحۂ رخوہ کی موجودگی کو ثابت کرتا ہے لیکن اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ آتشک موجود نہیں ہے + زخم کی کھرچن[2] (حکاکۃ) میں یا اُس رطوبت میں جو کنج ران کے متورم غدد سے مالش کرنے کے بعد محتنہ جلدیہ (پچکاری) کی سوئی کے ذریعہ نکالی جاوے۔ اگر آتشک کے مخصوص پیچدار جراثیم اس میں مل جائیں تو یہ ایک قطعی ثبوت آتشک کی موجودگی کا ہے گاہے ایسا ہی ہوتا ہے کہ قطعی تشخیص کے متعلق رائے دینے کے لیے درجۂ دویم کی علامات کا انتظار کرنا پڑتا ہے +

قرحۂ ابتدائی کی مدت۔ یہ مختلف حالات میں مختلف ہوتی ہے، اور اسکا انحصار بیشتر اس امر پر رہتا ہے کہ جلد علاج شروع کیا گیا یا دیر سے + اگر مریض پہلے چھ ہفتوں کے اندر ہی اندر طبیب کے معائنہ میں آگیا اور پھر اوسکا علاج فوراً پارہ کے مرکبات سے مسلسل طور پر جاری رہا تو قرحہ مندمل ہوجاتا ہے، اور صلابت عموماً چھ سے آٹھ ہفتہ میں غائب ہوجاتی ہے، تاہم کنج ران کے غدد کچھ زیادہ عرصہ تک بڑھے ہوئے رہتے ہیں + علاج کے شروع کرنے میں جسقدر تاخیر کی جاوے گی اوسی لحاظ سے سختی دیرپا ہوگی + اگر پارے کا استعمال نہ کیا جاوے تو صلابت بارہ مہینوں سے بھی زائد عرصہ تک قایم رہ سکتی ہے، اور پھر بتدریج کم ہوکر غائب ہوجاتی ہے، اگرچہ یہ بھی ممکن ہے کہ اس سے بہت کم عرصہ لگے + غیر مخلوط قرحۂ آتشک کے بعد نہایت خفیف ندبہ (نشان زخم) باقی رہتا ہے، اگرچہ قرحۂ رخوہ یا پیپ پڑے ہوئے قرحہ (قرحۂ عفنہ[3]) کے بعد نہایت نمایاں داغ باقی رہتا ہے +

---

[1] قرحۂ تابعہ۔ سلائٹ شنکر۔

[2] کھرچن۔ حکاکہ۔ اسکریچنگس۔

[3] قرحۂ عفنہ۔ سپورے ٹنگ شنکر۔

قرحۂ راجعہ۔ (صلابت راجعہ۔ لوٹنے والی سختی) گاہے پارہ کا استعمال بہت جلد ترک کر دینے سے، یا کسی مقامی خراش و ہیجان کے باعث یا از سرِ نو تازہ عدوی حاصل ہونے سے نشان زخم (ندبہ) میں دوبارہ تصلب پیدا ہو جاتا ہے (اس قسم کی رجعتِ تصلب کو قرحۂ راجعہ کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے)۔ بعض اوقات قرحہ راجعہ درجۂ سویم کی وجہ سے یا اورام صمغی کے باعث بھی واقع ہو جاتا ہے مگر ایسی حالت میں عروق و غدد جاذبہ کے عوارض موجود نہیں ہوتے۔

(۲) آتشک ثانوی

آتشک کے درجۂ دویم میں مرض کی سمیت خون کے ذریعہ (جو خود بھی فی ذاتہٖ معدی ہوتا ہے) پھیلکر سارے جسم میں سرایت کر جاتی ہے جس سے عام جسمانی عوارض کم و بیش پیدا ہو جاتے ہیں۔ مریض کا مزاج سست ناساز اور طبیعت مضمحل ہوتی ہے اور بعض حالات میں نمایاں بخار، دردِ سر اور لاغری ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات شدید فقر الدم (کمی خون) موجود ہوتا ہے اور خون کے امتحان میں سرخ دانے (کریات حمراء) تعداد میں کم پائے جاتے ہیں اور انکے اندر رنگین مادہ (حمرت دمویہ) کی مقدار بھی کم ہوتی ہے۔ سفید دانوں کی معمولی کثرت بھی پائی جاتی ہے، جس میں کریات مائیہ اور کریات سائلیہ کی زیادتی بالخصوص ہوتی ہے۔ درجۂ دویم کے خاص علامات و مظاہر یہ ہیں کہ بدن کے غدد جاذبہ

۱ قرحہ راجعہ۔ ری لیپس سنگ شنکر۔
۲ صلابت راجعہ۔ ری انڈیوریشن۔
۳ اورام صمغی۔ گیمٹا۔
۴ آتشک ثانوی۔ سکنڈری سفلس۔
۵ حمرت دمویہ۔ ہیموگلوبین۔
۶ کثرت بیضاوات۔ لیکوسائٹوسس۔
۷ کریات مائیہ۔ لمفوسائٹز
۸ کریات سائلیہ۔ پلازما سیل۔

عام طور پر بڑھ جاتے ہیں اور ساتھ ہی جلد اور اغشیۂ مخاطیہ پر مختلف اقسام کے دانے (طفح جلدی) پیدا ہو جاتے ہیں، اور بال گرنے لگتے ہیں، بعض علامتیں ایسی بھی ہیں جو شاذ و نادر ظاہر ہوتی ہیں۔ ایسی علامات کا تعلق آنکھوں اور دماغ وغیرہ سے ہوتا ہے +

یہ علامات تلقیح مرض (چھوت) کے بعد عموماً چھ سے نو ہفتہ تک ظاہر ہوتی ہیں مگر بعض اوقات اس میں بہت تاخیر بھی ہو جاتی ہے + علامات کی شدت میں بہت اختلاف پایا جاتا ہے، کبھی تو کوئی علامت بشکل ظاہر ہوتی ہے، اور کبھی مرض کے شدید علامات بخوبی ظاہر ہوتے ہیں + علاوہ ازیں علاج کی تعجیل و تاخیر کا بھی علامات پر بہت اثر ہوتا ہے۔ علاج کی ابتداء جسقدر جلد (درجۂ ابتدائی کے بعد ہی) کر دی جاوے اوسی قدر درجۂ دویم کے علامات خفیف ظاہر ہوتے ہیں +

درجہ دویم کے دانے (طفح جلدی) انکی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ ان کی کوئی ممتاز شکل نہیں ہوتی۔ جو دوسروں میں نہ پائی جاتی ہو۔ بلکہ یہ ہر قسم کے دانوں (طفح جلدی) سے مشابہ ہو سکتے ہیں +

علاوہ ازیں ایک ہی مریض میں تمام جسم پر ایک ہی قسم کی پھنسیاں نہیں پائی جاتی ہیں بلکہ بدن کے مختلف حصص میں خاص خاص طرز کی کئی نمایاں قسمیں ہوتی ہیں (تعدد شکل[1]) یہ دانے ترتیب وضع قیام میں اکثر یکسانیت رکھتے ہیں (یعنے اکثر بدن کے اوسی حصہ پر دونوں جانب ہوتے ہیں) انکا رنگ ابتداءً گہرا سیاہی مائل سرخ (پکے لحم خنزیر کی طرح) ہوتا ہے، مگر کبھی یہ چمکدار گلابی رنگ بھی رکھتے ہیں + اس قسم کے دانے کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جاتے ہیں مگر اکثر انکی جگہ عارضی طور پر سیاہی مائل تانبے کے رنگ کے داغدار چٹے (دھبے) رہ جاتے ہیں +

[1] تعدد شکل۔ پالی مارفزم۔

جلد کو دبانے سے یہ دانے بالکل غائب نہیں ہوتے بلکہ ادسی قسم کے بھورے سے داغ کی طرح دکھائی دیتے ہیں + ان میں خارش یا جلن نہیں محسوس ہوتی + انکی رفتار نہایت سادگی سے شروع ہوتی ہے یعنے ابتداء جبکہ جلد میں محض معمولی امتلاء دموی ہوتا ہے اوسوقت یہ بالکل سادہ سُرخی مائل صورت رکھتے ہیں، بعدہٗ جبکہ رطوبات موذیہ کا اجتماع ہو جاتا ہے تو انکی صورت زیادہ شدید ہو جاتی ہے +

دانوں کی سادہ ترین قسم میں محض معمولی امتلاء دموی ہوتا ہے، جس سے جلد میں سُرخ وسیاہی مائل دھبے نظر آتے ہیں (رورویت[1] افرنجیہ۔ آتشکی سُرخی) + یہ دھبے جلد مُرجھا جاتے ہیں۔ اور گاہے موجود ہی رہتے ہیں جبکہ انکے ساتھ ساتھ دوسرے طرز کے دانے بھی نکلتے رہتے ہیں + کبھی ساختِ جلد کے نیچے کے ابھاروں (حلیمات) میں انصباب وامتلاء دموی ہونے سے یہ متورم ہو جاتے ہیں (حلیمات[2] افرنجیہ) + گاہے رطوبت دار دانے یا آبلے بن جاتے ہیں۔ (نفاطہ[3] افرنجیہ۔ بثور[4] افرنجیہ) مگر اس قسم کی تبدیلی بہت شاذ واقع ہوتی ہے، یا نہایت کمزور اور نحیف مریضوں میں پائی جاتی ہے + دانوں کی ایک اور قسم بھی ہوتی ہے جسکو قشور[5] افرنجی کہتے ہیں، اسکا نشان امتیازی یہ ہے کہ اس میں انصباب مواد وامتلاء دموی کے دھبوں کے ساتھ ساتھ سطح پر قشور (چھلکے) بھی ہوتے ہیں + یہ عموماً بدن کے دونو جانب ہوتے ہیں اور برخلاف سادہ صدفیہ[6] یا چھل کے عضلات قابضہ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں (چھل عضلات باسطہ کی سطح پر عموماً ہوتا ہے) +

[1] ورویت افرنجیہ۔ روزیولس سفلائڈ۔
[2] حلیمات افرنجیہ۔ پے بیولر سفلائڈ۔
[3] نفاطہ افرنجیہ (آتشکی آبلہ) وسائی کیولر سفلائڈ
[4] بثور افرنجیہ (آتشکی دانے) پسچولر سفلائڈ۔
[5] قشور افرنجیہ۔ اسکوئس سفلائڈ۔
[6] صدفیہ۔ چھل۔ سورائی سس۔

آخری درجوں میں جلد بدن کے اندر نمایاں گانٹھیں[1] یا گومڑے[2] (اوبھار) پیدا ہوجاتے ہیں جو گاہے پھوٹ کر تقرح کے درجہ تک پہونچ جاتے ہیں (عُقدۂ[3] افرنجی۔ دمانات افرنجی)۔

آتشکی دانوں کی وضع قیام۔ عام طور پر خصوصی مقامات پر ہوتی ہے۔ چنانچہ دردیت افرنجیہ اکثر اوقات جسم کے درمیانی حصہ یعنے دھڑ[4] (جذع) میں محدود ہوتی ہے۔ مگر دیگر اقسام کے دانے سارے جسم یعنے دھڑ اور اطراف (ہاتھ، پاؤں) میں منتشر رہتے ہیں، اگرچہ بسا اوقات یہ عضلات قابضہ کی سطحوں پر بہ نسبت عضلات باسطہ کی سطحوں کے زیادہ پائے جاتے ہیں۔ گاہے حُلیات افرنجیہ ایک عجیب صورت میں پیشانی پر پائے جاتے ہیں جسے کبھی اِکلیلُ الزّہرہ[5] کے نام سے نامزد کرتے ہیں۔

اغشیۂ مخاطیہ بھی آتشک ثانوی میں بیشتر اوقات اسی طرح مبتلائے مرض ہوجاتی ہیں جس طرح جلدِ بدن۔ برزخ حلق یا نرم تالو امتلاء دموی کے باعث متورم اور سرخ ہوجاتا ہے۔ متورم حصہ ہلالی صورت کا ہوتا ہے اور اوس کی حد یکایک ختم ہوجاتی ہے۔ اس کے بعد اکثر اوقات برزخ مذکور میں دونوطرف زخم (قروح) پڑجاتے ہیں، تقرح غلصمہ[6] کے اگلے محراب سے شروع ہوکر لوزتین تک اور اسی طرح نرم تالو سے ہوتا ہوا لہاۃ (کوا) تک پھیل جاتا ہے۔ یہ زخم زیادہ گہرے نہیں ہوتے مگر انکے حاشیے صاف اور باریک کیے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان زخموں کی رنگت

---

[1] گانٹھ۔ نوڈیول۔
[2] اُبھار۔ گومڑے۔ ٹیوبرکل۔
[3] عُقدہ افرنجی۔ ٹیوبرکلر سفلائڈ
[4] دھڑ۔ جذع۔ ٹرنک۔
[5] اکلیل الزہرہ / تاج زہری } کارونا وینیرس۔
[6] غلصمہ کا اگلا محراب۔ انٹریر پیلر آف دی فاسز۔

مخصوص طرز کی یعنے بہوری سی ہوتی ہے + آتشک ثانوی میں حلق کا زخم شاذ و نادر ہی ساختوں کو زیادہ گلاتا ہے، لہذا اس کے اثر سے ضیق الحلق (حلق کی تنگی) نہیں پیدا ہوتا + تباکو نوشی کے اثر سے اِن حالات میں زیادتی و شدت پیدا ہوجاتی ہے + حلق کے مندرجۂ بالا عوارض کے ساتھ ساتھ زبان کی پشت پر بعض مقامات میں بشرہ کے غائب ہوجانے سے چٹے بن جاتے ہیں + یا گالوں کے اندرونی پہلو پر یا لبوں پر یا زبان کے کناروں پر چند چھوٹے چھوٹے سطحی زخم (قروح) ہوجاتے ہیں جن میں بہت شدید درد محسوس ہوتا ہے + یہ زخم کھردرے دانتوں کی خراش پہونچنے کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں +

عقد مخاطیہ (غشاء مخاطی کے اوبھار) اور اورام لقمیہ (سلولقیہ) کے بھی ایسے ہی عوارض ہیں، جو اگرچہ نسبتاً زیادہ شدید ہوتے ہیں مگر آتشک ثانوی میں اغشیہ مخاطیہ اور جلد کے اون حصص میں پیدا ہوجاتے ہیں جو نرم اور طبعی سطوح سے تر رہتے ہیں +

عقد مخاطیہ اوبھرے ہوئے دانے ہوتے ہیں جو بشرہ کے نیچے کے جلدی حلیمات (اوبھاروں) کے بڑھنے اور انصباب مواد کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں + یہ سفید رنگ کے اوبھار ہوتے ہیں کیونکہ ان کی بالائی سطح پر بشرہ کے خلیات تری کے باعث پھول جاتے ہیں اور اکثر ان میں تقرح بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ خوردبین کے ذریعہ مشاہدہ کرنے سے بشرہ کے نیچے کے اوبھار (حلیمات) صریح طور پر بڑھے ہوئے پائے جاتے ہیں، اور اون پر بشرہ تہ بر تہ جما ہوا دکھائی دیتا ہے + اس قسم کے اُبھار عموماً گوشۂ دہن، گالوں کے اندرونی پہلو، زبان کے کنارے یا مقعد کے

---

۱ ضیق حلق۔ فیرنجیل اسٹنوسس۔

۲ عقد مخاطیہ۔ میوکس ٹیوبرکل۔

۳ ورم لقمی۔ سلولقیہ۔ کانڈی لومیٹا۔

۴ حلیمات۔ پے پلی۔

کنارے پر پائے جاتے ہیں۔ حاشیہ و مقعد پر اکثر یہ دائیں بائیں دونوں جانب ہوتے ہیں۔ کیونکہ ایک جانب کے اُبھار کی چھوت سے دوسری جانب بھی پیدا ہو جاتے ہیں + اسی طرح یہ عام طور پر پیر کی انگلیوں کے درمیان میں بھی ہو جاتے ہیں، اور اس جگہ ان کی وجہ سے جو زخم (قروح) بن جاتے ہیں وہ نہایت بدبودار ہوتے ہیں + اورام لقمیہ[1] بھی اسی طرح خلیات کے بڑھ جانے کے باعث پیدا ہوتے ہیں[2] ان میں اور عقد مخاطیہ میں فرق صرف ابھاروں کے چھوٹے بڑے ہونے کا ہے + یعنی اورام لقمیہ کی صورت میں بہت بڑھے ہوئے ہوتے ہیں + اورام لقمیہ مسطل (ٹولول) کی طرح ایک محدود مقام میں بڑھکر گاہے گوبھی کے پھول کے گچھوں کے مانند، بہت بڑی جسامت اختیار کر لیتے ہیں + یہ عموماً فرج اور مقعد کے قرب و جوار میں پائے جاتے ہیں اور انسے نہایت بڑی مقدار میں اور بہت معدی قسم کی رطوبت خارج ہوتی ہے + مبرز کے مقام پر اکثر مریض انکو دیکھ کر بواسیر کے مسّے سمجھنے لگتے ہیں + بعینہ اسی قسم کی حالت گاہے پشت زبان میں بھی پائی جاتی ہے +

غدد جاذبہ۔ آتشک ثانوی میں عموماً سارے جسم کے غدد جاذبہ بڑے ہو جاتے ہیں اور جلد کے نیچے گول گول اور سخت اورام کی صورت میں محسوس ہوتے ہیں + غالباً مرض کے دربدہ سمیت کا اندازہ ان غدد کی حالت سے ہو سکتا ہے + یعنی جسقدر یہ شکایت زیادہ ہوگی۔ اُسی قدر سمیت مرض زیادہ سمجھی جائے گی + گردن کے پچھلے حصہ (گدی) کے غدد اور کہنی کے غدد فوق اللقمہ[3] اگر من طور سے بڑھے ہوئے پائے جائیں اور انکے متورم ہونے کا کوئی صریح سبب موجود نہ ہو تو یہ آتشک کی

[1] مسہ۔ ٹولول۔ وارٹ

[2] جسکو ٹولول ہشنصون کہتے ہیں۔ (ہچن سن وایلز)

[3] گدی کے غدد۔ نیوکل گلینڈز۔

[4] غدد فوق اللقمہ۔ اپی کانڈیلائڈ گلینڈز۔

موجودگی کی ایک غالب دلیل ہے +

آتشک دادُ الثعلب (داء الثعلب۔ بال جھڑ جانا) بالوں کا رنگ پھیکا اور اونکی چمک غائب ہوجاتی ہے + سر کی جلد، بھوؤں اور ڈاڑھی وغیرہ کے بال یا تو جگہ جگہ سے (جزیرہ نما صورت میں) جھڑ جاتے ہیں یا تمام بال عام طور سے باریک اور پتلے پڑجاتے ہیں + مگر بالوں کی جڑیں (عندُ الشعر) نہیں منافع ہونے پاتی اور کچھ وقفہ کے بعد بال پھر بدستور اُگ آتے ہیں +

آتشک ثانوی کے بدیر ظاہر ہونے والے عوارض مندرجہ ذیل ہیں:-

(۱) ہڈیوں میں شدید درد کا ہونا (وجع العظم) + (۲) التہاب طبقۂ عنبیہ (۳) مختلف اقسام کے عصبی عوارض + (۴) قصبۂ کبریٰ اور دوسری ہڈیوں کی جھلی میں اورام کے باعث گانٹھیں بننا + (عقدہ ضریعی یعنی غشاء العظم کی گرہ) (۵) بدن کے دونوں جانب مفاصل کی غشیۂ زلالیہ کے اندر مزمن طور سے رطوبات کا اجتماع ہوجانا +

طبقۂ عنبیہ کے التہاب کی علامت یہ ہے کہ آنکھ میں درد ہوتا ہے جو عموماً عصبۂ فوق الحجر کی طرف لوٹ جاتا ہے، نظر میں فرق آجاتا ہے (برابر دکھائی نہیں دیتا) اور اکثر آنکھوں میں سے پانی بہتا ہے اور روشنی سے چکاچوندھ ہوتی ہے امتحان سے قرنیہ کے ٹھیک باہر کی طرف (گرداگرد) ایک تیز سرخ رنگ حلقہ پایا جاتا

۱ داء الثعلب۔ الوپے شیا۔	۶ عقدۂ ضریعی۔ پری اسٹیل نوڈ۔
۲ عندُ الشعر۔ ہیر فالیکلز۔	۷ غشیۂ زلالیہ۔ سائی نوویل بسرین۔
۳ وجع العظم۔ آسٹیوکوپ۔	۸ عصبۂ فوق الحجر۔ سوپرا آربیٹل نرو۔
۴ التہاب عنبیہ۔ آئی رائی ٹس۔	۹ آنسو بہنا۔ لیکری میشن۔
۵ گانٹھ۔ عقدہ۔ نوڈ۔	۱۰ چکاچوندھ۔ فوٹو فوبیا۔

ہے جو عروق[1] ہدبیہ میں امتلاء ہونے کے باعث بن جاتا ہے + عنبیہ کی چمک کم ہو کر وہ مکدر ہو جاتا ہے اور اس کے کنارے دھندلے اور خراب رنگ کے ہو جاتے ہیں + عنبیہ کا رنگ متغیر ہو جاتا ہے اور اگر طبعاً اوسکا رنگ نیلا ہے تو وہ مائیت کی موجودگی کے باعث زرد سبزی مائل ہو جاتا ہے + ثقبۂ عنبیہ (پتلی) چھوٹا پڑ جاتا ہے اور شاید اوسکا دائرہ (حلقہ) ناہموار بھی ہو جاتا ہے + پتلی کی حرکت (چھوٹا بڑا ہونا) پوری پوری نہیں ہونے پاتی اور گاہے وہ سامنے کی طرف قرنیہ کی پچھلی سطح سے جڑ جاتی ہے۔ (التصاق[2] عنبیہ مقدم) یا پیچھے کی طرف رطوبت جلیدیہ کے غلاف سے چپک جاتی ہے (التصاق[3] عنبیہ مؤخر) ان دونوں حالات میں پتلی بالکل بے حرکت ہو جاتی ہے + گاہے اوس کی سطح پر چھوٹے چھوٹے زرد دانے دکھائی دیتے ہیں + یہ دانے مائیت تکوینیہ کے ہوتے ہیں۔ مائیت[4] تکوینیہ۔ جس سے کوئی عضو یا ساخت بنی ہے) +

آتشک ثانوی کی مدت اور نوعیت۔ بہت مختلف ہوتی ہے + مناسب علاج جس قدر جلد شروع کیا جائے، اوسی قدر درجۂ ثانوی کے دعوارض اپنی شدت میں خفیف پائے جاتے ہیں + مگر جن حالتوں میں علاج میں زیادہ دیر لگائی جاتی ہے وہ زیادہ دقت طلب ثابت ہوتے ہیں + لہذا قرحۂ غیر تناسلیہ کے بعد، یا مستورات میں جو اکثر قرحۂ ابتدائیہ سے غافل و بے خبر رہتی ہیں، آتشک ثانوی کی علامات اکثر شدید ہوتی ہیں + جب عدوی کے بعد علاج چار یا پانچ ہفتہ کے اندر شروع کر دیا جائے تو درجۂ ثانوی بہت خفیف ہوتا ہے اور دو ماہ یا اس سے بھی کم مدت میں مرض کا اثر زائل ہو جاتا ہے + لیکن جب آتشک ثانوی کے جلدی دانوں کے

[1] عروق ہدبیہ۔ سیلی اری سلز۔
[2] التصاق عنبیہ مقدم۔ انٹیریر سینی کیا۔
[3] التصاق عنبیہ مؤخر۔ پوسٹیریر سینی کیا۔
[4] مائیت تکوینیہ۔ پلاسٹک لمف۔

ظاہر ہونے کے بعد علاج شروع کیا جاتا ہے تو درجۂ دوم کی مدت زیادہ عرصہ تک جاتی ہے ۔ علاوہ ازیں مریض کی صحت عامہ اوس کے دیگر عادات و خصائل کا خصوصاً شراب نوشی شدتِ مرض کے ساتھ نہایت گہرا تعلق رکھتے ہیں۔ چنانچہ کمزور صحت والوں نشہ باز و بداطوار اشخاص میں آتشک زیادہ شدید علامات پیدا کر دیتی ہے ۔ ضعیف قویٰ کے وہ مریض جو مفضلی بخار یا ممالکِ حارہ کے دیگر امراض سے متاثر ہو کر اپنی صحت و قوت کھو چکے ہیں، جب وہ آتشک میں مبتلا ہوتے ہیں تو بہت زیادہ تکلیف اُٹھاتے ہیں اور ان میں مرض آتشک شدید رفتار اختیار کر لیتا ہے ۔ اگر علاج مسلسل طور سے نہ کیا جاوے اور درمیان میں چھوڑ دیا جاوے تو پہلے بارہ مہینوں کے اندر پھر آتشک کا دوسرا حملہ ہو جاتا ہے اور مرض از سرِ نو عود کر آتا ہے، ان حالات میں آتشک کے ذائے (مفیخ جلدی) زیادہ خصوصی و امتیازی طرز کے ہوتے ہیں اور علیمات (اوبھار) گروہ در گروہ دائرہ نما شکل میں مجتمع پائے جاتے ہیں ۔

(۲) درجۂ متوسط یا درجۂ ثانیہ متاخرہ ۔ اس درجہ کو مندرجۂ بالا علامات کے اور درجۂ سویم کے درمیان ایک کڑی سمجھنا چاہیے (یعنی یہ درجہ مذکورہ بالا علامات کے بعد اور درجۂ سویم سے پہلے ہوتا ہے ۔ گویا یہ درجہ دونوں کے درمیان ذریعہ اتصال ہے) مگر اس درجہ کے آغاز و اختتام کی کوئی خاص حد متعین نہیں ہو سکتی ۔ اور جبکہ مریض کی عام صحت جسمانی اچھی ہو اور علاج بھی پابندیٔ وقت کے ساتھ مسلسل ہو پر کیا گیا ہو تو اس درجہ کا ظاہر ہونا بھی ضروری نہیں ہے ۔ آتشک ثانوی کے علامات میں سے بعض خصوصاً مفاصل و عظام کے عوارض اس درجہ میں بدستور مل سکتے ہیں، اور اگر بالفرض وہ غائب بھی ہو چکے ہوں تو درجہ دویم کی بعض شکایتیں از سرِ نو جلدی امراض کی شکل میں اور گاہے التہاب[۲] اغدیہ دس کی صورت میں لاحق

