جملہ حقوق محفوظ ہیں

هُوَ الْعَلِيُّ الْكَبِيْر

اعمال یدیعنی فن جراحی کی بے مثل کتاب

# علم الجراحت

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


تالیف و ترجمہ

زبدۃ الحکماء حکیم محمد کبیر الدین بہاری

پروفیسر طبیہ کالج دہلی

و مدیر مسیح

بمعاونت خصوصی

ڈاکٹر محمد عثمان خاں صاحب ایل ایم ایس

ریاست بڑوانی

(ریٹائرڈ)


سنہ ۱۳۴۱ھ

۱۹۲۲ء


پتہ: ناظم دفتر المسیح قرول باغ۔ دہلی

تعداد طبع اول

(مطبوعہ دلی پرنٹنگ ورکس دہلی)

باہتمام لالہ شاکر داس صاحب

قیمت پانچ روپے

علاوہ محصول

# طبیہ کالج دہلی کے نصاب کی جدید کتابیں

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

(۱) **افادۂ کبیر** (ترجمہ شرح موجز القانون) کلیات کی ابتدائی درسی کتاب۔ کالج کے جماعت اول کا نصاب قیمت عہ مجلد ۱۲ محصول ڈاک علاوہ +

(۲) **ترجمہ شرح اسباب** معالجات کی معتبر درسی کتاب۔ کالج کی جماعت سال سوم اور چہارم کا نصاب۔ چار حصوں میں ہے۔ فی حصہ عہ، کل ۱۲ مجلد فی جلد ۱۲ +

(۳) **تشریح کبیر** (طبع ثانی) تشریح انسانی کی سب سے واضح معتبر درسی کتاب۔ مع بیشمار تصاویر رنگین و سادہ۔ کالج کی جماعت سال اول و دوم کا تشریحی نصاب۔ تشریح جدید و قدیم کا بہترین مجموعہ۔ دو جلد میں ہے۔ فی جلد ۸ (جلد دوم جنوری ۱۹۲۲ء تک تیار ہوگی) +

(۴) **منافع الاعضاء** کلیات قدیم و جدید کا تقابل۔ افعال اعضاء کا دلچسپ تذکرہ۔ بیان نہایت سلیس و عام فہم۔ کالج کی جماعت اول و دوم کا نصاب ہے۔ مجلد ۱۲ +

(۵) **علم الادویہ نفیسی** علم الادویہ کا معتبر اور مدلل بیان۔ ادویہ مفردہ و مرکبہ کے افعال و خواص۔ زبان نہایت سلیس۔ امام فن علامہ نفیس کا طرز استدلال بالکل مطلع میں آفتاب کی طرح روشن ہے طبیہ کالج میں علم الادویہ کی تعلیم سال دوم و سوم میں اسی سے ہوتی ہے۔ کاغذ سفید، کتابت و طباعت دیدہ زیب قیمت عہ مجلد ۱۲ + علاوہ محصول ڈاک +

(۶) **علم الجراحت** قیمت ۸ مجلد (۱۲) محصول ڈاک کے علاوہ ہے +

## چند دیگر کتب

(۷) **دہلی کا مطب** (بیاض کبیر حصہ اول) دہلی کی معتبر بیاض۔ حکمائے دہلی کے معمولات و مجربات اور اصول مطب و علاج۔ اسکے چھپنے سے پہلے مستندین طبیہ کالج کے سوا دوسروں کو مشکل سے اس کی شکل دکھائی جاتی تھی۔ قلمی بیاض کو مستندین بصیغہ راز رکھا کرتے تھے عہ مجلد ۱۲

(۸) **دہلی کے مرکبات** (بیاض کبیر حصہ دوم) دہلی کے دواخانوں کی معتبر مرکب دوائیں جنمیں بہت سے نسخہ جات بصیغہ راز رکھا کرتے تھے۔ یقیناً بعد یہ غیر مطول قرابادین ہے۔ عہ مجلد ۱۲ +

(۹) **دہلی کی دواسازی** (بیاض کبیر حصہ سوم) یونانی دواسازی کے اصول اور انکے نام طبیبوں کے لیئے دواسازی کا رہنما اور عطاروں و دواسازوں کا استاد ہے ۸ مجلد ۱۲ ہر حصہ کا مجلد ۱۲

# علم الجراحت

# فہرست عنوانات

صفحہ


تہدیہ۔ دیباچہ۔ مقدمہ

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

باب دویم۔ التہاب۔ ورم حار۔ — ۹۵- ۱۴۴

باب سویم۔ عدوی صدیدیہ غیر نوعیہ اور جراحات عدوی اخراج حاد ومزمن۔ مجری وناصور ورم فلغمونی والتہاب خلوی۔ بتعفن دم۔ — ۱۴۵- ۲۵۵

باب چہارم۔ تقرح۔ قرحہ بنا۔ — ۲۵۶- ۲۷۶

باب پنجم۔ غانغرانا وشفاقلوس — ۲۷۷- ۳۳۴

باب ششم۔ امراض نوعیہ عفونیہ۔ سرخبادہ۔ ۳۳۵۔ خناق ۳۴۶۔ کزاز ۳۴۹۔ تعلب دگزیدگی سگ دیوانہ ۳۶۳۔ جمرۂ خبیثہ ۳۶۹۔ سوزاک ۳۷۶۔ قرحۂ رخوہ رز آتشک ۴۰۰۔ آتشک ۴۰۶۔ تدرن وسل ۴۷۴۔ سراجہ ۴۹۸۔ جذام ۴۹۹۔ فطریات شعاعیہ ۵۰۱۔ ورم فطری ۵۰۲ — ۳۳۵- ۵۰۸

# تہدیہ

میں غایتِ فخر و مباہات کے ساتھ اپنی اِس طبعی خدمت کو حضورِ

والاشان، عمیم الفضل و الاحسان، منبع جود و عطا، سراپا بذل و کرم،

کپتان ہزہائی نس، رانا سر رنجیت سنگھ جی صاحب بہادر دام اقبالہ

کے، سی، ایس، آئی

والی ریاست بڑوانی (وسطِ ھند)

کے نام نامی و اسم سامی کے ساتھ معنون کرتا ہوں۔ والاجاہ

کی علم پرور طبیعت اور علمی مذاق سے اُمید ہے کہ اِس ناچیز ہدیہ

کو شرف قبول بخش کر مجھے گرویدۂ احسان و امتنان بنایا جائیگا۔

اگر ایسا ہو تو زہے قسمت

محمد کبیر الدین

Captain His Highness RANA SIR RANJIT SINGHJI, K.C.I.E.
Rana Saheb of Barwani State, C.I.

# دیباچہ

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

عرصہ کی تاریکی کے بعد جلوہ آرا ہو گی +

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

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

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

## ادائے سپاس

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

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

---

میں اپنے مکرم دوست جناب حکیم محمد عبدالوحید صاحب ناظم ساکن ضلع میرٹھ کا بھی رہینِ احسان ہوں کہ انہوں نے کافی توجہ سے تصحیح وغیرہ میں مدد فرمائی۔ اس موقعہ پر میں اپنے کرمفرما حافظ محمد ضیاء الدین صاحب کاتب دہلوی کی عنایت کو فراموش نہیں کرسکتا، جنھوں نے اول سے آخر تک پوری توجہ سے اس کتاب کو لکھا۔

وَاٰخِرُ دَعْوَانَا اَنِ الْحَمْدُ لِلّٰهِ رَبِّ الْعٰلَمِیْنَ

محمد کبیر الدین

۵ ذیقعدہ سنہ ۱۳۴۱ھ ۲۱ جون سنہ ۱۹۲۳ء

# مقدمۂ علم الجراحت

## ھُوالمُستَعَانُ

## فن جراحت

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

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

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

---

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

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

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

(۳) علامہ رونیل نے اپنی کتاب "قدامت طب ہندی" (انٹی کوئی ٹی آف ہندو میڈیسن) میں مستند شہادات تاریخی سے ہندوؤں کو تاجِ اولیت کا مستحق ثابت کیا ہے۔

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

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

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

## ۱۔ ہندی جراحی

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

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

[2] آشرین اور اسٹرابو اور دیگر محققین کی تحریرات میں اس کا مفصل تذکرہ موجود ہے۔

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

**چرک**: علم ویدک یعنے طب ہندی کا مشہور ابتدائی مصنف ہے، جسکو بعض محققین کشمیر کا اور اکثر بنارس کا رہنے والا سمجھتے ہیں ۔ اس نے "چرک سنگہتا" نام کی جامع کتاب موضوع طب پر لکھی ۔ ہندو مؤرخین کا عقیدہ ہے کہ چرک ابتدأ عالم یا آغاز دنیا میں پیدا ہوا اور ایک رشی تہا ۔ مگر یورپی محققین کا خیال ہے کہ چونکہ چرک سنگہتا میں علم طب کا نہایت تفصیلی تذکرہ موجود ہے، اس لئے وہ اتہر وید (جس میں طب کا بیان محض مجمل طور پر ہے) نہایت مابعد زمانہ میں لکھی گئی ہوگی ۔ جس کی وسعت ممکن ہے کہ ہزار سال سے بھی زائد ہو ۔ مشہور فرانسیسی مستشرق سلوین لے وی نے چینی ذرائع کی بنا پر پتہ لگایا ہے کہ چرک نام کا ایک طبیب راجہ کنشکا جو ہندوستان میں دو صدی قبل مسیح راج کرتا تھا کا روحانی معلم تہا ۔ مگر چونکہ ویدوں میں چرک کا نام بطور لقب کے موجود ہے اور سنسکرت صرف و نحو کی کتاب موسومہ "پانی نی" میں تابعین چرک کو چرکون کے نام سے بطور لقب کے پکارا گیا ہے اسلئے اس سے اصلی چرک کی تخصیص ثابت نہیں ہو سکتی ۔ چرک اپنی کتاب میں صرف اُنہیں دیوتاؤں کا ذکر کرتا ہے جو ویدوں جیسی قدیم مقدس کتابوں میں گنائے گئے ہیں ۔ ویدوں سے بہت بعد میں پُرانوں کی ترتیب ہوئی ہے اور پُرانوں میں بیان کردہ دیوتاؤں کا کوئی تذکرہ چرک کی کتاب میں مطلق نہیں پایا جاتا ۔ چرک نے انسانی ڈھانچے کی ہڈیوں کی کل تعداد ۳۶۰ بتائی ہے اور یہی تعداد قدیم ویدک زمانہ کی کتب میں درج ہے ۔ الغرض ان سب وجوہ سے ثابت ہوتا ہے کہ چرک بلا شبہ پُرانوں سے زیادہ پُرانا ہے اور یورپی مصنفین جو اسے کھینچ تان کر زمانہ مابعد مسیح میں لاتے ہیں (اور اسطرح یونانی طب کی اوّلیت ثابت کرنا چاہتے ہیں) صریح مغالطہ میں مُبتلا ہیں[1] ۔

[1] ماخوذ از مضمون ڈاکٹر گرندر ناتھ مکھوپادھیا و تاریخ الاطبا از ڈاکٹر غلام جیلانی صاحب [illegible]

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

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

محققین کی عام رائے ہے کہ چرک، سشرت سے پہلے پیدا ہوا۔ لیکن پرانوں سے ثابت ہے کہ سشرت دھن ونتری مہاراج (موجد طب وحکیم ربانی) کا شاگرد ہے۔ چونکہ دھونتری مہاراج ست یگ کے قرن اول میں پیدا ہوئے، لہذا لازم آتا ہے کہ ان کا شاگرد سشرت بھی اسی زمانہ میں پیدا ہوا۔ علاوہ ازیں چونکہ چرک محض طبیب تھے اور خود اپنی کتاب میں تسلیم کرتے ہیں کہ وہ جراحی کے ماہر نہ تھے بلکہ کتاب کے شریر استہان باب پنجم میں جنین کی پیدائش ونشو ونما کے متعلق دھن ونتری مہاراج کی رائے کا حوالہ دیتے ہیں (یہ وہی رائے ہے جو سشرت نے اپنی کتاب میں درج کی ہے) لہذا ثابت ہوا کہ سشرت چرک کا پیش رو ہے۔

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

(۸) "رساین تنترہ" اس میں افزائش عمر اور اصلاح ذہن و عقل کے ذرائع اور مقویات وغیرہ کا بیان ہے +

(۹) "واجی کرن تنترہ" اس میں مشتہی و مہی ادویہ کا بیان ہے +

**کتاب سشرت کے تفاسیر تراجم** اگرچہ بعد دہندو شارحین نے سنسکرت سنگہتا کی شرحیں اور تفسیریں لکھیں مگر اس کے مدونہ ومفروضہ کلیات سے سرمو انحراف کی کسیکو جرأت نہیں ہوئی + عامۃ الناس سشرت کی تعلیم کو الہامی اور آسمانی تقدس سے لبریز سمجھتے رہے اور آنے والی نسلیں اسی لکیر کے فقیر بنی رہیں + ۱۸۳۵ء میں یو۔ سی۔ دت صاحب نے اور ۱۸۹۱ء میں چاٹوپادھیا صاحب نے اس کے بعض حصص کا انگریزی ترجمہ کیا + علامہ ہیورنے بھی ۱۸۹۷ء میں اسکا انگریزی ترجمہ کیا + ہیلر صاحب نے لاطینی زبان میں اور ورکس صاحب نے جرمانی زبان میں ترجمہ کیا +

آٹھویں صدی عیسوی کے اختتام سے قبل سشرت کا عربی ترجمہ ہوچکا تھا جو کتاب "شوشون الھندی" کے نام سے منسوب ہے، ابن ابی اصیبعہ نے اسکا تذکرہ "کتاب سوشرود" کے نام سے کیا ہے + رازی نے اپنی تصانیف وتحریرات میں "سرو" کا حوالہ بطور ایک فاضل جراحیات کے دیکر اکثر جگہ اس سے استناد کیا ہے[۱]

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

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

[۱] ماخوذ از ڈاکٹر گرنڈ ناتھ مکھوپادھیا کلکتہ +

اندازہ کیجیے:- مشرط[1] تشریح (ایک چھوٹا سا سیدھا چاقو)، خمیدہ[2] پھل کے نشتر، چیرنے کے مشرط، مبضع[3] (نشتر)، مشرع[4] (پچھنے)، منشار[5] یا آری، ملقط العظام[6]، ہڈی توڑنے کے چمٹے (قینچیاں[7])، آلہ بازل[8] (شکم کا پانی خارج کرنے کا آلہ) مختلف قسم کی سوئیاں[9]، مشبک[10] ذو وزر (گھنڈی دار ہک)، ملقے[11]، مسبر[12] (زخم کی سلائی)، معدسال الکادی[13]، مجس[14] سنفذی، مجس[15] بولی (پیشاب کی سلائی)، ممعقہ[16] (رجیچی)، ملقط[17] یعنی چمٹے مختلف اقسام کے، ملقط[18] لحم زائد یعنی ناک کے مسّوں یا اورام لحمیہ کے پکڑنے کے چمٹے، قاثاطیر[19] (پیشاب بہانے کی سلائی)، محقنات[20] یعنی پچکاریاں، منظار[21] المبرز مسمار (سوئے)[22] عصابہ[23] اور رفائد (زخموں پر باندھنے کی پٹیاں اور بند شین) مختلف مقامات و اقسام کی، اور کھڑے ہوئے جوڑوں اور شکستہ اعضا پر باندھنے کے لئے تختیاں یا جبائر[24] جن میں سب سے مقبول و عام وہ تھی جو بانس کی کھپچیوں کو باریک رسی سے باندھ کر جالدار شکل میں بنا لیتے تھے۔ علامہ واٹز انکی تعریف میں یوں رطب اللسان ہیں:-

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

| | | |
|---|---|---|
| 1. اسکالپل۔ | 9. نیڈلز۔ | 17. فارسپس۔ |
| 2. بسٹوریز۔ | 10. بلنٹ ہکس۔ | 18. پالی پس فارسپس۔ |
| 3. لین سٹ۔ | 11. لوپس۔ | 19. کیتھے ٹر۔ |
| 4. اسکیری فیکے ٹر۔ | 12. پروب۔ | 20. سرنج۔ |
| 5. ساؤ۔ | 13. کاسٹک ہولڈرز۔ | 21. رکٹل اسپیکیولم۔ |
| 6. بون فارسپس۔ | 14. ڈائرکٹر۔ | 22. بوجی۔ |
| 7. سیزرز۔ | 15. ساؤنڈز۔ | 23. بینڈیج۔ |
| 8. ٹروکار۔ | 16. اسکوپ۔ | 24. اسپلنٹ۔ |

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

**ہندی معالجات جراحیہ** ٹوٹی ہڈی کی شناخت دیگر علامات کے علاوہ علامت فرقعہ (کرکراہٹ) سے کی جاتی تھی۔ خلع (جوڑ اوکھڑنے) کی مختلف اقسام نہایت باریکی کے ساتھ مقرر کی گئی تھیں اور مختلف قسموں کے خلع کی شناخت کے لیے اونکی مخصوص و تفریقی علامات بتائی گئی تھیں۔ خلع کا علاج بھی آجکل کے علاج کی طرح شد متقابل،[1] حرکت مخروطیہ،[2] حرکت دوریہ[3] اور دوسری ترکیبوں سے کیا جاتا تھا۔ زخموں کے اقسام میں جروح مشقوقہ،[4] جروح منقوبہ،[5] جروح ممزقہ[6] جروح رضیضہ[7] وغیرہ متفرق کر دیے گئے تھے۔ کھوپری اور چہرہ کے زخم سے جلتے تھے۔ جسم کے اندر سے خارجی غیر طبعی اشیا رجو اتفاقیہ طور پر داخل جسم ہو گئی ہوں نکالنے کے لیے ہندوؤں کی ذہانت و طباعی نے نہایت اعلیٰ قسم کی ترکیبیں اختراع و ایجاد کی تھیں، اور بعض مخصوص حالات میں آہنی ذرات کو خارج کرنے کے لیے مقناطیس کے استعمال سے بھی دریغ نہیں کیا جاتا تھا۔ اورام و التہابات کا علاج بھی آجکل کی طرح، مضاد التہاب ادویہ، پچھنے، اور ضمادات سے کیا جاتا تھا۔ فصد کہنی کے مقدم حصہ کے علاوہ اور کئی مقامات پر لی جاتی تھی۔ جونک (علق) کا استعمال نشتر سے زائد رائج تھا۔ سنگی کھچوانے (حجامت) کا رواج عام تھا۔ بخیہ[8] اور تکمید (ٹکور۔ سینک) وغیرہ کی ترکیبیں جیسی آج عام ہیں اوسوقت بھی رائج تھیں۔ عمل بتر[9] یا قطع عضو بھی اکثر کیا جاتا تھا، اگرچہ اوسوقت سیلانِ خون کی روک

[1] شد متقابل۔ کاونٹر اکس ٹنشن۔

[2] حرکت مخروطیہ۔ سرکم ڈکشن۔

[3] حرکت دوریہ۔ سرکم گائی ریشن۔

[4] جروح مشقوقہ۔ انسائزڈ وونڈز۔

[5] جروح منقوبہ۔ پنکچرڈ وونڈز۔

[6] جروح ممزقہ۔ لیسی ریٹیڈ وونڈز۔

[7] جروح رضیضہ۔ کن ٹیوزڈ وونڈز۔

[8] بخیہ۔ پولش۔

[9] بتر۔ امپوٹیشن۔

تمام کے متیقن ذرائع جیسے آج حاصل ہیں اوسوقت موجود نہ تھے ۔ قطع شدہ عضو کے سرے (عُصُص[1]) پر ابلتا ہوا تیل لگا کر پیالہ نما شکل کی بندشی پٹیاں لگا دی جاتی تھیں ۔ اجسام وادرام سلعیہ یا رسولی[2] اور بڑھے ہوئے غدد و مغابن کاٹ کر نکالدیے جاتے تھے اور اعادۂ مرض سے بچنے کے لئے تازہ سطح پر سنکھیا کا ایک مرہم لگا دیا جاتا تھا ۔ جلندھر (استسقائے زقی) اور قیلہ مائیہ کا پانی آلہ بازل کے ذریعہ نکالدیا جاتا تھا ۔ فتق[3] کی مختلف اقسام میں تمیز کی جاتی تھی اور فتق[4] اربی کے خارج کرنے کے لئے صفن کے مقام پر عمل و پالیسڈ کیا جاتا تھا ۔ مرض انورسما کی تشخیص تو کی جاتی تھی مگر اوسکا علاج نہیں کیا جاتا تھا ۔ شریان کے کٹے ہوئے منہ پر گرہ لگانا (ربط) جیسا کہ انورسما اور سیلان خون کے علاج میں آجکل رائج ہے قدیم ہندی جراحی میں مفقود تھا ۔ اس کی وجہ بلا شبہ یہی ہو سکتی ہے کہ وہ لوگ شرائین کی سمت و رفتار داد صلاح سے ناواقف اور دوران خون کے مسئلہ سے نابلد تھے ۔ نہایت حیرت انگیز واقعہ یہ ہے کہ اس زمانہ کے ہندو اطبا، عمل شق البطن یعنے پیٹ چاک کرنے کے عمل سے واقف تھے جسے وہ ایک اسلوب خاص کرتے تھے، اپنے زیر ناف قدرے بائیں جانب شگاف دیکر یہ لوگ شکم کو چاک کرتے تھے اور امعاء کے خفیف حصص کو باحتیاط اس شگاف سے باہر نکال نکال کر ہر حصہ کا بخوبی امتحان کرتے اور اگر اوس میں سُدّے یا اور کسی قسم کی رُکاوٹ موجود ہوتی تو انتڑی کے ماؤف حصہ

[1] عصص۔ اسٹمپ۔

[2] سلعہ۔ رسولی۔ ٹیومر

[3] ہائڈروسیل۔

[4] فتق۔ ہرنیا۔

[5] اوذمل ہرنیا۔

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

میں شگاف لگاکر اوسکو خارج کردیتے، پھر انتڑی کے زخم کو ٹانکوں سے سی کر بندکردیتے اور اون پر گھی یا شہد کا ضماد کرکے خلائے شکم میں واپس داخل کردیتے پتھری بھی نکالنے کا عمل بغیر سلائی زمجس[1] (الحصاۃ) کی مدد کے کیا جاتا تھا۔ کٹی ہوئی ناک بنانے کے لیے ناک کے قریب جوار اور گالوں کی جلد نکالکر اوس سے نئی ناک بنائی جاتی تھی۔ یہ عمل انتہائی نزاکت اور کاریگری کا ہے اور اوسوقت ہندوستان میں کیا جاتا تھا جب یونانی معمولی جراحی اعمال سے بھی بے خبر تھے۔

عملیات ترقیع[2] یعنی زندہ جلد کو تراش کر پیوند لگانیکے اعمال جس میں آجکل یورپ والوں نے محیرالعقول ترقی کی ہے۔ دراصل قدیم ہندوکے رہین منت ہیں۔ اس نئے زمانہ میں بھی اندورکے مشہور انگریز ڈاکٹر کرنل کی گن صاحب نے مصنوعی ناک بنانے کے عمل کو نئی نئی ترکیبوں سے ہندوستانی مریضوں پر کرکے ایسا کمال حاصل کیا کہ اونکے خاص خاص نکات یورپ کی مقبول عام جراحی کتب و رسائل میں تصویروں کے ساتھ شائع ہوئے اور یورپ نے اونکی تقلید کی۔ فرانس کے بعض ڈاکٹروں نے بھی اسی ہندوستانی ترکیب کا تتبع کرکے اس عمل میں موشگافیاں کیں۔ آنکھ کے اعمال جراحیہ میں نزول الما یعنے موتیا بند کے نکالنے کی ترکیب شامل تھی۔

اعمال القابلہ یعنی دایہ گری کے کام مختلف انواع و اقسام کے تھے، حتی کہ عملیہ قیصریہ[3] کے ذریعہ زندہ بچہ شکم چاک کرکے نکالا جاتا تھا، اسی طرح مردہ جنین کو کاٹ کاٹ کر رحم مادر سے خارج کیا جاتا تھا۔

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

[1] مجس الحصاۃ۔ اسٹاف۔
[2] پلاسٹک سرجری۔
[3] عملیۃ قیصریہ۔ وہ عمل جس میں شکم اور رحم میں شگاف دیکر بچہ خارج کیاجاتا ہے۔

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# (۲) یونانی و رومی فن جراحت

## (الف) یونانی جراحی

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

[1] دی سرجیکل انسٹرومنٹس آف دی ہندوز۔

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

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

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

**فیثاغورث** نے ابتداءً علوم طب کو رواج دیا، جس کے بعد ایک جلیل القدر ممتاز ہستی (بقراط) نے فضائے یونان کو علم و کمال کی درخشندگی سے منوّر کر کے اصولِ طب و فنِ جراحی کی بُنیاد رکھی۔

**بقراط کی جراحی**

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

کسر و خلع (ہڈی ٹوٹنے اور جوڑ اکھڑنے) پر اسکی دو کتابیں اسقدر مبسوط ہیں کہ بعض لحاظ سے آجکل بھی، جبکہ ترقی آلات و کمالات جراحیہ کا انتہائی زور و خروش ہے، اس کے مدوّنہ اصول و معلومات پر شاید ہی کچھ اضافہ ہوا ہو۔ "خلع شانہ" کی چار قسموں میں سے بقراط نے صرف "مخروج تحتانی" (جس میں عظم العضد یعنے بازو کی ہڈی کا بالائی سرا اپنی طبعی وضع سے اکھڑ کر زیر بغل آجاتا ہے) ہی کو ایک عام اور کثیر الوقوع قسم بتایا ہے اور یہی خیال آجکل کے ماہرانِ جراحی کا ہے۔ "خلع عظم الفخذ" کے اقسام میں "مخروج مقدم" اور "مخروج مؤخر" کو بھی عام بتایا ہے۔ ریڑھ کے پچھلے خاروں (رناسن) کے کسر کا بیان دیا ہے اور تنبیہ کی ہے کہ انکے ٹوٹنے کو غلطی سے "مکسر صلب" نہیں سمجھ لینا چاہئے۔ "خمیدگی صلب" کے اسباب میں درن[1] کو بھی ایک اہم سبب بتایا ہے (جو سیکڑوں سال بعد "مرض پاٹ"[2] کے نام سے مخصوص کیا گیا)۔ ان سب خصائص کے باعث بقراط کی تشخیص کو زمانۂ مابعد کی تشخیص پر سبقت و اولیت حاصل ہے۔ علم العلاج کے متعلق بھی بقراط میں وہی رفعت و بلند پائیگی موجود ہے جو ہندو طب کی شانِ امتیاز ہے۔

بقراط کی جراحیات میں کسر و خلع کے متعلق نہایت تفصیلی مقالات موجود ہیں، جن کی شناخت اور تحقیق میں اگرچہ اسے عملی تشریح سے مدد ملنے کا موقعہ نہ تھا

[1] درن۔ ٹیوبرکل۔

[2] پاٹس ڈزیز۔

مگر اوسوقت کے اکھاڑوں، اور فن کشتی و پہلوانی کے حادثات سے معتد بہ مدد ملی + بقراط نے ایک مقالہ ضربات و جراحات سر کے لئے مختص طور پر درج کیا ہے، جس میں نہ صرف سر اور کھوپری کے زخموں کی نہایت باریک اور دقیق تقسیم موجود ہے، بلکہ "کسر انخفاضی"[1] اور کسر بہ ضرب مقابل[2] تک کا بیان درج ہے + بقراط کے زمانہ میں کھوپری کی ہڈیوں کو آری سے قطع کرنے کا عمل (ثقب منشاری[3]) نہایت عام طور پر کیا جاتا تھا، بلکہ اس عمل کا استعمال اوسوقت بھی جائز و مباح سمجھا جاتا تھا جبکہ ضغطۂ دماغ موجود نہ ہو + بقراط نے دیگر اعضاء جسم کے جروح و قروح بھی کثیر التعداد اقسام میں مخصوص طور پر گنائے ہیں +

**زمانۂ بقراط کی جراحی کا ہنود کی جراحی سے مقابلہ**

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

[1] کسر انخفاضی۔ کھوپڑی کی ہڈی کا ٹوٹ کر دب جانا +

[2] کسر بہ ضرب مقابل۔ وہ کسر جس میں سر کی ہڈی مقام ضرب سے دور ٹوٹے +

[3] ٹریپے ننگ +

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

**یونانی آلات جراحیہ** جراحی آلات میں ملقط[1]، بسیر[2]، مجس منفذی[3]، منظار المستقیم[4]، قاثاطیر[5]، اور مختلف اقسام کے کادیات و محرقات تھے +

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

## (ب) اہالی اسکندریہ و روما و بیزنطین کی جراحی

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

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

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

## اسکندریہ میں طبی مدارس

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

**ایرو فیلوس** نہایت بے باکی اور جرأت کے ساتھ نشتر جراحت چلاتا، حتیٰ کہ اعضاء واحشاء شکم مثلاً کبد وطحال پر بھی بلا تکلف کانٹ چھانٹ کرتا۔ اوس کی رائے تھی کہ طحال جسم انسانی میں کوئی وضیح اہمیت نہیں رکھتی ہے۔ احتباس البول کا علاج وہ ایک خاص قسم کے قاثاطیر سے کرتا، جو عرصہ تک اوس کے نام سے منسوب ومشہور رہا۔

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

---

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

ایک مخصوص آلہ رنفتت الحصاۃ ایجاد کرکے استعمال کیا +

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

سب سے پہلا یونانی حکیم جو روما میں جا بسا

## حکیم آرکاغیطوس

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

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

| | |
|---|---|
| ۱ لیتھوٹرائٹ۔ | ۵ اسکلے پیاڈیس۔ |
| ۲ ری پبلک۔ | ۶ لیرنگاٹمی۔ |
| ۳ کیٹو میجر۔ | ۷ ٹریکیاٹمی۔ |
| ۴ ارکٹاگے تھُس۔ | |

**حکیم طمیسان**[1] نے سب سے پہلے جوکوں کے استعمال کا رواج دیا۔ جوکوں کا رواج ہندوستان میں نہایت قدیم زمانہ سے چلا آتا تھا۔

**حکیم سلسوس** سب سے پہلا رومی حکیم ہے جو شاہ اغسطس[2] کے زمانہ حکومت میں گذرا ہے۔ اس کی حیات کا زمانہ غالباً پہلی صدی مسیحی کی ابتدا میں ہے۔ اس نے تاریخ طب پر ایک نہایت جامع اور بسیط کتاب لکھی ہے جس سے فن جراحت کی کئی صدیوں کی تاریخ و حالت پر روشنی پڑتی ہے۔ اس کتاب کا ساتواں اور آٹھواں مقالہ جراحی سے مخصوص ہے، جس میں بیشتر وہی باتیں درج ہیں جو برہمنی شاستروں اور یونانی جراحیات کے قواعد و ضوابط پر مشتمل ہیں۔ اس نے اعمال ترقیع[3] کے ذریعہ ناک، کان، اور لبوں کے بنانے کی ترکیبیں مشرح طور پر درج کی ہیں، اور فتق کے لیے عمل بالید کے علاوہ رد الفتق[4] کی ترکیب بھی بیان کی ہے، جس میں یہ بھی درج ہے کہ فتق کو واپس داخل کرنے کے بعد مجری اربی[5] کو کئی بالنار[6] سے داغ دینا چاہئے۔ سلسوس نے مشہور عملیۃ الحصاۃ کا جو بیان درج کیا ہے وہ فی الحقیقت اسی عمل کا چربہ ہے جو نہایت قدیم زمانہ سے ہندوستان اور خاص اسکندریہ میں بھی عملاً کیا جاتا تھا۔ اس نے مختلف مقامات کے ناصور کا علاج بھی بتایا ہے اور دیوار سینہ کے ناصور کے علاج میں پسلی کے استیصال جزائی (ٹکڑے قطع کرکے نکال ڈالنے) کا طریقہ بتایا ہے کھوپری اور سر کے اعمال میں ثقب[7] منشاری کو وہی اہمیت دی ہے، جو اس عمل کو یونانی جراحی میں حاصل تھی۔ اس زمانہ کے فن جراحت کے علو شان کا اندازہ اس سے ہوسکتا ہے کہ جب پتھری مجری البول میں پھنس کر اسکو مسدود کردیتی، تو جلد کے نیچے مجرای بول کو کاٹ کر نکال لی جاتی۔ اطراف بدن (ہاتھ پاؤں) وغیرہ کو قطع کرنے کے لیے ایک خاص عمل بتوسلسوس نے مشرح و مفصل

| | |
|---|---|
| ۱؎ تے ی سن۔ | ۵؎ انگوئنل کینال۔ |
| ۲؎ اگسٹس۔ | ۶؎ ایکچوئل کاٹری۔ |
| ۳؎ پلاسٹک آپریشن۔ | ۷؎ ٹریفائننگ۔ |
| ۴؎ ٹیکس۔ | |

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

**ہیلی ڈوروس**[1] نے اعضا کو بتر شرانحی[2] کی ترکیب سے کاٹنے کا طریقہ ایجاد کیا اور بتر تخشد ڈور کو ناقص طریقہ بتایا۔ علیٰ ہذا اس نے عروق سے سیلانِ خون کو روکنے کے لئے شرائین کو مروڑنے کا طریقہ (عمل سل[3] والتواء) بھی ایجاد کیا۔ مگر معلوم ہوتا ہے کہ زمانہ مابعد میں یہ عمل اور ربط (بند لگانے) کا طریقہ متروک ہوگیا اور اس کے بجائے داغنے (کی بالنار) کا رواج مقبول ہوگیا۔ ایک محقق ہے منا (نامی) کا بیان ہے کہ ہیلی ڈوروس نے فتق[4] الصفن کا جراحی عمل از قسم تجرائی بول کے ذبحائی کی نالی کے اندر سے کاٹنے کا طریقہ ایجاد و استعمال کیا۔ ہے منا لکھتا ہے کہ "یہ سلطنت روم میں کمالِ جراحیات کی شاندار مثالیں ہیں" ۔

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

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

---

[1] ہیلی ڈوروس۔
[2] فلیپ امپوٹے شن۔ عضو کے کاٹنے کا وہ طریقہ جس میں گوشت کے جھالر رکھے جاتے ہیں۔
[3] سرکولر امپوٹے شن۔
[4] ٹارشن۔
[5] اسکروٹل ہرنیا۔
[6] اسٹرکچر آف یوریتھرا۔

جس نے صحیح اور کامل تشریح دانی کو جراحیات کے لئے ضروری اور اہم بتایا، اور نہ صرف اصولاً بلکہ عملاً اوس نے تشریح کے فوائد کا اپنی جراحی میں ثبوت دیا +

(۲) اوس نے جراحی معالجات اور اعمال میں ایسی باقاعدگی، ترتیب وتنظیم کی تدوین کی جو اوس سے پہلے موجود نہ تھی + (۳) زخموں اور جراحات کے پیدا ہونے والے نتائج اور عوارض بعیدہ کے متعلق وہ بوجہ اپنی کامل تشریح دانی کے نہایت صحت اور کامیابی کیساتھ پیشین گوئی کرتا اور انذاری رائے قایم کرسکتا تھا + عوارض ونتائج امراض کے متعلق ایسی صحیح رائے اوس سے پہلے کسی طبیب نے قایم نہیں کی تھی؛ کیونکہ اس سے پہلے حکماء دقیق وصحیح تشریح سے اسقدر واقف نہ تھے +

(۴) پٹیوں کی بندش کے طریقوں اور شریانی سیلان خون کے روک تھام کے وسائل کی بابت اوس کی تحقیقات ومعالجات بہ نسبت اوس کے پیش رُو ماہرین جراحی کے بہت بہتر تھے + (۵) علاوہ ازیں، جراحی کے دو اہم کارنامے جالینوس کی ذاتِ خاص سے منسوب ہیں۔ یعنے اوس نے نخرالقصؔ کا جراحی علاج عظم القص کے کچھ حصہ کو کاٹ کر (استیصال جزوی کے عمل سے) کیا + دوم یہ کہ اوس نے شریان صدغی کو "عمل ربطِ شریانی" کے ذریعہ گرہ لگاکر باندہ دیا +

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

جالینوس کے بعد یونان کے علوم وفنون میں جو عمومی زوال پیدا ہوگیا، اوس سے فنِ جراحت بھی متاثر ہوئے بغیر نہ رہا + بایںہمہ جو شاذ نامور جراح گذرے ہیں انکے حالات بعض کتب تواریخ میں ملتے ہیں + جالینوس سے دو صدی بعد "اوری باسیوس" اور چھٹی صدی عیسوی میں "ای طیوس" نامی دو مؤرخین گذرے ہیں جن کی محفوظ تحریرات سے، اس زمانہ کی رومی جراحیات کی حالتِ ترقی وترقی کے متعلق روشنی پڑتی ہے + چنانچہ روایت ہے کہ انتی لوس، لیونی دیز، فلادغی دوس

---

سلہ نخرالقص۔ سینے کی ہڈی کا بوسیدہ ہوجانا (کیریز آف اسٹرنم) +

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

**انتی لوس** (رسنہ ۳ء) کو علامہ ہیزر نے دنیا کے قابل ترین جراحوں میں شمار کیا ہے + اس نے انورسما کے لیے یہ جراحی عمل ایجاد کیا کہ شریان ماؤفت کو کیسہ انورسما سے اوپر اور نیچے کے مقام پر گرہ لگا کر باندھ دیا اور کیسہ انورسما کو کاٹ کر خالی اور خارج کر دیا + شکرشے ہوئے اعضاء کو بذریعہ عمل قطع الاوتار کے درست کیا + جیسا آجکل کیا جاتا ہے + انتی لوس (اور لیونی دیز) نے گردن کے متورم غدد کو کاٹ کر خارج کیا + عروق کو کاٹنے سے پہلے ان میں گرہ لگانے کی ترکیب بتائی اور شریانِ سباتی اور ورید وداجی کو بچانے کے لیے متنبہ کیا +

**ہیلی دوروس اور لیونی دیز** نے بتر شرائجی کا طریقہ عمل ایجاد کیا +

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

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

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

---

ؔ پال آف ایجینا ؔ یہ اہل یورپ کی خودپسندی ہے کہ دوسرے غیر یورپی کاملین فن کے کمال کو ہمیشہ یونان کی تقلید سمجھتے ہیں +

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

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

## عربی و اسلامی جراحی

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

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

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

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

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

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

[1] ماخوذ از تاریخ الاطباء ڈاکٹر غلام جیلانی +

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

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

---

[1] ملاحظہ ہو فاضل امریکی اسکاٹ کی تاریخ اندلس مسمیٰ ہسٹری آف مورش امپائر ان یورپ کا قابل دید ترجمہ (اخبار الاندلس) از مولانا خلیل الرحمن صاحب (مترجم نفح الطیب و مولدین و تاریخ الخلفاء وغیرہ) ۔

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

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

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

---

[1] تاریخ اسپین، موریان اسپین" ازلین پول کا دلچسپ اردو ترجمہ از منشی حامد علی صاحب صدیقی سہارنپوری۔ باب آٹھواں +

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

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

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

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

---

سلہ انجنیری +

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

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

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

---

لہ لین پول صاحب نے " ابوالقاسم خلف" کا نام لکھا ہے. غالبًا بلکہ ضرور یہ زہراوی ہے +

سانکو نے تخت لیون سے معزول ہو کر ملکہ نوواد کے پاس جو اوس کی دادی بھی پناہ لی ۔ ان دونوں نے ملکر خلیفۂ قرطبہ سے استغاثہ اور استمداد کی ۔ اس کی مفصل کیفیت یہ ہے:۔

سانکو مرض فربہی سے اسقدر تنگ و عاجز آگیا تھا کہ بلا سہارے چل بھی نہ سکتا تھا۔ پس اوس نے ارادہ کیا کہ اطباء قرطبہ سے جنکی حذاقت کی اوسوقت یورپ بھر میں نظیر نہ تھی رجوع کرے ۔ چنانچہ ملکۂ طوطہ نے اس ضرورت کے لئے خلیفہ کی خدمت میں ایک قاصد بھیجا ۔ ادھر سے خلیفہ نے اوس کے جواب میں ایک نہایت کامل اور حاذق یہودی طبیب کو جسکا نام حسدائی یا حسدی تھا بھیجا تاکہ "سانکو فربہ" کا علاج کرے ۔ مگر طبیب نے بموجب ایمائے خلیفہ چند شرائط پیش کیں ۔ منجملہ ان کے ایک یہ بھی شرط تھی کہ سانکو اپنے چند خاص قلعے خلیفہ کو سپرد کرے اور مع ملکہ نوواد بذات خود قرطبہ آکر معالجہ کرائے ۔ ہر چند ملکہ کے نزدیک ایسے لیے سفر کی صعوبتیں جھیلنا اور وہاں پہونچکر خلیفہ کی عظمت تسلیم کرنے سے تماشائے خلق بننا سخت مشکل تھا ۔ مگر اہل الغرض مجنون چارناچار اپنے بیٹے شاہ نوواد اور پوتے (معزول شدہ سانکو) کو لیکر روانہ ہوئی ۔ خلیفہ عبدالرحمن ثالث نے بڑی عالی حوصلگی کو کام فرمایا اور پورے مراسم وآداب شاہانہ کے ساتھ اوسنے پیش آیا اور مناسب مہمانداری کی ۔ خلاصہ یہ کہ سانکو نے خلیفہ کی بدولت نہ صرف اپنے مہلک مرض سے نجات پائی بلکہ ایک جری فوج کے ساتھ واپس آکر ۹۶۰ء میں لیون پر بھی قابض ہو گیا"۔

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

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

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

[1] کونسل آف ٹورس۔

مدارالعلوم مسلمہ نو زواقع اطالیہ م جب مسلمانوں کے ہاتھ سے دوبارہ نکلگیا تو یورپی اقوام کے علمی درس کا مرکز بنگیا جہاں سے یونانی علوم اور اسلامی تراجم رفتہ رفتہ تمام یورپ میں پھیل گئے +

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

حکیم ابوالقاسم الزہراوی

ہے + علامۂ موصوف اپنے کمالِ جراحی، جدت علمی، وجودت طبع کا سکہ تمام دُنیا پر بٹھا چکاہے اور اسکی مُہتم بالشان تصنیف "التصریف" بقائے دوام کا تمغہ حاصل کرچکی ہے۔ اس نادر طبی قاموس کا دوسرا حصہ (جو عام طور پر زہراوی کے نام سے مشہور ہے) جو عملیات جراحیہ کی تشریح وتفصیل اور دقیق جراحی نکات پر مشتمل ہے اور جس میں اوس زمانہ کے آلات جراحیہ کی تصاویر بھی جابجا درج ہیں، ایسا کامل علمی اور عملی نظام جراحی پیش کرتا ہے کہ جس کی بنیا د پر صناعانِ یورپ نے بادنیٰ تہذیب و ترمیم جدید علم وعمل جراحت کی عظیم الشان عمارت قایم کرلی جس کی عظمت ورفعت پر آج ایک طرف تو متاخرین یورپ کو اسقدر فخر ومباہات ہے کہ وہ بزعم خود اوس کی بنیاد واصلیت تک سے منکر ہیں، اور دوسری طرف ناقابل دنا خلف مگر حیرت زدہ اور مبہوت مشرقی اطبا رہیں کہ میراث اسلاف سے قطعی بے بہرہ اور قدما، حق کے کمالات سے یکسر معرا!

