

M. B., B. S.

Surgical Applied Anatomy. Pt. I.

by

SIR F. TREVES.

جراحی اطلاق تشریح حصہ اول

ترجمہ

ڈاکٹر غلام دستگیر، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، منشی فاضل۔

UNIVERSAL
LIBRARY

OU **188195**

UNIVERSAL
LIBRARY

سلسلہ سید محمد سعید شاہ

سر جیکل ایسٹڈ انامٹی

جراحی اطلاق تشریح

جلداول

آٹھواں ایڈیشن
مصنفہ

سرفریڈرک ٹریویر وونٹ

بنظرتانی

سی سی پچو اس۔ سی ایم جی سی بی۔ ای بی ایس۔ سی این ریڈ ایم۔ ڈی (ایڈیٹر) ایف۔ آر۔ سی ایس (پبلشر) ہتھراج

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، منشی فضل۔ کون شہتر تالیف و ترجمہ جامعہ کراچی

۱۳۵۶ھ ۴۴۴۴ھ ۱۳۴۴ھ ۱۹۳۴ھ

دارالطبع اسلامیہ کراچی

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

صفحہ

باب

۳۰۰	...	...	...	...	...	...	بازو	۱۲
۳۰۹	...	...	...	...	...	...	کہنی کا خطہ ..	۱۳
۳۲۸	...	...	...	...	...	...	پیش بازو .	۱۴
۳۳۶	...	...	...	...	...	...	پومینجا اور ہاتھ	۱۵
۳۶۲	...	...	...	...	...	...	بارہ 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 شمولاتِ مجملہ کو ایذا پہنچنے کے احتمال یا امکان کا بھی احتیاط کرنا چاہئے۔ اگر ججمہ کا سردماغ یا بجمی سوراخوں میں سے گزرنے والے عروق یا اعصاب کو مضرت پہنچنے سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو تو یہ اتنا عظیم الامہیت نہیں ہوتا۔ لیکن بحث مضمون کا لحاظ رکھتے ہوئے یہ مناسب ہو گا کہ چاندلی اور عظمی کھوپڑی اور بجمی شمولات کا علم و علمدہ 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 معدنی 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 شچی بافت (۳) بزجھی عضلہ (تذالی جبہی عضلہ) اور اسکا وزعریض (۴) ڈھیلی زیر بزجھی انصالی بافت (۵) گرد مجبہ۔

اس لئے جب "چاندلی اتاری جاتی ہے" تو یہ طبقہ چہارم کی ڈھیلی زیر بزجھی انصالی بافت پر سے علمدہ ہو جاتی ہے۔ لہذا اتری ہوئی چاندلی پہلی تین تہوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ چاندلی کی اصطلاح کو ابھی 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۔

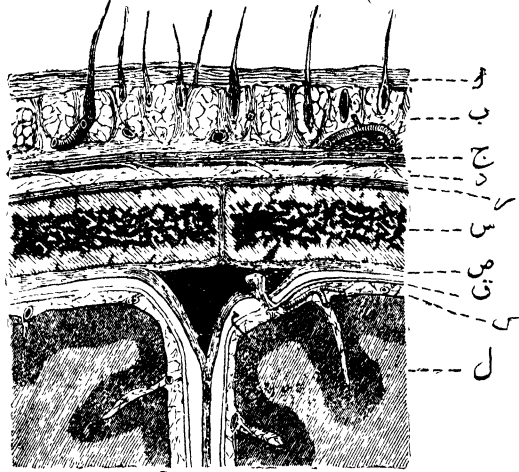
(۱) چاندلی کی جلد (شکل ۱- الف) جسم کے ہر حصہ کی جلد سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ یہ ہر مقام پر نیچے کے وزعریض اور عضلہ سے زیر جلدی بافت کے ذریعہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اس لئے یہ اس عضلہ کی تمام حرکتوں کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔

(۲) زیر جلدی بافت ہتھیلی کی زیر جلدی بافت کے مشابہ ہوتی ہے اور

کثیر التعداد لیٹی بندوں سے جن میں شچی 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 بافت جسم کی عمومی سطح کی زیر جلدی بافت کے خلاف ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی۔ چاندلی کی ڈھیلی بافت جس پر حرکت واقع ہوتی ہے اور جس میں انصبابت کے جمع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے چوتھا طبقہ ہے جو بزجھی عضلہ اور گرد مجبہ کے درمیان ہوتا ہے۔ پہلے تین طبقوں کی کثافت کا نتیجہ یہ ہے کہ ان میں انصبابت جو خواہ زوف کی وجہ سے ہوں یا التهاب کی وجہ سے پیدا نہیں ہوتے۔ لہذا بالدار چاندلی پر کوئی تگیاں 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 ورم (سوائے بہت ہی خفیف ہونے کے) نمودار ہوتے ہیں۔

جلد پر دہنی غدو کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ اور ان سے بعض اوقات دہنی دویر سے پار سولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایسے دویر سے جسم کے دوسرے حصوں کی نسبت چاندلی پر زیادہ کثیر الوجود ہوتے ہیں۔ جلدی بالیدیں ہونے کی وجہ سے یہ رسولیاں عظیم البسامت ہونے پر بھی بزرگھی عضلہ سے باہر رہتی ہیں۔ اور اس لئے یہ دھیلی زیر بزرگھی القصل بافت میں مداخلت

3



شکل ۱۔ یہ شکل چاندلی کے طبقات اور: مانغ کے اغشیہ کی ترمش کو ظاہر کرتی ہے۔
 الف، جلد۔ ب، زیر جلدی بافت بالوں کی جڑوں اور عروق کے ساتھ۔ ج، بزرگھی عضلہ۔
 د، زیر بزرگھی طبقہ۔ ه، سر، گز، حجبہ۔ و، سداری ہڈی۔ ص، ام جانفہ۔ ق، عکبوتیہ۔
 ک، ام حوزنہ۔ ل، قشرہ، زیر جانی فضائیں ایک جسم کی پونی کے قریب جو فوفانی
 طونی 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 لارمی طور پر مرآت زدہ ماوہ پر مشتمل ہوتی ہیں جس کا، بلا ضرورت گہر اشکاف دے کر، لیے احتیاطی سے زیر بزرگھی بافت پر انقباض کر دینے سے خطرناک علوی التهاب کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔
 زیر جلدی بافت کے علاوہ چاندلی میں اور کسی جگہ بھی بافت نہیں ہوتی۔ اور یہاں بھی

یہ پتھوری سی اور بند ہوتی ہے۔ اسلئے فرہی میں چاندلی میں بہت کم تغیر واقع ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چاندلی کے سخی سلعات بہت نادر الوقوع ہیں، اگرچہ یہ واقع ضرور ہوتے ہیں۔

بالوں کی پیوستگی چاندلی کے ساتھ بحیثیت 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 جلتی ہوئی مشین میں آگے ہیں تو یہ ٹوٹے نہیں بلکہ تمام کی تمام چاندلی زیر بزجمعی ڈھیلی اتصالی بافت پر سے کھویری سے علیحدہ ہو گئی ہے۔ تسی۔ تسی۔ چوٹس 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) بزجمعی عضلہ (قذالی جہی عضلہ) کی کوئی خاص جراحی اہمیت نہیں۔

(۴) زیر بزجمعی اتصالی بافت (subepicranial connective tissue)

جو چاندلی کا چوتھا یا خطرناک رقبہ ہے سرجن کے لئے عظیم الہمیت ہے۔ یہ ڈھیلی اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے اور بزجمعیہ اور گرد و جگہ کے درمیان واقع ہونا ہے (شکل ۱-۵)۔ اس طبقہ کا ڈھیلا پن ہی بزجمعی عضلہ کو حرکت پذیری کی اجازت دیتا ہے اور اسی وجہ سے چاندلی حادثات میں بڑے بڑے داموں کی شکل میں جو منہ پر بھی لٹک آتے ہیں علیحدہ ہو جاتی ہے۔ امتحانات بعد الموت میں چاندلی کو اسی ڈھیلے طبقہ پر سے اتارنے سے کھویری 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 التهابی انصبابات کو سارے سر پھیلنے سے روکنے کے لئے کوئی چیز نہیں۔ چونکہ اسی طبقہ میں بڑے بڑے عروقی خون اور عروقی لف بھی پائے جاتے ہیں، اور نیز بہت سی وریدیں وسیط وریڈوں (emissary veins) کے راستے سے جگہ کے اندر کے وریدی خونوں سے بھی ربط و راہ رکھتی ہیں اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس عرق پر کے التهاب 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 جگہ (pericranium) ہڈی سے بہت کم منغم ہوتا ہے۔ مگر

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

5

بچے کی ہڈی کے لئے مغذی غذا ہونے کی حیثیت سے گردنجمہ اور دوسرے مقامات کے گرد و عظمہ میں فرق یہ ہے کہ قبل الذکر کو ام جانیہ (dura mater) سے مزید تقویت پہنچتی ہے۔ گردنجمہ کو کھوپری کی محراب کے معتدبہ حصہ پر سے اتار لینے سے بھی قلیل المقدار سطحی انتشار کے علاوہ جو شاید پیدا ہو جاتا ہو تخریق نہیں ہوتا، کیونکہ جمجمی ہڈیوں کی رسد خون زیادہ تر ام جانیہ (dura mater) سے آتی ہے۔ مزید برآں گردنجمہ کے اس خاصہ کی توضیح اس کے اس افضل سے بھی ہوتی ہے جو جمجمی ہڈیوں کے تخریق کی حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ لمبی ہڈی میں تخریق واقع ہونے کی صورت میں رتہ (sequestrum) کی علحدگی چند ہفتوں ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی نئی ہڈی میں گردنظمی بالیدگی بڑے زور سے رونما ہوتی ہے جس کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رتہ (sequestrum) کی علحدگی سے جو جگہ خالی رہ گئی ہے وہ پرگردی جائے، مگر کھوپری کی محراب میں تخریق ظاہر ہونے کی حالت میں رتہ کی علحدگی بہت آہستہ ہوتی ہے اور نئی ہڈی طیار نہیں ہوتی اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، اور نیز رخنہ بغیر ریت ہی کے رہ جاتا ہے۔ نئی ہڈی پیدا کرنے کے لئے گردنجمہ میں ایک عمومی مغائرت پائی جاتی ہے۔ اور اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کسی جمجمی نقص کے موجود ہونے کی حالت میں، جیسا کہ علیہ کے بعد رہ جاتا ہے، دروسر 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 جاسکتے ہیں۔

یعنی (۱) جلد، (۲) سطحی ردا، (۳) کان کے چھوٹے چھوٹے خارجی عضلات، (۴) برججمی وترعریض 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 و عظمہ۔

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

غائب ہو جاتا ہے۔

صدغی حفزہ (temporal fossa) میں جربی بہت ہوتی ہے۔ اور لاغر اشخاص میں اس کے انخذاب سے وجنہ (zygoma) اور عظیم العارض باہر کی طرف مینر طور پر ابھرتے ہیں۔ وجنہ (zygoma) کے اوپر کی طرف صدغی عضلہ بہت گھنی رداسے ڈھکا ہوتا ہے جس کا نام صدغی ردا ہے۔ یہ ردا اوپر کی طرف عظام جبہی و مداری کے صدغی حید سے اور نیچے کی طرف وجنی قوس سے چسپید ہوتی ہے۔ تحت صدغی ازالہ (subtemporal decompression) کے عملیہ میں جو دروں (مجی دباؤ کو رفع کرنے کے لئے کیا جاتا ہے) کھوپری کے عظمی حصہ میں رختہ بنانے کے بعد اس ردا میں پھر ٹانکے لگا دئے جاتے ہیں۔ اس سے دماغ کی جو اسکے 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 برنجی و عابد ریاں اس خطہ کے قرب و جوار میں نہایت ہی نادر الوجود ہیں کیونکہ یہاں پر گرد و عظمہ کھوپری سے محراب کے دیگر حصوں کی نسبت بہت زیادہ مضبوطی سے منضم ہوتا ہے۔

چاندلی کے عروق خون - فوق مجری (supraorbital) شریان اور

اعصاب فوق مجری کٹاؤ سے جو بالائی مجری کو رکے درمیانی اور اندرونی تلت کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے اوپر کی طرف کو عموداً جاتے ہیں۔ خط وسطی کے قریب جبہی (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 اذینی 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 دو ایچ او پروا انتہائی شانوں (مقدم اور موخر) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔

ان شاخوں میں اور خاص کر شاخ مقدم میں صلابت الشریانی میچ اکثر بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔ ان شاخوں میں دوالی نما انورسما (cirroid aneurysm) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور چاندلی کی دوسری شریانوں مثلاً قذالی شریان میں یہ اتنی کثرت سے واقع نہیں ہوتا۔ موخر اذینی (posterior auricular) شریان اور عصب (جو وجہی 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 عرق میں سے نکلتا ہے) قذالی ابھار (occipital protuberance) اور زائدہ علیہ کے درمیان نقطہ کے ذرا اندر کی طرف سے چاندلی کی طرف گزرتے ہیں۔ چاندلی کو رسد پہنچانے والی شریانیں اور اعصاب زیادہ تر اوپر کی جانب کو قمتہ الرکس (vertex) کی طرف جاتے ہیں۔ لہذا عرقی اور عصبی رسد با فراط حاصل کرنے کے لئے علیہ جات میں چاندلی کے دامنون کا خاکہ اس طرح طیار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے عریض قاعدوں پر بیچے کی طرف کو مڑ جائیں اور اس امر کا لحاظ عموماً رکھا جاتا ہے کہ رسد مذکور کا کم از کم ایک عمدہ ماخذ ان میں موجود ہو۔ جمالیاتی اغراض کی بنا پر شکاف بالدار چاندلی پر بنانے کی کوشش کرنا چاہئے اور اگر کسی صورت میں معراجل میں مداخلت کرنا لازمی ہو تو اسے کسی لمبی خط مثلاً صدغی حید (temporal ridge) پر سے کاٹنا چاہئے۔ بعض حالتوں میں اس طریقہ سے بغیر کسی بدشکلی کے زیادہ گنجائش حاصل کی جاسکتی ہے کہ دامن بنانے کے لئے جو شکاف دیا جاتا ہے اسکے ایک جارحہ کو بیچے کی طرف کان کے پیچھے سے زائدہ علیہ کے اوپر تک بڑھایا جائے اور پھر صیوان الاذن کے غضروفی حصہ کو منفذ سمی خارجی (صماخ) (external auditory meatus) سے کسی قدر علحدہ کر دیا جائے۔ چاندلی کی کثرت عریقت اور یہ امر کہ عروق زیادہ تر زیر جلدی بانفت یعنی دبیلی زیر برزجمی بانفت کے اندر سے اسکے قدرتی خط علحدگی سے اوپر ہی گزرتے ہیں اغشاش کا السد ادا کرنے کے لئے دو قوی اسباب ہیں۔ دریدہ چاندلی کے بڑے بڑے دامنون کارجان 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 گنگرین کا واقع ہونا نہایت ہی نادر واقعہ ہے۔

ان زخموں سے نزف بالعموم بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور اس کار و کنا مشکل ہوتا ہے۔ اس امر کا انحصار اتنا قاعد عروق پر نہیں ہوتا جتنا کہ ارد گرد کی بانفت کی بیٹگی

اور شریانوں کے بیرونی طبقہ کے چاندلی کی ساخت کے ساتھ منغم ہونے اور اس لئے کاٹے جانے پر ان کے بخوبی باز کشیدہ نہ ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چھٹی آگے ذریعہ سے چاندلی میں سے کسی کٹی ہوئی شریان کو کپڑا نامشکل ہوتا ہے۔ جریان خون کو بند کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مزاحم کھوپری پر جو اس کے نیچے ہوتی ہے دباؤ ڈالا جائے، اور کٹے ہوئے عرق کے نیچے سے سوئی گزار کر بند کسٹھ لگائی جائے۔ اگر چاندلی اتنا فی طور پھیل کر طلحہ ہو جائے یا عملیہ میں دامن بنانے کی ضرورت ہو تو سر کے ارد گرد ربر کا بند باندھنے یا دامن کے قاعدہ کو کسی اوزار سے، مثلاً معمولی شکر کے بازوؤں میں دبا دینے سے جریان خون کا عارضی انسداد کیا جاسکتا ہے اور یا مددگار کا ہاتھ سے دامن کے قاعدہ پر صرف دباؤ ڈالنا ہی اتنا اعتبار اس الدم پیدا کر سکتا ہے کہ اس سے سرخ خون کا شدید نقصان ہونے سے پیشتر ہی عروق کو فرداً فرداً بند شوں سے باندھ سکتا ہے۔

جراحی میں بعض وسیط وریڈیں (emissary veins) عظیم الامہیت ہیں۔ یہ وریڈیں جمعی دیوار کے روزنوں میں سے گذرتی ہیں اور درون جمعی جوفوں اور بیرونی وریڈوں کے درمیان ربط پیدا کرتی ہیں۔ بڑی بڑی وسیط وریڈیں مندرجہ ذیل ہیں :-

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

کو (علی الترتیب) جینجی وریڈی صفیرہ (pterygoid venous plexus)، بلعومی صفیرہ (pharyngeal plexus) اور داخلی و داہی وریڈ (internal jugular veins) سے ملاتی ہیں۔

مزید برآں بہت سی چھوٹی چھوٹی وریڈیں چاندنی کی وریڈوں کو عظامِ مجہرہ کے ڈپلوئی (diploe) کی وریڈوں سے ملاتی ہیں۔ ڈپلوئی کی چار وریڈوں میں سے دو (جہزی اور مقدم صدغی) سطح کی وریڈوں (نوقِ مجہری اور عمیق صدغی) میں داخل ہو جاتی ہیں، اور باقی دو (مؤخر صدغی اور قذالی) جانبی جوف میں کھل جاتی ہیں۔ اخیر میں ایک اور مشہور و معروف ربط باقی ہے جو خارجی اور داخلی مجہری وریڈی دورانات کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور یہ مجہر کے اندرونی زاویہ پر وجہی وریڈ کے ابتدائی مقام سے عمل میں آتا ہے۔ اس ربط میں زاویہ (angular) اور نوقِ مجہری (supra-orbital) وریڈیں نوقِ فوستانی چشمی (superior ophthalmic) وریڈ سے جو کفلی جوف (cavernous sinus) کی ایک معاون ہے متحد ہوتی ہیں۔ انہی کفلیوں کے اندر کی اور اذنِ سطحی کی وریڈیں بھی اس حسیہ (meninges) کی وریڈوں سے ربط و راہ رکھتی ہیں۔ ان مختلف مجاری اور بہت سی ان وریڈوں 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 حجمی ندیوں کے ننخر اور اسی قسم کے دوسرے عوارض میں سرائت بعض اوقات عظامِ مجہرہ کے متوسط طبقہ تک پھیل جاتی ہے، یا اس سے التہاب سمایا (meningitis) یا وریڈی جوفوں میں علقیقت پیدا ہو سکتی ہے۔ اگر وسیط وریڈیں موجود نہ ہوں تو چاندنی کے تضررات اور امراض سے پیدائندہ خطرہ نصف رہ جائے۔

بالائی لب اور ناک کے اطراف کے شبہ جراثیموں (carbuncles) یا دوسری سرائتوں سے کفلی جوف کی سرائتی علقیقت کے پیدا ہونے کا خاص طور پر امکان ہوتا ہے۔ گاہے گاہے مرض کی سرائت وسیط وریڈ کے ذریعہ سے اندر کی طرف سے باہر کی طرف کو بھی پھیل جاتی ہے۔ ایریخسن (Erichsen) ایک مریض کے متعلق اطلاع دیتا ہے کہ اس میں سطحی وریڈ کے راستہ سے علقیقت زدہ اور متقیع جانبی جوف (lateral sinus) میں سے پیپ خارج ہوتی تھی اور اس سے ایک غصتی خراج پیدا ہو گیا تھا۔

کھوپری پر بعض وریدی سلعات (venous tumours) بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ سلعات وریدی خون کے اجتماعات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو گرد و جگر کے نیچے ہوتے ہیں، اور کھوپری کے سوراخوں کے راستے سے فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ ان کا محل وسطی ہوتا ہے اور دبانیہ 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 ہڈی کے مرض یا کسی جسم کچیونی (Pacchionian body) پر ذوبول واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور چند کسی ادوائی نما وسیط ورید یا جگر کے کسی خلقی نقص کی وجہ سے جو خاص طور پر جدراری سوراخ (parietal foramen) کے نزدیک ہوتا ہے رونما ہوتے ہیں۔

فقدانی اور موثر جدراری خطہ جات کے عروق ملف قدالی اور حلی غدد میں داخل ہوتے ہیں۔ اور یہاں سے ان خطہ جات کا ملف جانبی فوقانی عمیق عنقی غدد (lateral superior deep cervical glands) میں جلا جاتا ہے۔ لہذا مرض نقل الراس (pediculosis capitis) میں جس میں کہ طفیلیہ خاص کو قدالی حصہ کو سرائت زدہ کرتے ہیں، ان تمام غدد کے کلانی یافتہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جبھی اور مفت دم جدراری خطوں کے عروق ملف عنقی غدد (parotid glands) میں جاتے ہیں۔ مگر جبھی خطہ کے بعض عروق و جبھی عروق ملف سے ملجاتے ہیں، اور زیربکی عند (submaxillary glands) میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۵ صفحہ 288)۔

چاندلی کے بڑے بڑے اعصاب مندرجہ ذیل ہیں:-

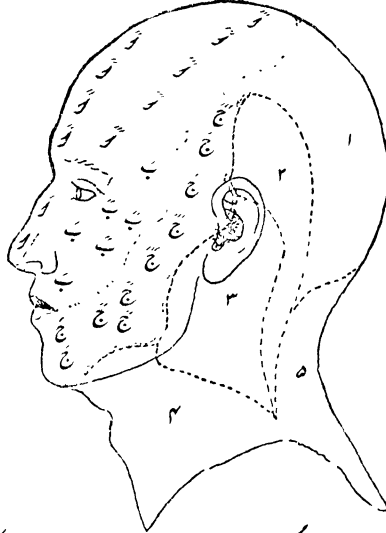
(۱) حرکی (motor) - (۱) وجہی (facial) عصب کی صدغی (temporal) شاخیں وجہ سے اوپر کی طرف کو جاتی ہیں اور قدالی جبھی عضلہ (occipito-frontalis) کے پیٹے اور عضلہ محیط البصغنیہ (orbicularis palpebrarum) اور عضلہ بکشمہ ماجبہ (corrugator supercillii) کو رسد ہم پہنچاتی ہیں۔ (ب) وجہی عصب کی موخر اذینی شاخ حلی زائدہ 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 قدالی جبھی عضلہ (occipito-frontalis)

کے قذالی پیٹے کو رسد پہنچاتی ہے۔

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

11

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



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

۱۔ انفی شاخ۔ ۲۔ فوق البکری۔ ۳۔ فوق مجھری۔

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

صدغی شاخ۔

ج۔ تیسری قسمت کی تقسیم۔ ج۔ ذقنی شاخ۔ ج۔ بوقی شاخ۔ ج۔ اذینی مدغی۔

۱۔ کبیر قذالی کارقبہ۔ ۲۔ صغیر قذالی کارقبہ۔ ۳۔ کبیر اذینی کارقبہ۔ ۴۔ سطحی عمقی

کارقبہ۔ ۵۔ تیسرے قذالی کارقبہ۔

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

اور تیسرا قذالی عصب تیسرے عنقی عصب کی موخر ابتدائی قسمت سے پیدا ہوتا ہے۔
پانچویں عصب کی شانوں میں اکثر شدید وجع العصب (neuralgia) پیدا
ہو جاتا ہے۔ اور اس کا علاج اب زیادہ تر یا تو بذریعہ علیہ اور یا انکل کے اشراب سے
عقدہ گیرمی (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 بانفتوں کے بستہ اور تنیدہ ہونے اور

اسکے نیچے کھوپری کے موجودہ ہونے کی وجہ سے ایک دلچسپ براجی اور طبی قانونی نکتہ پیدا ہوتا
ہے کہ کسی کند تشے مثلاً کریدنی یا پولیس کے سپاہی کے ڈنڈے سے ماری ہوئی ضرب سے
ایسا چراہوا زخم پیدا ہو سکتا ہے جس کے دیکھنے سے یہ معلوم ہو کہ یہ کسی تیز آواز سے لٹا ہوا زخم ہے۔
یہ حادثہ بزغالہ کے پچڑے کے دستاؤں 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 جلد ہی بانفت پر اثر انداز ہوا ہے تو اس کے لب ہرگز کثادہ
نہیں ہوتے۔ لیکن اگر بزمجیہ کٹ گیا ہو تو زیر بزمجیہ طبقہ کے ڈھیلے پن اور عضلہ بزمجیہ 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 معتدبہ
ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

جریان خون کے بکثرت واقع ہونے اور اسکے بند کرنے کے طریقہ پر بحث کی جا چکی
ہے (صفحہ 7)۔ مزید برآں جس آسانی سے چاندلی کے زخم مندل ہوتے ہیں اس کا ذکر بھی
کیا جا چکا ہے۔ چاندلی کے زخم کا علاج کرنے میں زخم کو اصیتا ط سے صاف کرنا اور بعد ازاں
اسکے متعلق مکمل تحقیقات کرنا خاص طور پر ضروری ہوتا ہے۔ اور اس کے لئے اکثر معدم حس
کی ضرورت ہوتی ہے۔ جن زخموں سے ہڈی معرا ہو جائے یا جو خطرناک زیر بزمجیہ 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) بزمجیہ وتر عریض کے اوپر (۲) وتر عریض

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 تھقیق نہایت مشکل سے پھیل سکتا ہے۔ مگر دوسرے محل کا تھقیق (و ترعریض کے نیچے کی ڈھیلی بافت کا) بعض اوقات بہت خطرناک ثابت ہوتا ہے۔ جب پیپ و ترعریض اور گردنجمہ کے درمیان ایک دفعہ رستہ بنا لیتی ہے تو اس بافت کا ڈھیلہ پن خراج کے پھیلاؤ کے لئے ہر قسم کی سہولت پیش کرتا ہے۔ اس رقبہ کا تھقیق بعض اوقات تمام چاندلی کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ اور ایسی حالتوں میں جبکہ تھقیق شدید ہوا 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 و ترعریض اکثر کٹ جاتا ہے، اور تضرر کے بعد تھقیق کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ان ضررات کے عظیم ترین خطروں کا دار و مدار اس قسم کے تھقیق کے اسی ڈھیلی اطلاق بافت کے رقبہ تک پھیل جانے پر ہوتا ہے۔ چاندلی کے زخم میں تھوڑی سی ہڈی کے مواز ہوجانے کی اسکو نقصان پہنچنے کے لحاظ سے، اتنی اہمیت نہیں جتنی کہ چاندلی کا خطرناک رقبہ کھل جانے کی ہے کیونکہ و ترعریض یقینی طور پر کٹ جاتا ہے جب اس رقبہ میں تھقیق واقع ہوجاتا ہے تو اس کی تحدید صرف قذالی جبہی عضلہ (occipito-frontalis) اور اس کے و ترعریض کی چسپیدگیوں ہی سے ہوتی ہے۔ لہذا وہ زیر ترین مقامات جن پر سے پیپ خارج کیجا سکتی ہے اس خط پر واقع ہونگے جو سر کے گرد منہ کی طرف سے ابروؤں پر سے شروع ہو کر و جنہ کے ذرا اوپر سے گذرنا ہو اعظم قذالی کے فوقانی منحنی خط پر ختم ہوجاتا ہے۔ اس حالت میں بھی جبکہ خراجات چاندلی کے خواہ کتنے ہی وسیع رقبہ کی بھی تھقیق کیوں نہ کریں، 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 زخمی 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 درزوں پر اس غشا کے اندر چلے جانے سے تھقیق زیادہ وسیع پیمانہ پر پھیل نہیں سکتا۔

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

(blood tumours) انہی مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر خراجات واقع ہوتے ہیں۔ خون کی وعابداری و ترعیض پر لازمی طور پر محدود ہوتی ہے مگر اسکے نیچے یہ بہت وسیع بھی ہوتی ہے۔ خوئی قسمت سے و ترعیض اور گردِ ججمہ کے درمیان کی خلوی بانفت میں بہت کم عروق خون ہوتے ہیں۔ لہذا اس بانفت میں بڑی بڑی وعابداریاں قلیل القوع ہیں۔ گردِ ججمہ کے نیچے خون کی جو وعابداریاں واقع ہوتی ہیں انکو راسی دموی سلعات (cephalhaematomata) کے نام سے عام طور پر تعبیر کیا جاتا ہے۔ یہ لازمی طور پر ایک ہی ہڈی تک محدود ہوتے ہیں اور عموماً بوقتِ پیدائش سر پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا یہ ایک عظمِ جداری پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ اور یہ وہی ہڈی ہے جو دباؤ پڑنے کے لئے شاید سب سے زیادہ معرا 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 وعابداریوں کو گردِ ججمہ 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)

سختی اور لچک۔ جراحی نقطہ نگاہ سے جو لچھی 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 (سی۔ سی چوٹس) مشاہدہ میں آیا کھوپری کے قاعدہ کے کسور ہونے کی صرف یہی ایک واضح سریری امارت پائی جاتی تھی کہ اس کی ایک آنکھ میں عصبی فقدان 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 حدقہ مثبت اور قسح ہے۔ اسکے بعد ایک امتحان سے ظاہر ہو گیا کہ اس آنکھ کی تمام بینائی ضائع ہو چکی ہے، اور بصری ذبول موجود ہے۔ ایک اور مریض میں صرف یہی ایک امارت پائی جاتی تھی کہ طیلی غشا (tympanic membrane) میں ایک دریدگی موجود تھی جو اذنی منظار (aural speculum) سے دکھائی دیتی تھی۔ جریان خون سماخ 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 انشقاق پایا گیا۔

کھوپری کو استوار مند و توجہ تصور نہ کرنا چاہئے۔ تمام عمر اس میں معتدبہ لچک موجود رہتی ہے۔ چوٹوں سے اس میں کافی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعد ازاں پھر یہ اپنی اصلی شکل پر آ جاتی ہے۔ دماغ کو تضرر پہنچنے کی تو توجیح جس میں کھوپری کا کسر واقع نہیں ہوتا اسی طرح کیا جاسکتی ہے۔ زندگی میں کھوپری دماغ، اغشیہ اور سیال سے بالکل پُر ہوتی ہے۔ بدشکلی پیدا کرنے والی چوٹ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ یا تو دماغی بافت میں ایک مبینہ دریدگی پیدا ہو جاتی ہے، اور یا دماغی دوران خون میں ایک ایسا عارضی تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے پہلے عدم دمومیت اور مہوشی پیدا ہو جاتی ہے اور بعد ازاں امتلا اور خراش پذیر می ظاہر ہوتی ہے۔ غلب ہے کہ ارتجاج (concussion) کے مظاہر کی توجیہ انہی دورانی اختلالات سے ہوتی ہو۔

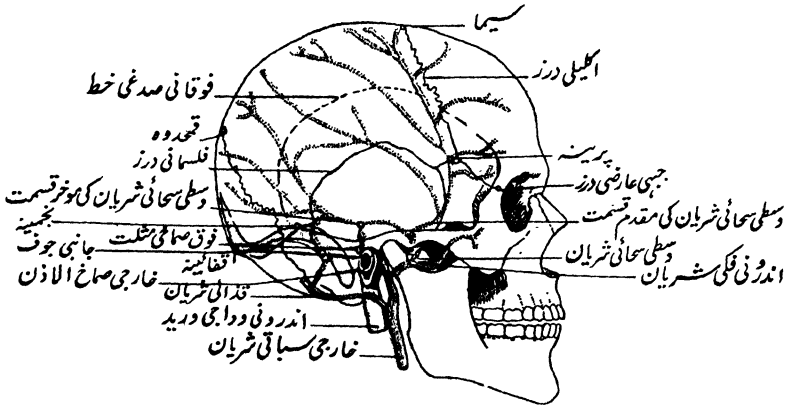
15

زمانہ طفولیت میں کھوپری میں بہت لچک پائی جاتی ہے۔ کیونکہ ہڈیاں خود نسبتاً نرم ہوتی ہیں اور ان میں باز جسمگی کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ لہذا کھوپری بعض اوقات مسن ہونے (پینک پانگ گیند کے کسور) کے بعد بھی بعض اوقات سمیل سکتی ہے۔ زمانہ شیر خوارگی میں درزوں پر ہڈوں کے حرکت پذیر ہونے اور بافوحات کی کشادگی 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 اسملی تو میں 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 چبیٹے سر کی کھوپریاں موجود ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ انکی مصنوعی بدشکلی کس انتہائی درجہ تک پہنچائی جاسکتی ہے۔

ساخت - کھوپری اندر اور باہر کے دو الواح اور ایک عروق دار طبقہ متوسطہ یعنی ڈپلوئی (diplœ) سے مرکب ہوتی ہے۔ بیرونی لوح سے گرد و حجر درزی خطوط پر مضمم ہوتا ہے اور اندرونی لوح سے جافیہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اندرونی لوح بیرونی لوح کی نسبت زیادہ باریک اور زیادہ چھوٹک 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 پونے کی حالت میں منفذ سمعی خارجی کے عین بائیں سے عموداً اوپر کی طرف کو کھینچا جائے (شکل ۳)۔
 قحود (lambda) یعنی قحودی اور سہمی درزوں کا مقام اتصال فذالی ابھار



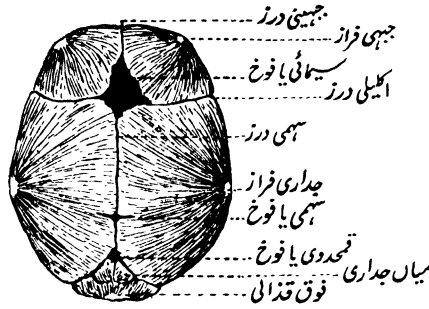
شکل ۳۔ وسطی سحائی عروق اور جانبی جوف کے ترخان کے لئے مقامات۔

(occipital protuberance) کے پچھلے اوپر خط وسطی میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳)۔
 قحودی 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 جنبی محراب (zygomatic arch) کے وسط تک کھینچا جائے۔ اس خط پر جہمی عارضی (fronto-malar) (جہمی و جنبی: fronto-zygomatic) اتصال سے پچھلے اوپر کی طرف اور اسکے لیول سے پچھلے اوپر پر سینہ (pterion) ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جس پر

چار ہڈیاں ملتی ہیں۔ یعنی عظم صدغی کا فلسمان (squama) عظم وتدی (sphenoid) کا بڑا پڑ، عظام جمجمی و جداری (شکل ۳) فلسمانی درز (squamous suture) کی چوٹی و جنڈ سے ۳۱ انچ اوپر ہوتی ہے۔

بعض درزوں اور بالخصوص قمدوی درز (lambdoid suture) میں چھوٹی چھوٹی بڑے ڈھنگی ورمی (Wormian) یا ورمی ہڈیاں (sutural bones) شخصی ہوتی ہیں۔ اور یہ بعض اوقات غلطی سے کسر سے پیدا شدہ ہڈی کے ٹکڑے تصور کر لی جاتی ہیں۔ چھلکے کی طرح



شکل ۳۔ نوزائیدہ بچہ کی کھوپڑی، اوپر سے۔

کی ایک درزی ہڈی ہوتی ہے جس کا نام بربرینی ہڈی (epipteric bone) ہے۔ اس کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ کیونکہ یہ بعض اوقات وسطی سحائی (middle meningeal) شریان پر توفان 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 مصلحت و وقوع اور انہی ٹکڑوں کا علم ہونا ضروری ہے، تاکہ چاندلی کے زخم یا جمجمی شعاع نگارش (radiogram) کا امتحان کرتے وقت کوئی درز غلطی سے کسر تصور نہ کر لی جائے۔

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

چھٹے سال کے قریب، بند 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)۔

قبضی موضوع میں یا فوخت (fontanelles) کے تمام شناخت اور کھوپری کے دیگر غیر متعظم حصے (شکل ۴) دو سال کی عمر سے پیشتر غائب ہو جاتے ہیں۔ مگر کت (rickets) اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) اور جھجھی تر قوی ناقص نخون عظم (cranio-dysostosis) میں یہ کھلے رہتے ہیں۔ جبھی یا مقدم یا فیخ سب سے آخر میں بند ہوتا ہے۔ اور قدالی یا موضوع پیدا نش کے وقت ہی بھرا ہوتا ہے۔

اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) میں بطنوں کا امتصاص عام طور پر جبھی یا فیخ میں سے یا اسی کے قریب سے کیا جاتا ہے۔ سوئی یا تو یا فیخ کے اطراف پر طوی جوف سے بچنے کے لئے خط وسطی سے 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 مخراب 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 صدھی خطہ قدالی یا جبھی ہڈیوں یا زائندہ حلیہ سے عام طور پر نیلا ہوتا ہے۔ زمانہ طفولیت اور پرانہ سالی میں سن بلوغ کی نسبت تمام کھوپری زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ آدیموں کی ہڈی محوروں کی نسبت زیادہ بستہ اور زیادہ دبیز ہوتی ہے۔ آدیموں میں فوق محوی فرازا اور قفا مینہ (inion) عام طور پر زیادہ اچھی طرح سے نمایاں ہوتے ہیں۔ جیشوں کی کھوپری نسبتاً موٹی ہوتی ہے۔ اور امریکہ کے بعض اصلی باشندوں میں ہڈی پتلی اور سچو ٹک ہوتی ہے۔ ہزال جسمہ (craniotabes) اور پیرٹ کے کریب (Parrots' nodes) علی الترتیب کھوپری کے مرض کی وجہ سے پتلا اور موٹا ہونے کی مثالیں ہیں۔ اوسط دبازت ۵ ملی میٹر (۱/۸ انچ) ہوتی ہے۔ اور یہ سچو کھوپری ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ پیدائش کے موقع پر عظم جداری اعلیٰ میٹر (۱/۸ 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 (۱/۸ تا ۱/۴ انچ) ہوتی ہے۔ کھوپری کے سب سے زیادہ موٹے حصے قدالی اُبھار (occipital)

(protuberance) پر کل جہاں اسکی تراش ۱۲ یا ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے) زائدہ علیہ پر اور عظم جبہ کی زیرین حصہ پر ہیں۔ زیرین قذالی حضروں (inferior occipital fossæ) اور محبسر (orbit) پر بیڈی بہت پتلی ہوتی ہے۔ اور عظم فلسمانی (squamous bone) پر سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ یہاں یہ بعض جگہ دبازت میں ملاقاتی کارڈ سے زیادہ نہیں ہوتی۔ اور لاشعوبل کے فوٹوگراف میں یہ ایک نیم شفاف رقبہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں جوفوں (sinuses) اور ان میز ابوں پر جو وسطی سحائی (middle meningeal) عروق کے لئے ہوتے ہیں، ہڈی پتلی ہوتی ہے۔ عظم جداری کے مقدم سمتانی 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 (craniotabes) ایک مرض ہے جس کو بعض کماحت

(rickets) سے اور بعض موروثی آتشک سے منسوب کرتے ہیں۔ اور یہ بالعموم عظم قذالی کے بالائی یا لوجی حصہ اور عظام جداری کے ہم پہلو حصوں اور بالخصوص انکے موخر سمتانی زایوں پر پایا جاتا ہے۔ ہڈی 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۔ ہڈی زیادہ تر اندرونی لوح اور طبقہ متوسط کے صرفہ سے پتلی ہوتی ہے اور گڑھے ان نشانات پر واقع ہوتے ہیں جو ان تلافیف سے پیدا ہوتے ہیں جو پہلے پہل بنتی ہیں۔

پیرٹ کے کریب (Parrot's nodes)۔ موروثی آتشک کے بعض مریضوں

میں یہ مسامدار ہڈی کے مدور ارتفاعات کی مانند دکھائے دیتے ہیں، اور مقدم یا فوخ کے قرب وجوار میں جبہ اور جداری ہڈیوں پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ کعبا (bosses) ایک صلیب نما نشیب سے ملحدہ ہوتے ہیں جو ایک طرف تو جبہ اور سہمی درزوں سے اور دوسری طرف اگیلی درز سے بنتا ہے۔ ان کی مجموعی شکل کی وجہ سے گرم صلیبی بن کی مانند سر (hot-cross-bun head) کی اصطلاح کا استعمال کیا گیا ہے اور ایم پیرٹ (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۔ طبقہ متوسطہ اور الواح کے درمیان واضح امتیاز 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 کبر 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

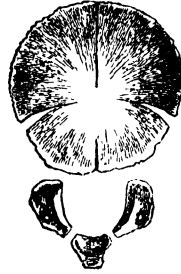
میں نمو پاتا ہے اور اس کا قبہ غشا میں جو حصے غشا میں بنتے ہیں وہ تکمیل یا قفہ کھوپری میں مندرجہ ذیل ہوتے ہیں۔ جہی اور جداری ہڈیاں۔ صدغی ہڈی کا فلسفانی وجہی حصہ اور قذالی ہڈی کے لوجی حصہ کا بیشتر رقبہ۔ ان دونوں حصوں کا درمیانی فرق بعض اوقات مرض میں بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بعض ناقص النمو کم عمر شیربوروں کی کھوپریوں میں جو اب رائل کالج آف سرجنسر کے میوزیم (Museum of the Royal College of Surgeons) میں موجود ہیں، غشائی ہڈیوں میں معتدبہ مسا در بازت 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 تو لیفی بیش بالیدگی پائی جاتی ہے۔ عدم دماغی (anencephaly) میں کھوپری کا قاعدہ یعنی اس کا غضروفی حصہ کم و بیش مکمل طور پر نہیو یافتہ ہوتا ہے۔ اور غشائی ہڈیاں بالکل غائب ہوتی ہیں۔

قیلہ دماغی (meningocele) دماغی غشیہ کا ایک غلغلی بروز ہے جو

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

کثرت وقوع کے لحاظ سے جبہ عارضی (fronto-malar) درز کا نام آتا ہے۔ اور شاڈشاڈ حالتوں میں یہ قعدوی، سہمی اور دوسری درزوں میں بھی دیکھے گئے ہیں نیز یہ کمپور کے قاعدہ کے طبعی اور غیر طبعی شقوقات (fissures) میں سے مجھاناک اور کان میں بھی نکل آئے ہیں۔ انکے عظم قذالی میں واقع ہونے کی کثرت کی توجیہ اس ہڈی کے نوکا مطالعہ کرنے سے کیس قدر ہو جاتی ہے۔ یہ ہڈی پیدائش کے وقت چار عظمہ علیحدہ علیحدہ حصوں پر مشتمل ہوتی ہے (شکل ۵) ایک قاعدی، دو قذالی، اور ایک لومی یا پھیلا ہوا حصہ۔ لومی حصہ میں جنینی زندگی کے ساتویں ہفتہ کے قریب چار نوات پیدا ہوتے ہیں۔ ایک بالائی اور ایک زیرین جوڑا۔ یہ نوات ایک دوسرے سے ان شقوقات کے ذریعہ سے

کیس قدر 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 سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین زاویہ سے شروع ہو کر قذالی ابھار تک خط وسطی میں جاتا ہے خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ [سٹن (Sutton) کا عارضی قذالی یا فوخ]۔ یہ درون رحمی زندگی کے تیسرے ہینہ سے شروع ہو کر چوتھے ہینہ کے اخیر تک موجود ہوتا ہے۔ قذالی کے قیلجات سہائیسہ (meningocoles) ہمیشہ خط وسطی پر



شکل ۵ - عظم قذالی پیدائش کے وقت۔

21

واقع ہوتے ہیں اور بروز غالباً اسی وقفہ میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ جو وقفہ قیلجات سہائیسہ (meningocole) میں پایا جاتا ہے وہ بعض اوقات عظم قذالی کے تمام عمودی طول میں سے گذرتا ہے اور اکثر سوراخ کبیر (foramen magnum) میں کھل جاتا ہے۔ جانبی یا مستقیم شقوقات ہڈی کو دو حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جنہیں سے بالائی حصہ غشا سے نمونیا تا ہے اور زیرین حصہ غضروف سے۔ جانبی شقوقات بعض اوقات برقرار رہتے ہیں اور کسور کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں اور یہ درحقیقت خط وسطی سے بعض دفعہ کسور ہی تصور کر لئے گئے ہیں بعض نفاقاعدہ نادر الوقوع حالتوں میں یہ استدر کھل ہوتے ہیں کہ عظم قذالی کے بلند ترین حصہ کو بقیہ ہڈی سے باکھل علیحدہ کر دیتے ہیں۔

جداری شقوقات (parietal fissures) جو عظم جداری نمونیا ہی ہو

اس میں تعظم سے تعلق رکھنے والے ریشے ان دونوں نوات میں سے جو تقریباً مرکز پر واقع ہوتے ہیں محیط کی طرف نصف قطروں کی شکل میں جاتے ہیں تقریباً پانچویں مہینہ میں ایک بین ریشکی نضا جو دوسری نضاؤں سے بڑی ہوتی ہے ان چھدرے عظمی ریشوں کو جو سہمی کن رس کے موخر حصہ کے متصل واقع ہوتے ہیں ان مضبوط تریشوں سے علیحدہ کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے جن سے بقیہ کن رہ مرکب ہوتا ہے (پوزی: Pozzi) جداری شقاق (parietal fissure)۔ یہی ہوتا ہے۔ یہ بالعموم بند ہوجاتا 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 غلطی سے کس تصور کیا جاسکتا ہے۔ اگر طرفین پر ان انشقاقات کا مساوی حصہ برقرار رہے تو ایک منتظرل محین نما خلا باقی رہ جاتا ہے جو سہمی یا فوخ (sagittal fontanelle) کہلاتا ہے (شکل ۲)۔ یہ قحود (lambda) کے ایک انچ آگے واقع ہوتا ہے، اور نوزائیدہ بچوں میں سے ۴ فیصدی سے زائد میں پایا جاتا ہے (لی: Lea)۔ جداری سورخ اسی وقفہ کے بقیہ حصص ہوتے ہیں۔

مجمعی محراب کی ہڈیوں کا تنخر (necrosis) نسبت سابق اب بہت قلیل الوقوع ہے۔ یہ بعض اوقات ایسی صغیتی درریش (gummatous infiltration) سے نتیجہ پیدا ہوجاتا ہے جس کا علاج نہ کیا گیا ہو اور جسکے ساتھ ریمز اعضویات کی سرائت بھی موجود ہو۔ اور بعض اوقات یہ جبہ جوفوں کی شدید سرائتوں کے بعد بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ جبہ اور جداری ہڈیوں پر نہایت کثرت سے حل آور ہوتا ہے۔ اور کچھ وجہ کی بنا پر جو ابھی زیادہ واضح نہیں ہوئے عظم قذالی میں یہ شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ خارجی لوح اکثر اکیلی ہی تنخر ہوجاتی 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 تنخر نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ گاہے گاہے ایک وسیع رقبہ نیچے سے اوپر تک حمیں ہڈی کی تمام دبازت شامل ہوتی ہے ماؤف ہوجاتا ہے۔ کوپری کے چھوٹے چھوٹے رقبوں کا تدرنی ذبول بہت ہی شاذ طور پر دیکھے میں آتا ہے۔ اور اس سے بعض اوقات ہڈی کا ایک قرص آہستہ آہستہ علیحدہ ہوجاتا ہے۔ اگر تنخر یا ذبول سے اندرونی لوح ماؤف ہوجائے تو بعض اوقات ایک زیرجانی فرخنجما ہے جو دماغی ضغط کا باعث ہوتا ہے۔ جب ڈپلوی (diplœ) متاثر ہوجاتا ہے تو اس میں وریدی علحیت یا تقیمی التهاب و رید پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے اور اس طرح جو ضرر شروع ہوجاتا ہے وہ بعض اوقات

پھیلنا شروع کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقہ سے بڑے بڑے درون دماغی جوف بند ہو جائیں یا عنقوتی مادہ عمومی دوران خون میں چلا جائے اور اس سے نتیجہ الدم (pyæmia) پیدا ہو جائے۔ صرف مقامی انتشار ہی سے التهاب سمایہ پیدا ہو سکتا ہے۔ بیرونی لوح میں تغیر واقع ہونے کی صورت میں اس کی بافت کی بایلدگی جو معر اور عروق دار ڈپلوی (deplœ) پر واقع ہوتی ہے مردہ ہڈی کے ورثہ کے انتشار میں مدد کرنے میں ایک بہت اہم فعل سرا انجام دیتی ہے۔

عظمیٰ محرابی چھت پر عملیہ جابا

(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 سرا انجام دیا جاتا تھا؛ کیونکہ اس زمانہ کی کھوپڑیوں سے یہ 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 جافیہ علحدہ کر کے اسکو کباب سے توڑ دینے اور یا عظمیٰ ترقیعی (osteoplastic) دامن طیار کر لینے سے زیادہ کثرتاً بنالیا 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 اسمیں کم سے کم ایک بڑا شریانی تناسخ موجود ہو۔ میری رائے (سی۔ سی۔ چوائس) میں قرین مصلحت ہی 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 باقیہ سے دبانے یا اسپر لچکدار پٹی باندھ دینے سے روک دیا جاتا ہے؛ دامن کے اٹھائے جانیکے بعد عروق زیادہ آسانی سے کپڑے جاسکتے ہیں اور یا اسکے قاعدہ پر کٹنگ 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 وجوار سے
 احتراز کرنا چاہئے۔ آلہ 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۔ صدعی حفرہ (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 ۵ تا ۱۰ ملی میٹر ($\frac{1}{2}$ تا $\frac{3}{4}$ انچ) کے درمیان ہوتی ہے۔ ان پچائشوں کا اطلاق متوسط
 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 معرا کرنے کے لئے جن مصلحت پر
 ترخان کا سوراخ بنانا 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 جاسکتے ہیں۔

وسطی سحائی (middle meningeal) شریان کی مقدم شاخ

آسانی سے تلاش کیجا سکتی ہے اور پریمسہ (pterior) کے خطہ پر اسے اکثر ضرور پہنچ جاتا ہے۔
 عظم جہمی کے خارجی زاویہ زائیدہ کے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے اور وجہ (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 زیریں یا وندی زاویہ کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ یہاں یہ شریان اپنی رفیق وریدوں کیساتھ
 ہڈی کے عمیق میزباب میں موجود ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات میزباب کی جگہ قنال بھی ہوتی ہے۔
 پریمسہ (pterior) 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 منتج ہوتا ہے۔
 پریمسہ (pterior) کی نشاندہی بھی یوں بیان کیجا سکتی ہے:- جبھی عسافی (جبھی وجنی)
 درز کے کٹاؤ سے جسکا جس آسانی سے کیا جاسکتا ہے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے (شکل ۲- صفحہ 15)
 اور اس لائن سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر جو اس کٹاؤ سے وجہ کے بالائی کنارے کے متوازی پیچھے
 کی طرف کو کھینچی جائے یہ ہند سے آسانی سے یاد رکھے جاسکتے ہیں۔ اور نجمینہ (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

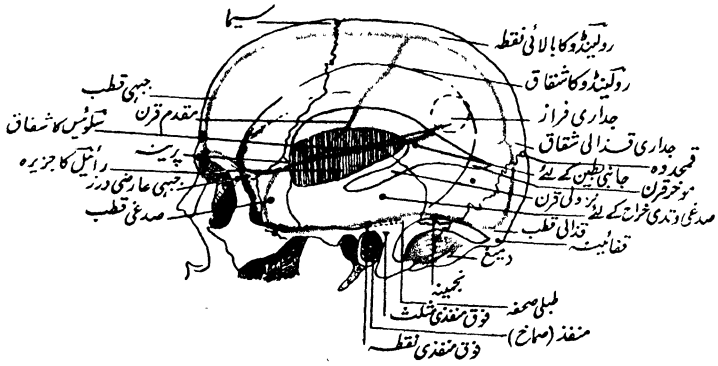
کی موخر شاخ تک خارجی منفذ کے مرکز سے صین ایک انچ اوپر (منفذی نقطہ: meatal point) بذریعہ ترخان سوراخ کرنے سے رسائی ہو سکتی ہے۔ مگر نجمیہ (asterion) کے خط پر یا عظم جداری کے پس زبرین زاویہ پر یعنی منفذی نقطہ سے ۱/۴ انچ پیچھے اور منفذی تقابلی خط (meato-inion line) سے — جو منفذی نقطہ سے لیکر خارجی قذالی ابھار کے نمایاں ترین مقام تک کھینچا جاتا ہے — ۱/۴ انچ اوپر بھی اسے معر کیا جاسکتا ہے (شکل ۳)۔ اس مقام پر شریان مذکور کے تعریہ کا فائدہ یہ ہے (جو بعض اوقات نقصان میں بھی تبدیل ہو جاتا ہے) کہ اگر سوراخ کا قطر ۳/۴ انچ ہو تو یہ جانی جوف (lateral sinus) کو بھی معر کر دیکے 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 خونوں کو اسکے نیچے سے گذار کر باندھ دیا جاتا ہے۔ لختہ کے اس حصہ میں عام طور پر صدغی و قندی خراج پایا جاتا ہے۔ اور یہ غٹائے طبلی (tegmen tympani) کے اوپر واقع ہوتا ہے جو ہڈی کا ایک پتلا سا مصفحہ ہے جس سے کہفہ طبلی (tympanic cavity) اور حلی مغارہ (mastoid antrum) کی چست بنتی ہے۔ غٹا (tegmen) کا لیول 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 نجمیہ (asterion) سے چمکے متعلق یہ یاد ہوگا کہ یہ منفذی (meatal) نقطہ سے ۱/۴ انچ پیچھے اور ۱/۴ انچ اوپر ہوتا ہے، ملا دیا جاتا ہے۔ مذکورہ خط کا مقدم نصف غٹا طبلی (tegmen tympani) کا متنظر ہوتا ہے۔ غٹا (tegmen) کے لیول سے ایک انچ اوپر بذریعہ ترخان فتحہ بنانے سے صدغی خراج تک

25

رسائی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ لیکن بہت سے مریضوں میں سرجن اس امر کا خود تصفیہ کر سکتا ہے کہ آیا اہم قسم کا خراج علی مغارہ (mastoid antrum) کے مرض سے تانیوی طور پر پیدا ہوا ہے یا نہیں۔ اور اگر ہوا ہے تو حلی عملیہ (mastoid operation) کے دوران میں اسے غٹانے طبعی (tegmen tympani) میں سے ایک فتوحہ بجائے گا جس پر اکثر اریکی بافت کا ایک قطعہ موجود ہوتا ہے۔ وہ اس فتوحہ کو اور بڑا کر سکتا ہے اور خراج کی مسیلت اسکی سماق اور مغارہ (antrum) میں سے کر سکتا ہے۔



شکل ۶۔ جانبی طینوں، الجریہ (insula) یعنی (جزیرہ رائیل) اور صدغی قطب (temporal pole) کو ظاہر کرتی ہے۔

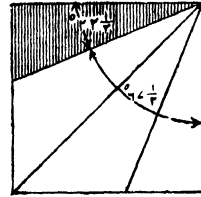
جانبی جوف (lateral sinus) اس جوف کا سنگمانا (sigmoid) سرا

بجھینہ (asterion) پر واقع ہوتا ہے جسکی سطحی نشانات پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔ اس کا نزولی جارحہ علیہ (mastoid) کی پچھلی طرف مرکزی صماخی نقطہ سے ۳ انچ پیچھے کہ لید کے قاعدی خط (Reid's base line) پر آسانی معر کیا جا سکتا ہے (شکل ۱۲- صفحہ ۴۹)۔ یہ خط ایک فرضی خط ہے جو مچھر کے فرش سے خارجی صماخ کے مرکزی نقطہ تک کھینچ کر پیچھے کی طرف کو بڑھا دیا جاتا ہے۔ یہ اکثر قف آئینہ (inion) پر سے گذرتا ہے لیکن اس پر سے اسکا گذرنا ضروری نہیں۔ بعض کھوپڑیوں میں یہ اس نقطہ کے سیکر اوپر یا نیچے رہتا ہے۔ جوف مذکور کا افقی حصہ

ریڈ (Reid) کے قاعدی خط سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر ہوتا ہے۔ دماغ (cerebellum) کو معر کر نیکیا 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 ذہانے 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 خراج آیا صدعی لختہ میں واقع ہے یا دماغ میں تو بھینٹہ (asterion) پر ترخان کرنا مناسب ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 24) جہاں فتحہ کو زیادہ وسیع کرنے سے جانبی جوف معر کر لیا جاتا ہے۔

سحر کی رقبہ (motor area) تک کھوپری کو

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



شکل ۷۔ سحر کی 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 آگے 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 شتقاق 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 الزوایا کاغذ کے تختے یا ورق یا ٹین کے ٹکڑے یا کسی اور شے کی چارہیں لگادی جائیں اور پھر اسکا ایک چوتھائی کاٹ دیا جائے تو مطلوبہ زاویہ بنجاتا ہے جیسا کہ (شکل ۷) میں دکھایا گیا ہے۔ شتقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کے نشانات کی سمت سرسری طور پر یوں معلوم کی جاتی ہے کہ یہ دیکھ لیا جائے کہ یہ خط بڑھانے پر پیش آؤی نقطہ سرسری (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۔

2۲ دماغی سلعہ کے لئے عملیہ جات کرنے میں یہ ظاہر ہے کہ جمجمی فتحات

کا محل مختص المقام علامات سے معلوم کیا جاتا ہے۔ سلعہ تک پہنچنے کے لئے ترخان کے فتحات سے جو جگہ ملتی ہے اس سے زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مقصد کے لئے ترخان کے فتحو کو ضرورت کے موافق ہڈی توڑ کر بڑا کیا جاسکتا ہے۔ اور زخم چھوڑ دیا جاتا ہے جو بعد میں مضبوط لیفی بافت سے پُر ہو جاتا ہے۔ یا ایک عظمی ترقیمی دامن بنایا جاسکتا ہے۔ پہلا طریقہ اکثر شہر الہینان میں مشہور ہے۔ مگر اس سے بعض اوقات بہت خراب علامات مثلاً آگے کی طرف جھکنے میں عدم توازن کا پاپا جانا پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور یہ علامت بعض اوقات استدرغایاں ہوتی ہے کہ جمجمی رزنیہ کو پٹیوں یا کسی اور جگہ سے عظمی پیوند لیکر پُر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عظمی ترقیمی (osteoplastic) دامن بنانے کے لئے چاندلی کا ایک بڑا سار جابانی یا نصف دائرہ کی شکل کا دامن کاٹ لیا جاتا ہے جس کا قاعدہ نیچے کی طرف کو ہوتا ہے۔ اور کونوں پُر ترخان کے چار چھوٹے چھوٹے فتحات بنائے جاتے ہیں۔ بُعدی اور جابانی اطراف پر جو ہڈی ہوتی ہے وہ کاٹ دی جاتی ہے اور اس کا طریقہ یہ ہے کہ ترخان کے ایک فتحو سے لے کر دوسرے فتحو تک جھمبہ اور ام جافیہ کے درمیان سے ایک خم پُر رہنما (pliable director) گزارا جاتا ہے۔ اور کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یعنی ہانپکا راکھی (flexible saw) کا استعمال اسکے میزب میں کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عظمی مربع کی قریب طرف کو زاویہ حادہ پر عمیدہ کرنے سے توڑ دیا جاتا ہے۔ اس طرح ایک ایسا دامن اٹھایا جاتا ہے جسکو رسد خوب پہنچتی ہے، اور اسکے اندر کی طرف 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۔ دریں عرض ہوتی ہیں۔ اور ہڈیوں کے درمیان بہت سا غضروف اور بہت سی عشا موجود ہوتی ہے نیز ہڈیاں عمر کے ابتدائی حصہ میں ہڈیاں پیکڑا رہتی ہیں اور مقابلتہ نرم اور دب جانے والی ہوتی ہیں۔

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

بالفعل میں بھی کھوپری عام طور پر جتنی چھوٹکی تصور کی جاتی ہے اسکی نسبت یہ بہت کم چھوٹکی ہوتی ہے اور خشک شدہ نمونہ جات کے مطالعہ سے جو رائے قائم کی گئی ہے اس کے مخالفہ نتیجہ ہونے کا امکان ضرور ہے۔ بہت سے مصدقہ واقعات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ یہ ممکن ہے کہ دوران حیات میں جمجمہی قہ میں سے تیز نوک والا اوزار گذرنے پر صرف مورخ ہی بننے مگر ہڈی ریزہ ریزہ نہ ہو (لنڈن ہسپٹل 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 قطععات میں ضرب کے منتشر ہونے کا رجحان۔ کسی مفروضہ قوت کے تسلسل میں درزوں کی مداخلت اور درزی غشا کی موجودگی جو ایک خطی حاملہ (linear buffer) کی طرح کام دیتی ہے۔ سر کی شوکہ پر حرکت پذیری۔ اور خود جمجمہی ہڈیوں کی لچک۔

28

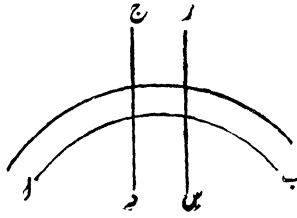
مزید برآں کھوپری کو چھ لپٹتوں یا ستونوں کی موجودگی سے بھی اور تقویت پہنچتی ہے جو گنبد اور قاعدہ کے مقام اتصال پر واقع ہیں۔ انہیں سے دو جانی ہیں۔ آگے کی طرف مجری قدامی (orbito-sphenoidal) اور پیچھے کی طرف مجری علی (petro-mastoid) اور دو دوجہی الٹنی (fronto-nasal) اور قدامی (occipital) کھوپری کے مقدم اور 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 عظمیٰ : synostosis)۔ چالیس سال کی عمر کے قریب قریب درزیں بست 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 قدامی (lambdoid) پڑ اور اخیر میں فلسمانی (squamous) درز پر۔ مزید برآں جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے کھوپری کی ہڈیاں اندرونی لوح پر ایک جماد کے فراہم ہونے سے جو دماغ کے

گھٹتے ہوئے حصہ کی جگہ لے لیتا 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 کسر سے ہڈی کی تمام دبازت متاثر ہوتی ہے۔ مگر بعض اوقات کیل بیرونی لوح ہی ٹوٹ جاتی ہے یا یہ ڈپلوئی (diploë) میں گھسکر صرف مخفف ہی ہو جاتی ہے اور جبہی خطہ کے زیرین حصہ میں بیرونی لوح جبہی جوف میں گھس جاتی ہے۔ اندرونی لوح بھی بیرونی صفحہ میں متناظر کسر موجود ہونے کے بغیر ٹوٹ سکتی ہے۔ اور مکمل کسر کے تقریباً تمام واقعات میں اور خاکسرا نہیں جنہیں نشیب موجود ہوتا ہے اندرونی لوح میں بیرونی کی نسبت زیادہ وسیع

29

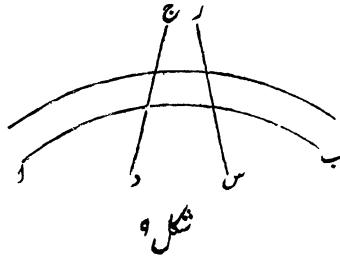


شکل ۸

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) رکھا گیا ہے۔ اگر خارجی طبقہ پر نہایت ہی محدود قوت استعمال کی گئی ہو تو تلوار کے زخم کی طرح ضرر محدود ہوتا ہے۔ جب قوت ڈپلوئی (diploë) میں سے گزرتی ہے تو یہ پھیل جاتی ہے اور اندرونی لوح تک ضرب سے بہت منتشر ہو کر پہنچتی ہے۔ اور ایسا خاکسرا ان حالتوں میں ہوتا ہے جب بیرونی طبقہ اندر کی طرف گھس جائے۔ مزید برآں اندرونی لوح بیرونی لوح کی نسبت زیادہ چھوٹے خم کا حصہ ہے اور اخیر میں ایگنیو (Agnew) اندرونی لوح کے زیادہ براحت پذیر ہونے کی ایک وجہ بیان کرتا ہے جو ہڈی کے عمومی طور پر دبنے 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 ۱۵ اور ج ۱۶ میں دو انتصابی اور متوازی خطوط ہیں۔ اب اگر محراب پر ان متوازی خطوں کے درمیان قوت لگائی جائے تو قوس ا ب کے سروں کا رجحان ایک دوسرے سے دور ہٹنے کی طرف ہوگا اور تمام قوس دیکر اس خم کی شکل اختیار کرے گی جو شکل ۹ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اسی حالت میں ج ۱۵ اور جس خط اوپر کی طرف مستند 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 بناؤ



ایسی ہے کہ کسور پیدا کرنے والی قوت کی مدافعت کئی طریقوں سے ہوتی ہے۔ (۱) جب ضرب جدا ری خط میں سر کی چوٹی پر لگتی ہے تو اسکی قوت کا رجحان دونوں جداروں کی طرف 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۔ موزن الذکر حرکت کی مدافعت عظم فلسمانی اور عظم وتری کا جنح کبیر جو عظم جدار کی زیرین کور پر مترکب ہوتے ہیں بڑی شدت کے رتے میں مزید برآں عظم فلسمانی تک جو قوت پہنچتی ہے وہ وجہی قوس تک منتقل ہو جاتی ہے جسکو فک اعلیٰ کی ہڈی اور عظم جمہی سہارا دیتی ہیں۔ یہ قوس اس حالت میں دوسرے مدافع پشیمان کا کام دیتی ہے اور قوت کے اس انتقال کی وضاحت جو سر کی چوٹی سے لیکر جمہی 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 جمہی کے بالائی حصہ پر لگے تو قوت فوراً جدار کی ہڈیوں تک منتقل ہو جاتی ہے

کیونکہ عظم جبہ کا بالائی حصہ (اس طریقہ کی وجہ سے جس سے اسکا کنارہ اسلامی وار ہے) حقیقت میں دونوں جداری ہڈیوں پر واقع ہوتا ہے، لہذا وہی مدافعت پھر عمل پیرا ہوتی ہے۔ اگر اس ہڈی کے زیرین حصوں میں باہر کی جانب نکل جانے کی طرف کوئی میلان ہو، اور وہ اسوقت یقیناً موجو بھی ہوتا ہے جبکہ وسطی جبہ (mid-frontal) درز برقرار ہو تو ایسی حرکت کو عظم وتدی کا جاح کبیرا اور عظام جداری کے پیش زین زاوے سے جبہ کے ان حصوں سے متحد یا انپر متراکب ہوتے ہیں، مزاحم آتے ہیں۔ لہذا اس سے بیجا ہر ہو گیا ہوگا کہ جس طرز سے جبہ اور جداری ہڈیوں کی متناظر کو ریس اسلامی 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 نگرے تو اتنا صدمہ ہی ہڈی کو توڑ دینے کیلئے کافی ہوتا ہے لہذا اسکی محافظت کی زیادہ ضرورت ہی۔ گریڈ وزن جداری اور صدغی ہڈیوں سے تعلق رکھنے اور لچکدار نغری عمود سے متحد ہونے کی وجہ سے ایک بڑی حد تک محفوظ ہے۔

31

کھوپری کے قاعدہ کے کسور (۱) بلا واسطہ یا (۲) بالواسطہ ضرب سے
 پاجیسا کرام) طور پر ہوتا ہے (۳) محراب کے کسر کی توسیع سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۱) اجسام غریبہ کے انچی یا محجری حصت میں سے یا کھوپری کے قاعدہ کے اس حصہ میں سے جو بلعوم میں پایا جاتا ہے، گھسنے پر انچی بلا واسطہ ضرب سے قاعدہ کا کسر واقع ہو چکا ہے۔ موخر حصہ میں گردن کی گڈی پر ضرب لگانے سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) بلا واسطہ ضرب سے جو کسر واقع ہوتے ہیں انکی مندرجہ ذیل مثالیں دیجا سکتی ہیں:- عظم جبہ کے حصہ زیرین پر جو ضربیں لگتی ہیں انیس 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 کسر کا زیادہ امکان موجود ہوتا ہے۔ کھوپری کے قاعدہ کے کسر کے ۸۶ مریضوں میں محجری سقف ۹، میں کبصری سوراخ ۶۳ میں ۱۰ اور غرابلین صفحہ جات تقریباً تمام میں متاثر پائے گئے (رائنگ: Rawling)۔ ٹھڈی پر گرنے سے وقتی کہفہ (glenoid cavity) فک اسفل کے تبدال سے اتنے زور سے دب گیا ہے کہ کھوپری کے وسطی حفرہ میں کسر واقع ہو گیا ہے۔ ٹھڈی کے سرے پر فیصلہ کن گھونٹے کی ضرب لگنے سے کھوپری میں کسر واقع ہونے کے بغیر ہی ارتجاج و داغ پیدا ہو جاتا ہے۔ جب جسم زمین پر پاؤں یا گھٹنوں یا چوتروں کے بل گرا ہے تو قوت نے ستون نغری

میں سے منتقل ہو کر قذالی خطہ میں کھوپری 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 قفل 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 دستہ میں زیادہ مضبوطی سے ٹھنس جاتا ہے۔ یہ نظریہ کہ کھوپری 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 سترے و جینسن (Sir J. Hutchinso) نے کیا ہے۔ اس میں عظم قذالی کے کسر کے ساتھ ہی غرابلین صفحہ (cribriform plate) کا کسر بھی پایا گیا تھا اور کھوپری 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 لستگی 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 مونر حفرہ تک پھیل جاتے ہیں۔ چند حالتیں اس قاعدہ سے مشتق ابھی ہیں۔ جو معین ہڈیاں ان تین خطوں میں متاثر ہوتی ہیں، ان کا زیادہ صحیح بیان دینے کے لئے بی بہوٹ (P. Hawett) نے کھوپری کو تین منطقوں میں تقسیم کیا ہے۔ مقدم منطقہ میں جہی اور مصفاقی (ethmoid) کا بالائی حصہ، اور جہی وندی، اور وسطی منطقہ میں عظام جداری اور عظام صدغی کے فلسفانی اور انکے جھری حصہ کے مقدم حصے اور قاعدی وندی کا بیشتر حصہ اور موضع منطقہ میں قذالی، علمیہ اور عظم جھری کا موضع 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 سحائی اور مصفاقی (ethmoidal) شریانون میں سے آتا ہے، یا اسکا زیادہ حصہ غالباً انفی سقف کے دریدہ مخاطی 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 غنائے مخاطی میں اور ششی (olfactory) اعصاب کے

33

خلا فوں میں جوام جانفیه اور عنکبوتیہ (arachnoid) سے حاصل ہوتے ہیں دریدگی کا موجود ہونا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال کا مغرط انخراج انفی غشائے مغزلی میں سے ضرر کی موجودگی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور یہ غالباً شیمی (olfactory) اعصاب کے خلا فوں کے ساتھ ساتھ عمل میں آتا ہے اور اسکا سبب یا تو اسکے انخذاب کی کمی اور یا اسکے افراز کی زیادتی ہوتی ہے۔ جبہی خط کے کسر کی بہت سی حالتوں میں خون مجھ میں چلا آتا ہے اور طعمہ 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 جمجی و عابدری سے آتا ہے۔ اور بعض حالتوں میں یہ کہنکی یا مجری جو فوں کے انشقاقات سے آتا ہے۔ بعض اوقات خون یو سٹیکین ٹلیوں (Eustachian tubes) میں چلا جاتا ہے اور یہ یا تو ناک یا منہ سے نکل آتا ہے اور یا نکلا جاتا ہے اور بعد میں تے سے باہر آ جاتا ہے۔ کان میں سے دماغی نخاعی سیال کے بہنے (مصلیٰ انخراج کے لئے) (۱) یہ فوری ہے کہ کسر داخلی منفذ میں سے گذرتا ہو۔ (ج) اس منفذ میں غشائے مغزلی کی ہر انہی اطالت موجود ہوتی ہے وہ پھٹ گئی ہو۔ (ج) باطنی اذن اور طبل میں رابطہ موجود ہو۔ اور (د) غشائے طبل دریدہ ہو گئی ہو۔ (۳) موضحر حفرہ کے کسور میں خون کی درریش یا تو صلی زائدہ کے گرد و نواح میں ظہور پذیر ہوتی ہے اور یا گردن کی گدی پر۔ اور بعض اوقات یہ عنقی خط کے اندر تک بھی چلی جاتی ہے۔

مزید برآں گنبد کے مرکب کسور میں جنہیں ام جانفیه 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 نجاتا ہے جس میں توج پایا جاتا ہے۔ بچہ کے چلانے پر یہ ورم زیادہ تنیدہ ہو جاتا ہے اور مکن ہے کہ دماغ کے ساتھ اس میں بھی مزاجنہما 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 اغمیۃ دماغ کے معاصر انشقاق کی لطف اشارہ کرتے ہیں۔ انکو اکثر ضروری دماغی مانی قیلوں (traumatic cephalhydroceles) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

34

درزوں کی غلطی (separation of sutures)۔ یہ حالت جہاں تک

اس کے چوٹ سے نتیجتاً پیدا ہونے کا تعلق ہے تقریباً بچوں ہی کی کھوپری تک محدود ہے۔ بڑی عمر میں اگر کسی مدود درز پر قوت کا استعمال کیا جائے تو اس سے ایسا کسر پیدا ہوتا ہے جو پرانے درزی خط پر ٹھیک ٹھیک واقع ہوتا ہے۔ بالٹوں کی کھوپری 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 فلسمانی 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۔ قحودوی درز کا نام کثرت وقوع کے لحاظ سے انکے بعد آتا ہے۔

وجہ (zygoma) بلا واسطہ یا بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتا ہے۔ موخر الذکر حالت میں ضرب ایسی ہوتی ہے کہ اسکا رجحان فک اعلیٰ یا عظم العارض (malar bone) کو پیچھے کو دھکیل 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 جڑا 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 منصفیہ (masseter) چسپیدہ ہوتا ہے۔ وجہ عمیق حصوں کے محل وقوع کے لئے ایک نہایت مفید رہنما کام دیتا ہے۔ اسکے بالائی کنارے کا موخر تین چوتھائی حصہ کھوپری کے وسطیٰ حفرہ کے فرش کا تناسل ہے۔ اور یہ دماغ کے صدغی لنتہ کے (جو اس حفرہ میں واقع ہوتا ہے) زیرین کنارے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۶)۔ اس کا منصفی درنہ (articular tubercle) جو اسکی جڑ کے نزدیک بہت واضح طور پر محسوس کیا جا سکتا ہے، اس مقام کی نشاندہی کرتا ہے جس پر وسطیٰ سمانی شریان کھوپری کے قاعدہ کو شوکی سورخ (foramen spinosum) پر منقش کرتی ہے (شکل ۳)۔ نیز نیم قمری (semilunar) یا گیسری عقدہ (Gasserian ganglion) کے محل کو ظاہر کرتا ہے (شکل ۳۵ صفحہ ۱۴۵)۔ وجہی درنہ (zygomatic tubercle) (بعد وقبی شوک : postglenoid spine) جو چانوی حفرہ (mandibular fossa) کی موضوعہ قائم کرتا ہے، قنال سباتی (carotid canal) کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (ایس۔ سکاٹ: S. Scott)۔

صدغی خطہ کا امتحان لاشعاعوں کے ذریعہ سے۔ بعض

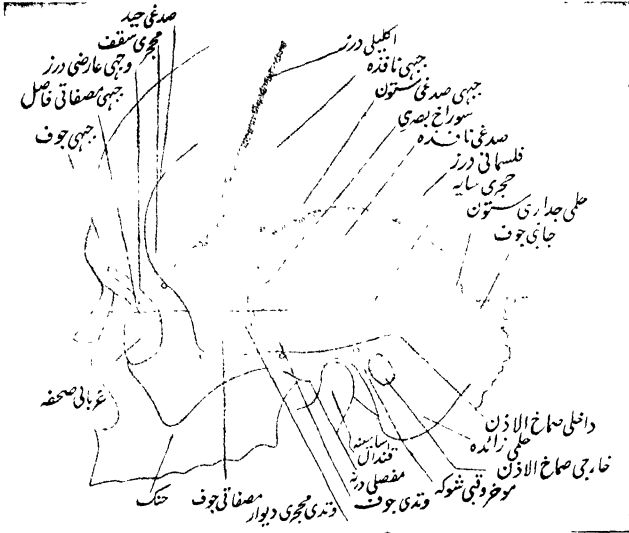
درون جمجمی ساختوں کی، جو گہری واقع ہوں، حالت کا انکشاف کرنے کے لئے کمپری کے صدغی خطہ کا امتحان کرنا اکثر ضروری ہوتا ہے۔ ان ساختوں کا مکمل وقوع معلوم کرنے کے لئے بعض ایسے سطحی نقاط پر جو باسانی مل سکیں سبسہ کی گولی سے نشان لگانا ضروری ہوتا ہے، تاکہ وہ بطور پیمانہ کے کام دیں۔ سب سے زیادہ مناسب و معتبر ترین نقاط وہ ہیں جو گل۔ اس میں ظاہر کئے گئے ہیں اور وہ مندرجہ ذیل ہیں:۔ (جہبی عارضی) (fronto-malar) (جہبی جنبی) (fronto-zygomatic) کٹاؤ۔

35

ب۔ عارضی تراویہ (malar angle)۔ د۔ پیش منغذی نقطہ (premental point) جو وجہ (zygoma) کی جوڑ پر منغذ کے سامنے کی طرف چانوی (وقبی: glenoid) حفرہ کے پیچھے اور پس چانوی (پس وقبی: postglenoid) شوک کے عین اوپر 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 کمپری کے دونوں طرف نشان لگانا چاہئیں اور جب کمپری 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 ان کے نیچے کی ہڈیوں کے پتلا ہونے کی وجہ سے متور ہو جاتا ہے۔ متور رقبہ ہڈی کے جہبی صدغی استون (fronto-temporal pillar) کے ذریعہ سے جس کے ساتھ ساتھ وسطی سمائی عروق آتے ہیں، اور جو دماغ کے جہبی اور صدغی نموتوں کی درمیانی حد کی نشاندہی کرتا ہے، ایک مقدم یا جہبی دریچہ (frontal fenestra)، اور مونخیا صدغی دریچہ (temporal fenestra) (شکل ۱۰) میں تقسیم ہوتا ہے۔ جس مقام پر سمائی نرف کے لئے عام طور پر نرف لیا جاتا ہے، یعنی جہبی عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے پانچ پیچھے اور پانچ اوپر، اس پر جہبی صدغی استون 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 جہبی 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 جمجمی حفرہ کی مقدم دیوار یعنی وقبی مجری فاصل کو ظاہر کرتی ہے۔ اور یہ عظیم 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 مجبوی فاسل، اور آگے کی طرف عظم عارضی کے صدغی کنارے اور اوپر کی طرف مجبوی 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 مصنفاتی خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اس رقبہ میں سے جبھی عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے

36



شکل ۱۔ 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۔ انہیں سے زیرین غرابالی صفحہ (cribriform plate) کے لیول کا تناظر ہوتا ہے، اور بالائی مصنفاتی کے جانبی تودہ اور جبھی پٹی کے مجبوی صفحہ کے مقام اتصال کا۔ پس عارضی (retromalar) رقبہ کی زیرین حد پر وندی فکی (spheno-maxillary) (جبھی حنکی: pterygo-palatine) حفرہ، وندی فکی شقاق، وندی حنکی عقدہ اور زیر مجبوی (infra-orbital) عصب کا ابتدائی حصہ واقع ہوتے ہیں۔

صدغی دریچہ (temporal fenestra) کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ اہم 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 نخامیہ (pituitary fossa) [زیر بالی حفرہ fossa hypophyseos] جو آگے کی طرف مقدم سریری شکل زائدہ (anterior clinoid process) اور پیچھے کی طرف ظہر السراج (dorsum sellæ) اور موخر سریری شکل زوائد سے منسلک ہوتا ہے۔ ظہر السراج (dorsum sellæ) کے پیچھے عظم مجری (petrous bone) کا سیاہ سایہ واقع ہوتا ہے جو پچھلی طرف حلی جدار ستون (masto-parietal pillar) پر ختم ہوجاتا ہے۔ حفرہ نخامیہ کا فرش وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارہ سے ۱/۲ انچ (۱۲ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکی مقدم حد وسطی وجہنی (midzygomatic) نقطہ کے سین اوپر ہوتی ہے۔ حفرہ نخامیہ کا طبعی پیش پس قطر بالٹوں میں ۱۲ ملی میٹر (۱/۲ انچ) ہوتا ہے۔ سورخ بصری (optic foramen) جبہی علفی کٹاؤ سے ۱/۲ انچ (۳/۴ ملی میٹر) پیچھے کی طرف کو اور وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے سے ۱/۲ انچ (۲/۵ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ پیش منغذی (premeatal) نقطہ (دیکھو شکل ۱۰) قاعدی زائدہ (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 سورخ 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 نخامیہ کے نیچے اور سامنے واقع ہوتا ہے۔

باب سوم

مشمولاتِ مجملہ

38

(THE CRANIAL CONTENTS)

اغشیہ دماغ - ام جافیہ (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 اسلئے اس جگہ پر اس غشا اور ہڈی کے درمیان وعابداریوں کے واقع ہونے کا بہت کم امکان ہوتا ہے گیند (vault) پر اسکی چسپیدگیان 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 قسچی وعابداریاں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان جمع ہو جاتی ہیں۔ ایسی وعابداریوں 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 جافیہ سے باہر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ فیور 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 وعابداریوں 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 کا نکون ہونا ہے۔

سرسہ سیل (Sir C. Bell) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ گنبد کی ام جافیہ چوٹ کے ارتعاش ہی سے بعض اوقات علحدہ ہو جاتی ہے۔ کسی موضوع کی کھوپری پر بجاری تھوڑی سے ضرب لگاؤ تو تفتیح 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 اشتراب کر دو۔ جس مقام پر ضرب لگائی گئی ہے اس پر کھوپری اور ام جافیہ کے درمیان شریبہ کا ایک حصہ کھٹکے پایا جائے گا۔ اور وہ بعینہ اسی روپ کے مشابہ ہوگا جو سر پر شدید ضرب لگنے کے بعد پیدا ہوتا ہے۔ ٹلو (Tillaux) نے یہ ثابت کر کے دکھایا ہے کہ ام جافیہ اور ہڈی کے درمیانی انضمامات نما صخرہ صغریٰ 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 وسطیٰ سمائی عروق ہی منشق ہوتے ہیں اور انیس سے شریان کی نسبت زیادہ تر فریق دریدیں منشق ہوتی ہیں۔ ان وریدوں سے شریان کے ارد گرد ایک جوف بنتا ہے (وڈ جوئز Wood-Jones)۔ وسطیٰ سمائی شریان شو کی سوراخ (foramen spinosum) سے گذر کر کے بعد دو شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ مقدم شاخ جو بڑی ہوتی ہے عظم جداری کے پیش زبیرین زاویہ کو کاٹتی ہوئی اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اور اکیلی درز کی پچھلی جانب سے اس سے تھوڑے سے فاصلہ پر گنبد پر چڑھ جاتی ہے۔ مؤخر شاخ عظم فلسمانی کو کاٹتی ہوئی افتی رخ میں پیچھے کو نکل جاتی ہے اور دوسری صدغی تلفیف کا مراختیار کر لیتی ہے (دیکھو شکل ۶ و ۳)۔

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 میزاب موجود ہوتا ہے وہاں یہ بہت باریک ہوتی ہے اور عروق بذات خود ہڈی میں اکثر اسطرح گڑھے ہوتے ہیں کہ انہی دریدگی کے بغیر کسر کا واقع ہونا منسل 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۔ جیکسن (Jacobson) نے یہ ظاہر کیا ہے کہ یہ عروق ایسی قوت سے بھی منشق ہو سکتے ہیں جس سے کھوپری میں کسر واقع نہ ہو (عام طور پر صرف دریدیں ہی منشق ہوتی ہیں) بلکہ ام جافیہ علحدہ ہو گئی ہو۔ وسطیٰ 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 جافیہ کے اعصاب - ام جافیہ میں اعصاب کی رسد موجود ہے۔

اسکا عظیم ترین مبدأ پانچواں عصب ہے۔ مگر دسویں اور بارہویں جمعی اعصاب سے بھی کسیتد رسد پہنچتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ترخان کے علیہ میں جب ام جافیہ کا ٹی یا کھرجی جاتی ہے تو خون کے دباؤ میں ایک نمایاں تخفیف واقع ہو جاتی ہے (ایچ ٹیرل گرے اور ایل پارنس: H. Tyrrell Gray and L. Parsons)۔ درد سر کے بہت سے اقسام ان درآئندہ تہیجات سے پیدا ہوتے ہیں جو تائیمی (vagal) یا توامی ثلاثی (trigeminal) کسی نواتا تک پہنچتے ہیں۔ جہاں یہ عصبی اقسام کی وجہ سے ام جافیہ سے منسوب ہو جاتے ہیں (کشتنگ: Cushing)۔

وریدی اجواف - دماغی وریدیں جکی دیوار میں نرم اور کمزور ہوتی ہیں اور

جو دماغ کے ہر نصفان کے ساتھ مضبوط ہو جاتی ہیں وریدی اجواف میں گھلتی ہیں۔ یہ اجواف استروا دیواروں کی قنایں ہیں جو ام جافیہ 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 وندی اور قذالی وریدیں جانبی جوف (lateral sinus) سے ملتی ہیں وہاں عنکبوتیہ (arachnoid) ام جافیہ سے مضبوطی سے منضم ہوتا ہے، مگر دوسرے تمام مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

جانبی جوف (lateral sinus) جراحی نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہے۔

جو نہی یہ حللی زائندہ کے نیچے سے پیچھے کی طرف خم کھاتا ہے، صلیب کے مفارہ اور خلیات سے یہ بہت قریبی علاقہ پیدا کر لیتا ہے جنہیں سے عفونی حالت اس تک حاصل کی جاتی ہے اور حقیقت و نما ہو سکتی ہے (دیکھو شکل ۲۵ صفحہ ۱۰۴)۔ جانبی جوف کی نشاندہی مندرجہ ذیل تین نقاط کی تعیین سے کیا جاسکتی ہے (دیکھو شکل ۳ صفحہ ۱۵ اور شکل ۶ صفحہ ۲۵)۔ (۱) قفائینہ (inion)۔ (۲) نجمینہ (asterion)۔ (۳) منقذ کے زیریں کنارے سے ۱/۲ انچ نیچے ایک نقطہ لیا جائے۔ جب یہ تینوں نقاط ملائے جاتے ہیں تو جانبی جوف دو حصوں سے بنا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ ایک

افقی حصہ جو قفائینہ (inion) سے لیکر نجمینہ (asterion) تک بتدریج اوپر کو چڑھتا چلا جاتا ہے اور دوسرا انتصابی جو نجمینہ سے دفعہ نیچے کو پس منحنی نقطہ تک چلا جاتا ہے۔ یہ جوف اعلیٰ میڈیوٹرا ہوتا ہے۔ یہ داخلی و داجی (internal jugular) ورید کی شکل میں کھوپری سے باہر نکل آتا ہے جو حلی زائدہ کے مقدم کنارہ کی سیدھ میں جاتی ہے، مگر غدہ کفصیہ (parotid gland) کے نیچے گہری واقع ہوتی ہے (شکل ۳)۔

فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کی نشاندہی

کھوپری کی محراب کے اوپر سے انفینہ (nasion) سے لیکر قفائینہ (inion) تک خط کھینچنے سے کیجا جاتی ہے۔ اس جوف کے ساتھ ساتھ حفریات (lacunæ) (نزد جوفیہ جا: parasinoids) کے جانبی پھیلاؤ واقع ہوتے ہیں جنہیں بہت سی فوقانی دماغی (superior cerebral) وریدیں کہلتی ہیں۔ یہ جانبی پھیلاؤ فوقانی طولی جوف کے تمام حصوں کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں مگر انیس 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 بنجانے سے مسدود ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں خون کو نفسی مجاری میں سے دور کرنا پڑتا ہے، اور یہ فوقانی دماغی وریدوں سے تحتانی دماغی وریدوں اور بالخصوص سلوئیس (Sylvius) کی سطحی ورید میں جو کہفکی 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۔

کہفکی جوف (cavernous sinus) جسکے اندر داخلی سباتی شران

(internal carotid artery) اور چھٹا: جمعی عصب محصور ہوتے ہیں اور جبکی دیوار میں تیرا 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 عفوئی حالتیں کہفکی 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 کہ جانبی جوف (lateral sinus) اور وداچی ورید (jugular vein) تک فوقانی اور تحتانی ججری اجواف کے ذریعہ سے پہنچتا ہے۔ نغما میہ کے سلعات کہنکی جوف کو لازمی طور پر محفوظ کر دیتے ہیں۔ داخلی سباتی شریان (internal carotid artery) اور کہنکی جوف (cavernous sinus) کے درمیانی تعلقات اتنے قریبی ہیں کہ ان حصوں کو ضرر پہنچنے سے شریان فی وریدی انورسما 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 وریدوں (ophthalmic veins) کے ذریعہ سے عمل التهاب کے منتشر ہو جانے سے کس آسانی سے علقت زدہ ہو سکتا ہے۔

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

درمیان واقع ہوتی ہے، اور پورائی کہف 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 کسی قدر سیال موجود ہوتا ہے جو دماغ کے حرکات بفضان میں رگڑ کے اثرات کو زائل کر دیتا ہے، اسلئے اس کا فعل پلورائی اور باریطونی تاجوں کے فعل کا سا ہے۔

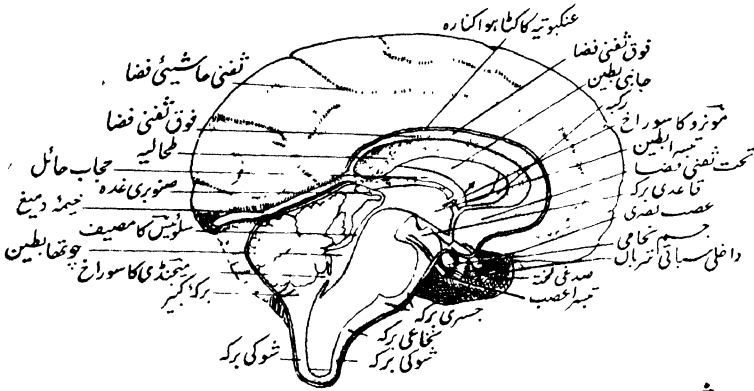
42

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 قطنی حصہ پر کیا جاتا ہے تو دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں کی سیلیت بھی ساتھ ہی ہو جاتی ہے (شکل ۱۱)۔ اسی لئے درون مجھی دباؤ کے زیادہ ہو جانے کی حالت میں قطنی کوچے (lumbar puncture) کا علاج ہے۔ التهاب سحائید (meningitis) میں دماغی سحاعی سیال کدر 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، اس لئے

زیر عنکبوتی فضا وسیع ہوتی ہے۔ جو نہی یہ فضا کھوپری میں داخل ہوتی ہے، دماغ اور بطین چہارم کی چھت کے درمیان یہ پھیل جاتی ہے۔ اس پھیلاؤ کا نام بسمکہ کبیر (cisterna magna) ہے (شکل ۱۱) بطین چہارم کی چھت میں ایک فقہ [میجنڈی (Magendie) کا سوراخ] ہوتا ہے جس کے ذریعہ سے دماغ کے بطینوں کا دماغی نخاعی سیال برکہ 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 عنکبوتی فضا برکہ جبری (cisterna pontis) کی شکل



شکل ۱۱۔ آئیں 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 صدغی خنتوں کے درمیان اور درون ساقمی 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 صلیب (optic chiasma) و خط جابا اور جسم نخاعیہ کا قمع (infundibulum) موجود ہوتے ہیں۔ قاعدی الہتاب سمانیہ (basal meningitis) میں یہ بعض اوقات پیپ سے متسع ہو جاتا ہے۔ تحتانی نخاعی قمعہ (inferior medullary velum) میں جو الہتابی انضمامات واقع ہوتے ہیں ان سے اس غشا کے فحمت کے بند ہونے سے بعض اوقات استسقا دماغ کی حالت (hydrocephaly)

پیدا ہو جاتی ہے۔

دماغ کے تلافیف کے اوپر عنکبوتیہ (arachnoid) کو ام 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 و تجاویف دماغ کی ام حنونہ میں آجاتے ہیں۔ دماغ کے قاعدہ کا میان باقی (interpeduncular) حصہ جس (pons) اور نخاع مستطیل (medulla) اگرچان قاعدی برکہ جات پر واقع ہوتے ہیں مگر صدغی اور جبہی لغتہ جات کھوپری کے قاعدہ پر بلا واسطہ ملنے ہوتے ہیں، اور قذالی لغتہ دسینی غیمہ (tentorium cerebelli) پر واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے تینوں قطب یعنی جبہی، 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 ہو جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

43

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

دوران خون کی بے قاعدگیوں سے دماغ پر (جو کہ نہ دینے والے کہنے میں واقع ہے) ہو سکتے ہیں زائل کر دیتا ہے۔ اگر جانبی بطینوں کے قریب کے بڑے بڑے عصبی مراکز امتلا سے متورم ہو جائیں 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 اس وقت تک رہتی ہے جب تک کہ دوران خون دوبارہ طبعی نہیں ہو جاتا۔

44

جب تندرست دماغ ترخان کے سوراخ کے ذریعہ سے معرکایا 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 گجھی دباؤ اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ وریدوں میں خون کا دباؤ ہوتا ہے۔ قلب کے ہر ضربان پر کھوپری میں (دھکعب سنٹی میٹر) خون داخل ہوتا ہے۔ اور اسلئے اتنا ہی وریدی خون و داجی ورید کے ذریعہ سے باہر آ جاتا ہے۔

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

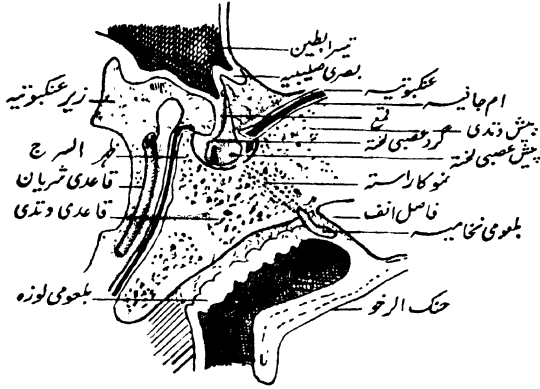
اور تیسرے سے چوتھے بطین میں مصیف سٹوکس (aqueduct of Sylvius) کے راستے سے اور چوتھے بطین سے برک کبیر (cisterna magna) میں میجنڈی (Magendie) کے سوراخ میں سے ہو کر گر سکتا ہے (شکل ۱۱)۔ بہت سے ابھی تک ہلٹن (Hilton) کی رائے ہی سے متفق ہیں کہ مصیف مذکور کے مسدود ہوجانے یا میجنڈی (Magendie) کے سوراخ یا دوسرے 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 مسیلیت 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 پیش کیا گیا ہے کہ استقائے دماغ کی حالتوں میں جانبی بطینوں کے اندر کا دباؤ دماغی نخاعی سیال کی مسیلیت تحت جافی فضائی 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 عمل کوئی فضا کے شوکی حصہ میں منتقل کر دیتا ہے۔ ہلٹن (Hilton) نے قاعدہ کے کسر کے ایک مریض کے متعلق جسکے کان سے دماغی نخاعی سیال بہ رہا تھا اطلاع دی تھی، 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 دی جاتی تھیں تو زیر 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 پٹی (تقریباً ۴ اونس) کیا گیا ہے۔ اسکا افزائ (۱) جانبی بطینوں میں، (۲) تیسرے بطین کی چھت میں اور (۳) چوتھے بطین کی چھت میں ضغیرہ جات شیمیہ (choroid plexuses) سے ہوتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ برفلیسی (ependymal) سرحد ہی جسکی پوشش ان ضغیرہ جات پر موجود ہوتی ہے حقیقت میں افزائ کے فعل کو سر انجام دیتا ہے۔ یہ سیال مندرجہ ذیل مانتوں 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 کی یوتی (Pacchionian bodies) کے ذریعہ سے بھی یہ وریدی نظام میں پہنچ جاتا ہے۔ جب متھیلین بلو (methylene blue) کا اشراب شوکی زیر منکبوتی 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 لمون نہیں ہوتے۔



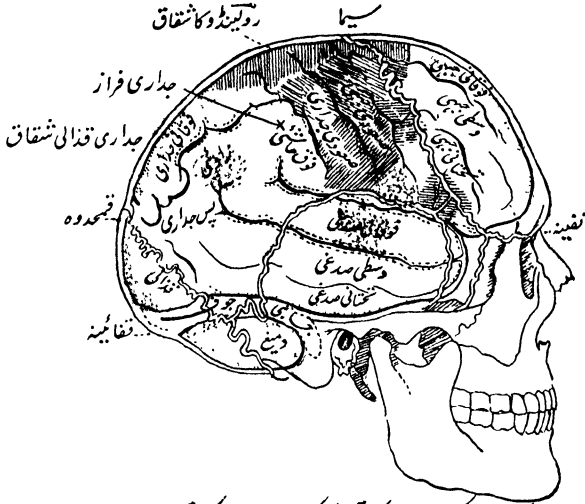
شکل ۱۲۔ پندرہ ماہ کے بچہ کے جسم نخامیہ، تیسرے بطین اور اساس الوند، انفی بلعوم کی تراش۔ نخامی برون بالید کی ڈنڈی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔

جسم نخامیہ (pituitary body)۔ زمانہ حال میں جسم نخامیہ کو جو ام جانیسہ کے ایک مخصوص خانہ میں بند ہوتا ہے اور اساس الوندی (basi-sphenoid) کی بالائی سطح پر واقع ہوتا ہے بہت سی بجراحی اہمیت حاصل ہو گئی ہے۔ شکل ۱۲ میں اسکی شکل اور اس کے تعلقات ظاہر کیے 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 موخو 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 گرد عصبی (perineural) یا درمیانی (intermediate)

