

فَيْتَمُّ الْوَالِدَةِ

تأليف

الدكتور نجيب محفوظ

أستاذ على الولادة وأمراض النساء بكلية الطب بجامعة القاهرة سابقاً
رئيس قسم الولادة وأمراض النساء بالمستشفى القبطي

وقد عاون في تحرير هذه الطبعة

الدكتورة هيلانة سيداروس

والدكتور عبد الله رفاعة

طبيبا أمراض النساء والولادة بالمستشفى القبطي

الطبعة الرابعة

حقوق الطبع محفوظة للمؤلف

دار المعارف بمصر

مقدمة الطبعة الرابعة

اقتضى تحضير الطبعة الرابعة مراجعة جميع فصول الكتاب مراجعة دقيقة أدت إلى تغيير فصول برمتها ، وإلى إضافة فصول جديدة ، تمشياً مع التقدم الذي حدث في فن الولادة علماً وعملاً في الفترة التي توسطت ظهور الطبعتين .
ولي كل الرجاء أن نكون قد وفقنا إلى ما ابتدئناه وأن يتناسب نفع الكتاب مع ما بذلته من العناية وصرفته من الوقت في تحضيره .

وقد عاونني في إصدار هذه الطبعة زميلاي في العمل
بالمستشفى القبطي الدكتور هيلانة سيداروس والدكتور
عبد الله رفاة

أول مايو سنة ١٩٥٧

فهرست الفصول

صفحة		
٩	— تشريح الحوض	الفصل الأول
٢٤	— أعضاء التناسل الظاهرة والباطنة	الفصل الثاني
٥٥	— فسيولوجيا الأعضاء التناسلية	الفصل الثالث
٦٣	— الفسيولوجيا العمومية للحمل	الفصل الرابع
٦٧	— تلقیح البيضة وتكوين الجنين	الفصل الخامس
٩٩	— الحمل وظواهره	الفصل السادس
١٢٥	— الولادة وظواهرها	الفصل السابع
١٤٨	— كيفية السير في الولادات الطبيعية	الفصل الثامن
١٨٩	التخدير أثناء الوضع	
٢٤٣	— الحمل التوأمي	الفصل التاسع
٢٤٨	— النفاس	الفصل العاشر
	— الأمراض الخفيفة الخاصة بالحمل والأمراض	الفصل الحادي عشر
٢٥٨	الطارئة التي تضاعفه	
	— التشوهات الخلقية ، والأوضاع المرضية لرحم	الفصل الثاني عشر
٢٩١	الحامل	
٢٩٩	— الإجهاض والسقط والولادة المعجّلة	الفصل الثالث عشر
٣٢٠	— أمراض الغشاء الساقط والبيضة	الفصل الرابع عشر
٣٣٤	— الحمل خارج الرحم	الفصل الخامس عشر
٣٤٤	— النزف قبل الولادة	الفصل السادس عشر

٣٥٦	مضاعفات الدور الثالث	الفصل السابع عشر
	التغيرات غير الطبيعية التي تطرأ على القوة	الفصل الثامن عشر
٣٧١	القاذفة الرحمية	
٣٨١	الولادة العسرة	الفصل التاسع عشر
٣٩٥	أنواع الخوض	الفصل العشرون
٤١٨	استعمال الأشعة السينية أثناء الحمل	
٤٢٠	الميكروبات أو الجراثيم	الفصل الحادى والعشرون
٤٣٠	مضاداً الحيوية	
٤٣٢	الحساسية الخاصة	
٤٣٤	مضاعفات النفاس	الفصل الثانى والعشرون
	تحريض الإجهاض والولادة المعجلة وتمديد	الفصل الثالث والعشرون
٤٧٥	العتق صناعياً والخفت والتحويل	
٥١٥	ثقب الجمجمة وتقطيع الجنين	الفصل الرابع والعشرون
٥٢٣	العملية القيصرية وقطع الارتفاق العانى وقطع عظم العانة وسقوط الحبل السرى وبجيبه	الفصل الخامس والعشرون
٥٤١	العناية بالمولود	الفصل السادس والعشرون

كلمة إلى المشتغلين بالقبالة

لا تظهر نتيجة العناية واضحة في فرع من فروع الطب كما تظهر في القبالة أي صناعة التوليد . فالمولدة أو المولّد المدقّق في اتباع طرق التعقيم ، السائر حسب أصول مهنته ، يكافأ بنجاح أعماله نجاحاً يستوجب الإقرار بالفضل وسعة العلم . ولكنّ التوليد من الجهة الأخرى صناعة شاقة ليس في فروع الطب ما هو أكثر منها مسؤولية ولا أشدّ إقلاقاً للبال ، فالخص (الولادة) يفاجئ المرأة في أوقات لا يستطيع التكهّن بتحديدتها ، ويتبع في سيره طرقاً شاذة توجب على من يحترف هذه الصناعة أن يوطن النفس على تضحية راحته في سبيل إغاثة مرضاه ، وأن يعتبر أوقات راحته ملكاً لم .

وفوق ذلك صناعة كثيرة العضلات تتطلب من يحترفها صبراً وتؤمّدة ومهارة ، وإسراعاً في العمل ، وحضور ذهنٍ حتى يستطيع أن يقابل كل حال بما يناسبها . وقد تتضارب مصلحة الوالدة مع مصلحة الجنين تضارباً يتطلب من سعة الخيلة وحسن الرأي وأصوبية الحكم قدرأ كبيراً .

أما مشكلاتها فليس لحائتها طريق سلطاني ، بل هناك طرق متضاربة تتغير حسب الظروف الضيقة بها . والمولّد القطن هو الذي لا يتحيز لطريقة دون أخرى بل يزن الأمور بميزان العقل ويختار من الطرق ما يراه أفضل لمصلحة الوالدة والجنين معاً . ويجب عليه أن يقوم بعمل ما يقع عليه اختياره قبل فوات الفرصة المناسبة ، فكثيراً ما كان التردد سبباً في الفشل وهلاك الأرواح .

ولما كان للخبرة الشخصية مكان كبير في اختيار أفضل الطرق ، وهو أمر ينقص الطبيب المبتدئ في عماءه ، فقد حاولت أن أدوّن في هذا الكتاب ما تيقنت أفضليته بالاختيار مؤملاً أن يكون له مرشداً إلى أن يحوز من الخبرة ما يؤهله لاتباع آرائه الشخصية .

ولا تقتصر واجبات الطبيب المولّد على الأمور الفنية بل هناك واجبات أدبية

في علاقته مع مرضاه أسمى وأهم من واجباته العلمية . وقد أعار المولدون قديماً هذه الواجبات اهتماماً عظيماً . ولم تخل كتبهم من الإرشادات القويمة . فمن ذلك ما كتبه قابلة وهي على سرير الموت توصي به ابنتها التي خلقتها في صناعتها قالت :

« كوني مجتهدة . لا تنقطع عن البحث في كل ما تترين فيه فائدة لفنك . واظبي على الدرس إلى آخر يوم من حياتك . إياك والكبير - لا تبخلي بعلمك على أحد ولا تكتفي عن غيرك من القابلات ما يصل إليه علمك ، وإلا فقدت احترامهن . وفوق كل شيء حاذري ولو قدّمت إليك كتوز العالم بأسرها أن تحرضي على الإجهاض بلا مسوغ طبي وإلا كنت منحطة الأخلاق . ساوي في عملك بين الفقيرات والموسرات في العناية والحنان . وإذا طرأت مضاعفات في أثناء العمل فإياك والهلل ، فإن الخوف يربك العقل ، فلا تدهشي ولا يذهب قلبك شعاعاً . واعلمي أن المرء إذا استجمع فكره وحصره فيما هو فاعل ولم يسمح للخوف أن يشت لبّه فإنه يستطيع أن يقوم بما يعسر عليه من الأعمال . أعطى لنفسك متسعاً من الوقت للقيام بأعمالك ، واعلمي أن الطبيعة تساعد في الشفاء مساعدة باهرة في الوقت الذي نجد فيه أنفسنا مغلولات اليدين . وآخر نصيحة أقدمها لك . هي أن تنقضي عملك ، ولا تراقبي فيه إلا الله فهو يباركك ويكفل أعمالك بالنجاح . »

وكتب ديونس في مقدمة كتابه : « يجب على المولّد أن يكون مثل الأمانة ، وأن يراقب الله في كل أعماله ، وأن يكون دم الأخلاق محباً للغير ، شديد الرأفة ، وأن يقنع بما يقدم له في مقابلة الأتعاب إذا كان معتدلاً . أما القابلات ففضلاً عما ذُكر يجب عليهن أن ينقطعن عن الرذائل الخاصة بجنسهن وبصناعتهن . »

الفصل الأول

تشریح الحوض

الحوض حزام عظمي موضوع أسفل العمود الفقري وحامل له وأعلى الأطراف السفلى ومرتكز عليها . وأهمية تشریحه للمولود هي أنه التجويف الذي يحتوي الأعضاء التناسلية للمرأة والذي يمتاز به الجنين في أثناء ولادته ، وأن كثيراً من أحوال الولادات العسرة قد تسبب من تشوه شكل الحوض ، أو من عدم تناسب حجمه لحجم رأس الجنين . ويتركب الحوض عند البالغ من أربعة عظام : العظمين اللذين لا اسم لهما من الجانبين والأمام ، والمعجز والعصعص من الورا .

العظم الذي لا اسم له - سمي هذا العظم بهذا الاسم لعدم مشابهته لشيء معروف . وهو عظم مزدوج موضوع في الجهة الجانبية والمقدمة للحوض . ويتكون عند صغار السن من ثلاث قطع يتحد بعضها مع بعض عند البوغ . وهذه القطع هي الحرقفة ، والورك ، والعانة .

الحرقفة - يتميز للحرقفة وجهان : ظاهر وباطن ، وعرف ، وحافتان : مقدمة وخلفية .

الوجه الظاهر - الجزء الخلفي لهذا الوجه متجه إلى الخلف والأسفل والوحشية ، والجزء المقدم متجه إلى الأمام والأسفل والوحشية . وهذا الوجه أملس محدب من الأمام ، شديد التقعر من خلف ، محدود من فوق بالعرف الحرقفي ، ومن تحت بالحافة العليا للحفرة الحقوية ، ومن الأمام والورا بالحافة المقدمة والخلفية لعظم الحرقفة .

الوجه الباطن - محدود من الأعلى بالعرف ومن الأسفل متصل بالوجه الحوضي للعانة والورك ، حيث يوجد نخط قايل للوضوح يدل على محل الاتصال . ومن

الأمم والوراء محدود بالخافتين المقدمة والخلفية للحرقفة . ويوجد في جزئه المقدم سطح كبير مقعر ألمس هو الحفرة الحرقفية التي ترتكز عليها العضلة الحرقفية الباطنة . وأسفل هذا السطح حافة ملساء هي الخط الحرقفي العاني ، أو الخط الذي لا اسم له الذي يفصل الحفرة الحرقفية عن جزء الوجه الباطن للحرقفة الذي يدخل في تركيب الخوض الحقيقي . ويوجد خلف الحفرة الحرقفية سطح خشن ينقسم إلى قسمين مقدم وخلقي ، فالمقدم أذني الشكل مغطى في الحالة الحديثة بغضروف ، ويتصل مع سطح شبيه به على جانب العجز . والجزء الخلقى خشن ومعد لا اندغام الأربطة العجزية الحرقفية الخلفية .



أما العرف فمحدب في كل جهاته ومنحن على شكل حرف S اللاتينية ، وجزؤه المقدم منحن إلى الأتية ، والخلقي إلى الوحشية . وهو أطول في النساء منه في الرجال . وينتهي في طرفيه بشوكتين بارزتين هما الشوكة المقدمـة العليا من الأمام ، والخلفية العليا من الخلف . وسطح العرف عريض وينقسم إلى شفة أنسية ، وشفة وحشية ، ومسافة متوسطة . وكلها معدة لاندغام عضلات البطن .

الحافة المقدمـة — الحافة المقدمـة (شكل ١) الوجه الباطن لعظم الذي لا اسم له

للحرقفة مقعرة وتتميز لها شوكتان مفصولتان بشرم . والعليا منهما موجودة في محل تقابل الحافة المقدمـة بالعرف وتسمى بالشوكة الحرقفية المقدمـة العليا . وفي أسفل الشرم توجد الشوكة المقدمـة السفلى للحرقفة التي تتصل بالشفة العليا للحفرة الحفية . وعلى الجهة الإنسية للشوكة المقدمـة السفلى يوجد ميزاب عريض قليل الغور منحرف عليه العضلة الحرقفية . وهذا الميزاب محدود من الجهة الإنسية بارتفاع هو الارتفاع الحرقفي العاني الذي يدل على محل اتصال العانة بالحرقفة .

الحافة الخلفية - الحافة الخلفية للحرقفة أقصر من المقدمة . ومثلها تتميز لها شوكتان مفصولتان بشرم ، هما الشوكة الخلفية العليا ، والشوكة الخلفية السفلى . وفي أسفل الشوكة السفلى يوجد شرم كبير هو الشرم الكبير الوركى .

الورك - الورك يتكوّن الجزء الخلقى والسفلى للعظم الذى لا اسم له وهو ينقسم إلى قسم صلب سميك هو الجسم ، وإلى حذبة خشنة كبيرة هى التى يتركز عليها الجسم عند الجلوس وتسمى الحذبة الوركية ، وإلى جزء صاعد رقيق هو الفرع الصاعد للورك .

أما الجسم فنلائى الشكل وتتميز له ثلاثة أوجه : ظاهر - وباطن - وخلقى . فالوجه الظاهر هو جزء الورك الذى يدخل فى تكوين الحفرة الحقبة . أما الوجه الباطن فأملس مقعر ويدخل فى تكوين الحد الجانبي لتجويف الحوض الحقيقى . أما الوجه الخلقى فرباعى الشكل عريض أملس . وهذا الوجه محدود من الأمام بحافة الحفرة الحقبة ومن خلف بالحافة الخلفية . أما الحوائى فالظاهرة تكون الشفة البارزة للحفرة الحقبة ، وتفصل الوجه الظاهر من الوجه الخلقى . والحافة الباطنة رقيقة وتكوّن الجزء الوحشى من محيط الثقب المسدود . أما الحافة الخلفية فوجودها عند منتصفها تقريباً حذبة مثلثة رقيقة مدببة ، هى الشوكة الوركية التى يتصل بها الرباط العجزى الوركى الصغير . وفى أعلى هذه الشوكة يوجد شرم كبير ، هو الشرم العظيم الوركى الذى يتحول إلى ثقب بالرباط الصغير الوركى . وفى أسفل الشوكة الوركية شرم صغير ، هو الشرم الصغير الوركى الذى يتحول إلى ثقب بالأربطة الوركية العجزية .

الحذبة الوركية - تتميز لها ثلاثة أوجه : ظاهر - وباطن - وسفلى . فالوجه الظاهر رباعى الشكل خشن معد لاندغام جملة عضلات من الأسفل ، ومتصل بالفرع الصاعد للورك ، ومن وراء محدود بحافة بارزة تفصله عن الوجه السفلى . أما الوجه الباطن فيكوّن جزءاً من تجويف الحوض الحقيقى . أما الوجه السفلى فيتنقسم إلى قسمين : مقدم خشن مثلث الشكل ، وخلقى أملس رباعى الشكل .

الفرع الصاعد للورك - هو الجزء الرقيق المفرطح للورك الذي يصعد إلى الأعلى والأنسية ليتصل بالفرع النازل للعانة ، وعمل الاتصال يتميز عند البالغ بخط خشن .

العانة - عظم العانة يكون الجزء المقدم للعظم الذي لا اسم له . وباتحاده مع عظم الجهة المقابلة يكون الحد المقدم للحوض الحقيقي . وينقسم إلى جسم ، وفرع أفق ، وفرع نازل .

الجسم - رباعي الشكل يتميز له وجهان وثلاث حواف : الوجه الظاهر خشن متجه إلى الأمام والوحشية ومعد لاندغام جملة عضلات ، والوجه الباطن محدب من أعلى لأسفل مقعر من جهة لأخرى ، أملس ، ويكون الحدار المقدم للحوض . أما الحافة العليا فتتميز لها حذبة بارزة هي الشوكة العانية وعليها يتندغم رباط هوبارت . ويخرج من هذه الحذبة خط بارز يكون جزءاً من الخط الحرقفي العاني الذي باتجاهه إلى الجهة الوحشية يفصل الحوض الحقيقي من الحوض الكاذب ، وفي أنسى هذه الشوكة يوجد العرف العاني الذي يتندغم عليه جملة عضلات . أما الحافة الإنسية فهي الارتفاق العاني ، وهي بيضية الشكل مقسومة بثمانية خطوط معدة لاتصال القطع الغضروفية . أما الحافة الوحشية فحادة وتكون جزءاً من الثقب المسدود . وبها يتصل الغشاء الساد .

الفرع الأفق - يمتد هذا الفرع من الجسم إلى نقطة اتصال العانة بالحرقفة ، ويكون الجزء العلوي محيط الثقب المسدود . وسطحه العلوي متصل بالخط الحرقفي العاني ومحدود من الجهة الوحشية بحذبة خشنة هي الارتفاع الحرقفي العاني ، الذي يدل على عمل اتصال عظم العانة بالحرقفة . والسطح السفلي يكون الحد العاوي للثقب المسدود . ويوجد به من الجهة الإنسية حافة حادة تكون جزءاً من محيط الثقب المسدود ، وبها يتصل جزء من الغشاء الساد . والسطح الخلقى يكون جزءاً من الحد المقدم للحوض الحقيقي . أما الحافة الوحشية للفرع الأفق فهي أسنك أجزائه وتكون خمس تجويف الحفرة الحقيقية .

الفرع النازل للعانة : رقيق ومفرطح ويتجه إلى الأسفل والوحشية ليتحد بالفرع الصاعد للورك .

الحفرة الحُقِيَّة : هي حفرة نصف كروية عميقة فنجائية الشكل مكونة من الجهة الإنسية بالعانة ، ومن الأعلى بالحرقفة ، ومن الأسفل والوراء بالورك .
 فالحرقفة تكون أقل من خمسيها بقليل ، والورك يكون أكثر من خمسيها بقليل ،
 والخمس الباقى تكونه العانة . ويوجد بهذه الحفرة من الجهة الإنسية انبعاج هو
 الانبعاج الحُقِي .

الثقب المسدود : هو ثقب متسع بين العانة والورك يكون عند الرجال كبيراً
 يصباً قطره الأكبر متجه بانحراف من أعلى لأسفل . وعند النساء يكون أصغر
 ومثلث الشكل . وهو محدود بحافة حادة رقيقة غير منتظمة يتصل بها غشاء قوى
 هو الغشاء الساد .

العجز والعصعص

يتألف العجز والعصعص في الصغر من تسع فقرات منفصاة بعضها عن بعض .
 وعند البلوغ تتحد خمس من هذه الفقرات وتكون العجز . والأربع فقرات الأخيرة
 تتحد مع بعضها وتكون العصعص . وفي أحوال نادرة يتركب العصعص من
 خمس فقرات .

العجز

عظم منفرد كبير مثلث الشكل موضوع تحت العمود الفقري في الجهة العليا
 والخلفية لتجويف الحوض . وهو ينغرز كسكين في ما بين الحرقفتين . وقاعدته
 وهي جزؤه العلوى تتصل بالفقرة الأخيرة القطنية ، وقمته تتصل بالعصعص .
 والعجز منحرف على نفسه ، وموضوع بانحراف عظيم بحيث تصير قاعدته شديدة
 البروز إلى الأمام مكونة مع الفقرة الأخيرة القطنية زاوية بارزة جداً تسمى
 « الزاوية العجزية القطنية » . أما جزؤه المتوسط فتتجه إلى الخلف لكي يسمح
 لتجويف الحوض بأن يكون أكثر اتساعاً .

ويتميز للعجز وجهان : مقدم وخطى ، وحافتان جانبيتان ، وقاعدة ، وقمة ، وقناة وسطية .



(شكل ٢) الوجه الباطن للعجز والعصص

الوجه المقدم : مقعر من أعلى لأسفل وأقل تعبيراً من جانب لآخر وفي وسطه توجد أربعة خطوط أفقية هي محال اتصال الفقرات الخمس المكوّنة للعجز . وبالجزء العظمي المنحصر بين هذه الخطوط هو أجسام هذه الفقرات . وعلى جانبي هذه الخطوط يوجد صفّاً ثقبين هي الثقوب العجزية المقدمة المعدة لمرور الأعصاب العجزية المقدمة . وهذه الثقوب تأخذ في الصغر من أعلى لأسفل . وفي وحشى هذه الثقوب توجد كتلة جانبية تتكوّن في الصغر من قطع منفصلة

تتحد عند البلوغ بعضها مع بعض ومع بقايا النتوءات المستعرضة الخلفية . وإذا قطع هذا العظم قطعاً أفقياً في وسطه نجد الفقرات متحدة اتحاداً عظيماً في محيطها والمسافة المتوسطة متسعة ومثلثة مواد مختلفة .

الوجه الخلفي : محدب وأضيق من الوجه المقدم ويوجد فيه على الخط المتوسط أربعة بروزات منضمة بعضها إلى بعض في الغالب ، وهي البقايا الأثرية للنتوءات الشوكية لفقرات هذا العظم . وفي أسفل هذه البروزات ميزاب هو انتهاء القناة العجزية وفي وحشى هذه النتوءات ميزابان مسطحيان هما امتداد الميزابين الفقريين . وفي وحشى هذين الميزابين صفّاً نتوءات قليلة الوضوح هي البقايا الأثرية للنتوءات المفصليّة . والنتوءان الأخيران يغلب أن يكونا متحدين وموضوعين على جانبي القناة العجزية ويسميان قرني العجز ، ويتصلان بقرني العصص . وفي وحشى هذه النتوءات المفصليّة يوجد صفّاً ثقبين هي الثقوب الأربعة العجزية الخلفية . وهي أصغر وأقل انتظاماً من الثقوب المقدمة ومعدّة لمرور الأعصاب العجزية الخلفية . وفي وحشى هذه الثقوب صفّاً حديبات ، هي البقايا الأثرية للنتوءات المستعرضة لفقرات هذا العظم .

السطحان الجانبيان — عريضان من أعلى ويستدقان من أعلى إلى أسفل حتى يشبها في طرفهما السفلى بحافة رقيقة . وهما مقطوعان بالحواف من أعلى لأسفل ومن الأمام إلى الوراء . وفي جزئيهما العلوي من الأمام سطح عريض شبيه بصيوان الأذن يتصل بشبيه له في عظم الحرقفة ، وهذا السطح يسمى بالسطح المفصل . وهو مغطى في الحالة الحديثة بغضروف لين . ومحدود من الخلف بالانهاجات عميقة غير منتظمة تتدغم عليها الأربطة العجزية الحرقفية الخلفية . والنصف السفلى رقيق حاد يتصل به الرباطان العجزيان الحرقفيان الكبير والصغير .

القاعدة — قاعدة العجز عريضة وتوجه إلى الأمام وإلى فوق . وفي جزئها المتوسط سطح مفصل كبير بيضى^١ شبيه بالسطح السفلى للفقرة الأخيرة القطنية ويتحد بها بواسطة قرص غضروفي لين . وهو محدود من خلف بثقب كبير مثلث الشكل ، هو بدء القناة العجزية . وعلى جانبيه من الأمام سطح مثلث يكون جزءاً من الخوض ، ومن خلف ميزاب يكون مع الميزاب السفلى للخامسة القطنية ثقب تصريف . وفي خلفه نتوء^٢ سطحه المفصل متجه إلى الوراء والإنسية مشابه للسطوح المفصالية لل فقرات القطنية . والعجز عند النساء أعرض وأكثر انحناء منه عند الرجال .

القمة — متجهة إلى الأسفل والأمام ويتميز لها سطح بيضى^٣ مقعر صغير يتصل بالعصص .

العصص

يتكوّن العصص غالباً من أربع فقرات أثرية ، ويندر أن يتركب من خمس . وفي قطعه الثلاث العايا قد يمكن تمييز البقايا الأثرية لأجسام الفقرات المكوّنة لها ، وتوابعها المستعرضة والمفصالية . ولكن القطعة الأخيرة ليست إلا درنة عظمية لا يمكن تمييز جسمها ولا نتوءاتها . وجميع القطع المكوّنة له معدومة الميازيب والتتومات الشوكية . والعصص مثلث الشكل قاعدته إلى الأعلى وقمته إلى الأسفل . والقاعدة تتصل بالعجز . ويتميز للعصص وجهان مقدم — وخلفي ، وسطحان جانبيان ، وقمة ،

وقاعدة . فالوجه المقدم مقعر قليلا ، وفيه ثلاثة ميازيب مستعرضة هي محال اتصال الفقرات الأثرية . ويتندغم فيه الرباط العجزى العصعصى المقدم ، والعضاة الرافعة الشرجية . والوجه الخلقى محدب وفيه ميازيب مستعرضة شبيهة بالميازيب التي على الوجه المقدم . ويوجد فيه على الجانبين صفاً درنات هي البقايا الأثرية للتنوعات المفصاية للفقرات العصعصية . والتنوءان العلويان كبيران ويسميان قرني العصعص . ويتندغم على السطحين الجانبيين للعصعص الأربطة العجزية الوركية والعظمية الأليية .

أما القاعدة فبيضية وتتصل بالعجز . والقمة مستديرة وتندغم عابها العضلة العاصرة الظاهرة .

الحوض على وجه العموم

الحوض حزام عظمي موضوع تحت العمود الفقري وحامل له ومرتكز على الأطراف السفلى . وهو يتكوّن من أربعة عظام : العظمين اللذين لا اسم لهما على الجانبين ، والعجز والعصعص من خلف . والحوض ينقسم إلى قسمين : حوض كاذب وحوض حقيقي ، بمستوى يمر بالجزء الأكثر بروزاً من العجز ، وبالحظين الحرقفيين العائيين ، وبالحافة العليا للارتفاق العاني .

فالْحوض الكاذب هو الجزء المتسع الذي في أعلى هذا المستوى . وهو محدود من الجانبين بالحرقفتين . أما من الأمام فيوجد بين الشوكتين الحرقفتين مسافة متسعة مملوءة في الحالة الرخوة بجدر البطن . وهذا التجويف معد لحمل الأمعاء ، ولتحويل جزء من ثقلها إلى جدر البطن . وهو في الحقيقة جزء من تجويف البطن ، ولذلك فسميته بالحوض الكاذب خطأ .

أما الحوض الحقيقي فهو الجزء من الحوض الواقع تحت المستوى المار ذكره ، وهو أصغر من الحوض الكاذب ، ولكن جدره كاملة من كل جهة . ويتميز له مضيقان : علوي ، وسفلي ، وتجويف . فالضيق العلوي هو المستوى المار ذكره . وهو كثير الشبه بشكل القلب . ويتميز له ثلاثة أقطار ، قطر مقدم خلقي يمر من النقطة الأكثر ارتفاعاً على الزاوية العجزية القطنية إلى النقطة الأكثر بروزاً للبطن من الارتفاق العاني ، وطوله ١١ سنتيمتراً ، وقطر مستعرض يمر ما بين أبعاد

تتمة على الخط الحرقى العانى من الجهة الواحدة إلى أبعد نقطة على الخط المقابل له من الجهة الأخرى ، وطوله ١٣ سنتيمتراً . وقطر منحرف يمر من الارتفاع الحرقى العانى من الجهة الواحدة إلى الارتفاع الحرقى العجزى للجهة الأخرى ، وطوله ١٢ سنتيمتراً .



(شكل ٣) أقطار المضيق العلوي للحوض

أما التجويف المحدود من الأمام بالارتفاع العانى ، ومن الخلف بتضفير العجز والعصعص اللذين بانحنائهما من أعلى وأسفل يضيّقان فتحتى الحوض . ومحدودان الجانبين بالوجه الباطن للورك وإجزء من الحرقفة الذى فى أسفل الخط الحرقى العانى.

وتجويف الحوض قصير من الأمام طوله عند الارتفاع ٣,٧٥ سنتيمتراً . وطويل من الخلف ، طوله ١١,٥ سنتيمتراً . ويحتوى هذا التجويف فى الحالة الرخوة على المستقيم ، والمثانة ، وجزء من أعضاء التناسل . فالمستقيم موضوع فى الجهة الخلفية فى تضفير العجز والعصعص ، والمثانة فى الجهة المقدمة ، والرحم والمهبل فى المسافة المتوسطة .

المضيق السفلى — شكله عديم الانتظام البتة ومحدود بثلاثة ارتفاعات بارزة ، واحد خلفى وهو قمة العصعص ، واثنين جانبيين وهما حادبتا الورك . وهذه الارتفاعات



(شكل ٤) أقطار المضيق السفلى للحوض

مفصولة بعضها عن بعض بثلاثة شروم . واحد فى الأمام هو قوس العانة ويتكوّن من تقابل فروع الورك والعانة من الجهتين . والشرمان الآخران واحد منها على كل جنب . ويتكوّن كل منهما من العجز والعصعص من

الوراء، والورك من الأمام، والحرقفة من فوق ويسميان الشرمين، الوركين العجزيين . ويتحولان في الحالة الرخوة إلى ثقبين بالأربطة العجزية الوركية . والمضيق السفلي معيّن الشكل محدود من الأمام بالرباط تحت العانة وبفروع العانة والورك، ومن الجانبين بحديبي الورك ومن الخلف بالرباطين العظيمين العجزيين الحرقفيين وبقمة العصعص . والمضيق السفلي قطران : قطر مقدم خلقي يمتد من الجزء السفلي للارتفاع العاني إلى قمة العصعص وطوله ٩ سنتيمترات . وقد يزيد إلى ١١ سنتيمتراً عند اندفاع العصعص إلى الوراء وقت الولادة . وقطر مستعرض يمتد من الجزء الخلقى لإحدى حديبي الورك إلى الجزء المقابل له من الجهة الأخرى وطوله ١١ سنتيمتراً .

قياسات الحوض من الظاهر — للحوض بعض قياسات خارجية كبيرة الأهمية فضلاً عن القياسات الباطنة لأنه يمكن تقديرها بمنتهى السهولة مدة الحياة فتساعد كثيراً في تشخيص الأحوال الواضحة من ضيق الحوض وأهم هذه القياسات هي :

(١) المسافة بين الشوكتين المقدمتين العلويتين للحرقفة وطولها ٢٦,٥ سنتيمتراً وفي الحوض الطبيعي تكون دائماً أقصر من المسافة التي بين العرفين

(٢) المسافة التي بين العرفين . وهي المسافة بين أبعد نقطتين من العرفين الحرقفيين وطولها ٢٨,٥ سنتيمتراً .

(٣) القطر المقدم الخلقى الخارجي . ويقاس من التواء الشوكي للفقرة الأخيرة القطنية إلى الحافة العليا للارتفاع العاني وطوله ٢٠ سنتيمتراً .

(٤) القطر المدوري وهو المسافة التي بين قمتي المدورين العظيمين لعظمي الفخذ وطوله ٣١ سنتيمتراً .

(٥) المسافة التي بين الشوكتين الخلفيتين العلويتين للحرقفة وطولها ٩ سنتيمترات .

المستويات المائلة للحوض — ينقسم تجويف الحوض الحقيقي إلى قطعتين : مقدمة سفلى ، وخلفية عليا . والخط الذي يقسمه إلى هذين القسمين هو حافة قليابة الوضوح موجودة على السطح الباطن لعظم الحرقفة تمتد من الشوكة الوركية متجهة إلى الأعلى والأمام وتنتهي في الجزء العلوي للثقب المسدود . فكل أجزاء جدار الحوض التي تقع أمام هذا الخط تسمى بالمستويات المائلة المقدمة للحوض ، لأنها تنحدر إلى



(شكل ٥)

الجهة الخلفية لوجه الباطن للحوض . وهو يوضح
المشويات المائلة ، والأربعة العجزية الوركية
وأيضاً الانحراف الطبيعي لوضع الحوض



(شكل ٦)

محاور الحوض . وهو يبين أيضاً التمدد الذي يحصل
لقناة القرجية أثناء مرور الرأس . فحرفا ا ب
يشيران للمحور العام لتجويف الحوض والمسالك
التناسلية من وقت مرور الرأس من المضيق العلوي
إلى وقت خروجه من القرج ، وحرفا ج د يشيران
لمحور التمدد . وحرفا هـ هـ للفرج المتمدد بالرأس .

القوس العاني متجهة إلى الأسفل والأمام .
أما أجزاء جدار الحوض الواقعة خلف
هذه الحافة فتسمى بالمستويات المائلة الخلفية .
وهي تنحدر إلى الخلف والأسفل في اتجاه
تعبير العجز . ومعرفة هذه المستويات المائلة
تساعد على فهم الدوران الداخلي للرأس في
الدور الثاني للولادة .

وضع الحوض — في حالة الوقوف تعلق
الزاوية العجزية القطبية للارتفاع العاني
بتسعة سنتيمترات ونصف ويكون وضع
الحوض بالنسبة للجذع منحرفاً بحيث
يكون مع الأرض الموقوف عليها زاوية
قدرها 60° إلى 65° . والسطح الحوضي
للارتفاع العاني يكون متجهاً إلى الأعلى
والوراء ، وتجويف العجز والعصعص
يكون متجهاً إلى الأسفل والأمام .

وهذا الانحناء يكون أكثر ظهوراً عند
الحنين . وهو أكثر في صغار السن منه في
كباره . ويتبع من انحناء الحوض بهذه
الكيفية أن مركز ثقل الجسم يقع على
رأس عظمي الفخذ .

محاور الحوض — مستوى المضيق

العلوي يوجد على خط يمتد من قاعدة العجز
إلى الحافة العليا للارتفاع العاني . فإذا أقيم
عمود على منتصف هذا الخط فإن أحد
طرفيه يمر بالسرة والطرف الآخر بمنتصف
العصعص . وعلى ذلك فمحور المضيق العلوي

يتجه إلى الورا والاسفل وأما محور المضيق السفلى فإذا مد إلى الأعلى فإنه يمس قاعدة العجز . وعلى ذلك فهو متجه إلى الأسفل والأمام . أما محور التجويف فهو منحرف مثله . وهذا الانحناء يوازى تقعر العجز والعصعص وطرفاه يبران بمنتصف المضيقين العلوي والسفلى . ومعرفة محاور الحوض مهمة جداً للمولد لأن الجنين يتبع الانحناء المشار إليه في مروره من الحوض .

الفرق بين حوض الذكر والأنثى - حوض المرأة أرق وأقل عمقاً وأكثر اتساعاً من حوض الرجل . وحفرته الحرقفيتين أعرض وأكثر اتساعاً . والشوكات الحرقفية أكثر ابتعاداً بعضها عن بعض . والمضيق العلوي أكبر وشكله يكاد يكون مستديراً . وزاوية العجزية القطنية أقل بروزاً للأمام . وتجويف الحوض أقل عمقاً وأكثر اتساعاً . والعجز أقصر وأعرض . والثقبان المسدودان أصغر ومثلث الشكل . والمضيق السفلي أكبر . والعصعص أسهل تحركاً . والحديتان الوركيتان والحفرتان الحقيبتان أكثر ابتعاداً الواحدة عن الأخرى . والفوس العاني أعرض وأكثر استدارة . وهذا مما يساعد على سهولة مرور رأس الجنين أثناء تخلصه من الحوض . ويظهر أن حوض المرأة المتمدنة أكثر اتساعاً من حوض المرأة المتوحشة . وذلك لأن رأس جنين الأم المتمدنة أكبر من رأس جنين الأم المتوحشة فيسع حوض المتمدنة نسبياً مع رأس الجنين .

مفاصل الحوض

الأربطة التي تربط عظام الحوض بعضها ببعض تنقسم إلى أربعة أقسام :

- (١) الأربطة التي تربط العجز بالحرقفة .
- (٢) الأربطة التي تصل العجز بالورك .
- (٣) الأربطة التي تصل العجز بالعصعص .
- (٤) الأربطة التي تصل العظمين العائيين الواحد بالآخر .

١ - الارتفاق العجزي الحرقفي

هو مفصل ارتفائي يحصل من اجتماع السطحين الجانبيين للعجز والحرقفة .
 وإجزءه المقدم هذين السطحين هو الجزء المفصل . وهو أذن الشكل ويتغطى بباطنة
 غضروفية رقيقة أسمك على العجز منها على الحرقفة . وأسطح هذه الغضاريف تكون
 خشنة عند البالغ ، ومنفصلة بعضها عن بعض بمادة عجينية لينة صفراء . وعند
 الخوامل وصغار السن تكون هذه الأسطح ملساء ومغطاة بكيس زلائي رقيق . أما
 الأربطة التي تصل هذين العظمين فهي الرباط العجزي الحرقفي المقدم ، والخلقي .
 فالرباط المقدم يتألف من جملة ألحمة رقيقة تصل الوجهين المقدمين بعضهما ببعض .
 أما الرباط الخلقي فقوى جداً وموضوع في الحفرة العميقة التي بين العجز والحرقفة
 من وراء وعليه المعول في اتصال هذين العظمين أحدهما بالآخر ، ويتألف من
 جملة ألياف قوية تصل بين العظمين وتسير في اتجاهات مختلفة . من هذه الألحمة
 ثلاثة كبيرة الحجم ، العلويان منها يتجهان أفقياً ، وينشآن من الحدبتين المستعرضتين
 الأولى والثانية اللتين على الوجه الخلقي للعجز ، ويندغمان على السطح الخشن الموجود
 في الجزء الخلقي للوجه الباطن للحرقفة أما اللجام الثالث فنحرف الاتجاه ويتصل أحد
 طرفيه بالحدبة المستعرضة الثالثة التي على السطح الخلقي للعجز ، ويتصل الطرف
 الآخر بالشوكة الحرقفية الخلفية العليا ، ويسمى أحياناً بالرباط العجزي الحرقفي
 المنحرف .
 ويستدل على محل الارتفاق العجزي الحرقفي بالشوكة الحرقفية الخلفية العليا
 لأنها موجودة خلف منتصف الارتفاق مباشرة .

٢ - الأربطة التي تصل العجز بالورك

١ - الرباط العظيم الوركى « خلقي » ب - الرباط الصغير الوركى « مقدم »
 الرباط العظيم الوركى - ويسمى أيضاً بالخلقي ، موضوع في الجزء السفلي
 والخلقي للحوض . وهو رقيق مفرطح ومثلث الشكل ، وأضيق في وسطه منه في طرفيه .
 وقاعدته العريضة تتصل بالشوكة الخلفية السفلى للحرقفة وبالتنوء المستعرض الرابع

والخامس للعجز ، وبالحزء السفلى للسطح الجانبي والعصعص . ثم يتجه بانحراف إلى الأسفل والوحشية والأمام ، ويصير ضيقاً وغلظاً في منتصفه ، ولكنه يأخذ في الاتساع ثانياً ، ويندغم على الحافة الإنسية للحدبة الوركية . ويمتد منه استطالة تندغم على الحافة الإنسية للفرع وتسمى بالرباط الكاذب . انظر (شكل ٥)
والوجه المقدم لهذا الرباط ملتصق بالرباط الصغير الوركى . وحافته الوحشية تكون من الأعلى الحد الخلقى للشرم العظيم الوركى ، ومن الأسفل الحد السفلى للشرم الصغير الوركى .

الرباط الصغير الوركى - أو المقدم الوركى أقصر وأصغر من السابق . وهو رقيق مثلث الشكل ، قمته تتصل بالشوكة الوركية ، وقاعدته العريضة بالحافة الجانبية للعجز والعصعص أمام محل اندغام الرباط العظيم ، حيث تتداخل أليافهما . وحافته العليا تكون الحد السفلى للشرم العظيم الوركى ، وحافته السفلى تكون جزءاً من الشرم الصغير الوركى ، انظر (شكل ٥) .

وهذان الرباطان يحولان الشرمين الوركيين إلى ثقبين ، أعلاه هو الثقب العظيم الوركى وهو محدود من الأمام والأعلى بالحافة الخلفية للعظم الذى لا اسم له ، ومن الوراء بالرباط العظيم الوركى ، ومن الأسفل بالرباط الصغير الوركى . والسفل منهما وهو الثقب الصغير الوركى محدود من الأمام بحدبة الورك ، ومن الأعلى بالشوكة الوركية وبالرباط الصغير الوركى ، ومن خلف بالرباط العظيم الوركى .

٣ - الارتفاق العجزى العصعصى

هو مفصل ارتفاقى يتكون من اتصال قمة العجز بقاعدة العصعص ، ويتميز له رباط عجزى عصعصى مقدم ، وعجزى عصعصى خلفى ، وعجزى عصعصى جانبي ، وطبقة غضروفية ليفية بين السطحين المفصلين . فالرباط المقدم أليافه قصيرة ويلتصق بسحقاق الوجه المقدم للعجز والعصعص . والخلفى أليافه مفرطحة لولبية ، وهي تسد الجهة السفلى والخلفية لقناة العجزية ، والجانبي يصل قرنى العجز بقرنى العصعص من الجهتين . أما الطبقة الغضروفية الخلالية

فمسيكة وقد يوجد عليها في أثناء الحمل كيس زلالى يسمح للعجز بأن يتحرك بسهولة .

حركات هذا المفصل مثل الحركات التي تحدث بين فقرات العصعص طفيفة جداً وتحدث إلى الأمام والوراء ولكنها تزداد مدة الحمل .

٤ - الارتفاق العانى

مفصل الارتفاق يتكوّن من اتحاد السطحين البيضيين المفصليين للعانة . وأربطته هي العانى المقدم ، والعانى الخلقى ، والعانى العلوى ، والعانى السفلى . وله طبقة غضروفية خلالية .

فالقدم يتألف من جملة طبقات من ألياف سطحية منحرفة الاتجاه ، ومن ألياف غائرة مستعرضة . والخلقى رقيق . والعلوى يصل العظمين من الأعلى . أما الرباط السفلى ، أو الرباط تحت العانة فيتألف من ألياف غليظة على هيئة مثلث مقوس ، ويصل عظمى العانة الواحد بالآخر من الأسفل مكوناً الحد العلوى للقموس العانى . وجانبيه يتحدان بفرعى العانة .

أما الطبقة الغضروفية الخلالية فتتألف من قرصين : واحد على كل سطح مفصل ، ويلتصقان بالعظم بواسطة النتوءات الحلمية الموجودة على العظم . ويغلب أن يوجد بينهما تجويف صغير أكبر في النساء منه في الرجال .

إفصل الثاني

أعضاء التناسل الظاهرة والباطنة

أعضاء التناسل الظاهرة عند البكر هي :

- (١) الشفران العظيان { موضوعان جانبياً وينبغي تبيدهما قليلاً لرؤية
(٢) الشفران الصغيران { سائر الأعضاء الظاهرة

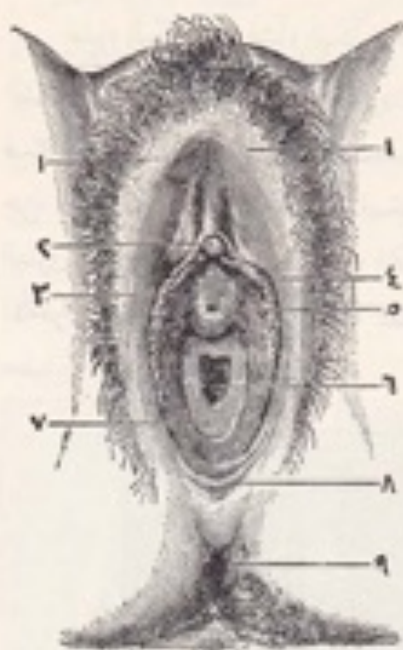
ثم من الأمام إلى الوراء نجد :

- (٣) جبل الزهرة .
(٤) الدهليز محتويًا على البظر وقلفته من الأعلى وعلى الصباخ البيول من الأسفل .
(٥) فتحة المهبل التي يكون معظمها مغفلاً بغشاء البكارة .
(٦) غشاء البكارة .
(٧) الشوكة الفرجية أو المجمع الخلقى الذي يتبعه حواقة يحدث مع غشاء
البكارة :
(٨) الحفرة الزورقية .
(٩) الجلد المغطى للعجان .

الشفران العظيان — هما اثنتان جلديتان موضوعتان على الجانبين تتصلان في أعلاهما ولكنهما تتباعدان في اتجاههما إلى أسفل ، وسطحهما الظاهر مغطى بشعر عند البالغات . وهما يحتويان على نسيج خلوي وشحمي ، وأوعية وأعصاب . ويتندغم فيهما الرباطان المبرومان . وفي محل اتحادهما من الأمام فوق الارتفاق العاني ، يوجد ارتفاع مستدير جلده مغطى بشعر كثيف عند البالغات ، ولكن المصريات يزلنه للنظافة . وتحت الجلد يوجد مقدار عظيم من المواد الشحمية ويسمى جبل الزهرة . أما من خلف فلا توجد مواد شحمية ، ويسمى محل تقابلهما بالمجمع الخلقى أو الشوكة الفرجية .

الشفران الصغيران — هما ثنيتان رقيقتان من الجلد وردبنا اللون موضوعتان داخل الشفرين العظيمين وهما ذبتان لما تقريباً . وتنشأ كل منهما من الوجه الباطن للشفر العظيم الذي في وحشها . وطرفهما العلوي يتفرع إلى فرعين : فرع علوي وفرع سفلي فالفرع العلوي يصعد إلى أعلى البظر وهناك يقابل الفرع المماثل له من الجهة المقابلة مكوناً لكبود البظر أي قلفته . والفرع السفلي يمر في أسفل البظر ويقابل مثيله من الجهة المقابلة ويساعد في تكوين الرباط المعلق للبظر .

البظر — يتكون من اجتماع جنبرين من نسيج انتصابي يسميان بالخصمين الخبوقين . ينشأ كل منهما من القرع الوركى والعاى لجهته . وباتحادهما يكونان



جسماً مستديراً بارزاً هو البظر الذي ينتهى بارتفاع كثير الإحساس يسمى الحشفة . والبظر موضوع أمام الارتفاق العانى ويرتبط به بالرباط المعلق للبظر . وكانت العامدة في مصر والسودان تتأصل جزءاً من البظر مع الشفرين الصغيرين في سن الصغر . ويزاد على ذلك في السودان أنهم يلمصون حافتي الشفرين العظيمين الواحدة بالأخرى ولا يتركون إلا مسافة صغيرة في الجزء السفلي لخروج دم الطمث . وكثيراً ما يحدث ذلك عسراً لخروج رأس الجنين يستلزم فصل الشفرين الواحد عن الآخر جراحياً .

الدهليز — الدهليز مسافة مثلثة (شكل ٧) أعضاء التناسل الظاهرة عند البكر الشكل تتركب من غشاء مخاطي محدودة (١) الشفران العظيمان (٢) البظر (٣) الشفران الصغيران (٤) الدهليز (٥) الصياخ البولى (٦) فتحة المهبل (٧) غشاء البكارة (٨) الشرة القروية الصغيرين ، وقمة المثالث محدودة بالبظر (٩) الشرج وأيس من أعضاء التناسل وكبوده . وقرب القاعدة وعلى الخط المتوسط يوجد الصياخ البولى أو فتحة قناة مجرى

البول وهو اتباع مستدير ، محاط بحافة مرتفعة مغطاة بغشاء مخاطي شكلها غير منتظم وذلك من الانقباض المستمر للألياف العضلية القليلة القريبة منها التي تلتف حول قناة مجرى البول كعضلة عاصرة . والصباح موضوع على الخط المتوسط ويوجد على كل من جانبيه من الأمام فتحة صغيرة لبغدة منغرفة في الطبقة العضلية لقناة مجرى البول تسمى قناة سكين .

أما قناة مجرى البول عند النساء فطولها ٤ سنتيمترات تقريباً ، وتمتد من عنق المثانة إلى الأمام والأسفل تحت القوس العاني ، وتنتهي في الصباح وهي محاطة من كل جهاتها ما عدا الوجه الخلفي المنغرز في جدار المهبل بالعضلة العاصرة لقناة مجرى البول .

غشاء البكارة — غشاء البكارة هو ثنية مركبة من جلد وغشاء مخاطي ، هلالية الشكل متصلة بحافتها الخدبية بالجزء الخلفي والجانبي لفتحة المهبل أما الحافة المقعرة فمائلة ومتجهة إلى الأمام ، وسطحه الظاهر أو السفلي متصل بجلد الفرج ويتفصل عن الشوكة من خلف بانبعاج صغير هو الحفرة الزورقية . أما وجهه الباطن أو العلوي فيتكون من امتداد الغشاء المخاطي المهبل إلى الأمام . وقد يمكن في بعض الأحوال أن ترى الثنيات المهبلية ممتدة إليه . ويوجد بين طبقتيه بعض ألياف عضلية وأوعية وأعصاب .



(شكل ٩)

غشاء بكارة نصف هلال



(شكل ٨)

غشاء حلق

وبوجود غشاء البكارة تصير فتحة المهبل بيضية الشكل قطرها الأطول متجه من الأمام إلى الخلف . ولا تسمح إلا بقبول أمثلة الأصبع الصغير . ولكنها تختلف كثيراً في الحجم والشكل بحسب اختلاف شكل الغشاء .

وفي بعض الأحوال يكون غشاء البكارة غائباً خلقياً . وأحياناً يسد الغشاء فتحة المهبل تماماً ، أو يكون على هيئة حلقة مستديرة لها فتحة مركزية صغيرة ، وقد يكون غربالياً ، أو تكون له فتحتان مفصولتان بحزمة مركزية . كما أن حافته السائبة قد تكون منتظمة أو مثلاً قليلاً . ومن المهم في الأحوال الطبية الشرعية تمييز هذه الأحوال عن التمزق العرضي لغشاء البكارة . والنقطة المميزة للتئثم الطبيعي هو أنه لا يمتد في كل عمق الغشاء المخاطي ، بل هو تئثم سطحي في الحافة السائبة فقط . وحافته تكون على استواء واحد ومبطنة بغشاء مخاطي أملس متصل بعضه ببعض . وغشاء البكارة يتمزق من أول جماع . ولذلك يعتبر المصريون وجوده بحالة سليمة دليلاً على العذرة . ويعتقد العامة أن تمزق غشاء البكارة بعد الجماع الأول يصطحب عادة بنزف غزير . والصحيح أن النزف في هذا الظرف لا يكون غزيراً إلا في الأحوال المرضية - أما في العادة فيكون قليلاً وقد لا يحصل بالمرّة إما لانخفاض ضغط الدم بسبب الخوف أو لضعف الزوجة .

والتمزق الذي يحدث من الجماع يقطع الغشاء بأكمله ، وتكون حوافه منقطعة وليست على استواء واحد .



(شكل ١٢)

غشاء البكارة بعد الولادة
وهو يوضح الزوائد الآسية



(شكل ١١)

غشاء بكارة غربال



(شكل ١٠)

غشاء بكارة بعد الجماع

ويكون غشاء البكارة عادة غائباً عند متكررات الولادة ويحل محله أهداب تنشأ عن تمزقه وتسمى بالزوائد الآسية .

وقد يتمزق غشاء البكارة من أسباب أخرى غير الجماع مثل الحركات العضلية الفجائية العنيفة ، ومن الفحص المهبل ، ومن الوقوع على آلة حادة .

وقد يكون الغشاء مرناً قابلاً للتمدد فلا يتمزق وقت الجماع بل ينطوى على جدر المهبل . حتى إنه قد ذكرت بعض أحوال بقاء فيها غشاء البكارة سليماً بعد ولادة جنين في الشهر السابع .

العذرة — إذا اتضح أن غشاء البكارة سليم تماماً ولا يسمح إلا بقبول لبابة الأصبغ وأن حافظته منتظمة وليس بها ارتخاء فهذا دليل على أنه لم يحصل جماع .

ولكن إذا وجد في الغشاء تمزقات في جملة مواضع وكان مرتخياً ومتسعاً بحيث يقبل أصبعاً أو أصبعين بلا ألم فالغالب أنه قد حصل جماع . تقول الغالب لأنه قد تحصل التمزقات من أسباب غير الجماع كما أنه قد يحصل الجماع ولا يتمزق الغشاء كما ذكر قبلاً . أما علامات الجماع الحديث فأوضح كثيراً لأن التمزقات في العشاء تكون غير ملتزمة ويكون الفرج محمراً ومتورماً وحساساً جداً . . وفي أحوال الاغتصاب يجب البحث عن الحيوانات المنوية في المهبل أو في اليقع التي توجد في ملابس المريضة .



(شكل ١٣)

السداه الجزء السفلي للمهبل التي يشبه
السداه غشاء البكارة

ولفحص غشاء البكارة تنام

ويبعد الساقان ثم يمسك الشفران الكبيران باليد والإبهام ويبعدان أحدهما عن الآخر . وإذا لم تتمكن مشاهدة الغشاء تؤمر المريضة بالحزق .

أنواع العذرة - الشكل الأكثر حصولاً عند اليالغة هو الشكل الدائري وفيه تكون الفوهة في الوسط تماماً ، ونصف الهلال وفيه تكون أقرب للحرف العلوي فيكون شكل الغشاء كشكل المنخل ، ثم الغشاء المسن وهو في الغالب لحمي سميك . وينبغي في الفحص الطبي الشرعي بسطه للتأكد من أنه لم يتمزق كما توهم به ثناباه غير المنتظمة ، والغشاء الشبيه بالقمع المنقلب إلى الامام وهو يمثل النوع الطفلي ، والغشاء ذو الحاجز ، والغشاء الغربالي وهو الذي يكون فيه الغشاء جميعه مثقباً بثقوب صغيرة ، والغشاء ذو الأساطين الذي ترى فيه سماكة على شكل عمد في الوجه الخلفي لما اتصل بالعمود المهبل .

الشوكة الفرجية أو المجمع الخلفي - هي عبارة عن اتحاد الطرفين السفليين المسترقبين للشفرين العظيمين . وإذا جذبنا الشوكة بمشبك أحدثت مع غشاء البكارة حفرة تسمى بالحفرة الزورقية لمشايتها للزورق .

ينطبق الشرح السابق على أعضاء التناسل الظاهرة عند العنواء ؛ ولكن تحدث بعض التغيرات في شكل الأعضاء التناسلية الظاهرة بعد الجماع المتكرر وهي :

- (١) يتمزق غشاء البكارة إما من الوسط أو من أحد الجانبين .
- (٢) يرتخي الشفران الصغيران ويتدليان ويبرزان بين الشفرين العظيمين .
- (٣) ترسب مواد مملوثة بجمتية فيهما .

أما بعد الولادة فإن غشاء البكارة يتمزق حتماً إن لم يكن قد تمزق قبلاً . والشوكة الفرجية تتمزق أيضاً ، وقد يحصل بعض تمزقات أخرى في العمجان وحول الصباخ البول .

أما بعد بلوغ سن اليأس فإن الشفرين العظيمين والصغيرين يفقدان موادهما الشحمية ويضمران . والشفران الصغيران يختفيان تحت الشفرين العظيمين . والشعر المغطى للعانة يبيض ، وهو يبيض غالباً بعد شيب شعر الرأس . وتزول تكرشات المهبل بسبب ضموره وتضييق قوته وترتخي فوهته .

الغدد الفرجية - هي غدد دهنية توجد في الشفرين العظيمين والصغيرين وتفرز مواد ذات رائحة .

غدد برنولين - أو الغدتان المهلبتان الفرجيتان : هما غدتان على جانبي فتحة المهبل . لكل جانب غدة ولكل غدة قناة طويلة تفتح على الجهة الجانبية لغشاء البكارة .

الجهاز الانتصابي للمرأة - الأوعية الدموية للفرج كثيرة العدد جداً . وفي بعض جهاته يوجد كثير من الصفائر الوريدية المميزة للأجسام الانتصابية وهذه الجهات موجودة في :

١ الجسمين المهوفين للبظر

٢ حشفة البظر .

٣ البصائب الدهليزيتين ، وهما كتلتان انتصابتان في حجم اللوزة موضوعتان على جانبي فتحة المهبل .

الأعضاء التناسلية الباطنة

الرحم ووتعلقاته - إذا فتح البطن نجد أعضاء التناسل الباطنة وعلاقات بعضها مع بعض كما يأتي : نشاهد خلف الارتفاق العاني المثانة ، وخلفها قاع الرحم منفصلاً عنها بحفرة تسمى الحفرة المثانية الرحمية . ويغطي كلاً من الرحم والمثانة طبقة من البريتون تنعطف على جانبي العضوين إلى السطح الباطن للحوض وتكون الطبقة المقدمة للرباط العريض للرحم . وتحت هذه الطبقة ولكن ظاهراً خلالها نشاهد حافة بارزة من كل جانب ومتجهة إلى الوحشية والأمم حتى تدخل في الفتحة الباطنة للقناة الأوبية . وهاتان الحافتان هما الرباطان المبرومان للرحم . ويخرج من جانبي قاع الرحم أيضاً بوقاً فالأوب اللذان يكوّنان الحدين العلويين للرباطين العريضين اللذين يكسيوانهما وينتهي كل بوق بشرافة تفتح في التجويف البريتوني . ويشاهد خلف الرحم تجويف عميق يسمى ردب دو جلاس . ويحدد هذا التجويف من الأمام بالسطح الخلق للرحم والطبقتين الخلفيتين للرباط العريض . ومن وراء

والخائبين يحده البريتون الكاسى للسطح المقدم للمستقيم والعجز . ويشاهد المبيض ملتصقاً بالطبقة الخلفية للرباط العريض من كل جهة ومتصلاً بالرحم بالرباط البروم للمبيض .

ويمتد من السطح الخلقى الجانبي للرحم من كل جهة ثنية بريتونية تحتوى على نسيج عضلى متصل بالحافة الجانبية للمستقيم أمام العجز وتسمى هذه الثنيات بالأربطة العجزية الرحمية ، وهى تقسم التجوييف الرحمى المستقيم إلى قسمين : علوى يسمى بالتجويف الرحمى العجزى ، وسفل يسمى بالتجويف المستقيم للهيل أو رذب دوجلاس الحقيقى .

وكل محتويات الحوض ما عدا فتحتى بوق فالأوب والمبيض مغطاة بطبقة بريتونية واحدة . وفى الحالة الطبيعية تملأ الأمعاء فراغ الحوض خلف الرحم وأعلىه . وتختلف علاقة الأهور والمعلقة الدودية فى الجهة اليمنى ، والقولون الحوضى فى الجهة اليسرى ، بأعضاء التناسل وخصوصاً الرحم والمبيض بحسب اختلاف حالة الأمعاء من الامتلاء والخلو ، وبحسب طول أربطها البريتونية وقصرها .

١ - الرحم

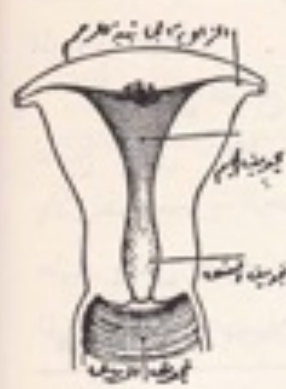
الرحم عضو عضلى مجوف كثرى الشكل ، أغلفه متجه إلى فوق وهو موضوع فى تجوييف الحوض بين المثانة والمستقيم . ويتقسم إلى جسم وعنق ، والجزء العلوى للجسم يسمى بالقاع . وفى محل اتصال الجسم بالعنق فى الجهة الخلفية ميزاب صغير يستدل منه على محل الفوهة الباطنة . والرحم مفرطح من الأمام إلى الوراء ، وسطحه المقدم محدب قليلاً وسطحه الخلقى كثير التحدب سواء من أعلى إلى أسفل أو من جهة إلى أخرى . وتجويف الرحم عند من لم تلد مثالث الشكل ، وأضلاع المثلث محدبة للباطن وزواياه تقابل فتحتى البوقين من أعلى والفوهة الباطنة للعنق من أسفل . وكل التجوييف مغطى بطبقة من الغشاء المخاطى . أما بعد الولادة فيتغير الشكل وتصبح أضلاع المثلث أكثر استقامة ويصير التجوييف أكثر اتساعاً .



(شكل ١٤)

تلددة الرحم

أما تجويف العنق فغزلي الشكل وله فتحتان: عليا وسفلى. فالعليا متصلة بتجويف الرحم وتسمى الفوهة الباطنة، والسفلى متصلة بالمهبل وتسمى الفوهة الظاهرة. والغشاء المخاطي المبطن لتجويف العنق ينثني على نفسه جملة مرات فيعطي لتجويف شكل ريشة الدجاج، وهذا ما يسمونه بشجرة الحياة.



(شكل ١٥)

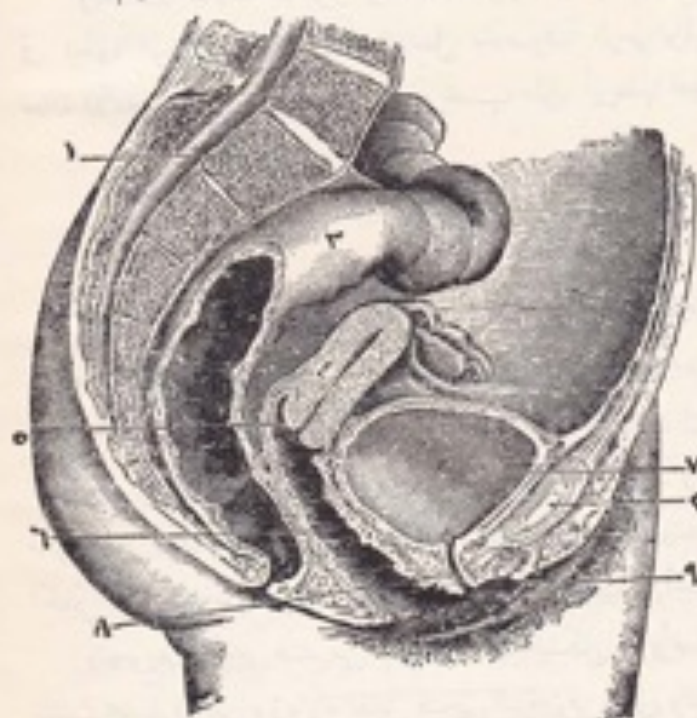
تجويف الرحم والعنق
عند من لم تلد

والعنق نفسه ينقسم إلى قسمين: قسم مهبل، وقسم حوضي أو فوق المهبل. فالقسم البارز في المهبل هو المهبل، والقسم الموجود ما بين انعطاف الغشاء المخاطي المهبل على العنق وبين الفوهة الباطنة هو القسم «الفوق المهبل» أو الحوضي. والفوهة الظاهرة للعنق هي شق مستعرض قطره ٣ - ٤ مليمترات عند من لم تلد. أما

عند متكررات الولادة فتصير أكثر اتساعاً وقد يبلغ قطرها سنتيمتراً أو أكثر. والغشاء المخاطي للعنق ينقلب إلى الخارج قليلاً.

أقطار الرحم والعنق -

طول الرحم والعنق من الظاهر عند من لم تلد ٧ سنتيمترات ونصف. وطول التجويف العموي ٦ سنتيمترات ونصف، منها ٤ سنتي طول تجويف الرحم، وستيمتران ونصف



(شكل ١٦) قطاع جانبي للحوض وبين القنوات المتفرقة لأرضية الحوض

(١) العنبر (٢) العانة (٣) المستقيم (٤) الرحم
(٥) عنق الرحم (٦) المهبل (٧) المثانة وهي مثانة
(٨) قناة مجرى البول (٩) البظر

طويل تجويف العنق . وأكبر عرض للرحم هو في محل اتصال البوقين . وأكبر سمك هو في منتصفه حيث يبلغ من ٢ إلى ٢,٥ سنتي . ووزنه من ٣٠ إلى ٤٠ جراماً تقريباً . أما رحم الحامل فعند تمام الحمل يبلغ وزنه من ٧٠٠ جرام إلى ١٤٠٠ جرام تقريباً .

تركيب الرحم - يتركب الرحم من ثلاث طبقات وهي :

(١) طبقة مصلية أو بريتونية . (٢) طبقة عضلية . (٣) غشاء مخاطي .
أما الطبقة العضلية فتتكون من ثلاث طبقات : الأولى سطحية ضفيرية ، والثانية غائرة مكوّنة من ألياف حلقيّة ، والثالثة موجودة بين هاتين الطبقتين وتتكوّن من ألياف طولية ، السطحية منها تنحني على هيئة عرى لمرور الألياف الحلقيّة لعنق الرحم . ولا تتميز هذه الطبقات إلا مدة الحمل . أما الطبقة الغشائية فجزؤها المبطن لتجويف الجسم رقيق لا يتجاوز سمكه مليمترًا ولونه وردي ، وسطحه السائب موشح بأخية بشرية أسطوانية الشكل ذات أهداب اهتزازية . ويحتوي هذا الغشاء على غدد قنوية منفتحة على سطحه السائب . أما الجزء المبطن لتجويف العنق فيختلف عن السابق كل الاختلاف . وسطحاه المقدم والخلفي ينعطفان على تقسيهما مكونين لثنيات على شكل ريشة الدجاج وتسمى شجرة الحياة . ويتركب هذا الغشاء من خلايا أسطوانية ذات أهداب اهتزازية في حوافي الثنيات فقط . أما في الميازيب فالحلايا بلاطية . وغدد العنق عنقودية تفرز مادة غروية ثخينة كيباض البيض . وهذه المادة تتراكم مدة الحمل وتكوّن سدادة سميكّة غروية لا صلبه ولا رخوة بل بين بين تسد فتحة عنق الرحم ، وتخرج في ابتداء المخاض على صورة سائل غروي . وقد تسد فتحات الغدد العنق فيتراكم إفرازها داخلها فتتسد وتكوّن حبوباً بارزة تسمى بيض نابوت .

أربطة الرحم

لرحم نوعان من الأربطة . النوع الأول انعطافات بريتونية وعددها أربعة . والنوع الثاني حزم رباطية .

الانعطافات البريتونية - يغلف البريتون جسم الرحم بتمامه تقريباً فمن الأمام ينعطف من المثانة على الوجه المقدم للرحم في محل اتصال العنق بالجسم . ومن الخلف ينعطف من الجدار الخلفي للرحم على الخمس العلوي للمهبل ومن ثم على الجدار المقدم للمستقيم مكوناً للدرب دوغلاس ، ومن الجانبين ينعطف البريتون على نفسه مكوناً للرباطين العريضين .

أما الحزم الرباطية فأربعة أزواج : رباط مقدم هو العاني المثاني الرحمي ، والرباطان المبرومان ، والرباطان العجزيان الرحميان ، والرباطان الجانبيان أو رباطا ما كنروت .

الرباطان المبرومان - ينشأ كل من الرباطين المبرومين في أسفل القرن الرحمي مباشرة ويسير بانحراف إلى الوحشية في الثنية المقدمة للرباط العريض إلى أن يصل للفتحة البطنية الباطنة ثم يعبر القناة الأربية ويخرج من الفتحة البطنية الظاهرة ويُفقد في النسيج الخلوي للشفر العظيم . وهو يتركب من ألياف عضلية ملساء ومن نسيج ليفي . والحزء من الرباط القريب من الرحم أضخم وأقوى من الجزء الوحشي . ويتغذى الرباط المبروم من شريان صغير ينشأ من الجزء العلوي للشريان الرحمي ويتضمم مع شريان صغير آخر ناشئ من الشريان الشراسيقي الغائر .

الأربطة الرحمية العجزية وأربطة ما كنروت والأربطة العانية المثانية الرحمية -

هذه الأربطة هي ٣ أزواج من حزم ليفية يتخللها بعض ألياف عضلية ملساء موجودة في الصفاق الحوضي الباطن (Endopelvic fascia) تسير في اتجاهات مختلفة .

فالزوج الأول من هذه الحزم يسمى بالرباطين العجزيين الرحميين . وهما ينشأان من الجزء الوحشي للوجه الخلفي للعنق ويتجهان إلى الوراء والأعلى مغطينين بانعطاف بريتوني ويندغمان في الجزء العلوي للفقرة الثالثة العجزية . وفي أثناء مرورهما على المستقيم تخرج منهما بعض ألياف وتندغم على جدره .

أما الزوج الثاني فيتألف من حزم ليفية متينة مكوناً لرباطين جانبيين وينشأ كل منهما من جانب الرحم في أعلى اتصال الجسم بالعنق مباشرة ومن الرذب الجانبي للمهبل ، ويسير للوحشية في قاع الرباط العريض مصاحباً للشريان الرحمي ،

ويتدغم بالقرب من الشوكة الوركية ، ويسمى رباط ماكنروت .
أما الزوج الثالث من الخزم فيكون الأربطة العانية المثانية الرحمية وهي أقل الأربطة في الأهمية ، وتنشأ من الوجه المقدم للعتق وتدغم على جانبي المثانة وعلى العظمين العانيين .

الرباطان العريضان— هما انعطافان بريتوليان يمران من جانبي الرحم إلى الجدارين الخائبيين للحوض مكونين لحاجز ذي ثلاث ثنيات يقسم الحوض إلى قسمين :
قسم مقدم ويحتوي على المثانة وقناة مجرى البول والمهبل ، وقسم خلفي ويحتوي على المستقيم . وبين ورقتي كل من الرباطين العريضين توجد الأنسجة الآتية :
(١) البوقان في الثنية العليا وهي المتوسطة (٢) الرباطان المبرومان في الثنية المقدمية
(٣) المبيضان وأربطتهما في الثنية الخلفية (٤) النسيج خارج المبيض .
(٥) الحالب — ويكون منقسماً بالطبقة الخلفية للرباط العريض حالة نزوله في تجويف الحوض بعد أن يتقاطع مع الشريان الحرقفي المشترك . وحين يصل إلى قاعدة الرباط العريض يتجه إلى الأمام والأنسية ، محفوضاً في غلاف ليفي مخصوص ويمر بجانب الجزء فوق المهبل للعتق على بعد سنتيمتر ونصف منه أسفل الأوعية الرحمية ، ويشي في المثانة (٦) نسيج خلوي (٧) ألياف عضلية غير عظيمة (٨) الباروفاريوم والباروفرون وكيس مورجاني .
وبين شراية البوق والحافة السفلى للرباط العريض توجد حافة مدورة مقعرة تسمى بالرباط القمعي الحوضي .

الباروفاريوم أو (عضو روزنغولر) — وهو سلسلة أنابيب منسدة من بقايا نسيج جنيني تتقارب بعضها من بعض في جهة المبيض وتتحد في نهاياتها العليا بشدة طولية هي بقايا قناة مجازة لقناة جارتر في البقرة . ويتحد الباروفاريوم في نهايته من جهة الرحم ببقايا قناة ولف .

كيس مورجاني — وهو حوصلة تتخلف عن بقايا من قنوات وأنف وتري في حالة وجودها متحدة بالشرافات .
الباروفورون — وهي أيضاً بقايا أنابيب منسدة موضوعة بالقرب من الرحم .

خواص الرحم - للرحم أربع خواص : الإحساس والانقباض والتدد وال مرونة أو الانكماش . فالانقباض لا يظهر بوضوح إلا في الحمل المتقدم ، وخاصة التدد تظهر طول مدة الحمل . أما الإحساس فلا يظهر إلا في آخر الحمل وفي مدة الولادة والتنفس ولا يظهر الانكماش إلا مدة الولادة والتنفس .

اختلافات شكل الرحم بحسب العمر - يكون العنق عند الأطفال أطول من الجسم ، والفوهة الباطنة غير واضحة الحدود . وتكون شجرة الحياة ممتدة داخل تجويف العنق والجسم معاً ، وتكون الطبقة العضائية شبيهة بنسيج إسفنجي انتصابي مكون من جيوب دموية . أما عند متقدمات السن فإن الرحم والعنق يضمران وتحصل لهما استحالة ليفية .

متعلقات الرحم

متعلقات الرحم هي البوقان ، والمبيضان وأربطهما ، وهي موضوعة بهذا الترتيب : من الأمام الرباطان المبرومان ثم البوقان ، ويشغلان الحافة العليا للرباطين العريضين ، ثم المبيض وأربطته في الثنية الخلفية .

البوقان - البوق قناة تصل تجويف الرحم بتجويف البريتون وبعد



(شكل ١١٧)

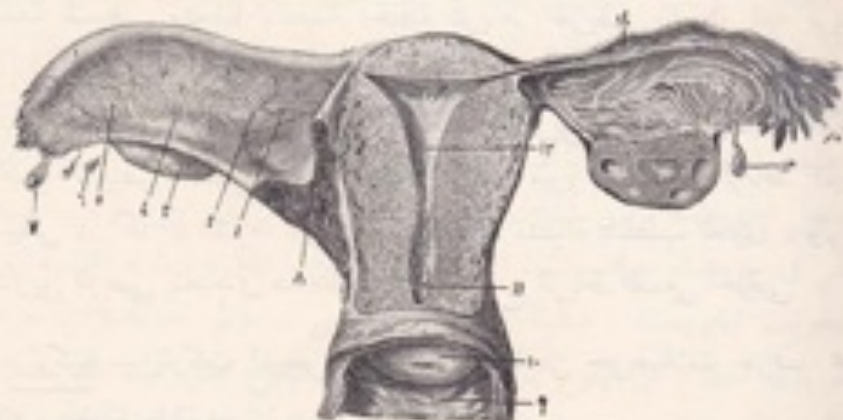
لتقل البويضة ، ولرور الحيوانات المنوية . وهو موجود في الحافة العليا للرباط العريض ويمتد من الزاوية العليا للرحم إلى جانب الحوض وطوله ١٠ سنتيمترات تقريباً ويتقسم إلى ثلاثة أقسام :

(١) أنسي ضيق القطر

لا يكاد يبع شعرة الخنوص ويسمى بالبرزخ و (٢) متوسط متسع ينعطف على

الوجه الخلفي للرحم ومتعلقاته ا ب ج تشير لمتعلقات الجهة المقابلة

المبيض . و (٣) وحشى يسمى صبيوان البوق شكله قمعى قمته نحو القناة ،
ودائرته سائبة في تجويف البريتون ، وموشحة بشرابات . ثم إن إحدى شراياته
محفورة كالميزاب ومتصاة بالمبيض . أما الجزء الذى يصل البرزخ بتجويف الرحم
فيسمى بالحلالى .



(شكل ١٧ ب) السطح المقدم لأعضاء التناسل الباطنية للمرأة - وقد عمل قطاع تاجى
في النصف الأيسر لاطهار تجويف الرحم والبوق والمبيض
(١-٦) الباروتورون والباروفاريوم (٧) كيس مورجانى (٨) الرباط المبروم
(٩) الجدار الخلقى للمهبل (١٠) عنق الرحم (١١ و ١٢) تجويف العنق والرحم
(١٣) صبيوان البوق (١٤) تجويف البوق

التركيب - يتركب البوق من ثلاث طبقات : طبقة مصاية بريتنوية ، وطبقة
عضلية ، وغشاء مخاطى . فالظاهرة هى البريتونية ، والمتوسطة هى العضلية وتتألف
من طبقتين عضليتين الباطنة حافية والظاهرة طويلة . أما الطبقة الباطنة للبوق فهى
العشائية وتتركب من غشاء مخاطى مغطى ببشرة أخليتها أسطوانية موشحة بأهداب
اهتزازية ومكوّنة لثنيات مستطيلة ممتدة من الصبيوان إلى تجويف الرحم .

المبيض

المبيض - عضو بيضى الشكل موضوع على جانب الرحم فى الجهة الخلفية
لرباط العريض ، وظيفته إنتاج البويضات للتناسل وإفراز الإفرازات الباطنية التى
تؤثر على الأعضاء التناسلية وعلى نظام النمو العام لسائر الجسم . ويبلغ طول المبيض

نحو ثلاثة سنتيمترات ونصف وعرضه ١٩ مليمترًا وسماكته نحو سنتيمتر ونصف ويزن حوالي ٥ جم وهو مفرطح من الجانبين وسطحه خشن متكرش عند البالغ نتيجة انكماش ندب التحام حويصلات جراف التي انفجرت. والمبيضان موضوعان على جانبي الحوض في البعاجات بريتونية مخصوصة تسمى بالحفر المبيضية. والحافة المقعدة للمبيض متحدة بالطبقة الخلفية للرباط العريض بواسطة ثنية بريتونية قصيرة. وفي هذه الحافة توجد فرجة المبيض التي تدخل فيها الأوعية والأعصاب المبيضية. وتسمى هذه الثنية البريتونية بالرباط المساريق للمبيض. والقطب الأسفل الأنسي للمبيض متصل بالرحم بواسطة رباط مبروم يسمى بالرباط المبروم للمبيض، كما أن الشرافة البوقية الطويلة تكون متصلة بالقطب العلوي. والرباط المساريق المبيضي يتعدم في هذه النقطة باتحاده مع الرباط القمعي الحوضي.

تركيبه - يتركب المبيض من كمية كبيرة من حويصلات جراف محاطة بغلاف ومغطاة بطبقة مصالية بريتونية.

الطبقة المصالية - الطبقة المصالية تنشأ من البريتون ولكنها تختلف عنه بأنها مغطاة بطبقة واحدة من الخلايا الأسطوانية بدلا من البشرة المحاطية التي تغطي سائر البريتون. وتسمى هذه الطبقة بالقشرة الجرثومية أو المحفظة.

الغلاف - هو نسيج لين كثير الأوعية يتألف على الأكثر من خلايا مغزلية ونسيج لين. وعلى سطح المبيض يتكاثف هذا النسيج، ويحدث ما يسمونه بالغلاف الأبيض الذي يعطى المبيض لونه المألوف الخاص.



(شكل ١٨)

حويصلات جراف - إذا قطعنا المبيض نجد فيه حويصلات عديدة مستديرة شفاقة مختلفة الحجم. هذه هي الحويصلات التي تحتوى على البيضات، وتسمى حويصلات جراف. ويوجد تحت الغلاف

حويصلتان من حويصلات جراف مختلفتا الحجم ومنقطعتان عموديا (ب) الطبقة البريتونية المنوية (ج) الطبقة الجرثومية للمبيض (غ ج) الغشاء الجرثومي (غ ب) الغلاف والغلاف الباطن

الأبيض مباشرة غلاف يحتوي على عدد عظيم من حويصلات دقيقة جداً يبلغ قطرها ربع مليمتر هي حويصلات جراف في بدء نموها . والطبقة التي تحتوى عليها تسمى بالطبقة القشرية . ويقدر عدد هذه الحويصلات عند الطقلة بحوالى ٤٢٢,٠٠٠ إلى ٥٧٥,٠٠٠ ، ولكن لا تصل كل هذه الحويصلات إلى دور النمو الكامل . وكلما اتجهنا للخارج ازداد حجم حويصلات جراف ، على أنها لا توجد في الطبقة الجهرية حيث تدخل الأوعية المغذية للرحم ، وتركب حويصلة جراف من غلاف ظاهرى لينى يتصل بغلاف المبيض بشبكة أوعية ، ومن طبقة باطنة مبطنة بخلايا ذات نواة تسمى بالغشاء المحبب . أما السائل الذى فى داخل الحويصلة فزلالى شفاف وفيه تعلق البويضة . وفى الجزء الأقرب لسطح المبيض فى حويصلة جراف التامة النمو تتكاثف الخلايا المكونة للغشاء المحبب وتبرز فى تجويف الحويصلة ، مكونة لما يسمى بالقرص . ونمو حويصلات جراف يستمر بدون انقطاع من البلوغ إلى سن اليأس . وقبل البلوغ تكون هذه الحويصلات صغيرة ومحاطة بغلاف سميك . وكثير منها لا يتم تكوينه بل هى تضمر وتمتنص لأن بويضاتها غير صالحة للتلقيح .

خروج البويضة - كلما نمت حويصلة جراف اقتربت من سطح المبيض ثم ينشئ الأمر بتمزق أغشيتها وخروج السائل مصحوباً بالبويضة إلى سطح المبيض فيتلقها صبيان البوق . وهذه هى ظاهرة البيض . فإذا لم تتلقح البويضة زالت بالذوبان والامتصاص فى أثناء مرورها فى البوق .

الجسم الأصفر Corpus Luteum - تنفجر حويصلة جراف فى اليوم الرابع عشر بعد بداية الحيض . ومنى حدث الانفجار وخرجت البويضة تأخذ الحويصلة فى الانكماش فتنتوى الطبقة الباطنة لها جملة طبقات ويأخذ التجويف فى الزوال . أما خلايا الغشاء المحبب (المبطن لغلاف الحويصلة) التى تعرف الآن باسم الخلايا اللوتينية فتأخذ فى التضخم والتكاثر وتنتوى على نفسها جملة طبقات محدثة لتلافيف شبيهة فى شكلها ولونها بتلافيف المخ بعض الشبه . ويتضاعف هذه الخلايا يمتلئ تدريجاً باطن الحويصلة ، ثم إن سائلاً رائقاً يتفرز



(شكل ١٩ أ) يوضح كيفية تكون الجسم الأصفر لعرف (أ) يشير إلى تجويف الحويصلة مملوئاً بالسائل (ب) و (ج) يشيران إلى الشناقص التي يحصل للكثلة والضامف التي يحصل للخلايا البشرية (د) و (هـ) و (و) تشير إلى الاستعالة التي تحصل للكثلة وتكون الفضلات صفراء ثم امتصاصها وعدم بقاء شيء منها سوى أثر النخاع .

في باطن الحويصلة التي تسمى الآن بالجسم الأصفر ويصبح الجسم الأصفر غدة مؤقتة ذات إفراز باطنى خاص يسمونه اللوتينين أو البروجسترون وتتجه أوعية صغيرة مصحوبة بنسيج ليفى من غشاء الحويصلة نحو المركز ، وقد يرشح منها بعض الدم في داخل الغدة . وفي بعض الأحوال قد يسبب ذلك تجمعاً دموياً يظهر كورم صغير داكن اللون على سطح

المبيض يتراوح حجمه بين سنتيمتر واحد إلى ٣ سنتيمترات تحيط به دائرة محتفنة من الأوعية الدموية . وتستخدم هذه في نقل إفراز الغدة إلى سائر الجسم .

جسم أصفر حويصلة جراف مملوءة بالسائل
جسم أبيض



(شكل ١٩ ب) قطاع في المبيض بين حويصلة جراف والجسم الأصفر والجسم الأبيض

ويبلغ نمو الحويصلة تمامه في اليوم التاسع عشر للحيض حيث يبلغ قطرها سنتيمتراً ونصفاً . وفي اليوم السابق لحذوث الطمث التالى تبدأ خلايا الجسم الأصفر في الانحلال والتدهور ، ويتميز ذلك بظهور فضلات صفراء اللون في الخلايا

وحدوث نزف في مركز الحويصلة . ثم يأخذ النسيج اللين الذي نشأ بين الخلايا في النمو متجهاً نحو المركز . ثم تأخذ الفضلات الصفراء في الامتصاص تدريجاً حتى إنه بعد شهرين من تاريخ انفجار الحويصلة لا يبقى من الجسم الأصفر إلا ندبة التحام ويسمى عندئذ بالجسم الأبيض . وما تجدر الإشارة إليه هو أن خلايا الغشاء المحب هي وحدها التي تحول إلى خلايا لوتينية ، وهي التي تفرز الهرمون الذي سيأتي الكلام عنه في فسيولوجيا الأعضاء التناسلية . أما خلايا الطبقة الباطنة للغلاف الحويصلة فلا تشترك في تكوين الخلايا اللوتينية ، ولا تفرز هرموناً وتسمى بالخلايا المحيطة بالخلايا اللوتينية .

التغيرات السابقة الذكر هي التي تحدث في الجسم الأصفر في الأحوال التي لا يحدث فيها حمل . أما إذا حدث الحمل أي إذا تلقحت البيضة التي خرجت من الحويصلة فإن الجسم الأصفر لا يأخذ في الانحلال بل يستمر في النمو حتى نهاية الشهر الثالث للحمل ويصير لونه أكثر اصفراراً من قبل ، ويبلغ قطره حينئذ ٣ سنتيمترات . ثم يأخذ بعد ذلك في الضمور ببطء شديد حتى إنه في نهاية الحمل يكون حجمه لا يزال أكبر مما كان قبل حدوث الحمل ، ولا يزول تماماً إلا بعد الوضع بشهرين .

المهبل

هو شق مستعرض مواز لمستوى المضيق العلوي للحوض ، موضوع بين المثانة من الأمام والمستقيم والعجان من وراء ، ويمتد من التخرج إلى الرحم . وتتميز له حافتان جانبيتان ، وطرفان علوي وسفلي ، وجداران مقدم وخلفي . والجداران يلامس أحدهما الآخر في الحالة العادية . والطرف العلوي للمهبل يتندغم حول عتق الرحم . فيتندغم الجدار المقدم في محاذة اجتماع الثلث السفلي للعتق بثلاثة المتوسط ، ويتندغم الخلفي في أعلى ذلك أي في محاذة اجتماع ثلثة المتوسط بالعلوي ، ولذلك كان أطول من المقدم بستيمترين . ومن هذه الأندغامات تتكوّن ردوب مهبلية اثنان منها جانبيتان ، وواحد مقدم ، وواحد خلفي والخلفي منها أكثرها غوراً . وطول الجدار المقدم للمهبل ٥ سنتيمترات وطول الجدار الخلفي ٧ سنتيمترات

ولكن عند إدخال منظار أو أية آلة أخرى في المهبل يستطيل الجدران حتى يبلغا ضغى طولهما . والمهبل أعلاه أكثر اتساعاً من أسفله .

علاقته بالأجزاء المجاورة - الوجه المقدم للمهبل ملاصق لقاع المثانة وقناة مجرى البول والوجه الخلفى متصل لثلاثة أرباعه السفلى بالجدار المقدم للمستقيم . أما الربع العلوى فينفصل عن المستقيم بالانعطاف البريتونى المسمى رذب دوغلاس ويتصل بجانبى المهبل من الأعلى الرباطان العريضان ومن الأسفل العضلتان الرافعتان للشرح .

التركيب - يتركب المهبل من غشاء مخاطى مبطن له ومن طبقة عضوية بينها وبين الغشاء المخاطى طبقة نسيج انصافى .

والغشاء المخاطى متصل من الأعلى بالغشاء المبطن للعتق . ويوجد على وجهه الباطن من الوسط بروزان أحدهما من الأمام والآخر من الوراء يسميان بالعمودين المهبلين ، ينتهى المقدم منهما خلف الصباخ البولى بجزء أكثر بروزاً يسمى بالبصلة المهبلية . وعلى جانبى عمود المهبل يتجمع الغشاء المخاطى على هيئة ثنيات مستعرضة تكون كثيرة الوضوح كلما قربت من الفرج . وهذه الثنيات يزداد عددها مدة الحمل وفائدتها أنها تسمح للمهبل بالتأدد وقت تخليص الجنين .

أما الطبقة العضوية فتتألف من طبقتين : طبقة ظاهرة طولية وهى الأقوى وطبقة باطنة حلقيه . والطولية متصلة بالألياف السطحية للرحم . وخلاف هذه الألياف يحاط المهبل فى جزئه السفلى بحزمة ألياف عضوية مخططة تسمى بالعاصرة المهبلية . والطبقة العضوية محاطة من الخارج بطبقة من النسيج الخلقى تحتوى على أوعية كثيرة .

التغذية الدموية والليمفاوية والعصبية لأعضاء التناسل :

الشرايين - تتغذى أعضاء التناسل الظاهرة من الشريان الحياتى الظاهر وهو فرع من الفخذى ، ومن الشريان الحياتى الباطن وهو فرع من الجذع المقدم للحرقى الباطن . ويخرج الشريان الحياتى الباطن من الحوض خلال الثقب العظيم الوركى بين العضلة الهرمية والعضلة العصبية ، ويكون مرتكزاً فى الآلية على السطح الظاهر للشوكة الوركية تحت العضلة العظيمة الألبية . ثم يتجه إلى الأمام ويدخل العجان خلال الثقب الصغير الوركى . ويكون فى الحفرة الوركية المستقيمة مرتكزاً

على جدارها الوحشى فيها يسمى بقناة الكوك ويعطى عدة فروع لتغذية العضلات والأنسجة الموجودة فى الجزء المقدم للعجان ، وهى الشريان المستعرض العجانى ، والمعجانى السطحى ، وشريان عضلة البظر ، والشريان الظهري للبظر . ويغذى الشريان الحياتى الظاهر كلاً من جبل الزهرة والشفرين العظيمين .

أما أعضاء التناسل فتغذى أولاً من الشريانيين المبيضيين اللذين ينشآن من الأورورطى البطنية ومن الشريانيين الرحميين وهما فرعان من الجذع المقدم للحرقفى الباطن . ويصل الشريان المبيضى إلى الرباط العريض مجتازاً الرباط التسمى الحوضى وينتهى فى فرجة المبيض ، ويعطى فروعاً تغذى المبيض والبوق والرباط المبروم . وتتضمم فروعه مع فروع الشريان الرحمى .

وينشأ الشريان الرحمى من الجذع المقدم للشريان الحرقفى الباطن ويعطى أفرعاً للعنق والمهبل ، ويتكوّن من هذه الأفرع الشريان التوأى للمهبل على جداريه المقدم والحلقى وإذا تتبعنا الشريان الرحمى نجده يصعد على جانب الرحم متعرجاً تعرجاً شديداً يشبه تعرجات البرغى ماراً بين طبقات الرباط العريض ومعطياً فروعاً كبيرة أثناء مروره تخترق نسيج الرحم .

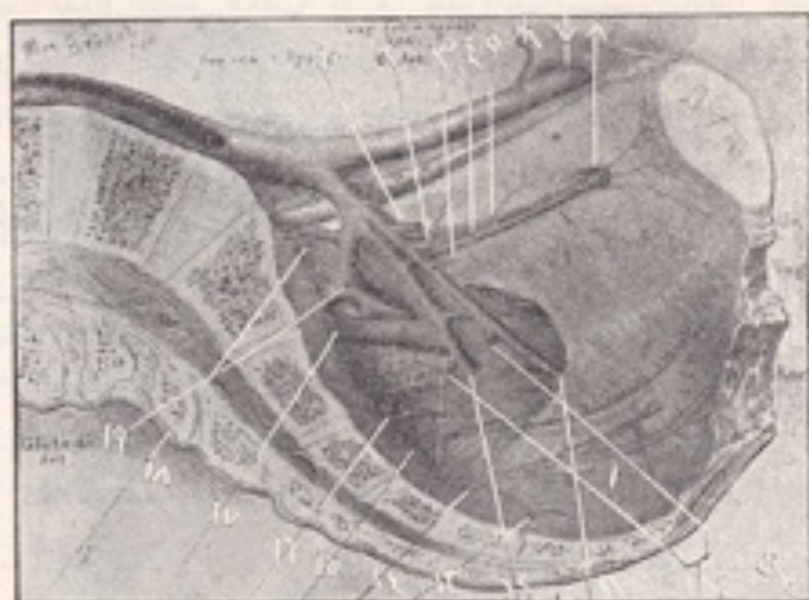
أما المهبل فيغذى فى بعض الأحوال من فروع شريانية مخصوصة تنشأ أحياناً من الحرقفى الباطن . ويصله دائماً فروع شريانية من الشريان الرحمى وجزؤه السفلى يتغذى من نهايات الشريان الحياتى الباطن .

الأوردة — تتحد أوردة الحوض بعضها مع بعض على شكل صفائر قبل أن تصب فى الجذوع الكبيرة . أما أوردة الفرج فتصب فى الوريد الحياتى ومنه إلى الوريد الحرقفى الباطن .

والأوردة التى تخرج من البظر ويصلة الدهليز تتحد بالصفيرتين المثانية والمهبلية . والصفيرة المثانية تكون موجودة على جدر المثانة وحشى الطبقة العضلية وتكون ظاهرة حوالى فتحة الحالبين .

والصفيرة المهبلية تكون موضوعة على جدار المهبل وحشى الطبقة العضلية وتتضمم مع الصفائر البواسيرية والمثانية . وتصب هذه الصفائر الثلاث فى الوريد الحرقفى الباطن الذى يصب فى الوريد الحرقفى المشترك الذى يصب نهائياً فى الأجوف السفلى .

أما الـضفيرة الرحمية فتوافق فروع الشريان الرحمي ما عدا داخل نسيج الرحم حيث تتكوّن الجيوب الدموية . ويصب الجزء العلوي من هذه الـضفيرة بعد اتحاده بالـضفيرة المبيضية في الأوردة المبيضية التي تنصب في الأجوف السفلي أو الوريد الكلوي . والجزء السفلي يتكوّن من الوريد الرحمي الذي يصب في الحرقفي الباطن .



(شكل ٢٠) قطاع سهمي للحوض يوضح الأوعية والأعصاب الخوضية (كلى)

- | | |
|--------------------------------|--|
| ١١ - الشريان الحيالي | ١ - الشريان الثاني العلوي والشراسيق |
| ١٢ - الشريان الوركي | ٢ - الشريان الرحمي |
| ١٣ - الـضفيرة المعجزية الخامسة | ٣ - الشريان المهبل الثاني المتوسط |
| ١٤ - الرابعة | ٤ - الشريان الساد |
| ١٥ - الثالثة | ٥ - العصب الساد |
| ١٦ - الثانية | ٦ - الشريان الخلفي الدائر |
| ١٧ - الأولى | ٧ - الفتحة الباطنية لقناة المغذية |
| ١٨ - القطنية | ٨ - الفتحة الباطنية البطنية |
| ١٩ - الشريان الأبي | ٩ - الشريان المغذي للمهبل وقناة مجرى البول |
| | ١٠ - الشريان الباسوري المتوسط |

أما الأوردة الآتية من المبيضين والبوقين فتصب في الوريدين المبيضيين اللذين أيمنهما في الأجوف السفلي وأيسرهما في الوريد الكلوي .

الأوعية اللمفاوية - الأوعية اللمفاوية للأعضاء التناسلية الباطنة يمر أكثرها



في عقد لمفاوية غائرة .
 والقسم الأول من هذه
 العقد وهو الحلقة الحرقفية
 الباطنة أو الخلفية يتألف
 من مجموعتين - العليا منها
 موضوعة على الجدار الجانبي
 الحوض في الزاوية المكونة
 من تشعب الشريان الحرقفي
 الباطن (انظر شكل ٢١) .
 والسفل موضوعة أسفلها
 على محاذاة الشريان
 الرحى . والقسم الثاني من
 هذه العقد هو الحلقة
 القطنية الموجودة في
 الجزء السفلي للأورطي
 البطني والأجوف السفلي ،
 ويتألف من مجموعة سفلى
 ومجموعة عليا (انظر
 شكل ٢١) .

(شكل ٢١) الأوعية اللمفاوية لأعضاء تناسل المرأة

٨ - العقد العجزية	١ - كلية K	وهناك أيضاً عقد
٩ - العقد الخلفية	٢ - الأورطي A	عميقة غير هذه هي
١٠ - العقد الحرقفية السفلى	٣ - الأجوف السفلى V.C	المجموعة العجزية، وكذلك
١١ - عقدة في النسيج الخلوي	٤ - العقد القطنية العليا	عقدة أو اثنتان واقعتان
لرباط العريض	٥ - العقد القطنية السفلى	بين المستقيم والمهبل . أما
١٢ - عقد أربية	٦ - الخالب	العقد السطحية الوحيدة
١٣ - عقد أربية	٧ - العقد الحرقفية العليا	

التي تصل إليها الأوعية اللمفاوية للأعضاء التناسلية فهي القسم العلوي من الغدد

الأربية السطحية الموجودة في الأربية . ومن هذا يتضح لنا السبب في أن العقد الأربية يندر أن تلتهب وتتضخم إلا في أمراض الأعضاء التناسلية الظاهرة .

أما الأوعية اللمفاوية للمبيضين والبوقين فتتمر في الرباطين العريضين وتتجه إلى الأعلى على حافة الحوض أمام الحاليين لتتحد نهائياً بالعقد القطنية .

أما الأوعية اللمفاوية لقاع الرحم ولقسمه العلوي فتتفرع بعضها مع بعض مكونة لوعائين كبيرين يمران إلى الوحشية في أسفل المبيض ثم يسيران مع أوعية المبيض اللمفاوية ويتحدان بالعقد القطنية (انظر شكل ٢١) . ويخرج أيضاً من قاع الرحم وعاء لثاوي صغير ويدخل الرباط المبروم ويسير معه حتى يخرج من الفتحة الباطنة لينضم إلى المجموعة العليا من العقد الأربية الظاهرة . أما أوعية العنق اللمفاوية فتتفرع بعضها إلى بعض مكونة لثلاثة أو أربعة أوعية كبيرة تمر إلى الوحشية في الجزء السفلي للرباط العريض وتتحد بالمجموعة العليا من العقد الحرقفية الباطنية (انظر شكل ٢١) وقبل وصولها إلى هذه المجموعة تمر بعقدة صغيرة موضوعة في قاع الرباط العريض على محاذة اتصال العنق بالمهبل (رقم ١١ شكل ٢١) ويمر وعاء لثاوي صغير في الرباط العجزي الرحمي ويتحد بالعقد العجزية .

أما الأوعية اللمفاوية المهبلية فتتألف من ثلاث مجموعات — العليا منها تتحد بالعقد الحرقفية الباطنة العليا والسفلى والمتوسطة والسفلى تتحدان بالعقد الحرقفية الباطنية السفلى .

أما الأوعية الفرجية وأوعية غشاء البكارة فتتمر كلها إلى المجموعة العليا للحلقة الأربية السطحية والأوعية اللمفاوية لكل من جهتي الفرج تنضم مع أمثالها من الجهة المقابلة . ولهذا السبب يكثر أن تلتهب وتنضج غدد الأربيتين ولو كان المرض في أحد جانبي الفرج فقط .

الأعصاب — تتغذى أعضاء التناسل الباطنة من الأعصاب السمباثوية بالطريقة الآتية :-

الصفيرة المبيضية — تنشأ من الصفيرة الأورطية وتلازم الشريانين المبيضين حتى الرباطين العريضين ، وهناك تتوزع في المبيضين والبوقين والرباطين العريضين . وتتحد هناك مع الصفيرة الرحمية التي تنشأ من الصفيرة الحوضية . وهذه تنشأ أيضاً من الصفيرة الحرقفية الناشئة من الصفيرة الأورطية والصفيرة الرحمية .

الضفيرة المهبلية - تنشأ أيضاً من الضفيرة الحوضية وتغذى جدرانها وغشائها
الغاطي وقناه مجرى البول وتتحد بالضفيرة الكهفية للبطر وبصلته .

ويلاحظ أن هذه الضفائر ليست سمباتوية صرفاً بل تتخللها أعصاب نخاعية
صادرة من الأعصاب العجزية وغيرها . ولذلك فإن الوجع الناشئ عن أمراض
هذه الأحشاء الباطنة يكون مصحوباً بالألم في مساحة متسعة من الجلد وتتحد الضفيرة
المبيضة بالأعصاب الصادرة من الزوج العاشر الظهرى النخاعي . أما الضفيرة
الحوضية فتتصل بالأعصاب العجزية النخاعية .

أما العجان فإنه يغذى بالعصب الحياتي كما أن العصب الحرقفي الأربي يغذى
أيضاً جبل الزهرة والشفرين العظيمين . أما القخذى التناسلي فيغذى الرباط المبروم
داخل القناة الأربية .

فرش الحوض وعضلاته

تتم المولد جلدأ معرفة الأجزاء الرخوة التي تسد المضيق السفلي وتكوّن أرضية
الحوض . وذلك لأنها لا تكوّن فقط الجدار السفلي للتجويف البطنى العموى
متحملة ضغط الأحشاء البطنية إلى أسفل ، بل تكوّن أيضاً الحدود الحقيقية
للجزء السفلي لقناة التي يمر منها الجنين في أثناء الولادة . وبوجودها تسبب
قصرأ في أقطار هذه القناة .

ويطلق عادة على جميع الأجزاء الرخوة التي تسد المضيق السفلي اسم « فرش
الحوض » وهي تنقسم تشريحياً إلى قسمين : -

(١) الأنسجة الموضوعة سطحياً أسفل الحجاب الحاجز الحوضى مكوّنة
للعجان .

(٢) الحجاب الحاجز الحوضى ، وهو حاجز عضلي يسد تجويف الحوض
ويقسمه إلى قسمين : علوى بطنى وسفلى عجانى .

العجان

هو مسافة معينة الشكل محدودة بالأتسجة التي تحيط بالمضيق السفلى للحوض . وينقسم إلى مثلثين : خلقى مستقيمي ، ومقدم تناسلي بول بواسطة خط يمتد ما بين الخدبتين الوركيتين ماراً أمام الشرج مباشرة . فالمثلث المستقيمي يحتوي على فتحة الشرج ، والحزء السفلى من المستقيم الذي يحد من الجانبين بالحفرة الوركية المستقيمة المملوءة بكتلة كبيرة شحمية . وفي حالة الوقوف تكون فتحة الشرج متجهة اتجاهها أفقياً إلى الوراء . وتنفصل عن الأمعاء بالجسم العصصي الشرجي ، وهو كتلة كثيفة من نسيج خلوي تمر فيها من الجهة العليا بعض ألياف من العضلة الرافعة الشرجية . وتنفصل فتحة الشرج عن المهبل من الأمام بمسافة أسنينية الشكل هي جسم العجان . ويمتد في هذا الجسم من الأعلى الجدار المقدم للمستقيم والخلق للمهبل مع بعض ألياف من العضلة الرافعة الشرجية من الجانبين .

وينشأ من هذا المثلث جملة ألياف وتربة لكثير من العضلات السطحية للعجان بين الألياف نفسها تتحد مع بعضها بعضاً في محل نشأتها مكونة لكتلة وتربة تسمى بالعضرد المتوسط للعجان أو النقطة المركزية له .

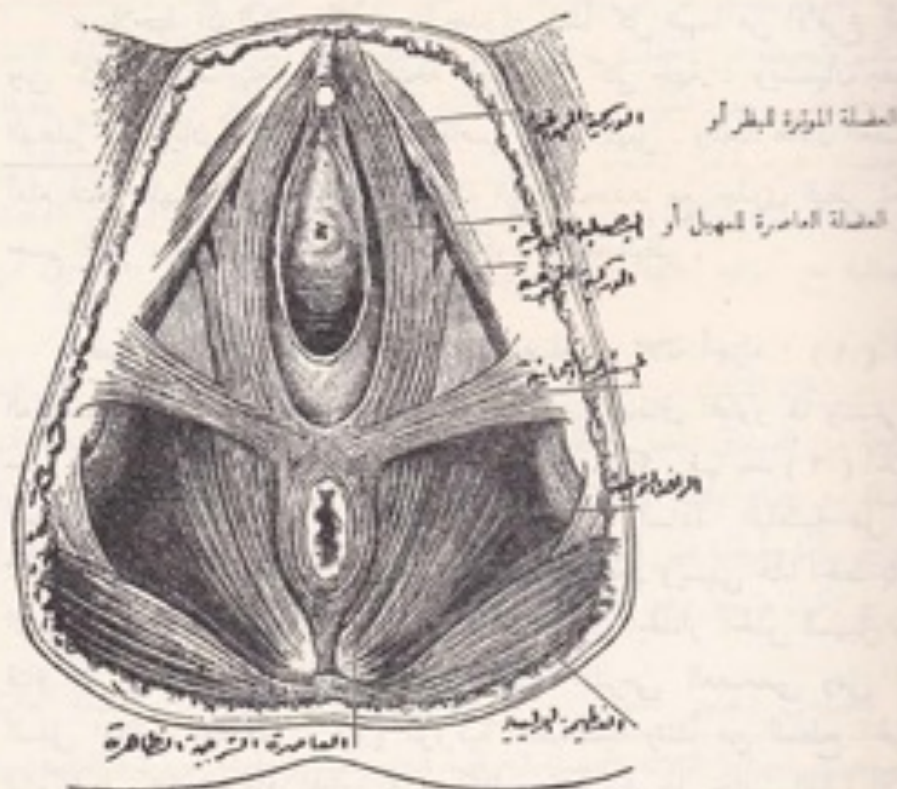
أما المثلث التناسلي البولي فيسمى بالعجان الحقيقي أو عجان الولادة ويحتوي على فتحتي قناة مجرى البول والمهبل .

وهو ينقسم بالرباط المثلث إلى طبقتين : سطحية ، وغائرة . وهذا الرباط يملأ القوس العاني ويتصل من جهتيه بالفرع النازل للعانة ، والصاعد للورك ، أما من خلف فينتهي بحافة سائبة تمتد إلى جسم العجان . وهو مثقوب بفتحتي قناة مجرى البول والمهبل اللذين يتقويان بمرورهما فيه .

عضلات الحوض — أما عضلات الحوض فمن الممكن تشرحها وتجربتها بسهولة . وهي مغلفة بالصفاق الحوضي وبعضها متحد به ، وأحياناً يكون هو الفاصل بينها كما هو الحال في العضلة السادة الباطنة والرافعة الشرج . والعضلات والصفاقات الموجودة في أرضية الحوض لها أهمية عظمى من الوجهة الأكلينيكية لأن على سلامتها يتوقف حفظ أعضاء التناسل في وضعها الطبيعي . وكل العمليات التي

تعمل لرد الأوضاع المعيبة للرحم لا يمكن تفهمها إلا بمعرفة تشريح هذه العضلات .
 إذا رفع الجلد من العجان وكذلك الصفاق العجاني السطحي تنكشف عضلات
 العجان . ويلاحظ أنه مسافة معينة الشكل ، منقسمة في الوسط إلى مثلثين :
 مقدم ، وخلقى بواسطة العضلتين المستعرضتين العجانيتين . وتنشأ كل من هذه
 العضلات من السطح المقدم والباطن للحدبة الوركية وتندغم في العضرد المتوسط
 للعجان .

أما العضلة العاصرة للشرح الظاهرة ، والعضلة العاصرة لفتحة المهبل فتتحدان
 في العضرد المتوسط للعجان . والأولى تنشأ من قمة العصعص ومن عضرد العجان ،
 وبعد أن تحيط بفتحة الشرج يمتزج بالعضلتين المستعرضتين العجانيتين . والثانية
 بعد أن تنشأ من العضرد المتوسط للعجان وتحيط بفتحة المهبل تندغم في جلجلى
 البظر في نقطة اتحادهما . أما العضلات المؤثرة للبظر فالتتان . واحدة على كل



(شكل ٢٢) عضلات العجان السطحية

جانب ، وتكسو كل منهما جدر البظر وتنشأ من المسافة المتوسطة للفرع الصاعد للورك والنازل للعانة ، وتندغم في جدر البظر . ووظيفة هذه العضلات الثلاث الأخيرة توفير البظر عند الجماع .

أما الصفاق العجاني الذي يرفع لكشف العضلات السابقة الذكر فهو سميك ، ويتحد من الأمام بالصفاق المغطى للشفرين العظيمين وجبل الزهرة . ومن وراء يمر تحت العضلتين المستعرضتين للعجان . وخلف ذلك يغطي العضلة الرافعة للشرح ويكسو الحفرة الوركية المستقيمة ثم يمتد إلى العضلات الأليية . وإذا رفعت العضلات السابقة الذكر نشاهد المسافة المحدودة من الجانبيين بالفروع النازلة للعانة والمكونة قاعدتها من العضلتين المستعرضتين للعجان ، وأرضيتها من الصفاق العجاني العائر الذي يغطي العضلة العاصرة لقناة مجرى البول . ويمر الوريد الظهري للبظر على سطح هذا الصفاق ، وتخرقه أيضاً قناة مجرى البول والمهبل .

ثم يلاحظ أن البظر مكون من جدرين ينشأ كل منهما من الأفرع العانية ومن كتلتين انتصابيتين يحدها فتحة المهبل من كل جهة ، ويسميان بصلتي الدهليز . وتكونان مغطاتين بالعضلة العاصرة لفتحة المهبل . وتتحد هاتان العضلتان أمام فتحة المهبل لتكوّنا الكتلة المتوسطة التي باتحادها مع جدرى البظر تكوّن جسم البظر ، والتي بانتفاخها في نهايتها تكوّن حشفة البظر .

العضلة الرافعة للشرح — تتألف هذه العضلة من ثلاثة أجزاء : (١) العانة

العصعصية وتنشأ من السطح الباطني لحسم العانة ومن الصفاق المجاور لها وتندغم على جدر المهبل الجانبيية ثم تحيط بالمستقيم بالكيفية التي ستذكر فيها بعد (٢) الحرقفية العصعصية وتنشأ من الصفاق المغطى للعضلة السادة الباطنية على خط يمتد من الحافة الوحشية لحسم العانة إلى الشوكة الوركية . ويسمى هذا الخط بالخط الأبيض ويندغم بعض أليافها في الزاوية الكائنة بين الجدار الخلفي للمهبل وبين قناة الشرح ويندغم البعض الآخر في العضرد الشرجي العصعصي وعلى الجزء السفلي الجانبي للعصعص (٣) الوركية العصعصية وتنشأ من السطح الخوضي للشوكة الوركية والصفاق المجاور لها ثم كالمروحة وتندغم على جانب الفقرة الأخيرة العجزية والسطح المقدم للجزء العلوي للعصعص .

العضلة العانية العصعصية - قد أجريت مع الدكتور بلجاكوف بحوثاً على تشريح هذه العضلة أوصلتنا إلى أنه من الصواب أن تقسم إلى ثلاثة أجزاء بحسب الوظيفة التي يؤديها كل من أجزائها . فالجزء المقدم لهذه العضلة يتألف من حزمة قوية من الألياف تنشأ من السطح الخلفي للعظم العاني ثم تنجه إلى الأسفل والأنسية لتندغم عن الجدار الجانبي الأمامي للمهبل خلف نقطة اتصال عتق المثانة بالمهبل مباشرة . وقائدة هذه الحزمة هي أنها تصل المهبل بالحوض اتصالاً متيناً . والجزء الثاني من العضلة العانية العصعصية وهو الذي يلي هذه الحزمة مؤلف من حزمة قوية من الألياف تنشأ من السطح الخلفي لعظم العانة ومن الصفاق المغطى له خلف نقطة اتصال الجزء السالف شرحه ثم يمر على جانبي المهبل وتتحد بصفاقه اتحاداً جزئياً ثم تعبر بعد ذلك في المسافة الواقعة بين السطح الخلفي للمهبل والسطح المقدم للمستقيم مارة إلى الجهة المقابلة . وفي مرورها تتصالب مع ألياف عضلة الجهة المقابلة عندما يمر هي بدورها إلى الجهة الثانية . ثم يمر هذه الألياف بجانب المستقيم وتحيطه من الخلف ، وباتصالها بألياف الجهة المقابلة تكوّن حلقة كاملة حول المستقيم . وهذا الجزء من العضلة العانية العصعصية من أهم العوامل التي تحفظ الأعضاء الحوضية من السقوط . وكثيراً ما تتمزق هذه العضلة في أثناء مرور الرأس من العجان وقت الولادة ويكون ممزقها عادة في الجهة التي تعبر الألياف فيها العجان متصالبة مع ألياف الجهة المقابلة . ويؤدي ممزقها إلى سقوط المهبل بعد حين من الزمن .

أما الجزء الثالث من هذه العضلة فهو عبارة عن شريحة عريضة من الألياف خارجة من الصفاق المغطى لعظم العانة تنجه إلى الخلف والأسفل لتحيط بالمستقيم متصلة مع زميلة الجهة المقابلة . وألياف هذا الجزء تتصل بألياف العضلة العاصرة للشرج . أما وظيفتها فهي أنها باتحادها هي وزميلة الجهة المقابلة مع العضلة العاصرة للشرج تكون وشاحاً يرفع المستقيم ويساعد على عصره إرادياً .

الحجاب الحاجز الحوضي - من الوصف السابق يتضح أن العضلة العانية العصعصية بأجزائها الثلاثة والعضلة الحرقضية العصعصية والعضلة الوركية العصعصية تكوّن معاً حجاباً عضلياً عريضاً يمتد من أحد جانبي الحوض إلى الجانب الآخر ،

وأن هذا الحجاب يسد فتحة الحوض تماماً إلا في الخط المتوسط حيث توجد فتحات الصياخ البول والمهبل والشرح .

وهذا الحجاب الحاجز بالانحداد مع الصفاقين المغطينين لسطحية العاوى والسفلى يكون أرضية الحوض أو فرشته . وممزق هذا الحجاب الحاجز من أهم الأسباب التي تحدث سقوط الأعضاء التناسلية بتأثير الضغط الواقع عليها من فوق .

البريتون الحوضي - هو على تمام امتداد البريتون الجدارى البطنى - فالبريتون الجدارى البطنى عند انعطافه على المثانة يكون حفرة صغيرة تسمى بالحبيب المثانى الجدارى . ويختلف مركز هذا الانعطاف بحسب امتلاء المثانة فيرتفع عند امتلائها وينخفض عند خلوها . وقد يصل في ارتفاعه حتى السرة . وهذه الملاحظة مقدار عظيم من الأهمية في عمليات فتح المثانة من أعلى العانة . ثم إن البريتون يكسو السطح العاوى للمثانة ويمتد على جانبيها حتى جدران الحوض ، ويكون الأربعة الجانبية المثانية الكاذبة . والانخفاضات التي تكون على جانبي المثانة تسمى بالحفرتين المثانيتين الجانبيتين . ويخلف المثانة يكون البريتون حفرة تسمى بالحفرة المثانية الرحمية . ثم يتعطف على السطح المقدم لجسم الرحم يلتصق بنسيجه التصاقاً بيتاً بحيث يتعذر فصله منه . وعند خلو المثانة تهبط الحفرة المثانية الرحمية ويصير البريتون قريباً من السطح المقدم للعنق ولكن لا يلتصق به . ويتجه البريتون من جانبي الرحم ليغطي الرباطين العريضين والرباطين المبرومين والبوقين . والمسافة بين البوق من أعلى والرباط المبروم في اتجاهه إلى الأسفل والوحشية تسمى بالرباط البوقى ، وهي كما يرى جزء من الرباط العريض .

وتحدد هذه الطبقة البريتونية التجويف المقدم للحوض . أما التجويف الخلقى فهو خلف أعضاء التناسل وأربطتها ، ويتكون من انعطاف البريتون من الخافة العليا لقاء الرحم والبوقين ليكسو السطح الخلقى للرحم والعنق وجزءاً من المهبل . أما من الجوانب فيكون البريتون الطبقة الخلفية للرباط العريض ، ويغطي رباط المبيض ، ثم يصل الرباط العريض من كل جهة إلى جدار الحوض بعد أن يغلف الرباطين القمعيين ، أما المبيضان فيتصلان بالطبقة الخلفية للرباط العريض ولكن لا يغطيهما البريتون . وكذلك فتحتا البوق البطنيتين لا تتغطيان بالبريتون . وفي

الخط المتوسط عند ما ينعطف البريتون على السطح الخلقى للرحم يلتصق به التصاقاً شديداً إلى حداء الفوهة الباطنة حيث يضعف هذا الاتحاد لوجود نسيج خلوي بينهما . ثم يمتد البريتون أيضاً على الجدار الخلقى للمهبل لمسافة سنتيمتر أو أكثر ولكن يكون منفصلاً عنه بمقدار كبير من النسيج الضام والمواد الشحمية . وفي التجويف الخلقى للحوض توجد حفرتان بر يتوئتان واحدة على كل جانب وتسمى بالحفرتين الرحميتين العجزيتين ، وحفرة خلف الرحم وتسمى رذب دوغلاس وتتصل الأربطة العجزية الرحمية هذه الحفر بعضها عن بعض . وتشتمل الحفرة الرحمية العجزية على حفر أخرى كالحفرتين المبيضيتين والحفرتين المستقيمتين الخائبتين . أما رذب دوغلاس فمحدود من الأمام بالبريتون المغطى للسطح الخلقى للجدار المهبل ومن الخلف بالبريتون المغطى للسطح المقدم للمستقيم .

النسيج الخلوي الحوضي - من المهم جداً معرفة مركز النسيج الخلوي في الحوض ليس فقط لأنه يستند الأحياء التناسلية ، بل لكونه شديد التعرض للالتهابات والتجمعات الصديدية والحراجات الفلغمونية في أحوال التسممات التنفسية . وهذا النسيج الخلوي على اتصال تام بالنسيج الخلوي الذي تحت البريتون البطني . وهو يكثر في المسافات التي بين الصفاق في أرضية الحوض ، ويوجد بكثرة بين عتق الرباط العريض وتحت البريتون المغطى للحفر التي خلف الرحم ورذب دوغلاس . ولكن أهم موضع له هو الرباط العريض والمسافة الواقعة بين عتق الرحم والصفاق الحوضي الذي يغطي عضلات الحجاب الحاجز الحوضي .

الغدة الثديية

الثدي عضو غددي معد لإفراز لبن الرضاع ، شكله نصف كروي ، وموضوع في الجهة الجانبية للوجه المقدم للصدر . ويمتد في اتجاهه العمودي من الضلع الثاني إلى السادس . وفي اتجاهه الأفقي من الحافة الجانبية للقص إلى الخط المتوسط للإبط .

والعدتان تنفرسان في النسيج الخلوي الموجود تحت الجلد الذي لا يغطيهما

سطحياً فقط بل يفصلهما أيضاً عن العضلات المحيطة بهما ، ويمتد بين فصوصهما وفصيصاتهما فيصيرهما أملسين مستديرين .

وعلى قمة كل من الغدتين ارتفاع أسطواني صغير هو الحلمة التي تقع على محاذاة المسافة الرابعة بين الأضلاع . ولون الجلد المغطى للحلمة يختلف بحسب لون المرأة فعند الشقراء يكون وردياً فاتحاً ، وعند السمراء يكون وردياً قاسماً .

ويحيط بالحلمة على مسافة سنتيمترين حلقة تشبهها في اللون تسمى بالهالة . وتحت جلد الهالة مباشرة توجد النهايات المنتسعة للقنوات الغدية . ويوجد على سطح الهالة جملة درنات صغيرة بعضها متكوّن من تجمع إفرازات الغدد الدهنية تسمى درنات مونتغوماري ، وبعضها يتكوّن من وجود غدد لبنية إضافية ، والبعض الآخر هو محل فتحات بعض قنوات الغدة الثديية نفسها .

والغدة الثديية مغلقة بطبقة من النسيج الليفي تفصلها عن الأنسجة الشحمية المحاورة لها . ويتفرع من هذه الطبقة الليفية حواجز تتداخل في نسيج الغدة فتقسمها إلى فصوص وفصيصات أما الفصوص فعددها عشرون ولكل منها قناة خاصة . وكل القنوات تتجه نحو الحلمة . وقبلما تنتهي بقليل يتسع قطرها ثم يضيق ثانياً ، وتتجه نحو قمة الحلمة حيث تتصل بالخارج بفتحة ضيقة جداً . وفي مدة الحمل يكبر حجم القنوات . وفي بداية الرضاع تمتلئ بسائل صافى يحتوي على خلايا تشبه كرات الدم محتوية على نغمة شحمية تسمى بكرات الكولسترولوم .

الفصل الثالث

فسيولوجيا الأعضاء التناسلية

إفرازات أعضاء التناسل والدورة الجنسية

التبويض والحبيض تحصل تغييرات دورية شهرية عند النساء في المدة الكائنة بين البلوغ وسن اليأس الغرض منها إعداد بويضة للتلقيح وتهيئة الرحم لاستقبالها .
وفي أثناء هذه الدورة تحدث في المبيض التغييرات التي سبق شرحها وهي التي تنسب بنضوج البويضة وانفجار حويصلة جراف المشتملة عليها .

والحيوانات ما عدا فصيلة القرود العليا ليس لها دورة طمث بل يقوم مقامها دورة سنوية تكون فيها البهيمة قابلة للتلقيح وتحدث لها قابلية للاجتماع بالذكر وتسمى هذه الدورة بالحيل أو الدورة النزوية (Estrum) وقد تصطبغ بإفراز دم في بعض الحيوانات ولكن هذا الإفراز يختلف عن الطمث الحقيقي بكونه مفرزاً من غشاء مخاطي كامل (intact) تحت تأثير إفراز المبيض خاصة الاسترلين ويحصل قبل التبويض ، أما دم الطمث فهو دم مفرز من غشاء مخاطي مهتك (Degenerated) بعد حصول التبويض إذا لم يحصل تلقيح .
وتختلف مدة الدورة النزوية باختلاف فصائل الحيوان وقد تكون سنوية أو تتكرر في السنة عدة مرات وتحدث في الرحم تغييرات تهيئه لاستقبال البويضة الملقحة فإذا لم يتم التلقيح يحصل الطمث .

الدورة المبيضية - للمبيض وظيفتان مهمتان - أولاً تكوين البيضات وإنتاجها وجعلها صالحة للإخصاب والثانية تكوين مفرزات باطنية تصب في الدم مباشرة وتسمى بالهرمونات وشأنه في ذلك شأن بقية الغدد الصماء - أما المهمة الأولى فهي الخاصة بالتبويض فقد سبق شرحها .

المفرزات المبيضية - يفرز المبيض تحت تأثير هرمونات يفرزها الفص المقدم للغدة النخامية نوعين من الهرمونات :

أولاهما : الإستروجين (Oestrogen) وينفرز في المدة التي تلي انتهاء الحيض وهذا يصلح ما تهرأ من الغشاء المبطن للرحم من تأثير الحيض السابق - فإذا تم ذلك يقل المقدار المنفرز منه ويضاف إليه الهرمون الثاني ويسمى بالبروجستين (Progesterone) ومنشأه الجسم الأصفر الذي تكون بعد انفجار الحويصلة ويحدث هنا تغييرات في الغشاء المبطن للرحم تجعله صالحاً لانغراس البويضة الملقحة في الأحوال التي يحدث فيها الحمل .

(١) هرمون الإسترين (Oestrin, folliculin) - من خواص هذا الهرمون أنه يحدث عند حقنه في حيوانات سبق أن استؤصلت مبايضها العلامات التي تظهر في الأعضاء التناسلية عندما يحدث للبيمه التزو أو الحيول (Oestrus) وهو يحدث عندها أيضاً ميلاً إلى الجماع كما أنه إذا حقنت به حيوانات قبل أن تبلغ أحدث في أعضائها التناسلية علامات البلوغ وأهم تأثيراته في الجسم هي :

(أ) يؤثر على عضلات الرحم فيسبب نموها وزيادة في احتقان الأوعية الدموية التي تغذيها . كما يسبب انقباضات الرحم انقباضات بسيطة منتظمة على فترات متقاربة وغير مؤلمة وتحدث هذه وقت التبويض وتستمر بضعة أيام بعد ذلك ثم تزول .

(ب) نمو الغشاء المبطن للرحم (Endometrium)

(ج) نمو اليوقين وانقباض عضلاتها كما أنه يسبب نمواً في عنق الرحم وتغييراً في نوع المخاط العنقي .

(د) نمو الغشاء المبطن لكامل من المهبل والفرج .

(هـ) نمو الثديين خصوصاً قنوات اللبن .

(و) نمو واحتقان في الأنسجة المحيطة بالرحم وبعد بلوغ سن اليأس يزول تأثير (الإسترين) فتضمحل هذه الأنسجة وقد يتسبب ذلك في سقوط الرحم .

(ز) تظهر العلامات الجنسية الثانوية تحت تأثير الإسترين كما أن الجسم يسخر جزءاً من الملح والماء تحت تأثير هذه المادة . ومن المعروف أنه إذا وجد الإسترين في الدم بكميات كبيرة كان له تأثير عكسي على إفراز الغدة النخامية .

هرمون البروجستين :

حيث إن هذه المادة تفرز من الجسم الأصفر (وهذا أحد التغييرات التي تطرأ على الحويصلة بعد انفجارها) نرى أن تأثير البروجستين تأثير مؤقت وتكميلي لتعمل الإسترين وهو بسبب :

(أ) انقباضات الرحم - وهذه تختلف عن الانقباضات الناتجة تحت تأثير الإسترين بكونها بطيئة وعلى فترات متباعدة . وقد تكون أكثر شدة .

(ب) البروجستين لا يؤثر على غشاء الرحم المبطن في الفترة المصادفة من الدورة الطمثية ولكنه إذا أعطي بعد فترة النمو أحدث نشاطاً في إفراز الغدد .

(ج) يزيد في نمو الخلايا المبطننة (Epithelium) للقنوات الثديية ويسا يكمل مفعول الإسترين .

(د) يوقف نفوج البويضة وانفجار الحويصلة وتكوين الساقط أثناء الحمل مما يتبع ذلك من انغراس البويضة .

إفرازات المبيض في الدم والبول :

تزداد كمية الإسترين في الدم تدريجياً من أول الدورة الطمثية حتى أواسطها ثم تقل فجأة وتأخذ في الزيادة ثانية حتى بدء الحيض ويمكن الاستدلال على هذه الكميات بتقدير كميات الإستروجين التي تفرز في البول . أما البروجستين فيفرز في البول على شكل مركب يدعى (برجتا نديبول) طول مدة حياة الجسم الأصفر .

الغدة النخامية والمشيمة :

يفرز الجزء المقدم من الغدة النخامية إفرازات تسيطر على عوامل النمو والتناسل والهرمونات الأخرى وغير ذلك من وظائف الجسم الهامة .

أما الإفرازات التي تؤثر على المبايض فتندرج إلى :

(١) هرمون منه لإفراز الإسترين (F.S.H.) وهذا يساعد على نمو الحويصلة

ويتضحها

(٢) هرمون منه لإفراز البروجستين (L.H.) وهذا يساعد على تكوين الجسم الأصفر .

أما الجزء الخلقى من الغدة النخامية فيفرز البيبتوترين وهو يحتوى على مادتي :
 بتوسين وبتروسين وكلاهما يسببان انقباض عضلات الرحم ويسبب البتروسين
 علاوة على ذلك انقباضاً في الأوعية الدموية قد تؤدي إلى زيادة ضغط الدم. ولذا
 يجب عدم استعمال البيبتوترين في حالات ضغط الدم المرتفع واستعمال البتوسين
 بدلا عنه .

الهرمونات والحمل - أثناء الحمل تفرز كميات كبيرة من هرمونات الإستروجين
 والبروجستين ومن الجوناډوتروفين - ومن المعتقد أن هذه الهرمونات أثناء الحمل
 تفرزها المشيمة نفسها كما أن هناك هرمون الـ (Chorionic Gonadotrophin) وهذا
 يختلف عن الجوناډوتروفين ويعطى هذه المميزات : إذا حققت به فآرة

(١) سبب نضوج البويضة

(٢) ساعد على تكوين الجسم الأصفر .

ويتوقف اختبار « أشبهم وزوندك » لإثبات الحمل من عدمه على وجود هذه
 المادة في بول الحامل .

تأثير الغدد الصماء الأخرى على الأعضاء التناسلية :

(١) إذا ضعفت وظيفة الغدة الدرقية فقد يؤثر ذلك على المبيض فيقل الحيض
 أو قد لا يظهر مطلقاً .

(٢) الهرمونات الإندروجينية وهي إفرازات شبيهة بإفرازات الخصية
 ومنفرزة من الغدة فوق الكلوية ، وتوجد في دم المرأة - وإنه لمن المدهش أن تكون
 الكمية المنفرزة في بول المرأة من هذه المواد تكاد تعادل الكمية المنفرزة عند الرجل -
 ومفعول هذه المواد بكميات محدوده أشبه بمفعول البروجستين .

وتلخص المعلومات السابقة فيما يأتي : تحدث في المبيض تغييرات دورية
 شهرية مسببة عن تأثير هرمونات يفرزها القصد المقدم للغدة النخامية . ويمكن
 تقسيم هذه التغييرات إلى ثلاثة أدوار : الأول دور نضوج البويضة وانفجارها .
 ويحدث ذلك في منتصف الدورة ويتلو حدوثه تكون الجسم الأصفر في الحويصلة
 المنفجرة وهنا هو الدور الثاني . أما الدور الثالث فهو دور الراحة الذي يحدث
 فيه انحلال الجسم الأصفر .

أما تأثير مفرزات المبيض على الرحم فيمكن أن تنقسم إلى قسمين : الأول إيجابي والثاني سلبي . فالدور الأول وهو الإيجابي يبدأ من وقت انفجار حويصلة جراف . وفي هذا الدور يتكون الجسم الأصفر ويتضج ومدته من ١٢ - ١٤ يوماً . وفي هذه المدة يفرز الجسم الأصفر هرموناته التي تحدث التغييرات التي تطرأ على الغشاء المبطن للرحم والتي تهيئه لحدوث الطمث وهذه التغييرات تبدأ فعلاً في أثناء نزوح حويصلة جراف ولكنها لا تشتد ولا تبلغ تمامها إلا تحت تأثير هرمون الجسم الأصفر . والدور الثاني وهو السلبي وينشأ عن انحلال الجسم الأصفر ويؤثر إفراز هرمونه الخاص وفي هذا الدور يحدث الطمث ويأخذ الغشاء المبطن للرحم في الانحلال وتنتهي الدورة الطمثية .

أما إذا تلقحت بيضة فالجسم الأصفر لا ينحل بل يأخذ في النمو وفي إفراز هرمونه فينشأ عن ذلك أن تحدث تغييرات في الغشاء المبطن للرحم تجعله صالحاً لقبول البيضة الملقحة .

اليوقان - لبوقين إفراز زلالى ملحي يساعد على تزييت التجويف اليوقى والزلاق البيضات داخله . كما أنه يغذى البيضة في أثناء مرورها داخل اليوقى ، وهو سائل شفاف وكثافته واطئة . وتقوم عضلات اليوقين بانقباضات هي أشبه بتجات بطيئة الغرض منها مساعدة البيضة في الوصول إلى الرحم .

الرحم - يفرز جسم الرحم سائلا رائقاً مخاطياً ، وكميته قليلة جداً إلا قبل الطمث مباشرة وفي أثناءه فإنها تزداد . وتقوم بإفرازه الغدد المخاطية الموجودة داخل التجويف . ويفرز عنق الرحم بواسطة غدده سائلا كثيفاً مخاطياً أبيض قوامه لزج كية قليلة ويكثر مدة الحمل والطمث . وكل هذه الإفرازات ، الرحمية منها واليوقية قوية التأثير .

المهبل - يترطب المهبل دائماً بسائل شفاف مانع حمضى خفيف ، ويفرز هذا السائل بالترشيح ، لأن عدد الغدد في جدران المهبل قليل جداً أو معدوم بالمره .
أما إفرازات أعضاء التناسل الظاهرة فلها مصدران :-

(١) غدنا برثولين ، وفائدة إفرازهما تزييت القرج وقت الجماع ، وهو سائل لزج شفاف ويحتوى على كمية كبيرة من المخاط .

(٢) الغدد الدهنية والعرقية شبيهة نظيراتها في سائر أجزاء الجلد .

البلوغ

يتم البلوغ عند البنات بظهور الطمث وتكون الصفات المميزة للجنس ،
 وبتدئ عادة عند المصريات في السنة الثانية عشرة إلى الرابعة عشرة ، وقد يظهر
 في السنة الحادية عشرة ، وفي أحوال نادرة جداً قد يظهر في السنة الثامنة أو قبل ذلك .
 وقبل ظهور الطمث تحدث عدة تغيرات في المجموع العصبي والمجاميع الأخرى
 للبنات ، فيبتدئ الحياء عندها ويقل اختلاطها بالصبيان ، وتكتسب الوداعة
 النسائية . وتم هذه التغيرات كل أخلاقها وطبائعها . وفي هذه السن تجب ملاحظة
 الفتاة بكل تدقيق إذ كثيراً ما تنتابها الأمراض العصبية والمستيرية حين تكون هذه
 التغيرات النفسانية آخذة في الحدوث . وأما شكل جسمها فيأخذ في التغير ليتحول
 تدريجاً إلى شكل المرأة الناضجة . وأول ما يلاحظ ظهوره هو نمو الشعر في الأبطين
 وعلى جبل الزهرة ، وكبر الثديين واستدارتهما . وبعد ذلك يقليل تحدث ارتشاحات
 شحمية في بعض أجزاء الجسم فتسمن الأليتان ، والفخذان ، وجبل الزهرة ،
 والثديان ، والكتفان ، والعنق . ويكون هناك ميل عام للاستدارة والسمن في كل
 أجزاء الجسم . كأن غرض الطبيعة من هذا التطور ، جمال المنظر على العموم
 بغية اجتذاب الذكر .

زد على ذلك أنه يحصل أيضاً نمو ظاهر في أعضاء التناسل فيكبر الرحم ويأخذ
 شكله البلوغى ، أى أن الجسم يكبر حتى يصير أطول من العنق . وكذلك يبتدئ
 ظهور حويصلات جراف في المبيضين . ويظهر أن ظاهرة التبويض تحصل قبل
 ظهور الطمث لثبوت حصول الحمل عند بنات قبل ظهور الحيض عندهن .
 ومن المفهوم أن للإفراز الباطنى للمبيض خصوصاً ، وسائر الغدد الصماء عموماً ،
 تأثيراً عظيماً في كل التغيرات التي تحصل وقت البلوغ . ولكن المحقق أن نمو الرحم
 يتوقف على تأثير المبيضين . لأنه في الأحوال التي يستأصل فيها المبيضان يقف
 نمو الرحم و يبتدئ ضموره .

وعند البلوغ يتلون جلد أعضاء التناسل الظاهرة بلون أسمر ، ويظهر الشعر
 عليه ويتضخم الشفران العظيان حتى يغطيا سائر أعضاء التناسل الظاهرة .

الطمث - يحدث الطمث عادة كل ثمانية وعشرين يوماً ولكن يختلف هذا باختلاف النساء . فإما أن تقل مدته إلى أحد وعشرين يوماً أو أن تزيد . ويكون الطمث عادة في ابتداء ظهوره غير منتظم ، وربما ظهر لأول مرة ثم اختفى لمدة تتراوح بين شهرين وستة ، ثم ظهر ثانية بانتظام . وتحتقن عادة كل أعضاء السائل مدة الطمث . ويلين كل من الرحم والعنق وجدر المهبل . وربما احتوى المبيض بعد الطمث على جسم أصفر دلالة على أنه حصل تبيض . ولكن ليست هذه قاعدة ثابتة ، كما ثبت ذلك من التشريح المرضي على الحيوانات ، وفي العمليات البطنية التي تعمل بعد الطمث . والمشهور أن لتكون الجسم الأصفر وانحلاله علاقة متينة بالتغيرات التي تحدث في الرحم قبل الطمث وفي أثناءه وقد سبق شرحها .

أما الرحم فهو مصدر السائل الطمئي الذي يدوم عادة نحو ثلاثة أو أربعة أيام . وتنقسم الدورة الطمئية عادة إلى أربعة أدوار - أولاً - الدور الذي يعقب الطمث ويمكث من اليوم الرابع للحيفض لغاية الثاني عشر . ثانياً - الدور ما بين الطمث ومدته من اليوم الثالث عشر لغاية اليوم العشرين . ثالثاً - الدور قبل الطمث ومدته من اليوم الحادى والعشرين لغاية اليوم الثامن والعشرين . رابعاً - الدور الطمئي من اليوم الأول لغاية اليوم الثالث . ولا يغيب عن الذهن أنه لا يوجد أى فاصل حقيقى بين هذه الأدوار بل ينتهى كل دور بابتداء الآخر . وفي الدور الذى يعقب الطمث تكون الغدد التي في الغشاء المبطن للرحم فارغة وواقفة عن العمل . ويكون الغشاء نفسه رقيقاً وأنهاوياً . وفي الدور ما بين الطمثين تأخذ الأوعية الدموية في الانتلاء تدريجاً حتى إنه في نهاية الدور يكون الغشاء محتقناً . وفي الدور الذى يسبق الطمث يكون الغشاء المخاطى شديد الاحتقان وسميكاً وتكون الغدد في عمل مستمر يفرز مخاطاً كثيراً ، وفي الدور الطمئي ينفرز من الغشاء مخاط ودم . أما سبب نزف الدم فهو تآكل جدر الأوعية الشعرية وانفجار بعضها .

والطمث نزف حقيقى يحصل من تمزيق الأوعية الدقيقة الرحمية ، وقد يكتسح منه كل الأنسجة السطحية للغشاء المخاطى ولا يبقى منه إلا الطبقة الغازرة فقط ومنها تتجدد الأنسجة في كل دورة .

وتبلغ كمية السائل الطمئي نحو خمسين أو ستين سنتيمتراً مكعباً . ويكون السائل في الأربع وعشرين ساعة الأولى خفيفاً ولونه فاتحاً ، ولكنه يدكن بسرعة حتى

يصير دماً صرفاً . وبعد اليوم الثالث يقف النزف ويكون الإفراز عبارة عن مصل أسمر عكر يتشعل تدريجاً بعد يوم أو اثنين . وهو يحتوي على مقادير من الأملاح البخرية أكثر مما في الدم العادي . ويحتوي أيضاً على مقادير كبيرة من الميوسين . ويلاحظ أن الدم العظمي لا يتجمد وذلك لاحتوائه على مخاط ، ولعدم احتوائه على خميرة الفيبرين والخميرة الموقفة للتخثر (Anti thrombin)

الاضطرابات العمومية التي تحدث وقت الطمث - تكون هذه الظاهرة عند الحيوانات التي تحيض وهي القروود العليا غير مصحوبة بأي أعراض مرضية سوى ازدياد في الشهوة التناسلية وإفراز دموي . أما عند النسوة فكثيراً ما يحتقن الثديان قبل الحيض ، ثم يزول هذا الاحتقان متى ظهر الحيض . وقد تنتضخ الغدة الدرقية قليلاً وقد تظهر مواد بجمستية (لونية) في الجلد وعلى الأخص تحت العينين . وقد تظهر بعض البثور الجلدية وقد يحدث لبعض النساء توعلات عام وتكثر عصبية بعضهن قبل الطمث مباشرة ، ويصرن قابلات للتبجح السريع . ويرتفع عادة عدد النبضات . ويشد الضغط الدموي قليلاً وتزيد الحرارة قبل الطمث مباشرة زيادة طفيفة .

وتحدث عادة آلام في الظهر أو في البطن ، قد تكون مسببة عن ازدياد كمية الدم في الأوعية واحتقانها . أما إذا كانت الآلام شديدة فقد تكون مسببة عن حالة مرضية . وتأخذ هذه الأوجاع في الزوال عند ظهور الطمث . وكثيراً ما تشتد آلام الدماغ في هذا الوقت . ومن المحقق أن المناعة الطبيعية ضد الأمراض الميكروبية لا تقل كثيراً في وقت الطمث

الفصل الرابع

الفسولوجيا العمومية للحمل

إن وجود هويضة حبة في الرحم ينشأ عنه سلسلة تغييرات لا تقتصر على الرحم حسب بل تعم الأجهزة الأمية جميعها . ومن أهم هذه التغييرات تلك التي تطرأ على الغدد الصماء ومنها المشيمة نفسها التي تعتبر إحدى هذه الغدد وفي أثناء الحمل وخصوصاً في الجزء الثاني منه تسيطر المشيمة على باقي نشاط الغدد الصماء . وتفرز المشيمة أثناء الحمل ثلاث إفرازات معروفة وهي :-

١ - مادة الجونادوتروبين السلائى ويمكن القول بأن وجود هذه المادة يكاد يكون أحد مميزات الحمل في الإنسان فهي غالباً نتيجة إفراز البيضة الملقحة منذ أن تغراسها في الرحم وتؤثر هذه المادة على الجسم الأصفر فيستمر نشاطه وتأثيره على الغشاء المبطن للرحم في الشهور الأولى من الحمل وبالتالي يؤثر على استمرار الحمل نفسه .

وتظهر هذه المادة في بول الحامل حوالى عشرة أيام بعد حدوث التلقيح والحمل وقد استنبط زوندك وأشهايم طريقة لتشخيص وجود الحمل بأن حقنوا كمية من بول الحامل في الدورة الدموية لأرنبات لم تصل إلى سن البلوغ فأحدثت التغيرات التي في البول تغييرات في الأرنبات مثيلة بما يحدث فيها عند البلوغ .

٢ - مادة الأستروجين وتأثيرها العام أثناء الحمل وفي غير أوقات الحمل :

تفرز هذه المادة في غير أوقات الحمل من المبيضين وفي أثناء الحمل تفرز بواسطة الجسم الأصفر وقشرة الغدة التي فوق الكلية والمشيمة وينحصر تأثيرها فيما يأتي :

١ - تسبب نمو عضلات الرحم وزيادة في احتقان الأوعية الدموية التي تغذيها كما تسبب فيها انقباضات بسيطة وغير مؤثرة على فقرات متفرقة وتحديث هذه وقت

التبويض وتستمر بضعة أيام بعده ثم تزول .

٢ - نمو الغشاء المبطن للرحم .

٣ - نمو البوقين وانقباضات عضلاتها انقباضات منظمة تساعد على دفع

البيضة إلى الرحم .

٤ - نمو في عنق الرحم وتغيير في نوع المخاط العنق .

٥ - نمو الغشاء المبطن لكل من المهبل والفرج .

٦ - نمو واحتقان في أنسجة جنب الرحم (وبعد بلوغ سن اليأس يزول

تأثير الأستروجين فتضمر هذه الأنسجة وقد يسبب ذلك سقوط الرحم) .

٧ - عند البلوغ تظهر العلامات الجنسية الثانوية تحت تأثير مادة الأستروجين

فيدخير الجسم جزءاً من الماء والملح وبأخذ جسم الأنثى شكله الطبيعي الذي أدى

إلى تسمية الجنس « بالجنس الناعم أو اللطيف » .

٣ - مادة البروجستين :

هذه أيضاً يفرزها الجسم الأصفر وقشرة الغدة التي فوق الكلية والمشيمة ،

ومفعوله تكميل لمفعول الأستروجين فهو يسبب :-

١ - انقباضات في عضلات الرحم وتختلف هذه عن الانقباضات الناتجة تحت

تأثير الأستروجين بكونها بطيئة وتحدث على فترات متباعدة وقد تكون أكثر منها شدة .

٢ - لا يؤثر على غشاء الرحم المبطن في الفترة الحادثة من الدورة العنقية

ولكن إذا أعطى بعد فترة النمو أحدث نشاطاً في الإفراز .

٣ - يزيد نمو الخلايا المبطنة للقنوات اللبينة في الثديين .

٤ - يوقف نضوج البيضة وانفجار حويصلة جراف .

وينضخم الفص المقدم للغدة النخامية أثناء الحمل . وقد يكون ما يعترى

الحامل من تضخم في ملامح وجهها وجسمها عائلاً إلى زيادة ما تفرزه هذه الغدة

من الهرمون الخاص بالنمو . كذلك تفرز مادة الجلونادوترويين ومادة أخرى تؤثر على

غدد الثديين فتفرز لبناً .

الغدة فوق الكلية تؤثر على الجسم وتسبب اختزان الماء والملح بينما تنشط الغدة

الدرقية أيضاً فتزيد في امتصاص الغذاء وتمثيله والغدة جارة الدرقية تؤثر على تمثيل

الأملاح الجيرية في الجسم .

امتصاص الغذاء وتمثيله في الجسم

يقول هامون إنه إذا كان هناك كمية محدودة من الغذاء في الجسم تأخذ منها أجزاء الجسم المختلفة أقساطاً تتفاوت حسب اختلاف أهمية هذه الأجزاء ووظائفها . في جسم الحامل مثلاً يفوز الجهاز العصبي للأم والمشيمة والخصين بأكبر قسط من الغذاء وإن كان هناك نقص في التغذية تنقص وزن الحامل دون أن يتأثر جهازها العصبي ودون أن يتأثر وزن الطفل عند ولادته على أن الطفل قد يتعرض في سني حياته الأولى لبعض الأمراض نتيجة لسوء تغذية الأم أثناء الحمل ..

ونظرية هامون هذه تنطبق على معظم الحالات خصوصاً في الأشهر الأولى من الحمل أما في الأشهر الأخيرة فقد تضر سوء التغذية بالأم وخصينها على السواء .

وأثناء الحمل الطبيعي يزيد وزن الحامل ما بين ٦ - ١٦ كيلو جرام ، منها حوالي ١,٤ كيلو جرام في الثلث الأول والباقي في الثلثين الأخيرين للحمل بمعدل نصف كيلو جرام أسبوعياً . وفي حالات القيء المستعصي قد يقل وزن الحامل خصوصاً في المدة الأولى من الحمل وتستمر الزيادة إلى ما قبل الوضع مباشرة . ثم يقل الوزن قليلاً ويستمر في النقص بعد الوضع ولكن قلما تعود المرأة إلى وزنها الأصلي إذ أن في أغلب الحالات يزيد وزن الأم حوالي ٢,٧ كيلو جرام عن وزنها الأصلي قبل الحمل . وتقدر زيادة الوزن أثناء الحمل في أجزاء الجسم المختلفة كما يأتي :

الخصين والمشيمة	حوالي ٥ كيلو جرام
الرحم	١ - ٥ كيلو جرام
الخصيين	١ - ١,٥ كيلو جرام

أما الأربع كيلو جرامات الباقية فموزعة بالتساوي ما بين أنسجة الأم الشحمية والبروتينية وما يخزنه جسمها من الماء والملح .

وتزداد كمية الدم في جسم الحامل ويقل ثقله النوعي بسبب زيادة مقدار الماء فيه وقد وجد أن متوسط الزيادة في الحجم الكلي للدم تبلغ حوالي ٤٥% بينما أن زيادة حجم المصل وحده تبلغ ٦٥% والكريات الحمراء ١٦% من أحجام الدم (٥)

الأصلية قبل الحمل وتسبب هذه الزيادة الغير متعادلة في مركبات الدم نقصاً نسبياً في عدد كرات الدم الحمراء في السنتيمتر المكعب الواحد أى أنه تحدث أئيميا ظاهرية فقط .

وقد عاين البعض أن الغرض من هذه الزيادة في ميوعة الدم أثناء الحمل هو استعداداً لفقد جزء منه أثناء الوضع دون أن يؤثر ذلك كثيراً في كمية الهيموجلوبين الموجودة في الجسم .

الفصل الخامس

تلقيح البيضة وتكوين الجنين

التبويض

المبيض هو العضو الذي تتكوّن وتتجمع فيه البويضات . وتخرج هذه البويضات من المبيض في فترات معينة من وقت البواغ إلى سن اليأس .
ومركز هذه البويضات هو الحويصلات المبيضية المعروفة بحويصلات جراف . وهذه الحويصلات تكون في أول أمرها على عمق مختلف من سطح المبيض . ثم تأخذ في الدنو من السطح ، ويكبر حجمها وتكثر كمية السائل الذي فيها . ومثى تصب الحويصلة انفجرت وتخرجت منها البيضة إلى تجويف البريتون . وقد يحصل أن تنفجر الحويصلة وتبقى البيضة لاصقة بها ، فإذا اتفق أن وصل الحيوان الثور واقحها حيث هي ، حدث الحمل المبيضي ، أما البيضة فهي بحلية كبيرة قطرها ٢٠٠ ميكرومليتر ($\frac{1}{2}$ مليمتر) وتعتبر من أكبر الخلايا البشرية ذلك لأنها مزودة بما قد يحتاجه الجنين من غذاء ونشاط في رحلته إلى الرحم وقبل انغراسه فيه واستمداده الغذاء من جسم الأم مباشرة وتتكوّن البيضة من خلايا يسمّى بالمنطقة الشفافة يحتوي على المح وهو مادة بروتوبلازمية حبيبية ، ويحتوي أيضاً على النواة والشوكة . ومثى أطلقت البيضة من حويصلة جراف يبقى لاصقاً بها بعض الخلايا التي تكون مبطنة الحويصلة ، ولكنها متى وصلت إلى البوق تزول هذه الخلايا . وليس للبيضة قوة الحركة الذاتية ولكن التيارات البريتونية تحملها إلى البوق الأقرب لها ، وأحياناً إلى بوق الجهة المقابلة . ومثى وصلت إلى البوق تتعاون انقباضات الطبقة العضلية للبوق مع حركات الخلايا ذات الأهداب المبطنة للطبقة المخاطية في دفعها إلى تجويف الرحم . ومثى خرجت البيضة من حويصلة جراف طرأت على الحويصلة التغيرات التي سبق شرحها في الكلام على تكوين الجسم الأصفر .

الدورة الطمثية :

يحدث الطمث عند النساء نتيجة للتغيرات الدورية التي تطرأ على المبايض والرحم تحت تأثير هرمونات الغدة النخامية وهذه الهرمونات نوعان فالأول منها يسبب نفسوج حويصلة من الحويصلات الموجودة في المبيض وهي التي تحتوي على البيضة والتي يسمونها حويصلة جراف فيجتمع حولها سائل يحتوي هرموناً يسمى استراديول تفرزه خلايا الحويصلة والأنسجة المجاورة لها وتنتج انفجرت الحويصلة ينزل السائل الذي تحتويه إلى تجويف البريتون وتنقلب البيضة إلى البوق حيث تستطيع استقبال الحيوان المنوي الذي يلقحها في الأحوال التي يحدث فيها حمل وتنتج انفجار الحويصلة يبدأ تأثير الهرمون الثاني للغدة النخامية فتتحول خلايا الحويصلة إلى غدة جديدة يسمونها الجسم الأصفر ، تأخذ في إفراز هرمون من نوع آخر بخلاف الاستراديول وهو البروجسترون الذي يشترك مع الاستراديول في أحداث تغييرات هامة في الغشاء المبطن للرحم تجعله صالحاً لقبول البيضة الملقحة وانغراسها في نسجه

وقد درس جيهارد وسلهايم تشريح الأرحام الطامثة في مرضى استؤصل منهن الرحم أثناء الطمث ، فوجدوا أن أول تغير يحدث هو احتقان وتورم في الغشاء المخاطي ، مصحوب بامتلاء الأوعية الدموية ، وبالأخص في الأوعية الشعرية السطحية . أما الغدد فتتسطب وتوسع قنواتها بلا انتظام ، فيعطيها ذلك شكلاً بريماً . وإذا عمل فيها قطاع طول وجددت مجزأة بسدود عرضية يشاهد عليها كثير من البشرات المخاطية المتكاثفة .

أما النسيج الخلاوي الموجود بين الغدد فيزداد حجمه ، وتقل صلابته ، ويرتشح في بعض جهاته بالكرات البيضاء . ثم يتلو ذلك حدوث أنزفة في الأنسجة الخلاوية ، وبالأخص تحت الطبقات السطحية للبشرة المخاطية فتسبب انفصال بعض قطع منها . وأجزاء البشرة التي تتعرض هي التي ينزف منها معظم دم الحيض . أما بقية الدم فينزف من الغشاء المخاطي المحتقن . ودم الحيض يختلط بمقدار كبير من المخاط الذي تفرزه الغدد الرحمية . ولا يشترك الغشاء المخاطي للعتق في إحداث الطمث إلا قليلاً . فإذا تلفحت بيضة فإنه يحدث في الغشاء المخاطي الرحمي تغييرات كثيرة تنتهي بتحويله إلى الغشاء الساقط للبويضة . أما إذا لم يحدث الحمل فيزول الاحتقان

وتغطي البقع التي تعرت من البشرة بطبقة بشرية جديدة ، وتهدأ الغدد ويرجع الغشاء المخاطي إلى دور السكون ، ولا يختلف الغشاء المخاطي للرحم وقت الطمث عن الساقط إلا في أن الأخير يكون مشتملا على الخلايا الساقطة الخاصة به .
 وإذا تم انفراس البيضة الملقحة يأخذ الجسم الأصفر في النمو التدريجي ويزداد مقدار الهرمون الذي يفرزه ويكون الدور الذي يقوم به الآن هو تثبيت البيضة ونموها ويستمر على أداء هذه الوظيفة إلى أن يتم تكوين المشيمة ويكون ذلك في آخر الشهر الرابع فتمّ تكون المشيمة تكون الهرمونات التي تفرزها هي وهي مماثلة للبروجسترون أصبحت في حالة تمكّنها أن تقوم بمفردها تقريبا في تثبيت البيضة ونموها .

ميعاد انفجار حويصلة جراف وخروج البيضة :

لا يعلم على وجه التحقيق اليوم الذي تنفجر فيه حويصلة جراف ولكنه يكون على الأغلب في اليوم الثاني عشر أو الثالث عشر بعد بدء الدورة الحوضية فإذا لم تنجح البيضة ولم يحدث حمل فإن الدورة الحوضية تنهى مدتها بعد أسبوعين قد تزيد أو تنقص يوماً ويظهر الحيض التالي . وقد لاحظوا أن حرارة المرأة في خلال الدورة الحوضية تكون قبل انفجار الحويصلة أقل بنصف درجة منها بعد انفجارها .
 فتلا في الدورة العظمى التي تستغرق ثمانية وعشرين يوماً ترتفع درجة الحرارة قليلا حوالي اليوم الثالث عشر الذي تنفجر فيه الحويصلة وتقل مرتفعة حتى يحدث حمل أو تبدأ دورة حوضية ثانية .

السائل المنوي

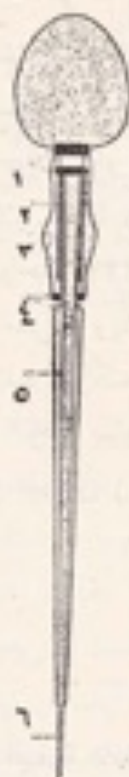
الحمل هو نتيجة اتحاد عنصري التوليد في الذكر والأنثى ، أي الحيوان المنوي والبويضة . أما الحيوان المنوي فينفرز من الخصية ، وتفرز البيضة من البيض ، والخصيتان والمبيضان عند الجنين تتكوّن من أنسجة متشابهة ، وهي الخلايا الجرثومية التي هي داخل أجسام وُلّف . فالذكور تكوّن البشرة الجرثومية هذه الخلايا ، القنوات المتعرجة للخصية ، وفي الإناث تكوّن حويصلات جراف .

وتشابه الحصبينان والمبيضان في أمر آخر ، وهو أن لكل منها إفرزاً باطنياً . وكذلك تولد الحيوانات المنوية شديد الشبه بتوليد البيضات . ولكن لما كانت وظيفة الحيوان المنوي تقضى بأن يكون العنصر الأكثر حركة لأنه هو الذي يسعى وراء البيضة ليلقحها فقد أمدته الطبيعة بشكل يجعله سهل التحرك . فجعلته أصغر خلايا الجسم ، وجرده من كل ما يعيق حركته . ولم يُبق إلا على ما هو ضروري للتلقيح ، في حين أنها جعلت البيضة أكبر خلايا الجسم لأنها هي المكلفة بامتصاص الغذاء اللازم لنموها في حياتها الجديدة بعد التلقيح .

والحيوانات المنوية سميت حيوانات لأن مكتشفها هام وليفانوك (سنة ١٦٧٧) ظن أنها كذلك خطأً . ولكن ظهر بعد ذلك أنها خلايا بشرية تتصف بقدرتها على الحركة الذاتية . وفي سنة ١٧٦٨ أثبت سبالانزيني أنها العنصر المخصب في المني .

والحيوانات المنوية لا تتكون في الشبكة ولا في البربخ بل في القنوات المتعرجة للخصية . وحوائف هذه القنوات مغطاة بطبقات منضدة من الخلايا البشرية التي تشبه في منشئها البشرة الجرثومية للمبيض . وإذا عملنا قطعاً ميكروسكوبياً لهذه القنوات نجد أنها لا تعمل كلها في وقت واحد في تكوين الحيوانات ، بل بينما يكون بعضها مشغولاً يكون البعض الآخر واقفاً عن العمل . كما أننا نجد بعض الحيوانات المنوية التي فيها تام التكوين والبعض الآخر في درجات مختلفة من النمو . وإذا نظرنا إلى (شكلي ٢٣ و ٢٤) نجد صور هذه الحيوانات المنوية كما ترى تحت الميكروسكوب . ويبلغ طول الحيوان المنوي ٥٥ ميكرومليمتراً . أما رأسه فيبني الشكل مفرطح ، والعنق قصير ومهبط ، والذيل طويل وينتهي باستطالة لا غلاف لها .

ولهذه الكائنات قدرة كبيرة على الحركة وتحمل العوارض . أما الحركة فتقوم بتعرج الذيل (تموج) . أما مقاومة هذه الكائنات للعوارض فغريبة فقد تُسَاج فتظهر كأنها مينة . ولكنها متى سخنت قد تعود إلى الحركة . والأحماض تنقلها بينا القلوبات الضعيفة تساعد على الحركة . وقد تعيش في الحضانة (Incubator) تسعة أيام ، وفي البول الآسن من يومين إلى ثلاثة أيام . وقد تعيش في قنوات فالوب لا أقل من ثلاثة أسابيع . وتعيش في الوطواط ستة شهور وفي الدجاج ثمانية عشر يوماً .



(شكل ٢٤)

رسم صوري

- ١ - المقرف
- ٢ - الطبقة الغلظونية
- ٣ - الطبقة الطامرة
- ٤ - الصفيحة المفلقة
- ٥ - الخيط المحوري للبلبل
- ٦ - الجزء الانتهائي



(شكل ٢٣)

حيوانات منوية مكبرة

وتخرج الحيوانات النائمة التكوين من الخصية
للأبريق على شكل كتل عالقة في قليل من السائل .
وتصل إلى الأبريق فتفجر الكتل فتخرج منها
الحيوانات وتبدأ في الحركة الذاتية وتساعد على
تلك الإفرازات البروستاتية . ويساعد على مرور المني
في القناة الناقلة انقباض هذه القناة وارتخاؤها ، وكذلك أهداب البشرة المبطن
علا . وتصل المني إلى صيوان القناة الناقلة تجمع هناك إلى أن ينزل في نهاية
الخصاع . وفي خروجه يتحد مع مزيج مركب من إفراز الحويصلات المنوية ،
وغدد كوبر ، والبروستاتا ، وغدد مجرى البول . ويظهر أن الحويصلات المنوية
ليست مستودعاً للمني كما كان يظن بل هي غدد تفرز سائلاً ثخيناً أصفر مكوناً
من الجلوبيولين . وربما كانت وظيفتها أيضاً امتصاص المني الذي لا يستعمل .

المني - هو سائل غروي قشطي أصفر مبيض ، قلوبى التأثير ، له رائحة خاصة به تنشأ من اختلاطه بإفرازات الغدد السائلة الذكر ، وأخصها إفراز البروستاتا المسمى بالسريرين (منيين) . وتختلف الكمية التى تخرج وقت الإنزال من جرام إلى عشرة جرامات أو تزيد ، ومتوسطها ٣ جرامات . ويتألف المني من الحيوانات المنوية وخلايا بشرية وكرات بيضاء وبلورات . وقد يبلغ عدد هذا الحيوانات فى إنزال مرة واحدة ٢٢٧ مليوناً . ولا شك فى أن معظمها يموت من تأثير الإفراز المهبل الحامض . وإذا تكرر الجماع فى وقت قريب جداً يقل عدد الحيوانات ثم ينعدم بالمرّة ، ولكنه يعود إلى حالته الطبيعية بعد راحة بضعة أيام .
 وثقله النوعى يتراوح بين ١٠٢٧ و ١٠٤٦ ويتألف من ٩٠٪ من الماء و ٦٪ من الميوسين (Mucin) و ٤٪ الباقية تتألف من مواد زلالية ودهون وأملاح .

تلقيح البيضة وانغراسها

تتلقيح البيضة عادة فى منتصف المدة بين حيض وآخر ويتم التلقيح باتحادها مع الحيوان المنوى . ويتم ذلك فى الثلث الوحشى للبقو غالباً . ثم تدخل البيضة الملقحة إلى الرحم مدفوعة بانقباض البوق وبمساعدة أهداب البشرة المغشية لطبقته الغاطية . أما الحيوان المنوى فيعبر المهبل والعتق وتجويف الرحم ويصل إلى البوق بحركاته الذاتية التى يقوم بها ذيله الطويل ويساعده على ذلك وجود طبقة رقيقة من السائل مغشية للغشاء الغاطى للأعضاء التناسلية تجعل مروره سهلاً . والمدة التى يأخذها فى العبور قد لا تتجاوز ساعة . فإذا وصل إلى البوق ولم تكن البيضة قد وصلت بعد ، يبتى هناك فى انتظارها مدة طويلة قد تصل فى أحوال نادرة إلى عشرين يوماً . ومنى لقيح الحيوان البيضة أخذت هذه فى الاتجاه نحو التجويف الرحمى مدفوعة بأهداب الخلايا البشرية المبطنة للبقو وقد يساعدها أيضاً فى الاتجاه نحو الرحم حركات انقباضية تقوم بها الطبقة العضلية للبقو وتعيش البيضة الغير ملقحة بضعة ساعات فقط ولذا يجب أن يتم التلقيح خلال ١٢ ساعة أو نحو ذلك من وقت التبويض .

يسبق انفجار الحويصلة مباشرة بعض التغييرات الغرض منها إعداد البيضة

لاستقبال الحيوان المنوي عند حدوث التلقيح وتتحصر هذه فيما يلي .
 قبل انفجار الحويصلة وخروج البيضة بوضع ساعات تقترب نواة البيضة من
 خلاصتها الخارجى ثم تتحلل (Karyokinesis) ويتكوّن بداخلها خيط من المادة
 اللينة التي تحتوي عليها لا يلبث أن ينقسم إلى عدد محدود مزدوج من الكروموسومات
 ثم تنقسم هذه إلى قسمين متساويين يبقى قسم منها في البيضة ويتعزل القسم الآخر
 مع قليل من مادة البروتوبلازم ليكون الكرية القطبية الأولى وتتعزل كرية قطبية
 ثانية بعد حدوث التلقيح مباشرة .

وتحدث نفس هذه التغييرات في الخلية التي يتكون منها رأس الحيوان المنوي .

وتحتوي نواه البيضة الناضجة على أربع وعشرين من الكروموسومات وكلها
 متعادلة في تركيبها مزدوجة في ترتيبها فضلا عن كروموسوم واحد يختلف عنها في
 الشكل ويسمى كروموسوم ج وهو كروموسوم التأنث أما الحيوان المنوي الناضج
 فيها أيضاً يحتوي على ٢٤ كروموسوماً إذ أنه يفقد نصف عدد الكروموسومات عند
 تصوره وخروجه من الخلية وهذه الكروموسومات مزدوجة أيضاً في ترتيبها متعادلة
 في تركيبها فضلا عن كروموسومين يختلفان في شكلهما عن باقي الكروموسومات
 يدعى سبياً كروموسوم س وهو كروموسوم التذكير وكروموسوم ج وهو كروموسوم
 التأنث فمضى تم التلقيح انحدت نواتي البيضة والحيوان المنوي وتحتوي كل منها على
 ٢٤ كروموسوماً ونشأ عنهما نواه واحدة تحتوي على العدد الكامل من الكروموسومات
 وهو ٤٨ كروموسوم ويعطى الحيوان المنوي أحد الكروموسومين الخاصين بالنوع إلى
 خلية البيضة فإن أعطاها كروموسوم س كان التلقيح بذكر وإن أعطاها كروموسوم
 ج كان التلقيح بأنثى ولقد ثبت أن الكروموسومات تحمل المزايا الوراثية لكل من
 الزوجين بينما يحمل كروموسوم س وج خاصية تميز النوع ذكراً أم أنثى ومن
 هنا نرى أن كثيراً من الظلم يقع على النساء في مجتمعنا هذا فيلمن إذا أنجبنا
 سبياً الحقيقية أن خاصية التذكير والتأنث تأتي من الأب وحده .

وتدل البراهين على أن التلقيح لا يحدث وقت وصول أول حيوان منوي إلى
 البيضة بل بعد وصول حيوانات عديدة بجوارها وكأنا البيضة وهي خلية أنثى تتردد
 في اختبار رقيقها وتختلف المدة التي تستغرقها الحيوانات المنوية في الوصول إلى
 البيضة ما بين ٦٥ إلى ٧٥ دقيقة وتساعد على سرعة الوصول انقباضات عضلات

البوقين وأكثر ما تنشط هذه وقت التبويض .

وتسبب انقباضات عضلات البوقين أيضاً تياراً امتصاصياً تساعد في خلقه أهداب الغشاء المبطن لها فتجذب البيضة إلى صيوان البوق وفي أثناء عبورها تنفصل عنها خلايا القرص نتيجة إفراز بعض الأنزيمات (Enzymes) التي تساعد على تحللها وقد تستغرق البيضة الملقحة حوالي ثلاثة أيام لتصل إلى تجويف الرحم .

نمو البيضة : يتم تلقيح البيضة كما سبق وذكر بواسطة حيوان منوي واحد ومتى دخل في البيضة لا تفتح لقبول سواه .

وبعد التلقيح تكوّن رأس الحيوان المنوي في البيضة الملقحة نواة الذكر الأولى (Male pronucleus) بينما تكوّن رقبتة الجسم المركزي للخلية ويبدأ في البروتوبلازم ظهور خطوط متفرعة من الجسم المركزي بينما تقترب النواة الأولى للذكر والنواة الأولى للأنثى (Female pronucleus) من بعضهما بعضاً ويتحدان ثم يتكون داخل النواة الجديدة خيط كروماتى ملتو على بعضه وهو عبارة عن مجموع كروموسومات النوع التي تكوّنت من اتحاد كروموسومات النواة الأولية للذكر مع كروموسومات النواة الأولية للأنثى (وكل منها يحتوي على نصف عدد كروموسومات النوع كما سبق الشرح) .

وباتحاد النواتين يتكون مخلوق جديد يسمى بالمشيج أو (Zygote) ثم يتلو ذلك حدوث سلسلة من الانقسام تنهى بتكوين كتلة من الخلايا داخل البيضة شبيهة بالتوتة ويتم هذا الانقسام بتجزئة النواة إلى جزئين يتراجعان إلى قطبي البيضة ثم ينقسم بر وتوبلازم البيضة إلى جزئين متساويين بخط يظهر في وسطها فتكون بذلك خليتان وهاتان الخليتان تنقسمان بدورهما إلى أربعة خلايا وهكذا دواليك حتى تتكون كتلة كبيرة من الخلايا ويكون الجزء المركزي هذه الكتلة مؤلفاً من خلايا كبيرة الحجم معتمة نوعاً أما خلايا المحيط داخل البيضة فتكون أصغر من هذه حجماً وأكثر صفاءً ويتكون من الخلايا داخل البيضة كتلة شبيهة بالتوتة ولذا يدعى هذا الدور بالطور التوتى (Morula Stage) .



(شكل ٢٦)

يشير إلى انقسام النح واستلام البيضة بخلايا الانقسام .
خ ج خلايا جرثومية . خ ح الغشاء الجرثومي



(شكل ٢٥)

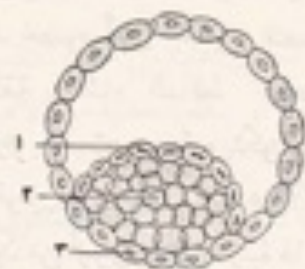
بيضة عمرها ٤ أسابيع

تكوين الحويصلة الجرثومية (Blastula Stage) .

تنقسم خلايا التوتة وتعدد بسرعة ويظهر فيما بينها سائل مصل لا يلبث أن يتجمع حتى تصبح البيضة عبارة عن حويصلة مكونة من طبقة رقيقة من الخلايا إلا أن قلب من أقطابها حيث تتجمع كتلة من الخلايا المركزية وتسمى هذه (بالياحة الجنينية) . (Embryonic plate أو Inner cell mass) ومن هذه الكتلة يتكون الجنين وتدعى البيضة الآن بالحويصلة الجرثومية أو اليبلاستودومية .

وتنقسم الخلايا إلى قسمين :

- ١ - قسم مكون من خلايا ظاهرة ويدعى بالاكندودرم أو الأدمة البرانية .
 - ٢ - وقسم مكون من خلايا داخلية ويدعى الأندودرم أو الأدمة الحيوانية .
- ولكنها لا تلبث أن ينشأ بين هذين القسمين قسم ثالث إلا وهو طبقة الميزودرم أو الأدمة الوسطى - وتنقسم هذه إلى (الأدمة الوسطى الحشوية Splanchnic mesoderm) والأدمة الوسطى الجنائية (Somatic mesoderm) .



(شكل ٢٧)

يشير إلى ابتداء تكون السائل الشفاف داخل البيضة . ١ خلايا جرثومية . ٢ غشاء جرثومي . ٣ منطقة شفافة

ومن هذه الطبقات الثلاث تتكون أجزاء الجنين .

ولا تشترك طبقة الخلايا الشاغلة لباقي محيط البيضة في تكوين الجنين بل تنحصر وظيفتها في تثبيت البيضة في تجويف الرحم وتسمى هذه بطبقة التروفوبلاست.

وقد سبق أن ذكرنا تأثير مادة

البروجستيرون التي يفرزها الجسم الأصفر على الغشاء المبطن للرحم فهي تحدث فيه احتقاناً وزيادة في عدد الغدد وعدد الأوعية الدموية التي تتخلله كما أن الغدد يزداد نشاطها وتمتلئ بسائل شفاف ويظهر الغشاء في مجموعه وكأنه قطيفة أعدت لاستقبال البيضة الملقحة ولقد ثبت أن البيضة وقت انغراسها تكون قد وصلت في نموها إلى دور (تكوين الحويصلة الجرثومية) وهذه لا تزيد في حجمها عن حجم البيضة قبل التلقيح .



(شكل ٢٨)

يشير إلى ازدياد السائل الشفاف وتحول البيضة إلى حويصلة جرثومية . ش ج خلايا جرثومية . م ش منطقة شفافة . ش ج غشاء جرثومي

تخترق الحويصلة الغشاء المبطن للرحم بواسطة خلايا التروفوبلاست التي تحيطها وتنغرس في الغشاء فتتولد خلاياها وتغطي نقطة دخولها ومن ثم تبدأ البيضة في النمو وتمتد خصوصاً إلى الجانبين فتصبح مغطاة بطبقة رقيقة من غشاء الرحم وتسمى هذه المنطقة بالغشاء الساقط المحفظي (Decidua Capsularis) وتتولد خلايا التروفوبلاست بسرعة ويتكون منها طبقة كثيفة حول البيضة وتتألف هذه الطبقة من نوعين من الخلايا النوع الأول وهو الذي يحيط بسطح البيضة على شكل شبكة يتكون من أزرار برتوبلازمية لها نواة ولكن ليس لها شكل الخلايا ويسمى السنيشيوم أو بلازمودي تروفوبلاست والثاني كتل من خلايا منتظمة تتخلل شبكة السنيشيوم وتسمى سيتوتروفوبلاست وفي اليوم الثاني بعد انغراس البيضة تظهر في السنيشيوم قنوات تنمو وتمتلئ بدم الأم حوالي اليوم الحادى عشر ومن اليوم الثاني أو الثالث إلى الثالث عشر تنمو أصابع من الحمل المشيمي (chorionic villi) وتتخلل شبكة السنيشيوم وتتشابك هذه الأصابع عند محيط البيضة وتحل محل السنيشيوم فلا تبق من خلاياه غير ما يبطن منها القنوات التي تقع بين كتل

الحمل المشيمي وبعضها وكذا بعض الخلايا العملاقية (Giant cells) التي تتركز في مركز المشيمة والأوردة الرحمية .

ويسمى الغشاء المبطن للرحم الذي يغطي البيضة بالغشاء الساقط المحفظي والحزء الذي تتركز عليه البيضة بالغشاء الساقط القاعدي (Decidua Basalis) بينما يكون باقي الغشاء الساقط الحقيقي (Decidua Vera)

أما الجزء الذي يغطي عنق الرحم فلا يتغير إلا في حالات الاندغام المعيب للمشيمة وفي بدء الحمل يكون الغشاء المبطن للرحم كما ذكرنا سابقاً تحت تأثير البروجسترون ولكن في نهاية الأسبوع العاشر من الحمل يتم نمو وتكوين الغشاء الساقط الحقيقي ويكون الجزء المبطن لجدار الرحم المقدم والخلفي أكثر سمكاً منه في الجنين فإذا ما حصل إجهاض في هذه الآونة نجد في أطراف الغشاء الساقط عدة تقويب موضع اختراق الغدد الرحمية له بينما نجد سطحه الخارجي خشناً والسطح الداخلي أملس ومتعرجاً بعض الشيء وبالفحص الميكروسكوبي نجد :

١ - خلايا البشرة السطحية تكون طبقة رقيقة إلا حول الغدد وفتحاتها حيث تراكم بعضها فوق بعض .

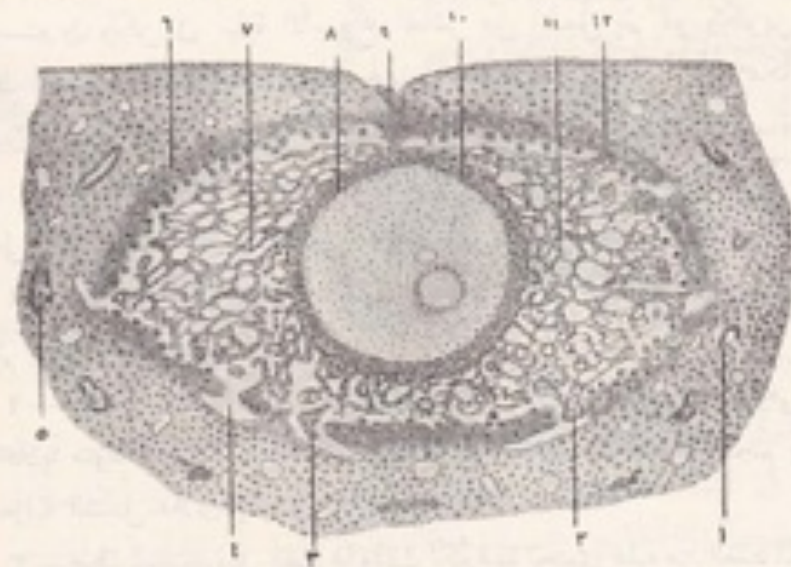
٢ - طبقة الساقط المتكاثفة وتكون نصف سمك الساقط تقريباً وهي مكونة من خلايا متنوعة من النسيج الخلاوي . وخلايا الساقط نفسها كبيرة الحجم يعضوية أو مغزلية الشكل ملأى بالبروتوبلازم .

٣ - طبقة اسفنجية في مظهرها وذلك لكثرة ما تحتوي عليه من الغدد المتضخمة والمتعرجة ويبطن هذه الغدد خلايا كبيرة مفرطحة نوعاً أو مكعبة خالية من الأهداب ولا توجد خلايا الساقط في هذه الطبقة إلا قليلاً .

٤ - طبقة رقيقة ملاصقة للرحم لا يطرأ عليها تغيير يذكر وهذه تحتوي على قواعد الغدد المجاورة للطبقة العضلية للرحم .

وفي الساقط القاعدي نجد نفس التغييرات ولكن نجد أن الأوعية الدموية والغدد الرحمية متضخمة بدرجة أعم وأكبر وتمتد في اتجاه مواز لجدار الرحم وعند اتصال الساقط القاعدي بالساقط المحفظي تكون زاوية وتتابع طريقها إلى الساقط المحفظي ويستمر نمو الساقط القاعدي مع استمرار نمو الجنين فيمتد جانبياً وتغزو طبقاته المتكاثفة خلايا الساقط الحقيقي المجاورة بينما تضمحل الغدد فيه وتضمحل ومن هذا الجزء تتكون المشيمة فيما بعد .