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

فن تو سیکڑوں سال پہلے مستفید ہوں اور اُسے راہِ طلب میں چراغ ہدایت بنائیں اور یہاں فن طب کے حاملین و وارثین سلف کی یہ شان جمود و استغناد کہ زہراوی کے ترجمے و شرحین لکھنا تو ایک طرف، اصلی عربی نسخہ سے اب و شناس ہوتے ہیں! اور روشناس ہونے پر بھی ہماری کم مایگی و بدنصیبی کی یہ انتہا کہ ہم میں سے اکثر زہراوی کے مطالب علمیہ کو بخوبی سمجھنے تک سے قاصر ہیں!

کتاب زہراوی میں ابتداءً بالترتیب داغ دینے کے مختلف مقامات سے امراض کے علاج کا طریقہ بتایا ہے۔ پھر ۹ فصلوں میں سر سے پاؤں تک جہاں جہاں شگافوں کی ضرورت ہے وہاں شگاف دینے، بندش لگانے اور جراحات و فصد وغیرہ کا بیان ہے۔ اس کے بعد اعضاء شکستہ اور اکھڑے ہوئے جوڑوں کی بندشوں اور بٹھانے کا بیان ہے۔ مثانہ کی پتھری سالم نکالنے کی ترکیب قریب قریب وہی درج ہے جو آجکل کے ڈاکٹر عملیات حصات[1] میں اختیار کرتے ہیں۔ قلت وقت اور تقاضائے اختصار کے باعث دیگر اعمال کی تفصیل کی یہاں گنجائش نہیں، ورنہ ہم بتاتے کہ بیسیوں اعمال جو زہراوی نے بیان کیے ہیں وہ وہی ہیں جو بادنیٰ تغیر اب بھی پرستاران طب جدید رات دن کرتے ہیں مگر اُنکے اصل و ایجاد کی اصلیت سے وہ قطعی ناواقف ہیں۔

بارھویں صدی عیسوی کے آخری حصہ میں اقصائے مغرب اور اسلامی ممالک افریقہ میں ابن زُہر اپنے زمانہ کا نہایت فاضل طبیب اور بے مثل جراح گذرا ہے جو خلیفہ عبد المؤمن مالک اندلس کا شاہی طبیب اور وزیر مقرر ہوا۔ ابن زُہر (جسکا پُورا نام ابو مروان ابی العلاء ابن زہر ہے) مشہور و معروف فیلسوف اور حکیم ابن رشد کا اُستاد تھا اور اسی کے لئے اس نے اپنے شہرۂ آفاق کتاب "التیسیر"[2] تصنیف کی تھی جو فن طب کی نہایت معتبر کتاب ہے۔ انگریزی مصنفین بھی اس کتاب کی بہت تعریف لکھتے ہیں۔ ۱۴۹۰ء میں اس کتاب کا لاطینی ترجمہ ملک اطالیہ میں چھپکر شایع ہوا۔

---

[1] پرینیل لیتھاٹومی۔ عملیۃ الحصات۔

[2] انگریزی کتب میں اس کتاب کو تیسیر اور ابن زہر کو ایونزوار(؟) لکھتے ہیں۔

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

---

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

سخن شناس نئی دلبرا خطا اینجاست

ذیل میں ہم بہ شکریہ تمام حضرت مسیح الملک، مجتہد الفن، امام طب، جناب حکیم محمد اجمل خاں صاحب کے ایک گرانقدر تاریخی و علمی مقالہ[2] سے چند اقتباسات درج کرتے ہیں۔ ان اقتباسات سے اسلامی فن جراحی کے بعض ضروری اور تاریخی

---

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

کارناموں پر مزید روشنی پڑے گی۔

# مقالہ حضرت مسیح الملک

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| (۱) اجتماع المادہ فی الراس | دماغ کی جھلیوں میں پانی کا جمع ہونا۔ |



(۱) یا بلا رد کیجئے کس۔

| | |
|---|---|
| (۲) سَیلَانُ الدموع | آنسوؤں کا آنکھ سے زیادہ جانا ۔ |
| (۳) ماسَقَطَ فی الاذن | کان میں کسی چیز کا گر جانا (اگر کسی اور تدبیر سے یہ چیز نہیں نکل سکتی تھی تو کان کی لو کے نیچے دستکاری کرکے نکالی جاتی تھی) ۔ |
| (۴) السَدَّ فی الاذن | کان کے سوراخ کا بند ہونا ۔ |
| (۵) الثآلیل | مسّے خواہ وہ کسی جگہ ہوں ۔ |
| (۶) البَرَد فی الجفن | پلکوں میں سفید قسم کی سخت چیز کا پیدا ہونا ۔ |
| (۷) الشِرناق۔ | چربی کا اوپر کی پلک میں جمع ہونا ۔ |
| (۸) التشعیر | جو بال آنکھ کو تکلیف دینے والے ہوں (پڑبال) ان کی جگہ کو کاٹ کر پلک کا سینا یہ عمل کئی صورتوں کے ساتھ کیا جاتا تھا ۔ |
| (۹) الشَترہ۔ | پلک کا چھوٹا ہو جانا اسے شگاف دیکر پھر درست کیا کرتے تھے |
| (۱۰) اِلتِصَاقُ الجفن بالعَینِ | اوپر کی پلک کا آنکھ سے جڑ جانا۔ اسے آلات جراحی سے جدا کرکے درست کیا جاتا تھا ۔ |
| (۱۱) الظُفرۃ۔ | آنکھ پر جو سفید جسم کوے کی طرف سے شروع ہو کر سیاہی کی طرف جاتا ہے (اسے آنکھ سے جدا کرکے کاٹتے تھے) |
| (۱۲) وردینج | سُرخ گوشت کا آنکھ میں پیدا ہو کر بڑھنا اسے دستکاری کے ذریعہ درست کیا جاتا تھا ۔ |
| (۱۳) السَبَل | سُرخ رگوں کا جال آنکھ میں اسے مناخیر سے اٹھا کر کاٹ دیا کرتے تھے |

| | |
|---|---|
| (۲) اسے پی فورا | (۸) آپریشن آف ٹری کایکس (اینڈ) ڈسٹی کا یکسل |
| (۳) فارن باڈی ان دی ای یر۔ | (۹) انٹر میپین۔ |
| (۴) آبسٹرکشن آف اکسٹرنل ایرا ورینس۔ | (۱۰) سمبلی فران (اینڈ) انکائی لو بلی فران۔ |
| (۵) وارٹس۔ | (۱۱) ٹری جی اَم۔ |
| (۶) کیلازین۔ | (۱۲) اپیڈ بیک انجنکٹوائی ٹس۔ |
| (۷) ٹیومر آف دی اپہ لِڈ۔ | (۱۳) پے نس |

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

(۱۴) سائی نس۔ فسچولا۔
(۱۵) اکس آف تھلماس۔
(۱۶) پرولیپس آف آئرس۔
(۱۷) ہائی پو پائی ام۔
(۱۸) کاؤچنگ۔ یہ قدیم عمل ہے۔ جسکے ذریعہ سے جلیدیہ کو پیچھے کی طرف ہٹا دیا کرتے تھے اب یہ متروک ہے جدید عمل رطوبت جلیدیہ کو خارج کرنیکا (لنز اکسٹرکیشن) ہے ۔

(۱۹) نیزل پالی پس۔
(۲۰) نیزل گروتھز۔
(۲۱) سیوچرنگ آف کس اینڈ ایر ۔ پلاسٹک آپریشن آف نوز اینڈ لپس۔
(۲۲) سے بیل گروتھز۔ ٹیومرز آف لپس۔
(۲۳) گروتھز آن گمز۔
(۲۴) ٹوتھ اسکریپنگ۔
(۲۵) ٹیتھ اکسٹرکیشن (اینڈ) آرٹی فیشل ٹیتھ
(۲۶) ساؤنگ دی ٹیتھ۔

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

(۲۷) واشنگ دی ٹیتھ۔
(۲۸) کٹنگ دی فریم لنگوال
(۲۹) ریموول آف رینولا۔
(۳۰) ٹانسلاٹومی + ٹانسی لکٹومی
(۳۱) ریموول آف یوویولا
(۳۲) ریموول آف برنز (اینڈ) فارن باڈیز فرام تھروٹ۔
(۳۳) ریموول آف اسکلپ گروتھز + اوپے نِنگ آف اسکلپ ابسسز۔
(۳۴) ریموول آف اسکرافولس نک گلینڈ

(۳۵) لیرنگاٹومی۔
(۳۶) اوپے ننگ آف لیرنجیل ہرنیا + ریموول آف ایڈینائڈز (اینڈ) نیوجیل گروتھز۔
(۳۷) اکسٹرپیشن آف ٹیومرز اینڈ گروتھز
(۳۸) اکسٹرپیشن آف کینسرس ٹیومرز
(۳۹) ریموول اینڈ اوپے ننگ آف اگزلری گروتھز۔
(۴۰) اوپے ننگ آف آرٹرائی ٹِس اینڈ فلے بائی ٹِس۔

| | |
|---|---|
| (۴۱) نتوء العصب عندالورم الجاسی | سخت ورم کے پاس عصبی ابھار (رگ کی جراحت) |
| (۴۲) نتوء السرة۔ | ابھری ہوئی ناف (رگ کی جراحت) |
| (۴۳) فی الشق علے السرطان۔ | سرطان کو شق کرنا۔ |
| (۴۴) بزل الاستسقاء۔ | استسقا کا پانی نکالنا۔ |
| (۴۵) تثقیب الاحلیل۔ | سوراخ بول نکالنا۔ |
| (۴۶) اخراج البول بالقاثاطیر۔ | قاثاطیر سے پیشاب نکالنا۔ |
| (۴۷) غسل المثانة بالذراقة۔ | پچکاری سے مثانہ کو دھونا۔ |
| (۴۸) اخراج الحصاة۔ | پتھری نکالنا۔ |
| (۴۹) الادرة المائیة۔ | قیلہ مائی کا عمل۔ |
| (۵۰) الادرة اللحمیة۔ | قیلہ لحمی کا عمل۔ |
| (۵۱) الادرة الدوالیة۔ | قیلہ دوالی کا عمل۔ |
| (۵۲) دبیلة الکبد۔ | دبیلہ کبد کا عمل۔ |
| (۵۳) فتق الاربیة۔ | فتق اربیہ کی جراحت۔ |
| (۵۴) استرخاء جلدة الخصیٰ۔ | خصیتین کی ڈھیلی جلد کی جراحت۔ |
| (۵۵) فی الاخصاء۔ | خصی کرنا۔ |

| | |
|---|---|
| (۴۱) ورم جاسی۔ اسکلے روسس۔<br>(۴۲) اگزامفےلس۔<br>(۴۳) اکسی زن آف کینسر۔<br>(۴۴) پیراسنٹے سس ایڈروی نس۔<br>(۴۵) پلاسٹک رسٹوریشن آف یوریتھرا۔<br>(۴۶) کیتھیٹرزم۔ ریلیونگ دی بلیڈر<br>ڈروکیتھیٹر<br>(۴۷) واشنگ آؤٹ دی بلیڈر وِد سیرنج۔<br>سیرنجنگ دی بلیڈر۔<br>(۴۸) لیتھاٹومی۔ | (۴۹) آپریشن آف ہائڈروسیل۔<br>(۵۰) " " سارکوسیل۔<br>(۵۱) " " ویری کوسیل<br>(۵۲) آپریشن فار لیور ایبسس۔<br>(۵۳) آپریشن فیمورل ہرنیا<br>" انگوئنل ہرنیا<br>(۵۴) آپریشن فار کنٹرکیشن آف<br>لوز اسکروٹل بیگ۔<br>(۵۵) کیسٹریشن۔ |

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

(۵۶) خنثیٰ۔ ہرمیفروڈائٹ + خنثیٰ کی جراحت +
سرجیکل ٹریٹ منٹ آف ہرمیفروڈیٹشن۔
(۵۷) ریموول آف کلے ٹورس (آر) وجائنل گروتھز
(۵۸) گروتھز آف یوٹرس۔ وجائنل آبسٹرکشن۔
(۵۹) اکسیزن آف ہیمورائڈز۔
(۶۰) وجائنل ابسس۔ ابسس آف یوٹرس۔
(۶۱) اکسٹرکیشن آف فیٹس انسٹرومنٹل ڈیلیوری
(۶۲) اکسٹرکیشن آف ڈیڈ فیٹس۔

(۶۳) اکسپریشن آف پلے سنٹا۔
(۶۴) پلاسٹک رسٹوریشن آف اِمپرفوریٹ اینس
(۶۵) سرجیکل ٹریٹ منٹ آف سائنس اینڈ فسچولا
(۶۶) آپریشن فار فشر آف اینس۔
(۶۷) مولز اینڈ مارٹی گروتھز۔
(۶۸) ہرپیز
(۶۹) پیرونیکیا۔ اونی کیا۔ وٹلو۔
(۷۰) کرشڈ نیل۔
(۷۱) پولی ڈیکٹی لزم۔ سوپر نیومری ڈیجٹ۔

| | |
|---|---|
| (۷۲) التحام الاصابع | ملی ہوئی انگلیوں کا الگ کرنا۔ |
| (۷۳) قطع الدوالی | دوالی کو قطع کرنا۔ |
| (۷۴) علاج الجراحات | زخموں کا علاج کرنا۔ |
| (۷۵) الخیاطة | زخموں کو سینا۔ |
| (۷۶) فصد العروق۔ | عروق کی فصد کرنا۔ |
| (۷۷) الحجامة۔ | پچھنے لگانا۔ |
| (۷۸) اخراج العظام المکسورة | ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو باہر نکالنا۔ |
| (۷۹) جرد العظام | ہڈیوں کو چھیلنا۔ |
| (۸۰) قطع العظام والاعضاء۔ | اعضا اور ہڈیوں کو کاٹنا۔ |

(۸۱) البط علی الاورام الظاہرة والباطنة ظاہری اور باطنی اورام کا شگاف۔

## آلاتِ جراحیہ ٥

ذیل میں ان آلاتِ جراحیہ کی فہرست درج کی جاتی ہے۔ جو اندلس اور عراق کے ماہر جراح (سرجن) استعمال کرتے تھے تقریباً ۲۰۰ آلات کا ذکر زہراوی میں موجود ہے۔

## المکواة ٥ (داغنے کا آلہ)

(۱) مکواة زیتونیہ۔

| | |
|---|---|
| (۷۲) ویبڈ فنگرس۔ سن ڈکٹی لزم۔ | (۸۰) امپوٹیشن۔ |
| (۷۳) ریموول آف ویری کوز وینز۔ | (۸۱) اکسی ژن آف سویلنگز اینڈ گروتھز (اکسٹرنل اینڈ انٹرنل) |
| (۷۴) وونڈز۔ | ٥ آلاتِ جراحیہ۔ سرجیکل انسٹرومنٹس۔ |
| (۷۵) سیوچرنگ آف وونڈز۔ | ٥ کاوٹری۔ کاٹیرائی زنگ انسٹرومنٹس |
| (۷۶) وینی سکشن۔ | (۱) اولیو کاٹری۔ |
| (۷۷) کپنگ۔ | |
| (۷۸) اکسی ژن آف فریکچرڈ بونز۔ | |
| (۷۹) اسکریپنگ آف بونز۔ | |

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

## محجمہ (پچھنے لگانے کا آلہ)

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

(۲) بگ شیپڈ کاٹری۔ کاٹری فار سٹفیلوما
(۳) بال اسپڈ کاٹری۔
(۴) ٹرائی اسپڈ کاٹری۔
(۵) بٹن کاٹری۔
(۶) ہالو کاٹری۔
(۷) سولڈ کاٹری۔
(۸) سیمیلیونر کاٹری۔
(۹) ساؤ شیپڈ کاٹری۔ ڈنٹل کاٹری۔
(۱۰) پروب کاٹری۔
(۱۱) ٹرینگولر کاٹری۔
(۱۲) رنگ کاٹری۔

۵ کپنگ گلاس۔

(۱۳) ڈرائی کپ۔ فائر کپ۔
(۱۴) لارج کپ۔
(۱۵) اسمال کپ۔
(۱۶) انٹرمیڈیٹ کپ۔

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

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

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

## مجرد (ہڈی چھیلنے کا آلہ)

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

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

| | |
|---|---|
| (۱۷) کارٹی فارسپس۔ | (۲۲) بالو اسکریپر۔ |
| (۱۸) کارٹی فار ٹیوبرل ریجن۔ | (۲۳) اسمال اسکریپر |
| (۱۹) کارٹی فار پیرانٹل ریجن۔ | (۲۴) براڈ اسکریپر۔ |
| ۱۹a کارٹی فار استھما۔ | (۲۵) اسکریپر فار کٹنگ وی بون۔ |
| ۱۹b کیورٹ۔ اسکریپر | (۲۶) تھن اسکریپر۔ |
| (۲۰) کیورٹ بنٹ اینڈ۔ | (۲۷) اسکریپر پرو ب شیپڈ۔ |
| (۲۱) لارج کیورٹ۔ | (۲۸) اسکریپر پگ شیپڈ۔ |

| | |
|---|---|
| (۲۹) خشن الراس۔ | یا صور وغیرہ میں ہڈی چھیلی جاتی ہے۔ |
| (۳۰) مشعب۔ | یہ بھی مجرد کی ایک قسم ہے۔ |

## مسعط (سعوط کا آلہ)

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

## مشداخ

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

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

## صنارہ

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

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

| | |
|---|---|
| ۵ میڈیسن ڈسپرس۔ | (۱) لارج سپل ہک۔ |
| ۵ آبسٹیٹرک فارسپس۔ امبرائی آٹمی انسٹرومنٹ۔ | (۲) انٹری ڈی ایٹ سپل ہک۔ |
| ۵ ہک۔ | (۳) اسمال سپل ہک۔ |

| | |
|---|---|
| (۴) عمیہ کبیرہ۔ | موٹا بڑا صنارہ۔ |
| (۵) عمیہ وسیطہ۔ | موٹا درمیانی صنارہ۔ |
| (۶) عمیہ صغیرہ۔ | موٹا چھوٹا صنارہ۔ |
| (۷) مثلث صنائر | تین خاروالا صنارہ۔ |
| (۸) ذات الشعبتین۔ | دوخاروالا صنارہ |
| (۹) صنارہ جنین۔ | جنین کا صنارہ۔ |

صنارہ جنین کی کئی قسمیں تھیں۔

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

## مبضع[1]

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

مفصد[2] وہ نشتر جس سے فصد کیا جاتا ہے۔ اس کی بھی چند قسمیں ہیں۔

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

---

(۴) لارج بلانٹ ہک۔
(۵) اسٹریٹ ڈی ایٹ بلانٹ ہک۔
(۶) اسمال بلانٹ ہک۔
(۷) ٹرپل ہک۔
(۸) ڈبل ہک۔
(۹) ہک فار فیٹس۔

[1] لینسٹ۔ [2] انسٹرومنٹ فار وینی سیکشن
[3] انسٹرومنٹ فار ریموونگ دی ویلز۔

بھی چند قسمیں ہیں +

سِکّین[1] + یعنی چاقو. زہراوی میں چار پانچ قسم کے چاقوؤں کی شکلیں ہیں +

مِبْضَع[2] یہ بھی نشتر کی ایک قسم ہے۔ اس کی پانچ چھ شکلیں دی ہیں +

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

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

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

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

مِشْرَط[3] + پچھنے لگانے کا آلہ۔ زہراوی نے اس کی تین قسمیں بتائی ہیں۔ ان سے رسولی اور اورام کاٹے جاتے ہیں +

اِسْکِلْفاج + دانت وغیرہ اکھیڑنے میں کام آتا ہے۔ اس کی کئی قسمیں ہیں +

مِقْلاع + اوکھیڑنے کا آلہ۔ دانت اکھیڑنے کے بہت سے مقلاع کا تذکرہ زہراوی میں ہے +

کلالیب[4] + کلوب کی بہت سی قسمیں بتائی گئی ہیں مثلاً

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

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

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

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

مِنْشار[5] + آری۔ اس کی بارہ قسمیں زہراوی نے بتائی ہیں۔ اور سب کی شکلیں دی ہیں +

---

[1] نائف۔
[2] لنسٹ۔
[3] لبنٹوری۔
[4] فارسپس کی قسمیں ہیں۔
[5] ساؤ۔

مِقْراض[۵۱] } قینچیاں کئی قسم کی ہیں۔ خمیدہ پھل کی۔ تیز نوک کی۔ چھوٹے پھل کی۔
مِقَصّ } گول نوک کی۔ غرض ان کی نو دس قسمیں اور شکلیں بتائی ہیں۔ مقص تطہیر
مِجَزّ } ختنہ کرنے کی قینچی۔
اِبْرَہ[۵۲] + سوئی۔ جس سے زخم وغیرہ سئے جاتے تھے +

مُوسیٰ[۵۳] }
مِحْلَق } اُسترہ۔
قاثاطیر[۵۴] } جو فدار سلائی جو پیشاب کی نالی میں داخل کی جاتی ہے۔ (مبولہ۔
مبوُلہ } پیشاب لانے کا آلہ) +
مِحْقَنہ[۵۵] + حقنہ کرنے کا آلہ۔ اس کی کئی قسمیں ہیں +
زراقہ[۵۶] مہبلیہ + عورتوں کی اندام نہانی کی پچکاری۔
مِزرقہ[۵۷] + پچکاری جس سے کان وغیرہ دھوئے جاتے ہیں +
محقنہ مثانیہ[۵۸] + مثانہ کی پچکاری۔
مِہَتّ + ایک قسم کی سلائی ہے جو نزول الماء کے عمل میں کام آتی ہے۔ اسکی بھی کئی قسمیں ہیں۔ مثلاً
مِہَتّ مُدَوَّر + گول مِہَتّ +
مِہَتّ حادّ + تیز اور باریک مِہَتّ +
مِلْقَط[۵۹] } چمٹی یا موچنہ۔ اس کی کئی قسمیں ہیں۔ مثلاً مِلْقَطِ سَلْعِیْ جو ختنہ میں کام آتا ہے
مِلقاط + } اس کے اندر استرہ بھی موجود ہوتا ہے۔ اسے عضو مخصوص پر پہنا کر قبضہ دیا جاتا ہے۔ اور غلفہ کو پکڑ کر ذرا آگے کھینچ لیا جاتا ہے۔ اس سے غلفہ آسانی سے کٹ جاتا ہے +

| | |
|---|---|
| ۵۱ سیزر۔ | ۵۶ وجائنل سرنج۔ |
| ۵۲ نیڈل۔ | ۵۷ سرنج۔ |
| ۵۳ ریزر۔ | ۵۸ سرنج آف بلیڈر۔ |
| ۵۴ کیتھیٹر۔ | ۵۹ فارسپس کی قسم ہے |
| ۵۵ اینما سرنج۔ | |

مِبْرَد - ریتی۔
مِثْقَبْ - سوراخ کرنے کا آلہ۔ اس کی نو شکلیں زہراوی میں موجود ہیں۔
مِنْقَبْ - یہ بھی چھید کرنے کا ایک آلہ ہے۔
مِسْبَار[1]
سِبَار } سلائی۔ اس کی کئی قسمیں ہیں۔
مِسْبَار مثقوب - وہ مسبار جسکا اگلا سرا سوراخ دار ہو۔
جفت[2] - ایک قسم کی چمٹی ہے۔ اس کی بھی چند قسمیں ہیں۔
جفت لطیف - یہ نازک اور باریک ہوتی ہے۔
انابیب[3] - مختلف قسم کی نلکیاں۔ جو مختلف اعمال میں کام آتی ہیں۔
مِیل - سلائی، جو مختلف کاموں کے لئے مختلف قسم کی ہوتی تھیں۔
مِنْقَاش - سرچنہ۔ بال اُکھیڑنے کا آلہ۔
لَوْلَب - اس کی بہت سی قسمیں ہیں۔ جن سے اندام نہانی کو کھولا جاتا ہے۔
مِفْتَاح الانف - اس سے مختلف سوراخوں کو کشادہ کرکے دیکھا جاتا ہے مثلاً
سوراخ بینی، سوراخ رحم وغیرہ۔
مِلْزَم - یہ بھی اندام نہانی کے کھولنے کا آلہ ہے۔ جو کئی شکلوں کا ہے۔
مِدفع جنین - اس سے جنین کو پکڑ کر کھینچا جاتا ہے۔
مِجْاج - زخم کے اندر بتی داخل کرنے کا آلہ۔
مِحْرَاف - وہ کشیدہ سلائی جس سے زخموں کی گہرائی معلوم کرتے ہیں۔
مِجْمَر - وہ آلہ جس سے اندام نہانی وغیرہ کے اندر دھونی کی جاتی ہے۔
منجل ناصور - ایک آلہ ہے جس سے ناصور کو کاٹا جاتا ہے۔
مِکْشَطَہ - ایک قسم کا چاقو ہے جس سے مرض ناخونہ[4] اور سبل[5] وغیرہ میں کام لیا جاتا ہے۔
مِنْضَخَہ - پچکاری کی ایک قسم ہے۔
مِبْرَم - (غلبہ) وہ آلہ ہے جو ٹوٹی ہوئی کھلی ہڈیوں کو پکڑ کر کھینچنے میں کام آتا ہے۔

| | |
|---|---|
| [1] پروب۔ | [3] ٹیوبز۔ |
| [2] فارسپس کی قسم ہے۔ | [4] ٹری جی ام۔ [5] پے بس۔ |

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

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

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

ابھی تہذیب عالم آغوش مادر میں تھی کہ جراح و سشلسرت کا دور شروع ہو کر ختم ہو چکا

| | |
|---|---|
| [1] اسپلنٹ۔ | [4] اسکریو۔ |
| [2] فریکچر | [5] انسائکلوپیڈیا برٹانیکا۔ |
| [3] ڈسلوکے شن۔ | [6] گائٹر۔ [7] ٹریکیاٹومی۔ |

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

## جدید فن جراحی

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

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

فَاعْتَبِرُوْا يَا اُولِی الْاَبْصَارِ!

---

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

خواب تھا جو کچھ کہ دیکھا جو سُنا افسانہ تھا

**لیکن مقامِ عبرت اور باعثِ سخت غیرت ہے** کہ اب بھی ہم میٹھی نیندیں مست ہیں. کبھی جاگتے بھی ہیں تو وہی پُرانے خواب، ہمیں وقفِ نازِ عمل و افتخار کر دیتے ہیں + صفحاتِ بالا میں ہمنے کسی قدر وضاحت سے اسلاف کے کارنامے دُہرائے ہیں، اس سے ہمارا مقصود حاشا وکلا، محض رسمی اسلاف پرستی اور بے جا فخر و مباہات نہیں + فی الحقیقت اس طویل ہرزہ سرائی سے ہمارا مقصدِ وحید اور حقیقی منتہائے خیال صرف یہی رہا ہے کہ ہم اپنے بزرگوں سے سبقِ عمل سیکھیں + کس قدر مبارک اور اپنی دُھن کے پکے تھے وہ لوگ کہ زینۂ تمدن کی ابتدائی منزلوں میں اونھوں نے کیسے کیسے کارہائے نمایاں، کن کن دقتوں اور مشکلوں کے درمیان رہ کر، انجام دیئے! وہ سیدھے سادے مگر مستقل مزاج اور باعزم لوگ، ہمارے جدید تکلفات، اور موجودہ مصنوعات و مخترعات سے مستفیض نہ تھے، اونکے پاس آلہ مسماع الصدر[1] (سینہ بین) نہ تھا، مگر وہ کان رکھتے تھے، اجسادِ دقیقہ اور جراثیم کے دیکھنے کے لیے اونکو آلہ مجہر[2] (خوردبین) میسر نہ تھا، مگر وہ چشمِ حقیقت آشنا و نظرِ دوربین سے بہرہ مند تھے اور "جراثیمی سمیات[3]" کو مواد فاسدہ اکے نام سے پکارتے تھے، یعنے جراثیم کے عملی

| | | |
|---|---|---|
| [3] سیمن ٹاکسین | [2] مائی کراسکوپ | [1] اسٹے تھس کوپ |

اثرات کے قائل تھے، اور قائل بھی اور سوفت تھے جبکہ ہماری طرح اونکو مشاہدۂ عینی کا موقعہ حاصل نہ تھا! کسر و خلع، رہڈیوں کے ٹوٹنے اور جوڑوں کے اوکھڑنے کے دقیق ترین اقسام کی تشخیص و تفریق یکساں لیاقت ابتداءً اونہوں نے ہی کی مگر ہماری طرح نہیں کہ آکرعکس کشی تو درکنار شعاع راننت جینی کی تیز ترین شعاعوں کی عینک چڑھاکر تشخیص ہوئی اور وہ بھی فی صدی نوے حالات میں غلط !! امتحان قارورہ کے لئے اونکے پاس نہ جدید کیمیاوی تکلفات کا گورک دھندا تھا، نہ بیشمار آلاتِ دقیقہ کی زنبیل، مگر وہ امراضِ مثانہ و قلب کی تہ کو ایک ہی غلط انداز نظر میں پہونچ جاتے تھے! یہ سب کیونکر ممکن ہوا؟ اس لئے کہ وہ لوگ دُھن کے پکے تھے اور ارادے کے سچے۔ کام کرنا جانتے تھے اور صرف سعیٔ عمل اونکا ایمان تھا مشاہدہ اونکا یقینی آلہ تھا، جو خوردبین سے زیادہ طاقت رکھتا تھا + اونکے نزدیک اپنے پرائے کی تفریق و تخصیص نہ تھی + ہمالیہ کا رشی ہو یا یونان و اسکندریہ کا فلسفی، اونکے نزدیک اہلِ علم سب برابر تھے، اور وہ علم کو دُنیا کی مشترک میراث سمجھتے تھے، جس میں ذاتیات کی تفریق کی گنجائش اور اس کی ضرورت ہی نہ تھی +

چرک و سُشرت ہوں یا بقراط و جالینوس، اکتساب کمال میں مذہبی، قومی، رواجی یا ذاتی اختلافات اور رکاوٹوں نے کبھی اونکے ثبات و عزم کو متزلزل نہ کیا اونکی کوششیں ساری دُنیا پر محیط تھیں اور لائحہ عمل یہ تھا:

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

---

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

| | |
|---|---|
| ۱ فوٹوگرافی۔ | ۲ ایکس رے۔ |

شوق کی آنکھوں سے اُٹھاکر سر پر چڑھاتے ہیں، جو کام کی بات ملی اُسے اختیار کرتے ہیں اور غیر مفید حشو وزوائد کو بلا تامل مسترد کردیتے ہیں۔ الغرض انکی فضیلتِ حاضرہ کا دارومدار انکی سعیٔ عمل پر ہے۔ اور

## ہماری پستیٔ و ذلت

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

## پیامِ عمل

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

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

زندگی کی قوتِ پنہاں کو کر دے آشکار
تا یہ چنگاری فروغِ جاوداں پیدا کرے

خاکِ مشرق پر چمک جائے مثالِ آفتاب
تا بدخشاں پھر وہی لعلِ گراں پیدا کرے

سوئے گردوں نالۂ شبگیر کا بھیجے سفیر
رات کے تاروں میں اپنے رازداں پیدا کرے

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

## مطلعِ اُمید

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

کا پتہ چلتا ہے۔ سچ ہے:۔

اِنَّ اللّٰہَ لَا یُغَیِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتّٰی یُغَیِّرُوْا مَا بِاَنْفُسِہِمْ

## کتاب "علم الجراحت" کی تدوین

احیاءِ طبِّ قدیم کی تاریخ میں ایک

اہم اور زرّیں واقعہ ہے

جس پر ارکانِ طبیہ کالج اور خصوصاً کالج کے سرگرم پرنسپل، ڈاکٹر محمد حبیب الرحمٰن صاحب مستحقِ صد آفرین و مبارکباد ہیں۔ فنِ جراحیات کی اس پہلی اُردو کتاب کی تدوین و تکمیل میں ہمارے مکرم دوست مولانا حکیم محمد کبیر الدین صاحب نے جس عرق ریزی، جانفشانی اور تبحرِ علمی کا ثبوت دیا ہے وہ آپ ہی جیسی باکمال شخصیت کا حصہ ہے۔

جنابِ مؤلف کو اس مجموعۂ کمال کی تالیف و تزئین میں، قدم قدم پر جن صعوبات و مشکلات کا سامنا ہوا ہے، اُن کا اندازہ وہی صاحبان فرما سکتے ہیں جو تفصیلی حالات سے واقف ہیں۔ بہرحال نہایت مسرت و افتخار کا موقعہ ہے کہ ارکانِ کالج کی متفقہ مساعیٔ جمیلہ کامیاب ہوئیں اور حکیم صاحب مدظلہ نے بکمال محنت و استقلال "علم الجراحۃ" کا یہ پہلا حصہ اربابِ فن کے سامنے پیش کر کے طبِ یونانی کے سلسلۂ ارتقاء میں ایک اہم اور تازہ اضافہ فرما دیا، جس سے نہ صرف منتہی جماعتوں کے لیے علم و عمل جراحی کا نصاب مکمل ہو گیا بلکہ بحیثیت مجموعی ہندوستان کی جماعتِ اطباء کے سامنے اصول و ضوابط جراحیہ کا ایک سربستہ باب کھل گیا۔

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

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

(۱) تشریح[1] جراحی (۲) جراحت[2] تعلیمی (مریضوں کے بستروں پر جراحی کا درس) (۳) جراحت[3] عملی (۴) علم الامراض[4] الجراحیہ۔ (۵) جراحت[5] صغیرہ یعنی تعصیب ترفید اساوہ وغیرہ (پٹی وغیرہ باندھنا) (۶) جراحت[6] دافع عفونت (۷) جراحت[7] غیر عفونی (۸) مجروحین[8] کی پہلی مدد (۹) فوجی جراحت[9] (۱۰) مخدرات[10] یعنی داروئے بیہوشی (۱۱) مخدرات[11] نخاعیہ (۱۲) جراحت[12] چشم (۱۳) جراحت[13] بطن (۱۴) جراحت[14] صدر (۱۵) جراحتِ[15] عانہ (۱۶) آلات[16] جراحیہ (۱۷) کئی بالنار[17] یعنی آگ سے داغنا۔