حصہ (ہیرنگ: Herring) جو عصبی لختہ کے ساتھ قریب ہی طور پر ملا ہوتا ہے، اور دوسرا مقدم حصہ (anterior) یا پیش عصبی (preneural) حصہ۔ گرد عصبی (perineural) اور پیش عصبی حصے ایک مرکزی کہفہ کے ذریعہ سے علیحدہ 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 پیدا 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 لختہ جو کبر الجوارح (acromegaly) کے نام سے موسوم ہے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر یہ پیش پرورش جوانی کے زمانہ میں واقع ہو تو خجری تمام ہڈیاں جلد بڑھنا شروع کر دیتی ہیں اور عظمتیت (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 آواز کے ذریعہ سے منظم رکھتا ہے، اور اگر یہ آواز ضرورت سے زیادہ ہو تو اس سے پیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سے مریضوں کو علیحدہ سے جس میں غدی لختہ کا کچھ حصہ کھریج دیا جاتا ہے، فائدہ ہوا ہے۔ بالوں میں نخامیہ تک وندی جوف میں سے جس کی چھت پر یہ جسم واقع ہوتا ہے، رسانی حاصل کی جاتی ہے۔ اس جوف تک پہنچنے کا طریقہ یہ ہے کہ ناک کے غشرونی حصہ کو الٹ کر انفی فاصل (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 تاکہ جسم نخامیہ معر ہو جائے صدغی حفرہ میں وسیع تر فان کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب نخامی سلعات پھیلتے ہیں تو کھنکی اجواف کو مضبوط کر دیتے ہیں، اور بصری اعصاب (optic nerves) کے ساتھ قریب علاقہ رکھنے کی وجہ سے جزوی بصری ذبول، اور کوری، اور نیز میدان نظر میں تنخیف بھی پیدا کر دیتے ہیں۔ ایسا سلعہ بعض اوقات وندی جوف کی چھت کو تنخیف کر دیتا ہے۔

شکل ۱۲ میں بڑھتے ہوئے نخامیہ کی وندی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔ ارد پایٹم (Erdheim) نے جن جسموں کا (جو ۵ سے اوپر ہیں) امتحان کیا ہے ان سے یہ معلوم ہوا ہے کہ یعنی نخامیہ کا یہ بقیہ حصہ (انفی بلعومی نخامیہ) ہر جسم میں موجود ہوتا ہے۔ نخامیہ چھت کے ایک خانہ میں واقع ہوتا ہے جس کی چھت اسکے جسم کی ڈنڈی سے منقبت ہوتی ہے۔ (لاشاعوں کی مدد سے نخامی حفرہ کا جو شکل ظاہر ہوتی ہے وہ شکل ۱۰ میں ظاہر کی گئی ہے)۔ نخامیہ کو رسد خون کثیر التغاؤ عروق سے پہنچی ہے جو آئرہ ولس (circle of Willis) سے نکلے ہیں

اور نیچے اتر کر نخاع کی ڈنڈی تک پہنچ جاتے ہیں۔
 دماغ کے سطحی تعلقات - (شکل ۱۱۳ و ۱۶)



شکل ۱۱۳ دماغ اور سی حرکتی رقبہ جات کے تعلق کو کھوپری سے ظاہر کرتی ہے۔ کوآین: Quian سے ترمیم کی گئی ہے۔ سی حرکتی رقبہ تا ناریک کر دے گئے ہیں۔ ٹانگ اور دھڑ کے رقبہ جات میں عمودی خطوط کھینچے گئے ہیں۔ اور بازو اور ہاتھ کے رقبہ جات کے خطوط ان کے کی طرف کو اور چہرہ اور منہ کے رقبہ جات کے خطوط کھینچے کی طرف کو مائل ہیں۔ زبان، مٹھوم اور چہرہ کے رقبہ جات پر نقطہ ڈالے گئے ہیں۔ عمودی چہی تیفین جس میں دو رقبہ جات شامل ہوتے ہیں جو فصل میں صرف حرکتی ہوتے ہیں۔ سرخ خطوط ظاہر کی گئی ہے تیفین بروکا (Broca) پر ظہور کا مرکز افقی خطوط سے ناریک کیا گیا ہے۔ الفاظ سننے کا مرکز ذوقانی صدغی تیفین پر اور الفاظ دیکھنے کا مرکز زاوی تیفین پر ظاہر کیا گیا ہے۔ وسطی اور سفلی چہی تلافیف کے منحصر ہوں پر جو رقبہ افقی خطوط سے ناریک کیا گیا ہے، وہ سر اور آنکھوں کی مشترک حرکتوں کے لئے ہے۔

(longitudinal fissure) قمتہ الراس پر سے منتطب (glabella) سے لیکر خارجی قذالی ابدال تک خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ یہ سامنے سے تنگ ہوتا ہے مگر چونکہ اس میں طولی جوف موجود ہوتا ہے جو پتھیرے جاکر فوراً چوڑا ہو جاتا ہے، اسلئے کھینچنے کی طرف اس کا عرض معتد ہو جاتا ہے، اور بائیں دماغی نصف کرہ کے قلبہ کی وجہ سے یہ بالعموم خط وسطی سے کسی قدر دائیں طرف کو واقع ہوتا ہے۔ خارجی قذالی ابدال اور کان کے درمیان

جانبی جوف دماغ کے زیرین لیول کی اور دماغ کے اوپر کے لیول کی حد بندی کرتا ہے (شکل ۶ اور ۱۳)۔ کان آگے وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ کی موخر ترین چوتھائی صدغی لائن کے زیرین کنارہ کو ظاہر کرتی ہے۔ صدغی لائن کا قطب مجری کی بیرونی کور سے ۳ انچ پیچھے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔ پیشانی پر دماغ کی زیرین حد کا اندازہ مقطب (glabella) سے لے کر نقطہ سلویس (Sylvius) تک مجری کی بالائی کور سے ۱/۲ انچ اوپر نط کیلینے سے کیا جاسکتا ہے۔ بصلہ جات شمیہ (olfactory bulbs) (olfactory bulbs) (nasion) کے لیول پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۳)۔

49

دماغ کا استقصا خارجی منفذ کے نقطہ وسطی کے لیول سے ۱/۲ انچ نیچے اور ۱/۲ انچ پیچھے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۱۳)۔ یہ گہرا واقع ہوتا ہے کیونکہ قدانی عضلات (occipital muscles) کے منہاؤں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

رولینڈو (Rolando) کے شقاق کی نشاندہی کے جو بہت سے طریقے

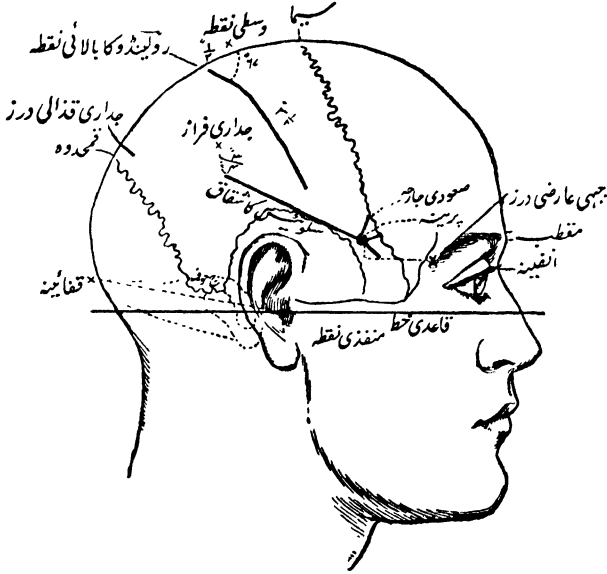
پیش کئے گئے ہیں ان میں وہ طریقہ جس کا ذکر صفحہ 26 پر کیا گیا ہے نہایت سادہ اور صحیح ہے۔ جو خطو ہاں کھینچا گیا ہے وہ بعض اوقات شقاق کے عین اوپر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ سر کی شکل کے لحاظ سے اس کا محل بھی کسی قدر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات صدغی جبہ اور جلداری تلافیف میں جو رولینڈو کے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

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

کی جاسکتی ہے۔ جبہ عارضی (fronto-malar) اتصال سے جو ایک نمایاں گٹاؤ سے ممیز ہوتا ہے، ۱/۲ انچ اوپر اور ۱/۲ انچ پیچھے ایک نقطہ مقرر کر لیا جاتا ہے۔ یہ نقطہ کنیٹیٹی میں عظم جلداری کے پیش زیرین زاویہ کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (پرینہ: pterion)۔ پرینہ سلویس کے شقاق کے تیزوں جو ارج اور اس کے تنے کے مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر ایک خط پرینہ سے پیچھے اور اوپر کی طرف کو جلداری فراز سے ۳ انچ نیچے تک کھینچا جائے تو

یہ موخر افقی جارحہ (posterior horizontal limb) یا قراع (ramus) کے محل وقوع کو ظاہر کریگا (شکل ۱۳)۔ اگر جداری فراز بخوبی نمایاں نہ ہو تو شقاق مذکور کی نشاندہی جہی عارضی کٹاؤ کو پرینسہ (pterior) سے ملانے اور اس خط کو پیچھے کی طرف سیدھا بڑھا کر

50



شکل ۱۳۔ وہ خطوط دکھائے گئے ہیں جو دماغ کے بڑے بڑے شقاقات کو ظاہر کرتے ہیں ریڈ (Reid) کا قاعدی خواجہ کے زیرین ماشیہ سے پیچھے کی طرف کو منقذی نقطہ میں گزر رہا ہو لکھنا چاہیے۔

جداری فراز تک لیجانے سے، جیسا کہ شکل ۶ میں ظاہر کیا گیا ہے، کی جا سکتی ہے (آر۔ جے۔ بی۔ ریڈ: R.J. Berry)۔ اس فرع (ramus) کی حد نیچے کی طرف نوقانی صدغی تغنیف سے بنتی ہے جیکے ثلث وسطی میں "ساعت الفاظ" مرکز ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ اوپر کی طرف اسکی حد بندی آگے سے لیکر پیچھے کی طرف کو تھمتانی جہی تغنیف کے قاعدی حصہ، معدوی جہی اور جداری تغنیف کے زیرین سروں، اور فوق ماشیہ تزیید (supramarginal gyrus) سے ہوتی ہے۔ مثل الذکر

تین حصوں میں زبان، بخترہ، بلعوم اور منہ کی حرکتوں کے مرکز واقع ہوتے ہیں۔ اگر خط سلوٹس کے انحنام کے ساتھ ملا کر ایک پونی (penny) رکھ دیا جائے تو وہ زاویہ تلیفیف کو جس میں "بصارت الفاظ" کا مرکز موجود ہوتا ہے ڈھک لیگا (شکل ۱۳)۔ جداری فراز فوق ماشئی تلیفیف کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ شقاق سلوٹس 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۔ انچ لمبا خط کھینچنے سے کیا جاسکتی ہے۔ صعودی اور مقدم جوارح کے درمیان تختانی جبہ تلیفیف کا جزو مشتمل (pars triangularis) واقع ہوتا ہے جس میں "حرکتی تکلم" (motor speech) کا مرکز موجود ہوتا ہے۔ بروکا (Broca) کا یہ خیال تھا کہ بائیں تختانی جبہ تلیفیف (جو اکثر تلیفیف بروکا کہلاتی ہے) لطق 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 لطق غیر متاثر رہا تھا۔ شقاق سلوٹس کا تناسل ۱۔ انچ لمبا ہوتا ہے اور عظم وتدی کے جناح کبیر کے بیچے سے بیچے اور آگے کی طرف کو جاتا ہے (شکل ۱۳)۔ صدعی لختہ اسکے نیچے واقع ہوتا ہے۔

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

پیش زبرین زاویہ تختانی جبہ تلیفیف کے موخر حصہ اور شقاق سلوٹس کے مقدم افقی اور صعودی جوارح کو پوشیدہ رکھتا ہے۔ وسطی سحائی بشریان کی مقدم شاخ معدا اپنے رفیق جوف کے اسکے بیچے سے اوپر کو چڑھتی ہے۔ پیش فوقانی زاویہ سیما (bregma) پر فوقانی جبہ تلیفیف کے انتہائی سرے اور ٹوکے کے حرکات کے مرکز کو پوشیدہ رکھتا ہے پس فوقانی زاویہ محدود (lambda) پر فوقانی لختہ کے بالائی حصہ کے اوپر اور جداری تقدالی شقاق سے ۱۔ انچ بیچھے واقع ہوتا ہے۔ پس تختانی زاویہ جانی جوف کے انحذاب کو پوشیدہ کرتا ہے اور دماغ کی زبرین حد کو ظاہر کرتا ہے۔ شقاق سلوٹس کے موخر جارحہ کا مقدم نصف فلسمانی درز (squamous suture) کے بیچے واقع ہوتا ہے اور بیچھے 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

صدغی لٹمنوں کے موخر حصوں، اور قذالی لٹمنہ کے بالائی ماشیہ کو دھکتی ہے۔

ستھمائی صدغی تلفیف (inferior temporal convolution)

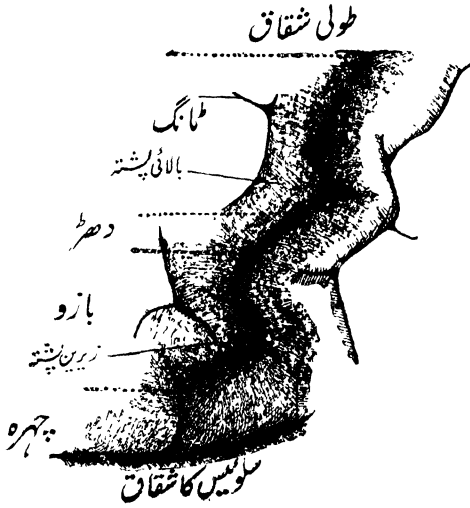
وجنہ کے بالائی کنارہ اور خارجی منفذ کے اوپر سے پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے، اور طبل (tympanum) کی چھت پر ٹٹکن ہوتی ہے۔ اسلئے یہ ان خراجات کا عام ترین محل ہے جو اذن وسطیٰ کے امراض کے بعد پیدا ہوتے ہیں (شکل ۱۴)۔

بیمجے کے قاعدی عقدہ (basal ganglia) (جو مخطوط: corpus striatum)

اور عرشہ بصری (optic thalamus) اپنے بیرونی رخ پر جزیرہ ریل (island of Reil) سے ڈھلے ہوتے ہیں۔ یہ جزیرہ شقاق سلویس کے مقدم تین چوتھائی حصہ میں دبا ہوتا ہے، لہذا اس کے اور قاعدی عقدوں کے لئے بھی شقاق مذکور کے سطحی نشانات ہی استعمال کئے جا سکتے ہیں (دیکھو شکل ۶ و ۱۴)۔ اگر پیرینہ (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 انکی موخر حد اس نقطہ کے سامنے کی طرف اس سے کسی قدر فاصلہ پر واقع ہوتی ہے جس پر جانبی بطینات کا بزل کیا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۳ - صفحہ ۱۵)۔ یہ نقطہ مندرجہ ذیل طریقہ سے معلوم کیا جاتا ہے خارجی منفذ سے ایک انتصابی 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 (۳/۴ انچ) پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہاں براگر مزل (trocar) بھونک دیا جائے تو وہ جانبی بطین میں اسکے جسم اور زردی اور موخر قزاقوں کے مقام اتصال پر ڈھل ہوتا ہے (جنگلس: Jenkins)۔

بیمجے کے حسی حرکی رقبہ جات - بعض ضررات و داغ کا مقام معلوم کرنے اور ان عملیہ جات میں رہبری کے لئے بوقشرہ و داغ 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 صمودی جبہ (پیش مرکزی: precentral) اور نیز صمودی جداری (پس مرکزی: postcentral) تلفیف میں واقع ہوتے ہیں۔ مگر شرننگٹن (Sherrington) اور گرونوم (Grünbaum) نے بشر آسٹروڈ (anthropoid apes) میں ان تلفیف کے قشرہ کو زیادہ صحیح طور پر سمجھان دیا ہے۔ یہ دریافت کیا ہے کہ حرکی تعاملات محض صمودی جبہ تلفیف ہی سے حاصل ہوتے ہیں۔

اگر سلسلہ حرکی رقبہ پر واقع ہو تو یہ اس رقبہ کی زیر اثر حرکتوں میں تحریک پیدا کر دیتا ہے۔ اور اگر یہی رقبہ پر واقع ہو تو جو احساسات اسکے متعلق ہوتے ہیں انہیں تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔ اس ہجان کے 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۔ درون تجھی بالیدوں سے پیدا شدہ علامات کی



شکل ۱۶ پیش مرکزی تیزید کے تلافی مہیہ تبا اور حرکی رقبہ جات کے ساتھ انکے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (سمنگٹن : Symington اور کربل : Crymble)۔

تخصیص مقام بعض اوقات ممکن نہیں ہوتی، کیونکہ چھوٹے سے سلسلہ سے بھی جو کھوپری کی استوار دیواروں کے اندر پورے نقطہ کے ایسے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں جو وسیع رقبہ جات پر منقسم ہوتے ہیں۔ آنکھوں کے زوجی حرکات (conjugate movements) وسطی جبہ تلفیف کے موخر سر سے 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 درون تجھی ضررات سے متاثر ہو سکتے ہیں، اور ان سے ایسے علامات پیدا ہوتے ہیں جن سے براج کو مصل مرض معلوم

کرنے میں مدد دیتی ہے۔ استنبصاری قشرہ (visual cortex) ظہری شتقاق (calcarine fissure) کے نزدیک اور قذالی لختہ کے ارد گرد واقع ہوتا ہے۔ "بصارت الفاظ" کا مرکز زاوئی ٹیڑھ (angular gyrus) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ سمعی قشرہ (auditory cortex) فوقانی صدغی تلیفیف کے گہرے یا دہلے ہوئے حصہ میں پایا جاتا ہے۔ اور "ساعت الفاظ" کا مرکز اس تلیفیف کے وسطی ثلث سے منسوب ہے۔ ششی قشرہ (olfactory cortex) خطاف (uncus) میں واقع ہوتا ہے، جو صدغی لختہ کے اندر کی طرف موجود ہوتا ہے۔ خطاف کے قرب و جوار کے سلعات ششی احساسات میں اختلال پیدا کرنے کے علاوہ "خوابی حالتیں" بھی پیدا کر دیتے ہیں۔

بھیجے 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 بھی کبھی ہضم ہوتا نہیں ہوتا، اسلئے یہ کھوپری میں ادھر ادھر ہلا یا جا سکتا ہے، اور اپنی دیواروں کے ساتھ ٹکرانے سے اسکو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ بھیسے کی کونگی یا اس کے کچلے جانے کی حالت میں یہ مشابہہ کیا گیا ہے کہ جہا 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 دائمی شغلی سیال کے ایک عظیم قاعدی اجتماع پر مشتمل ہوتے ہیں شاذ و نادر ہی کوفتہ ہوتے ہیں۔ یہ حصے شغلی مستطیل، جسر، اور میاں ساچی فضا پر مشتمل ہوتے ہیں۔

رسد خون عروق خون کی رسد دماغ میں بہت مفرد ہوتی 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، جن کا مقصد شاید یہ ہے کہ انقباض قلب کے جو اثرات دماغ پر ہوتے ہیں ان میں تخفیف ہو جائے۔ داخل ہونے کے ذرا بعد ہی یہ ایک خم دارہ (دائرہ ولس: circle of Willis) کی شکل میں مل جاتے ہیں، جسکا اثر یہ ہوتا ہے کہ دائمی دوران خون میں یکسانیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ بطنی مجاری صرف اسی حالت میں کارآمد ثابت ہوتے ہیں جبکہ ان

شریانیوں میں سے جن سے وائرہ و آس بنتا ہے کوئی بڑی شریان مسدود ہو جائے۔ اگر زندہ کہنے کی بائیں بائیں (carotid) شریان میں کسی رنگین محلول کا اشتراک کر دیا جائے تو کئی مادی مادہ صرف بائیں نصف کو تک ہی محدود رہتا ہے۔ لیکن اگر دائیں بائیں (carotid) شریان پہلے ہی سے ماندہ دیکھی ہو تو کئی مادی مادہ دائیں اور بائیں دونوں نصفوں میں پایا جاتا ہے (Kramer)۔

وسطی دماغی (middle cerebral) شریان کی سدادیت سے دماغی قشرہ کا ایک وسیع رقبہ تباہ ہو جاتا ہے۔ یہ عرق تیسرے جبہ بالائی اور وسطی صدغی زوایہ کی فوق حاشیہ اور نیز صدغی جبہ 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 جوارح اسفل اور دماغ کے لئے ہوتے ہیں۔ ان مرکزوں کو اور جبہ اور جداری لمخوں کی وسطی طرف کو اور بیرونی جانب پر قشرہ کے ہم پہلو حصہ کو مقدم دماغی (anterior cerebral) شریان رسد پہنچاتی ہے۔ قدانی لمخہ اور صدغی ذمئی تلافیت کو موخر دماغی (posterior cerebral) شریان سے رسد پہنچتی ہے۔

ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک مشترک بائیں (common carotid) شریان کی بندش سے نتیجے پر کوئی اثر نہ ہو، اگرچہ اس علیہ کے بعد موت زیادہ تر دماغی پیسیدگیوں ہی سے واقع ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایک بائیں (carotid) اور دو فقری (vertebral) شریانیں بھیجے کو کافی خون لاسکتی ہیں، مگر ریلٹی عروق میں کافی کلانی پیدا ہونے سے پیشتر جس سے بھیجے کے تمام حصوں کو خون یکساں طور پر تقسیم ہو سکے، چند ہفتے گذر جاتے ہیں۔ دونوں مشترک بائیں شریانیوں کو بند لگایا گیا ہے۔ اور نیز ایک طرف کی بائیں شریان کے مرض کی وجہ سے مسدود ہونے کی حالت میں دوسری طرف کی بائیں شریان باندھی گئی ہے، مگر کوئی نمایاں دماغی اختلافات رونما نہیں ہوئے۔ مگر جب دونوں شریانیوں کے بند کرنے میں چند ہفتوں سے کم وقفہ رہا ہے تو مریض کسی حالت میں بھی رو بصحت نہیں ہوا۔ فقری شریانیں دماغ کو خون کی ایک کافی مقدار بھیج سکتی ہیں بشرطیکہ ان پر بار تدریج ڈالا جائے اور دماغ کو کچھ وقت دیا جائے تاکہ وہ اس تغیر سے بہت بہتر ہو۔ موافقت پیدا کرنے۔ کئی میں چاروں کی چاروں شریانیوں کو بند لگانے کے بعد شوکی اور دماغی شریانیوں کا تقسیم جو سوراخ کبیر (foramen magnum) میں ہوتا ہے زندگی قائم رکھنے کیلئے کافی ثابت ہوا ہے (Hill)۔ چھوٹی دماغی شریانیوں میں سے کسی ایک میں سدادات (emboli) کی ڈاٹ لگ جانے سے عام طور پر فوراً تباہ کن نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسی سدادات

علم الجراحت میں مشترک سباتی (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 تھکے کا ایک ٹھونڈا سا ٹکڑا اعلیٰ ہو کر دماغ میں چلا گیا، اور اس سے کسی ایک دماغی عرق میں ڈاٹ لگ گئی۔ چنانچہ سباتی شریان کے انورس کا صرف امتحان ہی کرنے سے فالج 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 نبضانات یا اجتماعات سیال ہیں جن میں منقل ہوجاتے ہیں جو کجوری کئی روزوں سے سطح دماغ تک پہنچ جائیں۔ ایسے نبضانات شریانی نبض سے مزاج ہوتے ہیں مگر دماغی نبضانات کے نبض نگاری ترتیبات (sphygmographic tracings) سے درتفسنی منحنی “

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

اگرچہ پیچھے کے زخموں میں سے سیلان خون بکثرت ہوتا ہے، مگر یہ سیلان بغیر کسی وقت بند ہو جاتا ہے، کیونکہ عروق میں فوری انقباض کی استعداد موجود ہوتی ہے۔ دماغ کے قشرہ سے بڑے بڑے سلعات کا استیصال نرف سے ضرورت سے زیادہ وقت اٹھانے بغیر کیا جا سکتا ہے۔ دماغی شریانوں کی انتہائی مشاخوں کے درمیان اہم خونہ میں بکثرت تقصم پایا جاتا ہے، مگر وہ بہت چھوٹی چھوٹی شریانیں 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 وریڈ کو باندھنے سے قشرہ کے اس حصہ میں جس کی سیلیت اس میں ہوتی ہے عام طور پر زبول واقع ہو جاتا ہے (ہارسلی : Horsley)۔ دماغ کی سطح پر ہمیشہ ایک متعمم وریڈ ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک سے زیادہ بھی ہوتی ہیں۔ یہ وریڈ بالائی دماغی وریڈوں کو زیرین دماغی وریڈوں سے ملاتی ہیں۔ زیرین دماغی وریڈوں میں تعداد میں جلد ہوتی ہیں۔ ان میں تین صدغی اور قذالی نختوں میں سے نکل کر جاتی ہیں، اور چوتھی سلویٹیس (Sylvius) کی سطحی وریڈ عظیم وندی کے جناح صغیر کے جوف میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ صدغی اور قذالی نختوں کو

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

دینخ (cerebellum) کی تقریباً ساری وریدیں جانبی جوف پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ اسکی شریانیں فقری (vertebral) اور فاعدی (basilar) شریانوں سے نکلتی ہیں۔ دینخ، جسم اور نخاع 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)۔ دینخ کے سلعات سے عضلی ضعف اور بے آہنگی (inco-ordination) دوران سر، اور عدم توازن پیدا ہو جاتا ہے۔ وودہ (vermis) یا دینخ کے وسطی حصہ کا تعلق دھڑ کو خمیدہ کرنے کی حرکات کے ساتھ زیادہ بلا واسطہ ہے۔ جانبی لختہ ہم آہنگی اور جسم کو پھیرنے کے حرکات (وہ حرکات جو دھڑ کے انتصابی محور پر کئے جاتے ہیں) سے تعلق رکھتے ہیں (ہارسلے: Horsley)۔ یہیں ایسے ثبوتوں کی بنا پر جن کی تعداد میں بتدریج اضافہ ہوتا جاتا ہے یقین ہو گیا ہے کہ دینخ کا نقشہ فعلی اور خطی رقبہ جات میں منقسم ہے۔

باب چہارم

محجر اور آنکھ

منجبر

(ORBIT)

محجر (orbit) کے قطر مندرجہ ذیل ہیں۔ پیش سی، تقریباً $\frac{3}{4}$ انچ (۴۳ ملی میٹر)؛ انتصابی قاعدہ پر $\frac{1}{4}$ انچ (۳۱ ملی میٹر) سے ذرا زیادہ؛ افقی قاعدہ پر تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ (۲۵ ملی میٹر)۔ گلوب کے قطر یہ ہیں۔ مستعرض ۲۴ ملی میٹر؛ پیش سی ۲۴.۵ ملی میٹر؛ انتصابی ۲۳ ملی میٹر (بریلی: Brailey)۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ منقلہ (eyeball) محجر کے اطراف کی نسبت اس کے بالائی اور زیرین حواشی کے زیادہ قریب ہوتا ہے، اور گلوب اور دیوار محجر میں سب سے زیادہ فاصلہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے۔ لہذا گلوب سے باہر کی جانب پر شکاف دینے سے محجر کے اندر تک نہایت آسانی سے رسائی ہو جاتی ہے۔ اور منقلہ کا استیصال کرنے میں عام طور پر باہر کی طرف ہی سے قینچی ڈال کر بصری عصب (optic nerve) کو کاٹا جاتا ہے۔ مگر بائیں آنکھ کو نکالتے وقت بصری عصب کو اند کی طرف ہی سے کاٹنا زیادہ سہل ہوتا ہے۔

محجر کی عظمی دیواروں میں سے اس کا فرش، چھت، اور بائیں اور دائیں دیوار،

یہ تینوں بہت پتلے ہوتے ہیں، اس لئے جو اجسام غریبہ مجسّر میں بھونکے جائیں وہ مجسّی کہنے یا ناک یا عظم مصفاقی کے خلیات میں باآسانی داخل ہو جاتے ہیں اور جب انکارخ اوپر کی طرف سے ہو تو یہ منگراہ میں چلبے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲، صفحہ ۱۱۶)۔ بہت سی مثالوں میں تیز نوک والے کسی آلہ، مثلاً چھری یا تلوار کا سرا، مجسّر میں سے دماغ میں بھونک دیا گیا ہے اور اس خطرناک ضرر کے کوئی خارجی نشانات باقی نہیں تھے۔ نیلٹن (Nélaton) نے ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں داخلی سباتی (internal corotid) شریان مجسّر میں سے زخمی ہو گئی تھی۔

مجسّر کی بیرونی دیوار کا مقدم ایک تہائی صدی حفرہ (temporal fossa)

سے عظم عارضی (عظم جنبی: os zygomaticum) کے ذریعہ سے (شکل ۱۰، ۱) اور اس کا موخر دو تہائی حصہ کھوپڑی کے وسطی حفرہ سے جس میں صدی لختہ موجود ہوتا ہے، وندی کے جناح گیر کے ذریعہ سے علوہ ہوتا ہے۔ میاں مجسّر سلعات کے دور کرنے کے لئے ایک مسلہ راستہ کروئیلین (Kronlein) نے دریافت کیا ہے، اور وہ یہ ہے کہ مجسّر کی بیرونی دیوار صدی حفرہ میں سے کھول دی جاتی ہے۔ خود کشی کرنے اور بنگ کے دوران میں جو زخم آتے ہیں، ان سے یہ ثابت ہوا ہے کہ گولی صدی حفرہ میں سے داخل ہو کر مجسّر کی بیرونی دیوار میں سوراخ کرنے کے بعد مقلبا بصری عصب کو تباہ کر سکتی ہے کہ دماغ کو چھوئے بغیر بھی چھوڑ دیتی ہے۔ صدی لختہ کا قطب مجسّر کے بیرونی حاشیہ کے پیچھے اس سے ۲ سے ۲.۵ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶ صفحہ ۲۵، اور شکل ۱۰ صفحہ ۳۶)۔

مجسّر کی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے دلچسپ ہیں، کیونکہ خون کے انقباضات اور سلعات کی بروں بالیدیں قرب و جوار کے حفرہ جات سے اس تک پھیل سکتی ہیں نیز مخاط یا پیپ کے اجتماعات بھی مجسّر اور ام کی شکل میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ ایسا بھی ہوا ہے کہ صدی پر شدید چوٹ لگنے سے خون استھانی مجسّر (inferior orbital) (وندی کی-spheno-maxillary) شقاق میں سے گذر کر مجسّر میں پہنچ گیا ہے اور اس سے زیر طمعی کوم (subconjunctival ecchymosis) پیدا ہو گیا ہے۔ جہی جوف کے متدد ہونے سے خواہ یہ مخاط سے ہو (تقلی مخاطیہ: mucocele) یا پیپ سے مجسّر کے بالائی اور اندرونی حاشیہ پر اندرونی (وسطانی) جفتی رباط کے لیول سے اوپر بعض اوقات ایک نمایاں سلعہ نمودار ہو جاتا ہے جو گلوب کو نیچے کی

باہر کی اور آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔

مجری بصلی روا (fascia bulbi) (حس کا ذکر آئندہ آئیگا) سے پیچھے چشم کے عضلات

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

fat) سے ملو ہوتا ہے۔ اس جری کے انجذاب سے ہزال کی حالتوں میں آنکھیں حس جاتی ہیں۔ اس بابت کی وجہ سے مجری خراج باسانی پھیل جاتا ہے۔ یہ خراج ضربات، بعض چشمی التهابات، اور گروہی التهاب وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے یا متصلہ حصوں سے بھی پھیل کر پہنچ جاتا ہے۔ پیرپ سے بعض اوقات تمام کرفہ پڑھ جاتا ہے جس سے نقلہ آگے کی طرف کو نکل آتا ہے، اور اسکے حرکات محدود ہوجاتے ہیں۔ اور دورانِ خو میں نکل آنے کی وجہ سے لشمہ میں بہت سی سرخی پیدا ہو جاتی ہے، اور پوٹوں میں ورم آجاتا ہے۔ مزید تر آن پس مجری شحم میں تھیر انگریز جسامت اور عجیب و غریب شکل کے اجسام غریبہ بھی غالباً ایک طویل عرصہ تک پڑے رہتے ہیں اور ان سے کوئی نمایاں علامات نمودار نہیں ہوتے جیسا جی لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں ٹوپی ٹانگنے کی ایک آہنی کھنٹی کا ۳۱ پچ لبا کڑا مرض کو معلوم ہونے کے بغیر ہی اسکی آنکھ میں کئی دن تک رہا۔ اور فورنوجارڈن (Fourneauux Jordan) نے ایک خرمین کوب 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 پیپ کے ایک آرام دہ جہاد پر سے گندم کا ایک دانہ دفعۃً باہر نکل آیا جس سے ایک مضبوط سبز کلابھی پھوٹ آیا تھا، مزید برآں پس مجری شحم میں امجری اندرونی دیوار کے کسور کے بعد جس سے انفی حفرہ جات اور اجواف بھی ماؤف ہو جاتے ہیں ایک وسیع نفاخ (emphysema) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ داخل شدہ ہوا سے بعض اوقات گلوب بروز کر آتا ہے، اور بعض اوقات اسکی حرکتیں محدود ہوجاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ پوٹوں تک بھی پھیل جاتی ہے۔ ناک صاف کرنے پر یہ بہر حالت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔

علاوہ ازیں مجری شحم بڑھتے ہوئے سلعات کے لئے ایک عمدہ گہوارہ ہے۔ سلعہ مندرجہ ذیل مقامات میں سے پھیل کر مجری پر باسانی حمل آور ہو سکتا ہے۔ (۱) کھوپڑی کے قاعدہ سے، (۲) انفی حفرہ جات سے، (۳) نکی مغارہ سے، یا (۴) صدغی یا زیر صدغی (وجنی) حفرہ جات سے۔ ان مثالوں میں سے کسی ایک میں بھی بالید ہڈی کی ان تپلی تہوں کو جو درمیان میں حاصل ہوتی ہیں، تباہ کر کے مجری میں داخل ہو سکتی ہے۔ اور نکی مغارہ کے سلعات کے مجری میں داخل ہونیکا عام طریقہ

یہی ہے۔ علاوہ ازیں سطح مجھی کہنہ میں سے سوراخ بصری (optic foramen) یا فوگانی بصری (superior orbital) (وڈی: sphenoidal) شتقاق میں سے گذر کر اور ناک میں سے انٹی ڈمی قنات (nasolacrimal duct) میں سے گذر کر اور مذکورہ بالا دونوں حقوہ جات میں سے تحتانی بصری (inferior orbital) (وڈی: sphenomaxillary) شتقاق میں سے گذر کر مجھ میں زیادہ آسانی سے پہنچ سکتا ہے۔ مزید برآں سلعات کی ابتدا عجمی (ivory exostosis) کی شکل میں مجھ میں سے بھی ہو سکتی ہے۔ مجھ کی ہڈیاں کا سہ مسر (calvarium) اور خارجی سمعی منفذ (صماخ) کی ہڈیوں کے ساتھ اس قسم کے عظمی سلعات کی تکوین کی طرف ایک خاص میلان رکھنے میں شریک ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد اس سلعہ سے مجھ کی کہنہ بالکل پر ہو جاتا ہے۔

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

62

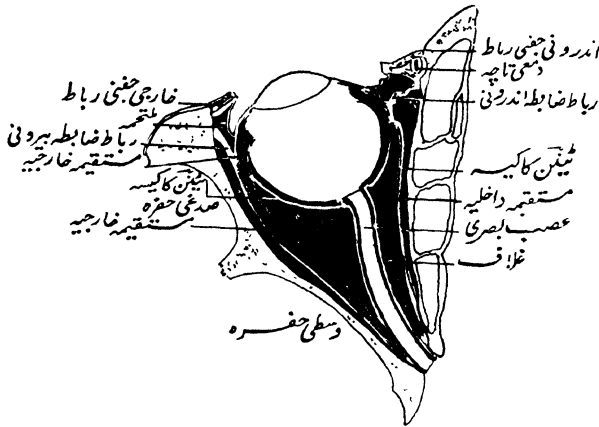
بہتر یہی طور پر لاک وڈ (Lockwood) نے بیان کیا ہے جس کی تحقیقات میں سے پروفیسر کننگھم (Prof. Cunningham) نے مندرجہ ذیل خلاصہ پیش کیا ہے:-

”یہ کیسہ ایک حکم اور ڈھیلی ڈھالی غشا ہے جو گلوب کے موخر پہ حصہ پھیلتی ہوتی ہے۔ اور اس سے صرف قرنیہ ہی آزاد ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف یہ چشمی لقمہ کے نیچے واقع ہوتا ہے جس سے یہ مضبوطی سے چوستہ ہوتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے نزدیک یہ اسی سے مل کر ختم ہو جاتا ہے (شکل ۱۶)۔ پیچھے کی طرف جہاں عصب بصری جلیبیہ میں سے گذرتا ہے وہاں کیسہ ایک غلاف سے مستند ہو جاتا ہے۔ اس غشا کی وہ سطح جو گلوب کی طرف ہوتی ہے وہ صاف ہوتی ہے، اور وہ منقلہ کے ساتھ تھوڑی سی نرم اور ڈھیلی نضائی 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 بن جاتی ہے جس میں یہ حرکت کرتا ہے۔ کیسہ کی موخر سطح مجھ کی شحم سے مل کر رہتی ہے۔ چشمی عضلات کے اوتار اس کیسہ کو گلوب کے خط استوا کے مقابل منقبت کرتے ہیں (شکل ۱۷)۔ اور ان قنات کے لب جن میں سے چاروں عضلات مستقیم گذرتے ہیں پیچھے کی طرف کو عضلات پر غلافوں کی شکل میں بہت کچھ اسی طرح بڑھ جاتے ہیں جس طرح کہ داخلی منوی ردا داخلی حلقہ سے جل منوی پر بڑھ آتی ہے۔“

63

جہاں داخلی اور خارجی مستقیم عضلات کیسہ کو منقبت کرتے ہیں وہاں کیسہ کی مضبوط اطالیں مجھ کی اندرونی اور بیرونی دیوار تک پھیل جاتی ہیں۔ چونکہ یہ اطالیں دونوں مستقیم

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



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

مقلد ہار کی طرف پھرا ہوا ہے اور اسی لئے خارجی رباط فضاہ تینہ ہے اور داخلی ڈھیلا ہے۔

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

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

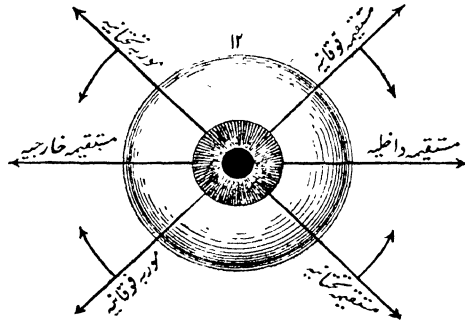
مجر کی ایک طرف سے دوسری طرف تک جھولن کھٹولے کی طرح تنا ہوتا ہے، اور

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

پائی جاتی ہے، اور یہ مججری دیواروں سے داخلی اور خارجی رباطات فضاہ 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 یہ چسپیدگیاں تباہ ہو جائیں گی تو مقلد نیچے کی طرف کو گر جائیگا۔
 خول (squint) کے لئے عملیہ جات سرانجام دیتے وقت بصری (fascia bulbi) کے اس قریبی تعلق کو جو اسکو مقلد، ملتحمہ، مجھری عضلات اور دیوار ہائے مجھ سے ہوتا ہے یاد رکھنا چاہئے۔



شکل ۱۸ مجھری عضلات کے فعل کو ظاہر کرتی ہے (دائیں آنکھ)۔ سیدھے تیراں سمت کو ظاہر کرتے ہیں جس میں ترقیہ حرکت کرتا ہے یعنی جس طرف آنکھ دیکھتی ہے۔ مغربی تیراں گردش کے رخ کو ظاہر کرتے ہیں جو پیش پس محور پر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ فوقانی موربہ عضلا آنکھ کو نیچے اور باہر کی طرف کو حرکت دیتا ہے اور اسے اندر کی طرف کو گھماتا ہے۔ حرکت کا نقطہ ابتدا ۱۲ بجے کا مقام ہے۔

(ڈاکٹر ای۔ ولف: E. Wolff کی عنایت سے۔)

شکل ۱۷ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جب عضلہ مستقیم کا وٹز ٹینن (Tenon) کے کیسہ میں کاٹ دیا جاتا ہے تو اسکے خلاف اور کیسہ میں سلسل باقی رہنے کی وجہ سے اسکی چسپیدگی مقلد اور ملتحمہ سے اور نیز رابطات ضابطہ کے ذریعہ سے دیوار ہائے مجھ سے برقرار رہتی ہے۔ لہذا جب کسی عضلہ کا وٹز مکمل طور پر کاٹ دیا جاتا ہے تو یہ مقلد پر اپنا فعل کر سکتا ہے۔ اور اسکی مکمل باز کشیدگی رابطات ضابطہ سے رک جاتی ہے۔

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

چلے غثنائی اوتار پر ختم ہوتے ہیں۔ سول 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 مصلب پر بنتی ہوتے ہیں۔ داخلی مستقیم عضلہ قرنیہ کے حاشیہ سے ۵ و ۶ ملی میٹر اور خارجی مستقیم عضلہ ۷، ۸، ۹ ملی میٹر اور تحتانی ۲ و ۳ ملی میٹر اور فوقانی ۸ ملی میٹر کے فاصلہ پر بنتی ہوتا ہے۔

داخلی اور خارجی مستقیم عضلات متقلہ 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 متقلہ 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 متقلہ 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۔ انہیں سے پہلا عضلہ قرنیہ کو صدغی سمت میں حرکت دینے کی اور دوسرا انفری 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)۔ انہیں سے پہلا حرکات کو انفری سمت میں منصرف کرتا ہے اور دوسرا عارضی سمت میں ٹیبل 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 انہیں 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 ضروریاد رکھنا چاہئے کہ ان تمام حرکتوں کے دوران میں وہ عضلہ جس سے مثبت فعل صادر ہوتا ہے اپنے عضلہ مفاد سے مجبوریاً سر انجام دیتا ہے۔

منضبہ رہتا ہے۔ اگر عضلہ مضنا و شلول ہو جائے تو فعال عضلہ متقلہ کو اس حد تک کھینچ لیتا ہے کہ رباط مضنا اسکی حرکت کو مانع آتا ہے۔ دوران حیات میں تمام مجھری عضلات ایک تنش کی حالت میں ہوتے ہیں اور متقلہ پر ایک خاص دباؤ مجھی ڈالتے ہیں۔

مجھری عروق خون (orbital blood vessels) - دوران مرض میں

ان عروق میں مدخلت ہونے سے ایسے امارات پیدا ہو سکتے ہیں جو تشخصی نقطہ نگاہ سے اہم ہوتے ہیں۔ مجھری شریانیں چھوٹی چھوٹی ہوتی ہیں اور گلوب کا استیصال کرتے وقت انکو کاٹنے سے شنازداد رہی کوئی تکلیف پیدا ہوتی ہے، کیونکہ مجھری دیواروں پر انکو باسانی مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ اس حصہ کے نابض سلعات یا تو کسی مجھری شریان کے ضربی انورسماٹ کیوجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور یا کسی ایسے شریانہ وریدی انورسماٹ پر منحصر ہوتے ہیں جو داخلہ سباتی (internal carotid) شریان اور کہنکی جوف (cavernous sinus) کے درمیان بگلیا ہو۔ مزید برآں داخلہ سباتی (internal carotid) عرق کے کسی انورسماٹ کا دباؤ یعنی ورید (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 مجھری سلعات میں پائے جاتے ہیں۔ کہنکی جوف (cavernous sinus) کی علقتیت یعنی وریدوں (ophthalmic veins) میں اتساع اور مجھوظ (proptosis) پیدا کر دیتی ہے۔

68

مجھری اعصاب (orbital nerves) کو مجھریں زخم آنے یا مجھراؤں

کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہونے کی حالت میں نقصان پہنچ جاتا ہے اور مختلف حصوں کے سلعات، انورسماٹ، نرنی اور الہتانی انصابات بھی بعض اوقات انپر دباؤ ڈال لیتے ہیں۔ چنانچہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں اوپر کے پونے پر سے ایک ہڈول ننگنے سے عصب بصری (optic nerve) گلوب کے مجروح ہونے اور کسی ہڈی میں کسور واقع ہونے کے بغیر ہی کٹ گیا تھا۔ نیز یہی عصب مجھ کے کسور میں بھی جو خفا کمل طور پر دریدہ ہو چکا ہے، اور جو کسور عظم و تدی کے جنح 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 کسور واقع ہونے کی صرف یہی ایک علامت تھی کہ مدقہ میں مثبت اتساع پایا جاتا تھا۔ امتحان کرنے سے ثابت ہوا کہ

مریض اب ایک آنکھ سے اندھا تھا۔ اور اس امر کا اسے علم نہیں تھا۔ اور اس کے بعد بصری نوبل (optic atrophy) شروع ہو گیا۔ جس مقام پر تیسرے چوتھے اور چھٹے عصب اور پانچویں عصب کی پہلی قسمت کا علاقہ کہنکی جوف (cavernous sinus) سے ہوتا ہے وہاں پر سب اعصاب ایسے انورسما سے جو داخلی سباتی (internal carotid) تریان کے سلسلہ میں ہو، ماؤف ہو سکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کسی ایسی بالید سے بھی جو تحتانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) کے سلسلہ میں ہو، مثلاً شقاق مذکور کے حاشیہ سے پیدا شدہ گرد علی کریبہ) دب جاتے ہیں۔ اور چھٹا عصب کو پری کے قاعدہ سے بہت قریبی تعلق رکھنے کی وجہ سے اس کے کمر میں بلا واسطہ طور پر عرضاً چھٹ چکا ہے۔ (پریسکاٹ ہیوٹ: Prescott Hewett) -

تیسرے عصب کے شلل میں اوپر کا پونٹا گر پڑتا ہے۔ (سقوط البصن:

67 ptosis) - آنکھ تقریباً ساکن ہوتی ہے اور عضلہ مستقیم خارجہ (external rectus) کے غیر متخالف فعل کی وجہ سے اس میں منفرد خول پایا جاتا ہے۔ اور نہ یہ اندر اور اوپر کی طرف ہلائی جاسکتی ہے اور نہ براہ راست نیچے کی طرف۔ مگر عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique) اور عضلہ مستقیم خارجہ (outer rectus) سے نیچے اور باہر کے رخ میں گردش کیجا سکتی ہے۔ حد قسح اور مثبت ہوتا ہے اور قوت توفیق میں بہت نقص آجاتا ہے۔ ازدواج البصر (diplopia) موجود ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلات تقیم کے ڈھیلے ہو جانے سے گلوب کا استقد بروز بھی پایا جاتا ہے۔ یہ علامات عصب مذکور کے مکمل شلل کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ جزوی شلل کی حالت میں مذکورہ بالا علامات میں سے صرف ایک دو علامات ہی موجود ہوتے ہیں۔

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

موربہ فوقانیہ (superior oblique) (جس کو اس عصب سے رسد پہنچتی ہی فعل کی اسباب کی کسی حد تک بدیلی طور پر بھی عمل میں آجاتی ہے)۔ آنکھ کی حرکت پذیری میں عام طور پر بہت خفیف سا نقص واقع ہوتا ہے اور یہ خفینا بھی موجود ہوتا ہے زیادہ تر زمین نظر کے اندرونی اور زریں 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 دور تک لے جائیں تو یہ صرف اوپر کی طرف کو ہی منحرف ہوتی ہے

(ارتب: Erb)۔ بہر حال گلوب کی بعض وضعوں میں ازرواج البصر خاص طور پر نمودار ہوگا۔

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

ازرواج البصر (diplopia) بھی پایا جاتا ہے اور نیز آنکھ 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 مزدوج انحراف (conjugate deviation) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت چھٹے عصب کے نوات کے ضرر پر ولالت 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

شلول 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 ملتحہ کی حس،

سوائے اس حصہ کے جس سوئیچے کا پیوٹا ڈھکا ہوتا ہے (جسکو تحتانی مجری عصب کی جینی شاخ سے رسد پہنچتی ہے) اور گلوب کی اور اس جلد کی حس جس کو فوق بکری (supratrochlear) یا فوق مجری (supraorbital) عصب سے رسد پہنچتی ہے اور نیز مغالعی اور جلدی سطحوں کی حس جسکو انفی (nasal) (انفی ہدی: naso-ciliary) عصب رسد پہنچاتا ہے مفقود ہو جاتی ہے۔ عدم حسیت کا رقبہ عصب کے تشریحی تفرع سے بہت کم ہوتا ہے، کیونکہ کچھ حصہ پر جلدی اعصاب کا تراکب بھی موجود ہوتا ہے۔ ملتحہ کو خواش پہنچانے پر کوئی معکوس حرکت (مثلاً آنکھ جھپکنے کی) واقع نہیں ہوتی۔ مگر آنکھ پر تیز روشنی ڈالنے سے مریض آنکھ جھپکا 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 مغالعی کو خواش پہنچانے سے جھپکنے بھی نہیں لائی جاسکتی۔ اس شلل سے بعد

بعض اوقات قرنیہ میں ایک تباہ کن تفرج 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 حسیت 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 پر رکھتے ہیں اور جس سے التهاب بے روک بڑھتا چلا جاتا ہے۔ مثل شب:

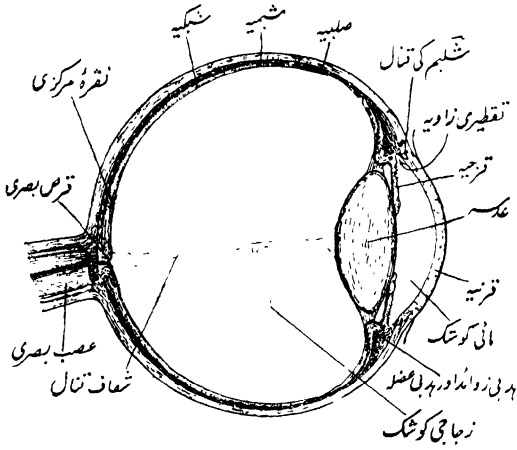
(Nettleship)۔

عنفی 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 مجھ میں واضح طور پر چھپے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور نیز قزحیہ 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 جاسکتی ہے کہ ہر ایک پونٹے میں غیر مخطط عضلی ریشہ کی ایک تہ موجود ہوتی ہے۔ اوپر کے پونٹے کی یہ ترافع الجفن (levator palpebræ) کی اندر کی سطح سے پیدا ہوتی ہے اور جنسی غضروف سے اس کے بالائی حاشیہ کے قریب پیوستہ ہوتی ہے (شکل ۲۱ صفحہ ۸۶)۔ 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 پیچھے کی طرف ہٹنے کے متعلق بعض کا یہ خیال ہے کہ اس کا باعث عضلہ مجھریہ (orbitalis muscle) کا شلل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ جو تحتانی مجھری 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 مہمان سے پیدا کیا جاتا ہے) گلوب کا بروز واقع ہو جاتا ہے۔ اور گردن میں مشار کی کو کاٹ دینے سے مقلد باز کشیدہ ہو جاتا ہے (کلڈ بیز: Claude Bernard) گلوب کے عروق خون کے قطر میں کوئی تغیر دیکھنے میں نہیں آتا۔ غیر مخطط عضلہ درون مجھری دباؤ کو برقرار رکھتا ہے اور اس لئے عینی دریدوں میں سے خون کو واپس جانے میں مدد دیتا ہے۔ حیوانات مثلاً بیل میں جن میں مجھ کی وریدیں سر بیچے رکھنے میں جیسا کہ چرنے میں رہتا ہے قسح ہو جاتی ہیں عضلی نظام بہت نمایاں ہوتا ہے۔

مقلہ (EYEBALL) (شکل ۱۹)

قرنیہ (cornea) قرنیہ کی دہازت ۹.۵ ملی میٹر (جو مرکز پر ہوتی ہے) سے لیکر ۱۱.۵ 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 تنکوں
عصب بصری کے مقام دخول اور نقرہ مرکزی کو ظاہر کرتی ہے۔

(ششیفر: Schaffer کے مطابق)۔

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

70

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

اس تر کے دور ہو جانے اور دوران اندمال میں اسکے اپنی جگہ پر پھر قائم ہو جانے سے بعض وقت
ایک بدندانہ 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 لٹنے سے پیدا ہو جاتا ہے ضروری تدابیر اختیار کرنا چاہئیں۔ کیونکہ اس قسم کی احتیاط کے عمل میں نہ لانے سے کوئچ قرنیہ خراشیدگیاں پیدا ہو چکی ہیں، جن سے بعد میں آبیاہی (leucomatous) قطعاً بٹگئے ہیں۔ مزید برآں جب یہ تہ خراشیدگی سے علیحدہ ہو جاتی ہے تو ایسی صورت میں جبکہ سیدہ کے لوشنوں کا استعمال جاری ہو معرہ قرنیہ بافت پر سیدہ کے الماح فراہم ہو جاتے ہیں۔

قرنیہ کا بیشتر حصہ کثیر التعداد یعنی درقچوں سے مرکب ہوتا ہے اور ان درقچوں کے درمیان متنفس خلوی فضا میں ہوتی ہیں جنہیں قرنیہ جسمہ جات موجود ہوتے ہیں۔ اگر کسی تلی ہی بچکا پکا کا سرا قرنیہ بافت میں داخل کر دیا جائے تو لٹنی فضاؤں کے جال کو اشراب سے پر کیا جاسکتا ہے جب قرنیہ کی اصلی بافت میں نفع واقع ہو جاتا ہے تو یہ غالباً انہی فناؤں کے ذریعہ پھیلتی ہے جو التهاب کی وجہ 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 چیزوں کی شکل میں ختم ہو جاتے ہیں عروق خون کا شائبہ 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 قرنیہ بافت سے جو مرض کا نتیجہ ہوتی ہے ڈھکے ہوتے ہیں اسلئے انکا قرنیہ رنگ ایک بڑی حد تک ماند پڑ جاتا ہے اور اس قسم کے عروق کا ڈورا سامنی قلمہ (Salmon patch) کہلاتا ہے۔ سب (pannus) میں قرنیہ میں عروق خون پائے جاتے ہیں مگر اس حالت میں سب خراش کی وجہ سے جو عروق گرد و نواح کی ملتحمہ تریاؤں سے پیدا ہو جاتے ہیں وہ قرنیہ کو اسکی مرطوبی پوش 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 لوڑھے اشخاص میں اور مرضی حالتوں میں قرنیہ کے محیط کے ذرا اندر نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ قرنیہ 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 ورقہ کے عین نیچے ہوتی ہیں، یعنی اس حصہ میں جو حاشیہ شی 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 نکلتے ہیں اور صلبیہ کے اگلے حصہ میں سے گذر کر قرنیہ میں داخل ہو جاتے ہیں اور منقسم ہو کر اس طبقہ کے ہر ایک حصہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ اعصاب لمس، حرارت اور سردی کے لئے حساس نہیں ہوتے بلکہ صرف درد انگیز ہیجانانہ کے لئے ہی حساس ہوتے ہیں۔ سبز موتیا (glaucoma) میں جو ایک ایسا مرض ہے جسکے مظاہر کا انحصار بیش از حد درون چشمی دباؤ پر ہوتا ہے، قرنیہ عریض ہو جاتا ہے اور اسکی عدم حدیت 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) شبیمبہ (choroid) اور قرنیہ حیمہ (iris) - صلبیہ

(sclera or sclerotic) کچھ کی طرف زیادہ سے زیادہ موٹا ہوتا ہے۔ اور قرنیہ سے تقریباً اسی کے فاصلہ پر باریک ترین ہوتا ہے۔ گلوب کے ضرب سے مشق ہونے کی حالت میں صلبیہ ہی نہایت کثرت سے پھٹتا ہے اور چاک بالعموم قرنیہ سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یعنی یہ اس طبقہ کے باریک ترین حصہ میں ظاہر ہوتا ہے یعنی اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ صلبیہ پھٹ جاتا ہے اور غیر تیندہ ملتحمہ میں انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں کبھی کبھی عدسہ صلبیہ کے چاک سے نکل آتا ہے اور ملتحمہ کے نیچے موجود پایا جاتا ہے۔ بصری عصب (optic nerve) کے داخل ہونے کے مقام پر صلبیہ تپلا ہوتا ہے اور عصبی بندلوں کے گذرنے کے لئے اس میں کثیر التعداد سوراخ ہوتے ہیں۔ سیکڑور حصہ اور قرنیہ بالین (lamina cribrosa) سبز موتیا (glaucoma) میں ایک اہم فعل سرانجام دیتا ہے (صفحہ 83) اور بصری حلیمہ (optic papilla) کے نقطہ دار دکھائی دینے کا باعث ہی ہوتا ہے۔ بریلی (Braily) یہ بیان کرتا ہے کہ صلبیہ کے جانبی حصے اوپر اور نیچے کے حصوں کی نسبت پتلے ہوتے ہیں۔ تسمانی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور بیرونی دیوار سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے اور اسکی یہی وجہ ہے کہ درون چشمی دباؤ کے اثر سے آنکھ انتصابی رخ کی نسبت جانین 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 مصلبیہ کی سختی اور اسکا کرپاؤ اور کشفت ہی ہوتی ہے۔

مشیمیہ (choroid) گلوب کا عرق طبقہ ہے۔ اور اسکی بڑے بڑے عروق خون کا حامل ہی ہے مشیمیہ اور مصلبیہ کے درمیان دو باریک غشائیں فوق مشیمیہ (lamina suprachoroidea) اور ورقہ اسمر (lamina fusca) ہوتی ہیں۔ یہ ڈیسیلی ڈسالی فضائی بافت کی ہیں ہوتی ہیں، جنکا استر درحلہ سے بنا ہونا ہے۔ شوالب (Schwalbe) کی نون مشیمیہ یعنی نفا (suprachoroid lymphatic space) انہی کے درمیان ہوتی ہے۔ لہذا نظرات 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 قرصیہ برآری (iridectomy) یا موتیا بند نکالنے (cataract extraction) کے 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۔ آنکھ کے اگلے حصہ پر ضرب لگنے سے صرف مشیمیہ بھی (زیادہ تر مورخ حصہ پر) منتقل 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 لملمی 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 لفظی غد کو ماؤف نہیں کرتیں۔

قرصیہ (iris) بہت عروق دار ہوتا ہے۔ اور اس میں التهاب واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے (التهاب قرصیہ iritis)۔ قرصیہ اور مصلبیہ کے ساتھ اسکی تعلقات موجود ہونے کی وجہ سے انکا التهاب اس تک باسانی پھیل سکتا ہے۔ بخلاف اسکے قرصیہ اور مشیمیہ کے عروق میں استدر قرصیہ تعلق موجود ہوتا ہے کہ جو التهابات قرصیہ میں نمودار ہوتے ہیں انکو مشیمیہ طبقہ تک پھیلنے کے لئے ہر ایک ذریعہ حاصل ہوتا ہے جب قرصیہ ملتبہ ہو جاتا ہے تو اس کے اشکال اور تیز اسکے جرم میں لطف اور مصل کا انصباب ظاہر ہو جانے کی وجہ سے اسکی رنگت بدل جاتی ہے۔ اور قرصیہ میں سے دیکھنے پر اسکی نارک اور شنگ ساخت اسکے ورم اور انصباب کی وجہ سے دھندلی دکھائی دیتی ہے۔ مزید برآں اس جھوٹی سی غشا کے متورم ہو جانے سے حدقہ 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 عدسیہ کیسے کہ فی الحقیقت مس کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان دونوں ساختوں کے درمیان الٹھابی انفصامات 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 عدسیہ سے بالعموم منضم پائی جاتی ہے (اکثر حدقی حاشیہ منضم پایا جاتا ہے)۔ ایسے انفصامات موخر انفصامات قرحیہ (posterior synechiae) پر مشتمل ہوتے ہیں، اور مقدم انفصامات قرحیہ (anterior synechiae) کی اصطلاح کا اطلاق قرحیہ اور قرنیہ کے باہمی انفصامات پر کیا جاتا ہے مزید برآں الٹھاب قرحیہ (iritis) میں بعض اوقات عدسہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے اور ثانوی یا الٹھابی موتینہ (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 اندر کبھی طرف کو جاتا ہے۔ اس حالت کا نام شقاق القرحیہ (coloboma iridis) ہے، اور یہ مشیمیہ در (choroidal cleft) کے برقرار رہنے سے جو قدح بصری (optic cup) کے نوکے دوران میں بنتا ہے پیدا ہوتا ہے بعض حالتوں میں حدقی غشا (pupillary membrane) کے ریشے حدقہ کے سامنے تنہ 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 انتہا 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 علیحدہ ہو جاتا ہے اور دوسرے طبقہ جات کو کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ بعض اوقات قرحیہ دریدہ ہو کر مکمل طور پر علیحدہ 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۔ یہ غشا استقدر نازک اور نرم ہوتی ہے کہ قرحیہ برآری (iredectomy) کے دوران میں اسکا مطلوبہ قطعہ قرنیہ 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 مل کر جا جیہ میں چلا جاتا

یا اسے علیہ سے دور کر دیا جاتا ہے تو قرحیہ گلوب کو حرکت دینے پر لڑتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔
اگرچہ قرحیہ 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 اس میں بافراط موجود ہوتے ہیں۔

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

(ophthalmic) شریان سے نکل کر اعصاب بصری کے نزدیک ہی صلبیہ میں داخل ہوتی ہیں اور مشیمیہ کے بیرونی طبقہ میں کچھ فاصلہ تک جا کر شعری ضغیرہ میں منقسم ہو جاتی ہیں جس سے اندرونی مشیمیہ 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 وریں پیدا ہوتی ہیں وہ حموں کی شکل میں مرتب ہوتی ہیں کیونکہ انکے استداق سے چار یا پانچ بڑے بڑے تنے بنتے ہیں (گردابی وریں) (venæ vorticosæ) جو صلبیہ میں سے قریب اور عصب بصری کے درمیان کے وسطی نقطہ پر سے گزر جاتے ہیں۔ مشیمیہ میں یہ شریانوں سے باہر کی طرف واقع ہوتے ہیں۔

۲۔ دونوں طویل ہدبی شریانیں (long ciliary arteries)

[جو صینی شریان (ophthalmic artery) سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو عصب بصری (optic nerve) کے باہر کی طرف منقبت کرتی ہیں ان میں سے ایک شریان ایک طرف ہوتی ہے اور دوسری دوسری طرف اور یہ آگے کی طرف کو بڑھتی جاتی ہیں حتیٰ کہ ہدبی خط تک پہنچ جاتی ہیں اور یہاں یہ شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہیں، جیسے قرحیہ سے قرحیہ کے محیط کے قریب ایک عرقی دائرہ (دائرہ کبیر: circulus major) بن جاتا ہے۔ اس دائرہ سے بعض شاخیں نکل کر ہدبی عضل میں چلی جاتی ہیں اور باقی ماندہ قرحیہ میں سے مستدق طور پر گزر کر حدقہ کی طرف 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 صینی (ophthalmic) شریان کی عضلی اور ذمی شاخوں سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو قریب سے تقریباً ۲-۳ ملی میٹر پیچھے منقبت کرتی ہیں (ثاقب شاخیں) اور دائرہ کبیر (circulus major)

سے آکر ملتی ہیں۔ ان سے ہدنی زوائد کو شاخیں جاتی ہیں جہاں کثیر التعداد نفیہ جینز بنجاتے ہیں۔ یہ شاخیں نیز ملتحمی بافت میں واقع ہوتی ہیں۔ انکی برصلیہ یعنی (episcleral) یا غیر شاخہ شاخیں بہت چھوٹی چھوٹی اور کثیر التعداد ہوتی ہیں، اور آنکھ کی طبیعت میں غیر مرئی ہوتی ہیں۔ مگر قرنیہ اور اسکے ہم پیلہ حصوں کے التهاب میں یہ عروق قرنیہ کے حاشیہ کے ارد گرد باریک عروق کے ایک ننگ 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 (zone of ciliary congestion) یا گرد قرنیہ منطقہ (circumcorneal zone) کے نام سے موسوم ہے۔

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

(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 دیا جاسکتی 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 منتظم عروق شعریہ جینزوں کا ایک ضغیرہ بنجاتا ہے جو قرنیہ کے شدید ملتحمی التهاب میں متلی 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۔

مشکبکیہ کی عرقی رسد (vascular supply of retina) اسی کے لئے

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

تو کوری فوراً پیدا ہو جاتی ہے، اور وہ قلیل مجانب دوران خون جو عصب بصری کے داخل ہونیکے مقام کے ارد گرد کے باریک باریک نغمات سے وجود میں آتا ہے بالکل ناکافی ہوتا ہے، اور شبکیہ جلد ہی سٹیج 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 صف ایک شاخ ہی سدود 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 نضر کا نتیجہ ہوتا ہے نہ جا بیہ (vitrious) 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 بدنی خط کے عروق سے آتا ہے۔

مقلد کی عصبی رسد (nerve supply of the eyeball) - ۱- اہد

اعصاب (ciliary nerves) جو ہدبی (ciliary) (عدسی؛ lenticular) عقدہ اور
انفی (nasal) (انفی ہدبی: naso-ciliary) عصب سے نکلتے ہیں صلبیہ کو عصب بصری کے قریب منشعب کرتے ہیں اور صلبیہ اور مشیمیہ کے درمیان سے انکو رسد پہنچاتے ہوئے آگے کو نکل جاتے ہیں۔ اسکے بعد یہ ہدبی عضل میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اور قزحیہ کے محیط کے قریب ان سے ایک ضغیرہ بن جاتا ہے جس سے قزحیہ کو شاخیں جاتی ہیں ان شاخوں سے ایک نازک ضغیرہ طیار ہوتا ہے۔ جو حدقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ یہ اعصاب صلبیہ کے مقدم حصہ میں سے قزحیہ کو شاخیں بھیجتے ہیں۔ اس طرح ان اعصاب کے ذریعہ سے مقلد کو حسی ریشے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی یا انفی ہدبی شاخ سے اور ہدبی عضلا اور عاصقہ قزحیہ (sphincter iridis) کو حسی ریشے تیسرے عصب سے پہنچ جاتے ہیں اور نیز بہت سے مشار کی ریشے بھی حاصل ہو جاتے ہیں جن میں وہ ریشے بھی موجود ہوتے ہیں جو قزحیہ کے موسع عضلا کو رسد پہنچاتے ہیں۔
جس مقام پر ہدبی اعصاب مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان سے آگے کی طرف کو گزرتے ہیں

77 وہاں بڑھے ہوئے درون چشمی دباؤ کی حالت میں صلیبہ کے سخت اور کڑا ہونے کی وجہ سے ان پر ضرر دیا جاساںی 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 (infatrochlear) 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) بتا ہے

پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔ اسکے التهابی عوارض مثلاً التهاب قرنیہ (corneitis) یا التهاب قرحیہ (iritis) 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 بطن کے فرش میں واقع ہوتا ہے مشترک طور پر ہوتی ہے مقلد 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۔ پیشانی پر فوق بکری (supratrochlear) عصب اور فوق مجری (supraorbital) عصب کے ساتھ ساتھ 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 مدغنی خط میں بے آرامی 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 غدہ کی رسد بھی پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔

نور ترسی (photophobia) یا عدم تحمل نور آنکھ کے التهابی عوارض میں اور عامکر

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 تخفیف سے تخفیف تکشف پھیلا اس کو بند کر دیتا ہے۔ اگرچہ عضلہ محیطیہ الجھنیہ (orbicular muscle) کو عصبی رسد و جہی (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 قرنجیہ (iritis) اور سبزموتیا (glaucoma) میں پیش حسیت (hyperæsthesia) بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بیرونی جہی اور مقدم صدغی رقبہ جات پر بعید و رد بھی محسوس ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ اس خطہ کی جلد اور منقلہ کے عصبی مراکز کے درمیان قریبی تعلق موجود ہوتا ہے۔ اسی تعلق سے امرائٹیم میں کینیٹیوں پر خراش مقابل کا استعمال کرنے کی توجیہ ہوتی ہے (ہیڈ: Head)۔ اغلاط العطاف میں ہدنی عضلہ پر جو زور پڑتا ہے وہ دوسرے عام ترین اسباب میں سے ہے، اور اس سے پیشانی کے وسط محجری خطہ پر درد و بعید محسوس ہوتا ہے، اور اس پر پیش حسیت کے رقبہ جات رونما ہو جاتے ہیں۔

انفی (nasal) (انفی ہدنی: naso-ciliary) عصب اور محجری مشمولات کے درمیان جو تعلق ہے اسکی مثالیں مزاولت طب میں کئی مرتبہ 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 درونیز دل کو دبانا سے پہنچتی ہے تو کثیر تدبیر ظہور پذیر ہوگا۔ ہلاس سے عینی (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 حضرہ جات کے بہت سے احتمالات 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 مثال اکثر منقلہ مطلق (herpes zoster) سے ملتی ہے۔ اس عارضہ میں جب پہلی قسمت کی صرف فوق محجری (supraorbital) اور فوق کبری (supratrochlear) شاخوں کے خطہ جات ہی ماؤت ہوتے ہیں تو آنکھ بالعموم غیر متاثر رہتی ہے، لیکن جب دوران 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 منقلہ میں اکثر کچھ التهاب پایا جاتا ہے۔

آنکھ کا خطرناک رقیبہ۔ صرف قرنیہ یا صرف صلیبیہ کے نافذ زخم جو ہدنی حصہ سے

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

ردمشارکی (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 مرض زدہ آنکھ سے براہ راست متاثر ہو جاتی ہے۔ ان ذریعہ شبکیہ قضاؤں میں جو اعصاب بصری کے ارد گرد پائی جاتی ہیں تصالب (chiasma) پر تسلسل موجود ہوتا ہے، اور یہ قضاؤں 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 پہنچتی ہے اور آگے سے پیچھے تک بھی پہنچتی ہے۔ تمام زندگی میں عدسہ کی جسامت آہستہ آہستہ بڑھتی رہتی ہے۔ عدسہ مہ کیسے کے تمام کا تمام بالکل شفاف اور بالکل عديم العروق ہوتا ہے جس طریقہ سے عدسہ اپنی وضع پر قائم رہتا ہے، وہ شکل 14 صفحہ 69 اور شکل 20 صفحہ 82 میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عدسہ کا محیط ہدنی زاؤد سے باریک اور شفاف مشع ریشتوں کے ایک نظام کے ذریعہ سے پوتہ ہوتا ہے (عدسہ کا تعلیقی رباط: suspensory ligament of the lens)۔

ان میں سے بعض ریشتے 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۔ ہدنی زاؤد پر تعلیقی رباط کے شعاعی ریشتے 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 تر پیچھے کی طرف کو زجاجہ میں جاتا ہے۔ اگر کچھ ملاطمت کیجائے 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۔

80

عدسہ کا کیبہ بہت چھوٹک اور یکدلدار ہوتا ہے، اور جب اسے بچھاڑ دیا جاتا ہے تو اس کے کنارے باہر کی طرف کو مڑ جاتے ہیں۔ موتیا بند (cataract) کے لئے جو عام عملیہ جات سے انجام دئے جاتے ہیں ان میں یہ بچھاڑ دیا جاتا ہے، اور کئی قسم کی ضربوں سے جو منقل پر لگ جاتی ہیں یہ پھٹ بھی سکتا ہے۔ "موتیا بند کے عملیہ کی ایک قسم میں کیبہ عدسہ کے ساتھ ہی دوڑ کر دیا جاتا ہے، اور زجاجہ عشاءے شفاف (hyaloid membrane) کی مدد سے جو کیبہ عدسہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے اپنی وضع پر برقرار رہتا ہے" (لفٹنٹ کرنل ایچ سمٹھ: 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 لیتے ہیں۔ اور بعد میں یہ متورم ہو کر غیر شفاف ہو جاتے ہیں، اور اس طرح جرمی موتیا بند (traumatic cataract) پیدا ہو جاتا ہے۔ موتیا بند 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۔ بالبعث اوقات یہ قشرہ 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۔

شبکیہ (retina) کے متعلق صرف اتنا ہی بیان کر دینا کافی ہو گا کہ اسکا تعلق شبکیہ اتنا خفیف ہوتا ہے کہ یہ اس غشاء سے نرف یا دیگر انصبابات کے ذریعہ سے علمدہ 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 علمدہ ہونے کے باوجود بھی قرص بصری (optic disc) اور عشاءے سنن (ora serrata) پر چکارتا ہے۔

عصب بصری (optic nerve) کی لمبائی عجز کے اندر ۲۸ تا ۳۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ عصب مارغ سے نکلتا ہوا اپنا گرد عصبی غلاف اہم خونہ 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 عکسوتیہ سے۔ یہ غلاف ایک دوسرے سے تیز گئے جا سکتے ہیں، اور علمدہ علمدہ ہوتے ہیں، اور ان میں جو دو فضائیں ہوتی ہیں ان میں سے باہر کی تخت جانی اندر کی تخت عکسوتیہ فضائے سرایت زدہ ہو سکتی ہے۔ چنانچہ دماغی اسجیہ کے التهابی عوارض عصب بصری کے ساتھ ساتھ اسکے غلاف کی فضاؤں میں سے پھیلتے ہوئے قرص بصری تک باسانی پہنچ سکتے ہیں۔ اور درون تجھی مرض میں، باشتغائے عوارض اسجیہ، فدا بھیجے سے قرص تک اس عصب کی رخی انصالی 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 حد تک ہوتی ہے۔

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 متقابلہ چھوٹا موٹو یہ موخر صغائی خلیات سے ملا ہوتا ہے۔ ان فضاؤں میں تقیق 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۔

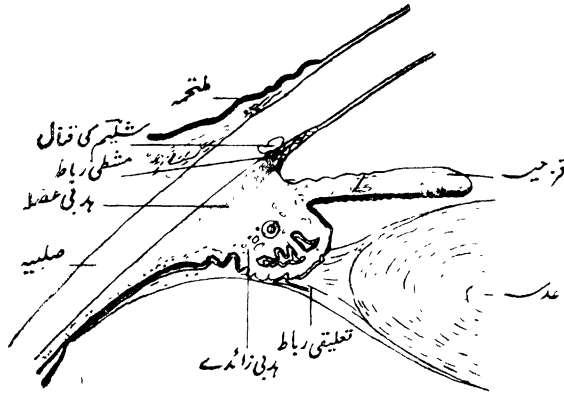
جب کبھی درون تجھی دباؤ کھوپری میں کسی سلعہ کے نشوونما پانے یا نرف واقع ہونے یا کسی دوسری حالت کے موجود ہونے سے بڑھ جاتا ہے تو یہ تخت عکسوتیہ فضائیں سے جو عصب بصری کے ارد گرد موجود ہوتی ہے منتقل ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے مرکزی شریان اور ورید اس مقام پر دب جاتی ہیں جہاں یہ اس فضا کو عصب بصری تک پہنچنے 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 ششگیتی 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 نزعات ظاہر ہو جاتے ہیں، اور ششگیتی شریانوں کی جسامت کم ہو جاتی ہے۔ تہج طیمی (papilledema) کا وہ نقشہ جو چشم بین سے دکھائی دیتا ہے اسی طرح پیدا ہوتا ہے۔

مائی اور زجاجی طوبتیں (aqueous and vitreous humours)

مائی رطوبت (aqueous humour) سے مقدم کوشک پُر ہوتا ہے۔ اور یہ وہ فضا ہے جو عدسہ کے کیسہ اور نقلیتی رباط اور قرنیہ کے درمیان ہوتی ہے۔ قرجیہ اس فضا کو مقدم درون تجھی

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

82



شکل ۲۰۔ رباط مشطی۔ فوشانا کی فضائیں، ہدنی عضلہ اور عدسہ کا کیسہ۔

بتا ہے، اور اس کے ریشوں کے درمیان جو وقفے ہوتے ہیں انکو فوشانا (Fontana) کی فضاؤں کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے (قزحیہ قزحیہ فضائیں: iridio-corneal spaces)۔ یہ رطوبت مائیہ سے پر ہوتی 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 وریدی قنال (circular venous canal) یا قنال شلم (canal of Schlemm) کہلاتی ہے (دیکھو شکل ۲۰)۔ یہ قنال صلیبیہ کے مقدمہ ہدنی زوائد اور قزحیہ کی وریدوں سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ رطوبت مائیہ ہدنی زوائد میں سے جو قزحیہ کے پیچھے ہونے میں مستلح خارج ہوتی رہتی ہے اور سطح قنال شلم (canal of Schlemm)

میں جذب ہوتی رہتی ہے، جہاں سے یہ ویریدی دوران میں چلی جاتی ہے۔ مقلہ کا تناؤ رفتارِ افراز اور رفتارِ جذب کے درمیان صحیح صحیح مساوات قائم رہنے سے برقرار رہتا ہے۔ لہذا اگر سبب مقدم کوشک میں چلی آئے (کوشکی ریم: hypopyon) تو یہ بالعموم آسانی جذب ہو جاتی ہے، متوسط درجہ کی وعابداریوں پر بھی جو اس کوشک میں واقع ہوں یہی صادق آتا ہے۔ اور جو مشکل زجاجی کوشک سے خون کے منجذب ہونے میں پیش آتی ہے، اسکے مقابلہ میں مذکورہ الصیبات کا مریخ و فعیہ بالکل ایک مختلف حیثیت رکھتا ہے۔

83

پروفیسر آرتھر تھامسن (Arthur Thomson) نے یہ ثابت کر کے دکھا دیا ہے کہ صلیبیہ کی اندرونی طرف قرصیہ کے مقدم قاعدہ پر یا تو متخفص ہوتی ہے، اور یا میراب دار ہوتی ہے۔ جب حدقہ منسح ہو جاتا ہے تو قرصیہ کے سکرلے ہوئے قاعدہ کا جحمان اس میراب کو برکرنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس طرح رطوبت مابئہ 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 ماؤف ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی اس میں نزفات بھی واقع ہو جاتے ہیں، اور یہ اکثر مختلف اقسام کے غیر شفاف اجسام کا مل ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ زجاجیہ میں بغیر کسی علامت کے معتدبہ عرصہ تک پڑے رہتے ہیں۔ سمداریر (muscae volitantes) جو کوٹناہ 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 بیضیہ 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 کیسہ کے موجود ہوتی ہے عشاے 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 جنین میں عدسہ کی شریان دخل ہو کر قنال شفاف (hyaloid canal) میں سے آگے کی طرف کو جنینی حدقی ضا (foetal pupillary membrane) کو رسد پہنچانے کے لئے بڑھ جاتی ہے، آسانی طلحہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ عرق شبکیہ کی مرکزی شریان کی ایک شاخ ہے جو بعض اوقات سن بونخ میں بھی ایک حمل لیثی کی شکل میں برقرار رہتی ہے۔ بعض شاذ شاذ مثالوں میں اسکا دوران خون جاری رہتا ہے، اور

اس کا بنضان چشم بن سے دکھائی دے سکتا ہے۔

سبز موتیا (glaucoma) ایک ایسا مرض ہے جسکے علامات کا کلی انحصار گلوب کے دروں چشمی تناؤ کی افزائش پر ہوتا ہے۔ جب مقلد کے اندر کا دباؤ بشکیہ اور مشیمیہ کی شریاگوں 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 مائیه صلیبیہ کی مدور وریدی قنال میں منجذب نہ ہو سکے تو یہ دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ یہ حالت ویسی ہی ہے جیسی کہ دماغ میں ہوتی ہے۔ آنکھ کی رطوبت مائیه بھیجے کے داعی تسماعی سیال کی قائم مقام ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ سبز موتیا (glaucoma) کے تقریباً سب مریضوں میں محیط قزحیہ اور قزنیہ کے درمیانی زاویہ کے، جس میں طبعی حالت میں رباط منطلی (ligamentum pectinatum) واقع ہوتا ہے، مکمل طور پر مسدود ہو جانے سے فوتانا (Fontana) کی مضاف 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 قزنیہ کے اختتام میں قزحیہ سے باعدہ کے ٹل جانے سے عدسہ ہی سے مسدود 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 مائیه سے شریع ہوتے ہیں عملی طور پر کھول دیتا ہے۔ لہذا اس طریقہ عمل کو کامیاب بنانے کے لئے شد کاف 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 پسپائی تک دور کر دیا جائے، اور اس کا معتد بہ حصہ کاٹا جائے۔ قزحیہ برآری (iridectomy) سے بھی رطوبت مائیه کے لئے قزحیہ کی ایک جدید شعری سطح پیدا ہو جاتی ہے، جو اس کے لئے ایک نئے مخرج کا کام دیتی ہے۔ کم عمر اشخاص میں رباط منطلی (ligamentum pectinatum) خلیہ دار اور کھلی ساخت کا ہوتا ہے، اور زیادہ عمر کے اشخاص میں یہ لیفیہ اور منقبض ہو جاتا ہے۔ لہذا عمر اشخاص میں سبز موتیا (glaucoma) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے (بی۔ ہینڈرسن: T. Henderson)۔

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

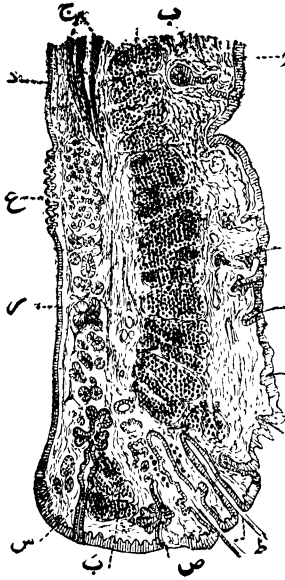
ہو جاتی ہے چنانچہ ہر بنی اعصاب سخت اور کڑے صلیبہ پر مضبوط ہو جاتے ہیں، جس سے شدید درد پیدا ہوتا ہے۔ نیز نمیت اور توسع حدقہ اور عدم آنکس قرینہ سے بھی یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے افعال میں اختلال آگیا ہے۔ ضغطہ سے جو حصص غالباً پہلے متاثر ہوتے ہیں وہ خشکی عروق خون ہیں اور شبکیہ کے محیط یعنی خشکیتی دوران خون کی انتہائی حد پر ضغطہ کا اثر ان میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لہذا میدان 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 چمکے اور دوسرے طبیعت پیدا ہو جاتے ہیں جو اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ صلیبہ کاکمز و ترترین حصہ قرص میں ورقہ قرین (lamina cribrosa) پر ہوتا ہے۔ یہ حصہ دباؤ سے جلدوب جاتا ہے اور اس سے سبز موتیا 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 تنگ ہو جاتا ہے۔ اور چشمی دوران خون میں جو خلل پیدا ہو جاتا ہے وہ ان متسع عروق سے ظاہر ہوتا ہے جو گلوب پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

۴۵

اجحان (eyelids) (شکل ۲۱)۔ ہر ایک پوٹے میں مندرجہ ذیل تہیں ہیں

ترتیب سے پائی جاتی ہیں:۔ (۱) جلد (۲) زیر جلدی بافت (۳) عضلہ محیطہ العینیہ (orbicularis oculi) (۴) غضروف الجفنی صحیفہ (غضروف الجفنی فوقانی superior tarsus: اور اسکا تنسلل مجر کے ماتیہ یعنی مجری فاضل (غنائے خمی palpebral membrane) (۵) غضروف الجفنی (میبومی: Meibomian) غد کی تہ جو صحیفہ مذکور میں مدون ہوتی ہے اور (۶) ملغمہ۔ اوپر کے پوٹے میں عضلہ رافع الجفن (levator palpebrae) عضلہ الجفنی صحیفہ کی طرف گذرنا ہوایا جاتا ہے۔ پوٹوں کے اوپر کی جلد بہت باریک اور نازک ہوتی ہے اور خون کی جو عابد ریاں اسکے نیچے پیدا ہو جاتی ہیں وہ اس میں سے باسانی دکھائی دیتی ہیں۔ اس جلد کی علامت اور زیر جلدی بافت کا وسیلہ ان اس حصہ کو اچھی طرح سے ترتیبی عملیہ بات کے قابل بنا دیتا ہے۔ مگر ان تو اس کی وجہ سے جڑ کا بھی ایک قوی اثر ہوتا ہے۔ چنانچہ زیریں پوٹے کے نیچے کے مندل شدہ دباؤ کے انقباض سے پوٹے کے گلوب سے پیچھے ہٹ آنے سے ششروہ خارجیہ (ectropion) یا روگردی (eversion) پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اسکے انتہاب یا تباہ کن عوامل کے اثرات کے بعد دوران اندمال میں ملغمہ کے انقباض سے ہر ایک پوٹا اندر کی جانب گلوب کی طرف مڑ جاتا ہے،

اور اس طرح شترودا علیہ (entropion) پیدا ہو جاتا ہے۔
بیچوٹوں پر بہت سے مستعرض شکن ہوتے ہیں
اوپر کے پوٹے میں ایک شکن ہوتا ہے جو دوسروں کی نسبت
زیادہ نمایاں اور زیادہ گہرا ہوتا ہے اور یہ اسکو دو حصوں میں
تقسیم کرتا ہے جن میں سے نیچے کا گلوب کو پوشیدہ کرتا ہے
اور اوپر کا مچھری نرم ساختوں سے علافہ رکھتا ہے۔ لاغری
میں بیچوٹا اس شکن پر اندر کی طرف کو بہت گھس جاتا ہے۔
شکافات اس شکن کے رخ میں دکانے جاہیں۔



86

زیر جلدی بافت بہت ڈھیلی ڈھالی
ہوتی ہے اسلئے پوٹے التهاب کا نتیجہ یا زرق واقع
ہونے پر بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ لہذا اینٹیروئیکس
لگانا قرین مصلحت نہیں کیونکہ ایسا کرنے سے آکھ متورم
اور سیاہ ہو جاتی ہے (”آکھ پر کانیں“ black eye)۔

شکل ۲۱۔ اوپر کے پوٹے میں سے گزرتی ہوئی انقباضی تراشیں۔
(ویڈیئر: Waldeyer کے مطابق)۔ ۱۔ جلد۔
ب۔ عضلہ مجبیطیہ۔ ب۔ اس کا ہڈی حصہ۔ ج۔ بیچوٹے کا غیر متحرک
عضلہ جو عضلہ رافع الجفن کی انتہا کے کچھ حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔
د۔ ملتہ۔ ہ۔ عضلہ رافع الجفن فوقانی میں غضروف الجفن غدو۔
و۔ مرمہ عرقی غدو۔ ط۔ بلیکس۔ ح۔ پرن غضروف الجفن غدو۔

اس بافت کے متعلق ایک عجیب امر یہ ہے کہ ہمیں سمجھ نہیں ہوتا
بیچوٹوں کی کوروں پر بلیکس غضروف الجفن غدو
(tarsal glands) اور بعض ترمیم شدہ عرقی
اور دہنی غدو پائے جاتے ہیں۔ ان غدو کا افزا بیچوٹوں
کی کوروں کو چھیننے سے روکتا ہے۔ ان کوروں میں خراش اور
عوارض کے پیدا ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔
مزید برآں چونکہ یہ آزاد کونڈر ہے اس لئے دوران خون

بھی انتہائی ہے اور خون کی رو میں رو کو دہی باسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ انجیریہ (sycosis) جو ایک التهاب
ہے جس سے شعری جراب اور پوٹے کی کور کے بعض غدو ماؤف ہو جاتے ہیں کثیر الوقوع مرض ہے۔
گوہا سجنی (sty) بیچوٹے کے حاشیہ پر القصابی بافت یا غدو میں تقبج واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔
بیچوٹے کو الٹے سے ملتہ میں سے غضروف الجفن غدو دکھائی دے سکتے ہیں۔ یہ زردی مائل دانوں کی لکیروں
کی شکل کے ہوتے ہیں مشترک غضروف الجفن غدو (common tarsal) یا میومی (Meibomian)

87

دویرہ ایک اعتبار سے دویرہ ہے جو ان غدوں سے کسی ایک میں پیدا ہو جاتا ہے۔
یہ کسی غصہ صاف ابھرنی غزہ کی تات کے انداز سے پیدا شدہ اعتبار سے بنتا ہے۔

عروق خون بیپوں میں بافراط پائے جاتے ہیں۔ ہر ایک پوٹے کو دو شریا میں

رسد پہنچاتی ہیں۔ ان میں سے یعنی (ophthalmic) شریان کی ایک جھنی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پوٹے کے اندرونی حصہ میں سے گزرتی ہے، اور ایک دمی (lacrymal) کی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پوٹے کے بیرونی حصہ میں سے گزرتی ہے۔ شامہ جات (naevi) اور دوسری عرق بالید میں اس محل پر بکثرت پائی جاتی ہیں۔

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

بیپوں کے بعض عروق لمف پیش ازینی (preauricular) غدوں داخل

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

لمتحمہ (conjunctiva)۔ اس غشا کا پیشی حصہ بتلا ہوتا ہے، اور مطبق مرحلہ سے

جکی پسیدگی بہت ڈھیلی 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 لمتحمہ اس مرحلہ سے مسلسل ہوتا ہے جو اس پردہ (قرنیہ) کی پوشش ہوتا ہے۔ چشمی لمتحمہ کو ایک ڈھیلے پن کی وجہ سے ادھر ادھر آزادانہ 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 لمتحمہ کا ایک پل بند کرنے کا طریقہ عملیہ کر لیا جاتا ہے، اور اس خام سطح کو پوشیدہ کرنے کیلئے جو نیچے کے پوٹے سے منس کرتی ہے قرنیہ پر سے نیچے کھینچ لیا جاتا ہے۔ یہ ڈھیلی بافت تیج لمتحمہ (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 ملتحمی نزفات بعض اوقات شدید قے یا سعال دیکھنے 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 نزفات واقع ہوتے ہیں ان میں اور دوسری وعادریوں (کوٹنکیوں) میں یہ فرق ہوتا ہے کہ قبل الذکر میں قرمز رنگت برقرار رہتی ہے، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ ملتحمہ کے پتلے پن کی وجہ سے آکسیجن خون تک پہنچتی رہتی ہے، اور اسکو شریانی خاصہ بخش دیتی ہے۔

ملتحمہ کے التهاب سے معتدبہ ندبی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، جیسا کہ دوسرے اغشیہ مخاطیہ میں اور شائد مجری بول میں خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ تباہ کن اعمال کے بعد ملتحمہ کے انقباض سے شترہ داخلیہ (entropion) کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر ملتحمہ کا چشمی حصہ اور اس کا نثرناظر جنفی حصہ دونوں تباہ ہو جائیں تو اس طرح خود دو خام سطحیں باقی رہ جاتی ہیں وہ آسانی متحد ہو جاتی ہیں، اور پھر بالکل خوب سے منضم ہو جاتا ہے، اور التصاق البصق (symblepharon) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت نیچے کے پپوٹے سے تعلق رکھتی ہے، اور عام طور پر چونے یا دیگر کا وہی اثیا کے نیچے کے پپوٹے اور گلوب کے درمیان آنفاقیہ داخل ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔

اس غشا کے التهاب کی ایک عام قسم میں جنفی ملتحمہ پر چھوٹے چھوٹے اریکوں (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 اریکوں میں سے کچھ غذی بافت کے کریپچوں سے بنے ہیں، اور کچھ کلانی یافتہ مخاطی جرابوں اور بیش پروردہ حلیموں پر مشتمل ہیں، اور یہ تمام ساختیں اس غشا میں طبعی طور پر پائی جاتی ہیں۔ اس عارضہ کا نام

رمد جیبی (trachoma) یا لکمرے (granular lids) ہے۔ اس عارضہ میں

غشا کے مذکور کے زیادہ عمیق حصوں میں بہت سی جدید بافت طیار ہو جاتی ہے۔ اس جدید بافت اور ان اریکوں (granulations) کے آنخواب سے انقباض پذیر ندبہ پیدا ہو جاتا ہے جس سے یہ غشا میں بہت سے نشکن پڑ جاتے ہیں، اور اکثر شترہ داخلیہ (entropion) بھی پیدا ہو جاتا اور پلکیں اندر کی طرف کوڑھ جاتی ہیں۔

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

(gland جو مجھ کے بالائی اور بیرونی ربع میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۲) رافع لحمی (levator palpebræ) کے وتر کے جانی پھیلاؤ سے دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ ایک بڑا فوقانی حصہ جو مذکورہ پھیلاؤ اور مجھ کی حصیت کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور ایک چھوٹا تحتانی حصہ جو اس پھیلاؤ اور اس مقام کے درمیان واقع ہوتا ہے جہاں ملتحمہ مقلد سے معکوس ہو کر بالائی حصن پر چلا جاتا ہے۔ اسکی فتاتیں جو جسامت میں چھوٹی اور تعداد میں تقریباً بارہ ہوتی ہیں ملتحمہ انکاس کے بیرونی حصہ میں کھلتی ہیں۔ اس غدہ کے استیصال میں کوئی قحی مشکل پیش نہیں آتی، کیونکہ یہ اپنے قرب و جوار کی ساختوں سے ڈھیلے طور پر چسپید ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ غدہ ملتبہ ہو جاتا ہے، اور انسا کلانی یافتہ ہو جاتا ہے کہ یہ سلعہ کی مانند دکھائی دیتا ہے، اور گلوب کو بیچے اور اندر کی طرف ہٹا دیتا ہے، اور ملتحمہ کے چبھی چبھی شکل کو دبا کر آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ اگر خراج پیدا ہو جائے تو یہ اکثر اوپر کے پونے کی جلد میں سے پھینکتا ہے۔ اس غدہ کے دویرے (دویرہ دمعیہ dacryops) اس کی فتاتوں کے انداد اور اتساع سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اسکا طبیسی افزا سچھ کی کھلی سطح کو تر رکھتا ہے، مگر اس کا استیصال خراب اثرات پیدا ہونے کے بغیر کیا جا سکتا ہے۔

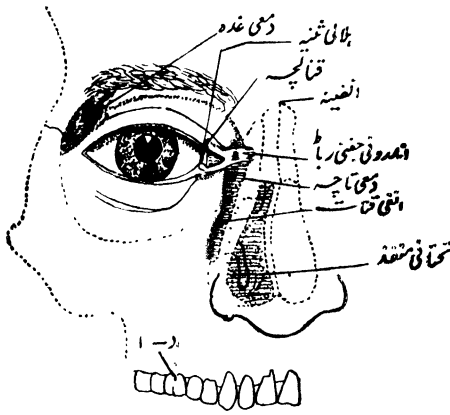
آنسو مقلد پر سے گزرتے ہیں اور اسے تر رکھتے ہیں، اور پھر یہ ہر دو نقطہ دمعیہ (puncta lacrimalia) میں سے جن میں سے ایک بالائی پونے کے حاشیہ کے اندر کی طرف اسکے اندر کے سرے پر ہوتا ہے، اور دوسرا بیچے کے پونے پر پہلے کے متناظر مقام پر واقع ہوتا ہے، گزرتے ہیں، اور یہاں سے قنابلچوں (canaliculi) کے ذریعہ سے دمعی تاجیہ (lacrymal sac) میں چلے جاتے ہیں، اور اس میں سے ہو کر انفی فتات (nasal duct) کے راستہ سے تحتانی انفی منفذ (inferior nasal meatus) میں پہنچ جاتے ہیں۔ معمولی حالتوں میں اس افزا کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی کہ ناک میں سے اسکی تغیرتی ضرورت ہو، لیکن جذبہ کے وقت افزا بکثرت ہوتا ہے، اور اسکی زائد مقدار پھول اور عورتوں میں آنسوؤں کی شکل میں بہ جاتی ہے۔ مردوں میں چونکہ انفی فتاتیں نسبتاً وسیع ہوتی ہیں اسلئے زائد مقدار ان فتاتوں میں سے گزر جاتی ہے۔ لہذا ان میں جذبہ کا اظہار رونے کی بجائے زور سے ناک صاف کرنے اور ناک میں ہونے 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 میزاب ہوتا ہے اس میں بڑا ہوتا ہے (شکل ۲۲) اس کی بیرونی جانب پر زرا آگے کی طرف کو دونوں دمعی قنا لچھے اس میں شامل ہو جاتے ہیں۔ تاجچہ کے سامنے اندرونی جفنی رباط (internal palpebral ligament) یا قرا لعین (tendo oculi) واقع ہوتا ہے۔ اگر دونوں پیوٹوں 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 پیوٹوں 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 تنہائی حصہ اور زیرین دو تنہائی حصہ کے مقام اتصال پر زاویہ قائمہ پر کاٹنا ہو گا 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 پھیلنے کو ہوتا ہے تو اس کا منہ ہمیشہ اس رباط کے نیچے ہوتا 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 زیرینکری (infratrochlear) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔

دُماع (epiphora) یا آنسوؤں کا غیر طبعی بیش بہاؤ زیادہ تر دو اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۱) نقطہ (puncta) سے لیکر انفی یا انفی دمعی قنائوں کے فتوح تک جو ناک میں واقع ہوتا ہے دمعی گذرگاہوں کے کسی مقام پر مسدود 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 قلیہ (entropion) اور نیچے کے پیوٹوں کے ورم وغیرہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ عضلہ مجلطیہ العینیہ (orbicularis oculi) کا پیش جفنی (pretarsal) حصہ ہی ہے (یعنی وہ ریشے جو پیوٹوں میں سے انکے آزاد حواشی کے قریب سے گزرتے ہیں) جو پیوٹوں کو مقلہ کے ساتھ ملا رکھتا ہے۔ یہ ریشے دمعی تاجچہ کے پیچھے موخر دمعی عرف (posterior lacrymal crest) پر ختم ہو جاتے ہیں اور ان سے ایک عضلہ نینار ہو جاتا ہے جو کسی زمانہ میں ناشر دمعی (tensor tarsi)