أما الساقط المحفظى فهو أكثر ما يكون سمكاً عند موضع اتصاله بالساقط القاعدى ولكنه رقيق عند القطب الذى اخترقته فيه البيضة وكالما نمت البيضة تمدد معها الساقط المحفظى حتى يصل إلى الجهة المقابلة للرحم ولكنه لا يلتصق بها . وفى الشهر الرابع يمتلئ تجويف الرحم بالخنين فيلتصق الساقط المحفظى بالساقط الحقيقى ويندمج فيه وكثيراً ما تجد فى المشيمة الكاملة عند الوضع بقايا حواجز ليفية تكون دائرة عند طرف المشيمة وهى تدل على موضع اتحاد الساقط الحقيقى بالساقط المحفظى وتسمى هذه الدائرة (closing ring of winkler waldeyer)



(شكل ٢٩)

رسم صوري لبيضة برايس وتيتشر . تجد تجويف البلاستوسست أو الخوصلة البلاستودورية وهى التى يتكون منها الميزودرم مملوءاً بخلايا الميزوبلاست وتجد منفراً فيها الخوصلات الامنيوسية والانتودورية . والغلاف الظاهر للبلاستوسست مكون من خلايا التروفوبلاست وبين هذا الغلاف والساقط توجد شبكة من خلايا البلازموذريوم تروفوبلاست تصلهما ببعضها . وغارج هذه الشبكة تشاهد طبقة الساقط المائنة وكذلك تشاهد بعض كتل من خلايا البلازموذريوم مجذاعة الأوعية الشعرية لساقط .

١ و ٥ - غدة	٧ و ١١ - سيشيوم أى
٢ و ٣ - خلايا البلازموذريوم محترقة	تروفوبلاست بلازموذريوم
٤ - أوعية شعرية	٨ و ١٠ - سيتو تروفوبلاست
٦ - طبقة الساقط المائنة	٩ - لقطعة الغراس البويضة
	١٢ - طبقة الساقط المائنة

ويزيد الساقط الحقيقي في سمكه حتى أوائل الشهر الثالث ومن ثم يأخذ في الضمور حتى يصل سمكه حوالي مليمتر واحد أو أقل عند تمام مدة الحمل - وتختفي من خلايا البشرة السطحية فلا يبقى منها سوى ما يبطن الجزء الغائر من الغدد وهذا الجزء هو الذي يقوم بعملية الإصلاح والترميم بعد الوضع .

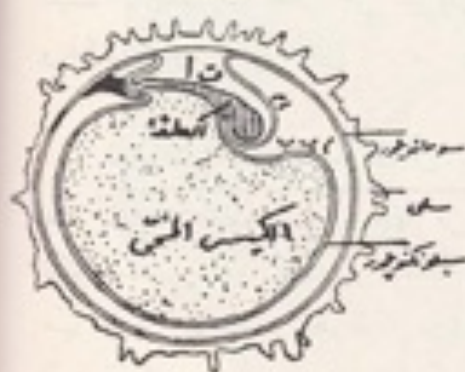
ويمتد التروفوبلاست ببروز يحمل إلى الساقط فتتحال خلاياه ويمتصها التروفوبلاست ولقد ظن البعض أنها تستعمل في تغذية الجنين ويكون امتداد التروفوبلاست إلى الساقط كتلا برتوبلازمية تخترق الأوعية الدموية الأمية وتبرز في تجويفها وتكون في الأول مكونة من طبقتي السنشسيوم والبلازموديوم ولكنها لا تثبت أن يمتد إليها خلايا من الميزودرم الجنيني حاملا معه بعض الأوعية الدموية وبذلك يتكون حمل السلي .

بقية التغيرات التي تحدث في البيضة - التغير الثاني الذي يحصل في البيضة هو أن الخلايا تتكاثف في جهة من سطح البيضة كما سبق القول مكونة لبقعة تكون مستديرة أولا ثم نصير بيضبة وتسمى بالبقعة المضغية ، وهي التي يتكون منها الجنين فيها بعد (انظر شكل ٢٨) وفي الغالب لا يتم هذا إلا متى انصفت البيضة بالرحم ، لأن هذه المسافة تكون دائماً في الجهة المقابلة لخد الرحم ، وبالتالي في الجهة الأكثر امتصاصاً للغذاء . وفي هذه البقعة تنشأ الطبقة المتوسطة السابق ذكرها (الميزودرم) ، التي تمتد حتى تشغل كل سطح البويضة . ثم يظهر في وسط البقعة المضغية بقعة شفافة لناعية تسمى بالمسافة الشفافة . ويتلو ذلك ظهور خط رفيع مظلم في وسط المسافة الشفافة يسمى الأثر الأول وهو يتكون من ميزاب رفيع محدود بحافتين هما الصفائح الظهرية التي تتكون من تكاثف الطبقة الاكتودرمية. وتحت هذا الميزاب يتكون فيها بعد جسم اسطواني يسمى بالحبل الظهرى ، وهو الذي تتكون الفقرات حوله عند ظهورها . ثم إن الصفائح الظهرية تنمو إلى فوق وتحتى إلى الباطن ثم تتقابل في الخط المتوسط وتتحد بعضها مع بعض مكونة لقناة معلقة يتكون فيها المخ والنخاع الشوكى فيها بعد .

الحوصلة السرية - بينما تكون الصفائح الظهرية آخذة في النمو إلى فوق نحو سطح البيضة تكون حواف البقعة المضغية آخذة في الانثناء إلى الباطن نحو مركز البيضة

من الجنين والأطراف على السواء . وبهذه الكيفية يتكوّن شبه قناة هي أول أثر واضح يظهر من الجنين . وهذه القناة تكون مفتوحة في جهة مركز البويضة وهي الجهة التي يتكون فيها البطن فيما بعد .

وتكون محدبة في جهة الظهر كما يظهر في (شكل ٣٠ ، ٣١) وانشاء أطراف المسافة الجنومية إلى الباطن يقسم البويضة إلى جزئين : جزء داخل الجنين يتكوّن منه باطن الأمعاء فيما بعد ، وجزء خارجه يسمى بالحويصلة السرية أو الكيس المحي أو الصغاري (شكل ٣١) . والجزء الواصل بينهما يصغر حجمه كثيراً ويكوّن عُنيقاً يسمى بالقناة الخفية . وعلى القناة والحويصلة السرية تتوزع الأوعية السرية



(شكل ٣١)



(شكل ٣٠)

ت ا تجويف الأمنيوس . ا م لقناة الأمنيوسية التي تحدث من هبوط العقلة لمركز البويضة .

م ب ب المسافة البريتومية الجنومية . وهذا الشكل بين أيضاً انقسام الميزودرم ، وتكون السوماتوبلور والسيلانكتوبلور

بين تمام تكوين الأمنيوس وتكون السل . ا أمنيوس . ١ المنطقة الشفافة . ٢ الوريقة الظاهرة للاهدم بعد انفلاق الأمنيوس . ج س حوصلة سرية . وأعل الشكل توجد الحوصلة السحيقة

المساريقية ، وفي أول الأمر تكون الحوصلة السرية كبيرة بالنسبة إلى التجويف الذي في داخل الجنين ، وتكون هي الوسطة المهمة في تغذيته . ولكنه كلما نما الجنين ضمرت الحوصلة السرية حتى إنه بمجرد وصول الأوعية الجنينية للسلى نصير الحوصلة عديمة الفائدة . ويمكن مشاهدة الحوصلة السرية في أحوال الإجهاض حتى نهاية الشهر الثاني ، ولكن بعد ذلك تأخذ في الضمور حتى لا يبقى منها وقت الولادة إلا أثر خفيف على السطح الجنيني للمشيمة ، بين الأمنيوس

والسلي . وفي أغلب الأحوال يستدق العنق الذي بين الحوصلة والأمعاء شيئاً
شيئاً حتى يزول بتناً وتنفصل الحوصلة عن الجنين وتنفجر .

الأمنيوس - في بداية التمتع الذي يفصل الحوصلة من الأمعاء تكون العلقه
(وهي الجزء الذي يكون الجنين فيها بعد) آخذة في الضخامة عند طرفها الدماغى ،
وتأخذ في الترقق عند طرفها الذنبى ، ويكون الظهر آخذاً في التقوس للظاهر . وفي
هذا الوقت أيضاً يبدأ انفصال الغشاء البلاستودرى إلى طبقتين في محيط المسافة
الحرثوية كله . وهذا الانقسام يخرق الميزودرم ، بحيث تكون الطبقة الظاهرة محتوية على
الايسترم وجزء من الميزودرم ، والطبقة الباطنة على الاندودرم وجزء من الميزودرم .
والطبقة الظاهرة تسمى بالسوماتوبلور (أو الجزء الجسمى) . وجزؤها العلقى يكون
جدر الجسم فيها بعد . والطبقة الباطنة تسمى بالسپلانكتوبلور (أو الجزء المعوى) ،
وجزؤها العلقى يكون جدر القناة الهضمية . وهذا الانقسام ليس خاصاً بالجزء
العلقى بل إنه يأخذ في الامتداد حتى يعم الطرف المقابل للكيس الخى ويجعله
حوصلة منفصلة عن البيضة (انظر شكل ٣١) . والجزء الوحيد من الميزودرم الذي
لا يعمه الانقسام هو الجزء المركزى لظهر الجنين ، ومحل العنق البطنى . وهذا
الكان يكون موجوداً بالقرب من الطرف الذنبى للجنين وفيه يتضاعف الميزودرم
بدلاً عن الانقسام . وبهذه الكيفية يتكون شبه قنطرة تصل السپلانكتوبلور
بالسوماتوبلور . وعلى هذه القنطرة تنمو الأوعية الجنينية حتى تصل إلى السلي
(انظر شكل ٣١) . والجزء العلقى للمسافة البلوراوية البريتونية يكون فيها بعد
التجويف البلوراوى البريتونى للجنين (انظر شكل ٣١) . ثم يتبع ذلك ظهور
ميزاب حول العلقه مبتدئاً في جهة طرفها الدماغى ، يجعلها متميزة عن البيضة .
ثم إن العلقه تهبط إلى مركز البيضة جاذبة معها السوماتوبلور فقط كما يتضح في
شكل ٣١ فينعطف السوماتوبلور حولها مكوناً ثنيات حول الطرف الدماغى والطرف
الذنبى وحول الجنين . ثم تأخذ هذه الثنيات في النمو حتى تتقابل بعضها مع
بعض على ظهر الجنين ، ثم تتحد ويزول الحاجز الذى بينهما (انظر شكل ٣٠) .
فيتكون بهذه الكيفية كيسان الكيس الواحد باطن يلتف حول البويضة ، وهو
الأمنيوس . والكيس الآخر ظاهر يسمى بالأمنيوس الكاذب يتحد بالمنطقة الشفافة
مكوناً للسلي (انظر شكل ٣٠ و ٣١) .

فيتضح من كيفية تكوين الأمنيوس أن سطحه الذي يكون متجهاً إلى الباطن جهة ظهر العلقه هو المتكوّن من الأبيلاست والطبقة الظاهرة من الميزوبلاست وهو على استدامة البشرة المغطية بحسم العلقه . وفي أثناء حصول هذه التغييرات يكون السيلانكتوبلور قد هبط إلى مركز البيضة مع العلقه واتخذ شكل كيس ذي عنق يسمى بالحويصلة السرية أو الكيس الهني (انظر شكل ٣١ و ٣٢) وفي أول الأمر يكون الكيس الأميوي منفصلاً عن السطح الباطن للسلي بمادة هلامية نصف سائلة ، تملأ المسافة التي بينهما (وهي المسافة البوراوية البريتونية) .



(شكل ٣٢) بيضة عمرها ٩ أسابيع تقريباً

لاحظ كبر حجم الحويصلة السرية نسبياً وصغر حجم الكيس الأميوي المملوء سائلاً

(شكل ٣٢) ولكن في آخر الشهر الثالث يمتلئ الكيس بالسائل الأميوي رويداً رويداً حتى يلامس السلي .

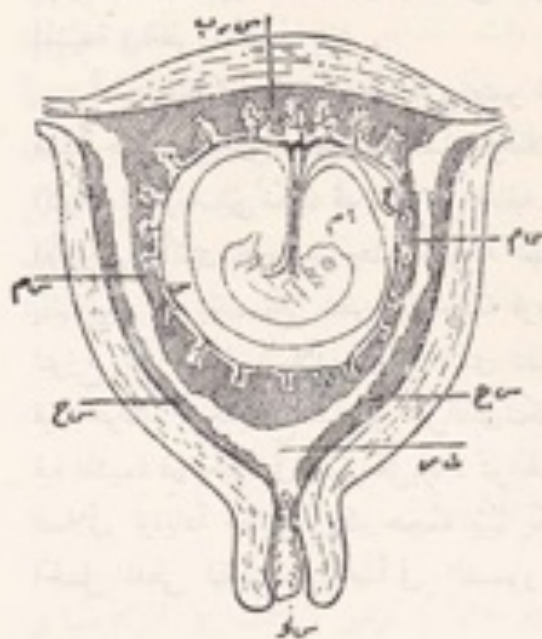
السائل الأميوي - الكيس الأميوي يكون في أول الأمر ملاصقاً لظهر المضغة . ولكن يتفرز فيما بعد سائل مصلبي بينه وبينها فينفصلان أحدهما عن الآخر وهذا السائل يأخذ في الازدياد شيئاً فشيئاً ، وكالما ازداد السائل اقترب الأمنيوس من السلي إلى أن يتلاصقا أخيراً . ويلتصق الأمنيوس بالحبل السري في نقطة اندماجه بحيث لا يمكن فصلهما .

ونسبة السائل الأمنيوسي لحجم الجنين تكون أكبر في أول الحمل منها في أواخره . وأكبر كمية له يبلغها في الشهر السابع أو الثامن . وبعد ذلك يمتص جزء صغير منه . والمقدار المتوسط له وقت الولادة يختلف بين نصف لتر ولتر وربع . وتعتبر الكمية إذا زادت عن ٢ لتر أو قلت عن ٣٠٠ مستمر مكعب غير طبيعية . وثقله النوعي يتراوح بين ١٠٠٦ و ١٠١٥ . وفي أول الحمل يكون شفافاً رائقاً ، ولكنه يتعكر في أواخر الحمل . وهو يحتوي على آثار قليلة من الزلال ، والجلوكوز إذا كانت الأم مصابة بالبول السكري ، والبولينا ، وأملاح مختلفة ، وبعض خلايا بشرية متقلسة ، وقليل من وبر جسم الجنين .

أما منشأ السائل الأمنيوسي فشكوك فيه ، يفتنه البعض منفرداً من الأنسجة الأمية ، والبعض الآخر من الأنسجة الجنينية . ولكن الأغلب أن الأم والجنين كليهما يشتركان في إفرازه . والدليل على ذلك أن الأدوية التي تعطى للأم مثل

بيدور بوتاسيوم مالا ، يفرز جزء قليل منها في السائل الأمنيوسي . ووجود البولينا فيه يثبت اشتراك الجنين في إفرازه .

أما وتلغفة السائل الأمنيوسي فهمة جدا في مدة الحمل والولادة . أما مدة الحمل فبالنسبة لكونه موصلا رديتاً للحرارة فهو يحفظ الجنين في حرارة متوازنة . ثم إنه أيضاً يخفف تأثير الصدمات على الجنين ، ويمنع وقوع أى ضغط على الحبل السرى ويسمح للجنين بتحريك أطرافه دون أن يسبب ذلك مضايقة للأم ويظن بعضهم أن الجنين يتلغف مقداراً وافراً من السائل الأمنيوسي في أواخر الحمل



(شكل ٣٣)

رسم صورة لرحم الحامل في الأسبوع السابع أو الثامن .
 أم تجريف الأمنيوس . س سل . م الخوصلة الهية (السرية) .
 س د السداة العنقية . ت ر التجريف الرحمي . س ح
 ساطع رحمي . س م ساطع مغلف . س ر ب ساطع رحمي
 بويض أو قاعص (جلت)

ليتغذى به . أما مدة الولادة فيساعد السائل الأمينوسي على تمديد العنق ويمنع التأثير المضر الذي قد يحدث من ضغط جنس الرحم على الجنين وقت الانقباضات الرحمية . ويساعد على تنظيف المهبل أثناء الوضع فيمنع وصول الميكروبات إلى تجويف الرحم والجنين .

الحوصلة السجقية - حالما يتكوّن السلى يغطي سطحه بطبقة مخملية تنغرز في الغشاء المخاطي الرحمي وتمتص مواد مغذية من الأوعية الليمفاوية للرحم . ولكن متى تكونت الحوصلة السجقية يحدث تغير في السلى وطبقته المخملية سيشرح فيما بعد . أما الحوصلة السجقية فتبدأ في الظهور كزر يتكوّن على السطح البطني للعلاقة ثم يأخذ في النمو والبروز في جزء من تجويف السلى لا يكون مشغولاً بالكيس الهني ولا بالأمينوس . ووظيفة هذه الحوصلة هي أنها تكون المثانة البولية للجنين وتساعد على تكوين المشيمة (انظر شكل ٣٤) .



(شكل ٣٤)

يوضح الحوصلة السرية والحوصلة
السجقية والحمل السائل

أما كيفية نموها فهي أن هذا الزر ينمو شيئاً فشيئاً حتى يصل إلى السطح الغائر للسلى موصلاً له الأوعية الدموية التي تكون قد مرت على جانبه من الأورطي الأثري للجنين . وهذه الأوعية تسمى بالشرايين السرية ، وهي تنفرع إلى جملة فروع تتوزع على الحمل السلائق . والحمل الذي تتقابل فيه الحوصلة السجقية مع السلى هو الحمل الذي تتكوّن فيه المشيمة فيما بعد . وفي هذا الحمل يزداد نمو الحمل السلائق ازدياداً عظيماً ويكبر حجمه بينما يكون الحمل المغطى لبقية السلى آخذاً في الضمور شيئاً فشيئاً .

السلى

السلى هو الغلاف الثاني للجنين . سطحه الباطن يلامس الأمينوس وسطحه الظاهر مغطى بنسيج خمل ينمو ويتداخل في الغشاء المخاطي الرحمي فيمتص مواد مغذية ينقلها إلى الجنين بواسطة الأوعية الجنينية التي تحملها إليه الحوصلة السجقية .

وهو يتكوّن من اتحاد الأمنيوس الكاذب بخلايا التروفوبلاست. ويتركب الحمل السلائي من :

(١) طبقة بشرية (٢) نسيج ضام (٣) أوعية دموية

أما الطبقة البشرية فتألف من طبقتين : الظاهرة عبارة عن قطع بروثوبلازمية ذات نويات عديدة ، والباطنة عبارة عن خلايا واضحة ذات نوايا بيضية الشكل كثيراً ما تكون مرتكزة على غشاء قاعدي . وتسمى الطبقة الظاهرة بالنسيبم ، والباطنة طبقة لنجهان . وتشبه قطع الحمل سيقاناً لها فروع متشعبة كأصابع اليد ، وفي كل ساق شريان ، ووريد ، وأوعية شعرية . ولا يفصل الأوعية الشعرية عن دم الأم إلا الطبقة البشرية المغطية للحمل ، وطبقة الأندوثليوم المبطن للشرابين الشعرية للأم ، والنسيج الضام الذي يتكوّن الجزء الأكبر للحمل .

والجنين يعتمد في غذائه على السلي من وقت وصول الحويصلة السجقية إليه (في الأسبوع الرابع تقريباً) إلى وقت انقذافه . ففي أول الأمر تكون الأوعية متوزعة على الحمل السلائي جميعه ، ولكن في أواخر الشهر الثالث تتنوع تنوعاً مهماً . فإن الحمل السلائي يأخذ وقتئذ في الضمور في كل محيط السلي ما عدا الجزء الذي في الساقط الرحمي البويضي فإنه ينمو نمواً عظيماً ويساعد على تكوين المشيمة . وفي نهاية الشهر الرابع يكون الحمل قد زال كله ما عدا الجزء الذي ساعد على تكوين المشيمة فإنه يكون واسطة الاتصال ما بين الأوعية الجنينية والأوعية الرحمية .

المشيمة

هي قرص خلوي وعائي مستدير غالباً أو بيضي ، أسماك في المركز منها في المحيط ، لونها أحمر ونسيجها هش . يبلغ قطرها من ١٥ - ٢٠ سنتيمتراً ، وحكها في المركز من سنتيمترين إلى ثلاثة سنتيمترات وترقّ عند حافتها التي تتصل بالسلي والساقط . وزنها المتوسط ٤٥٠ جراماً إلى ٥٠٠ ج سطحها الباطن أملس مقعر مغطى بالأمنيوس الذي يسهل نزعه إلى مكان اتصاله بالحبل السري . وتحت الأمنيوس يشاهد سطح السلي وهو أيضاً أملس : وعليه تجرى الفروع الكبيرة

السطحية للأوعية السرية قبل أن تغلف في باطن المشيمة . ولا تصل هذه الفروع إلى حافة المشيمة الطبيعية . وإذا عملنا شقاً في سطحها الجنيني نجد السلى الذي لا يبلغ سمكه هنا أكثر من مليمترين ، ويجد ناشئة منه كتل الحمل السلائق . ويندغم الحبل في وسط السطح الجنيني عادة (انظر شكل ٣٥) أما السطح الظاهر فملاصق لجدار الرحم وهو خشن مشقوق بميازيب تقسمه إلى فصوص وفصيصات . وإذا تأملناه جيداً وجدناه مغطى بغشاء زمادى رقيق جداً هو الجزء الذي يتفصل من الغشاء الساقط القاعدي عند انفصال المشيمة . وإذا لمسناه فقد نشعر في بعض جهاته بخشونة سبب ارسوب مواد جيرية قد تكون كبيرة الحجم في بعض الأحيان بحيث تراها العين بوضوح . وعلى حافة المشيمة يجري وعاء كبير هو الجيب الدائري الذي يعيد بعض الدم الأمي من المسافات التي تتخلل الحمل السلائق . ويندر أن يحيط هذا الجيب بالمشيمة تماماً . وفي



(شكل ٣٥)

السطح الجنيني للمشيمة
الجزء العلوي منزوع منه الغشاء الأميوس



(شكل ٣٦)

السطح الرحمي للمشيمة

أواخر الحمل تنسد بعض الفروع الوعائية للشريان السرى فتضمحل الأجزاء السلائية التي تتغذى منه، ويصطحب ذلك بربسوب ليفين (fibrin) من دم الأم على بشرة السلى فيتألف من ذلك بقع بيضاء باصفرار صلبة يختلف حجمها من حبة الذرة إلى البندق وتسمى بالسكتات المشيمية .
والمشيمة تتركب من الأنسجة الآتية ، مبتدئين في عدها من الظاهر إلى الباطن :

- (١) طبقة قاعدية مكونة من الجزء الغائر للساقط ، وهي تلى الطبقة الأسفنجية للساقط القاعدي الذي يحدث فيها انفصال المشيمة .
- (٢) سلسلة جيوب وعائية تختلط بعضها ببعض ، ذات مسافات كبيرة مفرطحة يتخللها الحمل السلائى ، محدودة من الجهة الرحمية بالطبقة القاعدية ، ومن الظاهر بالسلى أو بطبقة رقيقة من الساقط . وهذه الجيوب تحتوى على دم شريانى يصل إليها من الشريان الرحمى ، الذى ينفذ فى الطبقة الأسفنجية للساقط القاعدي ، ثم يخترق الطبقة القاعدية ويفتح فى هذه الجيوب مباشرة بدون توسط أوعية شعرية . ومن هذا يتضح لنا أن الحمل الجنينى يحاط بدم شريانى رحمى .
- (٣) حواجز ليفية تنشأ من الطبقة القاعدية للساقط ، وتسير إلى السلى تضم جيوبه الوعائية إلى فصوص وفصيصات . وهذه الأقسام الثلاثة : (١) و (٢) و (٣) هى كل ما يبقى من الساقط القاعدي .
- (٤) طبقة من السلى ومخلطة . فالحمل يعوم فى الجيوب الوعائية السابق ذكرها ، ويتوزع عليه أوعية شعرية من فروع الأوعية السرية .
- (٥) طبقة من الأمنيوس تغطى سطح المشيمة الباطن .
والمشيمة ثلاثة وظائف :-

- (١) تشتغل كعضو تنفس للجنين فتنتقل إليه المقدار اللازم له من الأوكسجين .
- (٢) تغذى الجنين فتنتقل إليه مواد مغذية من دم الأم .
- (٣) تشتغل كعضو مفرز فتخرج المواد غير الصالحة من دم الجنين وتنقلها إلى دم الأم .
- (٤) تقوم بوظيفة إفراز هرمونات أثناء الحمل فتؤدى عملها كأحد الغدد الصماء . ومن أهم إفرازاتها مادة الـ Chorionic Gonadotrophin .

الحبل السرى

الحبل السرى هو الذى يصل المشيمة بالجنين . ينشأ من سرة الجنين ويندغم على مركز المشيمة ، حاملاً الأوعية التى بواسطتها يحصل تبادل الدم بين الأم والجنين . وهذه الأوعية ثلاثة : - شريانان سرىان يحملان الدم الذى فقد أوكسিজينه من الجنين إلى المشيمة ، ووريد سرى ينقل الدم الذى اكتسب أوكسিজيناً ، من المشيمة إلى الجنين . وهذه الأوعية محاطة بمادة هلامية تسمى هلام هوارتون . والحبل السرى جميعه يتغلف بطبقة من الأمنيوس ويحتوى على بقايا الحوصلة السجقية والقناة الهية . ومتوسط طوله خمسون سنتيمتراً ، ولكنه قد يتراوح بين ١٤ - ١٦٠ سنتيمتراً . وسمكه يقابل سمك الشاهد . وهو ملتو على نفسه جملة مرات .

نمو الجنين

من المهم معرفة درجة نمو الجنين ، وأهم مميزاته فى الأشهر المختلفة للحمل . ولذلك سنذكرها هنا بالاختصار : -

الشهر الأول - أصغر بيضتين شوهدتا كان عمرهما ٨ - ١٢ يوماً . وكان قطر الصغرى ٣ ملليمترات وقطر الكبرى سنتيمتراً واحداً ، وطول المضغة ملليمترين . وفى هذه المدة كانت البيضة تنغلى بالأسموز . أما فى نهاية الأسبوع الرابع فتبلغ البيضة حجم بيضة الحمامة ، ويبلغ طول المضغة ٨ ملليمترات . ومن الأسبوع الثانى فما فوق تمتص المضغة غذاءها من الحوصلة السرية بواسطة الأوعية المسارية السرية . وفى هذا الوقت تكون الحوصلة السجقية بدأت فى الظهور والسير نحو السلى حاملة الأوعية الجنينية .

الشهر الثانى - فى نهاية الشهر الثانى تكون البيضة فى حجم بيضة الدجاج ، ويكون طول العلقة ٣ سنتيمترات وثقلها ١٥ جراماً ، وتكون الحوصلة السرية قد كادت تضمر تماماً . وتكون الحوصلة السجقية قد بلغت الحمل السلائى ، وابتدأت

تقل الغذاء منه إلى العلقه . ويكون الحمل قد أخذ في التلاشي إلا حيث تكون المشيمة . وتظهر بعض نطق عظمية في الترقوة والفك السفلي .

الشهر الثالث - في نهاية الشهر الثالث تكون البيضة قد بلغت حجم البرتقالة ، وصار قطرها من ٨,٥ - ١٠ سنتيمترات تقريباً ، وتكون العلقه قد بلغ طولها من ثمانية إلى تسعة سنتيمترات ، وصار وزنها ٨٥ جراماً تقريباً ، ويكاد يتم تكون المشيمة . والسلى الذي لم يدخل في تكوينا يكون قد فقد خله . وأعضاء التناسل تكون قد بدأت في الظهور ، ولكن لا يمكن تمييزها . ويمكن أن ترى بعض آثار للأظافر . وتظهر بعض نطق عظمية في معظم العظام .

الشهر الرابع - في نهاية الشهر الرابع يطلق على العلقه اسم « جنين » وفي نهاية هذا الشهر يكون قد بلغ طول الجنين ١٢,٥ سنتيمتراً تقريباً ووزنه ٢١٢ جرام . ويكون الحمل السلائق قد ضمير تماماً ما عدا ما دخل منه في تكوين المشيمة التي يكون قد تم تكوينها حينئذ . والأعضاء التناسلية تصبح واضحة تمام الوضوح ، ويبدأ ظهور الوبر على جلد الجنين .

الشهر الخامس - في نهاية الشهر الخامس يكون طول الجنين قد بلغ ٢٥,٥ سنتيمتراً ووزنه ٤٥٠ جراماً . ويبدأ الشعر في الظهور على الرأس ويغطي الجسم بوبر رفيع . ويبدأ جسم الجنين في التغطى بطبقة من مادة دهنية ، مؤلفة من خلايا متفلسة ومن إفراز الغدد الدهنية .

الشهر السادس - في نهاية الشهر السادس يبلغ طول الجنين ٣٠ سنتيمتراً ، ووزنه من ٩٠٧ - ١١٣٤ جراماً . والحاجبان والأهداب تبدأ في الظهور . وتظهر مادة صفراء في الأمعاء الدقيقة ، ويظهر العنق في الأمعاء الغلاظ . وتبدأ المواد الشحمية في الظهور تحت الجلد .

الشهر السابع - في نهاية الشهر السابع يبلغ طول الجنين ٣٥ سنتيمتراً ، ووزنه ١٤٠٠ جرام . والغشاء الحدقي لا يزال ظاهراً ، وعند الجنين الذكر تكون الخصيتان في القناة الأربية . ويكون الوبر قد أخذ في الزوال . وإذا ولد الجنين يصرخ صراخاً ضعيفاً . ومن نهاية هذا الشهر يعتبر الجنين قابلاً للحياة .

الشهر الثامن - في نهاية هذا الشهر يبلغ طول الجنين ٤٣ - ٤٥ سنتيمتراً ، ووزنه ١٨٠٠ إلى ٢٤٠٠ جرام . وتزداد المواد الشحمية تحت الجلد فيزول تكثره ، ويزول مقدار كبير من الوبر ، ويأخذ الغشاء الحدي في الزوال .

الشهر التاسع - في نهاية هذا الشهر يبلغ طول الجنين ٤٥ سنتيمتراً . ووزنه كيلوجرامين إلى كيلوجرامين وربع . واللون الأحمر اللامع الذي كان عليه الجلد لغاية الآن يبدأ في الزوال ولا تكون الأظافر قد بلغت نهاية الأصابع تماماً .

الشهر العاشر - وهو نهاية الحمل ، وفي نهايته يبلغ طول الجنين خمسين سنتيمتراً ، ووزنه سبعة أرطال (٣١٧٥ جراماً) تقريباً . والذكور أثقل قليلاً من الإناث . وتكون الأظافر قد تجاوزت أطراف الأقدام ، وفي حين أن أظافر الأقدام تكون قد بلغت نهاية الأصابع فقط . والوبر يكون قد زال عن جميع الجسم ما عدا الأكتاف . ومتى ولد الجنين يصرخ بشدة ويحرك أطرافه بقوة . وفي الأطفال الذكور تكون الخصيتان قد نزلتا في الصفين . وفي الإناث يكون الشفران العظمان مغطينين للشفرين الصغيرين . وبعد مرور بضع ساعات على ولادة الجنين يبول ، ويتغوط عقياً . والعق يتكون من مواد خضراء أو تكاد تكون سوداء ، مؤلفة من مخاط ووبر وخلابا بشرية وصفراء . والصفراء هي التي تكسبه اللون الأخضر المسود .

وهناك طريقة سهلة جداً لمعرفة طول الجنين في الأشهر المختلفة للحمل . وهي أنه في الأشهر الخمسة الأولى يكون طول الجنين مساوياً لمربع عدد الأشهر ستمترات . وفي الأشهر الخمسة التالية يكون طوله مساوياً لعدد الأشهر مضروباً في خمسة .

عدد الأشهر	طول الجنين بالسنتيمتر	عدد الأشهر	طول الجنين بالسنتيمتر
١	١ × ١ = ١	٦	٦ × ٥ = ٣٠
٢	٢ × ٢ = ٤	٧	٧ × ٥ = ٣٥
٣	٣ × ٣ = ٩	٨	٨ × ٥ = ٤٠
٤	٤ × ٤ = ١٦	٩	٩ × ٥ = ٤٥
٥	٥ × ٥ = ٢٥	١٠	١٠ × ٥ = ٥٠

رأس الجنين والدورة الجنينية

تتركب قبة الجمجمة عند الجنين من العظام الآتية: نصفي العظم الجبهي من الأمام ، والعظم المؤخري من الخلف ، والعظمين الجداريين على الجانبين بين العظمين الجبهيين والمؤخري ، ومن الجزء القشري للعظمين الصدغيين . وعظام القبة رقيقة عند حوافها وتأخذ في السمك كلما اتجهت نحو المركز ، حيث تنهى بارتفاع سمك يسمى بالحذبة . فالارتفاعان اللذان على العظمين الجبهيين يسميان بالحذبتين الجبهيتين . والارتفاعان اللذان على الجداريين يسميان بالحذبتين الجداريتين ، والارتفاع الذي على العظم المؤخري يسمى بالحذبة المؤخرية .

والخطوط التي تنشأ من تقابل عظام القبة بعضها ببعض تسمى بالتدريز . فالخط الذي ينشأ من تقابل نصفي العظم الجبهي يسمى بالتدريز الجبهي ، والخط الذي ينشأ من تقابل الجبهيين بالجداريين يسمى بالتدريز الجبهي الجداري ، والذي ينشأ من تقابل العظمين الجداريين يسمى بالتدريز السهمي ، وهو امتداد التدريز الجبهي إلى الخلف ، والذي ينشأ من تقابل العظمين الجداريين بالعظم المؤخري يسمى بالتدريز اللامي لمشابهته لحرف اللام اليونانية . وفي محل تقاطع التدريز الجبهي الجداري بالتدريزين السهمي والجبهي توجد مسافة غشائية لا عظم فيها معينة الشكل ، تسمى باليافوخ المقدم . وفي محل تقابل



(شكل ٣٧)

الأضراس المنصرفة لرأس الجنين

التدريز السهمي بالتدريز اللامي توجد مسافة غشائية مثلثة الشكل ، أصغر من السابقة تسمى باليافوخ الخلفي . ويوجد أيضاً أربعة يوافيخ إضافية أقل من هذين أهمية : اثنان منهما في الجهة الأمامية الجانبية ويسميان باليافوخين الصدغيين ، واثنان في الجهة الخلفية الجانبية ويسميان باليافوخين الخلفيين . وهذه التدريز واليوافيخ مهمة جداً لأن وجودها يساعد على تصغير حجم الرأس بتراكب العظام بعضها على بعض وقت الولادة . واليافوخان

المقدم والحلقى يساعدان المولد كثيراً على تشخيص الأوضاع المختلفة للمجىء بالقمة ،
ويتميز اليافوخ المقدم عن الحلقى بأن المقدم معيني الشكل ، والحلقى مثلث الشكل .
ولكن متى انضمت العظام بعضها إلى بعض وقت الولادة تزول المسافة الغشائية
لليوافيخ ، ويحسّ باليافوخ المقدم كأنه نقطة تقابل أربعة تداريز ، والحلقى كأنه
نقطة تقابل ثلاثة تداريز .

أما قاعدة الجمجمة فتتألف من عظام مرتبطة بعضها مع بعض ارتباطاً متيناً .
ويتركب الوجه من أربعة عشر عظماً متضممة بعضها مع بعض انضماماً متيناً يجعلها
أيضاً غير قابلة للتصغير .

أقسام الجمجمة - تنقسم الجمجمة إلى الأقسام الآتية :

(١) المؤخر ، وهو المسافة الواقعة بين نقطة أسفل الحدبة المؤخرية مباشرة
وبين اليافوخ الحلقى .

(٢) القمة ، وهي المسافة بين اليافوخ المقدم واليافوخ الحلقى . ومحدودة
جانبياً بالحدبتين الجداريتين .

(٣) الجبهة ، وهي المسافة بين اليافوخ المقدم ومتنصف المسافة بين الحاجبين .

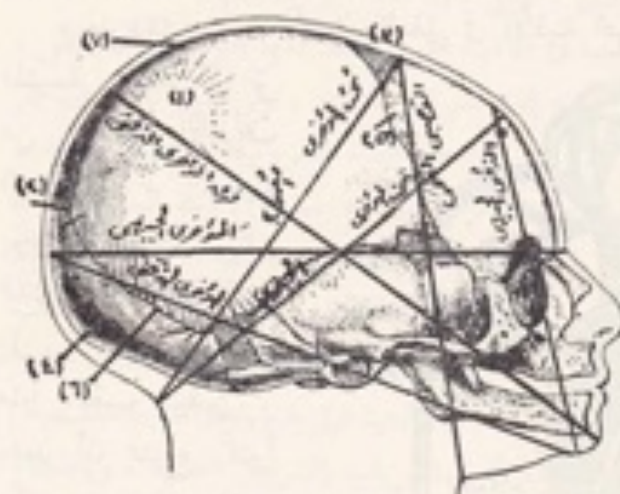
(٤) الوجه ، وهو المسافة الواقعة بين نقطة بين الحاجبين ومحل اتصال
الذقن بالعنق . ومحدودة جانبياً بخط يمر أمام الأذنين .

أقطار رأس الجنين - هذه الأقطار هي خطوط فرضية يتصور الإنسان وجودها

بين نقط مختلفة من الجمجمة لسهولة تقدير حجم الرأس ومعرفة الأوضاع المختلفة .
وأطولها في رأس الجنين التام فهو هي الآتية :

سمت	سنتيمترات	وطوله	سمت المؤخرى القسي
٩,٥	٩,٥	٥	القسي القسي
٨	٨	٥	الذقن الجبهي
١٢,٥	١٢,٥	٥	المؤخرى الذقن
١٤	١٤	٥	فوق المؤخرى الذقن
١١,٥	١١,٥	٥	المؤخرى الجبهي
١٠	١٠	٥	سمت المؤخرى الجبهي
٩,٥	٩,٥	٥	الجداري الجداري
٨	٨	٥	الصدفي الصدفي

فالقطر تحت المؤخرى القصى يمر من اليافوخ المقدم إلى نقطة أسفل الحذبة المؤخرية مباشرة والقطر القصى القصى يمر من اليافوخ المقدم إلى محل تقابل الذقن بالعنى .
والجيبى الذقى هو المسافة بين أوطاً نقطة على الذقن وأعلى نقطة على الجبهة . والمؤخرى الذقى هو المسافة بين قمة الذقن وأبعد نقطة على قمة الجمجمة . والمؤخرى الجيبى هو المسافة بين قمة الذقن وأبعد نقطة على قمة الجمجمة . وتحت المؤخرى الجيبى هو المسافة بين الحذبة



(شكل ٣٨) أقطار رأس الجنين

- (١) الحذبة الجدارية (٢) اليافوخ الخلقى (٣) اليافوخ المقدم
(٤) الحذبة المؤخرية (٥) التدريز الجيبى الجدارى (٦) التدريز
الذقى (٧) التدريز القصى

الجبهة ونقطة أسفل الحذبة المؤخرية مباشرة . والقطر الجدارى الجدارى هو المسافة بين الحذبتين الجداريتين والقطر الصدغى الصدغى هو المسافة بين أبعاد تقطعتين على التدريز الجيبى الجدارى .

أقطار الجذع -

الأخرى الأخرى وطوله ١٣ سنتيمتراً وبصغر بالضغط إلى ٩ سنتيمترات والتقى الظهرى ٩,٥

سنتيمترات وبصغر بالضغط إلى ٨ سنتيمترات

أقطار المقعدة - المدورى المدورى وطوله ٩ سنتيمترات ، والحرقى الحرقى وطوله ٨ سنتيمترات ، والمقدم الخلقى أو العانى العجزى وطوله ٥ سنتيمترات ونصف .

الدورة الجنينية

قبل ولادة الجنين وتكوّن الدورة الرئوية يكون مرور الدم من المشيمة إلى الجنين ، ومنه إلى المشيمة لكى يتقى ، كما يلى (انظر شكل ٣٩) .

يحمل الوريد السرى الدم النقي من المشيمة إلى الجنين ، وينفذ من السرة ، ثم ينقسم عند الميزاب المستعرض للكبد إلى فرعين . فالفرع الأكبر يصب في الأجوف السفلى بواسطة القناة الوريدية ، حيث يقابل الدم غير النقي العائد من الأطراف السفلى . والفرع الأصغر يصب في الوريد الباب ، ومنه يتوزع في نسيج الكبد ، ثم يصب في الأجوف السفلى بواسطة الأوردة الكبدية ، حاملاً له الدم الذي وصل إلى الكبد من الشريان الكبدى .

وبعد ذلك يصب الأجوف السفلى في الأذينة اليمنى حاملاً له دمًا نقيًا من



المشيمة ، ودمًا غير نقي من الكبد والأطراف السفلى . ثم إن صمام بوستاك يوجه الدم الذي في الأذينة اليمنى إلى الأذينة اليسرى ماراً بالثقب البيضى ، بدون أن يمتزج كثيراً بالدم غير النقي الذي يصب في الأذينة اليمنى وبنى وصل الدم إلى الأذينة اليسرى يختلط هناك بالدم غير النقي الراجع من الرئتين في الأوردة الرئوية وبن الدم في الأذينة اليسرى ، ومنه إلى الأورطى ، ومن الأورطى تنفرع فروع صغيرة تحمل الدم إلى الرأس والأطراف العليا ثم تعود منها إلى الأجوف

(شكل ٣٩) الدورة الدموية للجنين

الأوعية المحاطة أفقياً تحمل دمًا نقيًا ، والمحاطة عمودياً تحمل دمًا غير نقيًا والمحاطة الرقبة أى المنقطة تحمل دمًا نقيًا مزوجاً بدم غير نقي .

العلوى الذى يصب فى الأذينة اليمنى . أما معظم الدم فيسير فى الأورطى النازل حيث يقابل الدم غير النقي الذى يصب فى الأورطى من الشريان الرئوى ، بواسطة القناة الشريانية . ثم إن هذا الدم المختلط يتجه إلى الأطراف السفلى حيث يعود جزء منه إلى الأجوف السفلى ، إما مباشرة أو بواسطة الكبد . والجزء الآخر يمر إلى الشرايين الخلفية ومنها إلى السرة فالشرايين السرية ، فالمشيمة .

أما الفروع التى نشأت من الأورطى وصعدت إلى الرأس والأطراف العليا ومنها عادت إلى الأجوف العلوى ، فيبقى علينا تتبع سير الدم فيها .

عند ما نصب هذه الأوعية فى الأذينة اليمنى يختلط دمها بقليل من الدم النقي ، ثم يصب فى البطين الأيمن ومنه إلى الشريان الرئوى . ومن الشريان الرئوى يمر الجزء الأكبر من الدم إلى الأورطى بواسطة القناة الشريانية كما سبق شرحه ، والجزء الأصغر يمر فى الشريان الرئوى إلى الرئتين ، ويعود منها إلى الأذينة اليسرى بواسطة الأوردة الرئوية ، وهناك يختلط بالدم الذى دخل إلى القلب بواسطة الأجوف السفلى . ومنى ولد الجنين وابتداء التنفس تقف الدورة المشيمية ، وتحصل تنوعات فى القلب والأوعية تنتج ما يسمى بالدورة الرئوية . والأسباب المتممة لخصوفا هي امتلاء الرئتين بغذاء من أول شهيق ، وازدياد مقدار الدم فى الأوعية الرئوية ووقوف الدورة المشيمية . وتنبئ هذه التنوعات بانسداد القناة الشريانية والشرايين الخلفية ، وبانقطاع مرور الدم من الثقب البيضى ، وبانسداد الأوردة السرية والقناة الوريدية . فالأوعية الخلفية تنسد تماماً فى اليوم الثالث أو الرابع بعد الولادة ، والقناة الشريانية فى اليوم الثامن أو العاشر ، والأوردة السرية والقناة الوريدية فى اليوم السادس أو السابع . أما الثقب البيضى ، ولو أن الدم ينقطع عن المرور فيه من وقت الولادة ، فهو لا ينغلق تماماً إلا فى النصف الأخير لسنة الأولى .

المجىء ، والأوضاع ، وقاعدة الجنين فى الرحم

قاعدة الجنين فى الرحم - القاعدة التى يقعها الجنين فى الرحم هى التى تجعل حجمه أصغر مما يمكن . فالظهر يكون منقوساً إلى الوراء والرأس منتصباً على القوس ، والساعدان ومتصاليين ، والقحفان منتصبين على البطن ، والساقان منتصبين على الفخذين ومتصاليين . والحبل السرى يكون موضوعاً بين الذراعين والساقين . وبهذه القاعدة

يصبح شكل الجنين بيضياً تشغل الرأس أحد طرفيه والمقعدة الطرف الآخر . ولا يندر أن تتغير هذه العلاقات فلا يتثنى الرأس أو أنه ينسط ، وقد لا يتثنى الذراعان ولا يتصاليان .

الغيبى - الغيبى هو إتيان الجنين بأحد أجزائه على المضيق العلوى . وله ثلاثة أنواع أصلية :

(١) الغيبى بالرأس ، ويحصل ٩٦,٦٠ ٪ من مجموع الولادات ويشمل الغيبى بالقمة ، والغيبى بالوجه ، والغيبى بالحاجب ، والغيبى باليافوخ المقدم ، والغيبى باليافوخ الخلقى . ويسمى الغيبى بحسب الجزء الذى يكون أكثر انحداراً لأسفل . ففي الغيبى بالقمة تكون القمة ، وهى المسافة بين اليافوخ المقدم والخلقى أكثر أجزاء الرأس انجهاً إلى أسفل وهكذا .

(٢) الغيبى بالمقعدة ، ويحدث فى ٣,١٥ ٪ من مجموع الولادات ، وينقسم إلى مجىء كامل ، ومجىء ناقص . فالكامل هو الذى تنزل فيه المقعدة مع القدمين ، والناقص هو الذى تنزل فيه المقعدة وحدها ، أو تنزل قدم أو قدمان أولاً ، أو ركبة أو ركبتيان .

(٣) الغيبى بالجذع ، ويحدث فى ٠,٣٧ ٪ من مجموع الولادات . وقد كانت النسبة فى عشرة آلاف ولادة طبيعية فى مراكز التوليد الخارجى فى مصر كما يأتى : الغيبى بالقمة ٩٧,١٧ ٪ الغيبى بالمقعدة ٢,٦٤ ٪ الغيبى المستعرض ٠,١٨ تقريباً . ومما سبق شرحه يتضح لنا أن أكثر أنواع الغيبى حدوثاً هو الغيبى بالقمة . ولذلك ثلاثة أسباب وهى :

(١) أنه فى أشهر الحمل الأول يكون نمو الرحم أسرع من نمو الجنين فيسهل على الجنين وقتئذ أن يأخذ الشكل الذى يريده . ولكن بتقدم الحمل يكون نمو الجنين أسرع من نمو الرحم ، حتى إنه يأتى وقت يملأ فيه الجنين كل التجويف الرحمى ، فتضغط جدر الرحم عليه وتضطره أن يأخذ وضعاً تتوافق فيه أقطارهما . ولما كان شكل الرحم بيضياً طرفه السميك إلى أعلى ، وكان شكل الجنين فى وضعه الرحمى بيضياً أيضاً ، تشغل المقعدة أحد طرفيه ويشغل الرأس الطرف الآخر ، وكان حجم المقعدة مع الأطراف السفلى أكبر من حجم الرأس ، فلذلك تشغل المقعدة قاع الرحم ويشغل الرأس الجزء السفلى له . (انظر شكل ٤٠ و ٤١) .

كما أنه في الأحوال التي يتغير فيها شكل الرحم بالأورام مثلاً ، أو يتغير فيها شكل الجنين كأن يكون مصاباً بالاستسقاء الدماغى مثلاً ، يكون المبنى معيباً كما يرى في شكل ٤٢ .

(٢) أن الجنين في إتيانه بالرأس يتبع قانون الثقل العام . فالجنين المولود حديثاً إذا غمر في محلول ملحي عام على ظهره وكان رأسه أكثر اتجاهاً لأسفل من المقعدة وكانت الكتف الجنى أوطأ من اليسرى .



(شكل ١٠)
وضع الجنين في الرحم وانعكاسه
الشكل البيضى

(٣) العامل الثالث الذى يساعد على حدوث الضيق بالرأس هو كثرة تحريك الأطراف السفلى للجنين . فإن الجنين إذا كان آتياً بالمقعدة مثلاً لا تجد أطرافه السفلى مجالاً للحركة في الجزء السفلى للرحم فتحاول الصعود إلى القاع جاذبة معها المقعدة ، وهناك تجد المتسع اللازم لحركتها فتسمر باقية فيه .



(شكل ١١)
توافق أقطار الرحم والجنين

الوضع - هو العلاقة بين جزء ثابت للجنين والخط المتوسط للأم . وفي المبنى بالرأس والمقعدة يتخذ الظهر كجزء ثابت . فإذا كان الظهر متجهاً إلى الأمام واليسار فالوضع هو الأول . وإن كان متجهاً إلى الأمام واليمين فالوضع هو الثانى . وفي الوضع الثالث يكون متجهاً إلى الورا واليمين وفي الرابع إلى الورا واليسار . أما في المبنى المستعرض فيؤخذ الرأس والظهر معاً كنقطة ثابتة . فإذا كان الرأس إلى اليسار والظهر إلى الأمام فالوضع هو الأول ، وإذا كان الرأس إلى اليمين والظهر إلى الأمام فالوضع هو الثانى ، وإن كان الرأس إلى اليمين والظهر إلى الورا فالوضع هو

الثالث ، وإن كان الرأس إلى اليسار والظهر إلى الورا فإلوضع هو الرابع .

وفي النجىء بالرأس أو المقعدة يكون الوضع الأكثر حدوثاً هو الوضع الأول الذى يكون فيه الظهر متجهاً إلى الأمام واليسار .

ويعللون حدوث ذلك بالأسباب الثلاثة الآتية :

(١) أن أقطار رأس الجنين المقعدة الخلفية أكبر من أقطاره المستعرضة ، وأن القطر المنحرف الأيمن أكبر من الأيسر لأن الأيسر مشغول بالقولون الحوضى والمستقيم ، فلكى تتوافق أقطار الجنين مع أقطار الحوض يجب أن يشغل القطر المقدم الخلقى للرأس القطر المنحرف اليمى .

(٢) أن جزء الرحم الأكثر انحداراً إلى الأسفل والحامل واقفة هو الجزء المقدم الأيمن

وذلك بسبب ميل الرحم إلى الأمام والتواءه قليلاً إلى الجهة اليمى . وعلى ذلك فأنقل جزء من الجنين وهو الرأس والكتف اليمى يشغلان جزءه المقدم الأيمن .

(٣) أن الأقطار المقعدة الخلفية لرأس الجنين أطول من المستعرضة بينما الأقطار المستعرضة للرحم أطول من المقعدة الخلفية وبسبب التواء الرحم إلى اليمين تشغل أقطاره المستعرضة القطر المنحرف الأيمن للحوض فلكى يتم توافق أقطار الجنين والرحم يجب أن يكون القطر المقدم الخلقى للرأس شاغلاً للقطر المنحرف الأيمن .



(شكل ٤٢)

الاستلقاء الدماخى وكيف يسبب
جهتاً بالمقعدة لكى تتوافق الأقطار

وذلك بسبب ميل الرحم إلى الأمام والتواءه قليلاً إلى الجهة اليمى . وعلى ذلك فأنقل جزء من الجنين وهو الرأس والكتف اليمى يشغلان جزءه المقدم الأيمن .

(٣) أن الأقطار المقعدة الخلفية لرأس الجنين أطول من المستعرضة بينما الأقطار المستعرضة للرحم أطول من المقعدة الخلفية وبسبب التواء الرحم إلى اليمين تشغل أقطاره المستعرضة القطر المنحرف الأيمن للحوض فلكى يتم توافق أقطار الجنين والرحم يجب أن يكون القطر المقدم الخلقى للرأس شاغلاً للقطر المنحرف الأيمن .

الفصل السادس

الحمل وظواهره

الحمل هو الحالة التي تكون عليها المرأة من وقت العلق أي تلقيح البيضة إلى وقت خروجها من الرحم ، سواء أكان بالولادة أم بالإجهاض .
مدته - مدة الحمل عند تمامه عشرة شهور قمرية (أعنى ٢٨٠ يوماً) أو تسعة أشهر أفريجية وسبعة أيام ، تحسب من اليوم الأول لآخر طمث حدث قبل الحمل ولا تدل هذه المدة على عمر الجنين بالضبط فلا وجود للجنين حتى تخرج البيضة من الحويصلة ويتم تلقيحها وقد سبق أن قلنا إن ذلك لا يتم إلا حوالي ١٤ يوماً (قد تزيد أو تنقص يوماً) قبل توقع حدوث الطمث الذي يلي التبويض . كذا حددت المدة التي تبقاها البيضة صالحة للتلقيح بحوالى أربع وعشرين ساعة وعلى ذلك في الحالات العادية التي تستغرق فيها مدة الدورة الطمثية ثمانية وعشرين يوماً يكون عمر الجنين أقل بحوالى ١٤ - ١٦ يوماً من ٢٨٠ يوماً وهناك كثير من النساء تختلف عندهن مدة الدورة الطمثية وقد تطول مدتها إلى ٤٠ يوماً أو أكثر ويحصل التبويض في مثل هذه الحالات حوالى ٢٦ يوماً بعد أول يوم من الطمث أي أن مدة الحمل « الظاهرة » تصبح ٢٩٢ يوماً بينما تتراوح المدة الحقيقية ما بين ٢٦٦ - ٢٦٨ يوماً وقد تطول مدة الحمل نفسها فقد ذكر وينكل - حالة طال فيها زمن الحمل إلى ٣٢٢ يوماً وقد شاهدت حالة بلغ فيها الحمل ٣١٥ يوماً وبلغ فيها وزن الجنين ١٣ رطلاً والمحاكم الشرعية إذا ولدت الأم قبل مضي عام من وفاة زوجها أو طلاقها منه تعتبر الحمل شرعياً .

وقد ذكر اهفيلد بعد عمل تحريات دقيقة على عدد كبير من الحوامل اللواتي حملن بعد جماع واحد ، أن ٣٧ ٪ من الأحوال حصل فيها التلقيح في الأسبوع الأول بعد الحيض و ٣٥ ٪ في الأسبوع الثاني و ١٥ ٪ في الأسبوع الثالث و ٩,٧ ٪ في الأسبوع الرابع و ٢,٧ ٪ في اليوم التاسع والعشرين إلى الواحد والثلاثين بعد بدء الحيض .

وزنه من ٣٣ إلى ٤٠ جراماً ، ونجوفه لا يسع إلا نقطة سائل أو نقطتين . أما في نهاية الحمل فيبلغ طوله من ٣١ - ٣٦ سنتيمتراً ، وعرضه ٢٤ سنتيمتراً ، ومحفه من ٢١ - ٢٣ سنتيمتراً ، ولكن سمك جدره يرقى إلى نصف ما كان قبل الحمل . ويبلغ وزنه من ٧٠٠ - ١٤٠٠ جراماً ، ونجوفه يسع من ٤ - ٥ لترات . (الشكل) - الشكل الطبيعي للرحم كثرى مفرطح من الأمام إلى الوراء . في الأشهر الستة الأولى يكون أكثر استدارة . أما في نهاية الحمل فيصير بيضياً . وازدياد حجم الرحم في أول الحمل سببه ضخامة جدره ، أما في الأشهر المتوسطة والأخيرة فمن تمدده بسبب كبر البويضة . ولما كان هذا التمدد غير مصحوب بتضخم نسبي فسمك جدر الرحم يكون في أواخر الحمل أرق منه في الأشهر الأولى .

القسم السفلي للرحم - الجدار المقدم لحجم الرحم الحامل أو غير الحامل أرق في جزئه السفلي منه في بقية الأجزاء . والبريتون المغطى لهذا الجزء المسترق لا يلتصق بالطبقة العضلية كثيراً ويسهل فصله منها . والحلقة العضلية التي تقع بين الفوهة الباطنة والحد الذي يلتصق فيه البريتون بالطبقة العضلية تسمى بالقسم السفلي للرحم . وهذا القسم صغير جداً في غير أوقات الحمل ولكنه يكبر كلما كبر حجم الرحم في مدة الحمل . (القوام) - تقل صلابة الرحم وتصبح جدره رخوة مرة .

تنوعات العنق - يتنوع العنق في قوامه ، وحجمه ، وشكله ، واتجاهه . (القوام) - صلب في الحالة الاعتيادية يحس به كأرنبة الأنف بل أصعب . ولكنه يبدأ في اللين منذ ابتداء العلق . وهذا اللين يأخذ في الازدياد تدريجياً مبتدئاً من قمة العنق ومتجهاً إلى فوق حتى إنه يعم العنق كله في نهاية الحمل . ويتسبب هذا اللين من انسكاب سائل مصل في أنسجة العنق ، ومن الاحتقان الدموي الذي يحدث مدة الحمل .

(الحجم والشكل والانجاء) - يحدث للعنق قصر ظاهري تشترك ثلاثة عوامل في إحداثه وهي :
(١) أن اللين التدريجي للعنق يجعل الأصبع الباحث يحس بالجزء اللين

كأنه غير موجود (انظر شكل ٤٣) .

(٢) أن لين وارتخاء الأنسجة التي تصل الرحم بالمهبل تسمح للعتق بأن ينجذب إلى فوق كلما ارتفع قاع الرحم ، فينتج من ذلك أن الجزء المهبل للعتق يصير قصيراً ، ولو أن تجويف العتق نفسه لا يقصر .

(٣) في أول الحمل يكون محور العتق موازياً لمحور المضيق العلوي للحوض . ولكنه بتقدم الحمل يندفع محل اتصال العتق بالرحم إلى الوراء ، ويملأ الرحم جزءاً من قعر الكيس المقدم فينشأ عن ذلك أن القوذة الظاهرة للعتق تقترب من الجدار المقدم للمهبل ، ويقل بروز العتق في المهبل كما هو موضح في (شكل ٤٣) .

ويحصل للعتق تنوع آخر وهو أن تجويفه يندب بكتلة مخاطية صلبة تسمى بالسدادة العنقية (انظر شكل ٣٣) . وتنشأ هذه السدادة من ازدياد إفراز الغدد العنقية . وهي تتألف من ثلاث طبقات : عليا رحيمة ، ومتوسطة عنقية ، وسفلى مهبلية . والعليا لا تحتوى على ميكروبات فهي إذاً عقيمة . والمتوسطة تحتوى على كريات بيضاء تنصف بقدرتها على إمانة الميكروبات فهي إذاً مطهرة . والسفلى تحتوى على ميكروبات كثيرة لا تكون مرضية إلا إذا وجد التهاب مهبل . وهذه السدادة تساعد على منع الميكروبات من الوصول إلى الرحم ، فإن جميع الميكروبات لا تستطيع اختراق الطبقة المتوسطة ما عدا مكروب السيلان .



(شكل ٤٣) يوضح لين العتق والتغيرات التي تحدث في وضع العتق مدة الحمل . فالرسم الثالث يشير إلى العتق في أول الحمل ، والثاني والأول يشير إلى اللين التدريجي للعتق والقرب جزء المهبل للجدار المقدم للمهبل . الجزء الغير المظلل يشير للجزء الذي لان من العتق .

التنوعات التشريحية للرحم - (الطبقة المصالية) - تنمو بنسبة نمو الرحم .

(الطبقة العضلية) - يحدث فيها نمو عظيم ويسهل تمييز طبقاتها الثلاث .

والنمو سببه أن الألياف تطول وتتضخم وتتولد خلايا جديدة ليفية مرنة .

(الطبقة المخاطية) - يتنوع الغشاء المخاطي ويتضخم ويكون الساقط وهو

الغشاء الظاهري للجنين . وقد سبق شرحه في الكلام على نمو البويضة .
 التنوعات الفسيولوجية - في الحالة الاعتيادية تكون خواص الرحم موجودة على
 الحالة الأثرية فقط ، والحمل هو الذي يظهرها . وهذه الخواص هي الإحساس ،
 والتبجح ، والتخمد ، والانتقباض ، والانتكماش .

التنوعات التي تحدث لسائر الأعضاء التناسلية - (المهبل) - تتضخم الطبقة
 العضلية والطبقة المخاطية من الاحتقان الوعائي الذي يحدث مدة الحمل . والغشاء
 المخاطي يتغير لونه ويصير أزرق بتفجياً . وفي الشهر الثالث والرابع تزول الثنيات
 الغشائية بسبب جذب الرحم على الجدار المقدم للمهبل في أثناء ارتفاعه . أما في
 الأشهر الأخيرة فمن ازدياد ضخامة الغشاء المخاطي تكبير الثنيات وتنتل وريما
 ظهرت من الفرج .

(البوقان) - يتضخم البوقان ويستطيلان . وفي أواخر الحمل يكون اتجاها
 تقريباً عمودياً على الحوض . ومن نمو قاع الرحم يصبح مكان اتصال البوقين بالرحم
 في محل اتصال ثلثة العلوي بالثلث المتوسط بدلاً عن اتصافهما بالزاويتين العلويتين
 للرحم .

(المبيضان) - يتجذبان إلى فوق خارج المضيق العلوي للحوض . وبسبب
 نمو الرحم بين طبقتي الرباط العريض يقتربان إلى جانبي الرحم شيئاً فشيئاً حتى
 يلاصقاهما . والمشهور أنه يتقطع إفراز البيضات طول مدة الحمل .

أما التغيرات التي تحدث مدة الحمل في الجسم الأصفر فقد سبق شرحها .
 (الأربطة) - يتضخم الرباطان المبرومان من الاحتقان الحوضي . ويمكن
 الإحساس بالرباط المبروم الأيسر عند النحيقات ، ولا يمكن الإحساس بالأيمن
 وذلك بالنسبة لالتواء الرحم إلى الجهة اليمنى .

(العجان) - ينحصر تنوع العجان في اللبن الناتج من انسكاب مادة مصلية
 زلالية بين الطبقة العضلية والصفاقية . وهذا اللبن ضروري لأنه يسمح للعجان بالتخمد
 الكافي وقت الولادة .

(مفاصل الحوض) - تلين أربطة وغضاريف المفاصل ، ويزداد حجم
 أكياسها الزلالية . وهذا اللبن يساعد على اتساع الحوض قليلاً وقت الولادة ، ولو
 أنه يجعل حركة الأم متعذرة في الأيام الأخيرة للحمل .

(تنوعات الثدي) - تنحصر تنوعات الثدي في الأمور الآتية : -

(١) كبير حجم الأوعية السطحية للثدي وكبير حجم الثدي نفسه ، وتبدأ من الشهر الثاني .

(٢) ظهور درنات مونتغماري على الهالة الأصلية (من الشهر الثالث فما فوق) . وهي درنات لا لون لها تنشأ من تضخم غدد الجلد الدهنية ويبلغ عددها من عشرة إلى عشرين درنة .

(٣) ازدياد دكوة الهالة الأصلية (من ابتداء الثالث أو الرابع) .

(٤) ظهور الهالة المبقعة (من الشهر الخامس فما فوق) ، وتنشأ من رسوب مواد ملونة حول الهالة الأصلية على شكل شبكة .

(٥) ازدياد صلابة الثديين .

(٦) ظهور الكولستروم . وهو سائل أصفر شفاف يمكن عصره من الثدي من أواخر الشهر الثاني أو الثالث . وتقتصر أهميته كعلامة للحمل إذا حصل عند بكرة الحمل لأن ثدي المتكررة قد يحتويان على لبن أو كولستروم (لبناء) حتى ولو انقطعت عن الإرضاع .

ومن الشهر السادس فما فوق تظهر خطوط حمراء ماعة متشعبة من الهالة الأصلية ، سببها التمدد السريع للثدي .

التأثيرات التي تنشأ عن ضغط الرحم في أثناء نموه - متى ابتداء الرحم في النمو
فإن ازدياد ثقله يجعله يضغط على المثانة ويسبب تهيجاً مثانياً تظهر أعراضه في تكرار التبول . ولكن متى خرج الرحم من الحوض يزول هذا الضغط فتزول معه الأعراض . على أنه في أسابيع الحمل الأخيرة عندما ما يضغط رأس الجنين على الحوض تعود الأعراض ثانية .

(الأمعاء) - من جراء ضغط الرحم على الأمعاء تتعطل حركات الأمعاء فتسبب إمساكاً .

(الأوردة) - من جراء ضغط الرحم على الأوعية الحوضية تحدث دولي في أوردة الساقين والشفرين وربما حدث تورم .

(جلد البطن) - بسبب ازدياد تمدد جلد البطن تزول مرونة الطبقات الغائرة للجلد أي الأدمة الحقيقية وشبكة مالبيجي ، وتتمزق بعض أجزائها فيحدث

تلك خطوطاً حمراء تشع من جبل الزهرة . وهذه الخطوط تبيض بعد الوضع ولذا تسمى بالخطوط البيضاء .

(الانبعاث السرى) - في الشهر السابع والثامن يزول الانبعاث السرى ، وفي الشهر الأخير يحل محله ارتفاع صغير .

ويحدث عند بعض الحوامل أن العضاتين المستقيمتين البطنيتين تفصلان إحداهما عن الأخرى ، ويكثر حدوث ذلك في الحمل التوأمي . وفي الشهر التاسع يضغط الرحم على الحجاب الحاجز فيسبب عسراً في التنفس ، ويعطل حركة المعدة . ولكن في الأسبوعين الأخيرين للشهر العاشر يزول هذا الضغط بسبب هبوط الرحم إلى الحوض .

تنوعات الأجهزة - (الدورة الدموية) - يزيد مقدار الدم في جسم الحامل ويقل ثقله النوعي قليلاً وسبب ازدياد مقدار الدم أن كمية الماء فيه تزيد أما الكريات الحمراء والهيموجلوبين فتقل نسبياً أي أنه تحدث للحامل أنيميا نسبية تكون أكثر وضوحاً في شهور الحمل الوسطى منأى الشهور الأخيرة . ويزداد عدد الكريات البيضاء وعلى الأخص عند بكرات الحمل فيبلغ عددها من ٨ إلى ١٥ ألفاً في المليتر المكعب وقد تصل وقت الوضع إلى عشرين ألفاً ، ولكن عددها يهبط بسرعة بعد الوضع بوقت وجيز . وفي الشهور الثلاثة الأخيرة للحمل تهبط نسبة الكالسيوم في دم الأم ويزيد مقدار الفيبرينوجين وعلى الأخص في وقت المخاض . أما القلب فيتمدد قليلاً وعلى الأخص نصفه الأيمن ولكن هذا التمدد لم يثبت حدوثه في الأحوال التي صورت فيها القلب بأشعة إكس (الأشعة السينية) .

(التنفس) - يزيد إفراز حمض الكربونيك ويصير التنفس صدرياً صرفاً . (الجهاز البولي) - يكبر حجم الكليتين وتحتقان قليلاً ويزيد مقدار الماء في البول وقد يظهر السكر في البول من وقت لآخر ولكن لا تزيد نسبة السكر في الدم . (المساواة بين امتصاص الغذاء وتمثيله ، وإفراز الحاصلات النهائية في البول) دلت الأبحاث الأخيرة على أنه تحدث في مدة الحمل تنوعات كبيرة في امتصاص الغذاء وتمثيله وإفراز حاصلاته النهائية . وإن حدوث هذه التنوعات لازم لسد حاجات الجنين من غير إضرار بالأم ومن غير استنفاذ ما تدخره لنفسها من الغذاء . (المواد البروتينية أي التي يدخل الأزوت في تركيبها) - يحتاج الجنين إلى

جرام من الأزوت أى النتروجين يوميا وهذا يعادل ٣ جرامات من المواد البروتينية في الغذاء . ولكن الحامل تحتزن يوميا أكثر من هذا القدر فيدعو ذلك إلى ازدياد وزنها في مدة الحمل . وتبلغ هذه الزيادة كيلوجرامين في الشهر الثامن وكيلوجرام ونصف في الشهر العاشر هذا بخلاف الزيادة الناشئة عن البويضة ومحتوياتها) أما سبب اختزان الأم للأزوت فهو في الغالب اضطرارها إلى استعماله في مدة الرضاع .

(إفرار الأم للأزوت) - يقل مقدار الأزوت الذى تفرزه الأم في بولها كما أن نسبة الكمية من الأزوت التى تفرز كبولينا تقل عن نسبة الأزوت المنفردة كنتوشادر وهذا عكس ما يحدث في غير أوقات الحمل وسببه أن الحامل تحتزن جزءا كبيرا من الأزوت لسد حاجات الجنين ولولا ذلك لانقرز كبولينا أما الأزوت المنفرد كنتوشادر فلا يقل عن الحالة الطبيعية .

(المواد السكرية والنشوية) - تحتاج الحامل إلى زيادة مقدار غذائها من المواد السكرية والنشوية لأن حاجة الجنين إلى الجليكوجين كبيرة . وقد يأخذ الجنين من الجليكوجين أكثر مما تستطيع الأم امتصاصه فيقل مقدار ما تحتزنه منه في الكبد . ويظهر ذلك بوضوح في أشهر الحمل الأولى التى يلزم للجنين فيها مقدار وافر من الجليكوجين فينشأ عن نقص الجليكوجين في الكبد أن تصاب الأم بالقيء الشديد ويكون ذلك في نفسه سببا آخر لنقص ما تمتصه الأم من الجليكوجين من غذائها فيزيد القيء وقد يستعصى علاجها إلا إذا سد هذا النقص بطريقة ما .

وفي مدة الحمل قد يظهر الجلوكوز في بول الحامل من وقت إلى آخر ولكن لا يزيد مقداره في دم الأم عن الطبيعى . وقد يظهر اللاكتوز في البول في شهور الحمل الأخيرة وفي مدة الرضاع بسبب امتصاص الأم لبعض اللبن الذى يتجمع في الثديين .

(المواد الدهنية) - في الشهور الأخيرة للحمل يرسب الشحم بكثرة في النسيج الخلوى تحت جلد الجنين فتضطر الأم إلى امتصاص مقدار من المواد الدهنية أكبر من العادى . ويدعو تمثيل هذا المقدار إلى ظهور الأستون في بول الحامل بمقدار صغير من وقت إلى آخر .

أما الأحوال التى يظهر فيها الأستون بكثرة فهى التى يستنفد فيها الجنين كل الجليكوجين المختزن في الكبد فتضطر الأم إلى استعمال المواد الدهنية المختزنة في

جسمها للحصول على الكربون وباتحلال الدهن تتكون حوامض دهنية سامة في الدم فيضطر الجسم إلى مقاومة هذه الحوامض بتوليد الأمونيا من المواد النروجينية في الأنسجة لاستخدام نروجيتها في تركيب الأمونيا أى النواذر . وبتحلال الدهن يسبب ظهور الإيستون وحمض اللولوخليك في البول ، وازدياد توليد الأمونيا في الدم بسبب ازدياد إفرازها في البول عن المعدل الطبيعي .

الأملاح - في مدة الحمل تحتاج الأم إلى قدر كبير من الكالسيوم لسد حاجات الجنين وقد حسبوا أن المقدار اللازم يبلغ ٢٠ جم يومياً في شهور الحمل الأخيرة . وفي مدة الرضاع يحتوي لبن الأم على ٠,٠٥ ٪ من الكالسيوم . وهذا القدر المنصرف يستلزم امتصاص قدر مثله من الطعام في مدة الرضاع حتى لا تؤخذ من أنسجة الأم نفسها . والواقع أن مقدار الكالسيوم في دم الأم يقل قليلاً في شهور الحمل الأخيرة ويقل بوضوح عند قرب تمام الحمل وقد دلت الأبحاث الحديثة أن نقص مقدار الكالسيوم في جسم الحوامل قد يعرضهن لحدوث تسممات الحمل الامتصاصية وتسوس الأسنان .

الحديد - يلزم لتكوين الهيموجلوبين في كريات دم الطفل الحمراء أن يؤخذ قدر من الحديد من الأم وهذا يستوجب أن يعوّض هذا القدر في الغذاء الذي يعطى لها .

(الجهاز الهضمي) - تحدث اضطرابات في الجهاز الهضمي عند كثير من الحوامل ، وأعراضه هي الغثيان (الميل لقيء) والقيء وسيلان اللعاب والإمساك . وتزداد الشهية للأكل غالباً ولكنها قد تنقص أحياناً . وفي الأحوال الطبيعية يكون تمثيل الأغذية وامتصاصها من الأمعاء وإفراز متخلفاتها أكثر بقليل من القدر الكافي للأم والجنين معاً لأن الأم تختزن طوال مدة الحمل قدرأ من النروجين أكثر مما يلزم لتكوين الجنين . وغالباً يزداد وزن الحامل زيادة لا يعادلها كبر الرحم ومحتوياته . وتتراوح هذه الزيادة بين كيلوجرامين في الشهر الثامن وكيلوجرام ونصف في الشهر العاشر . ولكن قد يختلف التوازن بين الكمية الممتزجة والمنصرفة فينقص وزن الحامل ، وقد تصيبها أعراض سببها سوء التغذية كسقوط الشعر وتسوس الأسنان .

(الجهاز العصبي) - تحدث للحوامل وعلى الأخص العصبيات المزاج ،

اضطرابات مختلفة الشدة في الجهاز العصبي ، سببها التهييج الذي يحدث للمراكز العصبية لتثبيتها لتأدية الجهود العصبية اللازم لحدوث الولادة . وتنحصر أعراضه في اضطرابات الهضم ، والآلام العصبية ، والثوب المستيرية ، وتغير الطباع ، والميل لأموغ غريبة مثل أكل أشياء كانت تأتي أكلها قبلاً ، وهذا ما يسمى بالوجم .
(الرسوبات اللونية) - ترسب مواد لونية في المواضع الآتية : - حالات التدى ، والحزء السفلى للبطن ، وثنية الأربية والإبط ، وعلى خط يصل بين العانة والسررة وقد يرتفع إلى التوء الخنجري ، وحول العين والصدغين (الكلف) . وهذه الرسوبات تكون أشد دكونة عند السمر منها عند البيض ، وتزول بعد الولادة عادة ، ولكن قد يبق بعضها خصوصاً ما كان منها على البطن .

(الغدد الصماء والحمل)

الغدة الدرقية - قد تنضخم الغدة الدرقية كثيراً أو قليلاً أثناء الحمل ، وتعود إلى حالتها الطبيعية بعد الولادة . وإذا كانت الحامل مصابة بالجواتر قبل الحمل ، فإنه يكبر في أثناءه .

الغدة النخامية - ينضخم القص المقدم للغدة النخامية في مدة الحمل ولكنه يعود إلى حالته الطبيعية بعد الوضع . والمعروف أن هذا القص يفرز نوعين من الهرمونات يؤثر أحدهما على نمو الجسم عموماً ويؤثر الثاني على نمو الأعضاء التناسلية وفي مدة الحمل يزداد إفراز الهرمون الثاني بدرجة كبيرة . والحزء الزائد منه تفرزه الكليتان مع البول . والمقدار المنفرز من الهرمون في البول يكون في الأحوال الطبيعية كبيراً لدرجة أنه إذا حقنت نقط قليلة من بول حامل في قارة لم تصل إلى سن البلوغ أحدث ذلك تغيرات في أعضاءها التناسلية شبيهة بما يحدث للقارة البالغة وقت التزو . وقد انتفع زوندك وأشميم بهذه الظاهرة لإثبات الحمل في الأحوال المشكوك فيها بتفاعل خاص سيذكر في الكلام على تشخيص الحمل . وينسب أيضاً ظهور الجلوكوز في بول بعض الحوامل إلى تغيرات في الغدة النخامية .

الغدة فوق الكلى - يشاهد نادراً عند الحوامل حصول لين العظام (أوستيوماتالاسيا) ويشاهد أيضاً تأثير حسن للدريين أي خلاصة الغدة قوة الكلى على هذا المرض . مما يثبت أن لنقص إفراز هذه الغدة دخلاً في هذا المرض .

تشخيص الحمل

تشخيص الحمل بصفة قاطعة في شهوره الثلاثة الأولى من الأمور التي يصعب تحقيقها . وقد يجر الخطأ في التشخيص إلى نتائج سيئة وعلى الأخص في الأحوال الطبية الشرعية وفي الظروف التي يكون إثبات الحمل فيها ماسا بشرف المرأة . ويحسن جداً في هذه الظروف الانتظار إلى أن تظهر علامات الحمل الأكيدة . وما تجب ملاحظته عند تشخيص الحمل أن حدوثه قبل سن البلوغ بل وبعد سن اليأس من الأمور الممكنة وإن كان نادراً . وقد شاهدتُ بضع حالات حدث فيها الحمل عند طفلات لم يبلغ سنهن التاسعة بعضهن حاض قبل حدوثه والبعض الآخر لم يحض كما أتى ولدت امرأة في سن الخمسين بعد أن انقطع طمثها بخمس سنوات .

والطرق المتبعة في تشخيص الحمل هي : (١) استجواب المريضة لمعرفة سيعاد انقطاع الحيض وتاريخ الدورة الحوضية وانتظامها ، ثم معرفة الأعراض التي تشكو منها (٢) عمل فحص مهبل ومهبل بطنى للبحث عن علامات الحمل (٣) في الأحوال المشبهة فيها يمكن أن يعمل تفاعل زندوك وأشيم وسيأتى الكلام عليه (٤) في بعض الحالات يمكن الاستعانة بالأشعة السينية (X-Ray) .

(علامات الحمل في نهاية الشهر الثانى القمري « الأسبوع الثامن »)

إن كثيراً من الأحوال التي يطلب فيها من الطبيب تشخيص الحمل هي الأحوال التي ينقطع فيها الطمث أسبوعاً أو أسبوعين عند امرأة تحيض بنظام تام وتكون المرأة إما متشوقة لحدوث الحمل أو متخوفة من حصوله فتتربص التأكد من السبب في انقطاع الطمث . وفي حالة الحمل تصحب انقطاع الطمث أعراضاً أخرى مثل الشعور بارتفاع حرارة الثديين وحدث ألم ناخس فيهما من آن لآخر . وفي كثير من هذه الأحوال تكون البيضة قد نُفِثَتْ في الأسبوع الأول أو الثانى بعد الحيض السابق أى تكون مدة الحمل عند حضور المرأة للفحص قد بلغت

أربعة أو خمسة أسابيع . ولكن لا تكون الأعراض التي تشكو منها ولا العلامات التي يجدها الطبيب عند الفحص كافية لإثبات الحمل حتى ولا من قبيل الاحتمال فلا يجوز أن يعطى رأى قاطع في مثل هذه الظروف . وسنذكر الآن العلامات والأعراض التي تظهر في آخر الشهر الثاني لتري الأهمية التشخيصية لكل منها .

انقطاع الحيض - انقطاع الحيض هو أول الأعراض التي تلفت النظر إلى إمكان وجود الحمل . وهو وأن كان من الأعراض التي لها قيمة إلا أنه لا يكون لإثبات الحمل وذلك لأمرين :

(١) أن الحيض قد ينقطع لسبب غير الحمل كأن تصاب المرأة بالأمييا أو الدرر الرئوي أو المستر يا أو تصاب بحمى حادة أو تكون ناقمة من مرض شديد . كما أن الحيض قد ينقطع طبيعياً في مدة الرضاع وعند بلوغ سن اليأس . ولكن انقطاع الطمث إذا حدث في غير هذه الظروف عند امرأة تحيض بنظام تام وكان سنها بين ١٥ و ٣٨ سنة بعد من العلامات الاحتمالية .

(٢) الأمر الثاني هو أن الحمل قد يكون موجوداً ولا ينقطع الطمث . وهذا ما يسميه العوام بالحمل الغزواني) وهو أمر نادر الحدوث جداً . وإذا حدث فلا يتعدى الشهر الأول أو الثاني للحمل أي في المدة التي لا تكون البويضة فيها قد ملأت التجويف الرحمي . أما بعد نهاية الشهر الثالث فإن التصاق الساقط المغلف بالساقط الحقيقي يححو التجويف الرحمي فلا يبقى غشاء رحمي يستطيع أن يحيض . وكل نرف يحدث بعد الشهر الثالث يكون سببه انفصال الأغشية وهو من العلامات المنذرة بحدوث الإجهاض .

ومن ابتداء الشهر الثاني تناب الحامل غثيان وفيء في الصباح ، وازدياد إفراز اللعاب ، وربما دام ذلك إلى نهاية الشهر الرابع . وحدوث فيء في الصباح قليل الأهمية في حد ذاته فقد يتسبب من أمراض كثيرة لا علاقة لها بالحمل ولكن حدوثه مع علامات الحمل الأخرى يزيدها تأكيداً . ثم أنه من ضغط الرحم على المثانة يكثر تطلب البول . ويتلو ذلك كبير حجم الثدي عند بكريات الولادة ، وازدياد صلابته ، وازدياد دكوة المهالة الأصلية واتساعها . ثم إنه من ازدياد ثقل الرحم وهبوطه في الحوض يطرطح البطن .

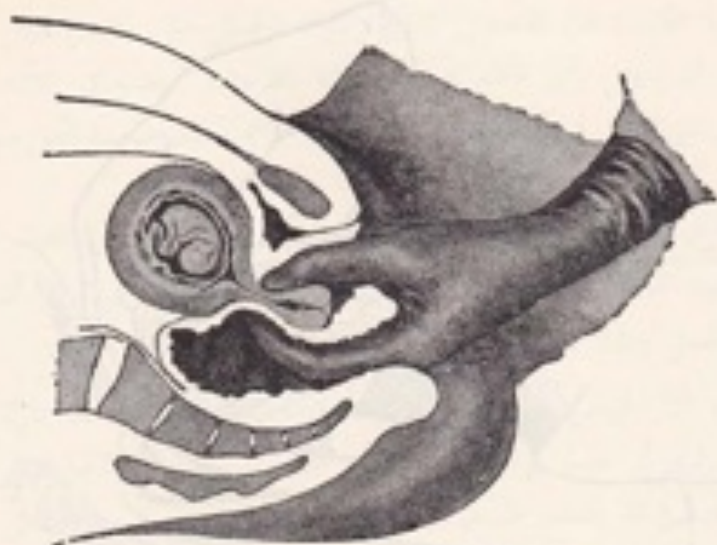


(شكل ٤٤) طريقة الحصول على علامة هيجار - نتيجة مشكوك فيها

(العلامات المهبلية) - قد يتغير لون الفرج وعلى الأخص عند القمحيات فيصير اردوازيًا . ويأخذ لون الغشاء المخاطي المهبلي في الأزرقاق . وإذا أدخلنا أصبعاً داخل المهبل نجده مندى بسائل وألين مما كان قبل الحمل . فإذا دفعنا الإصبع الباحث إلى فوق فقد نشعر بنبضات الشرايين المهبلية في قعر الأكياس متى وصلنا إلى العنق نجده قد ابتدأ يلين .

وإزرقاق الغشاء المخاطي قد يحدث في بعض الأورام الليفية ، ولكنه لا يحدث إلا في الأورام الكبيرة الحجم جداً ، وبدرجة أقل مما يحدث في الحمل ، وقد يحدث أيضاً عند المصابات بأمراض القلب .

علامة هيجار (خلو الجزء السفلي للرحم وليونته الشديدة) - هذه العلامة أهمية كبرى وتعتبر من العلامات الاحتمالية . وهي مبنية على كون البويضة في الشهر الثاني وبعض الثالث لا تملأ إلا الجزء العلوي للرحم ، ويبقى معظم الجزء السفلي خالياً . وفي هذين الشهرين تلين الطبقة العضلية للرحم كله ليناً واضحاً ولكن ليونتها في الجزء السفلي تكون أوضح بكثير منها في القاع أو في عنق الرحم .



(شكل ٤٥) علامة هيجار - الرحم حامل
الطريقة المهبلية المستقيمة ، وتستعمل عند النساء السمينات (٥١ لـ)

وتلحصول على هذه العلامة يوضع أصبع أو اثنان في قعر الكيس المقدم ، ويدفع الرحم إلى فوق حتى يخرج من الخوض ويسهل الإحساس به من البطن ، ثم توضع اليد الأخرى على البطن ويثنى الرحم إلى الأمام وتفرز أطراف الأصابع خلف جسمه . ثم يجتهد في تقريبها من الأصبعين الموضوعين في المهبل . فإن كان الرحم حاملاً فالجزء السفلي للرحم يوجد ليناً جداً وسهل الانضغاط إلى حد يجعلنا نتخيل أن العنق والقاع منفصلين أحدهما عن الآخر . ويحس بالجزء العلوي للرحم كورم كروي متوتر مرن (انظر شكل ٤٤ و ٤٥) . وعلامة هيجار لا تكون موجودة إلا في الشهر الثاني والثالث فقط . وتلحصول على هذه العلامة عند النساء السمينات تستعمل طريقة أخرى وهي أن نضع الإبهام في المهبل والأصبع السبابة في المستقيم ، ثم نضع اليد الأخرى على البطن وتدفع جسم الرحم لأسفل حتى يستطيع إمساك قسمة السفلى بين الأصبعين (شكل ٤٥) . وعلامة هيجار قد تبقى بعد الولادة إلى زمن قصير ، خصوصاً في أحوال الإجهاض التام والناقص وهذا ينقص من قدرها في التشخيص . ولا يجوز الالتجاء إليها عند اللواتي تعودن الإجهاض إذ قد يتحرض الإجهاض بسببها .

العلامات الرحمية - يكبر حجم الرحم ويصير في حجم البرتقالة ، وتطول أقطار المقدمة الخلفية فيصير كروياً . والباحث المدقق قد يحس قرب القاع بخط عمودي أو مائل يدل على مكان التصاق البويضة .

(في أواخر الشهر الثالث القمري - الأسبوع الثاني عشر)

تزداد العلامات السابقة وضوحاً . ويصير الرحم في حجم رأس الجنين التام التكوين . وإذا عصرنا الثدي فقد يتزل منه بعض نقط من الكولستروم .

(الشهر الرابع القمري - الأسبوع السادس عشر)

في هذا الشهر يرتفع الرحم إلى أعلى المضيق العلوي ، ويحس به بطنياً إذ يصل حتى منتصف المسافة بين العانة والسرة . وبالنسبة لخروجه من الحوض أيزول الضغط عن المثانة ، وينقطع القيء أيضاً . وبارتفاع قاع الرحم ينجذب العنق إلى فوق ويصعب الوصول إليه . أما الثديان فيكبران ويفرزان اللبأ ، ويزداد رسوب المواد الملونة في الحالة الأصلية . أما الخط الأبيض للبطن فيصير معتماً . ويظهر الكلف على الوجه . ويلين العنق ليناً واضحاً ويزداد ازرقاق الغشاء المخاطي المهبل والعنق ويشاهد ذلك بالمنظار ، ويأخذ الرحم في الرجوع إلى شكله الكمري ، وعند الإحساس به بالجلس المزوج يشعر بمرونة فيه سببها امتلاء الكيس الأمينومي بالسائل .

والشهر الرابع يتميز بظهور علامتين مهمتين وهما : الانتباضات الرحمية ، والحزة القسرية . وفي آخر هذا الشهر أي في الأسبوع السادس عشر يسمع النفخ الرحمي وفي الأسبوع الثامن عشر نحس الأم بارتكاض الجنين وسيأتي الكلام على هاتين العلامتين عند شرح علامات الحمل في الشهر الخامس .

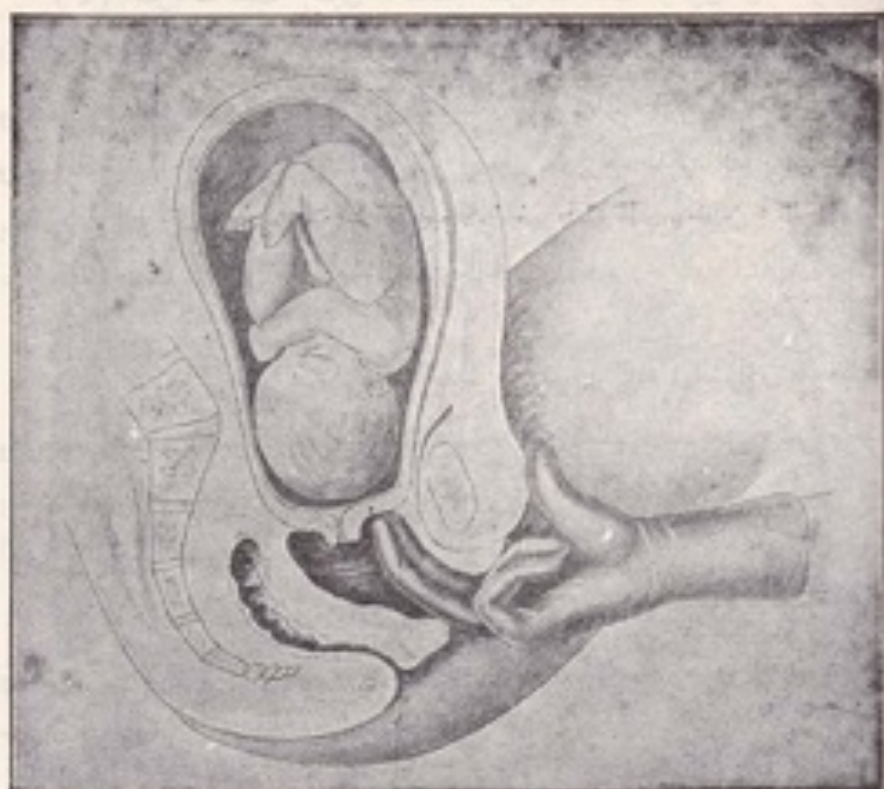
الانتباضات الرحمية - تظهر في أواخر الشهر الرابع . ويمكن الشعور بها إذا وضعنا اليدين حول الرحم وانتظرنا وقتاً طويلاً ، فإننا نحس بأن الرحم تشد صلابته من حين لآخر . ويقضي الحصول على هذه العلامة في بعض الأحيان صبراً طويلاً . وهي من العلامات المهمة ، ولكنها كما تحدث أيضاً في الأورام الليفية

البينة ، وفي الرحم المتضخم بسبب الحمل البوق وهذا يتقص من قيمتها التشخيصية . كما أنه قد يحدث أن لا يتم الانقباض إلا جزءاً من الرحم فقط فيكسبه ذلك شكلاً غريباً قد يكون سبباً في الخطأ في التشخيص ، فيظن أن الحمل حدث في أحد قرني رحم ذى قرنين أو أنه حمل بوق . وفي هذه الأحوال يجب الانتظار ربما يزول الانقباض .

الهزة القسرية — (انظر شكل ٤٦) للحصول عليها نضع أصبعين في قعر الكيس المقدم ، وندفعهما فجأة إلى فوق في اتجاه الرحم ثم نبقها في وضعهما برهة . فإذا كان الجنين في الجزء السفلي للرحم أمكن الإحساس بانتقاله إلى فوق . وكثيراً ما يسقط الجنين بالثاني إلى الجزء الذي كان شاغلاً له قبلاً ، ويصدم الأصبعين الموضوعين في المهبل صدمة خفيفة (صدمة الرجوع) . وحدث هذه الظاهرة يتوقف على شرطين : (الأول) أن يوجد من السائل الأمنيوسي مقدار كاف ليعوم الجنين فيه ، والثاني أن يكون الجنين ذا حجم يمكن الإحساس به . وهذان الشرطان يكونان متوفرين في الشهرين الرابع والخامس . ولكن من ابتداء الشهر الثامن يصعب الحصول على الهزة القسرية ، لأن السائل الأمنيوسي يكون وقتئذ غير كاف لأن يعوم فيه الجنين . وإذا صعب الحصول على هذه العلامة والحامل مستلقية على ظهرها يحسن فحصها وهي جالسة .

وتلتبس الهزة القسرية بالصلمة التي تحدث من دفع حصوة في مثانة متمددة بالماء ، أو من دفع ورم خبيث عائم في استسقاء زكي (Ascites) . وتلتبس أيضاً بالإحساس بنبضات الشريان الرحمي ، فقد يحدث عند الفحص أننا ندفع الأصبعين إلى أعلى فنضغطان الشريان فنقف نبضاته ، ومتى خف الضغط قليلاً عاد النبض ثانياً فيحدث رجوعه إحساساً شديداً الشبه بصدمة الرجوع . وهذه الأسباب تعتبر الهزة القسرية من العلامات الاحتمالية فقط .

استعمال الأشعة السينية — في بعض الأحوال قد يمكن تشخيص الحمل بالأشعة السينية Ray منذ الأسبوع الثالث عشر للحمل . فإذا ظهر في الصورة ظل لبعض أجزاء هيكل الجنين كان ذلك دليلاً قاطعاً على الحمل ولكن عدم ظهور ظل لعظام الجنين في الصورة لا ينفي وجود الحمل .



(شكل ٤٦) الحرة القسرية

(الشهر الخامس - الأسبوع العشرين)

في الشهر الخامس تظهر العلامات الآتية :-

(١) يصل قاع الرحم أسفل السرة على قيد أصبعين .

(٢) تظهر الحالة المبقعة وغدد مونتوغوماوى .

(٣) ارتكاض الجنين - تبدأ الأم في الشعور بحركات الجنين في الأسبوع الثامن عشر أى في منتصف المدة بين الشهر الرابع والخامس وهذه العلامة تعتبر من العلامات الاحتمالية عند متكررات الولادة فقط لتعودهن على الشعور بها . أما عند البكرات فقد تلتبس بحركات الأمعاء وغيرها .

(٤) ضربات قلب الجنين - تسمع ضربات قلب الجنين في آخر الشهر الخامس القمري أو الأسبوع العشرين وهي تشبه دقات الساعة إذا وضعت تحت وسادة . وعددها من ١٢٠ - ١٦٠ في الدقيقة ، وتقل في أثناء الانقباضات الرحمية ، وعند انضغاط الحبل السري وقت تخليص الجنين . ويزيد عددها إذا أصيبت الأم بالحصى أو إذا أكثر الجنين من الحركة . وتكون ضربات قلب الجنين أكثر وضوحاً على جزء جسمه الأكثر ملاصقة للجدار الرحمي المقدم .

(٥) التفخ الرحمي - وهو لفظ يحدث من مرور الدم في الشرايين الرحمية . وهو مزمان لتبض الأم . والتفخ الرحمي يسمع في الأسبوع السادس عشر وأحياناً بعد ذلك . وقد يمكن سماع التفخ الرحمي في أحوال أخرى غير الحمل مثل الأورام الرحمية الليفية .

(٦) ازدياد وضوح علامات الشهور السابقة . أما العنق فيلين ثلثة السفلى وعند متكررات الولادة يسمح بدخول الجزء الظفري للأصبع ، ولكنه يبقى مغلقاً عند البكر .

(من الشهر السادس إلى العاشر القمري)

في الشهر السادس يبلغ قاع الرحم إلى السرة ، ويزداد وضوح العلامات السابقة . وفي السابع يبلغ أعلى السرة بسمك أصبعين . وفي الثامن يبلغ منتصف المسافة بين السرة والتواء الخنجرى ، ويصعب الحصول على الهزة القسرية ، ويلين العنق في ثلثية الأسفلين . وفي التاسع يبلغ قاع الرحم التواء الخنجرى ، ويضغط على الحجاب الحاجز فيعسر التنفس . وفي العاشر يهبط ثانياً إلى منتصف المسافة ما بين السرة والتواء الخنجرى . وفي الأشهر الثلاثة الأخيرة تظهر خطوط في الجزء السفلى للبطن منتشرة من جبل الزهرة ، سببها زوال مرونة الطبقات الغائرة للجلد الناشئ عن شدة تمدده . وهذه الخطوط تكون حمراء مدة الحمل ولكنها تبيض فيما بعد . وإذا وضعنا يدينا على جانبي الرحم ودفعنا الجسم أو الأطراف بسرعة فن الممكن أن نشعر بإزاحتها . ويسمى هذا الشعور « الهزة القسرية الظاهرية » .

وفي الأسبوعين الأخيرين من الشهر العاشر يزول عسر التنفس بهبوط الرأس في الحوض ويكثر الميل للتبول بسبب ضغط الرأس على المثانة .
 وعلامات الحمل على وجه العموم تنقسم بحسب أهميتها إلى علامات ظنية ،
 واحتمالية، وأكيدة أو قاطعة . والعلامات الأكيدة (ما عدا تفاعل زوندك وظهور
 ظل في الصور المأخوذة بالأشعة) لا تظهر إلا في أواخر الشهر الخامس القمري .

العلامات الظنية	العلامات الاحتمالية	العلامات الأكيدة
سيلان الغاب .	تورمات الثدي .	الاحساس بأجزاء الجنين .
التئان أو الميل لقيء .	الغزاة القسرية .	ضربات قلب الجنين .
قيء الصباح .	ازرقاق الشفاه المخاطي المهبلي .	حركات الجنين إذا رآها أو أحس بها الوليد .
رسوب المواد الملوثة .	ازدياد قوة النبض في شعور الأكياس .	بها الوليد .
الرحم .	لين المتق وازرقاقه .	التفخ السرى ، ويسمع في الأحوال التي يكون فيها الحبل السرى مضغوطاً أو ملتويّاً وهو مزامن لضربات قلب الجنين .
انتفاخ الطمث .	علامة هيجار .	ظهور ظل عظام الجنين إذا أخذت صورة بالأشعة .
كبير حجم البطن .	كبير حجم الرحم المصحوب بلبنة .	التفاعل الإيجابي لزوندك وأشميم .
	حصول التقبلات الرضعية المنقطعة .	
	التفخ الرسمى .	
	ارتكاس الجنين عند المتكررة الحمل .	

التشخيص التفريقي للحمل - في الشهور الأولى للحمل لا يمكن البت في التشخيص لعدم ظهور علامة من العلامات الأكيدة . ويلتبس الحمل في هذه الظروف بأمراض الرحم التي تصطحب بتضخمه كالأورام الليفية أو السرطانية أو عدم رجوع الرحم على ذاته أو التهاب الرحمى الجوهري المزمن . وما يساعد على التشخيص في هذه الظروف ملاحظة أن هذه الأمراض تصطحب في الغالب بحدوث النزف، وبأن التضخم الحاد في الرحم يسببها تجعل قوامه صلباً وينقصه المرونة الناشئة عن تجمع الماء في الكيس الأمنيوسى . أما الرحم المتضخم بسبب الحمل فيكون رخواً نوعاً ما ويصطحب تضخمه بانقطاع الطمث . ولكن الصعوبة الكبرى في التشخيص تنشأ في ثلاث حالات (١) في الأورام المصابة بالاستحالة المخاطية أو المائية و (٢) في الأحوال التي تكون فيها المريضة حاملاً ويموت الجنين في الرحم ويتحول إلى مول لحمى فإن رخاوة الرحم تزول ويصير قوامه مثل قوام الأورام . وأيضاً في أحوال الأجهاض المصطحبة بأنزفة متكررة (٣) عند ما

يكون انقطاع الطمث مسبباً عن تجمعه في الرحم إما لانسداد العنق بأثرة النحام أو لانسداد المهبل . وهنا يصعب التشخيص لأن كبر حجم الرحم يصطحب بانقطاع الطمث ولكن تاريخ المرض قد يزيل اللبس . ويحسن في هذه الظروف الاستعانة على التشخيص بتفاعل زوندك وأشبههم .

الأمراض التي تشبه بالحمل المتقدم - يشبه بالحمل المتقدم الأورام والأكياس المبيضية، والأورام الرحمية وخصوصاً الليفية ، والاستسقاء الزئي ، والحمل الكاذب . وهذا الأخير يحدث عند عصبية المزاج ، وعند اللواتي يرهبن الحمل ، أو العاقرات المنشوقات إليه ، فيخيل إليهن أنهم حوامل وبالأخص عند دنو سن اليأس وانقطاع الطمث فتظهر عندهن بعض الأعراض كقئ الصباح وأعراض الوحم وكبر حجم البطن ، وظهور اللبن في الثديين ، ويشعرن بحركات مستمرة في البطن ينسبها لحركات الجنين . فإذا دنا ميعاد الولادة شعرن بآلام شبيهة بآلام الولادة . وقد يظن أن ينزل من الرحم بعض نقيط من الدم ، أو لا ينزل ، ثم تزول الأعراض . وهؤلاء المريضات يترددن كثيراً على عيادات الأطباء لاستشارتهم فلا يجد الطبيب عند الفحص أى علامة من علامات الحمل الاحتمالية ، ولا الأكيدة فيحكم بأنهن لسن حوامل . ولكن يصعب جداً إقناعهن بذلك حتى ولو بعد فوات ميعاد الحمل ، إذ يظللن معتقدات بأن الجنين ميت في بطونهن . والعلامات المميزة للحمل في هذه الأحوال هي انقطاع الطمث وموافقة حجم الرحم لعدد شهور انقطاعه ، وظهور علامة من العلامات الأكيدة . أما الأكياس المبيضية فأكثر ما يكون التباسها بالحمل المضاعف بالاستسقاء الأمينيوى إنما تتميز بكونها أقل توتراً من الرحم الحامل، ويمكن الحصول على تموجات فيها إذا نُفقر على أحد جانبيها بإحدى اليدين ، وسند الجانب الآخر باليد الأخرى وبغياب علامات الحمل الأكيدة . أما الأورام الليفية فإذا لم تكن مستحيلة استحالة كيسة فيحس بأنها أشد صلابة من الرحم ولو كان متقبضاً . وهي أيضاً أقل انتظاماً في سطحها . أما الاستسقاء الزئي (Ascites) فتتغير فيه رقانية البطن وأصميتها بحسب وضع المريضة . إن نامت على جنبها الأيمن تحول السائل إليه فيعطى صوتاً أصم عند القرع ، فإذا تحولت إلى الجانب الأيسر رجع له الصوت الرنان عند القرع ، وصار الجانب الآخر أصم ، وهكذا . وإذا نامت المرأة على ظهرها طفت أعاؤها إلى فوق فتعطى

البطن صوتاً رناناً عند القرع على الوجه المقدم وأصم في الجانبين .
وقد يتفق وجود الحمل مع إصابة المريضة بمرض من الأمراض السابقة . مثل
الأورام الأيضية أو الأكياس المبيضية وهذه الأحوال تستوجب دقة البحث والاستعانة
بالأشعة السينية أو بتفاعل زوندك وأشهم عند الاقتضاء .

تشخيص الحمل بالأشعة السينية : إذا لم يستطع التأكد من تشخيص الحمل
فمن الممكن الاستعانة بالأشعة السينية على عمل التشخيص ابتداء من الشهر الرابع .
ففي الأحوال التي يكون فيها الحمل موجوداً يظهر في الصورة ظل للهيكال العظمي
للجنين . ووجود هذا الظل من العلامات القاطعة . وكما تقدم الحمل كان ظهور
الظل أوضح . وغياب هذا الظل بعد الشهر الرابع ينفي وجود الحمل أو بالأحرى
ينفي وجود جنين داخل الرحم فقد تكون المرأة حاملاً واستحال الحمل إلى مول
حويصل وذاب الجنين وامتنص .

وتستعمل الأشعة أيضاً عند قرب تمام الحمل لتشخيص وضع الجنين ومجئته
إذا لم يسهل عمل ذلك بالبحس البطني كما في أحوال الاستسقاء الأمنيوسى والحمل
التوأمي والمجيء بالمعقدة المصحوب بانسباط الساقين .

وتستعمل الأشعة أيضاً لتحديد سن الجنين وعلى الأخص في الأحوال التي يرغب
فيها عمل عملية قيصرية عند تمام ولا يكون تاريخ انقطاع الحيض معروفاً . وعمل صورة
بالأشعة في هذه الظروف يفيد أيضاً لتفادي عمل العملية بينما يكون الجنين مشوهاً
أو صغير الحجم لدرجة تجعل ولادته بالطريق العادى ممكنة . وتشخيص سن الجنين
يتم بتقدير درجة رسوب الأملاح الكلسية في كراديس بعض العظام (Epiphyses) .
وقد يمكن أيضاً تشخيص وفاة الجنين بالأشعة . فإذا ظهر في الصورة أن
عظام قبوة رأس الجنين متراكبة بعضها على بعض قبل أن يدنو المخاض ، عد ذلك
دليلاً على وفاة الجنين وتعطينه . وتستعمل الأشعة أيضاً لتقدير أقطار الحوض
ولعرفة شكله ولتقدير النسبة بينه وبين رأس الجنين . واستعمال الأشعة في مدة
الحمل يستوجب العناية الخاصة من طبيب الأشعة ، فإن طول مدة تعريض المريضة
للأشعة قد يحدث أضراراً للجنين .

تفاعل زوندك وأشهم Zondek & Ascheim . في سنة ١٩٢٧ اكتشف هذان

الباحثان أن هرمون الفص المقدم للغدة النخامية ينفرز بمقادير كبيرة في بول النساء

مدة الحمل . واكتشفوا أيضاً أنه إذا أخذ مقدار من بول حامل في أى شهر من شهر الحمل أو بعد الوضع مباشرة وحقت بعض نقط منه تحت جلد فأرة لم تفضل بقله إلى سن البلوغ وكرر عمل هذه الحقن ست مرات في خلال ٤٨ ساعة ثم قتلت فأرة بعد مضي ١٠٠ ساعة ، ظهرت في ٩٩٪ من الحالات جميع العلامات التي تظهر في فأرة البالغة عند الترو وتنحصر في تصاب بشرة المهبل الضخامية وكبر حجم الرحم والمبيضين ونضوج حويصلات جراف وظهور تقط دم داخلها وتكون الجسم الأصفر . وتستعمل لهذا الغرض عادة خمس فأرات إذ كثيراً ما تموت الفأران أو ثلاثة منها قبل مضي المائة ساعة . فإذا مضت المائة ساعة تقتل الفأرات العائشة وتفحص أعضاؤها التناسلية . فإذا ظهرت العلامات السالفة الذكر يوعل بالأخص الأترفة في حويصلات جراف كان ذلك دليلاً على وجود الحمل . وأهمية هذا التفاعل أنه يمكن أن يثبت الحمل بواسطته في الشهر الأول قبل أن يظهر أى علامات وحمية .

وقد تكون النتيجة سلبية مع وجود حمل . إما لعدم حساسية الحيوان المستعمل في الاختبار . أو لموت الجنين في البطن ومضى مدة على وفاته . إذ أن في حالات وفاة الجنين القديلة تبيح الهرمونات تنفرز في البول لمدة تختلف باختلاف الحالات .

في بعض الأحيان .

لهم من حيث

زيتنا من حيث

زيتنا من حيث

(تعيين سن الحمل ويوم المفاض)

((ovulation)) ولتعالج

نأ في بعض الأحيان

إذا علمنا تاريخ آخر حيض سهل علينا أن نعين سن الحمل ، ولكننا لانعلم من الخطأ لأنه قد يجوز أن الحمل يكون قد حدث في فترة كان فيها الطمث منقطعاً بسبب آخر كالرضاع ، أو الدرن الرئوي ، أو الأيميا أو لأن الجماع المنصب لم يحدث قريباً من الحيض . ولذلك تجب مقارنة تاريخ انقطاع الحيض بحجم الرحم ودرجة ارتفاعه في البطن ، وأيضاً بتاريخ أول مرة شعرت فيها الحامل بحركات الجنين . أما ارتفاع قاع الرحم فقد سبق الكلام عنه ، ولكن الاعتماد عليه وحده قد يكون منبع خطأ في الحكم أيضاً . فإن سمك الجند البطنية ، وحجم الجنين ، وتقدير المسائل الأكتيوبونية وقائمة الأم ووجود أورام ليفية في الرحم الحامل تحدث

اختلافات ظاهرة في ارتفاع قاع الرحم . كما أن الحمل التوأمي يجعل حجم الرحم أكبر مما يناسب أشهر الحمل . وفي ضيق الحوض والأورام الحوضية لا يلتحل الرأس الحوض في أواخر الحمل فيظهر الرحم أكبر من حقيقته . ولذا وقد وضع مكديونالد قانوناً يسهل بواسطته معرفة سن الحمل بعد الأسبوع السادس والعشرين (أي بعد ستة شهور قمرية ونصف) ، وطريقته هي أن تقيس المسافة بين الحافة العليا لعظم العانة وبين قاع الرحم وتقسم طولها على ٣٢ يكون الخارج عدد الأشهر القمرية . فإذا وجدنا طولاً ٣٠ ستيماً مثلاً ، يكون سن الحمل ٨ شهور قمرية ونصف تقريباً .
أما لتعيين يوم الولادة فهناك أربع طرق :-

(١) تاريخ انقطاع الطمث - إذا علمت الحامل تاريخ آخر حيض حدث قبل الحمل ، نضيف ٢٨٠ يوماً على تاريخ اليوم الأول لهذا الحيض ، فحاصل الجمع هو يوم الولادة .
وهناك طريقة أسهل من هذه لتعيين يوم الولادة إذا علم تاريخ انقطاع الطمث وهي مبنية على أن مدة الحمل ٢٨٠ يوماً تقريباً أي عشرة شهور قمرية أو تسعة شهور أفريقية وسبعة أيام . وطريقتها هي أن نطرح ثلاثة أشهر من تاريخ اليوم الأول للحيض الذي حدث قبل الحمل مباشرة ، ثم نضيف على الناتج سبعة أيام فيكون الحاصل هو تاريخ الوضع في السنة التالية ، أو في السنة نفسها إذا كان الحمل قد حدث في شهرها الأولين . مثال ذلك إذا كان أول يوم لآخر حيض هو أول أبريل ، نطرح ثلاثة شهور ، يكون الباقي هو أول يناير ، ونضيف سبعة أيام يكون المجموع ٨ يناير . وهو يوم الولادة في السنة التالية .

(٢) الإحساس بحركات الجنين - تحس متكررة الولادة بحركات الجنين في الأسبوع الثامن عشر . فإذا علمنا تاريخ إحساسها بحركات الجنين يضاف إليه إثنان وعشرون أسبوعاً . وهذا التاريخ تقريبي فقد يحدث الوضع قبله أو بعده بأسبوعين .

(٣) ارتفاع قاع الرحم - وقد سبق شرحه .

(٤) ميل الرحم إلى الأمام والأسفل - ويحدث ذلك في الثلاثة أسابيع

الأخيرة للحمل عند بكريات الولادة ، والأيام الثلاثة الأخيرة عند متكرراتها ،
 وتمكن معرفة ما إذا كان الرحم قد مال إلى الأمام أو لم يمل بوضع راحة اليد على
 القاع ، فإذا كان الرحم قد مال فاليد ترتكز بسهولة على القاع كارتكازها على
 رف ، وإن لم يكن قد مال فلا يمكن ارتكاز اليد على القاع لأنه يكون منحرفاً .
 والطرق التي ذكرت كلها تقريبية فقد يحدث فيها خطأ في أسبوع أو أسبوعين
 زيادة أو نقصاً . ولكن استطاع بمقارنة الطرق الثلاث الأولى بعضها ببعض الوصول
 إلى نتيجة قليلة الخطأ .

تشخيص وفاة الجنين

قد يُسأل الطبيب في بعض الأحيان عما إذا كان الجنين حياً أو ميتاً . والجواب
 على هذا السؤال قبل وصول الحمل إلى الشهر الخامس في مشي الصعوبة . ولكن
 متى وصلنا للشهر الخامس فسماع ضربات قلب الجنين دليل على حياته . أما إذا
 لم تسمع الضربات بعد التسمع المتكرر على ثلاثة أيام متوالية فالجنين ميت .
 وبمراقبة المريضة وفحصها مرة كل أسبوعين يرى أن في الأحوال التي يموت فيها
 الجنين لا يكبر حجم الرحم بل يأخذ في النقصان بسبب امتصاص بعض السائل
 الأمينوسي .

أما الأعراض التي تشعر بها الحامل عند وفاة الجنين فهي ازدياد فجائي في
 ارتكاس الجنين يتبعه وقوفه عن الحركة تماماً . وفي هذه الأحوال نفل قابلية الأم
 للطعام . وإذا طال مدة بقاء الجنين ميتاً في الرحم تضعف قوتها وتنحف ، وتشعر
 بطعم كرميه في فمها ويصفر لونها .
 ويمكن الاستعانة بالأشعة السينية لمعرفة ما إذا كان الجنين حياً أم ميتاً خصوصاً
 في النصف الأخير من الحمل .

التأثيرات التي تنشأ عن وضع حديث

قد يكون من المهم من الوجهة الطبية الشرعية أن تعرف الآثار التي يتركها
 الحمل سواء أكان حملاً تام المدة أم إجهاضاً فنقول : إن العلامات التي يستدل

منها على أن المريضة وضعت من أسبوع أو اثنين تنقسم إلى علامات عمومية وعلامات موضعية ، فالعلامات العمومية هي التغيرات الترددية ، والبطنية . فالثديان يكونان ممتلئين ويحتويان على لبن ، ويمكن أن يرى في مهل اتصالهما بالجسم خطوطاً بيضاء متشعبة ناشئة عن تمدد الجلد . أما جدر البطن فتكون مرتخية ، ويكون جلدنا مبقعاً ، وفي جزئه السفلى ترى الخطوط البيضاء المتشعبة من جبل الزهرة التي سبق ذكرها .

أما العلامات الموضعية فمركزها الرحم والعنق والمهبل والفرج . أما الرحم فتختلف درجة تضخمه بحسب المدة التي تكون مضت بين تاريخ الفحص ويوم الولادة . وفي الأسبوع الأول يكون العنق ليناً ويسمح بدخول الأصبع حتى يتعدى القوهة الباطنة . وقد توجد نمزقات صغيرة في العنق ، وبالأخص في جهته اليسرى . وبالمناظر يرى العنق محتقناً ويغطى بإفرازات .

أما المهبل فتكون ثنياته الطبيعية غير واضحة تماماً . إنما يشاهد بأن غشائه القاطي منثن على نفسه في جملة مواضع ، وقد ترى فيه تسلخات وأزقة صغيرة . وغشاء البكارة يكون متمزقاً في جملة مواضع عند بكريات الولادة ، وتصل التمزقات إلى مهل اندغامه في المهبل . وتكون الزوائد الآسية محتضنة ومتورمة . أما الشوكة عند البكارى فتكون متمزقة أيضاً ، وقد يعم التمزق جزءاً من العجان . وتمزقات العجان من الأدلة التي تدل على حدوث ولادة في تمام الحمل أو ما يقر به ، إذا اصطحبت بالعلامات السابقة . وقد تشاهد بعض تمزقات سطحية حول قناة مجرى البول . والتمزقات التي تشاهد في كل هذه المواضع تكون في حالة التئام بالأزرار اللحمية . ويكون السائل النفاثي دموياً في الأسبوع الأول ، وخالطاً من سائل مصلى ودم في الأسبوع الثاني . وفي نهايته يكون مصلياً وقد يحتوي على دم بحسب درجة رجوع الرحم على ذاته .

أما بعد الإجهاض فتكون العلامات قليلة الوضوح . وبعد أسبوع من حدوثه قد لا تشاهد علامات يصح الاعتماد عليها . فإذا لم تشاهد الحالة بعد حدوث الاجهاض بيوم أو اثنين فلا يجوز إعطاء رأى قاطع في التشخيص .

هذه هي العلامات التي يستدل منها على حدوث وضع حديث ، ولكن إذا مضى على الوضع (بعد حمل تام المدة) زمن طويل ، فالعلامات التي تبقى

هي أن الثديين يكونان مرتخيين ومتدليين قليلاً ، والحلمات تكون بارزة ، والحالة الأصلية متسعة ، ويكون باقياً من الحالة المبقعة بعض الآثار . ولكن كل هذه العلامات قد لا توجد عند اللواتى لم يرضعن أطفالهن .

أما جدر البطن فتكون مرتخية نوعاً ، وأكبر مما تكون عند التى لم تحمل . وهذه العلامات ليست بآتة ، وبما يقلل من قيمتها التشخيصية أنها قد تظهر عند المصابات بالإمساك المزمن ، والانتفاخ الغازى للإمعاء ، وعند السمينات اللاتى هزلن . كما أن الخطوط البيضاء قد لا توجد عند اللواتى يرضعن قبل تمام المدة ، وقد توجد عند السمينات وعند المصابات بأورام بطنية أو استسقاء زقى . وبمزق العجان قد يحدث من الجماع عند البنات المتزوجات وهن صغيرات السن أو قد يعمل صناعياً بقصد التدليس لإثبات الولادة فى الأحوال الشرعية . وليس اتساع الفرج من الأدلة المهمة فإنه يشاهد كثيراً عند اللواتى لم تلدن خصوصاً عند اللواتى يتزوجن فى صغرهن .

أما موضعياً فإن الرحم يكون عند اللواتى ولدن أكبر منه عند اللواتى لم يلدن . ولكن قد يكون هذا الكبر مسبباً عن التهاب رحمى جوهري . أما علامات عتق الرحم مثل وجود ممزقات فيه خصوصاً الممزقات المتعددة فإذا استثنينا منها ما كان ناشئاً عن عمريات سابقة فالأغاب أنها تثبت وجود حمل سابق .

افصل السابع

الولادة وظواهرها

الولادة اصطلاحاً عبارة عن سلسلة الأعمال التي يتم بواسطتها انفصال الجنين من الأم وتخليصه منها .

وقد ذكرنا سابقاً أن مدة الحمل هي ٢٨٠ يوماً ، أعني عشرة شهور قمرية ولكن الولادة قد تحدث قبل ميعادها الطبيعي ، وفي أحوال نادرة قد تتجاوز هذا الميعاد وتسمى حينئذ بالولادة المتأخرة. وعلى ذلك يمكن تقسيم الولادة بحسب تاريخ حدوثها إلى خمسة أقسام وهي :-

(١) الإجهاض المضي - ويحدث إذا انقذت البويضة من الرحم قبل تمام تكوين المشيمة ، أعني قبل بداية الشهر الرابع القمري .

(٢) الإجهاض الجنيني - ويحدث بعد تمام تكوين المشيمة ولكن قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، أعني من أول الشهر الرابع إلى آخر الشهر السابع القمري .

(٣) الولادة المعجلة - وتطلق على الأحوال التي يولد فيها الجنين قبل ميعاد الولادة الطبيعية ولكن بعد أن يصير قابلاً للحياة ، أعني من آخر السابع إلى ما قبل نهاية العاشر القمري .

(٤) الولادة الطبيعية - وتحدث في نهاية الشهر العاشر القمري .

(٥) الولادة المتأخرة - وهي التي تتأخر فيها ولادة الجنين إلى ما بعد الشهر العاشر القمري .

الأسباب التي تحرض الولادة الطبيعية - لم يعرف لغاية الآن السبب الحقيقي الذي يحرض الولادة في نهاية الشهر العاشر القمري دائماً . وكل الأسباب التي

عرفت لغاية الآن تخمينية وأهمها أربعة :

- (١) أنه في نهاية الحمل يكبر حجم الجنين إلى حد لا يستطيع الرحم ان يتحمل أكثر منه ، فنقبض جدره ويقذف الجنين . ومن المشاهد أن في الحالات التي يكون فيها حجم الرحم أكبر من الطبيعي (مثلا في حالات الحمل التوهمي أو المتعدد أو في حالات الاستسقاء الرحمي) كثيراً ما تكون الولادة معجاةة
- (٢) أنه وإن كان الحيض ينقطع مدة الحمل ، ولكن جدر الرحم تهبج في ميعاد الحيض وهذا التهبج يزداد شهراً بعد شهر حتى يبلغ أشده في نهاية الحمل .
- (٣) أن استحالة شحمية تحدث في خلايا الساقط الحقيقي في أواخر الحمل يصير الجنين عند تمامها كأنه جسم غريب في باطن الرحم فيهبجه .
- (٤) إنه كلما نما الجنين زاد إفرازه لثاني أكسيد الكربون . ولما كان ثاني أكسيد الكربون من العوامل التي تهبج المركز العصبي للإنقباضات الرحمية الموجودة في الشخاع المستطيل ، فمن المحتمل أنه في نهاية الحمل يبلغ إفراز ثاني أكسيد الكربون مقداراً كافياً لتهبج مركز الانقباضات لدرجة تحدث الولادة .
- (٥) أن مواد تنفرز من المبيض والقص الخلقى للغدة النخامية ومن الجنين وتسير في دم الأم وهذه المواد تنبه الرحم لقذف محتوياته . وربما كان للاضمحلال التدريجي للجسم الأصغر الذي يحدث في الجزء الأخير من الحمل دخل في ذلك .

طبيعة الانقباضات الرحمية - القوة التي تقذف الجنين من الرحم تنشأ من الانقباضات الرحمية التي تحدث في أثناء الحفاض . وانقباضات الرحم لا تحدث باستمرار بل تأتي على نوب تتخللها فترات سكون . وفترات السكون هذه تعطى المراكز العصبية للأم وقتاً تستعيد فيه قوتها ، وتسمح أيضاً للدم بأن يسير في أنسجة الرحم بسهولة ، وتمنع التأثير الضار الذي قد يصيب الجنين من استمرار ضغط الرحم عليه وحرمانه مما يلزمه من الأوكسيجين والغذاء بسبب نقص كمية الدم في الرحم والمشيمة في أثناء الانقباض . والواقع أنه في الأحوال التي تطول فيها مدة الولادة ويكون الرحم في حالة انقباض مستمر يموت الجنين وتنهك قوى الأم وتعرض لأخطار جمة .

والانقباضات الرحمية التي تحدث مدة الولادة تسمى بالطلق ، وهي سلسلة

القباضات مؤثرة في ألياف الرحم العضلية وأربطته تحدث في أدوار الولادة الثلاثة على نوب يتلو بعضها بعضاً وتتخللها فترات راحة . ويبتدىء كل طلق من قاع الرحم ويسير إلى الأسفل متجهاً نحو العنق ، مسبباً قصراً في الأقطار المستعرضة للرحم واستطالة في أقطاره الطولية ، وضيقاً في تجويفه .

ولما كانت محتويات الرحم غير قابلة للتصغير فالضغط الواقع على السائل الأمنيوسي يدفع هذا السائل في الجهة التي مقاومتها أضعف من غيرها وهي الفوهة لعنق الباطنة فتسبب تمددها الذي يتلوه تمدد قناة العنق والفوهة الظاهرة .

والفترة بين الانتباضات تكون في أول الولادة ساعة أو أكثر . وكلما تقدم الغضاض قلت الفترات بين الطلق ، وزادت مدته . ففى مدة امحاء العنق يحدث الطلق كل عشرين دقيقة ثم تنقص الفترات تدريجياً حتى تبلغ خمس دقائق . وفى أثناء تمدد الفوهة الظاهرة يحدث الطلق كل دقيقتين أو ثلاث ، وتبلغ مدته من ثلاثين إلى ستين ثانية . وفى الدور الثانى تكون الفترة بين الطلقات من ٥ - ١٠ دقائق وتطول مدة الطلق إلى دقيقتين ثم تأخذ الفترات في النقص ومدة الطلق في الزيادة ، حتى أنه في وقت تخليص الرأس تتلو الطلقات بعضها بعضاً ولا تنفصل الواحدة عن الأخرى إلا برهات قصيرة .

الانكماش : الانتباضات الرحمية التي تحدث في مدة الحمل تسبب قصراً وقتياً في ألياف الرحم ومنى زال الانتباض رجع الرحم إلى حالته الأصلية . أما في وقت الولادة فالقصر والضخامة التي تحدث وقت الانتباض لا تزول تماماً بزواله كما يحدث مدة الحمل بل يحدث قصر دائم في ألياف الرحم بعد كل طلقة . وتسمى هذه الخاصية بالجديدة بالانكماش . وانكماش الألياف العضلية بعد زوال الطلق هو الذى يسبب ضيق تجويف الرحم التدريجى ويعطى للانتباضات الرحمية القوة القاذفة التي تطرد الجنين من الرحم .

أقسام الرحم - بسهولة فهم الطريقة التي يتقذف بها الجنين يقسمون الرحم إلى ثلاثة أقسام : (انظر شكلي ٤٧ و ٤٨) .

(١) قسم علوى مكون من الثلاثة الأرباع العليا للرحم - ويتألف من جملة حزم من الألياف العضلية ، تسير في اتجاهات مختلفة ، تتميز أليافها بقابلتها للانتباض والانكماش وهي التي تحدث القوة اللازمة لولادة الجنين .

(٢) قسم سفلى مكون من الربع السفلى للرحم - ويتألف من ألياف عضلية بعضها طويلة وبعضها حلقيه . أما الألياف الحلقيه فلا تنقبض وقت الطلق بل ترتخي وتتمدد كلما انقبضت الألياف الطويلة للقسم العاوى . أما الألياف الطويلة فنقبض وينشأ عن انقباضها جذب العتق فوق البيضة أثناء خروجها .

(٣) عتق - يتألف من ألياف طويلة وألياف حلقيه . وتوجد حزمة كثيفة من الألياف الحلقيه حول الفوهة الباطنة ، مكونة لعضلة عاصرة ، ثم حزمة أخرى أقل منها كثافة حول الفوهة الظاهرة . فبانقباض الألياف الطويلة ينجذب العتق إلى فوق ، أما الإلياف الحلقيه فتتمدد وتوسع كلما انقبضت الألياف الطويلة الموجودة في العتق والقسم العاوى للرحم .

وانقباض الجنين من الرحم الناشئ عن القوة القاذفة الحادثة من انكماش الألياف الطويلة وارتخاء الألياف الحلقيه شبيه بما يحدث في الأحشاء المجوفة الأخرى مثل المثانة أو المستقيم أو المعدة .

فعند قذف البول من المثانة مثلاً تنقبض الألياف الطويلة التي في جدار المثانة وتتمدد الألياف الحلقيه المكونة للعضلة العاصرة فتتسع ويخرج البول . ومن الأمور المشاهدة التي تثبت أن الألياف الحلقيه للرحم تفعل عكس الألياف الطويلة أننا لو مددنا العتق صاعياً في مدة الحمل ينقبض جسم الرحم ويحدث الإجهاض . كما أن الأحوال التي يحدث فيها تشنج في عتق الرحم في أثناء الولادة تصطبح عادة بارتخاء الرحم وضعف الطلق .



(شكل ١٧) الرحم قبل انحصاء العتق

الجزء الواقع أعلى حلقة الانكماش هو القسم العلوى للرحم والجزء الواقع بين الفوهة الباطنة وبين حلقة الانكماش هو القسم السفلى الذي لا تنقبض أليافه ولا تنكش

حلقه الانكماش - قد سبق القول بأن القسم العلوى للرحم يتصرف بخصوصية الانقباض والانكماش ، بخلاف القسم السفلى الذي لا ينقبض ولا ينكش بل يرتخي ويتمدد عند ما ينقبض وينكش القسم العلوى . وفي أوك الولادة يكون محل اتصال هذين

القسمين أحدهما بالآخر أعلى الفوهة الباطنة بقليل ، ويسمى بحلقة الانكماش أو حزام بندل . وكلما تقدمت الولادة ازداد القسم العلوي للرحم كثافة وقصرًا والقسم السفلي استطالة وترققاً ، فيترتب على ذلك أن حلقة الانكماش بدلا من أن تكون أعلى الفوهة الباطنة بقليل ، تأخذ في الارتفاع إلى فوق بحسب طول مدة الولادة . وفي الولادات العادية لا يمكن الإحساس بحلقة الانكماش لأنها تكون في أسفل العانة . ولكن إذا طالت مدة الولادة ارتفعت حلقة الانكماش أعلى العانة وأمكن الإحساس بها بطنياً كميزاب منحرف . وإذا ارتفعت حلقة الانكماش إلى أعلى العانة بأربعة سنتيمترات كان ذلك دليلاً على أن القسم السفلي للرحم قد ترقق إلى حد خطر التمزق .

سبب الوجع في الولادة - للوجع الناشئ عن الولادة سببان : الأول انقباض الألياف العضلية الذي يسبب ألماً شبيهاً بآلام المغص وقد يكون ذلك بسبب الأنيما التي تنشأ من عصرها من الدم المحتوية عليه أثناء انقباضها . والثاني تمدد الأجزاء الرخوة للأم بسبب ضغط الجنين عليها عند خروجه . كما ينشأ بعض الألم من ضغط رأس الجنين على بعض الأعصاب الموجودة في الحوض وتبلغ هذه الأوجاع أشدها وقت تخلص الرأس من العجان .



(شكل ٤٨)

الرسم بعد انهاء العلق وتمدد الفوهة الطاهرة تمداً تاماً . وهو يوضح كيف تصبح تجاويف الرحم والعلق والمهبل تجويفاً واحداً .

(٩)

ظواهر الولادة - هي التغييرات التي تحدث بسبب دخول المرأة في المخاض وتنقسم إلى :

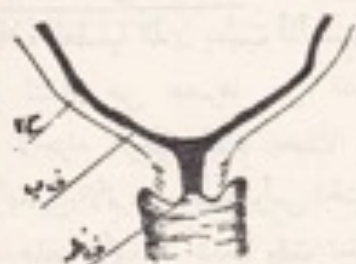
(أ) ظواهر أمية .

(ب) ظواهر جنينية .

(١) أما الظواهر الأمية فهي -

(١) حدوث الانقباضات الرحمية المؤلمة وتسمى «الطلق» . وهذه الانقباضات تكون مصحوبة بانكماش الألياف ، كما سبق القول .

(٢) انحاء العنق — ينشأ عن انقباض الرحم وانكماش أليافه بسبب الطلق أن تجويف الرحم يصغر . ولما كانت البويضة غير قابلة للتصغير فازدياد الضغط الرحمي يدفع محتويات الرحم في الجهة الأقل مقاومة وهي جهة الفوهة الباطنة للعنق فينتسب عن ذلك اتساع في القسم السفلي للرحم يتلوه تمدد في الفوهة الباطنة للعنق . وكلما ضاق تجويف الرحم بسبب انكماش ألياف قسمه العلوي زاد اتساع القسم السفلي وأخذ تجويف العنق أيضاً في التمدد أولاً واتساع إلى أن يتم التمدد تجويف العنق . وحتى تم تمدد العنق صار تجويفه وتجويف الرحم متصلين أحدهما بالآخر . ثم تأخذ الفوهة الظاهرة للعنق بالتمدد أيضاً وعند ما يتم تمديدتها تصبح تجاويف الرحم والعنق والمهبل تجويفاً واحداً ويتضح ذلك بجلاء إذا قورن شكلا ٤٧ و ٤٨ الواحد بالآخر .



(شكل ٤٩)

يشير إلى ابتداء انحاء العنق عند بكريات الولادة مع احلقة الانكماش ، ف ب الفوهة الباطنة ، ف ط الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥٠)

يشير إلى العنق في أول الولادة عند بكريات الولادة مع احلقة الانكماش ، ف ب الفوهة الباطنة ، ف ط الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥١)

يشير إلى انتهاء انحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عند بكريات الولادة لاحظ كيف أن جدر الفوهة الظاهرة رقيقة جداً .

ويشترك في إحداث انحاء العنق (أى ترققه بسبب اتساعه) وتمدد الفوهة الظاهرة عاملان وهما :

(١) المين التدرجي الذي يبدأ من أول الحمل ويم العنق كله في نهاية الشهر العاشر . وهنا المين يجعل العنق قابلاً لتمدد والترقق .

(٢) الانقباضات الرحمية أى الطلق وهى التى تدفع البويضة إلى أسفل فيتمدد العنق بتأثير الضغط الواقع عليه ، ثم ينحذب فوق الجزء الأتى به الجنين بتأثير الانقباضات الرحمية التى تجذبه إلى فوق . والكيفية التى يحى بها العنق وتمدد الفوهة الظاهرة تختلف اختلافاً جوهرياً عند بكرات الولادة ومتكرراتها . فعند بكرات الولادة يكون العنق في أول الولادة على شكله الطبيعى ، أعنى ذا فوهة باطنة ، ونجوف ، وفوهة ظاهرة . ففى ابتداء الانحاء تتمدد الفوهة الباطنة أولاً ثم التجويف من أعلى إلى أسفل . وفى تم انحاء التجويف تكون الفوهة الظاهرة لا تزال منغلقة (انظر أشكال ٤٩ و ٥٠ و ٥١) . أما عند متكررات الولادة ففى أول الولادة تكون الفوهة الظاهرة متمددة إلى حد أن تسمح بقبول أصبع أو



(شكل ٥٣)

يشير إلى العنق عند متكررات الولادة
وقد تمددت الفوهة الباطنة وانضمت العنق بتمد



(شكل ٥٢)

يشير إلى العنق عند متكررات الولادة قبل
ابتداء الولادة - لاحظ تمدد الفوهة الظاهرة



(شكل ٥٤) يشير إلى انتهاء انحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عند متكررات الولادة
لاحظ كيف أن جدر الفوهة الظاهرة سميكة

أصعبين وذلك بسبب تمزق بعض ألياف العنق الحلقية في الولادات السابقة ، ويكون التجويف ممتدداً أيضاً حتى إننا إذا فحصنا الوالدة مهلباً قد نصل إلى الفوهة الباطنة مباشرة وربما ظنناها خطأً الفوهة الظاهرة .

ويبدأ انحاء العنق عند متكررات الولادة بتمدد الفوهة الباطنة أيضاً ، أما تجويف العنق فلا يترقق إلا جزؤه العاوي فقط ، أما الجزء السفلي فيأخذ في الاتساع مع الفوهة الظاهرة من غير أن يترقق فينشأ عن ذلك أنه متى تم تمدد الفوهة الظاهرة تكون حافة العنق المحيطة بها لا تزال سميككة بخلاف ما تكون عليه عند بكرات الولادة فإن حوافها تكون رقيقة جداً لا يمكن الإحساس بها غالباً (انظر أشكال ٥٢ و ٥٣ و ٥٤) . وذلك بسبب ترقق تجويف العنق بنأهه عند البكرات قبل أن يبدأ تمدد الفوهة الظاهرة .

(٣) اتساع القسم السفلي للرحم - إن التغييرات التي تحدث في القسم السفلي للرحم لها أهمية كبرى في وقت الولادة . ففي أول الولادة يكون القسم السفلي للرحم مؤلفاً من المنطقة الواقعة بين حافة الانكماش والفوهة الباطنة ، و يبلغ طولها سبعة سنتيمترات ، ومتى تمددت الفوهة الباطنة وأخذ العنق في الترقق والاتساع ينضم الجزء المتسع إلى القسم السفلي للرحم فيزيده طولاً .

ولما كان القسم العاوي هو وحده الذي ينقبض وينكمش مدة انقباضها بخلاف القسم السفلي الذي يتمدد ويتسع ، فإن حجم الأول يأخذ في التصغر بينما حجم الثاني يأخذ في الازدياد التدريجي . وهذا الازدياد ناشئ عن أمرين : أولاً ترقق القسم السفلي للرحم والثاني أن جزء العنق الذي يترقق ويتمدد ينضم إلى القسم السفلي للرحم .

وظيفة القسم السفلي للرحم - علمنا من الشرح السابق أنه متى ابتدأ انقباض وحدث الطلق يحدث في الألياف العضلية للرحم قصر مسبب عن انكماشها كما أن تجويف الرحم بعد زوال كل طلفة يصغر قليلاً عما كان قبلها ، وعلمنا أنه بسبب عدم قابلية البيضة للتصغير لا بد أن يحدث اتساع في القسم السفلي للرحم يعوض الضيق الذي حدث في القسم العاوي وأن هذا الاتساع يحدث (١) بسبب ما ينضم من العنق بعد اتساع فوهته الباطنة وتجويفه و (٢) بسبب ترقق القسم السفلي للرحم . فإذا لم يكن هناك عائق لولادة الجنين لا يكون ترقق

القسم السفلى للرحم كبيراً ويكون مكان اتصال القسم السفلى للرحم بالقسم العاوي وهو ما يسمى بحلقة الإنكماش أسفل الحد العاوي للارتفاع العاوي فلا يمكن الإحساس به بالجنس البطني . ولكن إذا كان هناك سبب يجعل ولادة الجنين متعسرة وكانت الانقباضات الرحمية آخذة مجراها يستمر القسم العاوي للرحم في الصغر التدريجي والقسم السفلى في الاتساع والترقق . وينشأ عن ذلك أن محل اتصالهما وهو حلقة الإنكماش يرتفع إلى فوق تابعاً للقسم العاوي المنكمش . وكلما طالت الولادة ازداد ترقق القسم السفلى حتى إنه في كثير من أحوال الولادة العسرة التي تطول فيها مدة الولادة كثيراً ، ترتفع حلقة الإنكماش بالتدريج حتى قد تبلغ حذاء السرة . وكثيراً ما يتفجر الرحم قبل أن تصل إلى هذا الحد بسبب ترقق القسم السفلى ترققاً شديداً .

أما وظيفة القسم السفلى للرحم فتتخصص في أمرين : الأمر الأول هو أن تعوض بتسدها ما يحدث من الضيق في تجويف الرحم بسبب إنكماش القسم العاوي . وهذا التمدد يساعد على تمديد العنق لأنه يسمح بالاندفاع البيضة على الفوهة الباطنة . ولو فرضنا جدلاً أن القسم السفلى ينقبض وينكمش مثل الجزء العاوي تماماً لما كان لاطلاق قوة على تمديد العنق ، لأن الرحم بقسبه العاوي والسفلى ينطبق على البيضة فلا تستطيع الاندفاع إلى أسفل .



(شكل ٥٥)

يوضح كيف يملأ الرأس الجزء السفلى للرحم
فيتم الاتصال بين جيب المياه والتجويف

والوظيفة الثانية للقسم السفلى للرحم تتضح لنا إذا علمنا أنه قبل كل طلق يكون السائل الأمنيوسي محيطة بالجنين من كل جهاته ويكون الجزء من السائل الموجود أسفل الجزء الآتي به الجنين على تمام الاتصال بالسائل الأمنيوسي المحيطة بباقي أجزاء الجنين ، وأنه في الأحوال العادية التي يكون فيها الجنين بالرأس يحدث في أثناء كل طلق أن الجزء العاوي للرحم في أثناء انكماشه يجذب الألياف الطولية التي توجد في الجزء السفلى للرحم فينطبق الجزء السفلى حول رأس الجنين ويمنع كل اتصال بين السائل الأمنيوسي والجزء من السائل الذي يكون أسفل الرأس مكوناً بلعيب المياه ، ومنه انفجر جيب

المياه فلا يتصرف من السائل إلا ما كان موجوداً منه، في جيب المياه . أما في المجنثات الأخرى كالغبيء المستعرض والغبيء بالمقعدة فيسبب عدم انتظام الجزء الآتي به الجنين لا ينطبق الجزء السفلي للرحم حوله انطباقاً تاماً ويبقى الاتصال بين جيب المياه والسائل الأمنيوسي العام موجوداً فيبرز جيب المياه من العنق بروراً غير متعادل مع ما تمدد من العنق . فقد يكون العنق ممتدداً بحيث لا يسع إلا أصبعين ويسبب اندفاع السائل الأمنيوسي وقت الطلق ينضم جزء كبير منه إلى جيب المياه فيبرز بروراً شديداً من العنق وغالباً ينفجر قبل أن يتمدد العنق تمدداً تاماً . وربما نشأ عن سرعة تصريف السائل الأمنيوسي أن الحبل السرى يسقط من عنق الرحم (سقوط الحبل السرى) محمولاً مع السائل .

(٤) تمدد الفوهة الظاهرة - تتمدد الفوهة الظاهرة بنفس العوامل التي سببت انحاء العنق ، وهي ضغط البيضة إلى أسفل وانجذاب العنق إلى فوق على الجزء الآتي به الجنين . متى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً تصبح تجاوزيف العنق والرحم والمهبل تجويفاً واحداً .

(٥) تكون جيب المياه وانفجاره - متى امحى العنق ووقع ضغط الرحم على البيضة ينتقل الضغط إلى الكيس الأمنيوسي من كل جهة ، فيتبع السائل المحلات المنحدرة والقليلة المقاومة دافعاً الأغشية أمامه ، فتبرز الأغشية من الفوهة الظاهرة وتضغط عليها فتتمدها شيئاً فشيئاً . متى تم تمدد الفوهة أصبح جيب المياه كبير الحجم وغير مستند على شيء فينفجر .

(٦) الإفراز المخاطي المدمم - وهو إفراز يخرج من الغدد العنقية والفرجية قبل الولادة يوم أو اثنين ، ويسمى بإشارة الولادة . وهو على هيئة ندف زلالية مصفرة أو مراءاة بالدم . وفائدته سهولة تمدد العنق وتندية القناة الرحمية المهبلية . وتوجد ظاهرة أخرى، للولادة قليلة الأهمية . وهي حدوث الطلق الكاذب وهو آلام غير منتظمة تحدث في الأسبوع الأخير للحمل تتوزع على البطن . ولا يحس بها في الظهر كالطلق الحقيقي .

تأثير الطلق على محتويات الحوض والعجان - لكي نفهم الطريقة التي يخلو بها الحوض بصفة مؤقتة من الأعضاء الموجودة به ليسمح للجنين بالمرور في أثناء

ولادته يحسن أن نتخيل أن المهبل يقسم الحوض إلى قسمين مثالي الشكل . فالأنسجة الموجودة في الثلث المقدم هي المثانة وقناة مجرى البول والحدار المقدم للمهبل ، وهي مرتبطة بالعنق ارتباطاً متيناً كما أنها - هامة التحرك ، فتجذب العنق فوق الجزء الآتي به الجنين جذب معه المثانة والحدار المقدم للمهبل ، ولهذا السبب نجد في الأحوال التي تطول فيها الولادة أن المثانة التي كانت في أول الأمر أسفل المصبيق العاوي (في حالة خلوها) قد جذبت أعلاه أي صارت في تجويف البطن . ولا تبقى من أنسجة الثلث المقدم العاوي إلا ما كان غير مرتبط بالعنق مثل الثلث السفلي للمهبل وقناة مجرى البول . وهذه الأنسجة تندفع إلى أسفل وقت مرور الرأس . أما الأنسجة التي يتألف منها الثلث الخلفي فهي الحدار الخلفي للمهبل والمستقيم والمصلتان الرافعتان للشرج . وهذه الأنسجة لا تتصل بالعنق إلا قليلاً وهي ثابتة لا يمكن للعنق أن يجذبها إلى فوق وتبقى هبط الرأس في الحوض في أثناء الولادة دفع هذه الأنسجة أمامه .



(شكل ٥٦)

يوضح الضغط الرحمي الداخلي قبل انفجار جيب الماء ، ويسرى أيضاً ضغط المشتملات العام .

تأثير الطلق على البيضة - قبل أن

يتفجر جيب المياه وقبل أن يتحشر الجزء الآتي به الجنين في الحوض يكون الجنين محاطاً بالسائل الأمنيوسي من كل جهاته ، فتجذب الطلق اشتد الضغط اشتداداً عظيماً ولكن تأثير هذا الضغط على الجنين لا يكون مباشراً بل عن طريق السائل المحيط به وعلى ذلك يكون الضغط موزعاً بالتساوي على كل أجزاء الجنين فلا يحدث بسببه أي تغير في علاقة أجزاء الجنين بعضها ببعض . كما يتضح من مراجعة (شكل ٥٦) . ويسرى هذا الضغط بضغط المشتملات العام أو ضغط باطن الرحم العام أو غير المباشر . وعلى ذلك فالقوة الناشئة عن الطلق تدفع

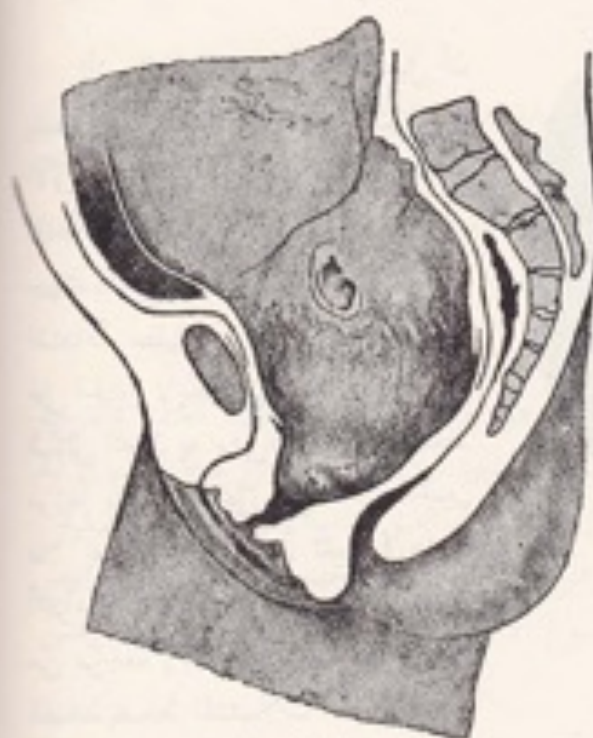
البيضة بنامها على عنق الرحم فتبرز الأغشية من العنق .

أما متى انحسر الرأس ففي وقت حدوث الطلق يلتفت الجزء السفلي للرحم حوله ويمنع الاتصال بين الجزء من السائل الأمنيوسي الذي يكون أسفل الرأس والذي يسمى الآن بجيب المياه وبين السائل الأمنيوسي العام المحيط ببقية أجزاء الجنين وعلى ذلك فالتأثير الذي يحدث من اشتداد الضغط يقع فقط على الجزء من الرأس الذي يكون أعلى الحلقة المكونة من القسم السفلي للرحم فيدفعه إلى أسفل ولما كان هذا الضغط متساوياً في توزيعه على كل أجزاء الرأس فلا يحدث تغييراً في علاقة الرأس بالجسم أي لا يزيد الانثناء ولا ينقصه .

أما متى انفجر جيب المياه وتصرف جزء كبير من السائل الأمنيوسي العام الذي كان ضاغطاً على جدران الرحم بأخذ شكل الرحم في التحول من الشكل الكروي الناشئ عن تمدده بالسائل الأمنيوسي إلى الشكل الكعبي، فتنقبض أليافه الحلقية ، فيحدث ذلك صفراً في أقطاره المستعرضة والمقدمة الحلقية ينشأ عنه ملاصقة

الرحم لجسم الجنين مباشرة ، ويشد الضغط على ظهر الجنين المنقبوس فيتقوم وتقوم الظهر يدفع المقعدة إلى فوق حتى تلاصق قاع الرحم . ومن ثم ذلك تنقبض عضلات الرحم الطولية فتدفع الجنين إلى أسفل . وهذا الضغط المزدوج أي ضغط الألياف الحلقية والطولية يسمى بالضغط العمودي للجنين .

والضغط العمودي يسرى من مقعدة الجنين إلى عموده الفقري ومنه إلى الرأس ويختلف عن ضغط المشغلات العام في كون



(شكل ٥٧)

يوضح كيفية تكون الحدة السوية المصلية وتشكيل الرأس

تأثيره على بعض أجزاء الجنين يكون أشد منه على البعض الآخر. وسيأتى الكلام على ذلك عند شرح ميكانيكية الولادة .

(ب) أما الظواهر الجنينية فهي :

(١) سلسلة الحركات التي يفعلها الجنين ليستطيع الدخول في الحوض والخروج منه أى لنم ولادته وهى ما يعبر عنه بميكانيكية الولادة .

وتختلف الحركات التي يفعلها الجنين ليمرّ من الحوض باختلاف الجزء الذى يكون شاغلا للحوض وقت حدوث الطلق والوضع الذى يكون عليه الجنين وقتئذ . ولما كان العدد الأكبر من الولادات هى التي يكون الجنين آتياً فيها بالقمة فسيكون شرحنا لميكانيكية الولادة في النحي بالتمة مطولا . ويحسن بالطالب أن يستعين وقت درسه هذا الفصل بحوض عظمى ورأس جنين ويضع رأس الجنين في الحوض في الأوضاع المختلفة ويحركها نفس الحركات التي يفعلها الجنين مع الاستعانة بالأشكال المرسومة هنا إذ بهذه الطريقة وحدها يستطيع الطالب فهم ميكانيكية الولادة .

(٢) تصغير حجم الجزء الآتى به الجنين و (٣) تكون حذبة مصلية دموية فوقه وهاتان الظاهرتان تحدثان من عوامل متشابهة وهى الضغط الواقع حول الجزء الآتى به الجنين في أثناء مروره من الحوض ومن المقاومة التي يصادفها في أثناء ولادته . وهما يحدثان سواء كان الجنين آتياً بالقمة أو بالوجه أو المقعدة . وفي النحي بالرأس يكون التصغير الحادث ذا أهمية كبرى لأن الرأس بسبب صلابته أقل قابلية للتصغير من بقية أجزاء الجنين وذلك لأن قاعدة الجمجمة ترتكب من عظام غير قابلة للتصغير ومتحدة بعضها ببعض اتحاداً متناً . ولكن العامل الذي يساعد على حدوث التصغير هو أن عظام القبة يعكس عظام قاعدة الجمجمة لا ترتبط بعضها ببعض ارتباطاً عظمياً بل أن الصلة بينها غشائية تسمح بتحريك العظام بعضها على بعض . كما أن العظام نفسها رقيقة وسهلة التشكيل . ففى أخذ الرأس في الأنحشار في الحوض واشتد الضغط حوله تتجمع العظام بعضها على بعض وتزول المسافات الغشائية التي تسمى باليواقيح . ثم يترابك أحد العظمين الجداريين فوق الآخر ويتلقى العظم المؤخرى والعظمان الجبهيان تحتهما فتصغر بذلك الأقطار المستعرضة والمقدمة الخلفية لرأس الجنين ، ويقابل ذلك استطالة في الأقطار العمودية . ويسمى هذا التغيير في حجم الرأس بالتشكيل . ويتوقف مقدار ما

يحدث من التشكيل والتصغير في الرأس على مقدار التفاوت بين حجم رأس الجنين وسعة الحوض ، فإذا كان الرأس كبيراً جداً أو الحوض شديد الضيق يكون تراكم عظام الرأس شديداً لدرجة قد تحدث تمزقاً في منجل المخ وخيمة المخيخ ونزواً تحت الأم الجافة قد ينهى بوقاة الجنين . أما في الولادات الطبيعية فالتشكيل الذي يحدث للرأس سليم العاقبة لا ضرر منه ألبتة .

أما الخدبة المصلية الدموية فهي ورم يتكون فوق الجزء الآتي به الجنين وينشأ من ارتشاح مواد مصلية في النسيج الخلاوي . ففي الخبيء بالقمة مثلاً يتعطل رجوع الدم الوريدي في فروة الرأس بسبب الضغط الواقع حول رأس الجنين فيتجمع الدم في جزء الفروة غير المعرض للضغط وهو الذي يكون فوق الفوهة الظاهرة المتمددة فتحدث فيه أوذيماً وأنزفة شعرية تكون وربما يختلف حجمه باختلاف شدة الضغط الواقع على الرأس وطول مدة الولادة بعد انفجار الجيب . ويتغير موضع هذا الورم كلما تغير وضع الرأس إذ يكون دائماً في الجزء الأكثر اتجاهها لأسفل . والخدبة المصلية الدموية *Gaput succedaneum* تتكون فوق الجزء الآتي به الجنين أياً كان نوعه فهي تحدث في الخبيء بالوجه والمقعدة وغيرها على حد سواء . والموضع الذي تحدث فيه الخدبة المصلية يساعد على معرفة الخبيء ووضع الجنين لأنها تدلنا على الجزء الذي كان أكثر من غيره اتجاهها إلى أسفل . ويزول هذا الورم بعد الولادة بيومين أو أكثر قليلاً . وحدوثه عمل حيوي أي أنه لا يحدث إذا كان الجنين ميتاً قبل حدوث الغاض .

نظام بحث الحوامل

الحمل والولادة ظاهرتان طبيعيتان ولكن كثيراً ما تنحرف صحة الحامل انحرافاً بسيطاً في حد ذاته ولكنه قد يكون الحلقة الأولى من سلسلة متاعب وتغييرات باثولوجية خطيرة تهدد حياة الأم وجنينها إذا لم تعالج في حينها ولذلك تجب ملاحظة الحامل ملاحظة دقيقة واتباع النظام الآتي الذي يجب اتباعه سواء حضرت الحامل للفحص في العيادات الخاصة أو في أقسام رعاية الأم والطفل :

- (١) التاريخ العمومي (٢) التاريخ الخاص بالولادة (٣) فحص الحامل بصفة عامة (٤) فحص الحوض والأعضاء التناسلية (٥) تزويد الحامل بالتعليمات اللازمة .

(١) التاريخ العمومي - تسأل الحامل عن الأمراض التي أصابها قبلاً كالحمى القرمزية والدفتريا والروماتزم والراشيتيزم والدرن والالتهابات الكاوية والأمراض العصبية والزهرى والسيلان . وذلك لأن الأمراض قد تترك أثراً دائماً في المرأة يجعلها عرضة للخطر مدة الولادة ، أو قد يكون الحمل سبباً في تحريكها بعد أن كانت في حالة خود . أو قد تكون ذات أثر سيء على الجنين .

(٢) التاريخ الخاص بالولادة - يجب الاستفهام عما سبق للمرأة من الحمل والولادة وما طرأ عليها من المرض في أثناءها وهل اصطحبت بقاء شديداً أو بظهور التزلزل في البول أو الأوذيميا أو التشنجات أو الأنزفة قبل أو بعد الوضع . وتسأل عن الإجهادات التي حدثت لها وأسبابها ويستفهم بصفة خاصة عن الوضع هل كان سهلاً أو استدعى تدخلاً بالآلات ، وهل حدثت لها تمزقات وقت الوضع وهل أصيبت بحمي نفاسية . وتسأل عن الأجنة هل كانت متمتعة بصحة تامة أو كانت ضعافاً أو ولدت ميتة أو ماتت بعد الولادة مباشرة إذ ربما كان ذلك بسبب عسر الولادة . وتسأل أيضاً إذا كانت أرضعت أطفالها .

(٣) الفحص العمومي - تلاحظ قامة المريضة ومشيها ويبحث عن وجود أى شذوذ في تركيبها وهل تدل هيتها على الصحة أو المرض ويبحث عن الآثار التي تنم عن الراشيتيزم مخافة أن تكون الحامل أصيبت به قبلاً فأحدثت أصابها ضيقاً في الحوض . ثم تبحث كافة الأعضاء فحصاً دقيقاً وعلى الأخص القلب والرئتين والبول وضغط الدم . ثم يفحص الفم ليرى إذا كانت الحامل مصابة بالتهاب اللثة الفيحي أو بتسوس في الأسنان أو التهاب في الحلق أو اللوزتين إذ أن حدوث التهابات متكررة في اللوزتين دليل على وجود بؤر متقيحة فيها قد تكون خطراً على المرأة وقت الوضع . ثم يبحث عن أى بؤر متقيحة في باقى جسمها كالنواسير الشرجية والحراجات والبثورات المتقيحة والتقرحات والأمراض الجلدية فقد تكون هذه كلها من الأسباب في تعرضها لحمى النفاس . ثم يجتهد الطبيب في استجواب المريضة لمعرفة حالتها العصبية والعقالية ويسعى في تهدئة مخاوفها وما ينتابها من الرعب بسبب الآلام التي تتوقع أن تصيبها عند الوضع .

فحص البول - يجب أن يفحص بول الحامل عند ما تحضر للكشف أول مرة .

ثم مرة كل شهر من ابتداء الشهر الخامس . ومرة كل عشرة أيام في الشهر السابع والثامن والتاسع ومرة كل أسبوع في الشهر العاشر . وإذا وجد في البول زلال وجب التحقق من أنه غير ناشئ عن اختلاط البول بالمفرزات المهبلية ، فيغسل الفرج جيداً ثم يؤخذ البول بقشطرة . وإن لم تقبل المريضة ذلك تكلف بغسل الفرج جيداً قبل التبول ثم تجمع بوطاً في إناءين ولا يبحث البول الذي في الإناء الأول خوفاً من اختلاطه بالمفرزات . أما البول الذي في الإناء الثاني فيغلب أن يكون تقيماً . وفي الأحوال التي يوجد فيها أثر قليل من الزلال يجب فحص البول بـكترولوجيا لمعرفة إن كان الزلال مسبباً عن وجود صديد في البول فإذا كان ذلك يعالج بعلاج الخاص .

قياس ضغط الدم - يجب قياس ضغط الدم كلما حضرت المريضة للعلاج . فإذا وجد الضغط بالغا ١٤٠مم وحيث مراقبة الحامل خوفاً من حدوث تسممات امتصاصية . ويجب فحص ضغط الدم من وقت لآخر فكثيراً ما يكون ازدياد ضغط الدم منذراً بحدوث الأكلسميا قبل أن يظهر الزلال في البول .

فحص الدم - الزهري في مصر هو أكبر عامل في موت الأجنة في بطون أمهاتها وفي حدوث الإجهاضات المتكررة وفي الأحوال التي عالجتها لم تقل نسبة الإصابه عن ٧٠٪ ولذلك يجب فحص دم كلا الزوجين بتفاعل واسرمان أما إذا كان الدم سلبياً يعاد عمل الاختبار بعد إعطاء الزوجين حقنة محرضه من مركب ٦٠٦ في الوريد قبل فحص الدم بخمسة أيام فلذا كان ذلك سلبياً أيضاً تعمل اختبار لفصيلة الدم في الزوجين لمعرفة احتوائها على عامل الريس أو عدمه .

الفحص الخاص بالولادة - في الشهور الأولى للحمل يجب عمل فحص مهبل لتأكد من وجود الحمل أو عدمه وقد يتعذر الفحص بسبب خوف المرأة ومقاومتها ففي هذه الحالات يجب تهدئة روعها إذ قد تؤدي الشدة أو العنف في الفحص إلى إجهاض والأفضل إرجاء الفحص حتى تهدأ المريضة وتأنس لطبيبتها . ويستحسن عدم الفحص المهبل في الحالات التي اعتادت الإجهاض إلا للضرورة القصوى .

وقبل الفحص المهبل نطلب من الحامل تفرغ المثانة وتغلى اليد الفاحصة
بمطاف معقم ونغمس الأصبع الباحث في مرهم الديتول أو ما يعادله من المرهم
المطهرة المزجة تسيلا لارتزاق الأصبع في المهبل .

ويفحص أولاً الفرج من الظاهر فنلاحظ لونه وهل يوجد به تشققات أو تمزقات
أو أورام أو دوالي أو تمزقات عجانية أو أعراض التهابات سيلانية أو زهري أو غير
ذلك من الأمراض وإذا كان هناك سقوط مهبل نحاول أن نقف على مدى تأثيره
على قدرة الحامل على ضبط البول والبراز .

وإن كان هناك مفرزات غير طبيعية يجب أخذ عينة لفحصها والوقوف على
نوع الميكروب المسبب لها .

ثم نبحث حالة عنق الرحم وهل به تمزقات أم لا ثم نلاحظ حجم الرحم وهل
يتناسب حجمه مع مدة الحمل المقدرة أم لا فإذا كان الحجم زائداً عن الطبيعي
نبحث عن السبب فقد تكون هناك أوراماً ليفية في جدار الرحم أو يكون هناك
استسقاء آمنبوسى أو حمل توأمي وإذا نقص حجم الرحم عن الطبيعي يجب أن
نتأكد من صحة الجنين فتسمع ضربات قلبه إذا كان الحمل قد تعدى الشهر
الخامس وإلا فنخبر المريضة أن تحضر بعد مضي أسبوعين لنلاحظ نمو الرحم
و (الجنين) من عدمه .

ثم نتأكد من خلو الحوض من الأورام المبيضة وغيرها مما قد يعرقل سير الحمل
أو الولادة الطبيعية وكذا نلاحظ إجمالاً حجم الحوض وهل هو يتناسب أم
يتعارض مع حدوث ولادة طبيعية .

تشخيص الوضع والجنين - في آخر الشهر الثامن أو أول التاسع القمري
(الأسبوع السادس والثلاثين) يجب التحقق من وضع الجنين ومجيبته . أما قبل
هذا التاريخ فقد يغير الجنين وضعه ذاتياً . فإذا وجد أن الوضع معيب وجب البحث
عن السبب هل هو ضيق الحوض أو الأندغام المعيب للمشيمة أو الاستسقاء
الأمنبوسى أو أورام في الرحم أو أن الحمل توأمي إلى غير ذلك ، ثم يحاول عدل
وضع الجنين بالطرق التي ستذكر في موضعها .

معرفة النسبة بين حجم رأس الجنين واتساع الحوض - أن معرفة النسبة بين
حجم الرأس وسعة الحوض لها أهمية عظمى ويجب للتحقق منها (١) أن يقاس
الحوض من الباطن والظاهر (٢) أن يبحث تجويف الحوض خوفاً من أن

- يكون به أورام تضيق تجويفه (٣) أن يحاول إدخال الرأس في الحوض .
(٤) يمكن عمل أشعة سينية للوقوف على نسبة رأس الجنين للحوض .

(١) قياس الحوض - يجب أن يقاس حوض كل بكرية أو متكررة لم تفحص من قبل وستذكر طرق ذلك في حينها . والطبيب الخبير قد يكتسب من الخبرة ما يغني عن استعمال الآلات الخاصة اكتفاء بقياس الحوض بالأصبع .

(٢) محاولة إدخال الرأس في الحوض - قد يكون من الصعب إدخال الرأس في الحوض حتى ولو كانت قياسات الحوض طبيعية وذلك لأنه كثيراً ما يكون حجم الرأس أكبر من الطبيعي . وعند بكرية الحمل قد يحاول رأس الجنين دخول الحوض في الشهر الأخير للحمل أى من الأسبوع السادس والثلاثين إلى الأربعين ولكنه لا يحاول ذلك عند المتكررة إلا قبل الولادة بيومين أو في الدور الأول للمخاض فإذا لم يكن الرأس منحسراً وجب على الطبيب أن يحاول تقدير درجة الانحسار الممكنة . وقد يجد بعد البحث أحد الأمور الآتية : -

(١) أن الرأس يدخل الحوض بسهولة .

(٢) أنه من الممكن أن يدخل الرأس في المضيق العاوى ولكن لا يستطيع إدخاله في التجويف .

(٣) أنه ليس من المستطاع إدخال الرأس الحوض . وفي الحالة الأخيرة يجب التحقق مما إذا كان حجم الرأس لدرجة أنه يتعدى في وضعه الحافة المقدمة للارتفاق العانى أو هو على مساواة الحافة الباطنة للارتفاق ولكن لا يستطيع مع ذلك دفعه في الحوض .

أما الأحوال التي يدخل فيها الرأس الحوض فلا ينتظر حدوث عسر في انحساره وقت الوضع ، وإذا لم يمكن إدخال الرأس إلا بصعوبة فمن المحتمل أن لا يحدث عسر أيضاً لأن الطلق كفيفل بتصغير الرأس ، أما الأحوال التي لا يمكن إدخال الرأس فيها إلى الحوض وعلى الأخص التي يتعدى الرأس فيها حافة الارتفاق العانى فالمرجح أن يحدث عسر يستوجب التدخل .

(تدبير صحة الحامل)

إنه وإن كان الحمل عملاً فسيولوجياً مثل الهضم والتنفس لا يستوجب اتخاذ تدابير خاصة ، ولكن المشاهد أن عدداً كبيراً من الحوامل وعلى الأخص بكريات الحمل لا يتحملن المجهود الذي يبذله الجسم لتغذية الجنين وإفراز منتجاته غذائه فينشأ عن ذلك لإصابتهن بأمراض مختلفة . ومن أهم واجبات المولد إرشاد الحامل إلى الوسائل التي تحفظ بها صحتها مدة الحمل والمخاض

نظام المعيشة - يمكن للحامل أن تقوم بعمل واجباتها المنزلية طوال مدة الحمل ولكن عليها أن تتجنب المجهودات الشاقة وأن تمتنع عن رفع الأشياء الثقيلة أو حمل الأطفال أو عمل أي مجهود متعب أو شاق ، إذ هذه كلها قد تضر الإجهاض وعلى الأخص عند المعتادات عايه . كما أن الوقوف مدداً طويلة قد يدهو إلى تمدد أوردة الساقين وحصول الدوالي . بخلاف المشي المعتدل في الهواء الطلق فإنه لا يسبب شيئاً من ذلك إذ أن حركات العضلات تمنع الدم من الركود في الأوردة وتعديدها ويجب على الحامل وعلى الأخص في شهور الحمل الأخيرة أن تتزهد على أقدامها في الهواء الطلق كل يوم عند ما تكون حرارة الشمس معتدلة ، أما المعتادات الإجهاض فلا يسمح لمن بذلك فإن الراحة التامة لازمة لمنع الإجهاض . ويجب على الحامل أن تدرب نفسها على النوم والنوافذ مفتوحة وعلى الأخص في الليل . وينصح كثير من المولدين بضرورة قيام الحامل بعمل تمرينات رياضية لتقوية عضلات البطن . ولا يجوز للحوامل ارتياد أمكنة الملهو كالتياترات ومجال السينما المزدهمة والرديئة الهوية إلا نادراً . ويجب على الحامل أن تمتنع عن الأوساط التي تسبب لها كثيراً كالمآتم وغيرها ويجب عليها أن تعيش معيشة هادئة مسرة بعيدة عن المشاغل المقلقة للفكر وأن تنام بكفاية نوماً هادئاً وأن تتبعد عما يهيج الأعصاب ويسبب الانفعال النفساني .

الغذاء : يجب أن يكون كافياً ومغذياً وإن يكون خالياً من الأطعمة الحريفة والعسرة الهضم وأن يحتوى على كويين أو ثلاث من اللبن يومياً ويجب تعريف الحامل بأن الإفراط في الطعام بحجة أن الحامل تحتاج لغذاء اثنين لا مبرر له بالمرّة بل قد يؤدي إلى تسمم امتصاصي .

ولقد دلت الأحصاءات التي أجريت في أوروبا الوسطى خلال سني الحرب العالمية الأولى أي ما بين ١٩١٤ - ١٩١٨ على أن البلاد التي قل الغذاء فيها نقصت فيها حوادث الأكلمبسيا بين الحوامل خلال سني الجوع فلما عاد الغذاء إلى وفرته السابقة قبل الحرب زادت حوادث الأكلمبسيا ولوحظ فوق ذلك أن النقص في الأكلمبسيا كان أكبر في المدن منه في القرى لأن الفلاحين كانوا يختزنون ما يلزم لغنائهم من لحوم ومواد دهنية بخلاف المدن التي كان القمح فيها شديداً وليس المقصود مما ذكرنا أن نجيع الحوامل لتفادى إصابتها بالتسممات الحمالية فالحامل يجب أن تتال قسطاً كافياً من المواد النيتروجينية وإلا تعرضت للتورم والأيميا ولنقص إفراز اللبن بعد الولادة ولهذا يجب الاعتدال في الطعام بدون إفراط ولا تفريط ولا نرى بدا من التنبيه على أن الحوامل في بلادنا يستيقنون الأطعمة الكثيرة الملوحة والحريفة فيأكلون الكثير منها فتضرهم ضرراً بليغاً فإن الصوديوم الموجود في ملح الطعام هو من الأسباب التي تحدث تورمات الساقين والفرج والبطن وتعرض الحامل للإصابة بتسممات الحمل ولهذا يجب تقليل الملح في الطعام والامتناع عن أكل الفسيخ والسردين والأطعمة الحريفة ويجب على الحامل أن تكثر من شرب الماء ولكن بكثرة معقولة ومن المهم جداً أن يحتوي الطعام على الفيتامينات اللازمة وتحتاج الحامل إلى فيتامين ١ - من خمسة إلى عشرة آلاف وحده يوميا مدة الحمل وعلى الأمحص في المدة الأخيرة منه كما تحتاج إلى فيتامين ب، ج، د، ففيتامين د مثلاً يساعد على تكوين عظم الجنين ويمنع لين العظام عند الطفل بعد ولادته على أن من الواجب أن لا تفرط في تعاطيه إفراطاً ضاراً فقد يحدث تصلباً في عظام الطفل وقد يسبب ذلك عسراً في الولادة ومن حسن الحظ أن الطعام في مصر يحتوي على وفرة من الفيتامينات مثلاً .

فيتامين ١ موجود في الخضروات مثل : السبانخ واللفت والكرنب وفي الكبد والبيض والزبد والحبن .

فيتامين ب في الكبد والبيض والكلوى والمكسرات والبقول الخضراء والبن .
فيتامين ب ٢ في الكبد واللحم والخبز السن والسبانخ والبقول الخضراء .

فيتامين ج - في البرتقال والليمون والطماطم والليمون الهندي والقرنبيط .
ومن هذا تتضح ضرورة توصية الحامل بأن يشمل طعامها الفواكه الطازجة مثل التفاح والمشمش والتين والعنب والبرتقال واليوسف أفندي والليمون والخوخ

والكمثرى ومن الحضر مثل البقول الخضراء والكرنب والحزر والخس والتربيط والبصل والسبانخ والطماطم بما فيها من الفيتامينات على أن لا ننسى بأن الطبخ يتناف جزئاً كبيراً من الفيتامينات ولذا يستحسن أن تعطى الحوامل أقرصاً أو كبسولات من الفيتامينات من وقت إلى آخر كما يجب إعطاؤها بعضاً من الأدوية التي تحتوي على الفسفور والمنجنيز والكالسيوم بحسب الحاجة .

الملابس - يجب أن تكون ملابس الحامل فضفاضة ومريحة وألا تكون ضاغطة على أى جزء من الجسم ويجب أن تضحى المرأة بشيء من جمال هندامها في سبيل راحتها وراحة جنينها فتتجنب لبس المشد (الكورسيه) والأحزمة الضاغطة وخلافها ولو أنه في بعض حالات الحمل المتكرر ترتخي جدر البطن فتصح الحامل بلبس حزام خاص لتجنب زيادة الترهل وللساعدة الجنين في أخذ وضعه الطبيعي وقت الولادة .

ونلاحظ أن تكون الأحذية مريحة وذات كعب معتدل في الطول .

الرياضة : - الرياضة ضرورية جداً للأم وأحسنها السير على الأقدام في الأماكن القليلة الازدحام وإذا أمكن في الجهات الخاوية ولكن يجب على الحامل أن تتجنب الرياضة العنيفة مثل لعبة التنس والعموم والجولف وأن تقصر رياضتها على السير على الأقدام بالهويتا مرة كل يوم نصف ساعة في الصباح وبعد الظهر .
كذا يجب أن تمارس بعض التمارين الخاصة بالتنفس العميق وأن تأخذ قسطاً وافياً من الراحة فتستلقي على فراشها بعد الغذاء مدة ساعة على الأقل كل يوم .
وإذا اضطرت الحامل للسفر فيجب أن تتجنب السفر في المواعيد التي اعتادت أن يأتيها فيها الحيض قبل الحمل .

ولا تنصح باستعمال التدليك للجسم عامة في حالات الحمل إلا إذا قامت به اختصاصية ماهرة .

الاستحمام : الاستحمام اليومي واجب على الحامل ويراعى أن يكون الحمام معتدل الحرارة وفي الشهر الأخير يجب تجنب استعمال المغطس (البانيو) إذ قد يؤدي استعماله إلى دخول ماء وجراثيم في المهبل وتغسل شعر الرأس مرة في الأسبوع ولا بأس من عمل (Permenant) إذا رغبت في ذلك ويجب أن توجه الحامل عناية خاصة بملئتي الثديين خصوصاً في الأشهر

الأخيرة فإذا كانت الحلمة مفرطحة أو غائرة تجذب بلطف ما بين الإبهام والسبابة وتكرر هذه العناية يومياً حتى تلبس .

الجماع - يحسن الإقلال من الجماع طوال مدة الحمل أما في الشهر الأخير فيمنع بناتاً والجماع في الأسبوعين الأخيرين من الحمل قد يعرض الحامل لعدوى التفاس بعد الوضع أما معتادات الإجهاض فيجب أن يمتنع عن الجماع طوال مدة الحمل .

الأسنان - يجب مراعاة نظافة الأسنان أثناء الحمل وإذا اعتراها عطب أو تسوس يعالج في حينه - إلا أنه يحسن تجنب خلع الأسنان أثناء الحمل إذا أمكن ذلك بدون ضرر على الحامل .

الأمعاء

قد يحصل للحامل إمساك نتيجة ضغط الرحم على الأمعاء وقد يسبب تراكم فضلات الطعام في الأمعاء حدوث التهابات في حوض الكلى واعتلال صحة الحامل العامة ولذا يجب معالجة الإمساك بالوسائل الطبيعية إن أمكن مثل الأكل من الخضفر والفواكه وأكل الخبز السن والرياضة البدنية فإذا لم تنجح هذه الوسائل أمكن أخذ بعض المليينات البسيطة مثل زيت البرافين أو لبن المنزريا وأملاح الفواكه وغيرها .

وزن الحامل - ويجب أن توزن الحامل في كل زيارة خصوصاً في الثلاثة أشهر الأخيرة من حملها وفي الأحوال الطبيعية يزيد وزن الحامل من ١٠ - ١٨ كيلو جراماً في مدة الحمل فإذا لوحظ أن الزيادة فاقت ذلك نبحت عن السبب فإذا ظهر أن الحامل تفرط في الطعام نتصحها بوجوب الإقلال منه على الأخص في المدة الأخيرة من الحمل أما إذا وجد أن الزيادة هي بسبب حجم الجنين فنبحث عما إذا كان ذلك ناتجاً عن مرض السكر عند الأم أو الاستسقاء الأميوسى فتعالج بما يلزم .

وقد يكون زيادة وزن الأم زيادة غير طبيعيه أول إنذار لتوقع حدوث التسمم الامتصاصي الحامل .

حالة الحامل النفسية :

سبق أن نوهنا إلى ضرورة التزام الحامل للهدوء وتجنب الانفعالات النفسية والمؤثرات المهيجة وقد يكون أهم واجبات المولدة أو المولدة مساعدتها على اجتياز مرحلة الحمل بسلام وهدوء وبث روح الاطمئنان في نفسها بحيث تنظر إلى المستقبل نظرة مجردة عن الخوف كلها أمل وسعادة في انتظار مولودها . وحسب نظرية الدكتور « جرات دك » ألم الولادة ليس بظاهرة طبيعية بل ينشأ عن الخوف وأن المرأة التي تنتظر طفلها بهدوء وأمل دون خوف أو وجل هي امرأة سعيدة حقاً لأن ولادتها تكون ولادة طبيعية خالية من الألم والمضاعفات التي قد تترتب على المؤثرات العصبية

وفي أمريكا وإنجلترا وغيرها يعتقدون فصولاً خاصة لتدريس الحوامل فيولوجيا الحمل والولادة ويعلمنهن - تماريناً خاصة وبذلك يأمن أن تكون ولادتهن بدون ألم أو تكاد تكون كذلك .

الفصل الثامن

كيفية السير في الولادات الطبيعية

انتخاب غرفة الولادة - في الولادات التي تعمل في المنازل يجب أن تكون الغرفة المنتخبة للولادة متوسطة الاتساع ، وأن تكون تهويتها وإضاءتها النهارية والليالية حسنة . ويستحسن أن تكون أرضها من الخشب أو مفروشة بالشمع لسهولة تنظيفها وقبل ميعاد الولادة بأسبوع يخرج منها كل الأثاث ما عدا ما يلزم منه للولادة ، فلا يبقى فيها غير سرير واحد وكريسيان أو ثلاثة وخوانان (تراييزتان) وسجادة صغيرة ودولاب صغير يوضع فيه ست ملائ مغسولة ومكوية من الجهتين وملابس الأم والجنين ، والأدوات التي يطلبها المولد .

تحضير السرير - يستحسن أن يكون السرير من الأسرة الصغيرة التي يمكن الوصول إلى الوالدة من جانبها . وأن تكون (ملته) من الخشب . وتوضع المرتبة فوق الملاء ويوضع فوقها قطعة من الشمع تغطيها تماماً . ويوضع فوق الشمع ملاء وتطوى تحت المرتبة ، ويوضع فوقها قطعة أخرى من الشمع تغطي الثلث المتوسط للسرير ، وهو الذي يولد الجنين فوقه . وفوق هذا الشمع توضع ملاء أخرى مطوية أربع طيات . وتولد الوالدة فوق هذه الملاء . وتحت الولادة ونظفت الوالدة ترفع هذه الملاء مع الشمع الذي تحنها .

