

UNIVERSAL
LIBRARY

OU_224487

UNIVERSAL
LIBRARY

سلسلہ کتب اسلامیہ

سر جیکل ایلاڈ انامٹی

جراحی اطلاق تشریح

جلد اول
آٹھواں ایڈیشن
مصنفہ

سرفریڈرک ٹریوزیرونٹ
بنظر ثانی

سی سی چوہاس۔ سی ایم جی اسی بی۔ ای بی۔ بی سی این نئیڈیم۔ ڈی (ایڈیٹر) ایف آر سی ایس (مکملتا)

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم بی بی ایس، منشی فضل۔ کرن ستر تالیف و ترجمہ جامعہ کلاں علی
۱۳۵۶ھ ۲۷ صفر ۱۳۵۶ھ ۱۹ صفر ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم بی بی ایس، منشی فضل۔ کرن ستر تالیف و ترجمہ جامعہ کلاں علی

یہ کتاب مسز کمیل اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

جراحی اطلاقی تشریح
جلد اول

حصہ اول - سر اور گردن

صفحہ		باب
۱	.....	۱
۱۵	.....	۲
۴۰	.....	۳
۶۱	.....	۴
۹۶	.....	۵
۱۱۵	.....	۶
۱۳۴	.....	۷
۱۶۷	.....	۸
۱۹۳	.....	۹
	حصہ دوم صدر	
۲۳۴	.....	۱۰
	حصہ سوم - جارجہ اعلیٰ	
۲۵۹	.....	۱۱

جراحی طلاقی تشریح جلد اول

فہرست معاین

۲

صفحہ

باب

۳۰۰	...	...	...	...	...	بازو	۱۲
۳۰۹	...	...	...	...	...	کہنی کا خطہ ..	۱۳
۳۲۸	...	...	...	...	...	پیش بازو .	۱۴
۳۳۷	...	...	...	...	...	پوہنی اور ہاتھ	۱۵
۳۶۲	...	...	...	...	...	جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد .	۱۶

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

SURGICAL APPLIED ANATOMY

جراحی اطلاق تشریح

جلد اول

حصہ اول - سر اور گردن

باب اول

چاندلی

(THE SCALP)

طالب علم کو ضرور تمام سر کا خیال رکھنا چاہئے، اور اگر اسے چاندلی کے کسی زخم کا معائنہ کرنا ہو تو اسے نہ صرف زخم کے حقیقی حدود معلوم کرنا چاہئیں، بلکہ اسے اپنے تشریح کے علم اور ان تعلقات کی مدد سے جو مریض میں مشاہدہ کردہ امارات سے زخم کو ہیں، ماتحت بافتوں اور بالخصوص شمولات مجرہ کو ایذا پہنچنے کے احتمال یا امکان کا سہی استنباط کرنا چاہئے۔ اگر ججہ کا کسر داغ یا ججھی سوراخوں میں سے گزرنے والے عروق یا اعصاب کو حضرت پہنچنے سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو تو یہ اتنا عظیم الالہیت نہیں ہوتا۔ لیکن سبب مضمون کا لحاظ رکھتے ہوئے یہ مناسب ہو گا کہ چاندلی اور عظمی کھوپڑی اور ججھی شمولات کا علاحدہ علاحدہ ذکر کیا جائے۔

چاندلی کی تعریف یوں کی جاسکتی ہے کہ یہ وہ نرم حصے ہیں جن سے کھوپری ڈھکی ہوتی ہے۔ اور یہ حصے طبقات میں مترتب ہیں جو جچی محراب اور صدعی خطہ پر کسی قدر مختلف ہوتے ہیں۔ وہ نرم حصے جن سے محراب مذکور ڈھکی ہوئی ہے پانچ طبقات میں

تقسیم کئے جاسکتے ہیں :- (۱) جلد (۲) زیر جلدی شمی بانفت (۳) برجمی عضلہ (تذالی جہی عضلہ) اور اسکا وتر عریض (۴) ڈھیلی زیر برجمی انصالی بانفت (۵) گرد و ججمہ۔

اس لئے جب ”چاندلی اتاری جاتی ہے“ تو یہ طبقہ چہارم کی ڈھیلی زیر برجمی انصالی بانفت پر سے علیحدہ ہو جاتی ہے۔ لہذا اتری ہوئی چاندلی پہلی تین تہوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ ’چاندلی‘ کی اصطلاح کو انہی تینوں ساختوں کے اتحاد تک محدود رکھنے کا رواج عام ہے۔ مگر امریکہ کے وحشی اصلی باشندوں کے مقابلہ میں جراح اس اصطلاح میں اب اکثر پانچوں طبقات کو شامل کر دیتا ہے۔

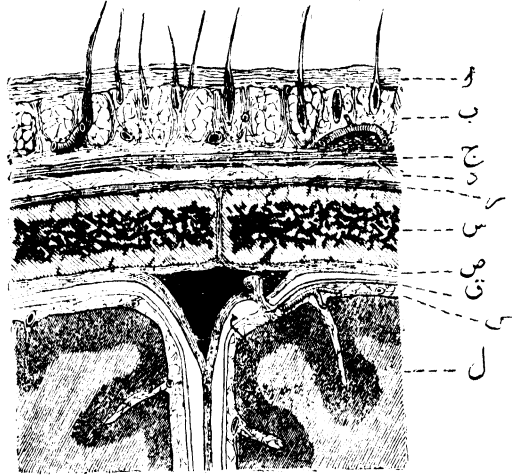
(۱) چاندلی کی جلد (شکل ۱- الف) جسم کے ہر حصہ کی جلد سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ یہ ہر مقام پر نیچے کے وتر عریض اور عضلہ سے زیر جلدی بانفت کے ذریعہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اس لئے یہ اس عضلہ کی تمام حرکتوں کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔

(۲) زیر جلدی بانفت: بتھیلی کی زیر جلدی بانفت کے مشابہ ہوتی ہے اور

کثیر التعداد لیفی بندوں سے جن میں شمی لٹنک کم و بیش منفرد فضاؤں میں بند ہوتے ہیں، مرکب ہونے کی وجہ سے یہ دباؤ کا بخوبی مقابلہ کر سکتی ہے (شکل ۱- ب)۔ یہ زیر جلدی بانفت جسم کی عمومی سطح کی زیر جلدی بانفت کے خلاف ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی۔ چاندلی کی ڈھیلی بانفت جس پر حرکت واقع ہوتی ہے، اور جس میں انقباضات کے جمع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے جو تحفا طبقہ ہے جو برجمی عضلہ اور گرد و ججمہ کے درمیان ہوتا ہے۔ پہلے تین طبقوں کی کثافت کا نتیجہ یہ ہے کہ ان میں انقباضات، جو خواہ نرف کی وجہ سے ہوں یا التهاب کی وجہ سے پیدا نہیں ہوتے۔ لہذا بالدار چاندلی پر کوئی نکلیاں نمودار نہیں ہوتیں اور نہ سطحی التهابات مثلاً سرخ بادہ (erysipelas) ہی میں اس پر ایسے التهاب کے ہر دو مشہور و معروف خصائص یعنی سرخی اور درم (سوائے بہت ہی خفیف ہونے کے) نمودار ہوتے ہیں۔

جلد پر ذہنی غدو کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ اور ان سے بعض اوقات ذہنی دوسرے پارسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایسے دوسرے جسم کے دوسرے حصوں کی نسبت چاندلی پر زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ جلدی بالیدیں ہونے کی وجہ سے یہ رسولیاں عظیم الجسامت ہونے پر بھی بزرگھی عضلہ سے باہر رہتی ہیں۔ اور اس لئے یہ ذہیلی زیر بزرگھی اتصال بانٹ میں مداخلت

3



شکل ۱۔ یہ شکل چاندلی کے طبقات اور دماغ کے اغشیہ کی ترشش کو ظاہر کرتی ہے۔
 الف، عضلہ۔ ب، زیر جلدی بانٹ بالوں کی جڑوں اور عروق کے ساتھ۔ ج، بزرگھی عضلہ۔
 د، زیر بزرگھی لمبہ۔ س، گردنچہ۔ ص، جدری ہڈی۔ ص، ام جانید۔ ق، عنکبوتیہ۔
 ک، ام حونہ۔ ل، قشرہ۔ زیر جانی نصابیں ایک جسم کیونی کے قریب جو فوقانی
 طولی جوت میں ابھرا ہوا دکھائی دیتا ہے۔

کرنے کے بغیر ہی دور کیا جاسکتی ہیں، اور اسی طرح ان کو دور بھی کرنا چاہئے۔ یہ لازمی طور پر سمرائت زدہ مادہ پر مشتمل ہوتی ہیں جس کا، بلا ضرورت گہرا شکاف دے کر، بے احتیاطی سے زیر بزرگھی بانٹ پر اتصاب کر دینے سے خطرناک خلوی التهاب کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔
 زیر جلدی بانٹ کے علاوہ چاندلی میں اور کسی جگہ بھی بانٹ نہیں ہوتی۔ اور یہاں بھی

یہ تھوڑی سی اور بند ہوتی ہے۔ اسلئے فریبی میں چاندلی میں بہت کم تغیر واقع ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چاندلی کے سنجی سلعات بہت نادر اور توقع میں، اگرچہ یہ واضح ضرور ہوتے ہیں۔

بالوں کی پیوستگی چاندلی کے ساتھ جراثیمیت مجموعی اس قدر مضبوط ہے کہ یہ جسم کا تمام وزن برداشت کر سکتے ہیں۔ اور ایسا اکثر ہوا ہے کہ جب کسی عورت کے بال چپتی ہوئی مشین میں آگئے ہیں تو یہ ٹوٹے نہیں بلکہ تمام کی تمام چاندلی زیر برجمی ڈھیلی اتصالی بافت پر سے کھو پری سے علیحدہ ہو گئی ہے۔ تسی۔ تسی۔ جواس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جو اپنی چاندلی کو کاغذ کے پارسل میں دار الشفا میں لایا تھا۔ اس کو صاف کر کے احتیاط سے ٹانگے لگانے سے اس کا ایک حصہ بچ گیا۔

(۳) زیر جمعی عضلہ (قذالی جہی عضلہ) کی کوئی خاص جراحی اہمیت نہیں۔

(۳) زیر برجمی اتصالی بافت (subpicranial connective tissue)

(tissue) جو چاندلی کا چوتھا یا خطرناک رقبہ ہے سرجن کے لئے عظیم اہمیت ہے۔ یہ ڈھیلی اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے اور برجمیہ اور گرد جمجہ کے درمیان واقع ہونا ہے (شکل ۱- ۵)۔ اس طبقہ کا ڈھیلا پن ہی برجمی عضلہ کو حرکت پذیر کی اجازت دیتا ہے اور اسی وجہ سے چاندلی حادثات میں بڑے بڑے دامنوں کی شکل میں جو منہ پر بھی لٹک آتے ہیں علیحدہ ہو جاتی ہے۔ استخوانات بعد الموت میں چاندلی کو اسی ڈھیلے طبقہ پر سے اتارنے سے کھو پری منکشف ہو جاتی ہے۔ یہ ڈھیلا طبقہ تمام چاندلی پر مسلسل طور پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس کا تسلسل ایک اور اسی قسم کے طبقہ سے قائم ہے جو پیشانی پر واقع ہوتا ہے، لہذا اس لیول پر واقع ہونے والے التہابی انصبابات کو سارے سر پر پھیلنے سے روکنے کے لئے کوئی چیز نہیں۔ چونکہ اسی طبقہ میں بڑے بڑے عروق خون اور عروق لطف بھی پائے جاتے ہیں، اور نیز بہت سی وریڈیں وسیط وریڈوں (emissary veins) کے راستے سے جمجہ کے اندر کے وریڈی جنوں سے بھی ربط و راہ رکھتی ہیں اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس عرق پر کے التہاب سے اہم جراحی خطرات پیدا ہو سکتے ہیں جن کی وجہ سے اس رقبہ کو خطرناک رقبہ کے نام سے موسوم کرنا جائز ہے۔

(۵) گرد و جمجہ (pericranium) ہڈی سے بہت کم منغم ہوتا ہے۔ مگر

درزوں پر یہ مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱ - س)۔ دیگر مقامات پر سے یہ جراحی عملوں یا اتفاقی چوٹوں میں کھوپری پر سے آسانی بڑے بڑے حصوں میں اتر سکتا ہے۔

5

نیچے کی ہڈی کے لئے مغذی غشا ہونے کی حیثیت سے گردنجمہ اور دوسرے مقامات کے گرد عظمہ میں فرق یہ ہے کہ قبل الذکر کوام جافیہ (dura mater) سے مزید تقویت پہنچتی ہے۔ گردنجمہ کو کھوپری کی محراب کے معتدبہ حصہ پر سے اتار لینے سے بھی قلیل المقدار سطحی انفخار کے علاوہ جوشاید پیدا ہو جاتا ہو تخر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ جمعی ہڈیوں کی رسد خون زیادہ تر ام جافیہ (dura mater) سے آتی ہے۔ مزید برآں گردنجمہ کے اس خاصہ کی توضیح اس کے اس فضل سے بھی ہوتی ہے جو جمعی ہڈیوں کے تخر کی حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ لمبی ہڈی میں تخر واقع ہونے کی صورت میں رتہ (sequestrum) کی علیحدگی چند ہفتوں ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی نئی ہڈی میں گرد عظمی بالیدگی بڑے زور سے رونما ہوتی ہے جس کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رتہ (sequestrum) کی علیحدگی سے جو جگہ خالی رہ گئی ہے وہ پر کر دیا جائے، مگر کھوپری کی محراب میں تخر ظاہر ہونے کی حالت میں رتہ کی علیحدگی بہت آہستہ ہوتی ہے اور نئی ہڈی طیار نہیں ہوتی اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، اور نیز رخنہ بغیر رتہ ہی کے رہ جاتا ہے۔ نئی ہڈی پیدا کرنے کے لئے گردنجمہ میں ایک عمومی منقار ت پائی جاتی ہے۔ اور اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کسی جمعی نقص کے موجود ہونے کی حالت میں، جیسا کہ علم کے بعد رہ جاتا ہے، درد اور آگے کی طرف بھٹکنے میں عدم توازن کے موجود ہونے اور دیگر شکائت کردہ علامات کو رفع کرنے کے لئے رخنہ کو پر کرنے کی غرض سے جراحی تدابیر کی ضرورت ہوتی ہے۔

صدغی خطہ میں چاندلی کے آٹھ طبقات شناخت کئے جا سکتے ہیں۔

یعنی (۱) جلد، (۲) سطحی ردا، (۳) کان کے چھوٹے چھوٹے جھوٹے خارجی عضلات، (۴) برجمعی وتر عریض کی باریک کور، (۵) ایک باریک ردا جو صدغی حید سے صیوان الاذن کی طرف کو جاتی ہے، (۶) صدغی ردا، (۷) صدغی عضلہ، اور (۸) گرد عظمہ۔

محراب کی نسبت یہاں سطحی ردا کم گھنی ہوتی ہے اور اس میں شخی ذرات کم دکھائی دیتے ہیں۔ برجمعی وتر عریض صدغی ردا پر ایک باریک تہ کی شکل میں پھیل کر کوئی واضح کنارہ ظاہر کئے بغیر

غائب ہو جاتا ہے۔

6
 صدغی حفزہ (temporal fossa) میں چربی بہت ہوتی ہے۔ اور لاغراشخاص میں اس کے انجذاب سے وجنہ (zygoma) اور عظم العارض باہر کی طرف ممیز طور پر ابھرتے ہیں۔ وجنہ (zygoma) کے اوپر کی طرف صدغی عضلہ بہت گھنی ردا سے ڈھکا ہوتا ہے جس کا نام صدغی ردا ہے۔ یہ ردا اوپر کی طرف عظام جبہی و جداری کے صدغی حید سے اور نیچے کی طرف وجینی تو سے پسپید ہوتی ہے۔ تحت صدغی ازالہ (subtemporal decompression) کے عملیہ میں جو دروں نمجی دباؤ کو رفع کرنے کے لئے کیا جاتا ہے کھوپری کے عظمی حصہ میں رختہ بنانے کے بعد اس ردا میں پھر ٹانگے لگا دئے جاتے ہیں۔ اس سے دماغ کی جواکے نیچے ہوتا ہے کسی قدر محافظت ہو جاتی ہے اور یہ باہر کی طرف زیادہ ابھرنے نہیں پاتا۔ صدغی خطہ میں جو انصبابات ظہور پذیر ہوتے ہیں وہ وجنہ (zygoma) کے اوپر سے سطح تک آنے سے اس ردا کی وجہ سے رک جاتے ہیں۔ اور اس لئے جنسیجی (pterygoid) اور فکی (maxillary) خطہ جات اور گردن میں باسانی پھیل جاتے ہیں۔ خون کی زیر نمجی و عابد ریاں اس خطہ کے قرب و جوار میں نہایت ہی نادر الوقوع ہیں کیونکہ یہاں پر گرد عظمہ کھوپری سے محراب کے دیگر حصوں کی نسبت بہت زیادہ مضبوطی سے منضم ہوتا ہے۔

چاندلی کے عروق خون۔ فوق محجری (supraorbital) شریان اور

اعصاب فوق محجری کٹاؤ سے جو بالائی محجری کو رکے درمیانی اور اندرونی ثلث کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے اوپر کی طرف کو عموماً جاتے ہیں۔ خط وسطی کے قریب ہی (frontal) شریان اور فوق البکری (supratrochlear) عصب اوپر کی طرف کو چڑھتے ہیں۔ یہ شریان اس دامن کے لئے باعث حیات ہے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) میں نئی ناک طیار کرنے کے لئے پیشانی سے لیا جاسکتا ہے۔ صدغی (temporal) شریان وجہی (facial) عصب کی اذینہ صدغی (auriculo-temporal) شاخ کی رفاقت میں اس (شریان) کے پیچھے ہوتی ہے اور وجنہ کے قاعدہ کو کان کے عین آگے سے کاٹتی ہوئی گذرتی ہے۔ یہ عرق وجنہ (zygoma) کے دواخچ اوپر و انتہائی شاخوں (مقدم اور موخر) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔

ان شاخوں میں اور خاص کر شاخ مقدم میں صلابت شریانی بیچ اکثر بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔ ان شاخوں میں دوالی نما اور سما (cirroid aneurysm) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور چاندلی کی دوسری شریاں مثلاً قذالی شریان میں یہ اتنی کثرت سے واقع نہیں ہوتا۔ موخر اونی (posterior auricular) شریان اور عصب (جو وحشی سے نکلتا ہے) زائدہ علیہ اور کان کے درمیان کے میزاب میں سے گزرتے ہیں اور قذالی (occipital) شریان اور کبیر قذالی (great occipital) عصب (جو دوسرے عروق میں سے نکلتا ہے) قذالی ابھار (occipital protuberance) اور زائدہ علیہ کے درمیان نقطہ کے ذرا اندر کی طرف سے چاندلی کی طرف گزر جاتے ہیں۔ چاندلی کو رسد پہنچانے والی شریانیں اور اعصاب زیادہ تر اوپر کی جانب کو قمتہ الرأس (vertex) کی طرف جاتے ہیں۔ لہذا عرقی اور عصبی رسد باقراطب حاصل کرنے کے لئے علیہ جات میں چاندلی کے دامنوں کا خاکہ اس طرح طیار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے عریض قاعدوں پر نیچے کی طرف کو مڑ جائیں اور اس امر کا لحاظ مموماً رکھا جاتا ہے کہ رسد مذکور کا کم از کم ایک عمدہ ماخذ ان میں موجود ہو۔ جالیاتی اغراض کی بنا پر شکاف بالدار چاندلی پر بنانے کی کوشش کرنا چاہئے اور اگر کسی صورت میں معرا جلد میں مدخلت کرنا لازمی ہو تو اسے کسی طبعی خط مثلاً صدغی جید (temporal ridge) پر سے کاٹنا چاہئے۔ بعض حالتوں میں اس طریقہ سے بغیر کسی بدشکلی کے زیادہ گنجائش حاصل کی جا سکتی ہے کہ دامن بنانے کے لئے جو شکاف دیا جاتا ہے اسکے ایک جارحہ کو سینے کی طرف کان کے پیچھے سے زائدہ علیہ کے اوپر تک بڑھایا جائے اور پھر صیوان الاذن کے غضروفی حصہ کو منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus) سے کسی قدر علحدہ کر دیا جائے۔ چاندلی کی کثرت عریقت اور یہ امر کہ عروق زیادہ تر زیر جلدی بافت یعنی ڈھیلی زیر برجمبی بافت کے اندر سے اسکے قدرتی خط علمدگی سے اوپر ہی گزرتے ہیں اغتاث کا انداز کرنے کے لئے دو قومی اسباب ہیں۔ دریدہ چاندلی کے بڑے بڑے دامنوں کا رجحان مردہ ہو جانے کی نسبت زندہ رہنے کی طرف زیادہ ہوتا ہے خواہ وہ ایک وسیع حد تک ہی علحدہ ہو گئے ہیں یا تقریباً الگ ہی کیوں نہ ہو گئے ہوں۔ دباؤ سے چاندلی میں گنگورین کا واقع ہونا نہایت ہی نادر واقعہ ہے۔

ان رتحوں سے نزوف بالعموم بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور اس کاروئنا شکل ہوتا ہے۔ اس امر کا انحصار اتنا تعدد عروق پر نہیں ہوتا جتنا کہ اردگرد کی بافت کی بستگی

اور شریاؤں کے بیرونی طبقہ کے چاندلی کی ساخت کے ساتھ منغم ہونے اور اس لئے کاٹے جانے پر ان کے بخوبی بازگشتیدہ نہ ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چمپٹی کے ذریعہ سے چاندلی میں سے کسی کٹی ہوئی شریاں کو پکڑنا مشکل ہوتا ہے۔ جریانِ خون کو بند کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مزاحم کچھو پری پر جو اس کے نیچے ہوتی ہے دباؤ ڈالا جائے، اور کئے ہوئے عرق کے نیچے سے سوئی گزار کر بندش لگائی جائے۔ اگر چاندلی اتفاقی طور پر پھٹ کر علحدہ ہو جائے یا عملیہ میں دامن بنانے کی ضرورت ہو تو سر کے ارد گرد و رز کا بند باندھنے یا دامن کے قاعدہ کو کسی اوزار سے، مثلاً معمولی شنجہ کے بازوؤں میں دبا دینے سے جریانِ خون کا عارضی انسداد کیا جاسکتا ہے اور یا مدوگار کا ہاتھ سے دامن کے قاعدہ پر صرف دباؤ ڈالنا ہی اتنا متناسل الدم پیدا کر سکتا ہے کہ اس سے سر بن خون کا شدید نقصان ہونے سے پیشتر ہی عروق کو فرداً فرداً بندشوں سے باندھ سکتا ہے۔

جراحی میں بعض وسیط وریدیں (emissary veins) عظیم الاہمیت ہیں۔ یہ وریدیں جمجمی دیوار کے روزنوں میں سے گذرتی ہیں اور درون جمجمی جونوں اور بیرونی وریدوں کے درمیان ربط پیدا کرتی ہیں۔ بڑی بڑی وسیط وریدیں مندرجہ ذیل ہیں :-

(۱) سب سے بڑی ورید جو ہمیشہ پائی جاتی ہے حلی سوراخ (mastoid foramen) میں سے گذرتی ہے اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخرانی (posterior auricular) ورید یا کسی تذالی (occipital) ورید سے ملاتی ہے۔ (۲) ایک دوسری ورید فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کو جداری سوراخ (parietal foramen) کے راستہ سے چاندلی کی وریدوں سے ملاتی ہے۔ (۳) ایک اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخر تذالی سوراخ (posterior condylar foramen) کے راستہ سے کمر اور گردن کی عمیق وریدوں سے ملاتی ہے (یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی)۔ (۴) چھوٹی ٹھچھوٹی وریدیں بارھویں عصب کے ساتھ مقدم تذالی سوراخ (anterior condylar foramen) میں سے گذرتی ہیں اور تذالی جوف (occipital sinus) کو گردن کی عمیق وریدوں سے ملاتی ہیں۔ (۵) چھوٹی ٹھچھوٹی وریدیں بیضوی سوراخ (foramen ovale) سوراخ ویسلیس (foramen of Vesalius)، سوراخ ورید وسطی (foramen lacerum medium)، اور تذالی سباتی (carotid canal) میں سے گذرتی ہیں اور کبھلی جوف (cavernous sinus)

کو (علی السریب) یعنی وریدی ضفیوہ (pterygoid venous plexus) ' بلعومی ضفیوہ (pharyngeal plexus) ' اور داخلی و داخلی ورید (internal jugular veins) سے ملتی ہیں۔

مزید برآں بہت سی چھوٹی چھوٹی وریدیں چاندنی کی وریدوں کو عظامِ حججہ کے ڈپلوئی (diploe) کی وریدوں سے ملتی ہیں۔ ڈپلوئی کی چار وریدوں میں سے دو (جسہی اور مقدم صدغی) سطح کی وریدوں (فوقِ مجری اور عمیق صدغی) میں داخل ہو جاتی ہیں اور باقی دو (موزر صدغی اور قذالی) جانبی جوف میں کھلتی ہیں۔ اخیر میں ایک اور مشہور و معروف ربط باقی ہے جو خارجی اور داخلی حججہ وریدی دورانات کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور یہ مجحہ کے اندرونی زاویہ پر وجہی ورید کے ابتدائی مقام سے عمل میں آتا ہے۔ اس ربط میں زاویہ (angular) اور فوقِ مجری (supra-orbital) وریدیں فوتانی چشمی (superior ophthalmic) ورید سے جو کفلی جوف (cavernous sinus) کی ایک معاون ہے متحد ہوتی ہیں۔ انھی کفوں کے اندر کی اور اذین وسطی کی وریدیں بھی اسحیہ (meninges) کی وریدوں سے ربط و راہ رکھتی ہیں۔ ان مختلف مجاری اور بہت سی ان وریدوں میں سے جو بہت ہی کم واضح ہوتی ہیں، التہابی اعمال کھوپری کی سطح پر سے اندر تک پھیل سکتے ہیں، چنانچہ چاندنی کے سرخ بادہ (erysipelas) اور اس کے انتشاری نتیجے اور حججہ ڈپلوئی کے نتخز اور اسی نتخ کے دوسرے عوارض میں سرانت بعض اوقات عظامِ حججہ کے متوسط طریقت تک پھیل جاتی ہے، ایسا اس سے التہاب سمایا (meningitis) یا وریدی جوفوں میں غلظت پیدا ہو سکتی ہے۔ اگر وسیط وریدیں موجود نہ ہوں تو چاندنی کے تضررات اور امراض سے پیدائندہ خطرہ نصف رہ جائے۔

بالائی لب اور ناک کے اطراف کے شب چراغوں (carbuncles) یا دوسری سراپتوں سے کھلی جوف کی سرانتی غلظت کے پیدا ہونے کا خاص طور پر امکان ہوتا ہے۔ گاہے گاہے مرض کی سرانت وسیط ورید کے ذریعہ سے اندر کی طرف سے باہر کی طرف کو بھی پھیل جاتی ہے۔ ایرچسن (Erichsen) ایک مریض کے متعلق اطلاع دیتا ہے کہ اس میں تلی ورید کے راستہ سے غلظت زدہ اور متقیع جانبی جوف (lateral sinus) میں سے پیپ خارج ہوتی تھی اور اس سے ایک عنقی خراج پیدا ہو گیا تھا۔

کھوپری پر بعض وریڈمی سلعات (venous tumours) بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ سلعات وریڈمی خون کے اجتماعات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو گرد و ججمہ کے شیخے ہوتے ہیں، اور کھوپری کے سوراخوں کے راستے سے نوتانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ ان کا محل وسطی ہوتا ہے اور دبانے پر یہ رجعت پذیر ہوتے ہیں۔ نیز ان میں ایک خفیف سانبضان بھی موجود ہوتا ہے جو دماغ سے آتا ہے۔ یہ سوراخ بعض اوقات حادثات کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اور ان میں سے بعض بڑی کے مرض یا کسی جسم کیمپوئی (Pacchionian body) پر ذبول واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور چند کسی دوالی نما وسیط وریڈمیاججمہ کے کسی خلقی نقص کی وجہ سے جو خاص طور پر جداری سوراخ (parietal foramen) کے نزدیک ہوتا ہے رونما ہوتے ہیں۔

تذالی اور موخر جداری خطہ جات کے عروق لمف تذالی اور طلی غد میں داخل ہوتے ہیں۔ اور یہاں سے ان خطہ جات کا لمف جانبی فوقانی عمیق عنقی غد (lateral superior deep cervical glands) میں چلا جاتا ہے۔ لہذا مرض نقل الراس (pediculosis capitis) میں جس میں کہ طفیلیہ خاص کر تذالی حصہ کو سرا ت زدہ کرتے ہیں، ان تمام غد کے کلانی یافتہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جبھی اور مقدم جداری خطوں کے عروق لمف نکھنی غد (parotid glands) میں جاتے ہیں۔ مگر جبھی خطہ کے بعض عروق و جبھی عروق لمف سے لمباتے ہیں، اور زیر فکی غد (submaxillary glands) میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۵ صفحہ 288)۔

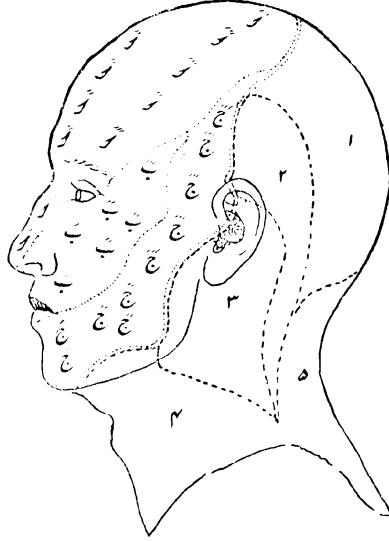
چاندلی کے بڑے بڑے اعصاب مندرجہ ذیل میں :-

(۱) حرکی (motor)۔ (ا) و جہی (facial) عصب کی مدنی (temporal) شاخیں وجہ سے اوپر کی طرف کو جاتی ہیں، اور تذالی جبھی عضلہ (occipito-frontalis) کے پیٹے اور عضلہ محیط الجفینہ (orbicularis palpebrarum) اور عضلہ الجفینہ حاجبہ (corrugator supercillii) کو رسد ہم پہنچاتی ہیں۔ (ب) و جہی عصب کی موخر اذینی شاخ طلی زائدہ کے سامنے کی طرف پر سے گذر کر کان کے عین پیچھے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور اس کے ساتھ موخر اذینی شریان ہوتی ہے۔ یہ تذالی جبھی عضلہ (occipito-frontalis)

کے قذالی بیٹے کو رس پہنچاتی ہے۔

(۲) حسی (sensory)۔ چہرہ اور چاندلی کی حسی رسد شکل ۲ میں دکھائی گئی ہے۔

۱۱ کبیر قذالی (great occipital) عصب دوسرے عنقی عصب کی موخر ابتدائی قسمت



شکل ۲۔ چہرہ اور چاندلی کے عصبی رقبہ جات۔ ۱۔ پانچویں جمعی عصب کی پہاقت کی تقسیم۔

ا۔ انفی شاخ۔ و۔ فوق الیکری۔ و۔ فوق مخبری۔

ب ب۔ دوسری قسمت کی تقسیم۔ ب۔ زیر مخبری شاخ۔ ب۔ عارضی شاخ۔ ب۔

مدنی شاخ۔

ج ج۔ تیسری قسمت کی تقسیم۔ ج۔ ذوقی شاخ۔ ج۔ بوقی شاخ۔ ج۔ اذوقی شاخ۔

۱۔ کبیر قذالی کارقبہ۔ ۲۔ صغیر قذالی کارقبہ۔ ۳۔ کبیر اذوقی کارقبہ۔ ۴۔ سطحی عنقی

کارقبہ۔ ۵۔ تیسرے قذالی کارقبہ۔

سے، صغیر قذالی (small occipital) عصب دوسرے عنقی عصب کی مقدم ابتدائی قسمت سے، کبیر اذوقی (great auricular) عصب دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب سے،

اور تیسرا قذافی عصب تیسرے عصب کی موثر ابتدائی قسمت سے پیدا ہوتا ہے۔
پانچویں عصب کی شاخوں میں اکثر شدید وجع العصب (neuralgia) پیدا
ہو جاتا ہے۔ اور اس کا علاج اب زیادہ تر یا تو بذریعہ عملیہ اور یا انجیل کے اشراب سے
عقدہ گیر سی (Gasserian ganglion) میں مداخلت کرنے سے کیا جاتا ہے۔ اس کا ذکر
اس باب میں کیا جائے گا جس میں چہرہ کا ذکر کیا گیا ہے (صفحات 137، 144)۔

چاندلی کے زخم - چاندلی کی بافتوں کے بستہ اور تنیدہ ہونے اور

اسکے نیچے کھوپری کے موجود ہونے کی وجہ سے ایک دلچسپ جراحی اور طبی قانونی نکتہ پیدا ہوتا
ہے کہ کسی کندشے مثلاً گریڈی یا پولیس کے سپاہی کے ڈنڈے سے ماری ہوئی ضرب سے
ایسا چرا ہوا زخم پیدا ہو سکتا ہے جس کے دیکھنے سے یہ معلوم ہو کہ یہ کسی تیز آواز سے کٹا ہوا زخم ہے۔
یہ حادثہ بزغالہ کے چمڑے کے دستانوں کے پھیننے کے مشابہ ہے جبکہ ان پر ایسی حالت میں
ضرب لگے جبکہ یہ ڈگیوں پر کھینچ کر تے ہوئے ہوں۔

اگر زخم صرف جلد اور زیر جلدی بافت پر اثر انداز ہوا ہے تو اس کے لب ہرگز کٹا وہ
نہیں ہوتے۔ لیکن اگر بزخمیہ کٹ گیا ہو تو زیر بزخمیہ طبقہ کے ڈھیلے پن اور عضلہ بزخمیہ کے
انقباض کی وجہ سے زخم کے کناروں کے دور تک علیحدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر زخم
عضلہ مذکور کے طویل محور سے مستعرض واقع ہوا ہو تو بولوں کی کشادگی کے خاص طور پر پرستندہ
ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

12

جریان خون کے کثرت واقع ہونے اور اسکے بند کرنے کے طریقہ پر بحث کی جا چکی
ہے (صفحہ 7)۔ مزید برآں جس آسانی سے چاندلی کے زخم مندمل ہوتے ہیں اس کا ذکر بھی
کیا جا چکا ہے۔ چاندلی کے زخم کا علاج کرنے میں زخم کو احمیت ط سے صاف کرنا اور بعد ازاں
اسکے متعلق مکمل تحقیقات کرنا خاص طور پر ضروری ہوتا ہے۔ اور اس کے لئے اکثر معدوم حص
کی ضرورت ہوتی ہے۔ جن زخموں سے ہڈی معرا ہو جائے یا جو خطرناک زیر بزخمیہ طبقہ میں
کھل جائیں وہ صفحہ 4 پر دئے ہوئے اور مندرجہ ذیل وجوہ کی بنا پر خاص اہمیت رکھتے
ہیں۔

چاندلی کے خطہ کے خراجات (۱) بزخمی و ترعریض کے اوپر (۲) و ترعریض

اور گردنجمہ کے درمیان، اور (۳) گردنجمہ کے نیچے واقع ہو سکتے ہیں۔ محل اول میں جو خراج پیدا ہوتے ہیں وہ ہمیشہ چھوٹے اور نسبتاً قلیل الہمیت ہوتے ہیں۔ کیونکہ یہاں پر چاندلی کی بافت کی کثافت ایسی ہوتی ہے کہ قلعی مہابیت مشکل سے پھیل سکتا ہے۔ مگر دوسرے محل کا قلعی (وترعریض) کے نیچے کی ڈھیلی بافت کا (بعض اوقات بہت خطرناک ثابت ہوتا ہے۔ جب پیپ وترعریض اور گردنجمہ کے درمیان ایک دفعہ رستہ بنا لیتی ہے تو اس بافت کا ڈھیلان خراج کے پھیلاؤ کے لئے ہر قسم کی سہولت پیش کرتا ہے۔ اس رقبہ کا قلعی بعض اوقات تمام چاندلی کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ اور ایسی حالتوں میں جبکہ قلعی شدید ہوتا ہے اور اس کا تدارک نہ کیا گیا ہو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ چاندلی خراج پر اس طرح واقع ہے جیسا کہ کسی قسم کے آبی بستر (water-bed) پر رکھی ہے۔ چونکہ چاندلی کے زخموں میں وترعریض اکثر کٹ جاتا ہے، اور قصر کے بعد قلعی کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ان ضررات کے عظیم ترین خطرو کا واردار اس قسم کے قلعی کے ایسی ڈھیلی اقصالی بافت کے رقبہ تک پھیل جانے پر ہوتا ہے۔ چاندلی کے زخم میں تھوڑی سی ہڈی کے معر ہو جانے کی اسکو نقصان پہنچنے کے لحاظ سے، اتنی اہمیت نہیں جتنی کہ چاندلی کا خطرناک رقبہ کھل جانے کی ہے، کیونکہ وترعریض یقینی طور پر کٹ جاتا ہے جب اس رقبہ میں قلعی واقع ہو جاتا ہے تو اس کی تحدید صرف قذالی جبہی عضلہ (occipito-frontalis) اور اس کے وترعریض کی پیسیدگیوں ہی سے ہوتی ہے۔ لہذا وہ زبردترین مقامات جن پر سے پیپ خارج کجا سکتی ہے اس خط پر واقع ہونے جو سر کے گرد سنے کی طرف سے ابروؤں پر سے شروع ہو کر وجنہ کے ذرا اوپر سے گزرتا ہوا اعظم قذالی کے فوقانی منحنی خط پر ختم ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں بھی جبکہ خراجات چاندلی کے خواہ کتنے ہی وسیع رقبہ کی بھی قطع کیوں نہ کر دیں چاندلی تباہ نہیں ہوتی، کیونکہ جیسا کہ اوپر بیان ہو چکا ہے اسکی رسد خون اسکے ساتھ ہوتی ہے۔ چاندلی کا خراج اکثر بہت آہستہ آہستہ بند ہوتا ہے کیونکہ اس کی دیواروں کو برنجی عضلہ کی متواتر حرکت سے مکمل آرام نہیں ملتا۔

گردنجمہ کے نیچے جو خراجات واقع ہوتے ہیں وہ لازمی طور پر ایک ہڈی تک ہی محدود ہوتے ہیں۔ کیونکہ رزوں پر اس غشا کے اندر چلے جانے سے قلعی زیادہ وسیع پیمانہ پر پھیل نہیں سکتا۔

چاندلی کے خطہ کے دموی سلعات (hæmatomata) یا سلعات خون

(blood tumours) اپنی مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر خراجات واقع ہوتے ہیں۔ خون کی وعابدری و ترعریض پر لازمی طور پر محدود ہوتی ہے مگر اسکے نیچے یہ بہت وسیع بھی ہوتی ہے۔ خوبی قسمت سے و ترعریض اور گردِ جگر کے درمیان کی خلوی بافت میں بہت کم عروق خون ہوتے ہیں۔ لہذا اس بافت میں بڑی بڑی وعابدریاں قلیل القوت ہوتی ہیں۔ گردِ جگر کے نیچے خون کی جو وعابدریاں واقع ہوتی ہیں انکو راسی دموی سلعات (cephalæmatomata) کے نام سے عام طور پر تعبیر کیا جاتا ہے۔ یہ لازمی طور پر ایک ہی ہڈی تک محدود ہوتے ہیں اور عموماً بوقت پیدائش سر پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا یہ ایک عظیم جداری پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ اور یہ وہی ہڈی ہے جو دباؤ پڑنے کے لئے شاید سب سے زیادہ معوا ہے۔ لڑکوں میں ان کے کثرت سے پائے جانے کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ زینہ جنین کا سر بڑا ہوتا ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصہ میں ایسی وعابدریوں کو گردِ جگر کے ڈھیلے ہونے اور ماتحت ہڈیوں کے نرم اور کثیر العروق ہونے سے مدد ملتی ہے۔

باب دوم

ججمہ کی عظمیٰ محسرابی چھت

(THE BONY VAULT OF THE CRANIUM)

سنجھی اور لچک۔ جراحی نقطہ نگاہ سے جو دلچسپی کھوپری میں پائی جاتی ہے وہ عظمیٰ کھوپری میں نہیں، بلکہ اس کے مشمولات اور اس کے سوراخوں میں سے گزرنے والی ساختوں میں پائی جاتی ہے۔ اسکے کسر کی جیسا کہ باب اول میں ذکر کیا گیا ہے کچھ اہمیت نہ ہوتی اگر اس کے ساتھ دماغ، طیلی ساختوں، یا عصب بصری کو اس کثرت سے نقصان نہ پہنچتا۔ ایک مریض میں جو میرے (سہی۔ سی چو اس) مشاہدہ میں آیا کھوپری کے قاعدہ کے کسور ہونے کی صرف یہی ایک واقع سریری امارت پائی جاتی تھی کہ اس کی ایک آنکھ میں عصبی نقصان بصارت موجود تھا۔ مریض کو اس وقت تک اس کا علم بھی نہیں تھا جب تک کہ اس امر کا مشاہدہ نہیں کر لیا گیا کہ اسکی اسی آنکھ کا حدتہ مثبت اور متسع ہے۔ اسکے بعد ایک امتحان سے ظاہر ہو گیا کہ اس آنکھ کی تمام بنیائی ضائع ہو چکی ہے، اور بصری ذلول موجود ہے۔ ایک اور مریض میں صرف یہی ایک امارت پائی جاتی تھی کہ لمبی غشا (tympenic membrane) میں ایک دریدگی موجود تھی جو اذنی منظار (aural speculum) سے دکھائی دیتی تھی۔ جریان خون صانع تک نہیں پہنچا تھا۔ سکتہ کے زیادہ دیر تک رہنے سے مریض کا انتقال ہو گیا اور

لاش کا امتحان کرنے پر کھوپری کے قاعدہ میں ایک عریض اشتقاق پایا گیا۔

کھوپری کو استوار صند و قجہ تصور نہ کرنا چاہئے۔ تمام عمر اس میں معتد بہ لچک موجود رہتی ہے۔ چوٹوں سے اس میں کافی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعد ازاں بھریہ اپنی اصلی شکل پر آ جاتی ہے۔ دماغ کو تضرر پہنچنے کی توضیح جس میں کھوپری کا کسر واقع نہیں ہوتا اسی طرح کیجا سکتی ہے۔ زندگی میں کھوپری، دماغ، اعشیا اور سیال سے بالکل پُر ہوتی ہے۔ بدشکلی پیدا کرنے والی چوٹ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ یا تو دماغی بانفت میں ایک معین دریدگی پیدا ہو جاتی ہے، اور یا دماغی دوران خون میں ایک ایسا عارضی تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے پہلے عدم دمویت اور بیہوشی پیدا ہو جاتی ہے اور بعد ازاں امتلا اور خراش پذیر ی ظاہر ہوتی ہے۔ اغلب ہے کہ ارتجاج (concussion) کے مظاہر کی توجیہ انہی دورانی اختلالات سے ہوتی ہو۔

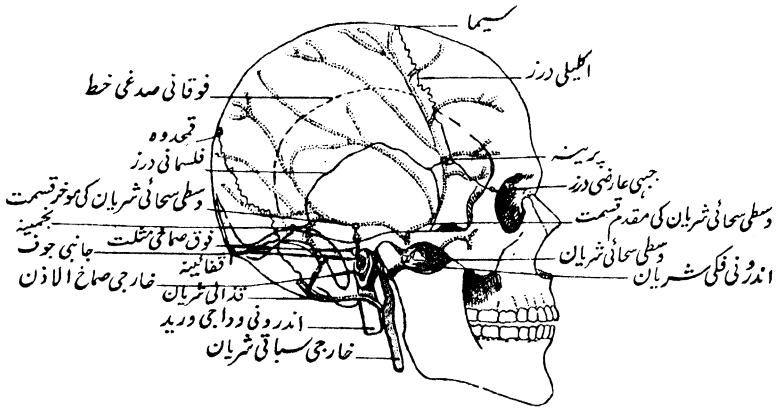
15

زمانہ طفولیت میں کھوپری میں بہت لچک پائی جاتی ہے۔ کیونکہ ہڈیاں خود نسبتاً نرم ہوتی ہیں اور ان میں بازجستگی کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ لہذا کھوپری بعض اوقات مسن ہونے ("ینگ پانگ گیند کے کسور") کے بعد بھی بعض اوقات بحیل سکتی ہے۔ زمانہ شیر خوارگی میں درزوں پر ہڈیوں کے حرکت پذیر ہونے اور بانفحات کی کٹا دگی کی وجہ سے بعض اوقات بہت بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ پیدائش کے دوران میں ہوتا ہے۔ اور جب بدشکلی پیدا کرنے والی طاقت کا اثر باقی نہیں رہتا تو کھوپری جلد ہی اپنی طبعی شکل پھر اختیار کر لیتی ہے۔ کم عمر بچہ میں کھوپری کے تغیر پذیر ہونے کے خاصہ کی توضیح سر کی اس انتہائی بدشکلی سے ہوتی ہے جو امریکہ کی بعض اصلی قومیں اپنے بچوں کے سر میں زمانہ شیر خوارگی میں اس کو پٹی سے کس کر باندھ دینے سے پیدا کر دیتی ہیں۔ رائل کالج آف سرجنز میوزم (Royal College of Surgeons Museum) میں امریکہ کے اصلی باشندوں کی بہت سی وچھٹے سر کی کھوپریاں موجود ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ انہی مصنوعی بدشکلی کس انتہائی درجہ تک پہنچائی جا سکتی ہے۔

ساحت - کھوپری اندر اور باہر کے دو الواح اور ایک عروق دار طبقہ متوسطہ یعنی ڈیپلوئی (diplœ) سے مرکب ہوتی ہے۔ بیرونی لوح سے گرد و تجمر درزی خطوط پر منقسم ہوتا ہے، اور اندرونی لوح سے جافیہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اندرونی لوح بیرونی لوح کی نسبت زیادہ باریک اور زیادہ بھونگ ہوتی ہے۔

درزوں کا محل وقوع۔ سیما (bregma) یا اگیلی اور سہمی درزوں

کا مقام اتصال اس خط پر واقع ہوتا ہے جو سر کے طبعی وضع پر ہونے کی حالت میں منفذ سمعی خارجی کے عین سپاٹے سے عموداً اوپر کی طرف کھینچا جائے (شکل ۳)۔
 قحود (lambda) یعنی قحودوی اور سہمی درزوں کا مقام اتصال قذالی ابھار



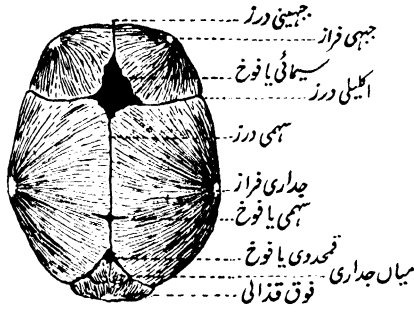
شکل ۳۔ وسطی سحائی عروق اور جانبی جوف کے ترخان کے لئے مقامات۔

(occipital protuberance) کے پ ۲ انچ اوپر خط وسطی میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳)۔
 قحودوی درز (lambdoid suture) کو یہ خط ایک کافی حد تک ظاہر کرتا ہے جو قحودہ (lambda) سے زائدہ حلیہ کے راس تک دونوں طرف کھینچا جائے۔

اگیلی درز (coronal suture) اس خط پر واقع ہوتی ہے جو سیما (bregma) سے لیکر وجہی محراب (zygomatic arch) کے وسط تک کھینچا جائے۔ اس خط پر جہمی عارضی (fronto-malar) (جہمی وجہی: fronto-zygomatic) اتصال سے پ ۱ انچ پیچھے کی طرف اور اسکے لیول سے پ ۱ انچ اوپر پریسہ (pterion) ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جس پر

چار ہڈیاں ملتی ہیں۔ یعنی عظم صدغی کا فلسمان (squama) عظم وتدی (sphenoid) کا بڑا پر، عظام جہمی و جداری (شکل ۳) فلسمانی درز (squamous suture) کی چوٹی و جس سے

۳۱ | اسی اوپر ہوتی ہے۔
بعض درزوں اور بالخصوص قمدوی درز (lambdoid suture) میں چھوٹی چھوٹی بے ڈھنگی ورمی (Wormian) یا ورمی ہڈیاں (sutural bones) منقسم ہوتی ہیں۔ اور یہ بعض اوقات غلطی سے کسر سے پیدا شدہ ہڈی کے ٹکڑے تصور کر لیا جاتی ہیں۔ چھلکے کی طرح



شکل ۳۔ نوزائیدہ بچہ کی کھوپڑی، اوپر سے۔

کی ایک درزی ہڈی ہوتی ہے جس کا نام بے پیرینی ہڈی (epipteric bone) ہے۔ اس کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے کیونکہ یہ بعض اوقات وسطی سمائی (middle meningeal) شریان پر ترفان کرتے وقت ملتی ہے۔ یہ عظم جداری کے مقدم زیرین زاویہ اور عظم وتدی کے بڑے پر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس سے یہ خیال پیدا ہو جاتا ہے کہ بڑے پر کی نوک علیحدہ ہو گئی ہے۔ سر جن کے لئے درزوں کے مہلات وقوع اور انہی شکلوں کا علم ہونا ضروری ہے، تاکہ چاندلی کے زخم یا جھمی شعاع نگارش (radiogram) کا امتحان کرتے وقت کوئی درز غلطی سے کسر تصور نہ کر لیجائے۔

جہمی درز (metopic suture) (شکل ۴) عمر کے ابتدائی حصہ میں، پانچویں

پچھٹے سال کے قریب، ہند اور غائب ہو جاتی ہے مگر یہ کبھی کبھی سن بلوغ میں بھی برقرار رہتی ہے (یورپی کھوپریوں کی تقریباً ۸ فی صدی تعداد میں)۔

تبعی موضوع میں یا فوختات (fontanelles) کے تمام شناہات اور کھوپری کے دیگر غیر متعظم حصے (شکل ۴) دو سال کی عمر سے پیشتر غائب ہو جاتے ہیں۔ مگر کسٹ (rickets) اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) اور جمجمی تر قوی ناقص نکون عظم (cranio-dysostosis) میں یہ کھلے رہتے ہیں۔ جبھی یا مقدم یا فوخت سب سے آخر میں بند ہوتا ہے۔ اور قذالی یا موضوعی پیدائش کے وقت ہی بھرا ہوتا ہے۔

اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) میں بلیڈنوں کا امتصاص عام طور پر جبھی یا فوخت میں سے یا اسی کے قریب سے کیا جاتا ہے۔ سوئی یا تو یا فوخت کے اطراف پر طوی جوف سے پچھنے کے لئے خط وسطی کے کافی فاصلہ پر داخل کی جاتی ہے اور یا اکیلی درز میں سے اس کے نقطہ وسطی کے علاوہ کسی دوسرے مقام پر گزار دیا جاتا ہے۔ اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) کے شدید واقعات میں مہراب کی اکیلی اور دوسری درزیں بہت کھلی ہوتی ہیں۔

18

کھوپری کی دبازت کھوپری کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ اس اختلاف کے دوسرے اسباب، عمر، صنف، ذاتی شخصیت، نسل اور مرض ہیں۔ چنانچہ صدنی خطہ قذالی یا جبھی ہڈیوں یا زائندہ حلیہ سے عام طور پر تپلا ہوتا ہے۔ زمانہ طفولیت اور پرانہ مالی میں سن بلوغ کی نسبت تمام کھوپری زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ آدمیوں کی ہڈی عورتوں کی نسبت زیادہ بستہ اور زیادہ دبیز ہوتی ہے۔ آدمیوں میں فوق محجری فرازا اور قفائینہ (inion) عام طور پر زیادہ اچھی طرح سے نمایاں ہوتے ہیں۔ جیشیوں کی کھوپری نسبتاً موٹی ہوتی ہے۔ اور امریکہ کے بعض اصلی باشندوں میں ہڈی پتلی اور چھوٹک ہوتی ہے۔ ہزال جسمہ (craniotabes) اور پیرٹ کے کریب (Parrots' nodes) علی الترتیب کھوپری کے مرض کی وجہ سے تپلا اور موٹا ہونے کی مثالیں ہیں۔ اوسط دبازت ۵ ملی میٹر (۱/۲ انچ) ہوتی ہے۔ اور یہ عمر گھماتا تھا بدلتی رہتی ہے۔ پیدائش کے موقع پر عظم جداری اعلی میٹر (۱/۲ انچ) سے ذرا زیادہ ہوتی ہے۔ تین سال کی عمر پر طبقہ متوسط پیدا ہوتا ہے اور کھوپری کی بیرونی لوح اندرونی لوح سے ممیز ہو جاتی ہے۔ بوڑھے آدمیوں میں عظم جداری کی دبازت ۵ ملی میٹر سے لیکر ۱۰ ملی میٹر تک (۱/۲ تا ۱/۲ انچ) ہوتی ہے۔ کھوپری کے سب سے زیادہ موٹے حصے قذالی الجھار (occipital

(protuberance) پر جہاں اسکی تراش ۱۲ یا ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے) زائندہ صلیب پر اور عظم جبہ کے زیرین حصہ میں۔ زیرین قذالی حضروں (inferior occipital fossæ) اور مجسّر (orbit) پر یہ بڈی بہت پتلی ہوتی ہے۔ اور عظم فلسمانی (squamous bone) پر سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ یہاں یہ بعض جگہ دبازت میں لطا قاتی کارڈ سے زیادہ نہیں ہوتی۔ اور لاشعاعوں کے فوٹوگراف میں یہ ایک نیم شفاف رقبہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں جو فوں (sinuses) اور ان میز ابوں پر جو وسطی سحائی (middle meningeal) عروق کے لئے ہوتے ہیں، بڈی پتلی ہوتی ہے۔ عظم جداری کے مقدم تختانی زاویہ پر یہ خاص طور پر پتلی ہوتی ہے۔ ترخان کرتے وقت یہ یاد رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ اندرونی لوح ہمیشہ بیرونی لوح کے متوازی نہیں ہوتی۔

جمجمی ہزال (eraniotabes) ایک مرض ہے جس کو بعض کسحت

(rickets) سے اور بعض موروثی آتشک سے منسوب کرتے ہیں۔ اور یہ بالعموم عظم قذالی کے بالائی یا لومی حصہ اور عظام جداری کے ہم پہلو حصوں اور بالخصوص انکے موخر تختانی زالیوں پر پایا جاتا ہے۔ بڈی بعض مقامات پر بہت پتلی ہو جاتی ہے۔ اور اسلئے ماؤف حصہ جھلی کے کاغذ (parchment) یا کارتوس کے کاغذ کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ بڈی زیادہ تر اندرونی لوح اور طبقہ متوسط کے حصہ سے پتلی ہوتی ہے اور گڑھے ان نشانات پر واقع ہوتے ہیں جو ان تلافیف سے پیدا ہوتے ہیں جو پہلے پہل بنتی ہیں۔

چیرٹ کے کریب (Parrot's nodes) - موروثی آتشک کے بعض مریضوں میں یہ مسامدار بڈی کے مدور ارتفاعات کی مانند کھائے دیتے ہیں، اور مقدم یا فوخ کے قرب و جوار میں جبہ اور جداری بڈیوں پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ کعبا (bosses) ایک صلیب نما نشیب سے ملحدہ ہوتے ہیں جو ایک طرف تو جبہ اور سہی درزوں سے اور دوسری طرف اگلیلی درز سے بنتا ہے۔ ان کی مجموعی شکل کی وجہ سے گرم صلیبی بن کی مانند درز (hot-cross-bun head) کی اصطلاح کا استعمال کیا گیا ہے اور ایم پیٹ (M. Parrot) انکو سرین نما (natiform) ارتفاعات کے نام سے موسوم کرتا ہے۔

التهاب العظم تشوہی (osteitis deformans) میں کھوپری کی محراب کی

ہڈیوں میں معتدبہ عمومی وبازت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہجہ متوسطہ اور الواح کے درمیان واضح امتیاً موجود نہیں رہتا۔ کھوپری زیادہ بڑی اور زیادہ گول ہو جاتی ہے۔ اور صدغی حفراست (temporal fossæ) بھرے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔

بخلاف اس کے کبرا الجوارح (acromegaly) میں کلانی خاصکر عضلسی

چسپیدگیوں کے قریب واقع ہوتی ہے اور عظمی حیود زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں۔

کھوپری کا نمو۔ اگر مجموعی طور پر کہا جائے تو کھوپری کا قاعدہ غضروف

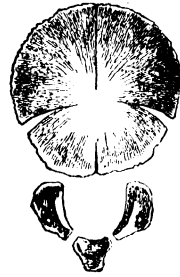
میں نمودار ہے اور اس کا قبہ غشا میں جو حصے غشا میں بنتے ہیں وہ تکمیل یافتہ کھوپری میں مندرجہ ذیل ہوتے ہیں۔ جبھی اور جدار ی ہڈیاں۔ صدغی ہڈی کا فلسمانی وجہی حصہ اور قذالی ہڈی کے لوجی حصہ کا بیشتر رقبہ۔ ان دونوں حصوں کا درمیانی فرق بعض اوقات مرض میں بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بعض ناقص النمو کم عمر شیر برون کی کھوپریوں میں جو اب رائل کالج آف سرجنسنز کے میوزیم (Museum of the Royal College of Surgeons) میں موجود ہیں، غشائی ہڈیوں میں معتدبہ مساہر دبازت پائی جاتی ہے اور قاعدہ طبعی ہے۔ استسقاءے دماغ (hydrocephalus) میں صرف وہی ہڈیاں ضرورت سے زیادہ پھیل جاتی ہیں جو غشا سے بنی ہوتی ہیں۔ بخلاف اس کے عدم تکون غضروف (achondroplasia) میں قاعدی اور غضروفی ہڈیوں کی بالیدگی عجیب و غریب طور پر رک جاتی ہے۔ اور غشا سے بنے ہوئے عناصر میں کسی قدر تعویضی بیش بالیدگی پائی جاتی ہے۔ عدم دماغی (anencephaly) میں کھوپری کا قاعدہ یعنی اس کا غضروفی حصہ کم دیش مکمل طور پر نیویافتہ ہوتا ہے۔ اور غشائی ہڈیاں بالکل غائب ہوتی ہیں۔

قیلہ دماغی (meningocele) دماغی اغشیا کا ایک خلقی بروز ہے جو

کسی ناقص النمو کھوپری کے رخنہ میں سے واقع ہوتا ہے۔ جب اس میں دماغ موجود نہ ہو تو یہ قیلہ دماغی (encephalocele) کہلاتا ہے۔ اور جب یہ خارج شدہ دماغ بطینوں میں سیال کے جمع ہونے سے متمدد ہو تو یہ استسقاءی قیلہ دماغی (hydrencephalocele) کہلاتا ہے۔ یہ بروزات عظم قذالی میں نہایت کثرت کے ساتھ پائے جاتے ہیں اور اسکے بعد

کثرت وقوع کے لحاظ سے جبھی عارضی (fronto-malar) درز کا نام آتا ہے۔ اور نساڈ نساڈ حالتوں میں یہ قعدوی، سہمی اور دوسری درزوں میں بھی دیکھے گئے ہیں نیز یہ کھوپری کے قاعدہ کے طبعی اور غیر طبعی شقاقات (fissures) میں سے مجھناک اور کان میں بھی نکل آئے ہیں۔ ایسے عظیم قذالی میں واقع ہونے کی کثرت کی توجیہ اس ہڈی کے نوکامل لہہ کرنے سے کہیقتدر ہو جاتی ہے۔ یہ ہڈی پیدائش کے وقت چار علمدہ علیحدہ حصوں پر مشتمل ہوتی ہے (نمک ۵) ایک قاعدی، دو قندال، اور ایک لوجی یا پھیلا ہوا حصہ۔ لوجی حصہ میں جنینی زندگی کے ساتویں ہفتہ کے قریب چسارنات پیدا ہوتے ہیں۔ ایک بالائی اور ایک زیرین جوڑا۔ یہ نواتات ایک دوسرے سے ان شقاقات کے ذریعہ سے

کسیقتدر الگ ہوتے ہیں جو چاروں زاویوں سے شروع ہوتے ہیں اور اندر کی طرف جا کر قذالی ابھار پر مل جاتے ہیں۔ وہ وقفہ جو سورخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین زاویہ سے شروع ہو کر قذالی ابھارتک خط وسطی میں جاتا ہے خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ [سٹن (Sutton) کا عارضی قذالی یا قوخ]۔ یہ درون رحمی زندگی کے تیسرے ہینہ سے شروع ہو کر چوتھے ہینہ کے اخیر تک موجود ہوتا ہے۔ قذال کے قیلجات سہائیسہ (meningocoeles) ہمیشہ خط وسطی پر



نمک ۵ - عظم قذالی پیدائش کے وقت

21

واقع ہوتے ہیں اور بروز غالباً اسی وقفہ میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ جو وقفہ قیلہ سہائیسہ (meningocoele) میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات عظم قذالی کے تمام عمودی طول میں سے گذرتا ہے اور اکثر سورخ کبیر (foramen magnum) میں نکل جاتا ہے۔ جانبی یا مستعرض شقاقات ہڈی کو دو حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے بالائی حصہ غشا سے نوبیا تا ہے اور زیرین حصہ غضروف سے۔ جانبی شقاقات بعض اوقات برقرار رہتے ہیں اور کسور کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں اور یہ درحقیقت وسطی سے بعض دفعہ کسور ہی تصور کر لئے گئے ہیں۔ بعض خلاف قاعدہ نادار لو قوع حالتوں میں یہ اسقدر نکل ہوتے ہیں کہ عظم قذالی کے بلند ترین حصہ کو بقیہ ہڈی سے بالکل علیحدہ کر دیتے ہیں۔

جداری شقاقات (parietal fissures) جو عظم جداری نوبیا ہی ہو

اس میں تعظم سے تعلق رکھنے والے ریشے ان دونوں بات میں سے جو تقریباً مرکز پر واقع ہوتے ہیں محیط کی طرف نصف قطروں کی شکل میں جاتے ہیں تقریباً پانچویں ہسین میں ایک بین ریشکی فضا جو دوسری فضاؤں سے بڑی ہوتی ہے ان چھ درے عظمی ریشوں کو جو ہمیں کنارے کے موخر حصہ کے متصل واقع ہوتے ہیں ان مضبوط تریشوں سے علیحدہ کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے جن سے بقیہ کنارہ مرکب ہوتا ہے (پوزی: Pozzi) جداری شقاق (parietal fissure) یہی ہوتا ہے۔ یہ بالعموم بند ہو جاتا ہے اور اسکا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ مگر بعض اوقات اسکا کچھ حصہ ایک درز نما شقاق کی شکل میں باقی رہ جاتا ہے اور یہ عظمی سے کسر تصور کیا جا سکتا ہے۔ اگر طرفین پر ان انشقاقات کا مساوی حصہ برقرار رہے تو ایک منطول معین نما خلا باقی رہ جاتا ہے جو سہمی یا فوخ (sagittal fontanelle) کہلاتا ہے (شکل ۴)۔ یہ قحودہ (lambda) کے ایک انچ آگے واقع ہوتا ہے، اور نوزائیدہ بچوں میں سے ۴ فیصدی سے زائد میں پایا جاتا ہے (لی: Lea) جداری سوراخ اسی وقفہ کے بقیہ حصص ہوتے ہیں۔

جمعی مخراب کی ہڈیوں کا متحجر (necrosis) نسبت سابق اب بہت قلیل الوقوع ہے۔ یہ بعض اوقات ایسی صغیتی درریش (gummatous infiltration) سے نتیجہ پیدا ہو جاتا ہے جس کا علاج نہ کیا گیا ہو اور جسکے ساتھ ریم ز اعضویات کی سرائت بھی موجود ہو۔ اور بعض اوقات یہ جبھی جو فوں کی شدید سرائتوں کے بعد بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ جبھی اور جداری ہڈیوں پر نہایت کثرت سے حمل آور ہوتا ہے۔ اور کچھ وجوہ کی بنا پر جو ابھی زیادہ واضح نہیں ہوئے عظم فذالی میں یہ شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ خارجی لوح اکثر اکیلی ہی متحجر ہو جاتی ہے کیونکہ اسکو چوٹ پہنچنے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ اور نیز اسکی رسد خون اتنی کثیر نہیں ہوتی جتنی کہ اندرونی لوح کی ہوتی ہے۔ اکیلی اندرونی لوح کا متحجر نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ گاہے گاہے ایک سین رقبہ نیچے سے اوپر تک جمیں ہڈی کی تمام دبازت شامل ہوتی ہے ماؤف ہو جاتا ہے۔ کھوپری کے چھوٹے چھوٹے رقبوں کا تدرنی ذبول بہت ہی شاذ طور پر دیکھنے میں آتا ہے۔ اور اس سے بعض اوقات ہڈی کا ایک قرص آہستہ آہستہ علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اگر متحجر ذبول سے اندرونی لوح ماؤف ہو جائے تو بعض اوقات ایک زیرجانی خراج بن جاتا ہے جو دائمی ضغط کا باعث ہوتا ہے۔ جب ڈپلوئی (diplœ) متاثر ہو جاتا ہے تو اس میں وریدی علیقت یا تقیمی التهاب و رید پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے اور اس طرح جو ضرر شروع ہو جاتا ہے بعض اوقات

پھیلنا شروع کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقہ سے بڑے بڑے درون دماغی جوف بند ہو جائیں یا عروقی مادہ عمومی دوران خون میں چلا جائے اور اس سے تقبج الدم (pyæmia) پیدا ہو جائے۔ صرف مقامی انتشار ہی سے التهاب سماہ پیدا ہو سکتا ہے۔ بیرونی لوج میں تخمرواقع ہونے کی صورت میں اریکی بافت کی بائیدگی جو معر اور عروق دار ڈپلوی (deplœ) پر واقع ہوتی ہے مردہ ہڈی کے ور قچہ کے انتشار میں مدد کرنے میں ایک بہت اہم فعل سرانجام دیتی ہے۔

عظمیٰ محرابی چھت پر عملیہ جاتا

(OPERATIONS ON THE BONY VAULT)

ترفان کرنا (trephining)۔ یہ عملیہ علم الجراحت کا ایک قدیم ترین عملیہ ہے۔ ہمیں یہ معلوم ہو چکا ہے کہ فرانس میں چھ ہزار سال سے بھی کچھ عرصہ پہلے یہ عملیہ سرانجام دیا جاتا تھا۔ کیونکہ اس زمانہ کی کھوپڑیوں میں یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ انہیں ترفان کامیابی سے کیا گیا تھا۔ فی زمانہ یہ عملیہ کھوپڑی میں ابتدائی دخل حاصل کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ اور اسکے بعد سوراخ یا تو ہم پہلو ہڈی کے نیچے سے جانیہ علیحدہ کر کے اسکو کلاب سے توڑ دینے اور یا عظمیٰ تریمی (osteoplastic) دامن طیارہ کر لینے سے زیادہ کثادہ بنا لیا جاتا ہے۔

ترفان کرنے سے پہلے چاندلی کا جو دامن اٹھایا جاتا ہے اس کا قاعدہ

نیچے سے عرض ہونا چاہئے۔ اور اسے عموماً اس طریقہ سے طیار کرنا چاہئے کہ اس میں کم سے کم ایک بڑا شریانی تنا موجود ہو۔ میری رائے (سی۔ سی۔ چوائس) میں قرین مصلحت یہی ہے کہ ایک ہی دفعہ ہڈی تک کاٹ دیا جائے اور تمام دامن کو ایک ہی تہ میں الٹا دیا جائے۔ نرف دامن کے قاعدہ کو باقہ سے دبانے یا اسپر لچکدار پٹی بانڈہ دینے سے روک دیا جاتا ہے۔ دامن کے اٹھائے جانیکے بعد عروق زیادہ آسانی سے کڑے جاسکتے ہیں اور یا اسکے قاعدہ پر کٹنہ لگا دیا جاتا ہے۔

کھوپڑی کا ترفان کرنے میں صحیح دیوار کے مختلف حصوں کی تقابلی موٹائی کا خیال رکھنا

چاہئے۔ اور فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کے قرب درجوارے
 استرا کرنا چاہئے۔ آلا ترخان کو کھوپری کی مختلف وبازت کے مطابق بنانے کے لئے ترخان کے
 پن کا بروز $\frac{1}{4}$ انچ سے زائد نہ ہونا چاہئے۔ صدغی حفزہ (temporal fossa) میں وبازت
 ۲ سے ۵ ملی میٹر تک ($\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ) ہوتی ہے۔ اور قبہ پر عظمی دیوار زیادہ موٹی ہوتی ہے
 اور ۱۰ تا ۱۱ ملی میٹر ($\frac{3}{8}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ) کے درمیان ہوتی ہے۔ ان پچائشوں کا اطلاق تو سر
 کے بالغ شخص کے سر پر ہوتا ہے۔ جوانی اور سر کی جسامت اور شکل کی رعایت کا ضرور
 خیال رکھنا چاہئے۔

جن مختلف ساختوں تک پہنچنا مقصود ہوا انکو مسعرا کرنے کے لئے جن محلات پر
 ترخان کا سوراخ بنا نا چاہئے انکی سطحی نشاندہی کے لئے بہت سے طریقے نکالے گئے ہیں مندرجہ
 ذیل مقامات آسانی سے یاد رکھ سکتے ہیں اور چاندلی کا دامن اٹھانے سے پہلے یا اسکے بعد
 جلد تلاش کئے جا سکتے ہیں۔

وسطی سحائی (middle meningeal) شریان کی مقدم شناخ

آسانی سے تلاش کیجا سکتی ہے اور پریمینہ (pteron) کے خطہ پر اسے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔
 عظم جبھی کے خارجی زاویہ زائدہ کے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے اور وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے
 کے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر سوراخ کرنے سے یہ عرق اس مقام پر معرا ہو جائے گا جہاں یہ عظم جداری کے
 پیش زبرین یا قندی زاویہ کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ یہاں یہ شریان اپنی رقیق وریدوں کیساتھ
 ہڈی کے عمیق میزاب میں موجود ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات میزاب کی جگہ قنال بھی ہوتی ہے۔
 پریمینہ (pteron) کے خطہ پر ہڈی میں کسر واقع ہونے سے جو کہ یہاں پر نسبتاً باریک ہوتی
 ہے ان وریدوں کا پھٹنا تقریباً یقینی ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ شریان بھی ساتھ ہی
 ماؤف ہو جائے۔ اس سے زیر جانی نرف واقع ہو جاتا ہے جو دماغ کے ضغط پر توجہ ہوتا ہے۔
 پریمینہ (pteron) کی نشاندہی بھی یوں بیان کیجا سکتی ہے:۔ جبھی عسافی (جبھی وجنی)
 دوز کے کٹاؤ سے جسکا جس آسانی سے کیا جا سکتا ہے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے (شکل ۲- صفحہ 15)
 اور اس لائن سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر جو اس کٹاؤ سے وجنہ کے بالائی کنارے کے متوازی پیچھے
 کی طرف کو گھسی جائے یہ ہند سے آسانی سے یاد رکھے جا سکتے ہیں۔ اور سمیمنہ (asterion) کے

لئے جو ہندسے مقرر ہیں ان کے ساتھ ان کا موازنہ کیا جاسکتا ہے۔

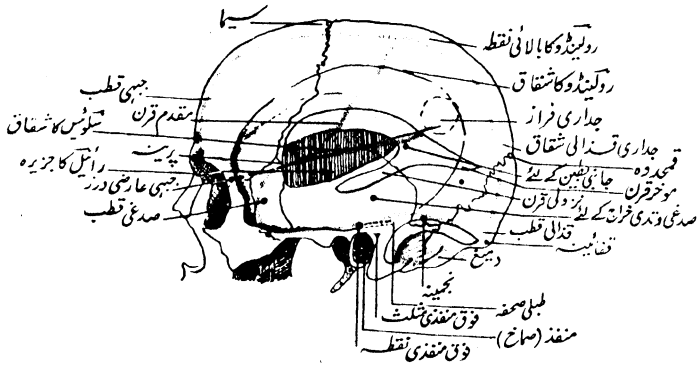
واقعات کی اکثریت میں وسطی سحائی (middle meningeal) شریان کی موخر شاخ تک خارجی منفذ کے مرکز سے عین ایک انچ اوپر (منفذی نقطہ: meatal point پر) بذریعہ ترخان سوراج کرنے سے رسائی ہو سکتی ہے۔ مگر گنجینہ (asterion) کے خط پر یا عظم جداری کے پس زیرین زاویہ پر یعنی منفذی نقطہ سے ۱.۲ انچ نیچے اور منفذی قفائی خط (meato-inionic line) سے — جو منفذی نقطہ سے لیکر خارجی قذالی ابصار کے نمایاں ترین مقام تک کھینچا جاتا ہے — ۱.۲ انچ اوپر بھی اسے معر کیا جاسکتا ہے (شکل ۳)۔ اس مقام پر شریان مذکورہ کے تعریہ کا فائدہ یہ ہے (جو بعض اوقات نقصان میں بھی تبدیل ہو جاتا ہے) کہ اگر سوراج کا قطر ۳ انچ ہو تو یہ جانبی جوف (lateral sinus) کو بھی معر کر دیکتا اور اس سے اوپر کی طرف صدغی قندی (temporo-sphenoidal) لختہ تک اور نیچے کی طرف دماغ (cerebellum) تک رسائی حاصل ہو سکتی ہے۔

صدغی و قندی لختہ (temporo-sphenoidal lobe) تک ان

نشانات میں سے جو وسطی سحائی شریان کی موخر شاخ کے لئے اوپر دئے گئے ہیں کسی ایک کے ذریعہ سے پہنچا جاسکتا ہے۔ اس عرق کو ام جافیہ میں شگاف دینے سے پیشتر دو ختوں کو اسکے نیچے سے گذار کر باندھ دیا جاتا ہے۔ لختہ کے اس حصہ میں عام طور پر صدغی قندی خراج پایا جاتا ہے۔ اور یہ غلطے طبیلی (tegmen tympani) کے اوپر واقع ہوتا ہے جو ہڈی کا ایک پتلا سا حصہ ہے جس سے کپفہ طبیلی (tympanic cavity) اور حلی مغارہ (mastoid antrum) کی چمت بنتی ہے۔ غلط (tegmen) کا کیولوں یوں ظاہر کیا جاسکتا ہے (شکل ۶) منفذ کے اوپر وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے کی سیدھ میں ایک نقطہ لے لیا جاتا ہے اور اس فوق منفذی نقطہ (suprameatal point) کو گنجینہ (asterion) سے چکے متعلق یہ یاد ہوگا کہ یہ منفذی (meatal) نقطہ سے ۱.۲ انچ نیچے اور ۱.۲ انچ اوپر ہوتا ہے، لادیا جاتا ہے۔ مذکورہ خط کا مقدم نصف غلطے طبیلی (tegmen tympani) کا متنظر ہوتا ہے۔ غلط (tegmen) کے کیولوں سے ایک انچ اوپر بذریعہ ترخان فتح بنانے سے صدغی خراج تک

25

رسائی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ لیکن بہت سے مریضوں میں سرجن اس امر کا خود تصنیف کر سکتا ہے کہ آیا اہم قسم کا خراج حلی مغارہ (mastoid antrum) کے مرض سے تانوی طور پر پیدا ہوا ہے یا نہیں۔ اور اگر ہوا ہے تو حلی عملیہ (mastoid operation) کے دوران میں اسے غٹائے طبعی (tegmen tympani) میں سے ایک فتوح لمبائے گا جیسے اکثر ارض کی بافت کا ایک قطعہ موجود ہوتا ہے۔ وہ اس فتوح کو اور بڑا کر سکتا ہے اور خراج کی مسیبت اسکی سات اور مغارہ (antrum) میں سے کر سکتا ہے۔



شکل ۶۔ جانبی بلیغیوں، الجزیرہ (insula) یعنی (جزیرہ رائیل) اور صدغی قلب (temporal pole) کو ظاہر کرتی ہے۔

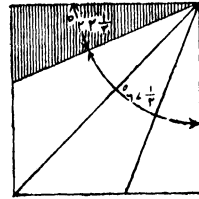
جانبی جوف (lateral sinus) اس جوف کا گماننا (sigmoid) سرا

نجیمینہ (asterion) پر واقع ہوتا ہے جسے سطحی نشانات پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔ اس کا نزولی جارحہ طبعیہ (mastoid) کی پچھلی طرف مرکزی صمغی نقطہ سے ۳ انچ پیچھے کرید کے قاعدی خط (Reid's base line) پر باسانی معرک کیا جا سکتا ہے (شکل ۱۳۔ صفحہ 49)۔ یہ خط ایک فرضی خط ہے جو مچھر کے فرش سے خارجی صمغ کے مرکزی نقطہ تک کیسچا کر تیجھے کی طرف کو بڑھا دیا جاتا ہے۔ یہ اکثر قفائینہ (inion) پر سے گذرتا ہے لیکن اس پر سے اسکا گذرنا ضرور نہیں آیا۔ بعض کھوپریوں میں یہ اس نقطہ سے کیسچر اوپر یا نیچے رہتا ہے۔ جوف مذکور کا افقی حصہ

ریڈ (Reid) کے قاعدی خط سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر ہوتا ہے۔ دیمخ (cerebellum) کو معر کر نیچا ایک طریقہ یہ ہے کہ ریڈ (Reid) کے قاعدی خط کے نیچے $\frac{1}{4}$ اور $\frac{1}{4}$ انچ کے فاصلہ پر دو نقطے لیکر انکے درمیان ترخان کا سوراخ ایسے مقام پر بنایا جائے جو کھوپری کے پیچھے کی طرف وسطی خط سے کافی دور ہو، تاکہ ترخان کے دندانے قذالی جوف سے دور رہیں۔ اس مقام پر سلعات کو دور کرنے کے لئے بہت زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے اور بعد کے مراحل میں ایک یا دونوں طرف سے بہت زیادہ ہڈی دور کرنا پڑتی ہے۔ اور جب اس امر کا شبہ ہو کہ تراج آیا صدعی لختہ میں واقع ہے یا دیمخ میں تو سمجھنے (asterion) پر ترخان کرنا مناسب ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 24) جہاں فتحہ کو زیادہ وسیع کرنے سے جانبی جوف معر کر لیا جاتا ہے۔

حرکی رقبہ (motor area) تک کھوپری کو

رولینڈو (Rolando) کے شقاق کے عین سامنے سے کھولنے سے پہنچا جاتا ہے۔ اس شقاق کی نشاندہی کا مناسب طریقہ یہ ہے کہ پہلے انفیسنہ (nasion) سے لے کر قف ایسنہ (inion) تک سر کی چوٹی کے عین وسط پر سے ایک رسمی تان لی جائے اور اسکا نصف کر کے ان دونوں مقامات



شکل ۷۔ حرکی رقبہ میں سوراخ کرنا۔

کا وسطی نقطہ معلوم کر لیا جائے۔ اور پھر اس نقطہ سے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے سے ایک خط نیچے کی اور اگے کی طرف کو وسطی مستوی سے $\frac{1}{4}$ درجہ کے زاویہ پر $\frac{3}{4}$ انچ لمبا کھینچ دیا جائے، چونکہ کھوپری کی تراش دماغ کی تراش کی نسبت ایک زیادہ بڑے دائرہ کا حصہ ہوتی ہے، اسلئے اس کے اوپر کا $\frac{3}{4}$ انچ فاصلہ شقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کا متناظر ہوگا جو $\frac{3}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ $\frac{1}{4}$ درجہ کا زاویہ باسانی بنایا جاسکتا ہے کیونکہ یہ زاویہ قائمہ کا تین چوتھائی ہوتا ہے۔ لہذا اگر کسی قائم الزوا یا کاغذ کے تختے یا ورق یا ٹین کے کڑے یا کسی اور شے کی تیار ہیں لگادی جائیں، اور پھر اسکا ایک چوتھائی کاٹ دیا جائے تو مطلوبہ زاویہ بنجاتا ہے جیسا کہ شکل ۷ میں دکھایا گیا ہے۔ شقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کے نشانات کی سمت سرسری لہریوں پر معلوم کیجاتی ہے کہ یہ دیکھ لیا جائے کہ یہ خط بڑھانے پر پیش ازینی نقطہ (pre-auricular point) تک پہنچ جاتا ہے۔ مذکورہ بالا ابعاد اوسط جسامت اور شکل کی

یورپی کھوپری پر استعمال کرنے کے لئے کافی حد تک صحیح ہیں۔

27 دماغی سلعہ کے لئے عملیہ جات کرنے میں یہ ظاہر ہے کہ کھوپری کھولنا

کا محل مختص المقام علامات سے معلوم کیا جاتا ہے۔ سلعہ تک پہنچنے کے لئے ترخان کے فحات سے جو جگہ ملتی ہے اس سے زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مقصد کے لئے ترخان کے فتح کو ضرورت کے موافق ہڈی توڑ کر بڑا کیا جاسکتا ہے۔ اور رخنہ چھوڑ دیا جاتا ہے جو بعد میں مضبوط لیفی بافت سے پُر ہو جاتا ہے۔ یا ایک عظمیٰ ترقیمی دامن بنایا جاسکتا ہے۔ پہلا طریقہ اکثر اطباء ان بخش ثابت ہوتا ہے مگر اس سے بعض اوقات بہت خراب علامات مثلاً آگے کی طرف جھکنے میں عدم توازن کا پایا جانا پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور یہ علامت بعض اوقات استدرنایاں ہوتی ہے کہ کھوپری رخنہ کو پسلیوں یا کسی اور جگہ سے عظمیٰ پیوند لیکر پُر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عظمیٰ ترقیمی (osteoplastic) دامن بنانے کے لئے چاندلی کا ایک بڑا سارہ جانبی یا نصف دائرہ کی شکل کا دامن کاٹ لیا جاتا ہے جس کا قدرتی کیریٹف کو ہوتا ہے اور کونوں پر ترخان کے چار چھوٹے چھوٹے فحات بنائے جاتے ہیں۔ بُعدی اور جانبی اطراف پر جو ہڈی ہوتی ہے وہ کاٹ دی جاتی ہے اور اسکا طریقہ یہ ہے کہ ترخان کے ایک فتح سے لے کر دوسرے فتح تک مجھہ اور ام جافیہ کے درمیان سے ایک خم پذیر رہنہ (pliable director) گزارا جاتا ہے۔ اور کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) کے لئے یا پیکڈ آرڈر (flexible saw) کا استعمال اسکے میزاب میں کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عظمیٰ مربع کی قریبی طرف کو زاویہ حادہ پر خمیدہ کرنے سے توڑ دیا جاتا ہے۔ اس طرح ایک ایسا دامن اٹھایا جاتا ہے جسکو رسد خوب پہنچتی ہے، اور اسکے اندر کیریٹف ہڈی ہوتی ہے جس میں خون کی رسد اچھی طرح سے موجود ہوتی ہے۔ اس ہڈی کو اس مقام پر پھر لگایا جاسکتا ہے۔

کھوپری کے کسور۔ کم عمر شیرخوار بچہ کی کھوپری میں کسور واقع کرنا واقعی

آسان نہیں۔ اس عمر میں کھوپری بحیثیت مجموعی مکمل طور پر متعظم نہیں ہوتی۔ درزیں عریض ہوتی ہیں۔ اور ہڈیوں کے درمیان بہت سا غضروف اور بہت سی غشا موجود ہوتی ہے مزید برآں عمر کے ابتدائی حصہ میں ہڈیاں پیکڈ رہتی ہیں اور مقابلتہ نرم اور دب جانے والی ہوتی ہیں۔

لہذا معمولی حالت میں ضرب لگنے سے کسر کی نسبت تسنن (indentation) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

بالغوں میں بھی کھوپری عام طور پر جتنی چھوٹک تصور کیجاتی ہے اسکی نسبت یہ بہت کم پھونک ہوتی ہے اور خشک شدہ نمونہ جات کے مطالعہ سے جو رائے قائم کی گئی ہے اس کے مخالفہ انگیز ہونے کا امکان ضرور ہے۔ بہت سے مصدقہ واقعات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ یہ ممکن ہے کہ دوران حیات میں جمجمی قبہ میں سے تیز نوک والا دوزار گذرنے پر صرف سورخ ہی بنے مگر ہڈی ریزہ ریزہ نہ ہو (لندن ہسپتال میوزیم (London Hospital Museum) مندرجہ ذیل تشریحی حالتیں کھوپری کی ضرب کے اثرات کو درجہ اقلیت تک پہنچا دیتی ہیں:۔ چاندنی کی بستگی اور اسکی بہت سی حرکت پذیری محراب سر کی گنبد نما ترتیب۔ ہڈیوں کی تعداد جن سے سر بنا ہوتا ہے۔ اور بہت سے قطعاً میں ضرب کے منتشر ہونے کا رجحان۔ کسی مفروضہ قوت کے تسلسل میں درزوں کی مداخلت اور درزی غشا کی موجودگی جو ایک خطی حائلہ (linear buffer) کی طرح کام دیتی ہے۔ سر کی شوکہ پر حرکت پذیری۔ اور خود جمجمی ہڈیوں کی ٹوک۔

28

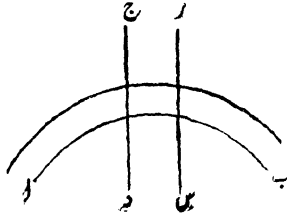
مزید برآں کھوپری کو چھ پشتوں یا ستونوں کی موجودگی سے بھی اور تقویت پہنچتی ہے جو گنبد اور قاعدہ کے مقام اتصال پر واقع ہیں۔ انہیں سے دو جابنی ہیں۔ آگے کی طرف مجری وندی (orbito-sphenoidal) اور پیچھے کی طرف مجری حلی (petro-mastoid) اور دو وہمی انفی (fronto-nasal) اور قدامی (occipital) کھوپری کے مقدم اور موخر سروں کو تقویت دیتے ہیں۔

بچوں میں درزوں کے درمیان کی غشائی تہ بہت موٹی ہوتی ہے۔ مگر جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے یہ غشا غائب ہوتی جاتی ہے اور ہڈیاں آپس میں متحد ہوتی جاتی ہیں (اتحاد عظمی: synostosis)۔ چالیس سال کی عمر کے قریب قریب درزیں بند ہونا شروع ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کی ابتدا درز کی اندرونی جانب سے ہوتی ہے۔ اور یہ پہلے سہمی (sagittal) درز پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور پھر اگیلی (coronal) اور قوسوی (lambdoid) پڑ اور اخیر میں فلسمانی (squamous) درز پر۔ مزید برآں جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے کھوپری کی ہڈیاں اندرونی لوح پر ایک جماؤ کے فراہم ہونے سے جو دماغ کے

گھٹنے، موٹے حصے کی جگہ لے تا ہے زیادہ موٹی ہوتی جاتی ہیں۔ لہذا ان ہڈیوں میں معمر اشخاص میں جوان اشخاص کی نسبت زیادہ آسانی سے کسور واقع ہو جاتا ہے۔

قاعدہ یہ ہے کہ کسرے ہڈی کی تمام دباوت متاثر ہوتی ہے۔ مگر بعض اوقات ایلی بیرونی لوح ہی ٹوٹ جاتی ہے یا یہ ڈپلوئی (diplœ) میں گھسکر صرف منخض ہی ہو جاتی ہے اور جبھی خطہ کے زیرین حصہ میں بیرونی لوح جبھی جوف میں گھس جاتی ہے۔ اندرونی لوح بھی بیرونی صفحہ میں تناظر کسر موجود ہونے کے بغیر ٹوٹ سکتی ہے۔ اور مکمل کسر کے تقریباً تمام واقعات میں اور خاصکر انہیں جنہیں نشیب موجود ہوتا ہے اندرونی لوح میں بیرونی لوح کی نسبت زیادہ وسیع

29

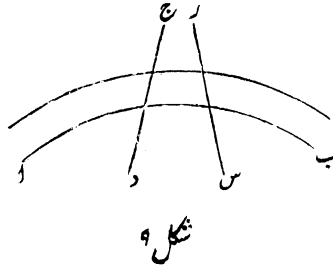


شکل ۸

شکست پائی جاتی ہے۔ اسکے بہت سے وجوہ ہیں۔ اندرونی صفحہ بیرونی صفحہ سے نہ صرف زیادہ موٹا ہی ہوتا ہے بلکہ مقابلہ یہ بہت زیادہ چھوٹک بھی ہوتا ہے اور اس لئے اس کا نام ”زجاجی طبقہ“ (vitreous table) رکھ دیا گیا ہے۔ اگر خارجی طبقہ پر نہایت ہی محدود قوت استعمال کی گئی ہو تو توار کے زخم کی طرح ضرر محدود ہوتا ہے۔ جب قوت ڈپلوئی (diplœ) میں سے گزرتی ہے تو یہ پھیل جاتی ہے اور اندرونی لوح تک ضرب سے بہت منتشر ہو کر پھینچتی ہے۔ اور ایسا خاصکر ان حالتوں میں ہوتا ہے جب بیرونی طبقہ اندر کی طرف گھس جائے۔ مزید برآں اندرونی لوح بیرونی لوح کی نسبت زیادہ چھوٹے حجم کا حصہ ہے اور اخیر میں ایگنیو (Agnew) اندرونی لوح کے زیادہ جراحت پذیر ہونے کی ایک وجہ بیان کرتا ہے جو ہڈی کے عمومی طور پر رہنے سے تعلق رکھتی ہے۔ شکل ۸ میں اب سر کی محراب کے

ایک حصہ کی تراش کو ظاہر کرتا ہے، جو دونوں الواح میں سے گذرتی ہے۔ اور ج ۱ اور ج ۲ میں دو انتصابی اور متوازی خطوط ہیں۔ اب اگر محراب پر ان متوازی خطوں کے درمیان قوت لگائی جائے تو قوس ۱ ب کے سروں کا رجحان ایک دوسرے سے دور ہٹنے کی طرف ہوگا اور تمام قوس دگر اس خم کی شکل اختیار کرینگی جو شکل ۹ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ ایسی حالت میں ج ۱ اور ج ۲ میں خط اوپر کی طرف مستحق ہو جائیں گے اور نیچے کی طرف منفرج (شکل ۹) اسلئے ضرب سے ہڈی کے اجزا خارجی طبقہ میں تو اکٹھے ہو جانے کی طرف اور داخلی طبقہ میں منتشر ہو جانے کی طرف مائل ہونگے۔

محراب کے کسور بلا واسطہ ضرب سے واقع ہوتے ہیں۔ کھوپری کی بناوٹ



ایسی ہے کہ کسور پیدا کرنے والی قوت کی مدافعت کئی طریقوں سے ہوتی ہے۔ (۱) جب ضرب جداری خط میں سر کی چوٹی پر لگتی ہے تو اسکی قوت کا رجحان دونوں جداری ہڈیوں کے بالائی کناروں کو اندر کی جانب دھکیلنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور اسکے ساتھ ہی زیرین کناروں کا باہر کی طرف کو حرکت کرنا لازمی ہوتا ہے۔ موصوفی الذکر حرکت کی مدافعت عظم فلسمانی اور عظم وندی کا جناح کبیر جو عظم جداری کی زیرین کور پر متراکب ہوتے ہیں بڑی شدت سے کرتے ہیں مزید بالائی عظم فلسمانی تک جو قوت پہنچتی ہے وہ وجہی قوس تک منتقل ہو جاتی ہے جسکو فکِ اعلیٰ کی ہڈی اور عظم جبہی بہارا دیتی ہیں۔ یہ قوس اس حالت میں دوسرے مدافع پشتیبان کا کام دیتی ہے اور قوت کے اس انتقال کی وضاحت جو سر کی چوٹی سے لیکر جبہی ہڈیوں تک عمل میں آتا ہے اس امر سے ہوتی ہے کہ سر پر ضربات کے لگنے کے بعد درد اکثر چہرہ میں بھی محسوس ہوتا ہے۔ (۲) اگر ضرب عظم جبہی کے بالائی حصہ پر لگے تو قوت فوراً جداری ہڈیوں تک منتقل ہو جاتی ہے،

کیونکہ عظم جبہ کا بالائی حصہ (اس طریقہ کی وجہ سے جس سے اسکا کنارہ سلامی دار ہے) حقیقت میں دونوں جداری ٹہریوں پر واقع ہوتا ہے، لہذا وہی مدافعت پھر عمل پیرا ہوتی ہے۔ اگر اس ٹہری کے زیرین حصوں میں باہر کی جانب نکل جانے کی طرف کوئی میلان ہو، اور وہ اسوقت یقیناً موجبی ہوتا ہے جبکہ وسطی جبہ (mid-frontal) درز برقرار ہو تو ایسی حرکت کو عظم وتدی کا جناح کبیر اور عظام جداری کے پیشین زیرین زاوے جو جبہ کے ان حصوں سے متحد یا انپر متراکب ہوتے ہیں، مزاحم آتے ہیں۔ لہذا اس سے بظاہر ہو گیا ہوگا کہ جس طرز سے جبہ اور جداری ٹہریوں کی تناظر کو ریں سلامی دار ہوں اس پر بہت کچھ منحصر ہوتا ہے۔ (۳) قذال (occiput) پر کی ضرب کی مدافعت کا زیادہ سامان موجود نہیں۔ اور یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ اگر آدمی زور سے بھی نہ گریے تو اتنا صدمہ ہی ٹہری کو توڑ دینے کیلئے کافی ہوتا ہے، لہذا اسکی محافظت کی زیادہ ضرورت ہی۔ گریہ والوں جلدی اور صدغی ٹہریوں سے متعلق رکھنے اور لچکدار نقری عمود سے متحد ہوئی وجہ سے ایک بڑی حد تک محفوظ ہے۔

31

کھوپری کے قاعدہ کے کسور (۱) بلا واسطہ یا (۲) بالواسطہ ضرب سے

جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے (۳) محراب کے کسر کی توسیع سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۱) اجسام غریبہ کے انٹی یا محجری پھت میں سے یا کھوپری کے قاعدہ کے اُس حصہ میں سے جو بلعوم میں پایا جاتا ہے، گھسنے پر انکی بلا واسطہ ضرب سے قاعدہ کا کسور واقع ہو چکا ہے۔ موخر حصہ میں گردن کی گڈی پر ضرب لگانے سے کسور واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) بلا واسطہ ضرب سے جو کسور واقع ہوتے ہیں انکی مندرجہ ذیل مثالیں دیجا سکتی ہیں:۔ عظم جبہ کے حصہ زیرین پر جو ضربیں لگتی ہیں انمیں غرابلین صفحہ (cribriform plate) کے یا عظم جبہ کے محجری حصہ کے کسر کے علاوہ اور کوئی ضرر نہیں پایا جاتا کیونکہ ان حصوں کے نہایت ہی باریک ہونے کی وجہ سے ان میں کسور زیادہ امکان موجود ہوتا ہے۔ کھوپری کے قاعدہ کے کسر کے ۸۶ مریضوں میں محجری سقف ۷۹ میں بصری سوخا ۶۳ میں اور غرابلین صفحہ جات تقریباً تمام میں متاثر پائے گئے (رالنگ: Rawling)۔ ٹھڈی پر گرنے سے وقبی کہفہ (glenoid cavity) فک اسفل کے قذال سے اتنے زور سے دب گیا ہے کہ کھوپری کے وسطی حفرہ میں کسور واقع ہو گیا ہے۔ ٹھڈی کے سرے پر فیصلہ کن گھونٹے کی ضرب لگنے سے کھوپری میں کسور واقع ہونے کے بغیر ہی ارتجاج دماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ جب جسم زمین پر پاؤں یا گھٹنوں یا چوتڑوں کے بل گرا ہے تو قوت نے ستون نقری

میں سے منتقل ہو کر قذالی خط میں کوپری کے قاعدہ کا کسور واقع کر دیا ہے۔ ایسے حادثات کے ظہور پذیر ہونے کا امکان سب سے زیادہ اس وقت ہوتا ہے جبکہ عمود فقری کو عضلی فعل سے استوار رکھا جائے۔ اس حالت میں جو میکانیہ بروئے کار آتا ہے، وہ بعینہ وہی ہوتا ہے جس سے جھاڑو کا سر لکڑی کے سرے کو زمین پر مارنے سے جھاڑو کے دستے میں زیادہ مضبوطی سے ٹھنس جاتا ہے۔ یہ نظریہ کہ کوپری کے قاعدہ میں اکثر ضرب مقابل سے کسور واقع ہو جاتا ہے اب عام طور پر ایک کافی حد تک ترک کیا جا چکا ہے اگرچہ بعض حالتیں ایسی بھی ہیں جن سے اس نظریہ کی بظاہر تائید بھی ہوتی ہے۔ اس قسم کے ایک واقعہ کا اندراج ترمبرجے پھینسن (Sir J. Hutehinson) نے کیا ہے۔ اس میں عظم قذالی کے کسر کے ساتھ ہی غربالین صفحہ (cribriform plate) کا کسور بھی پایا گیا تھا اور کوپری کے درمیانی حصہ میں کوئی ضرر موجود نہیں تھا۔ (۳) محراب کے کسور کے اور خاص کر ان خطی کسور کے جو منتشر ضرب سے واقع ہوئے ہوں جیسا کہ سر کے بل گرنے میں ہوتا ہے، قاعدہ تک پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس طرح منتشر ہونے میں یہ قاعدہ تک راستہ کی درزوں اور ہڈیوں کی بستگی کا لحاظ کئے بغیر چھوٹے سے چھوٹے راستے سے پہنچتے ہیں۔ چنانچہ گنبد کے جہی خطہ کے کسور قاعدہ کے مقدم حفرہ تک، اور جداری خطہ کے وسطی حفرہ تک، اور قذالی خطہ کے موخر حفرہ تک پھیل جاتے ہیں۔ چند حالتیں اس قاعدہ سے متعلقہ بھی ہیں۔ جو معین ہڈیاں ان تین خطوں میں متاثر ہوتی ہیں، ان کا زیادہ صحیح بیان دینے کے لئے پی ہاوت (P. Hawett) نے کوپری کو تین منطقوں میں تقسیم کیا ہے۔ مقدم منطقہ میں جہی اور صفحاتی (ethmoid) کا بالائی حصہ، اور جہی وندی، اور وسطی منطقہ میں عظام جداری اور عظام صدغی کے فلسفانی اور ان کے جہی حصہ کے مقدم حصے اور قاعدی وندی کا بیشتر حصہ اور موخر منطقہ میں قذالی، حلیہ اور عظم جہی کا موخر حصہ، اور وندی کا تھوڑا سا حصہ شامل ہیں۔

قاعدہ کے کسور میں بالعموم خون اور دماغی نخاعی سیال باہر نکل آتا ہے۔ (۱) مقدم حفرہ کے کسور میں خون بالعموم ناک میں سے خارج ہوتا ہے اور یہ سحانی اور صفحاتی (ethmoidal) شریانوں میں سے آتا ہے، یا اسکا زیادہ حصہ فالہا انفی سقف کے دریدہ مغالطی استر میں سے نکلتا ہے۔ ناک میں سے دماغی نخاعی سیال بہنے کے لئے انفی سقف میں کسور واقع ہونے کے علاوہ اسکے نیچے کی غشائے مغالطی میں اور شمی (olfactory) اعصاب کے

33

خلا فوں میں جو ام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) سے حاصل ہوتے ہیں دریدگی کا موجود ہونا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال کا مغزط اخراج انفی غشائے مغزلی میں سے ضرر کی موجودگی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور یہ غالباً شمی (olfactory) اعصاب کے خلا فوں کے ساتھ ساتھ عمل میں آتا ہے اور اسکا سبب یا تو اسکے انخذاب کی کمی اور یا اسکے انفرز کی زیادتی ہوتی ہے۔ جبھی خطہ کے کسر کی بہت سی حالتوں میں خون مجھ میں چلا آتا ہے اور طقمہ کے نیچے آکر ظاہر ہوتا ہے۔ (۲) جب وسطیٰ حفرہ ماؤف ہو تو خون غشائے طبل کی دریدگی سے گزر کر خارجی منفذ میں سے باہر نکلتا ہے اور یہ یا تو طبل (tympanum) اور اسکی غشا کے عروق یا درون مجھی و عابدی سے آتا ہے۔ اور بعض حالتوں میں یہ کہنکی یا مجھی جو فوں کے انشقات سے آتا ہے۔ بعض اوقات خون یوسٹیکین نلیوں (Eustachian tubes) میں چلا جاتا ہے اور یہ یا تو ناک یا منہ سے نکل آتا ہے اور یا نکل جاتا ہے اور بعد میں تے سے باہر آجاتا ہے۔ کان میں سے دماغی نخاعی سیال کے بہنے (مغزط اخراج کے لئے) (۱) یہ ضروری ہے کہ کسر داخلی منفذ میں سے گذرتا ہو۔ (ب) اسس منفذ میں غشائے مغزلی کی جو انبوبی اطالت موجود ہوتی ہے وہ پھٹ گئی ہو۔ (ج) باطنی اذن اور طبل میں رابطہ موجود ہو۔ اور (د) غشائے طبلی دریدہ ہو گئی ہو۔ (۳) موصخر حفرہ کے کسور میں خون کی دریزش یا تو طلی زائدہ کے گرد و نواح میں ظہور پذیر ہوتی ہے اور یا گردن کی گدی پر۔ اور بعض اوقات عینتی خطہ کے اندر تک بھی چلی جاتی ہے۔

مزید برآں گنبد کے مرکب کسور میں جنس ام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) پھٹ گیا ہو بعض شاذ شاذ مثالوں میں دماغی نخاعی سیال باہر نکلتا ہوا دیکھا گیا ہے بعض اوقات بچوں میں گنبد کے سادہ کسر کے بعد ضرر رسیدہ حصہ پر ایک ورم بن جاتا ہے جس میں توج پایا جاتا ہے۔ کچھ کے چلانے پر یہ ورم زیادہ تنیدہ ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ دماغ کے ساتھ اس میں بھی مزمن تضاد موجود ہو۔ کہا جاتا ہے کہ یہ اورام نیم شفاف ہوتے ہیں۔ اور یہ چاندنی کے نیچے دماغی نخاعی سیال کے جمع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اغشیہ دماغ کے معاصر انشقات کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ انکو اکثر ضرر فی دماغی مانی قیلوں (traumatic cephalhydroceles) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

درزوں کی علحدگی (separation of sutures) یہ حالت جہاں تک

34

اس کے چوٹ سے نتیجتاً پیدا ہونے کا تعلق ہے تقریباً بچوں ہی کی کھوپڑی تک محدود ہے۔ بڑی عمر میں اگر کسی محدود درز پر قوت کا استعمال کیا جائے تو اس سے ایسا کسر پیدا ہو سکتا ہے جو پرانے درزی خط پر ٹھیک ٹھیک واقع ہوتا ہے۔ بالٹوں کی کھوپڑی میں کسر سے بلا تعلق درزوں کی علحدگی بہت ہی نادر وقوع ہے۔ اس حالت کی چند مثالوں میں عظم صدغی بالعموم اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے، اور یہ علحدگی فلسفانی درز پر دیکھی جاتی ہے۔ جب مذکورہ علحدگی کسور کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو یہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ اکلیلی اور سہمی درزوں میں ظہور پذیر ہوتی ہے۔ قحطوی درز کا نام کثرت وقوع کے لحاظ سے انکے بعد آتا ہے۔

وجنہ (zygoma) بلا واسطہ یا بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتا ہے۔ مونرا الذکر حالت میں ضرب ایسی ہوتی ہے کہ اسکا رجحان فک اعلیٰ یا عظم العارض (malar bone) کو پیچھے کودھکیں دینے کی طرف ہوتا ہے۔ جب یہ بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتا ہے تو اس کا ایک ٹکڑا بعض اوقات صدغی عضلہ میں گھس جاتا ہے۔ اور جبراً اٹلانے پر بہت درد ہوتا ہے۔ معمولی حالتوں میں غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی، اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، کیونکہ اوپر تو ان دونوں ٹکڑوں کے ساتھ صدغی ردا چسپیدہ ہوتی ہے اور نیچے عضلہ منضغیہ (masseter) چسپیدہ ہوتا ہے۔ وجنہ عمیق حصوں کے محل وقوع کے لئے ایک نہایت مفید رہنما کام دیتا ہے۔ اسکے بالائی کنارے کا موخر تین چوتھائی حصہ کھوپڑی کے وسطی حفرہ کے فرش کا تناظر ہے۔ اور یہ دماغ کے صدغی لختہ کے (جو اس حفرہ میں واقع ہوتا ہے) زیرین کنارے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۶)۔ اس کا مفصلی درنہ (articular tubercle) جو اسکی جڑ کے نزدیک بہت واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے، اس مقام کی نشاندہی کرتا ہے جس پر وسطی سحائی شریان کھوپڑی کے قاعدہ کو شوکی سورخ (foramen spinosum) پر منتقل کرتی ہے (شکل ۳)۔ نیز نیم قمری (semilunar) یا گیسری عقدہ (Gasserian ganglion) کے محل کو ظاہر کرتا ہے (شکل ۳۵ صفحہ ۱۴۵)۔ وجنی درنہ (zygomatic tubercle) (بعد وقبی شوک : postglenoid spine) جو چانوی حفرہ (mandibular fossa) کی موخر حد قائم کرتا ہے، قنال سباتی (carotid canal) کے سین اوپر واقع ہوتا ہے (ایس سکاٹ : S. Scott)۔

صدغی خطہ کا امتحان لاشعاعوں کے ذریعہ سے۔ بعض

دروں جمعی ساختوں کی، جو گہری واقع ہوں، حالت کا انکشاف کرنے کے لئے کھوپری کے صدغی خطہ کا امتحان کرنا اکثر ضروری ہوتا ہے۔ ان ساختوں کا محل وقوع معلوم کرنے کے لئے بعض ایسے سطحی نقاط پر جو باسانی مل سکیں سب سے گہری سے نشان لگانا ضروری ہوتا ہے، تاکہ وہ بطور رہنما کے کام دیں۔ سب سے زیادہ مناسب اور معتبر ترین نقاط وہ ہیں جو گل۔ اس میں ظاہر کئے گئے ہیں، اور وہ مندرجہ ذیل ہیں۔ ا) جبھی عارضی (fronto-malar) (جبھی جہتی) (fronto-zygomatic) کٹاؤ۔

85

ب۔ عارضی زاویہ (malar angle)۔ دپیش منغذی نقطہ (premental point) جو وجہ (zygoma) کی جڑ پر منغذ کے سامنے کی طرف چانوی (وقبی) (glenoid) حفرہ کے پیچھے اور پس چانوی (پس وقبی) (postglenoid) شوک کے سین اور ہے۔ ج۔ ایک نقطہ جو وجہ کے بالائی کنارہ پر ب اور د کے وسط میں واقع ہے (وسطی وجہی نقطہ (mid-zygomatic point)۔ ان نقطوں پر کھوپری کے دونوں طرف نشان لگانا چاہئیں اور جب

کھوپری کو ایک جانب سے دیکھا جائے تو متناظر نقاط کو ایک دوسرے سے منطبق ہونا چاہئے۔

اس طرح سے امتحان کرنے پر جو خطہ صدغی عضلات سے پوشیدہ ہوتا ہے، وہ انکے نیچے کی ہڈیوں کے پتلا ہونے کی وجہ سے متور ہو جاتا ہے۔ متور رقبہ ہڈی کے جبھی صدغی استخوان (fronto-temporal pillar) کے ذریعہ سے جس کے ساتھ ساتھ وسطی سمائی عروق آتے

ہیں، اور جو دماغ کے جبھی اور صدغی نمٹوں کی درمیانی حد کی نشاندہی کرتا ہے، ایک مقدم یا

جبھی (ریسپیکہ) (frontal fenestra) اور نوزیا صدغی درجہ (temporal fenestra)

(fenestra) (شکل ۱۰) میں تقسیم ہوتا ہے۔ جس مقام پر سمائی نوز کے لئے عام طور پر نوز

کیا جاتا ہے، یعنی جبھی عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے پانچ پیچھے اور پانچ

اوپر، اس پر جبھی صدغی ستون کا سایہ دو حصوں میں تقسیم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ ان میں سے

ایک مقدم افقی شاخ ہے جو مجر کی سقف کی متناظر ہوتی ہے اور جبھی عارضی کٹاؤ کے پانچ اوپر

واقع ہوتی ہے، اور ایک نزولی شاخ ہے جو وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے تک نقطہ

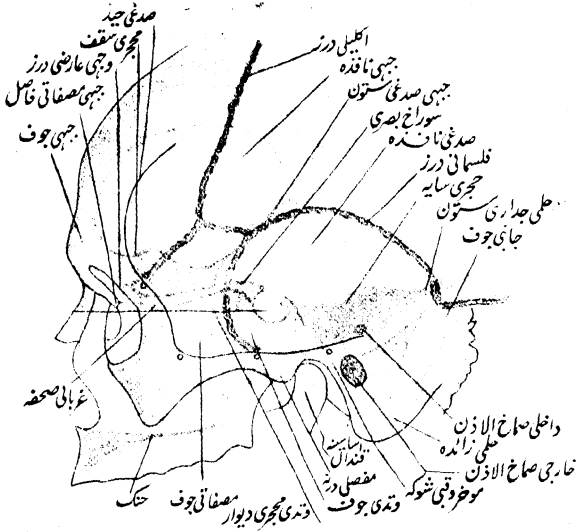
ج یعنی وسط وجہی نقطہ (midzygomatic point) کے سامنے پہنچتی ہے۔ نزولی شاخ

وسطی جمعی حفرہ کی مقدم دیوار یعنی وتدی مجبری فاصل کو ظاہر کرتی ہے۔ اور غیر عارضی کے

صدغی کنارے کے پیچھے سے اس سے پانچ کے فاصلہ پر نیچے کو آتی ہے۔ اسلئے اس سے یہ ظاہر

ہوگا کہ پیچھے کی طرف وندی مجری فاسل، اور آگے کی طرف عظم عارضی کے صدغی کنارے اور اوپر کی طرف مجری سقف کے سایہ، اور نیچے کی طرف وجہ کے بالائی کنارے کے درمیان ایک بہت واضح پس عارضی رقبہ (retromalar area) ہوتا ہے جس میں وسطی اور موخر مصفاقی خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اس رقبہ میں سے جبھی عارضی کنڈ (fronto-malar notch) کے

36



شکل ۱۰۔ وہ ساختیں دکھائی گئی ہیں جو کھوپری کا لاشعاعوں سے جانبی امتحان کرنے پر صدغی خط میں نظر آتی ہیں۔

نیچے سے دو خط پیچھے سے آگے کی طرف کو گذرتے ہیں۔ انیس سے زیرین غرابی صحنہ (cribriform plate) کے لیول کا متناظر ہوتا ہے اور بالائی مصفاقی کے جانبی تودہ اور جبھی ہڈی کے مجری صحنہ کے مقام اتصال کا۔ پس عارضی (retromalar) رقبہ کی زیرین حد پر وندی فکلی (spheno-maxillary) (جلینی حنکی) (pterygo-palatine) حفرہ، وندی فکلی شقاق، وندی حنکی عقندہ اور زیر مجری (infra-orbital) عصب کا ابتدائی حصہ واقع ہوتے ہیں۔

صدغی دریچہ (temporal fenestra) کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ ہم ترین ساختیں دکھائی دیتی ہیں۔ اوپر سے نیچے کی طرف شمار کرنے میں یہ حسب ذیل ترتیب سے پائی جاتی

37

37

ہیں۔۔۔ وندی کا جناح صغیر۔۔۔ حفرہ شخامیہ (pituitary fossa) [زیر بالی حفرہ fossa hypophyseos] جو آگے کی طرف مقدم سریری شکل زائده (anterior clinoid process) اور پیچھے کی طرف ظہر السراج (dorsum sellae) اور موخر سریری شکل زوائد سے مکمل ہوتا ہے۔ ظہر السراج (dorsum sellae) کے پیچھے عظم حجری (petrous bone) کا سیاہ سایہ واقع ہوتا ہے جو پچھلی طرف علمی جداری ستون (masto-parietal pillar) پر ختم ہو جاتا ہے۔ حفرہ شخامیہ کا فرش وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے سے ۱/۲ انچ (۱۲ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکی مقدم حدود وسطی و جہنی (midzygomatic) نقطہ کے عین اوپر ہوتی ہے۔ حفرہ شخامیہ کا طبعی پیشل سین قطر بالوں میں ۱۲ ملی میٹر (۱/۲ انچ) ہوتا ہے۔ سورانخ بصری (optic foramen) جبھی علدھی کٹاؤ سے ۱/۲ انچ (۳ ملی میٹر) پیچھے کی طرف کو اور وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے سے ۱/۲ انچ (۲۵ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ پیش منغذی (premental) نقطہ (دیکھو شکل ۱۰) قاعدی زائده (basilar process) کی پچھلی جانب کی نشاندہی کرتا ہے۔ منغذ داخلی اس نقطہ سے ۱/۲ انچ پیچھے اور اوپر واقع ہوتا ہے۔ منغذ خارجی اسکے عین پیچھے اور نیچے واقع ہوتا ہے۔ نیز اس سینہ (basion) جو سورانخ کبیر (foramen magnum) کے مقدم کنارے پر واقع ہوتا ہے، اس نقطہ سے ۱/۲ انچ نیچے اور پیچھے ہوتا ہے۔ وندی جوف (sphenoidal sinus) حفرہ شخامیہ کے نیچے اور سامنے واقع ہوتا ہے۔

باب سوم

مشمولات مجملہ

38

(THE CRANIAL CONTENTS)

اغشیہ دماغ - ام جانیہ (dura mater) اپنی سختی کی وجہ سے دماغ کے لئے ایک عمدہ محافظ کا کام دیتی ہے۔ کھوپڑی کے تمام قاعدہ پر یہ ہڈی سے بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اس لئے اس جگہ پر اس غشا اور ہڈی کے درمیان وعابدریوں کے واقع ہونے کا بہت کم امکان ہوتا ہے۔ گنبد (vault) پر اسکی چسپیدگیاں متقابلہ ڈھیلی ہوتی ہیں مگر درزوں کے خطوں کے ساتھ ساتھ یہ بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اس ڈھیلی ڈھالی چسپیدگی کی وجہ سے بڑی بڑی زنی اور قحی وعابدریاں ام جانیہ اور ہڈی کے درمیان جمع ہو جاتی ہیں۔ ایسی وعابدریوں سے عام طور پر ضغط دماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس امر پر بھی غور کرنا چاہئے کہ ضغط کے تمام مریضوں میں ضاغط قوت ام جانیہ سے باہر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ غیر پیچیدہ حالتوں میں جب وقوع حادثہ کے ساتھ ہی ضغط کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں تو انکی پیدائش کا سبب غالباً منخفض ہڈی ہوتا ہے۔ اور جب یہ علامات کچھ عرصہ بعد ظاہر ہوتے ہیں تو انکا سبب غالباً وعابدرون ہوتا ہے جو غنائے مذکور اور ہڈی کے درمیان جمع ہو جاتا ہے۔ اور جب حادثہ کے بعد ایک طویل عرصہ (کچھ دن یا ہفتے) گزر جائے تو ان علامات کے پیدا ہونے کا سبب اسی مقام پر غالباً پیپ کا اجتماع یا کسی دویرہ کانگون ہوتا ہے۔

39

سرسجی بیل (Sir C. Bell) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ گنبد کی ام جافیہ چوٹ کے ارتعاش ہی سے بعض اوقات علمدہ ہو جاتی ہے۔ ”کسی موضوع کی کھوپری پر بھاری تھوڑا سا نمبر لگاؤ قطعاً کرنے پر یہ ظاہر ہوگا کہ جس مقام پر ضرب لگی ہے وہاں سے ام جافیہ کھوپری سے پرے ہٹ گئی ہے۔ اس تجربہ کو کسی اور موضوع پر دہراؤ اور سر میں سریش (size) کی ایک قلیل مقدار کا اثراب کر دو۔ جس مقام پر ضرب لگائی گئی ہے اسپر کھوپری اور ام جافیہ کے درمیان شریہ کا ایک تھمکا پایا جائے گا۔ اور وہ بعینہ اسی روبرو کے مشابہ ہوگا جو سر پر شدید ضرب لگنے کے بعد پیدا ہوتا ہے۔“ ٹلو (Tillaux) نے یہ ثابت کر کے دکھا یا ہے کہ ام جافیہ اور ہڈی کے درمیانی انفصالات خاص کر صدغی حفرہ پر کمزور ہوتے ہیں، جو سمائی نرف کا عام ترین محل ہے۔ جب کسر کی حالت میں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان خون بہنا شروع ہو جاتا ہے تو اس وقت وسطی سمائی عروق ہی منسحق ہوتے ہیں، اور انہیں سے شریان کی نسبت زیادہ تر رفیق دریدیں منسحق ہوتی ہیں۔ ان دریدوں سے شریان کے ارد گرد ایک جوف بنتا ہے (وڈ جونز : Wood-Jones)۔ وسطی سمائی شریان شو کی سوراخ (foramen spinosum) سے گزرنے کے بعد دو شانوں میں منتسم ہو جاتی ہے۔ مقدم شاخ جو بڑی ہوتی ہے، عظم جداری کے پیش نیرین زاویہ کو کاٹتی ہوئی اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اور اکیلی درز کی پھیلی جانب سے اس سے تھوڑے سے فاصلہ پر گنبد پر چڑھ جاتی ہے۔ موخر شاخ عظم فلسائی کو کاٹتی ہوئی انفری رخ میں پیچھے کو نکل جاتی ہے اور دوسری صدغی تلفیف کا ممر اختیار کر لیتی ہے (دیکھو شکل ۶۳)۔

جس مقام پر یہ عروق عظم جداری کے مقدم زاویہ کو کاٹتے ہوئے گذرتے ہیں وہاں پر یہ اکثر دریدہ ہو جاتے ہیں اور اسکے بہت سے وجوہ ہیں۔ ہڈی میں جہاں ان عروق کے لئے میزب موجود ہوتا ہے، وہاں یہ بہت باریک ہوتی ہے اور عروق بذات خود ہڈی میں اکثر اس طرح گرے ہوتے ہیں کہ انکی دریدگی کے بغیر کسر کا واقع ہونا مشکل ہی سے ممکن ہو سکتا ہے۔ اور آخری سبب یہ ہے کہ شریان کا یہ مخصوص خطہ کھوپری کا وہی حصہ ہے جس میں کسر واقع ہونے کا امکان خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔ جیسسن (Jacobson) نے یہ ظاہر کیا ہے کہ یہ عروق ایسی قوت سے بھی منسحق ہو سکتے ہیں جس سے کھوپری میں کسر واقع نہ ہو (عام طور پر صرف دریدیں ہی منسحق ہوتی ہیں) بلکہ ام جافیہ علمدہ ہو گئی ہو۔ وسطی سمائی عروق کے علاوہ خارج سمائی نرف کا ماخذ جانبی جوف (lateral sinus) بھی نہایت کثرت سے ہوتا ہے اور اسکے وجوہ ظاہر ہیں۔

ام جانیفہ کے اعصاب۔ ام جانیفہ میں اعصاب کی رسد موجود ہے۔ اسکا عظیم ترین مبداء پانچواں عصب ہے۔ مگر دسویں اور بارہویں جمعی اعصاب سے بھی سیکڈ رسد بنتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ترخان کے علیہ میں جب ام جانیفہ کاٹی یا کھری جاتی ہے تو خون کے دباؤ میں ایک نمایاں تخفیف واقع ہو جاتی ہے (ایچ ٹیرل گرے اور ایل پارس: H. Tyrrell Gray and L. Parsons)۔ در دوسرے بہت سے اقسام ان در آئندہ تہجیات سے پیدا ہوتے ہیں جو تائیٹی (vagal) یا توامی ثلاثی (trigeminal) کسی نواتا تک پہنچتے ہیں۔ جہاں یہ عصبی اقسام کی وجہ سے ام جانیفہ سے منسوب ہو جاتے ہیں (کشنگ: Cushing)۔

وریدی اجواف۔ دماغی وریدیں جیکی دیوار میں نرم اور کمزور ہوتی ہیں اور جو دماغ کے ہر نیشن کے ساتھ مضبوط ہو جاتی ہیں وریدی اجواف میں گھسی ہیں۔ یہ اجواف استوا دیواروں کی قتالیں ہیں جو ام جانیفہ کی بیرونی یا گرد عظمیٰ اور اندرونی یا سہارا دینے والی تہوں کے درمیان موجود ہوتی ہیں۔ جن مقامات پر فوقانی دماغی وریدیں (superior cerebral veins) فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) میں داخل ہوتی ہیں اور جہاں صدغی وتدی اور قدالی وریدیں جانیفہ جوف (lateral sinus) سے ملتی ہیں وہاں منکوتیہ (arachnoid) ام جانیفہ سے مضبوطی سے منضم ہوتا ہے، مگر دوسرے تمام مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

جانیفہ جوف (lateral sinus) جراحی نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہے۔ جو نہی یہ حللی زائدہ کے نیچے سے پیچھے کی طرف خم کھاتا ہے، حللیہ کے مغارہ اور خلیات سے یہ بہت قریبی علاقہ پیدا کر لیتا ہے جنہیں سے عورتی حالت اس تک میل سکتی ہے اور حقیقت و نما ہو سکتی ہے (دیکھو شکل ۲۵ صفحہ 104)۔ جانیفہ جوف کی نشاندہی مندرجہ ذیل تین نقاط کی تعیین سے کی جا سکتی ہے (دیکھو شکل ۳ صفحہ 15 اور شکل ۶ صفحہ 25)۔ (۱) قفائینہ (inion)۔ (۲) نجمینہ (asterion)۔ (۳) منقذ کے نیرین کنارے سے ۱/۴ انچ نیچے ایک نقطہ لیا جائے۔ جب یہ تینوں نقاط ملا دئے جاتے ہیں تو جانیفہ جوف دو حصوں سے بنا ہوا دکھائی دیتا ہے ایک

افقی حصہ جو تقائینہ (inion) سے لیکر نجمینہ (asterion) تک بتدریج اوپر کو چڑھتا چلا جاتا ہے اور دوسرا انقباضی جو نجمینہ سے دفعہ نیچے کو پس منحنی نقطہ تک چلا جاتا ہے۔ یہ جوف اہلی میٹھ پوڑا ہوتا ہے۔ یہ داخلی و واجبی (internal jugular) ورید کی شکل میں کھوپری سے باہر نکل آتا ہے جو صلی زائدہ کے مقدم کنارہ کی سیدھ میں جاتی ہے، مگر غده کلفیہ (parotid gland) کے نیچے گہری واقع ہوتی ہے (شکل ۳)۔

فوقالی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کی نشاندہی

کھوپری کی محراب کے اوپر سے الفعیئہ (nasion) سے لیکر تقائینہ (inion) تک خط کھینچنے سے کیجاتی ہے۔ اس جوف کے ساتھ ساتھ حفریزات (lacunæ) (نزد جوفیہ جا: parasinoids) کے جانبی پھیلاؤ واقع ہوتے ہیں جنہیں بہت سی فوقانی دماغی (superior cerebral) وریدیں کھلتی ہیں۔ یہ جانبی پھیلاؤ فوقانی طولی جوف کے تمام حصوں کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں مگر انہیں سے سب سے لمبے اور اہم ترین جداری (parietal) پھیلاؤ ہیں، جو مرکزی تلافیف کے بالائی حصوں کو ڈھانکتے ہیں (پرسی سارجنٹ: Percy Sargent)۔ فوقانی طولی جوف بعض اوقات علقہ پنجمانے سے مسدود ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں خون کو تعمی مجاری میں سے دور کرنا پڑتا ہے، اور یہ فوقانی دماغی دریدوں سے تحتانی دماغی وریدوں اور بالخصوص سلویئس (Sylvius) کی سطحی وریدیں جو کہفلی جوف (cavernous sinus) میں جا کر ختم ہوتی ہے چلا جاتا ہے۔ فوقانی طولی جوف اکثر حالتوں میں دائیں جانبی جوف میں ختم ہوتا ہے، اور یہ اسلئے بائیں جوف سے بڑا ہوتا ہے۔

کہفلی جوف (cavernous sinus) کے اندر داخلی سباتی شریان

(internal carotid artery) اور چھٹا جمعی عصب محصور ہوتے ہیں اور جسکی دیوار میں تیسرا اور چوتھا عصب اور پانچویں عصب کا بیشتر حصہ دبا ہوتا ہے، عظم وتدی کے جسم پر واقع ہوتا ہے۔ یہ وتدی ہوائی جوف کے عین اوپر ہوتا ہے، جس میں سے عفونتی حالتیں کہفلی پھیل سکتی ہیں جن سے علقیت پیدا ہو جاتی ہے ایسی حالتوں میں عینی وریدوں (ophthalmic veins) کے متدد ہو جانے کی وجہ سے آنکھیں ابھرتی ہیں، کیونکہ وریدی خون مجر میں سے

یہ کر جانی جوف (lateral sinus) اور و باجی و رید (jugular vein) تک فوقانی اور تحتانی حجری اجواف کے ذریعہ سے پہنچتا ہے۔ نغما میہ کے سلعات کہنکی جوف کو لازمی طور پر مضبوط کر دیتے ہیں۔ و اعلیٰ سبانی شریان (internal carotid artery) اور کہنکی جوف (cavernous sinus) کے درمیانی تعلقات اتنے قریبی ہیں کہ ان حصوں کو ضرر پہنچنے سے شریان و ریدی نور سما واقع ہو چکا ہے۔ مزید برآں یہ بھی معلوم ہو گیا ہو گا کہ یہ جوف مجھر میں التهاب موجود ہونے کی حالت میں اپنے بڑے بڑے معاونوں یعنی دونوں عینی و ریدوں (ophthalmic veins) کے ذریعہ سے عمل التهاب کے منتشر ہو جانے سے کس آسانی سے علیقت زدہ ہو سکتا ہے۔

تحت جانی فضا (subdural space) ام جانیہ اور عنکبوتیہ کے

درمیان واقع ہوتی ہے، اور پلورائی کہن کی طرح یہ بھی صرف ایک امکانی فضا ہوتی ہے کیونکہ صحت کی حالت میں عنکبوتیہ ام جانیہ کی اندرونی صاف سطح کے ساتھ ملا ہوتا ہے۔ یہ فضا صرف اسی حالت میں بنتی ہے جبکہ سیال یا خون یا پیپ ان دونوں غشاؤں کے درمیان جمع ہو جائے (شکل ۱ صفحہ ۳)۔ تحت جانی فضا میں کی قدر سیال موجود ہوتا ہے جو دماغ کے حرکات نبضان میں رگڑ کے اثرات کو زائل کر دیتا ہے، اسلئے اس کا فعل پلورائی اور باریطونی تاجوں کے فعل کا سا ہے۔

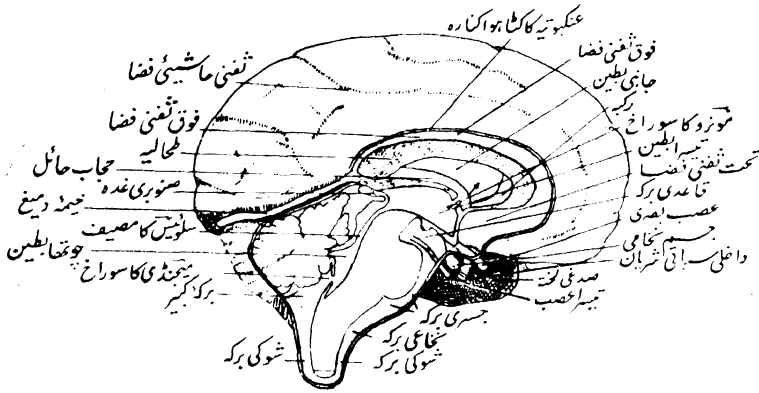
42

زیر عنکبوتی فضا (subarachnoid space) کی معتد بہ جراحی اہمیت

ہے۔ جو فضا جبل شوکی کے ارد گرد موجود ہوتی ہے اسکا دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے بلا واسطہ تسلسل قائم ہوتا ہے۔ لہذا جب اس فضا کا بزل جبل شوکی کے قطعی حصہ پر کیا جاتا ہے تو دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں کی سیلیت بھی ساتھ ہی ہوجاتی ہے (شکل ۱۱)۔ اسلئے درون مجھی دباؤ کے زیادہ ہو جانے کی حالت میں قطعی کوچے (lumbar puncture) کا علاج ہے۔ التهاب سحائیہ (meningitis) میں دماغی شخاعی سیال مکر ہو جاتا ہے اور زیر عنکبوتی فضا میں یا اسکے بعض حصوں میں کبھی کبھی پیپ بھی موجود ہوتی ہے۔

جبل شوکی میں عنکبوتیہ اور ام خونہ کے درمیان بہت سا فاصلہ ہوتا ہے، اسلئے

زیر عنكبوتی فضا وسیع ہوتی ہے۔ جو نہی یہ فضا کھوپری میں داخل ہوتی ہے، دمیغ اور بطین چہارم کی چھت کے درمیان یہ پھیل جاتی ہے۔ اس پھیلاؤ کا نام بمرکہ کبیر (cisterna magna) ہے (شکل ۱۱) بطین چہارم کی چھت میں ایک فتحہ [میجنڈی (Magendie) کا سوراخ] ہوتا ہے جس کے ذریعہ سے دماغ کے بطینوں کا دماغی نخاعی سیال بمرکہ کبیر (cisterna magna) کے سیال سے مل جاتا ہے (شکل ۱۱) کھوپری کے قاعدہ پر نخاع مستطیل (medulla) اور جسر (pons) کے سامنے شوکی زیر عنكبوتی فضا بمرکہ جسری (cisterna pontis) کی شکل



شکل ۱۱۔ اس میں وہ جمعی فضائیں دکھائی گئی ہیں جن میں دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے۔

میں پھیل جاتی ہے۔ اور اس برکہ کا تسلسل ایک بڑی فضا سے ہوتا ہے جو قاعدہ دماغ پر صدفی لغتوں کے درمیان اور درون ساچی فضا (interpeduncular space) کے نیچے واقع ہوتی ہے۔ برکہ قاعدی (cisterna basalis)۔ اس برکہ میں دائرہ ولس (circle of Willis) تیسرا اور چوتھا عصب اور پانچویں عصب کی جڑ بصری صلیبیہ (optic chiasma) و خطہ جا اور جسم نخاعیہ کا قاع (infundibulum) موجود ہوتے ہیں۔ قاعدی الہتاب سمائیس (basal meningitis) میں یہ بعض اوقات پیپ سے متسع ہو جاتا ہے۔ تحتانی نخاعی قنعہ (inferior medullary velum) میں جو الہتابی انضمامات واقع ہوتے ہیں ان سے اس غشا کے فتحات کے بند ہونے سے بعض اوقات استسقا دماغ کی حالت (hydrocephaly)

پیدا ہوجاتی ہے۔

دماغ کے تلافیف کے اوپر عنکبوتیہ (arachnoid) کو احم حنونہ (pia mater) محدود کرتی ہے اور یہاں یہ ڈھیلی ڈھالی زیر عنکبوتی بافت کا کام دیتی ہے۔ دائرہ ولس (circle of Willis) سے جو شریانیں نکلتی ہیں انکے ساتھ ساتھ ہر جگہ قاعدی برکہ (basilar cistern) کے پھیلاؤ تجاویف دماغ کی ام حنونہ میں آجاتے ہیں۔ دماغ کے قاعدہ کامیان باقی (interpeduncular) حصہ جس (pons) اور نخاع مستطیل (medulla) اگرچہ ان قاعدی برکہ جات پر واقع ہوتے ہیں مگر صدغی اور جہی لختہ جات کھوپری کے قاعدہ پر بلا واسطہ ملکتے ہوتے ہیں اور قذالی لختہ دینی خمیہ (tentorium cerebelli) پر واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے تینوں قطب یعنی جہی، قذالی اور صدغی، اسحمیہ اور کھوپری سے بلا واسطہ ملے ہوتے ہیں اور اسلئے یہ دماغ کے وہ حصے ہیں جنکے سر پر ضرب آجانے کی حالت میں دریدہ ہوجانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

دماغی نخاعی سیال بطور حائل کے کام کرتا ہے اور یہ ان مضر اثرات کو جو

دوران خون کی بے قاعدگیوں سے دماغ پر (جو کہ نہ دینے والے کہف میں واقع ہے) ہوسکتے ہیں زائل کر دیتا ہے۔ اگر جانبی بطینوں کے قریب کے بڑے بڑے عصبی مراکز امتلا سے متورم ہوجائیں تو ان مراکز کو کسی نہ دینے والی دیوار کا مقابلہ نہیں کرنا پڑتا بلکہ یہ تھوٹے سے دماغی نخاعی سیال کو میجنڈی (Magendie) کے سوراخ کے راستہ سے باہر دھکیل دیتے ہیں، اور یہ حالت سو وقت تک رہتی ہے جب تک کہ دوران خون دوبارہ طبعی نہیں ہوجاتا۔

جب تندرست دماغ ترخان کے سوراخ کے ذریعہ سے معر کیا جاتا ہے تو اس میں نبضان دکھائی دیتا ہے جو قلب کی ہر ضرب کے ساتھ ہوتا ہے اور اگر یہ نبضان موجود نہ ہو تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کھوپری کے اندر کا دباؤ شریانی دباؤ سے زیادہ ہے (۱۰۰-۱۳۰ مم پارہ)۔ طبعی طور پر جیسا کہ ہل (Hill) نے ثابت کر کے دکھایا ہے درون جمجی دباؤ اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ وریدوں میں خون کا دباؤ ہوتا ہے۔ قلب کے ہر ضربان پر کھوپری میں (۵ مکعب سنٹی میٹر) خون داخل ہوتا ہے۔ اور اسلئے اتنا ہی وریدی خون وواجی ورید کے ذریعہ سے باہر آجاتا ہے۔

یہ سیال جانبی بطین سے تیسرے بطین میں سوراخ منزو (Monro) کے ذریعہ سے

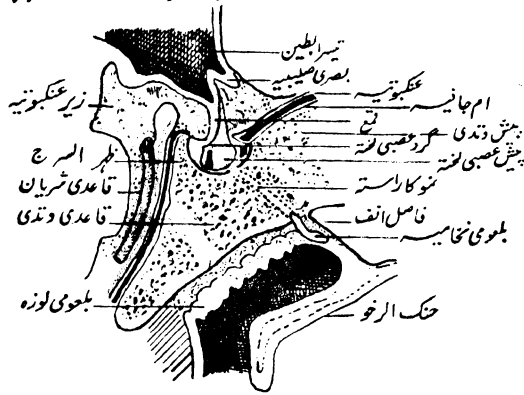
اور تیسرے سے چوتھے بطین میں مصیف سلوئیس (aqueduct of Sylvius) کے راستہ سے اور چوتھے بطین سے برکہ کبیر (cisterna magna) میں میجنڈی (Magendie) کے سوراخ میں سے ہو کر گزر سکتا ہے (شکل ۱۱)۔ بہت سے ابھی تک بطین (Hilton) کی رائے ہی سے متفق ہیں کہ مصیف مذکور کے مسدود ہوجانے یا میجنڈی (Magendie) کے سوراخ یا دوسرے دو فتحات کے جو بطین چہارم کے جانبی زاویوں پر ہوتے ہیں [کے (Key) اور ریٹزیوس (Retzius) کے سوراخ] بند ہوجانے سے بطینوں سے سیال کے باہر آنے کا راستہ رک جاتا ہے اور اس طرح استقائے دماغ کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

خون کی سیلیت اور دہ جالینوس (veins of Galen) سے بھی ہوتی ہے۔ لہذا ان پر دباؤ پڑنے سے اسی قسم کا نتیجہ برآمد ہو سکتا ہے۔ یہ خیال ہمیشہ کیا گیا ہے کہ استقائے دماغ کی حالتوں میں جانبی بطینوں کے اندر کا دباؤ دماغی نخاعی سیال کی سیلیت تحت جانی فضا میں کرنے سے کم کیا جاسکتا ہے۔ یہ سیال کسی ایسے دباؤ کے زیر اثر جو دماغی وریدوں کے اندر کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو جذب ہو جاتا ہے (ہل : Hill)۔

اگر دماغ بھی استلا سے کلانی یافتہ ہو جائے تو اسے نہ دبنے والی ہڈی کی بجائے ترتیب پذیر آبی بستر سے سابقہ پڑتا ہے، اور اپنی کلانی کے زمانہ میں یہ اس سیال کے کچھ حصہ کو جو اسکے ارد گرد موجود ہوتا ہے زیر غلبہ ہوتی فضا کے شوکی حصہ میں منتقل کر دیتا ہے۔ بطین (Hilton) نے قاعدہ کے کسر کے ایک مریض کے متعلق جسکے کان سے دماغی نخاعی سیال بہ رہا تھا الملاحہ دی گئی، جس سے یہ متبادل اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ جب اسکی ناک اور اسکا منہ بند کر دئے جاتے تھے اور گردن کی وریدیں مضبوط کر دیا جاتی تھیں تو زفر کے لئے کوشش کرنے کے ساتھ ہی اخراج سیال میں بہت اضافہ ہو جاتا تھا۔

بالغ کے دماغی نخاعی نظام میں سیال کی کل مقدار کا اندازہ ۱۳۰-۱۵۰ مکعب انچ (تقریباً ۴ اونس) کیا گیا ہے۔ اسکا افزائش (۱) جانبی بطینوں میں، (۲) تیسرے بطین کی چھت میں اور (۳) چوتھے بطین کی چھت میں ضغیر و جات شیمیہ (choroid plexuses) سے ہوتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ برفلیفی (ependymal) سرحد ہی جسکی پوش ان ضغیر و جات پر موجود ہوتی ہے حقیقت میں افزائش کے فعل کو سر انجام دیتا ہے۔ یہ سیال مندرجہ ذیل ساختوں کے ذریعہ سے جذب ہوتا ہے۔ (۱) لمفی فضاؤں سے جو عصبی جڑوں کے ارد گرد موجود ہوتی ہیں۔

(۲) وریدوں اور وریدی فضاؤں میں گزرنے سے۔ نیز (۳) اجسام پیکونی (Pacchionian bodies) کے ذریعہ سے بھی یہ وریدی نظام میں پہنچ جاتا ہے۔ جب میتھلین بلو (methylene blue) کا اشتراک شوکی زیر معنکوتی فضا میں کیا جاتا ہے تو یہ فوراً دماغ کے بطینوں میں ظاہر ہو جاتی ہے، جس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ انتشار جلد ہی واقع ہو جاتا ہے۔ مزید برآں دوران خون میں بھی یہ فوراً ہی ظاہر ہو جاتی ہے۔ اور اسکا اخراج گردوں سے ہوتا ہے۔ عروق لمف سے یہ بہت آہستہ جذب ہوتی ہے، کیونکہ گردن کے غدد کچھ عرصہ گزرنے سے پہلے لون نہیں ہوتے۔



شکل ۱۲۔ پندرہ ماہ کے بچے کے جسم نخامیہ، تیسرے بطین، اور اساس التود، انفی بلووم کی تراش۔ نخامی برون بالید کی ڈنڈی کا بقیہ حصہ انفی بلووم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔

جسم نخامیہ (pituitary body)۔ زمانہ حال میں جسم نخامیہ کو جو ام حانیہ کے ایک مخصوص خانہ میں بند ہوتا ہے اور اساس التودی (basi-sphenoid) کی بالائی سطح پر واقع ہوتا ہے بہت سی جراحی اہمیت حاصل ہو گئی ہے۔ شکل ۱۲ میں اسکی شکل اور اس کے تعلقات ظاہر کر کے گئے ہیں جیسا کہ یہ کم عمر بچہ میں دکھائی دیتے ہیں۔ اسکی ڈنڈی تیسرے بطین کے فرش سے نیچے کی طرف کو آتی ہے اور موخر یا عصبی (neural) لختہ میں پہنچ کر ختم ہو جاتی ہے۔ مقدم یا غدی لختہ عصبی لختہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے اور اسکو ہر طرف سے محیط کرتا ہے۔ غدی لختہ جو فم الاصلی (stomodæum) یعنی جنین کے ذہنی نشیب سے بطور ایک برون بالید کے پیدا ہوتا ہے، دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ ایک گردبھی (perineural) یا دریا (intermediate)

حصہ (ہیرنگ: Herring) ابو عصبی لختہ کے ساتھ قریبی طور پر ملا ہوتا ہے اور دوسرا مقدمہ (anterior) یا پیش عصبی (preneural) حصہ۔ گرد عصبی (perineural) اور پیش عصبی حصے ایک مرکزی کہفہ کے ذریعہ سے علحدہ ہوتے ہیں۔ اور یہ کہفہ سن بلوغ پر منطس ہو جاتا ہے (شکل ۱۲)۔ پیش عصبی غدی حصہ بعض اوقات پیش پروردہ ہو جاتا ہے اور اس سے ایک غدی سلعہ طیار ہو جاتا ہے۔ ایسے بہت سے مریضوں میں جسم کے مختلف حصے (خاص کر چہرہ، ہاتھ اور پاؤں) بڑھنا شروع کر دیتے ہیں اور بہت بڑے ہو جاتے ہیں جس سے ایک تاجو کبر الجوارح (acromegaly) کے نام سے موسوم ہے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر یہ پیش پرورش جوانی کے زمانہ میں واقع ہو تو بخیر کی تمام ہڈیاں جلد بڑھنا شروع کر دیتی ہیں اور غیر متعینیت (gigantism) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ نخامیہ کا گرد عصبی غدی حصہ جسم کے مختلف حصوں کی بالیدگی کو اندرونی افزائش کے ذریعہ سے منظم رکھتا ہے اور اگر یہ افزائش ضرورت سے زیادہ ہو تو اس سے پیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سے مریضوں کو علمیہ سے جس میں غدی لختہ کا کچھ حصہ کھر بیج دیا جاتا ہے، فائدہ ہوا ہے۔ بالغوں میں نخامیہ تک وندی جوف میں سے جس کی چھت پر یہ جسم واقع ہوتا ہے، رسائی حاصل کی جاتی ہے۔ اس جوف تک پہنچنے کا طریقہ یہ ہے کہ ناک کے غضروفی حصہ کو الٹ کر انفی ناصل (septum nasi) کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جاتے ہیں حتیٰ کہ وندی جوف آجاتا ہے۔ ایک اور راستہ بھی ہے جو شاید مذکورہ راستہ سے بہتر ہے اور یہ صدغی حفرہ میں سے ہے۔ دماغ کے صدغی لختہ کو اوپر اٹھانے کے لئے ناکہ جسم نخامیہ معرا ہو جائے صدغی حفرہ میں وسیع تر فان کرنا ضروری ہوتا ہے جب نخامی سلعات پھیلتے ہیں تو کھنکھی اجواف کو مضبوط کر دیتے ہیں اور بصری اعصاب (optic nerves) کے ساتھ قریبی علاقہ رکھنے کی وجہ سے جزوی بصری ذبول اور کوری اور نیز میدان نظر میں تخفیف بھی پیدا کر دیتے ہیں۔ ایسا سلعہ بعض اوقات وندی جوف کی چھت کو متخفیف کر دیتا ہے۔

شکل ۱۲ میں بڑھتے ہوئے نخامیہ کی وندی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔ ارد ڈائیم (Erdheim) نے جن جسموں کا (جو ۵ سے اوپر ہیں) استمان کیا ہے ان سے یہ معلوم ہوا ہے کہ حسی نخامیہ کا بقیہ حصہ (انفی بلعومی نخامیہ) جسم میں موجود ہوتا ہے۔ نخامیہ متجا کے ایک خانہ میں واقع ہوتا ہے جس کی چھت اسکے جسم کی ڈنڈی سے منقبت ہوتی ہے۔ (دلائل اشعار) کی مدد سے نخامی حفرہ کا جو شکل ظاہر ہوتی ہے وہ شکل ۱۰ میں ظاہر کی گئی ہے۔ نخامیہ کو رسد خون کثیر التعداد عروق سے پہنچتی ہے جو دائرہ ویلس (circle of Willis) سے نکلتے ہیں

جانبی جوف دماغ کے زیریں لیول کی اور دماغ کے اوپر کے لیول کی حد بندی کرتا ہے (شکل ۱۳ اور ۱۴)۔ کان کے آگے وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ کی موثر ترین یوٹھقائی سعدی لختہ کے زیریں کنارہ کو ظاہر کرتی ہے۔ سعدی لختہ کا قطب محجری کی بیرونی کور سے ۳/۱ انچ پیچھے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔ پیشانی پر دماغ کی زیریں حد کا اندازہ منقلب (glabella) سے لے کر نقطہ سٹویس (Sylvius) تک محجری بالائی کور سے ۱/۱ انچ اوپر خط کھینچنے سے کیا جاسکتا ہے۔ بصلہ بات شمیمہ (olfactory bulbs) انفینہ (nasion) کے لیول پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۳)۔

49

دماغ کا استھقلہ خارجی منفذ کے نقطہ وسطی کے لیول سے ۱/۱ انچ نیچے اور ۱/۱ انچ پیچھے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۱۳)۔ یہ گہرا واقع ہوتا ہے کیونکہ غذائی عضلات (occipital muscles) کے منہاؤں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

رولینڈو (Rolando) کے شقاق کی نشاندہی کے جوہت سے طریقے

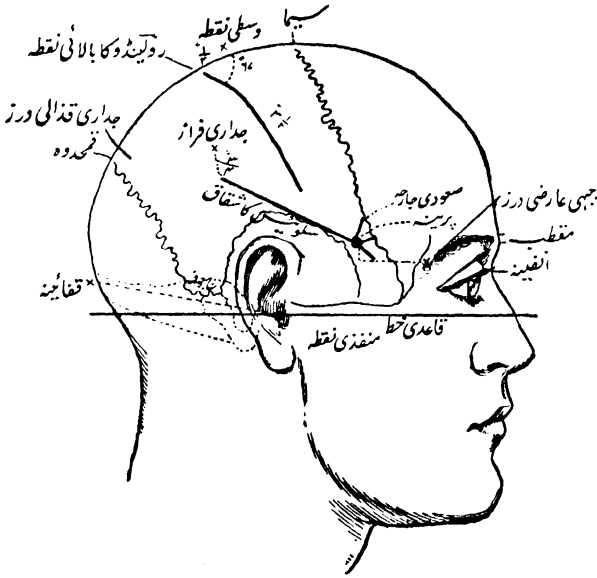
پیش کئے گئے ہیں ان میں وہ طریقہ جس کا ذکر صفحہ 26 پر کیا گیا ہے نہایت سادہ اور صحیح ہے۔ جو خط وہاں کھینچا گیا ہے وہ بعض اوقات شقاق کے عین اوپر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ سر کی شکل کے لحاظ سے اس کا عمل بھی کسی قدر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات معدودی جبھی اور جلدی تلافیت میں، جو رولینڈو کے شقاق کی حد بندی کرتے ہیں، بہت بڑی حد تک واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک تلفیف کا اوسط عرض ۳/۱ انچ ہوتا ہے۔ اکلیل درز (coronal suture) کا بالائی حصہ رولینڈو کے شقاق سے ۲/۱ انچ آگے، اور نیچے کا حصہ اس سے ۱/۱ انچ آگے ہوتا ہے۔

سٹویس (Sylvius) کے شقاق کی نشاندہی مندرجہ ذیل طریقہ سے

کی جاسکتی ہے۔ جبھی عارضی (fronto-malar) اتصال سے جو ایک نمایاں کٹاؤ سے ممیز ہوتا ہے، ۱/۱ انچ اوپر اور ۱/۱ انچ پیچھے ایک نقطہ مقرر کر لیا جاتا ہے۔ یہ نقطہ کنبی میں عظم جدراری کے پیش زیریں زاویہ کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (پرینہ: pterion)۔ پرینہ سٹویس کے شقاق کے تینوں جوارح اور اس کے تنے کے مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر ایک خط پرینہ سے پیچھے اور اوپر کی طرف کو جدراری فراز سے ۳/۱ انچ پیچھے تک کھینچا جائے تو

یہ موتر افقی جارحہ (posterior horizontal limb) یا فرع (ramus) کے محل وقوع کو ظاہر کریگا (شکل ۱۳)۔ اگر جداری فراز بخوبی نمایاں نہ ہو تو شقاق مذکور کی نشاندہی یہی عارضی گناؤ کو پریمہ (pterion) سے لانے اور اس خط کو پیچھے کی طرف سیدھا بڑھا کر

50



شکل ۱۳۔ وہ خطوط دکھانے گئے ہیں جو دماغ کے بڑے بڑے شقاق کو ظاہر کرتے ہیں۔ ریڈ (Reid) کا قاعدی خط جو بزرگ زیرین ماشیہ سے پیچھے کی طرف کو منقذی نقطہ میں گزرتا ہو اکھینچا گیا ہے۔

جداری فراز تک لیجانے سے، جیسا کہ شکل ۶ میں ظاہر کیا گیا ہے، کی جا سکتی ہے (آر۔ جے۔ بری R.J. Berry)۔ اس فرع (ramus) کی حدیچے کی طرف فوقانی صدی تلفیف سے بنتی ہے جیکے ٹیٹ وسطی میں "ساعت الفاظ" مرکز ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ اوپر کی طرف اسکی حد بندی آگے سے لیکر پیچھے کی طرف کو تحتانی جہی تلفیف کے قاعدی حصہ، سعودی جہی اور جداری تلفیف کے زیرین سروں، اور فوق ماشیہ تزیید (supramarginal gyrus) سے ہوتی ہے۔ بل لڈر

51

تین حصوں میں زبان، خجھرہ، بلعوم اور منہ کی حرکتوں کے مرکز واقع ہوتے ہیں۔ اگر خط سلوئیس کے اختتام کے ساتھ ملا کر ایک پینی (penny) رکھ دیا جائے تو وہ زاویہ بی تلفیف کو جس میں "بصارت الفاظ" کا مرکز موجود ہوتا ہے دھک لینگا (شکل ۱۳)۔ جداری فراز فوق حاشیہ تلفیف کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ شقاق سلوئیس کا صعودی جارحہ پرینہ (pterion) سے اوپر کی اور کسی قدر آگے کی طرف کو ایک ۳ انچ لمبا خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے اور چھوٹے مقدم افقی جارحہ کی نشاندہی اسی نقطہ سے آگے کی طرف کو ایک ۱/۲ انچ لمبا خط کھینچنے سے کیا جاسکتی ہے۔ صعودی اور مقدم جوارح کے درمیان تختانی جبہ تلفیف کا جزو مشترک یعنی (pars triangularis) واقع ہوتا ہے جس میں "حرکی کلم" (motor speech) کا مرکز موجود ہوتا ہے۔ بروکا (Broca) کا یہ خیال تھا کہ بائیں تختانی جبہ تلفیف (جو اکثر تلفیف برکا کہلاتی ہے) لفظ سے ایک خاص تعلق رکھتی ہے۔ مگر حال ہی میں پیرے میرے (Pierre Marie) اور دوسروں نے اس حصہ کے مرض کے کئی ایک واقعات کا بیان شائع کیا ہے جن میں لفظ غیر متاثر رہا تھا۔ شقاق سلوئیس کا تنہا ۱/۲ انچ لمبا ہوتا ہے اور عظم وندی کے جناح کبیر کے بیچے سے بیچے اور آگے کی طرف کو جاتا ہے (شکل ۱۳)۔ صدغی لختہ اسکے نیچے واقع ہوتا ہے۔

عظم جداری کے چاروں زاوے بھیجے سے اہم تعلقات رکھتے ہیں۔

پیش زبرین زاویہ تختانی جبہ تلفیف کے موخر حصہ اور شقاق سلوئیس کے مقدم افقی اور صعودی جوارح کو پوشیدہ رکھتا ہے۔ وسطی سحالی شریان کی مقدم شاخ معد اپنے رفیق جوف کے اسکے بیچے سے اوپر کو چڑھتی ہے۔ پیش فوقانی زاویہ سیما (bregma) پر فوقانی جبہ تلفیف کے انتہائی سرے اور ٹولے کے حرکات کے مرکز کو پوشیدہ رکھتا ہے پس فوقانی زاویہ تمردہ (lambda) پر قذالی لختہ کے بالائی حصہ کے اوپر اور جداری قذالی شقاق سے ۱/۲ انچ پیچھے واقع ہوتا ہے۔ پس تختانی زاویہ جانبی جوف کے انحداب کو پوشیدہ کرتا ہے اور دماغ کی زیرین حد کو ظاہر کرتا ہے۔ شقاق سلوئیس کے موخر جارحہ کا مقدم نصف فلسمانی درز (squamous suture) کے بیچے واقع ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف کو یہ سب کا سب عظم جداری کے نیچے چلا جاتا ہے۔ لہذا اس سے یہ ظاہر ہے کہ عظم جداری تمام جداری لختہ، جبہ اور

52

صدغی لمغزوں کے موخر حصوں، اور قذالی لمغز کے بالائی ماشیہ کو ڈھکتی ہے۔

ستھمائی صدغی تلفیف (inferior temporal convolution)

وجنہ کے بالائی کنارہ اور خارجی منفذ کے اوپر سے پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے، اور طبل (tympanum) کی چھت پر تنگن ہوتی ہے۔ اسلئے یہ ان خراجات کا عام ترین محل ہے جو اذنِ وسطیٰ کے امراض کے بعد پیدا ہوتے ہیں (شکل ۱۴)۔

بھیجے کے قاعدی عقدہ (basal ganglia) (جو منقطہ: corpus striatum)

اور عرشہ بصری (optic thalamus) اپنے بیرونی رخ پر جزیرہ ریال (island of Reil) سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ یہ جزیرہ شقاق سلوٹس کے مقدم تین جو تحقیقی حصہ میں دبا ہوتا ہے، لہذا اس کے اور قاعدی عقدوں کے لئے بھی شقاق مذکور کے سطحی نشانات ہی استعمال کئے جاسکتے ہیں (دیکھو شکل ۱۴ و ۶)۔ اگر بریسہ (pterion) کے سامنے نصف ایچ نصف قطر کا نصف دائرہ کھینچا جائے تو یہ قاعدی عقدوں (basal ganglia) کی مقدم حد کو ظاہر کرے گا، اور ایسی موخر حد اس نقطہ کے سامنے کی طرف اس سے کسی قدر فاصلہ پر واقع ہوتی ہے جس پر جانبی بطینات کا بزل کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳ - صفحہ ۱۵)۔ یہ نقطہ مندرجہ ذیل طریقہ سے معلوم کیا جاتا ہے۔ خارجی منفذ سے ایک انقباضی خط ۵ سنٹی میٹر (۲ انچ) لمبا اوپر کی طرف کو کھینچا جاتا ہے۔ جس نقطہ پر جانبی بطین کا بزل کیا جاتا ہے وہ اس خط کے بالائی سرے سے ۲ سنٹی میٹر (۱ انچ) پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر اگر مینزل (trocar) بھونک دیا جائے تو وہ جانبی بطین میں اسکے جسم اور نزولی اور موخر قوزوں کے مقام اتصال پر داخل ہوتا ہے (جنکسنس: Jenkins)۔

نتیجے کے حسی حرکی رقبہ جات - بعض ضررات و ماغ کا مقام معلوم کرنے اور ان عملیہ جات میں رہبری کے لئے جو قشرہ و ماغ پر کئے جاتے ہیں، جراح کے لئے ان رقبہ جات کے محل کی واقفیت رکھنا نہایت ضروری ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ رقبہ جات صعودی جبہ (پیش مرکزی: precentral) اور نیز صعودی جداری (پس مرکزی: postcentral) تلفیف میں واقع ہوتے ہیں۔ مگر شرنگٹن (Sherrington) اور گرؤنباوم (Grünbaum) نے بشر آساقود (anthropoid apes) میں ان تلفیف کے قشرہ کو زیادہ صحیح طور پر پہچان بہنچانے سے یہ دریافت کیا ہے کہ حرکی تعاملات محض صعودی جبہ تلفیف ہی سے حاصل ہوتے ہیں۔

53

حرکی رقبہ جات کی ترتیب شکل ۱۵ میں ظاہر کی گئی ہے۔ جراحیہ اسفل اور وسطی حرکتیں صعودی جبھی تلفیف کے بالائی ایک تنہائی حصہ اور بیشتر اسکے اس حصہ سے جو دماغ کے وسطی رخ پر ہوتا ہے متعلق ہوتی ہیں اور بازو کی حرکتیں اس تلفیف کے وسطی حصہ کے زیر اثر ہوتی ہیں اور چہرہ، منہ اور حنجرو کی اس کی زیریں ایک تنہائی کے ماتحت ہوتی ہیں۔ سملنگٹن (Symington) اور کرمبل (Crymble) نے



شکل ۱۵ پیش مرکزی یا صعودی جبھی تلفیف میں حرکی رقبہ جات کے اور پس مرکزی یا صعودی جداری تلفیف میں حسی رقبہ جات کے مقامات کو ظاہر کرتا ہے۔

مرکزی یعنی رولینڈو (Rolando) کے شقاق کی حسامت اور شکل کے متعلق تحقیقات کی ہے اور اس نے شکل ۱۶ کے مطابق یہ معلوم کیا ہے کہ یہ شقاق اکثر دماغوں میں دو مقامات پر بالائی اور زیریں تلفیقی پشتوں سے پیچھے کی طرف کو دبا ہوتا ہے۔ ان پشتوں کا محل اور حرکی رقبہ جات سے انکا تعلق اور سہمی درز سے انکا فاصلہ شکل ۱۶ میں ظاہر کیا گیا ہے۔

رولینڈو کے شقاق کے پیچھے صعودی جداری تلفیف میں حسی رقبہ جات واقع

54

ہوتے ہیں اور یہ صعودی جبھی تلفیف کے حرکی رقبہ جات کے متناظر ہوتے ہیں۔ جب کوئی سلعہ دماغ کی سطح کو دباتا ہے تو قشرہ میں پہلے تحریک پیدا ہوتی ہے۔ لہذا

اگر سلسلہ حسی رقبہ پر واقع ہو تو یہ اس رقبہ کی زیر اثر حرکتوں میں تحریک پیدا کر دیتا ہے۔ اور اگر یہی حسی رقبہ پر واقع ہو تو جو احساسات اسکے متعلق ہوتے ہیں انہیں تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں جانک بعد قشرہ میں جلد ہی تباہی نمودار ہو جاتی ہے، اور اسکے وظائف معطل ہو جاتے ہیں۔ لہذا ابتدائی تحریک کی جگہ فقدان حرکت اور فقدان حس نمودار ہو جاتا ہے۔ دروں نمجی بالیدوں سے پیدا شدہ علامات کی



شکل ۱۶ پیش مرکزی تزیید کے تلافی مرمیہ جا اور حسی رقبہ جات کے ساتھ ان کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (سمٹلسن : Symington اور کرسبل : Crymble-)

تخصیص مقام بعض اوقات ممکن نہیں ہوتی، کیونکہ چھوٹے سے سلسلہ سے بھی جو کھوپری کی استوار دیواروں کے اندر ہونے لگے کے ایسے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں جو وسیع رقبہ جات پر منقسم ہوتے ہیں۔ آنکھوں کے زوچی حرکات (conjugate movements) وسطی جہی تلفیف کے موخر سرے پر کے قشرہ کے زیر اثر ہوتے ہیں (شکل ۱۵)۔ مزید برآں قشرہ میں بہت سے ابتدائی حسی رقبہ جات بھی ہیں (وہ رقبہ جات جو بصارت اور سماعت اور شامہ سے تعلق رکھتے ہیں) جو دروں نمجی ضررات سے متاثر ہو سکتے ہیں، اور ان سے ایسے علامات پیدا ہونے ہیں جن سے جراح کو عمل مرض معلوم

کرنے میں مدد ملتی ہے۔ استنبصاری قشر (visual cortex) ظہری شتقاق (calcarine fissure) کے نزدیک اور قذافی لختہ کے ارد گرد واقع ہوتا ہے۔ ”بصارت الفاظ“ کا مرکز زاوئی ٹریڈ (angular gyrus) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ سمعی قشر (auditory cortex) فوقانی صدغی تلیفیف کے گہرے یا دہے ہوئے حصہ میں پایا جاتا ہے۔ اور ”سعادت الفاظ“ کا مرکز اس تلیفیف کے وسطی ثلث سے منسوب ہے۔ سخی قشر (olfactory cortex) خطاف (uncus) میں واقع ہوتا ہے، جو صدغی لختہ کے اندر کی طرف موجود ہوتا ہے۔ خطاف کے قرب و جوار کے لغات سخی احساسات میں اختلال پیدا کرنے کے علاوہ ”خوابی حالتیں“ بھی پیدا کر دیتے ہیں۔

بیجھ کے متعلق عمومی طور پر کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ جراحی نقطہ نگاہ سے

یہ نرم بافت کا صرف ایک بڑا سا تودہ ہے جس کو ہلانے سے اسی طرح نقصان پہنچ سکتا ہے جس طرح کہ جلاٹین کو ڈبہ میں ہلانے سے پہنچتا ہے۔ چونکہ اسکی ساخت ایسی ہوتی ہے کہ یہ بہت آسانی سے دب سکتا ہے، اور اس سے جمبی کہضہ تباہہ بر نہیں ہوتا، اسلئے یہ کھوپری میں ادھر ادھر ہلایا جاسکتا ہے، اور اپنی دیواروں کے ساتھ ٹکرانے سے اسکو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ بیجھ کی کوئی یا اس کے کچلے جانے کی حالت میں یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ جہاں تک دماغ اور دماغ کا تعلق ہے ضرور دوسرے حصص کی نسبت زیادہ کثرت سے انہی کی زیریں سطح پر واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 43)۔ مگر مذکورہ بیان کی ایک نمایاں استثنائی حالت بھی ہے اور وہ یہ ہے کہ دماغ کے قاعدہ کے وہ حصے جو دماغی تنخاعی سیال کے ایک عظیم قاعدی اجتماع پر مشتمل ہوتے ہیں شاذ و نادر ہی کوفتہ ہوتے ہیں۔ یہ حصے تنخاع مستطیل، جسر، اور میاں ساچی فضا پر مشتمل ہوتے ہیں۔

رسد خون عروق خون کی رسد دماغ میں بہت مضبوطی ہے۔ دونوں

بڑے بڑے شریانی توں (فقری: vertebral اور داخلی سباتی: internal carotid) میں کھوپری میں داخل ہونے سے قبل خم پیدا ہو جاتے ہیں، جسکا مقصد مشاہدہ یہ ہے کہ انقباض قلب کے جو اثرات دماغ پر ہونے میں ان میں کھینچ ہو جائے۔ داخل ہونے کے ذرا بعد ہی یہ ایک خم دارہ (دائرہ ولس: circle of Willis) کی شکل میں ملجاتے ہیں، جسکا اثر یہ ہوتا ہے کہ دماغی درون خو میں یکسانیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ بڑی مجاری صرف اسی حالت میں کارآمد ثابت ہوتے ہیں جبکہ ان

شریائوں میں سے جن سے دائرہ اُوس بنتا ہے کوئی بڑی شریان مسدود ہو جائے۔ اگر زندہ کتنے کی بائیں سباتی (carotid) شریان میں کسی رنگین مصلول کا انشراب کر دیا جائے تو توپنی مادہ صرف بائیں نصف کو رنگ ہی محدود رہتا ہے۔ لیکن اگر دائیں سباتی (carotid) شریان پہلے ہی سے باندھ دی گئی ہو تو توپنی مادہ دائیں اور بائیں دونوں نصفوں میں پایا جاتا ہے (Kramer:)

وسطی، دماغی (middle cerebral)؛ شریان کی سداویت سے دماغی قشرہ کا ایک وسیع رقبہ تباہ ہو جاتا ہے۔ یہ عرق تیسرے جہی، بالائی اور وسطی صدغی ازوایہی، فوق جاسٹی، اور نیریز صغودی جہی اور جداری تزارید کی زیرین دو تہائی کو رسد پہنچاتا ہے۔ ایسی حالت میں حسی حرکی رقبہ کے صرف وہی حصے تباہ ہونے سے بچتے ہیں جو وارج اسفل اور وسط کے لئے ہوتے ہیں۔ ان مرکوزوں کو اور جہی اور جداری لمخوں کی وسطانی طرف کو اور بیرونی جانب پر قشرہ کے ہم پہلو حصہ کو مقدمہ دماغی (anterior cerebral) شریان رسد پہنچاتی ہے۔ قذالی لختہ اور صدغی وندی ملاقیف کو موخر دماغی (posterior cerebral) شریان سے رسد پہنچتی ہے۔

ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک مشترک سباتی (common carotid) شریان کی بندش سے نتیجے پر کوئی اثر نہ ہو، اگرچہ اس عمل کے بعد موت زیادہ تیز دماغی جیسیدگیوں ہی سے واقع ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایک سباتی (carotid) اور دو فقری (vertebral) شریائیں جیسے کہ کافی خون لاسکتی ہیں، مگر طبی عروق میں کافی کلانی پیدا ہونے سے پیشتر جس سے جیسے کے تمام حصوں کو خون یکساں طور پر تقسیم ہو سکے، چند ہفتے گذر جاتے ہیں۔ دونوں مشترک سباتی شریائوں کو بند لگایا گیا ہے۔ اور نیرز ایک طرف کی سباتی شریان کے مرض کی وجہ سے مسدود ہونے کی حالت میں دوسری طرف کی سباتی شریان باندھی گئی ہے، مگر کوئی نمایاں دماغی اختلالات رونما نہیں ہوئے۔ مگر جب دونوں شریائوں کے بند کرنے میں چند ہفتوں سے کم وقفہ رہا ہے تو مرخص کسی حالت میں بھی روبصمت نہیں ہوا۔ فقری شریائیں دماغ کو خون کی ایک کافی مقدار بھی لاسکتی ہیں بشرطیکہ ان پر بار تدریج ڈالا جائے اور دماغ کو کچھ وقت دیا جائے تاکہ وہ اس تیسرے آہستہ آہستہ موافقت پیدا کرے۔ کتنے میں چاروں کی چاروں شریائوں کو بند لگانے کے بعد شوکی اور دماغی شریائوں کا تقزم جو سوراخ کبیر (foramen magnum) میں ہوتا ہے زندگی قائم رکھنے کیلئے کافی ثابت ہوا ہے (Hill:)۔ چھوٹی دماغی شریائوں میں سے کسی ایک میں سدادات (emboli) کی واٹ لگ جانے سے عام طور پر فوراً تباہ کن نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسی سداویت

علم الجراحت میں مشترک ساتی (common carotid) شریان کے انورس کے سلسلہ میں پائی جاتی ہے۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ ان انورسوں کے صرف امتحان ہی کرنے میں تاجہ میں سے تنکے کا ایک ٹھونڈا سا ٹکڑا اعلیٰ حد پر دماغ میں پلا گیا، اور اس سے کسی ایک دماغی عرق میں ڈاٹ لگ گئی۔ چنانچہ ساتی شریان کے انورس کا صرف امتحان ہی کرنے سے نالج نصفی (hemiplegia) پیدا ہو چکا ہے، جیسا کہ لیڈز (Leeds) کے مسٹر ٹیل (Mr. Teale) نے ایک واقعہ میں درج کیا ہے۔ دماغ کے نبضانات ایسے سلعات یا اجتماعات سیال ہیں جو جاتے ہیں تو کھوپڑی کے کسی روزن سے سطح دماغ تک پہنچ جائیں۔ ایسے نبضانات شریانی نبض سے مراد ہوتے ہیں مگر دماغی نبضات کے نبض نگاری ترتیبات (sphygmographic tracings) سے مدد یعنی سمجھی

(respiratory curve) بھی ظاہر ہوتا ہے، جس کا بلاواسطہ ایصال صدر سے وریدوں کے اندر کے خون کے ذریعہ ہوتا ہے۔ وہابی ورید (jugular vein) کے زیرین سرے پر جو مصراع ہوتا ہے وہ خون کی بلاواسطہ بازوی کو قلب سے دماغ کی طرف کو ہوتی ہے روکتا ہے، مگر یہ خون کے دباؤ کے انتقال کو نہیں روکتا۔

اگرچہ بھیجے کے زخموں میں سے سیلان خون بکثرت ہوتا ہے، مگر یہ سیلان بغیر کسی وقت کے بند ہو جاتا ہے، کیونکہ عروق میں فوری انقباض کی استعداد موجود ہوتی ہے۔ دماغ کے قشرہ سے بڑے بڑے سلعات کا استیصال زوف سے ضرورت سے زیادہ وقت اٹھانے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ دماغی شریاؤں کی انتہائی شاخوں کے درمیان اہم خونہ میں بکثرت قہم پایا جاتا ہے، مگر وہ بہت چھوٹی چھوٹی شریاؤں جو قشرہ کو منقب کرتی ہیں اور اس کو رسد پہنچاتی ہیں انتہائی ہوتی ہیں۔ لہذا اگر دماغ کی سطح پر کوئی دباؤ ڈالا جائے تو اس سے قشرہ کے اس حصہ میں عدم دمویت پیدا ہو جائیگی، اور اگر یہ دباؤ اسی طرح رہے گا تو یہ حصہ تباہ ہو جائے گا۔

کسی دماغی ورید کو باندھنے سے قشرہ کے اس حصہ میں جس کی میلیت اس میں ہوتی ہے عام طور پر زوبول واقع ہو جاتا ہے (ہارسلے : Horsley)۔ دماغ کی سطح پر ہمیشہ ایک متغیر ورید ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک سے زیادہ بھی ہوتی ہیں۔ یہ ورید بالائی دماغی وریدوں کو زیرین دماغی وریدوں سے ملاتی ہیں۔ زیرین دماغی وریدوں تعداد میں چار ہوتی ہیں۔ ان میں تین صدغی اور غذائی لختوں میں سے نکل کر جانی جوف میں ختم ہو جاتی ہیں، اور چوتھی سلویس (Sylvius) کی سطحی ورید علم و تدی کے جناح صغیر کے جوف میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ صدغی اور غذائی لختوں کو

ان وریدوں کو مشرق کئے بغیر جو جانبی جوف سے جا کر ملتی ہیں، خیمہ (tentorium) پر سے اٹھایا نہیں جاسکتا۔

دماغ (cerebellum) کی تقریباً ساری وریدیں جانبی جوف پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ اسکی شریانیں فقری (vertebral) اور قاعدی (basilar) شریانوں سے نکلتی ہیں۔ دماغ، جسم اور شخاع مستطیل کو جو مختلف شریانیں رسد پہنچاتی ہیں وہ اپنی تقسیم میں انتہائی ہوتی ہیں اور اس لئے ہر عصبی مرکز اور ہر رقبہ کی عرقی رسد اپنی اپنی ہوتی ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford)۔ دماغ کے سلعات سے عضلی ضعف اور بے آہنگی (inco-ordination) دور ان سر اور عدم توازن پیدا ہو جاتا ہے۔ دودہ (vermis) یا دماغ کے وسطی حصہ کا تعلق دھڑ کو تمبیدہ کرنے کی حرکات کے ساتھ زیادہ بلا واسطہ ہے۔ جانبی لختے ہم آہنگی اور جسم کو پھیرنے کے حرکات (وہ حرکات جو دھڑ کے انقباضی محور پر کئے جاتے ہیں) سے تعلق رکھتے ہیں (ہارسلی: Horsley)۔ یہیں ایسے شہوتوں کی بنا پر جن کی تنداد میں تند ریج اضافہ ہوتا جاتا ہے یقین ہو گیا ہے کہ دماغ کا نقشہ فعلی اور خطی رقبہ بات میں منقسم ہے۔

باب چہارم

مجھر اور آنکھ

منجبر

(ORBIT)

مجھر (orbit) کے قطر مندرجہ ذیل ہیں۔ پیش سی، تقریباً $\frac{3}{4}$ انچ (۲۳ ملی میٹر)؛
 استقبالی قاعدہ پر $\frac{1}{4}$ انچ (۳۱ ملی میٹر) سے ذرا زیادہ، افقی قاعدہ پر تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ (۲۶ ملی میٹر)؛
 گلوب کے قطر یہ ہیں۔ مستعرض ۲۳ ملی میٹر، پیش سی ۲۴، ۵ ملی میٹر، استقبالی ۲۳ ملی میٹر (بریلی: Brailey)۔
 اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مقعدہ (eyeball) مجھر کے اطراف کی نسبت اس کے
 بالائی اور زیریں حواشی کے زیادہ قریب ہوتا ہے، اور گلوب اور دیوار مجھر میں سب سے زیادہ
 فاصلہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے۔ لہذا گلوب سے باہر کی جانب پر شکاف دینے سے مجھر کے اندر
 تک نہایت آسانی سے رسائی ہو جاتی ہے۔ اور مقلدہ کا استیصال کرنے میں عام طور پر باہر کی طرف
 ہی سے قیچی ڈال کر بصری عصب (optic nerve) کو کاٹا جاتا ہے۔ مگر بائیں آنکھ کو کھاتے
 وقت بصری عصب کو اندر کی طرف ہی سے کاٹنا زیادہ سہل ہوتا ہے۔

مجھر کی عظمی دیواروں میں سے اس کا فرش، چھت، اور بالخصوص اسکی اندرونی دیوار،

یہ تینوں بہت پتلے ہوتے ہیں، اس لئے جو اجسام غریبہ مجر میں بھونکے جائیں وہ تجھی کہہنے یا ناک۔ یا عظم مصفااتی کے غلیات میں آسانی داخل ہو جاتے ہیں اور جب انکارخ اوپر کی طرف سے ہو تو یہ منارہ میں چلے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲، صفحہ ۱۱۷)۔ بہت سی مثالوں میں نیز نوک والے کسی آلہ، مثلاً جھڑی یا تلوار کا سرا، مجر میں سے دماغ میں بھونک دیا گیا ہے اور اس خطرناک ضرر کے کوئی خارجی نشانات باقی نہیں رہتے۔ نیلیٹن (Nélaton) نے ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں داخلی سبانی (internal corotid) شریان مجر میں سے زخمی ہو گئی تھی۔

مجر کی بیرونی دیوار کا مقدم ایک تہائی حصہ صدغی حفزہ (temporal fossa)

سے عظم عارضی (عظم جنبی: os zygomaticum) کے ذریعہ سے (شکل ۱، ا) اور اس کا موخر دو تہائی حصہ کھوپری کے وسطی حفزہ سے جس میں صدغی لختہ موجود ہوتا ہے، و تدی کے جناح کبر کے ذریعہ سے علحدہ ہوتا ہے۔ مہاں مجری سلعات کے دور کرنے کے لئے ایک سکر راستہ کروٹلین (Kronlein) نے دریافت کیا ہے، اور وہ یہ ہے کہ مجر کی بیرونی دیوار صدغی حفزہ میں سے کھول دی جاتی ہے۔ خود کشی کرنے اور جنگ کے دوران میں جو زخم آتے ہیں ان سے یہ ثابت ہوا ہے کہ کوئی صدغی حفزہ میں سے داخل ہو کر مجر کی بیرونی دیوار میں سوراخ کرنے کے بعد مقلبا بصری عصب کو تباہ کر سکتی ہے، گرد دماغ کو چھوئے بغیر بھی چھوڑ دیتی ہے۔ صدغی لختہ کا قطب مجر کے بیرونی حاشیہ کے پیچھے اس سے ۲ سے لیکر ۵، ۲ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶ صفحہ ۲۵، اور شکل ۱۰ صفحہ ۳۶)۔

مجر کی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے دلچسپ ہیں، کیونکہ خون کے انقباض اور سلعات کی بروں بالیدیں قرب و جوار کے حفزہ جات سے اس تک پھیل سکتی ہیں، نیز مخاط یا بیب کے اجتماعات بھی مجری اور ام کی شکل میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ ایسا بھی ہوا ہے کہ صدغ پر شدید چوٹ لگنے سے خون استخوانی مجری (inferior orbital) (وادی بینی-spheno maxillary) شقاق میں سے گذر کر مجر میں پہنچ گیا ہے اور اس سے زیر طبعی عدم (subconjunctival ecchymosis) پیدا ہو گیا ہے، جبھی جوف کے متعدد ہونے سے خواہ یہ مخاط سے ہو (قتیلہ خنالیہ: mucocele) یا بیب سے مجر کے بالائی اور اندرونی حاشیہ پر اندرونی (وسطانی) جغنی رباط کے لیول سے اوپر بعض اوقات ایک نمایاں سلسلہ نمودار ہوتا ہے، جو گلوب کو نیچے کی

باہر کی اور آگے کی طرف کو دیکھیں دیتا ہے۔

مجربصلی روا (fascia bulbi) (حس کا ذکر آئندہ آئیگا) سے پیچھے شحم کے عضلات

عروق اور اعصاب کے علاوہ بہت سے پس مجری نابتہ شحم (retro-orbital loose

(۱۱۷) سے ملو ہوتا ہے۔ اس جراحی کے انجذاب سے ہزال کی حالتوں میں آنکھیں دس جاتی ہیں۔ اس بافت کیوجہ سے مجری خراج باسانی پھیل جاتا ہے۔ یہ خراج ضربات، بعض شخی التهابات اور گزشتہ التهاب وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے یا منصلہ عضلوں سے بھی پھیل کر پہنچ جاتا ہے۔ یہ سب سے بعض اوقات تمام کفہ پر ہو جاتا ہے جس سے منقلہ آگے کی طرف کو نکل آتا ہے اور اسکے حرکات محدود ہوجاتے ہیں اور دوران میں نخل آنے کی وجہ سے لقمہ میں بہت سی سرخی پیدا ہوجاتی ہے اور پوٹوں میں دم آجاتا ہے مزید برآں پس مجری شحم میں تیرا ایک جسامت اور عجیب وغریب شکل کے اجسام غریبہ بھی غالباً ایک طویل عرصہ تک پڑے رہتے ہیں اور ان سے کوئی نمایاں علامات نمودار نہیں ہوتے چنانچہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں ٹوپی ٹانگنے کی ایک آہنی کھوئی کا سوا پانچ لبا لکڑا مریض کو معلوم ہونے کے بغیر ہی اسکی آنکھ میں کئی دن تک رہا۔ اور فورنو جاردن (Fournaux Jordan) نے ایک نرمن کو ب کا واقعہ درج کیا ہے جس میں شدید رمد (ophthalmia) پیدا ہو گیا تھا اور صرف چند ہفتہ بعد جبکہ وہ اپنے زیرین پوٹوں کو انگلی سے دبا رہا تھا تو ”گرم ہیپ کے ایک آرام دہ مہا پر سے گندم کا ایک دانہ دفعۃً باہر نکل آیا جس سے ایک مضبوط سبز گلابھی پیوٹ آیا تھا“ مغزید برآں پس مجری شحم میں مجری اندرونی دیوار کے کسور کے بعد جن سے انفی حفرہ جات اور اجواف بھی ماؤف ہو جاتے ہیں ایک وسیع انفخ (emphysema) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ داخل شدہ ہوا سے بعض اوقات گلوب بروز کرتا ہے اور بعض اوقات اسکی حرکتیں محدود ہوجاتی ہیں اور بعض اوقات یہ پوٹوں تک بھی پھیل جاتی ہے تاکہ صاف کرنے پر یہ بہر حالت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔

علاوہ ازیں مجری شحم بڑھتے ہوئے سلخات کے لئے ایک عمدہ گوارہ ہے۔ سلخہ مندرجہ ذیل مقامات میں سے پھیل کر مجربہ باسانی حملہ آور ہو سکتا ہے۔ (۱) گلوبری کے قاعدہ سے (۲) انفی حفرہ جات سے (۳) نکی منارہ سے یا (۴) صدغی یا زیر صدغی (وجنی) حفرہ جات سے۔ ان مثالوں میں سے کسی ایک میں بھی بالید ہڈی کی ان پتلی تھوں کو جو درمیان میں داخل ہوتی ہیں تباہ کر کے مجربہ میں داخل ہو سکتی ہے۔ اور نکی منارہ کے سلخات کے مجربہ میں داخل ہونیکا عام طریقہ

یہی ہے۔ علاوہ ازیں سلمہ مجبی کہفہ میں سے سوراخ بصری (optic foramen) یا فو قانی بصری (superior orbital) (ونڈی: sphenoidal) شقاق میں سے گذر کر اور ناک میں سے انہی ذمی قنات (nasolacrimal duct) میں سے گذر کر اور مذکورہ بالا دونوں حفرہ جات میں سے تحتانی بصری (inferior orbital) (ونڈی: فکی: sphenomaxillary) شقاق میں سے گذر کر مجریں زیادہ آسانی سے پہنچ سکتا ہے۔ مزید برآں سلعات کی ابتدا عاچی نیچ العظم (ivory exostosis) کی شکل میں مجریں سے بھی ہو سکتی ہے۔ مجر کی ہڈیاں کا سہ مسر (calvarium) اور خارجی سیمی منفذ (سماخ) کی ہڈیوں کے ساتھ اس قسم کے عظمی سلعات کی تگوبین کی طرف ایک خاص میلان رکھنے میں شریک ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد اس سلمہ سے مجری کہفہ بالکل پر ہو جاتا ہے۔

بصلی ردا (fascia bulbi) (ٹینڈن: Tenon) کا کیسہ)۔ اس ساخت کو

62

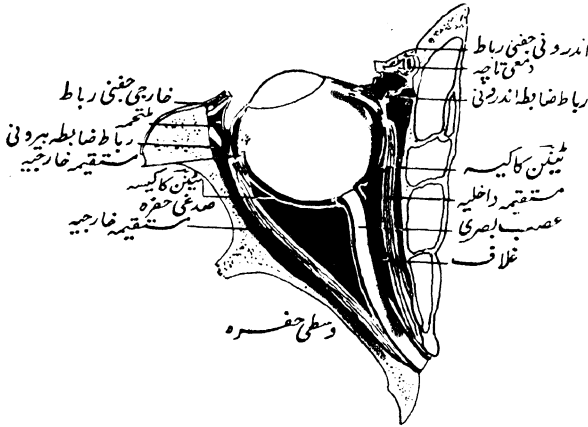
بہترین طور پر لاک وڈ (Lockwood) نے بیان کیا ہے جس کی تحقیقات میں سے پروفیسر لنگھم (Prof. Cunningham) نے مندرجہ ذیل خلاصہ پیش کیا ہے :-

”یہ کیسہ ایک محکم اور ڈھیلی ڈھالی غشا ہے جو گلوب کے موخر ۹ حصہ پر پھیلی ہوتی ہے۔ اور اس سے صرف قرینہ ہی آزاد ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف یہ چشمی غشما کے نیچے واقع ہوتا ہے جس سے یہ مضبوطی سے پوسٹہ ہوتا ہے۔ قرینہ کے حاشیہ کے نزدیک یہ اسی سے مل کر ختم ہو جاتا ہے (شکل ۱۶)۔ پیچھے کی طرف جہاں عصب بصری مسلحہ میں سے گذرتا ہے وہاں لکیا کے غلاف سے متحد ہو جاتا ہے۔ اس غشا کی وہ سطح جو گلوب کی طرف ہوتی ہے وہ صاف ہوتی ہے اور وہ منقل کے ساتھ تھوڑی سی نرم اور ڈھیلی نسانی بافت کے ذریعہ سے چسپی ہوتی ہے۔ لہذا اس سے گلوب کے لئے ایک قسم کا گنبد یا ایک طرح کا وقب (socket) یا درجک بخاتی ہے جس میں یہ حرکت کرتا ہے۔ کیسہ کی موخر سطح مجری شحم سے مل کر قتی ہے۔ چشمی عضلات کے اوٹار اس کیسہ کو گلوب کے خط استوا کے مقابل منقبت کرتے ہیں (شکل ۱۶)۔ اور ان نختات کے لب جن میں سے چاروں عضلات مستقیم گذرتے ہیں پیچھے کی طرف کو عضلات پرفلاؤں کی شکل میں بہت کچھ اسی طرح بڑھ جاتے ہیں جس طرح کہ وہ انہی منوی ردا اوٹا کی حلقہ سے جل منوی پر بڑھ آتی ہے۔“

63

جہاں داخل اور خارجی مستقیم عضلات کیسہ کو منقبت کرتے ہیں وہاں کیسہ کی مضبوطی اطالیتیں محسوس کی اندرونی اور بیرونی دیوار تک پھیل جاتی ہیں۔ چونکہ یہ اطالیتیں دونوں مستقیم

عضلات کے فعل کو محدود کر دیتی ہیں اسلئے انکو رباطات ضابط (check ligaments) کے نام موسوم کیا گیا ہے (شکل ۱۷)۔ یہ قمریہ کی ایک جانب سے دوسری جانب کی حرکت کو ۴۵ درجہ تک ہونے دیتے ہیں۔ خارجی رباط ضابط زیادہ مضبوط ہوتا ہے اور وہ خارجی دیوار سے خارجی جھنئی سیون (external palpebral raphi) (جھنئی رباط : tarsal ligament) کے سین پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اندرونی رباط کی چسپیدگی دمئی تاجہ کے پیچھے کی طرف اس کے



شکل ۱۷ ٹینن (Tenon) کے کیسہ (بصلی ردا : fascia bulbi) اور رباطات ضابط کی ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔

مقلد باہر کی طرف پھرا ہوا ہے اور اسی لئے خارجی رباط ضابط تیندہ ہے اور داخلی ڈھیلا ہے

قریب ہی واقع ہوتی ہے۔ کیسہ کی ایک طالت فوقانی مورب عضلہ (superior oblique) کے

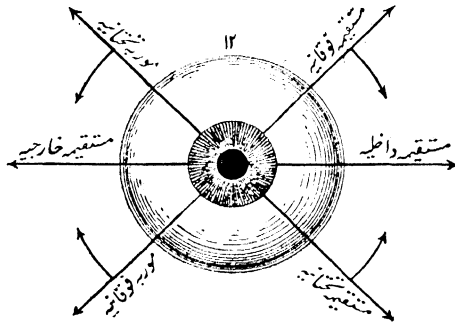
گرد ہو کر بکرہ (trochlea) تک چلی جاتی ہے۔ مقلد کا تعلیقی رباط (suspensory

ligament) مجر کی ایک طرف سے دوسری طرف تک جھولن کھٹولے کی طرح تپا ہوتا ہے، اور

مقلد کو سہارے رکھتا ہے۔ یہ حقیقت بصلی ردا (fascia bulbi) کا درین حصہ ہی ہوتا ہے جس میں دباؤ

پائی جاتی ہے، اور یہ مجر دیواروں سے داخلی اور خارجی رباطات ضابط سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کا جبڑا دور کرتے وقت جراح کو چاہئے کہ وہ تعلیقی رباط کی چسپیدگیوں کو محفوظ رکھنے

کے لئے احتیاط سے کام لے۔ اگر چسپیدگیاں تباہ ہو جائیں گی تو مقلہ نیچے کی طرف کو گر جائیگا۔
 حَوَل (squint) کے لئے علیہ جات سر انجام دیتے وقت بصیرت (fascia bulbi) کے اس قریبی تعلق کو جو اسکو مقلہ، ملتحمہ، مجری عضلات اور دیوار ہائے مجھ سے ہوتا ہے یاد رکھنا چاہئے۔



شکل ۱۸ مجری عضلات کے فعل کو ظاہر کرتی ہے (وائیں آنکھ)۔ سیدھے تیر اس سمت کو ظاہر کرتے ہیں جس میں قریب حرکت کرتا ہے یعنی جس طرف آنکھ دیکھتی ہے۔ منحنی تیر اس گردش کے رخ کو ظاہر کرتے ہیں جو پیش پس محور پر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ فوقانی مورب عضلا آنکھ نیچے اور باہر کی طرف کو حرکت دیتا ہے اور ایسے اندر کی طرف کو گھماتا ہے۔ حرکت کا نقطہ ابتدا ۱۲ بجے کا مقام ہے۔

(ڈاکٹرای۔ ولف: E. Wolff کی عنایت سے۔)

شکل ۱۹ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جب عضلہ مستقیم کا وتر ٹینن (Tenon) کے کیسہ میں کاٹ دیا جاتا ہے تو اسکے غلاف اور کیسہ میں مسلسل باقی رہنے کی وجہ سے اسکی چسپیدگی مقلہ اور ملتحمہ سے اور نیز رباطات ضابطہ کے ذریعہ سے دیوار ہائے مجھ سے برقرار رہتی ہے۔ لہذا جب کسی عضلہ کا وتر مکمل طور پر کاٹ دیا جاتا ہے تو یہ مقلہ پر اپنا فعل کر سکتا ہے۔ اور اسکی مکمل باز کشیدگی رباطات ضابطہ سے رک جاتی ہے۔

64 مجری عضلات (orbital muscles) چاروں مستقیم عضلات باریک اور

چیلے غنائی اوتار پر ختم ہوتے ہیں۔ حوال الحین (strabismus) کے علاج کے لئے خارجی یا داخلی مستقیم عضلہ کا وتر اکثر کاٹ دیا جاتا ہے۔ ان اوتار کا عرض ۷ ملی میٹر سے لیکر ۹ ملی میٹر تک ہوتا ہے اور یہ قرنیہ کے نزدیک صلیبہ پر ختم ہوتے ہیں۔ داخلی مستقیم عضلہ قرنیہ کے حاشیہ سے ۵ د ۶ ملی میٹر اور خارجی مستقیم عضلہ ۸ د ۶ ملی میٹر اور تحتانی ۲ د ۷ ملی میٹر اور فوقانی ۸ ملی میٹر کے فاصلہ پر ختم ہوتا ہے۔

داخلی اور خارجی مستقیم عضلات مثلہ کو خالصتہ اندر اور باہر کی طرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں اور ان کے مقابلہ میں فوقانی اور تحتانی مستقیم عضلات اپنے خطوط کشش کی وجہ سے مثلہ کو اندر کی طرف اور اوپر کی طرف اور نیچے کی طرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں۔ ان کے اندر کی طرف کو گردش دینے کے رجحان کا مقابلہ دو عضلات موربہ (oblique muscles) کرتے ہیں جو مثلہ کو باہر کی طرف اور نیز اوپر کی اور نیچے کی طرف کو گھمانے کا کام دیتے ہیں۔

65

شکل ۱۸ سے مجری عضلات کے افعال کی وضاحت میں مدد ملے گی۔ مزدوج افقی حرکات جو دائیں اور بائیں جانب کو ہوتے ہیں داخلی اور خارجی مستقیم عضلات سے عمل میں آتے ہیں۔ جب قرنیہ اوپر کی طرف کو اٹھتا ہے تو اس وقت تحتانی موربہ اور فوقانی مستقیم عضلہ فعل کرتے ہیں۔ انیس سے پہلا عضلہ قرنیہ کو صدغی سمت میں حرکت دینے کی اور دوسرا افقی سمت میں حرکت دینے کی کوشش کرتا ہے قرنیہ کو نیچے کی طرف لانے میں دو عضلات کام کرتے ہیں، عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) اور عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique)۔ انیس سے پہلا حرکات کو افقی سمت میں منصرف کرتا ہے اور دوسرا افقی سمت میں پھیل دائیں اور بائیں طرفوں کے ان عضلات کو بھی ظاہر کرتی ہے، جو مزدوج حرکات میں ہم آہنگ ہوتے ہیں چنانچہ آنکھوں کو نیچے کی اور دائیں طرف کو پھیرنے میں دائیں طرف کا موربہ فوقانیہ (superior oblique) بائیں طرف کے عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) کے ساتھ فعل کرتا ہے۔ اگر انیس سے ایک عضلہ مشلول ہو جائے تو یہ حرکت سر انجام دینے پر دو نظری یعنی ازدواج البصر (diplopia) پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضروری اور رکھنا چاہئے کہ ان تمام حرکتوں کے دوران میں دو عضلہ جس سے مثبت فعل صادر ہوتا ہے اپنے عضلہ مفاد سے جتنی فعل سر انجام دیتا ہے

منضب رہتا ہے۔ اگر عضلہ مضامنتولوں ہو جائے تو فعال عضلہ متقلہ کو اس حد تک کھینچ لیتا ہے کہ رباطاً بطاً اسکی حرکت کو مانع آتا ہے۔ دوران حیات میں تمام مجری عضلات ایک تنش کی حالت میں ہوتے ہیں اور متقلہ پر ایک خاص دباؤ بھی ڈالتے ہیں۔

مجری عروق خون (orbital blood vessels) - دورانِ مرض میں

ان عروق میں مداخلت ہونے سے ایسے اماریت پیدا ہو سکتے ہیں جو تیشیمی نقطہ بنگھ سے اہم ہوتے ہیں۔ مجری شریانیں چھوٹی چھوٹی ہوتی ہیں اور گلوب کا استیصال کرتے وقت انکو کاٹنے سے شاذ و نادر ہی کوئی تکلیف پیدا ہوتی ہے کیونکہ مجرکی دیواروں پر انکو آسانی مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ اس حصہ کے نابض سلعات یا تو کسی مجری شریان کے ضربی انورسماٹ کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور یا کسی ایسے شریانہ وریڈی انورسماٹ پر منحصر ہوتے ہیں جو داخلی سباتی (internal carotid) شریان اور کہنگلی جوف (cavernous sinus) کے درمیان بگلیا ہو۔ مزید برآں داخلی سباتی (internal carotid) عروق کے کسی انورسماٹ کا دباؤ یعنی وریڈ (ophthalmic vein) پر اس مقام پر پڑنے سے جہاں یہ جوف میں داخل ہوتی ہے ویسے ہی سب علامات پیدا ہو سکتے ہیں جو نابض مجری سلعات میں پائے جاتے ہیں۔ کہنگلی جوف (cavernous sinus) کی علیقت عینی وریڈوں (ophthalmic veins) میں اتساع اور مجموعاً (proptosis) پیدا کر دیتی ہے۔

66

مجری اعصاب (orbital nerves) کو مجر میں زخم آسنے یا مجر اور نرہ

کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہونے کی حالت میں نقصان پہنچ جاتا ہے اور مختلف حصوں کے سلعات، انورسماٹ، نرہ اور الہتہابی انصبابات بھی بعض اوقات انپر دباؤ ڈال دیتے ہیں۔ چنانچہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں اوپر کے پونٹے پر سے ایک ہٹول نکتے سے عصب بصری (optic nerve) گلوب کے مجروح ہونے اور کسی ہڈی میں کسر واقع ہونے کے بغیر ہی کٹ گیا تھا۔ نیز یہی عصب مجر کے کسور میں بھی عوضاً مکمل طور پر دریدہ ہو چکا ہے، اور جو کسور عظم و تدی کے جرح صغیر پر اثر انداز ہوتے ہیں انہیں اسپر دباؤ بھی پڑ چکا ہے۔ سی سی چوائس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جس میں کھوپری کے قاعدہ میں کسر واقع ہونے کی صرف یہی ایک علامت تھی کہ مدقہ میں قہمت اتساع پایا جاتا تھا۔ امتحان کرنے سے ثابت ہوا کہ

مرغیں اب ایک آنکھ سے اندھا تھا۔ اور اس امر کا اسے علم نہیں تھا۔ اور اس کے بعد بصری بول (optic atrophy) شروع ہو گیا۔ جس مقام پر تیسرے چوتھے اور چھٹے عصب اور پانچویں عصب کی پہلی قسمت کا علاقہ کہفتی جوف (cavernous sinus) سے ہوتا ہے وہاں پر سب اعصاب ایسے اور سما سے جو داخلی سباتی (internal carotid) ثریان کے سلسلہ میں ہوں، ماؤف ہو سکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کسی ایسی بالید سے بھی جو تھخانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) کے سلسلہ میں ہو (مثلاً شقاق مذکور کے حاشیہ سے پیدائندہ گرد عظمی کریب) دب جاتے ہیں۔ اور چھٹا عصب کھوپری کے قاعدہ سے بہت قریبی تعلق رکھنے کی وجہ سے اس کے کسر میں بلا واسطہ طور پر عرضاً پھٹ چکا ہے (پریسکاٹ ہیوٹ: Prescott Hewett)۔

تیسرے عصب کے مثل میں اوپر کا پوٹا گر پڑتا ہے۔ (سقوط البصن:

(ptosis)۔ آنکھ تقریباً ساکن ہوتی ہے اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (external rectus) کے غیر متخالف فعل کی وجہ سے اس میں منفرج کول پایا جاتا ہے۔ اور نہ اندر اور اوپر کی طرف ہٹائی جا سکتی ہے اور نہ براہ راست نیچے کی طرف۔ مگر عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique) اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (outer rectus) سے نیچے اور باہر کے رخ میں گردش کی جا سکتی ہے۔ حد قسح اور مثبت ہوتا ہے اور قوت توفیق میں بہت نقص آ جاتا ہے۔ ازدواج البصر (diplopia) موجود ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلات تنظیم کے ڈھیلے ہو جانے سے گلوب کا کسٹدر بروز بھی پایا جاتا ہے۔ یہ علامات عصب مذکور کے مکمل مثل کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ جزوی مثل کی حالت میں مذکورہ بالا علامات میں سے صرف ایک دو علامات ہی موجود ہوتے ہیں۔

چوتھے عصب کے مثل میں اکثر کوئی تغیر دکھائی نہیں دیتا۔ کیونکہ عضلہ

موربہ فوقانیہ (superior oblique) (جنکو اس عصب سے رسد پہنچتی ہے) کے فعل کی لمبائی کسی حد تک بدیلی طور پر بھی عمل میں آ جاتی ہے۔ آنکھ کی حرکت پذیری میں عام طور پر بہت خفیف سا نقص واقع ہوتا ہے اور یہ جتنا بھی موجود ہوتا ہے زیادہ تر زمین نظر کے اندرونی اور زیرین زاویہ میں ہوتا ہے۔ معروض کو نیچا کرنے سے آنکھ اندر اور اوپر کی طرف کو منحرف ہو جاتی ہے اور جب معروض کو تندرست جانب کی طرف دوڑتک لے جائیں تو یہ صرف اوپر کی طرف کو ہی منحرف ہوتی ہے

(ازب: Erb)۔ بہر حال گلوب کی بعض وضعوں میں ازدواج البصر خاص طور پر نمودار ہو گا۔

چھٹے عصب کے شلل میں مستدق حوالہ عین موجود ہوتا ہے اور اسلئے

ازدواج البصر (diplopia) بھی پایا جاتا ہے اور نیز انکے کو براہ راست باہر کی طرف گردش بھی نہیں دیا جاسکتی۔ چھٹے عصب کے شلل کے ساتھ بعض اوقات طرف مقابل کے داخلی عضلہ مستقیمہ کے عصب کا شلل بھی موجود ہوتا ہے اور اس سے آنکھوں کا مزوج (conjugate deviation) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت چھٹے عصب کے نوات کے ضرر پر دلالت کرتی ہے کیونکہ داخلی عضلہ مستقیمہ کے لئے جو عصبی ریشے نکلتے ہیں وہ اگرچہ تیسرے عصب کے ہمراہ باہر آتے ہیں مگر انکی ابتدا چھٹے عصب کی ابتدا کے ساتھ ہی ہوتی ہے۔

بعض اوقات آنکھ کے تمام محرک العین (oculo-motor) اعصاب

مشلول ہو جاتے ہیں اور ایسی حالتوں میں ضرر غالباً انکے مبداء کے نوات میں یا کہفکی جوف (cavernous sinus) میں جبکی دیواروں میں یہ اعصاب قریب قریب پڑے ہوتے ہیں واقع ہوتا ہے۔

پانچویں عصب کی قسمت اول کے شلل میں تمام ملتحمہ کی ص

سوائے اس حصہ کے جس سوئیچ کا پوٹا ڈھکا ہوتا ہے (جسکو تھمائی مجھری عصب کی جفنی شاخ سے رسد پہنچتی ہے) اور گلوب کی اور اس جلد کی جس کو فوق بکری (supratrochlear) یا فوق مجھری (supraorbital) عصب سے رسد پہنچتی ہے اور نیز مغالطی اور جلدی سطحوں کی جس جکوا نفی (nasal) (انفی ہدی) (nasal-ciliary) عصب رسد پہنچاتا ہے مفقود ہو جاتی ہے۔ عدم حیثیت کا رقبہ عصب کے تشریحی تفرع سے بہت کم ہوتا ہے کیونکہ کچھ حصہ پر جلدی اعصاب کا تراکب بھی موجود ہوتا ہے۔ ملتحمہ کو خراش پہنچانے پر کوئی معکوس حرکت (مثلاً آنکھ جھپکنے کی) واقع نہیں ہوتی۔ مگر آنکھ پر تیز روشنی ڈالنے سے مریض آنکھ جھپک لیتا ہے کیونکہ اس حالت میں عصب بصری اس اثر کو عصب وجہی کے نوات تک منتقل کر دیتا ہے۔ ناک کے مقدم حصہ کی غشائے مغالطی کو خراش پہنچانے سے جھپک بھی نہیں لائی جاسکتی۔ اس شلل کے بعد

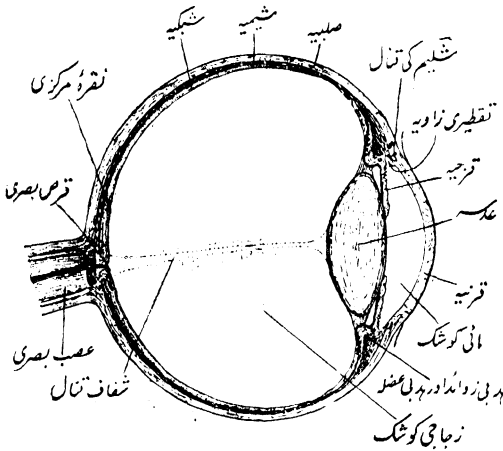
بعض اوقات قزنیہ میں ایک تباہ کن تفریح رونما ہو جاتا ہے، جو کسی حد تک عصب مشلول کی ان پرورشی شاخوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتا ہے جو اس میں موجود ہوتی ہیں! اور کسی حد تک عدم حیست کے واقع ہو جانے سے بھی پیدا ہوتا ہے جس سے حصص کو آسانی ضرر پہنچ سکتا ہے! اور نیز یہ کسی حد تک حسی اعصاب کے اس معکوس اثر کے غائب ہو جانے سے بھی ظاہر ہوتا ہے جو یہ عروق خون کے قطر یہ پر رکھتے ہیں اور جس سے التہاب بے روک بڑھتا چلا جاتا ہے، مثیل شب: (Nettleship)۔

عنقی مشار کی اعصاب کے شلل میں جنسی شقاق (palpebral fissure)

(fissure) اوپر کے پونٹے کے کسی حد تک گر جانے سے تنگ ہو جاتا ہے اور گلوب مجری میں واضح طور پر بھیجے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور نیز قزنیہ کے موسع عضلہ کے شلل سے جس کو مشار کی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے حد تک کسی قدر تنگ ہو جاتا ہے۔ اوپر کے پونٹے کے گرنے کی توجیہ اس امر سے کی جا سکتی ہے کہ ہر ایک پونٹے میں غیر مخطط عضلی ریشہ کی ایک تہ موجود ہوتی ہے۔ اوپر کے پونٹے کی یہ ترافع الجفن (levator palpebrae) کی اندر کی سطح سے پیدا ہوتی ہے اور جنسی غضروف سے اس کے بالائی حاشیہ کے قریب پیوستہ ہوتی ہے (شکل ۲۱ صفحہ 86)۔ عضلہ کی یہ تہ جو اپنے فعل کے دوران میں پونٹے کو اوپر اٹھائے رکھتی ہے عنقی مشار کی کے زیر اثر ہوتی ہے۔ گلوب کے ہیچے کی طرف ہٹنے کے متعلق بعض کا یہ خیال ہے کہ اس کا باعث عضلہ مجریہ (orbitalis muscle) کا شلل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ جو تحتانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) کے اوپر کی طرح واقع ہوتا ہے غیر مخطط ریشہ جات سے مرکب ہوتا ہے۔ اور اس کی عصبی رسد مشار کی سے آتی ہے۔ اس عضلہ کے انقباض سے (جیسا کہ یہ حیوانات میں عنقی مشار کی کے ہیجان سے پیدا کیا جاتا ہے) گلوب کا بروز واقع ہو جاتا ہے۔ اور گردن میں مشار کی کو کاٹ دینے سے مقل با ز کشیدہ ہو جاتا ہے (کلاڈ برنارڈ: Claude Bernard)۔ گلوب کے عروق خون کے قطر یہ میں کوئی تغیر دیکھنے میں نہیں آتا۔ غیر مخطط عضلہ درون مجری دباؤ کو برقرار رکھتا ہے اور اس لئے عینی وریدوں میں سے خون کو واپس جانے میں مدد دیتا ہے۔ حیوانات مثلاً بیل میں جن میں مجری وریدیں سر نیچے رکھنے میں جیسا کہ چرنے میں رہتا ہے تسع ہو جاتی ہیں، یہ عضلی نظام بہت نمایاں ہوتا ہے۔

مقلہ (EYEBALL) (شکل ۱۹)

قرنیہ (cornea) قرنیہ کی دہازت ۹ و ۱۰ ملی میٹر (جو مرکز پر ہوتی ہے) سے لیکر ۱۵ ملی میٹر تک (جو محیط پر ہوتی ہے) ہوتی ہے۔ اسکی دہازت کے متعلق ذرا سا دھوکہ ہونے کا



شکل ۱۹ مقلہ کی افقی تراش جو عدسہ کے تعلیقی رباط، مانی اور زجاجی کو شکوں، عصب بصری کے مقام دخول اور نقرہ مرکزی کو ظاہر کرتی ہے۔

(کشیف: Schäffer کے مطابق)۔

احتمال ہوتا ہے اور قرنیہ میں چاقو داخل کرتے وقت اسے مناسب زاویہ پر نہ رکھا جائے تو بعض اوقات تھوڑے فاصلہ تک اسکے درقوں میں چلا جاتا ہے۔

70

قرنیہ کی ترکیب۔ سامنے کی طرف میطبق سرحلمہ سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اور

اس تکے دور ہو جانے اور دوران اندمال میں اسکے اپنی جگہ پر پھر قائم ہو جانے سے قبل وقتاً ایک بد نما ندب پیدا ہو جاتا ہے جو بصارت میں بھی خلل انداز ہوتا ہے جب کوکین (cocaine) کے زیر اثر کوئی جسم غریب نکالا جائے تو غیر حواس سطح کو ایسے ضرر کے اثر سے بچانے کے لئے جو

گرد پڑنے یا ملنے سے پیدا ہو جاتا ہے ضروری تدابیر اختیار کرنا چاہئیں۔ کیونکہ اس قسم کی احتیاط کے عمل میں نہ لانے سے وسیع قرنیہی خراشید گیاں پیدا ہو چکی ہیں، جن سے بعد میں بیاضی (leucomatous) قطعاً بن گئے ہیں۔ مزید برآں جب یہ خراشیدگی سے علیحدہ ہو جاتی ہے تو ایسی صورت میں جبکہ سیدہ کے گوشوں کا استعمال جاری ہو معرہ قرنیہی بافت پر سیدہ کے الماح فراہم ہو جاتے ہیں۔

قرنیہ کا بیشتر حصہ کثیر التعداد لیسفی درقچوں سے مرکب ہوتا ہے اور ان درقچوں کے درمیان متنظم خلوی فضاں ہیں جہیں قرنیہی جسیمہ جات موجود ہوتے ہیں۔ اگر کسی تلی ہی پیکاچی کا سرا قرنیہی بافت میں داخل کر دیا جائے تو لیسفی فضاؤں کے جال کو اشراب سے پر کیا جاسکتا ہے۔ جب قرنیہ کی اصلی بافت میں تفتیح واقع ہو جاتا ہے تو یہ غالباً انہی فتالوں کے ذریعہ پھیلتی ہے جو التهاب کیوجہ سے متغیر حالت میں ہوتی ہیں اور اس طرح ظفر (onyx) پیدا ہو جاتا ہے۔

قرنیہ میں سوائے اسکے محیط کے جہاں صلبیہ اور ملتحمہ کے عروق شعریہ جنبروں کی شکل میں ختم ہو جاتے ہیں عروق خون کا نشانیہ تک بھی موجود نہیں ہوتا۔ مگر خون کی بلا واسطہ رسد کی عدم موجودگی کے باوجود قرنیہ کے زخم بخوبی مندمل ہو جاتے ہیں۔ حالت التهاب میں قرنیہ کی

بافت ہمیشہ غیر شفاف ہو جاتی ہے۔ رخنکی التهاب قرنیہ (interstitial keratitis)

keratitis) میں عروق خون قرنیہ کے حاشیہ سے اسکے جسم میں کچھ فاصلہ تک گذر جاتے ہیں۔ چونکہ یہ عروق سطح سے کچھ نیچے واقع ہوتے ہیں اور دھندلی قرنیہی بافت سے جو مرض کا نتیجہ ہوتی ہے ڈھکے ہوتے ہیں اسلئے انکا قرمزی رنگ ایک بڑی حد تک مائل پڑ جاتا ہے اور اس قسم کے عروق کا ڈورا سامنی قطعہ (Salmon patch) کہلاتا ہے۔ سب (pannus) میں قرنیہ میں عروق خون پائے جاتے ہیں مگر اس حالت میں مسلسل خراش کی وجہ سے جو عروق گرد و نواح کی ملتحمہ شریاؤں سے پیدا ہو جاتے ہیں وہ قرنیہ کو اسکی سطحی پوشش کے نیچے سے گذر کر عبور کرتے ہیں۔ اور اصلی قرنیہ

71

اس حالت میں بھی ویسا ہی بے خون رہ جاتا ہے جیسا کہ پہلے تھا۔ قوس پیری (arcus senilis)

کی اصطلاح کا اطلاق ان دو کم چوڑے سفید ہلالوں پر ہوتا ہے جو بوڑھے اشخاص میں اور مرضی حالتوں میں قرنیہ کے محیط کے ذرا اندر نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ قرنیہی بافت کے شمعی انحطاط سے پیدا ہوتے ہیں

اور یہ تغیر قرنیہ کی ان تہوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے جو مقدم لچکدار اور قد کے سین نیچے ہوتی ہیں، یعنی اس حصہ میں جو حاشیہ عروق خون کے سب سے زیادہ زیر اثر ہوتا ہے۔
 قرنیہ میں اعصاب کی رسد بافراط پائی جاتی ہے۔ اور انکی تعداد تخمیناً چالیس اور پچاس کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ اعصاب ہڈی اعصاب (ciliary nerves) سے نکلنے ہیں اور صلیبیہ کے اگلے حصہ میں سے گذر کر قرنیہ میں داخل ہو جاتے ہیں اور منقسم ہو کر اس لطفہ کے ہر ایک حصہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ اعصاب لمس، حرارت اور سردی کے لئے حساس نہیں ہوتے بلکہ صرف درد انگیز ہیمنانات کے لئے ہی حساس ہوتے ہیں بیز موتیا (glaucoma) میں جو ایک ایسا مرض ہے جسکے مظاہر کا انحصار بیش ازودہ درون چشمی دباؤ پر ہوتا ہے قرنیہ عظیم الحس ہو جاتا ہے اور اسکی عدم حسیت کا انحصار اس دباؤ پر ہوتا ہے جو ہڈی اعصاب (ciliary nerves) پر انکی شاخوں کے قرنیہ تک پہنچنے سے پہلے ہی پڑتا ہے (نیز دیکھو مقدمہ کی عصبی رسد صفحہ 76)۔

صلیبیہ (sclera) مشیمیہ (choroid) اور قرنیہ (iris) - صلیبیہ

(sclera or sclerotic) پچھلے کی طرف زیادہ سے زیادہ موٹا ہوتا ہے۔ اور قرنیہ سے تقریباً نصف کے فاصلہ پر باریک ترین ہوتا ہے۔ گلوب کے ضرب سے مشتق ہونے کی حالت میں صلیبیہ ہی نہایت کثرت سے پھینکتا ہے اور چاک بالعموم قرنیہ سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یعنی یہ اس لطفہ کے باریک ترین حصہ میں ظاہر ہوتا ہے بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ صلیبیہ پھٹ جاتا ہے اور غیر تندرہ لطفہ میں انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں کبھی کبھی عدسہ صلیبیہ کے چاک میں عمل آتا ہے اور لطفہ کے نیچے موجود پایا جاتا ہے۔ بصری عصب (optic nerve) کے داخل ہونے کے مقام پر صلیبیہ تپلا ہوتا ہے اور عصبی بندلوں کے گذرنے کے لئے اس میں کثیر التعداد سوراخ ہوتے ہیں۔ یہ سوراخ در حصہ در حصہ بالین (lamina cribrosa) منبر موتیا (glaucoma) میں ایک اہم فعل سرانجام دیتا ہے (صفحہ 83) اور بصری صلیمہ (optic papilla) کے نقطہ وارد کھائی دینے کا باعث ہی ہوتا ہے۔ بریلی (Braily) یہ بیان کرتا ہے کہ صلیبیہ کے جانبی حصے اوپر اور نیچے کے حصوں کی نسبت پتلے ہوتے ہیں۔ تحتانی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور بیرونی دیوار سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے اور اسکی ہی وجہ ہے کہ درون چشمی دباؤ کے اثر سے آنکھ انتصابی رخ کی نسبت جانبین پر زیادہ پھیلتی ہے۔ جن عوارض چشم میں درون چشمی تناؤ

بڑھا ہوتا ہے (سبز موتیا وغیرہ) انہیں شدید درد کے (جو اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے) محسوس ہونے کی ایک بڑی وجہ لازمی طور پر صلبیہ کی سستی اور اسکا کڑا پن اور کثافت ہی ہوتی ہے۔

مشیمیہ (choroid) گلوب کا عرق طبقہ ہے۔ اور اسکی بڑے بڑے عروق خون کا حامل ہیں۔ مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان دو باریک غشاؤں (فوق مشیمیہ و رتہ lamina suprachoroidea) اور ورقہ اسمر (lamina fusca) ہوتی ہیں۔ یہ ڈبیلی ڈھالی فصائی بافت کی تھیں ہوتی ہیں جنکا استر درملہ سے بنا ہوتا ہے۔ شوالب (Schwalbe) کی فوق مشیمیہ لغغی فضا (suprachoroid lymphatic space) انہی کٹے رہینا ہوتی ہے۔ لہذا انضرات گلوب کی حالت میں ان دونوں طبقات کے درمیان نرف بکثرت واقع ہو سکتا ہے اور ایسا نرف حقیقتہً چشمی تناؤ کی فوری تخفیف کا بھی جو قزحیہ برآری (iridectomy) یا موتیا بند نکالنے (cataract extraction) کے سے عملیہ جات سے عمل میں آجاتی ہے نتیجہ ہو سکتا ہے مگر واقعہ یہ ہے کہ اس قسم کے نرف کے ظاہر ہونے کا زیادہ تر احتمال زجاجیہ (vitreous) میں ہی ہوتا ہے۔ لکھ کے اگلے حصہ پر ضرب لگنے سے صرف مشیمیہ بھی (زیادہ تر موٹو حصہ پر) نشق ہو چکا ہے۔ چونکہ مشیمیہ میں لون بکثرت موجود ہوتا ہے، اس لئے یہ جسم کے ان حصوں میں سے ایک ہے جنہیں ملانینی (melanotic) بالیدیں ابتدائی طور پر واقع ہو سکتی ہیں۔ مشیمیہ کی یہ بالیدیں غالباً لحم سلمی ہوتی ہیں، اور ان سے جگر میں انتقالی بالیدوں کے پیدا ہو جانے کا ایک خاص احتمال ہوتا ہے۔ مگر جلد میں پیدا شدہ ملانینی (melanotic) مسلمان کی طرح یہ ثانوی طور پر لغغی غد کو ماؤف نہیں کرتیں۔

قزحیہ (iris) بہت عروق دار ہوتا ہے۔ اور اس میں التهاب واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے (التهاب قزحیہ: iritis) قزحیہ اور صلبیہ کے ساتھ اسکے تعلقات موجود ہونے کی وجہ سے انکا التهاب اس تک آسانی پھیل سکتا ہے۔ بخلاف اسکے قزحیہ اور مشیمیہ عروق میں استدر قزحیہ تعلق موجود ہوتا ہے کہ جو التهابات قزحیہ میں نمودار ہونے ہیں انکو مشیمیہ طبقہ تک پھیلنے کے لئے ہر ایک ذریعہ حاصل ہوتا ہے جب قزحیہ ملتب ہو جاتا ہے تو اس کے اظہار اور نیز اسکے جرم میں لف اور مصل کا انصباب ظاہر ہو جانے کی وجہ سے اسکی رنگت بدل جاتی ہے۔ اور قزحیہ میں سے دیکھنے پر اسکی نازک اور مشنگ ساخت اسکے ورم اور انصباب کی وجہ سے دھندلی دکھائی دیتی ہے۔ مزید برآں اس جھوٹی مٹی غشا کے متورم ہو جانے سے حد قد کے

حدود میں مداخلت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ منقبض دکھائی دیتا ہے۔ اور اس غشا کی حرکتیں لازمی طور پر بہت سست ہو جاتی ہیں۔ اگر یہ امر ملحوظ رکھا جائے کہ قرحیہ کی موخر سطح کا ایک حصہ عدسی کیسے کو فی الحقیقت مس کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان دونوں ساختوں کے درمیان الٹھابی انضمامات باسانی واقع ہو سکتے ہیں (شکل ۱۹)۔ لہذا الٹھاب قرحیہ (iritis) کے بعد قرحیہ کی موخر سطح تمام کی تمام، ایک یا ایک سے زائد مقامات پر لطف کے بندوں کے ذریعہ سے عدسی کیسے سے بالعموم منضم پائی جاتی ہے (اکثر حدیثی جائیہ منضم پایا جاتا ہے)۔ ایسے انضمامات موخر انضمامات قرحیہ (posterior synechiæ) پر مشتمل ہوتے ہیں اور مقدم انضمامات قرحیہ (anterior synechiæ) کی اصطلاح کا اطلاق قرحیہ اور قرنیہ کے باہمی انضمامات پر کیا جاتا ہے مزید برآں الٹھاب قرحیہ (iritis) میں بعض اوقات عدسہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے اور ثانوی یا الٹھابی موتیابہ (cataract) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

قرحیہ کی خلقی عدم موجودگی کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔ بعض اوقات اس میں ایک خلقی رخنہ موجود ہوتا ہے جو حدقہ سے لیکر نیچے کی اور کبھی ر اندر کی طرف کو جاتا ہے۔ اس حالت کا نام شقاق القرحیہ (coloboma iridis) ہے اور مشیمیہ در (choroidal cleft) کے برقرار رہنے سے جو قدر بصری (optic cup) کے نوکے دوران میں بنتا ہے پیدا ہوتا ہے بعض حالتوں میں حدقی غشا (pupillary membrane) کے ریشے حدقہ کے سامنے تنے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ غشا جو بعض حیوانات میں پیدائش کے چند دن بعد تک بھی دکھائی دیتی ہے نوع انسان میں پیدائش سے بہت عرصہ پہلے جذب ہو جاتی ہے۔

قرحیہ اپنی الٹھاب پر مضبوطی سے نہیں چپکا ہوتا (شکل ۲۰)۔ چنانچہ آنکھ کو ضرر پہنچنے کی حالت میں بعض اوقات اپنی چسپیدگیوں سے ہی کم و بیش حد تک علحدہ ہو جاتا ہے اور دوسرے طبقہ جات کو کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ بعض اوقات قرحیہ دریدہ ہو کر مکمل طور پر علحدہ ہو گیا ہے اور گلوب کے زخم میں سے باہر بھی نکل آیا ہے جس سے ہدنی زائد سے معرا ہو گئے ہیں۔ قرنیہ میں نافذ (penetrating) زخم آنے کی صورت میں قرحیہ باسانی مسقوط ہو جاتا ہے۔ یغشا استقر نازک اور نرم ہوتی ہے کہ قرحیہ برآری (iredectomy) کے دوران میں اسکا مطلوبہ قطعہ قرنیہتی شفاف میں سے مزاحمت محسوس کئے بغیر ہی پکڑ کر باہر کھینچا جا سکتا ہے۔ مزید برآں اس غشا کو عدسہ کیساتھ مس کرنے سے بھی بہت سا سہارا ملتا ہے، کیونکہ جب کبھی عدسہ اپنی جگہ سے ٹل کر زجاجیہ میں چلا جاتا

یا اسے علیہ سے دور کر دیا جاتا ہے تو قزحیہ گلوب کو حرکت دینے پر لرزتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔
اگر قزحیہ کثیر العروق ہوتا ہے مگر کاٹنے پر خون کا جریان اس سے شاذ و نادر ہی ہوتا ہے اور اسکی وجہ شائد ان عضلی ریشوں کا انقباض ہے جو اسمیں بافراط موجود ہوتے ہیں۔

مقلد کی رسد خون - ۱ - چھوٹی چھوٹی ہدبی (ciliary) شریانیں

(ophthalmic) شریان سے نکل کر [عصب بصری کے نزدیک ہی صلبیہ میں داخل ہوتی ہیں اور مشیمیہ کے بیرونی طبقہ میں کچھ فاصلہ تک جا کر شعری ضغیرہ میں منتسم ہو جاتی ہیں جس سے اندرونی مشیمیہ میں طبقہ کا زیادہ تر حصہ بنا ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف اس ضغیرہ سے ہدبی زوائد کو بعض شاخیں جاتی ہیں۔ ان عروق سے جو وریدیں پیدا ہوتی ہیں وہ جموں کی شکل میں مرتب ہوتی ہیں کیونکہ انکے استدقاق سے چار یا پانچ بڑے بڑے تنے بنتے ہیں (گردابی وریدیں: venæ vorticosæ) جو صلبیہ میں سے قرنیہ اور عصب بصری کے درمیان کے وسطی نقطہ پر سے گذر جاتے ہیں۔ مشیمیہ میں یہ شریانوں سے باہر کی طرف واقع ہوتے ہیں۔

۲۔ دونوں طویل ہدبی شریانیں (long ciliary arteries)

[جو عینی شریان (ophthalmic artery) سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو عصب بصری (optic nerve) کے باہر کی طرف منتقب کرتی ہیں۔ انیس سے ایک شریان ایک طرف ہوتی ہے اور دوسری دوسری طرف اوڑھ گیا گئے کی طرف کو بڑھتی جاتی ہیں حتیٰ کہ ہدبی خطہ تک پہنچ جاتی ہیں اور یہاں یہ شاخوں میں منتسم ہو جاتی ہیں، جیسے نفسم سے قزحیہ کے محیط کے قریب ایک عرقی دائرہ (دائرہ کبیر: circulus major) بن جاتا ہے۔ اس دائرہ سے بعض شاخیں نکل کر ہدبی عضلہ میں چلی جاتی ہیں اور باقی ماندہ قزحیہ میں سے استدق طور پر گذر کر حد قزحیہ کو چلی جاتی ہیں جن کے حاشیہ پر ایک دوسرا دائرہ (دائرہ صغیر: circulus minor) بن جاتا ہے۔

۳۔ مقدم ہدبی شریانیں (anterior ciliary arteries)

[جو عینی (ophthalmic) شریان کی عضلی اور دمی شاخوں سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو قرنیہ سے تقریباً ۲-۳ ملی میٹر پیچھے منتقب کرتی ہیں (ثاقب شاخیں) اور دائرہ کبیر (circulus major)

سے اگر لچاتی ہیں۔ ان سے ہدنی زوائد کو شاخیں جاتی ہیں جہاں کثیر التعداد نفیہ پنیر بنجاتے ہیں۔ یہ شریانیں برقیہ بافت میں واقع ہوتی ہیں۔ انکی برقیہ (episcleral) یا غیر ناقب شاخیں بہت چھوٹی چھوٹی اور کثیر التعداد ہوتی ہیں، اور آکلمہ کی طبعی حالت میں غیر مرنی ہوتی ہیں۔ مگر قزحیہ اور اسکے ہم پہلو حصوں کے التهاب میں یہ عروق قرنیہ کے حاشیہ کے ارد گرد باریک عروق کے ایک تنگ گلابی منطقہ کی شکل میں ظاہر ہو جاتے ہیں۔ یہ عروق ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہوتے ہیں۔ اور بہت نزدیک نزدیک واقع ہوتے ہیں، اور ملتحمہ کے ساتھ حرکت نہیں کرتے۔ یہ منطقہ منطقہ املاک ہدنی (zone of ciliary congestion) یا گرد قرنیہ منطقہ (circumcorneal zone) کے نام سے موسوم ہے۔

۴۔ ملتحمہ کے عروق دمعی (lacrymal) اور دونوں مغنی

(palpebral) شریانوں سے نکلنے ہیں۔ یہ عروق التهاب کی حالتوں میں متذکرہ الصدر عروق سے باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ انکی جماعت نسبتاً بڑی ہوتی ہے، اور یہ پیچیدہ ہوتے ہیں۔ نیز انکی ریخت اینٹ کی سی سرخ اور چمکیلی ہوتی ہے۔ اور ملتحمہ کے ساتھ ہی انکو بھی باسانی حرکت دیجا سکتی ہے اور دبانے سے یہ باسانی خون سے خالی بھی کئے جاسکتے ہیں۔ عروق کے ان دونوں گروہوں میں جو فرق ہے اس سے ایک فائدہ یہ ہے کہ ملتحمہ کا التهاب عمیق تر حصص کے التهاب سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ ملتحمی عروق سے بھی قرنیہ کے حاشیہ کے بہت قریب مستقیم عروق شعریہ کے پنبروں کا ایک ضغیرہ بنجاتا ہے جو قرنیہ کے شدید سطحی التهاب میں مسئلہ ہو جاتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے ارد گرد بعض اوقات ایک منطقہ بنجاتا ہے جو ہدنی منطقہ (ciliary zone) سے مذکورہ بالا عمومی خواص سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔

شبکیہ کی عرق رسد (vascular supply of retina) اسی کے لئے

مخصوص ہے۔ اور یہ شریان مرکزی شبکیہ (arteria centralis retinae) کے ذریعے پہنچتی ہے جو صرف اس مقام کے علاوہ جہاں عصب بصری داخل ہوتا ہے اور کسی جگہ بھی مشیمتی عروق سے کوئی بلا واسطہ ربطہ نہیں رکھتی۔ شبکیہ کی بیرونی تہیں جو مشیمتی طبقہ سے علاوہ رکھتی ہیں عروق سے فی الحقیقت مبرا ہوتی ہیں۔ چنانچہ جب کبھی شبکیہ کی مرکزی شریان بند ہو جاتی ہے

تو کووری فوراً پیدا ہو جاتی ہے، اور وہ قلیل مجانب دوران خون جو عصب بصری کے داخل ہونیکے منظام کے ارد گرد کے باریک باریک نغمات سے وجود میں آتا ہے بالکل ناکافی ہوتا ہے، اور شبکیہ جلد ہی مہینج ہو جاتا ہے۔ لہذا مرکزی شریان کے مستقل طور پر سدود ہو جانے کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ شبکیہ کا عرق نظام تقریباً معدوم ہو جاتا ہے۔ سداویت کی بعض حالتوں میں شبکیہ کی شریان کی صرف ایک شاخ ہی مسدود ہوتی ہے اور مریض کی بصارت سوائے اس حصہ کی بصارت کے جسے اس شاخ سے رسد پہنچتی ہے قائم رہتی ہے۔ نقرہ مرکزی (fovea centralis) کو جو تیزی بصارت کا مرکز ہے شبکیہ کی شریان مرکزی (arteria centralis retinae) کی فوقانی اور تحتانی صدغی دونوں شاخوں سے باریک باریک شاخیں پہنچتی ہیں۔

مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) کے درمیان نرف واقع ہونے کی صورت میں خون کا مشیمیہ عروق سے آنا لازمی ہوتا ہے اور جب نرف جو اکثر تفسر کا نتیجہ ہوتا ہے زجاجیہ (vitreous) میں واقع ہوتا ہے تو خون یا تو شبکیہ کی عروق سے آتا ہے کیونکہ یہ اس غشا کی اندرونی تہوں میں واقع ہوتے ہیں اور یا ہدنی خط کے عروق سے آتا ہے۔

مقلہ کی عصبی رسد (nerve supply of the eyeball) - 1- ہدنی

اعصاب (ciliary nerves) جو ہدنی (ciliary) (عدسی: lenticular) عقدہ اور انسی (nasal) (النفی ہدنی: naso-ciliary) عصب سے نکلتے ہیں صلبیہ کو عصب بصری کے قریب منتقب کرتے ہیں اور صلبیہ اور مشیمیہ کے درمیان سے انکو رسد پہنچاتے ہوئے آگے کو نکل جاتے ہیں۔ اسکے بعد یہ ہدنی عضلہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اور قزحیہ کے محیط کے قریب ان سے ایک ضفیہ بجاتا ہے جس سے قزحیہ کو شاخیں جاتی ہیں۔ ان شاخوں سے ایک نازک ضفیہ طیار ہوتا ہے۔ جو حد قزحیہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ یہ اعصاب صلبیہ کے مقدم حصہ میں سے قزحیہ کو شاخیں بھیجتے ہیں۔ اس طرح ان اعصاب کے ذریعہ سے مقلہ کو حسی ریشے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انسی یا انسی ہدنی شاخ سے اور ہدنی عضلہ اور عاصقہ (sphinctor iridis) کو حسی ریشے تیسرے عصب سے پہنچ جاتے ہیں اور نیز بہت سے مشارکی ریشے بھی حاصل ہو جاتے ہیں جن میں وہ ریشے بھی موجود ہوتے ہیں جو قزحیہ کے موثق عضلہ کو رسد پہنچاتے ہیں۔

جس منظام پر ہدنی اعصاب مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان سے آگے کی طرف گزرتے ہیں

77 دہاں بڑھے ہوئے درون چشمی دباؤ کی حالت میں صلیبیہ کے سخت اور کڑا ہونے کی وجہ سے ان پر مضر دباؤ باسانی پڑ سکتا ہے۔

۲۔ ملتحمہ کی عصبی رسد (nerve supply of the conjunctiva)

چار ذرائع سے پہنچتی ہے۔ فوق بکری (supratrochlear) اوپر کی طرف۔ تحت۔ بکری (infratrochlear) اندر کی طرف۔ اور ذمی (lacrimal) باہر کی طرف۔ یہ تمام کے تمام اعصاب پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی شاخیں ہیں۔ نیچے کی طرف پانچویں عصب کی دوسری قسمت کی حسی شاخیں موجود ہوتی ہیں۔

گلوب کی اپنی حس (sensation of the globe itself) بنامہ

پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔ اسکے التهابی عوارض مثلاً التهاب قرنہ (corneitis) یا التهاب قرصیہ (irits) میں اس درد کے علاوہ جو حقیقتہً آنکھ میں محسوس ہوتا ہے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی دوسری شاخوں کے ساتھ بھی درد بعید پایا جاتا ہے۔ اس امر کی توجیہ اس طرح کیجا سکتی ہے کہ عینی قسمت (ophthalmic division) کی ابتدا پانچویں عصب کے بالائی حسی نوات (upper sensory nucleus) سے جو چوتھے بطین کے فرش میں واقع ہوتا ہے مشترک طور پر ہوتی ہے، عقلہ سے جو عصبی خلیات متعلق ہوتے ہیں صرف انہی میں خلل نہیں آتا بلکہ قرب وجوار کے خلیات بھی متاثر ہو جاتے ہیں اور نفسی غلطی سے درد ان اعصاب کے ذریعہ بھی معکوس ہو جاتا ہے جو ان خلیات سے تعلق رکھتے ہیں۔ چشمانی پر فوق بکری (supratrochlear) عصب اور فوق مجری (supraorbital) عصب کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔ نیز ذمی شاخوں کے ساتھ ساتھ بھی درد ہوتا ہے (گرد مجری درد) اور انفی عصب کی گذرگاہ پر ناک کی جانب بھی درد ہوتا ہے۔ یا بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ درد پانچویں عصب کی دوسری قسمت میں پھیل جاتا ہے اور مدنی غلطی میں بے آرا محسوس ہوتی ہے (دوسری قسمت کی مجری شاخ) یا یہ اوپر کے جبڑے اور دانتوں سے منسوب ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا عوارض میں بہت سا تدمع بھی موجود ہوتا ہے، کیونکہ ذمی غده کی رسد بھی پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔

نور ترسی (photophobia) یا عدم تحمل نور آنکھ کے التهابی عوارض میں وزما مکر

قرنیہ کے سطحی التهابات میں عام طور پر پایاجائنا ہے۔ عضلہ محیطیہ الجھنیہ (orbicular muscle) میں تشنج واقع ہو جاتا ہے، اور یہ آنکھ کو بند رکھتا ہے، اور خراش کے خفیف سے سخت تکشف بھی اس کو بند کر دیتا ہے۔ اگرچہ عضلہ محیطیہ الجھنیہ (orbicular muscle) کو عصبی رسد وجہی (facial) عصب سے پہنچتی ہے لیکن اسکے عصبی ریشے ساتویں عصب کے نوات سے نہیں آتے، بلکہ یعنی حرکی (oculo-motar) نوات سے آتے ہیں جو پانچویں عصب کے حسی نوات کے نزدیک واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ معکوس راستوں کے ذریعہ سے وابستہ ہوتا ہے۔ التهاب قرنیہ (iritis) اور بزموتیا (glaucoma) میں پیش حسیت (hyperaesthesia) بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بیرونی جہی اور مقدم صدی رقبہ جات پر بعید و رد بھی محسوس ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ اس خط کی جلد اور مقلد کے عصبی مراکز کے درمیان قریبی تعلق موجود ہوتا ہے۔ اسی تعلق سے امر منہم میں کینٹیوں پر خراش مقابل کا استعمال کرنے کی توجیہ ہوتی ہے (ہیڈ: Head)۔ اغلاط العظام میں ہڈی عضلہ پر جو زور پڑتا ہے وہ دوسرے عام ترین اسباب میں سے ہے، اور اس سے پیشانی کے وسط مجھری حلقہ پر درد و بعید محسوس ہوتا ہے، اور اس پر پیش حسیت کے رقبہ جات رونما ہو جاتے ہیں۔

انفی (nasal) (انفی ہڈی: naso-ciliary) عصب اور مجھری مشمولات کے درمیان جو تعلق ہے اسکی مثالیں مزاولت طب میں کئی تہہ دیکھنے میں آتی ہیں۔ چنانچہ اگر ناک کے اگلے حصہ پر ضرب لگائی جائے، یا اسکے زیرین حصہ کی جلد کو خراش پہنچائی جائے، جیسا کہ درخیز ذمل کو دبانے سے پہنچتی ہے تو کثیر تدریج ظہور پذیر ہوگا۔ ہلاس سے یعنی (ophthalmic) عصب کی انفی شاخ کو ہیجان پہنچنے سے ایسے شخص کی آنکھوں سے پانی نکل آتا ہے جس کو اسکی عادت نہ ہو۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ناک اور انفی حضرفہ جات کے بہت سے اختلالات ایسے ہیں جن کی وجہ سے ”آنکھوں سے پانی نکل آتا ہے۔“ انفی عصب اور آنکھ کے درمیان کے قریبی تعلق کی ایک عجیب و غریب مثل اکثر منطقی (herpes zoster) سے ملتی ہے۔ اس عارضہ میں جب پہلی قسمت کی صرف فوق مجھری (supraorbital) اور فوق کبری (supratrochlear) شاخوں کے خطہ جات ہی ماؤف ہوتے ہیں تو آنکھ بالعموم غیر متاثر رہتی ہے، لیکن جب ثوران اس حصہ تک بھی پھیل جاتا ہے جس کو رسد انفی عصب سے آتی ہے، یعنی ناک کی ایک طرف پر نیچے تک آجاتا ہے تو مقلد میں اکثر کچھ التهاب پایا جاتا ہے۔

آنکھ کا خطرناک رقبہ۔ صرف قرینہ یا صرف صلبیہ کے نافذ زخم جو ہدبی حصہ سے

بیچھے واقع ہوں کبھی خطرناک نہیں ہوتے، مگر ایسے زخموں کے جن سے جسم ہدبی یا اسکا بالکل قریبی حصہ ماؤف ہو گیا ہو نہایت ہی خطرناک ثابت ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہدبی خطہ کا التهاب اہم عرقی اور عصبی تضامات کی وجہ سے جو اس حصہ میں موجود ہوتے ہیں خاص طور پر خطرناک ہوتا ہے۔ اور حقیقت یہ ہے کہ جہانتک خونی اور عصبی رسد کا تعلق ہے منقلہ کے اندر اس سے زیادہ اہم اور کوئی خطہ نہیں ہے۔ مزید برآں جسم ہدبی سے التهابات کم و بیش بلا واسطہ طور پر قرینہ، قرچہ، مشیمیہ، زجاجیہ اور شبکیہ تک پھیل سکتے ہیں۔ جسم ہدبی کا کوئی یا قریبی التهاب جو مضر کے بعد پیدا ہو جاتا ہے عام طور پر

ردم مشارکی (sympathetic ophthalmia) کے لئے نقطہ ابتدا ہوتا ہے۔ اس

مولناک عارضہ میں دوسری طرف کی صحیح و سالم آنکھ میں تباہ کن التهاب شروع ہو جاتا ہے اور یہ آنکھ پہلی آنکھ کے ضرر کو دو یا تین ماہ گزرنے کے بعد ماؤف ہو جاتی ہے۔ آج کل عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صحیح و سالم آنکھ مضر زدہ آنکھ سے براہ راست متاثر ہو جاتی ہے۔ ان زیر غلبہ قوتی فضاؤں میں جو اعصاب بصری کے ارد گرد پائی جاتی ہیں تصالبا (chiasma) پر تسلسل موجود ہوتا ہے اور یہ فضاؤں ایسے راستے کا کام دیتی ہیں جس میں سے سرائت ایک آنکھ سے دوسری آنکھ تک پھیل سکتی ہے۔

عدسہ (lens) کی پائش ایک طرف سے دوسری طرف تک $\frac{1}{16}$ انچ ہوتی ہے اور آگے سے پیچھے تک بھی $\frac{1}{16}$ انچ ہی ہوتی ہے۔ تمام زندگی میں عدسہ کی جامت آہستہ آہستہ بڑھتی رہتی ہے۔ عدسہ مکعبیہ کے تمام کا تمام بالکل شفاف اور بالکل عديم العروق ہوتا ہے جس طریقہ سے عدسہ اپنی وضع پر قائم رہتا ہے، وہ شکل ۱۹ صفحہ 69 اور شکل ۲۰ صفحہ 82 میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عدسہ کا محیط ہدبی زاؤد سے باریک اور شفاف منشع ریشوں کے ایک نظام کے ذریعہ سے پورنہ ہوتا ہے (عدسہ کا تعلیقی رباط: suspensory ligament of the lens)۔

ان میں سے بعض ریشے عدسہ کے آگے سے اور بعض اسکے پیچھے سے گزرتے ہیں اور اس طرح ان سے عدسہ کے لئے ایک تاجہ یا کیسہ بن جاتا ہے۔ ہدبی زاؤد پر تعلیقی رباط کے شعاعی ریشے رطوبت زجاجیہ (vitreous humour) کے شفاف کیسہ سے تسلسل قائم کر لیتے ہیں۔ غنائے شفاف

(hyaloid membrane) عدسہ اپنے تعلیقی رباط کے جزوی انشقاق سے آسانی ڈھیلا ہو سکتا ہے، اور اپنی جگہ سے ٹل سکتا ہے، اور مقدمہ کو شک میں چلا آتا ہے، اور زیادہ پیچھے کی طرف کو زجاجیہ میں جاتا ہے۔ اگر کچھ مداخلت کی جائے تو عدسہ متورم ہو سکتا ہے۔ اس طرح اسکے ارد گرد جو دباؤ پیدا ہو جاتا ہے، اس سے یہ ان اہم ساختوں کو جو اس کے آس پاس موجود ہوتی ہیں بہت سا نقصان پہنچا سکتا ہے۔

عدسہ کا کیبہ بہت چھوٹا اور پھلدار ہوتا ہے، اور جب اسے بھاڑ دیا جاتا ہے تو اس کے کنارے باہر کی طرف کو مڑ جاتے ہیں۔ موتیابند (cataract) کے لئے جو عام عملیہ جات سے انجام دئے جاتے ہیں ان میں یہ بھاڑ دیا جاتا ہے، اور کئی قسم کی ضربوں سے جو منغلہ پر لگ جاتی ہیں یہ پھٹ بھی سکتا ہے۔ ”موتیابند کے عملیہ کی ایک قسم میں کیبہ عدسہ کے ساتھ ہی دوڑ کر دیا جاتا ہے، اور زجاجیہ غشائے شفاف (hyaloid membrane) کی مدد سے جو کیبہ عدسہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے اپنی وضع پر برقرار رہتا ہے“ (لفٹنٹ کرنل ایچ اسمتھ: Lieut. Colonel H. Smith)۔ جب یہ کیبہ زخمی ہو جاتا ہے تو رطوبت مائیہ (aqueous humour) عدسہ میں داخل ہو جاتی ہے اور اسکے ریشے اسے چوس لینے ہیں۔ اور بعد میں یہ متورم ہو کر غیر شفاف ہو جاتے ہیں اور اس طرح جرمی موتیابند (traumatic cataract) پیدا ہو جاتا ہے۔ موتیابند کی مختلف قسموں میں تمام عدسہ اور زیادہ تر اس کا کچھ حصہ عتمہ (opacity) کا محل ہوتا ہے۔ یہ اکثر نوات میں شروع ہوتا ہے اور عرصہ دراز تک اسی حصہ تک محدود رہتا ہے۔ یا بعض اوقات یہ نشرہ میں شروع ہوتا ہے۔ اس حالت میں یہ لکیروں کے ایک سلسلہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جن کا رخ عدسہ کے محور کی طرف ہوتا ہے، اور انکا انحصار عدسہ کے ریشہ جات کی ترتیب پر ہوتا ہے۔

تشکیلیہ (retina) کے متعلق صرف اتنا ہی بیان کر دینا کافی ہو گا کہ اسکا تعلق شبیہ سے اتنا خفیف ہوتا ہے کہ یہ اس غشا سے نرف یا دیگر انصبابات کے ذریعہ سے علیحدہ ہو جاتا ہے اور بعض اوقات یہ گلوب پر سادہ ضرب کے لگنے سے بھی حقیقتہً جدا ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک وسیع حد تک علیحدہ ہونے کے باوجود بھی قرص بصری (optic disc) اور حاشیہ منن (ora serrata) پر چکا رہتا ہے۔

عصب بصری (optic nerve) کی لمبائی محجر کے اندر ۲۸ تا ۳۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ عصب مانع سے نکلتا ہوا اپنا گرد عصبی غلاف ام حنونہ سے لے آتا ہے۔ اسکے علاوہ دو اور غلاف بھی

اس پر ہوتے ہیں جن میں سے بیرونی اہم جانیہ سے ساتھ آتا ہے، اور اندرونی عنکبوتیہ سے یہ غلاف ایک دوسرے سے تیز کئے جاسکتے ہیں، اور علمدہ علمدہ ہوتے ہیں، اور ان میں جو دو فضاؤں ہوتی ہیں ان میں سے باہر کی سخت جانی اندر کی سخت عنکبوتی فضا سے سرایت زدہ ہو سکتی ہے چنانچہ دماغی اسجیہ کے التهابی عوارض عصب بصری کے ساتھ ساتھ اس کے غلاف کی فضاؤں میں سے پھیلتے ہوئے قرص بصری تک آسانی پہنچ سکتے ہیں۔ اور درون تجھی مرض میں باشتنائے عوارض اسجیہ فضا صحیح سے قرص تک اس عصب کی رشتی القضالی بافت میں سے ہونا ہوا پہنچ جاتا ہے۔ ان تعلقات سے التهاب عصب بصری (optic neuritis) اور درون تجھی مرض کے کثرت کے ساتھ اکٹھا واقع ہونے کی توجیہ کسی مدد تک ہوتی ہے۔

81

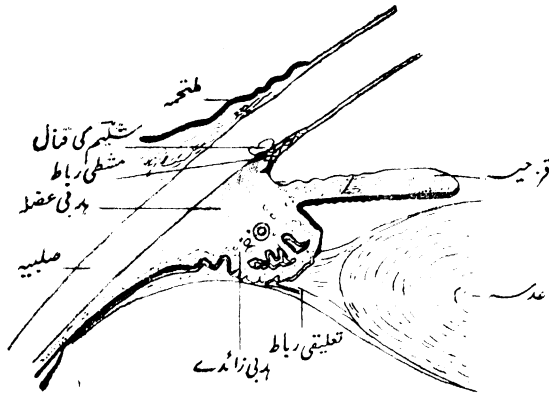
جو نہی یہ عصب سورخ بصری سے باہر نکلتا ہے یہ وتدی جوف کی بیرونی دیوار سے مس کئے ہوتا ہے، اور اگر یہ جوف مقابلتہ چھوٹا ہو تو یہ موخر مصفاقی خلیات سے ملا ہوتا ہے۔ ان فضاؤں میں نتیج واقع ہونے کی صورت میں سرایت کے عصب بصری تک پہنچنے کا امکان ہوتا ہے، اور اس طرح التهاب عصب بصری (optic neuritis) شروع ہو جاتا ہے۔ جب کبھی درون تجھی دباؤ کو پیری میں کسی سلحہ کے نشوونما پانے یا زرف واقع ہونے یا کسی دوسری حالت کے موجود ہونے سے بڑھ جاتا ہے تو یہ سخت عنکبوتی فضا میں سے جو عصب بصری کے ارد گرد موجود ہوتی ہے متعلق ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے مرکزی شریان اور ورید اس مقام پر دب جاتی ہیں جہاں یہ اس فضا کو عصب بصری تک پہنچنے کے لئے عبور کرتی ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پہلے ورید مضبوط ہو جاتی ہے، اور اس وجہ سے چشم بین (ophthalmoscope) میں سے شکیستی وریدوں میں احتقان دکھائی دیتا ہے۔ بعد ازاں دباؤ میں زیادتی واقع ہونے سے قرص میں اور اسکے عین ارد گرد ارتشاح پیدا ہو جاتا ہے، اور اسکے بعد زفات ظاہر ہو جاتے ہیں، اور شکیستی شریانوں کی جسامت کم ہو جاتی ہے۔ پہنچ حلیمی (papilloedema) کا وہ نقشہ جو چشم بین سے دکھائی دیتا ہے اسی طرح پیدا ہوتا ہے۔

مائی اور زجاجی رطوبتیں (aqueous and vitreous humours)

مائی رطوبت (aqueous humour) سے مقدم کوشک بڑھتا ہے۔ اور یہ وہ فضا ہے جو عدسہ کے کیسہ اور تعلیقی رباط اور قرنیہ کے درمیان ہوتی ہے۔ قرنیہ اس فضا کو مقدم اور موخر

دو حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ چونکہ قزحیہ کا زیادہ حصہ و حقیقت عدسہ سے ملا ہوتا ہے اسلئے موثر حصہ ایک زاویہ ہی وقفہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو قزحیہ ہدنی زاوئد اور عدسہ کے تعلیقی رباط کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔ مقدم گوشک کا عمق ۳.۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ قرنیہ کا اندرونی طبقہ صلیبیہ کے ساتھ تسلس قائم کرتے وقت ریشوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو (۱) صلیبیہ (۲) ہدنی عضلہ اور (۳) ہدنی زاوئد کو جاتے ہیں۔ ان ریشوں کے رباط منطلی (ligamentum pectinatum)

82



شکل ۲۰۔ رباط منطلی۔ فونٹانا کی فضائیں، ہدنی عضلہ اور عدسہ کا کیسہ۔

ہوتا ہے اور اسکے ریشوں کے درمیان جو وقفے ہوتے ہیں انکو فونٹانا (Fontana) کی فضاؤں کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے (قزحیتی قرنیہ کی فضائیں: iridio-corneal spaces)۔ یہ رطوبت مائیہ سے پڑھتی ہیں۔ ان فضاؤں کے اندر جو سیال ہوتا ہے وہ جذب ہو کر ایک مدور قنال میں پہنچ جاتا ہے جو صلیبیہ میں ہوتی ہے۔ یہ مدور ویریدی قنال (circular venous canal) یا قنال شلم (canal of Schlemm) کہلاتی ہے (دیکھو شکل ۲۰)۔ یہ قنال صلیبیہ کے مقدم حصہ ہدنی زاوئد اور قزحیہ کی ویریدوں سے رابطہ و راہ رکھتی ہے۔ رطوبت مائیہ ہدنی زاوئد میں سے جو قزحیہ کے پیچھے ہونے میں مسلسل خارج ہوتی رہتی ہو اور اس طرح قنال شلم (canal of Schlemm)

میں جذب ہوتی رہتی ہے، جہاں سے یہ وریڈی دوران میں چلی جاتی ہے۔ مغز کا تناور قنارہ افرازا اور رفتار انجذاب کے درمیان صحیح صحیح مساوات قائم رہنے سے برقرار رہتا ہے۔ لہذا اگر یہ مقدم کوشک میں چلی آئے (کوشکی ریم: hypopycn) تو یہ بالعموم آسانی جذب ہو جاتی ہے، متوسط درجہ کی وعاہداریوں پر بھی جو اس کوشک میں واقع ہوں یہی صادق آتا ہے۔ اور جو مشکل زجاجی کوشک سے خون کے مغز جذب ہونے میں پیش آتی ہے، اسکے مقابلہ میں مذکورہ انصابات کا مزید دفعیہ بالکل ایک مختلف حیثیت رکھتا ہے۔

83

پروفیسر آر تھومس (Arthur Thomson) نے یہ ثابت کر کے دکھا دیا ہے کہ صلیبیہ کی اندرونی طرف تفریح کے مقدم قاعدہ پر یا تو منحصر ہوتی ہے، اور یا میز اب دار ہوتی ہے۔ جب حد قاعہ منسج ہو جاتا ہے تو قریبہ کے کوزے ہوئے قاعدہ کا رجحان اس میز اب کو برکھنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس طرح رطوبت مائیکہ کا نکل کر فونٹانا (Fontana) کی فضاؤں میں چلا جانا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔

زجاجیہ (vitreous) فسادات چشم میں فعال حصہ نہیں لیتا۔ بعض اوقات ہم پہلو حصص کے التهاب میں یہ ثانوی طور پر باؤف ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی اس میں نزفات بھی واقع ہو جاتے ہیں، اور یہ اکثر مختلف اقسام کے غیر شفاف اجسام کا محل ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ زجاجیہ میں بغیر کسی علامت کے معتدبہ عرصہ تک بڑے رہتے ہیں۔ (سما دیبر museæ) volitantes جو کوناہ نظر (myopic) کو اکثر تکلیف دیتے ہیں زجاجیہ میں چھوٹے چھوٹے غیر شفاف ذرات کی موجودگی سے پیدا ہوتے ہیں، اور انکی شکل بسا اوقات بعینہ ویسی ہی ہوتی ہے جیسی زجاجیہ کے جسموں کی، جبکہ ان کو خوردبین سے دیکھا جائے۔

وہ نازک اور شفاف جھلی جو رطوبت زجاجیہ کے گرد بطور کیہ کے موجود ہوتی ہے غشائے شفاف (hyaloid membrane) کے نام سے موسوم ہے۔ زجاجیہ شبکیہ سے سوائے اس مقام کے جو پچھلی طرف قرص کے مقابل واقع ہوتا ہے، اور جہاں جینین میں عدرسہ کی شریان داخل ہو کر قنالی شفاف (hyaloid canal) میں سے آگے کی طرف کو جنینی حدتی قنالی (fetal pupillary membrane) کو رسد پہنچانے کے لئے بڑھ جاتی ہے، آسانی طلحہہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ عرق شبکیہ کی مرکزی شریان کی ایک شاخ ہے جو بعض اوقات سن بلوغ میں بھی ایک جمل یعنی کی شکل میں برقرار رہتی ہے۔ بعض شاذ و نادر مثالوں میں اس کا دوران خون جاری رہتا ہے، اور

اس کا بھڑان چشم میں سے دکھائی دے سکتا ہے۔

سبز موتیا (glaucoma) ایک ایسا مرض ہے جس کے علامات کا کلی انحصار گلوب کے دروں چشمی تناؤ کی افزائش پر ہوتا ہے۔ جب منقلہ کے اندر کا دباؤ بھگیہ اور مشیمیہ کی شریاؤں کے خون کے دباؤ سے زیادہ ہو جاتا ہے تو آنکھ کا تغذیہ منقطع ہو جاتا ہے۔ طبعی طور پر دروں چشمی دباؤ دروں چشمی وریدوں کے خون کے دباؤ کے مساوی ہوتا ہے۔ اگر رطوبت مائیہ صلیبیہ کی مدور وریدی قنال میں متعجب نہ ہو سکے تو یہ دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ یہ حالت ویسی ہی ہے جیسی کہ دماغ میں ہوتی ہے۔ آنکھ کی رطوبت مائیہ بھیجے کے دماغی سٹائی سیال کی قائم مقام ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ سبز موتیا (glaucoma) کے تقریباً سب مریضوں میں محیط قزحیہ اور قرنیہ کے درمیانی زاویہ کے، جس میں طبعی حالت میں رباط مشطی (ligamentum pectinatum) واقع ہوتا ہے، مکمل طور پر مدور ہو جانے سے فونٹانا (Fontana) کی مفض میں بند ہو جاتی ہیں۔

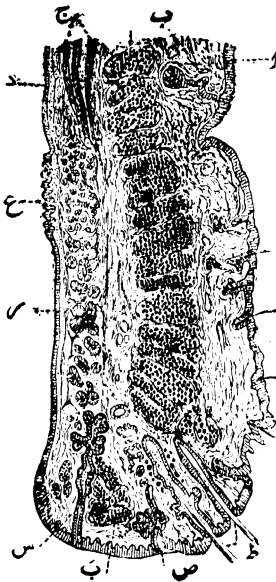
جہاں تک آنکھ سے سیال کے خارجی بہاؤ کا تعلق ہے مقدمہ کو شک کے محیطی حصہ کی اہمیت بہت طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے۔ اگر یہ حصہ قرنیہ کے اشتقاق میں قزحیہ سے باعدہ کے مثل جانے سے عدسہ ہی سے مدور ہو جائے تو گلوب کے دباؤ کی زیادتی اس کا لازمی نتیجہ ہوتی ہے۔ سبز موتیا (glaucoma) میں قزحیہ برآری (iridectomy) سے جو آرام حاصل ہو جاتا ہے، اس کا انحصار اس امر پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ علیہ رباط وراہ کے ان مجاری کو جو مائیہ سے شریع ہوتے ہیں عملی طور پر کھول دیتا ہے۔ لہذا اس طریقہ عمل کو کامیاب بنانے کے لئے شکاف صلیبیہ پر اتنا پیچھے واقع ہونا چاہئے کہ یہ تمام کا تمام زاویہ محمولہ بالا میں سے گزرے۔ مزید برآں یہ بھی ضروری ہے کہ قزحیہ کو عین اس کی پیمیدگی تک دور کر دیا جائے اور اس کا معتد بہ حصہ کاٹا جائے۔ قزحیہ برآری (iridectomy) سے بھی رطوبت مائیہ کے لئے قزحیہ کی ایک جدید شعری سطح پیدا ہو جاتی ہے، جو اس کے لئے ایک نئے نئے نخرج کا کام دیتی ہے۔ کم عمر اشخاص میں رباط مشطی (ligamentum pectinatum) خلیہ دار اور کھلی ساخت کا ہونا ہے، اور زیادہ عمر کے اشخاص میں یہ لیفی اور متعقبض ہو جاتا ہے۔ لہذا عمر اشخاص میں سبز موتیا (glaucoma) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے (ٹی۔ ہینڈرسن: T. Henderson)۔

سبز موتیا (glaucoma) کے تمام علامات کی توجیہ غیر طبعی تناؤ کے اثرات سے

ہو جاتی ہے چنانچہ ہر بی اعصاب سخت اور کڑے صلیبیہ پر مضبوط ہو جاتے ہیں، جس سے شدید درد پیدا ہوتا ہے۔ نیز مثبت اور تسخ حدقہ اور عدیم انہیں قرنیہ سے بھی یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے افعال میں اختلال آگیا ہے۔ ضغطہ سے جو حصص غالباً پہلے متاثر ہوتے ہیں وہ شبکیہ عروق خون ہیں اور شبکیہ کے محیط یعنی شبکیہ دورانی خون کی انتہائی حد پر ضغطہ کا اثر ان میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لہذا امید ان نظر آہستہ آہستہ تنگ ہو جاتا ہے اور یہ علامت سبز موتیا میں ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ اور عصب بصری پر دباؤ پڑنے سے روشنی کے چمکارے اور دوسرے طبیعت پیدا ہو جاتے ہیں جو اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ صلیبیہ کا کمزور ترین حصہ قرص میں ورقہ غریبان (lamina cribrosa) پر ہوتا ہے۔ یہ حصہ دباؤ سے جلد ب جاتا ہے اور اس سے سبز موتیا کی پیالہ (glaucomatous cup) پیدا ہو جاتا ہے۔ سمت مخالف کا دباؤ عدسہ کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے اور اس طرح مقدم کو شاک تنگ ہو جاتا ہے۔ اور شبکیہ دورانی خون میں جو خلل پیدا ہو جاتا ہے وہ ان متسع عروق سے ظاہر ہوتا ہے جو گلوب پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

اجفان (eyelids) (شکل ۲۱)۔ ہر ایک چوٹے میں مندرجہ ذیل تہیں اس

ترتیب سے پائی جاتی ہیں:۔ (۱) جلد (۲) زیر جلدی بافت (۳) عضلہ محیطۃ العینیہ (orbicularis oculi) (۴) غضروف البغنی صحفہ (غضروف البغنی فوقانی superior tarsus) اور اسکا تسلسل مجر کے حاشیہ یعنی مجری مائل (غشاء لغنی: palpebral membrane) تک (۵) غضروف البغنی (میبومی: Meibomian) غد کی تہ جو صحفہ مذکور میں مدون ہوتی ہے اور (۶) لمغمہ۔ اوپر کے پوٹے میں عضلہ رافع البغنی (levator palpebrae) غضروف البغنی صحفہ کی طرف گدزتا ہوا پایا جاتا ہے۔ پوٹوں کے اوپر کی جلد بہت باریک اور نازک ہوتی ہے اور خون کی جو وعائد ریاں اسکے نیچے پیدا ہو جاتی ہیں وہ اس میں سے باسانی دکھائی دیتی ہیں۔ اس جلد کی ملامت اور زیر جلدی بافت کا ڈھیلان اس حصہ کو اچھی طرح سے ترقیبی عملیہ بات کے قابل بنا دیتا ہے۔ مگر ان خواص کی وجہ سے جڑ کا بھی ایک قوی اثر ہوتا ہے چنانچہ زیرین پوٹے کے نیچے کے مندر شدہ مڈبا کے انقباض سے پوٹے کے گلوب سے پیچھے ہٹ آنے سے شترہ خارجیہ (ectropion) یا بر و گزی (eversion) پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اسکے التہاب یا تباہ کن عوامل کے اثرات کے بعد دوران اندمال میں لمغمہ کے انقباض سے ہر ایک چوٹا اندر کی جانب گلوب کی طرف مڑ جاتا ہے



اور اس طرح ششورو انجید (entropion) پیدا ہو جاتا ہے۔
 بیویٹوں پر بہت سے متضرر ششون ہوتے ہیں۔
 اوپر کے پوٹے میں ایک ششون جو تباہ ہو دو سروں کی نسبت
 زیادہ نمایاں اور زیادہ گہرا ہوتا ہے اور اسکو دو حصوں میں
 تقسیم کرتا ہے جن میں سے نیچے کا گلوب کو پوشیدہ کرتا ہے،
 اور اوپر کا معجز کی نرم ساختوں سے علافہ رکھتا ہے۔ لاغری
 میں بیویٹا اس ششون پر انڈر کبیرف کو بہت گھس جاتا ہے۔
 ششکافات اس ششون کے رخ میں لگانے چاہئیں۔

زیر جلدی یافت بہت ڈھیلی جھلی
 ہوتی ہے اسلئے پوٹے التہاب کا نتیجہ یا زرف واقع
 ہونے پر بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ لہذا انیر جو بیکس
 لگانا فریقین مصلحت نہیں کیونکہ ایسا کرنے سے اکثر متورم
 اور سیاہ ہو جاتی ہے (”انچہ پر کانیل“ black eye)۔

شکل ۲۱۔ اوپر کے پوٹے میں سے گزرتی ہوئی انقباضی تراشیں۔
 (ویڈیز: Waldeyer کے مطابق)۔ جلد۔
 ج عضلہ مجبیطیہ۔ اس کا ہر بی حصہ۔ ج پوٹے کا بغیر انقباضی
 عضلہ جو عضلہ رانج الجھن کی انتہا کے کچھ حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔
 د مٹھور۔ س غضروف الجھن فوقانی۔ س غضروف الجھنی غدو۔
 ص مرم عرقی غدو۔ ط بیکس۔ ج پرن غضروف الجھنی غدو۔

اس یافت کے منتقلی ایک عجیب امر ہے کہ اس میں ہم نہیں ملتا
 بیویٹوں کی کوروں پر بلیکس، غضروف الجھنی
 (tarsal glands) اور بعض ترمیم شدہ عرقی
 اور ذمینی غدو دیائے جاتے ہیں۔ ان غدو کا افراز بیویٹوں
 کی کوروں کو چپکنے سے روکتا ہے۔ ان کوروں میں تراشیں
 عوارض کے پیدا ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔

مزید برآں چونکہ یہ آزاد کنارے ہیں اس لئے دوران
 بھی آتہائی ہے اور خون کی رودیں تو دوسری باسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ انجیریہ (syosis) جو ایک التہاب
 ہے جس سے شتری جراب اور پوٹے کی کور کے بعض غدو ماؤف ہوجاتے ہیں کثیرہ الوقوع مرض ہے۔
 گوبا سنجی (sty) پوٹے کے حاشیہ پر القصابی یافت یا غدو میں قحج واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔
 پوٹے کو الٹنے سے نتیجہ میں سے غضروف الجھنی غدو دکھائی دے سکتے ہیں۔ یہ زردی مائل دانوں کی لکیروں
 کی شکل کے ہوتے ہیں۔ مشترک غضروف الجھنی (common tarsal) یا میبومی (Meibomian)

دویرہ ایک اعتبار سے دویرہ ہے جو ان فرد میں سے کسی ایک میں پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کسی ایک الجھنی بندہ کی قنات کہہ سنا داسے پیدا شدہ اعتبار سے بنتا ہے۔

عروقِ خون بیوٹوں میں بافراط پلے جاتے ہیں۔ ہر ایک پونے کو دو شریانی

رسد پہنچاتی ہیں۔ ان میں سے یعنی (ophthalmic) شریان کی ایک جھنی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پونے کے اندرونی حصہ میں سے گزرتی ہے، اور ایک دومی (lacrymal) کی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پونے کے بیرونی حصہ میں سے گزرتی ہے۔ شاملہ جات (naevi) اور دوسری عرق بائیدیں اس عمل پر بکثرت پائی جاتی ہیں۔

چار اعصاب اوپر کے پونے کو رسد پہنچاتے ہیں یعنی فوق مجری (supraorbital) فوق بکری (supratrochlear) اور تحت بکری (infratrochlear) اور دومی (lacrymal)۔ نیچے کے پونے کو ایک عصب (زیر مجری: infraorbital) رسد پہنچاتا ہے۔

بیوٹوں کے بعض عروق لطف پیش اذینی (preauricular) فرد میں داخل

ہوتے ہیں۔ لہذا یہ بیوٹوں کے عوارض میں بعض اوقات کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔

لمعہ (conjunctiva)۔ اس غشا کا پشمی حصہ تپلا ہوتا ہے، اور مطلق مرحلہ سے

جسکی پیدگی بہت ڈبیلی ہوتی ہے پوشیدہ ہوتا ہے۔ جھنی حصہ زیادہ موٹا ہوتا ہے اور عمودی

مرحلہ سے ڈھکا ہوتا ہے جو زیادہ مضبوطی سے منضم اور نسبتاً زیادہ عروق دار ہوتا ہے۔ قرنیہ کی

کور پر لمعہ اس مرحلہ سے مسلسل ہوتا ہے جو اس پردہ (قرنیہ) کی پوشش ہوتا ہے۔ چشمی لمعہ کو اسکے

ڈبیلے پن کی وجہ سے ادھر ادھر آواز اور طور پر حرکت دیا جاسکتی ہے، اور بعض عملیہ جات

میں اس سے بہت استفادہ کیا جاتا ہے۔ مثلاً ٹیل (Teale) کے عملیہ میں جو انصاف الجھن

(symblepharon) کے لئے کیا جاتا ہے گلوب سے قرنیہ کے اوپر سے لمعہ کا ایک پل بند ہونے

نقطیہ علیحدہ کر لیا جاتا ہے، اور اس خام سطح کو پوشیدہ کرنے کیلئے جو نیچے کے پونے سے مس

کرتی ہے قرنیہ پر سے نیچے کھینچ لیا جاتا ہے۔ یہ ڈبیلی بانٹ تپج لمعہ (chemosis) کے پیدا ہونے

میں مدد دیتی ہے جو انتہائی حالتوں میں اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ مریض اپنی آنکھ بند نہیں کر سکتا۔

علاوہ ازیں اسکے عروق کا سہارا چونکہ کمزور ہوتا ہے اس لئے ان میں تھوڑے سے اشتعال سے بھی پھٹ جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ زیر لمتحمہ نرفات بعض اوقات شدید تھے یا سال دہائی کے دورہ میں بھی واقع ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہو جانے کی حالت میں بھی خون اس غشا کے نیچے آ جاتا ہے۔ اس غشا کے نیچے جو نرفات واقع ہوتے ہیں ان میں اور دوسری و عابدربوں (کونٹیکٹوں) میں بہ فرق ہوتا ہے کہ قبل الذکر میں قرمز رنگت برقرار رہتی ہے، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ لمتحمہ کے پتلے پن کی وجہ سے آکسیجن خون تک پہنچتی رہتی ہے، اور اسکو شریانی خاصہ بخش دیتی ہے۔

لمتحمہ کے التهاب سے معتدبہ ندبی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جسکا کہ دوسرے اغشیہ مخاطیہ میں اور شائد مجری بول میں خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ تباہ کن اعمال کے بعد لمتحمہ کے انقباض سے ششزہ داخلیہ (entropion) کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر لمتحمہ کا تپشی حصہ اور اس کا تناظر جنسی حصہ دونوں تباہ ہو جائیں تو اس طرح خود دو خام سطعیں باقی رہ جاتی ہیں دو آسانی متحد ہو جاتی ہیں، اور پھر ناگلوب سے منضم ہو جاتا ہے، اور القساق الجفن (symblepharon) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت نیچے کے پپوٹے سے تعلق رکھتی ہے، اور عام طور پر چونے یا دیگر کاوی اشیا کے نیچے کے پپوٹے اور گلوب کے درمیان اتفاقیہ داخل ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔

اس غشا کے التهاب کی ایک عام قسم میں جنسی لمتحمہ پر چھوٹے چھوٹے اریکولوں (granulations) کی ایک تعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ صحیح معنوں میں اریکی بافت نہیں ہوتی کیونکہ اس حصہ میں صادق نتیجہ واقع نہیں ہوتا، بلکہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان اریکولوں میں سے کچھ خدی بافت کے کریبجوں سے بنے ہیں، اور کچھ کلانی یافتہ مخاطی جرابوں اور بیش پروردہ جلیموں پر مشتمل ہیں، اور یہ تمام ساختیں اس غشا میں طبعی طور پر پائی جاتی ہیں۔ اس عارضہ کا نام

رمد جیبی (trachoma) یا لکڑے (grancelar lids) ہے۔ اس عارضہ میں

غشائے مذکور کے زیادہ عمیق حصوں میں بہت سی جدید بافت طیار ہو جاتی ہے۔ اس جدید بافت اور ان اریکولوں (granulations) کے اجتراب سے انقباض پذیر ندبہ پیدا ہو جاتا ہے جس سے اس غشا میں بہت سے شکن برپا جاتے ہیں، اور اکثر ششزہ داخلیہ (entropion) بھی پیدا ہو جاتا اور پلکس اندر کی طرف کو مڑ جاتی ہیں۔

آلہ دمعیہ (lacrymal apparatus)۔ دمعی غدد (lacrymal gland)

(gland جو مجر کے بالائی اور بیرونی ربع میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۲) رافع لعین (levator palpebræ) کے وتر کے جانبی پھیلاؤ سے دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ ایک بڑا فوقانی حصہ جو مذکورہ پھیلاؤ اور مجر کی تھپت کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور ایک چھوٹا تحتانی حصہ جو اس پھیلاؤ اور اس مقام کے درمیان واقع ہوتا ہے جہاں لمبہ مقلدہ سے معکوس ہو کر بالائی جنین پر چلا جاتا ہے۔ اسکی قناتیں جو حسامت میں چھوٹی اور تعداد میں تقریباً بارہ ہوتی ہیں لمبھی انوکھاس کے بیرونی حصہ میں کھلتی ہیں۔ اس غدہ کے استیصال میں کوئی فنی مشکل پیش نہیں آتی، کیونکہ یہ اپنے قرب و جوار کی ساختوں سے ڈھیلے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ غدہ ملتبہ ہو جاتا ہے، اور اتنا کلانی یافتہ ہو جاتا ہے کہ یہ سلوہ کی مانند دکھائی دیتا ہے، اور گلوب کو نیچے اور اندر کی طرف ہٹا دیتا ہے، اور لمبہ کے چنبی جنبی شکن کو دبا کر آگے کی طرف کو ڈھیلے دیتا ہے۔ اگر خراج پیدا ہو جائے تو یہ اکثر اوپر کے پوئے کی جلد میں سے پھلتا ہے۔ اس غدہ کے دویرے (دویرہ فوجیہ: dacryops) اس کی قناتوں کے اندر اور اتساع سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اسکا طبی افراز آکھ کی کھلی سطح کو تر رکھتا ہے، مگر اس کا استیصال خراب اثرات پیدا ہونے کے بغیر کیا جاسکتا ہے۔

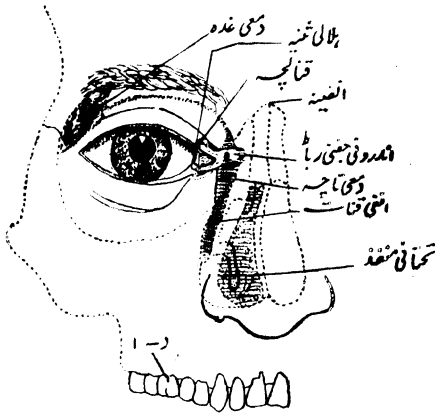
آنسو مقلدہ پر سے گزرتے ہیں اور اسے تر رکھتے ہیں، اور پھر یہ ہر دو نقاط دمعیہ (puncta lacrimalia) میں سے جن میں سے ایک بالائی پوئے کے حاشیہ کے اندر کی طرف اسکے اندر کے سرے پر ہوتا ہے، اور دوسرا نیچے کے پوئے پر پہلے کے متناظر مقام پر واقع ہوتا ہے، گزرتے ہیں، اور یہاں سے قناتچوں (canaliculi) کے ذریعہ سے دمعی تاجچہ (lacrymal sac) میں چلے جاتے ہیں، اور اس میں سے ہو کر انفی قنات (nasal duct) کے راستہ سے تحتانی انفی منقذہ (inferior nasal meatus) میں پہنچ جاتے ہیں۔ معمولی حالتوں میں اس افراز کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی کہ ناک میں سے اسکی تجزیر کی ضرورت ہو، لیکن جذبہ کے وقت افراز بکثرت ہوتا ہے، اور اسکی زائد مقدار بچوں اور عورتوں میں آنسوؤں کی شکل میں بہ جاتی ہے۔ مردوں میں چونکہ انفی قناتیں نسبتاً وسیع ہوتی ہیں اسلئے زائد مقدار ان قناتوں میں سے گزر جاتی ہے۔ لہذا ان میں جذبہ کا اظہار رونے کی بجائے زور سے ناک صاف کرنے اور ناک میں بولنے سے ہوتا ہے۔

دمعی تاجچہ (lacrymal sac) ناک کی ایک طرف اندرونی گوشہ چشم (وسطانی جفنی ملتقہ: medial palpebral commissure) کے قریب واقع ہوتا ہے، اور دمعی اور فوقانی فکی ہڈیوں میں جو میزبان ہوتا ہے اس میں بڑا ہوتا ہے (شکل ۲۲) اس کی بیرونی جانب برزرا آگے کی طرف کو دونوں دمعی تاجچے اس میں شامل ہو جاتے ہیں۔ تاجچہ کے سامنے اندرونی جفنی رباط (internal palpebral ligament) یا وتر لعین (tendo oculi) واقع ہوتا ہے۔ اگر دونوں پوپٹوں کو زور سے باہر کی طرف کو کھینچا جائے تو یہ رباط باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے اور نظر بھی آسکتا ہے۔ یہ تاجچہ کی طرف رہنمائی کرنے کا کام بھی دیتا ہے۔ جب پوپٹوں کو زور سے بند کر لیا جاتا ہے تو یہ تنیدہ ہو جاتا ہے۔ اسلئے اس حالت میں بھی یہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ دمعی تاجچہ کو یہ اس کے بالائی ایک تہائی حصہ اور زیرین دو تہائی حصہ کے مقام اتصال پر زاویہ قائمہ پر کاٹنا ہوگا گزرتا ہے۔ اگر اس رباط کے عین نیچے جانو داخل کیا جائے تو یہ تاجچہ کو تقریباً وسط پر سے کھول دے گا، اور اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ جب دمعی خراج پھٹنے کو ہوتا ہے تو اس کا منہ ہمیشہ اس رباط کے نیچے بنتا ہے۔

چونکہ دمعی تاجچوں (lacrymal sacs) کے عوارض اکثر بہت درد خیز ہوتے ہیں اسلئے یہ امر قابل ذکر ہے کہ اس تاجچہ کی عصبی رسد انفی عصب (nasal nerve) کی زیر کروی (infratrochlear) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔

دُماع (epiphora) یا آنسوؤں کا غیر طبعی بیش بہا و زیادہ تر دو اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۱) نقطہ (puncta) سے لیکر انفی یا انفی دمعی قناتوں کے فتح تک جو ناک میں واقع ہوتا ہے دمعی گزرا گاہوں کے کسی مقام پر سدود ہو جانے سے (۲) کسی ایسے سبب سے جو زیرین نقطہ کو گلوب کے ساتھ مس نہ کرنے دے جیسا کہ شترہ خارجیہ (ectropion)، شترہ نقطہ (entropion)، اور نیچے کے بیونے کے ورم وغیرہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ عضلہ مجبوطہ البینیہ (orbicularis oculi) کا پیش جفنی (pretarsal) حصہ ہی ہے (یعنی وہ ریشے جو پوپٹوں میں سے انکے آزاد حواسی کے قریب سے گزرتے ہیں) جو پوپٹوں کو مقلہ کے ساتھ ملا کر رکھتا ہے۔ یہ ریشے دمعی تاجچہ کے پیچھے موخر دمعی عرف (posterior lacrymal crest) پر ختم ہو جاتے ہیں، اور ان سے ایک عضلہ نیار ہو جاتا ہے جو کسی زمانہ میں نامشرہ لعین (tensor tarsi)

یا عضلہ ہارنر (Horner's muscle) کے نام سے موسوم تھا (Whitnall: -)۔ یہی استرنا سے دُماع (epiphora) پیدا ہو جاتا ہے کیونکہ عضلہ محیطیہ کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے نقطہ (punctum) گلوب سے پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ مزید برآں آنکھ جھپکنے کے دوران میں عضلہ مذکور کے انحصاری فعل سے آنسوؤں کے گزرنے میں جو مدد ملتی ہے اس کا بھی خاتمہ ہو جاتا ہے۔ دُماع (epiphora) کے علاج میں انفی قنات کو بعض اوقات سلائٹیوں سے متسع کرنا ضروری ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ دُمی آلہ کی تصویر۔

تیرہلی ڈاڑھ کی طرف اشارہ کرتا ہے جو انفی قنات کے رخ کو ظاہر کرتی ہے۔

اور بعض حالتوں میں قناتوں کو کبھی کبھو لتا پڑتا ہے، اور شگاف مباری نوک والے چاقو (probe-pointed knife) (ویبر کے چاقو: Weber's knife) سے ایسے مقام پر دیا جاتا ہے کہ دُمی تاجہ کا اندھا داخل گلوب سے ملتا ہے۔

91

انفی قنات (nasal duct) (انفی دُمی: naso-lacrimal) طول میں

انچ سے ذرا زیادہ ہوتی ہے، اور اس میں سے جو سلائی گذری جاتی ہے اسے نیچے کی اور ذرا نیچے کی اور باہر کی طرف پہلی ڈاڑھ کی سمت میں یعنی ناک اور زخار کے درمیانی مینزب کے متوازی گزرنا چاہئے

(شکل ۲۲)۔ انفی قنات ناک کی غشائے مخاطی کو تحتانی مقنول زائدہ (inferior turbinate process) کے نیچے بہت ترچھے رخ میں منقرب کرتی ہے، اسلئے اکی اندرونی دیوار ایک مصراع کا کام دیتی ہے۔ اگر یہ تقریح سے تباہ ہو جائے جیسا کہ بعض اوقات آتشک میں ہوتا ہے تو ذمعی تاجیہ ناک صاف کرنے پر منتفخ ہو جاتا ہے۔ عظمی انفی قنات کا قطر یہ مختلف ہوتا ہے، اور اس کا قطر ۲.۵ ملی میٹر سے لیکر ۵.۵ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ اسی موئی غشائے مخاطی کی جو اسکا استرہ ہوتی ہے، زیر مخاطی تہ میں ایک کثیر العروق و ریدی ضغیرہ پایا جاتا ہے جو اس قنات کے ملہب ہو جانے پر آسانی متورم ہو جاتا ہے اور آنسوؤں کو گذرنے نہیں دیتا۔ طبعی قنات میں ۳.۵ ملی میٹر قطر کی سلانی سما سکتی ہے۔ یہ ضرور مادی رکھنا چاہیے کہ طبعی طور پر اس قنات کا درونہ بند ہوتا ہے، اور اسکی استری غشا میں بہت مستعرض شغلیں ہوتے ہیں جن میں سلانی کا سر بعض اوقات اک جاتا ہے۔ التہابی عوارض انفی کبفہ میں سے ذمعی تاجیہ ناک انفی قنات کے راستہ سے آسانی صعود کر جاتے ہیں۔

باشخیم کان

93

صیوان الاذن (pinna) بعض اوقات خلقی طور پر غائب ہوتا ہے، اور بعض وقتاً

رخسار یا گردن کی کسی جانب پر زائد اذین (auricles) موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر مقام پر نام نہاد زائد یا متزااد اذین (supernumerary auricle) یعنی غضروف کے ایک بے دستکے درق پر مشتمل ہوتا ہے جو زیرین خیشومی درزوں (branchial cleft) میں سے ایک کے حواشی سے پیدا ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 230) گھنڈی کی طرح کے زائد اذین جو رخسار پر صیوان الاذن یا منفذ کے عین سامنے پائے جاتے ہیں ان کچھ درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن خود نکلتا ہے ایک یا زائد درنہ کے بیقاعدہ نو یا عدم اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں صیوان الاذن میں بعض اوقات ایک خلقی ناسور یا باجاتا ہے جو پہلی خیشومی درز (branchial clefts) کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ قلمی کان میں اس درز کے مصل پر یوسٹیکیئن ٹی (Eustachian tube)، طبل (tympanum)، اور منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus) پائے جاتے ہیں۔ اور صیوان الاذن اس پوشش سے پیدا ہوتا ہے جو اس درز کے ارد گرد پائی جاتی ہے۔ بعض زیادہ چھوٹے اور زیادہ وسطی ناسور خیشومی درز کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا نہیں ہوتے، بلکہ ان درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن ابتدائی طور پر بنتا ہے بعض میں مکمل اتحاد قائم نہ ہونے سے