[1] سرجیکل اناٹمی۔
[2] کلی نیکل سرجری۔
[3] اوپے ریٹو سرجری۔
[4] سرجیکل پیتھالوجی۔
[5] مائنر سرجری، بینڈیجنگ (اینڈ) اسپلنٹس۔
[6] اینٹی سپٹک سرجری۔
[7] اسپٹک سرجری۔
[8] فرسٹ ایڈ ٹو انجیورڈ
[9] ملٹری سرجری۔
[10] انس تھیسیا۔
[11] اسپائنل انل گیسیا
[12] آفتھلمک سرجری۔
[13] ابڈامنل سرجری۔
[14] تھوریسک سرجری۔
[15] پلوک سرجری۔
[16] سرجیکل انسٹرومنٹس اینڈ اپلی اینسز
[17] تھرموکاٹری۔

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

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

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

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

---

[۱۸] ایکسرد کاٹری۔

[۱۹] آرتھوپے ڈِیز

[۲۰] ایکس رے (شعاع رانت جینی) فنسن لائٹ (شعاع فنسن) الٹراوائلٹ ریز (شعاع منفشجی برتر)

مثال کے طور پر باب اوّل ہی کو لیجیے جس میں علم الجراثیم[1] کے مبادی سے بحث کی گئی ہے، اور جو تفہیم و تسہیل امراض و اعمال جراحیہ کے لیے نہایت ضروری ہے، سلف سے ابتک کی جزئی تحقیقات کا لُبِّ لُباب اس میں موجود ہے + بظاہر علم الجراثیم ایک جداگانہ حیثیت رکھتا ہے، مگر اسکا عمل و دخل جراحات و امراض جراحیہ پر اس شدت سے ہے کہ گویا جراثیم ہی تمام کون و فساد کی جڑ ہیں اور یہ نہوتے تو نہ جراحی کی چنداں ضرورت ہوتی اور نہ ماہرین جراحی کی پرسش + آگے چلکر باب التہاب[2] (ورم حار) پر نظر غائر ڈالیے تو ظاہر ہوگا کہ جس طرح جراثیم بیشتر امراض جراحیہ کے مخفی اسباب میں سے ہیں، اسیطرح "التہاب" بیشتر امراض جراحیہ کا نمایاں مظاہرہ ہے + فرق اتنا ہے کہ ایک پس پردہ کارفرما ہے تو دوسرا صریحاً اور کھلے میدان میں + ذرا اور آگے بڑھئے تو "علت ذی[3]" بجلیاں گراتا ہوا نظر آئیگا اور اس کی فریب کاریوں کا راز ہویدا ہوگا + الغرض اسیطرح جراحیات کے سربستہ راز مبتدی پر زینہ بزینہ منکشف ہونگے + مبتدی انکی گوناگوں بوالعجبی سے دم بخود اور حواس باختہ ہوکر بعض اوقات گھبرا اٹھے گا، تو منتہی انہی میں قوانین قدرت کے لامتناہی اسباب و علل کا سلسلہ دریافت کرکے عش عش پکار اٹھے گا، اور اب عملی طور پر محسوس کرے گا کہ

"ہر ورقے دفتر معرفت کردگار"

اس پوری کتاب میں ایک اہم و ممتاز حصہ وہ ہے جس میں مؤلف علام نے امراض جراحیہ کی ماہیتِ دقیقہ و فلسفۂ مظاہر مرضیہ[4] سے مبتدی کو روشناس کیا ہے؛ فی الحقیقت یہ خاص موضوع تحقیقاتِ جدیدہ کا عجیب ترین کارنامہ ہے، جو بیشتر خوردبینی مشاہدات کا نتیجہ ہے اور جسپر مغربی محققین کو بیحد ناز ہے + خوردبین کی ایجاد طب جدید میں وہی اہمیت رکھتی ہے جو بندوق کی ایجاد جدید طریقۂ جنگ میں + مگر جس طرح ٹٹی کی آڑ میں چھپکر بندوق کی گولی سے غنیم کی جان لینا چنداں شانِ تہور نہیں، اسیطرح طبیعیات کی اس دبردست

[1] بیکٹیریالوجی۔
[2] انفلامیشن۔
[3] انفکشن۔
[4] سرجیکل پیتھالوجی۔

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

ایک زمانہ تھا کہ اسی قسم کے مسائل کے متعلق، قدماء فن انتہائے ذہانت اور بالغ نظری سے، قیاسی و ذہنی نظریات قایم کرکے اونکے نشانات کتب قدیمہ میں محفوظ کرگئے۔ متاخرین بھی اگر انھیں کے نقشِ قدم پر چلتے اور اونکے اشارات کے سمت تحقیق و تفتیش جاری رکھکر بدیہیات و نظریات کی تلاش کرتے رہتے، تو آج اغیار خوردبین کی عینک لگا کر اپنے "عینی مشاہدات" کا خوانِ یغما بایں تفاخر ہمارے سامنے پیش نہ کرسکتے۔ بہرحال چونکہ ہم تہی دامان ہیں اور تحقیقاتِ جدیدہ کے اصلی بانی و محرک خود ہمارے اسلاف کے اصولِ قدیمہ ہیں، لہٰذا یہی مناسب ہے کہ ہم جدید مغربی علوم کی خوشہ چینی اور جائز تقلید میں دریغ نہ کریں، اور استفادۂ کامل کے بعد بذاتِ خود اس قوت و استحکام کو پہونچیں کہ دُنیا کے سامنے پھر مُسلّمہ شہرت و نہاد کی تازہ مثالیں پیدا کردیں۔

[1] ٹاکسین۔

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

"بنی آدم اعضائے یک دیگر اند"

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

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

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

و ڈاکٹری الفاظ کے تلفظ کو بگاڑ کر اردو میں داخل کریں + عصر جدید کے اکثر مصری علماء نے یہی آخری طریقہ اختیار کیا ہے + ان دونو گروہوں کے دلائل کے تشریح و محاکمہ کی یہاں گنجایش نہیں۔ قبولیت عام کی ٹکسال پر دونوں قسم کے الفاظ کی پرکھ ہوکر پسندیدہ اور غیر پسندیدہ کی تمیز بالآخر ضرور ہو جائے گی، اور سچ پوچھیے تو یہی صحیح معیارِ زبان ہے، مصداق غَلَطُ العَامِ فَصِیْحٌ +

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

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

| کتاب الجراحۃ کے اصطلاحات | مصری مترادفات | ڈاکٹری الفاظ |
|---|---|---|
| علم الجراثیم | بکتریولوجیا | بیکٹیریالوجی |
| احیاء دقیقہ۔ جراثیم | میکروبات | مائی کروبز |
| جراثیم | بکتیریا | بیکٹیریا |

| ڈاکٹری الفاظ | مصری مترادفات | کتاب الجراحۃ کے اصطلاحات |
| --- | --- | --- |
| کلوروفیل | کلورفیل | خضرت نباتی |
| سیلولوز | سیلولوز | نشائیۃ الشکل |
| جیلاٹینس سبسٹنس | مادۂ جیلاتینیہ | مادۂ ہلامیہ |
| زوگلیا | زوجلیا | کتلہ لزجہ |
| نیوموکوکس | نیموکوک | کرویۃ ذات الریہ |
| بیسی لس | باشلس | عصی |
| ٹے ٹےنس | تیتانوس | کزاز طاطانس (قدیم طب) |
| کاربولک لوشن | محلول فینک | محلول قطرانی |
| ڈفتھیریا | دفتیریا | خناق کلبی |
| ٹائے فائڈ | تیفود | حمیٰ معویہ |
| انفلوئنزا | انفلوانزا | النفث العفزۃ |
| براؤنین موومنٹ | حرکت برونیہ | حرکت طفریہ |
| کاکائی | بکتیریاکوکیہ | جراثیم کرویہ |
| مائکروکوکس | میکروکوک | کرویات دقیقہ |
| اسٹیفلوکوکس | استیفلوکوک | کرویات عنقودیہ |
| ڈپلوکوکس | دیپلوکوک | کرویات ثنائیہ / زوجیہ |
| ٹٹراکاکائی | تتراکوک | کرویات رباعیہ |
| اسٹرپٹوکاکائی | استربتوکوک | عقدیہ |
| پروٹینز | مواد نتروجینیہ | مواد اولیہ شورجینیہ |
| نائٹروجن | نتروجین | شورجین |
| سیپروفائٹ | سابروفیت | نبات العفونت / جراثیم عفنہ |
| گانوکاکس | جونوکوک | کرویہ سوزاک |
| آکسیجن | اکسجین | حمضین |
| میٹابولک پروڈکٹس | افرازات متابولیکیہ | افرازات استحالیہ |

| ڈاکٹری الفاظ | مصری مترادفات | کتاب الجراحۃ کے اصطلاحات |
|---|---|---|
| انڈول | اندول | نیل بو |
| ٹائروسین | تیروسین | جبنین |
| ڈایاسٹیز | دایاستیز | نفصلین |
| انورٹیز | انفرتیز | عکسین |
| رے نین | رنین | کلوین |
| ٹرپسین | تربسین | بانقراسین |
| جیلے ٹین | جلاتین | ہُلامین |
| ٹومین | تومین | جیفین |
| ٹاکسین | توکسین | سمین |
| لمف | لمف | مائیت دمویہ |
| فیگوسائی ٹوسس | فاجوسیتوسس | ہجوم بیضاویات<br>ہضم جراثیمی |
| کنڈنسر | کوندنسر | جامع النور |
| اسلائڈ | صفیحہ میکرسکوبی | صفیحہ مجہریہ |
| آیوڈین | یود | بنفسین |
| اگلوٹینین | اجلوتینین | التصاقین |
| پرو ٹوزوا | بروتوزوا | حُوینات |
| ٹری پانوزم | تریبانسوم | ثاقبۃ الجسم |

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

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

وَمَا عَلَيْنَا اِلَّا الْبَلَاغُ

خادم فن
محمد عثمان خاں
بڑودانی - ۹ جولائی سنہ ۱۹۲۳ء

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

نحمدہٗ و نصلی و نسلم

# فنِ جراحت

## باب اوّل

### علم الجراثیم[1]۔ عدوٰی[2]۔ مناعۃ[3]

جراثیم کے معلومات حاصل کرنے سے جراح کو دو فوائد حاصل ہوتے ہیں۔

(۱) اکثر امراض جراحیہ (علی الخصوص وہ امراض جو ورم و التہاب سے تعلق رکھتے ہیں) جراثیم کے اثر سے پیدا ہوتے ہیں (۲) چونکہ یہ جراثیم ہر جگہ پھیلے ہوتے ہیں اس لئے اگر مناسب احتیاط نہ کی جائے۔ تو بیرونی زخموں میں لازمی طور پر داخل ہوجاتے ہیں۔ خواہ یہ زخم خود پیدا ہوئے ہوں۔ یا کسی عمل جراحی کے لیے پیدا کیے گئے ہوں۔ اور ان جراثیم کے داخل ہوجانے سے زخم کے بھراؤ اور اس کے التحام[4] میں رکاوٹ واقع ہوجاتی ہے۔ یا خطرناک عوارض پیدا ہوجاتے ہیں۔ اس لئے جراح کے لئے بھی ضروری ہے کہ وہ جراثیم کے مہتم بالشان اقسام سے آگاہ ہو۔ ان کے عادات۔ ان کے طور زندگی اور انکے طرق توزیع و انقسام کے عام معلومات رکھتا ہو۔ وہ جانتا ہو کہ جسم انسانی میں

[1] علم الجراثیم۔ بیکٹریالوجی
[2] عدوٰی۔ انفکشن
[3] مناعۃ۔ امیونٹی۔
[4] التحام۔ ہیلنگ۔

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

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

جراثیم[۱]۔ (فُطرِ مشقوق[۲]) ادنیٰ رتبہ کے نباتات کی ایک جنس ہیں۔ جن کی قسمیں اگرچہ ہزاروں بیان کی گئی ہیں۔ لیکن طبی طور پر یا جراحی کے لحاظ سے چند ہی مہتم بالشان اور ضروری ہیں۔ جراثیم کی تعریف بعض لوگوں نے اس طور پر کی ہے۔ کہ وہ نہایت باریک اور چھوٹے نباتات ہیں۔ جو محض ایک خانہ (خلیہ) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور جن کی افزائش نسل معمولی انقسام (انقسام[۳] بسیط) سے یا بعض قسموں میں تکوین[۴] بذر (اندرون خلیہ یعنی خانہ کے اندر تخم اور بیج کے بننے سے حاصل ہوتی ہے یہ تخم ایک خانہ میں ایک سے زیادہ نہیں بنتے ہیں۔ ان جسما ثیمی کیسوں میں سوائے اہداب[۵] (روئیں دار بلندیوں) کے اور کسی قسم کا کوئی عضو نہیں ہوتا۔ نیز ان میں کسی قسم کا نباتی رنگ (خضرت[۶] نباتیہ) نہیں پایا جاتا جراثیم کی ساخت نہایت ہی بسیط اور سادہ ہوتی ہے۔ یہ ایک نہایت رقیق اور نازک پوست[۷] (مادہ نشائیۃ[۸] الشکل یا اس کے مانند کسی دوسرے مادہ سے مرکب ہوتی ہے) رکھتی ہے

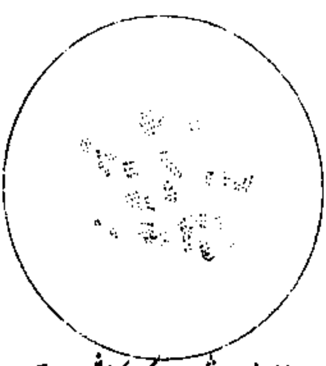
| | |
|---|---|
| [۱] جراثیم۔ بیکٹریا | [۵] اہداب۔ فلاگلا۔ |
| [۲] فطر مشقوق۔ شیزومائی سیٹیز۔ | [۶] خضرت نباتی۔ کلوروفیل |
| [۳] انقسام بسیط۔ سمپل فشن۔ | [۷] جدار خلیہ / دیوار خانہ } سیل وال |
| [۴] تکوین بذر۔ اسپور فارمیشن۔ | [۸] سلولوز |

(۱) کرویات عنقودیہ پیپ کے اندر

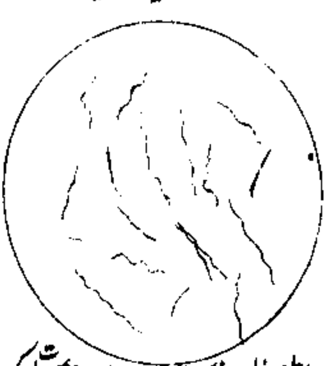
(۲) کرویات عفنیہ پیپ کے اندر

(۳) کرویات سوزاک (کرویات زہریہ)

(۴) کرویات ذات الریہ تھوک میں



(۵) خمیرہ جرثومیہ ایک کاشت سے،



(۶) طرزونیات ذبحہ و نشت سے مع چند عصویلے

جس کے اندر مادہ[1] حیات پایا جاتا ہے۔ مادہ حیات کے اندر ایک دو بلبلے[2] اور چند مجہول الحقیقت حبیبات[3] (دانے) ہوتے ہیں۔ دیوار کیسے سے باہر کبھی ہلامی[4] مادہ کا غلاف ہوتا ہے جو کیسہ ہائے جراثیم کو باہم سادہ طور پر جوڑ دیتا ہے جب اس قسم کے غلاف نمایاں طور نمودار ہوتے ہیں۔ تو اکثر بہت سے جراثیم مادہ ہلامیہ کے ایک ٹکڑے میں جمع ہو جاتے ہیں۔ جسکو کتلہ لزجہ[5] کہتے ہیں۔ اس ہلامی غلاف کی پیدائش تشخیص امراض میں نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ چنانچہ ذات[6] الریہ کے جراثیم کرویہ جب خون یا مرض کے رطوبات و افرازات[7] میں پائے جاتے ہیں۔ تو ان میں یہ غلاف نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ اور اسی ذریعہ سے یہ اپنے مشابہ دیگر جراثیم سے ممتاز ہو جاتے ہیں +

اہداب[8]۔ جراثیم کے اہداب یا مخملی روئیں حقیقت میں مادۂ حیات کے باریک باریک لمبے لمبے بڑھاؤ ہیں۔ جو اُن جراثیم میں پائے جاتے ہیں۔ جن میں ذاتی حرکت[9] ہوتی ہے۔ یہ اکثر طول میں بہت بڑے ہوتے ہیں۔ لیکن ہمیشہ نہایت باریک ہی ہوتے ہیں۔ اور یہ اُس وقت تک نظر نہیں آسکتے۔ جب تک جراثیم کو چند طریقوں سے رنگ نہیں دیا جاتا ہے۔ ان اہداب کی تعداد تشخیص امراض میں نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ چنانچہ حمیٰ مطبقہ[10] کے جراثیم عصویہ علی العموم بارہ سے بیں اہداب رکھتے ہیں۔ برعکس اس کے عصی قولونیہ[11] میں جو حمی مذکورہ کے جراثیم سے مشابہ ہوتے ہیں

[1] مادہ حیات۔ پروٹوپلازم۔
[2] بلبلے۔ ویکولز۔
[3] حبیبات۔ گرے نیولز۔
[4] غلاف ہلامی۔ جیلے ٹینس کیپسول
[5] کتلہ لزجہ۔ زوگلیا۔
[6] کرویہ ذات الریہ۔ نیموکاکس۔
[7] افرازات۔ اگزوڈیٹس۔
[8] اہداب۔ فلاگلا۔
[9] حرکت ذاتیہ۔ اسپان ٹے نیس بی لیٹی۔
[10] عصویہ حمی مطبقہ۔ ٹائیفائڈ بیسی لس
[11] عصی قولونیہ۔ بیسی لس کالائی۔

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

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

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

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

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

(۱) انقسامِ بسیط[2] پیدائش جراثیم کی پہلی صورت ہے۔ جس میں جراثیم کا ایک خانہ ایک باریک جھلی کے ذریعہ دو خانوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ اور یہ دونوں خانے بڑھکر اور ترقی پاکر پختہ جراثیم بن جاتے ہیں۔ یہ دونوں نئے جراثیم

| | |
|---|---|
| [1] حرکت طفریہ۔ براؤنین موومنٹ | [2] انقسام بسیط۔ سمپل فشن۔ |

[illegible] اسپان نے ٹھیک موی [illegible]

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

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

---

[1] تکوین بذر۔ اسپوِر فارمے شن۔
[2] ڈنڈے نما۔ راڈ شیپڈ۔
[3] عصی۔ بیسی لائی۔
[4] بذر۔ اسپور۔
[5] مکبر۔ مائی کراسکوپ۔
[6] کزاز۔ ٹے ٹے نس

قطر اس عصی سے بڑا ہوتا ہے جس میں یہ پیدا ہوتے ہیں۔ برعکس اس کے جمرۂ خبیثہ[۱] کے عصی کے بذر تقریباً بیضوی ہوتے ہیں اور ان کا قطر جراثیم کے قطر کے مساوی یا ان سے کسی قدر بڑا ہوتا ہے۔ اسی طرح ان بذار کی وضع اور محل قیام بھی اس بارے میں کم اہمیت نہیں رکھتا ہے۔ چنانچہ عصی کزازیہ کے بذر بالکل ان کے کناروں میں رہتے ہیں جس سے ڈھول کے چوب (مقرعۃ الطبل[۲]) کی شکل معلوم ہوتی ہے۔ برعکس اس کے جمرۂ خبیثہ کے عصی میں یہ درمیان میں رہتے ہیں۔ ان بذار کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے۔ کہ جس طرح اعلیٰ رتبہ کے نباتات کے تخم اپنی نوع کی حفاظت کرتے ہیں۔ اسی طرح یہ بذر بھی ایسی شکل رکھتے ہیں کہ غیر مناسب حالات میں جبکہ جراثیم فنا ہو جاتے ہیں۔ یہ قائم رہتے ہیں۔ اور اس طرح ان کی نوع قایم رہتی ہے چنانچہ یہ بمقابلہ جراثیم کے خشکی کو بہت زیادہ برداشت کرتے ہیں۔ اور تباہ و برباد نہیں ہوتے۔ جمرۂ خبیثہ کے بذر معامل[۳] (تجربہ گاہوں) میں بیس سال تک رکھے گئے۔ مگر باوجود اس طول مدت کے نہ ان بذار سے قابلیت حیات مفقود ہوئی۔ اور نہ ان سے حدت کیفیہ[۴] دور ہوئی۔ حالانکہ جمرۂ خبیثہ کے وہ جراثیم جو بذار سے خالی (عدیم البذر[۵]) ہوتے ہیں اگر وہ خشکی میں رہیں تو چند ہفتے میں ہلاک ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح یہ بذار حرارت کو بھی بہت زیادہ برداشت کر سکتے ہیں۔ اکثر جراثیم (جبکہ وہ تر ہوں) تب اگر ۶۰ درجہ (ش) کی حرارت پہونچائی جائے تو یہ نصف گھنٹے میں ہلاک ہو جاتے ہیں حالانکہ اگر ان کے بذار کو دیر تک جوشش بھی دیا جائے تو یہ ہلاک نہیں ہوتے ہیں۔

---

۱ جمرۂ خبیثہ۔ اینتھریکس۔
۲ مقرعۃ الطبل۔ ڈرم اسٹک۔
۳ معمل، معامل } لیبوریٹری۔
۴ حدت کیفیہ۔ ویرولنس۔
۵ عدیم البذر۔ ایسپوروجینس۔

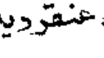
علیٰ ہذا بذر مانع عفونت[1] اشیائسے بھی بشکل تمام مرتے ہیں۔ چنانچہ جمرۂ خبیثہ کے بذر اُس وقت ہلاک ہوتے ہیں جبکہ انہیں محلول[2] قطرانی میں چند روز تک ڈال کر چھوڑ دیا جائے۔ جراح کے لئے مندرجہ ذیل عصی نامی جراثیم زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ عصی[3] گرازی۔ عصی جمرۂ[4] خبیثہ۔ عصی اوذیما[5] خبیثہ۔ یہ تینوں قسم کے جراثیم بذر پیدا کرتے ہیں۔ ان میں سے صرف عصی گرازیہ بدن کے اندر بذر کی تکوین کرتا ہے برعکس اس کے سراجہ[6]۔ درن[7]۔ خناق[8] کلبی۔ حمی[9] مطبقہ متناقضہ۔ جذام[10]۔ الف[11] العنزہ (زکام وبائی) قرحہ[12] رخوہ کے عصی نامی جراثیم بذر سے خالی (عدیم البذر) ہوتے ہیں +

**اقسام جراثیم۔** جراثیم کی تقسیم کی بنیاد اگرچہ ان کی اشکال مصور پر رکھی گئی ہے لیکن ان کی بساطت شکل اور سادگی کو مدنظر رکھتے ہوئے ان کے مختلف اقسام کو بیان کرتے وقت ان کے اشکال کے ساتھ ان کے وہ خواص بھی شامل کیے جا سکتے ہیں۔ جو ان کے افعال اور ان کی کاشت سے تعلق رکھتے ہیں۔ یعنی بعض اقسام تو محض بوجہ خصوصیات شکل کے دوسرے اقسام سے ممتاز ہوگئے ہیں۔ مگر بعض اقسام اگرچہ شکل میں ایک دوسرے سے متحد ہیں مگر اپنے خصائص افعال جُدا رکھتے ہیں۔ اسی طرح بعض اقسام اپنے طریقہ کاشت کے لحاظ سے دوسروں سے الگ ہیں۔ اس وجہ سے شکل کے علاوہ تقسیم کے

[1] مانع عفونت۔ اینٹی سپٹک۔
[2] محلول قطرانی۔ کاربولک لوشن۔
[3] عصی گرازیہ۔ بیسی لس ٹے ٹے نائی۔
[4] جمرۂ خبیثہ۔ این تھرکس
[5] اوذیما خبیثہ۔ ہوڈی میٹس سے لگناٹی۔
[6] سراجہ۔ گلینڈرس۔
[7] درن۔ ٹیوبرکل
[8] خناق کلبی۔ ڈفتھیریا۔
[9] مطبقہ متناقضہ۔ ٹائیفائڈ
[10] جذام۔ لپروسی۔
[11] الف العنزہ۔ انفلوانزا۔
[12] قرحہ رخوہ۔ سافٹ سور۔

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

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

(۱) کرویات[۴] دقیقہ۔ جن میں جراثیم کے گروہ کی کوئی خاص ترتیب نہ ہو۔ اسی قسم سے ایک خاص قسم وہ ہے۔ جس میں بہت سے جراثیم کرویہ ملکر خوشۂ انگور کی شکل میں جمع ہو جاتے ہیں۔ انکو کرویات[۵] عنقودیہ صدیدیہ کہتے ہیں (عنقود۔ خوشۂ انگور + صدید۔ پیپ) (  )

(۲) انقسام کے بعد دو دو جراثیم ملکر دو دو کے جوڑے بنالیں۔ انھیں کرویات[۶] زَوجِیہ کہتے ہیں (زوج۔ جوڑا) (8 8 8 8)

(۳) باہم ملکر زنجیر کی شکل اختیار کرلیں۔ انھیں بعض لوگ کرویات[۷] عِقدِیّہ کہتے ہیں (ooooooooo) یہ صورت اس طرح واقع ہوتی ہے کہ جراثیم کا انقسام برابر برابر سلسلہ وار ایک دوسرے کے متوازی ہوتا چلا جاتا ہے۔

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

---

[۱] جراثیم کرویہ۔ کاکائی۔
[۲] جراثیم عصویہ۔ بیسی لائی۔
[۳] جراثیم حلزونیہ۔ اسپرلا۔
[۴] کرویات دقیقہ۔ مائی کروکاکائی
[۵] کرویات عنقودیہ۔ اسٹے فیلوکاکائی۔
[۵] کرویات عنقودیہ صدیدیہ۔ اسٹے فیلوکاکائی پائیوجینس
[۶] کرویات زوجیہ / کرویات ثنائیہ } ڈپلوکاکائی۔
[۷] کرویات عقدیہ۔ اسٹرپٹوکاکائی۔

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

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

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

---

[1] کرویات رباعیہ۔ ٹٹرا کاکائی۔
[2] حزمہ۔ سارسین۔
[3] عصا وادیہ۔ کاما بے سی لائی۔
[4] عصی عقدیہ۔ اسٹرپٹو بیسی لس۔
[5] عصی خیطیہ۔ لیپٹو تھرکس۔

(سوم) جراثیم حلزونیہ (حلزون۔ گھونگھہ) وہ جراثیم ہیں۔ جو اصل میں لمبے لمبے بلدار عصی (ڈنڈے) کی شکل رکھتے ہیں۔ اور تین جانب پیچ کھاتے ہیں انہی میں سے بعض بڑے بڑے اور لمبے لمبے جراثیم کئی بل کھا کر پیچکش (پیرم) کی طرح لہردار و بلدار ہو جاتے ہیں۔ ان کی بعض قسمیں چھوٹی اور کم لمبی بھی ہوتی ہیں جو بل کم کھاتی ہیں۔ ان کو شریطیہ[1] کہتے ہیں۔ اور جراثیم حلزونیہ سے علی العموم لمبے لمبے جراثیم مراد ہوتے ہیں۔ جراثیم حلزونیہ کی اکثر قسمیں فن جراحت کے لئے کچھ زیادہ اہمیت نہیں رکھتی ہیں۔ لیکن اس قسم میں امراض پیدا کرنے والے جراثیم صرف دو زیادہ مشہور ہیں شریطیہ ہیضہ[2] اسیویہ (اسیویہ۔ ایشیائی) اور حلزونیہ حمی راجعہ[3]۔ ان میں سے آخری قسم کو اب ایک قسم کا ادنیٰ رتبہ[4] کا حیوان خیال کیا جاتا ہے۔ یعنی ان کو جراثیم سے الگ خیال کرتے ہیں۔

احوال زندگی۔ اگر جراثیم بلحاظ افعال حیات کے دیکھے جائیں۔ تو یہ اُن نباتات سے مشابہت رکھتے ہیں۔ جو نباتی رنگ سے خالی ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان کی طرح جراثیم بھی اس امر پر قادر نہیں ہوتے ہیں۔ کہ آفتاب کی روشنی میں بسیط مواد سے مواد[5] اولیہ (مواد[6] شورجینیہ) پیدا کریں۔ اس لئے ان کی پرورش کے لئے اس امر کی ضرورت ہوتی ہے۔ کہ انھیں شورجین[7] عضوی[8] (شورجین مرکب) نباتی یا حیوانی مادوں سے حاصل ہوں۔ اس جہت سے جراثیم کی دو قسمیں کی جاتی ہیں (۱) جراثیم طفیلیہ (۲) جراثیم عفنہ۔

---

[1] شریطیہ۔ وبریو۔
[2] شریطیہ ہیضہ اسیویہ۔ وبریو کالری ایشیاٹکی
[3] حمی راجعہ۔ ری لیپ سنگ فیور۔
[4] حیوان ادنیٰ رتبہ (حیوینہ)۔ پروٹوزون۔
[5] مواد اولیہ / مواد لحمیہ — پروٹیڈ
[6] مواد شورجینیہ۔ نائیٹروجینس میٹریل۔
[7] شورجین۔ نائیٹروجن
[8] آرگینک

جراثیم طفیلیہ[1] وہ کہلاتے ہیں جو صرف زندہ حیوان یا زندہ نبات سے تغذیہ حاصل کرتے ہیں۔ اور

جراثیم عفنہ (بنت العفونت)[2] وہ کہلاتے ہیں جو اس کی قدرت نہیں رکھتے اور صرف مردہ مواد پر اپنی زندگی رکھتے ہیں۔ پہلے کی مثال جذام[3] کے جراثیم عصویہ ہیں۔ جو اس وقت تک معلومات کی بنا پر طفیلی محض ہیں۔ بایں معنی کہ یہ صرف زندہ ساختوں پر زندہ رہتے ہیں اور ان کی کاشت جسم سے باہر ناممکن ہے۔ مگر جراثیم[4] عفنہ اختیاریہ کی اصطلاح اُن جراثیم کے لئے بولی جاتی ہے۔ جن میں دونوں مذکورہ اقسام کی صفتیں جمع ہوں۔ وہ زندہ ساختوں سے بھی تغذیہ حاصل کرتے ہوں اور مردہ مواد سے بھی مناسب حالات میں غذا لیکر نمو پا سکتے ہوں۔ انکی مثال سوزاک[5] کے جراثیم کرویہ ہیں۔ جو زندہ غشاء مخاطی میں تو سرعت سے پھیلتے ہیں۔ اور مردہ مواد میں بھی سُستی کے ساتھ بڑھتے ہیں۔ برعکس اس کے جراثیم طفیلیہ[6] اختیاریہ کی اصطلاح اُن جراثیم پر بولی جاتی ہے جو مردہ مواد میں اچھی طرح بڑھ سکتے ہوں۔ اور اس کے ساتھ ہی جراثیم طفیلیہ کی طرح زندہ ساختوں میں زندگی بسر کر سکتے ہوں۔ یہ بھی اچھی طرح ذہن نشین کرلینا چاہئے۔ کہ جراثیم طفیلیہ اور جراثیم مرضیہ کی دونوں اصطلاحیں ایک دوسرے کی مرادف نہیں ہیں۔ چنانچہ جراثیم مرضیہ[8] وہ کہلاتے ہیں۔ جو امراض پیدا کرسکیں۔ اور احداث مرض کبھی اس طرح بھی ہوجاتا ہے کہ جراثیم زندہ ساختوں کے

---

ع[1] جراثیم طفیلیہ۔ پیراسائٹ۔

ع[2] جراثیم عفنہ / بنت العفونت } سیپروفائٹس

ع[3] عصا جذام۔ لیپروسی بیسی لس۔

ع[4] جراثیم عفنہ اختیاریہ فیکلٹے ٹوسپروفائٹس

ع[5] کرویہ سوزاک۔ گانوکاکس۔

ع[6] جراثیم طفیلیہ اختیاریہ۔ فیکلٹے ٹو پیراسائٹ

ع[7] طفیلیہ۔ پیراسائٹک۔

ع[8] مرضیہ۔ پیتھاجینک۔

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

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

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

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

[1] جراثیم معفنہ۔ پٹری فیکٹو آرگے نزم
[2] تسمم دم۔ ٹاکسی میا

[3] شورین / شورجین } نائٹروجن۔

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

جوف شکم کی اندرونی جھلی صفاق[1] (بار یطون) کے عملیات میں مندرجہ بالا حقیقت بخوبی روشن ہوجاتی ہے۔ بار یطون یا صفاق کی قوت جذب[2] امتصاص رطوبات مسلم ہے۔ اور یہی قوت امتصاص بسا اوقات پر وہ صفاق کو ورمِ التہاب سے قدرتی طور پر محفوظ و مامون رکھتی ہے۔

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

قیام حیات کے لئے مختلف جراثیم کے لئے مختلف درجات حرارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ وہ جراثیم جو اکثر امراض انسانی پیدا کرتے ہیں۔ یا جو عموماً جسم انسانی میں موجود رہتے ہیں بالعموم حرارت بدن (۹۸ درجہ کی حرارت) میں

---

[1] صفاق / بار یطون } پری ٹونیم
[2] قوت امتصاص۔ ابزارپ ٹپاور۔
[3] محلول مواد زرعیہ۔ فلوڈ کلچرز۔
[4] ورم صفاق۔ پریٹونائٹس۔

بخوبی نشو و نما پا سکتے ہیں۔ مگر جراثیم کے بہتیرے انواع مثلاً جراثیم عفنہ جو اکثر خارج از بدن انسان پائے جاتے ہیں (مثلاً کرویات عنقودیہ صدیدیہ اور عصا قولونی)[۱][۲] یا اس سے بھی کم درجہ کی حرارت میں بخوبی زندہ رہتے اور بڑھتے رہتے ہیں۔ بعض دیگر اقسام جو اس درجے سے کم یا زیادہ حرارت میں قائم رہ سکتے ہیں۔ امراض انسانی میں اہمیت نہیں رکھتے ہیں کی حرارت یا سردی کے اثر سے (اگر زیادہ عرصہ تک نہ ہو تو) جراثیم بالکل ہلاک تو نہیں ہوتے مگر ان کی افزائش ونشو ونما عارضی طور پر مسدود ہو جاتی ہے جراثیم اور ان کے بذر کی ہلاکت زیادتی حرارت سے کیونکر واقع ہوتی ہے اس کا تذکرہ اوپر ہو چکا ہے۔

روشنی تقریباً تمام اقسام کے لئے مضر ہے۔ خصوصاً عصی درنی[۲] تو روشنی سے فی الفور ضائع ہو جاتا ہے۔ حتی کہ شیشہ کے اندر ہی انعکاس شعاع اسکو ذرا دیر میں ہلاک کر دیتی ہے۔ البتہ پھیلی ہوئی روشنی (جیسی کہ دن میں ہوتی ہے) قدرے دیر میں اُس پر اثر کرتی ہے۔ یہ مہلک اثر ان جراثیم کی زراعت وغلاظت میں مائین حمض آمیز اعلیٰ[۳] (اندرون شیشہ زراعت) بن جانے کی وجہ سے نمودار ہوتا ہے۔

بیشتر جراثیم کو افزائش و نشو ونما کے لئے جزو نسیم یعنی حمضین[۴] کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایسے جراثیم کو جراثیم ھوائیہ[۵] کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ مگر چند جراثیم (جو شاذ و نادر اور کمیاب ہیں۔ مثلاً عصا گزازی[۶]) ایسے بھی ہیں۔ جو صرف حمضین کی غیر موجودگی ہی میں بڑھ سکتے ہیں۔ ہاں یہ حمضین کی موجودگی میں زندہ

---

[۱] کرویات عنقودیہ صدیدیہ۔ اسٹےفیلوکوکس پائیوجینس

[۲] عصی درنی۔ بیسی لس ٹیوبرکیولوسس

[۳] مائین حمض آمیز اعلیٰ۔ پرآکسائڈ آف ہائیڈروجن

[۴] حمضین۔ آکسیجن۔

[۵] ہوائیہ۔ ایروبیز۔

[۶] عصی گزازی۔ ٹےٹےنس بیسی لس۔

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

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

دوران افزائش میں تغیر واستحالہ کے بعد جراثیم بعض نہایت اہم رطوبات وافرازات[5] خارج کرتے ہیں۔ جن میں چند ضروری درج ذیل ہیں۔

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

---

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

زبدؔی حامض (تیزاب مسکہ)

(۲) قلیاتؔ (کھاری چیزیں)

(۳) ریاحؔ وبخارات (غازات) مثلاً مائین گبریتؔ آمیختہ۔ ہوائےؔ بطائح۔

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

(۵) مواد عطریہ (معطرات) یعنی بودار مواد۔ مثلاً نیلؔ بو (انڈول) قطرانؔ مصعد (فینال) جُبنینؔ (ٹائروسین)

(۶) الکحولؔ اور الکحول سے مشابہ مرکبات۔

(۷) مواد اختمار (خمیرات) مثلاً فصلینؔ (ڈایاسٹیز) (۲) عکسینؔ (انورٹیز) (۳) کلوینؔ (رے نین) جو رطوبت معدیہ کے جوہر سے مشابہ ہوتا ہے (۴) ایک مخصوص اور اہم خمیر (جو رطوبت بانقراس کے جوہر "بانقراسیینؔ" سے مشابہ ہوتا ہے۔ اور لحمی اور نشاستہ دار اجزاء کو منحل اور منہضم بنا دیتا ہے معمولی کردیاتؔ عنقودیہ صدیدیہ کے افرازات میں پایا جاتا ہے اور ایک حد تک متورم وملتہب ساختوں کے تحلیل و جذب کرنے میں معاون ہوتا ہے اس مادۂ اختمار (خمیرا

---

۱ زبدی حامض۔ بیوٹرک ایسڈ
۲ قلیات۔ الکلیز
۳ ریاح، بخارات } گیسز
۴ مائین کبریت آمیختہ۔ سلفیوریٹیڈ ہائڈروجن
۵ ہوائے بطائح۔ مارش گیس
۶ عضی قیحیہ زرقا۔ بیسی لس پایوسیانس
۷ نیل بو۔ انڈول
۸ قطران مصعد۔ فینال

۹ جُبنین۔ ٹائروسین۔
۱۰ الکحول۔ الکحل۔
۱۱ فصلین۔ ڈایاسٹیز
۱۲ عکسین۔ انورٹیز
۱۳ کلوین۔ رے نین۔
۱۴ بانقراسیین۔ ٹرپ سین۔
۱۵ کردیات عنقودیہ صدیدیہ۔ اسٹفیلوکوکس پایوجینس

کی موجودگی اس طرح دریافت کی جا سکتی ہے کہ مادۂ ہلامیہ (ہلامین[1]) یا منجمد مائیت[2] دم میں زخم سے خارج شدہ پیپ کی رطوبت کا قطرہ ڈال کر مصنوعی (جراثیمی) کاشت کی جائے۔ اگر اس میں یہ مخصوص خمیر ہوگا تو مادۂ ہلامیہ یا منجمد مائیت منہضم ہو کر محلول ہو جائے گی +