تحضير غرفة الولادة - في الأسبوع السابق للولادة تغسل الأرضية بمحلول الدنول . وإذا كانت الحيطان مدهونة بالزيت يغسل الجزء الممكن غسله منها . وفي يوم الولادة يوضع على الخوانين (الطاولتين) اللذين يوضعان قريباً من السرير ملاءتان مكويتان . ويوضع على أحدهما صفتان (طشتان) من الصاج المطلق قد عقموا بوضع قليل من الكحول (السيبرتو) فيهما وإطابه . وبعد تعقيمهما يوضع فيهما محلول الدنول بنسبة ملعقة بن في لتر . ويجب أن يكون الماء المستعمل

قد سبق غليه وتبريده . وإلى جانب الخوان يوضع إناء (حلة) مملآن بالماء المعقم ومغطى . ثم يوضع على الخوان الآخر ابريقان فيهما ماء معقم الواحد بارد والثاني ساخن

وكذلك الزارق المهيل الذي يكون قد عقم

هو وأنبوتته وبمسه بغليه بالماء ، أو بوضعه

في محلول الدتول بنسبة ملعقة بن في اللتر

مدة ساعتين . وعلى الطاولة الثانية يوضع إناء

ذو غطاء ، متوسط الحجم ، ويكون قد

غلي فيه ٣ أزواج من كفوف المطاط .

وإناء آخر يوضع فيه ستة جفوت شريانية ،

ومقص كبير وقابضة إير ، وإبرتان من

إير خياطة العجان ، ولفه خيوط من

أمعاء دود الفز ، وأنبوتية كانتجوت عقم

رقم ٢ من النوع المحض بالكتروين

لمقاومة الامتصاص أربعين يوماً ،



(شكل ٥٨) زارك من الزجاج

ورباطين من نسيج الحرير المتوسط الثخانة أو شريط رفيع لربط الحبل السرى .

وكذلك محقنة تحت جلدية وإبرتان للمحقنة يكون قد سبق فحصهما جيداً لمعرفة

ما إذا كانتا سليمتين وبعد غلي هذه الأشياء تصفى جيداً من الماء مع ملاحظة

عدم رفع الغطاء إلا قليلاً ، ثم تغمر بعد التصفية بالكحول النقي لمنع الصدأ عن

الألات إذا طال الوقت بين غليها ووقت استعمالها .

أما الرفائد الإسفنجية التي تستعمل لتطهير الفرج ، والضمادات أو الأحفظلة

فيجب أن توضع على الخوان (الطاولة) في كيسين مربعين لهما مزران . والكيسان

يعقمان بالبخار المضغوط قبل الولادة بأسبوع ويحفظان في دولاب نظيف ، وإذا

لم يسهل على الطبيب تعقيم الرفائد الإسفنجية والأحفظلة بالبخار يكفي إغلاؤها في

محلول دتول قبل الولادة مباشرة ، ووضعها في إناء مغطى إلى وقت استعمالها .

وإلى جانب الكيسين توضع علب الحقن تحت الجلدية وهي :-

(١) علبه أرجنتين تحتوي الأنبوتية الواحدة منها على جرام من الخلاصة

السائلة ، أو مليجرامين ونصف من سترات الأرجنتين . (٢) زيت

كافور ٠,٢٠ في الأنبوتية . (٣) حقن بيتوترين أو بيتوسين . (٤) حقن

كورامين ولوبولين وإلى جانب علب الحقن بوضع طبق (صحفة) صغير فيه قطع صغيرة من القطن المبلل بمحلول البوريك ٣٪ لغسل أعين الجنين .

أدوات وآلات ولوازم الولادة

يجب على المولّد أن يستحضر آلاته ولوازمه التي سيأتي ذكرها في حقيبة من الجلد ، وصندوقين من النحاس المنكل . أما الحقيبة (الشنطة) فيجب أن تكون كبيرة الحجم بحيث تسع الآلات التي ستوضع فيها . ويجب أن تكون بطاقتها من قماش يسهل تعقيمه بالإغلاء . وأن تكون سهلة الانتزاع والإعادة: أما الأدوات التي توضع فيها فهناك بيانها -

- (١) الزارق المهبلّي ويكون قد سبق تعقيمه بوضعه في محلول اليوزول بساعتين وتجفيفه بقطعة عقيمة بوضع بعدها في كيس من القماش له مزرّ .
- (٢) فوطلة من الشمع (ماكينتوش) .



شكل (٦٠) حقيبة الولادة

- (٣) مقنعة الكلوروفورم (الشيامة) ، وزجاجة مملّئة بالكلوروفورم أو جهازاً للتريالين ، وجفت اللسان ، ومبعد الفك .

- (٤) معقنة تحت جلدية وإبرتا
- (٥) علبه فيها ٣ أنابيب كاتجوت رقم ٢ المحضر بالكروم لمقاومة الامتصاص أربعين يوماً
- (٦) علبه بودرة للسرة محضرة من ٣ أجزاء من أكسيد الزنك وجزئين من النشاء وجزء من مسحوق البوريك . أو بودرة من مستحضرات السلفا .
- (٧) زجاجة دنول سعة ٢٥٠ جراماً .
- (٨) علب إمبول للحقن تحت الجلد من البيثوترين والأرجوتين والكافور والمورفين والسكوبولامين . والكورامين واللوبياين .
- (٩) (٣) علب شاس بودوفوري ، لسد الرحم (حشوه) في أحوال النزف) أما صندوق النحاس المنكل فيخصص أحدهما للألات ، والثاني للغيرات المعقمة وما شابهها ويحتوي الأخير على ما يأتي :
- (١) فوطه ليلبسها المولد وقت التوليد وقناع للوجه (بشمك)
- (٢) ٦ فوط لتغطية المريضة وقت الولادة .
- (٣) أكياس قماش لتغطية الأطراف السفلى .
- (٤) بعض ضمادات من القماش المسمى بالنت (Lint) لاستعمالها للغير على الحبل السرى .
- (٥) ٤ أربطة شاش معقمة عرض ١٠ سم لاستعمالها للحشو إذا لزم .



(شكل ٦١) قنطرة مثالية

- أما صندوق الآلات فيحتوي على :
- (١) مسفرة (فرشة) لغسل اليدين .
- (٢) ٣ أزواج من الكفوف .
- (٣) قنطرة مثالية وقنطرة لإخراج المخاط من حلق الطفل وقنطرتان من الصمغ المرن لرد الحبل السرى إذا وجد ساقطاً .
- (٤) مقص كبير لقطع الحبل السرى ومقص صغير .

(٥) خيط حرير رقم ٤ أو ٥ لربط الحبل السرى أو شريط قطن رفيع .

(٦) ٦ جفوت شريانية .

(٧) جهاز لحقن الوريد بالخلوكوز أو بمحلول الملح أو الدم .

(٨) ٤ إبر لخياطة العجان وقابضة إبر (مساكة) .

هذه هي الآلات التي تلزم في الولادات الطبيعية . ويجب أن تفرز وتوضع في كيس من القماش حتى لا تضطر كل مرة إلى تعقيم الآلات كلها بعد الولادة .



(شكل ٦٢) قنطرة بوزمان

أما الآلات التي قد تستعمل في الولادة العسرة فهي :

(٩) قنطرة بوزمان .

(١٠) جفت الجذب الهورى .

(١١) ثاقب سمسون .

(١٢) مشبك براون لقطع العنق أو أى قاطع آخر للعنق .

(١٣) مفتت للجمجمة (مشداخ) .

(١٤) مقياسان للحوض أحدهما للقياس من الظاهر والآخر للقياس من الباطن

(١٥) جفت بوزمان لسد (حشو) الرحم .

(١٦) جفتان من الجفوت ذات المشابك بلحذب العنق .

(١٧) منظار خلوى .

(١٨) ملعقة رينشتادر الكالة .

أما الأدوات التي يطلب من الوالدة تحضيرها فهي : كيلو من القطن

و ١٥٠ جم من دتول و ٣٠ جرام من بودرة السرة المحفورة من ٣ أجزاء من أوكسيد الزنك

وجزأين من النشاء وجزء من مسحوق البوريك أو من بودرة السلفا أو مرهم دتول وربع

لتر كحول نى وقطرة نترات فضة ١٪ وشمعان للسريير : واحد طوله متر ونصف

وعرضه متر ، والآخر نصفه في الحجم ، وقصرية سرير وجردل و ٣ ربطات
أحفظه معقمة ، وقليل من الكونياك ، والصحاف (الطشوت) اللازمة لغسل اليدين
ولإغلاء الآلات . وكية كبيرة (ملء حلة تسع ٣٠ لترأ) من الماء البارد الذي
سبق تعقيمه بالإغلاء ، وكية أخرى من الماء الساخن ، وبشكيران للطفل وملابس
الطفل و ٣ أحزمة للبطن ودبايسس إنجايزي و ٣ قطع صابون نقي .

(تشخيص الوضع والمخية)

تستعمل لفحص الحامل مدة الحمل الطرق الآتية :-

(أ) الجس البطني (ب) الجس المهبل (ج) الجس المستقيم

(د) التسمع .

(أ) الجس البطني هو أسلم أنواع الجس عاقية . وتتمرن المولدة عليه
أمكنه بغاية السهولة تشخيص الوضع والمخية ودنو الخاض بلا احتياج إلى عمل
فحص مهبل . وقبل أن يعمل الفحص البطني يحسن بالطبيب ، إذا تيسر له
ذلك ، أن يفحص الوالدة وهي واقفة لأن فحص الرحم والمرأة واقفة يساعد على
تقدير حجم الرحم ودرجة بروزه إلى الأمام أكثر مما يمكن والمریضة مستلقية على
ظهرها . فإذا ظهر البطن أكبر من الطبيعي فقد يكون ذلك لارتخاء جدره
وشدة ميل الرحم عليه ، أو قد يكون بسبب الامتسقاء الأمنيوي أو الحمل التوأمي
أو لضخامة الجنين أو لوجود أورام في البطن أو لزيادة سمن المرأة أو أن يكون
الحوض ضيقاً فلا يهبط الرأس في الحوض فيشغل الجنين جزءاً من البطن أكبر
مما يشغل إذا كان الرأس منحسراً . ويحسن في هذه الظروف قياس محيط البطن في حذاء
السرة . ثم يطلب من الوالدة بعد ذلك أن تستلقي على ظهرها ويكشف بطنها تماماً
وتوضع وسادة خلف رأسها وأخرى تحت أكتافها ويطلب منها أن تدنو من حافة
السرير . ومن الموافق أن يطلب من الوالدة أن تتبول قبل عمل الفحص . ثم يجلس
المولدة على حافة السرير مواجهاً لها ويضع راحتي اليدين على البطن بعد تدفئتها
ويفحص الرحم في وقت لا يكون فيه منقبضاً . ويبدأ الفحص بغاية اللطف والتدرج
حتى تتعود العضلات على ضغط الأصابع فلا تنقبض ، لأنها إن انقبضت

استحال الحصول على أى معلومات . ومضى حددنا الرحم ففحص جدره لئرى هل هى منتظمة أو تتخللها أورام ليفية . ثم نحدد مدى ارتفاع القاع لتعرف من الحمل ، ثم نبحث بعد ذلك أجزاء الجنين ومقدار السائل الأمينوسى . ثم ينتظر إلى أن تحدث الانقباضات الرحمية ليرى إذا كانت مصطحبة بألم فى الظهر فإن كان ذلك فهو دليل على أن الحامل دخلت فى المخاض .

ولتشخيص وضع الجنين ومجيئه يجب اتباع نظام خاص . فبدأ أولاً بفحص جزء الجنين الشاغل لقاع الرحم ويسمى ذلك بجس القاع ، ثم يفحص الجزء الشاغل للمسافة حول السرة ويسمى ذلك بالجس السرى ثم يجس الجزء الشاغل لأسفل الرحم والحوض . ولذلك طريقتان تسمى إحداهما بقبضة بافليك والأخرى بالجس الحوضى



(شكل ٦٣) جس القاع

(١) و (٢) الجس القاعى
والسرى لعمل هاتين الطريقتين يجلس المولدة على حافة السرير مواجهاً للمولدة . ثم يسطر يديه على قاع الرحم ليفحص جزء الجنين الموجود فيه . وعادة يكون إما الرأس أو المقعدة ، فإن كان ذلك الجزء هو الرأس يجس بورم صلب أملس مستدير إذا تحرك لا يتحرك باقى الجسم معه ، وينفصل عن الجسم بميزاب مستعرض هو ميزاب العنق . وأعظم ما يميز الرأس وهو فى القاع أننا إذا دفعناه بالأصابع بقوة تحرك إلى الجهة المقابلة بسهولة ومن غير أن يتحرك الظهر ، وذلك بسبب مفصل العنق . أما إذا كانت المقعدة هى الموجودة فى القاع

كما هو الحال فى كل الولادات الطبيعية فيجس بورم غير منتظم ، أقل صلابة من الرأس ولا يتحرك بنفس السهولة التى يتحرك بها الرأس إذا دفع بالأصابع بقوة .

وإذا تحرك تحرك سائر الجسم معه ، ولا يفصله عن الظهر ميزاب ، ويمكن أن يحس بالإقدام بجانبه . ومتى انتهينا من فحص القاع نسحب يدينا إلى أسفل ونضغط بهما حذاء السرة . فإن كان الظهر متجهاً إلى الأمام واليسار يحس في جهة اليسار بمقاومة أكثر مما يحس في جهة اليمين . فإن لم نحس بهذه المقاومة نضغط على القاع باليد الأخرى فينتهي جسم الجنين ويتفوس الظهر إلى الوراء فيسهل الإحساس به . أما إذا كان الظهر إلى الوراء فتقابل اليد الباحثت التجويف الذي بين الأطراف والرأس ولا يحس بالظهر .

(٣) قبضة بافليك - (انظر شكل ٦٥) . هي أهم طرق الفحص وتسمى بالقبضة لأن الباحث يقبض بيده على الجزء المقحوص . وطريقة عملها هي أن يجلس المولود مواجهاً للوالدة ثم يضع يده على الجزء السفلي لابطن ويقبض بها على الجزء الآتي به الجنين ، غارزاً الإبهام في إحدى جهتي الحوض الكاذب أعلى رباط بوبارث والأصابع الباقية في الجانب الآخر وتقرب الإبهام من الأصابع



(شكل ٦٥) قبضة بافليك



(شكل ٦٤) الجس السرى

الأخرى . وبهذه القبضة نستطيع معرفة إذا كان الحوض مشغولاً بأحد أجزاء الجنين أو خالياً ، ونستطيع أيضاً معرفة نوع ذلك الجزء . فإذا وجدنا الجزء الآتي به الجنين مائلاً للحوض وهابطاً في تجويفه ولم تكن الوالدة في المخاض فبالغالب أن يكون الجنىء بالرأس . أما إذا كان الجزء الآتي به الجنين غير منحسر فقد يكون الرأس أو المقعدة . والرأس يتميز عن المقعدة بالعلامات السابق ذكرها . أما أنواع الجنىء بالرأس فيمكن تشخيصها بملاحظة أيهما أكثر ارتفاعاً : الحدبة المؤخرية أم الذقن فإذا وجدنا أن جزء الرأس الشاغل للجهة التي فيها الظهر هو الأكثر ارتفاعاً نعلم من ذلك أن المؤخر أكثر ارتفاعاً ويكون الجنىء بالوجه . أما إذا كان الذقن أكثر ارتفاعاً من الحدبة المؤخرية فالجنىء بالقمة . وأن تساوى ارتفاع الذقن والحدبة

المؤخرية فالجنىء بالحاجب

(أنظر أشكال ٦٧ و ٦٨

و ٦٩) .



(شكل ٦٦) الجس الحوضى

(٤) الجس الحوضى

بواسطة الجس الحوضى نستطيع معرفة ما إذا كان الجزء الآتي به الجنين منحسراً أو غير منحسر ويمكننا أيضاً معرفة مدى الانحسار . ولعمله نغير وضعنا بالنسبة للوالدة ، وذلك بأن نجلس مواجهين لقدميها . ثم نسط يدينا على جانبي تجويف الحوض وندمهما فيه بغاية اللطف . فإذا كان الجنىء بالرأس

وكان الرأس منحسراً فن السهل بميز الجبهة عن الحدبة المؤخرية ، ذلك لأن الأصابع التي في جهة الجبهة لا تستطيع أن تندس في الحوض بقدر الأصابع التي في جهة المؤخر ، إذ أن الجبهة تملأ الجبهة التي هي بها أكثر من المؤخر .

ويسمى الرأس منحشراً إذا كان أكبر قطر له قد جاز المضيق العلوى للحوض ويمكن الاستدلال على ذلك بأن يمسك الرأس بقبضة بافليك ويحاوكم تحريكه من جانب إلى آخر فإذا سهل إمساك الرأس وتحريكه كان غير منحشر . أما إذا لم نستطع إمساك الرأس وشعرنا فقط بالذقن والحذبة المؤخرية وميزاب العنق فالرأس منحشر . وانحشار الرأس عند متكررات الولادة من العلامات التي يستدل منها على أن الولادة دخت في الحاض أو هي قريبة منه . أما عند البكرات فلكون الرأس ينحشر غالباً في الأسابيع الثلاثة الأخيرة للشهر العاشر فلا يكون انحشاره دليلاً على الحاض . وفضلاً عن طرق الفحص السالفة الذكر يحسن بالمولد عند عمل الجس الحوضي أن يبحث بأصابعه عن مكان الميزاب العنقي فإذا عثر عليه سار بأصابعه إلى فوق إلى أن يصادف مقاومة . فتنى صادف هذه المقاومة علم أنه وصل إلى الكتف المقدمة ، ومنى علم مكان الكتف المقدمة يضع على البطن علامة بالقلم الرصاص أو بالحبر . ثم يبحث بعد ذلك عن علاقة الكتف بالخط المتوسط للأم وعن البعد بين الكتف والعاة فإذا كان البعد بين الكتف والعاة ١٢ سنتيمتراً فلا يمكن أن يكون الرأس منحشراً وإن كان ١٠ سنتيمترات فالرأس على وشك الانحشار وإن كان خمس سنتيمترات فقد تم الانحشار فإذا وجدت الكتف ملاسة للعاة كان الرأس على وشك الخروج من العجان . وهذه النتائج كلها تقريبية لأن بعد الكتف عن العاة يختلف باختلاف حجم الجنين وطول العنق .



(شكل ٦٩)

الجنين بالوجه ، الحذبة المؤخرية أكثر ارتفاعاً من الذقن

(شكل ٦٨)

الجنين بالحاجب ، الحذبة المؤخرية والذقن على استواء واحد

(شكل ٦٧)

الجنين بالفتحة . الذقن أكثر ارتفاعاً من الحذبة المؤخرية

أما علاقة الكتف بالخط المتوسط للأم فلها أهمية خاصة في الأوضاع التي يكون فيها المؤخر متجهاً إلى الأمام لا تبعد الكتف عن الخط المتوسط أكثر من ستيمتر ونصف وتكون الكتف موجودة في الجهة التي فيها الظهر . وفي الأوضاع التي يكون فيها المؤخر متجهاً إلى خلف تبعد الكتف عن الخط المتوسط بسبعة أو ثمانية ستيمترات .

ومنى عرفنا الجزء الآتي به الجنين ودرجة انحنائه فنبحث عن طبيعة الانقباضات الرحمية فنضع اليد منبسطة على الرحم ، ومنى حدث الطلق نحدد قوته والمدة التي يبقى فيها الرحم منقبضاً ونلاحظ ما إذا كان الرحم يرتخى بعد زوال الطلق أو يبقى منقبضاً . وبقاء الرحم منقبضاً دليل على أن الولادة تعسرت . وفي حالة انقباض الرحم انقباضاً مستمراً يسهل الإحساس بالرباط المبروم الأيسر متوتراً وهذا دليل آخر على أن الولادة تعسرت . ثم نبحث بعد ذلك عن حلقة الانكماش وهي



كما سبق القول مكان اتصال الجزء العاوي للرحم (وهو الذي يتميز بخاصتي الانقباض والانكماش) مع الجزء السفلي الذي لا ينقبض بل يرتخى ويمتد . ففي الولادات الطبيعية تكون حلقة الانكماش أسفل العانة فلا يحس بها ، وكلما طالت الولادة وزاد انكماش الجزء العاوي للرحم تتحرك حلقة الإنكماش إلى فوق . فإذا وصلت إلى ٥ ستيمترات فوق العانة كان ذلك دليلاً على أن الجزء السفلي للرحم قد ترقق إلى حد خطار الانفجار . ويجب التمييز بين حلقة الانكماش وبين الانقباض الذي يعاوم المانة المتعددة بالبول ويستدل على تمدد المانة بالإحساس بشموج البول فيها .

(ب) الفحص المهبل - يشمل الفحص المهبل الفحص النظري واللمس . فبالفحص النظري يرى ما إذا كان الفرج أبيضاً أو

(شكل ٧٠)

الجزء المهبل . لاحظ تبعيد الشفرين بأصابع اليد الأخرى

به فروج أو بثور أو دوالي ، وهل بالعجان ممزق قديم ، وهل يوجد سقوط في المهبل أو مفرزات قيحية . ولعمل الفحص النظرى يطلب من الوالدة أن تنام على السرير بالعرض ، وأن تثني فخذيها على بعضها ، وساقها على فخذيها ، وتفتح بين فخذيها أى تبعد أحدهما عن الآخر . ومنى انتهينا من الفحص النظرى يظهر الفرج جيداً وتظهر اليدان ويلبس قفاز عقيم يوضع عليه بعض من مرهم الدتول ثم يبعد الشفران أحدهما عن الآخر ويدخل أصبع أو اثنان في المهبل . (انظر شكل ٧٠)

ويشمل الجس المهبلى :

- (١) فحص المهبل والعتق . (٢) فحص الحزء الآلى به الجنين (٣)
(٣) فحص الحوض العظمى للأم .

(١) فحص المهبل والعتق — إذا كانت الحامل في الخاض نجد المهبل مندى بسائل مخاطى وإذا طال الخاض فقد يكون المهبل جافاً . ثم يبحث الجدار الخلقى لتعلم إن كان المستقيم مملوفاً بالبراز ، ويبحث الجدار المقدم لتعلم إن كانت المثانة متمددة بالبول . ثم ندفع أصبعينا إلى فوق ونبحث العتق . فإذا كانت الفوهة الظاهرة متمددة وكانت الماخض (الوالدة) بكريه الولادة يحس بالفوهة كأنها حاشية حلقيه رقيقة الجدر . أما إذا كانت الماخض متكررة الولادة فيحس بالفوهة المتمددة كأنها قناة قصيرة .

وسبب ذلك هو أن



الفوهة الباطنة تتمدد قبل الفوهة الظاهرة عند بكرىات الولادة ، أما عند متكرراتها فالفوهة الظاهرة تكون مفتوحة في أول الولادة وذلك لأن السيج الذى يغلقها يكون قد ممزق في الولادات السابقة . ويجب تقدير

(شكل ٧١) طريقة لبس كفوف المطاط

درجة تمدد العنق . ويسمى التمدد تاماً إذا كان قطر الفوهة ١٠ مستديرات فإذا كان القطر خمس مستديرات سمى نصف تمدد وإذا كان أقل من ذلك يقال إن العنق يسع أصبعاً أو اثنين أو هو في حجم الريال .

(٢) فحص الجزء الآتي به الجنين - ثم نبحت بعد ذلك عن نوع الجزء الآتي به الجنين ، فإن كان هو الرأس فيتمس على تداريزه ويواقيحه . وتعيين موضع اليوافيخ يساعدنا على تشخيص الوضع . ففي الوضع الأول يكون اليافوخ الخلقى إلى الأمام واليسار ، وفي الثاني إلى الأمام واليمين ، وفي الثالث إلى الورا واليمين وفي الرابع إلى الورا واليسار .

وقد يكون التمييز بين اليافوخ المقدم والخلقى صعباً إما لتراكب العظام وزوال المسافة الغشائية في اليافوخ المقدم ، أو لأننا قد لا نحس إلا بجزء من اليافوخ المقدم فنظنه خطأ اليافوخ الخلقى لأننا لا نشعر إلا بتقابل ٣ تداريز . وللتمييز بين اليافوخين يلاحظ أن العظام تتراكم وقت الولادة بكيفية تجعل العظم المؤخرى يهبط في مستواه عن الجدار بين يتخالف اليافوخ المقدم فإن عظامه تبقى على مستوى واحد تقريباً مهما تقاربت بعضها من بعض .

ثم نبحت بعد ذلك عن جيب المياه هل انفجر أو لم ينفجر . فإذا وجدنا صعوبة في ذلك نتظر حدوث طلق ، وعندئذ يبرز جيب المياه أكثر من الأول . ثم نبحت بعد ذلك عن مقدار انحناء العنق إن لم يكن قد أعشى تماماً ، وعن حجم الفوهة الظاهرة . ثم ندفع الرأس إلى فوق لمعرفة ما إذا كان منحسراً أو غير منحسر ولتشخيص أنواع المشيء تلزمنا ملاحظة مميزات كل منها . فالرأس والمقعدة يحس بكلهما كورم صلب مستدير ، ولكن الرأس يتميز بكونه أكثر انتظاماً وأشد صلابة ويحس عليه بالتداريز . والمقعدة تتميز بوجود ثلاث نقط عظمية هي الحدبتان الوركيتان وقمة العصعص . والوجه يتميز بالتم ، واللسان ، والحاجز السنخي ، والحاجز « فوق الحجاجي » . والقدم تتميز عن اليد بأن أصابعها على خط مستقيم وأصابع اليد تكون في خط منحني ، وإبهام اليد يمكن تفريره وتبعيده بخلاف إبهام القدم . والركبة تتميز عن المرفق بكبر حجمها وبالرباط الردي وحيدة القصبة .

ولا يبقى علينا الآن إلا ملاحظة ثلاثة أمور :

(١) ملاحظة ما إذا كان الحبل السرى ساقطاً أو غير ساقط (٢) أن تمر أصبعنا على جدر الحوض لترى هل فيه ضيق أو أورام . (٣) أن نلاحظ شكل جيب المياه وقت الطلق . ففي أحوال الولادة العائنية أعمى الولادة التي يكون فيها اغبي بالقمة يكون جيب المياه قليل البروز ويكون حجمه مناسباً لحجم القوطة الباطنة ، بحيث إذا كان ممتددة قليلاً يكون الجيب صغيراً ، وإن كانت ممتددة كثيراً يكون كبيراً . أما في اغبيء المعيب فشكله يكون قمعياً ويرز في المهبل أثناء الطلق بروزاً شديداً . وسبب ذلك أنه في اغبيء بالقمة يملأ الرأس القسم السفلى للرحم فيفصل جزء السائل الأمنيوسي الذي كوّن جيب المياه عن السائل الأمنيوسي العموس ، وفي حدث الطلق لا يمكن أن يضاف شيء على جيب المياه . أما في اغبيء المعيب مثل اغبيء بالمقعدة أو الوجه مثلا فإن الجزء الآتي به الجنين لا يملأ القسم السفلى للرحم تماماً ، فيكون جيب المياه متصلاً بالسائل الأمنيوسي العموس .



(شكل ٧٢)

تحريك الرأس من جانب لأخرى أثناء السوم للتأكد من درجة العشرة

فتى حدث الطلق يصل جزءه من السائل الأميني إلى جيب المياه ، فيشند بروزه في المهبل ويصير شكله قمعياً . وينتهي الأمر بانفجاره قبل أن تتمدد الفوهة الفظاهرة بمدداً كافياً . وعلى ذلك فتى رأينا أن شكل جيب المياه قمعى ، وأنه يبرز كثيراً أثناء الطلق نعلم أن الحجيء معيب أو أن في الحوض ضيقاً يمنع الرأس عن الانحشار .

(٣) فحص الحوض العظمى للأم - يفحص حوض الأم لتقدير درجة اتساعه وسيأتى شرح ذلك بالتفصيل في الكلام على ضيق الحوض .

والجس المهبل يفيدنا معلومات هامة ولكنه ليس خالياً من الخطر . وعلى ذلك فالواجب ألا يفعل إلا مرتين فقط . مرة في أول الولادة للتحقق من تمدد الفوهة الباطنة والمعلومات التي سبق ذكرها ، ومرة أخرى وقت انفجار جيب المياه للتأكد من عدم سقوط الحبل السرى .

(ج) الجس المستقيمى - بالجس المهبل نستطيع الحصول على المعلومات الهامة التي سبق ذكرها ولكنه في الواقع لا يخاف من الخطر على الولادة فقد يكون هو السبب في إصابتها بحصى النفاس . وقد حاولوا أن يستعضوا عنه بجس الماخض من المستقيم . ولعمل هذا الجس يابس قفاز من المطاط وبعد دهن السبابة بالفازلين تولج في الشرج وتدفع إلى أقصى ما استطاع من غير إيذاء الولادة . ثم يبحث بها عن الجزء الأتى به الجنين وتقدر درجة انحشاره في الحوض . والمتمرن على هذا الجس يستطيع تقدير درجة تمدد العنق وسعة الحوض . وعند إخراج الأصبغ من المستقيم يجب الحذر من تلويث العجان .

(د) التسمع - بالتسمع يعرف ما إذا كان الجنين حياً أو ميتاً ، ويقدر أيضاً مقدار تأثير الجنين من طول الولادة . فإنه إذا طالت الولادة طولاً غير طبيعى وكان جيب المياه متفجراً لا يلبث أن يظهر أثر ذلك على الجنين فتسرع ضربات قلبه وقد تبلغ أكثر من ١٦٠ في الدقيقة ثم تأخذ في البطء بعد ذلك حتى قد تبلغ تسعين نبضة في الدقيقة . فإذا زادت ضربات القلب عن ١٦٠ أو قلت عن ١٢٠ في الدقيقة عد ذلك دليلاً على أن الجنين بدأ يصاب بالأسفكسيا . وبالتسمع

يمكن أيضاً الاستدلال على وضع الجنين . وتشخيص الوضع بالنسبة بتقسيم البطن إلى أربعة أقسام بخطين يمران بالسرة ، أحدهما عمودي والآخر أفقي . فإذا سمعنا ضربات قلب الجنين أشد وضوحاً في أعلى السرة فالغالب أن الجنين بالمقعدة . وإذا سمعنا في أسفلها فالجنين بالرأس . وإن سمعناها إلى يمين الخط المتوسط فالظن إلى اليمين والعكس بالعكس .

المقارنة بين أنواع الفحص

الفحص المهبل أسهل طرق الفحص ولكنه لا يخلو من الخطر ، فمن الخطأ أن معظم أحوال الحمى التنفسية يرجع السبب فيها إلى ما ينتقل من الميكروبات إلى الأم على الأصبع الباحث . وقد لا يكون الخطأ ناتجاً من إهمال تعقيم القفاز أو تطهير القرج بل من وجود بؤر متفححة حول القرج أو في الجزء السفلي للمهبل يلامسها الأصبع في مروره فينتقل ميكروباتها إلى عنق الرحم .

أما الجس المستقيم فلا يوجب تطهير اليدين ومن السهل تكرار عمله ، ولكنه يستدعي مراناً كبيراً ينقص الطيب المبتدئ . والجس البطني أسلم أنواع الفحص عاقبة ويسهل باتباعه تشخيص وضع الجنين ونوع الحمى ودرجة انحشار الرأس ، ولكن لا يستطاع تقدير درجة تمدد العنق أو معرفة ما إذا كان الحبل السرى ساقطاً أو الجيب منفجراً أو تشخيص عدم تزامن الانحشار أو تقدير حجم تجويف الحوض . ولما كانت هذه كلها يستطاع معرفتها بعمل جس مهبل واحد فمن السهل أن تؤخذ كل الاحتياطات اللازمة قبل عمل هذا الجس حتى يقل أو ينعدم الضرر منه على قدر الإمكان .

(علامات دنو المخاض (الولادة) وعلامات الولادة العسرة)

العلامات التي يستدل بها على أن الحامل صارت في المخاض أربعة :

- (١) حدوث الطلق الحقيقي وهو عبارة عن انقباضات رحمية مؤلمة يحس بوجعها في الظهر على الأخص (٢) انحشار رأس الجنين عند متكررات الولادة في الفترة بين طلق وآخر . (٣) الإفراز المخاطي المدم . (٤) تمدد الفوهة الباطنة .

(١) الطلق - الإنقباضات الرحمية التي تحدث مدة الحمل لا يحس بها عادة لأنها لا تكون مصحوبة بوجع . أما مدة الولادة فتكون مصحوبة بوجع فتشعر الولادة بمحدوثها . ولعرفة ما إذا كانت الانقباضات مؤلمة أو غير مؤلمة يطلب من الولادة أن تستلقي على ظهرها في السرير ، وتوضع اليدين على البطن ، ويطلب منها أن تخبرنا عن الوقت الذي تشعر فيه بوجع في ظهرها . فإن أحسنا بانقباض الرحم وقتئذ نعلم أنها في المخاض .

(٢) انحسار الرأس عند متكررات الولادة - عند متكررات الولادة لا ينحسر الرأس إلا وقت الولادة أو قبل ذلك بقليل وذلك لأن ارتخاء جدر بطونين بسبب الولادات السابقة يجعل البطن ذا سعة كافية فلا يوجد ما يوجب انحسار الرأس قبل أن يدنو المخاض . أما عند بكريات الولادة فالرأس ينحسر في الثلاثة الأسابيع السابقة للمخاض لصغر بطونين . فإذا وجدنا الرأس منحسراً عند متكررة الولادة في الفترة بين الطلقات نعلم أنها غالباً في المخاض . ولكن العكس ليس صحيحاً فقد تكون متكررة الولادة في المخاض ولا يكون الرأس منحسراً كما يحدث في أحوال ضيق الحوض ، وارتخاء جدر البطن ، والاستسقاء الأميني ، والحمل التوأمي ، والاندغام العيب للمشيمة ، والأوضاع المعيبة للمجىء بالرأس ، والاستسقاء الدماغى . ولعرفة ما إذا كان الرأس بدأ في الانحسار نمسكه بقبضة بافليك أو بالطريقة الموضحة في (شكل ٧٢) ، ثم نجتهد في تحريكه من جانب إلى الجانب الآخر فإذا كان منحسراً فلا يتحرك أو يتحرك قليلاً جداً ، وسبب عدم تحرك الرأس وهو آخذ في الانحسار هو انقباض الجزء السفلى للرحم حوله .

(٣) الإفراز المخاطي المدمم - إذا طابنا من الولادة أن تنام على جانبها الأيسر أو ظهرها وفحصنا الفرج فوجدناه مندى بسائل مخاطي مدمم نعلم أن الحامل غالباً ما تكون في المخاض . ولكن عدم وجود هذا الإفراز لا يبنى كونها في المخاض .

(٤) تمدد القوذة الباطنة للعتق - إذا لم نكتف بالعلامات السابقة وأردنا التحقق من تمدد القوذة الباطنة يجب أن نطهر أعضاء التناسل الظاهرة والأيدى نظهراً دقيقاً ثم ندخل أصبعين في المهبل ونفحص العتق . فإذا كانت الولادة بكربية الولادة وأمكنا إدخال الأصبع الباحث في تجويف العتق بحيث يلامس جيب المياه ، فالأغلب أنها في المخاض . أما إذا كانت متكررة الولادة فقد تكون في المخاض أولاً تكون .

علامات الولادة العسرة

من المهم جداً المبادرة بإدراك العلامات التي يستدل منها على كون الولادة غير طبيعية . وذلك لأن ترك المريضة وقتاً طويلاً بلا مساعدة ينتج عنه في أغلب الأحوال نتائج سيئة قد تكون سبباً في القضاء على حياتها .

والعلامات التي يستدل منها على أن الولادة غير طبيعية هي الآتية :

(١) عدم الحشاش الجزء الآتي به الجنين بالرغم من وجود طلق قوى ، وصعوبة الوصول إليه عند عمل التخصص المهبل .

(٢) كون جيب المياه قعماً الشكل وبروزه بروزاً شديداً وقت الطلق .

(٣) خلو العقب من الجزء الآتي به الجنين وتدلّيه في المهبل .

أما النتائج التي تصيب الولدة بسبب عسر الولادة فسيأتي الكلام عليها فيما بعد ونكتفي هنا بذكر أعراض وعلامات الولادة العسرة فنقول :

(١) إن أول علامة يستدل منها على أن الولادة طالت طويلاً يخشى منه على المريضة هي ارتفاع عدد النبضات (٧٥ أو ٨٠ نبضة في الدقيقة إلى ١٠٠) وقد يبلغ عددها ١٦٠ في الأحوال الثقيلة ويلاحظ في عد النبض أن يكون أثناء الفترات التي تتخلل آلام الوضع لا أثناء حدوث الألم ويتلو ذلك ارتفاع الحرارة أيضاً بسبب تعفن ما يكون في المهبل من السائل الأمنيوسي .

(٢) ويتلو ذلك تغير طبيعة الطلق . ويختلف نوع التغير بحسب السبب . فإن كان سبب طول الولادة خمود الرحم فإن الطلق يضعف تدريجاً ثم يزول ، وقد يعود بالثاني إذا نامت المريضة وارتاحت .

أما إذا كان السبب ضيقاً في الحوض أو شدوفاً في الحجاب فإن الطلق يتواتر بسرعة وتشتد قوته ويصطحب بوجع شديد . فإذا لم يولد الجنين صارت الانقباضات مستمرة بعد أن كانت متقطعة وأصبح البطن مؤلماً جداً بحيث يصعب بل يستحيل تمييز أجزاء الجنين بالبحس البطني .

(٣) لا تطول هذه الحالة حتى تظهر آثارها على وجه المريضة فيشحب وجهها وتجف شفتاها وتتجمع عليها الأوساخ ، ويتغطى اللسان بطبقة ثخينة ، ويتاب المريضة تهوع وقئ .

- (٤) ويتلو ذلك حدوث العلامات الآتية وهي :-
 (أ) ارتفاع حلقة الانكماش أعلى العانة بأربعة سنتيمترات .
 (ب) انتفاخ الجزء العلوي للمهبل بسبب ارتفاع العنق .
 (ج) جفاف المهبل لعجز الغدد العنقية عن الإفراز .
 (د) توتر الأربطة المبرومة . ولا يحس غالباً إلا بالرباط اليسر بسبب التواء الرحم طبيعياً إلى اليمين .

(طرق الوقاية من حمى النفاس)

معظم المواتي يمتن في مصر بسبب الولادة تكون سبب وفاتهن الإصابة بحمى النفاس أو التزيف - والعدد الأكبر من النساء المواتي يصبن بحمى النفاس ولا تنهى إصابتهن بالوفاة تتخلف في أعضائهن التناسلية أمراض مزمنة مثل التهابات وخراجات البوقين والمبيضين تلازمهن زمناً طويلاً مسببة انحطاطاً في قواهن وآلاماً مختلفة الشدة تجعلهن غير قادرات على القيام بأعمالهن . المتزلية وحمى النفاس تنشأ تقريباً دائماً من خطأ المباشر للولادة .

أما طرق الوقاية منها فستشرح بالتفصيل في الفصل الخاص بحمى النفس ويكفي هنا أن نلفت نظر المولدة إلى ضرورة اتباعه في التوليد نفس الأساليب التعقيمية المتبع في العمليات الجراحية وأن يلاحظ أن الجروح التي تتخلف عن الولادة سواء كانت في العنق أو المهبل أو العجان فضلاً عن السطح الرحمي الكبير الذي تكون المشيمة مندغمة عليه لا تقل شأنها عن الجروح التي تعمل في العمليات . تشمل الوسائل المتبعة للوقاية من حمى النفاس اتخاذ احتياطات خاصة (١) بالمولدة (٢) وبالوالدة (٣) وبالآلات المستعملة في الولادة ، والغيارات .

(١) أما المولدة - فيجب ألا يباشر الولادة إلا بعد أن يتخلع ملابسه الخارجية ويقلم أظفاره ، ويطهر يديه بغسلهما بالمسفرة (الفرشة) والماء الجارى والصابون مدة خمس دقائق على الأقل ثم غسلهما بعد ذلك مدة دقيقتين بالمسفرة والصابون في إناء يحتوي على محلول الدتول بنسبة خمسة في الألف ، ثم يلبس بعد ذلك فوطة عقيمة ويغطي وجهه بقناع مكون من أربع طبقات من الشاش . وتغطي القدم

والأنف بهذا القناع واجبة الاتباع . إذ قد ثبت ثبوتاً قاطعاً أن كثيراً من أحوال حمى النفاس تنشأ عن الرذاذ الذى ينتظير من الفم فى أثناء الكلام ويسقط على الفرج أو يصل إلى المهبل فى وقت الولادة . ويجب على المولدة أن يستعمل القفازات المطهرة بالإغلاء (١) عند عمل فحص مهبل و (٢) عند وفاء العجان وتخليص الجنين واستقبال المشيمة و (٣) عند إجراء أى عمليات مثل وضع الجفت أو خياطة العجان أو غير ذلك .

(٢) أما الوالدة - فيجب عليها متى ابتداء الطلق أن تستحم بالماء والصابون وأن تصب الماء على جسمها صلباً على الطريقة المشبعة فى مصر . ولا يجوز لها أن تجلس فى حوض مملوء بالماء خوفاً من دخول الماء المشبع بأوساخ الجسم إلى المهبل . ثم تعطى بعد ذلك مسهلاً مثل (زيت الخروع) ، ويعمل لها حقنة شرجية عند ما يأخذ العنق فى التمدد . وهذا الاحتياط ضرورى جداً إذ به تنق خروج البراز من الشرج وقت تخليص الرأس وتلويث الفرج والمهبل بالبراز وتعرض المرأة للإصابة بحمى النفاس . ثم تحضر أعضائها التناسلية الظاهرة بالطريقة الآتية :

يبدأ أولاً بفتح شعر العانة والشفرين ثم يبعد الشفران الكبيران ويوضع فى فوهة المهبل بعض من مرهم الدتول أو برفادة مبلة بمحلول الدتول خمسة فى الألف ، ثم يغسل الفرج جيداً بقطعة من القطن مشبعة بمحلول الدتول والصابون وتستعمل القطعة مرة واحدة من فوق إلى تحت ولا يُعكس الاتجاه . ثم ترفع الرفادة التى سد بها المهبل وتغسل الفوهة مع العجان بالطريقة السابقة الذكر بحيث لا تستعمل قطعة القطن إلا مرة واحدة لأنها تتلوث عند غسل الشرج . ثم يوضع بعد ذلك غيار عقيم على الفرج . ويجب عند إجراء فحص مهبل تباعد الشفرين جيداً بحيث لا يلامس الأصبع الباحث جلد الفرج وقت إدخاله . وعند ما يأخذ الرأس فى تمديد الفوهة المهبلية يدهن العجان بمرهم الدتول أو بمحلول البكريك الكحولى ٢ فى المائة . ثم توضع على الأطراف السفلى قوط أو أكياس معقمة ، وتوضع فوطه أسفل الإليتين وأخرى فوق العانة . فإذا انفق وقت خروج الرأس أن اقلع البراز من المستقيم وجب على المولدة أن يمسح البراز برفادة مبلة بالدتول مع ملاحظة عدم تلويث العجان . ثم يخلع القفاز ويلبس آخر . ومتى تخلص الرأس تجب تغطية فتحة الشرج برفادة مبلة بالدتول حتى لا يتلوث وجه الجنين بملامستها .

(٣) الآلات المستعملة في الولادة - كل الآلات والغيرارات والرفادات الإسفنجية المستعملة في الولادة يجب تعقيمها إما بالإغلاء أو بالبخار .

ما هي الولادة الطبيعية - الولادة الطبيعية هي التي يكون الجنين فيها آتياً بالقمة ، ويتم ولادته بلا مساعدة ولا مضاعفات .

أدوار الولادة - أدوار الولادة ثلاثة وهي :-

(١) الدور الأول - أو دور التمديد .

(٢) الدور الثاني - أو دور قذف الجنين .

(٣) الدور الثالث - أو دور تخليص المشيمة .

فالدور الأول يبتدئ من وقت حدوث الطلق الحقيقي وينتهي بتمدد الفوهة الظاهرة تماماً وانفجار جيب المياه . ومتوسط مدته عند بكرات الولادة من ١١ - ١٢ ساعة ، وعند متكرراتها من ٦ - ٨ ساعات . والدور الثاني يبدأ من برهة انفجار جيب المياه بعد أن يكون العنق قد تمدد تماماً وينتهي بولادة الجنين . ومتوسط مدته من ساعة إلى ساعتين عند بكرات الولادة ، ومن ١٠ إلى ١٥ دقيقة عند متكرراتها . والدور الثالث يبدأ من نهاية ولادة الجنين ، وينتهي بتخليص المشيمة . ومدته من ١٢ إلى ١٥ دقيقة إذا ساعدت المشيمة على التخليص بعد انفصالها من الرحم . أما إذا تركت المشيمة بعد أن تنفصل من الرحم ولم تساعد على الخروج من المهبل فقد تبقى فيه زمناً طويلاً .

المخاض الكاذب - كثيراً ما يحدث أن تبدأ الولادة وتتوالى الانقبضات الرحمية بحيث يحس العنق وتمدد الفوهة الظاهرة ثم يقف الطلق . وربما تأخرت الولادة أياماً بل أسابيع من غير ضرر على الأم أو الجنين . وقد يحدث أحياناً أن يموت الجنين ولا يعود الطلق إلا بعد زمن طويل .

منى تجب ملازمة الوالدة - من أشد الأمور مضايقة للطبيب أن الولادة لا تتبع في سيرها نمطاً واحداً . فقد تطول في بعض الولادات وتقصُر في البعض الآخر . ومن السهل جداً أن يخطئ الطبيب في تقدير الزمن الذي ستحدث فيه الولادة فيترك الوالدة ظاناً بأنها لا تلد إلا بعد ساعات كثيرة فلا يكاد يصل إلى بيته حتى تكون الولادة قد تمت فيقع عليه لوم كبير . وقد يلزم الطبيب الوالدة ساعات

طويلة منتظراً الولادة من ساعة إلى أخرى فتتأخر يوماً أو أكثر . وما يساعد على تقدير الزمن اللازم للولادة الاستفهام عن الولادات السابقة هل كانت سريعة أو بطيئة ، وملاحظة قوة الانقباضات وطول مدتها ومعرفه ما إذا كان جيب المياه قد انفجر أو لم ينفجر ، وإلى أى درجة وصل تمدد القهوه الظاهرة . وإذا كان الرأس قد هبط كثيراً في الحوض . ومن الموافق أن لا يترك الطبيب الولدة إذا كانت الانقباضات القوية تتلو بعضها بعضاً في مدد قصيرة ، وإذا كانت القهوه الظاهرة تمددت إلى حجم الريال . أما إذا كان جيب المياه قد انفجر فلا يجوز له أن يتركها أبداً . ومن المهم معرفته أن عنق الرحم عند المشكورات قد يتمدد بسرعة بسبب شدة لبوته قبل أن يحى تماماً بخلاف العنق عند بكرات الولادة فهو لا يتمدد إلا بعد أن يحى تماماً .

سير الولادة الطبيعي في الدور الثاني - متى تمدد العنق وانفجر جيب المياه يشتد الطلق وذلك لسببين : الأول ، أنه متى تصرف السائل بصغر تجويف الرحم فتتضخم عضلاته بسبب انكماشها وتشد قوتها . والثاني أنه بسبب ملاصقة الرحم بحم الجنين بعد تصرف السائل الأمينوسى يشتد التنبه المنعكس للطلق . كما أن ضغط الرأس الصلب على العنق والمهبل يحدث تنبهاً أشد من الضغط الذي يحدثه جيب المياه اللبن المرن . فبعد انفجار جيب المياه يقف الطلق قليلاً ثم يعود بشدة متزايدة وتطول مدة الطلق . وقد تمكث الطلقة الواحدة من دقيقة ونصف إلى دقيقتين ، ولكن تطول المسافة بين طلق وآخر عما كانت في آخر الدور الأول ، وكلما تقدم الحاض قلت مسافة الفترات وزادت قوتها حتى إنها وقت تخلص الرأس من الفرج تتتابع بسرعة لانجعل الفترات التي بينها محسوسة . وتصير مساعدة الأم للطلق أشد فلها بغير إرشاد تثبت قدمها وقت الطلق وتركز إلتها وصدورها على السرير وتقبض بيديها على أعواد السرير أو تمسك بأكتاف إحدى الحاضرات ثم تنفس تنفساً عميقاً ، فينقل مزمار الحنجرة ، وتقبض عضلات الزفير بشدة ، ويتغير شكل صراخها ويتحوك إلى أنين شديد مصحوب بحرق قوي . ولكنها متى زالت الطلقة وقبل أن تبدأ الثانية يجوز أن تعود إلى الصراخ بقوة . ومن تأثير الطلق والحرق يندفع الرأس لأسفل فيأخذ في الدور من الفرج وقت حدوث الطلق ولكنه يتراجع قليلاً في الفترة بين الطلقات . وفي مدة بقاء الرأس في المهبل يزداد

حجم الحذبة الدموية . متى هبط الرأس إلى قرب العجان يضغط على المستقيم فيخرج منه ما يكون فيه من البراز ، وهذا يظهر أهمية إخلاء المستقيم قبل الولادة .
 ومتى بدأ الرأس في الضغط على العجان يتمدد الجسم العجاني ويرز للخارج ، ثم يستطيل وتندفع حافته المقدمة إلى الأمام ، وكذلك فتحة الشرج تندفع إلى الأمام وتطول المسافة التي بينها وبين العصعص . متى ظهر الرأس في فوهة المهبل تسع فتحة الشرج حتى يبلغ قطرها ثلاثة سنتيمترات ، وأحياناً يتشرح الغشاء المخاطي ويدهى . ثم يأخذ العجان في الاتساع فيترقق حتى إنه ليسهل في بعض الأحوال أن يحس عند جسسه بتدوير الرأس المغطاة بجزئه المقدم . ثم يأخذ الرأس في التقدم والتراجع بسبب مقاومة العضلة الرافعة للشرح إلى أن تأتي طلقة قوية تدفع الرأس بين نصفي العضلة الجانبيين فيتعداها أكبر أقطار الرأس ، وينحجز خارجها ، ولا يعود إلى التراجع . وغالباً يولد الرأس في الطلقة التالية بعد أن يكون قد اتسع العجان إلى أقصى ما استطاع . ثم تلي ذلك ولادة الجسم متبوعاً ومصحوباً بما تبقى من السائل الأمنيوسي مخلوطاً بقليل من الدم الذي يدل وجوده على أن المشيمة تأخذ في الانفصال من ذلك الحين . وبولادة الجسم ينتهي الدور الثاني للولادة .

كيفية السير في الولادة الطبيعية - (الدور الأول) . وظيفة المولدف في الدور الأول للولادة تنحصر في مراقبة المريضة للتأكد من أن سير الولادة عادي لم تطرأ عليه مضاعفات . ويمكن مساعدة توسيع العنق بجعل الوالدة تمشي أو تجلس على كرسي ، فإن هذا الوضع يساعد على دفع البيضة إلى أسفل أكثر مما يحدث لو استلقت الوالدة على السرير . ولكنها لو شاءت النوم فالواجب تشجيعها على ذلك لأنها تصحو منه متجددة القوى . ولسهولة نزول الرأس في الحوض يجب إخلاء المثانة من البول والمستقيم من المواد البرازية . وإذا كانت الحامل متكررة الولادة وكانت جلد بطنها مرتخية فالأوفق أن يربط بطنها بحزام . وهناك نقطتان قد يسهل على المبتدئ أن يتساهل فيهما لإرضاء أهل المريضة ، وهما دهن المهبل بالفازلين أو أي مرهم آخر وتوسيع العنق بالأصبع مراعات للعادة المتبعة عند القابلات . ولكن في ذلك من الضرر مالا يقدر فإن المراهم عادة غير معقمة ولا ضرورة لها بالمرء ، وتحديد العنق يدعو إلى تمزيقه وتعرض الوالدة للتسمم العفن . كذلك لا يجوز

أن تتعب الولادة بلا داع بتشجيعها على الحزق وقت الطلق في الدور الأول فإنه لا تأثير له قبل انفجار الجيب بل بالعكس ينهك قوى الولادة بحيث تدخل الدور الثاني خائرة لا تستطيع مساعدة الطلق . ومن العوائد المضرّة أيضاً أن أهل المريضة قد يشغل بهم إذا طال الدور الأول فيلحون على المولد أن يجسّ الوالدة من وقت لآخر لمعرفة درجة تقدم الولادة ، وقد يطلبون منه أن يعمل لها زرقاً مهيباً بدعوى أنها متعوّدة عليه . وهذان الأمران يساعدان كثيراً على نقل المكروبات إلى الرحم ويزيدان خطر الحمى النفاسية . إنَّما إذا طال الدور الأول وابتدأ الطلق بأخذ الشكل القاذف فمن المناسب عمل فحص مهبل . فإذا وجد أن العنق أحمى والقوهة الظاهرة تمددت تماماً ولم يتفجر جيب المياه ، فاللازم أن يُفجّر بمسبر عقيم . وتستعمل القابلات عادة لفجر جيب المياه قطعة من السكر . وهذه لا يمكن تعقيمها فتحدث غالباً تسمماً نفاسياً .

أما غذاء المريضة في هذا الدور فيجب أن يكون مغذياً وسهل الهضم مثل اللبن والأرز والشوربة والسوائل .

ويمكن استعمال بعض المسكنات مثل مزيج البرومور والكالورال في هذا الدور أو إعطاء بعض الحقن المسكنة مثل المورفين والبتادين .

ماذا يعمل في الدور الثاني - متى انفجر جيب المياه وأخذ الطلق شكله القاذف يعمل فحص مهبل للتأكد من عدم سقوط الحبل السرى ، ومن أن وضع الرأس طبيعي . ولا يفعل شيء إلى أن يدنو الرأس من القرج .

كيف نساعد الطلق - لمساعدة الطلق يلزم تشجيع الوالدة على الحزق وقت حدوثه . ولكني يكون حزقها ذا تأثير ، تنام على ظهرها أو على أحد جانبيها ، ثم تربط فوطه طويلة (محرمة) أو حبل في حديد السرير من جهة القدمين . ثم توضع وسادة بين قدميها وحافة السرير . وفي وقت الطلق تثنى ساقيها وتثبت قدميها على الوسادة ، ثم تجذب الهرمة بشدة وهي كائنة نفسها ، ويطلب منها أن تحزق (أي تكبس إلى تحت) كما تفعل وقت النفوس . وبعض السيدات يفضلن أن يقبضن بيديهن على أعواد السرير فوق رؤسهن .

وإذا كانت الوالدة تولّد وهي نائمة على جانبها تكلف إحدى السيدات ، أو

المرضة أن وجدت ، أن تضع ركبتيها على السرير وتضغط ظهر الوالدة بفخذها أثناء الطلق ، فإن ذلك يخفف كثيراً من ألمها .

ويجب أن تلازم الوالدة الفراش من أول الدور الثاني . وحتى ابتداء الرأس بظهور من العجان تنام على ظهرها بالعرض أو على جانبها الأيسر ، ويجذب حوضها حتى يوازى حرف السرير . ويقف المولد بجانبها لملاحظة تخليص الرأس . ويلاحظ وجوب طي ثيابها إلى ما فوق البتة حتى لا تتبلل بالسوائل التي تنزل عادة وقت الولادة . ثم تلبس الجوارب المعقمة ويوضع فوقها ونحتها فوط (محارم) معقمة .

المقارنة بين الوضع الظهرى والوضع الجانبي - يفضل المولودون الإنجليز الوضع الجانبي ، ويفضل غيرهم الوضع الظهرى . وكان العوام في مصر يولدون على كراسي مخصوصة للولادة تجلس عليها الوالدة جالوساً ، ولا تستلقي على ظهرها أو جانبها كما في الوضعين السابقين . والتوليد بهذا الشكل يجعل ردف العجان ومراقبة خروج الرأس من أصعب الأمور ، وهو من ضمن الأسباب في انتشار السقوط المهبل ولقد أصبحت هذه الطريقة غير مستعملة إلا فيما ندر .

أما الوضع الظهرى الذى تكون فيه الوالدة مستلقية على ظهرها طويلاً أو موضوعة على حرف السرير بالعرض بحيث تكون فخذيها متشبتين على بطنها ، وساقاها متشبتين على فخذيها ، فيساعد على تمديد المسالك التناسلية . لأن ضغط الجنين يكون أشد تأثيراً ، وانقباض عضلات البطن أقوى منه في الوضع الجانبي ولكن الوضع الجانبي يفضل من حيث أنه يمكن المولد من ملاحظة تخليص الرأس وتمديد العجان أكثر من الوضع الظهرى .

متى نمزق جيب المياه - إذا أجرينا فحصاً مهلبياً ووجدنا الرأس منحشراً والقوهة الظاهرة تمددت تمداً تاماً أو كادت ولم ينفجر جيب المياه نفجره بمسبر معقم .

أضرار الانفجار المبكر لجيب المياه - لا يجوز بأى حال من من الأحوال تمزيق جيب المياه قبل تمدد القوهة الظاهرة تماماً وذلك لأربعة أسباب وهى :-
(١) من المعلوم أن السوائل تضغط ضغطاً متناسباً على التجويف الذى

تكون فيه . وعلى ذلك فوجود السائل الأمنيوسي في الرحم يمنع وقوع الضغط المضر على أجزاء الجنين وعلى جدر الرحم .

كما أن وجود جيب المياه يساعد على نحو العنق وتمديد القوهة الظاهرة . ويمزق الجيب قبل حدوث ذلك يؤول إلى تعطيل الدور الأول ، وذلك لأن الجزء الآتي به الجنين لا يستطيع أن يتدفع كإسفين في القوهة الظاهرة ويمدها كما يفعل جيب المياه ، إلا إذا كانت القوهة متسعة اتساعاً كافياً لقبوله .

(٢) إذا انضج جيب المياه قبل أوانه فعند حدوث الطلق يضغط الجزء الآتي به الجنين على جزء معين من جدر الرحم . فإذا طال مدة الولادة بسبب ما فن دوام الضغط المتكرر على ذلك الجزء يصبح عرضة للالتهاب والنزق ، أو تضعف حيويته لدرجة تجعله يشكركز (يتغفر) فيما بعد . وهذا هو السبب الأهم في حدوث التواسير البولية عند النساء .

(٣) إنه عند ما يكون الجنين عائماً في السائل الأمنيوسي لا يكون الضغط على الحبل السرى ممكناً . أما إذا انفجر جيب المياه وتصرف السائل الأمنيوسي وطالت الولادة فقد ينضغط الحبل السرى بين الجنين وجدر الرحم فتتوقف دورة الجنين ويموت .

(٤) إنه عند ما يكون الجنين عائماً في السائل الأمنيوسي يسهل على الرحم إذا كانت انقباضاته قوية وقت الولادة ، أن يصلح وضع الجنين إن كان معيباً . أما إذا انفجر جيب المياه فالجنين يبقى في وضعه المعيب .

وعلى ذلك فانفجار جيب المياه قبل الأوان يعطل الدور الأول ، ويزيد آلام الأم من ضغط أجزاء الجنين على الرحم ، ويساعد على تمزق الرحم وعلى حدوث التواسير البولية ، ويجعل الجنين في خطر شديد .

ردف العجان - متى وصل الرأس إلى العجان وأخذ في تمديده وجب ردف العجان لمنعه عن الخرق ومن المهم جداً ملاحظة التقطتين الآتيتين في أثناء تخلص الرأس وهما :

أولاً - لا يسمح للرأس أن يولد إلا وهو في حالة انثناء تام حتى لا يتمدد العجان إلا بأصغر أقطار الرأس . ثانياً - لا يسمح للرأس أن يتخلص بسرعة خوفاً من أن لا يعطى للعجان الوقت اللازم لتدده فيتمزق . أما الطرق المستعملة

لرشف العجان فكثيرة . والمهم في عملها أن نتذكر أن وظيفة المولد ليست مستند العجان ، لأن سنده مهما كانت طريقته لا يمنع تمزقه . إنما الغرض من رشف للعجان هو (١) أن يضغط الرأس حتى يمنع عن الإنسباط وقت تمدده للعجان ، و (٢) أن يدفع الرأس إلى فوق في اتجاه فوهة المهبل .

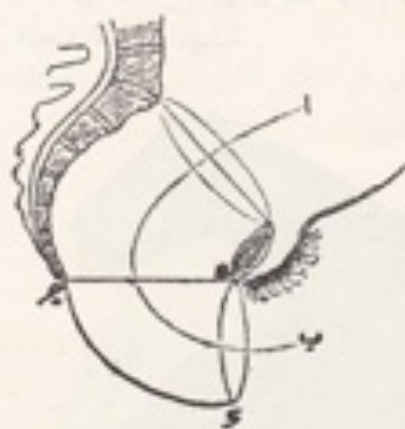
كيف يتنى تمزق العجان - يجب أن يبذل كل جهد لمنع تمزق العجان وذلك لأن وجود جرح خارجي يعرض الأم للإصابة بحصى النفاس كما أنه قد يتسبب عن تمزق العجان سقوط المهبل فيما بعد فضلاً عن كونه يطيل المدة التي تبقاها المريضة ملازمة للفرش ويوجب على المولد مداومة زيارة الوالدة إلى أن تلتئم الجروح ويتنى تمزق العجان بملاحظة الأمور الآتية :



(شكل ٧٣) رشف العجان بالطريقة المباشرة

متى أخذ الرأس في تمديد العجان وأخذ العجان في البروز يضغط بأصابع اليد اليمنى أو برسع اليد (شكل ٧٥) على جانبي فتحة الشرج ، بقوة الدفع الناشئة عن الطلق تبنى الذقن ملامساً للقص وتدفع الحديدة المؤخرية إلى الأسفل . ومتى تم انثناء الرأس يسمح بخروجه من العجان ببطء حتى تتمدد الفوهة المهبلية بالتدريج . ولتحقيق ذلك يضغط على الرأس بأصابع اليد اليسرى كما يرى في

(شكل ٧٥) بقوة وقت حدوث الطلق . وإذا كان الطلق شديداً جداً وتخيف على العجان من التمزق تعطى بعض نقط من (الكلوروفورم) أو كلوروات الأثير ولا يجوز السماح للرأس بالتخلص من العجان في وقت الطلق حتى ولو كان الرأس مشنياً تمام الأثناء فإن قوة الاندفاع قد تحدث تمزقاً ، والواجب أن ينتظر إلى أن يزول الطلق ثم يضغط المولد بأصابع اليد اليمنى أو بكية اليد (الرسغ) خلف فتحة الشرج ثم يزلق حافة العجان باليد الأخرى على الرأس تدريجياً إلى أن يتم تخليص الرأس فإذا أتى الطلق الثاني وهو يفعل ذلك وجب عليه منع خروج الرأس بالضغط الشديد . ولا يجوز السماح للرأس بالانسياق والخروج من فتحة المهبل حتى تكون الحديبة المؤخرية تخلصت من الارتفاق العاني والقطر الجداري الجداري اجتاز فوهة المهبل فإننا بذلك نضمن أن العجان لا يتمدد إلا بأصغر أقطار الرأس وهو القطر تحت المؤخرى القسي الذي طوله ٩,٥ سنتيمتراً . ولو خرج الرأس والحديبة المؤخرية لم تجتز العانة لتمدد العجان بالقطر المؤخرى الجسبي وطوله ١١,٥ سنتيمتراً . وإذا رأى أن العجان على خطر التمزق وقت خروج الرأس بسحح للولادة أن تمد رجلها قليلاً فربما ساعد ذلك على إرخاء العجان .



(شكل ٧٥)

محاور الحوض . وهو يبين أيضاً الشدة التي يحصل للفتاة القرنية أثناء مرور الرأس . فحرفا اب يشيران لمحور العام لتجويف الحوض والمسالك التناسلية من وقت مرور الرأس من المضيق العلوي إلى وقت خروجها من الفرج ، وحرفا ج د يشيران للعجان الشدد . وحرفا هـ د لفرج الشدد بالرأس .

وقد يحدث أحياناً أن يتخلص الرأس ولا يتمزق العجان أو يتمزق قليلاً جداً ولكن بسبب خطأ المولد في تخليص الأكتاف يحدث تمزق جديد في العجان أو يتسع التمزق الأصلي . والسبب في حدوث التمزق وقت ولادة الأكتاف هو السماح للكثف الخلفية بأن تعبر العجان قبل أن تتجاوز الكثف المقدمية الأرتفاق العاني فالواجب على المولد ملاحظة أن لا تولد الكثف الخلفية

قبل أن تكون الكتف المقدمية قد دارت إلى الأمام وارتكزت تحت قوس العانة وتجاوزه . وتتم ذلك بحسب الرأس ويدفع إلى فوق جهة بطن الأم ثم ينزل العجان على الكتف الخلفية شيئاً فشيئاً .

وإذا تأخرت الأكتاف في الدوران يضغط بقوة على قاع الرحم فإن لم تدر الكتف يوضع أصبع في الإبط المقدمية وتدار الكتف إلى الأمام ثم تجذب تحت قوس العانة . ومعظم الولادات يلحظ على المولود بشدة أن يبدأ بردف العجان قبل أن يصل إليه الرأس فإذا وافقهن على ذلك تعطلت الولادة إذ أن المسالك التناسلية للأم تكون وقت الولادة على شكل قوس تقعيره إلى الأمام (ا ب) (شكل ٧٤) . ويمكن أن يعتبر هذا القوس مقسوماً بالخط (ح هـ) إلى قسمين علوى وسفلى . ففي أول الولادة عند ما يكون الجنين في القسم العلوى تدفعه الانقباضات الرحمية إلى نقطة بين الشرج والعصعص ولكنه متى هبط إلى القسم السفلى يتغير الاتجاه لأنه يسير نحو الفرج . فإذا بدأنا بردف العجان والرأس لا يزال في القسم العلوى فإن ذلك يدعو إلى تأخير خروج الرأس . ولكننا لو انتظرنا إلى أن ينزل الرأس إلى القسم السفلى فإن دفع الرأس إلى الإمام يمنعه من الاندفاع على العجان ويجعله يسير في اتجاه الفتحة المهبلية .



(شكل ٧٥) ردف العجان بالطريقة غير المباشرة

خلاصة النقط الواجب ملاحظتها في تخليص الرأس - أهم النقط الواجب

ملاحظتها هي :

(١) أن يولد الرأس وهو في حالة انثناء إلى أن تخرج الحذبة المؤخرية من تحت قوس العانة لتضمن أن يتمدد العجان أثناء اتساع الرأس وولادته بالقطر تحت المؤخرى القسي وطوله ٩,٥ س . وليس بالقطر المؤخرى الجببي الذي طوله ١١,٥ سنتيمتراً .

(٢) أن يولد الرأس في الفترة بين الطلقات . ويقوم ذلك بمنع الولادة من الحزق وقت الطلق وتشجيعها على الصراخ ومنعها من تثبيت قدميها .

وتنهي تحت ولادة الرأس نجذبه قليلاً إلى الوراء لئلا إذا كان الحبل السري ملتصقاً على العنق . فإن وجد الحبل ملتصقاً نجذب عروة منه إلى أسفل ونمررها فوق الرأس ، فإذا لم نستطع بمريرها فوق الرأس نزلقها على إحدى الكتفين أولاً ثم على الكتف الأخرى . فإذا لم يمكن عمل إحدى هاتين الطريقتين يقطع الحبل السري بمقص ونهي الولادة بسرعة يجذب الرأس والضغط على القاع .

ملاحظة العينين والفم قد يكون في فم الطفل قليل من المواد المخاطية ، فإذا تركت اختنق الطفل بها عند أول شهيق .



(شكل ٧٦) تخليص الحبل السري من فوق الرأس



(شكل ٧٧) تخفيف الرأس حتى ترتكز الكتف المقدمه تحت العالاه
ولذلك يلزم أن يمسح فم الطفل بقطعة من الشاش منى ولد الرأس . ويلزم
أيضاً مسح العينين باعتناء بقطعة شاش أخرى مبللة بمحلول البوريك حتى لا تدخل
الإفرازات المهبلية في عيني الجنين فقد يتفق أن تكون الأم مصابة بالسيلان فيصاب
الطفل بالرماد الصدیدی .
ولادة الكتفين — تولد الكتفان عادة وقت حدوث الطلق التالى لولادة الرأس .



(شكل ٧٨) رفع الرأس للأعلى لتخليص الكتف الخلفية

ولكن إذ رأينا وجه الجنين شديد الازرقاق ، أو إذا تقلصت عضلات الوجه وجب إنهاء الولادة بسرعة بالضغط على قاع الرحم وإدخال أصبع في المهبل ، ووضعه في أحد الإبطين ، وجذب الجنين إلى أن ترتكز الكتف المقدمية تحت القوس العاني . أما تخليص الأكتاف بالجذب على الرأس فيعطل دوران الأكتاف ويحدث تمزقاً في العجان أو يزيد التمزق إن كان موجوداً من قبل .

ولادة باقى الجسم والساقين - يتخلص باقى الجسم والساقان بذات الطلق الذى يقذف الكتفين . وفى أثناء ولادة الكتفين يجب أن يمسك الرأس باليدين ويوجه إلى الوراء حتى ترتكز الكتف المقدمية تحت العانة ثم يوجه الرأس إلى الأمام جهة بطن الأم حتى يتخلص بذلك الكتف الخلفية من العجان . وفى تخليص الخلفية يجذب الجسم إلى أسفل قليلاً فتخلص الكتف المقدمية . (انظر شكل ٧٧ و ٧٨)

الدور الثالث - وهو الدور المشيمى ويبدأ من تمام ولادة الجنين وينتهى بتخليص المشيمة .

وضع الماتخص فى أثناء الدور الثالث - متى تمت ولادة الجنين يلزم أن تكلف



الوالدة بالنوم على ظهرها بحيث تكون قدمها مرتكزتين على حرف السرير ولا يجوز بأى حال من الأحوال أن تنام الوالدة على جانبها الأيسر فى أثناء تخليص المشيمة لأن هذا الوضع يساعد على دخول الهواء إلى الرحم حاملاً إليه بعض المكروبات .

الاعتناء بالمولود -

إذا ازرق جسم الجنين نمسكه بقدميه

(شكل ٧٩) طريقة لربط الحبل السرى ليست مذكورة فى الفن

١ - السرة

٢ - عقدة الرباط الأول

٣ - مكان قطع الحبل السرى

٤ - عقدة الرباط الثانى

وترفعهما إلى فوق . وفي الوقت ذاته نضربه على ظهره لتحريض التنفس . ولا كان أول تنفس يبدأ بالشهيق فإن رفع الحنين بالكيفية السابق ذكرها يخرج المخاط من الحلق . ومن الموافق أن يمسح فم الطفل بشاش نظيف أو يمسح المخاط من حلقه بقشطرة .

منى يربط الحبل السرى - لا يجوز ربط الحبل السرى إلا بعد وقوف نبضاته ، وذلك لكي يكتسب الحنين مقداراً كبيراً من الدم الذي في المشيمة وما يساعد على ذلك ضغط الحبل (milking) وعصر ما به من دم من جهة الوالدة إلى جهة الحنين ويكون ربطه بخيط عقيم من الحرير القوي ربطاً متيناً على قيد ٣ أصابع من السرة ، بعد التحقق من عدم وجود عرى معوية في الرباط . وتقاس بعد ذلك أصبعين وتقطع الحبل السرى بمقص عقيم بعد وضع رباط آخر على الطرف المشيمي للحبل السرى قريباً من الفرج . وفائدة الرباط الأخير هو جواز كون الحمل توأمياً فيموت الحنين الثاني من النزف ، وأيضاً لمنع تبال الملابس والأبسطة بالدم .

ذلك الرحم - في الأحوال الاعتيادية التي لا تكون مصحوبة بنزف لا يجوز ذلك الرحم قبل خروج المشيمة . إنما يجب بعد تخلص الحنين أن نفرز الجزء الزندي للبد في البطن بحيث يلامس قاع الرحم بدون ضغط عليه ، ويستمر على ذلك إلى ما بعد تخلص المشيمة بقليل . وفائدة وضع اليد بهذه الكيفية هو إدراك أي ازدياد في حجم الرحم إذا اتفق حدوث نزف في باطنه .



تخلص المشيمة -

تتخلص المشيمة في مرحلتين :
في المرحلة الأولى تتخلص من الجزء العلوى للرحم وتنزل إلى القسم السفلى ، وفي الثانية تتخلص من المهبل . والواجب في مساعدة تخلص المشيمة أن ينتظر

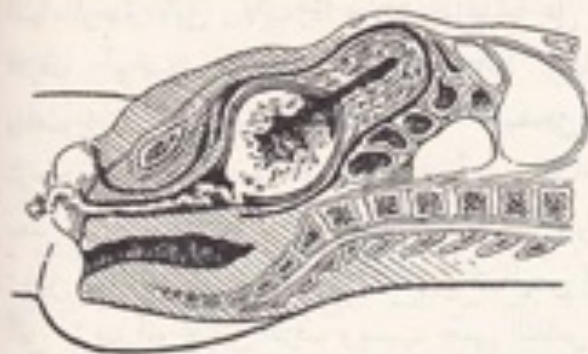
(شكل ٨٠) هيئة المسالك التناسلية قبل أن تترك المشيمة الرحم

انتهاء المرحلة الأولى . لأننا إذا حاولنا مساعدتها على التخلص قبل ذلك فقد نحرّض التزف أو نسب انفصال بعض أجزائها عنها وبقيائها لاصقة في الرحم . والمصريات على وجه العموم لا يسمحن لتقابلة بأن تترك المشيمة في الرحم دقيقة واحدة بعد ولادة الجنين ، خوفاً من انقباض الرحم عليها ، وتعلّز تخليصها بعد ذلك . ومع أن هذا الوهم فاسد فقد تضطر المولدة ارضاء لخاطرهن أن تجذب الحبل السرى ، أو تضع يدها في المهبل لتخليص المشيمة . وهذا العمل خطر جداً أقل ما فيه أنه يحرض التزف ويسبب حمى النفاس ويسمح ببقاء قطع من المشيمة والأغشية في الرحم ، فضلاً عن أنه إذا كانت المشيمة شديدة الالتصاق بالرحم فقد يتقلب باطن الرحم إلى الخارج من جذب الحبل السرى . ولذلك فالواجب ألا يعأ بكلام الأهالي مطلقاً ولا يقدم المولد على مساعدة المشيمة على التخلص إلا متى انفصلت من قاع الرحم ونزلت إلى القسم السفلي للرحم والمهبل .

كيف نعرف أن المشيمة انفصلت من الرحم - تدل على ذلك خمس علامات
(انظر شكل ٨١) وهي :-

(١) استئطالة الحبل السرى - قد ذكرنا في الكلام على ربط الحبل السرى أننا نضع رباطاً على العارف المشيمي للحبل السرى بالقرب من القرج . فمتى نزلت المشيمة إلى القسم السفلي للرحم نجد الجزء من الحبل السرى المتدل من الفرج أعلى الرباط صار أطول مما كان ، وهذه العلامة تعد من العلامات المهمة .

(٢) أمسك الحبل السرى وقومه قليلاً ، ثم ضع يدك على البطن واجذب الرحم إلى الأعلى في اتجاه التنوء الخنجري . فإذا كانت المشيمة في الرحم ارتفعت معه وجذبت الحبل السرى فيدخل جزء منه إلى المهبل على نسبة ارتفاعها . أما إذا كانت المشيمة في المهبل فلا ترتفع مع الرحم ولا ينجذب الحبل السرى داخل المهبل . وهناك طريقة أخرى لذلك وهي أن يضغط باطلف على قاع الرحم ، فهبوط الرحم يستطيل الحبل السرى ويبرز خارج الفرج قليلاً ، فإذا رفعتنا الضغط عن الرحم رجع إلى محله الأصلي ، فإذا كانت المشيمة لا تزال في الرحم دخل جزء من الحبل السرى إلى المهبل بنسبة ارتفاع الرحم ، أما إذا كانت في المهبل فيبقى على حاله .



(شكل ٨١)

هيئة المسالك التناسلية بعد أن تنزل المشيمة في القسم السفلي للرحم

الحوض فيصعب تحريكه ، ولكن متى نزلت منه المشيمة فإن الرحم يرتفع خارج الحوض قليلاً ويصبح مرتكزاً على المشيمة (موزوناً عليها) فيسهل وقتئذ تحريكه من جانب إلى الجانب الآخر .

(٥) متى نزلت المشيمة إلى المهبل تسبب بروزاً في القسم الخليل شبيهاً بالذي يحدث عند امتلاء المثانة . (انظر شكل ٨١)

كيف تنفصل المشيمة من الرحم - متى ولد الجنين ، وقبل أن يتقبض الرحم تماماً ، يحدث نزف من جيوبه الوعائية فيسبب تجمعاً دموياً خلف المشيمة يفصل مركزها عن جذر الرحم . ثم إنه عند حدوث طلق ثان ينضغط هذا التجمع فيستطيل ويفصل جزءاً آخر من المشيمة فيزداد النزف ، وينتهي الأمر بانفصال المشيمة وظهور سطحها الجنيني أولاً يتلوه السطح الرحمي مغطى بكتل التجمع الدموي . وفي بعض الأحوال قد يفصل الجزء السفلي للمشيمة قبل الجزء العلوي . وفي هذه الحالة يخرج الجزء السفلي أولاً آتياً بسطحه الرحمي ويتلوه باقي المشيمة . الوقت الذي تأخذه المشيمة حتى تنفصل من الرحم - قد تتقذف المشيمة بعد ولادة الجنين مباشرة ، أو بعدها بخمس دقائق أو عشر أو أكثر فإذا لم تنفصل قبل مرور ساعة نعلم أن الحالة غير طبيعية .

تخليص المشيمة - متى انفصلت المشيمة من القسم العلوي ونزلت إلى القسم السفلي للرحم والعلوي للمهبل ، نملك قاع الرحم بإحدى اليدين أو بكلتيهما ثم

(٣) متى نزلت المشيمة إلى الجزء العلوي للمهبل تدفع الرحم إلى الأعلى فيصعد القاع إلى مهاذاة السرة أو أعلاها بقليل بعد أن كان أسفلها .

(٤) عندما تكون المشيمة في الرحم يكون الرحم هابطاً قليلاً في

نعصره وندفعه إلى الخلف في اتجاه العجز ثم إلى أسفل في اتجاه المهبل . ويجب أن يفعل ذلك في برهة انقباض الرحم ، انقواء لانقلابه مع المشيمة فإن لم يكن الرحم متقبضاً يحرض على الانقباض بالتدليك . ومتى خرجت المشيمة تستقبل باليدين . ويأتى الآن دور تخليص الأغشية ولذلك طريقتان : الأولى أن تدار المشيمة على محورها جملة مرات فتلتوى الأغشية على نفسها وتنفصل في أضعف نقطة فيها وهي نقطة اتصالها بالرحم . والطريقة الثانية هي أن تمسك أطراف الأغشية باليدين : واحدة على كل طرف ، وتبسط الأغشية بينهما ثم تجذب جذباً رقيقاً إلى الأسفل والوحشية مع ذبذبة قليلة إلى الجانبين ومن أعلى لأسفل . فإذا لاحظنا أن الأغشية بدأت تتمزق نمسكها من جهة أعلى التمزق . وإذا بقيت قطعة من الأغشية بعد انفصال المشيمة نمسكها بجفت شرياني وتركه ساعة أو ساعتين أو أكثر ثم نلقه حول نفسه جملة مرات فتخرج بقية الأغشية . أما إذا احتبست قطعة صغيرة من الأغشية في باطن الرحم فالأفضل تركها لتتزل مع السائل النفاسي . وإذا كنا راعين النظافة التامة في الولادة فلاخوف من حدوث امتصاص عنق . وفي حالة احتباس بعض الأغشية بذلك الرحم جيداً وتعطى الوالدة ٤ جرعات من خلاصة الأرجنتين السائلة وتحقن بالينسولين إلى أن تنزل الأغشية فإذا لاحظنا تغيراً في رائحة السائل الأمنيوسي في اليوم الثاني نعمل زرقاً مهلبياً . فإن كانت الأغشية في المهبل نزلت مع السائل وإلا فيعمل زرق رحمي بقطرة بوزمان ، وبهذه الطريقة يسهل جداً اصطياد وعرقلة الأغشية بين الأصبع الموضوع على العنق والقطرة التي في باطن الرحم .

فحص المشيمة - متى نزلت المشيمة نضع إناء بين الفخذين ونقلها إليه وبهذه الطريقة نمنع تبال القراش ، أما إذا حاولنا نقلها إلى إناء بعيد عن السرير تساقط الدم على الأبسط . وبعد رفع الإناء نملأه إلى نصفه بالماء ثم نفحص الوجه الرحمي للمشيمة . فإذا وجدنا القصوص متصلة بعضها ببعض ومغطاة بغشاء رمادي رقيق شبيه بورقة السجارة نعلم أنها سليمة ، وإذا وجدنا فيها تمزقاً نضم حافته الواحدة إلى الأخرى ونرفع حوائ المشيمة حولها أعلى من مستوى التمزق فإن توافقت الحوائ تماماً نعلم أننا لم نترك شيئاً في الرحم ، وإذا وجدنا مسافة خالية لا يمكن ملؤها بتقريب القصوص بعضها من بعض فهذا دليل على أن جزءاً منها بقى ملتصقاً بالرحم . ثم

تفحص الأغشية للتأكد من أنها خرجت كلها ولم يحتبس جزء منها في باطن الرحم . ثم يبحث عن إمكان وجود مشيمة إضافية محتبسة في الرحم . ويستدل على ذلك من وجود أوعية خارجة من المشيمة الأصلية وممتدة على سطح الأغشية وواصلة إلى ثقب فيها ، فإن ذلك دليل على أن مشيمة كانت متصلة بها وتركت في الرحم . فإذا ثبت لنا ذلك نعقم يدينا جيداً ونعقم الفرج جيداً ثم نبحث عنها في باطن الرحم . وقبل أن ننهي من فحص المشيمة نبسط الأغشية لنعرف إن كان المقدار الذي خرج كافياً لتغليف الجنين أو أنه قد ترك بعضه في المسالك التناسلية . وفي كثير من الأحوال تكون الأغشية متهتكة بحيث يصعب الوصول إلى نتيجة قاطعة ويحدث الخطأ في تخليص المشيمة من الأمور الآتية :-

- (١) الإمراع في تخليصها قبل أن تنفصل من قاع الرحم تماماً .
- (٢) الضغط على الرحم بعد انفصال المشيمة منه ولكن قبل أن تنقبض جدره .
- (٣) أن لا يمسك الرحم على الوجه الصحيح وهو وضع الإبهام على الوجه المقدم والأصابع الأربعة الأخرى على الوجه الخلفي .
- (٤) أن لا يدفع الرحم في الاتجاه الصواب أى إلى الأسفل والخلف .



(شكل ٨٢)

تمزق ناقص في العجان . غياطة العضلتين الرافعتين للشرج

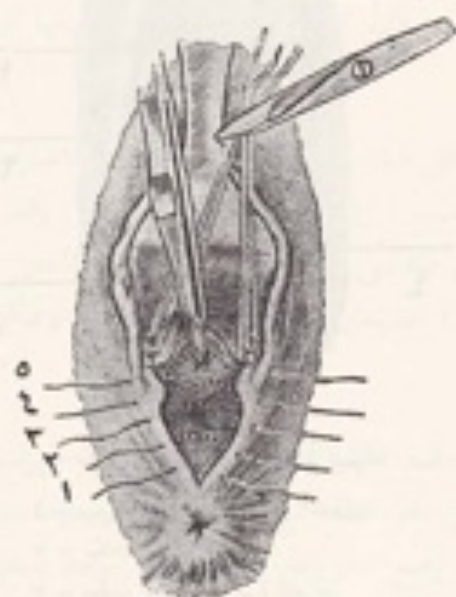
خلاصة ما يعمل في النور

الثالث - تمام الولادة على ظهرها
ثم نضع يدينا على قاع الرحم
لملاحظته. فإذا كانت المثانة ممتلئة
وجب تفضيتها لأن الضغط على
مثانة مملوءة يسبب ألماً شديداً
ومنى وقت نبضات الحبل
السرى نربطه في موضعين كما
تقدم وبعد ذلك نقطعه. ثم ننتظر
حتى نتأكد من نزول المشيمة
إلى المهبل فنطردها إلى الخارج
بدفع قاع الرحم في اتجاه الفرج .

العجان - من المهم جداً

الكشف على العجان بعد الولادة للتأكد من عدم وجود تمزقات فيه فإن وجدت وجبت بخياطتها حالاً مهما كانت صغيرة . وهناك نوعان من التمزق العجاني : الأول تمزق يحدث في الخط المتوسط للعجان فقط ، والثاني تمزق يحدث على أحد جانبي الخط المتوسط للعجان ويضاعف التمزق في المهبل إما في أحد جانبيه أو فيهما معاً . وكيفية حدوث النوع الثاني هي أنه بسبب كون العضود اللينى للرافعتين الشرجيتين قوياً جداً فلا يحدث التمزق فيه بل يتعداه إلى الألياف الجلدية . ثم يتسرب هذا التمزق تحت الغشاء المخاطي فيجعله يبرز أمام الرأس على هيئة لسان . وفي أثناء ولادة الرأس من العجان يتمزق الغشاء المخاطي للمهبل وجلد العجان في الخط المتوسط . وهذا النوع من التمزق أهدأ بكثير من النوع الأول ، وهو السبب المهم في حدوث ميل الرحم وانثنائه للوراء وسقوط الرحم والمهبل .

كيف تفحص العجان - تنام الوالدة إما على ظهرها أو على جانبها الأيسر بحيث تكون إبتها على حافة السرير . ثم نبعد حافتي الشوكة الفرجية إحداهما عن الأخرى بأصابعنا . وننظف الجرح من الدم بواسطة قطع من القطن مغموسة في محلول دينول وبهذه الطريقة يسهل علينا إدراك التمزقات العجانية مهما كانت صغيرة . فإذا وجدنا التمزق ممتداً جانبياً ندخل أصبعاً في المهبل لنعلم اتساع وعمق التمزق . والأفضل أن يعمل هذا الفحص بعد ولادة الجنين مباشرة .



شكل ٨٣) تمزق فالس يوضح التمزق الأخيرة العجانية ويفضل أن تكون من أعماق دور التمزق

خياطة العجان - يجب عمل الخياطة بعد الولادة مباشرة ويستحسن عملها قبل خروج المشيمة إن لم تكن المريضة مبنجة لأنه كلما عملناها قريباً من الوقت الذي خرج فيه الجنين كان الألم

أقل . ثم نعتد الخيط إما قبل خروج المشيمة أو بعدها .
 وإذا لم تشاهد الجروح إلا بعد يومين فلا يجوز خياطتها إلا إذا كانت نظيفة
 وغير مغطاة بطبقة رمادية . وقد رأينا جروحاً نظيفة تلتئم حافاتها بخياطتها ولو بعد
 اليوم الرابع للولادة .

درجات تمزق العجان — توجد درجتان لتمزق العجان : —

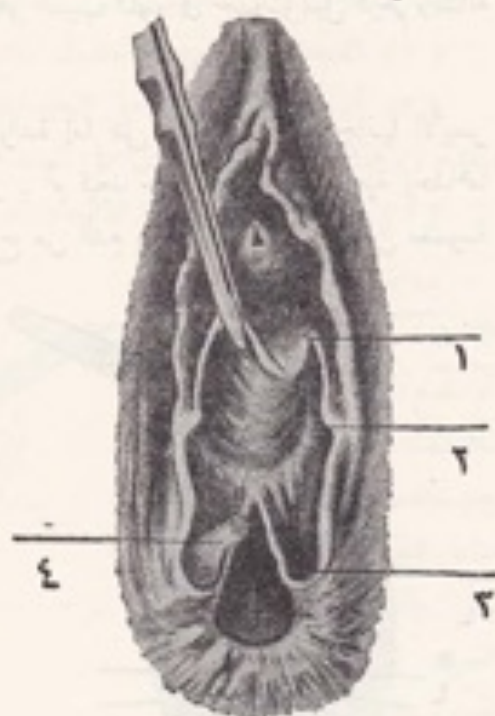
(١) التمزق الكامل وفيه يتمزق العجان كله ويمتد التمزق إلى المستقيم .

(٢) التمزق غير الكامل وفيه لا يتمزق إلا جسم العجان فقط . وكلا النوعين
 يستوجب الخياطة في الحال تفادياً لحدوث القرحة النفاسية وابتقاء لحدوث السقوط
 المهبل فيها بعد .



(شكل ٨٤) تمزق كامل للعجان

خياطة الغشاء القاطع المستقيم
 يلاحظ أن الأبرة تمر في سمك جدار المستقيم
 ولكن لا تشبه وعند خروجها لا تمر بالخافة
 وبذلك تصير الخياطة كلها غائرة



(شكل ٨٥) تمزق كامل للعجان

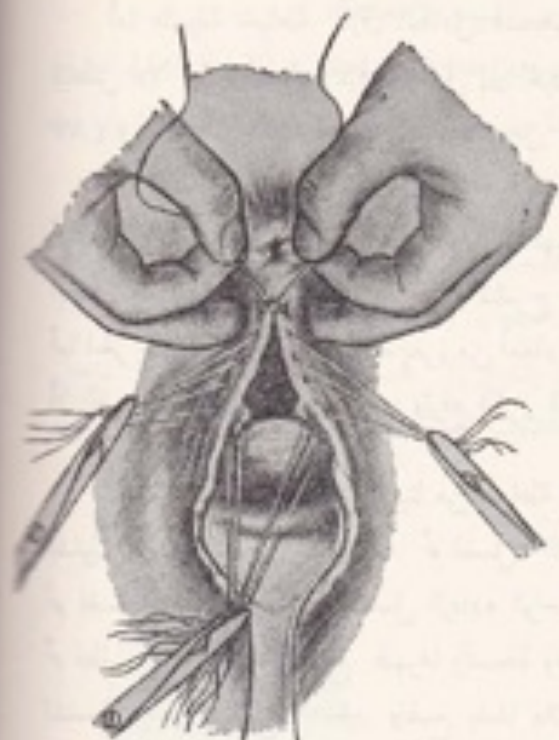
- ١ - بين امتداد التمزق داخل المهبل
- ٢ - مكان الشوكة الفرجية
- ٣ - مكان العضلة العاصرة للشرج
- ٤ - العضلة العاصرة للشرج مقطوعة جانبياً وليس
 في الخط المتوسط وهو الأكثر حصولاً

أما طريقة خياطة التزق الكامل فتتخصص في خياطة جدر المستقيم بعضها ببعض أولاً حتى يتحول التزق الكامل إلى تمزق غير كامل . (نظر شكل ٨٥ ٨٧) ويجب أن يكون الخيط المستعمل من الكاتجوت حتى يمتص من ذاته . أما العضلة العاصرة للشرح المتمزقة فتتمسك حافاتها المتمزقة بجفوت شريانية ثم تخاط بعضها ببعض ثم تضم حواف الجرح المهيل بحمامة غرز متقطعة من الكاتجوت أيضاً . وتخاط حافتا العضلتين الرافعتين للشرح بعضهما ببعض بفرز من الكاتجوت أما الجرح العجاني فتضم حوافه بفرز من أمعاء دودة القز (سلكورم) مع ملاحظة أن الغرز تصل إلى قاع الجرح . وترفع الغرز العجانية في اليوم التاسع أو العاشر .

تنظيف المريضة — متى اتبيننا من خياطة العجان نأتي بصحفة مملوءة بمحلول الدتول وبها وفائد من القطن . ثم نغسل الفرج بدون تبديد الشفرين ونجفقه ثم نغسل الفخذين . ولا تستعمل الرفادة الواحدة (الأسفنجة) إلا مرة واحدة . ثم نطلب من الوالدة أن ترفع ظهرها ونمسحه ونجفقه ، ثم نرفع من تحتها الملاءات المنسجة ومعها المشمع الصغير ونضع بدلا ملاءة نظيفة مطوية أربع طبقات ثم نضع على الفرج حفاضا عقيماً . ويجب في الأحوال التي يخاط فيها العجان تجنب تبديد أطراف الجرح وقت غسله وتنظيفه لأن كثرة التعرض للجروح تمنعها عن الالتئام .

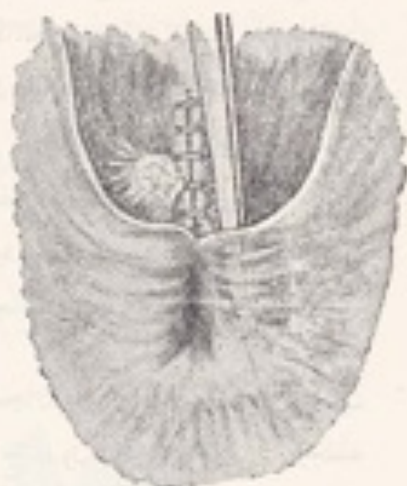
وإذا لم يكن من المتيسر الحصول على غيارات عقيمة فيجوز أن تغلى الغيارات في محلول الدتول أو في محلول سلفاني بنسبة ١ إلى ١٠٠٠ ثم تعصر جيداً . والغيار بهذه الكيفية يساعد على حفظ السائل التفاسي الذي يتسرب إليه من التعفن . والأفضل أن يكون طول قطعة الغيار ٢٠ سنتيمتراً وعرضها ١٠ سنتيمترات ومكها ٥ سنتيمترات .

الرباط البطني — متى اتبيننا من وضع الغيار تمام الوالدة على ظهرها ويوضع الرباط البطني تحتها . والرباط البطني هو قطعة من القماش القوي طولها متر عرضها ستون سنتيمتراً . ويجب في وضع الرباط ملاحظة أن حافته السفلى تكون أسفل المدورين بخمسة سنتيمترات . وتضم حواف الرباط بعضها على بعض بأربعة دبابيس قوية ويبدأ بضمه من فوق إلى أسفل لتساعد على عصر الرحم



(شكل ٩٠)

يوضح كيفية ربط العقد النهائية المعجالية



(شكل ٨٩) خياطة العضلة العاصرة

أحد طرفي العضلة العاصرة للشرح ظاهر في
يمين الشكل، والطرف الآخر وضع عليه
جلت خذبه للخارج وخطاته للطرف الأول

من الدم . والرباط البطني يلزم أن يكون مشدوداً شداً متوسطاً ويوضع
الرباط البطني عادة بعد ولادة المشيمة بنصف ساعة إذا لم يحدث نزف . ويغير يومياً
إلى اليوم العاشر . وفائدة الرباط هي أنه يسند جدار البطن ويمنع التثفل الغازي
الذي كثيراً ما يحدث للنفساء ويساعد على تنبيه المثانة للتبول متى امتلأت . واستعمال
الرباط البطني أخذ يفقد أهميته عند كثير من المولدين .

فحص المولود - متى ولد الطفل وجب لفه في قطعة من القلانائم فحسه جيداً
للتأكد من عدم وجود تشوهات خلقية فيه . وإذا شككنا في أن الوالدة كانت
تشكو من إفراز مهبل قبل الولادة وجب أن نضع نقطتين من قطرة تترات الفضة
بنسبة ١ إلى ١٠٠ في عيني الطفل منعاً لحدوث الرمذ الصديدي .
الاعتناء بالطفل - تلزم شدة الالتفات في قطع السرة لأن إهمال التعقيم مثل

استعمال مقص أو رباط غير عقيم ، أو الإهمال في الغيار على السرة قد يؤول إلى حدوث حمرة في مكان اندغام الحبل في بطن الجنين تنتهي بوفاته .

ومنى ولد الجنين يدهن بالزيت الطيب لإذابة المادة الدهنية المتلبدة على جسمه . ثم ترغى قطعة صابون على أسفنجة أو على قطعة قطن ويغسل الطفل جيداً ثم يوضع في حمام فاتر حرارته ٣٧ س . ومنى اتنى الحمام يخفف الطفل ثم تذر البودرة على كل الثنيات الموجودة في جسمه مثل الأربية والإبط ، ثم يخفف الحبل السرى ويلبر عليه مسحوق البوريك والزنك والنشاء أو بودرة سلفا . ثم يؤتى بضياء عقيم (غيار) أو بقطعة قطن مضروبة بين طبقتين من الشاش تكوى بالمكواة وتنظف في الوسط ، ويدخل الحبل في الثقب ويغوى على نفسه ثم تطوى أطراف الغيار حوله ويلبر المسحوق فوقه ويربط برباط لين . والأفضل خياطة أطراف الرباط لأن شبكها بدبوس قد يؤدي إلى انغراس الدبوس في جسم الطفل . ولا يجوز أن يكون الرباط رخواً جداً ولا ضيقاً بحيث يعميق التنفس .

منى يترك المولد الوالدة — يجب أن يبقى المولد في منزل الوالدة مدة ساعة بعد الولادة لأنه قد تحدث للأم أو الجنين مضاعفات تستوجب عنايته ، فقد ينزف حبل السرة ، وقد يمتلئ الرحم بالدم ، أو قد يحدث للوالدة نزف خارجي . ولو أن حدوث هذه المضاعفات نادر إذا أحسن السير في الولادة . ويجب أن يعد النبض كل ربع ساعة . والعادة أن النبض يبطؤ بعد الولادة . فإن زادت سرعته يبحث عن السبب فقد يكون نزفاً إما في باطن الرحم أو خارجه . ويجس الرحم من الظاهر كل ربع ساعة أيضاً للتأكد من انقباضه تماماً . وتشجع المريضة على النوم ولكن لا ترخي الستائر حتى نستطيع أن نلاحظ أن اصفراراً بطراً على وجهها . وإذا شامت أن تأكل تعطى فنجاناً من اللبن أو المرق مع قطعة خبز . والواجب على المولد أن يتحقق قبل خروجه من أن نبض الأم أقل من مائة وأن الرحم منقبض تمام الانقباض وحجمه صغير وأن الدم التازل من الأم لا يزيد عما يلوث الحفاظ وأن الطفل يتنفس تنفساً طبيعياً وأن لونه طبيعي وأن رباط الحبل السرى متين .

التخدير أثناء الوضع

الولادة دون ألم هذا هو الهدف الذي تتطلع إليه كل والدة وكل مولد ومولده

ولقد تعددت أبحاث العاملين للوقوف على مخدر يستعمل في حالات الولادة تتوفر فيه الشروط المثل الآتية :

أولاً - ألا يضر قط بصحة الأم أو الطفل .

ثانياً - أن يكون مفعولاً طويلاً الأمد أى لا يزول سريعاً .

ثالثاً - ألا يؤثر على انقباضات الرحم حتى لا يعكس سير الولادة أو يسبب نزفاً رحمياً بعد الولادة .

رابعاً - ألا يتفقد الوالدة إرادتها حتى يمكنها التعاون الكلى مع المولد أثناء خروج الجنين .

خامساً - ألا يؤدي استعماله إلى ضرورة استعمال جفت الولادة أو غيره من طرق المساعدة الفعالة .

سادساً - أن يكون سهل الاستعمال .

وللآن لم يعثر على مخدر واحد مثالي وستذكر هنا بعض العقاقير المستعملة ولكن يجب ألا ننسى أن استعمال أى مخدر لا يخلو من الضرر وإنه لا يجب استعمال شيء إلا للضرورة وبكل حذر .

١ - البرومور والكلورال (بنسبة ٣٠ قمحة من كل منهما) في الجرعة الواحدة ويعطى في الدور الأول من الولادة ويمكن أن نكرره كل ثلاث ساعات وهو خال من الضرر إلا أنه قد يسبب قيئاً أو إذا أخذ منه كثيراً سبب انحرافاً في انتظام ضربات القلب .

٢ - بتدين : ويعطى كحقنة في العضل بمقدار ٥٠ - ١٠٠ مليجرام ويمكن أن تكرر بعد ٣ - ٤ ساعات وهو يساعد على هدوء الوالدة وفي بعض الأحيان يساعد على نومها نوماً هادئاً ما بين آلام الوضع كما يساعد على تمدد عتق الرحم ومن ثم تقصير الدور الأول للولادة ولو أن تأثيره على جهاز الطفل التنفسي ضعيفاً إلا أنه لا يحسن استعماله في الدور الثاني من الولادة ولا مانع من إعطاء (بنج) بعد إعطائه .

٣ - مورفين ويعطى كحقنة فيسبب نوماً هادئاً ولكنه لو تكرر مراراً متتالية

أثر على انقباضات الرحم كما أنه يؤثر على جهاز الطفل التنفسي ولذا يجب عدم إعطائه إذا كانت الولادة متوقع حدوثها قبل مضي ٤ ساعات على الأقل - خصوصاً إذا كانت الولادة غير طبيعية وهناك احتمال إعطاء (بنج) أثناء عملية الولادة نفسها حتى لا يتأثر الجنين بالانثين معاً .

والمورفين من أفضل العقاقير الممكن استعمالها بالدور الأول للولادة خصوصاً عند بكرات الولادة اللاتي يطول عندهن مدة تمدد العنق وقد يستعمل

٤ - مورفين مع سكوبولامين - يبدأ بعمل حقنة من المورفين بمقدار ستيجرام ونصف مع إضافة ٠,٠٠٠٤ سكوبولامين ولا يكرر المورفين . وبعد ذلك بساعتين يحقن ٠,٠٠٠١ سكوبولامين كل ساعة أو ساعتين بحسب الزوم . وقد تبلغ عدد مرات الحقن من ٦ - ٨ مرات . ولا يبدأ بإعطاء المقدار الأول إلا بعد أن يصير الطلق قوياً والفترة بين الطلقات لا تقل عن خمس دقائق . وتوضع المريضة في حجرة متعزلة بعيدة عن الحركة، ولا يسمح بدخول زوار ، وتسد أذناها بالقطن . ويلاحظ في هذه الطريقة أنه وإن كانت الولادة تمام حقيقة بين الطلقات ولكنها تنبه وقت الطلق وإنما تنسى حالاً آلامه ولا تتذكرها فيما بعد . ووقت نزول الرأس وخروجها من العجان قد تصير المريضة في حالة هيجان شديد يمنع ملاحظة العجان فيتمزق .

وبعد الولادة يشاهد أن المريضة تمام نوماً هادئاً تقوم منه مرتاحة الجسم أكثر من اللواتي لا تستعمل لمن هذه الطريقة .

٥ - الكلوروفورم والترايبين - وهما مادتان متقاربتان في مفعولهما ويعطيان أثناء تمدد الفوهة المهبلية بالرأس والأفوق أن تعطى مقنعة (شمامة الكلوروفورم) للوالدة نفسها ويطلب منها أن تضعها على فمها فتي تخدرت قليلاً تسقط المقنعة من يدها متى صحت تأخذها ثانية وهكذا .

وهناك جهاز خاص يدعى جهاز يونكر وهو أسطه تنفخ الوالدة هواء في زجاجة تحتوي على الخدر وتستنشق منها خليطاً من الخدر والهواء يخفف عنها حدة الألم ولكنها لا تفقد وعيها أو إرادتها كلية .

٦ - الغاز المضحك (ثاني أكسيد النيتروجين) يعطى مخلوطاً بالهواء - أو

الأكسجين وهذه طريقة خالية من الضرر ويمكن استعمالها من أول بدء الولادة إلى انتهائها وتكفي في الحالات العادية إلا أنها لا تنفي بالحاجة في الولادات العسرة . وهناك طرق أخرى كثيرة لا تختلف عن التخدير في العمليات الأخرى إلى أنها في حالات الولادة تتطلب حنلراً أكثر إذ يجب مراعاة كلا الحاجتين حاجة الأم وحاجة الجنين معاً .

وقبل أن نختم هذا الفصل يجب أن نذكر تأثير شخصية المولود على الوالدة ومدى ما تستمده هي من الراحة والطمأنينة بوجوده حتى لقد نصح البعض بإمكان استعمال قوة التأثير المغناطيسي بدلاً عن التخدير .

الأدوية المقوية للطلق - الأدوية التي لها تأثير على الطلق هي الأرجوتين والبيتوترين وأملاح الكيتين .

الأرجوتين - لا يجوز بأي حال إعطاء الأرجوتين للوالدات قبل ولادة الجنين وخروج المشيمة لأنه يحدث انقباضاً راحياً مستمراً ، وليس انقباضاً متقطعاً كالانقباض الطبيعي للرحم . والانقباض المستمر شديد الخطر في أدوار الولادة الثلاثة لأنه يعيق تمدد عنق في الدور الأول وقد يمتد الجنين من شدة الضغط عليه . وفي الدور الثاني بسبب إنقذاف الجنين بسرعة هائلة قد تحدث تمزقاً في المسالك التناسلية ، أو قد تسبب تمزق الرحم إذا وجد مانع للولادة . وفي الدور الثالث بسبب احتباس المشيمة . وعلى ذلك فلا يجوز إعطاؤه إلا عند غاوى الرحم ، فإن الانقباض المستمر يفيد وقتئذ ولا يضر . ويعطى الأرجوتين عادة في الأحوال التي يحدث فيها نزف بعد الولادة ، أو إذا لم يرجع الرحم على نفسه في مدة النفاس . ويحسن إعطاء متكررة الولادة قليلاً من الأرجوتين بعد خروج المشيمة انقضاء لحدوث النزف ، ولإعادة رجوع الرحم على نفسه .

والمقدار الطبي المستورى هو ٤٠ نقطة من خلاصة الأرجوتين السائلة . ولكن هذا المقدار لا يكفي ، والأفضل إعطاء ٤ جرامات من الخلاصة السائلة ، ويمكن أن يكرر تعاطى هذا المقدار ٣ مرات في اليوم لمدة ٢٤ ساعة بدون ضرر . ويظهر تأثير الأرجوتين عادة بعد إعطائه من الفم بربع ساعة . أما إذا أريد أن يظهر تأثيره حالاً فيحقن تحت الجلد مليجرام واحد أو مليجرامان من سترات الأرجوتين فيظهر تأثيره بعد أربع دقائق .

البيثوترين - هو خلاصة القصد الخلقى للغدة النخامية وبياع في أنابيب تحتوي الواحدة منها عادة على نصف سنتيمتر مكعب وهذا يوازي خمس وحدات . وأقصى مقدار يجوز إعطاؤه في الدور الأول للولادة هو وحدتان وفي الدور الثاني من وحدتين إلى ثلاثة أما بعد الولادة فيجوز إعطاء ١٠ وحدات . ويجب استعمال التحضيرات موثوق بها وملاحظة تاريخ تحضيرها المكتوب عادة على الصناديق المحتوية لها ، لأن التحضيرات القديمة عديدة التأثير .

وتأثير البيثوترين مقتصر على وقت الغاض أى أنه يقوى الطلق ولكنه لا يمرض الولادة ولا الإجهاض . ويختلف عن الأرجونين في أن انقباضاته شبيهة بانقباضات الولادة الطبيعية ولذلك يجوز استعماله في أثناء الولادة بخلاف الأرجونين . ولا أنصح باستعمال البيثوترين في الدور الأول للولادة لأن تأثيره على الرحم لا يزيد عن ساعه . وربما تبعه حمود في الرحم . ولا يستعمل في الدور الثاني إلا إذا كان العنق ممتدداً والرأس منحسراً ولا يعيقه عن الخروج إلا ضعف الطلق ، ولا أعطيه عادة إلا إذا كنت مستعداً لإستعمال الجفت إن لم يتخلص الرأس بعد استعماله بساعه . وفي أحوال كثيرة يغنى استعماله عن وضع الجفت .

وإذا أعطى البيثوترين قبل أن يتمدد عنق الرحم أو في الأحوال التي تتعسر فيها الولادة بسبب وجود عدم تناسب بين حجم الرأس وتجويف الحوض أو بسبب الوضع المريب أو غير ذلك يحدث إعطاؤه أخطاراً جمة للأم والجنين معاً فكثيراً ما يموت الجنين من ضغط الرحم المستمر من قلة الدم الذي يصل إلى المشيمة بسبب انقباض الرحم . أو قد يتخلص رأس الجنين بسرعة لا تسمح بالتدرج في التصغير فينشأ عن ذلك أذفة مجية . أما الأم فكثيراً ما تصاب بانفجار الرحم وعلى الأخص إذا كانت بكرية الولادة .

وقد شوهدت أحوال حدثت فيها أعراض صدمة قوية بعد استعمال البيثوترين واستدعت استعمال الادرنالين والكافيين والكافور والخلوكوز تحت الجلد . ويظهر أن سببها تأثير البيثوترين على الشرايين الأكليلية للقلب ولهذا السبب استحضرت شركة بارك دافيز عقارا آخر أسمته « بيتوسين » وهو خلاصة القصد الخلقى للغدة النخامية بعد أن أخرجت منه المادة القابضة للأوعية . وهذا العقار لا يحدث أعراض صدمة ومقاديره شبيهة بمقادير البيثوترين . وقد يستعمل البيثوترين حقن في الوريد فيمزج ٥ وحدات من البيثوترين مع لتر محلول جلوكوز ١٠ ٪ ويعطى

في الوريد بمعدل ١٥ إلى ٢٥ نقطة في الدقيقة .
 أما في الدور الثالث فتأثيره مثل تأثير الأرجوتين أي أنه يحدث انكماشاً في الرحم يوقف النزف .

أملاح الكينين - في بعض الأحوال عند ما يكون الطلق ضعيفاً ولا يتيسر استعمال البيتوترين ينصح البعض بأن يعطى سلفات الكينين ٠,٣٠ في برشامة ، وتكرر بعد ٣ ساعات ، وتأثير الكينين لا يتبع نظاماً مخصوصاً فأحياناً يحدث انقباضاً مستمراً مثل انقباض الأرجوتين أو متقطعاً مثل البيتوترين ، وعلى كل حال فاستعماله غير مضمون النتيجة .

السكر - أكل المواد المحتوية على السكر كالتفواكه المطبوخة به (compote) في أثناء الدور الثاني يساعد على تقوية الطلق ولا بأس من تناولها لأنها أيضاً تغذى الوالدة .

(المحجىء بالقمة)

المحجىء بالقمة هو المحجىء الذي تكون فيه القمة ، وهي المسافة الواقعة بين اليافوخين المقدم والخلفي ، أكثر أجزاء الرأس اتجاهها إلى أسفل . وهو أكثر المحجيات حدوثاً إذ يحدث في ٩٦ في المائة من الولادات الطبيعية تقريباً .

الأسباب - سبق شرحها

الأوضاع - يتميز للمحجىء بالقمة أربعة أوضاع : الوضع الأول وفيه يكون ظهر الجنين متجهاً إلى الأمام واليسار ، والثاني وفيه يكون الظهر متجهاً إلى الأمام واليمين ، والثالث وفيه يتجه الظهر إلى اليمين والوراء ، والرابع وفيه يتجه الظهر إلى اليسار والوراء .

فالوضع الأول وهو الذي يكون فيه الظهر متجهاً إلى الأمام واليسار تكون الحدة المؤخرية لرأس الجنين متجهة نحو الثقب المسود اليسرى للأمام ، والجهة نحو الارتفاق العجزي الحرقفي اليميني . ويكون القطر الأكبر للرأس شاغلاً للقطر

المنحرف اليمينى للحوض . ويسمى هذا الوضع « مؤخرية حرقبياً يسارياً مقدماً » وهو أكثر الأوضاع حدوثاً .

أما الوضع الثانى ففيه تكون الحدة المؤخرية متجهة نحو الثقب المسدود اليمينى والجهة نحو الارتفاع المعجزى الحرقبى اليسارى . ويكون أطول قطر للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرية حرقبياً يمينياً مقدماً » .



(شكل ٩١)

الخصر بالثمة ، الوضع الأول كما يحس به مهلبها . الباروخ الخلقى إلى الأمام واليسار . القوس يشير إلى الاتجاه الذى يأخذه الرأس فى عمل الدوران الداخل (غارابوف)

أما الوضع الثالث ففيه تكون الحدة المؤخرية متجهة نحو الارتفاع المعجزى الحرقبى اليمينى ، والجهة نحو الثقب المسدود اليسارى ويكون القطر الأطول للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليمينى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرية حرقبياً يمينياً خلفياً » .

أما الوضع الرابع ففيه تكون الحدة المؤخرية متجهة نحو الارتفاع المعجزى الحرقبى اليسارى ، والجهة نحو الثقب المسدود اليمينى ، ويكون القطر الأطول للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرية حرقبياً يسارياً خلفياً » .

التشخيص — (الجلس البطنى) بالجلس البطنى يحس بالرأس شاغلاً للقسم السفلى للرحم ، إما فى أعلى المضيق العاوى ، أو منحسراً فى الحوض . والنقن يكون أكثر ارتفاعاً من الحدة المؤخرية دالاً على أن الخصىء بالثمة وليس بالوجه ولا بالحاجب . ويحس بالمقعدة شاغلة للقاع على إحدى جهتي الخط المتوسط ، وبينها وبين الرأس يحس بالظهر مائلاً إلى إحدى الجهتين . ثم إنه يمكن الإحساس بالأطراف إذا كان الظهر متجهاً إلى وراء .

الجلس المهلبى — يحس بورم مستدير أملس هو الرأس الذى يتميز عن المقعدة

بوجود التداريز واليوافخ . فاليافوخ المقدم يتميز بكونه معيني الشكل والخلقي بكونه أصغر من المقدم وثلاثي الشكل . أما عند تراكم العظام فلا يحس باليوافخ كسافات غشائية بل يحس بها كنقطة تقابل التداريز فقط . فاليافوخ المقدم يحس به وقتئذ كنقطة تقابل أربعة تداريز والخلقي كنقطة تقابل ثلاثة تداريز . ويعرف اتجاه اليوافخ يمكن تشخيص الوضع . ففي الوضع الأول يكون اليافوخ الخلفي متجهاً إلى الأمام واليسار (انظر شكل ٩١) . وفي الثاني يكون متجهاً إلى الأمام واليمين . وفي الثالث إلى الورا واليمين . وفي الرابع إلى الورا واليسار .

التسمع - بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين واضحة في أسفل السرة وعلى أحد جانبي الخط المتوسط . بحسب اتجاه الظهر (انظر شكل ٩٢) .

ميكانيكية الولادة - الحركات التي بواسطتها تتوافق أقطار الرأس مع أقطار الحوض المختلفة أثناء تخلصه من المسالك التناسلية لمس وهي :-

(١) و (٢) الانحشار والانتشاء

ويحدثان معاً .

(٣) الدوران الداخلي .

(٤) الانبساط .

(٥) الدوران الخارجي .

وهذه الحركات كلها تكون مصحوبة بهبوط الجنين التدريجي الناشئ عن قوة الطلق الدافعة وصغر حجم الرحم الناشئ عن انكماش ألياف العضلية .

(١) الانحشار - عندما يبدأ الطلق

يأخذ الرأس في الانحشار في الحوض إن لم يكن محشوراً من قبل . وفي الوضع الأول وهو الذي سنشرحه أولاً يكون القطر

الجداري الجدري شاعلاً للقطر المنحرف

اليساري . وفي معظم الأحوال ينحشر العظمين



(شكل ٩٢)

يوضع السبب في سماع ضربات قلب الجنين بأكثر وضوح جهة الظهر في الجنين باليسار . (م)

الجداريين في وقت واحد بحيث يكون التدوير السهمي قاسماً للقطر المقدم الخلقى للحوض. إلى قسمين متساويين ، ويسمى انحسارهما بهذه الكيفية انحساراً متزامناً (Synclitic engagement) أما إذا انحسر أحد العظمين الجداريين قبل الآخر فالانحسار غير متزامن (Asynclitic engagement) وسنشرح ذلك فيما بعد .

ويكون القطر المؤخرى الجحبي شاغلاً للقطر المنحرف الجحبي . والسبب في كونه لا يشغل القطر المستعرض مع أنه أكبر من المنحرف يرجع إلى شيئين : (الأول) أن وجود العضلات الأبراسيتين الحرقفتين يقصر القطر المستعرض بحيث لا يصير أكبر من المنحرف . (الثاني) أن تقوس الفقرات القطنية للأمام إلى الباطن يجعل الجدار الخلقى للرحم محدياً للباطن ولما كان ظهر الجنين متقوساً فلا يتوافق مع الجدار الخلقى المنحرف فيتحول إلى الأمام .

(٢) الانثناء - قبل أن يتفجر جيب المياه ويتصرف السائل الأمنيوسي يكون



(شكل ٩٣)

يوضح السبب في سماع ضربات قلب الجنين بأكثر وضوح من جهة الصدر في الجنين بالوجه وليس جهة الظهر كالغير بالفتة . (ج)

الرأس في حالة توازن غير ثابت أي لاهو مشن تماماً ولا منبسط تماماً ولكن منى انفجر الجيب وأخذ الرأس في الدخول في تجويف الحوض ، يضطر أن يتخذ وضعاً ثابتاً حتى يستطيع التحرك مع الجسم كتلة واحدة ، ويكون ذلك أما بانثناءه أو بانبساطه . والانثناء يحدث في ٩٩ من كل مائة ولادة يكون فيها الجنين بالرأس ، ولا يحدث الانبساط أي لا يصير الجنين بالوجه إلا في واحدة فقط . ولذلك سيبان : - (الأول) ، أن الجزء من القصة الذي يدفعه الطلق على فوهة العنق مشكل بكيفية تجعل جزوه الخلقى أسهل انزلاقاً من جزوه المقدم . وعلى ذلك فالجزء المؤخرى للرأس يتزلق قبل المقدم .

(الثاني) ، وهو الأهم أن الرأس يتمفصل بالعمود الفقري أقرب إلى الوراء منه إلى الأمام ، بحيث أن نسبة الجزء من الرأس الموجود أمام المفصل إلى الجزء الموجود خلفه هي كنسبة ٦ إلى ٥ . وعلى ذلك فالمقاوة التي يصادفها الرأس تؤثر على جزئه المقدم أكثر مما تؤثر على جزئه الخلفي ، وبذلك تندفع الجبهة إلى الأعلى وينثنى الرأس ويستمر الانثناء حتى يلامس الذقن القص تقريبا (انظر شكل ٩٤)

فائدة الانثناء - فائدته أن يستعاض عن قطر طويل بقطر أقصر منه ، فبدلاً من أن يكون القطر المؤخري الجبهي (وطوله ١١,٥ سنتيمتراً) شاغلاً للقطر المنحرف يستعاض بالقطر تحت المؤخري القمي (وطوله ٩,٥ سنتيمترات) فقط .

(٣) الدوران الداخلي - القطر المنحرف هو أطول أقطار المضيق العلوي



(شكل ٩٤)

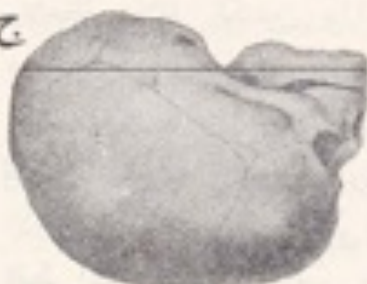
كيفية حصول الالتئام في الجسر .
بالقمة . اب يشير إلى الخط الذي
يسير عليه سطح الالتئامات
الرحمية . ج د القطر المؤخري
الجبهي . لاحظ كيف أن الخط
د د أكبر بكثير من الخط ج ج

للحوض ، ولذلك يشغله الرأس في أثناء مروره من المضيق العلوي . أما في تجويف الحوض وفي المضيق السفلي فالقطر المنحرف ليس أطول من الأقطار الأخرى . ولذلك فلا يوجد في شكلهما ما يفسطر الرأس لبقاء في القطر المنحرف متى تخلص من المضيق العلوي . ولما كانت أشد مقاومة يصادفها الرأس في ولادته آتية من الأنسجة العضلية والليفية التي تكون أرضية الحوض ، وعلى الأخص ما يدخل منها في تكوين الجزء الخلفي (لأن الجزء المقدم ينجذب إلى الأعلى بإمحاء العنق) ، ولما كان الجزء الخلفي لأرضية الحوض يتصل بالحوض من الوراء والجانبيين ، في حين أن الجزء الذي في الأمام والوسط يكون خالياً ، فيترتب على ذلك أن جزء الرأس الأكثر اتجاهاً إلى أسفل يصادف مقاومة أقل في الجزء المقدم للحوض ولذلك فهو يتجه إلى الأمام بمجرد وصوله إلى أرضية الحوض . ولما كانت الحدبة المؤخرية هي الأكثر اتجاهاً إلى أسفل ، فهي تتجه إلى الأمام تحت قوس العانة وبالجهة التي تتجه إلى الوراء نحو تقعر العجز . وتسمى هذه الحركة بالدوران الداخلي .

والعامل الأكبر في دوران الحذبة المؤخرية إلى الأمام هو ملامتها للعضلتين الرافعتين للشرح اللتين تكونان أرضية الحوض لأنهما تنحدران من الخلف إلى الأمام والأسفل ومن الجانبين إلى الأمام والأسفل والأنسية ، فالجسم الذي يلامسهما يوجه دائماً إلى الأمام والأسفل نحو الارتفاق العاني .

الانبساط — قد ذكرنا أن أعظم مقاومة يصادفها الرأس وهو في الحوض هي في الجزء الخلفي لأرضية الحوض ، في حين أنه لا توجد مقاومة تذكر في الجزء المقدم . ولذلك فإن الرأس بعد ارتكاز الحذبة المؤخرية

ج



(شكل ٩٧)

القطر الذي يشغل الحوض إذا لم تكن الرأس مثنية تمام الانثناء

تحت القوس العاني يدفعه الطلق إلى الأمام ليخرج من الحوض فينبسط شيئاً فشيئاً ويبتعدا الذقن عن القوس ، ويظهر الوجه من العجان بالتدريج . وما يساعد على انبساط الرأس انقباض العضلة الرافعة للشرح ، فإن هذه العضلة موضوعة بحيث تكون جزءاً من أرضية الحوض ومن الجدار الجانبية والخلفية للمهبل . وفي حالة



(شكل ٩٩)

يرتفع استمالة دخول
البيضة إذا لم تدخل
بأسفرتقارها (رئس)

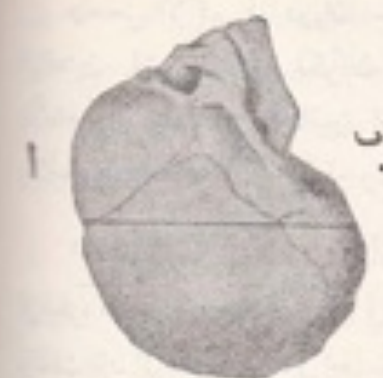


(شكل ٩٥)

يرتفع سهولة دخول
بيضة في كأس إذا
دخلت بأسفرتقارها

ارتخائها يكون سطحها مقعراً وتكون الجبهة مرتكزة عليه ، ولكنها متى انقبضت انبسط سطحها ودفع الجبهة إلى الإمام (٥) الدوران الخارجى - تتألف هذه الحركة من جزئين :-

(١) الإنعزال ، و (٢) الدوران الخارجى . ولقهم هذه الحركة جيداً نلزم ملاحظة علاقة الكتفين بالرأس قبل دوران الرأس وبعده ، فقيل الدوران يكون القطر المؤخرى الجبى للرأس شاغلا للقطر المنحرف اليمى ويكون القطر الأخرى الأخرى (الكتفى الكتفى) شاغلا



(شكل ٩٨)

قارن طول الخط ا ب هنا بالخط ج د في شكل ٩٧ يتضح لك كيف يلعب القطر المنحرف بانحناء الرأس

للقطر المنحرف اليسارى . وتبى دخل الرأس في تجويف الحوض ودارت الحذبة المؤخرية إلى الأمام أصبح القطر تحت المؤخرى القمى شاغلا للقطر المقدم الخلقى . ولكن الكتفين لا تتبعانه في هذه الحركة بل تبقيان حيث هما شاغلتين للقطر المنحرف اليسارى ، فينشأ عن ذلك أن ذقن الجنين

بدلا من أن يكون أمام القص وهو وضعه الطبيعى يلتوى نحو الكتف اليسرى . ولكن بمجرد ولادة الرأس وزوال مقاومة أرضية العجان له ينعدل وضع الرأس بحيث تصير علاقته بالكتفين طبيعية . وتسمى هذه الحركة بحركة الانعزال . ثم أنه متى ولد الرأس ونزلت الكتفان في الحوض تصادفان نفس المقاومة التى صادفها الرأس فتدور الكتف المقدمة إلى الأمام وترتكز تحت قوس العانة كما فعل الرأس ، فيترتب على ذلك أن الرأس يدور أيضاً فينتجه الوجه نحو الفخذ الأيمن للأمام والحذبة المؤخرية نحو



(شكل ٩٩)

حركة الانسباط فى العين بالقصة

القحف الأيسر . وتسمى هذه الحركة بالدوران الخارجى . ثم يتلو ذلك انقذاف الكتفين ، فإذا كان العجان سلباً تولد الكتف المقدمة أولاً ، وإن كان متمزقاً تظهر الخلفية أولاً وتتلوها المقدمة .

الوضع الثانى - فى هذا الوضع ينحشر الرأس وقطره تحت المؤخرى القمى شاغلًا للقطر المنحرف الأيسر . والفرق الوحيد بينه وبين الوضع الأول هو أن الحدبة المؤخرية بدلا من أن تكون متجهة إلى اليسار تكون متجهة إلى اليمين . وميكانيكية الولادة واحدة فى الأثنين إذا أبدلنا اليمين باليسار . فالحدبة المؤخرية حينها تصادف مقاومة العجان تدور إلى اليسار لكى تصل إلى القوس العائى بدلا من أن تدور إلى اليمين كما تفعل فى الوضع الأول . والكتفان تنحشران فى الحوض شاغلتين للقطر المنحرف الأيمن بدلا من الأيسر . والكتف المقدمة تدور إلى اليمين بدلا من أن تدور إلى اليسار لكى تصل إلى الخط المتوسط . ومضى تخلص الرأس بوجهه المؤخر إلى القحف الأيمن للأمام والوجه إلى القحف الأيسر . وهذه الفروق ليست بذات أهمية فى الولادة .

الأوضاع المؤخرية الخلفية - يوجد فرق كبير فى ميكانيكية الولادة بين الوضعين السابقين والوضع الثالث والرابع ، فإن الحدبة المؤخرية تكون فى الوضعين الأخيرين متجهة إلى الوراء بدلا من الأمام فتكون حركة دورانها إلى الأمام طويلة . ولذلك تكون الولادة والحدبة المؤخرية متجهة إلى الوراء ، فى معظم الحالات ، أطول وأعسر منها فى الوضعين الأولين . ولذلك ثلاثة أسباب : الأول أن رأس الجنين وحوض الأم مشكلان بكيفية تمنع الرأس من أن ينثنى الأثناء اللازم إذا كانت الحدبة المؤخرية متجهة إلى خلف . ويتضح لك ذلك جليا إذا أخذت جمجمة جنين ووضعتها فى حوض . فإذا وضعتها فى الوضع الأول تجد أن القطر الجدارى الجدارى يكون شاغلا بالضغط للقطر المنحرف اليسارى حيث يجد متسعاً كبيراً يكفى لدخوله فى الحوض . ثم إذا غيرت هذا الوضع إلى الوضع الثالث ، فبينما يكون القطر تحت المؤخرى القمى شاغلا للقطر المنحرف اليمى كما هو الحال فى الوضع الأول ، تجد أن القطر الجدارى الجدارى لا يكون شاغلا للقطر المنحرف اليسارى ، بل يكون خلفه حيث لا تكاد توجد مسافة تكفى لدخوله فى الحوض

بسهولة . لذلك ترى المؤخر في الوضع الثالث لا ينحشر في الحوض بسهولة التي ينحشر بها في الوضع الأول . والسبب الثاني هو أن ظهر الجنين في الوضعين الثالث والرابع يكون متجهاً إلى الوراء فلا يستطيع أن يتقوس التقوس الطبيعي الذي يتقوسه إذا كان متجهاً إلى الأمام وسبب ذلك المقاومة التي يصادفها من تقوس العمود الفقري للأمام إلى الأمام . وينتهي على عدم تقوس ظهر الجنين تماماً أن الرأس لا ينتهي تمام الانثناء ففي ثم انحساره تكون الجبهة أكثر انحداراً لأسفل من الحدبة المؤخرية فتتعطل حركة الدوران الداخلي . والسبب الثالث هو أن المسافة التي ينبغي للمؤخر أن يدورها وهو في الوضع الأول والثاني قصيرة لا تتجاوز $\frac{1}{8}$ محيط دائرة الحوض ، أما في الوضع الثالث والرابع فهي طويلة جداً إذ تبلغ $\frac{3}{8}$ محيط الدائرة .

الوضع الثالث - في هذا الوضع يجد المؤخر صعوبة في الانحسار وتعطل حركة الأثناء ولكنها تحدث أخيراً . والحركات التي يفعلها الرأس في الوضع الثالث هي نفس الحركات التي يفعلها في الوضع الثاني ، إنما تكون حركة الدوران الداخلي أطول بثلاث مرات منها في الوضع الثاني .

الوضع الرابع - في هذا الوضع تكون الحدبة المؤخرية متجهة إلى الوراء واليسار ، والجبهة إلى الأمام واليمين . وميكانيكية الولادة مثلها في الوضع الأول إنما حركة الدوران الداخلي في الوضع الرابع تكون أطول بثلاث مرات منها في الوضع الأول

الميكانيكية الشاذة - بقاء المؤخر متجهاً إلى

الوراء - في بعض الأحوال التي يصادف

فيها المؤخر مقاومة شديدة في الانحسار

لا ينتهي الرأس انثناء تاماً . فينحشر وقطره

المؤخرى الجبهي شاغل للقطر المنحرف .

ولما كان طول القطر المؤخرى الجبهي ١١,٥

ستتيمراً فالانحسار يكون صعباً جداً فتطول مدة

الولادة . وحينها يدخل الرأس في الحوض لا يكون

المؤخر أكثر الأجزاء اتجاهاً إلى أسفل كما

يحدث إذا كان الرأس مثنياً تماماً بل تكون

الجبهة أكثر انحداراً من المؤخر .



(شكل ١٠٠)

تخليص الرأس بحركة انثناء إذا ولد

والمؤخر متجه إلى الوراء

ولما كان الجزء الذي يلامس أرضية الحوض أولاً هو الذي يدور إلى الأمام ،
تدور الجبهة إلى الأمام وتتجه الحدبة المؤخرية نحو تقعر العجز . وفي الأحوال
التي تم فيها الولادة والرأس في هذا الوضع ترتكز الجبهة على الارتفاق العاني ويولد
الرأس بحركة انثناء بدلاً من حركة الانسباط . وكيفية حدوث ذلك هي أن
الانقباضات الرحمية تدفع العمود الفقري للجنين إلى أسفل فينتقل الضغط إلى الحدبة
المؤخرية فتدور تحت القوس العاني بينما تكون الجبهة مرتكزة على الارتفاق العاني .
وأكبر قطر يمر في الحوض في هذه الحالة هو المؤخرى الجبهي ، وطوله ١١,٥
سنتيمتراً ولذلك توجد صعوبة كبيرة في مروره . انظر (شكل ١٠٠ و ١٠١) .
زد على ذلك أن خروج الرأس من العجان وهو بهذه الكيفية يفتضي تمده
تمدداً زائداً حتى إنه كثيراً ما يتمزق العجان في الأحوال التي يولد فيها الرأس وهو
في هذا الوضع . ومنى ولد المؤخر يرتكز القفا على العجان ويزلن الأنف والنم
والدقن من تحت القوس العاني .



(شكل ١٠١) يوضح كيفية تخليص الرأس في المجرى بالقمة
الوضع الرابع إذا لم يدر المؤخر للأمام وركت الحالة الطبيعية (جالين)

الانحشار غير المتزامن - قد مر بنا القول أن الرأس ينحشر في الحوض وحده

الجداريتان على استواء واحد (انظر شكل ١٠٢) . ولكن قد يحدث في بعض



(شكل ١٠٢) الانحشار المتزامن . لاحظ أن الخط a -

يقسم الخط c إلى قسمين متساويين ماراً أيضاً بالتدرج

السهمي المشار إليه بحرف s

الأحيان أن ينحشر أحد

العظمين الجداريين قبل

الآخر ، وهذا ما يسمى

بالانحشار غير المتزامن .

فلذا انحشر العظم الجداري

المقدم أولاً انحرف الرأس

نحو الزاوية العجزية القطنية

ويسمى ذلك بعدم التزامن

المقدم . أما إذا انحشر العظم

الجداري الخلفي أولاً فالرأس

ينحرف نحو العانة ويسمى

ذلك بعدم التزامن الخلفي .

عدم التزامن المقدم -

عدم التزامن المقدم ويسمى

أيضاً انحرف تجاؤه (انظر

شكل ١٠٣) هو الإنحشار

الذي يكون فيه الرأس منحرفاً

نحو أحد الكتفين بحيث

يكون التدرج السهمي أكثر

اقتراباً من الزاوية العجزية

القطنية ، والعظم الجداري

المقدم أكثر اتجاهاً إلى

أسفل من الخلفي ، وهو

يحدث عادة في الحوض

المفرطح أى الضيق في قطرة



(شكل ١٠٣)

عدم التزامن المقدم . لاحظ كيف أن التدرج السهمي المشار إليه

بحرف s أكثر اقتراباً لزاوية العجزية القطنية منه إلى العانة

المقدم الخلقى، وأحياناً في الحوض الضيق في جميع أقطاره . وكيفية حدوثه هي أن العظم الجداري الخلقى يصادف مقاومة عظيمة بسبب ازدياد بروز الزاوية العجزية القطنية، ويتأخر عن الانحشار فينحشر العظم المقدم قبله . وكلما ازداد ضيق القطر المقدم الخلقى للحوض ازداد إنحراف الرأس إلى خلف ، واقترب التدريز السهمي من الزاوية العجزية القطنية ، حتى إنه إذا كان الضيق شديداً ربما ارتفع التدريز السهمي إلى أعلى الزاوية العجزية القطنية . وظهرت الأذن من الفوهة الظاهرة .

وحدوث عدم التزامن المقدم ليس قاصراً على أحوال ضيق الحوض ، بل قد يحدث أيضاً إذا كانت جدر البطن مرتخية ارتخاء شديداً يسمح بميل الرحم إلى الأمام ، ومنى اشتد ميل الرحم إلى الأمام صار العظم الجداري المقدم لرأس الجنين أوطأ من الخلقى . ومنى ابتداء الرأس في الإنحشار فالعظم الجداري الخلقى يصادف في أثناء انحشاره مقاومة شديدة من الزاوية العجزية القطنية ، فينحشر العظم الجداري المقدم قبله فيقترب التدريز السهمي من الزاوية العجزية القطنية . فلذا لم يكن ضيق الحوض شديداً ارتكز العظم الجداري المقدم خلف ارتفاع العانة مكوناً لنقطة ارتكاز يأخذ الرأس في الدوران حولها حتى ينحشر العظم الجداري الخلقى .



(شكل ١٠٤)

عدم التزامن الخلقى . لاحظ كيف أن التدريز السهمي المشار إليه بحرف س أكثر اقتراباً إلى العانة منه إلى الزاوية العجزية القطنية

عدم التزامن الخلقى -

ويسمى أيضاً بانحراف نجابه المتعكس (انظر شكل ١٠٤) هو الانحشار الذي يكون فيه التدريز السهمي أكثر اقتراباً إلى العانة منه إلى الزاوية العجزية القطنية، ويكون فيه العظم الجداري الخلقى أوطأ من المقدم . وهو يحدث من ازدياد مقاومة العظم العاني للعظم الجداري المقدم . ومن انحراف وضع

الجنين في الرحم إلى أحد الجانبين كما يحدث في الأحوال التي توجد فيها أورام في الجدار الخلقى للرحم، أو من سقوط يد أسفل الرأس. وفي الأحوال النادرة التي ينحشر فيها الرأس وهو في هذا الوضع يحدث أحد أمرين. الأول أنه من قوة الطلق يندفع العظم الجداري المقدم إلى أسفل فيرتفع الخلقى إلى أعلى، ويتحول عدم التزامن الخلقى إلى عدم تزامن مقدم والثاني أن العظم الجداري الخلقى يرتكز على الزاوية العجزية القطنية ويصير كتفطة ارتكاز يدور الرأس حولها. ولا يمكن حدوث ذلك إلا إذا كان الرأس صغيراً جداً وليناً بحيث يسهل تكيفه.

الأوضاع المؤخرية الخلفية للرأس

في الوضعين الثالث والرابع تكون الحذبة المؤخرية متجهة إلى الوراء. وهما أقل حدوثاً من الوضعين الأول والثاني التي تكون فيهما الحذبة المؤخرية متجهة إلى الأمام ونسبة حدوثهما هي واحداً للوضعين الخلفيين إلى ٣ للوضعين المقدمين والأوضاع الخلفية كثيرة الحدوث عند البكرات بسبب متانة جدر بطونين وعدم سماحها لظهر الجنين بالتقوس فيتحول إلى الوراء.

الميكانيكية - تختلف الميكانيكية في الأوضاع الخلفية عنها في الأوضاع المقدمة في أمرين :-

(١) أن انثناء الرأس لا يكون تاماً في أغلب الأحوال، وذلك لسببين : (الأول) أن تقوس فقرات الأم القطنية للأمام يمنع ظهر الطفل من التقوس فينشأ عن ذلك أن الرأس لا ينتهي تماماً. (والثاني) المقاومة التي يصادفها مؤخر الرأس من جدر الحوض، وذلك لأن المؤخر يكون شاغلاً لأصغر جزء من المضيق العاوي، وهو الجزء الواقع بين الزاوية العجزية القطنية والارتفاع العاوي، في حين أن الجهة تكون شاغلة لأوسع أجزاء المضيق العاوي.

(٢) أن حركة الدوران الداخلي قد تطرأ عليها المضاعفات الآتية :-

١ - قد تتعطل كثيراً لأن الحذبة المؤخرية لا تصل إلى العانة حتى تكون عبرت $\frac{1}{2}$ محيط المضيق العاوي، أي ٣ أضعاف المسافة التي تلزم لوصولها إذا كان الوضع مقدماً.

ب - قد لا تتم حركة الدوران الداخلى بالمره .

ج - بدلا من دوران المؤخر إلى الأمام قد يدور آل خلف .

أما الأحوال التى يتم فيها دوران المؤخر إلى الأمام أى التى تتبع النظام العادى فهى التى يكون فيها الطلق قويا ، والأثناء ناقصاً ، أو إذا حدث انفجار معجل فى جيب المياه وهو أمر كثير الحدوث فى الأوضاع الخلفية أو كان الرأس أكبر أو أصغر من الطبيعى فإن الدوران للأمام لا يتم أو قد يدور المؤخر إلى الوراء . وفى كلتا الحالتين تتعسر الولادة عسراً شديداً ، فإذا تمت الولادة والمؤخر إلى الوراء تمر القصة أولاً من تحت العانة ثم يتمدد العجان وينزلق المؤخر من فوقه . وأخيراً يمر الوجه من القوس العائى ومنى ثم تخلص الرأس يميل إلى الوراء أى ينسط وفى معظم الأحوال يتمزق العجان وذلك لسببين :- (الأول) أن القطر الذى يمدده هو المؤخر الجبى وطوله ١١,٥ سم بدل القطر تحت المؤخرى القسى الذى يمدد العجان فى الأوضاع المقدمة وطوله ٩,٥ سنتيمتراً . (والثانى) أن الجزء الخلقى للرأس أعرض بكثير من الجزء المقدم .

التشخيص والعلاج - سبق الكلام عن تشخيص الجبهى بالقصة ، ولكننا نشير فقط إلى بعض علامات تظهر بالفحص الخارجى تساعد على إدراك الأوضاع الخلفية : (أولاً) يلاحظ فى الوالدات النحيفات أن البطن يكون مفرطحاً أكثر من العادة وقليل الانتظام إذا كان الوضع خلفياً (أما فى الأوضاع المقدمة فالبطن يكون محدباً ومنتظماً بسبب تقوس ظهر الجنين) . وتكون المقعدة شاغلة لقاع الرحم ، فإذا تبعتها إلى الأسفل فبدلاً من أن نحس بظهر الجنين كما هو الحال فى الوضعين الأول والثانى نحس بفراغ بين المقعدة والرأس . وفى هذا الفراغ نجد أطراف الجنين ويلاحظ بأنها ليست شاغلة لأحد جانبي الخط المتوسط فقط بل يحس بها على جانبيه معاً (ثانياً) يلاحظ أن جزء الرأس المفرطح غير المنتظم المكون من الجبهة يكون متجهاً للأمام . وبقبضة بافليك يحس بأن الرأس شاغل للمضيق العاوى ولكن بسبب نقص الأثناء الذى يحدث غالباً فى الأوضاع الخلفية يحس بالمؤخر والجبهة تقريباً على مستوى واحد . (ثالثاً) صعوبة الإحساس بالظهر وبأن الكتف المقدمة شديدة الأبتعاد عن الخط المتوسط للأمام ، وأنها إذا ضغطنا

الأصابع على الخط المتوسط في منتصف المسافة بين العانة والسرّة فلا تقابل الأصابع مقاومة الكتف بل يصادفها انخفاض قليل الغور . (رابعاً) أن ضربات قلب الجنين في الوضع الأول والثاني تسمع بأكثر وضوح على منتصف الخط الذي يصل بين السرّة والحنديّة المقدّمة العلوية للحرقفة . أما في الثالث والرابع فتسمع بأكثر وضوح في جهة أكثر ارتفاعاً وأكثر اتجاهاً للوحشية منها في الوضع الأول والثاني .

أما سير الولادة فالغالب أن يكون طويلاً جداً في دورها الأول والثاني والطلق يكون شديداً ومتواتراً ، ويكثر الانفجار المعجل للجبب . أما انحشار الرأس فيبطئ للأسباب التي سبق ذكرها . وفي الدور الثاني تشتد الآلام ويتواتر الطلق حتى يكاد يكون مستمراً ، ولكن التقدم يكون تقريباً منعماً .

فإذا أجرينا جساً مهيباً نجد أن اليافوخ المقدم أقرب ما تحس به الأصابع الباحثة ، ويكون متجهاً إلى أحد جانبي الحوض من الأمام . والباحث المدقق يلاحظ أن الجزء الآتي به الجنين أكثر فرطحة من الجزء المؤخري للرأس ، وأنه بدلا من أن يكون مستديراً مثله يكون ذا شكل رباعي غير منتظم ويكون الرأس شديد الاقتراب من الجزء المقدم للحوض بحيث يحس بمسافة متسعة بين الرأس والعجز .

أما إذا دار الرأس إلى الأمام فيلاحظ أن الوصول إلى اليافوخ المقدم لم يعد سهلاً ، ويتغير شكل الجزء الآتي به الجنين بسبب انثناء الرأس ودورانه إلى الأمام .

المعالجة - في أكثر من تسعة أعشار الأوضاع الخلفية تشبه الولادة طبيعياً من غير تعديل الوضع ولكن المولد لا يذم من أن الحالة التي يعالجها ستنتهي هذا الانتهاء الحسن فإذا شخص الوضع المؤخري الخلفي في الأسابيع الأخيرة للحمل أو في أول الولادة يحاول تغييره بالحركات البطنية الخارجية ، ويكون ذلك بتعيين موقع المعقّدة والكتف المقدّمة ، ومحاولة تدوير الجسم إلى الأمام بدفع الكتف المقدّمة إلى الجهة المقابلة . وهذه الحركة سهلة العمل عند المتكررة بخلافها عند البكرية بسبب انحشار الرأس عند الأخيرة في الأسابيع الأخيرة للحمل . فإذا أمكن دفع الكتف إلى الجهة المقابلة تطوى محرمة (فوطه) جملة طيات وتوضع على جانب الرحم المشغول بظهر الجنين ويلاحظ أن يكون وضعها فوق الكتف المقدّمة إن أمكن وتثبت بحزام بطني لمنع الجسم من الرجوع إلى الجهة التي كان فيها . فإذا

لم يتم ذلك بترك الحالة للطبيعة إلى أن يثبت له ضرره مضاعفات تستوجب المساعدة فيعالجها كما يأتي :-

المضاعفات - (١) إذا لم يكن الرأس منحسراً في الحوض وكان المؤخر إلى الوراء وكانت الأغشية متمزقة والعنق ممتدداً ، فالغالب أن سبب عدم الانحسار عدم انثناء الرأس تماماً أو خلود الرحم أي ضعف الطلق . ففي هذه الحالة تختلف المعالجة بحسب ما إذا كانت الوالدة بكرية أو متكررة . فإن كانت متكررة وسبق أن ولدت ولادات سهلة يعمل التحويل القدي إذا كان السائل الأمنيوسي لم يتصرف وإلا فيدار الرأس إلى الأمام . فإذا لم تتم الولادة طبيعياً بعد ذلك وظهرت أعراض تستوجب التدخل بوضع الجفت إنما يجب التأكد قبل وضع الجفت من أن المؤخر إلى الأمام . أما إذا وضع الجفت والرأس لم يدر إلى الأمام فالغالب أنه يتزلق ويحدث تمزقات في الأجزاء الرخوة للأنف . ولإدارة الرأس إلى الأمام تدخل اليد كلها في المهبل ويدفع الرأس إلى الأعلى ، ثم يمسك ويدار إلى الأمام ، فإن لم يدر تدفع اليد في الرحم إلى أن تصل للكتف المقدمة ثم يدار الجذع إلى الأمام مع الرأس .

أما إذا كانت الوالدة بكرية فإن ضيق المهبل يجعل الولادة بالمقعدة شديدة الخطر على الجنين ، فلا مناص من إدارة المؤخر إلى الأمام ووضع الجفت .

(٢) إذا كان الرأس منحسراً ولم يدر إلى الأمام نحاول إدارة إلى الأمام ، وذلك بأن يضغط على الجبهة بأصبعين في وقت الطلق حتى إنه يارتفع الجبهة يبطئ المؤخر ويصير أكثر من الجبهة اتجاهاً إلى أسفل فيساعد ذلك أيضاً على دورانه إلى الأمام . وبعض المؤلفين ينصح بإدخال اليد كلها في المهبل وإمساك الرأس وتدوير المؤخر إلى الأمام . ولكن يصعب على المبتدئ عمل ذلك إذا كان الرأس منحسراً . فإذا لم تتمكن إدارة المؤخر إلى الأمام بوضع جفت الجذب المحورى ويجذب جذباً مستمراً باحتراس فإذا رؤى أن الجفت أخذ يتزلق يرفع ويحاول إعادة تركيبه . فإذا لوحظ أن الرأس دار تماماً يرفع الجفت ويعاد وضعه بالثاني . أما إذا لم يدر الرأس إلى الأمام وتمت الولادة والوجه متجه نحو العانة ، فالغالب أن يحدث تمزق بالغ في العجان قد يصل إلى المستقيم إذا كانت الوالدة بكرية .

معالجة عدم التزامن - في الأحوال التي يوجد فيها عدم التزامن في الانحشار - يجب أن يبحث عن سبب عدم التزامن ، فإذا كان السبب ضيقاً في الحوض فالمعالجة تكون على حسب درجة الضيق . أما إذا كان عدم التزامن مقدماً والحوض طبيعياً وكان سبب عدم التزامن سقوط الرحم إلى الأمام ، فالواجب أن يربط بطن الولادة بحزام بطى لأن ذلك يساعد على جعل محور الرحم مناسباً لمحور المضيق العلوى . ووجود الدرجات الصغيرة من عدم التزامن المقدم في الحوض الذي يكون ضيقاً في القطر المقدم الخلقى يساعد على سهولة مرور الرأس . أما عدم التزامن الخلقى فضرر على كل حال ويجب إصلاحه في الحال بالحركات المهبلية والبطنية المزدوجة . فإن لم يقد ذلك وجب إجراء عملية التحويل القدي .

تصغير الرأس - بسبب انضغاط الرأس في أثناء مروره في الحوض تقصر بعض أقطاره ويطول البعض الآخر . والأقطار التي تقصر هي : المؤخرى الجنبى وتحت المؤخرى القمى ، والصدغى الصدغى ، والجدارى الجدارى والقطر الذى يطول هو : - فوق المؤخرى الدقنى .

الحدبة المصلية الدموية - تتكون هذه الحدبة أولاً فوق الجزء الخلقى للعظم الجدارى الأيمن في الوضع الأول وفوق الجزء الخلقى للعظم الجدارى الأيسر في الوضع الثانى وفي الجزء المقدم أو المتوسط للجدارى الأيسر في الوضع الثالث وفي الجزء المقدم أو المتوسط للجدارى الأيمن في الوضع الرابع ولكن إذا كان الرأس منتصباً تماماً في الوضعين الثالث والرابع قد تتكون الحدبة فوق الجزء الخلقى للعظم الجدارى بدل المقدم .

الحنىء بالوجه

ولو أن الحنىء بالوجه يعتبر مجيئاً معيياً ، لكنه كثيراً ما تنهى الولادة فيه طبيعياً بدون مساعدة . وهو شديد الشبه بالحنىء بالقمة ، إنما يختلف عنه في الأمور الآتية :- في الحنىء بالوجه بدلا من أن يكون الرأس منتصباً على الفص يكون منبسطاً بحيث يقترب المؤخر من الظهر ، وتصير الجبهة والوجه أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً

إلى أسفل . فينشأ عن ذلك أن الصدر يتدفع إلى الأمام فيلاصق جدار الرحم ويتعد الظهر عنها (انظر شكل ٩٧) والخبث بالوجه نادر الحدوث إذ يحدث مرة في كل ٢٥٠ ولادة .

والخبث بالوجه محيى ثانوى وليس محيياً أصلياً . ومعنى ذلك أن الجنين قبل دنو المخاض لا يكون رأسه منبسطاً أى لا يكون وجهه إلى أسفل ، ولكن متى ابتدأ الطلق وأخذ الرأس فى الانحشار ، فقد ينسبط إذا طرأ عليه سبب من الأسباب التى ستذكر فيما بعد ويصير الخبيء وقتئذ بالوجه . ولا يحدث الأتبساط قبل المخاض أى لا يكون الخبيء بالوجه أولياً إلا إذا كان الجنين مشوّه الخلقه كالمسيخ الذى قبوة رأسه منعقدة أو إذا وجد فى عنق الجنين ما يمنع انثناء الرأس .

أسبابه — قد سبق القول أنه قبل تمزق جيب المياه يكون ضغط السائل الأمنيوى متساوياً على كل أجزاء السطح الباطن للرحم . ولكنه متى تمزق جيب المياه ، فتنى



(شكل ١٠٥)

يوضح كيفية حدوث الخبيء بالوجه. أ ب يشير إلى الخط الذى يسير عليه ضغط الانقباضات الرحمية . ج د انظر التقى الخبيى .

حدث الطلق تنقبض جدار الرحم على الجنين فيضغط على أكثر أجزائه بروزاً . وهذا الضغط يساعد على تقويم الظهر وجعل المسافة بين المقعدة والجزء الآتى به الجنين أطول مما كانت ، فتنى ضغط القاع على المقعدة انقل الضغط إلى الجزء الآتى به الجنين . فإذا اتفق أن المفصل الذى بين الرأس والعمود الفقري كان أقرب إلى المؤخر منه إلى الجبهة فالرأس يتنى ويصير الخبيء بالقمة . أما إذا كان المفصل أقرب إلى الجبهة منه إلى المؤخرة فالرأس ينسبط ويصير الخبيء بالوجه (انظر شكل ١٠٥) ومن هذا يتضح لنا أن الخبيء بالوجه ثانوى يحدث بعد انفجار الجيب ولا يكون موجوداً مدة الحمل . أما أسباب الخبيء بالوجه فهى :-

(١) كل ما يمنع انثناء الرأس ، مثل - أورام العنق ، والحواتر ، والاستسقاء الصبرى .

(٢) كل الأسباب التى توقف المؤخر ، بينما تسمح للجبهة بالانحشار ، مثل - انحراف وضع الرحم إلى أحد الجانبين ، وضيق الحوض ، ووجود أورام

في المضيق العلوى . فوق انحراف وضع الرحم مثلاً ، بدلا من أن يندفع الرأس في تجويف الحوض ، يندفع إلى الجهة المقابلة للجهة المنحرف إليها الرحم ، فيتضح من ذلك أن المؤخر يقف ، والذقن يساعد على الانحشار .

(٣) تشوهات رأس الجنين خصوصا استطالة الجزء المؤخرى للرأس . ولا يجوز خلط ذلك بما يشاهد دائما في تشكيل رؤوس الأجنة المولودة بوجهها من استطالة الجزء المؤخرى ، فهنا نتيجة الحجب بالوجه لا سببه .

التشخيص - الجس البطنى - في الوضعين الثالث والرابع اللذين يكون فيهما الظهر متجها إلى الوراء يندفع الصدر على الجدار المقدم للرحم بسبب انبساط الراس والعمود الفقري للجنين فيسهل الإحساس بالأطراف أما الظهر فيسبب اتجاهه إلى الوراء يكون من الصعب العثور عليه . ويكون أيضاً من الصعب العثور على الظهر في الوضعين الأول والثاني اللذين يكون الظهر فيهما متجهاً إلى الأمام بسبب انبساط الرأس . وبالقبضة الحوضية نستطيع الإحساس (إذا لم يكن الوجه قد انحشر) بورم شبيه بحذوة القرس على الجهة التي فيها الأطراف . وهذا الورم هو الذقن . وفي الجهة المقابلة للذقن نجد الحوض مملوءا بورم كبير يفصل عن الظهر بميزاب عميق وهذا الورم هو المؤخر . متى أحسنا بالمؤخر إلى فوق نجد بينه وبين الظهر هوة . ونجد المؤخر أكثر ارتفاعاً من الذقن (انظر شكل ١٠٥) وفي معظم الأحوال لا يحس بالذقن بسبب انحشاره في الحوض . أما إذا كان الوجه منحشراً وأجرينا القبضة الرابعة الحوضية فإننا نجد أصابع يدينا التي في جهة الأطراف أى الجهة المشغولة بصدر الجنين تدخل الحوض بسهولة أكثر من أصابع اليد الأخرى التي يعطلها بروز المؤخر عن أن تدخل الحوض بسهولة . واتجاه الظهر إذا كان إلى الأمام أو إلى الوراء أو إلى اليمين أو إلى اليسار يدلنا على وضع الجنين .

الجس المهبل - في أول الولادة يصعب الوصول إلى الجزء الآتى به الجنين لأن الوجه يتأخر في الانحشار . وإذا كان جيب المياه لم يتمزق بعد ، نجد شكله قمعياً كما هو الحال في كل محبى معيب .

وليس من السهل تمييز الوجه عن المقعدة إذا انحشر الوجه . لأنه من طول مدة الولادة يتورم الوجه تورماً كبيراً يجعله شديداً الشبه بالمقعدة . والنقطة المميزة للوجه

هي الحاجزان الفوق الحجابيين ، والعظمان الوجنيان ، والفم الذي يتميز عن الشرح بوجود الحاجز السنخي واللسان . فإذا لم يسهل تمييز الوجه بعد ذلك يدفع أصبع إلى الأعلى بين الجزء المنحشر وجدر الحوض . وفي المهيء بالوجه يحس بالأذن ، وفي المهيء بالمقعدة يحس بثنية الأربية . وفي فحص الوجه يلزم الاحتراس من إصابة العين بأذى . ومن الموافق ألا يدخل الأصبع في فم الجنين خوفاً من تنبيه التنفس وانسداد المسالك الفوقية من دخل السائل الأمنيوسي والغطاء .

أما تشخيص الوضع فيتم بملاحظة علاقة أجزاء الوجه بالحوض وعلاقتها بعضها ببعض .

التسمع - بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين أكثر وضوحاً في جهة أعلى مما تسمع فيها في المهيء بالقمة . وفي الأحوال التي يكون فيها الذقن متجهاً إلى الأمام تسمع واضحة تمام الوضوح جهة الصدر لإندفاعه على الجدار المقدم للرحم ، (انظر شكل ٩٧) أما في المهيء بالقمة وبالمقعدة فهي تسمع أكثر وضوحاً على الجهة التي بها الظهر لأنه يكون ملاصقاً للجدار المقدم للرحم .

أوضاع المهيء بالوجه - يتميز للمهيء بالوجه أربعة أوضاع هي ذات أوضاع المهيء بالقمة . إنما بالنسبة لإنسباط الرأس يكون الذقن أكثر الأجزاء اتجاهاً إلى أسفل ولذلك فالمهيء يسمى باسمه . وفي الوضع الأول الذي يكون فيه الظهر متجهاً إلى الأمام واليسار ، يكون الذقن متجهاً إلى اليمين والوراء ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يمينياً خلفياً » . وفي الوضع الثاني الذي يكون فيه الظهر متجهاً إلى الأمام واليمين يكون الذقن متجهاً إلى اليسار والوراء ، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يسارياً خلفياً » . وفي الوضع الثالث الذي يكون فيه الظهر متجهاً إلى اليمين والوراء ، يكون الذقن متجهاً إلى الأمام واليسار ، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يسارياً مقدماً » . وفي الوضع الرابع الذي يكون فيه الظهر إلى اليسار والوراء ، يكون الذقن متجهاً إلى الأمام واليمين ، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يمينياً مقدماً » .

ميكانيكية الولادة - تختلف صعوبة الولادة في الأوضاع المختلفة للمهيء بالوجه حسب اتجاه الذقن إلى الأمام . فالأوضاع التي يكون فيها الذقن متجهاً

إلى الأمام تكون أسهل بكثير من التي يكون فيها الذقن متجهاً إلى الوراء . أما ميكانيكية الولادة في الأوضاع جميعها فشديدة الشبه بميكانيكية الولادة في الحيوان بالقطعة إنما يبدل الائتناء بالانقباض ، والانقباض بالائتناء ، المؤخر بالذقن والأقطار التي تشغل الحوض هي القصبى القمى وطوله ٩,٥ سنتيمترات ، والحدارى الحدارى ، وطوله ٩,٥ سنتيمترات أيضاً . ولكن القطر القصبى القمى ، وإن كان لا يزيد في الطول عن القطر التحت المؤخرى القمى ، لكنه أقل منه قابلية للتصغير . أما حركات الرأس في أثناء مرورها في الحوض . فهي :-

- (١) و (٢) الانحشار ، والانقباض . (٣) الدوران الداخلى .
(٤) الائتناء . (٥) الاتعادل والدوران الخارجى

وتصطحب كلها بهبوط الجنين التدريجى في الحوض .

(١) و (٢) الانحشار والانقباض - ينحشر الوجه وقطره القصبى القمى شاغل للقطر المستعرض أو المنحرف . وكلما تقدم الانحشار انبسط الرأس حتى يوشك المؤخر أن يلامس ظهر الجنين (أنظر شكل ١٠٦) .



(شكل ١٠٦)

الحركات التي يفعلها الرأس
للتخلص من الحوض في الحيوان
بالوجه

- الوضع الأول (١) الانقباض
(٢) الدوران الداخلى
(٣) ابتداء الائتناء
(٤) التواء الائتناء
(٥) الاتعادل والدوران
الخارجى (جالاين)

(٣) الدوران الداخلي - يستمر الانحشار إلى أن يلامس الوجه أرضية الحوض . ولما كان الذقن أكثر الأجزاء اتجاهاً إلى أسفل فهو يلامس أرضية الحوض أولاً ، ولذلك يدور إلى الأمام إلى أن يرتكز تحت قوس العانة (انظر شكل ١٠٦ و ١٠٧) . وحركة الدوران الداخلي تكون أبطأ بكثير في الغبيء بالوجه منها في الغبيء بالقمة ، حتى إنه من شدة بطئها يتورم الوجه حتى يكاد يظهر من الفرج ، ولا يكون الدوران قد تقدم كثيراً .



(شكل ١٠٧)

دوران الذقن إلى الأمام وارتكازه تحت القوس العالي في الغبيء بالوجه الوضع الرابع

(٤) الانثناء - متى ارتكز الذقن تحت قوس العانة يتخلص الرأس من فوهة المهبل بحركة انثناء ، فيظهر القم والذقن من العجان أولاً ، ثم تتلوها العينان فالجبهة وأخيراً المؤخر (شكل ١٠٦) .

(٥) الدوران الخارجي - متى

تخلص الرأس من ضغط الحوض ، تحدث له حركة الانعكاس لكي تصير علاقته بالكثفين طبيعية ،

حتى دارت الكتفان يدور الرأس معهما مثلما يفعل في الغبيء بالقمة .

الميكانيكية الشاذة - إذا لم يتم انبساط الرأس انبساطاً تاماً ، تكون الجبهة أكثر اتجاهاً إلى أسفل من الذقن فتدور إلى الأمام وينتجه الذقن إلى الوراء نحو تقعر العجز . وولادة الجنين وهو في هذا الوضع تكاد تكون مستحيلة إلا إذا كان الحوض شديد الانحدار أو الرأس صغيراً جداً .

تشكيل الرأس - تقصر الأقطار الآتية :- القصبى القمى ، وتحت المؤخرى القمى ، وفوق المؤخرى الذقنى ، والصدغى الصدغى ، والحدارى الحدارى - وتطول الأقطار الآتية :- المؤخرى الجبى ، والمؤخرى الذقنى .

الخدبة الدموية المصلية - تتكون الخدبة الدموية المصلية فوق الوجه فينشده تشوهاً شديداً . ولكن هذا التشوه يزول في بضعة أيام .

معالجة الخدبة بالوجه - في أكثر من ٧٥ ٪ من أحوال الخدبة بالوجه تنسى الولادة طبيعياً . والأحوال التي تستوجب التدخل هي التي تصطبح بضيق الحوض والتي يعجز فيها الذفن عن الدوران إلى الأمام . فإن كان الوجه منحشراً والوالدة متكررة الولادة وجيب المياه متمزقاً فالأفضل أن تترك الولادة للطبيعة . أما إذا لم يكن منحشراً وكانت الوالدة بكريه الولادة ، أو إذا خيف من وجود عدم تناسب بين حجم الرأس وحجم الحوض ، فالأفضل أن يحول الخدبة إلى مجيء بالرأس . فإن لم تنجح في ذلك أو إذا كان الحبل السرى ساقطاً أيضاً يعمل التحويل القديم ، ويجب التحقق من حجم الحوض فإن كان ضيقاً يعالج بما يناسب درجة الضيق . (١) أما الطريقة التي تستعمل لتحويل الخدبة بالوجه إلى مجيء بالقمة فتسمى طريقة شاتز . ويشترط لنجاحها ثلاثة أمور وهي : -

- (أ) ان يكون جيب المياه سليماً لم يتمزق .
- (ب) ألا يكون الوجه منحشراً في الحوض .
- (ج) أن تكون جدر البطن مرنة .

وإذا علمنا أن معظم أحوال الخدبة بالوجه ثانوية أي أن الرأس لا ينسبط فيها إلا عند الإنحشار يتضح لنا أن فرصة استعمال هذه الطريقة نادرة جداً .

أما طريقة عملها فهي الآتية : تعطى الوالدة مقداراً من الكلوروفورم حتى ترتخي جدر بطنها ، ثم يقف المولد أو يجلس بجانبها مواجهاً لأقدامها كما يجلس عند عمل القبض الحوضية . ثم يدس يديه حول جانبي الرأس ويرفعه من الحوض أو يضع يديه على الكتف المقدمه ويجذبها إلى الأعلى فيرتفع الرأس معها . ثم يضع إحدى يديه على صدر الجنين (والصدر يكون عادة بارزاً في الخدبة بالوجه) ثم يدفعه في اتجاه ظهر الجنين ، ويضع اليد الأخرى على المقعدة ويدفعها في اتجاه الصدر . فينشأ عن ذلك أن الظهر يتقوس إلى الوراء فيتثنى الرأس . ثم تضغط المقعدة إلى الأسفل مباشرة حتى يتم انثناء الرأس . ثم يربط البطن برباط متين فإن لم ينحشر الرأس يمزق جيب المياه حتى يساعد ذلك على انحشاره .

وطريقة شاتز لا تنجح إلا في أحوال قليلة ، وقد يحدث في بعض الأحوال
 ألا يتثنى الرأس انثناء تاماً بل نصف انثناء فيتحول الجنين بالوجه إلى يمينه أوداً
 منه بكثير وهو الجنين بالحاجب ، فإذا حدث ذلك يستعان بالحركات الباطنية
 والظاهرة في تحويله إلى يمينه بالقمة . فإن كانت الفوهة متمددة بحيث تقبل
 أصبعين فقط تنوم الولادة على السرير بالعرض ، ويدخل المولد اليد اليمنى في المهبل



(شكل ١١٠)

(شكل ١٠٩)

(شكل ١٠٨)

طريقة شاتز - الأقواس تشير إلى الجهة التي يدفع فيها الصدر والمقعدة

إذا كان الوجه متجهاً إلى اليسار ، واليسرى إن كان متجهاً إلى اليمين . ثم يدخل
 أصبعين في الرحم ويضغط بهما على الفك السفلي أولاً ثم على الفك العلوي وأخيراً
 على الجبهة ، فيدفع الوجه إلى الأعلى ويتثنى الرأس . وفي الوقت نفسه يضع المولد
 يده على المؤخر من الخارج ويدفعه إلى أسفل لمساعدة انثناءه .

هذا إذا كانت الفوهة الظاهرة لا تسمح بقبول اليد كلها ، فإن سمحت بذلك
 تدخل اليد ويمسك بها الوجه ويدفع إلى الأعلى . فإن لم تنجح هذه الطريقة يعاد
 عملها ثانياً ، ويكلف أحد المساعدين بأن يدفع الصدر في اتجاه الظهر والمقعدة
 في اتجاه الصدر كما يفعل في طريقة شاتز .

فإن لم تنجح هذه الطريقة تعمل الطريقة الآتية التي يشترط لنجاحها أن تكون
 الفوهة الظاهرة متمددة بحيث تقبل اليد كلها :-

يدخل المولد اليد اليمنى في الرحم إذا كان الوجه متجهاً إلى اليمين واليسرى إن

كان متجهاً إلى اليسار (عكس الطريقة السابقة) . ثم يمدس يده بين الرأس وجنير
الرحم حتى تصير أصابعه في أعلى الحديدة المؤخرية . ثم يمسك المؤخر ويجذبه
إلى الأسفل ، وفي الوقت ذاته يضغط بيده الأخرى من الخارج على الصدر ويدفعه
في اتجاه الظهر .

(٢) ترك الحبيء كما هو — إذا عوكتنا على ترك الحبيء كما هو يجب أن نفهم
أهل المريضة أن الولادة ستطول وأن حالة الجنين لا تخلو من الخطر ، وأنه إذا



(شكل ١١١)

تغير شكل الرأس (التشكيل) الذي يحدث في الحبيء - بالرب

ولد حياً يكون وجهه مشوهاً
بورم يزول في بضعة أيام .
والنقط الواجب ملاحظتها في
الحبيء بالوجه هي أن تكلف
الوالدة بالنوم في الفراش ، وأن
يجتنب بقدر الإمكان كل ما
يمكن أن يساعد على تمزيق
الأغشية ، وذلك لأن جيب
المياه يمدد العنق أفضل من
الوجه بكثير . ويجب أن تنام
الوالدة على الجانب الذي يكون
الذقن متجهاً إليه لأن ذلك

يساعد على دورانه إلى الأمام . وحتى اقترب الوجه من العجان فالأفضل عمل
فحص مهبل للتأكد مما إذا كان الذقن قد دار إلى الأمام أو لم يدر . فإذا وجدنا
أنه لم يدر نتنظر إلى أن يحدث طلق ثم ندفع الجبهة إلى الأعلى فيسقط الذقن إلى
أسفل ، فيساعد ذلك على دورانه إلى الأمام . فإذا لم يدر الذقن بعد ذلك ندخل
يداً في المهبل ونمسك بها الوجه ونحاول تدويره إلى الأمام . وفي الوقت نفسه نضع
يدنا الأخرى على الكتف المقدمية من الخارج وندفعها في نفس الاتجاه الذي نريد
إدارة الوجه إليه .

فإذا لم نستطع مع كل هذا أن ندير الذقن إلى الأمام وقبل أن
تسوء حالة الأم فالأفضل عمل عملية قيصرية فإن لم تسمح حالة الأم
بذلك بوضع الجفت فإن لم ينجح يعمل التفتيت ، لأنه من المستحيل أن يولد

الجنين وهو بهذه الكيفية إلا إذا كان الرأس صغيراً جداً أو الحوض شديد الاتساع ، إذ أن مروره وهو في هذا الوضع يستلزم أن يمر القطر المؤخري القمى وطوله ٩.٥ سنتيمترات مع العنق وصمكه ٤ سنتيمترات من القطر المقدم الخلقى للحوض وطوله ١١ سنتمراً ، وهذا مستحيل . ووضع الجفت خطر جداً على الجنين إذا كان الذقن متجهماً إلى خلف لجواز ضغطه على الحنجرة . أما إذا دار الذقن إلى الأمام وكان الرحم في حالة خمود بحيث لا يستطيع أن يحدث القوة الكافية لتدفع الجنين فلا خطر من وضع الجفت

خلاصة معالجة الخبيء بالوجه — يبحث أولاً عن سبب الخبيء بالوجه فإذا كان السبب وجود ضيق أو أورام في الحوض تعالج بما يناسبها . أما إذا لم يكن السبب ضيق الحوض فتكون المعالجة كما يأتي : (١) إذا لم يكن الرأس منحشراً وكان جيب المياه سليماً تعمل طريقة شاتر . (٢) إذا كان الوجه منحشراً والخبيء مفتوحاً ، والعنق متمدداً ، وكان الذقن إلى الأمام تترك الحالة طبيعية وإذا ظهرت دلالات خطر على الأم أو الجنين تعمل عملية قيصرية أو بوضع الجفت . أما إذا لم يدر الذقن إلى الأمام فالغالب أن الرأس لم ينسبط تماماً ويحدث ذلك إذا كان الطلق ضعيفاً . في هذه الحالة تعطى المريضة ١٥ جم مورفين حقناً تحت الجلد . ومنى قامت من التوم يعود الطلق بشدة فينسبط الرأس ويدور الذقن إلى الأمام . وقد يطول الدور الثاني من ٨ إلى ١٠ ساعات بدون ضرر على الطفل ولا يمكن تحديد الوقت الذي يجب أن ينتظره المولود قبل أن يتدخل إذ أن ذلك يتوقف على حالة الأم والجنين .

فإذا كان الطلق ضعيفاً وحالة الأم طبيعية وضربات قلب الجنين لا تقل عن ١٢٠ ولا تزيد عن ١٦٠ في الفترة بين طلق وآخر فلا خوف من الانتظار . أما إذا ظهر أن الوجه تورم كثيراً وتحشر في الحوض بحيث يصعب تحريكه فالانتظار يشي بوفاة الجنين وفيه خطر على الأم أيضاً وفي هذه الحالة تعمل العملية القيصرية إن أمكن وإلا يجرب وضع الجفت بعد إدارة الذقن إلى الأمام .

الإنذار — خطر جداً على الجنين إذ يموت ١٣ في المائة من الأجنة . أما الأمهات فالإنذار لمن أخطر بقليل منه في الخبيء بالقمة .

الحمىء بالحاجب

الحمىء بالحاجب هو الحمىء الذى يكون فيه الرأس فى حالة بين الانثناء والاتباط ويكون الجزء بين الحاجز القوق الحجاجى واليافوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً إلى أسفل وهو نادر الحدوث يحدث مرة واحدة فى كل ٥٠٠ ولادة . وهو حمىء ثانوى لا يحدث إلا بعد ابتداء المخاض .

أسبابه — هى ذات أسباب الحمىء بالوجه .

أوضاعه — يتميز له وضعان : الأول ويكون الظهر فيه لليساى والثانى لليمين

التشخيص — بالحس البطئى — يحس بأن الرأس متأخر فى الإنحشار وأن

الذقن والحذبة المؤخرية على استواء واحد .

بالحس المهيل — نصادف صعوبة فى الوصول إلى الرأس لأنه يتأخر فى

الانحشار فى أول الولادة ، ثم نجد جيب المياه قمعى الشكل كما هو الحال فى كل حمىء معيب . ومتى انحشر الرأس نجد على أحد جانبي الحوض اليافوخ المقدم والعظم الجبسى ، وعلى الجانب الآخر الحاجز القوق الحجاج وتجويف الأعين .

بالسمع — نسمع ضربات قلب الجنين على أحد جانبي الخط المتوسط بحسب

اتجاة ظهر الجنين .



(شكل ١١٢)

الشكل الذى يحدث للرأس فى الحمىء بالحاجب

ميكانيكية الولادة —

الأقطار التى تشغل الحوض هى فوق المؤخرى الذقنى وطوله ١٤ سنتمترأ ، والحذارى وطوله ٩,٥ سنتيمترات ولذلك يصادف الرأس مقاومة هائلة فى الانحشار ، وإذا انحشر يشغل قطره الأكبر القطر المستعرض للحوض .

وتتم الولادة في الخبيء بالخاجب بإحدى أربع طرق :

(١) أن يولد الرأس كما هو إذا كان حجمه صغيراً جداً ، أو كان الحوض شديد الاتساع .

(٢) أن يتحول الخبيء بالخاجب إلى مجيء بالقمة .

(٣) أن يتحول الخبيء بالخاجب إلى مجيء بالوجه .

(٤) أن ينحشر الرأس في الحوض بحيث لا يستطيع الحركة .

أما في الأحوال التي يولد فيها الرأس وهو آت بالخاجب فيلدور بحيث ينتجه الوجه إلى الأمام ثم يتركز الفك (وليس الجبهة) خلف الارتفاق العاني ، ويولد الرأس بحركة انثناء فتظهر القوة أولاً ويتاوها الوجه . والولادة في هذه الأحوال تكون طويلة جداً وينشوء فيها شكل الرأس تشوهاً كبيراً .

المعالجة - لمعالجة الخبيء بالخاجب ثلاث طرق وهي :

(١) أن نُثَمِّمُ^١ الأنثناء ، ونحوه إلى مجيء بالقمة .

(٢) أن نُثَمِّمُ^٢ الأتبساط ونحوه إلى مجيء بالوجه .

(٣) أن نفعل التحويل القدي .

(١) إذا لم يكن الرأس منحشراً نجهد في تحويله إلى مجيء بالقمة بطريقة شاتر . فإن لم نفلح نجرب الطريقة الآتية : يضع المولد يده في المهبل ويدفع الرأس إلى الأعلى حتى يترك الحوض موجهاً أكثر قوته إلى الجبهة حتى يساعد انثناء الرأس . ثم يكلف أحد المساعدين أن يدفع الصدر في اتجاه الظهر كما في طريقة شاتر . ثم يكمل الأنثناء بضغط المؤخر لأسفل ، إما فوق المؤخر بالضغط عليه من جنود البطن أو بدمس اليد الموضوعة في المهبل ، ثم جذبه إلى أسفل . ونسى انتهينا من ذلك نحفظ الرأس في وضعه الحديد برباط بطني متين ، وبتمزيق جيب المياه إن لم يكن قد تمزق قبلاً .

(٢) أما إذا وجدنا الرأس منحشراً في الحوض ولم نستطيع تحويله إلى مجيء بالقمة ، فنجهد في تحويله إلى مجيء بالوجه . ويتم ذلك بالضغط على جانبي الياغوخ المقدم حتى يرتفع إلى الأعلى فيهبط الذقن إلى الأسفل .