پیدا ہوتے ہیں۔ حادثات سے صیوان الاذن (pinna) کے علیحدہ ہو جانے سے تیز ٹی سماعت میں عام طور پر بہت کم فرق آتا ہے۔

اذین (auricle) پر کی جلد باریک اور بہت قریبی طور پر منضم ہوتی ہے۔ زیر جلدی بافت کی مقدار قلیل ہوتی ہے اور اس میں شحم بہت کم ہوتا ہے۔ اسکی سطح کے الٹھابی عوارض مثلاً سرخبادہ (erysipelas) میں صیوان الاذن (pinna) انتہائی درجہ تک متورم ہو جاتا ہے اور حصص کی تنیدگی کی وجہ سے بہت سخت درد پیدا ہوتا ہے۔ صیوان الاذن اور غضروفی منفذ کھوپڑی سے بہت مضبوطی سے پیسیدہ ہوتے ہیں لہذا دونوں کان پیکر کر جسم کو بشرطیکہ اسکا وزن بہت زیادہ نہ ہو زمین سے اوپر اٹھایا جاسکتا ہے مگر یہ تجربہ ظالمانہ اور خطرناک ہے۔

منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus)۔ اس کی

قال تقریباً اسی لہجی ہوتی ہے اور اسکا رخ آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے لہذا اذن وسطی تک پہنچنے اور اسکو معر کر نیچے لئے سر جن صماخ کی موخر دیوار کو اپنا رہنما بناتا ہے۔ خارجی منفذ، لطف (promontory)، طرز و (cochlea) اور داخلی منفذ ایک ہی خط میں واقع ہوتے ہیں۔ قال میں وسط پر ایک انتصابی خم ہوتا ہے جسکا انحطاب اوپر کی طرف کو ہوتا ہے۔ قال کو منظر اول یا دوسرے اوزار کے داخل کرنے کی غرض سے سیدھا کرنے کے لئے صیوان الاذن کو اوپر کی طرف کو اور کسی قدر باہر اور نیچے کی طرف کو کھینچنا چاہئے۔ اس قال کا درونہ اسکے ممر کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔ وسط پر تین تنگ بین ہوتی ہے اور عظمی حصہ غضروفی حصہ کی نسبت زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ دہنہ خارجی ایلیمبی ہوتا ہے اور اسکا طویل ترین قطر اوپر سے نیچے کی سمت میں ہوتا ہے اسلئے منظر اول کی شکل گول ہونگی بجائے ایلیمبی ہونا چاہئے۔ بخلاف اس کے نالی کا اندرونی سرا مستعرض رخ میں ذرا سا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔

اسکی دیواروں کا کچھ حصہ عظمی ہوتا ہے اور کچھ حصہ غضروفی۔ بالغ میں نصف سے

زیادہ قال ہڈی سے گھری ہوتی ہے مگر ایک سال کے شیرخوار بچہ میں اسکا صرف ایک ثلث ہی عظمی ہوتا ہے اور بقیہ حصہ غضروفی ہوتا ہے اور پانچ چھ سال کے بچہ میں عظمی اور غضروفی حصوں کی لمبائی تقریباً ایک ہی ہوتی ہے (Symington : سمنگٹن)۔

خارجی کان کی عظمی دیواریں آگے کی نسبت پیچھے کی طرف بڑی ہوتی ہیں، اور جہاں پر منفذ کے عظمی حلقہ کا مقدم حصہ واضح طور پر دکھائی دیتا ہے وہاں اسکے موخر حصہ پر ایک ڈھلان پایا جاتا ہے جو بتدریج زائدہ حللیہ کے قاعدہ کی بیرونی جانب تک پہنچ جاتا ہے۔ اکثر اوقات موخر عظمی دیوار اور کھوپری کی بیرونی جانب کی درمیانی حد ایک چھوٹے سے شوکہ یا جید سے جو سینٹیل (Henle) کے فوق منفذی شوکہ (suprameatal spine) کے نام سے موسوم ہے ظاہر ہوتی ہے مگر ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ مرض حللیہ (mastoid disease) کے عمل میں گوج (gouge) کا استعمال فوق منفذی مثلث سے شروع کیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 106) جسکی ایک حد عظمی منفذ کے موخر حاشیہ سے بھی بنتی ہے، اسلئے شوکہ سینٹیل (spine of Henle) سرجن کے لئے ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔

95

غشائے طبل کے ترچھا ہونے کی وجہ سے منفذ کا فرش چھت کی نسبت زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ خارجی عظمی کان میں نہ تو بال ہوتے ہیں اور نہ خدر۔

نالی کے غضروفی قطعہ (cartilaginous segment) میں بہت سے

ڈہنی غد پائے جاتے ہیں جنہیں چھوٹے چھوٹے اور بہت دردنیز خراج یا دمل پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں اسیں صحلاخی غد کی ایک بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے، جسکے افزائش کی افراط سے بعض اوقات استقدر میل پیدا ہو جاتا ہے کہ قنال کو بند کر دیتا ہے اور کان بہرا ہو جاتا ہے۔ غضروفی حصہ کے فرش پر سینٹورینی (Santorini) کے شقاقات پائے جاتے ہیں۔ یہ ایک قسم کے وقفے ہوتے ہیں جو غضروف میں پائے جاتے ہیں اور لیفی بافت سے پڑھوتے ہیں۔ صیوان اللذن انہی کی وجہ سے زیادہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ جب خراج تکلیفی (paratoid abscess) کی کپچہ منفذ خارجی میں سے بھگلتی ہے تو یہ انہی شقاقات کے راستہ سے آتی ہے۔

التهاب الاذن خارجی (otitis externa) میں بعض اوقات منفذ سے قیچی مواد بکثرت خارج ہوتا ہے اور کبھی کبھی معلق مٹیجے کیے یا معدانے (polypi) بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ کھوپری کی دوسری ہڈیوں کے ساتھ ہی بیرونی کان کی عظمی دیواروں میں بھی حاجی سلعات عظمیہ (ivory osteomata) کے پیدا ہونے کا ایک خاص امکان پایا جاتا ہے۔

بیرونی کان میں اکثر اجسام منحرفہ بہ انک جاتے ہیں اور چونکہ انکا مکان اکثر شکل ہوتا ہے اسلئے انکو اپنی جگہ سے ہٹانے کے لئے غلط کوشش کرنے سے معتد بہ نقصان پہنچ جاتا ہے۔ اس امر کی احتیاط کرنا چاہئے کہ اس قسم کے جسم کو آگے کی طرف کو نہ دھکیل دیا جائے۔ اگر یہ کسی ایسے مادہ سے مرکب ہے جو پانی جذب کر سکتا ہے تو پچکاری سے نکالنے کی بیقاعدہ کوششوں سے اسے چھو لئے نہ دیا جائے۔ اگر یہ منظرار کی مدد سے اسکے پیچھے آہستہ سے ایک خمیدہ سلائی ڈاکر نکالا نہیں جاسکتا تو بعض اوقات یہ ضروری ہوتا ہے کہ کان کے پیچھے ایک ہلانی شکل کا شگاف دیکر اس کو معرا کر لیا جائے۔ اس سے غضروفِ عظمیٰ منفذ کی موزر دیوار سے عارضی طور پر علیحدہ ہو جاتا ہے۔

96

منفذی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہیں۔ اسکی بالائی دیوار کو کھینچنے سے ہڈی کی صرف ایک کثیف تہ کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہے۔ اسلئے اس حصہ کے خراج یا عظمیٰ مرض سے التهابِ سمعی (meningitis) پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اس قنال کی مقدم دیوار صدغی فکلی مفصل (temporo-maxillary joint) اور غدہ کلفیہ کے کچھ حصہ سے علاقہ رکھتی ہے۔ اس امر سے منفذ کے ملتبہ ہونے کی حالت میں جبڑا ہلانے سے جو درد محسوس ہوتا ہے اسکی بھی ایک طرح سے توجیہ ہوتی ہے۔ مگر ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ فک زیرین کی حرکت کے ساتھ ہی غضروفی منفذ میں بھی حرکت ہوتی ہے اور نیز دیوار ہائے منفذ اور مفصل مذکورہ دونوں رسد ایک ہی عصب سے آتی ہے (اذینی صدغی: auriculo-temporal) جبڑے کے قنال سے اسکا جو تعلق ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ منفذ کی اس دیوار میں ٹھنڈی کے بل گرنی سے کسر واقع ہو سکتا ہے۔ بکھری فہ کے اندر کا خراج سینٹورینی (Santorini) کے شقاقوں کے راستہ سے جو اس گذرگاہ کی مقدم دیوار میں واقع ہوتے ہیں منفذ تک پھیل سکتا ہے۔ موزر دیوار منفذ کو علمی نطیات (mastoid cells) سے علیحدہ کرتی ہے۔ موزر دیوار کے عین پیچھے (بینی خارجی اذنی منفذ کے وسطی نقطے سے تقریباً ۳/۴ انچ کے فاصلہ پر) جانی جوف (lateral sinus) ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔ عظمیٰ منفذ کی تختانی دیوار بہت کثیف اور مضبوط ہوتی ہے اور غمدی (vaginal) اور ابری (styloid) زوائد کی متناظر ہوتی ہے۔

رسد خون۔ صیوان الاذن اور منفذ خارجی کو خون کی رسد صدغی اور موزر

اذینی شریانوں سے بخوبی پہنچتی ہے اور منفذ کو خارجی فکلی (external maxillary) کی

ایک شاخ بھی جاتی ہے اس رسد کے باوجود صیوان الاذن میں پالا مار جانے سے سنگنرین واقع ہو جاتی ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ تمام عروق سطحی ہوتے ہیں اور سطح کے نیچے اسکے نزدیک ہی واقع ہوتے ہیں اور نیز یہ حصہ سردی لگنے کے لئے کھلا رہتا ہے اور اسپر جوہری کی کوئی پوشش نہیں ہوتی یہی حالات بیرونی سردی سے ناک میں سنگنرین واقع ہونے کے محرض ہیں۔ خوبی سلعات (سلعاست دمویہ) صیوان الاذن میں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں اور گھونٹے بازوں فٹ بال کھیلنے والوں اور دیوانوں میں عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ یہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور خون کی وجہ بدری پر مشتمل ہوتے ہیں جو گردگری اور غضروف کے درمیان واقع ہوتی ہے۔

97

عصبی رسد صیوان الاذن کو ازینی صدغی (auriculo-temporal) اد

عظیم ازینی (great auricular) اور صغیر قدالی (small occipital) اعصاب سے رسد بنتی ہے (دیکھو شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ منفذ کی رسد زیادہ تر ازینی صدغی (auriculo-temporal) کے ذریعہ سے آتی ہے اور عصب تائبہ (vagus) کی ایک ازینی شاخ اسکی مدد کو آتی ہے [آرنولڈ (Arnold) کا عصب] جو اس قنال کے پیرن اور پچھلے حصہ کو جاتی ہے اور یہ شاخ قنال کی ابتدا سے دوڑ نہیں ہوتی۔ وجہی (facial) سے بھی ایک شاخ نکلتی ہے جو منفذ میں جا کر ختم ہوتی ہے (رمزے ہنٹ: Ramsay Hunt)۔ عصب تائبہ کی ازینی شاخ کے متعلق کان کے عصبی تعلقات کے سلسلہ میں بہت سارے نطن پایا جاتا ہے۔ پرنکلف دعوتوں میں یہ عام طور پر دیکھنے میں آتا ہے کہ جب عرق گلاب سامنے رکھا جاتا ہے تو زیادہ تجربہ کار شرکائے دعوت کان کی پچھلی طرف کیے پچھلے حصہ کو تر دست مال سے مس کرتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ عمل بہت تازگی بخش ہے اور اسے متعلق یہ خیال ہے کہ اس سے آرنولڈ (Arnold) کے عصب میں غیر اختیاری طور پر ہیجان پیدا ہو جاتا ہے اور یہ وہ عصب ہے جسکا تہ معدہ کو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس عصب کو مزاحاً "عصب الشیخ" (alderman's nerve) کہا جاتا ہے۔

اذنی کھانسی۔ اذنی چھینک۔ اذنی جمائی: تکلیف دہ

خشک کھانسی میں منفذ میں کسی شحمیت کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں بعض اوقات منظر کے صرف داخل کرنے ہی سے مریض کو کھانسی شروع ہو جاتی ہے! ایک ایسے واقعہ کی اطلاع دیا جا چکی ہے

جس میں اٹھارہ ماہ تک تکلیف رہ کھانسی موجود رہی اور کان سے میل کی ایک ڈاٹ نکالنے سے فوراً بند ہوگئی۔ ایسی حالتوں میں نراس تنفس اور کھانسی کے مراکز تک جو چوتھے بلعین کے فرش پر ہوتے ہیں عصب تائید (vagus) کی ازبئی شاخ کے ذریعہ سے متصل ہوتی ہے۔ گاسکل (Gaskell) نے یہ ثابت کیا ہے کہ عصب تائید میں پانچویں عصب کے غیر متلف مشائی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں لہذا عصب تائید کے نوانات میں پانچویں عصب کی شاخوں مثلاً ازبئی صدغی سے احتمالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ منفذ سمعی خارجی کے اعصاب کا جو تعلق عصب تائید کے نوانات سے ہوتا ہے اس سے ایسی جھینکوں اور قیوں کی توجیہ بھی ہو جاتی ہے جو خارجی منفذ میں جسم غریب کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ اسی عصبی تعلق سے ان جمائیوں کا سبب بھی معلوم ہو جاتا ہے جو کان کی نکھائنتوں میں بار بار آیا کرتی ہیں۔ جو خراس تھانی سنی (inferior dental) اور لسانی (lingual) اعصاب کے ذریعہ سے پہنچتی ہے وہ ازبئی صدغی کے ساتھ ساتھ محمول ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ کان کے درد میں زبان اور نیچے کے دانتوں کا امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سرطان زبان کی حالتوں میں درد ازبئی، صدغی اور حملی خطوں میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔

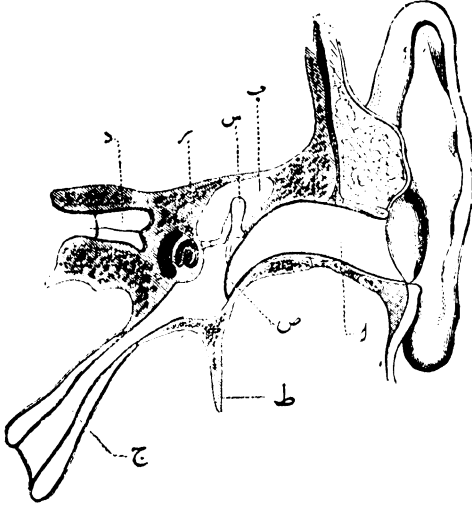
98

اس جہلے کے ساتھ ساتھ یا اسکے نیچے کی جلد پر الیمیت کا ایک رقبہ پایا جاتا ہے۔ آنکھ کے شدید عوارض کو رفع کرنے کے خیال سے کان میں حلقے ڈالنے کا ایک عام رواج تھا۔ بنا گوش کو عظیم ازبئی عصب جو دوسرے اور تیسرے عقی اعصاب سے نکلتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اور آنکھ کو پانچویں عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت سے رسد پہنچتی ہے۔ جن مراکز سے یہ اعصاب ملتے ہیں انہیں ایک معین تعلق پایا جاتا ہے کیونکہ پانچویں عصب کا ازبئی نوات اس رمادی مادہ کا جس میں سے عقی اعصاب کی موضع جڑیں نکلتی ہیں ایک بلا واسطہ تسلسل ہے جو اوپر کی طرف کو چلا گیا ہے۔

ہلٹن (Hilton) نے کان کے مہم سے درد کے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے۔ اس میں یہ معلوم ہوا کہ یہ گردن کے ایک کلانی یافتہ غدہ سے پیدا ہوا تھا جو عظیم ازبئی عصب کے منہ پر دباؤ ڈالتا تھا۔

غشاء طبل (membrana tympani)۔ یہ غشاء بہت ترجمی واقع ہوتی ہے اور افقی ستوی کے ساتھ یہ ۴۵ درجہ کا زاویہ بناتی ہے۔ بوقت پیدائش یہ تقریباً افقی معلوم ہوتی ہے

اگرچہ درحقیقت ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ منفذ کی عظمی دیوار اپنے اندرونی سرے پر نیچے کی طرف کو ڈھلوانا ہوتی ہے اسلئے یہ اس غشائی زریں کو رکے ساتھ ایک قسم کا جوف بنا دیتی ہے جس میں چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ آسانی پڑے رہتے ہیں (شکل ۲۳)۔ ہڈی کا وہ حلقہ جسکے ساتھ یہ غشائی چپکی ہوتی ہے اپنے بالائی اور مقدم حصہ پر نامکمل ہوتا ہے۔ اس طرح جو رخندہ رہ جاتا ہے اس کو طبل کی کٹاؤ



شکل ۲۳۔ یہ تراش خارجی منفذ اذن وسطیٰ اور یوسٹیکین ٹی میں سے گزرتی ہے۔ (ٹلو)

۱۔ خارجی سمی منفذ۔ ج۔ کہنہ طبلی کا علیہ۔ ج۔ یوسٹیکین ٹی۔ ۵۔ داخلی سمی منفذ۔

۱۲۔ حلزوند۔ ۱۱۔ استخوانچے۔ ۱۰۔ غشائے طبلی۔ ۹۔ زائندہ ابریہ۔

(tympanic notch) یا ریونجی (Rivini) کا کٹاؤ کہتے ہیں۔ اس میں ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے جو منفذ کے استرکے ایک تسلسل سے پوشیدہ ہوتی ہے اور پیپ اذن وسطیٰ میں سے اس میں سے گزر کر اس غشائی کو مشتبہ کو بغیر سمی قنال میں آسکتی ہے۔ جب یہ غشائی کسی شدید ارتجاج کے ہو ایسا منتقل ہونے سے بچت جاتی ہے تو دریدگی اس کٹاؤ کے بالمقابل واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ یہاں پر اسکی چسپیدگیاں دوسرے مقامات کی نسبت کم مضبوط ہوتی ہیں۔ اس غشائی میں بہت کم لچک موجود ہوتی ہے جیسا کہ اس حصہ کے زخمی ہونے کے بعد لب ہائے زخم کی ذراسی کشادگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

دوسرے وجوہ کے علاوہ ایک یہ بھی وجہ ہے کہ سر جن اس غشائیں جو انتھاب بنا تا ہے وہ بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے۔ یہ غشائیں پھینکنے، کھانسی اور قے وغیرہ کے دوروں میں شقی ہو چکی ہے۔ یہی ضرر کان بڑ گھونٹا لگنے اور سادہ ارتجاجات (مثلاً وہ جو کسی بلند آواز سے پیدا ہوتے ہیں) سے بھی پیدا ہو چکا ہے۔

موتی کی طرح کی رمادی غشائے طبلی کو منظار میں سے معکوس روشنی سے دیکھنے پر ایک مثلث نما معکوسہ نور (light reflex) نظر آتا ہے! اسکا قاعدہ نیچے کی طرف کو اور کسی قدر آگے کی طرف کو ہوتا ہے اور اسکا راس طبل کے مرکز کے قریب حمیدہ (umbo) پر ہوتا ہے۔ اس زاویہ کی چوڑائی مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے لیکن جب طبل اندر کی طرف کو کھپا ہوتا ہے تو یہ زاویہ تنگ ہو جاتا ہے اور جب طبل باہر کی طرف کو ابھرا ہوتا ہے تو یہ چوڑا ہو جاتا ہے۔ جب التھاب کی وجہ سے طبل کی چمک غائب ہو جاتی ہے تو یہ مثلث نما معکوسہ نور ماند پڑ جاتا ہے اور اسکا خاکہ دھندلا ہو جاتا ہے۔

حمیدہ (umbo) یا نیشب کا عمیق ترین حصہ تمام غشائے مرکز کے عین نیچے واقع ہوتا ہے اور یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ کے سرے کی چسپیدگی کا متناظر ہوتا ہے۔ دستہ کا بقیہ حصہ دوران حیات میں غشائیں سے دیکھا جاسکتا ہے۔ مطرقہ (malleus) کا سر غشائے کوئی تعلق نہیں رکھتا کیونکہ یہ غشائے لیول سے اوپر طبل کے علیتہ (attic) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۳)۔ غشائے جو قطعہ حمیدہ (umbo) سے اوپر ہوتا ہے اسکی عرقی اور عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے۔ یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ اور استخوانچوں کی زنجیر کا متناظر ہوتا ہے اور دونوں نذول (fenestra) اور طنف (promontory) کے بالمقابل ہوتا ہے۔ جبل طبلی (chorda tympani) عصب مجا اس فوق نیدی حصہ کو عبور کرتا ہوا گذرتا ہے۔ بخلاف اسکے جو قطعہ حمیدہ (umbo) سے نیچے ہوتا ہے وہ کسی اہم حصہ کا متناظر نہیں ہوتا اور کم عروقدار اور کم حساس ہوتا ہے۔ لہذا طبل نشائی میں سے طبل کا بزل (paracentesis of the tympanum) ہمیشہ فوق حمیدی قطعہ میں سے کرنا چاہئے۔ اگر یہ عمل حمیدہ سے اوپر کیا جائے تو ممکن ہے کہ چا تو سندان (incus) کو جا لگے اور اس ہڈی کو اسکی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دے یا جبل طبلی (chorda tympani) کٹ جائے جس سے ریت کا شملی افزا شروع ہو جاتا ہے۔ مطرقہ (malleus) اور رکیب (stapes) اتنی مطلوبی سے چسپیدہ ہوتی ہیں کہ باسانی علیحدہ نہیں کی جاسکتیں۔

اس غشائے کو خون کی رسد ابری طلی (stylo-mastoid) شریان اور اندرونی کلی (internal maxillary) کی طبلی (tympanic) شاخ سے آتی ہے اور اسکی عصبی رسد

ازینی صدغی (auriculo-temporal) ووجہی (facial) اور تائیسہ (vagus) سے حاصل

ہوتی ہے۔ **طبلی کہفہ** (tympanic cavity) کی شکل انسان کی ہتھیلی کے گڑھے کی سی ہوتی ہے۔ اسکی بیرونی حد زیادہ تر غشاء طبلی سے بنتی ہے۔ مقدم جانب پر یہ یوستیکین (Eustachian) نلی کے ذریعہ سے انفی بلوم (nasopharynx) سے ربط و راہ رکھتی ہے اور موخر جانب پر مدخل (aditus) اسکے علیہ (attic) سے یعنی اس حصہ سے لیکر غشاء طبلی کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے جیسے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو عملی مغارہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کہفہ کا عرض اندرونی دیوار سے لیکر بیرونی دیوار تک ۲ تا ۳ ملی میٹر (۱/۴ تا ۱/۲ انچ) ہوتا ہے اسکا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو طبل کے حیدہ (umbo) اور طنّف (promontory) کے درمیان ہوتا ہے۔ اگر غشاء طبلی کے مرکز میں سے ایک باریک ڈنڈا اندر داخل کر دیا جائے تو وہ اس کہفہ کی اندرونی دیوار کے طنّف (promontory) سے ٹکرائے گا۔ انقباضی اور مقدم موخر قطر فرداً تقریباً ۱۲-۱۴ ملی میٹر (۱/۴ انچ) ہوتے ہیں۔

اندرونی دیوار پر طنّف (promontory) سے اوپر بیضوی نافذہ (fenestra

ovalis) (دہلیزی نافذہ: fenestra vestibuli) ہوتا ہے جو ایک غشاء سے بند ہوتا ہے جسکی وسطانی جانب پر اذن اندرونی کی دہلیزی نردبان (scala vestibuli) ہوتی ہے اور

اسکے نیچے اور پیچھے کی طرف مدور نافذہ (fenestra rotunda) (حلزونی نافذہ fenestra

cochleæ) (شکل ۲۲) ہوتا ہے جو اس غشاء سے بند ہوتا ہے جو نردبان طبلی (scala

tympani) کو بند کرتی ہے۔ رکیب (stapes) کا پائمان بیضوی نافذہ (fenestra ovalis)

کے غشاء سے اس مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ اصولی عملیہ (radical mastoid operation) کرتے وقت جب استخوانچے دور کئے جاتے ہیں تو یہ علیحدہ نہیں ہوتا۔ طبل

(tympanum) کی اندرونی دیوار کے بالائی اور موخر حاشیہ پر چوٹی نالی (facial canal)

یا فلونی مصیف (aqueduct of Fallopius) گذرتا ہے مصیف کی دیوار آئی پتلی ہوتی ہے کہ

البتہ نالی نردبان وسطی سے وجہی عصب تک باسانی پہنچ سکتا ہے۔ بہت پتلی بالائی دیوار یا چیت

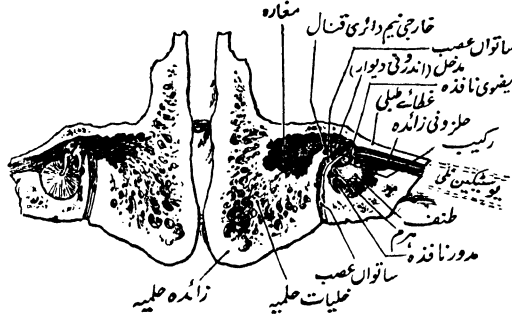
(غشاء طبلی: tegmen tympani) پر صدغی تندی (temporo-sphenoidal) لختہ متعلق

ہوتا ہے۔ اسی دیوار میں ججری فلسمانی درز (petro-squamous suture) واقع ہوتی ہے جو

پہلے سال کے اختتام پر مل جاتی ہے۔ اور اس میں عام طور پر جرمی فلسمانی ورید ہوتی ہے جو اب تانی و داجی (primitive jugular) کے آثار میں سے ہوتی ہے بشیر خوار بچہ میں ایک درزی غشنا ہڈیوں میں سے گزرتی ہے اور یہ بعض اوقات سرایت کے اذن وسطی سے اسمیہ تک پھیلنے کے لئے سیدھے راستہ کا کام دیتی ہے۔

102

اس کا فرش بہت تنگ ہوتا ہے اسکا زیر ترین حصہ غشائے طبلی (membrana tympani) اور کیوسٹیکین (Eustachian) نلی کے سوراخ ہر دو کے لیول سے نیچے ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ طبلی اور مغارہ کی اندرونی دیوار۔

خارجی نیم دائری قنال کا محل اور وجہی عصب (ہنتم) کا مہر دکھایا گیا ہے۔

اور اسلئے اس مقام پر پیپ باسانی جمع ہو سکتی ہے (شکل ۲۲)۔ یہ فرش ہڈی کا ایک باریک صفحہ ہوتا ہے جسکے نیچے و داجی (jugular) ورید کا بصلہ واقع ہوتا ہے جسکے سامنے داخلی سباتی (internal carotid) شریان پائی جاتی ہے۔ گاہے گاہے مرض یا کسی خلقی نقص کی وجہ سے اسکا کچھ حصہ غائب بھی ہوتا ہے ایسی حالتوں میں اذن وسطی کے مرض میں کان میں خطرناک نرف واقع ہو چکا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ میں جسکا علم سی۔ سی چوائس کو ہے طبلی تنگانی (myringotomy) کے بعد شدید وریدی نرف واقع ہوا تھا۔

موضر دیوار کے بالائی حصہ میں طبلی جوف کا فتحہ یا مدخل (aditus) ہوتا ہے (حلیہ کا مغارہ)۔ ہوائی جوف علیہ (attic) میں کھلتا ہے۔ یہ طبلی کہفہ کا وہ حصہ ہے جو غشائے طبلی کے

لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔

طبلی جوف (tympanic sinus) (حلیہ کا مغارہ: antrum of the

108

(mastoid) (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ خارجی سمعی منفذ کے اوپر اور پیچھے حلیہ زائندہ کے قاعدہ میں واقع ہوتا ہے جو مدخل کے اسکی شکل قریب کی سی ہوتی ہے اس فضا اور ان حلیہ نلیات کا جو اس میں کھلتے ہیں اور اسکے ارد گرد واقع ہوتے ہیں مائوف ہو جانا اذن وسطی کے مرض کی ایک نہایت خطرناک پیچیدگی ہے۔ یہ جوف اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اس میں سیم کا ایک چھوٹا سا بیج آسکتا ہے۔ یہ پیدائش کے وقت پر موجود ہوتا ہے اور طبلی کہنہ کے ساتھ نمو پاتا ہے۔

اوپر کی طرف اسکی چھت جو عطاءے طبلی (tegmen tympani) سے جو ہڈی کا ایک ۲ ملی میٹر موٹا صحفہ ہوتا ہے بنتی ہے، اسکو تیسری صدی صدی صغریٰ سے علقندہ کرتی ہے۔ چھوٹی چھوٹی وریڈیں چھت کو منقبت کر کے جبری فلسمانی وریڈیں جا ملتی ہے! وریہی اسمی نام کی درز کے بقیت حصہ میں واقع ہوتی ہے۔ شیر خوار بچہ میں یہ ربط اور بھی آزادانہ ہوتا ہے، کیونکہ یہ درز پہلے سال کے اعتقاد تک بند نہیں ہوتی۔ چھت کا لیول فوق منفذی عرف (suprameatal crest)۔ یعنی وجہ (zygoma) کی جڑ کی موخر اطالت سے عین اوپر ہوتا ہے، لہذا اگر سرجن اس عرف سے نیچے رہے تو کھوپڑی کے اتفاقیہ کھلنے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

مغارہ (antrum) کے نیچے حلیہ زائندہ ہوتا ہے جو اکثر خلیہ دار اور بعض اوقات ٹھوس ہوتا ہے۔ مغاری فرش کا لیول عظمی خارجی منفذ کی موخر دیوار کے نقطہ وسطی کے پیچھے ہوتا ہے۔

سامنے کی طرف ہڈی کی ایک دیوار ہوتی ہے جو مغارہ (antrum) کو خارجی سمعی منفذ کے اندرونی حصہ سے علقندہ کرتی ہے! اس دیوار کے سب سے اونچے حصہ میں مدخل (aditus) ہوتا ہے جو ایک بیضوی فتح ہے اور یہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اس میں معمولی تکیستی سلائی داخل ہو سکتی ہے اور یہ مغارہ (antrum) سے آگے کی اور کیتقدر پیچھے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو ہو کر علیہ (attic) میں پہنچ جاتی ہے۔

اندرونی دیوار پر ایک قنال ہوتی ہے جو چہرے کے عصب (facial nerve) کے لئے ہوتی ہے۔ یہ قنال اپنے رقبہ (genu) سے جو مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں ہوتا ہے

نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ علاوہ ازیں اس جگہ پر وجہی قنال کے عین پیچھے اور اس سے ذرا اوپر خارجی نیم دائری قنال (external semicircular canal) ہڈی میں مدفون ہوتی ہے (شکل ۲۳)۔ اطالقی جوف (tympanic sinus) کے منہ پر اور طبل (tympanum) کے علیہ (attic) میں سندان (incus) اور مطرقہ (malleus) کا سرا اور انکے رباہات واقع ہوتے ہیں اور یہ وہ ساختیں ہیں جو بعض اوقات مرض زدہ ہوتی ہیں اور انکو دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جس حالت مرض میں اصولی عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے اس میں اس اندرونی دیوار کی ہڈی بعض اوقات

104



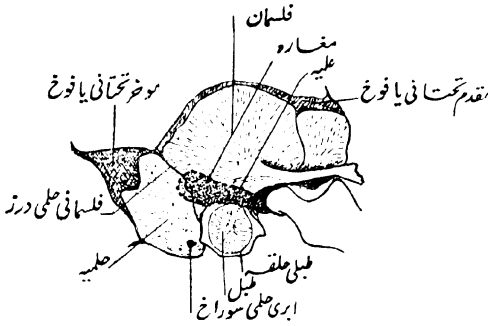
شکل ۲۵ اذن وسطی کے محل اور تعلقات اور مختلف حصوں کو ظاہر کرتی ہے۔
(نیز دیکھو شکل ۶ صفحہ 25)

بوسیدہ ہوتی ہے اور وجہی عصب (facial nerve) یا نیم دائری قنال (semicircular canal) کو بے احتیاطی سے باسانی نقصان پہنچ سکتا ہے اور وجہی ثلث اور دوران سر کے پیدا ہونیکا اندیشہ ہوتا ہے۔ منفذ کے فوقانی اور موخر کنارے عصب وجہی (facial nerve) کے محل کو ظاہر کرتے ہیں۔ یہ عصب (شکل ۲۵) جوف یا منارہ (antrum) کی اندرونی دیوار پر فوقی منفذی مثلث (suprameatal triangle) سے ۳ تا ۲۲ ملی میٹر گہرا واقع ہوتا ہے (جو اس) عصب اپنے رقبہ (genu) سے اپنی قنال میں چلا جاتا ہے اور پھر مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں سے نیچے کی طرف کو جا کر اور ہڈی کے اس پل میں سے جو منارہ (antrum) کو اذن وسطی سے علیحدہ کرتا ہے گزر کر انجام کار ابری حملی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے باہر آتا ہے

اسکا نزول بالکل انتصابی نہیں ہوتا بلکہ یہ ذرا باہر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لہذا عملیہ میں اس پل کو پھینے سے کاٹتے وقت نیچے کی طرف کو ڈھلوان رکھنا چاہئے۔

پہنچنے کی طرف یہ جوف (sinus) جانبی جوف اور دیمخ (cerebellum) سے ہڈی کے ایک صفحہ کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے جسکی دباوت ۳ ملی میٹر سے ۶ ملی میٹر تک ہوتی ہے اس سے یہ باسانی سمجھ میں آسکتا ہے کہ اذن وسطی کے مرض میں صدغی وندی تختہ (temporosphenoidal lobe) جانبی جوف (lateral sinus) اور دیمخ میں ثانوی سرائت عام طور پر کیوں واقع ہوتی ہے

105



شکل ۲۶۔ صدغی ہڈی بوقت پیدائش۔

طبلی جوف یا مغارہ اور طلیہ کا محل ظاہر کیا گیا ہے۔ فلسمانی حلی درز حلی ہے اور حلی زائدہ کا نمونہ نہیں ہوا۔

جوف کی بیرونی دیوار بوقت پیدائش فلسمان کے پس منغذی زائدہ سے جو ہڈی کا ۲ ملی میٹر موٹا صفحہ ہوتا ہے بنی ہوتی ہے (شکل ۲۶)۔ بچہ میں مغارہ (antrum) مقابلتہ سطحی ہوتا ہے۔ اور پیپ باسانی محل سکتی ہے اور باسانی نکالی بھی جاسکتی ہے۔ فلسمانی (squamosal) کے پس منغذی حصہ اور حجر حلی (petro-mastoid) کے درمیان کی درز زندگی کے دوسرے سال میں غائب ہو جاتی ہے۔ اور اس طرح یہ امکانی راستہ جس سے پیپ سطح تک پہنچ سکتی ہے بند ہو جاتا ہے (شکل ۲۶)۔ جوف کی بیرونی دیوار کی دباوت سن بلوغ تک بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔

مغارہ (antrum) کی گہرائی بالغ کھوپڑی میں تقریباً ۱۶ ملی میٹر ہوتی ہے (۱+ پانچ)۔ مگر

مختلف افراد میں یہ ۱۲ تا ۲۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ جب ہڈی کو لٹیا ٹومائی بالیڈ (cholestea) (tomatous growth) سے متاثر ہو جاتی ہے تو یہ کہفہ بعض اوقات گوج (gouge) کی پہلی ہی کاٹ سے معرا ہو جاتا ہے۔ اندرونی کان (اندرونی دیوار) کو پرپی کی جانب سے صلی مغارہ (mastoid antrum) کی نسبت ذرا گہرا واقع ہوتا ہے اور مغارہ (antrum) جانبی جوف کی نسبت ذرا گہرا ہوتا ہے۔ طبعی طور پر بالغ میں خون کا جوف خارجی سیمی منفذ کے نقطہ وسطی سے ۳ انچ نیچے ہوتا ہے (موضر حاشیہ سے ۱ انچ) مگر بعض اوقات یہ اور آگے نکل جاتا ہے اور مغارہ (antrum) کے موخر حصہ پر متراکب ہو جاتا ہے۔ نا تجربہ کار سرجن خارجی اذن میں کبھی کبھی آہستہ سے سلائی داخل کرنے سے اس امر کا یقین کر سکتا ہے کہ مغارہ (antrum) اسے کس گہرائی پر ملے گا۔ مزید برآں تا وقتیکہ اسے یہ کہفہ نہ مل جائے اسے سلائی کے متوازی رخ میں کام کرنا چاہئے۔

مغارہ کی (antrum) کی متناظر کی کریم کیون (Macewen) کی فوق منفذی مثلثت ہے (شکل ۲۵)۔ یہ اوپر کی طرف فوق منفذی عرف یا (موخر و جنبی چیمت: posterior) zygomatic roof سے اور نیچے کی طرف اس عمود سے جو عرف سے عظمیٰ منفذ کے موخر حاشیہ کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے اور مقدم جانب پر اس خط سے جو عظمیٰ منفذ کا ماسا ہو اور دونوں خطوں سے ملتا ہو محدود ہوتی ہے۔ موضر منفذی دیوار کے صحیح محل کی ترسیم اکثر ہینلے (Henle) کے نٹوک یا حید کی موجودگی سے ہوتی ہے اور مثلث بذات خود ایک اچھے نشیب کی شکل کی ہوتی ہے جو انگلی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

رسائی۔ اس رقبہ میں سرجن گوج (gouge) کا استعمال بلا خطر کر سکتا ہے تا وقتیکہ

وہ وسطیٰ صلیات کو توڑ کر مغارہ (antrum) کو نہیں کھول لیتا۔ اسکے بعد وہ اس امر کا یقین کر وہ اسی کہفہ ہی میں ہے اور وہ کسی بڑے سے خلیہ میں نہیں اسکے مقدم فوقانی زاویہ میں سے مدخل (aditus) میں سلائی داخل کرنے سے کر سکتا ہے۔ مزید برآں مغارہ (antrum) تک خارجی سیمی منفذ کی موضر دیوار اور اسکی چیمت کے مقام اتصال کی متابعت کرنے سے بھی رسائی کی جاسکتی ہے۔ بر ما منفذ سے ۵ ملی میٹر نیچے اور اسکے بالائی حاشیہ کے لیول پر داخل کیا جاتا ہے اسکی چیمت منفذ کے لیول سے ۵ ملی میٹر اوپر ہوتی ہے۔

حلمی خلیات (mastoid cells) حلمی زائده کی بالیدگی کے ساتھ ساتھ

نمو پاتے ہیں جو دوسرے سال ہی ایک واضح طور پر نمایاں ساخت کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ بوقت پیدائش جوف کے علاوہ بعض دوسرے خلیات بھی بیرونی دیوار میں موجود ہوتے ہیں۔ (تنگ: Young) زمانہ شیرخوارگی میں حلمی زائده کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ ایک وہ جس میں ہڈی کیفیت ہوتی ہے اور دوسری جو ایک فیصدی بالنوں میں برقرار رہتی ہے۔ دوسری وہ جس میں حلمی زائده ڈپوئی دار ہوتا ہے۔ یہ قسم ۲۰ فیصدی بالنوں میں موجود رہتی ہے (آچیل: A. Cheatele)۔ وہ جنہیں بالنوں میں تین قسمیں تسلیم کی گئی ہیں اور یہ سب تقریباً یکساں کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ (۱) وہ جنہیں خلیات بڑے ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور جوف طبل (tympanic sinus) سے ربط رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جنہیں مرکزی خلیات بڑے ہوتے ہیں اور جوف سے ربط رکھتے ہیں اور محیطی خلیات چھوٹے اور بند ہوتے ہیں۔ (۳) وہ جنہیں تمام فضائیں چھوٹی اور بند ہوتی ہیں۔ یہ خلیات جوف کو گھیرے ہوتے ہیں اور بعض اوقات پیچھے کی طرف کو حلمی قذالی درز (masto-occipital suture) تک آگے کی طرف کو فوق منغذی خط تک اور اوپر کی طرف کو حلمی جداری درز (masto-parietal suture) تک اور نیچے کی طرف کو حلمی زائده کے راس تک چلے جاتا ہے۔ الہابی حالتوں سے بعض اوقات حلمی خلیات کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں۔ اور ہڈی اتنی کثیف ہو جاتی ہے کہ چھینے کی مزاحمت کرتی ہے۔ زیادہ اوپری خلیات کی وریدیں حلمی زائده کی گرد عظمی وریدوں میں جاتی ہیں اور انکے ذریعہ سے الہتاب سطح تک پہنچ جاتا ہے جس سے کان کے پیچھے تہج اور ورم پیدا ہو جاتا ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) طبل (tympanum) کی مقدم دیوار

پرکھلتی ہے (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ یہ نلی جو ۱۳ انچ لمبی ہوتی ہے بلحوم میں کھلنے سے طبل میں ہوا کی مناسب رسد پہنچاتی ہے، اور غشا کی دونوں طرفوں کے دباؤ کو مساوی کرتی ہے۔ طبل (tympanum) کا فرش یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے بیرونی فتحہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔ اس نلی کا خط سمت کھوپڑی کے قاعدہ کے سمت عرض اور مقدم موخر محوروں کے درمیان تقریباً عمود وسط پر واقع ہوتا ہے۔ بالن میں اسکا میلان نیچے کی طرف کو ہوتا ہے جس سے افقی مستوی کے ساتھ ۴۰ درجہ کا

زاویہ بنتا ہے۔ بچہ میں یہ زاویہ صرف ۱۰ درجہ کا ہوتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔ بالوں میں نلی کا تین چوتھائی حصہ غضروفی اور ایک چوتھائی عظمیٰ ہوتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔ اسکی باہر کی جانب پر عضلہ نائشرہ حنکیہ (tensor palati) اور پانچویں عصب کی تیسری قسمت اور وسطیٰ سحائی (middle meningeal) شریان واقع ہوتی ہے۔ اندرونی جانب پر پس بلعومی بافت (retropharyngeal tissue) اور (کانی بیچھے) داخلی سباتی (internal carotid) شریان واقع ہوتی ہے۔ نلی کا بلعومی دہن عام طور پر بند رہتا ہے۔ مگر کھلنے وقت یہ زیادہ تر نائشرہ حنکیہ (tensor palati) کے فعل سے کھل جاتا ہے۔ اور اگر ناک اور منہ بند کر کے رخسار کھلا لیں جائیں تو دونوں کانوں میں دباؤ کا ایک احساس پیدا ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی قوت سماعت بھی کم ہو جاتی ہے اور یہ تغیر غشائے طبلی کے اس ہوا سے جو طبل (tympanum) میں بھر جاتی ہے، باہر کی طرف ابھر جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ اذن وسطیٰ کے متفتح کرنے کا یہ طریقہ **ولتسوا کے طریقہ** (Valsalva's method) کے نام سے موسوم ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) میں ہوا گزرنے کے پولیٹزر کے طریقہ (Politzer's method) میں مریض کا منہ بند کر دیا جاتا ہے۔ اور ایک تنٹھے میں ہوا سے بھری ہوئی ربڑ کی تھیلی کی ٹونٹی داخل کر دی جاتی ہے۔ اور تنٹھے بند کر کے مضبوطی سے پکڑ لئے جاتے ہیں۔ مریض کو پانی کا ایک گھونٹ پینے کے لئے کہا جاتا ہے اور ساتھ ہی تھیلی نو زور سے خالی کر دیا جاتا ہے۔ ہوا جھکے لئے کھلنے کا اور کوئی راستہ نہیں ہوتا اس طرح کھلی یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) میں گھس جاتی ہے۔ سر جن ایک نلی کے ذریعہ سے جو مریض کے اور اسکے اپنے منفذ کے درمیان لگی ہوتی ہے اس ذرا سے شور کے سنائی دینے کی طرف خیال رکھتا ہے جو ہوا کے داخل ہونے سے ہوتا ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے مدت تک بند رہنے سے خواہ وہ انتہائی ورم کے پھیلنے سے یا بلعوم میں سے غدودہ کی بیش پرورش سے بند ہوئی ہو یا بلعومی سلعات یا سعدا (polypus) سے میکانی انسداد واقع ہوا ہو کان کے اندر کی کچھ ہوا جذب ہو جاتی ہے اور اس کے بہاؤ میں پیدا ہو جاتا ہے۔ یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے بہاؤ دار راستہ کے ذریعہ سے سر اُمت اذن وسطیٰ تک پھیل سکتی ہے۔ سی جے۔ بونڈ (C. J. Bond) کو یہ معلوم ہوا ہے کہ لبل کے تشعب کے ایک واقعہ میں نیل کے ذرات جبکا امتحان انفی بلعوم میں کیا گیا تھا بعد میں

اس مواد میں سے نکلے جو خارجی منفذ میں سے بہا تھا۔

نبلی کے بلعومی سورخ کی اوپر کی کور قاعدی زائده سے تفریباً پانچ نیچے بلعوم کی موخر دیوار سے پانچ آگے تھمائی مغتول ہڈی (inferior turbinate bone) کے موخر سرے سے پانچ پیچھے اور حنک الرخو (soft palate) سے پانچ اوپر واقع ہوتی ہے (ٹلو: Tillaux)۔ جنین میں یہ سورخ حنک الصلب (hard palate) سے نیچے واقع ہوتا ہے اور بوقت پیدائش اسی کے لیول پر ہوتا ہے۔ اس سورخ کی متصلی مشلی ہوتی ہے۔

109

یوٹیکین نبلی (Eustachian tube) کے سورخ پر جو ارتفاع ہوتا ہے اسکے عین پیچھے بلعوم کی دیوار میں ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ بلعومی گوشہ (pharyngeal recess) یا حفسرہ روزنلمر (fossa of Rosenmüller) کہلاتا ہے (شکل ۲۸ صفحہ 121)۔ اسے بعض اوقات غلطی سے نبلی کا سورخ تصور کر لیا جاتا ہے۔ درہیں یوٹیکین قاسطیر (Eustachian catheter) کا سرا آسانی اٹک جاتا ہے جن واقعات میں بلعومی لوزہ (لوزہ لوشکا: Luschka's tonsil) کلانی یافتہ ہوتا ہے، انہیں یہ حفسرہ طرفین پر بعض اوقات بہت گہرا ہو جاتا ہے اور اس سے ایک تنگ عطفہ بن جاتا ہے (دیکھو صفحہ 184)۔ یوٹیکین قاسطیر (Eustachian catheter)

گراونے کے لئے اس آلہ کو اسکا انقعا نیچے کی طرف رکھ کر اسے نھنوں کے فرش کے ساتھ ساتھ داخل کیا جاتا ہے۔ حتیٰ کہ اسکا سرا حنک الصلب (hard palate) کی موخر کور کے اوپر سے بلعوم میں گزرتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اب اس آلہ کو باہر کی طرف کھینچنا چاہئے حتیٰ کہ اسکا سرا حنک الصلب کی موخر کور کے اوپر سے پھراٹھتا ہوا محسوس ہو۔ اس مقام پر پہنچ کر قاسطیر کو پانچ آگے کی طرف کودھکیں دینا چاہئے اور دھکیلتے وقت اسکی نوک کو رجب دائرہ پر سے باہر کی طرف کو گھما دینا چاہئے۔ اس تبدیریے اسکو نبلی کے سورخ میں آجانا چاہئے۔

طبلس کی رسد خون۔ جو شریانیں طبلس کو رسد پہنچاتی ہیں وہ داخلی فلی

(internal maxillary) اور داخلی سباتی (internal carotid) کی طبلسی (tympanic) شاخیں اور وسطی سھائی (middle meningeal) کی حجری (petrosal) شاخ اور موخر ذینی (posterior auricular) کی ابری علی (stylo-mastoid) شاخیں

یہ امر کہ بعض لمبلی وریڈیں فوقانی حجری جوف (superior petrosal sinus) اور جانبی جوفوں میں ختم ہوتی ہیں، اذن وسطی کے التبانی عوارض میں ان گذرگا ہوں میں علیقت کے اکثر واقع ہونے کی ایک دوسری توجیہ پیش کرتا ہے۔ حجری فلسمانی (petro-squamous) وریڈ جو اذن وسطی کی چھت کو عبور کرتی ہے اور جس میں وہ شاخیں بھی شامل ہوتی ہیں جو لمبلی جوف اور علیتہ (attic) سے آتی ہیں، پیچھے کی طرف جانبی جوف سے ملتی ہیں اور آگے کی طرف سمائی وریڈوں (meningeal veins) سے (چھٹل: Cheatle)۔

110

اذن وسطی کے عروق تلمف دوراستے اختیار کرتے ہیں۔ انہیں سے اکثر یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کی دیوار کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور پس بلعوی لمفی غدہ میں ختم ہو جاتا ہے۔ بعض عروق منفذ کی استری غشا کے نیچے سے نکل کر غدہ کے پس اذیمی کردہ میں جو صلی زائدہ پر واقع ہوتا ہے چلے جاتے ہیں۔ اور یہ دوسری گذرگا ہوں بھی اختیار کرتے ہیں جو ان وریڈوں کی رفیق ہوتی ہیں جو عظم صدغی کے علی حصہ پر کے سطحی فحات سے نکلتی ہیں۔

چونکہ جبلمبلی (chorda tympani) عصب کا محل لمبلی میں معرا ہوتا ہے

اسلئے اذن وسطی کے تعیمی مرض میں اسکو نقصان پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اور یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب یہ عصب ماؤف ہوتا ہے تو حسن ذائقہ میں احتمال پایا جا سکتا ہے اور اگر یہ یاد ہو کہ ذائقہ کے بعض اعصاب زبان تک اس راستہ سے پہنچتے ہیں تو یہ امر آسانی سمجھ میں آ سکتا ہے۔

عظمی تیبہ (osseous labrynth) کان کے دوسرے حصوں سے الگ بنتا ہے۔

اس تیبہ (labrynth) کے حصوں میں تنخر واقع ہو چکا ہے جو شناخت پذیر لٹکڑوں کی شکل میں نکالے جا چکے ہیں۔ ڈاکٹر بار (Dr. Barr) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں تمام عظمی تیبہ (کلوزونہ دیلیز، نیم دائری قنایں) متنخر قطعہ کی شکل میں سمعی منفذ میں سے سالم نکال لیا گیا تھا۔ اذن قنایں کا نفع اذن اندرونی تک خارجی نیم دائری قنال پر محکوم کرنے جو عام ترین راستہ ہے (سکاٹ Scott: اور ویسٹ West)۔ اولٹرف (promontory) کو متاثر کرنے سے، اور بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) کے راستہ سے جس میں رکیب (stapes) کا پاندان مضبوط حلقی غشا سے مثبت ہوتا ہے یا مستدیر نافذہ (fenestra rotunda) کے راستہ سے جو

غشائے ثانوی (membrana secundaria) سے بند ہوتی ہے پھیل سکتا ہے۔ جب الہتہابی سرایتیں اذن اندرونی تک پھیل جاتی ہیں تو علامات کے دو سلسلے نمودار ہوتے ہیں۔ (۱) الہتہاب اور تفتیح کے گرد لٹنی نظام (دہلیزی نردبان: scala vestibuli) اور طبلی نردبان (scala tympani) کے راستے سے حلزون (cochlea) تک پھیل جانے سے اختلال سماعت اور بہرا پن پیدا ہو جاتا ہے۔ (۲) تاجک (saccul) اور حکم (utricle) اور نیم دائری قنالوں کے اختلافات کو ضرر پہنچنے اور انکے تباہ ہونے سے توازن اور ہم آہنگی میں اختلافات پیدا ہو جاتے ہیں۔ دوران سر اور قے اذن اندرونی کا گرد لٹنی نظام انتشار الہتہاب کے لئے ایک نہایت ہی سہل المعمول ذریعہ ہے۔ تقیمی عمل اذن اندرونی سے بعض اوقات عصب (auditory nerve) اور منفذ کے ساتھ ساتھ اندر کی طرف کو پھیل جاتا ہے اور اس طرح دماغ کے قاعدہ پر کی بڑی بڑی زیر عکبوتی فضاؤں میں پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ مصیف دہلیزی (aqueductus vestibuli) یا مصیف حلزونی (aqueductus cochleæ) کے راستے سے یا فوقانی نیم دائری قنال (superior semicircular canal) کے اشقاب میں سے صحیح مشمولات میں چلا جاتا ہے۔ اذن دہلی کا مرض خارجی نیم دائری قنال میں ناسوری فتحہ بننے کا باعث بھی ہو سکتا ہے۔ ایسے واقعات میں سر کے حرکات سے اہتر از مقلد (nystagmus) پیدا ہو سکتا ہے کیونکہ آنکھ کے معکوس حرکات ان تہیجات سے متاثر ہوتے ہیں جو نیم دائری قنالوں کے لٹنوں (maculae) میں پیدا ہونے ہیں (سڈنی سکاٹ: Sydney Scott)۔

باب ششم

ناک اور انفی کہنے

(NOSE AND NASAL CAVITIES)

ناک

ناک کی جڑ اور اسکی پشت کے زیادہ تر حصہ کی جلد پتلی اور ڈھیلی ہوتی ہے۔ مگر جناحین (alae) پر یہ موٹی اور عمیق حصوں سے مضمونگی سے منضم ہوتی ہے، اور اسیں دہنی اور عرقی غد کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ ناک کے غضرونی حصہ کے اوپر کی پوشش کے التهاب کے بہت درد خیز ہونے اور اسیں بہت ساعرقی احتقان پائے جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درد کا انحصار اس حصہ کی تیدگی پر ہوتا ہے جو اسے اعصاب پر زیادہ دباؤ پڑنے کے بغیر متورم ہونے سے باز رکھتی ہے اور احتقان کا انحصار اس خطہ کی منفرط عرقی رسد اور اس امر پر ہوتا ہے کہ چونکہ ناک کی کور ایک آزاد کنارہ ہے اسلئے یہاں کا دوران خون اختتامی ہے، لہذا اس سے استقامتی مساعرت ہونیکا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ ناک کے زیرین حصہ پر کثیر التعداد دہنی غد موجود ہوتے ہیں اسلئے کئی

(acne) کے لئے یہ ایک موافق مقام ہے۔ کئی (acne) کی وہ قسم جو پیش پرورشی کئی (acne hypertrophica) کے نام سے موسوم ہے یہیں پر پائی جاتی ہے۔ اس سے وہ منظر پیدا ہوتا ہے جو ”شور الخمر“ (grog blossoms) کہلاتا ہے۔ ناک پر ذمہ (lupus) کا طبعی اکثر ہوتا ہے

اور ذئبہ احمراری (lupus erythematosus) ناک کی پشت پر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ قارض قرصہ (rodent ulcer) کے بھی اس خط پر خاص کر جناح الانف اور رخسار کے درمیانی شکن میں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

ناک کی جلد میں خون کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ اور اسی وجہ سے یہ حصہ بہت تر قیسی عملیہ جات کے لئے جو اسپرکٹے جاتے ہیں بہت موزوں ہے۔ اس خط کے زخم بغیر تکلیف دینے کے مندمل ہو جاتے ہیں؛ اور اتنے وسیع زخم کے بعد بھی جو ناک اور رخسار کے درمیانی خط پر اوپر کے جبڑے کو علحدہ کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے بہت کم بدشکلی باقی رہتی ہے۔ بہت سے اطباء کو وہ آفتا میں ناک کے حصے بالکل کٹ گئے ہیں اور فوراً لگا دینے سے چہرہ سے متاثر ہو گئے ہیں۔

113

ناک کی جبرٹ کے اوپر کی جلد کو پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی شاخ رسد پہنچاتی ہے۔ اور جناحین (alae) اور نمنوں کے خط کے اوپر کی جلد کی رسد بھی اسی سے آتی ہے شکل ۲ (صفحہ 11)۔ ناک کی جانب کے زیادہ تر حصہ کو پانچویں حصہ کی دوسری قسمت سے رسد آتی ہے اور اس تنے کے وجع العصب میں یہ بھی درد کا ایک عمل ہوتا ہے۔ اس امر سے کہ انفی عصب عینی (ophthalmic) تنے کی ایک شاخ ہے اور آنکھ سے قریبی تعلقات رکھتا ہے اس تدمع کی توجیہ ہوتی ہے جو تھنے کے درد نیز عوارض میں پیدا ہوتا ہے مثلاً جبکہ تھنے کے کور کی چٹکی بھری جاتی ہے۔

ناک کا غضروفی حصہ اکثر ذئبہ (lupus) اور آتشکی تفریح اور دوسرے
متکلف عوارض سے تباہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو حصے ضائع ہو جاتے ہیں انکو مختلف طریقوں سے جو تریح الانف (rhinoplasty) کے عنوان میں شامل ہیں از سر نو قائم کیا جا چکا ہے۔ موروثی آتشک کے مریعوں میں ناک کا باف اکثر بہت منخض پایا جاتا ہے۔ اس انخفاض کا انحصار حصوں کے حقیقی نقصان پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر مقامی سوؤ تغذیہ سے پیدا شدہ ناقص نوپر ہوتا ہے۔ یہ سوؤ تغذیہ وہ ہے جو غنائے مغالٰی کی شدید نازلت سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا یہ بدشکلی صرف انہی اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکو مشیر خوارگی کے زمانہ میں گلگانے کی شکایت رہی ہو۔ ناک کے غضروفی قطعہ کے حدود کو ذہن نشین رکھنا اور یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ موسع منظر داخل کرتے وقت اس آل کو ان حدود سے آگے نہ گزارنا چاہئے۔

انفی ہڈیاں (nasal bones) اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ کیسے

114

ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ میں جہاں یہ نہایت تیلی ہوتی ہیں اور انکا سہارا کمترین ہوتا ہے نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بالائی ثلث میں یہ نہایت ہی نادر الوقوع ہے جہاں یہ ہڈیاں موٹی اور مضبوطی سے قائم ہوتی ہیں اور جہاں کسر پیدا کرنے کے لئے حقیقتاً معتد بہ قوت کی ضرورت ہوتی ہے۔ چونکہ انفی ہڈیوں پر کوئی عضلات فعل نہیں کرتے اسلئے جو غیر وضعیت بھی واقع ہوتی ہے اسکا انحصار تمامہ چوٹ کی سمت پر ہوتا ہے۔ ان کسور کے بعد غلطی اتحاد جسم کی کسی دوسری ہڈی کے کسر کے اتحاد کی نسبت بہت سرعت سے واقع ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں جو ہیلٹن (Hamilton) کے مشاہدہ میں آیا تھا ”کھڑے ساتویں دن اچھی خاصی مضبوطی سے متحد ہو گئے تھے“ اگر ناک کی غشائے مخاطی پھٹ جائے تو ان کے کسور کے ساتھ زیر جلدی بافت کا نفاخ (emphysema) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے، جو ناک صاف کرنے سے بہت بڑھ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ہوا بلاشبہ انفی خفرہ جات سے آتی ہے انفی ہڈیوں (ossa nasi) کے بالائی ثلث کے کسور میں غراباں صفحہ (cribriform plate) بعض اوقات ٹوٹ جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مختلف فیہ ہے کہ آیا یہ پیچیدگی اس وقت بھی واقع ہو سکتی ہے جبکہ کسر ان ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ تک ہی محدود ہو۔

ناک کی بڑا قبیلہ جاتا سحائے (meningoceles) اور قبیلہ جاتا غم (encephalocelles)

کے لئے ایک موزوں مقام ہے اور بروز انفی اور جبہ (frontal) ہڈیوں کی درمیانی درز میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کے بروزات جب اس مقام پر رونما ہوتے ہیں تو یہ اکثر ایک باریک اور عرقی خلاف سے پوشیدہ ہوتے ہیں اور غلطی سے یہ انکو شمار نہا بالیدیں (naevoid growths) تصور کیا جا چکا ہے۔

انفی کہفہ جات

(NASAL CAVITIES)

انفی کوٹنگ ہر ایک طرف مفتول ہڈیوں (turbinate bones) یا شنجوں (conchae) کے ذریعہ سے پچتریں منافذ میں تقسیم ہوتا ہے اور فوقانی مفتول می (superior)

(turbinate) سے اوپر وتدی مصغاتی گوشہ (sphenoidal recess) ہوتا ہے۔
انہیں سے ہر ایک منفذ میں مندرجہ ذیل جوف اور قناتیں نکلتی ہیں۔

وتدی مصغاتی گوشہ میں۔ وتدی ہوائی جوف۔

فوقانی منفذ میں۔ موخر مصغاتی خلیات ایک یا زائد فحات سے۔

وسلی منفذ میں۔ (۱) جہی جوف اور مقدم مصغاتی خلیات براستہ قمع

(infundibulum)۔ (۲) ہائی مور (Highmore) کا فکی مغارہ۔

(۳) وسلی مصغاتی خلیات۔

تحتانی منفذ میں۔ انہی قنات ایک فتحہ کے ذریعہ سے مقدم منخرین سے اچھٹے

کی طرف۔

115

مقدم منخرین (anterior nares) کی شکل کیقدر تاش کے پان سے ملتی ہے

اور انکا وزن مجموعی طور پر جمود آہل اچھٹے اور عرضاً سب سے چوڑے حصہ پر اچھٹے سے ذرا کم
ہوتا ہے۔ منخر کا مستوی منخرین کے فرش کے مستوی سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ لہذا انہی کہفہ جات کا
امتحان کرتے وقت سر کو پیچھے کی طرف گرا دینا چاہئے اور ناک کو اوپر کی طرف اٹھا دینا چاہئے۔

مقدم منخرین اور انہی کہفہ جات کے سامنے کے حصوں کا اتقصاص عملیہ روج (Rouge's operation)
سے بخوبی کیا جاسکتا ہے۔ اس طریقہ کار میں اوپر کے لب کو اٹھایا جاتا ہے اور ایک شکاف غشائے
مخاطی میں سے ان نرم حصوں میں دیا جاتا ہے جو اوپر کے لب کو اوپر کے جبرے سے ملاتے ہیں۔ یہ

شکاف دونوں طرف کے دوسرے انسان ثنویہ کے درمیان رہتا ہے۔ جو نرم حصے اوپر کے لب
اور ناک کو ہڈی سے ملاتے ہیں انکو جلد کو نقصان پہنچانے کے بغیر کاٹ دیا جاتا ہے اور اس
دامن کو بند یہیہ تقطیع اوپر اٹھایا جاتا ہے حتیٰ کہ منخرین کافی حد تک معرا ہو جاتے ہیں۔

جب مقدم الف بینی (anterior rhinoscopy) ایسی روشنی سے کی جائے

جو پیشانی کے آئینہ یا لیمپ سے آتی ہو اور انہی کو شک کے مقدم غضروفی حصہ میں داخل کئے ہوئے
منظار میں سے جیسا کہ تھوڈیکم (Thudichum) کا ہوتا ہے چمکتی ہو تو مندرجہ ذیل حصے دیکھے

جاسکتے ہیں اور انکا امتحان کیا جاسکتا ہے۔ تحتانی منفذ، تحتانی اور وسلی مغتول ہڈیوں کا مقدم
سرا اور فاصل۔ فوقانی مغتول ہڈی (superior turbinate) آگے کی طرف کو انہی بڑھی نہیں

ہوتی کہ دکھائی دے۔

موخر منخرین (posterior nares)۔ ہر ایک دہنہ کسل طور پر نمویا فیتہ بالغ میں مستعداً تقریباً ۱/۲ انچ اور عموماً تقریباً ۱/۴ انچ ہوتا ہے۔ لہذا اگر رفاف (epistaxis) کو بند کرنے کے لئے کوئی ڈاٹ موخر منخرین میں سے داخل کی جائے تو اسکے ابعاد یہی ہونے چاہئیں۔ بہر کیف عملی کن اکثر اس دہنہ کو حنک کے پیچھے سے قیفہ (choana) میں انگلی ڈالنے اور پھر مضمخرین میں اس تک فیتہ ٹانگا کر مٹھونے سے بند کر دیتا ہے۔

موخر انف بینی (posterior rhinoscopy) ایک چھوٹا سا آئینہ زبان پر اور حنک الرنخ کے پیچھے سے آہستہ آہستہ گزار کر بلعوم میں لے جانے سے کیجاتی ہے۔ روشنی کی شعاع سے جو پہلے پیشانی کے آئینہ سے اور پھر چھوٹی سی انف میں سے منعکس ہوتی ہے مندرجہ ذیل ساختیں دیکھی جاسکتی ہیں۔ موخر منخرین، فاصل، وسطی مغتول ہڈی (middle turbinate bone) اور تحتانی اور فوقانی مغتول ہڈیوں کا کچھ حصہ اور تحتانی منفذ کا کچھ حصہ۔ وسطی منفذ بخوبی دکھائی دیتا ہے اور یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube) اور چھت اور انفی بلعوم کے بالائی حصہ کی غشائے مخاطی بھی نظر آتی ہے۔ فاصل اپنے طول کے نصف پر ایک بصلہ کی شکل میں پھیل جاتا ہے، جسے نا تجربہ کار امتحان کنندہ بعض اوقات غلطی سے کوئی امر انضیاتی کیفیت سمجھ لیتا ہے۔

جہاں تک انفی کہفہ کی شکل کا تعلق ہے اسکا فرش ہر ایک سرے کے فرش کی نسبت

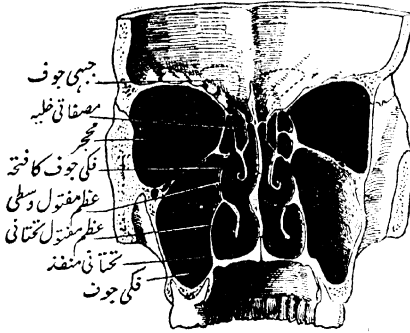
مرکز پر زیادہ عریض ہوتا ہے اور اسکا انقباضی قطر مستعرض سے زیادہ ہوتا ہے۔ نیز حفرہ کے مرکز پر یہ سب سے بڑا ہوتا ہے۔ لہذا ناک میں داخل کی ہوئی چمٹیوں کو انقباضی رخ میں کھولنا نہایت موزوں ہوتا ہے۔ حفرہ کا عرض اوپر سے نیچے کی طرف کو کس قدر بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ فوقانی مغتول ہڈی فاصل سے صرف ۲ ملی میٹر دور ہوتی ہے۔ اور تحتانی مغتول ہڈی اور فاصل کے درمیان ۴ تا ۵ ملی میٹر کی فضا حامل ہوتی ہے۔ وسطی مغتول ہڈی سے اوپر انفی کہفہ آنا تنگ ہوتا ہے کہ انفی حفرہ کی جراحی چھت فی الحقیقت اسی ہڈی ہی سے ہوتی ہے۔

کچھ میں انفی کہفہ کی شکل اور اسکا تناسب عجیب ہوتا ہے۔ بالغ میں تحتانی منفذ

(inferior meatus) بڑا ہوتا ہے (شکل ۲۷) اور اصل تنفسی گزرگاہ یہی ہوتی ہے۔ کم عمر بچہ میں تحتانی منفذ نسبتاً بہت چھوٹا ہوتا ہے اور تنفسی موج زیادہ تر وسطی منفذ کی فضا میں سے

گزرتی ہے (لیک: Lack)۔ انفی کہنے چھٹے مہینہ سے لیکر اٹھارویں مہینہ تک تیزی سے بڑھتے ہیں۔ اس زمانہ میں مستقل تسنن نمودار ہوتا ہے اور یہ تنک کی جسامت اور ناک کے فرش میں لازمی طور پر اضافہ کر دیتا ہے۔ ساتھ ہی فکلی جوف کے نو سے ناک کی عمودی بلندی زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور یہ زیادتی اس کہف کے برین فکلی حصہ میں مصفاقی یا شمتی حصہ کی نسبت بہت زیادہ واقع ہوتی ہے۔ انفی کہفوں اور چہرہ کی بالیدگی ناک میں سے سانس کے آزادانہ گزرنے میں رکاوٹ پیدا ہونے سے موقوف ہو جاتی ہے یا ناقص رہ جاتی ہے۔ اس رکاوٹ کا عام ترین سبب انفی بلعوم میں

117



شکل ۲۴۔ انفی کہفوں اور معین جوفوں کی متعرض عمودی تراش۔

غدودہ کا نکتون ہے۔

انفی کہفوں کے تعلقات کو (شکل ۲۴ و ۲۸) دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ استری غشا کا التهاب (زکام) بلعوم تک موضع منخرین کے راستہ سے پہنچ سکتا ہے۔ اور یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) تک پہنچ کر کیفیت رہا این پیدا کر سکتا ہے۔ اور انفی دمسی قنات (nasolacrimal duct) میں کوئی تاجہ (lacrymal sac) اور طعمہ (conjunctiva) تک پہنچ سکتا ہے اور جہبی اور فکلی جوفوں تک تھیل سکتا ہے اور جہبی درد اور رخسار کا درد پیدا کر سکتا ہے۔ ان تعلقات کا منظرہ زکام کا ایک شدید حملہ ہونے سے اکثر ہوتا ہے۔ انفی حفرو جات کے جمعی کہفہ کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے ایسا جمی ہوا ہے کہ ناک کے قیچی التهاب سے التهاب بحالیہ

118

(meningitis) پیدا ہو گیا ہے۔ یہ نیا ہر ہے کہ وہ خورد عضویئے جن سے اسمیہ دماغ کا التهاب پیدا ہوتا ہے ناک کے مخاطی استر سے جھجھی کہنف کو ان چھوٹے چھوٹے ذوی اور لمفی عروق کے راستے سے جاتے ہیں جو غربالین صحفہ جات میں سے شمی اعصاب کے ساتھ گزرتے ہیں۔

مختلف اقسام کے اجسام غریبہ اکثر ناک میں ایک جاتے ہیں اور بعض اوقات کچھ سالوں تک پڑے رہتے ہیں۔ پچھ میں دائمی یک جانبی انفی مواد سے ناک میں داخل شدہ جسم غریب کے موجود ہونے کا شبہ پیدا ہو جانا چاہئے پھسل جانے والی چیز مثلاً بوٹ کے بٹن کا دور کرنا مشکل ہوتا ہے۔ مگر ایک خمیدہ سلائی آہستہ سے اس سے پیچھے گزاردینے سے اسے نکالا جاسکتا ہے۔

انفی کہنفوں کو ناک کے نطول (douche) سے دھوئے وقت سیال ایک سیفن کے ذریعہ سے داخل کیا جاتا ہے۔ سین کی ٹوٹی نٹھنے میں داخل کر دیا جاتی ہے اور منہ کھلا رکھا جاتا ہے۔ اور سیال اس نٹھنے میں سے داخل ہو کر حنک الرخو (soft palate) پر سے گزر کر دوسرے نٹھنے میں سے باہر نکل آتا ہے، لہذا موضوع الذاکر کہنف پیچھے سے آگے کی طرف کو دھل جاتا ہے۔ پانی کے مہر کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ جب منہ کھلا رکھا جاتا ہے تو صرف اسی میں سے سانس لینے کی طرف آنا میلان ہوتا ہے کہ حنک الرخو (soft palate) اوپر کی طرف کو کھچ جاتا ہے اور موضوع منخرین بلعوم سے علمدہ ہو جاتے ہیں۔

ہر ایک انفی حفرہ کی چھت بہت تنگ ہوتی ہے اور اس کا عرض صرف $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے (شکل ۲۷)۔ یہ باریک غربالین صحفہ سے بنی ہوتی ہے مگر یہ استقد زنگ ہوتی ہے کہ اتنی بڑی چیز سے جتنی کہ سعدانی جھٹی ہوتی ہے اسکے منقبت ہونے کے خطرہ میں بہت سامبالنا گیا ہے۔ باوجود اسکے جھجھی کہنف ناک کی چھت میں سے گس جانے والے اجرام سے جو اتفاقاً داخل ہو گئے تھے یا خود کشی کی غرض سے داخل کئے گئے تھے کھل چکا ہے۔ انفی حفرہ کے التهاب کے بعد التهاب سحایہ (meningitis) واقع ہو چکا ہے۔ اس حالت میں التهاب غربالین صحفہ سے گزرتا ہے۔ گرد صحبی اور گرد عرقی غلافوں کے ذریعہ سے ناک کے لمفی نظام کا تسلسل اسمیہ کے لمفی نظام کے ساتھ قائم ہے۔ اور ان گزرگا ہوں میں سے سرائتیں ناک کی چھت سے لیکر دماغ کے اسمیہ تک پھیل سکتی ہیں۔

119

اس حصہ کے کسور میں دماغی نخاعی سیال کی بہت کثیر مقدار نٹھتوں سے بچتی ہے۔ ناک کی چھت میں سے قبیلہ سحایہ (meningocele) بروز کر سکتا ہے۔ لشن برگ (Lichtenberg) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ تو وہ حنک کے ایک خلقی انشقاق میں سے گزر کر منہ میں لٹک رہا تھا

یہ غلطی سے سعدانہ (polyp) سمجھ لیا گیا تھا اور اسے باندھ دیا گیا اور موت درون صبحی التہاب سے واقع ہو گئی۔

فاسل

(septum) بالغوں میں نثارذو نادر ہی میں سیدھا ہوتا ہے۔ اس کا انحراف اکثر بائیں جانب کو ہوتا ہے۔ مگر بچوں میں یہ سیدھا ہوتا ہے اور ساتویں سال تک ایسا ہی رہتا ہے۔ بالغوں میں تمام اشخاص میں سے ۷۶ فی صدی میں فاسل منحرف ہوتا ہے۔ اس کا انحراف چوٹ سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ فاسل کا انحراف بعض اوقات کانے کی آواز میں بہت بری طرح سے خلل انداز ہوتا ہے۔ منحرف فاسل میں بعض اوقات مضاعف یعنی ایس (S) کی شکل کا خم دیکھنے میں آتے ہیں۔ ایک خم اوپر سے نیچے کی طرف کو اور دوسرا آگے سے پیچھے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ غیر طبعی طور پر بلند تنک اکثر پایا جاتا ہے۔ انحراف کی خفیف سی مقدار کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی۔ مگر ایسے انحراف کا علاج جو فاسل اور مفتول (turbinate) ہڈیوں کی قربت کی وجہ سے انسداد پیدا کرنے کے لئے کافی ہو فاسل کے غضرونی حصہ کے زیرِ غامبی (ژنی) تہیصال (submucous resection) سے کیا جاسکتا ہے۔ اکتسابی آئننگ کی چوٹی ناک عام طور پر فاسل کی تباہی اور ہم پہلو ہڈیوں کے کم و بیش متاثر ہونے سے دیکھنے میں آتی ہے۔

بیرونی دیوار (شکل ۲۸)۔ بیرونی دیوار پر تین مفتول (turbinate) ہڈیاں

ہوتی ہیں۔ بالائی اور وسطیٰ مصفاتی (ethmoid) سے پیدا ہوتی ہیں اور تحتانی ایک علوہ ہڈی ہونے کی وجہ سے فک (maxilla) کی اندرونی جانب سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس سے فکی جوف (maxillary sinus) کی اندرونی دیوار کا کچھ حصہ بھی بنتا ہے۔ انکے نیچے ناک کے تینوں منافذ واقع ہوتے ہیں۔ تحتانی الفی مشخہ (inferior nasal concha) بعض اوقات یوسٹیکین کی تصحیط (Eustachian catheter) کے داخل ہونے میں خلل ہوتا ہے، جبکہ اس آلہ کا خم نہ درت سے زیادہ ہو۔ اس ہڈی کا مقدم ہر انتھنے کے سوراخ سے تقریباً ۳ انچ نیچے ہوتا ہے۔ الفی دمسی قنات (nasolacrimal duct) تحتانی منفذ میں تنھنے کے سوراخ سے تقریباً ۳ انچ نیچے اور ناک کے فرش سے تقریباً ۳ انچ اوپر کھلتی ہے۔ یہ فتحہ بالعموم جھری غا اور تنگ ہوتا ہے۔ الفی قنات الفی غشائے مغالطی کو اسے طرح ترچے رخ میں اور مصراعہ طریقہ سے منقبذ کرتی ہے۔ طرح کہ حالب مشانہ میں داخل ہوتا ہے۔ اسلئے ناک دمسی تاجہ (lacrymal sac) کو منقبذ کئے بغیر صاف

کیا جاسکتی ہے۔ تحتانی منفذ کی بلندی تقریباً $\frac{3}{4}$ انچ ہوتی ہے۔

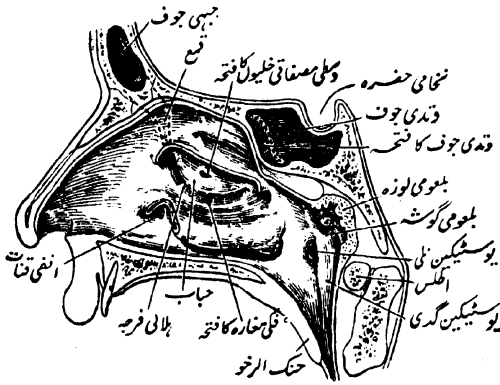
فوقانی منفذ (superior meatus) بہت چھوٹا اور تنگ سا انشقاق ہے، اور اسکے اوپر کے اور اگلے حصہ میں موخر مصفاتی خلیات کھلتے ہیں۔

وسطی منفذ (middle meatus) اگلی طرف پر بیرونی دیوار کے ایک حصہ پر ہے اطاق (atrium) کہا جاتا ہے بہت کھل جاتا ہے! اور تا وقتیکہ ہر ایک اوزار کی نوک کو محرفہ کے فرش کی طرف ایسی طرح رکھنے کی احتیاط نہ کی جائے اسکو تحتانی منفذ کی نسبت وسطی منفذ میں زیادہ آسانی سے گزارا جاسکتا ہے۔ وسطی منفذ کی دیوار پر ایک گہری کھلی نالی ہوتی ہے (مخمری فرجہ: hiatus semilunaris) جو اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کی طرف کو جاتی ہے (شکل ۲۸)۔

اس میزاب میں جبہ جوف (frontal sinus) قمع (infundibulum) کے ذریعہ سے جو تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ طویل ہوتا ہے اور مقدم مصفاتی خلیات کھلتے ہیں اور نیز اسکے موخر حصے کے قریب اس میں فکی جوف بھی کھلتا ہے۔ جبہ جوف کا مستدیر وزن عام طور پر فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے پر واقع ہوتا ہے۔ مگر با اوقات یہ ایک گوشہ میں بھی پایا جاتا ہے جو فرجہ سے اوپر اسکے سامنے ہوتا ہے۔ مقدم مصفاتی خلیات جو تعداد میں بالعموم دو ہوتے ہیں، بعض اوقات فرجہ یا کھلتے ہیں بعض اوقات قمع (infundibulum) میں اور بعض اوقات بلا واسطہ وسطی منفذ کے مقدم حصہ میں۔ فکی جوف (maxillary sinus) کا فوٹیم قری فرجہ (hiatus semilunaris) کے موخر حصہ میں واقع ہونے کے بجائے بعض اوقات اس کے نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۲۸)۔ فرجہ کی اوپر کی حد مصفاتی حباب (bulla ethmoidalis) سے بنتی ہے۔ اسکا نیچے کا باریک اور نمایاں حاشیہ مصفاتی (ethmoid) کے کلاب نما زائدہ (uncinate process) پر مشتمل ہوتا ہے وسطی مصفاتی ظلیہ نیم قری فرجہ سے اوپر حباب (bulla) پر کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ فرجہ کا لیول ناک کے اندر اندرونی جنبی رباط (internal palpalbral ligament) کے محل سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ فرجہ کے میلان کی وجہ سے پیپ کار رجحان سرائت زدہ جبہ جوف یا کسی دوسرے ہوائی جوف میں سے فکی جوف میں بہنے اور اس کہفہ کو سرائت زدہ بنا دینے کی طرف ہوتا ہے۔

ناک کا فرش تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ یا اس سے ذرا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس میں ایک ہموار اور خفیف ماڈصلان ہوتا ہے جو اگلے سے پیچھے کو اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۲۷)۔ اس کے

مقدم حصہ پر شینی سوراخ (incisor foramen) کے اوپر غشائے مخاطی کا ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ سوراخ اس ربط عظیم کا بقیہ حصہ ہے جو کبھی ناک اور منہ کے کہنوں کے درمیان موجود تھا۔ جو غشائے مخاطی انفی کہتے جات کا استر ہوتی ہے اسکی پوشش نیچے کے دو تہائی حصہ یعنی تنفسی حصہ پر بہہ دار مرحلہ کی ہوتی ہے۔ بالائی ایک تہائی حصہ یعنی شمی حصہ ستونی مرحلہ سے ڈھکا ہوتا ہے اور دہلیز (vestibule) کا استر مطبق مرحلہ کا ہوتا ہے۔ عظام منقولہ



شکل ۲۸۔ انفی کہنہ کی بیرونی یا جانبی دیوار۔
وعلیٰ منقولہ زائدہ کا زیادہ تر حصہ فرجہ، جباب اور قنطہ یا انفی جہی قنات اور
فکی جوف کو معر کرنے کے لئے کاٹ دیا گیا ہے۔

(turbinate bones) اور فاصل کے زیرین دو تہائی حصہ پر یہ بہت موٹا ہوتا ہے! اور انفی قنات عظام منقولہ کے درمیان کے وقفہ میں یہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ جس غشائے مخاطی سے مختلف جوفوں اور سفارہ کا استر بنتا ہے وہ نمایاں طور پر پتلی اور زردی مائل ہوتی ہے۔ اس غشائے بہت سے غدود ہوتے ہیں جو بیرونی دیوار کے زیرین اور پچھلے حصوں اور فاصل کے موخر اور زیرین حصوں پر نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ ان غدود میں بعض اوقات معتدبہ بیش پرورش ظاہر ہو جاتی ہے۔ مزید برآں ان میں ایک آبی افراز کے بہت افراط سے ہیا کرنے کی قابلیت موجود ہوتی ہے! اور یہ افراز مزمن زکام کی بعض حالتوں میں جو تضرر کے بعد پیدا ہوئی تھیں اس کثرت سے پیدا ہو چکا ہے کہ اسکو غلطی سے

دماغی شو کی سیال کا سیلان تصور کیا جا چکا ہے۔ علاوہ ازیں انفی غشائے مخاطی میں بہت سی غدہ آسا اور لف آسا بافت بھی موجود ہوتی ہے۔

عظام مفنول تختانی کے زیرین کنارے اور موخر سرے پر طبعی غشائے مخاطی اس قدر موٹی اور ڈھیل ہوتی ہے کہ یہ ایک نرم گدی کی شکل اختیار کر لیتی ہے جو بعض اوقات ”جسم مفنول“ (turbinate body) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ کیفیت زیادہ تر ایک کثیر العروق نری مخاطی و ریدی ضغیرہ کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہے جسکے عروق کا رخ بیشتر حصہ میں مقدم موخر ہوتا ہے۔ جب آہیں خون سے تناؤ پیدا ہو جاتا ہے تو یہ پھول کر ہڈی اور فاصل کے درمیانی فاصلہ کو سدود کر دیتا ہے۔ اور جب آہیں مزمن التهاب واقع ہو جاتا ہے تو ناک کے بالائی حصوں کی غشائے مخاطی تہیج ہو کر مصفاتی خط اور وسطی مقنول ہڈی سے سعدانوں کی شکل میں ٹنک پٹی ہے جو ہوا سانس سے اندر جاتی ہے وہ ناک کے کثیر العروق استری غشا پر سے گزرتے وقت گرم ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ صاف بھی ہو جاتی ہے گرد اور دوسرے اڑنے والے ذرات شیخوں (conchæ) کی مرطوب سطح پر جم جاتے ہیں۔

حالتِ صحت میں اور بچی دونوں کو شکوں کی غشائے مخاطی امراضیاتی عضو یہ جات سے تقریباً مبرا ہوتی ہے۔ مگر تختانی منفذ کو ہمیشہ سرائت زدہ تصور کرنا چاہئے۔ گویا اتنا سرائت زدہ نہیں ہوتا جتنا کہ منہ۔ چونکہ چھینکے، کھانسنے اور بولنے سے منہ اور ناک سے خود عضو یہ جات خارج ہوتے ہیں؛ اسلئے سر جنوں میں گاز کا نفاذ باندھنے کا رواج ہے۔ یہ نقاب کم از کم آٹھ تہ موٹا ہونا چاہئے۔

سعدانے (polypi) اکثر ناک میں پائے جاتے ہیں؛ انکی دو قسمیں ہیں۔ ایک

مخاطی یا تہیجی التهابی سعدانہ جو عام طور پر وسطی شیخ (middle concha) کے اوپر یا نیچے کی غشائے مخاطی سے یا مصفاتی خط سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرا ایسی ہیٹھلی (sarcomatous) سعدانہ جسکی ابتداء عام طور پر ناک کی چھت کے یا کھوپری کے قاعدہ کے گرد عظمہ سے ہوتی ہے۔ موخر الذکر قسم کے سعدانے (polypi) ہر ممکن الموصول رخ میں پھیل جاتے ہیں۔ یہ ناک کے بانسے کو پھیلا دیتے ہیں، انفی قنات کو بند کر دیتے ہیں اور دماغ (epiphora) پیدا کر دیتے ہیں نیز تنک الصلب کو متخفف کر دیتے ہیں اور منہ تک چلے آتے ہیں۔ مفاہرہ پر حملہ کر کے رضار کو پھیلا دیتے ہیں اور نیچے کی طرف بڑھتے بڑھتے بلعوم میں چلے جاتے ہیں مقنول (velum palati)

کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتے ہیں۔ اور یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ مجھ کی اندرونی دیوار میں سے بھی نفوذ کرتے ہیں۔ ایسے سلعات کا تکشف اور ازالہ فک فوقانی کی موزوں اور اندرونی چسپیدگیوں کو مٹھ کر دینے اور اسکو آگے کی طرف موڑنے اور اسطرح انفی کہفہ کی بیرونی دیوار کو دور کر کے اس کہفہ کو معرکہ کرنے سے کیا جاسکتا ہے۔ مذکورہ ہڈی کو سلعہ دور کرنے کے بعد پھر اسی جگہ قائم کیا جاسکتا ہے۔

انفی کہفہ کی رسد خون وسیع ہوتی ہے اور یہ داخلی فکی (internal maxillary)

یعنی (ophthalmic) اور وہی (facial) شریانیوں سے حاصل ہوتی ہے۔ ناک سے جو مصفاتی

(ethmoidal) وریدیں آتی ہیں وہ یعنی (ophthalmic) ورید میں داخل ہوتی ہیں۔ اور

بعض ارباب سند کا یہ خیال ہے کہ بچوں میں انفی وریدوں اور فوقانی طولی جوف میں سورخ عروق

(foramen caecum) کے راستہ سے ہمیشہ ایک ربط پایا جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ ربط

بالغ میں بھی برقرار رہتا ہے۔ ان تعلقات سے ان جھمی عوارض کے وقوع کی بھی کیفیت رنجیہ ہو جاتی

ہے جن پر انفی کہفہ جات کے بعض الہتہابی عوارض منتج ہوتے ہیں۔ ناک سے جریان خون یا رعاف

(epistaxis) عام طور پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اکثر ایک شدید عارضہ ثابت ہوتا ہے۔ اسکی اکثر وقوع

کی وجہ زیادہ تر یہ ہے کہ غشائے مخاطی کثیر العروق اور ڈھیلی ہوتی ہے اور نیز وریدیں مذکورہ جو

سب سے نیچے کی (فکی: maxillary) غتول ہڈی پر پائی جاتی ہیں وسیع ضغیرہ جات کی شکل اختیار

کر لیتی ہیں اور ان سے ایک قسم کی ایک کہفہ کی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا رعاف (epistaxis)

اکثر وریدی دوران میں غلل آنے سے پیدا ہوتا ہے جیسا کہ ان غنتی سلعات کے موجود ہونے کی حالت

میں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ ڈالتے ہیں اور سعال دیجی کے دوروں میں اور علیٰ ہذا دوسرے

عوارض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رعاف میں ہانڈ اور پراٹھانے سے جو مفید اثر ظاہر ہوتا ہے اسکے

متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صدر اسطرح اور زیادہ پھیل جاتا ہے اور غنتی وریدوں پر غنتی اثر

کو عمل کرنے کا موقع ملتا ہے۔ جریان خون بعض اوقات مسرط ہوتا ہے اور بہت دیر تک موجود رہتا

ہے۔ کئی ایک مثالوں میں نرف جہلک بھی ثابت ہوا ہے۔ جریان خون کے مقام کا بعد الموت امتحان

پر بھی معلوم کرنا اکثر آسان نہیں ہوتا۔ بہت سی حالتوں میں جریان خون کا مقام فاصل پر انفی ٹوکہ

سے پانچ اور پریچھے واقع ہوتا ہے۔

ان حصوں کی عصبی رسد شمی مصعب (olfactory nerve) اور پانچویں عصب کی

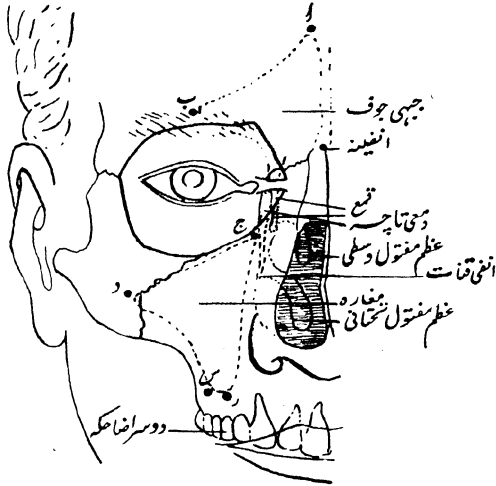
پہلی اور دوسری قسموں سے آتی ہے۔ خراش اور اشیاء کے تھنوں میں داخل کرنے سے جو تمدع اکثر پیدا ہوتا ہے اسکی توضیح اس امر سے کیجا سکتی ہے کہ اس کہفہ کے کچھ حصہ کو انفی عصب جو مینی تئس (ophthalmic trunk) کی ایک شاخ ہے بکثرت رسد پہنچاتا ہے۔ عصبی قوت کے سمت مخالف میں منتقل ہونے کی مثال ان حالتوں میں دیکھی جا سکتی ہے جنہیں آنکھوں پر سورج کی تیز روشنی پڑنے سے جھپٹکیں آنے لگتی ہیں۔ جن تکلیفوں مثلاً کمانسی اور شعبنی دمہ میں مرکز تائیہ (vagal centers) پر اثر ہو جاتا ہے وہ انفی کہفہ جات کے عوارض کے بعد بھی پیدا ہوتی ہیں اور ان تکلیفوں سے تخرانی شہجہ کے اوپر کی غٹلے مغالطی کی (cauterization) اور تعدیم حس (anaesthetisation) سے نجات حاصل کیجا سکتی ہے۔ شمی اعصاب (olfactory nerves) اس کہفہ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے ارادۂ سو گھنے میں آدمی ناک کے راستہ سے ہوا زور سے اندر کو کھینچتا ہے اور تھنوں کو قمع کر لیتا ہے۔ جبھی شکل میں تھنوں کو پھیلانے کی عدم استطاعت سے شامہ کے جزوی فقدان کی جو بعض اوقات ایسے مریضوں میں دیکھنے میں آتا ہے توجیہ ہو سکتی ہے۔ سر کی چوٹ سے پیدا شدہ عدم الشامہ (anosmia) یا نقصان شامہ بعض اوقات شمی عصبی ریشوں کے اس مقام پر پھٹ جانے سے ظہور پذیر ہوتا ہے جہاں یہ غربالین سورناخوں (cribriform foramina) میں سے گزرتے ہیں۔ شمی جڑیں عظم و قوی کے اجنہ صغیر کی کور پر سے گزرتی ہیں اور اسلئے پیشانی کے بل گرنے میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ شمی مرکز ہپوکیمپی تزرید (hippocampal gyrus) میں واقع ہوتا ہے۔

انفی حفرہ جات کے عروق لمف پس بلعومی غد میں داخل ہوتے ہیں جو بلعوم

کے پیچھے عضلہ مستقیمہ راسیہ کبیر مقدم (rectus capitis anterior major) کے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ اسلئے جیسا کہ فرینکل (Fränkel) نے بیان کیا ہے۔ ”پس بلعومی خراج ناک کے مرض سے نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔“ دوسرے عروق لمف زیر قنگی، کنگنی، اور بالائی عمیق عنقی لمفی غد میں جاتے ہیں۔ مزید برآں ناک کے عروق لمف اسمیہ کے عروق لمف سے بھی غربالین مصفر (cribriform plate) کے راستہ سے ربط رکھتے ہیں۔

انفی اجواف (nasal sinuses) زیادہ حال میں ناک کے معین اجواف کی

تشریح اور انکے تعلقات کا علم مرحلہ کے لئے نہایت ہی عظیم الاہمیت ہو گیا ہے۔ لندن ہسپتال (London Hospital) میں جن موضوعات کا امتحان کمرہ تقطیع میں کیا جاتا ہے انہیں سے تقریباً ۱۵ فیصدی میں ان اجواف میں سے ایک یا دو اجواف کا مرض پایا جاتا ہے۔ سر سینیٹ کلیر تھامسن (Sir St. Clair Thomson) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ معمر اشخاص میں ۳۰ فیصدی میں وتدی جوف



شکل ۲۹۔ جہی اور فکی اجواف کی سطحی ترسیم۔

و انفینہ سے ملے اوپر۔ جب فوق مجری حاشیہ پر وسطی اور بیرونی ایک تہائی حصول کے مقام اتصال پر۔ ج زیر مجری حاشیہ پر وسطی تاجیہ کی بیرونی طرف پر۔ ۵ ماضی فراز کے مرکز پر۔ ج بیرونی حاشیہ کی سیدھیں۔ ۴ دوسرے مقدم طاعت پر۔ ۳ آخری طاعت پر۔ ۱ اور ج اور انفینہ جہی جوف کے سطحی مل کو ظاہر کرتے ہیں! اور ج، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ جوف کے سطحی مل کو۔

مرض کا محل ہوتا ہے۔ معین اجواف۔ فکی، جہی، وتدی اور صفحاتی۔ کی مجموعی گنجائش انفی کہفہ کی دو چند گنجائش سے زیادہ ہوتی ہے (Braune: برون)۔ انکے فوائد کی اطمینان بخش توضیح نہیں کی جا سکی، سوائے اسکے کہ یہ وزن میں زیادتی کے بغیر جہرہ کے حجم میں اضافہ کرتے ہیں۔ جیسا کہ ڈاکٹر جیمز ایڈم (Dr. James Adam) کا خیال ہے یہ شہق کی ہوا کو گرم کرنے اور مرطوب بنانے میں مدد دیتے ہیں۔

جہی جوف (frontal sinus) کی جسامت اور شکل نہایت اختلاف پذیر ہوتی

ہے۔ شکل ۲۹ میں جو سطحی نشاندہی ظاہر کی گئی ہے اس سے اسکا اوسط نونظاہر ہوتا ہے جو بالعموم میں

پایا جاتا ہے۔ جہی انسی قنات کا فتحہ یا قمع شکل ۲۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عظیم الجحم جہی اجواف کے ساتھ یہ ضروری نہیں کہ مقطب (glabella) اور فوق ہدنی فرانس (superciliary eminences) کے اوپر بڑے بڑے خارجی ارتفاعات بھی موجود ہوں۔ بعض اوقات ایک جوف دوسرے جوف کے صرف پر زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اور درمیانی فاصل اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور یہ اوپر سے نیچے کی طرف کو ایک ترچھے رخ میں واقع ہوتا ہے۔ دایاں جوف اکثر اوقات زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ جہی جوف



شکل ۳۰۔ جہی جوف کی شکل اور اسکے ان تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو مجھ کی چھت سے ہیں۔ مزید برآں یہ قلی مغارہ کی شکل کو بھی ظاہر کرتی ہے۔

کی شکل جیسا کہ پیش سپین تراش (شکل ۳۰) میں دکھائی دیتی ہے حرن ایل (L) کی سی ہوتی ہے۔ اسکا افقی جارحہ مجھ کی چھت کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ امران عملیہ جات کے سلسلہ میں جو اسکی مزمن عفونت کی حالت میں اسکو سدود کر نیچے لئے تجویز کئے گئے ہیں اہمیت رکھتا ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ جوف بڑے ہوتے ہیں۔ ۹ فیصدی واقعات میں یہ ایک طرف اور ۷ فیصدی میں دونوں طرف بھی غائب ہوتے ہیں (لاگن ٹرنز: Logan Turner) یہ ظاہر ہے کہ جہی جوف پر منخفص کسز جہی کہفم کو نقصان پہنچائے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جوف کے گاڑھے مشمولات کو غلطی سے یہ تصور کر لیا گیا ہے کہ مہجناکل گیا ہے۔ چونکہ اجواف کوناک کے ساتھ ربط و راہ حاصل ہے اسلئے

دیوار جوف کے کسر سے بعض اوقات بہت سانسفاخہ (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے ان کہفہجات میں حشرات ہرروسے (larvæ) اور دیدان (maggots) بھی پائے گئے ہیں۔ سن طفولیت کی ابتدا میں جبھی جوف صرف ایک غنچہ سی یا ایک ناقص المنومواخت ہوتی ہے۔ تقریباً چھٹے سال میں غنٹائے مغالطی کا یہ غنچہ فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے کے قرب وجوار سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔ اور اسکا بڑھنا ہوا سرا عظم جبھی کے ڈپلوئی (diploë) میں گس جاتا ہے اور اندرونی عظمی لوح کو بیرونی لوح سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ تقریباً پچیسویں سال میں یہ اپنی پوری جسامت کو پہنچ جاتا ہے۔ اور اس بروں بالید کی ڈنڈی جبھی انفی قنات (fronto-nasal duct) بجاتی ہے یہ جوف کے موخر حصہ سے آتی ہے۔

128

یہ قنات پہلے انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور نیچے کی اور ذرا سی پھیلنے کی طرف کو آ کر نیم قمری فرجہ (hiatus semilunaris) کے مقدم سرے پر یا اسکے قریب ہی کھل جاتی ہے فرجہ (hiatus) کے راستہ سے جبھی جوف کا افزاز مغارہ (antrum) میں پہنچ سکتا ہے۔ لہذا جبھی جوف کے مزمن نتیج کی حالتوں میں یہ کہفہ ایک چوچک کی شکل میں منتقل ہو جاتا ہے (شکل ۲۸)۔ جبھی انفی قنات (fronto-nasal duct) اکثر پدیدار ہوتی ہے اور وسطی متول ند (middle turbinate process) کی چوچک کو دور کر دینے کے بعد بھی اس میں نیچے سے کینتھیر گزارنا آسان نہیں ہوتا۔ لہذا انسداد کی حالت میں جبھی جوف پر منقطب (glabella) کے مقام پر یا مجر کے فوقانی اندرونی زاویہ پر تر فان کیا جاتا ہے (ٹلی: Tilley)۔ اور ایک سلائی نیچے کی اور سبقتدر پھیلنے کی طرف کو گزار دیا جاتی ہے تاکہ جوف کی سیلیت ناک میں ہو۔

مقدم مصغاتی خلیات عام طور پر جبھی انفی قنات میں کھلتے ہیں اور اسلئے جبھی جوف کے ہر مرض سے یہ بالعموم متاثر ہو جاتے ہیں۔ عظم جبھی کے ڈپلوئی کی ورید (frontal diploic vein) جو فوقی مجری کٹاؤ پر جبھی ورید (frontal vein) سے مل جاتی ہے جبھی جوف سے خون وصول کرتی ہے۔ جبھی نتیج کی حالتوں میں سرایت ڈپلوئی (diploë) کے ذریعہ سے عظم جبھی میں تیزی سے پھیل جاتی ہے۔ اور ایک قسم کا مخرب التهاب عظم (osteitis) اور التهاب سجاہ (meningitis) پیدا ہو جاتا ہے۔

دتدی جوف (sphenoidal sinus) فوقانی شنجہ کے پچھے و تدی مصغاتی

گوشہ میں کھلتا ہے (شکل ۲۸)۔ یہ زندگی کے اسی حصہ میں نپو پاتا ہے جس میں کہ جبھی جوف - یہ گہرا

129

واقع ہوا ہے اور جب ہمیں مرض پیدا ہوجائے تو اس تک بہت آسانی سے رسائی نہیں ہو سکتی۔ اس میں نرسن تھریج جو ناک کی سرایتوں سے پیدا ہوجاتا ہے اکثر پایا جاتا ہے۔ اسکی مقدم دیوار کا قاعہ جو مقابلہ پتلی ہوتی ہے مقدم قحفنوں کے زیرین حاشیہ سے ۷ اور ۸ سنٹی میٹر کے درمیان ہوتا ہے۔ ٹلی (Tilley) اس امر کا مشورہ دیتا ہے کہ وسطی عظم مفقول کے زیرین کنارے کو جوف تریج کے قفحہ کا رہنما تصور کرنا چاہئے۔ انفی قاعل (nasal septum) بھی اس کے لئے ایک معتبر رہنما ہے۔ کیونکہ اسکا میکسی حصہ (vomere part) ان اجواف کی مقدم دیوار پر مقصب ہوتا ہے۔ اگر مقدم قحفنوں کے فرش سے اس نقطہ کی طرف ایک سلائی سیدھی گزار دی جائے تو یہ مذکورہ گہرائی رہتا ۸ سنٹی میٹر پر اس جوف کے قفحہ پر پہنچ جائے گی۔

اس جوف کی باریک جانبی دیوار سے قریبی طور پر ملی ہوئی چند نہایت ہی اہم ساختیں ہوتی ہیں۔ کھنکی جوف اور اندرونی سبائی ثریبان کے علاوہ بصری عصب اور پانچویں عصب کی دوسری قسمت اس سے بالکل ملی ہوتی ہے۔ اور انکے التهاب جوف (sinusitis) میں متاثر ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے (نکل ۳۳ صفحہ ۱۴۰) چھت پر جسم خمی ہوتا ہے۔ اس جسم کے سلعات بعض اوقات اس جوف پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ اسکی وریدیں مصفاتی وریدوں میں ملتی ہیں۔ ان اجواف کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں۔ اور آسانی سے منتب ہوجاتی ہیں جیسا کہ ایک قفحہ سے ظاہر ہوتا ہے جو لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں ہوا۔ ایک آدمی ٹھوکر کھاکر گرا اور اسکی چھتڑی کا سراسر اضوا حاک کے اوپر چہرے میں گس گیا۔ وہ ہسپتال میں چل کر آیا اور تین دن بعد فوت ہو گیا۔ چھتڑی کی شام جسہ (pons) میں مدفون پائی گئی۔ اور اسکا سر فکی اور وندی اجواف میں سے گزر گیا تھا۔

فکی جوف (maxillary sinus) (مغارہ ہائی مور) antrum of Highmore: (شکل ۳۰) بوقت پیدائش موجود ہوتا ہے مگر بڑھاپے میں اسکے ابعاد عظیم ترین ہوتے ہیں۔ جن افراد میں غدودہ کی شکایت موجود رہی ہو انہیں اس جوف کی بالیدگی ناقص رہ جاتی ہے۔ اسکی سطحی تریجیں جو اسکے محل کو چہرے پر ظاہر کرتی ہیں شکل ۲۹ میں دیکھی ہیں۔ اس کھنکی دیواریں بچوں میں بالنعوں کی نسبت زیادہ موٹی ہوتی ہیں۔

اس میں مختلف قسم کے سلعات پیدا ہو سکتے ہیں جن سے اسکی دیواریں مختلف جہات میں متمدد ہوجاتی ہیں چنانچہ بالی پتلی اندرونی دیواریں سے ٹکرا ناک پر حملہ کر دیتی ہے۔ اور اس

کہف کی چھت کو اوپر کی طرف دھکیل کر محج پر حملہ آور ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲، صفحہ ۱۱۷) اور یہ جوف کے فرش میں سے گزر کر منہ میں مداخلت کرتی ہے اور جوف کی مقدم دیوار میں سے جو کیتھڈر پتلی ہوتی ہے نکل کر کمال میں آجاتی ہے۔ اس جوف کی دیوار کا کثیف ترین حصہ وہ ہے جو عظم الحارض سے علاقہ رکھتا ہے اور یہ دبنا نہیں۔ بالیدوں کا میلان پیچھے کی طرف بڑھنے کی طرف نہیں ہوتا۔ اگرچہ بعض اوقات وجہی (zygomatic) اور جنیمی فکی (pterygo-maxillary) حفرہ جات بھی حملہ آور ہوتی ہیں۔ چونکہ زیر محجری (infraorbital) عصب اس جوف کی چھت کے ساتھ ساتھ گزرتا ہے اور اوپر کے دانتوں کے اعصاب بھی اسکی دیواروں سے تعلق رکھتے ہیں اسلئے اس سے پیدا شدہ بالیدوں کا دباؤ ان سامنتوں پر پڑتا ہے اور اس طرح چہرہ اور دانت کا وضع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔

تشریحی نقطہ نگاہ سے مغارہ کی سیلیت یا اسکا استقصاء یا تو دوسرے ضاحکے کے اوپر جہاں ہڈی تیلی ہوتی ہے ایک مٹھی مٹی کی گرد عظمی دامن معکوس کر لینے کے بعد سوراخ کر دینے سے یا ایک ڈاڑھ کمال کر اسکے سوراخ کو جو مغارہ میں رہ جاتا ہے بڑا کر دینے سے کیا جاسکتا ہے، اس لئے کہ ڈاڑھوں کے اور ضاحکے دوسری ڈاڑھ کے اندرونی سنجات یا تو جوف کے کہف میں پہنچے ہوتے ہیں یا اسکے بہت قریب ہوتے ہیں۔ مگر مزاولت جراحی میں انہیں سے کوئی بھی طریقہ اختیار نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس طرح مغارہ اور منہ کے درمیان جو جراثیم سے معمور ہوتا ہے ربط پیدا ہو جانے سے قبل الذکر میں مخلوط مسرات ضرور پیدا ہو جاتی ہے اور اس طرح مغارہ کا مرض برقرار رہتا ہے۔ چونکہ منہ کی نسبت ناک میں بہت کم امراضیاتی خود عضو یہ جات موجود ہوتے ہیں اسلئے سیلیت کے راستہ کے اسی کا انتخاب کرنا چاہئے۔ مزید برآں اس طریقہ سے قیچی مادہ لگائیں جاتا اور سانس کے ساتھ اندر نہیں جاتا، مگر منہ میں سیلیت کرنے کی حالت میں اس سے احتراز نہیں کیا جاسکتا، جبکہ یہ ایک جزو ولا ینفک ہے۔ اگر ناک میں سے مغارہ میں کو چا لگنا نا ہو تو انفی منظار داخل کرنے کے بعد ایک مینزل (trocar) تحتانی عظم مفتول کے نیچے سے اسکے طول کے وسط پر زیر نظر گزارنا چاہئے اور اسکے پسیدہ قاعدہ کے نیچے جتنا اونچی ممکن ہو لیجانا چاہئے۔ یہاں پر ہڈی بہت تیلی ہوتی ہے اسلئے مینزل تیزی کے ساتھ ٹھونک دینے سے مغارہ کے کہف کے اندر چلا جائیگا۔

یہ جوف اپنے مقدمہ اور بالائی حصہ پر اکثر جہمی جوف سے بھی ربط رکھتا ہے۔ شکل ۲ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مغارہ جات حاکم (palate) کے لیول سے بھی نیچے اتر جاتے ہیں۔ اور ان کی

131

مسیلیت ایسے فتمہ سے جو تنک کے لیول کے اوپر بنایا جائے بخوبی نہیں ہو سکتی۔ لہذا ناک میں ان کی موثر طور پر مسیلیت کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ جو سوراخ مذکورہ سابقہ طریقہ سے جبریل (trocar) سے کیا جائے اسکو بڑا کر کے نیچے کی طرف کو بڑھا دیا جائے۔

فکی جوف کا فتمہ شکل ۲۸ و ۲۷ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ اس کہف کی چھت کے لیول پر ہوتا ہے۔ لہذا اگر اس کہف میں پیپ موجود ہو تو اسکی مسیلیت صرف اسی حالت میں سب سے زیادہ ہوگی جبکہ سر کو پھیر کر اس حالت میں رکھا جائے کہ ماؤف کو تنک سب سے اونچی رہے۔ جب سر آگے کی طرف کو جھکا ہو تو تندی جوف نہایت آسانی سے خالی ہو جاتا ہے۔ اور جبھی جوف اس وقت خالی ہوتا ہے جبکہ سر نیچے کی طرف ڈال دیا جائے۔ اگر تھناتی منفذ بڑا ہو یا نابی حفرہ (canine fossa) زیادہ واضح ہو تو اس مغارہ کا کہف چھوٹا ہوتا ہے۔

ان اجواف کے عروق لمف کی مسیلیت پس بلعومی غد میں ہوتی ہے۔ ایک موقع پر گرنے سے اوپر کا ایک دانت مغارہ میں بالکل گھس گیا تھا اور نظر سے غائب ہو گیا تھا۔ ایک قحہ میں ایک بالائی ثنیہ اس حادثہ کے ساڑھے تین سال بعد جس سے یہ اندر گھس گیا تھا مغارہ میں آزاد پایا گیا۔

باب نمونہ

چہرہ

(FACE)

چہرہ کے جن حصوں کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے ان کے علاوہ دوسرے حصوں کا بیان مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائیگا۔

- ۱۔ چہرہ عمومی حیثیت سے
- ۲۔ خطہ کفیبہ (parotid region)۔
- ۳۔ اوپر اور نیچے کے جبے اور ان کے متعلقہ حصے۔
- لبوں کا ذکر کفیبہ دہن کے ساتھ آئیگا (باب ہشتم)۔

چہرہ عمومی حیثیت سے

چہرہ کی جلد پتلی اور نازک ہوتی ہے۔ مگر اس میں ذہنی اور سوتی غدو بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے اسپر اکثرکیل (acne) نکل آتے ہیں۔ جلد کے پتلے ہونے اور کشیف رد اول کے نہ پائے جانے کی وجہ سے وجہی خراجات کا منہ بالمعوم جلد ہی بنجاتا ہے اس لئے یہ شاذ و نادر ہی بڑی جسامت اختیار کرتے ہیں۔

چہرہ کی زیر جلدی خلوی بافت نازک اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اور

پھیلنے والی در ریزشوں سے آسانی ماؤف ہو جاتی ہے۔ لہذا انتہاب کی حالت میں بعض اوقات بہت سا ورم نمودار ہو جاتا ہے اور عمومی استسقا میں چہرہ کی اور خاص کر نیچے کے پوٹوں کی ڈھیل بافت کی پھولن ایک نمایاں اور ابتدائی مظہر ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں ٹھڈی کے اوپر کی جلد خاص طور پر بستہ ہوتی ہے اور نیچے کے حصوں سے منضم ہوتی ہے اور بہت سے لحاظات میں یہ چاندنی کی جلد سے بہت قریبی مشابہت رکھتی ہے۔

وجہی بافتوں کی حرکت پذیری چہرہ کو اس قابل بنا دیتی ہے کہ اسپر تر قیعی عملیہ جات کا میانی سے کیئے جا سکیں۔ اور انکی کثرت عروق کی وجہ سے مربع اور مکمل اندمال بالعموم نقیبی ہوتا ہے۔ شحمی سلعات چہرہ پر شاذ و نادر ہی نگہور پذیر ہوتے ہیں اگرچہ اسکی زیر جلدی بافت میں بہت سا شحم موجود ہوتا ہے۔ اور فی الحقیقت معلوم ایسا ہوتا ہے کہ یہ سلعات اس خط سے احتراز کرتے ہیں۔ چنانچہ ڈینے (Denay) نے ایک آدمی کے متعلق اطلاع دی ہے جسکے جسم پر ۲۱۵ شحمی سلعات تھے مگر چہرہ پر ایک بھی نہیں تھا۔ لیکن پیشانی پر شحمی سلعات قلیل وقوع نہیں۔

چہرہ پر بعض قروح مثلاً قارض (rodent) اور ذبی قروح (lupus ulcers) کے پیدا ہونے کا خاص امکان ہوتا ہے۔ اور اس پر قایحہ خمیث (malignant pustule) راجحہ (anthrax) کا حکم نہایت کثرت سے ہوتا ہے۔

چہرہ پر بعض ارتقعات موجود ہیں مثلاً ٹھڈی۔ عظم خدی اور پیشانی۔ ان پر کسی کند آک سے چوٹ لگنے یا انجھل کرنے سے ایسا زخم پیدا ہو سکتا ہے جسکے کنارے صاف طور پر کٹے ہوتے ہیں۔ اور یہ زخم بعینہ ایسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ اس طرح چاندنی پر پیدا ہوتا ہے۔

عظم العارض (malar bone) اس قدر محکم ہوتی ہے اور اسکے تعلقات مجسمہ سے اس قدر بلا واسطہ ہوتے ہیں کہ اسپر زور سے چوٹ لگنے سے ارتجاج (concussion) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ لہڑی نازک ہڈیوں پر ٹکرن ہوتی ہے اسلئے اسیں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ فی الحقیقت فک (maxilla) میں محسوس جاتی ہے اور اس ساخت میں وسیع کسر پیدا کر دیتی ہے اور خود اسے کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ عظم عارضی کے کسر سے بعض اوقات محجر کا کدم (ecchymosis) پیدا ہو جاتا ہے جو اسی کدم سے مشابہ ہوتا ہے جو گوبری کے

قاعدہ کے کسر میں پایا جاتا ہے۔

رسد خون۔

عرق حرکی اعصاب کی رسد جو فوقانی عنقی عقدہ سے آتی ہے خاص طور پر افراط سے موجود ہوتی ہے۔ لہذا جذبہ کی حالتوں میں چہرہ آسانی سے سرخ بھی ہو جاتا ہے اور نیز اسکی رنگت بھی اڑ جاتی ہے۔ شراب خوار اشخاص میں اور ان لوگوں میں جو سردی میں زیادہ رہتے ہوں اور سرد و دوران خون کے مریضوں میں جنہیں اسناد خواہ قلبی عرقی تغیرات سے پیدا ہوا ہو یا بعض جلدی امراض سے جلدی بذیرے اکثر مستقل طور پر محقق رہتے ہیں۔ وحمت (naevi) اور مختلف اقسام کے ناعظ سلعات چہرہ پر عام طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔ رسد خون کے بافراط موجود ہونے کی وجہ سے چہرہ کے زخموں سے اگرچہ انکے لگنے کے وقت جریان خون بکثرت واقع ہوتا ہے مگر یہ بے نظیر سرعت سے خشک خشک طور پر مندمل بھی ہو جاتے ہیں۔ لہذا ایسے زخموں کے کناروں میں اول اول ہی صحیح صحیح مطابقت پیدا کر دینے سے ندبہ کی زیادہ پیدائش کے بغیر ہی بالعموم مکمل اندمال واقع ہو جاتا ہے۔ جلد کے وسیع دامنوں کی حیویت جو دریدہ زخموں میں جلد کے پھٹنے سے بجاتے ہیں تقریباً اسی طرح ہی نمایاں طور پر قائم رہتی ہے جس طرح کہ چاندلی کے اسی قسم کے دامنوں کی۔ چہرہ کے وسیع ضررات جنہیں بہت سی ساخت ضائع ہو گئی ہوا اکثر حیرت انگیز طریقہ پر مندمل ہو جاتے ہیں جیسا کہ ان ترقیبی وجہی عملیہ جات سے ظاہر ہوتا ہے جو جنگ عظیم کے زخمیوں پر کئے گئے تھے۔

وجہی شریان کے نبضانات جڑے کے زیرین کنارے پر جہاں عضلہ مضغیہ (masseter muscle) کے مقدم کنارے کے عین سامنے سے گزرتی ہے بہترین طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہاں یہ صرف جلد اور عضلہ منتشرہ (platysma) سے ہی پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور ہڈی پر باسانی مضبوط کیجا سکتی ہے اور اسپر بندش بھی لگائی جاسکتی ہے! اس شریان کے تقنمات چہرہ پر اس کثرت سے ہوتے ہیں کہ اسکو کاٹنے کے بعد دونوں سروں کا باندھا ضروری ہوتا ہے۔

134

وجہی ورید شریان کے ساتھ صرف جبڑے کے زیرین کنارے پر ہی ملی ہوتی ہے۔ اور چہرہ پر یہ اس سے معتد بہ فاصلہ پر ہوتی ہے۔ یہ ورید اتنی ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی جتنی کہ اکثر سطحی وریدیاں ہوتی ہیں۔ کاٹنے کے بعد یہ زیادہ منفتح رہتی ہے۔ اسپس مصاریع نہیں ہوتے، اور ایک سرے پر یہ کھنکی جوف سے بلا واسطہ طور پر ربط رکھتی ہے اور دوسرے پر گردن میں اندرونی سباتی ورید سے۔

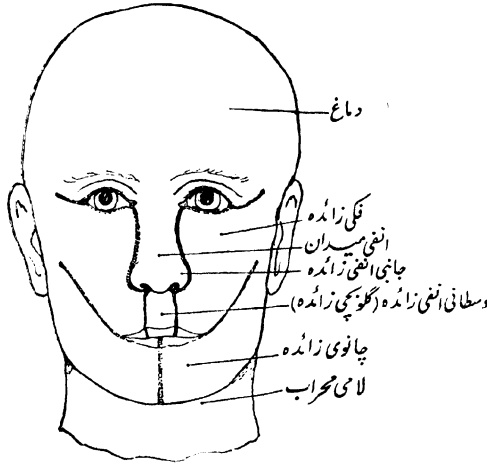
مزید برآں یہ درون جمجمی وریدوں سے بھی ربط رکھتی ہے اگر یہ اتنا براہ راست نہیں ہوتا۔ اور یہ ربط یوں ہوتا ہے:۔ وہی ورید عمیق وہی ورید (deep facial vein) کو وصول کرتی ہے جو جنامی ضغیرہ سے آتی ہے! اور یہ ضغیرہ کہنکی جوف سے چند چھوٹی چھوٹی وریدوں کے ذریعہ سے جو سوراخ بیضوی (foramen ovale) اور سوراخ دریدہ وسطی (foramen lacerum medium) کی یعنی بافت میں سے گزرتی ہیں ربط رکھتا ہے۔ جبھی ورید کے ان تعلقات سے چہرہ کی بعض التہابی سرائتوں سے موت واقع ہونے کی توجیہ ہوتی ہے۔ چنانچہ چہرہ کے شبہ جراب (carbuncle) یا کسی دوسری منتشر اور عمیق التہابی حالت سے (جو خاصکر بالائی لب کی ہوا اور جناح الافن کے قرب و جوار میں ہو) دماغی اجواف میں بعض اوقات ہلک علقیت پیدا ہو جاتی ہے۔

چہرہ کے نمبو کا حوالہ دینے سے پانچویں عصب کی تقسیم اور بعض غیر طبی حالتوں مثلاً ترگوشی لب (hare-lip) کبر العقم (macrostoma) وغیرہ کی توضیح میں مدد ملے گی۔ یہ پانچ زائندوں سے نومیاتا ہے۔ ایک وسطانی یا جبھی انفی (fronto-nasal) جو ہر ایک طرف موجود ہوتا ہے اور ایک فکی (maxillary) اور ایک چانوی (mandibular) جبھی انفی زائندہ پر دو چھوٹے چھوٹے جانبی ارتفاعات پیدا ہو جاتے ہیں جو گلوبجہ نما زائندے کہلاتے ہیں! انکے درمیان ایک مثلث رقبہ یعنی انفی میدان (nasal field) ہوتا ہے۔ اس سے آئندہ چیکرناک کا بانسا لیا ہوتا ہے۔ ہر ایک گلوبجہ نما زائندہ (processus globularis) کی جانب پر ایک نشیب یعنی انفی گڑھا (nasal pit) ہوتا ہے! سطح جبھی انفی زائندہ (fronto-nasal process) تین حصوں پر تقسیم ہو جاتا ہے یعنی دو جانبی انفی زائندے اور ایک وسطانی زائندہ جبہ دو گلوبجہ نما یا وسطانی انفی ارتفاعات موجود ہوتے ہیں۔ یہ بڑھتے بڑھتے سلاخوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور فکی زائندے سے متحد ہو جاتے ہیں جیسا کہ شکل ۳۱ و ۳۲ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ انفی میدان (nasal field) مرتفع ہو جاتا ہے اور اسکے بالائی حصہ سے ناک کی پشت لیا رہوتی ہے اور اسکا زیریں حصہ بڑھتے بڑھتے انفی فاصلہ کاستونجہ (columella) بن جاتا ہے۔ لب کانثرہ (philtrum) اور پیش فک (premaxilla) گلوبجہ نما زائندوں کے ایک دوسرے کے ساتھ وسطی خط پر متحد ہونے سے بنتے ہیں۔ اسکے بعد چہرہ پہلے چانوی زائندوں کے ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہونے اور پھر ہر ایک طرف فکی زائندہ کے چانہ اور جبھی انفی زائندہ کے کچھ حصوں کے ملنے سے مکمل ہو جاتا ہے۔ فک اور جانبی انفی زائندہ کے مقام اتصال سے جناح الافن (ala nasi) لیا

(paralysis) اور ناک بستگی (trismus) پیدا ہو گئے تھے اور صرع کے حملے عود کر آئے تھے۔

۱۔ حسی رسد

پانچواں یعنی سہ توامی (trigeminal) عصب جسر (pons) کی



شکل ۳۲ چہرہ کے ان حصوں کو ٹلاہر کرتی ہے جو انفی فکلی اور چانوی زائدوں

سے بنتے ہیں۔
(From Keith's "Human Embryology and Morphology")

تحتانی سطح سے نکلتا ہے اور اسکی دو جڑیں ہوتی ہیں جنہیں سے ایک بڑی حسی ہوتی ہے اور دوسری چھوٹی حرکتی۔ یہ جڑیں آگے اور باہر کی طرف کو بڑھ کر کھوپڑی کے موخر حفرہ میں چلی جاتی ہیں۔ اور خیمتہ الدماغ (tentorium cerebelli) کے عین نیچے اور جس مقام پر یہ عظیم حجری کے بالائی زائو سے چسپیدہ ہوتا ہے اسکے قریب ہی ام جانفیک کو منتقب کرتی ہیں۔ داخلی سمعی منفذ اور اس لکے ساتواں اور آٹھواں عصب بھی موخر حفرہ سے باہر نکلنے سے عین پہلے انکے نیچے اور پیچھے ہوتے ہیں۔ لہذا دماغ کے پیش زیرین حصہ پر جو سلعات پیدا ہوتے ہیں انکے دباؤ کے سہ توامی (trigeminal) عصب کی جڑوں پر پڑنے کا احتمال ہوتا ہے، جو کیفیت درج العصب کم حسیت (hypo-aesthesia)

اور ناقص لمتھی مکسومہ (conjunctival reflex) کا باعث ہوتا ہے۔ مگر یہ حالتیں اتنی شدید نہیں ہوتیں جتنی کہ صادقہ سم توامی وجع العصب میں ہوتی ہیں۔

ام جانفہ کو منقب کرنے کے بعد جڑیں غار میکل (cave of Meckel) میں داخل ہو جاتی ہیں۔ یہ غار ام جانفہ کے پیلنے سے پیدا ہوتا ہے اور عظم لحمی کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر سسی جو سچیل کر نیم قمری (semilunar) یعنی گیسری (Gasserian) عقدہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ درعز کی جڑ اس عقدہ کے نیچے سے آگے بڑھ جاتی ہے اور پھر اس عصب کی تیسری یعنی چانوی قسمت سے متحد ہو جاتی ہے۔

138

میکل کے غار کے نیچے ہڈی کے اس صفحہ میں جس سے قنال سباتی کی چست عظم لحمی کے راس کے قریب بنتی ہے ایک نشیب ہوتا ہے۔ سر جن کے لئے اس ام کا خیال رکھنا دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ شاذ شاذ حالتوں میں ہڈی کا یہ صفحہ غائب بھی ہوتا ہے۔

دوسرے قریبی علاقہ جات جنکو گیسری (Gasserian) عقدہ پر عملیہ کرتے وقت ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے مندرجہ ذیل ہیں:-

(۱) عقدہ کی اندرونی طرف پر کھنکی جوف کا موصوفہ حصہ ہوتا ہے۔

(۲) باہر کی طرف وسطی سحانی شریان ہوتی ہے۔ اور اس عقدہ تک باہر کی طرف سے

رسائی کرتے وقت اس عرق کو سورخ شوکی (foramen spinosum) میں کوئی موزوں چیز ٹھوس دینے سے سدود کر دیا جاتا ہے۔

(۳) اوپر کی اور باہر کی طرف صدغی و تدی لحمتہ (temporo-sphenoidal

lobe) ہوتا ہے۔

یہ عقدہ نیم قمری ہوتا ہے۔ سسی جرد مقعر و مطانی جانب پر داخل ہوتی ہے اور عصب کور کی تینوں قسمتیں جانبی مدب طرف سے نکلتی ہیں۔ ان قسمتوں میں سے ہر ایک کے ساتھ ساتھ ام جانفہ کی ایک نلی جاتی ہے جو غار میکل (cave of Meckel) کی دیواروں سے نکلتی ہے۔ عیلمنی (ophthalmic) یا پہلی قسمت کھنکی جوف کی بیرونی دیوار میں داخل ہو جاتی ہے۔ اور فوقانی لحمی یا تدی شتاق کے قریب انفی ادمی اور جبہی تین شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ کھنکی جوف میں تیسرا محرک (العین؛ oculo-motor) عصب اور چوتھا محرک (trochlear) عصب اکٹھے عین اور واقع ہوتا ہے۔

فکی (maxillary) یا دوسری قسمت حفرہ وسطیٰ میں سے گزرتی ہوئی جو فکھنکی کے زیرین حصہ کے قریب سے آگے کی طرف کوچلی جاتی ہے اور کھوپڑی میں سے صومخ مدورہ (foramen rotundum) میں سے باہر نکل کر جنبی حنکی حفرہ (pterygo-palatine fossa) اور حنکی مجری (inferior orbital) یا ونڈی فکی (spheno-maxillary) شقاق میں سے گزرتی ہے۔ اور پھر حنکی مجری قنال میں داخل ہو کر چہرہ پر حنکی مجری سوراخ پر نکل آتی ہے۔ پہلی قسمت کی طرح یہ بھی نکل حسی ہوتی ہے۔

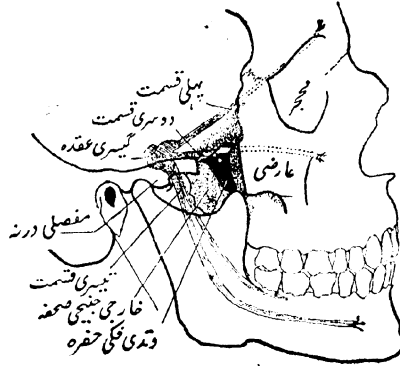
چانوی یا نیسری قسمت سوراخ بیضوی (foramen ovale) میں سے باہر نکلتی ہے۔ یہ زیادہ تر حسی ہوتی ہے۔ مگر اس میں مضمغی عضلات، چانی لامی (mylo-hoid) عضلہ اور دو ٹولمی عضلہ (digastric) کے مقدمہ شکم کی رسد کے لئے سر کی ریشہ جات موجود ہوتے ہیں۔ پانچویں عصب کی قسمتوں کے ذریعہ سے جو رقبہ جات حسی رسد پاتے ہیں وہ شکل ۲ صفحہ ۱۱ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔

فوق مجری اور زیر مجری اور ذقنی سوراخوں کے محلات مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کئے گئے ہیں۔ فوق مجری سوراخ فوق مجری حید کے اندرونی اور وسطی ٹٹوں کے مقام اتصال پر پایا جاتا ہے۔ اس نقطہ سے لگا ایک یہ صاف خط نیچے کی طرف کو ہر ایک جبڑے کے دونوں ضوا احک کے درمیان واقع ہے۔ گزرتا ہوا کہنی بچا جائے تو یہ زیر مجری اور ذقنی سوراخوں کو کاٹتا ہو اگر زیر مجری زیر مجری سوراخ مجھ کے حاشیہ کے نیچے پہلے ایچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ ذقنی سوراخ بالغوں میں جو فیزد اور جبڑے کے زیرین کنارے کے وسط پر واقع ہوتا ہے۔ اور زیر لب اور جبڑے کے درمیان فضا کے محاملی کا جوتہ انبان ہوتا ہے اس سے نیچے پہلے ایچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ کسٹن بلوغ میں یہ سوراخ فک کے زیرین کنارے کے زیادہ قریب ہوتا ہے اور بڑھاپے میں یہ جو فیزد کے پاس ہوتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے ذقنی سوراخ میں کوئی اثراب کرنا مقصود ہو تو سوئی داخل کرنے وقت اسکا میلان ذرا نیچے اور آگے کی طرف کو رکھنا چاہئے۔ کیونکہ سوراخ کے نزدیک ہی قنال غیر متوقع طور پر اوپر اور نیچے کی طرف کو مڑ جاتی ہے۔

زیر مجری عصب

وجہ العصب میں اُس مقام پر کاٹ دیا گیا ہے جہاں یہ چہرہ پر نکلتا ہے۔ اس تک یا تو خارجی نٹھاف سے رسائی کی جاتی ہے اور یا رخسار اٹھا کر منہ کے اندر سے۔ بعض حالتوں میں مجھ کا فرش معر کیا جا چکا ہے اور زیر مجری قنال (جس کے مقدمہ

نصف کی چھت عظمی ہوتی ہے) کھول دی گئی ہے۔ اور اس طرح اس عصب کے تنے کے بڑے بڑے حصے کاٹ کر علیحدہ کر دئے گئے ہیں۔ و تدمی حنکی (spheno-palatine) عقدہ (عقدہ میککل : Meckel's ganglion) کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت کے وجع العصب کی تنکین کے لئے اکڑ کاٹ کر علیحدہ کر دیا گیا ہے۔ رخسار کے سامنے کے حصہ سے جلد کا ایک مثلث دامن کاٹ کر اوپر کی طرف کو اٹا دیا جاتا ہے۔ اور زیر مجری سورخ معرا کر لیا جاتا ہے۔ مفارہ کی مقدم دیوار ترخان کے زیر سے کھول لی جاتی ہے اور زیر مجری میزاب کے فرش سے ہڈی کاٹ دی جاتی ہے۔ اس طرح اس تنال میں جو عصب موجود ہوتا ہے



شکل ۳۳۔ پانچویں عصب کی دوسری اور تیسری قسموں کی سطحی تزیین۔

140

وہ ابھی طرح سے سامنے آ جاتا ہے۔ اس عصب کا تعاقب پیچھے کی طرف کو مفارہ کی موخر دیوار تک کیا جاتا ہے۔ اس دیوار میں بذریعہ ترخان سورخ کرنے سے تدمی فکی (spheno-maxillary) (جنفی حنکی : pterygo-palatine) حفرہ کھل جاتا ہے اور عقدہ میککل (Meckel's ganglion) معرا ہو جاتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عقدہ کی اُٹھ طرف سورخ تدرشناخت کیا جاسکتا ہے۔ زیر مجری شریان بھی عصب کے ساتھ ہی موجود ہوتی ہے، اور یہ عرق معرا اپنی مقدم سنی (anterior dental) شاخ کے جوٹنایا اور انیاب کو آتی ہے غالباً کاٹ دیا جاتا ہے۔ زیر مجری شریان جنفی صغیرہ (pterygoid plexus) میں ختم ہو جاتی ہے۔ عقدہ مذکور اندرونی فکی (internal maxillary) شریان کی انتہائی شاخوں سے محصور ہوتا ہے۔

اور یہ ایک مثلث شکل کا جسم ہوتا ہے جسکا قطر تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ باہر کی طرف سے یہ ذرا محدب ہوتا ہے اور اسکی رنگت سرخی مائل ہوتی ہے۔

جس عملیہ کا ذکر اوپر کیا گیا ہے ویسے عملیہ جات سے حصول کے تعلقات کا پتہ چلنے میں مدد ملتی ہے۔ گراب منزلت میں انکی جگہ اشترابات کے سادہ ذرائع اکثر اختیار کئے جاتے ہیں۔ عصب کے تنے میں الجھل مطلق داخل کرنے سے اسکے رقبہ تفرع میں عدم حیثت پیدا ہوجاتی ہے

141

جو چھ ماہ تک یا اس سے زائد عرصہ تک کے لئے رہتی ہے۔ ایسے اشترابات کو کامیابی سے سرانجام دینے کے لئے ان اعصاب کے محل اور عمر اور انکی اردگرد کی ساختوں کے بہت صحیح صحیح علم کی ضرورت ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت کا مشکل ۳۳ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اگر وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر عظم العارض کے صعودی حاشیہ کے ۶ ملی میٹر ($\frac{1}{4}$ انچ) پیچھے ایک نقطہ لیا جائے تو یہ وتدی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) کے بالائی حصہ کے عین اوپر واقع ہوگا جس میں پانچویں عصب کی دوسری قسمت اور عقدہ میکل (Meckel's ganglion) ہوتا ہے۔

عصب تک پہنچنے کے لئے سوئی کو ۳۴ ملی میٹر ($\frac{1}{4}$ انچ) داخل کر دینا چاہئے۔ مجھ کے فرش کے ساتھ ساتھ کاراستہ اس سے زیادہ آسان اور زیادہ بے خطر ہے۔ سوئی مجھ کے ٹریں کنا سے کے نقطہ وسطی پر داخل کیجاتی ہے اور فرش کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو مڑے مہمی مستوی کے متوازی جھونک دیجاتی ہے۔ سوئی کو وتدی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) میں یہاں تک جھونک دیا جاتا ہے کہ یہ سورخ مدور پر یا اسکے گرد و نواح میں عظم وتدی کے سامنے آنے سے آگے جانے سے رک جاتی ہے۔ مناسب دست ورزی سے سوئی سورخ مدور میں داخل ہوتی ہوئی محسوس کیجا سکتی ہے۔ مجھ کے حاشیہ سے سورخ مدور ۲۳ ملی میٹر ($\frac{1}{4}$ انچ) کی گہرائی پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس عصب تک و جمنہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر فدی زاویہ کے عین پیچھے اندر کی طرف سوئی داخل کرنے سے بھی رسائی ہو سکتی ہے۔ یہ عقدہ سطح سے ۵۰ ملی میٹر ($\frac{2}{3}$ انچ) کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (Symington: ہمنگٹن)۔

تختانی سنی عصب (inferior dental nerve) دونوں نواں

کی ہڑاوں کے مقابل فدی غنائے معاملی میں ننگاف دیکر سورخ ذہنی (mental foramen) پر کاٹنا چاہئے۔ اس ننگاف میں سے عصب کا المناب اور اسکے جلدی حصہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔

یہ عصب چانوی (تحتانی سنی) سوراخ میں داخل ہونے سے پیشتر مندرجہ ذیل طریقہ پر کاناجا چکا ہے۔ منہ کو خوب اچھی طرح سے کھول کر آخری بالائی لٹاحند سے لیکر آخری زیرین لٹاحند تک اکتلیل نس زائدہ (coronoid process) کے عین اندر کی طرف جسکے حدود جس سے واضح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں ایک شکاف دے دیا جاتا ہے۔ یہ شکاف غشائے مخاطی میں سے گزرتا ہوا نیچے کی طرف عضلہ صدغیہ کے وتر تک پہنچتا ہے۔ اس شکاف میں انگلی داخل کر کے جبڑے کی فرع (ramus) او عضلہ جنینیہ داخلہ (internal pterygoid muscle) کے درمیان سے گزار دیا جاتی ہے، حتیٰ کہ وہ غظلی مقام محسوس ہونے لگتا ہے جو چانوی (تحتانی سنی: inferior dental) قنال کی نشاندہی کرتا ہے۔ یہاں پر اس عصب کو ایک ہک کے ذریعہ سے اٹھا کر منفر د کر لیا جاتا ہے اور کاٹ دیا جاتا ہے۔

142

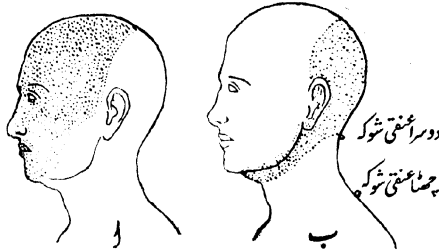
خدی عصب (buccal nerve) رخسار کی غشائے مخاطی اور جلد کو سرد پہنچاتا ہے۔ اور عضلہ بوقیہ (buccinator muscle) کی بیرونی سطح پر سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

پانچویں عصب کی تیسری قسمت کا تنا کھوپری کے حفرہ وسطی سے
سوراخ بیضوی میں سے باہر نکلنا ہے جسکا محل وجہ کے برین کنارے کے اس حصہ کا تناظر ہوتا ہے جو فراز مفصلی (eminentia articularis) کے عین سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عصب کے تنے یا عقدہ گیسری (Gasserian ganglion) میں اثراب کرنے کے لئے نیرس خوب اچھی طرح سے منہ کھولنے کے لئے دیا جاتا ہے تاکہ چاند کا اکتلیل نس زائدہ منخفض ہو کر راستے سے ہٹ جائے۔ اور پھر فراز مفصلی (eminentia articularis) کے ایک انچ سامنے سوئی داخل کر دیا جاتی ہے اور اسکو سیدھا اندر کی طرف اور کینقدراؤ پر کی طرف عظم وتدی کی زیرین سطح کے بالمقابل لے جایا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ ۳.۷ ملی میٹر (۱ ۱/۲ انچ) کی گہرائی پر پہنچ جاتی ہے۔ جب سوئی خارجی جنینی صفحہ (external pterygoid plate) کی بیرونی سطح سے ٹکراتی ہوئی محسوس ہو تو اسے اتنا پیچھے ہٹایا جاسکتا ہے کہ یہ اس صفحہ کے پچھلے کنارے پر سے پھسل جائے۔ اب پچھکاری کے نلی کو ذرا سا نیچے کی طرف دبانے سے سوئی کا سرا اور کورن اختیار کر لیا اور اس لئے آگے بڑھ کر میکل (Meckel) کے غاریں داخل کیا جاسکیں گی اس طریقہ سے جسم عقدہ میں الجھل کا اثر سب کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔

جب کوئی حسی عصب کاٹ دیا جاتا ہے تو اس سے پیدا شدہ

فقدان میں درد کا رقبہ اسکے تشریحی تفرع کا تناظر نہیں ہوتا۔ چنانچہ جب پانچویں مجبئی عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت کاٹ دی جاتی ہے تو پیشانی کے اوپر کی جلد کی صرف ایک کم گہرائی والی پٹ سے ہی حس مکمل طور پر زائل ہوتی ہے حالانکہ تشریحی تفرع سے آدمی یہ نتیجہ نکالتا ہے کہ پیشانی اور

148



شکل ۳۴۔ یہ شکل اس فقدان میں کونسا ہر کرتی ہے جو (۱) عقده گیری کے استیصال اور (۲) دوسرے عینی عصب کے کاٹنے سے پیدا ہوتا ہے۔

(مطابق ایچ۔ ایچ۔ ٹوتھ : H. H. Tooth)۔

جس رقبہ میں سیاہ نقاط لگائے گئے ہیں اس میں نخرہ منہ میں پیری منٹ ہو گئی ہے اور جس رقبہ میں سفید نقاط لگائے گئے ہیں اس میں برنا قدس پیری زائل ہو گئی ہے۔