(۸) **قلویات حیوانیہ** (جیفین[3]) جسکو قلویات[4] عفونیہ بھی کہا جاتا ہے۔ چند مخصوص اور مستقل کیمیاوی ترکیب کے منجمد مرکبات سمیہ ہیں (جو نباتات کے جواہر[6] قلویہ سے مشابہ ہوتے ہیں) یہ زہریلے ہوتے ہیں۔ اور حدوث مرض میں نمایاں طور پر عامل ہوتے ہیں +

(۹) **سمیات حقیقیہ** (حقیقی سمین[7]) یہ حالت بساطت میں حاصل نہیں ہو سکے ہیں۔ مگر غالباً ان کی کیمیاوی ساخت بیاضگین[8] (البیومنز) اور مادۂ خمیر[9] (انزائم) سے بعض خصوصیات میں مشابہ ہوتی ہے۔ یہ مواد سمیہ اگر پچکاری سے بدن کے اندر یا خون میں داخل کیے جائیں۔ تو شدید سمیت پیدا کرتے ہیں۔ اور اگر یہ منہ کی راہ کھلائے جائیں۔ تو اکثر بے ضرر[10] ثابت ہوتے ہیں۔ ان کی کیمیاوی نوعیت و ترکیب نہایت ناپائیدار[11] و غیر مستقل ہوتی ہے اور حرارت کے اثر سے یا ہضم معدی سے فی الفور تباہ و برباد ہو جاتے ہیں۔ اور ان کی اصلی ترکیب بدل جاتی ہے۔ اسی طرح اگر انھیں محلول صورت میں رکھا جائے۔ تو بھی یہ بتدریج بے ضرر

---

[1] ہلامین۔ جیلاٹین۔
[2] مائیت دم۔ بلڈسیرم
[3] جیفین۔ ٹومینس۔
[4] قلویات عفونیہ۔ پٹری فیکٹو الکلائڈ
[5] قلویات جسمانیہ۔ ایمل۔ الکلائڈ۔
[6] قلویات / جواہر قلویہ } الکلائڈ۔
[7] سمین۔ ٹاکسین۔
[8] بیاضگین / زلالگین } البیومنز
[9] مادہ خمیر۔ انزائم۔
[10] بے ضرر۔ انوکس
[11] ناپائدار۔ ان اسٹیبل۔

وبے اثر ہو جاتے ہیں +

انکی زہریں کی دو ممتاز قسمیں ہیں۔ سمین خارج خلیہ[1]۔ سمین داخل خلیہ[2]۔

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

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

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

ف ۱۔ سمین خارج خلیہ۔ ایکسٹرا سیلولر ٹاکسین
ف ۲۔ سمین داخل خلیہ۔ انٹرا سیلولر ٹاکسین۔
ف ۳۔ تاثیرات مرضیہ۔ پیتھالوجیکل افکٹس۔

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

## وسعت[5] جراثیم۔ جراثیم کہاں کہاں پائے جاتے ہیں؟

---

[1] قوت حیات۔ وی ٹے لیٹی

[2] فساد شحمی۔ فیٹی ڈی جنریشن

[3] ذرہ۔ مالی کیول۔

[4] نسیج لیفی۔ فائبرس ٹشو۔

[5] وسعت۔ ڈسٹری بیوشن۔

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

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

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

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

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

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

جراثیم غذا کی نالی[1] میں دہنہ سے لیکر مبرز تک، کان کی نالی۔ جوف الفم کے زیریں حصے۔ آنکھ کے طبقۂ ملتحمہ[2]۔ مردوں میں مجری البول کے ابتدائی حصے میں اور عورتوں میں فرج[3] کے اندر موجود رہتے ہیں۔ عموماً جوف الفم کا بالائی حصہ مرطوب میں

---

[1] مجری غذائی۔ ایلی منٹری کینال۔

[2] ملتحمہ۔ کنجنکٹائیوا۔

[3] فرج۔ ولوا۔

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

## جراثیم کی شناخت کے طریقے

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

۱ مرارہ۔ گال بلیڈر۔
۲ مجری۔ ڈکٹ۔
۳ بانقراس۔ پنکریاس۔
۴ ضربات۔ لیژن۔
۵ تقیح۔ سپوریشن۔
۶ عدوی ذاتیہ۔ آٹو انفکشن۔

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

## جراثیم کو خردبین میں دیکھنے کے واسطے یہ چیزیں ضروری ہیں

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

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

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

---

۱ قوت مُعَظِّمہ۔ میگنی فائنگ پاور
۲ عدسہ۔ لنز۔
۳ روغن دیودار۔ سیڈر آئل۔
۴ درجہ۔ اسٹیج۔

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

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

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

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

---

[1] درجہ تحتانی. سب کیج۔
[2] قطرۂ آویزاں / نقطۂ معلقہ } ہینگنگ ڈراپ۔
[3] مجہِّز / خردبین } مائکرسکوپ

ایک ٹکڑے پر یا[1] مدور باریک کانچ پر پھیلا دی جاسے (۲) اس تہ کو خشک ہو جانے دو اور پھر کانچ کو چراغ بے دود کے شعلہ میں دو تین مرتبہ گذار کر رطوبت خشک کی پیپڑی[2] کو شیشہ پر "تثبیت"[3] ہو جانے دو (۳) اب اس تہ کو مخصوص ترکیب سے رنگ دو۔

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

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

(۱) **سادہ اقسام کے رنگ۔** مثلاً نیلین سرخ[4] جس میں حامض قطرانی ملایا گیا ہو (کاربال فکسن[5]) (سرخ) کمبر تیین قطرانی (کاربال تھایونن[6]) (زرد) زرقت خمرین (میتھی لین بلو[7]) (نیلا) وغیرہ۔

یہ رنگ تمام قسم کے جراثیم پر اثر رکھتے ہیں۔ اور جراثیم کے علاوہ رطوبات مرضیہ کے اندر کے کریات اور ان کے نوات[8] وغیرہ کو بھی رنگ دیتے ہیں۔ ان رنگوں کی وساطت سے جراثیم کی موجودگی عیاں ہو کر ان کی شکل و شباہت وغیرہ کی تمیز بخوبی ہو سکتی ہے۔

(۲) دوسرا طریقہ[10] جراثیم رنگنے کا۔ شیشہ (صفیحہ مجہریہ[9]) جس پر رطوبت یا

---

ف[10] یہ طریقہ طریقہ جرام کے نام سے مشہور ہے

ف[1] صفیحہ مجہریہ } اسلائڈ۔ لوح زجاج

ف[2] پپڑی } فلم۔ تہ

ف[3] تثبیت } فکس۔ جمانا

ف[4] نیلین سرخ } فکسین۔ اینالین ریڈ

ف[5] کاربال فکسین۔ نیلین سرخ قطرانی

ف[6] کاربال تھایونین۔ کمبر تیین قطرانی

ف[7] میتھی لین بلو۔ زرقت خمرین۔

ف[8] نوات۔ نیوکلیس

ف[9] صفیحہ مجہریہ۔ اسلائڈ۔

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

بنفشج الجنلیانا کا محلول الکوحلی[2]۔ ۱۰ حصہ

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

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

بنفشین[4] ۱ حصہ

ریہیہ بنفش آمیز[5] ۲ حصہ

آب مقطر مطہر[6] ۳۰۰ حصہ

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

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

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

---

[1] دقیقہ۔ منٹ۔

[2] بنفسج الجنلیانا۔ جنشین وایولیٹ۔

[3] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

[4] بنفشین۔ آیوڈین۔

[5] ریہیہ بنفش آمیز۔ پوٹاش آیوڈائڈ۔

[6] آب مقطر۔ ڈسٹلڈ واٹر۔

[7] الکوحل۔ الکہال۔

[8] جراثیم مثبت۔ گرام پازی ٹو۔

وہ مندرجۂ ذیل ہیں:۔

کرویات[1] عنقودیہ۔ کرویات[2] عقدیہ صدیدیہ۔ کرویات[3] ذات الریہ۔ کرویات[4] دقیقہ رباعیہ۔ عصی[5] کزاز۔ عصی[6] جمرۂ خبیثہ۔ عصی[7] درن۔ عصی[8] جذام۔ عصی[9] خناق وبائی۔ شعر[10] مفتول یا شعرات[11] مفتولہ جن سے مرض "فطریت[12] شعاعیہ" ہوتا ہے۔

اور جو اس ترکیب سے رنگت کو قبول نہیں کرتے ہیں (جرام[13] منفی) وہ یہ ہیں:

کرویہ[14] سوزاک۔ کرویہ[15] سرسام غشائی۔ کرویات[16] دقیقہ حمی مالطا۔ عصی[17] قولونی۔ عصی[18] سراجہ۔ عصی[19] حمی مطبقہ (معویہ) عصی[20] الف عنزہ۔ عصی[21] قرحۂ رخوہ۔ عصی[22] قیحی ازرق۔ شریطیہ[23] ہیضہ۔ حلزونیہ[24] حمی راجعہ۔ شعریہ[25] حلزونیہ آبلۂ فرنگ (جراثیم آتشک)

(۳) تیسرا[1] طریقہ جراثیم رنگنے کا۔ شیشہ کی تہ پر پہلے کسی تیز سادہ رنگ (مثلاً نیلین سرخ قطرانی۔ کاربال فکشن) کا عمل کئی گھنٹوں تک مسلسل جاری رکھا جائے یا

---

[1] طریقہ زیل نلسن۔

[1] کرویات عنقودیہ۔ اسٹےفیلوکاکائی۔

[2] کرویات عقدیہ صدیدیہ۔ اسٹرپٹوکاکائی پایوجنس

[3] کرویات ذات الریہ۔ نیموکوکس۔

[4] کرویات دقیقہ رباعیہ۔ مائی کروکوکس ٹٹراجےنس

[5] عصی کزاز۔ بیسی لس ٹے ٹے نس۔

[6] عصی جمرۂ خبیثہ۔ بیسی لس انتھرکس۔

[7] عصی درن۔ بیسی لس ٹیوبرکل۔

[8] عصی جذام۔ بیسی لس لپرسی۔

[9] عصی خناق وبائی۔ بیسی لس ڈفتھرک۔

[10] شعر مفتول۔ اسٹرپٹوتھرکس۔

[11] شعرات مفتولہ۔ اسٹرپٹوتھریسز۔

[12] فطریت شعاعیہ۔ ایکٹی نومائی کوسس

[13] جرام منفی۔ گرام نیگے ٹو

[14] کرویہ سوزاک۔ گانوکاکس۔

[15] کرویہ سرسام غشائی۔ مے ننگوکاکس۔

[16] کرویات دقیقہ حمی مالطا۔ مائیکروکاکس مے لی ٹنسس

[17] عصی قولونی۔ بیسی لس کالائی۔

[18] عصی سراجہ۔ بیسی لس گلینڈرس۔

[19] عصی حمی معویہ۔ بیسی لس ٹائی فائڈ۔

[20] عصی الف العنزہ۔ بیسی لس انفلوئنزا۔

[21] عصی قرحۂ رخوہ۔ بیسی لس سافٹ سور۔

[22] عصی قیحی ازرق۔ بیسی لس پایوجینس۔

[23] شریطیہ ہیضہ۔ دبریوکالرا

[24] حلزونیہ حمی راجعہ۔ اسپائرلم ریلیپ سنگ فیور۔

[25] شعریہ حلزونیہ آتشک۔ اسپائروکیٹی سفلس

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

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

امراض انسانیہ میں جو جراثیم متمسکہ بالحمض پائے جاتے ہیں۔ اُن میں سے بعض اہم اقسام یہ ہیں۔ عصی درن[3]۔ عصی جذام[4]۔ عصی رشحات قلفہ[6]۔ بعض شعرات[5] مفتولہ۔ ان میں سے دو پہلی قسم کے جراثیم متمسکہ الکحولیہ بھی ہیں +

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

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

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

---

[1] متمسکہ بالحمض۔ ایسڈ فاسٹ۔
[2] مُتَمَسِّکہ بالکحول۔ الکحل فاسٹ۔
[3] عصی درن۔ بیسی لس ٹیوبرکوسس
[4] عصی جذام۔ بیسی لس لپروسی۔
[5] شعرات مفتولہ۔ اسپرچوکٹس۔
[6] عصی رشحات قلفہ۔ اسمگما بیسی لس
[7] طرق زرعیہ۔ کلچرل میتھڈ۔

ہیں یا نباتات اپنی مناسب مزاج غذاؤں میں پھلتے پھولتے ہیں۔ اسی طرح جراثیم بھی مخصوص ومنتخب قسم کی غذاؤں کو پسند کرتے ہیں۔ اور اُن میں بہت جلد نشوونما پانے کی خاصیت رکھتے ہیں۔ اس قسم کے اغذیہ کو وسط زرعی[1] یا زمین کہتے ہیں۔ اور یہ انواع انواع اور اقسام اقسام کے ہوتے ہیں۔ چند ممتاز قسمیں یہ ہیں۔ شوربا[2]۔ یخنی[2]۔ ہلام[3]۔ بستہ یا منجمد مصل دم[4]۔ اجار اجار[5] (جو گوند کے مانند ایک شے ہے)۔

شوربا یا یخنی کا استعمال بالخصوص مادۂ تلقیح[6] بنانے کے لئے یا جراثیم کے کیمیائی افرازات ورطوبات مرض کے اعمال وغیرہ کی تحقیق میں کیا جاتا ہے۔ بعض زمین کاشت بستہ اور خشک قسم کے ہوتی ہیں اور ان کا استعمال عام طور پر اس وجہ سے کیا جاتا ہے۔ کہ اکثر جراثیمی کاشت مختلف قسم کے جراثیم کی مختلف ومخصوص طرز پر ان اغذیۂ منجمدہ کی سطح پر یا اُن کے اندر اُگتی ہیں۔ اور ان کے اُگنے کی حالت سے جراثیم کی تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔ ہلام منجمد خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے۔ بوجہ کہ بعض مخصوص قسم کے جراثیم اُس کے منجمد وبستہ مادہ کو حل کرکے اُسے سیال میں مبدل کر دیتے ہیں۔ چند دیگر جراثیم ایسے ہیں جو اس عمل ترقیق پر قابو نہیں رکھتے۔ مگر ہلام میں ایک یہ نقص ہے کہ اُس درجۂ حرارت میں پگھل جاتا ہے۔ جو اکثر جراثیم کی افزائش کے لئے طبعاً ضروری ہے اس دقت پر غالب آنے کے لئے دوسری ترکیبیں ایجاد کی گئی ہیں۔ مثلاً منجمد مصل دم کو حرارت کے اثر سے جما کر پھر جراثیمی کشتیں لگا کر اُن میں اختمار پیدا

---

[1] وسط زرعی / زمین کاشت } کلچر میڈیم

[2] شوربہ / یخنی } براتھ

[3] ہلام۔ جیلے ٹین۔

[4] مصل دم۔ بلڈ سیرم

[5] اجار اجار۔ اگار اگار۔

[6] تلقیح۔ ویکسین

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

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

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

---

[1] شیشہ کی نلی (امتحانی نلی) ٹسٹ ٹیوب۔
[2] منجمد بلام۔ سولی ڈی فائڈ جیلے ٹین۔
[3] فلاٹینیہ۔ پلاٹینم۔
[4] چراغ بے دود۔ اسپرٹ لیمپ۔

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

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

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

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

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

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

[1] تلقیح۔ انا کولے شن۔

[2] آلہ حضانت۔ انا کوبے ٹر

[3] تلقیح۔ اِنا کولے شن۔

[4] مسائل کاخ۔ کاکس پاسچو لیٹس۔

(۲) یہ جرثومہ جسم مریض سے خارج کئے جانے کے بعد بھی مصنوعی کشت کے ذریعہ متعدد بار نسلاً بعد نسل پیدا کیا جاسکے تاکہ اس تواتر روئیدگی سے اصلی مورث علی کا اثر نسلاً بعد سے خارج ہوجائے دیگر پھر بھی اولاد اُسی مرض کو پیدا کرے۔

(۳) اس جرثومہ کو اگر تجربتاً عمل تلقیح کے ذریعہ کسی دوسرے تندرست حیوان کے جسم میں داخل کیا جائے تو موخرالذکر میں بھی بعینہ وہی مرض دعوارض پیدا ہوجائیں۔

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

ابتداً ان تمام شرائط کا ہر حالت میں پورا ہونا لازمی تصور کیا جاتا تھا۔ مگر ان کی پابندی بلاکم وکاست چنداں ضروری نہیں خیال کی جاتی۔ مثلاً عصی جذامیہ جسے اب مسلم طور پر جذام کا باعث تسلیم کرلیا گیا ہے۔ اب تک مصنوعی کشت میں نہیں پیدا ہوسکا ہے۔ اگرچہ کاخ کی پہلی شرط کے مطابق وہ جذام کے ہر مریض میں پایا جاتا ہے مگر اب بعض دیگر ذرائع ثبوت ایجاد ہوگئے ہیں۔ مثلاً مخصوص جراثیم۔ مریض کے خون کے اندر ایسے مخصوص مادے پیدا کردیتے ہیں۔ جن سے جراثیم کے گروہ اکٹھا کئے جاسکتے ہیں (الصاقین[1]) اُن کا یہ طریق اجتماع مخصوص ومنقص اشکال میں ہوتا ہے جن سے جراثیم کی نوعیت مخصوصہ کا ثبوت مل جاتا ہے۔

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

[1] الصاقین۔ اگلوٹی نین

[2] عصی درنیہ۔ ٹیوبرکیولوسس۔

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

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

---

[1] ارنب مصری۔ گنی پگ۔
[2] عصی جمرہ خبیثہ۔ بیسی لس انتھر کس۔
[3] فادجراثیمی۔ اینٹی ٹاکسین۔
[4] منیع۔ امیونائزڈ۔

نتیجہ یہ ہوتا ہے۔ کہ محفوظ میں تو مرض مشتبہ پیدا نہیں ہوتا۔ اور غیر محفوظ حیوان میں مرض کے علامات نمایاں ہو جاتے ہیں اور اس طرح مخصوص مولد امراض جراثیم کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ اسی ترکیب سے مرض کزاز کی تشخیص بھی کی جاتی ہے۔ چونکہ عصّی[1] کزاز مریض کے رطوبات اور پیپ وغیرہ میں تنہا موجود نہیں ہوتے بلکہ اُنکے ساتھ دوسرے بہت سے جراثیم بھی ملے جُلے رہتے ہیں۔ اس لئے اُن کو مخلوط مواد میں سے جُدا کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے۔ اس اختلاط کی وجہ سے تلوین کے ذریعہ عصّی کزاز یہ اور دیگر جراثیم میں تفریق مشکل ہوتی ہے۔ کیونکہ ان سب پر ایک جیسی رنگت چڑھکر شکل و شباہت میں سب مشابہ نظر آتے ہیں۔ ایسی حالت میں عمل تلقیح کے ذریعہ مندرجۂ ذیل طریقہ سے تفریق بآسانی کی جا سکتی ہے۔

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

۲۔ پھر اُس نلی کو مناسب حرارت پہونچانے کے لئے آلہ حضانت[2] میں ہوا کی غیر موجودگی میں رکھا جائے (کیونکہ کزاز کے جراثیم "غیر ہوائی[3]" ہوتے ہیں)۔

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

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

۵۔ دوسرے حصے کو محفوظ حیوان (جس میں مصل[4] ضد کزاز کے ذریعہ پہلے سے قوت مناعت پیدا کر دی گئی ہو) میں لگا دیا جائے۔

۶۔ اگر پہلا حیوان مرجائے اور دوسرا بے ضرر رہے تو تحقیق ہو گیا کہ مواد مشتبہ میں جراثیم کزاز (عصّی کزازیہ) موجود تھے۔

---

[1] عصّی کزاز۔ بیسی لس ٹے ٹے نس

[2] آلہ حضانت۔ انکوبے ٹر۔

[3] غیر ہوائی۔ ان ایروبیز۔

[4] مصل ضد کزاز۔ اینٹی ٹے ٹے نک سیرم۔

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

(۱) **اجساد تخمیریہ یا جراثیم فطریہ**۔ یہ نوع نباتی رنگ (خضرت نباتیہ) نہیں رکھتی۔ اس کی افزائش نسل صرف غنچہ کی شکل (یعنی ابھار نکلکر الگ ہو جانا) میں یا تکوین بذر اندرون خلیہ کے ذریعہ ہوتی ہے۔ یہ جراثیم کئی اقسام کے اعمال اختمار میں حادث ہوتے ہیں۔ مثلاً محلول شکر انگوری میں اختمار الکوحلی پیدا کردیتے ہیں۔ یا بعض اوقات مریض ذیابیطس شکری میں یہ مجری البول کی راہ سے مثانہ میں داخل ہوکر وہاں اختمار پیدا کرکے پیچ مرکبات بنادیتے ہیں جنکے اثر سے "التہاب مثانہ" پیدا ہو جاتا ہے۔

اجسام اختمار وکیپوندجن امراض میں حادث ہوتے ہیں۔ ان میں ایک مرض جو خصوصیت کے ساتھ قابل تذکرہ ہے وہ **التہاب جلدی خمیری** ہے جس میں متعدد قروح اور گانٹھ پیدا ہو جاتے ہیں۔

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

| | |
|---|---|
| ۱ اجساد دقیقہ۔ مائکرو آرگے نزم۔ | ۸ شکر انگوری۔ گریپ شوگر۔ |
| ۲ اجساد تخمیر۔ ایسٹ۔ | ۹ التہاب مثانہ۔ سسٹائی ٹس |
| ۳ جراثیم فطریہ۔ بلاسٹومائی سی ٹیز | ۱۰ التہاب جلدی خمیری۔ بلاسٹومائی سے ٹک ڈرمیٹائی ٹس۔ |
| ۴ خضرت نباتیہ۔ کلوروفیل۔ | ۱۱ فطر خیطی۔ ہائی فومائی سیٹیز |
| ۵ تکوین بذر۔ اسپورفارمے شن۔ | ۱۲ فطر لیفی۔ فلامنٹس فنجائی۔ |
| ۶ اندرون خلیہ۔ انڈوجے نس۔ | |
| ۷ اختمار الکوحلی۔ الکحالک فرمن ٹے شن۔ | |

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

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

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

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

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

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

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

(و) فطریت رئویہ[13]
(ز) فطریت اذنیہ[14]
} بھی مخصوص قسم کے فطر سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

---

[1] بیض بیضاء۔ آئی ڈم البی کینس۔
[2] قلاع۔ تھرش۔
[3] فطر سکری ابیض۔ سیکرومائسیز۔
[4] عقد ابیض۔ مونی لیا البی کینس
[5] فطر صغیر البذر۔ مائکراسپورون { آڈوینائی ویا(اسمال اسپور فنگس)
[6] فطر کبیر البذر۔ مائکراسپورون (لارج اسپورڈ فنگس)
[7] نبت شعری۔ ٹرائی کوفائی ٹون۔
[8] نخالی شون لینی۔ اکورین شان لینائی۔
[9] نخالی حمراء یا بہق احمر۔ پٹی ریاسس ربرا۔
[10] نخالی صغیر البذر۔ مائکروسپورون فرفر
[11] فطریت قرنیہ۔ کیراٹومائی کوسس۔
[12] قرحۂ طفیلیہ قرنیہ۔ پیراسائٹک السر آف کارنیا۔
[13] فطریت رئویہ۔ نیومومائی کوسس
[14] فطریت اذنیہ۔ اوٹومائی کوسس

**شعریہ مفتولہ**- یہ فطر خیطی کے اسفل ترین نوع میں سے ہیں۔ اور معمولی جراثیم سے کئی خصوصیات میں مشابہ ہیں ۔

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

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

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

---

ملا شعریہ مفتولہ۔ اسٹریپٹوتھرکس۔

ملا فطر خیطی۔ ہائی فومائی سیٹیز۔

ملا فطریت شعاعیہ۔ ایکٹینومائی کوسس

ملا اہداب۔ فلا گلا۔

ملا بذر۔ اسپور۔

ملا مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم۔

ملا عصی درنیہ۔ بیسی لس ٹیوبر کیولوسس

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

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

مرض النوم[5] اور گرم ممالک کے دوسرے بہت سے انسان و حیوان کے امراض حُوَینات کی ایک مخصوص نوع ثاقبۃ الجسم[6] سے پیدا ہوتے ہیں۔

## عدوی۔ چھوت

**تعریف**:۔ "عدوی[7] زہریلے، زندہ اور مولد امراض جراثیم[8] کے ایسے مقام میں پہونچنے کو کہتے ہیں۔ جہاں سے اُن جراثیم کے تیار کردہ سمّیات موذیہ

[1] فطر درنی۔ ٹیوبرکیو مائیسیل
[2] حُوَینات۔ پروٹوزوا۔
[3] ممالک حارہ۔ ٹراپک
[4] زحیر حُوَینی۔ امے بک ڈسنٹری۔
[5] مرض النوم۔ سلیپنگ سکنس۔
[6] ثاقبۃ الجسم۔ ٹری پانوزم۔
[7] عدوی۔ انفکشن۔
[8] جراثیم۔ آرگے نزم۔

سمیّن[1] انسجۂ جسم پر عمل کرسکیں"۔

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

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

---

[1] سمین۔ ٹاکسین۔
[2] عصی درنیہ۔ ٹیوبرکیوربیسلس
[3] حدت سمیہ۔ ویرولنس۔
[4] جراثیم عقدیہ صدیدیہ۔ اسٹرپٹوکاکس پایوجینس

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

غالباً معمولی حالات میں بھی ایسا ہی ہوا کرتا ہے۔ کیونکہ جو جراثیم براہِ راست مریض کے جسم سے حاصل کیے جاتے ہیں۔ وہ اپنی شدت و سمیت میں تجربہ گاہ[1] (معمل) کی بنائی مصنوعی کشتوں کی نسبت بہت زیادہ تیز ثابت ہوتے ہیں۔ مثلاً کرویات[2] عقدیہ کے التہاب[3] صفاق کے مریض کے مرنے کے بعد لاش چیرنے میں اگر کبھی کوئی اتفاقیہ ہلکا سا زخم بھی جرّاح کو لگ جاتا ہے تو وہ نہایت سخت ہوتا ہے جس سے جراثیم متعلقہ کی شدت سمیت کا اندازہ ہو سکتا ہے +

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

جراثیم کو مصنوعی کشتوں کے ذریعہ کمزور کرنے کو "عمل تخفیف[4]" کہتے ہیں مختلف امراض جراثیم کی "مصنوعی تخفیف" "اکتساب مناعت[5]" کے متعلق نہایت اہمیت رکھتا ہے +

**عمل تخفیف** کا عام اصول یہ ہے کہ جراثیم کو قدرے ناموافق حالات میں اگایا جاوے تاکہ ان کی حدت سمیہ میں کمی آجائے۔ برخلاف ازیں تخفیف کے متضاد عمل یعنی افزائش سمیت (تقویت) کے حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ جراثیم کو موافق حالات میں اگایا جائے۔ مثلاً عصی[6] جمرۂ خبیثہ جو ۳۷ درجہ کی حرارت میں بہترین

---

[1] تجربہ گاہ۔ معمل۔ لیبورے ٹری۔
[2] کرویات عقدیہ۔ اسٹرپٹوکاکائی۔
[3] التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس۔
[4] تخفیف۔ اٹے نیوایشن۔
[5] مناعت۔ امیونٹی۔
[6] عصی جمرۂ خبیثہ۔ بیسی لس انتھرکس۔

نمو پاتا ہے اور اس حرارت میں اپنی سمیت عرصہ دراز تک قایم رکھ سکتا ہے اگر اسکو ۴۲ درجہ کی حرارت میں اُگایا جائے تو اس کی حدت سمیہ میں نمایاں کمزوری ہو جائے گی. محقق پاسچر نے اسی اصول تخفیف پر کشتیں کر کے تریاق جراثیم جمرۂ خبیثہ (تلقیح[1] جمرۂ خبیثہ) ایجاد کیا ہے جسے حیوانات میں لگانے سے صرف عارضی و خفیف علامات مرض پیدا ہوتے ہیں اس کے بعد اس مرض کے مقابلہ کے لیے تحصیل مناعت کی وجہ سے وہ محفوظ ہو جاتے ہیں ۔

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

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

---

[1] تلقیح. ویکسین.
[2] کرویات. سوزاک. گانوکاکس.
[3] مستعد. سپ ٹی بل.
[4] کرویات عقدیہ. اسٹریپٹوکوکس
[5] خناق دبائی. ڈفتھیریا.

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

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

مرض نوعی کی تعریف۔ جو ایک ہی سبب سے۔ یعنی ایک واحد و مخصوص نوع کے جراثیم سے پیدا ہو سکے (دوسرے نوع سے نہ پیدا ہو سکے) مثلاً مرض کزاز[4] جو علم الامراض کے لحاظ سے ایک مشہور مرض ہے۔ صرف جراثیم کزاز ہی سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لہٰذا یہ عدوی نوعیہ[5] کی ایک بین مثال ہے۔ مگر برخلاف ازیں تقیح[6] (ریپ بننا) کا عمل جراثیم صدیدیہ کے بہت سے مختلف انواع کے اثر سے ہو سکتا ہے لہٰذا اسے عدوی غیر نوعیہ[7] کہتے ہیں۔ عددی نوعیہ اور غیر نوعیہ کے درمیان کوئی مستقل حد نہیں ہے۔ اور علم الامراض[8] اور اسباب الامراض کے نئے انکشافات کے ساتھ ساتھ آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ عموماً مدارج ارتقاء کا عمل اس طرح ہو رہا ہے کہ وہ امراض جو ابتداءً بظاہر متشابہ معلوم ہوتے تھے بالآخر انواع مخصوصیہ میں منتقل کیے جا رہے ہیں کیونکہ ان میں سے ہر نوع کا باعث ایک خاص نوع کے جراثیم ثابت ہوتے ہیں۔ مثلاً اب ثابت ہوا ہے کہ قوبا (داد) فطر[9] کے مختلف اقسام سے پیدا ہو سکتا ہے۔ مگر علم الامراض کی جدید جد و جہد سے

---

[1] تشقق۔ فیشر۔
[2] مرض نوعی۔ اسپے سے فک ڈیزیز۔
[3] مرض غیر نوعی۔ نان اسپے سے فک ڈیزیز۔
[4] کزاز۔ ٹے ٹے نس۔
[5] عدوی نوعیہ۔ اسپے سے فک انفکشن۔
[6] تقیح۔ سپورے شن۔
[7] عدوی غیر نوعیہ۔ نان اسپے سے فک انفکشن۔
[8] علم الامراض۔ پیتھالوجی
[9] فطر۔ فنگس۔

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

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

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

---

[1] فطریت شعاعیہ۔ ایکٹی نومائی کوسس۔
[2] حمرہ خبیثہ۔ مالگ ننٹ پسچیول
[3] دابغ الجلد۔ وول سارٹرس ڈیزیز
[4] عصی۔ بیسی لس۔

[5] عدوی موضعیہ۔ لوکل انفکشن۔
[6] مدت تفریخ / مدت حضانت } پیریڈ آف انکیوبیشن

پیدا کرکے التہاب[1] کے مختلف مدارج نمودار کر دیتے ہیں۔ التہاب کے یہ مراکز[2] یا تو محدود رہ سکتے ہیں یا جراثیم انسجہ کے سلسلۂ ارتباط کے ذریعہ یا عروق جاذبہ[3] کی راہ سے پھیلکر انھیں (یعنی مراکز کو) وسعت دیدیتے ہیں۔ یا جراثیم ابتدائی مرکز التہاب سے علحدہ ہوکر سُدّہ[4] کی صورت عروق دمویہ کے ذریعہ بدن میں دور دراز مقامات پر منتقل ہو جاتے ہیں۔ ان مظاہر کے ساتھ ساتھ اکثر عمومی[5] اعراض بھی بوجہ انجذاب سمیات مقامی کے کم و بیش نمودار ہوتے ہیں بعض امراض (مثلاً کزاز[6] خناق وبائی[7]) میں مقامی تکلیف کے ساتھ ساتھ عام سمیت کے علامات شدید تسمم الدم[8] بھی موجود ہو جاتے ہیں۔ لہذا مقامی عدوی کے مظاہر دو اقسام میں منقسم ہو سکتے ہیں۔

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

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

---

[1] التہاب۔ انفلامے شن
[2] مراکز۔ فوکائی۔
[3] عروق جاذبہ۔ لیمفٹک وسلز۔
[4] سدہ۔ جلطہ دمویہ۔ امبولس۔
[5] اعراض عمومی۔ کانسٹی ٹیوشنل ڈسٹربنس
[6] کزاز۔ ٹے ٹے نس۔
[7] خناق وبائی۔ ڈفتھیریا۔
[8] تسمم الدم۔ ٹاکسی میا۔
[9] قرحہ رخوہ۔ سافٹ شنکر۔
[10] خراج درنی۔ ٹیوبرکولر ابسس
[11] حمرہ۔ اری سپلس۔

## عدوئ[1] عمومیہ کے عوارض

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

## عدوی جراحت یا عفونت[8] جراحت

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

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

1. عدوی عمومیہ۔ جنرل انفکشن۔
2. تعفن دم۔ سپٹی سیمیا۔
3. تقیح دم۔ پائی میا۔
4. درن حاد۔ ایکوٹ ٹیوبرکیولوسس۔
5. زہری ثنائی۔ سکنڈری سفلس۔
6. انتھراسیمیا۔
7. حمیات طفحیہ۔ اگزنتھی میٹا۔
8. عفونت۔ سپسس۔
9. گلانا۔ اسلفنگ۔
10. حشفہ۔ گلانس پے نس۔

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

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

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

---

[1] آنول۔ مشیمہ۔ پلاسنٹا۔
[2] حمرہ۔ ایری سپلس۔
[3] التہاب خلوی۔ سیلیولائی ٹس۔
[4] تقیح الدم۔ پائی میا۔
[5] عفونت دم۔ سپٹی سیمیا۔
[6] حمی دق۔ ہکٹک فیور۔
[7] حمی عفنہ۔ سپٹک فیور۔
[8] تسمم عفن۔ سیپریمیا۔
[9] زخم کے انگور۔ گرے نیولے شن۔
[10] رطوبات عفنیہ۔ سپٹک مٹیریل۔
[11] مادۂ عفنیہ۔ سپٹک میٹریل۔

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

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

اگر مریض انتہائی ضعف و اغماء کی حالت میں ہو تو سیال نمکین[2] (نمک طعام تین رتی آب مقطر مطہر ۱ اوقیہ[3]) کے ۲۰-۳۲ اوقیہ وریدکے ذریعہ متواتر داخل جسم کئے جائیں۔ اس کے اثر سے پیشاب زیادہ آوے گا اور اسہال بھی ہوگا۔ اور سمیات بول و براز کے ذریعہ خارج ہو جائیں گے۔ مسہل ادویہ کا استعمال بھی بہی اثر رکھتا ہے +

## مناعت[4]

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

---

[1] خراج۔ ایبسس

[2] سیال نمکین۔ سیلائن سولیوشن۔

[3] اوقیہ۔ اونس۔

[4] مناعت۔ امیونٹی۔

[5] عدویٰ۔ انفکشن۔

[6] مجریٰ غذا۔ ایلی منٹری کینال۔

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

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

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

---

[1] استعداد مرض۔ سسپ ٹی بی لیٹی۔
[2] حفظ ماتقدم۔ پری وینشن۔
[3] خناق وبائی۔ ڈفتھیریا۔
[4] فادسمین۔ اینٹی ٹاکسین۔
[5] مناعت طبعی۔ نیچرل امیونی ٹی۔

وساخت میں ابتدائے آفرینش سے مضمر ہوتی ہے۔ اور جو اس کے عوارض زندگی کے کسی واقعہ کے اثر سے مترتب نہیں ہوتی۔ مثلاً تمام حیوانات دنیہ طبعاً مرض سوزاک کے تاثر سے محفوظ[1] (ممنوع) ہیں۔ اور بعض دیگر امراض بھی جو عموماً انسان کو متاثر کر دیتے ہیں حیوانات ادنیٰ کے لئے بے اثر ہیں۔ اسی طرح حضرت انسان بھی بہت سے ایسے امراض سے طبعاً غیر متاثر و محفوظ ہیں۔ جو حیوانات پر حادث ہوتے ہیں۔ یہ طبعی مناعت عموماً ایک جنس کے تمام انواع و افراد میں یکساں طور پر موجود ہوتی ہے۔ مگر اکثر اس کے خلاف بھی ہوتا ہے۔ مثلاً بعض بچے چیچک سے قدرتاً بے اثر رہتے ہیں درانحالیکہ بیشتر بچے اس مرض سے ضرور متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اقوام مخصوص امراض سے بہ شدت متاثر ہونے کی استعداد رکھتی ہیں۔ لہٰذا بخوبی سمجھ لینا چاہیے کہ "قومی مناعت[2]" اور "طبعی مناعت" ہیں۔ اور ایک دوسرے کے مترادف نہیں +

یہ بات بھی بخوبی ذہن نشین کرلینی چاہیے۔ کہ مناعت کا کوئی خاص صحیح و غیر مبتدل معیار[3] نہیں قرار دیا جاسکتا۔ کیونکہ نظام جسم کی ساختوں کا باہمی عمل و تعامل انتہائی استعداد اور انتہائی مناعت کے مابین متغیر و مبدل ہوتا رہتا ہے ذیل کی مثال سے یہ بات روشن ہوگی +

اگر متعدد حیوانات میں عمل تلقیح[4] کے ذریعہ کسی جراثیمی کاشت کی مساوی مقدار داخل کی جاوے تو نتیجہ مختلف ہوگا۔ یعنی ایک حیوان میں تو مرض کے آثار بالکل نمودار ہی نہ ہونگے۔ دوسرے حیوان میں مقام تلقیح پر خفیف التہاب کے علامات نمودار ہونگے تیسرے حیوان میں التہاب[5] پھیلا ہوا ہوگا۔ اور بالآخر پیپ[6] بھی

---

[1] محفوظ۔ امیون۔
[2] قومی مناعت۔ ریسے شیل امیونٹی۔
[3] معیار۔ اسٹنڈرڈ۔
[4] تلقیح۔ انا کولے شن۔
[5] پھیلنے والا التہاب۔ اسپریڈنگ انفلامیشن
[6] پیپ بننا۔ تقیح۔ سپوریشن۔

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

اسباب معدّہ[8]۔ جن سے قوت مناعت گھٹ کر عدوی کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے حسب ذیل ہیں۔

(۱) خنکی اور رطوبت (تری)