(٣) إذا لم نفلح في عمل الطريقتين السابقتين ، نفعل التحويل القدي

وسأتي ذكره فيما بعد .

وفي الأحوال التي يترك فيها الحبيء بالحاجب كما هو لصعوبة عمل التحويل .
يجب أن نلاحظ كل ما ذكرناه في معالجة الحبيء بالوجه . فإذا اتضح لنا أن الجنين
ميت تنقب الجمجمة إلا إذا كان الرأس على وشك التخلص .

الانتذار — أشد خطراً على الأم والجنين منه في الحبيء بالقمة .

الحبيء باليافوخ المقدم

يطلق الحبيء باليافوخ المقدم على الأحوال التي يكون فيها اليافوخ المقدم أكثر
أجزاء الرأس اتجاهاً إلى أسفل ، ويكون الرأس في حالة متوسطة بين الحبيء بالقمة
والحبيء بالحاجب .

الأسباب — قد يحدث هذا الحبيء في الحوض المفرطح أى الضيق في قطره
المقدم الخاني .

التشخيص — بالحس المهبلي نجد اليافوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً
إلى أسفل .

ميكانيكية الولادة — في الحوض المفرطح ينحشر الرأس وقطره المقدم الخاني
شاغل للقطر المستعرض للمضيق العاري . وبسبب المقاومة التي يصادفها القطر
الجداري الجداري من القطر المقدم الخاني ينزلق الرأس إلى جانب الحوض الذي
يكون مشغولاً بالمؤخر فينشأ عن ذلك شيتان : الأول أن الرأس ينسبط قليلاً فتهبط
الجهة قليلاً فتهبط الجهة إلى أسفل ويصير اليافوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً
إلى أسفل ، والثاني أن القطر الشاغل للقطر المقدم الخاني للحوض يصير قطعاً أصغر
من الجداري الجداري وهذا يساعد على الإنحشار . وباستمرار ضغط الأقباضات
الرحمية ينحشر الرأس في الحوض بعد أن يحدث فيه عدم تزامن مقدم .

المعالجة — يحىء الرأس باليافوخ المقدم يساعد على انحشاره في الحوض المفرطح
ولذلك تجب مساعدته بأن تؤمر الوالدة أن تنام على الجهة التي فيها اليافوخ المقدم

لمساعدة انحنائه ، ومنى انحسرت الجبهة تؤمر الولادة بأن تنام على الجهة المقابلة حتى ينحسر اليافوخ الخلقى أيضاً .

أما إذا وجدنا الرأس منحسراً واليافوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً إلى أسفل فذلك دليل على أن المحيى إنما هو بالقمة ولكنه بسبب عدم انثناء الرأس التام لم يدر المؤخر إلى الأمام ، فتعالجه بالمعالجة المذكورة في الفصل الخاص بالأوضاع المؤخرية الخلفية .

المحيى باليافوخ الخلقى

ويطلق على الأحوال التي يكون فيها الرأس منتثياً انثناء شديداً ، بحيث يكون اليافوخ الخلقى أكثر الأجزاء اتجاهاً إلى أسفل .

أسبابه — إذا وجدنا المحيى باليافوخ الخلقى وكان الرأس أعلى المضيق العاوى كان ذلك دليلاً إما على ضيق الحوض في جميع أقطاره ، أو على أن رأس الجنين كبير الحجم جداً . أما إذا كان الرأس منحسراً فلا يدل على شيء لأنه جزء من الميكانيكية العادية للمحيى بالقمة .

التشخيص — بالجلس المهبل نجد اليافوخ الخلقى أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً إلى أسفل .

ميكانيكية الولادة — لا تختلف عن ميكانيكية المحيى بالقمة في شيء . أما إذا كان عدم التناسب بين أقطار الرأس وأقطار الحوض شديداً فالولادة الطبيعية مستحيلة .

المعالجة — إن كان ثمت ضيق في الحوض يعالج على حسب درجته وإلا فيترك الرأس زمناً كافياً لتصغيره بالضغط ، ويوضع الجففت متى استوفيت شروطه أو تعمل عملية قيصرية فإن لم يمكن ذلك وظهرت أعراض الخطر تفعل عملية القرب .

الخبثاء بالمقعدة

الخبثاء بالمقعدة يطلق على الأحوال التي يكون فيها الجنين آتياً بمقعده على المضيق العلوي . وينقسم إلى مجيء كامل ومجيء ناقص . فالخبثاء الكامل هو الذي تنزل فيه المقعدة مع الأقدام ، والخبثاء الناقص هو الذي تنزل فيه المقعدة وحدها وتكون الأطراف السفلى منبسطة على جذع الجنين . أو تنزل قدم أو قدمان أو ركية أو ركبتان معاً أولاً .
والخبثاء بالمقعدة يحدث مرة في كل أربعين ولادة .

أسبابه — قد يحدث الخبثاء بالمقعدة بسبب تغيرات في شكل الرحم أو الحوض أو الجنين ، تمنع توافق أقطار الرأس مع القسم السفلي للرحم ، أعني تمنع حدوث الخبثاء بالرأس . وكثيراً ما يحدث هذا الخبثاء بلا سبب ظاهر . أما الأحوال التي يكثر حدوثه فيها فهي .

(١) الحمل المتكرر : لأنه يضعف جدر الرحم فتفقد بعض مرونتها فيفقد الرحم شكله الكمتري .

(٢) ضيق الحوض : لأنه يغير شكل المضيق العلوي بحيث لا يستطيع الرأس أن ينطبق عليه كالعادة فيتغير الخبثاء

(٣) الحمل التوأمي : لأن فيه يشتد تمدد الرحم ، فتضعف جدره ولا تستطيع أن تحدث الضغط الكافي لحفظ الجنين في وضعه الطبيعي .

(٤) الاستسقاء الأمنيوسي —
لأنه يسبب ازدياد تمدد الرحم كالحمل التوأمي



(شكل ١١٣)

الخبثاء بالمقعدة الوضع الأول (جلايين)

(٥) الاندغام العيب للمشيمة لأن اندغام المشيمة على القسم السفلى للرحم يغير الشكل البيضي للتجويف الرحمي .

(٦) الاستسقاء الدماغى - لأن فيه يكون حجم الرأس أكبر من حجم المقعدة مع الأطراف السفلى .

(٧) الأجنة غير التامة المدة - لأنها لا تملأ تجويف الرحم ، فلا يوجد ما يبقيها في وضع مخصوص .

(٨) أورام الرحم ونشواته الخلقية .

الأوضاع - هي كأوضاع الجنىء بالقمة . ففي الوضع الأول يكون الظهر متجهاً إلى الأمام واليسار ، وفي الثانى إلى الأمام واليمين ، وفي الثالث إلى اليمين والوراء ، وفي الرابع إلى اليسار والوراء . والوضع الأول أكثرها حدوثاً .

خطر الجنىء بالمقعدة - كان الجنىء بالمقعدة يعتبر سابقاً مجيئاً حميداً ولكنه في الحقيقة مجيئاً معيباً ، لأنه وإن كان الخطر على الأم لا يزيد فيه عن خطر

الجنىء بالقمة ، إلا أن الخطر على الجنين أكثر بكثير ، لأنه يموت من الأجنة واحد من كل ستة عند بكريات الولادة وواحد من عشرين عند متكرراتها . وكثير من الأجنة التي تولد حية قد يموت بعد وقت قصير بسبب الإصابات التي تحدث للأجنة في أثناء ولادتها أو لكونها ناقصة المدة .

وقد أظهر التشريح المرضى للأطفال المولودين أمواتاً أو الذين يموتون بعد ولادتهم بقليل في أحوال الجنىء بالمقعدة أن ثلاثة أرباعهم يموتون بسبب تمزق خيمة الخيشخ



(شكل ١١٤)

الجنىء بالمقعدة مع انبساط الساقين (جلابون)

tentorium cerebelli أو منجل المخ Falx cerebri وحدوث أنزفة مخية . وتحدث هذه الإصابات بسبب الانضغاط السريع والشديد الذي يتعرض له الرأس في أثناء تخليصه بسبب تعجل المولود في توليد الرأس خوفاً من أن يموت الجنين بسبب انضغاط الحبل السرى . ولكن الواقع يخالف هذا الرأي إذ أن الجنين يستطيع أن يعيش أكثر من عشر دقائق بعد انضغاط الحبل السرى بينما أن الأفرط في سرعة التخليص قد ينشأ عنه نزف مخي يقضى على الجنين في معظم الأحوال . ولذا فالواجب على المولود أن يتربث في تخليص الرأس ويترك له سبع دقائق ليتغير شكله طبعاً لشكل الحوض . ويكثر حدوث هذه العوارض عند بكرات الولادة بسبب مناعة العجان وعدم قابليته لتمدد السريع . والسبب الذي يتلو الأنزفة المخية في إحداث الوفاة هو اسفكسيا الجنين وتحدث في ٢٥ ٪ من الأحوال . وسببها إما سقوط الحبل السرى أو تأخر تخليص الرأس أكثر من عشر دقائق أو بسبب الانفجار المعجل بالحليب المياه أو لتنه تنفس الجنين قبل أن يتخلص الرأس بسبب تعرض جسمه للهواء البارد فيمنصض ضحاًطاً ودماً وسائلاً أمينوسياً فتدخل إلى الرئة وتسبب الوفاة إما حالاً أو على أثر الولادة .

وقد تكون الوفاة مسببة من خلع في الجزء العنقي للعمود الفقري أو من تمزق الكبد وهما نادرا الحدوث . ويحدث الأول من جذب الرأس بقوة في أثناء تخليصه ويحدث الثاني من إمساك الجنين حذاء محصره في أثناء تخليصه وليس حذاء حوضه كما هو الواجب .

سبر الولادة - يتعطل سبر الولادة قايلاً لأن المقعدة لا تملأ القسم السفلي للرحم تماماً فلا يمتنع الاتصال بين الحليب والسائل الأمينوسى العام وقت الطلق ولهذا السبب يصير جيب المياه قمعى الشكل وينفجر قبل الأوان . ويؤدى ذلك إلى تأخر تمدد الفوهة الظاهرة ، لأن المقعدة لرخاوتها لا تستطيع أن تمدد الفوهة بسهولة .

التشخيص - يصعب أحياناً تشخيص الهيماء بالمقعدة بالجلس البطنى ، وعلى الأخص عند بكرات الولادة إذا كان السائل الأمينوسى قايلاً المقدار . وتكون هذه الصعوبة على أشدها إذا كانت الأطراف السفلى منبسطة بحيث تصير الأقدام بجانب الرأس وإذا كانت المقعدة منحشرة في الحوض ، فإن وجود الأقدام بجانب الرأس يجعل تمييز الرأس عن المقعدة صعباً كما أن انطراف القسم السفلى للرحم حول

المقعدة يجعل تمييزها عن الرأس صعباً أيضاً ولذلك يحسن التأكيد من التشخيص بالبحس المهيلي والتسمع .

البحس البطني - بالقبضة القاعية نجد الرأس شاغلاً لقاع الرحم ولكن ليس في الخط المتوسط بل منحرفاً إلى أحد الجانبين وبسبب اتساع قاع الرحم تكون بميزات الرأس مثل صلابته وسهولة تحركه من غير أن يتحرك الظهر معه أكثر وضوحاً مما تكون عندما تشغل الرأس القسم السفلي للرحم . وبالقبضة الحوضية يحس بالمعدة شاغلة للمضيق العلوي . وإذا كانت الساقان منبسطين بجانب الجذع يحس بالقدمين شاغلتين لقاع الرحم بالقرب من الرأس مما يجعله شديد الشبه بالمقعدة .

البحس المهيلي - في أول الولادة تتأخر المقعدة عن الانحشار بسبب السابق ذكره فيصعب الوصول إليها . إنما نلاحظ في أثناء البحث أن جيب المياه قسعي الشكل وإته يبرز كثيراً وقت الطلق فنعلم أن الحبيء معيب . ونرى انحشرت المقعدة فبالبحس يمكن تمييزها عن الرأس لأننا لا نحس عليها بتدريز ولا يوافيخ ونحس بالميزاب الذي بين الإليتين . وتتبع هذا الميزاب نصل إلى عصعص وعجز الجنين فنعلم الجهة المتجه إليها الظهر . والنقط المميزة للمقعدة هي (١) وجود ثلاث نقط عظمية موضوعة على شكل مثلث متساوي الأضلاع . وهذه النقط هي حادبتا الورك ، والعصعص (٢) وجود الشرج . والشرج يتميز عن القم بعدم وجود اللسان والحاجز السنخي من جهة ، وبانقباض العضلة العاصرة الشرجية على الأصبع الباحث من جهة أخرى ، وأيضاً يتلوث الأصبع الباحث بالقيء . ونرى النقط المميزة للمقعدة أننا لو تتبعنا العصعص إلى فوق نحس بخطوط مستعرضة هي النتوءات الشوكية للعجز . وفي بعض الأحيان وعلى الأخص عندما تكون المقعدة متأخرة في الانحشار يكون من الصعب التمييز بين المقعدة والكثف إذا كان الحبيء مستعرضاً . والخطأ في هذه الظروف سيء النتيجة جداً إذ لو كان الحبيء مستعرضاً وترك بلا تعديل تعسرت الولادة وتعرضت الأم والجنين للخطر الشديد .

وإذا وجدنا في أثناء البحث أحد أطراف الجنين ساقطاً فالواجب أن نعرف ما إذا كان مرفقاً أو ركية أو يداً أو قدماً . فالركبة يسهل تمييزها عن المرفق بكبير حجمها ، وبحدبة القصبة والرباط الردي . والقدم تتميز عن اليد بالكعب وبأن أطراف أصابعها على استواء واحد ، ويكون إبهام اليد يمكن تفريره وتبعيده بخلاف الإصبع الكبير للقدم .

التسمع - بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين أكثر وضوحاً في أعلى السرة بقليل وعلى أحد جانبي الخط المتوسط بحسب اتجاه الظهر . وفي الأحوال التي تكون فيها المقعدة منحشرة في الحوض وهابطة كثيراً نسمع ضربات قلب الجنين أسفل السرة .

ميكانيكية الولادة - أقطار المقعدة قليلة الأهمية لأن أكبرها وهو المدورى المدورى لا يزيد طوله عن ٨,٧٥ سنتيمترات وينقص كثيراً بالضغط .

تنحشر المقعدة وقطرها المدورى المدورى شاغل لأحد القطرين المنحرفين . وفي أكثر الأحوال تكون الألية المقدمة أكثر انجهاً إلى أسفل من الخلفية فتلامس أرضية العجان قبلها ، ولذلك تدور إلى الأمام تحت قوس العانة ملتوية على الجذع ثم ينثني الورك على الجسم ويمتاز العجان . وإذا كان العجان سليماً فقد تولد الألية المقدمة ولكن الأغلب أن تولد الألية الخلفية قبل المقدمة ، وتبناها بقية الجذع . ومنى تخلصت المقعدة من العجان يتعدل وضعها بالنسبة للجذع فيزول الالتواء الذي حدث أثناء حركة الدوران الداخلى .

أما وضع الجنين في الرحم فهو مثل وضعه في الحياء بالقمة ، أعنى أن القدمين تكونان مجاورتين للمقعدة والنراعين ملاصقتين المصدر ومتصالبتين .

والرأس يدخل الحوض وهو في حالة انثناء بحيث يكون الذقن ملاصقاً للقص . والقطر تحت المؤخرى القمى يكون شاغلاً للقطر المنحرف المقابل للقطر المنحرف الذي كان مشغولاً بالقطر المدورى المدورى . ومنى انحسر الرأس يدور المؤخر إلى الأمام ويرتكز تحت قوس العانة ، ثم يتخلص الوجه من العجان فيظهر الذقن أولاً فالأنف فالعينان فالجبهة فالمؤخر . وفي بعض الأحوال غير العادية يدور المؤخر إلى خلف بدلاً من دورانه إلى الأمام ، فتصير الولادة أعسر قليلاً .

الحديبة المصالية الدموية - تتكون فوق الألية المقدمة وأعضاء التناسل . ولذلك يكثر في الحياء بالمقعدة أن نجد الصفن متورماً وذا لون أزرق قائم أو أسود ، وذلك لانسكاب الدم من الأوعية الشعرية في النسيج الخلوى .

المعالجة - يعالج الحياء بالمقعدة بإحدى هذه الطرق .

(١) التحويل الرأسى .

(٢) ترك الحياء كما هو .

(٣) عمل عملية قيصرية خصوصاً في حالة البكرية المتقدمة في السن .

(١) التحويل الرأسي - قد يظهر لأول وهلة أن التحويل الرأسي أحسن معالجة للمجىء بالمقعدة . ولكننا إذا تذكرنا أن المجىء بالمقعدة قد يحدث بسبب تغيرات في شكل الرحم أو الحوض أو الجنين نعلم أن هذا الوضع قد يكون أسلم عاقبة للجنين وللأم . فلا يجوز أن نقدم على عمل التحويل الرأسي إلا إذا تأكدنا أن الأضرار فيه يكون أسلم عاقبة للأم والجنين . والأحوال التي يكون فيها المجىء بالمقعدة أسلم للأم والجنين معاً هي :-

(١) الضيق القليل للحوض (ضيق الفطر المقدم الخلقى ويسمى بالحوض المقروطح) .

(٢) الاستسقاء الدماغى .

(٣) الاندغام المعيب للمشيمة .

وذلك لأنه في أحوال الضيق القليل للحوض وفي الاستسقاء الدماغى يسهل تخليص الرأس إذا تخلص الجسم قبله . أما في الاندغام المعيب للمشيمة فالمجىء بالمقعدة أسلم من المجىء بالرأس . والمجىء بالمقعدة عند متكررات الولادة لا يزيد في إخطاره عن المجىء بالرأس سواء على الأم أو على الجنين ولذا فإن كثيراً من المولدين ينصحون بترك المجىء كما هو عند التي تكررت ولاداتها وكان حوضها متسعاً ولاداتها السابقة طبيعية . أما عند البكرات فكثيراً ما تحدث في المجىء بالمقعدة تمزقات في العنق وتمزقات في العجان كما أن الخطر على الجنين شديد جداً ولذا فالواجب عمل التحويل الرأسي الخارجى في الأسبوع السادس والثلاثين للحمل . أما إذا لم نشاهد الحامل إلا وقت المخاض فيسرع بعمل التحويل قبل أن تنحسر المقعدة أو ينفجر جيب المياه . وطريقة عمل التحويل الرأسي من الخارج ستذكر فيما بعد . وبعد عمل التحويل يربط البطن برباط متين لحفظ الجنين في وضعه بالجديد . وحتى تمتد الفتحة الظاهرة تمدداً تاماً تمزق جيب المياه .

(٢) ترك المجىء كما هو - إذا عولنا على ترك المجىء كما هو وجب أن

نلاحظ الاحتياطات الواجب اتخاذها في كل مجىء معيب ، وهى أن نتجنب على قدر الأمكان كل ما يساعد على انفجار جيب المياه . وذلك لأنه إذا انفجر جيب المياه قبل أن تمتد الفتحة الظاهرة فلا تستطيع المقعدة أن تمتد الفتحة الظاهرة كما يمددها جيب المياه فتطول مدة الولادة وربما مات الجنين . ويقوم حفظ جيب

المياه سليماً بمراعاة الأمور الثلاثة الآتية :

(١) أن تلازم الولادة الفراش طول مدة الدور الأول .

(٢) ألا يفعل لها فحص مهبل ، خصوصاً في أثناء الطلق .

(٣) ألا يسمح للوالدة بالحرق ما دام جيب المياه لم يتمزق .

ثم ننتظر بعد ذلك حتى تظهر المقعدة من الفرج . وعندئذ نرفع الأقدام بمجرد نزولها حتى لا تشبك بالعجان فتمزقه .

ولا يجوز أن نتدخل بأكثر من ذلك حتى تتم ولادة الجنين لغاية السرة . وفي الغيرة بالمقعدة يجب أن تكون الولادة مستلقية على ظهرها بحيث ترتكز قدمها على حافة السرير بالعرض أى تكون مواجهة للمولد حتى يسهل عليه مراقبة خروج الجنين . وبني ولد الجنين إلى حذاء السرة تجذب عروة من الحبل السرى إلى أسفل بغاية اللطف . وأهمية جذب الحبل السرى هي :

(١) أننا متى جذبنا عروة من الحبل السرى يسهل علينا بملاحظة نبضاتها أن نعرف حالة الجنين .

(٢) انقواء تمزق الحبل السرى في أثناء ولادة الجسم ، فقد يحدث أن ينضغط الحبل السرى بين جسم الجنين والمضيق العاوى، للحوض إلى حد أن يتمزق في أثناء ولادة الجسم .

فإذا علمنا من نبضات الحبل السرى ، أن حالة الجنين جيدة ننتظر حتى يأتى الطلق التالى وعندئذ ينقلف باقى الجسم بدون مساعدة ويتبعه الرأس ، أما إذا وجدنا نبضات الحبل السرى ضعيفة أو إذا تأخرت ولادة الرأس وخفنا على الجنين من الامفكسيا وجبت مساعدة تخليص الرأس بالضغط على قاع الرحم من الخارج وليس يجذب جذع الجنين . وإذا اضطررنا لجذب الجذع تمسك الجنين حذاء حوضه لا حذاء الحصر ثم نجذبه إلى أسفل ، في الوقت ذاته تكاف أحد المساعدين بالضغط على قاع الرحم .

وفي معظم الأحوال التى يجذب فيها الجذع تنبسط الفراغان أو أحدهما إلى فوق وتعيقان تخليص الرأس .

وقد ينسبط الرأس أيضاً لأنه يتمفصل بالعنق أقرب إلى الحذبة المؤخرية منه إلى الجبهة . وخير من جذب الأطراف ضغط قاع الرحم وقت

الطلق فإن ذلك يساعد خروج الجنين ويحفظ الأنتشاء الطبيعي لظهر



الجنين ومنى نزل الجنين
تدور الكتفان إلى الأمام
لتولدا في القطر المقدم
الخليق للمضيق السفلى.
وفي هذا الوقت يمسك
الطفل حذاء الحوض
وليس حذاء الحصر خوفاً
من إصابة الأحشاء
بأذى .

تخليص الذراعين

إذا انبسطنا - (شكل

١١٥) - عند ما تولد (شكل ١١٥) تخليص الذراع المقدم إذا انبسط (جلابين وبلاكور)
المقعدة تكون إحدى

الأليتين متجهة إلى الأمام والآلية الأخرى متجهة إلى الوراء ، ولذلك تكون
إحدى الذراعين أيضاً متجهة إلى الأمام والذراع الثانية إلى الوراء . والأفضل في تخليص
الذراعين أن نبدأ بالذراع الخلفية لأن في تقدير العجز متسعاً أكثر مما يوجد خفاف
الارتفاق العاني . وتخليص الذراع الخلفية يُرْفَع جسم الجنين إلى فوق نحو بطن
الأم ثم تدس يد في المهبل وراحته متجهة نحو ظهر الجنين . ومن الواضح أن
اليد التي تدس هي التي تقابل الجهة المتجهة إليها وجه الجنين . ثم تزلق الأصابع
إلى الأعلى خلف الذراع إلى أن تصل إلى المرفق . فإذا كانت الساعد مثنية نضع
الأصابع فوق زاوية المرفق ونجذبها بناية اللطف إلى أسفل حتى تجتاز الصدر .
أما إذا كانت الساعد منبسطة فنمرر الأصابع من تحت المرفق ونشبكها فوق
السطح الخلقى للساعد ثم نضغط على الساعد إلى أن تنثنى ثم نجذبها إلى أسفل حتى
تجتاز الوجه والصدر. أما الذراع المقدمة فإذا لم يمكن تخليصها من الأمام يدار
جسم الجنين بحيث تصير الذراع المقدمة خلفية ثم تخلص كذراع خلفية . وفي بعض
الأحوال تلتوى ذراع الجنين على قفاه (انظر شكل ١١٦) . وفي هذه الحالة إن لم

تتخلص الذراع بواسطة تدوير جسم الجنين فالغالب أنها تنكسر في أثناء التخليص .



وتتبعي شدة الاحتراس في تخليص الذراعين من كسر العضد أو الرقوة . والعضد تنكسر عادة من محاولة تخليصها بجذبها من وسطها بدلا من جذبها من أسفل المرفق . أما الرقوة فقد تنكسر من ضغط رأس العضد عليها .

تخليص الرأس - إذا تمت ولادة الكتفين ولم يولد

الرأس معها وجبت مساعدة تخليصه ، لأنه متى

ولدت الكتفان يترك الرأس الرحم وينزل في المهبل فلا

يبقى المطلق قوة على قذفه . ولا يجوز أن نتسرع في تخليص الرأس خوفاً من أن يحدث

تصغيره بسرعة نرفاً في عنقه ولكن لا يجوز أيضاً أن نسمح ببقاء الرأس في المهبل

وقتاً أكثر من اللازم . وذلك لثلاثة أسباب : (١) أنه متى تعرض جسم الجنين

للهواء البارد يتنبه التنفس فإذا كان الرأس في المهبل امتنع الجنين سائلاً أمينوسياً

ومخاطاً فيخثتق ويموت . (٢) أنه إذا كان الحبل السرى لم ينضغط بعد بين

جسم الجنين وجذر الحوض فمن المؤكد أنه ينضغط بين الرأس والحوض الآن .

(٣) أنه متى ترك الرأس الرحم تبدأ المشيمة في الانفصال .

وهناك ثلاث طرق لمساعدة ولادة الرأس وهي :-

(١) طريقة براج المحسنة .

(٢) طريقة مارتين .

(٣) طريقة سميل .

وقبل شرح هذه الطرق يجب أن نذكر أنه من المهم في عملها كلها أن يلاحظ

تخليص الرأس وهو في حالة انثناء .

(١) طريقة براج المحسنة - وهي أسهل الطرق وأسرعها لتخليص الرأس إن

كان في الحوض ، ولكنها لا تفيد في الأحوال التي يكون فيها الرأس

في أعلى المضيق العلوي . ولعمل هذه الطريقة يقف المولود على الجانب

الأيمن للأُم ، ثم يشبك أصابع يده اليسرى على كفتي الجنين ويمسك



(شكل ١١٧)

طريقة براج احسنه . الأتماس تشير إلى اتجاه الجذب (جلت)

قدميه بيده اليمنى كما هو موضح في (شكل ١١٧) ثم يجذب كتفي الجنين إلى فوق ويبقيهما في هذا الوضع إلى أن يتخلص الرأس شيئاً فشيئاً لحفظه منثنياً حتى تتم ولادته . ثم يرفع قدمي الجنين بيده اليمنى في اتجاه بطن الأم . وبهذه الحركة يدور الرأس حول المؤخر الذي يكون مرتكزاً خلف العانة ويتم ولادته .

(٢) طريقة مارتين — هذه الطريقة تفلح سواء كان الرأس في الحوض أو في أعلى المضيق العلوي . ولعملها تنام الولادة على السرير ، طوطاً إلى عرضه ، ثم يقف المولود أمامها ويضع ذراعه اليمنى تحت جسم الجنين إن كان الوجه متجهاً إلى اليسار



(شكل ١١٨) طريقة مارتين (جلت)

أو اليسرى إن كان الوجه متجهاً إلى اليمين ، كما هو موضح في (شكل ١١٨) م يدس المقدار اللازم من يده داخل المهبل ويبحث عن التم ويدخل فيه أصبعين إلى أقصى ما يمكن . والاحتياط الأخير نتخذه لتقاء لكسر الفك . وبواسطة الأصابع الموضوعة في التم نجعل وضع الرأس بحيث يكون القطر المقدم الخلقى شاغلاً للقطر

المنحرف ، أو للقطر المستعرض إن كان الحوض مفرطاً (ضيقاً في قطره المقدم الخلقى) ثم يجذب الرأس إلى الأسفل وهو في حالة انثناء . أما اليد الأخرى فتوضع على قاع الرحم ويضغط بها المؤخر فينثني ويتخلص الرأس .

طريقة سميل - وتصلح لكل الأحوال ، وهي أقوى الطرق المستعملة في تخليص الرأس . ولعملها يوضع أصبعان في القم كما يفعل في طريقة مارتين ، وتشبك أصابع اليد الأخرى على الكتفين كما يفعل في طريقة براج . فالأصابع الموضوعة في القم تحفظ الرأس في حالة انثناء في أثناء تخليصه ، وتجذب الكتفين بأصابع اليد الأخرى يحدث القوة اللازمة لتخليص الرأس . فإذا كان الرأس في أعلى المضيق العلوي يجذب إلى الوراء والأسفل أولاً أعني في اتجاه محور الحوض ، ثم إلى الأسفل فقط وأخيراً إلى الأمام ، رافعين جسم الجنين إلى الأعلى في اتجاه بطن الأم بواسطة الذراع الموضوعة تحته (انظر شكل ١١٩) .

أما في الأحوال التي يدور فيها الوجه إلى الأمام ، فإن كان الذقن في أسفل الارتفاق العاني يجذب جسم الجنين إلى الوراء مباشرة فيتخلص الرأس . فإن لم يتخلص يوضع أصبعان في القم ويجذب الرأس بهما ، أما إذا كان الذقن مشبكاً فوق الارتفاق العاني فيرفع جسم الجنين إلى الأمام مباشرة فيتخلص المؤخر من العجان وتتلوه الجبهة فالوجه .



(شكل ١١٩) طريقة سميل

المضاعفات الممكن حدوثها في الحبيء بالمقعدة - (١) الانفجار المعجل لحبيء المياه . وذلك لأن المقعدة لا تملأ الجزء السفلي للرحم فلا ينقطع الاتصال بين حبيء المياه والسائل الأمنيوسي العام . (٢) تعسر الولادة . قد تتعسر الولادة (١) في تخليص المقعدة و (ب) في تخليص الذراعين و (ج) في تخليص الرأس .

أما تعسر الولادة بسبب المقعدة فقد ينشأ من خمود الرحم أى ضعف الطلق أو من تأخر المقعدة في الانحشار إما بسبب ضخامتها أو لضيق الحوض أو بسبب انبساط الساقين . وانبساط الساقين إما أن يكون أصلياً أى حادثاً قبل انخفاض ، وأما ثانوياً يتسبب من وجود عائق يمنع انحشار المقعدة والأطراف معاً . ويحدث ذلك إذا كان الحوض ضيقاً أو الجنين ضخماً . وفي كلتا الحالتين تطول الولادة لأن الساقين في انبساطهما وملاصقتهما للجسم يكونان شبه جيبرة تعمل على تقويم ظهر الجنين فيتعطل بذلك تقوسه الطبيعي الذي يساعد على حفظ الرأس منتصباً وكذلك تتعطل حركة الانثناء الجانبي للمقعدة وقت تخليص الجذع .

(ب) أما تعسر الولادة بسبب انبساط الذراعين فينشأ في معظم الأحوال من جذب الجذع في أثناء الولادة وقد يكون بسبب ضيق الحوض ، وقد يعرّب الانبساط إحدى الذراعين أو كليهما . والذراع المنبسطة تكون إما بجانب الرأس أو أمامه أو خلفه .

(ج) أما عسر ولادة الرأس فقد ينشأ من كبر حجم الرأس أو من انبساطه ، أو من ضيق الحوض . وقد تتعسر الولادة من دوران الحذبة المؤخرية إلى الوراء ، ويكثر حدوث ذلك إذا كان الرأس صغيراً جداً أو الحوض ضيقاً . وقد تكون الصعوبة في تخليص الرأس ناشئة من عدم تمدد عنق الرحم تمدداً كافياً وقت تخليص الجسم أو من صلابة العجان أو من ضيق المهبل . أما الصعوبة التي تنشأ بسبب انبساط الرأس فتنتضح من مراجعة (شكلي ١٢٠ و ١٢١) فإن الرأس لو وُلد منتصباً يكون إسفينياً رأسه إلى أسفل فيسهل انحشاره ، أما لو كان منبسطاً فإنه يكون إسفينياً قاعدته إلى أسفل فيصعب انحشاره . وفوق ذلك فإن القطر الذي ينحشر به الرأس وهو منبسط هو القطر المؤخرى الدقفي وطوله ١١,٢٥ سنتيمتراً عوضاً عن القطر تحت المؤخرى الجبهي وطوله عشرة سنتيمترات . فإذا وجدنا

الرأس منبسطةً فالواجب أن يدار أولاً حتى يشغل قطره المؤخرى الجبهي القطر المنحرف للمضيق العلوي ، وبعد ذلك يدخل أصبعان في فم الطفل وبني الرأس ويخلص بطريقة صحيحة . فإن لم تنجح يوضع الجفث .



(شكل ١٢١)

يوضح كيف تصير قاعدة القمع إلى الأعلى إذا كان الرأس منتصباً



(شكل ١٢٠)

يوضح شكل الرأس القعوي وكيف تكون قاعدة القمع إلى أسفل إذا كان الرأس منبسطةً

الإنتذار - تطويل مدة الولادة وبالأخص

عند بكرياتها فإذا اقتضت الحالة مداخلات يدوية لزيادة الخطر على الأم بسبب ما يمكن حدوثه من التمزقات والتعضن .

أما الخطر على الجنين فشدديد وقد يحدث من أسباب لا يمكن تلافيها مثل (١) انضغاط الحبل السري بين الرأس والحوض وقت تخليص الرأس . (٢) محاولة الطفل أن يتنفس والرأس في الحوض فيخنتق من امتصاص السائل الأمنيوسي والمخاط . (٣) تمزق خيمة المخيخ *Tentorium cerebelli* بسبب استطالة الأقطار الأفقية للرأس الناشئة عن الضغط الجانبي السريع الذي يتعرض له الرأس إذا جذب وقت الولادة من غير أن يعطى الوقت الكافي لتشكيله . (٤) قد ينشأ من جذب الكتفين والأطراف أن تمزق الألياف العضلية أو تنكسر العظام . وما يزيد الخطر على الجنين أيضاً أنه بسبب عدم انطباق الجزء السفلي للرحم على المقعدة يكثر الانفجار المعجل للجيب وسقوط الحبل السري .

الحبيء المستعرض

يطلق الحبيء المستعرض على الأحوال التي يكون فيها الجنين آتياً بأى جزء من أجزائه ما عدا الرأس والمقعدة . وفي معظم الأحوال يكون هذا الجزء هو كتف الجنين . أما وضع الجنين فلا يكون مستعرضاً تماماً أى يكون الرأس شاغلاً لأحد جانبي الرحم والمقعدة للجانب الآخر ، بل يكون منحرفاً في وضعه بحيث يكون الرأس شاغلاً لأحد المراقبين والمقعدة للحفرة الحرقفية المقابلة أو العكس . وهذا الحبيء نادر الحدوث جداً إذ يحدث في ٠,٥٦ في المائة من الولادات فقط .

أسبابه - كل الأسباب التي تغير الشكل الطبيعي للرحم أو الحوض تساعد على حدوث الحبيء المستعرض وأهم هذه الأسباب :- ضيق الحوض ، ارتخاء جدر الرحم ، الحمل التوأمي ، الاستسقاء الأمنيوسي ، الأندغام المعيب للمشيمة ، أورام الرحم كالأورام الليفية مثلاً . وكذلك كل ما يغير شكل الجنين وحجمه يساعد على حدوث الحبيء المستعرض كضخامة الجنين ، والأجنة الصغيرة الحجم غير التامة المدة ، ووجود أورام في جسم الجنين أو وجود أجنة مثلهوجة .

الأوضاع - يتميز للحبيء المستعرض أربعة أوضاع وهي :-

الوضع الأول - الظهر للأمام ، والرأس لليسار .

الوضع الثاني - الظهر للأمام ، والرأس لليمين .

الوضع الثالث - الظهر لوراء ، والرأس لليمين .

الوضع الرابع - الظهر لوراء ، والرأس لليسار .

والأوضاع التي يكون فيها الظهر للأمام هي الأكثر حدوثاً .

التشخيص - بالحس البطني يسهل تشخيص الحبيء المستعرض لأننا نجد الرحم أعرض مما يكون عادة وقاعه أقل ارتفاعاً في البطن وشكله أقل انتظاماً مما يكون في أى حبيء آخر . ويكون أحد جانبي الرحم أكثر ارتفاعاً في كثير من الأحوال



(شكل ١٢٢) الهيماء بالكتف المهمل (جلايين)

من الجانب الآخر . وفي بداية الولادة نجد المصقب العلوي غير مشغول بأى جزء من أجزاء الجنين ، ونجد الرأس شاغلا لأحد جانبي الرحم والمقعدة للجانب الآخر . وبالحس المهيل نجد الحوض خالياً في أول الولادة ، ونجد جيب المياه قمعى الشكل ويشد بروزه في أثناء الطلق . وحتى تقدم المخاض يمكننا الإحساس بالكتف أو بالأضلاع وتتميز الكتف عن المقعدة بالمميزات التي ذكرت عند الكلام على تشخيص الهيماء بالمقعدة . وعند الالتباس يجب

رفع الأصبغ الباحث إلى فوق حتى يحس بالأضلاع ولوح الكتف . وحتى علمنا أن الهيماء بالكتف يجب الإسراع في تحويل الوضع فإنه إن لم يعدل الوضع يسقط الذراع في المهبل ويحدث ما يسمى بالهيماء بالكتف المهمل (انظر شكل ١٢٢) وتصبح الأم والجنين في خطر شديد . فإذا وجدنا وقت الفحص أن الذراع قد سقط يجب تمييز الذراع إن كان أيمن أو أيسر وذلك لعرف اتجاه الظهر . وتتميز الذراع نمسك يد الجنين كأننا نصافحه ، فإذا تقابلت الراحتان والإبهامان فاليد هي اليمنى إن كنا صافحناه باليمنى ، واليسرى إن صافحناه باليسرى . ومعرفة اتجاه ظهر الجنين إن كان للأمام أو للوراء ، مع تعيين جانب الحوض المشغول بالرأس هما اللذان يساعداننا على تشخيص الوضع .

ميكانيكية الولادة - الهيماء المستعرض شديد الخطر على الأم والجنين معاً ولذلك نجب المبادرة بإصلاحه . لأنه إذا كان حجم الجنين والحوض طبيعيين فولادة الجنين مستحيلة إلا إذا تحوّل الجنين ذاتياً إلى وضع حميد . على أنه قد يحدث في الولادات المعجلة التي يكون فيها الجنين صغير الحجم جداً ومتعظناً أن تتم الولادة بدون مساعدة بإحدى ثلاث طرق وهي :-

(١) التحويل الذاتي .



(شكل ١٢٣) بداية التخلص الذاتي (جلابين)

حيث هي أن إحدى كتفي الجنين تنحسر في الحوض ، وتسقط ذراع هذه الكتف في المهبل ثم ترتكز الكتف تحت الارتفاق العاني وينشئ الظهر عليها انثناء حاداً ويتخلص من العجان تدريجاً ثم تتبعه المقعدة فالأطراف السفلى وأخيراً يولد الرأس والذراع الثانية (انظر أشكال ١٢٣ و ١٢٤ و ١٢٥) .



(شكل ١٢٥) انتهاء التخلص الذاتي (جلابين)



(شكل ١٢٤) تقدم التخلص الذاتي (جلابين)

(٢) التخلص الذاتي .

(٣) انثناء الجسم على نفسه .

(١) التحويل الذاتي - وهذا

قد يحدث حتى ولو كان الجنين كبير الحجم . وكيفية حدوثه هي أنه من تأثير الطلق إذا كان قوياً ترك الكتف الحوض وتحل محلها المقعدة أو الرأس . وفي هذه الأحوال تم الولادة طبيعياً .

(٢) التخلص الذاتي - وكيفية

حدوثه هي أن إحدى كتفي الجنين تنحسر في الحوض ، وتسقط ذراع هذه

الكتف في المهبل ثم ترتكز الكتف تحت الارتفاق العاني وينشئ الظهر عليها انثناء حاداً ويتخلص من العجان تدريجاً ثم تتبعه المقعدة فالأطراف السفلى وأخيراً يولد الرأس والذراع الثانية (انظر أشكال ١٢٣ و ١٢٤ و ١٢٥) .

(٣) انتناء الجسم على ذاته - وهو نادر الحدوث جداً ولا يحدث إلا إذا كانت الأجنة في حالة متقدمة من التعطن أو كانت صغيرة الحجم جداً. وكيفية حدوثه هي أن الكتف التي يأتي بها الجنين تنحسر في الحوض ويتبعها الرأس مع سائر الجسم . أى أن الرأس والجذع يتخلصان معاً كما هو موضح في (شكل ١٢٦) .



(شكل ١٢٦)

انتناء الجسم على نفسه (جلابين)

المعالجة - تختلف معالجة الخبيء المستعرض حسب الحالة التي يكون عليها الجنين وقت العمل . وعادة تتبع إحدى أربع طرق :

(١) المعالجة باتخاذ الوالدة وضعاً خاصاً .

(٢) التحويل الرأسي الخارجي .

(٣) التحويل القدي الباطني .

(٤) عمل عملية قيصرية إذا كان الجنين حياً .

(٥) تقطيع الجنين .

المعالجة باتخاذ وضع خاص - وتنجح في الأحوال التي يوجد فيها انحراف قليل في وضع الجنين . ويشترط لنجاحها ألا يكون جيب المياه متمزقاً ، وألا يكون أحد الأطراف ساقطاً . أما النظرية التي تسند إليها هذه الطريقة فهي أنه إذا اضجعت الوالدة على أحد جانبيها فإن الرحم يهبط إلى هذا الجانب حاملاً معه جزء الجنين الذي يكون شاغلاً له . وهبوط ذلك الجزء من الجنين يستلزم ارتفاع الجزء المقابل له إلى الجهة الأخرى . وعلى ذلك فإذا كان الرأس في إحدى الحفرتين الحرقيتين واضجعت الوالدة على الجهة التي بها الرأس ، فإن قاع الرحم يهبط إلى هذه الجهة حاملاً معه المقعدة ، فيرتفع الرأس إلى الجهة المقابلة أعني ينعدل وضع الجنين .

التحويل الرأسي الخارجى - لما كان من المستحيل فى الأحوال الطبيعية أن يولد الجنين بجزءه فالواجب تحويل الجنين المستعرض إلى محىء بالرأس أو بالقدم إذا أمكن ذلك . فإذا اكتشف هذا الجنين الممبىء فى الأسابيع الأخيرة للحمل فالواجب عمل التحويل الرأسى . على أنه كثيراً ما يعود الجنين إلى الوضع المستعرض لكون الأسباب التى أحدثته لم تزل باقية . فإذا حدث ذلك يعاد عمل التحويل . وما يساعد على بقاء الجنين فى وضع حميد أن يربط البطن برباط متين ويعاد الفحص كل يومين ويصلح الجنين إن وجد معيباً . متى بدأ المخاض يعاد الفحص ويعدل الجنين بالحركات الخارجة إما إلى محىء بالرأس أو بالقدم . فإن عاد الجنين إلى حالته الأصلية يعمل التحويل القدمى الخارجى ويفجر الجيب وتخرج قدم من العنق . وعمل ذلك سهل إذا كان العنق يسع أصبعين .

التحويل القدمى الباطنى - إذا كان الجيب منفجراً فالتحويل الخارجى مستحيل . ويكثر أن تضاعف هذه الحالة بسقوط الجبل السرى . أما العلاج فيختلف بحسب درجة تمدد العنق .

فإذا كان العنق يسع أصبعين ($\frac{1}{2}$ ممدد) تبنج الوالدة ويرد الجبل السرى إن كان ساقطاً وكذلك الذراع . ثم نحاول عمل التحويل القدمى الباطنى . أما إذا وجد العنق ممتدداً نصف ممدد أى يسع دخول اليد ، فيعمل التحويل الباطنى وتخرج قدم من العنق وتترك الولادة للطبيعة ما لم تنشأ عوارض تستدعى سرعة إنهاؤها .

أما إذا لم تُمرّ الوالدة إلا بعد تصريف السائل الأمينوسى كله وانكماش الرحم على الجنين ، فمن الخطر جداً عمل التحويل لأن إدخال اليد فى الرحم بسبب تمزقه ولذا الأفضل عمل عملية قيصرية فى هذه الحالات .

ويشترط لعمل التحويل الباطنى (١) أن يوجد قدر كاف من السائل الأمينوسى فى الرحم يسمح بإجراء التحويل . (٢) ألا يكون الرحم فى حالة تشنج مستمر بل تكون الانقباضات الرحمية منفصلة عن بعضها بعضاً بفترات يرتخى فيها الرحم . و (٣) أن القسم السفلى للرحم لا يكون قد ممدد ممدداً كبيراً . ويستدل على ذلك بالبحث عن حلقة الانكماش بطنياً ، فإذا كانت مرتفعة ٤ سنتيمترات فوق العانة فالرحم على خطر الانفجار .

في أحوال الجيء بالكثف المهمل يجب عمل عملية قيصرية إذا وجدت الأمور الآتية :

- (١) إذا ارتفعت حلقة الانكماش أكثر من ٦ سنتيمترات قوة العانة .
- (٢) إذا صار من المستحيل عمل التحويل القدي الباطني وكان الجنين حياً أما إذا كان الجنين ميتاً ووجدت صعوبة في عمل التحويل الباطني فيجب تقطيع الجنين وأحسن طريقة لذلك هي بتر العنق . فإذا لم نستطع الوصول للعتق تقطع الأحشاء كما سيذكر فيما بعد .

الإنتار - يموت من الأجنة ٣٣ في المائة ، ومن الأمهات ٥,٥ في المائة .

الفصل التاسع

الحمل التوأمي

ويطلق على الأحوال التي يشتمل فيها الرحم جنينين أو أكثر . والحمل التوأمي يحدث بواحدة من ثلاث طرق : الأولى أن تخصب بويضة ذات نواتين ، والثانية أن بويضتين تخصبان في وقت واحد . والثالثة أن بقعة جرثومية واحدة تنقسم إلى عقتين . ففي الحالة الأولى يكون الجنينان من جنس واحد ، ويكون لهما مشيمة واحدة وسلي واحد وأمنيوسان . أما في الحالة الثانية فقد يكون الجنينان متوافقين في الجنس أو لا يكونا . ويكون لهما مشيمتان وغشائآن سلاتيان وأمنيوسان . ولكن قد يحدث في بعض الأحيان أن المشيمتين تمتزجان معاً فتظهران كأنهما مشيمة واحدة ، ولكن الغشائين السلاتيين يكونان منفصلين أحدهما عن الآخر دائماً . في الحالة الثالثة تكون للجنينين مشيمة واحدة وسلي واحد وأمنيوس واحد . وفي الأحوال التي يحدث فيها الحمل التوأمي من أحصاب بيضة واحدة ذات نواتين قد يحدث أن انقسام البيضة لا يكون كاملاً فينشأ عن ذلك مسيخان مستصقان الواحد بالثاني .

شيوعه - يحدث الحمل التوأمي ينجنين مرة في كل ٨٨ ولادة ، وبثلاثة أجنة مرة في كل ٧٨٢٠ ولادة ، وبأربعة أجنة مرة في كل ٤٠٠٠٠٠ ولادة . وقد تبعدت أحوال حدث فيها حمل توأمي بخمسة أو ستة أجنة وهذا نادر جداً .

التشخيص - يسهل تشخيص الحمل التوأمي إذا كان الجنينان موضوعين الواحد بجانب الثاني . أما إذا كان أحدهما موضوعاً خلف الآخر فالتشخيص بالجنس البطني في غاية الصعوبة . وإذا وجدنا أن قياس محيط البطن حذاء السرة قد بلغ ١٠٠ ستيماً فالغالب أن الزيادة مسببة عن حمل توأمي أو استسقاء أو نيوسبي أو عن كليهما معاً . وبالجنس البطني يمكن الإحساس برأسين ومقعدتين وأكثر من

أربعة أطراف إذا لم تكن الأجنة متلهوجة . ويمكن تشخيص الحمل التوأمي بالتسمع إذا تسمع اثنان ضربات قلب الجنين في وقت واحد . فإن كان الحمل توأمياً فإن ضربات قلبي الجنينين لا تتزامن بعضها مع بعض . وعند الالتباس في التشخيص يحسن عمل صورة بالأشعة .

أنواع الخبيء - الخبيء المغيب أكثر حدوثاً في الحمل التوأمي منه في الحمل العادي . ويسمى الخبيء حميداً في الحمل التوأمي إذا كان الجنينان آتيين برأسهما .



(شكل ١٢٧) الحمل التوأمي (الوضع الحميد)

أما الخبيء المغيب فهو الذي يكون فيه أحدهما آتياً بالرأس والآخر بالمقعدة ، أو كلاهما بالمقعدة ، أو كلاهما بالجلدع ، أو واحد بالجلدع والآخر بالمقعدة ، أو واحد بالجلدع والآخر بالرأس .

والميكانيكية العادية لمولادة في الحمل التوأمي هي أن يولد أحد الجنينين أولاً ثم يولد الجنين الثاني ، ثم مشيمة الأول فمشيمة الثاني . وفي أحوال قليلة يولد

الجنين الأول وتتبعه مشيمته ، ثم الجنين الثاني فمشيمته .

ويجب أن يلاحظ أنه بسبب تمدد الرحم الزائد يكثر أن يكون الطلق ضعيفاً فتطول الولادة . ولا يجوز التسرع في وضع الجفث فإن الأجنة في الحمل التوأمي تكون أصغر وأضعف منها في الحمل الطبيعي فيكثر حدوث الترف الخفي إذا أفرط في الضغط على الرأس بالجفث .

التشخيص والمعالجة - نشخص أولاً وضع الجنين الأول ، وفي الغالب يكون مجيئه بالرأس أو بالمقعدة . فإن كان ذلك لا نفل شيئاً إلى أن تتم ولادته طبيعياً . وبعد ذلك نشخص وضع الجنين الثاني فإن كان معيباً نصلحه ونتنظر ولادته

طبيعياً . فإذا لم تتمزق الأغشية بعدولادة الأول بنصف ساعه نفجرها صناعياً
 اتقاء لتأخر ولادة الجنين الثاني جملة ساعات وربما جملة أيام . وسبب هذا التأخر
 هو أن الأجنة في الحمل التوأمي تكون غير تامة المدة فتنى ولد أحدها قد لا يكون
 حجم الثاني كافياً لتبييج جدر الرحم . حتى إنه قد ذكرت بعض أحوال تأخرت
 فيها ولادة الجنين الثاني أكثر من أسبوعين بعد ولادة الجنين الأول . وقد دعا ذلك
 بعض المولدين أن يشرروا في الأحوال التي تولد فيها مشيمة الجنين الأول بعد ولادته
 مباشرة بأن يربط بطن الأم بحزام بطني وتنبه لملازمة الراحة التامة على أمل أن تتأخر
 ولادة الجنين الثاني حتى تم

مدته إن كان ناقص المدة .

أما الغرض من عدم

فجر أغشية الجنين الثاني

إلا بعد ولادة الأول بنصف

ساعة فهو أن يعطى الرحم

وقتاً كافياً للراحة ، فيقل

بذلك الخطر من حدوث

الترف الحمودي بعد الولادة

ويجب على المولد إذا علم

أن الحمل توأمي أن يكون

على استعداد لمعالجة الترف

الحمودي إذا حدث وكثيراً

ما يحدث ، فيحضر الماء

الساخن والقفازات وقنطرة

بورمان وشاش بودوفوري الخ



(شكل ١٢٨) مشيمة لثلاثة أجنة قائمة من بويصتين

ويوضح أيضاً وجود مشيمة إضافية (ليباج)

الإنتذار - الحمل التوأمي أخطر على الأم من الحمل العادي بقليل وذلك بسبب
 حود الرحم وكثرة حدوث الأوضاع المعيبة والاضطرار للتدخل اليدوي الذي قد
 يسبب حمى نفاسية ، ولكن الخطر في الأوضاع المعيبة في الحمل التوأمي أقل بكثير
 من خطر الأوضاع المعيبة في الحمل العادي وذلك لأن الأجنة في الحمل التوأمي

غير نامة المدة غالباً ، لأن المسالك التناسلية تكون ممتددة ممدداً جيداً أثناء ولادة الجنين الثاني والإنذار بالنسبة للأجنة يختلف بحسب الوضع إن كان حميداً أو معيباً غير أنه بالنسبة لولادة الأجنة في الحمل التوأمي قبل تمام مدتها غالباً فهي كثيراً ما تموت في الشهر الأول لولادتها .

سير الحمل - قد لا يختلف سير الحمل التوأمي عن الحمل العادي في شيء وعادة يكون حجم الرحم أكبر ، على أنه كثيراً ما تكون الأجنة في الحمل التوأمي صغيرة لدرجة أن لا يظهر كبير غير عادي في حجم الرحم . وكثيراً ما يتضاعف الحمل بالاستسقاء الأميني فيكبر حجم الرحم كثيراً وينشأ عن ذلك أعراض ضغط مختلفة الشدة مثل تورم الساقين والفرج والبطن . وقد تحدث دوالي في الساقين والفرج ، ويكثر حدوث البواسير . وكثيراً ما يظهر الزلال في البول وتحدث أعراض التسممات الحملية . والولادة المعجلة كثيرة الحدوث بسبب تمدد الرحم .

المضاعفات التي تحدث في أثناء الولادة - يكثر أن يضاعف الحمل التوأمي بالاستسقاء الأميني ، والانفجار المبكر لحيب المياه ، وسقوط الحبل السري ، أو سقوط أحد الأطراف ، وبالحمود الرحمي ، وبالخبىء المعيب . ويغلب أن تطول مدة الولادة بسبب ضعف ألياف الرحم العضلية الناشئة عن ازدياد تمدد الرحم . وفي أحوال نادرة جداً قد تتعسر الولادة لأحد ثلاثة أسباب وهي :

(١) أن رأسين صغيري الحجم جداً ينحشران في الحوض معاً في وقت واحد فيتعطل الدوران وتستحيل الولادة بدون مساعدة . والمعالجة في هذه الأحوال تنحصر في دفع أحد الرأسين إلى فوق . فإن لم تنجح في ذلك نضع الجفت . ويندر أن نضطر إلى عمل التفيت .

(٢) إذا كان الجنينان آتيين برأسيهما وابتدأ انحشار رأس الأول ، ولكن قبل أن يتم انحشاره يتدفع رأس الجنين الثاني على عتق الأول ويمنعه عن تكميل الانحشار . والمعالجة هي أن ندفع رأس الجنين الثاني إلى الأعلى ثم نخلص رأس الأول بالجفت .

(٣) إذا كان الجنين الأول آتياً بالمقعدة والثاني بالرأس ، وولدت مقعدة الأول ، وقبل أن ينحشر رأسه في الحوض يدخل رأس الجنين الثاني قبله بحيث

تتشبك ذقنه بذقن الجنين الأول . (انظر شكل ١٢٩) .



(شكل ١٢٩) التوائم الرأسين (جنابين)

وحدث هذه المضاعفات في الحمل التوأمي نادر جداً لا يزيد عن مرة في كل ١٠٠ ألف ولادة .

أما المعالجة في هذه الأحوال فتتحصّر في محاولة وضع رأس الجنين الثاني إلى عقب ، فإن لم يمكن عمل ذلك تحاول تخليصه بالخلع من خلف الجنين الأول . فإذا لم تنجح في ذلك ، أو إذا كان الجنين الأول ميتاً تقطع رأسه وينقله إلى الأعلى ويخلص الجنين الثاني بالخلع وفي كل

الأحوال التي نصمم فيها على بتر العنق أو عمل التفتيت يُستخبر الجنين الأول لأنه إذا تعسرت ولادته بهذه الكيفية يكون غالباً ميتاً .

الفصل العاشر

النفاس

النفاس هو المدة التي تم فيها (١) نقاهة الوالدة من تأثيرات الحمل والولادة (٢) ترجع المسالك التناسلية إلى حالتها الأصلية قبل الحمل تقريباً . (٣) ينتظم سير الرضاع . ويتم النفاس عادة في أربعين يوماً ولكنه كثيراً ما يطول إلى شهرين أو أكثر . ولفهم ما يحدث للنساء من التغيرات الفسيولوجية التي تنتهي برجوع الأعضاء التناسلية إلى حالتها السابقة وما تقتضيه من العناية في أثناء حدوث هذه التغيرات يلزم بحث ثلاثة أمور . (١) فسيولوجيا النفاس : (٢) رجوع الرحم على ذاته (٣) العناية بالنساء .

(١) فسيولوجيا النفاس - على أثر الوضع تظهر على الوالدة علامات التعب . أما النبض فيكون ملائماً وعادة يبطل إلى ٧٠ أو ٨٠ في الدقيقة وتنخفض الحرارة إلى أقل من الطبيعي . وكثيراً ما تشعر الوالدة ببرد شديد قد يصل إلى حدوث قشعريرة تدوم من ١٠ - ١٥ دقيقة ولكن لا يصحبها سرعة في النبض ولا ارتفاع في الحرارة . أما بعد الولادات الطويلة أو العسرة فقد ترتفع الحرارة درجة واحدة أو أكثر قليلاً . كما أنها قد ترتفع في أثناء الأربعة والعشرين ساعة الأولى درجة أو درجتين حتى بعد الولادات الطبيعية . ويكثر حدوث ذلك عند بكرات الولادة . ويعزى سببه إلى رد فعل المجهود العضلي الذي حدث في أثناء الولادة . ولا يدوم ارتفاع الحرارة أكثر من ٢٤ ساعة ، على أنها قد تعود للارتفاع إلى ٣٧,٥ أو ٣٧,٧ في بضعة الأيام الأولى بلا سبب ظاهر . وارتفاع الحرارة درجة أو درجتين في مدة النفاس ليس دائماً دليلاً على التعفن فقد يحدث من تحلل المهضم ومن التأثيرات العصبية ومن كثرة الزائرين ومن مشغولية المريضة أو من امتلاء الثديين . والحرارة الناشئة من هذه الأسباب تزول سريعاً بعد إزالة السبب المحدث لها وتعاطى مسهل . وفي

اليوم الرابع للتنفس وهو الذي يمتلئ فيه الثديان باللبن امتلاء شديداً يكثر أن ترتفع الحرارة درجتين أو أكثر وربما دام الارتفاع ٢٤ ساعة وعلى الأخص عند كريات الولادة وعصبيات المزاج . وقد قسموا التنفس إلى طبيعي ومرضى . فالمرضى هو الذي ترتفع فيه الحرارة إلى ٣٨ س أو أكثر مرتين في أثناء المدة بين اليوم الثاني والثامن للتنفس . وارتفاع الحرارة في أثناء التنفس يكون دائماً سبباً عن التعفن إلا إذا ثبت يقيناً أن لارتفاعها سبباً آخر لا علاقة له بالتنفس مثل الأنتفاوزا أو غير ذلك .

النبض - يكون عادة ٧٠ - ٨٠ في مدة التنفس . وإذا ارتفعت الحرارة بسبب طارئ . مثل عسر الهضم أو غير ذلك لا يصحب ارتفاع الحرارة سرعة في النبض . وارتفاع النبض باستمرار فوق ٩٠ في الدقيقة كثيراً ما يكون مندرجاً بحدوث حسي تقاسية .

القرزات - يكثر إدرار البول في اليومين الأولين وقد يحتوي البول على قليل من اللاكتوز (سكر لبن الثديين) وأثر من الزلال والأسيتون . وقد يتعسر التبول بسبب التسخنات الناشئة من الولادة حول الصياخ البول . والنفسات معرضات للاسك والعرق الغزير .

أما كميات الدم البيضاء التي تزيد في الدم عادة في أثناء الحمل وتبلغ زيادتها في ستة الأسابيع إلى ٢٠ ألفاً في المليمتر المكعب فتسقط في أثناء الأسبوع الأول إلى ١٠ آلاف . وإذا زادت عن ذلك فيكون سبب الزيادة حدوث تعفن نفاسي .

(٢) رجوع الرحم على ذاته - يتم رجوع الرحم على ذاته في ٦ - ٨ أسابيع بعد الولادة مباشرة يبلغ وزنه كياو جراماً واحداً (رطلين) وحتى يتم رجوعه على ذاته يبلغ وزنه ٤٠ - ٦٠ جراماً (أوقيتين) ومقدار النقص الذي يحدث في وزن الرحم في الأسبوع الأول بعد الولادة رطل تقريباً وفي الأسبوع الثاني نصف رطل وباقى النقص يحدث في الشهر التالي . وهذا النقص في الوزن سببه نقص كمية الدم التي يتلقاها لأن انقباضه وانكماشه مدة التنفس يوقف دورة الدم في كثير من الأوعية الصغيرة . وبسبب نقص ورود الدم إلى الألياف العضلية للرحم تحدث فيها استحداثات

دهنية وانتفاخ عظم وضمور . وفي تمام أسبوعين تكون متخلفات الاستحالة قد امتصت من الألياف العضلية تماماً ، وتأخذ هذه الألياف في الرجوع إلى شكلها الطبيعي . ويرجع السبب في حدوث هذه التغيرات في الألياف العضلية وغيرها إلى مخاطر خاصة تحدث تغيرات في البروتوبلازم تنشئ بدويان الجزء المتحلل وامتصاص ذاتياً والجزء الذائب يحمله الدم . كما أن ألياف الرحم المرنة والليفية تحدث فيها استحالة شفافة تنشئ بامتصاص الجزء الزائد منها أيضاً . ثم إن الغشاء الساقط المعطر باطن الرحم يأخذ في السقوط والاضمحلال وتحل مكانه أزرار لحمية يتكون منها الغشاء البلديد المبطن للرحم ، ويتم تكوين الغشاء المبطن للرحم في الأسبوع السادس للنفاس عادة ، ولكن الرحم يكون مستعداً لحدوث الحمل قبل ذلك .

أما التغيرات التي تحدث في الأوعية الدموية فهي أن بعض الأوعية وعلى الأخص ما كان منها تحت الغشاء المبطن للرحم ينسد بجلط دموية ، كما أن بعضاً من الأوعية التي في الطبقة العضلية تتبطن بطبقة من الدم المتجلط تصغر حجم الوعاء كثيراً . ثم تحدث تغيرات في العلاقات المرنة للأوعية تنشئ بانسداد بعضها وصغر حجم البعض الآخر ، أو يتكون وعاء جديد وامتصاص الوعاء القديم بعد استحالتة إلى مادة دهنية . ورجوع الرحم على ذاته وحدث التغيرات السالفة الذكر يحدث نقصاً تدريجياً واضحاً في حجمه يمكن إدراكه بجس قاع الرحم بطنياً ففي اليوم الرابع للنفاس يكون قاع الرحم أسفل السرة مباشرة . وفي نهاية الأسبوع الأول يكون في منتصف المسافة بين العانة والسرة . وفي اليوم العاشر يكون على محاذاة العانة بحيث يكون وجهه الخلفي مساوياً في ارتفاعه حافة المضيق العلوي للحوض . وفي اليوم الخامس عشر يكون الرحم قد دخل الحوض وصار من الأعضاء الحوضية .

السائل النفاسي - يتكون السائل النفاسي من المفرزات التي تنشأ من التغيرات الحادثة في الرحم أثناء رجوعه على ذاته . وفي الأحوال العادية تكون هذه المفرزات عقيمة لا تحتوي على ميكروبات وهي شبيهة بالسوائل التي تَنبَسُ من السطوح الجراحية العقيمة أثناء شفائها ، وتتألف في اليومين الأولين من دم يكون عدد كراته البيضاء زائداً جداً وقد يصحطب بجلط دموية صغيرة ، ثم يختلط الدم في الأيام التالية بسائل مصل . ويكون لون السائل النفاسي أغبش (أسمر) وفي النهاية يكون السائل النفاسي مصلاً صرفاً . ويختلط بالسائل النفاسي قطع من الأغشية ومن

الساقط الرحمي الذي ينفصل ومن متخلفات الأغشية المتدهورة . ويكون لونه سنجياً . وعادة ينشئ إفراز هذه الأغشية ومتخلفاتها في اليوم السابع ويصير السائل صلباً مخلوطاً بمفرزات غدد العنق الطبيعية .

وقد ينقطع إفراز السائل التنفسي في نهاية اليوم العاشر للتنفس ولكنه في معظم الأحوال يدوم أسبوعين أو أكثر . وقد يعود الدم إلى الظهور في السائل التنفسي إذا حدث عطل أو تأخير في إتكامش الرحم . والسائل التنفسي يكون عقيماً فقط في الأيام الأولى للتنفس ، ولكن تظهر فيه بعض الميكروبات غير الضارة بعد ذلك . وفي أحوال التسمم التنفسي الحاد قد ينقطع إفراز السائل التنفسي بالمرة . وقد يجبس السائل في الرحم إذا مال إلى الورا أو انثنى انثناء حاداً إلى الأمام ، فيحدث هنا الاحتباس أعراضاً شبيهة بحمى التنفس . وقد يصير السائل كزبد الرائحة سناً ومحتويًا على صديد في الأحوال التي يتعفن فيها الرحم أو تبقى في باطنه بقايا شبيهة أو أغشية .

وتبلغ كمية السائل التنفسي المنفرزة من ٥٠٠ جرام إلى كيلو جرام . ويظهر أن مقدار السائل التنفسي يزيد أو ينقص بنسبة تضطرد مع حجم الجنين وسعة السطح المشيمي ومقدار الدم الذي تفقده المريضة عادة في أثناء الحيفس فكلما كبر حجم الجنين أو زاد السطح المشيمي أو مقدار دم الحيفس زاد مقدار السائل التنفسي والعكس بالعكس ويظهر أيضاً أن الأحوال التي يحدث فيها نزف بعد الولادة يكون مقدار السائل الأمنيوسي فيها قليلاً .

العناية بالنساء

زيارات الطبيب - يجب على الطبيب أن يزور النساء بعد ولادة الجنين عشر ساعات أو اثنتي عشرة ساعة ، ثم يزورها مرة كل يوم لمدة أسبوع وبعد ذلك كل يومين مرة إلى أن تترك الفراش . ويجب على الطبيب في أثناء زيارته أن يبين التولية تمرير النساء أن واجبها مقصور على عمل كل ما من شأنه أن يمنع تحول الميكروبات إلى المهبل . ويوصيها بالامتناع عن التدخل بلا سبب . فلا تحلل فحماً مهبلياً ولا زروقات مهبلية وتحفظ الفرج في نظافة تامة وتغطية بأحفظلة عقيمة أو مغمورة في محلول الليزول أو الساياني ومعصورة بأيد نظيفة . وإذا لم يتيسر

الحصول على أحفظة عقيمة، يمكن كبتها بمكواة ساخنة قبل استعمالها فوراً ويجب أن تغير الأحفظة كلما تبثت بالسائل النفاسي . كما أن من الواجب عليها أيضاً الالتفات لعدم تلوث العجان بالبراز أو الفرج بالبول ، وأن تعمل كل ما من شأنه أن يساعد على تصريف السوائل النفاسية فتسمح للوالدة بالجلوس وقت الأكل إذا كانت الولادة طبيعية ولم تحدث جروح ، وبالحركة في الفراش إذا سمحت حالتها العمومية بذلك كلما تشجع الوالدة على أن تستلقي على بطنها حوالي نصف ساعة يومياً حيث أن ذلك يشجع على عودة الرحم إلى وضعه الطبيعي وعليها أن تشجع النساء على التبول والتغوط وهي جالسة فإن الحرق الذي يستلزمه هذا العمل يساعد على خروج السوائل من المهبل .

الراحة والتحرينات وقت النفاس - بعد الولادة مباشرة يجب أن تلتزم الوالدة الراحة التامة وإذا أمكن أن تنام كان ذلك أفضل . ولا يجوز أن يبقى معها في غرفتها إلا سيدة واحدة للتريض إذ لم يكن لها ممرضة خاصة . وفي اليومين الأولين لا يسمح لها بالجلوس لكن يمكنها أن تنقلب من الجنب الواحد إلى الآخر أو تنام على ظهرها . وفي وقت تناول الطعام يوضع وراء ظهرها بضع وسادات . ويكون إرضاعها لطفلها كل ٤ ساعات أو ٣ ساعات وهي مستلقية على ظهرها . ومن ابتداء اليوم الثالث يسمح لها بالجلوس وقت الطعام إذ لم توجد جروح في العجان . ويمكنها التبول والجلوس على كرسي طويل مرة في اليوم عند تغيير الفراش بعد اليوم الخامس ، ولا يجوز أن تترك الوالدة الفراش قبل مضي أسبوع أو عشرة أيام أو اثني عشر يوماً . وإذا وجدت جروح في العجان تبقى الوالدة في الفراش إلى أن يتم التئامها . وبعد الأسبوع الأول يحسن تدليك البطن والظهر مرة يومياً . ويجب التدرج في ذلك فيبدأ بلطف زائد لمدة قصيرة في اليوم الأول وتزداد بالتدريج قوة التدليك ومدته . ولإعادة عضلات البطن إلى مكانها السابقة تستعمل التحريكات الآتية يومياً بعد الانتهاء من التدليك :

- (١) تجلس النساء في السرير ثم تمد ذراعها إلى فوق ثم تثنيها ثم تمدها إلى الجانبين وتثنيها خمس دفعات في كل من الاتجاهين .
- (٢) تستلقي النساء على ظهرها وتوضع وسادة تحت الرأس ثم تمد ذراعها وتمسك بقوائم السرير فوق رأسها ثم ترفع ساقها الأيمن وتثنيها على البطن ثم تمدها وترفعها

على الفراش لمس مرات وتفعل نفس الحركة لمس مرات بالساق الأيسر ثم بالساقين معاً .
 (٣) تستلقي النساء على ظهرها حافظه ذراعها على جانبيها ثم تأخذ نفساً عميقاً شيقاً وزفيراً ببطء لمس مرات .
 (٤) تستلقي على ظهرها وتضع يديها على خاصرتها ثم تأخذ في الجالوس من غير أن تحرك ساقيها وتعيد عمل ذلك ٥ مرات .
 (٥) تستلقي على ظهرها وتبسط يديها فوق رأسها وتمسك أعواد السرير ثم تحرك الأطراف السفلى حركات دائرية (محروطية) وهي منبسطة ، أولاً إلى الداخل ثم إلى الخارج ٣ - ٥ مرات .
 (٦) وهي مستلقية على ظهرها وبداها في خاصرتها تنثني ساقيها على البطن ويثبت قدميها على الفراش ثم ترفع حوضها إلى فوق فاعلة بحسبها شبه قنطرة ثم إلى تحت بمد ركبتيها وثنيهما من غير تحريك الأقدام ويعاد عمل ذلك ٣ مرات .
 (٧) تجلس في الفراش ثم تتنفس تنفساً عميقاً وفي نفس الوقت تمد ذراعها فوق رأسها ثم تخفض الذراعين ثانياً في أثناء الزفير وتكرر عمل ذلك ٥ مرات .
 وبعد الانتهاء من هذه الحركات تكلف النساء بأن تقمط (تقبض) العضلات المحيطة بالمهبل والمستقيم جملة دفعات وتكرر عمل ذلك مرتين يومياً لتقوية عضلات أرضية الحوض .

أما الأمور الواجب على الطبيب ملاحظتها في أثناء زيارته فهي :

(١) الحرارة (٢) النبض (٣) ارتفاع قاع الرحم (٤) حالة السائل النفاسي (٥) حالة الثديين (٦) الأمعاء والمثانة (٧) الغذاء (٨) النوم (٩) الغيارات

أما الحرارة والنبض وارتفاع قاع الرحم فقد سبق الكلام عنها فإذا وجد الطبيب ارتفاعاً في حرارة النساء أو سرعة في النبض أو وجد قاع الرحم أعلى في البطن مما يجب أن يكون ، فعليه أن يبحث عن السبب ويعالجه بما يناسب .
 يجب أن يدخل المولود غرفة النساء عليه أن يخلع رداءه ويابس فوطة نظيفة ويغسل يديه ثم يرفع الرباط البطني والأحفظلة و يغسل القرع ويلاحظ حالة العجان ورائحة السائل الأمنيوسي ومقداره ثم يندك قاع الرحم ويعصره إذ ربما وجد به جلط محبسة تسبب مغصاً شديداً وارتفاعاً في الحرارة إذا تركت . فإذا وجد كل شيء مرضياً يربط البطن بالحزام .

الثديان - يجب فحص الحلمتين وما حولهما للتأكد من عدم وجود تشققات ويجب أن يلفت نظر النساء إلى وجوب غسل الحلمتين بمحلول البوريك أو بالأمه الأكسيجينى (١ : ٣) قبل وبعد الرضاع وتجفيفهما ووضع قطعة من الشاش التنظيف فوقهما . ويجب إلفات نظرها إلى ضرورة مراعاة الدقة فى نظام الإرضاع . وقد يحدث عند هجوم اللبن أن يحتقن الثديان وتيبس الغدد اللبنية وتصبح مؤلمة جداً . ولما يساعد على زوال الاحتقان والألم وضع مكمدات ساخنة على الثديين تُغير كلما بردت ، وكذلك الثديان بلطف من القاعدة إلى الحلمة . وإذا ظهر أن الثديين مكنتان باللبن يجوز استعمال الشفاطة . ويجب أن يلاحظ فى أثناء الرضاع وجوب التقام الطفل الحلمة بسهولة بدون أن يمد رقبته ، ويحسن أن تجلس النساء فى أثناء الرضاع إلا إذا وجدت جروح فى العجان . ويبقى الطفل على الثدي من ١٠ - ١٥ دقيقة ويرضع لبن ثدى واحدة فى المرة . ويمكن للنساء أن تنظم مقدار اللبن الذى يمتصه الطفل وقت الرضاع بأمسالك الثدي أعلا الحلمة بين السبابة والأصبع الوسطى وبهذه الطريقة تمنع أيضاً ضغط الثدي على أنف الطفل فيسهل عليه التنفس فى أثناء الرضاع .

الأمعاء والمثانة - تعطى الوالدة فى مساء اليوم الثانى أو صباح اليوم الثالث مسهلاً مثل زيت الخروع أو البارافين السائل ملء ملعقة كبيرة أو ماعقتين بحسب اعتياد النساء . ولتبع الإمساك الذين يصيب النقاسى بعد ذلك تعطى لمن كسراً سائلة بمقدار ملعقة بن عند الاقتضاء . وقد تجد النساء صعوبة فى التبول وهى مستلقية على ظهرها فيحسن أن يسمح لها بالجلوس على القصرية فى أثناء التبول . ولما يساعد على التبول تسليط نافورة من محلول الدتول الحفيف الساخن على الصباخ التبول ووضع مكمدات ساخنة على القسم الخليل . وإذا احتبس البول أكثر من ١٨ ساعة وجب تمرير قنطرة عقيمة بعد تطهير القرج وتباعد الشفرين . والقنطرة توضع بالنظر لا باللمس . فإن لم يتبول المريضة وكانت جدر البطن مرتخية يربط البطن بحزام أو يضغط على المثانة باليد .

وقبل وضع القنطرة يلزم تجربة تسليط نافورة من محلول الدتول الساخن بدرجة ٤٠ س على القرج والصباخ .

أما أسباب احتباس البول عند النساء فهى :

(أولاً) عدم تعودهن على التبول وهن مستلقيات على ظهورهن .
 (ثانياً) إن ارتخاء عضلات البطن بعد الوضع لا يمكن الولادة من الخرق
 من جهة ، ومن جهة أخرى يمنعها عن الشعور بتمدده المثانة .
 (ثالثاً) الانقباض المنعكس لقناة مجرى البول المنسحب عن وجود عُزْرَ في
 العجان أو تسليخات بقرب الصباح .

(رابعاً) خوف المريضة من أن التبول يحدث ألماً إذا مرّ على جروح .
 (خامساً) من الرضوض التي تحدث في قناة مجرى البول بسبب ضغط الرأس وقت ولادته .

الغذاء والنوم

يجب أن يكون طعام النساء مغذياً ومشملاً على كمية وفيرة من السوائل مثل
 اللبن والشوربه وكذلك الخضضر والفاكهة .

أما من جهة النوم فالعادة أن الولادة تنام جيداً في اليوم الأول للنفاس . فإن لم
 تم يجب أن تعطى منوماً مثل نصف جرام فيرونال ، ويتبع بمشروب ساخن .
 يحدث الأرق في مدة النفاس هو غالباً من العلامات المنذرة بحدوث التسمم النفاسي
 والحنون ، فيجب معالجته بلا إبطاء والبحث عن سببه .

ويجب على المولدة أن يلفت نظر النساء إلى الأخطار التي تحدث من كثرة تردد الزوار .
 (٨) الراحة — يجب أن تلازم الولادة الفراش مدة ثمانية أيام . وإذا تيسرت
 إحالة هذه المدة إلى ١٢ يوماً كاذ ذلك أفضل . وعلى كل حال إذا ظهر دم في
 السائل النفاسي بعد قيامها من الفراش ، وجبت عودتها إليه ثانياً وإلا فهي تعرض
 نفسها لانتشاء الرحم إلى الوراء وعدم رجوع الرحم على نفسه .

وليس أدل على صحة ذلك من انتشار السقوط المهبلي عند الفلاجات اللواتي
 لا يراعين هذه الشروط . والأفضل أن الوالدات اللواتي لم تحدث عندهن جروح
 يلائمن الوضع الظهرى مدة يومين ، ومن ابتداء اليوم الثالث يوضع بخاف ظهورهن
 بضع مسادات . وهذا الوضع يساعد كثيراً على تصريف السائل النفاسي . ويسمح
 عن أيضاً بالنوم على الجانب . وفي اليوم الثالث يصرح لمن أن يأكلن
 بهن جالسات . ويجوز أن يسمح لمن بالتزول من الفراش بعد اليوم الخامس وأن
 يجلسن على كرسي طويل ساعة أو ساعتين في اليوم . أما المصابات بجروح فيلازمن
 الفراش إلى يوم شفائهن وغالباً يكون ذلك في اليوم الرابع عشر .

(٩) الغيارات — يجب أن يوضع على الفرج غيار كالسابق شرحه . ويلزم

تغييره كل ثلاث ساعات في اليومين الأولين . أما بعد ذلك فيمكن تغييره كل أربع ساعات أو أربع مرات في اليوم فقط .

الإنذار - قد ترتفع درجة الحرارة لأسباب نافهة في أثناء النفاس سبق الإشارة إليها ، فإذا كانت الحالة العمومية للمريضة جيدة وكان نومها هادئاً ، وكانت تشعر أن صحتها جيدة فليس ارتفاع الحرارة في ذاته من العلامات الخطرة ، إنما يجب البحث عن سببه وعلاجه بما يناسب . أما إذا كانت الحرارة مرتفعة واشتد الأرق وكانت هيئة المريضة تدل على خطورة حالتها وكانت المريضة مدركة لحالتها السيئة فذلك دليل على أن المرض شديد الوطأة جداً . أما المريضة التي تكون حالتها سيئة جداً وهي لا تدرك ذلك فالغالب أنها في خطر الموت .

الآلام بعد الولادة - يطلق عليها العوام اسم (التخاليف) وهي انقباضات رحمية مؤلمة تحدث بعد الولادة أحياناً وعلى الأخص عند العصبية المزاج وفي وقت الرضاعة وتستمر من يوم إلى ٣ أيام . ويكثر حدوثها عند المتكررات . وهي تساعد كثيراً على رجوع الرحم على ذاته . وفي الأحوال العادية يكون الألم سهل الاحتمال . أما الأحوال التي تتسبب عن وجود بقايا من الأغشية أو كتل دموية في باطن الرحم فتصطبغ بالألم شديد ويجب في علاجها عصر الرحم لطرده الجلط مع استعمال الأدوية التي تساعد على إنقباض الرحم مثل خلاصة الأرجوتين السائل بمقدار ملعقة بين مرة أو مرتين في اليوم وتعاطى مسكنات مثل أقراص الإسبيرين نصف جرام أو الفيرامون مع تدليك الرحم .

وهاك تذكرة يمكن استعمالها في هذه الأحوال :-

٣٠٠٠٠ س.م.	خلاصة الأرجوتين السائلة
٤٠٠٠٠ س.م.	سبغة الكينا الحطبية
٢٠٠٠ س.م.	برورودونول
٢٠٠٠٠ س.م.	شراب برنقال
٣٠٠٠٠٠ س.م.	ماء لغاية

يؤخذ فنجان قهوة كل ٣ ساعات لحين زوال الآلام .

وفي الأحوال العصبية الشديدة جداً .

اسبيرين ٠,٣٠	} برشامة واحدة
كودين ٠,٠٣	

تعمل ١٠ برشامات وتؤخذ واحدة أو اثنتان في اليوم لمدة يوم واحد ولا تكرر

(العناية بالنفساء بعد أن تترك الفراش)

لا يجوز أن تعود النفساء إلى المعاشرة الزوجية قبل مضي ٤٥ يوماً . ويحدث عادة عند تمام الأربعين أن النفساء تفقد قدرًا من الدم مختلف المقدار ويدوم ذلك لمدة يومين أو أكثر . فإذا زاد مقدار الدم عما يحدث في الحيض عادة تعطى المريضة مقداراً من الأرجوتين والكينين لإبقائه . أما الحيض فينتقطع عادة في مدة الرضاع ولكنه قد يعود بحالة منتظمة أو غير منتظمة . ويجب على المولدة في نهاية الأسبوع الثالث للتنفاس أن يفحص الأعضاء التناسلية فحصاً دقيقاً فإذا كانت جروح ينظر هل التأمت أم لم تلتئم . وعليه أن يفحص العنق فإذا وجد فيه تمزقات لم تشاهد وقت الولادة يُعنى بعلاجها . ويجب عليه التأكد بصفة خاصة من وضع الرحم فكثيراً ما ينتهي الرحم إلى الوراء حتى بعد الولادات الطبيعية . فإذا حدث ذلك واكتشف هنا الوضع المعيب وضوح في الوقت المناسب يعدل الرحم ووضع فرزجة صلبة من فرازج هودج في المهبل لمدة شهرين وهي المدة اللازمة لرجوع الأربطة إلى حالتها الطبيعية شفيت المريضة - أما إذا أهمل علاجها فلا مناص من حدوث انثناء مزمن في الرحم لا يشفى إلا بعملية جراحية . وانثناء الرحم إلى الوراء هو من أكبر الأسباب في حدوث آلام الظهر المزمنة عند النساء . وفي الأحوال التي تعالج بالفرزجة يجب أن تترك الفرزجة في المهبل لمدة شهر ثم يخرجها الطبيب ويظهرها ويعيدها إلى المهبل لمدة شهر آخر . ويجب عليه بعد ذلك إعادة الكشف على المريضة بعد أربعة أيام خوفاً من أن يكون الرحم قد عاد إلى وضعه العيب . وفي هذه الحالة يعاد عدل الرحم وتوضع فرزجة أكبر وتترك مدة شهرين آخرين مع استعمال الزروقات المهبلية مرة كل يومين أو ثلاثة لحفظها نظيفة . ويحدث أحياناً عند فحص الأعضاء الحوضية أن تشاهد التهابات بوقية أو مبيضية مصطحة بالأم وحتى . وقد تشاهد أيضاً التهابات في النسيج الخاوي كثيراً ما لا تصحط بالأم ولا حتى . فإذا وجدت هذه الالتهابات يجب علاجها بالتحاميل المهبلية المشبعة بالجليسرين الأكتيول ١٠ ٪ والزروقات المهبلية وبلازمة الفراش وتعاطى المليينات والابتعاد عن العلاقات الزوجية .

الفصل الحادي عشر

الأمراض الخفيفة الخاصة بالحمل والأمراض الطارئة التي تضاعفها

القيء والتهاج

يصاب نصف الحوامل تقريباً بدرجة خفيفة من القيء والتهاج في الشهر الأول للحمل . ويحدث القيء على الأخص في الصباح عند القيام من النوم . ويكون لعلاج هذه الأحوال أن تقصر الحامل فطورها على الخبز المحمر والشاي وأن تعطى مليئات خفيفة من وقت لآخر . والدرجة الخفيفة من القيء لا تستوجب علاجاً خاصاً إلا إذا كان في حدوثها مضايقة شديدة للحامل وفي هذه الحالة تعطى مزيجاً مركباً من :

بيكاربونات الصودا	١٠,٠٠٠	جرام
سلفات الماگنيزيا	١٥,٠٠٠	»
شراب الترنج	٦٠,٠٠٠	»
منقوع الجنطيانا	٣٠٠,٠٠٠	»

يؤخذ منه فنجان ٣ مرات في اليوم قبل الأكل بربع ساعة فإن لم يقف القيء تعطى البرشام الآتي .

بيكاربونات الصودا	٠,٣٠	جرام
اوكس كريبونات البريومث	٠,٣٠	»
مسحوق الزانثد المركب	٠,١٠	»
خلاصة الجوز المقويه	٠,٠١٥	»

برشامة - يعمل ٢٠ برشامة . وتؤخذ واحدة ٣ مرات في اليوم قبل الأكل بنصف ساعة .

ويساعد فيتامين ب ٦ على وقف القيء - كذا بعض المستحضرات المضادة للحساسية فتعطى بمقدار حبة في الصباح وحبة في المساء - وكثيراً ما تنجح حقن الجلوكونز المركز في الوريد - في إيقاف القيء .

فإذا لم تتحسن المريضة وزاد القيء واستعصى علاجه وأخذت المريضة في الخزال فالحالة مرضية وسيأتي وصف علاجها في الكلام على القيء المستعصى .

الإمساك

الإمساك كثير الحدوث في الحمل وإهمال علاجه يؤدي إلى نتائج سيئة سواء للأم أو الجنين ويعالج بالإكثار من أكل الحفصرواوت والفواكه الطازجة والمطبوخة (كومبوت) والمرببات والسلطة لأنها تترك في الأمعاء بقايا لا تهضم فتنبه الأمعاء للعمل . كما أن الإكثار من شرب المياه يساعد على تليين الأمعاء . وإذا لم تنجح هذه الطريقة يستعان أيضاً بالمليينات مثل حبوب الكسكراسجرادا بمقدار قمتين ٣ مرات في اليوم أو الكسكرا السائلة ملعقة بن بعد العشاء والفقطور أو مسحوق العرقسوس المركب ٢ جرام . ويجوز زيادة هذه المقادير تبعاً لاعتیاد المريضة .

احتباس البول

يحدث ذلك إذا انتفى الرحم الحامل إلى الوراء وعلى الأخص إذا احتبس في الحوض أى عند ما يكبر حجمه ويصل إلى الشهر الثالث . وقد يحتبس البول أيضاً في أحوال السقوط الرحمى أو المهبل الشديد . وتعالج كل حالة بما يناسبها مع إرجاع الرحم إلى مكانه الطبيعي ووضع فرزجة في المهبل لحفظه من السقوط أو الرجوع إلى الوضع المعيب .

سلس البول

سلس البول أو خروجه بغير إرادة المريضة يحدث أحياناً عند متكررات الولادة وقت السعال أو الحزق . وسببه ارتخاء المهبل والعضلة العاصرة لقناة مجرى البول من تأثير الولادات السابقة . وقد لا يسلس البول ولكن تتطلب الحامل التبول في فترات قصيرة بسبب تهيج المثانة . ويغلب حدوث ذلك في شهور الحمل الأول بسبب ضغط الرحم الحامل على المثانة . ولكن متى أخذ الرحم في الصعود إلى البطن في أول الشهر الرابع تزول هذه الأعراض . وما يساعد على تحسين هذه الحالة تعاطي

مزيج البوكو والينج وعدم الإفراط في شرب الماء وفحص البول إذ ربما تكون الأعراض ناشئة عن التهاب مثاني مضاعف للحمل فيعالج بما يناسبه .

الانيميا

قد تصاب الحامل بالانيميا بسبب سوء التغذية أو الإمساك أو عدم اتباع الوسائل الصحية كالمشي في الهواء الطلق الخ . وتعالج بتعاطي مركبات الحديد مثل مزيج الحديد والزرنيخ . ويحقن بخلاصة الكبد والفيتامينات .

ازدياد مائة الدم

في مدة الحمل تزداد مائة الدم قليلا . ولكن قد تشتد هذه الحالة فينشأ عنها أوذيم الأطراف السفلى والشفرين . ويجب تمييز هذه الأوذيم عن الأوذيم الناشئة من أمراض الكلى إذ أن الأولى لا خوف منها أما الثانية فتستدعي عناية شديدة ، وإهمال العلاج فيها يمرض المريضة للإصابة بالإكليميا . وتعالج زيادة مائة الدم بتعاطي لبنات الكالسيوم ٠.٤٠ ثلاث مرات في اليوم مع الراحة في الفراش إذا كان تورم الساقين شديداً . وتمتنع الحامل عن الأطعمة المالحة وقد تساعد الأدوية المضادة للحساسية في علاج هذه الحالات كما يحسن إعطائها فيتامين ج و ب .

دوالي الأطراف

يكثر حدوث دوالي الأطراف والقرح في الشهور الأخيرة للحمل بسبب تعطل الدورة الوريدية الناشئة عن ضغط الرحم الحامل على الأوعية الحوضية في حذاء المضيق العلوي . وكثيراً ما تصطبغ هذه الحالة بأوذيم الساقين . وعلاج الدوالي ينحصر في ملازمة المريضة الراحة ساعات طويلة على كرسي طويل (شيزلونج) وقد تدعو الحالة إلى ربط الأطراف السفلى برباط من الكريب الضاغط أو لبس جوارب من المطاط ولا يجوز عمل عمليات لرفع الدوالي في مدة الحمل لأنها كثيراً ما تزول بعد الولادة .

الحكة الفرجية

الحكة الفرجية كثيرة الحدوث في مدة الحمل وتتسبب عادة من ازدياد الإفرازات المهبلية، ولكنها قد تكون أيضاً عرضاً من أعراض التسمات الإمتصاصية للحمل وبعض الأحوال تتسبب من بطء سير الدم في الأوردة أو من وجود بواسير ملتهبة .

العلاج - إذا كان الإفراز المهبل غزيراً وحرّيفاً يدهن الفرج بمزيج الريزنيول لمنع الإفرازات عن ملامسته ، فإذا لم يكف ذلك وكان التهيج الجلدي الناشئ عنه غير محتمل يجوز أن تعمل زروقات مهبلية بمحلول كلورور الزنك بنسبة واحد إلى ٤٠٠٠ ويلاحظ أن لا يرتفع الزارق أكثر من عشر سنتيمترات عن حذاء الخوض ، وأن يكون ماء الزرق (الدوش) فاتراً

وبعض الحالات التي يحدث فيها إفراز أبيض غزير مسبب من العدوى ببعض الخمائر تستفيد كثيراً من دهان المهبل والفرج بمحلول الخنثبان بنسبة ٢ في المائة . وأحسن طريقة لإزالة الحكة هي أن تجلس المريضة القرفصاء وتضع بين قدميها صفة ملائى بماء ساخن جداً في درجة ٥٠ إذا احتملته أو أقل أو أكثر بحسب درجة احتياها . ثم تنثر الماء على الفرج بسرعة مدة ٥ دقائق ثم تجفف الفرج . فإذا بقي بعض من التهيج يدهن الفرج بمزيج الريزنيول . وفي بعض الأحوال الثقيلة أسلط على الفرج تياراً من الهواء الساخن من جهاز معدّ لذلك مدة ٥ دقائق . وفي عدد كبير جداً من المرضى شاهدت شفاء سريعاً . ويجب أن ينبه على المصابات بضرورة الانقطاع عن أكل التوابل والأطعمة الحريفة .

البواسير

يكثر حدوث البواسير في الشهور الأخيرة للحمل وقد تزول ذاتياً بعد الولادة ولكنها كثيراً ما تبقى بحالة مزمنة تستوجب عمل العملية الجراحية . وتعالج في مدة الحمل بتعاطي المليّنات ودهنها بمزيج العفص والأفيون .

أمراض الأسنان

إن وجد تسوس في الأسنان يستدعى قلعها فالأفضل عمل ذلك في بداءة الحمل على شرط أن تخدر اللثة بالنوفوكائين بحيث لا تشعر المريضة بألم مطلقاً . أما إذا حدث تسوس قريباً من الوضع فتفعل المعالجة المسكنة فقط و ينتظر إلى ما بعد الولادة إلا إذا رأى طبيب الأسنان غير ذلك . ويكثر في مدة الحمل وعلى الأخص في شهوره الأولى حدوث التهاب اللثة القيحي وهذا يستوجب مزيد العناية ويجب أن يشار في علاجه لطبيب الأسنان .

النفراالجيا

هي آلام عصبية تحدث على الأخص في أجزاء الجسم التي يغذيها العصب الخامس . وتعالج بالوضعيات الساخنة والمروخ الكافوري وتعاطى برومور البيوتاسيوم أو الإسبيرين بمقدار ٠,٣٠ .

الأمراض الزهرية التي تصيب الحوامل

تشمل الأمراض الزهرية السفلس والسيلان والقرحة البسيطة . السفلس - هو أهم أسباب الإجهاض والإسقاط والولادة المعجلة ، وموت الأجنة في بطون أمهاتها . والإصابة إن كانت حديثة العهد تسبب وفاة الجنين في شهور الحمل الأولى . وإن كانت قديمة العهد فقد لا تسبب وفاته إلا في الأشهر الأخيرة للحمل . وقد ينجو أحد الأجنة فيولد سليماً ، وتولد الأجنة التي تأتي بعده ميتة . وينتقل الزهري إلى الجنين إما من دم الأم إن كانت هي المصابة ، أو من منى الرجل إن كان هو المصاب . أما كيفية وصول سييروكيت الزهري (مكروبه) بواسطة المنى فغير معروفة تماماً ، لأن حجم السييروكيت لا يقل عن حجم رأس الحيوان المنوي . ويظن

البحر أن لمكروب الزهري تطورات يكون فيها على شكل حبيبات صغيرة تنمو
 فيما بعد إلى سير و كيت ، وأن عدوى الجنين من الأب تكون بواسطة هذه الحبيبات
 وكان يظن قبلاً بأنه قد يصاب الجنين من الأب المصاب بالزهري ولا تنتقل العدوى
 إلى الأم ، وأن الأم قد ترضع طفلها المصاب بالزهري الوراثي ولا تنتقل إليها العدوى
 مع أنه يعدى غيرها لو أرضعته ، ولكن ثبت الآن أن ذلك غير مضطرد الصحة
 فإن الأم التي لا تظهر عليها علامات الزهري قد يفحص دمها بتفاعل واسرمان
 يكون النتيجة إيجابية . كما قد تكون النتيجة سلبية في بعض الحالات مع وجود
 المرض .

أما التغيرات التي تظهر عند تشريح الأطفال التي تولد ميتة بسبب الزهري
 هي أن الغضاريف الموجودة في مجال اتصال العظام الطويلة والأضلاع بأطرافها .
 لا تكون على شكل خط رقيق منتظم وأزرق اللون سمكه نصف مليمتر كما هو الحال
 في الأحوال الطبيعية ، بل يكون خطاً سميكاً متعرجاً أصفر اللون سمكه مليمتران
 ونصف .

وتجد الكبد والطحال متضخمين . ويكون نسيجهما صلباً عند قطعه وأكثر
 تشابهاً منه في الحالة الطبيعية .

أما الأجنة المزهورة التي تولد حية فتكون صغيرة الحجم . ويكون جلد راحة
 اليدين وأخمص القدمين كثيفاً وقد تغطي يدا الجنين وقدماه بالتفحعات ، وتظهر
 بقع حمراء داكنة حول الألتين .

وفي الأحوال المشبهة يمكن سحب مقدار من الدم من الحبل السري قبل
 ربطه ، ثم يفحص بتفاعل واسرمان . وقد يمكن أيضاً العثور على سير و كيت الزهري
 في المشيمة أو في أحشاء الجنين . أما المشيمة الزهرية فأكبر ولونها أبيض من الطبيعي
 جلسياً دهني ونسيجهما رخو سهل التفتت ، وإذا عومت بعض القطع السلائية
 في الماء نجد الحمل السلائية متضخماً ، وإذا عمل منها قطاع ميكروسكوبي نجدها
 مرتبحة بخلايا صغيرة مستديرة ، وتجد الأوعية منسدة وقد يمكن العثور على سير و كيت
 الزهري عند الفحص الدقيق .

إذا شك في أن الأم أو الأب مصاب بالزهري فيجب الابتداء حالاً بالعلاج
 إذاً كلما بكرنا في العلاج كان ذلك أفضل وأنجع - وتعالج حالات الزهري
 كما يلي :

- ١ - حقن المريضة بالبنتالين بمعدل مليون وحدة كل ٢٤ ساعة لمدة اثني عشر يوماً .
- ٢ - استعمال حقن البزموت في العضل بمعدل ٤ جم كل أسبوع لمدة عشر أسابيع .
- وإذا كان هناك وقت كاف يكرر العلاج بالبنتالين مرة أخرى قبل الوضع مباشرة خصوصاً إذا بقي تفاعل واسرمان إيجابياً .
- أما الطفل فيبدأ علاجه منذ ولادته فإن كان عليلاً يعطى أحد مركبات الزرنيخ أو مسحوق الزرنيخ والطباشير بمقدار ٠,٠١ جم لكل كيلو جرام من وزنه في اليوم . ويعطى حقن بزموت في العضل . بمعدل ١ جم كل أسبوع حتى تتحسن حاله ثم يعالج بالبنتالين بمعدل ألفين وحدة واحدة بنسولين محلولاً في الماء لكل رطل من وزن الطفل كل ثلاث ساعات لمدة اثني عشر يوماً .
- وإذا كان الطفل قوياً يبدأ العلاج بالبنتالين منذ أول يوم ولكن لا يأخذ الطفل في الأربع وعشرين ساعة الأولى سوى عشر الكمية المحدودة له يومياً وذلك تفادياً لما قد يحدث في بعض الأطفال المريضة بالزهري عند حقنها بالبنتالين من اشتداد خطير في أعراض المرض قد يؤدي إلى موت الطفل .
- إذا أصيبت الحامل بالسيلان يجب الاهتمام بعلاجه وشفائه تماماً قبل الوضع ، لتلا تصل مكروباته إلى عيني الجنين في أثناء ولادته فيصاب بالرمم الصددي ، أو إلى الرحم والبوقين فتسبب نوعاً من أنواع الحمى النفاسية . ويعالج بحقن البنتالين ٢ مليون وحدة مجزأة على أربعة أيام ويمكن استعمال مركبات السلفا وحدها أو مع البنتالين .

(الدرن الرثوي)

الأفضل للمريضات بالسل أن يمتنعن عن الحمل كلية إذ أن الماضي يشهد بحالة مزعجة بعد الوضع أما إذا شوهدت المريضة بالثديون وهي حامل فعلا ولم تظهر أعراض مقلقة فيجب علاج مرض السل نفسه كما لو كان الحمل غير موجود إنما يلاحظ ضرورة تجنب المريضة عمل مجهود كبير في أثناء الوضع فساعدتها بالحنك إذا لزم .

وبعد الولادة توفراً يجب فصل الطفل عن أمه إذ ثبت أن عدوى الأطفال من أمهاتهن تكون بعد الوضع لا عن طريق المشيمة كما كان يظن قبلاً .

أمراض القلب

النقطة التي تهتم المولود هي معرفة ما إذا كانت الحامل ستقوى أو لا تقوى على حمل الجنين إلى نهاية المدة بلا خطر على حياتها . وقد وضع السر جسم ما كترى بعض قواعد يحسن الاسترشاد بها في هذه الظروف وهي تتلخص فيما يأتي :

إن وجود مرض في القلب ، لا يظهر أثره إلا في اكتشاف نفخ عند التسمع ، لا أهمية له في ذاته . وإنما الأهمية كلها في اصطحاب ذلك بحدوث ضيق في التنفس أو خفقان عند عمل مجهود . وفي هذه الحالة لا تقاس خطورة الحالة بارتفاع صوت النفخ بل بدرجة المجهود الذي يحدث ضيق التنفس .

الأحوال التي يجب فيها منع الحمل - يشار بمنع الحمل إذا ظهرت أعراض عجز في القلب . وفي أول الأمر لا تظهر هذه الأعراض ما دامت المريضة مرتاحة ، ولكنها لو عملت مجهوداً لم يكن يتعبها قبلاً واعتراها ضيق التنفس والخفقان ، يكون هذا دليلاً على ابتداء عجز القلب .

وأخطر أمراض القلب طرا ضيق الصمامات . وأشد ما يكون خطر الحمل فيها إذا كانت نوبة الروماتزم التي سببته حديثة . فإن ندب التحام الصمامات الملتهبة تكون سائرة في سبيل الانكماش التدريجي . ويكون القلب ضعيفاً وغالباً متمدداً . وفي هذه الأحوال تظهر الغايط (نفخ) وقت انبساط القلب وقيل انقباضه ، فإذا زاد على ذلك أيضاً اختلاج أذينة القلب بمنع الحمل بتاتاً . وإن لم يكتشف ذلك إلا بعد الحمل تراقب الحالة ، فإن ظهرت أعراض عجز في القلب نحرص الولادة .

أما في أمراض الأورطى فإن كان حجم القلب طبيعياً ولا يحدث ضيق في التنفس عند عمل مجهود فلا خطر من الحمل . أما إذا كان البطين متضخماً وكان النبض شديداً بالمطرقة المائبة فالحمل خطر .

الأحوال التي يجوز فيها حدوث الحمل - المصابات بمرض في القلب غير مصحوب بأعراض عدم الكفاية ، وصاحبات القلب المتوهج ، سواء كان سبب تهيجه عصبياً أو ناشئاً من تسممات امتصاصية ، لا خوف عليهن من حدوث الحمل حتى ولو اصطحب مرض القلب بنفخ . وكذلك أمراض الأورطى التي لا تصطحب بتضخم في البطين .

الأحوال التي يمرض فيها الإجهاض أو الولادة المعجلة - إذا حملت امرأة مصابة بمرض في القلب سواء كان ممدداً أو ضيقاً في الصمامات ، فلا يصح التداخل لإنهاء الحمل إلا إذا ظهرت علامات عجز القلب .

فإن لم تظهر هذه العلامات فلا تحرض الولادة . ويسمح للمريضة بالرياضة المعتدلة إذا كانت لا تحدث ضيقاً في التنفس .

أما إذا ظهرت علامات عدم الكفاية فيجب فحص المريضة أسبوعياً لمراقبة ظهور أيدىما الرئتين وعلامات عجز القلب . فإذا ظهرت قراقر في قاع الرئتين ولم تحسن بالعلاج فهي دليل على ابتداء عجز القلب عن العمل . ويصطحب ذلك عادة بضيق التنفس عند عمل أى مجهود . فإذا حدث ذلك تلازم المريضة فراشها وتقطع عن عمل أى مجهود وتشجع على الاضجاع نصف جالسة ، ويوضع خلف ظهرها وحوفا وسادات .

فإذا توصل الطبيب إلى انقضاء حدوث عجز القلب فن الممكن أن يترك الحمل إلى أن يصل إلى تمامه . ويكثر في هذه الأحوال حدوث الولادة المعجلة الذاتية في الشهر السابع . فإذا دنا المخاض وابتدأ الطلق يجب أن تجنب المريضة عمل أى مجهود فنعطيها بعض المسكنات التي لا تضر القلب ونساعدتها بالحنف منى اتسع العنق وقلما يحتاج الأمر إلى عمل عملية قيصرية .

دلائل عجز القلب - أوطأ حدوث الخفقان وضيق التنفس عند عمل مجهود لم يكن يتعب المريضة قبلاً . ويتبع ذلك تغير في النبض فلا تصل ضربات القلب كلها بل يتأخر وصول بعضها فلا يظهر له أثر في النبض ، فيكون عدد ضربات القلب أكثر بكثير من عدد النبضات . والأحوال المتقدمة تصطحب بارتشاح عام وتضخم في الكبد وارتشاح في قاع الرئتين وازرقاق الوجه والأطراف . وتصطحب أيضاً باختلاج أذينة القلب .

البول السكرى

إذا ظهر السكر في بول الحوامل فالواجب التمييز بين الجلوكوز واللاكتوز ، لأن وجود اللاكتوز في بول الحوامل كثير الحدوث وعدم الضرر لأنه ينشأ من امتصاص اللبن من الثدي . أما وجود الجلوكوز فدليل على إصابة الحامل بالبول السكرى . وفي هذه الحالة يجب أن نحاول تخفيض كمية السكر في الدم إلى المستوى الطبيعى بأن نحدد كمية المواد النشوية والسكرية (والدهنية) ونعطى المريضة حقن الأنسولين ويستحسن أن تكون المريضة تحت إشراف طبيب خاص حتى نتال اللازم لها من الوحدات السعوية للغذاء دون زيادة .

وفي أحوال مرض السكر كثيراً ما يكون الجنين عرضة للتضخم لدرجة تصعب معها الولادة الطبيعية وقد يموت الجنين في البطن أو قد تكون الولادة مبكرة أو يحصل إجهاض في بعض الحالات .

أما الأم فتكون أكثر تعرضاً لحدوث التسمم الامتصاصى والاستسقاء الرحمى ولذا يجب ملاحظة هذه الحالات بدقة خصوصاً في الشهور الأخيرة من الحمل فإذا وجدنا أن حجم الجنين كبير كثيراً يجب أن نحرض الولادة في حوالى الأسبوع السابع والثلاثين من الحمل (أو قبل ذلك إذا لزم) وفي بعض الحالات قد تكون العملية القيصرية خير وسيلة للعلاج وإذا ظهر على الأم أى علامات تسمم امتصاصى أو تسمم حمضى (Acidosis) تعالج في الحال حسب حالتها ويجهد الكثيرون استعمال مقادير كبيرة من الستيبوستيرول والامتناع عن الملح كلية في هذه الحالات .

وفي أثناء الولادة يجب أن نتجنب إعطاء مخدر عام إذا أمكن ويستحسن إعطاء الوالدة مقداراً من الجلوكوز والأنسولين أثناء الوضع كما يجب العناية بالطفل بعد ولادته وإعطائه جلوكوز بالفم أو بالحقن إذا لزم .

الأمراض المعدية

إذا مرضت الحامل بإحدى الحميات المعدية واشتدت الحمى فالغالب أن يحدث الإجهاض أو الإسقاط أو الولادة المعجلة . ومن الجائز أن تنتقل العدوى

لدى الطفل في الحمى التيفودية والجدري وغيرهما من الأمراض . وفي الأحوال التي تنتهي بالإجهاض أو التي تحدث فيها الولادة في أثناء الحمى تجب العناية التامة بالتعقيم لشدة تعرض الحامل للإصابة بالحمى التيفودية . فإذا طالت مدة الولادة فالواجب المساعدة على إنهاؤها وذلك لأن قوى الوالدة تكون منحلطة وكثيراً ما تصاب بالصدمة .

التهاب كثروس الكلى في الحمل

كثيراً ما تلتبب كثروس الكلى في مدة الحمل بسبب الإصابة بالبشلس القاولوني .

ويبدأ المرض فجأة بالألم في القطن ، وغضاضة عند الضغط ، مع ارتفاع في الحرارة . ويكون البول قلوياً ويحتوي على صديد . ويمكن الحصول منه على زرع تقى من البشلس القاولوني .

العلاج - تلازم المريضة الفراش حتى يمر أسبوع على انتهاء ارتفاع الحرارة ، ويقتصر طعامها على أغذية خفيفة وتتعاطى سوائل بكثرة وتأخذ سترات البوتاس وأحد مركبات السلفا (١ جرام كل ٨ ساعات) وفي نهاية خمسة أيام من العلاج يعمل لها تزرع للبول فإذا أصبح عقيماً يوقف العلاج أو يوقف بضعة أيام ثم يتكرر مدة خمسة أيام أخرى .

وفي الحالات الشديدة تستعمل حقن الستربتومييسين والبنسلين أو التراميسين وكلها عقاقير فعالة ضد البشلس القاولوني ويعطى البنسلين بمقادير ٥٠٠,٠٠٠ وحدة كل ١٢ - ٢٤ ساعة أما الستربتومييسين فيعطى بمقدار ١ جرام في ٢٤ ساعة ويؤخذ التراميسين بمقادير ٢٥٠ - ٥٠٠ ملليجرام كل ٦ - ٨ ساعات عن طريق الفم .

الأمراض الناشئة عن تسممات الدم الامتصاصية عند الحوامل

لم يعد شك في أن الحوامل أشد من غيرهن للتسممات الامتصاصية (توكسيميا) وقد يكون سبب ذلك هو اضطراب الأم لتعاطى مقدار من الغذاء أكثر مما تتعاطى

عادة ليقوم بتغذيتها وتغذية الجنين الذي في أحشائها ، فيعجز كبدها عن تمثيل الأغذية تمثيلاً تاماً ، وتعجز الكليتان والأمعاء عن تصريف الفضلات التي تتخلف عن الغذاء ، فينبئ عن ذلك امتصاص هذه الفضلات في الدم وحدث التسمم الامتصاصي ولو أنه قد لوحظ في مدة الحرب الأخيرة أن مرض الأكلامبيا زاد زيادة ملحوظة في الحوامل اللاتي نقص غذاءهن وخصوصاً في حالات نقص فيتامين ب . كما أنه قد يحدث أن قطعاً تنفصل من الحمل السلائق العائم في الجيوب الوعائية للرحم وتسبح في دم الأم وتصل إلى الدورة العامة بل وإلى الرئتين . فإن تكوّن في الدم مواد مضادة لها فسد تأثيرها الضار فلا تحدث أعراض تسمية ، وإن عجز الجسم عن ذلك ظهرت أعراض التسمم .

وقد عزا بعضهم أسباب تسممات الدم الامتصاصية إلى التغييرات التي قد تطرأ على نشاط الغدد الصماء خصوصاً الغدة النخامية والمبيضين فقد وجد Smith and Smith إنه في حالات التسمم تكثرت مادة الـ جوناډوتروپين في البول وتقل كميات الأسترين والبروجستين كما علل بعضهم أسباب هذا التسمم بان وجود الجنين يسبب ضغطاً على الوريد الأجوف فينشأ عن ذلك نقص في الدورة الدموية للكليتين فنضرب منهما مادة سامة (Renin) تسبب انقباض أوعية الدم الشعرية فارتفاع في ضغط الدم وزلال في البول وما يتبع ذلك من أعراض التسمم . وما يعضد هذه النظرية كثرة حدوث الأكلامبيا . نسبياً في الحالات التي يزداد فيها ضغط الرحم مثل حالات الحمل الحويصلي أو في حالات الاستسقاء وفي الحمل التوأمي وفي حالات مرض السكر حيث يكبر حجم الجنين .

وتنشأ من وجود هذه السموم أعراض متنوعة أهمها في الصباح ، والتلعب ، والوجع ، وأمراض كثيرة مثل الصداع ، والقيء المستعصي ، والبول الزلال ، والأكلامبيا والحكة الجلدية والضمور الكبدى الحاد الأصفر وحدث أنزفة رحمية . ويصحب معظم هذه الأمراض بأعراض مشابهة تدل على أن منشأها كلها واحد : كالدوخان والصداع وتقلص العضلات والطعم المعدني في الفم ، والارتخاء ، والحكة الجلدية ، وبقدان الشبيهة والتهوع ، وظهور أشعة من الضوء أمام العين وضعف الذاكرة والارتعاش والأرق والبلانغوليا . وهذه الأعراض تظهر أيضاً في تسممات الدم التي تصب غير الحوامل كما أنها تحدث في التسمم البول (يوريميا) والبول السكري والتسمم بالفوسفور .

ولا يعلم شيء أكيد عن أسباب تسممات الدم في أثناء الحمل ، وما يعتبره العلم أكيداً اليوم ينقضه البحث غداً . وكلما نستطيع أن نقوله الآن هو أن هذه السموم تحتبس في الدم لعجز الكبد والكليتين عن إفرازها ، وأنها إذا عابها المريضة بمنعها عن الملح والأغذية الصلبة الأزوتية وساعدنا أجهزتها المفرزة على تأدية عملها بإعطاء المشهلات مثل سلفات الجينيزيا والإكتار من السوائل ، فإن معظم الإضطرابات الناشئة عن تسمم الدم تشفى إن كانت خفيفة ، وتحسن كثيراً إذ كانت ثقيلة .

ومن أهم عوامل العلاج الراحة وملازمة الفراش إن أمكن والإقلال من السوائل إذا كان هناك تورماً شديداً وقد تفيد فيتامينات ب و ح في بعض الحالات ويعطى الجلوكونز المركز (٢٥ إلى ٥٠ ٪) حقن في الوريد فيساعد على إفراز البول وتقليل ضغط الدم . وكذا تعطى المريضة أحد المستحضرات التي تخفض ضغط الدم إذا كان مرتفعاً مثل السرباسيل .

ومن الوجهة الباثولوجية نجد أن التغييرات التي تحدثها هذه التسممات مهما اختلف نوعها ، شديدة الشبه بعضها ببعض . فالكبد تكون مركزاً للالتهاب الحاد المصحوب بالتورم والاستحالة الحبيبية للخلايا مع وجود نقط مائه تحت غلافه . والكلى تحتقن احتقاناً حاداً أو تتهب في كثير من الأحوال . ويصاب المخ والطحال والأعضاء الأخرى بالالتهاب بدرجات متفاوتة وكذلك تنقص قلوية الدم ويزيد مقدار الأزوت المنفرز كنيوشادر ، ويقل مقداره المنفرز في المواد المعادلة للبولينا . ومن هذا يتضح أن تسممات الحمل شديدة الشبه بالتسممات الحامضة الباثولوجية التي تحدث في الجوع وفي الحميات والبول السكري والأمراض المعدية الشديدة وفقر الدم وغير ذلك .

وتشترك تسممات الحمل كلها في أمر آخر وهو إمكان درئها أو تخفيف وطأتها كثيراً بمراعاة طرق حفظ الصحة مدة الحمل وبالالتفات إلى الغذاء والنوم والترهه في الهواء الطلق وإطلاق الأمعاء وملاحظة الكليتين .

وقد تحدث تسممات الحمل في الشهور الأولى للحمل أو في شهوره الأخيرة . فالتسممات الحادثة في الشهور الأولى هي التسممات المستعصية وأما التي تحدث في الشهور الأخيرة فهي :

(١) تسمم الدم السابق للأكليميا (٢) الأكليميا (٣) الالتهاب

الكلى المزمن الحادث إما بمفرده أو مصطحباً بالأكليميا (٤) العجز الكلى
(٥) التهاب الكبدى الأصفر الحاد

التى المستعصى

يحدث فى الصباح عند الحوامل عادة من الأسبوع السادس إلى نهاية الشهر الرابع للحمل ولكنه فى بعض الأحوال قد يستمر بعد الشهر الرابع ، وقد لا يكون مقتصرأ على الصباح فقط بل يحدث فى أوقات أخرى .

أسبابه - الأنواع الخفيفة لهذا المرض ينسبها البعض إلى الهستيريا أو الأمراض العصبية الأخرى ، والبعض الآخر ينسبها إلى انثناء الرحم أو ميله المرضى إلى الأمام أو الوراء أو للأمراض الالتهابية لعنق الرحم. وقد يحدث التى من أسباب أخرى لا علاقة لها بالحمل كوجود قرحة معدية ، أو سرطان معدى ، أو عسر هضم مزمن ، أو سرور الكبد أو ورم فى المخ . فإذا وجدت هذه الأمراض عند حامل فلا شك فى أنها تهيئها لحدوث التسممات الشديدة . ولذا يجب الالتفات لعلاجها من أول الأمر .

أما الأنواع الثقيلة فسببها تسمم الدم الناشئ عن عجز الأعضاء المفرزة للجسم عن تأدية عملها .

الأعراض - يحدث التى باستمرار بحيث لا يستقر الأكل فى المعدة مطلقاً . ثم يشتد تحول المريضة حتى تصير كهيكل عظام . وإذا لم يوقف التى يموت المريضة ويصحب هذا المرض عادة وجود الزلال فى البول ونقص كمية البول والإمساك المستعصى . والأحوال المتقدمة تصطحب بارتفاع الحرارة وسرعة النبض مع ضعفه . أما اللسان فيجف ويتغطى بطبقة سمراء ، وتتجمع الأوساخ على الأسنان وتقل كمية البول ويدكن لونه ويحتوى على زلال واسيتون (خلون) وحامض تحت التحليك وربما احتوى على دم أيضاً . وفى آخر الأمر تصاب المريضة بالهلديان ثم تقع فى سبات عميق ينتهى بالوفاة . وفى بعض الأحوال يتحرض الإجهاض ذاتياً . ولكن كثيراً ما يكون ذلك بعد فوات الوقت فتموت المريضة من الصدمة أو العفونة .

ولكن إذا قاومت المريضة هذين العرضين الخطيرين تأخذ الأعراض في الزوال
ويتسنى الأمر بشفائها .

التشخيص التفريق - معظم الأحوال التي يكون فيها القيء مستعصياً عصبية
المنشأ وفي كثير منها قد يتم الشفاء السريع بحالة تستوجب الدهشة عند ما ييأس
الطبيب من العلاج . وفي معظم هذه الأحوال يكون السبب الأساسي هو عدم رغبة
الحامل في استمرار الحمل لسبب من الأسباب . ولكن تمييز هذه الأحوال عن
الأحوال التسممية التي تستوجب إخلاء الرحم قد يكون من الصعوبة بمكان وقد
يمنع الطبيب عن إخلاء الرحم إلى أن يفوت الوقت فتموت المريضة حتى بعد
إخلاء الرحم . ويجب تحريض الإجهاض في الأحوال الآتية :-

(١) عند ظهور علامات سوء التغذية مثل التحول وظهور الاصفرار اليرقاني
في العينين واستمراره بالرغم من العلاج .

(٢) عند ظهور الدم في القيء أو تلونه باللون الأسمر المشابه للقهوة الناشئة
عن اختلاط مواد القيء بالدم المتحلل .

(٣) عند ظهور الزلال في البول بالرغم من العلاج . إنما يجب ملاحظة أن
الحالة قد تسوء جداً قبل أن يظهر الزلال في البول كما أنه قد يوجد الزلال في الأحوال
العصبية التي لا تستوجب الإجهاض .

(٤) إذا ارتفعت نسبة الأزوت المنفرز في البول كنتشادر إلى أكثر من
٢٥ ٪ من مجموع الأزوت الذي في البول ، فإن ذلك من الأدلة على أن القيء
مسبب عن حدوث تسمم امتصاصي في الدم وليس عصبياً . وذلك لأن مقدار
التروجين المنفرز في البول كبولينا في الحمل الطبيعي هو ٨٥ ٪ من مجموع التروجين
في البول والمنفرز كنتشادر من ٣ إلى ٥ ٪ فقط فإذا حدث القيء المستعصي وكان
سببه عصبياً فقد ترتفع نسبة التروجين المنفرز كنتشادر إلى ١٠ أو ١٥ في المائة
ويندر جداً أن تصل إلى أكثر من ٢٠ ٪ . وسبب ظهور التوشادر بهذه الكمية في
البول بالرغم من عدم وجود تسمم دموي هو نضوب المواد السكرية في الكبد بسبب
القيء المستمر وعدم امتصاص السكر بواسطة الأمعاء . فيضطرب الجسم إلى أن
يستخلص الكربون اللازم له ، من المواد الدهنية الموجودة في الجسم . وعند انحلال
الدهن لأخذ الكربون منه تتكون حوامض دهنية وتتجمع في الدم فتتفص بذلك

قلوبته الطبيعية ويضطر الجسم إلى معادلة الحموضة التي تسببها هذه الحوامض بتكوين مادة قلبية هي النوشادر بالمقدار الكافي لحفظ قلبية الدم . واستمرار تكوين النوشادر يدعو إلى إفراز كميات منه في البول . ولكن لا تكون هذه الكميات عظيمة إلا في الأحوال التي يكون فيها القىء تسمى حيث ترفع نسبة النوشادر إلى ٢٥ ٪ .

(٥) ارتفاع درجة الحرارة وازدياد النبض عن ١٢٠ في الدقيقة باستمرار وظهور البرقان ولكن هذه العلامات قد تأتي متأخرة فلا يجوز الانتظار إلى أن تحدث والافات الوقت المناسب للتدخل بإخلاء الرحم .

(٦) إذا استمر القىء وأخذت الحالة تسوء بالرغم من نقل المريضة إلى مستشفى وعمل العلاج اللازم لمدة ٤ أيام .

الباثولوجيا - في التشريح المرضي لمن يموت بالقىء التسمى تظهر تغيرات واضحة في الكبد والكليتين شديدة الشبه بما يحدث في ضمور الكبد الحاد ولكنها تختلف كثيراً عما يشاهد في الأكلسميا فالنكروز (الموت) الحادث في فصيصات الكبد يكون في مركز الفصيص وليس في محيطه كما يحدث في الأكلسميا . وتحدث أيضاً تغيرات في الكليتين شبيهة بالتي تحدث في الكبد ولكنها أقل وضوحاً .

العلاج - يبحث أولاً عن الأمراض العمومية التي يمكن أن تكون هي المرضة للقىء مثل القرحة المعدية أو السرطان أو سرورز الكبد . ثم يبحث الرحم لمعرفة أن كان مائلاً إلى الوراء أو به تقرح في العنق . فإن وجد شيء من ذلك يعالج بما يناسبه . فالرحم المائل يعدل إلى الإمام وتوضع في المهبل فريجة لحفظه في الوضع الطبيعي ، والعنق المتفرح يعالج بمسه بنترات الفضة . ويعالج القىء بالمسهلات ويتعاطى الأدوية المسكنة للقىء مثل أوكسيكاربونات البيزموث وبيكاربونات الصودا . فإن لم تتحسن الأعراض بسرعة تنقل المريضة إلى مستشفى ولا يسمح لأهلها بمقابلتها إلا نادراً وتعهد العناية بها إلى ممرضة كفء ذات شخصية قوية . وتبخر المريضة بملازمة الفراش ولا يعطى لها في القم إلا السوائل السكرية والشاي واللبن وعصير قصب السكر والبرتقال والليمون الحلو . وتحرص على تعاطيها بالرغم من استمرار القىء . وإذا كانت المادة التي تنقيها المريضة حامضة أو كبرية

(١٨)

الرائحة تغسل المعدة كما يفعل في الأكليميا وتعطى مسهلاً إن أمكن . ويغلى المضيق من المواد البرازية بالحقن الشرجية المتكررة وتعطى المريضة محلول الجلوكوز المركز في الوريد وحقن كالسيوم مع فيتامين ج و ب . وفي الحالات التي يهبط فيها ضغط الدم تعطى حقن Cortigen وقد تساعد بعض مستحضرات الـ Amino-acids في تغذية الحالة وفي الليل تعطى للمريضة من جرامين إلى ثلاثة من برومور الصوديوم في ٢٥ جراماً من الماء الدافئ حقناً في الشرج . ويعطى بعد الجلوكوز من خمسة إلى عشرة وحدات أنسولين وفي خلال النهار تعمل لها أيضاً حقن شرجية بمقادير صغيرة (٢٠٠ جراماً) من محلول الجلوكوز الدافئ شرجياً وتعطى ببطء شديد حتى لا تتغذى . وتعطى حقنة في العضل يومياً من خلاصة الجسم الأصفر ويداوم على هذا العلاج إلى أن يكون المقدار المنفرد من البول يومياً لتر على الأقل ويكون ثقل البول النوعي ١٠١٠ لا أكثر . فإذا لم تتحسن الحالة بعد أربعة أيام بمرض الإجهاض ولا يجوز الانتظار إذا ظهرت أعراض سيئة قبل ذلك .

تسمات الدم التي تنشأ في الشهور الأخيرة للحمل

تسمات الدم التي تنشأ في الشهور الأخيرة للحمل هي (١) التسمات السابقة لحدوث الأكليميا (٢) نقص احتياطي الكالسيوم (٣) ضمور الكبد الحاد الأصفر (٤) التسم الناتجة عن التهاب الكلى المزمن (٥) الأكليميا .

التسمات السابقة لحدوث الأكليميا

في كثير من أحوال تسمات الدم التي تنشأ بحدوث الأكليميا تظهر على المريضة أعراض واضحة قبل ظهور الأكليميا ، إذا عولجت في الوقت المناسب ، أمكن وقاية المريضة من الإصابة بالأكليميا . وتظهر أعراض التسم هذه في الشهور الأربعة الأخيرة للحمل ، وتنحصر في ظهور الزلال في البول مسبقاً أو متبوعاً بارتفاع ضغط الدم فجأة إلى ١٦٠ . فإذا لم تعالج المريضة ظهرت أعراض أخرى مثل الصداع والدوخة والحمود العقل والدوار وزغلة العينين (ظهور

أشعة نور مضطربة) والطعم المعدنى فى التم والحكة الجلدية وفقدان الشهوة للطعام وضعف الذاكرة والارتعاش والأرق والميلانخوليا وفقد البصر الجزئى أو الكلى الوقتى أو الدائم . أما كمية البول فتتقص ، وقد يحتبس البول تماماً ويظهر الزلال فى البول ويزيد مقداره بسرعة وقد يصل إلى ٨ جرام فى اللتر .

ويزداد ضغط الدم فى أثناء انقباض القلب (Systole) إلى ١٧٠ أو ١٩٠ وفى أثناء الانبساط (Diastole) إلى ١٣٠ فإذا وضعت الحامل زال الزلال وهبط ضغط الدم إلى الطبيعى .

وقد تنورم الأطراف السفلى . وإذا فحصت العينان بالأوفتالمسكوب ظهر أن الشبكية أيدىماوية . ولكن ينتشر أن يظهر بياض العين التهاب فى الشبكية أو أترقه . وفى قليل من الأحوال تظهر أترقة فى الطبقة العضلية للرحم وقد يصل النزف إلى درجة توجب انفصال المشيمة بحدوث تجمع دموى بينها وبين الرحم . ويسبب ارتشاح النسيج العضلى للرحم بالدم تزول مرونة أليافه فيتجمع الدم التنازف فى التجويف الرحمى ويحدث ما يسمى بالنزف العارضى وسألى الكلام عليه فيما بعد .

نقص احتياطى الكليتين

فى الحالة العادية عند الأصحاء لا تشتغل جُمعَات الكلى (Glomeruli) كلها فى وقت واحد بل يشتغل النصف فقط ويبقى النصف الآخر كاحتياطى عاطل عن العمل . وقد يحدث عند بعض النساء أنه بسبب مرض خلقى أو طارئى يكون عدد الجمعات الإحتياطية قليلاً أو معدوماً . فإذا حدث الحمل لا تقوى الكليتان على الجهود اللازم للأُم والجنين معاً ، فيرشح فى البول الزلال من خلال خلايا الجمعات البشرية ، ويرتفع ضغط الدم قليلاً ، وتحدث أودبما قليلة فى الأطراف ، وفى أحوال قليلة قد تشكو المريضة من الصداع . وتظهر هذه الأعراض عادة فى الشهر الثامن وتزول بعد الوضع .

ضمور الكبد الأصفر الحاد

تظهر الإصابة بهذا المرض الخطر فى الشهور الأخيرة للحمل فى أحوال نادرة جداً . وفى الأحوال التى تنشى بالوفاة تظهر تغييرات واضحة فى الكبد بالاستحالة

الشحمية بدرجة شديدة ويصغر حجم الكبد إلى النصف وتبدأ الاستحالة في مركز الفصوص الكبدية ويمتد إلى المحيط وهذا مثل بما يحدث في التواء المستعصي وعكس ما يحدث في الأكلمسيا .

وتظهر في الكلى علامات الالتهاب الحاد التي تصيب القنوات المتعرجة فقط ولا تصيب الجمعات .

الأعراض - تظهر عادة فجأة ولكنها قد تأتي ببطء . وتبدأ بتزلة معدية مصحوبة ببققان وبتلو ذلك صداع وقيء وهذيان ، وأحياناً تحدث تشنجات وكوما (سبات) تنتهي بالوفاة .

أما الحرارة فقد تكون مرتفعة وقد لا ترتفع . والكبد تكون مركز ألم دائم وتصغر حجماً . والبول يقل مقداراً ويدكن لوناً ويزداد ثقله النوعي ويحتوى على زلال ودم كثير وبللورات لوسين وتروسين . ولا يكون ضغط الدم مرتفعاً إلى أن تعجز الكليتين عن العمل فيرتفع حينئذ .

التهاب الكلى المزمن

إذا حملت المصابة بالالتهاب الكلوى المزمن تزداد العلة اشتداداً بسبب الحمل وكلما تكررت حدوث الحمل كلما زاد المرض سوءاً إلى أن ينتهي بوفاة المرأة بالتسمم البولي Uraemia .

والالتهاب الكلوى يعرض المصابة به إلى أمراض الحمل التسممية وهو أيضاً من أهم أسباب الإجهاض المتكرر وموت الأجنة في الرحم وحدث الولادة المعجلة والتزف العارضى والسكتات المشيمية .

الأعراض - يتصف التسمم الامتصاصى الذى ينشأ عند الحوامل المصابات بالالتهاب الكلوى المزمن بظهور أعراض شبيهة بالأكلمسيا ولا تختلف عنها إلا في أن النوب التشنجية والكوما نادرة الحدوث ، وأن الأعراض تكون بطيئة السير وفي كثرة حدوث التغيرات المرضية الدائمة بعد الشفاء فلا تزول الأعراض كلها على أثر الولادة بل يبقى أثر من الزلال في البول ويبقى الضغط الدموى مرتفعاً وعلى الأخص الدياستول (في برهة انبساط القلب) وتبقى الأسطوانات البولية ويكثر حدوث الأنزفة الشبكية في العين والالتهاب الشبكي الزلالى .

أما التغيرات البولية فشيبة بما يحدث عادة في الالتهاب الكلوي المزمن وهي
ازدياد مقدار البول في أوائل المرض ونقصه أو احتباسه في الدرجات الأخيرة وظهور
الزلال ونقص كمية البولينا وهبوط الثقل النوعي .

وقد يحدث أن تتضاعف أعراض الالتهاب الكلوي المزمن بظهور الأكلسميا
فتظهر التوب التشنجية الخاصة بها ويرتفع الزلال في البول ٨ جرامات إلى ٢٠ جراماً
في اللتر ويبلغ ضغط الدم ١٨٠ إلى ٢٠٠ فإذا شغبت المريضة بتخلف كثير من
التغيرات وتبقى بصفة دائمة .

التشخيص التفريقي لتسمات الحمل

يتميز ضمور الكبد الحاد بأعراضه الخاصة وبالنقص الواضح في أصمية الكبد .
وأما التمييز بين التسمات السابقة للأكلسميا وبين نقص احتياطي الكلى فليس
دائماً سهلاً ولكن انخفاض الضغط الدموي في نقص احتياطي الكلى وارتفاعه في
التسمات السابقة للأكلسميا وحدث الألام في القسم الشراسبي والأعراض
البصرية وظهور الزلال في البول بدرجة أقل بكثير في نقص احتياطي الكلى منها
في تسمات الحمل تكفي عادة للتمييز بين المرضين .

أما التفريق بين الأكلسميا والالتهاب الكلوي المزمن فيكون بملاحظة الأعراض
الخاصة بكل من المرضين وبمعرفة تاريخ المريضة . ففي الأكلسميا لا تكون المريضة
مصابة بمرض كلوي سابق . أما في التسم الناشئة عن الالتهاب الكلوي فالتاريخ
يدل على إصابة المريضة بالالتهاب الكلوي قبل الحمل . وأهمية التفريق بين هذين
المرضين مع كون العلاج واحد تقريباً تنحصر في كون المصابة بالأكلسميا التي
تشق لا يتخلف عن الإصابة أثر في الكلى بخلاف الالتهاب الكلوي المزمن فإنه
يبقى منه فيه أثر دائم في الكليتين . وعلى ذلك فالمريضة المصابة بالالتهاب الكلوي
المزمن يجب أن يمنع عن الحمل وإلا تعرضت للخطر الشديد بخلاف التي تصاب
بالأكلسميا فلأنها قد تحمل مرات أخرى بلا ضرر .

أما التمييز بين الأكلسميا والصرع ، والكوما الناشئة عن البول السكرى وأمراض المخ السحايا والتهاب السحايا وعن السكر المفرط ، فيكون بالبحث عن تاريخ المرض وتحليل البول وقياس ضغط الدم . وقد تلبس نوب الأكلسميا بنوب المستيريا وإنما تتميز النوب التشنجية التي تحدث في المستيريا عن النوب التي تحدث عند الإصابة بالأكلسميا بغياب الكوما في المستيريا وبعدم حدوث الأزرقاق في الوجه وكون النوب غير منتظمة ولا تصطحب بضيق التنفس . كما أنه في أثناء النوب المستيرية لا تعض المريضة لسانها وتبتعد قصداً عما يحدث لها ضرراً . والمستيريا تصطحب بإفراز البول الرائق بمقادير كبيرة .

الأكلسميا

الأكلسميا مرض خطر يصيب الحامل والنساء ، ويتصف بحدوث تشنجات شبيهة بالتشنجات الصرعية . ويصيب الحوامل عادة إما قبيل المخاض أو في أثناءه . ولكنه قد يحدث في أي وقت من أوقات الحمل بعد الشهر السادس . وهو نادر الحدوث في أثناء النفاس ، وقد كان هذا المرض أكثر شيوعاً في مصر قبل إنشاء أقسام التوليد الخارجى ورعاية الحوامل ولكنه أخذ في النقص التدريجى منذ ذلك بسبب فحص بول الحوامل بنظام عند حضورهن للمتحص في المستشفيات العامة ومراكز رعاية الحوامل .

والإصابة بالأكلسميا تكون أشد خطراً إذا حدثت في أثناء النفاس ، وأقل خطراً إذا حدثت أثناء المخاض ومتوسطة الخطر إذا حدثت قبل المخاض . ويستنتج من الأبحاث التي عملها تويدى في مستشفى روتاندا ما يأتي : -

(١) أن الأكلسميا كغيرها من تسممات الحمل أكثر حدوثاً في بكريات الولادة منها في متكرراتها .

(٢) أنها أكثر نسيباً في الحمل التوامى منها في الحمل الفردى .

(٣) أنها يكثر حدوثها (في إرلاندا) عند ما يكون الطقس رطباً بارداً . وأنه لاحظ بتكرار حدوث جملة أحوال بصفة تكاد تكون وبائية في مدد متقاربة جعلته يظن أنه ربما كانت الأكلسميا مرضاً ميكروبياً .

- (٤) أن وفاة طفل المصابة بالأكلسميا قبل ولادته أو في أثناءها يحسن فرصة الأم في الشفاء غالباً .
- (٥) أن البول الزلالي يسبق التشنجات في أغلب الأحوال وأنه يتبعها دائماً إن لم يكن موجوداً من قبل (أى يكون موجوداً في البول بعد ظهور التشنجات بلا استثناء) .
- (٦) أنه كلما زاد عدد التوبات اشتد الخطر على الأم والجنين .
- (٧) أن المريضة ربما ماتت بعد حدوث عدد قليل من التوب ، وربما نجت بعد حدوث ثلاثين نوبة تشنجية .
- (٨) أن المريضة التي تشق من الأكلسميا تشق من البول الزلالي أيضاً وأنها عادة لا تصاب بالأكلسميا في حمولها التالية .
- (٩) أن انفجار جيب المياه قد يسبب تحسناً في حالة المريضة في بعض الأحوال . وأن السبب في ذلك ربما يكون تصرف السائل الأميني و زوال الضغط الناشئ عنه .

التشريح المرضي — أهم التغيرات التي توجد في الأحشاء الباطنية هي وجود مسافات متشككة (ميتة) فيها ، وبعض أنزفة صغيرة تحت غلافات هذه الأحشاء . وهذه التغيرات تكون أكثر وضوحاً في الكبد والكلى منها في الطحال والبنكرياس والمخ والرئتين . وما تجب ملاحظته أن الجنين والمشيمة أيضاً تطراً عليهما تغيرات شبيهة بالتغيرات التي تطراً على الأحشاء البطنية . وقد ينسكب الدم في أنسجة الرئتين ، أو تجويف البريتون أو المعدة ويسبب الوفاة وما لوحظ أخيراً في هذا المرض هو أن الغدة الدرقية التي تنتضخم عادة مدة الحمل تضمر عند المصابات .

الأسباب — تنشأ الأكلسميا من عاملين مهمين :-

- ١ — تسمم المراكز العصبية بمواد سامة يحملها لها الدم ، وتنشأ من أمرين :-
- (١) تجمع السموم الطبيعية في الدم لعجز الكبد والكلى عن إفرازها بسبب الأمراض التي تتأبها .
- (٢) ازدياد إفراز السموم الطبيعية ، أو تكون سموم غير طبيعية ، إما في الأم أو في الجنين ثم إن هذه السموم في أثناء إفرازها في الكلئ تسبب التهاباً كلوياً يترتب

عليه وقوف إفراز البول وتجمع السموم في الدم .
 ب - العامل الثاني هو ازدياد تهيج المراكز العصبية الناشئة عن أمرين
 أيضاً :-

(١) ازدياد التنبيه العصبي من مؤثرات مرضية كما يحدث في الهيستريا
 والصرع .

(٢) ازدياد تهيج الأعصاب من مؤثرات شديدة كعسر الولادة ، وازدياد
 أوجاع الطلق وصغر السن أو كبرها عند بكرات الولادة .
الأعراض - تنقسم أعراض هذا المرض إلى أعراض مننرة ، وأعراض المرض
 نفسه .

(١) الأعراض المننرة - هي الأعراض التي تحدث عند ابتداء تسمم الدم
 وأهمها أوجاع الرأس ، والدوار ، وظهور أشعة نور أمام العينين ، والحكة ،
 والحمول ، وحدة الخلق ، والأرق والإمساك وايدما الأطراف وانضاج العين والبول
 الزلالى . ولقد وجد Dieckmann (1952) أن الحالات التي يحدث عندها التسمم
 الحمل غالباً ما يزيد وزنها زيادة ملحوظة وغير طبيعية من أوائل الحمل - أي
 ابتداء من الشهر الثالث عشر .

فإذا شككت الحامل في شهر من أشهر الحمل الأخيرة من إحدى الأعراض
 السابقة فالواجب فحص بولها حالاً لمعرفة ما إذا كان محتويماً على زلال أولاً . ومن
 المهم جداً ملاحظة هذه الأعراض بمجرد حدوثها ، فإنها إذا عولجت بمجرد ظهورها قد
 لا تحدث الأكلسميا . وإن أهمل علاجها تظهر النوب الأكلسمية .

النوبة الأكلسمية - تشبه نوبة الأكلسميا نوبة الصرع تماماً فتبدأ بتشنج
 مستمر يدهم المريضة فجأة فتفقد الشعور وتتيبس ، وإن كانت واقفة تسقط بشدة
 على الأرض ، وتتخلص كل عضلاتها ويحمر وجهها ، ويحتمن ، وتقبض يدها
 وفكها وقد تعض لسانها وينتفخ صدرها ، وتنتفخ ذراعها وينتخض ظهرها ، ولا
 يتقوس إلا نادراً . ولا يدوم هذا الدور إلا برهة قصيرة لا تزيد عن ٣ ثوان ، ويتلوها
 دور التشنجات المتقطعة . فبعد أن كانت العضلات ثابتة ومتخشبة تأخذ في
 الحركة السريعة القجاجية ، فتتحرك عضلات الوجه تحركاً سريعاً ، وتتففس المريضة
 نفساً قصيراً متقطعاً . وتحرك الأطراف العليا تحركاً شديداً فجائياً وغالباً لا تشترك

الأطراف السفلى في ذلك ، ويلوم هذا الدور من دقيقة إلى انتين قد يموت المريضة في أثناءها ، فإن نجت تعود النوب المتقطعة . وفي أثناء النوبة تفقد المريضة الشعور وتغيب حركات العين المتعكسة . ويحتمن الوجه ويتورم ويتجمع الزبد في الفم والمسالك التنفسية فيضيق التنفس . وتقع المريضة في سبات (كوما) فترنخى العضلات ، وتتنفس المريضة تنفساً شخيراً .

وغالباً يتحول السبات إلى نوم عميق تقوم منه المريضة مشتكية من صداع شديد وذهول قليل . وفي بعض الأحوال لا تعود النوبات ولكنها كثيراً ما تتكرر ، ويكون بينها مسافات طويلة أو قصيرة . وقد تتابع بغير أن تنتبه المريضة بين النوب . وكلما تكررت النوب ضعفت فرصة المريضة في الشفاء . وتقاس درجة خطورة المرض بمقدار عمق الكوما وسرعة النبض وارتفاع الحرارة وتكرار النوب ففي الكوما العميقة جداً قد تصل الوفيات إلى ٦٥ ٪ . أما النبض فإذا وصل إلى أكثر من ١٢٠ في الدقيقة تعتبر الحالة خطيرة ويموت عادة ٤٠ ٪ ممن يزيد نبضهم عن ١٢٠ في الدقيقة . أما ضغط الدم فيتراوح بين ١٢٠ و ٢٠٠ ووصوله إلى أكثر من ١٩٠ علامة خطيرة أما الحرارة فقد ترتفع حتى تصل إلى ٤٠ س وقد تستمر في الارتفاع حتى بعد وقوف النوب . وارتفاع الحرارة فوق ٣٩ من علامات الخطر الشديد .

وفضلاً عن الأعراض السابقة تظهر أعراض أخرى مثل الأعراض البصرية وهي فقد البصر الكلي أو الجزئي الذي يزول دائماً بعد الشفاء .

وقد تصاب المريضة بالشلل النصفي أو بقالج النصف السفلي الذي يزول غالباً في أثناء النشأة وينشأ في معظم الحالات من أيديما المخ ومن حدوث أثرقة صغيرة فيه . وتصيب الأوزيما معظم الجسم وقد تقتصر على الأطراف السفلى والوجه وتظهر الأوزيما لا يدل على خطورة المرض .

أما البول فيقل مقداراً وقد يحتبس تماماً ويكون دائماً داكن اللون ويكون الزلال فيه بالغا درجة تجعله يتصلب عند الإغلاء وقد يصل مقدار الزلال إلى ١ ٪ ووصوله إلى هذا القدر علامة الخطر الشديد وعادة يموت ٢٥ ٪ من المرضى الذين يحتوي بولهم على هذا القدر من الزلال وترتفع نسبة مقدار التروحين المنفرز كتوشادر إلى المنفرز كبولينا من ٣ ٪ وهو العادي إلى ٢٥ أو ٣٠ ٪ وتقل مقدار البولينا عن ١.٥ ٪ وهو الطبيعي إلى أقل من ١ ٪ والبول الذي ينفرز أثناء حدة الإصابة يحتوي

على كلورورات أقل من الطبيعي . متى ابتداء التحسن يزداد إفراز الكلورورات .
أما في الدم فيكون مقدار البولينا وحامض اليوليك والكرياتينين والحوامض
النوشادرية أكثر من المعتاد بقليل ويقل أيضاً مقدار الكالسيوم .

المضاعفات — أهمها أديما الرئتين ووقوف حركة القلب ، والتزف في المخ .

المعالجة — تنقسم المعالجة إلى قسمين معالجة واقية ، ومعالجة شافية .

المعالجة الواقية — وتفضل لكل الحوامل المصابات بالبول الزلالى وتنحصر في
جعل غذائهن مقصوراً على قليل من اللبن والخضر والفواكه والسوائل السكرية ما
دام البول محتويماً على زلال وما دامت كميته قليلة ويمنع عنهن الملح في الطعام منعاً
باتاً . وفي الأحوال التي لا يزول فيها الزلال بعد أسبوعين من العلاج يمكن على سبيل
الاختبار أن يضاف إلى الغذاء قليل جداً من اللحوم البيضاء كالسمك والفراخ
أو الأرانب من وقت لآخر . وتعطى المريضة ٣ جرعات بيكرينات صودا وجرامين
لبينات الجير في اليوم .

وهناك نقط في منتهى الأهمية في المعالجة الواقية من الأكلسميا وهي ملازمة
المريضة الفراش وفحص البول وقياس ضغط الدم وتليين الأمعاء بانتظام يومياً
بتعاطي مليئات كالحبوب المليئة النباتية (تركيب بأروولكم) أو حبوب الحنظل
والبنج ويجب أن تجعل الغذاء مناسباً لكمية البول فإن زادت الكمية نسمح للمريضة
بغذاء أكثر والعكس بالعكس . فإذا وجدنا كمية البول نقصت نقصاً كبيراً يعطى
للمريضة حقن الجلوكونز المركز (٥٠ ٪) في الوريد وكذلك حقن كالسيوم
مع فيتامين ج في الوريد وحقن أو أدوية مخفضة للضغط مثل عقار السرباسيل
وغيره فإذا لم تجد هذه المعالجة نفعاً وأخذت الحالة في السوء ينظر في عمل الولادة
المعجلة فإذا ظهرت التشنجات الأكلسمية تفعل المعالجة الشافية .

المعالجة الشافية — تنبئ هذه المعالجة على الأمور الأربعة الآتية : —

- (١) أن استطالة الولادة خطيرة على المصابات بالأكلسميا . ولذلك فتى
تمددت الفوهة الظاهرة يلزم تخليص الحنين صناعياً .
- (٢) أن الأكلسميا مرض يتسبب من تجمع السموم في الدم الناشئة عن
ازدياد إفرازها مدة الحمل . فلذلك تجب مساعدة إيقاف تكون السموم .

(٣) إن في هذا المرض تكون الأعضاء المفرزة للجسم وهي الكلى والكبد والأمعاء والجلد كلها مريضة ، فلذلك تجب مساعدتها على الإفراز .
(٤) معالجة الأعراض والمضاعفات بمجرد ظهورها .

(١) تخليص الجنين متى أمكن ذلك - كل محاولة لإنهاء الولادة قبل تمدد العنق تماماً تحدث ضرراً بالغاً إنما متى تمدد العنق تمهداً تماماً وانحسر الرأس فتجب المساعدة بالخطى لإنهاء الولادة .

(٢) إيقاف تكون السموم - يقوم ذلك بأربعة أشياء :
(أولاً) يمنع الولادة من الأكل بناتاً إلى أن تزول التوبات . ولا خوف على المريضة من الموت جوعاً ، فإن التوب يتدرأ أن تستمر ثلاثة أيام وهي مدة يمكن أن تصومها المريضة بدون ضرر كبير .
(ثانياً) بتحريض الولادة المعجلة . وهذه المعالجة مبنية على أن المشيمة هي المنبع الذي تفرز منه السموم المسببة للأكلسميا . ولكن تحريض الولادة المعجلة خطر لأنه يسبب صدمة شديدة قد تموت المريضة بسببها . زد على ذلك أنها قد تسبب الحمى النفاسية . وقلما تكون المريضة في حالة تسمح بعمل العملية القيصرية .
(ثالثاً) بتعاطي مركبات المورفين فإنها تبطل أو توقف تمثيل الأغذية ثم إنها تضعف تهيج المراكز العصبية وتساعد على إيقاف التوب في حين أنها لا تضعف حركة القلب ولا تعطل إفراز الكلى .
(رابعاً) غسل المعدة لإفراغها من الغذاء .

(٣) مساعدة الأعضاء المفرزة على تادية وظيفتها - ويقوم ذلك بخمسة أشياء :
(أولاً) بتعاطي المسهلات لأنها تساعد كثيراً على إفراز السموم من الجسم وتتحسن مركبات الأملاح مثل سلفات المجنيزيا .
(ثانياً) بالتعريق ويقوم بعمل الحمامات الساخنة ولف المريضة بعد ذلك ببطانية .
(ثالثاً) بمساعدة الكلى على الإفراز بتعاطي مدرات البول وحضن الجلوكوز المركز (٥٠ %) في الوريد .
(رابعاً) بالقصد . ويستترف عادة ٢٥٠ جراماً من أحد الأوردة . ولكن

هذه المعالجة همجرت تقريباً . وفائدتها تنحصر في تخفيض ضغط الدم ولا تعمل إلا إذا كان الضغط مرتفعاً .

(٤) معالجة الأعراض والمضاعفات :

(أولاً) النوب التشنجية . وتعالج إما بالكالوروفورم أو الكلورال ، أو المورفين (ثانياً) وقوف حركة القلب . ويمكن ملافاة ذلك بالحقن بالديجيتالين والكافور والكورامين .

(ثالثاً) ضعف الرئتين الناشئ عن المعالجة بالمورفين ويمكن منع حدوثه بإضافة نصف مليجرام اترويين إلى كل ثلاثة سنتيجرامات مورفين . خصوصاً في الحالات التي يحصل فيها احتقان في الرئتين والاستسقاء .

كذا تعطى حقن الكورامين لتنبية الرئتين وتحسين حالة التنفس ويعطى غاز الأوكسجين في حالات احتقان الرئة .

كيفية السير في العلاج

يمكن للمولد أن يختار إحدى الطريقتين الآتيتين : طريقة « دبلن » أو طريقة « ستراجونوف » .

طريقة « دبلن » لعلاج الأكلسميا - نشأت هذه الطريقة في مستشفى روتندا ، ولذلك سميت بطريقة « دبلن » . وهي مبنية على اعتقاد أن السموم المسببة للأكلسميا ينشأ بعضها من البويضة والبعض الآخر من المواد الغذائية التي تمتص من الأمعاء . ولذلك يوجه العلاج إلى أربع نواح :

- (١) تفرغ الأمعاء من المواد الغذائية .
- (٢) منع دخول مواد غذائية إلى الأمعاء ، وذلك بمنع المريضة من الأكل بتاتاً .
- (٣) تخفيف السموم الموجودة في الدم وتقليل ضررها حتى يتمكن الجسم من تحويلها إلى مواد أخرى مثل البولينا .
- (٤) تخليص الجنين .

فإذا ظهر على المريضة إحدى الأعراض المنذرة بالأكلسميا (وهي الأوذيميا والصداع ، وآلام القسم الشراسيقي من البطن ، والبول الزلالي ، وزيادة أو نقص

مقدار البول أو انقطاعه سواء كانت المريضة في حالة إغماء أم لا) وجب الإسراع بوضع المريضة في فراش مريح وغسل معدتها بمحلول قلوي بواسطة «أمبوية معدة» من المطاط (ويجهز هذا المحلول بإضافة ٢٠ جم من بيكربونات الصودا إلى لتر ماء) فتملأ المعدة بمقدار لتر من هذا المحلول ثم تفرغ، وتكرر هذه العملية حتى يرجع السائل راتقاً، وبذلك تكون المعدة قد فرغت من جميع محتوياتها. ويمكن بهذه الطريقة في بعض الأحيان إخراج كميات هائلة من الغذاء، إذ المشاهد أن في هذه الأحوال يكون للمريضة شهية قوية، وكثيراً ما تعقب نوبات الأكلسميا الإفراط في الأكل. ويحسن ترك مقدار ٩٠ جم من زيت الخروع و $\frac{1}{2}$ لتر من المحلول القلوي في المعدة. ولا يترك مقدار أكبر من ذلك خوفاً من ضغط المعدة على القلب أو رجوع السائل ودخوله إلى الرئتين. وتتوم المريضة بعد ذلك على جانبها الأيسر وتغسل الأمعاء بمحلول قلوي بواسطة أمبوية من المطاط. ويمكن وضع مقدار لترين من الماء في كل مرة. وتكرر هذه العملية حتى يعود الماء نظيفاً.

وإذا كانت المريضة فاقدة الشعور فتنوم على جانبها الأيمن ولا يعطى لها أي دواء أو سوائل عن طريق الفم لأنها تكون غير قادرة على البلع، وربما نزلت هذه السوائل إلى الرئتين فتسبب الموت الصجائي أو احتقان الرئتين.

وأحسن ما يعطى لإيقاف النوبات هو المورفين، فيحقن منه $\frac{1}{2}$ قمحة تحت الجلد في أول الأمر ثم يكرر بمقدار $\frac{1}{2}$ قمحة كل ساعتين أو ثلاث ساعات حتى تقف النوبات، بحيث لا يزيد مجموع ما يعطى في ٢٤ ساعة عن قمتين. أما إذا لوحظ أن التنفس صار بطيئاً جداً (٦ - ٨ مرات في الدقيقة) فيجب إيقاف المورفين.

في وقت النوبات يتكون اللعاب في الفم. فإذا كانت المريضة مستلقية على ظهرها يُخشى من مرور اللعاب إلى الرئتين واختناقها به. ففي هذه الأحوال يجب الإسراع بتنويم المريضة على وجهها وجعل رأسها في مستوى منخفض عن باقي الجسم فيتدفق اللعاب من الفم والأنف وبعد ذلك يمكن المريضة أن تتنفس بسهولة. أما إذا نومت المريضة من أول الأمر على جانبها الأيمن فإن اللعاب إذا تجمع في شدقها أمكن إخراجها بقطع من القطن على جفت صغير.

وعادة تحترض الولادة في أثناء الأكلسميا فإذا حدث ذلك وجب تعجيل الولادة بواسطة الجفت متى توفرت الشروط لذلك. ولكن في بعض الأحيان تشفى

المريضة من الإصابة بدون ولادة ويتم الوضع في نهاية مدة الحمل بدون مضاعفات .
وفي السنوات الأخيرة بطل استعمال هذه الطريقة وأصبح العلاج الشائع
استعماله في حالات الأكلسميا هو علاج المسكنات فقط .
ولا شك في أن نتيجة هذه الطريقة حسنة للغاية ، ولكن يبقى إثبات النظرية
التي تستند إليها .

ولا يزال عدد الوفيات من الأكلسميا كبيراً ، ولكن يمكن تقليل الوفيات
بتجنب بعض الأسباب المؤدية إلى ذلك مثل حمى النفاس ، والالتهاب الرئوي ،
ووقوف حركة التنفس القجائي ، ونزف المخ ، والحروق التي تحدث من الكمادات
الساخنة .

طريقة « ستروجونوف » لعلاج الأكلسميا

والمقصود من هذه الطريقة أربعة أشياء .

- (١) إيقاف التويبات .
 - (٢) تهدئة الجهاز العصبي .
 - (٣) مساعدة إفراز المواد السمية التي في الدم .
 - (٤) منع تكون مواد سمية .
- ويمكن الوصول إلى هذه الأغراض بالطرق الآتية :

(١) منع أو تقليل كل المهيجات بواسطة :

(أ) الراحة التامة في الفراش .

(ب) أن تكون الغرفة مظلمة ودافئة (١٨° - ٢٠° س) ويجب أن تخصص

ممرضة للمريضة تبقى معها طول مدة التويبات وبعد انقطاعها بيوم أو اثنين .

(ج) الهدوء التام حول المريضة .

(د) اجتناب فحص المريضة أو تحريكها إلا لأسباب هامة . وعند عمل أي

فحص تعطى المريضة الكلوروفورم وخصوصاً أثناء الست أو ثمانى ساعات التي

قد تستمر فيها التويبات . ولا تعمل حمامات للمريضة ويكتفى بتنظيفها بفوطة

مبللة بالماء إذا لزم ذلك . ولا تعمل حقن شرجية أو غسيل قولوني إلا إذا كان القولون

ممتلئاً كذلك لا تعمل كمادات باردة ولا تعطى حقن محلول ملح تحت الجلد كما

يلاحظ عدم عمل قنطرة أكثر من مرتين أو ثلاثة إلا للضرورة القصوى ولا تفحص المريضة إلا في أول العلاج وعند الانقضاء .

(٢) استعمال المخدرات : وهي المورفين والكورال والكلوروفورم وتستعمل لإيقاف التوبات ويجب الاستمرار في إعطائها بعد زوال آخر نوبة بمدة ٢٤ ساعة . ويمكن تقليل هذه المدة إلى ١٢ ساعة إذا كانت الحالة خفيفة جداً .
وتعطى المخدرات بالنظام الآتي :

ابتداء العلاج : تعطى حزمة مورفين تحت الجلد $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ قمحة (٠,٠١ - ٠,٠٢ جم) وعند عملها يجب تخدير المريضة بالكلوروفورم .

بعد ساعة من ابتداء العلاج : يعطى كلورال ٢٣ - ٣٨ قمحة (١,٥ - ٢,٥ جم) في ٢٠٠ جم من اللبن أو محلول ملحي عن طريق الشرج بينما تكون المريضة مبنجة .

بعد ٣ ساعات من ابتداء العلاج : يعاد المورفين كما سبق .

بعد ٧ ساعات من ابتداء العلاج : يعاد الكلورال كما سبق .

بعد ١٣ ساعة من ابتداء العلاج : يعطى كلورال بمقدار ١٥ - ٣٠ قمحة (١ - ٢ جم) بنفس الطريقة ولكن يمكن الاستغناء عن الكلوروفورم إذا كانت التوبات قد هدأت .

بعد ٢١ ساعة من ابتداء العلاج : يعاد إعطاء الكلورال كما في الدفعة الأخيرة .

وإذا لم تكف المقادير السابقة لإيقاف التوب يجب إعطاء نفس هذه المخدرات بكميات أكبر مع تقصير المدة بينها ، واستعمال الكلوروفورم بدون تردد كلما استدعى الحال .

وفي الحالات الشديدة الوطأة يمكن زيادة مقدار الكلورال إلى ١٥٠ - ١٨٠ قسحة في ١٢ أو ٢٤ ساعة . وعادة لا توجد ضرورة لاستعمال الكلوروفورم لإيقاف التوب فإذا حدث التوب بالرغم من المورفين والكلورال يعطى الكلوروفورم

بمقدار ٣٠ - ٤٠ فقط في المرة ولكن يمكن زيادة هذا المقدار إلى ١٠ جم . ويبلغ جملة ما يستعمل من الكلوروفورم ٢٠ - ٢٥ جم ولكن ربما زاد إلى ٤٠ جم أو أكثر .

(٣) الولادة : يحسن التعجيل بالولادة بقدر الإمكان بدون تعريض الأم أو الجنين للخطر ويكون ذلك تحت تأثير الكلوروفورم . ويمكن فجر جيب المياه متى اتسع العنق بمقدار أصبعين في متكررة الولادة أو ثلاثة أصابع في البكرية ينلو ذلك تخليص الجنين بالخصف متى اتسع العنق أو بعمل التحويل أو التفتيت . ولا يجب بأي حال من الأحوال عمل العملية القيصرية أو الولادة القهوية أو تمديد العنق بواسطة الممددات المائية .

(٤) مساعدة أعضاء الجسم على تأدية وظيفتها :

(١) الجلد والكلى : تدفأ المريضة بأغطية خفيفة وتوضع قرب ماء ساخن فوق الكلى والقدمين .

(ب) الرئتين : يجب ملاحظة تهوية الغرفة جيداً . ويعطى للمريضة أكسجين بعد زوال التويبات . وتقوم المريضة في معظم الوقت على جانبها الأيمن ولكن يجب تغيير هذا الوضع كل ٦ ساعات كما يجب تنظيف الفم والأنف بعد كل نوبة .

(ج) القلب : إذا زاد عدد دقات القلب عن ١١٠ تعطى الديجيتالا عن طريق الشرج ٣ مرات يومياً كما يمكن إعطاء الكافور والكافيين إذا كانت المريضة ضعيفة .

ومن الأمور الواجب الالتفات إليها المحافظة على المريضة في كل حركاتها حتى لا يصيبها أذى .

المعالجة بعد زوال النوب - من المناسب أن يبدأ الغذاء بالسوائل ومرق الأرز بعد زوال التوب بمدة أربع وعشرين ساعة ثم تضاف بعد ذلك الأغذية السكرية مثل سائل الفواكه المغلية مع السكر . وبعد أربعة أيام يبدأ بالأغذية اللينة .

ومن أحدث طرق علاج الأكلسميا . طريقة حقن المريضة بمادة الصوديوم ثيوبنتون (Sodium Thiopentone) أو ما يعادلها في الوريد فإذا كانت المريضة في المنزل يعطى لها مورفين ١/٢ قمحة ريثما تنقل إلى المستشفى .

حال وصولها المستشفى تحقن في الوريد بمقدار ١/٢ جم صوديوم ثيوبنتون مذاب في ١٠ جم ماء مقطر إذا لم تكن قد أخذت مورفين وإلا فتأخذ نصف هذه الكمية فقط - ثم يستمر في إعطائها الصوديوم ثيوبنتون في الوريد بنسبة ٣ جم في لتر من محلول الجلوكونز ١٠٪. ويجب مراعاة عدم استعمال محلول الملح وكذا مراعاة أن لا تزيد كمية ما تأخذه المريضة من هذا المحلول عن اللتر إلى ١ ١/٢ لتر في الأربع وعشرين ساعة - ويحقن الدواء ببطء تتراوح سرعته ما بين ١٥ إلى ٣٠ نقطة في الدقيقة . وإذا احتاج الأمر يمكن حقن الصوديوم ثيوبنتون بكميات صغيرة من وقت لآخر علاوة على الحقنة المستمرة . ولقد بلغ مجموع ما أخذه مريضة من هذا الدواء في الأربع وعشرين ساعة ٧,٩ جم دون أن يتبع ذلك ضرر - ويستمر العلاج مدة تختلف باختلاف الحالات ويمكن إيقافه إذا (١) مضت أربع وعشرون ساعة على المريضة وهي نائمة . (٢) أصبح إفراز البول طبيعى . (٣) انخفض ضغط الدم إلى حد معقول . (٤) انخفضت نسبة الزلال في البول . وقد يعاود العلاج إذا تجددت أعراض التشنج عند المريضة وبراغى أثناء العلاج أن تكون المريضة على جنبها وأن تحرك من جنب لآخر بين أونة وأخرى وتحفظ في المائدة قنطرة مستديمة ويؤخذ البول ويعمل له تحليل كل ٤ ساعات لمعرفة مقدار ما يحتوي عليه من الزلال وتعطى حقن البنسلين كعلاج وقائي . ويستعمل الحفث لتعجيل الولادة حالما تسمح حالة العنق بذلك .

ويحبذ البعض علاج الأكلسميا بحقن اللارجاكتيل .

سيلان اللعاب

سيلان اللعاب - هو من العلامات الأكيدة لتسمم الدم ، وهو غير خطر في ذاته ولكنه يسبب مضايقة شديدة للمريضة . والمريضات به يكن عادة عصبيات المزاج . ولا يسيل اللعاب عادة في أثناء النوم ، ولكنه يشتد قبل تعاطي الطعام وعند النوم .

المعالجة - إذا منعت المريضة عن الطعام ، ما عدا الماء وماء القيشي ، مدة ثمان وأربعين ساعة تشفى حتماً وتجب ملاحظة تليين الأمعاء بانتظام ومنع المريضة من استعمال المناديل وتؤمر بابتلاع اللعاب لأن وجود المناديل في يد المريضة يحرص سيلان اللعاب .

الأنزفة

قد تحدث أنزفة من المعدة والأنف في أيام الحمل الأخيرة إذا كانت الماخض مصابة بتسمم دموي أو إذا كان الجنين ميتاً في بطنها .

العلاج - تعطى المريضة فيتامين ج و ك وتعالج من الأنيميا إذا كانت موجودة بمركبات الحديد والكبد وفيتامين ب أو بنقل الدم .

أسباب الوفاة الفجائية مدة الحمل

قد تحدث الوفاة فجاءة مدة الحمل من أسباب لا علاقة لها به مثل أمراض القلب والسكتات والأنزفة الحية . وقد تحدث الوفاة من أمراض لها علاقة بالحمل مثل انفجار حمل خارج الرحم أو حدوث نزف عارضى باطنى أو خارجى ، أو من الاندغام المعيب للمشيمة . وفي أحوال نادرة قد يتفجر الرحم من تمزق أثره التحام عملية قيصرية سابقة .

بفصل الثاني عشر

التشوهات الخلقية ، والأوضاع المرضية للرحم الحامل التشوهات الخلقية للرحم والمهبل

لسهولة فهم هذه التشوهات يجب أن نشير بالاختصار إلى كيفية تكوّن المسالك التناسلية عند الجنين .

يبدأ ظهور المسالك التناسلية عند الجنين على هيئة قناتين - هما قناتا مولر - يسيّران على جانبي العمود الفقري . ثم إن هاتين القناتين تتحدان الواحدة بالأخرى



(شكل ١٣١)
الرحم ذو القرنين (شريدنر)



(شكل ١٣٠)
المهبل والرحم المزدوجان

في جزئيهما السفليين . ثم يزول الحاجز الذي يفصل الواحدة عن الأخرى . أما الجزءان العلويان وهما اللذان لم يتحدا فيكونان البوقين . أما جزأهما السفليان اللذان اتحدا فيكونان الرحم والمهبل . وعلى ذلك فيكون كل بوق من البوقين مع النصف المقابل له من الرحم والمهبل مكوناً في الأصل من قناة واحدة . إذا فهمنا ذلك يسهل علينا فهم التشوهات الخلقية الآتية وهي :-

(١) أن البجزيين السفليين لقناتي مولر يتحدان الواحد بالآخر ولكن لا يزول الحاجز الذي بينهما . فينشأ عن ذلك رحم ومهبل مزدوجان (انظر شكل ١٣٠) .

- (٢) أن القناتين لا تتحدان إلا من ابتداء العنق فما دون . فيسبب عن ذلك ما يسمى بالرحم ذى القرنين (انظر شكل ١٣١) .
- (٣) أن القناتين تتحدان ولكن إما أن لا يزول الحاجز بين نصفي الرحم فقط فيسبب ما يسمى بالرحم ذى الحاجز (انظر شكل ١٣٢) ، أو لا يزول الحاجز بين نصفي المهبل فقط فيسبب ما يسمى بالمهبل ذى الحاجز .
- (٤) أن إحدى قناتي موارر تنمو نحوها الطبيعي وتبقى الأخرى على الحالة الأثرية ، فتسبب ما يسمى بالرحم ذى القرن الواحد (انظر شكل ١٣٤) .



شکل ١٣٣ الرحم القلبي الشكل



شکل ١٣٢ الرحم ذو الحاجز

أو أن يبقى انبعاث في قمة قاع الرحم في محل تقابل القناتين فيسبب ما يسمى بالرحم القلبي الشكل (انظر شكل ١٣٣) . وبشروط لحصول الحمل في الرحم المنشوة خلقياً أن يكون أحد نصفيه على الأقل نامياً نمواً تاماً . وفي الأحوال التي يحدث فيها الحمل في رحم منشوة تنشأ مضاعفات كثيرة أهمها الآتية :

(١) الإجهاض وهو قليل

الحدوث .

(٢) المغاض البطني وسببه النمو

غير الكامل للألياف العضلية الرحمية

أو إعاقة النصف غير التام نموه لتزول

الجنين .



شکل ١٣٤ الرحم ذو القرن الواحد (كورنل)

(٣) النزف بعد الولادة ، واحتباس المشيمة خصوصاً إذا كانت ملتصقة

بالحاجز .

أما إذا حدث الحمل في الجزء الأخرى للرحم ذى القرن الواحد فيعتبر الحمل كأنه خارج الرحم ويعالج بمثل علاجه .

الأوضاع المرضية للرحم الحامل

الانثناء إلى الأمام المرضي - وهو إما خلقي ، أو نتيجة التهاب حوضي ويندر أن يحدث أعراضاً متعبة سوى تهيج المثانة وتكرار البول . وفي الأحوال التي يكون سببها وجود أثره التحام عملية سابقة إما أن يزول هذا الالتصاق عند ما ينمو القاع فتشفي المريضة ، وإما أن لا يزول . وفي هذه الحالة ينمو القاع بجاذباً العنق إلى فوق تدريجاً ، ويبقى الجزء من القاع الملتصق بالمهبل أمام العنق وأسفله مكوناً لقعر كيس ، بينما ينمو الجدار الخلفي للرحم نمواً كافياً لكي يسع الجنين . فتى ابتداء انخاض يندفع الجنين في قعر الكيس السابق ذكره ، بدلا من أن يندفع على الفوهة الباطنة للعنق ، فينتهي على ذلك أن العنق لا يتمدد وأن الرحم يتمزق .

المعالجة - تنحصر في تمديد العنق صناعياً ووضع الجفت . فإن لم يمكن تمديد العنق تفعل العملية القيصرية .

الميل إلى الأمام المرضي - هو مرض كثير الحدوث في أشهر الحمل الأولى ويسبب ازدياد الضغط على المثانة . وقد يحدث أيضاً في أشهر الحمل الأخيرة في أحوال ضيق الحوض أو الحمل التوأمي وفي ارتخاء جدر البطن . ففي ضيق الحوض يندفع الرحم إلى فوق خارج الحوض لعدم تمكن الرأس من الانحشار فيسقط الرحم إلى الأمام على جدر البطن فترتخي . وينشأ من ذلك حدوث الحجب المعيب .

المعالجة - يربط البطن برباط متين وتؤمر الوالدة بالاضجاع على ظهرها في أثناء انخاض إلى أن ينحشر الرأس .

الميل والانثناء إلى الخلف - كثيراً ما يحدث الحمل في الرحم المائل أو المشني إلى الوراء وينتهي عادة بإحدى أربع طرق :

(١) الإجهاض - وهو كثير الحدوث خصوصاً لأن الانثناء والميل إلى الوراء يكونان مصحوبين عادة بالتهاب رحمى باطنى يساعد على حدوث الإجهاض .

(٢) الاتعدال - وفيه يتعدل وضع الرحم من نفسه متى تقدم سير الحمل .

(٣) نمو الجدار المقدم للرحم - وهو نادر الحصول جداً ويحدث في الأحوال التي يكون فيها قاع الرحم ملتصقاً إلى الوراء ، والكيفية التي ينمو بها الرحم ليسع



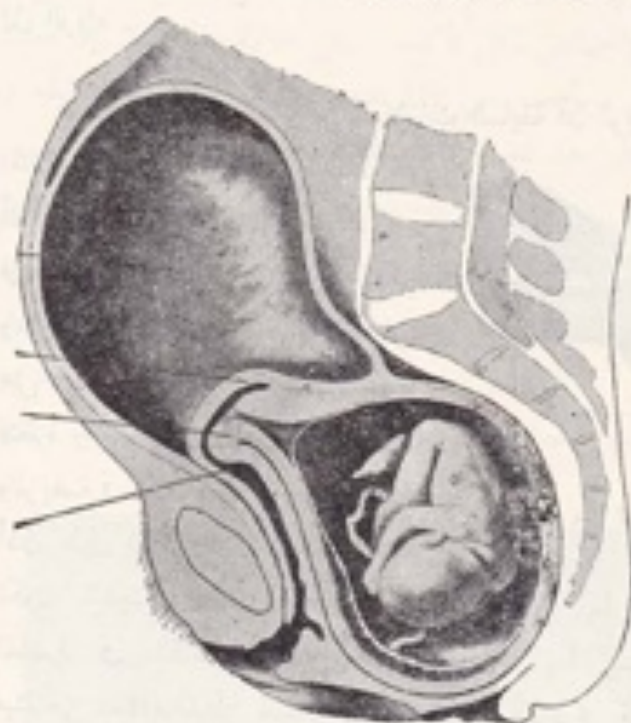
(شكل ١٣٥) نمو الجدار الخلفي في حالة رحم حامل سبق تشييته بلفظ البطن قبل الحمل . لاحظ موضع عنق الرحم (د) (أ)

الجنين هي عكس ما يحدث في الانتشاء إلى الأمام المرضى الناشئ عن أثره التحام . وكيفية حدوثه هي أن الرحم يبقى ملتصقاً بقعر كيس دوغلاس بينما الجدار المقدم للرحم ينمو نمواً كافياً ليسع الجنين فينتج عن ذلك أنه في نهاية الحمل يتكون قعر كيس وراء العنق يتدفع فيه رأس الجنين والمعالجة في هذه الأحوال تنحصر في تمديد العنق صناعياً ،

ووضع الخلف . فإن لم يمكن تمديد العنق تفعل العملية القيصرية .

(٤) احتباس الرحم في الحوض - وفيه يحتبس الرحم الحامل المائل إلى الوراء في تجويف الحوض . ويساعد على حدوث ذلك وجود ضيق في الحوض وعلى الأخص إذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة البروز . وهو من الأمراض الشديدة الخطر . ومن المؤكد أنه يقتل المصابة به إلا إذا عدل وضع الرحم أو حرض الإجهاض .

الأعراض - تحدث كلها من ضغط الرحم على الأحشاء المجاورة . فن ضغطه على المثانة يحدث تهيجاً مثنائياً فيعسر التبول ويتكرر . ومن ضغطه على الأعصاب العجزية يحدث ألماً في الساقين ، ومن ضغطه على الأوردة يحدث تورماً في الساقين والقرج . ومن ضغطه على المستقيم يحدث إمساكاً وألماً شديداً . وإذا اشتد ضغطه على المثانة ينحصر البول وتمدد المثانة تمدداً عظيماً ثم يطفح البول من المثانة نقطة فنقطة . فإذا أهملت المريضة علاج نفسها التهيبت المثانة وربما نشأ عن ضغط البول ضغطاً شديداً على جدر المثانة وقوف دورة الدم فيها فتموت وتنقب أو تنفجر ويرتشح البول في الأنسجة الخلوية أو في البريتون .



فإذا دعى الطبيب إلى المريضة وقتئذ يجد المثانة المتمددة بالبول محدثة ورماً في البطن قد يظنه خطأ الرحم الحامل . ولكنه متى أجرى فحصاً مهيبياً يجد أن قعر كيس دوغلاس مملوء بورم هو الرحم الحامل المائل إلى الوراء . ثم إنّه يجد أيضاً أن العنق منجذب إلى فوق ومنضغط على العانة ، وقد يجده مرتفعاً إلى أعلى العانة بحيث لا يمكن الإحساس به . أما

(شكل ١٣٦) احتباس الرحم الحامل المائل إلى الوراء في الحوض

٢ - قعر الكيس المقدم

٤ - قعر الكيس الخلفي

١ - المثانة

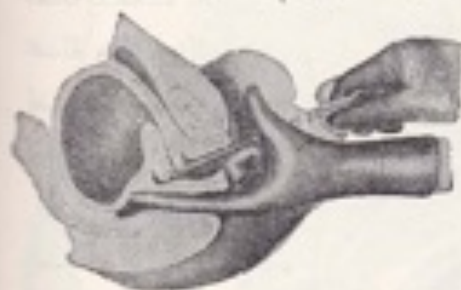
٣ - العنق

الصباغ البول فقد يكون منجذباً إلى فوق للدرجة تجعل الوصول إليه شديداً الصعوبة .

التشخيص - قد يلتبس الرحم الحامل المتهيب في الحوض بقبيلة دموية في قعر

كيس دجلاس . والنقطة المميزة للقبيلة الدموية هي الإحساس بالرحم مدفوعاً وراء العانة ، وبأن تاريخ المرض يدل على سابق حدوث نزف باطنى . والرحم الحامل المائل للوراء يصطحب بتوتر الغشاء المخاطى المهبل فى قعر الكيس المقدم . وفيه تكون الفوهة الظاهرة مطلة إلى الأمام وإلى الأعلى وليس إلى الأسفل كما تكون فى القبيلة الدموية . ويلتبس احتباس الرحم فى الحوض أيضاً باندفاع الرحم وراء العانة لوجود ورم لينى كبير ووراءه . ويتميز عنه بأن الأورام الليفيّة عادة تصطحب بنزف رحمى وليس بانقطاع العظم كما يحدث فى الرحم المتببس ، وبوجود علامات الحمل الأخرى وبأن الفوهة الظاهرة للعتق تكون متجهة إلى الأعلى والأمام وليس إلى الوراء .