یا عضلہ ہارنر (Horner's muscle) کے نام سے موسوم تھا (وٹنل: Whitnall)۔ جبھی متنا 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 تھپکنے کے دوران میں عضلہ مذکور کے امتصاصی 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 سلائیوں سے متسح کرنا ضروری ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ دیمی آلہ کی تصویر۔

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

اور بعض حالتوں میں قناچوں کو کھلی کھولنا پڑتا ہے، اور سٹگاف مباری نوک والے چپا تو (pobe-pointed knife) (ویبر کے چاٹو: Weber's knife) سے ایسے مقام پر دیا جاتا ہے کہ دیمی تاجیہ کا اندھا داخل گلوب سے ملتا رہے۔

91

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

۱/۲ انچ سے ذرا زیادہ ہوتی ہے، اور اس میں سے جو سلائی گزری جاتی ہے اسے نیچے کی اور ذرا پیچھے کی اور باہر کی طرف پہلی ڈاڑھ کی سمت میں یعنی ناک اور رخسار کے درمیانی میزب کے متوازی گزرنا چاہئے

(شکل ۲۲)۔ انفی قنات ناک کی غشائے مخاطی کو تھمائی مفتول زائدہ (inferior turbinate process) کے نیچے بہت ترچھے رخ میں منقرب کرتی ہے، اسلئے انکی اندرونی دیوار ایک سراج کا کام دیتی ہے۔ اگر یہ تقریح سے تباہ ہو جائے جیسا کہ بعض اوقات آئشک میں ہوتا ہے تو دومی ناپہ ناک صاف کرنے پر منتفع 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۔ اسکی موئی غشائے مخاطی کی جو اسکا استر ہوتی ہے یہ زیر مخاطی تہ میں ایک کثیر العروق و ریدی ضغیر و پایا جاتا ہے جو اس قنات کے متہب ہو جائے پر آسانی متورم ہو جاتا ہے اور آنسوؤں کو گزرنے نہیں دیتا۔ طبعی قنات میں ۳.۵ ملی میٹر قطر کی سلانی سما سکتی ہے۔ یہ ضرور مادر کھنیا جائے کہ طبعی طور پر اس قنات کا درونہ بند ہوتا ہے، اور اسکی استری غشا میں بہت سے متعرض شکل ہوتے ہیں جن میں سلانی کا سراسر بعض اوقات ایک جاتا ہے۔ انہما بی عوارض انفی کبھہ میں سے دومی تاجہ تک انفی قنات کے راستہ سے آسانی صعود کر جاتے ہیں۔

با پنجبم 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 مستزاد اذین (supernumerary auricle) یعنی غضروف کے ایک بے ڈھنگے ورق 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 چھ درزوں میں سے جن سے صیوان الاذن خود نمودار ہوتا ہے ایک یا زائد درز کے بقاعدہ نمویا عدم اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں۔ صیوان الاذن میں بعض اوقات ایک خلقی ناسور پایا جاتا ہے جو پہلی خیشومی درز (branchial clefts) کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ خمی کان میں اس درز کے محل 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 درزوں 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 علاوہ ہوجانے سے تیزئی 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 الہتائی عوارض مثلاً سرخبادہ (erysipelas) میں صیوان الاذن (pinna) انتہائی درجہ تک متورم ہوجاتا ہے اور حصص کی تنگی کی وجہ سے بہت سخت درد پیدا ہوتا ہے۔ صیوان الاذن اور غضروفی منفذ کھوپڑی سے بہت مضبوطی سے پھپھیدہ ہوتے ہیں لہذا دونوں کان پکڑ 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 ۱ انچ لمبی ہوتی ہے اور اسکا رخ آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے لہذا اذن وسطیٰ تک پہنچنے اور اسکو معرا کر نیچے لئے سر جن صماخ کی موخر دیوار کو اپنا رہنما بناتا ہے۔ خارجی منفذ، طنف (promontory)، حلز وند (cochlea) اور داخلی منفذ ایک ہی خط میں واقع ہوتے ہیں۔ قال میں وسط پر ایک انتصابی خم ہوتا ہے جسکا انحطاط پر کیطرف کو ہوتا ہے۔ قال کو منظاروں 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 پیچھے کی طرف کو کھینچنا چاہئے۔ اس قال کا دروند اسکے ممر کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔ وسط پر تیگنگین ہوتی ہے اور عظمیٰ حصہ غضروفی حصہ کی نسبت زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ دہنہ خارجی اہلیجی ہوتا ہے اور اسکا طویل ترین قطر اوپر سے نیچے کی سمت میں ہوتا ہے اسلئے منظاروں کی شکل گول ہونی چاہئے اہلیجی ہونا چاہئے۔ بخلاف اس کے نامی کا اندرونی سرا مستعرض رخ میں ذرا سا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔

اسکی دیواروں کا کچھ حصہ عظمیٰ 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 عظمیٰ ہوتا ہے۔ اور بقیہ حصہ غضروفی ہوتا ہے۔ اور پانچ چھ سال کے بچہ میں عظمیٰ اور غضروفی حصوں کی لمبائی تقریباً ایک ہی ہوتی ہے (سمٹنگٹن : Symington)۔

خارجی کان کی عظمی دیوار میں 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 حلیمیہ 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 حید سے جو ہینٹیلے (Henle) کے فوق منفذی شوکہ (suprameatal spine) کے نام سے موسوم ہے ظاہر ہوتی ہے مگر ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ مرض حلیمیہ (mastoid disease) کے عملیہ 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 ہینٹیلے (spine of Henle) سرجن کے لئے ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔

غشاء طبعی 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 غد۔

95

نالی کے غضروفی قطعہ (cartilaginous segment) میں بہت سے

دہنی غد پائے جاتے ہیں جنہیں چھوٹے چھوٹے اور بہت دردنیز خراج یا دل پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں اس میں صملاخی غد کی ایک بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے، جسکے افزا کی افراط سے بعض اوقات استفد رسیل 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 لیبنی بافت سے پڑھوتے ہیں میوان اللذن انہی کی وجہ سے زیادہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ جب خراج کلفیہ (paratoid abscess) کی پچھلے منفذ خارجی میں سے نکلتی ہے تو یہ انہی شقاقات کے راستہ سے آتی ہے۔

التهاب الاذن خارجی (otitis externa) میں بعض اوقات منفذ سے قیحی مواد بکثرت خارج ہوتا ہے اور کبھی کبھی معلق ہتھجے یا سعدانے (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 مغز میں بہا تک جاتے ہیں اور چونکہ انکا امکان اکثر عمل 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 دھکیں دیا جائے لگہر کسی ایسے مادہ سے مرکب ہے جو پانی جذب کر سکتا ہے تو پچکاری سے نکالنے کی بنیادہ کوششوں سے اسے چھو لنے نہ دیا جائے اگر یہ منظار کی مدد سے اچھے 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 غضروف عظمیٰ منہذ کی موخر دیوار سے عارضی طور پر علیحدہ ہو جاتا ہے۔

96

منہذی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہیں۔ اسکی بالائی دیوار کو مچھنی سے ہڈی کی صرف ایک کثیف تہ کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہے۔ اسلئے اس حصہ کے خراج یا عظمیٰ مرض سے التہاب سمیایہ (meningitis) پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اس قنال کی مقدم دیوار صدغی قنلی مفصل (temporo-maxillary joint) اور غدہ نکلغیہ کے کچھ حصہ سے علاوہ رکھتی ہے۔ اس امر سے منہذ 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 قنک زیرین کی حرکت کے ساتھ ہی غضروفی منہذ میں بھی حرکت ہوتی ہے اور نیز دیوار ہائے منہذ اور مفصل مذکورہ دونوں کی رسد ایک ہی عصب سے آتی ہے (اذینی صدغی: auriculo-temporal)۔ جبڑے کے قنلال سے اسکا تعلق ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ منہذ کی اس دیوار میں ٹھنڈی کے بل گرنیے کسرواقع ہو سکتا ہے۔ نکلغی غدہ کے اندر کا خراج سینٹورینی (Santorini) کے ثقاقول کے راستہ سے جو اس گذرگاہ کی مقدم دیوار میں واقع ہوتے ہیں منہذ تک پھیل سکتا ہے۔ موخر دیوار منہذ کو حللی خلیات (mastoid cells) سے علیحدہ کرتی ہے۔ موخر دیوار کے عین پیچھے (یعنی خارجی اذنی منہذ کے وسطی نقطہ سے تقریباً ۳ انچ کے فاصلہ پر) جانبی جوف (lateral sinus) ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔ عظمیٰ منہذ کی تحتانی دیوار بہت کثیف اور مضبوط ہوتی ہے اور غدھی (vaginal) اور ابری (styloid) زوائد کی تناظر ہوتی ہے۔

رسد نخون۔ سیوان الاذن اور منہذ خارجی کو خون کی رسد صدغی اور موخر

اذینی شریانوں سے بخوبی پہنچتی ہے اور منہذ کو خارجی قنلی (external maxillary) کی

ایک شاخ بھی جاتی ہے! اس رسد کے باوجود صیوان الاذن میں پالا مار جانے سے گنگرین 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 جرنی کی کوئی پوشش نہیں ہوتی یہی حالات بیرونی سردی سے ناک میں گنگرین واقع ہونے کے محض ہیں۔ خون سلحات (سلماست - دمویہ) صیوان الاذن میں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں! اور گھون سے 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 گرد کڑی اور غضروف کے درمیان واقع ہوتی ہے۔

عصبی رسد۔ صیوان الاذن کو ازبنی صدغی (auriculo-temporal) اور

97

عظیم ازبنی (great auricular) اور صغیر قذالی (small occipital) اعصاب سے رسد پہنچتی ہے (دیکھو شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ منفذ کی رسد زیادہ تر ازبنی صدغی (auriculo-temporal) کے ذریعہ سے آتی ہے اور عصب تائمیہ (vagus) کی ایک ازبنی شاخ اسکی مدد کو آتی ہے [آرنولڈ (Arnold) کا عصب] جو اس قنال کے برین اور پچھلے حصہ کو جاتی ہے اور یہ شاخ قنال کی ابتدا سے دور نہیں ہوتی۔ وجہی (facial) سے بھی ایک شاخ نکلتی ہے جو منفذ میں جا کر ختم ہوتی ہے (رمزٹے ہنٹ : Ramsay Hunt)۔ عصب تائمیہ کی ازبنی شاخ کے متعلق کان کے عصبی تعلقات کے سلسلہ میں بہت سا حسن ظن پایا جاتا ہے۔ پرنکلف دعو توں 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 بچھو کے حصہ کو تر دست مال سے مس کرتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ گلاب بہت نازکی کش 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 تہہ معدہ کو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس عصب کو مزاحاً ”عصب الیشیح“ (alderman's nerve) کہا جاتا ہے۔

اذنی کھانسی۔ اذنی چھینک۔ اذنی جمائی: تکلیف دہ

خشک کھانسی میں منفذ میں کسی تنہایت 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 دیکھا چکی ہے

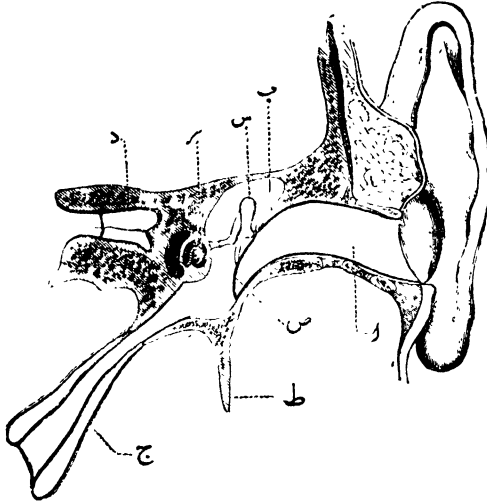
جس میں اٹھارہ ماہ تک تکلیف رہ کھانسی موجود رہی اور کان سے میل کی ایک ڈاٹ نکالنے سے فوراً بند ہو گئی۔ ایسی حالتوں میں نراش تنفس اور کھانسی کے مراکز تک جو چونے تلپین کے فرش پر ہوتے ہیں عصب تائیہ (vagus) کی اذینی شاخ کے ذریعے منتقل ہوتی ہے۔ گاسکل (Gaskell) نے یہ ثابت کیا ہے کہ عصب تائیہ میں پانچویں عصب کے غیر متعلقہ مشائی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں لہذا عصب تائیہ کے نواتات میں پانچویں عصب کی شاخوں مثلاً اذینی صدغی سے احتمالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ منفذ سمعی خارجی کے اعصاب کا جو تعلق عصب تائیہ کے نواتات سے ہوتا ہے اس سے ایسی چھینکیوں 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 شکایتوں میں بار بار آیا کرتی ہیں۔ جو شاش تختانی سنی (inferior dental) اور لسانی (lingual) اعصاب کے ذریعے پہنچتی ہے وہ اذینی 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 اذنی، صدغی اور حملی خطوں میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ ہیڈ (Head) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ کان، نوزہ زبان یا نیچے کے جبرٹے کے مرض میں اس جبرٹے 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 اذینی عصب جو دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب سے نکلتا ہے رسد پہنچاتا ہے! اور آنکھ کو پانچویں عصب کی یعنی (ophthalmic) قسمت سے رسد پہنچتی ہے۔ جن مراکز سے یہ اعصاب ملتے ہیں انیس ایک معین تعلق پایا جاتا ہے کیونکہ پانچویں عصب کا ذریعہ ہی نوات اس رمادی مادہ کا جس میں سے عنقی اعصاب کی موضوع 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 یا فٹہ غدہ سے پیدا ہوا تھا جو عظیم اذینی عصب کے تنہ پر دباؤ ڈالتا تھا۔

غشاء کے طبلی (membrana tympani)۔ یہ غشاء بہت ترجمبی واقع ہوتی ہے اور افقی مستوی 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 غلطی دیوار اپنے اندرونی سرے پر نیچے کی طرف کھول دیا جوتی ہے اسلئے یہ اس غشا کی زیریں کو رکے ساتھ ایک قسم کا جوف بنا دیتی ہے جس میں چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ باسانی پڑے رہتے ہیں (شکل ۲۳)۔ ہڈی کا وہ حلقہ جسکے ساتھ یہ غشا چمکی ہوتی ہے اپنے بالائی اور مقدم حصہ پر نامکمل ہوتا ہے۔ اس طرح جو رخنہ رہ جاتا ہے اس کو طبل کٹاؤ



شکل ۲۳۔ یہ تراش خارجی منفذ اذن وسطیٰ اور یوسٹیکین ٹی میں سے گزرتی ہے۔ (ٹلو)
 ۱۔ خارجی سمی منفذ۔ ج۔ کہف طبل کا علیہ۔ ج۔ یوسٹیکین ٹی۔ ۵۔ داخلی سمی منفذ
 ۶۔ حلزون۔ ۸۔ استخوانچے۔ ۹۔ غشاء طبل۔ ۱۰۔ زائدہ ابریہ۔

(tympanic notch) یا ریوینی (Rivini) کا کٹاؤ کہتے ہیں۔ اس میں ڈھیل ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے جو منفذ کے اتر کے ایک تسلسل سے پوشیدہ ہوتی ہے اور پیچ اذن وسطیٰ میں سے اس میں سے گزر کر اس غشا کو منقب کو بغیر سمی قال میں آسکتی ہے۔ جب یہ غشا کسی شدید ارتجاج کے موافق منتقل ہونے سے بچھٹ جاتی ہے تو دریدگی اس کٹاؤ کے بالمقابل واقع ہوتی ہے کیونکہ یہاں پر اسکی چسپید گیان دوسرے مقامات کی نسبت کم مضبوط ہوتی ہیں۔ اس غشا میں بہت کم ٹچک موجود ہوتی ہے جیسا کہ اس حصہ کے زخمی ہونے کے بعد لب بٹے زخم کی ذرا سی کشادگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

دوسرے وجہ کے علاوہ ایک یہ بھی وجہ ہے کہ سرجن اس غشائیں جو اشتقاق بنا تا ہے وہ بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے۔ یہ غشا چھیننے، کھانسی اور تھکے وغیرہ کے دوروں میں مشق ہو چکی ہے۔ یہی ضرر کان پر گھون لگنے اور مادہ ارتجاجات (مثلاً وہ جو کسی بلند آواز سے پیدا ہوتے ہیں) سے بھی پیدا ہو چکا ہے۔

موتی کی طرح کی رماوی غشائے طبل کو منظر میں سے محکوس روشنی سے دیکھنے پر ایک مثلث نما معکوسہ نور (light reflex) نظر آتا ہے۔ اسکا قاعدہ نیچے کی طرف کو اور کی طرف آگے کی طرف کو ہوتا ہے اور اسکا راس طبل کے مرکز کے قریب حیدہ (umbo) پر ہوتا ہے۔ اس زاویہ کی چوڑائی مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے لیکن جب طبل اندر کی طرف کو کھینچا 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 پھک غائب ہو جاتی ہے تو یہ مثلث نما معکوسہ نور مائل پڑ جاتا ہے اور اسکا خاکہ دھندلا ہو جاتا ہے۔

حیدہ (umbo) یا نشیب کا عمیق ترین حصہ تمام غشائے مرکز کے عین نیچے واقع ہوتا ہے اور یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ کے سرے کی چسپیدگی کا تناظر ہوتا ہے۔ دستہ کا بقیہ حصہ دوران حیات میں غشائیں سے دیکھا جاسکتا ہے۔ مطرقہ (malleus) کا سر غشائے کوئی تعلق نہیں کستا کیونکہ یہ غشائے لیول سے اوپر طبل کے علیتہ (attic) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۳)۔ غشا کا جو قطعہ حیدہ (umbo) سے اوپر ہوتا ہے اسکی عرق اور عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے۔ یہ مطرفہ (malleus) کے دستہ اور استخوانچوں کی زنجیر کا تناظر ہوتا ہے اور دونوں نافذ (fenestra) اور طنف (promontory) کے بالمقابل ہوتا ہے۔ طبل (chorda tympani) عصب کا اس فوق حیدہ حصہ کو عبور کرتا ہوا گذرتا ہے۔ بخلاف اسکے جو قطعہ حیدہ (umbo) سے نیچے ہوتا ہے وہ کسی اہم حصہ کا تناظر نہیں ہوتا اور کم عروق دار اور کم حساس ہوتا ہے۔ لہذا طبل غشائی میں سے طبل کا بئرل (paracentesis of the tympanum) ہمیشہ فوق حیدہ قطعہ میں سے کرنا چاہئے۔ اگر یہ عمل حیدہ سے اوپر کیا جائے تو ممکن ہے کہ چا تو سندان (incus) کو جالنگے اور اس ہڈی کو اسکی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دے یا جبل طبل (chorda tympani) کھائے جس سے ریت کا شملی افزا شروع ہو جاتا ہے۔ مطرقہ (malleus) اور رکیب (stapes) اتنی مطلوبی سے چسپیدہ ہوتی ہیں کہ آسانی سے علیحدہ نہیں کی جاسکتیں۔

اس غشا کو خون کی رسد ابری علی (stylo-mastoid) شریان اور اندرونی فکی (internal maxillary) کی طبل (tympanic) شاخ سے آتی ہے اور اسکی عصبی رسد

ازہنی صدغی (auriculo-temporal) ووجہی (facial) اور تائیب (vagus) سے حاصل

ہوتی ہے۔ **طبلی کہفہ** (tympnic cavity) کی شکل انسان کی مقصبلی کے گڑھے کی سی ہوتی

ہے۔ اسکی بیرونی حد زیادہ تر غشائے طبلی سے بنتی ہے۔ مقدم جانب پر ایریوسٹیکین (Eustachian)

نلی کے ذریعہ سے انفی بلوم (nasopharynx) سے ربط وراہ رکھتی ہے اور موخر جانب پر مدخل

(aditus) اسکے علیہ (attic) سے یعنی اس حصہ سے لیکر غشائے طبلی کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے

چیمچے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو صلی 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 غشائے 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 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 غشا 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 ۲۴) ہوتا ہے جو اس غشا سے بند ہوتا ہے جو نردبان طبلی (scala

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

کے غشا سے اس مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ اصولی صلی 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 وجہی نالی (facial canal)

یا فلونپی صیف (aqueduct of Fallopius) گذرتا ہے۔ صیف کی دیوار اتنی پتی ہوتی ہے کہ

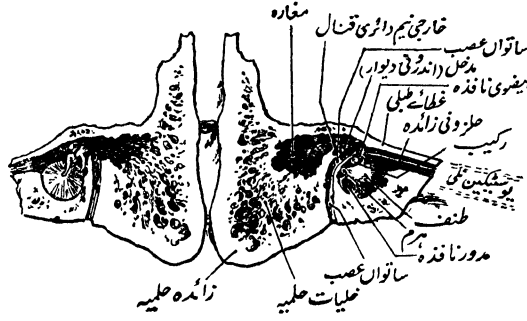
البتہ تابی ضرر اذن وسطی سے وجہی عصب تک باسانی پہنچ سکتا ہے۔ بہت پتلی بالائی دیوار باحیث

(غشائے طبلی: tegmen tympani) پر صدغی تدی (temporo-sphenoidal) نختہ مستمکن

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 جبری فلسمانی ورید ہوتی ہے جو ابست دانی وواجی (primitive jugular) کے آثار میں سے ہوتی ہے۔ بیشتر خواربجی میں ایک درزی غشا ہڈیوں میں سے گزرتی ہے اور بعض اوقات سرایت کے اذن وسطی سے اسمحیہ تک پھیلنے کے لئے سیدھے راستہ کا کام دیتی ہے۔

اس کا فرش بہت تنگ ہوتا ہے اسکا زیر ترین حصہ غشائے طبلی (membrana tympani) اور یوسٹیکین (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 مرد کھایا 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 وواجی (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 چو اُس کو بے طبلی تنگانی (myringotomy) کے بعد شدید وریدی نرف واقع ہوا تھا۔

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

لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔

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

103

(شکل ۲۳ و ۲۴)۔ خارجی سمی منفذ کے اوپر اور پیچھے حلی زائدہ کے قاعدہ میں واقع ہوتا ہے جو مدخل کے اسکی شکل قریب تک کی سی ہوتی ہے اس نفا اور ان حلی خلیات کا جو اس میں کھلتے ہیں اور اسکے ارد گرد واقع ہوتے ہیں ماؤف 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 آ سکتا ہے۔ یہ پیدائش کے وقت پر موجود ہوتا ہے اور طبلی کہف کے ساتھ نمو پاتا ہے۔

اور بر کی طرف اسکی چھت جو عظام طبلی (tegmen tympani) سے جو ہڈی کا ایک ۲ ملی میٹر موٹا حصہ ہوتا ہے بنتی ہے، اسکو تیسری صدی تلغیف سے علحدہ کرتی ہے۔ چھوٹی چھوٹی وریدیں چھت کو منقبت کر کے حجری فلسمانی ورید میں جا ملتی ہے! اور یہ اسی نام کی درز کے بقیچہ میں واقع ہوتی ہے۔ شیر خوار بچہ میں یہ ربط اور بھی آزادانہ ہوتا ہے، کیونکہ یہ درز پہلے سال کے اختتام تک بند نہیں ہوتی۔ چھت کا لیول فوق منفذی عرف (suprameatal crest) یعنی وجنہ (zygoma) کی جڑ کی موثر اطالت سے عین اوپر ہوتا ہے، لہذا اگر سرجن اس عرف سے نیچے رہے تو کھوپری کے اتفاقیہ کھلنے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

مغارہ (antrum) کے نیچے حلی زائدہ ہوتا ہے جو اکثر علیہ دار اور بعض اوقات ٹھوس ہوتا ہے۔ مغاری فرش کا لیول عظمی خارجی منفذ کی موثر دیوار کے نقطہ وسطی کے پیچھے ہوتا ہے۔

سامنے کی طرف ہڈی کی ایک دیوار ہوتی ہے جو مغارہ (antrum) کو خارجی سمی منفذ کے اندرونی حصہ سے علحدہ کرتی ہے اس دیوار کے سب سے اونچے حصہ میں مدخل (aditus) ہوتا ہے جو ایک بیضوی فتحہ 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 کیتدر پیچھے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو ہو کر علیہ (attic) میں پہنچ جاتی ہے۔

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

104

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)۔ طبلی جوف (tympanic sinus) کے منہ پر اور طبل (tympanum) کے علیہ (attic) میں سندان (incus) اور مطرقہ (malleus) کا سرا اور انکے رباطات 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



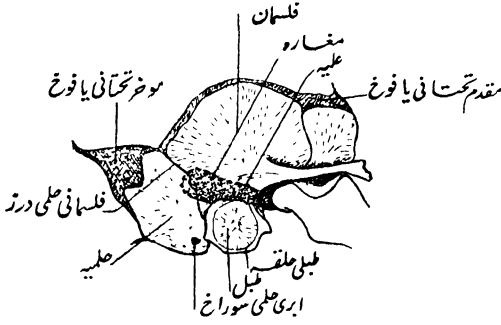
شکل ۲۵ اذن وسطیٰ کے محل اور تعلقات اور مختلف حصوں کو ظاہر کرتی ہے۔
(نیز دیکھو شکل ۶ صفحہ ۲۵)

بوسیدہ ہوتی ہے اور وجہی عصب (facial nerve) یا نیم دائری قنال (semicircular canal) کو بے احتیاجی سے باسانی نقصان پہنچ سکتا ہے اور وجہی ثلث اور دوران سر کے پیدا ہونے کا 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 فوق منفذی ثلث (suprameatal triangle) سے ۴ 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 وسطیٰ سے علیحدہ کرتا ہے گزر کر انجام کار ابری علمی (stylo-mastoid) سورخ میں سے باہر نکل آتا ہے۔

اسکا نزول یا کل انتصابی نہیں ہوتا بلکہ یہ ذرا باہر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لہذا عملیہ میں اس پل کو پھینے سے کاٹنے وقت نیچے کی طرف کو ڈھکوان رکھنا چاہئے۔

چھپچھپے کی طرف یہ جوف (sinus) جانبی جوف اور دماغ (cerebellum) سے ہڈی کے ایک صحفہ کے ذریعہ سے ملحدہ ہوتا ہے جسکی دباؤت 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 و قدی (temporosphenoidal lobe) جانبی جوف (lateral sinus) اور دماغ میں ثانوی سرائت عام طور پر کیوں واقع ہوتی ہے۔

105



شکل ۲۶۔ صدغی ہڈی بوقت پیدائش۔

طبعی جوف یا مغارہ اور علیہ کا محل ظاہر کیا گیا ہے۔ فلسمانی علی درز کھلنے والی زائیدہ کا نمونہ نہیں ہوا۔

جوف کی بیرونی دیوار بوقت پیدائش فلسمان کے پس منغذی زائیدہ سے جو ہڈی کا ۲ ملی میٹر موٹا صحفہ ہوتا ہے بنی ہوتی ہے (شکل ۲۶)۔ بچہ میں مغارہ (antrum) مقابلہ سطحی ہوتا ہے۔ اور پیپ باسانی نکل سکتی ہے اور باسانی نکالی بھی جاسکتی ہے۔ فلسمانی (squamosal) کے پس منغذی حصہ اور جھجھی (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 دباؤت سن بلوغ تک بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔

مغارہ (antrum) کی گہرائی بالغ کھوپڑی میں تقریباً ۱۶ ملی میٹر ہوتی ہے (۱۶+۱۱)۔ 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 بری کی جانب سے حلی مغارہ (mastoid antrum) کی نسبت ذرا گہرا واقع ہوتا ہے اور مغارہ (antrum) جانبی جوف کی نسبت ذرا گہرا ہوتا ہے۔ طبی طور پر بالغ میں خون کا جوف خارجی سمی منفذ کے نقطہ وسطی سے ۳ انچ پیچھے 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 مل جائے اسے سلائی کے متوازی رخ میں کام کرنا چاہئے۔

مغارہ کی (antrum) کی تناظر کی گریٹھم کیون (Macewen) کی فوق منفذی مثلث ہے (شکل ۲۵)۔ یہ اوپر کی طرف فوق منفذی عرف یا (مؤخر و جہی چھت: posterior) zygomatic roof سے اور پیچھے کی طرف اس عمود سے جو عرف سے عظمیٰ منفذ کے مؤخر حاشیہ کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے اور مقدم جانب پر اس خط سے جو عظمیٰ منفذ کا ماس ہو اور دونوں خطوں سے ملتا ہو عمود دہوتی ہے۔ مؤخر منفذی دیوار کے صحیح محل کی ترسیم اکثر شینیل (Henle) کے شو کہ یا حید کی موجودگی سے ہوتی ہے اور مثلث بذات خود ایک اٹھلے انشیب 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 وسطی حلی خلیات 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 نصابی سمی منفذ کی مؤخر دیوار اور اسکی چھت کے مقام اتصال کی متابعت کرنے سے بھی رسائی کی جاسکتی ہے۔ بر ما منفذ سے ۵ ملی میٹر پیچھے اور اسکے بالائی حاشیہ کے لیول پر داخل کیا جاتا ہے اسکی چھت منفذ کے لیول سے ۵ ملی میٹر اوپر ہوتی ہے۔

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

107

نوپاتے 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۔ (نگتہ: Young) زمانہ نشہ خواری میں علمی زائده کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ ایک وہ جس میں ہڈی کثیف ہوتی ہے یہ وہ قسم ہے جو ایک فیصدی بالغوں میں برقرار رہتی ہے۔ دوسری وہ جس میں علمی زائده ڈپٹی دار ہوتا ہے۔ یہ قسم ۲۰ فیصدی بالغوں میں موجود رہتی ہے (A. Cheate: ۱)۔ وہ جنہیں بالغوں 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 (tympnic 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 علمی قذالی درز (masto- occipital suture) تک آگے کی طرف کو فوق منغذی خط تک اور پر کی طرف کو علمی جداری درز (masto- parietal suture) تک اور نیچے کی طرف کو علمی زائده کے راس تک چلے جاتا ہے۔

ہیں۔ الہتابی حالتوں سے بعض اوقات علمی خلیات کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں۔ اور ہڈی اتنی کثیف ہو جاتی ہے کہ چھیننے کی مزاحمت کرتی ہے۔ زیادہ اوپری خلیات کی وریدیں علمی زائده کی گرد علمی وریدوں میں جاتی ہیں اور انکے ذریعہ سے الہتاب سطح تک پہنچ جاتا ہے جس سے کان کے پیچھے نہج اور ورم پیدا ہو جاتا ہے۔

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

پرکھلتی ہے (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ یہ نلی جو ۱۲ انچ لمبی ہوتی ہے بلعوم میں کھلنے سے طبل میں ہوا کی مناسب رسد پہنچاتی ہے اور غشا کی دونوں طرفوں کے دباؤ کو مساوی کرتی ہے۔ طبل (tympnam) کا فرش یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے بیرونی فتمہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔ اس نلی کا خط سمت کھوپڑی کے قاعدہ کے مستعرض اور مقدم موخر محوروں کے درمیان تقریباً عمین وسط پر واقع ہوتا ہے۔ بلن 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 ناشرو حنکیہ (tensor palati) اور پانچویں عصب کی تیسری قسمت اور وسطی سحائی (middle meningeal) شریان واقع ہوتی ہے۔ اندرونی جانب پر پس بلعومی بافت (retropharyngeal tissue) اور (کانی پیچھے) داخلی سباتی (internal carotid) شریان واقع ہوتی ہے۔ نلی کا بلعومی دہن عام طور پر بند رہتا ہے۔ مگر گلچے وقت یہ زیادہ تر ناشرو حنکیہ (tensor palati) کے فعل سے کھل جاتا ہے اور اگر ناک اور نچھ بند کر کے رخسار ٹھیلانے 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 غشاء طبعی کے اس ہوا سے جو طبل (tympanum) میں بھر جاتی ہے باہر کی طرف ابھر جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ اذن وسطی کے منتخ کرنے کا یہ طریقہ **ولتسوا کے طریقہ** (Valsalva's method) کے نام سے موسوم ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) میں ہوا گذارنے کے پولیٹزر کے طریقہ (Politzer's method) میں مریض کا منہ بند کر دیا جاتا ہے۔ اور ایک پتھن میں ہوا سے بھری ہوئی ربڑ کی تھیلی کی ٹوٹی داخل کر دی جاتی ہے۔ اور پتھن 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 کو زور سے خالی کر دیا جاتا ہے۔ ہوا جسے لئے نکلنے 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 سے بہرین پیدا ہو جاتا ہے۔ یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے بہرہ دار اسٹر کے ذریعہ سے سرائت اذن وسطی تک پھیل سکتی ہے۔ سی جے۔ بونڈ (C. J. Bond) کو یہ معلوم ہوا ہے کہ طبل کے ترغیب کے ایک واقعہ میں نیل کے ذرات جبکہ استخاف انفی بلعوم میں کیا گیا تھا بعد میں

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

نلی کے بلعومی سورانج کی اوپر کی کور قاعدی زائده سے تفریق بناؤ! ایچ نیچے بلعوم کی موخر دیوار سے پ! ایچ آگے تھمائی مفتول ہڈی (inferior turbinate bone) کے موخر سرے سے پ! ایچ پیچھے اور حنک الرخو (soft palate) سے پ! ایچ اور واقع ہوتی ہے (ٹلو: Tillaux)۔ جنین میں یہ سورانج حنک الصلب (hard palate) سے نیچے واقع ہوتا ہے اور بوقت پیدائش اسی کے لیول پر ہوتا ہے! اس سورانج کی شکل مثلثی ہوتی ہے۔

109

یوٹیکین نلی (Eustachian tube) کے سورانج پر جو ارتفاع ہوتا ہے اسکے عین پیچھے بلعوم کی دیوار میں ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ بلعومی گوشہ (pharyngeal recess) یا حفرہ روزنملر (fossa of Rosenmüller) کہلاتا ہے (شکل ۲۸ صفحہ 121)۔ اسے بعض اوقات غلطی سے نلی کا سورانج تصور کر لیا جاتا ہے! درہیں یوٹیکین قاسطیر (Eustachian catheter) کا سرا باسانی اٹک جاتا ہے۔ جن واقعات میں بلعومی لوزہ (Luschka's tonsil) کلانی یافتہ ہوتا ہے، انہیں یہ حفرہ 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)

گزارنے 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 سر حنک الصلب (hard palate) کی موخر کور کے اوپر سے بلعوم میں گرتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے! اب اس آلہ کو باہر کی طرف کھینچنا چاہئے حتیٰ کہ اسکا سر حنک الصلب کی موخر کور کے اوپر سے پھراٹھتا ہوا محسوس ہو! اس مقام پر پہنچ کر قاسطیر کو آگے آگے کی طرف کودھکیں دینا چاہئے اور دھکیلتے وقت اسکی نوک کو ریح وارہ پر سے باہر کی طرف کو گھما دینا چاہئے! اس تدبیر سے اسکو نلی کے سورانج میں آجانا چاہئے۔

طبیب کی رسد خون۔ جو شریانیں طبیب کو رسد پہنچاتی ہیں وہ داخلہ فلی

(internal maxillary) اور داخلہ سباتی (internal carotid) کی طبلی (tympanic) شاخیں اور وسطی سحائی (middle meningeal) کی حجری (petrosal) شاخ اور موخر ازینی (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 التہابی عوارض میں ان گذرگاہوں میں علقت 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 دو شاخیں بھی شامل ہوتی ہیں جو لمبلی جوف اور علیہ (attic) سے آتی ہیں، پیچھے کی طرف جانبی جوف سے لمباتی ہیں اور آگے کی طرف سحائی وریڈوں (meningeal veins) سے (چپٹل: Cheate)۔

110

اذن وسطی کے عروق لمف دوراستے اختیار کرتے ہیں۔ انیس سے اکثر یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کی دیوار کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور پس بلتومی لمفی غدہ میں ختم ہو جاتا ہے۔ بعض عروق منفذ کی استری غشا کے نیچے سے نکل کر غدہ کے پس اذینی گروہ میں جو صلی زائندہ پر واقع ہوتا ہے چلے جاتے ہیں۔ وریڈ دوسری گذرگاہوں میں بھی اختیار کرتے ہیں جو ان وریڈوں کی رفیق ہوتی ہیں جو عظم صدغی کے حلی حصہ پر کے سطحی فتحات سے نکلتی ہیں۔

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

اس لئے اذن وسطی کے تقریبی مرض میں اسکو نقصان پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اور یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب یہ عصب موقوف ہوتا ہے تو حس ذائقہ میں احتمال پایا جاسکتا ہے اور اگر یہ یاد ہو کہ ذائقہ کے بعض اعصاب زبان تک اس راستے سے پہنچتے ہیں تو یہ امر باسانی سمجھ میں آسکتا 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 ٹیکڑوں کی شکل میں نکالے جا چکے ہیں۔ ڈاکٹر بار (Dr. Barr) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں تمام عظمی تیبہ (حلز و ذہ دلیز، نیم دائری قنایں) تنخر قطعہ کی شکل میں سمی منفذ میں سے سالم نکال لیا گیا تھا! اذن وسطی کا قلع اذن اندرونی تک خارجی نیم دائری قنال پر چکر کرنے جو عام ترین راستہ ہے (سکاٹ Scott اور ویسٹ West)۔ اولٹرف (promontory) کو متاثر کرنے سے، اور بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) کے راستے سے جس میں رکیب (stapes) کا پائیدان مضبوط حلقی غشا سے مثبت ہوتا ہے یا مستدیر نافذہ (fenestra rotunda) کے راستے سے جو

غشائے ثانوی (membrana secundaria) سے بند ہوتی پھیل سکتا ہے۔ جب التهابی سرایتیں اذن اندرونی تک پھیل جاتی ہیں تو علامات کے دو سلسلے نمودار ہوتے ہیں۔ (۱) التهاب اور تفریح کے گرد لمفی نظام (دہلیزی نردبان: scala vestibuli) اور طبعی نردبان (scala tympani) کے راستہ سے حلزون (cochlea) تک پھیل جانے سے احتمال سماعت اور بہراپن پیدا ہو جاتا ہے۔ (۲) تاجک (sacculae) اور حکک (utricle) اور نیم دائری قنالوں کے ارتفاعات کو ضرر پہنچنے اور انکے تباہ ہونے سے توازن اور ہم آہنگی میں اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ دوران سر اور تھلے اذن اندرونی کا گرد لمفی نظام انتشار التهاب کے لئے ایک نہایت ہی سہل الحصول ذریعہ ہے۔ تقیمی عمل اذن اندرونی سے بعض اوقات عصب سمعی (auditory nerve) اور مغز کے ساتھ ساتھ اندر کی طرف کو پھیل جاتا ہے اور اس طرح دماغ کے قاعدہ پر کی بڑی بڑی زیریںکبوتی فضاؤں میں پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ مصیبت دہلیزی (aqueductus vestibuli) یا مصیبت حلزونی (aqueductus cochleæ) کے راستہ سے یا فوقانی نیم دائری قنال (superior semicircular canal) کے انتقاب میں سے مجھی مشمولات میں چلا جاتا ہے۔ اذن وسطیٰ کا مرض خارجی نیم دائری قنال میں ناسوری فتوح بننے کا باعث بھی ہو سکتا ہے۔ ایسے واقعات میں سر کے حرکات سے اہتر از مقلہ (nystagmus) پیدا ہو سکتا ہے کیونکہ آنکھ کے معکوس حرکات ان تہیجات سے متاثر ہوتے ہیں جو نیم دائری قنالوں کے لٹھول (maculae) میں پیدا ہوتے ہیں (سڈنی سکاٹ: Sydney Scott)۔

بائشتم

ناک اور انفی کہنے

(NOSE AND NASAL CAVITIES)

ناک

ناک کی جڑ اور اسکی پشت کے زیادہ تر حصہ کی جلد پتیلی اور ڈھیلی ہوتی ہے۔ مگر جناحین (alae) پر یہ موٹی اور عمیق حصوں سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے اور اس میں دہنی اور عرقی غد کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ ناک کے غضروفی حصہ کے اوپر کی پوشش کے التهاب کے بہت درد خیز ہونے اور اس میں بہت ساعرقی احتقان پائے جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درد کا انحصار اس حصہ کی تیندگی 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 منفط عرقی رسد اور اس امر پر ہوتا ہے کہ چونکہ نتھنے کی کور ایک آزاد کنارہ ہے اسلئے یہاں کا دوران خون اختتامی ہے لہذا اس سے استکالی ساعدت ہونیکا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ ناک کے زیرین حصہ پر کثیر التعداد دہنی غد موجود ہوتے ہیں اس لئے 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 "ثور الخمر" (grog blossoms) کہلاتا ہے۔ ناک پر ذئبہ (lupus) کا حملہ بھی اکثر ہوتا ہے

اور ڈیبا حماراری (lupus erythematosus) ناک کی پشت پر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ قارض قرصہ (rodent ulcer) کے بھی اس خطہ پر خاص طور پر جناح الانف اور رخسار کے درمیانی شکل 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 ترقیبی عملیہ جات کے لئے جو اسپرکئے جاتے ہیں بہت موزوں ہے۔ اس خطہ کے زخم بغیر تکلیف دینے کے مندمل ہو جاتے ہیں اور اتنے وسیع زخم کے بعد بھی جو ناک اور رخسار کے درمیانی خطہ پر اوپر کے جڑوں کو علیحدہ کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے بہت کم بد شکل باقی رہتی ہے۔ بہت سے اطباء کو روڈ آؤٹ میں ناک کے حصے بالکل کٹ گئے ہیں اور فوراً لگا دینے سے چہرہ سے منہ ہو گئے ہیں۔

ناک کی جڑوں کے اوپر کی جلد کو پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی شاخ رسد پہنچاتی ہے اور جناحین (alae) اور نتھنوں کے خطہ کے اوپر کی جلد کی رسد بھی اسی سے آتی ہے شکل ۲ صفحہ ۱۱۱)۔ ناک کی جانب کے زیادہ تر حصہ کو پانچویں عصب 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 یعنی (ophthalmic) تنے کی ایک شاخ ہے اور آنکھ سے قریبی تعلقات رکھتا ہے اس تدمع کی توجیہ ہوتی ہے جو تھکنے کے درد خیز عوارض میں پیدا ہوتا ہے مثلاً جبکہ تھکنے کے کور کی چٹکی بھری جاتی ہے۔

ناک کا غضروفی حصہ اکثر ڈیبا (lupus) اور آتشکی تفرح اور دوسرے متلف عوارض سے تباہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو حصے ضائع ہو جاتے ہیں انکو مختلف طریقوں سے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) کے عنوان میں شامل ہیں از سر نو قائم کیا جا چکا ہے۔ موروثی آتشک کے مریضوں میں ناک کا بان اکثر بہت مخفض پایا جاتا ہے اس انخفاض کا انحصار حصوں کے حقیقی نقصان پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر مقامی سوؤ تغذیہ سے پیدا شدہ ناقص نوپ ہوتا ہے۔ یہ سوؤ تغذیہ وہ ہے جو غذائے مغالطی کی شدید نازلت سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا یہ بد شکل صرف انہی اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکو شبیر خوارگی کے زمانہ میں گنگٹانے 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 آلہ کو ان حدود سے آگے نہ گزارنا چاہئے۔

الغنی ہڈیاں (nasal bones) اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ کیبر

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 غلی 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 بانٹ کا نفاخ (emphysema) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے، چونکہ صاف کرنے سے بہت بڑھ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ہوا بلاشبہ انفی حفرہ جات سے آتی ہے۔ انفی ہڈیوں (ossa nasi) کے بالائی ثلث کے کسور میں غربا میں صحفہ (cribriform plate) بعض اوقات ٹوٹ جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مختلف قید 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 جاسمائہ (meningocoeles) اور قبیلہ جادغما (encephalocoeles) کے لئے ایک موزوں مقام ہے اور بروز انفی اور جبھی (frontal) ہڈیوں کی درمیانی درزوں سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کے بروزات جب اس مقام پر رونما ہوتے ہیں تو یہ اکثر ایک باریک اور عقی غلاف سے پوشیدہ ہوتے ہیں اور غلی سے یہ انکو شمارہ نابالیدیں (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 پچترین منافذ میں تقسیم ہوتا ہے۔ اور فوقانی مفتول ہی (superior)

turbinate سے اوپر وتدی مصغاتی گوشہ (spheno-ethmoidal recess) ہوتا ہے۔ انیس سے ہر ایک منفذیں مندرجہ ذیل جوف اور قناتیں کہلتی ہیں:-

وتدی مصغاتی گوشہ میں۔ وتدی ہوائی جوف۔

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

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

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

(۳) وسلی مصغاتی خلیات۔

تحتانی منفذ میں۔ انسی قنات ایک فتوحہ کے ذریعہ سے مقدم منخرین سے اچانچ پیچھے

کی طرف۔

115

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

اور انکا روزن مجموعی طور پر عمود آلیا اچانچ اور عرضاً سب سے چوڑے حصہ پر اچانچ سے ذرا کم ہوتا ہے۔ منخر کا مستوی منخرین کے فرش کے مستوی سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ لہذا انسی 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 انسی کہفہ جات کے سامنے کے حصوں کا استقصا 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 زرم حصوں میں دیا جاتا ہے جو اوپر کے لب کو اوپر کے جبرے سے ملاتے ہیں۔ یہ شکاف دونوں طرف کے دوسرے اسنان 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 بذریعہ تقطیع اوپر اٹھایا جاتا ہے حتیٰ کہ منخرین کافی حد تک مسرا ہو جاتے ہیں۔

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

جو پیشانی کے آئینہ یا لیپ سے آتی ہو اور انسی کو ناک کے مقدم غضروفی حصہ میں داخل کئے ہوئے منظر 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 مفتول ہڈیوں کا مقدم سرا اور فاصل۔ فوقانی مفتول ہڈی (superior turbinate) آگے کی طرف کو اتنی بڑھی نہیں ہوتی کہ دکھائی دے۔

مؤخر منخرین (posterior nares)۔ ہر ایک دہنہ مکمل طور پر نمودار یا فترہ بالغ میں مستعرضاً تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ اور عموداً تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ لہذا اگر رعاف (epistaxis) کو بند کرنے کے لئے کوئی ڈاٹ مؤخر منخرین میں سے داخل کی جائے تو اسکے ابعاد یہی ہونے چاہئیں۔ بہر کیف علیحدگی اکثر اس دہنہ کو تنگ کر کے پیچھے سے قیفہ (choana) میں اٹھائی ڈالنے اور پھر مقدم منخرین میں اس تک فیتہ ناماگز ٹھونسنے سے بند کر دیتا ہے۔

مؤخر انف بینی (posterior rhinoscopy) ایک چھوٹا سا آئینہ زبان پر سے اور تنگ الرتھ 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۔ مؤخر 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 جنوبی دکھائی دیتا ہے اور یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube) اور چھت اور انفی بلعوم کے بالائی حصہ کی خشتائے 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 امراضیاتی کیفیت سمجھ لیتا ہے۔

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

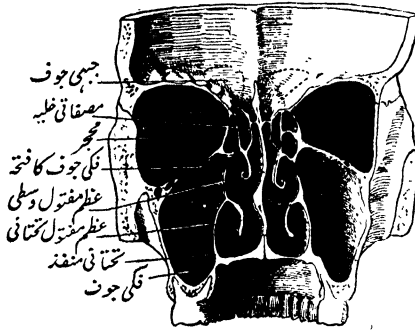
مرکز پر زیادہ عریض ہوتا ہے اور اسکا انتصابی قطر مستعرض سے زیادہ ہوتا ہے۔ نیز حفزہ کے مرکز پر یہ سب سے بڑا ہوتا ہے۔ لہذا ناک میں داخل کی ہوئی چھٹیوں کو انتصابی رخ میں کھولنا نہایت موزوں ہوتا ہے۔ حفزہ کا عرض اوپر سے نیچے کی طرف کو کس قدر بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ فوقانی مغتول ہڈی فاصل سے صرف ۲ ملی میٹر دور ہوتی ہے۔ اور تحتانی مغتول ہڈی اور فاصل کے درمیان ۴ تا ۵ ملی میٹر کی فضا حاصل ہوتی ہے۔ وسطی مغتول ہڈی سے اوپر انفی کہفہ آنا تنگ ہوتا ہے کہ انفی حفزہ کی جراحی چھت فی الحقیقت اسی ہڈی ہی سے بنتی 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 گذرگاہ یہی ہوتی ہے۔ کم عمر بچہ میں تحتانی منفذ نسبتاً بہت چھوٹا ہوتا ہے اور تنفسی موج زیادہ تر وسطی منفذ کی فضا میں لے

گزارتی ہے (لیک: Lack)۔ انفی کہنے چھٹے مہینہ سے لیکر اٹھارہ ویں مہینہ تک تیزی سے بڑھتے ہیں۔ اس زمانہ میں متقل تسنن نمودار ہوتا ہے اور یہ جنک کی جسامت اور ناک کے فرش میں لازمی طور پر اضافہ کر دیتا ہے۔ ساتھ ہی فکلی جوف کے نوے ناک کی عمودی بلندی زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور یہ زیادتی اس کہنے کے برین فکلی حصہ میں مصفاقی یا شمی حصہ کی نسبت بہت زیادہ واقع ہوتی ہے۔ انفی کہنوں 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 کہنوں اور معین جوفوں کی متعترض عمودی تراش۔

غدودہ کا ٹکون ہے۔

انفی کہنوں کے تعلقات کو (شکل ۲۴ و ۲۸) دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ استری غشا کا التهاب (زکام) بلعوم تک موخو منخرین کے راستہ سے پہنچ سکتا ہے۔ اور یوسٹیکین فکلی (Eustachian tube) تک پہنچ کر کیفیت برہا این پیدا کر سکتا ہے۔ اور انفی دمعی قنات (naso-lacrymal duct) میں سکوئی تاجیہ (lacrymal sac) اور طحمرہ (conjunctiva) تک پہنچ سکتا ہے اور جہمی اور فکلی جوفوں تک پھیل سکتا ہے اور جہمی درد اور رنسا رکا در پیدا کر سکتا ہے۔ ان تعلقات کا مظاہرہ زکام کا ایک شدید حملہ ہونے سے اکثر ہوتا ہے۔ انفی حفرہ جات کے جہمی کہنے کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے ایسا بھی ہوا ہے کہ ناک کے قہجی التهاب سے التهاب سحائہ

118

(meningitis) پیدا ہو گیا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ وہ خرد مضویئے جن سے اسمیہ دماغ کا التهاب پیدا ہوتا ہے ناک کے مغالی استر سے جھجھی کہفہ کو ان چھوٹے چھوٹے ذوی اور لغنی عروق کے راستے سے جاتے ہیں جو غربالین صحفہ جات میں سے تھی اعصاب کے ساتھ گزرتے ہیں۔

مختلف اقسام کے اجسام مغز میں اکثر ناک میں ایک جاتے ہیں اور بعض اوقات کچھ سالوں تک پڑے رہتے ہیں۔ کچھ 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 مثل ہوتا ہے۔ مگر ایک نمیدہ سلائی آہستہ سے اس سے پیچھے گزار دینے سے اسے نکالا جاسکتا ہے۔

انفی کہفوں کو ناک کے نطول (douche) سے دھوتے وقت سیال ایک سینن کے ذریعہ سے داخل کیا جاتا ہے۔ سینن کی ٹونٹی نتھنے میں داخل کر دیتی ہے اور منہ کھلا رکھا جاتا ہے اور سیال اس نتھنے میں سے داخل ہو کر حنک الرخو (soft palate) پر سے گزر کر دوسرے نتھنے میں سے باہر نکل آتا ہے، لہذا موصراً الذکر کہفہ پیچھے سے آگے کی طرف کو دھل جاتا ہے۔ پانی کے ممر 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 کوچھ جاتا ہے اور موخر منخرین بلعوم سے علمدہ ہو جاتے ہیں۔

ہر ایک انفی حفرہ کی چھت بہت تنگ ہوتی ہے اور اسکا عرض صرف $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے (شکل ۲۷)۔ یہ باریک غربالین صحفہ سے بنی ہوتی ہے مگر یہ اسقدر تنگ ہوتی ہے کہ اتنی بڑی چیز سے جتنی کہ سعدانی چھٹی ہوتی ہے اسکے منتقب ہونے کے خطرہ میں بہت سامبالتہ کیا گیا ہے۔ باوجود اسکے جھجھی کہفہ ناک کی چھت میں سے گھس جانے والے اجسام سے جو اتفاقیہ داخل ہو گئے تھے یا خود کشی کی غرض سے داخل کئے گئے تھے کھل چکا ہے۔ انفی حفرہ کے التهاب کے بعد التهاب سمایہ (meningitis) واقع ہو چکا ہے! اس حالت میں التهاب غربالین صحفہ سے گزرتا ہے۔ گرد صبی اور گرد عرقی غلافوں کے ذریعہ سے ناک کے لغنی نظام کا تسلسل اسمیہ کے لغنی 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 منخامی سیال کی بہت کثیر مقدار نتھنوں سے بچتی ہے۔ ناک کی چھت میں سے قبیلہ سحائیہ (meningocele) بروز کر سکتا ہے۔ لشن برگ (Lichtenberg) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ تودہ حنک کے ایک غلطی انشقاق میں سے گزر کر مٹھ 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 نثار و 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 لیا ہی رہتا ہے۔ بالغوں میں تمام اشخاص میں سے ۷۶ فی صدی میں فاسل منحرف ہوتا ہے۔ اسکا 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 لحم دیکھنے میں آتا ہے۔ ایک نم 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 زیر عملی تزیی انتہیصال (submucous resection) سے کیا جاسکتا ہے۔ اکتابی آننگ کی چھٹی ناک عام طور پر فاسل کی تباہی اور ہم پہلو ہڈیوں کے کم و بیش متاثر ہونے سے دیکھنے میں آتی ہے۔

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

ہوتی ہیں۔ بالائی اور وسطیٰ مصفاتی (ethmoid) سے پیدا ہوتی ہیں اور تحتانی ایک علیحدہ ہڈی ہونے کی وجہ سے فک (maxilla) کی اندرونی جانب سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس سے فلکی جوف (maxillary sinus) کی اندرونی دیوار کا کچھ حصہ بھی بنتا ہے۔ انکے نیچے ناک کے تینوں منافذ واقع ہوتے ہیں۔ تحتانی انفی مشخہ (inferior nasal concha) بعض اوقات یوسٹیکین کی تصحیر (Eustachian catheter) کے داخل ہونے میں مغل ہوتا ہے، جبکہ اس آگے کا خم ضرورت سے زیادہ ہو۔ اس ہڈی کا مقدم مرانتھے کے سوراخ سے تقریباً ۳/۴ انچ نیچے ہوتا ہے۔ انفی دمعی قنات (nasolacrimal duct) تحتانی منفذ میں تمھے کے سوراخ سے تقریباً ۳/۴ انچ نیچے اور ناک کے فرش سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر کھلتی ہے۔ یہ قنہ بالعموم جمہری نا اور تنگ ہوتا ہے۔ انفی قنات انفی غشائے معالی کو ایس طرح ترچے رخ میں اور مصراعی طریقہ سے منقبت کرتی ہے جس طرح کہ غالب مشائے میں داخل ہوتا ہے۔ ایسلے ناک دمعی تاج (lacrymal sac) کو متفرغ 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۔

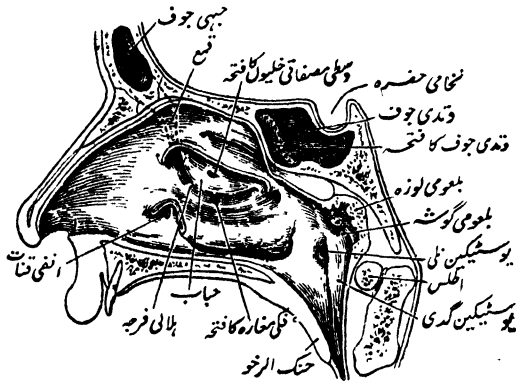
وسطی منفذ (middle meatus) اگلی طرف پر بیرونی دیوار کے ایک حصہ پر ہے اطاق (atrium) کہا جاتا ہے بہت کھل جاتا ہے! اور تا وقتیکہ ہر ایک اوزار کی نوک کو مفزہ کے فرش کی طرف ایسی طرح رکھنے کی احتیاط نہ کی جائے اسکو تحتانی منفذ کی نسبت وسطی منفذ میں زیادہ آسانی سے گزارا جاسکتا ہے۔ وسطی منفذ کی دیوار پر ایک گہری کھلی نالی ہوتی ہے (نیم قمری 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 $\frac{1}{2}$ انچ طول ہوتا ہے اور مقدم مصفاتی خلیات کھلتے ہیں اور نیز اسکے موخر حصے کے قریب اس میں فلی جوف بھی کھلتا ہے۔ جبہ جوف کا مستدیر وزن عام طور پر فرجہ (hiatus) کے مقدم حصے پر واقع ہوتا ہے۔ مگر با اوقات یہ ایک گوشہ میں بھی پایا جاتا ہے جو فرجہ سے اوپر یا اسکے سامنے ہوتا ہے۔ مقدم مصفاتی خلیات جو تعداد میں بالعموم دو ہوتے ہیں، بعض اوقات فرجہ میں کھلتے ہیں بعض اوقات قمع (infundibulum) میں اور بعض اوقات بلا واسطہ وسطی منفذ کے مقدم حصہ میں۔ فلی جوف (maxillary sinus) کا فونیم قمری فرجہ (hiatus semilunaris) کے موخر حصہ میں واقع ہونے کے بجائے بعض اوقات اسکے نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۲۸)۔ فرجہ کی اوپر کی حد مصفاتی حباب (bulla ethmoidalis) سے بنتی ہے۔ ایسا نیچے کا باربک اور نمایاں حاشیہ مصفاتی (ethmoid) کے کلاب نما زائڈہ (uncinate process) پر مشتمل ہوتا ہے وسطی مصفاتی تلیہ نیم قمری فرجہ سے اوپر حباب (bulla) پر کھلتا ہوا رکھائی دیتا ہے۔ فرجہ کا لیول ناک کے اندر اندرونی جفنی رباط (internal palmar ligament) کے محل سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ فرجہ کے میلان کی وجہ سے پیپ کا رجحان سرائت زدہ جبہ جوف یا کسی دوسرے ہوائی جوف میں سے فلی جوف میں بہنے اور اس کہفہ کو سرائت زدہ بنا دینے کی طرف ہوتا ہے۔

ناک کا فرش تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ یا اس سے ذرا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس میں ایک ہموار

اور خفیف سا ذلطان ہوتا ہے جو آگے سے پیچھے کو اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۲۷)۔ اس کے

مقدم حصہ پر شیشی 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 کہفجات کا استر ہوتی ہے اسکی پوشش نیچے کے دو تہائی حصہ یعنی تنفسی حصہ پر ہر دو 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۔ غظام مفتولہ



شکل ۲۸۔ انفی کہف کی بیرونی یا جب نبی دیوار۔

وسطی مفتولہ زائدہ کا زیادہ تر حصہ فرجہ حجاب اور قع کے فتوح یا انفی جہی قعات 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 قرتن غظام مفتولہ 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 مخاطی سے خد ہوتے ہیں جو بیرونی دیوار کے زیرین اور پچھلے حصوں اور فاصل کے موخر اور زیرین حصوں پر نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ ان خدوں 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 دکام کی بعض حالتوں میں جو تضرر کے بعد پیدا ہوتی تھیں اس کثرت سے پیدا ہو چکا ہے کہ اسکو غلطی سے

دماغی شوکی 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 منقول تحتانی کے پیرین کنارے اور موخر سرے پر طبعی غشائے مخاطی اس قدر موٹی اور ڈھیلی ہوتی ہے کہ یہ ایک نرم گدی کی شکل اختیار کر لیتی ہے جو بعض اوقات ”جسم منقول“ (turbinate body) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ کیفیت زیادہ تر ایک کثیر العروق زخمیاتی وریدی ضغیرہ کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہے جسکے عروق کا رخ بیشتر حصہ میں مقدم موخر ہوتا ہے۔ جب امیں خون سے متاؤ پیدا ہو جاتا ہے تو یہ پھول کر ہڈی اور فاصل کے درمیانی فاصلہ کو مسدود کر دیتا ہے! اور جب امیں مزمن التهاب واقع ہو جاتا ہے تو ناک کے بالائی حصوں کی غشائے مخاطی تہیج ہو کر مصفاقی خط اور وسطی مقتول ہڈی سے سعدانوں کی شکل میں ٹٹک بڑھتی ہے جو ہوا مانس 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 اوپر کی دونوں کو شکوں کی غشائے مخاطی امراضیاتی عضو یہ جات سے تقریباً مبرا ہوتی ہے۔ مگر تحتانی منفذ کو ہمیشہ سرائت زدہ تصور کرنا چاہئے۔ گویا آنا سرائت زدہ نہیں ہوتا جتنا کہ منخہ۔ چونکہ چھینکنے، کھانسنے اور بولنے سے منخہ اور ناک سے خرد عضو یہ جات خارج ہوتے ہیں؛ اسلئے سر جنوں میں گاز کا نقاب باندھنے کا رواج ہے۔ یہ نقاب کم از کم آٹھ تہ مولنا 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 شیخہ (middle concha) کے اوپر یا نیچے کی غشائے مخاطی سے یا مصفاقی خط سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرا یعنی میٹلی (sarcomatous) سعدانہ جسکی ابتداء عام طور پر ناک کی چھت کے یا کھوپری کے قاعدہ کے گرد عظم سے ہوتی ہے۔
 123
 موخر الذکر قسم کے سعدانے (polypi) ہر مکن الحصول 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 مخفض کر دیتے ہیں اور منخہ تک چلے آتے ہیں۔ مغارہ پر حملہ کر کے رخسار کو پھیلا دیتے ہیں! اور نیچے کی طرف بڑھتے بڑھتے بلعوم میں چلے جاتے ہیں منقحہ (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 کشف اور ازالہ فلک فوقانی کی موخر اور اندرونی سپیڈ گیوں کو معلقہ کرنے اور اسکو آگے کی طرف موڑنے اور اسطرح انفی کہفہ کی بیرونی دیوار کو دور کر کے اس کھنکھ مہر کرنے سے کیا جاسکتا ہے۔ مذکورہ ہڈی کو سلحہ دور کرنے کے بعد پھر اسی جگہ قائم کیا جاسکتا ہے۔

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

یعنی (ophthalmic) اور وجہی (facial) شریبانوں سے حاصل ہوتی ہے۔ ناک سے جو صغاتی (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 امور (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 جمعی عوارض کے وقوع کی بھی کس قدر توجیہ ہو جاتی ہے جن پر انفی کہفہ جات کے بعض التہابی عوارض منتج ہوتے ہیں۔ ناک سے جریان خون یا رعا ف (epistaxis) عام طور پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اکثر ایک شدید عارضہ ثابت ہوتا ہے۔ اسکی کثرت وقوع کی وجہ زیادہ تو یہ ہے کہ غشائے مخاطی کثیر العروق اور ڈھیلی ہوتی ہے اور نیز وریدیں خف مسکروہ جو سب سے نیچے کی (فکی: maxillary) مفتول ہڈی پر پائی جاتی ہیں وسیع ضغیرہ جات کی شکل اختیار کر لیتی ہیں اور ان سے ایک قسم کی ایک کہفگی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا رعا ف (epistaxis) اکثر وریدی دوران میں غلل آنے سے پیدا ہوتا ہے جیسا کہ ان عسقی سلعات کے موجود ہونے کی حالت میں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ ڈالتے ہیں اور سعال دہکی کے ذریعوں میں اور علی ہذا دوسرے عوارض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رعا ف میں بازو اوپر اٹھانے سے جو مفید اثر ظاہر ہوتا ہے اسکے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صدر اسطرح اور زیادہ بھیل جاتا ہے اور عسقی وریدوں پر تنفسی اثر کو عمل کرنے کا موقع ملتا ہے۔ جریان خون بعض اوقات مسفرط ہوتا ہے اور بہت دیر تک موجود رہتا ہے۔ کئی ایک مثالوں میں نرف ہنک 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 شوکہ سے اُناج اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔

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

پہلی اور دوسری قسموں سے آتی ہے۔ غراش اور اشیاء کے نمٹنوں میں داخل کرنے سے جو تدمع اکثر پیدا ہوتا ہے اسکی توضیح اس امر سے کیجا سکتی ہے کہ اس کہفہ کے کچھ حصہ کو انفی عصب جو صینی نئے (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 چھٹکیں آنے لگتی ہیں۔ جن تکلیفوں مثلاً کمانسی اور شعبتی دمہ میں مرکز تائبہ (vagal centers) پر اثر ہو جاتا ہے وہ انفی کہفہ جات کے عوارض کے بعد بھی پیدا ہوتی ہیں اور ان تکلیفوں سے تھمائی شوجہ کے اوپر کی غٹنئے مغالطی کی کئی (cauterization) اور تعدیم حس (anæsthesisation) سے نجات حاصل کیجا سکتی ہے۔ شمی اعصاب (olfactory nerves) اس کہفہ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے ارادۂ سوچنے میں آدمی ناک کے راستہ سے ہوا زور سے اندر کو کھینچتا ہے اور نمٹنوں کو قمع کر لیتا ہے۔ جبہی شکل میں نمٹنوں کو یصیلانے کی عدم استطاعت سے شامہ کے جروجی نقدان کی جو بعض اوقات ایسے مریشوں میں دیکھنے میں آتا ہے توجیہ ہو سکتی ہے۔ سر کی چوٹ سے پیدا شدہ عدم الشاتہ (anosmia) یا نقصان شامہ بعض اوقات شمی عصبی ریشوں کے اس مقام پر پھٹ جانے سے لہو ر پذیر ہوتا ہے جہاں یہ غربالین سوراخوں (cribriform foramina) میں سے گزرتے ہیں۔ شمی جڑیں منظم وندی کے اجنہ صغیر کی کور پر سے گزرتی ہیں اور اسلئے پیشانی کے بل گرنے میں آنکھوں پر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ شمی مرکز، ہپوکمپی تیزید (hippocampal gyrus) میں واقع ہوتا ہے۔

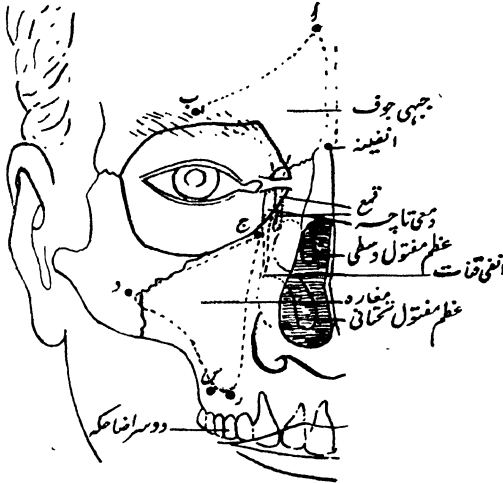
125

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

کے پیچھے عضلہ مستقیمہ (اسیے گیبیر تدمع) (rectus capitis anterior major) کے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ اسلئے جیسا کہ فرینکل (Frænkel) نے بیان کیا ہے۔ ”پس بلعومی خراج ناک کے مرض سے نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔“ دوسرے عروق لمف زیر قلی، ٹکنفی، اور بالائی حسیق عنقی لمفی نند میں جاتے ہیں۔ مزید برآں ناک کے عروق لمف اسحمیہ کے عروق لمف سے بھی غربالین معفسہ (cribriform plate) کے راستہ سے ربط رکھتے ہیں۔

انفی اجواف (nasal sinuses) زمانہ حال میں ناک سے معین اجواف کی

تشریح اور انکے تعلقات کا علم مہرجن کے لئے نہایت ہی عظیم الٰہمیت ہو گیا ہے۔ لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں جن موضوعات کا امتحان کمروہ 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 ۲۰ فیصدی میں وتدی جوف



شکل ۲۹۔ جہبی اور فکی اجواف کی سطحی نر سیم۔

۱۔ انفینڈہ سے ۱۔ اوپر۔ ج فوق بھری حاشیہ پروٹلی اور بیرونی ایک تہائی حصوں کے مقام

اتصال پر۔ ج زیر بھری حاشیہ پروٹلی تاجہ کی بیرونی طرف پر۔ ۵۔ حاضی فراز کے مرکزہ بھری کے

بیرونی حاشیہ کی سید میں۔ ۴۔ دوسرے مقدم لامنتہ پر۔ ۳۔ آخری لامنتہ پر۔ ۱۔ اور ج

اور انفینڈہ جہبی جوف کے سطحی محل کو ظاہر کرتے ہیں۔ اور ج ۵، ۴، ۳، ۲، ۱۔ جوف کے سطحی محل کو

مرض کا محل ہوتا ہے۔ جہبی جوف۔ فکی، جہبی، وتدی اور مصفاقی۔ کی بھوجی گنجائش انفی کہنڈ کی دو چند گنجائش سے زیادہ ہوتی ہے۔ (برون : Braune)۔ انکے نوآئد 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 شہیق کی ہوا کو گرم کرنے اور مرطوب بنانے میں مدد دیتے ہیں۔

جہبی 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 فوٹو ظاہر ہوتا ہے جو بالعموم میں

پایا جاتا ہے۔ جہی انفی قنات کا فتح یا قمع شکل ۲۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عظیم الجحم جہی اجواف کے ساتھ یہ ضروری نہیں کہ مقطب (glabella) اور فوق ہدنی فرازات (superciliary eminences) کے اوپر بڑے بڑے خارجی ارتفاعات بھی موجود ہوں۔ بعض اوقات ایک جوف دوسرے جوف کے صرف پر زیادہ نمونیا لیتا 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 مجر کی چھت سے ہیں۔ مزید برآں یہ فکلی مغارہ کی شکل کو بھی ظاہر کرتی ہے۔

کی شکل جیسا کہ پیش سپین تراش (شکل ۳۰) میں دکھائی دیتی ہے حری ایل (L) کی سی ہوتی ہے۔ اسکا افنی جارہ مجر کی چھت کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ امران عملیہ جات کے سلسلہ میں جو اسکی مزمن عفونت کی حالت میں اسکو مسدود کر دیکر 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 ۶ فیصدی میں دونوں طرف بھی فائیب ہوتے ہیں (لاگن ٹرنر: Logan Turner) یہ ظاہر ہے کہ جہی جوف پر تخفیف کسر جہی کہفم کو نقصان پہنچائے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جوف کے گاڑھے شمولات کو غلطی سے یہ تصور کر لیا گیا ہے کہ بھیجا نکل گیا ہے۔ چونکہ اجواف کو ناک کے ساتھ ربط و راہ حاصل ہے اسلئے

126

127

دیوارِ جوف کے کمرے بعض اوقات بہت سافناضہ (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے ان کہفہ جات میں حشرات، سرسے (larvæ) اور دیدان (maggots) بھی پائے گئے ہیں۔ سن طفولیت کی ابتدا میں جبھی جوف صرف ایک غنچہ سی یا ایک ناقص المنوم ساخت ہوتی ہے۔ تقریباً چھٹے سال میں غشائے مخاطی کا یہ غنچہ فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے کے قرب و حوا سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔ اور اسکا بڑھتا ہوا سرا عظم جبھی کے ڈپلوئی (diploë) میں گس جاتا ہے، اور اندرونی عظمی لوح کو بیرونی لوح سے علحدہ 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) بن جاتی ہے یہ جوف کے موخر حصہ سے آتی ہے۔

128

یہ قنات پٹا انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور نیچے کی اور ذرا سی پیچھے کی طرف کو آ کر نیم قری فرجہ (hiatus semilunaris) کے مقدم سرے پر یا اس کے 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 سیدار ہوتی ہے اور وسطی متوال (middle turbinate process) کی چوچک کو دور کر دینے کے بعد بھی اس میں نیچے سے کینتھیلرگز ارا نا آسان نہیں ہوتا۔ لہذا انسداد کی حالت میں جبھی جوف پر مقطب (glabella) کے مقام پر یا مجر کے فوقانی اندرونی زاویہ پر ترقان کیا جاتا ہے (ٹیلی: Tilley)۔ اور ایک سلائی نیچے کی اور کینتھیلر نیچے کی طرف کو گزار دی جاتی ہے تاکہ جوف کی سیلیت ناک میں ہو۔

مقدم مصفاقی 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 فوق مجبھی 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 مغزب الہتاب عظم (osteitis) اور الہتاب عیار (meningitis) پیدا ہو جاتا ہے۔

وتدی جوف (sphenoidal sinus) فوقانی ششخو کے پیچھے وتدی مصفاقی

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

129

واقع ہوا ہے اور جب ہمیں مرض پیدا ہو جائے تو اس تک بہت آسانی سے رسائی نہیں ہو سکتی۔ اس میں مزین قبیح جونک کی سرایتوں سے پیدا ہو جاتا ہے اکثر پایا جاتا ہے۔ اسکی مقدم دیوار کا قاعہ جو مقابلاً پتلی ہوتی ہے مقدم تمضوں کے زیرین حاشیہ سے ۷ اور ۸ سنٹی میٹر کے درمیان ہوتا ہے۔ ٹلی (Tilley) اس امر کا مشورہ دیتا ہے کہ وسطی عظم مفتول کے زیرین کنارے کو جوف تدی کے فتح کار رہنا تصور کرنا چاہئے۔ انفی فاسل (nasal septum) بھی اس کے لئے ایک معتبر رہنا ہے۔ کیونکہ اسکا میکھی حصہ (vomarine part) ان اجواف کی مقدم دیوار پر منقب ہوتا ہے۔ اگر مقدم تمضوں کے فرش سے اس نقطہ کی طرف ایک سلائی سیدھی گزار دی جائے تو یہ مذکورہ گہرائی (۲ تا ۸ سنٹی میٹر) پر اس جوف کے فتح پر پہنچ جائے گی۔

اس جوف کی باریک جانبی دیوار سے قریبی طور پر ملی ہوئی چند نہایت ہی اہم ساختیں ہوتی ہیں۔ کہنکی جوف اور اندرونی سباتی ثربیان کے علاوہ بصری عصب اور پانچویں عصب کی دوسری قسمت اس سے بالکل ملی ہوتی ہے۔ اور انکے التهاب جوف (sinusitis) میں متاثر ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے (شکل ۳۳ صفحہ ۱۴۰) چھت پر جسم خمائی ہوتا ہے۔ اس جسم کے سلعات بعض اوقات اس جوف پر حمل آور ہوتے ہیں۔ اسکی وریدیں مصغاتی وریدوں میں ملتی ہیں۔ ان اجواف کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں۔ اور آسانی سے نشتب ہو جاتی ہیں جیسا کہ ایک قاعد سے ظاہر ہوتا ہے جو لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں ہوا۔ ایک آدمی ٹھوکر کھا کر گرا۔ اور اسکی چھتری کا سراسوا حاک کے اوپر چہرے میں گس گیا۔ وہ ہسپتال میں چل کر آیا اور تین دن بعد فوت ہو گیا۔ چھتری کی شام جسر (pons) میں مدفون پائی گئی۔ اور اسکا سرا 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 ان میں اس جوف کی بالیدگی ناقص رہ جاتی ہے۔ اسکی سطحی تزیین جو اسکے محل کو چہرے پر ظاہر کرتی ہے شکل ۲۹ میں دیکھی ہیں۔ اس کہنکی 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 متعدد ہو جاتی ہیں۔ چنانچہ بالید پتلی اندرونی دیوار میں سے ٹھکر ناک پر حملہ کر دی ہے۔ اور اس

کہفہ کی چھت کو اوپر کی طرف دھکیل کر مجھ 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 سیکندر پتلی ہوتی ہے نکل کر گال میں آجاتی ہے۔ اس جوف کی دیوار کا کثیف ترین حصہ وہ ہے جو عظم العارض سے علافہ رکھتا ہے اور یہ دبنا نہیں۔ بالیدوں کا میلان پیچھے کی طرف بڑھنے کی طرف نہیں ہوتا۔ اگرچہ یہ بعض اوقات ومبئی (zygomatic) اور جنیمی فکلی (pterygo-maxillary) حفرہ جلت بھی حملہ آور ہوتی ہیں۔ چونکہ زیر مجھری (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 ساختوں پر پڑتا ہے اور اسطرح چہرہ اور دانت کا وضع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔

130

تشریحی نقطہ نگاہ سے مغارہ کی مسیلت یا اسکا استقصاء یا تو دوسرے ضاحک کے اوپر جہاں ہڈی تپلی ہوتی ہے ایک محافلگی گرد عظمی دامن معکوس کر لینے کے بعد سوراخ کر دینے سے یا ایک ڈاڑھ محال کر اسکے سوراخ کو جو مغارہ میں رہ جاتا ہے بڑا کر دینے سے کیا جاسکتا ہے، اس لئے کہ ڈاڑھوں کے اور ضاحک دوسری ڈاڑھ کے اندرونی سنہات یا تو جوف کے کہفہ میں پیچھے ہوتے ہیں یا یا اسکے بہت قریب ہوتے ہیں۔ مگر مزاولت جراحی میں انہیں سے کوئی بھی طریقہ اختیار نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اسطرح مغارہ اور نہفہ کے درمیان جو برائیم سے معمور ہوتا ہے ربط پیدا ہو جانے سے قبل الذکر میں منلوط سرائت ضرور پیدا ہو جاتی ہے اور اسطرح مغارہ کا مرض برقرار رہتا ہے۔ چونکہ منہ کی نسبت ناک میں بہت کم امراض پاتی خورد عضویہ جات موجود ہوتے ہیں اسلئے مسیلت کے راستہ کے اسی کا انتخاب کرنا چاہئے۔ مزید برآں اس طریقہ سے قہمی مادہ نگلا نہیں جاتا اور سانس کے ساتھ اندر نہیں جاتا مگر منہ میں مسیلت کرنے کی حالت میں اس سے احتراز نہیں کیا جاسکتا۔ جسکا یہ ایک جزو ولا ینفک ہے۔ اگر ناک میں سے مغارہ میں کو چالنگا نا ہو تو انفی منظار داخل کرنے کے بعد ایک مبرل (trocar) ستحافی عظم مغتول کے نیچے سے اسکے طول کے وسط پر زیر نظر گزارنا چاہئے اور اسکے چسپیدہ قاعدہ کے نیچے جتنا اونچا ممکن ہو لیجانا چاہئے۔ یہاں پر ہڈی بہت تپلی ہوتی ہے اسلئے مبرل نیزبی کے ساتھ جھونک دینے سے مغارہ کے کہفہ کے اندر چلا جائیگا۔

یہ جوف اپنے مقدمہ اور بالائی حصہ پر اکثر جہمی جوف سے بھی ربط رکھتا ہے۔ شکل ۳ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مغارہ جات حنک (palate) کے لیول سے بھی نیچے اتر جلتے ہیں۔ اور ان کی

131

مسیلیت ایسے فتحہ 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 بمیزل (trocar) سے کیا جائے اسکو بڑا کر کے نیچے کی طرف کو بڑھا دیا جائے۔

قلی جوف کا فتحہ شکل ۲۸ و ۲۷ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ اس کہنف کی چھت کے لیول پر ہوتا ہے۔ لہذا اگر اس کہنف 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 وندمی جوف نہایت آسانی سے خالی ہو جاتا ہے۔ اور جبھی جوف اس وقت خالی ہوتا ہے جبکہ سر پیچھے کی طرف ڈال دیا جائے! اگر تنحتانی منفذ بڑا ہو یا نابی حفرہ (canine fossa) زیادہ واضح ہو تو اس مغارہ کا کہنف چھوٹا ہوتا ہے۔

ان اجواف کے عروق لمف کی مسیلیت پس بلعومی غدو 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 دفعہ میں ایک بالائی ثنیہ اس حادثہ کے ساڑھے تین سال بعد جس سے یہ اندر گھس گیا تھا مغارہ میں آزاد پایا گیا۔

بافتہ

چہرہ

(FACE)

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

- ۱۔ چہرہ عمومی حیثیت سے۔
- ۲۔ خطہ کلفیہ (parotid region)۔
- ۳۔ اوپر اور نیچے کے جبڑے اور انکے متعلقہ حصے۔
- بوں کا ذکر کہنہ ذہن کے ساتھ آئیگا (باب ہشتم)۔

چہرہ عمومی حیثیت سے

چہرہ کی جلد پتلی اور نازک ہوتی ہے۔ مگر اس میں ڈہنی اور عرقی غدو بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے اسپر اکثرکیل (acne) نکل آتے ہیں۔ جلد کے پتلے ہونے اور کثیف رد اول کے نہ پائے جانے کی وجہ سے وجہی خراجات کا منہ بالعموم 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 ریز شدوں سے باسانی ماؤف ہو جاتی ہے۔ لہذا التهاب کی حالت میں بعض اوقات بہت سا اور نمودار ہو جاتا ہے اور عمومی استنقا میں چہرہ کی اور خاص کر نیچے کے پوٹوں کی ڈھیلی بافت کی پھولن ایک نمایاں اور ابتدائی منظر ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں ٹھڈی کے اوپر کی جلد خاص طور پر بہت 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 قسمی عملیہ جات کامیابی سے کیئے جاسکیں! در انہی کثرت عروقی کی وجہ سے مربع اور مکمل اندمال بالعموم نفعی ہوتا ہے۔ شخصی سلعات چہرہ پر شاذ و نادر ہی ظہور 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 شخصی سلعات تھے مگر چہرہ پر ایک بھی نہیں تھا۔ لیکن پیشانی پر شخصی سلعات قلیل الوقوع نہیں۔

چہرہ پر بعض قروح مثلاً قارص (rodent) اور ذہبی قروح (lupus ulcers) کے پیدا ہونے کا خاص امکان ہوتا ہے۔ اور اس پر قایحہ خمیث (malignant pustule) زجرہ (anthrax) کا حملہ نہایت کثرت سے ہوتا ہے۔

چہرہ پر بعض ارتقاعات موجود ہیں مثلاً ٹھڈی۔ عظم خدی اور پیشانی۔ ان پر کسی کنڈاکہ سے چوٹ لگنے یا آنکھ بل 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 ٹھکم ہوتی ہے اور اسکے تعلقات ججہ سے اس قدر بلا واسطہ ہوتے ہیں کہ اسپر زور سے چوٹ لگنے سے ارتجاج (concussion) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی نازک ہڈیوں پر ٹکن ہوتی ہے اسلئے اس میں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ فی الحقیقت ٹک (maxilla) میں ٹکس 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 مجر کا کدم (echymosis) پیدا ہو جاتا ہے جو اسی کدم سے مشابہ ہوتا ہے جو کوپری کے

قاعدہ کے کسر میں پایا جاتا ہے۔

رشد خون۔

جہی بافتیں بہت کثیر العروق ہوتی ہیں۔ اور شراباںخوں میں شاذ کی عوق حرکی اعصاب کی رشد جو فوقانی منقہ 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 سردی دوران خون کے مریضوں میں جنہیں انداد خواہ قلبی عرقی تغیرات سے پیدا ہوا ہو یا بعض جلدی امراض سے جلدی جذبہ کے اکثر مستقل طور پر مطمئن رہتے ہیں۔ وحامت (naevi) اور مختلف اقسام کے ناعظ سلعات چہرہ پر عام طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔ رشد خون کے بافراط موجود ہونے کی وجہ سے چہرہ کے زخموں سے اگرچہ ایسے لگنے کے وقت جریان خون بکثرت واقع ہوتا ہے مگر یہ بے نظیر سرعت سے ٹپک ٹپک طور پر مندمل بھی ہو جاتے ہیں۔ لہذا ایسے زخموں کے کناروں میں دل اول ہی صحیح صحیح ملاحظت پیدا کر دینے سے ندبہ کی زیادہ پیدائش کے بغیر ہی بالعموم مکمل اندمال واقع ہو جاتا ہے۔ جلد کے وسیع داموں 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 داموں کی۔ چہرہ کے وسیع ضررات جنہیں بہت سی ساخت ضائع ہو گئی ہوں اکثر حیرت انگیز طریقہ پر مندمل ہو جاتے ہیں؛ مینا کہ ان ترقیبی وجہی علیہ جات سے ظاہر ہوتا ہے جو جنگ عظیم کے زخموں پر کئے گئے تھے۔ وجہی شرابان کے نبضانات جڑے کے زیرین کنارے پر جہاں عضلہ مضغیہ (masseter muscle) کے مقدم کنارے کے عین سامنے سے گزرتی ہے بہترین طور پر موس کئے جاسکتے ہیں۔ یہاں یہ صرف جلد اور عضلہ منتزہ (platysma) سے ہی پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور ہڈی پر با آسانی مضبوط کیجا جاسکتی ہے اور اسپرینڈش بھی لگائی جاسکتی ہے۔ اس شرابان کے تقلمات چہرہ پر اس کثرت سے ہوتے ہیں کہ اسکو کاٹنے کے بعد دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

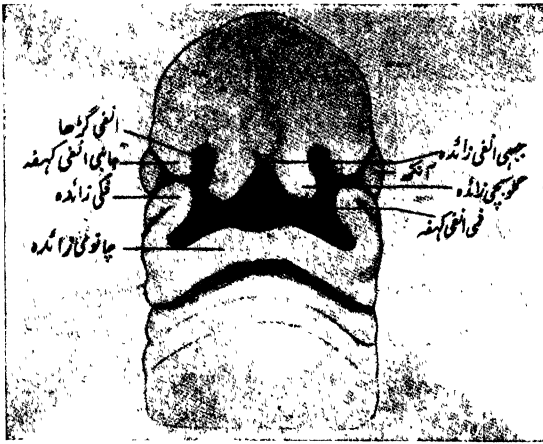
184

وجہی ورید شرابان کے ساتھ صرف جڑے کے زیرین کنارے پر ہی ملی ہوتی ہے۔ اور چہرہ پر یہ اس سے معتدبہ فاصلہ پر ہوتی ہے۔ یہ ورید اتنی ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی جتنی کہ اکثر سطحی وریدیں ہوتی ہیں۔ کاٹنے کے بعد یہ زیادہ منفتح رہتی ہے۔ اس میں 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، مگر یہ اتنا براہ راست نہیں ہوتا۔ اور یہ ربط یوں ہوتا ہے:- وجہی ورید عمیق وجہی ورید (deep facial vein) کو وصول کرتی ہے جو جناحی صفیرہ سے آتی ہے! اور یہ صفیرہ اگلی 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 جراحی (carbuncle) یا کسی دوسری منتشر اور عمیق التہابی حالت سے (جو خاکسکر بالائی لب کی ہواور جناح الاائف کے قرب وجوار میں ہو) دماغی اجواف میں بعض اوقات ہلک علقیت پیدا ہو جاتی ہے۔

چہرہ کے کمو کا حوالہ دینے سے پانچویں حصہ کی تقسیم اور بعض غیر طبعی حالتوں مثلاً خرگوشی لب (hare-lip)، کبیر الفم (macrostoma) وغیرہ کی توضیح میں مدد ملے گی۔ یہ پانچ زائیدوں سے نمویا تا 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 زائیدہ پر دو چھوٹے چھوٹے جانبی ارتفاعات پیدا ہو جاتے ہیں جو گلوبچہ نما زائیدے کہلاتے ہیں انکے درمیان ایک مثلث رقبہ یعنی انفی میدان (nasal field) ہوتا ہے۔ اس سے آئندہ جگر ناک کا بانسا طیار ہوتا ہے۔ ہر ایک گلوبچہ نما زائیدہ (processus globularis) کی جانب پر ایک نشیب یعنی انفی گڑھا (nasal pit) ہوتا ہے۔ سطح جبھی انفی زائیدہ (fronto-nasal process) تین حصوں پر تقسیم ہو جاتا ہے یعنی دو جانبی انفی زائیدے اور ایک وسطانی زائیدہ جبہ دو گلوبچہ نما یا وسطانی انفی ارتفاعات موجود ہوتے ہیں۔ یہ بڑھتے بڑھتے سلاخوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور فکی زائیدہ 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 طیار ہوتی ہے اور اسکا زیریں حصہ بڑھتے بڑھتے انفی فاصل کا ستونچہ (columella) بن جاتا ہے۔ لب کا نثرہ (philtrum) اور پیش فک (premaxilla) گلوبچہ نما زائیدوں کے ایک دوسرے کے ساتھ وسطی خط پر متحد ہونے سے بنتے ہیں۔ اسکے بعد چہرہ پہلے چانوی زائیدوں کے ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہونے اور پھر ہر ایک طرف فکی زائیدہ کے چانہ اور جبھی انفی زائیدہ کے کچھ حصوں کے ملنے سے مکمل ہو جاتا ہے۔ فک اور جانبی انفی زائیدہ کے مقام اتصال سے جناح الاائف (ala nasi) طیار

ہوتے ہیں۔ نثرہ (philtrum) جو گلوبچہ نمایا وسطانی انفی زائندوں کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے اور فک کے عدم اتحاد سے جانبی خرگوشی لب (lateral hare-lip) پیدا ہوجاتا ہے اور ناک اور فک کے نکلنے سے وجہی درز (facial cleft) پیدا ہوجاتی ہے۔ اور فک اور چانہ کے غیر مکمل اتحاد سے کبرالغفم (macrostoma) پیدا ہوتا ہے۔ اگر جبہ انفی زائندہ (fronto-nasal process) کا نمو واقع نہ ہو تو سائیکلوپس (cyclops) کی حالت پیدا ہوجاتی ہے اسکے ساتھ پانچویں عصب کی ایک شاخ یعنی انفی عصب آتا ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت کلی زائندہ کا عصب ہے اور



شکل ۳۱-۸ ملی میٹر مضفہ کا چہرہ۔
(ہس اور مک میورسج McMurich کے مضفہ)۔

تیسری قسمت چانوی زائندہ کا۔

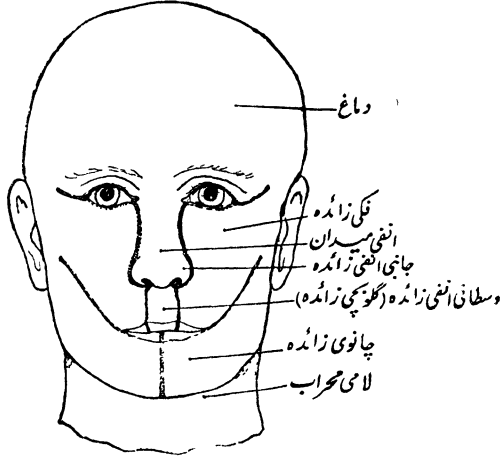
عصبی رسد۔ چہرہ پر اعصاب بکثرت پائے جاتے ہیں پانچواں عصب حسی

اور جبہ عصب حرکی ہے (شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ چہرہ پر کثیر التعداد عصبی ریشکوں کے موجود ہونے اور پانچویں عصب کے وسیع حسی نوات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ چہرہ پر شدید غراش اور حوال کے اثر کر نیسے ایک وسیع عصبی فعل کے ظہور پذیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے (شکل ۳۴ صفحہ ۱۴۳)۔ ڈاکٹر جارج جانسن (Dr. George Johnson) ایک واقعہ کا ذکر کرتا ہے جس میں رخسار کے ایک نڈبہ میں چمچاق کے ایک ٹکڑہ کے مدفون ہونے سے وجہی وجع العصب (facial neuralgia) اور وجہی شلل (facial paralysis) کے

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

۱۔ حسی رسد

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



شکل ۳۲ چہرہ کے ان حصوں کو ظاہر 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 کھوپری کے موخر حصہ میں چلی جاتی ہیں۔ اور خیمتہ الدماغ (tentorium cerebelli) کے عین نیچے اور جس مقام پر یہ عظم حجری کے بالائی زاوے سے پسیدہ ہوتا ہے اسکے قریب ہی ام جافیہ کو منتقب کرتی ہیں۔ داخلی حسی منقذہ اور اس لئے ساتواں اور آٹھواں عصب بھی موخر حصہ سے باہر نکلنے سے عین پہلے انکے نیچے اور نیچے 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 رجوع العصب ک حسیت (hypo-aesthesia)

اور ناقص لتعجبی معکوسہ (conjunctival reflex) کا باعث ہوتا ہے۔ گریہ حالتیں اتنی شدید نہیں ہوتیں جتنی کہ صادقہ توامی وجع العصب میں ہوتی ہیں۔

ام جافیہ کو منقبت کرنے کے بعد جڑیں غار میکل (cave of Meckel) میں داخل ہو جاتی ہیں۔ یہ غار ام جافیہ کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے اور عظم حجری کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر حسی جڑ پھیل کر نیم قمری (semilunar) یعنی گیسری (Gasserian) عقدہ شکل اختیار کر لیتی ہے! اور محرک 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 چھت عظم حجری کے راس کے قریب بنتی ہے ایک نشیب ہوتا ہے۔ سر جن کے لئے اس امر کا خیال رکھنا دلچسپی سے خالی نہ ہو گا کہ شازا ذما لوزوں 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 موزر 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 سورایخ شوکی (foramen spinosum) میں کوئی موزوں چیز ٹھونس دینے سے سدود کر دیا جاتا ہے۔

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

lobe) ہوتا ہے۔

یہ عقدہ نیم قمری ہوتا ہے۔ حسی جڑ مقعر و مطانی جانب پر داخل ہوتی ہے اور عصب کور کی تینوں قسمتیں جانبی صمدب طرف سے نکلتی ہیں۔ ان قسموں میں سے ہر ایک کے ساتھ ساتھ ام جافیہ کی ایک شاخلی جاتی ہے جو غار میکل (cave of Meckel) کی دیواروں سے نکلتی ہے۔ یعنی (ophthalmic) یا پہلی قسمت کھنکی جوف کی بیرونی دیوار میں داخل ہو جاتی ہے۔ اور فوقانی مجھری یا تدی شقاق کے قریب انفی ادعی اور جہی تین شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ کھنکی جوف میں تیسرا محرک العین (oculo-motor) عصب اور چوتھا محرک العین (trochlear) عصب اکٹھے عین اوپر واقع ہوتا ہے۔

فکی (maxillary) یا دوسری قسمت حفرہ وسطی میں سے گزرتی ہوئی جو فک ہیکل کے ٹریبین حصہ کے قریب سے آگے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور کھویری میں سے ملخ تدور (foramen rotundum) میں سے باہر نکل کر جنینی حنکی حفرہ (pterygo-palatine fossa) اور حنکی مجری (inferior orbital) یا فونڈی 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 بالکل سسی ہوتی ہے۔

چانوی یا تیسری قسمت سوراخ بیضوی (foramen ovale) میں سے باہر نکلتی ہے۔

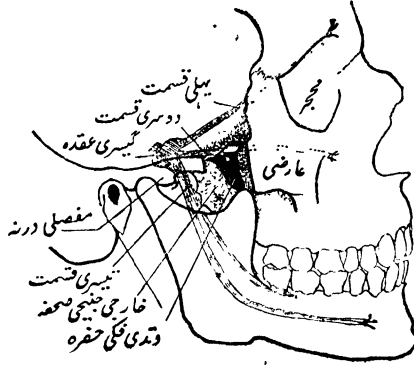
189

یہ زیادہ تر سسی ہوتی ہے۔ مگر اس میں منصفی عضلات، چانی لامی (mylo-hoid) عضلہ اور وسطی عضلہ (digastric) کے مقدم شکم کی رسد کے لئے حرکتی ریشہ جات موجود ہوتے ہیں۔ پانچویں عصب کی قسمتوں کے ذریعہ سے جو رقبہ جات سسی 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 تنٹوں کے مقام اتصال پر پایا جاتا ہے۔ اس نقطہ سے لگا کر یہ صاف خط نیچے کی طرف کو ہر ایک جبڑے کے دونوں ضواحک کے درمیان واقع ہے۔ گزرتا ہوا کھینچا جائے تو یہ زیر مجری اور ذقنی سوراخوں کو کاٹتا ہو گا۔ اگر ریگت زیر مجری سوراخ مجھ کے حاشیہ کے نیچے ۱ انچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ ذقنی سوراخ بالغوں میں جو فیذ اور جبڑے کے زیرین کنارے کے وسط پر واقع ہوتا ہے اور زیرین لب اور جبڑے کے درمیان خٹائے منطالی کا جوتہ انبان ہوتا ہے اس سے نیچے ۱ انچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ سن بلوغ میں یہ سوراخ فک کے زیرین کنارے کے زیادہ قریب ہوتا ہے اور بڑھاپے میں یہ جو فیذ کے پاس ہوتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے ذقنی سوراخ میں کوئی اشراب کرنا مقصود ہو تو سوئی داخل کرتے 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 وجع العصب میں اس مقام پر کاٹ دیا گیا ہے جہاں

یہ چہرہ پر نکلتا ہے۔ اس تک یا تو خارجی نکشاف سے رسائی کی جاتی ہے اور یا رخسار اعملا کر منہ کے اندر سے۔ بعض حالتوں میں مجر کا فرش معر کیا جا چکا ہے اور زیر مجری قنال (جس کے مقدم

نصف کی چیمٹ 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 ٹسکین کے لئے اکٹرا کاٹ کر علیحدہ کر دیا گیا ہے۔ رخسار کے سامنے کے حصہ سے جلد کا ایک مثلث دامن کاٹ کر اوپر کی طرف کو الٹا دیا جاتا ہے۔ اور زیر مجری سورخ معرا کر لیا جاتا ہے۔ مفارہ کی مقدم دیوار ترخان کے ذریعہ سے کھول لی جاتی ہے اور زیر مجری میزاب کے فرش سے ہڈی کاٹ دی جاتی ہے۔ اس طرح اس قتال میں جو عصب موجود ہوتا ہے