چاندلی کے مقدم نصف کی جلد متاثر ہوگی (دیکھو شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ اگر دوسری قسمت کاٹ دیا جائے تو عدم حسیت کا رقبہ ایک تنگ فضا تک جو مجھ اور منہ کے درمیان ہوتی ہے محدود ہوتا ہے۔ اور تیسری قسمت کے کاٹنے سے یہ رقبہ ایک دھجی پر مشتمل ہوتا ہے جو کان کے سامنے سے نیچے کے جڑے کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتی ہے (ہیڈ : Head)۔

ہیڈ (Head) نے ان مختلف فیہ نتائج کی جو کسی حسی عصب کو کاٹنے سے برآمد ہوتے ہیں توجیہ کی ہے۔ عصب میں تین قسم کے حسی ریشہ جات ہوتے ہیں (۱) وہ جس میں عمیق کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ عضلات، عظام، رباطات، مفاصل اور عمیق ساختوں کو دباؤ اور درجہ حرارت

کرنے کی قوت بخنتے ہیں۔ (۲) وہ جو نخر مرضی حس پذیر (protopathic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ جلد کو کسی چیز کے چبھنے اور ۲۰ درجہ ف سے اوپر یا ۲۲ درجہ ف سے نیچے کی تپش کے لئے حساس بناتے ہیں۔ (۳) وہ جو برناتقد حس پذیر (epicritic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ ریشے جلد کو ہلکے لمس (جسکا امتحان کسی ایسی چیز سے عیسیٰ کہ روئی ہے کیا جاتا ہے) اور تپش کے زیادہ دقیق درجوں کو محسوس کرنے کی قوت بخنتے ہیں۔ اکثر مثالوں میں ایسا ہوتا ہے کہ جب عصب کاٹا جاتا ہے تو برناتقد (epicritic) حس پذیر کی فقدان اپنی وسعت میں عصب کے تشریحی تفریح کا متناظر ہوتا ہے۔ جب نیم قمری یا گیسٹری (Gasserian) عقدہ دوڑ کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲ اور ۳۴) تو برناتقد (epicritic) حس پذیر کی فقدان رقبہ تفریح کا متناظر ہوتا ہے مگر نخر مرضی (protopathic) حس پذیر کی فقدان تشریحی رقبہ سے نسبتاً کم ہوتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ جو نخر مرضی (protopathic) ریشہ جات دوسرے عصب سے نکلتے ہیں (شکل ۳۴) وہ جلد کے اُس رقبہ تک بھی پہنچتے ہیں اور اسکو رسد بھی پہنچاتے ہیں جو برناتقد (epicritic) حس پذیر کی پانچویں عصب سے حاصل ہوتی ہے۔ پھر سے کے زیر حصہ میں ان رقبہ جات میں کوئی ترکب نہیں پایا جاتا ہے۔ پانچویں عصب کی ذقنی (mental) شاخ میں برناتقد (epicritic) اور نخر مرضی (protopathic) ریشہ جات کا تفریح جلد کے ایک ہی حصہ پر پایا جاتا ہے۔ اسلئے کسی حسی عصب کے کٹنے سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں انکا انحصار ان ریشوں کی نوعیت پر ہوتا ہے جو اس عصب میں موجود ہوتے ہیں اور نیز جلد کی اس وسعت پر ہوتا ہے جس پر ہر قسم کے عصب کا پھیلاؤ فرداً فرداً پایا جاتا ہے۔ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی چہرہ کی عمیق ساختیں دباؤ کیلئے حساس رہتی ہیں۔ اور اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عصب درجہ میں بعض درآر ریشے موجود ہوتے ہیں جو دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں (میلونی: Maloney اور کینیڈی: Kennedy)۔

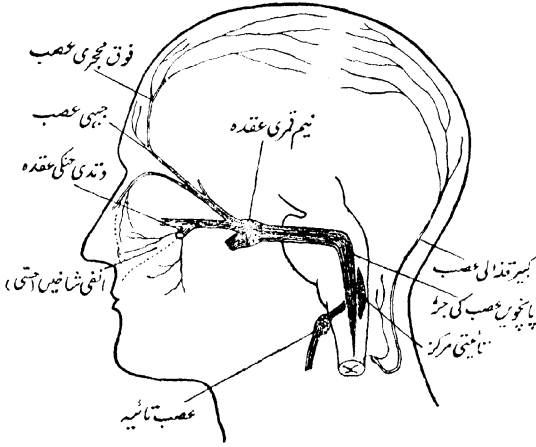
گیسٹری (Gasserian) عقدہ کا استیصال۔ ناقابل برداشت اور دشوار علاج و جمع العصب کے مریضوں کے لئے سرچن کو یہ اختیار ہے کہ وہ یا تو عقدہ میں الکحل کا شراب کر دے یا نیم قمری عقدہ کا استیصال کر دے اور یا اسکی حسی جڑوں کو کاٹ دے۔ یہ پانچویں عصب کا حسی عقدہ ہے اور اُس حسی عقدہ کا متناظر ہے جو شوکی عصب کی موخر جڑ پر پایا جاتا ہے۔ اکٹھے استیصال پانچویں عصب کے عصبی ریشوں میں انحطاط لازمی طور پر نمودار ہو جاتا ہے۔

جو علیہ بالعموم مراحم دیا جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔ عین پر سے

کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ ہر کوئی تلفیف جس میں شمی مرکز پایا جاتا ہے اس عقدہ کے میں اور واقع ہوتی ہے (شکل ۳۶)۔ جب جانی خلاف کھول دیا جاتا ہے تو دماغی شوکی سیال ہمیشہ نکلتا ہے (کشنگ: Cushing)۔

146

فراز مفصلی (eminentia articularis) جو وجہ کے قاعدہ پر واقع ہوتا ہے اس عقدہ کے محل کے لئے ایک کارآمد رہنما کام دیتا ہے۔ جب وسطی حفرہ کھول دیا جاتا ہے اور



شکل ۳۶۔ پانچویں اور دسویں جمعی اور پہلے اور دوسرے منحنی اعصاب کے حسی نواتات کی قربت کو ظاہر کرتی ہے۔

صدغی نمونہ اور پراٹھا لیا جاتا ہے تو یہ عقدہ ۲ انچ کی گہرائی پر اسی اگیلی مستوی پر چہر مفصلی فراز واقع ہوتا ہے پایا جاتا ہے۔ مگر یہ اس افراز سے زیادہ بلند لیول پر ہوتا ہے۔ ان مختلف اقسام کے درد بعید کی حقیقت سمجھنے کے لئے جو اس کثرت سے ان رقبہ جات میں پایا جاتا ہے جن کو پانچواں عصب جو عظیم الجسامت ہوتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اوجاع اعصاب

147

لے اس علیہ کی تشریح کی تفصیل کے لئے دیکھو سرجیکل ٹریٹمنٹ آف فیشیل نیورلجیا (The Surgical Treatment of Facial Neuralgia) مصنفہ جے ایچس جونیئر لندن (۱۹۰۷)۔

در در شہر تہمتہ وغیرہ — یہ ضروری ہے کہ اُن حسی نوات کے بعض مرکزی تعلقات سے واقفیت حاصل کی جائے جن پر اسکے در آر ریشہ جات منقطع ہوتے ہیں۔ یہ مرکز نواح مستطیل کئی رین حصہ تک پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۶)۔ اور شوکی رما دی مادہ کے موخر قرن سے جس میں قذالی اور دوسرے عنقی اعصاب کے حسی ریشہ جات ختم ہوتے ہیں مسلسل ہوتا ہے۔ اسکے نزدیک ہی عصب تانیہ (vagus) کا حسی نوات ہوتا ہے۔ تانی مرکز کے احتمالات بعض اوقات بیش بہا وکی وجہ سے پانچویں عصب کے نواتات کو متاثر کر دیتے ہیں! اس سے درد بالعموم اس عصب کے اس تفرع سے جو ام جانفہ میں پایا جاتا ہے منسوب ہوتا ہے۔ پانچویں عصب کی ہر قسمت سے ام جانفہ کو ایک شاخ جاتی ہے۔

(ب) حرکی عصبی رسد

ساتواں عصب عضلات اظہار، بوتی عضلہ (buccinator)، عضلہ منتشرہ (platysma)، اور دو شکی (digastric) عضلہ کے موخر شکم کو رسد پہنچاتا ہے۔ پانچویں عصب کی تیسری قسمت مضغی عضلات، چانی لامی عضلات (mylo-hyoid) اور دو شکی عضلہ کے مقدم شکم کو رسد پہنچاتی ہے۔

۲۔ نکفی خط

(THE PAROTID REGION)

غده نکفیہ (parotid gland) کا عمیق حصہ نیچے کے جبرے کی فرع (ramus) کے پیچے ایک معین فضا میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳۷)۔ جب سر حالتِ بسط میں ہوتا ہے یا جب فکِ زیرین آگے کی طرف بڑھتا ہے جیسا کہ ٹھڈی کو آگے کی طرف کوٹھالنے میں ہوتا ہے تو اس فضا کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ موخر الذکر حرکت میں مقدم موخر سمت میں تقریباً ۱۲ انچ کے برابر افزائش ہو جاتی ہے! اور جب سر کو خمیدہ کیا جائے تو یہ کم ہو جاتی ہے۔ جب منہ خوب اچھی طرح سے کھولا جائے تو اس فضا کا نیچے کا حصہ کم ہو جاتا ہے اور جب قذالی آگے کی طرف کو پھیلتا ہے تو یہ اوپر کے حصہ میں بڑی ہو جاتی ہے۔ نکفی فضا پر عملیہ کرتے وقت اور اسکا استقصا کرنے میں ان امور کا خیال رکھنا چاہیے

مزید برآں یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ نکھنیہ کے الہتاب میں ان تمام حرکتوں سے جھکا رجحان اس فضا کو جس میں یہ غدہ واقع ہوتا ہے تنگ کرنے کی طرف ہو بہت سادہ درپیدا ہوتا ہے۔ جبڑے کی فرغ میں زائدہ شیرخوارگی اور پیرا نہ سال میں جو ترچھاپن پایا جاتا ہے انکی وجہ سے یہ فضا بانگ کی فضا کے مقابلہ میں اول الذکر حالت میں نسبتاً اور موخر الذکر میں حقیقتاً بڑی ہوتی ہے۔ غدہ کا بیشتر حصہ سطحی ہوتا ہے اور عضلہ مضغیہ کے اوپر پھیلا ہوتا ہے۔

148

شکل ۳۷۔ انفتی تراش جو چہرہ اور گردن کی ایک جانب میں نیچے کے دانتوں کے لیول کے سین اوپر سے گزرتی ہے۔

(براون: Braune)

۱۔ وجہی شریان۔ ج۔ وجہی ورید۔ ج۔ لسانی عصب۔
 ۲۔ تھمائی لمفی عصب اور شریان جو جبڑے کی صعودی فرغ کے اندر کیلیرف واقع ہیں۔ ۳۔ زائدہ ابریہ۔ ۴۔ داخلہ سبانی شریان۔ ۵۔ داخلی وادھی ورید معہ اعصاب تائیہ و شوکی معین تحت اللسانی کے جو اس کے اندر کیلیرف واقع ہیں۔ ۶۔ نفی شریان۔ ۷۔ صعودی فرغ کے باہر کی طرف عضلہ مضغیہ دکھایا گیا ہے اور اس کے اندر کی طرف داخلہ جنبی عضلہ دکھایا گیا ہے۔ آخر الذکر کے اندر کیلیرف عضلہ مضغیہ فوقانی اور لوزہ دکھایا گیا ہے۔



یہ غدہ ایک روا سے جو منفتی روا سے حاصل ہوتی ہے قریبی طور پر محصور ہوتا ہے۔ نکھنی روا کی سطحی تہ بہت کشیف ہوتی ہے اور یہ نیچے کی طرف کو قصبی عضلہ (sterno-mastoid) کے خلاف ہے اور آگے کیلیرف کو عضلہ مضغیہ کے خلاف سے مسلسل ہوتی ہے اور پر کیلیرف یہ وجہ سے چھپیدہ ہوتی ہے۔ اور نیچے کیلیرف یہ گہری تہ سے لمبائی ہے۔ گہری تہ نازک ہوتی ہے اور اوپر کیلیرف یہ زائدہ ابریہ سے چھپیدہ ہوتی ہے جس سے ابریہ فکی (stylo-maxillary) رباط بنتا ہے۔ اور یہ جنبی عضلات اور جنبی زائدہ سے چپکی ہوتی ہے۔ اسلئے یہ غدہ ایک روا کے ایک واضح تہ کے اندر واقع ہوتا ہے جو نیچے کیلیرف سے بالکل بند ہوتا ہے۔ مگر اوپر کیلیرف سے کھلا ہوتا ہے

149

زائدہ ابریہ کی مقدمہ کو اور واخلہ منجی (internal pterygoid) عضلہ کے موڑ کر وہ کے درمیان ردا میں ایک رنڈہ ہوتا ہے جس میں سے نکفی فضا بلعوم کے گرد و نواح کی اقصالی بانفت سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ یہ ایک بہت مشہور و معروف ام ہے کہ پس بلعومی خراج میں نکفی ورم بہت عام ہوتا ہے۔ اور کئی ایک مثالوں میں پیپ یا کم سے کم اسکا کچھ حصہ ہی نکفی خطہ کے راستہ سے نکالا گیا ہے ان حالتوں میں یہ بہت اغلب ہے کہ مادہ بلعومی خطہ میں سے نکفی خطہ میں اس رنڈہ کے اندر سے گزر جاتا ہو جو ابھی بیان کیا گیا ہے۔

اس ردا کی ترتیب سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ نکفی خراج کے براہ راست باہر کی طرف کو جلد میں بڑھنے میں بہت زیادہ مزاحمت پیش آتی ہے۔ یہ خراج اکثر اوپر کی طرف کو اقل مزاحمت کی سمت میں بڑھتا ہوا سدغی یا وجبی حضرات تک پہنچ جاتا ہے، اگرچہ اس رخ میں بھی جائزہ اس ترقی کو مزاحم آتی ہے۔ یہ اکثر لوقی کہف یا بلعوم کی طرف بھی چلا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ردا لے کر تہ زیرین حدود کو چھانکر گردن میں چلا جاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ غدہ غضروفی منفذہ اور جب اسے کی فرغ اور دیگر عظمی حصوں سے براہ راست مس کرتا ہے! اور سدغی فکی منفصل سے ایک قریبی علاقہ کو دکھتا ہے چنانچہ نکفی خراج منفذہ مذکور میں تینو (Santorini) کے جبری کی طرح کے شقاق کے راستہ سے جو غضروف میں موجود ہوتا ہے پھٹ چکا ہے۔ یہ اپنی ہم پہلو ہڈیوں کے گرد عظمی التهاب کا باعث بھی ہو چکا ہے اور نیز اس سے سدغی فکی منفصل کا التهاب بھی پیدا ہو چکا ہے۔ بہت سی حالتوں میں جبکہ متعلق فرکو (Virchow) نے اطلاع دی ہے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ پیپ یا نچوں عصب کی شاخوں کے ساتھ ساتھ چکر کھوپری میں داخل ہو جاتی ہے کیونکہ کیم قری (semilunar) عقدہ کا مائل پیپ سے درنیتہ پایا جا چکا ہے۔

اذینی صدغی (auriculo-temporal) اور عظیم اذینی (great auricular)

اعصاب غدہ مذکور کو رسد حس پہنچاتے ہیں اور ان اعصاب کی موجودگی اور نیز نکفی غدہ کے سخت اور کڑا ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو اس غدہ کے سریع المنو سلعات اور حائل التهابات میں محسوس ہوتا ہے۔ درد اکثر اذینی صدغی (auriculo-temporal) عصب کے ممر کے ساتھ بہت نمایاں طور پر منسوب ہوتا ہے۔ چنانچہ نکفی بالید کے ایک مریض میں جو میرے (فرڈریک ٹریونر کے) زیر علاج تھا درد صیوان الاذن اور صدغہ کے ان حصوں میں پایا جاتا تھا جو اس عصب سے رسد پہنچتی تھی۔ نیز منفذہ کی گہرائی میں بھی اس مقام پر درد محسوس ہوتا تھا جو اس عصب کی

منفذی شخاع کے داخل ہونے کی جگہ کا متناظر تھا۔ اور نیچے کے جبرے کے مفصل میں بھی در دیا یا جاتا تھا جسکو ازینی صدغی عصب رسدینہ پاتا ہے۔

غده میں جو اہم ترین ساختیں پائی جاتی ہیں وہ خارجی سباتی شریان معہ اپنی دو انتہائی

شاخوں کے اور عصب و جہی ہیں۔ **خارجی سباتی شریان** (external carotid

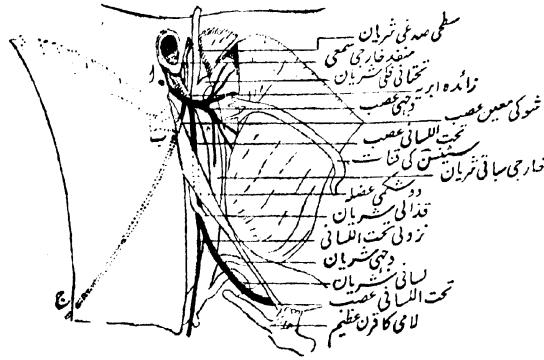
artery) جبرے کی فرع کے پیچھے اسکے موخر کنرے کے تحتانی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام انضمام کی بلندی پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ کھنی غده کی عمیق جانب میں داخل ہو جاتی ہے اور ٹھوڑا سا جھکے کی او باکریل فرہٹنے کے بعد سطح کے زیادہ نزدیک آ جاتی ہے۔ اور جبرے کے قندال کے لیول پر اپنی دو انتہائی شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ اسلئے یہ شریان غده کے تحتانی کنارہ پر داخل نہیں ہوتی اور کھنی فضا کے زیر ترین حصہ سے کوئی حقیقی تعلق نہیں رکھتی۔ علاوہ ازیں یہ سق فرع کی کور کے متوازی نہیں ہوتا بلکہ کس قدر ترچھے پن کے ساتھ کھنی غده میں سے گزر جاتا ہے۔

کھوپری کے قاعدہ میں سے ابری طمی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے نکلتے وقت **وہبی عصب** (facial nerve) طمی زائدہ کے مقدم کنارہ کے نقطہ وسطی سے ایک انچ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس نقطہ سے آگے کی طرف کو اگر ایک افقی خط چاند کی صعودی فرع کے موخر کنرہ تک کھینچا جائے تو یہ اس عصب کے اصلی تنے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۳۸)۔ غده کے اندر جہاں یہ عصب صدغی و جہی (temporo-facial) اور عنتی و جہی (cervico-facial) قسموں میں تقسیم ہوتا ہے وہاں یہ خارجی سباتی (external carotid) شریان اور صدغی طمی (temporo-maxillary) ورید سے اوپری پایا جاتا ہے۔ جہاں یہ عصب ابری طمی (stylo-mastoid) سوراخ سے نکلتا ہے اسکے قریب ہی وہ جہی ٹک (facial tic) کو تسکین دینے کے لئے کھینچا بھی جا چکا ہے۔ طمی زائدہ کے مقدم کنارہ کے وسط سے پہلے انچ آگے کے مقام پر یہ نہایت آسانی سے ملتا ہے۔ یہ دو شکمی عضلہ کے موخر شکم کے اوپر پایا جاتا ہے جو زخم کی گہرائی میں اس تک پہنچنے کے لئے رہنا کام دیتا ہے۔

151

عصب و جہی کے کٹنے سے بوقیہ (buccinator) اور عضلات اظہار شلول ہوجاتے ہیں اور چہرہ صبیح و سالم جانب کو کھینچ جاتا ہے اور آنکھ کھلی ہی رہتی ہے۔ علاوہ ازیں اس میں چند در آریٹھ بھی ہوتے ہیں جو گہرے دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں۔ شلل کی حالتوں میں چہرہ کی

حرکت پذیری کو از سر نو قائم کرنے کے لئے سر جنوں نے متعدد مثالوں میں وہی تینے کو کسی قریب جوار کے عصب کے تنے سے ٹانگ دیا ہے۔ جو اعصاب فنجب کئے جاتے ہیں وہ شوکی معین (spinal accessory) اور تحت اللسانی (hypoglossal) ہیں (شکل ۳۸)۔ ایک حالت میں تو عضلات اطہار اسوقت فعل کرتے ہیں، جب عضلہ منخرنہ (trapezius) اور قصبی عضلہ (sterno-mastoid) کو استعمال کیا جاتا ہے۔ اور دوسری حالت میں یہ اسوقت فعل کرتے ہیں جب زبان کو حرکت دیجاتی ہے۔



شکل ۳۸۔ وہی، شوکی معین اور تحت اللسانی اعصاب کی سطحی تریسہیں۔
 ۱۔ حللی زائده کے کنارہ مقدم کا نقطہ وسطی۔ ج۔ وہ نقطہ جو قصبی عضلہ کے مقدم کنارہ پر زائده علیہ سے الچہ نیچے واقع ہے۔ ج۔ قصبی عضلہ کے موخر کنارہ کا نقطہ وسطی۔
 ج کے اوپر پٹلس کا استمرض زاویہ ظاہر کیا گیا ہے۔

152

کچھ عرصہ کے بعد مریض ان حرکات کو جو اس طرح نامناسب طور پر ظاہر ہو جاتے ہیں علمدہ علمدہ عمل میں لاسکتا ہے۔ وہی عصب سے ایسے مقام خروج پر موخر اذنی (posterior auricular) شاخ نکل کر کان کے عضلات کو چلی جاتی ہے اور شاخچے نکل کر دو ٹنگی عضلہ کے موخر شکم اور ابری حللی (stylo-hyoid) عضلہ کو پہنچ جاتے ہیں۔

تکفئیہ کے سلعات میں غضرونی بافت کے موجود ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ یہ ایک معروف و مشہور امر ہے کہ کن پھیٹہ (mumps) کے بعد اتقالی خراجات خصیتین میں کافی عام طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس سلسلہ میں یہ ایک اہم امر ہے کہ خصیتین ہڈی کے علاوہ جسم کے ان

چند حصوں میں سے ہیں جنکی نوبالیدوں کے اجزائے ترکیب میں مخضر وقتی مادہ اکثر شامل ہوتا ہے۔
نکھنی کا التهاب شکم اور حوض کے نضریات اور امراض کے بعد خاص طور پر کثرت سے
پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ بعض نوعی تپوں کے بعد بھی اور زیادہ نکھنی کے ساتھ تپ محرقہ
کے بعد بطور عاقبہ کے بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ یہ خاصکر اسوقت نمودار ہوتا ہے جبکہ
مریض کو رودھ کی سی نرم غذا دیجاری رہی ہو اور اسکا منہ صاف نہ رکھا گیا ہو۔ مرآت منہ سے
منتشر ہوتی ہے اور یہ ثابت کیا جاسکتا ہے کہ یہ پہلے زیادہ تر گرد قناتی ہوتی ہے۔

بہت سے لمفی غدو غدہ نکھنی کی سطح پر اور اسکے جسم میں واقع ہوتے ہیں۔

اور یہ چاندنی کے وجہی اور جداری خطوں، مجر، انفی حفرہ جات کے موخر حصہ، اوپر کے جڑے
اور بلعوم کے کھیلے اور اوپر کے حصہ سے لمف وصول کرتے ہیں۔ ان غد کے کلانی یافتہ ہونے سے
ایک قسم کا "نکھنی سلعہ" بنتا ہے۔

نکھنی (Stenon's) قنات (شکل ۳۸) تقریباً ۲½ انچ لمبی

ہوتی ہے اور اسکا قطر ۱/۸ انچ ہوتا ہے۔ اسکا دہنہ اسکا تنگ ترین حصہ ہوتا ہے۔ عضلہ مضغیہ
(masseter) کے مقدم کنارہ پر یہ قنات دفعۃً اندر کی طرف مڑ کر عضلہ بوقیہ (buccinator)
کو منقب کر رہتی ہے! اور یہ خم آنا اچانک پیدا ہوتا ہے کہ قنات کا بوقی قطعہ بعض اوقات مضغی
قطعہ پر تقریباً ۱/۸ انچ قائمہ پر واقع ہوتا ہے۔ جب منہ کی طرف سے قنات میں سلائی گزارا جائے تو
اس خم کا خیال رکھنا چاہئے۔ یہ قنات اوپر کی دوسری ڈائرہ کے لیول پر ایک حلیمہ کی چوٹی پر کھلتی ہے
عضلہ مضغیہ میں سے قنات کا ممر ایک خط سے لگا ہر کیا جاتا ہے جو شنبہ (concha) کے یوں حاشیہ سے
اس نقطہ تک کھینچا جائے جو جناح الانف اور لب کے سرخ حاشیہ کے درمیان عین وسط پر واقع
ہوتا ہے۔ یہ وجہ کے نیچے ایک انگلی کے عرض کے فاصلہ پر واقع ہوتی ہے اور عرض ہی (transverse)
(facial) شریان اسکے اوپر اور عصب وجہی کی زیر مجرہی شاخیں اسکے نیچے ہوتی ہیں۔ یہ قنات جلد
کے نیچے نشق بھی ہو جاتی ہے اور رینق و عابد رہو جاتا ہے۔ اس قنات کے زموں سے ریتی ناموس
کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ قنات کے بوقی حصہ کا کم از کم نصف حصہ عضلہ بوقی کے جسم میں
مدفون ہوتا ہے۔ جب ریتی ناموس عضلہ بوقیہ (buccinator) پر واقع ہو تو یہ بعض اوقات

غده نکفیدہ کو یا اسکے اس حصہ کو جو زاہدہ نکفیدہ (soccia parotidis) کے نام سے موسوم ہے متاثر کر دیتا ہے۔ الہابی حالتیں منہ سے قنات کے ساتھ ساتھ منتشر ہو کر نکفیدہ تک پہنچ سکتی ہیں۔

۳۔ اوپر اور نیچے کے جبرے اور

ان کے متعلقہ حصے

فک (Maxilla)۔ (فکی جوف کے لئے دیکھو صفحہ 129 اور حناک العصب کے لئے دیکھو صفحہ 179)۔ اس ہڈی میں اسکے پھونک پن اور اسکے عجیب طرح کو کھلا ہونے کی وجہ سے بہت آسانی سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی کثیر العروق ہوتی ہے اسلئے شدید تضررات جنہیں بہت سا جرم ضائع ہو چکا ہو اکثر حیرت انگیز طریقہ سے مندل ہو جاتے ہیں۔ اسکے کو کھل پن اور ان کھفجات کی وجہ سے حکمی حدود بندی میں یہ مدد دیتا ہے پہرہ کے عمیق حصہ میں منہ میں الجسامت اجسام غریبہ کا امتیاز ممکن ہو جاتا ہے۔ اس ہڈی میں بعض اوقات وسیع تغزواتع ہو جاتا ہے، جیسا کہ یہ دیاسلائی کے کاہخانوں میں کام کرنے والوں میں دیکھا جاتا ہے جو سفید فاسفورس کے دضان کے معرض اثر میں رہتے ہیں۔ سنخ کی ایک حالت میں جو خسرو کے بعد نمودار ہوئی یہ تشکایت پیش فکی (premaxillary) یا **یشیہ (incisive)** ہڈی تک ہی محدود تھی۔

فک (maxilla) کے گرد عظمہ کار جمان گرد جھجہ کی طرح نئی ہڈی کی تکوین کی طرف نہیں ہوتا۔ اوپر کے جبرے کے سنخ کی معمولی حالتوں میں ہڈی میں تجدید پیدا نہیں پائی جاتی۔ اور رخنہ مستقل طور پر باقی رہ جاتا ہے۔ چنانچہ میں گرد عظمہ جدید ہڈی با فراط پیدا کر دیتا ہے۔ اور بعض اوقات ٹسے بڑے (وسیع) نقصانات پورے ہو جاتے ہیں۔ مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ چند سال گزرنے پر اس نئی ہڈی کے ایک بہت وسیع حد تک بار دیگر منجذب ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

استیصال فک (excision of the maxilla)۔ یہ ہڈی محل سلعہ ہونے کی وجہ سے یا بعض دیگر حالتوں کے تحت اکثر ہٹا ہوا دور کیجا چکی ہے۔ عملیہ میں جو عظمی تعلقات کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں، (دیکھو شکل ۲۴ صفحہ 117 اور شکل ۳۳ صفحہ 140)۔ (۱) وہ تعلق جو مجھ

کے باہر کی طرف عظم عارضی (malar bone) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۲) انفی (جہمی: frontal) زائده کا تعلق جو جہمی، انفی اور ڈمی ہڈیوں کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۳) مجھری صفحہ کے وہ تعلقات جو مصفاقی اور تنک (palate) کے ساتھ پائے جاتے ہیں (مجھری صفحہ اکثر باقی چھوڑ دیا جاتا ہے یا مجھری حاشیہ کے نزدیک سے کاٹ دیا جاتا ہے)۔ (۴) مقابل کی ہڈی اور تنک کے ساتھ جو تعلق منہ کی نیچت میں پایا جاتا ہے۔ اور (۵) پیچھے کی طرف کا وہ تعلق جو عظم الخنک کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور وہ لہنی چسپید گیاں جو مناجی زائدوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ قبل الذکر چار حالتوں میں ہڈی کی علیحدگی کسی کاٹنے والے اوزار سے عمل میں لائی جاتی ہے اور موخر الذکر حالتوں میں اسے صرف مؤثر کرنا علیحدہ کر لیا جاتا ہے۔

نرم حصے جو کاٹے جاتے ہیں۔ انکا ذکر تین عنوانات کے تحت کیا جاسکتا ہے۔ وہ حصے (۱) جو پہلے اشکاف میں کٹ جاتے ہیں (۲) جو دامن الثالثے وقت کٹتے ہیں اور (۳) جو ہڈی کو علیحدہ کرتے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

(۱) مروجیا و سلمی (median) اشکاف سے جو نیچے کپے پونے کے متوازی شروع کیا جاتا ہے اور ناک کی جانب پر سے جناح الف کے گرد سے لاکر اور کے لب کے وسط تک دیا جاتا ہے مندرجہ ذیل حصے اوپر سے نیچے کی طرف بالترتیب کٹتے ہیں:۔ جلد، سطحی ردا، عضلہ محیطیہ (orbicularis oculi) زیر مجھری (infraorbital) عصب اور شریان کی جھنٹی شاخیں، رافع شفستہ الاعلیٰ (levator labii superioris) کا کچھ حصہ زاویہ (angular) شریان اور ورید، زیر مجھری (infraorbital) عصب کی انفی شاخیں، ضاغطۃ المنخر (compressor naris) (عضلۃ الفم: musculus nasalis) ناک کے ناسل اور جنابین کا خافض، انفی خضروف کی ہڈی سے چسپیدگی، عضلہ محیطیہ الفم (orbicularis oris)، فوقانی اکلیل (superior coronony) شریان اور ورید اور لب کی غشائے مخاطی۔ وجہی عصب کی بہت سی شاخیں بھی جو عضلات کو جاتی ہیں کٹ جاتی ہیں۔ (۲) دامن کے لٹانے میں مذکورہ بالا عضلات کی تقطیع کیجائے گی اور اگر جہمی زائده سالم دور کر لیا جائے تو داخلی جھنٹی رباط (internal palpebral ligament) بھی ساتھ ہی ہوگا۔ نیز رافع زاویہ (levator anguli oris) اور عضلہ بوقیہ (buccinator) عضلہ مضغیہ (masseter) کے چند ریشوں اور موربات تنہانیہ کی، جو مجھری صفحہ پر ہوتے ہیں، بھی تقطیع ہوگی۔ زیر مجھری عصب اور شریان اپنے سوراخ میں سے نکلتے ہوئے کاٹے جائیں گے اور اس دامن کے اندر وجہی (facial)

شریان اور ورید کے تنے ہستعرض و جہی شریان اور و جہی عصب کا و جہی حصہ بھی ہو گئے۔ (۳) جب زائڈ کو علیحدہ کرنے میں دمی تاج (lacrymal sac) اور زیر بکری (infratrochlear) عصب کو نقصان پہنچ جائے گا اور انفی دمی قناتہ اور انفی عصب کی خارجی شاخ کٹ جائے گی۔ نیچے سے ہڈی علیحدہ کرتے وقت حنک الصلب کی پوششوں اور حنک اللین کی چسپیدگی کو جو اس کے ساتھ ہوتی ہے کاٹ دیا جاتا ہے بشرطیکہ اس زائڈہ کے دور کر دینے سے احتراز نہ کیا جاسکتا ہو۔ حنک الصلب کی نرم پوشش کو تقطیع سے علیحدہ کرنے اور اس کو محفوظ رکھنے کی ہر ایک کوشش بے سود ہوتی ہے۔ پیچھے کی طرف زیر مجری عصب کا تنہا بار دیگر کاٹ دیا جاتا ہے (اس وقت یہ وندی حنکی عقدہ کے سامنے سے کاٹا جاتا ہے) اور ساتھ ہی موضعی (posterior dental) اور زیر مجبسی (infraorbital) شریانیں اور وندی حنکی (sphenopalatine) شریان کی بعض شاخیں بھی کاٹ دی جاتی ہیں۔ عمیق و جہی ورید جو جنینی ضغیرہ سے آتی ہے غالباً کٹ جائے گی اور آخر میں حنک (palate) کے نزدیک سے کبیر حنکی عصب (large palatine nerve) اور نزولی حنکی شریان (descending palatine artery) بھی کاٹ دی جاتی ہے۔

اس امر کا خیال رہے کہ اس عمل میں کوئی بڑی شریان نہ کٹنے پائے۔ عظم منقول تحتانی (inferior turbinated bone) (تنگلی منقولی maxillo-turbinal) بھی فاک کے ساتھ ہی لازمی طور پر چلی آتی ہے۔

چاند (mandible) یہ ہڈی گھوڑے کے نعل کی شکل رکھنے کی وجہ سے جس سے اس میں کمانی کے بعض خواص پیدا ہو گئے ہیں اور اپنی ساخت کی بستگی اور بہت سی حرکت پذیری کے باعث اور نیز حائل کی طرح درون منصل غضروفات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے چسپیدہ سروں کی حفاظت کرتے ہیں ایک بڑی حد تک گس سے محفوظ رہتی ہے۔ یہ ہڈی بالعموم بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے اور کمر اسکے کسی حصہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ارتفاق (symphysis) بہت موٹا ہونے کی وجہ سے شاذ و نادر ہی ٹوٹتا ہے فرخ (ramus) اپنی طرفوں کے عضلی گدیوں سے محفوظ ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتی ہے۔ اکیلیل نما (coronoid) زائڈہ ضرب پہنچنے کے خطرہ سے اور جہی زیادہ محفوظ ہے کیونکہ یہ گہرائی پر واقع ہوتا ہے اور وجہ (zygoma) سے اسکی حفاظت ہوتی ہے۔ ہڈی کا کمزور ترین حصہ سامنے کی طرف واقع ہوتا ہے جہاں اسکی قوت ذقنی سوراخ کے موجود ہونے اور کچلیوں کے لئے وقب (sockets) موجود ہونے کی وجہ سے کم ہو جاتی ہے۔ لہذا کمر اس حصے

قریب سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ ہڈی بلا واسطہ ضرب سے ارتفاق کے نزدیک سے یا اسکے اوپر سے بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ایسا کسی ایسی ضرب سے یا ہڈی کے اس طرح بھنچ جانے سے ہوتا ہے جس سے فریمن کار جمان ایک دوسرے کے نزدیک تر ہو جانے کی طرف ہو چنانچہ جبڑا مضعفی خط پر ضرب لگنے سے خط وسطی پر ٹوٹ چکا ہے۔

اس ہڈی کے کسور میں غیر وضعیت کی مقدار بہت مختلف ہوتی ہے! اور قوت کی نوعیت اور سمت کا اسپر بہت اثر ہوتا ہے۔ مجمل طور پر کہا جاسکتا ہے کہ جب اس ہڈی کا جسم ٹوٹ جاتا ہے تو اسکا مقدم قطعہ جبڑے کے خافضات اوٹو کھی عضلہ (digastric) پچانیا (mylo-hyoid) ذقنیالیہ (genio-hyoid) اور ذقنیالیہ (genio-glossus) کے عمل سے پیچھے اور نیچے کی طرف کھینچ جاتا ہے اور پچھلا قطعہ جبڑے کے رافعات مضعفیہ (masseter) عضلہ جنیعیہ و احسلہ (internal pterygoid) اور صدغیہ (temporal) کی وجہ سے اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے جس گھنے معاملی گرد عضلہ سے چارہ کا جو فیزی حصہ پوشیدہ ہوتا ہے وہ عام طور پر پھٹ جاتا ہے اور اس طرح کسور سطحیں ان عفوئی حالتوں کے معرض اثر میں آجاتی ہیں جو منہ میں موجود ہوتی ہیں۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ چانویہ لاسیہ (mylo-hyoid) دونوں قطعات سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس سے غیر وضعیت میں ترمیم ہو جائے گی۔ فرع کے کسور میں شاذ و نادر ہی زیادہ غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ کیونکہ عضلی بافت دونوں قطعوں سے تقریباً مساوی طور پر ہی چسپیدہ ہوتی ہے۔

اس ہڈی کے جسم کے کسور میں سٹی (dental) عصب تضرر سے اکثر حیرت انگیز طور پر بچ جاتا ہے، اور اسکی توجیہ یہ فرض کر لینے سے کیجاتی ہے کہ ہڈیوں میں اتنی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی جس سے یہ عصب پھٹ سکے۔ مگر حادثہ کے ہفتوں بعد ایسا ہوا ہے کہ یہ عصب نامی دشبذ (callus) سے استقدر مضبوط ہو گیا ہے کہ اس کا فعل زائل ہو گیا ہے۔ ایک یا دونوں قندال نما زائڈ سے (condyloid processes) ٹھڈی کے بل گرنے یا اس پر چوٹ کھانے سے اکثر ٹوٹ چکے ہیں۔

چانوی (mandibular) (صدغی فکی) (temporo-maxillary)

مفصل کو ایک کیسہ سہارا دیتا ہے جسکی دبازت مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ کیسہ کا سب سے زیادہ موٹا حصہ خارجی حصہ ہوتا ہے (صدغی چانوی: temporo-mandibular یا چانوی lateral) اور اسکے بعد موٹائی میں اندرونی حصہ ہوتا ہے اور کیسہ کے مقدم اور موخر حصے

باریک ہوتے ہیں اور مقدم حصہ خاص کر بہت باریک ہوتا ہے۔ چنانچہ جب اس مفصل میں تقسیم واقع ہو جاتا ہے تو اس جوڑکی خارجی جانب سے سپ کے بٹکنے کا سب سے کم امکان ہوتا ہے۔ اور کیسے کے مقدم حصہ سے اسکے خارج ہونے کا احتمال سب سے زیادہ ہوتا ہے، اگرچہ یہ حصہ بہت بڑی حد تک خارجی جنبھی (external pterygoid) عضلہ کی چسپیدگیوں سے بھی محفوظ ہوتا ہے۔

جرے کے قندال کے عین پیچھے عظمیٰ منفذ ہوتا ہے اور اس سے ذرا اندر کی جانب اذن وسطیٰ ہوتا ہے۔ جرے کے سامنے کی جانب پر سخت ضربات لگنے سے ان ساختوں کو بعض اوقات فرہینچ جاتا ہے۔ یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ اس مفصل کے مضبوط ترین رباط (خارجی جانبی) کا رخ نیچے اور پیچھے کی جانب کو ہوتا ہے تاکہ یہ قندال کی ہر اس حرکت کو جو اس ہڈی کی نازک دیوار کی طرف ہو جو منفذ اور لبل کو محدود کرتی ہے فوراً مزاحمت پیش کرے۔ اگر یہ رباط نہ ہوتا تو ٹھنڈی کی ضرب اس حالت کی نسبت زیادہ خطرناک حادثہ ہوتی۔

اس مفصل کے حرکات عجیب ہیں۔ منہ کھولنے پر یہ مشاہدہ میں آئے گا کہ قندال مفصل فراز پر آگے اور نیچے کی طرف کو حرکت کرتا ہے اور جرے کا زاویہ پیچھے کی اور اوپر کی سمت میں حرکت کرتا ہے۔ تحتانی سنی سوراخ (inferior dental foramen) سے اگر ایک مستعرض خط کھینچا جائے تو یہ اس حرکت کا تقریباً محور ہوگا۔ چنانچہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تحتانی سنی (inferior dental) (جو فیزی: alveolar) اعصاب چانہ میں اقل حرکت کے مقام پر داخل ہوتے ہیں۔ خارجی جنبھی (external pterygoid) عضلات قندال کو مفصل فراز پر سے کھینچ کر منہ کے کھولنے میں سب سے زیادہ حصہ لیتے ہیں۔ ساتھ ہی ٹھنڈی چانی لامی (mylo-hyoid) اور دو شکمی (digastric) عضلات کے انقباض سے منقبض ہو جاتی ہے۔

خلع (dislocation)۔ اس مفصل میں آگے کی طرف کو خلع آسانی سے واقع ہو سکتا ہے۔

158

یہ بعض اوقات بیک جانبی ہوتا ہے اور بعض اوقات دو جانبی۔ موخر الذکر زیادہ عام ہے۔ اور یہ صرف اس حالت ہی میں واقع ہوتا ہے۔ جبکہ منہ اتفاق سے وسیع طور پر کھلا ہو۔ یہ خلع حقیقت میں تقریباً ہمیشہ تشنجی عضلی فعل سے پیدا ہوتا ہے جبکہ منہ کھلا ہو اگرچہ چند واقعات میں یہ بلا واسطہ ضرب مثلاً منہ اچھی طرح سے کھلا ہونے کی حالت میں نیچے کے سامنے کے دانتوں پر نیچے کی سمت میں ضرب لگنے سے بھی پیدا ہوا ہے۔ یہ ہنسنے، جھانی لینے اور بہت زور سے تھے آنے کے دوران میں بھی

واقع ہو چکا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں یہ حادثہ اسوقت بھی ہوا ہے جبکہ دندان ساز منہ کا سبیکہ لے رہا تھا۔ منہ کو وسیع طور پر کھولنے کی حالت میں قندال سے بین مفصلی یعنی غضروف کے آگے کیلرف کو پھسل جلتے ہیں۔ یہ یعنی غضروف مفصلی فراز (eminentia articularis) کی مقدمہ کو تک پھیلا ہوتا ہے جبہ اسکو وصول کرنے کے لئے غضروف کا استرچڑھا ہوتا ہے۔ قندال اس فراز کی چوٹی تک کبھی نہیں پہنچتا۔ کیسے کہ تمام حصے سوائے مقدمہ حصہ کے تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ اکیلی زائدہ بہت متخفف ہو جاتا ہے۔ اب اگر خارجی جنبی (external pterygoid) عضل (وہ عضل جو اس خلع کا زیادہ تر ذمہ دار ہوتا ہے) زور سے متخفف ہو جائے تو قندال جلدی سے فراز تک کوکے اوپر سے کچھکھو جینی حفرہ (zygomatic fossa) میں پہنچ جاتا ہے اور درون مفصلی غضروف پیچھے رہ جاتا ہے۔ جدید عمل پر پہنچنے کے ساتھ ہی یہ صدغی (temporal) داخلی جنبی (internal pterygoid) اور مضغی (masseter) عضلات سے اوپر کیلرف کو کھینچ جاتا ہے اور وہاں کم و بیش مثبت ہو جاتا ہے۔

چانہ کا خلع جزوی (subluxation of the mandible)۔ یہ نام

جبرے کے خفیف سے اور بالکل غیر کامل خلع کو دیا گیا ہے جو نازک ستورت میں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ درون مفصلی غضروف کی غیر وضعیت سے پیدا ہوتا ہے۔ اسکا علاج اس غضروف کے استیصال یا اسکو دوخت کے ذریعہ سے مفصل کی ارد گرد کی لیفی سامتوں سے ٹانگ دینے سے کیا جاتا ہے (این ڈیل

(Annandale):

چانہ کا استیصال (excision of the mandible)۔ نیچے کے جبرے

کے معتد بہ حصول کا استیصال منہ میں سے بغیر خارجی زخم کے کیا جاسکتا ہے۔

اس جبرے کے ایک سالم نصف کا استیصال کرنے کے لئے ایک شکاف انتصابی سمت میں نیچے کتب میں سے گزرتا ہوا ٹھڈی کے سوتے تک دیا جاتا ہے۔ اور پھر اسکو پیچھے کیلرف کو جبرے کے تحتانی کنارہ کے ساتھ کھینچ کر فرج کے موخر کنارہ پر سے انتصابی رخ میں اوپر کو لاکر کان کی لک کے قریب ختم کر دیا جاتا ہے۔ جو زخم جیسے کلٹے جاتے ہیں انکو تین عنوانات میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) وہ پچھلے شکاف سے خالق رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جو ٹھڈی کی بیرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۳) وہ جو ٹھڈی کی اندرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔

۱۔ (۱) مقدم انتصابی شنگاف میں :- جلد وغیرہ، عضلہ محیطیہ النغم (orbicularis oris) ، تختانی اکیلی (inferior coronary) اور تختانی لبی (inferior labial) عروق تحت ذقنی (submental) شریان کی شاخیں۔ رافعتہ الذقن (levator menti) ، ذقنی (mental) عروق اور عصب ، مقدم و داجی (anterior jugular) ورید کی بعض چھوٹی چھوٹی شاخیں۔ (ب) افقی شنگاف میں :- جلد وغیرہ ، عضلہ منتشرہ (platysma) ، سطحی عنقی (superficial cervical) عصب (عنقی جلدی عصب: nervus cutaneus colli) کی شاخیں ، عصب و جہی کے فوق چانوی حصہ کی شاخیں ، و جہی شریان اور مضغیہ (masseter) کے کنارہ پرا اور عصب و جہی کی تختانی چانوی (inframandibular) شاخ (یہ لازمی طور پر کاٹی نہیں جاتی)۔ (ج) موخر انتصابی شنگاف ہڈی تک نہیں پہنچتا اور یہ صرف غدہ کفنیہ کی سطح اور عضلہ مضغیہ کے موخر کنارہ کے کچھ حصہ کو معر کرتا ہے۔

(۲) بیرونی سطح کو صاف کرنے میں مندرجہ ذیل حصص کو بذریعہ تقطیع چھیکے کو اٹا دیا جاتا ہے۔ رافعتہ الذقن (levator menti) اور دو عضلات خافض عضلہ بوقیہ (buccinator) عضلہ مضغیہ (masseter) [غدہ کفنیہ کا کچھ حصہ اس پر تعرض واقع ہوتا ہے اور ستعرض و جہی (transverse facial) عروق ، عصب و جہی اور سٹینسن (Stenson) کی قنات اس پر سے گزرتے ہیں] ، مضغیتی (masseteric) عروق اور عصب عضلہ غدیہ (temporal muscle)۔ (۳) اندرونی سطح کو صاف کرنے میں :- رونگی (digastric) عضلہ ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) ، ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور چانیہ لامیہ (mylo-hyoid) فوقانی مشیق (superior constrictor) کے چند ریشہ جات ، داخلہ جنبی (internal pterygoid) عضلہ ، تختانی سنی (inferior dental) (جو فیزی: alveolar) شریان اور عصب چانی لامی (mylo-hyoid) عروق اور عصب ، داخلہ جانبی (internal lateral)

رباط ، عضلہ مدغیہ کا بقیہ منہ ہی ، غنائے مخاطی ۔
وہ حصص جن کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے :- عصب و جہی بشرطیکہ موخر انتصابی شنگاف کو بہت اوپر لے جائیں۔ داخلہ فکی (internal maxillary) شریان ، مدغی فکی (temporo-maxillary) وریڈ ازینی مدغی (auriculo-temporal) عصب (یہ وہ ساختیں ہیں جو جڑ کے قندال سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہیں) خارجی سبانی (external

(carotid) شریان، عصب لسانی، ہنکھی، تحت چانوی (submandibular) اور تحت اللسانی (sublingual) غدود۔ ایسا ہو چکا ہے کہ زیر گرد عظمیٰ استیصال کے بعد تمام کی تمام ہڈی دوبارہ پیدا ہو گئی ہے۔

بدشکلیاں (deformities) نیچے کا جبراً کبھی بالکل غائب ہوتا ہے اور کبھی اسکے ابعاد بہت قصیر ہوتے ہیں اور کبھی اسکا تکون غیر مکمل ہوتا ہے۔ یہ حالتیں خلقی ہوتی ہیں اور اعلیٰ حصاً چانوی یا پہلی حثوی محراب کے جس سے یہ جبراً بنتا ہے ناقص نمو پر ہوتا ہے۔ انکے ساتھ اکثر خمیشوی ناسو (branchial fistulae) مسترد کان کبرالظم (macrostoma) اور اسی طرح کے دوسرے تشوہات پائے جاتے ہیں۔

جڑوں کے اعصاب۔ اوپر کے دانتوں کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت

رسد پہنچاتی ہے، اور نیچے کے دانتوں کو اسمی تیسری قسمت۔ سنی اعصاب کے خراش آور ضرات سے فعل معکوس کے بہت سے تعجب نیز مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ایسی حالتوں کے متعلق اطلاع دیجا چکی ہے جنہیں تول العین (strabismus) عارضی کوری اور کچ گردنی (wry-neck) بوسیدہ دانتوں کی خراش سے پیدا ہوئے ہیں۔ ہلٹن (Hilton) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکو نیچے کے جڑوں کے ایک بوسیدہ دانت کیوجہ سے (جسکو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے رسد پہنچتی تھی) بہت تکلیف تھی۔ اسمیں اس خطہ پر جسکو افونی صدغی (auriculo-temporal) عصب رسد پہنچاتا ہے (یہ بھی تیسری قسمت کی شاخ ہے) سفید بالوں کا ایک قطعہ نمودار ہو گیا تھا۔ نیچے کی تیسری دائرہ کی جڑیں سنی (dental) (چانوی : mandibular) قنال کے بہت قریب واقع ہوتی ہیں۔ لہذا اگر یہ دانت بے احتیاطی سے نکالا جائے تو عصب کے دریدہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ یہ جڑیں عصب مذکور کو گھیرے ہوئے بھی ہوتی ہیں۔

دانتوں کی بوسیدگی میں اکثر چہرہ اور گردن کی ایک جانب پر بیش حسیت کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ سنی بوسیدگی سے پیدا شدہ درد کے بعض قبہ جات جلد کی طرف معکوس ہونے کی توجیہ کی تلاش مرکزی عصبی نواتات کے قریب ایسٹلاف میں کرنا چاہئے جنہیں جلدی اور سنی اعصاب جا کر ختم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳ صفحہ ۱۴۸)۔ گرد سنی غشا کے مرض سے درد ہائے بعید پیدا نہیں ہوتے (ہیڈ: Head)۔

چبانے کے عضلات پر اکثر تشیح کا حملہ ہو جاتا ہے۔ جسم کے اور کسی حصہ کے عضلات کے کسی گروہ کے عضلات مقابل اتنے کمزور نہیں ہیں جتنے کہ چانوی خط کے ہیں۔ چانہ میں کاٹنے اور پیسنے کی جوہت سے طاقت موجود ہوتی جو وہ صدغیہ (temporal) (masseter) مہینہ اور داخلی جنبی عضلہ (internal pterygoid) کی وجہ سے ہے۔ ایسے مقابل عضلات جو چانہ کو منحرف کرنے میں یعنی خارجی جنبی عضلہ (external pterygoid) ، دوش کی عضلہ (digastric) چانیہ لامیہ (mylo-hyoid) ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) انکی صرف تھنیسی مزاحمت کر سکتے ہیں۔ چنانچہ جو وقت تشیح کی حالت میں ہوتے ہیں یہ اپنے مقابل عضلات پر فوراً غالب آجاتے ہیں۔ جب تشیح رحمی ہوتا ہے تو دانت بچنے لگتے ہیں! اور جب تشیح تنشی ہوتا ہے تو منہ زور سے بند ہو جاتا ہے اور ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو فک بستگی (trismus) (دانتی بکھلا کے نام سے موسوم ہے۔ فک بستگی کراز کے اولین علامات میں سے ہے۔ مزید برآں پانچویں عصب کی تیسری قسمت کی کسی ایک شاخ کی خراش سے اسکے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ چنانچہ بچکے دانتوں کی بوسیدگی اور نیچے کی عقل داڑھ کے نکلنے کے دوران میں فک بستگی عام طور پر پائی جاتی ہے اوپر کے دانتوں کے سٹ کے عوارض میں یہ بہت کم موجود ہوتی ہے۔ اگر عقدہ گیری (Gasserian ganglion) کا استیصال کرتے وقت پانچویں عصب کی تیسری قسمت کٹ جائے تو متناظر جانب پر عضلات مضغ مشلول وذبول ہو جاتے ہیں۔ مگر تب بھی تندرست جانب کے عضلات جوڑے کے ان ضروری حرکات کو جو نطق اور مضغ سے تعلق رکھتے ہیں سرانجام دے سکتے ہیں۔

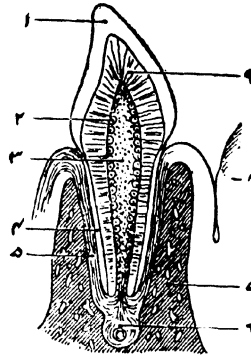
دانت۔ عمر کا اندازہ کرنے کے لئے دانت نکلنے کے مندرجہ ذیل اوقات

بیان کے لئے ہیں۔ عارضی دانت زیرین وسطیٰ ثنایا چھٹے مہینہ سے لیکر نویں مہینہ تک۔ بالائی ثنایا دس پر زیرین جانبی ثنایا اور چار پہلی داڑھیں کچھ مہینے بعد۔ بعد ازاں چار یا پانچ ماہ کے وقفہ کے بعد انیاب نکلتے ہیں اور اخیر میں دوسری داڑھیں نکلتی ہیں۔ دوسرے سال کے اختتام پر تمام دانت اپنی اپنی جگہ پر موجود ہوتے ہیں۔ مستقل دانت۔ پہلی داڑھیں چھٹے یا ساتویں سال۔ اسکے بعد آٹھویں سال میں ترتیب دائرین و وسطیٰ ثنایا، اور پھر بالائی وسطیٰ ثنایا، اور کچھ عرصہ بعد جانبی ثنایا۔ پہلے ضوا حک نویں یا دسویں سال۔ دوسرے ضوا حک اور انیاب گیارھویں سال کے قریب انہیں سے نیچے کے اوپر کے دانتوں سے پہلے نکلتے ہیں۔ دوسری داڑھیں بارھویں یا تیرھویں سال۔ عقل داڑھ ۱۸ سے ۲۵ سال میں یا اسکے بعد۔

جوفیزی خراج (alveolar abscess) دانت کے سنج کے قریب بنتا ہے۔

جن دانتوں کا ایک سنج ہوتا ہے انیس پیسج کے میزاب کے ساتھ نکل آتی ہے۔ دوسرے دانتوں میں اسکار جمان جو فیزہ کو مشتب کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر سنج کا سرا اس مقام کے اندر ہے جہاں غشائے مخاطی مسوڑے پر سے رخسار پر منعکس ہوتی ہے تو خراج منہ میں پھٹ جائے گا۔ لیکن اگر سنج کا

سرا اس انعکاس کے باہر ہے یا اگر پیسج خط انعکاس کے ورا اتر سکتی ہے تو یہ بعض اوقات رخسار میں سے نکل آتی ہے۔ بالائی ثنا یا یا انیب کا جوفیزی خراج رخسار میں کبھی نہیں مپٹتا۔ جب اسکا تعلق اوپر کی دائروں سے ہو تو یہ بعض اوقات ایسا کرتا ہے۔ جو خراج اوپر کی پہلی دائرہ یا دوسرے مقدم ضاحکہ کی جڑوں پر بنتا ہے وہ اکثر فکی جوف میں پھٹ جاتا ہے۔ ثنا یا، انیب، اور پہلے مقدم ضاحکہ کی جڑوں میں اس جوف سے زیادہ دو واقع ہوتی ہیں۔ لہذا جو خراجات ان سے تعلق رکھتے ہیں وہ ثنا و نادر ہی جوف میں پھٹتے ہیں۔ اور جب خراج کا تعلق نیچے کے کسی دانت سے ہوتا ہے تو یہ بعض اوقات رخسار کی جلد میں سے نمودار ہوتا ہے۔



شکل ۳۹۔ ایک نمونہ کی تصویر۔

- (۱) مینا۔ (۲) ناہض اسن۔ (۳) مغز۔
 (۴) جلبہ مجریہ۔ (۵) گردنی خشا۔ (۶) ہنی
 قتال۔ (۷) ڈی۔ (۸) لب۔ (۹) ڈینٹین۔

اوپر کی عقل دائرہ اوپر کے جڑوں کے نمودار

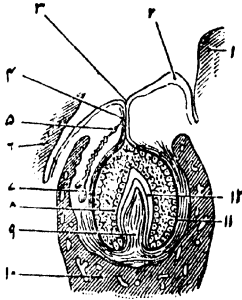
میں اور نیچے کی عقل دائرہ فرع صعودی کی اندرونی جانب میں نمودار ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ دائرہ اپنے محل پر ظاہر ہونے میں ناکام رہتی ہیں یا گہرائی میں ہی مدفون رہتی ہیں۔ انکی وجہ سے کبھی کبھی عمیق اور پوشیدہ خراجات پیدا ہو جاتے ہیں جنکا منہ اکثر گردن میں ان کے مبداء سے کچھ فاصلہ پر بنتا ہے۔

دانت کی ساخت۔ دانت مندرجہ ذیل حصوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۱) ڈینٹین

(dentine) جسکے اوپر (جب) مینا (enamel) ٹوپی کی طرح چڑھا ہوتا ہے۔ اور مینا کے اندر ایک مرکزی کھنڈ مغز ہوتا ہے۔ جسکے اندر (ج) مغز (pulp) ہوتا ہے۔ جسکو (root) یا دانت

مدفون حصہ کے ارد گرد ایک غلٹی تہ ہوتی ہے جو جلبہ حجریہ (crusta petrosa) کے نام سے موسوم ہے۔ اور یہ ایک وقت میں ایک گرد سنی غشا (periodontal membrane) کے ذریعہ سے مثبت ہوتی ہے۔

نمو۔۔۔ ینا (enamel) فم الاصلی (stomodæum) کے برناہض (epiblast)



کی ایک دروں بالید سے لیا رہتا ہے۔ اور ڈینٹین (dentine) میان ناہضی سنی حلیمہ کی سطح کے اوپر خاص خلیات (سنی ناہضات: odontoblasts) کی فعالیت سے نموداتی ہے جن پر شاخدار زائڈے ہوتے ہیں جو ڈینٹین (dentine) کے انیمیبات میں سے تشع ہوتے ہیں۔ مغز (pulp) سنی حلیمہ کا بقیہ حصہ ہوتا ہے اور شاخدار خلیات سے مرکب ہوتا ہے اور اس میں دانت کا عصب اور اسکی شریان اور وریڈ ہوتی ہے۔ دورانِ نمون جنینی دانت ایک سنی ناچسہ (dental sac) میں ہوتا ہے جو جو فیروزہ میں مدفون ہوتا

شکل ۴۰۔ ثنیہ کا نمو جنینی زندگی کے چھٹے مہینے میں۔

۱۔ ایزیریب۔ ۲۔ سوڑا۔ ۳۔ میزاب۔ ۴۔ سنی شلیف کا

خطہ۔ ۵۔ جلی دروں بالید کا۔ ۶۔ زبان۔ ۷۔ مستقل دانت کا

نبتہ ٹیٹا۔ ۸۔ ینا ناہض (ameloblast)

۹۔ حلیمہ۔ ۱۰۔ چاند کی تراش۔ ۱۱۔ سنی ناچسہ۔

۱۲۔ دودھ کے دانت کا ٹینا۔

ہے (شکل ۲۰)۔

مستقل دانت ان گلیوں سے پیدا

ہوتا ہے جو نامی دودھ کے دانت کی لسانی طرف پر واقع

ہوتی ہیں۔ یہاں ایک برناہضی دروں بالید کی پیدا

ہو جاتی ہے جس سے آئندہ مستقل دانت کا مینا بنتا ہے۔

مستقل داڑھیں سنی شلیف (dental shelf) کے عقبی تطول سے پیدا ہوتی ہیں پہلی داڑھ دانتوں

میں سے پہلا مستقل دانت ہوتی ہے۔ اسکو تقریباً چھٹے سال تک آنا چاہئے۔

سنی سلعات (odontomes) سات یا آٹھ قسم کے ناقص سنی نمو سے نتیجہ

پیدا ہو سکتے ہیں۔ مگر آدمی میں صرف تین قسمیں عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ اور وہ یہ ہیں (۱) جرابی

سنی سلعہ (follicular odontome) یا حامل سن دویر (dentigerous cyst)

جو سنی تاج (dental sac) کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں سنی تاج کا مابقی موجود ہوتا ہے جیسا کہ شعاع نگاری سے ظاہر ہوتا ہے (۲) سرطانی سنی سلعہ (epithelial odontome) یا جبرٹے کا تیفی دویری مرض (fibro-cystic disease of the jaw) جس میں بزناہضی عنصر کا نوعلط طریقہ پر ہوتا ہے جس سے کثیر دویری سلعہ بن جاتا ہے۔ اور (۳) سنی دویرہ (dental cyst) یہ ایک ناشپاتی ناناچہ ہوتا ہے جو کسی سنی سنخ سے چسپیدہ ہوتا ہے جس میں راسی بوسیدگی کے امارات بالعموم موجود ہوتے ہیں۔ موزر الذکر قسم عمومی طور پر ایک التہابی حاصل خیال کیجاتی تھی، مگر اب اسے اکثر سرطانی سنی سلعہ کی ایک قسم تصور کیا جاتا ہے (سجے - جی۔ ٹرنر: J. G. Turner) کیونکہ سنجیماتی نقطہ نگاہ سے اسکا استرپست قامت مکیجی خلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ جرابی اور عظیم التہا سرطانی سنی سلعات چائے پر نہایت کثرت سے اثر انداز ہوتے ہیں۔ سنی دویرہ اوپر کے جبرٹے میں کثرت سے واقع ہوتا ہے اور دانت نکالتے وقت اسکی جبرٹے سے چپکا ہوا بعض اوقات سالم باہر نکل آتا ہے۔

بہشت

منہ۔ زبان۔ حنک اور بلعوم

منہ

لب۔ جن بڑی بڑی ساختوں سے لب مرکب ہوتے ہیں انہیں آپس میں باہر کی طرف سے لیکر اندر کی طرف کو مندرجہ ذیل تعلقات پائے جاتے ہیں۔ (۱) جلد۔ (۲) سطحی ردا۔ (۳) عضلہ محیطیہ الفم (orbicularis oris)۔ (۴) ثلوی (labial) (اکلیل: coronary) عروق۔ (۵) مخاطی غدا اور (۶) غشائے مخاطی۔

لب کا آزاد کنارہ بہت حساس ہوتا ہے اور بہت سے انتہائی بصلاوات والے اعصاب یہاں آکر ختم ہوتے ہیں جو لمبی جسمیات (tactile corpuscles) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ بالائی لب کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت حس پہنچاتی ہے اور زیرین لب کو تیسری قسمت۔ ان ثلوی اعصاب کے اوپر اکثر نمک کی ایک فصل نمودار ہو جاتی ہے (نملہ ثلوی: herpes labialis)۔

لبوں میں بہت سی انصافی بافت موجود ہوتی ہے اور کونٹنگی یا الہتاب یا تہج سے انہیں معتد بہ ورم پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتے ہیں اور ایک معتد بہ فاصلہ تک ہر قسم کی عظمیٰ چسپیدگی سے بالکل آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ لبوں کے تباہ کن الہتاب اور جرم کے ایسے نقصانات سے جو شدید استزاقات میں پائے جاتے ہیں منہ کا بہت رانقلاب

اور بد شکل پیدا ہو جائے گی۔ مزید برآں منہ کے قرب و جوار میں منقبض ہونے والے ندبات سے لبوں کے کھینچنے کا احتمال ہوتا ہے جس سے یہ یا تو باہر کی طرف مڑ جاتے ہیں اور یا اسی قسم کی دوسری بد شکلیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ ایک خوش قسمتی ہے کہ منہ کے ارد گرد کی بافتوں کا ڈھیلا پن اور اس حصہ کی عمومی عروقیات سے بہت سے ترقیعی عملوں میں جو ان بد شکلیوں کو رفع کرنے کے لئے کئے جاتے ہیں کامیاباً حاصل کرنے میں مدد ملتی ہے۔

کثیر العروق ہونے کی وجہ سے لب اکثر نامات (naevi) اور دیگر عرقی ملامت کمال ہوتے ہیں شفوی ثریا کی کثیر الجسامت ہوتی ہیں اور ان کا نمضان لب کی جگہ بھرنے سے بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عروق عضلہ محیطہ الفم (orbicularis oris) کے نیچے سے گزرتے ہیں اور اسلٹے یہ جگہ کی نسبت ششائے مخاطی سے زیادہ نزدیک ہوتے ہیں۔ جب لب کی اندرونی سطح کسی ضرب کی وجہ سے دانستہ کے مقابل سے کٹ جا رہے تو ان ثریاؤں کے زخمی ہوجانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ زخم نظر سے پوشیدہ ہوتے ہیں اسلٹے ان سے پیدا شدہ زخف کی وجہ سے بعض اوقات تشخص میں غلطی پیدا ہو گئی ہے۔ چنانچہ اریچسن (Erichsen) ایک محمور آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جو ایک ایسے ہی زخم کا موضوع تھا اور جس نے وہ خون جو ایک شفی ثریاں سے بہتا تھا گل کر خون کی تہ کی تھی۔ اسکے متعلق کچھ عرصہ کے لئے یہ فرض کر لیا گیا تھا کہ یہ کسی اندرونی ضرب کا مریض ہے۔ چونکہ شفوی ثریاؤں میں نقصانات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں اسلٹے جب کبھی شفوی ثریاں کٹ جائے تو اس کے دونوں سروں کو باندھنا بالعموم ضروری ہوتا ہے۔

مخاطی غدود جو زیر مخاطی ساخت میں پائے جاتے ہیں عظیم الجسامتہ اور کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ ان غدود کی قناتوں کے بند ہو کر تمدد ہو جانے سے دودھیانگیوں مخاطی دویر سے (mucous cyst) پیدا ہوجاتے ہیں جو لبوں پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

لب زیرین کی تمغی مسیلیت اہمیت رکھتی ہے کیونکہ اسکے شکر (chancre) کا ایک امتیازی خاصہ یہ ہے کہ زبردستی غدود قبہ نما شکل میں کلانی یافتہ ہوجاتے ہیں چنانچہ اس چہرہ کا خاکہ عجیب طور پر متغیر ہوجاتا ہے، اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ دو ٹھڈیاں ہیں۔ مزید برآں نیچے کے لب پر سطحی سلحہ بھی عام طور پر واقع ہوتا ہے، اگرچہ اُس زمانہ کی نسبت یہ شاید اب قلیل الوقوع ہے جبکہ کھردری نمی والے مٹی کے چھوٹے چھوٹے پائپ زیادہ استعمال کئے جاتے تھے۔ اس کتاب کے ایک سابقہ اڈیشن میں ٹریویز (Treves) نے یہ بیان کیا تھا کہ ”سطحی سلحہ جسم کے کسی دوسرے

حصہ کی نسبت نیچے کے لب میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ گراب یہ بیان صحیح ثابت نہیں ہوتا جبکہ زبان اور مری کا سرحلی سلعہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ یہ نیچے کے لب کے عروق لمف ٹھڈی اور نیچے کے جہڑے کی فرع پر سے گزر کر زیر ذقنی (submental) اور زیر چانوی (submandibular) غد میں چلے جاتے ہیں۔ موزر الذکر میں سے بہت سے زیر فکی (submaxillary) ریتی غد میں مدون ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵ صفحہ ۲۲۸)۔

167

وی رتی کی شکل کے شگاف کو جب لب کے سرحلی سلعہ اور اسکے لمفی میدان کو علیحدہ کر نیچے لئے بہت تروچ ہے ترک کر دینا چاہئے۔ کیونکہ اس سے ان لمفی عروق کے شامل کرنے میں ناکامی ہوتی ہے۔ زیر فکی غدہ کی طرف جاتے ہیں اور جنہیں سے بعض تو زیر ذقنی خط میں سے گزرتے بھی نہیں۔ شگاف کے اطراف مستحق ہونے کی بجائے منفرج ہونے چاہئیں، گو اس طریقہ سے بعد میں کناروں کے نزدیک لانے میں دقت پیش آتی ہے جسکی وجہ سے مریجن کو ٹھڈی کے ڈھکنے کے لئے ترقیبی ترکیبوں سے کام لینا پڑتا ہے۔ مزید برآں اگر سرحلی سلعہ کبج دہن کے نزدیک یا اسکے اوپر واقع ہو تو شگاف میں اوپر کے لب کے کچھ حصہ اور زخار کی ہم پہلو بافتوں کو شامل رکھنا چاہئے تاکہ ان عروق لمف کو جو سرطانی خلیات کے حامل ہیں کاٹنے اور اس طرح مرض کے بار دیگر منتقب ہونے کا خطرہ نہ رہے اس جگہ بھی جیسا کہ دوسرے مقامات پر کیا جاتا ہے ابتدائی بالید اور اس کی لمفی سیلیت کے تمام میدان کو ضرور ایک سالم تودہ کی شکل میں کاٹ کر علیحدہ کر دینا چاہئے۔ لہذا یہ نظر رہے کہ زیر فکی ریتی غد کا بھی ایک یا دونوں طرف پرائیٹار کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ دونوں غد کا دور کر دینا دانشمندی ہے کیونکہ بعض اوقات عروق لمف زیر ذقنی خط کو عبور کرتے ہیں۔

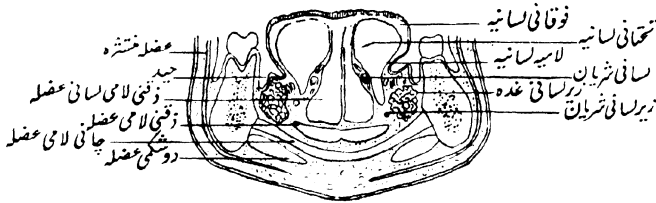
”ترگو شلی لب“ (hare-lip) نیچے کے لب میں درز دار حنک (cleft palate) کے موضوع میں پایا جاتا ہے۔

خدی کہفہ (buccal cavity)۔ منہ کے اندر کا امتحان کرتے وقت مندرجہ

ذیل امور کا مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ منہ کے فرش پر قید اللسان (frenum linguae) کی ہر ایک طرف تخت اللسانی حلیمہ جات (sublingual papillae) و ہارٹن (Wharton) کی قنات کے فتحات کے ساتھ دیکھے جاسکتے ہیں۔ ہارٹن (Bartholin) کی قنات (جو تخت اللسانی غدہ کی قناتوں میں سے ایک ہے) زیر چانوی (وہارٹن کی Wharton's قنات

آخری حصہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور یہ یا تو اسی کے ساتھ مل کر کھلتی ہے اور یا اسکے بہت نزدیک کھلتی ہے۔ یہ قنات خاص طور پر تمددنا پذیر ہوتی ہے۔ اور اس سے اس شدید درد کے محسوس ہونے کی جو اسکے کسی حصہ سے مسدود ہو جانے پر پیدا ہوتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔ اس قنات اور لسانی عصب (lingual nerve) کا قریب بھی بعض حالتوں میں درد کا باعث ہوتا ہے۔ زیر چانوی غدہ غشائے مخاطی کے نیچے سے جڑے کے زاویہ کے ذرا سامنے شناخت کیا جاسکتا ہے، خاص کر جبکہ اسکو باہر سے اوپر کی طرف کو دایا جائے۔ منہ کے فرش پر جو فیروزہ اور زبان کے

168



شکل ۴۱۔ زبان اور چانوی سے گزرتی ہوئی تراش، زیر لسانی غدہ اور لسانی شریان کو ظاہر کر نیچے لئے۔

(پوائیر: Poirier کے مطابق۔)

مقدم حصہ کے درمیان غشائے مخاطی کا ایک بخوبی نمایاں حید ہوتا ہے، جس کا نام زیر لسانی شنیہ (plica sublingualis) ہے جو زیر لسانی حلیہ کی طرف کو جو قید اللسان کے قریب واقع ہوتا ہے آگے کی طرف اور اندر کی طرف کو ترچھے رخ میں جاتا ہے۔ یہ زیر لسانی غدہ کے عمل (شکل ۴۱) اور نیز اپنے تمام طول میں زیر چانوی قنات کے عمر اور لسانی عصب کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ ساختیں معہ زیر لسانی شریان کے غشائے مخاطی کے نیچے اس غدہ اور زبان کی ایک جانب کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ زیر لسانی غدہ کی قناتیں جو دس سے لیکر بیس تک ہوتی ہیں غشائے مخاطی کے مذکورہ بالا حید کے ساتھ ساتھ منہ میں کھلتی ہیں۔

ضعفہ (ranula) جو مخاطی مشمولات سے پُر ایک ٹیلگوں دویری ضلعہ ہوتا ہے

زیرسانی غدہ کے محل پر قید اللسان کی ایک طرف دیکھنے میں آتا ہے۔ اسکی اصل مشتہ ہے اور اسے مخاطی غدہ یا زیرسانی غدہ یا بلینڈن (Blandin) اور نوہن (Nuhn) کے راسی لسانی غدہ کی قنات کے اسناد سے مختلف طور پر منسوب کیا جاتا ہے۔ اور گلوستن (Galveston) کا باشندہ تھا اسن (Thomson) اس امر کا ثبوت پیش کرتا ہے کہ ضفدعہ (ranula) بعض اوقات عنقی یا تحت الفکی دویروں کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔ اور اس حالت میں یہ عنقی جوف (cervical sinus) کے جو نمونہ پانے والی گردن میں دیکھنے میں آتا ہے ایک حصہ کا غیر مسدود باقی ہوتا ہے جو اپنے مناسب محل سے علیحدہ ہو کر بارہویں عصب کے تفرع کے عضلات کے زبان میں منتقل ہونے کے دوران میں آگے کی طرف کوچلا آتا ہے۔

جہاں منہ کے فرش کی غشائے مخاطی مسوڑوں پر منعکس ہونے کے لئے آگے بڑھتی ہے وہاں یہ جہڑے کے اوپر کے کنارے کے پاس ہی اس سے چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۴۱)۔ یہاں بھی بعض مخاطی غدہ واقع ہوتے ہیں جنہیں بعض اوقات دویر سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) ایک نیچے کے کنارے کے نزدیک چسپیدہ ہوتا ہے۔ ان دونوں ساختوں (غشائے مخاطی اور عضلہ) کے درمیان ٹلو (Tillaux) کے قول کے مطابق ایک چھوٹی سی فضا ہوتی ہے جس کا استر فلسفانی سر حملہ کا ہوتا ہے۔ اس کہفہ کو زیرسانی درجہ (sublingual bursa) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ مرکز پر یہ قید اللسان کی وجہ سے مضیق ہوتا ہے۔ اور اس کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ ”حاد ضفدعہ“ (acute ranula) میں فساد کا مقام ہی ہوتا ہے۔ اس کی موجودگی کی توجیہ ضفدعہ (ranula) کے تھا اسن (Thomson) کے مذکورہ بالا نظریہ سے کی جاسکتی ہے۔

جب منہ کو وسیع طور پر کھولا جائے تو جنہی چانوی (pterygo-mandibular) ربا^ط غشائے مخاطی کے نیچے آسانی سے نظر آسکتا ہے اور محسوس بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ سب سے پھل دار ڈاٹھ کے چھپے سے ترچھے رخ میں نیچے کی طرف کو جاتا ہوا ایک نمایاں شکن کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ جہاں یہ رباط چانہ سے چسپیدہ ہوتا ہے اس سے ذرا نیچے اور سامنے کی طرف لسانی عصب جو ہڈی کے نزدیک اخیر کی دائرہ کے عین نیچے واقع ہوتا ہے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی سے ملا ہوتا ہے کاٹا بھی جاسکتا ہے اور پچکائی کی کوئی سے بھی اس تک رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی کے ساتھ ملا ہوتا ہے نیچے کی دائرہ کو جو ہڈی سے

طریقہ سے نکالنے میں یہ جھٹنے کے پھسلنے سے کھلا جا چکا ہے۔

نیچے کے جبرے کا اکلیل نما زائیدہ (coronoid process) منہ میں سے آسانی محسوس کیا جا سکتا ہے، اور اس ہڈی کے مخلوع ہونے پر یہ خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

آخری دائرہ اور چاندنی فرج کے درمیان بعض اوقات ایک اچھی خاصی فضا موجود ہوتی ہے جسے راستہ سے فلک سستی یا جبرے کی جباہ (ankylosis) کے دوران میں مرض کو غذا دیکھا سکتی ہے۔

خلقی ادیمیہ نما اور درقی دویرے (congenital dermoid)

170

(and thyroid cysts) بعض اوقات منہ کے فرش میں اندر نیچے کے جبرے کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایسے دویروں کے متعلق یہ فرض کیا جاتا ہے کہ یہ پہلی حشوی (visceral) یا پس چانوی (postmandibular) درز کے ناقص طور پر بند ہونے سے رونما ہوتے ہیں یا یہ وسطانی درقی بالید کی کسی نصال کلی سے پیدا ہوتے ہیں۔

مسوڑے بستہ، جھک اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ دانت نکالنے پر جو خون نکلتا ہے وہ زیادہ تر انہیں سے خارج ہوتا ہے۔ مسومیت سیما ب میں مسوڑے خاص طور پر متاثر ہو جاتے ہیں اور نیز سقر لوط (scurvy) میں بھی یہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سیسہ کی مزمن مسومیت میں اچھے حاشیوں پر اکثر ایک نیلی لیکر ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ لیڈ سلفائیڈ (lead sulphide) کے مسوڑوں کی بافتوں میں فراہم ہو جانے سے مندرجہ ذیل طریقہ سے پیدا ہوتی ہے۔ دانتوں پر جو فوائسبل غذا جمع ہو جاتے ہیں انکی تحلیل سے ہائیڈروجن سلفائیڈ (hydrogen sulphide) پیدا ہوتا ہے اور یہ اس سیسہ پر جو خون میں دورہ کر رہا ہے عمل کرنے سے اس مطروح کو پیدا کر دیتا ہے۔ لہذا یہ کہا جاتا ہے کہ یہ نیلی لیکر ان اشخاص میں نہیں ہوتی جو دانت صاف رکھتے ہیں۔ بسمتہ (bismuth) کی مسومیت میں بھی بعض اوقات اسی قسم کی لیکر پائی جاتی ہے۔

زبان

زبان کی رین سطح پر قید اللسان (frenum) سے ۱/۲ انچ سے کم فاصلہ پر پھٹائے بخالی کے

نیچے نصف مدعی ورید (ranine vein) (رفیق تحت اللسانی: comitans hypoglossi) کا سرا دیکھا جاسکتا ہے۔ غشائے مخاطی کے دو مرتفع اور شکن دار خط بھی اس عضو کی پیرین سطح پر دیکھے جاسکتے ہیں جو زبان کی نوک کی طرف مستحق ہوتے جاتے ہیں۔ یہ نصف مدعی (ranine) شریان (عمیق لسانی: deep lingual) کے محل کو ظاہر کرتے ہیں، جو ورید کی نسبت جسکے یہ قریب ہی واقع ہوتی ہے زیادہ گہری ہوتی ہے۔ زبان کی مستعرض تراش میں نصف مدعی شریان (ranine artery) نیچے کی سطح ۳ تا ۶ ملی میٹر کے فاصلہ پر زبان کے اسی نصف کی مستعرض تراش کے وسطی اور اندرونی مثلثوں کے مقام اتصال پر پائی جاتی ہے۔ اس امر کا علم زبان کے کسی حصہ کو دروں دہنی طرف متسم سے لسانی شریان کو باندھنے کے بغیر علیحدہ کرتے وقت مفید ثابت ہوتا ہے۔

171

زبان کے خلقی نقصان نہایت ہی نادر الوقوع ہیں۔ بعض اوقات اسکی نوک میں ایک بے قاعدہ درز موجود ہوتی ہے اور یا اسپرغدی سعدانے موجود ہوتے ہیں، جو شاید اُن غد سے پیدا ہوتے ہیں جو زبان کی نوک کے نیچے ضعیبی طور پر موجود ہوتے ہیں۔

تثاؤث ذواتوں میں قید اللسان غیر طبیعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اور عقدۃ اللسان (tongue-tie) پیدا ہو جاتا ہے جو حقیقت میں بہت قلیل الوقوع عارضہ ہے۔ عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) جو زبان کا خاص عضلہ ہے اور عضلہ ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) ارتفاق کے ذقنی (genial) (منثل: mental) درز جات سے نکلتے ہیں۔ زبان ان چسپیدگیوں کی وجہ سے جو ارتفاق کے ساتھ ہوتی ہیں پیچھے کی طرف گرنے سے رُکی رہتی ہے۔ اگر ان چسپیدگیوں کو کاٹ دیا جائے تو زبان الٹائی اور نگلی بھی جاسکتی ہے۔ مکمل عدم حیثیت میں جیسی کہ کلوروفارم سے پیدا ہوتی ہے جب زبان کی تمام عضلی چسپیدگیوں کو وسیلی بڑھاتی ہیں تو اسکے پیچھے کی طرف کو گر جانے اور کبھی (epiglottis) کو بار دینے کا احتمال ہوتا ہے جس سے دم گھٹ جاتا ہے۔

زبان محکم ہوتی ہے اور اسکی بافت گھنی ہوتی ہے۔ مگر پھر بھی اسکی تصانی بافت کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے جسکی وجہ سے یہ ملہب ہونے پر بہت متورم ہو جاتی ہے۔ سطحی سرطیہ دبیز ہوتا ہے اور اس عضو کے مزمن سطحی التهاب میں یہ اکثر مجمع ہو جاتا ہے اور گھنی غیر شفاف تہوں کی شکل اختیار کر لیتا ہے مثلاً غصبتہ اللسان (ichthyosis linguae) اور بھٹھا (leucoplakia) بیاضہ (leucoma) وغیرہیں۔ ان مخاطی غد سے جو خاص طور پر غشائے مخاطی کے نیچے زبان کے قاعدہ کے نزدیک واقع ہوتے ہیں، مخاطی دوسرے پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات اس حصہ میں دیکھنے میں

آتے ہیں۔

زبان بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اسلئے اس میں اکثر نشانی بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں ایسی

زیادہ تر رسد لسانی **شریان** (lingual artery) سے آتی ہے۔ یہ عرق اس عضو تک اسکی

زیرین سطح سے پہنچتا ہے۔ اور شریان سباتی (carotid) سے عظم لامی (hyoid) کے لیول پر نکلتا ہے اور وسطی مضیق (middle constrictor) کو دو شکمی عضلہ (digastric) کے نیچے سے عبور کر کے

عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے نیچے اور عضلہ ذقنیہ لامیہ لسانیہ (genio-hyo-glossus) کے اوپر پہنچ جاتا ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی (hypoglossal) عصب اس سے اوپر واقع ہوتا

ہے۔ اور اس سے عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے ذریعہ سے یہ عضلہ ہوتا ہے۔ اگر اس مقام پر شریان مذکورہ کو باندھنا مقصود ہو تو یہ عصب ایک مفید رہنما کام دیتا ہے۔ مگر چونکہ نگہ لہری لسانی (dorsalis lingual) شاخ بعض اوقات اس مقام سے اور آگے جا کر نکلتی ہے اس لئے اس

172

شریان کو یہاں باندھنے سے زبان کے موخر حصہ کے جریان خون کو بند کرنے میں ناکامی ہونیکا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا اس عرق کو اس مقام کے قریب جہاں یہ شریان سباتی (carotid) سے نکلتا ہے

باندھنا زیادہ قرین عقل ہوتا ہے۔ لسانی شریان سباتی (carotid) سے علیحدہ مقام پر نکلنے کے علاوہ گاہے گاہے فوقانی درقی (superior thyroid) یا وجہی (facial) شریان کے ساتھ بھی

نکلتی ہے۔ بعض اوقات یہ تینوں شریانیں ایک مشترک تنے سے نکلتی ہیں۔ چونکہ فوقانی درقی (superior thyroid) شریان کو بلا ضرورت باندھنا مقصود نہیں ہوتا اسلئے جراح کو اس شریان کی ابتدا کو بھی

معا کر لینا چاہئے تاکہ اسے اس امر کا یقین ہو جائے کہ وہ صرف لسانی شریان کو ہی مسدود کر رہا ہے۔

زبان میں **عصبی رسد** کثرت سے موجود ہوتی ہے اور عام احساسات اور ذائقہ کے

احساسات دونوں تیز ہوتے ہیں۔ ویبر (Weber) کے مطابق لمسی حس پذیری جسم کے کسی اور حصہ کی نسبت زبان کی نوک پر زیادہ تیز ہوتی ہے۔ اس عضو کے موخر ثلث سے دونوں قسم کے معمولی اور

ذایقہ کے ریشے لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب میں جاتے ہیں۔ اور مقدم دو تہا کو لمسی ریشوں کی رسد عصب لسانی سے ملتی ہے اور ذائقہ کی رسد جنبل طمبی (chorda tympani)

سے حاصل ہوتی ہے جو عصب لسانی میں مخلوط ہوتا ہے نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد ذائقہ

غیر متاثر رہتا ہے کیونکہ جو ریشے اس حص کو سراخام دیتے ہیں وہ عصب لسانی میں جبل لمبلی (chorda tympani) کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ موزالڈ کر عصب میں سے کچھ حسی ریشہ جات بھی ضرور جاتے ہیں کیونکہ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی زبان کے مقدم دو تہائی حصوں میں کسی قدر حس پذیری باقی رہ جاتی ہے اگرچہ درود کی حس پذیری مکمل طور پر غائب ہو جاتی ہے۔ جس رقبہ کو عصب لسانی سے رسد پہنچتی ہے اسکے درد خیز حواریں میں مریض کو منفذ گوش کے خطہ کے عین حوالوں میں اکثر شدید درد محسوس ہونے سے تکلیف ہوتی ہے اور جلد کا ایک رقبہ کان سے بیکر جبڑے کے نیچے کنارے کے ساتھ بعض اوقات الیم ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ زبان کا مقدم دو تہائی حصہ چانوی محراب (mandibular arch) سے مشتق ہوتا ہے اور منفذ کی مقدم حد بھی اسی سے طیار ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ زبان کے مقدم حصہ کی عصبی رسد کا جو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے آتی ہے درد محمولہ اسکے جلدی اختتام میں ہوتا ہے۔ زبان کا موزر دو تہائی حصہ دوسری (لامی: hyoid) اور تیسری حشوی محرابوں سے مشتق ہوتا ہے اور اسکا تعلق حنجرہ کے اوپر کی جلد کے الیم رقبہ جات سے ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔

173

مضغی عضلات کا شنبی انقباض بعض اوقات درد خیز لسانی قروح کے ساتھ پایا جاتا ہے جبکہ یہ عصب ذوقی کے خطہ میں پائے جائیں۔ قذالی خطہ کے خراج اور زبان کے نصف حصہ کی لاغری میں بظاہر کوئی تعلق نہیں پایا جاتا مگر سر جیمز پیجٹ (Sir James Paget) نے مندرجہ ذیل واقعہ کی اطلاع دی ہے:۔

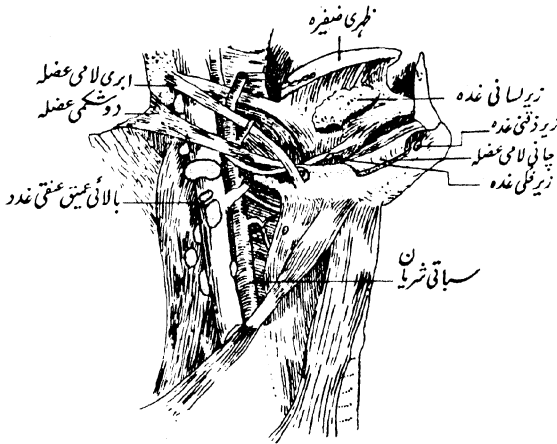
”ایک آدمی کے سر کے پچھلے حصہ پر چوٹ آگئی جو بظاہر شدید نہیں تھی۔ کچھ عرصہ کے بعد زبان کا دایاں نصف لاشر ہونا شروع ہو گیا اور لاغری ترقی کرتی گئی حتیٰ کہ یہ فیروز تغیر جانب کے نصف سے بھی کم کر رہ گیا۔ اس کے بعد قذال پر ایک خراج بن گیا جس میں سے عظم قذالی کے تین برین حصہ کے کولے نکالے گئے۔ مرد ہڈی کے دور کرنے کے بعد زبان لاشر پہلی حالت پر آنا شروع کر دیا اور ایک ہینڈ میں اسکی حالت تقریباً لمبی ہو گئی۔“

یہاں ذبول لسانی عضلات کی لاغری سے پیدا ہوا تھا جو زیر لسانی (hypoglossal) عصب پر جو عظم قذالی کے مقدم قذالی سوراخ سے نکلتا ہے دباؤ پڑنے سے واقع ہوئی تھی۔ اس واقعہ سے چھوٹے چھوٹے سوراخوں کے اور ان سے جو ساختیں گزرتی ہیں ان کے بھی یاد رکھنے کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے۔

زبان میں بہت سی لمفی بافت موجود ہوتی ہے اور اس کا معتد بہ حصہ (لسانی لوزہ lingual tonsil) اس عضو کے موزر حصہ پر غنائے مخاطی کے نیچے مجتمع ہوتا ہے۔ اس بافت کی

بیش پرورش سے بعض اوقات حساس کمبی میں خراش پیدا ہونے کی وجہ سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لسانی اور بلعومی غدہ آسا بافت اور حقیقی لوز تین سے حلقوم کی خاکن اُسے کے ارد گرد لمبی بافت کا ایک مکمل حلقہ بنجاتا ہے۔

لسانی عروق لطف (شکل ۴۲) عظیم الجسامتہ اور کثیر المتعدد ہوتے ہیں اور



شکل ۴۲۔ زبان کے عروق لطف۔

(پوئے ریئر: Poirier کے مطابق۔)

سرطانی سداذات کے منتشر ہونے کے لئے ایک کھلے مجرئی کا کام دیتے ہیں۔ یہ دونوں نظامات میں مرتب ہوتے ہیں۔ (۱) سطحی جن سے زبان کی پشت اور اسکے جوانب پر زبر محاطی بافت میں ایک تہاٹی کثیر العروق سفیرہ بنتا ہے۔ (۲) عمیق جو زبان کے عضلی نظام میں ایک جال کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں۔ ان دونوں نظامات میں آزاد راہ و ربط موجود ہوتا ہے۔ چھیل (Cheatle) نے یہ دریافت کیا ہے کہ زبان کے سرطانی کی حالتوں میں ذقنی لسانی عضلہ (genio-glossus) ثنائی مطروح کا ایک عام مصل ہوتا ہے اور اس نے یہ ثابت کیا کہ خبیث خلیات زبان کے قاعدہ کی سمت میں بہت نیچے تک پائے جاتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ سرطانی کا استیصال زبان کی سطح پر اور اسکی گہری بافتوں میں ایک سولفی حاشیہ کے ساتھ ضرور کرنا چاہئے۔

ان دونوں نظامات سے لطف برآر عروق کے مندرجہ ذیل گروہوں کے ذریعہ سے جاتا ہے: (۱) حاشیائی یا جانبی عروق جو زبان کی جانب سے زیر مخاطی ضغیرہ سے باہر جاتے ہیں۔ انہیں سے کچھ غد کے زیر چانوی گروہ میں اور بقیہ بالائی عمیق عنقی گروہ میں جاتے ہیں، (۲) مرکزی عروق جو دو ذقنی لسانی (genio-glossus) عضلات کے درمیان بنتے ہیں اور بالائی عمیق عنقی غد میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں، (۳) راسی عروق جو زیر ذقنی غد اور بالائی عمیق عنقی غد میں ختم ہوتے ہیں، (۴) قاعدی عروق جو زبان کے موثر ثلث میں سے آتے ہیں بالائی عمیق عنقی گروہ میں ختم ہوتے ہیں۔ بڑے بڑے عروق لطف سرطانی غلیات کے حملہ سے مسدود ہو جاتے ہیں۔ لطف کو ثانوی گزر گاہیں اور پیمیر کے راستے تلاش کرنے پڑتے ہیں اور یہ بھی کچھ عوصہ کے بعد بند ہو جاتے ہیں۔ اس طرح سرطانی حملہ وسیع رقبہ اور بہت سی سمتوں میں پھیل جاتا ہے جو لسانی غد زیر چانوی غدہ کے اوپر واقع ہیں اور نیز جو اس میں مدفون ہوتے ہیں وہ بھی اور اس غدہ اور زیر لسانی غدہ کی لطف آسا بافت ثانوی مطروح کا محل نجاتی ہے۔ مزید برآں زیر ذقنی غد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

اس حیرت انگیز خلقی عارضہ میں جو کبر اللسان (macroglossia) کے نام سے موسوم ہے زبان بہت کلانی یافتہ ہو جاتی ہے اور بعض حالتوں میں یہ بہت ہی عظیم الابعاد ہوتی ہے۔ اسکی کلانی کی اصلی وجہ اسکے لسانی مجاری کی بہت ہی تنوع حالت ہے۔ [اسی لئے فرکو (Virchow) نے کہنسی لسانی وعائی سلحہ (lymphangioma cavernosum) کا نام تجویز کیا تھا] اور نیز تمام زبان میں لسانی بافت کا افزہ و نہ ہو جاتا ہے۔ جو حصہ نمایاں ترین طور پر متاثر ہوتا ہے وہ زبان کا قاعدہ ہے جہاں عروق لطف بالعموم سب سے زیادہ ہوتے ہیں۔ چند حالتوں میں کبر اللسان (macroglossia) زیادہ تر عضلی ہوتا ہے۔ اور بعض میں دموی عائی (haemangioma) بھی اسکا باعث ہوتا ہے۔

زبان کے قریب کے معین غدوں۔ وہ معین غد جو جسم درقی سے تعلق

لہ عروق لطف کے مفصل بیان کے لئے دیکھو پوائے ریئر (Poirier) کی کتاب "لیفٹیکس" (Lymphatics) متر
سیل لیف (Cecil Leaf) ۱۹۰۳ء۔

رکھتے ہیں اکثر عظم لامی (hyoid bone) کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ان میں یہ زبان کے قاعدی حصہ میں سوراخ اعمور (foramen cæcum) کے پاس بھی موجود ہوتے ہیں (Makins)۔ بعض کبھی کبھی عضلہ چانیہ لامیہ (mylo-hyoid muscle) سے اوپری ہونے میں اور بعض عظم لامی کے عین اوپر ہوتے ہیں اور بعض گاہ گاہ اس ہڈی کے خالی حصہ میں پائے جاتے ہیں بعض اوقات انہی محلات پر ایسے دو برسے بھی پائے جاتے ہیں جنکا استرہد بہ دار سرحد کا ہوتا ہے۔ یہ تمام ساختیں اس مرکزی عطفہ کی عنق کا مابقا ہوتی ہیں جو مضغہ میں بلعوم کی اکل دیوار سے بروز کرتا ہے! اور جس سے غدہ درقیہ کی خاکنائے اور اسکا متصلہ حصہ بنتے ہیں۔ زبان پر کا سوراخ اعمور (foramen cæcum) اس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے عطفہ نہ بلعوم سے نکلتا ہے۔ ایسی قناتیں بھی پائی گئی ہیں جو سوراخ اعمور سے نکل کر ان معین غدہ تک جاتی ہیں جو عظم لامیہ کے قرب وجوار میں واقع ہوتے ہیں اور جنکا استرہد سرحد کا ہوتا ہے۔ ان غدی اور مرحلی اجتماعات سے جو عظم لامی کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں گردن کے سرطان کی بعض گہری واقع ہونے والی قسین بھی پیدا ہوتی ہیں۔ انہیں سے بعض خمیث دو بروں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں جنکا ذکر مصنف نے کیا ہے (Treves Path. Soc. Trans. 1886)۔

176

استیصال - سالم زبان کو دور کرنے کے مختلف طریقے اختیار کئے گئے ہیں۔

یہ منہ میں سے حرارت رسانی (diathermy) کے چاقو یا قبینچی سے دور کیا جاسکتی ہے۔ موزن الذکر عملیہ گردن میں لسانی عروق کو باندھنے کے ساتھ یا باندھنے کے بغیر بھی کیا جاتا ہے۔ مگر اس عضو کی زیادہ گہری چسپیدگیوں کو منہ میں سے جو مقابلہ ایک چھوٹا سوراخ ہے مکمل طور پر معرکہ کرنا مشکل ہے۔ گنٹائش بڑھانے کے لئے ایک طریقہ عمل میں رخسار میں شنگاف دیا جاتا ہے اور ایک میں نیچے کے لب کو اور نیچے کے جڑے کے ارتفاق کو کاٹا جاتا ہے۔

عملیہ جات کے ایک اور سلسلہ میں عظم لامیہ اور چانے کے درمیان شنگاف دیکر زبان تک رسانی کی جاتی ہے اور یا اسے مکمل طور پر معرکہ بھی کر لیا گیا ہے۔ کلاختر (Kocher) نے گردن میں سے زبان کو متکشف کرنے کا طریقہ راج کیا تھا۔ اس میں جس شنگاف سے زبان تک رسانی حاصل کی جاتی ہے وہ کان سے شروع ہو کر قصبی حلی (sterno-mastoid) عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ عظم لامی تک جاتا ہے! اور یہاں سے یہ دو ٹکمی عضلہ (digastric) کے مقدم بطن کے ساتھ ساتھ

اوپر کو چلا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے لسانی شریان کو ابتدا ہی میں باندھ کر زف پر مکمل طور پر قابو حاصل کر لینے کے علاوہ بالائی گہرے عقی غدد لمفی غدد اور زیر چانوی اور زیر لسانی غدد کے اوپر کی اور انکے اندر کی بافت کو جو ثانوی سرطانی مطروحات کا محل ہوتے ہیں باسانی دور کیا جاسکتا ہے۔

سالم عضو کے دور کرنے میں مندرجہ ذیل ساختیں لازمی طور پر کاٹی جاتی ہیں۔ قید اللسان غشائے عمالی زبان کے اطراف کے ساتھ ساتھ، لسانی کبھی نکلن (glosso-epiglottic folds) عضلہ ذقینہ لسانیہ (genio-glossus)، عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus)، عضلہ ابیرہ لسانیہ (stylo-glossus)، عضلات حنکیہ لسانیہ (palato-glossus muscles) اور فوقانی اور تحتانی لسانی عضلات کے جو عظم لامی سے چسپیدہ ہوتے ہیں چند ریشہ جات، لسانی، لسانی بلعومی اور تحت اللسانی اعصاب کی انتہائی شاخیں، لسانی عروق اور زبان کے اطراف پر اس کے قاعدہ کے نزدیک صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان کی اور وہی شریان کی لوزی (tonsillar) شاخ کی چند شاخیں۔

177

حنک

(PALATE)

حنک الصلب (hard palate) کی محراب کی بلندی اور شکل مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ جنکو جوانی میں غدودہ (adenoids) کی شکیلیت رہی ہو انہیں یہ خاص طور پر تنگ اور بلند ہوتی ہے۔ حنک پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکے سلسلہ میں اس محراب کے خاکہ کو کسب قدر اہمیت حاصل ہے۔

حنک مشقوق (cleft palate) اور اوپر کے لب میں درز کے جو

مختلف اقسام پائے جاتے ہیں انکو سمجھنے کے لئے ان حصوں کے نمونہ کا مختصراً اعادہ کرنا ضروری ہے کیونکہ حنک مشقوق (cleft palate) اور "نرگویشی لب" (hare-lip) کے تمام اقسام حصوں کے غیر مکمل اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں۔ شکل ۴۳-۱ میں یہ ظاہر کیا گیا ہے کہ عظمی حنک بوقت پیدائش تین عناصر سے مرکب ہوتا ہے: (۱) پیش فکی (premaxillary) (عظم تینتی: os incivum)

جمیر چار شنیایا ہوتے ہیں، (۲) دایاں فکلی، (۳) بایاں فکلی جن پر دائیں اور بائیں کچلیاں اور دو دھ کی ڈاڑھیں ہوتی ہیں۔ یہ تینوں حصے مختلف الاصل ہوتے ہیں۔ پیش فکلی حصہ وسطانی انفی زائڈہ (medial nasal process) سے (شکل ۱۳ صفحہ ۱۳۶) اور فکلی حصے دائیں اور بائیں فکلی زائڈوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان مختلف عناصر کا اتحاد جس سے حنک طیار ہوتا ہے اگلے حصے سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو جاتا ہے۔ فکلی زائڈے حنک کے موخر دو تہائی حصوں میں ایک دوسرے سے



شکل ۳۳ جانبی ثنیہ کا تعلق حنکی درز سے ظاہر کرتی ہے۔

۱۔ حنک الصلب لمبی۔ پیش فک پر نقطے لگے ہوئے ہیں۔ جانبی ثنیہ اسکے اور فک کے درمیان کی درز (suture) میں پایا جاتا ہے۔

ب۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ پیش فک پر درز کی اندر کی جانب واقع ہے۔ ناک کا فاصل فکلی ہڈیوں کے درمیان کی درز میں منکشف ہے۔

ج۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ درز کی باہر کی جانب فک پر واقع ہے۔

خط وسطی میں متحد ہو جاتے ہیں۔ مگر اگلے ایک تہائی حصہ میں یہ پیش فکلی حصہ سے مل جاتے ہیں۔ چنانچہ خط اتحاد وائی (Y) کی شکل کا ہوتا ہے! اور پیش فکلی حصہ اسکی دونوں شاخوں پر واقع ہوتا ہے۔ درز اکثر حالتوں میں وائی (Y) کے اصلی تہ پر واقع ہوتی ہے، یا اس سے صرف حنک الزنجی متاثر ہوتا ہے، یا یہ ایک یا دونوں اطراف پر آگے کی طرف کو جو فیروزہ تک پہنچی ہوتی ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ ب اور ج میں ظاہر کیا گیا ہے۔ جانبی ثنیہ پیش فکلی اور فکلی عناصر کے درمیان کے میزاب میں نمو پاتا ہے۔ اگر حنک مشقوق (cleft palate) کی حالت نمودار ہو جائے تو یہ نمو عناصر بالیدرگی کے ساتھ ساتھ علمبرہ ہوتے جاتے ہیں! اس طرح سے جو درز خجائی ہے اسکی ایک نہ ایک جانب سے

جانبی تنبیہ کی کلی چسکی ہوتی ہے لہذا بعض حالتوں میں یہ تنبیہ فکلی زائدہ پر پایا جاتا ہے اور بعض حالتوں میں فکلی پر ہوتا ہے (شکل ۳۳ ج-ج)۔ ہر ایک شیش فلک میں بعض اوقات تعظم کے دو مراکز ہوتے ہیں۔ مگر جیسا کہ اکثر کہا جاتا ہے درز تعظم کے مراکز کے عدم اتحاد کا نتیجہ نہیں ہوتی بلکہ حنک کے نوی حصوں کی علیحدگی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ زمانہ طفولیت میں بالیدگی میں جوں جوں ترقی ہوتی جاتی ہے درز زیادہ چوڑی ہوتی جاتی ہے۔

اوپر کے لب کا نموانہی تین عناصر سے ہوتا ہے جن سے کہ حنک کا ہوتا ہے (شکل ۳۱ صفحہ 136)۔ اگر حنکی درز جو فیروزہ تک پہنچ جائے تو لب بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ مگر حنک پر درز موجود ہونے کے بغیر بھی ایک یا دونوں لبوں پر درز واقع ہو سکتی ہے۔ لب کا پیش فکلی یا وسطی عنصر ہی اپنی اصل میں دو جانبی ہوتا ہے۔ مگر اسکے دونوں حصوں کی مستقل علیحدگی کا پایا جانا نہایت ہی نادر نوع ہے۔ دو جانبی ترگوشتی لب (hare-lip) میں گاہے گاہے نیچے کے لب پر دو ملیمہ جات دیکھے میں آتے ہیں، جو لبوں کے اقتراب کی حالت میں اوپر کے لب کی درزوں میں ٹھیک طرح سے بیٹھ جاتے ہیں۔

جو غشائے مخاطی حنک الصلب کی پوشش ہوتی ہے اس میں ایک عجیب بات

یہ ہوتی ہے کہ وہ اور گردِ عظمہ جو ان ہڈیوں کا خلاف ہوتا ہے تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں۔ اس لئے اس غشا کی تقطیع کے بعد ہڈی مبرا ہو جاتی ہے، کیونکہ اس غشائے مخاطی اور گردِ عظمہ کو علیحدہ نہیں کیا جاسکتا۔ یہ غشا خط وسطی میں پتلی ہوتی ہے۔ مگر جانبین پر جو فیروزوں کے قریب بہت دبیز ہوتی ہے۔ اور دباؤ کی زیادتی کا انحصار زیادہ تر وسطی تہوں کے نیچے مخاطی غدود کی ایک تعداد کے موجود ہونے پر ہے۔ ایسے غدود خط وسطی پر موجود نہیں ہوتے۔ جب حنک الصلب کی نرم پوشش کی تقطیع دامنوں کی شکل میں کی جاتی ہے جیسا کہ مشقوق حنک کے علیہ میں کیا جاتا ہے تو اسکی کثافت اور سختی کی وجہ سے اسکی دست درزی بہت آسان ہوتی ہے۔

سر ریکمن گودلی (Sir Rickman Godlee) نے متعدد واقعات ایسے بیان کئے ہیں جن میں حنک الصلب کے نیچے کی سطح کے موخر حصہ میں ایک عظمی ارتفاع یعنی حنکی منسرق (torus palatinus) پایا جاتا ہے۔ یہ ارتفاع یا عظمی بروں بالیدگی (exostosis) یورپنیو کی نسبت دوسرے اقوام میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ اور سین بلوغ کی ابتدا پر بننا شروع ہوتی ہے۔ یہ حنک کی وسطی درز (suture) کے دونوں اطراف پر ہڈی کے اجتماع سے پیدا ہوتی ہے، اور استثنائی حالتوں میں یہ اچھے خاصے ابعاد اختیار کر لیتی ہے۔

حنک الصلب کی ہڈیوں اور اسکی مخالمی پوشش کی زیادہ تر سرد خون

داخلی فکلی شریان (internal maxillary artery) کی نزولی حنکی (descending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ عرق جسے حنک الصلب کا صرف ایک ہی عرق کہا جاسکتا ہے حنک الصلب اور حنک الرخو کے مقام اتصال کے نزدیک اور آخری ڈاڑھ کی اندرونی جانب کے پاس ہی موخر حنکی قنال سے نکلتا ہے۔ اور آگے کی اور اندر کی طرف کو جا کر مقدم حنکی قنال پر ختم ہو جاتا ہے۔ اسکا نبضان حنک پر اکثر واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ حنک الصلب سے مکشط (raspatory) کے ذریعہ سے مخالمی گرد عظمی دامنوں کی تقطیع کرتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ابتدائی شگاف غنائے مخالمی میں جو فیضہ کے قریب دیا جائے تاکہ یہ دامن شریان مذکورہ پر مشتمل رہے اور اس وجہ سے اسکی حیویت محفوظ رہے۔ دامن کی تقطیع کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ شریان غنائے مخالمی کی نسبت ہڈی کے زیادہ قریب سے جاتی ہے۔

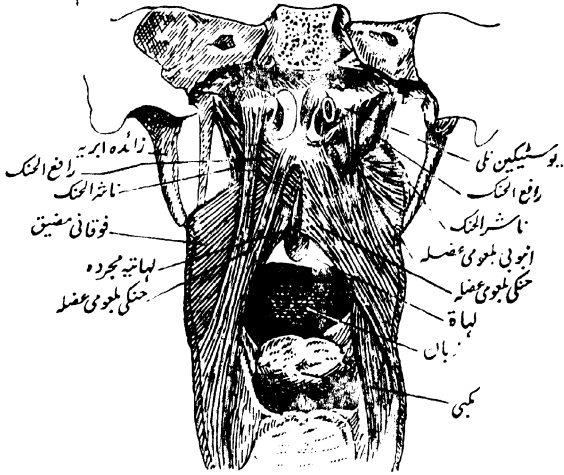
180

حنک الرخو (soft palate) کی دبازت یکساں ہوتی ہے۔ اور اسکی اوسط پیمائش کا

اندازہ تقریباً ۴ انچ کیا گیا ہے۔ اسکی دبازت کا زیادہ تر انحصار مخالمی غد کے ایک طبقہ پر ہے جو اسکی بالائی سطح پر ہوتا ہے۔ اسکا مرکزی اساس ایک وتری پھیلاؤ یعنی حنکی صفاق (palatal aponeurosis) ہے جس میں حنک کے ناشرات ختم ہوتے ہیں اور جسکے ذریعہ سے یہ حنک الصلب کے موخر کنارہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ جب حنک الرخو خلقی طور پر مشقوق ہوتا ہے تو اس شقاق کی کوریں نکلنے کے دوران میں فوقانی مضیق (superior constrictor) کے بالاترین ریشہ جاکت ذریعہ سے ایک دوسرے کے قریب ہو جاتی ہیں۔ اس قرب کی وجہ سے یہ درز تنگ ہو کر نصف یا دو تہائی رہ جاتی ہے۔ جن عضلات کا رجحان درز کو عریض کرنے کی طرف ہوتا ہے ان میں سے زیادہ اہم رافع الحنک (levator palati) اور ناشرالحنک (tensor palati) ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ جب رز کو عملیہ سے بند کرنے کی کوشش کی جائے تو ان عضلات کو کاٹ دیا جائے۔ رافع الحنک (levator palati) خط وسطی کی طرف کو آتا ہوا حنک کو ترچھے رخ میں اوپر سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو عبور کرتا ہے اور یہ مقنعہ (velum) کی زیریں سطح کی نسبت بالائی سطح کے زیادہ نزدیک واقع ہوتا ہے۔ ناشرالحنک (tensor palati) خط وسطی زاؤ (hamular process)

کے اوپر سے ہو کر گزرتا ہے اور خط وسطی کی طرف کو تقریباً افقی رخ میں چلا جاتا ہے (شکل ۲۴)۔
خطیفی زائیدہ اوپر کی پھجلی ڈاڑھ کے عین پیچھے اور اسکے اندر کی طرف کو حنک الرخو میں سے محسوس
کیا جاسکتا ہے۔ جب مخاطی گرد غمگن جسمیں مومض حنکی عروق ہوتے ہیں درز کی دونوں اطراف پر
حنک الصلب پر سے اور اٹھایا جاتا ہے جس سے کہ حنک کے افقی صحفہ کا مومض کنارہ منکشف ہو جاتا
ہے تو عملیہ کن انفی جانب پر حنکی صفاق اور اسکے اوپر کی غشائے مخاطی کو عظم الحنک سے علیحدہ کر دیتا،

181



شکل ۲۴۔ حنک الرخو کے عضلات پیچھے سے۔

(بلیک وے: Blakeway)

اور اس امر کی احتیاط رکھنا ہے کہ مومض حنکی قنال اور حنکی عروق تک نہ پہنچے۔ جب صفاق کاٹ دیا
جاتا ہے تو نائٹرا لٹنک (tensor palati) کا فعل کسی حد تک معطل ہو جاتا ہے۔ رافع الحنک
(levator palati) کے کاٹنے کا بہترین مقام وہ ہے جہاں یہ حنک الرخو کی بالائی سطح میں
غشائے مخاطی کے ایک اٹھے ہوئے ٹنگن کے اندر سے داخل ہوتا ہے۔ اسکا عصب اسکے بالائی
سرے میں داخل ہوتا ہے اور اس لئے یہ ضرر سے بچ جاتا ہے (بیری اور لیگ: Berry and

(Legg)

چونکہ مناسب تکلم کا انحصار زیادہ تر حنک الرخو کے کافی بڑا اور لچکدار ہونے پر ہے

جس سے کہ انہی بلعوم مرضی کے موافق منہ کی طرف سے بند ہو سکتا ہے اسلئے درز دار حنک پر عملیہ کرتے وقت اس ضرورت کو پورا کرنے کی ضرور احتیاط کرنا چاہئے۔ حنک الصلب کے اندر کے تفتب کو مقنعہ (velum) کے صرفہ سے نہ بند کرنا چاہئے۔

حنک الرخو کی رسد خون، داخلی فکی شریان کی نزولی حنکی (descending)

(palatine) شاخ، صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان، اور وجہی (facial) شریان کی صعودی حنکی (ascending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ یوں مذکورہ عرق مقنعہ (velum) تک عضلہ رافع الحنک (levator palati) کے ساتھ ساتھ آتا ہے اور مذکورہ بالا طریق عمل میں اُس عضلہ کی تراش میں اس کا کاٹنا بھی ضروری ہوتا ہے۔

حنک الرخو کے عضلات کو مختلف اعصاب رسد پہنچاتے ہیں بلوغ الحنک

(levator palati)، عضلہ لہاتیہ فردیہ (azygos uvulae) اور عضلہ حنکیہ بلعومیہ۔ (palato-pharyngeus) کو عضلات بلعوم کے ساتھ شوکی معین (spinal accessory) سے اور عضلہ حنکیہ لسانیہ (palato-glossus) کو عضلات زبان کیساتھ تحت اللسانی (hypo-glossal) سے اور عضلہ ناشرہ حنکیہ (tensor palati) کو عضلہ ناشرہ طبلیہ (tensor tympani) کیساتھ پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے اذنی عقدہ (otic ganglion) کے راستہ رسد پہنچتی ہے۔

بلعوم

(PHARYNX)

بلعوم کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے۔ یہ ایک جانب سے دوسری جانب کو آگے سے پیچھے کی نسبت بہت زیادہ چوڑا ہوتا ہے اور عظم لامی کے قرن اعظم کی نوک کے لیول پر یہ بعض بڑے ہوتا ہے۔ یہاں اسکی پیمائش ۲ انچ ہوتی ہے۔ جہاں یہ مری سے مغزوفہ حلقی (cricoid cartilage) کے لیول پر ملتا ہے وہاں یہ تنگ ترین ہوتا ہے اور اسکا قطر ۳ انچ سے بھی کم ہوتا ہے۔ بلعوم

اتنی بڑی فضا نہیں ہے جتنی کہ یہ فرض کی جاتی ہے۔ کیونکہ (یہ یاد رکھنا ضروری ہے) زمانہ حیات میں اسکو بہت ترچھے رخ میں دیکھا جاتا ہے اسلئے اس کے پیش پس ابعاد کے متعلق بہت مغالطہ خیز خیالات پیدا ہو گئے ہیں۔ دانتوں کی محراب سے لیکر مری کی ابتداء تک کا فاصلہ تقریباً ۶ تا ۷ انچ ہوتا ہے۔ اور اس پیمائش کو اجسام غریبہ کے کالنے وقت یاد رکھنا چاہئے۔ بلعوم میں جو اجسام غریبہ داخل ہو جاتے ہیں انکے حلقہ فی غضروف کے لیول پر اٹک جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ اور یہ مقام بالغ میں انگلی کی پہنچ سے ذرا آگے ہوتا ہے۔ بلعوم میں اجسام غریبہ کے اٹک جانے کی روٹا دوسے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ کہفہ بہت اتساع پذیر ہے اور اس میں بڑی بڑی چیزوں کے کچھ عرصہ تک موجود رہنے کی گنجائش موجود ہے۔ بلعوم کی دیواریں کھوپری کے قاعدہ اور اوپر کے چھ عنقی فقرات سے علاوہ رکھتی ہیں۔ اطلس (atlas) کی محراب اور حنک الصلب تقریباً ایک ہی خط میں ہوتے ہیں اور محور (axis) اوپر کے دانتوں کی آزاد کور کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ بلعوم کا انتہائی سراچھے عنقی فقرہ کا متناظر ہوتا ہے۔ جہاں تک مقدم سطح کا تعلق ہے بالائی فقرات کا امتحان منہ میں سے کیا جاسکتا ہے۔ جب بلعوم کے قریب کی ہڈیوں میں مرض نمودار ہوتا ہے تو متنقصر حصے اس کہفہ میں سے خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اطلس (atlas) اور محور (axis) کے حصے منہ میں سے باہر نکل چکے ہیں۔ نیز قذالی اور وتدی ہڈیوں کے مقابلہ بڑے بڑے ٹکڑے بھی اسی طرح خارج ہو چکے ہیں۔

بلعوم کی غشائے مخاطی عرق دار ہوتی ہے اور باسانی ملہب ہو جاتی ہے اور ایسے التهابات اسلئے کہ انکے حنجوہ کی استری غشائیں تکمیل جانے کا امکان ہوتا ہے، خاص طور پر خط ناک ہونے میں۔ سبوجہ نما کبھی شکلوں (aryteno-epiglottic folds) اور بلعوم کے اس حصے کو انکے قرب وجوار میں ہوتا ہے زیر مخاطی بافت خاص طور پر ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور سبوجی حالتوں میں حنجوہ کا بالائی روزن بعض اوقات تقریباً بند ہو جاتا ہے۔

بلعومی عطفہ (pharyngeal diverticulum) گاہے گاہے اس کی

موضوع دیوار سے اس کے زیر ترین حصہ پر جہاں یہ مری سے مل جاتا ہے یعنی حلقہ فی غضروف (cricoid cartilage) اور چھٹے عنقی فقرہ کے لیول پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہاں یعنی بلعوم کے تنگ ترین حصہ پر کوئی بڑا سائقہ پیچھے کی طرف کو دب سکتا ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جہاں ممکن ہے کہ

تحتانی مضیق (inferior constrictor) اور مروی (cesophageal) عضلات کے درمیان کوئی کمزور جگہ موجود ہو اس حالت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ میں سے غشائے مخاطی کا فوق پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ اپنے مشمولات کے دباؤ سے نیچے کی طرف کو بتدریج بڑھتا چلا جاتا ہے۔ یہ ہمیشہ نہیں بلکہ عام طور پر بآئیں جانب پیدا ہوتا ہے اور انجام کار یہ اتنا بڑا ہو جاتا ہے کہ جس نذیر ورم کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور اسکا منہ بالائی مروی دہنہ سے بڑا ہو جاتا ہے۔ اور اسلئے غذا اور شخصی ذراوں ہر دو کا رجحان مری کی نسبت اس عطفہ میں داخل ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے۔ اس قسم کے عطفات کے مشمولات بہت بدبودار ہوتے ہیں۔ لہذا عملیہ کرتے وقت اس جیب کو اکثر دو مراحل میں علیحدہ کیا جاتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں تاجہ نکشف کر لیا جاتا ہے اور زخم میں سے باہر نکال لیا جاتا ہے اور دوسرے میں آتنا عرصہ گزرنے کے بعد اسے دور کر دیا جاتا ہے جتنا کہ اریبی بافت کے پیدا ہونے اور اتصالی استروپوں کے بند ہو جانے کے لئے کافی ہو اس طرح انتشار سرائت جو نیچے کی طرف گردن یا شانڈ منصف ہائے مدری میں ہو جائے رک جاتا ہے۔

184

بلعوم کی غشائے مخاطی میں بہت سی غدہ آسا بافت (adenoid tissue) منقسم

ہوتی ہے! اور التهاب بلعوم (pharyngitis) کے مختلف اقسام میں بھی بافت التهاب کا ابتدائی عمل ہوتی ہے۔ انفی بلعوم (nasopharynx) کی چھت میں غدہ آسا بافت کا ایک نمایاں اجتماع یعنی بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ ۱۲۱)۔ یہ دبیز غشائے مخاطی میں مدفون ہوتا ہے اور ناک کے فاسل کے قاعدہ سے لیکر کھوپری کے قاعدی زائده کے نقطہ وسطی تک پہنچتا ہے۔ لوزہ کے مرکز پر ایک شتقاق یا انخفاس کا نشان ہوتا ہے جو غشائے مخاطی کے دو یا تین ٹکٹوں سے جنہیں غدہ آسا بافت بافراط موجود ہوتی ہے گھرا ہوتا ہے۔ تقریباً دسویں سال میں یہ اپنی اعظم جسامت تک پہنچتا ہے۔ جانب پر یہ ان گوشوں کی طرف چلا جاتا ہے جو یوسٹیکیان (Eustachian) نلیوں کے پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ ان گوشوں کے اوپر تک چلا جاتا ہے اور اس طرح مذکورہ نلیوں کے آزاد فتوح کو بند کر دیتا ہے۔ غدہ آسا بافت کے اس مطروح میں بعض اوقات بیش پرورشی تغیر واقع ہو جاتا ہے اور وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے جو "آسا روئیدگی" (adenoid vegetations) یا "پس انفی بالیدوں" (post-nasal growths) کے نام سے موسوم ہے۔ ان بالیدوں سے بہر اپن پیدا ہو سکتا ہے اور بعض اوقات

موخر منخرین بھی بند ہو جاتے ہیں۔ انکو عملیہ سے دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے اور ان کی رسد چھوٹی چھوٹی شریانوں سے آتی ہے جو داخلی فکلی شریان (ویدیوسی: Vidian) اور جنیجی جنکی (pterygo-palatine) اور صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) سے نکلتی ہیں۔ انکی وریدیں بلعومی ضغیرو سے ملتی ہیں اور انکے عروق لف پس بلعومی غد میں سے ہو کر عمیق عنقی غد میں جا کر خالی ہوتے ہیں۔

بلعومی دیواروں کی باہر کی جانب کے ساتھ کی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور یہ انتشار انصبا کی مساعدت کرتی ہے۔ چنانچہ یہ مشاہدہ میں آچکا ہے کہ بلعوم کے حاد التهاب میں انصبا بمری کے ساتھ ساتھ منتشر ہوتا ہوا موخر منصف تک پہنچ جاتا ہے اور نیز ڈایا فرام تک بھی بڑھ جاتا ہے۔

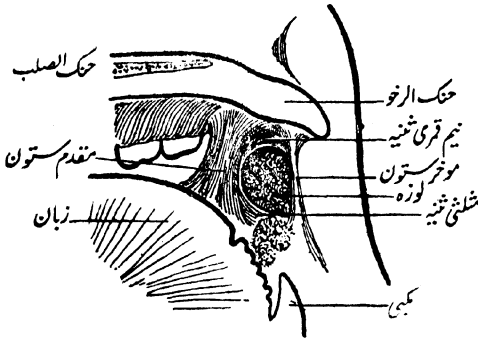
185

بلعوم کے پیچھے جو ڈھیلی ڈھالی بافت موجود ہوتی ہے اسیں پس بلعومی خراج کی

دو اہم قسمیں پیدا ہو سکتی ہیں۔ شکل ۲۹ صفحہ 201 کے متعلق اگر یہ تصور کر لیا جائے کہ یہ گردن کی ایک بلند تر لیول پر کی تراش ہے تو اس سے یہ ظاہر ہوگا کہ بلعوم کے پیچھے کچھ فضائی بافت موجود ہے جس میں عروق لف اور لمفی غد موجود ہوتے ہیں اور اسکے پیچھے پیش فقری ردا اور پیش فقری عضلات اور عنقی عمود کی ہڈیاں ہیں۔ پس بلعومی خراج خاص کر بچوں میں پیش فقری ردا کے آگے کی لمفی بافت میں پیدا ہو سکتا ہے یا اور یہ بلعومی دیوار کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے جس سے حنک لڑخو مخفض ہو جاتا ہے اور یا بھر نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسا خراج بالعموم حاد اور غیر تدرئی ہوتا ہے اور ہڈی سے اسکا تعلق نہیں ہوتا۔ اسکو منہ میں سے کھول کر اسکا تخلیہ کیا جا سکتا ہے بشرطیکہ سانس کے ذریعہ سے پیپ کے اندر نہ جانے کے متعلق احتیاط کی جائے۔ خراج کی دوسری قسم شوک کے تدرئی مرض سے پیدا ہوتی ہے۔ اور یہ پیش فقری ردا کے پیچھے واقع ہوتی ہے۔ چونکہ خراج کو عفونت دار منہ میں سے کھولنے سے اس میں مخلوط سرائت کا پیدا ہونا یقینی ہوتا ہے جس سے شوکی مرض شدید ہو جاتا ہے اسلئے دہنی راستہ ہرگز اختیار نہ کرنا چاہئے۔ مولہ بالا شکل کو بار دگر دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ اس قسم کے خراج کو عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) کے پیچھے شکاف دینے اور اس عضلہ اور سباتی خلا (carotid sheath) اور پیش فقری ردا کو آگے کی طرف کو کھینچنے کے بعد چھٹی یا پچھاری کی ٹونٹی داخل کرنے سے خالی کیا جا سکتا ہے (اور بعد میں بند بھی کیا جا سکتا ہے)۔

بہت سی اہم ساختیں بلعوم کی جانبی دیوار سے علاقہ رکھتی ہیں اور انہیں سے زیادہ اہم

داخلی سباتی (internal carotid) شریان عصب تائیسہ (vagus) لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) اور تحت اللسانی (hypo-glossal) اعصاب ہیں (شکل ۳، صفحہ ۱۸۴)۔ داخلی سباتی شریان بلعوم کے اتنی نزدیک ہوتی ہے کہ منہ میں انگلی ڈال کر اسکا نبضان محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ اور گردن کی دوسری عمیق ساختیں بعض اوقات ایسے اجسام غریب سے جو منہ کے اندر کی طرف سے بلعوم میں سے عنقی بافتوں میں داخل کئے جائیں زخمی ہو سکتی ہیں۔ داخلی و دارجی (internal jugular) ورید بلعوم سے خاص کر اسکے بالائی حصہ میں



شکل ۳۵ - حلقوم کے سستونوں اور لوزہ کی تصویر۔

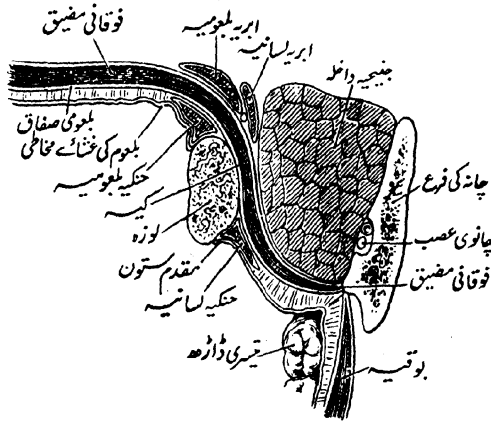
کچھ فاصلہ پر ہوتی ہے (شکل ۳۷ صفحہ ۱۴۸)۔ زائڈ ابریہ (جس حالت میں کہ یہ نمایاں ہو) اوپر نیز متعظم ابری لامی (stylo-hyoid) رباط بھی لوزہ کے عین پیچھے بلعوم کی جانب پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں متعظم رباط غلطی سے جسم غریب تصور کر لیا گیا ہے اور اس کے استیصال کی کوشش کی جا چکی ہے۔

186

لوزہ (شکل ۳۵ و ۳۶) مقدم و موخر حنکی محرابوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ باہر کی طرف یہ فوقانی مضیق (superior constrictor) عضلہ سے تعلق رکھتا ہے (شکل ۳۷، صفحہ ۱۴۸)۔ اور جہاں تک اسکی سطح کا تعلق ہے یہ نیچے کے جبرے کے زاویہ کا متاثر ہوتا ہے۔ جب اس میں بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے تو اس تودہ کا رجحان خط وسطی کی جانب بڑھنے کی طرف ہوتا ہے

جہاں اسے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی اور اس کے خارجی تعلقات پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔ گردن کا وہ تودہ جو اکثر غلطی سے کلانی یافتہ لوزہ تصور کر لیا جاتا ہے، کلانی یافتہ غد سے جو عظم لامی کے قرن اعظم کی نوک پر اور داخلی و داخلی (internal jugular) ورید کے اوپر واقع ہوتے ہیں بنا ہوتا ہے۔ یہ غد لوزی عروق لمف وصول کرتے ہیں اور جملہ لوزی عوارض میں یہ تقریباً ہمیشہ کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ یہ امر کہ جب عمقی غد تدرن زدہ ہوتے ہیں تو پہلے پہل

187



شکل ۳۶۔ لوزہ اور اسکے کیسہ اور تونہائے حلقوم میں سے افقی تراشش۔

انہی غد میں کلانی واقع ہوتی ہے لوزہ کے ابتدائی سرائت کا ایک عام محل ہونے کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

لوزہ بلعومی دیوار سے اتنی مضبوطی سے چسبیدہ ہوتا ہے کہ یہ بلعومی عضلات کے حرکات متاثر ہوتا ہے (شکل ۳۶)۔ چنانچہ نکلنے کے فعل کے دوران میں فوقانی مضیق عضلا اسکو اندر کی طرف کو حرکت دیتا ہے اور بخلاف اسکے عضلا ابرو بلعومیہ (stylo-pharyngeus) سے یہ باہر کی جانب کو کھینچ سکتا ہے۔ غد تک جس آسانی سے رسائی ہو سکتی ہے اسکا انحصار بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں اس امر پر ہے کہ عضلا ابرو بلعومیہ (stylo-pharyngeus) سے یہ کس حد تک کھینچ سکتا ہے۔

اور مقدم تنگی محراب جو اسکو کیقدر پوشیدہ کر دیتی ہے کتنی نمایاں ہے۔ جس بچہ کی مقدم تنگی محراب نمایاں ہو اور عضلہ تنکیہ لسانہ (palato-glossus) جو اس میں موجود ہوتا ہے کچھ نمایاں ہوا اور اسکا عضلہ ابریلومومہ (stylo-pharyngeus) ملتا توڑ سہاڑی گولٹین (guillotine) بعض اوقات بہت عرصہ تک کارگر نہیں ہوتا۔ تاہم لوزہ سالم معہ منقسم کسبہ کے نکالا جاسکتا ہے اور اسے نکالنا بھی سب طرح چاہئے۔ جس حد تک لوزہ ستونوں کے لیول سے اوپر بڑھا ہوتا ہے اس سے اسکی حقیقی جسامت ظاہر نہیں ہوتی (پائی بس: Pybus)۔

لوزہ کی شکل اختلاف پذیر ہوتی ہے اور یہ اکثر تین تودوں میں منقسم ہوتا ہے۔ اور اکثر التعلہ ملحقہ جات کے علاوہ اسکے بالائی حصہ میں جہاں مقدم اور موخر ستون تک الرخوسے ملتے ہیں ایک گوشہ یا جیب — لوزی گوشہ (tonsillar recess) — بھی ہوتی ہے۔ یہ گوشہ اُس پہلی حثوی درز کا جس میں لوزہ نے نوپا یا تھا بقیہ حصہ ہوتا ہے (سکب ہٹ: Secombe Hett)۔ مقدم ستون سے غشاء مخاطی کا ایک واضح اور باریک شکن جیسے کی طرف کوجا کر لوزہ پر ختم ہوجاتا ہے۔ مثلثی مثلثی (plica triangularis) (شکل ۲۵) — اور ایک اور شکن بھی بعض اوقات لوزی گوشہ کے اوپر سے ستونوں کو ملا دیتا ہے (شمنیہ ہلالی: plica semilunaris)۔ لوزہ فوقانی مضیق (superior constrictor) سے ایک باریک لینی کسبہ کے ذریعہ سے علحدہ ہوتا ہے (شکل ۲۶)۔ اس کے عروق لف عضلہ مضیق کو مشق کرتے ہیں۔ لوزہ کی دو بڑی قس میں سلیم کبجی کہتی ہیں: مدفون (embedded) جس میں غدہ آسافات میں ستونوں کے لیول کے نیچے زیادتی واقع ہوجاتی ہے اور منفل (projecting) جس میں یہ زیادتی زیادہ تر کشف حصہ میں پائی جاتی ہے۔ (ایس۔ ہٹ: S. Hett)۔ کلانی یافتہ لوزہ اکثر بلحوم میں بخوبی تطلیل کرتا ہے اور اس کے آزاد سرے کا رقبہ اس کے قاعدہ یعنی مدفون حصہ سے زیادہ ہوتا ہے لہذا لوزہ کو گولٹین (guillotine) کے حلقہ میں داخل کرنے کے لئے حلقہ کو منفل لوزہ پر نیچے سے اوپر کی طرف کپور دیا جائے اور پھر اسے اس طرح چھرا دیا جائے کہ چاقو زیادہ انتصابی سمت میں آجائے۔

عاذور (quinsy) میں فوق لوزی گوشہ میں خراج نجاتا ہے اور حکم الرخوم سے یہ نہایت موثر طریقہ سے کھولا جاسکتا ہے۔

جب لوزہ بیش پروردہ ہوجائے تو بہرے پن کی بھی شکایت کی جاتی ہے۔ یہ بہرے پن یوسٹیگین نیلوس (Eustachian tube) کے کلانی یافتہ تودہ کے بلا واسطہ دباؤ سے بند ہوجانے سے

پیدا نہیں ہوتا۔ ایسے دباؤ کا پیدا ہونا شتریحی نقطہ نگاہ سے ناممکن ہے۔ مگر عظیم الجسامتہ لوزہ تک لوزہ میں خلل انداز ہونے کی وجہ سے نالی کے انفتاح پر اثر کرتا ہے اور اس کی وساطت سے عضلہ ناشتر الحنک (tensor palati) بھی متاثر ہو جاتا ہے جو کیوسٹیکین (Eustachian) نلی کو کھلا رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ ایسی حالتوں میں بہرا پن دباؤ کے اثرات سے پیدا ہونے کی بجائے غالباً پیش پرورشی عمل کے استمری غشائے تک پہنچ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ لوزہ کے دور کرنے کے کچھ عرصہ بعد تک بھی اس میں کچھ اصلاح نہیں ہوتی۔

لوزی بافت متعذر طاقیجات کے ارد گرد زیادہ تر مجتمع ہوتی ہے (شکل ۴۶)۔ ان گوشہ جات میں مجوس سر حلی ساختوں کے تحلیل ہو جانے سے سانس بدبودار ہو جاتا ہے جیسا کہ لوزہ کے کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں اکثر پایا جاتا ہے اور التهاب کے حملہ کو بھی جس کے ایسے لوزہ پر ہونے کا احتمال ہوتا ہے شاید یہی تحریک دیتا ہے۔ ان طاقیجات میں بعض اوقات حصیات بھی بنتے ہیں اور ان سے شنجی کھانسی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں سانی (بلعومی - glosso-pharyngeal) عصب درآسوفی کو تنفسی مرکز تک لیجا تا ہے۔

لوزہ کثیر العروق ہوتا ہے۔ اور اس کو خون وہی شریان کی لوزی اور حکی شانوں سے اور داخلی فکی (internal maxillary) کی نزولی حکی (descending palatine) شاخ سے اور سانی شریان کی شاخ ظہر اللسانی (dorsalis linguæ) سے اور صوفی لہوی (ascending pharyngeal) سے آتا ہے۔ لہذا لوزہ کو دور کرنے کے عمل میں اکثر بہت سانس واقع ہوتا ہے۔ داخلی سباتی (internal carotid) شریان لہجوم کے قریب واقع ہوتی ہے۔ مگر اس غدہ سے کسی قدر پیچھے ہوتی ہے (شکل ۴۷، صفحہ 148)۔ یہ عرق در حقیقت جسم مذکور سے تقریباً ۱/۲ انچ پیچھے ہوتا ہے۔ اور لوزہ کے استیصال کے دوران میں اس کے زخمی ہونے کا نسبتاً کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ داخلی وداچی (internal jugular) ورید لوزہ سے معتد بہ فاصلہ پر واقع ہوتی ہے۔ وہی شریان اپنے معنی درجہ میں لوزہ کے قریب واقع ہوتی ہے۔ اہم معنی ساختوں میں سے سانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب لوزہ سے قریب ترین ہوتا ہے۔ مزید برآں صوفی بلعومی عرق بھی اس سے قریبی علاقہ رکھتا ہے۔ اگرچہ یہ عرق چوٹا سا ہوتا ہے مگر اسکا جریان خون ہلک ثابت ہو چکا ہے۔

لوزہ میں اکثر خصیئت بالیدیس مثلاً سر حلی سلعات اور لمفی لحمی سلعات بھی پیدا

ہو جاتے ہیں۔ ایسے سلعات منہ میں سے دور کئے جا چکے ہیں، مگر ان کا تدارک عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) کی مقدم کور کے ساتھ ساتھ گردن میں شکاف دینے سے زیادہ مناسب طور پر کیا جاسکتا ہے (عملیہ چیور: Cheever's operation)۔

بائیں گردن

زیر چانوی خط میں جلد ڈھیلی اور باریک ہوتی ہے۔ لہذا سمعہ کے نزدیک ترقیبی عملی جاتا میں یہ دامن بنانے کے لئے کارآمد ہوتی ہے۔ عضلہ منتشرہ (platysma myoides) اوپر کی طرف جہڑے سے پسیدہ ہوتا ہے اور عقی جلد سے بخوبی ملا ہوتا ہے۔ زیر جلدی شحم کی مقدار گردن کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ فوق لامی خط میں اس میں نموکے بافراط پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور اس سے ایک منتشر شحم سلعی مطروح پیدا ہو جاتا ہے۔ جو غبغبہ (double chin) کے نام سے موسوم ہے۔ اسی طرح کے ایک منتشر شحمی تغیر کے زیر قذالی خط میں پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے اور مختص المقام کیسہ بتدخمی سلعات میں کم اور گردن اور فوق ترقوی خط جات میں واقع ہونے کا بہت میلان پایا جاتا ہے۔ یہ سلعات زیر فکی اور سباتی (carotid) مثلثوں میں نادر الوقوع ہیں۔

گردن کی گڈی پر جلد موٹی اور منضم ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ دیسلوں (furuncles) اور نشب چراغوں (carbuncles) میں جو اس محل پر خاص کر ذیابیطس اور التهاب گردن کے مریضوں میں پائے جاتے ہیں آتنا شدید درد ہوتا ہے۔

سطحی تشریح - عظمی نقاط - مندرجہ ذیل مناظر لیول خاص کر شعاع نگاری کی عکسی تصویروں کے پڑھنے کے سلسلہ میں دلچسپی رکھتے ہیں:-

عظم لامی (hyoid bone) جو تھے عنقی فقرہ اور لسانی ثمریان کے خارجی سبباتی (external carotid) سے نکلنے کے مقام کی متناظر ہوتی ہے۔

درقی غضروف کا بالائی کنارہ چوتھے فقرہ کے بالمقابل مشترک سبباتی (common carotid) کے دو شاخوں میں تقسیم ہونے کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔

حلقی غضروف (cricoid cartilage) ان مقامات کا متناظر ہے۔ چھٹے عنقی فقرہ کا نام اور اس مقام کا جہاں مشترک سبباتی ثمریان عضلہ کمنٹیہ لامیہ (omo-hyoid) کو عبور کرتی ہے اور فقری ثمریان کے فقری ثمریاتی مورخ (vertebrarterial foramen) میں داخل ہونے کے مقام کا اور شے سے نیک (Chassaignac) کے سبباتی درنہ کے لیول کا جس کے بالمقابل مشترک سبباتی ثمریان کو زرف کی فوری ضرورت میں مضبوط کیا جاتا ہے قفس (sternum) کا بالائی حاشیہ دوسرے اور تیسرے لہری فقرات کے درمیانی قفس کے لیول پر ہوتا ہے۔