المعالجة - متى علمنا من العلامات السابقة أن الورم المتكوّن فى البطن هو



(شكل ١٣٧)

كيفية عدل الرحم الحامل المتقى إلى الوراء

المثانة المتمددة ، فأول شيء نفعله هو أن نقطر المثانة لإخلائها من البول . فإذا وجدنا صعوبة فى تمرير القطرة والمریضة على ظهرها نأمرها بالانكباب على ركبتيها وصدرها ثم نحاول تمرير قطرة رجال من صمغ مرن رقم ١٠ والمریضة فى هذا الوضع . ويجب اتباع أدق طرق التعقيم لأن أنسجة المثانة

تكون شديدة التعرض للتعفن والالتهاب وكثيراً ما يحدث أنه بعد مرور القطرة فى المثانة لا يخرج منها البول ، إما بسبب انسدادها بقطع مينة من الغشاء المبطن للمثانة ، أو تكون القطرة قد دفعت فى نسيج المثانة الذى لأنه الالتهاب وليس فى التجويف . وفى هذه الحالة تخرج القطرة وتحرر ثانية ، ويكون إخراجها تدريجاً إذ كثيراً ما يتزل البول إذا تعدت القطرة نقطة معينة تكون مركزاً للالتهاب . فإذا استحالت قطرة المریضة تبط المثانة بإدخال إبرة بازلة فى أعلى العانة يستقيمتر ، على الخط المتوسط . ومتى آتممتنا عمل ذلك نحاول عدل وضع الرحم مع إعطاء المریضة كلوروفورماً إذا اقتضى الأمر . فإذا وفقنا إلى عدل الرحم نضع فرزجة فى المهبل ونوجه التفاتنا إلى معالجة المثانة المثلية .

وكيفية عدل الرحم هي أن تؤمر الحامل بالنوم على ظهرها وتمسك الشفة الخلفية للعنق بحيث ذى مشيكين وتضع أصبعين في المهبل وتحاول أن تدفع بهما القاع إلى فوق بالضغط عليه من قعر كيس دجلاس . فإذا لم تنجح تدخل أصبعاً أو أصبعين في المستقيم وتدفع بهما الرحم إلى الأعلى أو إلى أحد جانبي الزاوية العجزية القطنية حيث يوجد مشع أكبر . وتستمر ضاغطين بالأصابع مدة بضع دقائق . فإن لم تفلح نعيد الكرة بعد ٢٤ ساعة . فإذا لم تنجح في ذلك فالأفضل تحريض الإجهاض . فإذا وجدنا أنه من شدة انجذاب العنق يصعب إدخال آلات فيه ، نأتي بآلة بازلة دقيقة وتدفعها في جدار الرحم ثم نسحب قليلاً من السائل الأمنيوسي ، وهذه الطريقة تحرض الإجهاض بكل تأكيد ، وهي خالية من الخطر إذا فعلت مع الاعتناء التام بالتعقيم . وأحسن من ذلك فتح البطن وعدل الرحم وتعليقه في بريتون الجدار المقدم للبطن بعد فصل الالتصاقات .

أما إذا ترك هذا المرض بلا علاج فلا محالة من موت المريضة إما من تغنغر جدر الرحم أو من انفجار المثانة الذي يسبب التهاباً بريثونياً عنفاً .

سقوط الرحم الحامل — من النادر حدوث الحمل في الرحم الساقط سقوطاً من الدرجة الثالثة ، ولكنه قد يحدث إذا كان السقوط من الدرجة الأولى أو الثانية



(شكل ١٣٨)

الوضع الركي الصدرى لمعالجة الرحم الحامل المنثنى إلى الوراء.

أعنى إذا كان العنق وحده بارزاً من الفرج . وفي هذه الأحوال يتهب العنق وتتضخم جدره ويتغطى سطحه بالقرحات ، فتفى ألى المخاض لا يحى العنق إلا بصعوبة كبيرة وربما تسبب عن ذلك ممزق الرحم .

المعالجة - تنحصر في رد العنق الساقط داخل المهبل ووضع فرزجة . فإذا كان العنق صلباً من الالتهاب أو إذا شوهدت به تقرحات تفعل زروقات ساخنة وتوضع تحميلة من القطن المشبع بالجليسرين لتلين العنق . وكثيراً ما تستوجب الحالة عمل الشقوق الجانبية للعنق ثم خياطتها بعد الولادة .



الفصل الثالث عشر

الإجهاض والسقط والولادة المعجلة

عند ما تدخل البويضة الملقحة تجويف الرحم تنغرس في غشائه الغاطي الذي يسمى الآن الساقط . متى انغرست البويضة يحدث تغير في تركيب الغشاء ينحصر في أن خلاياه السطحية تنطرح بعد أن كانت أستوائية ، وتزداد كمية النسيج الخلوي التي بين الخلايا وبصير شكلها مغزلياً أو مشعراً ، والطبقة السطحية من الساقط



(شكل ١٣٩) جفت شونز لإخراج البويضة



(شكل ١٤٠) جفت لإخراج البويضة

تسمى بالطبقة الكثيفة . وأما الجزء من الساقط الواقع بين هذه الطبقة وبين الرحم فيتألف على الغالب من الغدد الرحمية المتضخمة ويسمى بالطبقة الإسفنجية والجزء من هذه الطبقة الذي يكون بين

المشيمة والرحم هو الذي يحدث فيه انفصال المشيمة بعد الولادة . ويطلق على الغشاء الساقط أسماء مختلفة بحسب علاقته بالبيضة . فجزؤه الذي يطن تجويف الرحم حتى الفوهة الباطنة يسمى بالساقط الحقيقي والجزء الذي يغلف البيضة يسمى بالساقط المغلف ، ولا يحتوي على غدد رحمية ، والجزء الواقع بين البيضة والرحم يسمى بالساقط القاعدي . وقد علمنا مما سبق شرحه

أن خلايا التروفوبلاست التي تحيط بالبيضة تختص بمقدرتها على اختراق الأنسجة الأمية سواء كانت من خلايا الساقط أو من الأوعية الشعرية بحيث تحدث فيها مسافات مملوءة بالدم تسمى بالجيوب الوعائية وعلماً أيضاً أن أضرار الخلايا التروفوبلاستية تنتقلها أوعية شعرية من البيضة ، وأن هذه الأضرار تسيح في الجيوب الوعائية غير مفصولة عن الدم إلا بطبقتين من الخلايا : الباطنة منها طبقة لاجهتان والظاهرة السينيشيوم وإنه متى انتهت الخلايا التروفوبلاستية من اختراق الساقط تأخذ وظيفة أخرى وهي إحداث التبادل بين دم الأم ودم الجنين . وتسمى الأضرار بالأضرار السلائية . وبعض هذه الأضرار يسيح في الدم والبعض الآخر يتصل بأطرافه بالساقط القاعدى . وفي أول الأمر تكون الأضرار السلائية محيطة بالبيضة من كل جهاتها ، ولكن في نهاية الشهر الثالث يضمم الجزء الذى فوق الساقط المغلف ويتكاثر الجزء الذى ينغرس في الساقط القاعدى ويساعد في تكوين المشيمة . وقد يحدث أن تنقذف البيضة من الرحم قبل تمام تكوين المشيمة فيسمى ذلك إجهاضاً أو بعد تكوينها ويسمى سقطاً .

الإجهاض البيضى

الإجهاض البيضى هو انقذاف منحصل الحمل قبل تمام تكوين المشيمة أهنى قبل بداية الشهر الرابع القمري . وهو كثير الحدوث يحدث مرة في كل ٢٠ حملاً .

أسبابه - تنقسم إلى ثلاثة أقسام :-

- (١) أسباب أمية . (ب) أسباب أبوية . (ج) أسباب بيضية .
(٢) عدم تكافؤ دم الزوجين .

(١) الأسباب الأمية - من الواضح أن الأسباب الأمية هي أهم أسباب الإجهاض وذلك بسبب العلاقة الشديدة التي بين الأم والجنين طول مدة الحمل . والأسباب الأمية تنقسم إلى أسباب موضعية وأسباب عمومية .

- (١) الأسباب الموضعية - أهمها الالتهاب الرحمى الباطنى ، لأنه يساعد على حدوث التهاب السواقط مدة الحمل ، ثم الأوضاع المعيبة للرحم وعيوبه الخلقية

والأورام الرحمية لأنها كلها تمنع الرحم عن أن يتمدد التمدد الطبيعي المناسب لغزو الجنين ، ثم الالتصاقات الحوضية والأورام البطنية والحوضية .
ونقص في إفراز مادة البروجستين وفي كثير من الحالات يعالج الإجهاض المتكرر بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية بنجاح .

(٢) الأسباب العمومية - أهمها الزهري ، وأمراض الكلى ثم أمراض القلب ، والبول السكرى وتصلب الشرايين . وهي إما أنها تهيئ الجنين مباشرة أو تحدث استحالات في الأغشية والسواقيت بسبب انفصال البيضة . وكذلك الحميات الحادة بأنواعها كالأتفلوانزا والجدري والحصبية القرمزية والكواريا والظاعون قد تكون سبباً في حدوث الإجهاض .

وفي بعض الأحوال قد يحدث الإجهاض بسبب تعاطي مقادير سامة من الأرجوتين أو الكينين أو من التسمم بحامض الكربونيك ، وقد يحدث من الإصابات العرضية كالضرب على البطن أو السقوط من محل مرتفع ، فإنها تسبب انفصالاً فجائياً في جزء من البيضة أو فيها كلها . وقد يحدث الإجهاض من إدخال آلات

في الرحم مثل الخبث الرحمي . وفي هذه الأحوال قد يخرق الخبث البيضة فيحرض الإجهاض ، أو لا يخرقها بل يحدث التهاباً رحمياً عفوياً يكون هو السبب في حدوث الإجهاض فيها بعد . وقد يحدث الإجهاض بسبب العمليات الجراحية التي يضطر الطبيب إلى عملها في أثناء الحمل وعلى الأخص إذا كان مكان العملية هو الرحم أو المبيضان . وما يساعد أيضاً على حدوث الإجهاض



(شكل ١٤١) الإجهاض - المرحلة الأولى

العنق متقلق والبيضة لم تفصل تماماً

الجماع المتكرر والانفعالات النفسانية الشديدة كالحزن المقروط أو الفزع الشديد .

(ب) الأسباب الأبوية - أهمها الزهري لأنه يهت الجنين .

وقد يكون هناك ضعف طبيعي أو مرضى فى الحيوانات المنوية يسبب الإجهاض .

(ج) الأسباب الخاصة بالبيضة نفسها - هى حدوث الاستحالة المائية

للسلى ، أو الاستسقاء الأميوسى وهو نادر الحدوث جداً فى أوائل الحمل . وقد يحدث الإجهاض بسبب وفاة الجنين إما لتغيرات فى المشيمة بسبب سموم يحملها إليها الدم عند ما تكون الأم مصابة بالزهري أو الالتهاب الكلوى المزمن أو البول السكرى ، أو لحدوث أنزفة بين الساقط والسلى بسبب أمراض موضعية تتحول بسبب البيضة إلى كتلة لحمية قد تبقى محتبسة فى الرحم شهوراً قبل أن تنقذف . وتسمى هذه الحالة بالمول اللحمى . كما أنه قد يحدث الإجهاض بسبب تغيرات خلقية فى الجنين لا تسمح باستمرار نموه فيموت .

عدم تكافؤ دم الزوجين - فى سنة ١٩٤٠ اكتشف لاندستينير ووينيز

(Landsteiner and Weiner) مادة فى كرات دم معظم الأشخاص وهذه المادة موجودة أيضاً فى دم القرد من فصيلة ماكاريسس (Maca Rhesus) ولذا سميت هذه المادة بعامل ريسس (Rhesus Factor) وسمى الأشخاص الذين يحتوى دمهم على هذه المادة إيجابيين للريسس (Rhesus Positive) ولقد قدرت نسبة هؤلاء الأشخاص بحوالى ٨٦ ٪ ونسبة الأشخاص الذين لا توجد فى دمهم عامل ريسس أى الـ (ريسس سلبى ١٤ ٪) فإذا تزوجت امرأة دمها سلبى للريسس برجل دمها إيجابى وحملت منه فعلاً ما يكون دم الجنين إيجابى للريسس يرثه من دم أبيه فى أثناء الدورة الجنينية التى يختلط فيها دم الأم بدم الجنين يفرز دم الأم مادة مضادة لعامل ريسس حتى لا يتأثر دمها منه فإذا ما وصلت هذه المادة المضادة إلى دم الجنين أحدثت فيه انحلالاً فى الكرات الحمراء وتستمر هذه العملية حتى يموت الجنين فى البطن بمرض (Erythroblastosis) .

وفى بعض الحالات لا يحدث هنا الامتصاص ولا يحدث فى دم الأم إفراز المادة المضادة فى أثناء أول حمل فينجو الجنين الأول أو قد يكون دم الطفل مثل دم أمه فلا يحصل التفاعل بتاتاً .

ويجب اختبار دم الأم المعروف عنها أنها (ريسس سلبى) على فترات قصيرة خصوصاً في النصف الأخير من الحمل - فإذا ما وجدنا المادة المضادة بنسبة عالية في دم الأم أو وجدناها تتزايد بسرعة يجب تحريض الولادة المبكرة أو قد تعمل العملية القيصرية في الحالات التي يكون فيها الجنين حياً وقابلًا للحياة وفي هذه الحالات يعمل للطفل بعد ولادته مباشرة نقل دم استبدالى وقد تكرر العملية عدة مرات في بعض الحالات إذا وجد في جسم الطفل نسبة كبيرة من المادة المضادة .

مراحل الإجهاض - يحدث الإجهاض على أدوار يتبع بعضها بعضاً تشبه إلى حد ما مراحل الولادة الطبيعية فيبدأ الإجهاض بانفصال بعض الأغشية وحدث نزف قليل شبيه بالسائل المخاطي المدمم الذي يسبق حدوث الولادة ثم يتبع ذلك حدوث الطلق وانفصال البيضة وتمدد العنق وانقذافها . فإذا حضرت المريضة للعلاج وهي في أول درجات الإجهاض ، وهي حدوث النزف فقط ، سمي الإجهاض مهدداً وإن حضرت وقت حدوث طلق قوى ونزف شديد سمي الإجهاض محتوماً وإن شوهدت المريضة بعد أن ينقذف الجنين وحده وتكون المشيمة أو الأغشية عتسة سمي الإجهاض ناقصاً . فإذا كانت البيضة قد انفصلت من الرحم ووصلت إلى تجويف العنق وانقبضت فوقها القوهة الباطنة ولم تتمدد الظاهرة واحتسبت البيضة في العنق سمي الإجهاض عنقياً فإن وصل الطيب بعد أن انفذفت البيضة بناتها سمي الإجهاض تاماً .

(١) الإجهاض المهدد وهو الدور الأول للإجهاض - لا تشعر المريضة بألم إنما يحدث نزف رحمى مختلف المقدار قد لا يزيد أحياناً عن تلويث بسيط ثم يزداد تدريجياً أو قد يكون النزف غزيراً من أول الأمر . وقد يصحطب النزف بألم قليل في الظهر ولكن لا تحدث آلام الطلق المعصية الناشئة عن انقباض الرحم . فإذا فحص الرحم في هذا الدور وجد العنق منقبضاً . وفي كثير من الأحوال إذا لازمت المريضة الفراش وأعطيت العلاج المناسب قد ينقطع النزف .

العلاج - إذا لم يكن النزف شديداً ولم يحدث طلق منتظم فن الممكن انقواء حدوث الإجهاض ويكون ذلك بملازمة المريضة الفراش إلى أن ينقطع النزف تماماً مدة ٥ أيام . وتعطى المريضة حقن بروجستين بمقدار ١٠ مجم يومياً مرة أو مرتين في

اليوم ومن ثم يخفف المقدار بعد انقطاع النزف . ويكون غذاؤها خفيفاً ، وتنقطع
بتأناً عن المشروبات الكحولية وعن الافتيكار بالأموور المقلقة للبال لأنها تساعد على
حدوث الإجهاض . ولا تعطى مسهلات ، وأن وجد إمساك يعالج بالمليينات الخفيفة
كالمنايزيا المكلسة أو البارافين السائل . وتعطى المريضة أحد المزيجين الآتيين :

برومور البوتاسيوم	١,٠٠٠	جرام
كلورات	٠,٦٠	"
صبغة الأفيون	من خمس إلى عشر نقط	
صبغة البنج	٢,٠٠٠	جرام
ماء كلوروفورم	١٥,٠٠٠	"
مقدار يعمل	٢٠	مقداراً

وتعطى المريضة مقدار ملعقة شورية ٣ مرات في اليوم لمدة أسبوع على الأقل
ومتى انقطع الألم تماماً يعطى لها المزيج السابق ما عدا صبغة الأفيون فإذا حدث
إمساك تعطى مليينات خفيفة أو يعمل لها حثنة شرجية من الماء الدافئ مع ٢٠
جراماً من الجليسرين تعطى بغاية البطء خوفاً من تحريض الطلق .
إذا لم ينقطع النزف تعطى المريضة .

خلاصة المدراس الكانادي	١,٢٠	جرام
لينات الكلسيوم	١,٠٠٠	"
برومور البوتاسيوم	١,٠٠٠	"
شراب النارج	٦,٠٠٠	"
ماء لغاية	٣٠,٠٠٠	"
مقدار واحد يعمل	١٠	مقادير

وتعطى مقداراً أي فنجان قهوة ٣ مرات في اليوم .
فإن تحسنت الحالة ظهر أثر العلاج في تغير لون الدم . فبدلاً من أن يكون
أحمر وهو لون الدم وقت نزفه يأخذ لوناً داكناً . ثم يأخذ في القلة حتى ينقطع تماماً .
ولا يجوز اعتبار كل نزف يحدث في أثناء الحمل المبدي دليلاً على الإجهاض
فقد لا يكون النزف آتياً من الرحم بل من بوليوس في العنق أو من سرطان . وقد
يأتي النزف من الرحم ولكن لا يكون سببه انفصال البيضة بل التهاب الغشاء الساقط
أو من احتقان الرحم بسبب مرض في القلب أو في الكبد كما أنه قد يكون النزف مسبباً
عن انفصال جزئي في بعض أجزاء البيضة أو الساقط ومع ذلك تشفى الحالة ويتم

الحمل وينتهي بولادة جنين حتى تام المدة . ومن المشاهد أنه قد يحدث نزف غير قليل مرة أو اثنتين في أوائل الحمل ، أو قد يحدث نزف قليل مستمر مدة أسبوعين أو أكثر ولا يضر الحمل . ولا يعتبر النزف نذيراً بحدوث الإجهاض إلا إذا اصطحب بطلق وتعدد في القوطة وظهور جزء من البيضة في فوهة العنق .

والأحوال التي ينجح فيها العلاج السابق الذكر فينقطع النزف وتبقى البيضة في الرحم تلازم المريضة الفراش لمدة خمسة أيام بعد انقطاع الدم والألم . وتجب مقاومة الإمساك الذي يكثر حدوثه

في هذه الأحوال بالمليينات مثل ملح
Eno's Fruit salt القواكه



ويلاحظ في عمل الحقن الشرجية أن تعطى ببطء ولا تكون ساخنة خوفاً من تحريض الطلق . وإذا كان الرحم متنبهاً إلى الوراء يجتال على عدله إلى الأمام والمريضة في الوضع الركبي الصدري بدون استعمال شدة ، ثم توضع فرجة مناسبة (انظر شكل ١٣٧)

(٢) الإجهاض المحتوم -

قد لا ينجح العلاج الذي سبق شرحه في منع الإجهاض فيزداد النزف بالرغم من العلاج وتتوالى

الانتقاضات الرحمية وينتهي الأمر بخروج البيضة فإذا حدث ذلك سمي الإجهاض محتوماً . وإذا انتهى الإجهاض طبيعياً وانقذت البيضة بتمامها أي العلقة (أو الجنين) والأغشية والمشيمة سمي الإجهاض تاماً . وإذا لم يتم الإجهاض ذاتياً فقد تحدث أعراض توجب على الطبيب أن يتدخل لإنهاء الإجهاض جراحياً .

والأحوال التي يجب فيها التدخل وإخلاء الرحم هي :-

(١) إذا فقدت الحامل مقداراً من الدم يخشى منه على سلامتها .

(ب) إذا نزل جزء من البيضة في عنق الرحم وانفجر الجيب ووقف الطلق وخيف من التعفن .

(ج) إذا انفصلت البيضة من الرحم ، ومرت من القهوة الباطنة وانحجرت في تجويف العنق (الإجهاض العنقي) .

(د) إذا وُلد الجنين وبقيت المشيمة كلها أو بعضها في الرحم (الإجهاض الناقص) .

(هـ) إذا تكوّن مولد لحمي واحتبس في الرحم .



(شكل ١١٣)

تدف البيضة بالفلسط المزوج (جلت)

طرق إخلاء الرحم - إذا عوّل

الطبيب على التدخل لإخلاء الرحم بسبب اشتداد النزف فالغالب أن يكون العنق ممتدداً بحيث يسع أصبعين . أما إذا كان العنق منقبضاً فالغالب أن النزف ليس شديداً إلى درجة تستوجب إخلاء الرحم . ولكن قد تطرأ أعراض خطيرة

تستوجب التدخل والعنق لا يزال منقبضاً . وعلى ذلك فستكلم على كيفية إخلاء الرحم في الحالتين :

(أولاً) إذا لم يكن العنق ممتدداً - إذا لم يسمح العنق بدخول الأصبع يمدد بمعددات هجار وتفصل البيضة بالأصبع فإذا لم يمكن إدخال أصبع تعمل عملية كشط بالطريقة الآتية :

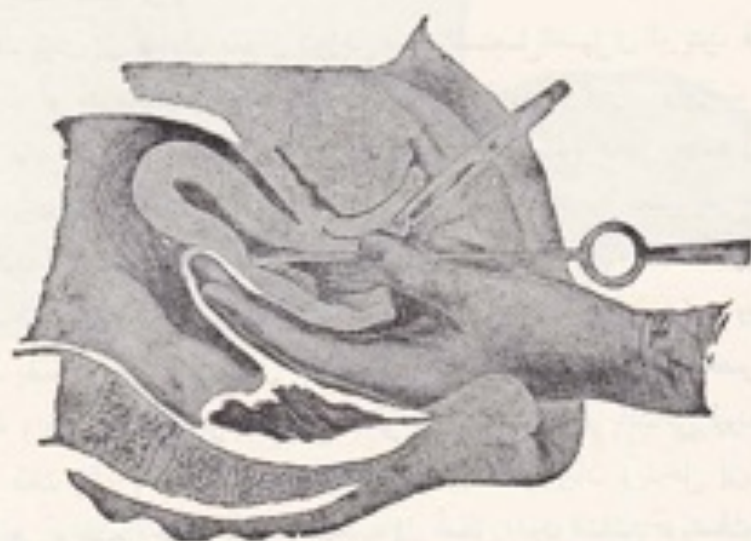
تحضير المريضة - في الوقت الذي تحضر فيه الآلات يعمل للمريضة حقنة شرجية .

وضع المريضة - تضجع المريضة على ظهرها في الوضع المستعرض بحيث تكون وركاها على حرف السرير ويوضع تحتها مشمع (ماكنتوش) يتدل طرفه السفلي في إناء (جردل) . ثم تسند قدمها على كرسيين أو يكلف مساعدان بحفظ ساقيها مشتبتيين على فخذيها وفخذيها مشتبتيين على بطنها ومفحجتين (مبهدتين) ما أمكن .

التبنيح - إذا كانت المريضة عصبية المزاج أو بكريّة الحمل وكان العتق غير ممدد يجب تبنيح المريضة .

الآلات - الآلات التي تلزم هي زارق مهبل وبسم ، وقشطرة بوزمان ، ملعقة واينشتادر الكالة ، ومنظار خلقي ، وجفت ذو مشبكين ، وجفت بوزمان لسد تجويف الرحم ، وعلبتان من الشاش اليودوفوري . وممدات هيجار .

تطهير المريضة ويدي الطبيب - يطهر الطبيب يديه بغسلهما بالمسفرة والصابون في إثناء يحتوي على محلول الدتول وفائدة الدتول تعقيم الماء المستعمل للغسيل من جهة ، والمساعدة على تطهير اليدين بذلكهما جيداً بالمسفرة (القرشة) والصابون بعد تقليم الأظافر . ويستمر الطبيب في ذلك بالمسفرة مدة ١٠ دقائق مبتدئاً بالأصابع وبالأخص أطراف الأظافر ، ثم يبدئ باليدين والساعدين إلى المرفقين ثم يلبس بعد ذلك قفازاً عقيماً ويبدأ في تطهير الفرج ، فيسد فوهة المهبل بقطعة من الشاش العقيم . وبعد إزالة الشعر يغسل الفرج جيداً بواسطة الصابون وقطع من القطن مغموسة في محلول الدتول مدة ٥ دقائق . ويحاذر من استعمال قطعة القطن متى لامست فتحة الشرج لأنها تنقل ميكروبات كثيرة للجزء الذي تلامسه بعد ذلك ثم يسلط على الفرج مبسم الزارق ويغسل جيداً بمحلول الدتول ثم ترفع السداة

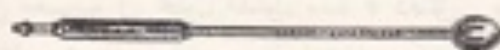


(شكل ١٤٤) يوضع مراقبة الكحت يوضع أصبعين وراء الرحم في قعر الكيس الخلق

من فوهة المهبل ويدخل المولد أصبعين في المهبل هادياً عليهما ميسم الزارق مع قطعة صابون صغيرة . وفي أثناء الزرق يرغو الصابون جيداً على جدر المهبل ملاحظاً قعود الأكياس وثنايا المهبل . ومتى انتهى الطيب من تطهير المريضة يقشطر المثانة ، ثم يغطى المريضة بقوطة معقمة إن أمكن ، ثم يابس قفازاً جديداً وقوطة عقيمة ويبدأ في العمل . فيضع في المهبل منظاراً خلفياً ويجذب العنق إلى أسفل بواسطة جفت ذى مشبكين ، ثم يمدد العنق بمسدسات هيجار إلى أن يصل لرقم ١٤ ، ثم يدخل ملعقة راينشتادر الكالة بعد إصاها بالزارق ، ثم يأخذ في كشط البيضة وسواقط الرحم . وفي بعض الأحوال يضطر الطيب أولاً إلى إخراج ما يمكن لإخراجه من البيضة بجفت مخصوص (شكل ١٣٩) ثم يبدأ بعد ذلك في الكشط سائراً فيه بترتيب مبتدئاً بالحدار المقدم ثم الخلفي ثم الجانبيين وليحاذر من التصادي في الكشط خوفاً من كشط الطبقة



(شكل ١٤٥) جفت لسد الرحم



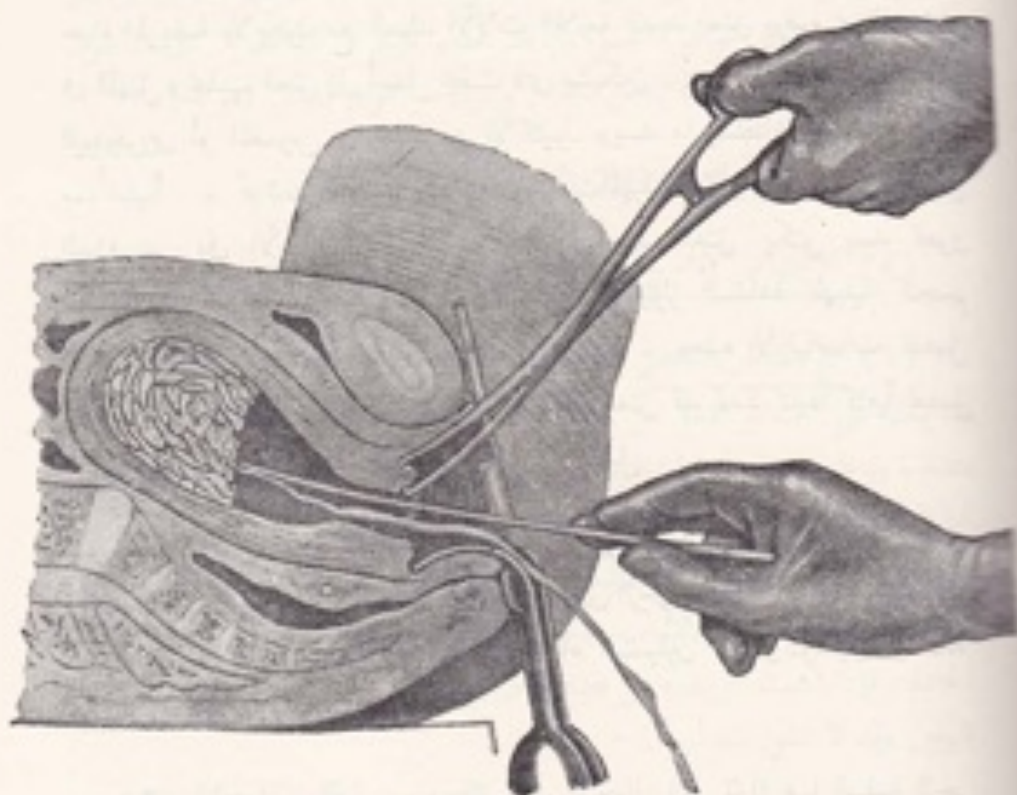
(شكل ١٤٦) ملعقة راينشتادر

العضلية . نعم إن ذلك متعذر لكون ملعقة راينشتادر كالة ولكنه يحدث لو استعمل الجراح شدة غير محمودة . وقد ينشأ عن استعمال الشدة أيضاً ثقب الرحم

الذي قد يؤدي إلى دخول مقدار كبير من السائل المستعمل للغسيل في البريتون فيحدث تسمماً ، أو قد يسبب نزفاً مميتاً لو اخترقت الملعقة وهاء كبيراً . وليراقب الجراح رجوع ماء الزرق من فوهة العنق لأنه إن تمدد الرحم بالماء دخل بعضه إلى بوق فاللوب وأحدث أعراضاً ثقيلة . فإذا وجد أن الماء لا يعود من العنق يخرج الملعقة فقد تكون منسدة بكتلة دموية ، أو يكون العنق منقبضاً . فإن كان الأخير يوسعه بالمسدسات . وإن كان الأول يهز الملعقة هزاً عنيفاً فتخرج السدة . ومتى تم الكشط يضغط قاع الرحم بيد في قعر الكيس المقدم وأخرى على البطن لعصر الكتل الدموية ، فإذا اتفق أن النزف لم يقف فالواجب أن يسد الرحم بالشاش اليودفورى . ولعمل ذلك يؤتى بلفة الشاش ويمسك طرفها بجفت بوزمان ويدخل إلى أقصى قاع الرحم ثم يفتح الجفت قليلاً ويسحب إلى أسفل بدون الشاش ثم يمسك الشاش في حذاء العنق ويدفع الجفت إلى أعلى وهكذا حتى يسد تجويف الرحم . ومتى

انسد تجويف الرحم تماماً بترك ما بقي من الشاش حول عنق الرحم . ثم يوضع غيار عقيم على الفرج بعد رفع الجفوت والمنظار وتعاد المريضة إلى وضعها الأصلي في الفراش . وتعطى المريضة بعد ذلك حقن بنسولين وستربتوميسين كل ١٢ ساعة لمدة ثلاثة أيام أو إلى أن تنخفض الحرارة وتصبح طبيعية في الحالات التي يوجد عندها ارتفاع في الحرارة .

ثانياً : إذا كان العنق ممتدداً بحيث يقبل دخول أصبعين - في هذه الحالة تضجع المريضة على ظهرها في ذات الوضع السابق ذكره في عملية الكشف . وتظهر الأيدان وفرج المريضة ومهبلاها بالطريقة السالفة الذكر . أو ١٠ عن الفرج والمهبل والعنق بمحلول البكريك الكؤل بنسبة ٢.٥ .



(شكل ١٤٧) سد الرحم في أحوال النزف بعد الولادة أو الإجهاض (أيدان)

ثم يدخل الطبيب يده في المهبل وأصابعه مجتمعة بعضها إلى بعض على شكل قمع . فإن لم يسع المهبل دخول اليد كلها يجوز أن يبقى الإبهام خارجاً . ثم توضع

اليدين الأخرى على البطن لتثبيت الرحم ولدفعه إلى أسفل لتصل إليه أصابع اليد التي في المهبل . ثم تولج السبابة والوسطى في العنق وتفصل البيضة والأغشية من الرحم تماماً بحيث لا يترك شيئاً منها ملتصقاً بالرحم . ثم يخرج الأصبعان من العنق ويوضعان في قعر الكيس المقدم . ويعصر الرحم بين اليد المهبلية واليد التي على البطن فتتدفق البيضة إلى المهبل . ويحسن بعد ذلك إدخال أصبع في العنق وفحص التجويف الرحمي لعل بعض الأغشية يكون لا يزال ملتصقاً به . فإن كان ذلك تفصل الأغشية وتخرج من العنق ثم يعصر الرحم لطرد الخلط الدموي . وفي الأحوال التي يكون فيها الرحم مثنيًا إلى الوراء يجب عدله إلى الأمام أولاً .

سد العنق والمهبل - في الأحوال التي يحدث فيها نزف شديد يخشى منه على حياة المريضة ولا يكون مع المولد الآلات اللازمة لتقديد العنق يوضع منظار خلقي في المهبل ويجذب العنق إلى أسفل بجفت ذى مشبكين . ثم يدفع شريط من الشاش اليودوفورمي أو المغموس في جلسرين الأكتيول ويسد ما يستطاع سده من العنق سداً ممتيناً ، ثم تسد قعور الأكياس (الردوب المهبلية) وباقي المهبل بالشاش اليودوفورمي وفي الأحوال التي لا يستطاع فيها سد العنق يكتفى بسد قعور الأكياس سداً ممتيناً ، وسد المهبل سداً عادياً . وتؤثر السدادة المهبلية كجسم غريب يُحرّض انقباض الرحم بالتأثيرات المتعكسة ، وهذه الانقباضات تفصل البيضة . وعند رفع السدادة بعد ١٢ ساعة يكون العنق قد تمدد تمدداً كافياً لفصل البيضة بالأصبع ، إذا لم تكن قد نزلت في المهبل .

والسد المهبل كثيراً ما يسبب تعفنًا في الرحم لأن الدم الذي ينزل من العنق ويتجمع فوق السدادة يتعفن وتصل العفونة منه إلى الرحم . ولذلك لا يجوز استعمال السدادة إلا في أحوال نادرة . ويجب إعطاء البنسيلين والستربتوميسين في هذه الحالات بكميات وافرة .

(٣) الإجهاض العنقي - ويطلق على الأحوال التي تترك فيها البيضة الرحم وتنحجز في تجويف العنق بسبب عدم تمدد الفوهة الظاهرة تمدداً كافياً ، ولكون الفوهة الباطنة تنقبض أيضاً بمجرد مرور البيضة منها . وفي هذا النوع تكون البيضة محتبسة في تجويف العنق .

المعالجة - إذا لم يمكن تمديد العتق وفصل البيضة بفعل شقان جانبيين في القهوه الظاهرة حتى يصير اتساعها كافياً لمرور البيضة . ثم يضغط على البيضة حتى تنقذف وأخيراً تخاط الشقوق . وقد يسهل أحياناً إخراج البيضة بجفت على جملة قطع .

(٤) الإجهاض المتروك - ويطلق على الأحوال التي تموت فيها البيضة ولكنها مع ذلك لا تخرج من تجويف الرحم بمجرد موتها بل تبقى محتبسة فيه جملة أسابيع أو شهور .

الأعراض - تظهر على المريضة أعراض الحمل في الأشهر الأولى ويكبر حجم الرحم ثم تزول أعراض الحمل ويأخذ حجم الرحم في التناقص . وفي الأحوال التي يتمزق فيها جيب المياه يتعفن الجنين وينزل من الرحم سوائل دموية .

المعالجة - تمديد العتق وإخلاء الرحم بالأصبع أو الملعقة .

(٥) الإجهاض النام - وفيه تنزل البيضة بأكملها ، ولا يحتاج لمعالجة ما .

(٦) الإجهاض الناقص - وفيه ينزل جزء من البيضة ويبقى جزء في الرحم . وما يدل على احتباس قطع من المشيمة أو الأغشية في الرحم استمرار النزف بحالة متقطعة ونزول مفرزات سمراء اللون . ويكون قوام الرحم في هذه الأحوال رخواً نوعاً . أما العتق فقد يكون ممتدداً ممتدداً قليلاً ، ولكن لا يندر أن يكون العتق منفلقاً مع احتباس المشيمة . واحتباس المشيمة أو الأغشية إذا ترك بلا علاج كان سبباً في تعفن المشيمة وحدوث الالتهاب الرحمي الحاد والالتهابات البوقية وحمى النفاس الحادة . فإذا شفيت المريضة من هذه الأمراض قد تبقى مصابة بالعمم بسبب انسداد البوقين وقد لا تشفى منه أبداً .

المعالجة - تنحصر في فصل الجزء الباقي من البيضة وإخراجه من الرحم . فإذا استطعنا عمل ذلك بالضغط على قاع الرحم بأصبع في قعر الكيس المقدم وباليد الأخرى على البطن فحسن وإلا فالمعالجة تختلف بحسب تمدد العتق . فإن كان العتق ممتدداً بحيث يقبل الأصبع ندس أصبعاً داخل الرحم ونفصل به الجزء الباقي

من البيضة ثم نضغط الرحم حتى ينقذف . أما إذا لم يكن العنق ممتدداً فنكشط الرحم بملقعة راينشادر الكالة . ولا يجوز استعمال الملقعة الحادة خوفاً من كشط الألياف العضلية مع بقايا البيضة . ومنى اتينينا من ذلك نسد باطن الرحم بالشاش اليودوفوري ونعطي حقن بنسلين وستريبتوميسين وبعض المولدين ينصح بسد المهبل الشاش اليودوفوري في أحوال الإجهاض الناقص . وهي معالجة رديئة جداً لا يجوز اتباعها في حال من الأحوال .

التشخيص التفريقي - متى حدث النزف في أثناء الشهور الأولى للحمل فأول ما يتجه إليه فكر الطبيب هو أن النزف نذير بحدوث الإجهاض ولكن قد يكون النزف في هذه الظروف مسبباً عن شيء آخر لا علاقة له بالحمل مثل بوليبيوس ناتئ من عنق الرحم أو سرطان في العنق أو تقرح في العنق وعلى الأخص إذا كان التقرح مسبباً عن السيلان ولهذا يحسن جدا عند الشك الاستعانة بالمنظار لكشف العنق . وقد يكون النزف أيضاً مسبباً عن كون الحمل خارج الرحم ولعرفة ذلك يجب عمل الفحص المزوج لاكتشاف الورم المكون للحمل الخارجى بجانب الرحم .

فإذا علمنا من البحث أن النزف مسبب عن حمل رحى فالنقطة الثانية هي معرفة الدور الذي وصل إليه الإجهاض . وللتحقق من ذلك نبحث عن العنق لئرى هل هو ممتدد ، وهل ظهر فيه جزء من البيضة أم لا ، ثم نستوثق من وجود طلق أى انقباض رحى يأتي على نوب . فإذا وجدنا العنق ممتدداً والطلق مستمراً فالغالب أن الإجهاض لا بد منه أما إذا وجدنا نزفاً معتدلاً من غير ألم ولا تمدد في العنق فهذا دليل على أن الإجهاض ليس محتوماً . أما إذا كان النزف شديداً ومصطحباً يجلط فذلك دليل على أن جزءاً كبيراً من البيضة انفصل وأن الإجهاض محتوم ولا ننسى أن بعض أحوال النزف قد تنشأ عن حمل في أحد نصفي رحم مزدوج ويكون النزف ناشئاً من النصف غير الحامل . فلا تقتضى علاجاً كما أن بعض أحوال الإجهاض تصطحب بألم خفيف ونزف قليل يدوم أسابيع من غير أن ينقطع أو يزداد ، فيتردد الطبيب بين التدخل والانتظار ، وفي هذه الأحوال لا يجوز التسرع وإخلاء الرحم إلا إذا كان النزف قد بدأ يؤثر على حالة الصحة العامة . فإن لم يكن ذلك تجب مراقبة الحال لمعرفة إذا كان حجم الرحم آخذاً في الكبر مما يدل على أن الجنين حي . أما إذا استمر

التزف والمقرزات السمراء (المسببة عن تجلط الدم في الرحم وتحلل الجلطة) ، ولم يكبر حجم الرحم ، فالغالب أن البيضة ماتت وتحولت إلى مول لحمي يستوجب التدخل وإخلاء الرحم .

أما تشخيص الأدوار المختلفة للإجهاض فتقوم بفحص المواد التي نزلت من الرحم . فإذا لم نجد غير كتل الدم فالغالب أن الحالة حالة إجهاض مهدد . أما إذا وجدنا بعض أجزاء من البيضة مع الجلط الدموي فالإجهاض ناقص ، وإن وجدنا البيضة بأكملها فالإجهاض تام . هذا في الأحوال التي تحفظ فيها الأهالي كل ما يترز من الرحم ، أما إذا لم نجد شيئاً منها فلا يساعدنا على التشخيص إلا الفحص المهبل . وتوجد نقطتان في الفحص المهبل تساعدنا كثيراً في التشخيص . :-

(١) شكل الجزء المهبل للعتق . (٢) استمرار التزف .

(١) أما شكل العتق فيختلف كثيراً بحسب ما إذا كانت البيضة خرجت من الرحم أم لم تخرج . ففي الإجهاض التام أى الذى تكون فيه البيضة قد انقذفت من الرحم يكون شكل العتق قمعياً قاعدته إلى أسفل عند الفوهة الظاهرة وقمته لأعلى عند الفوهة الباطنة . وذلك لأنه متى انقذفت البيضة تنقبض الفوهة الباطنة ولا تكون الفوهة الظاهرة قد انقبضت بعد . أما إذا كانت البيضة لم تخرج من الرحم فشكل العتق يكون قمعياً أيضاً إنما قاعدته تكون إلى أعلى وقمته إلى أسفل . وذلك لأن وجود البيضة في العتق يمدد الفوهة الباطنة في حين أن الفوهة الظاهرة تكون لا تزال منغلقة .

(٢) إذا انقطع التزف وكانت الفوهة الباطنة مغلقة فالغالب أن الإجهاض تام . أما إذا استمر التزف أو وجد إفراز دموى أسمر فالغالب أن الإجهاض ناقص ، وفي هذه الأحوال يجب تمديد العتق وفحص باطن الرحم للتأكد من التشخيص ولمعالجة .

ويجب البحث دائماً عن السبب الذى أدى إلى الإجهاض ومعالجته في الوقت المناسب خوفاً من تكرار حدوث السقط إذا لم يعالج السبب .

الإجهاض الجنيني أو السقط

ويطلق على الأحوال التي تنقذف فيها البيضة بعد تمام تكوين المشيمة ولكن قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، أعنى قبل الأسبوع الثامن والعشرين . وهذه الأحوال شبيهة في أعراضها وسيرها بالولادة الطبيعية . لأنه قبل تكوين المشيمة يكون كل سطح البيضة ملتصقاً بتجويف الرحم بالتصاقات وعائية فإذا انفصل جزء منها تسبب عن ذلك نزف شديد . أما بعد الشهر الرابع فتكون المشيمة هي الصلة الوعائية الوحيدة بين الجنين والرحم . ولذلك لا تصطب هذه الأحوال بالترزف إلا في أحوال نادرة .

الأسباب — هي ذات أسباب الإجهاض البيضي .

المعالجة — مثل الولادة الطبيعية . فإذا ولد الجنين ولم تنزل المشيمة بعد مضي المدة القانونية يضغط قاع الرحم بيد في المهبل والأخرى على البطن . فإن لم تنفصل المشيمة نفصلها بالأصبع .

وفاة الجنين بعد الشهر الخامس

كيف نشخص وفاة الجنين بعد الشهر الخامس ؟ — إذا شعرت الأم بأن حركة الجنين انقطعت ، فلا يجوز أن يؤخذ ذلك وحده دليلاً على وفاة الجنين بل يجب عمل التسمع المتكرر على بطن الأم . فإن لم تسمع ضربات القلب بعد التسمع في مكان هادئ وكرر ذلك على مدة أربعة أيام فالغالب أن الجنين ميت . ولكن لا يجوز تحريض الإجهاض مجرد تشخيص الوفاة وذلك للأسباب الآتية :
(أولاً) لأنه يجوز أن تكون عفتين في الحكم ، (ثانياً) لأنه لا خطر من الانتظار ما دامت لم تظهر أعراض امتصاص عفن . ويجب عمل مقاييس أسبوعية لمدة شهر تقاس بها المسافة بين قاع الرحم والتتوه الخنجرى ، وبينه وبين العانة .

وكذلك حول خصر الحامل في النقطة الأكثر ارتفاعاً على الخط بين العانة والسرة .
 في أحوال وفاة الجنين تبقى هذه المقاييس على حالها أو يقصر طولها . ولا خوف من
 حدوث ضرر للأُم من بقاء الجنين ميتاً في بطنها ما دامت لم تحدث أعراض
 امتصاص عنق . أما إذا حدث امتصاص عنق أعراضه ارتفاع الحرارة وسرعة النبض
 ونزول إفرازات سمراء والشعور بطعم كريبه في الفم وارتخاء الثديين والقولم وظهور
 الزلال في البول ، أو إذا انفجر جيب المياه وتعفن الجنين فالواجب إخلاء الرحم
 بلا إبطاء .

كيف نخل الرحم ؟ - العملية القيصرية بشق القسم السفلي للرحم هي أبسط
 وأسلم وأسرع الطرق لإخلاء الرحم ما عدا الأحوال التي تكون قد تطرق فيها العفن
 إلى باطن الرحم ففي هذه الحالة يلجأ إلى تحريض الولادة بالطرق التي ستذكر فيما
 بعد وقد يضطر المولود مكرهاً إلى توسيع عنق الرحم . بممددات هيجار ثم بأقلام
 اللاميناريا (الأشنة) .

وفي تمديد العنق بأقلام اللاميناريا يجب إدخال جملة أقلام صغيرة عقيمة بدلا
 من إدخال قلم واحد كبير خوفاً من صعوبة إخراجها متى انتفخ ولإدخال أقلام
 اللاميناريا تظهر أعضاء التناسل نظهيراً دقيقاً ، ويوضع منظار خلقي . ويجذب
 العنق إلى أسفل بجفت ذى مشبكين ويدخل فيه أكبر عدد ممكن من الأقلام
 العقيمة . ويلاحظ أن تكون أطرافها الظاهرة بارزة من العنق ونهاياتها الباطنة لاتتعدي
 الفوهة الباطنة إلا قليلا . وتباع هذه الأقلام جاهزة في أنابيب مغلقة أو نعقم
 بغمرها في كحل السلياني ١ في ١٠٠٠ لمدة أسبوعين . ثم تعمل سدادة مهبلية
 وبعد أربع وعشرين ساعة ترفع السدادة وتترع الأقلام بالجلذب على المحيط الذي
 يكون مربوطاً في أطرافها . ومتى خرجت نجدها قد امتصت سوائل من العنق
 وتضخمت حتى بلغت ضعف حجمها الأصلي^١ . ويؤدي هذا التضخم ، ليس فقط
 إلى تمديد العنق بل إلى ازدياد ليونته بحيث يسهل تمديده بالأصبع . وفي أغلب
 الأحوال يتحرض الخاض ذاتيا ، وتنتهي الولادة بلا مساعدة . فإذا لم يتحرض
 الخاض تدخل اليد كلها في المهبل وتولج السبابة في العنق ثم الوسطى ، ويجتهد في
 توسيع العنق بهما . ومتى اتسع العنق يحاول أيضاً إدخال الإبهام . ثم يعمل التحويل
 ويخرج الجنين . فإذا وُجدت صعوبة في جذبه يجوز إمساكه بجفت البيضة

(شوتر) ثم يخرج من العنق . فإن انفصل جزء منه يمسك جسم الجنين عند أعلى الجزء الذي انفصل وهكذا إلى أن يتخلص ، وإذا لم تنزل المشيمة حالاً فالأفضل تخليصها باليد . وإذا لم يتقبض الرحم جيداً بعد خروج المشيمة فالأفضل سده بالشاش اليودوفورى .

وهذه الأحوال هي أسوأ ما يصادف الطيب المولد لما فيها من الخطر على أن استعمال مضادات الحيوية والسلفا قبل العمل وفي أثناءه وبعد انتهائه يخفف من الضرر ومن الخوف من حدوث تسمم عنن قد يكون له أسوأ الأثر .

الإجهاض المتكرر

المعالجة الوقائية - لما كان العدد الأكبر من أحوال الإجهاض مسبباً عن أمراض إما موضعية أو عمومية ، فمن المنتظر تكرار حدوث الإجهاض ما دامت هذه الأمراض باقية ، وهذا هو الواقع . ولذلك يجب في أحوال الإجهاض المتكرر البحث عن السبب وعلاجه . وكثير من أحوال الإجهاض المتكرر يكون مسبباً عن الزهري ولذا يجب فحص الدم بتفاعل فاسرمان . ليس دم الأم فقط بل ودم الأب ، وإذا تيسر أيضاً دم الطفل الذى يولد ميتاً . وفي ٨٠٪ من أحوال الإجهاض المتكرر نجد أن السبب هو الزهري أى يكون التفاعل إيجابياً + أو ++ أو +++ . أو قد يكون التفاعل في دم الأم سلبياً ولكن تفاعل دم الأب إيجابى . وسواء كان دم الوالدين إيجابياً أو واحد سلبى والآخر إيجابى تجب معالجة الاثنين بالبنتلين وبحقن الزئبق الأسبوعية كما سبق شرح العلاج وقد يكون سبب الإجهاض المتكرر هو الزهري ومع ذلك لا يكون التفاعل إيجابياً . فإذا لم يوجد للإجهاض سبب آخر يعالج معالجة الزهري . أما الأحوال التى سببها التهاب رحمى باطنى فتعالج بالكحت وانثانات الرحم بتقشير الأربطة المبرومة ، والأورام الليفية الصغيرة بالقلع Enucleation ونمزقات عنق الرحم بنياطنها . والأحوال التى سببها الالتهابات الكلوية تعالج بملاحظة الحمية عن المأكولات الزلالية بمجرد ظهور الزلال في البول . وفي هذه الأحوال يجب تحليل البول أسبوعياً من أول الحمل . وقد يكون سبب الإجهاض المتكرر عدم تكافؤ دم الزوجين كما سبق وذكرنا

كما إنه قد يكون بسبب تغيرات مرضية في حيوانات الزوج المنوية ولهذا فمن الواجب فحص السائل المنوي للزوج وعلاج ما يظهر به من الأمراض .

الإجهاض الجنائى

هو تحريض الإجهاض بلا مسوغ طبي - وهو كما يستدل من اسمه جنائياً يعاقب مرتكبها بالحبس لغاية سبع سنوات . ويدخل في حكم المجهض إجهاضاً جنائياً كل من يشهر أو يصف دواء بقصد تحريض الإجهاض بلا مسوغ طبي . ولا شيء أضرّ على سمعة الطبيب أو المولدة من أن يعرف عنه (أو عنها) أنه



(شكل ١١٨)

الغراب الرسم بقلم أسنة (لاسيتاريا) في حالة إجهاض جنائى

يساعد على تحريض الإجهاض . وليعلم الطبيب المبتدئ أو المولدة أن توصلات المريضة التي تحمل سفاحاً ، أو دموع والديها ليست مبرراً لارتكاب جنائياً . فإن إنقاذ شرف عائلة لا يمكن أن يأتي من سبيل قتل نفس بريئة . والطبيب الذي يقدم على ذلك يعتبر مجرماً أمام القانون ، ساقط الشرف والذمة في عينى نفسه وأمام جميع الذين يعرفون ذلك عنه . والعائلة التي تطلب أن يتخذ شرفها بقتل جنين برئى في أحشاء إحدى بناتها لا يمكن أن يكون لها شرف حقيقى . لأن الشرف وجريمة

القتل لا يتفقان . والأم التي ترغب في قتل جنينها معتبرة بأن عمره أيام قليلة ، وأنه لا يمكن أن تكون له حياة خاصة به محظنة في مدعاها فإن المضغة تكون حية من أول يوم تلقيح البيضة ولولا ذلك ما نمت .

ولكن هناك أحوالاً تربك الطبيب كثيراً . فقد يدعى إلى مجهزة حاولت هي أو قابلتها أو طبيب مجرم تحريض إجهاضها فلم يفلح وصارت البيضة عفنة ، وأصببت الأم بحمى النفاس ، فلا يدري الطبيب السبيل الذي يجب عليه اتباعه في هذه الظروف . والقوانين الطبية كثيرة التباين والتناقض في هذه النقطة فيما يتعلق بالسر الطبي . أما الطريقة المثل فهي أن لا يقبل الطبيب علاج مريضة من هذا النوع إلا بالاشتراك مع طبيبين آخرين . وخبر له أن يحيلها إلى مستشفى عام . وإذا توفيت المريضة بعد ذلك فلا يعطى شهادة الوفاة إلا بعد إخطار البوليس . وإذا ساءت حالة المريضة فعليه أن يساعد على إخطار النيابة لأخذ أقوال المريضة قبل أن تفقد رشدها . وفي كل الأحوال يجب أن يفعل ذلك بالاشتراك مع الأطباء المشاركين له في العلاج حتى لا يقع عليه لوم ولا يعطى فرصة لأرباب السوء لتسوية سمعته .

أما الطرق التي تفعلها الحامل إذا أرادت التخلص من حملها بنفسها فهي غالباً أنها تضع في عنق الرحم عود كبريت ، أو ساقاً من الملوخية أو ريشة دجاج . أما إذا بلحات إلى مولدة خربة النعمة من اللواتي اتخذن هذه الحرفة صناعة لمن فالغالب أن تضع عوداً من اللاميناريا في العنق أو تدخل مجساً في الرحم . وعادة تنهى هذه المداخلات بأحداث إحدى النتائج الآتية :

(١) إحداث التهاب ساقطي عنق (٢) حرق البيضة (٣) ثقب الرحم (٤) إحداث تسمم دموي حاد (سبتيميا) . أما الأحوال التي لا تنخرق فيها الأغشية فيجوز أن لا تنتهى بالإجهاض ويستمر الحمل ، أو أن لا يتحرض فيها الإجهاض إلا بعد أسبوع أو اثنين . وفي هذه المدة تصاب المريضة بتسمم الدم الذي ينتهى غالباً بوفااتها . وكثيراً ما شاهدنا أحوالاً خرق فيها الرحم وحدث التهاب بريتوني حاد أودى بحياة المريضة (انظر شكل ١٤٨) وفي بعض الأحوال يمزق المحس الشريان الرحمي في أثناء انغراسه في جسم الرحم فيسبب نزفاً قاتلاً . وأغلب الأحوال التي تصادف الطبيب من هذا النوع هي الأحوال التي يحدث فيها تسمم حاد والجنين لا يزال في باطن الرحم . ويصعب في هذه الأحوال البت

في نوع العلاج الذي يتبع فإن إخلاء الرحم لا يؤدي إلى شفاء المريضة لأن العدوى تكون حينئذ في الدم ، وليست في الرحم وحده . وحتى تعفنت البيضة أو بعض أجزائها تصيب المريضة حمى قد ترتفع إلى 40° أو 41° من تسبقها قشعريرة . وكل تدخل جراحى يقصد إخلاء الرحم بالكشط يزيد الحالة سوءاً ويفتح مسالك جديدة لوصول العدوى إلى الدم . ولما كان من الموافق أن لا تترك الأجزاء العفنة في الرحم فالطريق الأفضل هو مساعدة خروجها بالطريقة الآتية :

تعالج المريضة معالجة حمى النفاس من حيث استعمال البسلبين والستربتوميسين أو التراميسين وحقن الجلوكون في الوريد وتؤمر بملازمة الفراش في وضع فولر (مضجعة نصف اضجاع) سائدة ظهرها على مسند ، وساقها متشبتان على فخذيها نصف انثناء وفخذاها متشبتان على بطنها قليلا . وتعمل لها حقن ملحية شرجية ٥٠٠ جرام كل ٣ ساعات تعطى نقطة فنقطة حتى تختص من المستقيم . وفي حالات النزف الشديدة تعطى المريضة نقل دم من ٥٠٠ ج - ١٠٠٠ ج حسب الحالة - ويجب عدم محاولة تفريغ الرحم إلا إذا دعت إلى ذلك ضرورة قصوى ويمكن تشجيع الرحم على التفريغ الطبيعى بإعطاء المريضة $\frac{1}{4}$ ج بيتونزين كل ساعة لمدة ثلاث ساعات وبرشامة كتين ٣٠ و . جم كل أربع ساعات .

فصل الرابع عشر

أمراض الغشاء الساقط والبيضة

تشمل هذه الأمراض الالتهاب الساقط الحاد والمزمن ، والمول اللحمي ، والسلان المائي الحمل ، والسرطان السلائى ، والاستسقاء الأميوسى ، ونقص السائل الأميوسى ، والأشكال غير الطبيعية للمشيمة والحبل السرى .

الالتهاب الساقط

الالتهاب الساقط إما أن يكون حاداً أو مزمناً . فالالتهاب الحاد يحدث فى الغشاء الساقط فى الحميات المعدية الحادة إما بسبب التغيرات التى تحدث فى ضغط الدم أو بسبب السموم التى يحملها الدم إليه . وتنتهى الإصابة عادة بالإجهاض . ويحدث الالتهاب الحاد أيضاً بسبب محاولة تحريض الإجهاض وفى الأحوال التى تصاب فيها الأم بالسلان .

أما الالتهاب المزمن فكثير الحدوث وهو من أهم أسباب الإجهاض . ويكثر حدوثه عند المصابات بالالتهاب الرحمى الباطنى أو بانثناء الرحم إلى الوراء وقت حدوث الحمل . وقد يكون الالتهاب مسبباً عن إصابة الأم بالزهري (السفلس) أو الأمراض الكلوية .

والالتهاب المزمن إما أن يسبب تضخماً فى الغشاء الساقط يعم كل العناصر التى تكون الغشاء وإما أن تكون الضخامة قاصرة على الغدد . وقد ينشئ التهاب الساقط أحياناً بحدوره .

وفى الأحوال التى ينتضخ فيها الساقط قد تبلغ ضخامة الغشاء مستبترين إلى ٣ سنتيمترات فى كل محيط البيضة . وقد يحدث أن أوعية الساقط تتمدد وتنفجر فتحدث أزفة تتخلل أنسجة الغشاء وتنسكب بينه وبين السلى . والدم المنسكب يتجمد

وترسب طبقات من القبرين على الحمل السلائى . وينشأ عن هذه الحالة أن سطح الأغشية حيث تغلف الجنين تظهر فيه ارتفاعات وانخفاضات شبيهة بالأوردة التي يتجمد الدم فيها وتنتهى الإصابة عادة بموت العلقة .

وتحدث وفاة العلقة (الجنين) غالباً قبل انتهاء الشهر الثانى ومختص ولا يبقى منها إلا غشاء رقيق يشاهد عالقاً بالحبل السرى الذى يكون فى هذه الحالة عبارة عن قناة صغيرة مملوءة بسائل ولتصقة بالأغشية . وتسمى هذه الحالة بالبيضة المضروبة *apopleptic ovum* . وفى الأحوال التى يكون فيها النزف الحادث فى الغشاء الساقط كافياً لفصل البيضة عن الرحم يحدث الإجهاض . أما إذا لم تنفصل البيضة عن الرحم فقد يستمر نمو الساقط ويزول الحمل السلائى وتتحول البيضة إلى كتلة من الغشاء الساقط يسمونها الورم الساقطى الحميد .

وفى بعض أحوال التهاب الساقطى تكون الفسخامة الحادثة منصبة بالأكثر على الغدد التى فى الغشاء الساقط . وهذه الغدد الملتهبة تأخذ فى إفراز سائل يتجمع أولاً فى التجويف الذى بين الغشاء الساقط والمغلف ومنى ازداد مقدار السائل المنفرز ينضج الكيس ويخرج السائل من عنق الرحم . وهذا ما يسمونه بالسيلان الساقطى .

الأعراض — تتحصر فى نزول سوائل من الرحم باستمرار أو على نوب . وإذا مات الجنين زالت أعراض الحمل .

العلاج — فى الأحوال الحديثة يزال السبب فإن كان الرحم مائلاً إلى الوراثة يعدل وتوضع فرزجة فى المهبل وتعطى المريضة مقادير قليلة من خلاصة المديراستس الكاتادى وإذا مات الجنين يحرض الإجهاض .

المول اللحمى

المول اللحمى أو الدموى هو الحالة التى تحدث أحياناً فى الحمل الذى عمره شهران أو أقل عند ما يحدث التهاب الساقطى وموت البيضة بسبب حدوث أذفة بين الغشاء الساقط والسلى . ويختلف شكل المول بحسب مقدار الدم المتجلط ومدته احتباس المول فى الرحم . وعادة يكون المول ككتلة دموية صلبة ذات لون أسمر غامق وسطحها غير منتظم ومكون من جملة فصوص مؤلفة من كتل الدم المتجمد (٢١)

المنغرس في أغشية الجنين ، وداخل المول توجد بقايا الأغشية والكيس الأمنيوسي متصلاً وضامراً وغالباً تكون العلقة قد ذابت وامتنعت .

الأعراض - لا تكون الأعراض عادة واضحة وقد لا تزيد عن حدوث أرتة قليلة متقطعة لونها أسمر غامق ونزول مفرزات سمراء اللون ناشئة عن تحلل الجلط الدموية المحيطة بالبيضة . وبالحس المزدوج يرى أن حجم الرحم أكبر من حجم الرحم غير الحامل ولكن أصغر مما يناسب أشهر الحمل . وقوامه يكون أصلب من قوام الرحم الحامل . وإذا فحصت المريضة بعد مدة يرى أن الرحم آخذ في الصغر بدلا من أن يكبر .

وكثيراً ما يتقذف المول طبيعياً . وقد تطول المدة قبل أن يتقذف . وعادة لا خوف من الانتظار لأن البيضة لا تتعفن ما لم يحدث تدخل . فإذا طالت مدة الانتظار فالأفضل إعطاء المريضة بتوترين ٠,٥٠ كل ٦ ساعات لمدة يوم وبرشام كينين ٠,٣٠ كل ٤ ساعات . فإن لم يتقذف المول بمدد الرحم ويفصل المول بالأصبع ثم يخرج بيجفت البيضة . وسبب الانتظار الخوف من أن يكون الجنين حياً . ولكن إذا رؤى أن الرحم يصغر في الحجم وأنه يتصلب في القوام فالجنين ميت .

السيلان المائي الحمل

ويطلق على الأحوال التي يسيل فيها إفراز مائي من الرحم في مدة الحمل .

الأنواع - ينشأ السيلان المائي مدة الحمل من سببين مختلفين : الأول من تجمع سائل بين الأغشية وجدر الرحم ، والثاني من نزول جزء من السائل الأمنيوسي بسبب انثقاب الأغشية قبل الأوان .

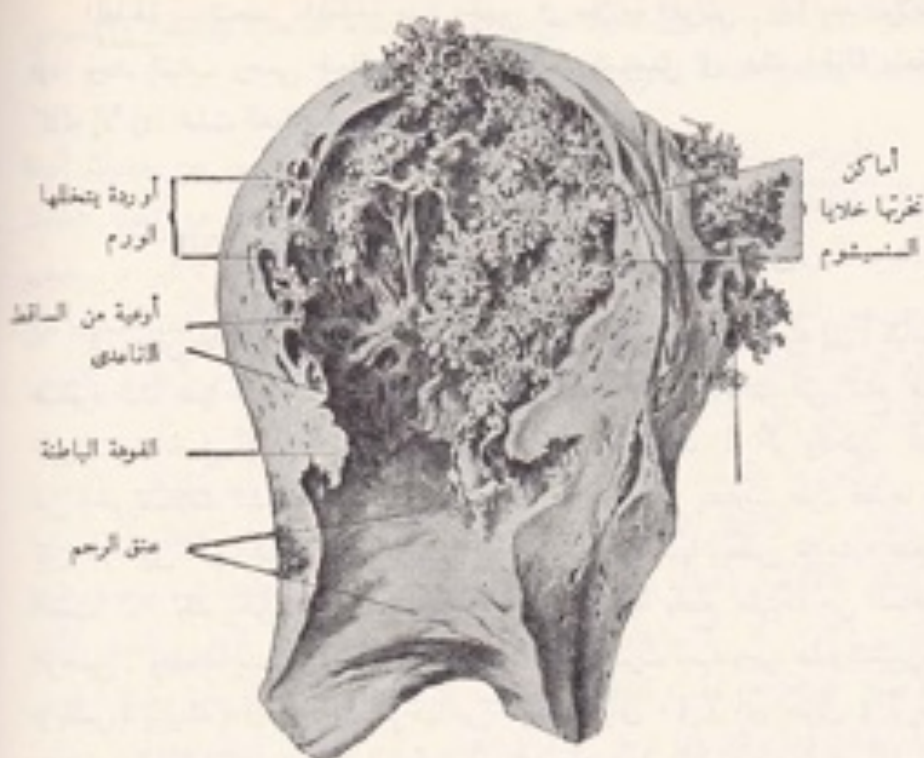
الأسباب - السيلان المائي الذي ينشأ من تجمع سائل بين الأغشية والرحم يتسبب من التهاب الساقط الحقيقي والساقط المتعطف ، فيفرزان سائلا يتجمع خلف الأغشية ثم يتفجر التجمع دفعة واحدة . ويتكرر حدوث ذلك جملة مرات أما السيلان المائي الأمنيوسي فينشأ من تمزقات صغيرة في الأغشية . ويحدث عادة في الشهرين الأخيرين للحمل ويسبب الولادة المعجلة .

المعالجة - تنحصر المعالجة مدة الحمل في ملازمة الفراش . أما بعد الولادة فإذا وجد التهاب رحمى فيعالج بعملية الكشط وتستعمل في هذه الحالة ملعقة كاله إلا إذا عملت العملية بعد الولادة بثلاثة أشهر .

الاستحالة المخاطية للسلى أو الحمل الحويصلى

في بعض حالات الحمل تحدث تغييرات في الحمل السلائى تحوله إلى أكياس صغيرة تنشأ عنها تغييرات في تكوين الجنين ذاته . وفي الحالات التى تبلغ فيها تغييرات الحمل أقصاها يتلاشى الجنين كلية ولا يوجد له أثر وتتكون كتلة من الحويصلات الشفافة الصغيرة التى يتحول إليها السلى بتفاوت طول قطرها ما بين ٠,٣ إلى اسم مملوءة بسائل أبيض شفاف ومرتبطة بعضها ببعض بما يشبه عقود العنب . وقد يكون معها خليط من الخلط الدموية وقطع منهكة من الساقط الرحمى . وهذا ما يسمى بالحمل الحويصلى - ولقد قدرت نسبة وجود هذه التغييرات (بصورة بسيطة) في حالات الإجهاض المبكر بحوالى ٤٠ ٪ أى حوالى ٤ ٪ من مجموع الحمل كاله ويعتقد الباحثون أن التغييرات على الأرجح تبدأ في الظهور منذ الأسبوع الخامس للحمل أى وقت ابتداء دورة الدم الجنينية وقد يكون تكوين الجنين المعيب هو السبب في عدم تكوين دورة طبيعية تشمل نتوءات الحمل السلائى وما يعقب ذلك من نقص في تغذية الخلايا بالدم وما يتوقف عليه من تغييرات . ويحدث الحمل الحويصلى في متكررات الولادة أكثر من البكارى وفي كبيرات السن أكثر من صغيراته . ويكثر أن تصاحبه أعراض تسم الحمل الامتصاصى خصوصاً إذا استمر الحمل إلى ما بعد الشهر الرابع - فقد وجد أن التسم الامتصاصى يحدث في حوالى ٢٨ ٪ من حالات الحمل الحويصلى بعد الشهر الرابع وتنحصر التغييرات التى تطرأ على الحمل السلائى فيما يلى :

تدهور الخلايا المكونة لنسيج لب نتوءات الحمل ويمتلئ بسائل شفاف ويحدث استسقاء عام في خلايا النسيج الضام حولها وتختفى أكثر الأوعية الدموية وتقل كمية الدم الموجود فيها وغالباً ما تكون خالية أما خلايا لانجهان فتنمو وتغزو طبقة السينشيوم إلا أنها تظهر عليها أيضاً دلائل الانحلال فلا تلتون بالصبغة إلا قليلاً وتظهر فيها فجوات عديدة كما تظهر فجوات كثيرة في طبقة السينشيوم - وهذه



(شكل ١٤٩) مول حويصل من النوع الخبيث (م)

أيضاً تظهر فيها دلائل الانحلال ولكن عوامل النمو والتزايد أكثر ما تكون في هذه الطبقة فتغزو ما يحاورها ويمتد خلايا الساقط الرحمي إلى طبقات الرحم العضلية . وتخترق الأوعية الدموية وتتخلل ما بين عضلات الرحم وقد تصل إلى تجويف البريتون نفسه وتسبب نزيفاً داخلياً . وقد تسبب نزيفاً خارجياً أو انفجار الرحم وقد يحدث انفجار الرحم من تلقاء نفسه نتيجة لتأكل جدره أو قد يحدث أثناء عملية تفريغ محتوياته .

وفي حوالي ٢٪ من حالات الحمل الحويصل تتطور هذه التغييرات وتزداد قوة الخلايا على النمو والتغلغل وتنتشر لا في الأجزاء المجاورة فقط بل في باقي أجزاء الجسم - أي ينشأ تحولاً خبيثاً يعرف باسم « السرطان السلائى » وقد وجد أن في حوالي ٥٠٪ من حالات السرطان السلائى يمكن الحصول على تاريخ حدوث حمل حويصل سابق .

وقد تتكون أورام الحمل الحويصل في عنت الرحم أو المهبل أو قد تخترق

خلاياها بعض الأوردة الدموية فيحملها الدم إلى أجزاء أخرى من الجسم خصوصاً الرئتين ولكنها تبقى محافظة على نوعها الحميد .

وغالباً ما يتضخم المبيضان وتظهر فيهما أكياس عديدة مختلفة الأحجام (يختلف حجمها من بضعة ملليمترات إلى ٦ سم) ل وهي أكياس مبطنة بخلايا لوتينية ولقد ثبت أنه ليس هذه الأكياس علاقة بتكوين الحمل الحويصلي . بل إن ظهورها ونموها هما نتيجة استجابة لزيادة إفرازات القوس المقدم للغدة النخامية وتحتوي هذه الأكياس على سائل به نسبة عالية من مادة الجوناد وترويين وبعد التخلص من الحمل الحويصلي (سواء بالإجهاض الطبيعي أو بعمل عملية) عادة تتلاشى هذه الأكياس تدريجياً ويمتص الجسم ما بها من مادة الجونادوترويين ببطء وتظل الكلى تفرز منها كمياتاً في البول إلى مدة مختلفة . وعلى وجود هذه الكمية في البول يتوقف عمل تحليل البول الكمي بتفاعل أشهيم وزوندك أو تفاعل فريدمان .

المرض وعلاماته: قد يكون حجم الرحم طبيعى أو قد يكون أكبر من الحجم الطبيعى المقدر لمدة الحمل المعروفة - وقد ينقص عن الحجم الطبيعى في بعض الحالات إذا حصل انفصال الحمل من الرحم وبق فيه على شكل مول .

وهناك ثلاث علامات غالباً ما تصحب الحمل الحويصلي وهذه هي :

(١) يحدث نزف من الرحم في حوالى ٩٥٪ من الحالات يختلف في وقت حدوثه كما يختلف في كميته ومقدار خطورته وعادة ينشأ عنه أنيميا شديدة وملحوظة خصوصاً في الحالات التي يتكرر فيها حدوث النزيف وتأتى للعلاج متأخرة .

(٢) آلام رحمية .

(٣) تهوع وقيء مستعصي وقد يكون هناك علامات تسمم امتصاصي مصاحبة له .

وتختلف نتيجة الحمل وسيره باختلاف الحالات فقد يحدث إجهاض كامل وطبيعى . إلا أن في معظم الحالات يصحب الإجهاض نزف شديد يستدعى تدخل الطبيب - خصوصاً وأن قوة عضلات الرحم على الانقباض تصبح ضعيفة نتيجة لما يتغلغل بينها من خلايا السل . وقد يحدث نزف داخلي بسبب تأكل جدران الرحم أو بسبب انفجاره .

وقد يمتد الورم إلى عنق الرحم أو المهبل أو الفرج دون أن يكون له صفة خبيثة . حيث إن الامتداد يكون مقصوراً على ما يجاوره من الأنسجة .

التشخيص - يستدل على حدوث حمل حويصلي بما يأتي :

(١) نزف رحمى يتبع فترة انقطاع الطمث ويكون عادة مصحوباً بعلامات أنيميا شديدة وقد يكون هناك علامات تسمم امتصاصي . فتشكو المريضة من تهوع وقىء الخ .

(٢) لا تشعر المريضة بحركة الجنين في البطن وبالفتحص نجد الرحم كروى متضخم وقد يكون حجمه أكبر من مدة الحمل المقررة - وهو لين تحت اليد الفاحصة ولا يمكن تمييز أعضاء جنين بداخله كذا لا يمكن سماع ضربات قلب الجنين .

(٣) قد تظهر أحد أو بعض حويصلات الحمل مع الدم المنفرز من الرحم أو قد يشعر بها الأصبع الباحث داخل عنق الرحم - فتكون من أهم العلامات المميزة .

تحليل البول الكمي بتفاعل فريدمان أو أشهيم وزوندك :

سبق أن ذكرنا أن مقدار مادة الجونادوتروبين الموجودة في الجسم أثناء الحمل الحويصلي تزيد كثيراً عن المقدار الموجود في الجسم أثناء الحمل الطبيعي - ولذلك نجد أن اختبار البول بتفاعل فريدمان أو أشهيم وزوندك في هذه الحالات يعطى نتيجة إيجابية شديدة . وبتخفيف البول بنسب محددة واستعماله لحقن الحيوانات المستعملة في الاختبار يمكن الوصول إلى معرفة مقدار ما يحتوي عليه البول من مادة الجونادوتروبين . وفي حالات الحمل الطبيعي يختلف مقدار الجونادوتروبين من ٣,٠٠٠ إلى ١٠,٠٠٠ وحدة فأر في المتر الواحد من البول بينما في الحمل الحويصلي تبلغ قيمته عدة مئات الآلاف من الوحدات . أما في الحالات التي يفصل فيها الحمل الحويصلي عن الرحم ويموت قد تكون نتيجة الاختبار سلبية . وقد تكون النتيجة إيجابية بدرجة شديدة في الحمل الطبيعي المصحوب بعوارض التسمم الامتصاصي بدون أن يكون هناك حمل حويصلي .

ويعتبر زوندك وجود زيادة عن ٢٠٠,٠٠٠ وحدة فأرية من الجونادوتروبين

في لتر من بول الحامل (أو ٤١٦ وحدة في سائل النخاع الشوكي) ضروري لتشخيص حمل حويصلي ويجب ألا ننسى أن مقدار الجونادوتروبين المنفرز في البول في حالات الحمل الطبيعي تزداد تدريجياً من أول الحمل حتى تبلغ أقصاها حوالي اليوم الستين بعد انقطاع الطمث ومن ثم تقل بسرعة. وفي هذه المدة قد تصل الكمية المنفرزة في الأربع وعشرين ساعة عدة مئات الآلاف وحدة. ولذا يجب عدم الأخذ بنتيجة هذا الاختبار أثناء هذه الفترة لتشخيص الحمل الحويصلي. أما فيما عدا ذلك يعتبر هذا الاختبار من أحسن الوسائل التي يعتمد عليها في التشخيص.

ويمكن تقسيم التغيرات التي تحدث في الحمل السلائى إلى أربعة أنواع:

(١) حمل حويصلي مع ثلاثى الجنين وانفراز كميات كبيرة من الجونادوتروبين في البول.

(٢) تغيرات طفيفة في السلى من نفس النوع التي توجد في حالات الحمل الحويصلي. ولكنها محدودة. ولا يموت بسببها الجنين. وفيها ينفرز الجونادوتروبين بكميات طبيعية أو أكثر من الطبيعي بقليل.

(٣) حالات ينفصل فيها الحمل الحويصلي ويموت ويضمحل وينقص انفراز الجونادوتروبين.

(٤) حالات ينفصل فيها الحمل الحويصلي ويبقى في الرحم مكوناً (إجهاض متروك) وفيها أيضاً يقل انفراز الجونادوتروبين عن مقدار ما ينفرز في حالات الحمل الطبيعي.

الإنذار - سبق أن ذكرنا خطر حدوث نزيف داخلي أو خارجي وانثقاب الرحم أو انفجاره. وتعرض المريضة للأنييميا الشديدة وبذا تضعف مقاومتها للميكروبات وتكثر إصاباتها بالعدوى. عدا هذه الأخطار المباشرة. قد يتطور التغير إلى مرض السرطان السلائى الحبيث.

العلاج - في أكثر من نصف حالات الحمل الحويصلي يحدث إجهاض طبيعي من تلقاء نفسه ولكن يجب في كل حالة أن نتبع ذلك بعمل عملية كشط لتأكد من استئصال الحمل عن آخره - كذا تعالج الحالات التي لا تنجس

من نفسها بعمل عملية كشط بعد تمديد عنق الرحم بمعدات هيجار إن أمكن أو بعمل عملية شق الرحم عن طريق المهبل ويجب مراعاة منتهى الدقة والعناية في هذه العمليات خوفاً من إحداث نزف أو تمزقات في الرحم وفي نفس الوقت يجب التأكد من استئصال الحمل استئصال تاماً . ويجبذ البعض عمل عملية استئصال الرحم إذا حدث الحمل الحويصلي بعد سن الأربعين وذلك لكثرة حدوث السرطان السلائى بعد الحمل الحويصلي في هذه السن وبعده .

وكثير من الحالات تشفى شفاء تاماً وقد تحمل حملاً طبيعياً بعد ذلك وتنجب أطفالاً أصحاء . وفي حالات نادرة قد يتكرر الحمل الحويصلي .

وفي كل الحالات يجب عمل تحليل البول الكمي بتفاعل فريدمان أو أشيم وزوندك كل أسبوعين لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء الحمل ثم كل شهر لمدة ستة بعد آخر تحليل سلبي وفي معظم الحالات ينشئ انقراض الجوناودوتروبين في البول بعد ثمانية أسابيع من انتهاء الحمل ولكنه قد يستمر إلى الأسبوع الثاني عشر أو بعده . وحدث السرطان السلائى بسبب ارتفاعاً فجائياً في مقدار الجوناودوتروبين المنفرز وقد يكون ذلك أول إنذار لوجود المرض وفي هذه الحالات يجب عمل عملية كشط استئصالي وتكرر الاختبارات البولية .

السرطان السلائى

سبق أن ذكرنا مقدرة خلايا الحمل الحويصلي على اختراق جنر الرحم وتخللها بين عضلاته وامتدادها إلى ما يجاورها من أجزاء الجسم . ولكن طالما كان هذا الامتداد مقصوراً على الرحم وما يجاوره - اعتبرنا المرض غير خطير أما في حالات السرطان السلائى فتبدأ التغييرات من خلايا الأدمة الخارجية للبيضة (اکتودرم) ويحدث ذلك في حالة وجود جنين طبيعي أو غير طبيعي وقد يبدأ الورم السرطاني في النمو بعد خلو الرحم من الحمل بمدة طويلة . ويمتاز هذا النوع من السرطان بالنمو السريع والانتشار في الرحم وما يجاوره فيغزو الأوعية الدموية ويتنقل بواسطتها إلى باقي أجزاء الجسم خصوصاً في الرئتين . وسرعان ما تظهر على المريضة عوارض الهزال والمرض .

وحتى الآن لا يزال العامل أو العوامل المسببة للمرض مجهولة . ولو أن هناك

شعور وثيق بوجود رابطة بين الحمل الحويصلي والسرطان السلائى ولسبب ما يكثر هذان المرضان في الصين وجزائر القليلين .

الوقاية - (١) إن التغييرات التي يتميز بها الحمل الحويصلي توجد هي نفسها بدرجة كبيرة أو قليلة في كثير من حالات الإجهاض .

(٢) وحيث إن بعد الإجهاض الطبيعي كثيراً ما يتبقى جزء من الحمل السلائى في الرحم .

ينصح الكثير بعمل عملية كحت في كل حالات الإجهاض وكذا بفحص كل عينة فحصاً دقيقاً بالميكروسكوب . كما يجب المواظبة على عمل تحليل البول الكمي يتفاعل أشهيم وزوندك لكل حالة حصل عندها حمل حويصلي . كما سبق وشرحنا .

ويبدأ الورم في مركز المشيمة ويكون في تجويف الرحم بروزاً ليناً داكن اللون مليئاً بالأوعية الدموية وقد يخترق جدار الرحم فيظهر في تجويف البريتون أو بجوار الرحم وقد يمتد إلى المهبل وكثيراً ما يمتد بواسطة الأوعية الدموية إلى أجزاء الجسم المختلفة .

وبالفحص الميكروسكوبي نجد مجموعات من كل من خلايا لانجهان والسينشيوم متغلغلة بين عضلات الرحم وبعضها بعضاً ومصحوبة بكثير من الأتربة الشعرية مع تجمعات من كرات الدم البيضاء بينما تظهر علامات الانحلال وفي نفس الوقت النمو في كل أنواع الخلايا . وليس هناك صفة خاصة يمكن بها تمييز نوع خلايا التروفوبلاست . هل هي من النوع الخبيث أم لا ؟

تطور المرض : عادة يتبع المرض إجهاضاً (عادياً أو حويصلياً) أو يتبع ولادة طبيعية فتشكو المريضة من نزف غير منتظم أو قد تشكو من ورم في المهبل أو التمرج وقد يظهر الورم وقت إجهاض أو بعد بضعة أسابيع أو أشهر . وفي حالات نادرة بعد عدة أعوام وتظهر على المريضة علامات الضعف وشحوب اللون وتورم الأطراف . وفي بعض الحالات يوجد إفراز مهبل كزير الرائحة ينشأ عن موت بعض خلايا الورم وانفصال قطع منه وتعضها . ويظهر زلال في البول وفي بعض الحالات تصل خلايا الورم إلى الرئتين فتسبب سعالاً ونزفاً رئوياً .

أو قد تحدث أوراماً ثانوية في المهبل (ومنه تمتد للمثانة) أو الكبد أو المخ أو الطحال وتختلف الأعراض المسببة من هذا الانتشار حسب اختلاف العضو المصاب ووظيفته في الجسم .

وإذا لم يستأصل المرض سريعاً . عادة ينشئ بالوفاة في ظرف عام من تاريخ ظهوره .

التشخيص - إذا عملت عملية كشط وفحصت العينة أمكن معرفة نوع المرض . ولكن التحليل الكمي للبول يتفاعل أشهيم وزوندك إذا أعطى نتيجة إيجابية شديدة ولم يكن هناك حمل أو سبق حدوث حمل حويصلي . يكاد يكون دليلاً قاطعاً على وجود السرطان السلائق - خصوصاً - إذا تكررت النتيجة بتكرار التحليل أو دل التحليل على وجود كميات متزايدة من الجوناووتروبين .

العلاج - تعالج حالة المريضة العامة ويستأصل الرحم مع كلا البوقين والمبيضين أما فائدة العلاج بالأشعة السينية بعد عمل العملية فشكوك فيه . وكذا تستأصل الأورام الثانوية إذا وجدت في المهبل أو الفرج - أما أورام الرئة فتعالج بالأشعة السينية . وبعد العملية يجب المواظبة على عمل تحايل البول شهرياً . ولا تعتبر المريضة شفيت تماماً إلا بعد الحصول على عدة نتائج سلبية متتالية . وعادة تصبح النتيجة سلبية في ظرف شهر إلى ثلاثة أشهر بعد العملية في الحالات التي تبرأ من المرض .

الاستسقاء الأميوسى

ويطلق على الأحوال التي يفرز فيها مقدار كبير جداً من السائل الأميوسى . والكمية العادية للسائل الأميوسى تختلف كثيراً ولكنها لا تزيد في الحالة العادية عن لتر واحد . أما في أحوال الاستسقاء الأميوسى فقد تبلغ كميته من لتر وربع إلى خمسة عشر لتراً . والاستسقاء الأميوسى ينتجم عادة تدريجاً . ولكنه في أحوال نادرة جداً قد يحدث في ليلة واحدة .

الأسباب - غير معلومة تماماً ولكنهم ينسبون حدوثه للإصابة بالزهري وأمراض

القلب والسكر والكلى والأنيميا . ومن المشاهد أنه يصطحب كثيراً بتشوهات الجنين وبأمراض القلب والكلى عند الحوامل . وهو أكثر شيوعاً عند متكررات الولادة منه عند بكرياتها . وقد يحدث الاستسقاء الأمنيوسى فى أحد كيسى حمل توأمى ولا يحدث فى الآخر .

التشخيص - النقط المميزة للاستسقاء الأمنيوسى هى زيادة حجم الرحم عما يناسب شهور الحمل ، وصعوبة إدراك أجزاء الجنين أو سماع ضربات قلبه أو تحديد جدر الرحم نفسه ، والإحساس بتموجات واضحة . إما مهلبياً فلا يحس بشيء من أجزاء الجنين إذا كان جيب المياه سليماً لأن الجزء الآتى به الجنين لا يستطيع الانحشار فى أحوال الاستسقاء الأمنيوسى إلا متى تمزق جيب المياه . ويطمد العتق من شدة الضغط قبل الولادة بأيام كثيرة . ويميز الاستسقاء الأمنيوسى عن الاستسقاء الزرقى والأكياس المبيضية بظهور علامات الحمل المهلية والبطنية وبالتاريخ .

الأعراض - أعراض الاستسقاء الأمنيوسى فى مدة الحمل تنشأ كلها من الضغط على الأحشاء المجاورة بسبب اشتداد تمدد الرحم . فمن الضغط على المستقيم يحدث إمساك ، ومن الضغط على المثانة يكثر تطلب البول ، ومن الضغط على جدر البطن يحدث ارتخاء فى البطن ، ومن الضغط على المعدة يحدث القيء ، ومن الضغط على القلب والرئتين يحدث خفقان وعسر فى التنفس ، وتزرق الشفتان واليدان والقدمان ، وتتورم الساقان وكثيراً ما يظهر الزلال فى البول .

أما فى أثناء الولادة فيبطئ الدور الأول من ضعف جدر الرحم الناشئ عن ازدياد تمددها ، ويكثر حدوث الهيمىء المعيب للجنين . ومتى انفجر جيب المياه فبالنسبة لتصرف السائل الأمنيوسى بسرعة عظيمة قد يسقط الحبل السرى ، وقد يصير الهيمىء معيباً إن لم يكن معيباً من قبل . وبسبب سرعة انقباض الرحم وصغر حجمه تنفصل المشيمة ويحدث نزف دموى . أما الدور الثانى فقد يحدث بسرعة غير محمودة العاقبة إذا كان الوضع حميداً ، أو نصير الولادة عسرة إن كان معيباً . أما الدور الثالث فيكون بطيئاً بالنسبة للحمود الذى يصيب الرحم ويكثر حدوث النزف الحمودى .

- السرى - قد ينتهى الاستسقاء الأمنيوسى بإحدى أربع نهايات : -
- (١) الولادة المعجلة ، وذلك بسبب ازدياد تمدد الرحم .
 - (٢) الولادة الطبيعية إذا لم يكن الاستسقاء شديداً .
 - (٣) انفجار الرحم من اشتداد تمدده .
 - (٤) وقوف حركة القلب من اشتداد الضغط عليه .

المعالجة - إذا كان الاستسقاء خفيفاً يربط البطن بحزام بطنى مدة الحمل ، وتعطى المريضة يودور البوتاسيوم . أما إذا ظهرت أعراض ضغط على القلب فالأفضل تحريض الولادة المعجلة . أما فى أثناء الولادة فالواجب ألا يسمح بلجيب المياه بأن يتفجر من نفسه ، لأنه إذا حدث ذلك فمن سرعة نزول السائل الأمنيوسى قد يسقط الحبل السرى ، وقد بصير الحبل معيباً . وعلى ذلك فالواجب أنه متى تمدد العنق تمدداً كافياً وتأكدنا أن الحبل بالرأس أو بالمعقدة ندخل يداً فى المهبل وندفع أصبعين بين الرحم وجيب المياه ، ثم نمرر بين الأصبعين مسبراً معقماً ونحرق به جيب المياه فى أعلى نقطة ممكنة لنضمن تصريف السائل تدريجياً . ولا بأس من إعطاء قرص (Diamox) مرة كل يوم إذا كانت حاله الكلى تسمح بذلك فهذا مدر للبول وقد يقلل من كمية الاستسقاء .

نقص كمية السائل الأمنيوسى

قد تكون كمية السائل الأمنيوسى قليلة جداً فينشأ عن ذلك التصاق الغشاء الأمنيوسى ببعض أجزاء الجنين . فتى نما الجنين فقد تنجذب هذه الالتصاقات فتحيط بأحد أطراف الجنين وتثبته . وبسبب نقص السائل تكون حركات الجنين مدة الحمل مؤلمة جداً للأم . وأعدم تمدد العنق يجيب المياه تطول الولادة وتعسر .

الأشكال غير الطبيعية للمشيمة والحبل السرى

قد يتغير شكل المشيمة وحجمها ووضعها . وقد يتغير أيضاً طول الحبل السرى ويحل اندغامه . وأهم هذه التغيرات هى :-

(١) المشيمة الغشائية - وفيها تكون المشيمة كبيرة الحجم ورقيقة جداً حتى أنها قد تغطي كل السطح الباطن للرحم .

(٢) المشيمة الإضافية - وفيها يكون موجوداً فضلاً عن المشيمة الأصلية مشيمة أو مشيمتان إضافيتان تتصلان بالمشيمة الأصلية ببعض الأوعية الدموية . وكثيراً ما يحدث أن هذه المشيمات الإضافية تبقى في الرحم بعد تخلص المشيمة الأصلية فيتسبب عن ذلك حدوث النزف بعد الولادة أو حدوث الامتصاص العفن .

(٣) في بعض الأحوال يتندغم الحبل السرى بالقرب من حافة المشيمة وليس في وسطها .

وكثيراً ما يشاهد في المشيمة سكتات بيضاء قد تكون كثيرة العدد فتكون دائرة بيضاء حول المشيمة ، وقد يوجد في المشيمة أكياس صغيرة أو رسوبات كلسية وهذه كلها لا ضرر منها على الجنين إلا إذا حدثت بدرجة تعطل الدورة المشيمة .

(٤) الاندغام المعيب للمشيمة - تندغم المشيمة عادة إما على السطح المقدم أو الخلفي لتجويف الرحم بحيث تكون حافتها السفلى بعيدة عن الفوهة الباطنة بخمسة أو عشرة سنتيمترات . فإن اقتربت الحافة السفلى للمشيمة من الفوهة الباطنة بدرجة تجعل المشيمة تتمزق عند تكون القسم السفلي للرحم وتمدد العنق في الولادة فالاندغام معيب .

(٥) المشيمة الزهرية - وهي أكبر حجماً وأبهر لوناً من المشيمة الطبيعية . ويكون نسيجها ضخماً رخوياً سهل التفتت زيني الملمس . وإذا عمل منها قطاع مكرسكوبي أمكن العثور بعد الفحص الدقيق على سيريروكيت الزهري .

(٦) في بعض الأحوال لا تنضم الأوعية المكونة للحبل السرى بعضها على بعض على سطح المشيمة ، بل تسير منفردة إلى مسافة طويلة أو قصيرة قبل أن تنضم بعضها على بعض . وهذا يجعلها شديدة التعرض للتمزق بعد انفجار الحبيب فتسبب وفاة الجنين .

الفصل الثامن عشر

الحمل خارج الرحم

الحمل خارج الرحم من الأمراض الشديدة الخطر ينشئ دائماً بوفاة الجنين وغالباً بوفاة الأم إن لم ينتبه إليه ويشخص ويعالج في الوقت المناسب . ولا يندر حدوث هذا الحمل الشاذ بقدر ما يظن بل إن صعوبة تشخيصه في بعض أطواره وشدة التباسه بأمراض أخرى كثيراً ما تضللان الطبيب عنه .

ماهيته - الحمل خارج الرحم هو انفراس البويضة الملقحة ، لا في الرحم كما يجب ، بل في بوق فالوب ، وهو كثير الحدوث ، أو في المبيض وهو نادر أو في البريتون وهو أمر مشكوك فيه . وقد يحدث الانفراس في القرن الضامر من رحم ذى قرنين أو في جزء البوق الواقع في سمك الرحم . ولما كانت الأنواع الأخيرة شديدة الندرة فسنبهلها وسنجعل كلامنا مقصوداً على الحمل البوق وخصوصاً لأنها لا تختلف عنه كثيراً في نهاياتها وعلاجها .

أطواره : من الوجهة الإكلينيكية يمكن تمييز أربعة أقسام للحمل الخارجى :-

- (١) حمل خارج الرحم قبل انفجار البوق الحامل .
- (٢) انفجار البوق الحامل وحدث نزف باطنى شديد .
- (٣) انفجار البوق الحامل وتكون قبلة دموية .
- (٤) انفجار البوق واستمرار البيضة في النمو إما بين طبقتى الرباط العريض أو في تجويف البريتون .

أسبابه : يظهر أن الأسباب التي تحجز البيضة الملقحة في البوق هي وجود ردوب (قعور أكياس) غير طبيعية في البوق تفضل فيها البيضة ، أو وجود عائق في البوق لا يسده تماماً بل يترك فيه سيلاً كافياً لمرور الحيوان المنوى ولكنه لا يسع

البيضة المفلحة . والأحوال التي تجعل البوق يضيق بهذه الكيفية هي التهاب الغشاء المبطن للبوق ، أو انسداده الجزئي بالتصاقات النهائية ، أو وجود أورام صغيرة في الطبقة العضلية . ولكن السبب الحقيقي لهذا المرض لا يزال مبهماً لأن كثيراً من الأبواق التي فحصت بعد العمليات لم يظهر فيها أثر لهذه الأسباب .

سيرة - متى انفردت البيضة خارج الرحم وكان الانغراس في المبيض فإنها لا تستمر طويلاً حتى تنفجر . وإن كان في البوق يأخذ في النمو مطابقاً لنمو البيضة . ويتكون من غشائه المبطن له ساقط رقيق جداً يحيط بها . ولرقة هذا الساقط وضعفه تستطيع خلايا التروفوبلاست أن تنخر أنسجة البوق العضلية بسهولة فلا يمضي زمن طويل حتى تتأكل الطبقة العضلية وتصبح البيضة منفردة فيها ولا يفصلها عن البريتون إلا طبقة رقيقة من البوق مغلفة بالبريتون . أما الساقط المغلف الذي يفصلها عن تجويف البوق فيكون مؤلفاً من الغشاء الرقيق المبطن للبوق . وبسبب رقة الساقط تنخر خلايا التروفوبلاست الأوعية البوقية بسهولة فتتكون أنزفة حول البيضة شبيهة بالأنزفة التي تحدث في الإجهاض الرحمي . وتكرر حدوث هذه الأنزفة حول البيضة يؤدي إلى انفصالها وموتها ، وهذا شبيه بما يحدث في المول اللحمي في الحمل داخل الرحم . فإذا حدث ذلك تأخذ البيضة في الضمور وتمتص بالتدرج . أما إذا كان حجمها كبيراً أو إذا حدثت حولها أنزفة كبيرة فلما أن تنفجر داخل البوق ويتجمع الدم النازف في تجويف البوق مكوناً لتجمع دموي بوق أو ينصرف إلى البريتون إذا كانت الفوهة البطنية للبوق مفتوحة ، وإما أن البوق ذاته ينفجر وتسقط البيضة في البطن . وقد يحدث أحياناً أن النزف المحيط بالبيضة يفصلها عن البوق تماماً فتصبح كجسم غريب داخل البوق يحرقه على الانقباض فتتقذف البيضة إلى البطن عن طريق فتحة البوق البطنية وهذا ما يسمونه بالإجهاض البوق . وقد يحدث أحياناً أن تبقى البيضة محتبسة في البوق وتتفحج من وصول ميكروبات التصحح أو السيلان إليها عن طريق الرحم ، أو وصول الباشلس القاولوني من الأمعاء الجاورة .

أما مكان انفراس البيضة في البوق فيكون عادة في صيوانها أي جزئها المتسع القريب من المبيض . وقد يحدث الانفراس أيضاً في برزخ البوق أي جزئه الضيق القريب من الرحم ويندر أن يحدث الانفراس في الجزء من البوق الموجود في جدار

الرحم وهو المسمى بالخلائي .

وعادة لا يستمر الحمل في البوق أكثر من شهر ونصف ثم يتفجر البوق بسبب ترقق جدره الناشئ من نخر الخلايا التروفوبلاستية أو من كبر حجم البيضة إلى حد لا يتحملة البوق أو من شدة تمدد البوق بالأنزفة . وقد تنقذف البيضة في البطن كما سبق القول أى يحدث الإجهاض البوقى . ومنى انفجر البوق فلما أن يكون الانفجار في تجويف البريتون وهذا يحدث في أكثر من ٧٥ ٪ من أحوال الحمل البوقى ، وإما بين ورقى الرباط العريض ويحدث ذلك في أقل من ٢٥ ٪ من الأحوال . أما إذا كان الانفجار الحادث ناشئاً من نخر الخلايا التروفوبلاستية فالثقب المنخور يكون صغيراً والدم النازف في البريتون لا يكون في أول الأمر كبيراً . أما إذا انفجر البوق بسبب شدة تمدده فالنزف الحادث يكون كبيراً وينتهى غالباً بوفاة الأم إن لم تعمل لها عملية جراحية . ويسمى هذا النزف بالنزق الأول . فإن نجت الأم من تأثيره وعاشت البيضة فهي إما أن تنمو في البريتون أو بين ورقى الرباط العريض على حسب موضع الانفجار . فإن كان الثاني فالغالب أن يحدث تمزق آخر بين الشهر الثالث ونهاية الحمل . فإن عاشت الأم وبقيت البيضة حية بعد النزق الثاني يستمر الحمل إلى نهايته ، ويتكون حول الجنين كيس كاذب مؤلف من الأمعاء والرَبِّ والاتصاقات البريتونية . ثم يحدث ما يسمى بالوضع الكاذب ويموت الجنين ، ويقذف الرحم غشاء ساقطاً كاذباً . وقد يتعطن الجنين في البطن بعد ذلك ، أو يتحول إلى مومياء ، أو ترسب عليه أملاح جيرية فيتحجر . فإذا حدث ذلك يصغر حجم البطن بسبب امتصاص السائل الأمنيوسى وتأخذ صحة المريضة في الانحطاط وتشعر بطعم كزبه في فمها ويحدث لها تهوع وقشعريات وآلام بطنية شديدة . وقد تشيح البيضة ويتفجر الحراج المتكون ، في الأحشاء المخرقة كالأمعاء أو المثانة ، أو في جدر البطن . وقد شاهدت أحوالاً نادرة وصل فيها الحمل إلى تمام مدته من غير أن يتفجر البوق وأحوالاً أخرى نما فيها الحمل إلى تمامه بين ورقى الرباط العريض . وقد أستأصلت الأبقاق الحاملة مع الأجنة التي احتوتها . وهذه النماذج النادرة محفوظة في المتحف الذى أهديته لكلية الطب .

(١) الحمل البوقى قبل انفجاره — قبل تمزق البوق لا يتميز الحمل البوقى عن الحمل الرحمى في شيء سوى انتياب الآلام للجهة المصابة . والعادة أن ينقطع

الحمل شهراً أو أكثر ، وتظهر أدلة الحمل الظنية كالقيء والتبوع وكبر الثدي .
ويتلو ذلك حدوث أترقة متكررة سببها الانفصال الجزئي للساقط الرحمي الذي
يتكون في الرحم في الوقت الذي يحدث فيه الحمل البوقي . وقد يحدث أن الساقط
الرحمي يفصل كله وينزل من الرحم ويكون شبيهاً بصارية ذات ٣ فتحات :



(شكل ١٥٠) حمل بوقي قبل الانفجار

الساقط بعد انفجار

الحمل البوقي ولكنه

قد يخرج قبل ذلك .

ويكون خروجه

مصحوباً بوجع وزف

وعلى ذلك إذا شكت

امرأة من أوجاع

مغصية في القسم

السفل للبطن وحدثت

عنا أترقة متقطعة

وبالأخص لو ظنت

نفسها حاملاً فالواجب

عمل فحص مهبل لعلمها تكون مصابة بالحمل البوقي .

التشخيص - يحس بجانب الرحم أو وراهه بورم مرن مؤلم عند الجس ،
ويحس عليه بنبضات الشرايين المبيضية . ويتفصل هذا الورم عن الرحم بميزاب .
أما حجم الرحم فيكون أكبر قليلاً من حجمه الطبيعي . ويجوز أن نجد لينا قليلاً
في العنق . ويلتبس التشخيص في هذه الحالة . (١) بالإجهاض المصحوب
بتجمع مائي أو قيحي في البوق ، ولكنه يتميز عنه بأن الحمل البوقي يحدث في جهة
واحدة والتجمع البوقي يكون غالباً في الجهتين . وفي الإجهاض يتناسب حجم الرحم
مع عدد شهور الحمل بخلافه في الحمل البوقي . كما أنه قد تنزل من الرحم قطع
سلالة إذا كان الحمل رحمياً . (٢) ويلتبس أيضاً بالأكياس المبيضية .
(٢٢)

(٣) والتجمعات البوقية . (٤) والأورام الليفية والأكياس إذا نمت بين ورقى الرباط العريض . (٥) وبالرحم الحامل المشنى إلى الوراء .

ويتميز الحمل البوقى عن الأكياس المبيضية بركة جدر الأكياس وباستدارتها ، وعن الأورام بأنها لا تكون مصحوبة بوجع عند الجس بخلاف الحمل البوقى فهو مؤلم جداً . ومع ذلك فالحطأ فى التشخيص ليس مهماً من الوجهة العملية لأن المعالجة الصحيحة لهذه الأورام استئصالها .

ويتميز الحمل البوقى عن الرحم الحامل المشنى إلى الوراء بملاحظة ما يأتى (١) أن فى الحمل البوقى يحس بالرحم عند عمل الجس المزدوج مدفوعاً إلى الأعلى وراه العانة ، ويحس وراه بورم مؤلم مرن . و (٢) أن الغشاء المخاطى المهبل يكون فى أحوال انثناء الرحم الحامل إلى الوراء ممتطاً ولا يكون كذلك فى الحمل البوقى . والحطأ فى التشخيص هنا يحدث نتائج سيئة لاختلاف طرق العلاج . فقد تظن الحمل البوقى رجعاً حاملاً مشنياً إلى الوراء فتحاول عدله فينفجر البوق الحامل وتعرض المريضة لأخطار التزف الباطنى . ولذا يجب استعمال الرقة فى الفحص . والأفضل أن يعمل الفحص والمريضة مبنجة . وإذا استعصى التشخيص يدخل الجس فى الرحم لمعرفة اتجاهه . نعم إن فى ذلك خطر من تحريض الإجهاض لو كان الرحم حاملاً ، ولكنه أخف الضررين .

العلاج — إذا شخصنا حملاً بوقياً يفتح البطن بشق فى الحط المتوسط بين العانة والسرة طوله ٨ سنتيمترات . ثم تدخل اليد فى البطن ويمسك الرحم . فإذا تعلمر جذبه بالأصابع يمرر فى قاعه غرزة من الحرير ويجذب بواسطتها ، ثم يفحص البوقان ويخرج البوق الحامل ويوضع رباط على كل من جانبيه ثم يقطع البوق بينهما ويعد استئصاله يغط الجزء الذى شق من الرباط العريض ثم يغط طرفا البوق الواحد إلى الآخر بغرزة أو التتان . ولا يجوز استئصال المبيض . وإذا سمحت حالة المريضة يجتهد فى إبقاء قناة البوق مفتوحة ويكون ذلك بخياطة الغشاء المبطن لها مع البريتون فى جزء البوق الذى يترك بعد العملية متصلاً بالرحم .

(٢) انفجار البوق المصحوب بتزف باطنى شديد — يحدث التزق عادة فى الشهور الثلاثة الأولى للحمل . فإن كان التزق بين ورقى الرباط العريض

فالعالم أن الترف يذف سريعا وتتحسن حالة المريضة إلا في الأحوال النادرة التي ينتشر فيها الترف تحت البريتون . فإذا نجحت البويضة تستمر في النمو بين ورقتي الرباط العريض إلى أن لا يستطيع أن يسعها فيحدث التمزق الثاني . وتختلف نتيجةه بحسب وضع المشيمة فإن كانت فوق البطن عمها التمزق وحدث نزف باطني شديد . وإن كانت تحته فلا يصطحب التمزق بترف كبير وتأخذ البويضة في النمو في التجويف البطني .

أعراض الترف الباطني - متى حدث التمزق ينتاب البطن وجع شديد يأتي على نوب متقاربة ، إما في الجهة المصابة وحدها ، أو في الجهتين معا . ثم يعقب الوجع قيء وإغماء وشحوب شديد ويضعف النبض ، وتسرع ضرباته ، ويعسر التنفس .

وفي آخر الأمر يتوالى التهد العميق دلالة على (الجوع الهوائي) ، وتبهط قوي المريضة وتبرد أطرافها أولا ثم سائر جسمها . وتبهج قليلا ويشتد اضطرابها فإن لم يتوقف الترف تموت المريضة حتماً .

العلاج - يجب فتح البطن في أول فرصة ثم يجذب الرحم خارجه ويوضع جفتان شريانيان واحد على الطرف الرحمي ، والآخر على الوحشي للبوق . ثم يستعاض عنهما برباطين ويستأصل البوق وينظف البطن من الدم بالرفالند الأمفنجية ، وتخطأ جمل البطن كالعادة .



(شكل ١٥١) حمل بوق وقت الانسجار

وفي المدة التي تعد فيها مستلزمات العملية تعمل للمريضة عملية نقل دم إذا كانت حالتها تستدعي ذلك . وتعطى حقن « Cortigen » لرفع ضغط الدم وتسيه المخ ويجب أن تضجع المريضة على ظهرها ، وأن تبطل كل حركة ثم ترفع قائمتا السرير عند قديم المريضة نحو عشرين سنتيمتراً لتوجيه الدم إلى الرأس وإفراغ الأوعية الحوضية .

(٣) التجمعات الدموية الناشئة عن الحمل البوقى - نشأ هذه التجمعات

في أحوال الحمل البوقى التي تتحول فيها البيضة إلى مول ، وفي الأحوال التي تنفرد



(شكل ١٥٢) حمل بوقى عل وشك الإجهاض

فيها البيضة من فتحة البوقى

البطنية سواء كان هذا

الانفداد تاماً أو جزئياً

(الإجهاض البوقى التام

أو الناقص) وأيضاً في

الحالات التي ينفجر أو

ينتقب فيها البوقى . وعادة

تتكون هذه التجمعات

عندما لا يعم التمزق شرياناً

كبيراً بل يكون التمزق على شكل رشح بطني . وفي معظم الحالات ينحدر الدم النازف إلى قعر كيس دوجلاس ويتجمد مكوناً لكثلة دموية مختلفة الحجم تتكيس بالتصاقها بالسطح البريتوني للأحشاء المجاورة . وعادة يغطي الحد العلوي للتجمع الدموي بالثرب والأمعاء الدقيقة والوجه المقدم بالبريتون المغطى بالحدان البطن وبقاع الرحم وسطحه الخلقى والبريتون المكون للسطح الخلقى للرباط العريض ومن الأسفل والخلف بالبريتون المغطى لردب دوجلاس والمستقيم والسطح المقدم لعظم العجز . وفي أحوال قليلة يكون رشح الدم بطيئاً فيجمد حول فتحة البوقى البطنية مكوناً لقيلة دموية تسد الفتحة وتسمى هذه الحالة بالقيلة البوقية البريتونية (Peritubal haematocoele) ويكثر حدوث ذلك في الإجهاض البوقى . أوقد يتجمع الدم حول ثقب في البوقى ويتجمد مكوناً لقيلة دموية حول الثقب ويسمى بالقيلة المحيطة بالبوقى ويكثر حدوث ذلك في الانفجاب الحادث في الحمل البرزخي عندما

يكون النزف ضئيلاً وبطيئاً أو قد يتجمع الدم بين ورقى الرباط العريض مكوناً لتجمع دموي رباطي وهذا نادر .

ومنى تكونت القيلة الدموية يزداد الوجع ويصيب المريضة حمى تكون غالباً السبب في استشارة الطبيب .

التشخيص - يحس خلف الرحم أو إلى أحد جانبيه بورم صلب ، يكون في أول الأمر عجيباً ثم تشتد صلابته بسرعة ، وتكون حافته السفلى على شكل القبة وحافته العليا غير منتظمة وغير واضحة الحدود . وقد يصل أحياناً إلى حذاء السرة أما الرحم فيندفع وراء العانة أو يطرد خارج الحوض . وعند عمل التشخيص الضريقي بين القيلة الدموية والرحم الحامل المثني إلى الوراء تجب شدة الاحتراس من الخلط بين الاثنين . فإننا لو ظننا قيلة دموية رحماً حاملاً وحاولنا عدله إلى الأمام ، نسب انفصال الكتل فيعود النزف الباطني بشدة وربما أودى بحياة المريضة . والنقط المميزة للقيلة الدموية هي : (١) إن في القيلة الدموية يحس بالرحم مدفوعاً وراء العانة ، و (٢) أنه بالرغم من اندفاع العنق وراء العانة لا يكون الغشاء المخاطي المهبل ممتطاً كما يحدث في الرحم المثني إلى وراء .

المعالجة - متى تكونت القيلة الدموية فالبيضة تكون قد ماتت . وتختلف المعالجة بحسب حجم القيلة ، وبحسب الأعراض التي تصاحبها . فإن كانت القيلة صغيرة جداً تؤمر المريضة بملازمة الفراش . وتعطى مليئات على حسب التزوم . ويكون غذاؤها مقصوراً على السوائل . فإن نقص حجم القيلة فهذا دليل على أنها آخذة في الامتصاص . ولكن للمعالجة بهذه الطريقة إذا كانت القيلة كبيرة جملة مضار منها : (١) إن المدة الطويلة التي تضطر المريضة فيها لملازمة الفراش تضعف صحتها كثيراً ، و (٢) إنه كثيراً ما تنصح القيلة وينفجر الخراج في المهبل أو الأمعاء أو المثانة أو البريتون ، و (٣) إنه في الأحوال التي تمتص فيها القيلة تبقى التصاقات بريتونية كثيرة محيططة بالبوق تكون سبباً في العقم والآلام البطنية الدائمة و (٤) إن النزف الباطني قد يبدأ بالثاني في الأحوال النادرة التي لا يموت فيها البيضة . ولذا فإننا ننصح في هذه الظروف بأن تعمل العملية من أول الأمر . أما الأحوال التي يتحتم فيها عمل العملية فهي :

- (١) إذا كان الورم آخذاً في الكبر لأن ذلك دليل على أن الترف لم ينقطع وبالأخص إذا اصطحب ذلك بوجع وشحوب في اللون .
- (٢) إذا سبب الورم صعوبة في التبول .
- (٣) إذا ظهر من الأعراض أن القبلة تقيحت كأن ترتفع الحرارة ويزداد الوجع . أو إذا فحص الدم ووجد ازدياد في عدد الكرات البيضاء وازدياد في الكريات المتعددة النويات بالنسبة إلى غيرها .

العملية - (١) إذا ظهرت أعراض تقيح يوضع منظار خلقي في المهبل ويثبت العنق بجفت ذى مشبكين ولا يجذب لأسفل . ويشق الجزء الأشد بروزاً في الرذب الخلقي للمهبل . ويكون طول الشق ٣ سنتيمترات ثم يرفع الجفت وتدخل اليد في المهبل وتولج السبابة في الفتحة التي عملت وتفصل الجلط الدموية ومتخلفات الحمل ، ثم يغسل التجويف بمحلول ملحي مع الاحتراس الشديد . ولا يرفع الزارق أكثر من عشرين سنتيمتراً عن مستوى الحوض . ثم يسد التجويف بالشاش اليودوفوري وترفع السدادة بعد ٢٤ ساعة وتعاد ثانية لمدة ٤ أيام . وفي الأحوال التي يكون فيها التقيح كثيراً يستحسن أن توضع أنبوبتان في تجويف الحراج فإن ذلك أفضل بكثير من السد . وتعالج المريضة بعد ذلك بحقن البنسلين أو بأحد مضادات الحيوية الأخرى .

(٢) أما إذا لم تكن هناك أعراض تقيح فالأفضل فتح البطن وفصل البيضة والجلط الدموية بالأصبع المعمم برفائد أسفنجية . وغالباً يضطر إلى ترك بعض الجلط الصغيرة التي تكون شديدة الالتصاق بالأمعاء ولا يسهل فصلها بغير ضرر . فإن لم يحدث رشح من فصل الجلط يقلل البطن كالعادة . وإن حدث رشح واستحال إيقافه يسد رذب دوغلاس بالشاش اليودوفوري وتعمل فتحة في الرذب الخلقي للمهبل ويخرج منها طرف من الشاش اليودوفوري الذي استعمل . ويقفل البطن كالعادة . وبعد ٤٨ ساعة يُرفع الشاش من المهبل . ولا يعاد عمل السد .

(٤) إذا انفجر البوق واستمرت البيضة في النمو في التجويف البطني - قد يحدث ذلك بعد انفجار البوق الأول أو بعد انفجار الحمل الرباطي أي الذي بين ورقتي الرباط العريض ، فيسقط الجنين في تجويف البطن ويتكون حوله غشاء كاذب مؤلف من التصاقات برينونية ومن الركب والأمعاء ويأخذ في النمو إلى

تمام المدة . ويصعب جداً في الشهور الأخيرة للحمل تمييز ما إذا كان الحمل داخل الرحم أو خارجه ، وذلك لأن البطن يكون ممتلئاً بالجنين فيصعب تعيين مركز الرحم ولأننا نخشى في هذه الأحوال من إدخال مجس في الرحم خوفاً من أن يكون الحمل رحمياً . والنقط التي تفرق بين الاثنين هي أننا في الحمل الخارجي لا نشعر بانقباضات رحمية ولا نسمع النفخ الرحمي .

ولكن كثيراً من الثقاق لا يقرّون ذلك . ولا كانت الأعراض التي تشعر بها الحامل في الأشهر الأخيرة للحمل الخارجي غير واضحة فيندر أن تستشير المريضة الطبيب إلا بعد فوات الزمن الذي كان يجب أن تحدث فيه الولادة . فينتهي على ذلك أن الجنين يموت في بطنها بعد حدوث أعراض الولادة الكاذبة ونزول ساقط من الرحم .

المعالجة — إذا شاهدنا الحالة وقت انفجار البوق أو ممزق الرباط العريض إن كان الحمل رباطياً ، فالواجب فتح البطن حالاً وإخراج متحصل الحمل ، وربط الأوعية الدامية . وإذا شخصنا الحمل الخارجي بعد الانفجار وكان الجنين حياً . فالأفضل أن لا نهم بأمر الجنين . لأن أغلب الأجنة التي تنمو في البطن تكون ضعيفة ويندر أن تعيش ، في حين أن الخطر على الأم من ترك الحمل شديد جداً . ولذلك فالواجب فتح البطن متى تأكدنا من التشخيص وإخراج الجنين والمشيمة . وفي بعض الأحوال يصعب جداً إخراج المشيمة لشدة التصاقها بالأعضاء وسائر الأعضاء البطنية ، فتصير العملية وقتئذ من أشد عمليات البطن خطراً . وهذا السبب ينصحون في الأحوال التي يتعدى فيها الحمل الشهر الخامس بأن ينتظر شهران بعد حدوث الولادة الكاذبة وتعمل العملية ، لأن المشيمة وأوعيتها قد تكون ضمت وقتئذ .

الفصل السادس عشر

التزف قبل الولادة

ينقسم التزف قبل الولادة إلى ثلاثة أقسام بحسب تاريخ حدوثه وهي :

(أ) نزف الأشهر الثلاثة الأولى للحمل أعنى قبل تمام تكوير المشيمة .

(ب) نزف الأشهر الثلاثة الثانية للحمل .

(ج) نزف الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل .

أما نزف الأشهر الثلاثة الأولى للحمل فقد سبق شرحه عند الكلام على الإجهاض المهدد، والحمل خارج الرحم . وعلى ذلك فسيكون كلامنا في هذا الفصل مقصوداً على نزف الأشهر الثلاثة الثانية ، والأربعة الأخيرة .

(ب) التزف الذى يحدث في الشهر الرابع والخامس والسادس للحمل قليل

الحدوث وصعب المعالجة ويتسبب من شيئين :

(١) انفصال المشيمة ، (٢) استحالة البيضة أى فسادها . أما انفصال

المشيمة فقد يتسبب من اندغامها بقرب العنق أو من وجود التهاب رحمى باطنى .

أو من إصابة الأم بالزهرى أو الالتهاب الكلى ، أو من تسممات الحمل الامتناعية

أما استحالة البيضة فقد يكون سببها تكون المول الخويصلى ، أو تكون مول لحمى .

الأعراض - في معظم الحالات يحدث التزف تدريجياً وفي أحوال نادرة قد

يحدث فجأة بمقادير عظيمة فيميت المريضة إن لم يوقف حالا . وقد ينزل دم التزف

إلى المهبل أو يتجمع داخل الرحم . أما تأثير التزف على الجنين فيختلف باختلاف

القدر الذى انفصل من المشيمة فإن كان كبيراً مات الجنين وإن كان الانفصال

صغيراً فقد يبقى الجنين حياً ويستمر الحمل إلى التمام .

ويكون العنق في هذه الأحوال رخوياً ويسمح عادة بدخول الأصبع إن كان

التزف كبيراً . أما الرحم فيكون ليناً إلا إذا كان مقدار الدم المحتبس في تجويفه

كبيراً فإنه يتصلب نوعاً وإذا مات الجنين ولم ينقذف تنزل من الرحم سوائل عفتة

وتظهر على المريضة علامات الامتصاص العفن .

المعالجة - إذا كان النزف طفيفاً فقد يمكن إيقافه بالراحة التامة في الفراش وإعطاء حقن البروجستين وفيتامين (ك) ومقادير صغيرة من خلاصة الهدراسيس الكاتادي أو ملعقة بن من سائل سدانس (Liquor Sedans) كل ٣ ساعات أو أقراص السيتول ، بمقدار قرصين كل ٣ ساعات ، ويعطى أيضاً من لبنات الجير جرام محلول في فنجان ماء مرتين يومياً .

أما إذا فقدت المريضة مقداراً من الدم لا تستطيع أن تفقد أكثر منه مع حفظ سلامتها ، أو إذا نزلت من الرحم مفرزات عفته ، أو إذا كان الجنين ميتاً فالمعالجة تنحصر في إخلاء الرحم .

والطريقة التي تتبع في إخلاء الرحم تختلف بحسب ما إذا وجدت مفرزات متعفنة أو لم توجد . فإن لم توجد مفرزات متعفنة تمدد العنق تمديداً بطيئاً ، وذلك بأن ندخل فيه كثيراً من أقلام اللامنياريا الصغيرة الحجم ، ثم نفعّل سدادة مهبلية متينة . وبعد مضي أربع وعشرين ساعة نرفع السدادة والأقلام فنجد العنق ممتدداً للدرجة تسمح بولادة الجنين حالاً . فإن لم يولد الجنين يمكن مساعدة الرحم على قذفه بعمل التحويل وإزالة قدم .

أما إذا نزلت من الرحم مفرزات عفته فلا يجوز عمل التمديد البطيء بل تعطى المريضة مخدراً ثم يمدد العنق بممددات هيجار إلى أن يمكن إدخال أصبع في العنق . وعندئذ تولج أصبع داخل الرحم ويبحث بها عن قدم وتخرج القدم من العنق . وبالهدب على الساق يمكن إنهاء الولادة حالاً .

فإذا وجدنا أن المشيمة لم تنذف بعد ولادة الجنين فالأفضل تخلصها بالأصابع . فإذا وجدنا بعد تخلص المشيمة أن الرحم رخو ، أو إذا حدث نزف فالواجب سد الرحم بالشاش اليودوفوري المشبع في الجليسرين والديتول ويعطى المريضة في كل الحالات حقن البنسلين ويعمل لها نقل دم إذا كان الترييف شديد (ج) أما نزف الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل فينقسم إلى :

(١) النزف العارض وهو المسبب عن انفصال المشيمة مندغمة اندغاماً حميداً أي على الجدار المقدم أو الخلفي للجزء العلوي للرحم .

(٢) النزف المهتم حدوثه وهو المسبب عن انفصال المشيمة إذا كانت مندغمة قرب العنق .

وفي كلتا الحالتين يتسبب النزف من عدم مقدرة الرحم على الانقباض والالتكماش بسبب وجود الجنين في الرحم .

النزف العارضى

هو النزف الذى يحدث من انفصال المشيمة المتدغمة اندغاماً حميداً .

أسبابه - هي ذات أسباب نزف ثلاثة الأشهر الثانية للحمل ، وعلى الأخص الالتهاب الكلى ، والالتهاب الرحمى الباطنى والسكتات المشيمية . والتسمات الامتصاصية (توكيميا) للحوامل هي السبب الأهم في حدوث النزف العارضى لأن هذه السموم تلتف أندوتيليوم الأوعية التي في الساقط وجدر الرحم فتفجر الأوعية ويرشح الدم في الأنسجة فيفصل المشيمة والأغشية . فإن كانت جدر الرحم لا تزال قوية طردت الدم فيندفع بين غشاء الأمينوس والغشاء الساقط ويصل إلى العنق ومنه إلى المهبل ويصبح النزف خارجياً . وإن كانت ألياف الرحم العضلية ضعيفة يتجمع الدم النازف في تجويف الرحم لعجز الرحم عن طرده للخارج ويصير النزف باطنياً . أما إذا لم يكن ضعف العضلات عظيماً فإن بعض الدم يتجمع في باطن الرحم ويخرج البعض الآخر من العنق .

(١) النزف العارضى الباطنى - لا يحدث النزف العارضى الباطنى إلا إذا كان الرحم ضعيف الجدر ومصاباً بالالتهاب المزمن بحيث لا تستطيع جدره أن تحدث القوة الكافية لطرد الدم النازف إلى الخارج . وفي هذا المرض يتجمع الدم النازف في باطن الرحم فيتسع الرحم ليعسه . وقد يحدث أن تموت المريضة من النزف الباطنى ولا ينزل من الرحم نقطة دم واحدة . ويختلف مقدار النزف الباطنى حسب مرونة الألياف العضلية للرحم فكلما ضعفت قوة مرونة الألياف العضلية كان النزف الباطنى أشد . أما الألياف العضلية السليمة فلا تسمح بتمدد الرحم بالدم بل تطرده للخارج .

الأعراض - هي ذات أعراض النزف الباطنى عامة . وأهمها الهبوط واصفرار الوجه وشحوبه وضعف النبض وسرعته ، وانخفاض الحرارة والأوجاع البطنية

الشديدة . وتختلف قوة هذه الأعراض بحسب مقدار ما تزف من الدم . ثم إن الرحم يكبر حجمه ويصير مؤلماً جداً ومتحجراً بحيث يصعب بل يستحيل تمييز أجزاء الجنين .

المعالجة — في معظم الحالات تكون حالة المريضة سيئة لدرجة تجعل كل تدخل لإنهاء الولادة بالعملية القيصرية أو الولادة القهربية في غاية الخطورة . وفي هذه الحالات يحسن أن تعطى المريضة ٠,٠١٥ مورفين وتعطى كل نصف ساعة ٥ وحدات بنوترين ويربط البطن برباط مئين وتحقن في الأوردة بمحلول الجلوكوز وينقل إليها مقدار من الدم . وتنفى بدأ المغاض تفسجراً الأعشبية ليسمح الرحم بالانكماش فيصغر حجمه . وفي بعض الحالات تعمل العملية القيصرية بقصد تخليص الجنين . وينصح بعض المولدين بعمل العملية القيصرية في كل الأحوال وإذا لم يتقبض الرحم بعد إخراج الجنين يتأصل . ولكن النتائج التي حصلوا عليها لا تشجع على عمل هذه العملية في مثل هذه الظروف .

(٢) التزف العارضى الخارجى — في هذا النوع يتزل الدم من الرحم بمجرد تزفه من الأوعية . وفي بعض الأحوال التي لا تكون فيها مرونة الألياف العضلية على ما ينبغي يحدث أولاً تزف باطنى قليل إلى أن يصير الضغط في باطن الرحم قوياً لدرجة تمكنه من طرد الدم إلى الخارج .

الأعراض — أهمها نزول الدم من الرحم . وفي الأحوال التي يحدث فيها تزف باطنى قليل يسبق نزول الدم أوجاع بطنية .

التشخيص — يلزم تمييز هذا النوع من التزف ، عن التزف المهتم خدونه أى المتسبب من اندغام المشيمة اندغاماً معيياً . وطريقة ذلك هي أن تفحص الحامل مهلباً بعد نقلها إلى المستشفى إذ قد يسبب الفحص نزفاً شديداً في حالات اندغام المشيمة اندغاماً معيياً فإذا أمكننا الإحساس بالمشيمة من العنق ومن قعر الأكياس فالنزف سببه الاندغام المعيب للمشيمة . ويكون هذا الفحص بوضع نصف اليد في المهبل ثم إدخال الأصبع في العنق الذى يكون ممتدداً بسبب التزف لدرجة تسمح بإدخال الأصبع . وتتميز المشيمة عن الجلط الدموية بأن الأخيرة يسهل فصلها

بالأصبع أما المشيمة فيحس بها كجسم اسفنجي سميك . وبالجس البطني يمكننا تشخيص الاندغام المغيب للمشيمة أيضاً وذلك لأننا إذا وجدنا الرأس منحسراً فهو دليل على أن المشيمة متدلغمة اندغاماً حميداً . .

المعالجة — تختلف المعالجة والإنذار بحسب الانقباضات الرحمية وجوداً وعمداً .



(شكل ١٥٣) الشدة المهبلية

فإن وجدت فالمعالجة بسيطة والإنذار حميداً والعكس بالعكس . والمعالجة في هذه الأحوال مبنية على أن الرحم ذا الجدر السليمة لا يسمح للدم بالتجمع فيه . فإذا فعلنا سداً مهبلية متينة فهي تضغط العنق وتوقف النزف لأن الدم لا يستطيع أن يتجمع داخل الرحم ولا أن ينزل خارجه . فضلاً عن أن السداً المهبلية تحرض الولادة وهي أحسن ما يُراد حدوثه في هذه الظروف . وذلك لأن

الانقباضات الرحمية التي تصحبها تساعد على إيقاف النزف .

ولعمل السداً المهبلية تنام الحامل على حافة السرير بالعرض . ثم تظهر أعضاء التناسل ، وتبني المريضة إذا اقتضى الأمر . ثم يوضع في المهبل منظار خلقي ، وتقطر المثانة ويؤى بقطع من الشاش المعقم المنقوع في جلسرين وتدول مدة طويلة ونعصرها جيداً ونسد بها ما حول العنق سداً متيناً مبتدئين بالردب الخلقى ثم الجانبيين ثم المقدم ثم تحشر قطع من القطن أو الشاش قبالة العنق حتى تنسد المسافة بين الردوب تماماً . ثم يسد باقي المهبل سداً متيناً بقطع من القطن المبلل بالدتول المغلي عشر دقائق بعد عصره جيداً . ويوضع حفاظ نظيف على الفرج ويربط برباط حرف T ثم يربط البطن برباط متين جداً حتى بذلك يضغط الرحم إلى أسفل ويقوى تأثير السداً على العنق . وتترك السداً إلى أن يشتد الطلق وعندئذ ترفع . ويحدث ذلك عادة بعد أربع ساعات . فإذا لم تحرض الولادة بعد ١٢ ساعة ترفع السداً خوفاً من التعفن ، فإذا عاد النزف يعاد عمل السداً . ويتوقف نجاح هذه المعالجة على ثلاثة أشياء وهي :

- (١) أن يكون الرحم سليماً أى تكون عضلاته قوية لا تسمح بحدوث نزف باطنى .
 (٢) أن تكون البيضة سليمة أى لم ينضج الجيب . غير أن بعض المؤلفين يؤكد فائدة السدادة حتى ولو اتقجر جيب المياه .
 (٣) أن تكون السدادة محكمة ومثينة وإلا استمر الرشح لبلل السدادة ونزف خارجها .

وبعد عمل السدادة تجب مقاومة الانحطاط الذى يصيب المريضة بسبب النزف وبسبب ضغط السدادة ، فتعطى أولاً حقنة مورفين ٠,٠٢ واتروپين نصف ملليجرام . ويتبع ما سيذكر فى الكلام على الهبوط الذى يتبع النزف بعد الولادة فى الفصل الخاص وتعطى حقن بنسلين واسترتوميسين .
 والمعالجة السابق ذكرها تفعل إذا لم تكن المريضة فى الغاض . أما إذا حدث النزف وقت حدوث طلق قوى فالمعالجة تنحصر فى بمزيج الأغشية فتى نزل السائل الأمينوسى ينقبض الرحم على الجنين وينكمش فيقل حجم السطح المشيمى . فإذا كانت القوهة الظاهرة ممتدة ممدداً كافياً بفعل التحويل القدى ويخلص الجنين ، أو يوضع الجفت إن كان الرأس منحشراً . أما إذا لم تكن القوهة الظاهرة ممتدة واستمر النزف فتفعل السدادة المهبلية .

ملحوظة - ينصح بعض المولدين بتمديد العنق صناعياً ممدداً سريعاً إما بالممددات أو بالشقوق الجانبية ثم إنهاء الولادة حالاً . وهذه المعالجة خطيرة جداً لأنها تعرض المريضة للموت من وقوف حركة القلب وذلك بسبب الصدمة التى تتبعها خصوصاً لأن المريضة تكون فى حالة هبوط بسبب النزف .

النزف المحتم حدوثه

وهو النزف الذى يحدث من انفصال المشيمة المتدغمة اندغاماً معياً ، أى المتدغمة كلها أو جزء منها فى القسم السفلى للرحم . وهو نادر الحدوث يحدث مرة فى كل مائتى ولادة .

أسبابه - الأسباب التى تجعل المشيمة تندغم بالقرب من العنق ، لا فى

موضعها الطبيعي ، ليست مفهومة تماماً ولكنهم يفسونها عادة لأحد ثلاثة أشياء وهي :
 (١) أن الرحم يكون مصاباً قبل الحمل بالالتهاب الرحمي الباطني فيكبر تجويفه ، ولا تكون جدره ملامسة بعضها لبعض . فتنزل البيضة المخصبة إلى الرحم لا تنحجز بالقرب من البوق الذي نزلت منه ، بل تنحدر إلى القسم السفلي للرحم وتلتصق فيه فتتكون المشيمة في مكان الالتصاق .

(٢) أن الحمل السلائي الذي في القسم السفلي للساقط المنعطف لا يضر كالعادة بل يزداد نموه ويكون جزءاً من المشيمة .

(٣) أن المشيمة المنذغمة اندغاماً معيماً هي في الواقع منذغمة اندغاماً حقيقياً ولكن بسبب كبر حجمها يتدغم جزء منها في القسم السفلي للرحم .

هذه هي أسباب الاندغام المعيب للمشيمة . أما أسباب انفصالها مدة الولادة فهي أنه متى ابتدأت القوة الباطنة في التمدد ، والعنق في الانحاء ، والقسم السفلي للرحم في الاتساع ، فالسطح الذي يتمدد تفصل عنه المشيمة طبعاً فيحدث النزف .



(شكل ١٥٤)

الاندغام المعيب للمشيمة (جلابين)

أما أسباب انفصال المشيمة المنذغمة اندغاماً معيماً في الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل فهي :

(١) أنه في هذه المدة يكون القسم السفلي للرحم آخذاً في الاتساع ، فيصبح السطح الذي كانت المشيمة منذغمة فيه أكبر منها فينفصل جزء منها .

(٢) أن الانقباضات الرحمية المتقطعة التي تحدث مدة الحمل تزداد قوتها في الأشهر الأخيرة للحمل فتساعد على تمدد القوة الباطنة في برهة حدوث الانقباض . فيتسبب عن ذلك انفصال المشيمة إذا كانت منذغمة في القوة الباطنة . (٣) أن المشيمة

المنذغمة اندغاماً معيماً تفصل بنفس الأسباب التي تفصل المشيمة المنذغمة اندغاماً حقيقياً .

الأنواع - للمشيمة المندهمة اندغاماً معيماً ثلاثة أنواع (انظر شكل ١٥٥) :
 (١) الاندغام المعيب المركزي - وفيه يكون الجزء الأكبر من المشيمة مغطياً للقوهة الباطنة والسطح المخاور لها .

(٢) الاندغام المعيب الطرفي - وفيه تكون حافة المشيمة مندهمة في حافة القوهة الباطنة .

(٣) الاندغام المعيب الجانبي - وفيه يكون جزء من المشيمة مندهماً في القسم السفلي للرحم ولكنه لا يكون ملامساً للقوهة الباطنة .

الأعراض - هي حدوث النزف من الشهر السابع فما فوق . وعادة يحدث النزف بلا وجع وقد يحدث في أثناء النوم . وقد يكون النزف شديداً إلى حد أن يميت المريضة في برهة قصيرة وقد يكون قليلاً ومتكرراً .

التشخيص - إذا أحسنا بالمشيمة مهلباً فوق العنق أو بالقرب منه فهي مندهمة اندغاماً معيماً . وبالجس البطني نجد أن الجزء الآتي به الجنين أعلى مما يكون عادة . وذلك لأن اندغام المشيمة على العنق يمنعه من الانحشار .



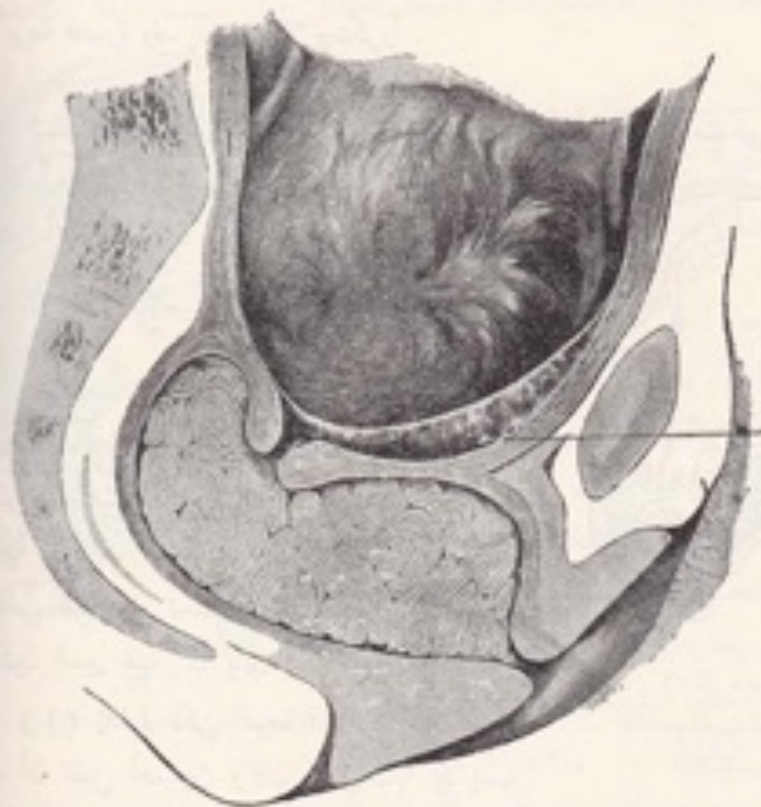
(شكل ١٥٥)

- الاندغام المعيب المشيمة
 ١ اندغام معيب طرفي
 ب حبيسة
 ج معيب جانبي
 د معيب مركزي

المعالجة - إذا كانت المريضة في الغاضض يفجر جيب المياه وعادة يكفي ذلك لإيقاف النزف ، لأن الطلق الحادث يكفي لدفع الرأس على العنق دفعاً كافياً لإيقاف النزف . أما إذا لم تكن المريضة في الغاضض فالمعالجة تختلف بحسب درجة تمدد العنق، ويكون السير فيها كما يأتي :

(١) إذا لم تكن القوهة الظاهرة متمددة إلى حد أن تقبل أصبعين وكان العنق صلباً ولا يسهل تمديده بممددات هيجار بسهولة ، وهذا نادر جداً تعمل السدادة المهلبية ، أما إذا كان العنق متمدداً

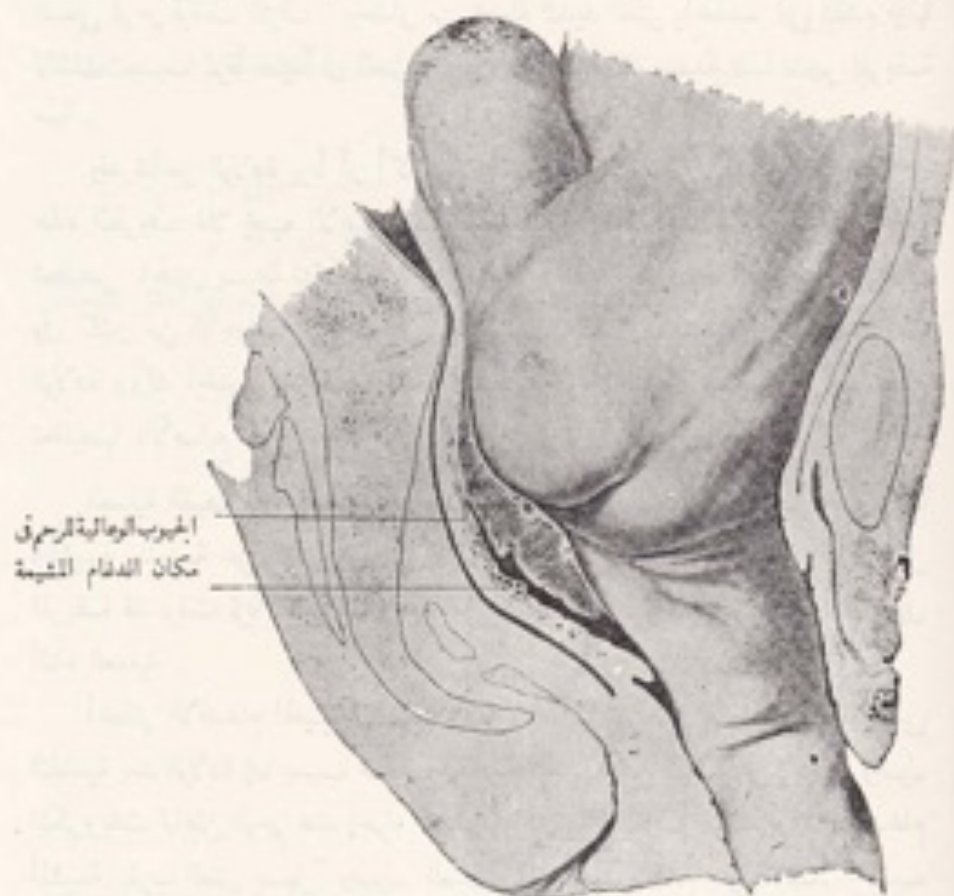
بحيث يقبل أصبعاً واحداً فقط فيدخل في العنق جفت « ويلييت » وهو جفت طويل شبيه بجفوت الشرايين ولكن طرفه ليس مدبباً مثل جفوت الشرايين بل يشبه حرف T ثم يفتح الجفت بعد إدخاله ويمسك به فروة الرأس . ثم يعلق بالجفت ثقل وزنه رطلان يربط بقابضة الجفت بشريط . والضغط الناشئ من الثقل المعلق بالجفت يجعل الرأس يضغط الجزء السفلي للرحم فيمنع النزف . وعادة يشق جرح الفروة بعد ولادة الجنين بمدة وجيزة . (٢) في الأحوال التي نستطيع فيها إدخال أصبعين في العنق يعمل التحويل القدي المزدوج وبعد إزال قدم تترك الحالة للطبيعة . (٣) إذا كانت الفوهة ممتددة تماماً ولم يكن الرأس محشوراً يعمل التحويل القدي الباطني وتترك الحالة للطبيعة وغالباً تنتهي الولادة في أقل من ساعة . ولا خطر من جذب القدم جذباً رقيقاً لمساعدة التخليص . وإذا استمر النزف بعد الولادة تفصل المشيمة بالأصابع



(شكل ١٥٦)

طريقة إيقاف النزف بعد المهبل في الالتصام المهبلي المشيمة إذا كان العنق منقبضاً (ج)

ويغسل باطن الرحم بزرق حار . ويسد بالشاش اليودوفوري إذا اقتضى الأمر .
 وفي عمل التحويل المزدوج يجب أولاً تشخيص الوضع ومعرفة الجهة التي
 يكون الظهر متجهاً إليها ثم يحرك الوضع بالحركات الخارجية إلى وضع مستعرض ،
 وذلك بدفع الرأس دفعات متتالية في اتجاه الظهر . ثم تظهر أعضاء التناسل الظاهرة
 بدهنها بصبغة اليود ، ويظهر المهبل بالزرق بمحلول الليزول ثم تدخل اليد كلها
 في المهبل ويولج أصبعان في العنق ثم تنقب المشيمة بهما إن كان وضعهما مركزياً
 وتنقب الأغشية بمسبر عقيم أو بجفت طويل . فإذا أحسنا بالرأس ندفعه في اتجاه
 ظهر الجنين ثم تضغط المقعدة باليد الأخرى الموضوعة على الرحم حتى يسهل الوصول
 إلى القدم أو إلى الركبة ومنها نصل إلى القدم ، ثم نمسك القدم بين الأصبعين
 ويجهد في إخراجها من العنق إذا كان ممتدداً بحيث يسع خروج القدم والأصبعين



الجيوب الومالية للرحم في
 مكان الدفام المشيمة

معاً وإلا فبدخل في العنق جفت ذو مشبكين مهدياً على الأصبعين وبشك في مشط القدم ، ويجذب إلى أسفل . ولا خوف من حدوث ضرر للطفل من وخز الجفت . أما لو حاولنا توسيع العنق بإدخال أصبع آخر فيه حتى يتسع بحيث يسهل إخراج القدم فإننا حينئذ لا بد وأن نحدث تمزقاً قد يمتد إلى الشريان الرحمي ويسبب نزفاً قاتلاً بعد خروج الجنين . وفي بعض الأحوال تسهل هداية القدم إلى العنق بالضغط بالأصبعين على مشط القدم ، ثم الضغط على المقعدة من البطن ، فتضرب أصابع القدم من الفوهة الباطنة . فتنم ذلك يخرج الأصبعان من العنق ويدفع العنق على القدم فيمر منه . . ومتى نزلت القدم يربط حول العقب شريط من الشاش ويترك متدياً خارج القرج . ويترك باقي الولادة للطبيعة . فإذا حدث نزف يجذب الشريط المربوط في القدم فتضغط المشيمة بين المقعدة والنسج السفلى للرحم فيقف النزف . وحذار من محاولة تمديد العنق بالجلد على القدم فإنها لاشك تحدث تمزقاً فظلياً في العنق . وفوق ذلك تحدث صدمة قلما تنجو المريضة منها .

وقد تتأخر الولادة يوماً أو أكثر بلا ضرر على المريضة . أما حياة الجنين في هذه الظروف فلا يجب الاهتمام بها لدرجة تنافي مصلحة الأم . لأننا لو حاولنا تخليص الجنين بسرعة مزقنا العنق وعرضنا الأم للصدمة والهبوط الذي يتبع النزف . وفي كثير من الأحوال يكون الجنين ميتاً بسبب انفصال المشيمة . ومتى تحرضت الولادة ووُكِد الجنين فالأفضل عدم الانتظار طويلاً لتزول المشيمة بل يستحسن تخليصها بالأصابع .

العملية القيصرية - عند البكرات المتقدمات في السن إذا كان الجنين حياً والمشيمة متدخمة على العنق أو على حافته يجوز عمل العملية القيصرية إذا لم تكن المريضة قد نزفت نزفاً كبيراً يتنافى مع عمل عملية كبيرة . وألا فينقل لها دماً قبل وفي أثناء العملية .

أخطار اندغام المييب للمشيمة - (١) أنها تعرض الأم للإصابة بالحمى التيفية بعد الولادة إما بسبب ضعف المقاومة الناشئ عن النزف أو لإمكان وصول المكروبات لباطن الرحم عند إجراء العمليات اللازمة لإيقاف النزف أو لأن اندغام المشيمة بقرب العنق يسهل وصول العدوى إلى خُصَر الدم التي تسد الجيوب الوعائية للرحم في مكان اندغام المشيمة .

(٢) سهولة امتداد أى تمزق يحدث فى العنق بحيث يعم الشريان الرحمى فيحدث نزفاً قاتلاً ، وذلك لأن اندغام المشيمة على العنق أو بقربه يضعف مقاومة الغشاء الساقط للخلايا التروفوبلاستية فتتهدى فى نحر أنسجة الرحم التى تترقق كثيراً وتصبح عرضة للتمزق السريع .

الإنذار - يموت من الأمهات ٢١ ٪ ومن الأجنة ٣٥,٥ ٪ . وتتوقف فرصة الجنين فى الحياة على وجود الطلق أو عدمه . فإذا لم يحدث نزف كبير قبل ابتداء الطلق كانت فرصة الجنين أحسن . أما الأحوال التى يحدث فيها النزف قبل ابتداء المخاض فالإنذار يختلف بحسب نوع العلاج . فإذا وُلدت الأم بالعملية القيصرية أو بغيرها من العمليات الجراحية فإن فرصة الجنين فى الحياة تكون كبيرة .

ومما ساعد كثيراً على إنقاص نسبة الوفاة فى حالات الاندغام المغيب للمشيمة فى السنين الأخيرة ثلاث عوامل هى :

- (١) نقل المريضة إلى المستشفى وعدم عمل فحص مهبل فى المنزل .
- (٢) استعمال العملية القيصرية كعلاج فى حالات أكثر .
- (٣) استعمال قفل الدم لكل حالة تنزف مقداراً من الدم ولو يكن متوسطاً .

الفصل السابع عشر

مضاعفات الدور الثالث

(احتباس المشيمة . النزف بعد الولادة . انقلاب الرحم)

يقصد بالدور الثالث هنا المدة بين ولادة الجنين وخروج المشيمة ووقوف النزف

احتباس المشيمة

ذكرنا قبلا في الكلام عن الدور الثالث في الولادة الطبيعية أن العامل الأكبر في انفصال المشيمة هو تكون كتلة دموية بين المشيمة ومكان اندغامها في الرحم ، ثم انضغاط هذه الكتلة وتفرطها عند حدوث انقباض في الرحم . وذكرنا أن استطالة الكتلة بهذه الكيفية تكون سبباً في انفصال جزء آخر من المشيمة وحدوث نزف من مكان انفصاله يزيد في حجم الكتلة متى تجمد . وقد نهينا على أن اليد التي توضع فوق الرحم بعد ولادة الجنين وظيفتها سند الرحم ومراقبته خشية حدوث نزف باطنى لا غير . أما لو حاولنا ذلك الرحم بقصد الإسراع في خروج المشيمة يترتب على ذلك : (١) طرد الكتلة الدموية التي وظيفتها فصل المشيمة . و (٢) حدوث انقباضات رحمية غير منتظمة ليس لها قوة على طرد المشيمة بقدر ما للانقباضات الطبيعية .

أما إذا مضت ساعة ونصف بعد ولادة الجنين ولم تنزل المشيمة فالواجب مساعدتها على ذلك . أو إذا اصطحب احتباسها نزفاً .

أسباب احتباس المشيمة - (١) سخود الرحم وقد سبق ذكر أسبابه ويضاف عليها استعمال الكلوروفورم وقت الولادة وامتلاء المثانة بالبول .

(٢) وجود التصاقات مرصية بين المشيمة وأغشيتها وبين الرحم ، سببها التهاب السواقط الذي ينشأ من وجود التهاب رحمى باطنى قبل الحمل .

- (٣) المشيمة الغشائية . لأنها تنثني على نفسها وقت حدوث الانقباضات الرحمية فيصعب إتصالها .
- (٤) انقباض حلقة الإنكماش الذي يتسبب عن ذلك الجزء السفلي للرحم (شكل ١٦٠) .

المعالجة - في الأحوال العادية إذا لم يصطحب اجتناس المشيمة بتزف وإذا لم



(شكل ١٥٨)

كيفية تخلص المشيمة بالأصابع إذا انقبض العنق

يسرع النبض كثيراً، ولم تظهر أعراض المهبوط فالواجب ترك المشيمة ساعة ونصفاً فإذا مضت الساعة والنصف ولم تخرج المشيمة فالواجب مساعدتها على الخروج فتصرغ المنانة إذا كانت ممثلة وإذا كان سبب الاجتناس هو أن المولد ذلك القسم السفلي للرحم فالواجب أن يبطل الدلك حالاً ويعطى للمريضة ٠,٠١ مورفين حقناً تحت الجلد فيزول الانقباض. فإذا لم تتخلص المشيمة بذلك قاع الرحم

إلى أن يتقبض ثم يعصر كما تعصر الليمونة بين الأصابع . فإذا لم تتخلص المشيمة بهذه الكيفية فالأفضل تخليصها بالأصابع . ولعمل ذلك تطهر الأيدي والأعضاء التناسلية تطهيراً دقيقاً ثم نضم الأصابع بعضها على بعض على شكل قمعى وندفعها في الرحم بغاية اللطف والتدريج مع الضغط على قاع الرحم إلى أن يمر الأصابع . ومتى مرت الأصابع تزلق بين الرحم والأغشية وتحرك من جنب إلى آخر. فإن كانت المشيمة مندغمة في الجدار الخلقى للرحم تبدأ في فصلها من أسفل إلى أعلى وإن كانت

متداخلة في الجدار المقدم تفصلها من أعلى إلى أسفل . متى خرجت يجب التحقق من كونها كاملة ومن أن الأغشية خرجت بشمامها .
 أما إذا كان سبب الاحتباس وجود التصاقات مرضية بين المشيمة والرحم فاللازم تخليص المشيمة بالأصابع . ولعمل ذلك تؤمر الوالدة بالاضجاع على حافة السرير بالعرض ثم تظهر أعضائها التناسلية ونقشطرها لتفريغ المثانة . ثم ندخل إحدى اليدين



(شكل ١٥٩) محاولة تخليص المشيمة المتصلة بطريقة ديلن

في المهبل بعد أبس كف من المطاط وندفعها في الرحم خلف الأغشية ونضغط باليد الأخرى على القاع . ثم نبحت باليد التي في داخل الرحم عن حافة المشيمة وبواسطة أطراف الأصابع نفصلها عن الرحم بحركة تذبذبية (منشارية) . ونجتهد في أن نفصل المشيمة كلها قطعة واحدة متى انفصلت نمسكها باليد ونخرجها من

الرحم ثم يغسل باطن الرحم غسلًا جيدًا . ويجب التحقق بعد نهاية العملية من خلوه الرحم تماماً . ولا خوف من إدخال اليد في الرحم مرة بعد أخرى إذا اقتضى الأمر بشرط أن تتخذ كل الاحتياطات التعقيمية . وما يساعد على فصل الأغشية أن يحك باطن الرحم بقطعة من الشاش اليودفورى .

ويتبعون في ألمانيا لتسهيل إنفصال المشيمة وخروجها الطريقة التي أشار بها ماجون أستاذ التشريح والقيسولوجيا في جنوا سنة ١٨٢٦ وأحيائها جاباستون في مقاله



(شكل ١٦١) تخلص المشيمة المتصلقة (جالت)



(شكل ١٦٠)

انقباض حلقة الانكماش
واحتباس المشيمة

التي نشرها سنة ١٩١٤ وطريقتها أن يحقن في وريد الحبل السرى من ٣٠٠ - ٥٠٠ جراماً من المحلول الملحي العقيم أو الماء المعقم بالغلي فتي امتلأت فروع الوريد السرى يتجمع الماء بين المشيمة وجدار الرحم فتنفصل المشيمة . ويظهر مما نشر أخيراً أن هذه الطريقة مؤكدة التأثير وأن في أكثر من ٨٨٪ من الأحوال التي استعملت فيها كان النجاح باهراً ولكن يظهر بأن استعمالها لا يخلو من خطر إذ أن حالتين توفيتا فجأة بعد استعمالها . ويظهر أن سبب الوفاة كان السكتة الرئوية ولو أن معزى الطريقة ينكرون ذلك .

التزف بعد الولادة

ليس في مضاعفات الولادة ما هو أشد خطراً على حياة الوالدة ولا أدمى إلى العمل باهتمام زائد ، من التزف بعد الولادة .

الأنواع - يطلق التزف بعد الولادة على الأحوال التي يتزل فيها الدم بغزارة غير عادية بعد ولادة الجنين . وقد يكون التزف شديداً أو متوسطاً في الشدة . والأحوال الشديدة هي التي تفقد فيها المريضة ما يزيد عن نصف لتر من الدم . والتزف بعد الولادة نوعان ابتدائي وثانوي . فالتزف الابتدائي هو الذي يحدث في الساعات الست التالية للولادة ، والثانوي هو الذي يحدث بعد ذلك .

التزف بعد الولادة الابتدائي

يخرج دم التزف بعد الولادة من أحد مكانين .

- (١) من جرح في الأعضاء التناسلية ناشئ* عن تمزق العنق أو البظر أو المهبل أو العجان ويسمى التزف في هذه الحالة جرحياً .
- (٢) من الجيوب الوعائية الموجودة في المكان التي كانت المشيمة مندغمة عليه ويسمى التزف في هذه الحالة خودياً .

(١) التزف الجرحي - يحدث التزف الجرحي من وعاء مقطوع فلاعلاقاً له بانكماش الرحم وإذا فحصنا الرحم نجده منكمشاً. وإذا أجرينا زرقاً راحياً يخرج السائل غير ملون بالدم . أما في التزف الحمودي فيكون الرحم رخواً وملوياً بالكتل وإذا عصرناه بين الأصابع تخرج منه الكتل فيقف التزف قليلاً ريثما يمتلئ الرحم بالثاني فيعود التزف .

المعالجة - نبحث أولاً عن الجرح الذي يتزف منه الدم . فإذا كان في البظر نضع رباطين من الحرير المعقم أو الكاتنجوت ، أحدهما أسفل البظر والآخر أعلاه

بواسطة لإبرة صغيرة منحنية ، ثم نربطهما ربطاً متيناً فيقف النزف حالاً . وبعد ستة أيام نرفع العرز . أما إذا لم يكن النزف متسبباً عن جرح في البظر فيبعد الشفران ويُفحص العجان والمهبل فإن لم نجد تمزقاً في أيهما نجذب العنق إلى أسفل بحيث ذى مشبكين ونقحصه . فإذا وجدنا به وعاء مقطوعاً نربطه وإن وجدنا تمزقاً نجبطه .

(٢) النزف الحمودى - ينشأ النزف الحمودى من عدم مقدرة الرحم على الانقباض والانكماش . والغالب في النزف الحمودى أن يتزل الدم من الرحم بمجرد نزفه من الأوعية ، ولكنه في بعض الأحوال قد يتجمع في باطن الرحم أولاً . وعادة يبدأ حدوث النزف والمشيمة لا تزال في الرحم .

الأسباب - متى أخذت المشيمة في الانفصال من الرحم يصبح السطح الذى كانت متدغمة فيه جرحاً مفتوحاً . فتأخذ الجيوب الوعائية التى فيه في النزف . ولكن هذا النزف يقف حالاً بسبب انقباض وانكماش الرحم لأن الألياف العضلية المنقبضة تضغط جدر الأوعية ضغطاً شديداً . ونرى وقت الأوعية عن النزف يتخثر الدم في فواتها وتقف عن النزف فتتسد ولا تعود تنزف حتى إذا زال الانقباض الرحمى وقتياً . ولكن قد تطرأ أسباب تمنع الرحم من أن ينقبض وينكمش أو أن جزءاً من المشيمة ينفصل ويكون الجزء الباقى ملتصقاً التصاقاً شديداً فيعطل الرحم عن الانقباض فتبقى أفواه الأوعية مفتوحة فتتلف نزفاً شديداً قد يؤدي بحياة المريضة . أما الأسباب التى تمنع أو تعطل الألياف العضلية للرحم عن الانقباض فهى :-

(١) انفصال جزء من المشيمة وبقاء الجزء الآخر ملتصقاً بالرحم مانعاً له عن الانقباض والانكماش فتتلف الجيوب الوعائية . أو أن المشيمة تنفصل وتنزل من الرحم ولكن بعض قطع من الأغشية أو المشيمة تبقى لاصقة في الرحم ، أو أن كتلا دموية تتجمع في باطن الرحم ولا تنقذف فتسبب خمود الرحم . ويمكن انقواء معظم هذه المضاعفات بحسن السير في معالجة الدور الثالث للولادة .

(٢) خمود الرحم أى عجزه عن الانقباض والانكماش ويحدث ذلك من جملة أسباب وهى :

- ١ - ازدياد تمدد الرحم كما يحدث في الحمل التوأمى والاستسقاء الأميوسى .
- ب - التهاب الرحمى الجوهري .
- ج - طول مدة الولادة بحيث ينهك الرحم والوالدة .

د - الولادة الفجائية .

هـ - حدوث أنزفة قبل الولادة لأنها تضعف قوى المريضة .

و - الأمراض المتهكة للأُم وتسمعات الدم التي تحدث للحامل . وداء بريت .

(٣) أورام الرحم ، كالأورام الليفية لأنها تعطل انقباض الرحم وانكماشه .

(٤) الاندغام المعيب للمشية . لأن الجزء الذي تكون المشيمة مندغمة فيه ،

وهو الجزء السفلي للرحم ، لا ينقبض ولا ينكمش بذات القوة التي ينقبض بها قاع الرحم .

(٥) امتلاء المثانة بالبول لأنها تعطل انقباض الرحم . وهذا السبب من أسباب

التزف التي قلما يلتفت إليها المولد .

المعالجة - (١) إذا حدث التزف قبل خروج المشيمة تمرر قنطرة في

المثانة ثم يدلك الرحم دلكاً قوياً حتى ينقبض ثم يعصر بالكيفية التي يعصر بها في

طريقة دوبلين لتخليص المشيمة

فإن لم تتخلص يدهن الفرج

بصبغة البود ويلبس قفاز عقيم

وتفصل المشيمة يدوياً . فإن لم

يقف التزف يدلك الرحم بين

يد في المهبل وأخرى على البطن

ثم يعمل زرق رحمى حرارته

٥٠° س .



(شكل ١٦٢)

إيقاف التزف بالضغط المزوج (هرين)

(ب) إذا حدث التزف

بعد خروج المشيمة فلما أن يكون

التزف شديداً جداً أولاً يكون .

فإن كان التزف شديداً يدلك

الرحم دلكاً قوياً وتعطى المريضة حقنة ميتارجين في العضل أو في الوريد وحقنة

بتيوترين في العضل ثم يعمل زرق مهبلى ثم زرق رحمى ساخن جداً بدرجة ٤٨° س

وتدخل يد في الرحم لإخلائه من الكتل الدموية وتدليكه . فإن لم يقف التزف يسد

تجويف الرحم بالشاش اليودفورى سداً متيناً . وفي الأحوال التي لا يكون فيها الماء الساخن جاهزاً يدهن الفرج بصبغة اليود ثم تدخل اليد في تجويف الرحم لإخلائه من الكتل ولذلك بواسطة اليد التي في باطن الرحم واليد الأخرى على البطن .

أما إذا كان النزف متوسط الشدة فيجب الابتداء بالطرق البسيطة فإن لم تنجح تستعمل الوسائل الأشد منها تأثيراً . ويجب عند البداية في العمل تكليف أحد المساعدين بتحضير الزارق ومكته بالماء الساخن الذي درجته 50° س . وتحضير المحقنة الجلدية ومكثها بجرام من الأرجوتين أو مليجرامين ونصف من سترات الأرجوتينين ويبدأ بالعمل على هذا الترتيب :-

- (١) تفشطر المثانة ويدلك قاع الرحم بقوة .
- (٢) يحقن $٠,٠٠٢٥$ جم أرجوتينين في العضلات وجرام من محلول البتوتريين . ويمكن إعطاء حقنة ميتارجين $\frac{1}{2}$ ج في الوريد .
- (٣) تظهّر أعضاء التناسل الظاهرة ويعمل زرق مهبل بماء ساخن حرارته 50° س ويضاف على كل لتر منه ملعقة صغيرة من الليزول أو الديتول .
- (٤) فإن لم يقف النزف يعمل زرق في باطن الرحم بمحلول الليزول أو الدتول الساخن . بنسبة $٠,٥$ % .



(شكل ١٦٣) طريقة سد الرحم باليد بشير استعمال آلات

- (٥) يضغط القاع بقوة بين يد في الرذب المهبل المقدم وأخرى على البطن وتطرّد الكتل التي تكون فيه ثم يعاد عمل الزرق الرحمي . ويجوز أن توضع أصابع اليد المهبلية وراء العنق لا أمامه وينبى الرحم على نفسه ثم يضغط بقوة اليدين .

(٦) فإن لم يقف النزف تدخل يد في الرحم وينظف مما يكون ملتصقاً به من الأغشية أو القطع المشيمية . ويعاد الزرق الرحمي .

(٧) فإن لم يقف النزف يسد التجويف الرحمي بالشاش اليودوفوري . وللمك طريقتان : الأولى وهي الموضحة في (شكل ١٤٨) ولعملها تضجع الولادة على السرير بالعرض وينخفض الجدار الخلفي للمهبل بمنظار خلفي ، ثم يجذب العنق إلى الأسفل بحيث ذى مشبكين . ويؤتى بالشاش اليودوفوري ويمسك طرفه بحيث بوزمان ويدس الشاش في قاع الرحم . ثم يفتح الجفت ويجذب مفتوحاً إلى أسفل ويمسك الشاش على حذاء العنق ويدس في القاع وهكذا حتى يسد التجويف الرحمي سداً متيناً . وإذا اضطررنا لاستعمال قطع كثيرة من الشاش تربط الواحدة في الأخرى . وفي أغلب الأحوال ينقبض الرحم بمجرد تهيج جدره بجزء صغير من السدادة فلا يضطر الأمر إلى استعمال مقدار كبير من الشاش .

أما الطريقة الثانية فنلجأ إليها إذا لم يكن عندنا جفوت ولا مناظير وفي عملها يدخل الشاش في الرحم باليد كما هو موضح في (شكل ١٦٣) .

ومن الطرق المقيدة في إيقاف النزف وقتياً مدة الزمن الذي يحضر فيه الزرق والماء الساخن طريقة الضغط على شريان الأورطى . ومن الطرق التي يمكن للقابلات إتباعها طريقة السد الخارجي . ولعملها يربط البطن برباط متين يصل من أعلى السرة إلى أسفل المدورين . ثم تحسب المسافة التي بين الرباط وجدر البطن بأخارم (القوط) والمناديل وغيرها مع ملاحظة أن يكون الرحم أسفل السدادة .

النزف الباطني — إذا كان النزف باطنياً وهذا نادر جداً يأخذ حجم الرحم في الازدياد مع ظهور علامات النزف الباطني . ولا يختلف العلاج فيه عما سبق ذكره .

وفي مدة النقاهة تعطى المريضة سترات الصودا منعاً لحدوث السدادات التخثرية (Embolism) وإذا زادت كمية الدم المفقود عن $\frac{1}{4}$ لتر تعوض المريضة عما فقدته بنقل الدم .

النزف بعد الولادة الثانوى

ويطلق على الأحوال التي يحدث فيها النزف بعد الولادة بأكثر من ست ساعات أسبابه - انفصال الكتل الدموية من أفواه الأوعية ، أو حدوث احتقان رحمى باطنى . أما الأول فينسب من ازدياد ضغط الدم فجأة أو من تنكز جدر الأوعية ويتسبب الثانى من بقاء بعض بقايا من الأغشية أو المشيمة فى باطن الرحم ، أو من انثناء الرحم إلى الوراء أو من وجود ورم لينى أو فى الحالات المتأخرة من وجود أورام السلى الخبيثة .

المعالجة - إذا كان النزف قليلا يعطى الأرجوتين وتعصر الكتل فإن لم يقف النزف يفعل زرق مهبلى ساخن ، ويتبع بزرق رحمى ساخن ، ثم نحاول تشخيص سبب النزف . فإذا كان سببه انثناء الرحم إلى الوراء نعدل وضعه ، وإذا كان السبب بقاء بعض أجزاء من المشيمة أو الأغشية فى الرحم تفصل باليد أو بالمعلقة الكالة . وإذا وجد وعاء مقطوع فى العنق أو المهبل يربط . فإذا استمر النزف يسد باطن الرحم بشاش اليودوفورم .

المهبوط والصدمة

المهبوط (Collapse) هو حالة الانحطاط التي تتبع فقد مقدار كبير من الدم فجأة .

أما الصدمة فهي حالة أشد خطراً من المهبوط تنشأ عن تغير عميق فى الأنسجة . وقد تتبع النزف كما تتبع كثيراً من العمليات الخطرة الطويلة المدة . وقد تنشأ أيضاً من شدة الألم أو من الخوف الشديد وغير ذلك . ويشمىز المهبوط بظهور التلق والاضطراب على المريضة ، وتوالى التهد العميق وضعف النبض وسرعته ، وشحوب الوجه ، وازرقاق الشفتين . وإذا ازدادت الحالة سوءاً تصبح المريضة فى نصف غيبوبة وتغرق عرقاً شديداً ، ويضعف ضغط الدم كثيراً فيكون ذلك سبباً فى توقف النزف . فإذا توقف النزف تبدأ الأعراض فى التحسن التدريجى ، فتمتلئ الأوعية

بارتشاف السوائل إليها من الأنسجة المجاورة . فإن لم يعد النزف بعد ارتفاع ضغط الدم تشفى المريضة . وإن عاد النزف تتحول الحالة إلى صدمة .

وفي أحوال الصدمة يبطل سير الدم في الأوردة والشرايين ويترهل الجلد كثيراً ، وتمتد الأوعية الشعرية ويركد فيها الدم . وتعجز الأوعية الدموية عن حجز مصف الدم فيرتشح في الأنسجة المجاورة ، ويصير الدم أكثر كثافة ويتجمع حامض الكربونيك في الدم ويقل الأوكسجين فيضيق تنفس المريضة . وتحدث حالة التسمم الحمضي (Acidosis) الذي يفضي غالباً إلى الموت فيبتدى الجلد ويبرد وترتخي عضلات الوجه ، وتتفخخ الخلدود أو تغور للباطن تبعاً للتنفس . وعادة يتغير شكل الوجه كثيراً ، ويصير لونه رمادياً قبل وفاة المريضة بقليل .

المعالجة - تجب ملاحظة الأمور الآتية في العلاج وهي : (١) إن أوعية المصابين بالصدمة الشديدة تتغير بشكل يجعلها لا تضبط الدم أو المحلول الملحي الذي يحقن فيها .

(٢) أنه إذا كانت كمية المحاليل التي تحقن في الأوردة كبيرة جداً أو لو حقنت بسرعة فقد تسبب ممدداً مضرًا في القلب ، وذلك لضعف جدره في أحوال الصدمة .

(٣) إن الهبوط الذي يتبع النزف لا يتسبب من ضعف القلب ، فلذلك لا يفيد في علاجه حقن الأستركتين ولا الأدرنالين ، لأن الأول يتعب القلب والثاني يسبب احتقاناً في الكبد يعطل دورة الدم فيها .

ولهذا السبب اجتهدوا في إيجاد محلول أكثر من المحلول الملحي مساواة للدم في كثافته حتى يسهل بقاءه في الأوعية . وربما كان محلول رينجر Ringer أفضل من غيره في تأدية هذا الغرض . وهو مركب من :

كلورور الصوديوم	٥.٥٠ جم
كلورور البوتاسيوم	٠.٢٥ جم
كلورور الجير (كالسيوم)	٠.٢٠ جم
ماء	٥٠٠ جم

وقد وجدوا في أثناء الحرب أن محلول الصمغ المحضر بنسبة ٢ إلى ٦ ٪ ذو فائدة عظيمة إذا أضيف إلى المحلول الملحي ، لأنه لا يخرج من الأوعية بعد حقنه

فيها بالسهولة التي يخرج بها المحلول الملحي .
ويوجد الآن حقن البلازما
ومفعولها أكثر وأعم فائدة من
محلول الملح وتعطى في الوريد
كما يستعمل نقل الدم في علاج
هذه الحالات .



علاج الهبوط - يجب اتباع
الطريقة الآتية في المعالجة :

(١) يوقف النزف بالطرق

السابق شرحها .

تعطى المريضة حقنة

بيتورين ا ج وحقنة كورامين

٥ - ١٠ م في الوريد كذا

تعطى حقنة Cortigen في

حالات هبوط ضغط الدم .

(شكل ١٦٤)

جهاز هوروك لحقن المحلول الملحي في الأوردة (داون)

(٤) تعطى المريضة جيداً ، وإذا أمكن يوضع حولاً قبة مصنوعة من

الأسلاك ، ويركب عليها من عشرة إلى عشرين مصباحاً كهربائياً وتغطى القبة
ببطانية ، فالحرارة التي تحدثها المصابيح تفيد كثيراً في تدفئة المريضة . ويوضع بين
قدميها وخارج ساقيها قرب أو زجاجات مملوءة من الماء الساخن . أو تستعمل
بطانية كهربائية) . .

(٥) ترفع أعواد السرير من جهة القدمين حتى يساعد ذلك توجيه الدم

إلى المخ .

(٦) يحقن لتر من محلول ملحي إما تحت الثديين إذا كانت الحالة متوسطة

الشدة أو لم يمكن إيجاد أوعية لحقنها أو في الأوعية إذا كانت ثقيلة، وإذا أمكن

الحصول على المحلول الصمغي السالف الذكر يكون ذلك أفضل بكثير ويساعد على

امتصاص المحلول المعطى تحت الجلد إضافة أمبول هيبورننداز إلى الحقنة .



(شكل ١٦٥)

جهاز بارشار لحقن المحلول الملحي
نمت الشدين في أحوال المبروط الذي يتبع التزيف

(٧) إذا لم تتحسن الحالة
وابتدأ التنفس في الصغف يعمل
التنفس الصناعي . وتنشق
المريضة الأوكسجين .

(٨) في الأحوال التي
تفقد فيها المريضة مقداراً هائلاً
من الدم لا تصلح السوائل
الملحية ولا غيرها في إرجاع
ضغط الدم . وأفضل طريقة هي
عملية نقل الدم ويحضر الدم من

أحد بنوك الدم وهي مراکز مستعدة في أي وقت لإمداد المريضة بالدم وإذا لزم
بالطبيب أيضاً لعمل عملية النقل نفسها .

وتعطى المريضة حقن البنسلين في مدة النقاهة حيث تضعف مقاومة هذه
الحالات للميكروبات ويسهل استلامهن لأي عنوى كنا تعطى حقن خلاصة
الكبد والحديد والفيتامينات خصوصاً في حالات التزيف .

انقلاب الرحم

الانقلاب الحاد للرحم نادر الحدوث جداً . وإذا انقلب الرحم فقد يكون انقلابه
إما تاماً أو ناقصاً .

الأسباب - يحدث الانقلاب غالباً إذا كان الرحم كبيراً ورخوياً ورقيق الجدر .
وقد يتسبب من :-

- (١) جذب الحبل السرى لتخليص المشيمة إذا كانت لا تزال ملتصقة .
- (٢) الحزق الشديد بعد ولادة الجنين والولادة الفجائية ، وعصر الرحم بطنياً
بشدة متناهية .

الأعراض - يتبع حدوث الانقلاب هبوط شديد يأتى عادة بعد الانقلاب

حالا ، ويندر أن يتأخر بضع ساعات . وقد يحدث نزف أو لا يحدث بحسب ما إذا كانت المشيمة ملتصقة كلها أو انفصل جزء منها .

التشخيص انقلاب الرحم - مثل انقلاب أصبع القفاز - بصير الوجه الباطن



ظاهراً والظاهر باطناً . فإذا وضعت اليد على البطن لا يحس بالرحم في وضعه الطبيعي . وإذا دقق في الفحص يحس في أسفل مكان الرحم بالتجاع فنجائى . وإذا فحص المهبل نجده مملوا بورم كروى هو قاع الرحم ونجد المشيمة ملتصقة به . فإذا كان الانقلاب جزئياً يحس بالعنق محيطاً بالورم مثل الحلقة .

العلاج - تفصل المشيمة

ويدفع الرحم داخل المهبل إن كان متدلياً خارجاً . ويبدأ في رده بإدخال الجزء الأعلى . وغالباً يسهل إدخال الجدار المقدم قبل الخلق متى رد الرحم يسد تجويفه بالشاش

اليودوفورمى بعد غسله جيداً بمحلول الدتول وهناك طريقة O'Sullivan وهي تنحصر في ملء المهبل بمحلول الدتول نسبة ٠.٥٪ وإدخال اليد في المهبل بحيث تحجز المحلول داخل المهبل وتمنع تسربه إلى الخارج فيسبب ضغط المحلول عودة الرحم إلى أصله

(شكل ١٦٦)

انقلاب الرحم الحاد (بعد الولادة مباشرة)

التجمعات الدموية للمهبل والفرج

قد يتقطع وعاء دموي في التسيج الخلوي للمهبل أو الفرج من شدة تمددهما أثناء خروج الرأس في الأحوال التي يكون فيها المهبل ضيقاً ، أو في الأحوال التي يستعمل فيها الحففت ، فيأخذ الدم في الانتشار في الأنسجة الخلوية مكوناً ورماً صغيراً مرناً أزرق اللون يأخذ حجمه في الازدياد تدريجاً . ويصطحب حدوث ذلك بالأم وإغماء تختلف درجتهما بحسب مقدار الدم الذي نزف . ويحدث ذلك عادة في أثناء الولادة ، ولكن قد لا يدرك وجوده إلا بعدها . وقد يستمر النزف في الأنسجة الخلوية حتى تنفجر ويتحول النزف الحلائي إلى نزف ظاهر . وقد يتبع الدم النزف سير الأنسجة الخلوية فيمتد إلى جدر البطن ، أو يهبط إلى العجان على حسب ما إذا كان الوريد المتمزق أسفل الصفاق العجاني العميق أو أعلاه . فإذا لم يوقف النزف فقد نموت المريضة . ولكن هذه النهاية المحزنة نادرة وأغلب التجمعات الدموية لا يكبر حجمها كثيراً ، وغالباً تنتهي بالامتصاص أو التفقيح .

العلاج - يختلف بحسب ما لو حدث النزف قبل الولادة أو بعدها .

أما لو حدث قبل الولادة فإن كان حجم التجمع صغيراً تترك الولادة للطبيعة وإن كان آخذاً في الازدياد يوضع الحففت . وإن كان حجم التجمع كبيراً يمنع نزول الرأس يشق التجمع بالمشروط ، ثم ينظف من الكتل وشوكد المريضة بالحففت . وبعد الولادة يسد التجويف بالشاش اليودوفوري إن كان كبيراً ، ويخاط بالكاتجوت بفرز تصل إلى قاعه إن كان صغيراً .

أما بعد الولادة فإن كان التجمع صغيراً يترك لذاته حتى يمتص . وإن كان كبيراً يشق ويسد بالشاش اليودوفوري بعد إزالة الكتل . وإن أمكن سد التجويف بالفرز العميقة بالكاتجوت كان ذلك أفضل . وإن تركت الحالة للطبيعة وتضيق التجمع يعالج معالجة الخراجات .