[۱] علیمات ۔ پے بولز ۔ | [۲] التہاب اغدیہ دس ۔ اپیڈیڈیمائی ٹس ۔

ہوجاتی ہیں + اس درجہ میں اور اس کے مابعد بھی عروق دموید اکثر مبتلائے مرض ہوجاتے ہیں اور ان عروق کے اندرونی پردہ کا استرر (بطانہ[1]) نئی ساخت[2] سے بڑھکر موٹا ہوجاتا ہے۔ اسی وجہ سے عروق کا اندرونی دائرہ سکڑکر تنگ ہوجاتا ہے جس سے عضو متعلقہ کے تغذیہ میں کمی آجاتی ہے اور اوسکو خون برابر نہیں پہونچنے پاتا۔ یہی شکایت بڑی شریانوں کے عروق العروق میں لاحق ہونے کے باعث ان میں تحجر[3] وصلابت پیدا ہوجاتی ہے (تحجر شریانی[4]) اور اگر عروق دماغیہ میں بھی اسی قسم کا تحجر واقع ہوجائے تو مختلف اقسام کے عصبی عوارض پیدا ہوسکتے ہیں + چنانچہ کسی ایک عضو کا استرخاء (استرخاء وحدانی[5]) یا نصف حصۂ جسم کا استرخاء (فالج[6] بضفی) ظاہر ہوسکتا ہے، نیز یہ بھی ممکن ہے کہ مرض صرف ایک دماغی پٹھے تک محدود رہے یا صرف شدید دردسر پیدا کردے اور ان نامسعود شکایات پر علاج کا مطلق اثر نہ ہو + اندرونِ چشم کے امراض (مثلاً التہاب مشیمیہ[7] و شبکیہ[8]) بھی کثرت پائے جاتے ہیں۔ جلد کا مخصوص عارضہ جو اس درجہ میں عموماً ملتا ہے آتشک صدفیہ[9] (چمبل آتشکی) ہے + یہ عموماً ہتیلیوں اور تلوؤں میں ہوتا ہے + آتشک ثانوی کے بیان میں اوپر درج ہوچکا ہے کہ درجۂ دویم میں عموماً قشور افرنجی[10] ظاہر ہوتا ہے مگر یہ اول تو جسم کے دونوں جانب ہوتا ہے دویم پارہ کے اثر سے جلد غائب ہوجاتا ہے + برخلاف ازیں درجہ متوسط کی یہ آفت دوجانبی اور کاہے یک جانبی ہوتی ہے + اگر وہ جلد ظاہر ہوتی ہے تو دونوں جانب۔

[1] بطانہ۔ انڈوتھیلیم۔
[2] نمو زائد۔ نئی ساخت کا پیدا ہونا۔ پرولی فریشن۔
[3] عروق العروق۔ واسا ویسورم۔
[4] تحجر شریانی۔ آرٹیریو اسکلیروسس۔
[5] استرخاء وحدانی۔ مونو پلیجیا۔
[6] فالج نصفی۔ ہمی پلیجیا۔
[7] مشیمیہ۔ کوروائڈ۔
[8] شبکیہ۔ ریٹنا۔
[9] صدفیہ۔ سورائی سس۔
[10] قشور افرنجی۔ اسکوئس سفلائڈ۔

ہوتی ہے اور اگر دیر سے پیدا ہوتی ہے تو صرف ایک ہی جانب ہوتی ہے + پہلی صورت میں (جبکہ وہ دونوں جانب ہو) بشرہ کی نئی پیدایش بکثرت ہوتی ہے اور ساتھ ہی جلد میں گہری درزیں اور شگاف پائے جاتے ہیں + دوسری صورت میں (جبکہ وہ یک جانبی ہو) بشرہ میں نوساختہ غلیات بہت کم بنتے ہیں مگر ان کے حواشی اور کنارے سانپ کی شکل کے ہوتے ہیں۔ اور ان کے لبوں پر التہابی مواد کا اجتماع ہوتا ہے +

فقاعیہ[1] (روراہم) اور جاورسیہ[2] (فائرہ) یہ دونوں قسم کے قروح دثور، آتشک کے اس درجہ میں ہوتے ہیں، خصوصاً ایسے مریضوں میں جو نقص تغذیہ کے باعث لاغر و نقیہ ہوں + ان دونوں کی خصوصیت یہ ہے کہ جلد سے گوند کے مانند رطوبت مترشح ہوتی ہے۔ اس کے بعد زخم پیدا ہو جاتے ہیں + پہلے مرض میں زخم کی سطح پر رطوبات منجمد ہو کر ایک مثانیاں کھرنڈ بنا دیتی ہیں + جب رطوبت کا ایک پرت خشک ہو کر جم جاتا ہے تو اوس کی زیریں سطح سے نئے درپے دوسرے پرت نکلکر جمتے جاتے ہیں اور نیا پرت اوپر کے پرت سے کسی قدر بڑا ہوتا ہے + اس ترتیب کے باعث بالآخر ایک بڑا سا کھرنڈ بن جاتا ہے جو شکل میں گھونگھے کے پوست (سیپ) سے مشابہ ہوتا ہے اس کے نیچے ایک التہابی سطح ہوتی ہے جہاں اجتماع خون ہوتا ہے + جسم کے ہر حصہ میں یہ مرض ہو سکتا ہے + جاورسیہ (فائرہ) میں فقاعیہ کی طرح قرحہ کی سطح پر کھرنڈ نہیں بنتا، یا اگر بنتا بھی ہے تو فوراً جدا ہو جاتا ہے اور اوس کے نیچے سے ایک کم گہرا زخم نمودار ہو جاتا ہے، جس کے گرد ایک احتقانی حلقہ پایا جاتا ہے +

[1] فقاعیہ (روراہم) دو پیا۔	[2] جاورسیہ (فائرہ) اکمتی ا۔

مندرجۂ بالا دونوع قسم کے قروح مناسب علاج سے درست ہو جاتے ہیں، مگر جلد پر انکے نشان گہرے رہ جاتے ہیں جنکا رنگ سپیدی مائل ہوتا ہے اور آس پاس اکثر رنگدار مادہ کے باعث رنگین داغ رہ جاتے ہیں +

اس درجہ کے مظاہر میں سے ایک کیاب عرض اغدیدوس[1] کا التہاب غیر حادہ جو دونوجانب ہوتا ہے۔ اس حالت میں جبل المنی[2] بھی موٹا۔ متورم اور دردناک ہو جاتا ہے +

(۴) آتشک ثلاثی۔ تیسرے درجہ کی آتشک

آتشک کے تیسرے درجہ کے عوارض عدوی سے چھ مہینہ کے اندر اندر ظاہر ہو سکتے ہیں اور گاہے وہ بیس سے تیس سال کی مدت تک ظاہر ہی نہیں ہوتے + ان عوارض کی بڑی خصوصیت یہ ہے کہ جسم کے نسیج واصل کی پیدائش بہت بڑھ جاتی ہے اور انمیں مواد کا انصباب ہو جاتا ہے، یہ افزونی وانصباب گاہے ایک ہی مقام پر ہوتا ہے اور گاہے متعدد مقامات پر، اور اسی طرح گاہے مقامی و محدود درجہ کا ہوتا ہے اور گاہے وسیع و منتشر + جب یہ عمل وسیع اور پھیلا ہوا (منتشر) ہوتا ہے تو عضو یا مقام ماؤف سخت اور بڑا ہو جاتا ہے اور نسیج[3] لیفی نمبی کی پیدائش کے باعث، اس میں تجز پیدا ہوتا ہے + مگر جب یہی عمل مقامی اور محدود ہوتا ہے تو صرف ورم[4] صمغی (سلعہ صمغیہ) ظاہر ہوتا ہے + (صمغ۔ گوند)

ساختہائے جسمانی میں سے ہر قسم کی ساخت کے اندر صمغی مادہ (رسوب[5] صمغی) کی

[1] اغدیدوس۔ اپی ڈڈمس۔
[2] جبل المنی۔ اسپرمیٹک کارڈ۔
[3] نسیج لیفی نمبی۔ فائبرو سیکٹریشل ٹشو۔
[4] ورم صمغی / سلعہ صمغیہ } گم
[5] رسوب صمغی۔ گمے ٹس ڈیپازٹ۔

پیدائش ہو سکتی ہے + یہ گاہے بغیر کسی ظاہری سبب کے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن گاہے ان کے ظہور سے پہلے ضربہ وسقطہ کی موجودگی بھی پائی جاتی ہے + مقام ماؤف پر بڑے اور رجعنوی خلیات[1] مبطنہ اور چھوٹے خلیات[2] مستدیرہ (خلیات مائیہ[3]) کا ترشح ہوتا ہے، اور عموماً کریات سائلیہ[4] بھی کثیر تعداد میں آموجود ہوتے ہیں +

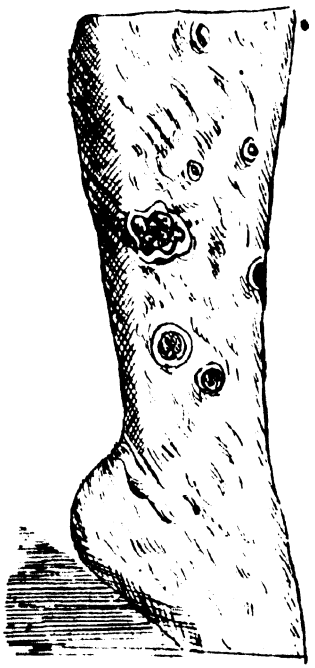
ورم صمغی کے ترکیبی اجزاء ورنہ[5] سے مشابہ ہوتے ہیں مگر بایں فرق کہ ان میں اجزاء کی ترتیب گانٹھوں کی صورت میں نہیں ہوتی اور نہ اجزاء کی ترتیب حلقوں کی صورت میں ہوتی ہے + نظام ہوتا ہے + علاوہ ازیں اورام صمغیہ میں عموماً کریات[6] عظیمہ موجود نہیں ہوتے (اگرچہ شاذ و نادر پائے بھی جاتے ہیں اور کریات عظیمہ ورنیہ سے مشابہت رکھتے ہیں) + اس قسم کے بنے ہوئے ورم صمغی کے اندر عروق بہت کم داخل ہوتے ہیں، ورنہ وہ نسیج اریکہ[7] (انگوری ساخت) سے بالکل مشابہت رکھتے، ورم صمغی بتدریج حجم میں بڑھ کر اور عضو کی لمبی ساختوں کے اندر مترشح ہو کر اونکی جگہ لے لیتا ہے اور بیل کر اُنکے قایم مقام بنجاتا ہے +

اورام صمغیہ کا خاتمہ۔ اورام صمغیہ جب بخوبی بنکر مکمل ہو جاتے ہیں تو آخر اُنکا خاتمہ کیونکر ہوتا ہے + اسکا جواب مختلف حالات پر منحصر ہے + اگر عدوی معمولی شدت کا ہے اور خصوصاً اگر مناسب علاج کیا گیا ہے تو اکثر خلیات (کریات) منجذب ہو جاتے اور باقی ماندہ لیفی ساخت میں منتقل ہو جاتے ہیں + اس طرح ایک بڑا ورم صمغی بھی بالکل غائب ہو سکتا ہے اور اوس کی جگہ صرف ایک چھوٹا سا لیفی نشان خم باقی رہجاتا ہے

---

[1] خلیات مبطنہ۔ انڈوتھیلیل سیلز۔
[2] خلیات مستدیرہ۔ راؤنڈ سیلز۔
[3] خلیات مائیہ۔ لمفوسائٹ۔
[4] کریات سائلیہ۔ پلازما سیلز۔
[5] ورنہ۔ ٹیوبرکل۔
[6] کریات عظیمہ۔ جائنٹ سلز۔
[7] نسیج اریکہ۔ گرے نیولیشن ٹشو۔

(۳۰) اورام صمغیہ ٹانگ میں



لیکن اگر معقول علاج نہیں کیا گیا تو بیشتر اورام صمغیہ میں تلف و فساد واقع ہو جاتا ہے جو اس ساخت کو گلا دیتا ہے ۔ یہ تغیر و فساد ورم مذکور کے مرکز سے شروع ہو کر محیط کی طرف پھیلتا ہے ۔

یہ تغیر آہستہ آہستہ بڑھکر ورنہ کی طرح اس میں ہی فساد شحمی[1] اور فساد جبنی[2] واقع ہو سکتے ہیں ۔ گاہے اس کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے اور ساختیں بہ سرعت ایک قسم کے فساد مخاطی[3] میں مبتلا ہو کر گوندہ جیسی صورت اختیار کر لیتی ہیں جس کی وجہ سے اسے صمغیہ (گوندوالا) کا لقب دیا گیا ہے ۔ ایسے ورم کو اگر درمیان سے قطع کر کے دیکھا جاوے تو اوس کے وسط میں سفید رنگ کا ایک بڑا حصہ نظر آئے گا۔ جو غیر منسوج ہوگا (یعنی کوئی بناوٹ نہ ہوگی) اس کے اندر سڑے ہوئے مواد یا مواد جبنی (پنیر کے مانند) ہوتے ہیں ۔

اس مرکزی مردہ حصہ کے آس پاس خانہ دار (خلوی) ساخت کا ایک طبقہ محیط ہوتا ہے جو بتدریج اوس حصہ کی لمبی ساختوں سے مخلوط ہو جاتا ہے اور ورم صمغیہ کی ساخت کے مردہ و فاسد ہونے کے دو سبب ہیں۔ اول تو جراثیم مرض مکے سیمن[5] کے باعث، دویم خانہ دار ساخت کے مرکزی حصہ میں قلت عروق سے خون کے نہ پہونچنے کے باعث ۔ اور ورم صمغیہ میں اول تو عروق منفسہ کم ہوتے ہیں، مزید براں یہ کہ ان عروق کے اندرونی استر میں التہاب کے ہونے سے کچھ عرصہ بعد خون کی درآمد اور بھی کم ہو جاتی ہے ۔ علاوہ ازیں بعض اوقات اورام صمغیہ کا مرکزی حصہ اوسوقت تک مردہ و تلف نہیں ہوتا۔

[1] فساد شحمی۔ فیٹی ڈی جنریشن۔
[2] فساد جبنی۔ کیسی ایشن۔
[3] فساد مخاطی۔ میوکائڈ ڈی جنریشن۔
[4] مادہ جبنیہ۔ کیسی اس میٹریل
[5] سیمن۔ ٹاکسین۔

جب تک کہ پہلے اوس کی ساخت مبدل ہو کر لیفی[1] ساخت نہ بن جاوے + چنانچہ یہ نئی ساخت عروق پر اور بھی دباؤ ڈال دیتی ہے جس سے اونکے اندر خون کی روانی میں دقت اور قلت پیدا ہو جاتی ہے +

جیسا کہ اوپر درج ہو چکا ہے معقول علاج سے اورام صمغیہ تمامتر منجذب ہو جاتے ہیں اور یہ انجذاب اوس میں فساد جبنی اور مردہ ہو جانے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے + لیکن گاہے اس قسم کا عمل انجذاب واقع نہیں ہوتا اور اورام صمغیہ کے مرکزی حصے میں جو ریم آمیز[2] صمغی رطوبت پیدا ہوتی ہے وہ پھوٹ کر سطح تک پہونچتی اور خارج ہو جاتی ہے +

لیکن جب مردہ شدہ رقبہ بہت بڑا ہوتا ہے تو اوس میں سے کچھ حصہ تقرح پیدا ہو جانے کے بعد آس پاس کی طبعی ساختوں سے چپکا ہوا رہ جاتا ہے جو کسی قدر مرطوب جلد التنظیف[3] کے مانند نظر آتا ہے + گاہے مرکزی مردار حصہ کے گرد ایک قسم کی لیفی ساخت محیط ہو کر غلاف سا بنا دیتی ہے پھر اوس کے اندر چونہ کے سے مواد پیدا ہو جاتے ہیں + ایسا عموماً دماغ، خصیتین اور جگر میں ہوتا ہے +

اورام صمغیہ کے علامات۔ بلحاظ مقام کے (یا وہ جلد میں ہے یا جلد کے نیچے) علامتیں مختلف ہوتی ہیں +

دوم صمغی جلدی۔ یہ عموماً آتشک درجۂ سویم میں اور خصوصاً اس کی ابتداء میں ہوتا ہے + گول گول سخت اور سیاہی مائل سرخ گانٹھوں (عقد) کی صورت میں ہوتا ہے، جس میں درد بہت خفیف سا ہوتا ہے، اور اگر یہ گانٹھ پھوٹ جاتی

[1] لیفی ساخت۔ فائبرس ٹشو۔

[2] رطوبت صمغی ریم آمیز۔ گمی سیمی پیرولنٹ فلوڈ۔

[3] جلد التنظیف۔ (واش لیدر) بھیڑ کا بنایا ہوا چمڑا جو روغن میں تیار کیا جاتا ہے۔ اور ہرن کے چمڑے کے مانند ہوتا ہے شیشہ اور تانبہ وغیرہ اس سے صاف کیا جاتا ہے

ہیں تو مخصوص طرز کے گول زخم پیدا ہو جاتے ہیں + اس قسم کے بہت سے دانے گاہے ایک ہی مقام پر اکٹھے ہو جاتے ہیں اور جب یہ تقرح سے پھوٹ جاتے ہیں تو سب زخموں کے اختلاط و اتصال سے ایک قرحہ بن جاتا ہے جس کے کنارے گول یا سانپ کی طرح ہوتے ہیں + تقرح کے بعد ساختیں بہت کچھ ضائع ہو جاتی ہیں مگر یہ جلد ہی مندمل ہو کر گہرے اور ناہموار سفید رنگ کے ندبہ (نشان زخم) بنا دیتی ہیں جن کے گرداگرد رنگین داغ نظر آتے ہیں + جسم کے ہر حصہ پر ورم صمغی جلدی ہو سکتا ہے، مگر یہ عام طور پر گھٹنے کے قرب و جوار میں یا گھٹنے کے ٹھیک نیچے اور زیادہ تر پنڈلی کے باہر کی طرف ہوتا ہے +

گاہے اس درجہ میں جلد کے اندر وسیع حصہ میں انصباب و ترشح ظاہر ہوتا ہے جو ایک سرخ اور احتقانی رقبہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ اس کے حواشی گول یا لہریے دار ہوتے اور شکل میں قراض نامی ورم سے مشابہ ہوتے ہیں + اس کے حواشی بہت سرعت سے بڑھتے اور پھیلتے جاتے اور نمایاں طور پر موٹے ہو جاتے ہیں + ان حواشی کے اندر چھوٹی گانٹھیں بھی گاہے ہوتی ہیں۔ جن میں تقرح ہوتا ہے لیکن خواہ تقرح واقع ہو یا نہ۔ ندبہ (نشان زخم) ضرور بن جاتا ہے + یہ بآسانی مندمل ہو جاتے ہیں اور انکی مدت قراض کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے اور ان میں سیب[2] کے ہلام کے سے انگور نہیں پائے جاتے جو قراض نامی قرحہ میں یقیناً ہوتے ہیں +

ورم صمغی[3] زیر جلد۔ یہ ایک سخت عقدہ (گرہ) یا غیر نمایاں دبازت (موٹے پن) کی صورت میں پیدا ہوتا اور آس پاس کی ساختوں میں انصباب مواد ہوتے

[1] قراض۔ لیوپس۔	[3] ورم صمغی زیر جلد۔ سب کیوٹے نیس گمّا۔
[2] ہلام سیب۔ ایپل جیلی۔	

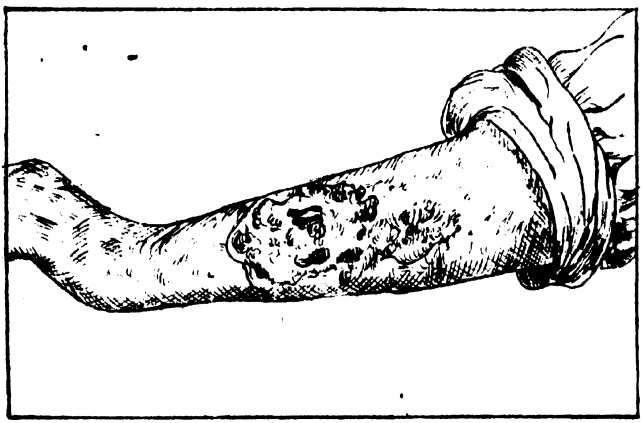
سے بتدریج حجم میں بڑھتا رہتا ہے اور بالآخر سطح تک جا پہونچتا ہے + کچھ عرصہ کے بعد اس کے مرکزی حصہ میں نرمی اور لچک پیدا ہو جاتی ہے اور دبانے سے اوس میں درد اور تموج محسوس ہوتا ہے + جب جلد مبتلائے مرض ہو جاتی ہے تو درد کے ساتھ اوسکا رنگ سیاہی مائل ہو جاتا اور اُس میں تہیج (اوذیما) بھی ہو جاتا ہے + اب اگر یہ تقرح کے باعث پھوٹتا ہے تو اندر سے مواد خارج ہو کر ایک گول اور گہرا قرحہ بن جاتا ہے۔ جس کے کنارے تیز کٹے ہوئے۔ اور گاہے نیچے سے کھوکھلے ہوتے ہیں + اس قرحہ کی گہرائی انگوری ساخت (نسیج ارکیہ) سے بنتی ہے اگرچہ گاہے اوسپر خاص قسم کی گلی ہوئی ساخت (تاکل) بھی پھیلی رہتی ہے +

آتشک ثلاثی کے وہ عوارض جو مخصوص اعضا و احشاء میں پیدا ہوتے ہیں وہ آیندہ اوراق میں اپنے اپنے مناسب موقعوں پہ درج کیے جائیں گے۔ مگر آتشک اور نظام عصبی کے باہمی تعلقات کا بیان عمداً اس کتاب میں داخل نہیں کیا گیا، کیونکہ اسکا تعلق علم الجراحت اور جراح سے چنداں نہیں بلکہ زیادہ تر اسکا تعلق طبیب سے ہے +

انذار آتشک۔ (انجام) مرض آتشک بالآخر نظام جسم پر کیا اثر چھوڑے گا اور اوسکا خاتمہ کیونکر ہوگا؛ اس کے متعلق گذشتہ چند سالوں میں جن دو اسباب نے صحیح نقطۂ نظر قایم کر دیا ہے وہ یہ ہیں:۔ (۱) چونکہ قرحۂ ابتدائیہ میں مخصوص صلاب کے واقع ہونے سے پہلے ہی آتشک کے جراثیم دیکھے جا سکتے ہیں، اس لیے اب ہمارے قبضہ میں ایک ایسا یقینی ذریعہ آگیا ہے جس کی مدد سے مرض آتشک کی تشخیص ابتدائی حالت میں فوراً کی جا سکتی ہے (۲) سنکھیا کے جدید مرکب سالوفرسان اور اوس سے مشابہ مرکبات کی ایجاد نے ہمیں ایک ایسا کارگر علاج بہم پہونچا دیا ہے

۱؎ انذار۔ پراگنوسس۔ ۲؎ سالوفرسان۔ سالورسن۔

(۳۱) پھیلا ہوا ورم صمغی کلائی میں۔



جنس کے ذریعہ سے تمام جراثیم آتشک (باستثنائے اون جراثیم کے جو بڑی شرائین کی دیواروں اور دماغ و نخاع کے اندر داخل ہو چکے ہیں) ہلاک کیے جا سکتے ہیں +

اگرچہ موجودہ معلومات کی بنا پر اس سوال کا کہ "آیا مرض آتشک سے کلی شفا ہو سکتی ہے یا نہیں" یقینی جواب دینا ایک حد تک قبل از وقت ہوگا + لیکن زمانۂ حال کے اعداد و شمار اور خصوصاً وہ اعداد جو بعض فوجی اور بحری ماہران جراحت کی طرف سے شائع ہوئے ہیں (جنھیں آتشک کے متعلق معلومات حاصل کرنے کے نادر مواقع حاصل ہیں) اسقدر اُمید افزا معلوم ہوتے ہیں کہ اونکی بنا پر اب یہ کہا جا سکتا ہے کہ بالآخر یہ نسلِ انسان کا یہ ہولناک دشمن (آتشک) مغلوب ہو کر قابو میں آگیا۔ البتہ یہ ضروری ہے کہ یہ اعداد و شمار ابتدائی درجات کے مریضانِ آتشک سے تعلق رکھتے ہیں اور جب تک دس یا بیس سال کا عرصہ (بغیر اعادۂ مرض کے) منقضی نہ ہو جاوے شفائے کلی کا حکم لگانا پیش از وقت ہے، کیونکہ ابھی ہمیں یہ دیکھنا ہے کہ موجودہ علاج سے (جسے ہم آتشک کا حقیقی تریاق سمجھ رہے ہیں) دیر میں ظاہر ہونے والے امراض کا بھی انسداد ہوا یا نہیں۔ مثلاً عروق کے امراض (انورسما[1] وغیرہ) عصبی مراکز کے امراض (ہزال نخاع[2]) یا تشوش[3] حرکت استرخاء عام جنسی وغیرہ) +

موجودہ حالات میں ہم اسی قدر کہہ سکتے ہیں کہ آتشک کے انجام کا دار و مدار بظاہر ان چار اسباب پر منحصر ہے +

(۱) مرض کی تشخیص میں ابتدائی درجہ کا ہونا +

[1] انورسما۔ انورزم۔	[3] تشوش حرکت۔ لوکوموٹر اٹیکسیا۔
[2] ہزال نخاع۔ ٹے بیز ڈارسیلس	[4] استرخاء عام جنسی۔ جنرل پرالے سس آف

(۲) ابتدائی درجہ ہی میں معقول علاج سال[1] فرسان اور پارہ سے مخلوط طور پر ہونا +

(۳) سال فرسان کے طریقۂ علاج کے اختتام پر پارہ کے مرکبات کا عرصہ دراز تک جاری رکھنا +

(۴) وقتاً فوقتاً امتحان فاشرمان[2] کے ذریعہ سے جراثیم آتشک کی موجودگی یا غیر موجودگی کا یقین کرنا +

اس امتحان کی اہمیت کے متعلق گذشتہ صفحات میں تذکرہ کیا گیا ہے، مگر یہاں دوبارہ یہ ظاہر کر دینا مناسب ہے کہ خواہ یہ طریقۂ امتحان صحیح ہی معلوم ہو مگر اوس سے صحیح نتائج کا مترتب کرنا نہایت اہم اور ضروری ہے +

ایک مریض جسے طبیب نے ابتداء مرض ہی میں دیکھا ہے اور جسکا علاج سال فرسان اور پارہ کے مرکبات سے باقاعدہ اور مسلسل طور پر کیا گیا ہے، ایسے مریض کا امتحان کرنے سے اوائل علاج ہی میں امتحان مذکور کا منفی نتیجہ ظاہر ہونا چاہیے + لیکن اسکا یہ مطلب نہیں ہو سکتا کہ مریض شفاء کلی پا چکا ہے۔ اور اُس میں اب آتشک کا بالکل اثر نہیں + بلکہ صحیح طریقہ یہ ہے کہ سلسلۂ علاج کے اختتام پر مختلف وقفوں کے بعد مریض کے خون کا بار بار امتحان کیا جائے اور بالآخر اگر ایک سال کے بعد تک امتحان مذکور بدستور منفی رہے تو یہ سمجھنا چاہیے کہ غالباً مریض شفایاب ہو گیا۔ اگر دو سال کے بعد بھی امتحان مذکور کا نتیجہ بدستور منفی ملے تو سمجھنا چاہیے کہ اُس کی صحت تقریباً متیقن ہے + ایسے مریض جنھیں آتشک کے آخری درجات میں دیکھا گیا ہے انہیں باوجود مسلسل اور دیرپا علاج کے بھی امتحان مذکور کا نتیجہ بصورت منفی ہرگز ظاہر نہیں ہوتا + ایسے مرضیٰ تقریباً لاعلاج ہیں بایں معنے کہ اگر انکا علاج بند کر دیا جاوے تو

---

[1] سال فرسان۔ سال درسن۔ [2] فاشرمان۔ واسرمن۔

اِن میں عوارضِ آتشک از سرِ نو پھر پھوٹ پڑتے ہیں، لیکن ایسے مریض دوسرے تندرست اشخاص کو اپنے مرض کی چھوت نہیں لگا سکتے، اور اِنکی اولاد بھی غالباً کُلّی طور پر تندرست پیدا ہوگی + تفصیل بالا سے واضح ہے کہ امتحانِ فاشرمان[1] کا مُثبت[2] ہونا مسئلہ ازدواج کے متعلق وہ اہمیت نہیں رکھتا جو وہ آتشک کے ابتدائی درجات میں رکھتا ہے +