شکل ۳۳۔ پانچویں عصب کی دوسری اور تیسری قسمتوں کی سطحی تریسیمیں۔

140

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

اور یہ ایک مثلث شکل کا جسم ہوتا ہے جسکا قطر تقریباً ۱ 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 حصوں کے تعلقات کا پتہ چلنے میں مدد ملتی ہے۔ مگر اب منزلت میں ایسی جگہ اشترابات کے سادہ ذرائع اکثر اختیار کئے جاتے ہیں۔ عصب کے تنے میں انکل مطلق داخل کرنے سے اسکے رقبہ تفرع میں عدم حیثیت پیدا ہو جاتی ہے جو چھ ماہ تک یا اس سے زائد عرصہ تک کے لئے رہتی ہے۔ ایسے اشترابات کو کامیابی سے سر انجام دینے کے لئے ان اعصاب کے محل اور حجم اور انکے ارد گرد کی ساختوں کے بہت صحیح علم کی ضرورت ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت کا نم شکل ۳۳ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اگر وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر عظم العارض کے صعودی حاشیہ کے ۶ ملی میٹر (۱ ۱/۲ انچ) پیچھے ایک نقطہ لیا جائے تو یہ وتدی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) کے بالائی حصہ کے سین 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 (۱ ۱/۲ انچ) داخل کر دینا چاہئے۔ مجر کے فرش کے ساتھ ساتھ کا راستہ اس سے زیادہ آسان اور زیادہ بے خطر ہے۔ سوئی مجر کے تین کٹائے کے نقطہ وسطی پر داخل کی جاتی ہے اور فرش کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو سر کے سہمی مستوی کے متوازی بھونک دیا جاتی ہے۔ سوئی کو وتدی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) میں یہاں تک بھونک دیا جاتا ہے کہ یہ سوراخ مدور پر یا اسکے گرد و نواح میں عظم وتدی کے سامنے آنے سے آگے جانے سے رک جاتی ہے۔ مناسب دست درزی سے سوئی سوراخ مدور میں داخل ہوتی ہوئی محسوس کی جا سکتی ہے۔ مجر کے حاشیہ سے سوراخ مدور ۳۳ ملی میٹر (۱ ۱/۲ انچ) کی گہرائی پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس عصب تک وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر فدی زاویہ کے سین پیچھے اندر کی طرف سوئی داخل کرنے سے بھی رسائی ہو سکتی ہے۔ یہ عقدہ سطح سے ۵۰ ملی میٹر (۲ انچ) کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (Symington: سمنگٹن)۔

تحتانی سنی عصب (inferior dental nerve) دونوں نواہک

کی جڑوں کے مقابل خدی غشائے معاملی میں تنگاف دیکر سوراخ ذقنی (mental foramen) پر کاٹنا چاہئے۔ اس تنگاف میں سے عصب کا الغتاب اور اسکے جلدی حصہ کا استیصال کیا جا سکتا ہے۔

یہ عصب چانوی (تحتانی سنی) سوراخ میں داخل ہونے سے پیشتر مندرجہ ذیل طریقہ پر کاٹا جا چکا ہے۔ منہ کو خوب اچھی طرح سے کھول کر آخری بالائی طاحنہ سے لیکر آخری زیرین طاحنہ تک اگلیل نس زائدہ (coronoid process) کے عین اندر کی طرف جب تک حدود جس سے واضح طور پر معلوم کئے جا سکتے 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 اگلی داخل کر کے جڑے کی فرع (ramus) او عضلہ جنجیہ داخلہ (internal pterygoid muscle) کے درمیان سے گزار دیا جاتی ہے، حتیٰ کہ وہ عظمیٰ 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 منفرد کر لیا جاتا ہے اور کاٹ دیا جاتا ہے۔

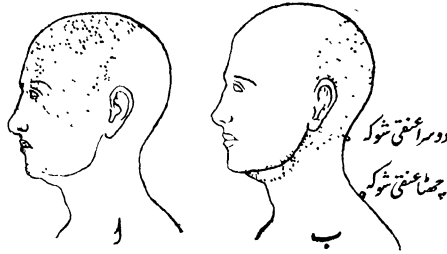
خدی عصب (buccal nerve) رخسار کی غشائے مخاطی اور جلد کو مراد پہنچاتا ہے۔ اور عضلہ بوقیہ (buccinator muscle) کی بیرونی سطح پر سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

پانچویں عصب کی تیسری قسمت کا تنا کھوپری کے حفرہ وسطیٰ سے
سوراخ بیضوی میں سے باہر نکلتا ہے جسکا محل وجہ کئی برین کن رے کے اس حصہ کا تناظر ہوتا ہے جو فرازمفصلی (eminentia articularis) کے عین سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عصب کے تنے یا عقدہ گیسری (Gasserian ganglion) میں اشراب کرنے کے لئے میٹھ کو خوب اچھی طرح سے منہ کھولنے کے لئے لگا دیا جاتا ہے تاکہ چانہ کا اگلیل نس زائدہ منخفص ہو کر راستے سے ہٹ جائے۔ اور پھر فرازمفصلی (eminentia articularis) کے ایک انچ سامنے سوئی داخل کر دیا جاتی ہے اور اسکو سیدھا اندر کی طرف اور کسیدرا اوپر کی طرف وندی کی زیرین سطح کے بالمقابل لے جایا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ ۳ ملی میٹر (۱/۲ انچ) کی گہرائی پر پہنچ جاتی ہے۔ جب سوئی خارجی جنجی صفحہ (external pterygoid plate) کی بیرونی سطح سے ٹکراتی ہوئی محسوس ہو تو اسے اتنا ہچھے بٹایا جا سکتا ہے کہ یہ اس صفحہ کے پھلے کن رے پر سے پھسل جائے۔ اب پچکاری کے تل کو ذرا سا نیچے کی طرف دبانے سے سوئی کا سرا اوپر کا رخ اختیار کر لے گا اور اس لئے آگے بڑھ کر میکیل (Meckel) کے غاریں داخل کیا جا سکیں گی اس طریقہ سے جسم عقدہ میں الجھل کا اشراب کیا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔

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

فقدانِ حس درد کا رقبہ اسکے تشریحی تفریح کا تناظر نہیں ہوتا۔ چنانچہ جب پانچویں مجموعی عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت کاٹ دجاتی ہے تو پیشانی کے اوپر کی جلد کی صرف ایک کم عین دجی پر سے ہی حس مکمل طور پر زائل ہوتی ہے حالانکہ تشریحی تفریح سے آدمی یہ نتیجہ نکالتا ہے کہ پیشانی اور

148



شکل ۳۴۔ یہ شکل اس فقدانِ حس کو ظاہر کرتی ہے جو (۱) عقدہ گیری کے استئصال اور (۲) دوسرے عینی عصب کے کاٹنے سے پیدا ہوتا ہے۔

(مطابق ایچ۔ ایچ۔ ٹوٹھ : H. H. Tooth)

جس رقبہ میں سیاہ نقاط لگائے گئے ہیں اس میں نخرہ مرضی حس پذیر صلیغ ہو گئی ہے اور جس رقبہ میں سفید نقاط لگائے گئے ہیں اس میں برنات قدس پذیریری زائل ہو گئی ہے۔

چاندنی کے مقدم نصف کی جلد متاثر ہوگی (دیکھو شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ اگر دوسری قسمت کاٹ لی جائے تو عدم حسیت کا رقبہ ایک تنگ فضا تک جو مچھ اور منہ کے درمیان ہوتی ہے محدود ہوتا ہے۔ اور تیسری قسمت کے کاٹنے سے یہ رقبہ ایک دجھی 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 بین قسم کے حسی عصبی ریشہ جات ہوتے ہیں (۱) وہ جس میں عصب کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ عضلات، عظام، رباطات، مفاصل اور عصبی سامنتوں کو دباؤ اور درمجموعی

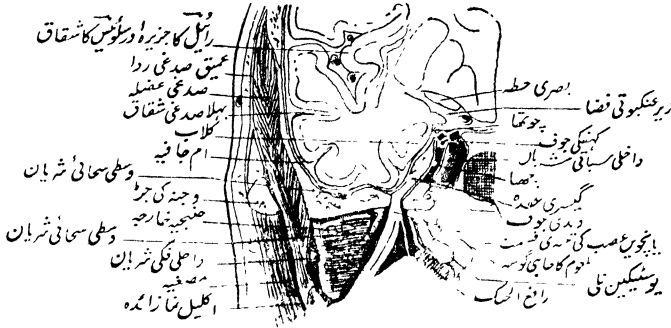
کرنے کی قوت بخشنے ہیں۔ (۲) وہ جو نخر مرضی حس پذیر (protopathic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ جلد کو کسی چیز کے چھنے اور ۴۰ درجہ ف سے اوپر یا ۲۲ درجہ ف سے نیچے کی تپش کے لئے حس بناتے ہیں۔ (۳) وہ جو برناقد حس پذیر (epicritic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ ریشے جلد کو ہلکے لمس (جسکا امتحان کسی ایسی چیز سے جیسی کہ روئی ہے کیا جاتا ہے) اور تپش کے زیادہ دقیق درجوں کو محسوس کرنے کی قوت بخشنے ہیں۔ اکثر مثالوں میں ایسا ہوتا ہے کہ جب عصب کاٹا جاتا ہے تو برناقد (epicritic) حس پذیر کی فقدان اپنی وسعت میں عصب کے تشریحی تفریح کا متناظر ہوتا ہے۔ جب نیم قمری یا گیسری (Gasserian) عقدہ دور کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲ اور ۳) تو برناقد (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 ۳) وہ جلد کے اُس رقبہ تک بھی پہنچتے ہیں اور اسکو رسد بھی پہنچاتے ہیں جسکو برناقد (epicritic) حس پذیر یا پانچویں عصب سے حاصل ہوتی ہے۔ پھرے کے زیر حصہ میں ان رقبہ جات میں کوئی ترکیب نہیں پایا جاتا ہے۔ پانچویں عصب کی ذقنی (mental) شاخ میں برناقد (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 جسپر 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 و جہی میں بعض دراز ریشے موجود ہوتے ہیں جو دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں (میلونی: Maloney اور کینڈی: Kennedy)۔

گیسری (Gasserian) عقدہ کا استیصال۔ ناقابل برداشت اور دشوار علاج و جمع العصب کے مریضوں کے لئے سرجن کو یہ اختیار ہے کہ وہ یا تو عقدہ میں انکھل 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 موثر جڑ پر پایا جاتا ہے۔ انکھ استیصال پانچویں عصب کے عصبی ریشوں میں اختلاط لازمی طور پر نمودار ہو جاتا ہے۔

جو علی بالعموم سرانجام دیا جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔

اومیگا (omega) کی شکل کا جلد کا ایک دامن اوپر اٹھایا جاتا ہے اس دامن کے قاعدہ پر وجہ اور اسکے انحداب پر صدغی حید ہوتا ہے۔ بافتوں کو صدغی حفرہ کے فرش کی گہرائی تک الٹ دیا جاتا ہے۔ وسطی اور عمیق صدغی عروق کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ فلسمان اور وندی کے جناح کبیر میں وجہ کے بالائی کنارہ کے لیول پر ایک عرضی ترخانہ فتحہ بنا کر ام جا فنیہ کو معرا کر لیا جاتا ہے۔ اس کے بعد وسطی سحائی عروق کو جو میدان عملیہ کو عبور کرتے ہیں باندھ دیا جاتا ہے۔ ام جا فنیہ اور صدغی وندی لختہ کو جو اسکے اوپر واقع ہوتا ہے ہڈی سے اوپر اٹھایا جاتا ہے۔ اس سے پانچویں عصب کی

145



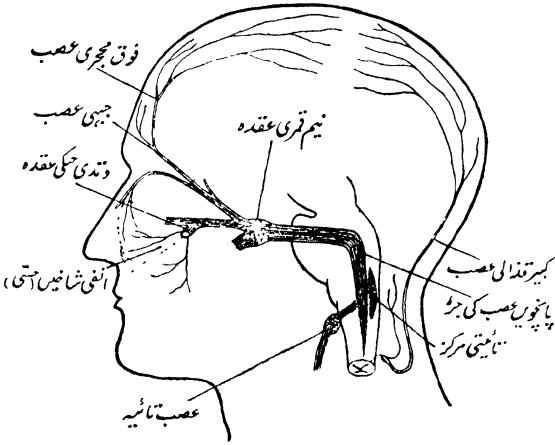
شکل ۳۵۔ اکیلی تراش جو گیسری یا نیم قری عقدہ کی گہرائی اور اس کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

تیسری اور دوسری قسمیں سوراخ بیضوی اور سوراخ مستدیر میں سے باہر کی طرف کو گزرتی ہوئی دکھائی دینے لگتی ہیں۔ یہ قسمیں اس عقدہ سے نکلتی ہوئی نظر آتی ہیں جو عظم حجری کے راس پر اور کہنکلی جوف کی بیرونی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ حرکی جود کو جو مضمضی عضلات کو رسد پہنچاتی ہے اور اس عقدہ کے نیچے واقع ہوتی ہے نہ کاٹنا چاہئے۔ یہ عقدہ ام جا فنیہ میں مدفون ہوتا ہے اور اسکے ارد گرد زیر عنبکوئی فضا کا ایک تپول پایا جاتا ہے (فضائے میکل: Meckel) جس کا کھون لازمی ہوتا ہے۔ عقدہ کا صرف وہ حصہ دور کیا جاتا ہے جو دوسری اور تیسری قسموں سے تعلق رکھتا ہے۔ جو حصہ یعنی قسمت سے متعلق ہوتا ہے وہ چھوڑ دیا جاتا ہے کیونکہ یہ کہنکلی جوف کی بیرونی دیوار میں محکم طور پر مدفون ہوتا ہے اور داخل سحائی شریان اور محرک العین (oculo-motor) اعضا

کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ ہیو کمپی تلفیف جس میں شمی مرکز پایا جاتا ہے اس عقدہ کے مین اوپر واقع ہوتی ہے (شکل ۳۶)۔ جب جانی خلاف کھول دیا جاتا ہے تو درمیان شوی کی سیال ہمیشہ نکلتا ہے (کشتنگ: Cushing)۔

146

فراز مفصلی (eminentia articularis) جو جمنہ 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 لختہ اوپر اٹھالیا جاتا ہے تو یہ عقدہ پل ۲ انچ کی گہرائی پر اسی اگیلی مستوی پر جبر 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 الجسم است ہوتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اوجاع اعصاب

147

لے اس علیہ کی تشریح کی تفصیل کے لئے دیکھو جبریل ٹریٹمنٹ آف فیشیل نیورلیجیا (The Surgical Treatment of Facial Neuralgia) مصنفہ جے ایمپسن جونیر لندن ۱۹۰۷ء۔

درد شہرہ تھینو وغیرہ — یہ ضروری ہے کہ ان حسی نوات کے بعض مرکزی تعلقات سے واقفیت حاصل کی جائے جن پر اسکے دراز ریشہ جات منتم ہوتے ہیں۔ یہ مرکز نواح متطیل کنیہ رین حصہ تک پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۶)۔ اور شوکی رمادی مادہ کے موخر قرن سے جس میں قذالی اور دوسرے عنقی اعصاب کے حسی ریشہ جات منتم ہوتے ہیں مسلسل ہوتا ہے۔ اسکے نزدیک ہی عصب تائبہ (vagus) کا حسی نوات ہوتا ہے۔ تائبی مرکز کے اختلافات بعض اوقات پیشیں بہاؤ کی وجہ سے پانچویں عصب کے نواتات کو متاثر کر دیتے ہیں! اس سے درد بالعموم اس عصب کے اس تفرع سے جو ام جافیہ میں پایا جاتا ہے منسوب ہوتا ہے۔ پانچویں عصب کی ہر قسمت سے ام جافیہ کو ایک شاخ جاتی ہے۔

(ب) حرکی عصبی رسد

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

۲۔ نکفی خط

(THE PAROTID REGION)

غده نکفیہ (parotid gland) کا عمیق حصہ نیچے کے جڑے کی فرع (ramus) کے پیچھے ایک معین فضا میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۴)۔ جب مرجالت بسط میں ہوتا ہے یا جب فلک زیرین آگے کی طرف کو بڑھتا ہے جیسا کہ ٹھڈی کو آگے کی طرف کو نکالنے میں ہوتا ہے تو اس فضا کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ موخر الذکر حرکت میں مقدم موخر سمت میں تقریباً ۱۵ 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 قذال آگے کی طرف کو پھیلتا ہے تو یہ اوپر کے حصہ میں بڑی ہو جاتی ہے۔ نکفی فضا پر عملی 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 جنکا 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 زمانہ شیرخواری اور پیرائہ سالی میں جو ترقی پان پایا جاتا ہے اسکی وجہ سے یہ فضا بالغ کی فضا کے مقابلہ میں اقل 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۔ افقی تراش جو چہرہ اور گردن کی ایک جانب میں نیچے کے دانتوں کے لیول کے سین اوپر سے گزرتی ہے۔

(برون: Braune)

۱۔ وجہی شریان۔ ج۔ وجہی ورید۔ ج۔ لسانی عصب۔
 ۲۔ تمثانی لمفی عصب اور شریان جو جبڑے کی صعودی فرغ کے اندر کیلیرف واقع ہیں۔ ۳۔ زائڈہ ابریہ۔ ۴۔ داخلہ سبانی شریان۔ ۵۔ داخلی وراجی ورید مو اعصاب تائیہ و شوکی معین تحت اللسانی کے جو اس کے اندر کیلیرف واقع ہیں۔ ۶۔ فخری شریان۔ صعودی فرغ کے باہر کی طرف عضلہ مضغیہ دکھایا گیا ہے اور اس کے اندر کی طرف داخلہ جنیعی عضلہ دکھایا گیا ہے۔ آخر الذکر کے اندر کیلیرف عضلہ مضغیہ فوقانی اور لوزہ دکھایا گیا ہے۔



149

یہ غدہ ایک روا سے جو منحنی روا سے حاصل ہوتی ہے قریبی طور پر محور ہوتا ہے۔ نکھنی روا کی سطحی تہ بہت کشیف ہوتی ہے اور یہ نیچے کیلیرف کو قوسی سطحی (sterno-mastoid) کے خلاف سے اور آگے کیلیرف کو عضلہ مضغیہ کے خلاف سے مسلسل ہوتی ہے اور پر کیلیرف یہ وجہ سے پسیدہ ہوتی ہے۔ اور نیچے کیلیرف یہ گہری تہ سے لمبائی ہے۔ گہری تہ نازک ہوتی ہے اور اوپر کیلیرف یہ زائڈہ ابریہ جیسے پسیدہ ہوتی ہے جس سے ابریہ ٹکی (stylo-maxillary) رباط بنتا ہے۔ اور یہ جنیعی عضلات اور جنیعی زائڈہ سے چپکی ہوتی ہے۔ اسلئے یہ غدہ ایک روا کے ایک واضح تاج کے اندر واقع ہوتا ہے جو نیچے کیلیرف سے بالکل بند ہوتا ہے۔ مگر اوپر کیلیرف سے کھلا ہوتا ہے

زائدہ ابرہ کی مقدمہ کو اور داخلی صغی (internal pterygoid) عضلہ کے موخر کنارہ کے درمیان ردایں ایک رنڈہ ہوتا ہے جس میں سے کفنی فضا بلعوم کے گرد و نواح کی اقصائی بافت سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ یہ ایک بہت مشہور و معروف ام ہے کہ پس بلعومی خراج میں کفنی ورم بہت عام ہوتا ہے۔ اور کئی ایک مثالوں میں پیپ یا کم سے کم اسکا کچھ حصہ ہی کفنی خط کے راستہ سے نکالا گیا ہے۔ ان حالتوں میں یہ بہت اغلب ہے کہ مادہ بلعومی خط میں سے کفنی خط میں اس رنڈہ کے اندر سے گزر جاتا ہے جو ابھی بیان کیا گیا ہے۔

اس ردائی ترتیب سے یہ نتیجہ مٹتا ہے کہ کفنی خراج کے براہ راست باہر کی طرف کو جلد میں سے بڑھنے میں بہت زیادہ مزاحمت پیش آتی ہے۔ یہ خراج اکثر اوپر کی طرف کو اقل مزاحمت کی سمت میں بڑھتا ہوا صدغی یا وجہی حفرات تک پہنچ جاتا ہے، اگرچہ اس رخ میں بھی جائزہ اس ترقی کو مزاحم آتی ہے۔ یہ اکثر بوقی کھنڈ یا بلعوم کی طرف بھی چلا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ردائے مذکورہ کے زیرین حدود کو بچا کر گردن میں چلا جاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ غدہ غضروفی غضدہ اور جڑے کی فرع اور دیگر عظمی حصوں سے براہ راست مس کرتا ہے! اور صدغی فکلی مفصل سے ایک قریبی علاقہ رکھتا ہے۔ چنانچہ کفنی خراج منفذ مذکور میں سینٹورینی (Santorini) کے جمری کی طرح کے شقاق کے راستہ سے جو غضروف میں موجود ہوتا ہے پھٹ چکا ہے۔ یہ اپنی ہم پیلو ہڈیوں کے گرد عظمی التهاب کا باعث بھی ہو چکا ہے، اور نیز اس سے صدغی فکلی مفصل کا التهاب بھی پیدا ہو چکا ہے۔ بہت سی حالتوں میں جکے متعلق فرکو (Virchow) نے اطلاع دی ہے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ پیپ پانچویں عصب کی شاخوں کے ساتھ ساتھ چکر کھوپری میں داخل ہو جاتی ہے کیونکہ نیم قمری (semilunar) عقدہ کا ماحول پیپے در ریختہ پایا جا چکا ہے۔

اذینی صدغی (auriculo-temporal) اور عظیم اذینی (great auricular) اعصاب غدہ مذکورہ کو رسد جس پہنچاتے ہیں۔ اور ان اعصاب کی موجودگی اور نیز کفنی غدہ کے صحت اور کرڈا ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو اس غدہ کے سریع التعمولات اور حمال التهاب میں محسوس ہوتا ہے۔ درد اکثر اذینی صدغی (auriculo-temporal) عصب کے ممر کے ساتھ بہت نمایاں طور پر منسوب ہوتا ہے۔ چنانچہ کفنی بالید کے ایک مریض میں جو میرے (فرڈریک ٹریونیر کے) زیر علاج تھا درد صیوان الاذن اور صدغہ کے ان حصوں میں پایا جاتا تھا جنکو اس عصب سے رسد پہنچتی تھی۔ نیز منفذ کی گہرائی میں بھی اس مقام پر درد محسوس ہوتا تھا جو اس عصب کی

منفذی شاخ کے داخل ہونے کی جگہ کا متناظر تھا۔ اور نیچے کے جبرے کے مفصل میں بھی در دیا جاتا تھا جسکو اذینی صدغی عصب رسد پہنچاتا ہے۔

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

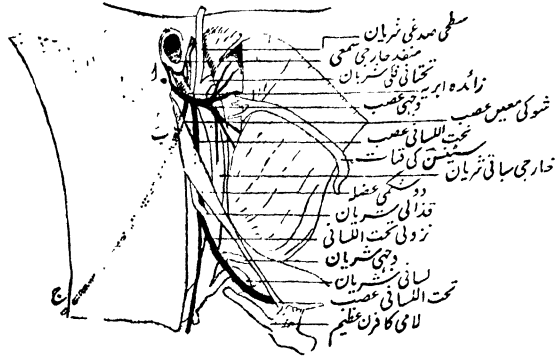
شاخوں کے اور عصب وجہی ہیں۔ خارجی سباتی شریان (external carotid

artery) جبرے کی فرع کے پیچھے اسکے موخر کنارے کے تحتانی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتسار کی بلندی پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ کھنی غده کی میق جانب میں داخل ہو جاتی ہے اور ٹھوکر اچھے کی او باہر کی طرف ہٹنے کے بعد سطح کے زیادہ نزدیک آ جاتی ہے۔ اور جبرے کے قنلال 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 سق قدر ترچھے پن کے ساتھ کھنی غده میں سے گزر جاتا ہے۔

کوپری کے قاعدہ میں سے ابری صلی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے نکلنے وقت وجہی عصب (facial nerve) صلی 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 چانہ کی صغوی فرع کے موخر کنارہ تک کھینچا جائے تو یہ اس عصب کے اصلی تنے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۳۸)۔ غده کے اندر جہاں یہ عصب صدغی وجہی (temporo-facial) اور عقی وجہی (cervico-facial) قسموں میں تقسیم ہوتا ہے وہاں یہ خارجی سباتی (external carotid) شریان اور صدغی صلی (temporo-maxillary) وید سے اوپری پایا جاتا ہے۔ جہاں یہ عصب ابری صلی (stylo-mastoid) سوراخ سے نکلتا ہے اسکے قریب ہی وجہی ٹک (facial tic) کو تسکین دینے کے لئے کھینچا بھی جا چکا ہے۔ صلی زائدہ کے مقدم کنارہ کے وسط سے ۱/۲ 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 زہنہا کا کام دیتا ہے۔

عصب وجہی کے کٹنے سے بوقیہ (buccinator) اور عضلات اظہار مشغول ہو جاتے ہیں اور چہرہ صیح و سالم جانب کو کھینچ جاتا ہے اور آنکھ کسل ہی رہتی ہے۔ علاوہ ازیں اس میں پند در آرزیشے بھی ہوتے ہیں جو گہرے دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں۔ شکل کی حالتوں میں چہرہ کی

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



شکل ۳۸۔ وجہی شوکی معین اور تحت اللسانی اعصاب کی سطحی تریبیں۔
 ۱۔ سطحی زائدہ کے کنارہ مقدم کا نقطہ وسطی۔ جب۔ وہ نقطہ قصبی حلی عضلہ کے مقدم
 کنارہ پر زائدہ طیب سے اچھے نیچے واقع ہے۔ ج۔ قصبی حلی عضلہ کے موڑکن۔ وہ کا نقطہ وسطی۔
 ب کے اوپر پلس کا مستعرض زاویہ ظاہر کیا گیا ہے۔

152

کچھ عرصہ کے بعد مریض ان حرکات کو جو اس طرح نامناسب طور پر نکلنا ہو جاتے ہیں علمودہ علمودہ عمل میں
 لا سکتا ہے۔ وجہی عصب سے اسکے مقام خروج پر موخراذینی (posterior auricular) شاخ
 ٹھکڑکان کے عضلات کو چلی جاتی ہے اور شانچے ٹھکڑکان کی عضلہ کے موخراذینی اور ابری حلی (stylo-
 hyoid) عضلہ کو پہنچ جاتے ہیں۔

تکفییہ کے سلعات میں غضرونی بافت کے موجود ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے
 یہ ایک معروف و مشہور امر ہے کہ کن پیٹ (mumps) کے بعد اتقانی خراجات خصیتین میں کافی
 عام طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس سلسلے 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 مغرونی مادہ اکثر شامل ہوتا ہے۔
 بھئی کا التھاب شکم اور حوض کے تصرفات اور امراض کے بعد خاص طور پر کثرت
 پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ بعض نوعی پتھوں کے بعد بھی اور زیادہ نصیب کے ساتھ تپ محرقہ
 کے بعد بطور عاقبہ کے بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ یہ خاصکر اسوقت نمودار ہوتا ہے جبکہ
 مریض کو دودھ کی سی نرم غذا دیجارہی ہو اور اسکا منہ صاف نہ رکھا گیا ہو۔ سرائت منہ سے
 منتشر ہوتی ہے اور یہ ثابت کیا جاسکتا ہے کہ یہ پہلے زیادہ تر گرد قناتی ہوتی ہے۔

بہت سے لمفی غدود غدد بھئی کی سطح پر اور اسکے جسم میں واقع ہوتے ہیں۔

اور یہ چاندلی کے وجہی اور جداری خطوں، مجھ، انفی حفرہ جات کے موخر حصہ، اوپر کے جڑ
 اور لوجوم کے پھیلے اور ادھر کے حصہ سے لمف وصول کرتے ہیں۔ ان غدود کے کلانی یافتہ ہونے
 ایک قسم کا ”بھئی سلہ“ بنتا ہے۔

بھئی (Stenon's) قنات (شکل ۲۸) تقریباً ۲ ۱/۲ انچ لمبی

ہوتی ہے۔ اور اسکا قطر ۱/۲ 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 مشتب کر رہتی ہے۔ اور یہ خم آنا اچانک پیدا ہوتا ہے کہ قنات کا بوقی قطعہ بعض اوقات مضغی
 قطعہ پر تقریباً زاویہ 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 ڈاڑھ کے لیول پر ایک حلیمہ کی چوٹی پر پگھلتی ہے
 عضلہ مضغیہ میں سے قنات کا ہر ایک خط سے ملتا ہر کیا جاتا ہے جو شخہ (concha) کے یزین 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 متعرض تھی (transverse
 facial) شریان اسکے اوپر اور عصب وجہی کی زیر مجرہی شاخیں اسکے نیچے ہوتی ہیں۔ یہ قنات جلد
 کے نیچے مشق بھی ہو جاتی ہے اور ریتی و عابدہر ہو جاتا ہے۔ اس قنات کے زخموں سے ریتی ناسور
 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 ناسور عضلہ بوقیہ (buccinator) پر واقع ہو تو یہ بعض اوقات

غدہ کفنیہ کو یا اسکے اس حصہ کو جزا مدہ کفنیہ (socia parotidis) کے نام سے موسوم ہے متاثر کر دیتا ہے۔ التہابی حالتیں منہ سے قنات کے ساتھ ساتھ منتشر ہو کر کفنیہ تک پہنچ سکتی ہیں۔

۳۔ اوپر اور نیچے کے جبڑے اور

ان کے متعلقہ حصے

فک (Maxilla)۔ (فکلی جوف کے لئے دیکھیے صفحہ 129 اور حکم الصلب کے لئے دیکھیے صفحہ 179) اس ہڈی میں اسکے چھوٹے پن اور اسکے عجیب طرح کو کھلا ہونے کی وجہ سے بہت آسانی سے کسراقع ہو جاتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی کثیر العروق ہوتی ہے اسلئے شدید تضمرات جنہیں بہت سا جرم ضائع ہو چکا ہو اکثر حیرت انگیز طریقہ سے مندل ہو جاتے ہیں۔ اسکے کو کھلنے پن اور ان کہنہ جات کی وجہ سے جنگی حدود بندی میں یہ مدد دیتا ہے چہرہ کے عمیق حصہ میں عظیم المسامت اجسام غریبہ کا اعتبار ممکن ہو جاتا ہے۔ اس ہڈی میں بعض اوقات وسیع تنخر واقع ہو جاتا ہے، جیسا کہ یہ دیا سلائی کے کارخانوں میں کام کرنے والوں میں دیکھا جاتا ہے جو سفید فاسفورس کے دضان کے معرض اثر میں رہتے ہیں۔ تنخر کی ایک حالت میں جو خسروہ کے بعد نمودار ہوتی ہے شکایت پیش کشی (premaxillary) یا قفنیہ (incisive) ہڈی تک ہی محدود تھی۔

فک (maxilla) کے گرد عظمہ کاربحان گرد حجمہ کی طرح نئی ہڈی کی تشکیل کی طرف نہیں ہوتا۔ اوپر کے جبڑے کے تنخر کی معمولی حالتوں میں ہڈی میں تجدید پیدائش نہیں پائی جاتی۔ اور رضنہ مستقل طور پر باقی رہ جاتا ہے۔ چنانچہ میں گرد عظمہ جدید ہڈی بافراط پیدا کر دیتا ہے۔ اور بعض اوقات بڑے بڑے (وسیع نقصانات پورے ہو جاتے ہیں۔ مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ چند سال گزارنے پر اس نئی ہڈی کے ایک بہت وسیع حد تک بار دیگر منخذب 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 تباہ دور کیجا چکی ہے۔ عملیہ میں جو عظمی تعلقات کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں:۔ (دیکھیے شکل ۲۷ صفحہ 117 اور شکل ۳۳ صفحہ 140)۔ (۱) وہ تعلق جو مچھ

کے باہر کی طرف عظم عارضی (malar bone) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۲) انفی (جہی: frontal) زائدہ کا تعلق جو جہی، انفی اور ذمی ہڈیوں کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۳) مجھری صفحہ کے وہ حلققات جو مصغافاتی اور تنک (palate) کے ساتھ پائے جاتے ہیں (مجھری صفحہ اکثر باقی چھوڑا جاتا ہے یا مجھری حاشیہ کے نزدیک سے کاٹ دیا جاتا ہے)۔ (۴) مقابل کی ہڈی اور تنک کے ساتھ جو تعلق منہ کی چھت میں پایا جاتا ہے۔ اور (۵) پیچھے کی طرف کا وہ تعلق جو عظم الجھک کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور وہ یعنی چسپید گیاں جو جنامی 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 موڑ کر ہی 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 آشکاف میں کٹ جاتے ہیں؛ (۲) جو دامن الثاتے وقت کٹتے ہیں؛ اور (۳) جو ہڈی کو علیحدہ کرتے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

(۱) مروجہ یا وسطی (median) آشکاف سے جو نیچے کے پونے کے متوازی شروع کیا جاتا ہے اور ناک کی جانب پر سے جناح الانف 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 رداء، عضلہ محیطہ عینہ (orbicularis oculi)، زیر مجھری (infraorbital) عصب اور شریان کی جنفی شاخیں، رافع شفقتہ الاعلیٰ (levator labii superioris) کا کچھ حصہ، زاویہ (angular) شریان اور ورید، زیر مجھری (infraorbital) عصب کی انفی شاخیں، ضما عملتہ المنخر (compressor naris) (عضلہ الانف: musculus nasalis)، ناک کے فاسل اور جنامین کا خافض، انفی غضروف کی ہڈی سے چسپیدگی، عضلہ محیطہ الیغم (orbicularis oris)، فوقانی اکتیلی (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 کی جائے گی اور اگر جہی زائدہ سالم ہو کر لیا جائے تو داخلی جنفی رباط (internal palpebral ligament) بھی ساتھ ہی لوگا۔ نیز رافع زاویہ میں (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 کانے جائیں گے اور اس دامن کے اندر وجہی (facial)

شریان اور ورید کے تنے ہستعرض وجہی شریان، اور وجہی عصب کا وجہی حصہ بھی ہو گئے۔ (۳) جبھی زائید کو علیحدہ کرنے میں دمی تاچہ (lacrymal sac) اور زیر بصری (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 العصب کی پوششوں اور حنک اللین کی چسپیدگی کو جو اس کے ساتھ ہوتی ہے کاٹ دیا جاتا ہے بشرطیکہ اس زائیدہ کے دور کر دینے سے احتراز نہ کیا جاسکتا ہو۔ حنک العصب 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 (اسوقت یہ وتدی حنکی عقدہ کے سامنے سے کاٹا جاتا ہے) اور ساتھ ہی موضعی (posterior dental) اور زیر محبسی (infraorbital) شریاں اور وتدی حنکی (sphenopalatine) شریان کی بعض شاخیں بھی کاٹ دیجاتی ہیں۔ عمیق وجہی ورید جو جینی صغیرہ سے آتی ہے غالباً کٹ جائے گی! اور آخر میں حنک (palate) کے نزدیک سے کیر حنکی عصب (large palatine nerve) اور نزولی حنکی شریان (descending palatine artery) بھی کاٹ دیجاتی ہے۔

اس امر کا خیال رہے کہ اس عمل میں کوئی بڑی شریان نہ کٹنے پائے۔ عظم مغتول ترمانی (inferior turbinated bone) (فکلی مغتول) (maxillo-turbinal) بھی فک کے ترقہ ہی لازمی طور پر چلی آتی ہے۔

چانہ (mandible) یہ ہڈی گھوٹے کے نعل کی شکل رکھنے کی وجہ سے جس سے آہیں کمانی کے بعض خواص پیدا ہو گئے ہیں اور اپنی ساخت کی بسنگی اور بہت سی حرکت پذیری کے باعث اور نیز حاملہ کی طرح درون منصل غضروفات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے چسپیدہ سروں کی حفاظت کرتے ہیں ایک بڑی حد تک کسر 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 فرع (ramus) اپنی طرفوں کے عضلی گدیوں سے ملفوف ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتی ہے۔ اکیلیل نما (coronoid) زائیدہ ضرب پہنچنے کے خطرہ سے اور بھی 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 ذہنی سوراخ کے موجود ہونے اور کچیلوں 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 کا رجحان ایک دوسرے کے نزدیک تر ہو جانے کی طرف ہو پھر پانچ جہاں مفصلی خطہ پر ضرب لگنے سے خطہ وسیلی پر ٹوٹ پچا 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۔ محل طور پر کہا جا سکتا ہے کہ جب اس ہڈی کا جسم ٹوٹ جاتا ہے تو اسکا مقدم قطعہ جبڑے کے خافضات اور شکنکی عضلہ (digastric) چپا نیلا (mylo-hyoid) ذوقیہ لامیہ (genio-hyoid) اور ذوقیہ لسانیہ (genio-glossus) کے عمل سے پیچھے اور نیچے کی طرف کھینچ جاتا ہے اور پچھلا قطعہ جبڑے کے رافعات مضغیہ (masseter) عضلہ جنغیہ داخلہ (internal pterygoid) اور صدغیہ (temporal) کی وجہ سے اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے جس لگنے والی گرد و عظمیہ سے چاڑ کا جو فیزی حصہ پوشیدہ ہوتا ہے وہ عام طور پر چھٹ جاتا ہے! اور اس طرح کسور سطحیں ان مخوفاتی حالتوں کے معرض اثر میں آجاتی ہیں جو منہ میں موجود ہوتی ہیں۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ چاڑیہ لامیہ (mylo-hyoid) دونوں قطعہات 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 سستی (dental) عصب نضر سے اکثر شجرت انگیز طور پر بچک 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 دشبند (callus) سے استدر مضبوط ہو گیا ہے کہ اس کا فعل زائل ہو گیا ہے۔ ایک یا دونوں قندال نما زائدے (condyloid processes) ٹھڈی کے بل کرنے یا اس پر چوٹ کھانے سے اکثر ٹوٹ چکے ہیں۔

چاندنی (mandibular) (صدغی فکی: temporo-maxillary)

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

باریک ہوتے ہیں اور مقدم حصہ خاصکر بہت باریک ہوتا ہے۔ چنانچہ جب اس مفصل میں تقیح واقع ہوتا ہے تو اس جوڑکی خارجی جانب سے پیپ کے نہ نکلنے کا سب سے کم امکان ہوتا ہے۔ اور کیس کے مقدم حصہ سے اسکے خارج ہونے کا احتمال سب سے زیادہ ہوتا ہے، اگرچہ یہ حصہ بہت بڑی حد تک خارجی جنیمی (external pterygoid) عضلہ کی چسپیدگیوں سے بھی محفوظ ہوتا ہے۔

جرے کے قندال کے عین پیچھے عظمی منفند ہوتا ہے اور اس سے ذرا اندر کی جانب اذن وسطی ہوتا ہے۔ جرے کے سامنے کی جانب پر سخت ضربات لگنے سے ان ساختوں کو بعض اوقات ضرر پہنچ 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 منفند اور لمبل کو محدود کرتی ہے فوراً مزاحمت پیش کرے۔ اگر یہ رباط نہ ہوتا تو ٹھڈی کی ضرب اس حالت کی نسبت زیادہ خطرناک حادثہ ہوتی۔

اس مفصل کے صحکات عجیب ہیں۔ منہ کھولنے پر یہ مشاہدہ میں آئے گا کہ قندال مفصلی 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 شعری 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) اصحاب چاند میں اقل حرکت کے مقام پر داخل ہوتے ہیں۔ خارجی جنیمی (external pterygoid) عضلات قندال کو مفصل فراز پر سے کھینچنا منہ کے کھولنے میں سب سے زیادہ حصہ لیتے ہیں۔ ساتھ ہی ٹھڈی 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 یک جانبی ہوتا ہے اور بعض اوقات دو جانبی۔ موثر 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، بھائی لینے اور بہت زور سے قے 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 سبیکے رہا تھا منہ کو وسیع طور پر کھولنے کی حالت میں قنڈال سے بین مفصل یعنی غضروف کے آگے کی طرف کو پھسل جاتے ہیں۔ یہ یعنی غضروف مفصل فراز (eminentia articularis) کی مقدم کو تک پھیلا ہوتا ہے جس پر اسکو وصول کرنے کے لئے غضروف کا ستر چڑھا ہوتا ہے۔ قنڈال اس فراز کی چوٹی تک کبھی نہیں پہنچتا۔ کیسے کے تام حصے سوائے مقدم حصہ کے تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ اکلیل زائدہ بہت متخفص ہو جاتا ہے۔ اب اگر خارجی جنبھی (external pterygoid) عضلہ (وہ عضلہ جو اس خلع کا زیادہ تر ذمہ دار ہوتا ہے) زور سے متخفص ہو جائے تو قنڈال جلدی سے فراز مذکور کے اوپر سے کھچ کر وجنی حفرہ (zygomatic fossa) میں پہنچ جاتا ہے اور دروں مفصلی غضروف پیچھے رہ جاتا ہے۔ جدید عمل پر پہنچنے کے ساتھ ہی یہ صدغی (temporal) داخلی جنبھی (internal pterygoid) اور مضغی (masseter) عضلات سے اوپر کی طرف کو کھچ 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 مکمل خلع کو دیا گیا ہے جو نازک مستورات میں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ دروں 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 یعنی ساختوں سے ٹانگ دینے سے کیا جاتا ہے (امین 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 جا سکتا ہے۔

اس جبرے کے ایک سالم نصف کا استیصال کرنے کے لئے ایک شکاف انتصابی سمت میں نیچے لب میں سے گزرتا ہوا ٹھنڈی کے سہ سے تک دیا جاتا ہے۔ اور پھر اسکو پیچھے کی طرف کو جبرے کے تحتانی کنارہ کے ساتھ کھینچ کر فرج کے موخر کنارہ پر سے انتصابی رخ میں اوپر کو لاکر کان کی لو کے قریب ختم کر دیا جاتا ہے۔ جو نرم حصے کاٹے جاتے ہیں انکو تین عنوانات میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ (۱) وہ جو پہلے شکاف سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جو ہڈی کی بیرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۳) وہ جو ہڈی کی اندرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔

۱۔ (ا) مقدم انتصابی تشکاف میں :- جلد وغیرہ، عضلہ محیطہ الفم (orbicularis oris)، تھخانی اکیلیلی (inferior coronary) اور تھخانی 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) افسی تشکاف میں :- جلد وغیرہ، عضلہ منتشرہ (platysma)، سطحی عنقی (superficial cervical) عصب (عنقی جلدی عصب: nervus cutaneous colli) کی شاخیں، عصب و جہی کے فوق چانوی حصہ کی شاخیں، و جہی شریان اور ورید مضغیہ (masseter) کے کنارہ پر اور عصب و جہی کی تھخانی چانوی (inframandibular) شاخ (یہ لازمی طور پر کاٹی نہیں جاتی)۔ (ج) موخر انتصابی تشکاف ہڈی تک نہیں پہنچتا اور یہ صرف غدہ کھنڈیہ کی سطح اور عضلہ مضغیہ کے موخر کنارہ کے کچھ حصہ کو معرا کرتا ہے۔

(۲) بیرونی سطح کو صاف کرنے میں مندرجہ ذیل حصص کو بذریعہ تقطیع پیچھے کوالٹا دیا جاتا ہے۔ رافعتہ الذقن (levator menti) اور دو عضلات خافض عضلہ بوقیہ (buccinator) عضلہ مضغیہ (masseter) [غدہ کھنڈیہ کا کچھ حصہ اس پر تعرض واقع ہوتا ہے اور مستعرض و جہی (transverse facial) عروق، عصب و جہی اور سٹینسن (Stenson) کی قنات اس پر سے گزرتے ہیں] ہضغیتی (masseteric) عروق اور عصب عضلہ عصب (temporal muscle)۔ (۳) اندرونی سطح کو صاف کرنے میں :- دو شکی (digastric) عضلہ ذقنیہ لامیہ

(genio-hyoid) / ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور چانیہ لامیہ (mylo-hyoid) فوقانی مضیق (superior constrictor) کے چند ریشہ جات، داخلی جنبی (internal pterygoid) عضلہ، تھخانی سنی (inferior dental) (جو فیزی: alveolar) شریان اور عصب، چانی لامی (mylo-hyoid) عروق اور عصب، داخلی جانبی (internal lateral) رباط، عضلہ صدغیہ کا بقیہ منہ، غٹائے عمالی۔

وہ حصص جن کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے :- عصب و جہی بشرطیکہ موخر انتصابی تشکاف کو بہت اوپر لے جائیں۔ داخلی فکی (internal maxillary) شریان، صدغی فکی (temporo-maxillary) ورید اذینی صدغی (auriculo-temporal) (یہ وہ ساختیں ہیں جو جبرٹ کے قندال سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہیں) خارجی سباتی (external

(carotid) شریان، عصب لسانی بھکنی، تحت چانوی (submandibular) اور تحت اللسانی (sublingual) غد۔ ایں اوپکا ہے کہ زیر گرد عظمیٰ استیصال کے بعد تمام کی تمام ہڈی دوبارہ پیدا ہوگئی ہے۔

بدشکلیاں (deformities) نیچے کا جبر اکبھی یا نکل غائب ہوتا ہے اور کبھی اسکے ابعاد بہت قصیر ہوتے ہیں اور کبھی اسکا کون غیر مکمل ہوتا ہے۔ یہ حالتیں خلقی ہوتی ہیں اور انکا انحصار چانوی یا پہلی حثوی محراب کے جس سے یہ جبر بنتا ہے ناقص نمو پر ہوتا ہے۔ انکے ساتھ اکثر خیشومی ناکو (branchial fistulae) مستزاد کان کبرالشم (macrostoma) اور اسی طرح کے دوسرے نشوہات پائے جاتے ہیں۔

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

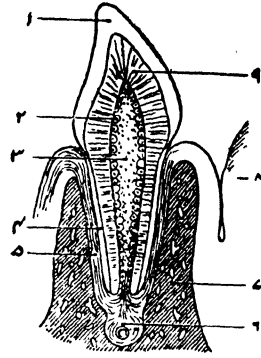
رسد پہنچاتی ہے، اور نیچے کے دانتوں کو اسکی تیسری قسمت۔ سنی اعصاب کے خراش اور ضرات سے فعل محکوس کے بہت سے تعجب نیز مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ایسی حالتوں کے متعلق الطلاع دیجا چکی ہے جنہیں سول العین (strabismus) عارضی کوری اور کج گردنی (wry-neck) بوسیدہ دانتوں کی خراش سے پیدا ہوئے ہیں۔ ہلٹن (Hilton) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکو نچکے جبرے کے ایک بوسیدہ دانت کیوجہ سے (جسکو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے رسد پہنچتی تھی) بہت تکلیف تھی۔ اس میں 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 جبریں 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 جبریں عصب مذکور کو گہرے ہوئے بھی ہوتی ہیں۔

دانتوں کی بوسیدگی میں اکثر چہرہ اور گردن کی ایک جانب پر بیش حدیت کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ سنی بوسیدگی سے پیدا شدہ درد کے بعض رقبہ جات جلد کی طرف محکوس ہونے کی توجہ کی تلاش مرکزی عصبی فواتات کے قریب ایٹلاف میں کرنا چاہئے جنہیں جلدی اور سنی اعصاب جا کر ختم ہوتے ہیں (دیکھو نکل ۲۴ صفحہ 148)۔ گرد سنی غشا کے مرض سے درد ہائے بعید پیدا نہیں ہوتے (ہیڈ: Head)۔

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

جن دانتوں کا ایک سرخ ہوتا ہے انہیں پیپ سرخ کے میزاب کے ساتھ نکل آتی ہے۔ دوسرے دانتوں میں اسکار جنان جو فیزہ کو منقبت کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر سرخ کا سر 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 سرخ کا

سر اس انکسار کے باہر ہے یا اگر پیپ خط انکسار کے ورا اتر سکتی ہے تو یہ بعض اوقات رخسار میں سے نکل آتی ہے۔ بالائی ثنا یا یا انیاب کا جو فیزی خراج رخسار میں سے کبھی نہیں پھٹتا۔ جب اسکا تعلق اوپر کی داڑھوں سے ہو تو یہ بعض اوقات ایسا کرتا ہے۔ جو خراج اوپر کی پہلی داڑھ یا دوسرے مقدم ضلعہ کی جڑوں پر بنتا ہے وہ اکثر فکلی جوف میں پھٹ جاتا ہے۔ ثنا یا، انیاب، اور پہلے مقدم ضلعہ احکس کی جڑوں میں اس جوف سے زیادہ دور واقع ہوتی ہیں۔ لہذا جو خراجات ان سے تعلق رکھتے ہیں وہ شاذ 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 ثنئیہ کی تصویر۔

- (۱) مینا۔ (۲) ناہض اسن۔ (۳) مغز۔
 (۴) جلیبہ جرمیہ۔ (۵) گردنی خشا۔ (۶) سنی
 قتال۔ (۷) ٹڈی۔ (۸) لب۔ (۹) ڈینٹین۔

اوپر کی عقل داڑھ اوپر کے جڑے کے نوخر کنارے

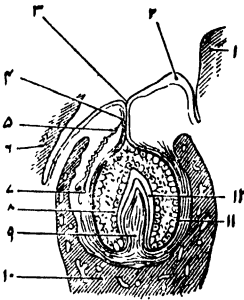
میں اور نیچے کی عقل داڑھ فرع سعودی کی اندرونی جانب میں نمودار ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ داڑھیں اپنے محل پر ظاہر ہونے میں ناکام رہتی ہیں یا گہرائی میں ہی مدفون رہتی ہیں۔ انکی وجہ سے کبھی کبھی عمیق اور لوشیدہ خراجات پیدا ہو جاتے ہیں جنکا منہ اکثر گردن میں ان کے مبدلے سے کچھ فاصلہ پر بنتا ہے۔

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۔ جھڑ (root) یا دانت

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

نمو۔ مینا (enamel) فم الاصلی (stomodæum) کے بزناہض (epiblast) کی ایک دروں بالید سے طیار ہوتا ہے۔ اور ڈینٹین (dentine) میاں ناہضی سنی جلیبہ کی سطح کے اوپر خاص خلیات (سنی ناہضات: odontoblasts) کی فعالیت سے نمودار ہوتی ہے جن پر شاخدار زائڈے ہوتے ہیں جو ڈینٹین (dentine) کے انہیبات میں سے تشع ہوتے ہیں۔ مغز (pulp) سنی جلیبہ 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۔ دوران نمو میں جنینی دانت ایک سنی ناچسہ (dental sac) میں ہوتا ہے جو جو فیروز میں مدفون ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔



شکل ۲۰۔ تہہ کانوجمنی زندگی کے چھپے حصے میں۔
 ۱۔ تہہ کانوجمنی زندگی کے چھپے حصے میں۔
 ۲۔ مسوڑا۔ ۳۔ میزاب۔ ۴۔ سنی ٹیلیف کا
 خطہ۔ ۵۔ جرمی دوس بالیگا۔ ۶۔ زبان۔ ۷۔ مستقل دانت کا
 بزنیٹیا۔ ۸۔ مینا ناہض (ameloblast)
 ۹۔ جلیبہ۔ ۱۰۔ چاند کی تراش۔ ۱۱۔ سنی ناچسہ۔
 ۱۲۔ دودھ کے دانت کا مینا۔

مستقل دانت ان کلیوں سے پیدا ہوتا ہے جو نامی دودھ کے دانت کی لسانی طرف واقع ہوتی ہیں۔ یہاں ایک بزناہضی دروں بالیدگی 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) بحر ابی سنی سلعو (follicular odontome) یا حال آسن دوسرہ (dentigerous cyst)

جو سنی تاج (dental sac) کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں سنی تاج کا باقی موجود ہوتا ہے جسا کہ شعاع نگاری سے ظاہر ہوتا ہے (۲) سرصلی سنی سلعہ (epithelial odontome) یا جڑ کے کایفی دویری مرض (fibro-cystic disease of the jaw) جس میں بڑا ہی عنصر کا منو غلط طریقہ پر ہوتا ہے جس سے کثیر دویری سلعہ بن جاتا ہے۔ اور (۳) سنی دویرہ (dental cyst) یہ ایک ناشپاتی نماتاچہ ہوتا ہے جو کسی سنی سنخ سے پسیدہ ہوتا ہے جس میں راسی بوسیدگی کے امارات بالعموم موجود ہوتے ہیں۔ موصو الذکر قسم عمومی طور پر ایک التہابی حامل خیال کیجاتی تھی، مگر اب اسے اکثر سرصلی سنی سلعہ کی ایک قسم تصور کیا جاتا ہے (جے۔ جی۔ ٹرنر: J. G. Turner) کیونکہ نیجیاتی نقطہ نگاہ سے اسکا اسٹریسٹ قامت کعبی خلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ جرابی اور عظیم التہا سرصلی سنی سلعات چانہ پر نہایت کثرت سے اثر انداز ہوتے ہیں۔ سنی دویرہ اوپر کے جڑ کے میں کثرت سے واقع ہوتا ہے اور دانت نکالتے وقت اسکی جڑ سے چپکا ہوا بعض اوقات سالم باہر نکل آتا ہے۔

ہشتم

منہ - زبان - خنک 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) شفوی (labial) (اکلیل: coronary) عروق - (۵) مخاطی غدا اور (۶) غنائے مخاطی -

لب کا آزاد کنارہ بہت حساس ہوتا ہے اور بہت سے انتہائی بصلمات والے اعصاب یہاں آکر ختم ہوتے ہیں جو لمسی حیثیات (tactile corpuscles) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ بالائی لب کے پانچویں عصب کی دوسری قسمت حس پہنچاتی ہے اور زیرین لب کو تیسری قسمت۔ ان شفوی اعصاب کے اوپر اکثر منگلی ایک فصل نمودار ہوجاتی ہے (غملہ شفوی: herpes labialis)۔

لبوں میں بہت سی انقباضی بافت موجود ہوتی ہے اور کو فنگی یا التهاب یا تہج سے انہیں معتد بہ ورم پیدا ہوسکتا ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتے ہیں اور ایک معتد بہ فاصلہ تک ہر قسم کی عظمی چسپیدگی سے بالکل آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ لبوں کے تباہ کن التهاب اور جرم کے ایسے نقصانات سے جو شدید استراحت میں پائے جاتے ہیں منھ کا بہت سا انقباض

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 عروقیّت سے بہت سے ترقیمی 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 شامات (naevi) اور دیگر عری سلعات کا محل ہے جن میں شغوی شریاں کبیر الجسامت ہوتی ہیں اور ان کا ہضان لب کی پتلی بھرنے سے بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عروق عضلہ محیطہ الفم (orbicularis oris) کے نیچے سے گزرتے ہیں۔ اور اسلئے یہ جلد کی نسبت غنائے مخاطی سے زیادہ نزدیک ہوتے ہیں۔ جب لب کی اندرونی سطح کسی ضرب کی وجہ سے دانت کے مقابل سے کٹ جائے ہے تو ان شریاں نوں کے زخمی ہوجانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ زخم نظر سے پوشیدہ ہوتے ہیں اسلئے ان سے پیدا شدہ زخف کی وجہ سے بعض اوقات تشخص میں غلطی پیدا ہو گئی ہے۔ چنانچہ ایریخسن (Erichsen) ایک مخمور آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جو ایک ایسے ہی زخم کا موصوفع تھا اور جس نے وہ خون جو ایک شغوی شریاں سے بہتا تھا نکل کر خون کی تھی کی تھی۔ اسکے متعلق کچھ عرصہ کے لئے یہ فرض کر لیا گیا تھا کہ کسی کی اندرونی ضرر کا مریض ہے۔ چونکہ شغوی شریاں میں نقضات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں اسلئے جب کبھی شغوی شریاں 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 ہوجانے سے دودھیا نیلگوں مخاطی دوسرے (mucous cyst) پیدا ہوجاتے ہیں جو لبوں پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

لب زیرین کی تمغی میللیت اہمیت رکھتی ہے کیونکہ اسکے شکر (chancre) کا ایک امتیازی خاصہ یہ ہے کہ زیر ذقنی 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 شائد اب قلیل الوقوع ہے جبکہ کھردری نلی والے مٹی کے چھوٹے چھوٹے پائیب زیادہ استعمال کئے جاتے تھے۔ اس کتاب کے ایک سابقہ اڈیشن میں ٹریویز (Treves) نے یہ بیان کیا تھا کہ ”مرحلی سلوجم کے کسی دوسرے

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

وی ۷ کی شکل کے شنگاف کو جو لب کے سرطلی سلعہ اور اسکے لمنفی میدان کو علیحدہ کر کے لئے بہت متروج ہے ترک کر دینا چاہئے۔ کیونکہ اس سے ان لمنفی عروق کے شامل کرنے میں ناکامی ہوتی ہے جو زیر فکی غدہ کی طرف جاتے ہیں اور جنہیں سے بعض تو زیر ذقنی خط میں سے گزارتے بھی نہیں۔ شنگاف کے اطراف مستدق ہونے کی بجائے منفرج ہونے چاہئیں، گو اس طریقہ سے بعد میں کمنا روں کے نزدیک لانے میں دقت پیش آتی ہے جسکی وجہ سے سرجن کو ٹھڈی کے ڈھکنے کے لئے ترقیعی ترکیبوں سے کام لینا پڑتا ہے۔ مزید برآں اگر سرطلی سلعہ کنج دہن کے نزدیک یا اسکے اوپر واقع ہو تو شنگاف میں اوپر کے لب کے کچھ حصہ اور رخسار 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 نقیب ہونے کا خطرہ نہ رہے۔ اس جگہ بھی جیسا کہ دوسرے مقامات پر کیا جاتا ہے ابتدائی بائیدا اور اس کی لمنفی سیلیت کے تمام میدان کو ضرور ایک سالمہ تودہ کی شکل میں کاٹ کر علیحدہ کر دینا چاہئے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ زیر فکی یعنی غدہ کا بھی ایک یا دونوں طرف پراثر کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ دونوں غدوں کا دور کر دینا دانشمندی ہے کیونکہ بعض اوقات عروق لمف زیر ذقنی خط کو عبور کرتے ہیں۔

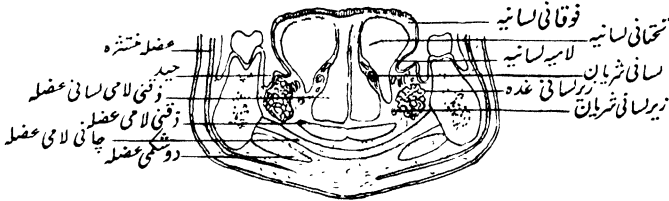
”خراگوشی لب“ (hare-lip) نیچے کے لب میں درز دار حنک (cleft palate) کے موضوع میں پایا جاتا ہے۔

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 تحت اللسانی حلیمیہ جات (sublingual papillae) و ہارٹن (Wharton) کی قنات کے قنات کے ساتھ دیکھے جاسکتے ہیں۔ ہارٹن (Bartholin) کی قنات (جو تحت اللسانی غدہ کی قناتوں میں سے ایک ہے) زیر چانوی (و ہارٹن 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 قرب بھی بعض حالتوں میں درد کا باعث ہوتا ہے۔ زیر چاٹوی 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 دیا جائے۔ منہ کے فرش پر جو فیہ اور زبان کے

168



شکل ۴۱۔ زبان اور چاند میں 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 جید ہوتا ہے، جس کا نام زیر لسانی ثننیہ (plica sublingualis) ہے جو زیر لسانی جلیسک طرف کو جو قیدر اللسان کے قریب واقع ہوتا ہے آگے کی طرف اور اندر کی طرف کو ترچھے رخ میں جاتا ہے۔ یہ زیر لسانی غدہ کے محل (شکل ۴۱) اور نیز اپنے تمام طول میں زیر چاٹوی قنات کے ممر اور لسانی عصب کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ ساختیں سب 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۔

ضغدہ (ranula) جو مخاطی مشمولات سے پڑ ایک نیگیوں رویری سلسلہ ہوتا ہے

زیر لسانی غدہ کے محل پر قید اللسان کی ایک طرف دیکھنے میں آتا ہے۔ اسکی اصل مشتبہ ہے اور اسے مخاطی غدہ یا زیر لسانی غدہ یا بلینڈن (Blandin) اور نوہن (Nuhn) کے راسی لسانی غدہ کی قنات کے اندر سے مختلف طور پر منسوب کیا جاتا ہے۔ اور گولسٹن (Galveston) کا باشندہ تھامسن (Thomson) اس امر کا ثبوت پیش کرتا ہے کہ منفدعہ (ranula) بعض اوقات عنقی یا تحت الفکی دو بیروں کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔ اور اس حالت میں یہ عنقی جوف (cervical sinus) کے جو نو پانے والی گردن میں دیکھنے میں آتا ہے ایک حصہ کا غیر مسدود باقی ہوتا ہے جو اپنے مناسب محل سے علحدہ ہو کر بارہویں عصب کے نزع کے عضلات کے زبان میں منتقل ہو چکا 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 جڑے 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 دویرے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عضلہ ذوقنیہ لسانیہ (genio-glossus) ایک نیچے کے کنارے کے نزدیک چسپیدہ ہوتا ہے۔ ان دونوں ساختوں (غشائے مخاطی اور عضلہ) کے درمیان ٹو (Tillaux) کے قول کے مطابق ایک چھوٹی سی فضا ہوتی ہے جس کا استر فلسفانی سر حملہ کا ہوتا ہے۔ اس کہفہ کو زیر لسانی 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 منفدعہ“ (acute ranula) میں فساد کا مقام یہی ہوتا ہے۔ اس کی موجودگی کی توجیہ منفدعہ (ranula) کے تھامسن (Thomson) کے مذکورہ بالا نظریہ سے کی جاسکتی ہے۔

جب منہ وسیع طور پر کھولا جائے تو چینی چانوی (pterygo-mandibular) رباط غشائے مخاطی کے نیچے آسانی سے نظر آسکتا ہے اور محسوس بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ سب سے پھیلے دارلہ کے پھچے سے ترچھے رخ میں نیچے کی طرف کوچانا 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 دارلہ 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 پچکاری کی سوئی سے بھی اس تک رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی کے ساتھ ملا ہوتا ہے پچکاری دارلہ کو بھونڈے

طریقہ سے نکالنے میں چھٹے کے پھلنے سے کچلا جا چکا ہے۔

نیچے کے جبرے کا اگلیس نما زائیدہ (coronoid process) منہ میں سے آسانی سے نکالا جاسکتا ہے اور اس ہڈی کے مخلوع ہونے پر یہ خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

آخری دائرہ اور جانہ کی فرخ کے درمیان بعض اوقات ایک اچھی خاصی فضا موجود ہوتی ہے جسے راستہ سے فلک بستگی یا جبرے کی جباہ (ankylosis) کے دوران میں مریض کو غذا

دیجا سکتی ہے۔

خلقی اومیہ نما اور درتی دویرے (congenital dermoid and thyroid cysts)

بعض اوقات منہ کے فرش میں اور 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 درتی بالیدگی کسی ضال کلی سے پیدا ہوتے ہیں۔

مسموڑے بستہ، محکم اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ دانت نکالنے پر جو خون نکلتا ہے وہ زیادہ تر انہیں سے خارج ہوتا ہے۔ مسمومیت سیاب میں مسموڑے خاص طور پر متاثر ہو جاتے ہیں اور نیز سقر لوط (scurvy) میں بھی یہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سیسہ کی مزین مسمومیت میں اچھے ماشیوں پر اکثر ایک نیلی لیکر ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ لیڈ سلفائیڈ (lead sulphide) کے مسموڑوں کی بافتوں میں فراہم ہوجانے سے مندرجہ ذیل طریقہ سے پیدا ہوتی ہے۔ دانتوں پر جو فوائیل 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 کرتا ہے۔ لہذا یہ کہا جاتا ہے کہ یہ نیلی لیکر ان اشخاص میں نہیں ہوتی جو دانت صاف رکھتے ہیں۔ بسمتھ (bismuth) کی مسمومیت میں بھی بعض اوقات اسی قسم کی لیکر پائی جاتی ہے۔

زبان

زبان کی رین طبع پر قید اللسان (frenum) سے ۱/۲ انچ سے کم فاصلہ پر فٹائے مخالفی کے

نیچے صفحہ عمی ورید (ranine vein) (رفیق تحت اللسانی: comitans hypoglossi) کا سرا دیکھا جاسکتا ہے۔ غشاء مخاطی کے دو مرتفع اور شکن دار خط بھی اس عضو کی پرین سطح پر دیکھے جاسکتے ہیں جو زبان کی نوک کی طرف مستحق ہوتے جاتے ہیں۔ یہ صفحہ عمی (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 صفحہ عمی شریان (ranine artery) نیچے کی سطح سے 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 سے لسانی شریان کو باندھنے کے بغیر علیحدہ کرتے وقت مفید ثابت ہوتا ہے۔

171

زبان کے حلقہ نقائص 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 شائد ان غد سے پیدا ہوتے ہیں جو زبان کی نوک کے نیچے نسبی طور پر موجود ہوتے ہیں۔

شاذ شاذ حالتوں میں قید اللسان غیر طبیعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اور عقدة اللسان (tongue-tie) پیدا ہو جاتا ہے جو حقیقت میں بہت قلیل الوقوع عارضہ ہے۔ عضلہ ذقینہ لسانیہ (genio-glossus) جو زبان کا خاص عضلہ ہے اور عضلہ ذقینہ لامیہ (genio-hyoid) ارتفاق کے ذقینی (genial) (منثل : mental) درز جات سے نکلنے ہیں۔ زبان ان چسپیدگیوں کی وجہ سے جو ارتفاق کے ساتھ ہوتی ہیں پیچھے کی طرف گرنے سے رکی رہتی ہے۔ اگر ان چسپیدگیوں کو کاٹ دیا جائے تو زبان الٹائی اور گھٹی بھی جاسکتی ہے۔ مکمل عدم حیثیت میں جیسی کہ کلوروفارم سے پیدا ہوتی ہے جب زبان کی تمام عضلی چسپیدگیاں ڈھیلی پڑ جاتی ہیں تو اسکے پیچھے کی طرف کو گر جانے اور مہمی (epiglottitis) کو دبا دینے کا احتمال ہوتا ہے جس سے دم گھٹ جاتا ہے۔

زبان محکم ہوتی ہے اور اسکی بانٹ گھنی ہوتی ہے۔ مگر پھر بھی اسمیل اتصالی بانٹ کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے جسکی وجہ سے یہ ملتبہ ہونے پر بہت متورم ہو جاتی ہے۔ سطحی سرطیلہ دبیز ہوتا ہے اور اس عضو کے مزمن سطحی التهاب میں یہ اکثر مجتمع ہو جاتا ہے اور گھنی غیر شفاف تہوں کی شکل اختیار کر لیتا ہے مثلاً غصبتہ اللسان (ichthyosis linguae) ابریشما (leucoplakia) بیاضہ (leucoma) وغیرہ۔ ان مخاطی غد سے جو خاص طور پر غشاء 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 شاخیں بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اسکی

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

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

عضلہ لامی لسانیہ (hyo-glossus) کے نیچے اور عضلہ ذقنیہ 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 لامی لسانیہ (hyo-glossus) کے ذریعہ سے عضلہ ہوتا ہے۔ اگر اس مقام پر شریان مذکورہ کو باندھنا مقصود ہو تو یہ عصب ایک مفید رہنما کام دیتا ہے۔ مگر چونکہ ٹھہری لسانی

(dorsalis lingual) شاخ بعض اوقات اس مقام سے اور آگے جا کر نکلتی ہے اس لئے اس شریان کو یہاں باندھنے سے زبان کے موخر حصہ کے جریان خون کو بند کرنے میں ناکامی ہو سکتی ہے

ہوتا ہے۔ لہذا اس عرق کو اس مقام کے قریب جہاں یہ شریان سباتی (carotid) سے نکلتا ہے باندھنا زیادہ قرین مغلل ہوتا ہے۔ لسانی شریان سباتی (carotid) سے عضلہ 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 معوا کر لینا چاہئے تاکہ اسے اس امر کا یقین ہو جائے کہ وہ صرف لسانی شریان کو ہی مسدود کر رہا ہے۔

172

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 پذیر جسامت کے کسی اور حصہ کی نسبت زبان کی ٹوک پر زیادہ تیز ہوتی ہے۔ اس عضو کے موخر ثلث سے دونوں قسم کے معمولی اور

ذائبقہ کے ریشے لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب میں جاتے ہیں۔ اور مقدم دوہٹا کو لمسی ریشوں کی رسد عصب لسانی سے ملتی ہے اور ذائقہ کی رسد حبل طیلی (chorda tympani)

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

غیر متاثر رہتا ہے کیونکہ جو ریشے اس حصہ کو متاثر نہیں دیتے ہیں وہ عصب لسانی میں جمل لمبلی (chorda tympani) کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ موخر الذکر عصب میں سے کچھ حسی ریشے جات بھی ضرور جاتے ہیں کیونکہ قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی زبان کے مقدم دو تہائی حصوں میں کبھی در حصہ پذیر ہی باقی رہ جاتی ہے اگرچہ درود کی حصہ پذیر ہی مکمل طور پر غائب ہو جاتی ہے۔ جس رقبہ کو عصب لسانی سے رسد پہنچتی ہے اسکے درونیز حواریں میں مریض کو منفذ گوش کے خطہ کے عمیق حصوں میں اکثر شدید در درموس ہونے سے تکلیف ہوتی ہے اور جلد کا ایک رقبہ کان سے میکر جبڑے کے نیچے کنارے کے ساتھ بعض اوقات الیم ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ زبان کا مقدم دو تہائی حصہ چانوی محو (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 سمت سے آتی ہے درو محو اسکے جلدی اختتام میں ہوتا ہے۔ زبان کا موضوع دو تہائی حصہ دوسری (لامی: hyoid) اور تیسری حشوئی محرواوں سے مشتق ہوتا ہے اور اسکا تعلق حشرہ کے اوپر کی جلد کے الیم رقبہ جات سے ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔

173

مضغی عضلات کا شنجی انقباض بعض اوقات درونیز لسانی قروح کے ساتھ پایا جاتا ہے جبکہ یہ عصب ذوقی کے خطہ میں پائے جائیں۔ قذالی خطہ کے تراج 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:-

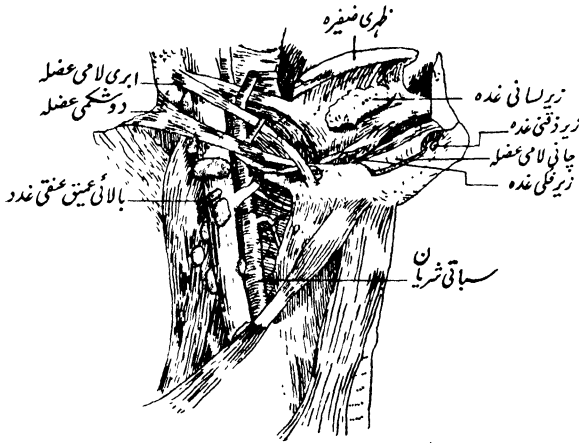
”ایک آدمی کے سر کے پچھلے حصہ پر چوٹ آگئی جو بظاہر شدید نہیں تھی۔ کچھ عرصہ کے بعد زبان کا دایاں نصف لاغر ہونا شروع ہو گیا اور لاغری ترقی کرتی گئی حتیٰ کہ یہ غیر متعین جانب کے نصف سے بھی کم رہ گیا۔ اس کے بعد قذال پر ایک تراج بن گیا جس میں سے عظم قذالی نے پین حصہ کے گولے نکالے گئے۔ مرد بڑی کے دور کرنے کے بعد زبان نے اپنی پہلی حالت پر آنا شروع کر دیا اور ایک ہینہ میں اسکی حالت تقریباً طبعی ہو گئی۔“

یہاں ذیل 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 رقبہ 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 سفید حصہ (لسانی لوزہ lingual tonsil) اس عضو کے موخر حصہ پر غشاء کے مخاطی کے نیچے مجتمع ہوتا ہے۔ اس بافت کی

بیش پرورش سے بعض اوقات حساس کبھی 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 مے کے ارد گرد لمبی بافت کا ایک مکمل حلقہ بن جاتا ہے۔

لسانی عروق لصف (شکل ۴۲) عظیم الجسامتہ اور کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اور



شکل ۴۲۔ زبان کے عروق لصف۔

(پوائے ریئر: Poirier کے مطابق۔)

سرطانی مسدوات کے منتشر ہونے کے لئے ایک کھلے مجری کا کام دیتے ہیں۔ یہ دونوں نظامت میں مرتب ہوتے ہیں۔ (۱) سطحی جن سے زبان کی پشت اور اسکے جوانب پر زیر مخاطی بافت میں ایک تہا ہی کثیر العروق ضغیرہ بنتا ہے۔ (۲) عمیق جو زبان کے عضلی نظام میں ایک جال کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں۔ ان دونوں نظامت میں آزاد راہ و ربط موجود ہوتا ہے۔ چھیلٹل (Cheatle) نے یہ دریافت کیا ہے کہ زبان کے سرطان کی حالتوں میں ذقنی لسانی عضلہ (genio-glossus) ثانوی مطروح کا ایک عام عمل 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 سرطان کا استیصال زبان کی سطح پر اور اسکی گہری بافتوں میں ایک عرضی حاشیہ کے ساتھ ضرور کرنا چاہئے۔

ان دونوں نظامات سے لطف پیرا 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۔ انیس سے کچھ عدد کے زیر چانوی گروہ میں اور بقیہ بالائی عمیق عنقی گروہ میں جاتے ہیں، (۲) مرکز کی 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 موخر 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۔ اس لئے لطف کو ثانوی گزرگاہیں اور پھیر کے راستے تلاش کرنے پڑتے ہیں اور یہی 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 ذریچانوی غدہ کے اوپر واقع ہیں اور نیز جو اس میں مدفون ہوتے ہیں وہ بھی اور اس غدہ اور زیر لسانی غدہ کی لطف آسرافت ثانوی مطروح کا محل نجاتی ہے۔ مزید برآں زیر ذقنی غد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

175

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 کہنکی لسانی وعائی سلحہ (lymphangioma cavernosum) کا نام تجویز کیا تھا] اور نیز تمام زبان میں لسانی بافت کا افزودہ نمود ہوتا 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 "لینیکس" (Lymphatics) متر سیسل لیف (Cecil Leaf) ۱۹۰۷ء۔

رکھتے ہیں اکثر عظم لامی (hyoid bone) کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں یہ زبان کے قاعدی حصہ میں سوراخ اعور (foramen cæcum) کے پاس بھی موجود ہوتے ہیں (سینکٹس: Makins)۔ بعض کبھی کبھی عضلہ چانیہ لامیہ (mylo-hyoid muscle) سے اوپری ہوتے ہیں اور بعض عظم لامی کے عین اوپر ہوتے ہیں اور بعض کا ہے اس ہڈی کے خالی حصہ میں پائے جاتے ہیں بعض اوقات انہی محلات پر ایسے دویرے بھی پائے جاتے ہیں جنکا استرہد بہ دار سر حلیہ کا ہوتا ہے۔ یہ تمام ساختیں اس مرکزی عطفہ کی عمق کا مابقا ہوتی ہیں جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے بروزر کرتا ہے! اور جس سے غدہ درقیہ کی خاکنائے اور اسکا متصلہ حصہ بنتے ہیں۔ زبان پر کا سوراخ اعور (foramen cæcum) اس مقام کو نظر ہر کرتا ہے جہاں سے عطفہ مذکور بلعوم سے نکلتا ہے۔ ایسی فتائیں بھی پائی گئی ہیں جو سوراخ اعور سے نکل کر ان عین غدہ تک جاتی ہیں جو عظم لامیہ کے قرب وجوار میں واقع ہوتے ہیں اور جنکا استرہد سر حلیہ کا ہوتا ہے۔ ان غدی اور سر حلیہ اجتماعات سے جو عظم لامی کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں گردن کے سرطان کی بعض گہری واقع ہونے والی قسیمیں بھی پیدا ہوتی ہیں۔ انہیں سے بعض خمبیت دویروں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں جنکا ذکر مریض نے کیا ہے (Treves Path. Soc. Trans. 1886)۔

176

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

یہ منہ میں سے حرارت رسائی (diathermy) کے چاقو یا قینچی سے دور کیا جاسکتی ہے۔ مؤخر 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 ناکہ ناکہ ہے۔ گنجائش بڑھانے کے لئے ایک طریقہ عمل میں زخار میں شنگاف دیا جاتا ہے اور ایک میں نیچے کے لب کو اور نیچے کے جبرے کے ارتفاق کو کاٹا جاتا ہے۔

عملیہ جات کے ایک اور سلسلہ میں عظم لامیہ اور چانہ کے درمیان شنگاف دیکر زبان تک رسائی کی گئی ہے اور یا اسے مکمل طور پر معرکہ بھی کر لیا گیا ہے کاختر (Kocher) نے گردن میں سے زبان کو متکشف کر نیکاطریقہ راج کیا تھا۔ اس میں جس شنگاف سے زبان تک رسائی حاصل کیجاتی 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 شکی عضلہ (digastric) کے مقدم بطن کے ساتھ ساتھ

اوپر کو چلا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے لسانی شریان کو ابتدا ہی میں باندھ کر نرف پر مکمل طور پر قابو حاصل کر لینے کے علاوہ بالائی گہرے عسقی غدود لہمی غدود اور زیر چانوی اور زیر لسانی غدود 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 کافی جاتی ہیں۔ قید اللسان غشاءے منامی زبان کے اطراف کے ساتھ ساتھ، لسانی کبلی شکلن (glosso-epiglottic folds) عضلہ زقنید لسانیہ (genio-glossus)، عضلہ لامید لسانیہ (hyo-glossus)، عضلہ ابرید 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 شکایت 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 کبھی قدر اہمیت حاصل ہے۔

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

مختلف اقسام پائے جاتے ہیں انکو سمجھنے کے لئے ان حصوں کے نمو کا مختصراً اعادہ کرنا ضروری ہے کیونکہ حنک مشقوق (cleft palate) اور "نوگوشی 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 تہی: os incivum)

جمیر چار شتایا ہوتے ہیں، (۲) دایاں فکی، (۳) بایاں فکی جن پر دائیں اور بائیں کچلیاں اور دو وہ کی ڈاڑھیں ہوتی ہیں۔ یہ تینوں حصے مختلف الاصل ہوتے ہیں۔ پیش فکی حصہ وسطانی انفی زائڈہ (medial nasal process) سے (شکل ۳۱ صفحہ ۱۳۶) اور قلمی حصے دائیں اور بائیں فکی زائڈوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان مختلف عناصر کا اتحاد جس سے حک لہیا رہتا ہے اگلے حصے سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو جاتا ہے۔ فکی زائڈے حک کے موخر دو تہائی حصوں میں ایک دوسرے سے



- شکل ۳۳ جانبی ثنیہ کا تعلق حک کی درز سے ظاہر کرتی ہے۔
 ا۔ حک 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 حک مشقوق۔ جانبی ثنیہ پیش فک پر درز کی اندر کی جانب واقع ہے۔ ناک کا فاصل فکی ڈبوں کے درمیان کی درز میں منکشف ہے۔
 ج۔ دو جانبی حک 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 فکی حصہ سے مل جاتے ہیں۔ چنانچہ خط اتحاد وائی (Y) کی شکل کا ہوتا ہے! اور پیش فکی حصہ اسکی دونوں شانوں پر واقع ہوتا ہے۔ درز اکثر حالتوں میں وائی (Y) کے اصلی تہ پر واقع ہوتی ہے، یا اس سے صرف حک الرخوی متاثر ہوتا ہے، یا یہ ایک یا دونوں اطراف پر آگے کی طرف کو جو فیروز تک پہنچی ہوتی ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ ج اور ج میں ظاہر کیا گیا ہے۔ جانبی ثنیہ پیش فکی اور فکی عناصر کے درمیان کے میزاب میں نمو پاتا ہے۔ اگر حک مشقوق (cleft palate) کی حالت نمودار ہو جائے تو یہ نمو عناصر بالیدرگی کے ساتھ ساتھ علیحدہ ہوتے جاتے ہیں! اس طرح سے جو درز بن جاتی ہے اسکی ایک نہ ایک جانب سے

بابی تثنیہ کی کلی چمکی ہوتی ہے لہذا بعض حالتوں میں یہ تثنیہ پیش فکی زائدہ پر پایا جاتا ہے اور بعض حالتوں میں فکی پر ہوتا ہے (شکل ۲۳ ج ۱-ج)۔ ہر ایک شیش فک 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 ۱۳۶)۔ 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 فکی یا وسطی عنصر ہی اپنی اصل میں دو جابجی ہوتا ہے۔ مگر اسکے دونوں حصوں کی مستقل علیحدگی کا پایا جانا نہایت ہی نادر وقوع ہے۔ دو جابجی خرگوشی لب (hare-lip) میں گاہے گاہے بچے کے لب پر دو علیحدہ جات دیکھنے 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 فیروز کے قریب بہت دبیر ہوتی ہے اور بازت کی زیادتی کا انحصار زیادہ تر وسطی تہوں کے نیچے مخاطی غدو کی ایک تعداد کے موجود ہونے پر ہے۔ ایسے غدو 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 ریکمین گوڈلی (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 نرسوق (torus palatinus) پایا جاتا ہے۔ یہ ارتفاع یا عظمی بروں بالیدگی (exostosis) یورینو کی نسبت دوسرے اقوام میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ اور یہ سن 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 مغالی پوشش کی زیادہ تر رسد نخون

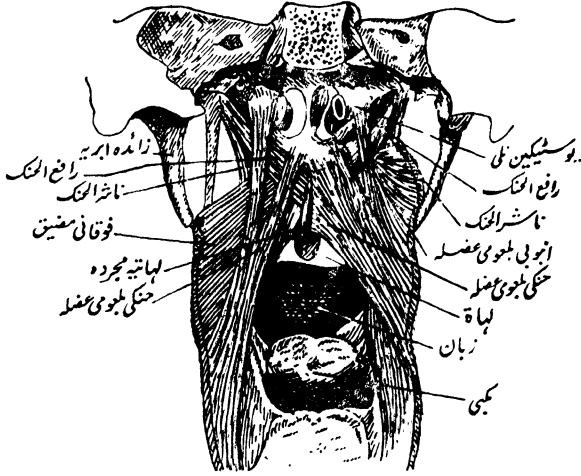
داخلی کئی شریان (internal maxillary artery) کی نزولی حنکی (descending palatine) شاخ سے متال ہوتی ہے۔ یہ عرق جسے حنک الصلب کا صرف ایک ہی عرق کہا جاسکتا ہے حنک الصلب اور حنک الرخو کے مقام اتصال کے نزدیک اور آخری ڈائریڈ کی اندرونی جانب کے پاس ہی موضع حنکی قنال سے نکلتا ہے۔ اور آگے کی اور اندر کی طرف کو 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 مغالی گرد عظمی دامنوں کی تقطیع کرتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ابتدائی شکاف غنائے مغالی میں جو فیہ کے قریب دیا جائے تاکہ یہ دامن شریان مذکورہ پر متل رہے اور اس وجہ سے اسکی حیویت محفوظ رہے۔ دامن کی تقطیع کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ شریان غنائے مغالی کی نسبت ہڈی کے زیادہ قریب سے جاتی ہے۔

180

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

اندازہ تقریباً ۳ انچ کیا گیا ہے۔ اسکی دبازت کا زیادہ تر انحصار مغالی غد کے ایک طبقہ پر ہے جو اسکی بالائی سطح پر ہوتا ہے۔ اسکا مرکزی اساس ایک وتری ہمیلاو یعنی حنکی صفاق (palatal aponeurosis) ہے جس میں حنک کے ناخبرات ختم ہوتے ہیں اور جسکے ذریعہ سے یہ حنک الصلب کے موضع کنارہ سے پسیدہ ہوتے ہیں۔ جب حنک الرخو خلقی طور پر مشقوق ہوتا ہے تو اس متقاق کی کوریں نکلنے کے۔ ان میں فوقانی مضیق (superior constrictor) کے بالاترین ریشہ جاکے 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 ناشر الحنک (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 اسکی بالائی سطح کے زیادہ نزدیک واقع ہوتا ہے ناشر الحنک (tensor palati)۔ خط وسطی زاہد (hamular process)

کے اوپر سے ہو کر گزرتا ہے اور خط وسطیٰ کی طرف کو تقریباً افقی رخ میں چلا جاتا ہے (شکل ۴۴)۔
خطیفی زائیدہ اوپر کی پچھلی ڈاڑھ کے عین پیچھے اور اسکے اندر کی طرف کو حنک الرخو میں سے محسوس
کیا جاسکتا ہے۔ جب منخالی گردِ عظیم جسمیں موضع حنکی عروق ہوتے ہیں درز کی دونوں اطراف پر
حنک المصلب پر سے اور اٹھایا جاتا ہے جس سے کہ حنک کے افقی صحفہ کا موضع کنارہ نکشف ہو جاتا
ہے تو عملی کن انفی جانب پر حنکی صفاق اور اسکے اوپر کی غشائے منخالی کو عظیم الحنک سے علیحدہ کر دیتا



شکل ۴۴ - حنک الرخو کے عضلات پیچھے سے۔

(بلک وے سے: Blakeway)

اور اس امر کی احتیاط رکھنا ہے کہ موضع حنکی قنال اور حنکی عروق تک نہ پہنچے۔ جب صفاق کاٹ دیا
جاتا ہے تو ناسہ الحنک (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 منخالی کے ایک لٹھے ہوئے ٹکڑے 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 انسانی 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 ضرورت احتیاطاً کرنا چاہئے۔ حنک الصلب کے اندر کے تنقب کو مقنعہ (velum) کے صرف سے نہ بند کرنا چاہئے۔

182

حنک الرخو کی رسد خون، داخلی فکی ثریان کی نزولی حنکی (descending

palatine) شاخ ہ صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان اور وہی (facial) ثریان کی صعودی حنکی (ascending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ مورخ الذکر عوق مقنعہ (velum) تک عضلہ رافع الحنک (levator palati) کے ساتھ ساتھ آتا ہے اور مذکورہ بالا طریق عمل میں اس عضلہ کی تراش میں اس کا کاٹنا بھی ضروری ہوتا ہے۔

حنک الرخو کے عضلات کو مختلف اعصاب رسد پہنچاتے ہیں رافع 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 عرض میں ہوتا ہے یہاں اسکی پیمائش ۲ انچ ہوتی ہے۔ جہاں یہ مری سے محض حلقی (cricoid cartilage) کے لیول پر ملتا ہے وہاں یہ تنگ ترین ہوتا ہے اور اسکا قطر ۳/۴ 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۔ دانوں کی محراب سے لیکر مری کی ابتدا تک کا فاصلہ تقریباً ۶ تا ۷ انچ ہوتا ہے۔ اور اس پیمائش کو اجسام غریبہ کے نکالنے وقت یاد رکھنا چاہئے۔ بلعوم میں جو اجسام غریبہ داخل ہو جاتے ہیں انکے حلقئی 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 روفا دا سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ کہف 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 عمقی فقرات سے علاوہ کھتی ہیں۔ اطلس (atlas) کی محراب اور حنک الصلب تقریباً ایک ہی خط میں ہوتے ہیں۔ اور محور (axis) اوپر کے دانوں کی آزاد کور کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ بلعوم کا انتہائی سراچھلے عمقی فقرہ کا تناظر ہوتا ہے۔ جہاں تک مقدم سطح کا تعلق ہے بالائی فقرات کا امتحان منہ میں سے کیا جا سکتا ہے۔ جب بلعوم کے قریب کی ہڈیوں میں مرض نمودار ہوتا ہے تو متنخر حصے اس کہف میں سے خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اطلس (atlas) اور محور (axis) کے حصے منہ میں سے باہر نکل چکے ہیں۔ نیز قدالی اور ویدی ہڈیوں کے مقابلتہ 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 الہتہابات اسلئے کہ انکے حنجوہ کی استری غشائت مھیل جانے کا امکان ہوتا ہے، خاص طور پر خطرناک ہوتے ہیں۔ بسنچہ نام کی شکلوں (aryteno-epiglottic folds) اور بلعوم کے اس حصے کو جو انکے قریب وجواریں ہوتا ہے زیر مخاطی بافت خاص طور پر ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور یہ بھی حالتوں میں حنجوہ کا بالائی روزن بعض اوقات تقریباً بند ہو جاتا ہے۔

بلعومی عطفہ (pharyngeal diverticulum) گاہے گاہے اس کی

موضر دیوار سے اس کے زیر ترین حصہ پر جہاں یہ مری سے مل جاتا ہے یعنی حلقئی غضروف (cricoid cartilage) اور چھلے عمقی فقرہ کے لیول پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہاں یعنی بلعوم کے تنگ ترین حصہ پر کوئی بڑا سالتھہ پیچھے کی طرف کو دب سکتا ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جہاں ممکن ہے کہ

تحتانی مضیق (inferior constrictor) اور مروی (oesophageal) عضلات کے درمیان کوئی کمزور جگہ موجود ہو اس حالت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ میں سے غنائے مخاطی کا فتق پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ اپنے مشمولات کے دباؤ سے نیچے کی طرف کو تدریج بڑھتا چلا جاتا ہے۔ یہ ہمیشہ نہیں بلکہ عام طور پر بائیں جانب پر پیدا ہوتا ہے اور انجام کار یہ اتنا بڑا ہو جاتا ہے کہ جس پذیر ورم کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور اسکا منہ بالائی مروی دہنہ سے بڑا ہو جاتا ہے۔ اور اسلئے غذا اور تشخصی اوزاروں ہر دو کاربجان مری کی نسبت اس علقہ میں داخل ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے۔ اس قسم کے علقات کے مشمولات بہت بدبودار ہوتے ہیں۔ لہذا عملیہ کرتے وقت اس جیب کو اکثر دو مراحل میں علوہ کیا جاتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں تاجہ منکشف لگایا جاتا ہے اور زخم میں سے باہر نکال لیا جاتا ہے اور دوسرے میں اتنا عرصہ گزرنے کے بعد اسے دور کر دیا جاتا ہے جتنا کہ اریجی بافت کے پیدا ہونے اور اتصالی ستویوں کے بند ہو جانے کے لئے کافی ہو۔ اس طرح انتشار سرائت جو نیچے کی طرف گردن یا سائڈ منصف ہائے صدی میں ہو جائے رک جاتا ہے۔

184

بلعوم کی غنائے مخاطی میں بہت سی غدہ آسا بافت (adenoid tissue) منقسم

ہوتی ہے اور التهاب بلعوم (pharyngitis) کے مختلف اقسام میں یہی بافت التهاب کا ابتدائی محل 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 دبیر غنائے مخاطی میں مدفون ہوتا ہے اور ناک کے فاصل کے قاعدہ سے لیکر کھوپری کے قاعدی زائده کے نقطہ وسطی تک پہنچتا ہے۔ لوزہ کے مرکز پر ایک شقاق یا انخفاص کا نشان ہوتا ہے جو غنائے 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 یوسٹیکیئن (Eustachian) نلیوں کے نیچے 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 غدہ آسا روئیدگی (adenoid vegetations) یا پس انفی بالیدوں (post-nasal growths) کے نام سے موسوم ہے۔ ان بالیدوں سے بہراپن پیدا ہو سکتا ہے اور بعض اوقات

موضر مغزین بھی بند ہوجاتے ہیں۔ انکو عملیہ سے دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے اور ان کی رسد چھوٹی چھوٹی شریانوں سے آتی ہے جو داخلی فکی شریان (ویدیوسی: Vidian) اور جنیبی تنگی (pterygo-palatine) اور صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) سے نکلتی ہیں۔ انکی وریدیں بلعومی صفیرہ سے ملتی ہیں اور انکے عروق لف پس بلعومی غدو میں سے ہوکر عمیق عنقی غدو 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 شاہدہ میں آچکا ہے کہ بلعوم کے حاد التهاب میں انصبا بھری کے ساتھ ساتھ فنتر ہوتا ہوا موضر منصف تک پہنچ جاتا ہے اور نیز ڈایا فرام تک بھی بڑھ جاتا ہے۔

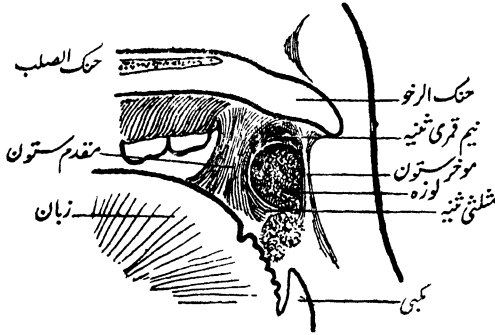
185

بلعوم کے پیچھے جو ڈھیلی ڈھالی بافت موجود ہوتی ہے اس میں پس بلعومی خراج کی

دواہم قسم 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 غدو موجود ہوتے ہیں اور اسکے پیچھے پیش فقری ردا اور پیش فقری عضلات اور عنقی عمود کی ہڈیاں ہیں۔ پس بلعومی خراج خاصکر چون 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 تنگ لہر تو مخفض ہو جاتا ہے اور یا بھر نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسا خراج بالعموم حاد اور غیر تدرنی ہوتا ہے اور ہڈی سے اسکا تعلق نہیں ہوتا۔ اسکو منہ میں سے کو لکرا اسکا تخلیکہ 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 تدرنی 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 سرات 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 دیگر دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ اس قسم کے خراج کو عضلہ تصویہ حلیہ (sterno-mastoid) کے پیچھے تنگ کاف دینے اور اس عضلہ اور باقی فلاف (carotid sheath) اور پیش فقری ردا کو آگے کی طرف کو کھینچنے کے بعد چھٹی یا چھکارس کی ٹوٹی 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 ڈالکر اسکا نبضان محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ اور گردن کی دوسری عمیق ساختیں بعض اوقات ایسے اجسام غریبہ سے جو منہ کے اندر کی طرف سے بلعوم میں سے عنقی یافتوں میں داخل کر لئے جائیں زخمی ہو سکتی ہیں۔ داخلی و داجی (internal jugular) ورید بلعوم سے خاصکر اسکے بالائی حصہ میں



شکل ۲۵۔ حلقوم کے سستونوں اور لوزہ کی تصویر۔

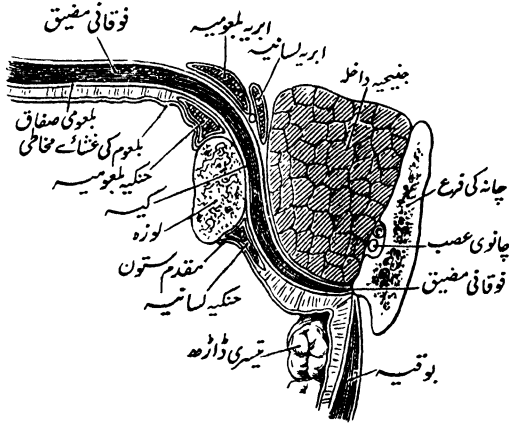
کچھ فاصلہ پر ہوتی ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ زائڈ ابریہ (جس حالت میں کہ یہ نمایاں ہو) اور نیز متعظم ابری لامی (stylo-hyoid) رباط بھی لوزہ کے عین پیچھے بلعوم کی جانب پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں متعظم رباط غلطی سے جسم غریب تصور کر لیا گیا ہے اور اس کے استیصال کی کوشش کی جاسکتی ہے۔

186

لوزہ (شکل ۲۵ و ۲۶) مقدم و موخر حنکی محرابوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ باہر کی طرف یہ فوقانی مضیق (superior constrictor) عضلے سے تعلق رکھتا ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ اور جہاں تک اسکی سلج کا تعلق ہے یہ نیچے کے جبڑے کے زاویہ کا متاثر ہوتا ہے۔ جب اس میں بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے تو اس تودہ کا رجحان خط و سلی 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، بن کلانی یافتہ غد سے جو عظیم لامی کے قرن اعظم کی نوک پر اور داخلی و داخلی (internal jugular) وریڈ کے اوپر واقع ہوتے ہیں بنا ہوتا ہے۔ یہ غد لوزی عروق لمف وصول کرتے ہیں۔ اور جل لوزی عوارض میں یہ تقریباً ہمیشہ کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ یہ امر کہ جب عنقی غد تدرن زدہ ہوتے ہیں تو پہلے پہل

187



شکل ۴۶۔ لوزہ اور اسکے کیسہ اور تونہائے حلقوم میں سے افقی تراشش۔

انہی غد میں کلانی واقع ہوتی ہے، لوزہ کے ابتدائی سرایت کا ایک عام محل ہونے کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

لوزہ بلعومیہ دیوار سے اتنی مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ یہ بلعومیہ عضلات کے حرکات متاثر ہوتا ہے (شکل ۴۶)۔ چنانچہ گلنے کے فصل کے دوران میں فوقانی مضیق عضلا اس کو اندر کی طرف کو حرکت دیتا ہے، اور بخلاف اسکے عضلا ابریہ 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 ابریہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) سے یہ کس حد تک کھینچ سکتا ہے۔

اور مقدم حنکی محراب جو اسکوک میقدر پوشیدہ کر دیتی ہے کتنی نمایاں ہے۔ جس بچہ کی مقدم حنکی محراب نمایاں ہو اور عضلہ حنکیہ لسانیہ (palato-glossus) جو اس میں موجود ہوتا ہے بخوبی نمایاں ہو اور اسکا عضلہ اریلیومومہ (stylo-pharyngeus) ملتا تو تیرہویں زلی گلوٹین (guillotine) بعض اوقات بہت عرصہ تک کارگر نہیں ہوتا۔ تاہم لوزہ سالم معہ منضم کیبہ کے نکالا جاسکتا ہے اور اسے نکالنا بھی اسی 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۔ اوکثریہ العادہ ملحقہ جات کے علاوہ اسکے بالائی حصہ میں جہاں مقدم اور موخر ستون حنک الرخو سے ملتے ہیں ایک گوشہ یا جیب — لوزی گوشہ (tonsillar recess) بھی ہوتی ہے۔ یہ گوشہ اُس پہلی حنوی درز کا جس میں لوزہ نے نمو پایا تھا بقیہ حصہ ہوتا ہے (سکب ہٹ: Seccombe Hett)۔ مقدم ستون سے غنائے مخاطی کا ایک واضح اور باریک شکن بھیجے کی طرف کو جا کر لوزہ پر ختم ہو جاتا ہے۔ **ششمنیہ مثلثی (plicae triangularis)** (شکل ۴۵) — اور ایک اور شکن بھی بعض اوقات لوزی گوشہ کے اوپر سے ستونوں کو ملادیتا ہے (ششمنیہ ہلالی: plica semilunaris)۔ لوزہ فوقانی مضیق (superior constrictor) سے ایک باریک لینی کیبہ کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے (شکل ۴۶)۔ اس کے عروق لطف عضلہ مضیق کو مشتبہ کرتے ہیں۔ لوزہ کی دو بڑی قسمن سلیم کیبہ کہتی ہیں: مدفون (embedded) جس میں غدہ آسا بافت میں ستونوں کے لیول کے نیچے زیادتی واقع ہو جاتی ہے اور **مُظَلّ (projecting)** جس میں یہ زیادتی زیادہ تر کشف حصہ میں پائی جاتی ہے۔ (ایس۔ ہٹ: S. Hett)۔ کلانی یافتہ لوزہ اکثر بلعوم میں بخوبی تظلیل کر آتا ہے! اور اس کے آزاد سرے کا رقبہ اس کے قاعدہ یعنی مدفون حصہ سے زیادہ ہوتا ہے لہذا لوزہ کو گلوٹین (guillotine) کے طلق میں داخل کرنے کے لئے حلقہ کو مثلّ لوزہ پر نیچے سے اوپر کی طرف کو پرو لیا جائے اور پھر اسے اس طرح پھرا دیا جائے کہ چاقو زیادہ انتصابی سمت میں آجائے۔