---

[1] غانغرایا۔ گنگرین۔
[2] عدوی عمومی۔ جنرل انفکشن۔
[3] مناعت۔ امیونٹی۔
[4] استعداد۔ سسپ ٹی بی لیٹی۔
[5] عصبی درن۔ ٹیوبر کیولر میی اس۔
[6] قابلیت حیات۔ وی ٹے لیٹی۔
[7] عدوی۔ انفکشن۔
[8] اسباب معدہ۔ پری ڈسپوزنگ کازز۔

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

(۲) فاقہ اور سوءِ تغذیہ[۱] خفیف درجہ میں بھی یہ مناعت کی قوت میں نمایاں کمی کر دیتے ہیں۔ مثلاً لاش چیرتے وقت اگر حالتِ فاقہ میں جراح کو زخم لگ جائے تو یہ بہت خطرناک ہوتا ہے۔ مگر جب پیٹ بھرا ہوا ہو اور ہاضمہ کا عمل جاری ہو اُس وقت اس قسم کا زخم لگے تو چنداں خطرناک نہیں ہوتا۔ چونکہ دورانِ ہاضمہ میں خون کے سفید[۲] دانوں کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ لہٰذا قرینِ قیاس ہے کہ ان کی موجودگی تقویتِ مناعت کا باعث ہو مگر یہ امر ابھی محقق نہیں ہے کہ سفید دانوں کی زیادتی ہر حالت میں مناعت بڑھا دیتی ہے۔ اور اس کے برعکس انکی کمی مناعت میں کمی پیدا کر دیتی ہے۔

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

(۴) نزف[۳] یعنی سیلانِ خون } مناعت کو بہت کم کر دیتے ہیں۔
(۵) بعض زہر (سمیات) خصوصاً الکحل }

(۶) خراب اور متعفن ہوا مناعت کو کم کرتی ہے اور قبولِ مرض (خصوصاً جراثیم تدرن[۴]) کی استعداد بڑھا دیتی ہے۔

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

---

[۱] سوءِ تغذیہ۔ مال نیوٹریشن۔
[۲] خون کے سفید دانے۔ یا کریات بیضا لیکوسائٹس
[۳] نزف۔ سیلانِ خون۔ ہیموریج۔
[۴] جراثیم تدرن۔ ٹیوبرکل بیسلائی (ٹیوبرکل بیسلس) ضرر۔

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

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

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

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

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

---

[1] کہبت دم۔ بروزز۔
[2] رسج۔ کن ٹیوژن۔
[3] تلقیح۔ انا کولیشن۔
[4] کریات صدیدیہ۔ مائکروکوکس پایوجے نس۔
[5] تیزاب شیر۔ لیک ٹک ایسڈ۔
[6] مخفف۔ ڈائی لیوٹڈ۔
[7] دافع تعفن۔ انٹی سپٹک۔

کم کر دیتا ہے۔ لہٰذا ضروری ہے کہ زخم کو دھونے کے لیے جن غسولات کا استعمال کیا جاوے وہ حرارت بدنی سے زیادہ کم یا بیش نہ ہوں۔

(۴) تازہ خون کی کمی بوجہ امراض عروق کے یا زخم پر پٹی زیادہ تنگ بندھی ہونے کی وجہ سے وریدی خون کا کثرت کے ساتھ ایک جگہ اکٹھا ہو جانا (رکود[۲]) یہ دونوں باتیں اگر کسی حصۂ جسم میں جمع ہو جائیں تو مدافعت میں کمی ہو جاتی ہے۔

اکتسابی[۳] مناعت۔ دو قسم کی ہوتی ہے (۱) ذاتی اور (۲) قہری[۵]۔

مناعت ذاتی[۴]۔ اکثر مرض ماسبق کا حملہ (خواہ وہ قدرتی طور سے ہو چکا ہو یا عمل تلقیح[۶] کے ذریعہ عارضی طور سے پیدا کر دیا ہو) اُس مرض کے دوبارہ حملہ کو روک دیتا ہے۔ اور ایسا شخص اُس مخصوص مرض کے خطرہ سے آئندہ محفوظ ہو جاتا ہے اس قسم کی مناعت کو ذاتی کہتے ہیں۔

آتشک، چیچک جیسے امراض طفحیہ[۷] اس قسم کی مناعت اکثر پیدا کر دیتے ہیں مگر یہ مناعت ہر حالت اور ہر شخص میں قطعی اور کُلی نہیں ہوتی۔ کیونکہ بعض اوقات دیکھا گیا ہے کہ یہ امراض ایک دفعہ ہو چکنے کے بعد دوبارہ بھی ہو جاتے ہیں۔ برعکس اس کے چند امراض مثلاً امراض درنیہ[۸] اور امراض صدیدیہ ایسے بھی ہیں۔ جن کے ایک مرتبہ ہونے سے کسی قسم کی مناعت حاصل ہوتی ہے یا نہیں یہ اب تک مشکوک ہے۔

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

---

[۱] غسول۔ لوشن۔
[۲] رکود۔ اس ٹے گنے شن۔
[۳] اکتسابی مناعت۔ اکوائرڈ امیونٹی۔
[۴] مناعت ذاتی۔ ایکٹو امیونٹی۔
[۵] مناعت قہری۔ پے سو امیونٹی۔
[۶] تلقیح۔ انا کولے شن۔
[۷] امراض طفحیہ۔ اگزنتھے میٹا۔
[۸] امراض درنیہ۔ ٹوبرکولر ڈیزیز۔

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

(۲) عمل تلقیح[2] کے ذریعہ مرض کی سمیت یا خود اُس کے جراثیم (بشرطیکہ ان کی سمیت کو ہلکا بنالیا گیا ہو) کو بدن کے اندر پہونچایا جائے۔ چیچک کے ٹیکہ کا عمل (تطعیم) اس کی بہترین مثال ہے۔ اس میں جو مائیت استعمال کی جاتی ہے۔ وہ حقیقت میں چیچک کے جراثیم کی مصنوعی کاشت ہوتی ہے (ان جراثیم کی پوری طبیعت کا ہیت اُب تک مجہول ہے) جس کی سمیت ہلکی کر دی جاتی ہے۔ ماہر علم الجراثیم (پاسچر) مرض فزع الماء[3] (کلب) اور جمرۂ خبیثہ سے تحفظ کے لئے چرپایوں میں یہی طریقہ برتتا ہے جمرۂ خبیثہ[4] کے ٹیکہ میں اس کے جراثیم عصویہ[5] کی زندہ کاشت ہوتی ہے۔ جسے تیز حرارت ۴۲° میں اُگا کر ہلکا کر لیا جاتا ہے۔

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

---

[1] تطعیم۔ ویکسی نے شن۔
[2] تلقیح۔ اناکولیشن۔
[3] فزع الماء (کلب) ہائڈروفوبیا۔
[4] جمرۂ خبیثہ۔ انتھرکس۔
[5] عصویہ۔ بیسی لائی۔
[6] حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ فیور۔

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

(۴) جراثیم کے وہ سمیات (سمین[5]) جو ان کے خانوں سے باہر پیدا ہوتے ہیں۔ جنکو "سمین[6] غیر خلوی" کہا جاتا ہے۔ اس کی پچکاری انسان میں نہیں کی جاتی ہے بلکہ دیگر حیوانات کے اندر قوت مدافعت (مناعت) پیدا کرنے کے لئے مفید مصل[7] تیار کرتے وقت (علی الخصوص مصل ضد خناق وبائی[8] (ضد کزاز[9]) ان کی پچکاری کی جاتی ہے۔ اس مقصد کے لئے گھوڑے کا انتخاب کیا جاتا ہے کیونکہ اوّل تو گھوڑے میں اس کی پچکاری کرنی آسان ہے۔ دوئم اس کے خون سے مصل بکثرت تیار ہو جاتا ہے۔ اس طریقے کے اصول سادہ ہیں۔ سمین کی تھوڑی مقدار (جسے پہلے مقطر[10] کر لیا جاتا ہے تاکہ زندہ جراثیم اس سے دور ہو جائیں) جلد کے نیچے پچکاری کی جاتی ہے۔ جس سے مقامی التہاب ہو جاتا ہے۔ بخار آتا اور بدن میں سستی و کاہلی (کسل و ماندگی) نمودار ہوتی ہے۔ لیکن جب یہ عوارض دور ہو جاتے ہیں۔ تو سمین کو

۱ مناعت۔ امیونٹی۔
۲ درنین کاخ۔ کاخس ٹیوبرکولین۔
۳ عصیٔ درنیہ۔ ٹیوبرکل بیسی لائی۔
۴ شیرہ۔ املشن۔
۵ سمین۔ ٹاکسین۔
۶ سمین غیر خلوی۔ اکسٹرا سیلولر ٹاکسین۔
۷ مصل سیرم
۸ مصل ضد خناق۔ انٹی ڈفتھیرک سیرم۔
۹ مصل ضد کزاز انٹی ٹیٹے نک سیرم
۱۰ مقطر کرنا۔ فلٹریشن۔

کی کسی قدر زیادہ مقدار برداشت ہو سکتی ہے۔ اس طریقہ سے بتدریج مقدار بڑھائی جائے یہاں تک کہ حیوان میں اس قدر قوت مقابلہ پیدا ہو جائے کہ بہت بڑی مقدار میں نہایت تیز اور قوی سمین کی بھی اگر پچکاری دی جائے۔ تو اس سے خفیف اور ناپائدار عوارض پیدا ہوں اس عمل میں اس قدر ترمیم کی جا سکتی ہے کہ اوائل میں سمینؔ اور رفادسمینؔ دونوں کو ملا کر پچکاری کی جائے۔ اور یا ایسے سمین استعمال کیے جائیں۔ جن کی شدت وحدت خاص طور پر کم کر دی گئی ہو۔ تاکہ وقت زیادہ صرف نہ ہو۔ (ورنہ اوائل میں مقدار سمین کو بڑھاتے بڑھاتے بہت وقت صرف ہو جاتا ہے)۔

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

(۲) مناعتؔ قہریہ۔ جبکہ استحصال مناعت کے لئے خود کسی حیوان کے نظام جسم پر تو کوئی بار عمل تلقیح کے ذریعہ نہ ڈالا جائے۔ بلکہ کسی دوسرے پہلے سے تلقیح شدہ حیوان محفوظؔ کی مائیت یا مصل (دافع جراثیمؔ) کو حاصل کر کے اس کے جسم میں داخل کر دیا جائے تو اس عمل کے ذریعہ بھی اسے مناعت حاصل ہو جائیگی۔ چونکہ اس عمل میں اس حیوان پر خود کوئی بار نہیں پڑتا بلکہ دوسرے حیوان سے

---

ؔ سمین۔ ٹاکسین۔

ؔ فادسمین۔ اینٹی ٹاکسین۔

ؔ مناعت ذاتیہ۔ ایکٹو امیونی ٹی۔

ؔ مناعت قہریہ۔ پے سو امیونی ٹی۔

ؔ محفوظ۔ امیونائزڈ۔

ؔ مصل دافع جراثیم۔ اینٹی بکٹیریل سیرم۔

جسم سے نکالا ہوا مصل و افع جراثیم بنا بنایا اُسے مل جاتا ہے۔ اور مرض سے مقابلہ کی قوت بخش دیتا ہے۔ لہٰذا اس طرح حاصل شدہ مناعت کو عموماً قہریہ کہا جاتا ہے۔ مثلاً اگر کسی گھوڑے کے جسم میں پہلے جراثیم کزاز[۱] تلقیح کے ذریعہ داخل کرکے اُسے مرض کزاز سے محفوظ بنا دیا جائے اور پھر اس طرح محفوظ کیے ہوئے گھوڑے کا مصل خارج کرکے کسی دوسرے گھوڑے کے جسم میں پچکاری کے ذریعہ داخل کر دیا جائے تو دوسرا گھوڑا بھی کزاز سے مقابلہ کی طاقت حاصل کریگا یعنی وہ مناعت قہریہ حاصل کرے گا۔ مگر اس عمل میں دوسرے گھوڑے پر مصل کی پچکاری کے بعد کوئی مضر اثر ظاہر نہ ہوگا۔ اور وہ مرض سے حفاظت بخشنے والی رطوبت کو (جو پہلے ہی دوسرے جانور کے جسم میں طیار ہو چکی ہے) محض انفعالی طور پر قبول کرے گا۔ اس قسم کے تریاق جراثیمی یا فادسمین[۲] کی پچکاری اگر انسان میں کی جاوے تو اکثر اوقات بعض عارضی خفیف اثرات (مثلاً حرارت، اعضا شکنی۔ اضمحلال۔ جلد پر خارش و پھنسیاں وغیرہ) ظاہر ہو جاتے ہیں۔ مگر باوجود ان خفیف علامات کے ایسی پچکاری سے جو مناعت انسان کو حاصل ہو جاتی ہے۔ وہ فی الحقیقت انفعالی ہی ہے۔ یہ عارضی علامات ہمیشہ اور ہر حالت میں نہیں پیدا ہوتے۔ اور ممکن ہے کہ ان کا ظہور دیگر خارجی اسباب پر مبنی ہو۔ مناعت قہریہ ایسے جانور کے مصل سے نہیں حاصل ہو سکتی جو طبعاً مناعت رکھتا ہو۔ یعنی طبعی طور پر محفوظ ہو۔ مثلاً ادنیٰ حیوانات بیشتر مرض آتشک کی مناعت[۳] طبعی رکھتے ہیں۔ اور آتشک اُن پر اثر نہیں رکھتی۔ پس اگر اس قسم کے حیوانات کی مائیت نکالکر انسان کے جسم میں داخل کر دی جائے تو انسان مرض آتشک سے نہ تو محفوظ ہو سکتا

---

[۱] جراثیم کزاز۔ بیسی لس ٹے ٹے نس۔
[۲] فادسمین۔ اینٹی ٹاکسین۔
[۳] مناعت طبعی نیچرل امیونٹی۔

اور نہ آتشک موجودہ سے شفاء پا سکتا ہے ۔

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

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

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

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

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

---

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

مناعت تھوڑے عرصہ کے بعد ہی جاتی رہتی ہے ۔

## عملیات مناعت کے نظریات[1]:۔

پہلے یہ بخوبی سمجھ لینا چاہئے کہ عمل مناعت کے دو مخصوص خصائص[2] تشریح طلب ہیں۔ یعنی ایک تو وہ مناعت جو خود جراثیم کے حملوں سے محفوظ رکھتی ہے (مناعت[3] ضد جراثیم) اور دوسری وہ جو جراثیمی سمیات در رطوبات موذیہ کے خلاف اثر رکھتی ہے (مناعت[4] ضد سمین) مثلاً اگر خناق وبائی کے زندہ جراثیم کی کشت معہ اونکے پیدا کردہ سمیات کے کسی ذی استعداد جانور میں پچکاری سے لگائی جائے، تو نتیجہ یہ ہوگا کہ جراثیم خناق تو حیوان معمول کے جسم کی ساختوں میں افزائش ونمو حاصل کرتے رہیں گے۔ مگر اونکے سمیات کا موذی اثر نہ صرف مقامی رہیگا بلکہ سمیات دور و دراز مقامات پر بھی مضر اثر پیدا کر دینگے۔ لیکن اگر یہی (جراثیم کی کشت سمیات کی) پچکاری کسی ایسے حیوان میں لگائی جائے جو پیشتر ہی سے تلقیح مصل کے ذریعہ یا فطرتی طور پر مناعت حاصل کر چکا ہو، تو جراثیم فوراً ہلاک ہو جائینگے۔ اور اونکے سمیات کا بھی کوئی اثر حیوان معمول میں پیدا نہ ہوگا۔ اس جراثیمی[5] مناعت کی بحث پہلے درج کی جاتی ہے ۔

(۱) نظریہ[6] رطوبیہ:۔

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

---

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

ہیں۔ جنکو مواد ۲ حافظہ یا تکملہ کہا جاتا ہے۔ اس نظریہ کی بنیاد اس حقیقت پر ہے کہ تازہ خون اور خصوصاً تازہ مائیت خون (مصل ۱ دموی) میں جراثیم کو ہلاک کرنے کی خاصیت تجربۃً مشاہدہ کی گئی ہے۔ لیکن اگر ۵۶° درجہ کی حرارت نصف گھنٹہ تک دی جائے۔ یا یوں ہی خون اور مائیت کو ایک آدھ روز کے لئے چھوڑ دیا جائے تو قتل جراثیم کی یہ قوت مفقود ہو جاتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ مدافعتِ جراثیم کی یہ قوت اِن رطوبات کے اندر چند مخصوص مواد (مواد ۵ حافظہ) سے ہوتی ہے جو حرارت کے اثر سے ضائع ہو جاتی ہے۔ خون اور مائیت میں اکثر جراثیم کی مصنوعی کشت اُگائی جاتی ہے مگر یہ اُسی وقت ہو سکتا ہے جبکہ حرارت کے ذریعہ ان کی قوتِ مناعت کو مار کر ان کو جراثیم کے لئے بے ضرر کر دیا جائے (یعنی ان کے مواد حافظہ ضائع کر دیے جائیں) +

(۲) نظریہ ۳ خلویہ :-

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

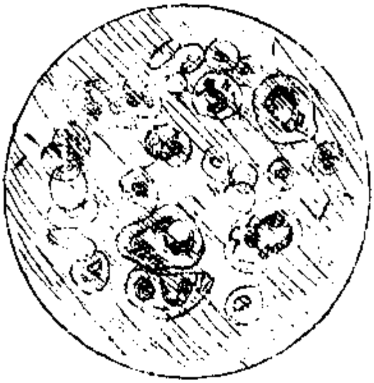
اس نظریہ کی بُنیاد علامۂ موصوف کے مشاہدات سے ابتداءً یوں ہوئی کہ اُس نے حیوانات ۶ دنیہ (حُوَیّنات) کے بعض یک ۸ خانہ اجسام مثلاً حُوَیْنہ مُتَشَکِّلہ

ـ۱ مصل دموی۔ بلڈ سیرم۔
ـ۲ مواد حافظہ۔ الکسین۔
ـ۳ نظریہ خلویہ۔ سیلولر تھیوری
ـ۴ ہجوم بیضاوات } فاگوسائٹوسس
قوت قتل جراثیم

ـ۵ بیضاوات } فاگوسائٹس
خون کے سفید دانے
ـ۶ حُوَیْن } پروٹوزوا۔
حیوانات دنیہ
ـ۷ برغوث۔ پسو۔ فلی۔
ـ۸ یک خانہ۔ یونی سیلولر۔

ـ۵ کپلی منٹ یا الکسین۔

(۷) ہجوم بیضاوات یا فعل قتل جراثیم



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

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

خون کے سفید دانوں کی اس قوتِ جذب و ہضم کا نام ہجوم[4] بیضادات ہے۔ ہجوم بیضادات[5] کے عمل کا ایک بین نمونہ تازہ پانی کے ایک قسم کے پسّو (برغوث الماء[1]) میں دیکھا جاتا ہے۔ اس چھوٹے سے جانور کا جسم اس قدر شفاف ہے کہ اس عمل کا تمام و کمال مظاہرہ، اس میں جیتے جی، خوردبین کی مدد سے، بخوبی مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ اس پسّو میں فطر[2] کی ایک قسم منفرد البذر[3] کے اثر سے ایک خاص قسم کا مرض پیدا ہو جاتا ہے۔ جراثیم فطریہ اس کے جسم کی ساختوں میں داخل ہونے کے بعد بڑھ کر نشو و نما پانے لگتے ہیں۔ ابتداءً فطر کے بذر غذا کے ساتھ ساتھ پسّو کے مجری غذائی میں داخل ہوتے ہیں، اور وہاں سے اندر گھس کر جسم کی فضاؤں میں پہنچ جاتے ہیں۔ اب اگر ان کی مدافعت نہ کی جائے تو وہ نشو و نما پا کر اس قدر بڑھ جاتے ہیں کہ پسّو کا پورا جسم ان اجزاء سے لبریز ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر جراثیم فطریہ کے اجزاء محض معدودے چند ہی پسّو کے جسم میں داخل ہوتے ہیں تو اس کے نظام مدافعت

[1] برغوث الماء۔ واٹر فلی۔
[2] فطر۔ فنگس۔
[3] منفرد البذر۔ مونوسپورا
[4] ہجوم بیضاوات۔ فاگوسائٹوسس۔
[5] مختصر نمبر۔ امیتون۔

اور قوت مقابلہ میں تحریک پیدا ہوتی ہے، اور سفید دانوں کی فوج مجتمع ہوکر ان چند اندار کو گھیرتی ہے اور بالآخر اونکو جذب وتحلیل کرکے نیست ونابود کردیتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ "ذُمْنیہ" پسو جراثیم نظریہ کے منفرد والبذر کے مقابلہ میں ایک حدتک طبعی مناعت رکھتا ہے اور یہ مناعت صرف سفید دانوں کی قوتِ مدافعت پر انحصار رکھتی ہے۔

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

بعینہ اسی قسم کا مشاہدہ سل کے جراثیم سے متاثر شدہ ساختوں میں بھی ہوسکتا ہے۔ خصوصاً ایسی ساختوں میں جہاں سے متاثر ہونے کے بعد مندمل وشفایاب ہورہے ہوں۔ یہاں بھی جراثیم سل خلیات آکلہ (جراثیم کے کھانے والے دانے) سے گھرے ہوئے پائے جائیں گے۔ مگر یہ خلیات سفید دانے نہیں ہونگے۔ بلکہ جھلی کے خلیات مُبطّنہ[2] ہونگے (یعنی یہ جھلی کے اندرونی طبقہ کے ذرات ہونگے)۔

[1] جراثیم غیر مرضیہ۔ نن پے تھاجے نک آرگے نزنز

[2] خلیات مبطنہ۔ انڈوتھی لیل سلز۔

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

پس دیگر مواد کی طرح سفید دانے اس کشش سے متاثر ہوکر اوس مقام پر مجتمع ہو جاتے ہیں جہاں ان لذیذ مرکبات کا ذخیرۂ کثیر موجود ہے (اور ایسا ذخیرہ وہیں دستیاب ہوتا ہے جہاں جراثیم زیادہ مقدار میں موجود ہوتے اور افرازات بناتے ہیں) اس کشش کو اصطلاح میں "نظم کیمیادی"[1] کہتے ہیں یعنے مرکبات کیمیائی کی وہ کشش[2] جو زندہ خلیات کو اپنی طرف منتقل کرلیتی ہے۔ بعینہ یہی کشش حیوانات اور نباتات کے افراد میں بکثرت پائی جاتی ہے۔ مثلاً اگر ایک شیشے کی باریک نلکی (انبوبۂ شعریہ)[3] میں گوشت کا خلاصہ یا شوربا رکھا جاوے اور پھر اس کا منہ جراثیم حمیٰ معویہ[4] کی آبی کشت میں رکھ دیا جائے تو جراثیم حمیٰ معویہ فوراً شیشہ کی نلکی کے اندر داخل ہو جائیں گے اور شوربہ کی کشش اونکو اپنی طرف منتقل کریگی۔ نظم کیمیادی کی ایسی ہی صورت پھوڑے (خُرّاج) کی حالت میں نمایاں ہوتی ہے۔ جراثیم صدیدیہ کی خاصیت ہے کہ وہ چند لذیذ کیمیائی مرکبات بناتے ہیں جن کی کشش سے سفید دانے کھینچ کر مقام التہاب پر چلے آتے ہیں اور وہاں ان مرکبات کے اردگرد حلقہ ڈال لیتے ہیں۔ ان مرکبات میں سے قدرے خون میں بھی جذب ہو جاتے ہیں اور ہڈیوں[5] کے مغز کے اندر سے سفید دانے اونکی طرف کھنچے چلے

[1] نظم کیمیائی۔ کیموٹیکسس۔
[2] الیف کیمیادی۔ کیمیکل ایفی نٹی۔
[3] انبوبۂ شعریہ۔ کیپلری ٹیوب۔
[4] حمیٰ معویہ۔ ٹائیفائڈ فیور۔
[5] نقی۔ مخ العظام۔ بون میرو۔

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

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

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

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

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

اس انکشاف کے بعد محققین نے مندرجۂ بالا ہر دو نظریات (نظریۂ رطوبیہ ونظریۂ خلویہ) کے درمیان باہمی رفع اختلاف کر کے ایک درمیانی نظریہ قایم کیا، جس کا نام (۳) نظریۂؔ خلویۂ رطوبیہ رکھا گیا، جو دونوں کے درمیان ایک مشترک نظریہ ہے۔

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

---

۱؎ سائل لاصوق } کالودیون } کالوڈین۔

۲؎ عکس انوار۔ ریفلیکٹی بی لی ٹی۔

۳؎ نظریہ خلویہ رطوبیہ۔ سیلیولو ہیومرل تھیوری۔

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

بہت سی باتوں سے اس آخری نظریہ کی صداقت پائی جاتی ہے، مگر پھر بھی یہ نظریہ عمل مناعت کی پوری پوری توجیہہ و تعلیل میں قاصر ہے۔ مثلاً علامہ بہرنگ نے جو تحقیقات و تجربات مناعت قہریہ اور خصوصاً خناق وبائی کے متعلق کئے ہیں۔ ان سے ثابت ہوا ہے کہ مصل (فادسین)[1] یا تریاقِ جراثیم، جو خود نفس جراثیم پر تو مہلک اثر نہیں رکھتا، مگر مرض خناق کو اچھا کر دیتا ہے۔ لہٰذا یہ ماننا پڑتا ہے کہ اس مصل کا اثر مواد حافظہ[2] یا مواد قاتل جراثیم کی وجہ سے نہیں ہو سکتا (کیونکہ اگر ان کی وجہ سے ہوتا تو جراثیم پر بھی مصل کا مہلک اثر ہو جانا چاہئے تھا)

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

[1] فادسین / تریاق جراثیم } اینٹی ٹاکسین

[2] مواد حافظہ۔ الکسین۔

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

"بعض جراثیم، مثلاً عصیٰ کزازیہ، ایسے مواد سمیہ پیدا کردیتے ہیں۔ جن کے اثر سے خون کے سُرخ دانے محلول ہو جاتے ہیں (یعنے یہ سمیات تذویب خون[1] کا باعث ہیں) بدیں وجہ ان مرکبات کو مذیب دم[2] جراثیمی (جراثیمی محلل خون)[3] کہتے ہیں۔ چونکہ تحلیل خون کے یہ تجربات بدن سے باہر شیشہ کی نلکی کے اندر کیئے جاسکتے ہیں، اس لئے زندہ ساختہائے جسم کے فعل یا ہجوم بیضاوات کا عمل ان تجربات میں عامل نہیں ہوسکتا۔ (کیونکہ یہ تجربات خارج از جسم کیے جاسکتے ہیں) اب یہ بخوبی ثابت ہوگیا ہے کہ مصل ضد کزاز (فادسمین کزازی) اگر ایک ایسی شیشی کی نلکی میں داخل کردیا جائے جس میں عصیٰ کزازیہ کی کاشت کے ساتھ خون بھی شامل ہو تو عصیٰ کزازیہ کا عمل تحلیل خون (جو مصل مذکور کی غیر موجودگی میں برابر ظاہر کرتے ہیں) ہرگز نمودار نہ ہوگا۔ بعینہٖ یہی عمل مصل ضد کزاز کے اثر سے زندہ حیوانات کے جسم میں بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس تجربہ سے ثابت ہوگیا کہ مصل ضد کزاز کے اثر سے محض ایک گونہ کیمیائی تعادل[4] ہوگیا جیسا کہ تیزاب میں شوریت کے اثر سے ہو جاتا ہے۔"

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

---

[1] تذویب خون۔ ہیمولائی سس

[2] مذیب دم / محلل خون } ہیمولائی سین۔

[3] مذیب دم جراثیمی۔ بیکٹیریل ہیمولائی سین۔

[4] تعادل۔ نیوٹرے لائی زے شن۔

[5] تعادل کیمیاوی۔ کیمیکل نیوٹرے لائی زے شن۔

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

## فادسمین کا اسلوب عمل

(جو اوپر بیان ہو چکا ہے) مناعت کے بعض اقسام کے طریقۂ عمل پر کچھ روشنی ڈالتا ہے۔ گر مناعت طبعی سے فادسمین کا کوئی تعلق نہیں معلوم ہوتا، کیونکہ وہ حیوان جو کسی مرض مثلاً کزاز سے فطرۃً محفوظ ہے اوسکا خون فادسمین کزازی کا کوئی جزو نہیں رکھتا، لیکن اگر کوئی حیوان مرض کزاز سے بیمار ہو کر شفایاب ہو گیا ہو (یعنے اوسے کزاز کے لئے "مناعتِ اکتسابی" حاصل ہو گئی ہو) تو اس حالت میں فادسمین کی آمیزش اوس کے خون میں برابر پائی جائے گی اور جب یہ مصل[2] جدد ہے تو جراثیم کزاز اپنے مواد سمیہ ایسے جانور میں بنائیں گے تو وہ فوراً بے اثر و

---

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

بے ضرر (متعادل) بنادیے جائیں گے اور جب سمیات بے ضرر بنگئے تو اونسے اوس حیوان کے جسم کی ساختوں کو کچھ مضرت نہیں پہونچ سکتی اور وہ ہجوم بیضادات یا دوسرے عمل سے بالآخر خارج ہوجائیں گے۔ بعینہٖ یہی اسلوب عمل مناعت قصریہ کی صورت میں رُونما ہوتا ہے، یعنے جو تریاق سمین مصنوعی طور سے خون میں تلقیح کیا جاتا ہے، وہ ذراتِ سمیات موجودہ کے ساتھ متحد ہوکر اونکو بے ضرر بنادیتا ہے اور پھر اون سے ساختہائے جسم کی خلیات کو مرض کے اثر سے پناہ مل جاتی ہے۔

## خادسمین کا بننا

خادسمین کس نوع سے بنتے ہیں؟ یہ جاننا ابھی باقی ہے۔ اس کے متعلق بیشمار نظریات وقیاسات پیش کیے گئے ہیں، مگر اِن سب میں علامہ اھرلِک کا نظریہ "سلسلۂ جانبیہ" زیادہ اہم اور وقیع معلوم ہوتا ہے۔ یہ نظریہ اگرچہ نہایت دقیق وپیچیدہ ہے، مگر حقائق اصلیہ کی توجیہ وتعلیل اس سے خوب ہوتی ہے۔ اور اس کا اثر موجودہ علم الامراض کے خیالات پر نہایت شدید ہے۔ اس لئے اس مسئلہ کی اہم اور نمایاں خصوصیات درج ذیل ہیں۔

## نظریۂ سلسلۂ جانبیہ

سمین کے اندر دو مخصوص خواص ہوتے ہیں۔ پہلی خاصیت تو بدن کے کریات (ذرات) کو زہر پہونچانے (ہلاک کرنے) کی۔ اور دوسری خاصیت خادسمین کے

ا متعادل۔ نیوٹرے لائزڈ۔
۲ ہجوم بیضادات۔ فیگوسائی ٹوسیس
۳ خادسمین۔ اینٹی ٹاکسین
۴ نظریۂ سلسلۂ جانبیہ۔ سائڈ چین تھیوری۔
۵ سمین۔ ٹاکسین۔
٦ خادسمین۔ اینٹی ٹاکسین۔
۷ ذرہ۔ مالی کیول / کریات۔ سیلز

کے ساتھ متحد ہونے اور جڑ جانے کی ہے۔ علامہ اہرلک نے ثابت کر دیا ہے کہ یہ دونوں خواص سیرم کے ذرات کے دو مختلف اور جداگانہ حصّوں میں رہتے ہیں۔ یعنے ہر ایک ذرہ کا ایک خاص حصہ تو ایسا ہے جو فاد سمین کے ساتھ جڑ جاتا ہے، اور دوسرا خاص مقام ایسا ہے جو خلیات جسم کو مضرت پہونچاتا ہے پہلے قسم کے حصّہ جزو کو اہرلک نے حامل لمس[1] (چھونے والا حصہ) کے نام سے نامزد کیا ہے، اور دوسرے حصہ کو حامل سم[2] (سمی حصہ) کے نام سے پکارا ہے۔

اس کے بعد اہرلک یہ فرض کرتا ہے کہ زندہ مادۂ حیات کا ہر ذرّہ دو حصّوں سے بنا ہوا ہوتا ہے۔ ایک تو وہ ممتاز حصہ جو نفس خلیہ کا (جس کا کہ وہ مادۂ حیات ہے) فعل مخصوص ادا کرتا ہے، اور دوسرا حصہ وہ جو پہلے حصہ کے تغذیہ کا کام سرانجام دیتا ہے۔ اس دوسرے حصہ میں یہ خاصیت ہوتی ہے کہ خون یا مائیت[3] وغیرہ میں جو موادِ لحمیہ[4] محلول ملیں اونکے ذرات کے ساتھ متحد ہو کر جُڑ جائے اور پھر اونکو اپنے زندہ مادۂ حیات کے مبدل کرلے۔ یہ فعل تغذیہ خلیہ کے سلسلۂ جانبیہ یا مخصوص اجزاء کا حصہ ہے۔ جن کی مدد سے خلیہ (یا اوسکا مادۂ حیات) غذاء کے مواد لحمیہ کے ذرات سے جڑ کر متحد ہو جاتا ہے۔ غذاء کا ہر ذرہ بھی (سمین کے ذرات کی طرح) ایک مخصوص حصہ حامل لمس کا رکھتا ہے۔ مگر حامل سم غذا کے ذرات میں نہیں پایا جاتا۔ چنانچہ تغذیۂ خلیہ کے عمل میں ابتدائی مرحلہ یہ ہوتا ہے کہ خلیہ کے سلسلۂ جانبیہ میں سے ایک زائدہ یا کڑی مواد لحمیہ کے ذرہ

---

[1] حامل لمس۔ } ہیپٹوفور
　　" مس۔ }
[2] حامل سم۔ ٹاکسوفور۔

[3] مائیت۔ لمف
[4] مادۂ لحمیہ۔ پروٹیڈ۔

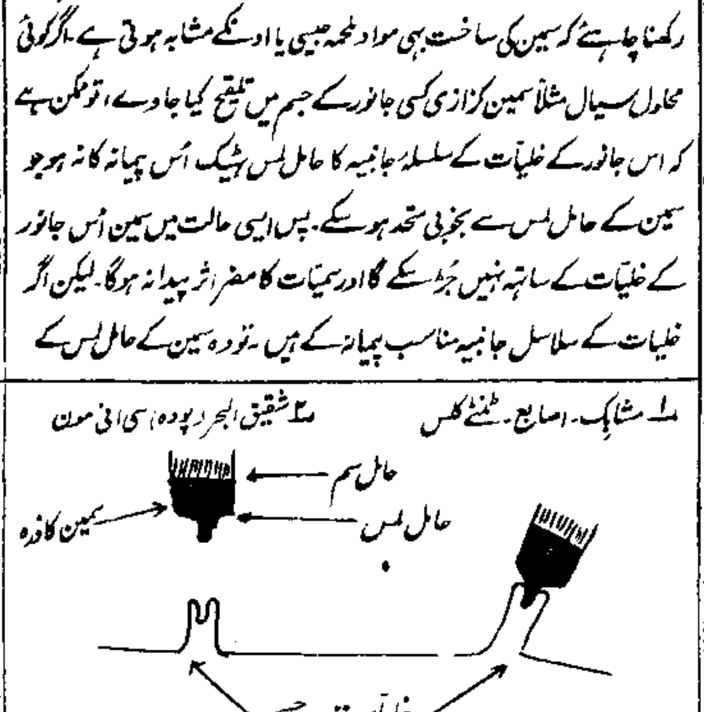
کے حامل لس سے متحد ہو جاتی ہے۔ اس عمل کو فاضل موصوف شقیق البحر[۲] نامی پودہ کے عمل سے تشبیہ دیتا ہے۔ جس میں وہ اپنے مشابک[۱] نامی زوائد سے غذا کے ذرات کو پکڑتا ہے۔ یہ بھی جاننا چاہیئے کہ خون میں بہت سے اقسام کے مواد لحمیہ ہوتے ہیں، اور ہر قسم کے ذرات کا ایک مخصوص و ممتاز حامل لس ہوتا ہے تکمیل تغذیہ کے لئے ضروری ہے کہ خلیہ جسم کے سلسلہ جانبیہ کی ہر کڑی کے ساتھ غذا کا یہ مخصوص حامل لس ٹھیک ٹھیک جڑ کر مل جائے اور جس طرح کنجی قفل میں بیٹھ جاتی ہے اسی طرح ٹھیک نصب ہو جائے، ورنہ اگر غذا کا حامل لس ٹھیک طور پر نہ جڑے گا تو وہ تغذیہ خلیہ کے لئے لاحاصل ہو گا۔

اب اس اصول کی تطبیق سمین کے فعل کے ساتھ کرنے کے لئے یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ سمین کی ساخت بھی مواد لحمیہ جیسی یا اونکے مشابہ ہوتی ہے۔ اگر کوئی محلول سیال مثلاً سمین کزازی کسی جانور کے جسم میں تلقیح کیا جاوے، تو ممکن ہے کہ اس جانور کے خلیات کے سلسلہ جانبیہ کا حامل لس ٹھیک اس پیمانہ کا نہ ہو جو سمین کے حامل لس سے بخوبی متحد ہو سکے۔ پس ایسی حالت میں سمین اس جانور کے خلیات کے ساتھ نہیں جڑ سکے گا اور سمیات کا مضر اثر پیدا نہ ہو گا۔ لیکن اگر خلیات کے سلاسل جانبیہ مناسب پیمانہ کے ہیں، تو وہ سمین کے حامل لس کے

---

[۱] مشابک۔ اصابع۔ ٹنٹے کلس

[۲] شقیق البحر (پودہ) سی انی مون



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

اب فرض کرو کہ خلیہ کے چند سلاسل جاذبیہ سمین کے ذرات کے ساتھ ملکر جڑ چکے ہیں جس کی وجہ سے زندہ خلیہ (کا ذرہ) ماؤف ہوگیا ہے۔ مگر قطعاً ہلاک نہیں ہوا۔ جسم خلیہ کے تغذیہ کے لئے سلاسل جاذبیہ ضروری ہیں اور جو کڑیں مسموم و بیکار ہوگئی ہیں اون کی دوبارہ درستی اور اصلاح ضروری ہے۔ جیسا کہ پانی کے کیڑے (ہیڈرا نامی) میں انگلی کٹ جانے کے بعد دوبارہ بن جاتی ہے۔ اب اگر سمین کی ایک اور خوراک (جو بالکل مہلک نہو) داخل کردی جاوے تو نہی پہلا سا عمل پھر نمودار ہوگا، چند زنجیریں قدرے مسموم ہونگی۔ مگر قوتِ اصلاح اونکو دوبارہ تازہ کرلےگی یا نئی زنجیریں پھوٹ آئیں گی۔ اگر سمین کی تلقیح اسی طرح خفیف مقدار میں جاری رکھی جائے تو بتدریج خلیہ میں ہم نئی زنجیریں بنانے کی مناسب تربیت و مشق پیدا کرسکتے ہیں، حتی کہ وہ زنجیریں بہت ... جلد جلد بنانے پر قادر ہوجائے۔