جراثیم آتشک کی بعض نسلیں نسبتاً زیادہ شدید اور زہریلی قسم کی ہوتی ہیں (خصوصاً ممالک حارہ میں) اسی طرح بعض اشخاص ان جراثیم کو قبول کرنے کی استعداد نسبتاً زیادہ رکھتے ہیں + نیز خصوصیت[3] مزاجی اور استعداد ذاتی کے باعث بعض اشخاص سال فرسان مرکبات پارہ، یا شخاریہ بنفش[4] آمیز جیسی مفید ادویہ کو بآسانی قبول نہیں کر سکتے، جو نہایت افسوسناک دقت ہے +

مدوائی آتشک کے وقت مریض کا موجودہ درجہ صحت یا دیگر امراض کی موجودگی بھی جراثیم آتشک کے نشوونما کی رفتار پر مناسب یا مخالف اثر رکھتے ہیں + اگر مریض میں عوارض درنیہ (سل وغیرہ) پہلے سے موجود ہیں یا موروثی آتشک کا اثر ہے تو، اور بھی زیادہ بُرا اثر پڑتا ہے + آتشک ثانوی کے دانوں کی نوعیت اور متورم غدد کی عام وسعت سے مرض کی شدت کا اندازہ کیا جا سکتا ہے + پیپ بھرے ہوئے دانوں (ثبور آتشک) کی موجودگی ہمیشہ خطرناک اہمیت رکھتی ہے +

آتشک ثانوی کے مظاہر میں سے کوئی ہلاکت کا باعث نہیں ہوتا، البتہ گرم ممالک کی بعض شدید اور زہریلی اقسام کی آتشک ثانوی گاہے مہلک ہوتی ہے +

---

[1] فاشرمان - واسرمن -

[2] مُثبت - پازی ٹو -

[3] خصوصیت مزاجی - ایڈیوسنکریسی -

[4] شخاریہ بنفش آمیز - پوٹے سیم آیوڈائیڈ -

آتشک ثلاثی میں جبکہ دماغ، نخاع، جگر وغیرہ جیسے اعضائے رئیسہ و شریفہ مبتلائے مرض ہوجاتے ہیں تو موت کا واقع ہونا عموماً ممکن ہے + نظام عصبی کے عوارض مثلاً ہزال[1] نخاع (تشوش حرکت) اور فلج[2] عام، اکثر ایسے مریضوں میں ہوجاتے ہیں جنکو دماغی محنت و کاوش زیادہ تر ہوتی ہے مثلاً معالجوں اور وکیلوں میں بعض حالات میں یہ مرض ناقابل شفاء ہوتا ہے (آتشک[3] خبیث) جسکا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ اول تو مرض ہی بہت زہریلا اور شدید درجہ کا ہوتا ہے دوم یہ کہ علاج بھی بہت دیر سے شروع کیا جاتا ہے + ایسی حالت اکثر مستورات میں دیکھی جاتی ہے۔ جبکہ آتشکی دانے بہت سرعت کے ساتھ فقاعیہ[4] یا اورام صمغیہ کی صورت میں مبدل ہوجاتے ہیں اور درجۂ ثانوی کے مظاہر سرعت کے ساتھ درجۂ سویم کی شکل اختیار کرلیتے ہیں +

وقایت (حفظ ماتقدم) اگر مقام عدوی کو چھوت لگنے کے بعد ایک یا دو گھنٹے کے اندر ہی سلیمانی[5] (دارچکنہ) یا شخار منغنیس[6] آگین اعلیٰ کے غسول مطہر سے بخوبی دھولیا جاوے، یا اگر سیماب[7] شیریں کے مرہم کی خوب مالش مقام ماوف پر کردی جاوے تو ممکن ہے کہ آتشک سے حفظ ماتقدم ہوجاوے +

علاج آتشک۔ دور حاضرہ میں آتشک کے طریقۂ علاج میں نمایاں انقلاب

۱ ہزال نخاع۔ ٹے بیز۔	۵ سلیمانی۔ دارچکنہ۔ کرسو سبلی میٹ۔
۲ فلج عام۔ جنرل پیرالے سس۔	۶ شخار منغنیس آگین اعلیٰ۔ پرمینگنیٹ آف پوٹاش۔
۳ آتشک خبیث۔ ملگنٹ سفلس۔	۷ سیماب شیریں۔ کیلومل۔
۴ فقاعیہ۔ روپیا۔	۸ حفظ ماتقدم وقایت } پروفائی لیکسس۔
	۹ حُبیبات۔ پروٹوزوا۔

ہوگیا ہے، اسکا باعث یہ ہے کہ آتشک کے مخصوص جراثیم (جو طبقۂ حیوانات سے تعلق رکھتے ہیں) اب متیقن طور پر دریافت ہوچکے ہیں اور انکی قرابت مرض نوم اور بعض دیگر ہم جنس امراض کے حیوانات سے متحقق ہوچکی ہے + ابتداءً تو سنکھیا کے عضوی مرکبات کے ذریعہ آتشک کے علاج کی کوششیں خاطر خواہ کامیاب نہیں ثابت ہوئیں اور بعض مرکبات مثلاً اثاگزل در زرنیخ غیر مسم) سوامین، آرس ایسی ٹین وغیرہ کو آزمایا گیا، مگر انکے استعمال سے باستثناء بعض نتائج کے بیشتر حالات میں نہایت اُمید شکن تاثرات ظاہر ہوئے + کبھی کبھی تو ان مرکبات کے دیرپا اور مسلسل استعمال سے نہایت مہلک اور خوفناک زہریلی علامات (مثلاً ہزال عصبہ مجوفہ) طاری ہوگئے + مگر جرمنی کے مشہور محقق اہرلیک (ارلخ۔ معرب) اور ان کے رفیق استاذ ہاٹا نے اپنے مسلسل مساعی اور تجربات کے بعد بالآخر سنکھیا کا ایک بے ضرر مرکب سال فارسان (سال ودرسن) دریافت کرکے طبی دُنیا کو حیرت میں ڈال دیا + یہ مرکب ایک چمکیلا زرد رنگ کا سفوف ہے جو پانی میں آہستہ آہستہ دقت کے ساتھ منحل ہوجاتا ہے، اسکا تفاعل حامضی ہے یعنی امتحان سے تیزابیت ثابت ہوتی ہے + جوان مریضوں کے لئے اسکی مقدار ۱/۳ سے ۱/۲ ماشہ تک ہونی چاہئے، جسے معمولی سیال نمک مطہر میں حل

۱ مرض نوم۔ سلی پنگ سکنس۔ (مثلاً حیوانات پروٹوزوا)	۷ سال فارسان (سالورسن) مرکب ۶۰۶۔
۲ عضوی۔ آرگینک۔	۸ تفاعل۔ ری ایکشن۔
۳ اثاگزل (اتوکسیل) غیر سمی زرنیخ۔	۹ ماشہ۔ تقریباً گرام کے سادی ہے۔
۴ سوامین۔ سوآمین۔	۱۰ معمولی سیال نمک۔ نارمل سولٹ سولیوشن۔
۵ آرس ایسی ٹین۔ آرساستین (معرب)	۱۱ مطہر۔ اسٹرائل۔
۶ ہزال عصبہ مجوفہ۔ آپٹک نرو اٹرافی۔	

کر لینا چاہیئے (سیال مذکور آب مقطر میں بنایا ہوا ہو) پھر اس طرح طیار کیے ہوئے سیال کے اندر ۵ فی صدی طاقت کا سیال ریہیہ[1] آب آگین اسقدر ملا دینا چاہیئے کہ اس کے ڈالنے سے ابتداءً جو رسوب سا بنکر تہ نشین ہو جاتا ہے وہ بخوبی حل ہو جاوے + پھر اس طیار شدہ مرکب میں معمولی سیال نمکین اتنی مقدار میں ملا دیا جاوے کہ سب مقدار ۲۵۰ سے ۳۰۰ مکعب سنتی میٹر[2] ہو جاوے + بالآخر اس مرکب سیال کو (حرارت بدنیہ کے درجہ تک گرم کر کے مریض کے بازو کی ورید میں پچکاری کے ذریعہ داخل کر دینا چاہیئے +

پچکاری دینے سے پہلے مریض کو باحتیاط تمام اوسی طرح طیار کیا جاوے جیسا کہ کسی عمل جراحی کے لئے کیا جاتا ہے + مریض کو پچکاری کے دن سے پہلے شب میں ایک جلاب دینا چاہیئے اور پچکاری سے پہلے اور اس کے بعد تین چار گھنٹے تک کسی قسم کی غذا نہیں دینی چاہیئے + پچکاری کے بعد مریض کو چھ بیس گھنٹے تک بستر پر بآرام رکھا جائے، اور اگر حرارت یا بخار ہو جاوے یا اعضا شکنی، درد سر وغیرہ (علامات تفاعل) محسوس ہوں تو زیادہ عرصہ تک آرام و سکون کے ساتھ بستر پر ہی رکھنا چاہیئے +

سال فارسان سے مشابہ مرکبات۔ سنہ ۱۹۱۴ء یعنے جنگ عظیم کے ایام سے بہتیرے مرکبات سالفارسان سے مشابہ ایجاد کیے گئے ہیں، مثلاً خارسی وان گے لن[3]، آرسینو[4] نوبنزال وغیرہ یہ سب بلحاظ کیمیادی ترکیب کے سالورسن سے

[1] ریہیہ آب آگین۔ سوڈیم ہائیڈریٹ۔

[2] مکعب سنتی میٹر۔ کیوبک سنٹی میٹر۔ (ایک مکعب سنتی میٹر کے اندر آب مقطر (صد درجاتی حرارت سے چوتھے درجہ کا) تقریباً ایک گرام یا ایک ماشہ سماتا ہے۔

[3] جانسنوی۔ ٹینیل (رجالینوس کے متبرک نام کی طرف منسوب ہے)۔

[4] آرسینو بنزال۔ نرینجوجادین۔

مشابہ ہیں اور اوس کی جگہ مستعمل ہو سکتے ہیں +

سال فارسان جدید۔ یہ علامۂ ارلخ (امریکہ) کا طیار کردہ سنکھیا کا ایک دوسرا کھاری مرکب ہے + جنگ جرمن کے بعد اس کے مشابہ بہت سے مرکبات تجارتی دنیا میں مختلف ناموں سے داخل ہوئے ہیں، مثلاً فارسی دان جدید آرسے نوبینزال جدید۔ آرسی نوبلون جدید وغیرہ + اور یہ اس وقت بکثرت مستعمل ہیں + یہ ایک صاف زرد رنگ کا سفوف ہوتا ہے، جو پانی میں فی الفور منحل ہو سکتا ہے + اس سرعتِ انحلال کے باعث اسکا سیال بہت کم مقدار (۵ سے ۱۰ مکعب سنتی میتر) ہی میں پچکاری سے دیا جا سکتا ہے + علاوہ ازیں چونکہ یہ ایک کھاری نمک ہے لہٰذا پچکاری سے پہلے اس کے سیال کی تعدیل (نمک ملا کر معتدل کرنے) کی ضرورت نہیں اور پانی میں حل کر کے فی الفور اس کی پچکاری دی جا سکتی ہے + یہ سیال ہوا میں کھلا رکھنے سے جلد خراب ہو جاتا ہے لہٰذا جب اسکا رنگ سیاہ ہو جاوے تو اسے استعمال نہیں کرنا چاہئے + آرسینو بینزال جدید ۳/۱۰، ۴/۱۰، ۶/۱۰ یا ۹/۱۰ گرام (ماشہ) کی مقداروں میں کانچ کی نلکیوں میں طیار شدہ رکھا جاتا ہے + سال فارسان جدید کی ۹/۱۰ ماشہ مقدار طاقت میں سال فارسان کے ۶/۱۰ ماشہ کے برابر ہوتی ہے + چنانچہ دونوں میں پچکاری کے مقدار کا تو البتہ اختلاف ہے ورنہ دونوں مرکبات یکساں طور پر مفید اثر رکھتے ہیں + مگر بعض محققین کی رائے ہے کہ سال فارسان کا اثر بہ نسبت سال فارسان جدید کے زیادہ دیرپا اور مستعمل ہوتا ہے +

۱ سال فارسان جدید۔ نیوسلورسن۔	نیو آرسی نوبنزال۔
۲ فارسی دان جدید۔ نیوفارسی دان۔	۴ آرسی نوبلون جدید۔ نو د آرسی
۳ آرسی نو بنزال جدید۔	نوبلون (فرانسیسی نام)

اس دوا کا محلول غلیظ[1] یا محلول خفیف[2] تیار کرکے ورید پچکاری کے ذریعہ استعمال کیا جاسکتا ہے + اگر غلیظ محلول دینا ہے تو پہلے کانچ کی اوس نلکی کو جس میں دوا کا سفوف محفوظ ملتا ہے گردن کے پاس سے ریتی کے ذریعہ کاٹ کر توڑ لینا چاہئے + پھر ایک مطہر پچکاری میں جس کی وسعت دس مکعب سنتی میٹر کی ہو آب سرد مطہر مقطر پچکاری کی سوئی سے کھینچ کر بھر لیا جائے + اب پچکاری میں سے قریب دو مکعب سنتی میٹر (۲ ماشہ) پانی دوا کی نلکی میں ڈالکر اور سفوف کو خوب ہلا کر محلول کر لیا جائے + پھر اس محلول دوا کو پچکاری میں بھر لیا جائے اب پچکاری کے پانی میں یہ محلول دوا بخوبی مل جاویگی اور بازو کی ورید کے اندر داخل ہونے کے لایق ہو جائے گی + پہلے ہاتھ کو بخوبی دھو کر مطہر کر لیا جائے پھر ایک مضبوط اور مطہر ربر کی نلی بازو کے گرد کہنی سے اوپر لپیٹ کر کس دینی چاہئے ایسا کرنے سے کہنی کے سامنے کی وریدیں (باسلیقی[3] متوسط اور رقیفالی[4] متوسط) پھول کر خوب نمایاں ہو جائیں گی + اب پچکاری کی سوئی ان وریدوں میں سے کسی ایک کے اندر بہ احتیاط داخل کر دی جائے + جب سوئی ورید کے اندر داخل ہوگی تو خون پچکاری کے اندر زور کے ساتھ چڑھ آوے گا۔ اور سرخ رنگت نمودار ہوگی جو اس بات کی علامت ہے کہ سوئی صحیح مقام پر یعنی اندرون ورید پہونچ گئی ہے + لہٰذا اب بازو کی بندش کو کھول دینا چاہئے اور پھر آہستہ آہستہ پچکاری کی ڈنڈی دبا کر دوا ورید کے اندر داخل کر دینی چاہئے +

زیادہ ہلکا محلول داخل کرنا اب ایک بوسیدہ طریقہ ہو چکا ہے اور بہت کم مستعمل ہے، لہٰذا اسکا بیان کرنا چنداں ضروری نہیں +

---

[1] محلول غلیظ۔ کن سن ٹریٹڈ سولیوشن۔
[2] محلول خفیف۔ ڈائلیوٹ سولیوشن۔
[3] باسلیقی متوسط۔ میڈین بزلیک وین۔
[4] رقیفالی متوسط۔ میڈین کیفیلک وین۔

سال فارسان اور سال فارسان جدید ہر دو کا اثر بظاہر یہ ہوتا ہے کہ اِنسے وہ تمام حیوناتِ آتشک نیست و نابود ہو جاتے ہیں جو اِنکی گرفت میں آنے کے قابل ہوتے ہیں + یعنے وہ جراثیم جو دوران خون یا ساختوں میں موجود ہوتے ہیں + مگر اوسوقت جبکہ عدوی بہت قدیم ہو یا یہ جراثیم عروق کی دیواروں کے اندر داخل ہو کر یا رطوبت[1] دماغیہ نخاعیہ میں محصور و محبوس ہو چکے ہوں تو سال فرسان یا اوس کے مشابہ مرکبات کا اثر اونپر پہونچنا ناممکن ہو جاتا ہے، لہٰذا اِن حالات میں نظامِ جسم جراثیم کے اثر سے کامل طور پر پاک نہیں کیا جا سکتا + اِس بات کو بھی بخوبی یاد رکھنا چاہیئے کہ علاج آتشک میں سال فرسان کی ایجاد نے پارہ کو ہرگز بے دخل نہیں کیا ہے، بلکہ یہ ایک دوسرا نیا حربہ ازالۂ مرض کے لیے دستیاب ہو گیا ہے جس کی وجہ سے اب پارہ کی ضرورت کم مقدار میں پڑتی ہے اور آتشک کی چھوت کم مدت تک باقی رہتی ہے +

فوجی طبیبوں اور جراحوں نے آتشک کے ابتدائی درجات کے لیے جس طریقۂ علاج کی سفارش کی ہے وہ درج ذیل ہے +

(۱) پہلے ½ ماشہ[2] سال فرسان کی وریدی پچکاری (۲) پھر مسکہ[3] سیمابی (زُبدۃ الزیبق) کی ہفتہ وار پانچ پچکاریاں (۳) اس کے بعد پھر ½ ماشہ سال فرسان کی وریدی پچکاری۔ (۴) پھر سیمابی مسکہ کی ہفتہ وار پانچ پچکاریاں (۵) سب سے آخر میں پھر ½ ماشہ سال فرسان کی تیسری وریدی پچکاری +

یہ زبردست طریقۂ علاج دورانِ جنگ میں نہایت کامیابی کے ساتھ اختیار کیا گیا تھا + لیکن فوجی عہدہ دار اطبا نے جو ہلکا طریقہ علاج مقرر کیا ہے

[1] رطوبت دماغیہ نخاعیہ۔ سریبرو اسپائنل فلوڈ۔ [2] ماشہ۔ تقریباً گرام۔	[3] مسکہ سیمابی (زُبدۃ الزیبق) مرکیوریل کریم۔

وہ یوں ہے :-

(۱) پہلے ۲۵/۱۰ ماشہ سال فرسان جدید کی وریدی پچکاری کی جاوے (۲) ایک ہفتہ بعد پھر اسی مقدار کی وریدی پچکاری (۳) اس کے بعد ۶/۱۰ ماشہ کی پانچ وریدی پچکاریاں پانچ ہفتہ تک + اس طرح سب ملکر ۳۹/۱۰ ماشہ دیدیا جاوے + ساتھ ہی نصف رتی پارہ کی عضلی پچکاری ہر ہفتہ دی جاوے + اس طریقۂ علاج کے ختم ہونے کے بعد امتحانِ فاسرمان منفی ہے گا + اب سال فرسان جدید تو بند کر دیا جاوے مگر پارہ کا استعمال طریقۂ مذکورہ بالا کے مطابق ایک سال تک جاری رکھا جائے +

اس قسم کے مریضوں کی سخت نگرانی کم از کم ایک سال تک رکھنی چاہیے۔ اس عرصہ میں پہلے تو ہر ماہ اور پھر ہر تیسرے مہینے مریض کے خون کا امتحان فاسرمان کے طریقہ پر کرتے رہنا چاہیئے + اگر امتحانِ مذکور کے ذریعہ یا مریض کی دیگر علامات جسمانی سے اعادۂ مرض کے آثار ظاہر ہوں تو مندرجۂ بالا طریقۂ علاج کے مطابق پھر پچکاریوں کا دور اوسیطرح از سر نو شروع کرنا چاہیئے +

آتشک کے درجۂ سوم میں سال فرسان کی مدد سے تقرح کے جذب و اندمال میں مدد ملتی ہے مگر اس درجہ میں بیشتر پارہ اور شخاریہ[1] بنفش آمیز کے استعمال پر علاج کا دار مدار رہنا چاہیئے + اندرونی اعضاء اور احشاء باطنہ کی آتشک میں اور خصوصاً آتشک کے عوارض[2] بعیدہ میں سال فرسان کا اثر بمنزلۂ نفی کے ہے +

ان زوردار اور سمی ادویہ کے استعمال کے بعد بعض اوقات مضر نتائج بھی ظاہر ہوتے ہیں اور مریض کی ایک مختصر تعداد میں ہلاکت بھی واقع ہو جاتی ہے سال فرسان کی پچکاری کے بعد اوسی دن درد سر، بخار، لرزہ وغیرہ نمودار ہوتے ہیں،

---

[1] شخاریہ بنفش آمیز۔ پوٹاش آیوڈائڈ۔

[2] آتشک کے عوارض بعیدہ۔ پیراسفلے تک، اُفلش، [illegible]

[3] یرقان۔ جانڈس۔

جو خلد ہی رفع ہو جاتے ہیں + گاہے قے اور اسہال بھی ہوتے ہیں + چند روز بعد یرقان ظاہر ہوتا ہے + یہ اکثر خفیف ہوتا ہے مگر گاہے نہایت شدید بھی ہو جاتا ہے جسکا سبب یہ ہے کہ جگر میں زرد قسم کا ہزال[1] حاد پیدا ہو جاتا ہے + علاوہ ازیں مختلف اقسام کے جلدی امراض بھی پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً نملہ[2]، شدید التہاب[3] جلدی مقشر وغیرہ جو گاہے مہلک بھی ہو سکتے ہیں۔ مگر اب اس قسم کے ناگوار حادثات دن بدن کمتر ہوتے جاتے ہیں اور اُمید ہے کہ جوں جوں ترکیب استعمال میں درستی اور صفائی مزید تجربات کے ذریعہ حاصل ہوتی جائے گی اُسقدر یہ کمتر ہوتے جائینگے + یہ مضر اثرات کچھ تو ادویہ مستعملہ کی سمیت کے باعث پیدا ہوتے ہیں اور کچھ اس وجہ سے کہ دورانِ خون کے جرثومات آتشک کی ایک بہت بڑی تعداد یکبارگی ہلاک ہو جاتی ہے اور بہت بڑی مقدار میں ان جراثیم کے مواد سمیہ باہر نکل پڑتے ہیں (سمین[4] خلدی) سال فرسان اور اس سے مشابہ مرکبات کا استعمال بول زلالی کی صورت میں اور جبکہ قارورہ میں قشور[5] (سانچے) پائے جاتے ہوں جائز نہیں ہے +

علاج آتشک میں پارہ۔ نہایت اہمیت رکھتا ہے۔ لیکن صرف پارہ کے تنہا استعمال سے خاطر خواہ نتائج نہیں حاصل ہو سکتے اور اس کے ساتھ سال فرسان اور اس کے مشابہ مرکبات کا استعمال ضروری ہے۔ البتہ اگر سالورسن میسّر نہ ہو تو مجبوراً صرف پارہ کا استعمال ہی کرنا پڑتا ہے + چونکہ پارہ کے مسلسل

---

[1] ہزال زرد جگر۔ بلواٹرومی آف لیور

[2] نملہ۔ ہرپیز۔

[3] التہاب جلدی مقشر۔ ڈرمی ٹائی رش ایکس فولی اے ٹیوا۔

[4] سمین اندرون خلیہ / سمین خلوی } انڈوسیلیولر ٹاکسین

[5] بول زلالی۔ البیومی نوریا۔

[6] قشور / سانچے } کاسٹ۔

استعمال سے بعض ناگوار نتائج پیدا ہو جاتے ہیں اس لئے مطمح نظر یہ ہونا چاہئے کہ اوس کے بہترین فوائد بکثرت حاصل ہوں مگر مریض کو تکلیف بہت کم ہو + اسی غرض سے پارہ مختلف طریقوں سے دیا جاتا ہے، جن میں سے خاص خاص طریقے حسب ذیل ہیں:-

(۱) منہ کی راہ سے پارہ اکثر دیا جاتا ہے اور خصوصاً سفوف[1] زرد گولیوں (حبوب) کی صورت میں (۱-۳ قمحہ[2] دن میں تین بار) یا بنفش آمیز[3] سبز (½ سے ۱ قمحہ تک دن میں تین بار) سفوف زرد پارہ کے استعمال کی غالباً بہترین صورت ہے۔ پہلے دو قمحہ کی مقدار دن میں تین مرتبہ دینی چاہئے، بعض مریضوں میں ڈیڑھ قمحہ دن میں چار مرتبہ دیا جاتا ہے + اگر اس سے اسہال ہوں تو اس کے ساتھ قدرے خلاصۂ افیون[4] یا سفوف عرق الذہب ملا کر دینا چاہئے + مگر ہمیشہ ان چیزوں کو شامل کرنے کی چنداں ضرورت نہیں +

(۲) خارجی مالش[5] کے ذریعہ پارہ کا مرہم نہایت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے + اسکا خاص فائدہ یہ ہے کہ قوت ہاضمہ کا فتور (اسہال وغیرہ) نہیں ہونے پاتا + اگر معمولی پارہ کا مرہم (جیسا کہ قرابادین[6] برطانی میں درج ہے) استعمال کیا جاوے تو اوسکا ایک ٹکڑا بادام کے برابر لیکر بغل یا کنج ران میں

[1] سفوف زرد } مسحوق سنجابی } گرے پاؤڈر۔
[2] قمحہ۔ گرین۔ ایک گیہوں یا ایک جَو یا نصف رتی کے برابر۔
[3] بنفش آمیز سبز۔ گرین آیوڈائڈ۔
[4] خلاصۂ افیون۔ اکسٹریکٹ آف اوپیم۔
[5] سفوف عرق الذہب مرکب۔ پلوس اپی کاک کمپونڈ۔
[6] مالش } دلک } انکشن۔
[7] مرہم سیماب۔ آئنٹمنٹ آف مرکری۔
[8] قرابادین برطانی۔ برٹش فارماکوپیا۔

شب کے وقت خوب ملنا چاہیئے اور صبح کے وقت اوس حصہ کو بخوبی دھوکر صاف کر دینا چاہیئے اور پھر مرہم اس مقام پر تین چار روز تک نہیں لگانا چاہیئے۔ بلکہ دوسری جانب لگانا چاہیئے۔ اگر مرہم اونکی مصفی چربی (صوفین) کے ساتھ بنا ہوا ہے تو اس کی کم مقدار لینی چاہیئے + مالش کا طریقہ پارہ دینے کے لیے بہترین ترکیب ہے جسکا اثر مریض پر جلد تر ہو جاتا ہے + بعض ساحلی مقامات مثلاً اکس لاشپل اور ہارو گیٹ وغیرہ میں یہ طریقہ خصوصی ہے اور اس کے ساتھ ساتھ مریض کو گندھک کے پانی سے غسل بھی دیا جاتا ہے جو بطور خود ایک مصفی ہے + پارہ کے مرہم کی مالش جلد میں ہاتھ سے کی جاتی ہے یا شیشے کے دلاکات سے۔ اور اسکا سلسلہ چھ ہفتے تک جاری رکھا جاتا ہے اور سال بھر کے اندر پھر دوبارہ اسیطرح چھ ہفتے مالش کی جاتی ہے +

(۳) پارہ کے بخارات کی دھونی۔ (جو پارہ کے استعمال کا تیسرا طریقہ ہے) اوسوقت خصوصاً مفید ہوتا ہے جبکہ جلد بدن پر پھنسیاں زیادہ پھیلی ہوئی ہوں + اس کی ترکیب یہ ہے کہ پہلے برہنہ مریض کو بیت کی کرسی پر بٹھا دیا جاتا ہے اور پھر ایک کمبل سے یا ایک مخصوص قسم کے لبادہ سے اوس کے جسم کو زمین سے گردن تک ڈھانپ دیا جاتا ہے مگر اس ترکیب سے کہ کپڑا یا کمبل جسم کو نہ چھو سکے پھر کرسی کے نیچے ایک چراغ بید دور رکھکر اوس کے ذریعہ تقریباً ایک اوقیہ پانی کو