عاذور (quinsy) میں فوق لوزی گوشہ میں خراج نجاتا ہے اور حنک الرخو میں سے یہ نہایت مؤثر طریقہ سے کھولا جاسکتا ہے۔

جب لوزہ بیش پروردہ ہو جائے تو پھر سین کی بھی شکایت کی جاتی ہے۔ یہ بہرہ راہن یوسٹیکین نلیوں (Eustachian tube) کے کلانی یافتہ تودہ کے بلا واسطہ دباؤ سے بند ہو جاتے

پیدا نہیں ہوتا۔ ایسے دباؤ کا پیدا ہونا تشریحی نقطہ نگاہ سے نامکن ہے۔ مگر غلیم الجسامتہ لوزہ جنک الرنو میں خلل انداز ہونے کی وجہ سے نالی کے انفتاح پر اثر کرتا ہے اور اس کی وساطت سے عضلہ نائٹرا لٹنک (tensor palati) بھی متاثر ہو جاتا ہے جو یوسٹیکین (Eustachian) نلی کو کھلا رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ ایسی حالتوں میں بہرا پن دباؤ کے اثرات سے پیدا ہونے کی بجائے غالباً بیش پرورش عمل کے استری غشا تک پہنچ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ لوزہ کے دور کرینے کے کچھ عرصہ بعد تک بھی اسپین کچھ اصلاح نہیں ہوتی۔

لوزی بافت متقدرطاً قدیمات کے ارد گرد زیادہ تر مجتمع ہوتی ہے (شکل ۴۶)۔ ان گوشہ جات میں مجوس سرحلی 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 لحاظ جات میں بعض اوقات حصیات بھی بنجاتے ہیں اور ان سے شنجی کھاسی پیدا ہو جاتی ہے! اس حالت میں سانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب درآسوق کو تنفسی مرکز تک لیجا جاتا ہے۔

لوزہ کثیر العروق ہوتا ہے! اور اس کو خون وہی شریان کی لوزی اور حنکی شاخوں سے اور داخلی فکی (internal maxillary) کی نزولی فکی (descending palatine) شاخ سے، اور سانی شریان کی شاخ ظہر اللسانی (dorsalis linguæ) اور صوئی بلومی (ascending pharyngeal) سے آتا ہے۔ لہذا لوزہ کو دور کرنے کے عمل میں اکثر بہت سائزف واقع ہوتا ہے۔ داخلی سباتی (internal carotid) شریان بلعوم کے قریب واقع ہوتی ہے۔ مگر اس غدہ سے کسی قدر پیچھے ہوتی ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ یہ عرق درحقیقت 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 عمقی درجہ میں لوزہ کے قریب واقع ہوتی ہے۔ اہم عمقی ساختوں میں سے سانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب لوزہ سے قریب ترین ہوتا ہے۔ مزید برآں صعودی بلعومی عرق بھی اس سے قریبی علاقہ فرکتا ہے۔ اگرچہ یہ عرق چھوٹا سا ہوتا ہے مگر اسکا جریان خون ہلک ثابت ہو چکا ہے۔

لوزہ میں اکثر جمیٹ بالیدیں مثلاً سرحلی 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 نٹکاف دینے سے زیادہ مناسب طور پر کیا جاسکتا ہے (عملیہ چیور: Cheever's operation)۔

بائیم گردن

زیر چانوی خط میں جلد ڈھیلی اور باریک ہوتی ہے۔ لہذا منہ کے نزدیک تر قیعی عملیہ جاتا ہے۔ دامن بنانے کے لئے کارآمد ہوتی ہے۔ عضلہ منتشرہ (platysma myoides) اوپر کی طرف جڑے سے پسپیدہ ہوتا ہے اور عنقی جلد سے بخوبی ملا ہوتا ہے۔ زیر جلدی شحم کی مقدار گردن کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ فوق لامی خطہ میں اس میں نمو کے 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 فذالی خطہ میں پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے اور نقص المقام کیسہ بند شحمی سلعات میں کم اور گردن اور فوق ترقوی خطہ 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 دسیلوں (furuncles) اور شب چراخوں (carbuncles) میں جو اس محل پر خاص کر ذیابیطس اور الہتاب گردہ کے مریضوں میں پائے جاتے ہیں آنا شدید درد ہوتا ہے۔

سطحی تشریح - عظمی نقاط - مندرجہ ذیل متناظر لیول خاص کر شعاع نگاری کی عکسی تصویروں کے پڑھنے کے سلسلہ میں دلچسپی رکھتے ہیں۔

عظم لامی (hyoid bone) چوتھے عنقی فقرہ اور لسانی شریان کے خارجی سبباتی (external carotid) سے نکلنے کے مقام کی متناظر ہوتی ہے۔

درتی 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 باہر اس مقام کا جہاں مشترک سبباتی شریان عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) کو عبور کرتی ہے، اور فقری شریان کے فقری شریانی مورخ (vertebrarterial foramen) میں داخل ہونے کے مقام کا، اور ششے سے نیک (Chassaignac) کے سبباتی درز کے لیول کا جس کے بالمقابل مشترک سبباتی شریان کو زلف کی فوری ضرورت میں مضبوط کیا جاتا ہے اور قفس (sternum) کا بالائی حاشیہ دوسرے اور تیسرے نلہری 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 منخرفس (trapezius) اور عضلہ مرکبہ (complexus) سے بنتے ہیں نیچے کی طرف کو آتا ہے۔ اس کے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے محور (axis) کا شوک نلہر ہوگا اور اس کے نیچے وہ جید ظاہر 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 فخرہ (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 لیگی ہو اسی فقرہ کا تمام جسم تراش کے مقدم نصف میں دکھائی دیتا ہے۔

خط وسطی - زیر ذقنی (submental) خطہ میں عظم لامی (hyoid bone) کا جسم اور قرن اعظم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور اس سے ایک انگلی کی چوڑائی بھر نیچے درتی غضروف اور

اس سے نیچے حلقی (cricoid) غضروف، ملتی درتی فضا (cricio-thyroid space) اور قصبہ (trachea) شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتا جاتا ہے عمقی ہوتا جاتا ہے۔ چنانچہ قصبہ کے بالائی کنارہ پر یہ سطح سے تقریباً ۱/۲ انچ دور ہوتا ہے فتحہ اللغز (rima glottidis) درتی غضروف کے مقدم حاشیہ کے وسط کا تناظر ہوتا ہے۔

198

عدہ درتقیہ (thyroid gland) تا وقتیکہ کلانی یافتہ نہ ہو بالتحقیق شناخت نہیں کیا جاسکتی۔ اسکی خاکائے (isthmus) قصبہ (trachea) کے دوسرے تھمرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے۔

مقدم وداچی وریدیں (anterior jugular veins) خط وسطی کی ہر ایک جانب یہ عضلات قصیہ لحمیہ (sterno-hyoid muscles) پر سے اترتی ہیں۔ یہ زیر جانی خط میں شروع ہوتی ہیں اور ترقوہ کے اندرونی سرے کے عین اوپر ردا کو منقبت کرتی ہیں لہذا عضلہ قصیہ لحمیہ (sterno-mastoid) کے بعد لاکے نیچے سے گزر کر خارجی وداچی (external jugular) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ مقدم درتی وریدیں قصبہ (trachea) کے سامنے خاکائے کے نیچے واقع ہوتی ہیں۔

گردن کی جانب (شکل ۲) عضلات - عضلہ قصیہ لحمیہ

(sterno-mastoid muscle) خاکسکر دبلے اشخاص میں اور جبکہ یہ فعل کر رہا ہو لگائیوں خصوصیت رکھتا ہے۔ مریض کے ٹھڈی کو دوسری جانب اور نیچے کی طرف کو پھرانے سے جبکہ مستحق کا ہا 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 وچی ورید سے آتی ہے عام طور پر اس عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور مقدم وداچی ورید سے گردن کے نیچے کے حصہ پر مل جاتی ہے۔ اگر اس عضلہ کے قسمی اور ترقوی حصوں کے درمیانی وقفہ میں سے جو بالعموم بخوبی نمایاں ہوتا ہے ترقوہ کے عین قریب سے ایک سوئی جھونک دیجاے تو یہ دائیں جانب پر اس مقام کو چھوٹگی جس پر لاسمی شریان دوشاخوں میں تقسیم ہوتی ہے اور بائیں جانب پر یہ سبانی عرق (carotid vessel) کے پار ہو جائے گی۔ دوشکمی عضلہ (digastric) کا موخر شکم اس خط کا تناظر ہوتا ہے جو زائدہ لحمیہ (mastoid process) سے عظم لامی (hyoid bone) کے مقدم حصہ تک کھینچا جاتا ہے۔

عضلہ کتفیبہ لامیبہ (omo-hyoid) کا مقدم شکم اس ترچھے خط کی متابعت کرتا ہے جو خط
شکل ۴۷۔

194

یہ تصویر گردن کی جانب ۱

سامنے کی طرف کی جانگھا

ظاہر کرتی ہے۔

(پیشترمان: leitzmann)

کے مطابق)۔

۱۔ پس اذینی شریان۔ ۲۔ و ۳۔

عصب۔ ۳۔ عضلہ قصیبہ حلہ

۴۔ قذالی شریان۔ ۵۔ داخا

سباتی شریان۔ ۶۔ شوکی معبر

عصب (عضلہ قصیبہ حلیبہ سے)

گزرتا ہے)۔ ۷۔ داخلی و داخو

ورید۔ ۸۔ عضلہ ابریہ لامیبہ

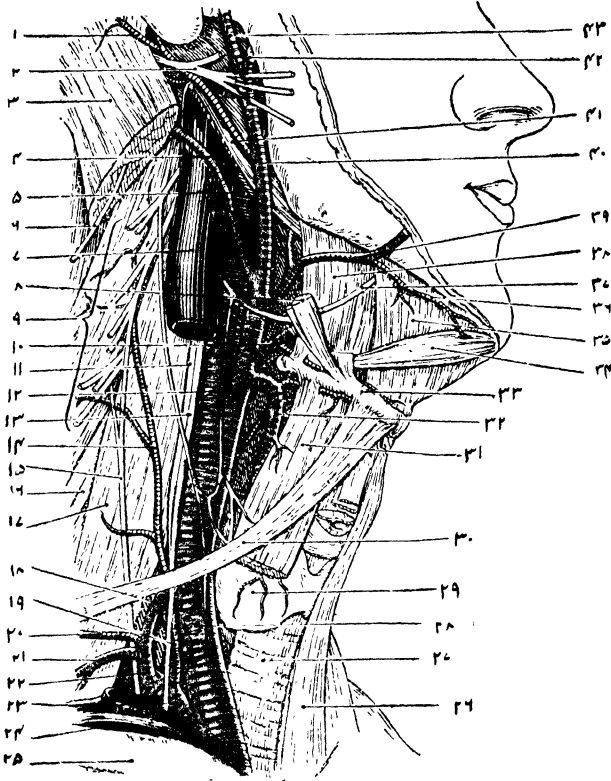
۹۔ عسقی ضغیرہ۔ ۱۰۔ لسانی شریان

۱۱۔ جبل مشارکی۔ ۱۲۔ نزدلی

تحت اللسانی عصب۔ ۱۳۔ عصب

تائبہ۔ ۱۴۔ سعوری عسقی شریان۔

۱۵۔ ڈایا فرامی عصب۔



- ۱۶۔ عضلہ ضغیرہ۔ ۱۷۔ عضلہ مختلف الاصلع مقدم۔ ۱۸۔ تحتانی درقی شریان۔ ۱۹۔ فقری شریان۔ ۲۰۔ مستعرض
عسقی شریان۔ ۲۱۔ فوق کتفی شریان۔ ۲۲۔ درقی محوری شریان۔ ۲۳۔ زیر قوی شریان۔ ۲۴۔ زیر قوی وید۔ ۲۵۔
ترقوعہ۔ ۲۶۔ عضلہ قصیبہ لامیبہ۔ ۲۷۔ قصیبہ۔ ۲۸۔ مشترک سباتی شریان۔ ۲۹۔ درقی نندہ۔ ۳۰۔ عضلہ کتفیبہ لامیبہ۔
۳۱۔ عضلہ قصیبہ درقیہ۔ ۳۲۔ فوقانی درقی شریان۔ ۳۳۔ ضم لامی۔ ۳۴۔ درقی عضل (مقدم شکم)۔ ۳۵۔ عضلہ جانیبہ
۳۶۔ زیر قوی شاخ وچی تریبان کی۔ ۳۷۔ تحت اللسانی عصب۔ ۳۸۔ عضلہ لامیرا تیبہ۔ ۳۹۔ وچی شریان۔ ۴۰۔ خاز
سباتی شریان۔ ۴۱۔ عضلہ ابریہ بلومیہ۔ ۴۲۔ اندرونی کفی شریان۔ ۴۳۔ سطحی صدغی شریان۔

انگے حصہ سے نیچے کی طرف سباتی شریان (carotid artery) کے خط کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل قطع کرتا ہوا کہینچا جائے اسکا موخر شکم پتلی گردنوں میں خاصکر جبکہ یہ فعل کر رہا ہو ترقوہ سے عین اوپر اور اسکے تقریباً متوازی گذرنا ہوا شانت کیا جا سکتا ہے۔ اگرچہ عضلہ قصبیہ حلیمہ (sterno-mastoid) اور عضلہ مختلف الاصلع مقدم (anterior scalene muscle) کے موخر کناروں کا رخ بالکل ایک سانہیں ہوتا مگر پھر بھی یہ ایک دوسرے کے تقریباً متناظر ہوتے ہیں۔

195 عضلہ قصبیہ حلیمہ (sterno-mastoid) کی عصبی رسد شوکی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اور نیمرے عنتی اعصاب سے حاصل ہوتی ہے (صفحہ 198)۔ تدرن زدہ غدو کا اور خاصکر ان غدو کا استیصال کرتے وقت اسکو ضرر پہنچ جاتا ہے جو داخلی و داجی ورید پر جڑے کے زاویہ کے پیچھے اور نیچے واقع ہوتے ہیں جہاں شوکی معین عصب (spinal accessory) کے گرد غدی الہتانی بافت (periadenitic tissue) میں پس جس 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 تعضیہ 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 سے

ظاہر کی جاتی ہے جو قصبی ترقوی جوڑ سے لیکر چاند کے زاویہ اور علی زائدہ کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی تک کہینچا جائے۔ یہ عروق درقی غضروف کے بالائی کنارہ پر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی یہ اس نقطہ سے ۱/۲ انچ اوپر بھی تقسیم ہوتا ہے۔ عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) اس کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل یعنی پچھلے عنتی فقہ کے لیول پر عبور کرتا ہے۔ اور تقریباً اسی مقام پر اس شریان کو وسطی درقی ورید بھی کاٹی ہوئی گزرتی ہے۔ داحسلی و داجی ورید (internal jugular vein) کا خط برای شریان کے خط سے عین باہر کی طرف ہوتا ہے۔ شریان اور ورید دونوں عضلہ قصبیہ حلیمہ (sterno-mastoid) کے مقدم کنارہ کے نیچے واقع ہوتی ہیں اور عمومی سباتی غلاف (general carotid sheath) میں بند ہوتی ہیں، جو عنتی عنتی ردا سے حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 202)۔ اس غلاف میں مشترک

سباتی شریان (common carotid artery) (جو اپنے اصلی غلاف میں بند ہوتی ہے)،
داخلی و داخلی وریڈ (internal jugular vein) اور عصب تانیہ (vagus) موجود
ہوتے ہیں۔ موخر الذکر شریان اور وریڈ کے درمیان اور پیچھے سے نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ نزدیکی
تحت اللسانی عصب (descendens hypo-glossi nerve) غلاف کی مقدم دیوار کے
ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتا ہے اور اسکے پیچھے عضلہ عنقیہ لویل (longus coli) یعنی شریانی
جبل (cervical sympathetic cord) واقع ہوتی ہے۔

196

چوتھے عنقیہ فقرہ کے لیول پر یعنی درقی غضروف کے بالائی کنارے پر مشترک سباتی
(common carotid) شریان خارجی سباتی اور داخلی سباتی شریانیوں میں
تقسیم ہو جاتی ہے۔ قبل الذکر موخر الذکر سے وسطانی اور مقدم تعلق رکھتی ہے اور نیز شاخوں کی
موجودگی سے یہ اس سے تیز کیجا جاتی ہے۔

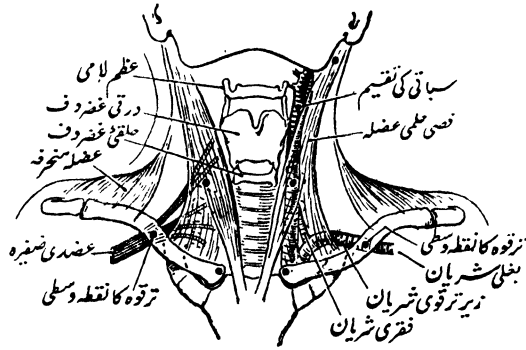
عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے لیول پر لسانی شریانی (lingual artery)
خارجی سباتی (external carotid) سے نکلتی ہے۔ فوقانی درقی (superior thyroid)
کا مبدا اس سے نیچے اور وجہی شریان (facial artery) کا اس سے عین اوپر ہوتا ہے۔
فوقانی درقی (superior thyroid) آگے کی اور نیچے کی طرف کو خم لگا کر درقی غضروف کی
بالائی کور کی طرف چلی جاتی ہے۔ لسانی شریان عضلہ لامیسانیہ (hyoglossus) (جو اوپر
ہوتا ہے) اور عضلہ ذقنیہ لامیسانیہ (genio-hyo-glossus) (جو گہرا ہوتا ہے) کی درمیانی
بین فضا کی طرف بڑھنے سے پیشتر عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے موخر سرے سے اوپر ہمیشہ
ایک چنبر بناتی ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی عصب (hypo-glossal nerve) جو عضلہ لامی
لسانیہ (hyo-glossus) سے اوپری ہوتا ہے، شریان کے محل وقوع کے لئے رہنا کا کام دیتا ہے
(شکل ۸ ص ۱۵۱)۔

وجہی شریان (facial artery) بہت پیچیدہ ہوتی ہے۔ مگر اسکا عمومی عمر گردن
میں اُس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو قرن اعظم کی نوک سے عین اوپر سے عضلہ مضغیہ (masseter)
کے مقدم کنارہ تک کھینچا جائے۔ یہ زیر چانوی غدہ کے موخر قطب کے گرد گھوم جاتی ہے اور اس
غدہ کو دور کرتے وقت اسکو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ قذالی شریان (occipital artery)
اُس خط کی متابعت کرتی ہے جو قرن اعظم کی نوک سے لیکر زاہدہ حلیہ کے قاعدہ کو کاٹتا ہوا گزارا جائے۔

خارجی و داجی ورید (external jugular vein) اس خط کی متابعت کرتی ہے جو چانوی زاویہ سے لیکر ترقوہ کے نقطہ وسطیٰ تک کھینچا جائے۔

ذریعہ ترقوی شریان (subclavian artery) گردن کی جڑ پر ایک منحنی بنا تی ہے (شکل ۴۸)۔ اس منحنی کا ایک سراقصی ترقوی جوڑکا قناطر ہوتا ہے اور دوسرا ترقوہ کے نقطہ وسطیٰ کا۔ منحنی کی چوٹی اس ہڈی سے تقریباً ۱ 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 عمرزیر ترقوی کے

197



شکل ۴۸۔ نیل عضدی سفیرہ، ذریعہ ترقوی اور سباتی شریانوں کی وسطی ترمیموں کو ظاہر کرتی ہے۔

ابتدائی منحنی کے بعد ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے غسرابی زائدہ (coracoid process) کے پاس سے گزرتا ہوا پیش مرفقی محرقہ کے نقطہ وسطیٰ تک کھینچا جائے جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر مبتعد ہوا اور ہاتھ مبطوح ہو۔ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) ذریعہ 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 واخسلی و داجی ورید (internal jugular vein) عصب تانیہ (vagus nerve) اور مشارکی کا ایک چمبز واقع ہوتے ہیں۔ دائیں جانب پر بازو گذر دجنبری عصب (recurrent laryngeal nerve) اسکے چمبے سے چمبز بنا تا ہے! اور بائیں جانب پر صدری قنات (thoracic duct) کی ڈلگنا انہا اس سے

قریبی تعلق رکھتی ہے۔ دوسرا حصہ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے پیچھے ہوتا ہے، جو اسکی متناظر ورید 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 ورید اور عضلہ کتفیہ الامیہ (omo-hyoid) کا موضوع شکر اس سے مقدم تعلق رکھتے ہیں۔ زیر ترقوی ورید آگے اور نیچے ہوتی ہے اور عضلہ ضنیفرہ (brachial plexus) اوپر ہوتی ہے۔ اس ضنیفرہ کا سب سے نیچا کانٹا اکثر اس شریان کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ مگر اس وضع میں جسمیں جارحہ اس حصہ کے قرب و جوار پر عملیہ کے لئے رکھا جاتا ہے (یعنی سرورڈ کر میڈیٹس کی کمز کے پیچھے کر دیا جاتا ہے) ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عصبیں تھامپسول کر سیکر 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 ورید شریان کے نیچے اور اس سے مقدم مستوی پر واقع ہوتی ہے، اور ساری کی ساری ترقوہ کے نیچے چھپی ہوتی ہے۔

فوق کتفی (suprascapular) اور ستتر فی عنقی (transverse cervical) شریانیں ترقوہ کے متوازی جاتی ہیں۔ قبل الذکر ہڈی کے عین پیچھے ہوتی ہے اور مورخا 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 قائم پر کاٹتا ہوا کھینچا جائے وہ سطحی عنقی عصب (superficial cervical nerve) (جلدی عنقی عصب nervus cutaneus colli) کا متناظر ہوتا ہے۔ دوسرا خط جو اس عضلہ کو کاٹتا ہوا صیوان لاڈ کے نیچے تک خارجی و داخلی (external jugular) ورید کے متوازی کھینچا جائے وہ عظیم اذیمی عصب (great auricular nerve) کا متناظر 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 مگر کی نشاندہی کرتا ہے۔ ان خطوط کو اگر نیچے کی طرف اس طرح بڑھایا جائے کہ وہ قفس (sternum) ترقوہ کے وسطی حصہ اور آکرومی (acromian) کو کاٹتے ہوئے گذریں تو وہ فرداً فرداً مقدم وسطی

اور موخر فوق ترقوی اعصاب کو ظاہر کریں گے۔

نخاعی معین (spinal accessory) عصب و داجی سوراخ (jugular foramen) کے وسطی خانہ میں سے نکلتا ہے اور دائمی و داجی و رید کے سامنے سے (اور بعض اوقات پیچھے سے) گزر کر اطلس کے مستعرض زائده کو اوپر یا عین 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 منحرف (trapezius) میں پہنچ جاتا ہے۔ اس کا مریوں 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 منحرف (trapezius) کی مقدم کور کے یزین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک (شکل ۳۸ صفحہ 151) عضلہ قصبیہ حلیہ کو نخاعی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں اور عضلہ منحرف (trapezius) کو نخاعی معین عصب اور تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

ڈایا فرامی عصب (phrenic nerve) چوتھے اور نیز 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 مگر عضلہ قصبیہ حلیہ (sterno-mastoid) کے نیچے سے ہوتا ہوا ترقوہ 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 کی جاسکتی ہے جو اس نقطہ سے لیکر جو حلقی درقی فضا (crico-thyroid space) کے تقریباً مقابل ہو گردن کی جانب پر ترقوہ 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 حلقی 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 یورافعل کر رہا ہو صحیح صحیح طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ سر ذرا آگے کی طرف کو

ضمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹھڈی تندرست جانب کی طرف پھر جاتی ہے اور ماؤف جانب کا کان قصبی ترقوی (sterno-clavicular) جوڑ کی طرف جھک جاتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں عضلہ منحرفہ (trapezius) اور عضلہ جمیریہ (splenius) بھی ماؤف ہوتے ہیں اور عنقی ردا میں تقبضات پائے جاتے ہیں۔ تشنجی انقباض معکوس خراش سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ بعض اوقات یہ موخر مثلث کے عنقی غد کے الہتاب میں پایا جاتا ہے۔ ایسے الہتاب سے عنقی ضغیرہ کی بعض شاخوں میں الہتاب پیدا ہو چکا ہے اور اگرچہ عضلہ قصبیہ حلیہ کو عصبی رس زیادہ تر نخاعی معین (spinal accessory) عصب سے پہنچتی ہے، مگر اس ضغیرہ (یعنی دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب) سے بھی اعصاب اس تک جاتے ہیں۔ نخاعی معین (spinal accessory) عصب اوپر کے دو یا تین عمیق عنقی لمفی غد کے درمیان سے گزرتا ہے اور انکے الہتاب 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 گج گردنی (wry-neck) کی بعض قسموں کو رفع کرنے کے لئے عضلہ قصبیہ حلیہ اور عنقی ردا دونوں عضلہ کی اس چسپیدگی سے تقریباً اچھ اور کٹاٹ ڈئے جاتے ہیں جو قص اور ترقوہ کے ساتھ ہوتی ہے۔ اس عمل میں وساختوں یعنی خارجی و داخلی ورید (external jugular vein) کے جو اس عضلہ کے موخر کنارہ کے پاس واقع ہوتی ہے اور مقدم و داخلی (anterior jugular vein) کے جو اسکے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور ترقوہ 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) سے اتصالی بافت گردن کی ساختوں کو باندھے

رکھتی ہے اور عضلات، عروق اور اعصاب کے لئے خلافت بناتی ہے۔ یہ خلافت آپس میں اسطرح متحد ہوتے ہیں کہ مری (oesophagus)، حنجرہ (larynx)، قصبہ (trachea) اور جسم درقی (thyroid body) کی حرکتیں آزادانہ واقع ہو سکتی ہیں۔ مگر بائیں ہمہ یہ ایک قسم کی مضبوطی اور جامدیت 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 مہارا دینے والی بافت کا کام بھی دیتی ہے، جس میں گردن کا وسیع لمفی نظام مدفون ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے یہ

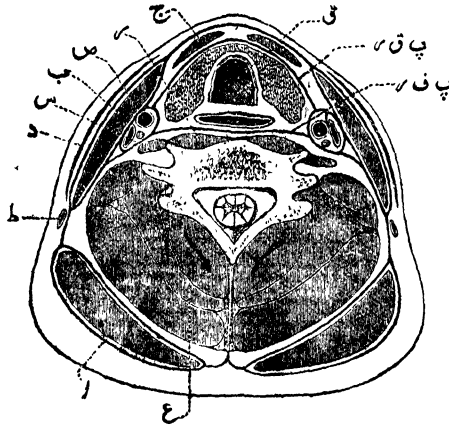
گردن کی جڑ کی طرف کو جاتا ہے۔

عمیق عنقی ردا (ا) سطحی تہ اور (ب) زیادہ عمیق زوائد میں تقسیم کیجا سکتی ہے (دیکھو

شکل ۲۹)۔

(ا) سطحی تہ گردن کی ایک مکمل پوشش کا کام دیتی ہے اور سوا عضلہ منتشرہ (platysmia)

201



شکل ۲۹۔ گردن کے پین حصہ میں سے متعرض تراش جو عمیق ردا میں ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔
(از تاسمی)

ا۔ عضلہ منحرف - ب۔ قصبہ علیہ - ج۔ عظم لامیہ کے خافضات - د۔ عضلہ منتشرہ - ه۔ مقدم شوکی عضلہ -
و۔ عضلہ مختلف الاصلع مقدم - و۔ سبانی تریان - ح۔ خارجی و داہمی ورید - ع۔ موخر شوکی عضلہ -
ف۔ قصبہ جبکہ پیچھے مری ہے اولاً کے جسم دتی - پ ه۔ پیش فقی ردا - چ ق ه۔ 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 مضمور کر کے بعد اس کے منقذم کنارہ پر ایک مجدد تہ میں تبدیل ہو جاتی ہے اور یہاں سے موخر مثلث کو مضمور کر جاتی ہے۔ عضلہ قصبہ علیہ کے موخر کنارہ پر پہنچ کر یہ دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے اور اس ساخت کو مضمور کر نیچے بعد اسکے مقدم کنارہ پر پچھر مجدد تہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ گردن کے خط وسطی

جلی جاتی ہے اور دوسری طرف کی ردا سے مل جاتی ہے اور راستہ میں مقدم مثلث کو مکمل طور پر ڈھکانک دیتی ہے۔ موضع مثلث میں جو حصہ واقع ہوتا ہے وہ ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور اسکی بناوٹ جھدری ہوتی ہے اور یہ اس مثلث کی انصافی بافت سے مسلسل ہوتا ہے۔ مقدم مثلث پر یہ ردا اوپر کی طرف چاہنے کے زیریں کنارہ سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس ہڈی کی پچھلی طرف پر یہ کنکھی غدہ کے اوپر سے ہوتی ہوئی وجز (zygoma) تک چلی جاتی ہے اور ٹکی ردا بناتی ہے۔ اور ایک زیادہ عمقی تہ اس غدہ کے نیچے سے (اسکے اور زیر چانوی غدہ کے درمیان سے) گزر کر کھوپری کے قاعدہ پر کے 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 پر پھرد و تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ ان میں سے ایک قص (sternun) 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 ان کے درمیان ایک چھوٹی ہی فضا بن جاتی ہے (جو جابئی سٹخ میں اتنی دور تک چلی جاتی ہے کہ عضلہ قصیہ حلیہ کے قصی سر کو محصور کر لیتی ہے) جیسا عرض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے اور جو اس مقام پر عرض میں قص کی دباوت کی تناظر ہوتی ہے۔ یہ سمجھ میں آگیا ہوگا کہ قصیہ حلیہ کے قصی سر کو کاٹتے وقت علیہ اس چھوٹے سے خانہ میں جو نڈ کو ڈھالا دونوں تہوں سے بنتا ہے سر انجام دیا جاتا ہے اور یہ معلوم کر لینا بہتر ہے کہ مقدم و واجی و رید بھی خارجی و واجی تہ کی طرف کو آتی ہوئی اسی خانہ میں واقع ہوتی ہے۔

(ب) زیادہ عمیق زوائد - (۱) سطحی تہ سے ایک زائدہ (شکل ۴۹ چاق ۴)

عضلہ قصیہ حلیہ کے مقدم کنارہ کے قریب سے پیدا ہوتا ہے جو عظم لامی کے خافضات کے نیچے سے گزر کر جسم درقی اور قصبہ کی مقدم جانب کو محصور کرتا ہوا اس کلی اور بڑے بڑے عروق کے سامنے سے نیچے کی طرف کو گرد قلبہ (pericardium) کی لیفی تہ تک چلا جاتا ہے۔ (۲) پیش فقری ردا ایک تہ ہے جو پیش فقری عضلات پر بلجوم 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 مدلیں اتر جاتی ہے۔ جانب پر یہ سابق خلاف سے مل جاتی ہے اور یہاں سے یہ پھر باہر کی اور نیچے کی طرف کو عضلات مختلف الاصلع (scalene muscles) عضلہ ذیغیرہ (brachial plexus) اور

زیر ترقوی (subclavian) عروق پھیل جاتی ہے۔ یہ ان عروق کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے نیچے تک آتی ہے، جہاں یہ لغبی غلاف (axillary sheath) بناتی ہے اور ضلعی غسرا بی غشاء (costo-coracoid membrane) کی زیرین سطح سے تعلق قائم کر لیتی ہے۔ (۳) باقی شریان اور اسکی رقبہ و رید اور عصب کا غلاف پیش فخری اور پیش قصبی نہوں اور قصبیہ حلیہ کے غلاف سے مسلسل ہوتا ہے (شکل ۴۹)۔ سبانی غلاف (carotid sheath) پیش قصبی نہ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اورٹ کے غلاف اور گرد قلب سے لکر ختم ہو جاتا ہے۔ لہذا قلب اور گرد قلب کو ایک طریقہ سے گردن سے بھی سہارا ملتا ہے۔ جب گردن پیچھے کی طرف کو گرا دیا جاتا ہے تو سبانی غلاف تنیدہ ہو جاتے ہیں اور صدی ساختیں اوپر کی طرف کو اٹھ جاتی ہیں۔

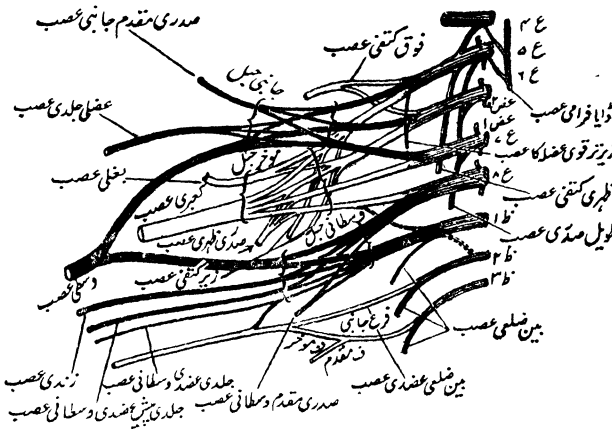
پس بلعومی خراج کبھی کبھی منقہ ردا سے ایک دو تعلق رکھتا ہے۔ بعض اوقات یہ عنقی فقرات کے تمدنی مرض سے پیدا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ پیش فخری ردا کے سامنے واقع ہونگا۔ اور بعض اوقات یہ ان لمفی غد سے پیدا ہوتا ہے جو پیش فخری ردا اور بلعوم کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ چونکہ یہ ردا مزاحمت پیش کرتی ہے اس لئے قبل الذکر خراج بلعوم کے درونہ میں خلل انداز ہونے سے پیشتر معتد بہ جسامت اختیار کرتا ہے۔ موخر الذکر (خراج) چونکہ اتنا محدود نہیں رہتا اس لئے یہ بلعوم کو ابتدا ہی میں زیادہ خطرناک طور پر تنگ کر دیتا ہے۔ جو تمدنی میں 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 بظاہر ہو جائیگا کہ اس خراج پر حمل آور ہونے کا مناسب راستہ اسی شکاف میں سے ہے جو قصبیہ حلیہ کے بیرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا جائے اور سبانی غلاف کو آگے کی طرف کو باز کشیدہ کر لینا چاہئے۔

بچھیمچھڑے 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 سرور 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 مختلف الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle) اور زیر ترقوی عروق کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ دایاں بچھیمچھڑا 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 کھولنا چاہئے

مزید برآں گردن کے قاعدہ میں سے عققی سلعات کو کھینچتے وقت یہ چھٹ بھی چکا ہے۔ پلورا اور پھیپھڑے گردن کی ہولوں میں اور ترقوہ کے شدید کسور میں ہڈی کے ٹکڑوں سے بھی زخمی ہو چکے ہیں۔ بعض عققی تراجات بھی پلورا میں مل چکے ہیں اور اسکے علاوہ گردن کی جود پر کی خلوی بافت کے التهاب کے بعد ذات الجنب (pleurisy) پیدا ہو چکا ہے۔ سبسن کی ردا (Sibson's fascia) جو پہلی پسلی کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے پھیپھڑے کے راس پر پلورا کو تقویت دیتی ہے۔



شکل ۵۰۔ عضدی ضفیروہ۔

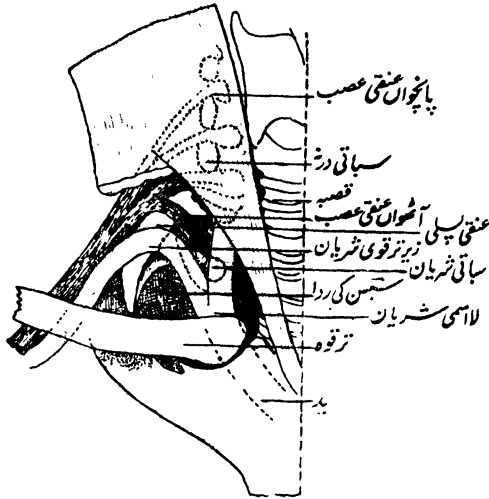
عضدی ضفیروہ (brachial plexus) جس طریقہ سے عام طور پر بنتا ہے وہ شکل ۵۰ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ لیکن اسکے اجزائے ترکیب بعض حالتوں میں سر کی جانب کی طرف ایک فلقہ اوپر سے پیدا ہوتے ہیں۔ (پیش بستہ ضفیروہ: prefixed plexus) اور بعض میں ذہبی جانب پر ایک فلقہ نیچے سے (پس بستہ ضفیروہ: postfixed flexus)۔

عققی پسلیاں (cervical ribs) (شکل ۵۱) جو ان پسلیوں کی قائم مقام ہیں جو طبعی طور پر بعض ادنیٰ فقراتیوں (lower vertebrates) میں نمودیاتی ہیں تمام افراد میں سے

۲ تا ۳ فیصدی میں پائی جاتی ہیں۔ ناقص النمو عنقی پسیا جنین میں ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ گران پسیا میں علامات مقابلہ بہت کم پیدا ہوتے ہیں اور جب پیدا ہوتے ہیں تو صرف سن بلوغ میں پیدا ہونے ہیں جس کی وجہ شاید یہ ہے کہ اس وقت عضلنی تشش کم ہو جاتی ہے۔ اگرچہ پسیاں دونوں جانب پر موجود ہوتی ہیں، لیکن انکے علامات اکثر ایک ہی طرف پائے جاتے ہیں۔ سارجنٹ (Sargent) اس قرب وجوار میں ناقص النمو پسیوں 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 لیفی بند کی شکل میں نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پہلی پسیا سے مختلف الاضلاعی درنہ (scalene tubercle) کے پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ (۲) ایک چھوٹی سی پسیا جو ضلعی مرکزی اور ضلعی متعرض جوڑوں کے ذریعہ سے فقرہ سے جڑی ہوتی ہے اور ایک لیفی بند کی شکل میں آگے کی طرف کو کھل جاتی ہے جیسا کہ پہلی قسم میں ہوتا ہے۔ (۳) ایک مفصل دار پسیا جو اتنی لمبی ہوتی ہے کہ اپنے عظمیٰ حصہ پر آٹھویں عنقی جوڑ کو اٹھا سکتی ہے اور ایک لیفی بند کے ذریعہ سے پہلی صدری پسیا سے متحد ہوتی ہے۔ (۴) ایک مفصل دار پسیا جس کا مقدم سرا پہلی صدری پسیا سے یا تو ملجا تا ہے اور یا اس سے ایک مفصل کے ذریعہ سے جڑا ہوتا ہے۔ ایسی پسیا 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 یا پائی جاتی ہے جس میں پہلی صدری پسیا ناقص النمو ہوتی ہے اور اسکے مقدم سرے کی جگہ ایک لیفی بند موجود ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ پہلی اور پانچویں قس میں شعاع نشار (radiogram) میں ہمیشہ دکھائی نہیں دیتیں۔ ضلعی غیر نمبی حالتوں کے ساتھ عضلہ ضغیرہ کی ترکیب میں اختلافات پائے جانے کا امکان ہوتا ہے پیش بسنگی (prefixation) ساتویں عنقی پسیا کے ساتھ اور پس بسنگی (postfixation) غیر طبعی پہلی صدری پسیا کے ساتھ پائی جاتی ہے (Wood Jones)۔ مگر ایسا کوئی تعلق نہیں پایا جاتا جو دائمی ہو اور جس کے متعلق کچھ پیش گوئی کیجا سکے (ونگریٹ ٹاڈ Wingate Todd اور سارجنٹ Sargent)۔ سامنے کی طرف کے لیفی بند سے عظمیٰ پسیا کی نسبت شاید زیادہ حقیقی علامات پیدا ہوتے ہیں۔ دوران تنفس میں اور بازوؤں کی حرکتوں میں اس ضغیرہ کے زیریں اجزائے ترکیب یعنی آٹھویں عنقی 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 صدی جبل میں داخل ہوتے ہیں اس سے ذرا آگے بڑھ کر 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 اسے اس سے ذرا دور ہٹا کر رکھتا ہے (ٹاؤڈ: 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 کجری نبض عام طور پر

206



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 اختلاآت سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر تر قوی ورید باؤ سے بچ جاتی ہے۔ تھامس (Thomas) اور کوشنگ (Cushing) کا یہ خیال ہے کہ نقصان عظمی ارتفاع کی نسبت لیفی بند سے پہنچتا ہے۔

اس خلاف قاعدہ حالت کے بعض مریض بازو اور ہاتھ کی زندگی طرف کے ساتھ ساتھ سنسناہٹ 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 جڑ کا اثر ہونے سے پیدا ہوتے ہیں جہاں یہ عنتی پسلی کو عبور کرتا ہے (تھوربرن: Thorburn)۔ وڈ جونز (Wood Jones) نے اس امر کی طرف

207

اشارہ کیا ہے کہ بازو کے نکلنے کی حالت میں پہلی صدی 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 اور پہلا ٹھہری) 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 ٹھہری 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 مندوبہ ذیل ساختوں کے ضرر سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) بدنی دروں آراء عصاب (somatic afferent nerves) کے ضرر سے۔ مثلاً وجع العصب، جلدی اور عنقی حسی اختلالات۔ (۲) بدنی بروں آراء 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 پین، کمبودیت، ہتھیج اور بعض فسادات الحس (paræsthesiæ)، مثلاً جھنکارا اور سن بن، ٹھنڈک یا ورم کا احساس۔ جہاں تک عضلی رسد کا تعلق ہے ہاتھ کے درونی عضلات (خاصکر عضلات مبعده و مقابلہ ابھامیہ کنیرولسن: Kinneir Wilson) نہایت کثرت سے متاثر ہوتے ہیں۔ لیکن بعض حالتوں میں کلانی کے سطحی قابضات بھی لاغراور کمزور ہوجاتے ہیں۔ ۶۰ فیصدی واقعات میں مشترک حس پذیری یا کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔

پہلی صدی پسلی کے دباؤ سے پیدا شدہ علامات کو جنکی طرف پہلے ایڈون بریم ویل (Edwin Bramwell) نے سنہ ۱۸۹۱ء میں توجہ دلائی تھی اب نجوبی سلیم کیا جاتا ہے اور تمور برن (Thorburn) سٹائلس (Stiles) مورلے (Morley) مورنی (Murphy) سٹاپ فورڈ (Stopford) ٹیلر (Taylor) اور دوسروں نے کامیاب عملیجات 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 باسانی شکن 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 ۴۸ صفحہ 197) -

۱- اگر زخم عظیم لامی سے اوپر ہو تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔ (۱) مقدم

وداجی ورید (anterior jugular vein)، دو شکی عضلہ کا مقدم شکم، چانیہ لاسیہ (mylo-hyoid) ذقنیہ لاسیہ (genio-hyoid)، ذقنیہ لاسیہ (genio-glossus) اور لامیہ لاسیہ (hyo-glossus)، لسانی شریان، وہی شریان کی شاخیں، تحت اللسانی (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 چسپیدگیاں کٹ جائیں تو اسکے حنجرہ کے اوپر گر جانے 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 ووداجی ورید (anterior jugular vein)، قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid) درقیہ لاسیہ (thyro-hyoid) کتقنیہ لاسیہ (omo-hyoid) درقی لامی غشا، ستھانی مشیق (inferior constrictor)، فوقانی حنجری عضب، فوقانی درقی شریان اور اگر یہ عظیم لامی کے نزدیک ہو تو لسانی شریان کا ننا بھی بعض اوقات کٹ جاتا ہے۔ اگر زخم گہرا ہو تو بلعوم کھل جاتا ہے اور کتبی (epiglottis) قاعدہ کے قریب سے کٹ جاتا ہے۔ اس جگہ کے زخموں میں کتبی 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 ووداجی ورید، قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid) قصبہ درقیہ (sterno-thyroid) کتقنیہ لاسیہ (omo-hyoid)، عضلہ قصبہ حلیہ (sterno-mastoid) کا کچھ حصہ، غدہ درقیہ، فوقانی اور ستھانی درقی شریانیں۔ 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 وسیلہ ڈھالی اتھالی بافت کے ماحول میں واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں خود کتبی کرنے والا اپنا گلا

کالتے وقت سر کو پیچھے گرا کر اپنے بڑے بڑے عروق کو نسبتاً موخر مستوی پر لیجا کر نارادانتہ محفوظ کر لیتا ہے۔ گلا کٹتے وقت عروق اوپر کی طرف ابھرے ہوئے درقی غضروف کی وجہ سے اور نیچے کی طرف عضلہ قصبیہ علیہ (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 آتی ہی قوت سے لگائے جائیں بڑے بڑے عروق تک زیادہ آسانی سے پہنچ جاتے ہیں۔

بندوق کے بہت سے زخموں میں جن میں مقدوف (missile) کے

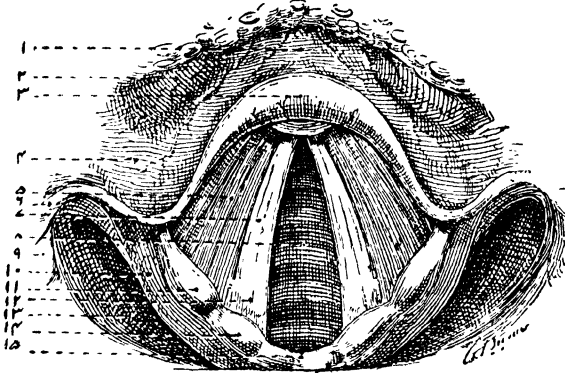
معر سے یہ یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ اہم عروق کو نقصان پہنچا ہوگا یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ عروق حقیقتاً ایک طرف کو در جاتے ہیں اور اپنی حرکت پذیری کی وجہ سے محفوظ ہو جاتے ہیں۔ اس طرح بچ جاسکتی بہت سی مثالیں زمانہ ماضی میں درج کی جاسکتی ہیں اور جنگ عظیم میں بہت سی دیکھنے میں آئی ہیں۔ زخمائے گردن کے موضوع کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ جل شوگی کے لہم ترین حصہ تک پیچھے کی طرف سے اس زخم میں سے جو اطلس اور محور کے درمیان ہوتا ہے پہنچا جاسکتا ہے۔ اس محل پر جل کو ایک ہی مرتبہ چاقو بھونکنے سے کاٹا جاسکتا ہے۔

عظم لامی (hyoid bone) بلا واسطہ چوٹ مثلاً گونامارنے یا گلا گھونٹنے سے

ٹوٹ سکتی ہے۔ بعض اوقات ان اشخاص میں شکستہ پائی گئی ہے جن کو پچانسی دیکھی تھی کہ بعض اوقات ہڈی کے جسم میں واقع ہوتا ہے مگر قرن اعظم زیادہ کثرت سے شکستہ پایا جاتا ہے۔ اس کسر میں بولنے زبان بلانے منہ کھولنے اور نکلنے میں بہت سی تکلیف اور درد محسوس ہوتا ہے اور یہ ایسے علامات ہیں جو باسانی سمجھ میں آسکتے ہیں۔ مگر یہاں یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ عظم لامی کو ایک طرف دوسری طرف کو ہلانے پر تکنیکہ طبی طور پر محسوس ہوتا ہے اور اسے کسر کرنے ہرگز کافی اشرہادت تصور نہ کرنا چاہئے۔ درقی لامی خشا اور عظم لامی کی موخر سطح کے درمیان ایک درجک واقع ہوتی ہے۔ جب یہ کلاں ہو جاتی ہے تو یہ گردن کے دوسری سلعہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔

حنجرہ (larynx) اور قصبہ (trachea)۔ حنجوہ کا محل گردن میں عمر سے متاثر

ہوتا ہے۔ بالغ میں حلقی غضروف (cricoid cartilage) چھٹے عنقی فقرہ کے یون حصہ تک ملتی ہے۔ تین ماہ کے بچہ میں یہ چوتھے عنقی فقرہ کے یون کنارہ تک ہوتی ہے اور چھ سال کے بچہ میں یا پنجویں فقرہ کے یون کنارہ تک پہنچتی ہے۔ سن بلوغ پر یہ وہ محل اختیار کرتی ہے جس پر یہ جوانوں میں پائی جاتی ہے۔ لمبی (epiglottis) کا اوپر کا سرا بالوں میں تیسرے عنقی فقرہ کے یون 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 تھامسن: St Clair Thomson، ناک اور حلق کے امراض۔)

- ۱۔ وسطی لسانی کبی رباط۔ ۲۔ نشیب۔ ۳۔ کبی۔ ۴۔ جانبی لسانی کبی رباط۔ ۵۔ بطینی بند۔ ۶۔ عظم لامی کا قرن اعظم۔ ۷۔ صوتی جبل۔ ۸۔ قصبہ۔ ۹۔ بلعومی حنجرہ کی جانبی دیوار۔ ۱۰۔ ایسبوجی کبی شکن۔ ۱۱۔ ریبڑ کی غضروف۔ ۱۲۔ صوتی زائدہ۔ ۱۳۔ ناشہائی نما جوف۔ ۱۴۔ سیٹیٹورینی کی غضروف۔ ۱۵۔ بین ایسبوجی شکن۔

حنجرہ بین سے مندرجہ ذیل حصے شناخت کئے جاسکتے ہیں (شکل ۵۲)۔ زبان کا قاعدہ اور لسانی کبی شکن (glosso-epiglottic folds)، حنجرہ کا فوقانی روزن جس کے سامنے کبی ہوتا ہے، کبی کی گلدی، طرفین پر ایسبوجی کبی شکن (aryteno-epiglottidean folds) جنہیں دو مستدیر فرازات ہوتے ہیں جو قریبوں (cornicula) اور قاعدہ (cuneiform) غضروفوں کے تناظر ہوتے ہیں اور پیچھے کی طرف غنائے مخاطی کا ایسبوجی لنتہ (arytenoid commissure)۔ نیچے کی طرف اور گہرا دیکھنے سے صادق اور کاذب صوتی اجبال، 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 کسل طور پر قسح ہو تو دونوں شبنموں کے افقے 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۔ موخہ الذکر کی طرح پیرا نڈسالی میں اچھکے 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 جوڑکے قرب و جوار میں شروع ہوتا ہے۔ سبوجی (arytenoid) بعد میں متعظم ہوتی ہے۔ حنجری غضروفوں کا تعظم مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ زیادہ کلاں غضروفوں کے چوٹے مثلاً ضربوں یا گلا گھٹنے وغیرہ سے ملسور ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درقی غضروف نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے اور عام طور پر نچڑوٹلی پر ہی ٹوٹتی ہے۔ درقی غضروف کا موخہ فوقانی زاویہ ناشپاتی نما حفرہ (pyriform fossa) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ ایک عریض گوشہ ہے جو سبوجی ٹہلی شکل (aryteno-epiglottic folds) سے اوپر اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے (شکل ۵۲)۔ اس حفرہ میں اجسام غریبہ اکٹ جائے ہیں اور سرطان عام طور پر واقع ہوتا ہے۔

211

فتحة المزمار (rima glottidis) ایک روزن ہے جو صادق موتی اجبال اور

سبوجی غضروفوں کے موتی زائدہ کے (جسکے موخہ 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 مرحلہ 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۔ فتحة المزمار حنجرہ 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 فتحة المزمار کی پیمائش آگے سے پیچھے تک تقریباً ۱.۲۳ (۲۳ 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 قطر ۱ ملی میٹر ہوتا ہے۔ دوران تنفس میں فتحہ المزمار عضلہ حلقیہ مسبوچیہ موضوہ (crico-anytenoideus posticus) کے فعل سے خوب کشادہ ہو جاتا ہے اور دوران محکم میں صوتی اجبال میں عضلہ حلقیہ مسبوچیہ جانبی (crico-arytenoideus lateralis) کے فعل سے مقاربت پیدا ہو جاتی ہے۔

حجرہ کی غشائے مخاطی کی بازت اور اسکی زیر مخاطی بافت کی مقدار مختلف حصوں میں مختلف ہوتی ہے۔ مندرجہ ذیل حصوں میں یہ غشادہ ترین ہوتی ہے اور زیر مخاطی بافت نہایت کثیر المقدار ہوتی ہے اور انکو اسی مقدار کے لحاظ سے ترتیب دی گئی ہے، مسبوچیہ کبھی شکن (aryteno-epiglottidean folds) بلطین (ventricle) کی غشائے مخاطی بلطینی شکل (کا ذبیحہ قی اجبال) اور کبھی کا حنجری رخ۔ یہ ہی حصے ہیں جو حاد التهاب حجرہ میں نہایت متسل اور متورم ہو جاتے ہیں اور جو خطرناک حالت مزمار (glottis) کے ہیج کے نام سے موسوم ہے، اسکا زیادہ تر انحصار اس ڈھیلی ڈھالی بافت میں انصباب کے نمودار ہو جانے پر ہوتا ہے جو مسبوچیہ کبھی شکنوں میں پائی جاتی ہے۔ مسبوچیہ کبھی شکنوں کی غشائے مخاطی کے ڈھیلا ہونے کی وجہ سے مسبوچیہ (arytenoid) غضروفوں میں آزادانہ حرکت واقع ہو سکتی ہے اور حجرہ کا بالائی روزن مکمل طور پر بند ہو سکتا ہے۔ یہ غشائے مخاطی صادق صوتی اجبال سے مضبوطی سے پیوستہ ہوتی ہے اور مطبق مرحلہ سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور حجرہ کے بقیہ حصہ کا استر قصبہ کی طرح ہدہ دار مرحلہ سے بنا ہوتا ہے۔ پوشش کی نوعیت اور اسکے رگر کے لئے معرار ہنے کی وجہ سے صادق صوتی اجبال سرطان کا غیر معمولی محل نہیں۔

حجرہ کا استیصال - خط وسطی پر شکاف دینے سے سالم حجرہ دور کیا جاسکتا ہے۔

اس شکاف میں عضلہ منتشر (platysma)، ردا اور مقدم و داجی رید (anterior jugular vein) کاٹ دیا جاتی ہے۔ حجرہ اپنے علاقہ جات سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے اور مندرجہ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں۔ قصبہ درقیہ (sterno-thyroid)، درقیہ لامیہ (thyro-hyoid) اور رید لامیہ (stylo-pharyngeus) حنکیہ بلعومیہ (palato-pharyngeus) اور تھانی مضیق عضلات فوقانی اور تھانی درقی (thyroid) شریانوں کی حنجری شاخیں، فوقانی اور تھانی حنجری عصا لامیہ کبھی (hyo-epiglottic) اور لسانی کبھی (glosso-epiglottic) رباطات۔ اسکے بعد حجرہ 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۔

حنجرہ میں سے بالیدیں دررقیہ شگافی (thyrotomy) کے عملیہ سے دور کیا گئی ہیں۔

درقیہ کے جنامین کو خط وسطی پر ملحدہ کر کے ایک دوسرے سے دور ہٹا دیا جاتا ہے اور اس طرح حنجرہ کی اندرونی جانب معرا کر لیا جاتی ہے۔ ۵۴ سال سے اوپر کے مریضوں میں یہ غضروف خط وسطی پر متعظم ہوجاتی ہے اور اسے باریک آری سے کاٹنا پڑتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ موتی اجبال خط وسطی کی ہر ایک جانب پر درقی غضروف کے مقدم کنارہ کے نقطہ وسطی کے قریب چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے عین اوپر بطینی شگن یا کاذب موتی اجبال اور کلی کی ڈنڈی مثبت ہوتی ہے۔

اجسام غریبہ اب درقیہ شگافی (thyrotomy) کی نسبت عام طور پر شعبہ بین نلیوں (bronchoscopic tubes) سے نکالے جاتے ہیں۔

حنجرہ کے بالائی نصف کے لمفی عروق نوقانی حنجری عروق کی متابعت کرتے ہیں اور

بالائی عمقی معنی غد سے مل جاتے ہیں۔ ایک جھوٹا سا لمفی غدہ جو نالی سرطانی مطروح کا پہلا مصل ہوتا ہے لامی ہڈی کے قرن کے نیچے درقی لامی (thyro-hyoid) غشا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۵۵)۔ حنجرہ 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 شگافی (tracheotomy) اور حنجرہ شگافی (laryngotomy)۔

قصبہ کا طول تقریباً ۱۲ انچ ہوتا ہے اور اس کا زیادہ سے زیادہ عرض ۳ تا ۴ انچ ہوتا ہے۔ اسکے ارد گرد بہت ہی ڈھیلی ڈھالی انقبالی بافت ہوتی ہے، جسکی وجہ سے نالی میں معتدبہ حرکت پذیری پائی جاتی ہے۔ قصبہ کی حرکت پذیری بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اور قصبہ شگافی کی دقتوں میں اس سے اضافہ ہوجاتا ہے۔ اس طریق کار میں قصبہ کو غدہ درقیہ کی خاکنائے سے اوپر یا اسکے نیچے یا اسکے اندر سے خط وسطی میں دو تین حلقے کاٹ کر کھولا جاتا ہے۔ قصبہ جوں جوں نیچے آتتی ہے سطح سے دور ہوتی جاتی ہے اور اہم تر ساختوں سے تعلق پیدا کرتی جاتی ہے۔ اس لئے اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو یہ ظاہر ہے کہ عملیہ جتنا اوپر سر انجام دیا جائے اتنا ہی بہتر ہوگا۔

قصبہ کا طول گردن میں آٹھ یا 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۔ حلقی غضروف اور قصبی کٹاؤ کا درمیانی فاصلہ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے اور اسکا انحصار گردن کے طول، مریض کی عمر اور سر کی وضع پر ہوتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں ہیکہ سر عمود فقری پر آسانی سے ٹکا ہوا ہو قص سے مین اوپر قصبہ کا ۲ انچ حصہ معر کر لیا جائے تو سر کی مکمل بسطہ کردگی کی حالت میں قصبہ کا ۱۱ انچ حصہ اوپر کی طرف گردن میں کھینچ آئے گا۔ ٹیلو (Tillaux) کے مطابق بالغ میں حلقی غضروف اور قص کا تمام درمیانی فاصلہ اوسط میں تقریباً ۲ ۱/۲ انچ (۷ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۳ اور ۵ سال کے درمیان کی عمر کے بچوں میں یہ کل فاصلہ تقریباً ۱ ۱/۲ انچ (۴ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۶ اور ۷ سال کے درمیان کی عمر کے بچوں میں یہ تقریباً ۲ ۱/۲ انچ (۶ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۱۰ اور ۸ سال کے درمیان کی عمر کے بچوں میں یہ تقریباً ۲ 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 بالعموم کے لئے قصبہ شنگافی کی لمبائی کا قطر ۱۲ ملی میٹر سے ۱۵ ملی میٹر تک ہونا چاہئے۔ اور ۱۸ مہینہ سے کم عمر بچوں کے لئے انکا قطر تقریباً ۴ ملی میٹر ہونا چاہئے۔

قصبہ شنگافی (tracheotomy) کا عملیہ سہرا ختام دینے وقت یہ ضروری ہے کہ سر جھکا کر مگن ہو سکے چھپے کی طرف کو گرا دیا جائے اور ٹھنڈی کو قصبی کٹاؤ کی عین سیدھ میں لگا جا تا کہ گردن کے خط وسطی کے تعلقات مصنون رہیں۔ سر کی مکمل بسطہ کردگی سے جراح کو عملیہ کے لئے نہ صرف زیادہ گتھا کش ہی لمبائی 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 حلقی غضروف سے قص تک شگاف دیتے وقت مندرجہ ذیل حصے سامنے آتے ہیں۔۔۔ جلد کے نیچے مقدم و داجی دریدیں پائی جاتی ہیں۔ یہ وریڈیں قاعدۃ خط وسطی کی دونوں جانب پر کچھ فاصلہ پر واقع ہوتی ہیں اور سوائے ایک بڑی سترض وریڈ کے جو میاں و جہی فضا میں قص کے بالائی کنارہ پر واقع ہوتی ہے کسی اور ذریعہ سے مربوط نہیں ہوتیں۔ بعض اوقات

۱۔ لٹھالہ علم کو اس امر کی یاد دہانی کیجاتی ہے کہ ۵، ۱۲، ۱۵، ۱۸ انچ اور اسلئے ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۸ انچ۔

قصبہ شگافی کے رقبہ کے عین سامنے بہت سی رابطہ شاخیں موجود ہوتی ہیں، یا قصبہ کے سامنے وریڈز سے تقریباً ایک سفیدہ بنجا ہے، یا ایک ہی وریڈ ہوتی ہے جو خط وسطی کا نتیجہ کرتی ہے۔ اسکے بعد عنقی ردا ملتی ہے جس میں عضلات قصبہ لامیرہ (sterno-hyoid) اور قصبہ قصبہ (sterno-thyroid) بند ہوتے ہیں۔ طرفین کے عضلات کے درمیان کا فرق 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 ستھ عرض رطبی شاخ پائی جاتی ہے۔ خاکنائے کے اوپر ایک وریڈی سفیدہ 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 تیموسیہ (thymus) قصبہ کے سامنے ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ گردن کی عین جگہ پر قصبہ کو لائیمی (innominate) اور بائیں سباتی (left carotid) شریانیں اور بائیں لائیمی وریڈ عبور کرتی ہیں اور آخر کار 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 چمیلوں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دکھایا جا چکا ہے کہ غدہ درقیہ کی ایک جانب دوسری جانب سے محض جزوی 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 دبانی سے اسکے باسانی مہبوط ہو سکے 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 میں سے یہ باسانی ایک طرف کو ٹل سکتی ہے اور اس لیے ناخوبہ کار عملیہ کن جلدی میں جو بعض اوقات لازم ہوتی ہے مری یا فقری ستون کو بھی پھیلنے لگتا ہے۔ مزید برآں بچہ میں

بالغ کے مقابلہ 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 سیکے قدرت پیدا ہوتی ہے۔ ایک واقعہ میں ایک شیر خواہ کچھ میں قصبہ شنگانی کی نلی کے سب سے جھکا 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 ۱۹۵۷ء)۔ نلکی (cannula) داخل کرتے وقت اگر قصبی زخم کم ہو جائے تو یہ باسانی عقی رد کے نیچے کی ڈھیلی ڈھالی بافت میں گھس جاتی ہے اور خیال یہی ہوتا ہے کہ یہ ہوا کی نلی ہی میں ہے۔

حنجہ شنگانی (laryngotomy) میں ہوائی گدگاہ کو حلقی در (crico-thyroid) غشائیں ایک ششخاک دیکر کھولا جاتا ہے۔ حلقی در قی غشا کی انتصابی بلندی، بخوبی نمویافتہ، بالغ موضوعات میں تقریباً ۱.۵ انچ ہی ہوتی ہے۔ اور بچوں میں یہ اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس میں سے نلکی داخل نہیں کیجا سکتی۔ حلقی در قی شریائیں اس فضا کو حلقی غصروف سے عین اوپر عبور کرتی ہیں۔ اور اکھو کاٹنے سے احتراز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ انجی 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 منک زرف بھی واقع ہو چکا ہے (ڈرہیم: Durham)۔ جب نلکی داخل کیجاتی ہے تو یہ قصبہ میں جانے کی بجائے پھسل کر حلقی در قی غشا اور مخاطی استر کے درمیان باسانی چلی جاتی ہے۔ چونکہ حلقی در قی غشا اوپر کی طرف صوتی احبال سے تسلسل رکھتی ہے اسلئے یہ مناسب ہے کہ اس میں سے جو شنگاف دیا جائے وہ در قی کی بجائے حلقی کے زیادہ نزدیک ہو، ورنہ احبال کے ڈھیلے ہو جانے اور آواز میں تغیر آجانے کا امکان ہوتا ہے۔

217

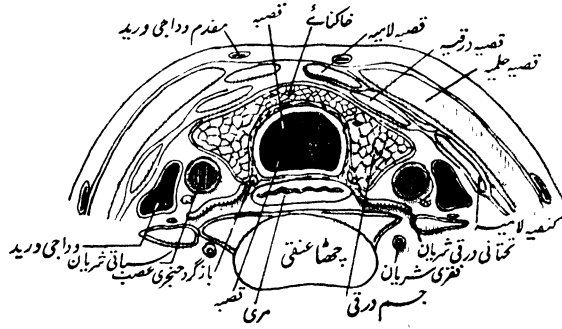
اجسام غریبہ اکثر دوران نفس میں سانس کے ساتھ اندر چلے جاتے ہیں۔ اور حنجہ قوقانی روزن یا فتحة الرامار (rima) میں اٹک سکتے ہیں۔ یا یہ بلین (ventricle) میں چلے جاتے ہیں۔ یا قصبہ میں پھنس جاتے ہیں اور یا کسی شعبہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ شعبہ میں داخل ہونے والا جسم غریب عام طور پر دائیں شعبہ ہی کا انتخاب کرتا ہے کیونکہ اسکا روزن بائیں نلی کے روزن کی نسبت قصبہ کے مرکز کی زیادہ سیدھوں ہوتا ہے۔ سانس کے ساتھ در کشیدہ اجسام غریبہ کے خطرہ کا انحصار اتنا اس میکانی انسداد پر نہیں ہوتا جو ان سے پیدا ہوتا ہے، جتنا کہ یہ مزاد کے اس تشنج پر ہوتا ہے جسکو یہ اجسام معکوس خراش سے پیدا کرتے ہیں۔ مگر بعض اوقات جسم غریب بلین (ventricle)

میں زیادہ تکلیف دینے کے بغیر ہی کچھ عرصہ تک پڑا رہتا ہے۔

درقی جسم (thyroid body) - اس جسم کا ہر ایک لختہ اپنے اپنے عظیم ترین حصہ

۲ لختہ لمبا ۱ لختہ چوڑا اور ۳ لختہ موٹا ہونا چاہئے۔ جب درقی غدہ ان پیمائشوں 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 تحتانی لامی عضلات سے ڈھکی ہوتی ہے۔

218



شکل ۵۳۔ انسانی تراش جو درقی جسم کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

اور اندرونی سطح حنجرہ اور قصبہ پر میٹکن ہوتی ہے اور بیرونی یا موخر سطح باقی غلاف کو پو شیدہ کرتی ہے۔ اسکے نمایاں موخر کنارہ کا زیرین حصہ باز گرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) اور مری سے مس کرتا ہے۔ ہر ایک لختہ درقی غضروف کے تقریباً وسط سے لیکر قصبہ کے چمٹے حلقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ زیادہ بڑا ہوتا ہے اور دایاں لختہ بائیں کی نسبت بالعموم بڑا ہوتا ہے۔ ان امور کے ساتھ ہی یہ بھی معلوم کر لینا چاہئے کہ درقی کلانیاں (گھینگا) عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں! اور ہر حالت میں پہلے پہل انکے زیادہ تر دائیں جانب پر دیکھے جانے کا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ عاکائے (isthmus) قصبہ اور حنجرہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے اسلئے نکلنے کے دوران میں یہ اوپر نیچے حرکت کرتی ہے۔ اور یہ گھینگے کے

دوسرے عنقی سلعات سے تشخص کرنے میں نہایت ہی عظیم الاہمیت ہے۔ عنقی ردا کا ایک مضبوط زائدہ (بیری: 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 کلانی یافتہ ہو جاتا ہے تو یہ جانبین پر قصبہ میں بدشکلی پیدا کر دیتا ہے اور اسے تنگ کر دیتا ہے۔ جس سے ”نیام“ (scabbard) کا سا منتظر پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب کلانی سرعت 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 کٹھنی لامی (omo-hyoid) عضلات سے اپنی جگہ پر جا رہتا ہے۔ درقی جسم کی موخر یا بیرونی سطح بڑے بڑے عروق کے غلاف کے ساتھ مس کرتی ہے اس لئے جب یہ غدہ کلانی یافتہ ہو جاتا ہے تو اس میں سے ان عروق کے نئے فناناٹ باسانی منتقل ہوتے رہتے ہیں (شکل ۵۳) نیز بدراک پیچھے کی طرف یہ عام طور پر بلعوم کے یون حصہ اور مری کے بالائی حصہ کو مس کرتا ہے اور اس رخ میں جو کلانیاں واقع ہوتی ہیں ان سے اور نیز اس مداخلت سے جو ابتلاع میں منجھہ کی حرکت میں واقع ہوتی ہے اس تکلیف کی توجیہ ہو سکتی ہے جو گلگٹ کے دوران میں گھینگے میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔

219

درقی غدہ کی خاکنائے اس عطفہ سے نمودار ہوتی ہے جو مضفہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے زبان کے چانوی اور لامی حصوں کے درمیان سے بروز کرتا ہے (شکل ۵۶ صفحہ 231) زبان کا سولخ اور (foramen caecum) اس نقطہ کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے یہ عطفہ بلعوم سے پیدا ہوا تھا۔ اس سوراخ سے بعض اوقات ایک قنات نکلتی ہوئی پائی جاتی ہے (درقی لسانی (thyro-glossal) جو عظم لامی کے قریب کے معین غدی تو دوں کو جاتی ہے۔ اس ہڈی کے قرب وجوار میں معین غدے اور چھوٹے چھوٹے دیرے جن کا استر مرحلہ سے بنا ہوتا ہے اکثر پائے جاتے ہیں۔ یہ غدے معم نام نہاد ہرم یا دوسلی نختہ کے اس ابتدائی عطفہ کی گردن کا ماہی ہوتے ہیں۔ عظم لامی کے لیول کے نیچے دوسلی غنچہ (median bud) تقسیم ہو جاتا ہے۔ اس لئے ہرمی نختہ دائیں یا بائیں قسمت کا قائم مقام ہوتا ہے اور کبھی خط دوسلی میں واقع نہیں ہوتا۔ ہرم (pyramid) جو عضلہ لافعدہ درقی (levator thyroideæ) کے ذریعہ سے عظم لامی کے ساتھ تقریباً ہمیشہ ملا ہوتا ہے امتحان کردہ موضوعات میں سے ۹ فیصدی میں موجود ہوتا ہے (سٹرکیسن: Streckisen)۔ جانبی نختہ چوتھی مشائی درزوں سے نمودار ہے (شکل ۵۶)۔ دوسلی عطفہ گاہے گاہے جانبی درزوں میں سے

ایک کے ساتھ متحد ہونے میں ناکام رہ جاتا ہے۔ اس حالت میں خاکائے کا کچھ حصہ غائب ہوتا ہے۔
چھوٹے چھوٹے معین درقی اجسام اکثر موجود ہوتے ہیں۔

غده درقیہ کے ذبول سے یا مرض سے اس کے تباہ ہونے سے جسم کا ایک عمومی عارضہ پیدا

ہو جاتا ہے جو **مخاطلی اذیما (myxoedema)** کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عارضہ قنات

(cretinism) سے خاص کر جہانتک اس کے گھینٹکے کے مریضوں میں پائے جانے کا تعلق ہے قریبی

مشابہت رکھتا ہے۔ مخاطلی اذیما (myxoedema) عملیہ سے تمام غده کا استیصال کر دینے کے بعد

نمودار ہوتا ہے اور یہ بندروں میں غده کے تجزیاتی ازار سے پیدا کیا جا چکا ہے مخاطلی اذیما (myxoedema)

کا ایک نمایاں خاصہ زیر جلدی بافتوں کا ورم ہے جو زیر جلدی بافتوں میں ایک مخاطلین نما جسم کے

اجتماع سے پیدا ہوتا ہے۔

220

عرق حرقی اعصاب درقیہ تک عنقی مشارکی سلسلہ کے یون حصہ کے راستہ سے

پہنچتے ہیں۔ اور اسی راستہ سے اعصاب اوپر کی طرف کو آکٹھ تک جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 68) بالیسا

معلوم ہوتا ہے کہ یہ اعصاب مرکزی طور پر غالباً نخاع مستطیل سے تعلق رکھتے ہیں کیونکہ بعض حالتوں میں

درقیہ کی کلانی کے ساتھ آنکھ کا بروز بھی پایا جاتا ہے (مخاطلی گھینٹکا: exophthalmic goitre)۔

ایشر (Asher) اور فلیک (Flack) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جسم درقی کے اندرونی انسر از میں

صخری 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 غد 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 یون حصہ میں اسکی موخر جانب پر داخل

ہوتی ہے۔ غده کے استیصال میں اس عرق کو باندھنے اور غده کے یون حصہ کو چھڑاتے وقت بازگرد

مخبرجی عصب (recurrent laryngeal nerve) کو ضرر پہنچنے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اگر یہ

کٹ جائے یا بندش میں آجائے تو خنجرہ 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

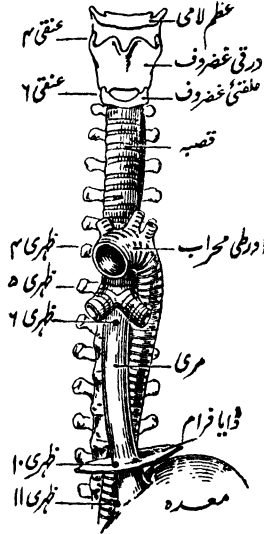
ima artery) جو جسم درقی کیلئے ایک زائد عرق ہوتا ہے اور جو عام طور پر لاسمی (innominate)

سے پیدا ہوتی ہے اور قصبہ کی اگلی جانب پر اوپر کی طرف کو جاتی ہے ہر دس موضوعات میں سے ایک بہ پائی جاتی ہے۔

نزد درقیے (parathyroids) چھوٹے چھوٹے بیضہ نما اور جلی ہوئی مٹی (terra cotta) کی رنگت کے اجسام ہوتے ہیں، جنکی جسامت قطر کے چھوٹے چھوٹے دانوں کے برابر ہوتی

221

انکے ترکیبی غلیات عظیم الجسامت اور کثیر الاضلاع ہوتے ہیں اور امحاحلیہ مایہ نیوسین (eosine) سے سہل التوشیح ہوتا ہے اور یہ مشبک عماد میں مجتمع ہوتے ہیں۔ تمام یا اکثر نزد درقیوں کو دور کر دینے یا انکو ضرر پہنچنے سے تکرر 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 تختہ کے نریں قلب کے پیچھے اور دوسرا تھائی رائڈ (inferior thyroid) کی انتہائی شاخوں 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 ۵۲۔ مری اور اسکے تعلقات۔ نلی (gullet) (شکل ۵۲) چھٹے عققی فقرہ کے مقابل

یعنی حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے نریں کنارے کے پیچھے شروع ہوتی ہے۔ اور ڈایا فرام کے دسویں نہری فقرہ کے مقابل منقرب کرتی ہے۔ اس مقام کی نشان دہی کمپریوٹوں نہری فقرہ کے مزاکب شوک سے ہوتی ہے۔ اس شوک کے ذرا بائیں طرف مسماع الصدر رکھ کر سیال معدہ میں داخل ہوتا ہوا سنا جاسکتا ہے۔

چھوٹے سے زیر ڈایا فرامی ممر کے بعد جو تقریباً ۱/۲ انچ کے قریب ہوتا ہے، یہ معدہ میں گھیا رصویں نہری فقرہ کے تقریباً بالائی حصہ کے لیول پر کھل جاتی ہے۔ غذا کی نالی میں تین خم ہوتے ہیں ایک مقدم موصرف شوک عود کا منظر 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 لائے آگے کی طرف کو بڑھتی ہے۔ باوجود ان مٹنوں کے ماہرین استوار اور سیدھی معدہ بین منہ سے معدہ تک گذار سکتے ہیں۔ اسکی لمبائی ۹ سے ۱۰ انچ تک ہوتی ہے۔ غذا کی نلی میں تین تانگ حصے ہوتے ہیں۔ ایک اسکی ابتدا پر ہوتا ہے، اور ایک وہاں ہوتا ہے جہاں بایاں شعبہ اسکو عبور کرتا ہے، اور تیسرا وہاں ہوتا ہے جہاں یہ ڈایا فرام میں سے گزرتی ہے۔ انہی تین تانگ مقامات پر اجسام غریبہ کے اکٹھنے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے، اور اکل اشیا کے نگلنے سے یہیں تغیرات نمودار ہوتے ہیں، اور سرطان کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان بھی یہیں ہوتا ہے۔ بوجی (bougie) گذارتے وقت یہ مقامات سامنے کے دانٹوں سے ۷ انچ، ۱۱ انچ اور ۱۶ 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 بچاؤ چھٹے عمقی 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 گذارنے کے وقت کے علاوہ ان مقامات پر دروند بند رہتا ہے۔ بعض حالتوں کے زیر اثر مری کے نیچے کمرے کے عاصروں تشریح 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 (۱۳) ملی میٹر سے ذرا زائد ہوتا ہے اور باقی مقامات پر تقریباً ۳/۴ (۱۶) تا ۲۱ ملی میٹر) ہوتا ہے۔ زور سے اتساع کرنے سے اوپر کے دونوں تانگ حصے ۱۸ تا ۱۹ ملی میٹر تک اور نیچے کا حصہ ۲۵ ملی میٹر اور باقی غذا کی نالی تقریباً ۱/۲ (۳۵) ملی میٹر کے قطر تک تسع کی جا سکتی ہے۔

مری کے علاقہ جات میں سے مندرجہ ذیل امور کی مثالیں جو اجماعی مزاولت میں دیکھنے میں آتی ہیں:- غذا کی نلی تقریباً تمام ممر میں فقری عمود کی سامنے کی طرف سے قریب ہی تعلق رکھتی ہے۔ گردن میں قصبہ اسکے سین سامنے ہوتا ہے۔ صدر میں بایاں شعبہ بائیں شعبتی غذا و گرد قلب اور بایاں بطن اسکے سامنے ہوتے ہیں اور دونوں اعصاب تانیہ (vagi) اسکے ارد گرد ایک ضغیرہ بنا دیتے ہیں۔ بائیں شعبتی غذا و کلائی یافتہ ہونے کی حالت میں بعض اوقات غذا کی نلی پر دباؤ ڈال دیتے ہیں اور بعض اوقات اس سے منضم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ اس میں

مختص المقام لینت پیدا کر دیتے ہیں اور عطفات کی پیدائش کا باعث بھی ہوتے ہیں۔ صدری قنارہ (thoracic duct) صدر کے بالائی حصہ میں پیچھے سے گذر کر غذا کی نلی کی بائیں جانب پر آ جاتی ہے۔ اونچے کے حصہ میں اور طہ جو پہلے مری کی بائیں جانب ہوتا ہے، بتدریج اسکی کھپلی جانب 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 کوجاتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ صفحہ 264)۔

مری کی حسی عصبی راسد زیادہ تر جل کے پانچویں ٹہری قطعہ سے آتی ہے (ہیرا Head:۔ غذا کی نلی کے سرطان یا استزاقات کی حالت میں درد اس قطعہ کی جلد سے منسوب ہوتا ہے) (دیکھو شکل ۸۵ صفحہ 390)۔

جو اجسام غریب 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 خاص کر 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 تر قوی (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 غنونی ذات الریہ سے موت جلد ہی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ حالت اس فاصل کے سوہنو کا نتیجہ ہوتی ہے جو آخر میں قصبہ اور مری کو علیحدہ

کرتا ہے۔ غشاء کے مخاطی کے فشاری عطفات (pressure diverticula) گاہے گاہے موثر جانب پر مری اور بلعوم کے مقام اتصال پر مری کے بالائی عاصو کے عین اوپر رونما ہوتا ہے۔ یہ بلعومی جلیبوں (pharyngeal pouches) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ اور عضلہ مضیقہ سفلی (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 اسس 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 اسلئے 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۔

پھنسنے ہوئے اجسام غریبہ بالعموم مری بین (oesophagoscope) میں سے

دور کئے جاتے ہیں۔ مگر کبھی کبھی جب یہ آلہ حاصل نہیں ہو سکتا مری ننگانی (oesophagotomy)

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 نکلی ہوئی ہوتی ہے۔ شکاف عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) اور قصبہ 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 قصی ترقوی مفصل تک کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ کتفیہ للمیہ (omo-hyoid) کو یا تو باہر کی طرف کھینچ لیا جاتا ہے یا اسے کاٹ دیا جاتا ہے۔ بڑے بڑے عروق و حنجروہ یا ورغہ 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 مبرا ہو جاتی ہے تو اسے انتصابی شکاف سے کھولا جاتا ہے۔ جب کبھی اس نلی کے عنقی حصہ سے کسی عطفہ یا سرطان کی علمدگی مقصود ہو تو اس تک اسی طرح رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔ صدری حصہ تک بائیں جانب پہنچھلی طرف سے کئی ایک پسلیاں دور کرنے اور مری تک پورا کے باہر سے رسائی کرنے سے پہنچا جا سکتا ہے (لی لیلینٹھال: Lillenthal)۔

بڑے بڑے عنقی عروق - بڑے بڑے عنقی عروق کا ممر اور انکے تعلقات

تشوہات معد ان عملیہ جات کے جن سے انہیں پیدائش لگائی جاسکتی ہے اور نیز ان طریقہ ہائے کار متعلق ذرا ذرا سی باتیں نہ صرف عملی 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۔ (carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے بڑے بڑے تعلقات شکل ۸ صفحہ ۲۲۶ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔

چونکہ عنقی اتصالی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے، اس لیے اس میں انورسما پیدا تیزی سے بڑھ سکتے ہیں اور دباؤ کے علامات بالعموم جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں۔ انکی مثالیں اور جراحی اعلیٰ کا نمایاں نتیجہ اور نیلا پن ہیں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوا اور حنجری علامات ہیں جو باز گرد عصب (recurrent nerve) یا قصبہ پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں اور ڈایا فرام کانسٹیج ہے جو ڈایا فرامی (phrenic) عصب پر دباؤ پڑنے سے رونما ہوتا ہے اور مشار کی کا صدر ہے اور دوران سرا اور ناقص بصارت ہیں جو دماغ کی عدہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

225

صرع کے مریضوں میں فقری شریان (vertebral artery) پر بندش لگائی جائے مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ اس سے فائدہ ہوا ہے یا نہیں۔ اسکے ارد گرد عرق حرکی اعصاب ہوتے جو تحتانی عنقی عقدہ سے آتے ہیں اور یہ لازمی طور پر ساتھ ہی بندھ جاتے ہیں۔ اس شریان ان عضلہ قصبہ حلیہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے مین اوپرنگ دینے سے رسائی کیجا سکتی ہے (دیکھو شکل ۸ صفحہ ۱۹۷)۔ اسکے بعد سبباتی درنہ (rotid tubercle) کی تلاش کیجاتی ہے اور عموماً اسکے نیچے عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (alenus anterior) اور عضلہ طویلہ عنقیہ (longus colli) کے درمیانی رخنہ میں شریان واقع ہوتی اس طریق کار میں معتدبہ دقتیں پیش آتی ہیں۔

وریدوں میں ہوا کا دخول - گردن کی وریدیں تنفسی حرکات کے ذریعہ

ہیں۔ انہیں ہبوط واقع نہیں ہوتا کیونکہ یہ ارد گرد کی رداؤں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اور اس

ایک عمدہ مثال اس مقام پر پائی جاتی ہے جہاں خارجی وداچی (external jugular) ورید عنقی ردا کو فوق تر قوی فضا میں منتقل کرتی ہے۔ دورانِ شہیق میں یہ عروق کم و بیش طور پر خالی ہو جاتے ہیں اور دورانِ زفیر میں یہ کلانی یافتہ اور تڑاؤ دار ہو جاتے ہیں۔ بہت کم کم کراس اس ایجنی حالت میں ایجنی جسمت بعض وقتا بہت ہی بڑی ہو جاتی ہے۔ دوسری وریدیں جو صدر کی امتصاضی قوت کے زیر اثر ہیں صرف بغلی 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 کھج جاتی ہے اور اس سے دموی عروق شہیرہ کی سدا بیت 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 وداچی (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 وریدیں دباؤ بہت بڑھ جاتا ہے جیسا کہ بھاری بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو صرف اعلیٰ وداچی ورید کے نہائی مصراع ہی اس دباؤ کو دماغ میں منتقل ہونے سے روکتے ہیں۔ جن حادثات میں صدر دفعۃً مضبوط ہو گیا ہو انہیں سراور گردن حادثہ کے بعد کئی دنوں تک نیلے رہتے ہیں (ضرری تپے نفسی : traumatic asphyxia)۔ یہ نیلا پن غالباً وداچی مصراعوں کے کمزور ہو کر راستہ دے دینے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس لیے سراور گردن کے عروق شہیرہ پر اس سے زیادہ دباؤ پڑ جانا ہے جتنا کہ وہ برداشت کر سکتے ہیں۔

جبل مشار کی کا حصہ عنقی - اگر گردن کے کسی عملیہ کے دوران میں جبل مشار

جو فوقانی و وسطیٰ اور تحتانی عنقی 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 عنید کے متوسع عضلہ اوپر کے پوٹے کے غیر مخطوط جفنی عضلہ مجھ کے غیر مخطوط عضلہ اور چہرہ کے عوقی غد کو رسد پہنچاتے ہیں اور نیز چہرہ، زبان اور گردن کی

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 الہتہائی خواص پائے جاتے ہیں وہ ہمیشہ ثانوی قسم کے ہوتے ہیں اور اطراف جسم کے ان حصوں کے اختلالات کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے یہ فرداً فرداً لطف 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 - منور حصہ = قذالی اور پس اذینی غدود - جبہی اور جداری حصہ جات = پیش اذینی غدود (شکل ۵۵)۔

مزید برآں 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 کالب = زیر چانوی اور فوق لامی غدود۔

کہفہ دہن = زیر چانوی غدود اور عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

نیچے کے جبرے کے مسوڑے = زیر چانوی غدود۔

زبان - مقدم حصہ = فوق لامی اور زیر چانوی غدود۔ منور حصہ = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

لوڑتین 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)

النفی حفرہ جات = پس بلعومی غدود۔ عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔ ان حفرہ جات کے

منور حصہ کے بعض لمفی عروق پیش اذینی غدود میں داخل ہوتے ہیں۔

جس عنق غد کے دور کرنے میں متعدد بافتوں کے زخمی ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ غد اکثر داخلی و دارجی (internal jugular) ورید کے ساتھ منقبوطی سے منضم ہوجاتے ہیں۔ بالاترین غد شوقی 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 ترنوی حفرہ کے غد کو علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو چکی ہے۔

صدری قنات (thoracic duct) گردن میں۔ اگر ترنوی کے

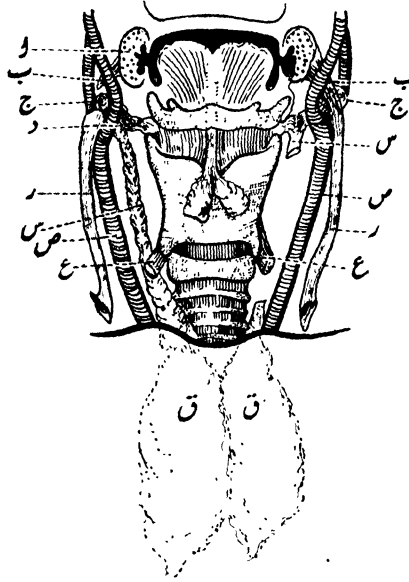
بالائی کنارہ پر اسکے قصی سرے سے اانچ کے فاصلہ پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ داخلی و دارجی اور زیر ترنوی وریدوں کے درمیانی زاویہ کی نٹ اندھی کرگیا جس پر یا جس کے نزدیک صدری قنات ختم ہوتی ہے۔ ان ۴۰ اجسام میں سے جن پر ایف۔ جی۔ پارسنس (F. G. parsons) اور پی۔ ڈبلیو۔ جی۔ سارجنٹ (P. W. G. Sargent) نے تحقیق کی ہے، ۲۵ میں یہ قنات داخلی و دارجی 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 ستر دودھنہ جات ہوتے ہیں اور بعض اوقات ان کی تعداد چار تک بھی پہنچ جاتی ہے۔ اختتام پر یہ قنات عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) اور ڈیافراجمی (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 کی عروق لف کے درمیان آزادانہ موجود ہونے اور مجسود وریوں (azygos veins) کے ساتھ رابطہ رکھنے کا نتیجہ ہے (لیف: Leaf)۔ جب یہ قنات بائیں شترک باقی (common carotid) اور زیر ترنوی (subclavian) شریانوں کے پیچھے سے گردن میں داخل ہونے کے لئے اوپر کیلئے چڑھتی ہے تو یہ پھیپھڑے کے پلورے سے کس کرتی ہوئی جاتی ہے۔ دائیں جانب میں قنات صدری (thoracic duct) کا قائم مقام دایاں لسنی تنہا ہوتا ہے۔ ان دونوں بڑے بڑے لسنی مجاری کے معاونوں میں صدر میں آزاد راہ وربط پایا جاتا ہے۔

230

خیشومی ناسور (branchial fistulae)۔ کبھی کبھی گردن میں بعض خلقی ناسور

پائے جاتے ہیں جو میشومی درزی انخفاضات میں سے کسی نہ کسی ایک کے جزوی طور پر برقرار رہنے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ انخفاضات جنین میں میشومی محرکوں کے درمیان واقع ہوتے ہیں اور ان محرکوں

231



شکل ۵۶ گردن کے مختلف جنیناتی بقید ساختوں کے محل اور تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ لوزو۔ ج۔ لوزی ناچ کا بقید حصہ (دوسرے درزی گوشہ سے)۔ ج۔ سباتی جسم خارجی اور داخلی سباتی شریالوں کے درمیان۔ د۔ تیموسیک کی ڈنڈی (تیسری درزی)۔ ہ۔ عقیق جوف (جو بائیں جانب پر دوسری درزی کے گوشہ سے متحد ہے)۔ ص۔ عقیق تیموسیک۔ ص۔ مشترک سباتی۔ ص۔ درقی اور درقی لسانی قنات کا وسطی حصہ۔ ط۔ وسطی رقیہ کا زیر لامی حصہ۔ ع۔ جانی رقیہ کی ڈنڈی جو چوتھی درزی سے پیدا ہوتی ہے۔ ق۔ ق۔ تیموسیک مددیں۔

تعداد بالعموم پانچ بیان کی جاتی ہے پہلی نیچے کے جڑے اور وسطی (malleus) کے لئے نیا د کا کام دیتی ہے۔ دوسری سے نرائگہ ابریہ (styloid process) ابری 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 ٹکڑوں میں حصہ لیتی ہیں۔ پہلی درز پہلی اور دوسری محرابوں کے درمیان ہوتی ہے۔ "عققی خیشومی ناسور بہت باریک قنالوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں اور گردن کے اگلے حصہ کی ایک یا دونوں جانب پر چھوٹے چھوٹے دہنوں 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 ۱/۲ انچ سے لیکر ۱/۲ انچ تک ہوتا ہے اور انکا قطر حیوانات کے سخت بال اور مہولی سلائی کے قطر کے درمیان درمیان ہوتا ہے۔ عققی ناسور کا دہنہ بالعموم قصی تر قوی مفصل کے عین اوپر واقع ہوتا ہے اور یہ عققی جوف (cervical sinus) کا قائم مقام ہوتا ہے (شکل ۵۶) جو ایک نشیب یا جیب ہوتی ہے جو جنین کی گردن کے نوکے دوران میں بنتی ہے اور یہ جوف خیشومی اور حشوی درزوں کے مشترک دہنہ کا کام دیتا ہے جن میں لوزہ تیموسیہ اور جانبی درقیہ جات نمودار ہوتے ہیں۔ یہ ناسور اوپر کی طرف کو جڑھمت ہوا مشترک سباتی ثریان کی دو شاخ کی طرف چلا جاتا ہے جہاں یہ بعض اوقات جسم سباتی (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 تاج کی ساختوں اور بروں بالیدوں کے حصے باقی رہ سکتے ہیں۔ ایسے بقیہ حصے عققی دویروں 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 مائید" 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 حشوی درز سے ہوتا ہے۔

حنجرہ کا بطین جیسا کہ طبعی طور پر بہت سے بندروں میں پایا جاتا ہے بعض اوقات مستول ہو کر ایک تاج کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو درقی لامی غشائیں سے گزر جاتا ہے اور اس طرح گردن کے حنجری خطہ میں ایک عققی ہوائی دویرہ (cervical air-cyst) یا تاج (sac) بن جاتا ہے۔

حصہ دوم

باب ہفتم

چھاتی اور اس کے احتشاء

صدری دیواریں

233

چھاتی کی دونوں طرفیں شاذ و نادر ہی متشکل ہوتی ہیں۔ دائیں طرف کا محیط بالعموم زیادہ ہوتا ہے اور اس امر کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ جو ادرج اعلیٰ کا غیر مساوی استعمال ہے پائٹ کے مرض (Pott's disease) میں جبکہ ظہری خط ماؤف ہو اور عمود فقری آگے کی طرف کو 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 کو نکل 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 اسقدر قصرو واقع ہو جاتا ہے کہ نیچے کی پسلیاں حرفقی عرف (iliac crest) پر مزید اکٹب ہو جاتی ہیں۔

کبوتر کی شکل (pigeon-breast) کی بدشکلی میں قص اور غضروف ماسنے کی طرف

کو اس طرح ابھرتے ہیں کہ چھاتی کی مقدم موخر پیمائش بہت بڑھ جاتی ہے اور پسلیوں اور انکے غضروفوں کے خط اتصال کے ساتھ ساتھ ایک عمیق تجویف پیدا ہو جاتی ہے۔ ضلعی غضروفی اتصال

پر جسدور کے نیچے بیٹھ جانے ہی سے یہ ابھار پیدا ہوتا ہے۔ بچوں میں اور خاص کر کساحت زدہ بچوں

میں صدر بہت نرم اور لچکدار ہوتا ہے۔ اور اگر ہوا کے داخل ہونے میں کوئی مستقل رکاوٹ موجود ہو

جیسی کہ بہت کلائی یافتہ لوزتین سے ہوتی ہے تو صدری دیوار میں کچھ عرصہ کے بعد اس انتھام

کی وجہ سے جو ان پر دوران شہق 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 جسدور اسی مقام پر

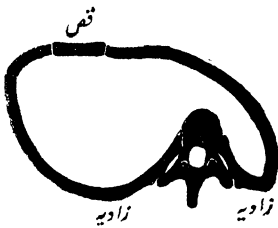
واضح طور پر دیتے ہیں۔ چھاتی کے تشوہات شو کی عمود کے

ظہری حصہ کے غیر طبعی انحنائوں کا نتیجہ ہوتے ہیں پسلیاں فقرات سے ضلعی فقری اور ضلعی عرضی

رباطات کے ذریعہ 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 ستم (kyphosis) پیدا ہو جاتا ہے تو شو کہ کابالانی حصہ اوپر کی پسلیوں اور قص کے ساتھ ہی آگے اور نیچے کی طرف کوجھک جاتا ہے۔ اس سے صدر کا مقدم موخر قطر بڑھ جاتا ہے۔

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 کونخم واقع ہوتا ہے لازمی طور پر مضبوط ہو جاتی ہیں اور طرف مقابل کی پسلیاں کسل جاتی ہیں۔ انٹوائٹو فقری (scoliosis of the spine) میں نہ صرف جانبی انحناء



224

شکل ۷۵ ان تغیرات کو نظر کرتی ہے جو صدر میں انٹوائٹو کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔

(ریٹارڈ: Redard کے مطابق) شو کی انحناء کا اخذاب دائیں جانب کو ہے اس طرف کی

پسلیوں میں انکے زاویوں پر حادثہ پایا جاتا ہے بقدر (دائیں) طرف کی پسلیوں کا زاویہ کھلا ہے۔

بنجاتا ہے۔ بلکہ فقرات بھی ساتھ ہی گھوم جاتے ہیں۔ فقری اجسام عمود کی محذب جانب کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور انکے شوکی زوائد انحنای کی منقعر طرف کو آجاتے ہیں (شکل ۵۷)۔ 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 چھٹی ہو جاتی ہے۔ دوسری جانب (محذب) پر زاویہ بیحد 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 ترجھا ہو جاتا ہے (شکل ۵۸)۔ منقعر جانب پر ہیں ضلعی فضا میں تنگ ہو جاتی ہیں، حتیٰ کہ پسلیاں بعض اوقات ایک دوسری سے کس بھی کرتی ہیں اور محذب جانب پر فضا میں وسیع ہو جاتی ہیں۔ صدری احتشاک کی شکل لازمی طور پر خراب ہو جاتی ہے اور ان کا محل تبدیل ہو جاتا ہے۔

235

قص (sternum)۔ اوپر کی کور دوسرے اور تیسرے ٹھہری فقرات کے درمیان کی قرص کی تناظر ہوتی ہے۔ اور خنجری قسمی مفصل دسویں ٹھہری فقرہ کے وسط کا تناظر ہوتا ہے۔ جنین میں تکمیل میعاد پر قص کی اوپر کی کور پہلے ٹھہری فقرہ کے وسط کے مقابل ہوتی ہے (Symington: Symington) اسکی مقدمہ سطح پر ایک مستعرض حید یا زاویہ (زاویہ آڈوڈو angulus Ludovici) بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے جو یہ القص (manubrium) اور جسم قص کے مقام اتصال کا تناظر 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 عظمی اتحاد پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکا ایک نمایاں زللابی کہنہ ہوتا ہے جسکے ارد گرد مضبوط لیغنی اور لیغنی غضروفی راباطات موجود ہوتے ہیں۔