لیکن اکثر ایسا ہوا ہے کہ تحریکِ سمیت کے بعد زندہ ساختوں کا تفاعل یعنی جوابی عملِ اصلاح، مقدارِ سمیت سے کئی گونہ زیادہ ہوتا ہے (جیسے کہ ٹوٹی ہڈی میں

---

ا؎ خمیر کیمیادی۔ انزائم۔
۲؎ تسمم۔ انٹاکسی کے شن
۳؎ ھیدرا۔ ہائڈرا۔
۴؎ تفاعل۔ ری ایکشن۔

پڑنی کا بیا مادہ (دشت بدن) پہلے سے زیادہ بنتا ہے) بعینہٖ یہی صورت فادسمین کے بننے میں بدن کے اندر واقع ہوتی ہے۔ خلیات بدن نئی زنجیریں پیاپے بناتے جاتے ہیں، حتیٰ کہ بالآخر ان کی ایسی کثیر تعداد پیدا ہوجاتی ہے کہ بہت سی زنجیریں بے ضرورت اور فاضل ہوجاتی ہیں اور سمین کے ذرات کے ساتھ متحد ہونے کے بعد بھی ایک بڑی تعداد ان زنجیروں کی باقی رہجاتی ہے۔ پس یہی باقی ماندہ اور فاضل زنجیریں جسم خلیہ سے جدا ہوکر سیال ان خون میں بہتی پھرتی ہیں جن میں اب بھی سمین کے ذرات کے حامل لمسی کے ساتھ متحد ہونے کی طاقت باقی رہتی ہے۔ پس یہ زنجیریں بھی سمین کے ساتھ ملکر اوسکو بے ضرر بنا دیتی ہیں اور اس طرح یہ تریاق جراثیمی یا فادسمین" بنتا ہے۔

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

---

۱۔ دشٹپلنٹ۔ گیلس۔

۲۔ دماغ کا خاکستری مادہ {گرے میٹر آف برین
قشر دماغ۔

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

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

اکتشافات مابعد سے یہ بھی معلوم ہوگیا کہ زندہ حیوانات میں بعض مواد لحمیہ (جو در اصل سمین نہیں ہوتے) کے داخل کرنے سے بھی چند ایسے اجسام (مرکبات) بن جاتے ہیں۔ جو فادمین سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ایسے مرکبات کو اجسام تریاقیہ (فاد اجسام) کہا جاتا ہے۔ ان کے تحت میں یہ چیزیں شامل ہیں۔ ترسیبین الصاقین مذیب خلیات۔ مذیب جراثیم۔ مذیب دم وغیرہ +

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

---

۱۔ تعدیل۔ نیوٹرے لائز۔
۲۔ اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز۔
۳۔ کیمیائی سمیات۔ کیمیکل پوائزنز۔
۴۔ ترسیبین۔ پری سی پی ٹین۔
۵۔ الصاقین۔ اگلوٹی نین۔
۶۔ مذیب خلیات۔ کائی ٹولائی سین۔
۷۔ مذیب جراثیم۔ بکٹیریولائی سین۔
۸۔ مذیب دم۔ ہیمولائی سین۔

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

(۲) الصاقین (الصاق۔ چپکا دینا) جراثیم، خون کے سُرخ دانے خلیات وغیرہ کے پچکاری کرنے سے خون کی مائیت میں چند مرکبات ایسے بن جاتے ہیں۔ کہ اگر اس مائیت کو اُنھیں چیزوں کے ساتھ جن کا احتقان کیا گیا تھا۔ خارج از بدن کسی نلکی میں آمیز کیا جائے تو یہ چیزیں ان کے گرد اگرد ایک جھنڈ سا بنا لیتی ہیں۔ اس کی ایک نہایت دلچسپ اور اہم مثال حُمّیٰ معلقہ متناقصہ (معویہ)[۱] میں پائی جاتی ہے۔ اور اس کی بنا پر اس مرض کی شناخت کا ایک نہایت معتبر ذریعہ ہاتھ آگیا ہے (تفاعل[۲] وڈال) (اس کی تفصیل یوں ہے کہ اگر مریض حمی معویہ کے خون کی مائیت کا ایک قطرہ حاصل کر کے اُس میں عصا حُمّیٰ معویہ کے مردہ جراثیم کی کاشت جس میں جراثیمی سمیات و دیگر مواد فاسدہ بھی شامل ہوتے ہیں۔ آمیز کر دیا جائے اور پھر اس مرکب محلول کا ایک قطرہ خوردبین کی مدد سے دیکھا جائے تو

۱؎ حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ فیور۔

۲؎ تفاعل وڈال۔ وِڈال ری ایکشن۔

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

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

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

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

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

---

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

حیوان کی رطوبت[1] صفاقیہ صرف جراثیم[2] ہیضہ (یا اس کے ہم جنس) پر ہی عمل تحلیل کر سکے گی۔ اور دیگر قسم کے جراثیم مثلاً جراثیم حمی معویہ وغیرہ اوس سے ہرگز متاثر نہ ہونگے۔

مزید تحقیقات سے یہ بھی روشن ہوا کہ یہ عمل تحلیل شیشہ کے اندر بھی کیا جا سکتا ہے۔ بشرطیکہ رطوبت صفاقی بالکل تازہ ہو۔ اگر رطوبت صفاق کو جسم سے نکالکر ایک یا دو روز رکھا رہنے دیا جائے تو پھر اوس کی یہ طاقت تحلیل ضایع ہوجاتی ہے لیکن اگر اس میں بالکل تازہ مصل (کسی معمولی جانور کے خون سے یا محفوظ[3] کیے ہوئے (منیع) جانور کے خون سے نکالا ہوا) ملا دیا جائے تو ضائع شدہ طاقت دوبارہ عود کر آتی ہے اور قوت تحلیل پھر نمایاں ہوجاتی ہے۔ سہولت کے لئے اس تجربہ کو حسب ذیل نقشہ میں صاف دیکھ سکتے ہیں:-

| | |
|---|---|
| ۱۔ معمولی یعنی غیر محفوظ جانور کا تازہ مصل | جراثیم ہیضہ = کوئی تفاعل نہیں۔ |
| ۲۔ محفوظ جانور کا تازہ مصل یا رطوبت صفاقی | جراثیم ہیضہ = تحلیل و ذوبان |
| ۳۔ محفوظ جانور کا باسی مصل | جراثیم ہیضہ۔ کوئی تفاعل نہیں۔ |
| ۴۔ { محفوظ جانور کا باسی مصل<br>غیر محفوظ جانور کا تازہ مصل } | جراثیم ہیضہ۔ تحلیل و ذوبان |

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

[1] رطوبت صفاقیہ / باریطون کی رطوبت } پری ٹونیل فلوڈ

[2] جراثیم ہیضہ / ضمات ہیضہ } کالرا وبریو

[3] تحصین۔ امیونائز

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

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

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

---

| | |
|---|---|
| [1] (وہ حسیسہ۔ امیوسیپٹر) | [4] مذیب دم۔ ہیمولائی سین۔ |
| (بیس ٹیبس من ای بی لیٹرس) | [5] مذیب جراثیم۔ بیکٹیریولائی سین۔ |
| [2] مواد حافظہ۔ الک سین۔ | [6] مذیب خلیات۔ کائی ٹولائی سین۔ |
| [3] تکملہ۔ کمپلی منٹ | [7] اجسام منویہ۔ اسپرمے ٹوزوا |

گردہ، غلیاتِ[1] عصبیہ مرکزیہ وغیرہ کے لئے بنائے جاسکتے ہیں۔ یہ محلل خواہ کسی قسم کی ساخت کے لئے ہو، اوس کا اثرِ تحلیل و ذوبان ہر حالت میں دو مخصوص چیزوں پر منحصر ہے۔ اول تو ایک دیرپا مستقل ساخت کا جسم تریاقی جسے مادہ حیسہ[2] کہتے ہیں اور دوم معمولی خون کا ایک غیر مستقل اور ناپائدار جزو جسے تکملہ یا مادہ حافظہ کہتے ہیں +

## مناعت کیونکر حاصل ہوتی ہے

مندرجہ بالا حقائق کا تطابق عملِ مناعتِ اکتسابی (مثلاً کسی جانور کو جراثیم ہیضہ کی خفیف خفیف مقداریں تلقیح کرکے ہیضہ سے محفوظ بنانا اور مناعت اکتسابی طور سے پیدا کرنا) سے کرنے میں بخوبی ذہن نشین کرلینا چاہئے کہ تلقیح کے وہ جراثیم پہلے تو اپنی افزائش ساختہائے جسم میں جاری رکھتے ہیں اور اس درجہ میں اون کی مدافعت کا واحد ذریعہ صرف سفید دانوں کا عملِ ہضم ہی کہا جاسکتا ہے، کیونکہ اس درجہ میں تکملہ یا مواد حافظہ اپنا مخصوص عمل کرنے کے قابل نہیں ہوتے۔ کیونکہ وہ جراثیم کے ساتھ براہ راست (یا بتوسط اُن دیرپا اجسام تریاقیہ کے جنکو مادۂ حسّیتہ کہتے ہیں) مخلوط نہیں ہوسکتے۔ کچھ عرصے کے بعد حیوان کے جسم کے خلیات اجسامِ[3] تریاقیہ بنانا شروع کردیتے ہیں۔ جو جراثیم کے مادہ حیات[4] کے مواد لحمہ[5] کے متضاد اثر کرتے ہیں۔ ان اجسام تریاقیہ میں سے اول تو چند ذوسمین[6] ہوسکتے ہیں جو حیوان معمول کو مزید تسمم سے محفوظ رکھنے میں کوشاں ہوتے ہیں۔ دوم بعض ترسیبین[7] کے قسم سے ہوتے ہیں۔ (جن کی منفعت کے متعلق اب تک کوئی علم حاصل

---

۱ سنٹرل نروس سیلز

۲ مادۂ حیسہ۔ امبوسیپٹر

۳ اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز

۴ مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم

۵ مواد لحمہ۔ پروٹیڈز

۶ ذوسمین۔ اینٹی ٹاکسین

۷ ترسیبین۔ پریسی پی ٹین

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

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

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

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

خون کے سفید دانون کا طریقِ عمل بھی دلچسپی اور اہمیت سے خالی نہیں، ہم دیکھ چکے ہیں کہ تکملہ انھیں سفید دانوں سے پیدا ہوتا ہے اور بعض محققین کا خیال ہے کہ مادہ حسیبہ اور دیگر اجسام تریاقیہ بھی انھیں سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان اجسام تریاقیہ کے غور و مطالعہ نے عملِ ہجوم بیضاوات[1] کے بارہ میں مزید انکشافات پیش کر دیے ہیں۔ مثلاً یہ دریافت کہ ایک معمولی اور غیر محفوظ کردہ جانور کے خون سے حاصل کیے ہوئے سفید دانے ذات الریہ کے زہریلے جراثیم کرویہ کو ہضم نہیں کر سکتے، درانحالیکہ اگر ان کے ساتھ اُس حیوان کا مصل ملا دیا جائے جسے ذات الریہ کے کرویات کی تلقیح سے محفوظ کر دیا گیا ہو تو یہ دانے جراثیم ذات الریہ کے ہضم کرنے کی قوت حاصل کریں گے۔ اس سے ثابت ہو گیا کہ تلقیح کے ذریعہ حاصل کردہ مصل سفید دانوں کے عمل میں ممد و معاون ہوتے ہیں، اور یہ اعانت خصوصاً ان اجسام تریاقیہ کی وجہ سے حاصل ہوتی ہے جو جراثیم کے ساتھ متحد ہو کر اونکو قابلِ ہضم بنا دیتے ہیں۔ اجسامِ تریاقیہ جو اس میں عامل ہوتے ہیں ممکن ہے کہ مادہ حسیبہ یا خادسین ہوں یا ان ہر دو سے بالکل مختلف ساخت کے ہوں۔ سَرُ اَلمرَ رائٹ انگریزی ماہرِ علم الجراثیم جو اس میدان میں مشہور محقق ہے، ان اجسام کو اجسام مُلَذِّذَہ[2] کے نام سے منسوب کرتا ہے۔ اور اوس کا اعتقاد ہے کہ جس قدر یہ اجسام زیادہ ہونگے اوسی قدر عدویٰ کے خلاف قوتِ مناعت زیادہ حاصل ہو گی۔ ان اجسام کا اثر براہِ راست جراثیم ہی پر ہوتا ہے، اس بات کا ثبوت حسب ذیل طریقہ سے مل سکتا ہے۔

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

---

[1] ہجوم بیضاوات۔ فیگوسائی ٹوسس

[2] اجسام ملذذہ۔ آپ سونین۔

مبعدہ[1] عن المرکز میں خوب گھما کر جراثیم کو تہ نشین کر دیا جائے اور مصل کو جُدا کر دیا جائے۔ جدا کردہ جراثیم کو سیالِ نمکین میں بار بار خوب دھویا جائے۔ اس طرح کے جدا کردہ دھوئے ہوئے جراثیم کو سفید دانے اس سرعت کے ساتھ جذب و تحلیل کر لیتے ہیں گویا کہ مصل ان میں ابھی موجود ہے۔ اس تجربہ سے ہم یہ نتیجہ نکال سکتے ہیں کہ جراثیم کو ابتداءً مصل میں ملانے سے ان میں مصل نے کچھ ایسا مزہ بخشدیا کہ جس سے وہ عمل ہجوم[3] بیضاوات کے لئے مستعد ہو گئے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مصل کے اثر سے خود سفید دانے مستعد ہو کر جراثیم کے ہضم پر قادر ہو جاتے ہوں، مگر اس خیال کی تائید میں کوئی سند حاصل نہیں ہے۔

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

---

[1] مبعد عن المرکز۔ سنٹری فیوگل مشین

[2] تبعید عن المرکز۔ سنٹری فیولائیگیشن۔

[3] ہجوم بیضاوات۔ فیگوسائی ٹوسس

[4] معیار ملذذات۔ آپسونک انڈکس

لبی شیشہ کی دو باریک نلکیوں (انبوبہ شعریہ) میں دو قسم کے سیال بنائے جائیں پہلے نلکی میں دُھلے ہوئے سفید دانے، شیرۂ[1] جراثیمی، اور مریض کا مصل ہموزن رکھا جائے۔ دوسری نلکی میں دُھلے ہوئے سفید دانے شیرۂ جراثیم، اور ایک تندرست شخص کا مصل، ان سب کو ہموزن لیکر رکھا جائے۔ دونوں نلکیوں کو خوب ہلاکر اونکے اجزا کو خوب آمیز کرلیا جائے۔ پھر دونوں نلکیوں کو پندرہ دقیقہ کے لئے حرارت بدنی میں آلۂ حضانت[3] (آلۂ تفریخ) کے اندر رکھ دیا جائے (مختلف درجوں کی حرارت پہونچانے کا ایک آلہ ہوتا ہے جسکو آلۂ حضانت کہتے ہیں) پھر ہر دو نلکیوں میں سے ایک ایک قطرہ لیکر چپٹے شیشہ کے ٹکڑے پر پھیلایا جائے (صفائح[4] خردبینی تیار کرلیے جائیں) اور دونوں کو مناسب رنگوں کے ذریعہ رنگ دیکر خوردبین کے اندر باری باری دیکھا جائے۔ سفید دانوں کے اندر نگلے ہوئے جراثیم دکھائی دینگے۔ اب دونوں شیشوں کے سوا پچاس سفید دانوں کے نگلے ہوئے جراثیم کو ہوشیاری سے شمار کرکے دونوں کی میزان کے درمیان تناسب دیکھا جائے۔ مثلاً اگر تندرست مصل والے نمونہ میں سو دانے میں ۲۴۰ جراثیم (مرض خناق کے) نگلیں اور دوسرے نمونہ میں صرف ۱۲۰ جراثیم سو دانے میں پائے جائیں تو معیار ملذذات $\frac{۱۲۰}{۲۴۰}$ = ۰٫۵ ہوگا جسکا یہ مطلب ہوگا کہ مریض کے مصل میں بہ نسبت تندرست شخص کے بہت کم اجسام ملذذہ ہیں۔ اس تجربہ کو عمل کرنے میں بہت احتیاط کی ضرورت ہے کیونکہ اس میں کئی وجوہ سے غلطی ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

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

---

[1] شیرہ۔ حلیب } المشن
[2] مستحلب

[3] حضانت } ان کیوبیٹ
تفریخ
[4] صفیحہ مجہریہ۔ فلم

سے زہ غائب ہو جاتے ہیں، اور متوسط درجہ کی حرارت ۳/۴ یا اس سے بھی کم میں ہلاک ہو جاتے ہیں، اس خاصیت میں اور دیگر چند خصائص میں مواد حافظہ سے مشابہ ہیں۔ مواد حافظہ بلحاظ صفات "نوعی" حیثیت کے معلوم ہوتے ہیں (اگرچہ بعض حضرات اس امر میں متفق نہیں) ایک مریض میں معیار ملذ ذات ایک قسم کے جراثیم کے لیے تو اعلیٰ درجہ کا ہو سکتا ہے اور دوسرے جراثیم کے لیے کم درجہ کا۔

تندرست اشخاص معیار ملذ ذات کے لحاظ سے تقریباً ایک دوسرے سے مشابہ ہوتے ہیں۔ جراثیم خنازیر وسل (عصویات درنیہ) کے متعلق یہ خصوصیت ہے کہ ایسے اشخاص میں جنہیں خنازیر وسل کا اثر نہیں ہے، یہ معیار ۲/۱ سے زاید یا ۴/۳ سے کم شاذ ہی مل سکتا ہے، اور مشتبہ حالتوں میں جب معیار مذکور اس درجہ سے صریحاً زائد یا کم ہو تو احتمال غالب ہے کہ مریض خنازیر وسل کا اثر رکھتا ہے۔ مگر بہت سے سل و خنازیر کے مرضیٰ میں معمولی درجہ کا (تندرست آدمی جیسا) معیار اکثر پایا جاتا ہے، اس وجہ سے اس طریقہ سے شناخت یقینی نہیں ہو سکتی۔ عام کلیہ ہے کہ امراض حارہ میں یہ معیار طبعی حالت سے کم پایا جاتا ہے، اور جوں جوں صحت ہوتی جاتی ہے یہ معیار بڑھ کر معمولی درجے کے برابر یا اس سے زائد ہو جاتا ہے۔ معیار کا اس طرح بڑھنا بعض اوقات یکایک ظہور میں آجاتا ہے جیسا کہ ذات الریہ کے بہت سے مریضوں میں، یا بعض اوقات بتدریج ہوتا ہے جیسا کہ دماُمیل[۱] مزمنہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ کبھی ایسا بھی دیکھا جاتا ہے کہ مرض بڑھ رہا ہے مگر معیار مذکور بہت زاید پایا جاتا ہے خصوصاً مرض سل میں۔

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

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

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

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

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

---

ملہ مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔ ملہ زمن سلبی۔ نیگیٹو فیز۔ ملہ زمن ایجابی۔ پازیٹو فیز۔

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

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

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

**(۱) افادۂ تشخیص کی مثالیں یہ ہیں** +۔

الصاق جراثیم کا عمل جیسا کہ علامۂ ودال کے طریقہ سے حمی معویہ کے جراثیم اکثر اور بعض دیگر امراض کے جراثیم کہ شناخت کئے جاتے ہیں۔ اسی طرح وازمن کا طریقہ آتشک کے جراثیم میں مستعمل ہے اور معیار ملذذات دیکھنے کا عمل مختلف امراض میں برتا جاتا ہے +

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

اکتساب مناعت یا علاجِ امراض میں جن مواد مرکبات جراثیمی سے کام لیا جاتا ہے وہ تین بڑے عنوانات میں منقسم ہیں:۔ مادۂ تلقیح (۲) تلقیح (۳) مصل فادشین۔ دوسرے مصل +

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

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

طور سے اُگائی جائے۔ اس کی تازہ ابتدائی کاشت کو مطہر معمولی سیال نمکین میں ملاکر شیرہ[1] بنالیا جائے۔ اس شیرہ کو شیشہ کی نلکی میں بند کرکے مناسب حرارت (مثلاً ۶۰/۱۰۰ درجہ کی) نصف گھنٹہ تک پہونچائی جائے۔ تاکہ یہ مطہر ہوجائے۔ پھر اس کے ایک مکعب سینٹی میٹر (تقریباً ۱۵ بوند) میں جراثیم کتنے ہیں (مخصوص طریقہائے شمار کے ذریعہ) شمار کیا جائے۔ پھر جراثیم کے شیرہ میں ۵/۱۰۰ طاقت کا مطہر لیزول[2] یا حامض قطرانی کا محلول (سیال نمکین میں حل کیا ہوا) ملاکر اُسے ہلکا کر لیا جائے۔ جراثیمی شیرہ میں محلول قطرانی یا لیزول کتنی مقدار میں ملایا جائے اس کا تعین تو اصلی شیرہ میں جراثیم کی تعداد دیکھکر اور اس تعداد میں سے کتنے جراثیم ہر خوراک میں رکھنا مقصود ہے اس کے اندازہ سے ہوسکتا ہے۔ مختلف جراثیم کی مقدار خوراک مختلف رکھی جاتی ہے۔ مثلاً کریات عنقودیہ اور کردیات سوزاک کی برداشت اکثر بڑی مقدار میں ہوسکتی ہے (۵۰ کروڑ کی تعداد میں عموماً) برخلاف ازیں عصی قولونی بڑی مقدار میں شدید مقامی اور عمومی عوارض پیدا کردیتا ہے لہٰذا اسے نسبتاً بہت کم مقدار میں دینا چاہئے۔ علاوہ ازیں چند روز کے استعمال کے بعد مریض خود زیادہ مقدار کی پچکاری برداشت کرسکتا ہے لہٰذا دوران علاج میں بتدریج مقدار پچکاری بڑھانا چاہئے۔

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

---

[1] شیرہ بنانا۔ ایملشن۔
[2] لیزول۔ لائی سال
[3] تلقیح ذاتی۔ آٹو ویکسین۔
[4] اسٹاک ویکسین

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

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

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

شگاف

آزمائش

---

[1] خراج۔ ابسس

[2] ناسور۔ سائی نس۔

[3] مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔

[4] دمامیل۔ بوائلز۔

[5] جراثیم عنقودیہ۔ اسٹے فیلوکاکائی۔

[6] مصل فادسمین۔ اینٹی ٹاکسک سیرم

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

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

---

1۔ بیرون خلیہ۔ اکسٹراسیلولر۔
2۔ بے اثر بمتعادل۔ نیوٹرے لائزڈ۔
3۔ اندرون خلیہ۔ انٹراسیلولر
4۔ احتقان جلدی۔ ہائپوڈرمک انجکشن۔
5۔ احتقان وریدی۔ وینس انجکشن۔
6۔ محقنہ جلدیہ۔ ہائپوڈرمک سرنج
7۔ دافع عفونت عنولات۔ اینٹی سیپٹک لوشن
8۔ قیراط۔ انچ۔

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

(۳) **دیگر اقسام مصل**۔ یہ دافع جراثیم (قاتل جراثیم) اثر رکھتے ہیں کیونکہ انہیں مادہ حییہ[۱] ہوتا ہے یا ان کی وجہ سے ہجوم بیضاوات[۲] کا عمل طاری ہوتا ہے۔ شفائے مرض کے لئے عموماً یہ مصل امصل فادسین کی طرح مفید نہیں ہیں۔ مگر جہاں فادسین یا مادۂ تلقیح[۳] (شیرۂ جراثیمی) موجود نہ ہوں ان کا لگانا خالی از فائدہ نہیں۔

جراحیات میں اس زمرہ کے حسب ذیل مصل اہم ہیں:۔

(الف) **مصل[۴] ضد کرویات عقدیہ** (مقدار پچکاری، ۱۰ اونس ۳۰ تا ۴۰ بوند تک) گھوڑوں کے جسم میں جراثیم عقدیہ[۵] صدیدیہ داخل کرکے اونکو محفوظ (منیع[۶]) بنا کر یہ مصل طیار کیا جاتا ہے۔ چونکہ جراثیم عقدیہ صدیدیہ کے بہت سے اقسام ہوتے ہیں اور مختلف ذرائع سے حاصل کردہ نمونہ جات میں جراثیم کے درمیان باریک باریک فرق ہوتا ہے اور ایک قسم کے جراثیم سے بنا ہوا مصل دیگر اقسام کے خلاف اثر نہیں رکھ سکتا۔ اس لئے مصل[۷] کثیر الاقسام (جو مختلف ذرائع سے حاصل کردہ جراثیم کی کاشتیں یک گھوڑوں میں تلقیح کرکے بنایا جاتا ہے) کا استعمال جہاں تک ممکن ہو کرنا اولیٰ ہے۔ اگر ایک دفعہ کی پچکاری کے بعد کوئی ممتاز فائدہ

---

۱؎ مادہ حییہ۔ امبوسپٹر۔
۲؎ ہجوم بیضاوات۔ فیگوسائی ٹوسس
۳؎ مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔
۴؎ مصل ضد کرویات عقدیہ اینٹی اسٹرپٹوکوکس سیرم

۵؎ جراثیم عقدیہ صدیدیہ۔ اسٹرپٹوکوکس پایوجینس
۶؎ منیع امیونائزڈ۔
۷؎ مناعت پیدا کرنا تحصین۔ امیونائزنگ
۸؎ مصل کثیر الاقسام۔ پولی ولنٹ سیرم

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

(ب) مصل ضد جمرہ خبیثہ۔ اس ملک میں "اسقلادہ" کا بنایا ہوا مصل عام طور پر مشہور ہے، اور جمرہ مقامی (بثرہ خبیثہ) میں نہایت کامیاب نتائج پیدا کرتا ہے۔ پچکاری دینے سے ۲۴ گھنٹے کے اندر فائدہ معلوم ہونے لگتا ہے ٭

(ج) مصل ضد کرویات ذات الریہ (ساختہ پین یا رور) جراثیم ذات الریہ کے شدید عدوی میں اسکو آزمانا چاہئے خصوصاً عفونۃ الدم اور التہاب صفاق جیسے بعض امراض میں جو ان جراثیم سے پیدا ہوئے ہوں۔ اس کا استعمال مفید پایا گیا ہے۔ بعض اوقات جبکہ جراثیم ذات الریہ کے اثر سے قرنیہ میں قرحہ دابہ بنجاتا ہے۔ تو اس مصل کے استعمال سے نہایت مفید اثر ہوتا ہے ٭

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

| | |
|---|---|
| ۱؎ تجربہ گاہ۔ معمل۔ لیبوریٹری۔ | ۵؎ مصل ضد کرویات ذات الریہ۔ اینٹی نیموکوکک سیرم |
| ۲؎ مصل ضد جمرہ خبیثہ۔ اینٹی انتھرک سیرم | ۶؎ عفونۃ الدم۔ سیپٹی سیمیا۔ |
| ۳؎ اسقلادہ۔ اسکلے دو۔ | ۷؎ التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس۔ |
| ۴؎ بثرہ خبیثہ۔ ملگننٹ پسچیول۔ | ۸؎ قرنیہ۔ کارنیا۔ |
| | ۹؎ قرحہ دابہ۔ السر سرپنس دیا السر بیدے نس سر |

# عوارض مصل

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

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

برائے حفظ ماتقدم پچکاری کے وقت اور ایک دو روز بعد تک کلسیم لبن آگین ۵ ملیگرام کی مقدار میں استعمال کریں۔ جس سے علامات رک جاتی ہیں۔ یا کم ہو جاتی ہیں یہ ایک کامیاب علاج ہے۔

## فقد الحمایت

یہ حالت شدید اور انتہائی استعداد و تاثیر کی ہے جو مواد لحمیہ مثلاً مصل خون

---

۱۔ عوارض مصل۔ سیرم ڈیزیز۔
۲۔ مدت حضانت۔ پیریڈ آف انکوبے شن۔
۳۔ آز تفریخ۔ سیونی۔ انکوبے ٹر۔
۴۔ ددوڑے۔ طفح۔ ریش۔
۵۔ شری۔ پتی۔ اسٹ کیریا۔
۶۔ سرخ بخار۔ اسکارسے ٹینا۔
۷۔ غدد جاذبہ۔ لمف نک گلینڈز۔
۸۔ خسرہ۔ ماربالی۔
۹۔ لیکوسائی ٹوسس۔
۱۰۔ کلسیم لبن آگین کیلشیم لیک ٹیٹ۔
۱۱۔ ملیگرام۔
۱۲۔ فقد الحمایت۔ انافائی لیک سس
۱۳۔ مواد لحمیہ۔ پروٹیڈ سبس ٹینس۔

سفیدی بیضہ جراثیمی سیمین لحمی وحیوانی اشیاء کے لئے ان کی پچکاری لینے کے بعد مریض میں پیدا ہو جاتی ہے، یعنی ان اجزاء میں سے کسی کی پچکاری لینے کے بعد پھر مریض میں ان کی قوت برداشت نہیں رہتی اور ان کی خفیف مقدار (مقدار غیر مسم[1]) بھی مریض میں غیر طبعی تاثر پیدا کر دیتی ہے۔ یہ حالت ایک ہی پچکاری یا بہت سی پچکاریوں کے بعد نمودار ہو سکتی ہے۔ مثلاً اگر گھوڑے کا مصل کسی جانور میں ایسی کم مقدار میں لگایا جائے جو زہر کے درجہ تک نہ ہو اور پھر مناسب وقفہ کے بعد دوسری پچکاری بھی اسی طرح کم مقدار میں دی جائے، تو حالت ذکاوتِ حس میں دوسری مقدار دینے کے بعد علاماتِ سمیت[3] پیدا ہوتی ہیں۔ جو بعض اوقات مہلک بھی ہو سکتی ہیں۔ ایسی ذکی الحسی پچکاری کے بعد آٹھ سے بارہ روز میں پیدا ہو کر نامعلوم مدت تک قایم رہ سکتی ہے۔ مثلاً کولھے کی ہڈی کے سلعہ لحمیہ[4] میں سیّالِ کولی (کولی کا بنایا ہوا[5]) کے متواتر استعمال نے نہایت فائدہ بخشا تھا۔ اس دوا کی پچکاریاں لگائے جانے کے ایک عرصہ دراز کے بعد پھر اسی دوا کا صرف نصف قطرہ اسی مریض کو لگایا گیا جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ مریض کو نہایت شدید بخار (۱۰۴ درجہ کا) ایک ہفتہ سے زائد تک آتا رہا جو بتدریج معمولی حرارت بدنیہ کے درجہ تک اترا۔

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

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

---

[1] مقدار غیر مُسم۔ سب ٹاکسک ڈوز
[2] مقدار مُسم۔ ٹاکسک ڈوز
[3] علامات ہلاکت۔ فیٹل سمپٹمس۔
[4] سلعہ لحمیہ۔ سارکوما۔
[5] سیال کولی۔ کولیز فلوئڈ۔
[6] علاج عوارض۔ سمٹومیٹک ٹریٹمنٹ

# باب دوم

# التہاب۔ ورم حار

التہاب[1] اُس سلسلۂ تغیرات کو کہتے ہیں جو زندہ ساخت میں کسی عارض[2] یا صدمہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ بشرطیکہ (التہاب پیدا کرنے والی) جراحت یا ضرب ایسے شدید درجہ کی نہ ہو کہ ساخت ماؤف کی بناوٹ اور قوت[3] حیات کو فی الفور باطل کر دے"۔ یہ تعریف ایک محقق نے ۱۸۷۰ء میں کی تھی۔ اور کافی طور پر صحیح ہے۔ بشرطیکہ اس میں اس بات کو بھی بخوبی بطور حقیقت مسلمہ کے تصور کر لیا جائے کہ اس جراحت کے ساتھ ساتھ عموماً کوئی قابل[4] انحلال کیمیاوی ہیجہ[5] (سوزش پیدا کرنے والا) اور بیشتر اوقات کوئی سمیت جراثیمی بھی مخلوط ہو کر داخل ہو جاتی ہے۔ علاوہ ازیں مجروح ساخت میں جو آخری مدارج التحام[6] ظاہر ہوتے ہیں وہ بھی عمل التہاب کے سلسلہ سے خارج ہیں۔ گذشتہ زمانہ میں ماہران[7] علم الامراض التہاب کو ہمیشہ ایک عمل تلف و فساد اور باعث مضرت سمجھتے تھے۔ مگر زمانۂ موجودہ میں عالمان[8] علم الجراثیم نے تحقیق سے ثابت کر دیا ہے کہ سلسلۂ التہاب اگر مناسب ضبط و تنظیم کے ساتھ محدود و جاری رکھا جائے تو وہ حفاظت و وقایت کا ایک قدرتی عمل ہے کیونکہ یہ قدرت کا ایک ایسا حربہ ہے۔ جس کے اثر سے مضرت رساں اور خطرناک اجساد[9]

۶ التیام ہیلنگ

---

برڈون سینڈرسن۔

۱ التہاب۔ انفلامیشن۔

۲ عارض۔ ان جری۔

۳ قوتِ حیات۔ وی ٹےلیٹی۔

۴ قابل انحلال۔ سولیوبل۔

۵ تہیج کیمیائی۔ کیمیکل اری ٹیشن

۶ التیام۔ ہیلنگ۔

۷ ماہران علم الامراض۔ پیتھالوجسٹ

۸ عالمان علم الجراثیم۔ بیکٹیریالوجسٹ

۹ اجساد دقیقہ۔ مائکرو آرگے نزم۔

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

**اسباب التہاب**:- یہ مختلف و متعدد ہیں۔

عموماً التہاب جراثیم کے باعث پیدا ہوجاتا ہے (علم الجراثیم کے بیان میں ان مقامی اور عمومی حالات و اسباب کا تذکرہ ہوچکا ہے جن سے انسان میں جراثیم سے متاثر ہونے کی استعداد و قابلیت پیدا ہوجاتی ہے اور جو التہاب کی پیدائش میں ممد ہوتے ہیں)۔

التہاب کے اسباب کو پہلے دو جماعتوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ اسبابِ سابقہ[۲] یا مُعِدہ اور اسبابِ واصلہ[۳] یا محرکہ۔

(۱) **اسباب سابقہ یا مُعِدَّہ**۔ جن کی وجہ سے عضو میں التہاب کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ وہی اسباب ہیں جن سے جسم کی قوتِ مدافعت یا عضو کی قوت حیوانیہ[۴] کم ہوجاتی ہے اور جس کی وجہ سے بیرونی موذیات بآسانی مضرت پہونچا سکتے ہیں۔ اسباب سابقہ یا مُعِدہ دو قسموں میں تقسیم ہوسکتے ہیں جو حسب ذیل ہیں:-

(الف) **مقامی اسباب سابقہ**۔ مثلاً:-

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

---

۱؎ جوابی عمل یا تفاعل } ری ایکشن
۲؎ اسباب سابقہ یا مُعِدّہ } پری ڈسپوزنگ کاز
۳؎ اسباب واصلہ یا محرکہ } اکسائٹنگ کاز
۴؎ قوت حیوانیہ۔ وائیٹلیٹی۔

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

بعض مخصوص قسم کی ساختیں، مثلاً اغشیہ مائیہ[3] اور اغشیہ زلالیہ[5] اپنی مخصوص ساخت و بناوٹ کے لحاظ سے بمقابلہ اغشیہ مخاطیہ[4]، قبول التہاب کی زیادہ استعداد رکھتی ہیں۔ بشرطیکہ اون کی فضاؤں کا تعلق بیرونی ہوا سے قایم ہوجائے۔

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

(ب) **عام اسباب سابقہ**۔ خون کی ترکیب کا فاسد و ناقص ہوجانا بوجہ بڑھاپے کے، یا امراض و موذیات سمیہ کے باعث مثلاً کثرتِ استعمال شراب یا پارہ، ستیہ نوزین[6] (فاس فورس) کے استعمال سے فساد خون کا ہوجانا، کیمیادی فاسد مواد کا خون میں جذب ہونا جیسے ذیابیطس شکری[7] نقرس[8]، وجع المفاصل[9] وغیرہ میں ہوتا ہے۔

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

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

---

[1] قلت الدم۔ انیمیا۔
[2] استلاء دم۔ کنجس چن
[3] اغشیہ مائیہ۔ سیرس ممبرین۔
[4] ،، مخاطیہ۔ میوکس ممبرین۔
[5] ،، زلالیہ۔ سائنوویل ممبرین
[6] نوزین۔ فاسفورس۔
[7] ذیابیطس شکری۔ ڈیابیٹیز میلی ٹس
[8] نقرس۔ گاؤٹ۔
[9] وجع المفاصل۔ روماٹزم
[10] فقر الدم۔ انیمیا۔
[11] داء الحفر۔ اسکروی یا اسکاربیوٹس
[12] خنازیر۔ اسکافیولا۔
[13] آتشک۔ سفلس۔

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

۱۔ مُہیّجات آلیہ:۔ جیسے ضرب۔ زخم۔ صدمہ۔ رگڑ۔ تناؤ۔ دباؤ۔ کھنچاؤ۔ موچ گھونٹ وغیرہ +

۲۔ مُہیّجات طبعیہ (الف) حرارت۔ احتراق (جلنا) پانی یا آگ کے اثر سے +

(ب) برودت۔ سردی۔ یخ بستگی۔

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

۳۔ مُہیّجات سمیہ:۔ انکی چند قسمیں ہیں:

(الف) مہیجات کیمیاویہ۔ حموضات (تیزابات) قلیات (کھار)

(ب) سمیات نباتیہ۔ مثلاً روغن جمال گوٹہ۔ روغن خردل +

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

(د) جراثیم یا اجساد دقیقہ (انکا مفصل بیان علم الجراثیم کے باب میں درج ہوچکا ہے)

---

۱ مہیجہ۔ اری ٹینٹ۔
۲ مہیجات آلیہ۔ میکانیکل اری ٹینٹ۔
۳ مہیجات طبعیہ۔ فزیکل اری ٹینٹ۔
۴ مہیجات کیمیاویہ۔ کیمیکل اری ٹینٹ۔
۵ حموضات۔ ایسڈز۔
۶ قلیات۔ الکلیز
۷ روغن جمال گوٹہ۔ کروٹن آئل۔
۸ روغن خردل۔ مسٹرڈ آئل
۹ ذراریح۔ کنتھریز فلائی (یا) بلسٹر۔
۱۰ اجساد دقیقہ۔ مائیکرو آرگے نزم

**ازالہ**۔ اسباب التہاب کے ضمن میں یہ ظاہر کر دینا ضروری ہے کہ بہت سے اوستادان فن، جن کی سند مستند مانی جاتی ہے۔ اُسی التہاب کو اصلی وحقیقی ملتے ہیں جو جراثیمی مہیجات کے اثر سے پیدا ہوا ہو یہ لوگ غیر جراثیمی اسباب طبیعیہ آلیہ وغیرہ (جن کا تذکرہ اوپر ہوا ہے) کے اثر سے پیدا شدہ التہاب کو اصلی التہاب یا جسم کا جوابی عمل مدافعت اصلی وصحیح معنوں میں نہیں سمجھتے +