گردن کی پشت پر ایک وسطانی طولی میزاب ہوتا ہے جو قفائینہ (inion) سے لے کر ان فرازات کے درمیان سے جو ہر ایک جانب کے عضلہ منحرف (trapezius) اور عضلہ مرکبہ (complexus) سے بنتے ہیں نیچے کی طرف کو آتا ہے۔ اسکے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے محور (axis) کا شوک نظر ہوگا اور اسکے نیچے وہ جید نظر ہوتا ہے جو تیسرے چوتھے پانچویں اور چھٹے عنقی فقرات سے بنتا ہے مگر شوک جات بالعموم فرداً فرداً تمیز نہیں کئے جاسکتے۔ گردن کی جڑ پر فقرہ مرتفعہ (vertebra prominens) کا شوک عام طور پر بہت نمایاں ہوتا ہے۔

اطلس (atlas) کا مستعرض زائدہ زائدہ حلیہ (mastoid process) کی نوک کے عین نیچے اور سامنے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ شوکی معین (spinal accessory) عصب اس زائدہ کے اوپر سے یا اس کے نیچے سے گزرتا ہے فوقی ترقوی حشرہ (supraclavicular fossa) کے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے ساتویں عنقی فقرہ کا مستعرض زائدہ شناخت کیا جاسکتا ہے۔ عضیل گردن کی افقی تراش میں جو چھٹے عنقی فقرہ کے لیول کے قریب سے لیگیٹی ہو اسی فقرہ کا تمام جسم تراش کے مقدم نصف میں دکھائی دیتا ہے۔

خط وسطی۔ زیر ذقنی (submental) خط میں عظم لامی (hyoid bone) کا جسم اور قرن اعظم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور اس سے ایک انگلی کی چوڑائی بھر نیچے درقی غضروف اور

اس سے نیچے حلقی (ericoid) غضروف، ملحقہ درتی فضا (crieo-thyroid space) اور قصبہ (trachea) شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتا جاتا ہے عمقی ہوتا جاتا ہے۔ چنانچہ قصب کے بالائی کنارہ پر سطح سے تقریباً ۱ انچ دور ہوتا ہے فتحة المزمار (rima glottidis) درتی غضروف کے مقدم حاشیہ کے وسط کا تناظر ہوتا ہے۔

193

غده درتیه (thyroid gland) تا وقتیکہ کلانی یافتہ نہ ہو بالتحقیق شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ اسکی خاکنائے (isthmus) قصبہ (trachea) کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے۔

مقدم و داجی وریدیں (anterior jugular veins) خط وسطی کی ہر ایک جانب پر عضلات قصیلمیہ (sterno-hyoid muscles) پر سے اترتی ہیں۔ یہ زیر چانوی خط میں شروع ہوتی ہیں اور ترقوہ کے اندرونی سرے کے عین اوپر ردا کو منتقل کرتی ہیں اور عضلہ قصیلمیہ (sterno-mastoid) کے مبدل کے نیچے سے گزر کر خارجی داجی (external jugular) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ مقدم درتی وریدیں قصبہ (trachea) کے سامنے خاکنائے کے نیچے واقع ہوتی ہیں۔

گردن کی جانب (شکل ۴) عضلات - عضلہ قصیلمیہ

(sterno-mastoid muscle) خاکسکر دبلے اشخاص میں اور جبکہ یہ فعل کر رہا ہو کئی نایاں خصوصیت رکھتا ہے۔ مریض کے ٹھڈی کو دوسری جانب اور نیچے کی طرف کو پھرانے سے جبکہ مستحق کاٹا اسکی حرکت کی مزاحمت کر رہا ہو یہ عضلہ نمایاں کیا جاسکتا ہے۔ اسطرح یہ معلوم کیا جاسکتا ہے کہ آیا کوئی زیر بحث ورم اس عضلہ کے نیچے سے گزرتا ہے یا اوپر سے، اور آیا یہ اس سے آزاد ہے یا اس سے چسپیدہ۔ ایک رابطہ شاخ جو وجمی ورید سے آتی ہے عام طور پر اس عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور مقدم و داجی ورید سے گردن کے نیچے کے حصہ پر مل جاتی ہے۔ اگر اس عضلہ کے قصبی اور ترقوی حصول کے درمیانی وقفہ میں سے جو بالعموم بخوبی نمایاں ہوتا ہے ترقوہ کے عین قریب سے ایک سوئی جھونک دیجائے تو یہ دائیں جانب پر اس مقام کو چھوٹگی جس پر لاسمی شریان دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے اور بائیں جانب پر یہ سباتی عرق (carotid vessel) کے پار ہو جائے گی۔ دوشکمی عضلہ (digastric) کا موخر شکم اس خط کا تناظر ہوتا ہے جو زائده حلیہ (mastoid process) سے عظم لامی (hyoid bone) کے مقدم حصہ تک کھینچا جاتا ہے۔

عضلہ کتفیبہ لامیہ (omo-hyoid) کا مقدم شکم اس طرحے خط کی متابعت کرتا ہے جو عظم لامی کے شکل ۴۷۔

104

یہ تصویر گردن کی جانب اور
سامنے کی طرف کی جانگاری
ظاہر کرتی ہے۔

(ہیٹزمن: Heitzmann)

کے مطابق)۔

۱۔ ایس ایزیئریاں ۲۔ وجہی

عصب ۳۔ عضلہ قصیبہ حلیمیہ

۴۔ قذالی شریاں ۵۔ داخلی

سبائی شریاں ۶۔ شوکی معین

عصب (عضلہ قصیبہ حلیمیہ سے

گزرتا ہے)۔ ۷۔ داخلی وداجی

ورید ۸۔ عضلہ ابریہ لامیہ۔

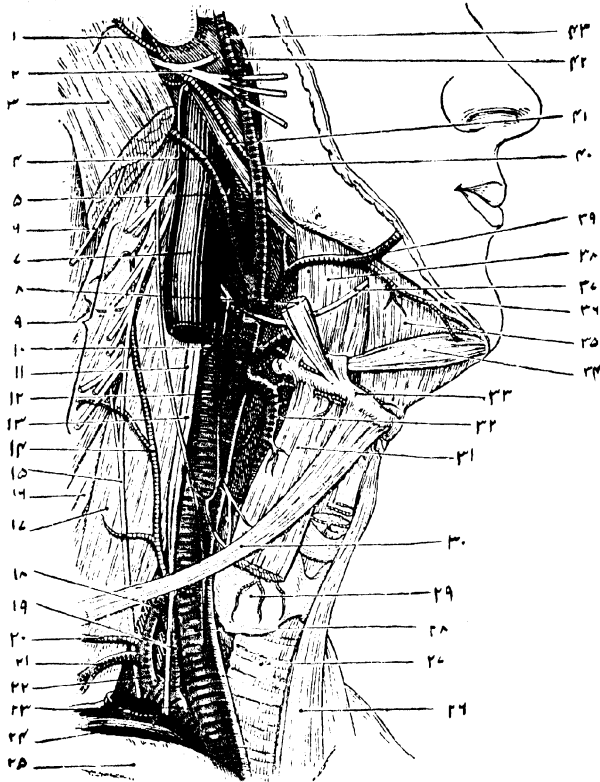
۹۔ عنقی ضغیرہ۔ ۱۰۔ ایسانی شریاں

۱۱۔ جبل مشارکی۔ ۱۲۔ نزولی

تحت اللسانی عصب۔ ۱۳۔ عصب

تائیہ۔ ۱۴۔ معوری عنقی شریاں۔

۱۵۔ ڈایا فرامی عصب۔



۱۶۔ عضلہ ضغیرہ۔ ۱۷۔ عضلہ مختلف الاشاع مقدم۔ ۱۸۔ تحتانی درقی شریاں۔ ۱۹۔ فقری شریاں۔ ۲۰۔ مستعرض

منقی شریاں۔ ۲۱۔ فوقی کتفی شریاں۔ ۲۲۔ درقی محوری شریاں۔ ۲۳۔ زیر ترقوی شریاں۔ ۲۴۔ زیر ترقوی درید۔ ۲۵۔

ترقوبہ۔ ۲۶۔ عضلہ قصیبہ لامیہ۔ ۲۷۔ قصیبہ۔ ۲۸۔ شریاں کتفیبہ لامیہ۔ ۲۹۔ درقی نعدہ۔ ۳۰۔ عضلہ کتفیبہ لامیہ۔

۳۱۔ عضلہ قصیبہ درقیہ۔ ۳۲۔ فوقانی درقی شریاں۔ ۳۳۔ عظم لامی۔ ۳۴۔ دو شکی عضلہ (مقدم شکم)۔ ۳۵۔ عضلہ جانجیبہ لامیہ۔

۳۶۔ زیر ترقوی شاخ وجہی شریاں کی۔ ۳۷۔ تحت اللسانی عصب۔ ۳۸۔ عضلہ لامیہ رائیہ۔ ۳۹۔ وجہی شریاں۔ ۴۰۔ خاز

سبائی شریاں۔ ۴۱۔ عضلہ ابریہ بلومیہ۔ ۴۲۔ اندرونی کتفی شریاں۔ ۴۳۔ سطحی ضدغی شریاں۔

اگلے حصہ سے نیچے کی طرف سباتی شریان (carotid artery) کے خط کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل قطع کرتا ہوا کھینچا جائے۔ اس کا موضوعہ شکم پتی گردنوں میں خاص کر جبکہ یہ فعل کر رہا ہو تو قود سے عین اوپر اور اسکے تقریباً متوازی گدزنا ہوا ساخت کہا جاسکتا ہے۔ اگرچہ عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) اور عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle) کے موضوعہ کناروں کا رخ بالکل ایک سا نہیں ہوتا مگر پھر بھی یہ ایک دوسرے کے تقریباً متناظر ہوتے ہیں۔

195 عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) کی عصبی رسد شو کی معین (spinal accessory) اور دوسرے اور زنجیرے عنتی اعصاب سے حاصل ہوتی ہے (صفحہ 198)۔ مدرن زدہ غد کا اور خاکسکران غد کا استیصال کرتے وقت اس کو ضرر پہنچ جاتا ہے جو داخلی وراجی ورید پر جڑ کے زاویہ کے پیچھے اور نیچے واقع ہوتے ہیں جہاں شو کی معین عصب (spinal accessory) کے گرد عذی التہابی بافت (periadeninitic tissue) میں پسند جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

کم عمر بچوں میں بعض اوقات اس عضلہ میں ایک محکم سلعہ پایا جاتا ہے اور یہ اس دموی سلعہ کے تعقیب کا نتیجہ ہوتا ہے جو بوقت پیدائش اسکے ریشوں کی دریدگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔

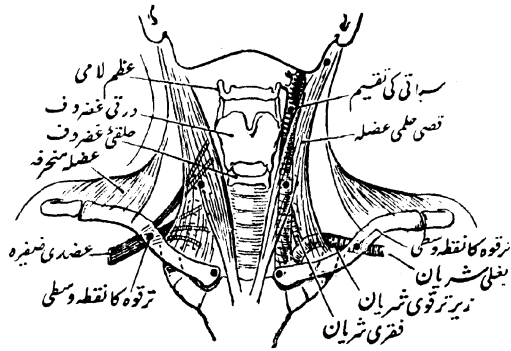
عروق مشترک سباتی شریان (common carotid artery) اس خط

ظاہر کی جاتی ہے جو قصبی تر قوی جوڑ سے لیکر چاند کے زاویہ اور حلی زائدہ کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے۔ یہ عروق درقی غضروف کے بالائی گناہ پر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی یہ اس نقطہ سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر بھی تقسیم ہوتا ہے۔ عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) اس کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل یعنی چھ معنی فقرہ کے لیول پر عبور کرتا ہے۔ اور تقریباً اسی مقام پر اس شریان کو وسطی درقی ورید بھی کاٹی ہوئی گزرتی ہے۔ داخلی و وراجی ورید (internal jugular vein) کا خط بڑی شریان کے خط سے عین باہر کی طرف ہوتا ہے۔ شریان اور ورید دونوں عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) کے مقدم کنارہ کے نیچے واقع ہوتی ہیں اور عمومی سباتی خلاف (general carotid sheath) میں بند ہوتی ہیں، جو عمومی عنتی ردا سے حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 202)۔ اس خلاف میں مشترک

خارجی و داخلی ورید (external jugular vein) اس خط کی متابعت کرتی ہے جو چاقوی زاویہ سے لیکر ترقوہ کے نقطہ وسطیٰ تک کھینچا جائے۔

زیر ترقوی شریان (subclavian artery) گردن کی جڑ پر ایک منحنی بنائی ہے (شکل ۲۸)۔ اس منحنی کا ایک سراسری ترقوی جوڑ کا قناظر ہوتا ہے اور دوسرا ترقوہ کے نقطہ وسطیٰ کا۔ منحنی کی چوٹی اس ہڈی سے تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ اونچی ہوتی ہے۔ یہاں سے آگے بڑھ کر یہ پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ بازو کی بڑی شریان کا عمومی عمر زیر ترقوی کے

197



شکل ۲۸۔ نیکل عضدوی ضغیرہ، زیر ترقوی اور سباتی شریانوں کی وسطیٰ ترمیموں کو ظاہر کرتی ہے۔

ابتدائی منحنی کے بعد ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے غمراہی زائدہ (coracoid process) کے پاس سے گزرتا ہوا پیش مرفعی سفر کے نقطہ وسطیٰ تک کھینچا جائے جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر بیٹھ ہوا اور ہاتھ مینطوح ہو۔ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) زیر ترقوی شریان کو تین حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ پہلے حصہ تک جراحی نقطہ نگاہ سے مشکل سے رسائی ہو سکتی ہے، کیونکہ اسکے سامنے چوڑی واٹھلی جو خارجی ورید (internal jugular vein) اور عصب تائبہ (vagus nerve) اور مشارکی کا ایک چمبہ واقع ہوتے ہیں۔ دائیں جانب پر بازو گردن جنبری عصب (recurrent laryngeal nerve) اسکے پیچھے سے چمبہ بنا تا ہے! اور بائیں جانب پر صدری قنات (thoracic duct) کی ڈالنا نما انتہا اس سے

قریبی تعلق رکھتی ہے۔ دوسرا حصہ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے پیچھے ہوتا ہے، جو اسکی تناظر و رید کے دوسرے حصہ کو اس سے علیحدہ کرتا ہے۔ تیسرا حصہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے بیرونی کنارہ اور پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ کے درمیان ترقوہ کے وسطی ثلث کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی و داخلی و رید اور عضلہ کتقیہ لاسیہ (omo-hyoid) کا موضوع شکم اس سے مقدم تعلق رکھتے ہیں۔ زیر ترقوی و رید آگے اور پیچھے ہوتی ہے اور عضلہ ضغیرہ (brachial plexus) اوپر ہوتا ہے۔ اس ضغیرہ کا سب سے نیچے کا ٹنڈا اکثر اس شریان کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ مگر اس وضع میں جبیں جارحہ اس حصہ کے قرب و جوار پر عملیہ کے لئے رکھا جاتا ہے (یعنی مروڑ کر مریض کی کمر کے پیچھے کر دیا جاتا ہے) ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عصبی تناجھسل کر سیکڑ آگے آجاتا ہے۔ فوری ضرورت کی حالت میں اس شریان کو ترقوہ کے اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کی طرف دباؤ ڈالنے سے پہلی پسلی پر مضبوط کیا جاسکتا ہے جبکہ بازو اچھی طرح سے نیچے کی طرف کو کھینچا ہو۔ زیر ترقوی و رید شریان کے نیچے اور اس سے مقدم مستوی پر واقع ہوتی ہے، اور ساری کی ساری ترقوہ کے نیچے چھپی ہوتی ہے۔

فوق کتقی (suprascapular) اور مستعرض عنقی (transverse cervical) شریانیں ترقوہ کے متوازی جاتی ہیں۔ قبل الذکر ہڈی کے عین پیچھے ہوتی ہے اور موخر الذکر اس کے عین اوپر۔

اعصاب۔ گردن کے بڑے بڑے سطحی اعصاب کا محل چھ خطوط سے جو عضلہ قصبیہ

(sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے وسط سے کھینچے جاتے ہیں کافی اچھی طرح سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ اس نقطہ سے جو خط آگے کی طرف کو عضلہ قصبیہ حلیہ کے طول محور کو زاویہ قائمہ پر کاٹتا ہوا کھینچا جائے وہ سطحی عنقی عصب (superficial cervical nerve) (جلدی عنقی عصب nervus cutaneus colli) کا تناظر ہوتا ہے۔ دوسرا خط جو اس عضلہ کو کاٹتا ہوا اسیوں ان لائن کے نیچے تک خارجی و داخلی (external jugular) و رید کے متوازی کھینچا جائے وہ عظیم ازہبی عصب (great auricular nerve) کا تناظر ہوتا ہے اور تیسرا خط جو عضلہ قصبیہ حلیہ کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ چاندلی تک کھینچا جائے صغیر قذالی عصب (small occipital nerve) کے صحرکی نشاندہی کرتا ہے۔ ان خطوط کو اگر نیچے کی طرف اس طرح بڑھایا جائے کہ وہ قفس (sternum) ترقوہ کے وسطی حصہ اور اکرومی (acromian) کو کاٹتے ہوئے گذریں تو وہ فرداً فرداً مقدم وسطی

اور موضوع فوق تر قوی اعصاب کو ظاہر کریں گے۔

نخاعی معین (spinal accessory) عصب و دایمی سورانج (jugular)

199

(foramen) کے وسطی خانہ میں سے نکلتا ہے اور دایمسی و دایمی وریڈ کے سامنے سے (اور بعض اوقات پیچھے سے) گزر کر اطلس کے مستعرض زائده کو اوپر یا معین نیچے سے کاٹتا ہوا عضلہ قصبیہ حلیہ کی عمیق سطح میں داخل ہو جاتا ہے اور اسکے موخر کنارہ سے باہر نکل کر موخر مثلث کو عبور کرنے کے بعد عضلہ منخرنسم (trapezius) میں پہنچ جاتا ہے۔ اس کا ممریوں ظاہر کیا جاسکتا ہے:- اطلس کے مستعرض زائده سے اس نقطہ تک جو عضلہ قصبیہ حلیہ کی مقدم کور پر زائده حلیہ کی نوک سے ۲ انچ نیچے واقع ہو۔ یہاں سے زائده قصبیہ حلیہ کے موخر کنارہ کے نقطہ وسطی تک اور آگے چل کر عضلہ منخرنسم (trapezius) کی مقدم کور کے برین اور وسطی ایک تہائی حصول کے مقام اتصال تک (شکل ۳۸ صفحہ ۱۵۱) عضلہ قصبیہ حلیہ کو نخاعی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں اور عضلہ منخرنسم (trapezius) کو نخاعی معین عصب اور تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

ڈایا فرامی عصب (phrenic nerve) چوتھے اور تیسرے اور پانچویں

عنقی اعصاب سے درقی غضروف کے نقطہ وسطی کے لیول کے قریب قریب پیدا ہوتا ہے اور عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے اوپر سے گر عضلہ قصبیہ حلیہ (sterno-mastoid) کے نیچے سے ہوتا ہوا تر قوہ کے قصبی سرے کے پیچھے کے ایک نقطہ تک پہنچ جاتا ہے۔

عضدی ضغیرہ (brachial plexus) بعض اوقات بہت دبلے اشخاص میں

محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسکی بالائی حد ایک خط سے ظاہر کیجا سکتی ہے جو اس نقطہ سے لیکر جو حلقی درقی فضا (crico-thyroid space) کے تقریباً مقابل ہو گردن کی جانب پر تر قوہ کے نقطہ وسطی کے ذرا باہر تک کھینچا جائے (شکل ۳۸)۔

جب ایک طرف کا عضلہ قصبیہ حلیہ (sterno-mastoid) عضلہ مقابل کے شلل یا

شنجی انقباض یا کسی خلقی نقص کی وجہ سے اتوارانہ منقبض ہو جاتا ہے تو ایک عارضہ پیدا ہو جاتا ہے جو کج گردنی (wry-neck) کے نام سے موسوم ہے۔ کج گردنی میں سر کی جو وضع ہوتی ہے اس سے قصبیہ حلیہ کا اثر جبکہ یہ پورا فعل کر رہا ہو صحیح صحیح طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ سر ذرا آگے کی طرف کو

نمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹھڈی تندرست جانب کی طرف پھر جاتی ہے اور ماؤف جانب کا کان قصبی تر قوی (sterno-clavicular) جوڑ کی طرف جھک جاتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں عضلہ منحرفہ (trapezius) اور عضلہ جمبیرہ (splenius) بھی ماؤف ہوتے ہیں اور عنقی ردا میں تقبضات پائے جاتے ہیں۔ شنجی انقباض معکوس خراش سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ بعض اوقات یہ موزر مثلث کے عنقی غد کے التهاب میں پایا جاتا ہے۔ ایسے التهاب سے عنقی ضغیرہ کی بعض شاخوں میں التهاب پیدا ہو چکا ہے اور اگرچہ عضلہ قصبیہ حلیہ کو عصبی رس زیادہ تر شنجی معین (spinal accessory) عصب سے پہنچتی ہے، مگر اس ضغیرہ (یعنی دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب) سے بھی اعصاب اس تک جاتے ہیں۔ شنجی معین (spinal accessory) عصب اوپر کے دو یا تین عمیق عنقی لمفی غد کے درمیان سے گزرتا ہے اور انکے التهاب میں یہ بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ مزید برآں اسی قسم کا انقباض پہلے دو عنقی فقرات کے مرض میں دوسرے عنقی عصب کی بلا واسطہ خراش سے پیدا ہو چکا ہے کج گردنی (wry-neck) کی بعض قسموں کو رفع کرنے کے لئے عضلہ قصبیہ حلیہ اور عنقی ردا دونوں عضلہ کی اس پسیدگی سے تقریباً ۱ انچ اوپر کاٹ دئے جاتے ہیں جو قص اور تر قوہ کے ساتھ ہوتی ہے۔ اس عملیہ میں وساختوں یعنی خارجی و داخلی ورید (external jugular vein) کے جو اس عضلہ کے موزر کنارہ کے پاس واقع ہوتی ہے اور مقدم و داخلی (anterior jugular) کے جو اسکے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور تر قوہ سے عین اوپر عضلہ کے پیچھے سے گزر کر قبل الذکر ورید میں ختم ہو جاتی ہے زخمی ہونے کا معتد بہ خطرہ ہوتا ہے۔

عنقی ردا (cervical fascia)۔ یہ انصالی بافت گردن کی ساختوں کو باندھے

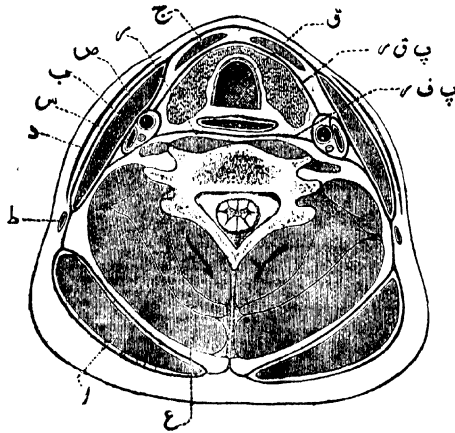
رکھتی ہے اور عضلات، عروق اور اعصاب کے لئے غلافات بناتی ہے۔ یہ غلافات آپس میں اس طرح متعمد ہوتے ہیں کہ مری (cesophagus)، حنجرہ (larynx)، قصبہ (trachea) اور جسم درقی (thyroid body) کی حرکتیں آزاوانہ واقع ہو سکتی ہیں۔ مگر بایں ہمہ یہ ایک قسم کی مضبوطی اور جاہدیت بھی پیدا کرتی ہے جس سے تمام کی تمام گردن ہلائی جاسکتی ہے۔ گردن کی ساختوں کو باندھنے کے لئے بطور واسطہ کام دینے کے علاوہ عنقی ردا ایک سہارا دینے والی بافت کا کام بھی دیتی ہے، جس میں گردن کا وسیع لمفی نظام مدفون ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے یہ

گردن کی جڑ کی طرف کو جاتا ہے۔

عمیق عنقی ردا (ا) سطحی تہ اور (ب) زیادہ عمیق زوائد میں تقسیم کیجا سکتی ہے (دیکھو

201

شکل ۲۹)۔ سطحی تہ گردن کی ایک مکمل پوشش کا کام دیتی ہے اور سوا عضلہ منتزہ (platysmia)



شکل ۲۹۔ گردن کے پیرین حصہ میں سے متعرض تراش چومنی ردا کی ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔
(انسانی)

ا۔ عضلہ منحرف - ب۔ قصبہ حلیہ - ج۔ عظم لامیہ کے خافضات - د۔ عضلہ منتزہ - ه۔ مقدم شوکی عضلا -
س۔ عضلہ مختلف الانصاع مقدم - ص۔ سبانی شریان - ط۔ خارجی و داخلی ورید - ع۔ موخر شوکی عضلا -
ف۔ قصبہ جبکہ پیچھے مری ہے اور آگے جسم رقی - پ۔ فاسا - پیش فغری ردا - چ۔ قاسا - پیش قصبی ردا -

اور بعض سطحی وریدوں اور اعصاب کے تمام عنقی ساختوں کو ڈھانپتی ہے۔ یہ فقرات کے شوکی زوائد کے پیچھے سے شروع ہوتی ہے اور عضلہ منحرف (trapezius) کو محصور کرنے کے بعد اس کے مقدم کنارہ پر ایک مجرد تہ میں تبدیل ہو جاتی ہے اور یہاں سے موخر مثلث کو عبور کر جاتی ہے۔ عضلہ قصبیہ حلیہ کے موخر کنارہ پر پہنچ کر یہ دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے اور اس ساخت کو محصور کر نیچے کے مقدم کنارہ پر پھیر مجرد تہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ گردن کے نطاؤں کی

چلی جاتی ہے اور دوسری طرف کی ردا سے لمبائی ہے اور راستہ میں مقدم مثلث کو مکمل طور پر ڈھانک دیتی ہے۔ موخر مثلث میں جو حصہ واقع ہوتا ہے وہ ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور اسکی بناوٹ چھدری ہوتی ہے اور یہ اس مثلث کی انصافی بافت سے مسلسل ہوتا ہے۔ مقدم مثلث پر یہ ردا اوپر کی طرف چاند کے زین کنارہ سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس ہڈی کی پچھلی طرف پر یہ تکفی غده کے اوپر سے ہوتی ہوئی وجہ (zygoma) تک چلی جاتی ہے اور کئی ردا بناتی ہے۔ اور ایک زیادہ عمقی تہ اس غده کے نیچے سے (اسکے اور زیر چانوی غده کے درمیان سے) گزر کر کھوپری کے قاعدہ پرکے چند نقاط سے چسپیدہ ہو جاتی ہے۔ اسی زیادہ عمقی حصہ سے وہ رباط نمونیا ہے جو ابری چانوی (stylo-mandibular) رباط کے نام سے موسوم ہے۔ سامنے کی طرف پر یہ ردا عظم لامی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور جسم درقی کے عین نیچے یہ پھر دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ ان میں سے ایک قص (sternum) کی سامنے کی طرف سے اور دوسری اسکی پشت سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ یہ دونوں تہیں عظم لامی کے خافضات کے سامنے واقع ہوتی ہیں اور انکے درمیان ایک چھوٹی سی فضا بن جاتی ہے (جو جابئی رخ میں اتنی دور تک چلی جاتی ہے کہ عضلہ قصبیہ حلیہ کے قصی سر کو محصور کر لیتی ہے) جسکا عرض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے اور جو اس مقام پر عرض میں قص کی دبازت کی متناظر ہوتی ہے۔ یہ سمجھ میں آگیا ہوگا کہ قصبیہ حلیہ کے قصی سر کو کاتنے وقت علیہ اس چھوٹے سے خانہ میں جو دکوڑ بالا دونوں تہوں سے بنتا ہے سرا انجام دیا جاتا ہے اور یہ معلوم کر لینا بہتر ہے کہ مقدم و داچی ورید بھی خارجی و داچی نئے کی طرف کو آتی ہوئی اسی خانہ میں واقع ہوتی ہے۔

(ب) زیادہ عمیق زوائد۔ (۱) سطحی تہ سے ایک زائدہ (شکل ۲۹ پ ۱۵)

عضلہ قصبیہ حلیہ کے مقدم کنارہ کے قریب سے پیدا ہوتا ہے جو عظم لامی کے خافضات کے نیچے سے گزر کر جسم درقی اور قصبیہ کی مقدم جانب کو محصور کرتا ہوا اس نلی اور بڑے بڑے عروق کے سامنے سے نیچے کی طرف کو گرد قلبہ (pericardium) کی لینی تہ تک چلا جاتا ہے۔ (۲) پیش فری ردا ایک تہ ہے جو پیش فری عضلات پر بلعوم اور مری کے پیچھے سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ کھوپری کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتی ہے اور نیچے کی طرف مری کے نیچے سے یہ صدر میں اتر جاتی ہے۔ جانب پر یہ سباتی خلاف سے لمبائی ہے اور یہاں سے یہ پھر باہر کی اور نیچے کی طرف کو عضلات مختلف الاضلاع (scalene muscles) عضلہ ذی سفیرہ (brachial plexus) اور

زیر ترقوی (subclavian) عروق پڑھیل جاتی ہے۔ یہ ان عروق کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے نیچے تک آتی ہے، جہاں یہ غلی غلاف (axillary sheath) بناتی ہے اور ضلعی غسرا بی غشاء (costo-coracoid membrane) کی زیریں سطح سے تعلق قائم کر لیتی ہے۔ (۳) سباتی شریان اور اسکی رنیک وریڈ اور عصب کا غلاف پیش فخری اور پیش قصبی تہوں اور قصبیہ حلیہ کے غلاف سے مسلسل ہوتا ہے (شکل ۴۹)۔ سباتی غلاف (carotid sheath) پیش قصبی نہ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اوڑھ کے غلاف اور گرد قلب سے ملکر ختم ہو جاتا ہے۔ لہذا قلب اور گرد قلب کو ایک طریقہ سے گردن سے بھی سہارا ملتا ہے۔ جب گردن بھیجے کی طرف کو گردی جاتی ہے تو سباتی غلاف تنیدہ ہو جاتے ہیں اور صدی ساختیں اوپر کی طرف کو اٹھ جاتی ہیں۔

پس بلعومی خراج کبھی کبھی عنقی ردا سے ایک دو تعلق رکھتا ہے۔ بعض اوقات یہ عنقی فقرات کے تمدنی مرض سے پیدا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ پیش فخری ردا کے سامنے واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ ان لمفی غد سے پیدا ہوتا ہے جو پیش فخری ردا اور بلعوم کے درمیان پائے جلتے ہیں۔ چونکہ یہ ردا مزاحمت پیش کرتی ہے اس لئے قبل الذکر خراج بلعوم کے درونہ میں خلل انداز ہونے سے یہ بیشتر معتد بہ جسامت اختیار کرتی ہے۔ موخر الذکر (خراج) چونکہ آنا محدود نہیں رہتا اس لئے یہ بلعوم کو ابتدا ہی میں زیادہ خطرناک طور پر تنگ کر دیتا ہے جو تمدنی پس بلعومی خراج پیش فخری ردا کے سامنے واقع ہو اس تک جراحی رسائی بلعوم میں سے ہرگز نہ کرنا چاہئے۔ شکل ۴۹ کے دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ اس خراج پر حملہ آور ہونے کا مناسب راستہ اسی شکاف میں سے ہے جو قصبیہ حلیہ کے بیرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا جائے اور سباتی غلاف کو آگے کی طرف کو باز کشیدہ کر لینا چاہئے۔

پھیپھڑے کا راس (apex of the lung) گردن کے اندر تک چلا آتا

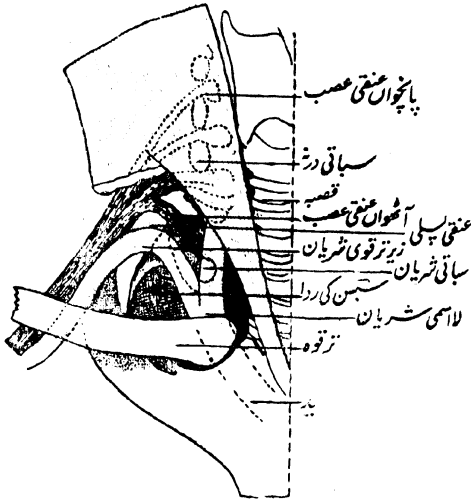
ہے اور ترقوہ کے اندرونی نصف سے اتنا ۲ انچ اوپر تک پہنچتا ہے۔ اگر عضل قصبیہ حلیہ کے قصبی اور ترقوی سہروں کے درمیان اور ترقوہ سے ۱ انچ اوپر ایک نقطہ لیا جائے تو وہ بالعموم کی اکثریت میں راس کے بلند ترین مقام اور پہلی پسلی کی گردن کے محل کو ظاہر کرے گا۔ یہ ترقوہ، عضل ممتل الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle) اور زیر ترقوی عروق کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ دایاں پھیپھڑا بائیں کی نسبت عام طور پر زیادہ اوپر تک جاتا ہے۔

زیر ترقوی شریان پر بے احتیاطی سے عملیات کرنے کے دوران میں پورا اکثر کھولا جائیگا

۲ تا ۳ فیصدی میں پائی جاتی ہیں۔ ناقص النمو عنتقی پسلی جنین میں ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ گرانگ پلسیوں سے علامات مقابلہ بہت کم پیدا ہوتے ہیں یا اور جب پیدا ہوتے ہیں تو صرف سن بلوغ میں پیدا ہوتے ہیں جس کی وجہ شائد یہ ہے کہ اس وقت عضلانی تنش کم ہو جاتی ہے۔ اگرچہ یہ پسلیاں دونوں جانب پر موجود ہوتی ہیں، لیکن انکے علامات اکثر ایک ہی طرف پائے جاتے ہیں۔ سارجنٹ (Sargent) اس قرب وجوار میں ناقص النمو پسلیوں کے پانچ اقسام تسلیم کرتا ہے؛ (۱) عام ترین قسم فقرہ کا ضلعی زائدہ ہے جو حد سے زیادہ بڑھ جاتا ہے اور بغیر جوڑ کے ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف متعرض زائدہ سے متحد ہوتا ہے۔ یہ ایک لیفنی بند کی شکل میں نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پہلی پسلی سے مختلف الاضلاعی رندہ (scalene tubercle) کے پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ (۲) ایک چھوٹی ہی پسلی جو ضلعی مرکزی اور ضلعی متعرض جوڑوں کے ذریعہ سے فقرہ سے جڑی ہوتی ہے اور ایک لیفنی بند کی شکل میں آگے کی طرف کو کھل جاتی ہے جیسا کہ پہلی قسم میں ہوتا ہے۔ (۳) ایک مفصل دار پسلی جو اتنی لمبی ہوتی ہے کہ اپنے عظمیٰ حصہ پر آٹھویں عنتقی جوڑ کو اٹھا سکتی ہے اور ایک لیفنی بند کے ذریعہ سے پہلی صدری پسلی سے متحد ہوتی ہے۔ (۴) ایک مفصل دار پسلی جس کا مقدم سرا پہلی صدری پسلی سے یا تو ملتا ہے اور یا اس سے ایک مفصل کے ذریعہ سے جڑا ہوتا ہے۔ ایسی پسلی کے ساتھ بعض اوقات عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) یا عضلہ مختلف الاضلاع وسطی (scalenus medius) چسپیدہ ہوتے ہیں۔ (۵) ایک بے قاعدگی انکے برعکس پائی جاتی ہے جس میں پہلی صدری پسلی ناقص النمو ہوتی ہے اور اسکے مقدم سرے کی جگہ ایک لیفنی بند موجود ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ پہلی اور پانچویں قسب شعاع نکار (radiogram) میں ہمیشہ دکھائی نہیں دیتیں۔ ضلعی غیر کبھی حالتوں کے ساتھ عضلہ ضلعی ضلعی کی ترکیب میں اختلافات پائے جانے کا امکان ہوتا ہے پیش بسنگی (prefixation) ساتویں عنتقی پسلی کے ساتھ اور پس بسنگی (postfixation) غیر طبعی پہلی صدری پسلی کے ساتھ پائی جاتی ہے (Wood Jones)۔

مگر ایسا کوئی تعلق نہیں پایا جاتا۔ جو دائمی ہو اور جسے متعلق کچھ پیش گوئی کیجا سکے (ونگریٹ ٹاڈ Wingate Todd اور سارجنٹ: Sargent)۔ سامنے کی طرف کے لیفنی بند سے عظمیٰ پسلی کی نسبت شائد زیادہ حقیقی علامات پیدا ہوتے ہیں۔ دوران تنفس میں اور بازوؤں کی حرکتوں میں اس ضلعی کے زیرین اجزائے ترکیب یعنی آٹھویں عنتقی یا سب سے نیچے کی جبل کو بار بار اقل ضرب پہنچتی رہتی ہے۔ سارجنٹ (Sargent) کی رائے کے مطابق عرقی تغیرات عروق پر دباؤ پڑنے سے

پیدا نہیں ہوتے بلکہ جس مقام پر مشارکی ریشے آٹھویں عنتی اور پہلی صدری جمل میں داخل ہوتے ہیں اس سے ذرا آگے بڑھکر ان ریشوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر تر قوی (subclavian) شریان یا تو پہلی پسلی پر واقع ہوتی ہے۔ یا یعنی بند اُسے اس سے ذرا دور ہٹا کر رکھتا ہے (ٹائوڈ: Todd)۔ سارجنٹ (Sargent) نے ایسے واقعات نہیں دیکھے جنہیں یہ زائد پسلی کے اوپر سے گزرتی ہو اگرچہ ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جب بازو لٹکتا ہو تو کعبری نبض عام طور پر



شکل ۵۱ زیر تر قوی شریان اور عضدی ضغیرہ کا عنتی پسلی سے ظاہر کرتی ہے۔

کمزور پائی جاتی ہے مگر سارجنٹ (Sargent) کا یہ خیال ہے کہ تمام عرقی تغیرات عرقی حرکی اختلا لا سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر تر قوی ورید دباؤ سے بچ جاتی ہے۔ تھامس (Thomas) اور کوشنگ (Cushing) کا یہ خیال ہے کہ نقصان عظمی ارتفاع کی نسبت یعنی بند سے پہنچتا ہے۔

اس خلاف قاعدہ حالت کے بعض مریض بازو اور ہاتھ کی زندگی طرف کے ساتھ ساتھ سننا ہٹ محسوس ہونے کی یا ہاتھ کے عضلات میں شلل واقع ہو جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ علامات پہلے ظہری عصب پر اس مقام پر جرت کا اثر ہونے سے پیدا ہوتے ہیں جہاں یہ عنتی پسلی کو عبور کرتا ہے (تھوربرن: Thorburn)۔ ووڈ جونز (Wood Jones) نے اس امر کی طرف

اشارہ کیا ہے کہ بازو کے لٹکنے کی حالت میں پہلی صدری پسلی کے اوپر کی سطح پر کے میزاب میں زیر تر قوی شریان واقع نہیں ہوتی بلکہ عضدی ضغیرہ کا سب سے نیچے کا تنہا (آٹھواں عنقی پسی اور پہلا ظہری) واقع ہوتا ہے۔ نیز اس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ چونکہ اس مقام پر میزاب سب سے زیادہ گہرا ہوتا ہے، جہاں دوسرے ظہری عصب کا معتد بہ حصہ عضدی ضغیرہ کے سب سے نیچے کے تنے کی تعمیر میں شامل ہوتا ہے اس لئے عصبی تنے اور پسلی کا درمیانی دباؤ بھی یہاں سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

سارجنٹ (Sargent) کے مطابق عنقی پسلی کے علامات مندرجہ ذیل ساختوں کے ضرر سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) بدنی درون آرا عصاب (somatic afferent nerves) کے ضرر سے۔ مثلاً وجع العصب، جلدی اور عمقی حسی اختلالات۔ (۲) بدنی بروں آریہ ریشوں (somatic efferent fibres) کے ضرر سے۔ مثلاً عضلی کمزوری، لاغری اور برقی تغیرات۔ اور (۳) مشارکی ریشوں کو ضرر پہنچنے سے۔ مثلاً دورانی تغیرات، ٹھنڈا پن، کبودیت، تہیج اور بعض فسادات الحس (paræsthesiæ)، مثلاً جھنکارا اور سن بن، ٹھنڈک یا ورم کا احساس۔ جہاں تک عضلی ریسر کا تعلق ہے ہاتھ کے درونی عضلات (خاص کر عضلات مبعده و مقابلہ اہامیہ کثیر ولسن : Kinneir Wilson) نہایت کثرت سے متاثر ہوتے ہیں۔ لیکن بعض حالتوں میں کلانی کے سطحی قابضات بھی لاغرا و کمزور ہو جاتے ہیں۔ ۶۰ فیصدی واقعات میں مشترک حس پذیری یا کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔

پہلی صدری پسلی کے دباؤ سے پیرا شدہ علامات کو جنکی طرف پہلے ایڈون بریم ویل (Edwin Bramwell) نے سن ۱۸۹۰ء میں توجہ دلائی تھی اب بخوبی تسلیم کیا جاتا ہے اور تمور بن (Thorburn) سٹائلس (Stiles) مورلے (Morley) مورنی (Murphy) سٹاپ فورڈ (Stopford) ٹیلر (Taylor) اور دوسروں نے کامیاب عملیات سرانجام دئے ہیں۔

گلوبریڈگی اور گردن کے زخم :- گردن کی جلد اتنی لچکدار اور حرکت پذیر

ہوتی ہے کہ جب اس پر سے بالخصوص کند چاقو کھینچا جاتا ہے تو اس میں آسانی مشکن پڑ جاتے ہیں۔ چنانچہ گلوبریڈگی کی حالتوں میں جلد کے بہت سے کٹے ہوئے زخم پائے جاتے ہیں جو چاقو کی ایک ہی حرکت سے پیدا ہوتے ہیں۔ گلوبریڈگی کے زخم میں خواہ یہ خود کشانہ ہو یا قاتلانہ درقی لامی غشا (thyro-hyoid membrane) نہایت کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے

اس کے بعد قصبہ کا اور درقی غضروف کا نام آتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ ۱۹۷)۔

۱۔ اگر زخم **عظم لامی سے اوپر** ہو تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔ (۱) مقدم

وداجی ورید (anterior jugular vein) ، دو ٹوکی عضلہ کا مقدم شکم ، چانیہ لاسیہ (mylo-hyoid) ، ذقنیہ لاسیہ (genio-hyoid) ، ذقنیہ لاسیہ (genio-glossus) اور لاسیہ لاسیہ (hyo-glossus) ، لسانی شریان ، وہی شریان کی شاخیں ، تحت لسانی (hypoglossal) اور لسانی (lingual) اعصاب ، زیر چانوی غدہ ، بعض اوقات زبان کا جرم بھی کٹ جاتا ہے اور منہ کا فرش بخوبی کھل جاتا ہے۔ اگر کسی واقعہ میں زبان کی چسپیدگیوں کٹ جائیں تو اسکے حنجرہ کے اوپر گرجانے اور اغتصاص (suffocation) کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

۲۔ اگر زخم درقی لامی فضا کو عبور کرے تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔

مقدم ودااجی ورید (anterior jugular vein) ، قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid) اور قیہ لاسیہ (thyro-hyoid) ، کتقیہ لاسیہ (omo-hyoid) ، درقی لامی غشا ، ستھانی مقشیق (inferior constrictor) ، فوقانی حنجری عضب ، فوقانی درقی شریان ۔ اور اگر یہ عظم لامی کے نزدیک ہو تو لسانی شریان کا نٹا بھی بعض اوقات کٹ جاتا ہے۔ اگر زخم گہرا ہو تو بلعوم کھل جاتا ہے اور کلبی (epiglottis) قاعدہ کے قریب سے کٹ جاتا ہے۔ اس جگہ کے زخموں میں کلبی کا کٹ جانا ہمیشہ ایک خطرناک پیچیدگی ہوتا ہے۔

۳۔ اگر زخم سے قصبہ (trachea) کٹ جائے تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔

مقدم ودااجی ورید ، قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid) ، قصبہ درقیہ (sterno-thyroid) ، کتقیہ لاسیہ (omo-hyoid) ، عضلہ قصبہ حلیہ (sterno-mastoid) کا کچھ حصہ ، غدہ درقیہ ، فوقانی اور ستھانی درقی شریاں ۔ فوقانی وسطی اور ستھانی درقی وریدیں ، باز گرد حنجری عصا (recurrent laryngeal nerves) اور مری (gullet)۔

گردن کے زخموں میں بڑے بڑے عروق اکثر حیرت انگیز طریقہ سے بچ جاتے ہیں۔ کچھ تو یہ گہرے واقع ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں اور کچھ بہت حرکت پذیر ہونے کی وجہ سے ، کیونکہ یہ ایک ڈھیلے ڈھالی انصالی بافت کے ماحول میں واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں خود کشی کرنے والا اپنا کلا

کاٹنے وقت سر کو پیچھے گر کر اپنے بڑے بڑے عروق کو نسبتاً موضع مستوی پر لیجا کر نادانستہ محفوظ کر لیتا ہے۔ گلا کھٹنے وقت عروق اوپر کی طرف ابھرتے ہوئے درقی غضروف کی وجہ سے اوپر نیچے کی طرف عضلہ قصبیہ حلیمیہ (sterno-mastoid) کے منقبض ہو جانے سے ایک بہت حد تک محفوظ ہو جاتے ہیں۔ جو گہرے زخم حلقی درقی (circo-thyroid) نضا میں سے لگیں یا قصبہ (trachea) کے بالائی حصہ میں سے گزر جائیں وہ ان زخموں کی نسبت جو گردن کے کسی دوسرے حصہ پر اتنی ہی قوت سے لگائے جائیں بڑے بڑے عروق تک زیادہ آسانی سے پہنچ جاتے ہیں۔

بندوق کے بہت سے زخموں میں جن میں مقذوف (missile) کے

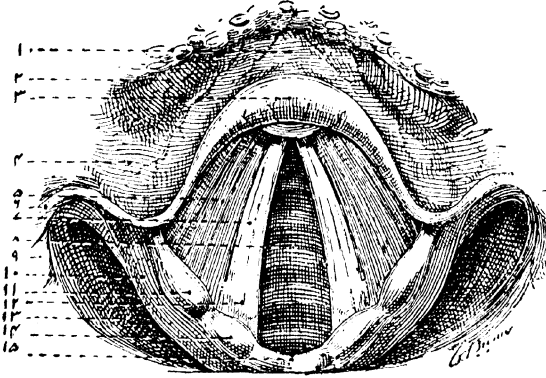
معر سے یہ یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ اہم عروق کو نقصان پہنچا ہوگا یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ عروق حقیقتاً ایک طرف کو در جاتے ہیں اور اپنی حرکت پذیری کی وجہ سے محفوظ ہو جاتے ہیں۔ اس طرح بچ جاتی ہیں بہت سی مثالیں زمانہ ماضی میں درج کی جا چکی ہیں اور جنگ عظیم میں بہت سی دیکھنے میں آئی ہیں۔ زخمائے گردن کے موضوع کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ حمل شو کی کئی اہم ترین حصہ تک پہنچنے کی طرف سے اس رخصت میں سے جو اطلس اور محور کے درمیان ہوتا ہے پہنچا جاسکتا ہے۔ اس عمل پر حمل کو ایک ہی مرتبہ چاقو بھونکنے سے کاٹا جاسکتا ہے۔

عظم لامی (hyoid bone) بلا واسطہ چوٹ مثلاً گھونسا مارنے یا گلا گھونسنے سے

ٹوٹ سکتی ہے۔ بعض اوقات ان اشخاص میں شک تہ پائی گئی ہے جن کو پھانسی دی گئی تھی۔ کسے بعض اوقات ہڈی کے جسم میں واقع ہوتا ہے مگر قرن اعظم زیادہ کثرت سے شک تہ پایا جاتا ہے۔ اس کے سر میں یولینے زبان ہلانے منہ کھولنے اور نگلنے میں بہت سی تکلیف اور درد محسوس ہوتا ہے اور یہ ایسے علامات ہیں جو آسانی سے سمجھ میں آسکتے ہیں۔ مگر یہاں یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ عظم لامی کو ایک طرف دوسری طرف کو ہلانے پر تنگہ طبعی طور پر محسوس ہوتا ہے اور اسے کسے کے لئے ہرگز کافی شہادت تصور نہ کرنا چاہئے۔ درقی لامی خشا اور عظم لامی کی موضع سطح کے درمیان ایک درجک واقع ہوتی ہے۔ جب یہ کھلا ہو جاتی ہے تو یہ گردن کے دوری سلعہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔

حنجرہ (larynx) اور قصبہ (trachea) - حنجہ کا محل گردن میں عمر سے متاثر

ہوتا ہے۔ بالغ میں حلقی غضروف (cricoid cartilage) چھٹے عنقی فقرہ کے زیرین حصہ تک ملتی ہے۔ تین ماہ کے بچے میں یہ چوتھے عنقی فقرہ کے زیرین کنارہ تک ہوتی ہے اور چھ سال کے بچے میں پانچویں فقرہ کے زیرین کنارہ تک پہنچتی ہے۔ سن بلوغ پر یہ وہ عمل اختیار کرتی ہے جس پر یہ جوانوں میں پائی جاتی ہے۔ کبھی (epiglottis) کا اوپر کا سرا بالوں میں تیسرے عنقی فقرہ کے زیرین کنارہ کے مقابل ہوتا ہے۔



شکل ۵۲۔ وہ منظر دکھایا گیا ہے جو آرام سے سانس لینے کی حالت میں حنجرہ میں نظر آتا ہے۔
(سینٹ کلیر تھومسن: St Clair Thomson "ٹناک اور حلق کے امراض")

- ۱۔ وسطی لسانی کبھی رباط۔ ۲۔ نشیب۔ ۳۔ کبھی۔ ۴۔ جانبی لسانی کبھی رباط۔ ۵۔ بطینی بند۔ ۶۔ عظم لامی کا قرن اعظم۔ ۷۔ صوتی جیل۔ ۸۔ قصبہ۔ ۹۔ بلجومی حنجرہ کی جانبی دیوار۔ ۱۰۔ اریسبوجی کبھی ٹنگن۔ ۱۱۔ ربرک کی غضروف۔ ۱۲۔ صوتی زائده۔ ۱۳۔ ناسپاتی نما جوف۔ ۱۴۔ استیلویری کی غضروف۔ ۱۵۔ اریسبوجی ٹنگن۔

حنجرہ میں سے مندرجہ ذیل حصے شناخت کئے جاسکتے ہیں (شکل ۵۲)۔ زبان کا قاعدہ اور لسانی کبھی ٹنگن (glosso-epiglottic folds)، حنجرہ کا فوقانی روزن جس کے سامنے کبھی ہوتا ہے، کبھی کی گدی، طرفین پر اریسبوجی کبھی ٹنگن (aryteno-epiglottidean folds) اور تین دو مستدیر فرازات ہوتے ہیں جو قرینوں (cornicula) اور قانگل (cuneiform) غضروفوں کے متناظر ہوتے ہیں اور پیچھے کی طرف غنائے مغالی کا بوجی تہہ (arytenoid commissure)۔ نیچے کی طرف اور گہرا دیکھنے سے صادق اور کاذب صوتی اجال، بطین، حنجرہ کی مقدم دیوار

حلقی غضروف کا تھوڑا سا حصہ اور قصبہ کی مقدم دیوار کا کم و بیش حصہ نظر آتا ہے۔ اگر مزمار (glottis) بہت مکمل طور پر قسح ہو تو دونوں شہنتوں کے فتمے بھی دھندلے سے دکھائی دیتے ہیں۔

درقی اور حلقی غضروفات اور سبوجی غضروف کا بہت سا حصہ

ساخت میں ضلعی غضروفوں کی طرح زجاجی ہوتا ہے۔ موخر الذکر کی طرح پیرا نڈسالی میں انکے کم و بیش متعظم ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درقی اور حلقی غضروفوں میں تعظم تقریباً ۲۰ سال کی عمر پر شروع ہوتا ہے اور ہر ایک غضروف میں یہ عمل حلقی درقی جوڑے کے قرب و جوار میں شروع ہوتا ہے۔ سبوجی (arytenoid) بعد میں متعظم ہوتی ہے۔ حجری غضروفوں کا تعظم مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ زیادہ کلاں غضروفوں کے چوٹے مثلاً ضربوں یا گلا گھٹنے وغیرہ سے مسکور ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درقی غضروف نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے اور عام طور پر خط وسطی پر ہی ٹوٹتی ہے۔ درقی غضروف کا موخر فوقانی زاویہ ناشیاتی نما حفرہ (pyriform fossa) کے محل کو نما ہر کرتا ہے۔ یہ ایک عریض گوشہ ہے جو سبوجی ٹیٹی شکل (aryteno-epiglottic folds) سے اوپر اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے (شکل ۵۲)۔ اس حفرہ میں اجسام غریبہ انک جاتے ہیں اور سلطان عام طور پر واقع ہوتا ہے۔

211

فتمۃ المزمار (rima glottidis) ایک روزن ہے جو صادق صوتی اجبال اور

سبوجی غضروفوں کے صوتی زائدہ کے (جکے موخر حصہ پر اجبال چسپیدہ ہوتے ہیں) درمیان ہوتا ہے۔ ان اجبال کا طول زائدوں سے دگنا ہوتا ہے۔ اور چونکہ یہ لچکدار بافت سے مرکب ہوتے ہیں جو مطبق سرحد کے نیچے سے آشکار ہوتی ہے اسلئے انکی رنگت زردی مائل رمادی ہوتی ہے۔ ان اجبال کا اساس جو اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے حلقی درقی غشا کا ہی پھیلاؤ ہوتا ہے جو اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ فتمۃ المزمار حجرہ کی اندرونی جانب کا تنگ ترین حصہ ہے اور اجسام غریبہ کے داخل ہونے اور اوزاروں کے گزارنے کے سلسلہ میں اسکے ابعاد سے واقف ہونا مناسب ہے۔ بالغ مرد میں فتمۃ المزمار کی پیمائش آگے سے پیچھے تک تقریباً ۱.۵ (۲.۳ ملی میٹر) ہوتی ہے۔ ایک جانب سے دوسری جانب تک کا عریض ترین حصہ طول کا تقریباً ایک تہائی ہوتا ہے۔ انتہائی اتساع کی حالت میں یہ قطر بڑھ کر طول کے نصف تک پہنچ جاتا ہے۔ عورت میں اور سن بلوغ سے پیشتر مرد میں مقدم

212

موضوہ قطعاً علی بیڈ ہوتا ہے۔ دوران تنفس میں فتحۃ المزمار عضلہ حلقیہ سبوجیہ (موضوہ crico-anytenoideus posticus) کے فعل سے خوب کشادہ ہو جاتا ہے اور دوران مکلم میں موتی اجبال میں عضلہ حلقیہ سبوجیہ جانبی (crico-arytenoideus lateralis) کے فعل سے مقاربت پیدا ہو جاتی ہے۔

حنجرہ کی غشائے مخاطی کی بارت اور اسکی زیر مخاطی بافت کی مقدار مختلف حصوں میں مختلف ہوتی ہے۔ مندرجہ ذیل حصوں میں یہ غشادہ بیزترین ہوتی ہے اور زیر مخاطی بافت نہایت کثیر المقدار ہوتی ہے اور انکو اسی مقدار کے لحاظ سے ترتیب دی گئی ہے، سبوجیہ کبھی شکن (aryteno-epiglottidean folds، بطین (ventricle) کی غشائے مخاطی بطین شکن (کا ذمبی قی اجبال) اور کبھی کا تنجری رخ۔ یہ ہی حصہ ہیں جو حاد الہتاب حنجرہ میں نہایت متلی اور متورم ہو جاتے ہیں اور جو خطرناک حالت مزمار (glottis) کے ہیج کے نام سے موسوم ہے، اسکا زیادہ تر انحصار اس ڈھیلے ڈھالی بافت میں انصباہ کے نمودار ہو جانے پر ہوتا ہے جو سبوجیہ کبھی شکنوں میں پائی جاتی ہے۔ سبوجیہ کبھی شکنوں کی غشائے مخاطی کے ڈھیلے ہونے کی وجہ سے سبوجیہ (arytenoid) غصروں میں آزادانہ حرکت واقع ہو سکتی ہے اور حنجرہ کا بالائی روزن کمل طور پر بند ہو جاتا ہے۔ یہ غشائے مخاطی صادق موتی اجبال سے مضبوطی سے پیوستہ ہوتی ہے اور مطبق مرحلہ سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور حنجرہ کے بقیہ حصہ کا استر قصبہ کی طرح ہدب دار مرحلہ سے بنا ہوتا ہے۔ پوشش کی نوعیت اور اسکے رگڑ کے لئے معرار ہنے کی وجہ سے صادق موتی اجبال سرطان کا غیر معمولی محل نہیں۔

حنجرہ کا استیصال - خط وسطی پر شکاف دینے سے سالم حنجرہ دور کیا جاسکتا ہے۔

اس شکاف میں عضلہ منتشر (platysma)، ردا اور مقدم و داجی رید (anterior jugular vein) کاٹ دیا جاتی ہے۔ حنجرہ اپنے علاقہ جات سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے اور مندرجہ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں۔ قصبہ درقیہ (sterno-thyroid)، درقیہ لامیہ (thyro-hyoid) ابریلہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) حنکیہ بلعومیہ (palato-pharyngeus) اور تحتانی مضیق عضلات فوقانی اور تحتانی درقی (thyroid) شریانیوں کی حنجری شاخیں، فوقانی اور تحتانی حنجری عصا لامی کبھی (hyo-epiglottic) اور لسانی کبھی (glosso-epiglottic) رباطات اسکے بعد حنجرہ قصبہ سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے اور نیچے سے بذریعہ تقطیع کاٹ دیا جاتا ہے۔ مری اور بلعوم کو علیحدہ

کرتے وقت قبل الذکر نالی میں سوراخ ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔

حنجروہ میں سے بالیدیں **درقیہ شنگانی** (thyrotomy) کے عملیہ سے دور کیا جکتی ہیں۔

درقیہ کے جناحین کو خط وسطی پر ملحدہ کر کے ایک دوسرے سے دور بٹھرایا جاتا ہے اور اس طرح حنجروہ کی اندرونی جانب معرا کر لیا جاتی ہے۔ ۴۵ سال سے اوپر کے مریضوں میں یہ غضروف خط وسطی پر متعظم ہو جاتی ہے اور اسے باریک آری سے کاٹنا پڑتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صوتی اجال خط وسطی کی ہر ایک جانب پر درقیہ غضروف کے مقدم کنارہ کے نقطہ وسطی کے قریب چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے سین اوپر بلطینی شکن یا کاذب صوتی اجال اور کبھی کی ڈنڈی مثبت ہوتی ہے۔

اجسام غریبہ اب درقیہ شنگانی (thyrotomy) کی نسبت عام طور پر شعبہ بین نیلویں (bronchoscopic tubes) سے نکالے جاتے ہیں۔

حنجروہ کے بالائی نصف کے **لمفی عروق** فوقانی حنجری عروق کی متابعت کرتے ہیں اور

بالائی عمقی عمقی غد سے مل جاتے ہیں۔ ایک جھوٹا سا لمفی غدہ جو ثانی سرطانی مطروح کا پہلا عمل ہوتا ہے لامی ہڈی کے قرن کے نیچے درقی لائی (thyro-hyoid) غشا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۵۵)۔ حنجروہ کے زیرین نصف کے عروق لف تحتانی درقی عروق کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور ان عروق لف میں سے گزرتے ہیں جو قصبہ کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔

قصبہ شنگانی (tracheotomy) اور **حنجروہ شنگانی** (laryngotomy)۔

قصبہ کا طول تقریباً ۱۲ انچ ہوتا ہے اور اس کا زیادہ سے زیادہ عرض ۳ تا ۱ انچ ہوتا ہے۔ اسکے ارد گرد بہت ہی ڈھیلی ڈھالی القسانی بافت ہوتی ہے، جسکی وجہ سے نالی میں معتد بہ حرکت پذیر پائی جاتی ہے۔ قصبہ کی حرکت پذیر پچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اور قصبہ شنگانی کی دقتوں میں اس سے اضافہ ہوتا ہے۔ اس طریق کار میں قصبہ کو غدہ درقیہ کی خاکائے سے اوپر یا اسکے نیچے یا اسکے اندر سے خط وسطی میں دو تین حلقے کاٹ کر کھولا جاتا ہے۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتی ہے سطح سے دور ہوتی جاتی ہے، اور اہم تر ساختوں سے تعلق پیدا کرنی جاتی ہے۔ اس لئے اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو یہ نظر ہے کہ عملیہ جتنا اوپر سرانجام دیا جائے اتنا ہی بہتر ہوگا۔

قصبہ کا طول گردن میں اتنا زیادہ نہیں ہوتا جیسا کہ بعض اوقات پہلے پہل معلوم ہوتا ہے۔ اور قص سے اوپر عام طور سے سات یا آٹھ سے زیادہ قصبی حلقے (جنکی کل تعداد سولہ سے بیس تک ہوتی ہے) نہیں پائے جاتے۔ حلقے غضروف اور قصبی کٹاؤ کا درمیانی فاصلہ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے اور اسکا انحصار گردن کے طول، مرلیض کی عمر اور سر کی وضع پر ہوتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں جبکہ سر عمود فقری پر آسانی سے ٹکا ہوا ہو قص سے مین اوپر قصبہ کا ۲ انچ حصہ معرا کر لیا جائے تو سر کی مکمل بسط کر دگی کی حالت میں قصبہ کا ۳ انچ حصہ اوپر کی طرف گردن میں کھینچ آئے گا۔ ٹیلو (Tillaux) کے مطابق بالغ میں حلقے غضروف اور قص کا تمام درمیانی فاصلہ اوسط میں تقریباً ۳ ۱/۲ انچ (۲ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۳ اور ۵ سال کے درمیان کی عمر کے بچے میں یہ کُل فاصلہ تقریباً ۱ ۱/۲ انچ (۴ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۶ اور ۷ سال کے درمیان کی عمر کے بچے میں یہ تقریباً ۲ ۱/۲ انچ (۵ ۱/۲ سنٹی میٹر) ہوتا ہے، اور ۱۰ اور ۸ سال کے درمیان کی عمر کے بچوں میں یہ تقریباً ۳ ۱/۲ انچ (۶ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ تراش پر قصبہ کے ابعاد بہت اختلاف پذیر دکھائی دیتے ہیں، حتیٰ کہ ایک ہی عمر کے مختلف افراد میں یہ مختلف ہوتے ہیں۔ گوٹرسینٹ (Guersant) یہ بیان کرتا ہے کہ بالوں کے لئے قصبہ ننگانی کی فیٹیوں کا قطر ۱۲ ملی میٹر سے ۱۵ ملی میٹر تک ہونا چاہئے۔ اور ۱۸ مہینہ سے کم عمر بچوں کے لئے انکا قطر تقریباً ۲ ۱/۲ ملی میٹر ہونا چاہئے۔

قصبہ ننگانی (tracheotomy) کا عملیہ سرانجام دیتے وقت یہ ضروری ہے کہ سر جس قدر ممکن ہو سکے پیچھے کی طرف کو گرا دیا جائے اور ٹھنڈی کو قصبی کٹاؤ کی مین سیدھ میں رکھا جائے تاکہ گردن کے خط وسطی کے تعلقات مصئون رہیں۔ سر کی مکمل بسط کر دگی سے جراح کو عملیہ کے لئے نہ صرف زیادہ گنجائش ہی مل جاتی ہے، بلکہ قصبہ بھی سطح سے قریب تر ہو جاتی ہے اور نلی کو تاننے سے یہ بہت کم حرکت پذیر ہو جاتی ہے۔

215

گردن کے خط وسطی میں قصبہ پر حلقے غضروف سے قص تک ننگاف دیتے وقت مندرجہ ذیل حصے سامنے آتے ہیں:۔ جلد کے نیچے مقدم و درامی و ریدیں پائی جاتی ہیں۔ یہ و ریدیں قاعدہ خط وسطی کی دونوں جانب پر کچھ فاصلہ پر واقع ہوتی ہیں اور سوائے ایک بڑی مستعرض و رید کے جو میاں و جہی فضا میں قص کے بالائی کنارہ پر واقع ہوتی ہے کسی اور ذریعہ سے مربوط نہیں ہوتیں بعض اوقات

المطالب علم کو اس امر کی یاد دہانی کی جاتی ہے کہ ۱۲ ۱/۲ ملی میٹر = ۱/۲ انچ اور اسلئے ۴ ملی میٹر = تقریباً ۱/۲ انچ۔

قصبہ شگافی کے رقبہ کے عین سامنے بہت سی رابطہ شاخیں موجود ہوتی ہیں، یا قصبہ کے سامنے وریڈوں سے تقریباً ایک ضغیرہ بنجاتا ہے، یا ایک ہی وریڈ ہوتی ہے جو خط وسطی کا متبع کرتی ہے۔ اسکے بعد عمقی ردالمٹی ہے جس میں عضلات قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid) اور قصبہ قصبہ (sterno-thyroid) بند ہوتے ہیں۔ طرفین کے عضلات کے درمیان کا فرج معین نما ہوتا ہے اور یہ اس طرح واقع ہوتا ہے کہ قصبہ عضلی ریشوں کو تقسیم کرنے کے بغیر ہی معرا کیا جاسکتا ہے۔ درقی غدہ کی خاکنائے بالعموم قصبہ کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے بعض اوقات اس سے اوپر اور فوقانی درقی وریڈوں کے درمیان ایک مستعرض ربطی شاخ پائی جاتی ہے۔ خاکنائے کے اوپر ایک وریڈی ضغیرہ پایا جاتا ہے جس میں سے تحتانی درقی وریڈیں نکلتی ہیں اور خاکنائے کے نیچے یہ وریڈیں قصبہ کے سامنے زیر ترین درقی شریانی (thyroidea ima artery) کے ساتھ پائی جاتی ہیں (جبکہ یہ شریان موجود ہوتی ہے)۔ تحتانی درقی وریڈ بعض اوقات ایک احدتے کی شکل میں پائی جاتی ہے جو خط وسطی پر واقع ہوتا ہے۔ شیرخوار بچہ میں دو سال کی عمر سے پہلے پہلے غدہ تھیوسیم (thymus) قصبہ کے سامنے ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ گردن کی عین جڑ پر قصبہ کو لاسیہ (innominate) اور بائیں سبانی (left carotid) شریانیں اور بائیں لاسیہ وریڈ عبور کرتی ہیں اور آخوکار فوقانی درقی شریان کی غیر طبعی شاخیں بھی بعض اوقات ہوا کی نالی کے بالائی حلقوں کو عبور کرتی ہیں۔ غدہ درقی کی خاکنائے کے زخمی ہونے کے خطرہ کے سلسلہ میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔

قصبہ شگافی سرانجام دیتے وقت یہ بغیر کسی زحمت کے پیش آنے کے کاٹی جاسکتی ہے۔ دوسری وسطی سیونوں کی طرح غدہ درقیہ کی خاکنائے کے خط وسطی کی عقیبت بھی نسبتاً کم ہوتی ہے، گو اس میں سے خون استقدر بہتا ہے کہ حابس الدم چمٹیوں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دکھایا جا چکا ہے کہ غدہ درقیہ کی ایک جانب دوسری جانب سے محض جوڑی طور پر ہی مشروب کیجا سکتی ہے (یعنی ایسے اثراب سے جو خاکنائے کو عبور کرے) شیرخوار بچوں میں قصبہ شگافی کی دقت کا انحصار گردن کے چھوٹا ہونے، زیر جلدی شحم کی مقدار، قصبہ کے گہرا واقع ہونے، اسکی جسامت کی چھوٹائی اور اسکی بہت سی حرکت پذیری اور بانے سے اسکے باسانی مہبوط ہوسکنے پر ہوتا ہے۔ اگر اٹھکی سرسری طور پر داخل کیجائے تو شیرخوار بچہ کی قصبہ کی طرف سے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی۔ اسکی حرکت پذیری اس قسم کی ہوتی ہے کہ بے احتیاطی سے یہ باسانی ایک طرف کوٹل سکتی ہے اور اس لیے ناخبرہ کار عملیہ کن جلدی میں جو بعض اوقات لازم ہوتی ہے مری یا فخری ستون کو بھی پھیلنے لگتا ہے۔ مزید برآں بچہ میں

بالغ کے مقابل میں بڑے بڑے عروق قصبہ کو زیادہ بلند لیول پر عبور کرتے ہیں۔ اور ایسے خدہ تیموریہ سے بھی جو نامناسب طور پر نمایاں ہو سیکندردقت پیدا ہوتی ہے۔ ایک واقعہ میں ایک شیر خواجگہ میں قصبہ شنگائی کی نلی کے سرے سے جسکا دباؤ قصبہ کے سامنے کے رخ پر پڑتا تھا ایک قرصہ پیدا ہو گیا تھا جو لاسمی شریان میں کھل گیا تھا (برٹش میڈیکل جرنل صفحہ ۵۷۴)۔ نلکی (cannula) داخل کرتے وہ اگر قصبی زخم کم ہو جائے تو یہ باسانی عنقی روداکے نیچے کی ڈھیلے ڈھالی بافت میں گھس جاتی ہے اور خیال یہی ہوتا ہے کہ یہ ہوا کی نلی ہی میں ہے۔

حنجروہ شنگائی (laryngotomy) میں ہوا کی گڈگڈ کو حلقی در (erico-thyroid) غشائی میں ایک مستعرض نکھاف دیکر کھولا جاتا ہے۔ حلقی درقی غشائی انتہائی بلندی بخوبی نمود یافتہ بالغ موضوعات میں تقریباً ۱/۲ انچ ہی ہوتی ہے۔ اور بچوں میں یہ اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس میں سے نلکی داخل نہیں کیجا سکتی۔ حلقی درقی شریانیں اس فضا کو حلقی غصروف سے عین اوپر عبور کرتی ہیں۔ اور انکو کاٹنے سے اجتراز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ انکی جسامت عام طور پر بہت ہی غیر اہم ہوتی ہے اور یہ کوئی تکلیف نہیں دیتیں۔ مگر گاہے گاہے یہ عروق عظیم الجسامت بھی ہوتے ہیں اور ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے جن میں ان عروق سے خطرناک نرف ہی نہیں بلکہ نلک نرف بھی واقع ہو چکا ہے (ڈرہیم: Durham)۔ جب نلکی داخل کیجاتی ہے تو یہ قصبہ میں جلنے کی بجائے پیمصل کر حلقی درقی غشائی اور مخاطی استرکے درمیان باسانی چلی جاتی ہے۔ چونکہ حلقی درقی غشائی اوپر کی طرف موٹی اجبال سے تسلسل رکھتی ہے اسلئے یہ مناسب ہے کہ اس میں سے جو نلکاف دیا جائے وہ درقی کی بجائے حلقی کے زیادہ نزدیک ہو، ورنہ اجبال کے ڈھیلے ہو جانے اور آواز میں تغیر آجانے کا امکان ہوتا ہے۔

217

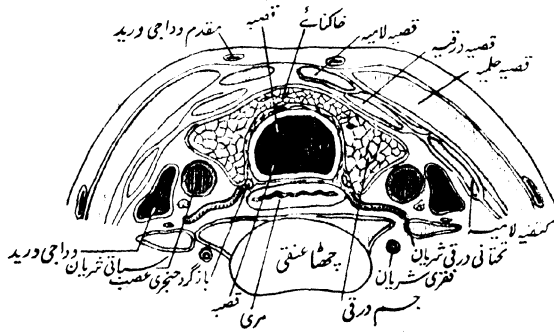
اجسام غریبہ اکثر دوران نفس میں سانس کے ساتھ اندر چلے جاتے ہیں۔ اور حنجروہ فوقانی روزن یافتہ المر بار (rima) میں اٹک سکتے ہیں۔ یا یہ بلعین (ventricle) میں چلے جاتے ہیں۔ یا قصبہ میں پھنس جاتے ہیں اور یا کسی شعبہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ شعبہ میں داخل ہونے والا جسم غریب عام طور پر دائیں شعبہ ہی کا انتخاب کرتا ہے کیونکہ اسکا روزن بائیں نلی کے روزن کی نسبت قصبہ کے مرکز کی زیادہ سیدھے میں ہوتا ہے۔ سانس کے ساتھ درکشیدہ اجسام غریبہ کے خطرہ کا انحصار اتنا اس میں کافی انداز پر نہیں ہوتا جو ان سے پیدا ہوتا ہے، جتنا کہ یہ مزار کے اس تشخ پر ہوتا ہے جسکو یہ اجسام معکوس نفاش سے پیدا کرتے ہیں۔ مگر بعض اوقات جسم غریب بلعین (ventricle)

میں زیادہ تکلیف دینے کے بغیر ہی کچھ عرصہ تک پڑا رہتا ہے۔

درقی جسم (thyroid body) - اس جسم کا ہر ایک لٹمتہ اپنے اپنے عظیم ترین حصہ پر

۲ انچ لمبائی ۱ انچ چوڑائی اور ۳ انچ موٹا ہونا چاہئے۔ جب درقی غدہ ان پھیائشوں سے واضح طور پر متجاوز ہو تو اسے کلانی یافتہ تصور کیا جاسکتا ہے۔ اسکا وزن عام طور پر ۱ اور ۲ اونس کے درمیان ہوتا ہے۔ اسکی تینوں سطحوں میں سے (شکل ۵۳) مقدم سطح تھمائی لامی عضلات سے ڈھکی ہوتی ہے۔

218



شکل ۵۳ - انسانی تراش جو درقی جسم کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

اور اندرونی سطح حنجروہ اور قصبہ پر منکمن ہوتی ہے اور بیرونی یا موخر سطح سباتی غلاف کو پوشیدہ کرتی ہے۔ اسکے نمایاں موخر کنارہ کا زین حصہ بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) اور مری سے مس کرتا ہے۔ ہر ایک لٹمتہ درقی غضروف کے تقریباً وسط سے لیکر قصبہ کے چٹے حلقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ زیادہ بڑا ہوتا ہے اور دایاں لٹمتہ بائیں کی نسبت بالعموم بڑا ہوتا ہے۔ ان امور کے ساتھ ہی یہ بھی معلوم کر لینا چاہئے کہ درقی کلانیوں (گھینگا) عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں! اور ہر حالت میں پہلے پہل انکے زیادہ تر دائیں جانب پردیکھے جانے کا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ خاکائے (isthmus) قصبہ اور حنجروہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے اسلئے نکلنے کے دوران میں یہ اوپر نیچے حرکت کرتی ہے۔ اور یہ امر گھینگے کے

دوسرے عقی سلعات سے تشخص کرنے میں نہایت ہی عظیم الامہیت ہے۔ عقی ردا کا ایک مضبوط زائدہ (ہیری Berry) کا تعلیقی رباط اس غدہ کو حلقی غضروف کی ہر ایک جانب سے باندھ دیتا ہے اور قبل اسکے کہ اسکا مکمل طور پر علیحدہ کرنا ممکن ہو اسے کاٹنا پڑتا ہے۔ جب غدہ درقی کلائی یافتہ ہو جاتا ہے تو یہ جانبن پر قصب میں بد شکل پیدا کر دیتا ہے اور اسے تنگ کر دیتا ہے۔ جس سے ”بنام“ (scabbard) کا سامنظر پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب کلائی سرمت کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو اس حالت کے رونما ہونے کا اور زیادہ امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کا جسم قصی لامی (sterno-hyoid) قصی درقی (sterno-thyroid) اور کثفی لامی (omo-hyoid) عضلات سے اپنی جگہ پر جما رہتا ہے۔ درقی جسم کی موضی بیرونی سطح بڑے بڑے عروق کے خلاف کے ساتھ مس کرتی ہے اس لئے جب یہ غدہ کلائی یافتہ ہو جاتا ہے تو اس میں سے ان عروق کے نمبانات باسانی منتقل ہوتے رہتے ہیں (شکل ۵۳) میزید برآں پیچھے کی طرف یہ عام طور پر بلعوم کے یرین حصہ اور مری کے بالائی حصہ کو مس کرتا ہے اور اس رخ میں جو کلائی واقع ہوتی ہیں ان سے اور نیز اس مداخلت سے جو ابتلاع میں خنجر کی حرکت میں واقع ہوتی ہے اس تکلیف کی توجیہ ہو سکتی ہے جو گلنے کے دوران میں گلنے میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔

219

درقی غدہ کی خاکنائے اس عطف سے نمو پاتی ہے جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے زبان کے چانوی اور لامی حصوں کے درمیان سے بروز کر تہے (شکل ۵۶ صفحہ 231) زبان کا سورخ جو (foramen caecum) اس نقطہ کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے یہ عطف بلعوم سے پیدا ہوا تھا۔ اس سورخ سے بعض اوقات ایک قنات نکلتی ہوئی پائی جاتی ہے (درقی لسانی thyro-glossal) جو عظم لامی کے قریب کے معین غدی نودوں کو جاتی ہے۔ اس ہڈی کے قرب و جوار میں معین غدے اور چھوٹے چھوٹے دویرے جن کا ستر مرحلہ سے بنا ہوتا ہے اکثر پائے جاتے ہیں۔ یہ غدے معہ نام نہاد ہرم یا وسطی نختہ کے اس ابتدائی عطف کی گردن کا باقی ہوتے ہیں۔ عظم لامی کے لیول کے نیچے وسطی غنچ (median bud) تقسیم ہو جاتا ہے۔ اس لئے ہری نختہ وائیں یا بائیں قسمت کا قائم مقام ہوتا ہے اور کبھی خط وسطی میں واقع نہیں ہوتا۔ ہرم (pyramid) جو عضلہ رافعہ درقی (levator thyroideæ) کے ذریعہ سے عظم لامی کے ساتھ تقریباً ہمیشہ ملا ہوتا ہے اسمان کردہ موضوعات میں سے ۹ فیصدی میں موجود ہوتا ہے (سٹرکیسن: Streckeisen)۔ جانبی نختہ جو تھی مشائی درزوں سے نمو پاتے ہیں (شکل ۵۶)۔ وسطی عطف گاہے گاہے جانبی درزوں میں سے

ایک کے ساتھ متحد ہونے میں ناکام رہ جاتا ہے۔ اس حالت میں خاکنائے کا کچھ حصہ غائب ہوتا ہے۔
چھوٹے چھوٹے معین درقی اجسام اکثر موجود ہوتے ہیں۔

غده درقیہ کے ذبول سے یامرض سے اس کے تباہ ہونے سے جسم کا ایک عمومی عارضہ پیدا

ہو جاتا ہے جو **مخاطلی اذیمیا (myxoedema)** کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عارضہ قمائت

(cretinism) سے خاصکر جہانتک اس کے گھینگے کے مریضوں میں پائے جانے کا تعلق ہے قریباً
مشابہت رکھتا ہے۔ مخاطلی اذیمیا (myxoedema) عملیہ سے تمام غده کا استیصال کر دینے کے بعد
نمودار ہوتا ہے اور یہ بندروں میں غده کے تجزی ازالہ سے پیدا کیا جا چکا ہے مخاطلی اذیمیا (myxoedema)
کا ایک نمایاں خاصہ زیر جلدی بافتوں کا ورم ہے جو زیر جلدی بافتوں میں ایک مخاطین نما جسم کے
اجتماع سے پیدا ہوتا ہے۔

220

عرق صحرکی اعصاب درقیہ تک عنقی مشارکی سلسلہ کے نیرین حصہ کے راستہ سے

پہنچتے ہیں اور اسی راستہ سے اعصاب اوپر کی طرف کو آنکھ تک جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 68) ایسا
معلوم ہوتا ہے کہ یہ اعصاب مرکزی طور پر غالباً شخاع مستطیل سے تعلق رکھتے ہیں کیونکہ بعض حالتوں میں
درقیہ کی کلانی کے ساتھ آنکھ کا بروز بھی پایا جاتا ہے (مخاطلی گھینگا: exophthalmic goitre)۔
ایشر (Asher) اور فلیک (Flack) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جسم درقی کے اندرونی افسراز میں
حجری اعصاب کے مہجان سے زیادتی پیدا کی جا سکتی ہے۔

غده درقیہ کے **عروق لمف** کثیر التعداد ہیں، اور یہ عمیق عنقی اور فوقانی منصفی

(superior mediastinal) لمفی غدد کو جاتے ہیں۔

عرقی رسد۔ فوقانی درقی شریان غده میں جانبی نموتہ کے راس پر پہنچتی ہے اور زیادہ تر
اسکی مقدم سطح پر منقسم ہوتی ہے۔ تحتانی درقی شریان اس نموتہ کے نیرین حصہ میں اسکی موخر جانب پر داخل
ہوتی ہے۔ غده کے استیصال میں اس عرق کو باندھتے اور غده کے نیرین حصہ کو چھڑاتے وقت بازگرد
حجری عصب (recurrent laryngeal nerve) کو ضرر پہنچنے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اگر یہ
کٹ جائے یا بندش میں آجائے تو حنجرہ کے وہ جملہ عضلات جو اس طرف ہوتے ہیں سوائے عضلہ حلقیہ
درقیہ (crico-thyroid) کے مشلول ہو جاتے ہیں۔ زیر ترین درقی مشریان (thyroidea)
(innominate) جو جسم درقی کیلئے ایک زائد عرق ہوتا ہے اور جو عام طور پر لاسمی (innominate)

سے پیدا ہوتی ہے اور تھبہ کی اگلی جانب پر اوپر کی طرف کو جاتی ہے ہر دس موضوعات میں سے ایک میں پائی جاتی ہے۔

نزد درقیے (parathyroids) چھوٹے چھوٹے بیض نما اور جلی ہوئی مٹی (terra-

221

cotta) کی رنگت کے اجسام ہوتے ہیں، جنکی جسامت مٹر کے چھوٹے چھوٹے دانوں کے برابر ہوتی ہے۔

اننے ترکیبی عملیات عظیم الجسامت اور کثیر الاضلاع ہوتے

ہیں اور انکا ضلیہ مائیوسین (eosine) سے سہل التوشیہ

ہوتا ہے اور یہ شبک عمائد میں مجتمع ہوتے ہیں۔ تمام

یا اکثر نزد درقیوں کو دور کر دینے یا انکو ضرر پہنچنے سے

بکوز پیدا ہو جاتا ہے اور کیلسیم کے تحول میں نقائص

پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ ہر ایک طرف بالعموم دو ہوتے

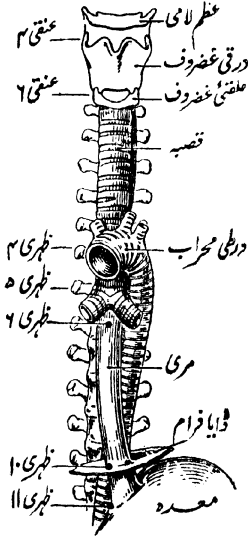
ہیں۔ ایک جسم درقی کے جانبی نختہ کے زیر قطب

کے پیچھے اور دوسرا آٹھانی درقی (inferior thyroid)

کی انتہائی شناخوں کے نیچے میں۔ فارستھ (Forsyth)

کا یہ بیان ہے کہ جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے انکی

جسامت گھٹتی جاتی ہے۔



مری (oesophagus) یا غذا کی

شکل ۵۴۔ مری اور اسکے تعلقات۔ نلی (gullet) (شکل ۵۴) چھٹے عنقی فقرہ کے مقابل

یعنی حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے زیرین کنارے کے پیچھے شروع ہوتی ہے۔ اور

ڈایا فرام کو دسویں ظہری فقرہ کے مقابل منتقب کرتی ہے۔ اس مقام کی نشان دہی کم پر نویں ظہری

فقرہ کے مٹراکب شتوک سے ہوتی ہے۔ اس شتوک کے ذرا بائیں طرف مسماع الصددر رکھ کر میال معدہ میں

داخل ہوتا ہوا سنا جا سکتا ہے۔

چھوٹے سے زیر ڈایا فرامی ممر کے بعد جو تقریباً لچ کے قریب ہوتا ہے یہ معدہ میں

گیارہویں ظہری فقرہ کے تقریباً بالائی حصہ کے لیول پر کھلتی ہے۔ غذا کی نالی میں تین خم ہوتے ہیں۔

ایک مقدم موضہ جو شتوک عمود کا تناظر ہوتا ہے۔ اور دوسرے دو جانبی ہوتے ہیں۔ خط وسطی پر سے

یہ شروع ہوتی ہے اور گردن کی جڑ تک بائیں جانب کو ذرا سی منحرف ہو جاتی ہے۔ پھر یہاں سے پانچویں ظہری فقرہ تک یہ خط وسطیٰ تک بتدریج واپس آجاتی ہے! اور انجام کار یہ پھر بائیں طرف کو مڑ جاتی ہے اور ساتھ ہی ڈایا فرام کو منتقب کر نیچے لئے آگے کی طرف کو بڑھتی ہے۔ باوجود ان خمناؤں کے ماہرین استوار اور سیدھی معدہ میں منحنی سے معدہ تک گزار سکتے ہیں۔ اسکی لمبائی ۹ سے ۱۰ انچ تک ہوتی ہے۔ غذا کی ملی میں تین تنگ حصے ہوتے ہیں۔ ایک اسکی ابتدا پر ہوتا ہے اور ایک وہاں ہوتا ہے جہاں بائیں شعبہ اسکو عبور کرتا ہے اور تیسرا وہاں ہوتا ہے جہاں یہ ڈایا فرام میں سے گزرتی ہے۔ انہی تین تنگ مقامات پر اجسام غریبہ کے اٹکنے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے اور اکل اشیا کے ٹکٹنے سے یہیں تضریقات نمودار ہوتے ہیں اور سرطان کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان بھی یہیں ہوتا ہے۔ بوجی (bougie) گزارتے وقت یہ مقامات سامنے کے دانتوں سے ۷ انچ، ۱۱ انچ اور ۱۷ انچ کے فاصلہ پر پائے جاتے ہیں۔ جیسا کہ طعام بیریم سلفیٹ (barium sulphate meal) کے کھلانے کے بعد شعاعی ترسیم میں دیکھا جاتا ہے، پہلا بچھاؤ چھٹے عنقی فقرہ کے سایہ کے مقابل اور دوسرا چھٹے ظہری فقرہ کے سایہ کے مقابل اور تیسرا دسویں ظہری فقرہ کے لیول پر پایا جاتا ہے۔ مری کی ابتدا اور انتہا پر تنگی پائے جانے کی وجہ یہ ہے کہ ان مقامات کا عضلی نظام عاصری نوعیت کا ہوتا ہے۔ اور غذا گزارنے کے وقت کے علاوہ ان مقامات پر دروند بند رہتا ہے۔ بعض حالتوں کے زیر اثر مری نیچے کے سرے کے عاصری تشنج کی حالت پیدا ہو جاتی ہے، جس سے اجتماع غذا کے باعث مری میں اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ مری کے کھلا ہونے کی حالت میں ان مقامات میں سے ہر ایک کا قطر ۱/۲ انچ (۱۳ ملی میٹر) سے زرا زائد ہوتا ہے اور باقی مقامات پر تقریباً ۳/۴ انچ (۱۷ تا ۲۱ ملی میٹر) ہوتا ہے۔ زور سے اتساع کرنے سے اوپر کے دونوں تنگ حصے ۱۸ تا ۱۹ ملی میٹر تک اور نیچے کا حصہ ۲۵ ملی میٹر اور باقی غذا کی نالی تقریباً ۱ ۱/۲ انچ (۳۵ ملی میٹر) کے قطر تک تسخ کیجا سکتی ہے۔

مری کے علاقہ جات میں سے مندرجہ ذیل امور کی مثالیں جراحی مزاولت میں دیکھنے میں آتی ہیں:- غذا کی نالی تقریباً تمام ممر میں فقری عمود کی سامنے کی طرف سے قریبی تعلق رکھتی ہے۔ گردن میں قصبہ اسکے عین سامنے ہوتا ہے۔ صدر میں بائیں شعبہ بائیں شعبتی غدوگر دقلبہ اور بائیں بطن اسکے سامنے ہوتے ہیں اور دونوں اعصاب تائیم (vagi) اسکے اردگرد ایک ضغیرہ بنا دیتے ہیں۔ بائیں شعبتی غدوگلانی یافتہ ہونے کی حالت میں بعض اوقات غذا کی نالی پر دباؤ ڈال دیتے ہیں اور بعض اوقات اس سے منضم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ اسمیں

مختص المقام لینت پیدا کر دیتے ہیں اور عطفات کی پیدائش کا باعث بھی ہوتے ہیں۔ صدی قنات (thoracic duct) صدر کے بالائی حصہ میں پیچھے سے گذر کر غذا کی نلی کی بائیں جانب پر آجاتی ہے۔ اور اونچے کے حصہ میں اور طہ جو پہلے مری کی بائیں جانب ہوتا ہے، بتدریج اسکی پھیل جانے پر پہنچ جاتا ہے۔ مزید برآں یہ کسی حد تک دونوں پلوراؤں سے بھی تعلق رکھتی ہے۔ گردائیں جانب کی غشا سے اسکا تعلق خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔ اخیر میں باز گرد حنجری (recurrent laryngeal) عصب اسکے اور قصبہ کے درمیان اوپر کی طرف کو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ صفحہ 264)۔

مری کی حسی عصبی راسد زیادہ تر جیل کے پانچویں نہری قطعہ سے آتی ہے (ہیڈ Head: غذا کی نلی کے سرطان یا احتراقات کی حالت میں درد اس قطعہ کی جلد سے منسوب ہوتا ہے) (دیکھو شکل ۸۵ صفحہ 390)۔

جو اجسام غریبہ غذا کی نلی میں چھنس جاتے ہیں ان سے تقرحات کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعض اوقات ہم پہلو حصوں مثلاً اور طہ، قصبہ یا شعبہ میں کھل جاتے ہیں۔ غذا کی نلی کا سرطان جب پھیلتا ہے تو ہم پہلو حصوں پر اسکے حملہ آور ہونے اور خالصکر قصبہ یا شعبہ جات میں کھل جانے کا امکان ہوتا ہے۔ پلورا تک پھیلنے کی حالت میں یہ بالعموم دائیں پلورا پر اثر انداز ہوتا ہے کیونکہ یہ غشا غذا کی نلی سے زیادہ قریبی تعلق رکھتی ہے۔ غذا کی نلی کا سرطان کبھی کبھی اس طرح پھیلتا ہوا بھی دیکھا گیا ہے کہ اس سے جسم درنی گرد قلبہ اور شش ماؤف ہو گئے ہیں اور ایک حالت میں بین ضلعی شریان اور دوسری میں دائیں زیر ترقوی (subclavian) کھل گئی تھی۔

مریوی تشوہات (oesophageal malformations) - نوزائیدہ

میں مری کا بالائی حصہ بعض اوقات کورانہ ختم ہو جاتا ہے اور نیچے کا حصہ ایک فتح سے شروع ہوتا ہے جو قصبہ کے دو حصوں میں منقسم ہونے کے مقام میں یا اسکے قریب واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ دودھ پہلے حنجرہ اور قصبہ سے گذر کر ہی معدہ میں جاسکتا ہے۔ دم گھٹنے یا عنقونی ذات الریہ سے موت جلد ہی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ حالت اس فاصل کے سوئیو نوکانیجہ ہوتی ہے جو آخر میں قصبہ اور مری کو علیحدہ

کرتا ہے۔ غٹائے مخاطی کے فشاری عطفات (pressure diverticula) گاہے گاہے موثر جانب پر مری اور بلعوم کے مقام اتصال پر مری کے بالائی عاصقے سین اور پروٹوما ہو جاتے ہیں۔ یہ بلعومی جیبوں (pharyngeal pouches) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ اور عضلہ مضیقہ تخمناہ (inferior constrictor) کے پیرین کنارہ اور ان عاصری ریشہ جات کے درمیان بروز کرتے ہیں جو مری کے بلعومی دہنہ کو گہیرے ہوتے ہیں۔ یہ عطفات اس لئے حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے مقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چونکہ جیب کا قعر مری کے بالائی سرے اور عمود شوکی کے درمیان واقع ہوتا ہے اس لئے جب یہ غذا سے پُر ہوتا ہے تو مری کی ابتدا کو لازمی طور پر مضبوط کر دیتا ہے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ پیرین سرے کے قریب مقدم دیوار سے چھوٹے چھوٹے جبری عطفات (traction diverticula) پیدا ہو جاتے ہیں۔

224

پھنسنے ہوئے اجسام غریبہ بالعموم مری بین (oesophagoscope) میں سے

دور کئے جاتے ہیں۔ اگر کبھی کبھی جب یہ آلہ حاصل نہیں ہو سکتا مری شگافی (oesophagiotomy)

کرنا لازم ہوتا ہے۔ غذا کی نلی تک عام طور پر بائیں جانب سے رسائی کی جا سکتی ہے کیونکہ یہ اسی طرف کو زیادہ مٹکی ہوئی ہوتی ہے۔ شگاف عضلہ قضیہ حلیہ (sterno-mastoid) اور قضیبہ کے درمیان اسی رخ میں دیا جاتا ہے جس میں مشترک سباتی (common carotid) کے باندھنے کے لئے دیا جاتا ہے۔ درقی غضروف کی چوٹی سے لیکر قضی ترقوی مفصل تک کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) کو یا تو باہر کی طرف کھینچ لیا جاتا ہے یا اسے کاٹ دیا جاتا ہے۔ بڑے بڑے عروق، عجزہ یا ورنہ درقیہ ایک طرف کو کھینچ لئے جاتے ہیں اور اس امر کے متعلق ضرور احتیاط کرنا چاہئے کہ نہ تو یہ ساختیں زخمی ہوں اور نہ درقی عروق صدری قنات (thoracic duct) یا بازگرد عصب (recurrent nerve) ہی کو نقصان پہنچے۔ جب غذا کی نلی مرعرا ہو جاتی ہے تو اسے انتصابی شگاف سے کھولا جاتا ہے۔ جب کبھی اس نلی کے عمقی حصہ سے کسی عطفہ یا سرطان کی علیحدگی مقصود ہو تو اس تک اسی طرح رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔ صدری حصہ تک بائیں جانب پچھلی طرف سے کئی ایک پسلیاں دور کرنے اور مری تک پورا کے باہر سے رسائی کرنے سے پہنچا جا سکتا ہے (الی ایلنٹھال: Lilienthal)۔

بڑے بڑے عرقی عروق۔ بڑے عرقی عروق کا محور اور انکے تعلقات اور

نقشہ ہاتھ مع ان عملیہ جات کے جن سے ان پر بندش لگائی جاسکتی ہے اور نیز ان طریقہ ہائے کار کے متعلق ذرا ذرا سی باتیں نہ صرف عملیہ جراحی کی کتابوں میں بلکہ تشریح کی بڑی بڑی نصابی کتابوں میں بھی اس تفصیل سے بیان کی گئی ہیں کہ یہاں اس مضمون کے متعلق کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ سباتی (carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے بڑے بڑے تعلقات شکل نمبر ۱۸ صفحہ ۱۹۷ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔

چونکہ عرقی اتصالاتی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے، اس لیے اس میں نور سما پیدا ہو کر تیزی سے بڑھ سکتے ہیں اور ”دباؤ کے علامات“ بالعموم جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں۔ انکی مثالیں چہرہ اور جوارح اعلیٰ کا نمایاں پہنچ اور نیلا پن میں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں اور منجری علامات ہیں جو باز گرد عصب (recurrent nerve) یا قصبہ پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں اور ڈایا فرام کاشنج ہے جو ڈایا فرامی (phrenic) عصب پر دباؤ پڑنے سے رونما ہوتا ہے اور مشار کی کا ضرر ہے، اور دوران سر اور ناقص بصارت ہیں جو دماغ کی عدم نموت سے پیدا ہوتے ہیں۔

225

صرع کے مریضوں میں فقری شریان (vertebral artery) پر بندش لگائی جاسکتی ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ اس سے فائدہ ہوا ہے یا نہیں۔ اسکے ارد گرد عرق جو کی اعصاب ہوتے ہیں جو تحتانی عرقی عقده سے آتے ہیں اور یہ لازمی طور پر ساتھ ہی بندھ جاتے ہیں۔ اس شریان تک عضلہ قصبہ صلبہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے سین اوپرنگاف دینے سے رسائی کیجا سکتی ہے (دیکھو شکل نمبر ۱۸ صفحہ ۱۹۷)۔ اسکے بعد سباتی درنہ (carotid tubercle) کی تلاش کیجاتی ہے اور عموداً اسکے نیچے عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anterior) اور عضلہ طویلہ عنقیہ (longus colli) کے درمیانی رخنہ میں شریان واقع ہوتی ہے اس طریق کار میں معتدبہ دقتیں پیش آتی ہیں۔

وریدوں میں ہوا کا دخول۔ گردن کی وریدیں تنفسی حرکات کے زیر اثر

ہیں۔ انہیں ہبوط واقع نہیں ہوتا کیونکہ یہ ارد گرد کی رداؤں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اور اس کی

ایک عمدہ مثال اس مقام پر پائی جاتی ہے جہاں خارجی و داجی (external jugular) ورید عمقی ردا کو فوق تر قوی مضامین شغبت کرتی ہے۔ دورانِ شہیق میں یہ عروق کم و بیش طور پر خالی ہو جاتے ہیں۔ اور دورانِ زفیر میں یہ کلانی یافتہ اور نزا و دار ہو جاتے ہیں۔ بہت کم کک کر سانس آئیگی حالت میں انجی جھامت سے غرض وقتاً بہت ہی بڑی ہو جاتی ہے۔ دوسری وریدیں جو صدر کی امتصاصی قوت کے زیر اثر ہیں صرف لعلی ورید اور اسکی بڑی بڑی معاون وریدیں ہیں۔ جب ان عروق میں سے کوئی ایک زخمی ہو جاتا ہے اور زخم ایک لمحہ کے لئے خشک رہتا ہے تو دورانِ شہیق میں ہوا آسانی سے اندر کھچ جاتی ہے اور اس سے دموی عروق شعریہ کی سدا دیت پیدا ہو جاتی ہے۔

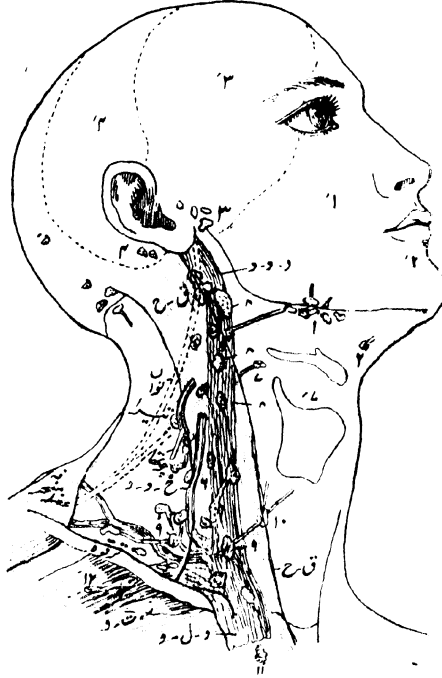
گردن کی وریدوں کے اندر کے مصاریع۔ زیر تر قوی

(subclavian) اور انکی معاون وریدوں میں مصاریع با فراط پائے جاتے ہیں۔ گردا خلی و داجی (internal jugular) میں صرف ایک جوڑا ہوتا ہے جو اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں یہ ورید لاسمی ورید (innominate vein) میں داخل ہو کر ختم ہو جاتی ہے لاسمی ورید اور فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) میں مصاریع نہیں ہوتے۔ جب صدر میں وریدی دباؤ بہت بڑھ جاتا ہے جیسا کہ بھاری بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو صرف اعلیٰ و داجی ورید کے نہائی مصراع ہی اس دباؤ کو دماغ میں منتقل ہونے سے روکتے ہیں۔ جن حادثات میں صدر دفعۃً مضبوط ہو گیا ہو انیس سراور گردن حادثہ کے بعد کئی دنوں تک نیلے رہتے ہیں (ضربی تپنفسی : traumatic asphyxia)۔ یہ نیلا پن غالباً و داجی مصراعوں کے کمزور ہو کر راستہ دے دینے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس لیے سراور گردن کے عروق شعریہ پر اس سے زیادہ دباؤ پڑ جانا ہے جتنا کہ وہ برداشت کر سکتے ہیں۔

جمل مشارکی کا حصہ عمقی۔ اگر گردن کے کسی عملیہ کے دوران میں جمل مشارکی

جو فوقانی و وسطیٰ اور تحتانی عمقی عقدوں کو ملاتا ہے کٹ جائے یا کسی بندش میں شامل ہو جائے تو واضح علامت کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے جو زیادہ تر اسی طرف کی آنکھ اور مجھ میں دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ یاد ہو گا کہ جو عصبی ریشہ جات عینید کے مویع عضلہ اوپر کے چوٹے کے غیر مضطط جسمی عضلہ مجھ کے غیر مضطط عضلہ اور چہرہ کے عقی غد کو رسد پہنچاتے ہیں اور نیز چہرہ، زبان اور گردن کی

زیر تر قوی (subclavian) خارجی و داخلی (external jugular) اور مستعرض عنقی (transverse cervical) وریدوں کے انتہائی حصول کو گھیرے ہوئے ہائی ریگروہ بلی (axillary)



شکل ۵۵ سر اور گردن کے لمفی غدود کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ عضلہ تقصیہ حلیہ (ق - ح) عضلہ منحرف (م - م) داخلی و خارجی ورید (د - و - و) - زیر تر قوی ورید (نہ - ح - و) اور دائیں لائمی ورید (د - ل - و) کے خاکہ جات ظاہر کئے گئے ہیں۔

۱ - زیر تر قوی غدود - ۱ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۲ - فوق لائی غدود - ۲ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں۔

۳ - پیش ازینی غدود - ۳ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۴ - پس ازینی غدود - ۴ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں۔

۵ - قذالی غدود - ۵ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں۔

۶ - خارجی و داخلی ورید کے سامنے سطح عنقی غدود کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

۷ - حنجری غدود - ۷ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں۔

۸ - ۸ - ۸ - بلاتین عنقی غدود - ۹ - ۹ - ۹ - زیرین عنقی غدود - ۱۰ - غدود رقبہ کے لمفہ وصول کرتے ہیں۔

۱۱ - فوقانی تنفسی غدود - ۱۲ - بطنی غدود۔

اور منصفی (mediastinal) غدود کے ساتھ مسلسل ہو جاتا ہے۔

یہ غدود اکثر کلانی یافتہ اور ملتبہ ہو جاتے ہیں اور لمفی نظام کے اسی حصہ میں لمفی غدود کی تدریجی کلانی نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ غدود میں جو الہتائی خواص پائے جاتے ہیں وہ ہمیشہ ثانوی قسم کے ہوتے ہیں اور اطراف جسم کے ان حصوں کے احتمالات کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے یہ فرداً فرداً لُف وصول کرتے ہیں۔ لہذا یہ مناسب ہو گا کہ بعض غدود کے تعلقات کو اطراف جسم کے بعض حصوں سے منسوب کر لیا جائے۔

چاندلی - موخر حصہ = قذالی اور پس اذینی غدود - جبہ اور جداری حصہ جات = پیش اذینی غدود (شکل ۵۵)۔

مزید آں چاندلی کے عروق غدود کے سطحی عنقی گروہ میں بھی داخل ہوتے ہیں -
چہرہ اور گردن کی جلد = زیر چانوی - پیش اذینی اور سطحی عنقی غدود۔

229

اذن خارجی = سطحی عنقی غدود۔

نیچے کالِب = زیر چانوی اور فوق لامی غدود۔

کہنقہ دہن = زیر چانوی غدود اور عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

نیچے کے جڑے کے مسوٹے = زیر چانوی غدود۔

زبان - مقدم حصہ = فوق لامی اور زیر چانوی غدود - موخر حصہ = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

لوزین اور حنک = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

بلعوم - بالائی حصہ = پیش اذینی اور پس بلعومی غدود - زیرین حصہ = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

خنجرہ - مجر اور منہ کی چھت = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

انفی حفرہ جات = پس بلعومی غدود - عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔ ان حفرہ جات کے

موخر حصہ کے بعض لمفی عروق پیش اذینی غدود میں داخل ہوتے ہیں۔

عمیق عنقی غد کے دور کرنے میں متعدد بافتوں کے زخمی ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ غد اکثر داخلی وداجی (internal jugular) ورید کے ساتھ مضبوطی سے منضم ہو جاتے ہیں۔ بالاترین غد شموکی معین (spinal accessory) عصب کو گھیرے ہوتے ہیں۔ سطحی عنقی اعصاب زیریں عمیق عنقی گروہ کے غد میں سے گزرتے ہیں۔ صدری قنات (thoracic duct) بائیں ترقوی حفرہ کے غد کو علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو چکی ہے۔

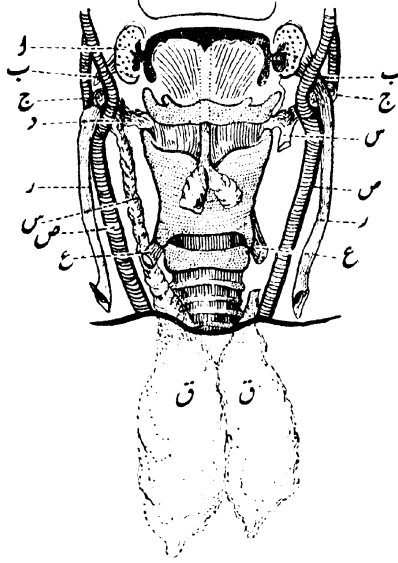
صدری قنات (thoracic duct) گردن میں۔ اگر ترقوہ کے

بالائی کنارہ پر اسکے قصی سرے سے ۱ انچ کے فاصلہ پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ داخلی وداجی اور زیر ترقوی وریدوں کے درمیانی زاویہ کی نشاندہی کرے گا جس پر یا جس کے نزدیک صدری قنات ختم ہوتی ہے۔ ان ۴۰ اجسام میں سے جن پر ایف۔ جی۔ پارسنس (F. G. parsons) اور پی۔ ڈیلو۔ جی۔ سارجنٹ (P. W. G. Sargent) نے تحقیق کی ہے، ۳۵ میں یہ قنات داخلی وداجی ورید کے انتہائی سرے پر ختم ہوتی ہوئی پائی گئی۔ ان واقعات میں سے تقریباً نصف میں قنات کا آخری حصہ منقسم ہو گیا تھا۔ اس کے کثیر دودھنہ جات ہوتے ہیں اور بعض اوقات ان کی تعداد چار تک بھی پہنچ جاتی ہے۔ احتمال پر یہ قنات مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) اور ڈیافرامی (phrenic) عصب پر سے باہر کی طرف کو اپنے مقام دخول سے اوپر خم کھاتی ہے جہاں اس میں بالعموم مصاریع ہوتے ہیں۔ اس قنات کی بندش سے قاعدۂ ناموافق علامات پیدا نہیں ہوتے، اور یہ اس کے اور صدر کی دائیں جانب کیے عروق لطف کے درمیان آزاد نفیج موجود ہونے اور مجسرو ویدوں (azygos veins) کے ساتھ رابطہ رکھنے کا نتیجہ ہے (لیف: Leaf)۔ جب یہ قنات بائیں شریک بانی (common carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے پیچھے سے گردن میں داخل ہونے کے لئے اوپر کی طرف چڑھتی ہے تو یہ پھیپھڑے کے پلورے سے کٹی ہوئی جاتی ہے۔ دائیں جانب میں قنات صدری (thoracic duct) کا قائم مقام دایاں لٹھی تنا ہوتا ہے۔ ان دونوں بڑے بڑے لٹھی مجاری کے معاونوں میں صدر میں آزاد راہ ورابطہ پایا جاتا ہے۔

خیشومی ناسور (branchial fistulae)۔ کبھی کبھی گردن میں بعض خلقی ناکو

پائے جاتے ہیں جو خیشومی درزی انخفاضات میں سے کسی نہ کسی ایک کے جزوی طور پر برقرار رہنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ انخفاضات جنین میں خیشومی محرکوں کے درمیان واقع ہوتے ہیں اور ان محرکوں کی

231



شکل ۵۶۔ گردن کی مختلف جنبشیں باقی بقیہ ساختوں کے محل اور تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

۱۔ لوزو۔ جب۔ لوزی ناچ کا بقیہ حصہ۔ (دوسرے درزی گوشہ سے)۔ ج۔ سہانی جسم خارجی اور داخلی سہانی
شراہوں کے درمیان۔ ۲۔ تیموسہ کی ڈنڈی (تیسری درزی)۔ یہ یعنی جوف (جو بائیں جانب پر دوسری درزی کے گوشہ سے
متحد ہے)۔ م۔ یعنی تیموسہ۔ ص۔ مشترک سہانی۔ ص۔ درقی اور درقی لسانی قنات کا وسطی حصہ۔ ط۔ وسطی درقیہ کا
زیر لانی حصہ۔ ع۔ جانبی درقیہ کی ڈنڈی جو چوتھی درزی سے پیدا ہوتی ہے۔ ق۔ تیموسہ مدرسہ۔

تعداد بالعموم پانچ بیان کی جاتی ہے پہلی نیچے کے جڑے اور مٹنی (malleus) کے لئے بنیاد کا کام
دیتی ہے۔ دوسری سے تراکدہ ابریمہ (styloid process) ابرمی لامی (stylo-hyoid) رباط

اور عظم لامی کا قرن اصغر نمونہ پاتا ہے۔ تیسری سے عظم لامی کا جسم اور اس کا قرن اعظم بنتا ہے۔ اور چوتھی اور پانچویں عظم لامی کے نیچے کے گردن کے غضروفوں اور نرم حصوں کے نکتوں میں حصہ لیتی ہیں۔ پہلی درز پہلی اور دوسری محرابوں کے درمیان ہوتی ہے۔ "عققی خیشومی ناسور بہت باریک نٹالوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں اور گردن کے اگلے حصہ کی ایک یا دونوں جانب پر چھوٹے چھوٹے دھنوں میں کھلتے ہیں۔ اور یہ پیچھے کی اور اندر کی یا پیچھے کی اور اوپر کی سمت میں بلعوم یا مری کی طرف کو جاتے ہیں۔" (پیجٹ: Paget)۔ انکا طول ۱ انچ سے لیکر ۲ انچ تک ہوتا ہے اور انکا قطر حیوانات کے سخت بال اور معمولی سلائی کے قطر کے درمیان درمیان ہوتا ہے۔ عققی ناسور کا دہنہ بالعموم قصی ترقوی منفصل کے عین اوپر واقع ہوتا ہے اور عققی جوف (cervical sinus) کا قائم مقام ہوتا ہے (شکل ۵۶) جو ایک نشیب یا جبب ہوتی ہے جو جنین کی گردن کے نموکے دوران میں بنتی ہے اور یہ جوف خیشومی اور حثوی درزوں کے مشترک دہنہ کا کام دیتا ہے جن میں لوزہ تیسویں اور جانبی درقیہ جات نمونہ پاتے ہیں۔ یہ ناسور اوپر کی طرف کو چڑھتا ہوا مشترک سبائی شریان کی دو شاخوں کی طرف چلا جاتا ہے جہاں یہ بعض اوقات جسم سبائی (جو تیسری درز سے پیدا ہوتا ہے) سے یا لوزی گوشہ سے (جو دوسری درز سے پیدا ہوتا ہے) ربط پیدا کر لیتا ہے۔ اس سے یہ امر ذہن نشین ہو سکتا ہے کہ صرف انہی تاجی ساختوں اور بروں بالیدوں کے حصے باقی رہ سکتے ہیں۔ ایسے بقیہ حصے عققی دو بروں کے لئے بنیاد کا کام دیتے ہیں۔ مزید برآں گردن کے بعض ادمہ نما دویرے اور بعض کثیر دویری عققی سلعات بھی جو "گردن کے قیلہ مانیہ" کی ایک شکل میں نمودار ہوتے ہیں انہی خیشومی بقایا سے پیدا ہوتے ہیں۔ ناسوروں کے منہ پر یا اس مقام پر جہاں یہ بالعموم واقع ہوتے ہیں بعض اوقات جلد کے تسے نمودار ہو جاتے ہیں جن میں کبھی کبھی غضروف بھی ہوتا ہے۔ انکو مستزاد اذن (supernumerary auricles) کہتے ہیں۔ کیونکہ انکا ناسوروں سے وہی تعلق ہوتا ہے جو اذن خارجی کا پہلی حثوی درز سے ہوتا ہے۔

حنجرہ کا بطن جیسا کہ طبعی طور پر بہت سے بندروں میں پایا جاتا ہے بعض اوقات مستطول ہو کر ایک تاجیہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو درقی لامی غشا میں سے گزر جاتا ہے اور اس طرح گردن کے حنجری خطہ میں ایک عققی ہوائی دویرہ (cervical air-cyst) یا تاجیہ (sac) بن جاتا ہے۔

حصہ دوم

صدر

باب ہفتم

چھاتی اور اس کے احتشاء

صدری دیواریں

چھاتی کی دونوں طرفیں شاذ و نادر ہی متشاکل ہوتی ہیں۔ دائیں طرف کا محیط بالعموم زیادہ ہوتا ہے اور اس امر کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ جو ارج اعلیٰ کا غیر مساوی استعمال ہے

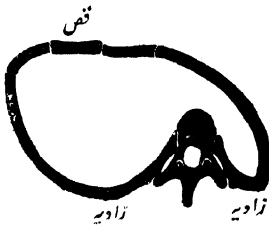
پاٹ کے مرض (Pott's disease) میں جبکہ ظہری خط ماؤف ہو اور عمود فقری آگے کی طرف کھ

بہت خمیدہ ہو گیا ہو تو صدر میں بہت بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا مقدم موخر قطر زیادہ ہو جاتا ہے۔ قفس (sternum) آگے کی طرف کھ نکھل آتا ہے اور عمود فقری کو خمیدہ کرنے سے یہ بھی خمیدہ کیا جاسکتا ہے۔ پسلیاں دب کر اکٹھی ہو جاتی ہیں اور جسم میں بعض اوقات استدر قصر واقع ہو جاتا ہے کیچھ کی پسلیاں حرقنی عرف (iliac crest) پر متراکب ہو جاتی ہیں۔

کبوتر کی شکل (pigeon-breast) کی بدشکلی میں قفس اور غضروف سامنے کی طرف

کو اس طرح ابھرتے ہیں کہ چھاتی کی مقدم موخر پیمائش بہت بڑھ جاتی ہے اور پسیلوں اور انکے غضروفوں کے خط اتصال کے ساتھ ساتھ ایک عمیق تجویف پیدا ہو جاتی ہے۔ ضلعی غضروفی اتصال

پر جس دور کے نیچے بیٹھے جانے ہی سے یہ ابھار پیدا ہوتا ہے۔۔۔ بچوں میں اور خاص کر کساحت زدہ بچوں میں صدر بہت نرم اور لیکھدار ہوتا ہے۔ اور اگر ہوا کے داخل ہونے میں کوئی مستقل رکاوٹ موجود ہو جیسی کہ بہت کٹانی یا فتمتہ لوزتین سے ہوتی ہے تو صدری دیوار میں کچھ عرصہ کے بعد اس انقباض کی وجہ سے جو ان پر دوران شہیق میں اثر انداز ہوتا ہے دب جاتی ہیں۔ صدر کا کمزور ترین حصہ ہر ایک طرف ضلعی غضروفی خط کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے اور ایسے واقعات میں جس دور اسی مقام پر ہی واضح طور پر دیتے ہیں۔



284

شکل ۵ ان تغیرات کو ظاہر کرتی ہے جو صدر میں التواء کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔ (ریڈارڈ Redard کے مطابق) شوکی انحناء کا انحداب دائیں جانب کو ہے اس لفظ پسیلوں میں انکے زاویوں پر حاویا یا جاتا ہے یعنی (دائیں) طرف پسیلوں کا زاویہ کم ہلا ہے۔

چھاتی کے تشوہات شوکی عمود کے ظہری حصہ کے غیر طبعی انحناءوں کا نتیجہ ہوتے ہیں پسلیاں فقرات سے ضلعی فقری اور ضلعی عسری رابطات کے زریعہ سے مضبوطی سے مربوط ہوتی ہیں

لہذا فقرات کی وضع کے متغیر ہونے سے ضلعی سلسلہ میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ جب ظہری خط میں کسٹم (kyphosis) پیدا ہو جاتا ہے تو شوکہ کا بالائی حصہ اوپر کی پسیلوں اور قفس کے ساتھ ہی آگے اور نیچے کی طرف کو جھک جاتا ہے۔ اس سے صدر کا مقدم موخر قطر بڑھ جاتا ہے مگر انتصابی اور مستعرض پیمائشیں کم ہو جاتی ہیں۔ جب ظہری خط میں جانبی انحناء پیدا ہو جاتا ہے تو اس طرف کی پسلیاں جس طرف کو خم واقع ہوتا ہے لازمی طور پر مضبوط ہو جاتی ہیں اور طرف مقابل کی پسلیاں کھل جاتی ہیں۔ التواء عمود فقری (scoliosis of the spine) میں نہ صرف جانبی انحناء

بنجائتا ہے۔ بلکہ فقرات بھی ساتھ ہی گھوم جاتے ہیں۔ فقری اجسام عمود کی محدب جانب کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور انکے شوکی زوائد انحناء کی منقعر طرف کو آجاتے ہیں (شکل ۵، ۵)۔ منقعر طرف کی پسلیاں مستعرض زوائد کے دھکیلنے کی وجہ سے آگے کی طرف کو چلی جاتی ہیں اور انکے زاوے کھل جاتے ہیں اور چھاتی کی طرف پیچھے کو چھپی ہو جاتی ہے۔ دوسری جانب (محدب) پر زاویہ بیکہ نمایاں ہو جاتے ہیں، کیونکہ پسلیوں کے فقری سرے پیچھے کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور آگے کی طرف سے یہ اندر کی طرف کو جھک جاتی ہیں۔ اس طرح چھاتی کا مستعرض قطر ترچھا ہو جاتا ہے (شکل ۵، ۵)۔ منقعر جانب پر بین ضلعی فضا میں تنگ ہو جاتی ہیں، حتیٰ کہ پسلیاں بعض اوقات ایک دوسری سے مس بھی کرتی ہیں اور محدب جانب پر فضا میں وسیع ہو جاتی ہیں۔ صدری احتشاک کی شکل لازمی طور پر تراب ہو جاتی ہے اور ان کا محل تبدیل ہو جاتا ہے۔

235

قص (sternum)۔ قص کی اوپر کی کور دوسرے اور تیسرے ٹھہری فقرات کے درمیان کی قوس کی متناظر ہوتی ہے۔ اور خجری قسمی مفصل دسویں ٹھہری فقرہ کے وسط کا متناظر ہوتا ہے۔ جنین میں تکمیل میعاد پر قص کی اوپر کی کور پہلے ٹھہری فقرہ کے وسط کے مقابل ہوتی ہے۔ (Symington: Symington) اسکی مقدم سطح پر ایک مستعرض حمید یا زاویر (زاویر کوڈو (angulus Ludovici) بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے جو یہاں (manubrium) اور جسم قص کے مقام اتصال کا متناظر ہوتا ہے اور دوسری ضلعی غضروف کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ **قصی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis)** پر تنفسی حرکت ایک معتدبہ درجہ تک ہوتی ہے۔ صرف بہت بوڑھے آدمیوں ہی میں اس مفصل میں عظمیٰ اتحاد پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکا ایک نمایاں زلائی کہنہ ہوتا ہے جسکے ارد گرد مضبوط یعنی اور لیفی غضروفی رباطات موجود ہوتے ہیں۔

اس ہڈی میں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے کیونکہ یہ نرم اور اسفنجی ہوتی ہے اور پیکڈار پسلیاں اور انکے غضروفات اسکو کمائیوں کے ایک سلسلہ کی طرح مہارادیتے ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں جب غضروفات متعظم ہو جاتے ہیں اور چھاتی زیادہ استوار ہو جاتی ہے تو کسر کے واقع ہونے کا رجحان زیادہ ہوتا ہے۔ قص عمود فقری کی چوٹوں میں نہایت کثرت سے نکسار ہوا جاتا ہے اگرچہ سادہ بلا واسطہ ضرب سے بھی اس میں کسر واقع ہو سکتا ہے۔ یہ ہڈی

عمود فقری کو زور سے پیچھے کی طرف یا اسکو دفعیہ آگے کی طرف کو جھکانے سے ٹوٹ جاتی ہے۔
 قفسی ید (sterno-manubrial) مفصل (قفسی مفصل غضروفی: sternal synchodrosis) میں خلج بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ان چوٹوں میں ید القص بالعموم علی حملہ رہتا ہے، مگر قفس کا جسم پسلیوں کے ساتھ اسکے آگے کی طرف کو منتقل ہو جاتا ہے۔

تعمیرِ مفصل اور اسفنجی ساخت کی وجہ سے قفس میں بہت سے عوارض مثلاً بوسیدگی اور صغیرتی گرد عظمی التهاب (gummatous periostitis) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہڈی میں تقابلی نرمی یہاں تک پائی جاتی ہے کہ قتلانہ زخموں کی حالت میں چاقو اس میں سے گذر گیا ہے۔ اس ہڈی کی شکل اور اسکا محل بھی دباؤ سے متغیر ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات ان اہل حرفہ میں دیکھنے میں آتا ہے جو ایسی خدمتوں پر مامور ہوتے ہیں جنہیں اوزاروں وغیرہ کو چھاتی سے دباننا پڑتا ہے۔

بعض اوقات قفس کے وسط میں خاص قسم کے سوراخ پائے جاتے ہیں جنہیں سے منصفی خراج باہر نکل آتے ہیں اور سطحی خراج صدر کی گہرائی میں چلے جاتے ہیں۔ یہ سوراخ دائیں اور بائیں قفسی سلانوں کے ناقص اتحاد کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے کہ قفس طیار ہوتا ہے۔ جن واقعہ کے متعلق ای گرو (E. Groux) نے اطلاع دی ہے اس میں انتصابی رخ میں ہڈی کے دو حصے علیحدہ علیحدہ پائے گئے تھے، اور زخمہ عضلی جہد سے وسیع کیا جاسکتا تھا اور قلب جو صرف نرم حصوں سے پوشیدہ تھا معاً ہو جاتا تھا۔ ایک اور واقعہ میں جبکا اندراج ڈگلس (Douglas) نے کیا ہے صرف نیچے کا حصہ ہی متحد تھا۔ قفس کا بالائی حصہ انتصابی رخ میں کاٹا جا چکا ہے اور ہر ایک نصف تناظر پسلیوں کے ساتھ ان ساختوں تک رسائی حاصل کرنے کے لئے جو فوقانی منصفیہ موجود ہوتی ہیں آگے کی اور باہر کی طرف کو اٹایا جا چکا ہے۔

پسلیاں اتنی ترچھی واقع ہوتی ہیں کہ ایک سسلی کا مقدم مرا کسی دوسری پہلی

موجودہ سے کیوں ہوتا ہے جو تعدادی ترتیب کے لحاظ سے اس سے کچھ نیچے واقع ہوتی ہے چنانچہ سامنے کی طرف سے دوسری پسلی پچھلی طرف سے پانچویں پسلی کی تناظر ہوتی ہے اور ساتویں کا منہلی دسویں کا تناظر ہوتا ہے۔ اگر جسم کے گرد گت کے تحتانی زاویہ کے لیول پر ایک افقی خط کھینچا جائے جبکہ بازو جسم کے اطراف پر ہوں تو یہ خط سامنے کی طرف قفس کو

پھلے غضروف کی چسپیدگی پر اور پانچویں پسلی کو حلی خط پر اور نویں پسلی کو عمود فقری پر کاٹنا۔
دوسری پسلی کو ایک ستمبرض حید نظر کرنا ہے جو قفس پر ہوتا ہے اور جسکی طرف پہلے بھی اشارہ
کیا جا چکا ہے (زاویہ لوڈوک (angulus Ludovici) عضلہ صدک کیبرہ (pectoralis
major) کا زیریں کنارہ پانچویں پسلی کی طرف رہنمائی کرتا ہے اور عضلہ فشتار کیبرہ (serratus
magnus) کا پہلا سرئی تشریحی چھٹی پسلی کا تناظر ہوتا ہے۔ ساتویں پسلی سب سے لمبی ہوتی ہے
اور پہلی سب سے چھوٹی۔ سب سے زیادہ ترجیحی پسلی نویں ہوتی ہے۔ جب بازو اپنی طرف پر
لٹکا ہوتا ہے تو کتف کا زیریں زاویہ ساتویں پسلی کو پوشیدہ کئے ہوتا ہے۔

237

پسلیاں لچکدار اور بہت خمیدہ ہوتی ہیں اور چونکہ یہ بہت سے رباطات کے ذریعہ
پچھلی طرف عمود سے اور آگے کی طرف دب جانے والے غضروفوں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اسلئے
یہ کمائی کی خواص سے ایسی چوٹوں کی مزاحمت کرتی ہیں جن سے کسر واقع ہونے کا احتمال ہوتا
ہے۔ پسلی میں بالواسطہ ضرب سے کسر واقع ہو سکتا ہے، مثلاً آجت لینے کی حالت میں پیٹے
کے جسم پر سے گزر جانے سے۔ ایسی حالت میں قوت کا رجحان ہڈی کے دونوں سروں کو قریب لانے
اور خم کو بڑھانے کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا جب یہ ٹوٹی ہے تو یہ اصلی خم کی چوٹی پر سے یعنی
اپنے وسط کے قریب سے ٹوٹی ہے۔ قطعاً باہر کی طرف کو شکستہ ہوتے ہیں اور پورا کے
منقبت ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ جب پسلی بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹی ہے تو ضرر
اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں چوٹ لگی ہو۔ ہڈی اندر کی طرف کو ٹوٹی ہے اور ہڈی کے
خم کا رجحان بڑھنے کی بجائے کم ہونے کی طرف ہوتا ہے اور ٹکڑوں کے پورا کو دریدہ کرنے کا
بہت خطرہ ہوتا ہے۔

جو پسلیاں اکثر ٹوٹی ہیں وہ چھٹی ساتویں اور آٹھویں ہیں کیونکہ معمولی حالات کے تحت
یہ سب سے زیادہ معرا ہوتی ہیں۔ جس پسلی میں کسر سب سے کم واقع ہوتا ہے وہ پہلی ہے
جو ترقہ کے نیچے پوشیدہ ہوتی ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف اکثر
مکلس پائی جاتی ہے اور اس میں گاہے گاہے کسر بھی واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ
۵۴ سال سے زائد عمر کے اکثر اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف کم و بیش حد تک مکلس اور متعظم
ہوتی ہے اور اسلئے اس قسم کی پسلیوں کی لچک اور حرکت پذیری میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔
پیرانہ سالی میں غضروفوں میں تعظم واقع ہونے کی وجہ سے سن رسیدہ اشخاص میں یوں کی نسبت

کسور زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ پسلی میں کسر واقع ہونے کے بعد قصر واقع نہیں ہوتا۔ کیونکہ یہ ہڈی آگے اور پیچھے دونوں طرف مثبت ہوتی ہے اور انتصابی غیر وضعیت کو بین ضلعی عضلات کی چسپیدگیاں مانع آتی ہیں۔ چنانچہ تا وقتیکہ متوالی پسلیوں میں کسر واقع نہ ہو کوئی بدیہہ بدشکلی رونما نہیں ہوتی۔ یہ ہڈیاں **عضلمی فعل** کی شدت سے بھی ٹوٹ چکی ہیں مثلاً کھانسنے کے دوران میں اور شدید دفاعی کوششوں کے دوران میں جیسی کہ وضع حمل میں عمل میں آتی ہیں۔ ایسی مثالوں میں یہ ہڈیاں شاید پہلے ہی سے مذبول یا کسی مرض سے کمزور ہو چکی ہوتی ہیں۔

کساحت میں پسلیوں اور غضروفوں کے مقام اتصال پر تغیرات واقع ہوجاتے ہیں جو عظمی ارتفاعات کے بننے کا باعث ہوتے ہیں۔ ان ارتفاعات سے دونوں طرف کی پسلیوں کے متاثر ہونے کی صورت میں ایک حالت پیدا ہوجاتی ہے جو کساحتی سہم (rickety rosary) کے نام سے موسوم ہے۔ ضلعی غضروفی اتصالات جن پر یہ کلانیاں واقع ہوتی ہیں لمبی ہڈیوں کے برابری خطوں کے متناظر ہوتے ہیں اور یہ وہ خطوط ہیں جن پر طول میں اصلی بالیدگی واقع ہوتی ہے۔

بین ضلعی فضا میں پیچھے کی نسبت آگے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں! اور نیز

بالائی پسلیوں کی درمیانی فضا میں نیچے کی پسلیوں کی درمیانی فضاؤں سے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں۔ سب سے چوڑی فضا تیسری ہے۔ پھر دوسری ہے اور پھر پہلی۔ ساتویں آٹھویں نویں اور دسویں بین فضا میں پسلیوں کے زاویوں کے سامنے کی طرف بہت تنگ ہوتی ہیں۔ فضا میں شہیق میں چوڑی ہوجاتی ہیں اور زیریں تنگ! اور جسم کو مقابل جانب کی طرف جھکانے سے زیادہ چوڑی کیجا سکتی ہیں۔

پلورائی کہفہ کا نزل بالعموم چھٹی یا ساتویں فضا میں یا تو قص اور عمود فقری کے یا مقدم اور موخر بغلی خطوط کے عین درمیانی مقام پر کیا جاتا ہے۔ ساتویں فضا کتف کے زاویہ کے تعلق سے آسانی شناخت کیجا سکتی ہے۔ جب بازو طرف جسم کے ساتھ ہوتا ہے تو یہ زاویہ اس فضا پر ذرا سا تراکب کرتا ہے۔ اگر کسی زیریں فضا کا انتخاب کیا جائے تو بالخصوص دائیں جانب پر ڈایا فرام کے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر آٹھویں یا نویں فضا منتخب

کیجائے تو شکاف کتف کے زاوئے کے خط کے عین باہر دیا جاتا ہے۔ مہزل کو دوران شہیق میں جبکہ فضا چوڑی ہوجاتی ہے داخل کرنا چاہئے اور بن ضلعی عروق کو بچانے کے لئے اسے حتی الامکان فضا کے یرین کنارے کے قریب رکھنا چاہئے۔ پسلیوں کے زاویوں کے پیچھے سے کسی فضا میں سے پھاتی کا بزل غیر ممکن العمل ہے کیونکہ اس مقام پر دیوار صدر پر عضلات کا ایک موٹا خلافت موجود ہوتا ہے۔ نیز بن ضلعی شریان جس کا ممر متناظر پسلیوں کے مقابلہ میں زیادہ تر چھا ہوتا ہے فضا کے اس حصہ کے وسط کو عبور کرتی ہے۔ زاویہ کے اگلی طرف بن ضلعی عروق اُس پسلی کے تحتانی کنارہ کے حید میں واقع ہوتے ہیں جس سے فضا کی بالائی حد بنتی ہے۔ وریڈ شریان کے عین اوپر واقع ہوتی ہے اور عصب اسکے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر اوپر کی چہار یا پانچ فضاؤں میں عصب ابتدا میں شریان سے اونچا ہوتا ہے۔

289

گرد قلبہ (pericardium) کا بزل سوئی کو خنجر ہی قص (xiphisternum)
 اور ضلعی حاشیہ کے درمیانی زاویہ کے راس میں سے اوپر کی اور ذراسی بائیں جانب کی سمت میں داخل کرنے سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔

پیپ بن ضلعی عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان کی ڈھیلی ڈھالی یافت کے ساتھ ساتھ آسانی جاسکتی ہے۔ چنانچہ فقرات کے یا پسلیوں کے موخر حصوں کے مرض میں جو تقیح پیدا ہوتا ہے اس میں پیپ بعض اوقات بن ضلعی فضاؤں کے ساتھ ساتھ قص تک پہنچ جاتی ہے اور اس طرح مرض کے اصلی محل سے معتد بہ فاصلہ پر آکر ظاہر ہوتی ہے۔

پسلیوں کا دور کرنا۔ پلورائی کہفہ میں کشادہ فتحہ بنانے کے لئے ایک یا دو

پسلیوں کے کچھ حصہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔

طویل المدت و بیلہ (empyema) کے بعض مریضوں میں جن میں ایک کھلا جو
 موجود ہو صدر کی عظمی دیوار کا وہ تمام حصہ جو قاع کہفہ کی بیرونی حد کا متناظر ہوتا ہے دور کر دیا جاتا ہے تاکہ کہفہ میں ہبوط واقع ہو سکے اور اس سے یہ بند ہو سکے۔ یہ موثر الذکر تمبریکولن الصدر (thoracoplasty) کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات نو پسلیوں تک کو اگلی طرف سے خضروں سے لیکر پچھلی طرف کو اگلے زاویوں کے پیچھے کسی مقام تک دور کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ اوپر کی پسلیوں کا جزئی استیصال (resection) نہایت ہی مشکل ہے۔ مگر بہت سی حالتوں میں

اس وقت تک کامیابی حاصل نہیں ہوتی جب تک کہ پسلیاں شروع ہی میں دوسری پسلی تک معہ اسکے دور نہ کر دی جائیں۔

پسلی دور کرتے وقت ہڈی مکشطہ (rugine) کے ذریعہ سے گردِ عظمہ سے بالکل معسر کر لی جاتی ہے اور استیصال زیر گردِ عظمی ہوتا ہے۔ اس طریقہ سے بین ضلعی عروق جو رضیعی میزاب میں ایک مجری میں سے جو گردِ عظمہ کے چھٹنے سے بنتا ہے گرتے ہیں معرا نہیں ہوتے اور اگر بعد میں انکو کاٹنے کی ضرورت ہو تو ان پر آسانی قابو حاصل کیا جاسکتا ہے، جبکہ پسلیاں راستہ میں حائل نہیں ہوتیں۔

240

داخلی پستانی شریان (internal mammary artery) قصہ کے

کنارہ کے متوازی گزرتی ہے اور اس سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر ہوتی ہے۔ اگر یہ رضیعی ہوجا تو بعض اوقات ایسا زرف واقع ہوتا ہے جو جلد ہی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس عرق پر پہلی تین بین ضلعی فضاؤں میں آسانی سے اور چوتھی یا پانچویں فضاؤں میں کیفیت مشکل سے قابو حاصل کیا جاسکتا ہے۔ دوسری فضا میں سے اس تک نہایت آسانی سے رسائی کی جاسکتی ہے اور پانچویں فضا سے نیچے کی کسی ایک فضا میں سے اسکو قابو میں نہیں لایا جاسکتا۔ یہ عرق صدری دیوار کی تمام ساختوں سے سوائے پلورا کے اونچے حصہ میں سوائے عضلہ مثلثہ قصیہ (triangularis sterni) کے گہرا واقع ہوتا ہے۔

پستان اس مقام پر جبکی نشاندہی بعد ازاں حملہ سے ہوتی ہے سر حملہ کے

ایک ٹھوس انفرادی شکل میں نمود پاتی ہے۔ جنینی زندگی کے تقریباً چھٹے مہینے میں اولین پستانی غنچہ میں سے زیر جلدی بافت کے اندر تمام سستوں میں شاخیں نکل آتی ہیں، جن سے اس بافت کے بستہ ہونے سے پستانی کیسہ بن جاتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ پستان کی فضائی بافت میں نمود پانے کے دوران میں سہلکیں کیسہ کے پس پستانی حصہ سے شروع ہو کر بین لٹکل فضاؤں میں سے ہوتی ہوئی زیر جلدی بافت تک چلی جاتی ہیں اور اس طرح جلد تک پہنچ جاتی ہیں۔ اسلئے سر لٹکل پستان کے معہ اس کیفیت کے جو اس سے نتیجہ پیدا ہوتی ہے ایک طرف تو ماتحت روائتک اور دوسری طرف سطحی فضائی سہکوں (ایسٹلے کوپر Astley Cooper) کے

نام نہاد تعلیقی رباطات) تک پھیلنے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا صدری ردا کے ساتھ انضمام موجود ہونے کے امارات کے پائے جانے اور نیز جلد کے چپکنے کی جو اکثر اس مرض کا امتیازی خاصہ ہوتے ہیں توقع کیا جاسکتی ہے۔ چونکہ جلد لیفیت (scirrhous: جَرَز) کی وجہ سے جو کہ اس بے خائشا خلوی بائیدگی کو جو سرطان کا لازمی خاصہ ہے روکنے کے لئے قدرت کی طرف سے ایک کوشش ہے اندر کی طرف کو کھج جاتا ہے اسلئے اس سمیت (حلمہ) میں بعض تغیرات کا پایا جانا ضروری ہوتا ہے مثلاً باز کشیدگی، لیول کی تبدیلی اور سمت کے تغیرات۔

پستان کے نیچے ردا ہوتی ہے جو عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ نشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے کچھ حصہ اور نیز عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) اور عضلہ موربہ (external oblique) کے مبادی کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ عضو اس عظیم لمفی مدار سے جو دھڑ کو ڈھکے ہوتا ہے قریبی تعلق رکھتا ہے اور یہ امر سرطان کے انتشار پر بحث کرنے اور اس کی بیخ کنی کے لئے عملیہ ترتیب دینے کے لحاظ سے نہایت ہی عظیم الاہمیت ہے۔ اس لمفی مدار کا اور خاصہ قوق الستری حصہ کا جسکی مسیلت اوپر کی سمت میں بغل کی طرف ہوتی ہے مطالعہ ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

عورت میں پستان ایک عریض قرص کی شکل کی ہوتی ہے اور اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے لیکر نیچے کی طرف چھٹی پسلی تک اور قصبی حاشیہ سے لیکر وسط بغلی خط تک پھیلی ہوتی ہے (سٹائلز: Stiles)۔ لہذا یہ زیادہ تر عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے اوپر واقع ہوتی ہے مگر اس غدہ کا پورا ایک تہائی حصہ عضلہ نشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اوپر منگن ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ عضلہ موربہ خارجہ بطنیہ (oblique externus abdominis) اور عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے مبادی پر متراکب بھی ہوتی ہے۔ لہذا ان عضلات کو یا انکے مبادی رداؤں کو سرطان زدہ پستان کو دور کرتے وقت ضرور ملحوظ کر دینا چاہئے۔ علاوہ ازیں اس عضو کے التہاب میں یا اس کے استیصال کے بعد ان عضلات کو آرام دینے کی تدبیریں ضرور اختیار کرنا چاہئیں۔ مزید برآں پستان اگرچہ عمومی طور پر ایک قرص کی شکل میں پھیلی ہوتی ہے مگر اس سے محیطی زوائد بھی نکلتے ہوتے ہیں اور انیس سے سب سے زیادہ قابل ذکر بغلی ڈوم ہے جو عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے بیرونی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغل کی طرف چلی جاتی ہے۔

یہ عضو ۱۲ تا ۲۰ بے قاعدہ لختکوں سے مرکب ہوتا ہے۔ جو افزائے کے مجوس ہوجانے کی حالت میں حملہ سے نصف قطروں کی شکل میں باہر کی طرف کوجاتے ہوئے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ ہر ایک لختک کی اپنی اپنی قنات ہوتی ہے جو حملہ کی چوٹی پر الگ الگ کھلتی ہے۔ مگر اس سے پیشتر ہر ایک قنات متسع ہوکر ایک اتساع کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ پستان کی صحیح صحیح نسبیات بیان کرنا مشکل ہے، کیونکہ عمر اور زمانہ رضاعت و حیض کی فعالیت کے لحاظ سے اس میں بڑی بڑی تبدیلیاں واقع ہوجاتی ہیں۔ نوجوان بالغ عورت میں اس میں معینی غدہ کے امتیازی خواص موجود ہوتے ہیں اور اسکی برآقناتوں کا استر عمودی یا کجی سر حملہ کا ہوتا ہے۔ مگر فعالیت کے درمیانی وقتوں میں اور تیس سال کی عمر کے بعد ایسا نمونہ تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے، جس سے ایسے انحطاطی تغیرات ظاہر نہ ہوتے ہیں جو اس عارضہ میں پائے جاتے ہیں جو بالعموم مزمن انتہاب پستان (chronic mastitis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انقطاع الطمث کے بعد اور ساکت حالت میں اس عضو کا زیادہ تر حصہ چربی پر مشتمل ہوتا ہے۔