۱ صوفین اون کی مصفی چربی } لینولین۔	۵ دھونی حمام بخاری } دیپر ہاتھ۔
۲ } ۳ } ان مقامات پر گندھک کے چشمے ہیں	۶ بیت خیزران } کین۔
۴ دلاکہ مالش کرنے کا آلہ } ربڑ۔	۷ لبادہ دثار } کلوک۔
	۸ اوقیہ۔ اونس۔

ایک برتن میں گرم کیا جاتا ہے، اس اُبلتے ہوئے پانی پر ایک رکیبی[1] میں تقریباً ۳۰ قمحہ زنبق[2] حلور کھکر اوس کے انجارات کا بھپارہ مریض کو دیا جاتا ہے۔ اس ترکیب سے تقریباً بیس[3] دقیقہ کے اندر رکیبی کا تمام پارہ بخارات کی صورت میں اوڑکر مریض کے جسم کی جلد پر کچھ جم جاتا ہے اور مریض کو اس بھپارہ کے عمل میں خوب پسینہ بھی آتا ہے + پھر مریض کو بغیر بدن پوچھے بستر پر گرم کمبلوں[4] کے اندر لٹا دینا چاہئے + بھپارہ کے ساتھ ساتھ پارہ کا استعمال داخلی طور سے بھی کرنا مناسب ہے +

(۴) پارہ کے مرکبات کے استعمال کا چوتھا طریقہ عضلی پچکاری ہے + یہ بھی ایک مفید طریقہ ہے اگرچہ بعض کا خیال ہے کہ اس میں تقیح (پیپ پڑنے) انسداد عروق۔ کثرتِ سیلان[5] لعاب جیسے خطرات کا احتمال ہے + باایں ہمہ مسلسل تجربات نے ثابت کر دیا ہے کہ اگر کافی احتیاط اور طہارت کے ساتھ پچکاری لگائی جاوے تو کسی قسم کا خطرہ نہیں ہو سکتا + فوجی جراحوں نے اسکا استعمال بکثرت کرکے اس عمل کے فوائد کو ثابت کر دیا ہے + پارہ کے ناقابل[6] انحلال مرکبات اور خاصکر خالص پارہ کو لعمن کی صورت میں طیار کرکے پچکاری کے ذریعہ استعمال کرتے ہیں + ذیل میں ایک مفید نسخہ اسی قسم کا درج کیا جاتا ہے +

خالص پارہ۔ نصف اوقیہ[7] +

۱۔ رکیبی صحن پلیٹ۔	۴۔ سیلان لعاب۔ سیلاویشن۔
۲۔ زنبق حلور۔ کیلومل۔	۵۔ ناقابل انحلال۔ انسالیبل۔
۳۔ کمبل قطیفہ بلینکٹ۔	۶۔ اوقیہ۔ اونس۔

چربی[1] صوف (جسکا پانی خارج کر دیا گیا ہو) ۵ واقیہ +

پیرافین سیال (جس میں ۲ فی صدی حامض[2] قطرانی آمیز کیا گیا ہو) ۵ واقیہ

اس ملہار شدہ کے ۱ قطرے میں ایک تخم پارہ ہوگا +

پارہ کے عضلی پچکاری دینے کا مناسب مقام ران کا عضلۂ الویہ کبیر[3] ہے اور اس طرح دینے سے پارہ دیر کے ساتھ مگر بتدریج مسلسل جذب ہوتا رہتا ہے اور زہریلی علامات کا خطرہ نہیں ہوتا +

احتیاط۔ پارہ کے دورانِ استعمال میں مریض کی عام صحت اور عادات کو بخوبی منضبط رکھنا چاہئے۔ شراب سے قطعی احتراز لازم، محنت اور ورزش بہت مختصر ہونی چاہئے، دہن۔ دانتوں اور مسوڑھوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ صاف رکھنا چاہئے + پھٹکری اور شنگارفیہ[4] اخضر آگین جیسی قابض اور مصفئ دہن ادویہ سے غرغرہ کرانا چاہئے۔ اگر دانتوں میں کیڑا لگ گیا ہے یا گڑھا ہے تو دانت نکال دینا چاہئے یا گڑھے کو خاص مرکب سے بھروا دینا چاہئے لیکن دنداں ساز کو مرض کی نوعیت سے ضرور مطلع کر دینا چاہیے۔

دہن اور حلق کے امراض کے خطرہ سے بچنے کے لئے مناسب ہے کہ تمباکو نوشی کم از کم چھ ماہ ترک کرا دی جائے + پارہ کی مقدار مختلف مرضی میں بلحاظ اونکی حالت کے مختلف ہونی چاہئے یعنے قوی مریضوں میں تو زیادہ مقدار دی جاوے اور لاغر اور مضمحل مریضوں میں تھوڑی مقدار ہو + پارہ کا استعمال مسلسل جاری رکھنا چاہئے حتی کہ پارہ کے مخصوص تاثرات (مثلاً مسوڑھوں کی خفیف تکلیف) پیدا ہو جاویں مگر شدید علامات مثلاً سیلان لعاب وغیرہ ظاہر نہ

---

[1] چربی صوف۔ اڈپس لینی۔

[2] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

[3] عضلۂ الویہ کبیر۔ گلوٹیس میگزیمس۔

[4] شنگارفیہ اخضر آگین۔ کلوریٹ آف پوٹاس

ہونے پاویں + عموماً پارہ کا استعمال زیادہ مقدار میں چار یا پانچ مہینے تک ہونا چاہئے پھر ایک سال ختم ہونے تک مقدار کو ختم کرکے بند کر دینا چاہئے + مگر مناسب یہ ہے کہ ڈھائی تین سال تک پارہ کا استعمال اس طرح جاری رکھا جاوے کہ سال بھر میں دو دفعہ تین تین ماہ تک پارہ دیا جاوے +

تسمم زبیقی۔ (سمیت سیماب) چونکہ بعض اشخاص میں پارہ کی خفیف مقدار دینے سے بھی زہریلی علامات نمودار ہو جاتی ہیں۔ لہٰذا علاج نہایت تھوڑی مقدار سے شروع کرنا مناسب ہے +

علامات زہریہ میں مسوڑھے نرم ہو کر پھول جاتے ہیں اور ذرا سا دبانے سے بھی اون میں خون نکل آتا ہے + پھر سیلان لعاب کا مرض ہو جاتا ہے بلکہ ساری زبان میں ورم و التہاب (التہاب اللسان) ہو جاتا ہے، تنفس بدبودار ہو جاتا ہے دانت ہلنے لگتے بلکہ گر بھی جاتے ہیں اور دانتوں کے اداری (گڑھے) سڑنے لگتے ہیں + باضمہ میں فتور واقع ہوتا ہے اور اسہال یا شدید درد شکم (قولنج) ہو جاتا ہے +

علاج۔ پارہ کا استعمال فوراً ترک کر دیا جائے، تیز نمکین مسہل کے ذریعہ دست جاری کرائے جائیں اور پھولے ہوئے مسوڑھوں کے لئے پھٹکری اور شجار اخضر اگین وغیرہ کے غرغرے کرائے جائیں +

مندرجہ بالا صفحات میں آتشک کے لیے سنکھیا اور پارہ کے مرکبات کے فوائد استعمال کا بیان ہو چکا + ایک تیسرا ضروری اور نہایت مفید مرکب شجار یہ منفش آمیز ہے۔ جو تیسرے اور درمیانی درجات کے لئے خصوصاً مفید ہے + اس دوا

۱؎ تسمم زبیقی۔ مرکیوریا لزم۔	۳؎ شجار اخضر اگین۔ کلوریٹ آف پوٹاش۔
۲؎ التہاب اللسان۔ گلاسائی ٹس۔	۴؎ شجار یہ منفش آمیز۔ آیوڈائڈ آف پوٹاس

کا ٹھیک طریق عمل و اثر متیقن نہیں ہے مگر غالباً اسکا خاص اثر یہ ہوتا ہے کہ یہ صنعتی[1] ساختوں کو عمل جذب کے ذریعہ خارج کر دیتا ہے مگر سبب مرض (جراثیم آتشک) پر کوئی اثر نہیں رکھتا + یہ مرکب آتشک کے دوبارہ حملہ کو روک نہیں سکتا اور اس کے استعمال کے بعد بھی اعادۂ مرض کو روکنے کے لیے سال فالسا اور پارہ کی ضرورت رہتی ہے + ابتداءً اس کی مقدار خوراک ۵ قمحہ سے زیادہ نہیں ہونی چاہیئے مگر اسے بتدریج بڑھایا جائے + حتیٰ کہ بعض مریضوں میں ایک درہم[2] تک دن میں چار بار دیا جا سکتا ہے + اس دوا کے دینے کے بعد فوراً پانی زیادہ مقدار میں پلانا چاہیئے تاکہ اوس کی تیزی ہلکی پڑ جائے اور دوا جلد منجذب ہو جائے بعض اوقات اس کے استعمال کے بعد شکم کے قسم شرائیینی[3] میں تنگی اور دباؤ سا محسوس ہوتا اور جی ڈوبنے کی سی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ جس کے حفظ ماتقدم کے لیے اس کے ساتھ پندرہ بوند روح نوشادریہ عطری یا نوشادریہ[4] فحم آگین دینا مناسب ہوتا ہے + اکثر اس کے استعمال سے زکام کی ریزش ہونے لگتی ہے اور چہرہ اور کندھوں کے قرب و جوار میں ہاسے کے سے دانے نکل آتے ہیں مگر یہ ناگوار تاثرات اس دوا کی مقدار بڑھا دینے سے رفع ہو جاتے ہیں + شاذ و نادر اس کے باعث رطوبت بھرے آبلے (نقاطات[6] مائیہ) بھی پیدا ہو جاتے ہیں + جب یہ دوا زیادہ مقدار میں دی جاوے تو اس کے ساتھ ربہ[7] فحم آگین ثانی

[1] صنعتی ساخت۔ گے ٹس۔ ٹشو۔
[2] درہم۔ ڈرام (تقریباً ۳۔ ماشہ)۔
[3] قسم شرائیینی۔ ایپی گیسٹریم (کوڑی کا مقام)
[4] روح نوشادریہ عطری۔ اسپرٹ آف ایمونیا۔ ایرومے ٹک۔
[5] نوشادریہ فحم آگین۔ کاربونیٹ آف ایمونیا۔
[6] نقاطات مائیہ۔ بلا۔
[7] ربہ فحم آگین ثانی۔ بائی کاربونیٹ آف سوڈا۔

یا شخار یہ[1] مخم آگین ثانی ملا دینا چاہئے تاکہ رطوبت[2] معدیہ اس کی ترکیب کو فاسد نہ کر سکے + اگر ساتھ ہی پارہ دینا بھی مقصود ہو تو شخار یہ بفش آمیز کے مزیج[3] کے ساتھ پارہ کے سیال دسیال[4] سیماب اخضر آمیز اعلیٰ انہیں آمیز کرنا چاہیئے کیونکہ اس سے ہاضمہ میں فتور آجاتا ہے لہٰذا اس کی بہترین صورت سفوف زرد (سحوق[5] سنجابی) ہے + اس کے ساتھ بعض دیگر ادویہ مثلاً عشبہ[6]، سکھیار سم الفار[7] فولاد وغیرہ استعمال کی جاتی ہیں اور یہ آتشک کے آخری درجات میں مفید اثر رکھتی ہیں +

آتشک کا خارجی علاج

آتشک کا خارجی علاج خصوصاً پارہ کے مرکبات سے کیا جاتا ہے +

قرحۂ ابتدائی (درجۂ اول) کا علاج شگاف سے۔ داغ سے۔ مرہم زیبق حلو[8] ۳۰ فیصدی سے کیا جاتا ہے۔ عنصل[9] سیاہ بھی مفید ہوتا ہے۔ پارہ کے خارجی استعمال سے زخم کے ریشہ دار جال میں جو جراثیم آتشک موجود ہوتے ہیں وہ تلف ہو جاتے ہیں +

حدبات[10] مخاطیہ۔ جو مبرز یا فرج کے قرب و جوار میں یا پیر کی انگلیوں کے درمیان ہو جاتے ہیں۔ انکے علاج کا معقول طریقہ یہ ہے کہ انھیں نہایت صاف

[1] شخار یہ مخم آگین ثانی۔ بائی کاربونیٹ آف پوٹاش۔	[5] سحوق سنجابی۔ گرے پاؤڈر۔
[2] رطوبت معدیہ۔ گیسٹرک جوس	[6] عشبہ۔ سارسپریلا۔
[3] مزیج۔ مکسچر۔	[7] سم الفار۔ آرسینک۔
[4] سیال سیماب اخضر آمیز اعلیٰ لائکر ہیڈرارجائی پر کلورائڈائی۔	[8] زیبق حلو۔ کیلومل۔
	[9] عنصل سیاہ۔ اوشیونگرا۔
	[10] حدبات مخاطیہ۔ میوکس ٹیوبرکل۔

اوزنشک رکھا جائے اور انکی سطح پر سیماب[1] شیریں اور نشاستہ[2] کا سفوف ملا کر چھڑکا جاوے۔ یا سیماب شیریں کا مرہم لگایا جائے اور دانوں (حدبات) کے متوازی پہلوؤں کو رگڑ سے محفوظ رکھنے کے لیے انکے درمیان نشالہ[3] کا ٹکڑا رکھدیا جاوے۔

حلق کے تقرح ثانوی کے لیے عموماً کسی خارجی علاج کی چنداں ضرورت نہیں پڑتی کیونکہ پارہ کے داخلی استعمال سے یہ جلد رفع ہوجاتا ہے۔ تاہم بوقت ضرورت پارہ کے محلول مرکبات سے غرغرہ کرایا جاسکتا ہے یا زیادہ خراب حالتوں میں حلق کے اندر حلوین[4] زنبق اخضر آمیز اعلیٰ (۱ حصہ ۲ ہزار حصص میں) کی پچکاری لگانا چاہیئے۔

سطحی قروح صمغیہ کے علاج کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے ان کا کیرنڈ (خشک ریشہ) نکالا جائے اور پھر پارہ کا کوئی مرہم لگا دیا جائے۔

عمیق قروح صمغیہ کی حالت میں انکو نہایت احتیاط کے ساتھ مطہر رکھنا چاہیئے، کیونکہ اگر ان میں عدوی وعفونت پہونچ جاتی ہے تو صحت کی رفتار میں سخت رکاوٹ ہوجاتی ہے خصوصاً جبکہ یہ ہڈی سے متعلق ہوں۔ بے احتیاطی کے باعث خراب صورتوں میں زخم نہایت گندہ اور بدبودار ہوجاتا ہے اور مزمن حالات میں روزانہ شام کو بخار (حمّی وق) اور احشائے باطنیہ میں فساد نشوی[5] واقع ہوجاتا ہے۔ جب اورام صمغیہ سطح تک پہونچ جاویں

---

[1] سیماب شیریں۔ کیلومل۔
[2] نشاستہ۔ اسٹارچ۔
[3] نشالہ۔ لنٹ۔
[4] حلوین زنبق اخضر آمیز اعلیٰ۔
گلیسرین۔ ہائڈراجرائی پر کلورائڈائی
[5] قروح صمغیہ کے مٹل السر۔
[6] فساد نشوی۔ امی لائڈ ڈیجنریشن۔

اور باہر منہ کریں اوسوقت انھیں معمولی خراج کی طرح بہ احتیاط تمام شگاف دیکر چیر دینا چاہیئے، اور پھر مطہر مرہم کی پٹی کردی جائے یا مطہر کپڑے کی بتی (دسام) عنصل سیاہ میں بھگوکر ان کے اندر بھردی جائے +

افرنجی ورانی۔ آتشکِ موروثی

آتشک زدہ والدین کی اولاد شکم مادر میں اکثر درجۂ تکمیل تک نہیں پہونچنے پاتی اور حاملہ کو چھٹے یا ساتویں مہینہ میں اسقاط ہوجاتا ہے + جنین کا جسم گاہے صحیح وسالم ہوتا اور ولادت کے بعد وہ کچھ عرصہ زندہ بھی رہ سکتا ہے۔ مگر عموماً مردہ بچہ ہی پیدا ہوتا ہے اور بیشتر اوسکا جسم گلا ہوا پایا جاتا ہے + ایسی حالت میں بچہ کے جسم میں لاتعداد جراثیم آتشک بھرے ہوئے ہوتے ہیں + گاہے بار بار اسقاط ہوتا اور آخر میں کوئی زندہ رہ جاتا ہے + بعض مثالیں ایسی بھی ملتی ہیں کہ باوجود اس کے والدین میں عدوائی آتشک موجود ہے پھر بھی پہلا حمل پورے دنوں تک پہونچکر بچہ زندہ پیدا ہوتا ہے + ایسا بچہ ولادت کے وقت ہی آتشک کے علامات رکھتا ہے، مگر بیشتر تو ایسا ہوتا ہے کہ وضع حمل کے بعد بچہ بظاہر بالکل صحیح وتندرست معلوم ہوتا ہے مگر کئی ہفتوں کے بعد اوس میں آتشک کے خصوصی علامات نظر آتے ہیں +

اِن مظاہر کے متعلق حلقۂ اطباء میں خوب مباحثے ہوتے رہے ہیں اور اس مسئلہ میں بھی ردوکد ہوتی رہی ہے کہ آتشک کا عدوی زیادہ تر ماں کے ذریعہ سے ہوتا ہے یا باپ کی طرف سے + زمانۂ عدوی کے تعین کے لیے ذیل کے تین اوقات بطور نظریہ کے پیش کیے گئے ہیں +

ملہ افرنجی ورانی۔ ان ہیرے ڈٹری سفلس۔

(۳۲) موروثی آتشک میں یہ بچی مبتلا ہے۔

(۱) بوقت استقرار نطفہ مرض ماں اور باپ ہر دو کے ذریعہ یا صرف ایک سے جنین میں پہونچ جاتا ہے اور جرثومات آتشک عورتوں کے بیضہ کے ذریعہ یا مردوں کی منی کے جرثومات کی وساطت سے یا ان ہر دو کے ذریعہ منتقل ہو سکتے ہیں + چنانچہ مشاہدہ سے آتشک کے جراثیم لسان اور بن مانس کی رطوبت منویہ میں پائے گئے ہیں + اس کے بعد یہ ابتدائی عدوی بآسانی جنین کے سارے جسم میں سرایت کر سکتا ہے + ایسی مثالیں جن میں حاملہ کو جلد اسقاط ہو جاتا ہے اور جرثومات آتشک سے بھرا ہوا بچہ مردہ پیدا ہوتا ہے، غالباً اسی زمرہ سے تعلق رکھتی ہیں +

(۲) حمل قایم ہو جانے کے بعد یعنی دوران حمل میں رحم کی اندرونی جھلی (غشاء مخاطی) کے عدوی سے جسم جنین میں عدوی پہونچ سکتا ہے۔ خصوصاً جبکہ غشاء ساقط[۴] کا وہ حصہ مائوف ہو جو مشیمہ بناتا ہے +

یہ قاعدۂ کلیہ ہے کہ حاملہ اور جنین کا دوران خون ایک دوسرے سے جدا رہتا ہے مگر جب مشیمہ مبتلائے مرض ہوتا ہے تو جراثیم آتشک بآسانی ماں کے دوران خون سے جنین کے جسم میں پہونچ سکتے ہیں +

(۳) یہ بھی ممکن ہے کہ انتقال عدوی وضع حمل کے زمانہ تک واقع نہ ہو اور وضع حمل کے وقت میں جبکہ مشیمہ (آنول) جدا ہو رہا ہو اسوقت جراثیم مشیمہ سے منتقل ہو کر وریدالسرہ (ورید ناف[۶]) کی راہ سے جنین تک پہونچ جائیں +

---

۱ بیضۂ انثیٰ۔ اُووم۔
۲ جرثومات منویہ } اسپرمے ٹوزوان
اجسام منویہ }
۳ بن مانس۔ ایپ۔
۴ غشائے ساقط (ڈیسی ڈوا) وہ جھلی جو رحم میں بخانب حمل جنین کے گرد غلاف بناتی ہے۔ اور وضع حمل کے وقت گر جاتی ہے
۵ مشیمہ پلے سنٹا۔
۶ ورید ناف } امبلائیکل وین۔
ورید سرہ }

ولادت کے بعد نوزائیدہ بچہ میں چند ہفتہ کے بعد تک علاماتِ آتشک کا ظاہر نہ ہونا اس نظریہ کی ایک دلیل ہے، اگرچہ اس کی توجیہہ یہ بھی ممکن ہے کہ دورانِ عمل میں آتشک کے جراثیم کی سمیت (سمین) جنین کے جسم سے خارج ہو کر ماں کے خون میں داخل ہوجاتی ہے، اور سمین کے اس انتقال کے باعث جنین میں مرض کی علامات کچھ عرصہ تک ظاہر نہیں ہونے پاتیں، اگرچہ جنین کے اندر عدویٰ موجود ہوتا ہے + اس موقعہ پر یہ جاننا بھی خالی از دلچسپی نہ ہوگا کہ اگرچہ ماں کے اعضائے تناسل میں مُعدِیٔ قروح موجود رہتے ہیں لیکن پھر بھی نوزائیدہ بچہ کے جسم پر قروح ابتدائیہ نہیں پائے جاتے + غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ ایسا بچہ کسی ماسبق عدویٰ کے باعث قوت مناعت حاصل کرلیتا ہے اور اس سے محفوظ ہوجاتا ہے۔ یا یہ کہ بطنِ مادر میں جنین کے جسم پر ایک قسم کا جبنی[1] مادہ ہوتا ہے وہ اوسے محفوظ رکھتا ہے (جبن۔ پنیر) +

بعض مثالوں میں یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ ماں میں بظاہر مرض کے علامات نہیں پائے جاتے اور بچہ کے لبوں اور مسوڑھوں میں زخم موجود ہوتے ہیں اس بچہ کو ماں اپنا دودھ پلاتی ہے تو مبتلائے مرض نہیں ہوتی لیکن اگر اسی بچہ کو کسی دایہ کا دودھ پلایا جائے تو دایہ کے سرپستان (حلمہ) پر قرحہ ہوجاتا ہے اسکو ناموس[2] کولس کے نام سے منسوب کرتے ہیں کیونکہ اسے علامۂ کالیس نے ۱۸۳۷ء میں اعلان کیا + گذشتہ زمانہ میں ماں کی اس قسم کی مناعت کی توجیہہ یوں کی جاتی تھی کہ جنین کے جسم میں اجسام ترياقیہ (اجسام دفاعیہ) بنکر ماں کے خون میں منتقل ہوجاتے ہیں اور یوں ماں کو مناعت حاصل ہوجاتی ہے، مگر اب علامۂ فیسر نے بڑی ذات کے بندروں پر تجربات کرکے ثابت کردیا ہے

[1] طلاء جبنی۔ ورنکس کیسی اوسا۔ | [2] ناموس کولس۔ کالس لاؤ۔

کہ مریض آتشک کے مفصل دموی میں نہ کسی قسم کے محفوظ رکھنے والے اجسام تریاقیہ بنتے ہیں اور نہ حفاظت کرنے والے مواد (مواد وقائیہ[1]) پیدا ہوتے ہیں، لہذا اغلب یہ ہے کہ ماں کی مناعت کا اصلی باعث یہ ہے کہ خود اوسکو آتشک کا خفیف سا مرض ہوجاتا ہے جو اگرچہ نمایاں اور صریح نہیں ہوتا مگر مناعت پیدا کر دیتا ہے +

ناموس بروفیتار[2] (بروفیتا کا قانون) یہ مذکورہ بالا قانون کوس کے بالکل متضاد ہے اور اس کی رو سے یہ خیال کیا گیا ہے کہ آتشکی ماں یا باپ کا بچہ آتشک کے لیے قوت مناعت رکھتا ہے، اگرچہ اس بچہ میں آتشک کے علامات کبھی بھی ظاہر نہ ہوئے ہوں + اسکا حاصل یہ ہے کہ بلا حدوث مرض بچہ آتشک سے محفوظ (منیع) ہوجاتا ہے + مگر معلومات حاضرہ کی روشنی میں یہ بات قابل وثوق نہیں سمجھی جاسکتی +

مریض آتشک میں انتقال مرض کی قابلیت کب تک رہتی ہے؟

یا بہ الفاظ دیگر آتشک کا اثر والدین سے بچہ میں کب تک منتقل ہوسکتا ہے اور مریض آتشک کب تک شادی کرنے کے قابل ہوتا ہے؟ یہ سوال بار بار معالج کے سامنے پیش ہوتا ہے اور اسکا جواب نہایت مشکل ہے + ایسے موقعہ پر لائحۂ عمل یہ ہونا چاہیے کہ شادی کی اجازت مریض کو (خواہ عورت ہو یا مرد) اُس وقت تک نہ دینی چاہیے جب تک کہ امتحان فاسرمان متواتر دو سال تک منفی نہ ثابت ہو۔ اور پورے دو سال سے علامات آتشک غائب نہ ہوں۔ بلکہ مزید احتیاط کے لیے ضروری ہے کہ شادی سے قبل تین ماہ تک مسلسل پارہ کا خفیف استعمال کرایا جاوے اس کے بعد شادی کی اجازت دی جاوے +

[1] مواد وقائیہ۔ کیورٹیو سبس ٹنس۔ [2] ناموس بروفیتار۔ بروفیتار لاء۔

بعض اوقات باوجود اس قسم کی احتیاط و علاج کے امتحان فاسمان کا نتیجہ مثبت ملتا ہے، مگر ان حالات میں جب کہ تمام ظاہری علامات رفع ہو چکی ہوں تو عدوی کا امکان نہایت ضعیف ہو جاتا ہے اور شادی کی سخت مخالفت نہیں کی جاتی، اگرچہ بہ نظر احتیاط یہ مناسب ہے کہ اس قسم کی شادی کے بعد اگر حمل قرار پائے تو حاملہ کا علاج جاری رکھا جائے +

تیسری نسل تک آتشک کے منتقل ہونے کا مسئلہ نہایت دلچسپ ہے اور اس کے متعلق بھی حکماء میں سخت اختلاف رائے موجود ہے + آتشک کا مخصوص جراثیم سے پیدا ہونا اور ان جراثیم کا اداخر درجۂ سویم تک پایا جانا ان دونوں واقعات سے سمجھا جاتا ہے کہ اس مرض کا انتقال ممکن ہے۔ لیکن اس امر کا محقق ہونا سخت مشکل ہے کہ دوسری نسل ان سے پاک ہوتی ہے یا نہیں؟ اس مسئلہ کے متعلق ابھی مزید شواہد کی ضرورت ہے۔ جس کے بعد آخری محاکمہ کیا جائیگا +

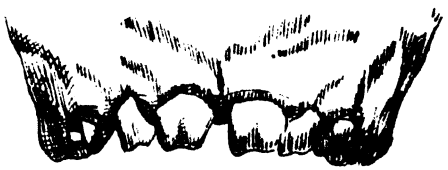
بیشتر حالات میں پیدائش کے بعد بچہ قوی و تندرست معلوم ہوتا ہے اگرچہ گاہے کسی قدر چھوٹا اور ناقص الخلقت ہوتا ہے + پیدائش کے بعد تین ہفتے سے تین ماہ تک اس بچہ میں مرض کی صریح علامات ظاہر ہونے لگتی ہیں + لاغری کے ساتھ جلد میں جھریاں پڑ جاتی ہیں اور جلد کا رنگ مٹیالا ہو جاتا ہے۔ چہرہ پُرملال معلوم ہوتا ہے اور بوڑھوں کے مانند خشک ہوتا ہے +