**ظواہر**[1] **التہاب**۔ التہاب کی ماہیت کو ذہن نشین کرنے کے لئے حیوانات پر تجارب کیے جاتے ہیں اور اصلی التہابی حالت کی چشمدید کیفیت سے بصیرت حاصل کی جاتی ہے۔ چنانچہ اگر زندہ مینڈک کے پنجہ کی جھلی کو پہلے خوب تان کر خوردبین کے نیچے پھیلا دیا جائے اور بغور دیکھا جائے تو سیلان خون کی طبعی کیفیت کا عجیب وغریب نظارہ آنکھوں کے سامنے پیش ہوگا +

(**الف**) بحالت صحت شریانوں، وریدوں اور عروق شعریہ[2] میں خون بہتا ہوا نظر آئے گا۔ سیلان خون کا اندازہ کریات[3] دمویہ کی نقل وحرکت سے بخوبی ہوگا۔ کریات[4] حمرا یعنے خون کے سُرخ دانے رہر منفرد کریہ دوسرے کُریہ سے جُدا جُدا) خون کے بہاؤ کے وسطانی یا مرکزی حصے میں بہتے ہوئے نظر آئیں گے، اور اس کے گرد یعنے عروق کا محیطی حصہ جو کریات سے معرا ہوتا ہے، بے حرکت وبے رنگ نظر آئے گا مگر اس میں بعض بعض کریات[5] بیضاء یعنے خون کے سفید دانے آہستگی وسست رفتاری کے ساتھ بہاؤ میں لُڑھکتے ہوئے نظر آوینگے۔ گاہے بعض سفید دانے سُرخ دانوں کے درمیان مرکزی حصہ میں بھی دکھائی دینگے۔ شریانیں کہیں پتلی

---

[1] ظواہر۔ فنامے نا۔

[2] عروق شعریہ۔ کپلریز

[3] کُریات دمویہ۔ بلڈ کارپسلز

[4] کریات حمرا۔ رِڈ کارپسلز

[5] کریات بیضاء۔ لیؤکو سائٹز

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

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

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

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

۱۔ شرائین صغیرہ۔ آرٹری اولز۔
۲۔ مسلسل مستوی۔ ریتھمیکل
۳۔ حاد۔ اکیوٹ۔
۴۔ نوشادریہ۔ امونیا۔
۵۔ امتلاءِ دموی۔ کنجیشن
۵۔ سرعت دوران۔ اکسیلریشن
۶۔ استرخاء۔ ڈائلے ٹیشن۔

اس مقام کا دوران خون تیز ہو جاتا ہے (سرعتِ دوران) غالباً یہ استرخا شرائین صغیرہ کے اندر کے مقامی محرک اعصاب میں بعض تغیرات پیدا ہو جانے کی وجہ ظہور میں آتا ہے۔ دورانِ خون کی سرعت کچھ وقفہ کے لئے تو جاری رہتی ہے مگر بالآخر خون کا بہاؤ بتدریج سست پڑتا جاتا ہے گویا رفتار خون کو آہستہ آہستہ کوئی چیز آگے بڑھنے سے روک رہی ہے (مزاحمتِ دوران) اس کے بعد ایک ایسا وقفہ نمودار ہوتا ہے جس میں خون کے دانے، جو پہلے جُدا جُدا بہ رہے تھے۔ ایک جگہ مجتمع ہو کر ٹھہر ٹھہر کر اور رُک رُک کر آگے قدم رکھتے ہیں اور کبھی آگے بڑھتے ہیں اور کبھی پیچھے ہٹتے ہیں۔ اس حالت کو ذبذبہ کہتے ہیں بالآخر ایک ایسی حالتِ جمود پیدا ہو جاتی ہے کہ دورانِ خود بند ہو کر رُک جاتا ہے (اس حالت کو حالتِ وقوفِ یارکود کہتے ہیں) اس وقوف یارکود کا نتیجہ بعض حالات میں تو یہ ہوتا ہے کہ عروق کے اندر حقیقی انجمادِ خون واقع ہو کر عروق کو قطعی بند کر دیتا ہے۔ اس حالت کو انسداد کہتے ہیں اور اس منجمد خون کو جو رگوں کے اندر جگرا ان کو بند کر دیتا ہے شُدّہ کہتے ہیں۔

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

---

۱؎ مزاحمت۔ ریٹارڈیشن۔
۲؎ ذبذبہ۔ آگزیلیشن۔
۳؎ وقوف یارکود۔ اسٹیسس
۴؎ انسداد۔ تھرامبوسس۔
۵؎ شدہ۔ تھرامبس۔
۶؎ سرعت دوران۔ اکسلیریشن۔

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

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

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

---

[1] امتلاءِ دموی۔ ہائی پریمیا۔
[2] ترشُّح۔ اگزوڈے شن۔
[3] کششِ جراثیمی۔ بیکٹیریل اٹریکشن۔

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

[1] قوت حیوانی۔ وی ٹے لیٹی
[2] حُویَنہ متشکلہ۔ امی با۔
[3] حرکت عرینیہ۔ امی باڈ مومنٹ۔
[4] غشائے سبطن۔ انڈوتھیلیم
[5] خلیات۔ سلز۔
[6] مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم۔
[7] نسیج خلوی۔ سیلیولر ٹشو۔
[8] خیر لیفین۔ فائبرین فرمنٹ۔
[9] جلطۂ دمویہ۔ کوگولم۔
[10] عروق جاذبہ۔ لمفیٹک وسلز۔
[11] پیپ کے دانے۔ پس سلز۔

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

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

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

---

[1] فعل التیام۔ ہیلنگ پراسس

[2] خلیات جرثومیہ لیفیہ۔ فائبروبلاسٹک سلز

[3] رہزب۔ ڈایاپے ڈی سس۔

[4] سائل دموی۔ لائکرسنگوئی نس۔

# عروق میں التہاب سے کس طرح تغیرات ہوتے ہیں

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

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

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

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

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

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

چنانچہ (۱) سرعت دوران جو مقام التہاب میں واقع ہوتا ہے۔ اس سے یہ فائدہ پہونچتا ہے کہ سمیت جراثیم اس کے ساتھ ملکر خفیف ہو جاتی ہے۔ اور وہ دوران کی وجہ سے وہاں سے دور ہو جاتی ہے۔ اگر سمیت کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ تو محض اسی سرعت دوران سے وہ کلیتہً خارج ہو جاتی ہے۔ اور التہاب کا عمل احتقان دموی سے شروع ہو کر وہیں ختم ہو جاتا ہے۔ اور اس کے دوسرے ظواہر پیدا بھی نہیں ہونے پاتے۔ دوسرا فائدہ یہ ہے کہ اس مقام میں خون کی زیادتی سے تغذیہ زیادہ حاصل ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے وہ باوجود سمیت جراثیم کے داخل ہونے کے زندہ رہ سکتے ہیں۔ تیسرا فائدہ سرعت دوران کا یہ ہے کہ اگر خون میں فادسین یا دوسرے اجسام تریاقیہ یا مادہ متمم موجود ہوں جو جراثیم کی سمیت کو روک دیتے ہیں۔ یا خود جراثیم کو ہلاک کر سکتے ہیں (تو یہ چیزیں جن کی یہاں شدید ضرورت ہے دوران خون کی تیزی کی وجہ سے بکثرت یہاں پہونچیں گی۔ اور چونکہ مقام التہاب میں سائل دموی کثیر مقدار میں مترشح ہو جاتا ہے۔ جس کے ساتھ یہ تمام اجسام ہوتے ہیں۔ اس لئے اس مقصد میں اس کا ترشح لابد معین ہو جاتا ہے (اس سے ترشح کا فائدہ بھی ظاہر ہو گیا) اس کے بعد ظواہر التہاب میں یہ بتایا گیا ہے کہ خون کی رفتار میں مزاحمت واقع ہوتی ہے۔ اور بالآخر حالت وقوف طاری ہو جاتی ہے اسکا فائدہ اگرچہ ابھی تک مبہم سا ہے۔ لیکن غالب گمان یہ ہے کہ اس سے خون کے سفید دانوں کے انتقال مقامی میں مدد ملتی ہے۔ کیونکہ یہ ظاہر ہے کہ اگر خون

---

ملہ سرعت دوران۔ اکسیلے ریشن۔

ملہ فادسین۔ اینٹی ٹاکسین۔

ملہ اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز

ملہ متمم۔ الکسین۔ کمپلی منٹ

ملہ سائل دموی۔ پلازما۔

ملہ مزاحمت۔ ریٹارڈیشن۔

ملہ وقوف۔ اسٹےسس۔

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

۲۔ تغیرات انسجہ[1]۔ وہ تغیرات جو عمل التہاب سے مقام ورم کی ساخت میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ اگرچہ نہایت اہم ہیں۔ مگر تغیرات عروق کی طرح انکا مشاہدہ آسانی سے نہیں ہوسکتا۔

جراثیمی التہاب حاد میں انسجہ کا ردعمل محض سمین[2] کی قوت ہیجہ[3] پر موقوف ہے یا بالفاظ دیگر اُس تناسب پر موقوف ہے جو اس قوت ہیجہ اور مریض کے انسجہ کی قوت مدافعت کے درمیان ہوگا۔ اسکو قاعدہ کلیہ سمجھنا چاہیے کہ اگر کوئی مہیج نہایت خفیف ہو تو وہ خلیات[4] کی پیدائش میں تحریک پیدا کرکے اُنہیں زیادہ کر دیتا ہے اسی طرح یہ بھی قاعدہ کلیہ ہے کہ اگر مہیج کافی قوی ہو تو وہ ساخت کو کم و بیش مردہ کردے گا۔ چونکہ خفیف قسم کی آفات و فتور کا خردبینی امتحان شاذونادر ہی کرنے کا موقعہ آتا ہے۔ اس لئے التہاب حاد میں انسجہ کی غیرطبعی افزائش کی سادہ مثالیں انسان میں دیکھنے کا موقعہ کم آتا ہے۔ یہ ظواہر حیوانات کے غشیۂ مائیہ کے التہاب حاد کے ابتدائی دور میں بخوبی نظر آسکتے ہیں۔ جہاں غشیۂ مبطنہ[5] کی دبازت میں بجائے ایک خلیہ کے کئی خلیات ہوجاتے ہیں۔ اور ان کے نواتیں[6] تیزی کے ساتھ عمل انقسام[7] دیکھا جاتا ہے۔ جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ خلیات

---

[1] انسجہ۔ ٹشوز۔
[2] سمین۔ ٹاکسین
[3] قوت ہیجہ۔ ارری ٹے ٹو پاور۔
[4] خلیات۔ سلز۔
[5] اغشیۂ مبطنہ۔ انڈ وتھیلیم
[6] نوات۔ نیوکلی اس۔
[7] انقسام خلایا۔ می ٹوسس۔

کی افزائش غیر معمولی طور پر بڑھی ہوتی ہے۔ اسی طرح انگور[1] بننے والی ساخت کے بیرونی حصے (حلقہ) میں بھی جہاں جراثیم تھوڑے ہوتے ہیں یہی صورت (خلیات کی افزائش) نظر آئے گی۔

مگر بیشتر حالات میں سمین نہایت تیز اور شدید ہوتے ہیں۔ اور اس کے اثر سے اعضاء کی ساخت مردہ ہوجاتی ہے۔ اور یہ عمل اکثر موت[2] الانجماد کی وجہ سے واقع ہوتا ہے۔ جس میں انسجہ اور خلیات قابل انجماد سائل دموی سے (جو عروق سے باہر آتا ہے) تر ہوجاتے ہیں۔ اور سمین کے اثر سے یہ سب چیزیں منجمد ہوکر ہلاک ہوجاتی ہیں۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مقام ماؤف کے ان اجزاء کی خصوصی ہیئت غائب ہوجاتی ہے۔ چنانچہ نوات مخصوص رنگوں سے متلون نہیں ہوتے۔ اور ورد[3]ین (ہیموٹاکسی لین) اور ملونات[4] اصلیہ کو خلاف معمول قبول نہیں کرتے۔ اور تمام انسجہ تیزابی رنگوں (مثلاً شفلین[5] یا یوسین نامی رنگ) سے ایک جیسی رنگت اختیار کرلیتے ہیں (حالانکہ طبعی حالت میں مختلف رنگوں کی قابلیت اجزاء میں الگ الگ ہوتی ہے) اور اس کے بعد کی آفتیں اور تغیرات جو ساخت میں واقع ہوں گی وہ جراثیم کی نوعیت پر موقوف ہوتی ہیں۔ اگر یہ جراثیم از قسم صدیدیہ ہوں تو مردار میں حصہ کثیر النوی[6] کریات[7] بیضاء کا اجتماع ہوجاتا ہے۔ جن میں سے چند سمین کے اثر سے مرجاتے ہیں۔ اور وہاں پیپ پیدا ہوجاتی ہے (جسکا مفصل بیان باب تقیح میں آئے گا) اگر جراثیم اس قسم کے نہ ہوں تو کثیر النوی کریات بیضاء زیادہ تعداد

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

میں جمع نہیں ہوتے ہیں۔ بلکہ التہابی حصہ میں سفید دانوں کی گول اور چھوٹی قسم کا اجتماع ہوتا ہے جو کریات[1] مائیہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ یہ اب تک محقق نہیں ہوا ہے کہ یہ دانے اس مقام میں پیدا ہوجاتے ہیں۔ یا خون سے کھنچکر یہاں آجاتے ہیں لیکن اس میں شک نہیں کہ التہابی حصہ میں ان دانوں کے اندر انقسام ہوکر ان کی زیادتی ہوجاتی ہے۔ اگر جراثیم ہلاک ہوجائیں۔ اور التہاب کا عمل اس درجہ تک پہونچکر رک جائے تو ظواہر التحام منودار ہوجاتے ہیں۔ اور التہابی حصہ میں ندبی ساخت[2] پیدا ہوجاتی ہے (جسکا مفصل بیان باب التحام میں آئیگا)

سطحی مقامات کے غیر جراثیمی التہابات میں خلیات کے مابین رطوبات کی مقدار اس قدر مترشح ہوسکتی ہے کہ خلیات ایک دوسرے سے جدا ہوکر ٹوٹ جاتے ہیں۔ جس سے موت[3] ذوبانی واقع ہوتی ہے (ذوبان۔ پگھلنا) جیساکہ آگ سے جل جانے کے بعد آبلہ منودار ہونے میں ظاہر ہوتا ہے ٭

التہاب مزمن کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نہایت تیزی کے ساتھ خلیات بڑھتے ہیں۔ اور مقام ماؤف میں صلابت (تحجر[4]) پیدا ہوجاتی ہے۔ مگر یہ التہاب مزمن زیادہ تر نسیج[5] خلوی میں واقع ہوتا ہے۔ جس کے اثر سے عضو کی اصلی ساخت بھی تلف ہوجاتی ہے ٭

۳۔ انجام التہاب۔ التہاب کا انجام (خاتمہ) مختلف صورتوں میں ہوا کرتا ہے جسکا دارومدار مندرجہ ذیل امور پر ہے ٭

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

۲۔ عمل التہاب کی شدت اور مدت پر۔

---

[1] کریات مائیہ۔ لمفوسائٹس
[2] ندبی ساخت۔ اسکار ٹشو
[3] موت ذوبان۔ کالیکیوٹو نکروس
[4] تحجر۔ اسکلے روسس۔
[5] نسیج خلوی۔ سیلیولر ٹشو۔

۳۔ مریض کی قوت مدافعت پر۔

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

۲۔ **مقامی ساخت کا ضائع ہونا**۔ یہ علی العموم ہوتا ہے۔ جراثیم اور عضو ماؤف کی نوعیت کے لحاظ سے مندرجہ ذیل نتائج پیدا کرسکتا ہے۔ (الف) التیام[2] جس میں بیمار حصہ غائب ہوجاتا ہے۔ اور نسیج ندبی اُس کی جگہ لے لیتی ہے۔
(ب) تقیح[3] جس میں انسجہ ماؤفہ اور ترشحات کے رقیق ہوجانے سے پیپ بن جاتی ہے۔ جبکو اگر پھوڑے سے خارج کر دیا جائے۔ تو جراثیم۔ مواد اور مردار ساخت نکل جائیں گی۔ اور اس مقام میں نیا سکڑا ہوا چمڑہ بن جائیگا
(ج) تقرح[4]۔ یہ اُس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ عمل تقیح و فساد (مردہ ہونا) سطح تک پہونچ جاتا ہے (د) وسیع حصہ ہلاک ہوکر غانغرانا[5] کا نمودار ہونا۔ یہ اُس وقت ہوتا ہے جبکہ جراثیم اپنے مضر اثر سے ساختوں کی قوت مدافعت کم کرکے بہت دور تک پھیل جائیں۔ اس موقعہ پر اس بات کا جاننا خالی از دلچسپی نہیں کہ زیادہ اہم اور باانتظام اعضاء و احشاء بمقابلہ نسیج الحاقی[6] (نسیج واصل[7]) کی سادہ قسموں کے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ حالانکہ اُن میں خون کی مقدار زیادہ ہوتی ہے مثلاً بچوں کی لمبی ہڈیوں کے اجسام بلحاظ ساخت نہایت باقاعدہ اور باانتظام ہوتے ہیں اسی وجہ سے یہ جراثیمی التہاب کے اثر سے خصوصیت کے ساتھ تلف ہونے کی استعداد رکھتے ہیں۔ درآنحالیکہ اگر یہی جراثیم جلد کے نیچے کی نسیج واصل میں انہی

---

۱ تحلیل۔ ریزولیوشن۔
۲ التیام۔ ری پیر۔
۳ تقیح۔ سپوریشن۔
۴ تقرح۔ السریشن۔
۵ غانغرانا۔ گنگرین۔
۶ نسیج الحاقی۔ کنکٹو ٹشو۔
۷ نسیج واصل۔ کنکٹو ٹشو۔

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

**غیر جراثیمی التہاب کا انجام**۔ جب التہاب اسباب آلیہ[1] یا دیگر غیر جراثیمی اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ تو عموماً رقیق رطوبات کا ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے۔ مگر ابتدا میں اس کے اندر خلیات بہت کم ہوتے ہیں۔ اور التہابی عمل نہایت محدود ہوتا ہے۔ اور زیادہ پھیلنے کی قوت نہیں رکھتا۔ اسکا انجام عام طور پر مندرجہ ذیل صورتوں میں ہوا کرتا ہے +

(الف) تحلیل[2]۔ التہاب کی اس قسم میں تحلیل کامل اکثر ہوتا ہے۔

(ب) لیفی ندبی ساخت[3] کا بننا۔ جیسا کہ ماثیت التصاق کی صورت میں جم کناروں کی شکل میں تبدیل ہو جاتی ہے +

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

تحلیل۔ جس سے مراد یہ ہے کہ عضو ماؤف اپنی اصلی حالت اور طبعی فعل پر لوٹ آئے۔ یہ اُس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ التہاب کا سبب اس قدر سخت نہ ہو کہ عضو ماؤف کی قوت[4] حیوانیہ بالکل باطل ہو جائے۔ عمل تحلیل کے ظواہر عمل التہاب کے سے ہیں۔ فرق صرف اس قدر ہے کہ عمل تحلیل کے ظواہر کی ترتیب اُلٹی ہوتی ہے۔ یعنی سب سے پہلے خون کے دانوں میں حرکت ذمذبہ[5] پیدا ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ بتدریج دوران خون دوبارہ لوٹ آتا ہے جبکی

| | |
|---|---|
| [1] اسباب آلیہ۔ میکانیکل کازز<br>[2] تحلیل۔ ریزولیوشن۔<br>[3] لیفی ندبی ساخت۔ فائبرو سیکیٹریشیل ٹشو | [4] قوت حیوانیہ۔ وائٹیلٹی<br>[5] ذبذبہ۔ آگزیلیٹیشن۔ |

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

## علاماتِ التہاب

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

حرارت (گرمی) مقام التہاب چھونے سے گرم معلوم ہوتا ہے۔ اور اگر مقیاس[۱] الحرارت کے ذریعہ سطح التہاب کو دیکھا جائے تو یہاں کی حرارت نمایاں طور پر آس پاس کی جلد سے زیادہ ہوتی ہے۔ جو دراصل اس امر کا نتیجہ ہے کہ یہاں دورانِ خون تیزی سے ہوتا ہے۔ اور خون کی مقدار زیادہ آتی ہے۔ مگر ملتہب

---

۱۔ مقیاس الحرارت۔ تھرمامیٹر

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

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

جب ملتہب حصہ غیر عروقی ہوتا ہے۔ جیسے قرنیہ۔ غضروف مفصلی۔ تو سرخی یقیناً اُس وقت تک موجود نہیں ہوتی۔ جب تک کہ نئے عروق وہاں نہ بن جائیں۔ مگر جب قرنیہ میں التہاب ہوتا ہے۔ تو سیاہی چشم کے گرد جزیرہ ہدبی (احتقان دموی کی وجہ سے گہری سُرخی نمودار ہوتی ہے۔ اسی طرح التہاب عنبیہ میں بھی سرخی غائب ہوتی ہے۔ کیونکہ اس کا گہرا رنگ (مادہ ملونہ) پھیلے ہوئے عروق کو چھپائے

---

ملہ امتلاء دموی۔ ہائی پر یمیا۔
ملہ مزاحمت دوران۔ ریٹارڈیشن۔
ملہ حمضین۔ آکسی جن۔
ملہ حمرت دمویہ۔ ہیموگلوبین۔
ملہ وقوف۔ اسٹے سس۔
ملہ انسداد۔ تھرامبوسس۔
ملہ غضروف مفصلی۔ آرٹیکیولر کارٹلیج۔
ملہ جزیرہ ہدبی۔ سیلی اری ریجن۔
ملہ عنبیہ۔ آئرس۔
ملہ مادہ ملونہ۔ پگمنٹ۔

رکھتا ہے۔ جس سے ان کی سُرخی ظاہر نہیں ہونے پاتی۔ ہاں اگر اس میں التہاب عرصہ تک قایم رہے۔ تو چونکہ مادہ ملونہ جذب ہوکر غائب ہوجاتا ہے۔ اس لئے اسوقت عنبیہ نمایاں طور پر نہایت سُرخ ہوجاتی ہے +

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

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

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

---

[1] ترشح۔ اگزوڈیشن۔

[2] جسمانی تہیج۔ میکانیکل اررٹیشن۔

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

التہابی درد کا یہ خاصہ لازمہ ہے کہ دبانے سے ہمیشہ بڑھتا ہے۔ خواہ یہ دباؤ اندرونی ہو۔ یا بیرونی۔ اندرونی دباؤ کی مثال یہ ہے کہ متورم ہاتھ کو لٹکا کر رکھا جائے جس سے التہاب کے عروق میں خون کا دباؤ بڑھ جائے۔ اور بیرونی دباؤ کی صورت یہ ہے کہ باہر سے کسی بیرونی جسم کے ذریعہ یا انگلی سے دبایا جائے۔ اس قسم کے درد کو ذکاوت حس[1] کہتے ہیں۔

الم تقیح[2] یعنی پیپ بننے کے وقت جو درد ہوتا ہے۔ وہ ضربانی[3] قسم کا (ٹیس کا) ہوتا ہے۔ اغشیۂ مخاطیہ کے التہاب کا درد محرق[4] (جلتا ہوا) ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا کنکریاں چبھ رہی ہیں۔ اغشیۂ حاجبیہ کے التہاب کا درد ایسا ہوتا ہے گویا کوئی نیزہ بھونک رہا ہے (وجع الطعن[5]) هڈی کے التہاب میں ایسا درد ہوتا ہے۔ گویا کوئی چھید کر رہا ہے (وجع ناخس[6]) اور یہ درد رات کے وقت زیادہ ہوتا ہے۔ خصیوں کے التہاب کا درد بیزار کرنے والا ہوتا ہے (وجع مرض[7]) جب آلات حواس خمسہ میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ تو حقیقی درد نہیں محسوس

---

[1] ذکاوت حس۔ ٹنڈرنس۔

[2] تقیح۔ سپورے شن۔

[3] ضربانی درد۔ تھرابنگ پین۔

[4] الم محرق۔ برننگ پین۔

[5] بھونکنے والا درد / وجع الطعن } اسٹےبنگ پین

[6] وجع ناخس۔ بورنگ پین۔

[7] وجع مرض۔ سکننگ پین۔

ہوتا ہے۔ بلکہ ان کے مخصوص افعال میں غیر معمولی زیادتی ہو جاتی ہے۔ مثلاً طبقۂ شبکیہ[1] میں جب التہاب ہوتا ہے۔ تو روشنی کے شعلے آنکھوں کے سامنے دکھائی دیتے ہیں۔ اسی طرح جب کان کے اندرونی[2] حصے میں التہاب ہوتا ہے۔ تو طنین[3] کا مرض ہو جاتا ہے (یعنی از خود کان میں شور کی آوازیں آتی ہیں)

التہاب کا درد صرف اسی مقام میں محدود نہیں رہتا ہے۔ بلکہ اکثر اوقات دور کے اعضاء میں بھی محسوس ہوتا ہے۔ جس کی وجہ یا یہ ہوتی ہے کہ ایک ہی عصب کی شاخیں ان دونوں حصوں میں پہونچتی ہیں۔ یا اس وجہ سے کہ مقام التہاب میں جن اعصاب پر اثر پہونچتا ہے۔ مریض حسب اصول اس درد کو اُس مقام کا سمجھتا ہے جہاں اعصاب کی آخری شاخیں ختم ہوتی ہیں۔ مثلاً کولہے کے جوڑ میں جب التہاب ہوتا ہے۔ تو درد اکثر گھٹنے میں معلوم ہوتا ہے۔ کیونکہ دونوں جوڑوں میں ایک ہی عصب کی شاخیں پہونچتی ہیں۔ اسی طرح سنگ گردہ یا درد گردہ میں درد عصب[4] تناسلی فخذی کی پوری رفتار میں محسوس ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس میں کنج ران اور ران کے سامنے درد محسوس ہوتا ہے۔ اور اگر مریض مرد ہے۔ تو اس طرف کا خصیہ اوپر چڑھ جاتا ہے۔ اسی طرح ریڑھ کی ہڈی جب سڑ جاتی ہے۔ تو درد اُن مقامات میں معلوم ہوتا ہے۔ جہاں اس مقام کے اعصاب ختم ہوتے ہیں۔ مثلاً جب پشت کے حصے میں یہ آفت ہوتی ہے۔ تو کمر کے پاس پورے گھیرے میں درد معلوم ہوتا ہے۔ اور اگر التہاب پشت اور کمر کے اتصالی مقام میں ہوتا ہے۔ تو شکم کے سامنے درد ہوتا ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ اعصاب[5] شرکیہ کی وجہ سے ایک طرف کا

---

[1] التہاب شبکیہ۔ ریٹی نائٹس۔
[2] التہاب الاذن باطن۔ اوٹائی ٹس انٹرنا
[3] طنین۔ ٹنائی ٹس۔
[4] عصب تناسلی فخذی۔ جے نے ٹوکروورل نرو۔
[5] اعصاب شرکیہ۔ سیمپے تھے ٹک نروز

التہاب مقابل جانب بھی درد پیدا کر دیتا ہے۔ خصوصاً جبکہ یہ اعضاء جوڑے جوڑے ہوں۔ جیسے گردے +

اختلال عمل[1]۔ مرض التہاب میں مندرجہ ذیل وجوہ سے پیدا ہوسکتا ہے

۱۔ ورم و سوجن کے زیادہ ہوجانے کی وجہ سے عضو ملتہب کے استعمال میں دقت واقع ہوتی ہے +

۲۔ گاہے درد کی وجہ سے عضو کی نقل و حرکت مشکل ہوجاتی ہے +

۳۔ عمل التہاب سے اکثر اوقات مریض حصہ میں استرخا[2] پیدا ہوجاتا ہے۔ اور یہ جراثیمی التہابات میں سمین[3] کے ذاتی اثر سے ظاہر ہوتا ہے۔ جو کہ کریات کے مادۂ[4] حیات پر اثر کرتے ہیں۔ مثلاً التہاب چشم میں چند وجوہ سے آنکھ کا استعمال بصارت کے لئے تقریباً غیر ممکن ہوجاتا ہے۔ اس طرح جب کوئی عضلہ ملتہب ہوجاتا ہے۔ تو طبعاً انسان اُسکو آرام میں رکھتا ہے۔ علیٰ ہذا اعضاء[5] غددیہ مثلاً گردے اور جگر کا التہاب ان کے مخصوص افعال کو اگر بالکل مفقود نہیں کرتا۔ تو کم از کم ناقص ضرور بنا دیتا ہے +

علامات بدنیہ[6]۔ التہاب کی حالت میں ہمیشہ موجود ہوتی ہیں۔ اگرچہ اسباب کے اختلاف سے ان کی شدت میں کمی و بیشی ہوتی ہے۔ غیر جراثیمی التہاب میں اگرچہ قدرے بخار ہوتا ہے۔ مگر یہ زیادہ مدت تک قایم نہیں رہتا ہے۔ مگر جب جراثیم موجود ہوں تو سمین کے جذب ہوجانے سے تمام بدن میں عمومی علامات پیدا ہوسکتی ہیں۔ جو اپنی شدت میں محض معمولی حرارت سے لیکر خطرناک تسمم[7] دم تک پہونچکر ہلاکت کا

---

[1] اختلال عمل۔ امپیرمنٹ۔

[2] استرخاء۔ پیرالائسس۔

[3] سمین۔ ٹاکسین۔

[4] مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم

[5] اعضاء غددیہ۔ گلینڈولر آرگنز۔

[6] علامات بدنیہ۔ کانسٹی ٹیوشنل سمپٹم۔

[7] تسمم دم۔ ٹاکسی میا۔

باعث ہو سکتی ہیں۔ باایں ہمہ یہ تعجب خیز امر ہے کہ اگر پیپ کا ایک قطرہ بھی تناؤ کی حالت میں ہو تو گاہے شدید اختلال پیدا کر سکتا ہے۔

ارتفاع حرارت یا بخار۔ عمل التہاب کا یہ ضروری عرض ہے۔ جنکا اجمالی ذکر کرنا یہاں ضروری ہے۔ اس کی عام خصوصیات یہ ہیں کہ اس میں حرارت کا ازدیاد مختلف ہوتا ہے۔ اور قلب و تنفس کی حرکات درجۂ حرارت کے تناسب سے بڑھ جاتی ہیں۔ اگر بخار مسلسل جاری ہے۔ تو مریض لاغر ہو جاتا ہے۔ اس کی عضلی طاقت گھٹ جاتی ہے۔ منہ خشک اور زبان میلی ہو جاتی ہے۔ اور آخری درجات میں لبوں اور دانتوں پر پپڑی سی جم جاتی ہے (جس میں رطوبت مخاطیہ[1] کے ساتھ غذا کے اجزا بھی ہوتے ہیں) بھوک کم ہو جاتی ہے۔ ہاضمہ خراب ہو جاتا ہے۔ قبض ہوتا ہے۔ اور پاخانہ بدبودار ہو جاتا ہے۔ قارورہ کا رنگ گہرا اور اس کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور اعضاء کے تغیرات و استحالات کی کثرت کی وجہ سے قارورہ میں مادہ بولیہ[2] اور بول آگین[3] مرکبات زیادہ خارج ہونے لگتے ہیں۔ مادہ بولیہ کی زیادتی کی شناخت اس طرح کی جا سکتی ہے کہ ایک شیشہ کی نلی میں تھوڑا سا قارورہ لیا جائے اور پھر اس میں ہموزن ٹھنڈا تیزاب شورہ[4] ملا دیا جائے۔ اس آمیزش سے بولیہ شورہ آگین[5] کے دانے سیال کی بالائی سطح پر تیرنے لگیں گے۔ اور شکل میں وہ مصری کی کنکریوں کی طرح دکھائی دینگے۔ مریض کی جلد بھی علی العموم خشک ہوتی ہے۔

بخار کے اسباب۔ یہ امر محقق ہے کہ حرارت بدنیہ کے نظام کا خاص عصبی مرکز

---

۱۔ رطوبت مخاطیہ۔ میوکس۔

۲۔ مادہ بولیہ۔ یوریا۔

۳۔ بول آگین۔ یوریٹ۔

۴۔ تیزاب شورہ۔ نائٹرک ایسڈ۔

۵۔ بولیہ شورہ آگین { نائٹریٹ آف یوریا۔

جسم[1] مضلع میں ہے۔ اور اس کے ماتحت کچھ اضافی[2] مراکز نخاع[3] میں بھی ہیں۔ اور یہ بھی معلوم ہے کہ حرارت بدنیہ کی پیدائش اور اس کے زوال کا باہمی اعتدال اس طرح قایم رہتا ہے کہ جلد، تنفس اور دیگر ذرائع سے جس قدر وہ ضائع ہوتی ہے۔ اسی قدر وہ پھر اعضاء اور علی الخصوص احشاء[8] و عضلات[4] ارادیہ کے استحالہ[5] انسجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس لئے بدن کے اندر ارتفاع حرارت کے دو ہی اسباب ہو سکتے ہیں۔ (۱) یا یہ کہ حرارت طبعی حالت سے ضائع کم ہو۔ اور (۲) یا اسکی پیدائش اعتدال سے زیادہ ہو۔ لیکن مریض کی حالت کو دیکھکر اس امر کا یقین کرنا دشوار ہے کہ اسکا بخار بسبب نقصان حرارت کی کمی سے واقع ہوا ہے۔ اس لئے یہ ماننا پڑتا ہے کہ بخار کا باعث یہ ہے کہ حرارت پیدا کرنے والے انسجہ خاصکر عضلات میں تیزی آ جاتی ہے۔ جس کی شہادت اس امر سے بھی ملتی ہے کہ بخار کی حالت میں مریض کے عضلات دُبلے ہو جاتے ہیں۔ اس کی عضلی طاقت کم ہو جاتی ہے۔ اور اس کے قارورہ میں عضلی[6] انسجہ کے فضلات (یوریہ یورک ایسڈ وغیرہ) بکثرت پائے جاتے ہیں۔ تولید حرارت کی یہ تیزی غالباً انسجہ میں اس وجہ سے واقع ہو جاتی ہے کہ مقام التہاب میں ایسے اجسام محرک حرارت پیدا ہو جاتے ہیں۔ جو مراکز حرارت میں تحریک پیدا کر دیتے ہیں۔ تجربات سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ خمیر لیفین[7] اور بہت سے ایسے مرکبات جو انسجہ کے تحلیل و فساد سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور بہت سے سمین جو جراثیم کے عمل سے پیدا

[1] جسم مضلع۔ کارپس سٹرائی ایٹم
[2] اضافی مراکز۔ ایکسسوری سنٹرز
[3] نخاع۔ کارڈ۔
[4] عضلات ارادیہ۔ والنٹری مسلز
[5] استحالہ انسجہ۔ ٹشو میٹابولزم۔
[6] عضلی انسجہ۔ مسکیولر ٹشوز۔
[7] خمیر لیفین۔ فائبرین فرمنٹ۔
[8] احشاء۔ وسرا۔

ہوجاتے ہیں۔ ان سب میں کس قسم کی قوت ہوتی ہے کہ مرکز حرارت میں تحریک پیدا کریں۔

بخار کی علامات کے متعلق اجمالاً یہ کہنا کافی ہے کہ وہ زیادہ تر حرارت کی زیادتی کے نتائج ہیں۔ یا اُن فضلات سمیہ کے نتائج ہیں۔ جو دوران خون میں شامل ہوکر اعضاءِ غددی اور دیگر اعضاء واحشاء کے خلیات پر اثر کرتے ہیں۔ یعنی ان کے اثر سے یہ اعضاء نرم۔ متورم اور شکستہ ہوجاتے ہیں۔ اس حالت کو مختلف ماہران امراض نے مختلف ناموں سے یاد کیا ہے۔ مثلاً ورم حاد[1] یا ورم سحابی[3] (ابر آلود) فساد تجبی[4] ترشح ماحی[2]۔ غدد[5] کے خلیات[6] مفرزہ (رطوبت بنانے والے) حجم میں بڑھ جاتے ہیں۔ اور انکا مادۂ[7] حیات نمایاں طور پر دانہ دار ہوجاتا ہے۔ جس سے نوات[8] بھی مشکل نظر آتے ہیں۔ یہ دانے خاصیت میں رطوبت[9] مائیہ سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اور تیزاب[10] سرکہ کے اثر سے بالکل صاف ہوجاتے ہیں۔ اسی قسم کے تغیرات قلبی عضلات کے ریشوں میں بھی نمایاں ہوتے ہیں۔ اور اُن کے خطوط غائب ہوجاتے ہیں۔ اور انہیں دانے پیدا ہوجاتے ہیں۔ ان سب باتوں سے اس کی انقباضی قوت میں کمی آجاتی ہے۔ اعضائے ہضم کے غدد پر جو اثرات پہونچتے ہیں ان سے بخار کے بہت سے عوارض کی علت معلوم ہوجاتی ہے۔ غدد لعابیہ[11] اور منہ[12] کی دوسری گلٹیاں لعاب[13] کا ترشح پورے طور پر نہیں کرسکتیں۔ جس سے منہ خشک ہوجاتا ہے۔ اسی قسم

[1] ورم حاد۔ ایکیوٹ سوئلنگ۔
[2] ترشح مائی۔ البیومی نس انفلٹریشن
[3] ورم سحابی۔ کلاوڈی سوئیلنگ۔
[4] فساد تجبی۔ گرے نیولر ڈی جنریشن
[5] غدد۔ گلینڈز۔
[6] خلیات مفرزہ۔ سکرے ٹنگ سلز۔
[7] مادۂ حیات۔ پروٹوپلازم۔
[8] نوات۔ نیوکلیس
[9] رطوبت مائیہ۔ البیومن۔
[10] تیزاب سرکہ۔ ایسے ٹک ایسڈ۔
[11] غدد لعابیہ۔ سیلیوری گلینڈز
[12] منہ کی گلٹیاں۔ بکل گلینڈز
[13] لعاب دہن۔ سلائیوا۔