علاج - إذا شهدت الماخذ في أول ولادتها تمنع عن الحزق ثم تعطى
 التريالين لتقليل قوة الطلق . ويجب أن تلاحظ بدقة في أثناء الدور الثالث للولادة
 وتوصى بأن تلازم منزلها في ولادتها التالية مدة النصف الأخير للشهر التاسع خوفاً
 من حدوث الولادة وهي في الطريق أو في أثناء السفر .

الفصل الثامن عشر

التغيرات غير الطبيعية التي تطرأ على القوة القاذفة الرحمية

الولادة الفجائية

قد تتغير القوة القاذفة للرحم إما بالزيادة أو بالنقص فقد تكون الانقباضات الرحمية
 أقوى بكثير مما يلزم للتمديد التدريجي للأجزاء الرحمية للأم فيولد الجنين بسرعة
 شديدة في وقت قد لا تكون الأم فيه في الوضع المناسب للولادة ، فينشأ عن ذلك تمزق
 الحبل السرى ، والانفصال المبجل للمشيمة ، وانقلاب الرحم . وربما صدم الجنين
 الأرض فأصابه ارتجاج في المخ قد يؤدي بحياته . وتصطبغ الولادة الفجائية غالباً
 بتمزقات متسعة في العجان ، وكثيراً ما تصاب الأم عقب الولادة بالإغماء والهبوط .

العلاج - إذا شوهدت الماخذ في أول ولادتها تمنع عن الحزق ثم تعطى
 التريالين لتقليل قوة الطلق . ويجب أن تلاحظ بدقة في أثناء الدور الثالث للولادة
 وتوصى بأن تلازم منزلها في ولادتها التالية مدة النصف الأخير للشهر التاسع خوفاً
 من حدوث الولادة وهي في الطريق أو في أثناء السفر .

خمود الرحم

خمود الرحم هو ضعف انقباضاته بحيث لا تستطيع إحداث القوة الكافية
 لقلد الجنين في الوقت الطبيعي . وقد يكون الخمود ابتدائياً أو ثانوياً .

الخمود الابتدائي - قد يتسبب الخمود الابتدائي من ضعف في عضلات الرحم
 نفسها أو من عيب خلقي في تركيبه أو من إصابته بالالتهاب الجوهري قبل حدوث
 الحمل ، أو من شدة تمدده إذا كان توامياً أو بسبب استسقاء أمنيوسى ، أو

لوجود أورام ليفية فيه ، أو لتكرار حدوث الحمل . وبعض الأحوال التي يكون فيها الضغط الدموي للمريضة منخفضاً يظهر أنها تنسب من عجز الغدة النخامية عن إفراز البيتوترين في الدم بالمقادير الطبيعية .

وقد يتسبب الحمود أيضاً من ضعف الولادة بسبب إصابتها بأمراض عمومية ، أو من ضيق الحوض العموي لأنه يمنع انحسار الجزء الآتي به الجنين فلا تنبه العقد العصبية العنقية التي تحرض الطلق . والدرجات الخفيفة من الحمود قد تنسب من امتلاء المثانة بالبول أو المستقيم بالمواد البرازية ، أو من الجوع أو من امتلاء المعدة وتحمتها ، أو من قلة النوم ، أو من قلق المريضة والتنبه العصبي ، ومن شدة الإحساس بالوجع .

الأعراض - يبدأ الطلق ضعيفاً ويتمدد العنق جزئياً ثم يأخذ الطلق في الضعف التدريجي وتصف الولادة يوماً أو أكثر . وقد يتفق أن يزول الطلق بالمرة وبعد أسبوع أو اثنين يعود الطلق ثانية وتم الولادة طبيعياً . وأكثر من هذا حدوثاً أن الطلق يكون في أول الأمر ضعيفاً جداً ولا يحدث ممدداً كبيراً في العنق ولا تقدماً في انحسار الرأس . ولكن الوجع يكون شديداً وبالأخص وقت ممدد العنق فتصرخ المريضة وتبجج فتقلق الذين حولها وربما شكوا في مقدرة الطبيب المباشر . وقد يميل الطبيب إلى إنهاء هذه المضايقات فيوسع العنق ويتم الولادة بالخفت . ولكنه لو فعل ذلك لكان مهدداً السبيل لحدوث المضاعفات الخطيرة كالتمزق البالغ في العنق والتزف الشديد بعد الولادة واحتباس المشيمة وهي سلسلة مضاعفات قد تنهي بوفاة الولادة .

العلاج - يبحث عن سبب الحمود . ويجب التفريق بين الحمود الابتدائي والثانوي . فإن وجد أن السبب امتلاء المثانة تقططر ، ولو كان في الأمعاء قبض تعمل حقنة شرجية . وإن كانت المريضة ضعيفة بسبب امتناعها عن الأكل تغذى بالأطعمة السهلة المضم وتعطى محلول الجلوكوز لتر ١٠٪ في الوريد وإن كانت نهك قوتها بالطلق تنصح بعدم إجهاد نفسها . ثم يعطى لها ٠,٠١٥ جم من كلوريدات المورفين حقناً تحت الجلد أو تعطى الجرعة الآتية :-

ج	٠,٧٠	علاصة الأتيون السائلة
°	١,٠٠	برومور النشادر
°	٥,٠٠	شراب الكلورال
°	٣٠,٠٠	ماء نعناع لغاية

وإذا طالت مدة المخاض تعطى المريضة حقن البنسلين منعاً لحصول حمى النفاس التي تكثر في مثل هذه الحالات ولزيادة الطلق يمكن استعمال أحد هذه الطرق .

١ - حقن مادة البتوترين في العضل بمعدل وحدة إلى وحدتين كل ساعة لمدة ثلاث ساعات ويجب التشديد في الإحتراس الشديد في استعمال البتوترين بهذه الطريقة ومراقبة حساسية الرحم له بعد إعطاء الحقنة الأولى إذ قد يحدث انقباضاً شديداً في بعض الحالات بدرجة تؤدي إلى انفجار الرحم خصوصاً إذا كان هناك عدم تناسب بين حجم الجنين والحوض أو كان وضع الجنين غير طبيعي .

البتوترين حقن في الوريد فتمزج لحس وحدات بتوترين في لتر من محلول الجلوكوز ١٠ ٪ وتعطى في الوريد ببطء أى نقطة نقطة ويوقف استعماله حالما تشدد انقباضات الرحم .

٣ - الأستروجين ويعطى كحقن بنسبة ٢ - ٥ مجم كل ساعة وقد أدى استعماله إلى بعض نتائج مرضية وليس منه أى ضرر .

٤ - سلفات الكين وتعطى بمقدار جرام واحد مقسم إلى ثلاث دفعات تعطى على ثلاث ساعات .

وإذا ظهرت علامات خطر على الأم أو الجنين وكان الرأس منحسراً يوضع الجفت وفي بعض الحالات قد تكون العملية القيصرية آمنة طريقة للعلاج . ويجب الاستعداد في هذه الأحوال لمعالجة النزف الحمودي إذا حدث .

الحمود الثانوي - الحمود الثانوي أندر بكثير من الحمود الابتدائي . وهو على نوعين : (الأول) هو الحمود الذي يتسبب من ضعف الوالدة أو ضعف الرحم ولكن بدرجة تسمح بحدوث الطلق الطبيعي لمدة بضع ساعات فقط يأخذ بعدها في الضعف المتوالى . وفي هذه الأحوال لا يكون هناك مانع لحدوث الولادة إلا ضعف الطلق . والنوع الثاني هو الذي تتعسر فيه الولادة لضيق الحوض أو غير ذلك من أسباب الولادة العسرة . وفي هذا النوع يأخذ الرحم في الانقباض محاولاً قذف

الجنين . ثم يأخذ القسم العلوى للرحم في الانكماش التدريجى حتى ترتفع حلقة الانكماش فوق جسم الجنين وتصبح الكتلة العضلية للرحم فوق الجنين لا حوله فلا يبقى لها تأثير شديد على قذفه . ثم يأخذ الطلق بعد ذلك في الضعف إلى أن يزول تماماً .

التشخيص التفريقى - يتميز الحمود الثانوى المسبب عن عسر الولادة عن الحمود الابتدائى في أن الأول يصطحب بارتفاع حلقة الانكماش فوق العانة بأكثر من ثلاث سنتيمترات وبأن الطلق يأخذ شكلاً تشنجياً . ويصير البطن مؤلماً جداً ويسرع النبض وترتفع الحرارة ويحف اللسان ويظهر على المريضة القلق والخوف والاضطراب .

المعالجة - يعالج النوع الأول معالجة الحمود الابتدائى أما الحمود المصطحب بما يسبب عسر الولادة ويمنع ولادة الجنين طبيعياً فيحاذر فيه كل الخذر من إعطاء البيوتورين لأنه يسبب انفجار الرحم . ويجب معرفة سبب عسر الولادة ومعالجته بما يناسبه . ويحسن جداً في هذه الظروف إعطاء المريضة ٠,٠١٥ مورفين حقناً تحت الجلد حتى يرتاح جسمها قليلاً قبل أن تعمل لها العملية اللازمة للتوليد .

صلابة العنق التشنجية

متى ابتدأ المخاض تأخذ الألياف الحلقية الهيطة بالفوهتين الباطنة والظاهرة للعنق في الارتخاء، ولكن قد يحدث في بعض الأحوال أن تنقبض هذه الألياف بدلا من أن تتمدد ، ويحدث ذلك على الأكثر عند بكريات الولادة المتقدّمات في السن . ومن الأسباب المخرّضة له ضعف الانقباضات الرحمية ، والانفجار المعجل بلحيب المياه ، والالتصاقات المرضية بين الأغشية والعنق ، والحمى المعيب ، وازدياد إحساس المريضة بالألم ، وإعطاء الأرجوتين ، أو إعطاء البيوتورين قبل تمام تمدد العنق .

المعالجة - تختلف باختلاف السبب . فإن كان الطلق ضعيفاً يبحث عن السبب ، فإن كان السبب امتلاء المثانة والمستقيم يغليان : الأول بالقنطرة والثانى بالحقن الشرجية . وتعطى الزروقات المهبلية الساخنة . وإذا كانت المريضة شديدة

الإحساس يعمل لها حفنة مورفين أو تعطى جرعة فيها جرام كلورال إيدراي أو حفنة شرجية بمقدار ٤ جرام مذاية في ٢٠٠ جرام من الماء الدافئ . وإذا وجد أن الأغشية ملتصقة تفصل بالأصبع من العنق . وإذا كان الحبيب انفجر معجلاً وارتفعت حرارة الأم ، أو سرع نبضها ، أو ظهرت دلائل خطر على الجنين تعمل لها العملية القيصرية وتعطى حقن البنسلين .

الانقباض المستمر للرحم أو الانقباض التشنجي

قد سبق القول أن القسم العلوي للرحم ينقبض وينكمش في الولادة الطبيعية بحيث أنه متى زال الانقباض لا تعود الألياف إلى حالة ارتخائها السابق بل تنكمش قليلاً أي تنصغر وتغلظ ، وأن ألياف القسم السفلي تطول وترقق ، وأن انكماش الألياف العليا هو السبب في قذف الجنين إلى المهبل وولادته . لأنه لو لم تنكمش الألياف عقب انقباضها لارتد الجنين إلى مكانه في الرحم بعد زوال الطلقة . وحتى زاد الانكماش يصغر حجم الرحم فينقلد الجنين من الرحم الذي لم يعد كافياً لأن يسهه . ففي الأحوال الطبيعية ينزل الجنين إلى المهبل ثم يولد . أما إذا كان هناك سبب يمنع ولادته . فإن انكماش ألياف القسم العلوي لا يد وأن تجذب الألياف المكونة للقسم السفلي للرحم فيمددها فتطول وترقق . وفي أول الولادة يكون خط الاتصال بين هذين القسمين وهو الذي يعبرون عنه بحافة الانكماش أو حزام بندل أسفل العانة فلا يحس به بطنياً ، فإذا طال المخاض أخذ هذا الخط في الارتفاع فيحس به بطنياً وقد يصل إلى السرة ، وربما تعداها في الأحوال التي تتعسر الولادة فيها تعسراً شديداً .

أسباب الانقباض المستمر للرحم - له سببان :

الأول - تعسر الولادة .

الثاني - إعطاء الأروجوتين والجنين لم يولد بعد ، أو إعطاء البيثوتيرين قبل تمدد العنق .

الأعراض - ترتفع حرارة المريضة ويسرع نبضها ويأخذ وجهها سيما الفلق ،



(شكل ١٦٧)

تداعج الانقباض التنحني لرحم بسبب اعطاء البثورين قبل تمدد العنق
(لاحظ موقع الفوهتين الطاهرة والباطنة لعنق الرحم وحجم القسم السفلي لرحم بعد تمدده التام)

تشر بأوجاع تقلصية شديدة في البطن . فإذا حس الرحم وجد متقبضاً
ومتقبضاً تمام الأنطباق على الجنين بحيث يعسر تمييز أجزائه . ويكون الرحم
مؤللاً عند الجس وغالباً لا تسمع ضربات قلب الجنين عند التسمع ، لأن انقباض
الرحم المستمر يقلل السطح المشيمي ويضغط الحبل بين الجنين والرحم فيقل ورود

الأوكسجين إلى الجنين فيموت . وإذا كان الرأس محشوراً في الحوض يشاهد أن المهبل جاف لعجز الغدد العنقية عن الإفراز ، وغالباً يكون المهبل منتفخاً بالارتشاح (ايدوما) ، ويكون الرأس منحشراً بحيث لا يستطيع التقدم ولا التأخر وعظام الجمجمة تكون شديدة التراكب بعضها على بعض ، والحلبة الدموية المصلية تكون كبيرة الحجم . وإذا كان الحوض مستعرضاً نجد الكتف محشورة في الحوض ونجد الذراع ساقطة .

المعالجة - يعطى للمريضة حقنة مورفين ٠,٠٣ ثم تنوم جيداً بمخدر ، وتوى ارتخى الرحم نوعاً يخلص الجنين بالتنجيت أو التقطيع إن كان ميتاً وهو الأغلب . أما إن كان حياً فيجرب وضع الجفت ، ولكن لا يجوز القنادة في التجربة فتعرض الأم للخطر الشديد .

وقد ميزوا حديثاً نوعين آخرين من الانقباض الرحمي المستمر . ففي النوع



(شكل ١٦٨)

ترقق القسم السفلي للرحم في حالة ولادة عسرة بسبب الجهد العيب

الأول يكون الانقباض الرحمي عاماً لكل الرحم سواء في ذلك القسم العلوي والقسم السفلي . ويسمى هذا النوع « الرحم المتبجج » . وفي النوع الثاني يكون الانقباض المستمر مقصوراً على جزء منه ويسمى الجزء المنقبض « حلقة الانقباض » يميزها عن حلقة الانكماش . ويتميز هذان النوعان بأن القسم السفلي للرحم لا يكون فيهما مترققاً ولا منسماً وهذا عكس ما يحدث في الانقباض المستمر أو التشنجي للرحم . وفي كلا النوعين أي الرحم المتبجج والذي فيه حلقة انقباض تستحيل ولادة الجنين قبل زوال الإنقباض .

الرحم المتبجج

يحدث هذا النوع غالباً من تكرار محاولة التوليد بالآلات أو بالتحويل بلا جدوى . ومن المحقق أن لتعفن الرحم دخلاً في حدوثه .

وفي هذا النوع يكون الرحم منطبقاً على الجنين تمام الانطباق فيصعب جداً إدخال اليد في الرحم .

العلاج - يمتنع عن إدخال اليد أو الآلات في الرحم إلى أن يزول الانقباض ويتم ذلك بإعطاء المريضة ٠.٠٣ مورفين حقناً تحت الجلد ، وتبينجها تبينجاً تاماً وغالباً لا يمر نصف ساعة إلى ساعة حتى يرتخي الرحم . فإذا لم ذلك يجب أن تولد المريضة بسرعة ومهارة خوفاً من عودة الانقباض . ويفضل عمل عملية قيصرية

حلقة الانقباض

هي انقباض موضعي في جزء من الألياف الحلقيّة للرحم فوق جزء من الجنين قليل المقاومة مثل أعضود في جسمه . وربما حدث الانقباض أسفل الجزء الآتي به الجنين :

أسبابه - قد تحدث حلقة الانقباض في الخيء المعيب وعلى الأخص لو اصطحب بالانفجار المعجل لحيب المياه . وقد تحدث أيضاً من الإفراط في المحاولات غير المجدية في الولادات العسرة .

العلامات - في هذا النوع لا يكون الرحم منقبضاً انقباضاً تشنجياً بل يحدث الطلق كالعادة . وفي الفترة بين الطلقات يكون الرحم مرتخياً ، ولا يحس بحلقة انكماش أو انقباض بطئياً . وتختلف حلقة الانقباض عن حلقة الانكماش في جملة أمور ، منها أن الجزء السفلي للرحم عند تكون حلقة الانقباض لا يكون مترققاً جداً ، كما أن الجزء العلوي لا يتضخم ويقصر مثلما يحدث في حلقة الانكماش وتكون حلقة الانقباض أغلظ من جنر الرحم الموجودة أعلاها أو أسفلها ولا يكون الجزء الآتي به الجنين منحسراً في الحوض . وإذا بحثنا المريضة لنقف على سبب عسر الولادة ، وأدخلنا أصابعنا في الرحم نجد انقباضاً موضعياً في أحد أجزاء الرحم حول جزء من الجنين . وإذا استطعنا تجاوزة الجزء المنقبض نجد جسم الرحم في أعلا الانقباض مرتخياً .

المعالجة - لا يفيد في هذا النوع من الإلتقباض إعطاء المورفين ولا الكافور وفورم إلا قليلاً ، وإنما يصح تجربة ذلك فإن لم ترتخ الحلقة بعد ٣ ساعات يجب محاولة تخليص الجنين بالحبذ على الرأس بالحبذ . ويحاول بعض المولدين إرخاء الإلتقباض بالتوسيع باليد ، ولكن ذلك لا ينجح إلا في الأحوال الخفيفة جداً . وغالباً يضطر المولد لأن يضع الحبذ ويربط بقابضته ثقلاً وزنه سبعة أربطال . فالضغط التدريجي على حلقة الإلتقباض الناشئ عن الحبذ المستمر يُرخيها مع



(شكل ١٠)

مرور الوقت ، ولا يحدث ذلك عادة قبل مرور ساعة . فإن لم ينجح ذلك فالمعالجة تختلف بحسب ما إذا كان الجنين حياً أو ميتاً وبحسب طهر الرحم . فإن تأكدنا أن المداخلات التي عملت كانت تجرى مع ملاحظة التعقيم التام ، وكان الجنين حياً ، فالأفضل عمل العملية القيصرية . وإن كان الجنين ميتاً أو كان الرحم عفناً يفتت الرأس ويربط بقابضة المفتت ثقل وزنه ١٠ أربطال ، أو يخرج الجسم بالتقطيع إذا اقتضى الأمر . وغالباً تكون العملية في منتهى الصعوبة ، لأن حلقة الإلتقباض تعيق كل المجهودات التي تبذل في التوليد .

الانفجار المعجل لجيب المياه

قد ينفجر جيب المياه قبل الولادة بأيام أو أسابيع . وقد يستمر الحمل بلا ضرر كبير للأم والجنين ، وقد يحدث هذا الانفجار ذاتياً ، أو بسبب صدمة . والغالب أن السائل الأمنيوسي لا يتصرف كله بعد انفجار الجيب ، بل يبقى أكثره فيمنع الضغط المضر على الجنين . وقد تنتقب الأغشية في جهة بعيدة عن العنق فيتزل السائل على دفعات متباعدة . ومنى ابتداء انقراض يتكون الجيب كالعادة . وانفجار الجيب قبل حدوث انقراض من الحوادث السيئة النتيجة . فقد تنجم عنه وفاة الطفل ، ووصول العدوى إلى باطن الرحم فتصاب الأم بالعدوى . وإن لم يحدث هذا ولا ذلك وبدأ انقراض يحدث ما يسمى بالولادة الجافة . وانفجار الجيب المعجل في أول الولادة يحدث غالباً في الخبيء المريب وضيق الحوض . وهو كثير الحدوث في الأوضاع المؤخرية الحلقية وعلى الأخص عند البكريات . وقد يحدث بسبب ازدياد الضغط في باطن الرحم المسبب عن الاستسقاء الأمنيوسي أو الحمل التوأمي .

التشخيص - يجب تمييز الانفجار المعجل عن السيلان المائي للحوامل الناشئ عن التهاب السواقي ، وعن سلس البول ، وعن انفجار التجمع المائي الذي يحدث أحياناً في المسافة بين غشائي الأمينوس والسلى .

المعالجة - تلازم المريضة الفراش حتى لا يتصرف ما بقي من السائل ، وتمنع عن الجماع ولا يعمل لها فحص مهبل ولا زروقات مهبلية . فإن هذه كلها تعرضها للعدوى . وترقب ضربات قلب الطفل وحرارة الأم ونبضها . فإن ارتفعت حرارة الأم (دليل تعفن السائل) أو إذا زادت ضربات قلب الجنين عن ١٦٠ وعلى الأخص لو نقصت عن ١١٠ باستمرار فالواجب التدخل لأن هذا يدل على أن حياة الطفل في خطر . وأفضل طريقة للتدخل تمديد العنق بممددات هيجار أولاً ، وتخريض الولادة بالحقن - فإن لم تبدأ آلام الوضع الأفضل عمل عملية قيصرية .

الفصل التاسع عشر

الولادة العسرة

تتعرس الولادة من وجود موانع تعطل سيرها ، إما في الأم أو في الجنين أو فيهما معاً . فالأسباب الأمية هي الآتية :

- (١) ضيق الحوض .
- (٢) الأورام الرحمية أو المبيضية أو المهبلية أو الفرجية أو الحوضية .
- (٣) ضيق وانسداد العنق أو المهبل .
- (٤) التشوهات الخلقية للرحم أو المهبل .
- (٥) الأوضاع المرضية للرحم .

أما أسباب عسر الولادة من جهة الجنين فهي :

- (١) الخبيء والأوضاع والقعدة المعيبة .
- (٢) الضخامة العمومية للجنين أو للكفتين فقط .
- (٣) التشوهات الخلقية والأورام .
- (٤) الأجنة المتلهوجة .
- (٥) اشتباك الأجنة في الحمل التوأمي .

أسباب عسر الولادة من جهة الأم

١ - ضيق الحوض

سنشرحه بالتفصيل في الفصل الآتي :

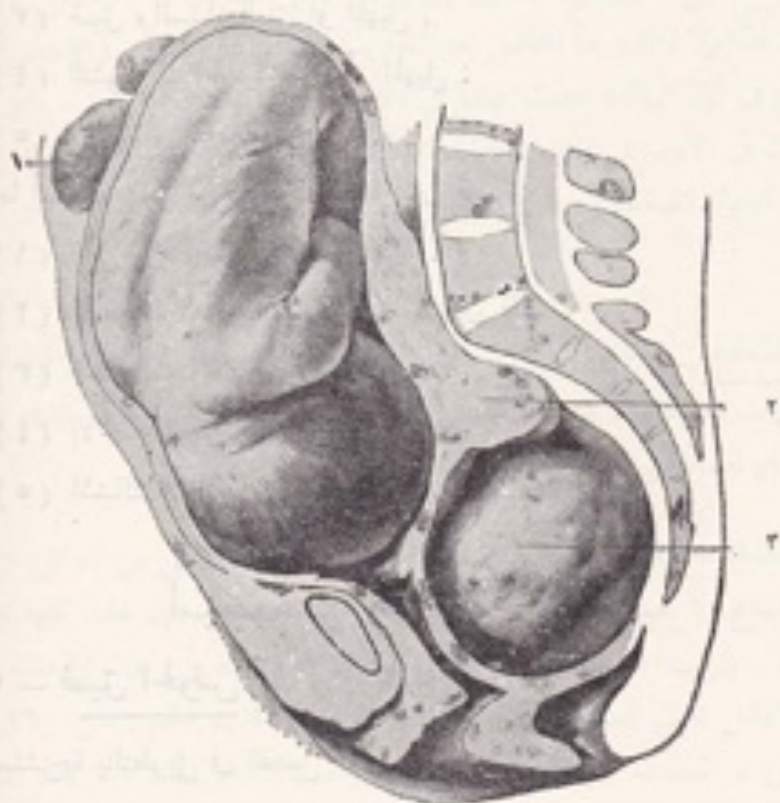
٢ - الأورام

الأورام الرحمية - الأورام الرحمية التي تعطل سير الولادة هي الأورام الليفية ،

وسرطان العنق . أما الأورام الليفية فتسبب عسر الولادة إما من وقوفها في طريق الجنين ، أو من إضعافها الألياف العضلية للرحم ، أو من إحداثها للمجىء المعيب . أما سرطان العنق فيسبب عسر الولادة لأن التغيرات التي يحدثها في ألياف العنق تجعله يتمدد بغاية الصعوبة .

الأورام المهبلية والفرجية - أهمها التجمعات الدموية وأيديما المهبل والفرج .

الأورام المبيضية - أهمها الأكياس المبيضية والأورام الليفية والسرطانية للمبيض .



(شكل ١٧٠) عسر في الولادة ناشئ من امتلاء الحوض بورم ليفي رصبي (جـ)

١ - ورم ليفي تحت بريتولي ٢ - ورم ليفي خلال ٣ - ورم ليفي

تحت بريتولي مائل لتجويف دجلاس

الأورام الحوضية - هي الأورام العظمية والغضروفية والليفية والسركونية والسرطانية وهي تسبب عسر الولادة لأنها تحدث ضيقاً في الحوض تختلف درجته بحسب وضع الورم وحجمه .

المعالجة - الأورام الليفية للرحم كثيرة الحدوث ولكنها لا تشاهد كثيراً عند الولادات لأن أنواعها الخلالية وتحت الغاطية تكون مصحوبة بالتهاب رحمى باطنى يسبب في الغالب العقم أو الإجهاض . أما معالجتها فتختلف بحسب نوعها فإذا كانت على هيئة بوليبيوسات متعقنة وبارزة من العنق فالأفضل استئصالها بمجرد تشخيصها ، لأنها في الغالب تعطل تخليص الجنين وربما ماتت (تغذرت) من شدة ضغط الجنين عليها في أثناء الولادة .

أما إذا كانت الأورام خلالية أو تحت بريتونية وكانت مائلة للحوض في أثناء الولادة فإذا لم تقدر على دفعها إلى أعلى الحوض بحيث يسهل مرور الجنين فالأفضل فتح البطن واستخراج الجنين بالعملية القيصرية ، ثم استئصال الرحم أو قلع الأورام إن أمكن ذلك .

وبالرغم من إمكان حدوث هذه المضاعفات فإننا كثيراً ما نشاهد أوراماً ليفية تسد الحوض في أول الولادة ، ولكنها تنجذب خارج الحوض متى تقدم الغااض فتنتهي الولادة طبيعياً ولا يتبعها نزف ولا مضاعفات .

أما أورام العنق السرطانية فإذا شخصت في أثناء الولادة فالأفضل تخليص الجنين بالعملية القيصرية ، ثم استئصال الرحم . أما إذا كان الورم في حالة متقدمة جداً ولا يرجى شفاء الأم منه فنحاول تخليص الجنين بشد يد العنق صناعياً ، إما بالممددات أو الشقوق الجانبية . وأفضل من ذلك عمل العملية القيصرية ، لأن تخليص الجنين من عنق مصاب بالسرطان كثيراً ما يؤدي إلى بمزقات بالغة تحدث نزفاً قاتلاً .

أما الأورام والأوكياس الميضية فإذا شخصت مدة الحمل فالأفضل استئصالها لأنها غالباً تسقط في الحوض وعلى الأخص لو كانت صغيرة الحجم فتعيق خروج الجنين . وقد يلتوى عنقها وتموت (تتغفر) أو تنقيح أو تنفجر أو تنزف في البطن من انفجار وعاء في غلافها . أما إذا لم تشخص إلا في وقت الولادة فنجتهد في

دفعها خارج الحوض ، فإن لم تفلح وكان الورم أسفل الجنين نبزله بآلة بازلة ، فإن لم يصغر حجمه لدرجة تسمح بولادة الجنين فالواجب إما فتح البطن واستئصال الورم أو استئصاله بالشق المهبل .
أما الأورام الحوضية فإذا كانت كبيرة لدرجة تجعل ولادة الجنين مستحيلة فاللازم تخليص الجنين بالعملية القيصرية .

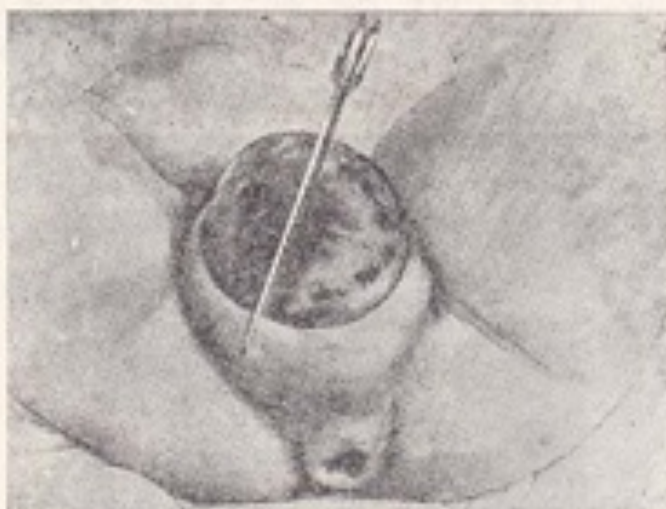
٣ - ضيق وانسداد المسالك التناسلية

قد يكون الضيق أو الانسداد في العنق أو المهبل . أما ضيق العنق فيسبب (١) من ازدياد صلابة الألياف العضلية أو من زوال مرونتها كما يحدث عند بكرات الولادة المتقدمة في السن . وقد يتسبب (٢) من سقوط العنق خارج القرج أو (٣) من انكماش ندبة التحام عملية سابقة مثل بتر العنق إذا فعلت على غير الأصول أو (٤) من تغنغر العنق في ولادة سابقة أو (٥) من إنكماش العنق الناشئ عن الإفراط في استعمال المواد الكاوية أو (٦) من وجود أورام خبيثة . أما إنسداد العنق فسيبب حدوث التهاب عنق التصاق بعد الحمل .

التشخيص - بالفحص المهبل نجد أنه بالرغم من كون الإقباضات الرحمية توية فإن العنق لا يحس ولا تتمد القووة الظاهرة . وقد نحس فيه بندبه التحام أن وجدت .

المعالجة - إذا كان السبب وجود التصاقات بسيطة بين حواف القووة الظاهرة فمن السهل إزالتها بالأصبع أو بالحس الرحمي . أما إذا كان سبب الضيق ازدياد صلابة العنق من تغيرات حدثت في أليافه أو من زوال مرونة الألياف العضلية ، فالمعالجة تنحصر في عمل الحمامات النصفية الساخنة ، والزروقات المهبلية الحارة . فإن لم تفلح تعدد العنق بممددات فرومر أو بعمل شقوق جانبية .

ضيق المهبل والقرج - قد يكون الضيق خلقياً أو نتيجة تقرحات عميقة أو أورام خبيثة . وفي بعض الأحوال قد توجد صلابة شديدة في العجان عند بكرات الولادة المتقدمة في السن فتسبب صعوبة كبرى في مرور رأس الجنين وتعالج



(شكل ١٧١) قطع العجان إذا تعسر خروج الرأس بسبب صلابة اللسجة

بوضع الجفت . فإن لم يقد تفعل الشقوق العجانية الجانبية (انظر شكل ١٧١) ثم تخاط بعد انتهاء الولادة .

أما إذا وجد ضيق شديد في المهبل أو إنسداد جزئي خلقى فيه فيعالج بعمل الشقوق الجانبية ، وفي الأحوال الشديدة تفعل العملية القيصرية .

٤ - التشوهات الخلقية للرحم والمهبل

سبق شرحها في الفصل الخاص بها .

وحدث الحمل في رحم متشوّه خلقياً قد ينتهي بالإجهاض أو بعسر الولادة إذا بلغ الحمل تمامه . وإذا حدث الحمل في القرن الأخرى لرحم ذى قرنين ينتهي الأمر عادة بانفجار الرحم الحامل إن لم تشخص الحالة وتعالج في الوقت المناسب (أنظر شكل ١٧٢ و ١٧٣) .

وقد شاهدت حالة حدث فيها الحمل عند امرأة كانت أعضاؤها التناسلية شبيهة في تكوينها بأعضاء التناسل الجنينية في الشهر الثالث . أي أن الجدار المتوسط لقناة مولر لم يزك وكان الرحم مؤلفاً من نصفين مفصولين بحاجز وكان المهبل وقناة مجرى البول قناة واحدة تنتهي في أعلاها بتقنين أحدهما يصل إلى المثانة

والآخر إلى عنق الرحم المزدوج (أنظر شكل ١٧٤ و ١٧٥) . وقد بلغ الحمل عند هذه المرأة حتى الشهر السابع ثم انفجر في البطن .

٥ - الأوضاع المرضية للرحم

سبق الكلام عنها في الفصل الخاص بها .

أسباب عسر الولادة من جهة الجنين

١ - الأوضاع المعيبة والمجىء المعيب

المجىء - كل مجىء معيب ما عدا المجىء بالمقعدة بسبب عسراً في الولادة ، وقد سبق الكلام على ذلك في شرح ميكانيكية الولادة .

الأوضاع - أهمها بقاء المؤخر متجهاً إلى الوراء في المجىء بالقمة ، وبقاء الدفن متجهاً إلى الوراء في المجىء بالوجه .

القعدة - قد تتغير علاقة أجزاء الجنين بعضها ببعض وهو في الرحم بحيث ينسب عن ذلك عسر في الولادة . وأهم هذه التغييرات هي : -

(١) سقوط يد أو ذراع بجانب الرأس .

(٢) التفاف الذراع حول القفا .

(٣) سقوط قدم أو قدمين ، أو ذراع أو يد ، أو ذراع وقدم ، أو ذراعين وقدمين .

(١) سقوط يد أو ذراع بجانب الرأس - يحدث ذلك غالباً إذا كان الجنين ميتاً ، أو إذا وجد عدم تناسب شديد بين حجم الحوض ورأس الجنين ، كأن يكون الحوض شديد الانساع أو يكون الرأس صغيراً جداً ، وقد يحدث أيضاً من

ضيق القطر المقدم الخلقى للحوض ، أو من نزول السائل الأمنيوسي فجأة وبقوة
كما يحدث عند انفجار الحبيب في الاستلقاء الأمنيوسي .



(شكل ١٧٢)

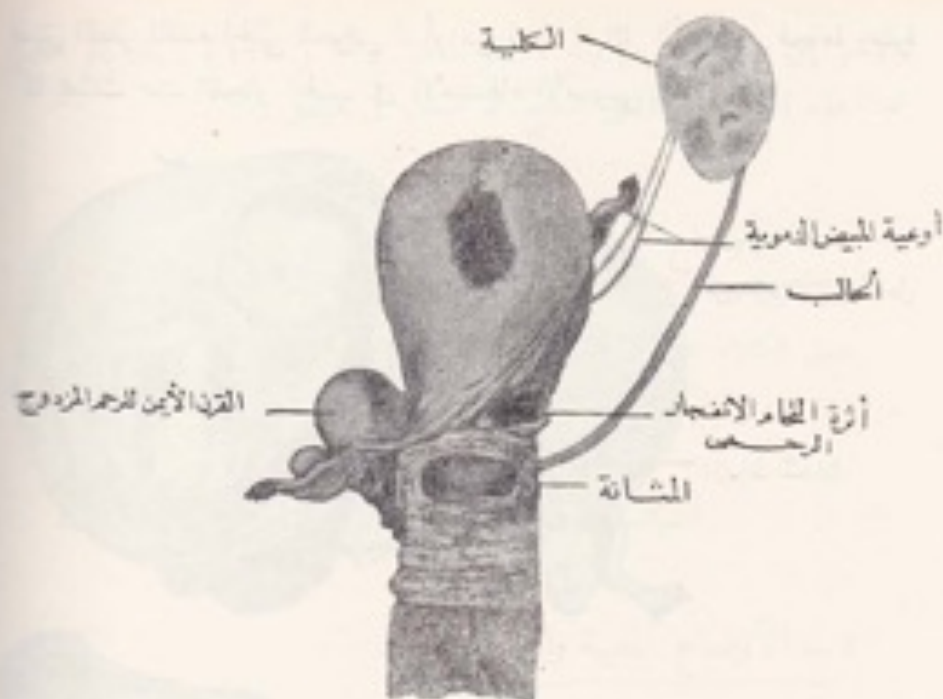
بين انفجار قرن أوى لرسم مزاج
حدث فيه الحمل ويبلغ حتى الشهر السابع

العشاء الساقط الذي نزل من القرن الكبير الحامل



(شكل ١٧٣)

بين الحالة الموجودة في شكل ١٧٢ قبل حدوث الانفجار



(شكل ١٧٤)

رسم مزدوج مع بقاء التكرين الجنيني المهيول وقناة مجرى البول ،
حدث فيه حمل ثم انفجر الرحم في الشهر السابع للحمل



(شكل ١٧٥) السطح الخلق للشكل السابق

الأشكال ١٦٧ و ١٧٢ و ١٧٣ و ١٧٤ و ١٧٥ منقولة عن البحث الذي نشرته عن تمزق الرحم في مجلة *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* (مع الشكر لناشرى المجلة). وهذه الأشكال مأخوذة عن نماذج موجودة بمتحفي الذي أهديته لكلية الطب .

المعالجة - إذا لم يكن الرأس منحسراً تؤمر الوالدة بالأضجاع على الجهة المقابلة للجهة الساقطة ذراعها . فمن ميل الجنين إلى تلك الجهة ينعدل الذراع . فإذا لم يقد ذلك يضع المولد يده في المهبل ويدفع بها الذراع إلى أعلى الرأس . أما إذا سقطت الذراع وكان الرأس منحسراً فنترك الحالة للطبيعة ما لم تنشأ أعراض تستدعي المساعدة فيوضع عندئذ الجفت . ويحترس من وضعه على الذراع الساقطة .

(٢) التفاف الذراع حول القفا - يحدث ذلك سواء كان الجنين بالرأس أو بالمقعدة . ولا يمكن تشخيصه إلا إذا تعسرت الولادة وأدخلت يد في الرحم لمعرفة سبب التعسر .

المعالجة - إذا كانت الذراع ملتفة حول القفا وكان الجنين بالرأس نجذب الذراع إلى جانب الجزء المقدم للرأس فتتحول الحالة إلى سقوط ذراع بجانب الرأس . فإن لم يمكن عمل ذلك يفعل التحويل القدي . أما معالجة التفاف الذراع حول القفا في أحوال الجنين بالمقعدة فقد سبق ذكرها .

(٣) سقوط قدم أو قدمين أو ذراع أو يد أو ذراع وقدم أو ذراعين و قدمين أما سقوط قدم أو قدمين فهو عبارة عن الجنين بالمقعدة الناقص وقد سبق شرحه . أما سقوط ذراع أو يد فهو بداءة الجنين بالكنتف المهمل . أما سقوط ذراع وقدم أو ذراعين وقدم فيحدث في الجنين المستعرض ، ومعالجته تنحصر في جذب القدم ودفع الذراعين إلى الأعلى .

٢ - ضخامة الجنين

قد تكون الضخامة عمومية أو جزئية . فالضخامة العمومية يندر أن تجعل الولادة مستحيلة ، ولكنها عادة تجعلها طويلة ومتعبة . والمعالجة تنحصر في وضع الجفت ، أو عمل الثقب أو التفيت ، إذا لم يتخلص الجنين طبيعياً .

ضخامة الكتفين - قد تكون ضخامة الكتفين جزءاً من الضخامة العمومية للجنين ، أو تكون الضخامة فيهما وحدهما . وفي كلتا الحالتين تسبب عسراً في الولادة .

التشخيص - يشك في وجود ضخامة في الجنين ، أو في كتفيه متى رأينا الرأس بعد تخلصه لم يفعل حركة الدوران الخارجى . فإذا فحصنا المريضة مهلبياً نجد الكتفين ضخمتين ومنحشرتين في الحوض .

المعالجة - إذا صعب تخليص الكتفين يضغط بشدة على قاع الرحم ويجذب الرأس . فإذا لم تتخلصا تؤمر الولادة بالاضجاع على حافة السرير بالعرض ، ثم تمرر الأصابع في المهبل ويوضع أصبع أو أصبعان في الإبطن الخلقى ويجذب إلى الأسفل . فإن لم تتخلص الكتفان يدخل أصبعان من اليد الأخرى في الإبطن المقدم ويجذب الإبطن إلى الأسفل . فإن لم يمكن تخليص الكتفين ندخل اليد بأكملها في المهبل ويدفع أصبعان إلى أعلى خلف الذراع الخلقى إلى أن نصل إلى المرفق ثم نمرر الأصبعين في أسفله بقليل ويجذب الساعد حتى نتثنى ثم نمسك يد الجنين ويجذبها إلى الأسفل حتى تتخلص الكتف المقابلة لها ، فيقل حجم الصدر بمقدار سمك الكتف فإن لم يكف ذلك نخالص الذراع المقدمه أيضاً ثم يجذب الذراعان والرأس . فإن لم تتخلص الكتفان بعد ذلك تدفع يد في الرحم إلى أقصى ما يمكن ، لمعرفة ما إذا كان عسر الولادة ناشئاً عن مضاعفات أخرى . فإن لم توجد مضاعفات أخرى تفعل عملية كسر الترقوة بمقص قوى . فإن لم يتخلص الجنين يقطع وتفصل أحشاؤه قطعة قطعة .

٣ - التشوهات والأورام

قد تكون تشوهات الجنين وأورامه سبباً في عسر الولادة . وأهم هذه التشوهات والأورام هي :

- (١) الاستسقاء الدماغى ، وفيه يتجمع مقدار كبير من السائل في تجويف الجمجمة .
- (٢) الفتق السحائى وهو خروج جزء من السائل الذى يكون

متجمعاً في تجويف الجمجمة في أحوال الاستسقاء الدماغى ، من ثقب في عظام القبة ، وتكوينها ورماً خارجها مغطى بالعنكبوتية وفروة الرأس . (٣) الفتق الخصى السحائى وينشأ من استسقاء البطنيات الخفية وخروج جزء من المخ والسحايا من ثقب في عظام الجمجمة ، وتكوينها ورماً كيسيّاً خارجها . (٤) تكون أكياس مائية في العنق والصدر منشأؤها الأوعية اللمفاوية . (٥) الجواتر الخلقى . (٦) الاستسقاء الصدى ، وهو تجمع مائى في تجويف البلورا . (٧) أورام الكبد أو الطحال أو الكلى . (٨) الاستسقاء الشوكى وهو ورم كيسى يتكون على العمود الفقرى وينشأ من خروج السائل النخاعى الشوكى والأغشية من ثقب في العمود الفقرى . (٩) الاستسقاء البريتونى وهو تجمع سائل في تجويف البريتون . (١٠) تمدد مئانة الجنين بالبول لانسداد الصباغ البول .

التشخيص - يمكن تشخيص الاستسقاء الدماغى بتقدير حجم الرأس بالحس البطنى ، وبملاحظة شدة إنفصال عظام الجمجمة بعضها عن بعض ، وكبر حجم اليوافيخ ، وقلة صلابة الرأس عند عمل الحس المهبل . وقد يشبه الفتق السحائى بعدم تمزق جيب المياه . والخطأ في هذه الأحوال لا ضرر منه لأن المعالجة في الحالتين واحدة .

المعالجة - إذا سبب الاستسقاء الدماغى عسراً في الولادة يزل السائل بألة بازلة ويترك باقى الولادة للطبيعة . فإن لم يتخلص الجنين بوضع الجفث أو تفعل عملية التفثيت . وفي الأحوال البسيطة يفعل التحويل القدى . أما التجمعات المائية في الصدر والبريتون فتستزغ بألة بازلة .

٤ - الأجنة المتلهوجة أو المسوخ

ويقصد بها الأجنة الملتصقة بعضها ببعض ، والغالب بعض أجزاء منها وأهمها :

(١) الجنين العديم الدماغ - وفيه يكون المخ والقبة غائبين ويكون العنق قصيراً والكفتان أعرض منهما في الطفل الطبيعى . وكثيراً ما يصحطب هذا النوع

بامتسقاء الأمنيوس وبالغثية بالوجه ، أو الحاجب .
 الجنين العديم القلب - ويحدث إذا كان الحمل توأمياً وضعفت دورة أحد



(شكل ١٧٧)
 مسيخ مشوه الوجه (سيكروس)



(شكل ١٧٦)
 مسيخ عظام قيرته ناقصة التركيب



(شكل ١٧٩)
 مسيخ عظم مكشوف



(شكل ١٧٨)
 مسيخ عظام قيرته متعامة

الجنين فصار يعتمد في التغذية على الدم الذي يصل إليه من الجنين الثاني عن طريق المشيمة . ثم يأخذ قلبه في الضمور شيئاً فشيئاً . وفي هذا النوع تنمو الأحشاء المجاورة للأوعية المشيمية أكثر من الأحشاء البعيدة عنها .

(٣) الأجنة المتصقة - أجنة الحمل التوأمي الناشئة من بيضة واحدة قد تلتصق بعضها ببعض التصاقاً تاماً أو جزئياً . ويكون ذلك على نوعين : في النوع الأول يكون أحد طرفي الجنين فردياً ، والطرف الثاني مزدوجاً . وفي النوع الثاني يكون الجنينان ملتصقين الواحد بالآخر في جهة ما فقط ، وتكون بقية الأجزاء منفصلة بعضها عن بعض . ومن أمثلة النوع الأول الجنين ذو الرأسين ، أو الذي له رأس واحد وحوضان وأربعة أطراف سفلى .

أما النوع الثاني فعلى ثلاثة أقسام : في الأول يحدث امتزاج الجنينين في الرأسين فقط ويكون سائر الجسمين منفصلاً بعضه عن بعض . وفي الثاني يحدث الامتزاج حذاء الحوض ، وفي الثالث حذاء الصدر والبطن .

التشخيص - يدرك وجود الأجنة المتلهوجة متى أمرنا يداً داخل الرحم لمعرفة سبب عسر الولادة .

المعالجة - إذا تعسرت الولادة تخرج الأقدام كلها ونهى الولادة بجذبيها فإن لم تخرج الأجنة تقطع .



(شکل ١٨٠) آنچه مشهوره

الفصل العشرون

أنواع الحوض

إن من أهم العوامل التي يتوقف عليها إمكانية تقدير سير الولادة وهل هي ستكون طبيعية أم لا . هي نسبة حجم رأس الجنين لحجم حوض الأم .
وحيث إن معرفة مقاييس رأس الجنين بالضبط وتقدير ما قد يحدث لها من تشكيل أثناء الولادة غير ميسور . يصبح العامل الآخر ألا وهو محاولة معرفة حجم حوض الأم وتقدير إمكانياته هو الوسيلة العملية التي نحاكمها لنصل إلى ما نريد معرفته من حيث نوع الولادة وطبيعتها .

ولقد أجمعت الآراء على بعض مميزات يجب أن تتوفر في حوض المرأة المثالي وهذه تتخلص فيما يأتي :

١ - أن يكون شكل المضيق العلوي للحوض مستديراً أو بيضاوياً بعض الشيء وأن يكون زاوية تتراوح ما بين 50° إلى 60° مع السطح الأفقي في حال الوقوف

٢ - أن يبلغ طول القطر المقدم الخلقى على الأقل $11,5$ سم ($4,5$ بوصة) بينما يقسمه أطول قطر عرضي في النصف .

٣ - أن تكون عظم العجز مقعراً من أعلى إلى أسفل ومن جانب إلى جانب وأن يكون اتجاهها إلى الخلف بحيث تكون مع الفقرة الأخيرة القطنية زاوية تبلغ حوالي 100° وأن يكون الشريان الوركاني متسعاً وقلبي القوس .

٤ - أن يكون تجويف الحوض غير عميق . ومستديراً فلا تقترب جدره من بعضها إلا قليلاً ولا تبرز داخله الشوكتان الوركيتان وتكاد تتساوى فيه أقطاره المستعرضة والمقدمة الخلفية والمنحرفة . ولا يقل أحدها عن 12 سم ($4,75$ بوصة)

٥ - أن تكون أبعاد المضيق السفلي كما يلي :

القطر المقدم الخلقى $11,5$ سم ($4,5$ بوصة) .

القطر المستعرض $10,5$ سم ($4,125$ بوصة) .

ويقاس بين حديقي الوركين .

٦ - أن تكون عظمة العصعص غير ثابتة وسهلة التحريك .

٧ - أن يكون قوس العانة منبسطة بحيث يسمح بمرور رأس جنين طبيعية الحجم فلا يكون هناك مسافة زيادة عن سنتيمتر واحد بين حافة العانة السفلى وبين رأس الجنين (= المسافة المعدومة) .

٨ - أن يكون انحدار السطح المكون من اتجاه فرعي الورك والعانة من الأمام موازياً لانحدار سطح العجز من الخلف أي أن لا يتجه السطحان نحو بعضهما فيسبباً ضيقاً في الحوض .

ويجدر بنا أن نذكر هنا بعض المقاييس والاصطلاحات المستعملة في وصف الحوض قبل أن نخوض في شرح أنواعه وأقسامه .

١ - دليل المضيق العلوي للحوض (Pelvic Brim index) وهذا عبارة

$$\text{عن : } \frac{\text{القطر المقدم الخلقى} \times 100}{\text{أطول قطر مستعرض}}$$

٢ - القطر السهمي الخلقى Posterior Sagittal Diameter وهو الجزء الخلقى من القطر المقدم الخلقى الواقع خلف نقطة تقاطع القطر المقدم الخلقى مع أطول قطر عرضي .

$$\text{دليل الحوض السهمي الخلقى} = \frac{\text{القطر السهمي الخلقى للمضيق العلوي}}{\text{القطر الأمامي الخلقى للمضيق العلوي}}$$

$$\text{Posterior Sagittal Index} = \frac{\text{Posterior Sagittal Diameter of Brim}}{\text{Antero-Posterior Diameter of Brim}}$$

ويمكن تقسيم الحوض إلى جزء خلفي وجزء أمامي بسطح وهمي يمر في كل الأقطار المستعرضة المختلفة - كما أن للمضيق السفلي قطر سهمي خلفي Post; sagittal Diameter كما للمضيق العلوي . ويقع هذا بين أسفل قمة العجز والنقطة التي تقع في منتصف القطر المستعرض بين حديقي الورك . وبناء على أبحاث Caldwell and Moloy واستعمالهما طرقاً خاصة ستيروسكوبية لتجسيم الصور الأشعة السينية أمكن تقسيم أنواع الحوض إلى أربعة أقسام رئيسية ويعتمد هذا التقسيم أساسياً على شكل المضيق العلوي إذ يعتقد Caldwell and Moloy أن باقي مميزات الحوض

تتفق أو تختلف تبعاً لذلك في أغلب الحالات .

وأنواع الحوض الأربعة الرئيسية حسب هذا التقسيم هي :

١ - الحوض الأنثى *Gynecoid* ويكون حوالي ٤١,٤ ٪ من مجموع الحالات

التي فحصت ويعتبر النوع الأكثر ملاءمة لوظيفة الولادة الطبيعية . مضيقه العلوى مستدير الشكل ويقع أطول أقطاره المستعرضة بعيداً عن عظم العجز بينما يكون انحناء العجز إلى الخلف شرم ورك متسع - وتكاد تكون جدر الحوض الجانبية مستوية عمودياً وبدا يظل القطر المستعرض متسعاً في التجويف وفي المضيق السفلى . أما قوس العانة فتفرج ويكون زاوية مستقيمة تقريباً .

٢ - الحوض القرداني *Anthropoid* وسمى كذلك لشبهه تكوين حوض

القردة *Anthropoid Ape* ويكون ٢٣,٥ ٪ من المجموع الكلى مضيقه العلوى بيضاوى الشكل وأطول أقطاره هو القطر المقدم الخلقى ويقل طول قطره المستعرض عن طول القطر المستعرض في الحوض الأنثى ويبعد عن عظم العجز أكثر منه . وعظم العجز نفسه ضيق ومستطيل أما الشرمان الوركيان فتسعان . كذلك قوس العانة متوسط الاتساع . ويستمر ضيق القطر المستعرض كظاهرة في كل من تجويف الحوض وفي المضيق السفلى . وتكون الجدر الجانبيه سطحان غير منحصران .

٣ - الحوض المفرطح *Platypelloid* ويكون ٢,٦ ٪ من المجموع الكلى

مضيقه العلوى بيضاوى الشكل أيضاً غير أن أطول أقطاره هو القطر المستعرض ويقع في منتصف المسافة ما بين العانة والعجز . أما القطر المقدم الخلقى فقصر في كل من المضيق العلوى وتجويف الحوض والمضيق السفلى . الشرمان الوركيان صغيرا الحجم . أما قوس العانة فتسع .

٤ - الحوض الرجالي *Androld* وهو يشبه حوض الرجل ويكون ٣٢,٥ ٪ من

المجموع الكلى .

شكل مضيقه العلوى كالأسفين *wedge-Shaped* أو كالقلب فهو ضيق في جزئه الأمامى ومتسع في الخلف حيث يقع أطول أقطاره وهو المستعرض قريباً من عظم العجز - شرما الوركان ضيقان بسبب انحناء العجز في اتجاه شوكتى الورك - أما تجويف الحوض فهو يشبه القمع في شكله العام وله قوس عانة ضيق وبالاختصار يكون هناك ضيق عام في المضيق السفلى .

ومن هذه الأقسام الرئيسية الأربعة يمكن وصف عدة أنواع أخرى للحوض باعتبار الجزء الخلقى للحوض من نوع والجزء المقدم من نوع آخر وبهذه الكيفية يمكن وصف اثني عشر نوع آخر . وقد تم الاصطلاح على استعمال مقطع الوصف الأول للنوع وصفاً للجزء الخلقى للحوض والمقطع الثاني للوصف وصفاً للجزء الأمامي من الحوض - مثلاً نقول (رجالي أنثى Android-Gynaecoid) في وصف حوض نصفه الخلقى من النوع الرجالي ونصفه الأمامي من النوع الأنثى . مع مراعاة ذكر الاختلافات الأخرى إذا وجدت لزيادة الإيضاح في الوصف والشرح وكذلك يجب اعتبار مقاسات الأقطار الرئيسية للحوض وقيمة كثافة العظام المكوّنة له .

ويعترض الكثيرون على هذا التقسيم بحجة أنه ليس من الضروري أن يتبع تكوين الحوض العام شكل مضيقه العلوي وأن في اختيار تسمية هذه الأنواع مغالطات فنية . فهي لا تركز على أصول علمية دقيقة .

العوامل المشكلة للحوض - تتضارب الآراء في ماهية العوامل التي تشكل الحوض ولكن غالباً . أن خصائص النوع البشري هي أحد هذه العوامل . وأن عوامل التقدم البشري توجه هذا التشكيل بحيث يرتق من النوع : القرداني إلى النوع المستدير ثم المقرطح .

ويعتقد كالدويل ومالوي أن الهرمونات أيضاً لها تأثير فعال في تكوين الحوض ويحتاج البعض عليهما . بأنه لو كان للهرمونات هذا التأثير يجب أن تظهر على المرأة ذات الحوض الرجالي دلائل الخنوثة أيضاً .

وما من شك أن عوامل الوراثة والجنس والبيئة والغذاء كل هذه لها أثرها الفعال في تكوين الحوض وتكييف شكله .

ومن البديهي أن الحوض الكبير تسهل معه الولادة الطبيعية مهما كان شكله إذا كانت كل العوامل الأخرى طبيعية أما إذا كان الحوض صغيراً أو الجنين كبيراً - أي إنه كان هناك عدم تناسب بين الحوض ورأس الجنين يصبح سير الولادة ونوعها متوقفاً إلى حد كبير على نوع الحوض . مثلاً . في الحوض القرداني Anthropoid إذا كان الوضع خلقى قد يستحيل الدوران الداخلي بسبب ضيق القطر المستعرض عند مستوى الشوكتين الوركيتين . كذلك في الحوض القمعي

الشكل قد تتعسر الولادة بسبب انحسار الرأس بحيث يقع قطرها المقدم الخلقى في قطر الحوض المستعرض فيوقفها عن التقدم .

وفي الحالات التي يكون فيها قوس العانة ضيقاً قد تتعسر الولادة عند المضيق السفلى بسبب عدم إمكان انبساط الرأس وهكذا .

ويقترح نيكلسون في إنجلترا وألن من نيوزيلاند باستعمال الـ (Brim Sagittal Indices) دليل الحوض والأداة السهمية لتقسيم الحوض إلى أنواع كما يلي :

نوع الحوض :

دليل المضيق العلوى - ٨١٪ أو أقل	١ - مفرطح	تقسيم نيكلسن :
دليل الحوض ١٠٤٪ أو أكثر	٢ - ضيق	
دليل السهمى ٣٠٪ أو أقل	٣ - شكل الدرع Scutiform	
دليل الحوض و ٨١ إلى ١٠٤٪	٤ - الباقي مستدير	

نوع الحوض :

ليل المضيق العلوى - أقل من ٨٥٪	١ - مفرطح	تقسيم ألن
- أكثر من ١٠٠٪	٢ - بيضاوى مستطيل	
: من ٨٥ إلى ١٠٠٪	٣ - مستدير	

ومن أخطاء هذه التقسيمات أنها لا تعطى أى فكرة عن إنحناء جدر الحوض أو عن شكل تجويفه إلخ .

ومن جملة هذه الاعتبارات وتضارب الآراء في كيفية تقسيم أنواع الحوض وأوصافه نرى أن خير طريقة هي اعتبار كل حاله على حدها ومحاولة تقدير نسبة حجم رأس الجنين لحجم حوض الأم وكيفية تكوينه وشكله وهل يمكن انحسار الرأس فيه أم لا . ولقد قيل إن الرأس هي خير مقياس للحوض ويساعد استعمال الأشعة السينية كثيراً في الحالات التي يشك فيها أن تكون غير طبيعية وهناك طريقتان للاستعانة بهذه الأشعة .

الطريقة الأولى - باستعمال الآت خاصة لتجسيم الصورة وعمل مقاييس دقيقة للحوض وهذه الطريقة غير عملية لصعوبتها وكثرة تكاليفها .

الطريقة الثانية - أو طريقة استعمال الأفلام العادية . وخير وضع للحامل أثناء عمل هذه الصور أن تكون واقفة جانبياً فيمكن والحالة هذا الحكم على :

- ١ - مقياس الأقطار الخلفية المقدمة كلها .
- ٢ - مقياس $Post: Sag : diam$ القطر السهمي الخلقى عند المضيق السفلي .
- ٣ - طول وشكل مع درجة انحناء العجز .
- ٤ - عمق العانة ودرجة انحناء سطحها كذلك عمق تجويف الحوض من المضيق العلوي حتى المضيق السفلي .
- ٥ - مستوى الحوض .

٦ - حجم رأس الجنين ونسبتها لحجم الحوض .
وقد تؤخذ الصورة للمضيق العلوي بالكيفية الآتية :
يوضع على المائدة مسند بحيث يكون معها زاوية 35° وتنام عليها الحامل مضجعة بحيث يكون الظهر مقوساً إلى الأمام وفي هذه الحالة يكون المضيق العلوي للحوض في وضع موازى « للفلم » تقريباً .

وهذا الوضع يوضح شكل المضيق ومقياس القطر المستعرض وموضعه ومقياس القطر المقدم الخلقى وهل نصفاً الحوض متعادلان أم لا - كذلك المسافة بين الشوكتين الوركيتين ونوعهما . ونسبة رأس الجنين لهذا المضيق .

كذلك يمكن تصوير المضيق السفلي بأن تجلس الحامل فوق الفلم بحيث يكون فخذاها مبعدان (abducted) كلية بينما تحنى هي جذعها بين فخذيها بقدر الإمكان . وتعطينا هذه الصورة المعلومات الآتية :

- ١ - نوع وحجم واتساع القوس العائى .
- ٢ - مقياس « المسافة المعدومة » waste Space تحت العانة .
- ٣ - نوع ودرجة انحناء جدر الحوض الجانبية .
- ٤ - المسافة بين حديتى الورك (Tuberositics) ويمكن تقدير مقياس الحوض وأبعاده بنوع من الدقة والتحديد باستعمال وسائل حسابية خاصة . ولو أنه في أغلب الحالات يمكن الاستكفاء بما يمكن معرفته بمجرد النظر إلى صورة الأشعة .

وقد تستعمل الأشعة كذلك لتقدير حجم رأس الجنين ودرجة كثافة عظمه ووضعها وينصح باستعمال الأشعة في الأحوال الآتية :

١ - إذا شككنا في وجود ضيق في المضيق العلوي أو السفلي عند الفحص

المهبل .

٢ - في كل حالات البكاري إذا لم تنحشر الرأس قرب انتهاء مدة الحمل .

٣ - إذا كان هناك علامات مرض أو تاريخ إصابة بمرض في سلسلة الظهر أو في الحوض . أو كان هناك عيباً أو تشوهاً ظاهراً في أطراف الحامل السفلى مثلاً أن يكون هناك آثار مرض الزهري أو درن العظام .

٤ - إذا كان الخبيء بالمقعدة خصوصاً إذا تكرر ذلك لإثبات أو نفي وجود ضيق في الحوض كسبب لذلك وتحاشياً لما قد ينتج من تعسر في ولادة الرأس بعد الخلع .

٥ - إذا كان حجم الحامل صغيراً إلى حد غير طبيعي .

٦ - في البكرية المتقدمة السن .

٧ - في الحامل المتكررة الولادة إذا كان هناك تاريخ ولادات عسرة متكررة .

وأفضل وقت لعمل صورة أشعة للحوض عملها قبل حدوث حمل إذا أمكن حتى نتجنب إمكان التسبب في أي ضرر للجنين أو لإحداث إجهاض إذا ما استعملنا الأشعة في الأشهر المبكرة للحمل . كذلك لتجنب الصعوبات الفنية التي قد تنشأ عن وجود الجنين في البطن في الأشهر الأخيرة من الحمل .

وتضارب الآراء في مدى تأثير الأشعة على الجنين وينكر البعض وجود أي تأثير . أو يعترفون بوجوده للدرجة تكاد تكون معدومة بحيث يمكن تجاهلها أثناء عمليات التصوير العادية حيث إن مدة تعرض الحامل والجنين فيها لتأثير الأشعة قصيرة وليس منها ضرر .

وغنى عن الذكر - أنه في الحالة التي نريد فيها الوقوف على وضع الجنين وإمكانية انحشار الرأس ونسبتها إلى الحوض الخ . تعمل الأشعة قرب انتهاء مدة الحمل .

ولما تقدم اقتصرنا الكلام على أنواع الحوض الطبيعية ولكن قد يكون المرض سبباً في تشويه شكل الحوض أو في تغيير أبعاده وحجمه أو تركيبه . وقد تكون هذه الأمراض أمراض عظم موضعية أو عمومية . أو إصابات عرضية .

الحوض المفرطح الراشيتري : قد يكون مصحوباً بظهور علامات راشيتريم أخرى مثل انحناء العظام الطويلة كعظم القصبه مثلاً - وكبير حجم أطراف العظام وانحناء الأضلاع وظهور تضخمات سبحية فيها .

ويتميز هذا النوع بما يلي :

١ - نتيجة الشوكات الحرقفية العليا إلى الخارج بدلاً من انحنائها إلى الداخل فتصير الحفر الحرقفية متجهة إلى الأمام فقط بدلاً من اتجاهها إلى الأمام والأنسيه .

ب - بسبب لين العجز الذي يحدث وقت الإصابة بالراشيتريم ينحني العجز وينزلق إلى الأمام بسبب ضغط العمود الفقري ، فتقرب الزاوية العجزية القطنية من العانة ، وينفرطح السطح المقدم أو يتحدب إلى الخارج بدلاً من تقعره الطبيعي .

ج - ينحرف اتجاه العجز أفقياً بحيث تقرب الزاوية العجزية القطنية من العانة ويتجه العصعص إلى الوراء فيزيد طول أقطار المضيق السفلي .

د - بسبب انتقال ضغط الجسم إلى العظمين الحرقبيين ومنها إلى مفصل الفخذين وإلى الساقين ، يبرز جانباً الحوض إلى الخارج ، ويزيد بذلك طول القطر المستعرض وتتعد الخدين الوركين ببعضهما عن بعض فيزيد بذلك اتساع القوس العاني ويطول القطر المستعرض للمضيق السفلي .



(شكل ١٨١)

شكل الحوض ذو الثلاثة أشعة

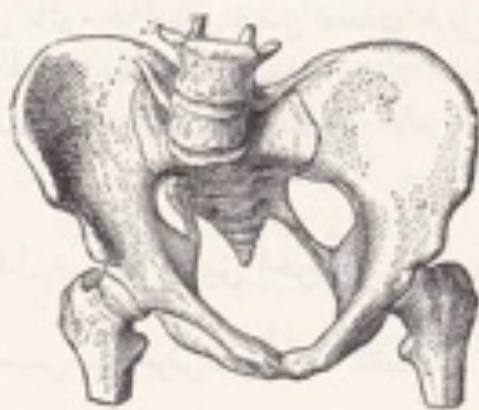
(٣) الحوض المقرح الضيق في جميع أقطاره - يكثر وجود هذا الحوض عند الأقزام المصابين بالراشيتزم . وقد تكون كل الأقطار ضيقة ، إنما يكون القطر المقدم الخلقى أضيق نسبياً من باقي الأقطار . ويصطحب هذا النوع عادة بتقوس العمود الفقري إلى أحد الجانبين Scoliosis ، فإذا حدث ذلك انحرف شكل الحوض أيضاً .

أما الأنواع النادرة فهي : (١) الضيق المتسبب عن الأوستيوماتالاسيا أو لين العظام وهو مرض نادر في مصر ، وفيه تلين عظام الحامل وتتعذر حركتها . ثم إنه من ضغط العمود الفقري من فوق يشتد بروز الزاوية العجزية القطنية إلى الأمام حتى تقترب من العانة ، ومن ضغط عظمي القمخذ تقترب الحفرتان الحقيقيتان بعضهما نحو بعض . ويطلق على هذا النوع اسم الحوض ذي الأشعة الثلاثة (انظر شكل ١٨١) . أما الأنواع الثلاثة الآتية فتسبب من وجود أمراض في العمود الفقري وهي : (٢) الحوض القمعي الذي يحدث من تقوس الفقرات القطنية إلى الوراء . (٣) الحوض المشوه بانحراف وهو الذي يحدث من تقوس العمود الفقري إلى أحد الجانبين . (٤) الحوض المترق وفيه تنزلق الفقرة



(شكل ١٨٣)

الحوض المترق



(شكل ١٨٢)

الحوض المعوج بالانحراف

الأخيرة القطنية بحيث يصير نتؤها الشوكي ملاصقاً للسطح المقدم للفقرة الأولى العجزية (انظر شكل ١٨٣) . أما النوعان التاليان فيتسببان من وقوف النمو الطبيعي للكتلتين الجانبيتين للعجز أو لإحدهما فقط وهما : (٥) انحراف نجلية أو

الحوض المعوج بانحراف (انظر شكل ١٨٢) وفيه تكون إحدى الكتلتين الجانبيتين للعجز نامية نموها الطبيعي والأخرى ضامرة ، ويكون ارتباط الارتفاق العجزي الحرقفي عظيماً . (٦) حوض روبرت . وفيه تكون الكتلتان الجانبيتان للعجز غير ناميتين نموها الطبيعي فيضيق القطر المستعرض للحوض . (٧) الحوض



(شكل ١٨٤) الحوض الضيق من وجود أورام

القمعي . وفيه يكون المضيق العلوي طبيعياً ولكن نجويف الحوض يأخذ في الضيق تدريجياً من أعلى إلى أسفل ، فلذلك ينحجز الرأس عن التخليص في أثناء مروره من المضيق السفلي . وهو يختلف عن الحوض القمعي الذي يحدث من تقوس العمود الفقري إلى خلف في أنه لا

يصطحب بمرض في العمود الفقري . (٨) ضيق الحوض الناشئ* من كسور أو خلوع قديمة . (٩) ضيق الحوض الناشئ* من وجود أورام حوضية (انظر شكل ١٨٤) . (١٠) ضيق الحوض الناشئ* عن أمراض المفصل الفخذي الحرقفي . (١١) ضيق الحوض الناشئ* من الخلوع الخلقية لمفصل الفخذ . (١٢) الحوض المشقوق وهو الذي يكون فيه العظامان العاتيان منفصلين الواحد عن الآخر .

العلامات التي يستدل منها على ضيق الحوض

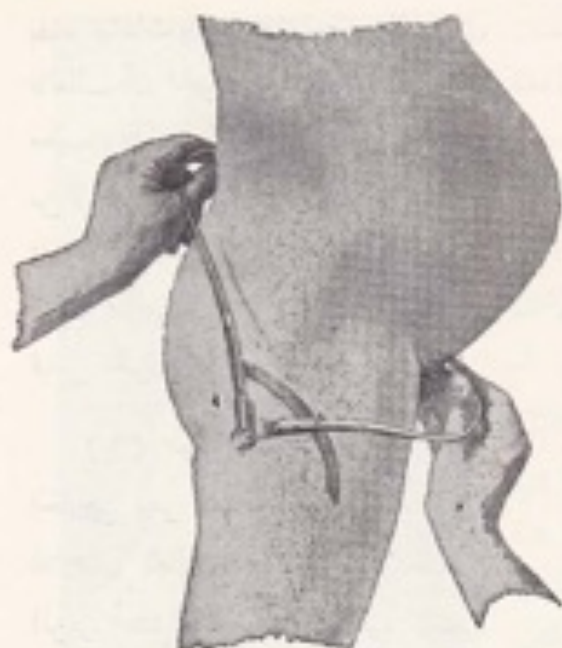
تشخيص ضيق الحوض - لتشخيص ضيق الحوض يجب مراعاة النقاط الآتية :

(١) التاريخ .

(٢) شكل المريضة .

(٣) الأعراض التي تشكو منها .

(٤) نتيجة الفحص البطني والحوضي .



(شكل ١٨٥)

برجل مارزان لنهاس الحوض من الظاهر

مصابة بتدرن مفصل الفخذ ، أو إذا كان بها عرج ، أو إذا كان عمودها الفقرى منقوساً إلى الوراء أو إلى الجانب (القتب) ، أو إذا كان في أعلى العجز مباشرة انخفاض كبير لأن ذلك يدل على انزلاق الفقرة الأخيرة القطنية ، أو إذا وجدت علامات تدل على الراشترم ، أو إذا كانت الحامل قصيرة جداً ، أو إذا اشتكت من آلام شديدة في العظام . أو إذا كانت بكرية الولادة وكانت جلد البطن مرتخية ، أو إذا لم ينحسر الجزء الأثني به الجنين في الحوض بالقمة عند بكرية الولادة في أثناء الأسبوعين الأخيرين للحمل . فإن العلامات السابقة جميعها تدل على وجود ضيق في الحوض .

(٣) الاعراض - قد يسبب ضيق الحوض احتباس الرحم الحامل في الأشهر الأولى وارتخاء جدر البطن في الأشهر الأخيرة .

(٤) نتيجة الفحص البطني والحوضي - إذا كانت الوالدة بكرية الولادة ، ولم يكن الرأس منحسراً عند بداية الولادة ، أو لو كانت متكررة ولم ينحسر بعد

(١) التاريخ - يستفهم

من المريضة : (١) عن أمراض طفولتها ، مثل إصابتها بالكساح ، أو إذا كانت أسنانها تأخرت في الظهور ، وإذا كانت تأخرت في المشي . (٢) عن تاريخ ولاداتها السابقة هل كانت عسرة أو طبيعية . وهل ولدت أجنحتها حية أم ميتة .

(٢) شكل المريضة -

يشبه المولد في كون الحوض ضيقاً إذا كانت الحامل

يضع ساعات بالرغم من وجود طلق قوى
فالعالب أن الحوض ضيق أو أن الوضع
معيب . وفي هذه الحالة يجب قياس الحوض
من الباطن ومن الخارج . والقياس من الخارج
قليل الأهمية لأنه لا يند في أحوال الضيق
القليلة أما النقط التي تجب ملاحظتها في
قياس الحوض من الخارج فهي :



(شكل ١٨٦) معنى ميكاليس

(١) طول القطر المقدم الخلقى
الخارجي وهو المسافة بين الحافة العليا
للارتفاق العاني من الظاهر والانخفاض
الموجود أسفل التواء الشوكي للفقرة الأخيرة
القطنية . ويبلغ طوله عادة ٢٠ سنتيمتراً .
فإن نقص عن ١٦ سنتيمتراً فالحوض ضيق
وفي الحوض الطبيعي يكون هذا القطر أطول

من القطر المقدم الخلقى للضيق العاوي بعشرة سنتيمترات .

وإذا وجدنا صعوبة في تعيين التواء الشوكي للفقرة الأخيرة القطنية ، يعلم بقلم
ماون مركز الشوكتين الخلفيتين على الجلد . ويوصل بينهما بخط . ويكون مركز
التواء الشوكي أعلى منتصف هذا الخط بأربعة سنتيمترات .

(٢) المسافة بين الشوكتين الحرقفتين العاويتين المقدمتين وطولها من
٢٥ - ٢٦ سنتيمتراً .

(٣) المسافة بين أبعد نقطتين على العرفين الحرقفتين وطولها من ٢٧,٥ - ٢٨
سنتيمتراً وقد وجدوا أن طول هذا القطر هو ضعف طول القطر المستعرض للضيق
العاوي .

(٤) المسافة بين الشوكتين الحرقفتين العاويتين الخلفيتين وطولها ١٠ سنتيمترات
وإذا لاحظنا (شكل ١٨٦) نجد أننا إذا أوصلنا خطوطاً بين الشوكتين العاويتين
الخلفيتين وبين التواء الشوكي للفقرة الأخيرة القطنية يتكون مثلث . فإذا رسمنا خطين



(شكل ١٨٧)

حذا الخدين الخلفيين للعضلتين العظمتين الإلتيين يتصل هذان الخطان بقاعدة المثلث فيصير الشكل معينياً . ويسمى هذا الشكل الرباعي «معينى ميخائيلس» وفي الأحواض الضيقة لا يكون هذا الشكل معينياً تماماً لأن طول القطار بين الشوكتين الخلفيتين يكون زائلاً عن الطبعى فى الضيق العمومى وناقصاً فى الخوض المفرطح (٥) النسبة بين المسافة التى بين الشوكتين المقدمتين والمسافة التى بين العرفين ، وتكون عادة بنسبة ٢٦ إلى ٢٨ أما إذا كان طول المسافة بين الشوكتين مساوياً لطولها بين العرفين أو كانت أطول منها فالخوض واشترى .

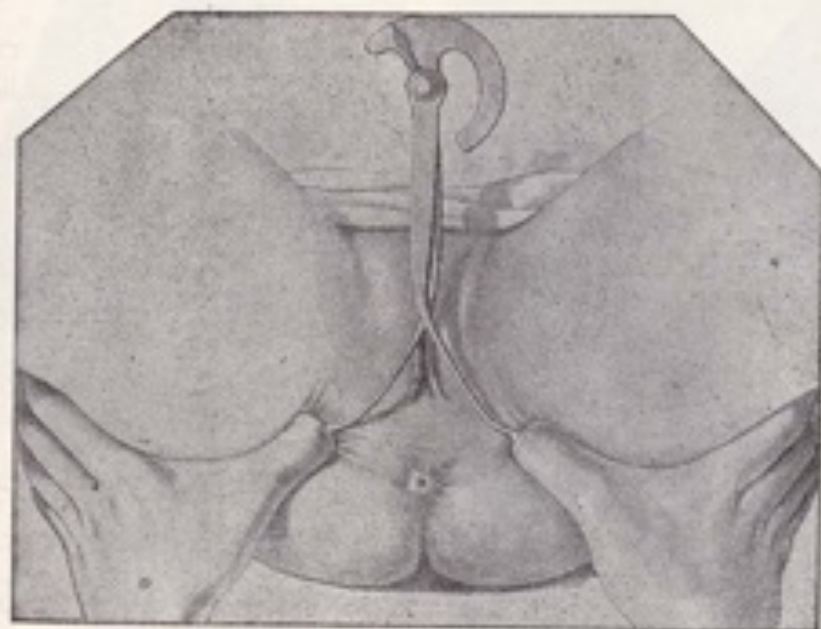
(٦) النسبة بين المسافة التى بين الشوكتين المقدمتين العلويتين والتي بين الخلفيتين العلويتين ، ويجب أن تكون دائماً بنسبة ٢٥ إلى ١٠ . فإذا كانت المسافة بين الشوكتين الخلفيتين أطول

نسبياً من المسافة بين المقدمتين فالخوض ضيق فى جميع أقطاره ، وإذا كانت أقصر نسبياً فالخوض مفرطح .

(٧) طول القطار المقدم الخلقى والقطر المستعرض للمضيق السفلى . ويبلغ طول الأول عادة ٩ سنتيمترات والثانى ١١ سنتيمتراً .

والبراجل المستعملة للقياس من الخارج هى براجل مارتين أو بودلوك ، وعند استعمالها يمسك البرجل باليدين بحيث يمسك كل من منقاريه بإبهام إحدى اليدين والوسطى . أما السبابة فتستعمل لتحديد النقط التى يركز عليها البرجل . وبعد عمل القياس يقرأ طول القطار على آلة القياس المثبتة فى قدمته . أما وضع المريضة فى أثناء

عمل القياسات الخارجية فيختلف بحسب القطر الذي يُطلب قياسه . فقياس القطر المقدم الخلقى يستحسن أن تكون المريضة واقفة أو نائمة على جنبها ، وقياس الأقطار بين الشوكتين وبين العرفين تضجع على ظهرها . أما أقطار المضيق السفلى فتقاس والمريضة في الوضع الظهري ، وفخذاها منتبختان على بطنها وإليتاها متعديتان حافة

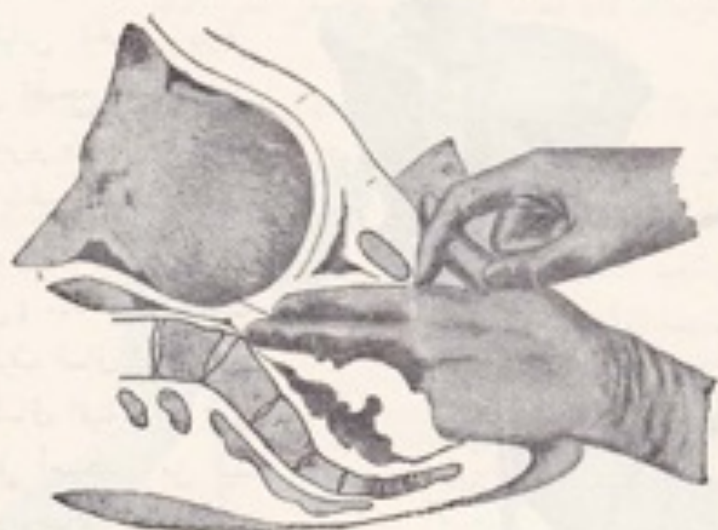


(شكل ١٨٨) قياس القطر المستعرض لمدى السبل

السرير . ويقاس القطر المقدم الخلقى بالبرجل من الحافة السفلى للارتفاق العاني إلى الفقرة الأخيرة العجزية وي طرح منها نصف سنتيمتر قيمة نخن العجز . أما القطر المستعرض فيقاس من الحافة الباطنة لإحدى الخديتين الوركيتين إلى الحافة الباطنة للخدبة الأخرى . وقبل استعمال البرجل يعين موضع الخديتين بالإبهامين بواسطة أحد المساعدين (انظر شكل ١٨٨) .

قياس الحوض من الباطن - يمكن قياس الحوض من الباطن إما بالإصبع أو بالبرجل . فبواسطة الأصبع يسهل قياس القطر المقدم الخلقى . أما الأقطار الأخرى فتقاس بالبرجل . وطريقة القياس بالإصبع هي أن تضجع المرأة على حافة السرير بالعرض . ثم ندخل أصبعين في المهبل وندفعهما إلى الأعلى والوراء حتى يلامس

الأصبع الوسطى الزاوية العجزية القطنية التي يجب التمييز بينها وبين الخط المكون من اتصال الفقرتين العجزيتين الأولى والثانية . وأعمل ذلك فادفع الأصبع الباحث إلى الأعلى فإن كان الخط الذي نحس به هو الزاوية العجزية القطنية نجد أن العظم فوقه يتراجع إلى وراء ، بخلاف الخط الذي بين الفقرتين فإن العظم فوقه يتجه إلى الأمام . وفي أثناء وجود الأصابع في هذا الوضع يعلم بظفر سبابة اليد الأخرى



(شكل ١٨٩) قياس القطر المقدم الخلقى للعضب بالأصبع

على محل تقاطع الرباط تحت العانة مع الأصبع الباحث . ثم ترفع الأصابع وهي بهذه الكيفية . وتقاس المسافة من قمة الأصبع الوسطى إلى محل التقاطع السابق ذكره . ولما كان القطر الذي قسناه الآن أشد ميلاً من القطر المقدم الخلقى يجب أن يطرح منه سنتيمتر وربع إذا أريد معرفة الطول الحقيقي للقطر المقدم الخلقى . ولكن في الأحوال التي تكون فيها الزاوية العجزية القطنية أوطأ من العادة ، أو التي يكون فيها الارتفاع العاني أفقياً أكثر من الطبيعي فلا يكون القطر الذي نقيسه كثير الميل فإذناك يطرح منه أقل من سنتيمتر وربع ، أما إذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة الارتفاع أو كان الارتفاع العاني عمودياً أكثر من اللازم ، فيكون ميل القطر أكثر فيطرح أكثر من سنتيمتر وربع .

أما إذا أردنا معرفة قياس الحوض بالضبط فالواجب استعمال البرجل وقلمنا تستعمل هذه الطريقة الآن . ولكننا سنذكرها على سبيل الاستزادة وتوجد جملة

براجل لقياس الحوض ولكن أحسنها برجل سكوتش وهو يتألف من ثلاث قطع معدنية : الأولى ساق قليل الانحناء والثانية ساق لين مكون من مزيج من الأليومينيوم والثالثة قطعة نصف دائرية تصل بين السابقتين . فالساقان يمكن وصلهما (مفصلهما) الواحدة بالأخرى بكيفية تجعل انحناء الساق الصلبة مواجهاً للساق اللينة أو غير مواجه لها .



(شكل ١٩٠)

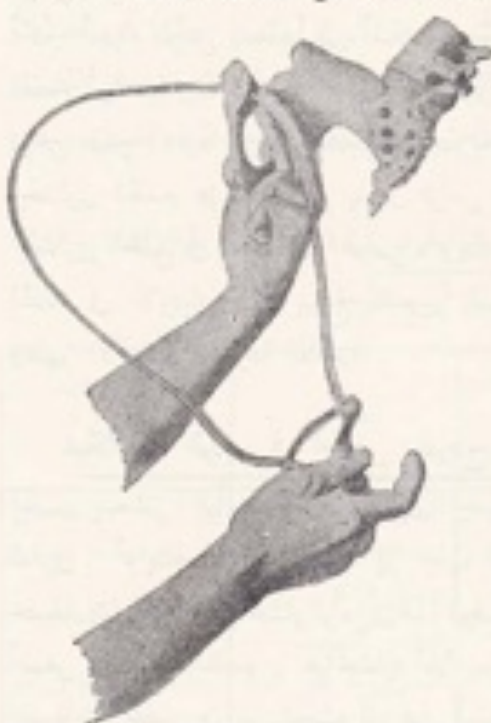
قياس الفخذ المقدم الخلقى للحوض ببرجل سكوتش

فلقياس الحوض ببرجل سكوتش تضجع الولادة على حافة السرير بالعرض ثم توضع علامة بالحبر على منتصف الارتفاق العاني ، ثم يوصل (بمفصل) ساقا البرجل بحيث يكون طرف الساق الصلبة غير مواجه للساق اللينة . ثم يمرر في المهبل أصبعان من اليد اليمنى ويوجهان إلى الأعلى والوراء حتى يلامسا الزاوية العجزية القطنية . ثم نزلق الساق الصلبة عليهما حتى ترتكز على الجزء الأكثر ارتفاعاً من الزاوية العجزية القطنية ، ويؤمر أحد المساعدين أن يجعل طرف الساق اللينة يلامس العلامة الموضوعة على العانة . ثم يرفع البرجل وهو في هذا الوضع

وتقاس المسافة بين ساق البرجل فيكون طوعاً مساوياً لطول القطر المقدم الخلقى للحوض مضافاً إليه ثخن الارتفاق العاني . ويبقى علينا الآن أن نقيس ثخن العانة ونطرحه منه لتحصل على طول القطر المقدم الخلقى الحقيقي . ولقياس ثخن العانة يغير وضع الساقين

بحيث يكون الانحناء مقابلاً للساق اللينة ثم يوضع أصبع في المهبل على الجزء الأكثر بروزاً للباطن من الارتفاق العاني، وتزلق الساق الصلبة على الأصبع إلى أن ترتكز على هذه النقطة. ثم يؤمر مساعد أن يجعل طرف الساق اللينة ملاصقاً للعلامة الموجودة على السطح الظاهر للارتفاق العاني ثم يرفع البرجل . إنما يجب عند رفعه هذه المرة أن تفصل الساقان الواحدة عن الأخرى خوفاً من تغير وضعهما في أثناء إخراجهما ومنى أخرجتا توصلان ثانياً ونقاس المسافة بينهما وهي ثخن العانة .

ملحوظة - يوجد على الجزء الصلب الذي يصل الساقين إحداهما بالأخرى



(شكل ١٩١)

نقاس سمك العانة ببرجل سكوتش

ارتفاع في مكان اتصاله بأحدى الساقين هو الذي يدلنا على المسافة الواجب تباعد الساقين بقدرها في أثناء وصلهما ثانياً .

ولقياس القطر المستعرض توضع علامة بالخط على المدور العظيم لعظم الفخذ . ثم تقاس المسافة بينهما وبين النقطة الأكثر



(شكل ١٩٢)

نقاس القطر المستعرض لعوض

ابتعاداً عنها من الخط الذي لا اسم له من الجهة المقابلة (انظر شكل ١٩٢ اح) ثم تقاس أيضاً المسافة بين هذه النقطة والنقطة الأكثر اقتراباً لها من الخط الذي لا اسم له القريب منها (شكل ١٩٢ اب) ثم تطرح المسافة الثانية من الأولى فيكون الباقي هو طول القطر المستعرض .

ميكانيكية الولادة في الأحواص الضيقة :

(١) في الحوض المفرطح - يدخل الرأس في المضيق العلوي منبسّطاً بعض الانبساط وقطره المقدم الخلقى شاغل للقطر المستعرض وليس للقطر المنحرف . وإذا كان الضيق شديداً ينحرف الرأس إلى الجهة التي بها المؤخر فيساعد ذلك على انبساط الرأس . ويصبح القطر الشاغل للقطر المقدم الخلقى للحوض هو القطر الصدغي وهو أصغر من الجدارى الجدارى فيؤدى ذلك إلى انحسار الجزء المقدم للرأس قبل المؤخر . فإذا فحصنا المريضة بعد حدوث ذلك نجد أن الأفاوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً إلى أسفل . وحتى اشتد الطائق ينحسر العظم الجدارى المقدم أولاً فيقترب التنريز السهمى من الزاوية العجزية القطنية أى يحدث عدم التزامن مقدم . فإذا لم يكن الضيق بدرجة تجعل ولادة الرأس مستحيلة يرتكز العظم الجدارى المقدم على العانة ثم يدور الرأس على محوره المقدم الخلقى وينزلق العظم الجدارى الخلقى في تجويف الحوض . وإذا كان الضيق شديداً يأخذ عدم التزامن المقدم في الازدياد حتى يرتفع التنريز السهمى فوق الزاوية العجزية القطنية ، وتظهر الأذن من الفوهة الظاهرة .

ميكانيكية الولادة في الحوض المفرطح إذا كان الحصىء بالمقعدة - متى ولد

الجسم ينحسر الرأس وقطره المؤخرى الجيبى شاغل للقطر المستعرض للمضيق العارى . ثم ينحرف الرأس قليلاً إلى الجهة التي بها المؤخر ويتبع ذلك حركة انتناء خفيفة. وما يساعد على انحسار الرأس في هذا الوضع هو أن الجزء الخلقى لقاعدة الجمجمة أصغر من الجزء المقدم . فبانحساره أولاً يسهل انحسار الجداريين فيما بعد . ثم إن انضغاط الجداريين من تحت إلى فوق أسهل بكثير من انضغاطهما من فوق إلى تحت . وحتى انضغاط الجداريان واقتربا الواحد إلى الآخر تصغر الأقطار المستعرضة للرأس فيسهل انحساره . وهذا هو السبب في أنهم ينصحون بعمل التحويل القدى في الدرجات الخفيفة من ضيق الحوض . ولكن لا يسهو عن البال أن الفائدة المرجوة من سهولة انحسار الرأس بعد عمل التحويل القدى يقابلها سهولة تصغير الرأس وتكييفها ، إذا كان الحصىء بالرأس ، وصعوبة ذلك إذا كان الحصىء بالمقعدة . ذلك لأن الوقت الذى يمكن أن يبقاه الرأس في الحوض في الحصىء بالمقعدة صغير

جدا بعد بالدقائق بينما هو في الحوض بالرأس يبلغ ساعات كثيرة .
 (٢) الحوض الضيق في جميع أقطاره - إنه بسبب المقاومة الشديدة التي يصادفها الرأس في الانحشار في الحوض الضيق في جميع أقطاره يشند الانثناء حتى يتحول الحوض من مجيء بالقمة إلى مجيء بالياض الخلقى . وفيما عدا ذلك لا تختلف الميكانيكية عن الميكانيكية العادية في شيء غير أن حركة الدوران الداخلي تم بتأثير المستويات المائلة للحوض ، وليس بفعل العضلات التي في أرضيته ، وذلك بسبب شدة انطباق الرأس على تجويف الحوض . وحتى تمت ولادة الرأس نجد شكله قد تغير كثيراً إذ أن أقطاره المستعرضة تصغر وأقطاره الطولية تطول ، وتتراكب العظام تراكباً شديداً ، وبما آل إلى كسر بعضها أو إحداث انخفاضات فيها . وذلك لأن المقاومة التي يصادفها الرأس لا تقتصر على المضيق العلوي كما هو الحال في الحوض المفرطح ، بل تشمل التجويف والمضيق السفلي أيضاً .

السير الواجب اتباعه في معالجة ضيق الحوض - بسهولة فهم طرق العلاج المتبعة في أحوال ضيق الحوض يحسن تقسيمه إلى أربع درجات كالآتي :

الدرجة	طول القطر المقدم الخلقى في الحوض المفرطح	طول القطر المقدم الخلقى في الحوض الضيق في جميع أقطاره	العلاج	إمكان الولادة بطريق المهبل
الأولى	١٠ سنتي إلى ٨ سنتي	١٠ سنتي - ٩	التحويل القدي أو ترك الحسالة للطبيعة إلى أن يتشكل الرأس .	من الممكن ولادة جنين حي تام المدة بلا مساعدة
الثانية	٨ - ٧	٩ - ٧.٥	الولادة المعجسة - التحويل - قطع العانة - العملية القيصرية - التفطيت .	يمكن ولادة جنين حي تام المدة بعملية
الثالثة	٨ - ٥.٥	٧.٥ - ٦	العملية القيصرية - التفطيت .	لا يمكن ولادة جنين حي تام المدة إلا نادراً
الرابعة	أقل من ٥.٥	أقل من ٦	العملية القيصرية .	لا يمكن ولادة الجنين ولو بعد التنب والتقطع بلا خطر على الأم .

(١) الدرجة الأولى - وفيها يكون طول القطر الخلقى في الحوض المفرطح من ٨ - ١٠ سم ، وفي الحوض الضيق في جميع أقطاره من ٩ - ١٠ سنتيمترات .

في هذه الحالة يجب أن تترك الولادة للطبيعة حتى يصغر حجم الرأس بفعل الطلق إلى درجة تجعل مروره في الحوض ممكناً . وقوة الطلق تكون على أشدها في الولادات الثلاثة الأولى وهي التي ينتظر فيها أن تتم الولادة طبيعياً . أما في الولادات التالية فيندر أن يقوى الرحم على إتمام الولادة بلا مساعدة . وفي الولادة الأولى يكون الطلق أشد منه في الولادات التالية ولكن يقابل ذلك أن المسالك التناسلية تكون غير متسعة الاتساع الكافي لمرور الجنين فيزيد ذلك في صعوبة الولادة . وفي الأحوال التي يعول فيها على ترك الولادة للطبيعة تجب مراقبة المريضة بعناية تامة لأن المدة الطويلة التي يقضيها تصغير الرأس قد تصطحب بأعراض تستوجب التدخل فيجب إدراكها بمجرد حدوثها .

في الحوض المفرطح مثلاً يختلف الإنذار بحسب حالة الرأس في أثناء انحشاره ، فإن وجد عدم تزامن مقدم في الانحشار فالغالب أن الولادة تتم إما طبيعياً ، أو بواسطة الجفت . أما لو وجد عدم تزامن خلقي فيشك كثيراً في إمكان حدوث الولادة طبيعياً . وكذلك تجب مراقبة درجة تراكم عظام القبة بعضها على بعض . فكلما ازداد هذا التراكم كان الأمل في انحشار الرأس أكثر .

أما في الحوض الضيق في عموم أقطاره فيندر أن يحدث عدم تزامن في الانحشار . وعادة يزداد أثناء الرأس حتى يتحول الشيء إلى مجيء باليا فوخ الخلقى وبشدة تراكم العظام .

ويجب أن تحضن المريضة بمقدار ٠,٠٢ من المورفين تحت الجلد . والمورفين لا يعطل الطلق مطلقاً وإعطائه يطيل المدة التي يمكن أن يتشكل فيها الرأس بدون أن يحدث ضرر للأم أو للجنين .

والنجاح في حدوث الولادة طبيعياً يتوقف على طول الدور الثاني أي على المدة التي يمكن أن يسمح للرأس فيها بالتصغير بلا ضرر على الأم ولا على الجنين . فكلما طالت هذه المدة كان الإنذار حميداً . وغالباً تكفي أربع أو خمس ساعات . وقد شاهدت أحوالاً كثيرة أمكن فيها ترك المريضة ٢٤ ساعة أو أكثر بلا ضرر عليها ولا على الجنين . وإذا طالت مدة الدور الثاني يكبر حجم الحديبة الدموية

المصالية كثيراً ، ولا ضرر في ذلك . ولتعلم أن محاولة تخليص الرأس بالحفث قبل تمام انحشاره كثيراً ما تنهى بوقاة الجنين . فما دامت ضربات قلبه لم تزد عن ١٥٠ ولم تنقص عن ١١٠ ولم تظهر على الوالدة علامات الهبوط فالأوفق تشجيعها على الطلق إلى أن يتشكل الرأس وينحشر في الحوض . فإذا انحشر الرأس وضعف الطلق تساعد بالحفث إن كان الحوض مفرطاً . أما إذا كان ضيقاً في جميع أقطاره فينتظر إلى أن تقارب الرأس الخروج من المضيق السفلي قبل أن يوضع الجفت . وذلك لأن الضيق في الحوض المفرط لا يتعدى المضيق العلوي أما في الحوض الضيق في جميع أقطاره فالضيق يشمل التجويف والمضيق السفلي أيضاً .

التحويل — إذا لم يكن الرأس منحشراً ولم يحدث عدم تزامن مقدم ، أو لو حدث عدم تزامن خلفي ولم يُصلح ، أو لو كان الضيق بالوجه أو بالحاجب ، أو إذا لم يكن الضيق شديداً (٩ - ١٠) سنّي وكان الرأس كبيراً ، أو إذا سقط الحبل السري وكان العنق ممتدداً والسائل الأمنيوسي باقياً منه القدر الكافي لعمل التحويل ، فالأفضل إجراء عملية التحويل .

المقارنة بين الجفت والتحويل — إن الاختيار بين الجفت والتحويل لا يترك للصدفة بل يتوقف على مقدار ما انحشر من الرأس في الحوض ، وعلى الشروط التي يجب أن تتوافر قبل عمل التحويل . ويجب التمييز أولاً بين الأحوال التي ينتظر فيها ولادة الجنين حياً ، والأحوال التي تنتهي حتماً بالقتل . فإذا وجدنا عدم تناسب كبير بين الرأس والحوض ، فلا داعي للتحويل . وإذا وجدنا أن السبب في عدم انحشار الرأس ليس عدم تناسب بينه وبين الحوض بل من مجيئه المغيّب فالتحويل أفضل من وضع الجفت . أما إذا كان جزء من الرأس قد انحشر في الحوض ولم يكن الضيق شديداً فبالحفث أفضل . وكثيراً ما يولد رأس الجنين بالحفث في أحوال لم يكن ينتظر فيها النجاح . وتجب ملاحظة أن توليد جنين حيّ بعمل التحويل يقتضى مهارة كبيرة من المولد : أولاً في انتقاء الزمن المناسب ، وثانياً في المقدرة على تخليص اللراعين والرأس بمهارة وبسرعة . فإن الجنين لا يموت وقت تحويله ولكن يموت وقت تخليصه . وعلى العموم يجد المولد غير المتتمرّن أن استعمال الجفت أسلم من التحويل وبالأخص عند البكريات .

الخلاصة - يقدر عدم التناسب بين الرأس والحوض ، فإذا اتضح جلياً أنه من المستحيل ولادة الرأس يعمل التفتيت . وإذا كان الرأس شاعلاً للمضيق العلوي في وضع مناسب (عدم تزامن مقدم) ، وكانت المسافة بين التدريز السهلي والزاوية العجزية القطنية لا تزيد عن سنتيمترين يوضع الجفت إذا وجد ما يستدعي ذلك . وإذا كان الرأس في وضع معيب ينتظر إلى أن يتمدد العنق تماماً ويعمل التحويل . وإذا تأخر خروج الرأس يستعمل الجفت فإن لم ينجح يعمل التفتيت .

الدرجة الثانية - وفيها يكون طول القطر المقدم الخلوي من ٧ - ٨ سنتيمترات في الحوض المفرطح ، ومن ٧½ إلى ٩ في الحوض الضيق في جميع أقطاره . في الأحوال التي يضيق فيها القطر المقدم الخلوي عن ٧½ سم يندر جداً أن ينجح التوليد بالجفت ويجب الالتجاء إلى طرق أخرى . وقيل عمل أي شيء يجب التأكد من حياة الجنين . فإذا تضح لنا بعد التسمع المتكرر على قلب الجنين في الجهة التي كنا نسمع فيها القلب في أول الولادة أن ضرباته قد وقفت فالأفضل التفتيت . وإن كان الجنين حياً يختار بين قطع الارتفاق العاني أو قطع عظم العانة ، وبين العملية القيصرية . ونحن نفضل العملية القيصرية إلا في الأحوال التي سبق فيها استعمال الجفت أو جرت فيها عمل التحويل أو ظهرت فيها علامات تعفن في الرحم لأن الاختيار دلنا على أن الخطر من هذه العمليات الثلاث واحد . والتوليد بالعملية القيصرية هو الوحيد منها الذي تضمن فيه سلامة الجنين .

الدرجة الثالثة - وفيها يكون طول القطر المقدم الخلوي من ٥½ - ٧ في الحوض المفرطح ومن ٦ - ٧½ في الضيق في جميع أقطاره .

في الحوض الضيق بهذه الدرجة تستحيل ولادة الجنين حياً من المسالك الطبيعية . فإذا أدركنا وجود الضيق قبل المخاض تعمل العملية القيصرية ، وإذا لم ندركه إلا بعد تقدم المخاض تعمل العملية القيصرية إذا لم يكن التعفن قد وصل إلى الرحم وإلا فتعمل عملية التفتيت . وإذا كان الجنين ميتاً يعمل التفتيت على كل حال .

الدرجة الرابعة - يصعب فيها جداً التوليد بالتفتيت إلا إذا كان المولود متمرناً جد التمرن . والأفضل هنا عمل العملية القيصرية ولو كان الرحم متعفنًا .

تحريض الولادة المعجلة - الغرض من تحريض الولادة قبل تمام مدة الحمل هو سهولة ولادة الرأس قبل أن يكبر حجمه . وهذه العملية وإن كانت خالية من الخطر تقريباً فيما يختص بالأم ، ولكنها ليست من مصلحة الجنين . لأن ولادة الأجنة قبل تمام المدة يجعلها ضعيفة وصعبة التربية . وكثير من هؤلاء الأجنة يموت في الشهرين الأولين من حياته إلا إذا اتخذت احتياطات وافية في تربيتهم . ولما كانت أغلب أحوال ضيق الحوض تحدث عند الطبقات الفقيرة فليس من المنتظر أن تتوفر عندهم الشروط اللازمة لعمل هذه الاحتياطات ، ولذا السبب يستحسن أن لا تتبع هذه الطريقة إلا إذا رفضت المريضة عمل العملية القيصرية أو غيرها من العمليات التي تعمل عند تمام الحمل . وفي هذه الحالة نلاحظ أمرين مهمين قبل الشروع في العمل . الأول سن الجنين والثاني درجة الضيق . أما عن الأول فلا يجوز تحريض الولادة إلا بعد بلوغ الحمل الأسبوع السادس والثلاثين لأن الأجنة التي تولد قبل ذلك لا تعيش في الغالب . وأما عن الثاني فلا يجوز أن يقل طول القطر المقدم الخلفي في الحوض الضيق في جميع أقطاره عن ٨ ١/٢ وإلا فإن الخطر الذي يحدث من تشكيل الرأس وقت مروره من الحوض يؤدي غالباً بحياة الجنين . وذلك لأن عظامه تكون لينة وسهلة التأثر بالضغط .

وفي الغالب لا ياجأ إلى تحريض الولادة إذا زاد القطر المقدم الخلفي عن ٨ ١/٢ لأن فرصة النجاح في حدوث الولادة الطبيعية عند تمام ليست قليلة وبالأنخص عند البكرية . أما الأحوال التي لا تنجح فيها الولادة الطبيعية عند البكرية التي قطر حوضها ٨ ١/٢ فيجوز التحريض قبل الميعاد في ولادتها التالية .

والصعوبة الكبرى في تحريض الولادة ليست في معرفة درجة ضيق الحوض ، ولكن في تقدير سن الحمل . لأنه كثيراً ما تخطئ الوالدة في التاريخ . وقد يحدث الحمل في فترة انقطاع الحيض ، وقد يحدث الحيض في الشهور الثلاثة الأولى للحمل . وفوق ذلك نجد أن حجم الأجنة ليس دائماً ثابتاً . فبعض الحوامل تكون أجنهن دائماً كبيرة الحجم وفي البعض الآخر تكون الأجنة في تمام المدة أصغر من التي عمرها ثمانية شهور رحمية . ولذلك يجب أن يبنى الحكم على دنو الميعاد الذي تحرض فيه الولادة المعجلة على تناسب حجم الرأس لسعة الحوض . والطريقة التي نصل بها إلى هذا التقدير هي طريقة مولر .

طريقة مولر - تنام المريضة على حرف السرير بالعرض (وضع الشق العجاني) ويمسك مساعدان فخذيها وساقها ويولج أصبعان من اليد اليسرى في المهبل إلى أن يلامسا الرأس في المضيق العلوي . ثم يمسك الرأس باليد اليمنى بطنياً ويدفع في الحوض . ويلاحظ مقدار ما ينحشر منه بوضع أصبعين من اليد اليسرى في المهبل (السبابة والوسطى) ووضع الإبهام على العانة . وإذا أمكن الحصول على مساعد آخر يكلف بالضغط على قاع الرحم . وبهذه الكيفية يمكننا معرفة ما إذا كان أكبر قطر للرأس مر في الحوض أم لم يمر .

وقد استنبط فون هرف طريقة أخرى لتقدير النسبة بين رأس الجنين واتساع الحوض ، وتقوم بقياس المسافة بين الفقرة الخامسة القطنية والجزء الأكثر ارتفاعاً من الرأس على بطن المريضة . فإذا كان القياس مساوياً أو أصغر من القطر المقدم الخلقى الخارجى فالرأس سيدخل الحوض بلا مشقة . وإذا زاد عنه سنتيمتراً فقد يدخل الرأس إما طبيعياً أو باستعمال وضع ونحر . فإذا كانت الزيادة ٣ سنتيمترات فالغالب أن الرأس سيصادف مقاومة شديدة في الانحشار . وهذه الطريقة أقل دقة من سابقتها .

ويجب أن يعمل هذا التقدير قبل بلوغ الحمل الأسبوع الرابع والثلاثين . فإذا وُجد أن الرأس ينحشر في الحوض بسهولة تنتظر أسبوعاً آخر ويعاد العمل . فإذا انحشر الرأس تنتظر أسبوعاً آخر . وإذا وجدت مقاومة في الانحشار فالأفضل التحريض ، وتشكيل الرأس كغليل بالتحشاره . وقبل البدء بالتحريض توضع المريضة تحت الكلوروفورم ويقاس الحوض ويعاد عمل طريقة مولر إذ يجوز أن نكسب أسبوعاً آخر .

الأشعة السينية

قد تستعمل الأشعة السينية في حالات الحمل لعدة أسباب نلخصها فيما يلي :

(١) أسباب تتعلق بالجنين وهذه هي :

(١) في بعض الحالات يتعذر تشخيص الحمل بالفحص العادي كأن تكون الحامل مفرطة السمن أو غير ذلك - فيمكن استعمال الأشعة للتأكد من وجود الحمل أو عدمه إذا كان الحمل في الشهر الرابع أو أكثر .

- (٢) يمكن الاستدلال على عدد الأجنة في البطن .
 (٣) يمكن تشخيص بعض حالات وفاة الجنين في البطن فيرى تراكم عظام جمجمة الجنين بعضها على بعض (Spalding Sign) أو قد يظهر تقوسات غير طبيعية في سلسة ظهر الجنين أو في القفص الصدري .
 (٤) الاستدلال على وضع الجنين . وإذا كان مجيء بالمقعدة ، تلاحظ حالة الساقان هل هما منبسطنان أم لا .
 (٥) تقدير حجم الطفل وهل هو يفتق أم يتنافى مع إمكان ولادته ولادة طبيعية .
 (٦) معرفة ما إذا كان الطفل طبيعي التكوين أم لا . مثلاً هل به استسقاء في رأسه . أم هل هو مسيخ . أم توأمان متصلان إلخ .

ب - أسباب تتعلق بالأنسجة اللينة :

- (١) في الحالات التي يشك فيها أن يكون وضع المشيمة معيباً . تعمل صورة أشعة للتأكد من صحة التشخيص أو عكسه .
 (٢) يمكن تقدير كمية السائل الأمنيوسي . وإذا كان هناك زيادة كبيرة في كتيه . يمكن التكهن بوجود جنين غير طبيعي في معظم الحالات .
 (٣) قد تساعد الأشعة في تشخيص حمل خارج الرحم إذا كان الحمل متقدماً (أى بعد الشهر الثالث) وكان وضعه على أحد الجانبين .
 (٤) في بعض الحالات يمكن تشخيص وجود أورام ليفية أو أكياس مبيضية .
 (٥) تكلس المشيمة .

ج - أسباب تتعلق بالحوض :

- (١) في بعض حالات الحمل المصحوبة بضيق في الحوض أو تشوه في تكوينه بسبب مرض أو خلل يحد من استعمال الأشعة السينية للوقوف على إمكانية حدوث ولادة طبيعية ولتقدير غير وسيلة لعلاج الحالة سواء كان ذلك بتحرير الولادة المبكرة أو بعمل عملية قيصرية عند تمام مدة الحمل .
 وكذا تستعمل الأشعة أثناء الحمل كما في غير الحمل لتشخيص أمراض الصدر والذئب والمعدة والأمعاء وأمراض المجارى البولية .

الفصل الحادى عشر

المكروبات أو الجراثيم

لما كانت المعلومات التى تحصل عليها المولدة فى علم البكتيريولوجيا ضئيلة لدرجة لا تمكنها من تفهم الطريقة التى تحدث بها الحميات النفسية ولا الوسائل التى تتبع للوقاية منها رأيت أن أخصص لهذا الموضوع فصلا كاملا أشرح فيه المعلومات الأولية الواجب على المولدة الإلمام بها .

ما هى المكروبات - المكروبات هى أدنى أنواع الأحياء ، ومن النوع القهطرى فى المملكة النباتية . وهى كائنات صغيرة جداً لا ترى إلا بالمجهر (المكروسكوب) حتى إنه لو وضع ألف منها جنباً إلى جنب فى خط واحد لما زاد طول هذا الخط عن المليمتر واحد . وطريقة تولد المكروبات تكون عادة بتجزئتها .

فالواحدة تنقسم إلى جزئين وهى نما هذان ونفسجا انقسما إلى أربعة أجزاء وهكذا . ويتم هذا الانقسام بسرعة حتى إن الواحدة منها تبلغ تمام نموها وتنقسم فى أقل من نصف ساعة . وعلى ذلك فإن المكروبة الواحدة قد تنتج ملايين كثيرة فى أقل من أربع وعشرين ساعة .

والمكروبات كالنباتات الأخرى تنقسم إلى أنواع كثيرة تختلف فى شكلها وطبائعها . فالطبقة الصغرى من هذه المكروبات هى أكثرها وجرذاً وأهمية . وتنقسم بحسب شكلها إلى ثلاثة أقسام : (١) المكروبات الحلقية وهى كروية الشكل وتسمى الكوكس Coccus ، و (٢) الباشيلس Bacillus وهى مكروبات خطية تختلف



(شكل ١٩٣)

كثيراً في السمك والظول ، و (٣) المكروبات الخلزونية Spirilla أما الطبقة العليا من هذه المكروبات فتأخرة الوجود وهي تنمو ملتصقة الأطراف مكوّنة لخيوط طويلة . وبعض أنواع الباشلس والمكروبات الخلزونية تخرج منها زوائد شعرية تمكنها من التحرك في السوائل التي تعيش فيها . ومنى فقد طعامها أو منى جفت السوائل التي تكون المكروبات عائشة فيها استحال بعضها إلى بنور Spores ذات مقدرة كبرى على مقاومة أشد العوارض . وثبت على هذه الحالة إلى أن تتوفر لها وسائل النمو فتعود إلى حالتها الأصلية

فيتضح إذن مما تقدم أن كل واحدة من المكروبات ليست إلا خلية نباتية صغيرة الحجم ولكنها منى اجتمعت بالآلاف والملايين ظهرت كتلتها للأعين المجردة . فليست نقطة الصديد إلا ملايين كثيرة منها عائمة في سائل . وما الرغبة



(شكل ١٩٤) الأنواع المختلفة لمكروبات

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ١ - أشكال من المكروبات التي تنمو أربعة أربعة | ٢ - ستايلوكوك أو المكروب العنقوي |
| ٣ - ستربتوكوك - المكروب السبحي | ٤ - جيونوكوك - ميكروب السيلان المزروع |
| ٥ - لبيوكوك - مكروب الانتهاب الزوي | ٦ - أشكال من المكروبات الخلفية |
| ٧ - مكروبات خلفية داخل غلاف | ٨ - ساريسينا |
| ٩ - باشلس - مكروبات خطية | ١٠ - مكروب الزمري سباروكينا باليفا |

أو الزبد الذي يطفو على وجه المرق الفاسد أو البول الأسن إلا كتلا من المكروبات والمكروبات توجد في كثير من الأشياء كالتراب والطين والماء ، وفي المواد النباتية والحيوانية الآخذة في الانحلال والتعفن . وجلد الإنسان وفمه وأمعائه تحتوي على عدد لا يحصى من المكروبات ، وكذلك هواء الحجرات والمدن مملوء بها ولا يكاد يخلو منها مكان تقريباً . والهباء الذي يرى سابحاً في الهواء يحتوي على عدد لا يحصى من المكروبات .

وليست كل هذه المكروبات ضارة ، بل منها ما هو نافع ومنها ما وجوده ضروري للحياة وأعظم وظيفة لها في الحياة هي أنها تسبب انحلال المواد الميتة حيوانية كانت أو نباتية إلى أجزاء بسيطة يمكن النباتات والحيوانات من الانتفاع بها للتغذية . والمثل على ذلك الأسبحة الحيوانية ، فإنها إذا كانت جديدة لا تفيد النباتات في شيء ، ولكنها متى تعفنت بتأثير المكروبات وانحلت إلى أصوفا البسيطة يسهل على جذور النبات امتصاصها والانتفاع بها . ومن هذا يتضح أن وجود المكروبات ضروري جداً لحفظ حياة النباتات والحيوانات .

ولعرفة طبائع المكروبات يضطر البكتريولوجيون إلى استنباتها في أنابيب مخصوصة توضع في أفران مخصوصة تحفظها في حرارة معتدلة مثل حرارة الجسم الطبيعية . ومثل هذه الأنابيب بمواد مختلفة لتتغذى بها المكروبات وأهمها المرق والحلاتين والدم . ويمكن أن تتغذى أيضاً بالبطاطس وعجينة الخبز وفيرها . وهذه المكروبات تنموا في أثناء نموها مواد سامة قد تسميتها بحيث لو سدت الأنبوية اغتوية على المكروبات يقف نموها وتموت كما يحدث للإنسان لو حبس في مكان صغير لا يتغذى إليه الهواء . وهذه السموم Toxins هي التي تسمم الجسم في الأمراض المكروبية ، وفي الأحوال التي يتغذى فيها المرء على مأكولات تعارق إليها التعفن .

التعفن والتخمير — وكذلك التعفن والتخمير من نتائج فعل المكروبات . ومنى درسنا كيفية حصول هاتين الظاهرتين أمكننا أن ندرك بقية الظواهر المكروبية فأول شيء نلاحظه هو أن التعفن والتخمير لا يتهان إلا بوجود الرطوبة . فالدقيق مثلاً إذا كان جافاً أمكن حفظه إلى ما لا نهاية له من الزمن ، ولكن إذ تبلل اختمر سريعاً . وكذلك اللحوم إذا قددت أي جففت فلا تفسد ، كما يحصل في

سمك البكاليا ، ولكنها إذا لم تقدر تتعفن سريعاً . والحرارة المعتدلة لازمة أيضاً لحدوث التعفن والتخمر . فإن كثيراً من المواد يمكن حفظها في الثلج زمناً طويلاً بدون أن يتطرق إليها الفساد ، كاللحوم التي تجلب من أستراليا .

ودرجة الحرارة الموافقة لنمو المكروبات هي حرارة الجسم الطبيعية ، بدليل أن المأكولات مثلا يصعب حفظها من التعفن في الصيف عند ما تبلغ الحرارة 35° سنتجراد إلى 40° . ولكنها في الشتاء عند ما تنخفض الحرارة عن 15° سنتجراد مثلا لا تتخمر بسهولة التي تتخمر بها صيفاً . والنور الساطع يضعف نمو المكروبات وكذلك الهواء الطلق لأنه يساعد على جفاف السوائل التي تكون عاثشة فيها ، وكذلك أشعة الشمس الحارة توقف نمو المكروبات وإذا اشتدت وطال تأثيرها فقد نميتها . ومن هذا يتضح أن الأماكن الرطبة الدافئة التي لا تصل إليها أشعة الشمس ، ولا يتخللها الهواء هي أفضل البيئات لنمو المكروبات .

ومن الأمثال التي نشاهدها يومياً عن فعل الميكروبات تخثر اللبن الحامض المعروف باللبن الربادي . فإن الخميرة التي توضع فيه تحتوي على عدد كبير من باشلس حمض البنيك ، وهو الذي يحل اللاكتوز (السكر اللبني) الموجود في اللبن إلى حمض لبنيك ويسبب حموضته . والحموضة بالتالي تسبب تخثره (تجمده) . وكذلك نلاحظ أنه إذا راب اللبن الحليب في إناء فكل لبن يوضع فيه يروب أيضاً إلا إذا نظف الإناء جيداً من آثار اللبن الرائب وغلى في الماء مدد كافية لإماتة المكروبات التي تسبب روبانه . ونلاحظ أيضاً أن المأكولات المحفوظة في العلب المحكمة السد كالسردين واللبن المركز وخلصه اللحم والفواكه تبقى على حالتها زماناً طويلاً جداً إن عمت جيداً أثناء تحضيرها ووضعت في آنية معقمة ، بخلاف المواد المحفوظة التي لم تعقم تماماً فإنها يتطرق إليها الفساد . وإذا تلقت اللحوم أفرزت المكروبات التي تتلفها سموماً تسمى بتومائين . ومنى أكلت اللحوم التالفة أحدثت أعراض تسم شديدة شبيهة بأعراض الحمى التيفسية التي تسبب عن نفعن قطع من المشيمة . فإن التومائين الذي تفرزه المكروبات يمتص في الدم ويسبب أعراضاً شديدة كثيراً ما تنهى بالوفاة .

التعقيم — إن تعقيم المواد بغليها هو الطريقة التي تستعمل في الطب لتعقيم الآلات ونحوها . ولكن ليست الحرارة هي الوسيلة الوحيدة لذلك ، بل إن المواد

المضادة للعفونة مثل حمض الفينيك والليزول والسلياني تفعل ذلك الفعل أيضاً .
ويوجد من مضادات العفونة ما هو ضعيف التأثير مثل حمض البوريك والخل ،
فهذه للمطهرات تضاف أحياناً إلى بعض المأكولات لحفظها من الفساد . فالخل
يستعمل لحفظ المعللات ، وحمض البوريك يضاف على اللبن أحياناً ولكن استعماله
يضر باللبن ويجعله عسر الهضم .

أنواع المكروبات - تنقسم المكروبات إلى قسمين رئيسين : قسم لا يمكنه
أن يعيش إلا على المواد الميتة ويسمى (ساپروفيت) أو مكروب التعفن ، وقسم
يقدر أن يعيش على المواد الحية والميتة جميعاً ، ويسمى المكروب المرضي أى
المولد للأمراض ، ومنه مكروبات التقيح . أما مكروبات التعفن فهي وإن كانت
في حالتها الطبيعية لا تستطيع أن تدخل الدم ، وتعيش على الأنسجة الحية مثل
مكروبات التقيح ، لكنها تفرز سموماً قوية التأثير تمتص في الدم وتسبب أمراضاً
شديدة مثل حمى النفاس المسماة حمى الامتصاص العفن . ومن الساپروفيت نوع
حلقى الشكل يسبب تحلل البول وتعفنه بحيث تصير رائحته كريهة جداً . وإذا
انتقلت ذرة صغيرة منه على قطرة إلى مثانة سليمة تعفن بولها وأحدث التهاباً مثانياً
حاداً . ويوجد أيضاً في الأمعاء الغلاظ باشلس من الساپروفيت يسمى القاوونى
لا يسبب وجوده أى ضرر في الحالة الطبيعية . ولكنه لو تلوثت به المثانة أو الرحم
بعد الولادة تحول إلى النوع الثانى المولد للأمراض وسبب أمراضاً كثيرة ، وإذا
وصل البريتون سبب التهاباً بريتونياً عفناً .

أما المكروبات المولدة للأمراض فهنا مكروب التدرن ، وهو الذى يسبب السل
الرئوى والتدرن المعوى وتدرن العظام والعقد الدرنية في العنق والإبط وغير ذلك . ومنها
أيضاً مكروب الحمى التيفودية والسيلان والالتهاب الرئوى والطاعون والكلوبيرا
ومكروبات التقيح على أنواعها . وسأشرح الآن باختصار أهم المكروبات التى
تسبب الحمى التيفودية .

أهم هذه المكروبات المكروب السبحى (الأستر بتوكوك) والمكروب العنقودى
(ستافيلوكوك) ومكروب السيلان (جونوكوك) . وقد يحدث أيضاً أن تسبب هذه
الحمى من مكروب الالتهاب الرئوى (نيوموكوك) .

أما المكروب السبحى (الأستر بتوكوك) فتنمو الواحدة منه بجانب الأخرى

على شكل الخطوط . ولكونها حلقيه فإن نموها بهذه الكيفية يجعلها في شكل السباحات وهذه المكروبات على أنواع فمنها ما يسبب الحمرة ومنها ما يسبب خراجات المفاصل والعظام والالتهاب البريتوني والتسمم الدموي الحاد والتسمم الدموي التقيحي والمكروب السبحى أقوى مكروبات التقيح وأخطرها ويليه في الأهمية المكروب العنقودي وهو ينمو في كتل صغيرة لها شكل العناقيد ويسبب عادة الخراجات موضعية والتقيحات الجلدية والدمايل السطحية والخراجات الغائرة . وإذا وصل إلى الدم سبب نوعاً من التسمم الدموي التقيحي الحاد . وهو في الغالب أقل خطراً من المكروب السبحى .

أما مكروب السيلان فيختلف كثيراً في شكله عن سابقه لأنه ينمو أزواجاً ولذا يسمونه ديبلوكوك و ينمو عادة داخل خلايا النسيج الذى يصيبه كما ترى في (شكل ١٩٥) . وإذا وصل هذا المكروب إلى المهبل كما يحدث إذا كان الزوج



(شكل ١٩٥) مكروب السيلان

يشاهد داخل إحدى الكرات البيضاء عدد من ديبلوكوك السيلان مكبر ٩٠٠ مرة . وهو يوضح كيف ينمو هذا المكروب الخلق المزروع داخل خلايا البيضاء

مصاباً بالسيلان مثلاً فإنه يسبب التهاباً سيلانياً . وإذا كانت المصابة حاملاً ولم تشف منه قبل الوضع فإنه يصل إلى عين الجنين عند ولادته ويسبب نوعاً خبيثاً جداً من الرمد الصديدي كثيراً ما ينتهى بالعمى وقد يكمن هذا المكروب عند المصابات بالسيلان في غدد عتق الرحم وفي الغدد الموجودة حول الفرج فبعد أن يظن أن المريضة شفيت منه بحسب الظاهر يخرج من مخبئه مرة بعد أخرى ويصيبها هي وزوجها بالسيلان . وقد يصل أيضاً إلى البوقين فيسبب التهاباً بوقياً ينتهى غالباً بانسداد البوقين الذى يسبب العمى .

وقد تسقط بعض نقط الصديد من البوقين المصابين إلى البريتون فيسبب التهاباً بريتونياً يكون في الغالب موضعياً فقط .

ولنتحدث الآن في الكيفية التى بها تؤثر المكروبات على الأنسجة التى تصيبها

ونظراً كيف تقابل الأنسجة هجوم المكروبات عليها وما هي التأثيرات التي تحدثها المكروبات .

أما الكمية التي تؤثر بها المكروبات على الأنسجة المصابة فتختلف بحسب درجة خبث المكروب وبحسب كمية المكروبات . أما درجة خبث المكروبات فقد تختلف في المكروب الواحد . فالمكروب الحلقى السبحى (الأستريتكوك) الذى يوجد في حالة التهاب هريتنوى حاد أو حالة حمرة مثلاً لمؤ أعبث من المكروب الذى يوجد في حالة خراج مزمن لأنه في الحالة الثانية تكون المكروبات قد ضعفت من فعل السموم التي تفرزها ومن المقاومة التي تصادفها من المكروبات الأخرى التي تختلط بها .

أما كمية المكروبات فأمر مهم جداً، لأنه يجوز أن يقاوم الجسم عدداً صغيراً من المكروبات ويقتلها ولكنه قد لا يقوى على مقاومة عدد كبير منها . وغير هذين العاملين ، أى خبث المكروب والكمية التي دخلت إلى الجسم ، يوجد عامل آخر له تأثير كبير وهو قوة مقاومة الجسم أى قوته الدفاعية . وهذه القوة الدفاعية إما موضعية وإما عمومية . فالمقاومة العمومية للجسم ناشئة عن مقدرة الخلايا الحية والسوائل على مكافحة المكروبات . وخلايا الدم البيضاء هي صاحبة الدور الأكبر في هذا الكفاح . والمثل على ذلك أنه إذا جرح الجسم ودخل عدد من المكروبات من فتحة الجرح نهرع الكريات البيضاء إلى الجهة المصابة وتقوم هي وخلايا الجسم بمقاومة المكروبات حتى تقتلها وتتغذى بها . فإذا كان عدد المكروبات كبيراً كان الطلب على الخلايا البيضاء كبيراً فيزيد بذلك مقدار الدم الذي يرد على الجزء المصاب فيحمر ويتورم ويؤلم وترتفع حرارته . ويعبر عن هذه الحالة بالالتهاب الموضعي . وهو عمل دفاعي الغرض منه حصر الإصابة في الجزء المصاب وإقامة حاجز من الخلايا البيضاء يحول دون بلوغ المكروبات إلى الدورة العامة أو تعديها إلى الأجزاء التي لم تصب . وفي الأحوال التي ينجح فيها هذا الدفاع تلتف الكريات البيضاء حول المكروبات ومحيتها ثم تلتهمها . وهذا هو السبب في تسمية هذه الخلايا بالخلايا الأكالة Phagocytes فإذا كان الكفاح بين الخلايا البيضاء وبين المكروبات شديداً فقد يموت عدد كبير من الخلايا البيضاء فيتكون منها ومن السوائل التي ترتشح من الجزء الملتهب ومن المكروبات مادة بيضاء هي الصديد . فإن كان الكفاح سطحيّاً فالقيح يكون سطحيّاً وإن كان غائراً فبنشأ عن ذلك

خراج . فيتضح لنا من ذلك أنه إذا جرح أصبع مثلا ودخلت المكروبات في الجرح ينشأ عن ذلك التهاب موضعي قد يشفى بتقيح سطحي أو يتكوّن خراج . هذا في الأحوال التي تنجح فيها المقاومة ولكن قد يحدث أن يكون المكروب شديد الخبث أو يكون العدد المهاجم كبيراً جداً لا تقوى على مقاومته الأنسجة المصابة ولا الخلايا البيضاء في هذه الحالة تخترق المكروبات الحاجز المكون من الخلايا البيضاء وتصيب النراج ، فلما أن تصل إلى الدم وإما أن تقف في سيرها بمقاومة الغدد للمقاومة التي في الإبط والتي هي خط الدفاع الثاني للجسم . وفي هذه الحالة يشتد النضال فيموت عدد وافر من الكريات البيضاء ويحدث خراج في الغدد للمقاومة . أما إذا كانت مقاومة الجسم ضعيفة جداً أو كانت المكروبات شديدة الخبث فقد لا تقف المكروبات لا في الأنسجة التي أصيبت أولاً ولا في الغدد للمقاومة بل تصل إلى الدم مباشرة ويحدث تسمم دموي عام .

فلذا تفهمنا ما سبق يسهل علينا أن نفهم معنى المقاومة الموضعية والمقاومة العمومية . أما المقاومة العمومية فتتوقف على نشاط الدورة الدموية وقوة سوائل الجسم وخلاياه على مقاومة المكروبات . وهذه المقاومة تكون على أشدها في أصحاب الجسم وعلى أقلها فيمن أضعفهم الأمراض أو المعيشة غير الصحية أو إدمان السكر وعند المصابين بالأنزفة وغيرها مما ينهك القوى . وفي بعض الأشخاص تكون مقاومة الجسم لبعض أنواع المكروبات عظيمة جداً . وهذا ما يسمى بالحصانة أو المناعة . فإن الذين يصابون بالجدري أو التيفوس مرة ينذر جداً أن يصابوا به مرة أخرى . وهذه الحصانة ناشئة عن تولد مواد في الدم تضعف أو تزيل تأثير سموم هذه المكروبات . وقد حدث ذلك إلى محاولة إحداث حصانة في الجسم ضد أنواع خاصة من المكروبات بحقن المريض بعدد من المكروبات الحية أو الميتة ثم زيادة هذا العدد تدريجاً حتى يقوى الجسم على مقاومة عدد كبير جداً منها بمرور الوقت ، كما يحدث عند الذين يعتادون تعاطي المورفين ، فإنه بعد مضي زمن قد يتعاطون في المرة الواحدة بدون ضرر مقداراً يميت الذين لم يتعودوا تعاطيه .

هذه هي المقاومة العمومية . أما المقاومة الموضعية فيقصد بها مقدرة أنسجة الجسم المختلفة على مقاومة العدوى ، فقد يكون جزء من الجسم مصاباً بمرض يجعله أكثر تعرضاً للعدوى من سائر الأجزاء . فإذا فرضنا مثلاً أن الدورة الدموية في أحد الأطراف السفلى كانت بطيئة لانسداد الأوردة أو لإصابتها بالدوالي أي زوال

مرونة الأوردة ، فإنها تكون أكثر قابلية للعدوى من الجهة السليمة . وأقرب مثل لذلك أن أسجة الولادة التي تتعسر ولادتها وتفترض استعمال الآلات تكون أكثر تعرضاً للعدوى من التي تكون ولادتها طبيعية .

وقبل أن نختم الكلام في هذا الموضوع سنشرح بالاختصار الطريقة المتبعة في معالجة الأمراض المكروبية بواسطة تقوية الجسم على المقاومة لنوع خاص من المكروب : الطريقة الأولى أن يحقن عدد صغير من مكروبات المرض تكون قد أضعفت أولاً إما بإعنائها على درجة حرارة غير موافقة لخواصها أو بإضافة مطهرات ضعيفة إلى الوسط الذي تنبت فيه . والطريقة الثانية هي أن يحقن الجسم بعدد صغير من المكروبات في حالتها الطبيعية ، وإنما يلاحظ أن تكون الكمية المحقونة صغيرة بحيث لا تحدث ضرراً ما . والطريقة الثالثة أن يحقن الجسم بمكروبات ميتة . والرابعة أن تحقن بالسوائل التي تحتوي على مضادات سموم المكروبات وليس المكروبات نفسها . وفي كل هذه الأحوال يراعى أن يبدأ الحقن بكميات صغيرة تزداد تدريجياً حتى يقوى الجسم على احتمال مقادير كبيرة منها .

ومن أمثلة هذه الطريقة التطعيم بالمادة الجذرية ، فإن مكروب الجدري إذا أصاب البقر أحدث مرضاً شبيهاً بالجدري . وإذا أخذ صديد بثرات البقر المصاب وطعم به الإنسان أحدث عنده حصانة أو مناعة ضد الجدري تبقى زمناً طويلاً ثم تأخذ في الزوال . والمصابون بداء الكلب يحقنون بعد عضهم بمقادير صغيرة من نفس مكروب الكلب تزداد تدريجياً حتى إذا تمت مدة الحصانة (أى المدة بين عض الكلب للمصاب وبين ظهور الأعراض) يكون الجسم قد اعتاد على المكروب فلا تظهر أعراض المرض . وجميع هذه الطرق تقايد لما يحدث في الجسم طبيعياً عند إصابته بمرض معد ، فإنه عند دخول مكروبات هذه الأمراض إلى المصاب يأخذ الجسم في إعداد ما يسمى بالأجسام المضادة (Antibodies) ، ومتى تكون عدد كبير منها في الدم تستطيع أن تقضي على المكروبات الموجودة فتميتها ويشق المريض (وهذه الأجسام المضادة لم يمكن فصلها من الدم حتى الآن ولكننا نستدل على وجودها فيه من العمل الذي تقوم به) .

وأكبر فوائد هذه الطرق في ما يختص بالولادة هو في معالجة الحمى النفاسية ، فإن إحدى الطرق المتبعة في علاجها هي أن نكتشف سبب الحمى بفحص الإفرازات التي توجد في تجويف الرحم أو بفحص الدم للاستدلال على

نوع المكروب المسبب لها . ثم يستتبت هذا المكروب في أنابيب ، ثم تقتل هذه المكروبات بتسخينها إلى درجة حرارة معلومة (٦٠ س) لمدة ساعة ، ثم تعاقب في محلول الفينيك المخضر بنسبة ١ في ٤٠٠ . وتوضع في أنابيب تسع كل منها جراماً أو أكثر من السائل الذي يحتوي على عدد معين من المكروبات المينة مثل مليون أو عشرة ملايين أو أكثر أو أقل . ويسمى هذا السائل لقاحاً (Vaccine) . وفي بعض الأحوال الحادة التي يخشى فيها أن يستعصى المرض قبل أن ينجز اللقاح المخضر بهذه الطريقة البطيئة التي تستغرق بضعة أيام ، قد يستعاض بلقاح جهاز من نوع المكروب الذي حصلت به الإصابة . وتباع في الصيدليات أنابيب تحتوي على لقاح المكروب العنقودي أو السبحي ، وهي تشتمل على مقادير متفاوتة منها يمكن استعمالها بالطريقة التي ستذكر عند الكلام على الحمى النفاسية . وفائدة اللقاح هو أنه يولد في الدم مواد تقتل المكروب أو تفسد سمومه وهي التي سميتها بالأجسام المضادة وكذلك يقوى مقدرة الكرات البيضاء على التهام المكروبات . وهناك طريقة أخرى للعلاج وهي الحقن بالمصل .

ولكن لفهم كيفية تأثير المصل سنشرح طريقة تحضير نوعين منه لتعلم الفرق بينهما . فأولهما وهو مصل الدفتيريا يحضر بأن يحقن حصان بالسموم التي تنشأ من مكروب الدفتيريا وليس بالمكروب نفسه . يبدأ بمقدار صغير منها ثم يزداد بالتدريج حتى يستطيع الحصان أن يتحمل بلا ضرر مقداراً منها يكفي أن يقتل حصاناً آخر . وبعد الاستمرار على زيادة السموم المحقونة بضعة شهور يحتوي دم هذا الحصان على عدد هائل من الأجسام المضادة لسموم مكروب الدفتيريا . ومتى تأكدنا من ذلك يفتح أحد أوردة هذا الحصان مع ملاحظة أدق طرق التطهير ثم يجمع الدم الذي ينزف منه . ومتى تخثر الدم يفصل المصل عنه ويحفظ في أنابيب زجاجية تقفل إقفالاً محكماً وتستعمل عند الحاجة .

وقد وجدوا أنهم لو حقنوا حيواناً بمقدار معين من سموم مكروب الدفتيريا لمات . ولكنهم إذا أضافوا لهذه السموم مقداراً معيناً من مصل الدفتيريا المخضر كما ذكرنا فلا يصاب الحيوان بأعراض مضرة . وهذا يثبت وجود الأجسام المضادة للدفتيريا في هذا المصل ويثبت أيضاً أنها تبطل أضرار سموم الدفتيريا . وكذلك وجدوا أنه إذا حقن حيوان بهذا المصل استطاع أن يتحمل بلا ضرر مقداراً من السموم يكفي أن يميت مائة حيوان لم تحقن به . وكذلك إذا أصيب شخص بالدفتيريا

فإنه يشق بحقنه بالمصل المضاد لها إذا حقن المقدار الكافي منه في الوقت المناسب .
وهذا المصل يسمى بالمصل المضاد للسموم (Antitoxic Serum)

أما المصل المضاد للإستربتوكوك (المكروب السبحي) وهو المستعمل غالباً في حمى التماس فيختلف كثيراً عن مصل الدفتيريا فإنه يقوى مقاومة الجسم لهذه المكروبات لاحتوائه على الأجسام المضادة للمكروب وطريقة تحضيره تختلف عن الطريقة السابقة في أن الحصان الذي يستعمل لهذا الغرض يحقن بالمكروب نفسه وليس بسمومه ويتنخب عادة من المكروبات السبحية أحبها نوعاً . وحقن الحصان بعدد صغير منها ويزاد بالتدريج حتى يقوى الحصان على أن تحقن أوردته بعدد هائل من أحب المكروبات السبحية بدون أن يحدث تسمم في الدم . وذلك لأن دمه يكون محتوياً على عدد عظيم جداً من الأجسام المضادة للمكروب (Antibodies) وطريقة جمع المصل من الحصان الحصين هي كتحضير المصل المضاد للدفتيريا . ولكن تأثيره العلاجي أقل بكثير من تأثير مصل الدفتيريا . وذلك لأن الحمى التماسية تتسبب في كثير من الأحوال من أنواع مختلفة من المكروبات . وفي السنوات الأخيرة بعد اكتشاف مستحضرات السلفا والمواد المسماة « بمضادات الحيوية » أصبح في يدينا سلاحاً فعالاً ضد ميكروبات حمى التماس وغيرها من الأمراض وبطلت طرق العلاج بالأمصال والفاكسين إلا في حالات خاصة فقط .

مضادات الحيوية

(Anti-biotics)

البنسلين هو أول المواد التي اكتشفت لقتل المكروبات بدون أن تحدث أثراً سلباً في جسم المريض وأطلقوا عليها اسم مضادات الحيوية أو (Anti-biotics) وهذا الاصطلاح مشتق من أصلين مختلفين (Anti) بمعنى مضاد و (Biotic) بمعنى حيوية وقد استخلصوا البنسلين من العفن الذي يحدث في الخبز الفاسد ومن قديم الزمن كانوا يستخدمون العفن في الوصفات الشائعة لعلاج بعض الأمراض ففي البرازيل مثلاً كانوا يستعملون أنواعاً لعلاج الجروح من العفن (الطفيليات) التي

تنمو في الحقول وفي أواسط أوروبا وفي مصر وأوكرانيا يستعمل الفلاحون الخبز المتعفن لعلاج الجروح وأول من لاحظ تأثير العفن على المكروبات كان تندال في سنة ١٨٧٦ فقد سقطت ققطة من العفن على مزرعة ميكروبات في معمله فأماتت المكروبات ولكنه لم يدرك السبب الحقيقي لموت المكروب بل نسبته إلى أن العفن المتساقط على المزرعة منع وصول الهواء إلى الميكروب فأماته .

وأول من اكتشف السبب الحقيقي لتأثير العفن على المكروب فليمنج في سنة ١٩٢٩ فاستخرج من العفن مادة سماها البنسلين . ولصناعة المواد التي أمكن تحضيرها منه لم يعم استعماله حينذاك إلى أن أجريت بحوث في جامعة أكسفورد سنة ١٩٣٢ إلى سنة ١٩٣٥ فأمكن استخراج مقادير لا بأس بها وفي سنة ١٩٤٠ تمكن (Chain and Florey) من استخراج البنسلين مركزاً ومجففاً وبدء في استعماله طبياً سنة ١٩٤١ ومنذ ذلك الحين استمر البحث والتنقيب لاكتشاف أنواع جديدة من مضادات الحيوية (Anti-biotics) وقد اكتشف منها الكثير ولكن البنسلين لا يزال أكثرها شيوعاً وأقلها ثمناً وبكاد يكون خالياً من الضرر لولا أنه في حالات نادرة قد يحدث في الجسم حساسية خاصة ينشأ عنها أعراض الصدمة قد تنهى بالوفاة المفاجئة .

وقد اصطلحوا على تسمية المقادير العلاجية بالوحدات فيقولون إن العلاج الشافي يتم بإعطاء كذا وحدة من البنسلين وقد اكتشفت بعد البنسلين مواد أخرى لها نفس الأثر منها الستربتوميسين - والأكروميسين - والثرايسين - والكلوروميسين وهذه المواد كلها مميّنة للمكروبات ولكن تأثيرها قد يكون شديداً على بعض المكروبات وضيئلاً على البعض الآخر ولذلك وضعوا قواعد عامة يجب مراعاتها في استعمال هذه المواد للعلاج وهي :

(١) يحدد نوع الميكروب المطلوب القضاء عليه بعمل مزرعة لمعرفة نوعه إذا كان ذلك في الإمكان .

(٢) أن نعطي هذا العلاج بمقادير كافية لقتل المكروب وأن يراعى في إعطائه نسبة إفرازه من الجسم حتى يمكن حفظ نسبة تركيزه في الدم والأنسجة طول مدة العلاج في مستوى واحد تقريباً .

(٣) أن يعطى مضاد الحيوية بطريقة تضمن سرعة وصوله إلى الميكروب

فثلاً في حالات الحمى الشوكية يستحسن إعطاؤه في النخاع الشوكي رأساً وفي الأحوال الأخرى إما حقناً في العضلات أو من الهم إذا كان ذلك متيسراً .

(٤) يجب الاستمرار في العلاج حتى شفاء المريض شفاء تاماً كما أنه يجب أن يوقف العلاج متى رؤى أنه لا فائدة منه بعد تجربته ويستعاض عنه أو يزرز بغيره وقد يتعارض تفاعل بعض الـ (Anti-biotics) وبعضها إذا استعملت أكثر من مادة واحدة في علاج الشخص الواحد وفي نفس الوقت كما قد قد يعزز الواحد مفعول الآخر مثل البنسلين والستربتوميسين .

(٥) يستحسن إعطاء فيتامين ب للمريض في نفس الوقت الذي يتعاطى فيه الـ (Anti-biotic) منعاً لحدوث مضاعفات قد تنشأ عن موت الطغلبات والميكروبات النافعة التي تعيش في فم الإنسان وفي القناة الهضمية في الحالة الطبيعية .

الحساسية الخاصة

(Allergy)

توجد عند بعض الأفراد حساسية خاصة ضد بعض الأطعمة أو بعض العقاقير الطبية ومنها الـ (Anti-biotics) وتختلف أعراض هذه الحساسية من حالة تورم بسيط أو حكة في الجلد إلى حالة صدمة عامة وهبوط في الدورة الدموية وعسر في التنفس وقد تؤدي إلى الموت السريع ولذا يجب أن نستفسر في كل حالة عما إذا كان سبق أن ظهر على المريض أعراض حساسية لمضادات الحيوية وهل سبق علاجه بإحداها أم لا ويجب إيقاف العلاج نوا إذا ما ظهرت أي أعراض للحساسية وبلا حظ المريض بدقة وعناية فائقة خصوصاً إذا كان العلاج عن طريق الحقن في الوريد .

علاج الحساسية : يعطى المريض حقن أفيامرين وكلسيوم وأحد أنواع الحقن الخاصة ضد الحساسية (Anti-histaminic) وهي كثيرة منها الأنتيستين والأنتيهان وغيرها كما يعطى حقن كورامين لتثبيته جهاز التنفس ويعالج كما تعالج حالات الهبوط والصدمة العامة .

ويحسن عند عمل حقن البنسلين أن يكون جاهزاً لدى من يقوم بعمل الحقن

أنبوية أدريتاين ١-٤٠٠٠ وأنبوية انتشتين وأنبوية كالسيوم لمداركة الصدمة إن حدثت وفي الأحوال التي يشبه فيها بوجود حساسية للبنسلين يستعاض عنه بأحد مضادات الحبيوية الأخرى أو يعطى للمريضة قرص انتشتين قبل عمل الحقنة بنصف ساعة فقط .

الفصل الثاني والعشرون

مضاعفات النفاس

الحمى النفاسية

طرق الوقاية

كانت الحمى النفاسية في مصر متفشية بسبب أن صناعة التوليد التي تتوقف عليها حياة الأمة ونموها كانت وفقاً على طبقة جاهلة لا نصيب لها من العلم حتى بأبسط المبادئ الأولية، تتوارثها البنات عن أمهاتهن جيلاً بعد جيل، ويتوارثن معها تعصن لطرقهن العقيمة ومقاومتهن لكل جديد. ولا يفتأن يفرسن في قلوب الأمهات كرهاً شديداً لمن تشد عن طريقتهن من خريجات المدارس الطبية ومدارس القابلات فيفسدن كل عمل يعمل لإنقاذ من الولادة من الحضيض الذي وصل إليه.

تدخل الداية إلى الوالدة بيديها القنترتين وثيابها الملوثة، وأول ما تفعله هو أن تفرغها بدون أن تظهر يديها أو أن تغسلهما بالماء والصابون على الأقل. ولا تكتفي بما تنقله من الميكروبات في جس مرة الأولى بل لا تنفك تفحص الماخص من وقت إلى آخر حتى إذا اتفق أن تنجو من العدوى في المرة الأولى لا يكون هناك سبيل لنجاتها في المرات التالية. أما إذا وجدت عنق الرحم ضيقاً فلأنها تأخذ في توسيعه بأصابعها غير مقدرة النتائج السيئة التي تنجم عن ذلك مثل النزقات المتسعة التي قد تمتد إلى شرايين الرحم فتحدث نزفاً قاتلاً، أو تكون سبباً في تطرق العدوى إلى الماخص مسببة للحمى النفاسية.

ثم لا يكاد يتخلص الجنين حتى تجذب الحبل السرى لتخليص المشيمة، فإن لم يتخلص تدخل يدها إلى تجويف الرحم لتخليصها منه. وهاتان الطريقتان هما من الأسباب المؤكدة لحدوث النزف بعد الولادة والحمى النفاسية التي إن نجت المريضة منها بحياتها لا تنجو من التهابات وتجمعات قيحية في البوقين تجعلها طريحة الفراش إلى أمد مديد. فلا عجب إذا قلت إن اللواتي يمتن من الحمى

النفاسية وتوابعها أكثر في مصر منه في أي بلد آخر . ومن الأمور المشاهدة أن أغلب المصريات كانت تتأهبن الحمى بعد الولادة بدرجة مختلفة الشدة ، وقد تعودنها حتى أصبحن ينتظرن حدوثها كأنها أمر طبيعي لا بد منه .

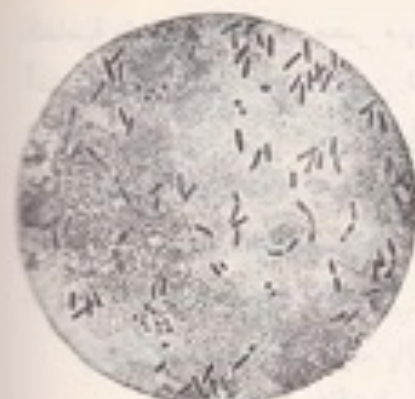
وهناك اعتقاد شائع وهو أن الفلاجات لا يصبن بالحمى النفاسية مع كون قابلاتهن لا يراعين النظافة الواجبة في توليدهن . وكثيراً ما يعتبر ذلك من الأدلة على عدم أهمية التعقيم في الولادة .

والحقيقة غير ذلك . فإنه بالرغم من المقاومة الطبيعية في أجسام الفلاجات بسبب معيشتهم الحلوية والأعمال اليدوية التي يقمن بها في الحقول ، وبالرغم من كون أكثر ولاداتهن تتم من غير تدخل القابلة وبغير عمل فحص مهيل ، فإن ألافاً منهن كن يمتن شهرياً بسبب حمى النفاس ومضاعفاتها . والآن لم تعد حمى النفاس هي الكابوس المخيف كما كانت في الماضي بفضل انتشار مراكز رعاية الأم والطفل والعناية بالحامل وبتنظيم تعليم القوابل واستعمال مركبات السلفا ومضادات الحيوية .

كيف ننتقي الحمى النفاسية - لكي تسهل علينا معرفة الطرق الواجب اتباعها لنتم الولادة بسلام يجب أولاً أن نعرف الوسائل التي تجهزها الطبيعة لوقاية الأم ثم السبل التي يمكن أن تنتقل بواسطتها العدوى .

أما طرق الوقاية الطبيعية التي تحفظ المهبل والرحم من تطرق الجراثيم إليها مدة الحمل والولادة فهي أن المهبل يتندى في الحالة الطبيعية بسائل يفرز من غدد العنق ويرتشح من جدره . ويشتمل هذا السائل على طائفة كبيرة من المكروبات وليست هذه المكروبات من الجنس الضار بل هي بالعكس من نوع يتصف بقدرته على إماتة المكروبات الضارة . وذلك لأنه يعمل على تكوين حامض اللبنيك الذي يجعل الإفراز المهبل حامضاً . وهذه الحموضة تجعله بيئة غير صالحة لنمو المكروبات المرئية التي لا تنمو إلا في البيئات القلوية . ويساعد على ذلك أيضاً خلو المهبل من الأوكسيجين اللازم لنمو هذه المكروبات . وقد جربوا إدخال بعض المكروبات المرئية في مهبل طبيعي فوجدوا أنها ماتت بعد ساعات قليلة .

ويسمى هذا المكروب باشلس دودرلاين (انظر شكل ١٩٥ ب) وهو خط الدفاع الأول . أما خط الدفاع الثاني فركزه عنق الرحم . ففي مدة الحمل يسند تجويفه



(شكل ١٩٥ ب) باثلس دور لاهن

بكتلة مخاطية تسمى «السدادة العنقية» وهي تنشأ من ازدياد إفراز غده . وهذه السدادة تساعد على منع المكروبات من الوصول إلى الرحم ، إذ لا يستطيع اختراقها إلا مكروب السيلان .

وفي مدة الولادة لا تقتصر وسائل الدفاع الطبيعي على إفرازات المهبل الحامضة ، والسدادة العنقية ، بل يشترك في ذلك السائل الأمنيوسي أيضاً . وذلك

لأنه متى انفجر جيب المياه فإن نزول السائل الأمنيوسي يغسل المهبل مما يكون عائقاً به من الجراثيم ناهيك عن أن مرور الجنين من المهبل يمدد ثناياه ، فإن وُجدت فيها جراثيم أخرجها مع ما تبقى من السائل الأمنيوسي وراء الجنين . كما أن خروج المشيمة يساعد أيضاً في تنظيف المهبل على نوع ما .

ما هي السبل التي تنتقل بها العدوى إلى الولادة — تنتقل العدوى في أكثر الأحوال على :

- (١) يدي المولود أو ملامسه أو من الرذاذ الذي يخرج من فمه أثناء الحديث خصوصاً إذا كان مصاباً بالتهاب في اللوز أو «برد» .
- (٢) الآلات والأدوات التي يستعملها في الولادة .
- (٣) من وجود سوائل حنطة أو مكروبية في المهبل قبل الولادة أو من وجود بثور متضخمة بالقرب من القرج أو بعيدة عنه .

(١) لمنع وصول العدوى للمريضة من يدي المولود تجب مراعاة الأمور الآتية :
 ١ — تتبع في الولادات نفس الاحتياطات الوقائية التعقيم التي تعمل في العمليات الجراحية .

ب — لا يعمل فحص مهبل إلا مرة واحدة قبل انفجار الجيب ، مرة بعد انفجاره إذا لم يكن الرأس منحسراً . أما إذا كان الرأس منحسراً فيمكن فحص الجس مرة واحدة . ويجب أن يلبس المولود قفازاً معقماً وأن يظهر القرج ويبعد الشقرين

الواحد عن الآخر قبل الفحص حتى لا تلامس الأصابع الباحثة جلد الفرج عند إيلاجها .

ج - يجب أن يراعى المولود بقاء يديه نظيفتين في غير أوقات الولادة فلا تلامس أصابعه صديداً ولا سائلاً متقيحاً . وإذا اضطر لعمل غيارات غير نظيفة أو عمل جس مهبل لمريضة مصابة بحمى النفاس يلبس قفازاً من المطاط لا يكون به ثقب . والواجب أن يلبس قوطة عقيمة وقت عمل الفحص .

د - لا يجوز للمولود أن يفحص الماخض إذا اتفق أن وُجد في يديه بثور متضحة إذ أن وجودها دلالة مانعة لمباشرة الولادة .

هـ - يجب أن يلبس المولود قناعاً على الوجه يغطي الفم والأنف حتى يمنع تساقط الرذاذ على الفرج إذا تكلم في أثناء خروج الرأس ، ويجب أن تتخذ المساعدة أو الممرضة نفس الاحتياطات التعقيم التي يتخذها الطبيب .

و - يخلى المستقيم من البراز بعمل حقنة شرجية للمولدة ويظهر الفرج بعد حلق الشعر بالطريقة التي ذكرت قبلاً .

ز - تجب العناية في التوليد حتى لا تترفض الأنسجة ولا تجرح إذ أن الرضوض والحروح تسهل الطريق للإصابة بحمى النفاس . وإذا حدثت جروح وجبت خياطتها حالاً .

ح - تجب العناية بصحة الحوامل وعمل الاحتياطات التي سبق ذكرها في الفصل الخاص بالعناية بالحامل .

والطريقة التي تظهر بها يدينا في أعمالنا الخارجية وفي المستشفى هي الآتية :

قبل فحص الماخض فنزع الرداء (الجاكتة) ثم نرفع أكمام القميص إلى فوق المرفق . نعلم الأظافر ونغسل اليدين والأظافر ونذلكها بالسفرة والصابون والماء الحار الجارى من صنوبر (حضية) مدة عشر دقائق ، ملتفتين بالأخص إلى ما تحت الأظافر وما بين الأصابع . وإذا لم يتيسر الحصول على الماء الجارى العقيم فيستحسن أن يكون الغسيل في إناء مملوء بمحلول الدتول الدافئ المحضر بنسبة ٠,٥٪ . ثم يعاد غسل اليدين في إناء آخر يحتوي على محلول جديد من الدتول مدة خمسة دقائق . وبهذه الطريقة البسيطة يمكن التحقق من طهر اليدين بالدرجة التي يحصل عليها من أى طريقة أخرى . ولا يغيب عن الذهن أن المهم في تطهير الأيدي ليس

طبيعة المطهر إن كان البيزول أو سليمانى ، أو طول زمن الغسل فحسب ، بل المهم العناية التى توجه إلى قوة الدلك بالمسفرة وافتقاد أجزاء اليد عند الغسل بالتدقيق مع مراعاة عدم إفلات أى جزء منها من فعل الصابون والمسفرة . ولا يجوز الاعتماد على نقع الأيدي فى محلول الدتول أو غيره من المطهرات مهما طالت المدة . ونرى طهرت اليدان بهذه الكيفية لا يجوز ملامسة أى شئ غير عقيم . فإذا اتفق أن لامست اليدان شيئاً غير عقيم وجب تطهيرهما ثانية .

ولما كان تطهير اليدين تطهيراً مطلقاً لا يمكن تحقيقه على الدوام فالأفضل ألا يعمل أى فحص مهبل إلا بعد تطهير اليدين بالطريقة السالفة الذكر ، ثم لبس قفاز من المطاط يكون قد عقم بالغلى مدة ربع ساعة .

(٢) أما اتقاء نقل العدوى على الآلات فيقوم بغليها فى الماء فى أى إتاء مدة ربع ساعة على الأقل . ويستحسن أن يضاف إلى الماء ١ - ٢ فى المائة من كربونات الصودا لأنها تقاوم تأكسد الآلات .

(٣) أما اتقاء نقل العدوى من الفرج أو المهبل إلى الرحم فيكون بتطهير الفرج عند عمل أى جسم مهبل . وطريقته هى أن تسد فوهة المهبل برقادة معقمة ، ثم يغسل الفرج جيداً بقطع من القطن المشبع بمحلول الدتول والصابون . ويحاذر من ملامسة فتحة الشرج لأنها ملوثة دائماً بالمكروبات . فإن لامسها القطن وغسل به الفرج نقل إليه المكروبات . ونرى اتبيننا من غسل الفرج بالصابون ومحلول الدتول يغسل بمحلول الدتول وحده .

وعند عمل اجلس المهبل يبعد الشفران بأصابع اليد الأخرى حتى لا يلامس الأصبع القاحصُ جلد الفرج . ويستحسن دهن الأصبع القاحص بمزج الدتول .

الزرق المهبلى - فى الولادات الطبيعية لا يعمل زرق مهبل لأن ضرره أكثر من نفعه لأنه يغسل مكروبات دودرلين التى وظيفتها إفرار حمض اللبنيك الذى يجعل للسوائل التى تكون فى المهبل خاصية التطهير . وفوق ذلك فإنه كثيراً ما يكون ميسم الزارق غير مطهر التطهير اللازم فينقل المكروبات إلى المهبل ومنها إلى الرحم .

إنما هناك أحوال تقتضى عمل الزروقات المهبلية هى :

(١) إذا أريد إجراء عملية من عمليات الولادة . وفى كثير من الأحوال

يستعاض عن الزروقات المهبلية بدهن الفرج وما حوله والمهبل وردوبه وعتق الرحم بمحلول البكريك الكؤلى بنسبة ٢.٥ ٪ أو بمحلول الميركبروم بنسبة ٢ ٪ .

(٢) إذا وُجد إفراز عفن أو قيحي في الرحم أو المهبل مسبب عن وجود بقايا متعفنة نشأ عنها امتصاص سموم عفنة في الدم .

(٣) إذا كان قد مضى على الولادة زمن طويل وهي في الدور الثاني للولادة . لأن السائل الأميوسى الذى يكون باقياً قد لا يكتفى لتنظيف المهبل من الجهة الواحدة ، وقد يتعفن الموجود منه في المهبل إذا بق فيه زمناً طويلاً من الجهة الأخرى .

(٤) في بعض أحوال تشنج عتق الرحم وتصلبه ، وفي الحمود الرحمى .

أما بعد الولادة فلا يفعل الزرق المهبل إلا في الأحوال الآتية :

(١) إذا أدخلت يد إلى الرحم لتخليص المشيمة .

(٢) في أحوال الأثرظة بعد الولادة .

(٣) إذا كان الجنين أو المشيمة أو السائل الأميوسى عفناً .

(٤) إذا وجد إفراز عفن في الرحم .

(٥) إذا تعفن السائل النفاسى في أى وقت من أوقات النفاس .

وتعمل الزروقات بمحلول الدنول بنسبة ١ في المائتين أو الماء الأوكسيجينى بنسبة مقدار منه إلى مقدارين من الماء الساخن المعقم . وليس تأثير هذه المطهرات موقوفاً على قوتها التعقيمية فإنها لا تبق ملامسة للمكروبات الوقت الكافى لإماتها ولكنها تزيل من المهبل الإفرازات والمتخلفات التى يمكن أن تنمو عليها المكروبات . ووجود المادة المطهرة في محلول الزرق كفضيل يحفظ ماؤها عقيماً .

ويجب في استعمال الزروقات المهبلية مراعاة أن لا يكون الزارق شديد الارتفاع خوفاً من وصول السائل إلى الرحم في عمل الزروقات المهبلية أو إلى اليوقين في عمل الزروقات الرحمية .

الحمى النفاسية

أسبابها : تجب مراعاة الثلاثة العوامل الآتية في البحث عن أسباب حمى النفاس :

(١) المكروبات الحديثة لها . (٢) طرق العدوى . (٣) قوة مقاومة الأنسجة المصابة .

(١) المكروبات - يمكن تقسيم هذه المكروبات إلى (١) مكروبات لا تعيش في الهواء وتسمى مكروبات التعفن الفطرية أو السابروفيت ، و (ب) مكروبات التقيح ، و (ج) المكروبات الفطرية المرصية النوعية .

(١) أما مكروبات التعفن الفطرية فهي من النوع الذي لا ينمو على الأجسام الحية ، ولذا يشترط نموه وجود كتل دموية أو بقايا من الأغذية أو المشيمة في داخل المسالك التناسلية .

(ب) المكروبات التقيحية وهي :

(١) البثور السبحية أى السترپتوكوك وعلى الأخص النوع الذى يحلل كريات الدم (Haemolytic) الذى هو السبب في معظم حالات حمى النفاس الشديدة التى تنتهى بالوفاة .

(٢) الباشلس القاوونى . ويتلو في الأهمية البثور السبحية . وتكثر العدوى به عندما توجد بمزقات في المسالك التناسلية وفي الأحوال التى تكثر فيها التدخلات اليدوية .

وتنسى أصيب الجسم بهذه المكروبات تأخذ في الانتشار بواسطة الأوعية الدموية والمفاوية ، وتسبب تسمماً عاماً . وهذه المكروبات أعظم ما يخشى الطيب وبالأخص في الجهات القذرة المزدحمة بالسكان . فإن التراب والملابس القذرة حتى الجوف نفسه لا تخلو منها . وتوجد بكثرة زائدة في الجروح المتقيحة ، وهنا يبين ضرورة الالتفات إلى البثور والقروح التى توجد مثل النواسير الشرجية والقروح الفرجية ، وإلى البثور المتقيحة في جسم الولادة أو التى قد توجد على يدي المولود . وإلى الخطر الشديد الذى ينشأ من تلويث اليدين بمائل قفاسى عفن ، أو صديد من أى نوع ، ونقله إلى الولادة في أثناء توليدها أو في أثناء عمل الغيارات مدة النفاس .

(ج) أما المكروبات المرصية النوعية فأهمها :

(١) دبلوكوك السيلان .

(٢) باشلس الدفتيريا .

(٣) النيوموكوك أو مكروب التهاب الرئوى .

(٤) باشلس التيتانوس .

(٥) باشلس الحمى التيفودية .

أما النوع الأول والثانى فليس من النادر إحداثهما للحمى النفاسية ، ولكن تأثيرهما موضعى على الغالب . أما الثلاثة الأخيرة فالإصابة بها نادرة جداً .

العدوى المختلطة - قد تحدث الحمى النفاسية من الإصابة بأكثر من نوع واحد من المكروبات . فقد تصاب المريضة بتسمم عام بسبب البثور السبحية مصحوب بتعفن رحمى بسبب السابروفيت . وكثيراً ما يشترك الباشلس القاولونى مع البثور السبحية وغيرها فى إحداث العدوى .

العدوى الذاتية - قد تصل مكروبات الحمى النفاسية إلى المريضة من بؤر متضخمة فى جسمها مثل الخراجات الشرجية والثواسير ، أو من سرطان فى العنق ، أو التهاب فى الزائدة الدودية ، أو من خراجات حوضية قديمة تكون المكروبات لا تزال باقية فيها ، أو من سيلان كامن فى غدد بارثولين أو فى عتق الرحم ، أو يصل إليها الباشلس القاولونى من تلوث المهبل بالبراز . أو تكون المكروبات موجودة فى الأعضاء التناسلية من غير أن تحدث أعراضاً بسبب شدة مقاومة المريضة . ولكن متى ضعفت هذه المقاومة بسبب التعب فى الولادة تحدث أعراض الحمى . وربما كانت هذه المكروبات هى السبب فى الأحوال التى تظهر فيها حمى النفاس وتكون المريضة قد وضعت بدون تدخل مطلقاً . ولكن العدوى بهذه الكيفية نادرة الحدوث جداً . وفى أغلب أحوال الحمى النفاسية تنتقل المكروبات على يدي المولود أو على الآلات التى يستعملها ، أو من استعمال أحفظة غير عقيمة ، أو من إهمال تطهير الفرج .

(٢) طرق العدوى مدة النفاس - الأمور التى تهيء لحدوث العدوى مدة

النفاس هى :

(١) زوال مناعة المهبل - فى غير أوقات النفاس يحتوى المهبل على مكروبات

قصيرة تسمى مكروبات دودرلين تتصف بقدرتها على إفراز حمض اللبتيك الذى

يمت أكثر المكروبات التي قد تصل إلى المهبل . ولكن في زمن النفاس يقد السائل النفاسي مكروباته الحميدة . وبسبب احتوائه على مقدار كبير من المواد الزلالية يكون بيئة صالحة لنمو المكروبات .

(ب) الأنسجة الميتة - بعد ولادة الجنين لا يخلو الرحم من المواد الميتة مثل الكتل الدموية ، والليفين (فيبرين) وطبقة الساقط السطحية التي تنهراً وتسقط في مدة النفاس . وقد توجد فيه أيضاً بعض بقايا من الأغشية أو من المشيمة . وفي الولادات العسرة لا تخلو المسالك التناسلية من مسافات على سطحها اعترها الموات بسبب الضغط المستمر للجزء المنحشر ، ومن استعمال الآلات . ووجود هذه الأنسجة الميتة في المسالك التناسلية يجعلها بيئة صالحة لنمو المكروبات .

(ج) الجروح - في الولادات جميعها ، طبيعية كانت أو عسرة ، يتخلف عن الجزء من التجويف الرحمي الذي تنفصل منه المشيمة جرح كبير . كما أنه قد تحدث في بعض الولادات بمزقات في العنق أو في المهبل أو الفرج والعجان . وكل هذه الجروح قابلة للعدوى بالمكروبات وامتصاص السموم التي تفرزها . فإن كانت هذه الجروح في العنق أو في الرذوب المهبلية فالغالب أن تمت العدوى منها إلى الرباطين العريضين عن طريق الأوعية اللمفاوية فتسبب التهابات في نسيجها الخلوي ، وأحياناً تصل إلى الدم فتصير العدوى عمومية . ويغلب في هذه الحالة أن تكون العدوى من النوع الخفيف . أما إذا كان مركز الإصابة في الرحم نفسه فكثر ما تكون العدوى عمومية . وأغلب أحوال التسمم الحاد منشأها عن تجويف الرحم .

(٣) قوة المقاومة - تختلف قوة الإصابة بالمكروبات بحسب عدد المكروبات ودرجة خبثها من جهة ، والمقاومة التي تبديها الأنسجة المصابة والجسم عموماً من الجهة الأخرى . أما المقاومة العمومية فتقل بسبب ضعف البنية ، أو من انحطاط القوى الناشئ من طول الولادة وعسرها ، ومن حدوث أنزفة في أثناء الولادة أو بعدها . ومن الالتهابات الكلوية ، ومن تسممات الحمل الامتصاصية ومن الأكلميا والأيميا والأرق وانشغال البال والحزن المفرط . وتضعف المقاومة الموضعية من رض الأنسجة في الولادات العسرة ، ومن استعمال الآلات ، ومن الالتهابات الموضعية القديمة وغير ذلك .

التشريح الباثولوجي للحمى التنفسية - قد تحدث أحوال تسمم حاد بالبذور السبكية تنهى بالوفاة بعد يومين أو ثلاثة . وفيها تصل المكروبات إلى الدم والأوعية المفاوية مباشرة من غير أن تترك أثراً في الرحم . ولكن هذه الأحوال التي كانت قبلاً كثيرة الانتشار أخذ يقل عددها تدريجاً . وأغلب الإصابات العمومية تكون مصطحبة بإصابة في المسالك التناسلية مختلفة الدرجة .

الرحم - في الإصابة بالبذور السبكية يكون التجويف الرحمي أملس منتظماً . ولا يظهر موات (تنكزز) في أنسجته السطحية إلا قليلاً . أما الجزء الذي كانت المشيمة متدغمة فيه فإنه يكون غير منتظم تتخلله ارتفاعات وانخفاضات . وفي الإصابات المختلفة يكون كثراً غير منتظم ويتغطى في بعض أجزائه بأنسجة متكرزة .

أما الإصابة الموضعية فتتقسم إلى نوعين :

الأول - التهاب الرحمي الباطني العفن (السابروفيتي) .

الثاني - التهاب الرحمي الباطني القبيحي .

(الأول) التهاب الرحمي الباطني العفن - في هذا النوع يكون الرحم كبيراً ورنحواً . ويكون ملتصقاً بتجويفه بقايا من المشيمة والأغشية وبعض كتل دموية . وتكون رائحته في الغالب ننتنة وتكون الطبقة الساقطية متضخمة ، وسكان المشيمة مغطى بقطع بوليوسية . ويتخلل الأنسجة المتعفتة فقاقيع غازية في بعض الأحوال . وغالباً تكون العدوى متسبية من أنواع كثيرة من المكروبات ، أحصاها المكروبان السبحي والقاولوني . وإذا عملنا قطعاً من جدر الرحم وفحصناه بالمكروسكوب (المجهر) نجد تحت الطبقة المتكترزة منطقة مرثشة بالكرات البيضاء . وهذه المنطقة هي حاجز دفاعي يمنع امتداد العدوى . وما يدل على ذلك أننا لا نجد مكروبات في هذه المنطقة ولا في الأنسجة التي تليها . وفي هذا النوع تكون الأعراض موضعية على الأكثر . وما كان منها عمومياً يكون سببه امتصاص سموم المكروبات وليس وجود المكروبات نفسها في الدم .

(الثاني) التهاب الرحمي الباطني القبيحي - في هذا النوع يكون الرحم صغيراً ، وتبطنه طبقة إفرازات رمادية اللون . ولا نجد في تجويفه قطع مشيمية أو

غشائية ولا كتل دموية ولا غازات . وهو يتسبب من الإصابة بالمكروبات القيحية ، وبالأخص البذور السبحية . وفي أحوال قليلة قد يتسبب من الباشلس القاوليني أو من دبلوكوكك السيلان . وبالفحص الميكروسكوبي نجد طبقة ارتشاح الكرات البيضاء ضعيفة جداً ومعدومة في بعض الجهات ولذا نجد كثيراً من المكروبات قد تجاوزها . وفي هذا النوع تصل المكروبات إلى الدورة العامة الدموية والمفاوية . وإذا كانت العدوى محتلطة فقد نجد ، فوق ما سبق شرحه ، قطعاً من المشيمة أو الأغشية المتغفرة ملتصقة بالتجويف الرحمي . وطبقة الارتشاح تكون واضحة في بعض الأجزاء وضعيفة أو معدومة في الأجزاء الأخرى .

أما الطبقة العضلية فتكون ملتهبة في كلا النوعين . وفي النوع التقيحي قد يتخللها خراجات صغيرة . وتكون الأوردة ملتهبة . وفي بعض الجهات تسد تجاوبها بخثر دموية يتخللها تجمعات قيحية . وتكون جدر الرحم شديدة الرخاوة بحيث يسهل اختراقها بالمعلقة الكالة إذا عملت عملية الكشط .

أما الطبقة البريتونية — فقد لا يظهر عليها شيء قط . وقد تغطي في بعض جهاتها بطبقة من اللمفا . وفي هذه الأحوال نجد أيضاً التهاباً في البريتون الحوضي وفي البوقين والمبيضين .

(٢) العنق والمهبل والفرج — إذا وصلت العدوى إلى التمزقات التي قد تكون موجودة في هذه المواضع فإنها تغطي بغشاء رمادي . وبعض التمزقات العجائية قد تغطي بطبقة سطحية متغفرة يطلق عليها اسم القرحة التناسلية .

(٣) النسيج الخلوي — إذا امتدت العدوى إلى النسيج الخلوي للحوض نجد ارتشاحاً كبيراً أو صغيراً في أحد الرباطين العريضين ، أو فيهما معاً . وقد يمتد الالتهاب في النسيج الخلوي فيحيط بالرحم ، ويم كل النسيج الخلوي الذي في الحوض ويصل إلى الحفر الخرقية ، ويمتد إلى جدر البطن الأمامية .

وتصل العدوى إلى الأنسجة الخلوية للحوض من جروح العنق وقصور الأكياس المهبلية . وفي الأحوال التي تنتهي بالوفاة نجد الأنسجة الخلوية المتهبة أشبه بالأسفنجية المنتشعة بالماء .

وإذا عصرتها يخرج منها سائل عكر أو صاف على حسب درجة الإصابة .

(٤) البريتون الحوضي والبيوقين والمبيضين - في الأحوال الثقيلة تلتب هذه الأنسجة . وإذا لم يتعد التهاب البريتون الحوضي فالشفاء جائز . أما إذا امتد إلى البريتون العموي فالخطر شديد جداً . والعدوى في هذه الأحوال تمتد إلى البيوقين من التجويف الرحمي ومنها تصل إلى المبيضين والبريتون الحوضي . وقد ينتهي التهاب البوق بانسداد فتحيته وتجمع الصديد في داخله فيتحول إلى كيس صديدي يسمى التجمع البوقي القيحي . وكذلك التهاب المبيض قد ينتهي بتكوّن خراج فيه . وأكثر ما يحدث ذلك في الإصابات الناشئة عن السيلان .

(٥) الأوردة الحوضية - قد سبق القول بأن بعض الأوردة الرحمية الملتبئة ينسد بخثر مصابة بالمكروبات . وقد تمتد عدواها إلى الأوردة في الرباطين العريضين فتسبب التهابها . وقد تصل العدوى منها إلى الوريد المبيض الأيسر ومنه إلى الوريد الكاوي فتسبب تسمماً وريدياً قيحياً . وقد تمتد العدوى من الأوردة الحرقفية اليسرى إلى الأجوف السفلي فيتجمد الدم فيه . وقد تصل الكتل (الخلط) إلى البطن الأيمن للقلب . وفي أحوال أخرى تمتد العدوى إلى أسفل فتسبب التهاب وانسداد الوريد المخذي ، وهو كثير الحدوث ويسمى الورم الأبيض المؤلم .
والدم المتجمد في هذه الأوردة يحتوي على عدد كبير من المكروبات . فإذا انفصلت كتلة صغيرة منها فقد تنقلها الدورة إلى الأجزاء البعيدة فتسبب التسم الدموي القيحي .

الأنواع الأكلينيكية للحميات النفاسية

يمكن تقسيم الحميات النفاسية إلى الأقسام الآتية :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| التهاب الرحم الباطن العفن .
التهاب الرحم الباطن القلبي الحاد .
أو التسم الدموي الحاد . | (١) الحمى الناشئة عن إصابة الرحم |
| | (٢) التهاب البريتون النفاسي العام . |

- (٣) التهاب البريتوني النفاسي الحوضي ، و التهاب النسيج الخلوي .
 و التهاب البرق المبيض ، و التهاب الوريدى الترومبوزى (التجمدى) .
 (٤) الورم الأبيض المؤلم .
 (٥) التسمم الوريدى القبيح .

الحمى الناشئة عن إصابة الرحم - قد سبق الكلام عن التهاب الرحم .
 ومنه علمنا أن العدوى في التهاب الرحم الباطنى العفن تكون مقصورة على تجويف الرحم . وتكون المكروبات من النوع الذى لا يقدر أن يعيش على الأجسام الحية فتقتصر الإصابة به على المواد التى تكون موجودة في باطن الرحم . وإذا كانت الإصابة مضاعفة بمكروب قبيح فإنه يكون من النوع الضعيف الذى لا يصيب الأنسجة الحية . والحمى في هذه الأحوال تكون مسببة عن امتصاص مفرزات المكروبات أى سمومها . أما في التهاب الباطنى القبيح فإن الإصابة تكون عادة بالمكروبات القحيحة أو القاولونية وغيرها مما له القدرة على اختراق الأنسجة الرحيمة والوصول إلى الدم . وبالفعل لو فحص دم المصابات بالتسمم القبيح الحاد فمن الممكن العثور على المكروبات وعلى الأخص على أثر حدوث قشعريرة أو عند اشتداد الحمى . وقلنا أيضاً بأن العدوى قد تكون مختلطة فتوجد المكروبات في الدم ويكون السائل النفاسي عفناً ويكون باطن الرحم مغطى بقطع مينة متعنتة من المشيمة والكتل الدموية والأغشية . وعند بداية الإصابة يصعب التمييز بين هذه الأنواع ويجب الانتظار إلى أن تظهر علامات مميزة .

حمى الامتصاص العفن أو التهاب الرحمى الباطنى العفن

الأعراض - أهم أعراضها الحمى ، وتعفن السائل النفاسي ، ووقوف الرحم عن الرجوع على ذاته . وتظهر الأعراض في الأيام الثلاثة الأولى إن كانت العدوى حدثت في أثناء الولادة فإن تأخر ظهورها إلى اليوم الرابع أو بعده فيكون سبباً لحدوث العدوى مدة النفاس . ويبدأ المرض بارتفاع في الحرارة إلى 38.5° م في الأحوال الخفيفة . وقد تصل إلى 40° م في الأحوال الثقيلة . وقد يصطحب

ارتفاع الحرارة بازعاش قليل ، ولكن حدوث قشعريرة واضحة نادر . ويسرع النبض بنسبة ارتفاع الحرارة . وتشكو المريضة من صداع وتوعك عام . ولكن لا تظهر على المريضة أعراض انحطاط عام . فإذا أجرينا فحصاً مهيبياً نجد الرحم أكبر حجماً مما يجب أن يكون ، ونجده مؤلماً حساساً وأكبر مما يكون في الحالة الطبيعية .