ہمیشہ کی خون (فقر الدم) نمایاں ہوتی ہے اور عرصہ دراز تک قایم رہتی ہے + مختصر یہ کہ آتشک خلقی کے تمام علامات آتشک اکتسابی سے مشابہ ہوتی ہیں۔ صرف ابتدائی قرحہ جو اکتسابی آتشک میں ہوتا ہے آتشک موروثی میں نہیں پایا جاتا + چنانچہ بچہ کی پیدائش کے بعد ایک سال کے اندر مختلف قسم کے عوارض رطفح جلدی[1]

[1] طفح جلدی۔ کیوٹے نیس ایرپشن۔

(۳۳) موروثی آتشک میں یہ مریض مبتلا ہے۔ اس کی ناک
اور پیشانی کی بلندی دبی ہوئی ہے۔

(۳۴) موروثی آتشک میں اسنان مشنصون



حدبات[1] مخاطیہ، تقرح[2] سطحی) نمودار ہو جاتے ہیں + گاہے ابتداءً عنابی رنگ کی سرخی (دردیہ[3]) سرین پر خصوصیت سے نمودار ہوتی ہے مگر یہ جلدی رفع ہو جاتی ہے + اس کے بعد حدباتِ مخاطیہ گوشۂ دہن (یا چھاتیں)، ناک میں، مبرز کے گرد کنج ران میں اور فوطہ اور ران کے درمیان پیدا ہو جاتے ہیں + گاہے لبوں کے زخم بہت نمایاں ہو کر تقرح پیدا کر دیتے ہیں اور جب یہ خشک ہو کر ندبہ بناتے ہیں تو ان کے سکڑنے سے گوشۂ دہن میں شعاعی خطوط اور نشانات رہ جاتے ہیں +

بعض دیگر جلدی عوارض بھی ظاہر ہوتے ہیں، مثلاً قشور[4] افرنجیہ پاؤں کے تلوؤں پر ہو جاتے ہیں اور ساتھ ہی بدن پر ادبھار (حلیمات[5] افرنجیہ) اور ضعیف اور کمزور بچوں میں آبلے بھی بن جاتے ہیں جن میں پیپ بھر جاتی ہے (فقاع[6]) ابتدائی درجہ میں ہمیشہ التہاب[7] الانف اور زکام پیدا ہو جاتا ہے جس کے باعث ناک سے سانس لینے میں دقت ہوتی ہے اور آواز کے ساتھ تنفس ہوتا ہے جس میں خراٹا سنائی دیتا ہے + التہاب الانف اکثر بہت دیر پا ثابت ہوتا ہے اور ناک میں زخم و قروح کے ساتھ ساتھ ناک کی ہڈیوں اور کریوں کی بوسیدگی تک پیدا کر دیتا ہے جس کے باعث ناک چپٹی ہو جاتی ہے اور یہ چپٹا پن جوانی تک قایم رہتا ہے جو آتشک خلقی کی ایک ممتاز و نمایاں علامت ہے + اور بسا اوقات نلی اور جگر بھی بڑھ جاتے ہیں +

ایسے بہتیرے بچے نقص تغذیہ اور کمزوری کے باعث زندگی کے پہلے سال

---

[1] حدبہ مخاطیہ۔ میوکس ٹیوبرکل۔
[2] تقرح سطحی۔ سوپرفیشیل السرایشن۔
[3] دردیہ۔ روزی اولا۔
[4] قشور افرنجیہ۔ اسکوئس سفلائڈز۔
[5] حلیمات افرنجیہ۔ پے پولس سفلائڈز۔
[6] فقاع۔ پمفی گس۔
[7] التہاب الانف۔ رہائی ٹائی ٹس۔

ہی میں مرجاتے ہیں۔ لیکن اگر مناسب اور باقاعدہ علاج کیا جاوے تو ایک معتدبہ تعداد چھ سے آٹھ ماہ کی عمر تک تندرست ہو سکتے ہیں اور علامات مرضیہ جو اوپر بیان ہوئی ہیں رفع ہو سکتی ہیں، اگرچہ اونکے بدن پر داغ اور دھبے باقی رہ جائیں گے +

البتہ اس مرض کے اثر سے بچہ کا آیندہ نشو و نما ناقص رہتا ہے اور عموماً اوس کے چہرہ کی ہیئت ممتاز رہتی ہے جس سے موروثی آتشک کا گمان فوراً ہوتا ہے +

سال بھر کی عمر کے بعد آتشک ثلاثی کے عام مظاہر و علامات بعینہٖ آتشک اکتسابی کے مانند ظاہر ہوتے ہیں۔ مزید برآں اور علامات بھی ہیں جو موروثی آتشک سے مخصوص ہیں خصوصاً دانتوں ہڈیوں اور طبقہ قرنیہ کے عوارض + اندرونی کان میں بھی عموماً مرض ہوجاتا ہے۔ جس کے باعث گاہے بہرا پن ہوجاتا ہے +

عوارض دندان

دانت۔ موروثی آتشک میں بیشتر اوقات ایک مخصوص ہیئت و ساخت کے ہوتے ہیں + دودھ کے دانت اکثر معمول کے نسبت جلد نکل آتے ہیں، اونکا رنگ خراب و گدلا ہوتا ہے اور جلد ٹوٹ کر گل جاتے ہیں + دائمی دانت (اسنان دائمہ) عموماً صحیح اور اچھے نکلتے ہیں مگر گاہے بیڈول اور بد وضع بھی ہوتے ہیں + اوپر کے جبڑے کے درمیانی اسنان قواطع (ثنایا) بیشتر مبتلائے مرض ہوتے ہیں، لیکن اوپر کے پہلوی قواطع (رباعیات) اور نیچے کے قواطع بھی گاہے مبتلائے مرض ہوتے ہیں + معمولی دانت جبڑے کے حصہ میں سکڑے اور چھوٹے اور باہر کی طرف چوڑے ہوتے ہیں لیکن موروثی آتشک کے مریض

۱؎ اسنان قواطع۔ انسائزر ثنیہ۔

میں دانت جبڑے کی طرف سے چوڑے ہوتے ہیں اور بیرونی حصہ کی طرف نکلکر چھوٹے اور تنگ ہوتے جاتے ہیں اور اونکی ساخت نامکمل رہ جاتی ہے اور بجائے ایک دوسرے سے ملے اور جڑے ہونے کے ایسے دانتوں کے درمیان فاصلہ اور درزیں چوڑی رہ جاتی ہیں + اس قسم کے دانتوں کا بیرونی آزاد کنارا بجائے اس کے کہ سیدھا ہو وسط میں مقعر ہوتا ہے + قدرتی طور پر دانت کی بیرونی سطح پر جو سفید رنگ کا چمکدار سخت مادہ (مینائے اسنان[2]) ہوتا ہے اور وہ دانتوں کی بیرونی حفاظت کا کام دیتا ہے وہ اس مرض میں ناقص اور غیر مکمل رہ جاتا ہے جس سے دانت غیر محفوظ رہ جاتا ہے اور جلد سڑ گل جاتا ہے + گاہے دانت ٹیڑھے ہوتے ہیں اور جڑ سے باہر کی طرف بل کھاکر سکڑتے جاتے اور اونکا آزاد کنارا سیدھا ہوتا ہے + آجکل اسنان ہشتنصون[1] (جن کے کنارے مقعر ہوتے ہیں) عام طور پر نہیں دیکھے جاتے +

عوارض عظام (انکا مفصل بیان امراض عظام کے باب میں آئے گا)

عوارض قرنیہ

التہاب[3] قرنیہ خلالی۔ یا قرنیہ کا پھیلا ہوا ورم۔ قرنیہ کی عام[4] خلالی ساخت میں ورم و التہاب عموماً سن بلوغ کے قریب یا اس سے پہلے ہوتا ہے + ابتداء اس قسم کا التہاب ایک ہی آنکھ میں نمودار ہوتا ہے لیکن بعد میں دونوں آنکھوں

[1] اسنان ہشتنصون۔ ہچن سن ٹیتھ۔
[2] مینائے اسنان۔ انامل آف ٹیتھ۔
[3] التہاب قرنیہ خلالی۔ انٹرس ٹشیل کیراٹائی ٹس۔
[4] خلالی ساخت۔ انٹرس ٹی شل ٹشو۔

میں یہ شکایت ہوجاتی ہے + قرنیہ کی شفاف سطح دھندلی ہوجاتی ہے اور سیاہی چشم کے حلقہ کے قریب (بیرونی حصہ میں) امتلائے دموی کے باعث سُرخی ہوجاتی ہے۔ سطح قرنیہ پر دھُندلی سفیدی کے درمیان بعض بعض مقام پر سرخ دھبے بھی نظر آتے ہیں جو نئے عروق بن جانے کے باعث ہوتے ہیں + عموماً قرنیہ پر زخم نہیں پیدا ہوتے لیکن اگر التہاب زیادہ دیر پا رہے تو زخم کے بعد آنکھ میں پھولا پڑجاتا ہے (عنبیہ مقدمہ) قرحہ قرنیہ میں شاذ ہی ہوتا ہے۔ لیکن بیاض قرنیہ باوجود علاج کے اکثر باقی رہ جاتا ہے + التہاب گاہے قرنیہ سے پھیلکر طبقہ عنبیہ اور جسم ہدبی تک پہونچ جاتا ہے + مناسب احتیاط و علاج سے عموماً اچھا نتیجہ ہوتا ہے اگرچہ گاہے سالہا سال تک علاج جاری رکھنا پڑتا ہے۔ پھر بھی قرنیہ میں داغ رہ جاتا ہے (بیاض قرنیہ) +

آتشک خلقی کی تشخیص۔ امتحان فاسرمان کا نتیجہ مرض کے ابتدائی اور شدید درجات میں تو مثبت ملتا ہے، مگر آخری درجات میں (اکتسابی آتشک کے درجہ سویم کے اواخر کی طرح) فاسرمان منفی پایا جاتا ہے +

آتشک خلقی کے بعض علامات و عوارض مرض کساح اور درن سے مشابہت رکھتے ہیں + اِن امراض سے تفریق کرنے میں مندرجۂ ذیل امور کا لحاظ رکھنا چاہیے جو آتشک خلقی کے لیے ممتاز ہیں +

۱ ہدبی حصہ اکلیل العین } سیلی اری ریجن۔	۴ طبقۂ عنبیہ۔ آئرس۔
۲ عنبیہ مقدمہ۔ انٹیریر ایٹے فیلوما (عنبیہ۔ انگور)	۵ جسم ہدبی۔ سی لی اری باڈی۔
۳ بیاض قرنیہ۔ اپیسی ٹی آف دی کارنیا۔	۶ فاسرمان۔ وازرمن۔
	۷ کساح۔ ریکٹس۔
	۸ درن۔ ٹیوبر کیولوسس +

(۱) درمیانی چوڑے دانتوں (ثنایا) میں گڑھے کا موجود ہونا آتشک موروثی کی خاص علامت ہے +

(۲) قرنیہ میں التہاب خلالی کا ہونا +

(۳) پنڈلی کی بڑی ہڈی میں ورم کا ہونا +

(۴) کھوپری کی ہڈیوں میں عُقَد یعنی گرہوں کا ہونا +

(۵) ناک کی جڑ کا چپٹا ہونا۔ دہن کے کناروں کا پھٹا ہوا ہونا۔ تالو اور حلق میں داغ کا پایا جانا +

(۶) جگر کا بڑا ہونا۔ (عظم الکبد مزمن)

(۷) بار بار زکام اور آبلوں اور پھُنسیوں کا ہونا۔ اور اس کی والدہ میں اسقاط کا اکثر ہونا +

آتشک موروثی کا علاج۔ علامات کے ظاہر ہوتے ہی علاج فوراً شروع کرنا چاہیے + بچہ کی عام صحت درست کی جائے اور اگر ماں دودھ پلانے کے قابل نہیں ہے تو باہر کا دودھ شیشی وغیرہ کے ذریعہ دیا جائے۔ لیکن کسی دایہ یا انا کا دودھ ہرگز نہیں دینا چاہیے۔ کیونکہ بچہ کا مرض اوسکو یقیناً لگ جائیگا +

پارہ کی خارجی مالش بچہ کے پیٹ پر کی جائے یا شب کے وقت پارہ کا مرہم بچہ کے تلوں پر ملا جائے۔ پارہ کے خارجی استعمال کا بہترین طریقہ ہے مگر پارہ کا اندرونی استعمال بھی مفید ہوتا ہے۔ مثلاً سفوف زرد (سُحُق[1] سنجابی) نصف قمحہ دن میں تین بار قدرے شکر کے ساتھ ملا کر دیا جائے +

پارہ کا استعمال تمام علامات رفع ہوجانے کے بعد بھی تین یا چھ ماہ تک جاری رکھنا چاہیئے + عام صحت کی درستی اور تقویت کے لیے مچھلی کا تیل

---

[1] سحق سنجابی۔ گرے پاؤڈر۔

(روغن جگر ماہی[1]) مرکبات فولاد اور مرکبات[2] نور آگین دینا مفید ہے ۔

جب درجۂ سویم کے علامات ظاہر ہو جائیں تو شجاریہ[3] تفنش آمیز اور پارہ کے مرکبات ملا کر دینا چاہیے جیسا کہ اکتسابی آتشک میں دستور ہے ۔ خارجی عوارض مثلاً پھنسیوں دانوں وغیرہ کا خارجی علاج بھی اکتسابی آتشک کے مانند کر دیا جائے ۔

تدرّن[4]

(پھیپھڑے کی سل بھی تدرّن کی ایک قسم ہے)

تعریف۔ تدرن اوس حالت کو کہتے ہیں جو عصیٰ[5] درنیہ کی پیدائش سے لاحق ہوتی ہے ۔ جس میں جسمانی ساختوں کے مخصوص نوعیت کے اجسام پیدا ہو جاتے ہیں ۔ یہ اجسام اُدرَان (گرہ ۔ اُبھار) کہلاتے ہیں ۔ جو پھوٹ کر گڑھے اور زخم بنا دیتے ہیں ۔

اسباب (۱) استعداد موروثی ۔ درنی مریضوں کے بچے اگرچہ موروثی طور پر یہ مرض عموماً نہیں حاصل کرتے ، مگر ایسے بچوں میں جراثیم درنیہ کے مقابلہ کی طاقت خلقی طور پر نسبتاً کمتر ہوتی ہے (یعنی اس میں مبتلا ہونے کی زیادہ قابلیت رکھتے ہیں) ۔

---

[1] روغن جگر ماہی ۔ کاڈ لیور آئل ۔

[2] نور آگین ۔ فاسفیٹ ۔

[3] شجاریہ تفنش آمیز ۔ آیوڈائڈ آف پوٹاش ۔

[4] تدرّن ۔ ٹیوبر کیولوسس ۔ تدرن کے معنے "گرہ بننا یا اُبھار ہونا" ہیں ۔ اب ثابت ہو گیا ہے کہ یہ جراثیم جس طرح پھیپھڑوں میں سل پیدا کرتے ہیں اسی طرح دیگر اعضاء میں بھی ان جراثیم سے امراض پیدا ہوتے ہیں اسی وجہ سے اس مرض کے لیے نیا لفظ تدرّن تجویز کیا ہے ۔ سل بھی دراصل تدرّن رئوی ہے

(۲) عمر۔ اگرچہ درن کے امراض دس برس سے کم کی عمر والوں میں بکثرت پائے جاتے ہیں، لیکن یہ مرض ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔ حتیٰ کہ بڑھاپے کی عمر میں بھی اس سے محفوظ نہیں ہے +

(۳) عام صحت جسمانی کا کمزور ہونا۔ جس سے مقابلہ مرض کی قوت گھٹ جاتی ہے، یہ حدوث درن کا ایک نہایت اہم اور عام سبب ہے + اکثر امراض صبیانی مثلاً حمی طفحیہ[1] (چیچک، خسرہ، حصبہ[2] وغیرہ) مرض کساح[3]، شہقہ[4] یعنی کالی کھانسی وغیرہ کے بعد۔ یا بالغ مردوں میں التف العنزہ کے بعد حلق اور امعاء کی اعشیۂ مخاطیہ میں التہاب کا اثر باقی رہ جاتا ہے اور ان میں عصی ذنبہ[5] نہایت آسانی سے اپنا مرکز عفونت قایم کر سکتے ہیں +

(۴) خراب آب و ہوا اور مضر صحت حالات سے صحت عامہ پر اور بھی مزید اثر پڑتا ہے اور قوت مقابلہ و طاقت مقاومت کمزور پڑ جاتی ہے + صاف ہوا اور روشنی کی کمی، گھمسان آبادی کے مکانات (مثلاً اندھیرے مکانات، مدارس و مکاتب کی بھری ہوئی کوٹھریاں اور گنجان آبادی کے میلے مکانات وغیرہ) بطور خود طبیعت و قوت کو گھٹا دیتے ہیں اور اگر اس قسم کے حالات میں دق و سل کے مریض پہلے سے موجود ہوں تو انکے تھوک اور بلغم سے ہوا اور بھی خراب ہو جاتی اور حدوی عفونت پھیلا سکتی ہے۔ اسی وجہ سے غربا میں درن (سل و دق) ایک عام مرض ہے مگر طبقۂ امرا میں بھی یہ بکثرت ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ بچوں کی غذا اور

[1] حمی طفحیہ۔ اگزنتھے مے ٹس فیورز۔	[4] کساح۔ رکے ٹس۔
[2] حصبہ۔ میزلس۔	[5] کالی کھانسی۔ ہوپنگ کف۔
	[6] مرکز عفونت۔ نائی ڈس۔

لباس خلاف معمول ہوتے ہیں۔ الغرض مضر صحت آب و ہوا، ناقص و خراب غذا اور صفائی و روشنی کی قلت، ایسے اسباب ہیں جو حدوث مرض میں بڑی حد تک معاون ہوتے اور امراض درنیہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔

(۵) مقامی اسباب[1] مُعِدّہ (الف) خفیف قسم کی مقامی جراحت بالخصوص مزمن التہاب کے بعد عصیٰ درنیہ کی افزائش کے لیے مرکز مہیا کر دیتی ہے۔ مثلاً متورم غدۂ جاذبہ[2] جو مزمن صورت میں ہوں یا عظام و مفاصل جن کے اندر کسی خفیف اور غیر محسوس سبب سے اجتماع خون ہو۔ یہ جراثیم درنیہ کے لیے بہترین سامان افزائش مہیا کر دیتے ہیں۔ برعکس اس کے شدید ضرب کے اثر سے چوٹ کے مقام پر ساختوں میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے جس سے مقابلہ مرض کی قوت پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر مزمن اور خفیف التہاب جیسا کہ خفیف چوٹ سے ہو جاتا ہے دیر تک قایم رہتا ہے اور عصیٰ درنیہ کے لیے مرکز نشو و نما مہیا کر دیتا ہے۔ (ب) سردی کے اثر سے بھی عضو ماؤف کی قوت مقاومت کمزور پڑ جاتی اور عصیٰ درنیہ کے حملوں کو رد کرنے کی طاقت سلب ہو جاتی ہے۔

(۶) دران کا سبب واصل یا سبب محرک عصیٰ درنیہ ہے جو ساختہائے جسم میں نشو و ارتقا حاصل کر لیتا ہے (عصیٰ درنیا کا دریافت کنندہ علامۂ کلخ ہے) عصیٰ درنیہ چھوٹے چھوٹے سیدھے یا قدرے مڑے ہوئے ڈنڈے کی شکل کے ہوتے ہیں جنکا طول بقدر ۴ یا ۵ صغیرہ[3] اور عرض ½ یا ¼ صغیرہ کے ہوتا ہے۔

---

[1] اسباب معدّہ۔ بدی ڈسپوزنگ کاز۔

[2] غدہ جاذبہ۔ لمفٹک گلینڈز

[3] صغیرہ (ملی میٹر) ایک ملی میٹر کا ہزارواں حصہ۔ ملی میٹر ایک قیراط کی پیمایش میں ۱/۲۵ انچ کے برابر ہوتا ہے۔

گائے ہے ان میں خصوصاً ان کی مصنوعی کاشت میں لمبی شاخیں (خیوط[1]) بھی پائی جاتی ہیں۔ جب عصیٰ درنیہ کو زہیل نلسن کے طریقہ سے رنگ دیا جاتا ہے تو وہ چھوٹے چھوٹے سرخ رنگ کے ڈنڈے کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ ان کا رنگ تیزاب کے اثر سے نہیں اڑتا (متمسکہ بالحمض[2]) اس کے ڈنڈے چھوٹے چھوٹے نقطوں یا دانوں سے مرکب ہوتے ہیں اور سرخ رنگ پوری لمبائی پر یکساں نہیں چڑھتا بلکہ سرخ دانوں کے درمیان ایسے حصے نظر آتے ہیں جو رنگ سے خالی ہوتے ہیں جس سے ایک زنجیر نما شکل بن جاتی ہے اسی وجہ سے اس کی شکل کزویات عقدیہ کی لڑی سے مشابہت رکھتی ہے۔ عصیٰ درنیہ غیر متحرک ہوتا ہے، اس کے اہداب[3] نہیں ہوتے اور نہ بذر[4]۔

جس طرح انسان میں سل و درن ہوتا ہے اسی طرح گائے بیل اور دوسرے چوپایوں میں بھی ہوتا ہے مگر یہ امر ابھی تحقیق طلب ہے کہ آیا انسانی اور بقری[5] درن دونوں ایک ہی قسم کے امراض ہیں یا مختلف۔ بظاہر درن انسانی اور درن بقری ہر دو نوع سے انسان میں مرض درن پیدا ہو سکتا ہے مگر گمان غالب یہ ہے کہ درن بقری سے صرف درن معوی[6] (آنتوں کا درن) اور درن جراحی[7] (یعنی غدد، عظام اور مفاصل کا درن) ہو سکتا ہے، درآنحالیکہ انسانی درن سے سل رئوی[8] (درن رئوی۔ سل) اور تدرن عمومی[9] حاد ہوتا ہے۔

[1] خیوط۔ فلامنٹس۔ دھاگے۔
[2] متمسکہ بالحمض (ایسڈ فاسٹ) جس پر تیزاب کا اثر نہ پڑ سکے۔ اور تیزاب سے جس کا رنگ نہ اڑے۔
[3] اہداب۔ فلاگیلا۔
[4] بذر۔ اسپور۔
[5] درن بقری۔ بووائن۔ ٹیوبرکیولوسس (گائے بیل اور اسی قسم کے چوپایوں کا درن)
[6] درن معوی۔ انٹسٹائنل ٹیوبرکل۔
[7] درن جراحی۔ سرجیکل ٹیوبرکل۔
[8] درن رئوی۔ سل رئوی۔ پلمونری تھائی سس
[9] درن عمومی حاد۔ اکیوٹ جنرل ٹیوبرکیولوسس

عصیٰ درنیہ جسم میں مختلف راستوں سے داخل ہو سکتے ہیں۔

(الف) استنشاق یا تنفس کی راہ سے۔ یہ طریقہ نہایت عام ہے۔ سل کے مریضوں کا بلغم میں عصیٰ درنیہ بیشمار موجود رہتے ہیں، جو بلغم کے خشک ہو جانے کے بعد بھی زندہ رہتے ہیں اور ہوا اور گرد و غبار کو آلودہ کر دیتے ہیں لہٰذا یہ امر نہایت ضروری ہے کہ مریضان سل کو مکانوں اور عام شاہراہوں پر تھوکنے نہ دیا جاوے اور حتی الامکان تھوکنے کی عادت کا ضرور انسداد کیا جاوے علاوہ ازیں اس سے بھی زیادہ خطرناک حقیقت یہ ہے کہ کھانسنے اور بات چیت کرنے کے دوران میں مریضان سل کا ملوث بلغم نہایت باریک اور بظاہر غیر محسوس ذرات کی صورت میں خارج ہوتا رہتا ہے اور یہ ملوث ذرات عرصہ دراز تک ہوا میں معلق رہتے ہیں۔ تنفس کی راہ سے یہ ذرات تندرست اشخاص کے سینہ میں داخل ہو کر مرض سل پیدا کر دیتے ہیں، یا بعض اوقات ابتداءً شعب قصبہ[1] کے غدد میں مرض پیدا کر دیتے ہیں اور پھر ان غدد سے مرض دوسرے اعضاء و احشاء میں بآسانی منتقل ہو جاتا ہے +

اس سے ظاہر ہے کہ مریضان سل کو عام آبادی سے علیحدہ اور دور رکھنا کس قدر ضروری ہے اور ان کے بلغم کو مطہرات و دافع عفونت ادویہ سے مطہر کرنا کس قدر اہم ہے +

(ب) اکل و شرب یعنی غذا کے ذریعہ۔ مثلاً ملوث دودھ کے کھانے جو کہ ایسی گائے سے نکلا ہوا ہو جس کے تھنوں میں مرض درن ہو + ایسا عموماً بچوں میں ہوتا ہے + عصیٰ درنیہ جو دودھ میں موجود ہوتے ہیں وہ لوزتین یا حلق کے غدد کی راہ سے گردن کے غدد میں پہونچکر وہاں مرض پیدا کر دیتے ہیں

[1] غدد شعبی۔ شعب قصبہ کے غدد۔ برانکیل گلینڈز۔

یا معدہ کی راہ سے امعاء میں داخل ہو کر آنتوں کے یا ماساریقا کے غدد میں حدت مرض کا باعث ہوتے ہیں +

(بڑے شہروں میں دودھ کے باقاعدہ امتحان کی ضرورت اس سے ظاہر ہے) +

(ج) تلقیح کے ذریعہ۔ یہ صورت نہایت نادر الوقوع ہے اور خصوصاً ایسے ملازمین اور ایسے اشخاص میں واقع ہوتی ہے جو لاشیں چیرتے ہیں جن میں درن کی مقامی تلقیح اتفاقی طور پر لگ جاتی ہے۔ جس سے مقامی طور پر ثولولۂ[1] موتیہ نمودار ہو جاتا ہے +

تشخیص درن کے لئے معمل (تجربہ گاہ) میں حسب ذیل طریقے رائج ہیں +

(۱) خوردبین کے ذریعہ عصیٰ درنیہ کا مشاہدہ۔ پہلے مشتبہ مواد کو حسب دستور شیشہ پر پھیلا کر زہل نلسن کے طریقہ پر رنگا جاتا ہے + عموماً اس طرح بلغم کا امتحان کیا جاتا ہے + مگر جب مشتبہ مواد میں عصیٰ درنیہ زیادہ تعداد میں نہیں ہوتے (جیسا کہ قارورہ، پیپ، مائیت عشاء الصدر[2] وغیرہ میں ہوتے ہیں) تو دوسرے وسائل سے عصیٰ درنیہ کی تلاش کی جاتی ہے۔ مثلاً

(۲) تلقیح کے ذریعہ مشتبہ مواد کو حیوانات (ارنب[3] مصری) کے جسم میں (کنج ران کی جلد کے نیچے) داخل کیا جاتا ہے، اور تلقیح کردہ حیوان کو تین ہفتے کے بعد مار کر اوس کے غدد جاذبہ اور احشاء اندرونی کا امتحان کیا جاتا ہے جو بصورت مرض، درنی ثابت ہوتے ہیں یعنی اگر مشتبہ مواد میں جراثیم درنیہ