242

پستان کے نیچے ایک ڈھیلی ڈھالی پس پستانی بافت ہوتی ہے جس سے یہ غدہ صدری غلاف سے ڈھیلے طور پر مربوط ہوتا ہے۔ اس میں بعض اوقات پس پستانی خراج پیدا ہوجاتا ہے جو ایک تکیہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور پستان اس پر تنگ رہتا ہے۔

علم مردوں اور نوجوان باکرہ عورتوں میں چوتھی بین ضلعی فضا میں ضلعی غضروفی

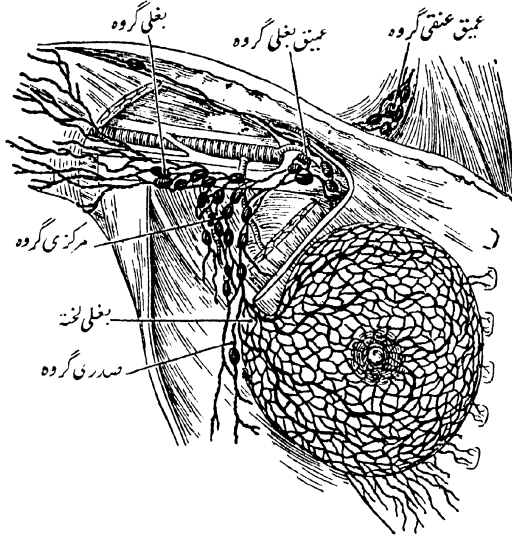
اتصال سے تقریباً آج کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ مگر رضاعت کے بعد پستان الٹک جاتی ہے اور پھر حملہ سے بین ضلعی فضاؤں کے لئے بطور رہنما کے کام نہیں لیا جاسکتا۔ علمہ انتصاب پذیر اور عقلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور نیمبرے اور چوتھے شوکی اعصاب کی جلدی شاخوں سے اسے رسد بکثرت پہنچتی ہے۔ اسکے ارد گرد ایک طون بالیزہ ہوتا ہے جس میں جرابات منگمہ ی (Montgomery's follicles) پائے جاتے ہیں اور یہ دہنی غدہ کا ایک سلسلہ ہوتا ہے جس میں یہ چکنہٹ پیدا کرنے کے اغراض سے تبدیل شدہ صورت میں پائے جاتے ہیں اور دراصل میں یہ کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ بالیزہ کے نیچے لمفی عروق کا ایک گسنا جال ہوتا ہے۔ اس کے قرب وجوار کی جلد طون اور حساس ہوتی ہے اور اس میں درد غیر شفاقت اور تسلمات پیدا ہوجاتے ہیں۔

جن مجاری لمف سے پستان کی سیلیت ہوتی ہے وہ سرطانی پستان کو اصولی

قاعدوں سے دور کرنے کے لئے عملیہ ترتیب دینے میں نہایت عظیم الٰہمیت ہیں۔ یہ مندرجہ ذیل گروہوں میں مترتب ہیں۔ (۱) گرد لختکی (perilobular) سینٹیوں اور لختکوں کے اردگرد۔ (۲) گرد قناتی (periductal) قنوات لبندیہ (lactiferous ducts) کے اردگرد۔ (۳) بین لختی (interlobar) جو درون لختی فواصل میں واقع ہوتے ہیں اور (۴) پس پستانی جال کو (۵) سطحی پستانی جال سے جو کیسہ کے مقدمہ حصہ میں واقع ہوتا ہے ملاتے ہیں۔ اگر سرطان بین لختکی فواصل پر حکم آور ہو تو انہیں انقباض واقع ہو جاتا ہے جو بافتی تعامل اور لیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے، اور انہی جلدی چسپیدگیوں کی وجہ سے جلد میں انخفاضات پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ عمل گرد قناتی عروق پر حکم آور ہو تو حملہ باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ پستانی لمفی نظام لمفی عروق کے اس زیر جلدی جال سے تعلق رکھتا ہے جن تک سرطان کے پہنچنے سے مرض کی وہ قسم پیدا ہو جاتی ہے جو **صدری سرطان** (cancer en cuirasse) کے نام سے مشہور ہے۔ صدری ردا اور عضلہ کے مجاری لمف کے جو ربط پستان کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، انکے ذریعہ سے سرطان پستان ان ساختوں تک جلد پھیل جاتا ہے۔ اور پھر سرطان عمقی محل کی ساختوں کے ساتھ مضبوطی سے مثبت ہو جاتا ہے اکثر عروق لمف پستان سے صدری غدود (pectoral glands) میں جاتے ہیں جنکی مقدار چھ سے آٹھ تک ہوتی ہے اور جو بغل کے مقدمہ کنارہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ نیز یہ مرکزی بغلی گروہ (central axillary set) میں بھی جاتے ہیں۔ انکی تعداد بارہ سے پندرہ تک ہوتی ہے اور یہ بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے اور بغلی ورید کے اندر کی طرف واقع ہوتے ہیں (شکل ۵۸)۔ عروق لمف ان دو گروہوں سے عمیق بغلی غدود (deep axillary glands) میں جاتے ہیں جو بغلی عروق کے سامنے کی اور اندر کی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان غدود کو جو بغلی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں مناسب طریقہ سے دور کرنا ناممکن ہوتا ہے تا وقتیکہ ضلعی خرابی (costo-coracoid) غشا کا تمام خطہ صاف نہ کر لیا جائے۔ لہذا سرطان پستان کے لئے جو اصولی عملیہ سرانجام دیا جائے اس میں عضلات صدری صغیرہ (pectoral minor muscles) کی برآوردگی ہمیشہ شامل ہونا چاہئے۔ عمیق بغلی غدود کا زین عمیق عمقی غدود سے تسلسل قائم ہوتا ہے اور اسی راستہ سے سرطان کا رجحان زیادہ تر

منتشر ہونے کی طرف ہوتا ہے مگر پستان کے اندرونی قطعہ میں سے بھی عروق لمف نکلتے ہیں اور مقدمہ میں منسلعی غد میں جو اوپر کی چارہین فضائی فضاؤں میں واقع ہوتے ہیں چلے جاتے ہیں۔ نیز گاہ بگاہ چند عروق قیفالی غدہ (cephalic gland) تک بھی جاتے ہیں جو عضلہ والیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی فرجہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

244



شکل ۵۸ - پستان اور بطنی کے لمفی عروق اور غدہ۔
(پوائے ریئر: Poirier سے ترمیم کردہ)

ہینڈلے (Handley) نے دریافت کیا ہے کہ سرطان پستان میں نیچے کی طرف عروق لمف میں منتشر ہونے اور بر معدی مثلت تک پہنچ جانے کا ایک رجحان بھی پایا جاتا ہے۔ یہاں پر یہ عروق ڈایا فرام کے اوپر اور نیچے کے عروق لمف سے ملنے کے لئے دیوار شکم کو منتقل کرتے ہیں۔ اس کا یہ بیان ہے کہ اسی ربط کی وجہ سے سرطان پستان کے واقعات میں جگر ثانوی مطروحات کا عمل ہوتا ہے۔ جب طبعی مکاری سرطان حلا سے منسود ہو جاتے ہیں تو لمف دور کے راستوں سے جاتا ہے۔ زیر کتفی غدہ (subscapular glands) بھی جو بطن کی موخر دیوار پر زیر کتفی عروق کو گھیرے

244

ہوتے ہیں، بعض اوقات در رنجتہ ہوجاتے ہیں۔ بازو کے عروق لہف کے ذریعہ سے جو مرکزی بغلی غد میں آکر ختم ہوتے ہیں گندھے کے ارد گرد کی سختیں بعض اوقات عضل بازو (brawny arm) یا جلدی کریمچوں کی شکل میں ثانوی مطروح کا محل بنجاتی ہیں اور ایک پستان کے لہنی نظام کے دوسرے پستان کے لہنی نظام سے قصب پر سے مربوط ہونے کی وجہ سے دوسری طرف کے پستان یا دوسری طرف کی بغل میں ثانوی مطروح پیدا ہوجاتا ہے۔

صدری لہنی ضغیروں کو علیحدہ علیحدہ نظامات تصور نہ کرنا چاہئے۔ زیادہ صحیح خیال یہ ہے کہ تمام دھڑ پر عروق لہف کی ایک مشبک صدرا یا انکا ایک جال موجود ہوتا ہے۔ دونوں فوق تری حصوں کی سیلیت فرود آئیں اور بائیں بغلوں کی طرف ہوتی ہے اور زیر تری حصوں کی جنگا سوں کی طرف ہوتی ہے مگر اپنے کناروں پر ہر ایک لہنی میدان اپنے قریبی میدانوں سے رابطہ رکھتا ہے۔

بین ضلعی زراعتی (intercosto-humeral) عصب بغلی غد کے مرکزی گروہ کو مشتبہ کرتا ہے۔ جب ان غد پر سرطان کا حمل ہوتا ہے تو اس عصب کے مضبوط ہونے کا بھی امکان ہوتا ہے اور اس سے بازو کی موخر جانب پر کہسی کے اوپر درد پیدا ہوجاتا ہے جو اس عصب کے انتہائی سرے سے منسوب ہوتا ہے۔ عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کے مختلف حصے بھی بعض اوقات متاثر ہوجاتے ہیں یا بغلی ورید یا عروق لہف مسدود ہوجاتے ہیں اور بازو نتیجتاً متورم اور متہتج ہوجاتا ہے۔

شمریائوں کے مندرجہ ذیل گروہ اس غدہ کو رسد پہنچاتے ہیں اور اس عضو کے

استقبالیہ کے دوران میں کاٹے جاتے ہیں۔ (۱) جانبی (طویل) صدری، جناسی صدری (alar thoracic)؛ (۲) اکرومی صدی (acromio-thoracic axis) کی صدری شاخیں۔ (۳) داخلی پستانی شریان کی مقدم ناقب شاخیں جو دوسری تیری اور چوتھی بین ضلعی فضاؤں میں نکلتی ہیں۔ (۴) دوسری تیری اور چوتھی بین ضلعی شریائوں کی جانبی شاخیں۔

مستزاد حملے اور پستان میں بھی پائی جاتی ہیں اور یہ بالعموم ایک خط میں

بغل اور جنگا سے کے درمیان درمیان ملتی ہیں۔ تمام پستانوں کے مضغی مرحلہ حیات میں اس محل پر

ایک برناہ انہی پستانی حید موجود ہوتا ہے۔ آدمی میں یہ سوائے ایک مقام کے غائب ہو جاتا ہے۔ مگر گاہے گاہے کوئی منفرد حصہ برقرار بھی رہ جاتا ہے اور اس سے آئندہ چلکر پستان بن جاتی ہے۔ علم جنینیات پستان کے سرین یا کمر پر واقع ہونے کی جہاں یہ کبھی کبھی پائی جاتی ہے توجیہ کرنے سے قاصر ہے۔

صدری احشاء

(THE THORACIC VISCERA)

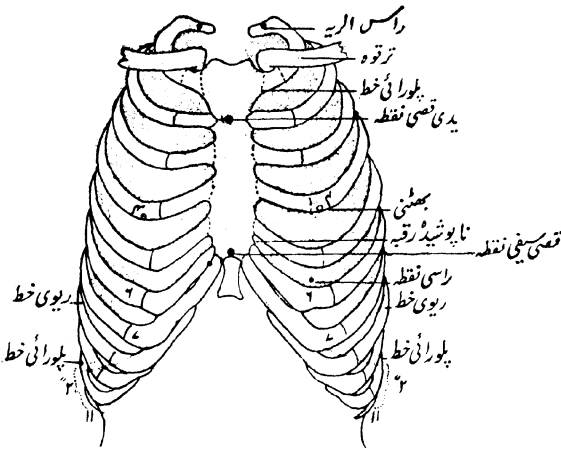
پھیپھڑے - پھیپھڑے کا راس گردن میں ترقوہ کے اندرونی نصف سے ایک انچ سے لیکر دو انچ اور تک پہنچا ہوتا ہے۔ بالوں کی اکثریت میں اسکا بلند ترین حصہ ترقوہ کے قصبی سر سے پانچ اور پراوقصبی حلی (sterno-mastoid) عضلہ کے قصبی اور ترقوی سروں کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۹)۔ دونوں پھیپھڑوں کے اگلے کنارے قصبی ترقوی مفصل کے پیچھے سے گذر کر وسطی خط میں قصبی مفصل غضرونی (sternal synchondrosis) پر مل جاتے ہیں۔ یہاں سے دائیں پھیپھڑے کی کور قصب کے خط وسطی کے پیچھے عموماً نیچے کی طرف کو چھٹے غضرونی قصبی مفصل تک چلی جاتی ہے جہاں سے یہ چھٹے غضروف کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف اتر جاتی ہے۔ بائیں پھیپھڑے کی کور دائیں کی کور کے چوتھے غضرونی قصبی مفصل تک قریب رہتی ہے اور یہاں سے یہ اس خط کے ساتھ ساتھ چوتھے غضروف سے راس قلب کے نزدیک تک گھٹینچا گیا ہو بائیں طرف کو چلی جاتی ہے (شکل ۵۹)۔ گاہے گاہے یہ منفرد نہیں بھی ہوتی اور گرد قلب کو قصب کی کور تک پوشیدہ کئے ہوتی ہے۔

246

کچھ میں تیموسید (thymus) کی وجہ سے پھیپھڑوں میں سامنے کی طرف زیادہ فاصلہ پایا جاتا ہے۔ وایاں پھیپھڑا خط وسطی تک پہنچتا ہے مگر بائیں قصب کی طرف بائیں کور تک ہی آتا ہے (Symington: سمنگٹن)۔ پھیپھڑے کے لیے برین کنارہ کو نظر کرنے کا آسان ترین اور سب سے زیادہ صحیح طریقہ مندرجہ ذیل ہے (شکل ۵۹)۔ چھٹے قصبی غضروف کے ساتھ ساتھ

اس کے قصبی سرے سے لیکر پیچھے کے سرے تک ایک خط کھینچ دیا جاتا ہے اور پیچھے کے سرے سے یہ خط جسم کے گرد افقی رخ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے۔ یہ معلوم ہو جائیگا کہ یہ خط پیچھے کی طرف وسطی خط کو گیارہویں نہری شوک (ضد میلانی شوک: anticlinal spine) پر یا اس کے نزدیک ہی کاٹتا ہے۔

پلورا کا تناظر کنارہ پھیپھڑے کے زیرین کنارہ کا متوازی نہیں ہوتا۔ یہ اس خط سے



شکل ۵۹ پھیپھڑوں اور پلورا کی سطحی نشان نگاری کو ظاہر کرتی ہے۔

ظاہر کیا جاتا ہے جو ساتویں قصبی غضروف کے قصبی سرے سے لیکر اسکے پیچھے کے سرے تک کھینچا جائے اور یہاں سے یہ زیر قصبی حاشیہ کے زیر ترین حصہ سے ۲ انچ اوپر تک بڑھا دیا جائے اور پھر پیچھے کی طرف وسطی خط تک کھینچ دیا جائے جسے یہ بارہویں نہری شوک پر یا اس کے قریب ہی کاٹتا ہے۔ اوپر کی طرف رٹوی خط اور نیچے کی طرف پلورائی خط کے درمیان ڈایا فرام چھاتی کی دیوار سے مس کرتا ہے اور ان کے درمیان صرف پلورا کا قصبی ڈایا فرامی (costo-phrenic) انعکاس ہی حاصل ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر یہ خطوط قصبی سے مختلف فاصلوں پر شروع ہوتے ہیں — ۱ انچ کی رعایت پلورا کے لئے اور ۲ ۱/۲ انچ کی پھیپھڑے کے لئے دینا چاہئے (شکل ۵۹)۔ پلورا بارہویں

پسلی سے علاوہ رکھتا ہے۔ مگر گاہے گاہے یہ اس پسلی کی گردن کے نیچے پلے ایچ یا اس سے زائد فاصلہ تک چلا جاتا ہے اور گردہ کے عملیہ جات میں اسکے زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بچہ میں بالغ کی نسبت یہ اور نیچے تک چلا جاتا ہے۔ بایاں پھیپھڑا دائیں کی نسبت زیادہ لمبا زیادہ تنگ اور زیادہ ہلکا ہوتا ہے اور اس سے ذرا پچھلے لیول تک پہنچتا ہے۔

جو تاقب جسم پلورا پر اثر انداز ہوتے ہیں ان میں ہوا

پلورائی کہف میں داخل ہونے کا امکان ہوتا ہے جس سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہو جاتا ہے اور بعد ازاں یہ ہوا تنفسی حرکات سے دب کر جداری پلورا کے زخم کے راستے سے بعض اوقات زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے اور اس سے جراحی نقاضہ (surgical emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے ضررات میں جبکہ خارجی زخم پیدا نہ ہو، مثلاً جب یہ عضو کسور پسلی سے دریدہ ہو جاتا ہے، ہوا پھیپھڑے سے نکل کر پلورا میں اور یہاں سے پلورائی زخم میں سے زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے اور اس طرح استرواح الصدر (pneumothorax) اور نقاضہ (emphysema) دونوں پیدا ہو جاتے ہیں۔

زمانہ جدید کی تیز رفتار گولیاں روئی بافتوں کو زیادہ نقصان پہنچانے یا پلورائی نقاضہ زیادہ زخم (دمی الصدر: haemothorax) پیدا کرنے کے بغیر پھیپھڑوں میں سوزج جاتی ہیں اور اس نتیجے کے پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ پھیپھڑوں میں ہوا موجود ہوتی ہے جو دب سکتی ہے اور یہ ایک لچکدار دیواروں والے کہفہ میں واقع ہوتے ہیں۔ اگر یہی گولی کسی ہڈی کے لبی کہفہ یا کھوپڑی میں داخل ہو تو دھماکے کا اثر پیدا کرتی ہے۔ کیونکہ ہڈی کا گودا یا مصلحہ چمک نہیں سکتا اور ایک بند خانہ میں محسوس ہوتا ہے۔

یہ معلوم کرنا بھی مناسب ہوگا کہ نقاضہ (emphysema) صدر کے بعض غیر تاقب زخموں کے آس پاس بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ یہ مصراعی قسم کے ہوں۔ ایسی حالتوں میں ہوا تنفسی حرکت کے دوران میں زیر جلدی بافتوں میں کھنچ جاتی ہے اور دوسری حرکت سے دب کر خلوی بافت میں چلی جاتی ہے اور زخم کی مصراعی ماہیت اسکو باہر نکلنے سے روک دیتی ہے۔ شدید عضلی جہد کے دوران میں مثلاً بچہ پیدا ہوتے وقت پھیپھڑے کے کسی ہوائی میک کے پھٹ جانے سے صدر اور گردن کا وسیع نقاضہ (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب پلورائی کہفہ

گھولاجاتا ہے، تو پھیپھڑوں میں کچھ لچکدار بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے قدرے ہبوط واقع ہوجاتا ہے، مگر جس حد تک یہ واقع ہوتا ہے اسکے متعلق بہت سی غلط فہمی پائی جاتی ہے پھیپھڑے کی ہوا میں سے نصف یا دو تہائی حصہ جیسا کہ بعض حالتوں میں پایا جاتا ہے نقلی ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑے کے منفعل ہبوط سے خارج نہیں ہوسکتا۔ جب دیوارِ شکم کے عضلات کی زفیری مساعی سے ڈایا فرام اوپر کی طرف کواٹھاتا ہے اور پسلیاں نیچے کی طرف کواٹھ جاتی ہیں تو صدری فضاؤں کی جسامت بعض اوقات اس قدر کم ہوجاتی ہے کہ پھیپھڑے اس میں باسانی سما نہیں سکتے اور اگر مزمار بند ہو تو چھاتی کے زخم میں سے پھیپھڑے کا نفع واقع ہوجاتا ہے لیکن اگر پورائی کہف میں کوئی مصراعی سوراخ موجود ہو جس سے ہوا اندر جوسی جاسکتی ہو مگر باہر نہ نکل سکتی ہو تو ہر ایک نفسی حرکت سے پورائی فضا میں ہوا کی مقدار بڑھتی جاتی ہے اور اس کے بعد ضغطتہ الریہ اور اختصام (suffocation) جلد واقع ہوجاتا ہے۔ اگر تندرست پورائی کہف میں ہوا یا سیال داخل کر دیا جائے تو وہ جلد جذب ہوجاتا ہے۔ پورا پورائی انصباب یا خون کی نسبت ہوا کو بہت جلد جذب کر لیتا ہے۔ اسی لئے خون یا سیال کے نکالتے وقت اسکی جگہ مصغی ہوا کا مساوی حجم داخل کرنے کا رواج پایا جاتا ہے۔ جوں جوں ہوا جذب ہوتی جاتی ہے پھیپھڑے اس خلا کو پُر کرنے کے لئے جو اس طرح پیدا ہوجاتا ہے پھیلتا جاتا ہے۔ میکیتون (Macewen) کی یہ رائے ہے کہ وہ کشش شعری جو پورا کی حشوی اور جداری تھوں کے درمیان موجود ہوتی ہے پھیپھڑے میں ہبوط واقع نہیں ہونے دیتی۔

249

پھیپھڑے کے زخموں میں خون تین سمتوں میں برکتا ہے:۔ اس عضو کی بافتوں میں (رئوی سکند: pulmonary apoplexy)، شعبتوں میں (جس سے نفث الدم پیدا ہوجاتا ہے) اور پورا میں (جس سے دمی الصدر: hæmothorax پیدا ہوجاتا ہے)۔ کچھ مثالوں میں پھیپھڑے زخم اور پسلی کے کسر کے موجود ہونے کے بغیر بھی نشق ہو چکا ہے۔

چونکہ اسکے عروق شعریہ باریک ہوتے ہیں اور نیرتھام ویدی خون کو جو قلب میں واپس آتا ہے قبل اسکے کہ یہ جسم کے دوسرے حصوں تک پہنچ سکے پہلے پھیپھڑوں میں سے گزرنا ضروری ہوتا ہے، اسلئے یہ ظاہر ہے کہ قتیح الدمی (pyæmic) اور دیگر ثانوی مطروحات دوسرے اعضاء کی نسبت پھیپھڑے میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

پھیپھڑوں میں جو کہف تدرن یا لنگون یا تمداد (bronchiectasis) لشم

سے پیدا ہو گئے ہوں انہیں شخاف دینے اور انکی میلیت کا انتظام کرنے میں کامیابی ہوتی ہے اور یہی ترکیب پھیپھڑے کے کیسیٹی دیوروں (hydatid cysts) میں بھی استعمال کی جاتی ہے۔ پھیپھڑے کے گہرے شگانوں سے جو زنف واقع ہوتا ہے وہ اس زنف سے جسکی اس قسم کے کثیر العروق عضو سے توقع کیجا سکتی ہے کم ہوتا ہے۔ پھیپھڑوں کے تمدن میں پلورائی انضمام جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور اس طرح پھیپھڑا اچھاتی کی دیوار سے مضبوطی سے چپک جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے جس حصہ میں بڑا سا کہف ہو اس میں ہبوط پیدا کرنے کے لئے جس سے کہف سرد ہو کر مندمل ہو سکے یہ مشق شروع کیگئی ہے کہ انضمام کو یا تو عملیاتی زخم میں سے یا چھاتی کی دیوار میں سے چا تو یا کواہ گزرا کر توڑ دیا جائے۔ اس اثنا میں اندر کا منظر دیکھنے کے لئے پلورائی کہف میں کسی دوسری بن ضلعی فضا میں سے دروں بن (endoscope) داخل کر لی جاتی ہے

پلورائی عصبی رسد۔ پلوراکے حاد التهاب میں درد بعض اوقات بہت

شدید ہوتا ہے اور ماؤف طرف کے تنفسی حرکات میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے۔ اگر درد رسد کی زیرین حصہ میں ہو تو درد بید شکم میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ ان امور کی توضیح پلورائی عصبی رسد ہی سے ہو سکتی ہے۔ ضلعی پلورائی رسد ہم پہلوؤں میں ضلعی اعصاب سے آتی ہے جو متناظر بین ضلعی عضلات کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ جب پلوراکے ماتحت حصے ملتهب ہو جاتے ہیں تو ان عضلات میں امتناع واقع ہو جاتا ہے۔ نیچے کے چھ ٹھری اعصاب دیوار شکم کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ لہذا جو درد ضلعی پلورائی میں اٹھتا ہے اسکو مریض شکم سے بھی منسوب کر سکتا ہے اور اسلئے غلطی سے بالخصوص بچوں میں حاد مرض شکم تشخیص کر دیا جاتا ہے۔ ڈایا فرامی اور منصفی پلوراکو ڈایا فرامی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے اور ان حصوں میں جو درد پیدا ہوتا ہے وہ گردن یا کندھے سے منسوب ہو سکتا ہے۔ عقیقی پلوراکو بھی ڈایا فرامی عصب ہی سے رسد پہنچتی ہے (ایچ۔ ایم جانسٹن

-(H. M. Johnston:

قصہ سامنے کی طرف قصبی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis)

کے اتصال کے مقابل اور پیچھے کی طرف جو تھے ٹھری فقرہ کے مقابل تقسیم ہوتی ہے۔ دونوں شعبتوں کے درمیانی زاویہ میں لمبی غد کے سلسلے موجود ہوتے ہیں اور یہ شعبتوں کے ساتھ ساتھ پھیپھڑوں کی جڑوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ غد پھیپھڑوں کے الٹھابی عوارض میں کلانی فیتہ

ہوجاتے ہیں۔ اور ان سے اوپر کے پانچویں نہری فقرات کی دونوں طرف صدر کی ششائی نگارش میں عمتات (opacities) پیدا ہوجاتے ہیں اور قرعہ پر نقل ظاہر ہوتا ہے (کلائیور ریوئیر - (Clive Riviere):

قصبہ اور شعبتوں کے اندر کے اجسام غریبہ کی اب شعبہ بین (bronchoscope) سے تعین مقام کیا جاسکتی ہے اور یہ اسکے ذریعہ سے نکلے جاسکتے ہیں۔ جہاں قصبہ دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں کی غشائے مخاطی بہت ہی حساس ہوتی ہے۔ اور ثانوی شعبتی نالیوں کے دہنجات اس دائری عضلی نظام کے اثر سے جوان نالیوں کی دیواروں میں موجود ہوتا ہے منقبض اور متنع ہوتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

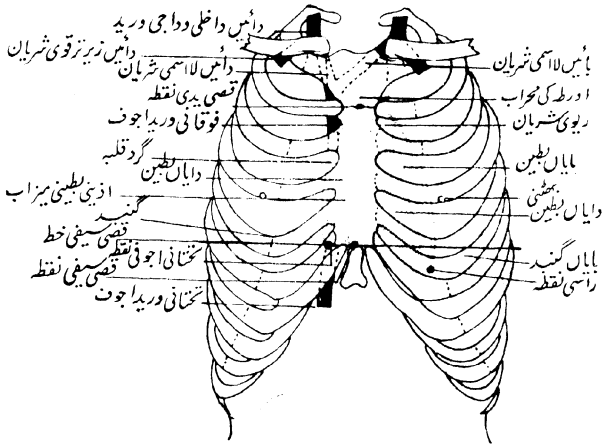
پچھید پھر سے کی جڑ اور شعبتوں کو صدر کی نہری دیوار کو کتف کے فکری کنارہ کے پیچھے سے کھولنے کے لئے کھینچا جاسکتا ہے۔ رسل (Russell) اور فاکس (Fox) نے ایک لڑکے کا واقعہ درج کیا ہے جس میں ایک ۳ انچ لمبا پن سر کے بل قصبہ میں اتر گیا تھا اور انجام کار بائیں شعبہ کی تین شاخ میں اٹک گیا تھا۔ انھوں نے پچھلی طرف سے آٹھویں سلی کا استیصال جزوی کیا اور پچھید کو آگے کی طرف کو دھکیل کر تاکہ شعبہ جڑ پر مسرا ہوجائے پن نکال لیا۔ پچھید پھر سے کی جڑ کو جگہ پر قائم رکھنا ضروری ہے۔ گردِ قلبہ کے ذریعہ سے یہ ڈایا فرام کے ساتھ بندھی ہوتی ہے اور اس عضلہ کے حرکات کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔ مذکورہ بالا واقعہ میں لڑکا علیہ کے بارہ دن بعد شفا خانہ چھوڑنے کے قابل ہو گیا تھا۔

251

قلب اور گردِ قلبہ - گردِ قلبہ کا محل اور اسکی وسعت صدر کی سطح پر مندرجہ ذیل

طریقہ سے ظاہر کیا جاسکتی ہے (شکل ۶۰)۔ تین نقطے مقرر کر لئے جاتے ہیں:۔ (۱) اسی (apical) - ضرب راس پر پانچویں بائیں بین ضلعی فضا میں قص سے ۳ انچ کے فاصلہ پر۔ (۲) قصبی یدی (sterno-manubrial)۔ دوسرے ضلعی خضہ و فون کے فہتاؤں کے درمیان وسط پر۔ (۳) تتحانی اجوفی (inferior caval)۔ قصبی سیفی (sterno-ensiform) قصبی نہری (sterno-xiphoid) نقطہ سے ایک انچ دائیں طرف اور تتحانی و رید اجوف (inferior vena cava) کے اختتام کے عین اوپر۔ جب ان نقاط کو منحنی خطوں سے ملا دیا جاتا ہے جیسا کہ شکل ۶۰ میں دکھایا گیا ہے تو گردِ قلبہ اور اسکے مشمولات کے اوپر کے رقبہ کی نشاندہی

ہو جاتی ہے۔ نیچے کا خط قصی خمیجی نقطہ کے نیچے سے پا ایچ یا اس سے زائد فاصلہ پر گزارتا ہے۔ اگر ایک مہزل (trocar) زائدہ خمیجیہ اور ساتویں بائیں ضلعی غضروف کے درمیان کے زاویہ میں پیچھے کی طرف کو جھونک دیا جائے تو یہ ڈایا فرام کے عین اوپر گرد قلبہ میں داخل ہو جاتا ہے۔ اس زاویہ میں سے گرد قلبہ کی مسیلت بھی کیجا سکتی ہے اور پانچویں اور چھٹے غضروفوں کے کچھ حصہ کا



شکل ۶۰۔ گرد قلبہ اور قلب کا تعلق قص اور سپلیوں کے ساتھ۔

252 جزئی اتصال کرنے سے اسکے کہنہ کا استقصا کیا جا سکتا ہے۔ گرد قلبہ کا دایاں کنارہ گہرا واقع ہوتا ہے اور دائیں پھید پھٹے سے پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۶۰)۔ تند رستی کی حالت میں اسکو قص کے دائیں کنارہ سے ایک انچ سے زیادہ نہ نکلنا چاہئے۔

اذینوں اور بلیٹوں کے علاوہ گرد قلبہ میں مندرجہ ذیل حصے شامل ہوتے ہیں۔ تحتانی اور فوقانی اجوف وریبوں کے اختتام، اور طہ سعودی اور رٹوی شریان۔ ان حصوں اور اور طہ کی محراب اور اسکی شاخوں کا محل شکل ۶۰ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ معلوم ہو جائے گا کہ قلب کی

مقدمہ سطح کا دو تہائی سے زائد حصہ دائیں بطن اور اذین سے بنتا ہے۔ لہذا قلب کی ہولوں میں یہی حصے بالعموم منقبت ہو جاتے ہیں۔

علیحدتی علاج کے لئے قلب کو چوتھے اور پانچویں بائیں ضلعی غصروں کے سروں کو ایک انچ یا اس سے زائد کاٹ دینے میں کشف کیا جاسکتا ہے۔ اس حشا کو آزادی سے پکڑا جاسکتا ہے اور اسپین ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں۔ جرح کا کام اسکے سریع حرکات اور گرد قلب اور ڈایا فرام کے تنفس سے ہلنے کی وجہ سے مشکل ہو جاتا ہے۔ جب قلب میں زخم آجاتا ہے تو خون گرد قلب میں بہ آتا ہے جس سے اذین مضبوط ہو جاتے ہیں اور خون کا داخلی بہاؤ بند ہو جاتا ہے۔ اسپرچ گرد قلب کے استسقاء سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو بطن کا زخم اسکی دیواروں کی دبازت کے اور اسکی استعداد انقباض اور جریان خون کو بند کر دینے کی قابلیت کے موجود ہونے کے باعث اتنا جلد مہلک ثابت نہیں ہوتا جتنا کہ اذین کا زخم ثابت ہوتا ہے۔ یہ ظاہر کرنے کے لئے ایسی بہت سی مثالوں کا اندراج کیا گیا ہے کہ قلب بعض اوقات اپنے جسم میں اجسام غریبہ کو ایک بڑی حد تک برداشت کر لیتا ہے۔ چنانچہ ایک آدمی جس کے قلب میں سے ایک سیخ ایک جانب سے دوسری جانب تک گزری ہوئی تھی بیس دن تک زندہ رہا (فیرس: Ferrus)۔ ایک اور واقعہ میں ایک دیوانہ نے لوہے کی ایک ۶ انچ سے زیادہ لمبی سلاح اپنی چھاتی میں بہا تک بھونک لی کہ وہ نظر سے غائب ہو گئی، مگر وہ جلد کے نیچے قلب سے نبضان وصول کرتی ہوئی محسوس کی جا سکتی تھی۔ اسکی موت اس سے ایک سال بعد واقع ہوئی اور یہ معلوم ہوا کہ دصات کا ٹکڑا نہ صرف پھیپھڑوں ہی میں سے گزرا تھا بلکہ بطن کے ہفتے میں سے بھی گزر گیا تھا (ٹلو: Tillaux)۔ مزید برآں قلب ان اجسام غریبہ کا متحمل بھی ہوتا ہے جو اسکے گوشوں میں پڑے ہوئے ہوں۔ جنگ عظیم کے دوران میں سپاہیوں کی ایک معتدبتعداد میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ دائیں بطن میں گولی یا کوئی لکڑا آزاد پڑا ہے مگر اسکے باوجود دیوار قلب میں کوئی زخم کسی جگہ بھی موجود نہیں ایسی حالتوں میں گولی بڑی بڑی وریدوں میں سے کسی ایک میں داخل ہو جاتی ہے اور وریدی خون کے ساتھ ہی دائیں گوشوں میں بہ کر آ جاتی ہے۔ جسم غریبہ روئی شریان میں کسی واقعہ میں نہیں گیا۔ قلب کے زخموں میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں اور ٹانگا لگانے سے اس کے فصل میں صرف وقتی اختلال ہی واقع ہوا ہے۔ ٹریورس (Travers) نے دائیں بطن کے ایک زخم کو ٹانگے لگائے ہیں جس میں اندازاً نصف کے لئے وہ میں انگلیاں ڈال سکتا تھا۔

جہاں تک چھاتی کے زخموں کا تعلق ہے، ویلپو (Velpeau) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکے صدر میں ایک پترایا گیا تھا جس سے چھاتی کی پسلیوں سے لیکر عمود فقری تک عبوری تہیت ہو گئی تھی۔ اور یہ موت سے پندرہ سال پہلے داخل ہوا تھا۔ رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں گاڑی کی ایک بم موجود ہے جو بائیں جانب کی پسلیوں میں گس کر تمام چھاتی میں سے گزر گئی تھی اور دائیں جانب کی پسلیوں میں سے باہر نکل آئی تھی یہ مریض دس سال تک زندہ رہا تھا۔

گرد قلبہ کا بزل۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے گرد قلبہ کا بزل یا اسکی مسیلت

بائیں نعلی سینی (costo-ensiform) زاویہ میں سے کیجا سکتی ہے (صفحہ 252) (شکل ۶۰)۔ جس حد تک یہ بائیں پلورا اور پھیپھڑے سے پوشیدہ ہوتا ہے وہ نہایت ہی تغیر پذیر ہے۔ اکثر حالتوں میں اسکا بزل چوتھی اور پانچویں بائیں فضاؤں میں قفس سے ایک انچ کے فاصلہ پلورا کو ضرر پہنچائے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ داخلی پستانی (internal mammary) شریان ان فضاؤں میں قفس سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر پہنچنے کی طرف کو آتی ہے اور ساتویں غضروف کے پیچھے فوقانی بر معدی (superior epigastric) اور عضل ڈایا فسرانی (musculo-phrenic) شاخوں میں تقسیم ہوجاتی ہے۔

254

مناسف (mediastina) - مقدم منصف میں خراج یا نو علی محلہ پیدا

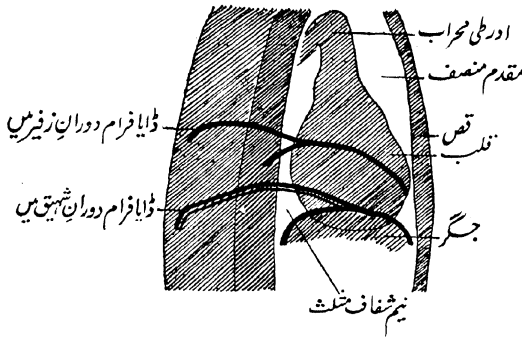
ہوجاتا ہے یا گردن سے پھیل کر یہاں تک آجاتا ہے۔ علیٰ ہذا موثر منصف کے خراجات یا تو ہم پیلو عمود فقری کے امراض سے یا ہم پیلو لہنی غد کے امراض سے پیدا ہوتے ہیں، اور یا مادہ کے کسی پس بلعومی یا پس ملوی اجتماع کے نیچے کی طرف پھیلنے سے ظہور میں آتے ہیں۔

درون صدری مرض کی تشخیص کے لئے رواج (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال

کرنے سے تنفسی حرکات اور صدری احتیاج کے تعلقات کے سلسلہ میں

ہمارے علم میں بہت سی توسیع ہو گئی ہے۔ شکل ۶۱ میں (جو ڈاکٹر ہالز ڈیلی (Dr. Halls) Dally کی احتیاط سے کنسجی ہوئی ایک تصویر سے لی گئی ہے، ان زیادہ اہم حصوں کا خاکہ

کینیسی لگا ہے جو چھاتی کا اس محور میں امتحان کرنے سے دکھائی دیتے ہیں جو مریض کے دائیں حملہ اور بائیں کتف میں سے گزرتا ہے۔ قلب اور جگر دوران شہیق میں پیچھے اور آگے کی طرف کو اور دوران زفیر میں اوپر اور پیچھے کی طرف کو سایہ کی طرح حرکت کرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب ڈایا فرام نیچے کی طرف کو جلا جاتا ہے اور قلب عمود فقری سے دور ہو جاتا ہے تو موٹ منصف جس میں اور ملے اور مری ہوتے ہیں آپار مشع مثلث کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔ دوران شہیق میں



شکل ۶۱۔ صدر کی صحیح دروں نگار کشس۔

(ڈاکٹر ہالس: Dr. Halls Dally کے مطابق۔)

حصوں کی وضع انتہائی شہیق کی حالت میں ظاہر کی گئی ہے اور ڈایا فرام اور جگر کی جو وضع زفیر کے دوران میں ہوتی ہے وہ بھی دکھائی گئی ہے۔

بھیس پھڑے بھی صاف نظر آتے ہیں اور زیادہ شفاف ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں مقدم منصف بھی ایک صاف فضا کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ فوقانی منصف میں اور طہر کی محراب مزید (manubrium) سے لیکر پیچھے کی طرف کو چوتھے ظہری فقرہ تک جاتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ جس شخص سے یہ شکل بنائی گئی تھی اس میں ڈایا فرام کی انتصابی حرکت ۳ انچ تک تھی۔ طبعی شہیق میں انتصابی حرکت ۱/۲ سے لیکر ۳/۴ انچ تک ہوتی ہے اور یہ حرکت ایک سپلی کی چوڑائی کے برابر ہوتی ہے۔

جسر دوریدیں (azygos veins) جو دراصل نیچے کی طرف سے

قطنی وریدوں سے شروع ہوتی ہیں اور مشترک حرقنی (common iliac) ہیکلوی (renal) اور ورید اجوف (vena cava) کی دیگر معاون وریدوں سے کم و بیش بلا واسطہ ربط و راہ رکھتی ہیں، فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) کے انتہائی حصہ کے اندر کی حالتوں میں وریدی روران خون کو ایک بڑی حد تک قائم رکھ سکتی ہیں۔ ایسا کرنے میں ان کو داخلہ پستانی شریان کی رفیق وریدوں اور بر معدی (epigastric) وریدوں سے مدد ملتی ہے۔ مزید برآں بین فقری وریدیں بھی بہت کلانی یافتہ ہو جاتی ہیں اور فوقانی اور تحتانی اجوف نظاموں کے درمیان یہ یعنی مجاری کا کام دیتی ہیں۔

ایسے سلطات (مثلاً کلانی یافتہ غدی تودے) سے جو موخر منصف میں پیدا ہوتے ہیں ان وریدوں کے دب جانے کا احتمال ہوتا ہے اور اسلئے ان بین ضلعی وریدوں کے اعتقان سے جو انیس آکر شامل ہوتی ہیں چھاتی ہیں کیقدر تہج پیدا ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ موخر منصف میں جو سلطات پیدا ہونے ہیں ان سے قصبہ یا عذرا کی نالی پر دباؤ پڑنے یا عصب تانسیم (vagus) یا حمل مشار کی میں خلل آنے سے تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ قصبہ اور شعبتوں اور مرئی کے ارد گرد جو کثیر التعداد لمفی غدو موجود ہوتے ہیں وہ اکثر تدرن کا محل بن جاتے ہیں۔ یہ ان اعضا کے ساتھ منضم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات انہیں گس کر منقح ہو جاتے ہیں۔

اس مہمہ سے عارضہ میں جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) کے نام سے موسوم ہے غده تیموسیکہ بالعموم بہت کلانی یافتہ پایا جاتا ہے۔ یہ مقدم منصف میں واقع ہوتا ہے اور گرد قلب کے بالائی حصہ اور قلب کے بڑے بڑے عروق کے سامنے اور قص کے اس حصہ اور ان غضروفوں کے پیچھے جو پسلیوں کے تیرے جوڑ کے اوپر واقع ہوتے ہیں متکن ہوتا ہے۔ اسکے اطراف منصفی پلورا کے اندکاسات سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں یہ بڑے بڑے عروق اور قصبہ اور شعبتوں پر دباؤ ڈالتا ہے جس سے کیقدر اندر پیدا ہو جاتا ہے کہ یہ انداد اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ اس سے فوری موت کی جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) میں واقع ہوتی ہے توجیہ ہو جائے۔ غده تیموسیکہ لف آسرافت سے مرکب ہوتا ہے اور تقریباً اٹھارویں سال میں اپنی اعظم جسامت (۳۶ گرام = ۱/۲ اونس) کو پہنچتا ہے۔ اسکے بعد اسکی جسامت میں بتدریج تخفیف ہو جاتی ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ تخفیف زیادہ ہوتی ہے۔ بچہ میں بوقت پیدائش اسکا وزن ۱۲ گرام ہونا چاہئے۔

اسکی ثریائیں اور وریڈیں جو داخلی پستانانی (internal mammary) (inferior) (thyroid) اور لائیمی (innominate) عروق سے نکلتی ہیں صغیر الجسامت ہوتی ہیں۔ یہ غدہ ڈھیلی ڈھالی اتصالی بانٹ سے ارد گرد کی ساختوں سے چسپدہ ہوتا ہے۔ ترقوموں کے سروں کے درمیان شگاف دیکر اس سے اسکو جزوی بلکل طور پر بھی علیحدہ کرنا ممکن العمل ہے۔ اس کے افعال مبہم ہیں مگر ہڈی کے نمو اور اسکی بالیدگی پر یہ بلا واسطہ اثر رکھتا ہے۔ نمو کے لئے دیکھو شکل ۶ صفحہ 281۔

صدری قنات (thoracic duct) کراببل (Krabbel) نے ایک اقدہ

کی اطلاع دی ہے جس میں نویں نہری فقرہ کے کسر کے ساتھ صدری قنات میں بھی الشقاق واقع ہو گیا تھا۔ یہ مریض چند دنوں کے بعد مر گیا اور دائیں پلورا میں ایک گیلن سے زیادہ خالص کیلوس پایا گیا۔ بالائی قطنی اور زیرین نہری فقرات کے اجسام اکثر تدرن کا محل ہوتے ہیں اور اسطرح پیمپٹروں کے راسی حصہ بھی۔ وڈجونس (Wood Jones) نے ان حصوں اور صدری قنات کے قریب قنات کی طرف اور اس قنات کے ذریعہ سے غذا کی نالی سے تدرنی حلا کے ان مقامات منتخبہ تک پہنچ جانے کے امکان کی طرف توجہ دلائی ہے۔

257

خزانہ کیلوس (receptaculum chyli) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے اجسام پر بنتا ہے۔ اور یہ قنات اس سے شروع ہو کر اوپر کی طرف زیرین نہری فقرات کے سامنے سے موخر منصف میں چلی آتی ہے۔ اور گردن کی بائیں جانب پر داخلی ورجی (internal jugular) اور زیر قنوی (subclavian) وریڈوں کے مقام اتصال میں داخل ہو کر ختم ہو جاتی ہے اختتام کے قریب یہ اکثر ڈلٹا (delta) کی شکل میں شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہیں جو تعداد میں پانچ تک ہوتی ہیں۔ الٹھاب باریطون کے علاج میں سموم کو منقطع کرنے کے لئے اس مقام پر صدری قنات کی مسیلت کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ مگر ابھی تک اس طریقہ کے کارگر ثابت ہونے کے دعویٰ کی نہ تو سریری بنا پر تصدیق کی گئی ہے اور نہ نظری بنا پر۔

معدہ کے سرطان کی حالتوں میں صدری قنات کے اختتام کے ارد گرد کے لمفی غدہ بعض اوقات مرض کے ابتدائی مدارج میں ہی ثانوی بالیدوں سے کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ ثانوی انتشار صدری قنات کے ذریعہ سے واقع ہوتا ہے۔

حصہ سوم

جارجہ اعلیٰ

باب یازدہم

کندھے کا خطہ

کندھے کے خطے کی بحث ترقوہ، کتف، ذراعیہ کے بالائی حصہ اور ان نرم حصوں پر مشتمل ہے جو انکے ارد گرد موجود ہوتے ہیں، نیز کندھے کا جوڑ اور بغل بھی اس میں شامل ہیں۔

سطحی تشریح۔ ترقوہ، اکرومی زائڈ اور کتفی تنوکہ سب کے سب زیر جلدی

ہوتے ہیں اور انکو آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں جب کہ بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو ترقوہ عموماً عین افقی نہیں ہوتا۔ بخوبی نمایاں افراد میں باہر کے سب پر یہ ذرا اوپر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ عورتوں اور کمزور اشخاص میں اور ان مردوں میں جنکے شانے فراخ نہ ہوں ترقوہ بعض اوقات یا تو افقی ہوتا ہے یا اس کا بیرونی سرا نیچے کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں چونکہ جارجہ کا وزن دور ہو جاتا ہے

اس لئے اسکا بیرونی سراقصی سرے کی نسبت اور بھی اونچا ہو جاتا ہے۔

ترقوہ کا دالی درنہ (deltoid tubercle) اگر کھلا ہو تو جلد میں سے محسوس کیا جاسکتا ہے اور غلطی سے نیچ الغظم (exostosis) تصور کر لیا جاتا ہے۔ اگر وہی ترقوی مفصل ایک انقباضی خط کے مستوی میں واقع ہوتا ہے جو بازو کی سامنے کی جانب کے وسط میں سے اوپر کی طرف کو گزرتا ہے۔ اس جوڑ پر بعض اوقات اس مقام پر جو سطح ہونا چاہئے ایک فراز محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ فراز یا تو ترقوہ کے سرے کی کلانی سے پیدا ہوتا ہے اور یا اس یعنی غضروف کے موٹا ہوجانے کی وجہ سے ظاہر ہوتا ہے جو بعض اوقات اس جوڑ میں پائی جاتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ رباطات کے کھینچ جانے کی وجہ سے ترقوہ کے اوپر کی طرف کو ذرا سا مخلوع ہوجانے سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ امر یقینی ہے کہ خشک ہڈی میں ایسی کلانی شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے جس سے اس فراز کے اگر وہی مفصل پر پائے جانے کی وجہ ظاہر ہوتی ہو۔ مزید برآں ان افراد میں جنہیں عضلات نخچی نمو یافتہ ہوں ترقوہ کا قصبی حصہ اکثر عظیم الجسامت اور ضرورت سے زیادہ ابھرا ہوتا ہے اور اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ ہڈی یا مفصل میں کوئی ضرر موجود ہے درآنحالیکہ ضرر موجود نہیں ہوتا۔

259

کندھے کے اوپر کے حصہ کی گولانی اور اسکے ابھار کا انحصار عضلہ دالبیہ (deltoid) کے نمو اور ذراعیہ کے بالائی سرے کے محل وقوع پر منحصر ہوتا ہے۔ عضلہ دالبیہ کتنی نطاق (shoulder girdle) سے پردہ کی طرح لگتا ہے اور جس ہڈی کو یہ ڈھکتا ہے اسی کی وجہ سے یہ باہر کی طرف کو ابھرا ہوتا ہے۔ لہذا اگر ذراعیہ (humerus) کے سر کی جسامت کم ہو جائے جیسا کہ بعض منقرض کوسور میں جو تشریحی گردن کے نزدیک واقع ہوں ہوتا ہے تو عضلہ دالبیہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے اور اگر وہی مقابلتہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا جو حصہ عضلہ دالبیہ کے نیچے محسوس کیا جاتا ہے وہ اسکا سر نہیں ہے بلکہ وہ اسکے حدیب جات ہیں جنہیں سے حدیبہ عظیم باہر کی طرف اور حدیبہ صغیر سامنے کی طرف ہوتا ہے۔ کندھے کا اسی قسم کا چپٹا پن عضلہ دالبیہ کے ذبول سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسا کہ کندھے کے جوڑ کے مزمن التهاب مفصل اور بعض عضلی اسوائنڈز (muscular dystrophies) اور ارب کے پیدائشی شلل (Erb's birth palsy) میں اور گاہے گاہے التهاب رماذ الخواص مقدم (anterior poliomyelitis) میں یا بغلی (axillary) (منخن: circumflex) عصب یا پانچویں اور چھٹی عصبی جڑوں کو نقصان پہنچنے

کی حالت میں ہوتا ہے۔

اس ہڈی کے سر کا معتدبہ حصہ بغل میں اوپر کی طرف کو اٹھکیاں لے جا کر محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس سے پہلے بازو کی زور سے تبعید کر لی جاتی ہے تاکہ ہڈی کا سر جوڑ کے کیسہ کئے پرین حصہ سے مس کرنے لگے۔ ذراعیہ کے سر کا زرخ زیادہ تر داخلی یا وسطانی سرفقندال کے رخ میں ہوتا ہے۔ چونکہ یہ تعلق بلاشبہ ہڈی کی ہر وضع میں قائم رہتا ہے اسلئے یہ کندھے کی چوٹوں کا امتحان کرنے اور دست درزی سے خلوع کی ترجیح کرنے میں کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ اس سرفقندال سے ہڈی کے بالائی سرے کی وضع معلوم کرنے کے لئے بطور اشاریہ کام لیا جاتا ہے۔

260

لاغر اشخاص میں کتف کا خاکہ اور اسکے کنارے کم و بیش واضح طور پر شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مگر شہیم اور قوی العضلات افراد میں سوائے شوکہ اور اردومی کے ہڈی کے دیگر تمام حصص تک جارحہ کی معمولی وضعوں میں رسائی کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے فوقانی (ومطانی) زاویہ اور فخری کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے موضوع کے ہاتھ کو مقابل کے کندھے کی طرف جہانگہ ممکن ہو سکے لے جانا چاہئے۔ تحتانی زاویہ اور بغلی کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے کلائی کو کمر کے پیچھے رکھنا چاہئے۔ کتف کے شوکہ اور اردومی کے مقام اتصال پر جو زاویہ بنتا ہے وہ بازو کی پیمائش لینے کے لئے بہترین مقام ہے۔ فیثہ کو یہاں سے ذراعیہ کے خارجی قندال تک لے جاتے ہیں۔ کتف کا بالائی کنارہ دروسری پسیلی پر اور اسکا زیرین زاویہ ساتوین پر واقع ہوتا ہے۔ اگر دیلمہ (empyema) کے لئے پیچھے کی طرف کتفی خط میں کوئی عملیہ سرا انجام دیا جائے تو یہ دیکھ لینا ضروری ہے کہ کتف نیچے سے نیچے کی وضع میں بھی فتح کو مسدود نہ کرنے پائے۔ لہذا جو پسیلی قطع کی جائے وہ یا تو آٹھویں ہو یا نویں۔ فنی مزاولت میں صحیح پسیلی کی تعین اس پسیلی کے معلوم کرنے سے کی جاتی ہے جو کتفی زاویہ سے عین باہر ہو جبکہ بازو طرف جسم سے لٹا ہوا ہے۔

جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو اور ہاتھ کی ہتھیلی ماسنے کی طرف ہو تو اردومی خارجی یا جانبی سرفقندال اور کعبہ کا زائدہ ابریہ سب کے سب ایک خط میں واقع ہوتے ہیں۔

عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ دالبیہ (deltoid) کے درمیان کا میزاب عموماً شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس میں سے قیفانی ورید (cephalic vein) اور اردومی صدقہ (acromio-thoracic) شریان کی ایک بڑی شاخ گزرتی ہے۔

اس میزاب کے نزدیک اور ترقوہ کے ذرا نیچے غرابی زائدہ (coracoid process)

محسوس کیا جا سکتا ہے۔ گریہ زائدہ ان دونوں عضلات کے درمیانی وقفہ میں موجود نہیں ہوتا بلکہ یہ عضلہ دائیہ (deltoid) کے سب سے اندرونی ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

غرابی اکرومی (coraco-acromial) رباط کا محل متعین کیا جا سکتا ہے اور اگر اس کے نقطہ وسطی پر چاقو بھونک دیا جائے تو اسے ذوراسین (biceps) کے وتر سے مکرانا چاہئے اور اس سے کندھے کا جو ٹکھل جانا چاہئے۔ جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹکتا ہے اور متصلی آگے کی طرف کو ہوتی ہے تو ذوراسینی میزاب (bicipital groove)؛ بین درنی تجلیغہ (intertubercular sulcus) اکرومی تر قوی جڑ کے عین نیچے محسوس کیا جا سکتا ہے۔

261

ترقوہ کے عین نیچے ایک نشیب تخت تر قوی حفزہ (infraclavicular fossa) ہوتا ہے جسکی گہرائی میں مختلف افراد میں محدبہ اختلاف ہوتا ہے۔ یہ ذراعیہ کے زیر غرابی خلوع میں اور ترقوہ کے ایسے کسور میں جن میں بد وضعی بھی ساتھ شامل ہو نیز بہت سی بالید ہائے بغل سے اور دیوار صدر کے بالائی حصہ کے بعض التہابات سے بھی پڑا ہوا جاتا ہے۔ زیر تر قوی اور زیر غرابی خلوع میں اس حفزہ کی جگہ ایک ذرا پیدا ہوا جاتا ہے۔ اس خط میں ایک مقام پر جو غرابی زائدہ کے اندر کی (ومطانی) طرف واقع ہوتا ہے اور ترقوہ کے تقریباً وسطی حصہ کا متناظر ہوتا ہے بغلی شریان کے نبضانات دوسری پسلی پر محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ ترقوہ کے عین نیچے صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے قسمی اور تر قوی حصوں کے درمیان کی بین فضا اکثر شناخت کی جاتی ہے۔

بغل۔ بغل کے مقدم اور موخر کنارے بہت واضح ہوتے ہیں۔ مقدم کنارہ جو

صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کی زیریں کور سے بنتا ہے پانچویں پسلی کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ بغل کے گڑھے میں جارحہ اعلیٰ کی وضع کے لحاظ سے اختلاف واقع ہوتا ہے، بشرطیکہ دوسری تمام حالتیں یکساں رہیں۔ یہ اُن حالتوں میں عمیق ترین ہوتا ہے جبکہ بازو کو طرف جسم سے ۹۰° کے زاویہ پر اٹھایا جائے اور جب وہ عضلات جن سے اسکے کنارے بنتے ہیں حالت انقباض میں ہوں جب بازو خط افقی سے اوپر اٹھایا جاتا ہے تو یہ گڑھا زیادہ اتھلا ہوا جاتا ہے اور ہڈی کا سر اس فضا میں تھپیل کر آتا ہے جس سے یہ کم و بیش پُر ہو جاتی ہے اور اس حفزہ کی چوڑائی مقدم اور موخر شکلوں کے قریب آجانے سے کم ہو جاتی ہے۔ جب بازو جسم سے زاویہ قائمہ پر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو عضلہ غرابیہ عضدیہ (coraco-brachialis) سے بغل کی ذراعیتی جانب کے ساتھ ساتھ ایک

نمایاں مرصہ بنجاتا ہے۔ اگر بازو کو طرف جسم کے ذرا نزدیک لے آئیں تو جراح کا ہاتھ بغل میں اوپر تک
نخوبن جاسکتا ہے اور دیوار صدر کا استقصاؤ تیسری پسلی کی بلندی تک کیا جاسکتا ہے۔

بغلی غدد جب طبعی حالت میں ہوں تو محسوس نہیں کئے جاسکتے۔ مرکزی گروہ بغل کے
بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ بغلی غدد کی کلانی کا امتحان کرنے کے لئے جراح کو یہ چاہئے کہ
اپنے ہاتھ کی انگلیوں کو بالکل قریب لاکر مخروط کی شکل کا بنائے اور اسے بغل کے لاس میں جتنی بلندی
مکمل ہونے جائے اور پھر اسے آہستہ آہستہ نیچے کی طرف پہلے بغل کی صدری دیوار پر اور پھر اسکی
مقدم اور موخر اور ذرا عینی دیواروں پر لیٹائے۔ اس طریقہ سے کلانی یافتہ غدد انگلیوں میں چھنس
جاتے ہیں اور محسوس کئے جاسکتے ہیں اور نہ بغل میں انگلیوں کے سرے محض گلاڑ دینے سے غدد کو
اوپر کی طرف دھکیل دینے کا امکان ہوتا ہے جس سے انکی کلانی شناخت نہیں ہوسکتی۔

زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور بغلی (axillary) شریان
اور اسکے تسلسل — عضدی (brachial) شریان — کا رخ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے
جو ترقوہ کے وسط سے لیکر غرابی زائئہ سے گزرتا ہوا پیش مرفقی حفرہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے
جبکہ بازو کی دھڑ سے زاویہ قائمہ پر تبعید کی گئی ہو اور ہاتھ جت حالت میں ہو۔

صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا بالائی کنارہ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے
جو تیسری پسلی سے اسکے غضروف کے قریب سے غرابی زائئہ کی ٹوک تک کھینچا جائے۔ جس مقام پر
یہ خط بغلی شریان کے خط کو کاٹتا ہے وہ مقام اکرومیو صدری (acromio-thoracic) شریان کے
محل کو ظاہر کرتا ہے۔ صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا زیرین کنارہ اور جانی یا طویل
صدری (lateral or long thoracic) شریان کا محل جو اسکے کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے
ایک خط سے ظاہر کئے جاسکتے ہیں جو پانچویں پسلی سے انکی غضروف کے نزدیک سے لیکر غرابی زائئہ
کی ٹوک تک کھینچا جائے۔

زیر کتبی (subscapular) شریان کا خط زیر کتبی عضلہ (subscapularis) کے نیچے
یا جانی کنارہ کا تناظر ہوتا ہے جبکہ ساتھ ساتھ یہ شریان جاتی ہے۔ مگر اس کنارہ کا محل وقوع زندہ یا
غیر تقطیع شدہ موضوع میں صرف اندازہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔

منحن (circumflex) (بغلی : axillary) عصب اور موخر منحن (posterior circumflex)
شریان ذراعیہ کو افقی خط میں عضلہ دالید (deltoid) کے انتصابی محور کے

نقطہ وصلی کے اوپر تقریباً ایک انچ کی چوڑائی کے فاصلہ پر عبور کرتے ہیں۔ یہ مقام اس عصب کی مفروضہ کو فتگی میں اہمیت رکھتا ہے۔ کتقی ٹھری (dorsalis scapulae) شریان (منحن کتقی circumflex scapular) بغلی کنرہ کو اس مقام پر عبور کرتی ہے جو عضلہ دالید (daltoid) کے امتصافی محور کے نقطہ وصلی کا تناظر ہوتا ہے۔

بغلی (axillary) شریان کی بڑی بڑی شاخوں کے محل وقوع کے مختلف نشانات اس حالت میں معلوم کئے جاتے ہیں جبکہ بازو اپنی طبعی وضع میں طرف جسم پر لٹک رہا ہو۔

ترقوہ (clavicle)۔ ترقوہ کے اوپر کی جلد ڈھیلے طور پر چپکی ہوتی ہے اور

ہڈی پر سے ادھر ادھر ہٹائی جاسکتی ہے۔ اس حالت سے اس امر کی توجیہ ہوسکتی ہے کہ ترقوی خطہ کی کوفٹگیوں میں جلد میں کیوں حقیقی زخم نہیں آتا اور نیز اس سے کسی حد تک جلد کے ترقوہ کے کسور میں بکنز متشعب نہ ہونے کی توضیح بھی ہوجاتی ہے۔

وہ تین فوق ترقوی (supraclavicular) اعصاب جو ترقوہ کو عبور کرتے ہیں تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب کی شاخیں ہوتے ہیں اور یہ یاد رکھنا مناسب ہوگا کہ بالائی عنقی عمود فقری کے مرض میں ہنسل کے اوپر درد کا محسوس ہونا ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ علامت اس حالت میں ان اعصاب کی خواش سے پیدا ہوتی ہے جو انکے قنال شوکی سے نکلنے کے مقام پر واقع ہوتی ہے۔

گاہے گاہے خارجی و داجی (external jugular) اور قیغالی (cephalic) ورید کا ایک درمیانی رابطہ ترقوہ کو عبور کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے اور یہ ان عملیہ جات میں جو زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کو معتر کرنے کے لئے سرانجام دئے جاتے ہیں کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ رابطہ شاذ طور پر ایک سوراخ میں بھی گزرتا ہے جو خود ترقوہ میں واقع ہوتا ہے۔

ترقوہ کے نیچے بڑے بڑے عروق اور بڑے بڑے عصبی اجمال پہلی پسلی پر پڑے ہوتے ہیں۔ ورید سب سے اندر کی طرف ہوتی ہے اور ہنسل اور پہلی پسلی کے درمیان کے زاویہ مادہ میں واقع ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ہڈی کی بالیدیں ان اہم ساختوں پر آسانی سے دباؤ ڈال سکتی ہیں اور ورید کے اپنے محل وقوع کی وجہ سے اور نیز کم مزاحمت پیش کرنے کی باعث

عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کے اجمال۔ ڈایا فرامی (phrenic) عصب اور طویل صدری (long thoracic) عصب (عصب بل: nerve of Bell)۔ صدری قنات (thoracic duct) کتغیہ لامیہ (omohyoid)، مختلف الانضلاع (scalene)، قصبیہ لامیہ (sterno-hyoid) اور قصبیہ درتغیہ (sterno-thyroid) عضلات۔ اور پھینچیرٹے کا راس۔ اس ہڈی کا قصبی سر لا اسمی (innominate) یا بائیں سبائی (left carotid) شریان، عصب تائمہ (vagus) اور بازگرد (recurrent) اعصاب، قصبہ (trachea) اور مخا (oesophagus) سے زیادہ دور نہیں ہوتا۔

ترقوہ کے تعلقات اسکے جزوی یا کلی اتیصال کے خطرات کو ظاہر کرنے کے لئے بیان کئے گئے ہیں۔ جوں جوں جراح اکرومی سرے سے قصبی سرے کی طرف بڑھتا ہے عملیہ کی مشکلیں اور اسکے خطرات زیادہ ہوتے جاتے ہیں۔ اس ہڈی کے اکرومی ٹلٹ کا اتیصال مقابلہ آسان ہے مگر قصبی حصہ کا اتیصال مشکل اور خطرناک ہے۔ تمام ترقوہ کو دور کر دینے سے بازو کو اتنا نقصان نہیں پہنچتا جتنا کہ تصور کیا جاسکتا ہے۔

جارحہ اعلیٰ اور دسرٹ کے درمیان ترقوہ ہی صرف ایک بلا واسطہ تعلق ہے اور شدید حادثات میں جب تعلق منقطع ہو جاتا ہے تو سالم جارحہ اعلیٰ کا بالکل الگ ہو جانا ممکن ہوتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) اور دوسروں نے قلع جارحہ کے ایسے واقعات کا اندراج کیا ہے۔

ترقوہ کے کسور۔ ترقوہ جسم کی کسی دوسری ایسی ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے

ٹوٹتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ جارحہ اعلیٰ اور دسرٹ کے درمیان صرف یہی ایک عظمی تعلق ہے اور ریچوٹ کے معرض اثر میں اکثر آتا ہے۔ طویل بیرم یعنی جارحہ اعلیٰ کے ذریعہ سے اس پر قوت کا اثر ڈالا جاسکتا ہے۔ بالواسطہ چوٹ سے جو عام کسور واقع ہوتی ہے وہ ترجیحاً ہوتا ہے اور اسکا محل ایک ہی ہوتا ہے یعنی یہ ہڈی کے درمیانی ٹلٹ کے بیرونی کنارہ پر ہوتا ہے۔ ترقوہ کا بیرونی ٹلٹ رباطات کے ذریعہ سے خرابی اور اکرومی زائڈوں سے اس مضبوطی سے وابستہ ہوتا ہے کہ یہ کتف کا ایک حصہ ہی تصور کیا جاسکتا ہے۔ لہذا کندھے کے بل گرنے سے مدد پہنچتا ہے وہ ترقوہ کے بیرونی اور وسطی ٹلٹوں کے مقام اتصال پر منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ ہڈی اس مقام پر ٹوٹتی ہے جہاں یہ قوت کتف سے ترقوہ پر منتقل ہوتی ہے۔ اس محل پر مقام کسور کو

معین کرنے کے لئے غرابی اکرومی رباطات کا محل بلاشبہ سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ جس ترقوہ پر تجربہ طولانی ضغط کا اثر ڈالا جاتا ہے وہ اس مقام پر نہیں ٹوٹتا (Bennett)۔

266

اس کے کسر میں مندرجہ ذیل غیر وضعیت پیدا ہوتی ہے۔ اندر کے ٹکڑے کی وضع یا تو غیر متغیر رہتی ہے اور یا اسکا باہر کا سرا عضلہ قصیدہ (sterno-mastoid) کے ذریعہ سے ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ اس عضلہ کے ہر ایک فعل میں عضلہ صدیکہ (pectoralis major) اور قصبی ترقوی (معین نما: rhomboid) رباط مزاحم آئینگے۔ باہر کے ٹکڑے میں تہری بد وضعی پیدا ہو جاتی ہے۔ (۱) یہ عین نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور یہ بد وضعی زیادہ جارحہ کے وزن سے عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ صدیکہ منغیرہ (pectoralis minor) اور عضلہ صدیکہ کبیرہ (pectoralis major) کے زیر ریشے اور عضلہ عرضیہ ٹھریہ (latissimus dorsi) بھی مدد پہنچاتے ہیں۔ (۲) یہ ان عضلات سے جو دھڑے سے کندھے کی طرف کو جاتے ہیں مثلاً رافع الکتف (levator scapulae) عضلہ عرضیہ ٹھریہ (latissimus dorsi) اور خاصکر عضلات صدیکہ (pectorals) عین اندر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ (۳) یہ ٹکڑا اس طرح گردش کر جاتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا آگے کی طرف کو نکل جاتا ہے اور اندر کا سرا پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ یہ گردش زیادہ تر دونوں عضلات صدیکہ کے ذریعہ سے عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) (مقدم) سے خاص مدد ملتی ہے۔ موخر الذکر عضلہ کا طبعی فعل کتف کو آگے کی طرف کو لے جانا ہے اور ترقوہ بھی جو جارحہ اعلیٰ کو دھڑے سے مناسب فاصلہ پر رکھنے کے لئے ایک بازو ہمار (outrigger) کی طرح کام کرتا ہے ساتھ ہی آگے کی طرف چلا آتا ہے اور کتف کو سیدھا رکھتا ہے اور جب یہ بازو ہمار ٹوٹ جاتا ہے تو عضلہ منشاریہ (serratus) کتف کو عین آگے کی طرف نہیں لے جاسکتا۔ اس ہڈی کا میلان دھڑ کی جانب کو جانے کی طرف ہوتا ہے اور اسلئے یہ اندر کی اور سامنے کی طرف کو حرکت کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ لہذا اس کسر میں ٹکڑوں کا متراکب ہونا ضروری ہوتا ہے اور چونکہ غیر وضعیت کو رفع کرنا مشکل ہوتا ہے اسلئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ سوائے فخذی کے اور کسی ہڈی میں قصر کے باقی رہ جانے کا اتنا احتمال نہیں ہوتا جتنا کہ ترقوہ کے ترچھے کسر کے بعد ہوتا ہے۔ قصر کی پائش شاذ و نادر ہی ایک انچ سے متجاوز ہوتی ہے۔ اس کسر میں جو بد وضعی پائی جاتی ہے

اسکی اصلاح مریض کے لیٹ جانے پر بخوبی کیجا سکتی ہے۔ چونکہ اس وضع میں جارح کا وزن دور ہوجاتا ہے اسلئے جو غیر وضعیت نیچے کے رخ میں موجود ہوتی ہے وہ فوراً رفع ہوجاتی ہے۔ اور چونکہ کندھے کی چوٹی بھی پیچھے کی طرف کو سرک جاتی ہے اسلئے باہر کے ٹکڑے کی غیر وضعیت جو اندر کی طرف ہوتی ہے اور اسکی گردش جو آگے کی طرف ہوتی ہے کسی حد تک دور ہوجاتی ہیں۔ بہر کیف موخر الذکر دونوں غیر وضعیتوں کا بیشتر حصہ کتف کی وساطت ہی سے دور ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں کتف دیکر صدر کے اور نزدیک آجاتا ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا (اور اسکے ساتھ ہی ظاہر ہے کہ ترقوہ کا باہر کا ٹکڑا ابھی) باہر کی اور پیچھے کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ بعض جراح کتف کے اس اہم فعل کو جوان واقعات میں غیر وضعیت کو رفع کرنے کے لئے بروئے کار لاتا ہے سلیم کرتے ہوئے کتف کو دھڑ سے مضبوطی سے پٹیوں کے ذریعہ سے باندھ دیتے ہیں اور ساتھ ہی بازو کو اوپر اٹھا دیتے ہیں۔

بلا واسطہ چوٹ سے جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ بالعموم مستعرض ہوتے ہیں اور ہڈی کے ہر ایک حصہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔ جب یہ وسطی ثلث میں واقع ہوتے ہیں تو ان میں وہی غیر وضعیت پائی جاتی ہے جسکا ذکر ابھی کیا جا چکا ہے۔ جب کسر مخروط نما (conoid) اور شبیہ منصرف (trapezoid) رباطات کے درمیان واقع ہوتا ہے تو کوئی غیر وضعیت ممکن نہیں ہوتی۔ اور جب یہ ان سے باہر واقع ہوتا ہے تو باہر کے ٹکڑے کا باہر کا سرا عضلات صدریہ (pectorals) اور عضلہ منشاریہ (serratus) کی وجہ سے آگے کو چلا جاتا ہے اور اسس کا اندر کا سرا عضلہ منصرف (trapezius) کی بدولت ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ اس کسر میں باہر کے ٹکڑے کی کوئی عمومی غیر وضعیت نیچے کی طرف کو نہیں پائی جاتی کیونکہ یہ اس رخ میں حرکت نہیں کر سکتا اور وقتیکہ کتف بھی اٹھے ساتھ نہ جائے اور کتف غرابی ترقوی رباطات سے ترقوہ کے اندر کے ٹکڑے سے وابستہ رہتا ہے۔

ترقوہ صرف عضلہ فعل کی شدت سے بھی ٹوٹ جاتا ہے۔ پوپے لین (Polailon) نے الملاح کردہ واقعات کے محتاط تجزیہ سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ جو عضلات ہڈی کو توڑتے ہیں وہ عضلہ والیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ کا ترقوی حصہ ہیں۔ یہ کسی حالت میں بھی ظاہر نہیں ہوتا کہ کسر عضلہ قصبیہ حلیہ (sterno-mastoid) سے واقع ہوتا ہے۔ جن حرکتوں سے یہ کسر بالعموم واقع ہوتا ہے وہ جارح کی آگے کی طرف کی یا اوپر کی طرف کی شدید حرکتیں ہیں۔ یہ عام طور پر ہڈی کے

وسط میں واقع ہوتے ہیں اور انہیں سوائے دونوں ٹکڑوں کے آگے کی طرف کو یعنی اول الذکر دونوں عضلات کے ریشوں کے رخ میں حرکت کر جانے کے کوئی غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی۔

ترقوہ میں خیز براں کسور (green-stick fracture) جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ منسلک کے ٹوٹنے کے نصف واقعات درحقیقت ۵ سال کی عمر سے پہلے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔

اس ہڈی کے تعلقات کی طرف رجوع کرنے سے یہ ظاہر ہو گا کہ شدید کسور میں جنہیں بہت سی غیر وضعیت موجود ہوا اور ٹکڑے تیز ہوں اعصاب اور عروق کو اہم متلازم ضررات (associated injuries) پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۲)۔ جارحہ اعلیٰ کے شکل (جو قاعدہ غیر مکمل ہوتا ہے) کے بہت سے واقعات کی اطلاع وصول ہوئی ہے جن میں شیبل اس ہڈی کے کسر سے پیدا ہوا تھا۔ انہیں سے بعض واقعات میں یہ علامت اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے ٹکڑوں سے کسی بڑی عصبی جہل کے حقیقتہً مضبوط یا منشق ہوجانے سے پیدا ہوئی تھی اور بعض میں عصب کا ضرر اگرچہ ابتدائی حادثہ ہی میں واقع ہوا تھا مگر شکستہ ترقوہ سے غیر متعلق تھا۔ عضلہ ذورا سین (biceps) عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ عضدیہ کعبریہ (brachio-radialis) (باطحہ طویل: supinator longus) یعنی ان عضلات کا شل جیکو بالائی (جانبی) جہل رسد پہنچاتی ہے کد سے پر بھاری وزن اٹھانے سے واقع ہوجاتا ہے۔ زیر ترقوی (subclavian) شریان اور زیر ترقوی ورید اور نیز داخلی و داہمی (internal jugular) ورید اور کرومی صدری (acromio-thoracic) شریان کے زخمی ہونے کے واقعات کی اطلاع بھی پہنچی ہے۔ کئی ایک مثالوں میں یہ کسر پھیپھڑے کے زخم کی سمیت میں اوپر کی پسلیوں کے کسر کے ساتھ یا اسکے بغیر پایا گیا تھا۔

ترقوہ میں تعظم جسم کی ہر ایک ہڈی سے پیشتر شروع ہوجاتا ہے۔ بوقت پیدائش تمام پوری غلطی ہوتی ہے مگر دونوں سرے ابھی تک غضروفی ہی ہوتے ہیں۔ اسکے قصبی سرے کے لئے ایک بر بال (epiphysis) ہوتا ہے جو اٹھارویں اور بیسویں سال کے درمیان ظاہر ہوتا ہے اور پچیسویں سال کے قریب پوری سے متحد ہوجاتا ہے۔ یہ صرف ایک نحل سا ہوتا ہے اور قصبی مفصل کے رباطات سے گھرا ہوتا ہے اور حادثہ میں اجمعی طرح سے علحدہ نہیں ہوسکتا۔

لے سر جیتہ (Mr. Heath) (لائسٹ: Lancet) ۱۸ نومبر ۱۸۵۵ء ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جو شاہد

جن واقعات میں ترقوہ خلقی طور پر غائب بتایا جاتا ہے ان میں ہڈی کے اس حصہ کی جگہ جو غشنا سے بنتا ہے ایک رباطی جبل ہوتی ہے اور سروں کی جگہ جو غضروف سے بنتے ہیں عظمیٰ کر تہیجے ہوتے ہیں ترقوہ کے ناقص تعظیم کے ساتھ بالعموم کھوپری کی ان ہڈیوں کا غیر مکمل تعظیم بھی پایا جاتا ہے جو غشنا سے بنتی ہیں اور یہ حالت جمجمی ترقوی سوء تعظیم (cranio-cleido-dysostosis) کے نام سے مشہور ہے۔ اس مرض کی ڈی فیز۔ ویلیس (D. Fitzwilliams) نے ۶۰ مثالیں جمع کی ہیں اور میں (سی۔ سی۔ چوائس) نے تین اور دیکھی ہیں۔ اس مرض کے مریض ترقوہ کے زیادہ تر حصہ کے رباطی حالت پر قائم رہنے کی وجہ سے کندھے کو ایک غیر معمولی حد تک قریب لاسکتے ہیں۔ بعض اوقات ترقوہ کا نقص اتنا محدود ہوتا ہے کہ یہ کمر کے مشابہ ہوتا ہے۔

قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint)۔ اگرچہ صرف یہی

ایک مفصل ہے جو جارح اعلیٰ کو دھڑ سے بلا واسطہ متحد کرتا ہے مگر پھر بھی اس میں اتنی کافی لمبقت موجود ہوتی ہے کہ اس میں خلع مقابلہ شاذ طور پر ہی واقع ہوتا ہے۔ اس مفصل کی حرکت کا انحصار زیادہ تر قص اور ترقوہ کے قصی سرے کے روگوں میں عدم توافق موجود ہونے پر ہوتا ہے۔ ان حصوں کا باہمی عدم تناسب بین مفصلی غضروف کی وجہ سے برقرار رہتا ہے جو صرف ترقوی سطح کے خاکہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ اس مفصل کا کہنہ وی (V) کی شکل کا ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ ترقوہ جبکہ بازو پہلو سے قریب لٹک ہا ہوا اپنے خانہ کو محض اس کے زاویہ زیرین پر ہی مس کرتا ہے۔ لیکن جب ہاتھ اوپر اٹھا ہوا ہو تو یہ دونوں ہڈیاں ایک دوسری کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر مس کرتی ہیں اور کہنہ مفصلی صرف ایک جھری کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ چنانچہ اس مفصل کے مرض میں یہ پایا جاسکتا ہے کہ اسکی تمام حرکتوں میں سے صرف جارح اعلیٰ کا اوپر کو اٹھانا ہی ایک ایسی حرکت ہے جس سے درد ہمیشہ پیدا ہوتا ہے۔ مفصل نازل عنقی (descending cervical) عصاب کی فوق ترقوی شاخ سے رسد حاصل کرتا ہے۔

بقیہ حاشیہ مفرگد شستہ۔ فقہی المثال ہے۔ یہ واقعہ ایک چودہ سال کے لڑکے کا ہے جسکا ترقوہ کرکٹ میں بال کرتے ہوئے برابلی غضروف سے طعندہ ہو گیا تھا اور بال اعلیٰ حال رہا۔ یہ ظاہر ہے کہ جس عضلہ سے یہ حادثہ واقع ہوا وہ عضلہ صدر کی کبیرہی تھا۔

ترقوہ کی تمام وضعوں میں مقدم اور موخر قصی ترقوی رابطات کے معتدل طور پر تندیہ ہونے کی وجہ سے اس مفصل کی حرکتیں محدود ہوتی ہیں۔ رباط موخر ترقوہ کی اس حرکت کو باز رکھتا ہے جو قص پر آگے کی جانب کو ہوتی ہے اور جس میں رباط مقدم مزاحم آتا ہے۔ یہ موخر الذکر رباط موخر بند کے مقابلہ میں زیادہ ڈھیلا اور کم مضبوط ہوتا ہے اور اسکی کمزوری سے آگے کی طرف کو خلع واقع ہونے کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔

270

ترقوہ کی جو حرکت قص پر پیچھے کی طرف کو واقع ہوتی ہے اس کی تسخیر رباط مقدم سے ہوتی ہے۔ اور اس ہڈی کے سرے کے پیچھے کی طرف کو گزرنے میں مضبوطی مزاحم آتا ہے۔ اس حرکت کی مخالفت فعلی ترقوی رباط سے بھی ہوتی ہے۔ لہذا پیچھے کی طرف کو خلع واقع کرنے کے لئے معتد بہ قوت کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے۔ میں (اسی سی چوٹس) نے صرف ایک ہی واقعہ دیکھا ہے جو گھوڑے پر سے نکلور پیر ہوا تھا۔ اس میں نطا ہر دونوں رابطات دیدہ ہو گئے تھے اور دوران اندام میں خلع کے بار دیگر واقع ہوئے روکنے کے لئے معتد بہ عمل پیش آتی تھی۔

قصی ترقوی مفصل کا مرض - یہ مفصل میاں مفصلی غضروف کے ذریعہ سے

درحقیقت دو جوڑوں پر منقسم ہوتا ہے۔ دوران میں سے ہر ایک میں ایک واضح زلابی غشا ہوتی ہے ان جوڑوں میں جوڑوں کے معمولی امراض پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ ظاہر ہے کہ مرض ان زلابی تاچوں میں سے ایک ہی میں شروع ہو سکتا ہے اور کچھ عرصہ کے لئے اسی تک ہی محدود رہ سکتا ہے۔ وقت گزرنے پر بالعموم تمام مفصل ماؤف ہو جاتا ہے۔ مگر ترقی یافتہ واقعات میں بھی مرض بعض اوقات غضروف کی ایک ہی طرف کے زلابی کہہ تک محدود رہتا ہے۔ بعض مصنفین کی یہ رائے ہے کہ مفصل تقیح الدم (pyæmia) سے کسی دوسرے مرض کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتا ہے۔ جب قصی ترقوی مفصل میں انصباب اور بالخصوص تقیح پیدا ہو جاتا ہے تو ورم بالعموم سامنے کی طرف ظاہر ہوتا ہے کیونکہ اس مفصل کے ارد گرد جتنی رباطی ساختیں ہیں ان میں سے مقدم قصی ترقوی رباط سب سے پتلا اور سب سے کم مزاحم ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ پیپ جب از خود باہر نکل آتی ہے تو عام طور پر مقدم سطح پر ہی سے خارج ہوتی ہے۔

قصی ترقوی مفصل کے خلوع - ترقوہ کا خلع قص سے ان تین رگوں میں سے

کسی ایک رخ میں واقع ہو سکتا ہے اور یہ بلحاظ کثرت وقوع بالترتیب دئے گئے ہیں۔ (۱) آگے کی جانب۔ (۲) پیچھے کی جانب۔ (۳) اوپر کی جانب۔ رباطات کے مفصل کی حرکتوں کو محدود رکھنے کے متعلق جو اوپر بیان کیا جا چکا ہے اس سے ان خلوع کی اضافی کثرت وقوع سمجھ میں آ سکتی ہے۔

اکرومی ترقوی مفصل

یہ مفصل اتھلا ہوتا ہے اور جن دو ہڈیوں سے یہ بنتا ہے انکا خاکہ ایسا ہوتا ہے کہ ترقوہ کے اکرومی سے دور ہٹ جانے میں کوئی شے مزاحم نہیں ہوتی۔ اس مفصل کی طاقت کا انحصار حقیقت میں تقریباً سب کا سب اسکے رباطات پر ہوتا ہے۔ اسکا مستوی اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو ان ہڈیوں کے درمیان اوپر سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو کھینچا جائے۔ اس مفصل کا یہ میلان اس امر کی توضیح کرتا ہے کہ اس حصہ کا عام خلع ترقوہ کے اکرومی پر سے اوپر کی طرف ہٹ جانے کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اس مقام پر جو خلع واقع ہوتا ہے اسکا ایک مخالفہ ایگز منظر شعاعی نگار شوں میں اکثر دیکھنے میں آتا ہے، خاصاً صکر جبکہ نلی کو مفصل کے اوپر صحیح طور پر نہ رکھا گیا ہو۔ لہذا یہ بہت ممکن ہے کہ شعاع نگار شوں کا نا تجربہ کار شارح ایسی حالت میں بھی خلع تشخیص کر دے جبکہ کوئی خلع موجود نہ ہو۔ چونکہ اس مفصل کے حرکات میں حادثہ یا مرض کی وجہ سے نقص واقع ہو جاتا ہے اس لئے

یہ معلوم کر لینا بہتر ہوگا کہ جارحہ کے حرکات میں یہ مفصل کیا حصہ لیتا ہے۔ جب کتف (اور نیزہ ظاہر ہے کہ اسکے ساتھ بازو بھی ہوتا ہے) صدر پر آگے اور پیچھے کی جانب کو پھسلتا ہے تو ایک کتف کی شکل میں حرکت کرتا ہے جسکا مرکز قوسی ترقوی مفصل پر ہوتا ہے، اور نصف قطر ترقوہ ہوتا ہے۔ جب یہ ہڈی آگے کی طرف کو حرکت کرتی ہے تو ان وجوہ کی بنا پر جسکا ذکر ابھی آئے گا یہ ضروری ہے کہ وقتی کہف کا رخ بھی ترقوی سمت میں آگے کی طرف کو ہو۔ یہ موخر الذکر مطلوبہ حالت اکرومی ترقوی مفصل سے پیدا ہوتی ہے۔ اس مفصل کی عدم موجودگی میں تمام کتف ترقوہ کے برونی ہوتے آگے کی طرف کو گزرتے وقت مذکورہ بالا دائرہ کے خط کا متبع کر لیا اور وقتی کہف کا رخ اندر کی جانب کو زیادہ ہو جائے گا۔ یہ لازمی ہے کہ وقتی کہف کی سطح ذراعیہ کے طویل محور پر سمتی الامکان زاویہ قائمہ کی حالت میں قائم رہے۔ جب یہ تعلقات برقرار ہیں تو ذراعیہ کے پیچھے ہڈی کی مضبوط سطح کا سہارا موجود ہوتا ہے اور کسی حد تک اسی سہارے سے فائدہ اٹھانے کے لئے گونیسے بازو جانب سے یعنی ذراعیہ کو پیچھے سے کتف کا اچھی طرح سے سہارا دیکر گونسا مارتا ہے لگرا اکرومی ترقوی جوڑ

موجود نہ ہوتا تو قبی حفرہ بازو کو آگے کی طرف بڑھانے کی صورت میں سہارا نہ دیتا اور اس حالت میں گھونسا مارنے سے جب کہ جارحہ اس وضع پر ہو یا اسی طرح کے حالات کے تحت ہاتھ کے بل کرنے سے ذراعیہ کے کندھے کے جوڑے کیسہ کی طرف نکل جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا طبیعی حالتوں میں جوں جوں کتف اور بازو آگے کی طرف کو بڑھتے ہیں اگرومی اور ترقوہ کے ہم پہلو حصہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے اور قبی حفرہ اسی وضع پر قائم رہتا ہے کہ اسکا رخ کافی حد تک آگے کی طرف کو ہوتا ہے تاکہ ذراعیہ کو مضبوط سہارا دے سکے۔ چنانچہ اب یہ ثابت ہو گیا ہوگا کہ اس چوڑے سے جوڑے کی سختی کندھے کے مفصل کی مدم حفاظت اور جارحہ کے بعض حرکات میں ضعف پیدا ہونے کا باعث ہو سکتی ہے۔ جب بازو اٹھا کر سر کی جانب لایا جاتا ہے تب بھی اس مفصل میں حرکت واقع ہوتی ہے اور جوں جوں کندھا اوپر کو اٹھتا جاتا ہے ترقوہ اور بغلی کنارہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے۔

اگرومی ترقوی جوڑے کے خلوع۔ ترقوہ یا تو اوپر کی طرف ہٹ کر

اگرومی پر چلا جاتا ہے اور یا نیچے کی طرف ہٹ کر اسکے نیچے چلا جاتا ہے۔ پوسٹے لون (Polailion) نے مقدم الذکر خلع کے ۳۸ واقعات اور موخر الذکر کے صرف ۶ واقعات ہی جمع کئے ہیں۔ اس عدم تناسب کی زیادہ تر توضیح اس جوڑے کے مفصلی سطحوں کے رخ سے ہو جاتی ہے۔

کتف (scapula)۔ اس ہڈی کی موخر یا ظہری سطح پر جو عضلات اٹکے شوکر کے

عین اوپر اور اسکے عین نیچے واقع ہوتے ہیں وہ عمیق ردا سے وابستہ ہوتے ہیں۔ چنانچہ فوق شوکر کے عضلہ (supraspinatus) ایک ردا میں بند ہوتا ہے جو اس عضلہ کے مبداء کے اردگرد ہڈی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور اس سے ایک کہنہ ظہیرا ہو جاتا ہے جو صرف اس عضلہ کے انتہی کی طرف ہی کھلتا ہے۔

۱۔ ان مفاسل کے میکانیہ کا بہت عمدہ بیان دیکھنے کے لئے دیکھو مورسز "انATOMY آف دی جوائنٹس"

تحت شوکی (infraspinatus) اور مدخلی صغیر (teres minor) عضلات بھی ایک نمایاں گہرے گہری ردا سے گھریے ہوتے ہیں جو عضلات کی اُس طرف ہڈی سے پسیدہ ہوتی ہے اور آگے کی طرف غلاف دالیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتی ہے اور اس سے ایک دوسری بند فضا بنتی ہے۔ ان رداؤں کی ترتیب اُس قلیل المقدار کدم (ecchymosis) کے پیدا ہونے کی توضیح کرتی ہے جو عظم الکتف کے کسور کے بعد ظاہر ہوتی ہے۔

273

کتف کے حرکات۔ جسم کے پہلو سے بازو کو اوپر اٹھا کر سر کے اوپر انتصابی

وضع میں لانے میں ایک دوسری حرکت واقع ہوتی ہے۔ (۱) کتف اور دسر کے درمیان۔ (۲) ذراعیہ اور کتف کے درمیان کندھے کے جوڑ پر۔ پہلے جوڑ میں حرکت کی مقدار تقریباً ۹۰° ہوتی ہے۔ اور دوسرے میں تقریباً ۱۰۰° درجہ ہوتی ہے۔ ایک جوڑ دوسرے جوڑ کا معاون ہوتا ہے۔ لہذا کندھے کے جوڑ کی جہادت میں بازو کی کسی قدر تبعید اور تقریب باقی رہ جاتی ہے اور تمام بالائی جارحہ دوار کتف کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ یہ نتیجہ حاصل کرنے کے لئے قبل اسکے کہ جہادت واقع ہو بازو کی پہلو سے تبعید کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ اوپر اٹھا دیا جاتا ہے تو کتف میں ایک آزاد دوار حرکت واقع ہو جاتی ہے اور اس کا فکری کنارہ تقریباً انتصابی وضع سے تقریباً افقی وضع میں آجاتا ہے۔ اس حرکت کی ابتدا پر جب تک کہ بازو پہلو سے ۲۵° تک نہیں پہنچ جاتا کتف کا زاویہ تقریباً ساکن رہتا ہے۔ اس مرحلے میں کتف مثبت رہتا ہے اور عضل منخرنسر (trapezius) عضلات معین نما (rhomboids) اور عضل منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) اسکو اسکی جگہ پر قائم رکھتے ہیں۔ اگر عضل منخرن (trapezius) میں شلل واقع ہو گیا ہو جیسا کہ گردن سے غدودور کرنے میں عصب معین (accessory) (نخاعی معین: spinal accessory) کے اتفاقیہ کٹ جانے سے ہو جاتا ہے تو تحتانی زاویہ اور فکری کنارہ مرتفع بازو کے بوجھ سے پیچھے کی طرف کو نکل جاتے ہیں اور کندھے کا گردنی حصہ نیچے اور آگے کی طرف کو گر جاتا ہے۔ جب بار ۲۵° درجہ سے آگے نکل جاتا ہے تو عضل منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کا فعل شروع ہو جاتا ہے اور کتف کا تحتانی زاویہ سرعت سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے اگر عضل منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) مشلول ہو جائے (بیل: Bell) کا طویل صدی عصب جو پانچویں اور چھٹے ٹائوٹین انتصابی

نکلتا ہے) یا اسکے متضاد عضلات — عضلات معین نما (rhomboids) — میں جو اس حالت میں فعل کرتے ہیں شلل واقع ہو جائے (وہ عصب جو پانچویں عمقی عصب سے آتا ہے) تو کتف کا زاویہ اور موخر کنارہ نمایاں یا ”مجتخ“ (winged) ہو جاتے ہیں — یہ علامت ان عضلات کے شلل کی ہے۔ چنانچہ حرکت کی ابتدا میں کتف کی جناحیت (winging) عضلہ منحرف (trapezius) کے شلل کو ظاہر کرتی ہے۔ اگر یہ حرکت کے اچھی طرح شروع ہو جانے کے بعد واقع ہو تو عضلہ نشاریہ کبیرہ (serratus magnus) ماؤف ہوتا ہے۔

274

کتف کے کسور اور خاص کر اس ہڈی کے جسم کے کسور اس حصہ کی حرکت پر

اور ان دبیر عضلات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے زیادہ پتلے حصوں کو پوشیدہ رکھتے ہیں اور انکی حفاظت کرتے ہیں کثیر الوقوع نہیں۔ مزید برآں یہ نرم عضلی گدی پر ممکن ہوتا ہے اور اس میں کچھ شہ نہیں کہ پسلیوں کی لچک سے بھی اسکی مزید حفاظت ہوتی ہے۔

عام ترین ضرب اکرومی زائندہ (acromion process) کا کسر ہے۔ یہ اکثر صرف بربالہ کی طلحہ گدی کی شکل ہی میں واقع ہوتا ہے۔ اکرومی کے دو اور بعض اوقات تین بربالہ مرکز ہوتے ہیں۔ اور ان میں تغلم سن بلوغ کے قریب نمودار ہوتا ہے، اور بائیس سال سے لیکر پچیس سال تک کی عمر میں سارا بربالہ بقیہ ہڈی سے متحد ہو جاتا ہے۔ اکرومی کے مفروضہ کسر کے کئی ایسے واقعات جن میں اتحاد یعنی بافت سے عمل میں آجاتا ہے غالباً ناقص طور پر متحدہ بربالہ کی مثالیں ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ چوٹ سے ان کا کوئی تعلق نہ ہو۔ سٹیمنگٹن (Symington) نے ۴۰ جسموں میں سے ۵ جسموں میں یہ مشاہدہ کیا کہ اکرومی بربالہ کتف کے شوک سے ایک یعنی واسطہ کے ذریعہ سے متحد تھا اور دیگر مشاہدین کے اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ پورے ۱۰ فیصدی بالٹوں میں یہی حالت موجود ہوتی ہے۔ اس خط کے شعاعی ترسیمات کی ترجمانی کرنے میں یہ امر معتد بہ اہمیت رکھتا ہے۔ اس زائندہ کے کسور میں زیادہ غیر وضعیت بہت کم پائی جاتی ہے کیونکہ اس ہڈی کے اوپر ایک کثیف پوشش موجود ہوتی ہے جو اس سے چسپیدہ عضلات سے حاصل ہوتی ہے۔ غرابی زائندہ (coracoid process) میں بعض اوقات حقیقی کسر پایا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ لیک بربالہ کی طرح جدا ہو جاتا ہے۔ بربالہ کی حیثیت سے یہ اصلی ہڈی کے ساتھ تقریباً ۱۱ سال کی عمر میں متحد

ہوتا ہے۔ فوق وقبی درنہ (supraglenoid tubercle) جو ذورا سین (biceps) کے طویل سر کا مبدا ہوتا ہے غرابی برالہ کا ہی حصہ ہوتا ہے۔ باوجود اسکے کہ غرابی زائدہ سر قوی عضلات چسپیدہ ہوتے ہیں، غیر وضعیت بالعموم خفیف سی ہوتی ہے کیونکہ غرابی تر قوی رباطات شاذ و نادر ہی پھٹتے ہیں۔ یہ معلوم رہے کہ رباطات اس زائدہ کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ چند واقعات میں یہ زائدہ عضلی فعل کی شدت سے علحدہ ہو چکا ہے۔

275

جسم کتف کے جو کسو زیادہ عام ہیں انیس سے ایک صغیہ (blade) کا مستقر یا ترچھا کسر ہے جو شوک کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ چونکہ تحت شوکی (infraspinatus) زیر کتفی (subscapularis) اور دیگر عضلات دونوں نگوڑوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں اسلئے عام طور پر صرف خفیف سی غیر وضعیت ہی واقع ہوتی ہے۔ جراحی عنق (surgical neck) میں سے کسر واقع ہو سکتا ہے اور یہ اس ہڈی کا ایک تنگ حصہ ہے جو قبی حفرہ کے پیچھے اور فوقی کتفی کٹاؤ (کتفی ثلمہ: incisura scapularis) کی سیدھ میں واقع ہوتا ہے۔ لہذا چھوٹا ٹکڑا غرابی زائدہ پر مشتمل ہو گا اور بڑا کرومی پر۔

کتف کے سلعات - مختلف قسم کے سلعات کتف سے پیدا ہوتے ہیں اور

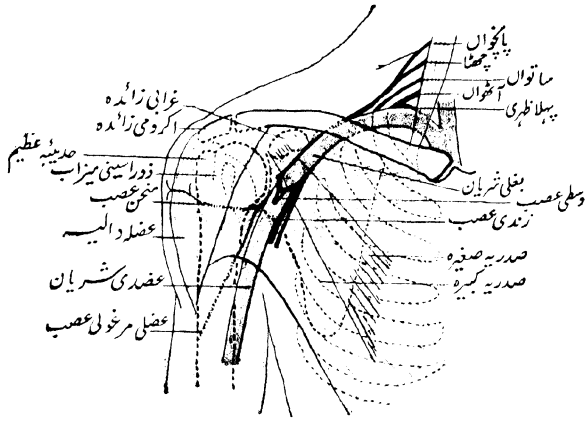
یہ زیادہ تر اس ہڈی کے اسفنجی حصوں یعنی شوک، عنق اور تحتانی زاویہ پر نمودار ہوتے ہیں۔ بعض اوقات صرف کتف کا اتصال کر دینا ہی کافی ہوتا ہے مگر یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اس حالت میں وہ بڑا نصاب جس پر جارحہ اعلیٰ گردش کرتا ہے دور کر دیا جاتا ہے۔ لہذا ان حالتوں میں بین کتفی صدری (interscapulo-thoracic) بتر سر انجام دینے کا زیادہ رواج ہے، جو بعض اوقات ان غبیت سلعات کے لئے کیا جاتا ہے جو کندھے کے جوڑ کے قرب و جوار پر اثر انداز ہوں۔

بغل (نیز دیکھو صفحہ 261) - جراحی نقطہ نگاہ سے بغل کو گردن اور جارجہ اعلیٰ

کے درمیان کی گذرگاہ تصور کیا جاسکتا ہے (شکل ۶۳)۔ بغلی سلعات اور خراجات فشر ہو کر گردن میں جاسکتے ہیں اور اسی طرح عنقی بالیدیں اور قیحا اجتماعات بھی بغل تک پہنچ سکتے ہیں۔ جلد کے جس حصہ سے بغل کا قاعدہ بنتا ہے اس پر بہت سے چھوٹے چھوٹے بال

ہوتے ہیں اور اس میں کثیر التعداد دہنی اور عرقی غد پائے جلتے ہیں۔ اس جلد میں چھوٹے چھوٹے سطحی خواجات جو غدنی بافتوں کے تفتیح سے پیدا ہوتے ہیں اکثر مشاہدہ کرنے میں آتے ہیں اور یہ جلد کے کپڑوں سے رگڑ کھانے سے رونا ہوتے ہیں۔ چونکہ بغل کی جلد میں رگڑ کے اثر سے خراشیدہ اور ملہب ہو جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے اسلئے سیمابی دبان کے استعمال کو بھی

276



شکل ۶۳۔ بغلی شریان اور عضدی صغیرہ کا تعلق کن رصے کے جوڑا بغل سے۔

غرض سے جیسا کہ آتشک میں کیا جاتا ہے اس مقام کا انتخاب اچھا نہیں۔
جلد اور اوپری روا کے نیچے بغلی روا (axillary fascia) ہوتی ہے اور اس غشا کے آگے بغلی فضا (axillary space) ہوتی ہے۔ جس انقبالی بافت سے بغلی فضا پر ہوتی ہے وہ بہت ڈھیلنی ڈھالی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ ڈھیلا پن بازولی آزاد حرکت کی سعادت کرتا ہے مگر ساتھ ہی اسکی وجہ سے بڑے بڑے تقیحی اجتماعات اور خون کی بہت وسیع و عابد ریاں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔

اس خط میں ردا کی ترتیب کا یاد رکھنا ضروری ہے۔ تین تہوں سے زیادہ تر سائبٹریڈا ہے۔ (۱) عمیق صدری ردا جس سے عضلہ صدریہ کبیرہ پوشیدہ اور محصور ہوتا ہے۔ (۲) ترقوی صدری ردا جو ترقوہ سے منضم ہوتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ (subclavius) کو محصور کرتی ہے اور ضلعی خرابی (costo-coracoid) فٹا کی تشکل میں نیچے کی طرف چلی جاتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ اور عضلہ صدریہ پیغیرہ کے درمیان کی فضا کو پُر کرتی ہے اور یہ بڑے بڑے عروق اور اعصاب کے سامنے واقع ہوتی ہے۔ اسکے بعد یہ ردا تقسیم ہو کر عضلہ صدریہ پیغیرہ کو محصور کر لیتی ہے اور بغل کے مقدم شکن پر عمیق صدری تہ سے لمبائی ہے جس کے بغلی ردا بن جاتی ہے۔ یہ ساری فٹا بعض اوقات ”بغل کے تعلیقی رباط“ (suspensory ligament of the axilla) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، کیونکہ یہ بغلی ردا کو ترقوہ کی طرف اوپر کھینچتی ہے اور بغل کے گڑھے کی پیدائش کا موجب زیادہ تر یہی ہے۔ (۳) بغلی ردا جو قبل الذکر دونوں رداؤں کے متحد ہوجانے سے بنتی ہے اور بغل کے قاعدہ پر اسکے مقدم شکن سے لیکر موضعی شکن تک پھیلی ہوتی ہے۔ بغل کے بالوں کے نیچے یہ باریک ترین ہوتی ہے۔

277

بغلی خطہ کے قرب و جوار کا خراج عضلہ صدریہ کبیرہ کے نیچے اور

دونوں صدری عضلات کے درمیان یا عضلہ صدریہ پیغیرہ اور ترقوی صدری ردا کے نیچے اور اسلئے بغلی فضا میں بن سکتا ہے۔ بغلی فضا میں ڈھیلی ڈھالی بانٹ کے موجود ہونے کی وجہ سے عظیم بہت کھنڈ خراج بن جاتا ہے۔ جب خراج سے بغل پُر ہوجاتی ہے تو یہ عضلہ صدریہ کبیرہ کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے اور بغل کے جوف کو کم و بیش بھر دیتا ہے اور کفٹ کو پیچھے کی طرف ہٹا دیتا ہے اور عضلہ نشا ریکیریو (مقدم) اور زیر ترقوی عضلہ کے درمیانی زاویہ کو چوڑا کر دیتا ہے۔ لہذا جن خراجات کا مدارک نہ لگایا گیا ہو انہیں اوپر کی طرف پھیل کر گردن میں چلے جانے کا بہت رجحان پایا جاتا ہے۔ کیونکہ یہی وہ سمت ہے جس میں مزاحمت اقل ہوتی ہے۔ تقیبی اجتماع گردن سے منصف میں بھی جاسکتا ہے ایک واقعہ میں بغلی خراج نے جس کی ابتدا کندھے کے جوڑے کے مرف سے ہوئی تھی پہلی میں ضلعی فضا کو تشعب کر دیا تھا اور یہ ہلک ذات الجنب کا باعث ہوا تھا۔

بغلی خراج کھولتے اور درحقیقت اس فضا میں تمام تشکاف دیتے وقت چاقو بغل کے

فرش کے مرکز پر یعنی مقدم اور موضعی خراجوں کے وسط میں اور اس فضا کی اندرونی یا صدری

طرف کے قریب داخل کرنا چاہئے بغیر سوچے سمجھے شکیکاف دینے سے جن عروق کو نقصان پہنچنے کا امکان ہوتا ہے، زیر کتفی (subscapular) عروق ہیں جو زیر کتفی عضلہ کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور جانبی (طویل) صدری عروق ہیں جو چھوٹے صدری عضلہ کے زیرین کنارے کی متابعت کرتے ہیں اور نیز وہ بڑے بڑے عروق ہیں جو ذراعیہ کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اگر چاقو مناسب طریقہ پر داخل کیا جائے تو اسے قبل الذکر دونوں عروق کے درمیان اور بڑے بڑے تنوں سے کافی دور ہونا چاہئے۔ ایک ٹریبان ہے جو بعض اوقات بغلی تنے کی سب سے نیچے کی شاخ کی شکل میں نکلتی ہے اور بغل کے وسطی حصہ کو عبور کرنے کے بعد طویل صدری ٹریبان کے نیچے صدر پر منتقل ہو جاتی ہے۔ متذکرہ بالاشکاف سے یہ ٹریبان غالباً زخمی ہو جائے گی۔ مگر یہ ٹریبان بہت غیر مستقل اور چھوٹی سی ہوتی ہے اور سطح کے زیادہ نیچے نہیں ہوتی۔ یہ بالعموم عورتوں میں پائی جاتی ہے۔

بغل کے لمفی غدود۔ بغلی غدود کثیر التعداد ہوتے ہیں اور یہ جراحی

نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہیں (دیکھو شکل ۵۸ صفحہ 243)۔ انکو چار گروہوں میں ترتیب دیا جاسکتا ہے (۱) انہیں سے بیشتر بغلی ورید کے اندر کی طرف بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ غدود کا یہ مرکزی گروہ جارحہ اعلیٰ اور پستان سے لمف وصول کرتا ہے (احس (whitlow) یا بازو کے کسی عفوئتی التهاب سے بغل میں جو درد محسوس ہوتا ہے اسی گروہ کے التهاب سے پیدا ہوتا ہے جسکو بین فسلی ذراعیتی (intercosto-humeral) عصب متعقب کرتا ہے۔ (۲) عقیقتی بغلی گروہ بغلی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ یہ مرکزی گروہ سے لمف وصول کرتا ہے اور زیرین عقیقتی غدود سے جو زیر تر قوی مثلث میں واقع ہوتے ہیں مسلسل ہو جاتا ہے۔ (۳) دوسرے غدود عضلہ منٹار کیکیہ (serratus magnus) کے اوپر بغل کی صدری طرف پر صدری عضلات کے زیرین کنارے کے ذرا نیچے واقع ہوتے ہیں۔ انہیں چھاتی کے سائے کی طرف کے عروق لمف اور پستان کے بڑے بڑے عروق لمف اور حدنفا تک کے شکم کے سطحی عروق لمف آکر ملتے ہیں۔ انکے برآر عروق زیادہ تر غدود کے مرکزی گروہ ہی میں جا کر داخل ہوتے ہیں۔ یہ غدود بعض عوارض پستان میں اور چھاتی اور شکم کے بالائی حصے پر آبلے پیدا ہونے یا دیگر سطحی التهاب سے وغیرہ کے واقع ہونے کے بعد سب سے پہلے کافی یافتہ ہوتے ہیں۔ عورت کے پستان کا بغلی زائدہ

اس گروہ سے مس کرتا ہے۔ (۴) بقیہ غدرد بغل کے پیچھے کی طرف زیر کتفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ انکے ساتھ کمر کے کتفی اور قطنی خصلوں کے عروق لف آکر ملتے ہیں۔

یہاں یہ معلوم کر لینا بھی مناسب ہوگا کہ عضلہ دالید (deltoid) اور عضلہ صدر کیہرہ (pectoralis major) کے درمیانی میزاج میں عام طور پر ایک یا دو لغنی غد پائے جاتے ہیں انہیں انگشت اشاریہ اور بازو کی بیرونی طرف اور کندھے اور پستان کے کچھ حصہ کے عروق لف آکر ملتے ہیں۔ اگر انگشت اشاریہ کا کوئی سرائقی عارضہ التهاب عروق لف (lymphangitis) پیدا کر دے تو اسکی پہلی غدی مزاحمت اکثر اس ایک غد پر ہوتی ہے جو زیر تر قوی خط میں غرابی زائدہ کے پاس واقع ہوتا ہے۔ عضلہ دالید (deltoid) کے اوپر کے حصہ کے اوپری عروق لف عنقی غد کو جاتے ہیں (ٹلو: Tallaux)۔ اور نیچے کے نصف پر کے بغل کو جاتے ہیں۔ فوق شوکی حفزہ سے جو عروق لف آتے ہیں وہ فوق کتفی (مستعرض کتفی) نثریان کے ساتھ ساتھ جا کر زیر ترین عنقی غد سے مل جاتے ہیں۔ کمر کے سطحی عروق لف جو مستدق ہو کر بغل میں پہنچتے ہیں گردن سے عضلہ منحرف (trapezius) کے اوپر سے اور تمام ٹھری اور قطنی خصلوں سے حرقفی عوف (iliac crest) تک سے آتے ہیں۔

بغلی غد کا مکمل زالہ ایک ایسا عملیہ ہے جو اکثر اوقات اور خاص کر سرطان پستان کے واقعات میں سرا انجام دیا جاتا ہے۔ ان تک دونوں صدری عضلات دور کرنے سے آزادانہ رسائی حاصل کی جاتی ہے۔ پستان کے سرطان میں بالائی بغلی غد اور خاص کر وہ غد جو بغلی ورید کے ساتھ ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کے پیچھے واقع ہوتے ہیں اسوقت تک مناسب طور پر دور نہیں کئے جاسکتے جب تک کہ عضلہ صدر میںغیرہ اور عضلہ صدر کیہرہ بھی ساتھ ہی علیحدہ نہ کر دئے جائیں۔ ان غد کے محل وقوع سے یہ سمجھ میں آ گیا ہوگا کہ جب یہ مرض زدہ ہو جاتے ہیں تو بغلی عروق سے اور خاص کر ورید سے انکے منضم ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

بغلی عروق۔ بغلی ورید باسیلیق (basilic) اور عضدی نثریان کی دونوں

رفیق وریدوں کے متحد ہونے سے بنتی ہے۔ یہ اتحاد عام طور پر عضلہ صدر میںغیرہ کے برین کنارہ پر واقع ہوتا ہے اور اسلئے یہ ورید نثریان کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ ورید واحد نثریان میں موجود نہیں ہوتی بلکہ تر قوہ کے سین نیچے جا کر ایک سنا بن جاتا ہے۔ جب یہ حالت موجود ہو تو

یہ شریان کے عملیہ جات کے لئے بہت غیر مساعد ہوتی ہے کیونکہ شریان کی دونوں طرف جو وریڈیں واقع ہوتی ہیں انکو آپس میں ملائے کے لئے بہت سی سٹنرٹس و شاخیں شریان کو عبور کرتی ہیں چونکہ بغلی وریڈ مقابلہ قلب کے نزدیک واقع ہوتی ہے اسلئے جہاں تک اسکے اندر کے خون کا تعلق ہے یہ شہستی حرکت سے باسانی متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ یہ ممکن ہے کہ اس عرق یا اسکے بڑے بڑے معاونوں کے کسی زخم میں سے ہوا اندر کھینچ جائے اور موت واقع ہو جائے۔ اصلی وریڈیں ہوا کے داخلہ کو غالباً اس امر سے مدد ملتی ہے کہ خرابی غشا (ترقی صدری ردا کا بالائی حصہ) اس عرق سے منضم ہوتا ہے اور اسلئے اسکا رجحان وریڈ کے زخمی ہونے کی حالت میں اس کو منفتح رکھنے کی طرف ہوتا ہے۔

شریان کی نسبت وریڈ زیادہ کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ زیادہ بڑی اور زیادہ اوپری ہوتی ہے اور نیز اس طرح واقع ہوتی ہے کہ شریانی تے پر یہ کم و بیش متراکب ہوتی ہے بخلاف اسکے جو کہ ذریعہ سے جو ضرر عرق کو پہنچتا ہے جیسا کہ خلوع کی توجیح میں ہوتا ہے اس سے وریڈ کی نسبت شریان کو زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے۔ بالائی جارحہ کی تمام وضعوں میں شریان بغلی فضا کے بیرونی زاویہ کی طرف ہی رہتی ہے۔ مگر وریڈ کا جو تعلق بغلی شریان کے پہلے حصہ یعنی اس حصہ سے ہوتا ہے جو عضلہ صدر یعنیہ سے اوپر واقع ہوتا ہے اس میں جارحہ کی وضع سے تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جب بازو پہلو پر ٹکلتا ہے تو وریڈ شریان کی اندرونی وسطانی جانب پر ذرا آگے کی طرف کو ہوتی ہے۔ مگر جب جارحہ دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے تو وریڈ کھینچ کر شریان کے آگے آجاتی ہے کہ اسکو تقریباً پوشیدہ کر دیتی ہے۔

بغلی شریان کے پہلے حصہ پر بندش لگانے کے متعلق یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ عضلہ صدر کی بیرونی و عضلی ریشہ جات کے دونوں مستویوں کے درمیان بعض اوقات ایک غلوی تہ موجود ہوتا ہے (ہیٹھ: Heath)۔ اگر عضلہ صدریہ صغیرہ کا مبداء دوسری پسلی سے ہو تو شریان کو کم و بیش مکمل طور پر پوشیدہ کر دیتا ہے اور اسکے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عضدیہ صغیرہ کی جو جمل اس شریان سے نزدیک ترین ہوتی ہے اسے بھی غللی سے بعض اوقات شریان تصور کر لیا جاتا ہے اور یہ اس بندش میں بھی جو شریان کے لئے مقصود ہوتی ہے آسانی سے آجاتی ہے۔ اس عملیہ میں بغلی عروق تک قیفالی وریڈ (cephalic vein) کے تعاقب سے باسانی رہنمائی ہو جاتی ہے۔ جو نہی یہ شریان عضلہ صدر کی بیرونی طرف کو جاتی ہے مقدم داخلی صدری (anterior

(internal thoracic) عصب ورید اور شریان کے درمیان ظاہر ہو جاتا ہے اور گاہ گاہ یہ بھی بطور رہنما کے کام دے سکتا ہے۔

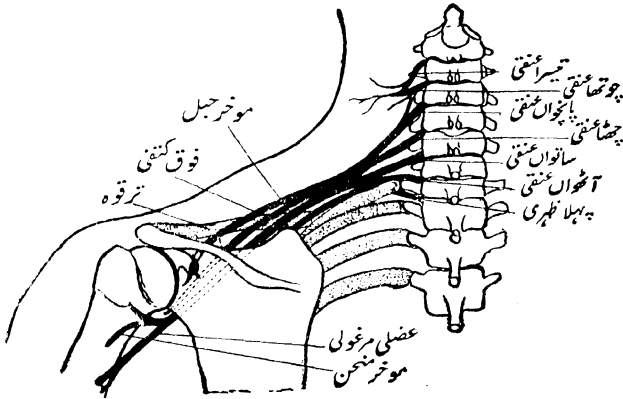
اس شریان کے تیسرے حصہ پر بندش لگاتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اوقات ایک عضلی دھجی عروق کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے۔ یہ عضلہ عرضیہ ظہریہ (latissimus dorsi) سے نکل کر عضلہ صدر کیہ غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) یا ذوراسین عضلہ سے مل جاتی ہے۔ اس دھجی سے دوران عملیہ میں کچھ اختلال پیدا ہو جاتا ہے اور یہ غلطی سے بعض وقت غرابی عضدی عضلہ تصور کر لی جاتی ہے۔

عضدی ضغیرہ (brachial plexus) جب کندھا منخفص ہو تو عضدی ضغیرہ

بے بالائی اور وسطی دونوں تنے جو پانچویں چھٹے اور ساتویں عقی اعصاب سے بنتے ہیں بغل میں ترقوہ کے نفاذ و وسطی کے ذرا باہر کی طرف داخل ہونے کے لئے قصبی حلی عضلہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارے کے نیچے سے گزرتے ہوئے گردن میں واضح طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں (شکل ۶۲)۔ یہ عصبی تنے پہلی پسلی کی اوپر کی سطح کی طرف جاتے ہیں جہاں یہ زیر ترقوی (subclavian) شریان کی اوپر کی اور ظہری طرف پر واقع ہوتے ہیں اور اس راستہ میں یہ ڈبیلی ڈھالی انصالی بافت سے گھرتے ہوتے ہیں جو کندھے کے ارتفاع اور انخفاض کے ساتھ ساتھ ضغیرہ کو بھی آزاد حرکت کرنیکی اجازت دیتی ہے۔ فوق ترقوی خط کے اس حصہ پر جہاں شریان کے نبضات کے اوپر کی اور پیچھے کی طرف عصبی تنے محسوس کئے جاسکتے ہیں (خاص کر جبکہ مریض بیٹھا ہو اور اسکا کندھا منخفص ہو) ضغیرہ میں بازو کی عدم حسیت پیدا کرنے کے لئے اثرات کئے جاتے ہیں۔

بالائی اتنا جو پانچویں اور چھٹے اعصاب سے بنتا ہے چوٹ کے لئے دوسروں کی نسبت کہیں زیادہ معروضی ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ اسکا مبدا وسطی اور زیرین تنوں کے مقابلہ میں گردن میں زیادہ اونچا ہوتا ہے۔ لہذا اگر گردن زور سے بائیں طرف کو جھکائی جائے جیسا کہ دائیں کندھے پر بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو دائیں جانب کے بالائی تنے پر وسطی اور زیرین اجال کی نسبت زیادہ بار پڑتا ہے (شکل ۶۳)۔ بوقت پیدائش کنفی طریق (presentation) کی حالتوں میں یا جب کبھی کندھا اور گردن کسی حادثہ کی وجہ سے زور کے ساتھ ایک دوسرے سے الگ ہونے لگتا تو بالائی جیل پر بار پڑنے یا اسکے منشق ہوجانے کا امکان ہوتا ہے جس سے ایک عارضہ پیدا ہو جاتا

جو عام طور پر شلل آرب (Erb's palsy) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ فوق کتفی (suprascapular) ہنجن (circumflex) (بغلی: axillary) اور عضلی جلدی (muscuio-cutaneous) اعصاب اس تنے سے نکلتے ہیں۔ نیز معین نما عضلات (rhomboids) اور عضلہ نشریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اعصاب بھی اسی سے



شکل ۶۴۔ عضدی ضغیرہ کے بالائی اور وسطی تنے یہ ظاہر کرنے کے لئے پیچھے سے دکھائے گئے ہیں کہ کندھے کا انخفاض یا سر کی جانبی تبعید جسمی اجبال کو کس طرح تنیدہ کر سکتی ہے اور انکو نقصان پہنچا سکتی ہے۔
(پوائے ڈیر: Poirier کے مطابق۔)

نکلتے ہیں۔ بہر کیف اشتقاق بالعموم ان موخوالذکر اعصاب کے مبدا کی بعیدی جانب پر واقع ہوتا ہے لہذا یہ عضلات کچ جاتے ہیں۔ شلل آرب (Erb's palsy) میں جو عضلات ماؤف ہوتے ہیں وہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus) ، تحت شوکی عضلہ (infraspinatus) ، عضلہ صغیرہ (teres minor) ، عضلہ والیہ (deltoid) ، غرابی عضلہ (coraco-brachialis) ، ذوراسین (diceps) ، عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ عضدیہ (brachio-radialis)

ہیں اور گاہے گاہے عضلہ باطنی (supinator) (قصیرہ: brevis) ، عضلہ باسطہ رسیغیہ کعبیہ طویلہ (extensor carpi radialis longior) اور عضلہ کابہ (کعبیہ) مدطبعہ (pronator radii teres) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں حسی شلل دیکھتے ہیں نہیں آتا۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ پانچویں عنقی عصب کو کاٹنے سے عضلی شلل کا جو رقبہ نمودار ہوتا ہے وہ اتنا ہی وسیع ہوتا ہے جتنا کہ پانچویں اور چھٹے متحدہ اعصاب کو کاٹنے سے حاصل ہوتا ہے (ولفرڈ ہیرس: Wilfred Harris)۔ عضدی ضغیرہ کے مکمل طور پر منسحق ہو جانے کی حالت میں حس کہنی سے آگے پوری طرح غائب ہو جاتی ہے۔ مگر بازو اور کندھے میں عمیق حسیت برقرار رہتی ہے (شرین: Sherren)۔ ایسے ضررات پیدا ہونے کی صورت میں نازل عنقی (descending cervical) اور بن ضلعی ذراعیتی (intercosto-humeral) اعصاب سے حاصل شدہ اعصاب بازو میں اپنے محل پر قائم رہتے ہیں۔

بغلی اعصاب۔ زخم سے کسی ایک عصب کو بھی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مگر

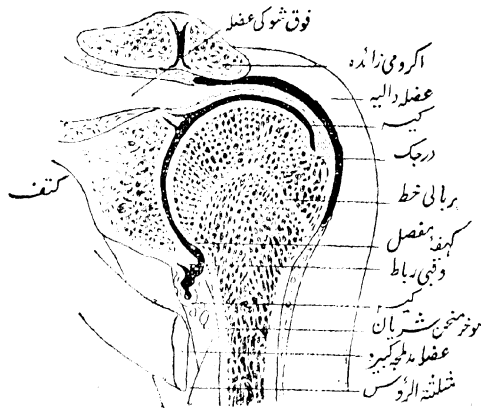
وسطی (median) کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے! اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) کو سب سے کم۔ مومن الذکر عصب کی تقابلی مامونیت کی توجیہ انکے عمیق محل اور اسکے جارحہ کی اندرونی اور موخر جانب پر واقع اور اسکے عظیم الجسامت ہونے سے ہوتی ہے۔ جارحہ پر ایسے جرح کا عمل ہونے سے جو کم و بیش مکمل قلع سے سیکندر کم ہو اعصاب شاذ و نادر ہی ٹوٹتے ہیں۔ اور اگر یہ زور سے کچھ جائیں تو بغلی میں ٹوٹنے کی نسبت انکے حمل شوکی سے جہاں یہ اس سے چسپیدہ ہوتے ہیں علحدہ ہو جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ چنانچہ فلوربرٹ (Flaubert) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں اخیر کے چار عنقی اعصاب مخلوع کندھے کی تریج کے لئے شدید کوشش کرتے وقت حمل سے علحدہ ہو گئے تھے۔

خطہ والیہ۔ یہ خطہ جو کندھے کی چوٹی پر مشتمل ہے ہر طرف سے عضلہ

سے محدود ہوتا ہے۔ عضلہ والیہ (deltoid) عضد کے اوپر کے سرے اور کندھے کے جوڑ کو ڈھکے ہوتا ہے (شکل ۶۵)۔ لہذا اس جوڑ اور سطح کے درمیان صرف جلد، سطحی ردا، عضلہ والیہ جو اپنے غلاف میں ہوتا ہے اور کچھ ڈھیلی ڈھالی اتھالی با (زیر والیتی بافت: subdeltoid tissue)

بھی ہوتی ہے جس میں عظیم زیر دالیتی (subdeltoid) (زیراکرومی: subacromial) درجہ یک موجود ہوتی ہے۔ زیر دالیتی بافت بعض اوقات ایک واضح و بیزغشاکی صورت اختیار کر لیتی ہے اور اس جوڑے سے جو تھمی اجتماعات آگے بڑھتے ہیں انکو محدود المقام رکھنے کے لئے یہ بعض اوقات ایک اہم اثر رکھتی ہے۔ عضلہ دالید کے اوپر کی شیمی بافت شمی سنعات کے پیدا ہونے کے لئے

284



شکل ۶۵۔ کندھے کے جوڑے کی تراش جو کیسہ اور برابالی خطہ اور درجہ یک کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (پولٹنیر: Poirier کے مطابق)

ایک موافق مقام ہے۔

بغلی (axillary) (منحن: circumflex) عصب اور موخن منحن (posterior circumflex) شریان دونوں عضلات مدلیجہ (teres muscles) کے درمیانی وقفہ سے نکلنے ہیں اور یہ ذراع کی پوری کے گرد ہڈی کے بالکل نزدیک سے اور جراحی عنق کے خطہ کے قریب سے افقی رخ میں گھوم جاتے ہیں (شکل ۶۳ صفحہ 276 اور شکل ۶۵ صفحہ 284)۔ یہ عصب اس ترتیب کی ایک مثال ہے جسی طرف ہٹن (Hilton) نے اشارہ کیا ہے اور وہ یہ ہے کہ جوڑے کا اصلی

عصب نہ صرف مفصلی سطوح کو ہی رسد پہنچاتا ہے بلکہ مفصل کے عضلات فخر کہ میں سے بڑے عضلات کو اور نیز ان کے اوپر کی جلد کو بھی رسد پہنچاتا ہے۔ یہ عصب کندھے کے جوڑ عضلہ والیہ اور عضلہ مد لمجیغہ (teres minor) کو اور کندھے کے پیرین دو تہائی حصہ اور عضلہ مثلثیہ الزوئ (triceps) کے بالائی حصہ کے اوپر کی جلد کو رسد پہنچاتا ہے۔ کندھے کے ضربات میں اس کو اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے اور بعض اوقات یہ اس حصہ کی کسی سادہ سی کوشنگی سے بہت بری طرح سے کچلا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ والیہ میں شلل واقع ہو جاتا ہے۔ مگر کندھے کی کوشنگیوں کے بعد منحن (circumflex) کو جس کثرت سے کہ پہلے خیال کیا جاتا تھا اس کی نسبت بہت کم نقصان پہنچتا ہے۔ یہ عصب ذراعیہ کی جراحی عنق کے کسورا اور اس ہڈی کے خلوع (خاص کر عنقی خلع) میں اور ان خلوع کی ترجیح کے لئے شدید کوششیں کرنے کے دوران میں پھٹ جاتا ہے

(شکل ۶۳ اور ۶۴)۔

285

کندھے کا جوڑ۔ جراحی کے ایک نقطہ نگاہ سے جوڑ مندرجہ ذیل قسموں میں

تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) وہ جوڑ جسکی طاقت کا انحصار زیادہ تر رباطات پر ہوتا ہے۔ (۲) وہ جوڑ جو میکائنت کے لحاظ سے پائدار ہوتے ہیں اور جبکی مضبوطی زیادہ تر انکی ان ہڈیوں کی ترتیب سے پیدا ہوتی ہے جن سے یہ بنتے ہیں اور (۳) وہ جوڑ جنکے سہارے کا دار و مدار زیادہ تر انکے عضلات پر ہے۔ پہلی قسم کی مثال کے طور پر قصبی تر قوی جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے اور دوسری قسم کی مثال کے طور پر کہنی کا جوڑ اور تیسری قسم کی مثال کے طور پر کندھے کا جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے۔ ایسے مفصل میں خلع واقع ہونے کا امکان سب سے کم ہوتا ہے جسکی مضبوطی کا دار و مدار کڑے اور مضبوط رباطات پر ہو۔ مگر جس جوڑ میں خلع سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے وہ تیسری قسم سے ہوتا ہے۔ کیونکہ اسکی مضبوطی کا انحصار زیادہ تر عضلات پر ہوتا ہے جن پر اچانک بار پڑنا ہے اور جنکا بے ترتیب فعل خود جوڑ کی کمزوری کا باعث ہو سکتا ہے۔ خلع کی تیسب بلاشبہ صرف انہی امور پر ختم نہیں ہوتی۔ وقوع خلع کا بہت کچھ انحصار حرکت کی اس مقدار پر جو کسی مفروضہ جوڑ میں ہو سکتی ہے اور نیز برصیت کے اس درجہ پر ہوتا ہے جو اسکے حصول پر اثر انداز ہو سکتا ہے۔

غرابی اور اگر قوی زائندوں اور انکے درمیانی رباطات سے جو محراب بنتی ہے وہ ذراعیہ کے سر کا لازمی سہارا ہے اور اس مفصل کا ایک اہم حصہ ہے۔ اس محراب کے ساتھ

ذراعیہ کا سر قریبی تعلق رکھتا ہے مگر اس سے حقیقی طور پر پس نہیں کرتا (شکل ۶۵)۔ لیکن عضلہ والیہ کے شلل میں ذراعیہ کا سر بعض اوقات غرابی زائده سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ جب بازو پہلو کے ساتھ لٹکا ہوتا ہے تو اس ہڈی کے سر کا تقریباً دو تہائی حصہ وقتی کہنہ (glenoid cavity) سے پس نہیں کرتا۔ اور انگریز (Anger) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ اس وضع میں ذراعیہ کے سر کے محیط کاتین چوتھائی حصہ اس اتصالی خط کے آگے واقع ہوتا ہے جو اگر رومی زائده کے مقدم کنارہ سے کھینچا جائے۔ نیز اس وضع میں سر بننا ہر غرابی زائده کے باہر کی طرف ہوتا ہے۔

286

وقتی کہنہ کا حاشیہ بیرونی جانب کی نسبت اندر کی طرف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اور حاشیہ کا مضبوط ترین اور حفرہ کا عریض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ ایک مسمیٰ چیز امر ہے، کیونکہ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مفصل کے اس حصہ یعنی کیسہ کے پیرین اور اندر کی طرف کے حصہ کو جو مزاولت جراحی میں کمزور ترین ثابت ہوتا ہے مضبوط بنانے کی کوشش کی گئی ہے۔ اسی مقام پر ذراعیہ کا سر کندھے کے خلع میں جوڑے سے علیحدہ ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑے کا کیسہ بہت ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور جتنا بڑا ذراعیہ کا سر ہوتا ہے اس سے دو گنی جمامت کے عظمیٰ سر کی اسپین گنجائش ہو سکتی ہے۔ کیسہ کا کوئی حصہ بھی دوسرے حصوں کے مقابل میں ہمیشہ دبیز نہیں پایا جاتا جیسا کہ کولھے کے جوڑے میں ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑے کے گرد نواح میں جو درجہ ہیں ان میں سے زیراً گرومی

(subacromial) درجہ میں مرض سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس تاجہ کا زلابی اتساع غلطی سے جوڑے کا مزمن التهاب تصور کر لیا جاتا ہے (شکل ۶۵)۔ تجربہ سے یہ ثابت ہوا ہے کہ اس درجہ کی دیواریں بازو کے مروڑے جانے کی حالت میں خاص کر جبکہ یہ خیم کردہ یا بسط کردہ ہو واقعی چھٹ جاتی ہیں۔ جب یہ تاجہ متدد ہو جاتا ہے تو تبعد سے درد کا احساس سب سے زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ اس وضع میں درجہ کی دیواروں میں طبعی طور پر شکن پڑ جاتے ہیں جن سے حدیہ عظیم کے سامنے ایک قسم کا کارسا بن جاتا ہے۔ یہ تاجہ بعض اوقات جوڑے سے راہ و ربط رکھتا ہے۔

زیر کتعی درجہ اس جوڑے کی غشائے زلابی کی ایک توسیع ہی تصور کیا سکتی ہے جو

اس عضلہ کے انتہائی سرے اور کتف کے درمیان تک پہنچی ہوتی ہے۔

بازو کو کندھے کے جوڑ پر گردش دینے پر اگر درد ظاہر ہو تو یہ اس جوڑ کے بائیرا کرومی درجک یا زیر کتفی درجک کے درد سے پیدا ہوتا ہے کیونکہ اس حالت میں ان تینوں میں حرکت واقع ہوتی ہے۔

ذورا سین کا طولی وتر جوڑ کے بالائی حصہ کو مضبوط بناتا ہے، اور

جارحہ کی مختلف وضعوں میں ذراعیہ کو وقتی کہفہ سے لائے رکھتا ہے، اور اس ہڈی کے سر کو اوپر کی طرف اکرومی کے نیچے اسکے بہت قریب کھینچ آنے سے روکتا ہے۔ یہ وتر بعض اوقات منشق ہو جاتا ہے، اور اس حالت میں جارحہ کے عمومی ضعف کے اور ایک عجیب قسم کے مریکے جو اس عضلہ کے پیٹے کے انقباض سے بنتا ہے پیدا ہو جانے کے علاوہ ذراعیہ کا سر عموماً اوپر اور آگے کی طرف کو بہا تک کھینچ آتا ہے کہ غرابی اکرومی محراب اسکو مزاحم آتی ہے۔ چنانچہ بعض اوقات ایک خفیف سا کاذب خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ جارحہ کے بعض شدید جھٹکوں میں جیسے کہ کبھی کبھی کرکٹ کا گیند چھینکتے وقت آجاتے ہیں یہ وتر بعض اوقات رباط مستعرض کو جس سے یہ مربوط ہوتا ہے چھڑا دیتا ہے اور اپنے میزاب سے پھسل کر باہر کی یا اندر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور عام طور پر یہ اندر کی طرف کو ہی ہٹتا ہے۔ بعض اوقات مزمن عظمی التہاسب مفصل (osteo-arthritis) کے واقعات میں وتر کا دروں کیسی حصہ ذراعیہ کی تراشیدہ مفصل سطح سے رگڑ کھانے کی وجہ سے فائب ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں یہ ذورا سینی (bicipital) میزاب سے چسپیدہ ہو جاتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کا مرض۔ اس مفصل میں جملہ اقسام کے امراض مفصل

کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، اس جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلہ اڈھالا ہوتا ہے، اور مفصلی سطحیں صرف ارد گرد کے عضلات کی کش کی وجہ سے متقابل رہتی ہیں۔ کوبرا فارم دینے کے بعد یہ سطحیں باسانی ملحدہ کیجا سکتی ہیں اور انکا امتحان کیا جا سکتا ہے۔ بہر کیف مرض مفصل میں انصباب کی وجہ سے دونوں ہڈیوں میں معتدبہ علحدگ واقع ہو جاتی جو۔ براون (Braune) نے فوق شوکی جھڑو میں سے وقتی کہفہ کو منقبت کیا، اور اس میں معتدبہ دباؤ کے ساتھ چربی کا شراب کر دیا۔ جب جوڑ مکمل طور پر متبدد ہو گیا تو ذراعیہ کتف سے پہلے انچ سے زائد فاصلہ پر پائی گئی۔ اس امر سے

جارحہ کی اس طوالت کی توجیہ ہوتی ہے جو اکثر اوقات اس حصہ کے ایسے مفصلی مرض میں دیکھے میں آتی ہے جس میں بہت سا انصباب موجود ہو۔ جب کیسہ کا تمدد انتہا کو پہنچ گیا تو ذرا عیب میں ذرا سبب واقع ہو گیا اور یہ اندر کی طرف کو گھوم گئی۔ لہذا یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ کندھے کے جوڑ کے مرض میں بازو عام طور پر پہلو کے قریب پایا جاتا ہے اور کہنی کی قدر پیچھے کی طرف کو مٹی ہوتی ہے (بسط کردگی) اور جارحہ اندر کی طرف کو گھوما ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ وضع اس جوڑ کے ارد گرد کے عضلات کے استوار انقباض سے بھی پیدا ہو جاتی ہو۔ جب اس قسم کے انقباضات موجود ہوں تو ان سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ طاقتور عضل عریضہ فلٹرز (latissimus dorsi) کو اپنے مخالف عضلات پر فوقیت حاصل ہے اور یہ بازو کی اندر کی طرف کی گردش اور اس کے پیچھے کی طرف نکل جانے کا ذمہ دار ہو سکتا ہے۔ برابری خط کا اندرونی حصہ کیسہ کے عین اندر ہوتا ہے اور اسکے بیرونی مقدم اور موخر حصے بالکل زیر گردش عظمی ہوتے ہیں۔ لہذا ایسا ہو جاتا ہے کہ تقبیعی التهاب برابالہ (suppurative epiphysitis) میں پیپ جوڑ کے اندر چلی جاتی ہے۔

288

زلزلی غشا میں سے دو عطفات نکلے ہوتے ہیں۔ (۱) ایک وہ جو ذورا سینئ میزاب (بین درنی تجویف) میں وتر کے ساتھ کچھ فاصلہ تک نیچے کی طرف جاتا ہے۔ (۲) ایک تہ انبان ہے جو زیر کتنفی عضلہ (subscapularis) کے نیچے زلزلانی کہفہ اور اس عضلہ کے نیچے کے درجک کے درمیانی ربط سے بنتی ہے۔ جب یہ جوڑ انصباب سے پُر ہو جاتا ہے تو کیسہ یکساں طور پر تمدد ہو جاتا ہے اور کندھا یکساں طور پر گول ہو جاتا ہے اور عطفات کے مقامات پر خاص مرمیات بنجاتے ہیں۔ چنانچہ التهاب زلزلانی (synovitis) کے ابتدائی درجہ میں عضلہ مسدور یہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ دالید (deltoid) کے درمیانی میزاب میں اکثر ایک ورم نمودار ہو جاتا ہے اور یہ ورم بعض اوقات ذورا سین کے مضبوط وتر سے منقسم ہونے کی وجہ سے دو لختی معلوم ہوتا ہے۔ زیر کتنفی (subscapular) عضلہ سے پرے بغل میں کیسہ کے غیر پوشیدہ حصہ کا امتحان کرنے سے توج بہترین طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب یہ جوڑ متعجب ہو جاتا ہے تو پیپ مذکورہ بالا تہ انبانوں میں سے کسی ایک میں چلی جاتی ہے اور یہ اکثر اس تہ انبان میں جاتی ہے جو ذورا سین کے وتر کے ساتھ جاتی ہے۔ چنانچہ اس طرح پیپ ذورا سینئ میزاب کے ساتھ ساتھ کچھ فاصلہ تک چلی جاتی ہے اور کندھے کے تدرن زدہ ہونے کی حالت میں جوف کا فتحہ اکثر بازو کے بالائی حصہ کی اندرونی جانب کے نصف پر پایا جاتا ہے۔ ایک مندرجہ واقعہ میں پیپ

جو کندھے کے جوڑے سے نکلنے والی تھمی عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کے ممر کے ساتھ جا کر کہنی کے باہر کی جانب باہر نکلے تھی۔

خلوع۔ اس جوڑے کے خلوع جسم کے کسی دوسرے جوڑے کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع

ہیں۔ اس امر کی توجیہ وقتی حفرہ کے اٹھنے پر ذرا عیب کے ممر کے عظیم الجسامت اور گلوب نما ہونے، بازو کی وسیع حرکتوں اور اس سے حاصل شدہ طویل پیرمیٹائٹس اور اس مفصل کی قوت کے زیادہ تر عضلات پر منحصر ہونے سے ہوتی ہے۔ جارحہ اعلیٰ اور کندھے پر چوٹ لگنے کا امکان خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

عضلہ کا جو خلوع کندھے کے جوڑے پر واقع ہوتا ہے اسکے مندرجہ ذیل اقسام ہیں :-
۱۔ زیر وقبی (subglenoid)۔ نیچے کی اور سینڈرا آگے کی طرف کو۔ نادر الوقوع تمام اقسام میں ابتدائی خلوع یہی ہوتا ہے مگر ذرا عیب کا ممر پھسل کر بالعموم زیر غسرابی وضع میں چلا جاتا ہے۔

۲۔ زیر غرابی (subcoracoid)۔ آگے کی اور ذرا نیچے کی طرف۔ عام قسم۔
۳۔ زیر ترقوی (subclavicular)۔ زیر غرابی خلوع کی بہت ترقی یافتہ حالت ہے۔
۴۔ زیر شوکی (subspinous)۔ نادر الوقوع۔