اس ہڈی میں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے کیونکہ یہ نرم اور اسفنجی ہوتی ہے اور پکڑا رسلیاں اور انکے غضروفات اسکو کمانیوں کے ایک سلسلہ کی طرح سہارا دیتے ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں جب غضروفات منتظم 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 ملسور پایا 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 دفعہ آگے کی طرف کو جھکانے سے ٹوٹ جاتی ہے۔
 قفسی یدی (sterno-manubrial) مفصل (قفسی مفصل غضروفی: sternal synchondrosis) میں خلج بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ان چوٹوں میں ید الفص بالعموم علی محلہ رہتا ہے، مگر قفس کا جسم پسلیوں کے ساتھ اسکے آگے کی طرف کو منتقل ہو جاتا ہے۔

تقریباً محل اور اسفنجی ساخت کی وجہ سے قفس میں بہت سے عوارض مثلاً بوسیدگی اور مضمغینی گرد عظمی الہتاب (gummatous periostitis) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہڈی میں تقابلی نرمی یہاں تک پائی جاتی ہے کہ قاتلانہ 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 سلاخوں کے ناقص اتحاد کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے کہ قفس طیار ہوتا ہے۔ جس واقعہ کے متعلق ای گرو (E. Groux) نے اطلاع دی ہے اس میں انتصانی 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 جیک اندراج ڈگلس (Douglas) نے کیا ہے صرف نیچے کا حصہ ہی متحد تھا۔ قفس کا بالائی حصہ انتصانی رخ میں کاٹا جا چکا ہے اور ہر ایک نصف فناظر پسلیوں کے ساتھ ان ساختوں تک رسائی حاصل کرنے کے لئے جو فوقانی منصفیہ موجود ہوتی ہیں آگے کی اور باہر کی طرف کو الٹایا جا چکا ہے۔

پسلیاں اتنی ترچی واقع ہوتی ہیں کہ ایک سلی کا مقدم مرا کسی دوسری پسلی کے

موزوں سے کے لیول پر 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 متناظر ہوتی ہے اور ساتویں کا انتہی دسویں کا متناظر ہوتا ہے۔ اگر جسم کے گرد کتف 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

پچھلے غضروف کی چسپیدگی پر اور پانچویں پسلی کو حلی خط پر اور نویں پسلی کو عمود فقری پر کلائنگ۔
دوسری پسلی کو ایک ستعریں حیدظا ہر کرتا ہے جو قفس پر ہوتا ہے اور جسکی طرف پہلے بھی اشارہ
کیا جا چکا ہے (زاویہ ٹوڈوک: angulus Ludovici) عضلہ صدک کیرہ (pectoralis
major) کا زیریں کنارہ پانچویں پسلی کی طرف رہنمائی کرتا ہے اور عضلہ فشار کیرہ (serratus
magnus) کا پہلا مرئی نشتر چھٹی پسلی کا متناظر 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 پیکھارا اور بہت خمیدہ ہوتی ہیں اور چونکہ یہ بہت سے رابطات کے ذریعہ
پچھلی طرف عمود سے اور آگے کی طرف دب جانے والے غضروفوں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اسلئے
یہ کمائی کے خواص سے ایسی چوٹوں کی مزاحمت کرتی ہیں جن سے کس واقع ہونے کا احتمال ہوتا
ہے۔ پسلی میں بالواسطہ ضرب سے کس واقع ہو سکتا ہے، مثلاً آچٹ لیٹنے 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 ٹوٹتی ہے تو یہ اصلی خم کی چوٹی پر سے یعنی
اپنے وسط کے قریب سے ٹوٹتی ہے۔ قطعاً باہر کی طرف کو شکستہ ہوتے ہیں اور پورا کے
مشتب ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ جب سلی بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتی ہے تو ضرر
اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں چوٹ لگی ہو۔ ہڈی اندر کی طرف کو ٹوٹتی ہے اور ہڈی کے
خم کا رجحان بڑھنے کی بجائے کم ہونے کی طرف ہوتا ہے اور کڑوں کے پورا کو دریدہ کرنے کا
بہت خطرہ ہوتا ہے۔

جو پسلیاں اکثر ٹوٹتی ہیں وہ چھٹی ساتویں اور آٹھویں ہیں کیونکہ معمولی حالات تحت
یہ سب سے زیادہ معرا ہوتی ہیں۔ جس پسلی میں کس 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 کس 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 مد 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 پچوں 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 ثابت 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 بد شکلگی رونما نہیں ہوتی۔ یہ ہڈیاں عضلانی فعل کی شدت سے بھی ٹوٹ چکی ہیں مثلاً گمانسنے کے دوران میں اور شدید دافعی 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 سوج (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 تنہیق میں چوڑی ہوجاتی ہیں اور زیر میں تنگ اور جسم کو مقابل جانب کی طرف جھکانے سے زیادہ چوڑی کیجا سکتی ہیں۔

پیلورائی کہف کا بزل بالعموم چھٹی یا ساتویں فضا میں یا تو قص اور عمود فقری کے یا مقدم اور موخر یعنی 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 تزلزل 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 مین باہر دیا جاسا ہے۔ مزل کو دوران شہین میں جبکہ فضا چوڑی ہو جاتی ہے داخل کرنا چاہئے اور بین ضلعی عروق کو بچانے کے لئے اسے حتی الامکان فضا کے یں کنارے کے قریب رکھنا چاہئے۔ پسلیوں کے زاویوں کے پیچھے سے کسی فضا میں سے چھاتی کا بزل غیر ممکن العمل ہے کیونکہ اس مقام پر دیوار صدر پر عضلات کا ایک موٹا خلافت موجود ہوتا ہے۔ نیز بین 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۔ زاویر کے اگلی طرف بین 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 مین نیچے واقع ہوتا ہے۔ گرا اوپر کی چار یا پانچ فضاؤں میں عصب ابتدا میں شریان سے اونچا ہوتا ہے۔

289

گرد قلبیہ (pericardium) کا بزل سوئی کوخجری قص (xiphisternum) اور ضلعی حاشیہ کے درمیان زاویر کے راس میں سے اوپر کی اور ذرا سی بائیں جانب کی سمت میں داخل کرنے سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔

پیمپ بین ضلعی عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان کی ڈھیل ڈھالی یافت کے ساتھ ساتھ باسانی جاسکتی ہے۔ چنانچہ فقرات کے یا پسلیوں کے موخر حصوں کے مرض میں جو تفسیح پیدا ہوتا ہے اس میں پیمپ بعض اوقات بین 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 کلابو موجود ہو صدر کی عظمی دیوار کا وہ تمام حصہ جو قارخ کہفہ کی بیرونی حد کا متناظر ہوتا ہے دور کر دیا جاتا ہے تاکہ کہفہ میں بہوط واقع ہو سکے اور اس سے یہ بند ہو سکے۔ یہ موخر الذکر تدبیر کو بیلہ الصدر (thoracoplasty) کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات نو پسلیوں تک کو اگلی طرف سے غضروفوں سے لیکر پھیلی 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 محدود کر دی جائیں۔

پسلی دور کرتے وقت ہڈی مکشطہ (rugine) کے ذریعہ سے گردِ عظمہ سے بالکل محسرا کر لی جاتی ہے اور استیصال زیرِ گردِ عظمیٰ ہوتا ہے۔ اس طریقہ سے بین ضلعی عروق جو زیرِ ضلعی میزاب میں ایک مجری میں سے جو گردِ عظمہ کے پھٹنے سے بنتا ہے گزرتے ہیں محسرا نہیں ہوتے اور اگر بعد میں انکو کاٹنے کی ضرورت ہو تو ان پر باسانی قابو حاصل کیا جاسکتا ہے، جبکہ پسلیاں راستہ میں شامل نہیں ہوتیں۔

240

داخلی پستانی شریان (internal mammary artery) تفسیر کے

کنارہ کے متوازی گزرتی ہے اور اس سے تقریباً ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتی ہے۔ اگر زیرِ خمی ہو جا 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 کئی قدر 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 اور نیچے کے حصہ میں سوائے عضلہ مثلثہ قصبیہ (triangularis sterni) کے گہرا واقع ہوتا ہے۔

پستان اس مقام پر جسکی نشاندہی بعد ازاں ملہ سے ہوتی ہے مرحلہ کے

ایک ٹموس انفراد کی شکل میں نمودار ہوتی ہے۔ جنینی زندگی کے تقریباً چھٹے مہینے میں اولین پستانی غنچہ میں سے زیرِ جلدی بافت کے اندر تمام سمتوں میں شاخیں نکل آتی ہیں، جن سے اس بافت کے بستہ ہونے سے پستانی کیسہ بنتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ پستان کی فضائی بافت میں نمودار پانے کے دوران میں سہلکیں کیسہ کے پس پستانی حصہ سے شروع ہو کر بہین شکل فضاؤں میں سے ہوتی ہوئی زیرِ جلدی بافت تک چلی جاتی ہیں اور اس طرح جلد تک پہنچ جاتی ہیں۔ اسلئے سرطانی پستان کے معاد اس کیفیت کے جو اس سے نتیجہ پیدا ہوتی ہے ایک طرف تو ناسخت روانگ اور دوسری طرف سطحی فضائی سہلوں (Astley Cooper) کے

نام نہاد "تعلیقی رباطات" تک پھیلنے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا صدی ردا کے ساتھ انضمام موجود ہونے کے امارت کے پائے جانے اور نیز جلد کے چپکنے کی جو اکثر اس مرض کا امتیازی خاصہ ہوتے ہیں تو قیاس کیا جاسکتی ہے۔ چونکہ حملہ لیفیت (سجروز: scirrhus) کی وجہ سے جو کہ اس بے فائدہ خلوی بالیدگی کو جو سرطان کا لازمی خاصہ ہے روکنے کے لئے قدرت کی طرف سے ایک کوشش ہے اندر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے اسلئے اس ساخت (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 منشاریہ 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 عضواں 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 الٰہمیت ہے۔ اس لمفی مدار کا اور خاصہ قوقق الہتری حصہ کا جسکی مسیلت اوپر کی سمت میں انجل 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 قفسی حاشیہ سے لیکر وسط بغلی خط تک پھیلی ہوتی ہے (سٹائلز: Stiles)۔ لہذا یہ زیادہ تر عضلہ صدیہ کبیرہ (pectoralis major) کے اوپر واقع ہوتی ہے مگر اس غدہ کا پورا ایک تہائی حصہ عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اوپر چمکن 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 کی رداؤں کو سرطان زدہ پستان کو دور کرتے وقت ضرور علیحدہ کر دینا چاہئے۔ علاوہ ازیں اس عضو کے الہتاب 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 نکلے ہوتے ہیں اور انہیں سے سب سے زیادہ قابل ذکر بغلی ڈم ہے جو عضلہ صدیہ کبیرہ (pectoralis major) کے بیرونی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغلی کی طرف چلی جاتی ہے۔

یہ عضو ۱۲ تا ۲۰ بے قاعدہ لختکوں سے مرکب ہوتا ہے۔ جو افزاز کے مجبوس ہو جانے کی حالت میں حملہ سے نصف قطروں کی شکل میں باہر کی طرف کو جاتے 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 تنبع ہو کر ایک انتفاخ 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 ہو جاتی ہیں۔ نوجوان بالغ عورت میں اس میں عینیبی غدہ کے امتیازی خواص موجود ہوتے ہیں اور اسکی برآر قناتوں کا استر عمودی یا کعبی سر حملہ کا ہوتا ہے۔ مگر قنات کے درمیانی وقفوں میں اونہیں سال کی عمر کے بعد ایسا نمونہ تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے جس سے ایسے اعلیٰ تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو اس عارضہ میں پائے جلتے ہیں جو بالعموم مزمن الہتاب پستان (chronic mastitis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انفطاح 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 سدزی غلاف سے ڈھیلے طور پر مربوط ہوتا ہے۔ اس میں بعض اوقات پس پستانی خراج پیدا ہو جاتا ہے جو ایک تکیہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور پستان اس پر ممکن رہتا ہے۔

حلمہ مردوں اور نوجوان باکرہ عورتوں میں چوتھی بین ضلعی فضا میں ضلعی غصہ و فی

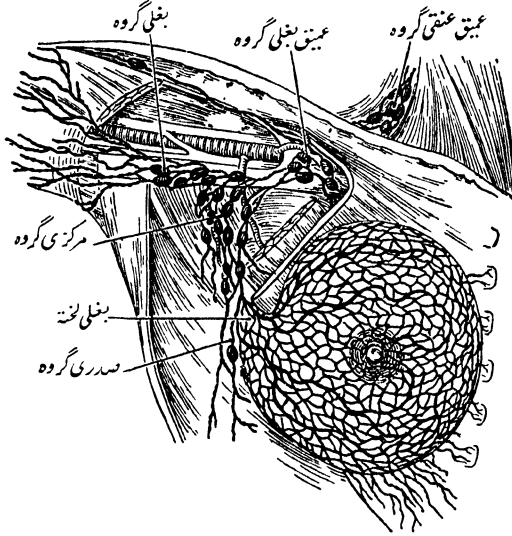
اتصال سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ مگر رضاعت کے بعد پستان الٹک جاتی ہے اور پھر حملہ سے بین ضلعی فضاؤں کے نئے بطور رہنما کے کام نہیں لیا جاسکتا۔ حملہ انتصاب پذیر اور عضلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور تھیرے اور چوتھے شوکی اعصاب کی جلدی شاخوں سے اسے رسد بکثرت پہنچتی ہے۔ اسکے ارد گرد ایک طون ہالیزہ ہوتا ہے جس میں جراثیم منگمری (Montgomery's follicles) پائے جاتے ہیں اور یہ ذہنی غدہ کا ایک سلسلہ ہوتا ہے جس میں یہ حکینا ہڈ پیدا کرنے کے اغراض سے تبدیل شدہ صورت میں پائے جاتے ہیں اور در و در حل میں یہ کلائی یافتہ ہوتے ہیں۔ ہالیزہ کے نیچے لمبی عروق کا ایک گسنا جال ہوتا ہے۔ اس کے قرب وجوار کی جلد طون اور حساس ہوتی ہے اور اس میں درد خیز شفاقات اور تسلمات پیدا ہو جاتے ہیں۔

جن مجاری لطف سے پستان کی سیلیت ہوتی ہے وہ سرطانی پستان کو اصولی

قاعدوں سے دور کرنے کے لئے عملیہ ترتیب دینے میں نہایت عظیم الٰہیت ہیں۔ یہ مندرجہ ذیل گروہوں میں مترتب ہیں۔ (۱) گرد لختکی (perilobular) خنٹیوں اور لختکوں کے اردگرد۔ (۲) گرد قناتی (periductal) قنات لبندیہ (lactiferous ducts) کے اردگرد۔ (۳) میں لختی (interlobar) جو درون لختی فواصل میں واقع ہوتے ہیں اور (۴) پس پستانی جال کو (۵) سطحی پستانی جال سے جو کیسہ کے مقدم حصہ میں واقع ہوتا ہے ملاتے ہیں۔ اگر سرطان بن لختکی فواصل پر صلا اور ہو تو انہیں انقباض واقع ہو جاتا ہے جو بافتی تعامل اور لیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے، اور انکی جلدی چسپیدگیوں کی وجہ سے جلد میں انخفاضات پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ عمل گرد قناتی عروق پر صلا اور ہو تو حملہ باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ پستانی لختی نظام لختی عروق کے اس زیر جلدی جال سے تعلق رکھتا ہے جس 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 لطف 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 لطف پستان سے صدری غدود (pectoral glands) میں جاتے ہیں جنکی مقدار چھ سے آٹھ تک ہوتی ہے اور جو بغل کے مقدم 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 لطف 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 نامکن ہوتا ہے تا وقتیکہ ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کا تمام خط مسافہ نہ کر لیا جائے۔ لہذا سرطان پستان کے لئے جو اصولی عملیہ سرانجام دیا جائے اس میں عضلات صدریہ صغیرہ (pectoral minor muscles) کی بر آوردگی ہمیشہ شامل ہونا چاہئے۔ عمیق بغلی عدد کارین عمیق عمقی غدود سے تسلسل قائم ہوتا ہے اور اسی راستہ سے سرطان کا رجحان زیادہ تر

نشتہ ہونے کی طرف ہوتا ہے مگر پستان کے اندرونی قطعہ میں سے بھی عروق لمف نکلتے ہیں اور مقدم بین نعلی غد میں جو اوپر کی چارہین فضائی فضاؤں میں واقع ہوتے ہیں چلے جاتے ہیں۔ نیز گاہ بگاہ چند عروق قریبانی 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۔

243



شکل ۵۸۔ پستان اور بغلی کے لمفی عروق اور غد۔
(پوائے ریئر: Poirier سے ترمیم کردہ۔)

244

ہینڈلے (Handley) نے دریافت کیا ہے کہ سرطان پستان میں نیچے کی طرف عروق لمف میں منتشر ہونے اور برعکس مثلث 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 منقبت کرتے ہیں۔ اس کا یہ بیان ہے کہ اسی ربط کی وجہ سے سرطان پستان کے واقعات میں جگر ثانوی مطروحات کا محل ہوتا ہے۔ جب طبیعی جمارى سرطانی حملہ سے مندود ہو جاتے ہیں تو لمف دور کے راستوں سے جاتا ہے۔ زیر کتفی غد (subscapular glands) بھی جو بظاہر کیونر دیوار پر زیر کتفی عروق کو گھیرے

ہوتے ہیں، بعض اوقات در رنجتہ ہو جاتے ہیں۔ بازو کے عروق لطف کے ذریعہ سے جو مرکزی بغل غدہ میں آکر ختم ہوتے ہیں ان کے سے ارد گرد کی ساتیں بعض اوقات عضیل بازو (brawny arm) یا جلدی کریمچوں کی شکل میں ثانوی مطروح کا محل بن جاتی ہیں۔ اور ایک پستان کے لمفی نظام کے دوسرے پستان کے لمفی نظام سے قص پر سے مربوط ہونے کی وجہ سے دوسری طرف کے پستان یا دوسری طرف کی بغل میں ثانوی مطروح پیدا ہو جاتا ہے۔

صدری لمفی ضغیروں کو علیحدہ علیحدہ نظامات تصور نہ کرنا چاہئے۔ زیادہ صحیح خیال یہ ہے کہ تمام دھڑ پر عروق لطف کی ایک مشبک صدار یا انکا ایک جال موجود ہوتا ہے۔ دونوں فوق مٹری حصوں کی سیلیت فرداً فرداً ایں اور بائیں بغلوں کی طرف ہوتی ہے۔ اور زیر مٹری حصوں کی جنگا سوں کی طرف ہوتی ہے مگر اپنے کناروں پر ہر ایک لمفی میدان اپنے قریبی میدانوں سے رابطہ رکھتا ہے۔

بین منلعی زراعتی (intercosto-humeral) عصب بغلی غدہ کے مرکزی گروہ کو نشقہ کرتا ہے۔ جب ان غدہ 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 کہنی کے اوپر درد پیدا ہو جاتا ہے جو اس عصب کے انتہائی سرے سے منسوب ہوتا ہے۔ عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کے مختلف حصے بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتے ہیں یا لہنی وریبید عروق لطف مسدود ہو جاتے ہیں اور بازو نتیجتاً متورم اور نتیج ہو جاتا ہے۔

شریانوں کے مندرجہ ذیل گروہ اس غدہ کو رسد پہنچاتے ہیں اور اس عضو کے

استیصال کے دوران میں کاٹے جاتے ہیں۔ (۱) جانبی (طویل) صدری، جناحی صدری (alar thoracic)؛ اکرومی صدری محور (acromio-thoracic axis) کی صدری شاخیں۔ (۲) داخل پستان شریان کی مقدم شاخیں جو دوسری تیسری اور چوتھی بین منلعی فضاؤں میں نکلتی ہیں۔ (۳) دوسری تیسری اور چوتھی بین منلعی شریانوں کی جانبی شاخیں۔

مستزاد حملے اور پستانیں بھی پائی جاتی ہیں اور یہ بالعموم ایک خط میں

بغل اور جنگا سے کے درمیان درمیان ملتی ہیں۔ تمام پستانوں کے مضمغی مرحلہ حیات میں اس محل پر

ایک برنامہ ضمنی 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 بختی ہے۔ علم جنینیات پستان کے سرین یا کمر پر واقع ہونے کی جہاں یہ کبھی کبھی پائی جاتی ہے توجہ کرنے سے قاصر ہے۔

صدری احشاء

(THE THORACIC VISCERA)

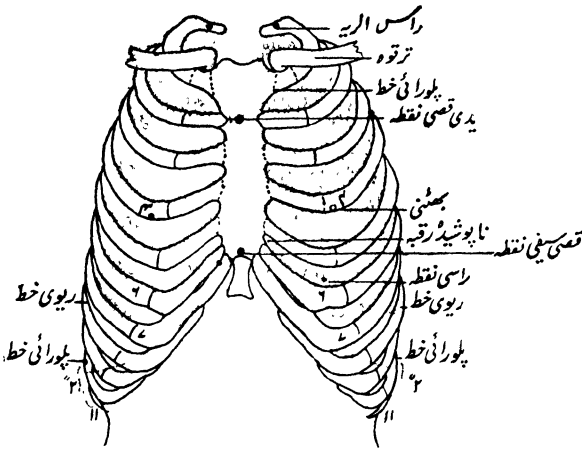
پھیپھڑے - پھیپھڑے کا راس گردن میں ترقوہ کے اندرونی نصف سے ایک انچ لیکر دو انچ اوپر تک پہنچا ہوتا ہے۔ بالوں کی اکثریت میں اسکا بلند ترین حصہ ترقوہ کے قسمی سر سے ۱ انچ اوپر اور قسمی حلی (sterno-mastoid) عضلہ کے قسمی اور ترقوی سروں کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۹)۔ دونوں پھیپھڑوں کے اگلے کنارے قسمی ترقوی مفصل کے پیچھے سے گذر کر وسطی خط میں قسمی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis) پر ملتے ہیں۔ یہاں سے دائیں پھیپھڑے کی کور قص کے خط وسطی کے پیچھے عموداً نیچے کی طرف کو چھٹے غضروفی قسمی مفصل تک چلی جاتی ہے جہاں سے یہ چھٹے غضروف کے خط کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف اتر جاتی ہے۔ بائیں پھیپھڑے کی کور دائیں کی کور کے چوتھے غضروفی قسمی مفصل تک قریب رہتی ہے اور یہاں سے یہ اس خط کے ساتھ ساتھ جو چوتھے غضروف سے راس قلب کے نزدیک تک کھینچا گیا ہو بائیں طرف کو چلی جاتی ہے (شکل ۵۹)۔ گاہے گاہے یہ منفرد نہیں بھی ہوتی اور گرد قلب کو قص کی کور تک پوشیدہ کئے ہوتی ہے۔

246

بچہ میں تیموسہ (thymus) کی وجہ سے پھیپھڑوں میں سامنے کی طرف زیادہ فاصلہ پایا جاتا ہے۔ دایاں پھیپھڑا خط وسطی تک پہنچتا ہے مگر بائیں قص کی طرف بائیں کور تک ہی آتا ہے (Symington: سمنگٹن)۔ پھیپھڑے کے پیرین کنارہ کو نظر کرنے کا آسان ترین اور سب سے زیادہ صحیح طریقہ مندرجہ ذیل ہے (شکل ۵۹)۔ چھٹے ضلعی 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 گنیا رصویں نہری شوک (ضد میلانی شوک: anticlinal spine) پر یا اسکے نزدیک ہی کاٹتا ہے۔

پلورا کا تناظر کنارہ پھیپھڑے کے برین 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 ضلعی غضروف کے قصبی سرے سے لیکر اسکے پیچھے کے سرے تک کھینچا جائے اور یہاں سے یہ زیر ضلعی 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 بارصویں نہری شوک پر یا اسکے 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 اگلے درمیان صرف پلورا کا ضلعی ڈایا فرامی (costo-phrenic) انعکاس ہی حاصل ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر یہ خطوط قص سے مختلف فاصلوں پر شروع ہوتے ہیں — ۱ انچ کی رعایت پلورا کے لئے اور ۲ انچ کی پھیپھڑے کے لئے دینا چاہئے (شکل ۵۹)۔ پلورا بارصویں

پسلی سے علاقہ رکھتا ہے۔ مگر گاہے گاہے یہ اس پسلی کی گردن کے نیچے ۱/۲ انچ 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 کے

پلورائی کہفہ 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 کمسور 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 رٹومی بافتوں کو زیادہ نقصان پہنچانے یا پلورائی نقصان زیادہ زخم (دمی الصدر: hæmothorax) پیدا کرنے کے بغیر پھیپھڑوں میں سوراخ جاتی ہیں اور اس نتیجہ 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 بھیجا بچک نہیں سکتی 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 کیسک کے پھٹ جانے سے صدر اور گردن کا وسیع نقاضہ (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب پلورائی کہفہ،

کھولا جاتا 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 پھیپھڑوں کی ہوا میں سے نصف یا دو تہائی حصہ جیسا کہ بعض حالتوں میں پایا جاتا ہے نقلی ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑے کے منفعلی ہبوط سے خارج نہیں ہو سکتا۔ جب دیوارِ شکم کے عضلات کی زہری مساعی سے ڈایا فرام اوپر کی طرف کو اٹھ آتا ہے اور پسلیاں نیچے کی طرف کو کھینچ جاتی ہیں تو صدری فضاؤں کی جسامت بعض اوقات اس قدر کم ہوجاتی ہے کہ پھیپھڑا اس میں باسانی سما نہیں سکتا اور اگر مزاج بند ہوتو چھاتی کے زخم میں سے پھیپھڑے کا نفع واقع ہوجاتا ہے لیکن اگر پلورائی کہف میں کوئی مساعی سوراخ موجود ہو جس سے ہوا اندر چوسی جاسکتی ہو مگر باہر نہ نکل سکتی ہوتو ہر ایک نفسی حرکت سے پلورائی فضا میں ہوا کی مقدار بڑھتی جاتی ہے اور اسکے بعد منغظتہ الریہ اور اغتصاص (suffocation) جلد واقع ہوجاتا ہے۔ اگر تندرست پلورائی کہف میں ہوا یا سیال داخل کرویا جائے تو وہ جلد جذب ہوجاتا ہے۔ پلورائی انصباب یا خون کی نسبت ہوا کو بہت جلد جذب کر لیتا ہے۔ اسی لئے خون یا سیال کے نکالنے وقت اسکی جگہ مصغنی ہوا کا مساعی حجم داخل کرنے کا رواج پایا جاتا ہے۔ جوں جوں ہوا جذب ہوتی جاتی ہے پھیپھڑا اس خفا کو پُر کرنے کے لئے جو اس طرح پیدا ہوجاتا ہے پھیلتا جاتا ہے۔ میکیون (Macewen) کی یہ رائے ہے کہ وہ کشش شعری جو پلورائی 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 بہ سکتا ہے :- اس عضو کی بافتوں میں (رئوی سکڑ (pulmonary apoplexy)، شجنتوں میں (جس سے نفث الدم پیدا ہوجاتا ہے) اور پلورائی (جس سے دمی الصدر: hæmothorax پیدا ہوجاتا ہے)۔ کچھ مثالوں میں پھیپھڑا زخم اور پسلی کے کسر کے موجود ہونے کے بغیر بھی منشق ہو چکا ہے۔ چونکہ اسکے عروق شعریہ باریک ہوتے ہیں اور نیز تمام دریدی 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 تقیع الدمی (pyæmic) اور دیگر ثانوی مطروحات دوسرے اعضا کی نسبت پھیپھڑے میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

پھیپھڑوں میں جو کہنے تدرن یا لنگرین یا تمدد الشعب (bronchiectasis)

سے پیدا ہو گئے ہوں انہیں شفاف دینے اور انکی میلیت کا انتظام کرنے میں کامیابی ہوئی ہے اور یہی ترکیب پھیپھڑے کے کیستی دویروں (hydatid cysts) میں بھی استعمال کی جا چکی ہے۔ پھیپھڑے کے گہرے شگافوں 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 تدرن میں پورائی انضمامات جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور اس طرح پھیپھڑا چھاتی کی دیوار سے مضبوطی سے چپک جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے جن حصہ میں بڑا سا کہف ہو اس میں بہوٹ پیدا کرنے کے لئے جس سے کہ کہف سدو ہو کر مندمل ہو سکے یہ مشق شروع کیگی ہے کہ انضمامات کو یا تو عملیت زخم میں سے یا چھاتی کی دیوار میں سے چاقو یا کواہ گرا کر کوڑ دیا جائے۔ اس آئنا میں اندر کا منظر دیکھنے کے لئے پورائی کہف میں کسی دوسری بین ضلعی فضا میں سے دروں بین (endoscope) داخل کر لی جاتی ہے

پلورا کی عصبی رسد۔ پلورا کے حاد التهاب میں درد بعض اوقات بہت

شدید ہوتا ہے اور ماؤف طرف کے تنفسی حرکات میں بہت تشغیف ہو جاتی ہے۔ اگر درد صدکے زیرین حصہ میں ہو تو درد بعد شکم میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ ان امور کی توضیح پلورا کی عصبی رسد ہی سے ہو سکتی ہے۔ ضلعی پلورا کی رسد ہم پہلوؤں میں ضلعی اعصاب سے آتی ہے جو متناظر بین ضلعی عضلات کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ جب پلورا کے ماتحت حصے ملتهب ہو جاتے ہیں تو ان عضلات میں امتناع واقع ہو جاتا ہے۔ بچو کے چھ ٹھری اعصاب دیوار شکم کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ لہذا جو درد ضلعی پلورا 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 پلورا کو 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۔ عنقی پلورا کو بھی ڈایا فرامی عصب ہی سے رسد پہنچتی ہے (ایچ۔ ایم جاسٹن

-(H. M. Johnston:

قصصہ سامنے کی طرف قفسی مفصل خضرونی (sternal synchondrosis)

کے اتصال کے مقابل اور پیچھے کی طرف چوتھے ٹھری فقرہ کے مقابل تقسیم ہوتی ہے۔ دونوں شجبتوں کے درمیانی زاویہ میں لمفی غد کے سلسلے موجود ہوتے ہیں اور یہ شجبتوں کے ساتھ ساتھ پھیپھڑوں کی جڑوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ غد پھیپھڑوں کے التهابی عوارض میں کلانی یا

ہو جاتے ہیں۔ اور ان سے اوپر کے پانچویں نہری فقرات کی دونوں طرف صدر کی شعاعی نگارش میں عمتات (opacities) پیدا ہو جاتے ہیں اور قرعہ پر نقل نما ہر ہوتا ہے (کلائیو 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 نکالے جاسکتے ہیں۔ جہاں قصبہ دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں کی غشائے مخاطی بہت ہی حساس ہوتی ہے۔ اور ثانوی شعبتی نالیوں کے دہنہ جات اس دائری عضلی نظام کے اثر سے جوان نالیوں کی دیواروں میں موجود ہوتا ہے منقبض اور متسع ہوتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

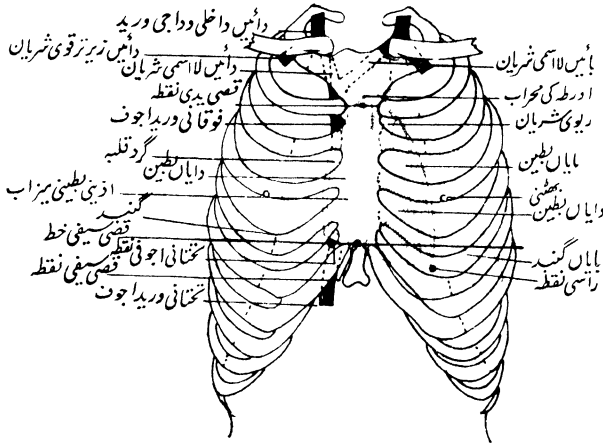
پھیپھڑے کی جڑ اور شعبتوں کو صدر کی نہری دیوار کو کتف کے فکری کنارہ کے پیچھے کھولنے کی تکنیک کیا جاسکتا ہے۔ رسل (Russell) اور فاکس (Fox) نے ایک لڑکے کا واقعہ درج کیا ہے جس میں ایک ۳ اینچ لمبا پن سر کے بل قصبہ میں اتر گیا تھا اور انجام کار بائیں شعبہ کی تین شاخوں میں اٹک گیا تھا۔ انھوں نے پچھلی طرف سے آٹھویں سلی کا استیصال جزوی کیا اور پھیپھڑے کو آگے کی طرف کو دھکیل کر تاکہ شعبہ بڑا پر مسوا ہو جائے پن نکال لیا۔ پھیپھڑے کی جڑ کو جگہ پر قائم رکھنا ضروری ہے مگر دقلبہ 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 عمیل 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 قصب سے ۳ اینچ کے فاصلہ پر۔ (۲) قصبی یدی (sterno-manubrial)۔ دوسرے ضلعی غصہ و فون کے فہتاؤں کے درمیان وسط پر۔ (۳) تتحانی اجوفی (inferior caval)۔ قصبی سینفی (sterno-ensiform) قصبی نہری (sterno-xiphoid) نقطہ سے ایک اینچ دائیں طرف اور تتحانی ورید اجوف (inferior vena cava) کے اختتام کے عین اوپر۔ جب ان نقاط کو منحنی خطوط 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 خنجر کی نقطہ کے نیچے سے پانچ یا اس سے زائد فاصلہ پر گزارتا ہے۔ اگر ایک میزل (trocar) زائدہ خنجر اور ساتویں بائیں ضلعی غضروف کے درمیان کے زاویہ میں پیچھے کی طرف کو جھونک دیا جائے تو یہ ڈایا فرام کے سین اوپر گرد قلب میں داخل ہو جاتا ہے۔ اس زاویہ میں سے گرد قلب کی مسیلت بھی کیجا سکتی ہے اور پانچویں اور چھٹے غضروفوں کے کچھ حصہ کا



شکل ۶۰۔ گرد قلب اور قلب کا تعلق قص اور سپیوں کے ساتھ۔

352 جزئی اتصال کرنے سے اسکے کرفہ کا استفعا کیا جا سکتا ہے۔ گرد قلب کا دایاں کنارہ گہرا واقع ہوتا ہے اور دائیں پھیپھڑے سے پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۶۰)۔ تندرستی کی حالت میں اسکو قص کے دائیں کنارہ سے ایک انچ سے زیادہ نہ نکلنا چاہئے۔

اذیبوں اور بطینوں کے علاوہ گرد قلب میں مندرجہ ذیل حصے شامل ہوتے ہیں۔ تحتانی اور فوقانی اجوف وریدوں کے اختتام، اورط صعودی اور ربوی شریان۔ ان حصوں اور ورط کی محراب اور اسکی شاخوں کا محل شکل ۶۰ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ معلوم ہو جائے گا کہ قلب کی

مقدم سطح کا دو تہائی سے زائد حصہ دائیں بطن اور اذین سے بنتا ہے۔ لہذا قلب کی ہولوں میں یہی حصہ بالعموم منقبت ہو جاتے ہیں۔

عملیاتی علاج کے لئے قلب کو چوتھے اور پانچویں بائیں ضلعی غصہ و فون کے سروں کو ایک انچ یا اس سے زائد کاٹ دینے سے منکشف کیا جاسکتا ہے۔ اس حشا کو آزادی سے پکڑا جاسکتا ہے اور اس میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں۔ جراح کا کام اسکے سریع حرکات اور گرد قلب اور ڈایا فرم 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۔ اس سطح 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 اجماع 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 (Ferris: فیرس)۔ ایک اور واقعہ میں ایک دیوانے نے لوہے کی ایک ۶ انچ سے زیادہ لمبی سلاح اپنی چھاتی میں یہاں تک بھونک لی کہ وہ نظر سے غائب ہو گئی، مگر وہ جلد کے نیچے قلب سے نبضان وصول کرتی ہوئی محسوس کی جاسکتی تھی۔ اسکی موت اس سے ایک سال بعد واقع ہوئی اور یہ معلوم ہوا کہ دھات کا ٹکڑا نہ صرف پھیپھڑوں ہی میں سے گزرا تھا بلکہ بطنی کہنہ بجا میں سے بھی گزر گیا تھا (Tillaux: ٹیلو)۔ مزید برآں قلب ان اجسام غریبہ کا متحمل بھی ہوتا ہے جو اسکے گوشکوں میں پڑے ہوئے ہوں۔ جنگ عظیم کے دوران میں سپاہیوں کی ایک معتدبہ تعداد میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ دائیں بطن میں گولی یا کوئی ٹکڑا آزاد پڑا ہے مگر اسکے باوجود دیوار قلب میں کوئی زخم کسی جگہ بھی موجود نہیں ایسی حالتوں میں گولی بڑی بڑی ویریدوں میں سے کسی ایک میں داخل ہو جاتی ہے اور ویریدی خون کے ساتھ ہی دائیں گوشکوں میں بہ کر آ جاتی ہے۔ جسم غریبہ روئی شریان میں کسی واقعہ میں نہیں گیا۔ قلب کے زخموں میں ٹانگے لگائے جاسکے ہیں اور ٹانگا لگانے سے اس کے فعل میں صرف وقتی اختلال ہی واقع ہوا ہے۔ ٹریورس (Travers) نے دائیں بطن کے ایک زخم کو ٹانگے لگائے ہیں جس میں انسداد نرف کے لئے وہ تین 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 پتڑا یا گینیا تھا جس سے چھاتی کی پسلیوں سے لیکر عمود فقری تک عبوری مثبت 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 گھس 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 میلیت

بائیں ضلعی سیفی (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۔ مگر 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 غصروف کے پیچھے فوقانی بر معدی (superior epigastric) اور عضل ڈایا فسر امی (musculo-phrenic) شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔

254

مناصف (mediastina)۔ مقدم منصف میں خراج یا نو علی محلہ پیدا

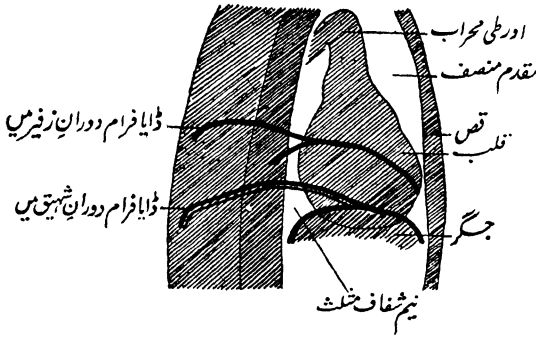
ہو جاتا ہے یا گردن سے پھیل کر یہاں تک آ جاتا ہے۔ علی ہذا موخر منصف کے خراجات یا تو ہم پہلو عمود فقری کے امراض سے یا ہم پہلو لٹھی غد کے امراض سے پیدا ہوتے ہیں، اور یا مادہ کے کسی پس بلعومی یا پس مرویوی اجتماع کے نیچے کی طرف پھیلنے سے ظہور میں آتے ہیں۔

دروں صدری مرض کی تشخیص کے لئے روین (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال

کرنے سے تنفسی حرکات اور صدری احتشاد کے تعلقات کے سلسلہ میں

ہمارے علم میں بہت سی توسیع ہو گئی ہے۔ شکل ۶۱ میں (جو ڈاکٹر ہالس ڈیلی (Dr. Halls) Dally: کی احتیاط سے کھینچی ہوئی ایک تصویر سے لی گئی ہے، ان زیادہ اہم حصوں کا خاکہ

کھینچا گیا 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 دورانِ شہیق میں پیچھے اور آگے کی طرف کو اور دورانِ زفیر میں اوپر اور پیچھے کی طرف کو سایہ کی طرح حرکت کرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب ڈایا فرام نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور قلب عمود فقری سے دور ہو جاتا ہے تو موٹو منصف جس میں اورطہ اور مری ہوتے ہیں آپریشن مشق مثلث کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔ دورانِ 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۔

255

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 اورطہ کی محراب بید (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 ۲ سے لیکر ۳ انچ تک ہوتی ہے اور یہ حرکت ایک سپلی کی چوڑائی کے برابر ہوتی ہے۔

مجرور وریں (azygos veins) جو دراصل نیچے کی طرف سے

قلطنی وریدوں سے شروع ہوتی ہیں اور مشترک حرققی (common iliac)؛ کلوی (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 انسداد کی حالتوں میں وریدی روران خون کو ایک بڑی حد تک قائم رکھ سکتی ہیں۔ ایسا کرنے میں ان کو داکسیلی 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 تنظیمی مجاری کا کام دیتی ہیں۔

ایسے سلعات (مثلاً کلانی یافتہ غدی تو دسے) سے جو موخر منصف میں پیدا ہوتے ہیں ان وریدوں کے دب جانے کا احتمال ہوتا ہے اور اسلئے ان بین ضلسی وریدوں کے احتمال سے جو انہیں آکر شامل ہوتی ہیں چھاتی ہیں کیقدر تہیج پیدا ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ موخر منصف میں جو سلعات پیدا ہونے ہیں ان سے قصبہ یا عذا کی نالی پر دباؤ پڑنے یا عصب تا ئیہ (vagus) یا حمل مشار کی میں خلل آنے سے تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ قصبہ اور شعبتوں اور مری کے ارد گرد جو کثیر التعداد لمفی غد موجود ہوتے ہیں وہ اکثر تمدرن کا محل بن جاتے ہیں۔ یہ ان اعضا کے ساتھ منضم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات انہیں گھس کر منقوح ہو جاتے ہیں۔

اس مہم سے عارضہ میں جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) کے نام سے موسوم ہے عدہ تیموسیہ 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 غصوفوں کے پیچھے جو پیلوں کے تیسرے جوڑ کے اوپر واقع ہوتے ہیں متکمن ہوتا ہے۔ اسکے اطراف منصفی پورا کے انوکا سات 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 انسداد پیدا ہو جاتا ہے مگر یہ انسداد اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ اس سے فوری موت کی جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) میں واقع ہوتی ہے توجیہ ہو جائے۔ عدہ تیموسیہ لیمف آسافات سے مرکب ہوتا ہے اور تقریباً اٹھارویں سال میں اپنی اعظم جامت (۳۶ گرام = ۱/۲ اونس) کو پہنچتا ہے۔ اسکے بعد اسکی جامت 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 شریائیں اور وریدیں جو داخلی پستانائی (internal mammary) تختائی درنی (inferior thyroid) اور لائیمی (innominate) عروق سے نکلتی ہیں صغیر الجسامت ہوتی ہیں۔ یہ غدد ڈھیلی ڈھالی اتصالی بانفت سے اردگرد کی ساختوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ ترقو ہوں کے سروں کے درمیان شگاف دیکر اس سے اسکو جزوی بلکہ کلی 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) کربیل (Krabbel) نے ایک واقعہ

کی اطلاع دی ہے جس میں نویں ٹھہری فقرہ کے کسر کے ساتھ صدری قنات میں بھی انشقاق 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 ٹھہری فقرات کے اجسام اکثر تمدن کا محل ہوتے ہیں اور اسبطح پھیپھڑوں کے راسی حصے بھی۔ وڈجونس (Wood Jones) نے ان حصوں اور صدری قنات کے قریبی تعلق کی طرف اور اس قنات کے ذریعہ سے غذا کی نالی سے تدرنی حمل کے ان مقامات فتنجہ 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 ٹھہری فقرات کے سامنے سے موخر منصف میں چلی آتی ہے۔ اور گردن کی بائیں جانب پر داخلی وداجی (internal jugular) اور زیر ترقوی (subclavian) وریدوں 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۔ التہاب 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 اردگرد کے لسانی غدد 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

جارحہ اعلیٰ

باب یازدہم

کندھے کا خطہ

کندھے کے خطہ 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 شوک 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 نمونیتہ افراد میں باہر کے سب پر یہ ذرا اوپر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ عورتوں اور کمزور اشخاص میں اور ان مردوں میں جبکہ 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 جارحہ 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 کلاں ہو تو جلد میں سے محسوس کیا جاسکتا ہے اور غلطی سے نیچ العظم (exostosis) تصور کر لیا جاتا ہے۔ اگر وہی ترقوی مفصل ایک انتھابی 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 مسلح 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 خضروف 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 مقلوع 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 اکرومی مفصل پر پائے جانے کی وجہ ظاہر ہوتی ہو۔ مزید برآں ان افراد میں جنہیں عضلات پنجویں نمویافتہ 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 درآسما کی کہ ضرر موجود نہیں ہوتا۔

259

کندھے کے اوپر کے حصے کی گولائی اور اسکے ابھار کا انحصار عضلہ الیہ (deltoid) کے نمو اور ذراعیہ کے بالائی سرے کے محل وقوع پر منحصر ہوتا ہے۔ عضلہ والیہ کتفی نطق (shoulder girdle) سے پردہ کی طرح لٹکتا 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 منفرکسور میں جو تشریحی گردن کے نزدیک واقع ہوں ہوتا ہے تو عضلہ والیہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے اور اکرومی مقابلتہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا جو حصہ عضلہ والیہ کے پیچے محسوس کیا جاتا ہے وہ اسکا سر نہیں ہے بلکہ وہ اسکے حدیبہ 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 والیہ کے ذبول سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسا کہ کندھے کے جوڑ کے مزمن التهاب مفصل اور بعض عضلہ اسوائیٹاغڈ (muscular dystrophies) اور ازب کے پیدائشی شلل (Erb's birth palsy) میں اور گاہے گاہے التهاب رماد النخاع مقدم (anterior poliomyelitis) میں یا بغسلی (axillary) (منحن: circumflex) عصب یا پانچویں اور چھٹی عنقی جڑوں کو نقصان پہنچنے

کی حالت میں ہوتا ہے۔

اس ہڈی کے سرکا معتدبہ حصہ بغل میں اوپر کی طرف کو اٹکیاں لے جا کر محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس سے پہلے بازو کی زور سے تبعید کر لی جاتی ہے تاکہ ہڈی کا سر جوڑکے کیسے کیسے برین حصے میں کرنے لگے۔ ذراعیہ کے سرکا رخ زیادہ تر داخلی یا وسطانی سرقندال 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 و زری سے خلوع کی ترجیح کرنے میں کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ اس سرقندال 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 شمیم اور قوی العضلات افراد میں سوائے شوکہ اور آکرومی کے ہڈی کے دیگر تمام حصص تک جارحہ کی معمولی وضعوں میں رسائی کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے فوقانی (وعلانی) زاویہ اور فخری کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے موضوع کے ہاتھ کو مقابل کے کندھے کی طرف جہاں تک 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 آکرومی کے مقام اتصال پر جو زاویہ بنتا ہے وہ بازو کی چمائش لینے کے لئے بہترین مقام ہے۔ فیتہ کو یہاں سے ذراعیہ کے خارجی قندال تک لے جاتے ہیں۔ کتف کا بالائی کنارہ دوسری پسلی پر اور اسکا زیرین زاویہ ساتویں پر واقع ہوتا ہے۔ اگر دیبلہ (empyema) کے لئے پیچھے کی طرف کتھی 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 پسلی قطع کی جائے وہ یا تو آٹھویں ہو یا نویں۔ فنی مزاوالت میں صحیح پسلی کی تعیین اس پسلی کے معلوم کرنے سے کی جاتی ہے جو کتھی زاویہ سے عین باہر ہو جبکہ بازو طرف جسم سے لگا ہوا ہے۔

جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو اور ہاتھ کی ہتھیلی سامنے کی طرف ہو تو آکرومی خارجی یا جانبی سرقندال اور کبیرہ کا زائدہ ابریہ سب کے سب ایک خط میں واقع ہوتے ہیں۔ عضلہ صلائیہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ والیہ (deltoid) کے درمیان کا میزاب عموماً شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس میں سے قیفانی ورید (cephalic vein) اور آکرومی صلائیہ (acromio-thoracic) شریان کی ایک بڑی شاخ گزرتی ہے۔

اس میزاب کے نزدیک اور تر توہ کے ذرا نیچے خرابی زائدہ (coracoid process)

محسوس کیا جاسکتا ہے۔ گریہ زائده ان دونوں عضلات کے درمیانی وقفہ میں موجود نہیں ہوتا بلکہ یہ عضلہ والیہ (deltoid) کے سب سے اندرونی ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

غرابی اکرومی (coraco-acromial) رباط کا محل متعین کیا جاسکتا ہے اور اگر اس کے نقطہ وسطی پر چاقو بھونک دیا جائے تو اسے ذورائین (biceps) کے وتر سے ٹکرانا چاہئے اور اس سے کندھے کا جوڑ کھل جانا چاہئے۔ جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹکتا ہے اور متصلی آگے کی طرف کو ہوتی ہے تو ذورائینی میزاب (bicipital groove) (بین درنی تجویف intertubercular sulcus) اکرومی ترقوی جوڑ کے عین نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

261

ترقوہ کے عین نیچے ایک نیشب تخت ترقوی حفرہ (infraclavicular fossa) ہوتا ہے جسکی گہرائی میں مختلف افراد میں معتد بہ اختلاف ہوتا ہے۔ یہ ذراعیہ کے زیر غرابی غلوع میں اور ترقوہ کے ایسے کسور میں جن میں بد وضعی بھی ساتھ شامل ہو نیز بہت سی بالید ہائے بغل سنے اور دیوار صدر کے بالائی حصہ کے بعض التہابات سے بھی پڑا ہوا جاتا ہے۔ زیر ترقوی اور زیر غرابی غلوع میں اس حفرہ کی جگہ ایک فراز پیدا ہوا جاتا ہے۔ اس خط میں ایک مقام پر جو غرابی زائده کے اندر کی (وسطانی) طرف واقع ہوتا ہے اور ترقوہ کے تقریباً وسطی حصہ کا متناظر ہوتا ہے بغلی شریان کے نبضانات دوسری پسلی پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ ترقوہ کے عین نیچے صدر یہ کبیرہ (pectoralis major) کے قسمی اور ترقوی حصوں کے درمیان کی بن فضا اکثر شناخت کی جاسکتی ہے۔

بغل۔ بغل کے مقدم اور موخر کنارے بہت واضح ہوتے ہیں۔ مقدم کنارہ جو

صدر یہ کبیرہ (pectoralis major) کی زیریں کور سے بنتا ہے پانچویں پسلی کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ بغل کے گڑھے میں جارحہ املی کی وضع کے لحاظ سے اختلاف واقع ہوتا ہے، بشرطیکہ دوسری تمام حالتیں یکساں رہیں۔ یہ آن حالتوں میں عمیق ترین ہوتا ہے جبکہ بازو کو طرف جسم سے دور رکھنے 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 ہوجاتا ہے اور ہڈی کا سر اس فضا میں تسلیل کراتا ہے جس سے یہ کم و بیش پڑا ہوجاتی ہے اور اس حفرہ کی چوڑائی مقدم اور موخر شکلوں کے قریب آجانے سے کم ہوجاتی ہے۔ جب بازو جسم سے زاویہ قائمہ پر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو عضلہ غرابہ عضدہ (coraco-brachialis) سے بغل کی ذراعیتی جانب کے ساتھ ساتھ ایک

نمایاں مرمیہ بنجاتا ہے۔ اگر بازو کو طرف جسم کے ذرا نزدیک لے آئیں تو جراح کا ہاتھ بغل میں اوپر تک بخوبی جاسکتا ہے اور دیوار صدر کا استقصائیہ سیری 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 راس میں مثبتی بلندی ممکن ہو لے جائے اور پھر اسے آہستہ آہستہ نیچے کی طرف پہلے بغل کی صدری دیوار پر اور پھر اسکی مقدم اور موخر اور ذرا علیتی دیواروں پر لیجائے۔ اس طریقہ سے کلانی یافتہ غدد انگلیوں میں محسوس جاتے ہیں اور محسوس کئے جاسکتے ہیں اور نہ بغل میں انگلیوں کے سرے محض گھاڑ 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 زائده سے گزرتا ہوا پیش مرفعی حفرہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے جبکہ بازو کی دھڑ سے زاویہ قائمہ پر تعبید کی گئی ہو اور ہاتھ جیت 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 زائده کی نوک تک کھینچا جائے۔ جس مقام پر یہ خط بغلی شریان کے خط کو کاٹتا ہے وہ مقام اکرونی صدری (acromio-thoracic) شریان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا زین کنارہ اور جانبی 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 اسکی غضروف کے نزدیک سے لیکر غرابی زائده کی نوک تک کھینچا جائے۔

زیر کتفی (subscapular) شریان کا خط زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے زیرین یا جانبی کنارہ کا تناظر ہوتا ہے جسے ساتھ ساتھ یہ شریان جاتی ہے۔ مگر اس کنارہ کا محل وقوع زندہ یا غیر منتقل 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 وسطی کے اوپر تقریباً ایک انگلی کی چوڑائی کے فاصلہ پر عبور کرتے ہیں۔ یہ مقام اس عصب کی مفروضہ کوفٹنگلی میں اہمیت رکھتا ہے۔ کستنی نظری (dorsalis scapulae) شریان (منہن کستنی circumflex scapular) بغلی کنرہ کو اس مقام پر عبور کرتی ہے جو عضلہ الیہ (daltoid) کے امتصافی محور کے نقطہ وسطی 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 ہو سکتی ہے کہ ترقوی خطہ کی کوفٹنگلیوں میں جلد میں کیوں حقیقی زخم نہیں آتا اور نیز اس سے کسی حد تک جلد کے ترقوہ کے کسور میں بکثرت مشقت نہ ہونے کی توضیح بھی ہو جاتی 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 ہو گا کہ بالائی عنقی عمود فقری کے مرض میں ہنسی کے اوپر درد کا محسوس ہونا ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ علامت اس حالت میں ان اعصاب کی خواہش سے پیدا ہوتی ہے جو انکے قنال شوکی سے نکلنے کے مقام پر واقع ہوتی ہے۔

گاہے گاہے خارجی (external jugular) اور قیغالی (cephalic) ویدے کا ایک درمیانی رابطہ ترقوہ کو عبور کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے اور یہ ان علیہ جات میں جو زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور عضلہ ضغیرہ (brachial plexus) کو معزرا کرنے کے لئے سرانجام دئے جاتے ہیں کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ رابطہ شاید 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 احوال پہلی پہلی پر پڑے ہوتے ہیں۔ ورید سب سے اندر کی طرف ہوتی ہے اور ہنسی اور پہلی پہلی 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 کر نیچے باعث

عضدی نصیبہ (brachial plexus) کے احبال۔ ڈایا فرامی (phrenic) عصب اور طویل صدری (long thoracic) عصب (عصب بن: nerve of Bell)۔ صدری قنات (thoracic duct) کتقیہ لامیہ (omohyoid) مختلف الاضلاع (scalene) ، قصبیہ لامیہ (sterno-hyoid) اور قصبیہ درتیمیہ (sterno-thyroid) عضلات اور پھیپھڑے کا راس۔ اس ہڈی کا قصبی سرالاسمی (innominate) یا بائیں سبائی (left carotid) شریان، عصب تائیہ (vagus) اور بازگرد (recurrent) اعصاب، قصبہ (trachea) اور مایا (oesophagus) سے زیادہ دور نہیں ہوتا۔

ترقوہ کے تعلقات اسکے جزوی یا کلی تہیصال کے خطرات کو ظاہر کرنے کے لئے بیان کئے گئے ہیں۔ جوں جوں جراح آرومی سرے سے قصبی سرے کی طرف بڑھتا ہے عملیہ کی مشکلیں اور اسکے خطرات زیادہ ہوتے جاتے ہیں۔ اس ہڈی کے آرومی ثلث کا تہیصال مقابلتہ آسان ہے، مگر قصبی حصہ کا تہیصال 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 دصرہ کے درمیان ترقوہ ہی صرف ایک بلا واسطہ تعلق ہے اور شدید حادثات میں جب یہ تعلق منقطع ہو جاتا ہے تو سالم جارحہ اعلیٰ کا بالکل الگ ہوجانا 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 دصرہ کے درمیان صرف یہی ایک عظمی تعلق ہے اور ریوٹ کے معرض اثر میں اکثر آتا ہے۔ طویل بیرونی جارحہ اعلیٰ کے ذریعہ سے اس پر قوت کا اثر ڈالا جاسکتا ہے۔ بالواسطہ چوٹ سے جو عام کسور واقع ہوتا ہے وہ ترجیحاً ہوتا ہے اور اسکا محل ایک ہی ہوتا ہے یعنی یہ ہڈی کے درمیانی ثلث کے بیرونی کنارہ پر ہوتا ہے۔ ترقوہ کا بیرونی ثلث رباطات کے ذریعہ سے خرابی اور آرومی زائندوں سے اس مضبوطی سے وابستہ ہوتا ہے کہ یہ کتف کا ایک حصہ ہی تصور کیا جاسکتا ہے۔ لہذا کدھے کے بل گرنے سے صدر پہنچتا ہے وہ ترقوہ کے بیرونی اور وسطی ثلثوں 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 منقطع کا اثر ڈالا جاتا ہے وہ اس مقام پر نہیں ٹوٹتا۔ (بینٹنٹ - Bennett)۔

266

اس کے کسری میں مندرجہ ذیل غیر وضعیت پیدا ہوتی ہے۔ اندر کے مکرڑے کی وضع یا تو غیر متغیر رہتی ہے اور یا اسکا باہر کا سرا عضلہ قصیہ (sterno-mastoid) کے ذریعہ سے ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ اس عضلہ کے ہر ایک نعل میں عضلہ صدر کبیرہ (pectoralis major) اور قصی ترقوی (معین نما: rhomboid) رباط مزاحم آئیگیں۔ باہر کے مکرڑے 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 صدر یہ صغیرہ (pectoralis minor) اور عضلہ صدر یہ کبیرہ (pectoralis major) کے پیرن ریشے اور عضلہ عرضیہ لہریہ (latissimus dorsi) بھی مدد پہنچاتے ہیں۔ (۲) یہ ان عضلات سے جو دھڑ سے کندھے کی طرف کو جاتے ہیں مثلاً رافع الکتف (levator scapulae) عضلہ عرضیہ لہریہ (latissimus dorsi) اور خاصکر عضلات صدر یہ (pectorals) عین اندر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ (۳) یہ مکرڑا اس طرح گرد و کمر کو دھس کر جاتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا اگے کی طرف کو نکل جاتا ہے اور اندر کا سرا پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ یہ گردش زیادہ تر دونوں عضلات صدر یہ کے ذریعہ سے عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ منشا ریہ کبیرہ (serratus magnus) (مقدم) سے خاص مدد ملتی ہے۔ موصرا الذکر عضلہ کا طبعی فعل کتف کو آگے کی طرف کو لے جانا ہے اور ترقوہ بھی جو جارحہ اعلیٰ کو دھڑ سے مناسب فاصلہ پر رکھنے کے لئے ایک بازو سہار (outrigger) کی طرح کام کرتا ہے ساتھ ہی آگے کی طرف چلا آتا ہے اور کتف کو سیدھا رکھتا ہے اور جب یہ بازو سہار ٹوٹ جاتا ہے تو عضلہ منشا ریہ (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 کسری میں مکرڑوں 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 فحذی کے اور کسی ہڈی میں قصر کے باقی رہ جانے کا اتنا احتمال نہیں ہوتا جتنا کہ ترقوہ کے ترچھے کسری کے بعد ہوتا ہے۔ قصر کی پائش شاذ و نادر ہی ایک انچ سے متجاوز ہوتی ہے۔ اس کسری 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 ہو جاتا ہے اسلئے جو غیر وضعیت نیچے کے رخ میں موجود ہوتی ہے وہ فوراً رفع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ کندھے کی چوٹی بھی پیچھے کی طرف کو مرکب 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 ہو جاتی ہیں۔ بہر کیف موخر الذکر دونوں غیر وضعیتوں کا بیشتر حصہ کتف کی وساطت ہی سے دور ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں کتف و بکر 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 طرف 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 آتا 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 چولے 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 محفوظ 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 جھلا جاتا ہے اور اس 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 تا وقتیکہ کتف بھی اسکے ساتھ نہ جائے اور کتف غرابی ترقوی رباطات سے ترقوہ کے اندر کے ٹکڑے سے وابستہ رہتا ہے۔

ترقوہ صرف عضلنی فعل کی شدت سے بھی ٹوٹ جاتا ہے۔ پولا لون (Polaillon) نے اطلاع کردہ واقعات کے محتاط تجزیہ سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ جو عضلات ہڈی کو ٹوڑتے 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 صلیبہ (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 دو علموں پر ہڈی کے

درمط 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 خیزراں 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 ہوگا کہ شدید کسور میں جنہیں بہت سی غیر وضعیت موجود ہو اور کڑے تیز ہوں اعصاب اور عروق کو اہم متلازم ضررات (associated injuries) پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۲)۔ جارحہ اعلیٰ کے شلل (جو قاعدۃً غیر مکمل ہوتا ہے) کے بہت سے واقعات کی اطلاع وصول ہوئی ہے جن میں شیلل 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 جل کے حقیقتہً مضبوط یا منشق ہو جانے 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 سینین (biceps) عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ عضدیہ کعبیہ (brachio-radialis) (باطمحہ طویلہ: supinator longus) یعنی ان عضلات کا شلل جنکو بالائی (جانبی) جل رسد پہنچاتی ہے کد سے پر بھاری وزن اٹھانے سے واقع ہو جاتا ہے۔ زیر ترقوی (subclavian) شریان اور زیر ترقوی ورید اور نیز داخلی و داہمی (internal jugular) ورید اور اکرومی صدی (acromio-thoracic) شریان کے زخمی ہونے کے واقعات کی اطلاع بھی پہنچی ہے۔ کئی ایک مثالوں میں یہ کسر پھیپھڑے کے زخم کی محیت 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 ہو جاتا ہے۔ بوقت پیدائش تمام پوری عظمی ہوتی ہے مگر دونوں سرے ابھی تک غضرونی ہی ہوتے ہیں۔ اسکے قصی سرے کے لئے ایک بر بالہ (epiphysis) ہوتا ہے جو اٹھارویں اور بیسویں سال کے درمیان ظاہر ہوتا ہے اور پچیسویں سال کے قریب پوری سے متحد ہو جاتا ہے۔ یہ صرف ایک نخل سا ہوتا ہے اور قصی مفصل کے رباطات سے گرا ہوتا ہے اور حادثہ میں ابھی طرح سے ملحدہ نہیں ہو سکتا۔

لے مرٹھیمہ (Mr. Heath) (لانسیٹ: 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 غشتا سے بنتا ہے ایک رباطی جمل ہوتی ہے اور سروں کی جگہ جو غضروف سے بنتے ہیں عظمیٰ کرسیجے ہوتے ہیں ترقوہ کے ناقص تعظیم کے ساتھ بالعموم کھوپری کی ان ہڈیوں کا غیر مکمل تعظیم بھی پایا جاتا ہے جو غشتا سے بنتی ہیں اور یہ حالت صحیحی ترقوی سویر تعظیم (cranio-cleido-dysostosis) کے نام سے مشہور ہے۔ اس مرض کی ڈی فلز ویس (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 درجہ تک قریب لاسکتے ہیں۔ بعض اوقات ترقوہ کا نقص آنا محدود ہوتا ہے کہ یہ کر کے مشابہ ہوتا ہے۔

قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint)۔ اگرچہ صرف یہی

ایک مفصل ہے جو جارحہ اعلیٰ کو دھڑ سے بلا واسطہ متحد کرتا ہے مگر پھر بھی اس میں اتنی کافی طاقت موجود ہوتی ہے کہ اس میں خلع متبادلہ 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 توافقی موجود ہونے پر ہوتا ہے۔ ان حصوں کا باہمی عدم تناسب جن مفصلی غضروف کی وجہ سے برقرار رہتا ہے جو صرف ترقوی سطح کے خاکہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ اس مفصل کا کہفہ 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 اسکے زاویہ زیرین پر ہی مس کرتا ہے۔ لیکن جب ہاتھ اوپر اٹھا ہوا ہوتا ہے تو دونوں ہڈیاں ایک دوسری کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر مس کرتی ہیں اور کہفہ مفصلی صرف ایک جھری کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ چنانچہ اس مفصل کے مرف میں یہ پایا جاسکتا کہ اسکی تمام حرکتوں میں سے صرف جارحہ اعلیٰ کا اوپر کو اٹھانا ہی ایک ایسی حرکت ہے جس سے درد ہمیشہ پیدا ہوتا ہے۔ مفصل نازل حنفی (descending cervical) عصاب کی فوق ترقوی شاخ سے رمد حاصل کرتا ہے۔

بقیہ ماشیہ صفر گذشتہ۔ فقہیہ النال ہے۔ یہ واقعہ ایک چودہ سال کے لڑکے کا ہے جسکا ترقوہ کرکٹ میں بال کرتے ہوئے برابلی غضروف سے طلعہ ہو گیا تھا اور بال اعلیٰ جا رہا۔ یہ ظاہر ہے کہ جس عضل سے یہ حادثہ واقع ہوا وہ عضل صدریہ کبریٰ تھا۔

ترقوہ کی تمام وضعوں میں مقدم اور موضعی ترقوی رباطات کے معتدل طور پر تئید ہونے کی وجہ سے اس مفصل کی حرکتیں محدود ہوتی ہیں۔ رباط موضعی 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 موضعی رباط موضعی بند کے مقابل 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 تحدید 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 ضلعی ترقوی رباط سے بھی ہوتی ہے۔ لہذا پیچھے کی طرف کو خلع واقع کرنے کے لئے معتد بقوت کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے۔ میں (اسی نامی چوائس) نے صرف ایک ہی واقعہ دیکھا ہے جو گھوڑے پر سے گرنے سے ظہور پذیر ہوا تھا۔ اس میں نظر ہر دونوں رباطات دریدہ ہو گئے تھے اور دوران اندام میں خلع کے بارید کو واقع ہونے روکنے کے لئے معتد بیکل پیش آتی تھی۔

قصی ترقوی مفصل کا مرض - مفصل میں مفصلی غضروف کے زریعہ سے

درحقیقت دو جوڑوں پر منقسم ہوتا ہے۔ اور ان 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 کہنہ تک محدود رہتا ہے۔ بعض معنیضین کی یہ رائے ہے کہ مفصل تقیح الدم (pyaemia) 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 پیلا 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 رنوں 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 اٹھلا ہوتا ہے اور جن دو ہڈیوں سے یہ

بنتا ہے انکا خاکہ ایسا ہوتا ہے کہ ترقوہ کے اکرومی سے دور بہت جانے میں کوئی شے مزاحم نہیں ہوتی۔ اس مفصل کی طاقت کا انحصار حقیقت میں تقریباً سب کامب 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 مخالف انگیزہ منظر شعاعی نگار شموں میں اکثر دیکھنے میں آتا ہے، خاصاً مگر جبکہ نلی کو مفصل کے اوپر صیح طور پر نہ رکھا گیا ہو۔ لہذا یہ بہت ممکن ہے کہ شعاع نگار شموں کا نتیجہ کار شراح 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 یہ ظاہر ہے کہ اسکے ساتھ بازو بھی ہوتا ہے) صدر پر آگے اور پیچھے کی جانب کو پھسلتا ہے تو یلیکٹس 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 جیکا ذکر ابھی آئے گا یہ ضروری ہے کہ وقعی کبفہ 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 بیرونی ہوتے آگے کی طرف کو گزرتے وقت مذکورہ بالا دائرہ کے خط کا متبع کر لیا اور وقعی کبفہ کا رخ اندر کی جانب کو زیادہ ہو جانے گا۔ یہ لازمی ہے کہ وقعی کبفہ کی سطح ذراعیہ کے طویل محور پر ہی الامکان زیادہ قائمہ نئی 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 باز جانب سے یعنی ذراعیہ کو پیچھے سے کتف کا اچھی طرح سے سہارا دیکر گونسا مارتا ہے۔ اگر 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 گرنے سے ذراعیہ کے کندھے کے جوڑ کے کیسہ کی طرف نکل جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا طبعی حالتوں میں جوں جوں کتف اور بازو آگے کی طرف کو بڑھتے ہیں اگر رمی اور ترقوہ کے ہم پہلو حصہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے اور قبی حفرہ ایسی وضع پر قائم رہتا ہے کہ اسکارخ کافی حد تک آگے کی طرف کو ہوتا ہے تاکہ ذراعیہ کو مضبوط سہارا دے سکے۔ چنانچہ اب یہ ثابت ہو گیا ہو گا کہ اس چھوٹے سے جوڑ کی تلتی کندھے کے مفصل کی عدم 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۔

اگر رمی ترقوی جوڑ کے خلوع - ترقوہ یا تو اوپر کی طرف ہٹ کر

اگر رمی پر چلا جاتا ہے اور یا نیچے کی طرف ہٹ کر اسکے نیچے چلا جاتا ہے۔ پوسے 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 جوڑ کی مفصلی سطوں کے رخ سے ہو جاتی ہے۔

کتف (scapula) - اس ہڈی کی موخر یا ظہری سطح پر جو مفصلات اٹکلے شوکر کے

عین اوپر اور اسکے عین نیچے واقع ہوتے ہیں وہ عمیق ردا سے وابستہ ہوتے ہیں۔ چنانچہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus) ایک ردا میں بند ہوتا ہے جو اس عضلہ کے مبداء کے ارد گرد ہڈی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور اس سے ایک کہف طیار ہو جاتا ہے جو صرف اس عضلہ کے نتھی کی طرف ہی کھلتا ہے۔

۱۔ ان مفصل کے میکانیہ کا بہت عمدہ بیان دیکھنے کے لئے دیکھو مورسز "انATOMY آف دی جوائنٹس"

تحت شوکی (infraspinatus) اور مدیو صغیرہ (teres minor) عضلات بھی ایک نمایاں گہرے گھسے ہوتے ہیں جو عضلات کی اُس طرف ہڈی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور آگے کی طرف غلاف دالیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتی ہے، اور اس سے ایک دوسری بند فضا بن جاتی ہے۔ ان رداؤں کی ترتیب اُس قیل 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 منتصابی

وضع میں لانے میں ایک دوہری 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 جمادات 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 جمادات واقع ہو بازو کی پہلو سے تبہید کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ اوپر اٹھا دیا جاتا ہے تو کتف میں ایک آزاد دوار حرکت واقع ہو جاتی ہے اور اسکا فقری کنارہ تقریباً انتصابی وضع سے تقریباً افقی وضع میں آجاتا ہے۔ اس حرکت کی ابتدا پر جب تک کہ بازو پہلو سے ۳۵° جب تک نہیں پہنچ جاتا کتف کا زاویہ تقریباً ساکن رہتا ہے۔ اس مرحلے میں کتف مثبت رہتا ہے اور عضلہ منحرف (trapezius) عضلات معین نما (rhomboids) اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) اسکو اسکی جگہ پر قائم رکھتے ہیں۔ اگر عضلہ منحرف (trapezius) میں شلل واقع ہو گیا ہو جیسا کہ گردن سے غدودور کرنے میں عصب معین (accessory) (نخاعی معین: spinal accessory) کے اتقاقیہ کٹ جانے سے ہو جاتا ہے تو تحتانی زاویہ اور فقری کنارہ مرتفع بازو کے بوجھ سے پیچھے کی طرف کو نکل جاتے ہیں اور کندھے کا اگر وہی حصہ پیچھے اور آگے کی طرف کو گر جاتا ہے۔ جب بارود ۳۵° درجے سے آگے نکل جاتا ہے تو عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کا فعل شروع ہو جاتا ہے اور کتف کا تحتانی زاویہ سرعت سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے لہذا عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) مشلول ہو جائے (بیل: Bell) کا طویل صلدی عصب جو پانچویں بچے کے ساتویں منہی اعصاب سے

نکلتا ہے) یا اسکے متضاد عضلات — عضلات معین نما (rhomboids) — میں جو اس حالت میں فعل کرتے ہیں شکل واقع ہو جائے (وہ عصب جو پانچویں 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 خاصکر 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 شبہ نہیں کہ پسلیوں کی لچک سے بھی اسکی مزید حفاظت ہوتی ہے۔

عام ترین ضرر اکرومیو زائئڈہ (acromion process) کا کسر ہے۔ یہ اکثر صرف بربالہ کی علیحدگی کی شکل ہی میں واقع ہوتا ہے۔ اکرومیو کے دو اور بعض اوقات تین بربالہ مرکز ہوتے ہیں اور ان میں تعظم 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۔ اکرومیو 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۔ سیمنگٹن (Symington) نے ۴۰ جسموں میں سے ۵ جسموں میں یہ مشاہدہ کیا کہ اکرومیو 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 بالغوں میں یہی حالت موجود ہوتی ہے۔ اس خطہ کے شعاعی ترکیبات کی ترجمانی کرنے میں یہ امر معتد بہ اہمیت رکھتا ہے۔ اس زائئڈہ 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 زائئڈہ (coracoid process) میں بعض اوقات حقیقی کسر پایا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ایک بربالہ کی طرح جدا ہو جاتا ہے۔ بربالہ کی حیثیت سے یہ اصلی ہڈی کے ساتھ تقریباً ۷۱ سال کی عمر میں متحد

ہوتا ہے۔ فوق و قبی درنہ (supraglenoid tubercle) جو ذوراسین (biceps) کے طویل سر کا مبدا ہوتا ہے غرابی بر بالہ کا ہی حصہ ہوتا ہے۔ باوجود اسکے کہ غرابی زائندہ سی قوی عضلات چسپیدہ ہوتے ہیں، غیر وضعیت بالعموم خفیف سی ہوتی ہے کیونکہ غرابی تر قوی رباطات شاذوناً ہی پھٹتے ہیں۔ یہ معلوم رہے کہ رباطات اس زائندہ کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ چند واقعات میں یہ زائندہ عضلی فعل کی شدت سے ملحدہ ہو چکا ہے۔

275

جسم کتف کے جو کسو زیادہ عام ہیں انہیں سے ایک صغیر (blade) کا مستعرض 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 کسو واقع ہو سکتا ہے اور یہ اس ہڈی کا ایک تنگ حصہ ہے جو قبی حفرہ کے پیچھے اور فوقی کتفی کٹاؤ (کتفی شکلہ: incisura scapularis) کی سیدہ میں واقع ہوتا ہے۔ لہذا چھوٹا کٹاؤ غرابی زائندہ پر مثل ہو گا اور بڑا کرومی پر۔

کتف کے سلعات - مختلف قسم کے سلعات کتف سے پیدا ہوتے ہیں اور

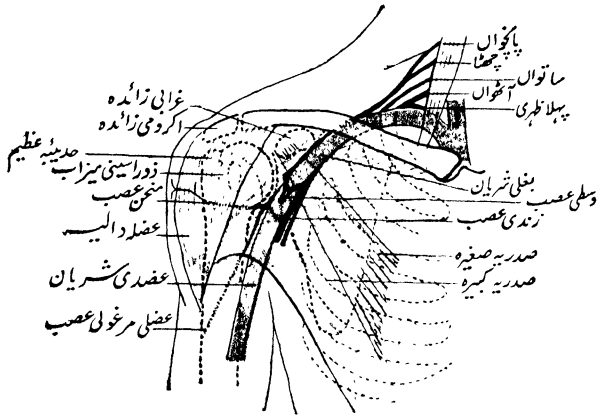
یہ زیادہ تر اس ہڈی کے اسٹرنی حصوں یعنی شوک، عنق اور تحتانی زاویہ پر نمودار ہوتے ہیں۔ بعض اوقات صرف کتف کا استعمال کر دینا ہی کافی ہوتا ہے مگر یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اس حالت میں وہ بڑا نصاب جس پر جارحہ اعلیٰ گردش کرتا ہے دور کر دیا جاتا ہے۔ لہذا ان حالتوں میں بین کتفی صدری (interscapulo-thoracic) بتر سر انجام دینے کا زیادہ رواج ہے، جو بعض اوقات ان جہیت 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

کے درمیان کی گذر گاہ تصور کیا جاسکتا ہے (شکل ۶۳)۔ بغلی سلعات اور غراجات خشر ہو کر گردن میں جا سکتے ہیں اور اسی طرح عنقی بالیدیں اور قیبی اجتماعات بھی بغل تک پہنچ سکتے ہیں۔ جلد کے جس حصہ سے بغل کا قاعدہ بنتا ہے اس پر بہت سے چھوٹے چھوٹے بالی

ہوتے ہیں اور اس میں کثیر التعداد دہنی اور عرقی غد پائے جلتے ہیں۔ اس جلد میں چھوٹے چھوٹے سطی خراجات جو غدی بافتوں کے تفتیح سے پیدا ہوتے ہیں اکثر مشاہدہ کرنے میں آتے ہیں اور یہ جلد کے کپڑوں سے رگڑ کھانے سے رونما ہوتے ہیں۔ چونکہ بغل کی جلد میں رگڑ کے اثر سے خراشیدہ اور ملہب ہو جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے اسلئے سیمانی زبان کے استعمال کرنیکی

276



شکل ۶۳۔ بغلی شریان اور عضلہ صغیرہ کا تعلق کندھے کے جوڑ اور بغل سے۔

غرض سے جیسا کہ آنشک میں کیا جاتا ہے اس مقام کا انتخاب اچھا نہیں۔ جلد اور اوپری ردا کے نیچے بغلی ردا (axillary fascia) ہوتی ہے اور اس نشتا کے آگے بغلی فضا (axillary space) ہوتی ہے۔ جس انصالی بافت سے بغلی فضا پر ہوتی ہے وہ بہت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ ڈھیلا پن بازو کی آزاد حرکت کی مساعدت کرتا ہے مگر ساتھ ہی اسکی وجہ سے بڑے بڑے تقیمی اجتماعات اور خون کی بہت وسیع وعابدریاں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔

اس خط میں ردا کی ترتیب کا یا درکننا ضروری ہے۔ تین تہوں سے زیادہ تر سائیکل پڑتا ہے۔ (۱) عمیق صدری ردا جس سے عضلہ صدریہ کبیرہ پوشیدہ اور محصور ہوتا ہے۔ (۲) ترقوی صدری ردا جو ترقوہ سے منقسم ہوتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ (subclavius) کو محصور کرتی ہے اور نسلی خرابی (costo-coracoid) غشا کی تشکل میں نیچے کی طرف چلی جاتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ اور عضلہ صدریہ غیرہ کے درمیان کی فضا کو پُر کرتی ہے۔ اور یہ بڑے بڑے عروق اور عصا کے سامنے واقع ہوتی ہے۔ اسکے بعد یہ ردا تقسیم ہو کر عضلہ صدریہ غیرہ کو محصور کر لیتی ہے اور بغل کے مقدم شکن پر عمیق صدری سے مل جاتی ہے جس کے بغلی ردا بن جاتی ہے۔ یہ ساری غشا بعض اوقات "بغل کے اتصالی 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 موخر شکن تک پھیلی ہوتی ہے۔ بغل کے بالوں کے نیچے یہ باریک ترین ہوتی ہے۔

بغلی خطہ کے قرب و جوار کا خراج عضلہ صدریہ کبیرہ کے نیچے اور

دونوں صدری عضلات کے درمیان یا عضلہ صدریہ غیرہ اور ترقوی صدری ردا کے نیچے اور سائیکل بغلی فضا میں بن سکتا ہے۔ بغلی فضا میں ڈھیلی ڈھالی بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے عظیم عمارت کہہ خراج بن جاتا ہے۔ جب خراج سے بغل پُر ہو جاتی 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 کتف کو پیچھے کی طرف ہٹا دیتا ہے اور عضلہ نشاریہ کبیرہ (مقدم) اور زیر نسلی عضلہ کے درمیان زاویہ کو چوڑا کر دیتا ہے۔ لہذا جن خراجات کا سدراک نہ کیا 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 ابتداء کندھے کے جوڑے کے مرض سے ہوئی تھی پہلی بین ضلعی فضا کو منتقب کر دیا تھا اور یہ جھلک ذات الجنب کا باعث ہوا تھا۔

بغلی خراج کھولنے اور درحقیقت اس فضا میں تمام شکاف دیتے وقت چاقو بغل کے فرش کے مرکز پر یعنی مقدم اور موخر حاشیوں کے وسط میں اور اس فضا کی اندرونی یا صدری

278

طرف کے قریب داخل کرنا چاہئے بغیر سوچے سمجھے ننگاف دینے سے جن عروق کو نقصان پہنچنے کا امکان ہوتا ہے وہ زیر کتھی (subscapular) عروق ہیں جو زیر کتھی عضلہ کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں، اور جانبی (لوبیل) 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 چاہو تو مناسب طریقہ پر داخل کیا جائے تو اسے قبل الذکر دونوں عروق کے درمیان اور بڑے بڑے تنوں سے کافی دور ہونا چاہئے۔ ایک شریان 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 طولی صدری شریان کے نیچے صدر پر تقسیم ہو جاتی ہے۔ متذکرہ بالاشکاف سے یہ شریان غالباً زخمی ہو جائے گی۔ گریہ شریان 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 غدو۔ بغلی غدو کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ جراحی

نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہیں (دیکھو شکل ۵۸ صفحہ 243)۔ انکو چار گروہوں میں ترتیب دیا جا سکتا ہے (۱) انہیں سے بیشتر بغلی ورید کے اندر کی طرف بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ غدو کا یہ مرکزی گروہ جارحہ اعلیٰ اور پستان سے لمف وصول کرتا ہے (۱) اس (whitlow) یا بازو کے کسی عمق نئی التهاب سے بغل میں جو درد محسوس ہوتا ہے اسی گروہ کے التهاب سے پیدا ہوتا ہے جو کوہین ضلعی ذرا میٹھی (intercosto-humeral) عصب فقہت کرتا ہے۔ (۲) عمیق بغلی گروہ بغلی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ یہ مرکزی گروہ سے لمف وصول کرتا ہے اور زیرین عمیق عقی غدو سے جو زیر تر قوی مثلث میں واقع ہوتے ہیں مسلسل ہو جاتا ہے۔ (۳) دوسرے غدو عضلہ منشا ریہیہ (serratus magnus) کے اوپر بغل کی صدری طرف پر صدری عضلات کے زیرین کنارے کے ذرا پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ انہیں چھاتی کے سامنے کی طرف سے عروق لمف اور پستان کے بڑے بڑے عروق لمف اور حدِ ناف تک کے شکم کے سطحی عروق لمف آکر ملتے ہیں۔ انکے برآر عروق زیادہ تر غدو کے مرکزی گروہ ہی میں جا کر داخل ہوتے ہیں۔ یہ غدو بعض عوارض پستان میں اور چھاتی اور شکم کے بالائی حصے پر آبلے پیدا ہونے یا دیگر سطحی التهاب وغیرہ کے واقع ہونے کے بعد سب سے پہلے کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ عورت کے پستان کا بغلی زائدہ

اس گروہ سے مس کرتا ہے۔ (۴) بقیہ غدو بغل کے پیچھے کی طرف زیر کتفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ انکے ساتھ کمر کے کتفی اور قطنی خطوں کے عروق لمف آکر ملتے ہیں۔

یہاں یہ معلوم کر لینا بھی مناسب ہو گا کہ عضلہ دالئیہ (deltoid) اور عضلہ صدر یکبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی میزاب میں عام طور پر ایک یا دو لمفی غدو پائے جاتے ہیں انہیں انگشت اشاریہ اور بازو کی بیرونی طرف اور کندھے اور پستان کے کچھ حصہ کے عروق لمف آکر ملتے ہیں۔ اگر انگشت اشاریہ کا کوئی سرائتی عارضہ التهاب عروق لمف (lymphangitis) پیدا کر دے تو اسکی پہلی مزاحمت اکثر اس ایک غدو پر ہوتی ہے جو زیر تر قوی خطہ میں غرابی زائدہ کے پاس واقع ہوتا ہے۔ عضلہ دالئیہ (deltoid) کے اوپر کے حصہ کے اوپری عروق لمف حنفی غدو کو جاتے ہیں (ٹلو: Tallaux)۔ اور نیچے کے نصف پر کے بغل کو جاتے ہیں۔ فوق شوکی حفرہ سے جو عروق لمف آتے ہیں وہ فوق کتفی (مستعرض کتفی) شریان کے ساتھ ساتھ جا کر زیر ترین حنفی غدو سے مل جاتے ہیں۔ کمر کے سطحی عروق لمف جو مستحق ہو کر بغل میں پہنچتے ہیں گردن سے عضلہ منحرف (trapezius) کے اوپر سے اور تمام ظہری اور قطنی خطوں سے حرقنی عرف (iliac crest) تک سے آتے ہیں۔

بغلی غدو کا مکمل زالہ ایک ایسا عملیہ ہے جو اکثر اوقات اور خاصکر سرطان پستان کے واقعات میں سرانجام دیا جاتا ہے۔ ان تک دونوں صدری عضلات دور کرنے سے آزادانہ رسائی حاصل کی جاتی ہے۔ پستان کے سرطان میں بالائی بغلی غدو اور خاصکر وہ غدو 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 میغیرو اور عضلہ صدر یکبیرہ بھی ساتھ ہی علیحدہ نہ کر دئے جائیں ان غدو کے محل وقوع سے یہ سمجھ لیا ہو گا کہ جب یہ مرض زدہ ہو جاتے ہیں تو بغلی عروق سے اور خاصکر ورید سے انکے منضم ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

بغلی عروق۔ بغلی ورید باسیلیق (basilic) اور عضدی شریان کی دونوں

رفیق وریدوں کے متحد ہونے سے بنتی ہے۔ یہ اتحاد عام طور پر عضلہ صدر میغیرو کٹے پیرین کن رہ پر واقع ہوتا ہے اور اسلئے یہ ورید شریان کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ ورید واحد کی شکل میں موجود نہیں ہوتی بلکہ تر قوہ کے عین نیچے جا کر ایک تنا بن جاتا ہے۔ جب یہ حالت موجود ہوتی

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 مستعرض شاخیں شریان کو مجبور کرتی ہیں چونکہ بغلی وریڈ مقابلتہ قلب کے نزدیک واقع ہوتی ہے اسلئے جہانتک اسکے اندر کے خون کا تعلق یہ شہیستی 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 غرابی غشا (ترقوی 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 تنے پر یہ کم و بیش متراکب ہوتی ہے بخلاف اسکے جو کہ ذریعہ سے جو ضرر عرق کو پہنچتا ہے جیسا کہ خلوع کی ترجیح 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 یعنی غیرہ سے اوپر واقع ہوتا ہے اس میں جارحہ کی وضع سے تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جب بازو پہلو پر لگتا 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 اتنا آگے آ جاتی 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 کیرہ کے عضلی ریشہ جات کے دونوں ستویوں کے درمیان بعض اوقات ایک غلیوی قصبہ موجود ہوتا ہے (ہیٹھ: Heath)۔ اگر عضلہ صدر یعنی غیرہ کا مبدا دوسری پسلی سے ہو تو شریان کو کم و بیش مکمل طور پر پوشیدہ کر دیتا ہے اور اسکے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عضلہ صدر کی جو جگہ اس شریان سے نزدیک ترین ہوتی ہے اسے بھی غلیلی سے بعض اوقات شریان تصور کر لیا جاتا ہے اور یہ اس بندش میں بھی جو شریان کے لئے مقصود ہوتی ہے آسانی سے آ جاتی ہے۔ اس عملیہ میں بغلی عروق تک قیفالی وریڈ (cephalic vein) کے تعاقب سے باسانی رہنمائی ہو جاتی ہے۔ جو بھی یہ شریان عضلہ صدر کی کیرہ کی طرف کو جاتی ہے مقدم داخلی صدری (anterior)

(internal thoracic) عصب وریدا اور شریان کے درمیان ظاہر ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے یہ بھی بطور رہنما کے کام دے سکتا ہے۔

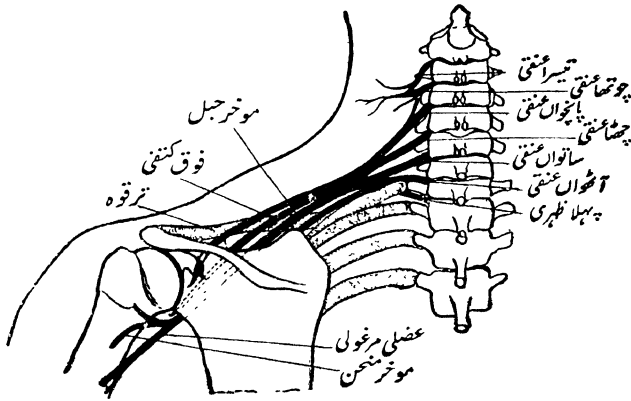
اس شریان کے تیسرے حصہ پر بندش لگاتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اوقات ایک عضلی دہجی عروق کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے۔ یہ عضلہ عرضیہ ظہریہ (latissimus dorsi) سے نکل کر عضلہ صدر کیہو غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) یا زوراسین عضلہ سے ملجاتی ہے۔ اس دہجی سے دوران عملیہ میں کچھ اختلال پیدا ہو جاتا ہے اور یہ غلطی سے بعض اوقات غرابی عضدی عضلہ تصور کر لی جاتی ہے۔

عضدی ضغیرہ (brachial plexus) جب کندھا منخض ہو تو عضدی ضغیرہ

کے بالائی اور وسطی دونوں تنے جو پانچویں چھٹے اور ساتویں عمقی اعصاب سے بنتے ہیں نعل میں ترقوہ کے نقطہ وسطی کے ذرا باہر کی طرف داخل ہونے کے لئے قسمی 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 ڈیسیل ڈھالی انصالی بافت سے گزرے ہوتے ہیں جو کندھے کے ارتقاع اور انخفاف کے ساتھ ساتھ ضغیرہ کو بھی آزاد حرکت کرنیکی اجازت دیتی ہے۔ فوق ترقوی خط کے اس حصہ پر جہاں شریان کے بنفانات کے اوپر کی اور نیچے کی طرف عصبی تنے محسوس کئے جاسکتے ہیں (خاص کر جبکہ مریض بیٹھا ہو اور اسکا کندھا منخض ہو) ضغیرہ میں بازو کی عدم حیثیت 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 معرا ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ اسکا مبداء 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 اجبال 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 ہٹ گیا تو بالائی جبل پر بار پڑنے یا اسکے ششک ہو جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے ایک عارضہ پیدا ہو جاتا ہے

جو عام طور پر شلل آرب (Erb's palsy) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے۔ یہ یاد ہو گا کہ فوق کتفی (suprascapular) منحن (circumflex) (بغل: axillary) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اعصاب اس تنے سے نکلتے ہیں۔ نیز معین نما عضلات (rhomboids) اور عضلہ منشا ریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اعصاب بھی اسی سے



شکل ۶۴۔ عضدی ضغیرہ کے بالائی اور وسطی تنے یہ نظر کرنے کے لئے پیچھے سے دکھائے گئے ہیں کہ کندھے کا انخفاض یا سر کی جانبی تبعید عصبی احوال کو کس طرح تئیدہ کر سکتی ہے اور انکو نقصان پہنچا سکتی ہے۔
(پوائے پیر: Poirier کے مطابق۔)

نکلتے ہیں۔ بہر کیف اشتقاق بالعموم ان موخر الذکر اعصاب کے مبداء کی بعیدی جانب پر واقع ہوتا ہے لہذا یہ عضلات بچ جاتے ہیں۔ شلل آرب (Erb's palsy) میں جو عضلات ماؤف ہوتے ہیں وہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus)، تحت شوکی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ صغیرہ (teres minor)، عضلہ دالیہ (deltoid)، غرابی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذرا سین (diceps)، عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ کبیرہ (brachio-radialis)

ہیں اور گاہے گاہے عضلہ بالٹھ (supinator) (قصیرہ: brevis) عضلہ باسطہ ر سفید کبیر یہ طویلہ (extensor carpi radialis longior) اور عضلہ کاتبہ کبیر (یہ مد لمحب pronator radii teres) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں حسی شلل دیکھنے میں نہیں آتا۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ پانچویں عمقی 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 حالتیں حس کہنی سے آگے پوری طرح غائب ہو جاتی ہیں۔ مگر بازو اور کندھے میں عمیق حاسیت برقرار رہتی ہے (شیرن: Sherren)۔ ایسے ضرات پیدا ہونے کی صورت میں نازل عنقی (descending cervical) اور بین ضلعی ذرا عینی (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

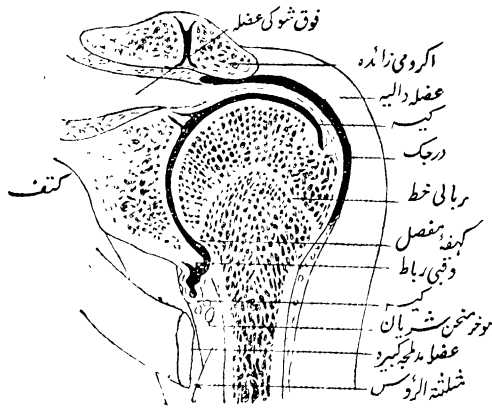
وسطی (median) کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے! اور عضلی مرغولی (museulo-spiral) کو سب سے کم۔ موخر الذکر عصب کی تقابلی مامونیت کی توجیہ اسکے عمیق محل اور اسکے جارح کی اندرونی اور موخر جانب پر واقع اور اسکے عظیم الجسامت ہونے سے ہوتی ہے۔ جارح پر ایسے برکات عمل ہونے سے جو کم و بیش مکمل قطع سے کسی قدر کم ہو اعصاب شاذ و نادر ہی ٹوٹتے ہیں۔ اور اگر یہ زور سے کچھ جائیں تو بغل میں ٹوٹنے کی نسبت اسکے جبل 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 جار عنقی اعصاب مخلوع کندھے کی ترجیح کے لئے شدید کوشش کرتے وقت جبل 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 خلاف میں ہوتا ہے اور کچھ ڈھیل ڈھالی با (زیر والیتی بافت: subdeltoid tissue)

بھی ہوتی ہے جس میں عظیم زبردالیہتی (subdeltoid) (زیراکرومی: subacromial) درجہ یک موجود ہوتی ہے۔ زیردالیہتی بافت بعض اوقات ایک واضح و بیزغشاکي صورت اختیار کر لیتی ہے اور اس جوڑے سے جو تقبھی اجتنامات آگے بڑھتے ہیں انکو محدود المقام رکھنے کے لئے یہ بعض اوقات ایک اہم اثر رکھتی ہے۔ عضلہ دالیہ کے اوپر کی شحمی بافت شحمی سلعات کے پیدا ہونے کے لئے

284



شکل ۶۵۔ کندھے کے جوڑے کی تراش جو کیسہ اور ربالی خطہ اور درجیک کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (پولنے پیر: Poirier کے مطابق)

ایک موافق مقام ہے۔

بعضی (axillary) (منحنی: circumflex) عصب اور موخر منحنی (posterior circumflex) شریان دونوں عضلات مدلیجہ (teres muscles) کے درمیانی وقفہ سے نکلتے ہیں اور یہ ذراعیہ کی پوری کے گرد ہڈی کے باہل 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 جسکی 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 محرک میں سے بڑے عضلات کو اور نیز انکے اوپر کی جلد کو بھی رسد پہنچاتا ہے۔ یہ عصب کندھے کے جوڑ مفصلہ والیہ اور عضلہ مد بطبخیہ (teres minor) کو اور کندھے کے تین دو تہائی حصہ اور عضلہ مثلثیہ الرؤس (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، جسکا 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 اسکی نسبت بہت کم نقصان پہنچتا ہے۔ یہ عصب ذراعیہ کی جراحی عنق کے کسورا اور اس ہڈی کے خلوع (خاصکر خلفی خلج) میں اور ان خلوع کی ترمیم 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 میکائینٹ کے لحاظ سے پائدار ہوتے ہیں اور جسکی مضبوطی زیادہ تر انکی ان ہڈیوں کی ترتیب سے پیدا ہوتی ہے جن سے یہ بنتے ہیں اور (۳) وہ جوڑ جسکی سہارے کا دار و مدار زیادہ تر انکے عضلات پر ہے۔ پہلی قسم کی مثال کے طور پر قصبی نزقوی 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 خلج 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 خلج 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 پڑتا ہے اور جسکا بے ترتیب فعل خود جوڑ کی کمزوری کا باعث ہو سکتا ہے۔ خلج کی تسبیب بلاشبہ صرف انہی امور پر ختم نہیں ہوتی۔ وقوع خلج 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 حصوں پر اثر انداز ہو سکتا ہے۔

غرابی اور اکرومی زائڈوں 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 دالیہ کے شل 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 وقبی کہنہ (glenoid cavity) سے نہیں کرتا اور لیٹر (Anger) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ اس وضع میں ذراعیہ کے سر کے محیط کا تین چوتھائی حصہ اس اتصالی خط کے آگے واقع ہوتا ہے جو اگر وحی زائده کے مقدم کنارہ سے کھینچا جائے۔ نیز اس وضع میں سر بنیامہ غرابی زائده کے باہر کی طرف ہوتا ہے۔

286

وقبی کہنہ کا حاشیہ بیرونی جانب کی نسبت اندر کی طرف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اور حاشیہ کا مضبوط ترین اور حفرہ کا عرض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ ایک مسنی خیز 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 جوڑ سے ملحدہ ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور جتنا بڑا ذراعیہ کا سر ہوتا ہے اس سے دو گنی جسامت کے عظمی سر کی اس میں گنجائش ہو سکتی ہے۔ کیسہ کا کوئی حصہ بھی دوسرے حصوں کے مقابل میں ہمیشہ دبیز نہیں پایا جاتا جیسا کہ کوٹھے کے جوڑ میں ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کے گرد نواح میں جو درجہ **حکس** ہیں ان میں سے زیر اگر وحی