---

[1] ثولولۂ موتیہ = ویرد کا نکروجے نیکا

[2] عشاء الصدر = پلیورا۔

[3] ارنب مصری = گینی پگ۔

(سلیبہ) پائے جاتے ہیں۔ تو ان حیوانات میں اسکا اثر پورے طور پر ہوجاتا ہے +

(۳) رطوبات درنیہ کی ترکیب میں کریات مایئہ[1] اکثر بہت بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں + یہ طریقہ شناخت مرض یقینی تو نہیں ہے۔ مگر اس سے درن کی موجودگی کا ایک حد تک احتمال ہوسکتا ہے + چنانچہ اکثر رطوبت عشاء الصدر رطوبت باریطون۔ رطوبت عشیئہ دماغ وغیرہ کو اس طریقہ سے دیکھکر تشخیص مرض میں امداد لی جاتی ہے +

(۴) بعض اوقات جب مقامی درن ہوتا ہے تو مقام ماؤف کا ایک حصہ قطع کرکے اوسکا امتحان خردبین سے کیا جاتا ہے اور عصی درنیہ کی تلاش کی جاتی ہے +

(۵) درنین[2]۔ ابتداءً علامہ کاخ نے درنین اس طریقہ سے طیار کی کہ حلورین[3] اور شوربہ کی زمین میں عصی درنیہ کی مصنوعی کاشت اُگاکر اور اوسکو چھان کر عصی درنیہ کو علحدہ کردیا، پھر باقی ماندہ چھنے ہوئے مادہ کو بترکیب مناسب لٹکاکر کے ہلکا کردیا۔ عصی درنیہ کے جدا ہونے کے بعد اب اس میں صرف سمین[4] غیر حلوی ہی باقی رہ گئی + درنین اسی غیر حلوی سمین کو کہتے ہیں، اور یہ ابتداءً ایجاد سے ابتک تشخیص مرض کے لئے مستعمل ہے + اگر پچکاری کے ذریعہ درنین کی تلقیح تندرست انسان میں کی جاوے تو کسی قسم کا اثر نمایاں نہیں ہوتا، لیکن اگر تلقیح کردہ شخص پہلے مریض درن ہے تو پچکاری کے چند ہی گھنٹے کے بعد اوسے تیز بخار پیدا ہوجاتا ہے + درنین کی پچکاری خطرہ سے خالی نہیں ہے اور اوسکا استعمال اوسی وقت جائز ہے جبکہ طبیب کو اس بات کا قطعی یقین ہو کہ معمول

---

[1] کریات مایئہ۔ ملفوسائٹ۔
[2] درنین۔ ٹیوبرکولین۔
[3] حلورین۔ گلیسرین۔
[4] سمین غیر حلوی۔ اگزوتاکسین

ہر قسم کا ثانوی عدوی (مثلاً عدوی کرویات عقدیہ) سے مبرا اور پاک ہے۔ مگر اس ترکیب تشخیص کی دو اصلاح شدہ صورتیں ہیں جو مستعمل ہو سکتی ہیں۔

(الف) تفاعل علی قال میت" درمن کے ہلکے محلول (ستو میں ایک یا دو ستو میں ایک) کے ایک دو قطرے مشتبہ مریض کی آنکھ میں ڈالے جائیں۔ اگر مریض درنی ہے تو چند ہی گھنٹہ کے بعد اوس کی آنکھ میں خفیف آشوب چشم (التہاب ملتحمہ) شروع ہو گا اور چھبیس گھنٹے کے اندر رفع بھی ہو جائے گا۔

انتباہ۔ یہ ترکیب بعض اوقات خطرہ سے خالی نہیں۔ کیونکہ گاہے اس کے اثر سے شدید التہاب ملتحمہ۔ تقرح قرنیہ وغیرہ وغیرہ نمودار ہو کر آنکھ منائع ہو جاتی ہے۔ اگرچہ یہ حادثہ بہت شاذ ہوتا ہے۔

(ب) "وان فریکیط" کا تفاعل جلدی۔ یہ ترکیب خطرہ سے خالی ہے۔ جلد کو خفیف سا کھرچ کر اوسپر درمن کے محلول (۲۰ یا ۲۵ فی صدی طاقت کا) کے چند قطرے خارجی طور سے لگا دیے جائیں۔ اگر مریض درنی ہے تو چھبیس سے ۴۸ گھنٹے کے اندر اس مقام پر ایک چھوٹا سا ادبھار (حلمہ) نمودار ہو جائیگا جس کے گرد احتقان دموی کے باعث سرخی محیط ہوگی۔ یہ ذریعہ تشخیص بچوں میں خصوصاً بہت مفید ہوتا ہے۔ لیکن بعض اوقات جبکہ درنی مادہ نہایت خفیف طور پر نظام بدن میں موجود ہو تو اس عمل کا نتیجہ مثبت ظاہر نہیں ہونے پاتا۔

علاج درن میں درمن کا استعمال بحیثیت مادہ تلقیح جراثیمی کے ابتک

۱؎ کرویات عقدیہ۔ اسٹرپٹوکوکائی۔	۳؎ وان فریکیط کا تفاعل جلدی۔ وان فریکیٹس اسکن ری ایکشن۔
۲؎ تفاعل قال میت۔ کال مٹس ری ایکشن۔	۴؎ مادہ تلقیح۔ بکسین۔

کامیاب ثابت نہیں ہوا ہے بلکہ نہایت خلاف اُمید اور بہت مشکل ثابت ہوتے ہیں۔ مختلف صورتوں میں ورنین کی اصلاح کرکے نئے نئے مرکبات تلقیحی ایجاد کیے گئے ہیں جن میں سے بعض بظاہر اُمید افزا معلوم ہوتے ہیں۔ (اسکا بیان آیندہ آئے گا) +

(۶) معیار[1] ملذذات کے ذریعہ اوقات ورن کی تشخیص میں امداد ملتی ہے (ملاحظہ ہو باب جراثیم۔ بیان اجسام الملذذہ) تندرست شخص میں یہ معیار ۳ اور ۴ کے درمیان کم و بیش قایم رہتا ہے، مگر جب ان اعداد کی حد سے اوپر یا نیچے معیار پایا جائے تو مرض کا شبہہ ہونا چاہیے، اور جب دن بدن اس معیار میں بہت نمایاں اختلاف یا کمی بیشی متواتر نظر آئے تو یہ ورن کے بڑھنے کی علامت ہے +

ورن کی تشریحی ماہیت۔ ورن میں جو ممتاز مخصوص ساخت بن جاتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے دانے یا گرہیں ہیں جنکو دُرنہ[2] کہتے ہیں + یہ دانے جوار کے دانوں سے مشابہ ہوتے ہیں اس لیے انکو درنۂ دُخنیہ کا نام دیا گیا ہے +

درنۂ دُخنیہ۔ چھوٹے چھوٹے بھورے رنگ کے دانے ہوتے ہیں۔ ہر دانہ چند خلیات[3] کے اجتماع سے بن جاتا ہے۔ عصیٰ درنیہ جسم کی ساختوں میں عروق (خون کی رگوں) کے ذریعہ پہونچتے ہیں + عصیٰ درنیہ کی تحریک سے عروق کے بطانہ (اندرونی جھلی) اور عروق کے گرد لیفی ساخت اور لیفی غلاف میں ہیجان اور تغیر و تبدل واقع ہوتا ہے جس سے مقام ماؤف میں خلیات کا اجتماع ہوجاتا ہے + یہ خلیات خون کے سفید دانوں (کریات بیضاء) سے ذرا بڑے ہوتے ہیں۔

[1] معیار ملذذات۔ آپسونک انڈکس۔
[2] درنہ ٹیبرکل۔
[3] خلیات۔ کریات۔ سیلز۔

اور در اصل انکا مولد و ماخذ وہی خلیات ہیں جنسے بطانۂ عروق اور علامات عروق کی یعنی ساخت مرکب ہے ۔ ان مجتمع شدہ خلیات میں سے ایک خلیہ حجم میں ترقی کرکے یا چند خلیات اپنے اتصال سے ایک بڑا خلیہ (خلیۂ عظیمہ[1]) پیدا کرتے ہیں یہ خلیۂ عظیمہ درنہ کے عین مرکز میں واقع ہوتا ہے اور اس کے اندر بہت سے زوائد ہوتے ہیں جو اس کے محیط کے پاس ایک نظم و ترتیب کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں ۔ خلیۂ عظیمہ کے اندر عصبی درنیہ بھی ہوتے ہیں ۔ خلیۂ عظیمہ کے گرداگرد بشری قسم کے کریات تہ در تہ محیط ہوتے ہیں جن سے باہر کی طرف بہت سے خون کے سفید دانے پائے جاتے ہیں ۔ یہ سفید دانے انگوری ساخت کے اندر سے گذرتے ہوئے مقام ماذف کی طبعی ساخت میں منتقل ہو جاتے ہیں ۔

درنہ کی مندرجۂ بالا ترکیب و ساخت ہر صورت میں نہیں دیکھی جاتی اور کبھی خلیۂ عظیمہ غیر موجود بھی ہوتا ہے ۔ درنہ کی ساخت کے اندر خون کے عروق نہیں گذرتے اور آس پاس کے عروق بھی التہاب بطانہ کے باعث بہت سکڑے ہوئے اور تنگ یا بالکل مسدود پائے جاتے ہیں ۔ لہٰذا قلت خون اور نقص تغذیہ کے باعث درنہ میں فساد واقع ہونے کی استعداد زیادہ ہوتی ہے ۔

درنہ کے مدارج ارتقائی اور خاتمہ ۔ جب درنہ مکمل طور سے کسی مقام پر بن جاتا ہے تو عصبی درنیہ کی حدت سمیہ اور مریض کے درجۂ مقاومت کے لحاظ سے اوسکا خاتمہ مختلف طور پر ہوتا ہے ۔

(۱) التہام فطری بو تلیف[2] (یعنی ساخت بن جانا) جب عصبی درنیہ شدید سمیت نہیں رکھتے اور مریض کی قوت مقابلہ کافی ہوتی ہے تو درنہ کا دانہ یعنی ساخت

---

[1] خلیۂ عظیمہ ۔ جائنٹ سیل ۔
[2] فوات ۔ نیوکلیس ۔
[3] التہام فطری ۔ نیچرل ہیلنگ ۔
[4] تلیف ۔ فائبروسس ۔

میں مبدّل ہوجاتا ہے ۔

(۲) فسادِ جبنی۔ (تجبّن) جب عصیٰ درنیہ سمیت شدید رکھتے ہوں اور مریض کی قوت مقاومت (قوت مقابلہ مرض) ناقص ہو تو درنہ میں فساد شحمی واقع ہوتا ہے۔ اور اوسکا مرکزی حصہ نرم اور زرد ہوجاتا ہے ۔ اس تبدیلی کے دو گونہ اسباب ہیں (۱) عصیٰ درنیہ کے اثر سے طبعی ساخت فاسد ہونے لگتی ہے ۔ (۲) التہاب بطانۂ شرائین کے باعث ساختِ ماؤف میں قلتِ خون اور نقص تغذیہ واقع ہوجاتا ہے ۔ چنانچہ اِن ہر دو اسباب سے درنہ کا مرکزی حصہ نرم ہوکر جبنی (پنیر بنا) ہوجاتا ہے ۔ اسیطرح قرب وجوار کے اوران بھی نرم ہوجاتے ہیں ۔ فساد جبنی اس حد تک پہونچکر بھی گاہے اچھا ہوجاتا ہے۔ قرب وجوار کی ساختوں میں الیاف نمودار ہوکر درنہ کی جبنی رطوبت کو گھیر لیتے ہیں۔ اور پھر یہ رطوبت بتدریج خشک ہوجاتی ہے۔ بلکہ گاہے وہ چونہ کی طرح خشک و منجمد ہوجاتی ہے۔ (تحجّر۔ تکلّس) اس حالت میں شفاء پوری ہوتی ہے۔ مگر بعض اوقات اس خشک مادہ کے اندر بھی عصیٰ درنیہ زندہ پائے جاتے ہیں اور اوس کے گرد کا غلاف اگر چوٹ یا ضرب سے ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے تو گاہے سوتا ہوا خشک درنہ سالہاسال کے بعد بھی از سرِ نو زندہ اور تازہ ہوکر اعادۂ مرض کا باعث ہوجاتا ہے ۔

(۳) خراج دَرَنی۔ مگر بیشتر حالات میں درنہ کے اندر فساد جبنی واقع ہونے کے بعد قرب وجوار کی معمولی ساختیں بھی متأثر ہوجاتی ہیں۔ ایک درنہ پہل کر دوسرے

۱۔ فساد جبنی۔ تجبّن۔ کیسی ایشن (پنیر بنانا)۔	۳۔ تحجر۔ تکلّس۔ کیلی فیکشن۔
۲۔ التہاب بطانۂ شرائین۔ انڈ آرٹرائی ٹس۔	۴۔ خراج درنی۔ ٹیوبر کولر لبس۔

ذرّہ سے مل جاتا ہے، درمیان کی ساخت بھی استحالہ جبنی سے نرم بن جاتی ہے اور اس طرح ایک بڑے حجم کا جبنی قطعہ ہو جاتا ہے جس میں گاہے ترشحات ورطوبات کا انصباب ہو جاتا ہے۔ اور یہ ایک مزمن خراج مدنی بن جاتا ہے۔ اس قسم کے مزمن پھوڑے یونتوہر مقام پر بن سکتے ہیں۔ مگر بیشتر ہڈیوں (عظام) جوڑوں (مفاصل) اور غدد لمفائیہ (جاذبہ) میں زیادہ تر پائے جاتے ہیں۔ ان میں اکثر گاڑھی پیپ کے ساتھ شحمی (چربیلے مواد) کے جمے ہوئے ٹکڑے پائے جاتے ہیں اور خراج حاد کے پیپ میں تو عصیٰ درنیہ بھی خوردبین سے نظر آسکتے ہیں۔ خراج مزمن کے مواد میں عصیٰ درنیہ چونکہ کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ اس لئے بمشکل نظر آتے ہیں۔ مگر تلقیحی تجربات سے ان کی موجودگی کی تصدیق ہو سکتی ہے۔

جراثیم صدیدیہ کے حملہ (ثانوی عدوی[۳]) سے بھی درنہ میں پیپ بن سکتی ہے۔ یہ عمل فساد جبنی سے بالکل مختلف اور مریض کے لیے زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ عدوی ثانوی کے پھوڑے کی پیپ بھی خراج حاد کے پیپ سے مشابہ ہوتی ہے۔ مگر اس میں عصیٰ درنیہ کی موجودگی ثابت کرنے کے لیے تلقیحی تجربات کی ضرورت پیش آتی ہے۔

خراج مزمن۔ جب درنہ میں بتدریج بنتی ہے اور وہ پھوڑا بن جاتا ہے تو یہ ایک نرم و لچکدار بڑھتے ہوئے ورم کی صورت میں نمایاں ہوتا ہے جس میں تموج[۴] پایا جاتا ہے۔ اعصاب اور دیگر ذی حس ساخت پر اسکا دباؤ پڑنے سے درد بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر یہ پھوڑا سطحی ہے تو یہ جلد بدنی کی سطح میں منہ کرکے پھوٹ پڑتا ہے اور پیپ اور جبنی مواد خارج ہونے کے بعد۔ اگر مریض

۱؎ غدد لمفائیہ۔ لمفٹک گلینڈز۔
۲؎ تلقیحی تجربات۔ انا کولیشن اکسپریمنٹ۔
۳؎ عدوی ثانوی۔ سکنڈری انفکشن۔
۴؎ تموج۔ فلکچوایشن۔

کی صحت عامہ درست ہے تو بتدریج اسکا زخم مندمل ہو جاتا ہے + لیکن اکثر اسکا جبنی مواد کلی طور پر خارج نہیں ہونے پاتا اور درنی ساخت اکثر اندر باقی رہجاتی ہے اس حالت میں اسکا زخم اچھی طرح مندمل نہیں ہونے پاتا اور ایک قرحۂ دریہ پیدا ہوجاتا ہے + اسی قسم کے قروح اغشیۂ مخاطیہ کے درن میں ہوجاتے ہیں + بہرحال قروح درنیہ جس مقام پر ہوں ایک ممتاز ہیئت و شکل کے ہوتے ہیں۔ اونکا حاشیہ ناہموار اور کنارے کھوکھلے اور متورم ہوتے ہیں۔ زخم کے اندر جو انگور ہوتے ہیں اُن میں جبنی مواد کے مراکز ہوتے ہیں۔ ان جبنی ٹکڑوں کو کھرچ کر جدا کرنے کے بعد ہی قرحہ مندمل ہوسکتا ہے +

لیکن عمیق خراج درنی عضلی غلافوں (لفائف) کی سطحوں کے متوازی پہلے اندر ہی اندر پھیلتا ہے اور اپنی جائے پیدائش سے کہیں دور بیرونی سطح پر منور ہوکر منہ کرتا اور پھوٹ پڑتا ہے + مثلاً ریڑھ کی ہڈی کا مزاج درنی عضلات کمر (صلبیہ) کے لفائف میں دور تک پھیل کر پھر اصلی مرکز سے دور دراز مقام پر منہ کرتا ہے + اس قسم کے پھوڑوں میں نشتر لگاکر پیپ خارج کرنے کے بعد عرصہ تک پیپ جاری رہتی ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ اصلی مرکز عفونت مقام نشتر سے بہت فاصلہ پر ہوتا ہے اور اوس جگہ تک رسائی مشکل ہوتی ہے +

خراج درنی کا قدرتی التیام۔ درنی پھوڑے سطح تک پہونچکر ہر حالت میں منہ نہیں کرتے۔ بلکہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ اس کے مادہ کا رقیق نمائی حصہ خشک ہوجاتا ہے اور جبنی مواد کے ٹکڑے خشک ہوجاتے ہیں۔ بلکہ چونے

۱؎ قروح درنیہ ہمیشہ کہلاتے ہیں ۲؎ اغشیۂ مخاطیہ یوکن مبرین ۳؎ حاشیہ ہارڈن۔	۴؎ عضلۂ قطنیہ } سوئس شل ۔

جیسے مادہ میں تبدیل ہوکر خشک ہوجاتے ہیں اور اُنکے گرد ایک جھلی کا غلاف محیط ہوجاتا ہے + جیسا کہ اوپر بیان ہوچکا ہے اِن میں سالہا سال کے بعد بھی کسی تحریک کے باعث التہاب دوبارہ تازہ ہوجاتا ہے اور یکایک اس میں پیپ پڑجاتی ہے + اِس حالت میں اُس پھوڑے کا نام خراج[1] باقی رکھا جاتا ہے۔ لیکن یہ عموماً زیادہ خطرناک نہیں ہوتے اور نشتر سے ان کو کھول کر اور خوب دھوکر صاف کردینے سے اندمال ہوجاتا ہے +

لیکن تدرّن کا خاص خطرہ اوسکا رجحانِ توسیع[2] وانتشار ہے، جو اس کی ممتاز خصوصیت ہے + اِس قسم کا پھیلاؤ کئی نوع کا ہوتا ہے +

(الف) مقامی طور پر۔ ورنہ براہ راست اپنی محدود اور اصلی جگہ سے بڑھتا ہوا وسیع ہوجاتا ہے +

(ب) اعضاء بعیدہ۔ ورنہ کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے سُدّہ کی صورت میں اپنی اصلی جگہ سے بہت دور و دراز مقامات میں پہونچکر اعضاء بعیدہ میں منتقل ہوجاتے ہیں + چنانچہ بہت ممکن ہے کہ ہڈیوں۔ جوڑوں یا غدد جاذبہ کے سلی مرض سے سل رئوی[3] ہوجائے۔ اسی طرح اعضاء تولید وتناسل کے مرض سے اغشیۂ دماغ میں تدرن ہوجائے +

(ج) انتشارِ عام۔ ورنہ سارے نظامِ جسم میں منتشر ہوکر پھیل جاتا ہے اور حاد تدرّنِ عام[4] پیدا کردیتا ہے۔ اس طرح تمام بدن کے اندر درنی دانے پیدا ہوجاتے ہیں مریض جلد لاغر ہوجاتا ہے۔ بخار باری کی شکل کا آتا ہے۔ اکثر اسہال۔ تنگی تنفس ہذیان اور قرما ہوجاتا ہے۔ اور مریض چند ہفتوں میں ہلاک

---

[1] خراج باقی۔ ریسائڈوال ابسس۔
[2] توسیع وانتشار۔ ڈیفیوژن۔
[3] سل رئوی۔ تھائی سس۔
[4] حاد تدرّنِ عام۔ ایکوٹ جنرل ٹیوبرکیولوسس

ہو جاتا ہے ۔

علاج تذرّن۔ ابتداءً تذرّن کے علاج میں جراحی اعمال اختیار کرنے کا طریقہ بہت رائج تھا۔ لیکن جدید تحقیقات و تجربات نے ثابت کر دیا ہے کہ اس مرض کے علاج میں زیادہ تر مریض کی قدرتی قوتِ مقاومت و التحام کو ہی دخل ہے ۔ لہٰذا جراح کو لازم ہے کہ وہ تمام وسائل اختیار کرے جن سے مریض کی صحت عامّہ درست ہو، مقامی اور عمومی علاج سے مریض کی قوت مقابلہ کو مدد پہونچائے اور جراحی عملیات صرف اُن چند مستثنیات میں اختیار کرے جن میں مقامی و عمومی علاج سے فائدہ ظاہر نہ ہو ۔

(۱) عمومی علاج۔ کا خاص اُصول یہ ہے کہ مریض کو بکثرت صاف و تازہ ہوا اور دھوپ کی روشنی پہونچائی جائے جو جراثیم سے پاک ہو۔ مثلاً دریائی اور ساحلی آب و ہوا ۔

پہاڑی آب و ہوا بھی اسیطرح مُفید ہوتی ہے۔ بشرطیکہ جنگل بہت گھنا اور مرطوب نہ ہو۔ زمین دلدل کی نہ ہو، اور دھوپ کی روشنی کافی مقدار میں میسّر ہو ۔ اگر ساحل اور دیہات کی آب و ہوا میسّر نہ ہو تو بڑے شہروں کے مضافات میں باغوں کی ہوا اور کافی روشنی بھی مفید اثر رکھتی ہیں ۔ یہ بھی ممکن نہ ہو تو شہروں کے مکان کی چھتوں اور چاندنیوں پر مریض کو ہوا اور روشنی دیجاوے مریض کو گرم لباس اور لحاف وغیرہ سے خوب ڈھانک کر اور مُنہ کھلا رکھکر ہوا میں رکھنا چاہئے ۔

تازہ و خوشگوار ہوا اور روشنی کے علاوہ مریض کو غذا نہایت مقوی اور بافراط دینی چاہئے، مثلاً دودھ، انڈے، بالائی۔ تازہ گوشت (جو بہت پکا اور گلا ہوا نہو) روغنیات، گھی، مسکہ وغیرہ جس سے بدن کا وزن بڑھے اور قوت قایم

رہے ۔ مریض کا وزن ہر ہفتہ لینا چاہیے تاکہ مرض کی حالت کا اندازہ ہوتا رہے ۔ (وزن بڑھنا بہت اچھی علامت ہے) ۔

جسمانی ورزش و محنت نہایت سختی کے ساتھ محدود کر دینی چاہیئے تاکہ مریض کی طاقت ضائع نہ ہو، عرصہ تک آرام و سکون و اطمینان میں مریض کو رکھنا چاہیئے یا حسب ضرورت آرام کرسی یا ڈولی پر باغ میں سیر کے لیے بھیجنا چاہیئے ۔

مقوی ادویہ ۔ مثلاً روغن ماہی، مرکبات نورین[2]، مرکبات بنفشین[3] و فولاد (حدید بنفش امیز[4]) گوآئے کال (جیاکول[5]) سنکھیا کے مرکبات، اور دیگر مقویات کا استعمال کرنا چاہیئے ۔

علاج بالتلقح ۔ درنین[6] جو علامہ کاخ کی ایجاد ہے، تدرن کے علاج میں اپنی ابتدائی صورت میں ناکامیاب ثابت ہو چکی ہے ۔ درنین کی مختلف صورتیں مستعمل رہ چکی ہیں، جس میں اصول یہ تھا کہ عصیٰ درنیہ کو سفوف کر کے حل کر لیا جاوے ۔ اس طرح جراثیم کے خلوی سمیتیں بھی درنین کے اندر شامل ہوتی تھی ۔ درنین جدید[7] (درنین علوی) تیار کرنے کی ترکیب یہ تھی کہ جدید مصنوعی کاشتوں کے اندر سے عصیٰ درنیہ کو نکال کر خشک کر لیا جاتا تھا، پھر ان میں پانی ملا کر مبعد مرکز نامی کل کے ذریعہ خوب ہلا کر اوپر کے صاف پانی کو رسوب سے علیحدہ کر لیا

[1] روغن ماہی ۔ کاڈ لیور آئل ۔
[2] نورین ۔ فاسفورس ۔
[3] بنفشین ۔ آیوڈین ۔
[4] حدید بنفش امیز ۔ آیوڈائڈ آف آئرن
[5] جیاکول ۔ گوآئے کال ۔ (ایک بے رنگ روغنی مادہ ہے جو کریازوت (حافظہ لحوم) سے بنایا جاتا ہے ۔ حافظ لحوم ایک شفاف سمی روغن ہے جو قطران خشبی (روڈنار) سے نکالا جاتا ہے)
[6] درنین ۔ ٹیوبرکولین ۔
[7] خلوی سمین ۔ انڈوسیلیولر ٹاکسین ۔
درنین قدیم } ٹیوبرکولین اولڈ ۔
درنین علوی } ٹیوبرکولین اوبر ۔
[8] مبعد مرکز ۔ سنہ ای ڈیگل مشین ۔

جاتا تھا + یہ صاف پانی درنین قدیم ہے۔ جس کی تلقیح کی جاتی تھی + مگر درنین قدیم سے خاطر خواہ کامیابی نہیں حاصل ہوئی، لہٰذا اس میں مختلف ترمیمیں کی گئی ہیں

درنین[1] رسوبی (درنین سفلی) پہلے طریقہ مندرجہ سے خشک عصیٰ درنیہ کو خوب پیسکر پانی ملا دیا جاتا ہے اور حاصل شدہ محلول کو شیشہ کی نلی میں رکھکر آلۂ مذکورہ میں خوب گھمایا جاتا ہے + چکر دینے سے رسوب نیچے تہ نشین ہو جاتا ہے اور صاف پانی اوپر آجاتا ہے (اوپر کا پانی درنین قدیم ہے) اب اس صاف پانی کو خارج کر دیا جائے اور پھر جمے ہوئے رسوب کو پانی ملا کر حل کیا جاوے اور آلۂ مذکور میں گھمایا جائے + جو صاف پانی حاصل ہو اوسکو محفوظ رکھا جاوے + اسیطرح کئی مرتبہ کرکے صاف پانی نکال نکال کر علٰحدہ رکھ لیا جاوے، حتیٰ کہ سارا رسوب پانی میں منحل ہو جائے اور نلی کی تہ میں رسوب کا کوئی حصہ باقی نہ رہے۔ اب ان سب کو یکجائی طور پر مجتمع کر لیا جاوے +

درنین[2] جدید۔ خشک کردہ عصیٰ درنیہ کو پیسکر حلوین[3] اور پانی میں ملا کر مخلوط کر لیا جاوے +

مندرجۂ بالا طریق پر انسانی اور حیوانی عصیٰ درنیہ دونوں سے تلقیحی مادے تیار کیے گئے ہیں اور ایک مخلوط قسم بھی بنائی گئی ہے جس میں حیوانی اور انسانی دونوں قسم کی درنین مخلوط ہوتی ہے اور جسے درنین مخلوط[4] کہا گیا ہے +