گاہے گاہے خلوع انتصابی (luxatio erecta) بھی جو زیر وقبی قسم کی ایک نوع ہے دیکھنے میں آتا ہے۔ اس میں بازو انتصابی حالت میں بغیر حرکت پذیری کے مثبت ہوتا ہے۔ تمام مکمل نوع میں ذرا عیب کا مفصلی کہفہ کو چھوڑ کر کیسہ کے انشقاق میں سے نکل جاتا ہے جو خلوع کا ذب، کہلاتے ہیں انہیں کیسہ فشق نہیں ہوتا۔ مثال کے طور پر اگر نقش میں عضلہ والیہ (deltoid) کو کاٹ دیا جائے تو ذرا عیب کا ممر کیسہ کے فشق ہونے کے بغیر ہی غرابی زائدہ کے نیچے لایا جاسکتا ہے۔ زندگی میں بھی اس عضلہ کے شلل کی حالتوں میں یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

اس جوڑے کے خلوع کی تمام حالتوں میں ابتدائی غیر وضعیت ہمیشہ نیچے کی طرف کو ہوتی ہے اور عضلہ کا ممر بغل کے اندر زیر وقبی وضع میں آجاتا ہے۔ کندھے کے خلوع بالعموم جارحہ پٹھ اسکی تجمیدی حالت میں چوٹ آنے سے پیدا ہوتے ہیں اور یا یہ ایسی شدید بلا واسطہ چوٹ ہو واقع ہوتے ہیں جو ذرا عیب کو نیچے کی طرف کو دھکیل دے۔ اسلئے جب جارحہ حالت تبعید میں ہوتا ہے تو

ذراعیہ کا سروقبی حفرہ کے نیچے نکلا ہوتا ہے اور کیبہ کے تحتانی اور نہایت غیر محفوظ حصہ پر متکی ہوتا ہے اور اسپر دباؤ ڈالتا ہے۔ چونکہ کیبہ کے اس حصہ کے ریشے اس وضع میں زور سے تنے ہوتے ہیں اسلئے اس رباط کو منسوخ کرنے اور اس ہڈی کو بغل میں دھکیل دینے کے لئے غیر معمولی طاقت کے بروئے کار آنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔

چنانچہ ایسا ہوتا ہے کہ اس جوڑے کے خلوع میں کیبہ کا انشعاق اسکی تحتانی اور اندرنی جانب پر واقع ہوتا ہے اور ذراعیہ کا سرزیر کتعی عضلہ (subscapularis) کے نیچے آجاتا ہے جس پر ہمیشہ بار پڑ جاتا ہے اور بعض اوقات اس میں دریدگی بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ذراعیہ کا سر جب اس طرح نیچے کی طرف کو دب کر بغل میں پہنچ جاتا ہے تو بعض وجوہ کی بنا پر بعض اوقات وہیں قائم بھی رہتا ہے (زیروقبی قسم: subglenoid form)۔ اور اکثر ایسا ہوتا ہے کہ لی قوتور عضلہ صدر کی کبیرہ دوسرے عضلات کے ساتھ جیکے فعل میں اب کم مزاحمت درپیش ہوتی ہے اور جارحہ کا وزن جس کے لئے اب سہارا نہیں ہوتا ہڈی کے سرے کو آگے کی اور اندر کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ (زیرغرابی قسم: subcoracoid form) اور اخیر میں اگر ضرب کا رخ نمایاں طور پر سامنے کی طرف سے ہو تو اس ہڈی کا سر پیچھے کی طرف کو اکرومی یا شوکی زائڈوں کے نیچے گھس جاتا ہے (زیر شوکی قسم: subspinous form) زیرغرابی قسم کی انتہائی کثرت وقوع کی وجہ ان امور سے ہوتی ہے کہ جو عضلات ہڈی کو آگے کی طرف کو کھینچتے ہیں انکو ہڈی کو پیچھے کی طرف کو کھینچنے والے عضلات کی نسبت اپنے فعل کی سرانجامدہی میں زیادہ سہولت حاصل ہوتی ہے، اور نیز سر کو آگے کی طرف کو جانے میں ان شدید رکاوٹوں کے مقابلہ میں جو اسکو پیچھے کی طرف سرک کر کتعی شوک کے نیچے آجانے میں درپیش ہوتی ہیں بہت خفیف سی مزاحمت پیش آتی ہے۔

کندھے کے حملہ خلوع کے مشترک خصائص۔ چونکہ عضلہ دالیہ

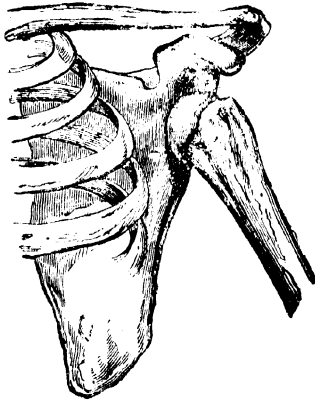
(deltoid) کی گولائی کا انحصار زیادہ تر اسکے نیچے ذراعیہ کے سر کے موجود ہونے پر ہوتا ہے، اور نیز ان تمام خلوع میں (شائد زیر شوکی قسم کے خلوع کی زیادہ خفیف حالتوں کے سوا) سر کا عضلہ دالیہ سے بالکل کوئی تعلق نہیں رہتا اسلئے یہ عضلہ ہمیشہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے۔ یہ چپٹا پن عضلہ کی تنیدگی سے جو کسی حد تک ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ عضلہ دالیہ کی تنیدگی کے ساتھ بازو کی تبعید بھی پائی جاتی ہے، اور یہ علامت حملہ خلوع میں ایک کافی حد تک مستقل ہوتی ہے۔ چونکہ

عضل ذوراسین بھی کم و بیش نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اسلئے کہنی خمیدہ پائی جاتی ہے اور پیش بازو منطبع ہوتا ہے۔ خلع کی ہر ایک قسم میں بغل کے انتصابی محیط میں کچھ نہ کچھ اضافہ ہو جاتا ہے، کیونکہ سر کے لئے یہ ضروری ہے کہ وقبی حفرہ کو چھوڑنے کے بعد اس کے محیط کے کسی مشمولہ حصے پر اگر ٹھیکر جائے۔ مزید برآں ڈوگاس (Dugas) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر "مریض باجراج مضرت رسیدہ جارہے کی انگلیوں کو صحیح و سالم کندھے پر رکھ سکے درآئیکہ کہنی صدر سے مس کرتی ہو (یہ وہ حالت ہے جو اس جوڑ کی طبیی حالت میں حاصل ہوتی ہے) تو خلع موجود نہیں ہوتا اور اگر ایسا نہ کیا جاسکے تو خلع ضرور موجود ہوتا ہے، کیونکہ یہ حالت جو طبیی طور پر غیر ممکن العمل ہے سوائے خلع کے اور کسی تضر سے پیدا نہیں ہو سکتی اور اسکی وجہ یہ ہے کہ صدر کے مدور ہونے کے باعث ذراع عید کے دونوں سروں کا بیک وقت اس سے مس کرنا ناممکن ہے اور کندھے کے خلع میں ہڈی کا بالائی سرا مدور سے تقریباً ملتا ہوتا ہے۔ اخیر میں بڑے بڑے عروق اور اعصاب کے محل پر غور کرنے سے (شکل ۶۳) یہ ظاہر ہو جائے گا کہ زیرِ غرابی اور زیرِ وقبی خلوع میں ہڈی کا سران مانٹوں کو دبانے سے فرر ہینچا سکتا ہے۔ چنانچہ جارحہ میں تہج اور شدید درد پیدا ہو سکتا ہے اور اس کی عضلی طاقت میں ضعف نمودار ہو سکتا ہے۔ شریان اپنی لچک کی وجہ سے بالعموم بچ جاتی ہے۔ لیکن بیرارڈ (Bérard) نے مقدم غیر وضعیت کے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں بغلی شریان ذراع عید کے سرے سے اسبقدر مضبوط ہو گئی تھی کہ اس سے جارحہ میں گنگرین نمودار ہو گئی تھی۔ چونکہ عصب متعن (circumflex nerve) ذراع عید کے سرے سے قریبی تعلق رکھتا ہے اسلئے اس کو خاصکر خلع کی زیرِ وقبی (subglenoid) اور زیرِ شوقی (subspinous) قسموں میں ضرر پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

کندھے کے خلع کی ہر ایک قسم کی خصوصی تشریح - ۱۔ زیرِ غرابی

(subcoracoid)۔ ذراع عید کا مفصلی سر کتف کی گردن کی مقدم سطح پر واقع ہوتا ہے اور جراحی عنق وقبی حفرہ کے مقدم لب پر تنگن ہوتی ہے۔ چنانچہ ذراع عید کا سر غرابی زائدہ کے مین نیچے اور اپنے طبیی محل کے آگے کی اور اندر کی طرف اور اس سے ذرا نیچے واقع ہوتا ہے۔ حدیہ عظیم خالی وقبی کہنف کے بالمقابل ہوتا ہے (شکل ۶۶)۔ زیرِ کتفی عضل (subscapularis) ذراع عید کے سر کے اوپر تنیدہ ہو جاتا ہے اور بالعموم کس قدر دیدہ بھی ہو جاتا ہے۔ فوق شوقی عضل (supraspinatus)

زیر نشوکی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مدلمہ صغیرہ (teres minor) یا تو کھج جاتے ہیں اور یا پھٹ جاتے ہیں یا بعض اوقات حدیبہ عظیم ٹوٹ کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ غرابی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) کا چھوٹا سر تن جاتے ہیں اور ذراعیہ کے سر کے اندر کی طرف واقع ہونے کی بجائے عین اسکے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا طویل وتر نیچے کی اور باہر کی طرف کو منصرف ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ پھٹ کر میزاب سے علیحدہ ہو جاتا ہے مگر ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔



شکل ۶۶۔ ذراعیہ کا زیر غرابی خلوع۔

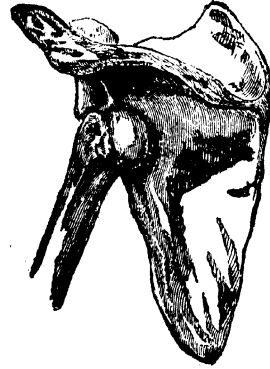
عضلہ والیہ (deltoid) میں تنیدگی پائی جاتی ہے بغل کے سامنے ذراعیہ کے سر سے جو ابھارتا ہے اسکا انحصار کسی قدر گردش کی مقدار پر ہوتا ہے اگر ہڈی باہر کی طرف کو گردش کر جائے تو مریب نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ اندر کی طرف کو گھوم جائے تو اسکا سر بغل میں نیچے اتر جاتا ہے اور جلد کی بجائے کتف سے زیادہ مس کرتا ہے چونکہ ہڈی کا سر ہمیشہ ذرا نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے لہذا جارحہ کے طول میں حقیقی اضافہ کا پایا جانا ناہر حالت میں ضروری ہے۔ لیکن اگر ہڈی کا سر کافی فاصلت آگے کی اور اندر کی طرف کو چلا گیا ہو اور جارحہ حالت تبعید میں ہو تو یہ ممکن ہے کہ معمولی طریقہ پر

پیمائش کرنے سے جارحہ میں اضافہ پائے جانے کی بجائے پیمائش طبعی ہو۔ یا ظاہری قصر موجود ہو۔ جب سر و قبی کہنہ کو چھوڑ دے تو حالت تبعید میں خارجی (جانبی) تقدال کا رجحان اگرومی کے نزدیک آنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ وہ دو نقاط ہیں جہکے درمیان عام طور پر پیمائش کی جاتی ہے۔ لہذا بازو کے ظاہری طول کا انحصار زیادہ تر ذراعیہ کی تبعید کی مقدار یا ہڈی کے محور کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔

۲۔ زیر و قبی (subglenoid)۔ سر اپنے طبعی محل کے نیچے اور اسکے ذرا سامنے اور

اندر کی طرف ہوتا ہے۔ یہ سیدھا نیچے کی طرف نہیں جاسکتا کیونکہ مثلثہ الرؤس (triceps) کا طویل نیچے موجود ہوتا ہے۔ بلکہ یہ اس عضلہ اور زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے درمیان واقع ہے۔

چلا جاتا ہے۔ ذراعیہ کے سر کی مفصلی سطح اُس مثلث رقبہ کی مقدم جانب پر منکن ہوتی ہے جو وقبی حفرہ کے عین نیچے ہوتا ہے اور جس سے مثلثۃ الرؤس (triceps) نکلتا ہے۔ حدیبہ عظیم کا بالائی کنارہ جوڑ کے زیرین حاشیہ سے قریبی تعلق رکھتا ہے۔ زیر کتفی عضلہ (subscapularis) جو ذراعیہ کے سر کو مثبت رکھتا ہے بہت تنیدہ ہوجاتا ہے یا پھٹ بھی جاتا ہے۔ فوق شوکی (supraspinatus) اور زیر شوکی (infraspinatus) عضلات تنیدہ ہوجاتے ہیں یا پھٹ بھی جاتے ہیں۔ اور دونوں عضلات مدظلہ (teres muscles) زیادہ متاثر نہیں ہوتے تا وقتیکہ بازو کی معتدبہ تعبید موجود نہ ہو۔ غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) تنیدہ ہوتے ہیں اور کسیدر تعبید کی وجہ سے جو بالعموم موجود ہوتی ہے، ذوراسین کا وتر خط مستقیم سے بہت کم منصرف ہوتا ہے۔



شکل ۶۷۔ ذراعیہ کا زیر شوکی خلع۔

۳۔ زیر شوکی (subspinus) یا بالعموم کتف کی گردن کی موخر سطح پر منکن ہوتا ہے، اور ذراعیہ کی جراحی عنق کا میزان وقبی حفرہ کے موخر لب کا قنطر ہوتا ہے۔ چنانچہ سر اکرومی (acromion) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ اور پیچھے بھی ہٹ جاتا ہے اور

یہ زہر کتف (dorsum scapulae) پر اوپر اور کتفی شوک کے نیچے بھی واقع ہو سکتا ہے (شکل ۶۷)۔ زیر کتفی عضلہ کا وتر کچھ کر وقبی حفرہ کے اوپر ایک طرف سے دوسری طرف تک تنجا تا ہے اور اکثر اپنی چسپیدگی سے علحدہ ہوجاتا ہے۔ ذراعیہ کا سر عضلہ والیہ (deltoid) کے عقبی حصہ اور تحت شوکی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مدظلہ وغیرہ (teres-minor) کو پیچھے کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ موخر الذکر عضلات اس ہڈی کو ڈھکے ہوتے ہیں اور اسکے اوپر تنے ہوتے ہیں۔ صدر یہ کپہہ نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اور اسکی تنیدگی سے ذراعیہ کی اندرونی گردش اور مقدم تعبید کی جو عام طور پر دیکھنے میں آتی ہے کسی مدد تک توجیہ ہوجاتی ہے۔ یہ دونوں حرکتیں کم و بیش عظیم التضاد ہوتی ہیں اور

عصب منحن (cicumflex) اکثر بیٹھ جاتا ہے۔

طریقہ کاوتر (Kocher's method) کی تفصیل جس سے اس ضلع کی ترجیح کیجاتی ہے مذکورہ بالا تشریحی بحث سے معلوم ہوتی ہے۔ عام زیرغرابی ضلع کو مدنظر رکھتے ہوئے طریقہ کاوتر (Kocher's method) کا طرز عمل تین مراحل پر تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ذراعیہ کو باہر کی طرف بہت آہستہ آہستہ گھمایا جاتا ہے اور اس حالت میں پیش بازو کو بازو پر خمیدہ رکھا جاتا ہے اور کہنی کو پکڑ کر دھڑکے نزدیک اور اس کے ذرا آگے کی طرف کو رکھا جاتا ہے۔ اس دست وری کے ذریعہ سے اس ہڈی کے سر کو پھسلا کر اسی راستہ پر سے واپس لانے اور اسکو عضلات سے (اور بالخصوص سر پر کٹھنی عضلہ سے) جنین سے پھنس جاتا ہے نکالنے کی کوشش کیجاتی ہے۔ (۲) کہنی کو عین سامنے کی طرف حرکت دیجاتی ہے اور یہ بھی بہت آہستہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ اس سے کیسے کے اشتقاق میں کشادہ لہی پیدا کر دیجاتی ہے اور ذراعیہ کا سر کیسے کے فتوح کے قریب کر دیا جاتا ہے اور (۳) ہاتھ کو طرف مقابل کے کندھے پر دفعہ لے جانے اور کٹائی کو چھاتی پر لے آنے سے ذراعیہ کو جلدی سے اندر کی طرف کو ۱۸۰ درجہ کے برابر گھمایا جاتا ہے۔ اس سے سر کیسے کی دریدگی میں سے جو ابھی تک منفتح ہی ہوتی ہے پھنس کر اندر چلا جاتا ہے۔

خلوع کی اور بالخصوص ان خلوع کی جو بہت مدت سے موجود ہوں ترجیح کرتے وقت بغلی سائخوں کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچ جاتا ہے۔ بغلی شریان کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے اور ورید کو بہت کم اور عصب کو اس سے بھی کم۔ چونکہ شریان باہر کی طرف واقع ہوتی ہے، اسلئے اس کے ان نرم بافتوں سے جو اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی ہڈی کے سر کو پوشیدہ کرتی ہیں منضم ہوجانے اور اسلئے ان حصوں میں مداخلت کرتے وقت اس کے منشق ہوجانے کا امکان ہوتا ہے (شکل ۲۳ صفحہ ۲۷۶)۔

ذراعیہ کے بالائی سرے کے کسور۔ ا۔ تشریحی عنق (anatomical)

(neck) کیسے کا بالائی حصہ عین تشریحی عنق سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس محل کا سر بعض اوقات اس رباط کی دوسری طرف چلا جاتا ہے اور جزوی طور پر بروں کیسی ہوتا ہے (شکل ۶۵ صفحہ ۲۸۴)۔ کیسے کا زیرین حصہ تشریحی عنق کے ذرائع چسپیدہ ہوتا ہے اور اسلئے یہ ضروری ہے کہ اگر ضرر اس محل پر واقع ہو تو وہ ضرور دروں کیسی ہوگا۔ جس خط پر کیسے کا زیرین حصہ ذراعیہ سے چسپیدہ ہوتا ہے

اس سے ریشہ جات معکوس ہو کر اوپر کی طرف مفصلی غضروف کے جو اس ہڈی کے سر پر ہوتی ہے حاشیہ کی طرف چلے جاتے ہیں۔ اگر ان ریشہ جات میں انشقاق نہ واقع ہوا ہو تو ان سے ٹکڑوں میں تعلق قائم رہتا ہے۔

اوپر کا ٹکڑا جو چھٹا سا اور نسبتاً کثیف ہوتا ہے اسفنجی ہڈی کے اس وسیع رقبہ میں جو نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کی سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے باسانی منغز ہو جاتا ہے۔ اس انغراز کے واقع ہونے پر عضلہ والیہ میں کسیتدر چٹاپن واقع ہو جاتا ہے کیونکہ اس سے سر کے العباد کم ہو جاتے ہیں اور اسلئے یہ عضلہ والیہ میں ابھار پیدا نہیں کر سکتا۔ مگر مطب میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ اسکی تعویض درون مفصلی انصباب سے ہو جاتی ہے اور اسکی وجہ سے یہ نظر نہیں آتا۔ اگر انغراز واقع نہ ہو تو اوپر کا چھٹا سا ٹکڑا اکثر اپنے اوپر گھوم جاتا ہے اور اپنی جگہ سے ہٹ کر بعض اوقات بغل میں چلا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اسکا قابو میں لانا مشکل ہوتا ہے۔ لہذا اس کسر میں انغراز ایک مفید چیز ہے۔ اسی لئے تکتک حاصل کرنے کے لئے جس سے انغراز کے زائل ہوجانے کا امکان ہوتا ہے کوئی کوشش نہ کرنا چاہئے بلکہ تشخص کی توضیح کو لاشعاعوں کے امتحان پر چھوڑ دینا چاہئے۔

۲۔ اوپر کے برالہ کی علیحدگی۔ اس برالہ کا زیری کنارہ اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو حدیبہ عظیم کے قاعدہ پر ہڈی کو کاٹتا ہوا اور تشریحی اور جراحی عنقوں کے درمیان واقع ہو (دیکھو شکل ۶۵ صفحہ 284)۔ آری کی مستعرض کاٹ جو اس ہڈی کے سب سے چوڑے حصہ میں سے گزری ہو اسکے محل کو کافی حد تک ظاہر کرتی ہے۔ اس برالہ کے تینوں ترکیبی نوات (سرا در حدیبہ جات عظیم و صغیر) پانچویں سال کے قریب متحد ہوتے ہیں اور یہ تمام تودہ پوری سے بیسویں سال کے قریب قریب ملتا ہے۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو حدیبہ عظیم سے چسپیدہ ہوتے ہیں باہر کی طرف کو نکل جاتا ہے اور باہر کی طرف کو ہی گھوم جاتا ہے اور نیچے کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو ذرا سینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے صاف سرے کا کچھ حصہ خرابی زائیدہ کے نیچے عام طور پر ایک نمایاں مرمیہ کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں جابرہ کا محور متغیر ہو جائیگا اور کمی پہلو سے دراز دور ہوگی علاوہ ازیں تمام غیر وضعیت اکثر مقدم موخر رخ میں بھی ہوتی ہے اور نیچے کا ٹکڑا آگے کی طرف کو نکلا ہوتا ہے۔ چوٹ کے مقام پر ہڈی کی دونوں سطحیں ایک دوسری سے اتنی دور ہوتی ہیں کہ انکا تراکب مشکل ہی سے ممکن ہوتا ہے۔

۳۔ جراحی عنق۔ جراحی عنق حدیبہ جات کے قاعدوں اور عضلہ عریضہ نظریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدطجہ کبیرہ (teres major) کے منہاؤں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں جو کسر واقع ہوتا ہے وہ بالعموم مستعرض ہوتا ہے، اگرچہ ہڈی کی ایک گج کٹر پوری پر سے اوپر کو بھی اٹھی ہوتی ہے۔ کسر کا خط ان عضلات کے منہاؤں سے نیچے ہوتا ہے جو حدیبوں سے چپکے ہوتے ہیں اور بالعموم یہ ان سے اوپر ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ عضلہ صدر کبیرہ، عضلہ عریضہ نظریہ، اور عضلہ مدطجہ کبیرہ کے منہاؤں پر سے گزرتا ہے جو ذوراسینی میزائٹ واقع ہوتے ہیں۔ نگرہوں میں جو عام غیر وضعیت پائی جاتی ہے مندرجہ ذیل ہے:۔ اوپر کا ٹکڑا بالعموم باہر کی طرف کو کھل جاتا ہے اور فوق شوکی اور تحت شوکی عضلات اور عضلہ مدطجہ صغیرہ اسکو باہر کی طرف کو گھما دیتے ہیں لیکن بعض اوقات اس میں زیادہ غیر وضعیت نہیں پائی جاتی نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے کو عضلہ والیہ، ذوراسین، خرابی عضلہ اور مثلثتہ الرؤس اور کبکٹر کو کھینچ لیتے ہیں۔ اور جو عضلات ذوراسینی میزاب پر چسپیدہ ہوتے ہیں وہ اسکو اندر کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور عضلہ صدر کبیرہ اسکو آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے۔ چنانچہ اس سے بغل میں ایک مریہ بجاتا ہے اور نیچے کے ٹکڑے کا محور بھی متغیر ہو جاتا ہے جس سے اسکارخ اوپر کی اور اندر کی طرف ہو جاتا ہے اور کہنی پہلو سے بمعہ ہوتی ہے۔ جب تک ذراعیہ کا سروقبی کہف میں رہتا ہے کندھے کی چوٹی میں کوئی چٹا پن نہیں پایا جاتا جیسا کہ ضلع میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بہر کیف اس سے ایک یا دو انچ نیچے ایک نشیب دکھائی دیتا ہے تا وقتیکہ وہ نرنی العصاب سے پکڑ نہ ہو جائے۔ بازو میں ایک انچ یا اس سے زائد قصر واقع ہو جاتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے سے عضلہ عصاب کے دب جانے سے بعض اوقات شدید درد پیدا ہو جاتا ہے یا انکو شدید قسم کا نقصان پہنچ جاتا ہے۔ عصب منحن (circumflex) کو جو کسر کے یوں پر قاعدہ کے گرد جو گزرتا ہے نہایت کثرت سے ضرر پہنچتا ہے۔ شریان اور وید کو بھی مضرت پہنچ جاتی ہے گو عصاب کے مقابلہ میں ایسا کم ہوتا ہے۔

297

ذکورہ بالا غیر وضعیت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی اور ایسے واقعات بھی درج ہیں جن میں نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کا سرا (۱) ابتدائی کبیبی طاقت سے آگے کی طرف کو ہٹ گیا تھا یا (ب) عملی طور پر مطلقاً ٹلا ہی نہیں تھا۔

کندھے کے جوڑے پر سے بتر۔ عضلہ والیہ سے ایک معیاری بتری دامن

طیار ہوتا ہے۔ اس کی خوئی اور عصبی رسد موخر منحن (posterior circumflex) عروق اور منحن (circumflex) عصب کی وجہ سے جن کو کیسہ کے کاٹنے سے پیشتر ذراعیہ کے بالائی سرے کی موخر جانب پر سے دامن اٹھاتے وقت بچانا ضروری ہوتا ہے محفوظ رہتی ہے۔ غرابی زائدہ اس عضلہ کے مقدم کنارہ کے نیچے اور بغلی عروق کے خط کے ساتھ ہی باہر کی طرف واقع ہوتا ہے طریقہ اسپنس (Spence's method) کے مطابق شگاف غرابی زائدہ کے عین باہر کی طرف سے لے کر عضلہ والیہ کو کاٹنا ہوا اس کی کور کے متوازی دیا جاتا ہے اور پھر اس کو اس کے منہی سے اوپر مستعرض رخ میں عضلہ والیہ پر سے بازو کے موخر اندرونی کنارہ تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ اس مقام تک یہ تمام شگاف بے روک ٹوک ہڈی تک گہرا دیا جاتا ہے۔ مگر جو جیرا اس شگاف کو مذکورہ موخر اندرونی کنارہ سے لے کر اس کے انتصابی حصہ سے ملتا ہے، یعنی شگاف کا وہ حصہ جو عروق کے خط کو قطع کرتا ہوا گزرتا ہے، صرف جلد اور زیر جلدی بافت ہی میں سے دیا جاتا ہے۔ اب مفصل کے کیسہ کو حدیہ جات پر سے چاک کر کے سر کو مخلوع کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک مددگار اندرونی دامن کو جو ابھی تک شگاف یافتہ نہیں ہوتا اس طرح پکڑا سکتا ہے کہ اس کے اوپر کے عروق قابو میں آجائیں اور اس اثنا میں جراح شگاف کے اٹھلے حصہ کو گہرا کر کے جارحہ کو علیحدہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد عروق فوقانی عمیق (superior profunda) (بازو کی عمیق ثریان) کے مبدلے نیچے کاٹ دئے جاتے ہیں۔ عضلہ صدر کبیرہ کا منہی اس شگاف سے کٹ جاتا ہے جو عضلہ والیہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا گیا تھا اور علی ہذا عضلہ رضیہ لہریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدبلج کبیرہ (teres major) بھی کٹ جاتے ہیں۔ عضلہ مدبلج صغیرہ، زیر شوکی عضلہ، فوق شوکی عضلہ اور زیر کتفی عضلہ کیسہ سے منضم ہوتے ہیں اور ہڈی کے سر کو علیحدہ کرنے کے لئے اس کے ساتھ ہی کاٹ دئے جاتے ہیں۔ کیسہ کا زیرین حصہ اور شیشیہ الرؤس کا طویل سر ذراعیہ کو وقت سے بالائی زخم میں سے باہر نکالنے کے بعد کاٹے جاتے ہیں۔

کندھے کے بوڑھے مرض میں ذراعیہ کے سر کا استیصال کرنے کے لئے

شگاف ذوراسین کے فوق و قبی سر کے ساتھ ساتھ دیا جاتا ہے اور شگاف کو اوپر گہرا کر دیا جاتا ہے حتیٰ کہ اس کا وتر جوڑ میں معرہ ہو جاتا ہے۔ بازو کو اندر کی طرف گھما کر اور ذوراسین کے وتر کو محفوظ کر کے فوق شوکی عضلہ، زیر شوکی عضلہ اور عضلہ مدبلج صغیرہ کے منہاؤں کو حدیہ عظیم سے زیر گرد عظمی

طور پر علحدہ کر دیا جاتا ہے اور پھر بازو کو باہر کی طرف گھما کر زیر کتقی عضلہ کی چسپیدگی کو مدیئہ صغیر سے اسی طرح کاٹ دیا جاتا ہے۔ اب ہڈی کا سر مخلوع کیا جاسکتا ہے اور آری سے کاٹا جاسکتا ہے۔
 وقتی کہنفہ کو مجرف (curette) سے کھرچ دیا جاتا ہے اور مرض زدہ زلابی غشا کاٹ کر علحدہ کر دی جاتی ہے۔ اس کے بعد کیسہ کی اس جھری کو (جس سے ان عضلات کی چسپیدگی باقی رہتی ہے) ٹانگے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ ذراعیہ کے سرکا استیصال کرتے وقت یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ ذراعیہ کی پوری میں جو نموٹولائپیدا ہوتا ہے اس کا چھ حصہ بالائی برہانی خط پر واقع ہوتا ہے۔ لہذا ۱۹ یا ۲۰ سال کی عمر سے پیشتر واقعی طور پر استیصال کرنے پر کھرچنے کو ترجیح دینا چاہئے۔

بازو اذہم

بازو

(ARM)

299

بازو یا بالائی بازو (upper arm) یا عضدی خطہ وہ حصہ تصور کیا جاتا ہے جو بغل سے لے کر کہنی تک پھیلا ہے۔

سطحی تشریح - عورتوں اور موٹے اشخاص میں بازو کا خاکہ مستدیر اور کافی باقاعدہ ہوتا ہے۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ اتنا باقاعدہ نہیں ہوتا بلکہ کسی حد تک اسطوانہ کی شکل کا ہوتا ہے اور ایک طرف سے دوسری کو چپٹا اور آگے کی طرف کو غیر متناسب طور پر ابھرا ہوتا ہے (عضلہ ذوراسین)۔ عضلہ ذوراسین کا خاکہ نمایاں ہوتا ہے اور اس کی ہر ایک جانب پر ایک میزاب پایا جاتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندرونی کہیں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ یہ کہنی کے خم سے لے کر بغل تک جاتا ہے اور ورید باسلیق (basilic vein) اور عضدی شریان (brachial artery) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ بیرونی میزاب اتھلا ہوتا ہے اور اوپر کی طرف عضلہ دالیہ کے انتہی تک جا کر ختم ہو جاتا ہے اور یہاں تک یہ فیفالی ورید (cephalic vein) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

عضلہ دالیہ کا انتہی ایک مشہور امتیازی نشان ہے اور آسانی سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ یہ ذراعہ کی پوری کی بہت صحیح صحیح تفصیف کرتا ہے اور غرابی عضدی عضلہ کے انتہی کے لیول پر واقع

ہوتا ہے۔ نیز یہ عضدی عضلہ (brachialis) کی اوپر کی حد کو بھی ظاہر کرتا ہے۔ مزید برآں یہ ان مقامات کا متناظر ہوتا ہے جہاں ذراعیہ کی پوری کا استوانہ نما حصہ منشور نما حصہ سے ملتا ہے اور جہاں مغذی شریان (nutrient artery) داخل ہوتی ہے۔ اور نیز یہ اس لیول کا متناظر بھی ہوتا ہے جس پر بازو کا عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب اور اسکی شریان عمیق (profunda artery) ہڈی کی عقبی جانب پر سے گزرتی ہے۔

300

جب بازو حالت بسط اور حالت بطح میں ہوتا ہے تو عضدی شریان اس خط کی متناظر ہوتی ہے جو ذرا سین کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ بغل کے مخرج (اس کے وسطی اور مقدم ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال) سے لیکر کہنی کے خم کے وسط تک کھینچا جائے۔ شریان سطحی ہوتی ہے اور اپنے تمام طول میں محسوس کی جاسکتی ہے۔ اسکا بالائی دو تہائی حصہ ذراعیہ کی پوری کے اندر کی جانب واقع ہوتا ہے اور اسلئے اسکو ہڈی پر باہر کے اور ذرا پیچھے کے رخ میں مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ اس کے زیریں ایک تہائی حصہ کے پیچھے ذراعیہ واقع ہوتی ہے اور مضبوطی کو موثر بنانے کے لئے اس کا رخ پیچھے کی طرف کو ہونا چاہئے۔

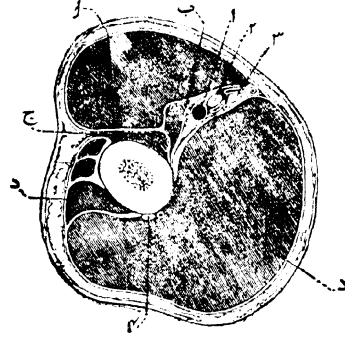
فوقانی زندگی مجانب (superior ulnar collateral) (تحتانی عمیق inferior profunda) اس خط سے ظاہر کی جاسکتی ہے جو ذراعیہ کی پوری کی اندر کی طرف کے وسطی حصہ سے لیکر اندرونی یعنی وسطانی سر قنار کی عقبی جانب تک کھینچا جائے۔ مغذی شریان (nutrient artery) ہڈی میں اسکی اندرونی جانب پر عضلہ دالیہ کے انتہی کے سامنے داخل ہوتی ہے اور تحتانی زندگی مجانب (inferior ulnar collateral) (متفہم کبیر: anastomotica magna) عرق کہنی کے خم سے تقریباً دو انچ اوپر نکلتا ہے۔

زندگی عصب (ulnar nerve) پہلے عضدی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے اور پھر اس خط کے ساتھ ساتھ جو غزبان عضدی عضلہ کے انتہی کے لیول کے قریب عرق مذکور کی اندرونی جانب سے اندرونی قنار اور تڑج (olecranon) کے درمیانی وقفہ تک کھینچا جائے۔ کلائی کے داخلہ یا وسطانی جلدی عصب (medial cutaneous nerve) کا زیادہ تر حصہ اندرونی ذرا سین میزب کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) عصب کہنی کے خم میں ذرا سین کے وتر کے بیرونی کنارہ پر بیرونی ذرا سین میزب یا تجویف میں سطحی ہو جاتا ہے۔ اس میزب کی گہرائی میں دو عصب پائے جاتے

ہیں۔ عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبی radial: پہلا عصب ذرا سین کے نیچے سے نکلتا ہے اور دو براعضدی کعبی عضلا (brachio-radialis) کے قُربی حصے کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اس کے ذریعہ سے پوشیدہ ہوتا ہے۔

301

بازو کی جلد خاص کر سامنے کی طرف اور جانبین پر باریک اور صاف ہوتی ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتی ہے اور عمیق حصوں سے ایک بہت نرم زیر جلدی ردا کے ذریعہ سے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ بازو کے مدور بتور میں جلد اپنے ڈھیلے پن کی وجہ سے دستی جز ہی سے ایک کافی حد تک کھچ جاتی ہے ٹیگلیاکوزی (Tagliacozzi) کے عمل میں ناک کو بار دیگر طیار کرنے کے لئے ذوراسین کی مقدم سطح کے اوپر کی جلد ہی سے دامن طیار کیا جاتا ہے۔ اس



شکل ۶۸۔ بازو کے وسط میں سے تعرض تراش۔

(برڈن : Braune)

۱۔ ذوراسین۔ (ب) غوابی عضدی عضلا۔

(ج) عضدی عضلا (مقدم)۔ (د) مثلثہ الزوک

۱۔ عضدی شریان۔ ۲۔ عصب وسطی۔ عصب ندی

۳۔ عضلی مرغولی (کعبی) عصب۔

حصہ کی جلد کے پتلا اور بالوں سے معرا ہونے کی وجہ سے یہ اس طریق کار کے لئے بہت موزوں ہے چونکہ بازو کی جلد کی چسپیدگیاں زیادہ نہیں ہوتیں اس لئے یہ دریدہ اور کوفتہ زخموں میں آسانی سے پھٹ اور اترا جاتی ہے۔ بعض اوقات ان ضررات میں جلد کے بڑے بڑے دامن ضرب کی شدت سے علوہ ہو جاتے ہیں۔ زیر جلدی بافتوں کے ڈھیلے پن کی وجہ سے الہامی اعمال کے پھیلنے میں بہت مدد ملتی ہے اور اس کے مقابلہ پتلا ہونے کی وجہ سے کدم (ecchymosis) ابتدا ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے۔

یہ جارح ایک میق ردا سے جو عضدی صفاق (brachial aponeurosis)

سے موسوم ہے اس طرح ڈھکا ہوتا ہے جیسا کہ آستین سے۔ یہ ردا طرفین پر دو بین عضلی فاصلات سے

جو ذرا عیہ کے بیرونی اور اندرونی حاشیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں مثبت ہوتی ہے۔ اور یہ فاصلات ایک طرف عضلہ دالیہ کے انتہی سے لیکر بیرونی یا جانی سرفقہ ال تک اور دوسری طرف غلابی عضدی عضلہ کے انتہی سے لیکر اندرونی سرفقہ ال تک پھیلے ہوتے ہیں۔ اس صفاق اور اسکے فاصلات سے بازو دو خانوں میں منقسم ہو جاتا ہے جو بازو کی مستعرض تراش میں بخوبی نظر آتے ہیں (شکل ۶۸)۔ یہ خانے الہابانی اور زنی انصبابات کو محدود رکھتے ہیں۔ ان دونوں خانوں میں سے مقدم خانہ کے حدود کم مستحکم ہوتے ہیں کیونکہ جو ردا ذوراسین کی پوشش کا کام دیتی ہے وہ پتلی ہوتی ہے۔ انصبابات ایک خانہ میں سے دوسرے خانہ میں ان ساختوں کے ساتھ ساتھ چمکر جو عین عضلی فاصلات کو منقبت کر کے دونوں فضاؤں کے لئے مشترک ہو جاتی ہیں، باسانی پہنچ جاتے ہیں۔ اور یہ ساختیں عضلی مرغولی اور زندی اعصاب، شریان عمیق (profunda artery) اور فوقانی اور تحتانی زندی مجانبات (superior and inferior ulnar collaterals) ہیں۔ بڑی بڑی ساختیں جو عضدی صفاق کو منقبت کرتی ہیں یہ ہیں:۔ ورید باسلیق (basilic vein) جو بازو کے وسط سے ذرا نیچے ہوتی ہے۔ پیش بازو کا داخلی جلدی عصب جو بازو کے وسط کے قریب ہوتا ہے اور عضلی جلدی عصب کی خارجی جلدی شاخ جو کہنی پر ہوتی ہے۔ قبل الذکر دونوں ساختیں اندرونی ذوراسینی میزاب میں ہوتی ہیں اور موخر الذکر بیرونی میں ہوتی ہے۔

عضدی عضلہ (brachialis) ہڈی سے منبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور ذوراسین (biceps) آزاد ہوتا ہے۔ لہذا جب ان عضلات کو کاٹا جاتا ہے (جیسا کہ بتز ہیں) تو موخر الذکر عضلہ میں قبل الذکر کی نسبت معتدبہ بازکشی واقع ہو جاتی ہے۔ لہذا مدور بتز سرانجام دیتے وقت یہ مناسب ہوتا ہے کہ پہلے ذوراسین کو کاٹ دیا جائے اور جب یہ بازکشیہ ہو جائے تو پھر عضدی عضلہ مقدم کو کاٹا جائے۔

عضدی شریان (brachial artery)۔ یہ عرق عضلہ کوجبر (teres major) کے زیرین کنارے پر بغلی شریان کے بلا واسطہ تسلسل کی شکل میں شروع ہوتا ہے اور پیش فرقی خضو (antecubital fossa) میں کعبہ کی عنق کے مقابل کعبی اور زندی شریانوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔ اسکے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 299)۔ قوی العضلات اشغما میں یہ شریان بعض اوقات ایک معتدبہ حد تک ذوراسین عضلات سے اور کسی حد تک

غرابی عضدی عضلہ سے مترکب ہوتی ہے۔ دوسری ساختوں کے مقابلہ میں اس کا محل شکل ۶۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ بازو کے وسط میں عصب وسطی (median nerve) اس کے تقریباً عین سامنے ہوتا ہے، اور ذرا سین اس پر مترکب ہوتا ہے اور مثلثتہ الرؤس اسکو پیچھے سے سہارا دیتا ہے۔ جب جراح کو یہاں اس شریان کو مسر کرنا مقصود ہو تو موخر الذکر امر اس کے لئے دلچسپی سے خالی نہیں ہوتا۔ کیونکہ اگر بیجا طور پر نیچے کوئی گدی رکھی ہو یا سہارا دیا ہو تو وہ مثلثتہ الرؤس کو اوپر کی طرف کو دھکیل دے گا جس سے تشریحی تعلقات میں خلل واقع ہو جائے گا اور یہ عرق مخفی ہو جائے گا۔ اس قسم کی کوئی گدی استعمال نہ کرنا چاہئے بلکہ بازو کو صرف کندھے اور اس گدی کے سہارے رہنے دینا چاہئے جو کہنی کے نیچے رکھی گئی ہو۔

303

عصب وسطی اس شریان کی بیرونی اور مقدم جانب پر سے نیچے کی طرف کو غرابی عضدی عضلہ کے منہی تک جاتا ہے اور یہاں یہ اسکے عین آگے واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد یہ اسکے اندر کی جانب کو آجاتا ہے اور اٹھایا تعلق آگے بڑھ کر بھی قائم رہتا ہے۔ لہذا عضدی شریان کے ضغط میں عصب وسطی شکل سے ہی بچ سکتا ہے۔ داخلی جلدی عصب اس عرق کے سامنے یا اس کی اندر کی طرف کے قریب ہی واقع ہوتا ہے حتیٰ کہ یہ ردا کو منتقبت کر دیتا ہے۔ زندگی عصب غرابی عضدی عضلہ کے منہی تک اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے اور اس عرق کے مقام ابتدا کے پیچھے عضلی مرغوی عصب موجود ہوتا ہے۔ رفیق وریدوں میں سے ہر ایک اس شریان کی ایک ایک طرف واقع ہوتی ہے اور یہ ایک دوسری سے چھوٹی چھوٹی مستعرض شاخوں سے مربوط ہوتی ہیں اور یہ شاخیں اس عرق کو عبور کرتی ہیں اور اس پر عملیہ کرتے وقت بعض وقتاً موجب تکلیف ہوتی ہیں۔ مثلثتہ وسطی پر شریان کو باندھنے کے لئے جو شکافات دئے جاتے ہیں اگر وہ بہت زیادہ اندر کی طرف واقع ہوں تو باسلیتی ورید کے کٹ جانے کا امکان ہوتا ہے یا زندگی عصب مسر ہو جاتا ہے جو غلطی سے وسطی تصور کر لیا جاتا ہے۔ بہترین شکاف وہ ہے جو انتصابی رخ میں نیچے کی طرف کو اس خط پر دیا جائے جو غرابی زائدہ سے لیکر پیش مرفعی حفرہ کے نقطہ وسطی تک اس حالت میں کھینچا گیا ہو جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہو اور ہاتھ جت حالت میں ہو اور تکیہ صرف کہنی کے نیچے ہی رکھا ہو۔ اس طریقہ سے رسائی حاصل کرنے سے عملیہ کن کے سامنے ذوراسین کی اندرونی کورا اور عصب وسطی آجائے گا اور انکو باہر کی طرف کو ہٹانے سے اسکو دوسری ساختوں کو ہلانے کے بغیر یہ شریان مل جائے گی۔ جہاں تک زندہ موخوں کا

تعلق ہے عصب وسطیٰ کو ماتحت شریان سے اکثر ایک نمایاں نبضان پہنچتا رہتا ہے اور بعض اوقات اسی کو بڑی شریان تصور کر لیا گیا ہے۔

عضدی شریان کی ترتیب میں جو تغیر طبعی حالتیں پائی جاتی

ہیں وہ اس قدر کثیر الوجود ہیں (۱۲ تا ۱۵ فیصدی بازوؤں میں پائی جاتی ہیں) کہ وہ جراحی نقطہ نظر سے اہم ہیں۔ ایک مجانب شاخ (عرق خالصی: vas aberrans) کا پایا جانا غیر معمولی نہیں سمجھا جاتا۔ یہ شاخ عضدی شریان کے بالائی حصہ یا بغلی شریان کے نچرین حصہ سے نکلتی ہے اور بازو میں نیچے تک عصب وسطیٰ سے اوپری جاتی ہے اور کبھی شریان میں یا بعض اوقات زندگی میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات عضدی کی جگہ عرق خالصی (vas aberrans) ہی موجود ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں شریان عصب وسطیٰ سے عمیق ہونے کی بجائے اس سے اوپری پائی جلتے گی اور عمیق (profunda) یا گہری شریان اور فوقانی زندگی مجانب (superior ulnar collateral) شریان اصلی عضدی شریان کے بقیہ حصہ سے نکلیں گی۔ یا اوپری عضدی عرق بعض اوقات فوق قناری زائیدہ (supracondyloid process) کے نیچے سے گزرتا ہے اور یہ زائیدہ ہڈی کا ایک خطاف دار مرید ہے جو گاہے گاہے ذراعیہ سے اس کے اندرونی سر قنار سے ۲ انچ اوپر پیدا ہوتا ہے۔ یہ عرق عضدی عضلہ کے مبداء کے اندرونی ریشوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

ایک اور اختلافی حالت ہے جس میں ایک شریان کی بجائے دو شریانیں موجود ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں عضدی شریان فوق مرفقی حفرہ میں منقسم ہونے کی بجائے بازو کے بالائی حصہ ہی میں تقسیم ہو جاتی ہے اور جو عروق دکھائی دیتے ہیں وہ درحقیقت کبریٰ اور زندگی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات شریان عضدی اپنے طبعی محل پر منقسم ہوتی ہے اور دوسرا عرق بین العظامی ہوتا ہے جو بازو کے نچرین حصہ میں شریان زندگی سے نکلنے کے بجائے بازو کے بالائی حصہ میں عضدی ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرے واقعات میں جو عروق نظر آتے ہیں انہیں ایک طبعی عضدی ہوتا ہے اور ایک عرق خالصی (vas aberrans)۔ اگر عملیہ بندش کے لئے سر انجام دیا جا رہا ہو تو دونوں شریانوں کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کو ہڈی سے

جس کو یہ عضلہ دالیہ کے منہی پر عبور کرتا ہے ترقیبی تماس رکھنے کی وجہ سے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے اور نیشق ہو جاتا ہے۔ چنانچہ شدید کوفتگیوں میں لات اور بول ننگے اور گھوڑوں کے کاٹنے سے اور نیز ذراعیمہ کی پوری کے کسور میں اسے بہت کثرت سے نقصان پہنچ چکا ہے۔ یا الیا ہوتا ہے کہ یہ عصب کسر کے وقت صحیح و سالم ہوتا ہے اور بعد میں دُشَبْد (callus) سے اسقدر متاثر ہو جاتا ہے کہ وہ حصے جکو یہ رسد پہنچاتا ہے مشلول ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کی قید سے اسکو آزاد کرنے کے لئے طولانی شکاف موزوں ہوتا ہے، جو بازو کی پشت پر اسکے عین درمط میں دیا جاتا ہے جبکہ کہنی خمیدہ ہو اور کلائی چھاتی پر رکھی ہو۔ اس قسم کے شکاف کو گہرا کرنے سے یہ عصب مشلولہ الرؤس کے اندرونی اور طویل سروں کے درمیان عضلی مرغولی میزاب میں فوقانی عینق (superior profunda) شریان کے ساتھ پایا جائے گا۔ کئی ایک مثالوں میں یہ عصب ان آدیوں میں سر کے دباؤ سے مشلول ہو گیا ہے جو بازو کو مکمل انبطاح اور تبعید کی حالت میں سر کے نیچے رکھ کر سو گئے تھے۔ غراب ساخت کے عکازوں کے دباؤ سے بھی اسکو اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے۔ اور واقعہ یہ ہے کہ 'عکازی شلل' (crutch paralysis) میں یہ عصب نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے، اور بلحاظ کثرت ابتلا کے جوتنا اسکے بعد ماؤف ہوتا ہے وہ زندگی ہے۔

305

عضلی مرغولی (musculo-spiral) شلل سے جو منظر پیدا ہوتے ہیں ان کا ذکر صفحہ 370 پر کیا گیا ہے۔

ذراعیمہ کی پوری کا کسر بعض اوقات بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتا ہے

گر اس کی پوری بالواسطہ ضرب سے بھی ٹوٹ سکتی ہے اور کہا جاتا ہے کہ تمام ہڈیوں میں سے ذراعیمہ ہی ہے جو عضلی فصل سے نہایت کثرت سے ٹوٹی ہے۔ موخر الذکر کی مثالوں کے طور پر گیند یا بمب کا پھینکنا یا کرنے سے بچنے کے لئے کسی مہارے کا پھرتا اور قوت کی دو آزمائش جو کلائی مڑاؤنے (wrist-turning) کے نام سے موسوم ہے پیش کی جاسکتی ہے۔ جب یہ ہڈی عضلہ دالیہ کے منہی سے اوپر ٹوٹی ہے تو نیچے کا گولہ ذوراسین، مشنتہ الرؤس اور عضلہ دالیہ سے اوپر کی طرف اور موخر الذکر سے باہر کی طرف کوچھ جاتا ہے، اور اوپر کا گولہ ان عضلات سے جو ذوراسینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف کوچھ جاتا ہے۔ جب کسر عضلہ دالیہ کے منہی سے نیچے واقع ہو تو یہ عضلہ اوپر کے گولے کے نیچے کے سرے کو باہر کی طرف کوچھنیچ لیتا ہے، اور

نیچے کا ٹکڑا ذورا سین اور مثلثۃ الرؤس سے اس کے اندر کی طرف سے اوپر کو کھینچا جاتا ہے۔ بہر حال قاعدہ یہ ہے کہ بدشکلی کا انحصار کسی عضل فعل کی نسبت کا بظہر قوت کی نوعیت اور اس کے رخ پر کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ جن بدوضعیوں کا ذکر ابھی کیا گیا ہے یہ بھی مشاہدہ میں آسکتی ہیں مگر عضلہ والیہ کے منتہی کو محل کسر سے جو علاقہ ہوتا ہے اس سے یہ بالعموم کوئی تعلق نہیں رکھتیں۔ بازو کے وزن کی وجہ سے قصر شاذ و نادر ہی $\frac{3}{4}$ انچ سے زائد ہوتا ہے۔

ہڈی کے کسر کے ساتھ اس کے ارد گرد کے عضلات کا معکوس انقباض

ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ اور یہ ایک معکوس ہے جو ان حسی اعصاب کو ضرر پہنچنے سے ظہور میں آتا ہے جو ضرر رسیدہ ہڈی، گردِ عظم اور عضلات میں ختم ہوتے ہیں۔ اور شکستہ سروں کے ایک دوسرے پر چڑھ جانے کی یہی وجہ ہے۔ یہ معکوس انقباض معدوم حس کے زیر اثر غائب ہو جاتا ہے اور اقتراب (apposition) آسان ہو جاتا ہے۔

عدم اتحاد و اتحاد ذراعیہ کے کسر میں دوسری ہڈیوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا

جاتا ہے۔ عدم اتحاد اور اتحاد آبل کا انحصار شریان مغذی اور محل کسر کے درمیانی تعلق پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر تثبیت حاصل کرنے میں دقت پیش آنے پر ہوتا ہے۔ اندام کے لئے جس آرام کی ضرورت ہوتی ہے وہ صرف ان تمام عضلات کو جو ذراعیہ کے کسی حصہ پر بھی فعل کرتے ہیں محل کسر میں خلل انداز ہونے سے باز رکھنے ہی سے حاصل ہو سکتا ہے۔ لہذا کندھے کہنی کلائی اور ہاتھ کے جوڑوں کو غیر متحرک بنانا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ جو عضلات ذراعیہ سے چسپید ہوتے ہیں وہ ان تمام جوڑوں پر فعل کرتے ہیں۔ لیکن اگرچہ دوسرے جوڑوں کی تثبیت آسان ہوتی ہے مگر کندھے کے جوڑے کی تثبیت مکمل طور پر حاصل نہیں کی جاسکتی۔ دوسرا اہم سبب یہ ہے کہ شکستہ سروں کے درمیان عضلہ بافت حاصل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس ہڈی کی پوری منقسم عضلہ ریشوں سے گھری ہوتی ہے اور ان سے قریبی تعلق رہتا ہے۔ چنانچہ ترچھے کسر میں ہڈی کے ٹکڑے کا سرا بعض اوقات عضلہ عضلہ میں گس جاتا ہے اور دوسرا مثلثۃ الرؤس کے جسم میں جا بھکتا ہے اور اس طرح ہڈیوں میں تماس واقع نہیں ہو سکتا۔

ذراعیہ کی بالیدگی۔ سترھویں یا اٹھارویں سال کے قریب بھدی برابالی

خط پر بالیدگی بند ہو جاتی ہے اور ٹریپین یا بعدی بر بال پوری سے متحد ہو جاتا ہے۔ قربی یا بالائی بر بالی خط پر بالیدگی اسکے بہت عرصہ بعد ختم ہوتی ہے اور قربی بر بال پوری کے ساتھ اکیسویں بائیسویں سال کے قریب متحد ہوتا ہے۔ بر بالی خطوط کے بند ہو جانے کے بعد طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ ختم ہو جاتی ہے۔ ڈگبائی (Digby) نے اندازہ کیا ہے کہ طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ قربی خط پر بعدی خط کی نسبت چار گنی سرعت سے واقع ہوتی ہے۔ لہذا اگر کسی بڑھتے ہوئے بچے میں قربی خط کو ضرر پہنچ جائے تو بعدی خط کو اسی قسم کا ضرر پہنچنے کے مقابلہ میں قصر بہت زیادہ ہوگا۔

باب سیزدہم

کہنی کا خط

سطحی تشریح - کہنی کی مقدم سطح پر تین عضلات ارتفاعات دکھائی دیتے ہیں۔ ایک اوپر کی طرف اور مرکز میں ہوتا ہے جو ذوراسین اور اسکے وتر کا متناظر ہوتا ہے اور دو نیچے کی طرف اور جانبین پر ہوتے ہیں انہیں سے باہر کی طرف کا عضدی کجری عضلہ (brachio-radialis) اور مشترک باسط تودہ کا اور اندرونی عضلہ کا بہ مدظلہ (pronator teres) اور خم کن عضلات کے مشترک گروہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ ارتفاعات اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ذوراسین اور اسکے وتر کی دونوں طرف دو میزاب بنجاتے ہیں۔ یہ میزاب اوپر کی طرف منفرج ہو جاتے ہیں اور بیرونی اور اندرونی ذوراسینی میزابوں سے مل جاتے ہیں اور نیچے کی طرف یہ اس وتر کے نمایاں تریں حصہ پر سے ایک دوسرے سے متحد ہو جاتے ہیں۔ اور اس طرح ان سے وی (۷) کی شکل کا ایک انحنافض پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۶۹)۔ ان نقایب کی وضاحت کا انحصار افراد کی لاغری اور انکے عضلی نمبر پر ہوتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندر کے میزاب میں عصب وسطی، شریان عضدی، اور اسکی رفیق وریدیں پائی جاتی ہیں اور بیرونی میزاب کے نیچے عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کجری radial) عصب

اور عمیق (profunda) شریان مہ صغیر کبری باز گرد عروق کے گہرے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا وتر باعموم واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسکا بیرونی کنارہ اسکی اندرونی کوری نسبت زیادہ واضح ہوتا ہے کیونکہ ذوراسینی ردا (یعنی عضلیہ: lacertus fibrosus) اسکی موثر الذکر جانب کے ساتھ تعلق رکھتی ہے۔ اس خطہ کو مقدم جانب پر جلد کی ایک سلوٹ مستعرضاً عبور کرتی ہے اور یہ کہنی کا شکن کہلاتی ہے۔ یہ شکن خط مستقیم نہیں ہوتا بلکہ نیچے کی طرف کو محدب ہوتا ہے اور خط مفصل سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکے جاہی سرے دونوں سرقندالی فراز است کی چوٹیوں کے مناظر ہوتے ہیں۔ کہنی کے عقبی خلوع میں ذراعیہ کانچے کا سرا اس شکن سے تقریباً ایک انچ نیچے معلوم ہوتا ہے۔ مگر ذراعیہ کے ان کسور میں جو سرقندالوں کے عین اوپر واقع ہوں یہ شکن یا تو اس ارتفاع کے جو اوپر کے ٹکڑے کے نیچے کے سرے سے بنجاتا ہے بالمقابل ہوتا ہے اور یا اس سے نیچے ہوتا ہے۔ یہ سلوٹ بازو کی بسط کردگی میں غائب ہو جاتی ہے۔

308

وی (V) کی شکل کے نشیب کے راس پر اس مقام کے نزدیک جہاں ذوراسین کا وتر واضح طور پر محسوس نہیں کیا جاسکتا اور اس وتر کی بیرونی جانب پر وسطی وریڈ و وسطی باسلیق وریڈ اور وسطی قیفالی وریڈوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ نیز اسی مقام پر عمیق وسطی وریڈ وسطی عروق سے ملتی ہے۔ وسطی باسلیق وریڈ ذوراسین کے وتر کو عبور کرتی ہوئی اور اس میزاب کے ساتھ ساتھ کم و بیش صحیح طور پر جاتی ہوئی جو اس عضلہ کے اندرونی کنارہ پر ہوتا ہے اور اندرونی (وسطانی) سرقندال سے ذرا اوپر موثر زندگی وریڈ سے ملتی ہوئی جس سے باسلیق تینا بنجاتا ہے دیکھی جاسکتی ہے۔ وسطی قیفالی (median cephalic) ذوراسین کے بیرونی حاشیہ پر کے میزاب میں سے گزر کر خارجی (جاہی) سرقندال کے لیول پر کبری وریڈ سے مل جاتی ہے اور اس اتحاد سے قیفالی وریڈ بنتی ہے۔

عضدی شریان اس خطہ کے وسط سے جو ایک سرقندال سے دوسرے سرقندال تک کھینچا جائے ایک انچ نیچے دو حصوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ اس کا نقطہ تقسیم کبریہ کی گردن کے بالمقابل ہوتا ہے۔

”اگر جوڑ کے سامنے پر کی مثلث فضا پر محکم دباؤ ڈالا جائے تو زند (ulna) کا اکلیل آسا زائدہ غیر واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے“ (چینی: Chiene)۔ دونوں سرقندالوں کی چوٹیاں ہمیشہ محسوس کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی سرقندال دونوں میں سے زیادہ نمایاں اور کم گول ہوتا ہے۔

ذرا عین کبریٰ مفصل خط افقی میں ہوتا ہے۔ مگر ذرا عین زندی مفصل ترجحاً ہوتا ہے اور مفصلی سطیں نیچے کی اور اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہیں۔ اسی وجہ سے خارجی سرقندال مفصلی خط سے صرف ۳۰ پانچ (۱۸ ملی میٹر) اونچا ہوتا ہے۔ مگر اندرونی سرقندال کی چوٹی اس حصہ سے ایک انچ (۲۸ ملی میٹر) سے زائد اونچی ہوتی ہے (پولٹ: Paulet)۔ زندا اور ذراعیہ کے درمیان کی مفصلی سطوں کے میلان کا یہ نتیجہ ہے کہ بسط کردگی میں کلائی بازو کے خط مستقیم میں نہیں ہوتی۔ بلکہ اس کے ساتھ ایک زاویہ ”حائل“ بناتی ہے جو باہر کی طرف کو کھلتا ہے۔ چنانچہ جب کلائی سے تمام جارحہ اعلیٰ پر جزاً کامل کیا جاتا ہے تو کچھ قوت باسط لازمی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ لہذا ایسے جز کو کہنی سے لگانا چاہئے، جیسا کہ دست و رزی سے کندھے کے خلع کی ترجیح کرنے میں بالعموم کیا جاتا ہے۔ دونوں سرقندالوں کے درمیان کہینچا جو خط بازو کے محور سے زاویہ قائمہ پر واقع ہوتا ہے، مگر کلائی کے محور کے ساتھ باہر کی طرف یہ اس سے چھوٹا زاویہ بناتا ہے۔ چنانچہ اگر ہم بازو پر نظر ڈالیں تو دونوں سرقندال ایک ہی لیول پر دکھائی دیتے ہیں لیکن اگر ہم انکو کلائی کی طرف سے دیکھیں تو اندرونی سرقندال خارجی زاوئہ کی نسبت زیادہ اونچے لیول پر نظر آتا ہے۔

کہنی کا مفصلی خط دونوں تندا لوں کی چوٹیوں کے درمیان کے پورے خط کی چوٹائی کے صرف دو تہائی حصہ کے برابر ہوتا ہے (شکل ۱، صفحہ 322)۔

کہنی کی پشت پر رُج (olecranon) کا ارتفاح ہمیشہ واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ بیرونی سرقندال کی نسبت اندرونی سرقندال کے زیادہ قریب واقع ہوتا ہے۔ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں رُج (olecranon) کی چوٹی اس خط سے ذرا اوپر واقع ہوتی ہے جو دونوں سرقندالوں کو ملاتا ہے۔ جب کلائی بازو سے زاویہ قائمہ پر ہوتی ہے تو اس زاوئہ کی نوک سرقندالوں کے خط سے نیچے ہوتی ہے اور انتہائی خم کردگی میں یہ سب کا سب اس خط کے آگے واقع ہوتا ہے۔ رُج (olecranon) اور اندرونی سرقندال کے درمیان ایک نشیب ہوتا ہے جس میں زندی عصب اور نہری (موضر) زندی باز گرد [dorsal (posterior) ulnar recurrent] شریان پائی جاتی ہے۔

رُج (olecranon) سے باہر کی طرف اور خارجی سرقندال کے عین نیچے جلد میں ایک انخفاض ہوتا ہے جو جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ شمیم اشخاص میں بھی یہ گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ اور چھوٹے بچوں میں بھی نظر آتا ہے۔ اس میں کعبہ کا سراور کعبہ کی ذرا عین

جوڑ (radio-humeral joint) محسوس کیا جاسکتا ہے اور ان دونوں میں ہڈی کوپٹ اور چت حالت میں گردش دینے سے بخوبی تمیز کی جاسکتی ہے۔ یہ گڑھا اس جوف کا مناظر ہوتا ہے جو عضلہ مرفقیہ (anconeus) کے بیرونی کنارہ اور اس عضلے فراز کے درمیان واقع ہوتا ہے جو برقیہ کے دونوں کعبی باسط عضلات اور عضلہ کعبی عضلہ (brachio-radialis) سے بنتا ہے۔ ہڈی کا سب سے اونچا مقام جو اسکو گردش دینے پر محسوس کیا جاسکتا ہے کہنی کے جوڑ کے خط کے عین نیچے کعبہ کا مناظر ہوتا ہے اور یہ اس مفصل کے لئے مفید رہنما ہوتا ہے۔ کہنی کے جوڑ کی اوپر کی حد اس خط تک پہنچتی ہے جو دونوں سرفندالوں کے درمیان کیمنچا گیا ہو۔ کعبہ کا حدیبہ اگلے سر کے عین نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ جارح انتہائی اکباب کی حالت میں ہو۔

کہنی کی سامنے کی طرف کی جلد باریک اور نازک ہوتی ہے اور یہ کسکندھی ہوئی پٹیوں اور جیروں کے نامناسب استعمال سے آسانی چھل جاتی ہے۔ جلد کے باریک ہونے کی وجہ سے ماتحت وریدیں اس میں سے آسانی دکھائی دے دیتی ہیں۔ مگر جس وضاحت سے یہ دکھائی دیتی ہیں اسکا انحصار زیادہ تر زیر جلدی شحم پر ہوتا ہے۔ بہت مضبوط آدمی میں یہ بعض اوقات بال دکھائی نہیں دیتیں اور فصد کے لئے جو معمولی ذرائع اختیار کئے جاتے ہیں ان سے ان کا نمایاں بنانا مشکل یا نامکن ہوتا ہے۔

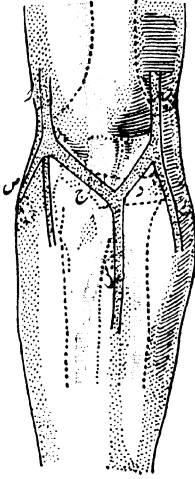
کہنی کے سامنے کی طرف کی وسطی وریدوں میں جو ایم (M) کی شکل کی ترتیب پائی جاتی ہے وہ معروف ہے۔ لیکن یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ یہ ترتیب ہمیشہ نہیں پائی جاتی (شکل ۱۹)۔

وسطی ورید و وسطی قیصال اور وسطی باسلیق وریدوں میں ذوراسین کے

وتر کے باہر کی طرف منقسم ہو جاتی ہے اور اسلئے موخوالذکر ورید اس وتر اور عضلہ شریان اور اسکی وریدوں اور وسطی عصب کے سامنے سے گزرتی ہے۔ ان ساختوں سے یہ ذوراسین ردا کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ وسطی باسلیق ورید بعض اوقات عضلہ شریان کو دفعۃً عبور کر لیتی ہے اور اس سے سوائے مقام تقاطع کے مقابلتہ بے تعلق رہتی ہے یا یہ کچھ فاصلہ تک شریان کے عین آگے سے جاتی ہے یا اسکو پہلے ہی عبور کر کے اسکے متوازی چلی جاتی ہے، مگر مہر کے زیادہ تر حصہ میں اس کا لیول مختلف ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے وسطی باسلیق ان وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی ہوتی ہے۔ اسکے بعد وسطی قیصال کا نام آتا ہے۔

اور وسطی خود تیسرے درجہ پر ہوتی ہے اور زندگی اور کبری وریدیں اس سلسلہ میں سے سب سے چھوٹی

ہوتی ہیں۔ ان وریدوں میں بہت سی غیر طبعی حالتوں کے پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور انہیں سے نمایاں ترین اس صورت میں پائی جاتی ہیں جب کہ اس حصہ کی بڑی بڑی شریانیں بھی غیر طبعی ہوں۔ یہ اختلاف جارح کی زندگی جانب کی وریدوں میں کبری جانب کی وریدوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ چنانچہ کبری ورید یا وسطی قیفالی ورید یا دونوں ہی عام طور پر یا تو بہت ناقص المنہ ہوتی ہیں اور یا بالکل معدوم ہوتی ہیں۔ اگر یہ وسطی با تسلیق ورید عضدی شریان سے علاقہ بھی رکھتی ہے لیکن فصد اور لقل الدم اور مصلوب



اور جدیرغول کے درون ورید می شریا

نصل ۶۹۔ بائیں کہنی ماسنے کی طرف سے۔

۱۔ با تسلیق ورید۔ ج۔ قیفالی ورید۔ ج۔ زندگی پر وسطی با تسلیق ورید کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

۲۔ کبریہ پر وسطی قیفالی ورید کی طرف اشارہ کرتا ہے۔ ۳۔ کبری ورید۔ ۴۔ وسطی ورید۔ ۵۔

مخوڑ زندگی ورید۔ عضدی شریان وسطی با تسلیق ورید کے پیچھے سے گزرتی ہے اور کبریہ کی گردن کے اندر

کی طرف کبری اور زندگی شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے

کے لئے اسی ورید کو بالعموم منتخب کیا جاتا ہے۔ اسکو منتخب کرنے کے لئے مندرجہ ذیل وجوہ ہیں۔ یہ

وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی اور سب سے نمایاں ہوتی ہے اور سطح سے قریب ترین ہوتی

ہے۔ مزید برآں یہ سب سے کم حرکت پذیر ورید ہے اور سب سے کم اختلاف پذیر بھی ہے۔ ذور اسی ردا

ورید شگنی (phlebotomy) کے دوران میں

عضدی شریان کے لئے بہرین محافظ کا کام بھی

دیتی ہے۔ اس غشا کی کثافت مختلف ہوتی ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلی نوکی مقدار پر ہوتا ہے۔ دبلے اشخاص میں وسطی با تسلیق ورید کو ماتحت شریان سے بعض اوقات نبضانات وصول ہوتے رہتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کا یہ خیال ہے کہ اس ورید کی دیوار میں اکثر اتنی موٹی ہوتی ہیں جتنی کہ

بُیضی (popliteal) ورید کی ہوتی ہیں۔ زندگی، کجبری اور وسطی وریدوں کی فصد کھولنے پر شاذ و نادر ہی خون کی کافی مقدار نکلتی ہے کیونکہ یہ عمیق و سطحی ورید کے مقام اتصال سے نیچے واقع ہوتی ہیں اور اسلئے انہیں جا رہے عمیق وریدوں سے خون نہیں آتا۔ عضدی شریان جیسا کہ خیال کیا جاسکتا ہے دوران فصد میں اکثر مجروح ہو چکی ہے اور جس زمانہ میں فصد کارولج عام تھا کہنہی کے خم پر شریانی وریدی انورسما اکثر بنجایا کرتا تھا۔ چونکہ بڑے بڑے عروق لف انہی وریدوں کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور نیز ورید تنگائی کئے دوران میں ان میں سے بعض مجروح ہونے سے شاذ و نادر ہی بچتے ہیں اسلئے اس عملیہ کے لئے جو طریقے اختیار کئے جاتے ہیں انہیں اگر صفائی کا محاذ نہ رکھا جائے تو حاد التهاب عروق لف پیدا ہو جاتا ہے۔

داخلی جلدی (پیش بازو کا وسطی جلدی) عصب کے جو عام طور پر وسطی باسلیق ورید کے سامنے سے گزرتا ہے اس عرق سے خون نکالتے وقت زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

بازو کے داخلی میان عضلی فاصل پر اور اندرونی سرفندال کے سین اوپر ایک لمبی (فوق منقعی: supracubital یا پم بکری: epitrochlear) غدہ ہوتا ہے۔ اس میں پیش بازو کی اندرونی طرف کے بعض سطحی عروق لف داخل ہوتے ہیں اور اندر کی دو یا تین انگلیوں کے بھی اسی میں آکر ملتے ہیں۔ بلحاظ محل یہ غدہ جارحہ اعلیٰ کے ان غدہ میں سے جو ہمیشہ پائے جاتے ہیں زیر ترین غدہ ہے۔

اسی محل پر گاہے گاہے ذراعیہ کی اندرونی جانب کی ایک بروں بالیدرید ہوتی ہے۔

فوق قندالی زائده (supracondyloid process) - عضدی شریان اویز

وسطی مصب بھی بعض اوقات اس زائده کے نیچے سے اور اندر کی (وسطانی) جانب سے ہو کر گزرتا ہے۔

عضدی شریان (brachial artery) بازو کو زور سے خمیدہ کرنے میں یہ شریان جوڑ کے سامنے کے عضلی تودوں کے درمیان مضبوط ہو جاتی ہے اور کجبری نبض میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے اور بعض اوقات یہ بند بھی ہو جاتی ہے۔ کہنی کے خم کے انورسماؤں کا علاج جارحہ کی خم کردگی سے کیا جا چکا ہے، کیونکہ اس وضع سے انکے تاج پر کم و بیش بلا واسطہ دباؤ پڑتا ہے جوڑ کی پوری بسط کردگی میں یہ شریان چھٹی ہو جاتی ہے اور کجبری نبض میں تخفیف ہو جاتی ہے۔

بیش بسط کردگی میں جبکہ ممکن ہے کہ نوج (olecranon) بھی کمسور ہو گیا ہو۔ نبض پونہ پچھ پر بند ہوتی ہے۔ اس قسم کی کہنی کی جو خمیدگی کی حالت میں استوار ہو گئی تھی زور سے بسط کردگی کرنے میں عضدی شریان منسوخ ہو چکی ہے۔

زندمی عصب (ulnar nerve) کا جو محل وقوع کہنی پر ہے اسکی وجہ سے

اسکے مجروح ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ اندرونی سرقندال کے پیچھے سے ایک میزب میں سے گزرتا ہے اور اسکے اوپر لیفی بافت کا ایک پل ہوتا ہے جو اسکی غیر وضعیت کو مانع آتا ہے۔ اس عصب کا اندرونی سرقندال کے سامنے سے گزرنے کا بھی ممکن ہے اور ایک مثال کی بھی اطلاع دی گئی ہے جس میں یہ عصب کہنی کے خمیدہ کرنے پر اس فراز کے اوپر سے پھسل کر سامنے آجاتا تھا (کوآین Quain:)۔ جب زندمی عصب کو (تندگی عصب وغیرہ کے لئے) کہنی کے پیچھے سے معر کیا جاتا ہے تو یہ بعض اوقات ایک عضلہ — برکبری مرفقیہ (epitrochleo-anconeus) — سے جو گاہے گاہے موجود ہوتا ہے پوشیدہ پایا جاتا ہے۔

زندمی عصب کو ضرر پہنچنے کے نتائج پر صفحہ 372 پر بحث کی گئی ہے۔

کہنی کا جوڑ (elbow-joint)۔ اس جوڑ کی طاقت کا انحصار اتنا رابطات یا

عضلات پر نہیں جتنا کہ عظمی سطحوں کی باہمی موافقت پر ہے۔ نوج (olecranon) اور اکلیل نما زائدہ کے تعلقات ذرا عیب سے ایسے ہیں کہ بعض وضعوں میں اس جوڑ کی قوت بہت کافی ہوتی ہے۔ چونکہ کہنی ایک خالص قبضہ دار جوڑ ہے اسلئے اس میں صرف خم کردگی اور بسط کردگی ہی پائی جاتی ہے۔ یہ حرکتیں ترجیحی واقع ہوتی ہیں لہذا خم کردگی میں کلائی اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے اور ہاتھ کو ترقوہ کے وسطی ٹنٹ کی طرف لاتی ہے۔ اگر مفصلی خط میں ترچھا پن نہ پایا جاتا تو ہاتھ کو اسی طرف کے کندھے پر چنار کھنا ممکن ہوتا۔ لیکن اس حرکت کا عمل میں لانا صرف جوڑ کے بعض استیصال کے بعد ہی ممکن ہوتا ہے، کیونکہ اس عمل میں مفصلی سطحوں کو ترچھا رخ بار دیگر نہیں دیا جاتا۔ انتہائی بسط کردگی میں چہانتک زند اور ذراعیہ کے جانبی مستویوں کا تعلق ہے زند تقریباً ذراعیہ کی سیدھ میں واقع ہوتی ہے اور انتہائی خم کردگی میں دونوں ہڈیوں کے درمیان ۳۰ تا ۴۰ درجہ کا زاویہ بنتا ہے۔

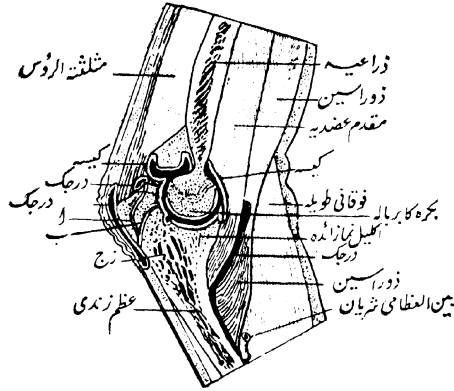
جو عضلات کہنی کے جوڑ پر عمل کرتے ہیں انہیں سے بعض جراح کے لئے خاص دلچسپی رکھتے ہیں جسکی وجہ یہ ہے کہ قرب وجوار کے کسور کے علاج کے دوران میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ چنانچہ العظمی التهاب عضلہ (myositis ossificans) کے عضلہ عقبیہ مقدم (brachialis anticus) میں پیدا ہونے کا خاص میلان پایا جاتا ہے۔ جب یہ ظاہر ہو جائے تو معالجاتی ذرائع مثلاً ماش اور منفعلی حرکات کو جن سے خراش پیدا ہوتی ہے ترک کر دینا یا انہیں کمی کر دینا ضروری ہوتا ہے اور اس سے مزید آرام کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں ولکمین کے وقف الدمی شلل اور تقبض (Volkman's ischæmic paralysis and contracture) کے خاص طور پر سرعت سے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے جبکہ کہنی مکمل خم کردگی کی حالت میں مضبوطی سے باندھ دینگی ہو یا کلائی پر کسکر جبرہ لگا دیا گیا ہو۔ ورم سے پٹی کے کس جانے کے خطرہ کا خیال رکھتے ہوئے جراح کو اپنی دستکاری کا ۶ سے لیکر ۸ گھنٹے گزرنے کے بعد ملاحظہ کرنا چاہئے ہیموفیلیا کے ایک مریض لڑکے میں (سیسی چو اس) نے کہنی کے خلع کے بعد وقف الدمی شلل (ischæmic paralysis) کو ظاہر ہونے دیکھا ہے اور اسکے ساتھ ہانتوں میں بہت سائزنی انصباب بھی موجود تھا۔ اس واقعہ میں کوئی پٹی یا جبرہ استعمال نہیں کیا گیا تھا۔

دربکس (bursæ)۔ رُج کے اوپر کی عظیم زیر جلدی دربک اکثر کلائی یا فنتہ او ملتبہ پائی جاتی ہے (شکل ۷۰)۔ بعض پیشوں میں جنہیں کہنی پر دباؤ پڑتا ہے یہ اور بڑی ہوجاتی ہے مثلاً ”کان کنوں کی کہنی“۔ ذوراسین کے نہتی پر اسکے اور ہڈی کے درمیان ایک دربک ہوتی ہے اور اسکا جو تعلق کلائی کے اعصاب کے ساتھ ہوتا ہے وہ قابل ذکر ہے۔ مثال کے طور پر ایک واقعہ کی اطلاع مل ہے جس میں اس دربک میں مزمن کلائی پائی جاتی تھی اور وسطی عصب اور نظری بن العظامی اعصاب (dorsal interosseus nerves) پر اسکا دباؤ پڑنے کی وجہ سے کلائی کی قوت زائل ہو گئی تھی (ایگنیو: Agnew)۔ مثلثہ الرؤس کے نہتی پر بھی ایک دربک ہوتی ہے (شکل ۷۰)۔

کہنی کے جوڑ کے رباطات میں سے مقدم اور موخر رباطات مقابلتہ پتلے ہوتے ہیں اور اس مفصل کے مرض میں جوڑ کے اندر جو سیال ہوتا ہے اسکے دباؤ سے خاصکر موخر الذکر جلد جواب

دیدتا ہے (شکل ۷۰)۔ داخلی جانبی (زندہی جانب) رباط اس حصہ کے رباطات میں سے سب سے مضبوط اور سب سے وسیع ہوتا ہے اور یہ اپنی استواری اور وسیع چسپیدگی کی وجہ سے اور نیز اسلئے کہ یہ نہ صرف خم کردگی اور بسط کردگی کو ہی محدود کرتا ہے بلکہ اگر کلائی کو بازو سے باہر گھرنے کو

315



شکل ۷۰۔ کہنی کے جوڑے کی انتصابی تراشش۔

رُج اور بکرہ کے برابری خطوط سرخ دکھائے گئے ہیں۔ جوڑے نصف بسط کردگی کی حالت میں ہے۔

۱۔ رُج کا عام کلاہ نما برابالہ جس سے مثلثہ الرؤس چسپیدہ ہوتا ہے۔ جب برابر ہو گا ہے گا ہے پایا جاتا ہے اور جس سے رُج کا بالائی ایک تہائی حصہ بنتا ہے۔ بین درجک دکھائی گئی ہیں۔ رُج کے اوپر مثلثہ الرؤس کے فوجی کے نیچے اور ذوراسین کے تہی پر (عضلہ بالمو طویلہ = عضلہ عضد کھریا)۔

مروڑنے کی کوشش کی جائے تو اسکو بھی محدود کرتا ہے کہنی کی ”موچوں“ میں یہ اکثر نقصان اٹھاتا ہے۔ چونکہ یہ رباط رُج کے تمام اندرونی کنارہ سے چسپیدہ ہوتا ہے اسلئے اس نازاندہ کے کسر کی حالت میں یہ بکڑوں کی علحدگی کو روکنے میں مدد دیتا ہے۔

مفصلی مرض۔ اس جوڑے کے مرض میں انصباب پہلے پہل ایک ورم کی شکل میں

نمودار ہوتا ہے جو رُج کے حاشیوں کے ارد گرد پایا جاتا ہے اور اسکی توجیہ ان امور سے ہوتی ہے کہ زلابی کہفہ یہاں سطح سے قریب ترین ہوتا ہے اور موخر رباط ڈیٹلا اور پٹلا ہوتا ہے۔ نیز کعبی ذراعینی مفصل کے خط پر بھی کیقدر ورم جلد ہی دیکھنے میں آجاتا ہے اور اس مقام پر توج کا پایا جانا انصاف مفصل کو مثلثہ الرؤس کے نیچے کی درجہ کی سادہ کلانی سے تمیز کرتا ہے عمیق ورم مقدم رباط کے پٹلا ہونے کی وجہ سے جوڑ کے سامنے عضلہ عضدیہ مقدم (brachialis anticus) کے نیچے بھی محسوس کیا جاسکتا ہے اور خارجی سر قندال کے ارد گرد یہ آخر میں ظاہر ہوتا ہے۔ داخلی (زندہی جانب) رباط کی کثافت زلابی غشا کو اندر کی طرف ابھرنے سے باز رکھتی ہے۔

316

جب اس جوڑ میں قیوع پیدا ہو جاتا ہے تو پیپ اوپر کی اور نیچے کی طرف ذراعیہ اور مثلثہ الرؤس کے درمیان چکر سطح تک نہایت آسانی سے پہنچ جاتی ہے اور اسلئے فوج کا منہ عام طور پر اس عضلہ کے کسی ایک کنارہ پر بن جاتا ہے۔ بعض اوقات پیپ سامنے کی طرف عضلہ عضدیہ کے نیچے چلی جاتی ہے اور اس عضلہ کے منہ کی قریب باہر نکل جاتی ہے۔ مرض زدہ کہنی کا میلان نصف خم کردگی کی حالت میں رہنے کی طرف ہوتا ہے اور یہ معلوم کرنا دلچسپی کا باعث ہوگا کہ یہ جوڑ اسوقت بھی یہی وضع اختیار کر لیتا ہے جبکہ اس میں زور سے اثرات کئے جائیں (براون : Braun)۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ اس جوڑ میں نصف خم کردگی کی حالت میں سیال کی سب سے بڑی مقدار سما سکتی ہے۔

کہنی کی عضلی استواری کے سلسلہ میں جو مرض کی معکوس تلاش سے پیدا ہوتی ہو یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ اس مفصل کے تمام اعصاب خاص کر عضلی مرغولی (musculo-spiral) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اس پر فعل کرنے والے عضلات کو رسد پہنچاتے ہیں۔ زندگی عصب کا جو تعلق اس جوڑ سے ہے اس سے ان واقعات کی توجیہ ہو جاتی ہے جن میں اس عصب کے تفرع کے مناظر حصوں میں کلانی کے ساتھ ساتھ اور انگلیوں میں شدید دردمسوس ہوتا ہے۔

کعبہ کا بالائی بربالہ اور ذراعین کے زیرین بربالہ کا بیشتر حصہ دروں زلابی ہوتا ہے یعنی یہ جوڑ کے کیسہ کے اندر آجاتے ہیں (شکل ۷۱)۔ زند کے بالائی بربالہ کا جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے صرف کچھ حصہ ہی کیسہ کے اندر واقع ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔

کہنی کے خلوع - یہ بہت سے ہیں اور انکو اس طرح ترتیب دیا جاسکتا ہے - (۱)

317

کعبہ اور زند دونوں کے خلوع یا تو پیچھے کی طرف یا باہر کی طرف یا اندر کی طرف اور یا آگے کی طرف (علی الترتیب لجمناظ کثرت و وقوع) - (۲) صرف کعبہ کے خلوع یا تو آگے کی طرف یا پیچھے کی طرف اور یا باہر کی طرف (علی الترتیب لجمناظ کثرت و وقوع) - (۳) صرف زند کا خلوع پیچھے کی طرف -

ان مختلف الانواع خلوع کے سلسلہ میں بعض عمومی تشریحی امور کا تہیداً بیان کرنا مناسب ہوگا -

(ا) مقدم موخر خلوع جانبی خلوع کے مقابلہ میں بہت کثیر الوقوع

ہیں - مقدم موخر رخ میں جو خلوع واقع ہوتے ہیں وہ زیادہ کثیر الوقوع ہیں، کیونکہ اس جوڑکی حرکتیں اسی رخ میں واقع ہوتی ہیں اور ذراعیم کی مفصلی سطح آگے سے پیچھے کی طرف کو نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے - بخلاف اسکے کہنی میں لمبی طور پر کوئی جانبی حرکت نہیں پائی جاتی اور اس مفصل کا عرض ایک جانب سے دوسری جانب تک معتدبہ ہوتا ہے - مقدم موخر باہمات کمزور اور جانبی (مجانب) رباطات مضبوط ہوتے ہیں -

(ب) کھلائی کی دونوں ہڈیاں ایسی کعبہ یا ایسی زند کی نسبت زیادہ

کثرت سے مغلوع ہوتی ہیں - اس امر کا انحصار ایک طرف تو کعبہ اور زند کے باہمی رباطی تعلق پر ہے اور دوسری طرف ذراعیم اور کعبہ کے اس قسم کے باہمی تعلق کی عدم موجودگی پر - مردہ موضوع میں پیش بازو کی دونوں ہڈیوں کو مغلوع کرنا مشکل نہیں ہوتا - مگر کعبہ کو زند سے بافتوں کو زیادہ توڑنے یا پھاڑنے کے بغیر علیحدہ کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے -

(ج) اکٹھی دونوں ہڈیوں کا عام ترین نفع پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے

اور آگے کی طرف کو یہ سب سے زیادہ نادر الوقوع ہے - قبل الذکر حالت میں حرکت

کو چھوٹا سا اکلیل نما زائدہ اور موخر الذکر میں بڑا اور خمدار رزج مزاحم آتا ہے - اسی قسم کے اسباب کی وجہ سے باہر کی طرف کا خلوع اندر کی طرف کی غیر وضعیت سے کم نادر ہے کیونکہ ذراعیم کی مفصلی سطح اندر کی طرف سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے اور اسلئے اس حصہ میں بنیادہ کا واٹ

پیش کرتی ہے۔

(۷) اگر ایک ہی ہڈی مخلوع ہوتی ہے تو وہ بالعموم کعبہ ہوتی ہے۔
ایسا اس ہڈی اور ذراعیہ کے درمیان قابل اعتماد اتحاد موجود نہ ہونے اور کعبہ کے (جو ہاتھ کا دستہ ہے) بلا واسطہ ضرب کے زیادہ مدت تک معرض اثر میں رہنے اور نیز اسکے زیادہ حرکت پذیر ہونے سے ہوتا ہے۔ یہ خلع بالعموم آگے کی طرف کو واقع ہوتا ہے اور اسکی وہیہ ہے کہ جس قسم کے ضربات کا رجحان اس ہڈی کو اکثر اپنی جگہ سے ہٹا دینے کی طرف ہوتا ہے اسی قسم کے ضربات کا رجحان اسکو آگے کی طرف کو کھینچنے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ پالٹ (Paulet) اس امر پر زور دیتا ہے کہ حلقہ تارباط (annular ligament) کا مورخہ مقدمہ حصہ کی نسبت "کہیں زیادہ موجب مزاحمت" ہوتا ہے۔ اکیلی زند کا خلع پیچھے کے رخ میں واقع ہوتا ہے اور اسکے وجہ معلوم ہی ہیں۔

حلقہ اقسام کے خلوع جزوی بھی ہوتے ہیں اور مکمل بھی۔ جب یہ مقدمہ مورخہ رخ میں واقع ہوتے ہیں تو بالعموم مکمل ہی ہوتے ہیں اور جب غیر وضعیت جانبی ہوتی ہے تو یہ جزوی ہوتے ہیں۔

کہنی کے خلع کی صرف انہی دو قسموں پر جو عام طور پر پائی جاتی ہیں اب ذرا تفصیل کے ساتھ بحث کی جا سکتی ہے۔

دونوں ہڈیوں کی خلفی غیر وضعیت - یہ جبری بسط کردگی میں واقع ہو جاتی ہے

اس میں رُج (olecranon) کی چوٹی جو ذراعیہ پر دباؤ ڈالے ہوتی ہے دوسری قسم کے بیم کے نصاب کا کام دیتی ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سیننی (sigmoid) یا قوس نما (semilunar) کٹاؤ بکرہ سے دور ہٹ جاتا ہے۔ کٹائی پر پیچھے کی یا اوپر کی سمت میں شدت کا زور پڑنے سے حقیقی غیر وضعیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت کی توضیح دوڑتے ہوئے مکمل طور پر بسط کردہ ہاتھ کے بل گرنے کی مثال سے کی جا سکتی ہے۔ یہ ضرر جارح کے بعض شدید مروڑوں سے پیدا ہو سکتا ہے ماہل گین (Malgaigne) کی یہ رائے ہے کہ مروڑ کی خاص قسم جو خلع پیدا کرنے کے لئے سب سے زیادہ موثر ثابت ہوتی ہے وہ ہے جبکہ کہنی کی نصف خم کردگی کی حالت میں کٹائی کو اندر کی طرف کو مروڑا جائے۔ اس طرح داخلی جانبی رباط پھٹ جاتا ہے اور اکلیل نما زائندہ ذراعیہ کے نیچے

319

اندر کی اور نیچے کی طرف کو بل کھا جاتا ہے، اور اس طرح ہڈیاں پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتی ہیں۔ جوڑے کے مکمل طور پر خم کردہ ہونے کی صورت میں اس ضرر کا پیدا ہونا مشکل ہے۔ خلع کی مکمل حالت میں اکلیل نما زائدہ زہی حفرہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور یہ اس جوف میں مشکل ہی سے داخل ہوتا ہے (جیسا کہ بعض اوقات بیان کیا جاتا ہے) کیونکہ یہ زند اور کبیرہ کے درمیانی تعلق کی وجہ سے اور موخر الذکر کے ذراعیہ کے بیرونی سر قندال کے پیچھے نکل جانے سے اس حفرہ میں گر نہیں سکتا۔ مقدم اور دونوں جانبی رابطات بالعموم کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور موخر اور ملقہ نارابطات بچ جاتے ہیں۔ ذوراسین ذراعیہ کے برین سرے پر سے کھچ جاتا ہے اور اوسط درجہ تک تنیدہ ہو جاتا ہے۔ عضل عضدیہ بہت تنجا آتا ہے اور اکثر میٹ جاتا ہے۔ مرفقیہ (anconeus) بھی تنیدہ ہو جاتا ہے۔ وسطی اور زندگی اعصاب بھی بعض اوقات حد سے زیادہ کھچ جاتے ہیں۔

۲۔ کبیرہ کی مقدم غیر وضعیت۔ یہ ہڈی کو پیچھے کی طرف سے بلاو اٹل

چوٹ پینچنے یا انتہائی اکباب (pronation) یا بسط کردہ اور کتبہ ہاتھ کے بل گرنے سے پیدا ہوتی ہے۔ مقدم خارجی اور ملقہ نارابطات پھٹ جاتے ہیں۔

کہنی کی مویج (کچی ہوئی کہنی) (pulled elbow)۔ ۵ سال سے کم عمر کے

بچوں میں جارحہ کو بسطوح حالت میں زور سے کھینچنے سے بعض اوقات کبیرہ ملقہ نارابطا میں سے نیچے کی طرف کو پھسل جاتی ہے اور یہ رباط اوپر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جہر کہنی کے عضلات کو معمولی معکوس انقباض کے لئے وقت ملنے سے پیشتر ہی عمل میں آ جاتا ہے۔ لہذا جب بچہ ہاتھ سے پکڑ کر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو تمام وزن عضلات کی بجائے کہنی کے رابطات پر پڑتا ہے اس قسم کے خلع کی مزاحمت کرنے والے رابطات صرف یہی ہیں، (۱) ترچھا زندگی کبری رباط، (۲) ملقہ نارابطا کے ٹیبرین ریشے جو سسر کو پکڑے ہوتے ہیں۔ کتبہ حالت میں کہنی کو خمیدہ کرنے سے مذکورہ رباط اپنے لمبے عمل پر آ جاتا ہے۔

ذراعیہ کے نیچے کے سرے کے کسور۔ یہ مندرجہ ذیل ہیں ۱۔ (۱) سر قندالوں کے

میں اوپر کا ایک کسر۔ (۲) ٹی (T) کی نکل کا کسر جس میں جوڑ بھی ماؤف ہوتا ہے۔ (۳) داخل

یا وسطانی اور (۴) خارجی یا جانبی قندالی حصوں کے کسور۔ (۵) اندرونی سر قندال کا کسر اور (۶) نیچے کے بربالہ کے سین اوپر سے علیحدگی۔ یہ تمام کسور بچوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

۱۔ یہ کسر جو بعض اوقات "سر قندالوں کے قاعدہ پر کا کسر" کہلاتا

320

ہے بالعموم جفہ زُج کے ذرا اوپر جہاں ذرائع کی پوری پھیلنا شروع ہوتی ہے واقع ہوتا ہے۔ یہ عموماً ایک جانب سے دوسری جانب تک مستعرض واقع ہوتا ہے اور پیچھے سے نیچے کی اور سامنے کی طرف کو ترچھا ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ کسی ایسی چوٹ کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہنی کے سرے پر لگی ہو۔ زُج کی نوک ہڈی میں دفعہ گھس کر شامد فانہ کے سرے کی طرح عمل کرتی ہے اور اس کسر کے پیدا کرنے میں ایک اہم فعل سر انجام دیتی ہے۔ نیچے کا ٹکڑا پیش بازو کی ہڈیوں کے ساتھ ہی ملتے ملتے الرؤس کی وجہ سے عام طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور اسی عضلہ اور ذوراسین اور عضلہ عضدیہ کی وجہ سے اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے۔ وسطی اور زندی عصا کو اور بالخصوص موخر الذکر کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچتا ہے۔

۲۔ "ٹی (T) کی شکل کا کسر" قبل الذکر ضرر کی ہی ایک قسم ہے سر قندالوں

سے اوپر مستعرض کسر واقع ہونے کے علاوہ ایک انتصابی کسر بھی موجود ہوتا ہے جو جوڑے اندر تک جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کا ٹکڑا دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت دسی ہی ہوتی ہے۔ یہ کسر عام طور پر خمیدہ کہنی کے بل گرنے سے پیدا ہوتا ہے اور یہاں بھی یہ ممکن ہے کہ نوج کا سر اسی فانہ کے طور پر کام کرتا ہو اور کسر پیدا کر دیتا ہو اور نیز زند کے ہانی کٹاؤ کے وسط پر جو نمایاں جید ہوتا ہے وہ دوسرے فانہ کا کام دیتا ہو اور جوڑے اندر تک کا مستعرض کسر پیدا کرتا ہو۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ مناسب ہے کہ ذرائع کے بعد ہی مفصلی سرے کے ہر ایک رقبہ کو جس پر سر قندال واقع ہوتا ہے قندالی حصہ کے نام سے موسوم کیا جائے۔ اگر صحیح صحیح کہا جائے تو سر قندال جوڑے کے کسے کے باہر واقع ہوتے ہیں اور قندالی حصے اس کے اندر تک چلے جاتے ہیں۔

۲۔ داخلی یا وسطانی قندالی حصہ کے کسر میں خطِ فصل بالعموم

وسطی سرفندال کی نوک کے نصف انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے (اور اسلئے یہ جوڑ سے باہر ہوتا ہے) اور زج اور اکیلیں نما حفرہ میں سے باہر کی طرف کو ترچھے رخ میں گذر کر بکری سطح کے مرکز پر سے ہوتا ہوا مفصل کے اندر داخل ہو جاتا ہے (ہیملٹن: Hamilton)۔ یہ ٹکڑا اکثر اوپر کی پیچھے کی اور اندر کی طرف کو ذرا ہٹ جاتا ہے اور زندگی اس کے ساتھ ہی جاتی ہے۔

321

۴۔ خارجی یا جانبی قندالی حصہ کے کسر میں بھی خط مفصل خارجی

سرفندال کے اوپر سے اور جوڑ کے باہر سے شروع ہوتا ہے اور نیچے کی طرف کو جا کر عام طور پر بکری سطح اور اس سطح کے درمیان میں سے جو کبیرہ کے لئے ہوتی ہے جوڑ میں داخل ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت خفیف اور تغیر پذیر ہوتی ہے۔

۵۔ خارجی سرفندال کا کسر اسکے صغیر الجماست ہونے کی وجہ سے

شاذ و نادر ہی مکن ہوتا ہے۔ گرد و احسلی یا وسطانی سرفندالوں کے کسور کافی عام ہوتے ہیں اور جوڑ غیر متاثر رہتا ہے (شکل ۷۱)۔ یہ سرفندال ایک علحدہ برالہ کی شکل میں موجود ہوتا ہے جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے اور جو اس عمر سے قبل کسی وقت بھی بلا واسطہ ضرب یا شدید عضلی فعل سے علحدہ ہو سکتا ہے۔ چونکہ یہ کثیف صفاقی ریشوں سے پوشیدہ ہوتا ہے اسلئے عریض غیر وضعیت عام طور پر واقع نہیں ہوتی اور جب یہ واقع ہوتی ہے تو یہ مشترک خم کن عضلات کی سیدہ میں ہوتی ہے جو اس زائده کی نوک سے نکلتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں زندگی عصب کو جو اس زائده کی دوسری طرف پر واقع ہوتا ہے اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے

۶۔ نیچے کا برالہ (شکل ۷۱)۔ ذرا عیہ کے غضروفی زیرین سرے میں چار تعظمی مرکز

ظاہر ہوتے ہیں جو متدرج ذیل ہیں: (۱) ایک تار کچھ (capitellum) اور بکرہ (trochlea) کے جانبی نصف کے لئے۔ ۲ ۱/۲ سال پر۔ (۲) داخلہ سرفندال کے لئے، ۵ سال پر۔ (۳) بکرہ کے وسطانی نصف کے لئے، ۱ سال پر۔ اور (۴) خارجی سرفندال کے لئے، ۱۲ سال پر۔ ذرا عیہ کے زیرین سرے کی مفصلی سطح میں یہ ایک غیر معمولی خاصہ پایا جاتا ہے کہ اس میں دربالہ کا کچھ حصہ شامل ہوتا ہے، کیونکہ موخاندگی کی ایک پٹی سی دہجی بکرہ اور داخلہ

سرتقدال کے درمیان حاصل ہوتی ہے۔ تارکچی، بکری اور خارجی سرتقدالی مراکز تقریباً سن بلوغ پر متحد ہوتے ہیں اور ان سے مٹلی بر بالہ بنتا ہے۔ وریہ تو وہ جو اس طرح طیار ہوتا ہے نسبتاً سرتقدالی سال پر پوری سے مل جاتا ہے۔ داخلی سرتقدالی بر بالہ اٹھارویں یا انیسویں سال تک علمدہ رہتا ہے اور اسلئے بر بالی خط دو حصوں پر منقسم پایا جاتا ہے، اور اس کی تشکل بے قاعدہ ہوتی ہے۔ یہ جوڑ کے کیسہ کے اندر

اور باہر دونوں طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱)۔

اور اسکا محل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے

جو خارجی سرتقدال کے اوپر کے کنارہ سے لیکر

داخلی سرتقدال کے زین بر بالہ تک کھینچا جائے۔

زین بر بالہ پوری سے ۱۷ سال کی عمر پر ملتا ہے۔

چنانچہ ۱۷ سال کے بعد ڈھی کی بالیدگی کا انحصار

لازمی طور پر بالائی بر بالہ کی فعالیت پر ہوتا ہے،

جو ۲۰ سال کی عمر تک متحد نہیں ہوتا۔ لہذا سولہ

یا سترہ سال کی عمر سے پہلے کہنی کا استیصال

(excision) کرنے سے جارحہ کا نمونہ نہیں

ہوگا، خواہ آری بر بالی خط سے بھی تجاوز کر گئی ہو۔

بہر کیف بہت سے ایسے واقعات کے متعلق افلاح

وصول ہوئی ہے جن میں سولہ سال کی عمر سے پہلے

نیچے کے بر بالہ کو اور بیس سال کی عمر سے پیشتر اوپر

کے بر بالہ کو چوٹ آنے سے جارحہ کی بالیدگی نمایاں طور پر بند ہو گئی تھی۔ چونکہ بر بالی خط کا زیادہ

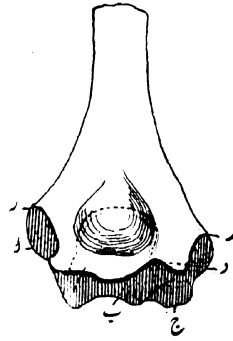
حصہ کیسہ کے اندر ہوتا ہے اسلئے بُدنی تو وہ کے علمدہ ہو جانے سے اسکے پیچھے کی طرف ذرا سرک جانا

کے علاوہ اور کوئی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی۔ لیکن جس حالت کو نیچے کے بر بالہ کی علمدگی کہلاتا

ہے اور وہ عام طور پر دیکھنے میں بھی آتی ہے وہ اکثر حقیقت میں بر بالی مضمہ کے عین اوپر

سے پوری کا کسر ہوتا ہے۔ مگر کم عمر بچوں میں ہر ایک بر بالہ اور خاسکوہ بر بالہ جو داخلی سرتقدال

کے لئے ہوتا ہے حقیقی طور پر علمدہ ہو سکتا ہے۔



شکل ۱۔ ذراعیہ کا زین بر بالہ پیچھے کی طرف سے۔

۱۔ داخلی سرتقدال کا مرکز۔ ب۔ ج۔ د۔

متحدہ مراکز بکرہ، تاکر کیہ اور خارجی سرتقدال کیلئے۔

۳ا۔ ۳س۔ بر بالی خط کیسہ کی چسپیدگی سرخ

خطوں سے ظاہر ہو گئی ہے۔

بالائی جارحہ کے بربالے کہنی پر کے بربالے اپنی اپنی ہڈی کی پوری سے

۱۷ سال کی عمر پر متحد ہو جاتے ہیں (سوائے خارجی قندال کی نوک کے جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتی ہے)۔ ہڈیوں کے کندھے اور کلائی کی طرف کے سروں کے بربالے ۲۰ سال کی عمر پر متحد ہوتے ہیں۔ تینوں ہڈیوں کی مغزی قنائیں کہنی کی طرف کو جاتی ہیں۔ ذراعیہ کی مغزی تشریان عضدی تشریان یا تختانی عمیق (inferior profunda) تشریان سے نکلتی ہے اور کعبہ اور زند کی مغزی تشریانیں مقدم بین العظامی سے نکلتی ہیں۔

323

زنج کے کسور ذراعیہ کے نیچے کے سرے یا زند کے اوپر کے سرے پر بلا واسطہ چوٹ

لگنے سے پیدا ہوتے ہیں اور چند واقعات میں یہ شدید بالواسطہ چوٹ سے بھی ظاہر ہو جاتے ہیں۔ عضلی فعل سے کسر پیدا ہونے کی مثالیں چند ہی ہیں اور ان پر کچھ کچھ اعراض کیا جاسکتا ہے کسر اس زائدہ کے وسط کے قریب عین وہاں جہاں یہ تنگ ہونا شروع ہو جاتا ہے نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے اور یہ بالعموم تعرض ہوتا ہے مشتتہ الرؤس کی وجہ سے جو غیر وضعیت واقع ہوتی ہے وہ اختلاف پذیر ہوتی ہے اور اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ اس زائدہ پر کا گردِ عظمہ اور اس سے چسپیدہ رباطات کس مدت تک دریدہ ہوئے ہیں۔ زنج کا زیادہ تر نمونہ زندگی پوری سے ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ مگر اس زائدہ کی چوٹی پر چھلکے کی طرح کا ایک بربالہ بھی ہوتا ہے جو بقیہ زنج سے ۷ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ایک اور بربالی مرکز بھی نمودار ہو جاتا ہے جس سے زنج کا بالائی ثلث لیار ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ کم عمر موضوعات میں چھلکے کی طرح کا یہ بربالہ بعض اوقات چوٹ سے علحدہ ہو جاتا ہے، یا غضروفی زنج بقیہ ہڈی سے جدا ہو جاتا ہے۔ بالغوں میں زنج کا عام کسر بربالی خط کی متابعت نہیں کرتا۔

اکلیل نما زائدہ کا کسر ایک نہایت ہی نادر النورج حادثہ ہے اور

یہ بعض اوقات زند کے عقبی خلع میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ سمجھ میں آنا ناممکن ہے کہ یہ زائدہ عضلہ عضدیہ مقدم کے فعل سے کس طرح ٹوٹ جاتا ہے، درآئیکہ یہ عضلہ اس زائدہ پر پختی ہونے کی بجائے زند پر اس مرید کے قاعدہ پر پختی ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ نیز یہ بربالہ کی طرح بھی

علحدہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اسکی حیثیت ربالہ کی نہیں ہے۔

کعبہ کے سر یا اس کی گردن کے کسور نادر الوقوع ہیں۔ اور یہ

بالعموم ضلع یا دوسری سخت جھٹوں کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں۔ سر عام طور پر یا تو شق ہو جاتا ہے اور یا آہیں ستارہ کی طرح کا کسر یا یا جاتا ہے۔ اور اگر ضرر ستر تک ہی محدود ہو تو یہ صرف لاشعاعوں کی مدد ہی سے تشخیص کیا جا سکتا ہے کعبہ کا بالائی ربالہ تمام معلقہ نارباط کے حدود کے اندر ہوتا ہے اور سادہ ضرر میں مشکل ہی سے علحدہ ہو سکتا ہے۔ یہ غضروف کے صرف ایک قرص ہی کی حیثیت رکھتا ہے۔ اور ۷ سال کی عمر پر پوری سے متحد ہوتا ہے۔ جب اس ہڈی کی گردن ٹوٹ جاتی ہے تو نیچے کا ٹکڑے کا اوپر کا سرا عضلہ ذوراسین سے بخوبی اوپر کو کھینچا جاتا ہے۔

824

کہنی کا استیصال جزئی (resection of elbow) بہت سے

طریقوں سے کیا جا سکتا ہے اور ان تمام طریقوں میں عصب زندگی کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے اور نمایاں داخلی سرفدال کو صاف کرنے میں اکثر تکلیف پیش آتی ہے۔ اگرچہ تو ہڈی سے قریب رکھا جائے تو چھوٹا بڑا کوئی عرق نہیں کھٹا۔ جن عضلات میں زیادہ خلل اندازی ہوتی ہے وہ مرفقیہ (anconeus) باطنی (supinator) ، عضلہ باسطہ زندیہ (extensor carpi

ulnaris) ، عضلہ باسطہ رسیغیہ کعبیہ قصیرہ (extensor carpi radialis brevis)

اور عضدیہ (brachialis) ہیں۔ سرج کے اوپر کے گرد عظمہ کو اور مثلثۃ الرؤس کے وتر کے

خارجی جانبی پھیلاؤ کو جو کلائی کی عمیق رواتک پہنچتا ہے بچانا نہایت اہم ہوتا ہے تاکہ یہ عضلہ

بعد میں بھی بطور باسطہ کے فعل کر سکے۔ عضلہ عضدیہ کے نہتی کو کاٹنے کی کبھی ضرورت نہیں ہوتی اور

ذوراسین کے نہتی کو کاٹنے کی اس سے بھی کم ضرورت ہوتی ہے، گو قبل الذکر کے چند ریشے زند

کی بالائی سطح کو دور کرتے وقت علحدہ کئے جا سکتے ہیں۔ ان تمام حصوں پر سے جبکہ استیصال جزئی

منظور ہوتا ہے گرد عظمہ زیر گرد عظمی طریقہ سے احتیاط امار لیا جاتا ہے اور اسے محفوظ رکھا جاتا ہے۔

اس طریقہ سے مثلثۃ الرؤس کا اثر زند پر باقی رہتا ہے اور جوڑ کی تجدید زیادہ مکمل ہوتی ہے۔

استیصال جزئی کے بعد خاص کر جب کہ یہ زیر گرد عظمی طریقہ سے سرانجام دیا جائے جوڑ کے افعال

بخوبی بحال ہو جاتے ہیں۔ لیکن یہ ظاہر ہے کہ مفصل کی نشتر کی تفصیل کسی طریقہ سے بھی واپس

نہیں آتیں۔ چنانچہ کامیاب عملیہ میں نیا جوڑ ذو کعبیتی (bimalleolar) شکل اختیار کر لیگا۔ اور کہنی کے جوڑ کی نسبت ٹخنے کے جوڑ سے زیادہ مشابہ ہوگا۔ ذراعیہ سے طبعی قندالوں کی جگہ دو کعبیہ پیدا ہوجاتے ہیں اور انکے درمیانی قعر میں زند اور کعبہ واقع ہوتے ہیں۔ زند اور ذراعیہ کے درمیان جدید رباطات پیدا ہوجاتے ہیں اور کعبہ کے لئے ایک نیا حلقہ نار رباط بنجاتا ہے۔ بخلاف اسکے اگر جساءۃ ناگزیر ہو تو ایسے ذرائع ضرور اختیار کرنے چاہئیں جن سے تثبیت موزوں ترین زاویہ پر واقع ہو۔ تجویز سے یہ ثابت ہوا ہے کہ جاسمی کہنی اس وقت مفید ترین ثابت ہوتی ہے جبکہ پیش بازو بازو پر تقریباً ۶۰ درجہ کے زاویہ پر قائم کر دیا گیا ہو۔ اس زاویہ پر ہاتھ منھ تک لایا جاسکتا ہے۔ ہاتھ حالت بطح میں ہونا چاہئے۔ اگرچہ یہ وضع نسبتاً بدنام دکھائی دیتی ہے، مگر جارحہ مبسوط حالت ہی میں زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ حالت کباب حسب خواہش میان کتفی صدی حرکات سے حاصل کیجا سکتی ہے۔

کہنی پر بڑے بڑے اعصاب کا محل - عضل مرغولی - (musculo-spiral)

(کعبی: radial) عصب خارجی سر قندال کے سامنے عضدیہ کعبیہ (brachio-radialis) کے نیچے پایا جاتا ہے جہاں یہ موضع بین العظامی (posterior interosseus) اور کعبی زیر جلدی (radial subcutaneous) شاخوں میں تقسیم ہوجاتا ہے۔ عصب سلمی (median) شریان عضدی کے اندرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے اور زندی (ulnar) عصب داخلی سر قندال کے پیچھے کے میزاب میں موجود ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 313)۔

باب چہارم

پیش بازو

(THE FOREARM)

326

سطحی تشریح - یہ جارحہ اپنے بالائی نصف پر اور خاص کر بالائی نکتہ پر مستعرض قطر میں مقدم موخر قطر کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس مقام پر کی تراش کا خاکہ کسیندر بیضوی ہوتا ہے اور نیز یہ سامنے کی طرف سے چپٹا اور پیچھے کی طرف سے محدب ہوتا ہے۔ یہ خاکہ قوی العضلات موضوعات میں بہترین طور پر نظر آتا ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلات کے ان جانبی تودوں پر ہے جو سر قداموں سے نیچے اترتے ہیں۔ ضعیف العضلات اشخاص میں اس جارحہ کے خاکہ کا رجحان بلند ترین حصہ پر بھی بیضوی ہونے کی بجائے مدور ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ مزید برآں عورتوں اور بچوں میں یہ جارحہ جانبی عضلی تودوں کے بہت کم نمویافتہ ہونے اور سامنے کی اور پیچھے کی طرف چربی جمع ہونے کی وجہ سے گول ہوتا ہے۔

مضبوط موضوع میں پیش بازو کی موخر سطح کے باہر کے کنارے پر ایک ارتفاع پایا جاتا ہے جو عضلہ عضد یہ کعجریہ (brachio-radialis) اور دو کعجریہ باسط عضلات (radial extensors) سے بنتا ہے اور یہ عضلات اس کنارے کے وسط سے نیچے وتری ہو جاتے ہیں۔

اس کنارہ کے زیرین ٹنٹ پر ایک چھوٹا سا فراز ہوتا ہے جو ترچھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی اور آگے کی طرف کو جاتا ہے۔ یہ فراز انگوٹھے کے باسط عضلات کے گزرنے سے بنتا ہے۔ موخر سطح کے وسط پر ایک اور ارتفاع ہوتا ہے جو بیرونی (جانبی) قندال سے نیچے کی طرف آتا ہے اور یہ زیادہ تر باسط مشترکہ (extensor communis) سے بنتا ہے۔ اس فراز کے اندر کی طرف ایک میزاب ہوتا ہے جو بہت قوی العضلات اشخاص میں اچھی طرح سے دکھائی دیتا ہے۔ یہ زند کے موخر نظری کنارہ کو ظاہر کرتا ہے۔

زند شروع سے لیکر آخر تک زیر جلدی ہوتی ہے اور اسکا امتحان آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ کعبہ کا بالائی نصف حصہ آنا گہرا واقع ہوتا ہے کہ آسانی شناخت نہیں کیا جاسکتا، لیکن اس لمبی کا زیرین نصف حصہ جلد کے نیچے آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔

327

کبری شریان کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو کہنی کے خم پر سے ذور اسین کے وتر کے بیرونی کنارہ سے لیکر کعبہ کے زائندہ ابریہ (styloid process) کے سامنے تک کھینچا جائے۔ نبض زائندہ ابریہ اور عضلہ قابضہ رسغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان محسوس کیجاتی ہے جہاں یہ کعبہ کے بعدی سرے پر ممکن ہوتی ہے۔ زندگی شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو خفیف سے بیرونی انفقار کے ساتھ پیش مرفعی حفرہ کے وسط سے لیکر اس خط کے وسطی اور بالائی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک کھینچا جائے جو اندرونی سرقندال کو عظم مشنگ (pisiform bone) کی کبری طرف سے ملاتا ہوا اسکے بعد یس دوسرے خط کی متابعت کرتی ہے۔ زندگی عصب اس سرقندالی مشنگی خط کے تمام طول کا متناظر ہوتا ہے۔

ان اوتار وغیرہ کا ذکر جن کا منظر ہر پیش بازو کے نیچے کے سرے پر کیا جاسکتا ہے پونچے کے بیان میں کیا جائیگا۔

عروق۔ کبری شریان کا اوپر کا حصہ عضلہ عضدیہ کبریہ (باطحہ طول)

کی اندر کی کور کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ گر پیش بازو کے زیرین حصہ میں یہ اس عضلہ سے پوشیدہ نہیں ہوتی بلکہ اسکے وتر اور عضلہ قابضہ رسغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اوپر سے لیکر نیچے تک اسکے گہرے تعلقات یہ ہیں: ذور اسین کا

وتر - عضلہ باطنیہ قصیرہ (supinator brevis) عضلہ کابہ مدللجہ کعبیہ (pronator radii teres) - عضلہ قابضہ سطحیہ اصبعیہ (flexor sublimis digitorum) کا کعبیہ سر - عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ (flexor longus pollicis) عضلہ کابہ مرجسہ (pronator quadratus) اور کعبہ - اسکے خط کے اوپر شکاف دیکر اور عضلہ عضدیہ کعبیہ کو باہر کی طرف ہٹا کر اسے آسانی سے حاصل کیا جاسکتا ہے -

زندگی شریان (ulnar artery) اُس خط کی متابعت کرتی ہے جس کا ذکر

پہلے کیا جا چکا ہے - اپنے بالائی ایک تہائی ترچھے حصہ میں یہ عضلہ کابہ مدللجہ کعبیہ (pronator radii teres) کے دونوں سروں کے نیچے گہری چلی جاتی ہے! اور یہاں یہ عصب وسطی سے اس عضلہ کے گہرے سر سے علیحدہ ہوتی ہے - اس کے بعد یہ عضلہ قابضہ اصبعیہ عمقیہ (flexor profundus digitorum) کے اوپر سے اور عضلہ قابضہ رسنغیہ کعبیہ (flexor carpi radialis) ، عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor sublimis digitorum) کے نیچے سے گذرتی ہے - نیچے کا انقباضی دو تہائی حصہ عضلہ قابضہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے ہوتا ہے، سوائے اس حصہ کے جو پہونچنے کے قریب ہوتا ہے اور جو عضلہ قابضہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے - ان عضلات میں سے قبل الذکر اندر کی طرف اور موخر الذکر باہر کی طرف ہوتا ہے - زندگی عصب اس شریان کے زیرین دو تہائی حصہ کی اندرونی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے -

کعبیہ اور زندگی شریان کے درمیان ٹنم نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور یہ انکے تقریباً تمام عمروں میں پایا جاتا ہے - لہذا ایسا اکثر ہوتا ہے کہ نرف کو بند کرنے کے لئے کلمے ہو عرق کے دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے -

پیش بازو کی موخر (ظہری) جانب پر بڑے بڑے عروق اور اعصاب کا ایک خالص فقدان پایا جاتا ہے، اور یہ اس لحاظ سے ایک معنی خیز امر ہے کہ جارحہ کی یہی جانب ضرر کے لئے سب سے زیادہ معرا رہتی ہے - نرف سے نیچے کف دست کے برابر چوڑے حصہ پر وسطی اور دینی تقریباً مکمل طور پر غائب ہوتی ہیں -

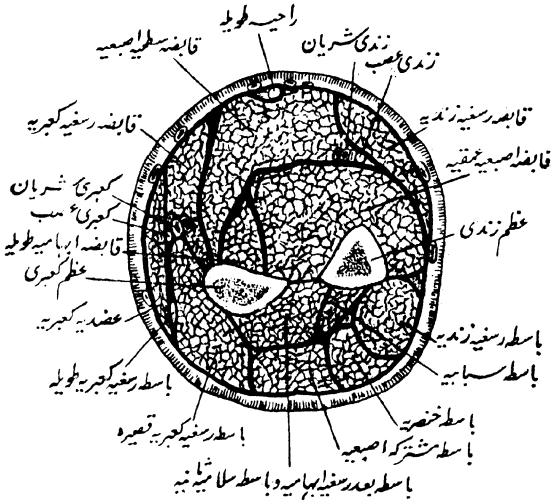
وسطی عصب عضلہ کا بہ مدلیہ (pronator teres) کے عضدی اور زندگی

سروں کے درمیان سے گزرتا ہے۔ پونہچے پر یہ عصب عضلہ قابضہ رتغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor digitorum sublimis) کے وتروں کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور عضلہ راحیہ طولیہ (palmaris longus) کے وتر سے جو اسکا محل معلوم کرنے کے لئے ایک مفید رہنما کام دیتا ہے یہ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کو ضرر پہنچنے سے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں انکا ذکر صفحہ 376 پر کیا گیا ہے۔

پیش بازو کی ہڈیاں۔ جارحہ کے مختلف لیولوں پر تراش کاٹنے سے یہ ظاہر

ہوتا ہے کہ کعبہ اور زند اسکے تمام حصوں میں راحی جانب کی نسبت ظہری جانب کے زیادہ قریب ہوتی ہیں (شکل ۷۲ و ۷۳)۔ تراش جتنی بلند ہوگی یہ تعلق اتنا ہی نمایاں ہوگا۔ جارحہ کے وسطی ثلث کے نرین یا اسکے بعدی سرے کے قریب دونوں ہڈیاں اسکے مرکز کے زیادہ قریب ہوتی ہیں۔ پیش بازو کے بالائی یا قرنی حصہ پر عضلات زیادہ تر اطراف پر یا سامنے کی طرف پائے جاتے ہیں۔ تراش جتنی بعدی ہوگی ہڈیاں اطراف پر اتنی ہی کم پوشیدہ ہونگی اور نرم حصے جارحہ کی راحی اور ظہری جانبوں پر اتنی ہی زیادہ مساوات سے منقسم ہونگے۔ یہ بھی دیکھنے میں آئے گا کہ جہاں ایک ہڈی زیادہ موٹی ہے وہاں دوسری زیادہ پتلی ہے، جیسا کہ کہنی اور پونہچے کے قریب ہوتا ہے۔ نیز جارحہ کے وسط پر دونوں ہڈیاں مضبوطی میں ایک دوسرے کے تقریباً برابر ہوتی ہیں۔ دونوں ہڈیوں کے اور خاصکر زند کے جارحہ کی ظہری جانب کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے انکا امتحان اس طرف کی سطح سے آسانی کیا جاسکتا ہے اور اسی جانب سے ہڈیوں کے امتصالات جزئی اور دوسرے عملیہ جات نہایت آسانی سے سرانجام دئے جاسکتے ہیں مزید برآں اس سے یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ مرکب کسور میں ٹکڑوں کے باہر نکل آنے سے جو زخم پیدا ہوتا ہے وہ عام طور پر جارحہ کی ظہری جانب پر ہی واقع ہوتا ہے۔ لکباب (pronation) اور بطح (supination) کی اہم حرکتیں انہی ہڈیوں کے درمیان اس محور پر واقع ہوتی ہیں جو اس خط کا متناظر ہوتا ہے جو کعبہ کے سر اور زند کے بعدی سرے اور جھگی کی بعد رتغی ہڈی میں سے گزرتا ہو۔ انتہائی لکباب میں کعبہ زند پر سے ترچھی گزرتی ہے اور مقام تقاطع پر دونوں ہڈیاں

ایک دوسرے سے تقریباً مس کرتی ہیں اور بین العظامی غشتا کے نیچے کے ریشے اور زلہری کبجری زندگی رباط
تتار ہوتا ہے۔ ”بطح (supination) کے روکنے میں کسی رباط کو حقیقی دخل قطعاً حاصل نہیں ہوتا
بلکہ یہ حرکت کعبہ کے زندگی کٹاؤ کی موخر کو ر کے عضل باسط رسغیہ زندیہ (extensor carpi
ulnaris) کے وتر سے مس کرنے سے کرتی ہے جو زند کے زائدہ ابریہ اور اس کے گول سر کے درمیان



شکل ۷۲۔ پیش بازو کے وسط میں سے مستعرض تراش۔
(گروان: Braune کے مطابق)

390 واقع ہوتا ہے“ (سر۔ ایچ مورس: Sir H. Morris) دونوں حرکتوں میں بطح (supination)
زیادہ قوی ہوتا ہے اور بہت سی مثالوں سے اسکی توضیح ہوتی ہے۔ بیچ کش یا برے کا استعمال
کرتے وقت بطح اور اکباب کی دونوں حرکتیں نمایاں طور پر عمل میں آتی ہیں لیکن اصلی طاقت
کا استعمال حالت بطح ہی میں کیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی معنی خیز ہے کہ گاگ بیچ کامرغولہ اس طرح
بنا ہوتا ہے کہ وہ حرکت اکباب کی بجائے حرکت بطح ہی سے اندر جاتا ہے۔
صرف ایک ہی وضع ہے جس میں دونوں ہڈیاں آپس میں تقریباً متوازی ہوتی ہیں

اور یہ بطح کی حالت ہے۔ مزید برآں اگر سختی واقع ہو جائے تو حالت اکباب یا وسطی حالت کی نسبت حالت بطح میں تنہیت ہونے سے باز و زیادہ کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ اسی لئے پیش بازو کے بہت سے کسور کو درست کرنے کے لئے یہی وضع منتخب کیجاتی ہے۔ بین العظامی فضا ایلیمینٹی شکل کی ہوتی ہے اور نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے ذرا بڑی ہوتی ہے۔ مکمل اکباب میں تنگ ترین ہو جاتی ہے اور بطح میں یہ سب سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے، اور وسطی حالت میں بھی یہ اتنی ہی چوڑی ہوتی ہے۔

یہ معلوم ہونا چاہئے کہ ترچھے کعبی زندگی رباط کا میلان ان توتوں کی مزاحمت کرنے کی طرف ہوتا ہے جو کعبہ کو ذراعیہ سے دور کھینچتی ہیں۔ یہ ذراعیہ سے کعبہ کی طرف کو جاتا ہے اور یہ بمنزلہ ایک بلا واسطہ رباط کے ہے اور اسی کا فضل سرانجام دیتا ہے اور بین العظامی رباط اپنے ریشوں کے ترچھے پن کی وجہ سے زندگی کعبہ کے اس بار کے برداشت کرنے میں شریک ہونے پر مجبور کرتا ہے بلکہ یہ ہڈی اوپر کی طرف کو دھکیلی جا رہی ہو جیسا کہ تھھیلی کے سہارے سے آرام کرنے یا اس سے دھکیلنے کی حالت میں ہوتا ہے۔

کلائی کے کسور - کعبہ یا زندگی علیہ علیحدہ ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹتی

ہیں۔ جب کعبہ اکیلی ٹوٹتی ہے تو ایسا بالعموم کسی بلا واسطہ ضرب سے ہوتا ہے، کیونکہ وہ تمام صدمے جو ہاتھ سے منتقل ہوتے ہیں کم و بیش کلائی پر اس تک پہنچتے ہیں۔ عکس اس کے زندگی اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتی ہے کیونکہ یہ دونوں ہڈیوں میں سے زیادہ سطحی اور زیادہ معرا ہوتی ہے، مثلاً سر کی چوٹ کو روکنے کے لئے جب بازو اوپر اٹھایا جاتا ہے تو زندگی سب سے اوپر ہوتی ہے۔ قدیم مصریوں میں جو کلہاڑی چلانے کے بہت دلدادہ تھے زندگی بعدی سرے کا کسر بہت عام تھا، جیسا کہ ایلینٹ سمٹھ (Elliot Smith) اور وڈ جونز (Wood Jones) کی تحقیقات سے ہمیں معلوم ہوا ہے۔ جب دونوں ہڈیاں اکٹھی ٹوٹتی ہیں تو چوٹ بعض اوقات بلا واسطہ ہوتی ہے اور بعض اوقات بلا واسطہ۔ جب دونوں ہڈیاں ٹوٹتی ہیں اور کسور ترچھے ہوتے ہیں تو قابض اور باسط عضلات کے متحدہ فعل سے قصہ پیدا ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے اور عضلی فعل کی نسبت زیادہ تر ضرب کی سمت پر منحصر ہوتی ہے۔ اگر اتحاد آجل ہو تو تاخیر بالعموم کعبہ میں پائی جاتی ہے، کیونکہ دونوں ہڈیوں میں سے یہی

زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔

جب ایسی کعبہ (۱) ذوراسین اور عضلہ کا بہ مدلمجہ (pronator teres)

کے منہاؤں کے درمیان ٹوٹی ہے تو ذوراسین اوپر کے ٹکڑے کی خم کردگی پیدا کر دیتا ہے اور یہ اور عضلہ باطمہ قصیرہ (supinator brevis) اسکو مکمل بطح کی حالت میں لے آتے ہیں۔ نیچے کے ٹکڑے کو دونوں عضلات کا بہ اکباب کی حالت میں لے آتے ہیں اور اسے کھینچ کر زند کی طرف لے آتے ہیں۔ اگر ایسا کمر اس طرح باندھ دیا جائے کہ ہاتھ اکباب اور بطح کی حالتوں کے عین درمیان ہو تو متدربہ ذیل خرابیاں پیدا ہونگی۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کی وجہ سے مکمل بطح کی حالت میں رہتا ہے اور نیچے کا ٹکڑا جمیروں کی وجہ سے وسطی وضع میں رہتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ہڈی کا اصلی محور بار دیگر قائم نہیں کیا جاتا اور ذوراسین اور عضلہ باطمہ کا فعل بطور عضلات باطمہ کے باطل زائل ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جن مریضوں کا علاج اس طریقہ پر کیا جائے انہیں صحت ہونے پر قوت بطح بہت حد تک زائل ہو جاتی ہے۔ اور اس نتیجہ سے استرا کرنے کے لئے جارحہ کو مکمل بطح کی حالت میں باندھا جائے تاکہ دونوں ٹکڑے اپنے مناسب محور پر متحد ہو سکیں۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات سے مکمل بطح کی حالت میں ہوتا ہے اور نیچے کا جمیروں سے اس حالت میں رہتا ہے۔

332

(۲) جب کمر دونوں عضلات کا بہ کے منہاؤں کے درمیان واقع ہو تو ذوراسین اور عضلہ کا بہ مدلمجہ اوپر کے ٹکڑے کو ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور موخر الذکر عضلہ اسکو زند کی طرف کھینچ لیتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کو عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) زند کی طرف مقرب کر دیتا ہے اور اسکا اوپر کا سرا عضلہ عضلہ کعبہ کے زائدہ ابرہ پر فعل کرنے کی وجہ سے اس ہڈی کے اور بھی زیادہ قریب آ جاتا ہے۔ عضلہ کا بہ مدلمجہ (pronator teres) کا جو فعل اوپر کے ٹکڑے پر ہوتا ہے اس پر ذوراسین کی قوت باطمہ اس حد تک غالب آ جاتی ہے کہ قبل الذکر کسا فعل کسی شمار ہی میں نہیں آتا اور اس حالت میں بھی مکمل بطح کی حالت میں جمیہ سے باندھا جاتا ہے۔

جب ایسی زند ٹوٹی ہے مثلاً جب کمر تقریباً وسط میں واقع ہو تو عضلہ عضلہ قریبی

ٹکڑے کو بعض اوقات ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے اور عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) نیچے کے ٹکڑے کو کعبہ کی طرف کو لے آتا ہے۔

ذبولی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں اور وہ اس طرح بے کار ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت عضلات کے کسی گروہ میں بھی پیدا ہو سکتی ہے بشرطیکہ ان پر شدید اور مسلسل دباؤ ڈالا جائے، جیسا کہ پیٹوں کے حد سے زیادہ کس کر باندھنے یا کہنی یا گھٹنے کو انتہائی خم کر دگی کی حالت میں بہت عرصہ تک رکھ چھوڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ جمیروں اور پیٹیوں کے غیر مناسب استعمال سے کسور کا علاج کرنے میں جو تہج جارحہ میں فوراً نمودار ہو جاتا ہے اسکی پیدائش کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا زیادہ تر حصہ سطحی وریدوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔

شکل ۷۳ سے حصوں کا جس طرح کہ یہ پیش بازو کے بعدی ثلث پر کے مدور بتر میں کاٹے جاتے ہیں تعلق ظاہر کیا گیا ہے۔

باب پانزدہم

پوہنچا اور ہاتھ

(THE WRIST AND HAND)

سطحی تشریح۔ پوہنچے پر مندرجہ ذیل ساختوں کی شناخت کیجا سکتی ہے۔ کعبری طرف سے شروع کر کے کعبہ کا نیچے کا سرا اور زائدہ ابریہ اچھی طرح سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ہڈی یہاں پرائے کی اور پیچھے کی جانب پر سطحی ہوتی ہے اور مذکورہ زائدہ ابریہ زند کے تناظر زائدہ کی نسبت زیادہ تر راجی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے اور نیز یہ ہاتھ کی طرف کو تقریباً ۱/۲ انچ زیادہ نیچے اترا ہوتا ہے۔ کالس کے کسر (Colles's fracture) کی تشخیص کرنے میں یہ امر عظیم الاہمیت ہے، کیونکہ اس حادثہ میں زوائد ابریہ اکثر ایک ہی لیول پر آجاتے ہیں۔

پوہنچے پر کعبہ کی بیرونی یا جانبی سطح پر سے عضلہ متعده اہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ اہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے وتر گزرتے ہیں۔ جب انگوٹھا تعید کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہوتے ہیں اور دونوں کے درمیان کا درز نما وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔

پوہنچے کی راجی جانب پر اسکے وسط کے قریب عضلہ راجیہ طویلہ (palmaris longus)

کا وتر ہوتا ہے اور یہ ان تمام اوتار سے جو بوز کی اس جانب پر واقع ہوتے ہیں عام طور پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جن پونچھوں کا امتحان کیا گیا ہے انہیں سے تقریباً ۱۰ فیصد میں یہ غائب پایا گیا ہے۔ جب پونچھا ذرا خم کردہ ہو اور انگلیاں اور انگوٹھا بسط کر دگی کی حالت میں ہوں، اور فرازات ابہام و مختصر حقی الامکان ایک دوسرے کے قریب ہوں تو یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ اس سے ذرا باہر کی طرف عضل قابضہ رسنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کا وتر ہوتا ہے جو جسامت میں بڑا مگر کم واضح ہوتا ہے۔ ان دونوں وتروں کے درمیان جو تنگ میزاب ہے اس میں عصب وسطی واقع ہوتا ہے اور عضل قابضہ رسنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کی کبریہ جانب پر کبریہ شریان ہوتی ہے۔ رفیق وریدیں اس شریان کے گردا گرد ہوتی ہیں اور جب یہ متند ہو جاتی ہیں تو نبض کی نوعیت کو بدل دیتی ہیں (ہل Hill)۔ بعض اوقات سلمی اجمی (superficial volar) زیادہ اونچے مقام سے نکلتی ہے اور معمول کی نسبت بڑی ہوتی ہے اور کبریہ کے ساتھ ساتھ پونچھ کے سامنے کیرطاف سے گزرتی ہے۔ اس حالت میں یہ نبض کے حجم کو زیادہ کر دیتی ہے اور ”نبض مضاعف“ (double pulse) کے پیدا ہونے کا سبب ہوتی ہے۔ پونچھ کے زندی کنارے کی طرف عضل رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کا وتر عظم مشگلہ (pisiform bone) کی طرف آتا ہوا نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ جب پونچھا خفیف ساخم کردہ ہو اور چھنگلی ہتھیلی کی طرف کو زور سے دبائی ہوئی ہو تو یہ نہایت واضح ہوتا ہے۔ اس وضع میں جو گڑھا موخر الذکر وتر اور عضل راحیہ طویل (palmaris longus) کے درمیان پایا جاتا ہے اس میں عضل قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کا وتر ہوتا ہے اور عضل قابضہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کی عین کبریہ طرف کو زندی شریان کے ضربات محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ پونچھ کی راجی سطح کی موٹی جلد کے نیچے وریدوں کے ایک ضغیرہ کا کچھ حصہ نظر آتا ہے جو وسطی (median) اور راجی (volar) زندی تنوں پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ زندی عصب ایک میزاب میں واقع ہوتا ہے جو عظم مشگلہ کی کبریہ جانب پر ہوتا ہے۔

335

پونچھ کی کپشت پر سے مستعصا گزرتے وقت مندرجہ ذیل خصائص (شکل ۷۵) باسانی دکھائی دیتے ہیں خاص کر جبکہ انگوٹھے اور انگلیوں کی زور سے بسط کر دگی اور تبعید کی گئی ہو۔ بسط (tabatière) یا تشریحی ناسانی (anatomical snuff box) جو ایک عمیق جوف ہے (دیکھو صفحہ 339) اگلی طرف سے عضل مبعده ابہامیہ طویل (abductor longus pollicis)

اور عضل باسط اہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے تڑوں سے جو قریبی طور
مقرب ہوتے ہیں محدود ہوتا ہے اور پونہچے کی طرف سے یہ عضل باسط اہامیہ (extensor
longus pollicis) (عضل باسط سلا میہ ثانیہ: extensor secundi internodii) کے
بہت نمایاں وتر سے محدود ہوتا ہے۔ یہ وتر ایک چھوٹے سے نمایاں عظمی ارتقاع کی طرف رہنمائی کرتا
ہے جو کعبہ کی پشت پر واقع ہوتا ہے اور یہ اس عظمی میزاب کے بیرونی کنارہ کی نشان دہی کرتا ہے
جس میں یہ وتر پایا جاتا ہے۔ کعبہ پر پہنچ کر یہ وتر اسکی ظہری سطح کے وسط کو ظاہر کرتا ہے اور
زورقی (navicular) (سفینیہ scaphoid) اور قمری (lunate) (نیم قمری: semilunar)
ہڈیوں کے درمیانی فاصلہ کو تخمیناً ظاہر کرتا ہے۔ دو اور وتر بھی دکھائی دیتے ہیں مگر وہ اتنے نمایاں طور
پر نظر نہیں آتے۔ یہ عضل باسط مشترکہ (extensor communis) اور عضل رستب زائدہ
(extensor carpi ulnaris) کے وتر ہیں۔

زند کا نیچے کا سرا بہت نمایاں ہوتا ہے۔ جب ہاتھ بلع کی حالت میں ہوتا ہے تو اس کا
زائدہ ابریہ پونہچے کی وسطانی ظہری سطح پر عضل باسط زائدہ (extensor carpi ulnaris)
کی وسطانی جانب منتشر ہوتا ہے مگر حالت اکباب میں زائدہ کم نمایاں ہو جاتا ہے اور اسکا سر
پونہچے کی پشت پر نمایاں طور پر نکل آتا ہے اور یہ عضل باسط رستب زائدہ (extensor carpi
ulnaris) اور عضل باسط خنصریہ (extensor digiti quinti) کے وتروں کے درمیان

386

کعبی رستب جوڑ (پونہچے کا جوڑ)۔ زند کے زائدہ ابریہ کی نوک پونہچے

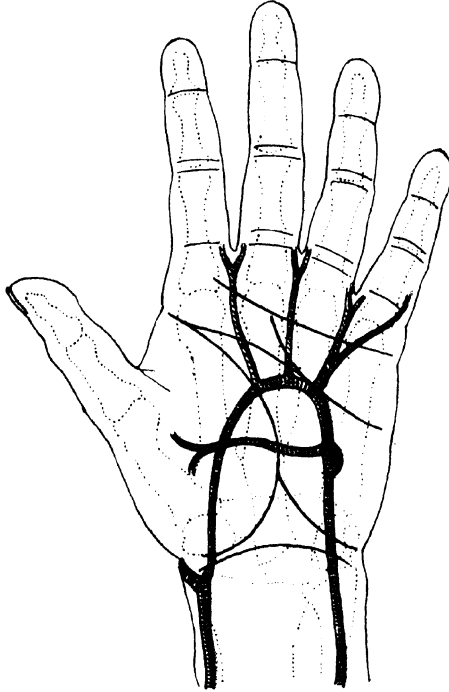
کے جوڑ کے خط کی متناظر ہوتی ہے اور اگر اس مقام کے نیچے چاقو داخل کیا جائے تو یہ اس
مفصل میں داخل ہو جائے گا۔ اگر کعبہ کے زائدہ ابریہ کی عین بعدی طرف پر چاقو افقی سمت میں
داخل کیا جائے تو وہ سفینیہ (scaphoid) سے ٹکرائے گا۔ اگر دونوں زوائد ابریہ کے درمیان
خط کھینچا جائے تو وہ نیچے کی اور باہر کی طرف کو مائل ہوگا اور اسکے دونوں سرے کعبی رستب
جوڑ کے انتہائی تحتانی حدود کو ظاہر کریں گے اور ایک کافی حد تک اس قوس کے وتر کے متناظر
ہونگے جو اس جوڑ کے خط سے بنتی ہے۔ زوائد ابریہ کا درمیانی خط پونہچے کی محراب کی چوٹی سے
نصف انچ برے ہوگا۔

پونچے کی کئی جانب کی جلد میں بہت سے شکن ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعدی نمایاں ترین ہوتا ہے۔ یہ نیچے کی طرف کو ذرا محدب ہوتا ہے اور عظم کبیر (os magnum) عظم تار کی (capitate bone) کی گردن کو تیسری بعد رسنی ہڈی کے انحن میں ٹھیک ٹھیک کاٹتا ہوا گزرتا ہے (ٹکو: Tillaux) اور پونچے کے جوڑ کی محراب کی بعدی جانب پر یہ ہم اسج سے ذرا کم فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ رسنی بعد رسنی جوڑ سے یہ تقریباً ۱/۲ اسج کے فاصلہ پر قریبی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے اور مستعرض رسنی (مقدم حلقہ نما) رباط کو یہ ایک کافی صحیح حد تک ظاہر کرتا ہے (شکل ۷۸ صفحہ 347)۔