(subacromial) درجہ میں مرض سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس تاج کا زلابی اتساع غلطی سے جوڑ 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 خم کردہ یا بسط کردہ ہو واقعی پھٹ جاتی ہیں۔ جب یہ تاج متمدد ہو جاتا ہے تو تبعید 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 حدیبہ عظیم کے سامنے ایک قسم کا کالرسا بن جاتا ہے۔ یہ تاج بعض اوقات جوڑ سے راہ و ربط رکھتا ہے۔

زیر یعنی درجہ اس جوڑ 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 با زیر اکرومی
 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 طویل وتر جوڑ کے بالائی حصہ کو مضبوط بناتا ہے، اور
 جارحہ کی مختلف وضوئوں میں ذراعیہ کو وقتی کہنہ 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 مریض کے
 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 غریف سا کاذب خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ جارحہ کے بعض شدید جھٹکوں میں جیسے
 کہ کبھی کبھی کرکٹ کا گیند پھینکنے وقت آجاتے ہیں یہ وتر بعض اوقات رباط مستمر میں کوجس سے یہ
 مربوط ہوتا ہے پھاڑ 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 ہلتا ہے۔ بعض اوقات مزمن عظمی التہاب مفصل
 (osteo-arthritis) کے واقعات میں وتر کا دروں کیسی حصہ ذراعیہ کی تراشیدہ مفصلی سطح سے
 رگڑ کھانے کی وجہ سے غائب ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں یہ ذورا سین (bicipital) میزاب
 سے چسپیدہ ہو جاتا ہے۔

287

کندھے کے جوڑ کا مرض۔ اس مفصل میں جو اقسام کے امراض مفصل

کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، اس جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلہ ڈھالا
 ہوتا ہے اور مفصلی سطحیں صرف ارد گرد کے عضلات کی کشش کی وجہ ہی سے متقابل رہتی ہیں۔ کلور فارم
 دینے کے بعد یہ سطحیں باسانی ملحدہ کیجا سکتی ہیں اور انکا استمان کیا جا سکتا ہے۔ بہر کیف مفصل
 میں انصاف کی وجہ سے دونوں ہڈیوں میں معتد بہ ملحدگی واقع ہو جاتی ہے۔ براون (Braune)
 نے فوق شوکی حفرہ میں سے وقتی کہنہ کو منقبت کیا اور اس میں معتد بہ دباؤ کے ساتھ جربئی کا اثراب
 کر دیا۔ جب جوڑ مکمل طور پر متمد ہو گیا تو ذراعیہ کتف سے پانچ سے زائد فاصلہ پر پائی گئی۔ اس امر سے

جراحی اس طوالت کی توجیہ ہوتی ہے جو اکثر اوقات اس حصہ کے ایسے مفصلی مرض میں دیکھنے میں آتی ہے جس میں بہت سا انصباب موجود ہو۔ جب کیسہ کا تمدد انتہا کو پہنچ گیا تو ذرا عیب میں درسا بسط 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 تھلی سے پیچھے کی طرف کو ہٹی ہوتی ہے (بسط کردگی) اور جراحی 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 عضلہ عریضہ نہایت (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۔ برعکس خط کا اندرونی حصہ کیسہ کے عین اندر ہوتا ہے اور اس کے بیرونی مقدم اور موخر حصے بالکل زیر گرد مٹھی ہوتے ہیں۔ لہذا ایسا ہو جاتا ہے کہ تقیمی التهاب بربالہ (suppurative epiphysitis) میں پیپ جوڑ کے اندر چلی جاتی ہے۔

288

زلابانی خستیاں سے دو عطفات نکلے ہوتے ہیں۔ (۱) ایک وہ جو ذوراسینی میزاب (بین درنی بخونف) میں وتر کے ساتھ کچھ فاصلہ تک نیچے کی طرف جاتا ہے۔ (۲) ایک تو انبان ہے جو زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے نیچے زلابانی کہنہ اور اس عضلہ کے نیچے کے درجہ 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 کن دھایکساں طور پر گول ہو جاتا ہے اور عطفات کے مقامات پر خاص مرمیات بن جاتے ہیں۔ چنانچہ التهاب زلابانی (synovitis) کے ابتدائی درجہ میں عضلہ صمدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ دالیہ (deltoid) کے درمیانی میزاب میں اکثر ایک ورم نمودار ہو جاتا ہے اور یہ ورم بعض اوقات ذوراسین کے مضبوط وتر سے منقسم ہونے کی وجہ سے دو لختی معلوم ہوتا ہے۔ زیر کتفی (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 ذوراسین کے وتر کے ساتھ جاتی ہے۔ چنانچہ اس طرح پیپ ذوراسینی میزاب کے ساتھ ساتھ کچھ فاصلہ تک چلی جاتی ہے! اور کندھے کے تدرن زدہ ہونے کی حالت میں جوف کا فتح اکثر بازو کے بالائی حصہ کی اندرونی جانب کے نصف پر پایا جاتا ہے۔ ایک مندرجہ واقعہ میں پیپ

جو کندھے کے جوڑے سے نکلی تھمی عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کے ٹمکے سا تھ جا کر کہنی کے باہر کی جانب باہر نکلی تھمی۔

خلوع۔ اس جوڑے کے خلوع جسم کے کسی دوسرے جوڑے کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع

ہیں۔ اس امر کی توجیہ وقبی حفرو کے اٹھلے پن ذراعیہ کے مکر کے عظیم الجسامت اور گلوب نما ہونے، بازو کی وسیع حرکتوں اور اس سے حاصل شدہ طویل بیرمیت سنے اور اس مفصل کی قوت کے زیادہ تر عضلات پر منحصر ہونے سے ہوتی ہے۔ جارح 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 کیتدر آگے کی طرف کو۔ نارالوقوع تمام اقسام میں ابتدائی خلوع ہی ہوتا ہے مگر ذراعیہ کا سر پھسل کر بالعموم زیر غرابی وضع میں پھلا جاتا ہے۔

۲۔ زیر غرابی (subcoracoid)۔ آگے کی اور ذرا نیچے کی طرف۔ عام قسم۔

۳۔ زیر ترقومی (subclavicular)۔ زیر غرابی خلوع کی بہت ترقی یافتہ حالت ہے۔

۴۔ زیر شتوکی (subspinous)۔ نارالوقوع۔

گاہے گاہے خلوع انتصافی (luxatio erecta) بھی جو زیر وقبی قسم کی ایک نوع

ہے دیکھنے میں آتا ہے۔ اس میں بازو انتصافی حالت میں بغیر حرکت پذیر کی تھبت ہوتا ہے۔

تمام مکمل خلوع میں ذراعیہ کا سر مفصلی کہفہ کو چھوڑ کر کیسہ کے انشقاق میں سے نکل جاتا ہے

جو خلوع کا ذب، کہلاتے ہیں ان میں کیسہ فشق نہیں ہوتا۔ مثال کے طور پر اگر نعش میں عضلہ دالیہ

(deltoid) کو کاٹ دیا جائے تو ذراعیہ کا سر کیسہ کے فشق ہونے کے بغیر ہی غرابی زائده 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 سر بغل کے اندر زیر وقبی وضع میں آجاتا ہے۔ کندھے کے خلوع بالعموم جارح

اسکی تجیدی حالت میں چوٹ آنے سے پیدا ہوتے ہیں اور یا یہ ایسی شدید بلا واسطہ چوٹ سے واقع

ہوتے ہیں جو ذراعیہ کو نیچے کی طرف کو دھکیل دے۔ اسلئے جب جارح حالت تبعد میں ہوتا ہے تو

ذراعیہ کا سروقبی حفرہ کے نیچے نکلا ہوتا ہے اور کیسہ کے تحتانی اور نہایت غیر محفوظ حصہ پر مستکن ہوتا ہے اور اسپر دباؤ ڈالتا ہے۔ چونکہ کیسہ کے اس حصہ کے ریشے اس وضع میں زور سے تنے ہوتے ہیں اسلئے اس رباط کو منقش 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 جوڑ کے خلوع میں کیسہ کا انشعاق اسکی تحتانی اور اندرونی 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 اسیں دریدگی بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ذراعیہ کا سر جب اسطرح 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 ملقوور عضلہ صدر کی سریرہ دوسرے عضلات کے ساتھ جھکے فصل 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 آخر میں اگر ضرب کا رخ نمایاں طور پر سامنے کی طرف سے ہوتو اس ہڈی کا سر پیچھے کی طرف کو اکرومی یا شوکی زائڈوں کے نیچے ٹمس 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 جملہ خلوع کے مشترک خصائص۔ چونکہ عضلہ دالید

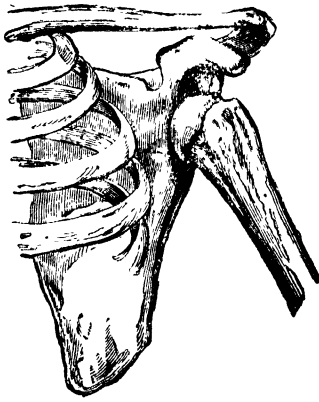
(deltoid) کی گولائی کا انحصار زیادہ تر اسکے نیچے ذراعیہ کے سر کے موجود ہونے پر ہوتا ہے اور نیز ان تمام خلوع میں (شائذ زیر شوکی قسم کے خلوع کی زیادہ خفیف حالتوں کے سوا) سرکا عضلہ دالید سے بالکل کوئی تعلق نہیں رہتا اسلئے یہ عضلہ ہمیشہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے۔ یہ چپٹاپن عضلہ کی تنیدگی سے جو کسی حد تک ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ عضلہ دالید کی تنیدگی کے ساتھ بازو کی تبعید بھی پائی جاتی ہے اور یہ علامت جملہ خلوع میں ایک کافی حد تک مستقل ہوتی ہے۔ چونکہ

عضلہ ذورا سین بھی کم و بیش نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اسلئے کہہنی خمیدہ پائی جاتی ہے اور پیش بازو منبسط ہوتا ہے۔ خلع کی ہر ایک قسم میں بغل کے انقباضی محیط میں کچھ نہ کچھ اضافہ ہو جاتا ہے، کیونکہ سر کے لئے یہ ضروری ہے کہ وقبی حفرہ کو چھوڑنے کے بعد اسکے محیط کے کسی مشمولہ حصے پر اگر ٹمبیر جائے۔ مزید برآں ڈوگاس (Dugas) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر "مریض یا جراح مضرت رسیدہ جراحی انگلیوں کو صحیح و سالم کندھے پر رکھ سکے در آسٹھ لیکہ کہہنی صدر سے مس کرتی ہو (یہ وہ حالت ہے جو اس جوڑ کی طبعی 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 طبعی طور پر غیر ممکن العمل ہے سوائے خلع کے اور کسی نضر سے پیدا نہیں ہو سکتی اور اسکی وجہ یہ ہے کہ صدر کے دور ہونے کے باعث ذراعیہ کے دونوں سروں کا بیک وقت اس سے مس کرنا ناممکن ہے اور کندھے کے خلع میں ہڈی کا بالائی سرادھر سے تقریباً ملا ہوتا ہے۔ اخیر میں بڑے بڑے عروق اور اعصاب کے محل پر غور کرنے سے (شکل ۶۳) یہ ظاہر ہو جائے گا کہ زیرغرابی اور زیروقبی خلوع میں ہڈی کا سران مانتوں کو دبانے سے فرر پہنچا سکتا ہے۔ چنانچہ جراحی میں تہیج 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 ذراعیہ کے سرے سے اسبق قدر مضبوط ہو گئی تھی کہ اس سے جراحی میں لنگرین نمودار ہو گئی تھی۔ چونکہ عصب منحن (circumflex nerve) ذراعیہ کے سرے سے قریبی تعلق رکھتا ہے اسلئے اس کو خاص کر خلع کی زیروقبی (subglenoid) اور زیرشوکی (subspinous) قسموں میں ضرر پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

کندھے کے خلع کی ہر ایک قسم کی خصوصی تشريح - ۱۔ زیرغرابی

(subcoracoid)۔ ذراعیہ کا مفصلی سرکٹف کی گردن کی مقدم سطح پر واقع ہوتا ہے اور جراحی عنق وقبی حفرہ کے مقدم لب پر تنگ ہوتی ہے۔ چنانچہ ذراعیہ کا سرغرابی زائدہ کے مین نیچے اور اپنے طبعی محل کے آگے کی اور اندر کی طرف اور اس سے ذرا نیچے واقع ہوتا ہے۔ حدیبہ عظیم عالی وقبی کہفہ کے بالمقابل ہوتا ہے (شکل ۶۶)۔ زیرکتفی عضلہ (subscapularis) ذراعیہ کے سرے کے اوپر تنیدہ ہو جاتا ہے اور بالعموم کسب قدر دیدہ بھی ہوجاتا ہے۔ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus)

زیر نشو کی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مد لمیہ صغیرہ (teres minor) یا تو کھج جلتے ہیں اور یا پھٹ جاتے ہیں یا بعض اوقات حدیبیہ عظیم ٹوٹ کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ غرابی عضلہ عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) کا چھوٹا سرتن 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 خلع۔

عضلہ دالمیہ (deltoid) میں تنیدگی پائی جاتی ہے۔ بغل کے سامنے ذراعیہ کے سر سے جو ابھارتا ہے اسکا انحصار کسیت قدر گردش کی مقدار پر ہوتا ہے اگر ہڈی باہر کی طرف کو گردش کر جائے تو مر میس نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ اندر کی طرف کو گھوم جائے تو اسکا سر بغل میں نیچے آ جاتا ہے اور جلد کی بجائے کتف سے زیادہ مس کرتا ہے چونکہ ہڈی کا سر ہمیشہ ذراعیہ کی طرف کو چلا جاتا ہے لہذا جارحہ کے طول میں حقیقی اضافہ کا پایا جانا ہر حال میں ضروری ہے۔ لیکن اگر ہڈی کا سر کافی فاصلہ تک 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 کہفہ کو چھوڑ دے تو حالت تبعید میں خارجی (جانبی) قندال کا رجحان اکرومی کے نزدیک آنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ وہ دونوں نقاط ہیں جنکے 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 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 مثلثۃ الرؤس (triceps) کا طویل نیچے موجود ہوتا ہے۔ بلکہ یہ اس عضلہ اور زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے درمیان وقفہ میں

چلا جاتا ہے۔ ذراعیہ کے سر کی مفصلی سطح اس مثلث رقبہ کی مقدم جانب پر ممکن ہوتی ہے جو وقبی حفرہ کے عین نیچے ہوتا ہے اور جس سے مثلثۃ الرؤس (triceps) نکلتا ہے۔ حدیبہ عظیمہ کا بالائی کنارہ جوڑنے زیرین حاشیہ سے قریبی تعلق رکھتا ہے۔ زیرکتفی عضلہ (subscapularis) جو ذراعیہ کے سر کو مثبت رکھتا ہے بہت تنیدہ ہو جاتا ہے یا پھٹ بھی جاتا ہے۔ فوق شوکی (supraspinatus) اور زیر شوکی (infraspinatus) عضلات تنیدہ ہو جاتے ہیں یا پھٹ بھی جاتے ہیں۔ اور دونوں عضلات مدظلہ (teres muscles) زیادہ متاثر نہیں ہوتے تا وقتیکہ بازو کی معتدبہ تبعید موجود نہ ہو۔ غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) تنیدہ ہوتے ہیں اور کیفیت تبعید 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 ضلع۔

۳۔ زیر شوکی (subspinus) یا بالعموم کتف کی گردن کی موخر سطح پر ممکن ہوتا ہے، اور ذراعیہ کی جراحی عنق کا میزب و قبی حفرہ کے موخر لب کا قناظر ہوتا ہے۔ چنانچہ سر اکرومی (acromion) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ اور پیچھے بھی ہٹ جاتا ہے اور یہ ظہر 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 چمبیدگی سے علحدہ ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا سر عضلہ والیہ (deltoid) کے عقبی حصہ اور تحت شوکی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مدظلہ صغیرہ (teres-minor) کو پیچھے کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ موخر الذکر عضلات اس ہڈی کو ڈھکے ہوتے ہیں اور انکے اوپر تنے ہوتے ہیں۔ صدر یہ کیہو نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اور اسکی تنیدگی سے ذراعیہ کی اندرونی گردش اور مقدم تبعید کی جو عام طور پر دیکھنے میں آتی ہیں کسی حد تک تو میہ ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حرکتیں کم و بیش عدیم النصاب ہوتی ہیں اور

عصب منحن (cicumflex) اکثر پیٹ جاتا ہے۔

طریقہ کاخر (Kocher's method) کی تفصیل جس سے اس معلق کی تریجیح کیجاتی ہے مذکورہ بالا تشریح کی بحث سے معلوم ہو سکتی ہے۔ عام زیرغابی معلق کو مد نظر رکھتے ہوئے طریقہ کاخر (Kocher's method) کا طرز عمل تین مراحل پر تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ذراعیہ کو باہر کی طرف بہت آہستہ آہستہ گمایا جاتا ہے اور اس حالت میں پیش بازو کو بازو پر خمیدہ رکھا جاتا ہے اور کہنی کو پکڑ کر دھڑکے نزویک اور اسکے ذرا آگے کی طرف کورکھا جاتا ہے۔ اس دست و زری کے ذریعہ سے اس ہڈی کے سر کو پھسلا کر اسی راستہ پر سے واپس لانے اور اسکو عضلات سے (اور بالخصوص زیر کتہنی عضلہ سے) جنیں یہ 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 کیسہ کے اشتقاق میں کشادہ لہی پیدا کر دیجاتی ہے اور ذراعیہ کا سر کیسہ کے فتو کے قریب کر دیا جاتا ہے اور (۳) ہاتھ کو طرف مقابل کے کندھے پر دفعتاً لے جانے اور کلائی کو چھاتی پر لے آنے سے ذراعیہ کو جلد می سے اندر کی طرف کو ۱۸۰ درجہ کے برابر گھمایا جاتا ہے۔ اس سے سر کیسہ کی دریدگی میں سے جو ابھی تک منفعی ہی ہوتی ہے پھنس کر اندر چلا جاتا ہے۔

خلوع کی اور بالخصوص ان خلوع کی جو بہت مدت سے موجود ہوں تریجیح کرتے وقت بغلی ساختوں 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 منظم ہوجانے اور اسلئے ان حصوں میں مداخلت کرتے وقت اس کے منشق ہوجانے کا امکان ہوتا ہے (شکل ۶۳ صفحہ ۲۷۶)۔

ذراعیہ کے بالائی سرے کے کسور۔ تشریحی عنق (anatomical)

(neck) کیسہ کا بالائی حصہ عین تشریحی عنق سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس محل کا کسر بعض اوقات اس رباط کی دوسری طرف چلا جاتا ہے اور جزوی طور پر بروں کیسی ہوتلے (شکل ۶۵ صفحہ ۲۸۴)۔ کیسہ کے زیرین حصہ تشریحی عنق کے ذرا نیچے 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 کیسہ کے 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 چھوٹا سا اور نسبتاً کثیف ہوتا ہے اسنجی ہڈی کے اس وسیع رقبہ میں جو نیچے ٹکڑے کے اوپر کی سطح پر ظاہر ہوجاتا ہے باسانی منغز ہوجاتا ہے۔ اس انغراز کے واقع ہونے پر عضلہ دالیہ میں گسیقدر چپٹاپن واقع ہوجاتا ہے کیونکہ اس سے سر کے البعاد کم ہوجاتے ہیں اور اسلئے یہ عضلہ دالیہ میں ابھار پیدا نہیں کرسکتا۔ مگر مطب میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ اسکی تعویض درون مفصلی انساب سے ہوجاتی ہے اور اسی کی وجہ سے یہ نظر نہیں آتا۔ اگر انغراز واقع نہ ہو تو اوپر کا چھوٹا سا ٹکڑا اکثر اپنے اوپر گھوم جاتا ہے اور اپنی جگہ سے ہٹ کر بعض اوقات نعل 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 تکتکو حاصل کرنے کے لئے جس سے انغراز کے زائل ہوجانے کا امکان ہوتا ہے کوئی کوشش نہ کرنا چاہیے بلکہ تشخیص کی توضیح کو لاشعاعوں کے امتحان پر چھوڑ دینا چاہئے۔

۲۔ اوپر کے بر بالہ کی علیحدگی۔ اس بر بالہ کا زیرین کنارہ اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو حدیبہ عظیم کے قاعدہ پر ہڈی کو کاٹتا ہوا اور تشریحی اور جراحی عنتوں کے درمیان واقع ہو (دیکھو شکل ۱۵ صفحہ 284)۔ آرمی 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 بر بالہ کے نینوں ترکیبی نوات (سراور حدیبہ جات عظیم و صغیر) پانچویں سال کے قریب متحد ہوتے ہیں اور یہ تمام تودہ پوری سے بیسیوں 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 تھل جاتا ہے اور باہر کی طرف کو ہی گھوم جاتا ہے اور نیچے کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو ذورائینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف اور آگے کی طرف کو کچھ جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے صاف سرے کا کچھ حصہ غرابی زائیدہ کے نیچے عام طود پر ایک نمایاں مرمیہ کی شکل میں ظاہر ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت میں جارحہ کا محور متغیر ہوجائیگا اور کہنی پہلو سے ذرا دور ہوگی علاوہ ازیں تمام غیر وضعیت اکثر مقدم موخر رخ میں بھی ہوتی ہے اور نیچے کا ٹکڑا آگے کی طرف کو تھلا ہوتا ہے۔ چوٹ کے مقام پر ہڈی کی دونوں سطحوں 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 عریفہ نظریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدلیج کیرہ (teres major) کے منہاؤں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں جو کسر واقع ہوتا ہے وہ بالعموم مستعرض ہوتا ہے، اگرچہ ہڈی کی ایک گچ اکثر پوری پر سے اوپر کوجھی 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 کیرہ، عضلہ عریفہ نظریہ اور عضلہ مدلیج کیرہ 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 نکل جاتا ہے اور فوق شوکی اور تحت شوکی عضلات اور عضلہ مدلیج 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، غرابی عضلہ اور مثلثہ الرؤس اوپر کی طرف 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 کیرہ اسکو آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے۔ چنانچہ اس سے بغل میں ایک مریہ بن جاتا ہے اور نیچے کے ٹکڑے کا محور بھی متغیر ہو جاتا ہے جس سے اسکا رخ اوپر کی اور اندر کی طرف ہو جاتا ہے اور کہنی پہلو سے متعده ہوتی ہے۔ جب تک ذرا عمیہ 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 نزفی العصاب سے پڑن ہو جائے۔ بازو میں ایک انچ یا اس سے زائد قصر واقع ہو جاتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے سے عضلہ اعصاب کے دب جانے سے بعض اوقات شدید درد پیدا ہو جاتا ہے یا انکو شدید قسم کا نقصان پہنچ جاتا ہے۔ عصب نمخ (circumflex) کو جو کسر کے لیول پر قاعدہ کے گرد ہو کر گزرتا ہے نہایت کثرت سے ضرر پہنچتا ہے۔ شریان اور ورید کو بھی مضرت پہنچ جاتی ہے گو اعصاب کے مقابلہ میں ایسا کم ہوتا ہے۔

297

مذکورہ بالا غیر وضعیت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی اور ایسے واقعات بھی درج میں نہیں نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کا سرا (۱) ابتدائی تبییی طاقت سے آگے کی طرف کو ہٹ گیا تھا یا (ج) عملی طور پر مطلقاً ٹلا ہی نہیں تھا۔

کندھے کے جوڑے بر سے بر۔ عضلہ والیہ سے ایک معیاری بتزی دامن

طیار ہوتا ہے۔ اس کی خوئی اور عصبی رسد موخر منحن (posterior circumflex) عروق اور منحن (circumflex) عصب کی وجہ سے بن 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 سپنس (Spence's method) کے مطابق شنگاف غرابی زائدہ کے سین 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 منتہی سے اوپر مستمر رخ میں عضلہ والیہ پر سے بازو کے موخر اندرونی کنارہ تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ اس مقام تک یہ تمام شنگاف بے روک ٹوک ہڈی تک گہرا دیا جاتا ہے۔ مگر جوہیرا اس شنگاف کو مذکورہ موخر اندرونی کنارہ سے لے کر اس کے انتسابی حصہ سے ملتا ہے، یعنی شنگاف 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 شنگاف یافتہ نہیں ہوتا اس طرح پکڑ سکتا ہے کہ اس کے اوپر کے عروق قابو میں آجائیں اور اس اثنا میں جراح شنگاف کے اٹھلے حصہ کو گہرا کر کے جارح کو علیحدہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد عروق فوقانی عمیق (superior profunda) (بازو کی عمیق ثریان) کے مبداء سے نیچے کاٹ دئے جاتے ہیں۔ عضلہ صد کیہ کبیرہ کا منتہی اس شنگاف سے کٹ جاتا ہے جو عضلہ والیہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا گیا تھا اور علی ہذا عضلہ رضیہ پھر یہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدلبو کبیرہ (teres major) بھی کٹ جاتے ہیں۔ عضلہ مدلبو صغیرہ، زیر شوکی عضلہ، فوق شوکی عضلہ اور زیر کتفی عضلہ کیسہ سے منقسم ہوتے ہیں اور ہڈی کے سر کو علیحدہ کرنے کے لئے اس کے ساتھ ہی کاٹ دئے جاتے ہیں۔ کیسہ کا ربرین حصہ اور شیشہ لرؤس کا طویل سر ذراعیہ کو قب سے بالائی زخم میں سے باہر نکالنے کے بعد کاٹے جاتے ہیں۔

کندھے کے جوڑے کے مرض میں ذراعیہ کے سر کا استیصال کرنے کے لئے

شنگاف ذوراسین کے فوق و قبی سر کے ساتھ ساتھ دیا جاتا ہے اور شنگاف کو اور گہرا کر دیا جاتا ہے حتیٰ کہ اس کا وتر جوڑ میں معرا 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 مدلبو صغیرہ کے نتہاؤں کو حدیہ عظیم سے زیر گرد و عنقی

طور پر علحدہ کر دیا جاتا ہے اور پھر بازو کو باہر کی طرف گھما کر زیر کتفی عضلہ کی چسپیدگی کو حدیثاً 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 نرلابی خشاکاٹ کر علحدہ کر دی جاتی ہے۔ اس کے بعد کیسہ کی اس بھری 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 نمو طولاً پیدا ہوتا ہے اس کا ۲ حصہ بالائی برابانی 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

بازو

(ARM)

299

بازو یا بالائی بازو (upper arm) یا عضدی خط 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 چھپا اور آگے کی طرف کو غیر متناسب طور پر ابھلا ہوتا ہے (عضلہ ذوراسین)۔ عضلہ ذوراسین کا خاکہ نمایاں ہوتا ہے اور اس کی ہر ایک جانب پر ایک میزب 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 باسیلق (basilic vein) اور عضدی شریان (brachial artery) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ بیرونی میزاب اٹھلا ہوتا ہے اور اوپر کی طرف عضلہ دالیہ کے منہی تک جا کر ختم ہو جاتا ہے اور یہاں تک یہ قیفالی ورید (cephalic vein) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

عضلہ دالیہ کا منہی ایک مشہور امتیازی نشان ہے اور آسانی سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ یہ ذراعہ کی پوری کی بہت صحیح صحیح تصنیف کرتا ہے اور غرابی عضدی عضلہ کے منہی 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 ناحصہ منشور نما حصہ سے ملتا ہے اور جہاں مغزی شریان (nutrient artery) داخل ہوتی ہے۔ اور نیز یہ اس لیول کا متناظر بھی ہوتا ہے جس پر بازو کا عضلی مرغوی (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 ذراعین 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۔ اسکے زیرین ایک تہائی حصہ کے پیچھے ذراعیہ واقع ہوتی ہے اور ضغط کو مؤثر بنانے کے لئے اسکارخ 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 سرفندال کی عقبی جانب تک کھینچا جائے۔ مغزی شریان (nutrient artery) ہڈی میں اسکی اندرونی جانب پر عضلہ دالیہ کے منتہی 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۔

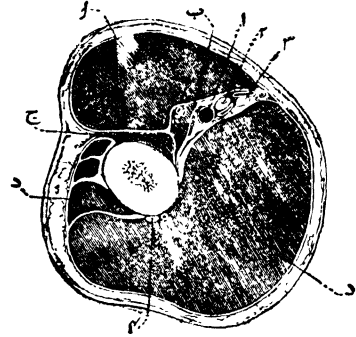
زندگی عصب (ulnar nerve) پہلے عضدی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے اور پھر اس خط کے ساتھ ساتھ جو غزائی عضدی عضلہ کے منتہی کے لیول کے قریب عرق مذکور کی اندرونی جانب سے (اندرونی قندال اور رُج (olecranon) کے درمیانی وقفہ تک کھینچا جائے۔ کلائی کے داخلی یا وسطانی جلدی عصب (medial cutaneous nerve) کا زیادہ تر حصہ اندرونی ذراعین میزب کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) عصب کہنی کے خم میں ذراعین کے وتر کے بیرونی کنارہ پر بیرونی ذراعین میزب یا تجویف میں سطحی ہو جاتا ہے۔ اس میزب کی گہرائی میں دو عصب پاجلتے

ہیں۔ عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری radial) پہلا عضلہ اور اس کے نیچے سے نکلتا ہے اور دوسرا عضدی کعبری عضلہ (brachio-radialis) کے قریبی حصہ کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اس کے ذریعہ سے پوشیدہ ہوتا ہے۔

301

بازو کی جلد کا خاکہ 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 تور میں جلد اپنے ڈھیلے پن کی وجہ سے دستی جز ہی سے ایک کافی حد تک کھینچ جاتی ہے ٹیکلیا کوزی (Tagliacozzi) کے عملیہ میں تاک کو بار دیگر طیار کرنے کے لئے ذورا سین کی مقدم سطح کے اوپر کی جلد ہی سے دامن طیار کیا جاتا ہے۔ اس



شکل ۶۸۔ بازو کے وسط میں سے تعرض تراش۔

(برون : Braune)

(ا) ذوراسین - (ب) غرابی عضدی عضلہ۔

(ج) عضدی عضلہ (مقدم)۔ (د) مثلثۃ الرول

۱۔ عضدی ثریان۔ ۲۔ عصب وسلطی۔ عصب ندی

۳۔ عضلی مرغولی (کعبری) عصب۔

وجہ سے یہ اس طریق کار کے لئے بہت موزوں ہے۔ چونکہ بازو کی جلد کی چسپیدگی زیادہ نہیں ہوتی 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 ملحدہ ہو جاتے ہیں۔ زیر جلدی بافتوں کے ڈھیلے پن کی وجہ سے الہتابی 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 جارحہ ایک عمیق 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 ذراعیہ کے بیرونی اور اندرونی حاشیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں مثبت ہوتی ہے۔ اور یہ فاصلات ایک طرف عضلہ دالمیہ کے انتہی سے لیکر بیرونی یا جانبی سر قندال تک اور دوسری طرف غرابی عضدی عضلہ کے انتہی سے لیکر اندرونی سر قندال 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 الٹھابی اور زنی الطبابت 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۔ الطبابت ایک خانہ میں سے دوسرے خانہ میں ان ساختوں کے ساتھ ساتھ چیکر جو بین عضلی فاصلات کو منقبت کر کے دونوں فضاؤں کے لئے مشترک ہو جاتی ہیں باسانی پہنچ جاتے ہیں اور یہ ساختیں عضلی مروئی اور زنی اعصاب، شریان عمیق (profunda artery) اور فوقانی اور تحتانی زنی مہانبات (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 داخلہ 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 مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور ذوراسین (biceps) آزاد ہوتا ہے۔ لہذا جب ان عضلات کو کاٹا جاتا ہے (جیسا کہ ہتھیں) تو موخر الذکر عضلوں میں قبل الذکر کی نسبت معتدبہ پاز کشی واقع ہو جاتی ہے۔ لہذا مدور ہتھیں سر انجام دینے وقت یہ مناسب ہوتا ہے کہ پہلے ذوراسین کو کاٹ لیا جائے اور جب یہ باز کشیدہ ہو جائے تو پھر عضدی عضلہ مقدم کو کاٹا جائے۔

عضدی شریان (brachial artery)۔ یہ عرق عضلہ کبیر (teres major) کے ذریعہ کنارے پر بغلی شریان کے بلا واسطہ تسلسل کی شکل میں شروع ہوتا ہے اور پیش غرقی خرو (antecubital fossa) میں کبیرہ کی عنق کے مقابل کبیری اور زنی شریانوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔ اسکے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 299)۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ شریان بعض اوقات ایک معتدبہ مد تک ذوراسین عضلات سے آدھ کی ہڈ تک

غرابی عضدی عضلہ سے متزاہب 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) اسکے تقریباً عین سامنے ہوتا ہے اور ذرا اس میں اس پر متزاہب ہوتا ہے اور مثلثہ الرؤس اسکو پیچھے سے سہارا دیتا ہے جب جراح کو یہاں اس شریان کو معرا 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 مثلثہ 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 کہہنی 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 فتہی تک جاتا ہے اور یہاں یہ اسکے عین آگے واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد یہ اسکے اندر کی جانب کو آجاتا ہے اور اٹھایا یہ تعلق آگے بڑھ کر بھی قائم رہتا ہے۔ لہذا عضدی شریان کے منقطع میں عصب وسطی مشکل 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 منتقب کر دیتا ہے۔ زندگی عصب غرابی عضدی عضلہ کے فتہی 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 تراخیوں سے مربوط ہوتی ہیں اور یہ شاخیں اس عرق کو عبور کرتی ہیں اور اس پر عملیہ کرتے وقت بعض اوقات موجب تکلیف ہوتی ہیں۔ مثلث وسطی پر شریان کو باندھنے کے لئے جو شکافات دئے جاتے ہیں اگر وہ بہت زیادہ اندر کی طرف واقع ہوں تو باسلیق ورید کے کٹ جانے کا امکان ہوتا ہے یا زندگی عصب معرا 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 مغزہ کے نقطہ وسطی تک اس حالت میں کھینچا گیا ہو جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہو اور ہاتھ چپ حالت میں ہو اور تکیہ صرف کہہنی کے نیچے ہی رکھا ہو۔ اس طریقہ سے رسائی حاصل کرنے سے عملیہ کن کے سامنے ذرا اس میں 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 موغی 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 نچر طبعی حالتیں پائی جاتی

ہیں وہ اس قدر کثیر وقوع ہیں (۱۲ تا ۱۵ فیصدی بازوؤں میں پائی جاتی ہیں) کہ وہ براہی نقطہ محض
سے اہم ہیں۔ ایک مجانب شاخ (عرق خاظمی: vas aberrans) کا پایا جانا غیر معمولی نہیں
سمجھا جاتا۔ یہ شاخ عضدی شریان کے بالائی حصہ یا بغلی شریان کے پیرین حصہ سے نکلنے سے ہے اور بازو
میں نیچے تک عصب وسطیٰ سے اوپری جاتی ہے اور کبھی شریان میں یا بعض اوقات زندی
میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات عضدی کی جگہ عرق خاظمی (vas aberrans) ہی ہو جاتا
ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں شریان عصب وسطیٰ سے عمیق ہونے کی بجائے اس سے اوپری
پائی جاتی ہے اور عمیق (profunda) یا گہری شریان اور فوقانی زندی مجانب (superior
ulnar collateral) شریان اصلی عضدی شریان کے بقیہ حصہ سے نکلنے لگی۔ یہ اوپری عضدی
عرق بعض اوقات فوق قندالی زائدہ (supracondyloid process) کے نیچے سے
گزرتا ہے اور یہ زائدہ ہڈی کا ایک خطاف دار مر میہ ہے جو گاہے گاہے ذراعیہ سے اس کے
اندرونی سرفقندال 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 عرق دکھائی دیتے ہیں وہ درحقیقت کبیری اور زندی ہوتے
ہیں۔ بعض اوقات شریان عضدی اپنے طبعی محل پر منقسم ہوتی ہے اور دوسرا عرق بین العظامی
ہوتا ہے جو بازو کے پیرین حصہ میں شریان زندی سے نکلنے کے بجائے بازو کے بالائی حصہ میں
عضدی ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرے واقعات میں جو عرق نظر آتے ہیں انہیں ایک طبعی
عضدی ہوتا ہے اور ایک عرق خاظمی (vas aberrans)۔ اگر عملیہ بندش کے لئے سرانجام دیا
جا رہا ہو تو دونوں شریانوں کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کبیری: radial) عصب کو ہڈی سے

جس کو یہ عضلہ والیہ کے منتہی پر عبور کرتا ہے قریبی تماس رکھنے کی وجہ سے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے اور نیشق ہو جاتا ہے۔ چنانچہ شدید کوفٹنگوں میں لات اور بول بگنے اور گھوڑوں کے کاٹنے سے اور نیز ذراعیمہ کی پوری کے کسر میں اسے بہت کثرت سے نقصان پہنچ چکا ہے۔ یا ایسا ہوتا ہے کہ یہ عصب کسر کے وقت صحیح و سالم ہوتا ہے اور بعد میں دُشْبَذ (callus) سے امقدر متاثر ہو جاتا ہے کہ وہ حصے جھکو یہ رسد پہنچاتا ہے شلول ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کی قید سے اسکو آزاد کرنے کے لئے طولانی شکاف موزوں ہوتا ہے، جو بازو کی پشت پر اسکے سین درط میں دیا جاتا ہے جبکہ کہنی خمیدہ ہو اور کلائی چھاتی پر رکھی ہو۔ اس قسم کے نصاب کو گہرا کرنے سے یہ عصب ثلاثہ اڑوس کے اندرونی اور طویل سروں کے درمیان عضلی مرغولی میزاب میں فوقانی عمیق (superior profunda) ثریان کے ساتھ پایا جائے گا۔ کئی ایک مثالوں میں یہ عصب ان آدمیوں 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 حکما زوں 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 جو تنا 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 فعل سے نہایت کثرت سے ٹوٹی ہے۔ مومن الذکر کی مثالوں کے طور پر گیند یا بمب کا چھینکنا یا کرنے سے بچنے کے لئے کسی سہارے کا بچرانا اور قوت کی وہ آزمائش جو کلائی مڑاؤنے (wrist-turning) کے نام سے موسوم ہے پیش کی جا سکتی ہے۔ جب یہ ہڈی عضلہ والیہ کے منتہی سے اوپر ٹوٹی ہے تو نیچے کا گولہ ذوراسین، مشتتہ الرؤس، اور عضلہ والیہ سے اوپر کی طرف اور مومن الذکر سے باہر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے، اور اوپر کا گولہ ان عضلات سے جو ذوراسین میں میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ جب کسر عضلہ والیہ کے منتہی سے نیچے واقع ہو تو یہ عضلہ اوپر کے کرف کے نیچے کمرے کو باہر کی طرف کو کھینچ لیتا ہے، اور

نیچے کا کنارہ ذورا سین اور مثلثتہ الرؤس سے اس کے اندر کی طرف سے اوپر کو کھینچا جاتا ہے۔ بہر حال قاعدہ یہ ہے کہ بدشکلی کا انحصار کسی عضلہ فعل کی نسبت کا بہر عظم قوت کی نوعیت اور اس کے رخ پر کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ جن بد وضعیوں کا ذکر ابھی کیا گیا ہے یہ بھی مشاہدہ میں آسکتی ہیں مگر عضلہ دالیہ 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 سب اعضاء کو ضرر پہنچنے سے نلہور میں آتا ہے جو ضرر رسیدہ ہڈی، گرد و عظم اور عضلات میں ختم ہوتے ہیں۔ اور کثرت سے روز کے ایک دو سے پر چڑھ جانے کی یہی وجہ ہے۔ یہ معکوس انقباض معدم حس کے زیر اثر غائب ہو جاتا ہے اور اقتراب (apposition) آسان ہو جاتا ہے۔

عدم اتحاد ذراعیہ کے کسر میں دوسری ہڈیوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا

جاتا ہے۔ عدم اتحاد اور اتحاد آجل کا انحصار ثریان مغزی اور محل کسر کے درمیانی تعلق پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ ترتبیت حاصل کرنے میں دقت پیش آنے پر ہوتا ہے۔ اندمال 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 کندرے کہنی کاٹنی اور ہاتھ کے جوڑوں کو غیر متحرک بنانا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ جو عضلات ذراعیہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ ان تمام جوڑوں پر فعل کرتے ہیں۔ لیکن اگرچہ دوسرے جوڑوں کی تثبیت آسان ہوتی ہے مگر کندرے کے جوڑوں کی تثبیت مکمل طور پر حاصل نہیں کی جاسکتی۔ دوسرا اہم سبب یہ ہے کہ کثرت سے سروں کے درمیان عضلہ بافت حائل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس ہڈی کی پوری منصفہ عضلہ ریشوں سے گھری ہوتی ہے اور ان سے قریبی تعلق رہتا ہے۔ چنانچہ ترچھے کسر میں ہڈی کے ٹکڑے کا سوا بعض اوقات عضلہ عضلہ میں گھس جاتا ہے اور دوسرا سرا مثلثتہ الرؤس کے جسم میں جا نکلتا ہے اور اس طرح ہڈیوں میں قیاس واقع نہیں ہو سکتا۔

ذراعیہ کی بالیدگی۔ سترھویں یا اٹھارویں سال کے قریب بھدی برابانی

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۔ ڈیگبائی (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 عضلی ارتفاعات دکھائی دیتے ہیں۔ ایک اوپر کی طرف اور مرکز میں ہوتا ہے جو ذوراسین اور اسکے وتر کا تناظر ہوتا ہے اور دو نیچے کی طرف اور جانبین پر ہوتے ہیں۔ انہیں سے باہر کی طرف کا عضدی کبری عضلہ (brachio-radialis) اور مشترک باسط تودہ کا اور اندرونی عضلہ کا بہ مدظلہ (pronator teres) اور خم کن عضلات کے مشترک گروہ کا تناظر 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 ترین حصے پر سے ایک دوسرے سے متحد ہو جاتے ہیں۔ اور اس طرح ان سے وی (V) کی شکل کا ایک انحنافض پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۶۹)۔ ان تقابل کی وضاحت کا انحصار افراد کی لاغری اور انکے عضلی نمبر ہوتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندر کے میزاب میں عصب وسطی، شریان عضدی اور اسکی رفیق ویدیں پائی جاتی ہیں اور بیرونی میزاب کے نیچے عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کبری radial) عصب

اور عمیق (profunda) شریان مہ صغیر کبری باز گرد عروق کے گہرے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا وتر بالعموم واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسکا بیرونی کنارہ اسکی اندرونی کور کی 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 مسترماً عبور کرتی ہے اور یہ کہنی کا شکن کہلاتی ہے۔ یشکن خط مستقیم نہیں ہوتا بلکہ نیچے کی طرف کو محذب ہوتا ہے اور خط مفصل سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکے باہمی سرے دونوں سرفندالی فراز است کی چوٹیوں کے تناظر ہوتے ہیں۔ کہنی کے عقبی خلوع میں ذراعیہ کمانچہ کا سرا اس شکن سے تقریباً ایک انچ نیچے معلوم ہوتا ہے۔ مگر ذراعیہ کے ان کسور میں جو سرفندالوں کے عین اوپر واقع ہوں یشکن یا تو اس ارتفاع کے جو اوپر کے کمرے 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۔

ومی (V) کی شکل کے نشیب کے راس پر اُس 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 و 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) سرفندال سے ذرا اوپر موثر زندگی وریڈ سے ملتی ہوئی جس سے باسلیقتی تنا بنجاتا ہے دیکھی جاسکتی ہے۔ وسطی قیفالی (median cephalic) ذوراسین کے بیرونی حاشیہ پر کے میزاب میں سے گزر کر خارجی (جانبی) سرفندال کے لیول پر کبری وریڈ سے مل جاتی ہے اور اس اتحاد سے قیفالی وریڈ بنتی ہے۔

عضدی شریان اُس خط کے وسط سے جو ایک سرفندال سے دوسرے سرفندال تک کیسینا جائے ایک انچ نیچے دو حصوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ اس کا نقطہ تقسیم کبری وریڈ 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 وغیرہ واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے“ (Chien: چین)۔ دونوں سرفندالوں کی چوٹیاں ہمیشہ محسوس کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی سرفندال دونوں میں سے زیادہ نمایاں اور کم گول ہوتا ہے

ذرا عیبی کعبہ کی اصل خط افقی میں ہوتا ہے۔ مگر ذرا عیبی زندگی مفصل ترجیحاً ہوتا ہے اور مفصلی سطی نیچے کی اور اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہیں۔ اسی وجہ سے خارجی سرفقندال مفصلی خط سے صرف پانچ (۸ ملی میٹر) اونچا ہوتا ہے۔ مگر اندرونی سرفقندال کی چوٹی اس حصہ سے ایک انچ (۲۸ ملی میٹر) سے زائد اونچی ہوتی ہے (پولٹ: Paulet)۔ زندا اور ذراعیہ کے درمیان کی مفصلی سطیوں کے میلان کا یہ نتیجہ ہے کہ بسط کردگی میں کلائی بازو کے خط مستقیم میں نہیں ہوتی۔ بلکہ اس کے ساتھ ایک زاویہ ”حادثہ“ بناتی ہے جو باہر کی طرف کو کھلتا ہے۔ چنانچہ جب کلائی سے تمام جارحہ اعلیٰ پر جڑ کا عمل کیا جاتا ہے تو کچھ قوت باسط لازمی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ لہذا ایسے جڑ کو کہنی سے لگانا چاہئے، جیسا کہ دست و رزی سے کندھے کے ضلع کی ترجیح کرنے میں بالعموم کیا جاتا ہے۔ دونوں سرفقندالوں کے درمیان کہنی ہوا خط بازو کے محور سے زاویہ قائمہ ہوا 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 سرفقندال ایک ہی لیول پر دکھائی دیتے ہیں لیکن اگر ہم انھیں کلائی کی طرف سے دیکھیں تو اندرونی سرفقندال خارجی زائدہ کی نسبت زیادہ اونچے لیول پر نظر آتا ہے۔

کہنی کا مفصلی خط دونوں قندالوں کی چوٹیوں کے درمیان کے پورے خط کی چوڑائی کے صرف دو تہائی حصہ کے برابر ہوتا ہے (شکل ۱، صفحہ ۳۲۲)۔

کہنی کی پشت پر رُج (olecranon) کا ارتفاع ہمیشہ واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ بیرونی سرفقندال کی نسبت اندرونی سرفقندال 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 سرفقندالوں کو ملاتا ہے۔ جب کلائی بازو سے زاویہ قائمہ پر ہوتی ہے تو اس زائدہ کی نوک سرفقندالوں 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 سرفقندال کے درمیان ایک نشیب ہوتا ہے جس میں زندگی معصب اور نلہری (موضی زندگی باز گرد [dorsal (posterior) ulnar recurrent]) شریان پائی جاتی ہے۔

رُج (olecranon) سے باہر کی طرف اور خارجی سرفقندال 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 سرو اور کعبہ کی ذرا عیبی

جوڑ (radio-humeral joint) محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور ان دونوں میں ہڈی کو پٹ اور چب حالت میں گردش دینے سے بخوبی تمیز کی جاسکتی ہے۔ یہ گڑھا اس جوف کا متناظر ہوتا ہے جو عضلہ رفقیہ (anconeus) کے بیرونی کنارہ اور اس عضلہ فراز کے درمیان واقع ہوتا ہے جو رستہ کے دونوں کعبی باسط عضلات اور عضلہ کعبی (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 مین نیچے کعبہ کا متناظر ہوتا ہے اور یہ اس مفصل کے لئے مفید رہتا ہوتا ہے۔ کہنی کے جوڑ کی اوپر کی حد اس خط تک پہنچتی ہے جو دونوں سرقندالوں کے درمیان کیمنچا گیا ہو۔ کعبہ کا حدیہ اگلے سر کے مین نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ جارہ انتہائی اکباب کی حالت میں ہو۔

کہنی کی سامنے کی طرف کی جلد باریک اور نازک ہوتی ہے اور یہ کسک بندھی ہوتی ہے اور جیروں کے نامناسب استعمال سے باسانی چھل جاتی ہے۔ جلد کے باریک ہونے کی وجہ سے ماتحت وریدیں اس میں سے باسانی 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 بگل دکھائی نہیں دیتیں اور فصد کے لئے جو معمولی ذرائع اختیار کئے جاتے ہیں ان سے ان کا نماں بنانا مشکل یا ناممکن ہوتا ہے۔

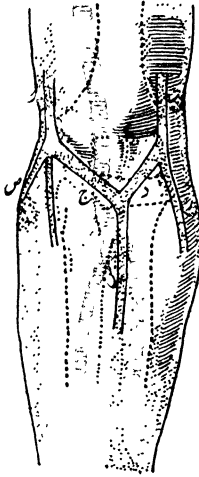
کہنی کے سامنے کی طرف کی سطحی وریدوں میں جو ایم (M) کی شکل کی ترتیب پائی جاتی ہے وہ معروف ہے۔ لیکن یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ یہ ترتیب ہمیشہ نہیں پائی جاتی (شکل ۶۹)۔

سطحی ورید و سطحی قیفالی اور سطحی باسلیق وریدوں میں ذوراسین کے

وتر کے باہر کی طرف منقسم ہو جاتی ہے اور اسلئے موخرالذکر ورید اس وتر اور عضلہ ثریان اور اسکی وریدوں اور سطحی عصب کے سامنے سے گزرتی ہے۔ ان ساختوں سے یہ ذوراسین ردا کے ذریعہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ سطحی باسلیق ورید بعض اوقات عضلہ ثریان کو دفعہ عبور کر لیتی ہے اور اس سے سوائے مقام تقاطع کے مقابلہ بے تعلق رہتی ہے یا یہ کچھ فاصلہ تک ثریان کے مین 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 جمامت کا تعلق ہے و سطحی باسلیق ان وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی ہوتی ہے۔ اسکے بعد و سطحی قیفالی کا نام آتا ہے

اور وسطی خود تیسرے درجہ پر ہوتی ہے اور زندگی اور کبیری وریدیں اس سلسلہ میں سے سب سے چھوٹی

ہوتی ہیں۔ ان وریدوں میں بہت سی غیر طبعی ممالیہ 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 جارحہ کی زندگی جانب کی وریدوں میں کبیری جانب کی وریدوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ چنانچہ کبیری ورید یا وسطی قیفالی ورید یا دونوں ہی عام طور پر یا تو بہت ناقص المنہ ہوتی ہیں اور یا بالکل معدوم ہوتی ہیں۔ اگرچہ وسطی با تسلیق ورید عضدی شریان سے علاقہ بھی رکھتی ہے لیکن فصد اور نقل الدم اور مصلوب اور جدیرتوں کے درون وریدی شریا



شکل ۶۹ - بائیں کہنی مسانے کی طرف سے -
 ۱ - با تسلیق ورید - ج - قیفالی ورید - ج - زندہ
 پر وسطی با تسلیق ورید کی طرف اشارہ کرتا ہے -
 ۲ - کبیرہ پر وسطی قیفالی ورید کی طرف اشارہ کرتا
 ہے - ۳ - کبیری ورید - ۴ - وسطی ورید - ۵ -
 موخر زندگی ورید - عضدی شریان وسطی با تسلیق ورید
 کے پیچھے سے گزرتی ہے اور کبیرہ کی گردن کے اندر
 کی طرف کبیری 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 - ذرا آسانی سے
 ورید کشگانی (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 - دہلے اشخاص میں وسطی با تسلیق ورید کو ماتحت شریان سے بعض اوقات - نمضانات و مولی
 ہوتے رہتے ہیں - ایک مشاہدہ کا یہ خیال ہے کہ اس ورید کی دیوار میں اکثر اتنی موٹی ہوتی ہیں جتنی کہ

مابضی (popliteal) ورید کی ہوتی ہیں۔ نزدیکی، کجبری اور وسطی وریدوں کی فصد کھولنے پر شاز و نادر ہی خون کی کافی مقدار نکلتی ہے کیونکہ یہ عمیق وسطی ورید کے مقام اتصال سے نیچے واقع ہوتی ہیں اور اسلئے انہیں جارحہ کی 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 کارولاج عام تھا کہہنی کے خم پر شریانی وریدی انور سما اکثر بنجا یا کرتا تھا۔ چونکہ بڑے بڑے عروق لف انہی وریدوں کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور نیز ورید شگافی کے دوران میں ان میں سے بعض مجروح ہونے سے شاز و نادر ہی بچتے ہیں اسلئے اس عملیہ کے لئے جو طریقے اختیار کئے جاتے ہیں انہیں اگر صفائی کا لحاظ نہ رکھا جائے تو مادہ 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 سر قندال کے سین اور پر ایک لمفی (فوق رفتی: supracubital یا بر بکری: epitrochlear) غدہ ہوتا ہے۔ اس میں پیش بازو کی اندرونی طرف کے بعض سطحی عروق لف داخل ہوتے ہیں اور اندر کی دو بائین 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 نہہ ہے۔

اسی محل پر گاہے گاہے ذراعیہ کی اندرونی جانب کی ایک بروں بالید پیدا ہوتی ہے۔

فوق قندالی زائدہ (supracondyloid process)۔ عضدی شریان اونیز

وسطی مصب بھی بعض اوقات اس زائدہ 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 تو دوں کے درمیان مضبوط ہو جاتی ہے اور کجبری نبض میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے اور بعض اوقات یہ بند بھی ہو جاتی ہے۔ کہہنی کے خم کے انور سماؤں 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 چوٹی ہو جاتی ہے اور کجبری نبض میں تخفیف ہو جاتی ہے۔

بیش بسط کر دگی میں جبکہ ممکن ہے کہ نُرَج (olecranon) بھی کمسور ہو گیا ہو۔ نبض پونہچے پر بند ہو جاتی ہے۔ اس قسم کی کہنی کی جو خمیدگی کی حالت میں استوار ہو گئی تھی زور سے بسط کر دگی کرنے میں عضدی شریان نشق ہو چکی ہے۔

زندگی 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 میزاب میں سے گزرتا ہے اور اسکے اوپر یعنی بافت کا ایک پُل ہوتا ہے جو اسکی غیر وضعیت کو مانع آتا ہے۔ اس عصب کا اندرونی سرقندال کے سامنے سے گزرنا 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 (کواین : Quain)۔ جب زندگی عصب کو (تشدیدگی 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۔

زندگی عصب کو ضرر پہنچنے کے نتائج پر صفحہ 372 پر بحث کی گئی ہے۔

کہنی کا جوڑ (elbow-joint)۔ اس جوڑ کی ملاقت کا انحصار اتنا رباہات یا

عضلات پر نہیں جتنا کہ عظمی سطحوں کی باہمی موافقت پر ہے۔ نُرَج (olecranon) اور اعلیل نما زائدہ کے تعلقات ذراعیہ 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 کر دگی اور بسط کر دگی ہی پائی جاتی ہے۔ یہ حرکتیں ترجیحی واقع ہوتی ہیں لہذا خم کر دگی میں کلائی اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے اور ہاتھ کو ترقوہ کے وسطی ثلث کی طرف لاتی ہے۔ اگر مفصلی نط میں ترچہ چاں نہ پایا جاتا تو ہاتھ کو اسی طرف کے کندھے پر چپا رکھنا ممکن ہوتا۔ لیکن اس حرکت کا عمل میں لانا صرف جوڑ کے بعض استیصالا کے بعد ہی ممکن ہوتا ہے، کیونکہ اس عملیہ میں مفصلی سطحوں کو ترچہ رخ باردیگر نہیں دیا جاتا۔ انتہائی بسط کر دگی میں جہاں تک زند اور ذراعیہ کے جانبی سطحوں کا تعلق ہے زند تقریباً ذراعیہ کی سیدہ میں واقع ہوتی ہے اور انتہائی خم کر دگی میں دونوں ہڈیوں کے درمیان ۳۰ تا ۴۰ درجہ کا زاویہ بنتا ہے۔

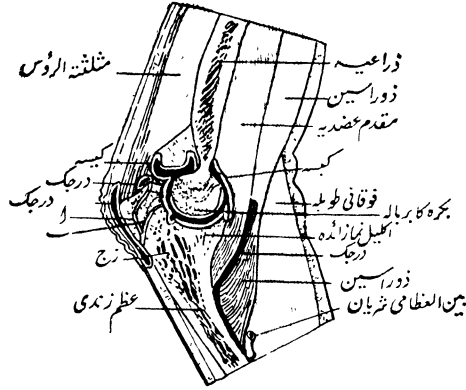
جو عضلات کہنی کے جوڑ پر عمل کرتے ہیں انہیں سے بعض جراح کے لئے خاص دلچسپی رکھتے ہیں جسکی وجہ یہ ہے کہ قرب و جوار کے کسور کے علاج کے دوران میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ چنانچہ لعظمی التهاب عضلہ (myositis ossificans) کے عضلہ عضلہ یہ مقدم (brachialis anticus) میں پیدا ہونے کا خاص میلان پایا جاتا 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 ولکمپن کے وقف الدمی شلل اور تقبض (Volkman's ischaemic paralysis and contracture) کے خاص طور پر سرعت سے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے جبکہ کہنی مکمل خم کر دینی کی حالت میں مضبوطی سے باندھ دیگئی ہو یا کلائی پر کسکر جبرہ لگا دیا گیا ہو۔ درم سے پٹی کے کس جانے کے خطرہ کا خیال رکھتے ہوئے جراح کو اپنی دستکاری کا سے لیکر ۸ گھنٹے گزرنے کے بعد ملاحظہ کرنا چاہئے یہ میوفیلیا کے ایک مریض لڑکے میں (سی سی جی اس) نے کہنی کے خلع کے بعد وقف الدمی شلل (ischaemic paralysis) کو ظاہر ہوتے دیکھا ہے اور اسکے ساتھ بافتوں میں بہت سائزنی انصباب بھی موجود تھا۔ اس واقعہ میں کوئی پٹی یا جبرہ استعمال نہیں کیا گیا تھا۔

درجیں (bursæ)۔ رُج کے اوپر کی عظیم زیر جلدی درجک اکثر کلائی یافتہ 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 منہلی پر اسکے اور لہڈی کے درمیان ایک درجک 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 ملی ہے جس میں اس درجک میں مزمن کلائی پائی جاتی تھی اور وسطی عصب اور ظہری بن العظامی اعصاب (dorsal interosseus nerves) پر اسکا دباؤ پڑنے کی وجہ سے کلائی کی قوت زائل ہو گئی تھی (ایگنیو: Agnew)۔ مثلثیہ الرؤس کے منہلی پر بھی ایک درجک ہوتی ہے (شکل ۷۰)۔

کہنی کے جوڑے کے رباطات میں سے مقدم اور موخر رباطات مقابلہ پتلے ہوتے ہیں اور اس مفصل کے مرض میں جوڑے کے اندر جو سیال ہوتا ہے اسکے دباؤ سے خاصکر موخر رباطات کو جاب

دیدیتا ہے (شکل ۷۰)۔ دراصل جانی (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 رکھتا ہے بلکہ اگر گلانی کو بازو سے باہر کھینچنے کو



شکل ۷۰۔ کہنی کے جوڑے کی انتہائی تراش۔

رُج اور کبرہ کے بر بالی خطوط سرخ دکھائے گئے ہیں۔ جو نصف بسط کردگی کی حالت میں ہے۔

۱۔ رُج کا عام کلاہ نما بر بال جس سے مشلتہ الرؤس چسپیدہ ہوتا ہے۔ جب بر بال جگا ہے گا ہے پلایا جاتا ہے اور جس سے رُج کا بالائی ایک تہائی حصہ بنتا ہے۔ مین درجہ کی دکھائی گئی ہیں۔ رُج کے اوپر۔ مشلتہ الرؤس کے منہجے کے نیچے اور ذوراسین کے منہجے پر۔ (عضلہ بالمح طولیہ = عضلہ عضدیہ کعبیہ)۔

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 زمانہ کے کسر کی حالت میں یہ کھڑوں 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 زللابی کھنڈ یہاں سطح سے قریب ترین ہوتا ہے اور موثر رباط ڈھیلا ڈھالا اور پتلا ہوتا ہے۔ نیز کجبری ذراعیتی مفصل کے خط پر بھی کیس قدر ورم جلد ہی دیکھنے میں آجاتا ہے اور اس مقام پر توج کا پایا جانا انصبا مفصل کو مثلثہ الرُوس کے نیچے کی درجہ کی سادہ کلائی سے تیز کرتا ہے عینی ورم مقدم رباط کے پتلا ہونے کی وجہ سے جوڑ کے سامنے عضلہ عضد یہ 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 زللابی غشا کو اندر کی طرف ابھرنے سے باز رکھتی ہے۔

جب اس جوڑ میں قیغ پیدا ہو جاتا ہے تو پیپ اوپر کی اور نیچے کی طرف ذراعیہ اور مثلثہ الرُوس کے درمیان چلکر سطح تک نہایت آسانی سے پہنچ جاتی ہے اور اسلئے خراج کا منہ عام طور پر اس عضلہ کے کسی ایک کنارہ پر بن جاتا ہے۔ بعض اوقات پیپ سامنے کی طرف عضلہ عضد یہ 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 (برون : 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 محکوس تراش سے پیدا ہوئی ہو یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ اس مفصل کے تمام اعصاب خاصکر عضلی مرغولی (musculo-spiral) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اس پر نفل 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 متناظر حصوں میں کلائی کے ساتھ ساتھ اور انگلیوں میں شدید درد محسوس ہوتا ہے۔

کبیرہ کا بالائی ربالہ اور ذراعیہ کے زیرین ربالہ کا بیشتر حصہ دروں زللابی ہوتا ہے یعنی یہ جوڑ کے کیسہ کے اندر آجاتے ہیں (شکل ۷۱)۔ زندہ کے بالائی ربالہ 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 بلحاظ کثرت وقوع) - (۲) صرف کعبہ کے خلوع یا تو آگے کی طرف، یا پیچھے کی طرف اور یا باہر کی طرف (علی الترتیب بلحاظ کثرت وقوع) - (۳) صرف زند کا خلوع پیچھے کی طرف -

ان مختلف الانواع خلوع کے سلسلہ میں بعض عمومی تشریحی امور کا تمہیداً 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 بڑی حرکتیں اسی رخ میں واقع ہوتی ہیں اور ذراعیہ کی مفصلی سطح آگے سے پیچھے کی طرف کونستہ چھوٹی ہوتی ہے - بخلاف اسکے کہنی میں طبعی طور پر کوئی جانبی حرکت نہیں پائی جاتی اور اس مفصل کا عرض ایک جانب سے دوسری جانب تک معتدبہ ہوتا ہے - مقدم موخر بالمات کمزور اور جانبی (مجانب) رباطات مضبوط ہوتے ہیں -

(ب) کھلائی کی دونوں ہڈیاں اکیلی کعبہ یا اکیلی زند کی نسبت زیادہ

کثرت سے مخلوع ہوتی ہیں - اس امر کا انحصار ایک طرف تو کعبہ اور زند کے باہمی رباطی تعلق پر ہے اور دوسری طرف ذراعیہ اور کعبہ کے اس قسم کے باہمی تعلق کی عدم موجودگی پر - مردہ موضوع میں پیش بازو کی دونوں ہڈیوں کو مخلوع کرنا مشکل نہیں ہوتا - مگر کعبہ کو زند سے بافتوں کو زیادہ توڑنے یا پھاڑنے کے بغیر علیحدہ کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے -

(ج) کٹھی دونوں ہڈیوں کا عام ترین خلع 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 اکیلی نما زائدہ اور موخر الذکر میں بڑا اور خمدار رُج مزاحم آتا ہے - اسی قسم کے اسباب کی وجہ سے باہر کی طرف کا خلع اندر کی طرف کی غیر وضعیت سے کم نادر ہے کیونکہ ذراعیہ کی مفصلی سطح اندر کی طرف سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو ہائل ہوتی ہے اور اسلئے اس حصہ میں بنیادہ رکاوٹ

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 حد 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 وجہ یہ 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 نارباط (annular ligament) کا موخر حصہ مقدم حصہ کی نسبت زیادہ ہو جاتا ہے۔ اکیلی زند کا خلع پیچھے کے رخ میں واقع ہوتا ہے اور اسکے وجہ معلوم ہی ہیں۔

جلا اقسام کے خلوع جزوی بھی ہوتے ہیں اور کمل بھی۔ جب یہ مقدم موخر رخ میں واقع ہوتے ہیں تو بالعموم کمل 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 نرج (olecranon) کی چوٹی جو ذراعیہ پر دباؤ ڈالے ہوتی ہے دوسری قسم کے بیرم کے نصاب کا کام دیتی ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سیننی (sigmoid) یا نیم گولی (semilunar) کٹاؤ بکرہ سے دور ہٹ جاتا ہے۔ کلائی 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 سروٹوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ ماہل گین (Malgaigne) کی یہ رائے ہے کہ سروٹوں 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 کلائی کو اندر کی طرف کو مروڑا جائے۔ اس طرح داخلی جانبی رباط پھٹ جاتا ہے اور اکیلی نما زائدہ ذراعیہ کے نیچے

819

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۔ غلطی کی مکمل حالت میں اکتلیل نما زائندہ زجی حفرہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور یہ اس جوف میں مشمل ہی سے داخل ہوتا ہے (جیسا کہ بعض اوقات بیان کیا جاتا ہے) کیونکہ یہ زائد اور کعبہ 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 ریدہ ہو جاتے ہیں اور موخر اولیٰ رابطات خارج ہوتے ہیں۔ ذراعین ذراعیہ کے بیرون سرے پر سے کھینچ جاتا ہے اور اوسط درجہ تک تنیدہ ہو جاتا ہے۔ عضلہ عضدیہ بہت تنجا ہے اور انٹریپٹ جاتا ہے۔ سرفقیہ (anconeus) بھی تنیدہ ہو جاتا ہے۔ وسطی اور زندگی اعصاب بھی بعض اوقات حد سے زیادہ کھینچ جاتے ہیں۔

۲۔ کعبہ کی مقدم غیر وضعیت۔ یہ ہڈی کو پیچھے کی طرف سے بلا واپس

چوٹ پہنچنے یا انتہائی اکباب (pronation) یا بسط کردہ اور کتب ہاتھ کے بل گرنے سے پیدا ہوتی ہے۔ مقدم خارجی اولیٰ رابطات پھٹ جاتے ہیں۔

کہنی کی موج ('کچی ہوئی کہنی') (pulled elbow)۔ ۵ سال سے کم عمر کے

بچوں میں جارحہ کو بطور حالت میں زور سے کھینچنے سے بعض اوقات کعبہ و طقنہ رابطہ میں سے نیچے کی طرف کو پھسل جاتی ہے اور یہ رابطہ اوپر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جہ کہنی کے عضلات کو معمولی معکوس انقباض کے لئے وقت لینے سے پیشتر ہی ٹل میں آ جاتا ہے۔ لہذا جب بچہ ہاتھ سے بزد کر اور اٹھایا جاتا ہے تو تمام وزن عضلات کی بجائے کہنی کے رابطات پر پڑتا ہے اس قسم کے غلطی کی مزاحمت کرنے والے رابطات صرف یہی ہیں، (۱) ترچھا زندگی کعبہ رابطہ (۲) طقنہ رابطہ کے برین ریشے جو سسر کو پکڑے ہوئے ہیں۔ کب حالت میں کہنی کو خمیدہ کرنے سے مذکورہ رابطہ اپنے طبعی محل پر آ جاتا ہے۔

ذراعیہ کے نیچے کے سرے کے سورا۔ یہ مندرجہ ذیل ہیں، (۱) سرفقیہ

میں اوپر کا ایک کسر۔ (۲) ٹی (T) کی شکل 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 برالہ 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 حفرة زُج کے ذرا اوپر جہاں ذراعیہ 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 دفعۃً گھس کر شائد فائدہ کے سرے کی طرح عمل کرتی ہے اور اس کسر کے پیدا کرنے میں ایک اہم فعل سر انجام دیتی ہے۔ نیچے کا کھرا پیش بازو کی ہڈیوں کے ساتھ ہی ثلثۃ الرؤس کی وجہ سے عام طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور اسی عضل اور ذوراسین اور عضلہ عضدیہ کی وجہ سے اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے۔ وسطی اور زندگی 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 انتہائی کسر بھی موجود ہوتا ہے جو جوڑے کے اندر تک جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کا کھرا دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت دیسی ہی ہوتی ہے۔ یہ کسر عام طور پر خمیدہ کہنی کے بل کرنے سے پیدا ہوتا ہے اور یہاں بھی یہ ممکن ہے کہ زُج کا سر اوہی فائدہ کے طور پر کام کرتا ہو اور کسر پیدا کر دیتا ہو اور نیز زند کے ہلانی کٹاؤ کے وسط پر جو نمایاں حید ہوتا ہے وہ دوسرے فائدہ کا کام دیتا ہو اور جوڑے کے اندر تک کا مستعرض کسر پیدا کرتا ہو۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ مناسب ہے کہ ذراعیہ کے بعد می 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 کیسہ کے باہر واقع ہوتے ہیں اور قندالی حصے اس کے اندر تک چلے جاتے ہیں۔

۲۔ داخلی یا وسطانی قندالی حصہ کے کسر میں خط مفصل بالعموم

وسطی سرفندال کی نوک کے نصف انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے (اور اسلئے یہ جوڑ سے باہر ہوتا ہے) اور زج اور اکلیل نما حفرہ میں سے باہر کی طرف کو ترچے رخ میں گذر کر بکری سطح کے مرکز پر سے ہوتا ہوا مفصل کے اندر داخل ہو جاتا ہے (ہیملٹن: Hamilton)۔ یہ کھڑا اکثر اوپر کی نیچے 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 فصل 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 کبجہ کے لئے ہوتی ہے جوڑ میں داخل ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت خفیف اور تغیر پذیر ہوتی ہے۔

۵۔ خارجی سرفندال کا کسر اسکے منغیر الجسامت ہونے کی وجہ سے

شاذ و نادر ہی مکن ہوتا ہے۔ گرد اخسلی یا وسطانی سرفندالوں کے کسر کافی عام ہوتے ہیں اور جوڑ غیر متاثر رہتا ہے (شکل ۷)۔ یہ سرفندال ایک علئدہ 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 عضنی فعل سے علئدہ ہو سکتا ہے۔ چونکہ یہ کشیف صغاتی ریشوں سے پوشیدہ ہوتا ہے اسلئے عرض 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 زائدہ کی نوک سے نکلتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں زندگی عصب کو جو اس زائدہ کی دوسری طرف پر واقع ہوتا ہے اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے

۶۔ نیچے کا برالہ (شکل ۷)۔ ذراعیہ کے غضروفی زیریں سرے میں چار تعظمی مرکز

ظاہر ہوتے ہیں جو مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) ایک تار کچھ (capitellum) اور بکرہ (trochlea) کے جانبی نصف کے لئے۔ ۲ ۱/۲ سال پر۔ (۲) داخلی 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۔ ذراعیہ کے تین سرے کی مفصلی سطح میں یہ ایک غیر معمولی خاصہ پایا جاتا ہے کہ اس میں دربالہ کا کچھ حصہ شامل ہوتا ہے، کیونکہ موٹالہ لنگر کی ایک پتلی سی دبی بکرہ اور اخسلی

سرقندال کے درمیان حائل ہوتی ہے۔ تارکچی، بکری اور خارجی سرقندالی مراکز تقریباً سن بلوغ پر متحد ہوتے ہیں، اور ان سے اصلی بر بالہ بنتا ہے۔ اور یہ تودہ جو اس طرح ظاہر ہوتا ہے قسمتاً سترھویں سال پر پوری سے مل جاتا ہے۔ داخلی سرقندالی بر بالہ انٹھارویں یا انیسویں سال تک علحدہ رہتا ہے، اور اسلئے بر بالی خط دو حصوں پر منقسم پایا جاتا ہے، اور اس کی تشکیل بے قاعدہ ہوتی ہے۔ یہ جوڑ کے کیسے کے اندر

اور باہر دونوں طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱۷)۔

اور اسکا اصل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے

جو خارجی سرقندال کے اوپر کے کنارہ سے لیکر

داخلی سرقندال کے زیرین کنارہ تک کھینچا جائے۔

زیرین بر بالہ پوری سے ۱۷ سال کی عمر پر ملتا ہے۔

چنانچہ ۱۷ سال کے بعد ہڈی 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 اطلاع

وصول ہوئی ہے جن میں سولہ سال کی عمر سے پہلے

نیچے کے بر بالہ کو اور بیس سال کی عمر سے پیشتر اوپر

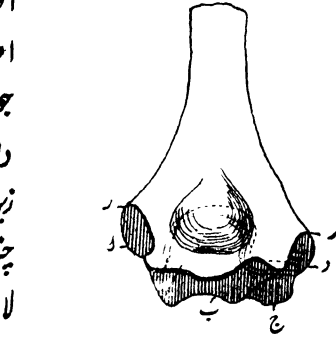
کے بر بالہ کو چوٹ آنے سے جارحہ کی بالیدگی نمایاں طور پر بند ہو گئی تھی۔ چونکہ بر بالی خط کا زیادہ

حصہ کیسے کے اندر ہوتا ہے اسلئے بعد تودہ کے علحدہ ہوجانے سے اسکے پیچھے کی طرف ذرا منکرجا

کے علاوہ اور کوئی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی۔ لیکن جس حالت کو نیچے کے بر بالہ کی علحدگی کہا جاتا

ہے، اور وہ عام طور پر دیکھنے میں بھی آتی ہے وہ اکثر حقیقت میں بر بالی حصہ کے عین اوپر

سے پوری کا کسر ہوتا ہے۔ مگر کم عمر بچوں میں ہر ایک بر بالہ اور خاص کر وہ بر بالہ جو داخلی سرقندالی



شکل ۱۷۔ ذراعیہ کا زیرین بر بالہ پیچھے کی طرف سے۔

۱۔ داخلی سرقندال کا مرکز۔ ب۔ ج۔ ۵۔

متحدہ مراکز بکرہ، تارکچی اور خارجی سرقندال کیلئے۔

۳۔ ۴۔ بر بالی خط۔ کیسے کی چسپیدگی سرخ

خطوط سے ظاہر کی گئی ہے۔

کے بر بالہ کو چوٹ آنے سے جارحہ کی بالیدگی نمایاں طور پر بند ہو گئی تھی۔ چونکہ بر بالی خط کا زیادہ حصہ کیسے کے اندر ہوتا ہے اسلئے بعد تودہ کے علحدہ ہوجانے سے اسکے پیچھے کی طرف ذرا منکرجا کے علاوہ اور کوئی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی۔ لیکن جس حالت کو نیچے کے بر بالہ کی علحدگی کہا جاتا ہے، اور وہ عام طور پر دیکھنے میں بھی آتی ہے وہ اکثر حقیقت میں بر بالی حصہ کے عین اوپر سے پوری کا کسر ہوتا ہے۔ مگر کم عمر بچوں میں ہر ایک بر بالہ اور خاص کر وہ بر بالہ جو داخلی سرقندالی کے لئے ہوتا ہے حقیقی طور پر علحدہ ہو سکتا ہے۔

بالائی جارحہ کے بربالے کہنی پر کے بربالے اپنی اپنی ہڈی کی پوری سے

۷ 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 قنالیں کہنی کی طرف کو جاتی ہیں۔ ذراعیہ کی مغزی شریان عضدی شریان یا تختمانی عیبتی (inferior profunda) شریان سے نکلتی ہے اور کعبہ اور زند کی مغزی شریانیں مقدم بین العظامی سے نکلتی ہیں۔

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 عوارض 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 مثلثتہ 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 رہا لٹ کس حد تک دریدہ ہوئے ہیں۔ زنج کا زیادہ تر نمودار 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 لپیلا ہوتا ہے (شکل ۷۱)۔ کم عمر موضوعات میں چھلکے کی طرح کا یہ بربالہ بعض اوقات چوٹ سے علیحدہ ہو جاتا ہے، یا غضروفی زنج بقیہ ہڈی سے جدا ہو جاتا ہے۔ بالنعوں میں زنج کا عام کسر بربالی خط کی متابعت نہیں کرتا۔

اکلیل نما زائدہ کا کسر ایک نہایت ہی نادر الوقوع حادثہ ہے اور

یہ بعض اوقات زند کے عقبی خلع میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ سمجھ میں آنا نامکن ہے کہ یہ زائدہ عضلہ عضدیہ مقدم کے فعل سے کس طرح ٹوٹ جاتا ہے، در آنحالیکہ یہ عضلہ اس زائدہ پر نہتی ہونے کی بجائے زند پر اس مرمیہ کے قاعدہ پر نہتی ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ نیز یہ بربالہ کی طرح بھی

علحدہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اسکی حیثیت برالہ کی نہیں ہے۔

کعبہ کے سر یا اس کی گردن کے کسور نادر وقوع ہیں۔ اور یہ

بالعموم خلع یا دوسری سخت چوٹوں کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں۔ سر عام طور پر یا توشق ہو جاتا ہے اور یا اسپین ستارہ کی طرح کا کسر پایا جاتا ہے۔ اور اگر ضرر سرتک ہی محدود ہو تو یہ صرف لاشعاعوں کی مدد ہی سے تشخیص کیا جاسکتا ہے۔ کعبہ کا بالائی برالہ تمام حلقہ نما رباط کے حدود کے اندر ہوتا ہے اور سادہ نہر میں مشتمل 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 عضل ذوراسین سے بخوبی اوپر کو کھینچ جاتا ہے۔

324

کہنی کا استیصال جزئی (resection of elbow) بہت سے

طریقوں سے کیا جاسکتا ہے اور ان تمام طریقوں میں عصب زندگی کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے اور نمایاں داخلی سر قذال کو صاف کرنے میں اکثر تکلیف پیش آتی ہے۔ اگر چاقو ہڈی سے قریب رکھا جائے تو چھوٹا بڑا کوئی عرق نہیں کٹتا۔ جن عضلات میں زیادہ خلل اندازی ہوتی ہے وہ مرفقیہ (anconeus) باطو (supinator)، عضلہ باسطہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) عضلہ باسطہ رسغیہ کعبیہ قصیرہ (extensor carpi radialis brevis) اور عضلہ

(brachialis) ہیں۔ زج 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 نتہی کو کاٹنے کی کبھی ضرورت نہیں ہوتی اور ذوراسین کے نتہی 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 جاسکتے ہیں۔ ان تمام حصوں پر سے جبکا استیصال جزئی منظور ہوتا ہے گرد عظمہ زیر گرد عظمی طریقہ سے باحتیاط اتار 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 خاکر جب کہ یہ زیر گرد عظمی طریقہ سے سر انجام دیا جائے جوڑ کے افعال بخوبی بحال ہو جاتے ہیں۔ لیکن یہ ظاہر ہے کہ مفصل کی تشریحی تفصیل کسی طریقہ سے بھی واپس

325

نہیں آتیں۔ چنانچہ کامیاب عملیہ میں نیا جوڑ ذوکستی (bimalleolar) شکل اختیار کرے گا۔ اور کہنی کے جوڑ کی نسبت ٹخنے کے جوڑ سے زیادہ مشابہ ہوگا۔ ذراعیہ سے طبعی تداونوں کی جگہ دو کیچیے 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 نارباط بنجاتا ہے۔ بخلاف انکے اگر جماعۃ ناگزیر ہو تو ایسے ذرائع ضرور اختیار کرنے چاہئیں جن سے مثبتیت موزوں ترین زاویہ پر واقع ہو۔ تجربہ سے یہ ثابت ہوا ہے کہ جامسی کہنی اس وقت مفید ترین ثابت ہوتی ہے جبکہ پیش 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 بد نما دکھائی دیتی ہے، مگر جارحہ مسطوح حالت ہی میں زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ حالت کبابا حسب خواہش میان کتنی صدری حرکات سے حاصل کیجا سکتی ہے۔

کہنی پر بڑے بڑے اعصاب کا محل - عضل مرغولی (musculo-)

(spiral) (کبری: radial) عصب خارجی سر قنارال کے سامنے عضدیہ کبریہ (brachio-
radialis) کے نیچے پایا جاتا ہے جہاں یہ موضعین العظامی (posterior interosseus)
اور کبری زیر جلدی (radial subcutaneous) شاخوں میں تقسیم ہوجاتا ہے۔ عصب و سلی
(median) شریان عضدی کے اندرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے اور زندی (ulnar) عصب
داخلی سر قنارال کے پیچھے کے میزاب میں موجود ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 318)۔

باب چہارم

پیش بازو

(THE FOREARM)

326

سطحی تشریح - یہ جارح اپنے بالائی نصف پر اور خاکر بالائی ثلث پر مستعرض قطر میں مقدم موخر قطر کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس مقام پر کی تراش کا خاکر کہ سقد بیضوی ہوتا ہے اور نیز یہ سامنے کی طرف سے چپٹا اور پیچھے کی طرف سے محدب ہوتا ہے۔ یہ خاکر قوی العضلات موضوعات میں بہترین طور پر نظر آتا ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلات کے ان جانبی تودوں پر ہے جو سر قندالوں سے نیچے اترتے ہیں۔ ضعیف العضلات اشخاص میں اس جارح کے خاکر کا رجحان بلند ترین حصہ پر بھی بیضوی ہونے کی بجائے مدور ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ مزید برآں عورتوں اور بچوں میں یہ جارح 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 کعبیہ (brachio-radialis) اور دو کعبیہ باسط عضلات (radial extensors) سے بنتا ہے اور یہ عضلات اس کنارے کے وسط سے نیچے وتری ہو جاتے ہیں۔

اس کنارہ کے زیرین ٹکٹ پر ایک چھوٹا سا فراز ہوتا ہے جو تڑھے 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) قنارل سے نیچے کی طرف آتا ہے اور 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 ٹھہری 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 باسانی شناخت نہیں کیا جاسکتا، لیکن اس ہڈی کا زیرین نصف حصہ جلد کے نیچے باسانی 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 زائدہ ابریہ (styloid process) کے سامنے تک کھینچا جائے۔ نبض زائدہ ابریہ اور عضلہ قابضہ رستغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان محسوس کیجاتی ہے جہاں یہ کعبہ کے بعدی سرے پر ممکن ہوتی ہے۔ زندی شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو خفیف سے بیرونی القعار 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 مشنگہ (pisiform bone) کی کبری طرف سے ملاتا ہو۔ اسکے بعد ایس دوسرے خط کی متابعت کرتی ہے۔ زندی عصب اس سرقندالی مشنگی خط کے تمام طول کا متناظر ہوتا ہے۔

ان اوتار وغیرہ کا ذکر جن کا مظاہرہ 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 (باطر طویل)

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 رستغیہ 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 باطنہ قصیرہ (supinator brevis) عضلہ کابہ مدلمجہ کبریہ (pronator radii teres)۔ عضلہ قابضہ سطحیہ اصبعیہ (flexor sublimis digitorum) کا کبری سر۔ عضلہ قابضہ طویلہ ابهامیہ (flexor longus pollicis) عضلہ کابہ مرجسہ (pronator quadratus) اور کجبرہ۔ اسکے خط کے اوپر شکاف دیکر اور عضلہ عضدیہ کبریہ 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 مدلمجہ کبریہ (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 رسیغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor sublimis digitorum) کے نیچے سے گذرتی ہے۔ نیچے کا انتہائی دو تہائی حصہ عضلہ قابضہ رسیغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے ہوتا ہے، سوائے اس حصہ کے جو ہونچے کے قریب ہوتا ہے اور جو عضلہ قابضہ رسیغیہ 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۔

کبری اور زندگی شریان کے درمیان تغم نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور یہ انکے تقریباً تمام عمروں میں پایا جاتا ہے۔ لہذا ایسا اکثر ہوتا ہے کہ زلف کو بند کرنے کے لئے لٹے چوے عرق کے دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

پیش بازو کی موخو (نہری) جانب پر بڑے بڑے عروق اور اعصاب کا ایک خاص فقدان پایا جاتا ہے اور یہ اس لحاظ سے ایک معنی نیز امر ہے کہ جارحہ کی یہی جانب ضرر کے لئے سب سے زیادہ معرا رہتی ہے۔ زُج سے نیچے کف دست کے برابر چوڑے حصہ پر سطحی وریدیں تقریباً مکمل طور پر غائب ہوتی ہیں۔

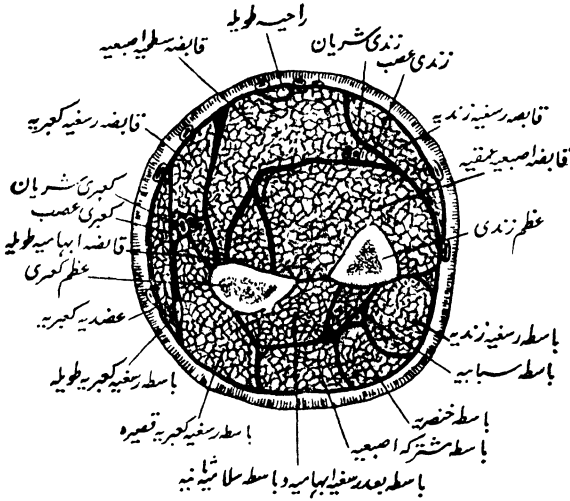
وسطی عصب عضلہ کا بہ مدطیجہ (pronator teres) کے عضدی اور زندگی

سروں کے درمیان سے گزرتا ہے۔ پونہچے پر یہ عصب عضلہ قابضہ رخیہ کبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor digitorum sublimis) کے وتروں کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور عضلہ راحیہ طویل (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۔ جارح کے مختلف لیولوں پر تراش کاٹنے سے بیظاہر

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۔ جارح کے وسطی ثلث کے زین یا اسکے بعدی سرے کے قریب دونوں ہڈیاں اسکے مرکز کے زیادہ قریب ہوتی ہیں۔ پیش بازو کے بالائی یا قریبی حصہ پر عضلات زیادہ تر اطراف پر یا سانسے کی طرف پائے جاتے ہیں۔ تراش جتنی بعدی ہوگی ہڈیاں اطراف پر اتنی ہی کم پوشیدہ ہونگی اور نرم حصے جارح 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 جارح کے وسط پر دونوں ہڈیاں مضبوطی میں ایک دوسرے کے تقریباً برابر ہوتی ہیں۔ دونوں ہڈیوں کے اور خاص کر زند کے جارح 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 امتیضات بزرگی 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 نرم پیدا ہوتا ہے وہ عام طور پر جارح کی ظہری جانب پر ہی واقع ہوتا ہے۔ لکباب (pronation) اور بطیح (supination) کی اہم حرکتیں انہی ہڈیوں کے درمیان اس محور پر واقع ہوتی ہیں جو اس خط کا تقاطع ہوتا ہے جو کعبہ کے سر اور زند کے بعدی سرے اور جھنگلی کی بعد رستی ہڈی میں سے گزرتا ہو۔ انتہائی لکباب میں کعبہ اور زند پر سے ترجمی گزرتی ہے اور مقام تقاطع پر دونوں ہڈیاں

ایک دوسرے سے تقریباً مس کرتی ہیں اور بین العظامی غشا کے نیچے کے ریشے اور ٹہری کبیری زندگی رباط
تتا 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 کور کے عضلہ باسطہ رستغیہ زندگی (extensor carpi
ulnaris) کے وتر سے مس کرنے سے کرتی ہے جو زند کے زائدہ ابروہ اور اس کے گول سر کے درمیان



شکل ۷۲۔ پیش بازو کے وسط میں سے ستم عرض تراش۔
(براون: Braune کے مطابق)

330 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 نہیں ہے کہ گاک بیچ کا مرغولہ 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 تثبیت ہونے سے باز و زیادہ کار آمد ثابت ہوتا ہے۔ اسی لئے پیش بازو کے بہت سے کسور کو درست کرنے کے لئے یہی وضع منتخب کیجاتی ہے۔ بین العظامی فضا ہلیجی شکل کی ہوتی ہے اور نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے ذرا بڑی ہوتی ہے۔ مکمل اکباب میں تنگ ترین ہوجاتی 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 قوتوں 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 فعل سرانجام دیتا ہے اور بین العظامی رباط اپنے ریشوں کے ترچھے پن کی وجہ سے زند کو کعبہ کے اس بار کے برداشت کرنے میں شریک ہونے پر مجبور کرتا ہے جبکہ یہ ہڈی اوپر کی طرف کو دھکیلی جا رہی ہو جیسا کہ ہتھیلے کے سہارے سے آرام کرنے یا اس سے دھکیلنے کی حالت میں ہوتا ہے۔

331

کلائی کے کسور - کعبہ یا زند علیحدہ علیحدہ ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹی

ہیں۔ جب کعبہ اکیلی ٹوٹی ہے تو ایسا بالعموم کسی بالواسطہ ضرب سے ہوتا ہے، کیونکہ وہ تمام صدمے جو ہاتھ سے منتقل ہوتے ہیں کم و بیش مکمل طور پر اس تک پہنچتے ہیں۔ بغیر اس کے زند اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹی 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 زند سب سے اوپر ہوتی ہے۔ قدیم مصریوں میں جو لکڑی چلانے کے بہت دلدادہ تھے زند کے بعدی سرے کا کسر بہت عام تھا، جیسا کہ ایلینٹ سمتھ (Elliot Smith) اور وڈ جونز (Wood Jones) کی تحقیقات سے ہمیں معلوم ہوا ہے۔ جب دونوں ہڈیاں اکٹھی ٹوٹی ہیں تو چوٹ بعض اوقات بلا واسطہ ہوتی ہے اور بعض اوقات بالواسطہ۔ جب دونوں ہڈیاں ٹوٹی ہیں اور کسور ترچھے ہوتے ہیں تو قابض اور باسط عضلات کے متحدہ فعل سے قصر 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 کاہ مدلمو (pronator teres)

کے منہاؤں کے درمیان ٹوٹی ہے تو ذوراسین اوپر کے ٹکڑے کی خم کردگی پیدا کر دیتا ہے اور یلہ و عضلہ باطمہ قصیرہ (supinator brevis) اسکو مکمل بطح کی حالت میں لے آتے ہیں۔ نیچے کے ٹکڑے کو دونوں عضلات کاہ اکباب کی حالت میں لے آتے ہیں اور اسے کھینچ کر زند کی طرف لے آتے ہیں۔ اگر ایسا کسور اس طرح باندھ دیا جائے کہ ہاتھ اکباب اور بطح کی حالتوں کے سین درمیان ہو تو مندرجہ ذیل خرابیاں پیدا ہونگی۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کی وجہ سے مکمل بطح کی حالت میں رہتا ہو اور نیچے کا ٹکڑا جبیروں 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 باہل 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 احتراز 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 جبیروں سے اس حالت میں رہتا ہے۔

832

(۲) جب کسور دونوں عضلات کاہ کے منہاؤں کے درمیان واقع ہو تو ذوراسین اور عضلہ کاہ مدلمو اوپر کے ٹکڑے کو ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور مورخا لذر عضلہ اسکو زند کی طرف کھینچ لیتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کو عضلہ کاہ مرجمہ (pronator quadratus) زند کی طرف مقرب کر دیتا ہے اور اسکا اوپر کا سرا عضلہ عضدیہ کعبہ کے زائدہ ابریہ پر فعل کرنے کی وجہ سے اس ہڈی کے اور بھی زیادہ قریب آ جاتا ہے۔ عضلہ کاہ مدلمو (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 کسور کا فعل کسی شمار ہی میں نہیں آتا اور اس حالت میں بھی مکمل بطح کی حالت میں جبیر سے باندھا جاتا ہے۔

جب ایسی زند ٹوٹی ہے مثلاً جب کسور تقریباً وسط میں واقع ہو تو عضلہ عضدیہ قریبی

ٹکڑے کو بعض اوقات ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے اور عضلہ کاہ مرجمہ (pronator quadratus) نیچے کے ٹکڑے کو کعبہ کی طرف کو لے آتا ہے۔

ذہنی 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 پیٹیوں کے حد سے زیادہ کس کر باندھینے یا کہنی یا گھٹنے کو انتہائی خم کردگی 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 بوجہ جارحہ میں فوراً نمودار ہو جاتا ہے اسکی پیدائش کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ وریڈی خون کا زیادہ تر حصہ سطحی وریڈوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔

شکل ۳ سے حصوں کا جس طرح کہ یہ پیش بازو کے بُعدی ثلث پر کے مدور بتر میں کاٹے جاتے ہیں تعلق ظاہر کیا گیا ہے۔

باب پانزدہم

پوہنیچا اور ہاتھ

(THE WRIST AND HAND)

سطحی تشریح۔ پوہنیچے پر مندرجہ ذیل ساختوں کی شناخت کیجا سکتی ہے۔ کعبری طرف سے شروع کر کے کعبہ کا نیچے کا سرا اور زائندہ ابرہ اچھی طرح سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ہڈی یہاں پراگے کی اور پیچھے کی جانب پر سطحی ہوتی ہے اور مذکورہ زائندہ ابرہ زند کے تناظر زائندہ کی نسبت زیادہ تر راجی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے اور نیز یہ ہاتھ کی طرف کو تقریباً پانچ زیادہ نیچے اترا ہوتا ہے۔ کالس کے کسر (Colles's fracture) کی تشخیص کرنے میں یہ امر عظیم الالہیت ہے، کیونکہ اس حادثہ میں زوائندہ ابرہ اکثر ایک ہی لیول پر آجاتے ہیں۔

پوہنیچے پر کعبہ کی بیرونی یا جانبی سطح پر سے عضلہ مبتعدہ اہامیہ طولیہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ اہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے درگزر کرتے ہیں۔ جب انگوٹھا تبعید کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہوتے ہیں اور دونوں کے درمیان کا درز نما وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔

پوہنیچے کی راجی جانب پر اسکے ورلہ کے قریب عضلہ راجی طولیہ (palmaris longus)

کا وتر ہوتا ہے اور یہ ان تمام اوتار سے جو جوڑکی 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 ا فیصدی میں یہ غائب پایا گیا ہے۔ جب پونچھ ذرا خم کردہ ہو اور انگلیاں اور انگوٹھا بسط کر دوگی کی حالت میں ہوں، اور فرازات ابہام و خنصر حتی الامکان ایک دوسرے کے قریب ہوں تو یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ اس سے ذرا باہر کی طرف عضلہ 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 وسطیٰ واقع ہوتا ہے اور عضلہ قابضہ رسنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کی کبریہ جانب پر کبریہ شریان جوتی ہے۔ رفیق وریدیں اس شریان کے گرداگرد ہوتی ہیں اور جب یہ تند ہو جاتی ہیں تو نبض کی نوعیت کو بدل دیتی ہیں (ہل Hill)۔ بعض اوقات سلمیٰ اجمی (superficial volar) زیادہ اونچے مقام سے نکلتی ہے اور معمول کی نسبت بڑی ہوتی ہے اور کبریہ کے ساتھ ساتھ پونچھ کے سامنے کی طرف سے لڑتی 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 عضلہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کا وتر عظم مشگمگ (pisiform bone) کی طرف آتا ہوا نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ جب پونچھ خفیف سا خم کردہ ہو اور چھوٹکی ہتھیلیاں کی طرف کو زور سے دبائی ہوئی ہو تو یہ نہایت واضح ہوتا ہے۔ اس وضع میں جو گڑھا موخر الذکر وتر اور عضلہ راحیہ طویل (palmaris longus) کے درمیان پایا جاتا ہے اس میں عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کا وتر ہوتا ہے اور عضلہ قابضہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کی عین کبریہ طرف کو زندی شریان کے ضربات محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ پونچھ کی راحیہ سطح کی موٹی جلد کے نیچے وریدوں کے ایک نغفیرہ کا کچھ حصہ نظر آتا ہے جو وسطی (median) اور راحیہ (volar) زندی تنوں پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ زندی عصب ایک میزاب میں واقع ہوتا ہے جو عظم مشگمگ کی کبریہ جانب پر ہوتا ہے۔

پونچھ کی لہشت پر سے مستر ضا گرتے وقت مندرجہ ذیل خصائص (شکل ۷۵) باسانی دکھائی دیتے ہیں خاص کر جب انگوٹھے اور انگلیوں کی زور سے بسط کر دوگی اور جمعہ کی گئی ہو۔ بسط (tabatière) یا شریج ناسانی (anatomical snuff box) جو ایک میخ جو فہ ہے (دیکھو صفحہ 339) اگلی طرف سے عضلہ مبعده ابہامیہ طویل (abductor longus pollicis)

اور عضل باسط اہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے وتروں سے جو قری طور منقرتب ہوتے ہیں محدود ہوتا ہے اور پونچے کی طرف سے یہ عضل باسط اہامیہ طویل (extensor longus pollicis) (عضل باسط سلامیہ ثانیہ: extensor secundi internodii) کے بہت نمایاں وتر سے محدود ہوتا ہے۔ یہ وتر ایک چھوٹے سے نمایاں عضلی ارتفاح کی طرف انتہائی گزرتا ہے جو کعبہ کی پشت پر واقع ہوتا ہے اور یہ اس عضلی 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 نظر ہر کرتا ہے اور زورقی (navicular) (سفینیہ: scaphoid) اور قری (lunate) (نیم قمری: semilunar) ہڈیوں کے درمیانی فاصلہ کو تخمیناً نظر ہر 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 رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے وتر ہیں۔

زندہ کا نیچے کا سرا بہت نمایاں ہوتا ہے۔ جب ہاتھ بطح کی حالت میں ہوتا ہے تو اس کا زائدہ ابریہ پونچے کی وسطانی ظہری سطح پر عضل باسط رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کی وسطانی جانب پرتکشف ہوتا ہے مگر حالت اکباب میں زائدہ کم نمایاں ہو جاتا ہے اور اسکا سر پونچے کی پشت پر نمایاں طور پر نکل آتا ہے اور یہ عضل باسط رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) اور عضل باسط خصریہ (extensor digiti quinti) کے وتروں کے درمیان