تدرتن کے مختلف اقسام میں درنین کا استعمال کیا جاتا ہے جس کی مقدار بلحاظ

[1] درنین رسوبی } ٹیوبر کولین۔ درنین سفلی } رزی ڈو۔	[3] حلوین۔ گلیسرین۔
[2] درنین جدید۔ نیو ٹیوبر کولین۔	[4] درنین مخلوط۔ پی۔ ٹی۔ او + کلپرس ٹیوبر کولین۔

قسم و شدت مرض مختلف ہوتی ہے۔ جراحی[1] درمن میں اصولاً بہت کم مقدار کی تلیقح کرنی چاہیئے۔ درمن کا استعمال اندرونی (منہ کی راہ سے) بھی کیا جاتا ہے اور مفید نتائج پیدا کرتا ہے۔ تلیقح کے نتائج اور ٹھیک مقدار استعمال کے لیے مریض کے معیار[2] ملذوذات کا امتحان وقتاً فوقتاً کرتے رہنا چاہیئے۔ علاوہ ازیں مریض کی نبض، حرارت بدنیہ، اور بدنی وزن وغیرہ سے بھی پچکاری کی مقدار کے کم و بیش کرنے کا اندازہ ہوسکتا ہے۔ پچکاری دس سے چودہ دن کے وقفہ سے کم میں نہیں دینا چاہیئے، اور جب مریض درمن میں مخلوط[3] عددی موجود ہو تو درمن کی پچکاری کا استعمال نہیں کرنا چاہیئے۔ درمن جدید کے استعمال سے بعض مرضی میں اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں، مگر بہت سے مریضوں میں مایوس کن نتائج ملے ہیں۔ لہٰذا اس مرض کے علاج میں آب و ہوا اور مقویات وغیرہ (جنسے صحت عامہ درست ہوتی ہے) مقدم ہیں اور جو جراحی عمل ضروری ہوں اونسے بھی فائدہ اُٹھانا چاہیئے۔

(۲) مقامی علاج (غیر جراحی۔ غیر عملی) سب سے زیادہ مقدم امر یہ ہے کہ تمام مراکز درمن کو ہر قسم کے خارجی و داخلی ہیجان و لذع سے محفوظ رکھا جاوے لہٰذا عضو ماؤف کو آرام و سکون دیکر بالکل غیر متحرک رکھا جاوے، اور اوسپر کسی قسم کا دباؤ نہ پڑنے دیا جاوے۔ درمنی مفاصل کو لصقۂ باریس یا جبائر[4] (تختیوں) کی مدد سے غیر متحرک رکھنا چاہیئے۔ جب سر نرڑہ کی ہڈی یا اطراف (ہاتھ پاؤں) ماؤف ہوں تو بدن کا وزن اوسپر نہ پڑنے پائے یا حتی الامکان کوشش کی جائے کہ کم پڑے

---

[1] جراحی درمن۔ سرجیکل ٹیوبرکل۔
[2] معیار ملذوذات۔ آپسونک انڈکس۔
[3] مخلوط عددی۔ مکسڈ انفکشن۔
[4] لصقۂ باریس۔ پلاسٹر آف پیرس۔
[5] جبائر۔ اسپلنٹس۔

اس غرض سے مریض کو لٹا کر رکھا جاوے یا دیگر مناسب وسائل اختیار کیے جائیں جب خصیتین میں مرض ہو تو انکو لنگوٹ یا اسی قسم کی پٹی سے اُٹھا کر رکھا جائے تاکہ بوجھ کم پڑے +

عدد ی ثانوی کے اختلاط سے روکنے کے لئے احتیاط برتی جائے، خصوصاً جبکہ غدد مائیہ (رجاذبہ) متورم ہوں + جب گردن کے غدد ماؤف ہوں تو لبوں، دانتوں، اور کانوں کے امراض کی باحتیاط خبر گیری کرنی چاہیے + اگر لوزتین بڑھے ہوئے ہوں یا بچوں میں حلق اور ناک کے اندر درم غدی (غدیدہ[1]) ہو تو انکو قطع کر کے خارج کر دینا چاہیے تاکہ ان مقامات سے جراثیم نہ پھیل سکیں +

مندرجہ بالا وسائل کے علاوہ مقامی طور سے دافع التہاب وسائل اختیار کیے جاویں خصوصاً تہیج مقابل[2] یعنی امالہ (جسکا بیان علاج التہاب میں آچکا ہے) کے پیدا کرنے کے لیے مختلف ترکیبیں اختیار کرنی چاہئیں + مثلاً آبلہ ڈالا جائے بنفشین[3] کی پھریری لگائی جائے۔ اسادۂ[4] اسکوت استعمال کی جائے (یعنی علامۂ اسکوت کے طریقہ پر مرہم پٹی کی جائے۔ جس میں مروخ[5] پارہ مرکب استعمال کیا جاتا ہے) یا احتقان قہری پیدا کرنے کے لیے علامۂ بیر کا طریقہ اختیار کیا جائے۔ (جسکا بیان علاج التہاب میں درج ہو چکا ہے) نل بنفشی[6] کی زیر جلد پچکاری بھی کی جائے۔ یا جست[7] اخضر آمیز کا استعمال کیا جائے۔ الغرض ان تراکیب سے مقام ماؤف

---

[1] غدیدہ۔ ایڈی نائڈ۔

[2] تہیج مقابل۔ کاؤنٹر اری ٹیشن۔

[3] بنفشین۔

[4] اسادۂ اسکوت۔ اسکاٹ ڈریسنگ۔

[5] مروخ پارہ مرکب۔ مرکیوریل آئنٹ منٹ کمپونڈ۔

[6] نل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔

[7] جست اخضر آمیز۔ کلورائڈ آف زنک۔

بین خون کی زیادتی پیدا کر کے طبعی فعل التحام کو تیز کرنے کی کوشش کی جائے۔

(۳) علاج جراحی۔ جب مندرجہ بالا وسائل و مقامی مہیجات وغیرہ بے سود ثابت ہوں، یا دورانِ مرض میں اتفاقی عوارض مثلاً تقیح یا خراج وغیرہ پیدا ہو جائیں، یا جب مرض کی رفتار اسقدر تیز اور وسیع ہو کہ صرف مریض کی قدرتی قوت مقاومت قوتِ التحام سے ازالۂ مرض کی اُمید نہ ہو سکتی ہو، تو اعمال جراحیہ کا اختیار کرنا ضروری ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ عملِ جراحی کے ذریعہ مرکز درن کا کلی استیصال[1] ایک قطعی علاج ہے۔ خصوصاً بعض صورتوں میں تو صرف یہی طریقہ موزوں ہے، مثلاً گردن کے متورم اور بڑھے ہوئے غدد جاذبہ کا کلیتہً خارج کر دینا بہت ضروری اور کامیاب طریقہ ہے، ہڈی اور مفاصل کے تدرن میں سڑی ہوئی ہڈی یا ماؤف مفاصل کو عمل شق[2] کے ذریعہ تمام و کمال خارج کر دینا چاہیئے۔ لیکن اس قسم کے عمل میں کئی باتوں کا لحاظ کرنا پڑتا ہے، مثلاً عمل جراحی کے خطرات، ایک مرکز محدود سے مرض کے پھیلنے کا امکان، زخم اور اوس کے قرب و جوار کی ساختوں میں تدرن کے تعدیہ کا احتمال، اور عمل جراحی کے بعد عضو معمول کے قدرتی تفعل میں کمی یا نقص پیدا ہونے کا اندیشہ وغیرہ۔ مرکز درن کے انقطاع کے بعد خاطر خواہ نتیجہ کا حاصل ہونا ہر حالت میں یقینی نہیں ہے علاوہ ازیں اس عمل کے بعد عرصہ تک علاج جاری رکھنا پڑتا ہے۔

لہٰذا عمل جراحی کے اختیار کرنے سے پہلے مندرجۂ ذیل امور کے متعلق کافی غور و خوض کر لینا چاہیئے:۔

(۱) مرض کس درجہ میں پہونچ چکا ہے۔ ابتداء مرض یا اوسکا آخری درجہ ہے؛ (۲) مرض کی وضع قیام اور اوسکا پھیلاؤ اور حدود کہاں تک ہیں؟ (۳) نوعیت مرض

[1] استیصال۔ اکسٹرپیشن۔	[2] شق۔ اکسی ژن۔

کیا ہے؟ یعنے وہ بہت تیز ہے یا مزمن؟ (۴) مریض کی ذاتی قوت مقاومت کیسی ہے؟ (۵) جن حالات میں علاج ہوگا وہ قانون صحت کے مطابق کہاں تک ہیں؟

عملیات[1] جزئیہ۔ بعض اوقات مرکز مرض کو تمام وکمال خارج کرنا ممکن نہیں ہوتا ہے تو ماؤف حصہ کو محدود و مختصر طور سے کاٹ اور کھرچ کر خارج کرنے کی کوشش کیجاتی ہے اور پھر مقام ماؤف پر دافع عفونت ومطہر ادویہ لگادی جاتی ہیں، مثلاً محلول حامض قطرانی[2]، شیرۂ نمل بنفشی[3] کی بتی وغیرہ + اور اس کے بعد زخم کو مندمل ہونے کا موقعہ دیا جاتا ہے + سڑی ہوئی ہڈیاں، غدد، ناسور وغیرہ کو اسیطرح کم وبیش کھرچا جاتا ہے اور نتائج اچھے حاصل ہوتے ہیں + اس کے ساتھ ساتھ تازہ صاف اور کھلی ہوئی ہوا میں مریض کو رکھا جاتا ہے +

جبکہ مریض ایک سے زائد مراکز مرضیہ رکھتا ہے، مثلاً سل رئوی کے ساتھ ساتھ کوئی جوڑ یا خصیتین مبتلا ہوں، تو اکثر عام علاج سے چنداں فائدہ نظر نہیں آتا۔ ایسی حالت میں مناسب ہے کہ کسی ایک مقامی مرکز کو عمل جراحی کے ذریعہ خارج کر دیا جائے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مریض کی رفتار صحت میں نمایاں ترقی واقع ہو جاوے +

مخصوص مقامات اور خاص خاص اعضاء واحشاء کے ورن کا علاج آیندہ صفحات میں مناسب موقعہ سے درج ہوگا۔ (دیکھو امراض جلد، امراض عظام، امراض مفاصل، امراض غدد، امراض گردہ، امراض خصیتین وغیرہ) +

مزمن خراج دردی کا علاج۔ یہ بلحاظ مقام ماؤف کی وضع قیام اور عضو ماؤف

---

[1] عملیہ جزئیہ۔ پارشل اوپریشن۔

[2] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

[3] نمل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔

کی مخصوص حالت کے مختلف ہے۔ مزمن سطحی خراج کا علاج نسبتاً آسان ہے۔ کیونکہ وہاں تک رسائی آسان ہے + مگر عمیق[1] خراج، مثلاً وہ پھوڑا جو ریڑھ کے ستون کی ہڈی کے ورن سے وابستہ ہو، زیادہ دقت طلب ہے اور اوس میں زیادہ احتیاط کی ضرورت ہے۔ تاکہ عدوی صدیدیہ[2] نہ ہونے پاوے (یعنی معمولی پیپ کے جراثیم نہ داخل ہوجائیں۔ جو ایک بُری صورت ہے) +

(۱) خارجی مزمن خراج، بعض حالات میں، مثلاً غدد جاذبہ کا پھوڑا، بہت آسانی سے تمام وکمال چیر کر قطع کیا جاسکتا ہے +

(۲) جب جلد پتلی ہو اور نیچے کے پھوڑے کے باعث کھوکھلی ہوچکی ہو اور پھوڑا سطح پر مُنہ کر رہا ہو۔ تو اوسکا منہ کھولے بغیر چارہ نہیں + لہٰذا اوسکا علاج یہی ہے کہ چیر کر مُنہ کھول دیا جائے + اور اوس کے خول کو خوب کھُرچ کر خراب شدہ جلد کو تراش دیا جائے۔ اوس کی گہرائی میں دافع تعفن ادویہ (مطہرات) مثلاً خاص حامض قطرانی یا جست اخضر آمیز (۱ فحمہ ایک اوقیہ میں) وغیرہ لگا کر نرم بتفشی کی بتی بھر دی جاوے اور زخم کو آہستہ آہستہ نیچے سے بھرنے دیا جائے + ایسی حالت میں اندمال زخم بہت دیر سے ہوتا ہے + اصولاً درنی پھوڑے کو ایسے درجہ تک ہرگز نہ بڑھنے دیا جائے کہ اوسکا مُنہ اس طرح کھولنے کی ضرورت پیش آئے +

(۳) مزمن عمیق خراج۔ جو بہت گہرائی میں واقع ہو اور اوس کے اوپر تندرست وصحیح ساخت ہو، اوس کے علاج کا طریقہ یہ ہے کہ پھوڑے کی رطوبت کو خارج کیا جائے اور اوس کے گرد کی اندرونی جھلی کو جسقدر ہوسکے کھُرچ کر نکال دیا جائے اور پھر اوس کے اندر کسی دافع تعفن دوا (مثلاً حلوین دنل بتفشی) کی پچکاری لگا کر زخم

[1] عمیق خراج۔ ڈیپ ابسس۔ | [2] عدوی صدیدیہ۔ پایوجے نک انفکشن۔

کو ٹانکوں سے مسدود کر دیا جائے + بیشتر حالات میں یہ مقصد عمل بزل[1] کرنے سے پورا ہو جاتا ہے جس میں آلۂ بازلہ[2] اور ابرۂ مجوف[3] کا استعمال کیا جاتا ہے + اسکا طریقہ یہ ہے کہ پہلے پھوڑے کی بیرونی سطح کے اوپر کے چمڑے کو نشتر سے چیرا جاتا ہے، پھر جلد کے نیچے کی ساخت کے اندر آلۂ بازلہ اور جوفدار سوئی کو داخل کر کے پھوڑے کی گہرائی تک ترچھا سوراخ کر دیا جاتا ہے۔ جس سے تمام پیپ و رطوبت بازلہ کے ذریعہ باہر نکل آتی ہے + پھر گرم سیال نمکین سے پھوڑے کی گہرائی کو خوب دھو دیا جائے اور باہر سے خوب دبا کر اور نچوڑ کر پھوڑے کے گاڑھے اور جمے ہوئے جبنی مواد کو نکالدیا جائے + پھر خوب دھو کر پھوڑے کے اندر نمل بنفشی[4] اور حلوین[5] (ثانی صدی طاقت کا) داخل کر کے بیرونی جلد کے شگاف کو ٹانکوں سے بند کر دیا جائے + اس ترکیب سے ایک ہی بیٹھک میں خراج عمیق کو خاطر خواہ شفا ہو جاتی ہے۔ اور دوبارہ کوئی عمل کرنے کی ضرورت پیش نہیں آتی +

لیکن جب مرض زیادہ شدید ہو اور پھوڑے کے اندر سڑی ہوئی ہڈی موجود ہو تو بیرونی سطح پر بڑا شگاف کر کے پھوڑے تک چیرنا چاہئے تاکہ انگلی اندر بخوبی داخل ہو سکے۔ پھر تیز دھار ملعقہ[6] یا ازمیل[7] بارکر فائض اندر داخل ہو کر سڑی ہوئی ہڈی کے

[1] بزل۔ ٹے پنگ۔
[2] آلہ بازلہ۔ ٹروکار۔ [3] ابرۂ مجوف۔ ہیپوڈرمک نیڈل (ہولو نیڈل)
[4] نمل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔
[5] حلوین۔ گلیسرین۔
[6] ملعقہ۔ اسپون۔
[7] ازمیل بارکر فائض۔ بارکر سن فلشنگ گاگ۔ (ازمیل چھینی۔ یہ آلہ ایک چھینی یا تیز دھار چمچہ ہوتا ہے۔ جس کے ساتھ لمبا خولدار دستہ لگا ہوتا ہے۔ اس خل کا تعلق بذریعہ نلی کے ایک حوض سے ہوتا ہے جو بلندی پر مریض کے پاس لٹکا ہوتا ہے۔ چنانچہ حوض یا برتن کا پانی نلی اور خولدار دستہ سے گذر کر زخم کے اندر پہونچتا ہے۔ اور چھینی یا چمچہ کو ان ذرات دھو ڈالتا ہے۔ جو کھرچنے سے نکلتے ہیں +

ٹکڑوں اور پھوڑے کی جھلی کو خوب کھرچ کھرچ کر باہر نکالدینا چاہئے + پھر مطہر محلولات سے زخم کو خوب اندر سے دھو دھو کر صاف کر دینا چاہئے + اگر خون زیادہ نکلے تو نہایت گرم سیال نمکین کے محلولات سے خوب دھونا چاہئے۔ تاکہ سیلان خون بند ہو جائے + پھر علوین وٹل بتفتی اندر داخل کرکے اور جلدی شگاف کو ٹانکوں سے برابر کرکے بند کر دینا چاہئے۔ اگر زخم اس طرح جلد اچھا نہ ہوا اور دوبارہ پیپ بھر آئے یا ناسور پڑ جائے تو پھر شگاف لگا کر خوب دھوتے رہنا چاہئے +

درزنی[1] ناصور۔ اکثر بہت مشکل اور دقت سے مندمل ہوتا ہے، کیونکہ اکثر اوس کی تہ میں سڑی ہوئی ہڈی موجود ہوتی ہے یا اور کوئی وجہ ہوتی ہے مثلاً مواد پورے طور پر خارج نہ ہوتا ہو یا ناصور کی دیواروں میں درزنی ساخت لگی ہوئی ہو، یا عدد ی صدیدیہ ہو گیا ہو + ایسے ناصور عموماً بہت گہرے ہوتے ہیں اور صرف سلائی[2] (مجس) ڈالکر دیکھنے سے پوری حالت کا اندازہ نہیں ہو سکتا + ایسی حالت میں اکثر ایک حصہ بسمت[3] (اقلیمیا) ۲ حصہ فازلین[4] میں ملا کر ناصور کے اندر پچکاری کرکے ناصور کو شعاع[5] رانت جینی سے دیکھنا چاہئے + لیکن جب تقیح حاد بدن کے بڑے جوفوں میں موجود ہو مثلاً تقیح صدر، تو اس قسم کی پچکاری اس وقت نہیں دینی چاہئے۔ کیونکہ اس سے خطرناک سمی علامات کا خطرہ ہو جاتا ہے لیکن جب کبھی سڑی ہوئی ہڈی اندر موجود ہو تو مناسب اعمال جراحیہ کے ذریعہ اوسکا استیصال اور مواد رطوبت کو خارج کر دینا ضروری ہے +

---

[1] درزنی ناصور۔ ٹیوبر کولس سائنس۔
[2] سلائی۔ مجس۔ پروب۔
[3] بسمت۔ اقلیمیا۔ بسمتھ۔
[4] فازلین۔ وی لین۔
[5] شعاع رانت جینی۔ اکس رے۔

سراجہ۔ سقاوہ[1]

سراجہ دراصل گھوڑوں، خچروں اور گدھوں کا ایک مرض ہے۔ جو ابتداءً انھیں جانوروں کو ہوتا ہے، مگر تلقیح مباشر (براہ راست چھوت کا لگنا) کے بعد انسانوں میں بھی پیدا ہوجاتا ہے + اسی واسطے یہ عموماً اصطبل میں کام کرنے والے ملازمین یا دیگر اشخاص میں، جنکو ان جانوروں سے واسطہ پڑتا رہتا ہے دیکھا جاتا ہے + یہ مرض عصی[2] سراجہ یا عصی[3] مطرقیہ کے باعث پیدا ہوتا ہے اور بدن میں اورام اور گرہ پیدا کر دیتا ہے جو پھوٹکر قروح پیدا کر دیتی ہیں +

سراجۂ انسانی ہاتھوں، چہرہ یا ناک کی جھلی میں شروع ہوتا ہے۔ شدید وحاد سراجہ میں، مدت حضانت[4] ۳ سے ۵ یوم تک ہوتی ہے، جس کے بعد تکان، بخار، اور عام بدن میں درد ظاہر ہوتا ہے + مقام تلقیح پر اورام پیدا ہوتے ہیں جو بالآخر پھوٹ پڑتے ہیں اور قروح و زخم بن جاتے ہیں + اسی قسم کے اورام احشاء شکم میں بھی پیدا ہوسکتے ہیں + گاہے شدید تسمم الدم طاری ہوتا ہے۔ اور ۷ سے ۱۰ یوم کے اندر مریض کو ہلاک کر دیتا ہے + مزمن سراجہ کے عام علامات و عوارض اسقدر شدید نہیں ہوتے اور پچاس فی صد مریض شفایاب ہوجاتے ہیں +

تشخیص۔ رطوبت میں عصی سراجہ کی موجودگی، جو خوردبین سے ظاہر ہوسکتی ہے، اور ثور کی وسعت و شدت اس مرض کو چیچک سے ممتاز کر دیتی ہے + آتشک اور دمل سے سراجہ بوجہ اپنی مخصوص تاریخ و نوعیت پیدائش کے

---

۱ سراجہ۔ سقاوہ۔ گلینڈرس۔

۲ عصی مراجہ۔ گلینڈرس بیسی لس۔

۳ عصی مطرقیہ۔ بیسی لس میلی آنی۔

۴ مدت حضانت۔ پیریڈ آف انکیوبیشن

بآسانی پہچانا جاسکتا ہے یعنی یہ مرض ایسے جانوروں کی چھوت سے انسان میں ہوتا ہے جو اس میں پہلے مبتلا ہو۔ عصیٰ سراجہ کی مصنوعی مطہر کاشت (سراجین[1] کی پچکاری دینے سے اگر معمول میں تیز بخار پیدا ہو جائے تو یہ مرض سراجہ کی مخصوص علامت ہے۔

علاج۔ حادسراجہ کے مقامی مرکزوں کو عام عدوی[2] واقع ہونے سے پہلے ہی کاٹ کر خارج کر دینا چاہئے۔ یہی اس مرض کا علاج ہے۔ مقامی مراکز کو نشتر سے قطع کرکے بالکل علٰحدہ کر دینا چاہئے۔ یا اگر یہ ممکن نہ ہو تو تیز چمچے (ملعقہ حادہ[3]) سے کھرچ کر کوئی جلانے والی (کادی[4]) دوا لگا دینی چاہئے۔ حادسراجہ کا بھی یہی علاج ہے، مگر اس میں ایک بار کے عمل سے ازالۂ مرض نہیں ہوتا اور بار بار نشتر لگانا یا چھیلنا پڑتا ہے۔

جذام[5]۔ کوڑھ

جذام ایک عام معدی (لگنے والا۔ چھوت کا) مرض ہے جو عصیٰ جذامیہ[6] کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ انگور کے مانند نئی ساختیں (تکوین جدید[7]) مقامی طور پر جگہ جگہ جسم میں پیدا ہو جاتی ہیں، جو ابتداءً جلد اور اعصاب

[1] سراجین۔ میلی این (وہ خاص رطوبت جو عصیٰ سراجہ کی کاشت سے حاصل کی جاتی ہے)۔
[2] عام عدوی۔ جنرل انفکشن۔
[3] ملعقہ حادہ۔ شارپ سپون
[4] کادی۔ کاٹے رائزنگ۔
[5] جذام۔ لپروسی۔
[6] عصیٰ جذامیہ۔ بیسی لس لپری۔
[7] تکوین جدید۔ نیوپلازم۔

میں نمودار ہوتی ہیں + یہ مرض اگرچہ متعدی ہے۔ مگر ایسا زیادہ نہیں +

خصائص جراثیم جذام۔ عصی جذامیہ عصی درنیہ سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور عصی درنیہ کی طرح گرام مثبت[1] ہوتے ہیں یعنی گرام کے طریقے سے رنگین ہو جاتے ہیں۔ اور تیزابات سے انکا رنگ نہیں اڑتا (متمسک بالحامض)[2] زہل نلسن کے طریقہ سے یہ رنگ قبول کر لیتے ہیں + لیکن یہ بمقابلہ عصی درنیہ کے سیدھے اور باہم یکساں ہوتے ہیں۔ جذامی رطوبات و مواد میں نہایت کثرت کے ساتھ نظر آتے ہیں، اور لفائف تبغ (سگریٹ) کے بستوں کی طرح مجتمع صورت میں نظر آتے ہیں + انکی مصنوعی کاشت اگانا سخت مشکل ہے + حیوانات میں انکی تلقیح کامیاب نہیں ہوتی یعنی ان کے داخل کرنے سے حیوانات میں جذام پیدا نہیں ہوتا ہے، درانحالیکہ عصی درنیہ کی تلقیح معمول میں فوراً مضر اثرات پیدا کر دیتی ہے۔ انکی چھوت بہت کم اثر کرتی ہے اور جذامی مریضوں میں کام کرنے والی تیماردار عورتیں اور مرہم پٹی کرنے والے ملازمین شاذ و نادر ہی جذامی مریض کے مرض سے متاثر ہوتے ہیں۔ مصنوعی تلقیح کے ذریعہ جذام نہیں پیدا ہوتا + علامۂ جوناتان ہشنصون کا قوی خیال یہ ہے کہ جذام کا عدوی صرف اونھیں لوگوں میں پیدا ہو سکتا ہے جو باسی یا سڑی ہوئی مچھلی کھانے کے عادی ہوں + ہندوستان میں بھی عموماً یہی خیال عرصہ دراز سے رائج ہے۔ جذام کے موروثی مرض ہونے کے متعلق بہت کچھ اختلاف رائے ہے۔ مگر احتمال غالب یہی ہے کہ توارث کا کچھ اثر نہیں ہوتا +

علامات۔ جذام کی دو ممتاز قسمیں ہیں (۱) درنی[4] یا جلدی جذام اور

---

[1] گرام مثبت۔ گرام پازیٹو۔
[2] متمسک بالحامض۔ ایسڈ فاسٹ۔
[3] مسٹر جوناتھن ہچنسن۔
[4] جذام درنی / جلدی } ٹیوبر کولیٹڈ لپروسی۔

(۲) غیر دردناک یا جلدی[۲] جذام مختار[۱]۔ مگر اکثر یہ دونوں قسمیں یکجائی طور پر واقع ہوتی ہیں +

۱۔ دردناک یا جلدی[۲] جذام۔ یہ قسم سرد ممالک اور یورپ (اروپا) میں نسبتاً عام ہے + ابتداء عدوی کے بعد مہینوں یا برسوں کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی پھر کچھ عرصہ تک محض تکدر[۳] طبع، سوئے ہضم اور اسہال اور غنودگی کی شکایت کے بعد نمایاں بخار ظاہر ہوتا ہے جو چند دنوں یا ہفتوں تک رہتا ہے + بخار کے ساتھ جاڑا بھی گاہے ہوتا ہے + اور بخار حمی مفترہ[۴] کی طرح ہوتا ہے + اس کے بعد یا اس کے ساتھ جلد پر سرخ، چمکدار، ادبھرے ہوئے چٹے (طفحات[۵]) ظاہر ہوتے ہیں۔ جو عموماً پیشانی، بازو اور رانوں پر نمودار ہوتے ہیں + یہ چٹے ذکی الحس[۶] ہوتے ہیں اور ان میں ترشحات الہتابیہ شروع سے ہی موجود ہوتے ہیں + چند روز میں یہ چٹے کمھلا جاتے ہیں اور پھر دوبارہ بخار کے ساتھ ابھر آتے ہیں + کچھ عرصہ کے بعد ان سرخ چٹوں کے مقام پر چھوٹے چھوٹے سرخ دانے پیدا ہو جاتے ہیں جو آپس میں ملکر اور حجم میں بڑھ کر گانٹھیں[۷] اور ابھار (اوران) بنا دیتے ہیں جو بیضۂ مرغ کے برابر ہو سکتے ہیں۔ اور پھر اونکا رنگ زردی مائل اور بھورا ہو جاتا ہے + اس قسم کے ابھار جسم کے ہر حصہ میں ہو سکتے ہیں۔ مگر عموماً چہرہ پر زیادہ ہوتے ہیں اور انکے باعث چہرہ کی صورت بالکل مسخ ہو جاتی ہے اور ایک عجیب موٹی پھولی ہوئی ڈراؤنی شکل شیر کے چہرہ کے مانند دکھائی دیتی ہے +