أما الأعراض الموضعية فهي أن السائل النفاسي يتغير لونه وكميته ورائحته ، فيصير سائلاً عفاً وغزيراً جداً . وتختلف البقعة التي يحدثها في الملابس عن البقعة التي يحدثها السائل النفاسي الطبيعي . فإن البقعة التي يحدثها تكون يابسة ، وحمراء الحواشي ، وباهتة في الوسط بخلاف البقعة التي يحدثها السائل النفاسي الطبيعي ، فهي كبقعة الدم تماماً حمراء الوسط ، باهتة الحواشي .

القرحة النفاسية - يصطحب كثير من أحوال الامتصاص العفن بما يسمى بالقرحة النفاسية ، وهي قرحة مختلفة الحجم قاعها رمادي مغطى بقطع متفجرة وحوافها حمراء وملتهبة . وهي تتكون على التمزقات التي تحدث في المسالك التناسلية ، وتسبب ارتفاعاً في درجة الحرارة وتفرز سائلاً عفاً غزيراً .

الإندار - إذا عولج الامتصاص العفن في الوقت المناسب فالمريضة تشفى حتماً . أما إذا لم يعالج فالغالب أنها تصاب بأمراض حوضية مختلفة تلازمها زمناً طويلاً ، وبعض الأحوال تنتهي بالوفاة .

المعالجة - سيأتي الكلام عليها في معالجة التسمم القبيح .

التسمم القبيح الحاد

هو أخطر أمراض النفاس ، ويحدث من عدوى المسالك التناسلية بمكروبات التقيح . وهو مرض كثير الحدوث في مصر بلهمل القابلات وعدم اعتنائهن بملاحظة النظافة والتعقيم .

الأسباب - يحدث التسمم القبيح من عدوى المسالك التناسلية . إما بالاستربتوكوك ، أو الستافيلوكوك ، أو مكروب السيلان . وهذه المكروبات

تنتقل إما على يد المولد ، أو على الآلات ، أو على ميسم الزاروق . وقد تعدى المريضة نفسها إذا فحصت أعضائها التناسلية بأصبعها . وقد يحدث هذا المرض أيضاً من الجماع في أواخر الحمل ، أو في الأيام الأولى للتنفاس إذا كان الزوج مصاباً بالسيلان .

الأعراض — يبدأ هذا المرض بحالة حادة ، ويندر أن يتأخر عن اليوم الثالث بعد الولادة . وقد تبدأ أعراضه بعد الولادة بيوم واحد ، وكلما تأخر ظهوره قلت حدته . وفي أغلب الأحوال يبدأ المرض بقشعريرة شديدة ، وفي الأحوال التي تتخذ حرارتها بانتظام يشاهد أن ارتفاعاً تدريجياً مصحوباً بصداق وتوعك عام يسبق هذا الهجوم الحاد . وقد يحدث في بعض الأحوال أن المرض يبدأ بقشعريرة شديدة مصحوبة ببرد شديد مع صرير في الأسنان وارتعاش في العضلات ، فإذا جس الجسم وُجد بارداً جداً . ويسبب توتر عضلات الشعر ينكش الجلد ، ويزرق الوجه والشفتان قليلاً . وإذا أخذت الحرارة من المستقيم وقتئذ توجد مرتفعة من 40° س إلى $41,5^{\circ}$ س ، ويسرع النبض جداً بحيث يصعب عدده ، وتلوم القشعريرة من عشر دقائق إلى ربع ساعة . ويظهر بعدها دور الاحتقان فتحس المريضة بحرارة شديدة مُحْرِقَة ، ويحمر الوجه . ويكون الجلد في أول الأمر جافاً . ثم يأخذ في إفراز العرق الذي يتلوه انخفاض الحرارة جملة درجات . وربما هبطت إلى أقل من الطبيعي ، ثم تأخذ في الارتفاع ثانياً ويصطحب هذا الدور بصداق شديد . وسنشرح أعراض هذا المرض كلاً على حدته .

الحرارة — تأخذ الحرارة سيراً غير منتظم ، وتحدث قشعريرات متعددة . وتتراوح الحرارة بين $38,5^{\circ}$ و 40° س . وعلى وجه العموم تكون الحرارة في هذا المرض أشد منها في الامتصاص العفن .

النبض — يسرع كثيراً ويتراوح بين $120 - 140$ ، وتكون نسبة سرعته إلى درجة الحرارة أعلى من المعتاد . وهذه السرعة النسبية (إذا لم تكن منسوبة عن مرض في القلب) من الأدلة التشخيصية على أن الإصابة هي بالتسمم القبيح الحاد . وفي الأحوال الثقيلة يكون النبض صغيراً وضعفه واطناً . وفي الأحوال التي لا يقل النبض فيها عن 120 في الدقيقة باستمرار يكون الإنذار رديئاً .

الأعراض العمومية - في الأحوال الثقيلة يحدث قيء مصحوب بانتفاخ في البطن مع توتره . والقيء المستمر يدل على إصابة البريتون ، بخلاف التطيل فإنه يشاهد أيضاً في الأحوال الخفيفة التي لا تصطبج بالتهاب البريتون . وقد يعترى المريضة إسهال ، والدرجات الخفيفة منه محمودة العاقبة لأنها تسهل إفراز السموم . أما إذا كان الإسهال شديداً فإنه يضعف المريضة . ويتتاب المريضة أرق مع صداع شديد ، وهو من العلامات المنذرة بالخطر . ويظهر على الجلد أحياناً طفح حلمي منتقل سريع الزوال . وتكون كمية البول قليلة ، ويكون لونه داكناً ويحتوى على أثر من الزلال . واللسان يكون في أول الأمر رطباً ولكن مغطى بطبقة بيضاء . ومتى تقدم المرض يحف ، وفي الأحوال الثقيلة يصير لونه أسمر ، ويتشقق وتتجمع الأوساخ حول الأسنان . ولا تفقد المريضة صوابها حتى ساعة الموت إلا إذا طرأ عليها هذيان يتحول إلى سبات قبل الوفاة بقليل . ويقف إفراز اللبن بعد الإصابة بيوم أو اثنين .

الإنذار - لا يجوز التسرع في الإنذار في أول المرض ، لأن الحمى النفاسية شديدة التقلبات ولا تتبع سيراً واحداً . أما إنذار الامتصاص العفن فهو أحمق بكثير من التسمم القبيح لأنه إذا عولج جيداً ينتهى بالشفاء بخلاف التسمم القبيح فقد يبدأ المرض بأعراض لا يؤهب لها ثم يأخذ في الشدة حتى ينتهى بالوفاة . كما أنه قد تتحسن بعض الأحوال ثم يطرأ عليها أعراض ثقيلة مثل تخثر الدم في الأوردة ، والورم الأبيض المؤلم ، والتسمم القبيح الوريدي فيسوء الإنذار بعد أن كان حميداً والأعراض الآتية تدل على إنذار سيء :

- (١) أن النبض لا يقل عن ١٢٠ في الدقيقة .
- (٢) حدوث القيء المستعصي والتعابل البطني ، واحمرار اللسان وتشققه .
- (٣) الأرق والصداع الشديد .
- (٤) تكرار حدوث القشعيريات .
- (٥) عدم المقدرة على تعاطي مقادير كافية من الغذاء .

ومما يساعد على تقدير الإنذار فحص الدم المتكرر لمعرفة مقدار عدد الكريات البيضاء ونسبة ما كان منها متعدد النويات إلى غيره . فإذا وجد أن عدد الكريات

البيضاء بلغ عشرين ألفاً وكانت نسبة الكريات المتعددة النويات إلى غيرها ٨٥ إلى ٩٠٪ فالحالة ثقيلة فإذا زادت نسبة هذه الكريات المتعددة النويات عن ٩٠٪ فالحالة سيئة جداً . أما إذا أخذ عدد الكريات البيضاء في النقص التدرجي فالحالة آخذة في التحسن فإذا وجد أيضاً أن نسبة الكريات البيضاء المتعددة النويات إلى غيرها نزل إلى أقل من ٨٠ أو ٧٥٪ كان الإنذار حميداً وإذا انخفضت هذه النسبة ولكن ارتفع عدد الكريات البيضاء كان ذلك دليلاً على أن خراجاً سيتكوّن .

العلاج - لما كان من المتعذر في أول المرض معرفة ما إذا كان المرض ناشئاً عن امتصاص عفن أو عن تسمم قبيح عام كان علاج المرضين في أول أمرهما واحد . ويجب اعتبار كل حمى تحدث في مدة النفاس حمى نفاسية إلا إذا ثبت بصفة أكيدة أنها غير ذلك . ويجب عمل فحص عمومي ثم فحص موضعي دقيق يبحث فيه عن حجم الرحم وقوامه وحساسيته وحالة الجروح العجانية إذا وجدت .

أهمية الوقاية - إن أهمية الاحتياطات الواقي من الحمى النفاسية لا يمكن تقديرها ، ويجب ألا يبرح عن ذهننا أن حفظ أرواح الولادات القواي يمكن في عهدتنا يتوقف على الاحتراس الزائد في تطهير اليدين والفرج قبل عمل الجس ، والامتناع عن عمل الجس المهيل إلا عند الضرورة القصوى ، وعدم الإسراع في تخليص المشيمة قبل أن تكون قد انفصلت من الرحم ، والاعتناء بتدليك الرحم وعصره إذا وجدت فيه خثر دموية بعد خروج المشيمة . فإذا ظهر المرض تجب المبادرة بالعلاج ، لأن الحمى النفاسية مثل سائر حميات الجروح يتلافى أمرها في أوله بسهولة .

الأحوال الخفيفة - وفيها تكون الحرارة أقل من ٣٩° س ويحدث ارتعاش قليل بدون قشعريرة مع صداع محتمل . ويكون الرحم ضخماً والسائل النفاسي عتاً وغزيراً . والعدوى في هذه الأحوال تكون في الغالب موضعية وتكون الأعراض مسببة من الامتصاص العفن للسموم المنفردة من المكروبات . فبمجرد ظهور الأعراض يُرفع رأس السرير فيساعد ذلك على إفراز السائل النفاسي وتعرض المريضة على الجلوس والحركة ، إلا إذا لم يكن ذلك موافقاً بسبب حالة المريضة أو وجود جروح وتعطل المريضة مسهلاً ليساعد على تصريف السموم وتصريف السوائل عند الخرق

وقت التبرز . وتعطى حقن بنسلين بمعدل ٥٠٠,٠٠٠ وحدة كل ١٢ ساعة واسترميبتوميسين بمعدل ١٢ جرام في كل ١٢ ساعة أو حقن أوجيوب التراميسين بمعدل ٢٥٠ - ٥٠٠ مجم كل أربع أو ست ساعات . فإذا لم تنزل الحرارة في المساء تعطى خلاصة الأرجنتين السائلة بمقدار ٤ جرامات في قليل من الماء مرتين أو ثلاثة في اليوم ثم يضغط الرحم جيداً لمساعد ذلك على قذف ما يكون متخلفاً فيه من المواد الميتة وكتل الدم . فإذا لم تنخفض الحرارة يعمل زرق رحمى بغاية العناية واللفظ بقنطرة بوزمان . ويستعمل للغسيل ماء الأوكسجين بنسبة ١ إلى ٣ ٪ أو بمحلول الملح القوى . وقبل عمله تؤخذ عينة من باطن الرحم لفحص نوع الميكروب المسبب للحصى . وإذا لم تهبط الحرارة تعالج الحالة معاملة الأحوال الثقيلة .

الأحوال الثقيلة - وتكون فيها الحرارة أعلى من ٣٩° س والنبض أسرع من ١١٠ في الدقيقة . ويكون الصداع شديداً ، والسائل النفاسى قد يكون عفناً وغزيراً وقد لا يكون .

وفي علاج هذه الأحوال يستعمل البنسلين والستربتوميسين أو الترميسين وقد جرىوا بنجاح حقن الرحم بالجلسرين على طريقة هويس . ولعملها يكشف العقب بالمنظار ويظهر كالمعتاد ثم تدخل فيه قنطرة صمغ مرن ويعقن باطن الرحم بستين إلى مائة جرام من الجلسرين العقيم . ويكرر عمل ذلك مرتين إلى ثلاثة في اليوم . ويحسن ترك القنطرة في الرحم . ولتبعها عن الخروج تنتخب من النوع الذى نهايته منتفخة مثل عش الغراب . ويؤثر الجلسرين بسبب قابليته لامتصاص السوائل وهذا يحرص الرحم على إفراز اللصقا الغنية بالكريات البيضاء . وإذا وجدت جروح في المهبل يجب أن يذر عليها مسحوق السلفا وإذا كانت في الرحم بقايا متعفنة وكان حجمها كبيراً أو كانت تحدث أنزفة متكررة يجب فصلها بالأصابع . ولعمل ذلك توضع المريضة على حرف السرير بالعرض بحيث يصير عجانها موازياً لحرف السرير ثم يظهر الفرج ويعمل للمريضة زرق مهبل بالليزول . ثم يلبس المولدة قفازاً عقيماً . ويدخل نصف يده (أربعة أصابع) في المهبل ثم يولج السبابه في الرحم ويفحص التجويف وما يساعد على الفحص أن يضغط المولدة باليد الأخرى على الرحم من الخارج فإن وجد الرحم خالياً ولكن كان السائل النفاسى ذا رائحة كريمة يعمل زرق رحمى بأربعة لترات من المحلول

الملحي القوي أو من الماء الأوكسجينى . أما إذا وجدت بقايا في تجويف الرحم فالواجب فصلها بعناية بالأصابع . ولا يجوز كشط البقايا المتخلفة في باطن الرحم لأننا في عمل ذلك نكشط المنطقة المرشحة بالكريات البيضاء التي هي الخاصر التي أنشأته الطبيعة لمنع الميكروبات من الدخول إلى الدورة الدموية . وكتيراً ما تحولت العدوى الموضعية إلى عدوى عمومية بعد عمل عملية الكشط لأنها تفتح مسالك عديدة تصل منها الميكروبات إلى الدم بلامقاومة .

ويجب بعد ذلك إعطاء مسهل ، ومقادير كافية من الأرجوزين .

والعلاج بمستحضرات السلفا ومضادات الحيوية هو أنجع ما وصل إليه الطب الحديث في علاج حمى النفاس ويمكن استعمال السلفا حسب الجدول الآتى :

إصابة متوسطة	إصابة شديدة	
٢ جم بالفم	٢ - ٤ جم في الوريد أو	أول دفعة
	١ جم بالفم	
١ جم كل ٤ ساعات	١ ½ جم كل ٤ ساعات	ثم ٢ - ٣ أيام
١ جم كل ٦ ساعات	١ جم كل ٤ ساعات	ثم ٣ يوم
١ جم كل ٨ ساعات	١ جم كل ٤ ساعات	ثم ٢ يوم

وتعطى المريضة سوائل بكميات كبيرة أثناء تعاطيها السلفا ويستحسن إعطائها بعض القلوبات في نفس الوقت .

وإذا استعمل البنسلين مع السلفا كان مفعولهما معززا لبعضهما ولذا يفضل استعمالهما معاً في الحالات السيئة .

أما إذا كانت الكلا متعبة وإفراز البول ضئيلاً فالأفضل عدم استعمال السلفا ويستعمل البنسلين وحده أو يستعمل التراميسين أو الأكراميسين وتساعد الفيتامينات خصوصاً فيتامين C على زيادة مقاومة المريضة ويجب إعطاء الفيتامينات في كل الحالات التي تستعمل فيها هذه العقاقير . ويستعمل البنسلين بمقدار ٢٥٠,٠٠٠ إلى ٥٠٠,٠٠٠ وحدة كل ١٢ إلى ٢٤ ساعة أما التراميسين والأكراميسين وباقي «مضادات الحيوية» فتعطى بمقدار ٢٥٠ - ٥٠٠ مجم كل ٤ - ٨ ساعات .

المعالجة العمومية - يجب أن توضع المريضة في محل حسن التهوية جداً تدخله الشمس ويجب أن يعنى كل العناية بتمريرها ويجب أن تمنع عن إرضاع طفلها ويقتصر غذاؤها على اللبن ، تأخذ منه لترين في اليوم . ويجوز أيضاً أن تأخذ قليلاً من الشورية أو خلاصة اللحم ويجوز أن يعطى لها قليل من الكونياك الجيد لغاية ٤٠ جراماً في اليوم أو الشبانيا ١٠٠ جرام . ولا يجوز إعطاء مقادير كبيرة من المشروبات الكحولية لأنها تضعف القلب . ويجب الاعتناء كثيراً على زيت الكافور يحقن منه ٠,٣٠ تحت الجلد كل أربع ساعات إذا كان النبض ضعيفاً . ويجب أن تتحرك الأمعاء بانتظام بالمليينات والحقن . فإذا كانت المريضة مصابة بإسهال معتدل فلا يجوز إيقافه . وإن كان شديداً تستعمل حقن الأفيون والنشاء . ولا تعطى أدوية لتخفيض الحرارة بل تعمل مكمدات باردة ويوضع كيس ثلج على الرأس إذا كانت الحرارة أعلى من ٣٩°س. وإذا أصيبت المريضة بالأرق يجب أن تعطى برشامة أو قرص فيروزال ٠,٧٥ ويتبع بمشروب ساخن مثل مغلى الأنيسون . وفي الأحوال الثقيلة يحقن من المحلول الملحي أو الجلوكوز في الوريد ٥٠٠ جرام مع فيتامين ج ١٠٠٠ مجم في اليوم لمساعدة إفراز السموم من الجسم ولتقوية الكريات البيضاء ولمساعدة الجلد والكل على الإفراز .

التهاب الحوضى الموضعى

في كثير من الأحوال عند ما تدخل المكروبات القيحية إلى المسالك التناسلية تصيب محل إندغام المشيمة والحروح التي تنشأ من ممزق العنق والمهبل ، ثم تأخذ العدوى في الامتداد إلى بقية تجويف الرحم فتحدث التهاباً رحمياً باطنياً تقيحياً فإذا لم يتعد الالتهاب جدار الرحم يتحول الالتهاب الحاد إلى التهاب مزمن مع مضي الوقت . أما إذا تعداها فقد تصل العدوى إلى البريتون الحوضى أو إلى النسيج الخلوى أو إلى اليوقين والمبيضين . وفي هذه الأحوال يتأخر ظهور الأعراض إلى اليوم الخامس أو السادس ، وقد تسبق بأعراض تعفن موضعى بسيط لا يستوقف نظر الطبيب . ولو أنه أدركها وعالجها العلاج المناسب منع اشتداد المرض . وهناك نوع يتبدئ بأعراض بسيطة مثل ارتفاع قليل في الحرارة مع ألم في الحوض وينتهى عادة بالتهاب حوضى مزمن . وهذا النوع كثير الحدوث .

التهاب النسيج الخلوئ للحوض - يختلف شكله بحسب درجة الإصابة . فإن ارتشح النسيج الخلوئ للحوض كله (فلغموني الحوض) نجد الحوض مملوئاً بورم صلب غير متحرك قليل الألم ، يحيط بالرحم من كل جهاته ، ولا يسهل تمييزه عنه . وإن أصاب الالتهاب جزءاً من النسيج الخلوئ فقط فقد نحس بالورم في أحد الرباطين العريضين دافعاً الرحم إلى الجهة الأخرى . وفي أول المرض لا يحس إلا بورم صغير بجانب الرحم قليل الحركة يصعب جداً تمييزه من الالتهاب البوي . ولكن متى امتد الالتهاب وأخذ اتجاه النسيج الخلوئ الحوضي فالشخص يسهل ، إذ نجد ورماً صلباً عديم الحركة تمتد إلى جدر الحوض . . وقد يتبع الالتهاب سير النسيج الخلوئ إلى أبعد من ذلك فيمتد إلى الحفرة الحرقفية ويكون ورماً يسهل الإحساس به بطنياً فوق النصف الأنسي (الأقرب للعانة) لرباط بوبارت وقد يسير الالتهاب في اتجاه العضلة الأيسواسية الحرقفية إلى جهة الكلية . وفي الأحوال البسيطة وبعض الأحوال الشديدة قد ينشئ بالامتصاص ولكن عدداً كبيراً من الأحوال الثقيلة تنهى بالتضيق فيتكوّن خراج إما أعلى رباط بوبارت أو إلى أحد جانبي الرحم . وفي أحوال نادرة قد يسير الالتهاب ماراً من الثقب المسدود ، أو الثقب الوركى ، ويتكوّن خراج في الجهة المقدمة للفخذ أو في الإلية . وفي بعض الأحوال التي يمتد فيها الالتهاب إلى جهة الكلية أو الحرقفية قد يمتص الارتشاح الذي يحيط بالرحم ولكن يتضيق الالتهاب الذي في الجهات البعيدة فتكوّن خراج قرب الكلية أو في الحفرة الحرقفية ويظهر الرحم والحوض كأنهما سليبان .

التهاب البريتوني الحوضي والالتهاب البوي المبيضي - إذا تذكرنا أن البريتون

يغلف الرحم من وراء أكثر من الأمام مكوناً لقعر كيس عميق هورديب دجلاس ، وأنه من الأمام لا يصل إلا إلى حذاء القوّة الباطنة تقريباً ثم يتعطف على المثانة ، يسهل علينا إدراك السبب الذي لأجله يحس بالبريتون المتهب خلف الرحم أشد وضوحاً مما يحس به من الأمام . وفي أغلب الأحوال يتكوّن في قعر كيس دجلاس ورم التهابي يدفع الرحم إلى الأمام (إذا كان حجم الورم كبيراً) . ويكون هذا الورم أقل صلابة وأشدّ غضاضة عند الجس من ارتشاحات النسيج الخلوئ . ويجد هذا الورم من الأعلى غطاء مكون من التّرب والأمعاء الدقاق أو الغلاظ يحس به من البطن كورم شاغل للقسم الخليل مؤلم عند الضغط غير واضح الحدود ،

نصف وزان عند القرع . وهذه الارتشاحات البريتونية ينذر أن تنقيح . وإذا تنقيحت ولم تشق جراحياً تنفجر في المهبل أو المستقيم أو الأمعاء . وأغلب الأحوال تنهى بالامتصاص ولكنها قد تترك الرحم ملتصقاً في وضع معيب .

الالتهابات البوقية والمبيضية - في كثير من الأحوال يمتد الالتهاب إلى البوقين والمبيضين محدثاً التهاباً بوقياً ومبيضياً حاداً ينشئ بعد زمن بحدوث التهاب مزمن يترك المريضة في حالة ضعف إلى زمن طويل . وقد ينشئ الالتهاب بانسداد فتحتي البوق وتجمع الصديد في تجويفه (التجمع القيحي للبوق) .

التهاب الأوردة التخثرى (التجمدى) - قد سبق شرح الكيفية التي يمتد بها الالتهاب من الأوردة الرحمية التي تجمد الدم فيها ، وذكرنا أن الالتهاب يمتد بالاتصال إلى الأوردة المبيضية أو الحرقفية أو الفخذية . فإن زاد امتداده انتهى الأمر بحدوث تسمم قيحي دموى . وإن اقتصر التخثر على الأوعية الفخذية حدث الورم الأبيض المؤلم للساق . وتتميز هذه الأحوال بحدوث قشعريرات شديدة جداً ومتعددة ، ما عدا الأحوال الخفيفة منها فإنها لا تصطبغ إلا بارتفاع معتدل في الحرارة والتبفس .

معالجة الالتهاب الحوضي - إذا كنا واثقين من وجود قطع متعنتة من المشيمة في باطن الرحم تجب المبادرة بفصلها وغسل باطن الرحم قبل أن يشتد الالتهاب الحوضي . وذلك دفعاً لامتداد الالتهاب إلى درجة تجعل معالجة الرحم عديمة الجدوى وشديدة الخطر . وعلى المريضة ملازمة الفراش مدة طويلة ، مع ملاحظة تحريك أمعائها بانتظام . وفي أول المرض تعطى المريضة حقن بنسلين ويوضع على البطن كيس ثلج وتعمل لها زروقات مهبلية ساخنة بمقادير كبيرة من محلول الملح مرتين أو ثلاث مرات في اليوم . ويعمل لها ذات العلاج الذي وصفناه لأحميات النفاسية العمومية . وإذا طال المرض وظهر ورم التهابي في البطن توضع عليه لبخ ساخنة من بنذر الكتان أو (antiphlogistine) . وإذا تكونت خراجات فتفتح بلا إبطاء . ويساعدنا على تشخيص التنقيح ، علنا التوج الذي يحس به عند عمل الجس المزودج ، أن فحص الدم المتكرر يظهر ارتفاعاً فجائياً في عدد الكريات البيضاء .

فلان بلغ عددها ٢٥٠٠٠ أو أكثر مع وجود ازدياد نسبي في عدد الكريات التي تتلون بالأبوزين فالتضحج موجود على الأرجح .

الورم الأبيض المؤلم للساق - في الأنواع الشديدة لهذا المرض يتورم الطرف المصاب من القدم إلى الأربية . ويصطحب عند بدءه بألم شديد وحمى وتوعلك عام . وقد تحدث الإصابة في أحد الطرفين السفليين أو فيهما معاً في وقت واحد وهذا نادر . والأكثر حدوثاً أن تبدأ الإصابة في أحد الطرفين ثم تمتد إلى الطرف الثاني بعد أسبوع أو أكثر . وقد شوهدت أحوال أصيبت فيها الأطراف العليا أيضاً . ويتميز هذا المرض نوعان : الأول (التخرى) التجلطى والثاني المفاوى .

النوع التخرى - وهو الأكثر حدوثاً . ويتسبب من التهاب الوريد الحرقى الظاهر أو الوريد الفخذي وتجمد الدم فيهما . فينبئ على ذلك أن دورة الدم في أوردة الطرف المصاب تتعطل . وقد يحس بالوريد المتجمد دمه ، في أعلا مثلت سكاريا ، كحبل صلب مؤلم معقد في بعض جهاته . وسبب تورم الساق هو حدوث إيديما تمتد بسرعة من الأقدام إلى الأربية . والأجزاء المصابة تكون لينة وتترك انخفاضاً عند الضغط . وفي أول الأمر يكون لونها أزرق داكن وبييض قليلاً فيما بعد . وفي أغلب الأحوال يكون تجمد الدم في الوريد الفخذي مسبباً عن امتداد التجمد الذي يكون حادثاً في الأوعية الرحمية والحوضية . ولكن في أحوال أخرى يكون سبب تجمد الدم فيه التهاب جدره من تأثير المكروبات التي تكون ساحة في الدم . وهذا يفسر الإصابات التي تحدث في الأطراف العليا أو في الساقين من غير أن يوجد تخرى في دم الأوعية الحوضية .

النوع المفاوى - في هذا النوع تصل العدوى عن طريق الأوعية المفاوية فتسبب التهاباً خلويّاً غائراً يعطل الدورة المفاوية في الطرف المصاب فيتورم تورماً شديداً لا يترك انخفاضاً عند الضغط عليه بالأصابع مثل الذي يحدث في النوع التخرى . ويصير الجلد متورماً لامعاً وأبيض اللون . وقد يحس أيضاً ببعض الغدد المفاوية المتورمة في الأربية . والارتشاح الذي يسبب تورم الطرف لا يتسبب عن إيديما ولكن عن وجود سوائل مفاوية قابلة للتجمد . وهذا النوع أقل من سابقه حدوثاً .

وقد تنشأ بعض الإصابات من تجمد الدم ومن الالتهاب الالتهابى معاً . وفى كل الأحوال نجد أن السبب الأصل لحدوثها هو التعفن النفسى . ويساعد على ظهور هذا المرض حدوث أنزفة قبل الولادة أو فى أثناءها والأمراض المضعفة للأُم وعلى الأخص أمراض الجهاز الدموى .

الأعراض - تبدأ عادة من اليوم العاشر إلى الرابع عشر . وقد تظهر فى اليوم السادس أو يتأخر ظهورها إلى اليوم الثلاثين للنفس . وتبدأ بحالة حادة مصحوبة بألم شديد فى الطرف المصاب ، وترتفع الحرارة إلى 39° س أو 40° س ، وتحدث للمريضة رعشة شديدة ، أو قشعريرة واضحة . وأغلب الأحوال تكون مسبقة ببعض ارتفاع فى الحرارة فى مدة النفس التى تسبق الإصابة . ويبقى الألم والحرارة من ٣ أو ٤ أيام فى الأحوال البسيطة ، وإلى ١٠ أو ١٢ يوماً فى الأحوال الثقيلة . ويسبب الارتشاح والألم بفقد العضو حركته ويصير كأنه مشلول . ويمكن الإحساس بتموج قليل فى الركبة ، وتكون حرارة الطرف المصاب أعلى من حرارة الطرف الصحيح بنصف درجة . وإصابة الطرف السفلى الأيسر أكثر حدوثاً من إصابة الطرف الأيمن وذلك لأن فى الوضع الأول وهو أكثر الأوضاع حدوثاً تكون الحدة المؤخرية إلى اليسار ، فتكون التمزقات فى هذه الجهة كثيرة الحدوث ، ومنها تصل المكروبات إلى الأنسجة الخالوية فى الرباط العريض الأيسر وتمتد إلى الساق .

المعالجة - لما كان الخطر الوحيد فى هذا المرض هو انفصال خثرة دموية ، ووصولها إلى الدورة الرئوية مسببة لسكتة رئوية فإن أهم نقطة فى العلاج هى إحاطة الطرف المصاب بأكياس من الرمل لمنع حركته . ويستحسن رفع العضو المصاب بوضع وسادة تحته ، فيسهل بذلك رجوع الدم فى الأوردة . وإزالة الألم يدهن الساق بدهان وينتوجينول Wintogenol أو بوضع مكمدات من الكحلل مغطاة بطبقة سمكية من الورق الزيتى لمنع تبخره . وهذه المكمدات تحدث حرارة شديدة تكون سبباً فى تخفيف الوجع ، ويكرر عمل المكمدات كل ساعتين وقد تساعد حقن Heparin على سرعة الشفاء وعدم امتداد المرض . ويجوز أيضاً أن يدهن المكان الذى فوق الوريد المتجلط بصبغة البلاذونا ، وبعد زوال الألم يغلف الساق بالقطن . ويقال إن تعاطى حمض الليمونيك بمقدار نصف جرام محلولا فى ماء

٣ مرات في اليوم يساعد على عدم امتداد تجمد الدم . وتوصى المريضة بوجوب ملازمة الفراش مدة عشرة أيام بعد زوال الحمى والألم والورم . وحتى تركت الفراش يجب تنبيهها إلى أن الورم سيعود بعد المشي ، وسيبقى إلى أن تتعود الدورة الوضع العمودي (أى وضع المريضة وهي واقفة) ، ولكن إذا اشتد الورم يجب أن تعود المريضة إلى الفراش ثانية ، وقد يبقى الورم شهراً أو أكثر بحسب حجم الوريد المصاب . وفي الأحوال الثقيلة قد لا يعود العضو المصاب إلى حالته الطبيعية إلا بعد سنة أو سنتين يكون الساق في أثنائها عرضة لعودة الورم عند المشي الطويل . ولا يجوز في أثناء المرض ذلك الطرف المصاب خوفاً من انفصال الخثر الدموية . ولكن يجوز عمل التديليك بعد شهر من زوال الأعراض لمساعدة زوال الإيدما .

التسمم الوريدي

يحدث التسمم الوريدي من العدوى بمكروب الاسترپتوكوك . وفي أغلب الأحوال يبدأ المرض بحدوث التهاب رحى باطنى تقيحى ، ثم ينلو ذلك إصابة الكتل الدموية التى تسد الجيوب الوعائية للرحم بالمكروبات وانفصالها ووصفها إلى الدم حاملة إليه المكروبات التى أصيبت بها .

الأعراض — لا تظهر عادة قبل اليوم العاشر . وقد تسبق أو لا تسبق بأعراض الامتصاص العفن . وتبدأ الأعراض بقشعريرة ترتفع في أثنائها درجة الحرارة إلى ٤٠° سنتيجراد ، والنبض يسرع نسبياً . وبعد مضي بضع ساعات تنخفض الحرارة إلى الحالة الطبيعية ويظن أن المريضة شفيت . ولكن بعد مرور اثنتى عشرة ساعة أو أربع وعشرين ساعة تحدث قشعريرة أخرى ترتفع في أثنائها الحرارة وهكذا دواليك . وحدثت هذه القشعريرات يدل على أن كتلة دموية انفصلت وأصابت أنسجة لم تصب من قبل . وفي الأيام الأخيرة لا تهبط الحرارة إلى الحالة الطبيعية بل تتراوح بين ٣٨° و ٤١° سنتيجراد وبعد مرور ثلاثة إلى سبعة أيام من بداءة المرض يبدأ حدوث خراجات متعددة في الجسم تتبع في الغالب سيراً مخصوصاً ، أعنى أنها إما أن تحدث كلها تحت الجلد ، أو في المفاصل ، أو في

الأحشاء الباطنية كالكبد والرئتين والمخ . وكلما نشأ خراج صحبته قشعريرة . وقد نشئ المريضة من هذا المرض تدريجاً وقد يموت إما من الالتهاب الرئوي القيحي ، أو الالتهاب البريتوني القيحي ، أو التهاب الغشاء المبطن للقلب ، أو من حدوث خراجات في أحشاء حبيوية كالمخ والكبد .

الإنذار - خبيث جداً ، ولكن بدرجة أقل من التسمم اليفناوى . وكلما كانت الخراجات سطحية كان الإنذار أحمداً . وفي العادة يموت أقل من النصف إذا استعمل المصل المضاد للإستربتوكوك واللقاح في الوقت المناسب . وتعطى حقن الترميسين في الوريد أو تستعمل إحدى مضادات الحيوية الأخرى .

المعالجة - تقوى المريضة بكل الطرق الممكنة وفي أول حدوث المرض يجب فحص تجويف الرحم فإن وجدت بقايا من المشيمة تفصل بالأصبع وليس بالمعلقة . وإذا وجدت أعراض موضعية تعالج بالزروقات المهبلية والرحمية أو بحقن باطن الرحم بالجليسرين . وإذا تكونت خراجات في المفاصل تفتح حالاً أما إذا تكونت تحت الجلد فالأفضل عدم فتحها إلا إذا اشتد اقترابها من سطح الجلد . وتحقن المريضة بالمصل المضاد للإستربتوكوك وباللقاح كما يفعل في التسمم اليفناوى .

وقد حاولوا في بعض الأحوال التي أمكن فيها تشخيص امتداد التجليط من الأوعية الرحمية إلى الأوعية الحوضية ، ربط الأوردة الرحمية والمبيضية لمنع الكتل المتعذبة من الوصول إلى الدم وبذلك أوقفوا سير التسمم الوريدي . ولكن نجاح العمالية مشكوك فيه أولاً لصعوبة تشخيص تجلط الأوعية الحوضية بالجلس المزدوج وثانياً لأنه في أحوال كثيرة قد يفتح البطن فيشاهد بأن التجلط عم الأوعية الكبيرة . وقد أشار بعضهم باستئصال الرحم باعتبار كونه منبع امتصاص عفن مستديم ولكن النتائج التي حصلوا عليها ليست مشجعة .

التشخيص التفريقي - كل ارتفاع في درجة الحرارة يحدث في مدة النفاس يجب اعتباره حمى نفاسية إلا إذا ثبت العكس . ولكن لا يغيب عن الذهن أنه في الأربع وعشرين ساعة الأولى للنفاس قد يسرع النبض وترتفع الحرارة خصوصاً عند من طالت مدة ولادتهن أو عند من استوجبت حالتهم الالتجاء إلى وسائل صناعية . ويسمى هذا الارتفاع في الحرارة بحمى رد القمل . وهذه لا تطول

مدتها أكثر من ١٢ ساعة . وقد يسبب هجوم اللابن في الروم الثالث سرعة في التقيح وارتفاعاً قليلاً في الحرارة . ولكن تزول هذه الأعراض حالاً بعد أخذ مسبل . وقد ترتفع الحرارة بضع ساعات إذا تكدرت النفساء أو حدث لها انفعال نفسي شديد . ويلزم الاحتراس عند ظهور هذه الأعراض في التمييز بينها وبين حمى النفاس فإن كثيراً من أحوال الحمى ينسب خطأ إلى هجوم اللابن حتى ولو طالت أكثر من يوم . وقد يكون سبب ارتفاع الحرارة إصابة النفساء بالأنفلونزا أو حمى الدنج أو الحمى التيفودية أو التيفوس . والمشاهد أن الذي يكون قد باشر الولادة يحاول أن ينسب كل ارتفاع في درجة الحرارة إلى أحد هذه الأسباب . ولكن لا يغيب عن الذهن أن الإصابة بهذه الأمراض ليست كثيرة الحدوث ، وأن تأخير العلاج المناسب لحمى النفاس قد ينشأ عنه مضاعفات ثقيلة قد تنتهي بالوفاة . ويساعد على عمل التشخيص فحص المهبل والعجان للبحث عن جروح ملتبئة ، وفحص الرحم وملتقاته ، وملاحظة لون ورائحة السائل النفاسي . وفي الأحوال المشكوك فيها يفحص الدم وتتخذ نماذج من باطن الرحم لاستنباتها .

التهاب المثانة

التهاب المثانة ليس نادر الحدوث في أثناء النفاس ويحدث في الغالب بسبب قنطرة المريضة إذا احتبس البول . والخطر في قنطرة النفاسي لا ينشأ فقط من عدم العناية بتعقيم القنطرة أو تنظيف الفرج قبل إدخالها بل أيضاً من وجود التهابات فرجية أو مهبلية يصعب جداً تعقيم الفرج بسببها فتنتقل الميكروبات مع القنطرة إلى المثانة . وكثير من الأحوال يكون سببها عسر الولادة وضعف جدر المثانة بسبب انضغاطها بين الحوض والجذء الآتي به الجنين وعلى الأخص إذا وجد عدم تناسب بينها . وفي بعض الأحوال تتغفر جدر المثانة . فإذا نجت النفساء من حمى النفاس التي تصحب هذه الأحوال تسقط الحشكريشة الناشئة عن الغنغرينا وتتخلف نواسير بولية . وفي كثير من الأحوال تمتد العدوى إلى الكليتين مسببة لالتهاب كلوي عنف .

العلاج - يعالج التهاب المثانة بإعطاء سلقا مع مزيج البوكو والينج مضافاً

إلى كل مقدار ٠,٣٠ بروتروبين . وتعطى المريضة كثيراً من ماء الشعير والسوائل . فإذا لم تتحسن الحالة تغسل المثانة بمحلول البوريك أو بمحلول البروتارجول بنسبة ٢ في المائة . ويجب إعطاء المقادير المناسبة من مضادات الحيوية كالبنسلين والستربتوميسين وكذلك مركبات السلفا ويعمل زرع من البول لمعرفة الميكروب المعدي ومعرفة مضاد الحيوية الذي يكون شديد الأثر عليه .

التهاب الغدة الثديية

والخراجات الثديية

إذا لم تتخذ الاحتياطات اللازمة في مدة الحمل لتقوية جلد الثدي حتى يتحمل الرضاع وعلى الأخص عند بكريات الولادة ، ينشق الجلد من شدة جذب الطفل الحلمة وقت الرضاع ، وإذا لم يغسل الثدي قبل وبعد الرضاع ويحفظ جيداً يجوز أن تصل المكروبات إلى هذه التشققات فتلتهب . وفي بعض أحوال التهاب التي لا يكون الجلد فيها متشققاً يجوز أن تكون المكروبات قد دخلت من فتحات القنوات اللبنية نفسها ، ومنها إلى الغدة . وقد وجد في ٨٦٪ من الحوامل و ٩١٪ من النفاسي أن اللبن يحتوي على مكروبات في حالته الطبيعية . وهذه المكروبات تكون غالباً من نوع قليل الضرر . ولكن بعض البكتيريا بولوجيين أمكنه اكتشاف البثور العنقودية في لبن كثير من النفاسي . وهذا يظهر لنا أن وجود المكروبات في اللبن لا يؤدي دائماً إلى التهاب الثدي ولكن الخطر الحقيقي هو وجود تشققات في الثدي تكون باباً تصل منه المكروبات إلى الأنسجة العميقة فتلتهب . ويمكن تمييز ثلاثة أنواع من التهاب الثدي بحسب التسيج المصاب :

(١) التهاب الأنسجة الحلوية تحت الجلد ، وينتهي أحياناً بتكوين خراج سطحي بقرب الحافة .

(٢) التهاب الغدد ذاتها . وينتهي إما بالامتصاص أو بتكون خراج داخل الغدة .

(٣) التهاب الأنسجة الحلوية خلف الغدة . وهذا لا يحدث من تشققات

التدى بل من نكروزات الأضلاع ، ومن التجمع الصديدي للبلورا وهذا لا شأن لنا في شرحه .

ويجب في الأحوال التي يحدث فيها التهاب وصلابة في التدى أن يبادر بإعطاء البنسلين والستربتوميسين مع تعاطي مقدار مناسب من الهرمون وإذا كانت المريضة معرضة لحدوث أعراض الحساسية لمضادات الحيوية يعطى مركباً من مركبات السلفا وقد يحدث الالتهاب في مكان واحد من التدى ، وقد تتعدد الأمكنة . وقد تكون كلها سطحية ، أو يكون بعضها سطحيًا والآخر غائرًا . وهذه الالتهابات تحدث غالباً في الثلاثة الأسابيع الأولى للتنفس . ولكنها قد تحدث بعد ذلك .

ويبدأ التهاب التدى بتورمه واحمرار الجلد فوق البقعة الملتببة وفوق مسافة كبيرة حولها . ويصحب الالتهاب وجع شديد . وفي الأحوال التي يكون فيها الالتهاب مقصوراً على فص واحد من الغدة يأخذ الجزء الملتبب شكل هرم قمته نحو الحلمة وقاعدته متجهة إلى فوق . أما الحرارة فترتفع من درجة إلى ٣ درجات . وتشكو المريضة من وجع في الرأس . ويتلو هذه الأعراض ظهور الالتهاب في جهة التدى وإذا تقيح الجزء الملتبب فالغالب أن تحدث قشعريرة ، ويرتشح الجلد الموجود فوق الجهة الملتببة . ويجوز الإحساس بتموج إذا كان الخراج كبيراً وغير غائر . وبعض الخراجات السطحية تنفجر من ذاتها وإذا لم يعثر بالغيار عليها فقد ينتقل الصديد إلى القنوات اللبنية للتدى المصاب وقد تنتقل إلى التدى الآخر إذا سمح للطفل بالرضاع منه قبل جفاف الصديد تماماً .

العلاج - قد ذكرنا سابقاً العلاج الواقي وأظهرنا أهمية تقوية جمد التدى مدة

الحمل وضرورة غسل الحلمة والحالة الأصلية بالماء بعد كل رضاع وتجفيفهما جيداً . فإذا تشقق التدى بالرغم من ذلك فالواجب الاهتمام بعلاج التشقق .

أما في الأحوال التي يموت فيها الطفل أو يمتنع عن أرضاعه لسبب من الأسباب فيجب تجفيف اللبن . ولعمل ذلك تنظف الحلمات بمحلول مطهر ويغطي الثديان بطبقة من القطن ويربطان إلى الصدر ربطاً متيناً فإذا اشتد الوجع يرفع الرباط ويوضع عليهما مكمدات من ماء الكلوينا والماء العادي مدة ٤ ساعات . ويعاد الرباط ثانية ويمنع المريضة عن الإكثار من شرب السوائل ثم تعطى مسهلاً ملحيًا كل يوم لمدة ٣ أيام وتستعمل حقن الاستروجين ٥ مجم يويوماً لمدة ثلاثة أو أربعة

أيام وبهذه الكيفية ينقطع إفراز اللبن ، فإذا لم ينقطع يدهن الثدي ٣ مرات في اليوم بمزيج البلاكودونا وتعطى المريضة ٠,٣٠ من يودور البوتاسيوم محلولاً في نصف كوباية لبن أو ماء ٣ مرات يومياً بعد الأكل .

أما الأحوال التي يظهر فيها الالتهاب فيجب علاجها كالآتي :

- (١) يوقف الرضاع من الثدي الملتب ويفرغ لونه بشفاطة اللبن بانتظام
- (٢) في اليومين الأولين تعمل مكمدات باردة بمحلول غلات الرصاص المخفف كل ساعتين . وبعد اليوم الثالث يعمل بدلا منها ليخات ساخنة من بلر الكتان أو الأنتيفالوجستين .
- (٣) تعطى المريضة مقادير من المزيج الأبيض تكفي لتلين أمعائها ٣ مرات في اليوم .

(٤) تحضن المريضة بالبسليين أو الستربتوميسين أو كلاهما معاً .

فإذا حدث التصحیح بالرغم من ذلك يوقف الرضاع من كلا الثديين ويربط الثدي السليم إلى الصدر لتقليل إفراز اللبن منه وتفتح الخراجات حسب أصول الجراحة بحيث تكون الشقوق موازية للقنوات اللبنية ، أي متشعبة من الحلمة إلى قاعدة الثدي . ويجب عند فتح الخراجات وضع الأصبع في تجويف الخراج بعد لبس كف من المطاط يكون خالياً من الثقوب ، وتقطع كل الجواجز حتى لا يتجمع الصديد في أي بؤرة منعزلة . وإذا اقتضى الأمر تعمل فتحة أخرى في الجهة الأكثر انحاداراً لسهولة تصريف الصديد ، وتوضع فيها أنابيب من المطاط أو سد التجويف بالشاش اليودوفوري سداً متيناً . ويغير عليه مرتان في اليوم بالغسيل بالدتول ٥ في الألف أولاً ثم بمحلول ملحي ١٥٪ وتعطى للمريضة أدوية مقوية مثل شراب فلوز بمقدار ملعقة بين في نصف كوباية ماء ٣ مرات في اليوم أو مزيج الحديد والكيينا (فارما كوييا القصر العيني) أو مزيج الحديد والزرنيخ إلى أن تعود لها صحتها وتستعمل حقن البنسامين ومركبات السلفا كما سبق الشرح .

عدم رجوع الرحم على ذاته

قد يتأخر انكماش الرحم في مدة النفاس فيبقى أكبر حجماً مما يجب أن يكون ويحدث ذلك إما بسبب احتباس قطع من الأغشية أو المشيمة في باطنه أو لانتناثه

إلى الوراء أو لوجود تعفن نفاسي ، وضخامة الرحم في هذه الأحوال تكون بسبب احتقانه ولتعطل امتصاص الألياف العضلية والليفية الزائدة .

الأعراض - استمرار حدوث النزف وغزارة السائل النفاسي وحدث الآلام في الظهر والإحساس بالميل للحرق .

العلاج - يجب تحديد حجم الرحم بعد أن تعطى المريضة حقنة شرجية لإخلاء المستقيم وبعد إفراغ المثانة إذ ربما كان اندفاع الرحم إلى فوق مسبباً عن أحد هذين السببين . ثم يحس الرحم بالفحص المزدوج لمعرفة قوامه وحساسيته . فإذا وجد كبراً ومؤثراً عند الضغط تعالج المريضة بالزروقات المهبلية الساخنة وتعطى الأرجوئين والمليينات ، فإن لم تتحسن الحالة يعمل زرق رحمي ساخن وإذا استمر النزف وشككتنا في احتباس قطع من المشيمة في باطن الرحم يكشط التجويف بمعلقة رايشنادر الكالة .

الجنون التناسلي

يحدث الجنون التناسلي أما في مدة الحمل ، أو في أثناء النفاس ، أو في مدة الرضاع إن طالت . وهو في الغالب يشق بعد مدة قصيرة وينتد أن يبقى طول العمر .

أسبابه - من المعلوم أن الحمل والولادة هوتقة اختبار المرأة . وهما اللذان يكشفان حقيقة قوتها العقلية والجسمية . والجنون التناسلي قد يكون أولياً أو تابعاً لوراثة أو الأكلسميا أو التسممات الحملية ، أو إدمان الخمر ، أو الحمى النفاسية أو النزف الشديد . وهو أكثر حدوثاً في الحوامل والنفاسي غير المتزوجات .

الأنواع - يحدث الجنون إما على هيئة مانيا (هيجان) أو ميلانخوليا (سوداء) .

الأعراض - جنون الحمل . يكثر في الحمل حدوث تغير في الطباع مع بعض شدوذ . ولكن ذلك لا يمكن اعتباره جنوناً إلا إذا اصطحبه تخيلات لا حقيقة لها . ويبدأ الجنون عادة بالأرق ثم يتبعه توهم وجود خيالات لا أصل لها . فإذا

أصاب المريضة في توهمت أنها مسمومة . وغالباً تصير سوداوية المزاج . فلا يحلو لها الكلام إلا عن بؤسها . وقد يبلغ بها الأمر إلى أن تحاول الانتحار . وقد تشفى من مرضها قبل الولادة أو يطول المرض إلى مدة النفاس . وفي بعض الأحوال يصير الجنون مزمناً .

جنون الغاض — عند خروج الرأس من العجان قد تنتاب المرأة نوبة من الجنون فتقتل طفلها . وهذا نادر جداً ولا يطول أمره .

جنون النفاس — يصحب هذا النوع على الغالب الحمى النفاسية أو الترف وقد تعترى العليلة الوسواس والتخوف من أخطار وهمية ، وتصاب بالصداع والإمساك وقد ترفض الغذاء . وفوق ذلك يعتربها أرق شديد . وتكره رؤية زوجها وطفلها . وأخيراً تصاب بالجنون الحاد .

جنون مدة الرضاع — يحدث عادة عند ضعاف البنية اللاتي أنهكهن تعب الرضاع وتكرر حدوث الحمل والولادة . وتكون المريضة به كئيبة ويعتربها الأرق والإمساك . وبعد قليل تصير سوداوية الخلق وكثيرة الوسواس وقد تحاول الانتحار والإنذار هنا ليس حميداً مثله في جنون النفاس .

الإنذار — يشي ستون في المائة من عموم المريضات .

العلاج — تعالج الأمراض التي تصطبح به بما يناسبها . فإن وجد تعفن يعالج بما سبق شرحه في الكلام على حمى النفاس . ويمنع المريضة عن إرضاع طفلها الذي يجب أن يفصل عنها إلا في حضور شخص يمكن أن يمنع عنه إذاها . وهناك أربعة أمور تجب ملاحظتها في علاج من يخشى من إصابتهن بالجنون وهي : (١) أن تستوفي المريضة حاجتها من النوم ، و (٢) أن تعطى غذاء وافراً ، و (٣) أن يمنع حدوث الإمساك ، و (٤) أن تريض الرياضة المعتدلة . وكثيراً ما يتق الجنون بملاحظة هذه الأمور .

وإذا حدث الجنون فيكون السبر في العلاج كما يأتي إلى أن يتيسر استدعاء طبيب أخصائي لعلاج الحالة إذا لم تتم المريضة جيداً تعطى مزيجاً من الكلورال والبرومور بمقادير صغيرة إلى أن تنام . وإذا تعودته تعطى البارالديبيد والكلورامين (٣٠)

أو المهبول . وإذا حدثت نوبة جنون حاد يعطى لها مليجرام ونصف من الهيوسين حقناً تحت الجلد . وتعطى مقادير وافرة من الغذاء السهل الهضم . فإذا رفضت الأكل ترغم على تعاطيه بإدخال أنبوبة معدنية من الأنف . وغالباً لا تعود بعد ذلك إلى الرفض . ولتقاومة الإمساك تعطى المريضة نقطتان من زيت حب الملوك مع قليل من الزبدة والسكر إذا رفضت تعاطي المسهلات العادية . ويجب أن تكون المريضة تحت مراقبة ممرضة متمرنة على علاج الأمراض العقلية ولا يجوز ربطها ولا لباسها قميص المجازين لأن ذلك يزيد في جنونها . ويجب أن تكون الشبايك مجهزه بأسلاك من الحديد . فإذا لم تتحسن الحالة بعد شهر فالأفضل إرسالها إلى مستشفى المجاذيب .

انفجار الرحم وتمزقه

قد ينفجر الرحم في أثناء الحمل وهذا نادر الحدوث جداً أما في أثناء الولادة فنسبة حدوثه فهي مرة كل ٣٥٠٠ ولادة من الولادات التي تقوم بها أقسام التوليد الخارجى التابعة لمصلحة الصحة ، وهي ذات النسبة التي يحدث بها في أوروبا . ونسبة حدوثه بين أحوال الولادات العسرة التي دخلت مستشفى القصر العيني في الثمانية وعشرين سنة الماضية هي ١,٣٠٠

الأسباب المهيئة - انفجار الرحم في أثناء الولادة أكثر شيوعاً عند المتكررات منه عند البكرات وذلك بسبب ارتخاء جنود بطونهن الذي يؤدي إلى سقوط الرحم على جدر البطن ، فلا يندفع الجزء الآتى به الجنين في الحوض وقت الطلق . وأيضاً بسبب كثرة حدوث الميئات المعيبة عند المتكررات . وما يهيئ الرحم لحدوث الانفجار وجود ندب التحام في الرحم بسبب عمليات سابقة مثل العمليات القيصرية ، أو حدوث الحمل في رحم به تشوه خلقى كأن يحدث في القرن الضامر لرحم مزدوج أو في رحم وضعه غير طبيعي كأن يكون قاعه مثبتاً بعملية في جدر البطن أو في قعر كيس دجلاس بالالتصاقات الالتهابية .

أما الأسباب المحرصة فهي (١) محاولة عمل التحويل في رحم منقبض انقباضاً تشنجياً أو (٢) من محاولة تخليص الجنين بالحقن والعتق لم يتمدد ممدداً كافياً

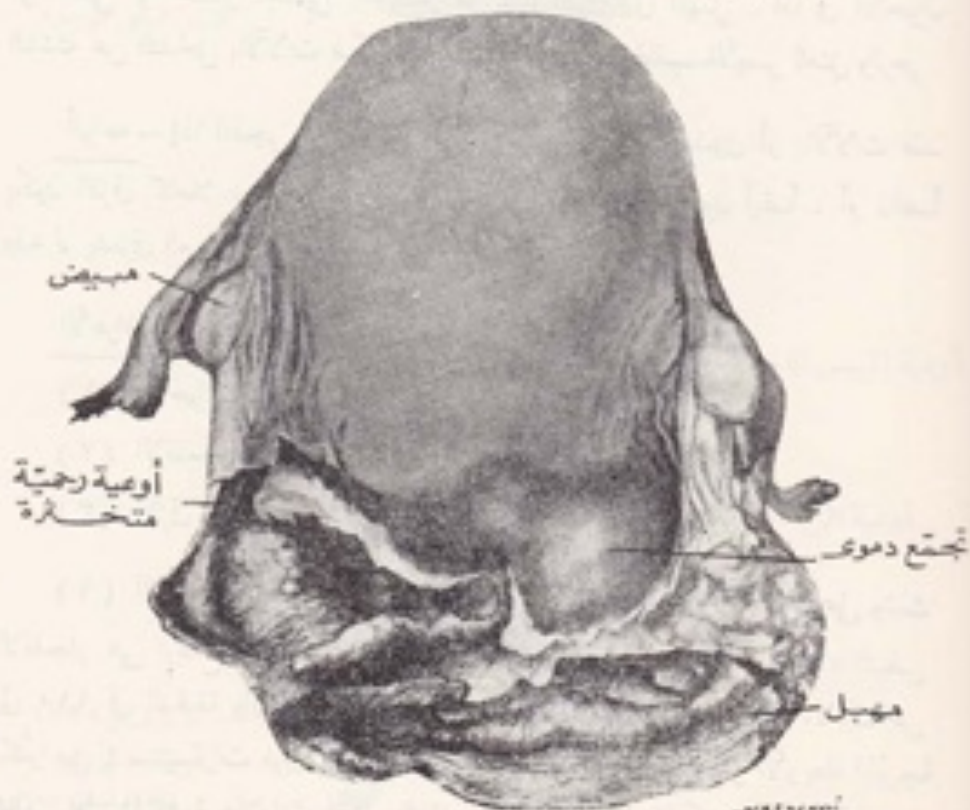


الظهار نذبه الطعام
عملية قيسرية في
الجزء الأعلى للرحم

نذبه التحام عملية قيسرية
في الجزء السفلي لم تنفجر

Dr. Mansour

(شكل ١٩٦) النجاس الرحم بسبب تمزق ندبة التحام عملية قيسرية



مبيض

أوعية رحيية
متخثرة

تجمع دموي

مهبل

Dr. Mansour

(شكل ١٩٧) تمزق جانبي في القسم السفلي للرحم منه إلى الجدار المقدم

فيتمزق ويمتد التمزق إلى جدر الرحم ، أو (٣) من محاولة توسيع العنق في أحوال الاندغام المعيب المشيمة التي فيها نسيج العنق شديد الطراوة أو ، (٤) في أثناء تخليص المشيمة المنتصفة ، أو (٥) من استعمال الأرجوتين الذي لا يجوز استعماله في الولادة إلا بعد خروج المشيمة ، أو من استعمال البتوتيرين قبل أن يتمدد العنق وينحشر الرأس ، أو (٦) من ترك المريضة التي ولادتها متعسرة ، لسبب من الأسباب ، بدون مساعدة . فيأخذ القسم العلوى للرحم في التضخم وبقصر والقسم السفلى في الترقق والتقدم إلى أن ينفجر .

مكان الانفجار— في الانفجار الناشئ عن ندبة التام عملية قيصرية يكون مكان الانفجار هو في أثرة الالتحام . وفي الأحوال الناشئة عن محاولة فصل المشيمة المنتصفة يكون النقاب في مكان اندغام المشيمة . وفي الأحوال التي تنشأ ذاتياً بسبب الولادة العسرة يكون الانفجار في القسم السفلى للرحم ، إما في الجدار المقدم أو الخلفي أو الجدار الجانبي . وكثيراً ما يمتد التمزق إلى المهبل . أما في الأحوال الناشئة عن التدخل بالآلات فيكثر أن يكون التمزق في الجانب الأيسر للعنق والرحم .

أنواعه— إذا انفجر الرحم ذاتياً أو تمزق بسبب تدخل يدوى أو بالآلات فقد يكون التمزق كاملاً ، وفيه تتمزق جدر الرحم ويم التمزق البريتون أيضاً ، أو ناقصاً وفيه لا يتمزق البريتون بل يقتصر التمزق على عضلات الرحم .

الأعراض— ستتكلم عليها تحت ثلاثة رؤوس :

(١) الأحوال التي يكون فيها الرحم على وشك الانفجار .

(٢) الانفجار الفجائي .

(٣) التمزق التدريجي .

(١) الانفجار الموشك— الأعراض التي يستدل منها على أن الرحم على وشك

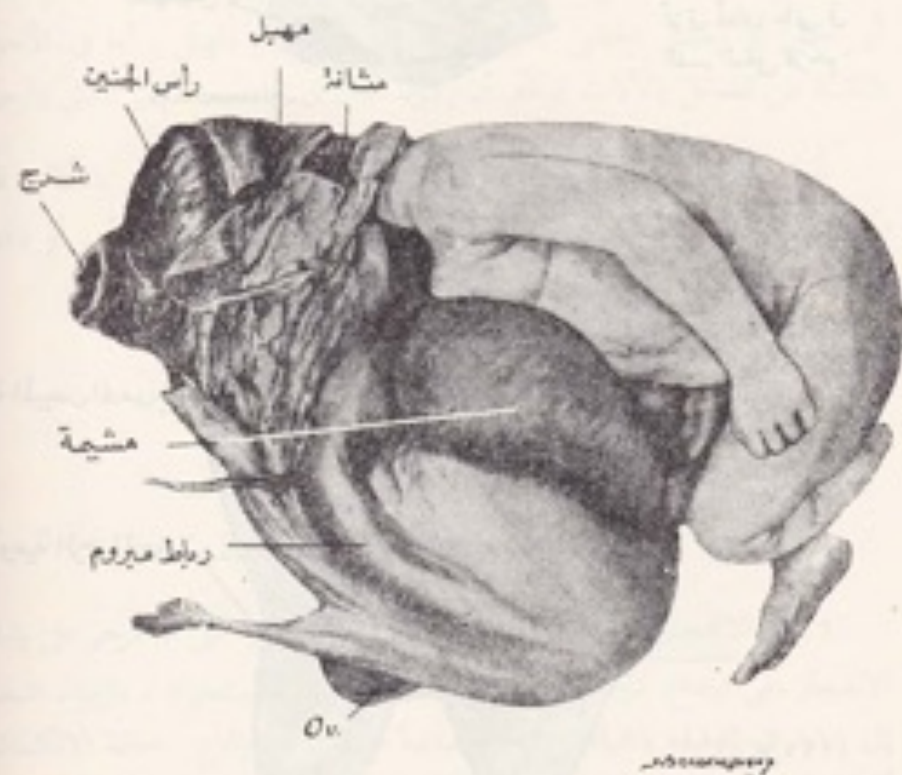
الانفجار هي ارتفاع درجة الحرارة إلى ٣٩,٥° - ٤٠° مستجراً ، وازدياد النبض إلى ١١٠ في الدقيقة وانقباض الرحم انقباضاً مستمراً ، وارتفاع حلقة الانكماش أكثر من ٤ سنتيمترات فوق العانة ، وانتفاخ المهبل وجفافه ، وتوتر الأربطة المبرومة وتظهر على المريضة علامات القلق الزائد ويصفر وجهها وتشكو من آلام مغبسة



شديدة في البطن وتجف شفاتها وتغطي أسنانها بالأوساخ وتثني باستمرار ، يسرع نفسها كأنها تلهث ثم يسرع نبضها كثيراً ويضعف حتى لا يمكن عدّه . ولا تخف وطأة هذه الأعراض حتى يحدث الترقق فتبهط قواها وتظهر عليها أعراض الصدمة .

(٢) الترقق الفجائي - أعراض الترقق الفجائي هي إحساس المريضة بأن شيئاً تمزق في جوفها ، ثم يتلو ذلك زوال الطلق وارتفاع الجزء الآتي به الجنين إن لم يكن منحشراً ، ويعتري المريضة هبوط تام وتنخفض حرارتها ويسرع نبضها وتخف وطأة الآلام البطنية ويبدأ تنفسها نوعاً ويتغشى وجهها بالعرق . وبالفحص البطني يسيل الإحساس بأجزاء الجنين ، وقد يحس بالرحم متقبضاً بجانب الجنين وكثيراً ما يلتبس برأس الجنين .

(٣) الترقق التدريجي - هو أكثر أنواع الترقق حدوثاً . وبالنسبة لحدوثه تدريجياً فقد لا يلاحظ حدوثه في أثناء الولادة ، ولكن عند ما يولد الجنين لا تنقذف



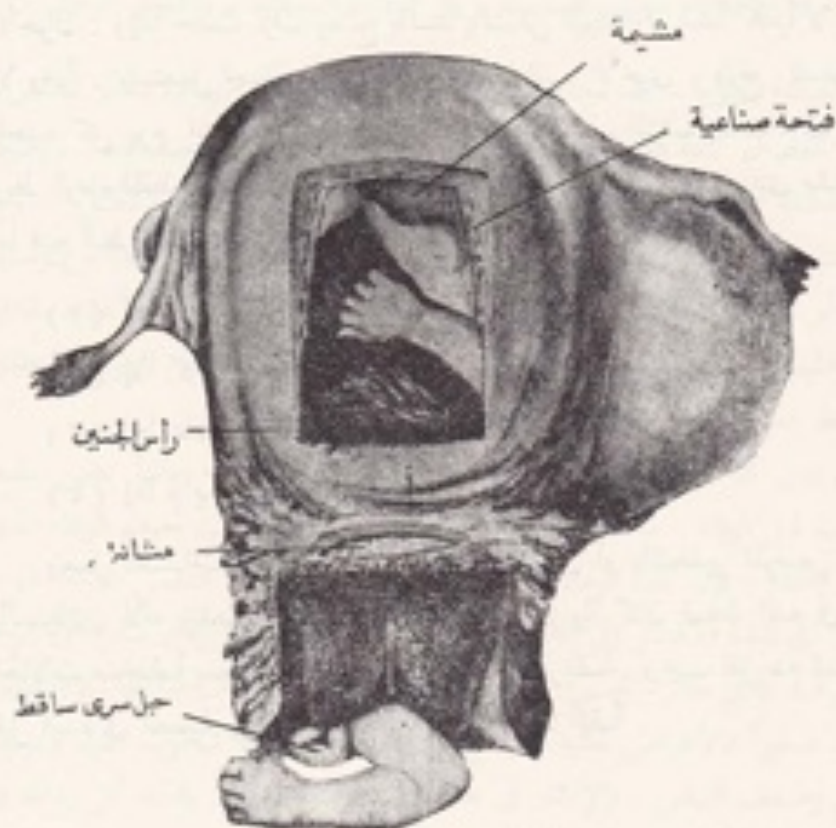
(شكل ٢٠٠)

انفجار الرحم وانتقذف جسم الجنين والمشيمة في التجويف البطني وبقاء رأس الجنين في المهبل

المشيعة . فإذا وضعتنا يدنا في الرحم لإخراجها نكتشف محل التمزق . وإذا اصطحب التمزق بحدوث نزف تظهر على المريضة أعراض الجبوت . أما إذا كان التمزق متسعاً فقد ينزل الجنين في تجويف البطن ويسهل الإحساس بأجزائه بغاية الوضوح .

المعالجة - تنقسم إلى قسمين : (١) المعالجة الوقائية ، (٢) المعالجة الشافية

المعالجة الوقائية - تنحصر في عدل وضع الجنين وإنهاء الولادة صناعياً إذا خيف على الرحم من التمزق . فإن كانت شروط وضع الجفت متوفرة بوضع الجفت . وإن كان الجنين حياً والرحم طاهراً ولم تتوفر شروط وضع الجفت تعمل العملية القيصرية . وإن كان الجنين ميتاً يعمل التفيت . وإن كان المنيء بالكثف المهمل يقطع العنق .



(شكل ٢٠١)

تجمع دموي في الرياط العريض بسبب تمزق الرحم تمزقاً ناقصاً في حالة مجر مهمل بالكثف

المعالجة الشافية - تقطع الماتاة ثم تفحص المريضة ليرى إذا كان من الممكن توليدها من طريق المهبل أو لا يمكن فإن كان التوليد من المهبل متعلماً يخلص الجنين بفتح البطن وخياطة مكان التمزق أو استئصال الرحم بهتامة ودرنفة البطن والمهبل إذا كان التوليد عن طريق المهبل مستطاعاً فذلك أفضل جداً. والطرق المستعملة يجب أن تكون أسرع الطرق وأوقاها فلا يحاول التوليد بالحقن إلا إذا وجدت مسوغاته فإذا وجدت أدنى صعوبة في التخلص يفتت الرأس . وفي الهيم المستعرض يقطع العنق ويخلص الجنين بالحدب على النزاع الساقطة ويخلص الرأس بالحقن أو بالتفتيت . وفي الهيم بالمتعدة يخلص الجنين بالحدب وإلا فبالقطع . ومنى ولد الجنين تخلص المشيمة يدوياً . فإن لم يتبع الولادة نزف وكان التمزق صغيراً فلا يفعل شيء سوى إعطاء المريضة المنبهات وعلاج الصدمة التي تكون دائماً موجودة في هذه الأحوال . وإذا حدث نزف يعالج بالسد بالشاش اليودفورى سداً كافياً لا مفرطاً ولا رخواً . وتستعمل جملة سدادات الواحدة بجانب الأخرى . وترفع السدادات واحدة كل يوم ابتداء من اليوم الثالث . فإن لم يقف النزف بالسدادات يحاول ربط الوعاء المقطوع بعد كشف العنق بالمنظار وجذبه لأسفل بجفت ذى مشابه . أما فتح البطن فلا يلجأ إليه إلا في الأحوال الآتية :

- (١) إذا لم يستطع إيقاف النزف مهلياً .
- (٢) إذا كان الجنين أو المشيمة قد انقذف إلى البطن .
- (٣) إذا عاد النزف بعد عمل السدادة .
- (٤) إذا لم يكن التوليد عن طريق المهبل مستطاعاً .

وتعمل العمليات تحت تأثير الغاز والأوكسجين أو بالتخدير الموضعي وليس بالتوفائين لأنه يحدث انخفاضاً في ضغط الدم . ولما كان ضغط الدم في هذه الحالات منخفضاً بسبب الصدمة فكثيراً ما محوت المريضة . ويجب نقل دم للمريضة قبل البدء في العملية وإذا لزم أثناء العملية وبعدها أيضاً .

أسباب الوفاة الفجائية في مدة النفاس

قد تحدث الوفاة الفجائية في مدة النفاس من الإغماء والكوما والسكتة الرئوية:

الإغماء - ويحدث عند المصابات بأمراض القلب المزمنة ، وفي أحوال الأنيميا المزمنة الشديدة ، ومن الأنزفة التي تحدث بعد الولادة أو في أثناءها . ومن المشاهد أن خطر الولادة عند المصابات بأمراض القلب لا ينشئ بمجرد الولادة بل قد تحدث الوفاة في مدة الأسبوع الأول بسبب وقوف حركة القلب . وفي بعض الأحوال يتسبب الإغماء من الصدمة الناشئة من إخلاء الرحم بسرعة كما يحدث بعد الولادة القهريّة في الاندغام المغيّب للمشيمة ، وفي الولادة الفجائية ، وانفجار الرحم .

السكتة الرئوية - قد تحدث السكتة الرئوية مدة الحمل أو الولادة أو النفاس . وسببها انفصال كتلة دموية صغيرة من وريد أو جيب وعائي متجمد دمه . ووصول هذه الكتلة إلى الشريان الرئوي أو إلى أحد فروعها . وانفصال هذه الكتلة الدموية قد يتسبب من السعال الشديد ، أو التشنج . وقد تنسب السكتة أيضاً من وصول الهواء أو السائل الأمنيوسي إلى أوعية الرحم ، أو إذا حاضن بين الرحم والأغشية مقدار من الجلوسرين بقصد تحريض الولادة . وقد يكون منشأ الكتلة من الوريد الفخذي المتجلط دمه وقد سبق الكلام على ذلك .

ويندر أن تحدث الوفاة فجاءة في السكتات الرئوية . وغالباً يمحض بضع ساعات قبل الوفاة ، تحدث في أثناءها أعراض تختلف بحسب حجم الوعاء الذي تسده الكتلة . فإن كان الوعاء كبيراً يحدث عسر شديد في التنفس دلالة الجوع الهوائي أي شدة الافتقار إلى الأوكسجين . ويصحب ذلك ازرقاق شديد في الوجه والأطراف ثم في سائر الجسم . ويكون النبض ضعيفاً وسريعاً . أما إذا كان الوعاء المنسد صغيراً فالأعراض تشبه أعراض الصدمة من حيث شحوب اللون وبرودة الجسم وضعف النبض . والإنذار في هذا المرض رديء جداً . ولكنه أقل رداءه في الأحوال التي يكون فيها الوعاء المنسد صغيراً .

العلاج - يتنى حدوث السكتة بالاعتناء بعد الولادة بتدليك الرحم وطرده كتل

الدم التي قد تكون فيه ، وملاحظة دوام انقباضه . فإذا حدث المرض بذلك الرحم جيداً ويعمل للمريضة حقن جلدية من الكافور والأستركنين ، وتضع نصف اصجاع ، ويوضع وراء ظهرها كثير من الوسائد . وإذا تيسر الحصول على أوكسجين لتستشفه كان ذلك أفضل .

الكوما - تحدث الكوما مدة النفاس عند المصابين بالبول السكري أو الأكليميا أو التريف الغني .

الفصل الثالث والعشرون

تحريض الإجهاض والولادة المعجلة وتمديد العنق صناعياً
« والحفت والتحويل »

تحريض الإجهاض

يقصد بتحريض الإجهاض تنبيه الرحم لتقذف محتصل الحمل قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، أعنى قبل الأسبوع الثامن والعشرين .

الدلالات - لا يجوز تحريض الإجهاض إلا في الأحوال الآتية إذا كانت حياة الأم في خطر وهي :

- (١) حدوث الحمل في رحم منن إلى الوراء ولم يمكن عدله .
- (٢) في الأحوال الشديدة من التواء المستعصي ، وفي الأحوال المتقدمة من أمراض القلب والكلى والرتين .
- (٣) في أحوال الضيق الشديد للحوض إذا رفضت الأم تخليص الجنين بالعملية القيصرية عند تمام الحمل .
- (٤) في المول اللحمي والحويصل .
- (٥) إذا أصيبت الحامل وهي في شهورها الأولى بالحصبة الألمانية خشية حدوث تشوهات خلقية بسببها ولكن الأراء غير متفقة فبعض المولدين يجهدوا والبعض الآخر يعارض .

طرق تحريض الإجهاض - قبل نهاية الشهر الثالث أعنى قبل تمام تكوين المشيمة يمرض الإجهاض بتمديد العنق وفصل البويضة بالأصبع أو بالملقعة الكالة . والأفضل في تمديد العنق أن يبدأ التمديد بواسطة أقلام اللامنياريا وينتهي بممددات

هيجار . أما من الشهر الرابع إلى السادس فيحترض الإجهاض ببط الأغشية وترك الإجهاض يتم طبيعياً أما بعد الشهر السادس فتفعل طريقة كراوز وستذكر فيما بعد .

تحريض الولادة المعجلة

يقصد بتحريض الولادة المعجلة تنبيه الرحم لتقذف محتصل الحمل بعد صيرورة الجنين قابلاً للحياة ، ولكن قبل تمام مدة الحمل . وأكثر ما تفعل هذه العملية ، في الحوض الضيق ، بقصد ولادة الجنين حياً . ولذلك فالأفضل ألا تفعل قبل الأسبوع الثاني والثلاثين .

الدلالات - تفعل الولادة المعجلة في الأحوال الآتية :

- (١) ضيق الحوض الذي يكون فيه طول القطر المقدم الخلفي ٦,٥ - ٧,٥ سنتيمترات في الحوض المفرطح و ٨,٥ سم في الحوض الضيق في عموم أقطاره .
- (٢) إذا تكررت وفاة الجنين في الرحم بعد صيرورته قابلاً للحياة ، ولم يكن السبب هو الزهري تحترض الولادة قبل ميعاد الوفاة العادي .
- (٣) النزف قبل الولادة .
- (٤) الاستسقاء الأمنيوسي إذا سبب أعراضاً قلبية خطيرة .
- (٥) في بعض الأحوال النادرة من الأكليميا والتواء المستعصي وأمراض القلب والكلى التي تجعل حياة الأم في خطر .

الطرق - توجد جملة طرق لتحريض الولادة وأهمها الآتية :

- (١) التحويل القدي وبط الأغشية .
- (٢) عمل السداة المهبلية .
- (٣) قنطرة الرحم .
- (٤) بط الأغشية .
- (٥) الأدوية المحرصة لتطلق .

(١) التحويل - بفعل التحويل القديم وممزيق الأغشية في أحوال مخصوصة من الاندغام المعيب للمشيمة ، بقصد إيقاف النزف وتحريض الولادة .

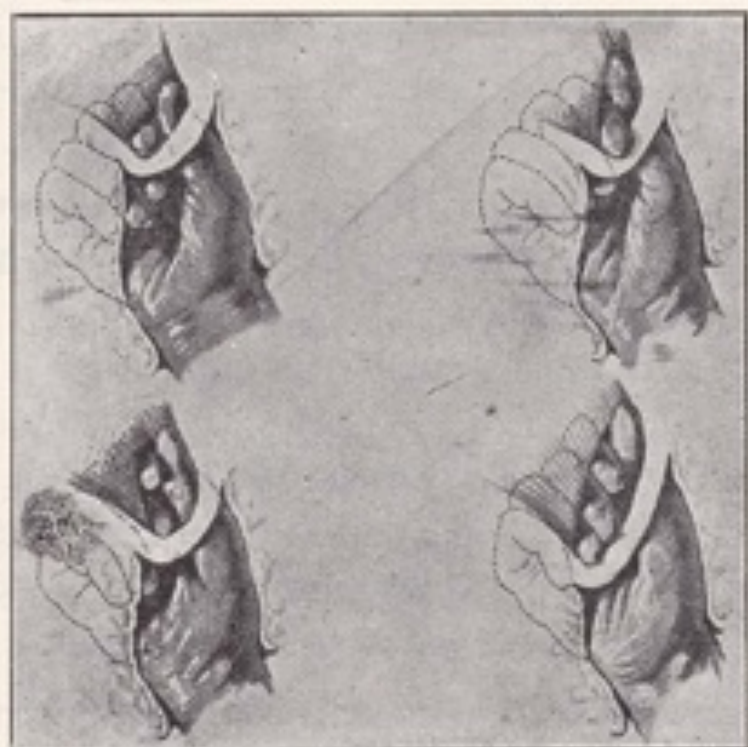
(٢) السدادة المهبلية - وتُفعل في أحوال النزف العارضى بقصد إيقاف النزف وتحريض الولادة . وبهذه المؤلفين ينصح في هذه الأحوال بتمديد العنق وسده بشاش مشبع بالجلسرين والأكثبول المعقم بالغلي .

(٣) قنطرة الرحم - وتسمى طريقة كرواز . وتُفعل في أحوال ضيق الحوض . وهذه الطريقة وإن تكن بسيطة جداً فهي لا تخلو من الخطر إذا لم يعتن كل الاعتناء في التعقيم . ولعملها تعطى المريضة كلوروفورماً إذا اقتضى الأمر ثم تضجع على ظهرها على حافة السرير بالعرض ثم تحلق العانة وتطهر الأعضاء الظاهرة تطهيراً دقيقاً ، ويفعل زرق مهبل ثم يمرر منظار خلى ويجذب العنق إلى الأسفل بحيث ذى مشبكين . فإن لم يكن العنق ممتدداً يمدد أولاً بممددات هيجار ثم يذوق بقناطر أو شعوع من الصمغ المرن ويمرر أربع منها واحدة بعد الأخرى بين جدار الرحم والأغشية وتدفع إلى أقصى ما يمكن . ويجب في تمريرها ألا تدفع بقوة بل بغاية اللطف بحيث تأخذ الاتجاه الذي تسير فيه بسهولة . وإذا أحسنا بمقاومة نسحبها للخارج ثم نمررها في اتجاه آخر . وإلحظه من القناطر الذي لا يدخل الرحم يلف حوله قطعة من شاش اليودوفورم . وبهذه الطريقة تحرض للولادة عادة في بضع ساعات ولكنها قد تتأخر بعض أيام . فتنى تحرضت الولادة ترفع القناطر . أما إذا مضت أربع وعشرون ساعة ولم تحرض الولادة فترفع القناطر أيضاً ويفعل زرق مهبل وتمرر قناطر أخرى .

ملحوظة - لتعقيم القناطر تغلى في الماء عشر دقائق ثم تغمر بالمحلول السلياني .
ب. مدة ثلاث ساعات على الأقل .

(٤) بط الأغشية - هو أبسط الطرق لتحريض الولادة . ولكن الولادة المهرضة بهذه الكيفية قد لا تحرض إلا بعد بضعة أيام قد ترتفع في أثنائها درجة

الحرارة بسبب تحلل محتويات الرحم فتستدعى التدخل بطرق أخرى . وفي هذه الأحوال تكون المعالجة أصعب مما لو كانت الأغشية سليمة . زد على ذلك أن الولادة تكون بطيئة لعدم تمدد الفوهة الظاهرة بسبب المياه . وأفضل الأحوال التي تفعل فيها هذه الطريقة هي أحوال الاستسقاء الأميوسي .



(شكل ٢٠٢) توسيع العنق بالأصابع بطريقة هاريس

(٥) الأدوية المخروضة للطلق - لتحريض الولادة بمخروصات الطلق يعمل

١٠ يأتي :

- في الساعة العاشرة صباحاً تعطى المريضة ٣٠ جراماً زيت خروع .
- في الساعة الحادية عشرة يعمل لها حمام ساخن .
- عند الظهر يعمل لها حقنة شرجية من الماء والصابون .
- الساعة الواحدة بعد الظهر تعطى ٠,٩٠ في كلوريدات الكينين .
- الساعة الثانية بعد الظهر تعطى ٠,٩٠ في كلوريدات الكينين .

- الساعة الثالثة بعد الظهر تعطى ٠,٩٠ في كلوريدات الكينين .
 الساعة الرابعة بعد الظهر ٥ وحدات بتوترين .
 الساعة الخامسة بعد الظهر ٥ وحدات بتوترين إذا لم يبدأ الطلاق قبل ذلك .
 ويكرر البتوترين مرتين أخريتين إذا لم يبدأ الطلق . في الساعة الخامسة والنصف
 والساعة السادسة .
 وإذا حدثت أعراض عدم احتمال الكينين يستغنى عن المقدار الثالث الذي
 يعطى الساعة ٣ وتحريض الولادة بهذه الطريقة غير مضمون قبل الأسبوع الثامن
 والثلاثين ولكن نجاحه أكثر حدوثاً إذا تعدى الحمل مدته الطبيعية .
 (٢) حقن بتوترين من ٥ - ١٠ وحدة بمزوجه مع لتر جلوكوز ١٠٪ وتعطى
 كحقنة في الوريد ببطء وتحت الملاحظة الشديدة .
 (٣) في بعض الحالات نجح استعمال حقن الأسترين في العضل بمعدل
 ٢ - ٥ مج كل ساعة لمدة ٥ - ٦ ساعات .

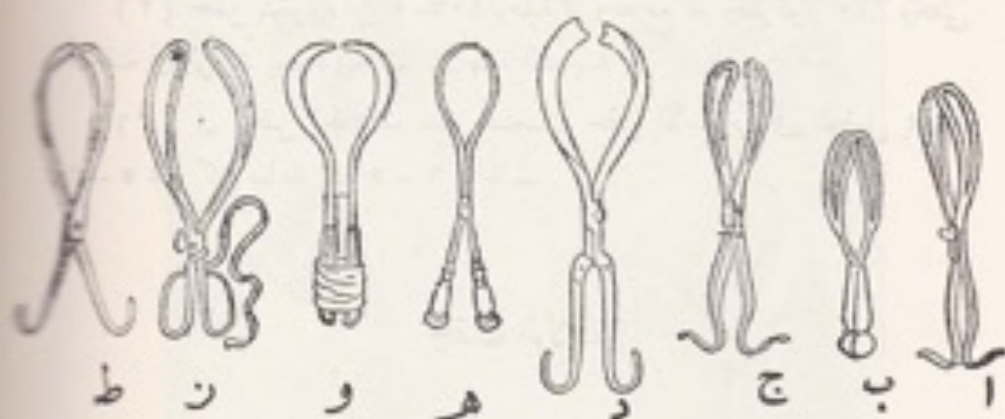
جفت الولادة

لسهولة فهم الجفت المستعمل الآن للولادة سنذكر باختصار تاريخ اكتشافه
 والتطورات التي طرأت عليه من وقت اكتشافه إلى اليوم فنقول : من الغريب أن
 فكرة استعمال الجفت لم تخطر على بال المولدين إلا حوالي القرن الثامن عشر .
 هذا إذا استثنينا ما ورد في كتاب القانون لابن سينا في أثناء الكلام على من تعسرت
 ولادتها حيث قال « . . . فإن لم ينجح ذلك استعملت الكلاليب واستخرج بها فإن
 لم ينجح ذلك يدبر تدبير الجنين الميت » . فقد تكون هذه الكلاليب أو لا تكون
 نوعاً من الجفوت التي يمكن أن تولد بها الأجنة أحياء ، ولولا ذلك ما أردف كلامه
 بقوله « وإلا فيعامل (أى الجنين) معاملة الجنين الميت » أى من حيث النقب
 والتفتيت . ولعل السبب في عدم اهتمام الأطباء إلى استعمال الجفت أنهم لم يكونوا
 يدعون إلى أحوال الولادة إلا إذا تعسرت إلى الغاية . ولعدم انقائهم وتفهمهم
 أصول الولادة السهلة لم يكن لهم الخبرة اللازمة لمعالجة الولادات العسرة . وقد ذكر
 سمبل أن الولادات كن برهبن حضور الطبيب لعلمهن أن حضوره دليل على أن

الحالة قد ساءت لدرجة لا بد أن تنتهي إما بوفاة الأم أو الجنين أو وفاتها معاً . وهذا هو الحال في الأرياف بمصر في وقتنا الحاضر .

أما أول الجفوت التي عرضت فهو جفت عرضه بالفين من بلدة كورتية سنة ١٧٢٠ على المجمع العلمي في باريس . وكان هذا الجفت مؤلفاً من معلقتين ثقيلتين . وكان صعب الاستعمال .

وقبل ذلك بمائة وستين سنة اشتهر رجل يدعى شامبرلين في بلاد الإنجليز بمقدرته على توليد المتعسرات . ولكنه كان يجري عملياته بطريقة سرية حتى لا يتمكن الغير من معرفة الآلات التي كان يستعملها . وقد توارث أولاده هذا السر من بعده .



(شكل ٢٠٣) نماذج من الجفوت التاريخية

- | | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| ١ - جفت ليفرت ١٧٤٧ | ب - سميلي ١٧٥٢ | ج - جريجوا ١٧٤٦ |
| د - دزبه ١٧٢٣ | هـ - بالفن ١٧٢١ | ز ط - شامبرلين |

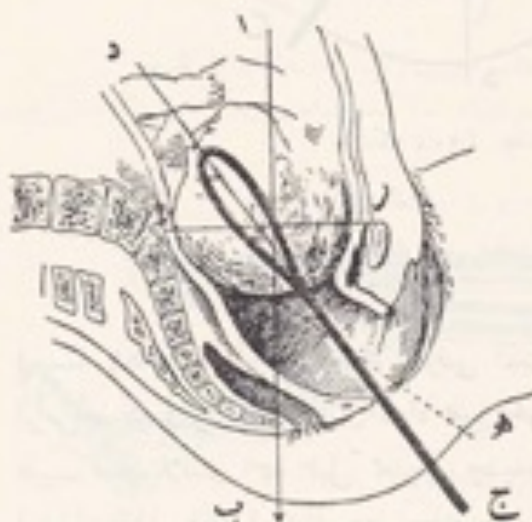
وفي سنة ١٦٧٠ ذهب أحد أحفاده إلى موريسو الطبيب الفرنسي وعرض عليه أن يبيعه هذا السر بألف وخمسمائة جنيه . فأحضر موريسو مريضة مصابة بضيق الحوض كان مزعماً أن يجري عليها العملية القيصرية ، وطلب منه أن يولدها . فأخذها هذا إلى حجرة منفردة . وبعد أن حاول توليدها بالجفت مدة ثلاث ساعات أخفق وأقر بانهازامة . وقد ماتت تلك المرأة من جراء الجروح التي أصابها من وضع الجفت ، فلم تم الصفقة ، وآب من فرنسا خائباً مطروداً وبعد ذلك افتتح مصرفاً مالياً ثم أفلس وهرب إلى هولندا حيث باع سره إلى روهتزن ، من أطباء امستردام . وقد باعه الأخير إلى آخرين واتسب الأمر بأن افتضح السر وصار معروفاً عند

الجميع . وقد وُجِدَت جفوت شامبرلين الأصلية في سنة ١٨١٥ في بيت كان يقطه أحفاده .

وكانت كل هذه الجفوت من النوع المسمى بالجفت القصير . وميزات هذه الجفوت هي :

(١) الانحناء الرأسى . (٢) القفل . (٣) القابضة .

وإذا نظرنا إلى هذه الجفوت جانبياً نجدها مستقيمة أى ليس بها الانحناء الحوضى (انظر شكل ٢٠٣ حرفاً ز ط) وتسهل معرفة أوجه النقص في هذه الجفوت إذا لاحظنا أن محور الحوض منحني في حين أن هذه الجفوت مستقيمة

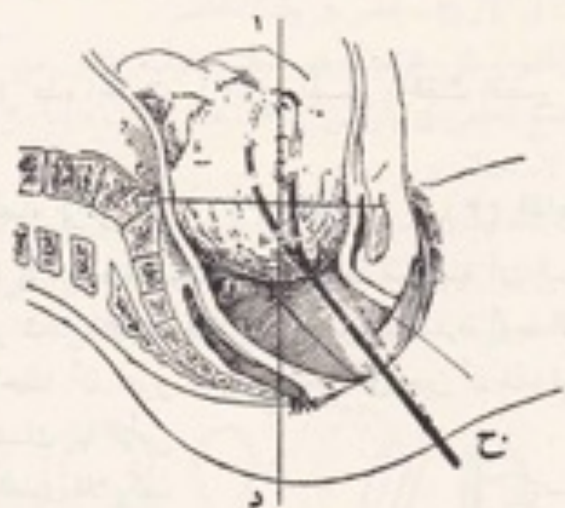


(شكل ٢٠٤)

فإذا أريد أن يمسك بها الرأس وهو في المضييق العلوى فلا يكون الإمساك في وسط الرأس بل في جزئه الخلقى . فإذا كان وضع الرأس وقت تركيب الجفت هو الوضع الأول أو الثانى ، فإن جذب الجزء المركب عليه الجفت يسبب انبساطه . وفوق ذلك فإن الرأس بدلاً من أن يُجذب في محور المضييق العلوى المشار إليه بحرفى ا ب (شكل ٢٠٤) يُجذب في اتجاه الجفت أى في خط واقع بين محور الحوض ومحور المضييق

السفلى ، وهو المشار إليه بحرفى د ج (شكل ٢٠٤) فينشأ من ذلك أن الأنسجة الواقعة بين الرأس والعمامة تتضغط انضغاطاً شديداً يضر بها . أما إذا وضع الجفت على الرأس وهو في تجويف الحوض فمن المستحيل أيضاً جذبه في اتجاه محور الحوض . فنضطر إلى استعمال شدة في الجذب تضر بالأم والجنين .

وأول من لاحظ هذا الخطأ في تركيب الجفوت وأصلحه هو ليفرت الفرنساوى

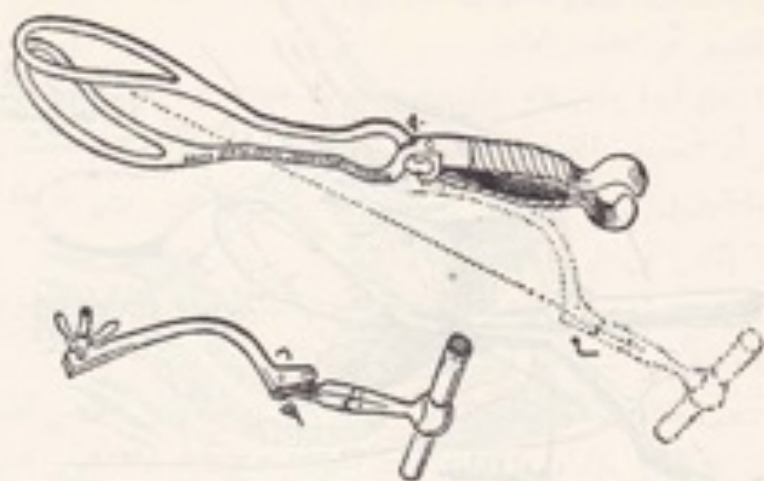


(شكل ٢٠٥) جفت منحرف

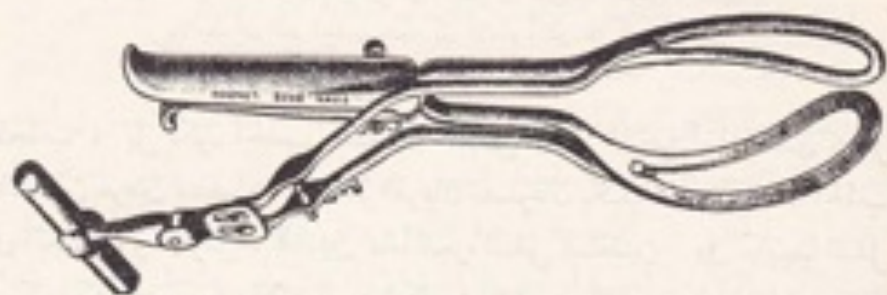
١ د - محور المضيق العلوي ز و - مستوى المضيق العلوي

ج ح - اتجاه جذب الجفت (ملن ماري)

في سنة ١٧٥١ ، فأوجد الانحناء الحوضي الذي فائدته أنه لو وضع الجفت على الرأس أمسكه في وسطه وجذبه في اتجاه محور الحوض. وفي ذلك الوقت تقريباً أدخل طبيب اسكوتلاندي اسمه سميليّ تعديلين جديدين في صنع الجفوت : الأول ، أنه استبدال القفل بالمفصل (أي جعل جفته بقل لا بمفصل) ، والثاني أنه أطال المسافة الواقعة بين ملعقتي الجفت وبين المقبض حتى صارت سبعة سنتيمترات حتى يتيسر بذلك تعشيق الملعقتين بعيداً عن الفرج حتى ولو كان الرأس في أعلى المضيق العلوي . وتعمل الجفوت الآن من المعدن ليسهل تعقيمها ، ويبلغ طول الجفت ٣٧ سم ، وقطر الانحناء الرأسي للمعلقة ١١,٢٥ سنتيمتراً (أي أنه قوس من دائرة تخيلية قطرها ١١,٢٥ سم) . وأكبر بُعد الملعقتين يبلغ ٨,٥ سم ، وأصغر بُعد بين طرفي المعلقة سنتيمتران ونصف ، وتقوس الانحناء الحوضي قطره ١٧,٥ سم . ويتضح الفرق بين الجفوت الطويلة والقصيرة بمقارنة (شكل ٢٠٤ و ٢٠٥) وسبباً نرى أن الجفت ذا الانحناء الحوضي يُمسك الرأس في وسطه . فإذا كان الرأس في تجويف الحوض خرج من غير عناء . أما لو كان الرأس في أعلى المضيق العلوي



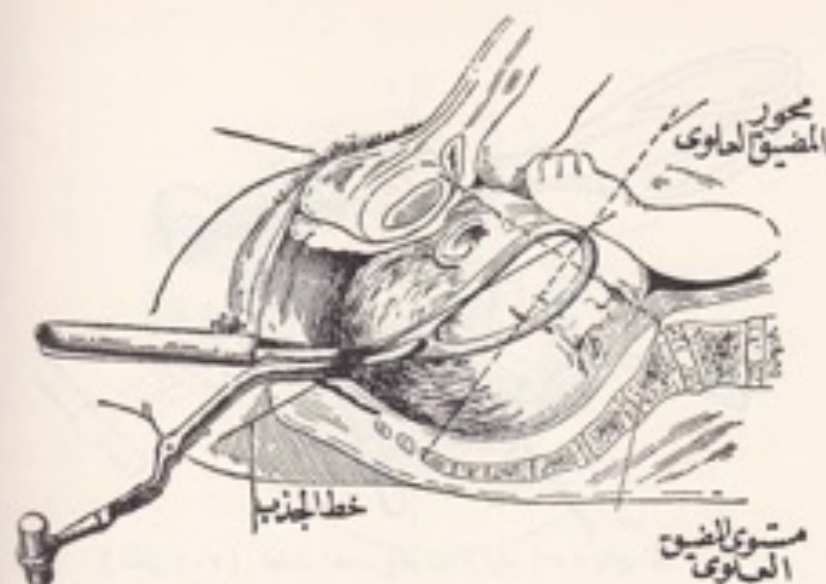
(شكل ٢٠٦) جفت الجذب المحوري (نيفل) * * * يشير إلى السهم في استعمال هذا الجفت يلزم أن يكون الجذب على محاذة الخط المنقط الواسل من حرف م إلى مركز ملتقى الجفت



(شكل ٢٠٧) جفت الجذب المحوري من ماري (دارون)

فلا يكون الجذب في اتجاه محور الحوض ، بل في اتجاه خط بعيد عنده يقع أمام المحور .

وهذا النقص في تركيب الجفت أصلحه تاريخه ١٨٧٧ باكتشافه آلة الجذب المحوري التي يُجذَّب بها الرأس في اتجاه محور الحوض مهما كان مركزه . وقد أدخل ميلن مَرَّي تعديلاً آخر على آلة الجذب المحوري جعلت جفتها المرصوم في (شكل ٢٠٧) أدق جفت الجذب المحوري . وفي استعمال هذه الجفت تجب ملاحظة أن المقبض (شكل ٢٠٨) الذي يستعمل لإدخال فرعى الجفت لا يستعمل



(شكل ٢٠٨)

جفت الجذب المحوري موضح على الرأس في تجويف الحوض (مسمون)
 يلاحظ أن خط الجذب متجه إلى الأمام أكثر من اللازم بقليل

للجذب ، بل يكون الجذب باستعمال المقبض الآخر الموجود أسفله الذي يتصل بالمعلقين بفرعين منفصلين . وهذان الفرعان مصنوعان بكيفية تجعلهما عند الجذب في اتجاه محور الحوض ، عماديين تماماً للجزء السفلي للمعلقين . وفي نهايتهما السفلي يُركب مقبض سهل الاتصال (شكل ٢٠٨) وهو الذي يستعمل للجذب . ولما كان المقبضان الأصليان أي مقبضا التركيب لا يستعملان للجذب ، فنعماً لانفصالهما في وقت الجذب يركب عليهما برغي . ويجب أن يراعى في استعمال هذا البرغي عدم الإفراط في تضيقه خوفاً من إحداث ضغط مضر على رأس الجنين . ومن مراجعة الأشكال ٢٠٦ و ٢٠٨ نرى أنه سواء كان الرأس في المضيق العلوي أو في التجويف فإن الجذب يكون على خط يصل من مقبض الجذب إلى منتصف المعلقة . ولكني يكون الجذب في محور الحوض تماماً يشترط أن يكون الجزء العلوي لفرعي الجذب ملاصقاً للجزء السفلي للمعلقين . وفي أثناء الجذب نجد أنه كلما هبط الرأس في الحوض اتجهت مقابض التركيب إلى الأمام وهذا يضطرنا أن نغير اتجاه الجذب لنتم الملامسة بين القروغ التي سبق ذكرها . وبهذه الطريقة تكون

كل قوة الجذب مؤثرة في إنزال الرأس ، ولا تضيق سدّي كما هو الحال عند استعمال الجفت القصير أو الجفت العادي .

وإذا اتفق أن لم يكن عند المولد جفت جذب محوري فيمكن الجذب بطريقة ياجو وهي أن تُمسك المقابض باليد اليمنى وتُجذب إلى الأمام ، ويمسك الجزء السفلي للملغقتين في أعلى القفل باليد اليسرى ويُجذب إلى الخلف . وهي طريقة أقل دقة بما لا يقاس عن طريقة الجذب المحوري .

ولما كان جفت ميلن مري صعب التركيب استنبط نيفل الجفت المرسوم في (شكل ٢٠٦) وهو أسهل منه تركيباً ولكنه أقل دقة .

وبما تجب ملاحظته أن الجفت المحورية مفروض استعمالها في الحوض الطبيعي وذلك لأن كثيراً من مزايها يزول إذا كان الحوض ضيقاً ، لأن محور الحوض الضيق يكون مخالفاً لاتجاه محور الجذب بالجفت . ويشذ عن ذلك الحوض الضيق في جميع أقطاره .

فوائد الجفت : يستعمل الجفت للجذب وهذا هو الغرض الأساسي في استعماله . وقد يستعمل خطأ للتصغير . وقد يستعمل أيضاً لتدوير الرأس إلى الأمام وهذا أيضاً خطأ إلا في أحوال خاصة ستذكر فيما بعد . كما أنه قد تستعمل في أثناء جذب الجفت حركة تذبذبية بقصد تسهيل خروج الرأس ، ولكن استعمالها لا يخلو من الخطر على الأتسجة الرخوة للأم ، وعلى الطفل أيضاً . ولا يستعمل الجفت الآن في الولادات العسرة أو الطويلة المدة إلا إذا كان الرأس منحسراً في تجويف الحوض أما إذا كان الرأس لم يتعد المضيق العلوي فيفضلون عمل عملية قيصرية في الجزء السفلي للرحم .

(١) الجذب - يمكن تعريف الجفت بأنه يد صناعية الغرض منها إمساك رأس الجنين ، وإخراجه من الحوض ، إذا عجزت القوى الطبيعية للرحم عن ذلك . وعلى ذلك فأهم فوائده هي الجذب .

(٢) التصغير - استعمال الجفت بقصد التصغير لا يخلو من الخطر . وذلك لأننا إذا ركبتنا الجفت على القطر المستعرض للرأس وضغطناه بقصد تصغيره يؤول ذلك إلى استطالة القطر المقدم الخلفي فتعسر الولادة . وإذا طال مدة الضغط على

رأس الجنين يولد مصاباً بالإسفسكيا البيضاء بسبب الأثر الذي تحدث في المخ . وفي الأحوال التي يركب فيها الجفث على القطر المقدم الخلقى للرأس تستطيع الأقطار العمودية أى تطول المسافة التي بين القمة وقاعدة الجمجمة فيحدث ضرر بالغ للمخ .

(٣) تدوير الرأس - قد يستعمل الجفث لمساعدة دوران الرأس إلى الأمام في الأوضاع المؤخرية الخلفية . ولكن عمل ذلك يؤدي إلى ارتفاع حروف من كل من الملعقتين وانخفاض الحرف الآخر ، فيسبب الحرف المرتفع ممزقاً في أنسجة الأم وينفوس الحرف المنخفض في رأس الجنين واتفاء لحدوث ذلك يجب إدارة مؤخر الرأس إلى الأمام قبل وضع الجفث .

(٤) الحركة التذبذبية - في بعض الأحوال العسرة التي يستعمل فيها الجفث يُاجأ أحياناً إلى عمل حركة تذبذبية بتحريك المقابض من الجهة الواحدة إلى الأخرى كما يفعل عند إخراج سدادة (قلبية) من زجاجة . وهذه الطريقة تساعد التخليص فعلاً . ولكن تجب شدة الاحتراس في عملها خوفاً من تمزيق الأجزاء الرخوة للأم . ويجدر بالطبيب المبتدئ أن يتعد ما أمكن عن عمل هذه الطرق التي تتطلب تمرناً عظيماً .

ومن القوائد الثانوية للجفث أن أجزاءه السفلى تمدد الفرج قبل خروج الرأس فيساعد ذلك على تخليصه . ثم إن مجرد إدخال الجفث يحرص الانقباضات الرحمية .

انتقاء الجفث - يجب في انتقاء الجفث ملاحظة المقاييس التي سبق ذكرها . ويجب الالتفات إلى آلة الجذب المحورى . ففي جفث نيغل يُلاحظ أن يكون السهم على خط يصل إلى مركز الملعقتين ويلاحظ أن لا تكون الأجزاء السفلى للملعقتين (أى الواقعة بين الملعقة والقفل) شديدة اللبونة لأن ذلك يسبب انزلاق الجفث . ويجب أن تكون حواف الملعقة مسطحة أو محدبة تحديداً قليلاً جداً ، ولكن لا يجوز أن تكون مقعرة . وأحسن الجفث التي تشير باستعمالها جفث ميلن مري ، وهو وإن كان صعب الاستعمال على المبتدئ لكنه يجذب الرأس في اتجاه محور الحوض دائماً ولو كان الرأس في أعلى المضيق العلوى .

وما تجب ملاحظته في استعمال جفوت الجذب المحورى أنه يمكننا استعمالها مع آلة الجذب إذا كان الرأس في أعلى المضيق العلوى إذا رفضت المريضة عمل عملية قيصرية وإذا وجدت دلالات طيبة لعدم الالتجاء لفتح البطن . كما أنه يمكننا استعمال جفوت الجذب المحورى من غير آلة الجذب إذا كان الرأس في التجويف ومن مزايا جفوت الجذب المحورى أننا إذا استعملناها في أحوال لم يبدُر فيها الرأس إلى الأمام لا تتعطل حركة الدوران حتى في أثناء الجذب ، وذلك لأن مقبض الجذب متصل مع الفروع المتصلة بالجفت بمفصل عتاقى يسمح بدورانه في أى اتجاه . أما إذا استعملنا الجفت العادى فإن الجذب المستمر يمنع الرأس من الدوران .

دلالات وضع الجفت - لاستعمال الجفت دلالات أى أسباب موجبة لاستعماله لا يُستعمل إلا إذا وُجدت وشروط يجب أن تتوفر قبل وضعه وإلا ساءت النتيجة . أما الدلالات فتكون : -

(١) إما لمصلحة الجنين . أو (٢) لمصلحة الأم .

فالتى لمصلحة الجنين هي : -

(١) الأحوال التى تأخذ فيها ضربات قلبه في الزيادة تدريجياً حتى تبلغ أكثر من ١٦٠ في الدقيقة ، أو تأخذ في البطء حتى تبلغ أقل من ١١٠ في البرهة بين طلق وآخر لأن حدوث ذلك يدل على أن الجنين في خطر الإصابة بالإسفكسيا .
(٢) الحركات التقلصية الشديدة للجنين تدل على أنه في خطر .

(٣) خروج العنق بمقدار كبير غير مصحوب بسائل أمينوسى في الحىء بالرأس لأن ذلك يدل على ابتداء الضعف في الدورة المشيمية وعدم وصول المقدار الكافى من الأوكسجين للجنين فينشأ عن ذلك شلل العضلة العاصرة للشرح وخروج العنق .

(٤) سقوط الحبل السرى إذا تمدد العنق وكان الحىء بالرأس .

أما التى لمصلحة الأم فهي : -

(١) بعض أحوال النزف العارضى ، والنزف الناشئ عن الاندغام المعيب للمشيمة .

(٢) إذا طالت مدة الدور الثانى وظهرت على المريضة علامات الانحطاط

والهوكة . ويرى بعض المولدين أنه إذا توفرت شروط الجفث وطالت مدة النوم الثاني عند البكرية الولادة أكثر من ٤ ساعات أو عند المتكررة أكثر من ٣ ساعات يوضع الجفث . ولكن المشاهد أنه في معظم الحالات يكون ترك الولادة للطبيعة مدة أكثر من ذلك في مصلحة المريضة والجنين ما دامت لم تظهر أعراض خطر . كما أنه قد تحدث أعراض تستوجب التدخل قبل ذلك بكثير .

(٣) الشنجات (الأكلسميا) إذا توفرت شروط وضع الجفث .

(٤) أمراض القلب والكلى والرئة والحميات الحادة .

(٥) التجمعات الدموية في الفرج .

وفي هذه الأحوال جميعها يجب أن يوضع الجفث إذا توفرت شروطه لأن في استطالة الولادة خطراً على الأم .

وستكلم بالاختصار على بعض هذه الدلالات وعلى دلالات أخرى لم تذكر . إنما يلاحظ أن وضع الجفث في الأحوال التي توجد فيها دلالات يجب أن يكون بعد توفر شروط استعماله التي سنذكرها فيما بعد . وسنبداً بذكر دلالة اختلفت فيها الآراء اختلافاً شديداً ، وهي الحمود الرحمي :

(١) الحمود - إذا كان الحمود أولياً ، أي كان الطلق ضعيفاً من أول

الولادة فلا موجب لاستعمال الجفث ما دام جيب المياه لم ينفجر . لأنه لا يمكن أن يحدث ضرر للأم أو الجنين وجيب المياه سليم . والأفضل في هذه الحالة أن تعطى المريضة حقنة مورفين ٠.٠٢ لتنام وعند قيامها نجد أن الطلق قد زادت شدته كثيراً . أما إذا تمددت القوهة إلى أربعة أحماس التمدد الكامل فالأفضل فجر الجيب بمسبر عقيم لأن صغر حجم الرحم بعد تصريف السائل يساعد على انكماش عضلاته ، واحتكاك الرأس بالعنق يبيح الانقباضات الرحمية . فإذا مضت أربع ساعات ولم تنه الولادة ، ورأينا أن الطلق ابتداءً يضعف تدريجاً تعطى المريضة حقنة بيتورين (١/٤ جرام) وتنتهز فرصة اشتداد الطلق الذي يتلوها عادة بعد عشر دقائق أو ربع ساعة ويوضع الجفث . ويجب تحضير الأدوات اللازمة لعمل زرق رحمى ساخن جداً والتحضيرات اللازمة لعمل سد رحمى إذا حدث نزف حمودى بعد الولادة .

(٢) تحشر الرأس في الحوض - في بعض الأحوال يكون الرأس كبيراً أو

تكون عظامه متصلة أكثر من العادة بسبب تأخر الولادة عن ميعادها العادي ، ومع ذلك يدخل الحوض ويتمدد العنق تماماً وينفجر الجيب ويتقدم الرأس حتى يصير على بعد أصبعين من العجان . ولكن بالنسبة لحجمه يتحشر في الحوض بحيث لا تؤثر عليه الانقباضات فلا يعود يندفع إلى الأسفل بتأثيرها . ومن ضغطه المستمر على الأنسجة الحوضية تتعطل الدورة فتتورم الأنسجة الرخوة للأم التي تكون في أسفل الرأس وترقق وتصير مؤلمة وتزداد حرارتها . ففي هذه الأحوال لو ترك الرأس طويلاً فإن الضغط المستمر على الأنسجة يفقدها حيويتها فتموت وتسقط فيما بعد فيختلف عن ذلك التواسير البولية . فهذه الأحوال تستدعي سرعة إخراج الرأس . فإن كانت ضربات قلب الجنين مسموعة ولم يكن الورم المهبل كبيراً ولا نبض الأم سريعاً جداً ولم تكن هيئتها تدل على انحطاط قواها فالأفضل تجربة الجفت . أما إذا كانت الانقباضات متصلة وكان النبض سريعاً جداً وظهر على المريضة القلق الزائد وكان الورم المهبل بالغاً والمهبل جافاً ومؤلماً ، وبعد التسمع الطويل على البطن لم تسمع ضربات قلب الجنين ، فلا داعي لإضاعة الوقت سدى في تجربة الجفت والأفضل عمل الثقب أو التفيت .

ووصول المريضة إلى هذه الحالة ينشأ دائماً من خطأ متولى عملية الولادة . ويُتدارك ذلك بتقدير حجم الرأس بالحس البطنى والمهبل وملاحظة حجم الجزء الموجود في الحوض والجزء الذى لم ينحشر ، وكذلك بمراقبة تأثير الطلق الشديد على تقدم الرأس . فإذا شخّصنا أن حجم الرأس كبير ووجدنا أن جزئه الأكبر دخل الحوض ولكن لم يعد للطلق تأثير عليه نعلم أن الوقت دنا لوضع الجفت وإخراج الجنين حياً . أما لو تركنا هذه الفرصة يمر حدثت الأضرار التي تستوجب التفيت .

(٣) الاندغام المييب للمشيبة - يوضع الجفت في الأحوال التي يكون

فيها الاندغام جانبياً أو حرفياً . ويشترط أن يكون العنق ممتدداً ثلاثة أرباع التمدد التام على الأقل وأن يكون الطلق موجوداً ولكن بدرجة لا تكفى لحدوث الولادة . أما لو كان الطلق قوياً فالأفضل ترك الحالة للطبيعة . أما لو كانت المشيبة مندغمة اندغاماً مركزيّاً ، أو كان جانب كبير منها مندغم في العنق فإن وضع

الجلفت وما يستتوجه من الجذب يحدث بمزقات بالغة في العنق ، وخير منه عمل التحويل القدي أو عمل عملية قيصرية .

(٤) سقوط الحبل السرى - عند متكررات الولادة إذا كان العنق ممتدداً إلى ثلاثة أرباعه ، وكان الرأس منحشراً ، ووجدنا بجانبه عروة من الحبل السرى ولم تقدر على ردها ، فالأفضل وضع الجلفت . أما إذا كانت المريضة بكربية أو كان المهبل ضيقاً والرأس لم ينحشر تماماً والعنق لم يتسع اتساعاً كافياً فالتوليد بالجلفت يأخذ وقتاً طويلاً يكون قد انضغط فيه الحبل للدرجة توقف دورته فيموت الجنين : وإذا أسرعنا في الجذب بالجلفت تتمزق أنسجة الأم . والأفضل في هذه الظروف عمل التحويل .

(٥) ضخامة الكتفين - في بعض الأحوال يتأخر خروج الرأس بسبب ضخامة الكتفين . وفي هذه الحالة يجذب الرأس بالجلفت . وفي خروج الرأس وهبطت الكتفان قليلاً يساعد على خروجهما اتباع الطريقة التي ستذكر عند الكلام على ضخامة الكتفين .

(٦) تأخر خروج الرأس بعد ولادة الجسم في الحيء بالمقعدة - إذا جربنا الطرق العادية ولم يخرج الرأس فالأفضل وضع الجلفت بعد رفع جسم الجنين على بطن أمه .

وفي كل الأحوال يجب قبل الالتجاء إلى وضع الجلفت أن نعيّن بالضبط السبب الذي أدى إلى طول الدور الثاني . وفي أكثر من ٩٠٪ من الأحوال نجد أن السبب هو :

(١) الخمود الرحمي .

(٢) الأوضاع المؤخرية الخلفية عند ما تتأخر الحدية المؤخرية عن الدوران إلى الأمام .

(٣) صلابة العجان عند بكريات الولادة المتقدمة في السن .

وفي ١٠٪ من الأحوال يكون السبب :

(١) ضيق الحوض . وفي هذه الأحوال يوضع الجلفت ليس بسبب الضيق ولكن بسبب نهوكة الأم بسبب طول الولادة .

(٢) كبير حجم الرأس .

(٣) انحراف وضع الرحم ، مثل ميله الشديد للأمام بسبب ارتخاء جدر البطن .

(٤) عدم دوران اللقن إلى الأمام في المجرى بالوجه في الوضع الأول والثاني .

وإذا كان الرأس قد دخل في الجزء السفلي للتجويف الحوضي ولم تتم الولادة فالغالب أن السبب خمود الرحم أو صلابة العجان . أما خمود الرحم فقد تكلمنا عنه وأما صلابة العجان فإما أن تعالج بوضع الجفت أو بعمل شقوق جانبية في الفرج وهو الأفضل . وفي أحوال قليلة يكون سبب حجز الرأس في تجويف الحوض ضيق المضيق السفلي . ويحدث ذلك في الحوض القمى .

أما إذا حجز الرأس في الجزء العلوي للتجويف وكان الطلق قوياً فإما أن يكون السبب أن الوضع مؤخرى خلقي ولم تدر الحدة المؤخرية إلى الأمام ، وإما أن يكون السبب عدم تناسب بين حجم الرأس والحوض . ففي الحالة الأولى لا تتكون حدة دموية كبيرة ويكون الرأس سهل الحركة ، وفي الحالة الثانية تتكون حدة دموية كبيرة على الجزء الآتي به الجنين ولا يسهل تحريك الرأس أي أنه يكون متحسراً . وعلى ذلك فإذا شاهدنا ازدياداً كبيراً في حجم الحدة الدموية يجب الالتفات إلى حجم الحوض . وفي أغلب هذه الأحوال لا يدعى الطبيب إلا بعد انفجار جيب المياه وتقدم الخاض بحيث يكون الرأس محسوراً في الجزء العلوي للحوض بدرجة تجعل قياس الحوض مستحيلاً . وفي هذه الحالة يمكن الاستدلال على مقدار عدم التناسب بين الرأس والحوض بملاحظة حجم الحدة الدموية ، ومقدار تراكب العظام بعضها فوق بعض . فإذا وجدنا أنه بالرغم من وجود تراكب شديد في العظام لا يزال الجزء الأكبر للرأس غير منحسر في الحوض فالغالب أن الولادة بالجفت لا تنجح . وإذا جربنا وضع الجفت وبعد الجذب مرتين أو ثلاث مرات وجدنا أن الرأس باق في مكانه فالأفضل عدم إضاعة الوقت سدى بل فلجأ إلى طرق أخرى مثل عملية قطع عظم العانة ، ولا يجوز الالتجاء إلى عمل التحويل بعد تجربة وضع الجفت إلا إذا كان عدم التناسب قليلاً وكان الحوض ضيقاً في قطره المقدم الخلق فقط ، وكان باقياً من السائل الأمنيوسي مقدار كبير ، لأنه إن لم يكن السائل موجوداً فالخوف من ممزق الرحم كبير . وإذا كان الضيق شديداً فلا فائدة من التحويل لأننا سنضطر حتماً إلى التفنت . وبدلاً من تفنت الرأس بسهولة قبل عمل التحويل فنضطر إلى تفنته بعد ولادة الجسم وهي عملية أصعب بكثير من الأولى .

شروط وضع الجفث - (١) يجب قبل وضع الجفث أن يكون جيب المياه قد انفجر وأن تكون الفوهة الظاهرة ممتدة تمهداً كافياً لخروج الرأس . لأنه إذا لم تكن الفوهة متسعة بحيث تقبل خروج الرأس بسهولة فإن وضع الجفث والجذب به يستلزمان تمزيق العنق . وبنى حدث تمزق في العنق مهما كان صغيراً فإن خروج الرأس وبقى الجسم يزيدان التمزق حتى إنه قد يشمل الشريان الرحمي ويؤدي إلى نزف قاتل . وهناك بعض أحوال نادرة جداً تقتضي وضع الجفث قبل تمدد العنق تماماً (نصف تمدد) . وفي هذه الحالة يُجذب الجفث بمنسب الرقة حتى يسمح للعنق بأن يتمدد تدريجياً . وربما طال زمن الجذب إلى ساعة أو أكثر .

(٢) يجب أن يكون الجنين آتياً بالقمة أو بالياض الخلقى . وإذا كان الجنين آتياً بالوجه يجب أن يكون اللقن قد دار إلى الأمام وعجز الطلق عن إتمام الولادة . أما في الحبيء بالحاجب فلا يجوز وضع الجفث إلا إذا انحسر الرأس ودارت الجبهة إلى الأمام ولم نستطع لإصلاح الحبيء .

(٣) أن يكون أكبر قطر للرأس قد دخل الحوض . لأننا إذا حاولنا تخليص الرأس بالجفث قبل أن يدخل أكبر قطر في المضيق العلوي نجد صعوبة كبرى في التخليص حتى لو استعملنا جفت الجذب المحوري وكان الحوض طبيعياً . لأننا عند ما ندفع الجفث إلى أعلى المضيق العلوي يغلب جداً أن يجذب الرأس في اتجاه مخالف لا تجاه محور المضيق العلوي فيضيع جزء كبير من قوة الجذب بلا فائدة . وذلك لأن الرأس يتدفع على العظم العائى وقت الجذب . ثم إنه كثيراً ما يحدث في الأحواض الضيقة أن ينحسر الرأس طبيعياً بواسطة عدم التزامن المقدم فهبط العظم الجدارى المقدم أولاً ويرتكز على العانة ثم ينزلق العظم الجدارى الخلقى ويتم انحسار الرأس في الحوض . فإذا اتفق أن وضعنا الجفث قبل تمام هذه الحركة يتعطل الانحسار لأننا سنجذب الرأس قبل انزلاق العظم الجدارى الخلقى .

(٤) أن تكون الانقباضات الرحمية حادثة بانتظام وبقوة تكفى لانكماش الرحم بعد الولادة وذلك اتقاءً لحدوث نزف مخودى بعد الولادة . ولكن هناك أحوالاً سبق الكلام عليها يستحسن فيها وضع الجفث بالرغم من وجود الحمود الرحمى .

(٥) أن تكون المثانة خالية من البول ، والمستقيم خالياً من المواد البرازية .

وهذا الشرط وإن كان موضوعاً في آخر الشروط ولكنه من أهمها حتى إن بعض المولدين ينصح بربط قنطرة في الجفث وقت تعقيمه حتى إذا رآها المولد لا ينسى قنطرة المريضة .

هيئة العلياء للعمية - تُقَطَّر المئات ويعمل للمريضة حفنة شرجية إذا كان قد أهمل إخلاء المستقيم من المواد البرازية . وتُحَلَق العانة والشفران ويُغسل الفرج جيداً بالفطن ومحلول اليوزول بعد سد الفوهة برفادة إسفنجية معقمة . ثم يُعْمَل زرق مهبل بالترين من محلول الليزول ويُنظف ثنياته وردوبه ، أو يدهن الفرج والمهبل والردوب المهبلية بمحلول البكريك الكحول بنسبة ٢,٥ ٪ وفي هذه الأثناء يكون قد تم تحضير الآلات وزوجين من الكفوف بتعقيمها جيداً بالإغلاء ثم بوضعها في محلول ليوزول ٠,١ ٪ إلى حين استعمالها .

تخدير المريضة - تبجح العلياء إلى أن يتم وضع الجفث . وعند البدء بالحدب يوقف إعطاء البنج إلا بمقادير صغيرة جداً عند الانقباض . لأن البنج يؤثر تأثيراً سيئاً على الطلق فيضعفه ، ويؤخر انكماش الرحم في الدور الثالث .

وضع العلياء وقت تركيب الجفث - تضجع المريضة على حرف السرير بالعرض ويكلف مساعداً بإمساك ساقيها وتبعيدهما . وإن لم يتيسر وجود مساعدين توضع الأقدام على كرسيين حتى يسهل تخفيض قابضة الجفث عند الحدب . وتغطى ساقيها بالفوط المعقمة . وتوضع فوطة معقمة فوق البطن وأخرى تحت الإليتين .

وضع الجفث يُبدأ بفحص المهبل أولاً وذلك بأن تُدخَّل فيه اليد كلها ما عدا الإبهام . ثم يبحث عن عنق الرحم للتأكد من انفتاح الفوهة تماماً . ثم يبحث عن التنداريز واليوافيج للتأكد من تشخيص الوضع . وإذا كانت الحدبة العموية كبيرة بحيث لا تسمح بالإحساس بالتنداريز يُبحث عن الأذن . فالجهة التي يوجد فيها تحديب الأذن هي الخلفية . فإذا وجدنا أن الحدبة المؤخرية متجهة إلى الوراء نمسك الرأس بيدنا ونديره إلى الأمام . فإذا لم يدرك الأمام براقب حدوث الدوران وقت الحدب بآلة الحدب المحوري لمساعدته قليلاً . وإذا وجدنا العنق غير متمدّد تمددنا

ثافياً نمدده بالأصبع . فإذا وجدنا جيب المياه لم ينفجر نتفجره بمسبر عقيم . ثم نبحث عن درجة انحشار الرأس فإن وجدناه في الجزء السفلي لتجويف الحوض نضع الجفت بغير آلة الجذب المحوري أما إذا كان الرأس في المضيق العلوي أو إذا لم يتعدّه إلا قليلاً فالحالة ليست من الأحوال التي يحسن فيها التوليد بالجفت إلا في بعض الظروف .

وتركيب الجفت طريقتان : في الأولى يوضع الجفت على القطر المستعرض للحوض بغير ملاحظة وضع الرأس . وفي الثانية يوضع على جانبي الرأس بحيث يكون القطر الأكبر للملقتين . (أي الواصل من مركز الملقتين إلى قابضة الجفت) مقابلاً للقطر فوق المؤخرى الذقني للرأس في الحياء بالقمة : وهذه الطريقة وإن كانت أدق من سابقها ولكنها أصعب . والمشاهد دائماً هو أننا إذا وضعنا الجفت على القطر المستعرض للحوض وكانت الحديدة المؤخرية لم تدر للأمام أي كان القطر المقدم الخلقى للرأس شاغلاً للقطر المنحرف للحوض فكثيراً ما نجد أن الجفت بعد تعشيقه يتزلق على الرأس بحيث يمسكه في قطره المستعرض . وأما إذا كانت الحديدة المؤخرية قد دارت إلى الأمام فإن الجفت الموضوع على القطر المستعرض للحوض يُمسك جانبي الرأس من أول الأمر فالفرق بين الطريقتين بسيط . وفوق ذلك فإنه إذا كان الحوض مفرطاً وكان القطر المقدم الخلقى للرأس شاغلاً للقطر المستعرض للحوض فإن وضع الجفت على القطر المستعرض للحوض يُمسك الرأس في قطره المقدم الخلقى ، وهذا أحسن وضع لمروره من المضيق العلوي .

طريقة تركيب الجفت - (١) تركيب جفت الجذب المحوري على القطر المستعرض للحوض يُمسك الفرع الأيسر للجفت باليد اليسرى كما يُمسك القلم . وتوضع أصابع اليد اليمنى في المهبل ما عدا الإبهام وتدفع إلى الأعلى جهة تغير العجز . ويبحث عن العنق فإن لم يحس به يكون قد ارتفع فوق الرأس . وإن وجدنا حافته نضع الأصابع بينها وبين الرأس اتقاء لوضع الجفت على العنق وتمزيقه وقت جذب الرأس . ثم يدخل الفرع الأيسر ويلاحظ عند إدخاله أن يبدأ بوضعه عمودياً على الفرع . ثم تُمالُ قابضته في اتجاه السرة ليُسمح للملقة بدخول المهبل . ثم تهدي الملقة على اليد التي في المهبل وتوجه أولاً إلى الوراء جهة تغير العجز ثم

إلى الأعلى إلى أن تنطبق على الرأس تماماً . ودفعتها إلى الأعلى يقتضى تخفيض القابضة إلى الأسفل والوراء حتى ترتكز على العجان . وقد يتفق في إدخال الملعقة أن يرتكز حرفها على فروة الرأس بشكل زاوية فتدفع جلد القروة أمامها . فإن حدث ذلك نُخْرِجَ قليلاً ثم ندخل ثانية . وقد يحدث أيضاً أن الملعقة لا تنطبق على الرأس فإن حدث ذلك يجب إخراجها ثم إعادة إدخالها . ولا يجوز استعمال أى شدة في إصلاح وضعها وإلا عرّضنا أنسجة الأم للتمزق . متى دخل الفرع تماماً تكون الملعقة في الجهة اليسرى للحوض والقابضة متجهة نحو الفخذ الأيمن للأُم ، ويكون فرع الجذب المحورى المركب عليها متديلاً إلى الأسفل . ثم يؤمر مساعد بإمساك القرع الذى أدخلناه . وإن لم يتيسر وجود مساعد يُسند القرع على ظهر اليد التى ستعمل لهداية النصف الأيمن للجفت . ثم يُمسك النصف الأيمن للجفت باليد اليمنى ويدخل كسابقه مهدياً على اليد اليسرى . ويجب أن يُرفَع فرع الجذب المحورى المتصل به إلى الأعلى وقت إدخاله لسهولة تركيب الجفت . متى دخل نصفاً الجفت يُخَفِّضُ فرعاً الجذب المحورى إلى الأسفل ويكلف أحد المساعدين بحفظهما في هذا الوضع حتى يتم التعشيق . وإذا كان نصفاً الجفت قد أدخلنا باعتناء لا نجد أى صعوبة في تعشيقهما . وإذا وجدت صعوبة فالأغلب أن الحذبة المؤخرية تكون متجهة إلى الوراء . وفي هذه الحالة يُخْرِجُ الجفت ويعاد تركيبه على القطر المنحرف . ولا تجوز الاستعانة بالقوة على تعشيق الجفت فإن ذلك يحدث تمزقات شديدة في الأجزاء الرخوة للأُم ويحدث ضرراً شديداً لرأس الجنين . متى تعشق الجفت ندخل أصبعاً في المهبل للتأكد من أن الجفت مركب على الرأس فقط وأن العنق خارجه . ثم نجذب الجفت باليد الأخرى لئلا نرى إذا كان ممسكاً الرأس جيداً . فإذا وجدنا بعد جذب الجفت أن ثلث الملعقة صار في أسفل الرأس وأنه يزيد بالجذب ، فهذا دليل على أن الجفت لم ينطبق على القطر الأكبر للرأس وأنه سيتزلق . والواجب في هذه الحالة أن نرفَع الجفت ونعيد تركيبه ثانية ، محترسين في هذه المرة أن ندفعه في الحوض إلى أعلى مما دفعناه في المرة الأولى . وإذا وجدنا بعد التعشيق أن قابضى الجفت تنطبقان بعضهما على بعض بغاية السهولة فلما أن يكون الرأس صغيراً جداً أو نكون قد أمسكناه في أصغر أقطاره . أما إذا وجدنا صعوبة في تقريبهما فالغالب أننا أمسكناه في أكبر أقطاره . وإذا كان

البعد بينهما كبيراً فالغالب أن الرأس كبير . أما إذا كان البعد كبيراً جداً فالغالب أنه يوجد استسقاء دماغي .

وبعد تعشيق الجفت تثبتت البرغى بدون إفراط في التضيق لكي لا يحدث ضغط على الرأس . وبعد ذلك توصل فرعى الجذب الواحد بالثاني وزكبت عليهما قابضة الجذب كما هو موضح في (شكل ٢٠٣) .

ملحوظة - لا يجوز إدخال نصف الجفت الأيمن قبل الأيسر لأن قفل التعشيق مصنوع بكيفية تستوجب أن يكون الفرع الأيسر فوق الأيمن .

جذب الرأس - تجب ملاحظة النقط الثلاث الآتية في استعمال جفت الجذب المهورى وهي :

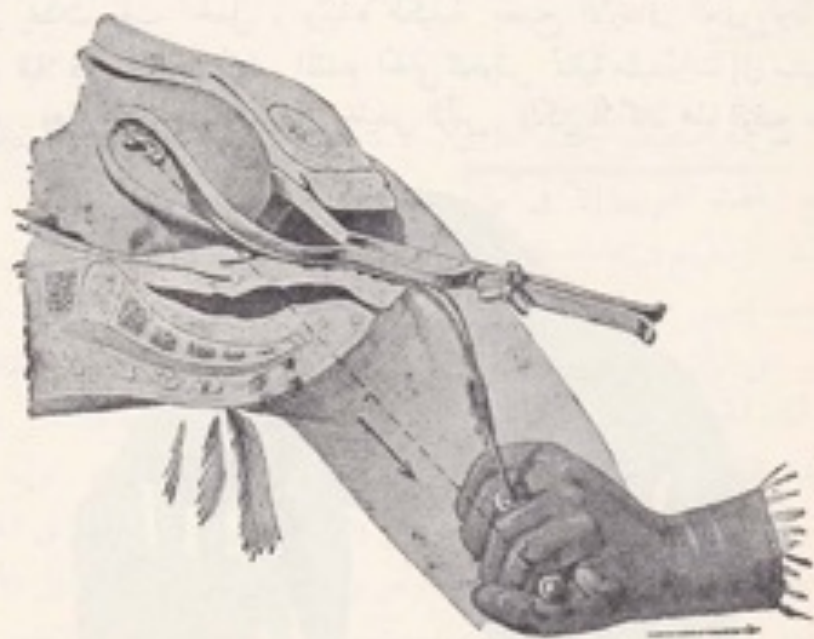
(١) أن يبقى الجزء العلوى لفرعى الجذب ملاصقاً للجزء السفلى للملعتين طول مدة الجذب لأن ذلك يدل على أننا نجذب في اتجاه محور الحوض .

(٢) أن يكون الجذب في برهة الانقباضات الرحمية فقط وأن يوقف في الفترة بين الانقباضات .

(٣) أن يُرغى البرغى (البريمة) في الوقت الذى لا نجذب فيه وذلك لمنع الضغط المستمر على الرأس .

اتجاه الجذب - (١) في الأحوال التى يكون فيها الرأس في الحوض نجذب أولاً إلى الأسفل ، متى هبط الرأس تتحرك مقابض التركيب من نفسها إلى الأمام فيجب حينئذ توجيه اتجاه الجذب إلى الأمام حتى تبقى فروع الجذب ملاصقة للملعتين . وإذا كان حجم الرأس واتساع الحوض طبيعيين فإن جذب الجفت بأصبعين يكتفى لإخراج الرأس في مدة وجيزة . وإذا دار الرأس في أثناء الجذب حتى صار القطر الموضوع عليه الجفت شاغلاً للقطر المقدم الخاقى للحوض يجب أن يرفع الجفت ويعاد تركيبه ثانية خوفاً من إحداث تمزقات في الفرج . متى وصل الرأس للفرج يُرفع الجفت ويولد الرأس كالعادة . وعند رفع الجفت يُرفع مقبض الجذب أولاً ثم يُرغى البرغى التثبيت وتفصل فروع الجذب بعضها من بعض وبعد ذلك تخرج نصفي الجفت مبتدئين بالأيمن .

(٢) إذا كان الرأس في الجزء العلوي لتجويف الحوض تعمل مقارنة دقيقة بين حجم الرأس واتساع الحوض ، لأنه إما أن يكون سبب تأخر نزول الرأس ضعف الطلق ، أو ضيق الحوض . وقبل وضع الجفت نلاحظ حجم الحدبة الدموية المصالية ، ودرجة تراكم العظام بعضها على بعض . ثم يُعيّن مقدار ما انحسر من الرأس وما بقي منه فوق المضيق العلوي بطريقة مولى التي ستذكر فيما بعد . فإن وجدنا أملاً في تخليص الرأس بالجفت وضعناه وإلا التجأنا إلى طرق أخرى . وفي أغلب الأحوال التي يكون فيها الرأس عالياً في الحوض يصعب على المبتدئ تركيب الجفت ويكثر انزلاقه . فإذا حدث ذلك تُدفع القروع إلى الأعلى وقت تركيبها وتطبق على الرأس جيداً ، وفي الأحوال التي يكون فيها المؤخر متجهاً إلى الوراء ولم نستطع إدارته إلى الأمام قبل وضع الجفت يكثر انزلاق الجفت .



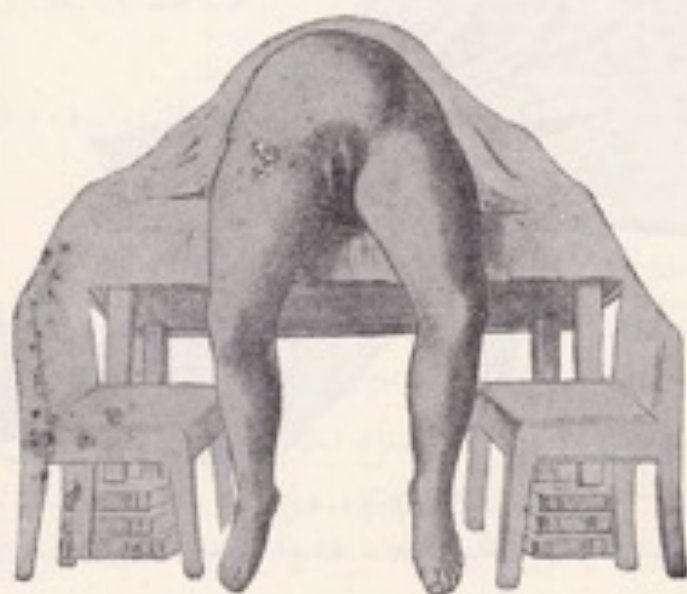
(شكل ٢٠٩) (ابدين)

جفت الجلب المحوري والمریضة في وضع وتر . وهو يبين الاتجاه الذي يجذب فيه الجفت

(٣) إذا كان الحوض ضيقاً وكان الضيق مقتصرًا على القطر المقدم الخلقى فالغالب أن الرأس يكون منحسراً في القطر المستعرض وفي هذه الحالة نضطر لوضع الجفت على القطر المقدم الخلقى للرأس . ووضع الجفت على هذا القطر يحدث ضرراً (٣٢)

لرأس الجنين لأنه يسبب استطالة في الأقطار العمودية للرأس ، ولكنه لا يحدث استطالة في القطر الجدارى جدارى . ولذلك فإن الولادة لا تتعطل ولكن يتعرض الجنين لبعض الخطر من حدوث الإسفكسيا . وليس من الصواب محاولة إمساك الرأس في أى قطر آخر لأن ذلك يجعل جذبه عسراً جداً .

وما يساعد على تخليص الرأس في الحوض الضيق أن تولد الرأس والمريضة مضجعة في وضع ونحر (شكل ٢١٠) . وفى هذا الوضع تضجع المريضة على ظهرها بحيث ترتكز أليتها على حرف السرير مرفوعة على محدة صلبة . ويجب أن يكون السرير مرتفعاً لدرجة تكفى لتدلى الأطراف السفلى بحيث لا تلامس القدمان الأرض . وتولية القدمين بهذه الكيفية يجذب الجزء من الحوض المكون من الحرقفتين (العظمين اللذين لا اسم لهما) إلى الأسفل بقدر ما يسمح لين الارتفاقات العجزية الحرقفية الذى يحدث وقت الحمل . وبهذه الكيفية يصبح الارتفاق العانى أوطأ مما كان قبلاً فيزيد طول القطر المقدم الخلقى للحوض ثمانية مليمترات إلى سنتيمتر وربع . وهذا الاتساع يساعد على تخليص الرأس . ولكن لما كان هذا الوضع متعباً



(شكل ٢١٠) وضع ونحر (نوبى)

جداً للمريضة فالواجب أن يوضع كرسيان بجانبها لتسند قدميها في الفترة بين الطلق . أما وقت الطلق فترفع الكراسى ، ويبدأ يجذب الحقت . وبالنسبة لتغيير محور

المضيق العلوي يجب أن يجلس المولود على محدة على الأرض ، ويجذب إلى الوراء .
 ومتى زال الطلق يوقف الجذب وتضع المريضة قدمها على الكرسي ، وهكذا دواليك
 إلى أن يدخل الرأس الحوض فترجع المريضة إلى الوضع الظهري الأول ، ويؤمر
 مساعدان بإمسك الأطراف السفلى ، وتم الولادة كالعادة . وفي الغالب أن الرأس
 في الأحوال التي لم يستطع فيها تدويره إلى الأمام يدور إلى الأمام متى دخل الحوض ،
 فإذا حدث ذلك يرفع الجفت ويركب ثانية خوفاً من إخراج الرأس في وضع منحرف
 أما في الضيق العموي للحوض فإن وضع ولحرا لا يساعد كثيراً لأن الأقطار جميعها
 ضيقة . وفي الحوض القمعي تكون الصعوبة في خروج الرأس في المضيق السفلي لا
 في العلوي . وفي هذه الحالة يجتال على توسيعه بأن توضع تحت إلتيتي المريضة محدة
 مرتفعة أو اثنتان ، أو تؤمر المريضة بالنوم على جانبها الأيسر (وضع سمز) في
 وقت الجذب .

طريقة استعمال الجفت العادي - لا تختلف طريقة وضع الجفت العادي عن
 وضع الجفت المحوري إلا في أنها أبسط منها جداً لعدم وجود فروع جذب تعيق
 المولود . ويتبع في إدخاله نفس الشروط والاحتياطات التي ذكرت قبلاً . وفي أثناء
 الجذب يحترس من الضغط الشديد على قابضتي الجفت خوفاً من إحداث ضغط
 مضر على الرأس . ويجب أن نفصح بين قابضتي الجفت في الفترة بين الطلقات ،
 وفي أثناء الجذب تستعمل يد واحدة فقط . أما في الأحوال الصعبة فتستعمل اليدين
 واحدة بلجذب المقابض إلى الأسفل والأخرى بلجذب القفل إلى الوراء . وإذا كان
 الرأس عالياً في الحوض يجذب إلى الأسفل والوراء . ومتى دخل الرأس في الحوض
 يجذب إلى الأسفل فقط . ومتى هبط الرأس واقرب من الفرج يجذب إلى الأسفل
 والأمام . وفي برهة خروجه من الفرج يجذب إلى الأمام فقط . ومتى تخلص جزء
 من الرأس يرفع الجفت لأن وجوده يسبب اتساعاً في الفوهة أكبر مما لو تخلص
 الرأس وحده ، وربما حدث تمزق في العجان أو في جهة البظر من ضغط نصله .

في الميئات المؤخرية الخلفية - في الأحوال التي لا يستطاع فيها إدارة المؤخر
 إلى الأمام حتى تحت تأثير مخدر قد يضطر الطبيب لوضع الجفت والحلبة
 المؤخرية متجهة إلى الوراء ، وفي هذه الأحوال يكون تخلص الرأس متعباً جداً

ويستوجب جذباً شديداً وكثيراً ما ينزلق الجفت . وإذا دار الرأس في أثناء التخليص يُرفع الجفت ويركّب ثانياً . وإذا لم يدُرْ تجب ملاحظة جذب الرأس إلى الأمام وقت خروجه إلى أن تخرج الحذبة المؤخرية من العجان ثم تشرك الحالة للطبيعة حتى ينزلق الوجه .



(شكل ٢١٢) إدخال الملعقة الثانية للجفت العادي



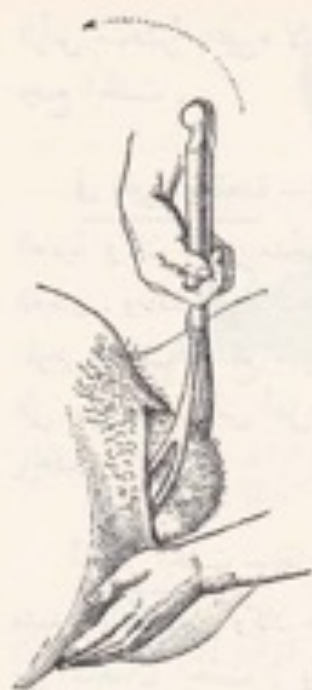
(شكل ٢١١) إدخال الملعقة الأولى للجفت العادي



(شكل ٢١٣) المشيق

في المشيء بالوجه -

لا يوضع الجفت إلا إذا طالت مدة الولادة وأصبح الجنين في خطر ، أو إذا حدث خمود رحمي ، ويشترط في وضعه أن يكون الذقن قد دار إلى الأمام . أما إذا لم يدُرْ الذقن ولم تُفْلَح في إدارته فمن الجائز تجربة وضع الجفت قبل عمل التفتيت ولو أنه غالباً ما يموت الجنين



(شكل ٢١٤) جنب الرأس إلى أسفل

من ضغط الجففت على حنجرته .

في الجبء بالخاجب - لا يجوز في الجبء
 بالخاجب أن يوضع الجففت لأنه كثيراً ما يتحول
 إلى جبء بالقمة أو بالوجه وإن لم يتحول
 يجب أن يحاول المولّد تحويله فإذا لم ينجح وكان

(شكل ٢١٥) جنب الرأس إلى الأمام



(شكل ٢١٦)

وضع الجففت على الرأس عند صعوبة تخليصه
 في الجبء باللقطة . النجم بين اتجاه الجذب
 (٥٦ ل)

الرأس منحسراً والنجىء لا يزال بالحاجب ودارت الجبهة إلى الأمام فن الجائز تجربة وضع الجففت .

في النجىء بالمقعدة - إذا لم يسهل لإخراج رأس الجنين في النجىء بالمقعدة بالطرق العادية وكان المؤخر متجهاً إلى الأمام يرفع الجنين على بطن أمه ويوضع الجففت العادية . وعادة يكون التخليص سهلاً إلا إذا كان الرأس منبسطاً . أما إذا كان المؤخر للخلف فيُدفع الجنين إلى الوراء ويوضع الجففت أمام جسمه . وفي الأحوال التي يبقى فيها الرأس أعلى المضيق العلوى بعد ولادة الجسم يصعب جداً تخليصه بالجففت .

أخطار الجففت - إذا اتخذت الاحتياطات الواقية في التطهير ، وكان العنق ممتدداً بالكفاية ، وكان حجم الرأس واتساع الحوض طبيعيين ، فلا خطر مطلقاً من استعمال الجففت . ولكن إذا أُهملت الاحتياطات التي ذكرناها فقد ينشأ عن وضع الجففت مضار كثيرة للأم وللجنين أما المضار التي يمكن أن تحدث للأم فهي :

(١) تمزق الرحم والعنق - أما تمزقات العنق فنشأ من استعمال الجففت قبل تمام اتساع القوذة الفاهرة . وتمزقات المهبل تنشأ من انزلاق الجففت ومن الجذب السريع خصوصاً عند البكرات ، ومن عدم تغيير وضع الجففت إذا تم دوران الرأس للأمام في الأوضاع المؤخرية الخلفية .



(شكل ٢١٨)

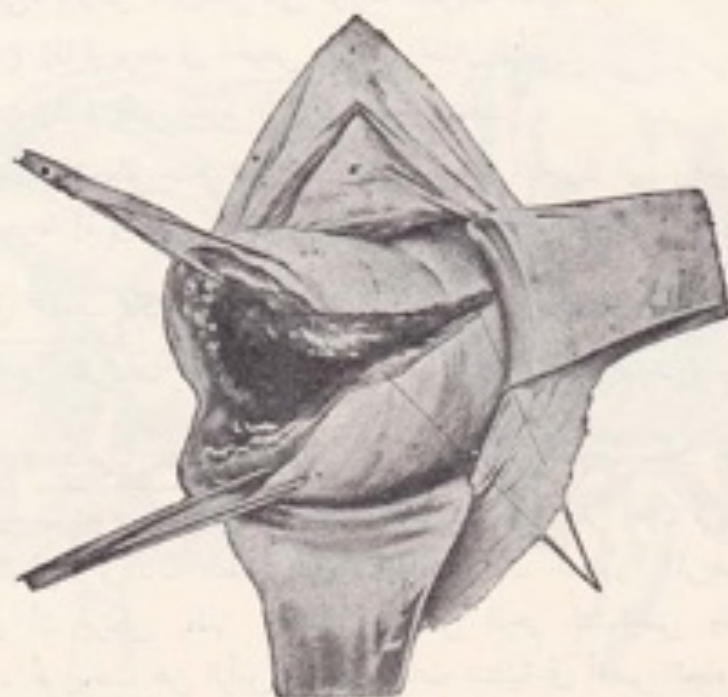
(شكل ٢١٧)

يوضح إمكانية كيفية تمزيق الأعصاب
عنه منشأها بالضغط الشديد بالجففت
يوضح كيفية تمزيق الأعصاب
عنه منشأها والحبل الشوكي بجذب الأكتاف
(الإصابة التي تحدث من الجذب الشديد هي الشلل المسمى بشلل أرب)



(شكل ٢١٩) رسم صوري يوضح الأنسجة التي تصاب عند استعمال شدة في تخليص الرأس (عقلى)
 ١ - العضلة الأوعية الوسطى Scalenus Anticus ٢ - العضلة الأوعية المقدمة
 ٣ - العضلة الأوعية الخلفية

(٢) حدوث نزف بعد الولادة - يكثر حدوث النزف إذا أُخرج الجنين بسرعة زائدة أو إذا لم يوجد طلق وقت التخليص .



(شكل ٢٢٠) تمزق العنق بعد الولادة بسبب وضع الجنين قبل تمدد العنق

أما المضار التي قد تحدث للجنين فهي :

- (١) كسر عظم من عظام الجمجمة ، وحدوث أذفة في تجويفها ، فبتشاً عن ذلك إسفكسيا تنهى غالباً بوفاة الجنين .
- (٢) شلل العصب الوجهي (شلل بل) .
- (٣) حدوث تجمع دموي بين عظم من عظام القبة وسمحاقه .

التحويل

هو عملية الغرض منها تغيير محيىء مستعرض إلى محيىء بالرأس أو المقعدة ، أو تحويل المحيىء بالرأس إلى محيىء بالمقعدة أو بالعكس ، وهو على نوعين :

- (١) التحويل الرأسي .
- (٢) التحويل المقعدي .

(١) التحويل الرأسي - ويقصد به تغيير المحيىء الذي يكون الجنين آتياً به إلى محيىء بالرأس . ويفعل متى توفرت الشروط الآتية :

- (١) إذا لم يوجد في الحوض ما يمنع انحسار الرأس .
- (٢) إذا لم يكن الجزء الآتي به الجنين منحسراً .

وتجب ملاحظة عدم عمل التحويل الرأسي في الأحوال التي يرغب فيها إنهاء الولادة بسرعة إذ في هذه الأحوال يفضل عمل التحويل القدي .

طرق عمله - يمكن عمل التحويل الرأسي بإحدى طريقتين :

- (١) بالحركات الخارجية .
- (ب) بالحركات الداخلية والخارجية .

(١) التحويل الرأسي الخارجي - يشترط لنجاحه أن تكون جدر البطن مرتخية وجيب المياه سليماً ، وأن لا يكون الطلق شديداً وتواتراً . فإن لم يتوفر ارتخاء جدر البطن أو كان الطلق متواتراً فالواجب أن نخدر المريضة تخديراً تاماً إلى أن يرتخي بطنها وعندئذ يفحص الرحم لتشخيص وضع محيىء الجنين ، ثم يبحث عن الرأس ويدفع دفعات متتالية في أقصر اتجاه يوصله إلى المضيق العلوي . وفي الوقت نفسه تدفع المقعدة إلى الجهة المقابلة . ومتى وصل الرأس

إلى المضيق العاوى يجب أن يوفق بين أقطار جذع الجنين ، وأقطار الرحم الطولية وإلا عاد الجنين إلى وضعه المغيب . ثم يحاول بعد ذلك حشر الرأس في الخوض ، ثم الضغط على قاع الرحم حتى ينثنى ويأخذ الوضع الطبيعى . فإذا وجدنا بعد عمل ذلك أن الفتحة الظاهرة ممتددة تمهداً كافياً نمزق جيب المياه ونحفظ الرأس في وضعه الحديد بوضع محرمتين سميكتين مطويتين بعضهما على بعض واحدة عن يمين الرحم والأخرى عن يساره ، ثم يربط البطن برباط متين . ومن المهم ملاحظة عدم عمل التحويل الرأسى قبل بدء الولادة خوفاً من عودة الجنين إلى وضعه القديم . وما يساعد كثيراً على عمل التحويل أن يُعْمَل والمریضة في وضع ترنديلنبرج خصوصاً لو كان الوضع مستعرضاً ولم يبدأ الخاض ، أو لو كانت الولادة بكرية وكان الطوىء بالمقعدة وأريد تحويله إلى مجيء بالرأس قبل الخاض .

(ب) التحويل الرأسى المزدوج — يفعل التحويل المزدوج إما قبل تمزق جيب المياه أو بعد تمزقه مباشرة . وطريقة عماله هي أن يُدخَلَ المقدار الكافى من اليد إلى داخل المهبل ويدفع الجزء الآتى به الجنين إلى أعلى المضيق العاوى في



(شكل ٢٢٢)

المرحلة الثانية في التحويل المزدوج (جلابين)



(شكل ٢٢١)

بدء التحويل القدى المزدوج (جلابين)

الجهة المقابلة للجهة التي بها الرأس . فإذا كان الرأس في الجهة اليمنى للأمام تستعمل اليد اليسرى والعكس بالعكس . أما اليد الأخرى فيضغط بهل على الرأس من الخارج مثل ما يفعل في التحويل الخارجي .

(٢) التحويل المقعدى - هو عملية الغرض منها تحويل المهيء الأصيل إلى نوع من أنواع المهيء بالمقعدة وبالأخص المهيء بالقدم .

دلالات عمله - يفعل التحويل المقعدى في الأحوال الآتية : -

(١) في الأحوال المعيبة للمهيء بالرأس مثل المهيء بالوجه والحاجب ، وفي عدم التزامن الحلقى .

(٢) في بعض أحوال سقوط الحبل السرى .

(٣) في أغلب أحوال الاندغام المعيب للمشيمة .

(٤) في بعض أحوال ضيق الحوض ، وهى الحوض المفرطح إذا لم يكن الضيق كبيراً .

(٥) في المهيء المستعرض الذى لم يمكن فيه عمل التحويل الراسى .

طرق عمله - لعمله ثلاث طرق :

(١) بالحركات الخارجية فقط إذا لم يرد إنزال قدم .

(٢) بالحركات الخارجية والباطنية المزدوجة .

(٣) بالحركات الباطنية .

(١) التحويل المقعدى الخارجى - يشترط لتجاوزه ارتخاء جدر البطن وسلامة

جيب المياه وعدم انحشار الجزء الأتى به الجنين . ويفعل بنفس الطريقة التي يفعل بها التحويل الراسى إنما تُدفع المقعدة إلى المضيق العلوى ويدفع الرأس إلى الجهة المقابلة .

(٢) التحويل القدمى المزدوج - ويفعل على الأخص في الاندغام المعيب

للمشيمة . ويشترط لعمله أن تكون جدر البطن مرئخية والأغشية سليمة والجزء



(شكل ٢٢٤)
التحويل القدي المزروع . إمساك القدم



(شكل ٢٢٣)
المرحلة الثالثة في التحويل القدي المزروع (جلايين)



(شكل ٢٢٦)
إزالة القدم إلى المهبل ودفع الرأس للقاع
(جلايين)



(شكل ٢٢٥)
التحويل المزروع
إمساك القدم ودفع الرأس إلى القاع (جلايين)

الآتي به الجنين غير منحشر والقوهة الظاهرة متمددة إلى حد أن تقبل دخول أصبعين على الأقل . ويجب في هذه الأحوال التخدير بالكلوروفورم لأنه إذا حرقت المريضة فقد يسقط الحبل السرى . متى تخدرت المريضة توضع على حافة السرير بالعرض ثم يشخص وضع الجنين ويُحوَّل بالحركات الخارجية إلى محى مستعرض . ويجب في تحويل الجنين ملاحظة أن ظهره يكون موجهاً لفاع الرحم وبطنه موجهاً للمضيق العلوى . فإذا فعانا ذلك نجد القدم قريبة من القوهة الباطنة . وبعد ذلك ندخل اليد كلها في المهبل ونمزق الأغشية وباليد الأخرى نضغط المقعدة إلى الأسفل حتى تتمكن اليد التي في المهبل من إمساك قدم وإخراجها من المهبل . وهذا العمل سهل جداً إذا كانت القوهة متمددة تمدداً كافياً . ولكن في بعض الأحوال قد تكون القوهة متمددة تمديداً يسمح بقبول أصبعين أو بمرور قدم فقط ، ولكن لا تسمح بمرور أصبعين وقدام معاً . ففي هذه الأحوال يُدخَّل أصبعان إلى الرحم وتُمسك القدم وتجذب إلى الأسفل بحيث تكون أصابعها على القوهة الباطنة . بعد ذلك يُخرَج الأصبعان من الرحم ويدفع العنق فوق القدم ، وفي الوقت نفسه تُضغط المقعدة إلى الأسفل باليد التي على البطن . ومتى نزل نصف القدم بهذه الكيفية إلى المهبل يُمسك ويجذب إلى الأسفل . ومن السهل أيضاً إمساك القدم بجفت ذى مشبكين يدخل مهدياً على اليد التي في المهبل . وأخيراً ندفع الرأس في اتجاه الفاع باليد التي من الخارج .

(٣) التحويل القدمى الباطنى - ويفعل إذا توفرت الشروط الآتية :

- (١) إذا كانت القوهة الظاهرة متمددة بحيث تقبل دخول اليد كلها إلى الرحم .
- (٢) إذا لم يكن الجزء الآتى به الجنين منحشراً للدرجة لا تسمح بدفعه إلى الأعلى .
- (٣) إذا لم يكن ثمت مانع لعمل التحويل .

ومعظم الأحوال التي يفعل فيها هذا النوع من التحويل هي أحوال الخبيء بالكتف المهمل . وطريقة عمله هي أن تضجع الوالدة على ظهرها . ثم يشخص وضع الجنين بالضبط ، ثم تقشطر المثانة وتظهر الأعضاء التناسلية للوالدة . فإذا

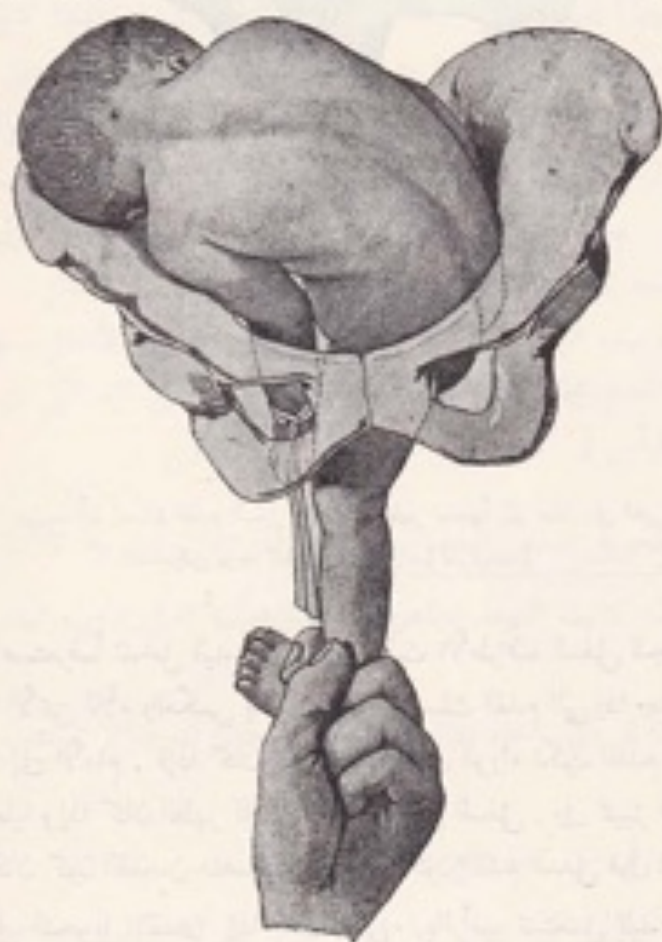


(شكل ٢٢٧)

يوضح أن إمسك القدم السفلى إذا كان الظهر متجهاً إلى خلف في المجرى
المستعرض يوجه الظهر إلى الوراء (فاراليف)

كان المجرى مستعرضاً تدخل اليد اليمنى إذا كانت الأطراف السفلى للجنين متجهة
نحو الجانب الأيمن للأُم والعكس بالعكس . ثم تمسك القدم التي إذا جذبتها يتجه
ظهر الجنين إلى الأمام . فإذا كان ظهر الجنين إلى الوراء تكون القدم التي تمسك
هي القدم العليا وإذا كان الظهر للأمام تمسك القدم السفلى . وفي تمييز القدم يجب
ملاحظة إمكان كون القدمين متصلبتين بحيث تكون القدم السفلى فوق العليا .
وفي عمل التحويل القدي إذا كان المجرى بالرأس تستعمل اليد اليمنى دائماً
بغض النظر عن وضع الجنين إلا إذا كانت الأطراف متجهة إلى الأمام ونحو
الجهة اليمنى للأُم ففي هذه الأحوال تفضل اليد اليسرى .

ومنى أدخلت اليد في الرحم تُمسك بها القدم التي تصادفها أولاً إذا كان
 المهبىء بالرأس ، أو القدم التي يجذبها يتجه ظهر الجنين إلى الأمام إذا كان المهبىء
 مستعرضاً ثم تجذب إلى الأسفل . فهذه الكيفية يصير رأس الجنين ومقعده في الجزء
 السفلى للرحم فلا يبقى علينا إلا أن ندفع الرأس إلى قاع الرحم ويجذب القدم إلى
 الأسفل حتى تخرج من المهبل . وهذا العمل يكون في بعض الأحيان سهلاً
 جداً أو قد يكون في غاية الصعوبة بحسب درجة انقباض الرحم على الجنين . وفي
 الأحوال التي لا يمكننا فيها أن ندفع الرأس إلى قاع الرحم نبحث عن القدم الثانية
 ويجذب القدمين معاً . فإن لم يفد ذلك في صعود الرأس إلى القاع نضع رباطاً على



(شكل ٢٢٨) يوضح أن إمساك القدم السفلى إذا كان الظهر
 متجهاً إلى الأمام في المهبىء المستعرض يوجه ظهر الجنين للأمام

إحدى القدمين أو عليهما معاً وتكلف أحد المساعدتين بمجذبهما ثم تضغط المقعدة بإحدى اليدين بطنياً ونضع اليد الأخرى في المهبل وندفع بها الرأس خارج الحوض الكاذب . فإذا لم تفلح هذه الطرق يجب تقطيع الجنين إذ استحبل ولادته وهو في هذا الوضع .

وفي الأحوال التي تكون فيها إحدى الذراعين ساقطة في المهبل يوضع رباط على هذه الذراع خوفاً من انبساطها أعلى الرأس في أثناء ولادة الجنين . وبخلاف ذلك لا يهتم بشأنها لأنه متى نزلت القدم ترتفع الذراع من نفسها وتشفى الولادة كالعادة .

يتضح لنا من الوصف السابق أن التحويل الباطني هو في الحقيقة تحويل مزدوج لأننا في عمله نضع يداً في المهبل والأخرى على جدر البطن من الخارج ولكنه يختلف عن التحويل المزدوج في أن اليد تُدخّل كلها داخل الرحم في التحويل الباطني ، أما في التحويل المزدوج فيُدخّل أصبعان فقط .

صعوبات التحويل الباطني — توجد ثلاث صعوبات في عمل التحويل الباطني

وهي :-

- (١) أننا لا نكون شخصنا الوضع بالتدقيق في أول العمل .
- (٢) أن القوه الظاهرة لا تكون ممتدة ممدداً كافياً فنضبط لتديدها صناعياً
- (٣) أن اليد تدخّل الرحم خارج الأغشية أي بينها وبين جدر الرحم .

موانع عمل التحويل — لا يجوز عمل التحويل القلبي في الأحوال الآتية :-

- (١) إذا كان الطلق شديداً لدرجة جعلت جزءاً كبيراً من الجنين يتخلص ذاتياً ، لأننا نضطر في أثناء عمل التحويل إلى إدخال الجزء الذي تخلص فنجد ذلك مستحيلاً بسبب انقباض الرحم .
- (٢) إذا وضح أن ولادة الجنين لا تتم إلا إذا قُطع حتى بعد عمل التحويل بسبب ضيق الحوض مثلاً .
- (٣) إذا كان جيب المياه ممزق من مدة طويلة وارتفعت حلقة الانكماش إلى أعلى العانة بستة سنتيمترات .

أخطار التحويل - أهمها (١) التعفن - واتفاؤه يقتضى ليس فقط تطهير
 يدي المولود تطهيراً دقيقاً بل تطهير الفرج والذراع الساقطة والمهبل . والأفضل بعد
 تطهير الذراع أن تُدْفَقَ بفقوة عقيمة خشبية أن تلامسها اليد التي ستدخل الرحم .
 و (٢) تمزق الرحم - ويحدث في الغالب إذا حاولنا عمل التحويل بعد تصريف
 السائل الأمنيوسي وعلى الأخص لو كان الرحم متقبضاً انقباضاً تشنجياً . و (٣) أن
 نبدأ التحويل وبعد إنزال قدم لا نستطيع إتمام العملية بسبب تشنج الرحم . وما
 يساعد على إتمام العمل في هذه الظروف أن تُرْبَطَ القدم بشريط من شاش اليودفورم
 ويكلف أحد المساعدين بجلبها وفي نفس الوقت يضع المولود إحدى يديه في الرحم
 لدفع الرأس إلى الأعلى وباليد الأخرى يساعد دفع المقعدة إلى خارج الحوض
 بطناً . و (٤) أنه في أثناء تخليص الجسم تيسط الذراعان فتعيقان التخليص ،
 أو تظهر صعوبة في تخليص الرأس فيموت الجنين ، وقد سبق الكلام على علاج
 ذلك .

موانع ولادة المقعدة

يطلق هذا الاصطلاح على الأحوال الآتية :

- (١) الحالة التي لا يمكن فيها للمقعدة أن تتجاوز المضيق العلوى للحوض .
- (٢) الحالة التي تنحسر فيها المقعدة في الحوض بحيث لا تستطيع التقدم .

الأسباب - يحدث ذلك إما من ضيق الحوض أو من كبر حجم المقعدة ،
 أو من عجز المقعدة ذات الحجم الطبيعي عن عمل حركة الدوران .

التشخيص - يتم عمل التشخيص متى رأينا أن المقعدة لم تنحسر أو أنها
 انحسرت في الحوض ولم يتقدم الانحسار بالرغم من وجود طلق قوى .

المعالجة - إذا تأخرت المقعدة عن الانحسار ولم يُفِيدَ الضغط على القاع في
 جعلها تنحسر تُخَلِّصُ قدمٌ أولاً وتُجَنَّبُ . ولعمل ذلك تضجع الوالدة على حافة
 السرير بالعرض وتُدْخَلُ يديها في المهبل ويزلق أصبعان منها في الرحم على الفخذ

المقدم للعلفل . فإذا كانت الركبتان متشبتين نجد القدم بالقرب من الإلية . أما إذا كانتا منبسطتين فنزلت الأصابع حتى تصل إلى الركبة ثم يضغط على السطح المقدم لساق عند أسفل الركبة بقليل فتنتهي الساق على القخذ فيسهل بعد ذلك العثور على القدم . وفائدة تخليص أحد الطرفين السفليين بهذه الكيفية هو لإنقاص حجم المقعدة ومساعدة تخليصها بحذبه .

فإذا وجدنا أننا لا نستطيع الوصول إلى القدم بسبب انحسار المقعدة نكتفي بجذب الأربية . ولعمل ذلك ينزلت أصبعان في ثنية الأربية المقعدة أحدهما فوق الآخر ، ثم يجذب في اتجاه محور الحوض ، وفي الوقت نفسه تُساعد المقعدة على عمل الدوران وتنبهت المقعدة قليلا يسهل الوصول للأربية الخلفية فيزلق أصبعان في ثنيها ثم تُجذب هي والثنية المقعدة بالتناوب . ويمكن مساعدة الأصابع التي في الأربية على الجذب بأن يُقبض على رصع اليد الحاذبة باليد الأخرى . فإذا لم تنجح الطرق السابقة نجهد في تمرير شريط من شاش البودوفورم حول الأربية المقعدة . ولعمل ذلك يؤتى بقشطرة صمغ مرن نمرة ١٠ أو ١٢ داخلها سلك من الحديد . ثم يُدخل في الفتحة الحاذبية للقشطرة عمود من الحرير العقيم ويُدخل السلك من الثقب الاعتيادي



(شكل ٢٢٩)

طريقة جذب المقعدة بوضع شريط حول ثنية الأربية (توبيس)

للقنطرة إلى أن يصل للعروة الحرير فيمر في وسطها . ثم تُحنى قمة القنطرة على هيئة ثلث دائرة . ثم تزلق القنطرة إلى الأعلى على الجدار المقدم للمهبل حتى يمكن لطرفها أن يثبت في داخل أربية الجنين . ثم تدفع القنطرة إلى الأعلى فمن انحناه قممها محر ما بين فخذي الجنين . فتمتئ ثم ذلك يسهل الوصول إلى العروة الحريرية التي في فتحة القنطرة بإدخال أصبعين بين فخذيه . ومتى أمسكنا عروة الحرير نخرج القنطرة ثم نربط شريطاً طويلاً من شاش اليردوفورم في الخيط الحريري ثم نجذب الطرف الخارجي للحرير فيتبعه شريط الشاش ويحيط بأربية الجنين كما يرمى في (شكل ٢٢٩) . ثم يُجذب شريط الشاش في وقت الطلق في اتجاه محور الحوض فتتخلص المقعدة . ومن المهم ملاحظة تمرير شريط الشاش فوق الأربية لا فوق الفخذ خوفاً من كسر عظم الفخذ في أثناء الجذب . أما إذا كان الجنين ميتاً فيوضع المفتت على المقعدة ويجذب به .



الفصل الرابع والعشرون

ثقب الجمجمة وتقطيع الجنين

ثقب الجمجمة

يطلق ثقب الجمجمة على كل العمليات التي تفعل لتصغير حجم رأس الجنين.

الدلالات - لما كانت هذه العمليات تمت الجنين حتماً فهي لا تُفعل على الأجنة الحية إلا في الضرورة القصوى . وقد كانت عملية التفتيت شائعة شيوعاً كبيراً إلى زمن قريب . والسبب في ذلك أن المولود كثيراً ما كان يلجأ إلى استعمال الخفّ من غير أن تتوفر شروطه وعلى الأخص قبل أن ينحشر أكبر قطر للرأس في الحوض . ففي بعض الأحوال كان حُسْن الحظ يساعد على حشر الرأس فتنتهي الولادة بسلام ولكن في معظم الأحوال كان الرأس لا ينحشر مع مداومة الجذب بالخفّ بشدة فيضطر المولود إلى تفتيت الرأس . ولو أنه انتظر إلى أن ينحشر الرأس لتجا الطفل . ولكن المولودين الآن يقيسون الحوض قبل الولادة ولا يُقتدرون على وضع الخفّ إلا إذا توفرت شروطه ولهذا قلّت عمليات التفتيت كثيراً . أما الأداة على وجوب عمل التفتيت فهي :

(١) إذا كان الجنين ميتاً وكان في تخليصه بدون تصغير الرأس خطر على

الأم .

(٢) إذا لم يمكن تخليص الجنين حياً أو إذا كان في تخليصه حياً خطر

على الأم .

(٣) إذا لم يمكن تخليص الجنين إلا بالعملية القيصرية ورفضت الأم

الرضوخ للعملية .

الآلات - يلزم تحضير الآلات الآتية :

ثاقب سمسون (انظر شكل ٢٣٠) ، مفتت وتر أو أوفار ، قشطرة بوزمن كبيرة الحجم .

الشروط - يشترط لعمل هذه العمليات توفر الشروط الآتية وهي :

- (١) لا يكون طول القطر المقدم الخلقى أقل من ٥,٥ سنتيمترات ، إذ أن جذب الرأس مهما صغر حجمه من حوض قطره أقصر من ٥,٥ سنتيمترات يعرض الأم لأخطار جمة .
- (٢) أن تكون الفوهة الظاهرة ممتددة ممدداً كافياً .

الطرق - تعمل هذه العملية في أربعة أزمنة :

- (١) الثقب . (٢) إخراج المخ . (٣) التصغير . (٤) الجذب والتخليص .
ولعملها تضجع الولدة على حافة السرير بالعرض بعد تبيجها . ثم يشخص وضع وجه الجنين بالدقة وتظهر أعضاء التناسل تظهراً دقيقاً . وتنعقم جميع الآلات وتلاحظ أدق شروط التعقيم ، وذلك لأن التفتت يُعمل عادة بعد استعمال الجفت ومحاولة التوليد بطرق تقتضى مداخلات يدوية تُضعف حيوية الأنسجة وقوة الأم على المقاومة .



(شكل ٢٣١) *
مفتت وأجاذب المزوج (وتر)

(شكل ٢٣٠)

ثاقب سمسون

- (١) الثقب - إذا اضطررنا لثقب الرأس بعد الفشل في تخليصه بالجفت فالأفضل أن نثقب الجمجمة قبل إخراج الجفت . أما في الأحوال التي لا يكون فيها الرأس منحشراً ولا مُبْتَنّاً بالجفت فيجب تكليف أحد المساعدين بالضغط على الرأس بطنياً طول مدة الثقب والتفريغ إلى أن يتم وضع المشداخ (المفتت) . ولعمل

الثقب يدخل المقدار اللازم من اليد في المهبل ويمرر أصبعان داخل الفوهة الباطنية حتى يلامسا الجزء الآتي به الجنين . ثم يزلق الثاقب وهو مقفل مهدباً على الأصابع ويُغرز في الجزء الآتي به الجنين سواء في العظم أو في أحد التنداريز . وإذا فعل ذلك وكان الضغط عمودياً على الجزء الآتي به الجنين فلا خطر من انزلاق الثاقب . وإذا راجعنا شكل ٢٣٠ نجد أن النصل القاطع ينتهي ب بروز هو الحد الذي لا يجوز أن يتجاوزه الطبيب في إدخال الثاقب . ومتى أدخلنا الثاقب نفتح قفله ونضم القابضتين إحداهما نحو الأخرى فتتباعده أسلحته وتقطع الجمجمة قطعاً طويلاً . ثم يسحب الثاقب إلى الأسفل قليلاً ويُدار بمقدار زاوية قائمة ويدفع إلى الأعلى ثم تفتح الأسلحة ثانياً فتفعل شقا عمودياً على الأول .

(٢) إخراج المخ - يدفع الثاقب في الشقوق التي فُعلت حتى يُدخل نصله في تجويف الجمجمة ثم يحرك في كل جهة حتى يتقطع المخ ويتهدراً ، مبتدئين في التقطيع بالنخاع المستطيل لتأكيد من وفاة الجنين . ويقضى ذلك قطع خيمة المخيخ . ثم نخرج الثاقب وندخل قنطرة بوزمان ونغسل بها باطن الجمجمة فنخرج بقايا المخ مع ماء الغسيل .

(٣) التصغير - متى انتهينا من ذلك نشرع في تصغير الرأس . وتوجد لذلك آلتان الأولى تسمى مفتت الجمجمة (الكرانيوكلاست) والثانية المشداخ



(شكل ٢٣٢) ثقب الجمجمة . لاحظ كيف تهدي اليد الثاقب



(شكل ٢٢٢) طريقة غير مستحسنة لتقلب الجمجمة
عند عدم تخليص الرأس في المجرى بالملقعة

(الكيفالوتراب)
فالملت آلة تتألف
من فرعين مقعيرين
من جهة ومهدبين من
الأخرى بكيفية تجعل
تقعر أحدهما موافقاً
لتحدب الثاني . وفي
استعمال هذه الآلة
يدخل أحد الفرعين
داخل الجمجمة والفرع
الأخر خارجها وبني
ضما أحدهما إلى الآخر

يمكن جذب الرأس بهما بدون خوف من انزلاقهما . ولكنهما لا يصغرآن



(شكل ٢٢٦)
الخطوة الثالثة



(شكل ٢٢٥)
الخطوة الثانية



(شكل ٢٢٤)
الخطوة الأولى

حجم الرأس التصغير اللازم . أما المشداح فيتألف من فرعين أيضاً ولكن كليهما مقعر من الباطن ويوضعان مثل الخفت تماماً أعنى كلاهما خارج الرأس . ويعنى عناية شديدة في إدخالهما مهديين على الأصابع . والمشداح أحسن آلة لتفتيت قاع الجمجمة ، ولكن به عيباً واحداً وهو أنه متى جادب سهل انزلاقه . ولهذا السبب اخترعوا مفتاحاً مزدوجاً مؤلفاً من ثلاثة فروع : فرع مركزي يشبه في شكله فرع الكراتيوكلاست الذي يوضع في باطن الجمجمة في المفتت وفرعان جانبيان شبيهان بفرعى المشداح . ومتى ارتصل أحد الفرعين الجانبيين بالفرع المركزي تكون الآلة شبيهة بالمفتت (انظر أشكال ٢٣٤ إلى ٢٣٦) ومتى ركّب عليها الفرع الجانبي الثاني نصير كالمشداح وهذه الآلة برغى لضم كل من الفرعين الجانبيين نحو الفرع المركزي . وكيفية العمل بهذه الآلة هي أن يدخل الفرع المركزي في وسط الجمجمة ثم يدخل أحد الفرعين الجانبيين بحيث يكون موضوعاً فوق وجه الجنين ملاحظين أن تقعر الفرع الخارجى يكون موافقاً لتحدب الفرع المركزي ومتى اتينا من ذلك نكون قد وضعنا على الرأس آلة شبيهة بالكراتيوكلاست وهي تكفى لضغط الرأس في جميع أقطاره ما عدا الأقطار العمودية ، وتخليصه من الحوض إذا لم يكن الضيق كبيراً . أما إذا كان الضيق كبيراً فيجب تركيب الفرع الثالث . وتركيبه ندير البرغى أولاً حتى ينضم الفرعان الأولان الواحد إلى الآخر ثم يثبت الفرع الخارجى في ثقب معدله في الفرع المركزي . ثم يركّب الفرع الثالث ويدار البرغى إلى أن ينضم للأولين . ثم يثبت أيضاً في ثقبه المخصوص الذي في الفرع المركزي (انظر شكل ٢٣٥ و ٢٣٦) ويجب في تركيب الفروع الخارجية أن يلاحظ وضعها بحيث تشمل الرأس بنامه . وفائدة المفتت المزدوج أنه يستعمل لتصغير الرأس وجذبه بدون خوف من الانزلاق .

أما في أحوال الهوى بالوجه فيدفع الثاقب في إحدى الحفرتين الحجاجيتين فإن لم يمكن ففي سقف الحلق .