336

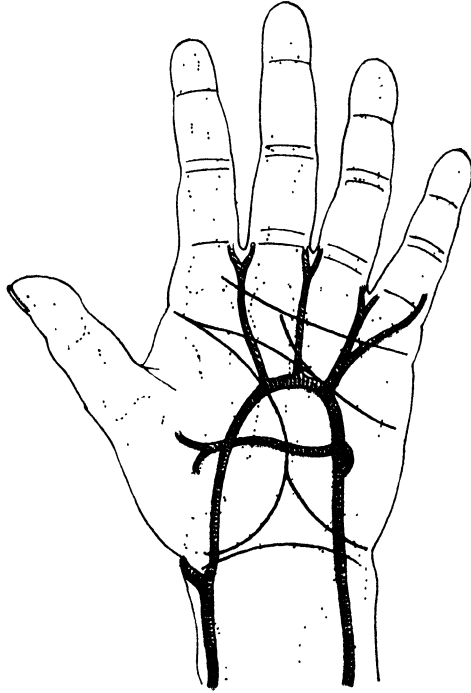
کعبی رسغی جوڑ (پونچے کا جوڑ)۔ زندہ کے زائدہ ابریہ کی نوک پونچے

کے جوڑ کے خط کی تناظر ہوتی ہے اور اگر اس مقام کے نیچے جا تو داخل کیا جائے تو یہ اس مفصل میں داخل ہو جائے گا۔ اگر کعبہ کے زائدہ ابریہ کی عین بعدی طرف پر جا تو افقی سمت میں داخل کیا جائے تو وہ سفینیہ (scaphoid) سے ٹکرائے گا۔ اگر دونوں زوائد ابریہ کے درمیان خط کینچا جائے تو دو نیچے کی اور باہر کی طرف کو مائل ہوگا اور اسکے دونوں سرے کعبی رسغی جوڑ کے انتہائی تحتانی حدود کو نظر ہر کیے اور ایک کافی حد تک اس قوس کے وتر کے تناظر ہونگے جو اس جوڑ کے خط سے بنتی ہے۔ زوائد ابریہ کا درمیانی خط پونچے کی محراب کی چوٹی سے نصف انچ پرے ہوگا۔

پونچھنے 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 مدب ہوتا ہے اور عظم کبیر (os magnum) (عظم تارکی: capitate bone) کی گردن کو تیسری بعد رسنی ہڈی کے خط میں ٹھیک ٹھیک کاٹتا ہوا گزرتا ہے (ٹیلو: Tillaux)، اور پونچھنے کے جوڑ کی محراب کی بعدی جانب پر یہ پٹا انچ سے ذرا کم فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ رسنی بعد رسنی جوڑ سے یہ تقریباً پانچ انچ 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 جسد کئی صفاق سے منقسم ہوتی ہے مقعر ہوتی ہے۔ ہتھیلی کے اس گڑھے کا خاکہ تقریباً مثلث نما ہوتا ہے، اور اسکا راس باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اسکی ایک طرف فراز ابہام اور ایک طرف فراز خنصر ہوتا ہے۔ قبل الذکر ارتفاع کے قریبی سرے پر کبیری زائدہ ابریہ کی بعدی اور وسطانی جانب پر ایک عظمیٰ مرمریہ محسوس کیا جاسکتا ہے، جو سفینیہ (scaphoid) کے درز اور عظم خنصر (trapezium) (کثیر الزوایا کبیر: multiangulum majus) کے اوپر کے حید سے بنتا ہے (شکل ۷۸)۔ ہڈی کے ان دونوں زائدوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ ہمیشہ معلوم نہیں ہو سکتا۔ فراز خنصر کے قریبی سرے پر عظم مشنگ (pisiform bone) کا مرمریہ ہوتا ہے اور اسکے عین نیچے کلاب نما ہڈی (unciform) (خطانی: hamate) زائدہ 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 قریبی سلامیات بسط کردگی کی حالت میں ہوں اور وسطیٰ اور بعدی سلامیات عم کردہ ہوں۔ یہ اوتار قابضہ کے درمیان کی شمی بابت اور کئی صفاق کی اصبعی دھجیوں کے تقناظر ہوتے ہیں اور جو میزاب ان ارتفاعات کو علحدہ کرتے ہیں وہ انہی دھجیوں کے تقناظر 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 جرح کے لئے یہ گہری ساختوں کے لئے صرف سسطی 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 جھریاں شبکتوں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں۔ دو تڑپے 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 راجی مخرابوں پر ہوتا ہے۔

متوقف ہوتے ہیں) اسوقت نمایاں ہوتے ہیں جبکہ انگوٹھا (انگلیوں کے مقابل لایا جائے یا انکی طرف خم کیا جائے۔ قریبی مستعرض شکن ہتھیلی کے وسط کو عبور کرتا ہوا سطحی کئی مخراب کے انحداب کی نشاندہی کرتا ہے۔ بعدی مستعرض شکن پانچویں پوٹھی اور تیسری بعدی پوٹھی کے مخرابوں کی گردنوں پر سے گزرتا ہے اور ہاتھ کی زندگی طرف کے تین اصابع کے زلابی غلافوں کی ابتدا کو

کسی حد تک نما ہر کرتا ہے۔ بعد ہی ستر عرض خط کے متناظر لیول پر کٹتی صفاق (palmar aponeurosis) (ردا: fascia) چار دھبیوں 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 ستر عرض خط ہوتے ہیں ان میں سے قربی بعد رسنی سلامی جوڑو سے ۳ انچ آگے (بعدی جانب کی طرف) واقع ہوتا ہے۔ انگشت اشاریہ اور چھٹکی پر کانیہ خط منفرد ہوتا ہے۔ لیکن وسطیٰ اور بنصر پر کا ڈبہ ہوتا ہے۔ انگلیوں کے وسطیٰ اور بعدی خط میان سلامی شکن ہیں۔ سب انگلیوں کے وسطیٰ خطوط دبے ہوتے ہیں اور قربی 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۔ قربی لکیر بعد رسنی سلامی جوڑو پر سے ترچے رخ میں گزرتی ہے۔

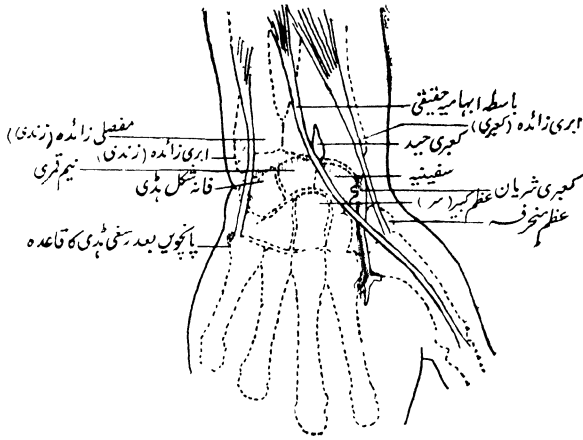
339

سطحی راجی محراب (superficial volar arch) متصیلی پر سے ایک خمیدہ خط کھینچنے سے ظاہر کیجا سکتی ہے جو عظم مشگ 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 کو تنس ہو۔ عمیق محراب سطحی کی نسبت پونچے سے پانچ تا پانچ زیادہ قریب ہوتی ہے، اور اس کے محل کی نشاندہی اس خط سے کیجاتی ہے جو پانچویں بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ سے لیکر دوسری بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ تک کھینچا جائے اور یہ دونوں مقامات باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ راجی اصبعی شریانیں انگلیوں کی گھائیوں کی قربی جانب پر ان سے پانچ کے فاصلہ پر دو دستاخو میں تقسیم ہوتی ہیں۔

ہاتھ کی ظہری سطح - جب انگوٹھا باسط کر دگی کی حالت میں ہونو متصیلی کی کعبری

جانب پر عضلہ متعددہ ابہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ طویلہ (extensor longus pollicis) کے درمیان ایک گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ فرانسیسی معنیفین نے اس گڑھے کو "تشریحی مسقط" (tabatière anatomique) کے نام سے موسوم کیا ہے (شکل ۷۵)۔ کعبری شریان اس گڑھے کو عبور کرتی ہے اور مذکورہ بالا اوتار کے نیچے ہوتی ہے۔ لہذا یہ گہری

واقع ہوتی ہے اور کعبی رسی جوڑکے خارجی جانبی رباط پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ سفینیہ (scaphoid) اور عظم مخرفہ (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



شکل ۷۵۔ پونہچے کی نہری جانب کے اہم سطحی نشانات۔

عضلہ باسط ابہا حقیقی (ext. prop. poll.) = عضلہ باسط ابہا میہ طویلہ (ext. long. poll.)
 عظم زورقی (navicular) = سفینیہ (scaphoid) - عظم کبر (os magnum) = عظم تارکی
 عظم نیم قمری (semi-lunar) = عظم قمری (os lunatum) - فانہ شکل ہڈی (cuneiform)
 عظم مثلثیہ الزوایا (os triquetrum)

عمیق کئی محراب کی شکون 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 جلدی کعبی عصب (cutaneous radial nerve) کی انتہائی شاخ کی جانبی قسمت بھی اس فضا کو عبور کرتی ہے۔ "ناس دانی" (snuffbox) کے فرش پر عظم سفینیہ اور عظم مخرفہ واقع ہوتی ہیں۔ عضلہ باسط ابہا میہ طویلہ (extensor longus pollicis) پہلی بین العظامی

فضا کے راس کو عبور کرتا ہے۔ انگوٹھے کی سسما نی ہڈیاں اور نیز عظم مخروط اور پہلی پس رسی ہڈی کے درمیان کا جوڑ بخوبی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ موزال ذکر مفصل ناس دانی کے فرش پر واقع ہوتا ہے۔

ہاتھ کی پشت پر مختلف اوتار اور اوپری وریس صاف صاف شناخت کی جاسکتی ہیں۔ پہلی اور دوسری بعد رسی ہڈیوں کے درمیان پہلا نہری بین الخطا (dorsal interosseous) عضلہ ہوتا ہے اور جب انگوٹھا انگشت اشاریہ کے ساتھ دبا کر ملا دیا جاتا تو یہ ایک نمایاں فراز کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ انگلیوں کی کانٹوں کی تینوں قطاروں مختلف جوڑوں کی قریبی ہڈوں سے بنتی ہیں مگر جوڑوں کے سطحوں کی تناظر نہیں ہوتیں، جو $\frac{1}{4}$ انچ زیادہ نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اگر لیمر فرموش کر دیا جائے تو بعد رسی سلامی جوڑ پر بتر 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 $\frac{1}{4}$ انچ نیچے ہوتے ہیں (جیکبسن: (Jacobson: -

۱۰۰)

841

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 نہری جانب پر بال اور دہنی غد قطعاً موجود نہیں ہوتے۔ لہذا یہ حصہ ان امراض سے مبرا ہیں جو شعری جرابوں اور ان کے زوائد پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ ہاتھ کی اور سلامیات کی قریبی اور وسطی قطاروں کی پشت پر بہت سے بال اور دہنی جرابات پائے جاتے ہیں۔ غدود عرقیہ کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہتھیلی کی جلد میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ سپی (Sappey) کے مطابق انکی تعداد دوسرے حصوں کے غدود کی نسبت چار گنا ہوتی ہے کراس (Krause) نے اندازہ لگایا ہے کہ ہتھیلی کے ایک مربع انچ پر ۲۸۰۰ غدود عرقیہ کھلتے ہیں۔ ہاتھ کی پشت پر اس تعداد کا تقریباً نصف پایا جاتا ہے۔

ہاتھ کی جلد کی 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۔ لمسی حساسیت سوائے زبان کی نوک کے جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ حماس ترین حصہ انگشت اشاریہ کے بعد ی یا ناخنی سلامیہ کی کئی سطح ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت لمسی 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 سببے کم حساس حصوں میں سے ہئے تیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں۔

ہاتھ کی سامنے کی طرف کی اور خاصکر ہتھیلی کی زیر جلدی بافت قلیل المقدار اور کثیف ہوتی ہے اور یہ چاندنی کی زیر جلدی بافت سے ان امور میں کی قدر مشابہ ہوتی ہے کہ جلد اس سے قریبی طور پر منغم ہوتی ہے اور جو چربی اس میں موجود ہوتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے ٹنٹکوں میں جو حفریوں میں واقع ہوتے ہیں مرتب ہوتی ہے۔ جلد جلدی رابطات سے ہتھیلی اور انگلیوں کی کٹیروں پر بستہ ہوتی ہے۔ نلہر کی جلدی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور جلد سے اسکا بہت کم ورتعلق ہوتا ہے۔ لہذا ہتھیلی اور انگلیوں کی مقدم جانب پر پہنچ اور خون کی زیر جلدی و عابدیوں کا پیدا ہونا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، مگر نلہر پر یہ وسیع ہوتی ہیں ہتھیلی کی جلد کی کثافت کی وجہ سے اسکا التهاب نہایت درد خیز ہوتا ہے۔ مگر نلہر کی ڈھیلی ڈھالی بانٹوں کا التهاب بعض اوقات زیادہ درد پیدا کرنے کے بغیر ہی کسی حد تک ترقی کر جاتا ہے۔

342

ہتھیلی میں دباؤ اور رگڑ کے اثرات کا مقابلہ کرنے کے لئے بخوبی موافقت پائی جاتی ہے بشرہ موٹا ہوتا ہے اور جلد منغم ہوتی ہے اور اسکے عین نیچے کثیف کفی صفاق واقع ہوتا ہے جو کئی اعصاب اور بڑے بڑے عروق کی کافی حد تک حفاظت کرتا ہے اور یہ ضروریہ رکھنا چاہئے کہ ہاتھ کا اگلا حصہ اور خاصکر 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 نلہری جانب پر کی وریڈوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔ اسی طرح ہتھیلی کے عروق لطف جن سے ایک کثیر العروق زیر جلدی ضنیہ طیار ہوتا ہے ہاتھ کی پشت پر کے بڑے بڑے دراکر عروق لطف سے ملتے ہیں۔

ناخن کی شکل مختلف افراد میں کی قدر مختلف ہوتی ہے اور بعض نئی امراض میں بھی متغیر

ہو جاتی ہے۔ بقراطی ہاتھ (Hippocratic hand) وہ ہاتھ ہوتا ہے جس میں انگلیوں کے سرے گز شکل ہوتے ہیں اور ناخن بہت خمیدہ ہوتے ہیں۔ لظاہر 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 خلقی عارضہ قلب، دق، دبلیہ (empyema) اور پھیپھڑوں کے دوسرے مزمن عوارض اور بعض صدری انورسماؤں میں پائی جاتی ہے۔ التهاب کی بہت سی قسمیں ہیں جو

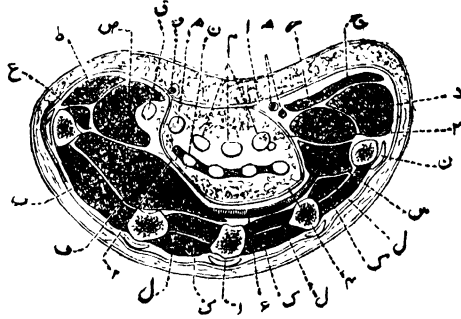
ناخن کے قالب (matrix) اور اسکے ارد گرد کے متصل نرم حصوں پر اثر انداز ہوتی ہیں (ناخن کی گدی کا التهاب: onychia اور و احس: paronychia)۔ اس قسم کے التهابات اس ساخت کی بدشکلی کا باعث ہوتے ہیں۔ جب کوئی ناخن تقیح یا چوٹ سے گر جاتا ہے تو نیا ناخن پیدا ہو جاتا ہے بشرطیکہ کچھ عمیق سرحلی خلیات باقی رہ گئے ہوں۔ مرض کے بعد کے زمانہ نقیہیت میں ناخنوں پر ایک تعرض میزاب پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ میزاب ناخن کے اس حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔ دوران مرض میں بنا تھا اور اس کا خیال رکھنے سے ناخن کی رفتار بالیدگی کا اندازہ کیا جاسکتا ہے۔ ناخن فی ہفتہ ۱/۴ انچ کی اوسط رفتار سے بڑھتا ہے اور اگر ہاتھ کی حرکت جیروں سے روک دی جائے تو ناخن کی بالیدگی کم ہو جاتی ہے (ہیڈ: Head)۔ ہر ایک اصبعی عصب سے ایک خاص عظیم الجسام 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 جوگی اس میں دباؤ برداشت کرنے اور ماتحت ساختوں کی حفاظت کرنے کی صلاحیت پیدا کرتی ہے اور اسکے طائم 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 فرازاہام اور فراز خنصر کا غلاف ہوتے ہیں (شکل ۷۶) اور ایک وسطی جو زیادہ بڑا ہوتا ہے اور متصیلی کے زیادہ تر حصہ کی پوشش ہوتا ہے اور اس سے ہر ایک انگلی کو دھمیاں جاتی ہیں۔ ہر ایک دھمی سے ریشے نکل کر اوتار کے اصبعی غلافوں

جلد اور متعرض رباط سے جاملتے ہیں (نیز دیکھو صفحہ 387)۔ جو مرض **ڈوپیرین کے انقباض** (Dupuytren's contraction) کے نام سے موسوم ہے اس میں کئی ردا کا وسطی حصہ اور خاص کر اصبعی دھمیاں منقبض ہو جاتی ہیں۔ بنصر اور خنصر میں انقباض خصوصیت کے ساتھ اور ب سے پہلے نمودار ہوتا ہے قریب اسلامیہ متصیلی کی طرف کچھ ہوتا ہے اور اسکے بعد دوسرا اسلامیہ خمیدہ ہو جاتا ہے اور بعض اوقات اسکی خم کردگی اس حد تک پہنچ جاتی ہے کہ قریب میان اسلامی بولڑ میں

خلع واقع ہو جاتا ہے (ہچینسن: Hutchinso)۔ تجربہ سے یہ ظاہر ہے کہ اس ردا کو کھینچنے سے قرنی سلامیہ کو آسانی سے خمیدہ کیا جاسکتا ہے اور وسطی سلامیہ کی خم کردگی بھی کیجا سکتی ہے مگر اتنی آسانی سے نہیں۔ (کفنی ردا کا درمیانی حصہ عضلہ راحیہ طویلہ: palmaris longus)

344



شکل ۷۶ - فرازاتِ اہام و خنصر کے وسط میں سے باقہ کی افقی تراش۔
(ٹیلو : Tillaux)

- ۱۔ بعد رخی ہڈی۔ ج۔ پہلا نظری بین العظامی۔ ج۔ عضلہ راحیہ قصیرہ۔ ۵۔ عضلہ مبعده خنصریہ۔ ۶۔ عضلہ قابضہ
- قصیرہ خنصریہ۔ ۸۔ عضلہ مقابلہ خنصریہ۔ ۹۔ عضلہ قابضہ اہامیہ قصیرہ۔ ۱۰۔ عضلہ مبعده اہامیہ قصیرہ۔
- ۱۱۔ عضلہ مقابلہ اہامیہ۔ ۱۲۔ عضلہ مقربہ اہامیہ۔ ۱۳۔ عضلہ قابضہ اہامیہ طویلہ۔ ۱۴۔ نظری بین العظامی مضام۔
- ۱۵۔ راحی بین العظامی عضلات۔ ۱۶۔ عضلہ قابضہ سطحیہ۔ ۱۷۔ عضلہ قابضہ عمیقہ۔ ۱۸۔ سطحی رخی شلخ (مشوریاں)۔
- ۱۹۔ عصب سطحی اور (اگے اندر کی طرف) زندگی شریان اور عصب۔ ۲۰۔ عین راحی محراب۔ ۱۔ کفنی ردا۔ ۲۔ بیرونی فاصل۔
- ۳۔ اندرونی فاصل۔ ۴۔ پتھیلی کی عین ردا۔

کے وتر کو نظر کرنا ہے)۔ اس مرض میں جلد کی طبعی چمک چمکیاں 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 کفنی ردا کے درمیانی حصہ کے نیچے موجود ہوتا ہے وہ جانیئیں پر بند ہوتا ہے مگر نیچے اور اوپر کی طرف کھلا ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف ایک آزاد فٹھہ موجود ہوتا ہے جو ملحقہ نازباہک کے 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 جڑ پر واقع ہوتے ہیں اور انہیں سے قابض اوتار گزرتے ہیں اور بقیہ تین انگلیوں کی درمیانی جلد کے متناظر 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 غشا میں 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 محسوس 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 کھولتے وقت جبکہ اسکا منہ پونچھے سے اوپر بنا ہوا ہو، شکاف

پیش بازو کے طویل محور میں دینا چاہئے اور مستعرض رسنی (مقدم ملقنا) رباط سے اوپر ہونا چاہئے اور شکاف عضلہ راحیہ طویلہ کی اندر کی طرف دینا نہایت مناسب ہوتا ہے کیونکہ اس مقام پر شکاف دینے سے زندگی اور کعبی شریانیں اور نیز وسطی عصب بھی محفوظ رہتا ہے۔

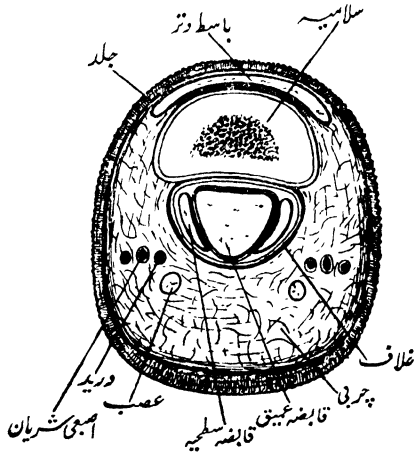
پونچھے کے اوپر کے رباطات مستعرض رسنی اور ظہری رسنی (حلقہ نما) رباطات سے

لسٹہ 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 سے وتری زلابی غلافوں کے شدید تمدد میں بھی یہ راستہ نہیں دیتا۔ ظہری رسنی رباط کانچھے کا کنارہ مستعرض رسنی رباط کی اوپر کی کور کا متناظر ہوتا ہے۔

قابض اوتار کے یعنی غلاف بعد رسنی سلامی جوڑوں سے لیکر بعدی سلامی کے

قربی سروں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا بعدی یا ناخنی سلامیہ کالباب (pulp) بالکل گرد و عظمہ پر ہی ممکن ہوتا ہے۔ انگلیوں کے جوڑوں کے مقابل پر یہ غلاف ڈھیلے ڈھالے اور جانسن پر باکیا ہوتے ہیں اور بعض اوقات غلافوں کے تصالیبی ریشوں کے درمیان ایسی فضاؤں رہ جاتی ہیں

جن میں سے زلابی غشا 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 کھیلے رہتے ہیں (شکل ۷۷)۔ چنانچہ غلاف کو کاٹنے کے بعد جیسا کہ بہتر میں کیا جاتا ہے ایک کھلا جھری باقی رہ جاتا ہے جو ہتھیلی کے اندر تک جاتا ہے اور اگر عملیہ سیراٹ کے



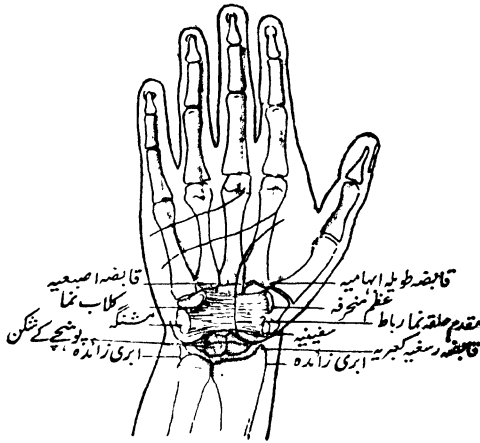
شکل ۷۷۔ پہلے سلامیہ کے وسط پر سے افقی تراش۔
(Tillaux کے مطابق)

حاد درجہ میں کیا جائے تو یہ پیپ کے اس حصہ تک منتشر ہونے کو نہایت آسان بنا دیتا ہے۔ لواتار یعنی غلاف بالکل پڑھتے ہیں۔ جہاں دتر غلاف میں داخل ہوتا ہے وہاں دتر پر کسی عقدہ نما بلیڈ کے پیدا ہونے یا غلاف کی تنگی اور دتر 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 برط کر دی نہیں کیجا سکتی، لیکن جب اسکو ہاتھ سے ذرا پیچھے کی طرف ہٹایا یا جاتا ہے تو ”جیبی چاقو کے پھل کی طرح کھٹ کی آواز سے اپنی جگہ پر آ جاتی ہے“

(ایتیبہ: Abbe)۔

پہنچنے کا خلقی انقباض خفیف سی مقدار میں خاصکر لڑکیوں میں بہت عام ہوتا ہے۔ نمایاں واقعات میں قریبی سلامیہ میں بسط کردہ ہوتا ہے اور درمیانی خم کردہ ہوتا ہے۔ اسی قسم کے واقعہ میں لاک وڈ (Lockwood) نے یہ دریافت کیا تھا کہ یہ حالت جوڑ کے سامنے کے لیض غلاف

347



شکل ۷۸۔ پونچے کا مقدم حلقہ نما رباط اور پونچے اور ہاتھ کے زلزلی غلاف ہاتھ کی لکیریں سیاہ خلوں سے ظاہر کی گئی ہیں۔ زلزلی غلاف سرخ دکھائے گئے ہیں۔ مقدم حلقہ نما رباط سے متعرض رستی کلاب نما (unciform) = عظم حلقانی

(os 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۔

زلزلی تاجہ جات اور غلاف متعرض رستی رباط کے نیچے اوتار قابضہ کے لئے

دو زلزلی تاجہ ہوتے ہیں۔ انہیں سے ایک عضلہ قابضہ طولیہ (flexor longus pollicis) کے لئے ہوتا ہے اور دوسرا عضلات قابضہ سطحیہ اور عمیقہ کے لئے (شکل ۷۸) قبل الذکر پیش بازو میں

اس رباط سے ۱/۴ انچ اوپر تک جاتا ہے اور اسکے وتر کے ساتھ ساتھ عضلہ کے منہی تک پہنچ جاتا ہے جو انگوٹھے کے آخری سلامیہ پر ہوتا ہے۔ موخر الذکر مستعرض رباط سے ۱/۴ انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے اور چاروں انگلیوں کے عطفات میں آکر ختم ہوتا ہے۔ چھنگلی کے لئے جو زائد ہوتا ہے وہ بالعموم عضلہ قابضہ عمیقہ کے منہی تک جاتا ہے جو ناخنی سلامیہ پر ہوتا ہے۔ بقیہ تین عطفات متنا بعد رسنی ہڈیوں کے تقریباً نصف پر جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ انگشت اشراریہ و 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 غلیظ زلابی ناچہ سے جو مستعرض رسنی رباط کے نیچے ہوتا ہے تقریباً ۱/۴ تا ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ لہذا انگوٹھے اور چھنگلی کے سروں سے ایک کھلا مجری شروع ہو کر کلائی میں پونہچے سے ۱/۴ انچ 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 قلعیح واقع ہونے کے بعد ایسی پیمیدگی عام طور پر پیدا نہیں ہوتی۔ جہاں عضلات قابضہ کا زلابی تا پیچت اور کرٹے 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 ناچہ سیال یا پیپ سے شبع ہو جاتا ہے تو اسکا خاکہ شیشہ ساعت (hour-glass) کے خاکہ کی طرح کا ہوتا ہے اور شیشہ ساعت کی گہراں رباط کی متناظر ہوتی ہے۔ اس رباط کے نیچے کے دونوں زلابی ناچے بعض اوقات ایک دوسرے سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ عضلہ قابضہ نیغیہ (flexor carpi radialis) کا وتر مستعرض رسنی رباط کے منہی کو جو عظم منحرف (trapezium) پر پایا جاتا ہے نشت کرتا ہے۔ اسکے ارد گرد ایک زلابی غلاف پایا جاتا ہے (شکل ۷۸)۔

داحس (whitlow) کی غلافی قسم میں جس میں پیپ انگلیوں کے وتروں

کے زلابی غلافوں میں موجود ہوتی ہے، انگشت اشراریہ و وسطیٰ اور بنصرہ کے ماؤف ہونے کی حالت میں قلعیح اکثر اختتام غلاف پر دفعہ ختم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے، یعنی متناظر بعد رسنی ہڈیوں کی گردن کے بالمقابل داحس کی ایک اور قسم (انگلی کے سرے کے لباب کا خراج) میں تیسرے سلامیہ کا ر عظمہ باسانی متاثر ہو جاتا ہے کیونکہ اس ہڈی پر کوئی حائل وتری غلاف موجود نہیں ہوتا ہے۔ اس عارضہ میں ہڈی اکثر متعز 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 عمقیہ کے منہی کی وجہ سے محفوظ رہتا ہے۔ اس ہڈی کا قاعدہ ایک بر بالہ ہوتا ہے جو پوری سے اٹھا روں یا بیسویں سال تک متحد نہیں ہوتا۔

داحسوں کے کھولنے کا طریقہ تشریحی نقطہ نگاہ سے اس قدر اہم ہے کہ

اسکا ذکر کر دینا یہاں مناسب ہوگا۔ زیر بشری اور زیر جلدی قسم میں جو انگلی کی گدیوں میں اوتار کی چپیدگیوں 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 ذواربعتہ الاضلاع رقبہ کو اوپر کی طرف کو الٹا دینا مناسب ہوتا ہے تاکہ نشست گاہ ناخن معرا ہو جائے اور اسکی مسیلت ہو سکے۔ اگر پیپ غلاف میں ہو تو ہر ایک سلامیہ کی جانوں پر اچھی طرح شکاف دینا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ سلامی غلاف اطراف پر ہی کمزور ترین ہوتا ہے اور یہاں ہی سے پیپ کے اسس کو پھاڑ کر نکل آئیگا امکان ہوتا ہے۔ اگر مناسب ہو تو ایسے شکافوں کو ترجیح دینا چاہئے جو جوڑوں کے بالمقابل متوقف ہوں، کیونکہ میان سلامی اور بعد رسانی سلامی جوڑوں کے بالمقابل بافتوں کو کاٹنے سے احترا کرنے سے وتر کا میکانیٹی سہارا برقرار رہتا ہے اور جو حمیدگی اور فقدان قوت دوسری حالت میں نمودار ہو سکتا ہے وہ ظاہر نہیں ہوتا۔ جب پیپ کتنی تاجہ میں ہوتی ہے تو شکاف ماؤف وتر کے خط پر دینے چاہئیں لیکن اس امر کا لحاظ ضرور رکھنا چاہئے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے غلافوں کو سرائٹ زدہ نہ کیا جائے۔

جب پیپ حلقہ نما رباط کے نیچے سے پھیل کر کلائی کیے پچھ کے ۱/۱ انچ کے حصہ میں جاتی ہے تو یہ عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) اور عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے درمیان کے لیول پر سے گزرتی ہے، اسلئے شکاف کجبری اور زندگی جاشیوں پر دینے چاہئیں تاکہ وٹروں اور وسطی عصب کو نقصان پہنچائے بغیر اوپر اٹھا کر قبلی جماع تک رسانی کی جاسکے۔

وتر تاجہ 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 الشقاق کے بعد تاج میں انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ اصبعی غلافوں میں ششکن تقریباً غائب ہوتے ہیں اور رباط طویل (ligamenta longa) اور رباط قصیر (ligamenta breva) جو ذرا ذرا سے ہوتے ہیں وتروں کے سلامی منہاؤں کے قریب انکے واحد قائم مقام ہوتے ہیں۔ زلابی تاجوں کا استر فلسمانی مرحلہ کا ہوتا ہے اور اس حصہ کے عروق لف سے اسکا نہایت آزادانہ راہ وربط ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس قسم کے کہنوں سے سر آتی مادہ بہت جلد جذب ہوتا ہے اور نیز التہابی اعمال اسی لئے غلافوں کے ساتھ ساتھ باسانی پھیل سکتے ہیں اور اس سے انکے اور انکے اندر کے وتروں کے درمیان انضمامات طیار ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کے انضمامات کے بننے اور تعلق یافتہ ہونے سے وتر مثبت ہو جاتے ہیں اور انگلیاں اکڑ جاتی ہیں اور بیکار ہو جاتی ہیں۔ التہاب کے رفع ہو جانے کے جلد بعد صرف پونہیچے اور انگلیوں کی فاعلی اور انفعالی حرکتیں شروع کرنے ہی سے غلافوں اور وتروں کے درمیان انضمامات پیدا ہونے کا سدباب کیا جاسکتا ہے۔

نہری رسنی رباط کے نیچے وتروں کے لئے چھ زلابی غلاف ہوتے ہیں اور یہ ان چھ قتالوں کے متناظر ہوتے ہیں جو اس رباط سے بنتی ہیں۔ جس غلاف میں وتری زلابی التہاب (teno-synovitis) کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے وہ عضلہ معده طویلہ اہامیہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ قصیرہ اہامیہ (extensor brevis pollicis) کا غلاف ہے۔ یہ کجری زائدہ ابریہ سے ۳ انچ اوپر سے شروع ہو کر پہلے رسنی رباط تک جاتا ہے۔ دوسرے غلاف اوپر کی طرف نہری رسنی رباط کے بالائی کنارہ تک پہنچتے ہیں مگر دونوں کجری باسطات کے غلاف اس رباط سے تقریباً ۱ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) اور عضلہ باسطہ مختصر (extensor minimi digiti) کے غلاف بعد رخ میں بعد رسنیہ کے وسط تک جاتے ہیں۔ لیکن عضلہ باسطہ اشاریہ (extensor indicis) کا غلاف بعد رسنیہ تک مشکل ہی سے پہنچتا ہے۔ دوسرے غلاف اوتار کے ساتھ ساتھ ان کے منہاؤں تک جاتے ہیں۔ ان غلافوں کے زلابی استراور شکن کالیس کے کسر (Colles's fracture) میں مجموع ہو جاتے ہیں اور اگر انضمامات کا اندازہ 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 عمل 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 نفخ موجود ہوتا ہے۔ دونوں کئی محرابوں کا نفخ بڑے بڑے عروق کے تنفیہ اور اس ربط و راہ سے قائم ہوتا ہے جو سطحی محراب کی اسیبی شانوں اور زیادہ گہرے عروق کی کئی بین العظامی شانوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ بہت سی کئی 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 اگر بکثرت متحد ہوتے ہیں اور یہ کم و بیش طور پر ایسے قائم مقام ہوتے ہیں اور یا انکی جگہ ایک بڑی "وسطی شریان" موجود ہوتی ہے۔ جب محرابوں کا کعبری یا زندگی حصہ ناقص ہوتا ہے تو فیص کسی دوسرے عرق سے پورا ہوتا ہے۔ اور یہ معلوم کرنا مناسب ہوگا 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 جوڑ کے ساتھ قریبی تھاس رستی ہے (شکل ۷۵)۔ اگر کبھی سالم انگوٹھے کا بتر کیا جائے تو اس امر کو ضرور یاد رکھنا چاہئے۔ مزید برآں پہلی بعد رسنی ہڈی کے استیصال جڑنی 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 استکرض رسنی رباط کی سطح سے منقسم 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 جوڑ۔ بعدی کعبری زندگی جوڑ کو ایک مضبوط مثلثی لیگی 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 خضریہ (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 آنا 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 بصر جوڑے کی بعدی جانب پر نہیں پایا جاتا۔ راجھی کعبی رستی رباط اس جوڑے کا مضبوط ترین رباط ہوتا ہے مگر ظہری 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 تضر 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 متصلی (جبری بسط کردگی) کے بل ہی گرتا ہے۔ ظہری 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 میں 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 کعبی رستی جوڑے واقع ہوتے ہیں (شکل ۷۷)۔ کعبی رستی جوڑے کا محور ایسا ہوتا ہے کہ خم کردگی میں متصلی کا منہ زندگی جانب کو ہوتا ہے مگر بین رستی (mid-carpal) جوڑے پر خم کردگی واقع ہونے کی صورت میں متصلی کعبی 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 (extensor carpi ulnaris) کا وتر بین رستی جوڑے کے محور کے آگے کی طرف اور کعبی 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) متضاد (antagonist) (۳) متحد الفعل (synergic) اور (۴) تہیتی عضلہ کے طور پر بھی مثلاً جب انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں تو عمیق اور سطحی قابضات محرکات اعلیٰ ہوتے ہیں اور انکے فعل کے متضادات انگلیوں کے باسط عضلات ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں انگلیوں کے خم کن عضلات پونہچے کی خم کردگی بھی پیدا کر دیا کر دیا پونہچے کے باسط عضلات بطور عضلات متحد الفعل اپنا فعل نہ کریں اور جب انگلیوں کے باسط عضلات اپنا فعل کرتے ہیں تو پونہچے کے خم کن عضلات منتفض ہو جاتے ہیں۔ انگلیوں کی خم کردگی اور باسط کردگی میں پونہچے رسیہ کے قابض اور باسط عضلات سے حرکت ناپذیر بنایا جا سکتا ہے اور یہ عضلات اس حالت میں عضلات تثبیت کا کام دیتے ہیں۔ چنانچہ حرکت جو بظاہر سادہ معلوم ہوتی ہے عضلات کے گروہوں کے افعال سے پیدا ہوتی ہے اور اسی چمکیدگی 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 سادق آتا ہے۔ (دیکھو بریورس کرونین لیکچرس سن ۱۹۰۳: Breever's Croonian Lectures, 1903)۔

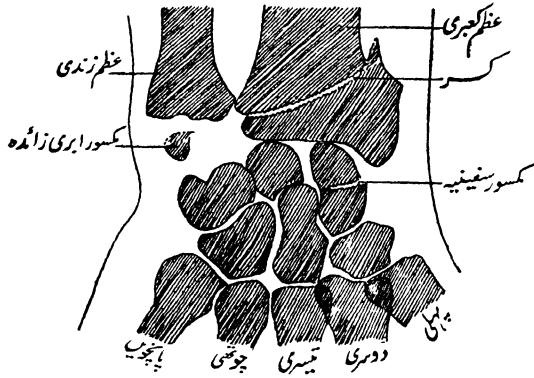
یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ قبل اسکے کہ انگلیوں کے خم کن عضلات قوت سے اپنا فعل کریں پونہچے کا باسط کردگی کی حالت میں ہونا ضروری ہے۔ اگر پونہچے خم کردہ ہو تو ان کی قوت گرفت زائل ہو جاتی ہے۔ ان تمام حالتوں میں جن میں پونہچے کے جوڑے اکڑ جانے یا جا کا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے اسکو باسط کردگی (ظہری خم کردگی) کی حالت میں باندھنا چاہئے۔

علاوہ ازیں انگشت اشاریہ، وسطیٰ اور ہنصر کے رسی بعد رسی جوڑوں میں ٹورٹی حرکت پائی جاتی ہے۔ گراگٹھے اور چھٹگی کے انہی جوڑوں میں حرکت آزادانہ واقع ہوتی ہے اور اسکا محفوظ رکھنا ہاتھ کی عمومی فائدہ مندی کے لئے بہت اہمیت رکھتا ہے۔ قبی (glenoid) (راجی بعد رسی سلامی) رباطات انگلیوں کے تین جوڑوں کے سامنے کی طرف پر بعدی ہڈی سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتے ہیں گو قری سے ڈھیلے طور پر ہی چپکے ہوتے ہیں۔ چنانچہ بعدی ہڈی کے عقبی قطع میں ایسا ہوتا ہے کہ وقتی رباط اسکے ساتھ ہی چلا جاتا ہے اور ترمیم میں بہت رکاوٹ پیش کرتا ہے۔ اکیلے وسطیٰ اور بعدی سلامیات کو خم کرتے وقت یہ ظاہر ہو جائے گا کہ پہلے

قرنی سلامیہ کا وتر باسط کے ذریعہ سے مثبت ہونا ضروری ہوتا ہے اور عضلات باسط کے شلل میں صرف انہی دونوں جوڑوں کی خم کردگی نامکن ہوتی ہے۔

انگلی کے بعدی جوڑے کو ساتھ کے وسطی سلامیہ کو خم کئے بغیر خمیدہ کرنے کی طاقت بہت کم انتخاص میں پائی جاتی ہے۔ لیکن آخری سلامیات کے گرد ونواح کے بعض الہتہابی عوارض میں

354



شکل ۷۹۔ کالینس کے کسر کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ زند کا زائدہ ابریہ بھی دکھایا ہے۔
 زور قتی کے کسر کا عام محل بھی دکھایا گیا ہے۔

سرے کا جوڑ خمیدہ وضع میں مثبت دکھائی دیتا ہے، حالانکہ انگلی کے دومرے جوڑ سیدھے ہوتے ہیں یہ حالت انگلی کے وتر باسط کے جزوی یا مکمل انشقاق سے پیدا ہوتی ہے جو عام طور پر انگلیوں کی الہتہائی گانٹھوں پر چوٹ لگنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

کالینس کا کسر (Colles's fracture)۔ یہ نام ایک کسر کو دیا گیا ہے جو کعبہ کے

نیچے کے سرے میں پونچھے کے جوڑے سے اسے ایچ او پرتک 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 سہرا بہت آسٹیفنجی ہوتا ہے، گر پوری میں بسنتہ بڑی کی بہت مقدار موجود ہوتی ہے۔ مفصلی سطح سے ۳۰ اینچ کے فاصلہ پر بڑی کے یہ دونوں حصے ملتے ہیں اور انہی کثافت کا رجحان جو بہت ہی غیر مساوی ہوتی ہے، اس کسر کو اسی محل میں محدود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اس ضرر کے میکا نیسم کے متعلق ابھی تک بہت ہی مختلف رائیں قائم ہیں اور اس مضمون پر بہت کچھ لکھا جا چکا ہے۔ پروفیسر چیمن (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 نظریہ جات عمومی طور پر تسلیم کئے جاتے ہیں انہی تو ضیح بہت اچھی طرح سے ہوتی ہے کالیسیس (Colles) کے کسر کی بدشکلی کا انحصار تہا مہنچو کے ٹکڑے کی غیر وضعیت پر ہوتا ہے۔

355

یہ غیر وضعیت سطرہ ہوتی ہے۔ (ا) غلنی، جہاں تک کلائی کے مقدم موخر قطر کا تعلق ہے۔ (ب) زنی سطح کی غلنی گردش کلائی کے مستعرض قطر پر۔ (ج) اس دائرہ کی توسیع گردش جسا مرکز رباط مثلثی کی زندگی پر واقع ہوتا ہے۔ اس دائرہ کا قطر وسط ہوتا ہے جو رباط مثلثی کی زندگی چسپیدگی سے لیکر کبوتر کے زائدہ ابری کی ٹوک تک کھینچا جائے۔

۵۰ فیصدی سے زیادہ واقعات میں زائدہ کا زائدہ ابری بھی اس قوت سے ٹوٹ جاتا ہے جو مثلثی یعنی غضروف میں سے متقل ہوتی ہے (مورٹن: Morton)۔ اس گردنی غیر وضعیت کی وجہ دونوں زواہد ابری کی ٹوکس ایک لیول پر آجاتی ہیں یا کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کعبری زائدہ زندگی کے اوپر چڑھ جاتا ہے۔ تقریباً ہر واقعہ میں ایک ٹکڑا دوسرے میں گھس جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کی زہری جانب پر جو ٹھوس بافت ہوتی ہے وہ (اسی قوت کے تسلسل سے جس سے ہڈی ٹوٹی ہے) اس آسٹیفنجی بافت کے اندر چل جاتی ہے جو نیچے کے ٹکڑے کی کنفی جانب پر ہوتی ہے۔ ایسا صرف بہت نادر وقوع مثالوں میں ہوتا ہے کہ ٹکڑے اس حد تک ایک دوسرے سے علمدہ ہوں کہ ایک دوسرے کے اوپر چڑھ جائیں۔ ایسے واقعات میں کعبری زندگی رباطات شائد منشق ہو جاتے ہیں۔ اور پونچھ میں کالیسیس (Colles) کے کسر کی وہ معیاری بدشکلی نہیں پائی جاتی۔ ۱۰۰ واقعات کی جو کالیسیس کا کسر شخص کئے گئے تھے شعاع نگاروں کا مطالعہ کرنے سے ڈاکٹر آر۔ مورٹن (Dr. R. Morton) نے یہ معلوم کیا کہ ۳ میں کسر اور غلنی دونوں موجود تھے اور ۱۱ میں نیچے کا کعبری بربالہ

356

علمہ ہو گیا تھا۔ یہ بر بالہ آفتاقی ضرب سے اکثر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ بیسویں سال کے قریب یہ پوری سے متحد ہوتا ہے اور اسکا مقام اتحاد ایک خط سے ظاہر ہوتا ہے، جو تقریباً افقی ہوتا ہے۔ یہ بر بالہ ایک رنچ پر جو زند کے لئے ہوتا ہے اور عضلہ عضلہ کعبیہ کے انتہی پر مشتمل ہوتا ہے۔ جب سے امتحان کے لئے شعاع نگاری کے طریقے رائج ہوئے ہیں اسوقت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ بہت سی چوٹیں جو پہلے وہیں تصور کرنی جاتی تھیں فی الحقیقت رسنی ہڈیوں کے کسریاں کی غیر وضعیت یا بعد رسنیہ کے کسر سے پیدا ہوتی ہیں۔

پانچ مفصلی زلابی کہنے ہیں جو رسنیہ سے تعلق رکھتے ہیں (شکل ۸۰)۔ یہ مندرجہ ذیل حالات پر واقع ہوتے ہیں۔ (ا) رسنیہ اور کلائی کی ہڈیوں کے درمیان۔ یہ بعض اوقات زینا کعبیہ 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 رسنیوں کے درمیان۔ (ج) انگوٹھے کے بعد رسنیہ اور عظم منحرفہ (trapezium) کے درمیان۔ (د) تمام رسنی ہڈیوں کے درمیان۔ (و دوسرے اور تیسرے اصابع کے رسنی بعد رسنی جوڑوں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ (س) عظم منگہ اور فائدہ نما ہڈیوں کے درمیان۔ (ب) (ج) اور (د) کہنے اکثر آپس میں ایک دوسرے سے ملجاتے ہیں اور ایک بڑا اور پیچیدہ جوڑ بن جاتا ہے۔

سینینیہ (scaphoid) کا کسریا تو کسلی متصلی کے بل گرنے 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 جاسکتا ہے۔ عظم نیم قمری (semilunar) اکثر اپنی جگہ سے ہل جاتی ہے اور بعد رسنی ہڈیوں میں سے پانچویں نہایت کثرت سے ٹوٹی ہے

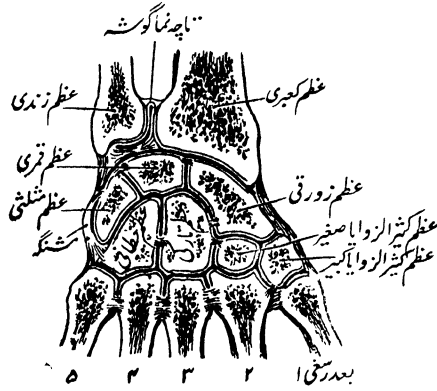
خلوع۔ ۱۔ پوہنچے کے جوڑ کے۔ مذکورہ بالا وجوہ کی بنا پر یہ جوڑ

اسقدر مضبوط ہوتا ہے کہ رسنی کعبیہ 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۔

رسغیہ کے خلوع یا تو پیچھے کی طرف کو ہوتے ہیں اور یا آگے کی طرف کو۔ موخر الذکر نہایت ہی

نادر الوقوع ہیں۔
 ۲۔ عظم کبیر (os magnum) (عظم منار کی: os capitatum) کا خلع۔
 ہاتھ کی جبری خم کردگی میں عظم کبیر (os magnum) طبعاً پیچھے کی طرف کو پھسل کر ہاتھ کی پشت پر

357



شکل ۸۰۔ پونہچے کا جوڑ۔

کننگھم : Cunningham کے مطابق۔ ٹیکٹ بک آف اناٹومی۔

357

اُبھرتی ہے۔ بہت انتہائی خم کردگی میں جیسا کہ ڈگلیوں (kuckles) پر یا بعد رسغیہ کی پشت پر گرنے میں ہوتا ہے اس ہڈی کی یہ خلیں حرکت بعض اوقات اس قدر ہوتی ہے کہ اس کا جزوی خلع واقع ہو جاتا ہے۔ اور اس خلع کے ساتھ رباطات کا کسب قدر انشقاق بھی پایا جاتا ہے۔

۳۔ انگوٹھے کے بعد رسغی سلامی جوڑوں کے خلوع۔ اس خلع

میں قریباً سلامیہ بالعموم پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور چونکہ اس کی تریج میں اکثر بہت دقت پیش آتی ہے اسلئے یہ ضرور دلچسپی رکھتا ہے۔ تریج میں اس جوڑ کی کئی جانب پر کالینی عضلہ و فی صنفہ

358

رکھی، وقتی یا راجی معین رباط، رکاوٹ پیدا کرنا ہے۔ یہ صوف سلامیہ سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور طرفین پر جانبی رباطات سے ملا ہوتا ہے۔ جب یہ سلامیہ نلوع ہو جاتا ہے تو وقتی لیفی غضروف (glenoid fibro-cartilage) سمسانی ہڈیاں اور عضلہ قابضہ اہامیہ قصیرہ (flexor brevis pollicis) کے اوتار بھی اسکے ساتھ ہی ٹل جاتے ہیں اور نیز عضلہ قابضہ بطویلہ کا وتر بعد رسی کی ہڈی کی گردن کے گرد لپٹ جاتا ہے۔ اگر ترجیع میں زیادہ تر رکاوٹ لیفی غضروف کے بعد رسی کے سر کے پیچھے کی طرف ٹل جانے ہی سے پیدا ہوتی ہے۔ جوڑ کی موخر جانب پر شکاف دینے سے تئیدہ ساتتیں بغیر کسی شدید نقصان کے ڈھیلی ہو جاتی ہیں! اور جبران اس نلوع کی ترجیع کر سکتا ہے۔

شدید چوٹ سے ایک یا زیادہ انگلیوں کا قلع (avulsion) ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں

میں جو انگلی ملسدہ ہو جاتی ہے وہ اپنے ساتھ اپنے بعض یا تمام اوتار بھی لے جاتی ہے۔ یہ اوتار علی طول پر پیش بازو ہی میں سے کچھ آتے ہیں اور انکا طول بعض اوقات معتد بہ ہوتا ہے۔ جب انھی کے ساتھ صرف ایک ہی وتر ٹوٹ کر نکلتا ہے تو یہ بالعموم عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کا ہوتا ہے۔

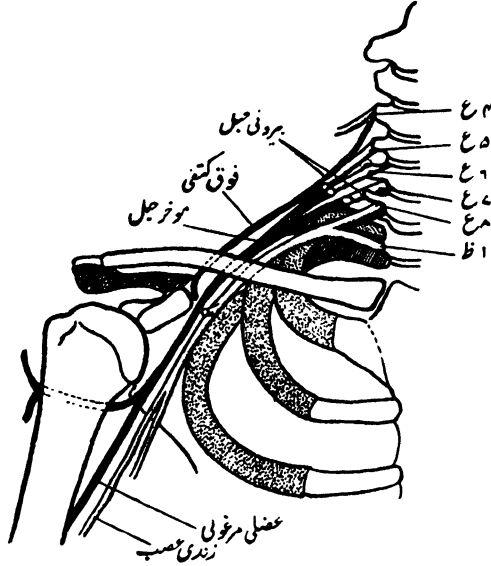
باشبازدہم

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 تشریحی قطعہ کے بعد دوسرا تشریحی قطعہ واقع ہے اور ہر قطعہ کی اصلی عصبی رسد اپنی ہوتی ہے۔ اس امر کو مد نظر رکھتے ہوئے کہ جو ارح دماغی کی بروں بالید ہیں، ہم یہ معلوم کر سکتے ہیں کہ جسم کا ہر وہ قطعہ جو جو ارح کا متصل ہے اس کو عصبی رسد بھی ہیا کرتا ہے۔ جنین میں جارحہ اعلیٰ پانچویں چھٹے ساتویں اور آٹھویں عشوں عشق اور پہلے ٹھری قلعوں سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا انہی قطعات کے شوکی اعصاب ہی عضدی صفیرہ کی کوین میں حصہ لیتے ہیں (شکل ۸۱)۔ اگر ان قطعی اعصاب کے منظم تفرع کو معلوم کرنا ہو تو جارحہ کو ابتداءئی یا جنینی حالت میں رکھنا ضروری ہے، جس میں باسط یا ٹھری جانب سب سے اوپر جو اور کعبہ اور انگوٹھا جارحہ کے مقدم یا پیش محوری (preaxial) کنارے پر ہوں اور زند اور چھٹلی پس محوری (postaxial) کنارے پر ہوں۔ جب جارحہ اس حالت میں رکھا جاتا ہے (دیکھو شکل ۸۳ ب) تو یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ پانچواں چھٹا ساتواں اور آٹھواں عشق اور پہلا ٹھری سب کے سب

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 اعصاب کو اور چھٹا ہاتھ کے پیش محوری کنارے اور آٹھواں اسکے پس محوری کنارے کو رسد پہنچاتا ہے۔ پانچواں عنقی اور پہلا ظہری علی الترتیب



شکل ۸۱۔ عضلی مرغولی (کسی ری radial) عصب کی ظہری پیش محوری اور عصب زندگی (ulnar) کی بطنی پس محوری ابتدا کو نظر 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 فلتی اعصاب ہیں لیکن جیسا کہ شکل ۸۱ سے ظاہر ہوگا چوتھا عنقی اور دوسرا ظہری شوکی عصب بھی مختلف جہات کے ریٹے بھیجتا ہے۔ پیش بستہ (prefixed) قسم کے عضدی ضغیرہ (دیکھو صفحہ 204، 205) میں چوتھا عنقی نسبتاً بہت زیادہ حصہ لیتا ہے اور دوسرا ظہری کوئی حصہ نہیں لیتا۔

پس بستمہ (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 ضروری اور کھیننا چاہئے کہ فلتی تفرع جلد تک ہی محدود نہیں ہوتا بلکہ اس سے جوارح 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 (کبری) اعصاب کے مبادی ظاہر کئے گئے ہیں۔ جو شوکی اعصاب جوارح کی طرف جاتے ہیں وہ فقری سوراخوں میں سے نکلنے ہی بطنی اور نہری دو قسموں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔ ایسے بطنی کا تفرع جارج کی خم کن جانب پر ہوتا ہے اور نہری کا اسکی باسط جانب پر۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ زندگی عصب آٹھویں عنقی اور پہلے نہری سے نکلتا ہے اور عضلی مرغولی عصب پانچوں کے پانچوں اعصاب کی نہری قسموں سے بنتا ہے۔ لیکن اس میں جو حصہ پہلا نہری لیتا ہے وہ بالعموم ذرا سا ہی ہوتا ہے۔ نیز یہ بھی 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 کھیننے سے کسی عضلہ کا صرف جزو ٹٹل ہی نمودار ہوتا ہے اور یہ 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 ٹٹل پیدا کرنے کے لئے تمام شوکی اعصاب کو جن سے اسکی عصبی رسد آتی ہے کا ٹٹا ضروری ہوتا ہے۔ ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک عضلہ ایک فعل کے لحاظ سے تو مشلول ہو اور دوسرے کے لحاظ سے فعال (کوکن میکنری: Colin Mackenzie)۔ یہ بھی ضروری یاد رکھنا چاہئے کہ عضلہ کو صرف حرکت یا درآر رسد ہی نہیں پہنچتی بلکہ اس میں حسی یا برآر رسد بھی نہایت افراط سے موجود ہوتی ہے۔

ان نونرا لڈکر ریشوں سے ہم عمیق دباؤ اور انقباض یا درود کا درجہ معلوم کرتے ہیں۔

درآر ریشے جو اذکار اور رباطات اور مفاصل 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 سب معنی

حس پذیر می کا فعل سرانجام دینے 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 انہوں نے نخر مرضی حس پذیر می (protopathic sensibility) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ یہ ریشے درد خیز تہیجات کو منتقل کرتے ہیں۔ یعنی ایسے تہیجات کو جو تضر سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً پن کی جھن وغیرہ یا جو ایسے اجسام سے پیدا ہوتے ہیں جنکی تپش جلد کی لمبی 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۔ موثر الذکر کم سے کم تین قسموں سے ہوتے ہیں۔ (۱) وہ جو ان تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو کسی ہلکے 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 جنکی 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 جھن 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 ۴، صفحہ 375) دوسرے لفظوں میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ جارحہ کے بعدی حصوں میں نخر مرضی حس پذیر می کے متصلہ نظامات کے تفرع میں ایک بڑی حد تک تراکب

پایا جاتا ہے، مگر اسکے قسربی یا قاعدی حصوں میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے اور برتا (epicritic) 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 تفرغ کے رقبہ میں سخر مرضی (protopathic) حس پذیری برتاقد (epicritic) حس پذیری سے پہلے ٹوٹ آتی ہے۔ مزید برآں یہ امر بھی مشاہدہ میں آچکا ہے کہ جب کبھی کوئی عصب کسی عنقی پہلی کے مقابل یا کسی مندل ہوتے ہوئے ندبہ میں مضبوط ہو رہا ہو تو سخر مرضی حس پذیری کا رقبہ برتاقد حس پذیری کے رقبہ کی نسبت زیادہ چھوٹا یا تنگ ہوتا ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford) مگر اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ سٹروٹر (Trotter) اور مورسٹن ڈیویز (Morrison Davies) اور ٹائیل (Tinell) حس پذیری کی ایسی واضح تفریق دریافت کرنے میں ناکام رہے ہیں۔ اور نیز انہوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان حس پذیریوں کے رقبہ جات تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں اور یہ تقریباً ایک ہی وقت پر ٹوٹ آتی ہیں۔ جو ارج کے اعصاب کے ضغطہ یا دیگر ضرات میں عرقی حرق کی نظام کا

اختلال اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جارحہ کی شریانوں کی عرق حرقی ربرد پر پروفیسر ونگیٹ ٹوڈ (Prof. Wingate Todd) اور اسکے شاگردوں نے کئی تحقیقات کی ہے۔ گردن کے جل مشارکی سے ایک خاص شاخ زیر تر قوی (subclavian) شریان کو جاتی ہے جو اس سے اس کے پہلی پہلی تک پہنچنے سے پہلے جا ملتی ہے۔ وسطی اور زندگی اعصاب بازو کے نیچے حصے سے گزرتے وقت عضدیا (brachial) اور دوسری شریانوں کو کثیر التعداد شاخیں مبعیثے ہیں۔ یہ عرق حرقی ریشہ عضدنی مضبرہ کے تنوں، اجبال اور اعصاب میں سے گزرتے ہیں اور جب کوئی دباؤ پڑتا ہے تو اسکے خاص طور پر متضر ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اعصاب کے غلاف مضبوط ہوتے ہیں اور یہ اندر کے عصبی ریشہ جات کی معمولی درجہ کی چوٹ وغیرہ سے محافظت کرتے ہیں۔ عرقی غدود کی بھی جو انگلیوں اور ہتھیں پر بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں نظام مشارکی سے ایک خاص عصبی رسد ہوتی ہے۔ جو ریشہ ہتھیلی کے عرقی غدود کو جانتے ہیں وہ عصب وسطی میں سے گزرتے ہیں کیونکہ ہاتھ کے ان غدود میں صرف اسی عصب کے کاٹنے یا اس کے مشلول ہو جانے ہی سے اختلال واقع ہوتا ہے۔ ان حالات کے تحت ان سے ایک مشملی افزا بافراط پیدا ہوتا ہے۔

جارحہ 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 فقوی سورخ سے نکلتا ہے عنقی فقرات کے کمر یا انکی بوسیدگی سے کچلا جائے تو ضرر کے بعد معین نما عضلات (rhomboids) عضلات شوکی (spinati)، عضلہ والیہ، ذورا سین، عضلہ عسدرہ اور عضلہ عسدرہ کبریہ (brachio-radialis) میں جرز وی یا مکمل شلل 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 موثر تر 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 مدعیم اٹس ہو جاتی ہے اور انگیلیوں اور ہاتھ اور پونچھے کے عضلات اور نیز کئی اور کئی سے کئی کئی عضلات مشلول ہو جاتے ہیں۔ 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 ظہری عصب تک کے تمام اعصاب کے ذریعہ سے بالترتیب نکلتے ہیں۔ جو ریشے کندھے کے عضلات سمجھ کے لئے جاتے ہیں وہ پانچویں عصب میں سے گزرتے ہیں۔ اور عضلات مفرکہ کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور کہنی کے عضلات قابضہ کے پانچویں اور چھٹے اعصاب میں سے اور ایک عضلات باسط کے ساتویں اور آٹھویں عصب میں سے اور پونچھے اور انگلیوں کے عضلات باسط کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور ایک عضلات قابضہ کے آٹھویں عنقی اور پہلے ظہری میں سے گزرتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عنقی شوکی عصب شوکی قبال 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 جارحہ 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 سدھی . ۵ - ۶ - ۷ -	صغیر داخلی (وسطانی) جلدی - ۱ -
نوق کتفی - ۵ یا ۶ -	متخن (بغلی) - ۵ - ۶ -
خارجی (جانبی) جلدی . ۵ - ۶ - ۷ -	وسطی - ۶ - ۷ - ۸ - ۱ -
داخلی (وسطانی) جلدی - ۱ یا ۲ -	زندی - ۸ - ۱ -
	عضلی مرغولی (کبری) - ۶ - ۷ - ۸ - ۵ یا ۶ - ۷ - ۸ -

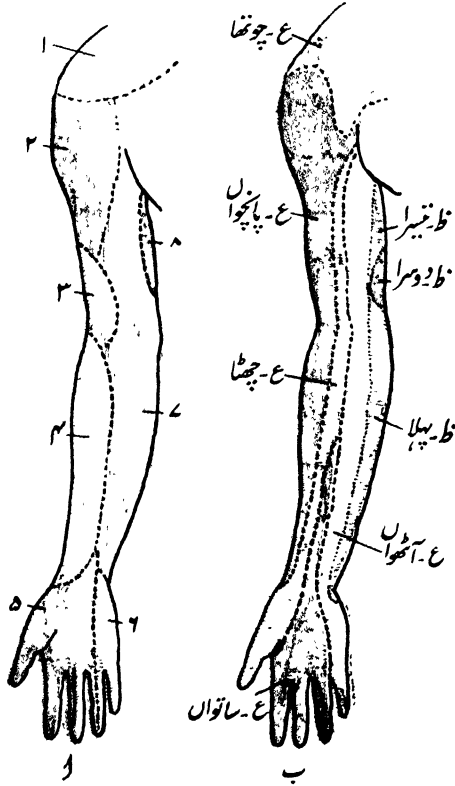
عضلات

۳ - ۴ - ۵ - رافع الکتف -	۵ - ۶ - عضلہ والید - زیر کتفی - قدر -
۵ - معین نام عضلات -	۶ - عضلہ مد لوج کبریہ - عضلہ کاب - مد لوج - عضلہ قابضہ برغیہ
۵ یا ۶ - ذوراسین - عضلہ عضدہ - متدم - قوق شوکی	کبریہ - عضلہ عضدہ کبریہ - اور عضلہ بالوج - سطحی اہامی
اور تحت شوکی عضلات - عضلہ مد لوج صغیرہ -	عضلات -
۶ یا ۷ - عضلات باسطہ رغوہ کبریہ -	۵ - ۶ - ۷ - عضلہ فشاریہ کبریہ -
۷ - عضلہ غرابیہ عضدیہ - عضلہ غرابیہ ظہریہ - پیش بازو کی	۷ - ۸ - ۱ - عضلہ قابضہ سطحی - عضلہ قابضہ عمیقہ برغیہ
پشت پر کے عضلات باسطہ مثلثتہ الرؤس کا بیرونی سر -	لوبہ اہامیہ - عضلہ کابہ - مریدہ -
۷ - ۸ - عضلہ مثلثتہ الرؤس کا اندرونی سر -	۸ - مثلثتہ الرؤس کا لولہ سر - زیر اہامی عضلات بین اعضا
	عضلات - عمیق اہامی عضلات -

انگلیوں کی جلدی عصبی رس کے متعلق یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ

انگوٹھے اور دونوں بیرونی انگلیوں کی اور منصر کی کبری طرف کی کئی جانب کو عصب وسطی (median) رس پہنچا تمہارے اور بقیہ ایک اور نصف انگلی کی اسی جانب کو عصب زندی (ulnar) سے رس پہنچتی ہے (مثل ۸۲) - انگوٹھے کی ظہری جانب کو جانبی کبری جلدی عصب (lateral radial cutaneous) اور اشاریہ اور وسطی کی ظہری جانب کو (دوسرے سلامیہ کے قاعدہ تک) عصب کبری (radial) رس پہنچا تا ہے اور ان کے دوسرے اور

تیسرے سلامیات کو عصب وسطی (median) سے رسد پہنچتی ہے یہ چونکہ کلی اور انگشت خست نام کی

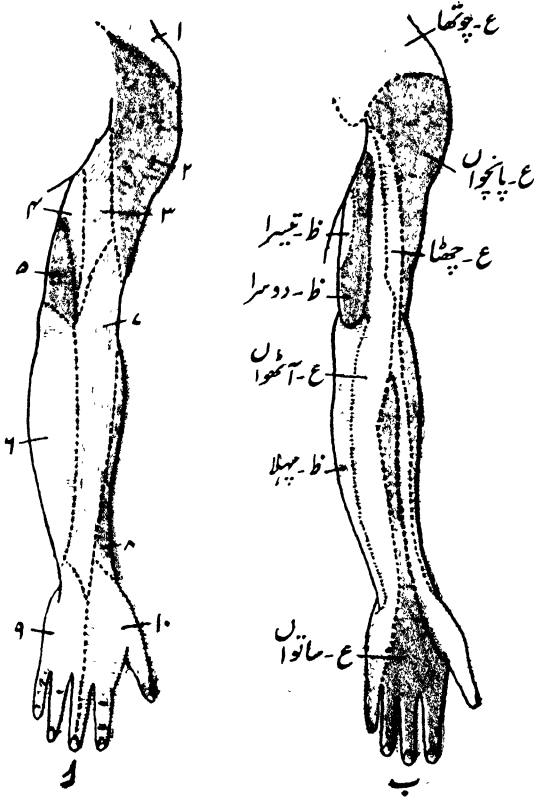


366

شکل ۸۲۔ ۱۔ بازو کے قابض یا (راجی) رخ کی جلد پر کیلے جلدی
عصب کا انقسام۔ ۲۔ بغلی۔ ۳۔ بازو کا نوخو جلدی۔ ۴۔ عضلی جلدی۔ ۵۔ وسطی۔ ۶۔ زندی۔ ۷۔ وسطی
جلدی۔ ۸۔ بین فیلی ذرا عیبتی۔

لے اس امر کا خیال رہے کہ دونوں بعد، لامیات کی ٹھہری جانب پر کسی لطیعی عصب کا چلا جانا عمومی قاعدہ
سے خلاف ہوتا ہے۔

زندگی جانب کو عصب زندی (ulnar) رس پہنچاتا ہے۔ انگشت خاتم کی کعبی جانب کو دوسرے



شکل ۸۳۔ بازو کے باسٹے یا ٹہری رخ کی جلد پر ایک لپٹے ایک لپٹے جلدی عصب کا اقسام۔

ب۔ اسی رخ پر شوکی (قلقی) اعصاب کا اقسام۔ (اس میں عصب کعبی کو ۱/۳

اصابع کو اور عصب زندی کو ۱/۱ اصبع کو رسد پہنچاتے ہوئے دکھانا چاہئے تھا)۔

۱۔ مونرفرق ترقوی۔ ۲۔ بغل۔ ۳۔ وسطی جلدی (کعبی)۔ ۴۔ بازو کا موخر جلدی۔ ۵۔ پینٹیلی ذرا صیتی۔ ۶۔ وسطی

جلدی۔ ۷۔ ٹہری جلدی۔ ۸۔ عضل جلدی۔ ۹۔ زندی۔ ۱۰۔ کعبی۔

سلامیہ کے قاعدہ تک عصب کعبی (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 برفہ کے درمیان کی گھٹائی کو گاہے گاہے عصب زندی (ulnar) رسد پہنچاتا ہے، اور کہیں اس کے کچھ حصہ کو زندی سے اور کچھ حصہ کو کبری سے رسد پہنچتی ہے۔ (جن جڑوں اور شوکی قطعوں سے یہ اعصاب تعلق رکھتے ہیں انہی وضاحت شکل ۸۲ اور ۸۳ سے ہو سکتی ہے)۔ ہاتھ کو زیادہ تر رسد ساتویں عصب ہی سے پہنچتی ہے۔ قریب چار 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 ہلکل قلب کو جاتے ہیں۔ ذبح صدری (angina pectoris) میں قلب فی الحقیقت درد کا باعث ہوتا ہے لیکن مرض ذبح بطنی بائیں بازو کی زندی جانب پر محسوس کرتا ہے اور اسی سے منسوب بھی کرتا ہے۔

368

عصدی ضغیرہ کے نیچے کے تنے کا شلل۔ جن مریضوں میں عنقی پسی موجود ہوتی ہے، انہیں بازو کے جردوشی شل 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 ہونا شروع ہوتا ہے اور جو عورتوں میں مردوں کی نسبت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ عصدی ضغیرہ کے سب سے نیچے کے تنے کے اس سلی کو دبانے سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ زندی عصب کا رقبہ تفرع ہی سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے (شکل ۸۱)۔ وڈجوز (Wood Jones) نے یہ ثابت کیا ہے کہ پہلی پسی کا زیر تر قوی میزاب سب سے نیچے کے تنے سے پیدا ہوتا ہے اور نیز اس عصب کا دباؤ بعض حالتوں میں پسی کو خمیدہ کر دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ لہذا یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ایسے افراد میں جنہیں عنقی پسی موجود نہیں تھی سب سے نیچے کے تنے کے تفرع میں عصبی اختلال موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ سب سے نیچے کے تنے میں جاد کی زیادہ تر عرق حرکتی رسد موجود ہوتی ہے، کیونکہ مذکورہ بالا واقعات میں عرق حرکتی شل 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 صحیح تشخیص کرنا مقصود ہو تو ایسے ضررات فی الحقیقت تھوڑے ہی ہیں جنکا اتنے ہی غور سے مطالعہ

کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جتنے غور 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 جو کہ بعض زائل شدہ فعل کی جگہ بعض اوقات اس خوبی سے سراجام دیتا ہے کہ تجزیہ کار ماہر تشخص کو بھی دھوکا ہو جاتا ہے۔

عضلی مرغولی (کعبری) عصب کو اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اس پر

بغل میں دباؤ پڑ سکتا ہے (عکاز شلل) یا کبھی کبھی عضلی میزاج میں بھی ایسا ہوتا ہے جیسا کہ کرسی یا میز کے سخت کنارے پر بازو رکھ کر گہری نیند سو جانے میں (شب ہفتہ کاشل) یا ذرا آہستگی کی پوری کے کمرے بعد دستبند (callus) سے مجروح یا مضبوط ہو جاتا ہے۔

369

گھر۔ یہ عضلہ ذیغضیرہ کی موخر جل سے نکلتا ہے (فصل ۵ صفحہ 204) اور ان تمام شوکی اعصاب سے جو غضیرہ میں حصہ لیتے ہیں ریشے آکر اس میں ملتے ہیں۔ یہ عصب مصیبت عرقی تبدل کے پیچھے سے بغل کو عبور کرتا ہے اور عضلی عصبی میزاج میں ذرا عیب کی موخر جانب کے گرد ایک تڑپے رخ میں پھر جاتا ہے۔ یہاں مثلثہ الرؤس کے اندرونی اور بیرونی سروں کے درمیان اور اس کے طویل سر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ شریان عمیق (profunda artery) بھی ہوتی ہے۔ عضلا والید (deltoid) کے منہنی اور خارجی سر قندال کے درمیانی فاصلہ کے تقریباً نصف پر یہ خارجی بین عضلی فاصلہ کو مشعب کر کے ذوراسین (biceps) اور بالطمہ طویل (supinator longus) کی درمیانی فضا میں چلا جاتا ہے۔ کبھی کے خم پر یہ مندرجہ ذیل شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ (ا) ایک عمداً شاخ جو خالعتہ صمی ہوتی ہے اور بالطمہ طویل کے کنارے کے نیچے چلی جاتی ہے اور اس کے وتر کے نیچے سے گزر کر کعبری جانب کو مڑ جاتی ہے اور کعبہ کے جانبی حاشیہ کے گرد پھرتی 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 بالطمہ قصیرہ (supinator brevis) میں سے گزر کر کعبہ کی گردن کی بیرونی جانب کے گرد پھرتی ہے اور اسکے بعد کلائی کے عضلات کے درمیان آگے بڑھ جاتی ہے اور سب کو صوکی شاخیں بھیجتی ہے۔ بین العظامی رباط کے گزر کر یہ عصب پونچے کی پشت پر پہنچ جاتا ہے اور رسنی اور بعد رسنی ہڈیوں کے جوڑوں اور گردن کو ریشے بھیجتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب کا اصلی فعل حرکتی ہوتا ہے۔ اس سے مندرجہ ذیل صحر کی شاخیں نکلتی ہیں: عضلی مرغولی میزاب میں (ا) مثلثتہ الرؤس کے طویل سر کو (ج) اس کے اندرونی سر کو (ج) عضلہ مرفقیہ (anconeus) کے بیرونی سر کو۔ (۲) ذور ایسن اور باطلہ طویلہ کے درمیان (ا) باطلہ طویلہ کو (ج) عضلہ رسغیہ کعبہ بریلو کوبہ کو۔ (۳) کعبہ کی گردن پر (ا) عضلہ باطلہ رسغیہ کعبہ بریلو کوبہ کو (ج) باطلہ قصیرہ کو۔ (۴) کٹائی کی پشت پر (ا) عضلہ باطلہ رسغیہ زندیہ کو (ج) عضلہ باطلہ مشترکہ اصبعیہ کو (ج) عضلہ باطلہ خنصرہ کو۔ اور اس سے نیچے (۵) عضلہ باطلہ بعد رسغیہ ابہامیہ (extensor ossis metacarpi pollicis) کو (۶) عضلہ طویلہ ابہامیہ کو (۷) عضلہ باطلہ ابہامیہ قصیرہ کو (۸) عضلہ باطلہ اشاریہ (xtensor indicis) کو۔

370

حسی شاخیں (۱) ایک داخلہ جلدی شاخ جو بازو کے لئے ہوتی ہے بغل کے زیرین حاشیہ کے بالمقابل نکلتی ہے اور پس 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 کعبی جانب کے کنارہ کو عبور کرتا ہے۔ یہ بازو کی پس بیرونی جانب کو رسد پہنچاتی ہے علاوہ ان میں یہ اس تپلی درجی کو بھی رسد پہنچاتی ہے جو پیش بازو کی پشت پر عضلی مرغولی اور داخلہ جلدی اعصاب کے رقبہ جات کے قنصر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ (۳) مقدم (کعبی) شاخ پونچے کی پشت پر تین شاخوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ شاخیں ابہامی افزان (بیرونی حصہ) ، ہاتھ کی پشت کے بیرونی حصہ ، انگوٹھے کی پشت اور انگوٹھ اشاریہ اور وسطی کی پشت کو دوسرے سلامیہ کی اور انگوٹھ خاتم کے ایک ایسے ہی رقبہ کو جو اسکی کعبی جانب پر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ محل مفرت کا جو تعلق شاخوں کے مبادی سے ہوگا ضرر کے سرسری ملاحظہ اس کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

عضلی مرغولی شلل میں اگر ضرر واقع ہو، تو (۱) بطلہ کردگی کی طاقت کے

فقدان کے ساتھ ہی ایک میزہ ہئیت 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 قریب سلامیہ کو سہارا دے تو مریض ہر ایک انگلی کے دوسرے اور تیسرے سلامیہ کی بطلہ کردگی کر سکتا ہے اور اسکی

وجہ یہ ہے کہ بین العظامی عضلات اور عضلات قطنیہ (lumbricales) سے لیکر باسط وتر کے لمبہ سری پھیلاؤ تک ایک منفاقی چسپیدگی موجودگی ہوتی ہے۔ لہذا سرے کے دو سلامیات کو کسی جیرو سے سہارا دینے کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی۔ (۲) عضل باسط رسنیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے شلل سے پونچھے کی تقریب کمزور ہو جاتی ہے اور یہ حرکت پھر عضل قابضہ رسنیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) سے کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس حالت میں اسکے ساتھ خم کردگی بھی موجود ہوتی ہے، کیونکہ باسط متوازن کش زائل ہو جاتی ہے۔ (۳) انگوٹھے کے باسط عضلا شلول ہو جاتے ہیں۔ (۴) بطح اب بھی (ذو راسین کے ذریعہ سے) کیا جاسکتا ہے جبکہ کہنی نصف خم کردگی کی حالت میں ہو۔ عضل باطو قصیر (supinator brevis) شلول ہو جاتا ہے۔ (۵) انگلیوں کی قوت گرفت کمزور ہو جاتی ہے کیونکہ عضلات قابضہ اگرچہ بذات خود متاثر نہیں ہوتے مگر ہاتھ کی خم کردگی کی حالت کی وجہ سے یہ بخوبی پناصل ہر انجام نہیں دے سکتے۔ گرفت کے مضبوط ہونے کا امکان صرف اسی وقت ہی ہو سکتا ہے جبکہ ہاتھ پہلے بسط کردگی کی حالت میں ہو۔ (۶) عضل باطو طویل (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 و موصول کرنے کے باوجود اپنے فعل کے لحاظ سے ایک خم کن عضل ہے۔ صحیح سالم بازو میں مریض کی کہنی کو مزاحمت کے مقابلیں خمیدہ کروانے سے خاص کر جبکہ اسکی کلائی اکباب اول بطح کی درمیانی حالت میں یہ بخوبی ابھارا جاسکتا ہے۔ کہنی کی بسری خم کردگی میں یہ ذو راسین سے متحد اصل ہوتا ہے۔ محیطی الاصل عضلی مرغولی شلل میں یہ اتحاد عمل جو ذو راسین کے ساتھ ہونا ہے زائل ہو جاتا ہے۔ اگر کسی ایسے مریض میں جس میں بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہو کہ عضلی مرغولی نہ رخصنہ باطو کو جانے والے عصب کے مبداء سے اوپر واقع ہے یہ عضل شلول نہ پایا جاسکے تو اس امر کے متعلق ضرور شبہ ہونا چاہئے کہ ضرر یا تو جڑ میں ہے یا شوئی ہے یا سمومیت سیسہ یا ہسٹیریا (hysteria) سے پیدا ہوا ہے۔

حسی تغیرات غیر اہم ہیں کیونکہ دوسرے اعصاب کی طرف سے بہت سا تراکب

پایا جاتا ہے۔ اسباب اور ہاتھ کی پشت اور انگوٹھے پر کے سالم رقبہ تبرع میں عدم حسیت نثار ذوادا ہی 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 حسیت (hypoesthesia) کا ایک تنگ رقبہ پایا جاتا ہے۔ تا وقتیکہ نرسٹل میں اونچا واقع نہ ہو داخلہ جلدی شخ کے تفرع کے خط میں کوئی عدم حسیت نہیں پائی جاتی۔

زندگی عصب (ulnar nerve) شفیہ کی اندرونی حمل سے شروع ہوتا ہے اور یہ ان ریشوں سے نکلتا ہے جو آٹھویں غصتی اور پہلی صدی جملوں سے حاصل ہوتے ہیں۔ شریان کی وسطانی جانب پر یہ نرسٹل 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 نرسٹل کے بیچ میں ہو جاتا ہے اور یہ نرسٹل فصل میں سے گزر کر بازو کے موخر خانہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ برکری مینراب میں سے ہو کر عضلہ قابضہ رسیغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے سے کلائی کے سامنے کی طرف پر آ جاتا ہے اور عضلہ قابضہ رسیغیہ زندیہ کی بیرونی کور پر عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کے نیچے سے عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) میں چلا جاتا ہے۔ عظم مشگلہ (pisi form) کے قریب یہ ایک منفاقی قنال میں سے گزرتا ہے جو مقدمہ طلقہ رباط کی مقدمہ جانب پر عظم مشگلہ اور کلاب نما (unciform) ہڈی کے ہک 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 رسیغیہ زندیہ کو (ب) عضلہ قابضہ عمقیہ کے اندرونی دو بندلوں کو (ہر ایک کو ایک)۔ (۳) ہاتھ میں عمیق کنفی شخ مندرجہ ذیل عضلات کو فروغ بھیجتی ہے۔ (۱) تمام بین العظمی عضلات کو (ب) دو اندرونی عضلات قطنیہ کو (ج) زیر ابہامی فزانہ کے عضلات کو (د) عضلہ قابضہ بہتہ قصبیہ کے اندرونی سر کو (س) عضلہ مقربہ ابہامیہ کو۔

حسی شاخیں مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) کلائی میں (۱) ایک شخ کلائی کے وسطی تلت پر نکلتی ہے اور زندی شریان کے ساتھ ساتھ جا کر پونچھے پر سطحی ہو جاتی ہے اور پونچھے کی اندرونی جانب اور زیر ابہامی فزانہ کو رسد پہنچاتی ہے۔ (ب) ظہری جلدی (dorsal cutaneous) کلائی کے وسطی تلت پر نکلتی ہے اور زندی کے گرد گھوم کر پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور وسطی اور زیرین تلتوں کے مقام اتصال کے قریب سطحی ہو جاتی ہے اور آخر کی ڈیڑھ انگلی اور ہاتھ اور پونچھے کے اس حصہ کو جو اسکا قنال ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ پونچھے کے سامنے کی طرف پر عصبی کی کو

کاٹنے سے اس حصہ میں عدم حسیت کے نمودار ہونے کی امید نہیں کیجا سکتی۔ لہری شاخ صرف قریبی سلامیات کو رسد پہنچاتی ہے اور بعدی سلامیات کو کئی شاخوں سے رسد پہنچتی ہے۔

اس عصب کے ضرر سے جو سر میری منظر ہر پیدا 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 موزوں ہوگا۔ یہ (۱) حرکی (عج) حسی (حج) پر روشنی ہوتے ہیں۔ عضلہ قابض عمقیہ (flexor profundus) کے کچھ حصہ کے مشلول ہو جانے کی وجہ سے اندرونی دو انگلیوں کی خم کردگی میں کمزوری آجاتی ہے۔

373

عضلہ قابض رسیغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) دوسرے عضلات کے ساتھ پونچھے کی خم کردگی کرتا ہے اور ہاتھ کی تقریب کرتا ہے۔ یہ خم کردگی عضلہ قابض رسیغیہ کے پونچھے (flexor carpi radialis) اور عضلہ راحیہ لویہ (palmaris longus) کے فعل سبب بھی ہوتی ہے۔ لیکن جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عضلہ قابض رسیغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) منقبض نہیں ہو رہا۔ اس حالت میں تقریب اکیلہ عضلہ باسط 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 شلل سے ہاتھ میں عمیق ترین تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ بین العظامی عضلات کے فرائض حسب ذیل ہیں، اول انگلیوں کی وسطی کے خط وسطی سے تعبید (تہری بین العظامی عضلات) اور تقریب (کئی) کرنا، اور (ب) قریبی سلامیات کو منتقلی پر خم کرنا اور دوسرے اور تعبیر سے سلامیات کی بسط کردگی کرنا۔ لہذا ان افعال کو زائل ہوجانا چاہئے اور یہ درحقیقت زائل بھی ہوجاتے ہیں۔ لیکن انکی جگہ تندرست عضلات کو چالائی، سے کام میں لانے سے ان وظائف کو سر انجام دینے کی کچھ طاقت ظاہر کیجاتی ہے۔ اگر عصبی ضرر اس مقام سے نیچے واقع ہو جہاں سے عصبی رسد طویل قابضات کو جاتی ہے تو انگلیوں کی خم کردگی اس حالت میں بھی کیجا سکتی ہے۔ لیکن بعد رسیغیہ سلامی جوڑوں کی خم کردگی جسے ساتھ بین سلامی مفاسل کی بسط کردگی بھی موجود ہو غیر ممکن ہوتی ہے۔ جیسا کہ ٹینٹیل (Tinell) بیان کرتا ہے۔ خم کردگی انگلیوں کے مسترقی 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 جبکہ عصب وسطی سے رسد پہنچتی ہے

انگشت اشاریہ اور وسطیٰ کے بین العظامی عضلات کے زائل شدہ فعل کا بدل قائم کرنے کی کب قدر طاقت 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 عضلہ باسط مشترک (extensor communis) ایک کمزور ممبر ہے اور طویل عضلات قابضہ ضعیف ممبر ہوتے ہیں۔ ابدال (substitution) کی اس قوت سے ایک غیر مختاط مشاہد کو جو یہ امر معلوم کرنے میں ناکام رہے کہ اس حالت میں تنبید کے ساتھ بڑھ کر درگی اور تقریب کے ساتھ خفیف سی خم کر دگی بھی موجود ہے اور نیز حرکت کی وسعت کم ہو گئی ہے دھوکا ہو جاتا ہے۔ ایسا مریض ہاتھ کو میز پر چھٹا رکھ کر انگلیوں کی تنبید اور تقریب نہیں کر سکتا۔ ایسی وضع میں اگر جب بیرونی عضلات تطنیہ (lumbricales) میں کسی قدر حرکت واقع ہو سکتی ہے مگر انگشت خاتم اور پگھلی میں کوئی حرکت واقع نہیں ہوتی۔

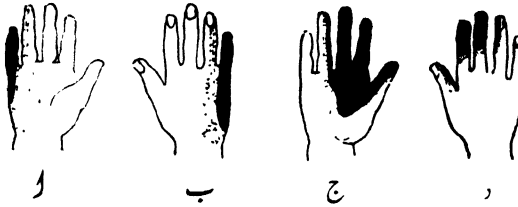
374

عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیر (flexor brevis pollicis) کے شلل کا مظاہرہ مریضی طور پر آسانی نہیں کیا جاسکتا۔ مگر عضلہ مقررہ ابہامیہ (adductor pollicis) کا شلل 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 کھینچے طبعی ہاتھ عضلہ مقررہ ابہامیہ کو استعمال کرے گا، اور کاغذ کو انگوٹھے کے بعد ابہامیہ کے قربی حصہ اور انگشت اشاریہ کے پہلے سلامیہ کی پیش جانبی طرف سے پکڑے گا۔ ضرر رسیدہ ہاتھ غالباً عضلہ مقابلہ (opponens) اور طویل قاضیات کو استعمال کرے گا۔ اور اسکی گرفت انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے آخری سلامیات کے درمیان چمکے کی گرفت کی طرح کمزور ہوگی۔ مگر گاہے گاہے مریض اسکی جگہ ایک دوسری چالاکی سے کام لیتا ہے اور کاغذ کو عضلات باسط طویل کے قوی استعمال سے پکڑتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ان عضلات کے اوتار اور ضامک پونپے پر عضلات ابہامیہ کے اوتار تندرہ محسوس کئے جاتے ہیں، اور انگوٹھا باہر طرف کو پھیرا ہوتا ہے۔ یہ چالاکی ایک عورت نے جس میں زندگی نکل موجود تھا بہت اچھی طرح سے دکھائی تھی اور سی۔ سی چوائس (C. C. Choyce) نے اسے دیکھا تھا۔

زیر ابہامی افزاز کے عضلات لاغر ہو جاتے ہیں۔ اور اسکے اوپر کی جلد کے طبعی شکل غائب ہو جاتے ہیں۔ ابہامی اور زیر ابہامی افزازات کے غائب ہو جانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہاتھ چھٹا ہو جاتا ہے اور جب مشاہد مریض کے انگوٹھے اور ہاتھ کے درمیان کے حصہ کو انگلیوں سے پکڑتا ہے تو اس کی انگلیوں کے درمیان کچھ نہیں آتا۔

اندرونی دو عضلات قطینہ (lumbricales) کے تشل سے بعض اوقات انگشت خاتم اور چھنگلی میں خم زدگی پیدا ہو جاتی ہے اور ترجیح پذیر زندگی جنگل (ulnar griffe) کی وضع پیدا ہو جاتی ہے خاص کر جبکہ عضلات ناقص عمیقہ علی حالہ ہو۔

عصب وسطی (median nerve)۔ ایک بیرونی سر میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں جو چھٹی اور ساتویں عصبی جڑوں سے آتے ہیں اور یہ 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 نخر مرضی جس پذیری غائب ہو گئی ہیں۔
نقطہ وار وہ رقبہ ہے جس سے برنا قدس پذیری غائب ہو گئی ہے۔

اندرونی سر عصب زندگی کے قریب اندرونی حمل سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں جو آٹھویں عصبی اور پہلے نظری سے آتے ہیں۔ یہ عصب بغلی شریان کے سامنے واقع ہوتا ہے اور ہر سپر زور اس میں (biceps) کے اندرونی حاشیہ کے نیچے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے۔ یہاں یہ شریان عضدی سے پیش خارجی 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 زیریں تک اسکے ساتھ پس اندرونی قریبی ملا کر رکھتا ہے لہذا بازو کے بالائی دو تہائی حصوں کے ضرورت میں وسطی اور زندگی اعصاب اور عضدی شریان کو اکٹھا ہی نقصان پہنچتا ہے۔

نیچے کے ایک تہائی حصہ میں عصب وسطی، شط وسطی کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پیش مرستی
فضا میں یہ عضلہ عضدیہ (brachialis) کے اوپر اور شریان مذکور کی وسطانی جانب پر واقع ہوتا
ہے۔ اس کے بعد یہ عضلہ کابہ مدلیہ کعبیہ (pronator radii teres) کے دونوں سروں کے
درمیان سے گزر جاتا ہے اور انیس سے جو مزید اوہ عمیق ہوتا ہے وہ اسکو شریان سے علیحدہ 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 پونچھنے کے قریب یہ عضلہ قابضہ سطحیہ
کعبیہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ انشائیہ (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۔ (ا) عضلہ کابہ مدلیہ کعبیہ کو (پہلا عصب) (ب) عضلہ باطن مدلیہ کعبیہ کو
(دوسرا عصب) (ج) عضلہ قابضہ سطحیہ کعبیہ اور عضلہ راجیہ طولیہ کو، (د) عضلہ قابضہ سطحیہ کو
(۳) پیش بازو میں نیچے کر کے (ا) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو) (ب) عضلہ قابضہ
اہامیہ طولیہ کو، (ج) ایک شاخ "مقدم بین العظامی" ایک بین العظامی رباط کے ساتھ ساتھ
نیچے کی طرف کو عضلہ کابہ مربعہ (pronator quadratus) اور بالائی رستی وغیرہ کو رسد پہنچاتا
کے لئے جاتی ہے۔ (۴) ہاتھ میں یہ (ا) عضلہ معدیہ اہامیہ، عضلہ مقابلہ اور عضلہ قابضہ اہامیہ
قصیرہ کے وسطی سروں میں شاخوں کے ذریعہ سے جو اسکی بیرونی شاخ میں سے نکلتے ہیں رسد پہنچاتا ہے
(ب) بیرونی دو عضلات قطنیہ (lumbricales) کو اسکی اندرونی شاخ سے رسد پہنچاتی ہے۔

حسی شاخیں - (۱) کلائی میں کوئی شاخ نہیں نکلتی۔ (۲) ہاتھ کو جو شاخیں جاتی ہیں
وہ یہ ہیں۔ (ا) کئی جلدی (palmar cutaneous) شاخ پونچھنے کے عین اوپر سے نکلتی ہے
اور اہامی افزا کی جلد اور پتھیلی کو وسطی کبوتر تک رسد پہنچاتی ہے۔ (ب) بیرونی انتہائی شاخ انگوٹھی
(اندرونی اور بیرونی جانب کو) اور انگشت اشاریہ کی بیرونی جانب کو ذراع بھیجتی ہے۔ (ج) اندرونی
انتہائی (inner terminal) انگشت اشاریہ کی اندرونی جانب اور وسطی کی دونوں طرفوں اور
انگشت اشاریہ کی کعبیہ جانب کو رسد پہنچاتی ہے۔

اصبی شاخیں سوائے انگوٹھے کی شاخوں کے جس انگلی کو رسد پہنچاتی ہیں اس کے سرے کے

ووسلامیات کی پشت کو بھی شاخیں بھیجتی ہیں۔

عصب وسطی کے تضرر سے مندرجہ ذیل سرسری مظاہر پیدا ہوتے ہیں بشرطیکہ ضرر مکمل ہو

اور کہنی کے اوپر واقع ہو۔ (۱) اکباب (pronation) نرائل ہو جاتا ہے۔ (۲) پونینچے پر کی خم کر دگی بہت کمزور ہو جاتی ہے اور صرف عضلہ قابضہ رسنجیہ زندیہ سے ہی عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ باطوطیلہ (supinator longus) اور عضلہ باسطہ بعد رسنجیہ پٹا (extensor ossis metacarpi pollicis) کے اتحاد عمل سے مدد ملتی ہے۔ (۳) انگوٹھے انگشت اشاریہ اور وسطی کی خم کر دگی نرائل ہو جاتی ہے، مگر عضلہ قابضہ عمقی سے انگشت اشاریہ اور وسطی کی خم کر دگی کیجا سکتی ہے۔ بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ عصب زندی سے وسطی کے عمقی وتر کو ایک چھوٹی سی شاخ جاتی ہے۔ اس حالت میں اسی انگلی میں خم کر دگی کی طاقت موجود رہتی ہے۔ انگشت اشاریہ کو خمیدہ کرنے وقت اگر اس انگلی میں کچھ حرکت واقع ہو تو اس سے مشاہدہ کو مغالطہ نہ ہونا چاہئے۔ یہ حرکت بعض اوقات ان دونوں انگلیوں کے اتار باسطہ کے درمیانی صفاتی بند کے کھینچنے سے پیدا ہوتی ہے۔ ڈیجیٹرائٹن (Dejerine) کا کاشف عصب وسطی کا شلل ظاہر کرنے کے لئے مریض کو پونینچے اور انگلیوں کی خم کر دگی کرنے کو کہنے سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ جب مریض ایسا کرتا ہے تو انگشت اشاریہ میں بست کر دگی واقع ہو جاتی ہے۔ جب مریض مٹھی بند کرتا ہے تو اسکا انگوٹھا خم کر دگی اور تقابل کی متحدہ حرکت کرنے کی بجائے بڑھ کر دگی کی حالت میں رہتا ہے۔ (۴) کوئی ایسی مینز ہئیت نہیں جو اس ضرر کی منظر ہو۔

377

اگر تضرر کلائی کے نیچے حصہ میں واقع ہو تو مذکورہ بالا حرکتوں میں سے اکثر برقرار رہتی ہیں لیکن ابہامی افزائندوں ہو جاتا ہے اور عضلہ سبحدہ ابہامیہ اور عضلہ متقابلہ 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 مسماع کا تجزیہ کیا جائے جو مریض تقابل کے لئے کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ وہ انگوٹھے اور انگلیوں کی خم کر دگی سے اپنا مقصد حاصل کرتا ہے۔

حسی نقصان تقریباً اسی رقبہ پر پایا جاتا ہے جسکو یہ رسد پہنچا تا ہے۔ لیکن اس کے

حواشی 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	الطلاقی	الطلاقی	۱	۱
aqueductus	aqueductus	۱۰	۱۱۳	چاہئے	چاہئیں	۸	۸
کردیتی	کردی	۲۵	۱۳۱	اتصال	اتصال	۴	۳
ورید،	ورید	۲	۱۳۶	بوسیدگی	ذبول	۲۲	۲۳
(ب)	(۲)	۶	۱۳۵	دماغ	دماغ	۱۷	۳۶
رباط	باط	۲۵	۱۵۸	ظہر السرج	ظہر السراج	۴۳	۳۹
hyoglossus	hyopglossus	۱۵	۱۹۸	ہیں،	ہیں -	۷	۴۲
اوپری	اوپرا	۸	۸	”شاعت الفاظ“ کا	”شاعت الفاظ“	۲۳	۵۲
اذینی	اذیبی	۱۷	۲۲۸	=	=	۱۴	۶۴
حذف کر دیا جائے	عضلہ منحرفہ (م-م)	۲۰	۲۲۹	raphe	raphi	۴	۶۵
اکثر	کثر	۱۴	۲۳۱	متہیج	متہیج	۳	۷۹
وریدوں	وریدوں	۱۷	۸	اور	ور	۲۰	۸۲
لوزہ	لوزو	۴	۲۳۲	وجہی شلل	جہبی استرخا	۱	۹۴

صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ	صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ
biceps	diceps	۱۳	۲۸۳	اور	آور	۳	۲۳۳
مد بوجہ)	مد بوجہ	۹	۲۸۵	درمیان کے	درمیان کی	۱۲	۲۳۶
پھینکنے	پھینکنے	۱۲	۲۸۸	abdominis	obdominus	۹	۲۳۲
طبعی ہو،	طبعی ہوئے	۱۹	۲۹۳	ہوں	ہیں	۹	۲۳۳
ترجیح	ترجیح	۷	۲۹۹	بغل	بغلی	۵	۲۳۵
ہول	ہول	۲	۳۰۶	مسدود	مسدود	=	=
باطح طویلہ	فوقانی طویلہ	۳۱۷	۳۱۷	پستانی	پستا	پستانی	۲۳۶
پونچے	پہونچے	۱۲	۳۳۰	مفاصل	مفاصل	۱۱	۲۳۷
درمیان پایا جاتا ہے۔	درمیان	۱۹-۱۵	۳۳۹	غضروف	غضروف	۲۱	=
کلاب نما	کلاب نما ہڈی	۱۵	۳۴۰	رٹوی سکتے	رٹوی سکتے	۱۸	۲۵۰
شکلوں	شکلوں	۲	۳۴۱	دوران	دوران	۳	۲۵۷
ہوتے ہیں (ہتھوری)۔	ہوتے ہیں۔	۷	۳۵۷	brachialis	brachialis	۲۵	۲۶۲
کا	کا۔	۱۱	۳۶۱	آگے	آگے	۱۲	۲۶۷
دالیہ)	دالیہ	۱۳	۳۷۲	جاتا	جانا	۱۷	=
extensor	xtensor	۹	۳۷۳	فقید المثال	فقید المثال	۲۷	۲۷۰