---

۱ جذام مخدر { غیر دردناک / دردناک } انس تھے ٹک پیرو سی

۲ جلدی جذام۔ کیوٹے نیس لیپروسی۔

۳ تکدر طبع۔ میلیز۔

۴ حمی مفترہ۔ ریمی ٹنٹ فیور۔

۵ طفحات۔ ایرپشن۔

۶ ذکی الحس۔ نائی پر استھے ٹک۔

۷ گانٹھ۔ وران۔ ٹیوبرکل۔

اسی وجہ سے اسکا دوسرا نام داء الاسد بھی ہے + ترشحات کے باعث اعصاب پر دباؤ پڑنے سے یہ اُبھار بے حس ہو جاتے ہیں + گاہے یہ تحلیل ہو جاتے ہیں اور انکی جگہ گہرے رنگین نشان رہجاتے ہیں۔ یا تقرح واقع ہو کر یہ اُبھار پھوٹ جاتے ہیں + اسی طرح دیگر احشاء اور غدد جاذبہ میں بھی یہ گانٹھیں بخار کے ساتھ بن سکتی ہیں + اس مرض میں زال خصیتین ہو جاتا ہے اور عورت و مرد دونوں میں قوت باہ ضائع ہو جاتی ہے + ہلاکت عموماً تعفن الدم، انسداد حنجرہ، یا عوارض شش و گردہ کے باعث ہوتی ہے، لیکن جذامی مریض سالہا سال تک زندہ رہ سکتا ہے +

گانٹھوں کی ساخت میں ازدیاد لحمیہ کے ساتھ بہت سے بڑے خلیات ہوتے ہیں جن میں عصی جذامیہ پائے جاتے ہیں +

(۲) غیر درمی یا جذام مخدر۔ یہ قسم گرم ممالک میں نہایت عام ہے + ابتداء قدرے تکدر طبع کے ساتھ بہت خفیف و غیر محسوس حرارت ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی محیطی اعصاب کے اضلاع میں تیز سنسناہٹ یا جھنجھناہٹ (جیسے چیونٹیاں چل رہی ہوں) یا چبھن اور درد کا احساس ہوتا ہے + اعصاب کی پوری رفتار میں چھونے سے درد محسوس ہوتا ہے + محیطی اعصاب جو بالخصوص متاثر ہوتے ہیں یہ ہیں:- زندی اسفل، متوسط، شظوی، صامن + اعصاب کے بعد عضلات

۱ داء الاسد (داء بیماری اسد شیر)	۵ چبھن۔ سینی نے ٹنگ پین۔
۲ متعفن الدم۔ سیپٹی سیمیا۔	۶ عصب زندی اسفل۔ السر نرو۔
۳ انسداد حنجرہ۔ لیرنجیل آبسٹرکشن۔	۷ عصب متوسط۔ میڈین نرو۔
۴ محیطی انتہائی } پیری فیرل۔	۸ عصب شظوی۔ پرونیل نرو۔
	۹ عصب صامن۔ سفے شس نرو۔

متاثر ہوتے ہیں اور عضلات کی کمزوری اور لاغری کے بعد نمایاں استرخاء[1] پیدا ہوجاتا ہے۔ جس سے قوت احساس میں فرق آجاتا ہے۔ اور جلد، عظام اور مفاصل کا تغذیہ بگڑ جاتا ہے +

گول، سفید زردی مائل دھبے جلد میں نمودار ہوجاتے ہیں۔ جو محیط میں پھیلتے جاتے۔ اور چند مکرر بیضوی شکل کے بڑے بڑے بیقاعدہ دھبے بن جاتے ہیں + اکثر انکا حاشیہ ادبھرا ہوا اور ذکی الحس ہوتا ہے۔ لیکن مرکزی حصہ سوکھ کر سفید اور بے حس ہوجاتا ہے + بے حسی بتدریج بڑھتی جاتی ہے + عضلات دُبلے ہوکر سکڑ جاتے ہیں اور عضو ماؤف کریہ المنظر اور بدوضع ہوجاتا ہے۔ اور گاہے ہاتھ شیر کے پنجہ کے مانند ہوجاتا ہے (جیساکہ استرخاء زندی اسفل میں دیکھا جاتا ہے) + اطراف یعنی ہاتھ پاؤں کے انتہائی سرے کی خلائی[2] ساخت کے تحلیل وجذب ہوجانے کے باعث اونگلیاں اور دیگر حصص ٹھٹھر کر غائب ہوجاتے ہیں + گاہے اعصاب ماؤفہ موٹے ہوکر رسی کی طرح محسوس ہوتے ہیں اور دبانے سے اِن میں درد ہوتا ہے + احشاء کے عوارض اس قسم میں نسبتاً کمیاب ہوتے ہیں، قوت بھی چنداں کم نہیں ہوتی، اور مریض عرصہ تک اپنی قوت وصحت قایم رکھ سکتا ہے۔ گاہے یہ حالت بیس سال یا اس سے زائد عرصہ تک قایم رہتی ہے + بالآخر عام جسمانی نقاہت یا دیگر عوارض کے باعث مریض ہلاک ہوجاتا ہے +

علاج۔ اس مرض کا علاج ابتک غیر تشفی بخش ثابت ہوا ہے۔ روغن[3] چال موگرا (شلموغرا) کا خارجی اور اندرونی استعمال کیا جاتا ہے + بعض حالات

[1] استرخاء۔ پیرالے سس۔
[2] خلائی ساخت۔ انٹرس ٹیشل ٹشو۔
[3] چال موگرا (شلموغرا) ایک درخت ہے جس کے تخم سے روغن نکالا جاتا ہے۔

میں سلیمانی[1] کی عضلی پچکاری دیجاتی ہے۔ ناسٹین[2] کی تحت الجلد پچکاری جادی آما[3] اخضر آمیز کے ساتھ ملاکر دیجاتی ہے جس سے کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اس کی پچکاری سے شدید التہاب ہوکر جذامی ساخت تلف ہوجاتی ہے جذام کے آخری درجات میں گاہے عمل جراحی کے ذریعہ اطراف اعضا کو قطع کردینا پڑتا ہے۔

حال ہی میں علامۂ سراجرس (موجد قینین[4]) جذام کے یقینی علاج کی جستجو میں انگلستان کے محکمۂ تحقیقاتِ امراضِ ممالک حارہ میں تجربات کررہے ہیں اور انھوں نے روغن چال موگرا سے چند ایسے بنیادی حمضی اصل جذیرات[5] کیمیاوی اخذ کیے ہیں جو جراثیم جذام پر مہلک اثر رکھتے ہیں۔ انکی روزانہ عضلی پچکاری سے کثیر التعداد جذامیوں کو معتدبہ فائدہ حاصل ہوا ہے اور دوا کے اثر سے جذامی قروح وغیرہ سے جراثیم قطعی طور پر زائل ہوگئے ہیں۔ اس خدا یجاد دوا سے جذامیوں کے جزیرہ (ہونالولو) میں ہزارہا مریضوں کو فائدہ پہونچا ہے اور ان میں سے پچاس فی صدی غیر متعدی تسلیم کرلیے گئے ہیں۔ از ایسوسی ایشن اگست ۱۹۲۲ء

فطریت شعاعیہ[6]

فطریت شعاعیہ ایک متعدی مرض کا نام ہے جو عموماً چوپایوں میں پایا جاتا

---

[1] سلیمانی۔ وارچکینہ۔ گرسیوسب ٹی میٹ

[2] ناسٹین (ناسٹین) جذام کی گرہوں سے جذامی شعر مفتول (راسٹر پٹوتھرکس لیپروڈس) کی مصنوعی کاشت کرکے ایک قسم کی متعاول چربی تیار کی جاتی ہے۔ اسی کو ناسٹین کہتے ہیں

[3] جادی آما اخضر آمیز۔ نیٹرو ٹل کلورائڈ۔

[4] قینین۔ امی ٹین۔

[5] جذیرات۔ ریڈیکلز۔

[6] فطریت شعاعیہ۔ ایکٹینومائی کوسس۔

(۳۵) مریض جذام

یہ ایک ملاح ہے۔ جذام میں کئی سال سے مبتلا ہے۔ چہرہ کا بشرہ نمایاں طور پر ممتاز ہے۔ کلائیاں بھی موٹی معلوم ہو رہی ہیں کیونکہ زیر جلد اعصاب میں جذام کے مواد جمع ہو رہے ہیں +

ہے، مگر گاہے انسان میں بھی ہوجاتا ہے + یہ مرض فطر شعاعی[1] نامی جرثومہ کی مختلف اقسام کے باعث پیدا ہوتا ہے، اسی وجہ سے اسکا نام فطریت شعاعیہ رکھا گیا ہے + یہ مرض عموماً جراثیم سے آلودہ جَو یا اناج کے کھانے سے مویشی میں پیدا ہوتا اور زبان، جبڑے وغیرہ میں مزمن ورم نفخی پیدا کردیتا ہے + اکثر مقامات پر ان اورام میں مزمن خراج اور ناصور بن جاتے ہیں + انسانی فطریت شعاعیہ کے علامات و عوارض بھی مویشی کے مرض سے مشابہ ہوتے ہیں + چونکہ یہ مرض شعر مفتول[2] کے خاندان کے مختلف انواع سے پیدا ہوتا ہے، لہٰذا فی الحقیقت یہ کوئی نوعی[3] مرض نہیں ہے + فطر شعاعی کے گروہ ساختہائے جسم میں پائے جاتے ہیں لیکن مویشی میں جس طرح ان کے ڈنڈے[4] محیطی حصہ میں بشکل شعاع دیکھے جاتے ہیں ویسے انسانی ساختوں کے موادوں میں نظر نہیں آتے، کیونکہ یہ محیطی ڈنڈے رنگ جلد قبول نہیں کرتے اور نمایاں نہیں ہوتے + شعر مفتول نامی جراثیم کے جو اقسام انسانی فطریت شعاعیہ پیدا کرتے ہیں وہ سب طریقہ گرام سے رنگے جاسکتے ہیں +

اکثر کاشتکار، آٹا پیسنے والے اور دیگر غلہ کا کام کرنے والے اشخاص میں یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ اور اسکا تعدیہ فطر آمیز اناج کے کھانے یا بادِ فطر کے تنفس میں داخل ہونے سے ہوجاتا ہے + بسا اوقات سڑے ہوئے دانت یا لوزتین[5] کے ذریعہ فطر کا جرثومہ داخل بدن ہوتا ہے اور ابتدائی مرض منہ کے کسی حصہ سے مثلاً زبان، جبڑے یا گردن سے شروع ہوتا ہے اور صلابت و تقیح پیدا کردیتا ہے + گاہے مجری[6] غذائی کے دیگر حصص، خصوصاً اعور[7] اور زائدۂ دودیہ[8] میں یا جگر میں مرض کی ابتدا

[1] فطر شعاعی۔ ایکٹینومائی سز بے فنگس۔
[2] شعر مفتول۔ اسٹرپٹوتھرکس۔
[3] نوعی۔ اپے سے فک۔
[4] ڈنڈے۔ کلب۔
[5] لوزتین۔ ٹانسلز۔
[6] مجری غذائی۔ الی منٹری کینال۔
[7] اعور سیکم
[8] زائدۂ دودیہ اعور " اپنڈکس ورمیفارمس۔

ہوتی ہے + اسیطرح ششش میں بھی تقیح اور خلائین بن سکتی ہیں + اور غشائے[1] صدر کے
ماؤف ہونے سے مقامی تقیح صدر بھی ہوسکتا ہے +

الغرض جس مقام پر اسکا تعدیہ واقع ہوتا ہے اوس جگہ انگوری ساخت پیدا ہوتی
اور عموماً تقیح کی نوبت پہنچتی ہے + اسکے مواد اور پیپ میں زرد رنگ کے دانے سے پائے
جاتے ہیں جو نسل منفشی[2] کے دانوں سے مشابہ ہوتے ہیں اور اس مرض کو ممتاز
کرتے ہیں + اس مرض کی رفتار مزمن ہوتی ہے +

ورم ابتدائی کا عام محل وقوع زیریں جبڑے کا زاویہ ہے۔ جہاں اسکی ممتاز بڑی
سوجن ہوجاتی ہے۔ ابتدا میں یہ سوجن کیساں اور چکنی ہوتی ہے اور بتدریج قرب وجوار
کی ساختوں سے جا ملتی ہے + اس کے اوپر کی جلد احتقان و موی کے باعث سرخ
ہوتی ہے + لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس میں ناہموار گرہیں سی نظر آنے لگتی ہیں جنکی
بیرونی سطح کی چوٹیاں مخصوص زردی مائل ابھاروں کی صورت میں ہوتی ہیں +
یہ ابھار بالآخر نرم پڑکر باہر منہ کرتے اور پھوٹ جاتے ہیں۔ اور اپنے لیسدار پیپ
خارج ہوتی ہے + اس پیپ میں خوردبین کے ذریعہ جراثیم فطر شعاعی نظر آتے ہیں +
جب سب مواد خارج ہوجاتا ہے تو پھوڑا سکڑ جاتا اور زخم بند ہوجاتا ہے + پھوڑوں کے
نمودار ہونے۔ پھوٹنے اور التیام ہونے سے اوسکی بیرونی سطح عجیب طور سے گڑھا اور
سکڑی سی ہوجاتی ہے + گاہے التیام نہیں ہوتا اور حصۂ ماؤف میں بہت سے ناصور
رہجاتے ہیں + گردن اور جبڑے کی فطریت میں کرازالفک[3] ایک مستقل علامت ہے جو
جلد ہی پیدا ہوجاتی ہے اور خفیف صورت میں بھی نمایاں ہوتی ہے +

علاج۔ شجاریہ منفش[4] آمیز بہت بڑی مقداریں ۱۰ سے ۳۰ تحمرن میں تین مرتبہ

۱ غش۔ صدر۔ پلیورا۔	۳ کرازالفک۔ ٹرسمس۔
۲ نسل منفشی۔ آیرڈوفارم۔	۴ شجاریہ منفش آمیز آیوڈائڈ آف پوٹاشیم۔

یا بنفشین[1] کے دیگر حیوانی مرکبات اس مرض میں ویسا ہی نمایاں اثر رکھتے ہیں جیسا آتشک میں + جب ورم میں کوئی کھلا زخم نہ ہو تو صرف یہی علاج کافی ہو سکتا ہے + لیکن اگر گلٹی کے پھوٹنے سے زخم ہو گئے ہوں تو جراحی اعمال ضروری ہوتے ہیں + ایسی حالت میں پورے متورم حصہ کو نشتر سے قطع کر کے خارج کر دینا چاہئے۔ یا ناسوروں کو کھرچ کر صاف کرنا چاہئے اور حصہ ماؤف کو کاویات[2] سے جلا دینا چاہئے + جب احشاء کے عوارض موجود ہوں تو جراحی علاج بہت مشکل و خطرناک ہے خصوصاً جبکہ عدوی[3] صدیدیہ بھی موجود ہو۔ ایسی حالت میں مرض بتدریج مہلک ہو جاتا ہے مگر بنفشین کے داخلی استعمال سے قدرے افاقہ ہو سکتا ہے +

ورم فطری قدم فطری[4]

یہ مرض، جو فطریت شعاعیہ سے قدرے مشابہت رکھتا ہے، ہندوستان کے باشندوں میں خصوصاً، اور بعض دیگر گرم ممالک میں بھی دیکھا جاتا ہے + اسکا تعدیہ ننگے پیر چلنے سے خفیف زخم یا رگڑ کے ذریعہ ہو جاتا ہے + اسکی نمایاں صورت یہ ہے کہ ایک ملتہب ورمی حصہ کے مرکز میں سیاہ یا زردگرہیں بن جاتی ہیں اور پھر انکے پھوٹنے سے پیپ خارج ہوتی ہے پیپ کے اندر سیاہ یا زردی مائل دانے (خشخاش کے دانوں کی طرح) پائے جاتے ہیں جو جراثیم فطریہ کے عمل سے بن جاتے ہیں + آہستہ آہستہ اس قسم کے پھوڑے پورے پیر میں پھیل جاتے ہیں۔ اور ہڈیوں کو کھا اور گلا کر کھوکھلا کر دیتے ہیں + قدم بدوضع اور بیکار ہو جاتا ہے + بڑھتے بڑھتے یہ مرض پنڈلی تک پہونچ جاتا ہے اور شاذ و نادر بدن کے دیگر حصص میں بھی چھوت کے ذریعہ ہو جاتا ہے + اسکی گرہیں بعض جگہ سخت بعض جگہ نرم ہوتی ہیں اور پیر

---

[1] بنفشین۔ آیوڈین۔
[2] کاوی۔ کاسٹک۔
[3] عدوی صدیدیہ۔ پایوجے نک انفکشن۔
[4] ورم فطری۔ مائی سے ٹوما۔
[5] قدم فطری { مڈورا فوٹ۔ فنگس فوٹ۔

میں متعدد بار ناسور پڑ جاتے ہیں + یہ مرض بہت دیرپا اور مزمن ہوتا ہے اور مقامی چھوت سے پھیلتا جاتا ہے + زیادہ تر مزدوری پیشہ اور خاصکر کاشتکاروں یا کھیت میں ننگے پیر کام کرنے والوں میں یہ مرض ہوتا ہے + جب کوئی دیہاتی باشندہ یا کسان پاؤں کے مرمن ورم کا تمہارے سامنے آئے اور متورم حصہ میں کئی چھوٹے چھوٹے ابھار ہوں بعض سخت ہوں اور بعض نرم بعض پھوٹے ہوئے ہوں اور کئی ناصور نظر آویں اور پیر بہت پھولا ہوا ہو تو فوراً ورم فطری کا خیال کرو + اب اگر مریض تمہارے سوال کے جواب میں یہ ظاہر کرے کہ اسکے مواد میں چھوٹے چھوٹے دانے خارج ہوتے ہیں تو یقین کر لو کہ یہ ورم فطری کا مرض ہے + اس مواد کو خوردبین سے دیکھکر تشخیص کی تصدیق بھی کر سکتے ہو یہ دانے دو قسم کے ہوتے ہیں ایک سفید زردی مائل اور دوسرے سیاہی مائل +

علاج۔ اگر مرض محدود ہو تو گرہوں اور ناسور دکو خوب کھرچ کر صاف کرو اور حصہ مؤلف کو مطہرات[1] سے خوب دھو کر ناسوروں اور ابھاروں کے مقام پر کاویات[2] مثلاً ہفتشین[3] وغیرہ لگا دو + بعض اوقات اس عمل سے پہلے اور کبھی اس عمل کے بعد مقام مؤلف پر عنصل قطرانی[4] کا مرہم قطرانی ایک حصہ۔ آب مطہر مقطر ۱۰ سے ۲۰ حصہ یا صرف دو حصہ کی پچکاری یا جامد دوسرے قریبے سے دو ہفتہ دو ماہ تک دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اور اگر مرض کم ہو اور اسکا ابتدائی درجہ ہے تو بغیر دستکاری کے مریض شفایاب ہو جاتا ہے۔ اگر مرض بہت بڑھ گیا ہے اور پیر کی بیشتر ہڈیاں سڑ کر بیکار ہو گئی ہیں اور صرف کھرچنے سے فائدہ نہیں ہوا ہے تو پھر حصہ مؤلف کو قدرے اوپر تندرست حصہ سے کاٹنا پڑتا ہے۔ یہ آخری علاج ہے جو ٹانگ کو بچانے کے لیے مجبوراً کرنا پڑتا ہے +

[1] مطہر۔ ڈس ان فکٹینٹ۔
[2] کاوی۔ کاسٹک۔
[3] ہفتشین۔ آیوڈین۔
[4] عنصل قطرانی۔ کاربولک لوشن۔

[5] علامہ محمد عثمان خاں امروہی یہ بات بڑوائی نے متعدد مریضوں پر اسکا تجربہ کیا ہے۔ جن میں پاؤں کاٹنے کی ضرورت پیش نہیں آئی +

(۳۶) گردن اور چہرہ میں مرض فطریت شعاعیہ

(۱۰) لغات اصطلاحات طبیہ یونانی طبی اصطلاحات کا اس سے بہتر کوئی لغت تیار نہیں ہوا۔ بہت سے لغات کا خلاصہ ہے۔ اصطلاحات متعلقہ امراض۔ ادویہ۔ آلات طبیہ۔ کلیات۔ معالجات۔ تشریح و منافع الاعضاء کا سلیس بیان ہے۔ قیمت ۳ے/ مجلد ۳ے/۱۲ +

(۱۱) لغات الادویہ دواؤں کے عربی۔ فارسی۔ ہندی۔ سنسکرت۔ کیمیائی۔ انگریزی۔ یونانی اور دیگر ممالک کے ناموں کی توضیح ہے۔ تقریباً ۲۵ ہزار الفاظ کی شرح ہے۔ اگر کسی نسخہ کا کوئی جز آپ نہ سمجھ سکیں۔ تو اس لغت سے مدد لیں۔ بے نظیر لغت ہے۔ قیمت ۳ے/ مجلد ۳ے/۱۲ +

(۱۲) تشریحی تصاویر رنگین آج تک ہماری زبان میں رنگ۔ پٹھوں۔ ہڈیوں۔ اندرونی و بیرونی اعضاء کی تصویریں ایسی باقاعدہ نہیں چھپی تھیں کہ ہمارے اطباء (جو تشریح سے ناواقف ہوں) بطور خود انکی مدد سے کافی تشریحی معلومات حاصل کر سکیں۔ اب تصویروں کی مکمل کتاب نہایت اہتمام سے شائع کی گئی ہے جسمیں رنگین و سادہ تصویریں ہیں۔ وریدوں شریانوں اور اعصاب کو رنگ سرخ۔ زرد اور آسمانی چھپوایا گیا ہے۔ اب آپ گھر بیٹھے تشریح پڑھیں حصہ اول ۸ے حصہ دوم ۳ے مکمل صفحہ ۱۲

(۱۳) تصاویر احشا صرف اندرونی اعضاء اور تمام احشا کی تقریباً ۱۰۰ تصویریں ہیں۔ مثلاً دماغ۔ آنکھ کان۔ ناک۔ شکم و سینہ کے اعضاء۔ آلات تناسل زنانہ و مردانہ قیمت ۱۲ر

(۱۴) قانون نسل تجربات ۱۵ کا آخری خزانہ۔ نسخہ جات بامہیہ کا زبردست ذخیرہ۔ اعلیٰ سے اعلیٰ نسخہ جات اس میں موجود ہیں (کاغذ دفتی ہے) حجم ۲۵۰ صفحات ہیں مجلد ۵ر

(۱۵) طبی فرہنگ طبی اصطلاحات کا جامع اور مختصر لغت ہے۔ اصطلاحات متعلق امراض ادویہ آلات طبیہ۔ کلیات۔ معالجات۔ تشریح اعضاء کا سلیس بیان ہے۔ یہ ان غریب طلباء کے لیے تیار کیا گیا ہے جو بڑے لغت (یعنی لغات اصطلاحات طبیہ قیمتی ۳ے/ کو خرید نہ سکیں۔ قیمت ۱ر

(۱۶) طب قدیم و جدید کی معرکۃ الآراء علمی جنگ طب قدیم پر ڈاکٹروں کے زبردست سوالات و اعتراضات۔ طب قدیم کے غیر اصولی ہونے کا الزام اور انکے دلچسپ خاموش کر دینے والے جوابات ۱ر

(۱۷) ترجمہ کامل الصناعہ حصہ تشریح عظام (کامل الصناعہ عربی کا ترجمہ ہے) ۵ر

(۱۸) رسالہ مسماع الصدر آلہ سینہ بین (اسٹیتھس کوپ) کی حقیقت۔ طریقہ استعمال اور امراض سینہ کی تشخیص قیمت ۶ر +

(۱۹) رسالہ مقیاس الحرارت آلہ مقیاس الحرارت (تھرمامیٹر) کی حقیقت طریقہ استعمال اور بدنی حرارت کا تذکرہ۔ قیمت ۲ر + علاوہ محصول ڈاک۔

(۲۰) رسالہ اسمائے امراض و اوزان طبی (۱) ڈاکٹری ناموں کے مقابل یونانی۔ اور یونانی ناموں کے مقابل ڈاکٹری نام مرتب کئے گئے ہیں (۲) رسالہ اوزان میں ڈاکٹری۔ یونانی اور ویدک وزنوں کی تشریح ہے قیمت ۱

(۲۱) رسالہ قارورہ اس میں قارورہ کا بالکل جدید اسلوب پر بیان ہے۔ امتحان قارورہ کے تمام نئے قواعد۔ اس میں بتائے گئے ہیں۔ جس سے قارورہ کی ٹکلہ پتھری کا مادہ، صفراء اور تمام امراض میں جو مواد خارج ہوتے ہیں۔ انکو کیمیائی امتحانات سے جانچا جاسکتا ہے۔ قیمت ۴ر +

(۲۲) کتاب التکلیس دوسوم بہ علم کشتہ جات + علم کشتہ جات کی یہ مکمل کتاب ہے۔ اس میں کشتہ سازی کے متعلق ضروری ہدایات و اصطلاحات۔ معادن اور پدھاتوں کے کشتہ کرنیکی معتبر اور مصدقہ ترکیبیں۔ مختلف ادویہ کے جوہر و روغن حاصل کرنیکے نسخے درج ہیں۔ از تالیف حکیم محمد عبدالواحد صاحب ناظم کاغذ سفید۔ حجم ۱۹۲ صفحات۔ قیمت عہ

(۲۳) مجربات فطن مفید مختصر چٹکلے (از حکیم مولوی ابوالحسن صاحب فطن) مفید و مختصر چٹکلے نظم میں لکھے گئے ہیں ہ

پتہ کا پتہ۔ ناظم دفتر المسیح۔ قرول باغ۔ دہلی

المسیح

دہلی کا شہرۂ آفاق طبی رسالہ

بہ ادارت حکیم محمد کبیرالدین صاحب بدۃ اللہ

اس بے نظیر علمی رسالہ نے تھوڑے ہی عرصہ میں طبی دنیا کے اندر وہ ہل چل پیدا کردی کہ بالآخر اسے ملک کا بہترین طبق جریدہ سمجھا گیا۔ یہ رسالہ ہر قسم کے طبی مضامین پر تحقیقانہ اور فلسفیانہ مقالات پیش کرتا ہے۔ ڈاکٹری و یونانی اختلافات پہلو بہ پہلو پیش کرتا ہے۔ ڈاکٹری اصطلاحات اور انگریزی نہ جاننے والے حضرات کے لیے یہ رسالہ ایک رہبر ہے۔ اس رسالہ کا اہم مقصد اپنی کمزوریوں کا ازالہ کرنا۔ اور دیسی اطبا میں ترقی و اصلاح کا ولولہ پیدا کرنا ہے۔ ہر ماہ علاوہ سرورق کے ۴۴ صفحات ہوتے ہیں۔ گرقیمت سالانہ صرف ۴ بصورت منی آڈر۔ اور ۴ بصورت وی پی +

پتہ۔ ناظم دفتر المسیح۔ قرول باغ۔ دہلی