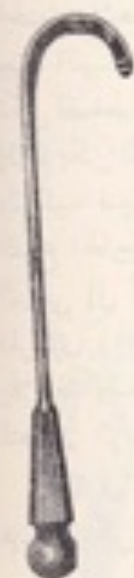
أما في أحوال الهوى بالمقعدة فإذا اقتضى الأمر تفتيت الرأس فإن العمل يكون أصعب قليلاً . في هذه الأحوال يمكن انتخاب إحدى نقطتين لإدخال الثاقب : إما أحد اليافوخين الجانبيين وإما العظم المؤخرى . فإذا انتخب أحد اليافوخين يجذب الجنين إلى الأمام وإلى أحد الجانبيين . أما إذا انتخب العظم المؤخرى فيجذب جسم الجنين بقوة إلى أسفل ويدخل أصبعان من اليد اليسرى بين العانة والعظم المؤخرى لرأس الجنين ثم يدخل الثاقب في أعلى نقطة يمكن وضع الأصابع فوقها .
الجلد والتخليص - في جذب الرأس يلزم أن يدار بحيث يفعل الحركات العادية التي يفعلها في ميكانيكية الولادة .

تقطيع الجنين

يطلق تقطيع الجنين على العمليات التي تفعل لتصغير حجم وشكل جسم الجنين . وأهم هذه العمليات بتر العنق ، واستخراج أحشاء الجنين ، وكسر الترقوة .

بتر العنق - يقصد ببتر العنق فصل الرأس عن الجسم .

الدلالات - بفعل في أحوال الخبيء بالكنتف المهمل إذا لم يمكن عمل التحويل أو إذا لم يُبرَد عمله ، وكان من السهل الوصول لعنق الجنين . ويُفعل أيضاً في أحوال اشتباك رأسي الجنين في الحمل التوهمي .



الآلات - في الخبيء بالكنتف المهمل يستعمل كلاب برون الكال أو قاطع الرأس الحاد وهو أفضل الاثنتين (انظر شكل ٢٣٧) .

طريقة العمل - تضجع الوالدة على حرف السرير بالعرض . وبعد تطهير أعضاء التناسل يشخص الوضع لمعرفة مكان الرأس والظهر . فلن ويجد ذراع ساقطة تُجذب بشدة إلى الأسفل والوراء حتى يسهل الوصول إلى العنق . ثم يُدخَل قاطع العنق الحاد (وهو الذي نفضله) أو القاطع المشرشر أو مشبك برون الكال مهدياً ومغطى بأصابع إحدى اليدين . فإن كان ظهر الجنين إلى الأمام يوضع القاطع بين كتف الجنين والحدار المقدم لحوض الأم ثم يُزلق حتى يصير فوق عنق الجنين تماماً . وبعد ذلك يُدار

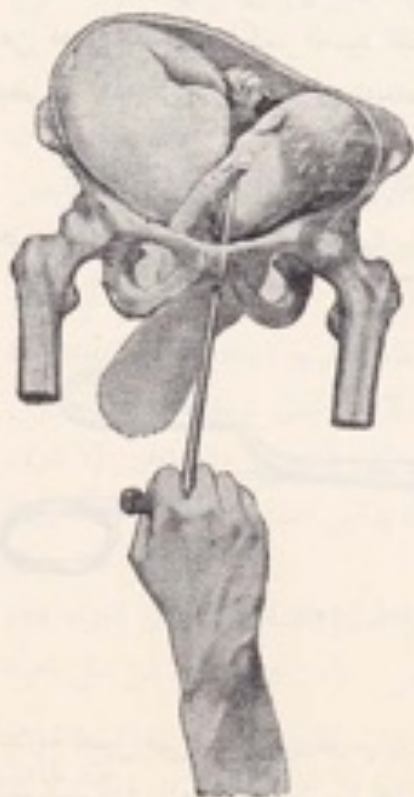
بمقدار زاوية قائمة فيصير نصله محيطاً بعنق الجنين . فتن تم ذلك تُنقل أصابع اليد وراء عنق الجنين لتهدى القاطر في أثناء قطع العنق اتقاءً لتزيق الأنسجة الرخوة للأم . ثم يُبتر العنق بحركة منشارية . وبتى بتر العنق يُخدش الجلد بجذب ذراع أو ذراعين . ثم بعد ذلك يولد الرأس بإدخال أصبعين في الفم ثم الجذب إلى أسفل

(شكل ٢٣٧)
قاطع الرأس المشرشر



(شكل ٢٣٨) مشبك كمال

أو يوضع الجفقت أو الثاقب على حسب درجة ضيق الحوض . وفي عمل ذلك يكلف أحد المساعدين بدفع الرأس بطنياً بقوة حتى يتثبت في الحوض . أما إذا انتخب مشبك برون فتجب ملاحظة قطع الأنسجة الرخوة لعنق الجنين بمقص قوى لأن المشبك يكسر عظام العنق ويفصلها بعضها عن بعض فقط .



(شكل ٢٤٠)

بتر العنق . لاسط تطويق الآلة بالأصابع



(شكل ٢٣٩)

بتر العنق في المهبل . بالكف (جلابين)

استخراج أحشاء الجنين - يقصد بهذه العملية فتح صدر الجنين أو بطنه واستخراج الأحشاء التي به .

الدلالات - يفعل إذا كان كبر حجم الجنين سبباً في عسر الولادة أو إذا كان المغيء بالكثف ولم يمكن الوصول للرأس لبيته .

الآلات - ثاقب سمسون لعمل الشق اللازم أو مقص ذو نهاية حادة .

الطريقة - توضع الوالدة على حافة السرير بالعرض . ثم يُدخل الثاقب في جهة من الصدر أو البطن يسهل الوصول إليها ، ويفعل شق يكتفى لإدخال اليد ثم يمسك أحد الأحشاء ويفصل ثم يمسك الثاني والثالث ويفصلان وهكذا . ومنى انتهينا من فصل الأحشاء نكسر العمود الفقري بكلايب برون الكال ثم يتخلص الجنين بطريقة أشبه بالتي تحدث في التخلص الذاتي .

كسر الترقوة - يفعل كسر الترقوة إذا كان حجم الكتفين هو السبب في عسر الولادة ولم يمكن تخليصهما بالخلدب أو بتخليص الذراعين . أما الآلات



(شكل ٢٤١) مقص لتقطيع الجنين ونقص الترقوة

اللازمة للعمل فهي مقص قوى ذو نهاية كالأية . وطريقة العمل هي أن تُدخل أصابع اليد اليسرى في المهبل ويُعين بها محل الترقوة ثم يهدى المقص إليها ويدفع باليد الأخرى إلى الأعلى ويُقص به الجزء الذي يسهل الوصول إليه من الثلث المتوسط للترقوة . فإن لم يكف كسر ترقوة واحدة تكسر الترقوة الثانية .

فصل تجاريس العشرين

العملية القيصرية - قطع الارتفاق العاني - قطع عظم العانة

سقوط الحبل السرى

العملية القيصرية

تطلق اصطلاحاً على العملية التي يُفتح فيها البطن ويشق الرحم ، ثم يُخْرَج الجنين وبخاط الرحم .

تاريخها - يظهر أن العملية القيصرية كطريقة لتخليص الجنين بشق البطن كانت معروفة من قديم الزمان . ويقال إن أسكولاب وسيرو الفريكانس وبوليوس قيصر ولدوا بهذه الطريقة . ولكن ليس في التاريخ نص وثيق على هذا القول . ولا يتبادرن إلى الذهن أن هذه العملية لقبت بالقيصرية نسبة إلى قيصر لما يقال من أنه وُلد بها ، وإنما هي سميت كذلك تعريفاً للفظلة اللاتينية (Partus G Cesareus) المشتقة من (Cedere) أى قطع ومعناها الولادة بالشق . ويغلب أن بوليوس قيصر لم يولد بهذه الكيفية إذ أن هذه العملية لم تكن تُعمل في ذلك الحين إلا للواتى يمتنّ في غضون الحاض . وأم قيصر كانت حيةً بدليل خطاباتاته التي كان يكتبها لها من ساحات القتال .

والراجع أن أطباء قدماء المصريين كانوا أسبق أطباء الأمم إلى إجراء هذه العملية في النساء اللواتى يمتنّ في غضون الحاض . وأما إجراؤها في من تبقى حيةً منهن فحديث العهد .

ومن المؤكد أن كثيراً من القبائل الهمجية كانت ولا تزال تجريها . فقد شاهد فلكن^١ في أثناء سياحته في أوغندا عملية قيصرية في وطنية من سكان تلك البلاد . وروى أن هناك اختصاصيين يعملون هذه العملية وأنهم يقبلون أيديهم ومكان

العملية بنبيد الموز ويغذرون المتخضضات بسقيهن^٢ من هذا التبيد . ويشقون على الأثر البطن ثم الرحم ويستخرجون الجنين . ثم يمددون عنق الرحم من البطن ويدلكون الرحم ويقفلون البطن بدبايس وقرز شبيهة برقم ٨ الإفريقية 8 . ويعالجون الجرح بعجينة محضرة من أعشاب مدهوكة . وفي العملية التي شاهدها ذلك السائح لم ترتفع درجة الحرارة عن ٣٨.٣° س . وقد شق الجرح في مدة أحد عشر يوماً . ولكن الأغلب أن تصاب المريضة بعفونة أو نزف يقضى عليها . ولا يمكن أن يكون هؤلاء المتوحشون قد توه لوا إلى هذه الطريقة السديدة إلا بعد أن مارسوها وزاولوها أجيالاً طويلة .

أما العملية الأولى في تاريخ الولادة الحديث فقد أجراها ترومن من وتبرج سنة ١٦١٠ وعاشت المريضة أسبوعين بعد العملية .

وفي سنة ١٥٠٠ أجرى نوفر (وهو سويسرى كان يشتغل في خصى الخنازير) هذه العملية في زوجته بعد أن أعا توليدها جميع قابلات القرية وحلقها .

وقد صادفت العملية القيصرية في أدوار نشأتها مقاومات شديدة لكثرة الوفيات التي نجمت عنها . وذكر ترويه أنه لم تنجح في باريس عملية قيصرية حتى إلى عهده ٥ وروى اسبيث أنه حتى سنة ١٨٧٧ لم تنجح عملية واحدة في فينا . وقد أحصى هرس في الولايات المتحدة الأمريكية ثمانين حالة كان معدل وفياتها ٥٢ في المائة . وكان سبب الوفيات ترك جرح الرحم مفتوحاً فكانت المريضات يمثن من الترف والالتهاب البريتوني .

وفي سنة ١٨٧٧ أدخل بورو تحسناً كبيراً على العملية وهو استئصال الرحم ، ولكن نتائج هذا التحسين لم تكن مرضية . وكان سبب الامتناع من خياطة جرح الرحم هو الاعتقاد الذي كان شائعاً وقتئذ أن الانقباضات الرحمية المتواترة تحول دون التأم الجرح . وفي بعض الأحوال كان الشفاء يتم بالتصاق جرح الرحم بمجرد البطن بالتصاقات النهائية .

وذكر سنجر أنه لم ير ولم يسمع عن حالة من هذا القبيل انتهت بالتأم الجرح وإندماله في كل طوله وعمقه تماماً ، بل كانت النتيجة في جميع الأحوال حدوث ندب التام ضخمة متصلة في بعض أجزاء الجرح يتخللها فتوق في بعض نقاط ضعيفة جداً لم يلتئم فيها سوى الجلد ، ناهيك عن نشوء نواسير متعددة بين

الرحم وجدر البطن . على أن الفضل في كل ما تم من النجاح في هذه العملية يعود إلى سنجر . فقد حول هذه العملية البربرية الشديدة الخطر إلى عملية جراحية فنية قليلة الخطر . وفي سنة ١٨٨٢ نشر طريقته التي تنحصر في شق البطن عند الخط المتوسط ، ثم شق الرحم بعد وضع رباط من المطاط حول جزئه الأسفل لإيقاف النزف ، ثم رفع شظرة من عضلات الرحم تحت البريتون بعد استخراج العنق ، ثم خياطة طبقتي الرحم البريتونية والعضلية بسلك فضي ثم خياطة البريتون الرحمي وحده بفرز من الحرير . زد على ذلك شدة الاعتناء بالتعقيم . ومن ذلك العهد أخذت الوفيات من جراء هذه العملية تقل وتندر حتى أصبحت العملية الآن من العمليات التي لا تزيد وفياتها عن عمليات البطن الأخرى .

الدلالات - تنقسم إلى دلالات إزامية ودلالات تفضيلية . فالدلالات الإزامية هي التي يستحيل فيها تخليص الجنين بدون أن تعمل العملية القيصرية وهي :

(١) ضيق الحوض الذي يكون فيه القطر المقدم الخلقى أقصر من ٥.٥ ستمترات .

(٢) انسداد تجويف الحوض بأورام لا يمكن استئصالها .

(٣) انسداد المسالك التناسلية بنسبة التحام لا يمكن تمديدتها .

أما الدلالات التفضيلية فهي التي يمكن فيها أيضاً تخليص الجنين بقطع العانة أو التفيت أو تحريض الولادة المعجلة . ففي هذه الأحوال قد يستحسن أو لا يستحسن عمل العملية القيصرية بحسب سن الحمل وحالة الجنين ورغبة الأم . وهذه الدلالات هي :

(١) ضيق الحوض الذي يكون فيه طول القطر المقدم الخلقى ٧ إلى ٨ ستمترات إذا كان الجنين حياً ولم يمكن تحريض الولادة أو عمل التحويل أو قطع العانة .

(٢) إذا كان الحوض مشغولاً بأورام صغيرة ولم يمكن تخليص الجنين حياً . وقد تُجرى العملية القيصرية في أحوال أخرى مثل حدوث حمل في رحم مثبت في جدر البطن إذا نشأ عن هذا التثبيت نمو الجنين الخلقى للرحم . ففي هذه الحالة يندفع العنق إلى الأعلى وراء رأس الجنين ويصعب الوصول إليه . ويتكوّن من

الجلدار المقدم للرحم قعر كيس يكون مشغولاً برأس الجنين (انظر شكل ١٣٩) .
وقد تعمل العملية القيصرية أيضاً في الأحوال التي يحدث فيها الحمل في رحم
منثنٍ وملتصق إلى الوداء إذا نما الجدار المقدم لبسج الجنين ، وتكون من الجدار الخلفي
قعر كيس يشغله رأس الجنين . ففي هذه الحالة يكون العنق منجذباً إلى الأمام
والأعلى بحيث يصعب الوصول إليه .

وقد شملت دلالات العملية القيصرية حديثاً أحوالاً أخرى مثل الأكلسميا ،
وسقوط الحبل السرى إذا حدث قبل انغناء العنق عند بكريات الولادة ، والاندمام
المعيب للدشيمة في الأحوال التي يكون فيها الاندمام مركزياً ، وبالأخص لو كانت
الوالدة بكرية الولادة ، وفي بعض أمراض القلب إذا اشتدت العلة ، وفي هذه
الحالة يكون التخدير موضعياً . أما أحوال الأكلسميا التي يشار بعملها فيها فهي
الأحوال التي تحدث فيها الأكلسميا في ميعاد الولادة الطبيعي أو قبله بقليل ،
ولا تتحسن الأعراض بل تزيد بالرغم من العلاج إذا استُمر فيه مدة ست ساعات .
هذا إذا وقفنا من طهر الرحم ، ومن عدم محاولة التوليد بطرق أخرى مثل توسيع العنق
أو وضع الجفت . والنتائج التي حصل عليها الذين يشيرون بعمل العملية القيصرية
في الأكلسميا ليست مشجعة إذ أن الوفيات لا تقل عن ٣٢٪ .

تحضير المريضة — في الأحوال التي تعمل فيها العملية القيصرية في حالة
مستعجلة يكتفى أن يعمل للمريضة حقنة شرجية ، ويدهن البطن بصيغة اليود
٢,٥٪ من أسفل الثديين إلى العانة ، وكذلك الجزء العلوي للفخذين قبل العملية
بساعة ، ثم يعاد الدهن باليود قبل العملية مباشرة ، ويعقم الفرج والمهبل أيضاً
بنفس الطريقة ، ويوضع غيار عقيم على الفرج . وتعطى حقنة أترويين قبل التخدير
بحوالي ١ ساعة .

التخدير — تعمل هذه العملية تحت تأثير مخدر عام ويجوز أن تعمل تحت تأثير
الستوفارين أيضاً . وفي هذه الحالة تعمل حقنة التخدير في المسافة الثانية القطنية ،
ولا تحقن المريضة بأكثر من ٤ سنتجرامات من الستوفارين فقط محلولة في جرام
من الماء . وأفضلية الستوفارين محصورة في الارتخاء التام لجلد البطن ، وفي بقاء
المريضة على درجة واحدة من التخدير طول مدة العملية ، وفي عدم حصول فيء

ولا أعراض صدمة ولا مضاعفات رئوية في مدة النفاثة . ويظهر أن انقباضات الرحم تكون أشد . على أن التخدير بالتوفايين ليس خالياً من المضاعفات المقلقة الناشئة عن هبوط ضغط الدم . ولذلك يجب أن تحقن المريضة بالأدريالين أو الأيفيدرين قبل حقن التوفايين .

المساعدون - يلزم ثلاثة مساعدين : واحد لمساعدة الجراح ، وواحد للاعتناء بالطفل ، والثالث لملاحظة الآلات . عدا طبيب التخدير لمراقبة حالة المريضة العامة .

وقت العماية - أفضل وقت لإجراء هذه العملية هو آخر الشهر التاسع أي قبيل انقضاء . وإنما يفضل هذا الوقت للتمكن من إجرائها في أحسن الظروف الممكنة من حيث التعقيم ، وإعداد المنخفضة ، وتهيئة غرفة العمليات ، وتفادي الاضطرار لإجرائها ليلاً بسرعة إذا جاءت مداومة في أحوال غير مناسبة ، ومع مساعدين غير أكفاء بعد أن يكون قد انفجر جيب المياه ، وربما سقط الحبل السرى أو أحد أطراف الجنين في المهبل قبل الشروع في العملية . ويستثنى من ذلك الأحوال التي يشك فيها في سن الحمل ، فالأفضل الانتظار إلى أن يبدأ المخاض خوفاً من عمل العملية قبل بلوغ الجنين تمام المدة .

أما ما يقال عن حدوث النزف بأشد مما يحدث فيها لو عملت العملية حين المخاض فغير حقيق . والعادة بعد شق البطن أن تحقن الحامل على الأثر تحت الجلد بالبيثوثرين أو يحقن البيثوثرين في الرحم نفسه بعد تخليص الجنين مباشرة لضمان انقباض الرحم جيداً وتلافى النزف قبل حدوثه .

أما طريقة العمل - فهي أن يفتح البطن في الخط المتوسط بشق طوله ١٥ سنتيمتراً ثلثة أعلى السرة والباقي أسفلها . والجراح المنمرن يكفيه أن يكون الشق أسفل السرة فإن ممدود جمدُ البطن بسبب الحمل يجعل هذه المسافة كافية . ثم يفعل شق طوله ١٠ سنتيمترات في الخط المتوسط للرحم بينما يكون أحد المساعدين ضاغطاً جانبي البطن . فإذا وجدنا المشيمة تحت الشق الرحمي نخرقها أو ندفعها جانبياً بالأصابع . ثم يخلص الجنين بسرعة بجذب القدمين أو الرأس . ويقطع الحبل السرى بعد وضع جننت على الطرف الجنيني . ثم يخرج الرحم خارج البطن ويؤمر

أحد المساعدين بإمساك القسم السفلي للرحم والرباطين العريضين والضغط عليهما لإيقاف النزف . وتضم حافتا الجزء العلوي للجرح البطني بجفت ذى مشبكين لمنع الرحم من الانزلاق داخل البطن ، ولتبع الأمعاء من الظهور في الجرح البطني . فإذا لم تنفصل المشيمة بعد دقيقتين تُفصل هي والأغشية والكتل الدموية من باطن الرحم بالأصابع . فإذا وجدنا العنق غير متمدّد تمدده بدفع أصبع فيه ومنى فعلنا ذلك نترغ القفاز ونلبس قفازاً جديداً . ثم نخاط حواف الجرح الرحمي بغرز عميقة من الحرير رقم ٣ تمرّ في كل سمك الرحم ما عدا الساقط . ويمكن أيضاً أن تفعل الحياطة بالكاتجوت المحضر بالكروم الذي يقاوم الامتصاص أربعين يوماً . وبعض المولدين ينصح باستعمال الخيوط المصنوعة من أمعاء دود القز وعلى الأخص إذا خشي أن يكون باطن الرحم عفناً . وتُجعل المسافة التي بين الغرز مستقيمة ثم تُفعل بعد ذلك غرز سطحية بالكاتجوت تضم حواف البريتون بعضها ببعض مارة بالجزء السطحى من الطبقة العضلية للرحم على شكل غرز لمبرت . ثم ينظّف التجويف البريتوني ويدخل الرحم إلى البطن وتُخاط جُدُر البطن كالعادة . أما المعالجة بعد العملية فشيبة بعمليات فتح البطن العادية . وترفع مشابك ميشيل في اليوم السابع وغرز أمعاء دود القز في اليوم العاشر وتترك المريضة الفراش بعد ثلاثة أسابيع . ويحسن إعطاء حقن بنسلين في دور النقاهة .

الإنتار - إذا أُجريت العملية قبل انفجار جيب المياه فالخطر على الأم لا يتجاوز ١,٥% وإذا أُجريت بعد انفجار الجيب فقد يبلغ الخطر ٥% أما إذا تطرقت العفونة إلى باطن الرحم قبل عمل العملية فالخطر لا يقل عن ٣٠% . ويراعى في إجراء العملية في هذه الظروف الاحتراس التام من تلويث البريتون وجدر البطن بالسائل الأمنيوسى أو الأغشية أو المشيمة . والأفضل ألا يشق الرحم إلا بعد إخراجه من البطن وإحاطته بالفوط (المحارم) العقيمة . ويشير Kerr & Edge في هذه الظروف بحياطة الرحم بعد استخراج الجنين وقطع الحبل السرى . أما المشيمة والأغشية فتترك لتتزل من المهبل كالعادة . وبذلك يتقوى عدوى الجرح الرحمى والبطنى من ملامسة الأغشية المتعفنة . والنتائج التي حصلوا عليها تُظهر أن من عشر مريضات أُجريت عليهن العملية بهذه الكيفية ماتت اثنتان . وكلما تستعمل هذه الطريقة الآن إلا في أحوال خاصة ويستعاض عنها بعمل :

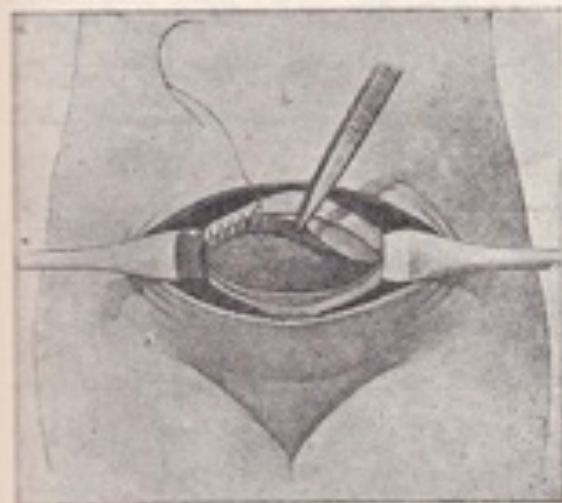
العملية القيصرية بشق القسم السفلي للرحم - تعمل هذه العملية في أغلب الأحوال

وكلما طالّت مدة انخفاض كلما كان عمل هذه العملية أسهل لأن القسم السفلي للرحم يأخذ في الاستطالة والترقق . ومن مميزات هذه العملية أن الجرح الذي يعمل يكون في القسم من الرحم الذي لا تحدث فيه انقباضات بعد الولادة فلا يتعطل شفاء الجرح ولأن مكان العملية يتغطى بعد خياطته بالصفاق الرحمي المثاني ، وأيضاً لأن وضع الجرح لا يسمح بحدوث التصاقات بينه وبين الأمعاء .

وطريقة العمل هي أن تنام المريضة في وضع ترندلنبرج ويعمل الشق البطني من العانة إلى أسفل السرة وبعد فتح البريتون يعمل شق مستعرض في مكان انعطاف البريتون من المثانة على الجدار المقدم للرحم ثم تفصل المثانة وتدفع إلى أسفل ثم يعمل شق مستعرض في القسم السفلي للرحم الذي يكون عادة مترققاً جداً ، ويكون الشق منقوساً تقوساً قليلاً تحدّ به إلى أسفل . ثم توضع غرزتان واحدة في كل من نهايتي الجرح ثم يخلص الرأس بالضغط عليه من الجانبين أو بملق الجفت ثم يخاط الجرح بطبقتين من الكاتنجوت الأولى في العضلات بغرز منقطعة والثانية في الصفاق الرحمي المثاني بغرز متصلة ثم يخاط البريتون بين المثانة والرحم ويقفل البطن كالمعتاد.

العملية القيصرية المهبليّة — تعمل هذه العملية في بعض أحوال الأكليميا . وطريقة عملها هي أنه بعد وضع منظار خلقي يجذب العنق إلى الأسفل بجفتين من ذوات المشابك ، ثم يعمل شق سطحي في الخط المتوسط للجدار المقدم للمهبل يبدأ في منتصف الفوهة الظاهرة للعنق ، ويمتد إلى أسفل الصياخ بخمسة سنتيمترات ، ويحاذر في عمله من إصابة المثانة . وبعد ذلك تفصل المثانة من المهبل والرحم وتدفع إلى الأعلى بغاية الاحتراس حتى نصل إلى الانعطاف البريتوني فنُدفعه إلى الأعلى ولا نشقه . وبعد ذلك يشق العنق في الخط المتوسط إلى حذاء الفوهة الباطنة ملاحظين جذب حافتي العنق إلى الأسفل كلما اتسع الشق حتى تسهل مراقبة النقط التي تُدمى ، ثم يمد الشق في أعلى الفوهة الباطنة بقليل . وبعد ذلك تشق الشقة الخلفية إلى حذاء الفوهة الباطنة بنفس الطريقة التي عملت في شق الشقة المقدمة ، ثم يمزق جيب المياه ويحول الجنين وتُشتم الولادة بجذب القدم . وبعد خروج المشيمة تخاط الجروح بغرز عميقة في العنق ، وغرز سطحية في الغشاء المهبلي . وهذه العملية صعبة العمل في البكرات بسبب ضيق المهبل وصلابة العجان . ويحسن أن لا يعملها إلا المتعودون على الجراحة الكبرى .

العملية القيصرية خارج البريتون - (عملية سلهايم) يعمل شق مستعرض ومنحن قليلاً في القسم السفلي للبطن أعلا عظمى العانة تور باطى هويارت بستيمترين وعمل حذائهما (شق فانتسيل) ويكون طوله ٢٠ سنتيمتراً . وبعم الشق الجلد والشحم وصفافى العضلتين المستقيمتين البطنيتين . ثم يفصل بطنا العضلتين بالأصابع . ويبعدان أحدهما عن الآخر لإبعاداً شديداً . ثم يفصل البريتون البطني من المثانة إلى أقصى ما يمكن . ويعمل فيه شق مستعرض فيفتح بذلك تجويف البريتون . وبعد ذلك يشق البريتون المغلف للسطح المقدم للرحم شقاً مستعرضاً في الجهة التي ينعطف منها البريتون على المثانة . ثم تفصل الحافة العليا للبريتون الرحمي حتى تتكون شريحة ثم تحاط بغرز منفصلة بعضها عن بعض إلى حافة البريتون البطني متى شقت . ويعنى بالحياطة حتى يقفل التجويف البريتوني تماماً وبالأخص من الجانبين (شكل ٢٤٢) .



(شكل ٢٤٢) العملية القيصرية خارج البريتون

فنجد بعد ذلك أنه لا يبقى ظاهراً في الجرح إلا المثانة والجزء من البريتون المتصل بسطحها الخلقى الذي انفصل عن بقية البريتون، وكذلك الجدار المقدم للجزء السفلي للرحم . ثم يُعمل شق طولي في الجزء السفلي للرحم ويخرج منه الجنين والمشيمة . ثم يحاط الجرح الرحمي بالكاتنجوت وتعاد

حياطة حوائى البريتون بعضها ببعض وكذلك البريتون البطني ويقفل البطن كالأعادة . وفي الأحوال العفنة تحاط حوائى الجرح الرحمي للجرح البطني ، وبذلك يترك التجويف الرحمي مفتوحاً على البطن لسهولة التصريف إلى أن يزول التعفن فيقتل ثانياً . ويقال إن مزايا هذه العملية هي أن مقدار الدم الذى تفقده المريضة صغير جداً وخطر التعفن أقل وندبة التئام الجرح الرحمي لا يخشى من ممزقها في الولادات التالية وأنها يمكن أن تعمل بلا خطر إذا طال مدة الولادة وانفجر جيب المياه .

وقد عدل هذه العملية لازاكو Lutzako وذلك بأنه بعد شق الصفاق وتباعد العضلتين المستقيمتين البطنيتين يملأ المثانة بالماء حتى تتمدد ويجذبها إلى الجانب الأيمن ثم تفصل الأربطة الجانبية للمثانة من الجهة اليسرى إلى أن تتحرى الجهة الجانبية من الجزء السفلي للرحم ثم تفصل المثانة بعد ذلك من الجدار المقدم للعنق ويدفع البريتون المثاني الرحمي إلى أقصى ما يمكن ثم يشق القسم السفلي للرحم شقا عمودياً ويخرج الجنين .

والميزة الوحيدة لهذه العملية هي أن البريتون لا يفتح في أى مرحلة من مراحل العملية . وهاتان العمليتان أهملتنا تقريباً واستعصى عليهما بعملية شق القسم السفلي للرحم .

بتر الرحم

إذا كان شكل الرحم معيباً أو كان مصاباً بأمراض غير قابلة للشفاء كالسرطان والأورام الليفية التي لا يمكن قلعها ، أو إذا تطرق إليه التعفن الشديد في أثناء اغراض ، وفي بعض أحوال النزف العارضى الباطنى الشديد يستخرج الجنين بالعملية القيصرية ويستأصل الرحم أيضاً استئصالاً تاماً أو جزئياً . وتسمى هذه العملية بعملية بورو .

قطع الارتفاق العانى

هي عملية يقطع فيها الارتفاق العانى فتتفصل بذلك العظام بعضها عن بعض وتطول كل أقطار الحوض . وقلما يستعمل الآن خصوصاً وأن العملية القيصرية أصبحت أكثر شيوعاً وأضمن نتيجة .

الدلالات — تفعل في أحوال ضيق الحوض إذا كان طول القطر المقدم الخلقى ٧ - ٨ سنتيمترات ولم يراد تحريض الولادة المعجلة . ومنى قطعت الأربطة تنفصل

العظام بعضها عن بعض ستة سنتيمترات ونصف فيطول بذلك القطر المقدم الخلقى بمقدار سنتيمتر ونصف . فإذا تخلص الرأس وقطره الجدارى الجدارى شاغل للقطر المقدم الخلقى تبرز الحذبة الجدارية من المسافة التي بين العظمين فيكتسب سنتيمتر ونصف أيضاً في طول القطر المقدم الخلقى . فإذا جمعنا الزديايتين يكون المجموع ٣ سنتيمترات ، ولذلك فلا يجوز إجراء هذه العملية إذا كان طول القطار المقدم الخلقى أقل من سبعة سنتيمترات .

أفضل وقت للعملية - خير وقت لعمل هذه العملية هو عند تمدد العنق تمدداً يسمح بولادة الجنين بسرعة . ويجب قبل العمل التحقق من أن الجنين حي .

العملية - يلزم هذه العملية ثلاثة مساعدين : واحد لمساعدة الجراح وواحد لإعطاء المخدر وواحد للضغط على عظمى العانة لاتقاء انفصالها فجاءة وقت قطع الأربطة . وطريقة العمل كالآتي :

(١) يفعل شق عمودى فى الجلد والأنسجة الجاورة طوله ٣ سنتيمترات يبدأ فوق العانة بسنتيمتر ونصف وينتهى فى البظر . ويعمق الجرح إلى أن يحس بأن المشرب يحك العظم .

(٢) يفعل شق فى صفاق العضلتين المستقيمتين يكفى لإدخال الإصبع خلف العانة .

(٣) تفصل المثانة والأنسجة التي حوفا على مسافة ٥ سنتيمترات من كل جهة اتقاء لتزق قناة مجرى البول فى أثناء انفصال العظام .

(٤) تقطع أربطة العانة من الخلف إلى الأمام ومن أعلى إلى أسفل ، ما عدا الرباط العانى السفلى لأنه يكون كجبيبة ويساعد على التثام المفصل ولكن فى بعض الأحوال تضطر إلى قطعه إذا كان الضيق كبيراً .

ويكون المساعدان فى هذا الوقت متخيلين مزيد الاحتراس لمنع عظمى العانة من الانفصال فجاءة .

(٥) يخلص الجنين بالحفت أو بالتحويل أو ترك الولادة طبيعياً . ويجب أن

تتذكر وقت التوليد أن توضع المريضة في وضع وتخر الذي يطيل القطر المقدم الخلقى مستقيماً .

(٦) توضع قطعة من شاش اليودوفورم خلف عظمى العانة لمنع الأجزاء الرخوة من الانضغاط بينهما ويخرج طرف الشاش من أوطاً جزء في الجرح .

(٧) تُلأَم حافتا الجرح بغرز عميقة من أمعاء دود الفز تمر للعظم وتحتوى على السمحاق . وفي أثناء ربطها يضم المساعدان العظمين العائنين أحدهما إلى الآخر .

(٨) يخرج الشاش اليودوفورى بجذبه من الطرف الموجود في أسفل الجرح . ثم تفعل غرز سطحية إن اقتضى الأمر ذلك .

(٩) يغير على الجرح كالعادة ويوضع رباط بطنى متين جداً حول الحوض لجعل العظمتين منضمتين أحدهما إلى الآخر .

أما المعالجة بعد العملية فتتخصص في إضجاع المريضة على ظهرها على فراش صلب مدة ثلاثة أسابيع . وتكرر القثطرة بانتظام ويغير الرباط كلما اتسخ . وبعد مضي أربعة أسابيع تترك المريضة الفراش ولكن تؤمر بأن تتحزم بحزام حوضى مدة ستة على الأقل .

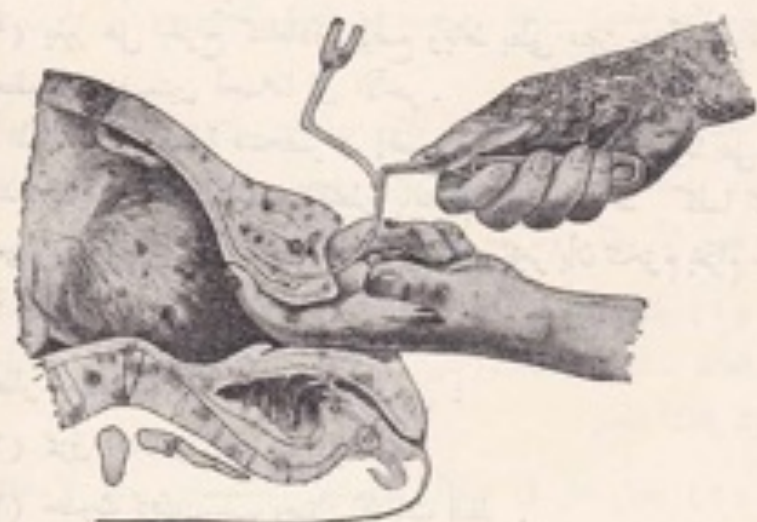
أخطار العملية - أخطار هذه العملية هي :

- (١) ممزق المثانة وقناة مجرى البول .
- (٢) حدوث نزف بسبب وصول النزقات للبطر .
- (٣) ممزق الارتفاق العجزى الحرقفى .
- (٤) عدم التئام العظمين العائنين .

قطع عظم العانة

الأدلة على وجوب عمل هذه العملية هي نفس أدلة العملية السابقة . ولكنها تفضل عليها في أنها أسهل عملاً وفي أن خطر إصابة المثانة وقناة مجرى البول أقل فيها منه في سابقتها ، وفي أن حواف العظم تكون أسهل التئاماً من حواف الغضروف . وهذه أيضاً قلما تعمل الآن . .

وأكثر ما تعمل هذه العملية في الأحوال التي يخطئ فيها المولود في تقدير حجم الرأس وسعة الحوض فإذا دنا المخاض وطال يوضع الجفث فلا يدخل الرأس الحوض فيضطر إما إلى التفتيت أو إلى عمل العملية القيصرية ، أو قطع العانة . والأفضل أن يختار قطع العانة إذا كان الضيق من الدرجة الثانية وعلى الأخص لو كان الضيق في المضيق السفلي لأن الانساع الذي يحدث في الحوض في هذه الحالة يكون أكثر نسبياً مما يحدث إذا كان الضيق في المضيق العلوي ويتضح ذلك جلياً لكل من أجرى هذه العملية في الأحواض القمعية ، والتي تقرب في شكلها من حوض الذكر .

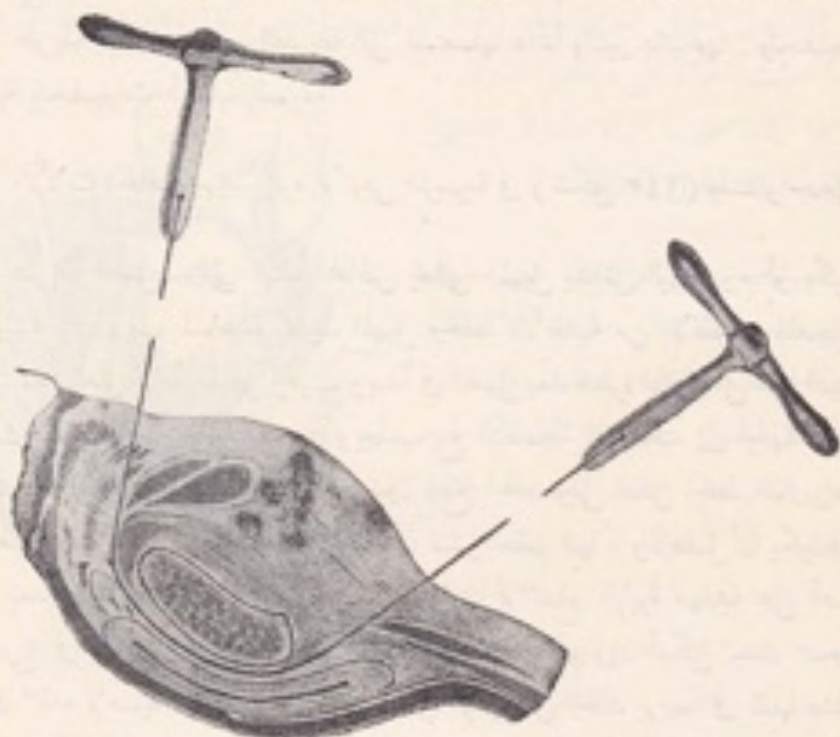


(شكل ٢٤٣) قطع عظم العانة - إدخال الإبرة - طريقة (ج)

الألات - منشار جيجلي وإبرة دودرلين .

العملية - تفعل أولاً سدادة مهبلية لمساعدة تمديد الفوهة الظاهرة والمهبل ولتنبيه الطلق . ثم تنام الوالدة على حافة السرير بالعرض ويقف مساعدان على جانبيها لضغط العظام وقت انفصالها ثم تعطى مخدراً وترفع السدادة المهبلية . ثم يفعل شق عمودي على بعد سنتيمتر وربع من العانة وعلى أحد الجانبين ، ويكون طول الشق كافياً لمرور الأصبع ثم يعمق الشق إلى أن يصل إلى العظم ثم يدخل فيه أصبع لفصل المثانة . ثم يمرر إبرة دودرلين من الجرح وراء عظم العانة محترمين أن

تكون الإبرة في أثناء مرورها شديدة الالتصاق بالوجه الخلقى لعظم العانة . ثم يوضع أصبع في المهبل ويبحث به عن نهاية الإبرة التي نجدها دافعة الأغشية الرخوة أمامها وبارزة من تحت قوس العانة على بعد سنتيمترين من الخط المتوسط . ثم تجذب



(شكل ٢٤٤) قطع عظم العانة . النشر - طريقة (بم)

الأنسجة المهبلية للجهة الإنسية حتى تكون العملية كلها خارج المهبل ونأمر المساعد بأن يفعل شقاً صغيراً فوق نهاية الإبرة حتى تظهر من الجرح . ثم يربط منشار ججلى في كلاب مخصوص موجود في نهاية الإبرة ثم تجذب الإبرة إلى الأعلى فيرتفع معها المنشار ويخرج من حافة الجرح العليا . وبهذه الكيفية يكون المنشار مستعداً للعمل فنأمر المساعدين بضغط جانبي الحوض ونأمر مساعداً آخر بأن يضع يده فوق الوجه المقدم لعظم العانة ليدلنا على الوقت الذي يكون قد تم فيه نشر العظم . ثم نوضع قابضنا المنشار وننشر به العظم جاعلين المنشار مستقيماً على قدر الإمكان حتى تقل إصابة الأجزاء الرخوة . ونرى ظهر لنا أن العظم قد تم انفصاله نخرج المنشار ونحيط الجروح ونترك الولادة تم طبيعياً واضعين الوالدة في

وضع ونحر لمساعدة إطالة القطر المقدم الخلقى . فإذا لم تنته الولادة بعد ساعة يوضع الخفت أو يفعل التحويل . أما المعالجة بعد العملية فكالعملية السابقة إنما يسمح للمريضة أن تترك الفراش بعد ١٦ يوماً .

طريقة بم - هذه هي الطريقة التي نستعملها دائماً ونشهر باتباعها . وتحضيراتها شبيهة بتحضيرات العملية السابقة .

الألات الخاصة بها - إبرة بم وهي المرسومة في (شكل ٢٤٣) ومنشار ججلى .

طريقة العمل - متى ابتداء المخاض يحشى المهبل بشاش اليودوفورم أو بكيس شامبيتيه دى ريب لمساعدة تمديد المهبل ولحفظ الأغشية من الانفجار المعجل . ومتى تمدد العنق تماماً يُفجر الحبيب ويبدأ في العمل بعد قنطرة المثانة على هذا النمط : يمسك الشفر الأيسر باليد اليسرى ويجذب مع الأنسجة التي تحته إلى الجهة المقابلة ثم يمرر إبرة بم من أسفل إلى أعلى بدون قطع الجلد وعلى نفس الخط الذي رسمناه في العملية السابقة وراء الجهة التي نرغب أن ننشر العظم فيها . والأفضل أن يكون ذلك على بعد سنتيمتر ونصف من مفصل العانة . ثم تدفع الإبرة مهدية على أصبع موضوع في المهبل . ويجب أن يمر الإبرة ملاصقة للعظم وإن أمكن تحت صحاقه وذلك اتقاء لإصابة المثانة . ومتى ظهر سن الإبرة من الجلد يربط في ثقبها منشار ججلى ، ثم تسحب الإبرة إلى أسفل - جاذبة المنشار معها ، ثم تترك قابضتا المنشار كما هو ظاهر في الرسم . وبعد ذلك تقرب ساقا المريضة إحداهما إلى الأخرى ، ويؤمر المساعد بأن يضغط جانبي الحوض حتى لا ينفصل العظم بسرعة فتتمزق الأربطة المفصالية . ثم ننشر العظم بجاعلين المنشار مستقيماً على قدر الإمكان . وغالباً يكفي تحريكه من خمسة إلى ستة دفعات حتى ينشر العظم تماماً ، وغالباً يتبع ذلك نزف قليل يمكن إيقافه بالضغط أو بسد الرحم والمهبل بالشاش اليودوفورى بعد الولادة .

وبعد ذلك تنوم المريضة في وضع ونحر وتترك الولادة للطبيعة . ومتى تمت الولادة بسد الرحم والمهبل بالشاش اليودوفورى سداً متيناً ويرفع السد بعد ثمان ساعات .

سقوط الحبل السرى ومحيته

إذا تدلى الحبل السرى أمام الجزء الآتى به الجنين وكان جيب المياه لا يزال

سليماً سميت الحالة بحبل السرى ،
أما إذا كان جيب المياه متمزقاً فتسمى
الحالة سقوط الحبل السرى .



(شكل ٢٤) سقوط الحبل السرى

أسبابه - من الواضح أن سقوط
الحبل السرى لا يمكن حدوثه إلا إذا لم
يكن الجزء السفلى للرحم منطبقاً على الجزء
الآتى به الجنين . وعدم انطباق الجزء
السفلى للرحم على الجزء الآتى به الجنين
قد يحدث في الأحوال الآتية :-

(١) ضيق الحوض . (٢) الغيب
المعيب مثل الغيب بالوجه والمقعدة
والحاجب والغيب المستعرض .

(٣) الاستسقاء الأميوسى . (٤) الحمل التوأمى .

وقد يسقط الحبل السرى من الأسباب الآتية أيضاً وهي :
الاندغام المعيب للمشيمة ، والطول الزائد للحبل السرى ،
واندغام الحبل السرى بالقرب من حافة
المشيمة .

أخطاره - الخطر على الأم لا ينشأ إلا من التدخلات التي تعمل لرد الحبل
الساقط . أما الخطر على الجنين فينشأ من انضغاط الحبل بين الجزء الآتى به الجنين
وحوض الأم فتتف نبضاته ويموت الجنين من الأسفكسيا . وغالباً يموت من الأجنة
واحد من كل أربعة .

التشخيص - من السهل تشخيص سقوط الحبل السرى لأننا يمكننا الإحساس
بالعروة الساقطة إما في المهبل أو خارج الفرج . وبن الأمور الواجب ملاحظتها

التحقق مما إذا كان الحبل السرى ينبض أو لا ينبض . ثم عد النبضات للتأكد من حالة الجنين .

المعالجة - تختلف المعالجة على حسب حالة فوهة الرحم من حيث عمدها أو عدمه أيضاً على حسب جيب المياه إن كان متفجراً أو لم يتفجر بعد .

أما في الأحوال التي يكون فيها الحبل السرى عديم النبضات ولم تسمع ضربات قلب الجنين فالجنين يكون ميتاً . وفي هذه الأحوال لا يكون هناك داع للتدخل بل تترك الحالة للطبيعة ما لم توجد أسباب أخرى تستدعي التدخل مثل المهيء المعيب أو ضيق الحوض . إنما إذا كنا متأكدين بأن نبض الحبل السرى لم يقف إلا منذ بضع ثوان فالأفضل الإسراع في عمل الولادة لأن الجنين لا يموت إلا بعد وقوف نبض الحبل السرى بدقيقة أو أكثر .



(شكل ٢٤٦) وضع ترندلنبرج لمعالجة سقوط الحبل السرى

(١) مجيء الحبل السرى - إذا كانت الحالة حالة مجيء الحبل السرى ولم يكن الجزء الآتي به الجنين منحشراً تكلف المريضة بأن تستلقي على وجهها في الوضع الركبي الصدري مدة ١٥ دقيقة ثم ترتاح مدة ١٠ دقائق على جانبها ثم تعود إلى الوضع الركبي الصدري وهكذا دواليك إلى أن يرتد الحبل الساقط . ولا يفعل شيء غير ذلك إلى أن يتفجر جيب المياه . فإذا رفضت المريضة أن تنام في الوضع الركبي الصدري فمن الممكن أن يستعاض عنه بوضع ترندلنبرج الذي تنام فيه الولادة على ظهرها بحيث تكون مقعدتها أعلى من رأسها كما هو موضح في شكل ٢٤٦ ونوم الولادة بهذا الشكل يساعد على هبوط الجنين إلى قاع الرحم حاملاً

معه الحبل السرى . وبعد أن تبقى الولادة في هذا الوضع نصف ساعة تجرى فحوصاً مهلباً فإذا وجدنا الحبل غير موجود بجانب الجزء الآتى به الجنين ندفع الأخير في الحوض ونحفظه في هذا الوضع إلى أن يأتى طلق فيحشره . ثم نمزق الأغشية إذا كانت الفوهة متمددة وبعد ذلك تنام الولادة في الوضع العادى . ويمكن تنويم الولادة في وضع ترندلنبرج بأن يؤتى بكرسى ويقرب ظهره وتوضع فوقه وسادة وملاءة وتنام الولادة عليه كما يرى في (شكل ٢٤٦)



(شكل ٢٤٧)

طريقة رد الحبل السرى

(٢) سقوط الحبل السرى - تختلف المعالجة

على حسب تمدد العنق . فإذا كان العنق متمدداً تمدداً جزئياً يحاول رد الحبل بالأصابع ولعمل ذلك

يجب تخدير الولادة لمنعها عن الحزق . ثم توضع اليد كلها في المهبل ويمسك الحبل السرى ويمرر فوق الجزء الآتى به الجنين ويشبك في أحد الأطراف . ولكن هذه الطريقة صعبة العمل جداً لأننا كلما نجحنا في رد عروة تسقط أخرى . وما يساعد على نجاحها أن تعمل والمریضة في وضع ترندلنبرج . فإذا لم تنجح هذه الطريقة تمكن محاولة رد الحبل الساقط بالقثطرة وهذه طريقتها . :

يؤتى بقثطرة صمغ مرن رقم ١٠ أو ١٢ من القشاطر التي يوجد داخلها سهم أى سلك من الحديد . ثم نأتى بقطعة من الحرير طولها عشرون سنتيمتراً ونربط طرفيها أحدهما بالآخر . ثم نمرر عروة منها في الفتحة الجانبية للقثطرة وندفع السهم في القثطرة بحيث يمر وسط العروة التي أدخلناها في الفتحة الجانبية . ثم نمرر الجزء من الخيط الحريري الذي في خارج القثطرة حول العروة الساقطة من الحبل السرى ونلقيه على قمة القثطرة كما هو موضح في (شكل ٢٤٧) . ومنى انهبنا من ذلك ندفع القثطرة إلى أعلى فوق الجزء الآتى به الجنين فيرتفع الحبل معها . ثم نحسب القثطرة إلى الأسفل فتتحل العروة وتخرج القثطرة بدون أن تجذب الحبل السرى معها . ثم ندفع الجزء الآتى به الجنين في تجويف الحوض لمساعدة انحشاره . ورد الحبل السرى بهذه الطريقة قلما ينجح . وقد دعا ذلك إلى أن ينصح بعضهم أن يُدْفَع في العنق (والقثطرة لا تزال رافعة العروة) كيس شامبيتيه

دى ريب لمنع العروة من السقوط ولتسهيل تمديد العنق .

التحويل القدمى - إذا كان العنق ممتدداً يجب أن يفعل التحويل القدمى وتنهى الولادة بالجذب على القدم . فإذا لم يكن تمدد العنق تاماً يعمل التحويل وترك الحالة للطبيعة . وفائدة عمل التحويل هو أن الخطر من انضغاط الحبل السرى بين المقعدة والحوض أقل بكثير منه بين الرأس والحوض . إنما تجب في عمل التحويل ملاحظة دفع الرأس في اتجاه بطن الجنين لا في اتجاه ظهره كما يفعل عادة حتى يساعد ذلك على زيادة ابتعاد الحبل السرى عن القوة الباطنة .

وضع الجفت - إذا كانت القوة ممتددة والرأس منحسراً فالواجب إنهاء الولادة بوضع الجفت بعد محاولة رد الحبل بالأصابع . فإذا كان الجنين في خطر ولم يكن العنق ممتدداً تمهداً كافياً تفعل الشقوق الجانبية أولاً أو يمدد العنق بالطرق التى ذكرت قبلاً ثم يوضع الجفت . وبعد إنهاء الولادة تخاطب الشقوق .

(٣) في بعض الأحوال التى يكون فيها العنق غير ممتدد وبالأخص لو كانت المريضة بكربية وكان الجنين حياً ولم ينجح رد الحبل السرى يجوز عمل العملية القيصرية .

الفصل السادس والعشرون

العناية بالمولود

الحبل السرى - يسقط الحبل السرى عادة بين اليوم الثالث والسادس بعد الولادة . أما الغيار عليه في هذه المدة فيجب أن يكون كالاتى :- يحفف الحبل ثم يندر عليه مسحوق مكون من جزئين من أكسيد الزنك وجزء واحد من كل من مسحوق البوريك والنشا . أو تستعمل بودرة السلفا ثم يؤتى بقطعة مربعة من القماش الناعم المعتم المسمى بالنت وتثقب من الوسط ثقباً كافياً لمرور الحبل السرى . ثم يدخل الحبل السرى في الثقب وتلف أطراف القماش حوله ثم يوضع فوقه رباط ويوضع فوق الرباط القماط كالعادة ، ويكرر عمل هذا الغيار يومياً .

الأمعاء - يتألف براز المولود في اليومين الأولين من العقي وبعد ذلك يصير لون العراز أصفر كالعادة . وقوامه يكون سائلاً ورأحته برازية قليلاً . ويكون عدد مرات التبرز ٢ - ٤ يومياً . ولا يجوز أن يعطى الطفل مسهلات للإسراع في خروج العقي بل يترك ذلك للطبيعة .

البول - يتبول المولود حديثاً من ٦ - ١٥ مرة يومياً . وفي اليومين أو الثلاثة الأولى لا يزيد مقدار البول اليومى عن ١٢ جراماً .

الوزن - متوسط وزن المولود وقت الولادة ٧ أرطال ويقل وزنه في الأربعة الأيام التالية ٢٠٠ جراماً . ثم يأخذ في الزيادة تدريجاً وغالباً يعود إلى وزنه الذى كان عليه وقت الولادة في نهاية الأسبوع الثانى بعد ولادته .

غذاء الطفل - يجب أن تكون نوب الإرضاع في أوقات معينة ويجب تنبيه الوالدات إلى الخطأ العظيم الذى يرتكبهن بإرضاع أطفالهن كلما بكوا . فإن أغلب أحوال التزلات المعوية المعوية التى يموت بسببها أكثر الأطفال منشأها عدم الانتظام في الرضاعة وعدم المحافظة على النظافة أما ترتيب الرضاع فيكون كالاتى :

بعد الولادة بثلاث إلى ثماني ساعات يوضع الطفل على ثدي الأم . وفي أثناء اليوم الأول يكرر الإرضاع كل ٦ ساعات وفي اليوم الثاني كل أربع ساعات . ولا تزيد مدة بقاء الطفل على الثدي أكثر من ١٠ دقائق . وفائدة الإرضاع في اليومين الأولين مع عدم نزول اللبن الطبيعي مزدوجة لأن الكولسترولم الذي يكون في الثدي وقتئذ يفيد في تليين أمعاء الطفل من جهة ومن جهة أخرى تنبهه الإنقباضات الرحمية للأم فتطرد الكتل الدموية التي قد تتكون في باطن الرحم . أما مدة الشهر الأول فيجب أن تكون نوب الرضاع كل ثلاث ساعات مدة النهار والليل ما عدا مدة ست ساعات في أواخر الليل لا يرضع الطفل فيها ومن ابتداء الشهر الثاني تزداد المسافات بين نوب الرضاع تدريجاً حتى إنه في نهاية الشهر الثاني يرضع الطفل مرة كل أربع ساعات . وسنحدث الآن بالتفصيل الطرق الواجب اتباعها للعناية بالمولود في حالتي الصحة والمرض .

الطفل السليم

تمهيد عام — متى انتهيت من عملية الولادة فقبل أن تترك الوالدة والمولود افحص الطفل لتعلم إن كان فيه عيب طبيعي . افحص الفم وانظر إن كان في سقف الحلق شق . وافحص الأطراف . وانظر إن كان الشرج مفتوحاً . وإن ارتبت في أمره فأدخل ميزان الحرارة إلى داخل المستقيم .

فإذا وجدت الطفل تاماً لا عيب فيه فألقِ على ذويه التعليمات اللازمة لعناية به وبمسألة نموه يوماً فيوماً . ولا ينحى عليك أن معظم ثقة الأم بك يتوقف على ذكائك وحدقك في هذا التدريب فقد لا تدرك الأم أهمية ما تقوم به من التعقيم في أثناء الولادة ولكنها تدرك تماماً كل خطأ في تدبير صحة طفلها . فلذلك يجدر بنا أن نأتي على بعض الملاحظات العمومية في مسألة العناية بالأطفال . يغلب أن أعراضاً بسيطة أو عرضية أو قصيرة الأمد تملكك بالعلم اللازم للمعالجة . ومن الأمور الواجب الالتفات لها في الكشف على الأطفال ملاحظة هذه الأعراض البسيطة مهما كانت قليلة الأهمية . ولذلك يجب أن تأتي الأسئلة الرئيسية عن غذاء الطفل ومواعيده ومقداره وعمّا إذا كان يقاسى من الأرياح أو العرق أو الإمساك أو الإسهال وليتبه

الطبيب لما يبدو من مخاوف الأم أو الممرضع أو المربية حتى ولو كانت حالة الطفل لا تدعو إلى القلق فهن يراقبته جيداً ويلاحظن تغيرات وجهه وأحواله التي تدل على انحراف صحته . فلذلك يجب أن تفحص جسم الطفل فحوصاً دقيقاً متى قيل لك إنه عليل واطلب إلى مربيته أو أمه أن تعربه . فإذا قالت الأم إنه نام الآن وتشفق أن توقفه ، أو أن الطقس بارد وتخشى أن يؤذيه البرد ، فقل لها إن صحته أهم من هنا الإشفاق عليه . كن لطيفاً ورقيقاً حين تفحصه ولا ترعجه . دق أناملك وافتح عينيك .

مميزات الطفل السليم

يغلب أن تولد الأطفال سليماً الأبدان . حتى إن أبناء الأمهات اللواتي يمتنّ فيما بعد بالسل أو بمرض القلب أو من الجوع يغلب أن يولدوا سليماً الأجسام بالرغم من اعتلال أمهاتهم . والسنة الطبيعية تقضى بالحرص على النوع لا على الفرد ولهذا تكفل الصحة الجيدة للطفل على حساب أمه المائتة من السقم . ومن يرى الأطفال العديدين السليماً الأبدان في أحضان أمهات سقيمات يأخذ العجب إذ يراهم أصحاء سمناً نشيطين . ذلك لأن الطبيعة تمنحهم بدءاً في الحياة حسناً . وإنما يوافيهم الخطر من جراء جهادهم ضد مساوئ المدنية .

الطفل السليم سمين لا يتقياً ، يلتزم الثدي أو الرضاعة في الحال ، لا يقاسى من الأرياح ، يتغوط ثلاث أو أربع مرات يومياً في الشهر الأول ولا يبكي كثيراً ولا طويلاً . ومهما طال بكأوه فلا يتجاوز نصف الساعة . ولا تعاو درجة حرارته بعد الأيام الثلاثة الأولى عن $37,8^{\circ}$ سنتيجراد إذا أخذت في المستقيم . أما برازه فهو رخو وأصفر إلا في الثلاثة أيام الأولى . ولا يكون أخضر مطلقاً ولا يكون فيه كتل بيضاء . وجلده خال من النقاط . ولسانه نظيف وخال من البياض .

ويزداد وزن الطفل السليم نحو ٧ أواق في الأسبوع في الأشهر الثلاثة الأولى ما عدا الأسبوع الأول . هذا إذا رضع الجنين من الثدي . وأما في التغذية بالرضاعة الصناعية فلا تضمن هذه الزيادة .

وأخيراً تعد حالة البافوخ المقدم خبر دليل على حالة الطفل الصحية ، فالعادة

أن تكون مستوية مع عظام الجمجمة فإذا كانت منخفضة عنها أنزلت باعتداله .
 ونرى دعيت لفحص طفل لتحقق إن كان صحيحاً أو عيلاً فلاحظ كل هذه
 الاعتبارات . فإذا لاحظت فيه انحرافاً عن قواعد الصحة فابحث بتدقيق فيما احتل
 من أمر العناية به . لأنه بالرغم من اتباع المربية التعليمات اللازمة بالتدقيق نظراً على
 الأطفال حالات سيئة وأخطار مرضية تتطلب التحقيق الدقيق الذي يكشف غالباً
 السبب في مرضه .

تعليمات عامة بشأن العناية بالطفل السليم — نعتقد أن الأيام الثلاثة الأولى أهم
 أيام الطفل في حياته . لأنه في هذه المدة تغلب المعارضة لجري الطبيعة . ويغلب
 أن تفضى هذه المعارضة لأذى الطفل .

البول — يجب أن يبول الطفل في مدة الاثني عشرة ساعة الأولى من عمره
 فإسأل إن كان قد بال . فإذا ظهر لك أنه لم يبيل فقد تكون الموضع أو المربية
 أغفلت الحرقه فجفت . لا تلتقي طالما لا ترى تورماً أو انتفاخاً مستديراً فوق العانة
 حيث توجد المثانة . اغسل بقطنه مرطبة بالماء فتحة المجرى البول ونظفها من الأوساخ
 ثم امسح الطفل معلقة صغيرة من الماء البارد وضعه في حمام دافئ . ثم ضع أصبعك
 على فتحة المجرى البول فتشعر بالبول وهو يتدفق . فإذا لم يبيل الطفل مع كل هذه
 الوسائل فلا داعي للقلق ما دامت المثانة غير ممتلئة . أوعز إلى المربية أن تضع قطعة
 من القانلا الدافئة على أسفل البطن وأن تراقب حرقه الطفل في الساعات الست
 التالية . فإذا تأكدت أن الطفل لم يبيل في هذا الوقت فأجز في المجرى البول فتظرة
 صغيرة (١) معلقة فيجري البول حالاً سواء في الذكر أو الأنثى .

براز الطفل — يجب أن يتغوط الطفل نحو ٤ - ٦ مرات في الأربعة والعشرين
 ساعة الأولى برازاً أخضر فاتحاً هو العنق ويستمر هذا النوع من البراز يخرج مدة
 ثلاثة أو أربعة أيام ثم يصبح الغائط أصفرأ باهتاً . فإذا لم يتغوط الطفل في الاثني
 عشرة ساعة الأولى فادهن ترمومتراً بأي مادة لزجة كالزيت أو نحوه وأدخله في
 شرح الطفل حتى إذا أخرجه خرج البراز وراه . هذا إذا كان الشرح مفتوحاً
 فإن أحسن الأصبغ بانسداد الشرح وجب عمل عمية فتح الشرح .

حالة الطفل بعد الولادة - متى ولد الطفل لا تمارس أعضاؤه جميع وظائفها الفسيولوجية في الحال بل تحدث عدة تغيرات فسيولوجية ذات شأن . فالرئتان تجهزان الأوكسجين ولكن وإن كان الطفل يصرخ بشدة فقد لا يكون التنفس مستوفياً أحياناً أى أن الهواء لا يصل إلى أعماق الرئتين ، وقد لوحظ ذلك في فحص حوادث قتل الأطفال . ثم إن الدورة الدموية تستغرق وقتاً قبل أن تنم ، كما أن المركز العصبي الذي ينظم الحرارة يستعد للقيام بوظيفته . زد على ذلك أن أعضاء المهضم تستغرق وقتاً قصيراً حتى تمارس وظائفها كالواجب .

أهمية ما تقدم - إن الصراخ هو خير الوسائل لامتلاء الرئتين فإذا لم يصرخ الطفل جيداً في الاثني عشرة ساعة الأولى يجب أن يجعل على الصراخ ولا سيما إذا كان ضعيفاً ولم يصرخ الصراخ الشديد .

وأما من حيث تنظيم الحرارة فإن لم يكن ضرورياً أن يلف الطفل في الحال على أثر ولادته فيجب أن تكون الغرفة دافئة وأن يغطي بغطاء لينة . ويحسن بالطفل أن يرفس برجليه وهو مضجع في مهده . وأما حمامه فلا ينبغي أن يكون أقل من ٣٧,٥° س .

وأما سواه عمل الأعضاء الهاضمة فأمر مألوف عند الأطفال وقد تعالجه المربية بإعطاء الطفل قليلاً من زيت الخروع أو الزبدة أو السكر أو الحليب ممزوجاً بالماء أو بعض سوائل أخرى ولكن ذلك غير مستحسن بتاتاً لأن صحة الطفل السليم الذي ولدته أم سليمة تتحسن باتباع سنة الطبيعة .

الكولوستروم - لا يخفى أن اللبن لا يبدو في ثدي الأم حتى اليوم الثالث من النفاس ولكن الثدي يفرز قليلاً من الكولوستروم ويظهر بأنه يساعد على تليين أمعاء الطفل . وفي بعض الأحوال يدر الثديان لبناً في اليوم الثاني . فإذا وضع الطفل حينذاك فقد يتجاوز حده من الرضاعة ويتعرض لسوء المهضم ولذلك لا يجوز أن يلقى الثدي إلا قليلاً تضادياً لخطر سوء المهضم .

تأخر اللبن - وفي بعض الأحوال قد يتأخر در اللبن حتى اليوم الرابع أو الخامس فيجوع الطفل ويصرخ . ففي هذه الحالة يعطى مزيجاً من اللبن والماء كما سيذكر فيما بعد وذلك بعد أن تأقمه الثدي الكفى ينقص منه ما يستطيع . وقد

يقل اللبن في آخر الأسبوع وتمتنع بعض الأمهات حيثئذ عن الإرضاع ولكن امتناعهن خطأ عظيم . فكثير ما يئسر اللبن بعد ٢٤ أو ٣٦ ساعة إذا تناولت مقداراً وافراً من السوائل .

التغذية الثديية — لا يوجد تغذية تضاهي التغذية الثديية أى إرضاع الطفل لبن أمه ولذلك يجدر بالطبيب أن يقنع الأم وسائر الأهل والمربية بضرورة الإرضاع الثديي . إن صحة الطفل وسلامة حياته قد تتوقفان على ذلك . وقد يلجأ أهل الطفل إلى مناقشتك وإقناعك حتى توافق على رغبة الأم أو المربية بأن يغذى الطفل بواسطة الإرضاع الصناعي . فإذا لم يكن ثمة سبب مقنع لك أو ضرورة قاهرة فدع المسئولية في موافقتك على ذلك تقع على سواك . وقلما يدرك الأبوان أن مستقبل صحة الطفل يتوقف على إتقائه من الانحرافات الصحية مدة الطفولة . ولضمان ذلك يجب أن يستوفى الطفل جميع حاجاته من الحماثر والعناصر الحيوية وسائر المواد الغذائية التي توجد في اللبن البشري المقرز في حال الرضاعة دافئاً كاللازم وهي خواص جوهرية لا توجد في أى لبن صناعي .

قد يعجز الطفل عن التقام حلقة الثدي أو قد ينام بعد قابل من التقامه الثدي وإنما يصرخ صراخاً شديداً حين يبعد عنه . وقد يتقيأ على أثر الإرضاع أو قد يتغوط بعد كل إرضاع . وقد يصحب هذه الأعراض صراخ شديد وطرود أرياح وسوء هضم . ومنشأ هذه الأعراض عادة إما من عدم انتظام الإرضاع أو من زيادة مقدار اللبن في الرضعة الواحدة . فلذلك يجب التدقيق الكلي في معرفة السبب . فإذا تبسر ميزان دقيق يوزن الطفل فيه قبل الإرضاع وبعده تسهل معرفة مقدار ما يرضعه في كل مرة . وإذا أطابت القترات بين الرضاع إلى ثلاث ساعات كان ذلك كافياً لشفاء الطفل . أما إطعام الطفل إلى حد التخمة وتبرزه بعد كل تغذية فإنه يجعله يتناول من الغذاء أكثر مما يستطيع هضمه . أما إذا ظهر أن الطفل ينقص وزناً في الأسبوع الثاني بالرغم من انتظام رضاعه في حين أنه لا يتقيأ اللبن فيمكن أن يستنتج حيثئذ أن لبن أمه فقير في المادة الغذائية أو أنه قليل المقدار . وفي هذه الحالة يجب الاهتمام في استزادة اللبن وتحسينه . ولسد هذا النقص يمكن الالتجاء إلى لبن البقر المحلوب حديثاً . وليس أفضل من الأسابوب التالى :

يغلى مقدار قابل من الحليب في حلة مكشوفة ثم يبرد حالاً إلى درجة حرارة

الجسم ويعطى منه للطفل ملعقة صغيرة أو أكثر إلى أربع ملاعق بعد أن يرضع كل ما في الثدي ، نبتدئ أولاً بملعقة صغيرة ثم نزيد تدريجاً حسب الحاجة . ولا يضاف ماء أو سكر إلى هذا اللبن . وخير أن يلجأ إلى هذه الطريقة من أن يعطى الطفل الثديين جميعاً في كل وجبة (أى إرضاع) .

وإنما نفضل هذه الطريقة لأن الاختبار الفعلي أثبت نفعها . فيها نتحاشى عيوب الرضاعات الزجاجية . وهي تحول دون تثبيط همة الأم عن الأرضاع حين ترى أن الرضاعة تقوم مقام الثدي . والغرض من عدم تحلية اللبن بالسكر تلافى اتخاذ الطفل منه أكثر من اللازم . واللبن المستخرج من الثدي حديثاً له من غير ريب قوة إحياء اللبن الميت الذى يمتزج به لما فيه من الحماض والمواد الدهنية . وإذا كان الثدي قليل اللبن ونخيف المادة احتاج الطفل إلى جرعات من الماء يُعطاه بين رضاع وآخر غير ممتزجة بماء ولا بسكر ، وليس من زجاجة . فإذا قبلها الطفل أعطيت له وإلا فلا . ولكن إذا كانت ممتزجة بسكر تعود الطفل أخذها حتى ولو لم يكن في حاجة إليها . أما إذا ساعدنا الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الصناعية فإن الطفل بلا شك يفضل الرضاعة الصناعية لسهولة وشدة حلاوتها ولما يصعب حمله على مداومة الرضاعة الطبيعية .

والطفل المولود حديثاً يغلب أن يكون خالواً من الغريزة ، فقد لا يلتهم الثدي إلا إذا أحرجه الجوع . وهو لا يشعر بالجوع في الأيام الثلاثة الأولى . ولهذا ترتبك الأم وتقلق لعدم إقبال الطفل على الرضاعة .

فإذا كانت حلمة الثدي طبيعية فبالثبوتة يعود الطفل أن يلتهمها . ولكن إذا كانت متقلصة أو غارقة في الثدي فقد لا يعرف أن يلتهمها إلا بعد صراخ شديد وبعد أن تلدرف أمه دموعاً غزيرة .

أوقات التغذية - يقدم الطفل للثدي بعد ساعات من ولادته إذا كانت أمه صاحبة . ويرضع مرة كل ست ساعات في الأربع والعشرين ساعة الأولى و مرة كل أربع ساعات في اليوم الثانى . ويسقى ملاعق صغيرة من الماء إذا كان يصرخ من العطش . ومن اليوم الثالث فما بعد يعطى الثدي كل ٣ ساعات في النهار و مرة في الليل : أى يرضع في السابعة والعاشره صباحاً والأولى والرابعة والسابعة والعاشره بعد الظهر والسادسة صباحاً . وتحسب الفترة بين الرضاعة والأخرى من بدء كل

رضاعة إلى بدء الأخرى ، لا من نهاية كل رضاعة . والمحافظة على هذا الترتيب محتمة حتى إذا كان الطفل نائماً في ميعاد الرضاعة ويجب أن يوقف . وقد يتعلم أحياناً إيقافه . ففي هذه الحالة يترك نائماً حتى يحين ميعاد الرضاعة التالية . ولا ينبغي أن تعويد الطفل على مواعيد التغذية مفيد له كما يستفيد البالغ من المحافظة على مواعيد أكله ، ناهيك عن أن هذا الترتيب يبنى الأساس للصحة الجيدة والخلق الحسن .

والطفل ميال عادة للنوم في النهار والصحو في الليل . ولا ينبغي ما في ذلك من إزعاج ذويه . على أنه يمكن التغلب على هذه العادة بتغذيته مرة واحدة في الليل . فإذا أعطى الطفل الثدي مرة إسكائاً لصراخه في الليل لا تبقى ثمّت راحة لأهله بعد ذلك . وبصريح العبارة نقول من الضروري أن نصرّ على هذا الترتيب ولا نعبأ بصراخ الطفل طلباً للغذاء . فإذا عومل الطفل على هذا النحو خضع سريعاً إلى ذلك الترتيب ونشأت فيه ملكة المحافظة على النظام . إن العصارات الهاضمة تفرز في مواعيد معينة فلا يجوز أن تختل هذه المواعيد بإلقاء الطفل الثدي كلما عن له أن يصرخ . ثم إن لوظيفة الهضم مواعيد للراحة . ومما يدلك على أهمية هذه المواعيد أنه إذا كان امرؤ يتناول أى طعام في غير ميعاد الأكل يبقى غالباً هذا الطعام في معدته بلا هضم إلى أن يحين موعد الغذاء المعتاد . على الهضم يتوقف حسن الصحة، وعلى حسن النظام والمحافظة عليه يتوقف اعتدال المزاج .

كيفية الإرضاع من الثدي — إذا كانت الأم أو المرضع في السرير تنكح على جانب الثدي الذي تلقم الولد حلمته بعد أن تكون قد غسلها جيداً بالماء الدافئ بواسطة قطعة . وعليها أن تنبه جيداً إلى أنف الطفل بحيث لا يكون غائراً في الثدي لئلا يتعلم على الطفل التنفس حين يرضع . وقد يكون عدم انتباه المرضع إلى هذا الأمر سر قوفاً إن الطفل ضعيف جداً إلى حد عجزه عن الرضاعة — ويمكن اكتشاف هذا السر بالمراقبة . ينبغي أن يرضع الطفل ثدياً واحداً فقط كل مرة والثدي الآخر يبقى للمرة التالية . وإذا كان ثدي واحد فقط صالحاً للإرضاع تستعمل الرضاعة الصناعية بدلاً من الثدي العاطل أى بالتناوب مع الثدي العامل . ذلك لأن اللبن الذي ينضح من ثدي واحد كل ٣ ساعات يكون خفيفاً وقليل الغذاء .

وأما التوأمين فيعطى كل منهما ثدياً واحداً . فإذا لم ينموا كاللازم وجب إسعافهما بالرضاعة الصناعية أيضاً .

كم يجب أن يعطى الطفل في الرضعة الواحدة - القانون أن يُرضع الطفل قدر ما يريد دون التخمّة . وهذا القانون يسرى على الإرضاع الصناعي أيضاً . فإذا أقمعت معدته فالزائد من الغذاء يتكتل ويتقيأه . فإذا تقيأ يعطى في الوجبة التالية قدرأ أقل . ويستدل على التمر الذي يمتصه الطفل من الثدي من المدة التي يقضيها في الرضاعة . فإذا تقيأ بعد رضاعة عشرين دقيقة يُرضع في الوجبة الثانية ١٥ دقيقة وهكذا تنقص مدة الأرضاع كل مرة ما دام الطفل يتقيأ بعد الرضاعة إلى أن يبتدى إلى أطول مدة لا يتقيأ فيها .

الوزن - يمكن وزن الطفل قبل الرضاعة وبعدها لتحقيق التمر الذي يأخذه من اللبن .

العناية بالحلمتين - يجب أن تغسل الحلمتان بعد كل رضاعة بمحلول البوريك ، ثم بقليل من الكحل المخفف (أو ماء كولونيا أو كونيالك مع مثل قدره ماء) . وأما قبل الرضاعة فتغسل الحلمتان بالماء الدافئ ، وقد تكون الحلمتان غائرتين ومع ذلك يُستغرب كيف يمكن الطفل أن يلتصقهما ويمتصهما ، والحقيقة أن فم الطفل يضغط على الثدي فتبرز له الحلمة فيلتصقها . وعلى الأم أن تساعد الطفل على هذا العمل بأن تضغط على الثدي حول الحلمة بأصابعها أو بحافطة موافقة لذلك . فإذا تعثر على الطفل أن يقظف بالحلمة دعه يزاول ذلك مرة بعد مرة يوماً ، ودع المرضع تمط الحلمة بأصابعها عدة مرات كل يوم حتى تبرز . ويمكن استعمال ترس الحلمة متى كانت الحلمة غير صالحة للإرضاع .

الانتباه إلى المرضع - المرضع مبالاة إلى النهم في الأكل ، وهو أمر ضار ولا سيما في مدة النفاس . فإن المرضع تحض على الإكثار من الأكل وهو ما يفسد الهضم ، فنية عليها أن تحافظ على مواعيد الأكل وتعتدل فيه . اجعل أمعاء الأم منظملة بإعطائها كثيراً من السوائل والفاكهة والبقول أى الخضروات . وإذا مست الحاجة فأعطها من العقاقير السامكا والكاسكارا وغيرها من المليينات غير

المهيجة . والشائع في يقين العامة امتناع المرضع عن الفاكهة والبقول ، على أننا لم نجد نتائج سيئة من تعاطيها .

إذا شرع اللبن يدرّ أقلّ من الحاجة فأعط الأم مزيداً من السوائل . وهناك وهم عام في الظن أن اللبن الذي تشربه الأم يذهب لبناً إلى ثديها ، وهذا الوهم يفضي إلى تجرّع الأم اللبن بين وجبات أكلها ، ولكنه يضعف شهية الأم ويسبب سوء هضم لها . وكذلك هناك رأى عام آخر ، وهو أن البيرة تزيد اللبن في الثديين إذا رشفها الأم ، والأرجح أن هذا الظن صائب لأن رشف البيرة ونحوها معناه اتخاذ المزيد من السوائل . ولذلك قد يبي الماء القراح بالغرض لأن الأمر بالجوهري هو امتصاص السوائل لا رشف البيرة .

قد تتأثر الأم بكلام الزوار فتستع عن إرضاع طفلها بدعوى أنها غير قادرة على الإرضاع ، أو أنها نحيفة البنية ، أو أن طفلها أقوى من أن تحتل رضاعته . وكثيراً ما تقول المريضة أو المريية إن الطفل ليس في حالة مرضية ، أو أنه كثير الغازات ، أو أنه يأخذ أقل من اللازم من اللبن . فلا ينبغي أن تلتفت قط إلى هذه الملاحظات بل عليك أن تصرّ على إرضاع الطفل من ثدي أمه في المواعيد المنتظمة ، وعارض كل مخالفة لهذه المعصية . وأخيراً نقول إن الأم العصبية المزاج قد تجد الإرضاع مثلاً لها ، فعليك أن تضعها بعظم فائدة الإرضاع الطبيعي لابنها ، فإن الإرضاع الطبيعي ولو أسبوعاً واحداً عظيم الفائدة .

مدرات اللبن - اللاكتاجول المستحضر من بذرة القطن نال شهرة واسعة في إدرار اللبن ، وهو يعطى للأم في اللبن بمقدار ملعقة صغيرة ٣ مرات في اليوم وأهم من هذا وذلك تدليك الثدي واستعمال الكمادات الحارة والباردة بالتناوب . وقد نجح زيت الحلبة بمقادير ٢٠ - ٣٠ نقطة ثلاث مرات يومياً في بعض الحالات . كذا جرب البعض حقن بروجستين بنجاح . وكذلك أقراص البرولاكتيل

أوقات الإرضاع - في الأشهر التالية للشهر الأول يفضل أن يكون الإرضاع كل ٤ ساعات وإلا فالحامض الكلوريدريك لا يكون موجوداً في المعدة قبل هذه المدة . وهذا الحامض يكون كظهور طبيعي ، وبعد المعدة لقبول الوجبة التالية من الطعام .

العقاقير التي تنفرز في لبن الأم - في بعض الأحيان تأخذ الأم مسهلاً فيتأثر الطفل لأن بعض العقاقير تنفرز في لبن الأم . والمطلوب أن الكاسكارا ساجرادا أقل العقاقير اتصالاً باللبن . وأما البلاودونا والأفيون فلا يجوز أن تعطى للمرضع . وكذلك لا يجوز أن تتعاطى البرومورات والبيودورات طويلاً . والأملاح الملينة قد تقلل اللبن وكذا يستحسن الامتناع عن أخذها .

النساء اللواتي لا يستطعن الإرضاع :

- (١) من كان عندهن مرض عضال كالسل أو ضعف القلب .
 - (٢) من لم يكن عندهن لبن . وهن نادرات . والغالب أن قلة اللبن تكون ناشئة عن إبعاد الطفل عن الثدي أو تجنب مزاولته امتصاصه .
 - (٣) المصابات بالتعفن والحميمات الفاسية .
 - (٤) المصابات بالتهابات الثدي الخلاقية .
 - (٥) النساء المختلات العقول .
 - (٦) النساء اللاتي فقدن دماً وافراً في مدة الولادة .
 - (٧) النساء الضعاف جداً اللواتي يضرهن الإرضاع إضراراً جوهرياً .
 - (٨) النساء اللواتي يضرهن إلى العمل لتحصيل الرزق .
- وبعض النساء يابن أن يرضعن أطفالهن لأسباب شخصية . فأقنعن أن لبنهن ينقص الطفل وأكد هن خطر الإرضاع الصناعي .

كيف يوقف إدرار اللبن - إذا ربط صدر الوالدة برباط شديد يوقف إدرار اللبن وقبل وضع الرباط يدهن الثدي بمزيج البلاودونا ويوضع فوقه غبار من القطن . وتعطى الوالدة مسهلاً ملحياً وتحقن بالاسترين بمقدار ٥ قمحة يومياً مدة ثلاثة أيام أو أربعة أيام . وإذا تورم الثديان أو انتفخا فاستعمل الشفاطة قليلاً ولا تستدر من الثديين أكثر من درهم من اللبن . فذلك يزيل الألم ويندر أن يقتضى الأمر تكراره . ويمتدحون تعاطي جرام من خللات البوتاس ٣ مرات في اليوم أو ٠,٣٠ من البيودور

البوتاسي . ويقال إنه بهذه المعالجة يتوقف إدرار الثديين . ثم إن إيقاف إدرار الثديين تدريجياً يمكن بالاستعاضة عن الثدي بالرضاعة الصناعية حيناً بعد حين حتى تقوم هذه مقامه أخيراً . وهذه الوسيلة تتلاشى وظيفة الثديين تدريجياً من غير أن يتعرضوا للألم .

وأما شفت الثديين مراراً أو التذليك فخطأ من الوجهة النظرية وضار من الوجهة العملية .

الأطفال الذين يجب أن يغذوا بالملعقة :

- (١) أولا الأطفال المصابون بشق سقف الحلق ، أو شفة كشفة الأرنب ولم تعمل لهم عملية .
- (٢) الأطفال الذين حول فهم قرح زهرية أجمية .

المراضع المأجورات — يتعذر جداً أن تكون المراضع المأجورات موافقة . والشرط الجوهري في المرضع المأجورة أن تكون خلواً من الأمراض المعدية ولا سيما الزهري والدرن والدوسنتاريا والرمم وأن يكون ثدياها سليمين وأستانها سليمة وقوية . وأن تكون ذات أخلاق دمنة ، وأن يكون طفلها من سن الطفل الذي ترضعه أو أكبر منه بشهرين على الأكثر ، وأن تكون صحته جيدة وغير مصاب بمرض .

الإرضاع الصناعي — لبن البقر أفضل الألبان للأطفال بعد لبن الأم أو المرضع المأجورة ويقال إن لبن الحمارة أفضل منه ولكن ينذر أن يتيسر . ويمتدحون لبن المعزى أيضاً ولكنه قد لا يتيسر في بعض الأحوال . أما لبن الحماموس فيجب تخفيفه لاحتوائه على مقدار كبير من الدهن ومن المواد الزلالية تجعله عسر الهضم على الأطفال . ويجب إضافة فيتامين د لغذاء الطفل الصناعي مقدار ٥ نقط مرة أو مرتين في اليوم .

الفرق بين لبن البقر ولبن البشر — قد أثبتت المباحث الحديثة فروقاً مختلفة بين هذين اللبنين . فلبن البقر يشتمل على ٣ أضعاف ما يحتويه لبن البشر من البروتاييد

وهو نوع من الزلال ويكون موجوداً على هيئة كازيين وبروتايد ذواب (لاكتالبيومين) .
الكازيين بروتايد يحتوي على فوسفور متحد مع الكلس (الجير) ولا يجمد
بفعل الحرارة وإنما يجمد بفعل أى حامض أو بفعل الحميرة .

البروتايد الذواب أسرع أنواع الزلال انهضاماً وهو أكثر في لبن البشر منه
في لبن البقر . والسكر يوجد في كلا اللبنين من نوع اللاكتوز على أنه في لبن
البشر ضعفاء في لبن البقر أو ثلاثة أضعافه .

وأما المادة الدهنية الموجودة في اللبنين على التساوى . على أن دهن اللبن البشرى
معظمه يسيح عند درجة واحدة من الحرارة وهو أسرع انهضاماً . والليتين يدخل
في تركيب الأعصاب وهو أكثر قديراً في لبن البشر منه في لبن البقر .

اللبن البشرى يحتوي على الحامض الليمونى واللبن البقرى خلو منه . وذلك
قلوى أو قليل الحمضية وعقيم (أى خال من البكتيريا) وأما لبن البقر فحمضى
لما فيه من المكروبات (الجراثيم) التى قد تبلغ في الستيمتر المكعب نحو ٢٠٠
مليون ، حتى إذا أخذ اللبن بأدق وسائل التعقيم .

كيف يجب أن نصلح لبن البقر فنجعله كلبن البشر — بعد هذا البيان يسهل
استنباط طريقة لتنقيح لبن البقرة وجعله مشابهاً لبن الأم . فقد علمنا :

- (١) أن البروتايد في لبن البقر ضعفاء أو ٣ أضعافه في لبن البشر .
- (٢) أن الدهن في اللبنين متساو تقريباً .
- (٣) أن السكر في لبن البشر ضعفاء أو ثلاثة أضعافه في لبن البقر .
- (٤) البروتايد غير الذواب في لبن البقر يكون مواد متكثلة أكثر مما يكونه
في لبن البشر . على أن مغلى ماء الشعير (التؤلوى) يخلل أو يفرق هذه المواد المتكثلة
تحليلاً صناعياً (ميكانيكياً) ، وكذلك قمحة من سترات (نيجونات) الصودا في
أوقية من اللبن أو ماء الكلس (الجير) بدل ماء الشعير يخللان البروتايد المتكثل .
- (٥) لبن البقر حمضى لما فيه من الجراثيم في حين أن لبن البشر قلوى أو
ضعيف الحمضية . وكلما كان لبن البقر جديداً (طازاً) كانت حمضيته أقل .
والأفضل أن يحفظ في وعاء فخارى في مكان بارد . وأما ملاحظة حمضية اللبن
بإضافة بيكربونات الصودا إليه فغير مستحسنة لأن هذه المادة ليست من محتويات

اللبن الطبيعية . على أن ماء الكلس يفضل عليه لأنه يحلل البروتاييد المتكثل ويقاوم حمضيته .

(٦) تتلف المكروبات بوسيلة من وسائل التعقيم ولكن غلى اللبن يتلف الليپويد Lipoid^s والخمائر ويزيل مقداراً كبيراً من القوصفات . وربما كان المزيج التالي أفضل مزيج يمكن تحضيره :

لبن	١ ½	أوقية
قشدة	١٥	في ثلاثة
ماء الكلس	½	
محلول سكر اللبن	١ ½	
سرات الصودا	٣	قنحات

كيف يعطى هذا المزيج - لا يعطى هذا المزيج غير مخفف إلا بعد اليوم الثالث . ففي الأربعاء والعشرين ساعة الأولى أعطى الطفل هذا المزيج مخففاً بإضافة ٣ أمثاله ماء وجبة واحدة فقط . وفي الأربعاء والعشرين ساعة التالية أعطه منه وجبتين أو ثلاث وجبات . والغرض من هذا المزيج المخفف أن يقوم مقام الكالولوستروم . وفي اليوم الثالث أعطه المزيج كما هو غير مخفف بدل لبن الثدي . ونعتقد أن الطفل يعيش على هذا المزيج في الشهر الأول كما يعيش على أى طريقة أخرى صناعية إذا لم تقل أفضل . ولا يخفى أنه يجب أن يعتم هذا المزيج كل مرة قبل استعماله . وأما المقدار اللازم لكل وجبة فيتراوح بين أوقيتين أو ثلاث أواق .

محتويات المزيج - يمكن أن يبدل ماء الشعير بماء الكلس (الجير) . وماء الشعير يحضر بغلى قدر ملعقتي شاي من الشعير التوتلوي في نحو رطل من الماء إلى أن يتبخر رُبعمه ولكن يجب أن يغسل جيداً قبل الغلى . ويجب أن يحضر جديداً صباحاً ومساءً .

ماء الكلس - هو محلول مائي مشبع من الكلس التنظيف ويحضر بمزج الجير التنظيف مع الماء في زجاجة نظيفة ، ثم يمهل حتى يصفو ويطرح الماء الأول والثاني عنه حتى يتغلف من الأملاح الأخرى السريعة الذوبان . والأفضل أن يحضر هذا الماء في البيت على نحو ما تقدم من أن يشتري .

سكر اللبن - يشتري من الصيدليات ومحلولة بحضر بإذابة ٣ أوقيات منه في نحو رطل ماء ساخن ، ويعقم نحو عشر دقائق ثم يحفظ في زجاجة مغلقة .

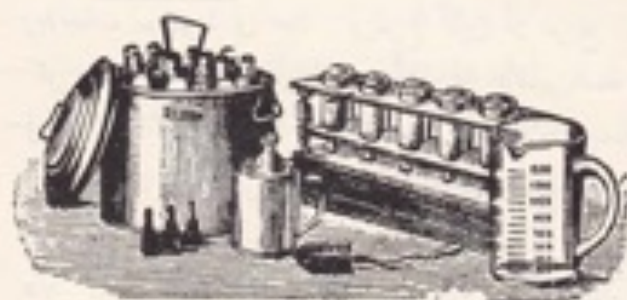
القشدة - القشدة المحضرة في مصنع اللبن تحتوي على ٤٠ إلى ٤٥ بالمئة من الدهن .

متى صار عمر عمر الطفل شهراً - نعتقد أنه بعد الشهر الأول يصبح لبن البقر غير الخفيف خبير الأغذية الصناعية للطفل . وإذا أمكن إرضاع الطفل الشهر الأول على الأقل كان أحسن حظاً لأنه في نهاية الشهر الأول ينتظم عمل الهضم فيه . وإذا اقتضى الأمر المختوم العدول عن الإرضاع الطبيعي فيعطى لبن البقر غير مخفف ، وإنما يضاف إليه قليل من السكر . ويسقى بين رضاعة وأخرى ماء نقياً لإفناء لما يحتاجه الجسم من السائل . ولا نظن أن الهضم يكون ضعيفاً كما يعتقد العموم . أما إذا خفف اللبن بالماء خفت معه العصارات المعدية الهاضمة . ولذلك تكون النتيجة أن اللبن الصرف أصح من اللبن المخفف . وقبل أن يستعمل اللبن يعقم نحو

٢٠ دقيقة في معقم

سوكسبيلت (انظر

شكل ٢٤٨) .



(شكل ٢٤٨) جهاز سوكسبيلت لتعقيم اللبن

التغذية بلبن البقر

الصرف - في اللبن

الصرف القدر اللازم

من المادة الدهنية .

فإذا أضيف إليه

السكر اشتمل على القدر اللازم من الكاربوهيدراتية . وإنما الكازيين فيه أزيد من المطلوب . والرائد منه ينصرف من المستقيم (غير مهضوم) ولذلك يكون البراز وافرأ . ولا يتدر أن يكون مبيضاً بما امتزج فيه من كتل اللبن غير المهضومة . فلا بأس في ذلك ما دامت صحة الطفل جيدة . ويتدر أن يكون عند الطفل إمساك . أما اللبن ومزيج اللبن اللذان يغذى بهما الطفل في الشهر الأول فيجب أن يعقما دائماً قبل التغذية . أما الغلي فيتلف الخواص المغذية في اللبن ، وإنما التعقيم على قاعدة باستور

أقل إتلافاً لها . والغلي لا يقتل بذور الجراثيم . ولذلك يموت بعض الأطفال في بعض الأحوال من الإسهال الحاد المسمى بكوليرا الأطفال حتى ولو كان يغذى باللبن المعقم . على أن هذه الأحوال نادرة . والخواص المغذية التي في اللبن المعقم إذا قيست بخواص اللبن المغلي تضمن الوقاية من هذا الخطر النادر . فبالتعقيم الياستوري تهلك الجراثيم المرضية ومن جملة ما يسلو بالسل وباشلوس التيفوئيد والباشلوس القاولوني . وقبل التعقيم تضباب قمحة إلى ٣ قمحات من سترات الصودا إلى أوقية من اللبن الصرف .

الماء وأوقات التغذية باللبن الصرف — قلنا آنفاً إن اللبن الصرف قليل السائل (بالنسبة إلى اللبن البشري) ولذلك يحتاج الطفل إلى ماء بين رضاعة وأخرى فيسقى منه بالمعلقة الصغيرة وأما الرضاعة فلا ينبغي أن تكون متواترة . يكفي الطفل أن يغذى كل ٣ ساعات في الثلاثة أشهر الأولى . وبعد شهره الثالث كل أربع ساعات .

كيفية التعقيم — يشعل جهاز سوكسهايت على متفعدة تشتمل على عشر زجاجات موضوعة في حلة . ويفرغ اللبن أو مزيج اللبن في هذه الزجاجات في كل وجبة أي بين ٢ ½ أوقية و ٥ أوقية في الأشهر الستة الأولى وبين ٥ و ١٠ أوقية في الأشهر الستة التالية . ويسد فم كل زجاجة بسدادة أو غطاء من المطاط (الكاوتشوك) . ويفرغ الماء في الحلة حتى يبلغ نحو ثلثي طول الزجاجات . ثم يغلى هذا الماء . فلا ينبغي أن اللبن أو مزيجه لا يغلى وإنما تبلغ درجة حرارته إلى ٧٥° س في الدقيقة العاشرة . يبقى مزيج اللبن في الماء الغالي نحو ١٠ دقائق وإذا بقي أكثر من ذلك فقد يفقد خواصه المغذية . في مدة الأشهر الثلاثة الأولى يبقى اللبن الصرف في الماء الغالي نحو ٢٠ دقيقة وهكذا يتعمق لأن درجة حرارته تقارب درجة الغليان . وبعد الشهر الثالث يكفي أن يبقى نحو ١٠ دقائق . والأفضل إعداد اللبن صباحاً ومساءً . ولا ينبغي أن المطاط الذي يغطي فم الزجاجات يدخل قليلاً في الزجاجات بعد أن تبرد وبذلك يحبس الهواء عنها . ولذلك ينبغي أن تبرد اللبن عاجلاً بوضع الزجاجات في الماء البارد حالاً وإذا كانت الزجاجات تتشقق أو تنكسر بانتقالها المفاجئ من درجة الغليان إلى الماء البارد فخير أن تنقل إلى مكان بارد لتبرد لنفسها .

الارضاع بالرضاعة الزجاجية - متى شامت المريبة أن تغذى الطفل تأخذ زجاجة من تلك الزجاجات المعقمة الباردة وتضعها في ماء ساخن . ثم تنزع عن فيها غطاء المطاط وتضع مكانه حلقة مطاط نظيفة وتلاحظ أن تكون أصابعها نظيفة أيضاً . ويجب تغليف هذه الحلقات من الباطن والخارج بل يجب غلبها أيضاً قبل كل تغذية أو مرة في اليوم على الأقل ، وحفظها دائماً في محلول الصودا ثم يغذى الطفل رأساً من الزجاجية . نعم إنه لا منفذ للهواء الذي يجب أن يجعل محل اللبن الذي امتصه الطفل ولكن الطفل يتعود من نفسه أن يترك الحلقة هنية حتى يدخل الهواء . فإذا لاحظت صعوبة في الامتصاص فلاحظ إن كان ثقب الحلقة ضيقاً أو واسعاً كفاية ووسعه حسب الاقتضاء . ولا يخفى أن التغذية بالرضاعة تستغرق وقتاً طويلاً حتى نصف الساعة ولكن لا بأس في ذلك . على أنه يجب أن يستمر الطفل راضعاً حتى النهاية من غير أن ينام في خلال ذلك ثم يصحو ويعود إلى الرضاعة ثانية .

بعد الشهر السادس - تظهر الأسنان الأولى في الشهر السادس وعندئذ يجب أن يضاف إلى اللبن شيء من أغذية الأطفال كغذاء ملن أو بنجر . وذلك بأن يضاف نحو ملعقة صغيرة من أحد هذه الأغذية إلى قليل من اللبن ويغلبها معاً نحو عشر دقائق ثم يضاف هذا المزيج إلى لبن الرضاعة ومن الشهر الثامن أو التاسع أو العاشر يقطع الطفل عن الثدي أو الرضاعة .

غذاء الأطفال الضعفاء - ربما كانت أمهات بعض الأطفال الضعفاء لا يستطيعن عمل هذا المزيج الذي نفضله أو اقتناء معقم سوكمبيلت . فاعطهن أو صف لمن زجاجة أو مقداراً من سترات الصودا وهن يتبعن السكر وبعد ذلك يمكن أن يحضرن هذا الغذاء الصناعي :

لبن	دريم ونصف
ماء الشعير المثلج	٣ دراهم
سكر	ملعقة صغيرة
سرات الصودا	٣ قسعات

والغرض من سترات الصودا أن يجعل قسماً من الكازيين غير عامل عمل

غذاء ، وأن يمر هذا القسم في الأمعاء كنفاية منبهة لعمل الأمعاء . ولا تستمر على إعطائه إذا اقتضى الأمر تقوية الطعام .

وفي إمكان الأمهات أن يَضَعْنَ هذا المزيج المذكور آنفاً في زجاجة والزجاجة في حلة محتوية على ماء بارد ثم يغلى ماء الحلة نحو عشر دقائق . وإذا لم يتسن ذلك أمكن وضع الغذاء نفسه في حلة صغيرة وتسخينه حتى تبلغ حرارته درجة ٧٥° س . ثم يبرد حالاً بوضع الحلة كما هي في ماء بارد . ويجب أن يحفظ هذا المزيج في زجاجة نظيفة مقللة توضع في ماء بارد .

حفظ الزجاجة والحلقة نظيفتين — هذا أمر ضروري وجوهري في تغذية الأطفال . لأن بقايا اللبن حول الحلقة وفي الزجاجة الرضاعة تكون مرعى للجراثيم حتى إذا دخلت مع اللبن إلى جوف الطفل في غضون رضاعته جعلت فيه عفونة معوية ومعدية .

تغسل الزجاجات بالماء البارد وتفرك بفرشاة من الداخل والخارج قبل التغذية وبعدها وتحفظ في محلول الصودا حين لا تستعمل . ولا يجوز أن يكون للزجاجة أنبوية مطاط . والأفضل استعمال زجاجتين بالتناوب وأن تغليا مرتين في اليوم على الأقل . والحلمتان تغسلان جيداً قبل التغذية وبعدها من الخارج والداخل وتغليان مرة في اليوم على الأقل وتحفظان في محلول الصودا .

وضع الطفل في أثناء التغذية — دع المروض تحمل الطفل على ذراعها وأن يكون رأسه مرفوعاً قليلاً عن باقي الجسم ولا يجوز أن يرضع وهو في مهده .

التغذية المختلطة — إذا لم يزدد وزن الطفل من جراء الاقتصاد على التغذية من الثدي وحده يُعطى أحياناً الغذاء من الزجاجة المحتوية على مزيج غذاء ملن أو غذاء بنجر على أثر انتهائه من رضاعة الثدي .

القطام — لا يجوز أن يفطم الطفل أي يمنع من الثدي دفعة واحدة بل يكون منعه تدريجياً وفي مدة غير قصيرة وألا تعرّض لأشد الأمراض الهضمية . ويبدأ الفطام عادة بعد الشهر الثامن فتصير به التغذية مختلطة . ويبتدئ ذلك بأن يُعطى اللبن بالملقعة مرة في اليوم . فإذا بقى سليماً معافاً يُعطى اللبن بالملقعة ويلتزم

التدى بالتناوب . وأحياناً يمكن أن يلتم الرضاعة الرجاجية بدل المعلقة وفي هذه الحالة يقطع عن الرضاعة الرجاجية في الشهر الثاني عشر . على أن الفطام بهذه الكيفية يستغرق شهرين أو ثلاثة .

لا تظلم الطفل عن التدى في فصل الحر حين تكثر حالات الإسهال بل انتظر حتى ينتهي فصل الإسهال . ولا داعي لإبطال الإرضاع متى بدأت المرضع تحيض .

أحوال الطفل الصحية العمومية

الهواء الطلق - الهواء الطلق ضروري للصحة . فننصح بأن يخرج بالطفل إلى الهواء الطلق في شرفة محجوبة عن الريح بعد الأسبوع الأول إلا إذا كان مطر أو كان الهواء رطباً أو بارداً جداً . وكلما أعجل في إخراج الطفل في مركبة اليد (الأفضل أن يكون ذلك في الأسبوع الثالث) كان أفضل لحصوله على الهواء النقي ، ولأنه أسهل على المريبة أن تدفع المركبة أمامها من أن تحمل الطفل على ذراعها ، وذلك أفضل له أيضاً . ولهذا لا تحمل المريبة البقاء مدة أطول في الهواء النقي . بل يحسن جداً أن يبقى الطفل في نور الشمس معظم النهار ما عدا أوقات التغذية إذا كان الطقس معتدلاً .

أما الغرفة التي تخصص للطفل فيجب أن تكون مفتوحة الشباك نهاراً وليلاً صيفاً وشتاء . مع ملاحظة أن يكون مهده بعيداً عن مجرى الهواء وأن تكون الغرفة دافئة .

الحمام - تحامياً لا يتلال حبل السرة يفضل أن يكون ماء الحمام قليلاً حتى لا يبلغ إلى السرة إلى أن يسقط ذلك الحبل . ولا ينبغي أن يغطس الطفل في الماء قبل سقوط الحبل . وكذلك لا ينبغي أن يفرك بالمنشفة لأن جلده لا يزال رخوياً فلا يحتمل الفرك بل يكفي أن يلف بمنشفة مدفأة ممتص الماء عن جلده وبعد ذلك يلمس على أربية الفخذ والإليتين وتحت الإبطن بعض المساحيق كالمسحوق الآتي :

١ جزء	مسحوق البوريك
٣ أجزاء	أوكسيد الزنك
جزمان	نشاء

ومتى سقط حبل السرة - وهو يسقط عادة بين اليومين الخامس والعاشر - يحمم الطفل يومياً (مرتين في اليوم صباحاً ومساءً) بحيث تكون درجة الحرارة نحو ٣٢° س . ولا ينبغي أن يقطس الرأس بل يلقى على الذراع .

العناية بالعينين والتم - يجب أن تمسح عينا الطفل السليم بالقطن والبوريك صباحاً ومساءً ، وأن يغسل الفم ثلاث مرات في اليوم بالقماش المشبع بالماء الدافئ أيضاً . وذلك بأن يكسى الأصبع بأحد هذين ويمسح به الفم بلطف .

العناية بحبل السرة - يجب أن يُضمّد الحبل يومياً ، فينذر عليه المسحوق أولاً ، ثم تأخذ غياراً أو قطعة من اللنت (lint) ، وتثقب في وسطها ثقباً ليدخل فيه طرف الحبل ، ثم تضعها على السرة بحيث يبرز حبل السرة منها ، وتلترّ عليها المسحوق بكثرة وتطويها ، ثم تحفظها مكانها بواسطة حزام أو رباط . فإذا بقي هذا الحبل جافاً سهل سقوطه .

العناية بقلفة الصبي - يحسن أن يحنّ الطفل في اليوم السابع لولادته ، وفي الأحوال التي لا يحنّ فيها الطفل يجب الالتفات إلى نظافة القلفة ، فتقلب وتغسل بحشفة القضيبي كل يوم بأسفنجة . وفي أيام قليلة تستطيع المريبة أن تقلب القلفة تماماً بسهولة ، ومن ثم يجب أن تقلبها عن الحشفة وتغسل هذه كلما حممت الطفل . وإذا وجدت هـ هوية في ذلك أو كانت القلفة ملتصقة بالحشفة فعملية الختان خير علاج .

النوم - يجدر أن يبقى الطفل في مهد خاص به متى لم يكن خارج المنزل إلا إذا كان يُغذى . أما إذا تعود أن ينام إلى جنب أمه في سريرها يتعلم عليه بعد ذلك أن ينام في مهد خاص به ويزعج ذويه بصراخه ويبقى متأرقاً قلقاً . لا تدع الزوار يتداولون الطفل لئلا يفسدون نظام نومه ، فيجب أن يعاد إلى مهده حالما يفرغ من الرضاعة . وهز المهد بعد الرضاعة ضار جداً . لا ينبغي أن تدفأ الغرفة في الشتاء خاصة لأجل الطفل وإلا اقتضى الأمر أن تدفأ له دائماً ، ودرجة الحرارة

التي توافق الكبار توافق الأطفال أيضاً . ويجب أن ينام الطفل ووجهه مكشوف للهواء ، ومن الخطأ أن يغطى وجهه بحرام أو بغشاء خفيف كما يفعل حين يكون في المركبة خارج المنزل . والأفضل أن يتعود الطفل النوم على جنبيه .

ملابس الطفل - من أفضح الأغلاط أن يكسى الطفل بملابس ثقيلة لأنه إذا ثقل كساؤه عرق ، والطفل كلما ندى جبينه بالعرق كان نكدا . وكذلك لا ينبغي أن تكون ملابسه ضيقة تمنع حركته بل يجب أن تكون متسعة ، ولا سيما حول صدره وبطنه تسهلاً لتنفسه . ولذلك يمنع القمصان الشديد منعاً باتاً . ولا ينبغي أن الرياضة البدنية ضرورية لتنمو ، فلذلك يجب أن يكون بدن الطفل حراً بحيث يستطيع الرفس برجليه وتحريك ساعديه .

الصراخ - لا يكون صراخ الطفل دائماً نذيراً بجوعه ، فقد يكون عطشاً . فإذا أعطى ملعقتين أو ثلاث ملاعق صغيرة من الماء البارد النقي بسكت . وإلا فإن لم يسكت فلربما كان بدنه حاراً أكثر من اللازم ، أو تكون قدماه باردتين . أو قد تكون حرقته مبهلة أو أن دهبوساً ونحزه أو برغوثاً قرصه . أو قد يكون مترعجاً من شدة الاهتمام به حين أنه "نعس" . ويغلب أن تغيير موقع المهدي يوقف الصراخ . فإذا استمر بصراخ بعد اقتضاده كل هذه الأسباب فلا يغب عليك أن الصراخ حينئذ نذير بانحراف صحة الطفل .

معلومات عامة عن حالة الطفل الطبيعية - في الأسبوع السابع يشرع الطفل يلاحظ ويسمع . فإذا التفت للصوت لا يكون أصم ولن يكون أبكم . في الشهر الثالث يشرع يرفع رأسه . بين السادس والثامن تبدو سنان في مقدم فكه الأسفل وهما القاطعان السفليان . أما قواطعه الأربع التي في فكه الأعلى فتبدو بين التاسع والثاني عشر . في الشهر الثامن يجب أن يتعود الطفل أن يبتلى بلا حرق . فنترع حرقه في أول الأمر بعض ساعات على بضعة أيام ثم تلغى تماماً . وبهذه الطريقة يتعود البول والتغوط بانتظام .

في الشهر الثاني عشر يشرع يمشى .

بين الثاني عشر والثامن عشر يشرع يتكلم .

الطفل الناقص المدة

من العلامات المميزة للطفل الناقص المدة ما يأتي :

- (١) عادة يكون حجم الجسم صغيراً ولو أنه في بعض الحالات قد يقرب الحجم من الطبيعي .
- (٢) البشرة حمراء ناعمة ورقيقة لدرجة تظهر من تحتها الأوعية الدموية بوضوح .
- (٣) الجلد يكون مجعداً وخالياً من الطبقة الدهنية التي توجد تحت البشرة ويظهر وجه الطفل كأنه شيخ مسن .
- (٤) يغطي البشرة خصوصاً في الأطراف طبقة غزيرة من الشعر التام تسمى الزغب أو Lanugo .
- (٥) الجمجمة مستديرة أو بيضاوية بافوخاها متسعان وتداريزهما واضحة .
- (٦) الأذنين حجمهما صغير وملاصقتان للجمجمة وبشرة الأنف مغطاة ببثور صغيرة .
- (٧) لا تصل الأظافر إلى أطراف الأصابع .
- (٨) صرخة الطفل ضعيفة على وتيرة واحدة .
- (٩) يمضى الطفل معظم وقته نائماً ويحتاج للإيقاظ والتنبيه كي يتناول وجبات طعامه حركاته هزيلة وبطيئة .
- (١٠) حرارة الجسم عادة أقل من المستوى الطبيعي وقد تكون غير مستقرة
- (١١) إفراز البول قليل .
- (١٢) يكثر حدوث البرقان وكثيراً ما يكون شديداً .

العناية بالطفل الناقص - إذا توقعنا حدوث الولادة قبل أوانها يجب أن نعد عدتنا لاستقبال المولود وبدء إسعافه حال ولادته مباشرة . ولقد سبق شرح طرق الإسعافات التي قد يحتاجها المولود عقب ولادته .
بعد ذلك يجب وضع الطفل في مكان بحيث لا نحركه بقدر الإمكان فيترك

دون حمام ويكتفى بتنظيف عينيه بالبوريك أو الماء المقطر وتنظيف الأكتين بالماء الفائر كلما تبرز وتحفظ درجة حرارة الغرفة (إن لم يكن هناك جهاز خاص يوضع فيه الطفل) حوالي $26,7^{\circ}$ مئوية (80° فهرنهايت) .

وتؤخذ حرارة المولود من الشرج صباحاً ومساءً كل يوم ويراعى ألا تنخفض أقل من $35,5^{\circ}$ مئوية (96° ف) وتحفظ حرارة مهد الطفل الضعيف ما بين $29,5^{\circ}$ و 35° مئوية (85° - 95° ف) أما الطفل القوي البنية فتحفظ حرارة مهده ما بين $26,7^{\circ}$ - $29,4^{\circ}$ مئوية (80° - 85° ف) وكلما نما الطفل وقوى كلما خفض مستوى حرارة المهد حتى تصل إلى درجة حرارة الغرفة أي حوالي 24° مئوية (75° ف) .

ويوزن الطفل يومياً وعادة ينقص الوزن بعد الوضع ولا يستكمل الطفل الناقص وزنه الأصلي عند ولادته إلا ببطء وبعد مضي حوالي ثمانية إلى واحد وعشرين يوماً ويبلغ متوسط الزيادة اليومية من 10 إلى 30 جم .
وتمنع زيارة الأطفال منعاً باتاً كما يجب على الشخص أو الأشخاص المنوطة بهم العناية بالطفل لبس قناع عند الاقتراب منه منعاً لتعريضه لأي عدوى .

التغذية - يحتاج الطفل في الأيام الأولى من حياته إلى مقدار من السوائل يتراوح بين $\frac{1}{8}$ إلى $\frac{1}{4}$ وزنه يومياً وحوالي 70 وحدة سعيرية غذائية لكل كيلوجرام من وزنه وغنى عن القول أن أفضل غذاء له هو لبن أمه .
وفي الاثنى عشر ساعة الأولى لا يعطى الطفل شيئاً قطعاً وتم يبدأ بأعطائه السوائل تدريجاً حسب الجدول الآتي مدة اليومين الأولين :

- بعد ١٣ ساعة ١ ملء ١ ملعقة شاي من الماء المغلي (بدون سكر) .
- بعد ١٥ ساعة $1\frac{1}{2}$ ملعقة شاي من الماء المغلي (بدون سكر) .
- بعد ١٧ ساعة ١ ملعقة شاي من لبن الأم .
- بعد ١٩ ساعة ٢ ملعقة شاي من الماء المغلي .
- بعد ٢١ ساعة $1\frac{1}{2}$ ملعقة شاي من لبن الأم .
- بعد ٢٣ ساعة $2\frac{1}{2}$ ملعقة شاي من الماء المغلي .

وفي نهاية اليوم الثاني تبدأ التغذية كل ثلاث ساعات وفي اليوم الرابع والخامس والسادس يأخذ الطفل من 15 إلى 22 سم كل ثلاث ساعات .

في اليوم السابع والثامن يأخذ الطفل من ٢٢ إلى ٣٠ سم^٣ كل ثلاث ساعات
 وفي اليوم التاسع والعاشر يأخذ الطفل من ٣٠ إلى ٣٧ سم^٣ كل ثلاث ساعات
 وفي اليوم الحادى عشر إلى الرابع عشر يأخذ الطفل من ٥٢ إلى ٦٠ سم^٣ كل
 ثلاث ساعات . ويمكن إعطاء الطفل بين رضعات الثدي وبعضها كيات من
 الماء المغلى (لا تزيد عن ١٥ سم في المرة) .

ويمكن استعمال الشاي الخفيف بدلا من الماء لأن الشاي يساعد على منع
 الإسهال .

وكلما كان نمو الطفل أقرب للطبيعى كلما بكرنا في وضعه على ثدى أمه
 (من حوالى اليوم الخامس إلى اليوم الثامن من حياته) وفي البدء يجب أن لا تزيد
 مدة الرضاعة عن ثلاث إلى خمس دقائق ثم تزداد تدريجاً .

وإذا لم يتيسر استعمال لبن الأم لأى سبب ما يستعاض عنه بأحد الألبان
 المجهزة أو بلبن البقر مع إضافة زيت السمك وفيتامين ج ٢٥٠ مجم فيتامين ب٥
 لتعويض ما يفقده اللبن من الفيتامينات أثناء غليه .

ويحتوى زيت السمك على فيتامين اود ويعطى منه ٥ نقط مرتين في اليوم .

فصل السابع والعشرون

معاطب الولادة

إسفنكسيا المولود حديثاً - إن المعنى الحرفي لانتفاضة إسفنكسيا هو وقوف النبض ، ولكنها تطلق الآن على الاختناق الناشئ من عدم دخول الهواء إلى الرئتين . ولسهولة فهم الأحوال التي تسبب الإسفنكسيا سنشرح أولاً كيفية حدوث التنفس في المولودين حديثاً : إن تنفس العائقل وقت ولادته يتوقف على تنبه مركز التنفس في المصموع العصبي . وهذا ينشأ من عاملين أولهما وأهمهما هو ازدياد حمض الكربونيك في الدم بسبب بطء الدورة المشيمية ثم وقوفها . والثاني التنبه المنعكس للمراكز التنفسية الناشئ من تعرض سطح جسم الجنين للهواء البارد عند ولادته . ففي الأحوال العادية متى ولد الجنين وانكمش الرحم يصغر السطح الرحمي المتدغمة فيه المشيمة ثم إنها تأخذ أيضاً في الانفصال . فلهذه السببين يقل مقدار الدم الوارد لها فيزرق الجنين قليلاً من تجمع حمض الكربونيك في الدم . وفي زاد مقدار حمض الكربونيك في الدم فإن مروره في الدورة يهيج المراكز التنفسية للجنين فيأخذ في التنفس . وقد يحدث في بعض الأحيان أنه لسبب من الأسباب لا يتحرص التنفس فيزيد مقدار حمض الكربونيك في الدم عن اللازم وتتحوك الحالة إلى إسفنكسيا . وقد تحدث الإسفنكسيا أيضاً من أسباب أخرى . ففي الهباء بالمقعدة قد تتأخر ولادة الرأس ويتعرض جسم الجنين للهواء البارد فيبدأ بالتنفس ورأسه لا يزال في الحوض فيمتص مخاطاً ودماً وعقياً فتتسد المسالك التنفسية .

وقد يصاب الجنين بالإسفنكسيا قبل ولادته في أحوال ثلاث :

- (١) إذا قل مقدار الدم في الدورة المشيمية : (أ) إذا انضغط الحبل السرى بين الرأس والحوض (ب) من وجود عقد في الحبل السرى أو من التواءه
- (ح) من انفصال المشيمة المتدغمة اندغاماً حميداً أو معيباً (د) من انقباض الرحم المستمر بسبب عمر الولادة .

(٢) إذا تنفس الجنين قبل خروج الرأس ، الأمر الذى يؤدي إلى انسداد المسالك التنفسية بالسوائل .

(٣) إذا أصيب المخ أو المراكز العصبية بضرر ناشئ من الضغط الشديد بالحقت ، أو فى أثناء خروج الرأس فى الحوض الضيق . وفى هذه الحالة تكون الإسفنجيا غالباً من النوع الثقيل وهو المسمى بالإسفنجيا البيضاء .

(٤) تأثير بعض المخدرات التى تستعمل فى الولادة (كالورفين) إذا أعطيت قبل الولادة بوقت قصير .

الأنواع - تحدث الإسفنجيا على نوعين : الأول الإسفنجيا البيضاء والثانى الإسفنجيا الزرقاء . أما البيضاء فهى أشد النوعين خطراً وفيها يكون جسم الجنين أبيض وقت ولادته . ويكون نبض الحبل واقفاً والقلب ضعيفاً جداً لا تكاد تسمع ضرباته . ويكون التنفس متوقفاً أيضاً . أما فى الإسفنجيا الزرقاء فيكون الجنين مزرقاً والحبل ينبض بقوة وتكون ضربات القلب شديدة ويحاول الجنين التنفس .
يمكن تقسيم علاج إسفنجيا الجنين إلى قسمين :

(١) علاج والى قبل الوضع وينحصر فى مراقبة حالة الجنين أثناء الوضع وتسمع ضربات قلبه من وقت لآخر حتى إذا احتاج الأمر عجلنا الولادة بطريقة تناسب مع درجة تمدد عنق الرحم كما يجب أن نتجنب تعريض الجنين لعمليات الولادة العسرة والولادات التى تستمر طويلاً كما يجب أن نلاحظ عدم إعطاء الأم أثناء الوضع أى نوع من الأدوية التى قد تضر بالطفل فمثلاً نمتنع عن إعطاء حقن المورفين أو البنتدين وكلاهما يؤثران على جهاز الطفل التنفسى فيحدثان فيه هبوطاً إذا توقعنا أن تم الولادة قبل مضي أربع ساعات من وقت إعطاء الحقن .

(٢) وقت الوضع يجب أن يكون هناك استعداد كافٍ فى كل حالات الولادة لإسراف الطفل خصوصاً فى حالات الولادة الغير طبيعية حيث يكون هناك احتمال كبير فى أن يولد الجنين فى حالة إسفنجيا ويشمل الاستعداد وجود منضدة صغيرة مجهزة بأغطية معقمة ووسائل للتدفئة وقثطرة محاطة معدنية أو كاوتشوك وتفضل الأخيرة وبعض الحقن المنبهة لجهاز التنفس مثل حقن اللورولين ٣م فى الحبل السرى أو تحت الجلد والكوارمين نصف فى العضل أو تحت الحبل السرى والحقن المنبهة

للقلب مثل الكافور والأدرينالين بيبي كما يستحسن وجود أسطوانة من غاز الأوكسجين وأخرى من ثاني أوكسيد الكربون .

وفي أحوال كثيرة يولد الجنين في حالة ازرقاق ويكون التنفس متوقفاً ولكن إذا ترك لذاته بعد تنظيف المسالك التنفسية دقيقةتين أو ثلاث يبدأ تنفسه طبيعياً فإذا لم يبدأ التنفس يجب البدء سريعاً في عمل تنفس صناعي ولكن بغاية الرفق والهدوء وتنحصر المعالجة فيما يأتي :

(١) وضع الطفل بعد الولادة مباشرة على منضدة منحدره بحيث يكون رأسه في مستوى أوطأ من باقى الجسم وذلك لتسهيل خروج السائل اللفظي الذي يتجمع في الجهاز التنفسي أثناء ولادة الجنين .

وفي حالات الولادات العسرة يراعى وضع الرأس في مستوى الجسم خوفاً من وجود نزيف في المخ بسبب الولادة وتجنباً لزيادته إذا وضعنا الرأس في مستوى أوطأ من باقى الجسم .

(٢) التدفئة وطأ أهمية كبرى على الأخص في حالات الوضع المبكر وحالات الولادات العسرة لأن الجنين الذي لم يكتمل حياته الرحمية أو الذي أصابه صدمه نتيجة لولادته لا يتحمل التعرض للبرد ولا للحر الشديد ولذا يجب إعداد مهد الطفل بحيث تكون حرارته معتدلة مائة للدفع أكثر منها للبرودة .

(٣) تنظيف المسالك التنفسية مما يكون موجوداً فيها من الدم واللفظ والعق وفائدته واضحة لسببين : أولهما أن وجود هذه السوائل يعيق دخول الهواء إلى الرئتين . والثاني أننا إذا سمحنا للجنين بأن يتنفس من غير أن نخلّي فمه وحلقه من السوائل تحتصها المسالك الشعبية عند أول شهيق . ولذلك متى وكّد الجنين بمسح الفم والأنف والحلق مما يكون عالفاً بهما من السوائل بقطعة من الشاش التنظيف ملفوفة على الأصبع . فإذا وجدنا الغمط كثيراً تدخل قططرة رجال داخل الحنجرة ومحص بها السوائل أو تستعمل قناطر معدنية أو صمغ مرن صلبة . وتدخل القططرة بهذه الكيفية : يدخل السبابة والشاهد أى الأصبع الوسطى من أصابع اليد اليسرى في فم الطفل إلى الحلق ويوضع الإبهام من الخارج بحيث تمسك الحنجرة بينه وبين الأصابع الأخرى . ثم يمرر القططرة باليد اليمنى مهدية على الأصابع الموضوعة في الفم حتى تدخل إلى الحنجرة . ولا يجوز أن تزيد المسافة بين قمة القططرة وشفتي الطفل

أكثر من عشرة سنتيمترات . ثم يضغط الصدر من الجانبين وتعصر المسالك التنفسية وتمص السوائل .

فإذا لم يجدى هذا تلجأ إلى عمل التنفس الصناعي .

(٤) التنفس الصناعي :

أسهل طرق التنفس الصناعي وأقلها ضرراً بالطفل هي طريقة عمل التنفس من التم للتم وقد تعمل مباشرة فيسد المولود أنف المولود بأصبعه بينما يضع فمه على فم الطفل (بعد وضع قطعة من الشاش الرقيق بينه وبين وجه الطفل) ثم يتفخ في فم الطفل فتمتلئ الرئة بالهواء (أى حركة شهيق) ثم يضغط برفق على جانبي صدر الطفل فيخرج الهواء من الرئة (حركة زفير) وتكرر هذه العملية حوالى ١٥ مرة في الدقيقة وقد تستعمل قنطرة من الكاثولك تدخل تجويف القصبة الهوائية وينفخ المولود هواء أوكسجين (بدلاً من استعماله فمه مباشرة) ويعطى غاز الأوكسجين بواسطة قنطرة توضع في القصبة الهوائية أو (معدة الطفل فقد وجد أن الغشاء المخاطي المبطن للمعدة يمتص الأوكسجين بسرعة فيمر منه إلى الدم ثم إلى المخ والجسم) وقد يستعمل غاز ثانى أوكسيد الكربون لتنشيط مركز التنفس في الجهاز العصبي .

وأما مضي كانت تستعمل الطرق الآتى شرحها ولكنها لا تستعمل الآن إلا فيما

ندر

(١) طريقة سافستر - يوضع الطفل على طاولة أو على ركبتى أحد المساعدين مغطى بشكير وملل الرأس قليلاً . ثم تكلف إحدى الحاضرات بإمساك قدميه كما ترى في الشكل ثم يمسك المولد ساعدى الطفل ويجانبهما إلى أن يجاذبا رأسه أو يتجاوزاه إلى الوراء مع ملاحظة أن تكون راسنا الطفل إلى الأعلى فهذه الحركة يتسع الصدر ويُسفط الهواء في المسالك التنفسية (الشهيق) . ثم ترجع الذراعان إلى الصدر وتضغطان على جانبيه حتى يخرج الهواء من الصدر (الزفير) . ثم تكرر هذه الحركات عشرين مرة في الدقيقة ويستحسن في وقت عملها أن يجاذب اللسان إلى الخارج بجفت اللسان أو بالأصبع المعمم بقطعة شاش في وقت الشهيق حتى لا يمتد دخول الهواء ، وأيضاً ليتته التنفس الطبيعي .



(شكل ٢٤٩)

طريقة شولتز للتنفس الصناعي الحركة الثالثة الزفير

(ب) طريقة بيرد - يمسك الجنين من وسطه ، بحيث يتولى رأسه ورجلاه من الجهة الأخرى كما ترى في (شكل ٢٥٠) فهذه الحركة يحدث الشيق ، ثم يمسك الكتفان بإحدى اليدين والمقعدة بالأخرى ويثنى الجنين على نفسه فيحدث الزفير . والذين يستعملون هذه الطريقة يفضلونها عن غيرها لعدم ضرورة وجود مساعدين لإمساك القدمين كما في الطريقة الأولى ولإمكان عملها والطفل في الحمام .



(شكل ٢٥١) طريقة بيرد ، الزفير



(شكل ٢٥٠) طريقة بيرد ، الشيق

طريقة شولتز - قلما يلجأ الطبيب إلى هذه الطريقة لأن الطفل المصاب بالاسفةكيا يكون في حالة من الضعف تجعل الحركات الشديدة التي تنتجها هذه الطريقة فوق ما يتحملة الطفل . والواجب في عمل التنفس الصناعي أن يعمل بغاية



(شكل ٢٥٣)

طريقة شواتز وضع الزفير



(شكل ٢٥٢)

طريقة شواتز وضع الشهيق

الرقن . ويحسن أن لا تعمل هذه الطريقة إلا إذا فشلت الطرق السابقة الذكر .
 وإذا عملت هذه الطرق يجب أن يراعى في عملها الرقن ، وطريقة عملها هي الآتية :
 بمسك الطفل في كلتا اليدين بوضع الإبهامين تحت رأسى العضدين من
 الأمام ، والسبابتين على جانبي الصدر ، والأصابع الثلاثة الباقية من كل يد على
 الظهر (انظر شكل ٢٥٢) . ثم يطلّح الطفل إلى الأعلى بسرعة حتى يسقط جسمه
 إلى الأمام على الإبهامين اللذين على السطح المقدم للصدر (انظر شكل ٢٥٣) .
 وفي الوقت نفسه يضغط الصدر جانبياً بالأصبعين السبابتين التين على جانبي الصدر
 والأصابع الثلاثة التي على الوجه الخلفي للجدع فيصغر بذلك حجم الصدر في قطره
 المستعرض . ولوجود الحنين في هذا الوضع تسقط الأحشاء على الحجاب الحاجز
 وتدفعه إلى الأعلى فيصغر حجم الصدر في قطره العمودي . وهذه الكيفية يحدث
 الزفير ويساعد أيضاً وضع الحنين بهذه الكيفية على نزول المخاط من الحلق ، ثم
 يبقى الحنين في هذا الوضع بضع ثوان ، ثم يقلب ثانياً إلى الوضع العمودي . ومتى
 سقط الحنين إلى الأمام يوقف الضغط على الصدر ويمسك من الكتفين حتى إن
 ثقله في أثناء سقوطه يدفع الكتفين إلى الأعلى . وهذا الوضع ينه الشهيق . ويجب
 أن يكون عدد نوب التنفس من ٨ - ١٢ في الدقيقة . وإذا لاحظنا أن الحنين أخذ
 يتنفس من نفسه فالواجب مساعدته بعمل التنفس الصناعي في نفس الوقت الذي
 يتنفس هو فيه .

ثم هناك عدة أجهزة خاصة بوضع فيها الطفل أو تستعمل لإسعافه أو إعطائه

الأوكسجين وأهمها جهاز الخضنه ويستعمل لحفظ حرارة المولود الناقص عند مستوى واحد كما يمكن من إمداده بالهواء أو الأوكسجين حسب الحاجة .
وإذا وُلد الجنين في حالة اسفكسيا زرقاء فلا يجوز قطع الحبل السرى إلا متى وقفت نبضاته .

انبعاث الجمجمة - يحدث ذلك في الولادات العسرة والأفضل تركه دون علاج إذ قلما يسبب ضرراً .

الكسر والخلع - يحدث أحياناً في الولادات الصعبة أن ينكسر أحد أطراف الطفل أو ترقوته . فقد تنكسر الذراع حينها تجذب بعنف في تخايشها إذا انبسطت في المهبئ بالمقعدة . وكذلك قد تنكسر الساق في المهبئ بالمقعدة إذا تعسرت الولادة وجذبت الأربية . أما الكسر فيجبر كالعادة . فإن كان في العضد فتربط مع الصدر ، وإن كانت الذراع فتلصق وتربط مع الصدر أيضاً بعد تجبيرها .
وأما الفخذ والساق فيجبران جيداً وتقمطان مع سائر الجسم .
وأما الخلع فيجب أن يعاد فيه العضو المخلوع إلى أصله .
ويجب أن تنزع الأربطة باكراً وبذلك العضو بعناية ويحرك حركة مطاردة لطبيعته .

فالج الذراع - فالج الذراع نادر في الولادات العسرة . وهو يختلف عن فالج الوجه بكونه كثيراً ما يبقى بحالة دائمة . وبناء على هذا الاختلاف بحث كوستنر بحثاً دقيقاً في هذه الأحوال وتوصل إلى هذه النتيجة ، وهي أنه في أغلب الأحوال يوجد خلع أو كسر في الكتف في نفس الوقت . أما شلل الولادة المعروف باسم « شلل أرب » الذي يتميز بضمور العضلة الدالية وعضلات الصدر والعضلة الكعبرية فيتسبب عادة من تمزق الشبكة العصبية العضدية . ويسهل تشخيصه بملاحظة بقاء اليد في حالة كيب Pronation وعدم المقدرة على رفع الذراع . وفي هذه الأحوال لا يكون العلاج إلا بعملية تتحرر فيها الأعصاب وتوصل بعضها ببعض . وكثير من الأحوال يتحسن تدريجاً مع مضي الوقت .

التجمع الدموي تحت سمحاق عظام الرأس - وهو ينشأ من نزف الدم وتجمعه

تحت عظم من عظام القبوة . ويظهر عادة في اليوم الثاني أو الثالث ولا يتجاوز تداوير العظم . ويمكن تمييزه عن الحذبة النموية المصلية بأن حدوده لا تتعدى التداوير المحيطة بالعظم المصاب . وهو عادة يشق بالامتصاص إلا إذا تقيح فعندئذ يشق ويعالج معالجة الخراجات .

الطفل العليل

وصفنا في الفصل الآنف الطفل الصحيح السليم وبحثنا في كيفية تربيته . نرى أن نبحث في حالة الطفل العليل . لا يتدر أن تكون أعراض عطل الأطفال ظاهرة حتى إذا دعى الطبيب لا يابث أن يكتشف العلة ويشرع في العلاج حالاً . وكذلك لا يتدر أن تكون الأعراض غامضة بحيث لا يتنبه الظن إلى موضع العلة .

كيف نستدل على تقدم الطفل بواسطة وزنه — الطفل السليم يزداد وزنه على معدل ٧ أوقيات في الأسبوع في الأشهر الثلاثة الأولى . وإنما تحصل هذه الزيادة على الغالب متى كان الطفل يرضع من الثدي . والغالب أن معدل الزيادة غير نظامي ، وإنما يجب أن يكون في الأسابيع الثلاثة الأولى من ١٥ إلى ٢٠ أوقية وإلا كان ثمت ريب في صحة الطفل . فإذا كان وزن الطفل حين يولد ٧ أرطال وجب أن يكون في نهاية الشهر الثالث ١٠ أرطال و ١٢ رطلاً في نهاية الشهر السادس ونحو ٢٠ رطلاً في نهاية السنة .

كم يجب أن يوزن الطفل — يجب أن يوزن الطفل مرة كل أسبوع في الأشهر الثلاثة الأولى وأقل من ذلك بعدها . والواجب أن يوزن دائماً بنفس الملابس التي يوزن بها كل مرة في ميعاد معين من اليوم ولا تزنه في هذا الأسبوع قبل الغناء وفي الأسبوع التالي بعده .

زيادة الوزن في حالة التغذية الصناعية — يغلب ألا يزيد الوزن كثيراً في هذه الحالة في الشهر الأول . وإذا رأيت وزنه يزداد كالواجب وثقت من حسن العناية به .

أهمية الوزن — نزكى القول السابق وهو أن وزن الطفل خير اختبار لتحقيق

نموه . فقد يبكي ويصرخ حيناً بعد حين أو تبدو عليه علامات المغص أو تكون أمعاؤه ممسكة ولكنه مع ذلك يزداد وزناً أسبوعاً بعد أسبوع فلا داعي للقلق من جراء طبيعة الغذاء الذي يتغذاه . على أنه لا مندوحة من الانتباه الخاص إلى كمية الغذاء وإلى أسلوب العناية في تربيته . ولا ينشر أن الأطفال الذين يتغذون غذاء قلت فيه عناصر اللبن يسمنون وينتفخون ، ولكن لا يكون لحم بدنهم شديداً بل يكون رخواً . فلا ينبغي أن يعتبر هذا الانتفاخ صحة وعافية .

والقاعدة الرئيسية في تغذية الطفل ألا يتغير طبيعة غذائه ما لم تبد أدلة أكيدة على أنه لا يزداد وزناً أو أنه ينقص وزناً ، لأن أي تغيير في كيفية الغذاء يعرض الطفل للاضطراب الهضمي بضعة أيام وربما يتعود النوع الجديد من الطعام . فإن لم يزد وزناً يعتبر سقماً والأرجح أن تبدو عليه أعراض السقم أو العلة .

أسباب الاعتلال والعلاج

(١) الأسباب المختصة بالتغذية :

- (١) قد يكون الغذاء أقوى من احتمال الطفل .
- (٢) قد يكون أضعف من حاجته .
- (٣) قد يكون الغذاء معطى بأسلوب غير موافق .
- (٤) قد يكون الطفل عاجزاً عن الامتصاص كالواجب .
- (٥) قد لا يكون الطفل مستوفياً حاجته من السوائل .
- (٦) قد يكون الطعام غير موافق .
- (٧) وقد يصحب هذه الأسباب المغص أو القيء أو الإسهال أو الإمساك .
- (٨) قد يكون الطفل محفوقاً في حرارة أعلى من اللازم . أو في غرفة قاسدة الهواء أو أنه لم يتل حاجته من الهواء النقي .
- (٩) قد يكون مصاباً بمرض عمومي .

(١) حين يكون الغذاء أقوى من طاقة الطفل — قد لا يزداد الطفل وزناً

بسبب أن غذاءه أقوى من اللازم . ويمكن أن يأتي ذلك من الإرضاع الطبيعي وإنما يغلب أن يتأتى من الإرضاع الصناعي . ويكثر أن يتقيأ الطفل بعد كل تغذية وربما تقيأ كل ما في معدته غير مقتصر على تقيؤ ما زاد من الغذاء . ويرجح أن يكون عنده إمساك أو إسهال ومغص بدليل شدة صراخه وارتداد ساقيه إلى بطنه وتوتر بطنه .

التشخيص — إن في البراز العلامات الكافية . فإذا كان الغذاء أقوى مما يستطيع الطفل هضمه ظهر فيه كتلٌ لبن ودهن غير مهضومة . فإما أن يكون فيه كتل منفصلة أو أن يمتزج هذه المواد غير المهضومة بسائر البراز فتجعله مبيضاً أو قليل البياض . فهذه العلامات تظهر غالباً حين يتغذى الطفل بالإرضاع الصناعي . ولهذا يجب أن ينتبه إليها انتبهاً خاصاً في هذه الحال . وكذلك تكرر هنا القول وهو أنه حينما يغذى الطفل لبناً محناً تكثر في البراز هذه الظواهر . ومع ذلك يمكن أن ينمو ويزداد وزناً . ولذلك لا تعد هذه الظواهر مرضية دائماً .

(٢) قد يكون الطعام ضعيفاً — قلما يكون ضعف الغذاء سبباً للاختلال في حالة التغذية بالرضاعة . وأما لبن الثدي فقد يكون ضعيفاً لقلّة كمية عنصر واحد فيه كالمادة الدهنية مثلاً . وفي هذه الحالة يجب أن يحلل جزء من اللبن لتحقق نسبة مواده .

الأعراض — لا يكتسب الطفل وزناً . وبصرخ وبئن من الجوع حتى إذا انتهى غذائه لا يستطيع نوماً بل يستمر يئن متأرقاً . ويمكن أن يعتربه الإمساك . وكثيراً ما تظهر الأدلة على ثبله القابل من السوائل ومنها كون البول يصيب الحرق ، وجفاف البراز . وفي بعض الأحوال ترتفع حرارة الطفل .

(٣) قد تكون كبتية التغذية غير موافقة — إن اختلاف مواعيد التغذية لأهم الأسباب في عدم تقدم الطفل الصحي . فإن بعض الأمهات ترضع الطفل حالماً يبكي سواء حان ميعاد إرضاعه أم لم يحن . نعم إن الإرضاع بسكت الطفل مؤقتاً ولكنه بعد حين يبكي ثانية فيلقم الثدي مرة أخرى . وقد لا يعاد إلى مهدد بعد

الرضاعة لكي يرتاح أو ينام بل يقدم للأقرباء أو الأصدقاء أو الزوار لكي يروه وربما جعلوا يرقصونه (هشكونه) .

وقد أشرنا آنفاً إلى أهمية النظافة في حالة التغذية . وليس في الإمكان المبالغة في حث المرضع أو الأم على ذلك .

ثم قد يمكن أن يغذى الطفل بسرعة . ولهذا يتقيأ الأطفال النهمين اللبن بعد التغذية .

وفي هذه الحالات - حث المربية أيا كانت على تنظيم مواعيد التغذية وعلى إراحة الطفل بعدها .

تحقق جيداً إذا كانت الأم أو المربية تعنى العناية التامة بأمر النظافة في أثناء التغذية .

وإذا كان الطفل نهماً جداً ويزدد غذاءه بسرعة قلّ للأم أو المرضع أن تضغط على الحلمة قليلاً بحيث لا يندفع اللبن إلى فم الطفل غزيراً . وفي حالات الإرضاع الطبيعي أو الصناعي يحسن جداً أن يمنع الطفل النهيم عن الحلمة نحو دقيقة أو برهة في أثناء تغذيته لكي يرتاح .

٤ - قد يكون الطفل عاجزاً عن الامتصاص كالأجيب - الأسباب :

(١) انكماش الحامة داخل الثدي . (٢) إنسداد الأنف بالثدي .
 (٣) الشفة الأرنبية . (٤) انشقاق سقف الحلق . (٥) رباط اللسان .
 (٦) الولادة قبل الميعاد الطبيعي . (٧) ضيق الثقب في حلمة المطاط .
 رباط اللسان الحقيقي ليس أمراً نادراً بل يحدث كثيراً . ويعالج بسهولة بقص القيد اللساني بالمقص . ولا خطر لو قطع الشريان اللساني . ويجب أن يكون طرفا المقص غير مستدقين وأن يكونا مماسين لسطح اللسان . وأما نزف الدم فيوقف بضغط قليل من القطن على مكان القطع . وعلى الطبيب أن يبنى حتى ينقطع النزف بتاتاً .

الشفة الأرنبية وانشقاق سقف الحلق - بعض الجراحين يشيرون بالعملية في الشهر الأول لمذنب العيبين تلافياً لنقص التغذية الذي ينجم عن سوء استعمال الملعقة .

٥ - قد يكون ما يأخذه الطفل من السوائل قليلاً - إن اخترى الطفل إمسالك

وجفاف في البراز وكان البول بلون الحرق كان المعنى أن الطفل لم ينل حاجته من السوائل . ولهذا يصرخ ويبكي من العطش وهو يسكت عن البكاء إذا سقى ماء .

(٦) قد يكون الطعام غير موافق - إذا لم يزدد الطفل وزناً بالرغم من العناية بنظافة الطعام ومقداره وتنظيم مواعيده كان السبب أن الطعام نفسه غير موافق ولذلك يجب تغييره .

العلاج - يجب أن يعالج الطفل كما يعالج البالغون الذين لا يفتنون جيداً أو المصابون بسوء الهضم . ولذلك اجتهد بأن تكتشف ما لا يلائم الطفل من الطعام وما يلائمه . وتعتقد أنه من الخطأ أن نعتبر الأطفال متشابهين في جميع الاعتبارات . بل بالعكس إنهم كالبالغين مختلفون في كثير من الاعتبارات . ويستحسن عرض الطفل على إخصائي والأخذ برأيه في هذه الحالات .

احمرار وتسلخ الألتين - تعالج بالنظافة الدقيقة وإزالة الحرق حالما تسخ . وتغسل المقعدة بالماء البارد ثم تدهن بمحلول مائي مشبع من الحامض البكر بك مرة في اليوم لكي تقسو الخلايا الأدمية . وادهن المكان المسليخ دهناً كثيفاً بمزج الزنك والزيوت المحرور حتى لا يعود فيبتل بأي سائل .

القلاع - القلاع مرض في الفم ينشأ من وساحة حلقة الثدي أو الرضاعة الزجاجية أو من طول استعمال « حلقة التسلية » من غير أن تنظف . ونحن نكوه استعمالها بتاتاً إذ تكثر بسببها البقع البيضاء في الفم والحدين بحيث لا يمكن غسلها . والقلاع ينشأ عن التعفن بسبب ما تقدم ويعالج بغسل الفم بعد كل تغذية بالماء بوسادة مخرقة ناعمة . ويغسل فم الطفل وحلقه وشفتاه ولسانه بمخرقة مبللة بالهايسرين البورني كل ٣ ساعات . أو يدهن بمحلول Gentian Violet بنسبة ٢٪ .

الإمساك وعلاجه - العادة أن يعترى الإمساك الأطفال الرضع والواجب تجنبه وقلمما يعترى الأطفال الذين يتغاون بالرضاعة الصناعية ، وفي هذه الحالة يكون سببه قلة السوائل التي تعطى للطفل أو ضعف الطعام . وفي بعض الأحيان يكفي لعلاجه بعض ملاحق صغيرة من الماء الدافئ ، وكذلك ١٠ قط من زيت السمك ٣

مرات في اليوم للأطفال الرضع . ويمكن استعمال زيت البرافين بمقدار ٥ جم في اليوم أو لبن الماجنيزيا .

الأمراض التي تظهر على أثر الولادة

التهاب الثدي - قد تفرز حلمتا الطفل والطفلة لبناً بعد الولادة . فإذا تركتا بغير علاج انقطع الإفراز لنفسه . وأما إذا التجئ إلى أي معالجة مثل ذلك وغيره فقد تفضى الحالة إلى خراج .

العلاج - غط الثدي بطبقة من القطن . فإن نشأ خراج فافتحه .

تعفن حبل السرة - إذا أهمل الغيار على الحبل السري يتطرق إليه التعفن . وقد ينجم عن تعفنه أمران : الأول التهاب الحدار البطني حول السرة . والثاني تسهم الدم . ويغلب أن يحدث الأمران معاً . وجميع أعراض التسهم العادية تظهر . فيعتل الطفل اعتلالاً خطيراً ويصاب بالبرقان وتظهر أنزفة سطحية تحت الجلد ، وتأخذ السرة في النزف . أما النبض والحرارة فيرتفعان .

العلاج - في حالة التسهم العام يعطى الطفل حقن بنسلين وستربتوميسين وإنما في حالات الالتهاب الموضعي يجب أن يعالج بالشق والمكمدات الساخنة . ويجب أن يفصل الطفل عن أمه لأن الجراثيم قد تعدى الأم وتسبب تعفنًا نفاسياً .

النزف من حبل السرة - إذا لم يكن النزف من حبل السرة ناشئاً عن ارتخاء الرباط كان خطير الشأن . وهو إما أن يكون مسبباً عن عفونة أو عن الاستعداد الخلقى للنزف وكنتا الحالتين تفضيان غالباً إلى الموت . وقد يصحبه نزف تحت الجلد وظهور الدم في البراز .

العلاج - اربط الحبل رباطاً ثانياً قريباً للبطن . ولكن قلما يفيد هذا في إيقاف النزف . ولأنك يلجأ إلى الوسيلة الثانية وهي أن تجذب جلد البطن وتجيز تحته لإبرتين طويلتين من جانب إلى آخر . ثم اربطهما معاً بخيط عقيم على شكل 8

وشده واضغط به الأوعية البطنية واجعل في رأس كل إبرة فيلينة . بهذه الوسيلة يمكن أن يوقف النزف وأعطى الطفل حقن فيتامين K .

ظهور الدم في البراز - قد يمكن أن يتلعق الطفل دماً في أثناء الولادة أو قد يمتصه من حلمة مشققة ثم يتغوطه مع الغائط . ولكن يغلب أن يتقبأه ، أما ظهور الدم في البراز الذي لا ينسب عن ذلك فهو حالة خطيرة . وأحياناً يصحبها نزف تحت الجلد ومن أجل السرعة ويغلب أن تكون قاتلة .

المعالجة - افحص أولاً الحلمات المشققة في الأحوال الخطرة ، قلل الطعام أو امنه بتأناً إلى أن يمتنع النزف وأعط حقن فيتامين C و K وصف ٣ قمححات من لبنات الحبر ونقطة من محلول كلورور أدريتاين $\frac{1}{10}$ كل ٤ ساعات . فإن هذا العلاج نجح مراراً ، فإن وجدته ناجحاً صفه ٣ مرات في اليوم مدة أسبوع إلى أن يمتنع النزف .

تشنجات الأطفال

الأسباب - لا يتفق أن المراكز العصبية في الأطفال قلما تكون في حالة ثابتة . وكثيراً ما يبدو اختلالها في ثورات تشنجية . ولذلك ترى أن التشنج الباكر أو هجمات الحميات العفنة الحادة كالقرمزية أو الجدري تكون مشفوعة بتشنجات . قد يبدي الأطفال الصغار جداً تشنجات يكون سببها إصابة في المخ حدثت في خلال الولادة ، أو قد تكون الإصابة مجهولة السبب ، وقد يكون السبب الزهري الوراثي . ويرجح جداً أن الصرع يمكن أن يظهر في أوائل عهد الطفولة . ولذلك يتعذر جداً تشخيص سبب التشنج ، وكثير من الأمراض المرافقة للتشنج لا تقع في دائرة المولد أو طيبب أمراض النساء ولذا يستحسن استشارة إخصائي في هذه الحالات

الرمد الصدیدی للمولودین حديثاً

العدوى - لا يخفى أن عيون الأطفال والأحداث جميعاً عرضة للعدوى والإصابة بالتهاب الملتحمة . ولا يندر أن تكون العدوى بسبب السيلان الذي تكون جراثيمه قد أصابت القناة التناسلية في مدة الحمل . فإذا كانت العدوى حدثت على هذا النحو ظهر الرمد في اليوم الثاني أو الثالث بعد ولادة الطفل .

وقد يحدث الرمد من العدوى بعد الولادة بأيام . وفي هذه الحالة لا يكون حاداً وقد يقتصر على عين واحدة .

ومنذ انتشار العلاج بمركبات السلفا ومضادات الحيوية . قلت جداً الإصابات بهذا المرض .

طرق الوقاية - لا ريب في أن قلة عدد الحوادث ناتجة عن المعالجة الوقائية ، فالأطباء والحكيمات يقطرون في العين محلول نترات الفضة على نسبة واحد المئة وذلك على أثر الولادة حالاً إذا كانت الأم مصابة بالسيلان . والقابلات في مصر يعصرون الليمون في العين .

وأحسن طريقة لوضع قطرة نترات الفضة هي أن يوضع الطفل في حجر المرضع ووجهه إلى السقف ، ثم يسكب قليل من المحلول فيما بين الأنف والعين ، يفتح الحفن بالإبهام فيدخل المحلول إلى العين ، وقد يلوح لعديم الاختبار إن المزيد من محلول الفضة قد يضر ، ولكن هذا الظن وهم باطل (لأن الأذى ليس بكثرة المحلول بل بقوته) .

ويجب أن تغسل المهبل بمحلول برمنجنات البوتاس في الدور الثاني من أدوار التوليد في كل ولادة نرى أنها كانت تشكو من الإفرازات الرحمية . ثم يجب أن تمسح جيداً عيني الطفل على أثر الولادة بخرق نظيفة من القطن الناعم أو بالقطن المبلل بالبوريك قبل أن يفتح الطفل عينيه .

العلاج - العين السليمة - إذا ظهر الرمد في إحدى العينين يجب بذل الجهد في وقاية العين الأخرى من العدوى . ولذلك يجب الانتباه الخاص إلى العين السليمة

أولاً . وهو يستلزم أن يُضجع الطفل على جانب العين العليلة وتُغسل العين السليمة بالقطن المشبع بماء البوريك الدافئ من طرفها الخارجى إلى جهة الأنف . ولا تستعمل قطعة القطن غير مرة واحدة ثم يقطر في العين الرمداء الملتهبة من محلول تترات القضة ١٪ وتكرر هذه العملية صباحاً ومساءً كل يوم طالما ترى العين الرمداء ملتتهبة وفيها آثار الرمد . وتستعمل مستحضرات السلفا كقطرة في العينين أو يستعمل أحد المرهم التي تحتوى على مضادات الحيوية بالنسبة المفصصة للعين ويعقن الطفل بالبسايين كل ١٢ ساعة في حالات الإصابات الشديدة .

وفي مدة حدة الرمد تستحسن الكمادات الباردة لأنها تُلطف الالتهاب . وإنما لا يجوز الاستمرار عليها متى خفت حدة المرض .

ولا يخفى أن في الصديد خطراً عظيماً لإمكان انتشار العدوى منه . ولذلك يجب أن تحذر جميع من يختلطون بالطفل من هذا الخطر . وكذلك يجب أن نجعل وجه الطفل مائلاً وبعيداً حين فتح جفنيه لئلا يندفع الصديد من بينهما بشدة ويصيب شيء منه عينيك أو عيون آخرين . وكذلك يجب غسل اليدين جيداً بعد عملية غسل العين وتنظيفها . وأما جميع الحرق والقطن التي استعملت في العمل فيجب إحراقها . بذلك تنفى انتشار العدوى .

فهرست تحليلي لمواد الكتاب

			(١)
٣٢٦، ١١٩	أشبه وزونك - تفاعل		
٣١	أعضاء التناسل الباطنة	٢٩٩	الإجهاض
٢٥	أعضاء التناسل الظاهرة	٣٠٠	أسبابه
١٦٤	إفراز مخاطي مدم	٣٠٣	أنواعه ومراحله
٤٣٥	مهبل طبيعي	٣١١	تام
٤٧٧	مهبل عنف	٣١٧	جنائي
٢٧٨	إكلمبسيا	٣١٠	عنق
٢٨٢	انتقاء الإكلمبسيا	٣١١	متروك
٢٨٢، ٢٨١	ارتفاع ضغط الدم في	٣١٦	متكرر
٢٧٩	أسباب الـ	٣٠٥	محتوم
٢٨٠	أمراض	٣٠٣	موشك أو مهدد
	تشخيص تفريق لتسمات	٣١١	ناقص
٢٧٧	الحمل	٣٤٠	بوق
٢٨٢	علاج الإكلمبسيا	٤٧٥	تحريرض الإجهاض
٢٨٢	مضاعفات الأكلمبسيا	٣١٥، ٣٠٦	طريقة لإخلاء الرحم
٣٥٨، ٣٥٧	التصاق المشيمة	٣١٢	تشخيص تفريق للإجهاض
٤٤٣،	التهاب رحمى باطنى عنف	٢٥٩	احتباس البول
٤٤٦		٢٩٤	الرحم الحامل في الحوض
٤٥٤	التهاب النسيج الخلوى للحوض	٣٥٦	المشيمة
٦٥	امتصاص الغذاء وتمثيله	١١٥	ارتكاض الجنين
٨١	أمنيوس	٦١، ٥٦	استروجين
	أمنيوسى	١٩٢	أرجوتين
٣٣٠	استسقاء	٣٣٠	استسقاء أمنيوس
٨٢	سائل	٣٩٠	دماغى
٨١	كيس	٥٣١	استئصال الرحم
	اثناء الرحم الحامل		أشعة سينية - تشخيص بواسطة
٢٩٣	إلى الأمام	٤٠١، ١١٩، ١١٤	
٢٩٣	إلى الوراء		

١٩٠	برومور وكلوئال
١٦٤	بشارة الولادة
١٥٣	بطني - جس
٢٥٢	بقر - تركيب لبن
٦٠	بلوغ
٥٣٦	بم - طريقة قطع العانة
٤٣٠	بنسليين
٢٦٤	علاج بالبنسليين في الزهري
٣٠٨	بوزمان - جفت
١٥٢	قنطرة
٣٦	بوق - تشريح
٣٣٤	حمل في
٢٧٤	بول زلاي
٢٦٧	بول سكري الحوامل
١٠٥	بول - تنوعات الجهاز
٣٢٠	بيضة - أمراض
٧٦-٧٢	انفراس
٦٧,٥٥,٣٩,٣٨	بيضة - تكوين
٧٢,٦٧	بيضة تلقيح

(ت)

١٢١	تاريخ حدوث الولادة
٤٠٥	المريضة في ضيق الحوض
	تجمع دموي
٣٤٠	وراء الرحم
٣٧٠	في الفرج
٤٧٥	تحريض الإجهاض
٤٧٦,٤١٧	تحريض الولادة
٥٠٤	تحويل رأسي
٥١٢	قدمي - أخطار

	انتحار الرأس عند متكررات
١٦٤,١٥٧	الولادة
١٦٤	موانع الانتحار
٣٤٩	اندغام معيب المشيمة
٥٤٤	انسداد الشرج
٣٨٤	العنق
٥٢٥,٣٨٤	المهبل
٣٣٥	انفجار بولي
٤٦٦	الرحم
٣٧٥	انقباض الرحم التشنجي
١١٠	انقطاع الطمث
٣٦٨	انقلاب الرحم
٤٣	أوردة الأعضاء التناسلية
	أوعية دموية - شرايين الأعضاء
٤٢	التناسلية
٤٥	مقاومة الأعضاء التناسلية

(ب)

٤٢٤,٢٦٨	باشلس قاولوق
٤٤١,٤٣٥	باشلس دودراين
٥٣١	بتر الرحم
٣٨٤	بتر العنق
١٩٣	بتوترين - استعماله في الولادة
١٩٠	بتدين
٣٥٣	براكستون هكس - طريقه
٥٢٠	برون كلاب
٤٠٧	برجلى بودلوك
٤١١	سكوتش
٤٠٥	مارتن
٦٤,٥٧	بروجستين

٢٤٣	توأمي - حمل	٥٤٠	في سقوط الحبل السري
٢٤٤	مجيء - أنواعه	٤١٥	في عدم التزامن الخافي
٢٤٦	مضاعفات	٥٠٦	تحويل قديم مزدوج
٢٤٤	ميكانيكية	٥٠٨	باطني
	(ث)	٥٠٦	تحويل مقعدى
		١٨٩	تخلير
		٩١	تداريز الجمجمة
٤٦١	ثدي - التهاب الـ	٤٣٩ - ٤٣٨	ترقوة لنرج - وضع
٥٣	تشريح الـ	٥٢٢	ترقوة قطع الـ
١٠٤	تنوعاته في مدة الحمل	٧٦	تروفوبلاست
٤٦٢	خراج في الـ	١٩١	ترايبالين
١٤٥	العناية بالثدي مدة الحمل	٤٥٨	تسم دموي وريدي
٥١٥	نقب الجمجمة	٤٤٧	قيحي حاد
	(ج)	٩	تشريح الحوض
			تشنجات
		٥٧٨	الأطفال
٥٣٤	ججلى - منشار	٢٨٠	الإكلبسيا
٦٤,٣٨	جراف - حووصلات		تشوهات
	جلع - مجيء مستعرض أو	٣٩٠	الحزين
٢٣٧	بالجذع	٢٩١	خلفية للرحم والمهبل
٢٣٧	أنواع المجرى بالـ	١٦٧	تطهير الفرج
٢٣٧	أوضاعه	١٦٦	اليدين
٢٤٠	علاج المجرى بالـ	١٦٨	تعقيم الآلات
١٥٨	جس مهبل	٥٥٢	تغذية الأطلاق الصناعية
٣٩	جسم أصفر	٥١٥	تفتيت الجمجمة
٤٧٩	جفت الولادة	٥٢٠	تقطيع الحزين
٥٠٢	أخطاره	٦٧	تلقيح البيضة
٤٧٩	تاريخه	٣٣٨	تمزق البوق
٤٩٤	تركيبه - طرق	٤٦٦	الرحم
٤٨٧	دلالات وضعه	١٨٤	العجان
٤٩٤	جذب محوري	٥٠٢	العق

٥٧٧	تعفن الحبل السرى	٤٨٧	شروط وضعه
١٨٠	ربط	٤٩٩	في الأوضاع المؤخرية الخلفية
٥٣٧	سقوط	٥٠٢	في مجيء المقعدة
١٨٩	غيار	٥٠٠	الوجه
٥٣٧	مجيء بالحبل السرى	٤٩٧	ضيق الحوض
٥٣٧	مجيء - تشخيص	٩٢	جمجمة - أقطار رأس الجنين
٥٣٨	مجيء - علاج	٣١٧	جنائى - إجهاض
٥٧٧	نزف	٤٦٤	جنون تناسل
١٣٨	حادثة مصلية دموية	٤٦٥	نقاسى
	حركات الجنين - إحساس الأم به	٨٨	جنين - درجة نمو
١١٥	حزام بندل - حلقة لانكماش	٩٣	دورة الدم عند
١٣٣، ١٢٨		٩١	رأس
٤٣٢	حساسية خاصة	٣٨٩	ضخامة
١٥٠	حقيبة الولادة	٩٥	قعدة الجنين في الرحم
٣٧٨	حلقة الانقباض	٣٩١	متلوج
١٢٨	الانكماش	٩٦ - ٩٥	جنين - مجيئه
٥٥٩	حمام المولود	٩٧ - ٩٦	أسبابه
٤٣٩	حمى نقاسية	٩٦	أنواعه
٤٤٥	أنواع	١٢٢	تشخيص وفاته
٤٥٠	علاج	١٠٧	جهاز عصبي - تغيرات
٤٤٠	مكروبات		جيب المياه - أضرار الانفجار
	حمل	٣٨٠، ١٧٢	المبكر
٢٥٩	احتباس البول في أثناء	١٦٥	شكل الجيب في الولادة العسرة
٢٦٨	التهاب كؤوس الكلى		(ح)
٢٥٨	أمراض الحمل	٢٢٠	حاجب - مجيء
٢٧٤	أمراض تسممية		حاجب - تشكيل الرأس في المجرى
٢٥٨	أمراض عمومية للحامل	٢٢٠	بالحاجب
٣٣٤	بوقى	٢٢١	علاج
١٤٣	تدبير الصحة في أثناء	٢٢١	ميكانيكية
١١٧	تشخيص تفريق	٨٨	حبل سرى

٤٠٤،٤٠٢	ضيق الـ	١٠٤	تنوعات الثدي في مدة الـ
٤٠٤	تشخيص	١٠٠	الرحم
٤١٣	علاج	١٠٣	المهبل
٤٧	عضلات	٢٨٩،٢٥٨،١١٠	تلعب في مدة
١٨	قياس	٢٤٣	توأمن
١٩	محاور	٤٦٥	جنون في مدة الـ
٢٠	مفاصل	٢٦١	حكة فرجية في أثناء الـ
١٨	مستويات	٣٣٤	خارج الرحم
١٩	وضع	٢٥٩	سلس البول في أثناء الـ
	(خ)	١٠٠	ظواهر الـ
٣٣٤	خارج الرحم - حمل	١٠٩	علامات الـ
٣٣٤	أسبابه	١١١	علامة هيجار
٣٣٦	أعراضه	٦٣	فسيولوجيا
٣٣٤	أنواعه	٢٩٣	في رحم مشنن إلى الأمام
٣٣٥	سيره	٢٩٣	الوراء
	خراج -	١١٨	كاذب
٤٦٢	في الثدي	١٢٥	مدته
٤٥٤	خراج في الحوض	٣٤٤	نزف في أثناء الـ
١٠٥	خطوط بيضاء في الحمل	٢٥٨،١١٠	في عادي في أثناء الـ
٥٣	خالوي - نسيج الحوض الـ	٢٧١	في مستعص
٨٤	خل سلائي	٢١،٢٠	حوض - أربطة
٣٧١	خود الرحم	٢٠	ارتفاعات
	(د)	٤٧	أرضية
		٣٩٥،٣٩٧	أنواع -
٢٦٠	دم - ازدياد مائية الـ		أنثى
١٠٥	دم - تغيرات الدم مدة الحمل		رجالي
٢٦٠	دولى الأطراف	٣٩٧	قرداني
١٩٨	دوران داخلي		مفرطح
٢٠٠	خارجي	١٧،١٦	أقطار
١٦٨	دور الولادة (أدوار)	٤٠٤	أورام
		٩	تشریح

٢٩٣	انتشاء الرحم إلى الأمام	١٦٨	الأول
٢٩٣	» إلى الوراء	١٦٩	الثاني
٤٦٦	انفجار	١٦٨	الثالث
١٣٣	انقباضات رحمية		دورة - تنوعات - في أثناء
٣٧٥	انقباض مستمر	١٠٥	الحمل
٣٧٨	» - حلقة انقباض	٩٣	الجنين
٣٦٨	انقلاب		
٣٨١	أورام		(ذ)
٥٣١	بتر الرحم	٢٣٩	ذاتي - تحويل
٣٣ - ٣٢	تشریح	٢٣٩	فراع - تخليص
٢٩١	تشوهات	٢٣١	تخليص الأرواحين
١٠٠	تنوعات مدة الحمل		
٣٦٢	فكك الرحم		(ر)
٢٩٢	ذو قرن واحد	٩٢	رأس الجنين أقطار
٣٦٣	سد الرحم في علاج النزف	١٩٧	انتشاء
٢٩٧	سقوط في أثناء الحمل	١٩٦	انحشار
٣٧٧	متنجج	٢٠٤	انحشار غير متزامن
٢٩١	مزدوج	١٣٦	تشكيل
٥٤٧	رضاع	٩١	تشریح
٥٧٩	رمد صديدي	١٩٨	عوران داخلي
		٢٠٠	» خارجي
	(ز)	٥٠٤	رأسي - تحويل
		٢٥٢	راحة في أثناء النفاس
٤٥١-٤٣٩	زرق رحى	٣٦٧	راشيتزي - حوض
٤٣٨	» مهبل	٣٣	رباط (أربطة الرحم)
٢٦٢	زهري		رحم - احتباس - في الحوض
٢٦٤	علاج بالبلسين	٢٩٤	
٢٦٢	سبب الإجهاض	٣٣	أربطة
٢٦٣	المشيمة	١٠٠	ارتفاع قاع الرحم مدة الحمل
٣٢٦ ، ١١٩	زوندك واشهيم - تفاعل	١٢٧	أقسام

١٩١	سكوبولامين - مورفين
٣٢٣	سلي - استحالة مخاطية
٨٤	تشریح
٣٢٨	سرطان سلائي
٢٣٤	سميلي طريقة
٨٥	سنشوم
٢٦٤	سيلان
٢٨٩	اللعاب
٣٢٢	مائي الحمل
٤٠١, ١١٩, ١١٤	سينية أشعة

(ش)

٢١٦	شاتز - طريقة
٤٣	شرايين الرحم والمبيض
٣٠	الفرج
٤١	المهبل
٥٤٤	شرح - انسداد
٥٧١	شلل ارب
٥٠٤	بل
٥٦٩	شواتز - طريقة

(فس)

٤٩٠ - ٣٩٠	ضخامة الأكتاف
٣٩٠	عمومية
١٣٥	ضغط باطن الرحم العموي
١٣٦	محوري للجنين
٣٩٥	ضيق الحوض

(س)

٨٢	سائل أمينيوسي
٣٣٠ - ٨٣	مقدار
٣٣٢	نقص كمية
٨٣	وظيفة
٦٩	منوي
٢٥٠	نفاسي
٢٥١	تعفن
٧٩ - ٧٦	ساقط
٣٢٠	أمراض
٣٢٠	التهاب
٧٧	حقيق
٧٧	قاعدي
٧٧	مغلف
٤٥٦	ساق - ورم أبيض مؤلم
٤٤٠	سبحي - بأور سبحية
٨٤	سبحية - حوصلة
٤٣٦	سدادة عتبية
٣٦٣	سد رحسي
٣٥١	مهيلي
٣٨٣	سرطان العنق
١٤٨	سرير الولادة - تحضير
٨٨	سري - مهلي
٥٧٧	تعفن
١٨٠	ربط
٥٣٧	سقوط
٥٤١, ١٨٩	غيار
٥٧٧	نزف
٧٩	سرية - حوصلة
٤٧٣	مسكنة رئوية

١٥	عصعص
٤٨ - ٤٧	عضلات الحوض
٤٨	العجان
٩	عظام الحوض
٤٤٣	عفن - التهاب رحمي
	أعراض عمومية للالتهاب العفن
٤٤٦	عق
١٣٠	امحاء
٣٨٤	انسداد
٥٠٢	تمزقات
١٠١	تنوعات - في أثناء الحمل
٣٧٤	صلابة تشنجية
٣٨٤	ضيق
٣١٠	عقني - إجهاض

(غ)

١٩١	غاز مضحك
٥٨	غدد صماء
١٠٨	تنوعات أثناء الحمل
٥٧	غدة نخامية
٢٧	غشاء البكارة

(ف)

٥٧١	فالج التراجع
٣٦	فالب قناة
	فجائية
٢٩٠	وفاة - مدة الحمل
٤٧٣	وفاة - مدة النفاس

(ط)

٥٤٤	طفل - اعتناء بال
٥٤٤	براز
٥٤٤	بول
٥٥٩	حمام
٥٧٨	تشنجات
٥٦٣، ٥٥٧	غذاء
٥٧٢	وزن
١٩٢	طاقق - أدوية مقوية لا
	طمث - انقطاع في مدة الحمل
١١٠	
٦١	فسيولوجيا

(ع)

١٢	عانة - عظم
٣٨	عجان
١٧٠	تأثير الطلق على
١٨٥	تمزقات
١٨٥	خيامة
١٧٤	ردف
١٣	عجز - تشريح
١٦٤	عدم الانحشار - أسباب
٢٠٤	تزامن الانحشار
٤٦٣	رجوع الرحم على ذاته
٢٩	عانة
٣٨١	عسر الولادة
٣٨١	من جهة الأم
٣٨٦	» » الجنين
٤١٢	» » الحوض

١١٦	قلب الجنين - ضربات
٤٠٣	قمعى - حوض
١٩٤	قمة - مجرى
١٩٤	أوضاع
١٩٦	ميكانيكية
٢٩١	قنوات مولر
٤٠٨ - ٤٠٦	قياس الحوض
٢٨٥ - ١١٠	قوة الصباح
٢٧١	مستعص
٥٢٣	قبصرية - عملية
٥٣٠	خارج البريتون
٥٢٩	مهبلية
٥٢٥	دلالات
٥٢٧	طرق
٣٤٠	قبيلة دموية

(ك)

٤٩٠، ٣٩٠	كتف - ضخامة
٢٠٠	دوران
٢٣٧	مجرى بال
٢٣٩	مجرى بال - مهمل
٤٧٧	كراوز - طريقة
٧٣	كرومو سوم
٥٢٢	كسر الترقوة
٤٥١، ٣٠٨	كشط الرحم
١٩١	كلوروفورم
٢٧٦	كلى - التهاب
٥٤٥، ١٠٤	كولستروم
٨١	كيس أمنيومي
٣٨٣	كيس مبيضى

٣٧١	ولادة
١٥٣	فحص بطنى - طرق
١٥٨	مهبل
٣٨٢	فرج - أورام
٣٧٠	تجمع دموى فى ال
١٦٦	تطهير
	فسيولوجيا
٥٥	أعضاء التناسل
٥٨٠	فضة - نترات
١٦٤	فوهة باطنة - تمدد
١٣٤	ظاهرة - تمدد

(ق)

٥٢٠	قاطع الرأس
١٥٥	قبضة بافلينك
٤٥١	قتطرة بوزمان
٢٥٤	مثنائية
٤٧٧	الرحم
٥٣٩	لرفع الحبل السرى
٤٤٧	قرحة نفاسية
٤٤٧ - ٤٤٦	قشعريرة
٩٢	قطر - (أقطار) رأس الجنين
١٦	الحوض
٥٣١	قطع الارتفاق السعائى
٥٢٢	الترقوة
٥٣٣	عظم العانة
١٦٧	قفاز - استعمال
٥٧٦	قلاع
	قلب - أمراض فى مدة الحمل
٢٦٥	

٢٥٤	مسهلات - إعطاء الوالدة		
٣٩١	مسيخ - أنواع		(ل)
٥٢٠	مشبك برون	٥٤٥,١٠٤	لباء أو كولستروم
٥١٩	مشداخ	٥٥٢	لبن البقرة
	مشيمة	٥٥٢	الجاموسة
٣٥٦	احتباس الـ	٥٥٢	الحمارة
٣٣٣,١٨٤	إضافية	٥٥٢	المعزة
٣٣٢	أنواع غير طبيعية لـ	٤٤٤	لقاوى - تسم
١٨٢	تخليص الـ	٣٨٢ - ٣٨١	لبن - ورم
٨٥	تشریح الـ		
١٨١	علامات انفصال الـ		(م)
١٨٣	فحص الـ		
٣٥٨	ملتنصقة	٢٣٣	مارتن - طريقة
٥٧	مفرزات	٣٤	مبرومة - أريطة
٦٤٠,٦١٠,٥٦	مفرزات - المبيض	٣٧	مبيض - تشریح
٥٧	غدة نخامية	٣٩١	متلهوج - جنين
٥٨	غدد صماء	٤٦٠	متانة - التهاب
٥٧	مشيمة	٩٦	محيى - أنواع الـ
٤٣٠	مضادات الحيوية		محيى -
١٧	مضيق سفلى	٢٢٠	بالحاجب
١٦	علوى	١٩٤	بالقمة
٤١٧,٤٧٥	معجلة - تحريض الولادة	٢٣٧	مستعرض
٢٦٧	معدية - أمراض الحمل الـ	٢٤٤	بالمقعدة
٥١٧	مفتت الرأس	٢١٠	بالوجه
٣٩٧,٤٠٣,٤٠٢	مفرطح - حوض	٢٢٣	باليافوخ الخلقى
١٨	مقدم خلقى - قطر	٢٢٢	المقدم
٥٢٢	مقص لكسر الترقوة	٥٥٢	مرضع - انتقاء
٢٢٤	مقعده - محيى بالـ	١٨	مستويات الحوض
٩٣	أقطار الـ	١٦	مستعرض - قطر
	استعمال الجفث فى المحيى بالـ	٢٣٧	محيى
٥٠٢		١٤٦	مسهلات - إعطاء الحامل

(ن)

٤٨٩	ناسور بولي
٢٤٩	نبض الأم مدة انقباض
١٦٥	مدة الولادة
١٠٨	نخامية - غدة
٣٤٦	نزف باطنى
٣٤٦	أعراض
٣٦٠	نزف بعد الولادة
٣٦٠	جرحى
٣٦١	لهودى
٣٦٢	علاج
٣٤٦	عارضى باطنى
٣٤٧	نزف عارضى خارجى
٣٤٤	نزف قبل الولادة
٣٤٩	نزف محتم حدوثه
٢٤٨	نقباض
٤٣٤	أمراض مدة الـ
٢٩٣	انشاء الرحم مدة الـ
٢٥٦	إنذار
٤٧٣	سكتة رئوية في مدة الـ
٤٣٩، ٤٣٤	نقباضية - حمى
٤٤٧	قرحة
١١٦	نفخ رحمى
١١٧	سرى
٣٦٨	نقل الدم

(هـ)

٣٦٥	هبوط بعد النزف
-----	----------------

٢٢٥	أوضاع الحبل بالـ
٢٢٨	علاج الحبل بالـ
٢٣٥	موانع ولادة المتعددة
٤٠٨، ٤٠٦	مقياس الحوض
٤٢٠	مكروب
٤٢٤	أنواع
٤٢٤	سبحى
٤٢٥	عنقودى
	ملحى - حقن المحلول الملحى تحت
٣٦٦	الجلد
٣٠٨	ملعقة راينشتادر
٦٩	منى
٥٢٥، ٣٨٤	مهبل انسداد
٣٨٢	أورام
٤١	تشريح
٢٩١	تشوه
٤٣٧، ٤٢٣	تطهير
١٠٠	تنوعات - في أثناء الحمل
٤٢٤	جرائم الـ
٤٣٨	زروقات مهبلية
٤٧٧	سد لتحريض الولادة
٣٤٨	في النزف العارضى
٣٨٤	ضيق الـ
٢٩١	مزدوج
١٥٨	مهبل - جس
٣٢٣	مول - حويصل
٤١٨	مرار - طريقة
٢٠٦	مؤخرى خلطى - وضع
١٩٠	مورفين - في الولادة

٥٧٢	وزن الطفل	١١٤	هزة قسرية باطنية
٤٧٦ - ٤١٧	ولادة - تحريض الـ	١١١	هيجار - علامة
١٤٨	تحضيرات الـ		
١٢٥	تعريف الـ		
١٢٠	تعيين يوم الـ		(و)
١٦٨	طبيعة - تعريفها	٢١٠	وجه - مجيء بالـ
١٦٣	علامات	٢١٥	تشكيل الرأس في الـ
١٦٨	طول مدة الـ	٥٠٠	الجلفت في علاج مجيء بالوجه
١٢٩	ظواهر الـ	٢١٦	علاج
١٦٥	عسرة - علامات الولادة الـ	٢١٣	ميكانيكية
٣٧١	فجائية	٢١١	أسباب
١٢٥	متأخرة	١١	ورك
١٢٥	معجلة	١١	وركية - حدبة
١٩٦	ميكانيكية الـ	٤٥٦	ورم أبيض مؤلم
٤٩٨	وتلخر - وضع	٤٠٤	حوضي
	(ى)	٣٨١	رحمي
		٣٨٢	فرجي
٢٢٣	يافوخ خلقي - مجيء بالـ	٣٨٢	مبيض
٢٢٣	أسباب	٣٨٢	مهبل
٢٢٣	علاج	٤٥٥	وريد - التهاب الوريد
٢٢٢	مقدم - مجيء بالـ	٤٥٥	انسداد الـ
٣٨٦	بد - سقوط اليد بجانب الرأس	٤٥٨	وريدى - تسم

٥٧٢	وزن الطفل	١١٤	هزة قسرية باطنية
٤٧٦ - ٤١٧	ولادة - تحريف الـ	١١١	هيجار - علامة
١٤٨	تحضيرات الـ		
١٢٥	تعريف الـ		(١)
١٢٠	تعيين يوم الـ		
١٦٨	طبيعة - تعريفها	٢١٠	وجه - محور الـ

وقعت في الكتاب بعض أخطاء منها

الصواب	الخطأ	السطر	الصفحة
التبويض	الببيض	٩	٣٩
المبيضة	المبيضة	٦	٤٣
ثم تمتد كالمروحة	ثم تمتد كالمروحة	٢٥	٥٠
Endometrium	Endometriun	١٧	٥٦
Epethelium	Epethelim	٩	٥٧
Pronucleus	Pronuclevs	١٢	٧٤
وقد يستعمل مع سكوبرولامين	وقد يستعمل	٦	١٩١
المعدة	المعدة	٢٠٠	٢٢٧
الجمعات	الجمعيات	٢٠	٢٧٥
Rhesus Positive	Rhesustive	١٦	٣٠٢

تم طبع هذا الكتاب على مطابع
دار المعارف بمصر سنة ١٩٥٧