ہاتھ کی کئی سطح

ہتھیلی اپنے وسط میں جہاں جلد کئی صفاق سے منقسم ہوتی ہے مقعر ہوتی ہے۔ ہتھیلی کے اس گڑھے کا خاکہ تقریباً مثلث نما ہوتا ہے، اور اس کا باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اسکی ایک طرف فرار ابہام اور ایک طرف فراز خنصر ہوتا ہے۔ قبل الذکر ارتفاع کے قریبی سرے پر کبیری زائیدہ ابریہ کی بعدی اور وسطانی جانب پر ایک عظمیٰ مریمیہ خمیس کیا جاسکتا ہے، جو سفینیہ (scaphoid) کے درنہ اور عظم فریہ (trapezium) کثیر الزوا یا کبیر (multiangulum majus) کے اوپر کے حید سے بنتا ہے (شکل ۷۸)۔ ہڈی کے ان دونوں زائیدوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ ہمیشہ معلوم نہیں ہو سکتا۔ فراز خنصر کے قریبی سرے پر عظم مشگمک (pisiform bone) کا مریمیہ ہوتا ہے اور اس کے عین نیچے کلاب نما ہڈی (unciform) (خرطانی: hamate) زائیدہ شناخت کیا جاسکتا ہے ہتھیلی کے گڑھے کی بعدی جانب پر اور چاروں انگلیوں کی درمیانی گھائیوں کے مقابل تین چھوٹے چھوٹے ارتفاعات دیکھنے میں آتے ہیں خاصکر جبکہ قریبی سلامیات بسط کردگی کی حالت میں ہوں اور وسطیٰ اور بعدی سلامیات خم کردہ ہوں۔ یہ اتار قابضہ کے درمیان کی شیمی بافت اور کئی صفاق کی اصبعی دھبوں کے متناظر ہوتے ہیں اور جو میزاب ان ارتفاعات کو علیحدہ کرتے ہیں وہ انہی دھبوں کے متناظر ہوتے ہیں۔ جب ہاتھ بند کیا جاتا ہے تو ہتھیلی میں بعض خاص جھریاں یا شکن نمودار ہو جاتے ہیں۔ بسط کردہ ہاتھ کی ہتھیلی میں یہ جھریاں لکیروں کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں بیکار لوگوں نے خوش اعتماد اشخاص سے انکی بدولت بہت بیجا فائدہ اٹھایا ہے۔ لیکن جراح کے لئے یہ گہری ساختوں کے لئے صرف سطحی رہنماؤں کا کام دیتی ہیں۔ انہیں سے دو جھریوں۔ قریبی مستعرض اور بعدی مستعرض۔

کا رخ مستعرض ہوتا ہے (دیکھو شکل ۷۴) جب انگلیوں کو ہتھیلی پر خم کیا جاتا ہے تو یہ دونوں تھریا شبکیوں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں۔ دو درجے شکن کعبری ترچھا اور زندگی ترچھا (جو اکثر



شکل ۷۴۔ ہتھیلی کے سطحی نشانات۔

موٹے سیاہ خطوط ہتھیلی کے خطوط کو ظاہر کرتے ہیں۔ کعبری اور زندگی شریاٹوں کا اختتام دکھایا گیا ہے، جو سطحی اور عمیق راسی محرابوں پر ہوتا ہے۔

متوقف ہوتے ہیں) اسوقت نمایاں ہوتے ہیں جبکہ انگوٹھا (انگلیوں کے مقابل لایا جائے یا انہی طرف خم کیا جائے۔ قریبی مستعرض شکن ہتھیلی کے وسط کو عبور کرتا ہوا سطحی کئی محراب کے اندھاب کی نشاندہی کرتا ہے۔ بعدی مستعرض شکن پانچویں پوٹھی اور تیسری بعدی سنی پٹھوں کی گردنوں پر سے گزرتا ہے اور ہاتھ کی زندگی طرف کے تین اصابع کے زلابی ملاقوں کی ابتدا کو

کسی حد تک نما ہر کرتا ہے۔ بعدی مستعرض خط کے متناظر لیول پر کتفی صفاق (palmar aponeurosis) (ردا: fascia) چار دھبوں میں تقسیم ہو جاتا ہے، اور اس شکن اور انگلیوں کی درمیانی جلد کے عین درمیان بعد رسنی سلامی (metacarpo-phalangeal) جوڑو واقع ہوتے ہیں۔ انگلیوں کی قابض طرف پر جو تین مستعرض خط ہوتے ہیں ان سے قریبی بعد رسنی سلامی جوڑو سے ۳ انچ آگے (بعدی جانب کی طرف) واقع ہوتا ہے۔ انگشت اشاریہ اور چھنگلی پر کا یہ خط مفرد ہوتا ہے۔ لیکن وسطی اور بنصر پر کا ڈہرا ہوتا ہے۔ انگلیوں کے وسطی اور بعدی خط میان سلامی شکن ہیں۔ سب انگلیوں کے وسطی خطوط دبے ہوتے ہیں اور قریبی میان سلامی جوڑوں کے عین بالمقابل واقع ہوتے ہیں (شکل ۷۴)۔ بعدی شکن مجرد ہوتے ہیں اور متناظر جوڑوں کی ذرا بعدی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ انگوٹھے پر دو مجرد لکیریں ہوتی ہیں، جو دونوں جوڑوں کی متناظر ہوتی ہیں۔ قریبی لکیر بعد رسنی سلامی جوڑو پر سے ترچھے رخ میں گزرتی ہے۔

339

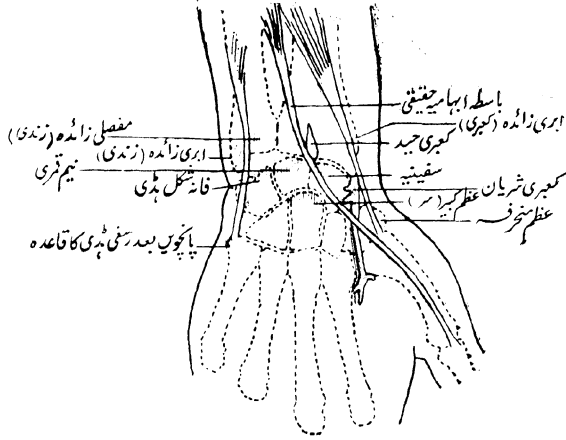
سطحی راجحی محراب (superficial volar arch) ہتھیلی پر سے ایک خمیدہ خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتی ہے جو عظم شنگہ سے شروع کر کے انگوٹھے کے کئی کنارہ کی سیدھ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے جبکہ انگوٹھا انگشت اشاریہ سے زاویہ قائمہ پر باہر کی طرف کوسن ہو۔ عمیق محراب سطحی کی نسبت پونچھ سے ۱ تا ۱ ۱/۲ انچ زیادہ قریب ہوتی ہے اور اس کے محل کی نشاندہی اس خط سے کی جاتی ہے جو پانچویں بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ سے لیکر دوسری بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ تک کھینچا جائے اور یہ دونوں مقامات باآسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ راجحی اصبعی شریانیں انگلیوں کی گھائیوں کی قریبی جانب پر ان سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر دو دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہیں۔

ہاتھ کی ظہری سطح۔ جب انگوٹھا بسط کر دگی کی حالت میں ہو تو ہتھیلی کی کعبری

جانب پر عضلہ متحدہ ابہامیہ طویل (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ طویل (extensor longus pollicis) کے درمیان ایک گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ فرانسیسی مصنفین نے اس گڑھے کو ”قشری مسط“ (tabatiere anatomique) کے نام سے موسوم کیا ہے (شکل ۷۵)۔ کعبری شریبان اس گڑھے کو عبور کرتی ہے اور مذکورہ بالا اوتار کے نیچے ہوتی ہے۔ لہذا یہ گہری

واقع ہوتی ہے اور کبیری رسی جوڑکے خارجی جانبی رباط پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ سفینیہ (scaphoid) اور عظم منحرف (trapezium) کے اوپر سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور انجام کار پہلی بین العظامی فضا میں سے پہلے بین العظامی عضلہ کے سروں کے درمیان سے گزر کر

340



شکل ۷۵۔۔ پونچھ کی نظری جانب کے اہم سطحی نشانات۔

عضلہ باسطہ ابہا حقیقی (ext. prop. poll.) = عضلہ باسطہ ابہا میہ طویلہ (ext. long. poll.)
 عظم زورقی (navicular) = سفینیہ (scaphoid) - عظم کبری (os magnum) = عظم تارکی
 (os capitatum) = عظم قمری (semi-lunar) = عظم قمری (os lunatum) - فائہ شکل ہڈی (cuneiform)
 = عظم مثلثیہ الزوایا (os triquetrum)

عمیق کنفی محراب کی کھوپ میں بیشتر حصہ لینے کے لئے آگے کی طرف کو نکل جاتی ہے۔ جلد کے نیچے اس فضا پر بالعموم ایک بڑی ورید دکھائی دیتی ہے۔ یہ انگوٹھے کی قیفالی (cephalic) ورید ہے۔ مزید برآں جلد کی کبیری عصب (cutaneous radial nerve) کی انتہائی شاخ کی جانبی قسمت بھی اس فضا کو عبور کرتی ہے۔ ”ناس دانی“ (snuff box) کے فرش پر عظم سفینیہ اور عظم منحرف واقع ہوتی ہیں۔ عضلہ باسطہ ابہا میہ طویلہ (extensor longus pollicis) پہلی بین العظامی

فضا کے راس کو عبور کرتا ہے۔ انگوٹھے کی سسمانی ہڈیاں اور نیز عظم مخروطی اور پہلی پس رستی ہڈی کے درمیان کا جوڑ، خوبی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ مخروطی الذکر مفصل ناس دانی کے فرش پر واقع ہوتا ہے۔

ہاتھ کی پشت پر مختلف اوتار اور اوپری وریڈس صاف صاف شناخت کی جاسکتی ہیں۔ پہلی اور دوسری بعد رستی ہڈیوں کے درمیان پہلا نظری بنی الخط (dorsal interosseous) عضلہ ہوتا ہے اور جب انگوٹھا انگشت اشاریہ کے ساتھ دبا کر ملا دیا جاتا تو یہ ایک نمایاں فرار کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ انگلیوں کی کانٹوں کی تینوں قطاریں مختلف جوڑوں کی قربی ہڈیوں سے بنتی ہیں گویہ جوڑوں کے خطوں کی تناظر نہیں ہوتیں، جو پہلے اسی زیادہ نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اگر لہر فرار کوٹ کر دیا جائے تو بعد رستی سلامی جوڑ پر بہتر کرتے وقت پوشش ناکافی رہ جاتی ہے۔ انگلی کے تینوں جوڑ اپنی تناظر کانٹوں سے فرداً فرداً $\frac{1}{4}$ و $\frac{1}{4}$ و $\frac{1}{4}$ اسی نیچے ہوتے ہیں (جیکبسن - Jacobson):

۶۹۱

۶۹۱

ہتھیلی اور انگلیوں کے سامنے کی طرف کی جلد موٹی اور کثیف ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت کی جلد بہت باریک ہوتی ہے۔ ہتھیلی اور انگلیوں کی سامنے کی اور جانبی اطراف اور اخیر کے سلامیات کی لہری جانب پر بال اور دہنی غد قطعاً موجود نہیں ہوتے۔ لہذا یہ حصے ان امراض سے مبرا ہیں جو شعری جرابوں اور ان کے زوائد پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ ہاتھ کی اور سلامیات کی قربی اور وسطی قطاروں کی پشت پر بہت سے بال اور دہنی جرابات پائے جاتے ہیں۔ غد و عرقیہ کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہتھیلی کی جلد میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ سپی (Sappey) کے مطابق انکی تعداد دوسرے حصوں کے غد کی نسبت چار گنا ہوتی ہے کراس (Krause) نے اندازہ لگایا ہے کہ ہتھیلی کے ایک مربع انچ پر ۲۸۰۰ غد و عرقیہ کھلتے ہیں۔ ہاتھ کی پشت پر اس تعداد کا تقریباً نصف پایا جاتا ہے۔

ہاتھ کی جلدی عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے اور پائینی کے جسم (Pacinian bodies) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہاتھ میں کہیں زیادہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ لمبی حساسیت سوائے زبان کی نوک کے جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ حساس ترین حصہ انگشت اشاریہ کے بعد یا ناخن سلامیہ کی کئی سطح ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت لمبی اثرات کے لئے سب سے کم حساس ہوتی ہے۔ انگلیوں کے سرے حس لمس کے لئے کلائی کے وسطی حصہ کی

جلد کی نسبت جو لمسی اثرات کے لئے جلد کے سبب کم حساس حصوں میں سے ہے، تیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں۔

ہاتھ کی سامنے کی طرف کی اور خاص کر ہتھیلی کی زیر جلدی بافت قلیل المقدار اور کثیف ہوتی ہے اور یہ چاندنی کی زیر جلدی بافت سے ان امور میں کسی قدر مشابہ ہوتی ہے کہ جلد اس سے قریبی طور پر منضم ہوتی ہے اور جو چربی اس میں موجود ہوتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے لختکوں میں جو حفرہ زوں میں واقع ہوتے ہیں مرتب ہوتی ہے۔ جلد جلدی رباطات سے ہتھیلی اور انگلیوں کی نکیروں پر بستہ ہوتی ہے۔ لہذا ہتھیلی اور انگلیوں کی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور جلد سے اسکا بہت کم ورتعلق ہوتا ہے۔ لہذا ہتھیلی اور انگلیوں کی مقدم جانب پر تہج اور خون کی زیر جلدی وعادریوں کا پیدا ہونا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، مگر لہر پر یہ وسیع ہوتی ہیں۔ ہتھیلی کی جلد کی کثافت کی وجہ سے اسکا التهاب نہایت درد نيز ہوتا ہے۔ مگر لہر کی ڈھیلی ڈھالی بافتوں کا التهاب بعض اوقات زیادہ درد پیدا کرنے کے بغیر ہی کسی حد تک ترقی کر جاتا ہے۔

ہتھیلی میں دباؤ اور زردی کے اثرات کا مقابلہ کرنے کے لئے بخوبی موافقت پائی جاتی ہے بشرہ موٹا ہوتا ہے اور جلد منضم ہوتی ہے اور اسکے عین نیچے کثیف کئی صفاق واقع ہوتا ہے جو کئی اعصاب اور بڑے بڑے عروق کی کافی حد تک حفاظت کرتا ہے اور یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ ہاتھ کا اگلا حصہ اور خاص کر ہتھیلی سطحی وریڈوں سے خاص طور پر مبرا ہوتی ہے۔ ہاتھ سے جو خون واپس جاتا ہے اسکا بیشتر حصہ حقیقتہً انگلیوں اور ہاتھ کی لہری جانب پر کی وریڈوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔ اسی طرح ہتھیلی کے عروق لف جن سے ایک کثیر العروق زیر جلدی ضفیہ طیار ہوتا ہے ہاتھ کی پشت پر کے بڑے بڑے دراکر عروق لف سے ملتے ہیں۔

ناخن کی شکل مختلف افراد میں کسی قدر مختلف ہوتی ہے اور بعض نئی امراض میں بھی متغیر

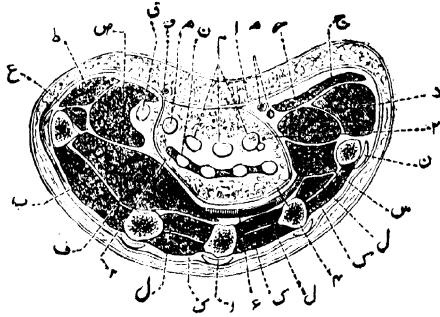
ہو جاتی ہے۔ لبقراطی ہاتھ (Hippocratic hand) وہ ہاتھ ہوتا ہے جس میں انگلیوں کے سرے گزرنکل ہوتے ہیں اور ناخن بہت خمیدہ ہوتے ہیں۔ بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے یہ حالت وریڈی خون کی واپسی میں رکاوٹ پیدا ہونے اور خون کی ناقص آکسیجن رسی (oxygenation) سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ اکثر غلغلی عارضہ قلب، دق، دہلی (empyema) اور پیچیدہ طول کے دوسرے مزمن حواریں اور بعض مدداری انورسائوں میں پائی جاتی ہے۔ التهاب کی بہت سی قسمیں ہیں جو

ناخن کے قالب (matrix) اور اسکے ارد گرد کے متصلہ نرم حصوں پر اثر انداز ہوتی ہیں (ناخن کی گدی کا التهاب: onychia اور وائس: paronychia)۔ اس قسم کے التهابات اس ساخت کی بدشکلی کا باعث ہوتے ہیں۔ جب کوئی ناخن تکیج یا چوٹ سے گر جاتا ہے تو نیا ناخن پیدا ہو جاتا ہے بشرطیکہ کچھ عمیق سرحلی خلیات باقی رہ گئے ہوں۔ مرض کے بعد کے زمانہ نقیبت میں ناخنوں پر ایک متعوض میزاب پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ میزاب ناخن کے اس حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔ جو دوران مرض میں بنا تھا اور اس کا خیال رکھنے سے ناخن کی رفتار بالیدگی کا اندازہ کیا جاسکتا ہے۔ ناخن فی ہفتہ $\frac{1}{16}$ انچ کی اوسط رفتار سے بڑھتا ہے اور اگر ہاتھ کی حرکت جیروں سے روک دیا جائے تو ناخن کی بالیدگی کم ہو جاتی ہے (ہیڈ: Head)۔ ہر ایک اصبعی عصب سے ایک خاص عظیم الجسامہ شاخ ناخن کے نیچے کے لباب کو جاتی ہے اور اس کثیر عصبی رسد اور اس حصہ میں پھیلنے کی قابلیت موجود نہ ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو ناخن کے نیچے کسی جسم غریب کے گھسنے سے پیدا ہوتا ہے۔

کئی ردا (palmar fascia) یا صفاق (aponeurosis)، متصلی کی جلد کے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ اسکی کثافت اور اسکا کڑا پن اور اعصاب اور عروق کی عدم موجودگی اس میں دباؤ برداشت کرنے اور ماتحت ساختوں کی حفاظت کرنے کی صلاحیت پیدا کرتی ہے اور اسکے ملائم ہونے سے حرکت آزادانہ طور پر واقع ہوتی ہے۔ یہ تین حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ ایک جانبی اور ایک وسطانی جو علی الترتیب فرازا بہام اور فراز خضصر کا غلاف ہوتے ہیں (شکل ۷۶)، اور ایک وسطی جو زیادہ بڑا ہوتا ہے اور متصلی کے زیادہ تر حصہ کی پوشش ہوتا ہے اور اس سے ہر ایک انگلی کو دھجیاں جاتی ہیں۔ ہر ایک دھجی سے ریشے ٹھکر اوتار کے اصبعی غلاف

جلد اور مستعرض رباط سے جا ملتے ہیں (نیز دیکھو صفحہ 337)۔ جو مرض **دوپیرین کے انقباض** (Dupuytren's contraction) کے نام سے موسوم ہے اس میں کئی ردا کا وسطی حصہ در خواصکرا اصبعی دھجیاں منقبض ہو جاتی ہیں۔ بنصر اور خضصر میں انقباض خصوصیت کے ساتھ اور ب سے پہلے نمودار ہوتا ہے قریب اسلامیہ متصلی کی طرف کچھا ہوتا ہے اور اسکے بعد دوسرا اسلامیہ خمیرہ ہو جاتا ہے اور بعض اوقات اسکی خم کردگی اس حد تک پہنچ جاتی ہے کہ قریب میان سلامی جوڑ میں

خلع واقع ہو جاتا ہے (ہچنسن: Hutchinon)۔ تجربہ سے یہ ظاہر ہے کہ اس ردا کو کھینچنے سے قریبی سلامیہ کو آسانی سے خمیدہ کیا جاسکتا ہے اور وسطی سلامیہ کی خم کردگی بھی کیجا جاسکتی ہے مگر اتنی آسانی سے نہیں۔ (کفتی ردا کا درمیانی حصہ عضلہ راجحیہ طویلہ: palmaris longus)



شکل ۷۶۔ فرازاتِ اہام و خنصر کے وسط میں سے ہاتھ کی افقی ترائش۔

(ٹیلو : Tillaux)

- ۱۔ بعد نشئی ہڈی۔ ج۔ پہلا نھری بین العظامی۔ ج۔ عضلہ راجحیہ قصیرہ۔ د۔ عضلہ معبدہ خنصریہ۔ ع۔ عضلہ قابضہ قصیرہ خنصریہ۔ ص۔ عضلہ مقابلہ خنصریہ۔ ح۔ عضلہ قابضہ اہامیہ قصیرہ۔ ط۔ عضلہ معبدہ اہامیہ قصیرہ۔ ع۔ عضلہ مقابلہ اہامیہ۔ ف۔ عضلہ مقربہ اہامیہ۔ ق۔ عضلہ قابضہ اہامیہ طویلہ۔ ک۔ نھری بین العظامی عضلہ۔ لی۔ راجحیہ بین العظامی عضلات۔ م۔ عضلہ قابضہ سطحیہ۔ ن۔ عضلہ قابضہ عمقیہ۔ و۔ سطحی راجحیہ شلخ (ششریان)۔ ۴۔ عصب وسطی اور (ایک اندر کی طرف) زندگی شریان اور عصب۔ ۵۔ عمیق راجحیہ محراب۔ ۱۔ کفتی ردا۔ ۲۔ بیرونی فاصلہ۔ ۳۔ اندرونی فاصلہ۔ ۴۔ ہتھیلی کی عمیق ردا۔

کے وتر کو ظاہر کرتا ہے)۔ اس مرض میں جلد کی سطح چسپید گیاں جو ماتحت ردا کے ساتھ ہوتی ہیں حد سے زیادہ خمیدہ ہو جاتی ہیں اور جلد میں نقرتیت (dimpling) ظاہر ہو جاتی ہے۔ جو کہ کفتی ردا کے درمیانی حصہ کے نیچے موجود ہوتا ہے وہ جانبین پر بند ہوتا ہے مگر نیچے اور اوپر کی طرف کھلا ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف ایک آزاد فتر موجود ہوتا ہے جو ملتقنا بارہ لاکھ نیچے

پایا جاتا ہے اور قابض اوتار کے ساتھ ساتھ کلائی میں چلا جاتا ہے اور نیچے کی طرف سات راستے ہوتے ہیں جو کئی ردا کے انقسام سے بنے ہوتے ہیں۔ ان سات راستوں میں سے چار مختلف انگلیوں کی جزا پر واقع ہوتے ہیں اور انہیں سے قابض اوتار گزرتے ہیں اور بقیہ تین انگلیوں کی درمیانی جلد کے تناظر ہوتے ہیں اور انہیں سے عضلات قطنیہ (lumbricales) اور اصبعی عروق اور اعصاب گزرتے ہیں۔ لہذا جب ہتھیلی میں کئی ردا کے نیچے پیپ بنتی ہے تو یہ کثیف نمٹائی سے آگے کی طرف نہیں آسکتی بلکہ یا تو انگلیوں کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے اور یا اوپر کی طرف پونچھے میں چلی جاتی ہے۔ کئی ردا اس قدر سخت مزاحمت پیش کرتی ہے کہ مجوس پیپ اپنا راستہ بین العظامی فضاؤں میں سے بنا لیتی ہے اور ہتھیلی کے غلافوں میں سے نکلنے کی بجائے ہاتھ کی پشت پر نکل آتی ہے۔

کئی خراج کھولنے وقت جبکہ اسکا منہ پونچھے سے اوپر بنا ہوا ہو، شکاف

پیش بازو کے طویل محور میں دینا چاہئے اور یہ مستعرض رسنی (مقدم حلقہ نما) رباط سے اوپر ہونا چاہئے اور شکاف عضلہ راجیہ طویل کی اندر کی طرف دینا نہایت مناسب ہوتا ہے کیونکہ اس مقام پر شکاف دینے سے زندگی اور کبریٰ ثربا میں اور نیز وسطیٰ عصب بھی محفوظ رہتا ہے۔

پونچھے کے اوپر کے رباطات مستعرض رسنی اور ظہری رسنی (حلقہ نما) رباطات سے

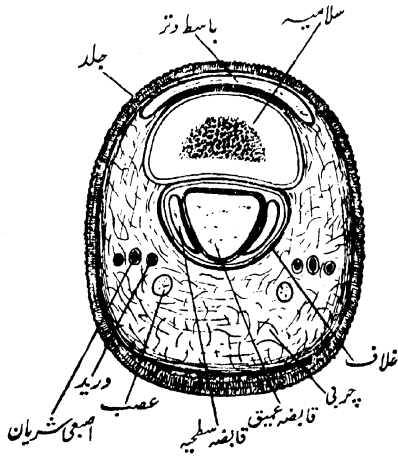
بستہ ہوتے ہیں اور انہی سے اپنی اپنی جگہ پر قائم رہتے ہیں مستعرض رسنی رباط اس قدر کثیف ہوتا ہے کہ ہتھیلی کے وسیع خراجات میں بھی جو پیش بازو تک پہنچ گئے ہوں اور اسکے نیچے کے وتری زلابی غلافوں کے شدید تمدد میں بھی یہ راستہ نہیں دیتا۔ ظہری رسنی رباط کانچے کا کنارہ مستعرض رسنی رباط کی اوپر کی کور کا تناظر ہوتا ہے۔

قابض اوتار کے یعنی غلاف بعد رسنی سلامی جوڑوں سے لیکر بعدی سلامی کے

قرنی سروں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا بعدی یا ناخن سلامیہ کا لباب (pulp) بالکل گرد و غمٹہ پر ہی مستکن ہوتا ہے۔ انگلیوں کے جوڑوں کے مقابل پر یہ غلاف ڈھیلے ڈھالے اور جانبین پر پائیدار ہوتے ہیں اور بعض اوقات غلافوں کے تھیلیبی ریشوں کے درمیان ایسی فضاؤں رہ جاتی ہیں

جن میں سے زلابی فٹسا جو غلافوں کا استر ہوتی ہے بروز کر آتی ہے۔ یہی وہ مقام ہے جہاں پر پیپ کے اس غلاف میں سے نکل آنے کا امکان ہوتا ہے۔ باقی مقامات پر غلاف کثیف اور استوار ہوتے ہیں اور کاٹنے پر بالکل کھلے رہتے ہیں (شکل ۷۷)۔ چنانچہ غلاف کو کاٹنے کے بعد جیسا کہ برتر میں کیا جاتا ہے ایک کھلا مجری باقی رہ جاتا ہے جو ہتھیلی کے اندر تک جاتا ہے اور اگر علیہ تراش کے

346



شکل ۷۷۔ پہلے سلامیہ کے وسط پر سے افقی تراش۔

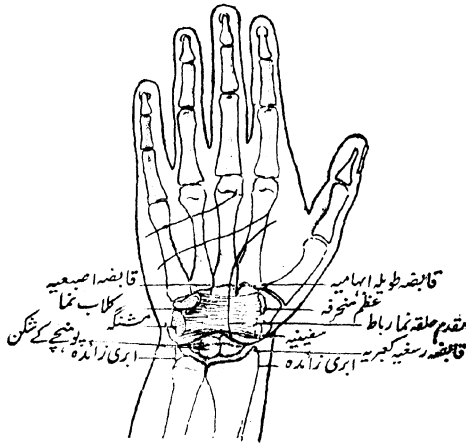
(نو: Tillaux کے مطابق)

حاد درجہ میں کیا جائے تو یہ پیپ کے اس حصہ تک منتشر ہونے کو نہایت آسان بنا دیتا ہے۔ اور اگر ایسی غلاف بالکل پڑھتے ہیں۔ جہاں وتر غلاف میں داخل ہوتا ہے وہاں وتر پر کسی عقدہ نما بیلد کے پیدا ہونے یا غلاف کی تنگی اور وتر کی عدم یکسانیت موجود ہونے سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو ”انگشت گرفتگی“ (snap finger) یا ”لبلیسی انگلی“ (trigger finger) کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی انگلی کی حسب مرضی بسط کر دی نہیں کیجا سکتی لیکن جب اسکو ہاتھ سے ذرا پیچھے کی طرف ہٹایا جاتا ہے تو یہ جیسی چاقو کے پھل کی طرح کھٹ کی آواز سے اپنی جگہ پر آجاتی ہے۔“

(ایبے: Abbe)۔

چھنگلی کا خلقی انقباض، خفیف سی مقدار میں خامسکر زد کیوں میں بہت عام ہوتا ہے۔ نمایاں واقعات میں قریبی سلامیہ پیش بسط کردہ ہوتا ہے اور درمیانی خم کردہ ہوتا ہے۔ اسی قسم کے واقعہ میں لاکٹ وڈ (Lockwood) نے یہ دریافت کیا تھا کہ یہ حالت جوڑ کے سامنے کے لمبی غلاف

347



شکل ۷۸۔ پونچے کا مقدم حلقہ تار باط اور پونچے اور ہاتھ کے زلزلابی غلاف۔ ہاتھ کی لکیریں سیاہ خطوں سے ظاہر کی گئی ہیں۔ زلزلابی غلاف سرخ دکھائے گئے ہیں۔ مقدم حلقہ تار باط = مستعرض رسی کلاب نما (unciform) = عظم حلقاتی (or hamatum)

کے انقباض سے پیدا ہوئی تھی۔ داس کے بعد انگلی میں جو انقباض واقع ہوتا ہے وہ اوتار کے اپنے اپنے غلافوں سے منضم ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

زلزلابی تاجہ جات اور غلاف متعرض رسی رباط کے نیچے اوتار قابض کے لئے

دو زلزلابی تاجہ جات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک عضلہ قابض طولی اہمیا (flexor longus pollicis) کے لئے ہوتا ہے اور دوسرا عضلات قابض سطحیہ اور عرقیہ کے لئے (شکل ۷۸)۔ قبیل الذکر پیش بازو میں

اس رباط سے پٹا ایچ اوپر تک جاتا ہے اور اس کے ساتھ ساتھ عضلہ کے انتہی تک پہنچ جاتا ہے جو انگوٹھے کے آخری سلامیہ پر ہوتا ہے۔ مورخا لذر مستعرض رباط سے پٹا ایچ اوپر سے شروع ہوتا ہے اور چاروں انگلیوں کے عطفات میں اکڑ ختم ہوتا ہے۔ چھنگلی کے لئے جو زائد ہوتا ہے وہ بالعموم عضلہ قابضہ عقیدہ کے انتہی تک جاتا ہے جو ناخن سلامیہ پر ہوتا ہے۔ بقیہ تین عطفات تناہ بعد رسنی ہڈیوں کے تقریباً نصف پر جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ انگشت اشرایہ وسطیٰ اور بنصرہ کے اوتار کے اصبعی حصہ کے جو زلابی غلاف ہوتے ہیں وہ اوپر کی طرف بعد رسنی ہڈیوں پر جا کر ختم ہوتے ہیں۔ چنانچہ یہ عظیم زلابی ناچہ سے جو مستعرض رسنی رباط کے نیچے ہوتا ہے تقریباً پٹا ایچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ لہذا انگوٹھے اور چھنگلی کے سروں سے ایک کھلا مجری شروع ہو کر کلائی میں پونہیچے سے پٹا ایچ اوپر تک جاتا ہے۔ اس ترتیب سے اس مشہور و معروف امر کی توضیح ہوتی ہے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے خراجوں سے کلائی کے خراج پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مگر بقیہ انگلیوں میں تفتیح واقع ہونے کے بعد ایسی پچیدگی عام طور پر پیدا نہیں ہوتی جہاں عضلات قابضہ کا زلابی تا پخت اور کڑے مستعرض رسنی رباط کے نیچے سے گزرتا ہے وہاں یہ تنگ ہو جاتا ہے اور اس لئے ایسا بھی دیکھنے میں آتا ہے کہ جب یہ تاچہ سیال یا پیپ سے متع ہو جاتا ہے تو اسکا خاکہ شیشہ ساعت (hour-glass) کے خاکہ کی طرح کا ہوتا ہے اور شیشہ ساعت کی گمراہ رباط کی تناظر ہوتی ہے۔ اس رباط کے نیچے کے دونوں زلابی تاچے بعض اوقات ایک دوسرے سے ربط وراہ رکھتے ہیں۔ عضلہ قابضہ رسنیہ (flexor carpi radialis) کا و تر مستعرض رسنی رباط کے انتہی کو جو عظم منحرفہ (trapezium) پر پایا جاتا ہے منقبت کرتا ہے اسکے ارد گرد ایک زلابی غلاف پایا جاتا ہے (شکل ۷۸)۔

داحس (whitlow) کی غلافی قسم میں جس میں پیپ انگلیوں کے وترو

کے زلابی غلافوں میں موجود ہوتی ہے، انگشت اشرایہ وسطیٰ اور بنصرہ کے ماؤف ہونے کی حالت میں تفتیح اکثر اختتام غلاف پر دفعۃً ختم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے، یعنی تناظر بعد رسنی ہڈیوں کی گردن کے بالمقابل داحس کی ایک اور قسم (انگلی کے سرے کے لباب کا خراج) میں تیسرے سلامیہ کا گرد عظمہ باسانی متاثر ہو جاتا ہے کیونکہ اس ہڈی پر کوئی حائل و تری غلاف موجود نہیں ہوتا ہے۔ اس عارضہ میں ہڈی اکثر متخز ہو جاتی ہے اور باہر نکل آتی ہے۔ لیکن

تمام سلامیہ شاذ و نادر ہی تباہ ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے قاعدہ کے اوپر کا حصہ بالعموم صحیح و سالم رہتا ہے، اور یہ غالباً عضلہ قابضہ عمیقہ کے منہ کی وجہ سے محفوظ رہتا ہے۔ اس ہڈی کا قاعدہ ایک برابرا ہوتا ہے جو پوری سے اٹھا روئی یا بیسیوں سال تک متحد نہیں ہوتا۔

داحسوں کے کھولنے کا طریقہ تشریحی نقطہ نگاہ سے اسقدر اہم ہے کہ

اسکا ذکر کر دینا یہاں مناسب ہوگا۔ زیر بشری اور زیر جلدی قسم میں جو انگی کی گدیوں میں اوتار کی چسپیدگیوں سے آگے واقع ہوتی ہے کوئی خاص تشریحی خطرہ نہیں ہوتا۔ لیکن زیر ناخن اور غلافی قسموں میں دقتیں پیش آتی ہیں۔ جب ناخن کے نیچے پیپ جمع ہو جائے تو صرف ناخن کا دور کر دینا ہی عموماً کافی نہیں ہوتا، بلکہ جلد کے وی (V) کی شکل کا حصہ جو ناخن کے قاعدہ کے اوپر لٹک رہا ہو کاٹ دینا یا اسکے ایک ذواربعنہ الاضلاع رقبہ کو اوپر کی طرف کو الٹا دینا مناسب ہوتا ہے تاکہ نشست گاہ ناخن معرا ہو جائے اور اسکی سیلیت ہو سکے۔ اگر پیپ غلاف میں ہو تو ہر ایک سلامیہ کی جانبوں پر اچھی طرح شگاف دینا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ سلامی غلاف اطراف پر ہی کمزور ترین ہوتا ہے، اور یہاں ہی سے پیپ کے اس کو پھاڑ کر نکل آئیگا امکان ہوتا ہے۔ اگر مناسب ہو تو ایسے شگافوں کو ترجیح دینا چاہئے جو جوڑوں کے بالمقابل متوقف ہوں، کیونکہ میان سلامی اور بعد رستی سلامی جوڑوں کے بالمقابل بافتوں کو کاٹنے سے احتراز کرنے سے وتر کا میکانیتی سہارا برقرار رہتا ہے اور جو خمیدگی اور فقدان قوت دوسری حالت میں نمودار ہو سکتا ہے وہ ظاہر نہیں ہوتا۔ جب پیپ کتنی تاچہ میں ہوتی ہے تو شگاف ماؤف وتر کے خط پر دینے چاہئیں، لیکن اس امر کا لحاظ ضرور رکھنا چاہئے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے غلافوں کو سرائت زدہ نہ کیا جائے۔

جب پیپ ملحقہ نراباط کے نیچے سے پھیل کر کلائی کی نیچے کے پانچ کے حصہ میں جاتی ہے تو یہ عضلہ کا بہر لبعہ (pronator quadratus) اور عضلہ قابضہ عمیقہ (flexor profundus) کے درمیان کے لیول پر سے گزرتی ہے، اسلئے شگاف کعبی اور زندی ماشیوں پر دینے چاہئیں تاکہ وتروں اور وسطی عصب کو نقصان پہنچائے بغیر اوپر اٹھا کر قیبی اجماح تک رسائی کی جاسکے۔

وتر تاچہ میں آزاد نہیں ہوتے بلکہ زلابی غشا کے شکنوں سے اس سے بستہ ہوتے ہیں۔

شدید مچوں میں بعض اوقات ٹوٹ جاتے ہیں اور اوتار کے مغزی عروق بھی جو انہیں واقع ہوتے ہیں منقطع ہو جاتے ہیں۔ ایسے انشقاق کے بعد تاج میں انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ امیبی غلافوں میں یہ شکن تقریباً غائب ہوتے ہیں اور رباط طویل (ligamenta longa) اور رباط قصیر (ligamenta breva) جو ذرا زرا سے ہوتے ہیں وتروں کے سلامی نہتاؤں کے قریب انکے واحد قائم مقام ہوتے ہیں۔ زلزلائی تاجوں کا استر فلسمانی سر حملہ کا ہوتا ہے اور اس حصہ کے عروق لف سے اسکا نہایت آزادانہ راہ و ربط ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس قسم کے کہنوں سے سر آنتی مادہ بہت جلد جذب ہوتا ہے اور نیز الہتابی اعمال اسی لئے غلافوں کے ساتھ ساتھ آسانی پھیل سکتے ہیں اور اس سے انکے اندر کے وتروں کے درمیان انضمام طیار ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کے انضمام کے فیضا و تعضی یافتہ ہونے سے وتر مثبت ہو جاتے ہیں اور انگلیاں اگر کھاتی ہیں اور کھیکار ہو جاتی ہیں۔ الہتاب کے رفع ہو جانے کے جلد بعد صرف پونچھے اور انگلیوں کی فاعلی اور انفعالی حرکتیں شروع کرنے ہی سے غلافوں اور وتروں کے درمیان انضمام پیدا ہونے کا سدباب کیا جاسکتا ہے۔

نلہری رسنی رباط کے نیچے وتروں کے لئے جھ زلابی خلاف ہوتے ہیں اور یہ ان جھ قنالوں کے متناظر ہوتے ہیں جو اس رباط سے بنتی ہیں۔ جس خلاف میں وتری زلابی الہتاب (teno-synovitis) کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے وہ عضلہ معودہ طویلہ الہتامیہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ قصیرہ الہتامیہ (extensor brevis pollicis) کا خلاف ہے۔ یہ کبری زائدہ ابریہ سے پانچ اوپر سے شروع ہو کر پیلے رسنی پر سنی جوڑ تک جاتا ہے۔ دوسرے خلاف اوپر کی طرف نلہری رسنی رباط کے بالائی کنارہ تک پہنچتے ہیں مگر دونوں کبری باسطات کے خلاف اس رباط سے تقریباً پانچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) اور عضلہ باسطہ خصصر (extensor minimi digiti) کے خلاف بعدی رخ میں بعد رسنیہ کے وسط تک جاتے ہیں۔ لیکن عضلہ باسطہ اشاریہ (extensor indicis) کا خلاف بعد رسنیہ تک مشکل ہی سے پہنچتا ہے۔ دوسرے خلاف اوتار کے ساتھ ساتھ ان کے نہتاؤں تک جاتے ہیں۔ ان غلافوں کے زلابی استر اور شکن کائیس کے کسر (Colles's fracture) میں مجموع ہو جاتے ہیں اور اگر انضمام کا استدار نہ کیا جائے تو یہ پیدا ہو جاتے ہیں۔

عروق خون اور عروق لمف - ہاتھ میں رسد خون بہت کافی مقدار میں

ہوتی ہے اور حقیقت یہ ہے کہ لباب انگشت جسم کے نہایت کثیر العروق حصول میں سے ہے۔ کئی محرابوں کے محل کا ذکر کیا جا چکا ہے۔ کسی ایک کئی محراب کا خون اکیلی کعبری یا زندگی شریان کو باندھنے سے بند نہیں کیا جاسکتا کیونکہ ان محرابوں کا تعلق دونوں عروق سے ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں عروق کو بیک وقت باندھنے سے بھی کوئی بہتر اثر نہیں ہوتا جسکی وجہ یہ ہے کہ کئی محرابوں اور بین العظامی عروق کے درمیان تفرق موجود ہوتا ہے۔ دونوں کئی محرابوں کا تفرق بڑے بڑے عروق کے نفوذ اور اس ربط و راہ سے قائم ہوتا ہے جو سطحی محراب کی اسیبھی شاخوں اور زیادہ گہرے عروق کی کئی بین العظامی شاخوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ ہتھیلی کے جریان خون میں کعبری اور زندگی شریانوں کا بیک وقت باندھنا بھی بعض اوقات ایسے واقعات میں مکمل طور پر ناکام ثابت ہوا ہے جنہیں محرابوں کے ساتھ یا تو بڑے بڑے غیر طبیعی بین العظامی عروق آکر کثرت متحد ہوتے ہیں اور یہ کم و بیش طور پر ایسے قائم مقام ہوتے ہیں اور یا انہی جگہ ایک بڑی ”وسطی شریان“ موجود ہوتی ہے۔ جب محرابوں کا کعبری یا زندگی حصہ ناقص ہوتا ہے تو نقص کسی دوسرے عرق سے پورا ہوتا ہے اور یہ معلوم کرنا مناسب ہو گا کہ یہ کمی زیادہ کثرت کے ساتھ یا تو سطحی محراب میں پائی جاتی ہے یا زندگی محراب میں۔

جس مقام پر کعبری شریان ہاتھ کی پشت پر سے ہو کر ہتھیلی کے گہرے حصہ میں داخل ہوتی ہے وہاں یہ انگوٹھے کے رسنی بعد رسنی جوڑے کے ساتھ قریبی تھامس رکھتی ہے (شکل ۷۵)۔ اگر کبھی سالم انگوٹھے کا بتا کر کیا جائے تو اس امر کو ضرور یاد رکھنا چاہئے۔ مزید برآں پہلی بعد رسنی ہڈی کے اتصال خربی میں بھی اسکا خیال رکھنا ضروری ہے۔ اگر سطحی راجی شریان عظیم الجسامتہ ہو تو اس سے بعض اوقات خطرناک جریان خون واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان ستمعرض رسنی رباط کی سطح سے منضم ہو جاتی ہے اور اسلئے جب یہ زخمی ہو جاتی ہے تو اسکا پکڑنا مشکل ہوتا ہے۔

چونکہ انگلیوں اور ہاتھ کی پشت پر کے عروق لمف زیادہ بڑے اور تعداد میں بھی زیادہ ہوتے ہیں اسلئے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان حصوں کے زخموں کے بعد ہتھیلی کے زخموں کے مقابلہ میں التهاب عروق لمف (lymphangitis) زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔

ہڈیاں اور جوڑے۔ بعدی کعبری زندگی جوڑے کو ایک مضبوط مثلثی کبھی غضروف

(مفصلی قرص) سہارے ہوتا ہے۔ اور ان ہڈیوں کے درمیان جو باطنی تعلقات موجود ہوتے ہیں انہیں سے یہ مضبوط ترین اور اہم ترین ہوتا ہے۔ عضلہ باسط منضریہ (extensor quinti digiti) کا زلابی غلاف بعض اوقات اس جوڑے سے مربوط ہوتا ہے اور اس لئے اس مفصل کے مرض سے یہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔

352

پونچے کے جوڑے کی قوت کا انحصار اتنا اسکے میکانیکی خاکہ اور رباطات

پر نہیں ہوتا جتنا کہ ان کثیر التعداد مضبوط اوتار پر ہوتا ہے جو اسکے ارد گرد موجود ہوتے ہیں اور اس مفصل کے قریب کی ہڈیوں سے قریبی طور پر بستہ ہوتے ہیں۔ مزید برآں پونچے کی حالت میں طویل بریم جوڑے کی بصری جانب پر نہیں پایا جاتا۔ راجی کجری رستی رباط اس جوڑے کا مضبوط ترین رباط ہوتا ہے مگر نلہری کمزور ترین ہوتا ہے۔ قبل الذکر ساخت بسط کردگی کو اور موخر الذکر خم کردگی کو محدود رکھتی ہے۔ لیکن پھر بھی جبری بسط کردگی سے پیدا شدہ نضر بہت زیادہ عام ہوتا ہے کیونکہ جب کبھی آدمی ہاتھ کے بل گرتا ہے تو ہاتھ کی پشت (جبری خم کردگی) کے بل گرنے کے مقابلہ میں زیادہ تر ہتھیلی (جبری بسط کردگی) کے بل ہی گرتا ہے۔ نلہری رباط کے پتلا ہونے اور نیز جوڑے کے پچھلے حصہ کے محل کے زیادہ سطحی ہونے کی وجہ سے پونچے کے جوڑے کے مرض میں جو انصبا دکھائی دیتا ہے وہ اول اول ہاتھ کی پشت پر نظر آتا ہے۔

پونچے کے حرکات بین رستی جوڑے (رستی ہڈیوں کی پہلی اور دوسری قطا

کے درمیان کا جوڑے) میں بھی اتنی آزادی ہی سے واقع ہوتے ہیں جتنی سے کہ یہ کجری رستی جوڑے میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۵۵)۔ کجری رستی جوڑے کا محور ایسا ہوتا ہے کہ خم کردگی میں ہتھیلی کا سفد زندی جانب کو ہوتا ہے مگر بین رستی (mid-carpal) جوڑے پر خم کردگی واقع ہونے کی صورت میں ہتھیلی کجری جانب کی طرف کو حرکت کرتی ہے۔ جب حرکت دونوں جوڑوں پر واقع ہوتی ہے تو یہ رجحانات متوازن ہو جاتے ہیں اور خالص خم کردگی پیدا ہو جاتی ہے۔ عضلہ باسط رستیہ نیز (extensor carpi ulnaris) کا وتر بین رستی جوڑے کے محور کے آگے کی طرف اور کجری رستی جوڑے کے پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے، اسلئے یہ ایک جوڑے میں تو خم کردگی پیدا کرتا ہے اور دوسرے میں بسط کردگی (ایش ڈاؤن - Ashdowne)۔

پونہچے پر جو عضلات فعل کرتے ہیں ان سے عضلات کے ان مختلف افعال کی مثالیں پیش کی جا سکتی ہیں جو ارادی حرکت پیدا کرنے میں واقع ہوتے ہیں۔ عضلہ (۱) محرک اعلیٰ (prime mover) کے طور پر بھی کام کر سکتا ہے اور (۲) منضاد (antagonist) (۳) متحد الفعل (synergie) اور (۴) تیشیمی عضلہ کے طور پر بھی مثلاً جب انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں تو عین اور سطحی قابضات محرکات اعلیٰ ہوتے ہیں اور انکے فعل کے منقادات انگلیوں کے باسط عضلات ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں انگلیوں کے خم کن عضلات پونہچے کی خم کردگی ممی پیدا کر دیں اگر پونہچے کے باسط عضلات بطور عضلات متحد العمل اپنا فعل نہ کریں اور جب انگلیوں کے باسط عضلات اپنا فعل کرتے ہیں تو پونہچے کے خم کن عضلات منقبض ہو جاتے ہیں۔ انگلیوں کی خم کردگی اور بسط کردگی میں پونہچا رسیغیہ کے قابض اور باسط عضلات سے حرکت ناپذیر بنا یا جا سکتا ہے اور یہ عضلات اس حالت میں عضلات تشدیدیت کا کام دیتے ہیں۔ چنانچہ حرکت جو بظاہر سادہ معلوم ہوتی ہے عضلات کے گرد ہوں کے افعال سے پیدا ہوتی ہے اور اسی چمیدگی کی وجہ سے افعال عضلات کا مطالعہ کرنے کے ذریعہ سے عصبی ضررات کا تشخیص کرنا بہت مشکل ہو گیا ہے۔ پونہچے کے عضلات کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ جسم کے تمام عضلات پر بعینہ صادق آتا ہے۔ (دیکھو بریورس کروئین لیکچرس سن ۱۹۰۳: Breever's Croonian Lectures, 1903)۔

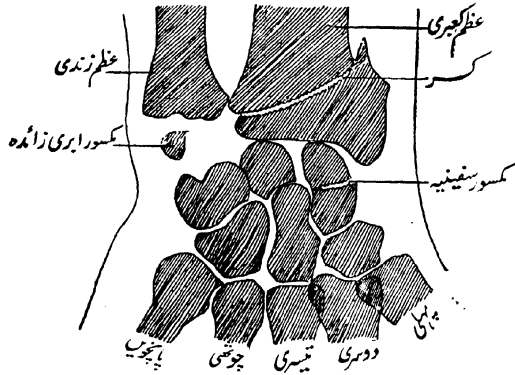
یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ قبل اسکے کہ انگلیوں کے خم کن عضلات قوت سے اپنا فعل کریں پونہچے کا بسط کردگی کی حالت میں ہونا ضروری ہے۔ اگر یوں چنانچہ خم کردہ ہو تو ان کی قوت گرفت زائل ہو جاتی ہے۔ ان تمام حالتوں میں جن میں پونہچے کے جوڑے کے اکڑ جانے یا جا کا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اسکو بسط کردگی (ظہری خم کردگی) کی حالت میں باندھنا چاہئے۔

علاوہ ازیں انگشت اشاریہ، وسطیٰ اور بنصر کے رسیغی بعد رسیغی جوڑوں میں توڑی حرکت پائی جاتی ہے۔ گراٹھوٹے اور چھوٹکی کے انہی جوڑوں میں حرکت آزادانہ واقع ہوتی ہے اور اسکا محفوظ رکھنا ہاتھ کی عمومی فائدہ مندی کے لئے بہت اہمیت رکھتا ہے (قوی (glenoid) (راحی بعد رسیغی سلامی) رباطات انگلیوں کے تین جوڑوں کے سامنے کی طرف پر بعدی ہڈی سے مضبوطی سے پسیدہ ہوتے ہیں مگر قوی سے ڈھیلے طور پر ہی چپکے ہوتے ہیں۔ چنانچہ بعدی ہڈی کے عقبی ضلع میں ایسا ہوتا ہے کہ قوی رباط اسکے ساتھ ہی چلا جاتا ہے اور توجیح میں بہت رکاوٹ پیش کرتا ہے۔ اکیلے وسطیٰ اور بعدی سلامیات کو خم کرتے وقت یہ ظاہر ہو جائے گا کہ پہلے

قریبی سلامیہ کا وتر باسط کے ذریعہ سے مثبت ہونا ضروری ہوتا ہے اور عضلات باسط کے شل میں صرف انہی دونوں جوڑوں کی خم کردگی نامکن ہوتی ہے۔

انگلی کے بعد ہی جوڑو کو ساتھ کے وسطی سلامیہ کو خم کرنے بغیر خمیدہ کرنے کی طاقت بہت کم اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ لیکن آخری سلامیات کے گرد ونواح کے بعض انتہائی عوارض میں

354



شکل ۷۹۔ کالیس کے کسر کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ زائدہ کا زائدہ ابریہ بھی دکھایا ہے۔
 زور قوی کے کسر کا عام محل بھی دکھایا گیا ہے۔

سرے کا جوڑو خمیدہ وضع میں مثبت دکھائی دیتا ہے حالانکہ انگلی کے دوسرے جوڑے سیدھے ہوتے ہیں۔ یہ حالت انگلی کے وتر باسط کے جزوی یا مکمل انشقاق سے پیدا ہوتی ہے جو عام طور پر انگلیوں کی انتہائی گانٹھوں پر چوٹ لگنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

کالیس کا کسر (Colles's fracture)۔ یہ نام ایک کسر کو دیا گیا ہے جو کعبہ کے

نیچے کے سرے میں پونچے کے جوڑے سے ۱ انچ اوپر تک واقع ہوتا ہے (شکل ۷۹)۔ اس میں ایک معین بدشکلی پائی جاتی ہے اور یہ ہمیشہ بالواسطہ چوٹ مثلاً پھیلے ہوئے ہاتھ پر گرنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس امر کے لئے معقول وجوہ موجود ہیں کہ ہڈی کو اس مقام پر کیوں ٹوٹنا چاہئے۔ کعبہ کا

نیچے کا سر بہت اسفنجی ہوتا ہے، مگر پوری میں بستہ ہڈی کی بہت مقدار موجود ہوتی ہے۔ مفصلی سطح سے $\frac{3}{4}$ انچ کے فاصلہ پر ہڈی کے یہ دونوں حصے ملتے ہیں اور انہی کثافت کا رجحان جو بہت ہی غیر مساوی ہوتی ہے، اس کسر کو اسی عمل میں محدود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اس ضرر کے میکا نیسم کے متعلق اجمعی تک بہت سی مختلف رائیں قائم ہیں اور اس مضمون پر بہت کچھ لکھا جا چکا ہے۔ پروفیسر چین (Chiene) نے اس ضرر کے متعلق جو کچھ بیان کیا ہے وہ ذیل میں دیا جاتا ہے اس ضرر کی نوعیت کے سلسلہ میں جو نظر یہ جات عمومی طور پر تسلیم کئے جاتے ہیں انہی توضیح بہت اچھی طرح سے ہوتی ہے۔ کالیں (Colles) کے کسر کی بدشکلی کا انحصار جہاں ہینچ کے ٹکڑے کی غیر وضعیت پر ہوتا ہے۔

یہ غیر وضعیت سرطرض ہوتی ہے۔ (ا) غلنی، جہاں تک کلائی کے مقدم موثر قطر کا تعلق ہے۔ (ب) رتھی سطح کی غلنی گردش کلائی کے مستعرض قطر پر۔ (ج) اس دائرہ کی توش پر گردش جسا مرکز رباط مثلثی کی زندگی سپرڈیہ پر واقع ہوتا ہے۔ اس دائرہ کا قطر دہ خط ہوتا ہے جو رباط مثلثی کی زندگی چسپیدگی سے لیکو کبرو کے زائدہ ابریہ کی نوک تک کہینچا جائے۔

۵۰ فیصدی سے زیادہ واقعات میں، زندہ کا زائدہ ابریہ بھی اس قوت سے ٹوٹ جاتا ہے جو مثلثی یعنی غضروف میں سے منتقل ہوتی ہے (مورٹن: Morton)۔ اس گردش کی غیر وضعیت کی وجہ سے دونوں زوائد ابریہ کی نوکیں ایک لیول پر آجاتی ہیں یا کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کبریہ زائدہ زندگی کے اوپر چڑھ جاتا ہے۔ تقریباً ہر واقعہ میں ایک ٹکڑا دوسرے میں گس جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کی ٹہری جانب پر جو ٹوس بافت ہوتی ہے وہ (اسی قوت کے تسلسل سے جس سے ہڈی ٹوٹی ہے) اس اسفنجی بافت کے اندر چل جاتی ہے جو نیچے کے ٹکڑے کی کفی جانب پر ہوتی ہے۔ ایسا صرف بہت نادرالوقوع مثالوں میں ہوتا ہے کہ ٹکڑے اس حد تک ایک دوسرے سے علیحدہ ہوں کہ ایک ٹکڑے کے اوپر چڑھ جائیں۔ ایسے واقعات میں کبریہ زندگی رباطات شائد منقش ہو جاتے ہیں۔ اور پونچے میں کالیں (Colles) کے کسر کی وہ معیاری بدشکلی نہیں پائی جاتی۔ ۱۸۶۰ء واقعات کی جو کالیسٹس کا کسر تشخیص کئے گئے تھے شعاع نگاروں کا مطالعہ کرنے سے ڈاکٹر آر۔ مورٹن (Dr. R. Morton) نے یہ معلوم کیا کہ ۳ میں کسر او علیہ دونوں موجود تھے اور ۱۱ میں نیچے کا کبریہ بربالہ

356

علمحدہ ہو گیا تھا۔ یہ بربالہ اتفاقی ضرب سے اکثر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ بیسویں سال کے قریب یہ پوری سے متحد ہوتا ہے۔ اور اسکا مقام اتحاد ایک خط سے نما ہر ہوتا ہے، جو تقریباً افقی ہوتا ہے۔ یہ بربالہ ایک رنچ پر جو زند کے لئے ہوتا ہے اور عضلہ عضد یہ کبریہ کے منتہی پر مشتمل ہوتا ہے۔ جب سے امتحان کے لئے شعاع نگاری کے طریقے رائج ہوئے ہیں اسوقت سے معلوم ہوا ہے کہ بہت سی چوٹیں جو پہلے وہیں تصور کر لی جاتی تھیں فی الحقیقت رسنغی ہڈیوں کے کسریا انکی غیر وضعیت یا بعد رسنغیہ کے کسر سے پیدا ہوتی ہیں۔

پانچ مفصلی زلابی کہنے ہیں جو رسنغیہ سے تعلق رکھتے ہیں (شکل ۸۰)۔ یہ مندرجہ ذیل نکلات پر واقع ہوتے ہیں۔ (ا) رسنغیہ اور کلائی کی ہڈیوں کے درمیان۔ یہ بعض اوقات زربنا کبریہ زندگی کہنے سے متعلق یعنی غضروف (مفصلی قرص) کے ذریعہ سے راہ و ربط رکھتا ہے۔ (ب) کلاب نما (unciform) ہڈی اور چوتھے اور پانچویں بعد رسنغیوں کے درمیان۔ (ج) انگوٹھے کے بعد رسنغیہ اور عظم منحرفہ (trapezium) کے درمیان۔ (د) تمام رسنغی ہڈیوں کے درمیان جو دوسرے اور تیسرے اصابع کے رسنغی بعد رسنغی جوڑوں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ (ر) عظم مشککہ اور فائدہ نما ہڈیوں کے درمیان۔ (ج) اور (د) کہنے اکثر آپس میں ایک دوسرے سے ملجاتے ہیں اور ایک بڑا اور پیچیدہ جوڑ بن جاتا ہے۔

سغینئیہ (scaphoid) کا کسریا تو کھلی تمھیلی کے بل کرنے کا نتیجہ ہوتا ہے اور بالابا واسطہ ضرب کا۔ یہ ناس دانی (suuff-box) کے فرش پر واقع ہوتی ہے اور وہاں اسکا جس کیا جا سکتا ہے عظم نیم قری (semilunar) اکثر اپنی جگہ سے ہل جاتی ہے اور بعد رسنغی ہڈیوں میں سے پانچویں نہایت کثرت سے ٹوٹی ہے

خلوع۔ ۱۔ پونچھے کے جوڑ کے۔ مذکورہ بالا وجہ کی بنا پر یہ جوڑ استقدر مضبوط ہوتا ہے کہ رسنغی کبریہ خلع نہایت ہی شاذ طور پر واقع ہوتا ہے اور جب کبھی ایسے خلوع واقع ہوتے ہیں تو انہی وجود کی بنا پر یہ بالعموم بہت پیچیدہ ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ جلد کی دریدگی، اوتار کا انشقاق، زلابی غلافوں کا ضرر اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسریا یا جانا ہے۔

(کفی، وقتی یاراجی معین رباط) رکاوٹ پیدا کرنا ہے۔ یہ صنف سلامیہ سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور طرفین پر جانبی رباطات سے ملا ہوتا ہے۔ جب یہ سلاسیہ خلوع ہو جاتا ہے تو وقتی یعنی مخضوف (glenoid fibro-cartilage) سمسمانی ہڈیاں اور عضلات قبضہ ابہامیہ قصیرہ (flexor brevis pollicis) کے اوتار بھی اسکے ساتھ ہی ٹل جاتے ہیں اور تیز عضل قابضہ طویلہ کا وتر بعد رسی ہڈی کی گردن کے گرد لپیٹ جاتا ہے۔ اگر تریج میں زیادہ تر رکاوٹ یعنی مخضوف کے بعد رسیہ کے سر کے پیچھے کی طرف ٹل جانے ہی سے پیدا ہوتی ہے۔ جوڑکی موخر جانب پر شکاف دینے سے تیزہ ساتھیں بغیر کسی شدید نقصان کے ڈھیلی ہو جاتی ہیں اور جراح اس نزع کی تریج کر سکتا ہے۔

358

شدید چوٹ سے ایک یا زیادہ انگلیوں کا قلع (avulsion) ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں

میں جو انجلی علیحدہ ہو جاتی ہے وہ اپنے ساتھ اپنے بعض یا تمام اوتار بھی لے جاتی ہے۔ یہ اوتار عمل طویلہ پر پیش بازو ہی میں سے کچھ آتے ہیں اور انکا طول بعض اوقات معتدبہ ہوتا ہے۔ جب انجلی کے ساتھ صرف ایک ہی وتر ٹوٹ کر نکلتا ہے تو یہ بالعموم عضل قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کا ہوتا ہے۔

باشبازدہم

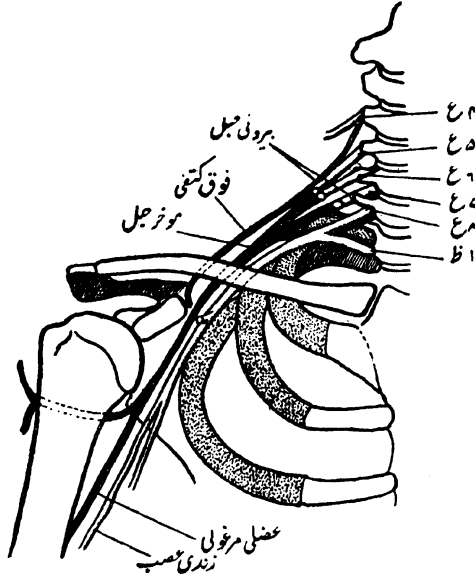
جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد

359

سابقہ ابواب میں ہم نے بازو کے ہر ایک عصبی تنے کے جراحی تعلقات کا مختصر سا ذکر کیا ہے۔ اب جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد کا بحیثیت مجموعی بیان کرنا مناسب ہوگا۔ جسم انسان اولاً قطعات میں مرتب ہے۔ کھوپری اور عمود شوکی کے محور کے ساتھ ساتھ ایک نشتر منحنی قطعہ کے بعد دوسرا نشتر منحنی قطعہ واقع ہے اور ہر قطعہ کی اصلی عصبی رسد اپنی ہوتی ہے۔ اس امر کو مد نظر رکھتے ہوئے کہ جو ارح دھڑہ کی بروں بالید ہیں، ہم یہ معلوم کر سکتے ہیں کہ جسم کا ہر وہ قطعہ جو جو ارح کا متحمل ہے اس کو عصبی رسد میں ہیا کرتا ہے۔ جنین میں جارحہ اعلیٰ پانچویں چھٹے ساتویں اور آٹھویں منحنی اور پہلے ظہری قطعوں سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا انہی قطعات کے شوکی اعصاب ہی عضدی ضغیرہ کی تکیوں میں حصہ لیتے ہیں (شکل ۸۱)۔ اگر ان قطعی اعصاب کے منظم تفرع کو معلوم کرنا ہو تو جارحہ کو ابتدائی یا جنینی حالت میں رکھنا ضروری ہے، جس میں باسط یا ظہری جانب سب سے اوپر ہو اور کبیرہ اور کولوم جارحہ کے مقدم یا پیش محوری (preaxial) کنارے پر ہوں اور زرد اور چھٹے کپس محوری (postaxial) کنارے پر ہوں۔ جب جارحہ اس حالت میں رکھا جاتا ہے (دیکھو شکل ۸۳ جب) تو یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ پانچواں، چھٹا، ساتواں اور آٹھواں منحنی اور پہلا ظہری سب کے سب

۱۔ اعصاب جارحہ کے پیش محوری کنارہ سے لیکر پس محوری کنارہ تک ایک ترتیب سے متفرع ہیں اس ضغیرہ کا وسطی عصب (ساتواں) ہاتھ کے وسطی اصابع کو اور چھٹا ہاتھ کے پیش محوری کنارے اور آٹھواں اسکے پس محوری کنارے کو رسد پہنچاتا ہے۔ پانچواں عنقی اور پہلا نظری علی الترتیب

360



شکل ۸۱۔ عضلی مرغولی (کعبری radial) عصب کی نظری پیش محوری اور عصب زندی (ulnar) کی بلنی پس محوری ابتدا کو ظاہر کرتی ہے جو عضدی ضغیرہ سے ہوتی ہے۔

بازو اور پیش بازو کے پیش محوری اور پس محوری کناروں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ یہ اصلی فلکی اعصاب ہیں لیکن جیسا کہ شکل ۸۱ سے ظاہر ہوگا چوتھا عنقی اور دوسرا نظری شوکی عصب بھی مختلف جہات کے ریشے بھیجتا ہے۔ پیش بستہ (prefixed) قسم کے عضدی ضغیرہ (دیکھو صفحات 204 و 205) میں چوتھا عنقی نسبتاً بہت زیادہ حصہ لیتا ہے اور دوسرا نظری کوئی حصہ نہیں لیتا۔

پس بستہ (postfixed) قسم میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے۔ نصف یا اس سے زائد عصبی قطعہ کے شوکی تفرع میں کسی حد تک انفرادی اختلاف پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ فلٹی تفرع جلد تک ہی محدود نہیں ہوتا بلکہ اس سے جو ارجح کی تمام عمیق ساختیں اور بالخصوص عضلات متاثر ہوتے ہیں۔

اعصاب کی ایک اور ابتدائی تفریق پر زور دینے کے لئے شکل ۸۱ میں مندی (ulnar) اور عضلی مرغولی (کعبی) اعصاب کے مبادی ظاہر کئے گئے ہیں۔ جو شوکی اعصاب جو ارجح کی طرف گئے جاتے ہیں وہ فخری سوراخوں میں سے نکلتے ہی بطنی اور ظہری دو قسمتوں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔ اس سے بطنی کا تفرع جارج کی خم کن جانب پر ہوتا ہے اور ظہری کا اسکی باسط جانب پر۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ زندگی عصب آٹھویں غنتی اور پہلے ظہری سے نکلتا ہے اور عضلی مرغولی عصب پانچوں کے پانچوں اعصاب کی ظہری قسمتوں سے بنتا ہے۔ لیکن اس میں جو حصہ پہلا ظہری لیتا ہے وہ بالعموم ذرا سا ہی ہوتا ہے۔ نیز یہ کبھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ باسط اعصاب کا رجحان پیش محوری اور خم کن اعصاب کا پس محوری ہونے کی طرف ہوتا ہے۔

مزید برآں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عضلہ ایک ہی شوکی عصب کا محتاج نہیں ہوتا۔ عضلی شاخ میں ہمیشہ دو یا دو سے زائد شوکی اعصاب کے ریشے پائے جاتے ہیں۔ لہذا ایک ہی شوکی عصب کے گٹنے سے کسی عضلہ کا صرف جزوی شل ہی نمودار ہوتا ہے اور یہ کبھی بھی مکمل نہیں ہوتا۔ جبل شوکی کے اندر کے وہ خلوی مراکز جن سے عضدی ضغیرہ کے عصبی ریشے تعلق رکھتے ہیں فعلی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ اکثر عضلات کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے اور ان کا تعلق مختلف افعال یا حرکات سے ہوتا ہے اسلئے یہ ضروری ہے کہ ان تک ریشے مختلف خلوی مراکز سے پہنچیں۔ لہذا یہ ریشے جبل شوکی سے مختلف شوکی اعصاب کے ذریعہ سے نکل کر آتے ہیں۔ کسی عضلہ میں مکمل قتل پیدا کرنے کے لئے تمام شوکی اعصاب کو جن سے اسکی عصبی رسد آتی ہے کا ثنا ضروری ہوتا ہے۔ ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک عضلہ ایک فعل کے لحاظ سے تو مشغول ہو اور دوسرے کے لحاظ سے فعال (Colin Mackenzie)۔ یہ بھی ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ عضلہ کو صرف حرکت یا درار رسد ہی نہیں پہنچتی، بلکہ اس میں حسی یا برار رسد بھی نہایت افراط سے موجود ہوتی ہے۔

ان نوزال ذکر ریشوں سے ہم عمیق دباؤ اور انقباض یا درود کا درجہ معلوم کرتے ہیں۔

درآر ریشے جو اتار اور رباطات اور مفصل اور ہڈی سے شروع ہوتے ہیں وہ بھی اعصاب کی عضلی شاخوں میں پائے جاتے ہیں۔ جن اعصاب کی ابتدا ان تمام ساختوں سے ہوتی ہے وہ عمیق حس پذیر می کا فعل سرانجام دیتے ہیں۔ جو درآر تہیجات ان اعصاب کے ذریعہ سے منتقل ہوتے ہیں ان سے فتور کی بعض حالتوں میں درد کا احساس پیدا ہوتا ہے۔

سطحی یا جلدی حس پذیر می کے اعصاب جلد میں سے شروع ہوتے

ہیں۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کے مطابق جلدی اعصاب کے ریشے دو گروہوں پر مشتمل ہیں۔ (۱) وہ ریشے جو اس حس پذیر می کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انھوں نے نخر مرضی حس پذیر می (protopathic sensibility) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ یہ ریشے درذخیز تہیجات کو منتقل کرتے ہیں۔ یعنی ایسے تہیجات کو جو تضرر سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً پن کی جھن وغیرہ یا جو ایسے اجسام سے پیدا ہوتے ہیں جسکی تپش جلد کی لہمی تپش سے بہت زیادہ یا کم ہوتی ہے (۲) وہ ریشے جو اس حس پذیر می کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انہی مصنفین نے بزناقد حس پذیر می (epicritic sensibility) کا نام دیا ہے۔ موخرالذکر کم سے کم تین قسموں سے ہوتے ہیں۔ (۱) وہ جو ان تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو کسی ہلکی چیز مثلاً روئی سے چھونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ب) وہ ریشے جو ان اشیاء سے پیدا شدہ تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو جسم کی تپش سے بہت زیادہ گرم نہ ہوں۔ (ج) وہ ریشے جو ان تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو ان اشیاء سے پیدا ہوتے ہیں جسکی تپش جلد کی تپش سے بہت کم نہیں ہوتی۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کا یہ بیان ہے کہ جب کوئی ایسا جلدی عصب جو ہاتھ یا بازو کے بعدی حصہ کو جاتا ہو کاٹ دیا جاتا ہے تو جس رقبہ میں پن کی چھن کی حس پذیر می زائل ہو جاتی ہے وہ اس عصب کے تشریحی تفرع کے رقبہ سے بہت کم ہوتا ہے۔ مگر ہلکے لمس کا فقدان تقریباً تشریحی تفرع کے رقبہ کا تناظر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸۴ صفحہ 375) دوسرے لفظوں میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ جارحہ کے بعدی حصوں میں نخر مرضی حس پذیر می کے متصل نظامات کے تفرع میں ایک بڑی حد تک تراکب

پایا جاتا ہے، مگر اسکے قسری یا قاعدی حصوں میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے اور پھرنا (epieritic) نظام میں زیادہ تر اکب پایا جاتا ہے۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ اگر کسی عصب میں ٹانگے لگنے کے بعد عمل اندام جاری ہو تو اسکے طبعی تفرع کے رقبہ میں سخر۔ مرضی (protopathic) حس پذیری برناقد (epieritic) حس پذیری سے پہلے ٹوٹ آتی ہے۔ مزید برآں یہ امر بھی مشاہدہ میں آچکا ہے کہ جب کبھی کوئی عصب کسی عصبی پسی کے مقابل یا کسی مندل ہوتے ہوئے ندبہ میں مضبوط ہو رہا ہو تو سخر۔ مرضی حس پذیری کا رقبہ برناقد حس پذیری کے رقبہ کی نسبت زیادہ چھوٹا یا تنگ ہوتا ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford) مگر اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ ٹروٹر (Trotter) اور مورسٹن ڈیویز (Morrison Davies) اور ٹائیل (Tinell) جس پذیری کی ایسی واضح تقریبی دریافت کرنے میں ناکام رہے ہیں۔ اور نیز انہوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان حس پذیروں کے رقبہ جات تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں اور یہ تقریباً ایک ہی وقت پر ٹوٹ آتی ہیں۔

بوارح کے اعصاب کے ضغط یا دیگر ضررات میں عرقی حرکی نظام کا

اختلال اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جارح کی شریانوں کی عرق حرکی رسد پر پروفیسر ونگیٹ ٹوڈ (Prof. Wingate Todd) اور اسکے شاگردوں نے مکر تحقیقات کی ہے۔ گردن کے حمل مشارک سے ایک خاص شاخ زیر ترقوی (subelavian) شریان کو جاتی ہے جو اس سے اس کے پہلی پسی تک پہنچنے سے پہلے جا ملتی ہے۔ وسطی اور زندی اعصاب بازو کے پچھلے حصے سے گزرتے وقت عضلانی (brachial) اور دوسری شریانوں کو کثیر التعداد شاخیں بھیجتے ہیں۔ یہ عرق حرکی ریشہ عضلانی نہیں بلکہ تنوں، احوال اور اعصاب میں سے گزرتے ہیں اور جب کوئی دباؤ پڑتا ہے تو اسکے خاص طور پر متضرر ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اعصاب کے خلاف مضبوط ہوتے ہیں اور یہ اندر کے عصبی ریشہ جات کی معمولی درجہ کی چوٹ وغیرہ سے محافظت کرتے ہیں عرقی غدو کی بھی جو انگلیوں اور ہتھیلی پر بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں نظام مشارک سے ایک خاص عصبی رسد ہوتی ہے۔ جو ریشہ ہتھیلی کے عرقی غدو کو جاتے ہیں وہ عصب وسطی میں سے گزرتے ہیں کیونکہ ہاتھ کے ان غدو میں صرف اسی عصب کے کاٹھنے یا اس کے مشلول ہو جانے ہی سے اختلال واقع ہوتا ہے۔ ان حالات کے تحت ان سے ایک مشلی افزا بافراط پیدا ہوتا ہے۔

جارج اعلیٰ کے اعصاب کو ضرر پہنچنے سے جو علامات پیدا ہوتے

ہیں انکا انحصار ضرر رسیدہ مقام پر ہوتا ہے۔ اگر پانچواں شوکی عصب اپنے مبداء (جو جبل شوکی میں ہوتا ہے) اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ بین فقری سوراخ سے نکلتا ہے عنقی فقرات کے کسریا انکی بوسیدگی سے کچلا جائے تو ضرر کے بعد معین نما عضلات (rhomboids) عضلات شوکیہ (spinati)، عضلہ والیہ، ذوراسین، عضلہ عضدیہ اور عضلہ عضدیہ کعبیہ

364

(brachio-radialis) میں جزوی یا کل شکل واقع ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک عجیب امر ہے کہ اس ضرر کے ساتھ فقدان حس نہیں پایا جاتا۔ شاید اس امر سے کہ پانچویں عنقی عصب کی منجر حوت بہت چھوٹی ہوتی ہے مذکورہ امر کی توضیح میں مدد مل سکے (ڈبلیو ہیرس: W. Harris)۔ انھوں نے عنقی اعصاب کے مبداء سے عین اوپر جبل شوکی کو ضرر پہنچنے سے بازو کے زندی نصف کی جلد عدیم الحس ہو جاتی ہے اور انگلیوں اور ہاتھ اور پونچے کے عضلات اور نیز کہنی اور کندھے کے بھی کچھ عضلات مشمول ہو جاتے۔ بازو کے عضلات کے مختلف گروہوں کی تعصیبت کیلئے جو ریشے جاتے ہیں وہ جیسا کہ ہمیں ابھی معلوم ہو چکا ہے جبل کے تناظر قطعاً سے پانچویں عنقی سے لیکر پہلے ٹھہری عصب تک کے تمام اعصاب کے ذریعہ سے بالترتیب نکلتے ہیں۔ جو ریشے کندھے کے عضلات مبعده کے لئے جاتے ہیں وہ پانچویں عصب میں سے گزرتے ہیں۔ اور عضلات مقربہ کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور کہنی کے عضلات قابضہ کے پانچویں اور چھٹے اعصاب میں سے اور ایک عضلات باسطہ کے ساتویں اور آٹھویں عصب میں سے اور پونچے اور انگلیوں کے عضلات باسطہ کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور انکے عضلات قابضہ کے آٹھویں عنقی اور پہلے ٹھہری میں سے گزرتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عنقی شوکی عصب شوکی قنال میں سے اس مقام پر باہر نکلتا ہے جو اس عصب کے بعد کے شوکی عصب کے مبداء کے مقابل ہوتا ہے۔

ہیرنگھم (Herringham) نے جارج بالا کے اعصاب کے اندر کے ریشوں کے معمولی شوکی مبادی اور بڑے بڑے عضلات کی معمولی عصبی رسد کو مندرجہ ذیل طریقہ سے

بیان کیا ہے :-

اعصاب

طویل سادی - ۵ - ۶ - ۷	صغیر داخلی (وسطانی) جلدی - ۱
فوق کتفی - ۵ یا ۵ - ۶	منحن (بغلی) - ۵ - ۶
خارجی (جانبی) جلدی - ۵ - ۶ - ۷	وسطی - ۶ - ۷ - ۸ - ۱
داخلی (وسطانی) جلدی - ۱ یا ۱ - ۸	زندگی - ۱ - ۸
	عضلی مرغولی (کعبی) - ۶ - ۷ - ۸ یا ۸ - ۶ - ۷ - ۸

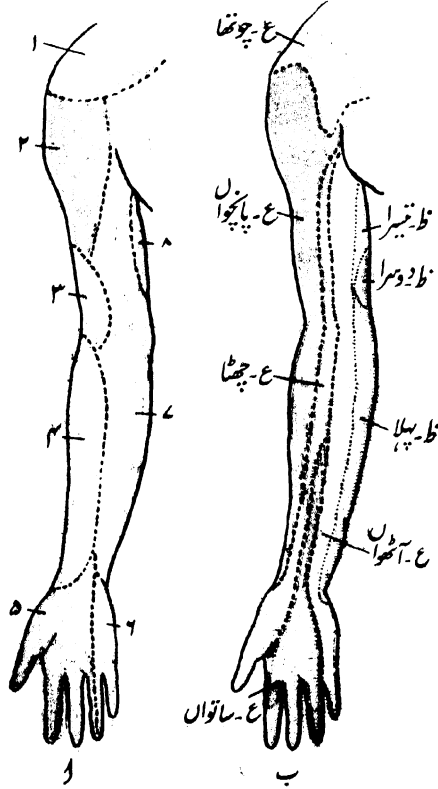
عضلات

۳ - ۴ - ۵ - رافع الكتف	۵ - ۶ - عضلہ والیہ - زیر کتفی عضلہ
۵ - ۶ - ۷ - ۸ - ۹ - ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - ۱۳ - ۱۴ - ۱۵ - ۱۶ - ۱۷ - ۱۸ - ۱۹ - ۲۰ - ۲۱ - ۲۲ - ۲۳ - ۲۴ - ۲۵ - ۲۶ - ۲۷ - ۲۸ - ۲۹ - ۳۰ - ۳۱ - ۳۲ - ۳۳ - ۳۴ - ۳۵ - ۳۶ - ۳۷ - ۳۸ - ۳۹ - ۴۰ - ۴۱ - ۴۲ - ۴۳ - ۴۴ - ۴۵ - ۴۶ - ۴۷ - ۴۸ - ۴۹ - ۵۰ - ۵۱ - ۵۲ - ۵۳ - ۵۴ - ۵۵ - ۵۶ - ۵۷ - ۵۸ - ۵۹ - ۶۰ - ۶۱ - ۶۲ - ۶۳ - ۶۴ - ۶۵ - ۶۶ - ۶۷ - ۶۸ - ۶۹ - ۷۰ - ۷۱ - ۷۲ - ۷۳ - ۷۴ - ۷۵ - ۷۶ - ۷۷ - ۷۸ - ۷۹ - ۸۰ - ۸۱ - ۸۲ - ۸۳ - ۸۴ - ۸۵ - ۸۶ - ۸۷ - ۸۸ - ۸۹ - ۹۰ - ۹۱ - ۹۲ - ۹۳ - ۹۴ - ۹۵ - ۹۶ - ۹۷ - ۹۸ - ۹۹ - ۱۰۰ - ۱۰۱ - ۱۰۲ - ۱۰۳ - ۱۰۴ - ۱۰۵ - ۱۰۶ - ۱۰۷ - ۱۰۸ - ۱۰۹ - ۱۱۰ - ۱۱۱ - ۱۱۲ - ۱۱۳ - ۱۱۴ - ۱۱۵ - ۱۱۶ - ۱۱۷ - ۱۱۸ - ۱۱۹ - ۱۲۰ - ۱۲۱ - ۱۲۲ - ۱۲۳ - ۱۲۴ - ۱۲۵ - ۱۲۶ - ۱۲۷ - ۱۲۸ - ۱۲۹ - ۱۳۰ - ۱۳۱ - ۱۳۲ - ۱۳۳ - ۱۳۴ - ۱۳۵ - ۱۳۶ - ۱۳۷ - ۱۳۸ - ۱۳۹ - ۱۴۰ - ۱۴۱ - ۱۴۲ - ۱۴۳ - ۱۴۴ - ۱۴۵ - ۱۴۶ - ۱۴۷ - ۱۴۸ - ۱۴۹ - ۱۵۰ - ۱۵۱ - ۱۵۲ - ۱۵۳ - ۱۵۴ - ۱۵۵ - ۱۵۶ - ۱۵۷ - ۱۵۸ - ۱۵۹ - ۱۶۰ - ۱۶۱ - ۱۶۲ - ۱۶۳ - ۱۶۴ - ۱۶۵ - ۱۶۶ - ۱۶۷ - ۱۶۸ - ۱۶۹ - ۱۷۰ - ۱۷۱ - ۱۷۲ - ۱۷۳ - ۱۷۴ - ۱۷۵ - ۱۷۶ - ۱۷۷ - ۱۷۸ - ۱۷۹ - ۱۸۰ - ۱۸۱ - ۱۸۲ - ۱۸۳ - ۱۸۴ - ۱۸۵ - ۱۸۶ - ۱۸۷ - ۱۸۸ - ۱۸۹ - ۱۹۰ - ۱۹۱ - ۱۹۲ - ۱۹۳ - ۱۹۴ - ۱۹۵ - ۱۹۶ - ۱۹۷ - ۱۹۸ - ۱۹۹ - ۲۰۰ - ۲۰۱ - ۲۰۲ - ۲۰۳ - ۲۰۴ - ۲۰۵ - ۲۰۶ - ۲۰۷ - ۲۰۸ - ۲۰۹ - ۲۱۰ - ۲۱۱ - ۲۱۲ - ۲۱۳ - ۲۱۴ - ۲۱۵ - ۲۱۶ - ۲۱۷ - ۲۱۸ - ۲۱۹ - ۲۲۰ - ۲۲۱ - ۲۲۲ - ۲۲۳ - ۲۲۴ - ۲۲۵ - ۲۲۶ - ۲۲۷ - ۲۲۸ - ۲۲۹ - ۲۳۰ - ۲۳۱ - ۲۳۲ - ۲۳۳ - ۲۳۴ - ۲۳۵ - ۲۳۶ - ۲۳۷ - ۲۳۸ - ۲۳۹ - ۲۴۰ - ۲۴۱ - ۲۴۲ - ۲۴۳ - ۲۴۴ - ۲۴۵ - ۲۴۶ - ۲۴۷ - ۲۴۸ - ۲۴۹ - ۲۵۰ - ۲۵۱ - ۲۵۲ - ۲۵۳ - ۲۵۴ - ۲۵۵ - ۲۵۶ - ۲۵۷ - ۲۵۸ - ۲۵۹ - ۲۶۰ - ۲۶۱ - ۲۶۲ - ۲۶۳ - ۲۶۴ - ۲۶۵ - ۲۶۶ - ۲۶۷ - ۲۶۸ - ۲۶۹ - ۲۷۰ - ۲۷۱ - ۲۷۲ - ۲۷۳ - ۲۷۴ - ۲۷۵ - ۲۷۶ - ۲۷۷ - ۲۷۸ - ۲۷۹ - ۲۸۰ - ۲۸۱ - ۲۸۲ - ۲۸۳ - ۲۸۴ - ۲۸۵ - ۲۸۶ - ۲۸۷ - ۲۸۸ - ۲۸۹ - ۲۹۰ - ۲۹۱ - ۲۹۲ - ۲۹۳ - ۲۹۴ - ۲۹۵ - ۲۹۶ - ۲۹۷ - ۲۹۸ - ۲۹۹ - ۳۰۰ - ۳۰۱ - ۳۰۲ - ۳۰۳ - ۳۰۴ - ۳۰۵ - ۳۰۶ - ۳۰۷ - ۳۰۸ - ۳۰۹ - ۳۱۰ - ۳۱۱ - ۳۱۲ - ۳۱۳ - ۳۱۴ - ۳۱۵ - ۳۱۶ - ۳۱۷ - ۳۱۸ - ۳۱۹ - ۳۲۰ - ۳۲۱ - ۳۲۲ - ۳۲۳ - ۳۲۴ - ۳۲۵ - ۳۲۶ - ۳۲۷ - ۳۲۸ - ۳۲۹ - ۳۳۰ - ۳۳۱ - ۳۳۲ - ۳۳۳ - ۳۳۴ - ۳۳۵ - ۳۳۶ - ۳۳۷ - ۳۳۸ - ۳۳۹ - ۳۴۰ - ۳۴۱ - ۳۴۲ - ۳۴۳ - ۳۴۴ - ۳۴۵ - ۳۴۶ - ۳۴۷ - ۳۴۸ - ۳۴۹ - ۳۵۰ - ۳۵۱ - ۳۵۲ - ۳۵۳ - ۳۵۴ - ۳۵۵ - ۳۵۶ - ۳۵۷ - ۳۵۸ - ۳۵۹ - ۳۶۰ - ۳۶۱ - ۳۶۲ - ۳۶۳ - ۳۶۴ - ۳۶۵ - ۳۶۶ - ۳۶۷ - ۳۶۸ - ۳۶۹ - ۳۷۰ - ۳۷۱ - ۳۷۲ - ۳۷۳ - ۳۷۴ - ۳۷۵ - ۳۷۶ - ۳۷۷ - ۳۷۸ - ۳۷۹ - ۳۸۰ - ۳۸۱ - ۳۸۲ - ۳۸۳ - ۳۸۴ - ۳۸۵ - ۳۸۶ - ۳۸۷ - ۳۸۸ - ۳۸۹ - ۳۹۰ - ۳۹۱ - ۳۹۲ - ۳۹۳ - ۳۹۴ - ۳۹۵ - ۳۹۶ - ۳۹۷ - ۳۹۸ - ۳۹۹ - ۴۰۰ - ۴۰۱ - ۴۰۲ - ۴۰۳ - ۴۰۴ - ۴۰۵ - ۴۰۶ - ۴۰۷ - ۴۰۸ - ۴۰۹ - ۴۱۰ - ۴۱۱ - ۴۱۲ - ۴۱۳ - ۴۱۴ - ۴۱۵ - ۴۱۶ - ۴۱۷ - ۴۱۸ - ۴۱۹ - ۴۲۰ - ۴۲۱ - ۴۲۲ - ۴۲۳ - ۴۲۴ - ۴۲۵ - ۴۲۶ - ۴۲۷ - ۴۲۸ - ۴۲۹ - ۴۳۰ - ۴۳۱ - ۴۳۲ - ۴۳۳ - ۴۳۴ - ۴۳۵ - ۴۳۶ - ۴۳۷ - ۴۳۸ - ۴۳۹ - ۴۴۰ - ۴۴۱ - ۴۴۲ - ۴۴۳ - ۴۴۴ - ۴۴۵ - ۴۴۶ - ۴۴۷ - ۴۴۸ - ۴۴۹ - ۴۵۰ - ۴۵۱ - ۴۵۲ - ۴۵۳ - ۴۵۴ - ۴۵۵ - ۴۵۶ - ۴۵۷ - ۴۵۸ - ۴۵۹ - ۴۶۰ - ۴۶۱ - ۴۶۲ - ۴۶۳ - ۴۶۴ - ۴۶۵ - ۴۶۶ - ۴۶۷ - ۴۶۸ - ۴۶۹ - ۴۷۰ - ۴۷۱ - ۴۷۲ - ۴۷۳ - ۴۷۴ - ۴۷۵ - ۴۷۶ - ۴۷۷ - ۴۷۸ - ۴۷۹ - ۴۸۰ - ۴۸۱ - ۴۸۲ - ۴۸۳ - ۴۸۴ - ۴۸۵ - ۴۸۶ - ۴۸۷ - ۴۸۸ - ۴۸۹ - ۴۹۰ - ۴۹۱ - ۴۹۲ - ۴۹۳ - ۴۹۴ - ۴۹۵ - ۴۹۶ - ۴۹۷ - ۴۹۸ - ۴۹۹ - ۵۰۰ - ۵۰۱ - ۵۰۲ - ۵۰۳ - ۵۰۴ - ۵۰۵ - ۵۰۶ - ۵۰۷ - ۵۰۸ - ۵۰۹ - ۵۱۰ - ۵۱۱ - ۵۱۲ - ۵۱۳ - ۵۱۴ - ۵۱۵ - ۵۱۶ - ۵۱۷ - ۵۱۸ - ۵۱۹ - ۵۲۰ - ۵۲۱ - ۵۲۲ - ۵۲۳ - ۵۲۴ - ۵۲۵ - ۵۲۶ - ۵۲۷ - ۵۲۸ - ۵۲۹ - ۵۳۰ - ۵۳۱ - ۵۳۲ - ۵۳۳ - ۵۳۴ - ۵۳۵ - ۵۳۶ - ۵۳۷ - ۵۳۸ - ۵۳۹ - ۵۴۰ - ۵۴۱ - ۵۴۲ - ۵۴۳ - ۵۴۴ - ۵۴۵ - ۵۴۶ - ۵۴۷ - ۵۴۸ - ۵۴۹ - ۵۵۰ - ۵۵۱ - ۵۵۲ - ۵۵۳ - ۵۵۴ - ۵۵۵ - ۵۵۶ - ۵۵۷ - ۵۵۸ - ۵۵۹ - ۵۶۰ - ۵۶۱ - ۵۶۲ - ۵۶۳ - ۵۶۴ - ۵۶۵ - ۵۶۶ - ۵۶۷ - ۵۶۸ - ۵۶۹ - ۵۷۰ - ۵۷۱ - ۵۷۲ - ۵۷۳ - ۵۷۴ - ۵۷۵ - ۵۷۶ - ۵۷۷ - ۵۷۸ - ۵۷۹ - ۵۸۰ - ۵۸۱ - ۵۸۲ - ۵۸۳ - ۵۸۴ - ۵۸۵ - ۵۸۶ - ۵۸۷ - ۵۸۸ - ۵۸۹ - ۵۹۰ - ۵۹۱ - ۵۹۲ - ۵۹۳ - ۵۹۴ - ۵۹۵ - ۵۹۶ - ۵۹۷ - ۵۹۸ - ۵۹۹ - ۶۰۰ - ۶۰۱ - ۶۰۲ - ۶۰۳ - ۶۰۴ - ۶۰۵ - ۶۰۶ - ۶۰۷ - ۶۰۸ - ۶۰۹ - ۶۱۰ - ۶۱۱ - ۶۱۲ - ۶۱۳ - ۶۱۴ - ۶۱۵ - ۶۱۶ - ۶۱۷ - ۶۱۸ - ۶۱۹ - ۶۲۰ - ۶۲۱ - ۶۲۲ - ۶۲۳ - ۶۲۴ - ۶۲۵ - ۶۲۶ - ۶۲۷ - ۶۲۸ - ۶۲۹ - ۶۳۰ - ۶۳۱ - ۶۳۲ - ۶۳۳ - ۶۳۴ - ۶۳۵ - ۶۳۶ - ۶۳۷ - ۶۳۸ - ۶۳۹ - ۶۴۰ - ۶۴۱ - ۶۴۲ - ۶۴۳ - ۶۴۴ - ۶۴۵ - ۶۴۶ - ۶۴۷ - ۶۴۸ - ۶۴۹ - ۶۵۰ - ۶۵۱ - ۶۵۲ - ۶۵۳ - ۶۵۴ - ۶۵۵ - ۶۵۶ - ۶۵۷ - ۶۵۸ - ۶۵۹ - ۶۶۰ - ۶۶۱ - ۶۶۲ - ۶۶۳ - ۶۶۴ - ۶۶۵ - ۶۶۶ - ۶۶۷ - ۶۶۸ - ۶۶۹ - ۶۷۰ - ۶۷۱ - ۶۷۲ - ۶۷۳ - ۶۷۴ - ۶۷۵ - ۶۷۶ - ۶۷۷ - ۶۷۸ - ۶۷۹ - ۶۸۰ - ۶۸۱ - ۶۸۲ - ۶۸۳ - ۶۸۴ - ۶۸۵ - ۶۸۶ - ۶۸۷ - ۶۸۸ - ۶۸۹ - ۶۹۰ - ۶۹۱ - ۶۹۲ - ۶۹۳ - ۶۹۴ - ۶۹۵ - ۶۹۶ - ۶۹۷ - ۶۹۸ - ۶۹۹ - ۷۰۰ - ۷۰۱ - ۷۰۲ - ۷۰۳ - ۷۰۴ - ۷۰۵ - ۷۰۶ - ۷۰۷ - ۷۰۸ - ۷۰۹ - ۷۱۰ - ۷۱۱ - ۷۱۲ - ۷۱۳ - ۷۱۴ - ۷۱۵ - ۷۱۶ - ۷۱۷ - ۷۱۸ - ۷۱۹ - ۷۲۰ - ۷۲۱ - ۷۲۲ - ۷۲۳ - ۷۲۴ - ۷۲۵ - ۷۲۶ - ۷۲۷ - ۷۲۸ - ۷۲۹ - ۷۳۰ - ۷۳۱ - ۷۳۲ - ۷۳۳ - ۷۳۴ - ۷۳۵ - ۷۳۶ - ۷۳۷ - ۷۳۸ - ۷۳۹ - ۷۴۰ - ۷۴۱ - ۷۴۲ - ۷۴۳ - ۷۴۴ - ۷۴۵ - ۷۴۶ - ۷۴۷ - ۷۴۸ - ۷۴۹ - ۷۵۰ - ۷۵۱ - ۷۵۲ - ۷۵۳ - ۷۵۴ - ۷۵۵ - ۷۵۶ - ۷۵۷ - ۷۵۸ - ۷۵۹ - ۷۶۰ - ۷۶۱ - ۷۶۲ - ۷۶۳ - ۷۶۴ - ۷۶۵ - ۷۶۶ - ۷۶۷ - ۷۶۸ - ۷۶۹ - ۷۷۰ - ۷۷۱ - ۷۷۲ - ۷۷۳ - ۷۷۴ - ۷۷۵ - ۷۷۶ - ۷۷۷ - ۷۷۸ - ۷۷۹ - ۷۸۰ - ۷۸۱ - ۷۸۲ - ۷۸۳ - ۷۸۴ - ۷۸۵ - ۷۸۶ - ۷۸۷ - ۷۸۸ - ۷۸۹ - ۷۹۰ - ۷۹۱ - ۷۹۲ - ۷۹۳ - ۷۹۴ - ۷۹۵ - ۷۹۶ - ۷۹۷ - ۷۹۸ - ۷۹۹ - ۸۰۰ - ۸۰۱ - ۸۰۲ - ۸۰۳ - ۸۰۴ - ۸۰۵ - ۸۰۶ - ۸۰۷ - ۸۰۸ - ۸۰۹ - ۸۱۰ - ۸۱۱ - ۸۱۲ - ۸۱۳ - ۸۱۴ - ۸۱۵ - ۸۱۶ - ۸۱۷ - ۸۱۸ - ۸۱۹ - ۸۲۰ - ۸۲۱ - ۸۲۲ - ۸۲۳ - ۸۲۴ - ۸۲۵ - ۸۲۶ - ۸۲۷ - ۸۲۸ - ۸۲۹ - ۸۳۰ - ۸۳۱ - ۸۳۲ - ۸۳۳ - ۸۳۴ - ۸۳۵ - ۸۳۶ - ۸۳۷ - ۸۳۸ - ۸۳۹ - ۸۴۰ - ۸۴۱ - ۸۴۲ - ۸۴۳ - ۸۴۴ - ۸۴۵ - ۸۴۶ - ۸۴۷ - ۸۴۸ - ۸۴۹ - ۸۵۰ - ۸۵۱ - ۸۵۲ - ۸۵۳ - ۸۵۴ - ۸۵۵ - ۸۵۶ - ۸۵۷ - ۸۵۸ - ۸۵۹ - ۸۶۰ - ۸۶۱ - ۸۶۲ - ۸۶۳ - ۸۶۴ - ۸۶۵ - ۸۶۶ - ۸۶۷ - ۸۶۸ - ۸۶۹ - ۸۷۰ - ۸۷۱ - ۸۷۲ - ۸۷۳ - ۸۷۴ - ۸۷۵ - ۸۷۶ - ۸۷۷ - ۸۷۸ - ۸۷۹ - ۸۸۰ - ۸۸۱ - ۸۸۲ - ۸۸۳ - ۸۸۴ - ۸۸۵ - ۸۸۶ - ۸۸۷ - ۸۸۸ - ۸۸۹ - ۸۹۰ - ۸۹۱ - ۸۹۲ - ۸۹۳ - ۸۹۴ - ۸۹۵ - ۸۹۶ - ۸۹۷ - ۸۹۸ - ۸۹۹ - ۹۰۰ - ۹۰۱ - ۹۰۲ - ۹۰۳ - ۹۰۴ - ۹۰۵ - ۹۰۶ - ۹۰۷ - ۹۰۸ - ۹۰۹ - ۹۱۰ - ۹۱۱ - ۹۱۲ - ۹۱۳ - ۹۱۴ - ۹۱۵ - ۹۱۶ - ۹۱۷ - ۹۱۸ - ۹۱۹ - ۹۲۰ - ۹۲۱ - ۹۲۲ - ۹۲۳ - ۹۲۴ - ۹۲۵ - ۹۲۶ - ۹۲۷ - ۹۲۸ - ۹۲۹ - ۹۳۰ - ۹۳۱ - ۹۳۲ - ۹۳۳ - ۹۳۴ - ۹۳۵ - ۹۳۶ - ۹۳۷ - ۹۳۸ - ۹۳۹ - ۹۴۰ - ۹۴۱ - ۹۴۲ - ۹۴۳ - ۹۴۴ - ۹۴۵ - ۹۴۶ - ۹۴۷ - ۹۴۸ - ۹۴۹ - ۹۵۰ - ۹۵۱ - ۹۵۲ - ۹۵۳ - ۹۵۴ - ۹۵۵ - ۹۵۶ - ۹۵۷ - ۹۵۸ - ۹۵۹ - ۹۶۰ - ۹۶۱ - ۹۶۲ - ۹۶۳ - ۹۶۴ - ۹۶۵ - ۹۶۶ - ۹۶۷ - ۹۶۸ - ۹۶۹ - ۹۷۰ - ۹۷۱ - ۹۷۲ - ۹۷۳ - ۹۷۴ - ۹۷۵ - ۹۷۶ - ۹۷۷ - ۹۷۸ - ۹۷۹ - ۹۸۰ - ۹۸۱ - ۹۸۲ - ۹۸۳ - ۹۸۴ - ۹۸۵ - ۹۸۶ - ۹۸۷ - ۹۸۸ - ۹۸۹ - ۹۹۰ - ۹۹۱ - ۹۹۲ - ۹۹۳ - ۹۹۴ - ۹۹۵ - ۹۹۶ - ۹۹۷ - ۹۹۸ - ۹۹۹ - ۱۰۰۰	۶ - عضلہ مد لمج کبیرہ - عضلہ کا - مد لمجہ - عضلہ قابضہ ریشیہ کعبیہ - عضلہ عضدیہ کعبیہ - اد عضلہ بالمد - سطحی اہسای عضلات - ۵ - ۶ - ۷ - عضلہ فشاریہ کبیرہ - ۶ - ۷ - ۸ - ۱ - عضلہ قابضہ سطحیہ - عضلہ قابضہ عمقیہ - ریشیہ زندہ طولیہ اہسایہ - عضلہ کا بہ مرہبہ - ۸ - مثلثتہ الرؤس کا طولیہ سر - زیر اہسایہ مثلثتہ بین الغضای عضلات - عمیق اہسایہ عضلات -

انگلیوں کی جلدی عصبی رسد کے متعلق یہ ضروری یاد رکھنا چاہئے کہ

انگوٹھے اور دونوں بیرونی انگلیوں کی اور منصر کی کعبی طرف کی کئی جانب کو عصب وسطی (median) رسد پہنچاتا ہے! اور بقیہ ایک اور نصف انگلی کی اسی جانب کو عصب زندگی (ulnar) سے رسد پہنچتی ہے (شکل ۸۲)۔ انگوٹھے کی ٹہری جانب کو جانبی کعبی جلدی عصب (lateral radial cutaneous) اور اشاریہ اور وسطی کی ٹہری جانب کو (دوسرے سلامیہ کے قاعدہ تک) عصب کعبی (radial) رسد پہنچاتا ہے اور ان کے دوسرے اور

تیسرے سلامیات کو عصب و سغلی (median) سے رمد پہنچتی ہے۔ یہ جھنگلی اور انگشت خاتم کی



366

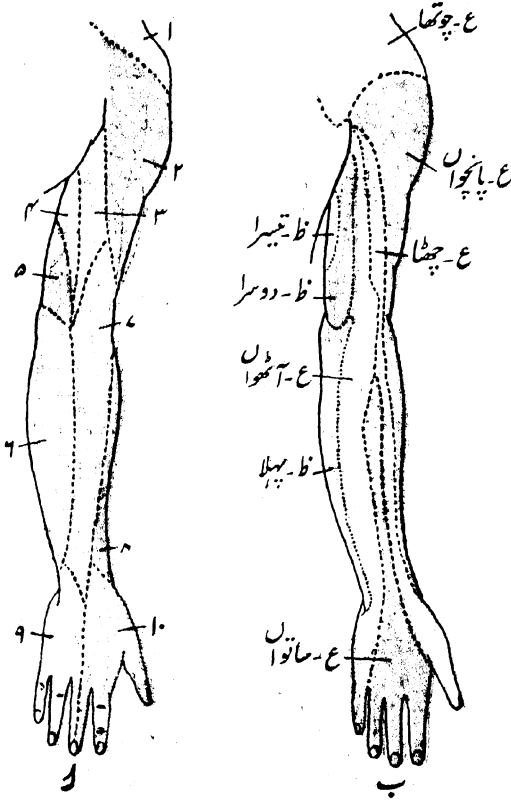
شکل ۸۲ - ا - بازو کے قابض یا (راحی) رخ کی جلد پر اکیلے اکیلے جلدی

عصب کا انقسام - ب - اسی رخ پر شوکی (غلتی) اعصاب کا انقسام -

۱ - مؤخر فوق تر قوی - ۲ - بغلی - ۳ - بازو کا مؤخر جلدی - ۴ - عضلی جلدی - ۵ - وسطی - ۶ - زندی - ۷ - سغلی
جلدی - ۸ - بین سغلی ذرا عبثی -

لئے اس امر کا خیال رہے کہ دونوں بعد، سلامیات کی ظہری جانب پر کسی لطیفی عصب کا چلا جانا عمومی قاعدہ کے خلاف ہوتا ہے۔

زندہی جانب کو عصب زندہی (ulnar) رسد پہنچاتا ہے۔ انگشت خاتم کی کعبری جانب کو دوسرے



شکل ۸۳۔ بازو کے باسط یا ظہری رخ کی جلد پر اکیلے اکیلے جلدی عصب کا اقسام۔

ج۔ اسی رخ پر شوکی (فطنی) اعصاب کا اقسام۔ (۱ میں عصب کعبری کو ۱/۳

اصابع کو اور عصب ندی کو ۱/۱ اصبع کو رسد پہنچاتے ہوئے دکھانا چاہئے تھا)۔

۱۔ موخرفق ترقوی۔ ۲۔ بغلی۔ ۳۔ وسطی جلدی (کعبری)۔ ۴۔ بازو کا موخرف جلدی۔ ۵۔ ہینٹلسی ذراعیتی۔ ۶۔ وسطی

جلدی۔ ۷۔ ظہری جلدی۔ ۸۔ عضلی جلدی۔ ۹۔ زندہی۔ ۱۰۔ کعبری۔

سلاسیہ کے قاعدہ تک عصب کعبری (radial) سے رسد پہنچتی ہے اور اس اصبع کے اس جانب کے

بقیہ حصہ کو عصب وسطی (median) رسد پہنچاتا ہے (شکل ۸۳)۔ وسطی اور برص کے درمیان کی گھائی گاہے گاہے عصب زندی (ulnar) رسد پہنچاتا ہے اور کبھی اسکے کچھ حصہ کو زندی سے اور کچھ حصہ کو کعبری سے رسد پہنچتی ہے۔ (جن جڑوں اور شوکی قطعوں سے یہ اعصاب تعلق رکھتے ہیں انکی وضاحت شکل ۸۲ اور ۸۳ سے ہو سکتی ہے)۔ ہاتھ کو زیادہ تر رسد ساتویں عصب ہی سے پہنچتی ہے۔ قریب جوار کے شوکی اعصاب معمولی نہائی شاخوں کی طرح اپنے تفرع میں ایک بڑی حد تک متراکب ہوتے ہیں۔ عدم حسیت کا رقبہ تشریحی تفرع کے رقبہ سے ہمیشہ چھوٹا ہوتا ہے۔ بازو کی زندی جانب پر کے اعصاب جبل کے ان قطعات سے آتے ہیں جن سے مشارکی (حسی) اعصاب منکر قلب کو جاتے ہیں۔ ذبحہ صدری (angina pectoris) میں قلب فی الحقیقت درد کا باعث ہوتا ہے لیکن مریض ذبحہ بائیں بازو کی زندی جانب پر محسوس کرتا ہے اور اسی سے منسوب بھی کرتا ہے۔

368

عضدی ضغیرہ کے نیچے کتنے کا شلل۔ جن مریضوں میں عنقی پسلی موجود ہوتی

ہے، انہیں بازو کے جوہر وی شلل کے پائے جانے کا ذکر کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 207)۔ ایسا شلل جو عام طور پر سن بلوغ پر پہنچنے کے جلد بعد نمودار ہوتا شروع ہوتا ہے اور جو عورتوں میں مردوں کی نسبت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ عضدی ضغیرہ کے سب سے نیچے کتنے کے اس پسلی کو دبانے سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ زندی عصب کا رقبہ تفرع ہی سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے (شکل ۸۱)۔ وڈ جونز (Wood Jones) نے یہ ثابت کیا ہے کہ پہلی پسلی کا زیر ترقوی میز اب سب سے نیچے کتنے سے پیدا ہوتا ہے اور نیز اس عصب کا وباؤ بعض حالتوں میں پسلی کو خمیدہ کر دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ لہذا یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ایسے افراد میں جنہیں عنقی پسلی موجود نہیں تھی سب سے نیچے کتنے کے تفرع میں عصبی احتمال موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ نلا ہر ہے کہ سب سے نیچے کتنے میں جاڑ کی زیادہ تر عرق حرکی رسد موجود ہوتی ہے، کیونکہ مذکورہ بالا واقعات میں عرق حرکی شلل کی وجہ سے جلد اکثر سرخ اور متورم ہوتی ہے۔

وہ شلل جو ان عصبی ضررات سے پیدا ہوتے ہیں جو ضغیرہ سے نیچے واقع ہوتے ہیں

اگر صریح تشخيص کرنا مقصود ہو تو ایسے ضررات فی الحقیقت توڑ سے ہی ہیں جنکا آنتنے ہی غور سے مطالعہ

کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جتنے خور سے کہ اعصاب کے ضرر کا کیا جاتا ہے۔ ضرر رسیدہ عصب کی تشریح اور فعلیات کے علم ہی کی صرف ضرورت نہیں پڑتی بلکہ ان مختلف حرکتوں کا جاننا بھی ضروری ہوتا ہے جنکو ہم فیض زائل شدہ فعل، کہ جگہ بعض اوقات اس خوبی سے سرا انجام دیتا ہے کہ تجربہ کار ماہر شخصیں کو بھی دھوکا ہو جاتا ہے۔

عضلی مرغولی (کبھری) عصب کو اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اس پر

فعل میں دباؤ پڑ سکتا ہے (عکاز شکل) یا کبھی کبھی عضلی میزاب میں بھی ایسا ہوتا ہے جیسا کہ کرسی یا میز کے سخت کنارے پر بازو رکھ کر گہری نیند سو جانے میں (شب ہفتہ کا شکل) یا یہ ذریعہ کی پوری کے کسر کے بعد دشمنہ (callus) سے مجروح یا مضبوط ہو جاتا ہے۔

369

گھر۔ یہ عضدی ضغیرہ کی موخر جل سے نکلتا ہے (شکل ۵ صفحہ 204) اور ان تمام شوک اعصاب سے جو ضغیرہ میں حصہ لیتے ہیں ریشہ آکر اس میں ملتے ہیں۔ یہ عصب عصبی عرقی نڈل کے نیچے سے فعل کو عبور کرتا ہے اور عضلی عصبی میزاب میں ذراعیہ کی موخر جانب کے گرد ایک ترچھے رخ میں پھر جاتا ہے۔ یہاں یہ مثلثہ الزوس کے اندرونی اور بیرونی سروں کے درمیان اور اس کے لوہل سر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ شریان عمیق (profunda artery) بھی ہوتی ہے عضل دالید (deltoid) کے فہمی اور خارجی سر قذال کے درمیانی فاصلہ کے تقریباً نصف پر یہ خارجی بین عضلی فاسل کو منقبت کر کے ذور اسین (biceps) اور باطنی طویل (supinator longus) کی درمیانی فضا میں چلا جاتا ہے۔ کہنی کے خم پر یہ مندرجہ ذیل شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ (ا) ایک مقدم شاخ جو فاصلتہ حسی ہوتی ہے اور باطنی طویل کے کنارے کے نیچے نیچے چلی جاتی ہے اور اس کے وتر کے نیچے سے گزر کر کبری جانب کو مل جاتی ہے اور کعبہ کے جانبی حاشیہ کے گرد پھر جاتی ہے اور پونچے کی پشت پر تین شاخوں میں تقسیم ہو کر زیر جلدی طور پر ختم ہو جاتی ہے۔ (ب) ایک اہم موخر شاخ یعنی "موخر بین العظامی" (posterior interosseous) جو باطنی قصبہ (supinator) (brevis) میں سے گزر کر کعبہ کی گردن کی بیرونی جانب کے گرد پھر جاتی ہے اور اسکے بعد کلائی کے عضلات کے درمیان آگے بڑھ جاتی ہے اور سب کو سحر کی شاخیں سمیٹتی ہے۔ بین العظامی رباط کے گرد کر یہ عصب پونچے کی پشت پر پہنچ جاتا ہے اور رسی اور بعد رسی ہڈیوں کے جوڑوں اور گرد و غلو کو ریشے سمیٹتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب کا اصلی فعل حرکتی ہوتا ہے۔ اس سے مندرجہ ذیل حرکی شاخیں نکلتی ہیں۔ عضلی مرغولی میزاب میں (۱) مثلثیہ الرؤس کے طویل سہ کو (ج) اس کے اندرونی سرکوں (ج) عضلہ مرفقیہ (anconeus) کے بیرونی سرکوں۔ (۲) ذوراسین اور باطلحہ طویل کے درمیان (۱) باطلحہ طویل کو (ج) عضلہ رسغیہ کبریہ بطولیکو۔ (۳) کبریہ کی گردن پر (۱) عضلہ باسط رسغیہ کبریہ قصیرہ کو، (ج) باطلحہ قصیرہ کو۔ (۴) کلائی کی پشت پر (۱) عضلہ باسط رسغیہ نزدیکو، (ج) عضلہ باسط مشرقیہ کہ اصبعیہ کو (ج) عضلہ باسط خنصریہ کو۔ اور اس سے نیچے (۵) عضلہ باسط بعد رسغیہ اہامیہ (extensor ossis metacarpi pollicis) کو، (۶) عضلہ طویل اہامیہ کو (۷) عضلہ باسط اہامیہ قصیرہ کو (۸) عضلہ باسط اشاریہ (xtensor indicis) کو۔

حسی شاخیں (۱) ایک داخلہ جلدی شاخ جو بازو کے لئے ہوتی ہے بغل کے زیرین حاشیہ کے بالمقابل نکلتی ہے اور سپی اندرونی سطح کو زوج (olecranon) تک رسد پہنچاتی ہے۔ (۲) ایک خارجی جلدی شاخ جو اس مقام پر نکلتی ہے جہاں یہ عصب ذراعیہ کی کبریہ جانب کے کنارہ کو عبور کرتا ہے۔ یہ بازو کی سپی بیرونی جانب کو رسد پہنچاتی ہے علاوہ ازیں یہ اس تپلی دھجی کو بھی رسد پہنچاتی ہے جو پیش بازو کی پشت پر عضلی مرغولی اور داخلہ جلدی اعصاب کے رقبہ جات کے تضرع کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ (۳) مقدم (کبریہ) شاخ پونچھ کی پشت پر تین شاخوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ شاخیں اہامی افزاز (بیرونی حصہ)، ہاتھ کی پشت کے بیرونی حصہ، انگوٹھے کی پشت اور انگوٹھت اشاریہ اور وسطیٰ کی پشت کو دوسرے سلامتیہ کی اور انگشت خاتم کے ایک ایسے ہی رقبہ کو جو اسکی کبریہ جانب پر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ محل مضرت کا جو تعلق شاخوں کے مبادی سے ہوگا ضرر کے سرسری مظاہر اسکے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

عضلی مرغولی شلل میں اگر ضرر اوپر واقع ہو، تو (۱) برط کردگی کی طاقت کے

فقدان کے ساتھ ہی ایک میزہ اہمیت بھی دیکھنے میں آتی ہے جس میں کہنی نصف خمیدہ ہوتی ہے، ہاتھ اکباب کی حالت میں لٹکا ہوتا ہے، اور انگلیاں کسی حد تک خمیدہ ہوتی ہیں۔ لیکن اگر مشاہدہ قرنی سلامیات کو سہارا دے تو مریض ہر ایک انگلی کے دوسرے اور تیسرے سلامیہ کی برط کردگی کر سکتا ہے اور اسکی

وجہ یہ ہے کہ بین العظامی عضلات اور عضلات قطنیہ (lumbricales) سے لیکر باسط وتر کے لہسری پھیلاؤ تک ایک صفائی چسپیدگی موجودگی ہوتی ہے۔ لہذا سرے کے دو سلامیات کو کسی چبیرو سے سہارا دینے کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی۔ (۲) عضل باسط رسنغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے ششل سے پونچنے کی تقریب کمزور ہوجاتی ہے اور یہ حرکت پھر عضل قابضہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) سے کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس حالت میں اسکے ساتھ خم کر دگی، سہمی موجود ہوتی ہے، کیونکہ باسط متوازن کشش زائل ہوجاتی ہے۔ (۳) انگوٹھے کے باسط عضلا مشلول ہوجاتے ہیں۔ (۴) بلطج اب بھی (ذوراسین کے ذریعہ سے) کیا جاسکتا ہے جبکہ کہنی نصف خم کر دگی کی حالت میں ہو۔ عضل باطو قصیرہ (supinator brevis) مشلول ہوجاتا ہے۔ (۵) انگلیوں کی قوت گرفت کمزور ہوجاتی ہے کیونکہ عضلات قابضہ اگرچہ بذات خود متاثر نہیں ہوتے مگر ہاتھ کی خم کر دگی کی حالت کی وجہ سے یہ بخوبی پناصل سرانجام نہیں دے سکتے۔ گرفت کے مضبوط ہونے کا امکان صرف اسی وقت ہی ہو سکتا ہے جبکہ ہاتھ پہلے باسط کر دگی کی حالت میں ہو۔ (۶) عضل باطو طولیہ (supinator longus) کی حالت کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے، کیونکہ یہ عضل اپنے اس نام اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب (باسط) سے رسد وصول کرنے کے باوجود اپنے فعل کے لحاظ سے ایک خم کن عضل ہے۔ صحیح سالم بازو میں مریض کی کہنی کو مزاحمت کے مقابلہ میں خمیدہ کرانے سے خاص کر جبکہ اسکی کلائی اکباب اور بلطج کی درمیانی حالت میں یہ بخوبی ابھارا جاسکتا ہے کہنی کی ہسری خم کر دگی میں یہ ذوراسین سے مستعد عمل ہوتا ہے۔ محیطی الاصل عضل مرغولی شلل میں یہ اتحاد عمل جو ذوراسین کے ساتھ ہونا ہے زائل ہوجاتا ہے۔ اگر کسی ایسے مریض میں جس میں بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہو کہ عضلی مرغولی نہ رعضل باطو کو جانے والے عصب کے مہل سے اوپر واقع ہے، یہ عضل مشلول نہ پایا جائے تو اس امر کے متعلق نہ ورشہ ہونا چاہئے کہ فہر یا توجڑ میں ہے یا شوکی ہے یا مسومیت سید۔ یا ہسٹیریا (hysteria) سے پیدا ہے۔

حسی تغیرات غیر اہم ہیں کیونکہ دوسرے اعصاب کی طرف سے بہت سا تر اکب

پایا جاتا ہے۔ اصابع اور ہاتھ کی پشت اور انگوٹھے پر کے سالم رقبہ تفرع میں عدم حسیت شاذ ذنادا ہوا دیکھنے میں آتی ہے۔ لیکن انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کی پشت اور وسطی کی نصف پشت پر اور ہاتھ کی پشت کے متناظر حصہ پر یہ اکثر موجود ہوتی ہے۔ کلائی کا جو رقبہ خارجی جلدی شاخ سے رسد

وصول کرتا ہے اسکے وسط میں بعض اوقات ناقص حدیت (hypoaesthesia) کا ایک تنگ رقبہ پایا جاتا ہے۔ تا وقتیکہ نرس بعل میں اونچا واقع نہ ہو ورنہ اسلی جلدی شلخ کے تفرع کے خط میں کوئی عصب حدیت نہیں پائی جاتی۔

زندگی عصب (ulnar nerve) ضغیرہ کی اندرونی جبل سے شروع ہوتا ہے اور یہ ان ریشوں سے نکلتا ہے جو آٹھویں عنقی اور پہلی صدی جملوں سے حاصل ہوتے ہیں۔ شریان کی وسطانی جانب پر یہ بصل کو عبور کرتا ہے اور پھر یہ بازو میں چلا جاتا ہے جہاں یہ عضدی شریان اور وسطی عصب کے پیچھے رہتا ہے۔ بازو کے نیچے کے ایک تہائی حصہ میں یہ ان ساختوں سے نرسریج علیحدہ ہو جاتا ہے اور بین عضلی فاصل میں سے گزر کر بازو کے موخر خانہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ برکری میزاب میں سے ہو کر عضلہ قابضہ رسنیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے سے کلائی کے سامنے کی طرف پر آ جاتا ہے اور عضلہ قابضہ رسنیہ زندیہ کی بیرونی کور پر عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کے نیچے سے عضلہ قابضہ عمیقیہ (flexor profundus) میں چلا جاتا ہے۔ عظم مشنگ (pisiform) کے قریب یہ ایک صفاتی قنال میں سے گزرتا ہے جو مقدم حلقہ رباط کی مقدم جانب پر عظم مشنگ اور کلاب نما (unciform) ہڈی کے ہب کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں یہ سطحی حسی اور عمیق حرکی دو شاخوں پر منقسم ہو جاتا ہے۔

اسکی حرکی شاخیں مندرجہ ذیل ہیں:- (۱) بازو میں کوئی نہیں۔ (۲) پیش بازو میں (۱) عضلہ قابضہ رسنیہ زندیہ کو (ب) عضلہ قابضہ عمیقیہ کے اندرونی دو بندلوں کو (ج) ایک کو (د) (۳) ہاتھ میں عمیق کفی شاخ مندرجہ ذیل عضلات کو فروغ سمیٹتی ہے۔ (۱) تمام بین العظامی عضلات کو (ب) دو اندرونی عضلات قطنیہ کو (ج) زیر ابہامی قزاز کے عضلات کو (د) عضلہ قابضہ بہتہ قصیرہ کے اندرونی سر کو (س) عضلہ مقربہ ابہامیہ کو۔

حسی شاخیں مندرجہ ذیل ہیں:- (۱) کلائی میں (۱) ایک شاخ کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زندی شریان کے ساتھ ساتھ جا کر پونچے پر سطحی ہو جاتی ہے اور پونچے کی اندرونی جانب اور زیر ابہامی قزاز کو رسد پہنچاتی ہے۔ (ب) ظہری جلدی (dorsal cutaneous) کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زندی کے گرد گھوم کر پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور وسطی اور زیرین ثلثوں کے مقام اتصال کے قریب سطحی ہو جاتی ہے اور آخر کی ڈیڑھ انگلی اور ہاتھ اور پونچے کے اس حصہ کو جو اسکا متناظر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ پونچے کے سامنے کی طرف پر عصب زندی کو

کاٹنے سے اس حصہ میں عدم حسیت کے نمودار ہونے کی امید نہیں کیجا سکتی۔ ٹھہری شاخ صرف قریبی سلامیات کو رسد پہنچاتی ہے اور بعدی سلامیات کو کئی شاخوں سے رسد پہنچتی ہے۔

اس عصب کے ضرر سے جو سریری منظر ہر بیدار ہوتے ہیں انہیں محل ضرر کے لحاظ سے

اختلاف ہوتا ہے۔ مگر ضرر کے اسکی پہلی شاخ کے اوپر واقع ہونے کے لحاظ سے ان پر بحث کرنا ہوزوں ہوگا۔ یہ (لوہرکی) (جب) (حسی) (ح) (پرورشی) ہوتے ہیں۔ عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے کچھ حصہ کے مشابہ ہو جانے کی وجہ سے اندرونی دو انگلیوں کی خم کردگی میں کمزوری آجاتی ہے۔

373

عضلہ قابضہ رسیغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) دوسرے عضلات کے ساتھ پونچھ کی خم کردگی کرتا ہے اور ہاتھ کی تقریب کرتا ہے۔ یہ خم کردگی عضلہ قابضہ رسیغیہ عمیقہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ راحیہ لولیلہ (palmaris longus) کے فعل سے بھی ممکن ہوتی ہے۔ لیکن جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عضلہ قابضہ رسیغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) منقبض نہیں ہو رہا۔

اس حالت میں تقریب کیلئے عضلہ باسطہ رسیغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے فعل سے عمل میں آتی ہے۔ لہذا یہ کمزور ہوتی ہے اور اسکے ساتھ بسط کردگی پائی جاتی ہے۔ بین العظامی عضلات اور اندر کی طرف کے دو عضلات قطنیہ کے شکل سے ہاتھ میں عہد ترین تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ بین العظامی عضلات کے فرائض حسب ذیل ہیں: اول انگلیوں کی وسطی کے خط وسطی سے بعید

(ٹھہری بین العظامی عضلات) اور تقریب (کئی) کرنا، اور (ب) قریبی سلامیات کو، بتعمیل پر خم کرنا اور دوسرے اور تیسرے سلامیات کی بسط کردگی کرنا۔ لہذا ان افعال کو زائل ہو جانا چاہئے اور یہ درحقیقت زائل بھی ہوجاتے ہیں۔ لیکن انکی جگہ تندرست عضلات کو چالاک سے کام میں لانے سے

ان وظائف کو سرانجام دینے کی کچھ طاقت ظاہر کیجاتی ہے۔ اگر عصبی ضرر اس مقام سے نیچے واقع ہو جہاں سے عصبی رسد طویل قابضات کو جاتا ہے تو انگلیوں کی خم کردگی اس حالت میں بھی کیجاتی ہے۔ لیکن بعد رسیغیہ سلامی جوڑوں کی خم کردگی جسے ساتھ بین سلامی مفصل کی بسط کردگی بھی موجود ہو

غیر ممکن ہوتی ہے۔ جیسا کہ ٹینٹیل (Tinel) بیان کرتا ہے۔ خم کردگی انگلیوں کے متسرتی لف (progressive rolling) سے واقع ہوتی ہے جو طویل قابضات کے فعل سے عمل میں آتا ہے۔

مزید برآں دونوں بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) میں جبکو عصب وسطی سے رسد پہنچتی ہے

انگشت اشاریہ اور وسطیٰ کے بین العظامی عضلات کے زائل شدہ فعل کا بدل قائم کرنے کی کیفیت طاقوت موجود ہوتی ہے۔ مزید برآں اگر عضلات علیٰ حالہ ہوں تو انگلیوں کی زائل شدہ تنبید اور تنبید طویل اوتار کے کمزور فعل سے خفیف سی حد تک قائم ہو جاتی ہے، کیونکہ عضد باسٹہ مشترک (extensor communis) ایک کمزور بعد ہے اور طویل عضلات قابضہ ضعیف متر باسٹہ ہیں۔ ابدال (substitution) کی اس قوت سے ایک غیر محتاط مشاہد کو جو یہ امر معلوم کرنے میں ناکام رہے کہ اس حالت میں تنبید کے ساتھ بسط کردگی اور تقریب کے ساتھ خفیف سی خم کردگی بھی موجود ہے اور یہ حرکت کی وسعت کم ہو گئی ہے دھوکا ہو جاتا ہے۔ ایسا مریض ہاتھ کو میز پر چپا رکھ کر انگلیوں کی تنبید اور تقریب نہیں کر سکتا۔ ایسی وضع میں اگر جو بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) میں کسی قدر حرکت واقع ہو سکتی ہے مگر انگشت خاتم اور پینگی میں کوئی حرکت واقع نہیں ہوتی۔

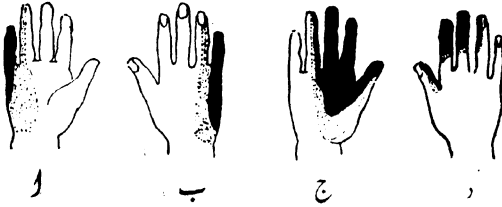
374

عضل قابضہ ایہامیہ قصیر (flexor brevis pollicis) کے متزل کا مظاہرہ مریضی طور پر باسانی نہیں کیا جاسکتا۔ مگر عضل متر بہ ایہامیہ (adductor pollicis) کا متزل اس طریقہ سے آسانی سے ظاہر کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو کاغذ کا ایک تختہ انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے درمیان پکڑا دیا جائے اور پھر اس سے کہا جائے کہ اس تختہ کو اپنے طبعی ہاتھ سے غیر طبعی ہاتھ میں کیے کیے طبعی ہاتھ کے عضلات متر بہ ایہامیہ کو استعمال کرے گا، اور کاغذ کو انگوٹھے کے بعد ہی سلامیہ کے قریبی حصہ اور انگشت اشاریہ کے پہلے سلامیہ کی پیش جانبی طرف سے پکڑے گا۔ ضرر رسیدہ ہاتھ غالباً عضل مقابلہ (opponens) اور طویل قابضات کو استعمال کرے گا۔ اور اسکی گرفت انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے آخری سلامیات کے درمیان چیمے کی گرفت کی طرح کمزور ہوگی۔ مگر گاہے گاہے مریض اسکی جگہ ایک دوسری چالاکی سے کام لیتا ہے اور کاغذ کو عضلات باسٹہ طویل کے قوی استعمال سے پکڑتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ان عضلات کے اوتار اور غماص کو پونہ پر عضلات ایہامیہ کے اوتار تندرہ محسوس کئے جاتے ہیں، اور انگوٹھا باسٹہ طرف کو پھرا ہوتا ہے۔ یہ چالاکی ایک عورت نے جس میں زندگی نسل موجود تھا بہت اچھی طرح سے دکھائی تھی اور سی سی چوائس (C. C. Choyce) نے اسے دیکھا تھا۔

زیر ایہامی افزاز کے عضلات لاغر ہوجاتے ہیں۔ اور اسکے اوپر کی جلد کے طبعی شکن غائب ہو جاتے ہیں۔ ایہامی اور زیر ایہامی افزازات کے غائب ہوجانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہاتھ چپا ہو جاتا ہے اور جب مشاہد مریض کے انگوٹھے اور ہاتھ کے درمیان کے حصہ کو انگلیوں سے پکڑتا ہے تو محسوس کی انگلیوں کے درمیان کچھ نہیں آتا۔

اندرونی دو عضلات قطنیلہ (lumbricales) کے شامل سے بعض اوقات انگشت خاتم اور
بعض گلی میں خم زدگی پیدا ہو جاتی ہے اور ترجیح پذیر زندگی چنگل (ulnar griffe) کی وضع پیدا
ہو جاتی ہے خاص کر جبکہ عضلات یا ہضم عمیقہ علی حالہ ہو۔

عصب وسطی (median nerve)۔ سیکیریونی میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں
جو چھٹی اور ساتویں عصبی جڑوں سے آتے ہیں اور عضلی جلدی عصب کے قریب بیرونی حمل سے نکلتا ہے



شکل ۸۴۔ عصب زندگی کے کاٹنے کے نتائج (ا۔ ب) اور عصب وسطی کے
کاٹنے کے نتائج (ج۔ د)۔

(ہیڈ: Head اور شیرن: Sherren)۔

سیاہ وہ رقبہ ہے جس سے برنا قدس پذیری اور نخرہ مرضی جس پذیری غائب ہو گئی ہیں۔
نقطہ وار وہ رقبہ ہے جس سے برنا قدس پذیری غائب ہو گئی ہے۔

اندرونی سرعصب زندگی کے قریب اندرونی حمل سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں وہ ریشے شامل ہوتے
ہیں جو آٹھویں عصبی اور پہلے ظہری سے آتے ہیں۔ یہ عصب بغلی شریان کے سامنے واقع ہوتا ہے اور پھر
زورابین (biceps) کے اندرونی حاشیہ کے نیچے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے۔ یہاں یہ شریان عقدی
سے پیش نما رجی تعلق رکھتا ہے۔ بازو کے نیچے حصہ میں یہ شریان کو عبور کر کے اسکی اندرونی جانب پر
پہنچ جاتا ہے۔ عصب زندگی بازو کے ٹلٹھ زیرین تک اسکے ساتھ ایسی اندرونی قریبی علاقہ رکھتا ہے
لہذا بازو کے بالائی دو تہائی حصوں کے ضررات میں وسطی اور زندگی اعصاب اور عضلہ شریان کو
اکٹھا ہی نقصان پہنچتا ہے۔

نیچے کے ایک تہائی حصہ میں عصب وسطی، خط وسطی کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پیش مرفعی فضا میں یہ عضلہ عضلہ (brachialis) کے اوپر اور شریان مذکور کی وسطانی جانب پر واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد یہ عضلہ کاہ مدلیج کعبہ (pronator radii teres) کے دونوں سروں کے درمیان سے گزر جاتا ہے اور انیس سے جو سر زیادہ عمیق ہوتا ہے وہ اسکو شریان سے علحدہ کرتا ہے یہاں سے یہ عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے اوپر سے اور عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے، حتیٰ کہ پونچھ کے قریب یہ عضلہ قابضہ سطحیہ کعبہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اشاریہ (flexor indicis) کے درمیان تقریباً وسطی ہو جاتا ہے اور پچھم مقدم حلقہ نمارباط کے نیچے سے گزر کر اندرونی اور بیرونی مشاخوں پر منقسم ہو جاتا ہے۔

376

حسی شاخیں۔ (۱) بازو میں کوئی شاخ نہیں نکلتی۔ (۲) کہنی کے نزدیک شاخیں مندرجہ ذیل ترتیب سے نکلتی ہیں۔ (۱) عضلہ کاہ مدلیج کعبہ کو (پہلا عصب)، (۲) عضلہ باطلج مدلیج کعبہ کو (دوسرا عصب)، (۳) عضلہ قابضہ سطحیہ کعبہ اور عضلہ رنجیہ کعبہ کو، (۴) عضلہ قابضہ سطحیہ کعبہ کو، (۵) عضلہ قابضہ عمقیہ کو، (۶) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۷) عضلہ قابضہ اشاریہ کو، (۸) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۹) عضلہ قابضہ اشاریہ کو، (۱۰) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۱) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۲) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۳) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۴) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۵) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۶) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۷) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۸) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۱۹) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۲۰) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)۔

حسی شاخیں۔ (۱) کلانی میں کوئی شاخ نہیں نکلتی۔ (۲) ہاتھ کو جو شاخیں جاتی ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) کفی جلدی (palmar cutaneous) شاخ پونچھ کے عین اوپر سے نکلتی ہے اور ابراہامی افزا کی جلد اور ہتھیلی کو وسطی بیکر تک رسد پہنچاتی ہے۔ (ب) بیرونی انتہائی شاخ انگوٹھے (اندرونی اور بیرونی جانب کو) اور انگشت اشاریہ کی بیرونی جانب کو فروع میں جاتی ہے۔ (ج) اندرونی انتہائی (inner terminal) انگشت اشاریہ کی اندرونی جانب اور وسطی کی دونوں طرفوں اور انگشت اشاریہ کی کعبہ جانب کو رسد پہنچاتی ہے۔

اصبعی شاخیں سوائے انگوٹھے کی شاخوں کے جس انگی کو رسد پہنچاتی ہیں اس کے سوائے کے

دوسلامیات کی پشت کو بھی شائعیں مصیبتیں ہیں۔

عصب وسطی کے تغرز سے مندرجہ ذیل سرسری مظاہر پیدا ہوتے ہیں بشرطیکہ ضرر کمبل ہو

اور کہنی کے اوپر واقع ہو۔ (۱) اکباب (pronation) زائل ہو جاتا ہے۔ (۲) پونپے پر کی خم کردگی بہت کمزور ہو جاتی ہے اور صرف عضلاً قابضہ رسغیہ زندیہ سے ہی عمل میں آتی ہے جسکو عضلاً باطلمیلہ (supinator longus) اور عضلاً باسطہ بعد رسغیہ متا (extensor ossis metacarpi pollicis) کے اتحاد عمل سے مدد ملتی ہے۔ (۳) انگوٹھے انگشت اشاریہ اور وسطی کی خم کردگی زائل ہو جاتی ہے، مگر عضلاً قابضہ عقیدہ سے انگشت اشاریہ اور وسطی کی خم کردگی کجا سکتی ہے۔ بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ عصب زندی سے وسطی کے عمتی وتر کو ایک چھوٹی سی شاخ جاتی ہے۔ اس حالت میں اسی انگلی میں خم کردگی کی طاقت موجود رہتی ہے۔ انگشت اشاریہ کو خمیدہ کرتے وقت اگر اس انگلی میں کجا کچھ حرکت واقع ہو تو اس سے مشاہدہ کو مغالطہ نہ ہونا چاہئے۔ یہ حرکت بعض اوقات ان دونوں انگلیوں کے اوتار باسطہ کے درمیانی صفاتی بند کے کچھنے سے پیدا ہوتی ہے۔ ڈیجرین (Dejerine) کا کاشف عصب وسطی کا مثل ظاہر کرنے کے لئے مریض کو پونپے اور انگلیوں کی خم کردگی کرنے کو کہنے سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ جب مریض اس کرتا ہے تو انگشت اشاریہ میں بست کردگی واقع ہو جاتی ہے۔ جب مریض مضی بند کرتا ہے تو اسکا انگوٹھا خم کردگی اور تقابل کی متحدہ حرکت کرنے کی بجائے بسطہ کردگی کی حالت میں رہتا ہے۔ (۴) کوئی ایسی مہیز ہئیت نہیں جو اس ضرر کی منظر ہو۔

اگر تغرز کلائی کے نیچے حصہ میں واقع ہو تو مذکورہ بالا اثرات میں سے اکثر برقرار رہتی ہیں لیکن ابہامی افزازہ ندبول ہو جاتا ہے اور عضلاً مبعده ابہامیہ اور عضلاً متقابلاً مشلول ہو جاتے ہیں۔ مگر ایسے افعال کا بدل جلدی قائم ہو جاتا ہے اور اسلئے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ قائم ہی ہیں۔ بہر کیف اگر ان ماسعی کا تجزیہ کیا جائے جو مریض تقابل کے لئے کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ وہ انگوٹھے اور انگلیوں کی خم کردگی سے اپنا مقصد حاصل کرتا ہے۔

حسی نقصان تقریباً اسی رقبہ پر پایا جاتا ہے جسکو یہ رسد پہنچاتا ہے لیکن اس کے

حاشی کے قریب عدم حسیت کی جگہ بعض اوقات ناقص حسیت (hypoesthesia) پائی جاتی ہے۔

صحت نامہ

صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ	صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ
متہیج	متہیج	۲۳	۹۸	الملاحی	الملاحی	۱	۱
aqueductus	aqueductus	۱۰	۱۱۳	چاہئے	چاہئیں	۸	۸
کردیتی	کردی	۲۵	۱۳۱	اتصال	اتصال	۳	۳
ورید	ورید	۲	۱۳۶	بوسیدگی	ذبول	۲۲۰	۲۳
(ب)	(۲)	۶	۱۴۵	دماغ	دماغ	۱۶	۳۶
رباط	باط	۲۵	۱۵۸	ظہر السرج	ظہر السراج	۳-۲	۳۹
hyoglossus	hyopglossus	۱۵	۱۹۸	ہیں	ہیں -	۶	۴۲
اوپری	اوپرا	۶	۶	شہاعت الفاظ کا	شہاعت الفاظ	۲۳	۵۲
اذینی	اذیبی	۱۶	۲۲۸	=	-	۱۳	۶۴
حذف کر دیا جائے	عضلہ منحرفہ (م-م)	۲۰	۲۲۹	raphe	raphi	۴	۶۵
اکثر	کثر	۱۲	۲۳۱	متہیج	متہیج	۳	۶۹
وریدوں	وریوں	۱۶	۷	اور	ور	۲۰	۸۲
لوزہ	لوزو	۳	۲۳۲	وجہی شلل	جہہی استرخا	۱	۹۴

صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ	صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ
biceps	diceps	۱۳	۲۸۳	اور	آور	۳	۲۳۳
مدطبجہ)	مدطبجہ	۹	۲۸۵	درمیان کے	درمیان کی	۱۲	۲۳۶
پھینکتے	پھینکتے	۱۲	۲۸۸	abdominis	abdominus	۹	۲۴۲
طبعی ہو،	طبعی ہو،	۱۹	۲۹۳	ہوں	ہیں	۹	۲۴۳
ترجیح	ترجیح	۷	۲۹۹	بغل	بغلی	۵	۲۴۵
ہول	ہول	۲	۳۰۶	مسدود	مسدود	=	=
باطح طویلہ	فوقانی طویلہ	۳۱۷	۳۱۷	پستانی	پستا	۲۳۶	پیشانی
پونچے	پہونچے	۱۳	۳۳۰	مفاصل	مفاصل	۱۱	۲۴۷
درمیان پایا جاتا ہے۔	درمیان	۱۶-۱۵	۳۳۹	غضروف	غضروف	۲۱	=
کلاب نما	کلاب نما ہڈی	۱۵	۳۴۰	رئوی سکتے	رئوی سکتے	۱۸	۲۵۰
شکنتوں	شکنتوں	۲	۳۴۱	دوران	دوران	۴	۲۵۷
ہوتے ہیں (تھوڑی)۔	ہوتے ہیں۔	۷	۳۵۷	brachialis	brachialis	۲۵	۲۶۳
کا	کا۔	۱۱	۳۶۱	آگے	اگے	۱۳	۲۶۷
دالید)	دالید	۱۳	۳۷۲	جاتا	جانا	۱۷	=
extensor	xtensor	۹	۳۷۳	فقید المثال	فقید المثال	۲۷۰	۲۷۰