کے تغیرات سے معدہ کی قوت ہاضمہ میں فتور آ جاتا ہے ۔

بخار کی شدت اور اُس کی نوعیت مریض کی سابقہ حالت اور مرض کی نوعیت اور مدت کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتی ہے۔ نوجوان تندرست اور قوی اشخاص میں التہاب حاد کا بخار عموماً شدید قسم کا ہوتا ہے۔ اور اس میں حرارت اور اس کے دیگر عوارض مع ہذیان[1] کے بہت نمایاں ہوتے ہیں (حمی التہابیہ قویہ[2]) برعکس اس کے کمزور مریضوں میں اور اسی طرح لمبے بخاروں کے انتہائی درجہ میں (مثلاً حمی مطبقہ متنافضہ[3] کے تیسرے ہفتہ میں) اور شدید عدوی[4] جراثیمی میں (مثلاً سرخبادہ[5] اور تعفن دموی[6]) انتہائی ضعف و ہبوط[7] نمایاں ہو جاتے ہیں (اس قسم کے بخار کو حمی التہابیہ غیر قویہ[8] کہتے ہیں) اس حالت میں بخار کا تیز ہونا ضروری نہیں ہے اور مریض پر نیم بے عقلی سی طاری ہو جاتی ہے۔ یا کبھی اس کے ساتھ ہلکا ہذیان ہوتا ہے۔ کپڑے نوچتا ہے۔ اور پاخانہ پیشاب بستر ہی پر ہو جاتا ہے ۔

**اقسام التہاب:**- مظاہر التہاب کے بیان کرنے کے لئے مختلف اصطلاحات بولے جاتے ہیں۔ جن میں چند درج ذیل کئے جاتے ہیں ۔

التہاب نزلی[9] میں اغشیۂ مخاطیہ[10] متاثر ہوتی ہیں۔ جو اوائل میں خشک اور نہایت سرخ رہتے ہیں۔ اور ان میں درد و جلن ہوتی ہے۔ اس کے بعد اواخر میں رطوبت مخاطیہ[11] یا پیپ ملی ہوئی رطوبت یا خالص پیپ کا اخراج بکثرت

---

[1] ہذیان۔ ڈیلیریم
[2] حمی التہابیہ قویہ۔ استھینک انفلامٹری فیور
[3] حمی مطبقہ متنافضہ۔ ٹائی فائڈ فیور۔
[4] عدوی جراثیمی۔ بیکٹیریل انفکشن
[5] سرخبادہ۔ اری سپلس
[6] تعفن دموی۔ سیپٹی سیمیا۔
[7] ہبوط۔ کولیپس۔
[8] حمی التہابیہ غیر قویہ۔ ایستھینک انفلامٹری فیور
[9] التہاب نزلی۔ کٹارل انفلامیشن
[10] اغشیۂ مخاطیہ۔ میوکس ممبرینز
[11] رطوبت مخاطیہ۔ میوکس

ہونے لگتا ہے۔ ملتہب جھلی میں اوّل اوّل رطوبت مخاطیہ کا بننا بند ہو جاتا ہے اور وہ رطوبتیں اس کے اندر نفوذ کر جاتی ہیں۔ جو التہاب کی وجہ سے عروق سے مترشح ہوتی ہیں۔ جن سے یہ جھلی بھی متورم ہو جاتی ہے۔ جھلی کے بشرہ[1] کے کریات[2] بڑھنے لگتے ہیں۔ جس سے رطوبت مخاطیہ کی پیدائش زیادہ ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد جوں جوں جھلی میں سفید دانوں[3] کا اجتماع ہوتا جاتا ہے اُسی قدر یہ رطوبت مذکور میں شامل ہو کر اس میں پیپ کی آمیزش کر دیتے ہیں۔ یا خالص پیپ بنا دیتے ہیں۔ سطحی بشرہ[4] کے ضائع ہو جانے سے چھوٹے چھوٹے زخم بھی پیدا ہو سکتے ہیں لیکن ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔ اگر التہاب نزلی کے ترشحات[5] کو خوردبین سے دیکھا جائے۔ تو ان میں کریات قیحیہ[6] (پیپ کے دانے) سفید دانے اور بشرہ کے کریات مختلف حالتوں میں پائے جاتے ہیں۔ یعنی بشرہ کے بعض کریات میں مخاطین[7] کے گول دانے پائے جاتے ہیں۔ اور بعض اپنی طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ نزلی التہاب گاہے جراثیم سے۔ گاہے مقامی ہیجات[8] سے اور گاہے سردی کے لگنے سے ہوتا ہے۔

التہاب غشائی[9] (التہاب منبت[10]) جس میں ایک جھوٹی جھلی اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کہ عروق سے سائل دموی[11] مترشح ہو کر جم جاتا ہے۔ اور پکا ہوا لیفین[12] جھلی کی سطح پر جم جاتا ہے۔ جب اس قسم کا التہاب کسی غشاء مائی[13] مثلاً

[1] بشرہ۔ اپی تھیلیم۔
[2] کریات۔ سالز۔
[3] سفید دانے۔ لیکوسائٹس
[4] سطحی بشرہ۔ سوپرفیشیل اپی تھیلیم
[5] ترشحات۔ ڈسچارج۔
[6] کریات قیحیہ۔ پس سیلز۔
[7] مخاطین۔ میوسین۔
[8] ہیجات۔ اررٹینٹس
[9] التہاب غشائی۔ کروپس انفلامے شن۔
[10] التہاب منبت۔ پلاسٹک انفلامیشن۔
[11] سائل دموی۔ پلازما۔
[12] لیفین۔ فائبرین۔
[13] غشاء مائی۔ سیرس ممبرین۔

غشاء صدر، صفاق اور غشاء زلالی یعنی جوڑوں کی جھلی) کی سطح پر ہوتا ہے۔ تو مائیت دمویہ کا ایک طبقہ جھلی کے مانند جم جاتا ہے۔ اور آس پاس کی چیزوں کو چپکا دیتا ہے۔ اس قسم کی حالت پھیپھڑے کے ہوائی خانوں میں ذات الریہ کے اندر بھی واقع ہوتی ہے۔ جبکہ پھیپھڑے کا ایک پورا لوتھڑا ملتہب ہو جاتا ہے۔ (ذات الریہ مضیہ) اغشیہ مخاطیہ (جیسے طبقہ ملتحمہ اور حلق کی جھلی) پر اس قسم کے التہاب سے گاہے سفید ٹکڑے گاسے کے مانند پیدا ہو جاتے ہیں۔ جو نہایت آسانی سے جدا کیے جا سکتے ہیں۔ ان کے جدا ہونے کے بعد ایک سرخ سطح نکل آتی ہے۔ جن میں ایک دو جگہ خون کے نقطے بھی نظر آئیں گے۔ مگر ساخت میں کوئی کمی نہ ہوگی +

**التہاب خناقی**۔ دراصل یہ وہ التہاب ہے جو عصی خناق وبائی کے اثر سے کسی آزاد سطح پر پیدا ہو جائے (اس کا مفصل بیان خناق وبائی کے باب میں آئے گا) +

مگر اکثر اس اصطلاح کا اطلاق عملاً دوسرے اسباب سے پیدا شدہ التہابی اعمال پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خناق وبائی کی طرح جھوٹی جھلی اُسی نوعیت کی بن جاتی ہے۔ التہاب غشائی کی جھلی اور اس جھلی میں یہ فرق ہوتا ہے کہ اس کی ساخت میں صرف لیفین ہی نہیں ہوتی بلکہ مُردار ساخت کا بھی کم از کم کچھ حصہ تو ضرور شامل ہوتا ہے اسی وجہ سے کھرچنے سے یہ بمشکل جُدا ہو سکتی ہے اور جب اس کا کھرنڈ جدا کیا جاتا ہے

ملہ غشاء زلالی۔ سائنو ویل ممبرین۔
ملہ غشاء صدر۔ پلیورا۔
ملہ مائیت دمویہ۔ لمف
ملہ ذات الریہ مضیہ۔ لوبر نیمونیا۔
ملہ اغشیہ مخاطیہ۔ میوکس ممبرین۔
ملہ طبقہ ملتحمہ۔ کنجنکٹائیوا۔
ملہ التہاب خناقی۔ ڈفتھیرک انفلامیشن۔
ملہ عصی خناق وبائی۔ ڈفتھیریا بیسی لس۔
ملہ جھوٹی جھلی / غشائے کاذب — فالس ممبرین

۲۔ ملتہب[1] حصہ کو آرام وسکون میں رکھا جائے۔ جہاں کہیں التہاب واقع ہو اُس حصہ کو طبعی سکون سے رکھا جائے۔ اور اس سے حتی الامکان کام نہ لیا جائے۔ مثلاً اگر التہاب مفصلی ہے۔ تو پٹی باندھکر اُس کی حرکت بند کر دی جائے۔ اگر پستان میں ورم ہے تو اُسے سہارہ دیکر باندہ دیا جائے۔ اور ساتھ ہی ہاتھ کو بدن سے باندھکر بے حرکت کر دیا جائے۔ اور دودہ پلانا بند کر دیا جائے۔ اگر قرنیہ میں التہاب ہو تو اس میں روئی کی گدی رکھکر پٹی باندہ دی جائے۔ تاکہ پپوٹوں کی حرکت سے قرنیہ کو رگڑ نہ لگنے پائے۔ اور اگر شبکیہ[2] میں التہاب ہے تو اُسکو آرام دینے کے لئے روشنی سے احتراز کیا جائے ؂

۳۔ مقام التہاب سے خون کے دباؤ اور احتقان[3] دموی کو کم کرو۔ جس سے ترشح[4] رطوبات۔ درد اور تناؤ کم ہو جائے گا۔ یہاں یہ ظاہر کرنا مناسب ہے کہ اگرچہ احتقان دموی اور ترشح رطوبات یہ دونوں چیزیں ایک حدتک مفید ہیں۔ تاہم عموماً التہاب میں یہ اس قدر زیادتی کے ساتھ موجود ہوتی ہیں کہ انکو محدود کرنا ضروری ہوتا ہے اس مقصد کے حاصل کرنے کے لئے مناسب ہے کہ ملتہب عضو کو اونچا کرکے رکھا جائے۔ علی الخصوص جبکہ پاؤں میں التہاب ہو۔ کیونکہ یہ ظاہر ہے کہ عضو کو اس طرح اونچا رکھنے سے وریدیں بوجہ ثقل طبعی کے خون سے خالی ہو جائیں گی۔ جس کے انعکاسی اثر[5] سے شریانیں سکڑ جائیں گی۔ اس قاعدہ کو ضرورت سے زیادہ عمل میں نہیں لانا چاہئے۔ ورنہ عضو باذت سے خون کم ہوکر تغذیہ کے خلل سے قوت حیات باطل ہو جائے گی۔ اس لیے یہ قاعدہ اختیار کرنا چاہئے کہ عضو کو صرف اس قدر اونچا کیا جائے کہ وریدی خون کی واپسی تو آسانی سے ہوتی رہے۔ لیکن شریانی خون

[1] ملتہب۔ انفلیمڈ۔
[2] شبکیہ۔ رٹنا۔
[3] احتقان دموی۔ ہائپر یمیا۔
[4] ترشح۔ اگزوڈیشن۔
[5] انعکاسی انقباض۔ ریفلکس کنٹرکشن۔

کی آمدین کوئی خلل واقع نہ ہو۔ مقامی اخراج خون کے لئے جونک لگانا۔ یا پچھنے لگانا یا تر یا خشک سنگھیاں کھچوانا مناسب حالات میں مفید ہوتا ہے۔ اور لگ ہے اس سے درد کو فوری فائدہ ہوتا ہے ۔

سردی کا استعمال اگر مناسب طریقہ سے کیا جائے۔ تو احتقان دموی کے کم کرنے میں بہت بڑی مدد مل سکتی ہے۔ کیونکہ اس کے اثر سے شرائین صغیرہ سکڑ جاتی ہیں۔ لیکن سردی کا استعمال محض ابتدائی درجہ میں کرنا چاہئے۔ کیونکہ سردی عضو ماؤف کی قوت حیات کو کم کر دیتی ہے۔ اس لئے اگر وہاں زیادہ اجتماع خون ہوگا۔ تو سردی فائدہ کے عوض نقصان پیدا کرے گی۔ اسی طرح بوڑھوں میں بھی اس کا استعمال احتیاط سے کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس کے اثر سے جلد کے مردہ ہو جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ سردی کا استعمال ربڑ کی تھیلی میں برف بھر کر کیا جائے۔ یا ایک برتن اوپر لٹکا کر اس میں برف کا پانی یا اور کوئی ٹھنڈا غسول بھر دیا جائے۔ اور کپڑے کی دھجی اس برتن سے لگا کر عضو ماؤف پر لپیٹ دی جائے۔ تاکہ عضو ماؤف تک آہستہ آہستہ ٹھنڈا پانی آتا رہے یا کسی ٹھنڈک پہنچانیوالے غسول (مثلاً غسول رصاص وغیرہ) میں کپڑے کی پٹی تر کر کے براہ راست ملتہب حصہ پر رکھی جائے۔ اور سب سے بہتر تو یہ ہے کہ برف کا پانی سیسہ کی نالیوں کے ذریعہ گذارا جائے۔ یہ نالیاں چونکہ نرم ہوتی ہیں۔ اس لئے وہ ہر قسم کے عضو پر لپیٹی جا سکتی ہیں ۔

گرمی۔ خصوصاً اگر اس کے ساتھ رطوبت بھی ہو۔ تو عوارض التہاب کے علاج کے لئے نہایت مفید اور بکثرت مستعمل ہے۔ اس کا اثر سردی کے خلاف عروق دموی

---

ملہ جونک لگانا۔ لیچنگ
ملہ پچھنے لگانا۔ اسکیری فی کے شن
ملہ سنگھی لگانا۔ کپنگ۔
ملہ شرائین صغیرہ۔ آرٹری اولز۔
ملہ غسول۔ لوشن۔
ملہ غسول رصاص۔ لیڈ لوشن۔
ملہ سیسے کی نالیاں۔ لیٹرس ٹیوب۔

انسجہ کو ڈھیلا کرتا ہے۔ جس سے تناؤ اور درد کم ہو جاتے ہیں۔ یہ اس لحاظ سے بھی مفید ہے کہ چونکہ اس کے اثر سے عروق میں خون زیادہ پہونچتا ہے۔ اور عروق[1] جاذبہ کا فعل (انجذاب) تیز ہو جاتا ہے۔ اس لئے عضو ملتہب کی قوت حیات بڑھ جاتی ہے۔ التہاب تحت الجلد[2] کے علاج کے لئے ربڑ کی تھیلیوں میں گرم پانی بھر کر سینکنا۔ یا گرم پانی میں افیون۔ یا لفاح[3] ملا کر یا خالص پانی سے سینکنا (تکمید رطب[4]) یا گرم پانی سے نمدہ[5] تر کر کے نچوڑنے کے بعد دور کرنا۔ یا گرم لخلخہ[6] کا لگانا یا سادہ روئی کو گرم کر کے سینکنا مفید و کارآمد ہے۔

خشک حرارت پہونچانے کے دوسرے طریقے ایک مستقل باب میں بتائے گئے ہیں۔ مگر وہ زیادہ تر التہاب کے مزمن[7] اقسام میں قابل استعمال ہیں۔

## ۲- التہاب جراثیمی کا مقامی علاج

جراثیمی التہاب کا مقامی علاج غیر جراثیمی کے اصول علاج سے کسی قدر مختلف ہے کیونکہ اسکا مقصد یہ ہے کہ یہاں جراثیم ہلاک کئے جائیں۔ اور انکے مواد سمیہ (سمیات[8]) خارج کر دیے جائیں۔ اور ساتھ ہی حتی الامکان ساختوں میں فتور و نقصان واقع نہ ہو۔ اس میں خاص دقت یہ پیش آتی ہے کہ ملتہب حصہ کی رگوں اور عروق جاذبہ میں بوجہ وقوف[9] دکود کے اچھے خون کا دوران نہیں ہوتا۔ علاوہ ازیں جراثیم کے بنائے ہوئے مواد (سمین) موقتہ پاک انسجہ پر مضر اثر کرتے ہیں

---

[1] عروق جاذبہ۔ لمفیٹک وسلز
[2] تحت الجلد۔ سب کیوٹے نیس
[3] لفاح۔ بلاڈونا۔
[4] تکمید رطب۔ فومن ٹیشن۔
[5] نمدہ۔ اسپنجیو پائلین
[6] لخلخہ پولٹس
[7] مزمن۔ کرانک
[8] سمیات۔ ٹاکسین
[9] رکود / وقوف } اسٹےسس

اور خون میں بھی جذب ہو کر اُس کی ترکیب کو خراب کر دیتے ہیں۔ یہ امر مشتبہ ہے کہ وافع تعفن[۱] ادویہ جن کے اثر سے ماؤف ساختیں پورے طور پر ہلاک نہیں ہوتیں۔ ان جراثیم پر کوئی اثر رکھتی ہیں یا نہیں۔ جو کہ وہاں اپنی جڑ جما لیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کے ضعیف سیال[۲] استعمال کیے جائیں۔ تو یہ جراثیم پر کوئی اثر نہیں کر سکتے۔ اور اگر زیادہ قوی لگائے جائیں تو خطرہ ہوتا ہے کہ ان کے اثر سے ماؤف ساختیں جو جراثیم سے پہلے متاثر ہو چکی ہیں۔ اور زیادہ خراب ہو جائیں۔ اور اس کے بعد عمل التحام میں مزاحمت واقع ہو۔ لہٰذا جراثیمی التہاب کے مقابلہ کے لئے ہمارے پاس مندرجہ ذیل وسائل ہو سکتے ہیں۔

(۱) خون کی دافع سمین[۳] اور دافع جراثیم[۴] طبعی خاصیتیں جو پہلے سے موجود ہوتی ہیں۔ ان کو خارجی وسائل مثلاً مصل[۵] دافع سمین، تلقیحات[۶] جراثیمی اور مناسب ادویہ و اغذیہ سے بڑھایا جائے (۲) بیرونی استعمال کی چیزیں اور دیگر وسائل اختیار کیے جائیں جن کے اثر سے خون کا انجماد اور ترشحات[۷] دور ہو جائیں۔ اور تازہ خون ماؤف حصہ میں دوڑنے لگے۔ تاکہ التحام میں مدد ملے۔ ان نتائج کے لئے حسب ذیل تدابیر اختیار کی جائیں۔

ا۔ حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔ مثلاً اگر کوئی خارجی شئے جس سے اکثر تعفن واقع ہوتا ہے۔ اور کوئی ٹانکہ جو ناصور کی گہرائی میں چھپا ہو۔ تو ان کو نکال دینا چاہیئے۔ بعض حالات میں التہاب کے مقامی مراکز کو تمام و کمال قطع کر کے خارج کر دیا جاتا ہے۔ مثلاً جب بندوق کی گولی سے جسم میں کوئی نالی پیدا ہو جاتی

---

[۱] دافع تعفن۔ اینٹی سپٹک۔
[۲] سیال۔ سولیوشن۔
[۳] دافع سمین۔ اینٹی ٹاکسین۔
[۴] دافع جراثیم۔ بیکٹیری سائڈل۔
[۵] مصل۔ سیرم۔
[۶] تلقیحات۔ ویکسینز۔
[۷] ترشحات۔ اگزوڈیٹس۔

ہے۔ اور وہ متعفن ہو جاتی ہے یا بثرۂ خبیثہ[1] موجود ہو تو اُن کو کاٹ کر خارج کر دینا چاہئے۔ اور گاہے اُن مراکز کو اگرچہ پُورے طور پر قطع نہیں کیا جاتا ہے مگر سڑے ہوئے اور مواد سے بھرے ہوئے مقام کے بیشتر حصہ کو کاٹ کر اور کھرچ کر صاف کر دیا جاتا ہے۔ جیسے جمرہ[2] یعنی شب چراغ میں۔ مگر یہ ترکیب اُسی وقت مفید ہو سکتی ہے جبکہ عدوی محدود اور مقامی ہو۔

۲۔ جہاں تک ممکن ہو ملتہب حصہ کو آرام و سکون میں رکھا جائے۔ تاکہ نہ صرف اس سے جسمانی و دماغی آرام حاصل ہو۔ بلکہ اس لئے بھی کہ نقل و حرکت کی وجہ سے سمیت نہ پھیل جائے۔ اس غرض سے مریض کو بستر پر رکھا جائے۔ یا عضو ماؤف کو تختیوں[3] میں باندھکر یا حائل[4] سے لٹکا کر اس کی حرکت بند کر دی جائے۔ مگر اس میں یہ احتیاط رکھنی چاہئے کہ زیادہ دیر تک غیر متحرک رکھنے سے اس کے ذاتی افعال تغذیہ وغیرہ میں کوئی بُرا اثر نہ پیدا ہو۔

۳۔ اوردہ[5] اور عروق جاذبہ جن میں دوران سست پڑ گیا ہے اُن کو خالی کرنے کی غرض سے عضو کو اونچا رکھا جائے۔ اور سینک پہونچائی جائے۔ تاکہ وہاں کی ساختیں نرم اور ڈھیلی پڑ جائیں۔ اسی مقصد کے لئے ضرورت ہو تو کچھ خون بھی خارج کیا جائے۔ معمولی حالتوں میں پچھنوں سے بہت فائدہ پہونچتا ہے۔ لیکن جب حالتِ رکود[6] واقع ہو کر تناؤ بہت بڑھ گیا ہو تو گہرے نشتر لگا کر خون خارج کر دیا جائے۔ جس کے ساتھ جراثیم اور مواد سمیہ بھی خارج ہو جائیں گے۔

---

[1] بثرۂ خبیثہ۔ ملگننیٹ پسچیول

[2] جمرہ / شب چراغ } کاربنکل

[3] تختی / جبیرہ } اسپلنٹ

[4] حائل۔ سلنگ

[5] اوردہ۔ وینز

[6] رکود۔ اسٹے سس

نہم۔ رطوبات کا اجتماع کم کیا جائے تاکہ جراثیم کا اثر ساختوں سے کم ہو جائے اس غرض کے لئے حسب ذیل وسائل اختیار کیے جا سکتے ہیں (الف) جب ساخت کی فضاؤں میں رطوبات کا اجتماع ہو جائے (ان فضاؤں کو اصطلاحاً خفیہ مُنیتہ کہتے ہیں) یا جو غدار پھوڑا بنگیا ہو۔ جس میں بیرونی اجسام اور مُردہ ساختوں کا ہونا ممکن ہے۔ تو آزادی کے ساتھ کھلا شگاف دیا جائے۔ اور اس کے بعد اخراج رطوبت کے لئے کپڑے کی بتی یا ربر کی نلیاں زخم میں رکھدی جائیں۔ (ب) جب رطوبات جمع ہو کر ساختوں کے اندر مقید ہو جائیں۔ اور اُن کے دباؤ سے عروق کے اندر تازہ خون کی آمد و رفت بند ہو جائے۔ اور عروق سے مائیت کا ترشح بند ہو جائے۔ اور سفید دانوں کا نکلنا رُک جائے تو کوشش یہ ہونی چاہئے کہ ساختوں سے رطوبات خارج کی جائیں۔ اور مائیت کے بہاؤ میں مدد دی جائے یہ مقصد ایسی ادویہ کے مقامی و متواتر استعمال سے حاصل ہو سکتا ہے۔ جو اعصاب[1] محرک عروق میں تحریک پیدا کریں۔ جس کے لئے بہترین شئی سائل نمکین[2] (۵ فیصدی) ہے۔ جس کے بنانے اور استعمال کرنے کا طریقہ آگے بیان کیا جائے گا (ج) التہاب کے آواخر میں جبکہ پیپ خوب جاری ہو۔ تو اس کو صاف کرنے کے لئے زرروق[3] پچکاری یا حمامات[4] جلد جلد استعمال کیے جائیں۔ تاکہ سفید دانوں کے ٹوٹنے سے جو ایک قسم کا خمیر پیدا ہو جاتا ہے (جسکو فرکین[5] کہا جاتا ہے) اور جو اعضاء میں تہیج اور ساختوں کے گلانے کا اثر رکھتے ہیں۔ وہ دُھل کر ضائع ہو جائیں اس مقصد کے لئے معمولی سائل نمکین مفید شئی ہے۔ جس میں ایک سے چار فیصدی

[1] اعصاب محرک عروق۔ ویسو موٹر نروز
[2] سائل نمکین۔ سالٹ سولیوشن۔
[3] زرروق۔ اررِی گیشن
[4] حمامات۔ باتھز۔
[5] فرکین۔ ٹرپ سین۔
[6] افضیۂ میتہ۔ ڈیڈ اسپیسز

تک جست[1] کبریت آگین بھی ملایا جا سکتا ہے۔ جو سفید دانوں کے اخراج کو بڑھاتا اور مائیت خون کے ترشح کو روکتا ہے +

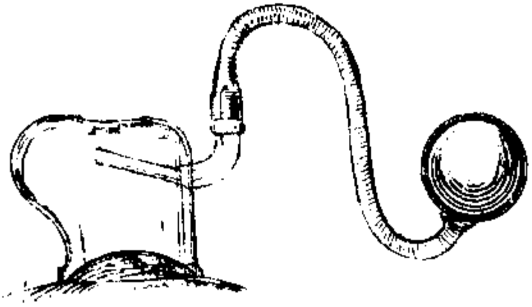
۵۔ حرارت و سخونت کے استعمال سے اس حصے میں اچھے خون کی آمد کو بڑھایا جاسے۔ چنانچہ اگر جلد سالم ہو تو لبخات[2] لگائے جائیں۔ اور اگر زخم ہو تو حامض بورقی[3] کے تکمیدات[4] استعمال کیے جائیں۔ یا۔ وہ ذرائع استعمال کئے جائیں جن سے مصنوعی طور پر اجتماع خون ہو جاتا ہے +

اکتسابی[5] یا مصنوعی[6] احتقان دموی۔ سلسلہ علاج میں اس وجہ سے شامل کیا گیا ہے کہ خون اور سفید دانوں کا مقام التہاب میں موجود ہونا بشرطیکہ مناسب طور پر اسکو محدود رکھا جائے بہر صورت مفید ہے۔ لیکن التہاب حاد میں چونکہ عام طور پر خون پہلے ہی سے زائد ہوتا ہے۔ اس لئے وہاں مصنوعی طور پر خون کا زیادہ کرنا مضر ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے پھر اچھے خون کے پہونچنے میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ مصنوعی احتقان کے علاج میں پہلے قدرتی اور مضرت رساں احتقان کو زائل کیا جاتا ہے۔ اور اس غرض سے عضو کو اونچا رکھا جاتا ہے اور پھر اس کے عوض مصنوعی احتقان دموی پیدا کیا جاتا ہے۔ اور اسکو اپنے قبضہ میں محدود رکھا جاتا ہے۔ جس سے ملتہب حصے تھوڑی دیر کے بعد اچھے خون سے لبریز ہو جاتے ہیں۔ اور چونکہ اس میں تریاقی[7] اجسام موجود ہوتے ہیں۔ اس لئے جراثیم کے ہلاک کرنے میں یہ مدد دیتا ہے۔ اور صحت کو قریب لے آتا ہے +

[1] جست کبریت آگین۔ زنک سلفیٹ
[2] لبخات۔ پولٹس۔
[3] حامض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
[4] تکمید۔ فومن ٹے شن

[5] اکتسابی احتقان۔ آرٹی فیشیل ہائی پریمیا۔
[6] مصنوعی احتقان۔ انڈیوسڈ ہائی پریمیا۔
[7] اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز۔

(۱۴) کرہ مصاصہ (کلیپ)



یہ چھوٹے چھوٹے سطحی نمونات یعنی دمامیل یا شب چراغ وغیرہ کے لیے مناسب ہے

مصنوعی احتقان کی دو قسمیں ہیں۔ ذاتی[1] اور قہری[2] احتقان ذاتی میں خون کا بہاؤ اس حصہ کی طرف عروق کو پھیلا کر تیز کر دیا جاتا ہے اور یہ تیزی پہلے شریانوں سے شروع ہوتی ہے۔ یہ مقصد استعمال حرارت سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ خواہ تکمیدات حارہ استعمال کیے جائیں۔ یا عضو کو گرم پانی میں رکھا جائے۔ یا گرم ہوا کے مختلف طرق استعمال میں سے کوئی ایک طریقہ برتا جائے۔

احتقان قہری۔ جس کا آغاز وریدوں سے ہوتا ہے، اس طرح حاصل کیا جاتا ہے کہ حصۂ ملتہب کے اوپر (یعنے اوس کے اور قلب کے درمیان) ایک پٹی کھینچکر باندھ دی جاتی ہے (تاکہ وریدی خون کا اجتماع مقام التہاب میں پیدا ہو جائے) یہی مقصد حاصل کرنے کے لئے ایک مخصوص آلہ کا استعمال بھی کیا جاتا ہے جسکو کرۂ[3] مصاصہ کلیپ کہتے ہیں۔ وریدی خون کو روکنے کے لئے اکثر ربر کی لچکدار پٹی باندھ دی جاتی ہے، اس قسم کی پٹی مارٹن کی بنائی ہوئی بہت مناسب ہوتی ہے۔ اسکو بخوبی کھینچکر اس طرح باندھ دیا جائے کہ جس سے وریدی خون تو رک جائے مگر شریانوں میں رکاوٹ نہو اور اونکا دوران خون بدستور جاری رہے۔ اگر یہ پٹی صحیح طریقہ سے باندھ دی گئی ہے تو عضو یاقوت سرخ و نیلگوں ہوکر اوس میں سوجن اور اوذیما[4] نمودار ہو جاوے گا مگر درد پیدا نہ ہوگا۔ لیکن اگر پٹی ضرورت سے زیادہ تنگ بندھ گئی ہے اور اوس سے شریانی دوران خون میں مزاحمت ہو گئی ہے تو مریض کو درد بہ شدت محسوس ہوگا اور عضو ٹھنڈا پڑ جائے گا جب پٹی ٹھیک ٹھیک بندھ جائے اور مناسب اور صحیح درجہ کا تناؤ حاصل ہو جائے تو عضو کو آرام محسوس ہوگا ایسی حالت میں اُسے اسی طرح پٹی سے بندھا ہوا مسلسل

| | |
|---|---|
| [1] احتقان ذاتی۔ ایکٹو ہائی پریمیا | [3] کرۂ مصاصہ کلیپ۔ کلیپ سکشن بال |
| [2] احتقان قہری۔ پیسو ہائی پریمیا۔ | [4] اوذیما۔ ایڈیما۔ |

بیس گھنٹے یا اس سے بھی زائد عرصہ تک اسی وضع میں رکھنا چاہئے۔ ہر روز پٹی کو دو تین گھنٹے کے لئے کھول دینا چاہئے تاکہ اوذیما میں تخفیف ہو جائے اور جمع شدہ خون (جو کم و بیش حالت رکود[1] میں ہوتا ہے) عضو سے خارج ہو جائے۔ اس طریقہ سے علاج جاری رکھنا چاہئے حتیٰ کہ التہاب کم ہو جائے اور پھر اس کے بعد پٹی کی بندش کا وقفہ روزانہ بتدریج کم کر دیا جائے۔

کرۂ مصاصہ کلیپ کا استعمال اوس وقت کیا جاتا ہے جب ربر کی پٹی بندھنے کا موقعہ نہ ہو مثلاً جب پشت یا گردن میں خراج[2] یا جمرہ[3] ہو، یا پستان میں التہاب ہو۔ یا کسی اونگلی میں عفونت پیدا ہو جائے۔ پہلے کانچ کا ایک پیالہ یا مناسب صورت کا گلاس (جس کے کنارے کو چربی یا روغن لگا کر یا پانی سے تر کر لیا جائے) مقام التہاب پر بخوبی چسپاں کر دیا جائے پھر اوس کے اندر کی ہوا ربر پمپ (اس آلہ میں ایک گیند کی شکل کا ربر کا پھیلاؤ ہے جو ہوا کھینچ سکتا ہے) سے کھینچکر خارج یا کم کر دی جاوے۔ ایسا کرنے سے فوراً خون کھینچکر ملتہب ساختوں میں بھر آتا ہے اور پھر یہ ساختیں بھی پیالے کے جوف کے اندر کھنچ آتی ہیں۔ اگر اس ملتہب حصہ میں پھوڑے یا جمرہ وغیرہ کے منہ کھلے ہوئے واقع ہیں۔ تو اونکے اندر سے مواد اور مردار ساخت کے ٹکڑے وغیرہ بھی خارج ہو کر پیالے کے اندر آجاتے ہیں۔ پیالہ پانچ یا دس دقیقہ[4] تک لگا رہنے دیا جاوے۔ یہ عمل دن میں دو تین مرتبہ کرنا چاہئے۔

۲۔ اگر زخم کھلا ہوا ہے تو مناسب طریقہ سے مرہم پٹی کی جائے۔ اور دافع تعفن[5] کا استعمال رکھا جائے۔ تاکہ بیرونی جراثیم داخل نہ ہونے پائیں۔

---

[1] رکود۔ اسٹے سس

[2] خراج۔ ایبسس۔

[3] جمرہ۔ کاربنکل۔

[4] دقیقہ۔ منٹ۔

[5] دافع تعفن۔ اینٹی سپٹک۔

## ۴۔ التہاب کا علاج کلی

التہاب کا علاج کلی مریض کی حالت اور مرض کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔

اگر مریض قوی اور توانا ہے۔ اوس کے خون کا دباؤ زیادہ ہو اور نبض عظیم[1] اور ممتلی[2] ہو اور ساتھ ہی التہاب کی مقامی علامتیں، درد وغیرہ نمایاں ہوں تو ایسے حالات میں مناسب ہے کہ شریانی تناؤ کم کرنے کی غرض سے ایسی ادویہ استعمال کی جائیں جیسے مرکبات کحلیہ[3] بچھناگ[4] (خانق الذئب۔ عرق الذہب[5] نوشادر یخل[6] آگین، لحلاخ[7] وغیرہ اور ایسے ذرائع بھی اختیار کیے جائیں جن سے جلد بدن۔ گردوں اور امعاء کے افعال میں تحریک ہو جائے تاکہ سمیں اور دیگر ہیجات بدن سے خارج ہو جائیں اور خون صاف ہو جائے۔ چند حالتوں میں مثلاً جب ذات الریہ[8] یا سرسام[9] عشائی موجود ہو، ابتدائی درجوں ہی میں فصد[10] کھولنے کی ضرورت پیش آتی ہے مگر صرف ایسا قوی اور دموی[11] مزاج کے جوانوں میں ہی کرنا چاہئے اور ان میں بھی اسی درجہ تک کہ اس سے قویٰ میں زیادہ کمزوری نہ ہونے پائے۔ ازاں بعد ایسی سادہ اور زود ہضم غذا کافی مقدار میں دینا چاہئے، جس کی نوعیت و مناسبت کا اندازہ مریض کے بخار کی شدت یا قلت سے یا اوس کے آلات انہضام کی حالت سے کیا جا سکتا ہے۔ ہاضمہ کی حالت زبان کے معائنہ سے معلوم ہو سکتی ہے۔

| | |
|---|---|
| [1] نبض عظیم۔ لارج پلس۔ | [7] لحلاخ۔ کال چی کم۔ |
| [2] نبض ممتلی۔ فل پلس | [8] ذات الریہ۔ نمونیا۔ |
| [3] کحلیہ۔ اینٹی منی۔ | [9] سرسام عشائی۔ مے نن جائی ٹس۔ |
| [4] بچھناگ۔ خانق الذئب۔ اکوناٹٹ۔ | [10] فصد۔ وینی سکشن۔ |
| [5] عرق الذہب۔ اپی کاکوانا۔ | [11] دموی مزاج۔ فل بلڈڈ۔ |
| [6] نوشادر یخل آگین۔ ایسی ٹیٹ آف امونیا | |

لیکن جب مریض ضعیف وکم طاقت ہو، اور خصوصاً جب اوس کی طاقت مسلسل بخار اور تسمم الدم[۱] کے باعث بتدریج زائل ہو چکی ہو تو علاج کلی بالخصوص یہی ہے کہ غذا کافی پہونچائی جائے اور تیمارداری[۲] نہایت احتیاط وخبرداری کے ساتھ کی جائے ایسی صورت میں مریض کی حالت کی درستی کا دارومدار طبیب اور تیماردار ہر دو کی ہوشیاری ومستعدی پر یکساں طور سے رہتا ہے۔ محرکات[۳] کے استعمال کی ضرورت ایسے مریضوں میں ہوسکتی ہے۔ علاوہ ازیں امعاء اور گردوں کے افعال کو صحیح ومنضبط رکھنا چاہئے اگرچہ ایسا کرنے میں مریض کی طاقت کو کم نہ ہونے دیا جائے۔

خیال کیا جاتا ہے کہ معتدل درجہ کی حرارت (خفیف بخار) متعدی امراض میں بجائے مضر ہونے کے ایک طور سے مفید ہوتی ہے کیونکہ اس کے اثر سے اجسام تریاقیہ[۴] کے بننے میں تحریک ہوتی ہے۔ مگر شدید حرارت مضر ہوتی ہے کیونکہ اُس کے اثر سے ساختوں میں استرخاء[۵] پیدا ہوجاتا ہے اور تریاقی اجسام کی پیدائش بند ہوجاتی ہے۔ لہذا مُنقّصِ حرارت[۶] ادویہ کا استعمال اوسوقت تک نہیں کرنا چاہئے جب تک کہ حرارتِ شدیدہ نہ ہو اور جب یہ ضرورت پیش آئے تو ایسی دواؤں پر اعتماد رکھنا چاہئے جیسی کہ کُنہ کُنہ[۷] یا ایسپرین[۸] دنفنین ا یا نیم گرم پانی سے اسفنج کو تر کرکے بدن کو پونچھا جائے تاکہ حرارت کم ہوجائے۔

---

[۱] تسمم الدم۔ ٹاکسی میا۔

[۲] تیمارداری، تمریض۔ نرسنگ

[۳] محرکات۔ اسٹی مولنٹ

[۴] اجسام تریاقیہ۔ اینٹی باڈیز۔

[۵] استرخاء۔ پیرالے سس۔

[۶] مُنقّصِ حرارت۔ اینٹی پائرے ٹکس۔

[۷] کُنہ کُنہ۔ کوئنین۔

[۸] ایسپرین نفنین۔

# التہابِ مزمن[1]

اسباب۔ یہ التہاب حاد کے اسباب سے مشابہ ہیں مگر ان کا عمل زیادہ خفیف اور دیرپا ہوتا ہے۔ مریض کے مخصوص مزاج، فسادِ بنیہ[2] اور استعدادِ بدنی[3] کا اثر بھی حدوثِ التہاب پر نہایت نمایاں واہم ہوتا ہے +

جراحیات میں جن التہاباتِ مزمنہ کے دیکھنے کا زیادہ تر اتفاق ہوتا ہے وہ بیشتر آتشک[4]، درن[5] (مادہ سلیہ) نقرس[6]، یا وجع المفاصل[7] میں سے کسی ایک عارضہ کے باعث پیدا شدہ ہوتا ہے، لہٰذا طبیب کو لازم ہے کہ التہاب مزمن کے علاج کے وقت پہلے ان امراض یا اونکے خفیف اثر کی موجودگی یا غیر موجودگی کے متعلق تحقیق و اطمینان کرلے +

ظواہر[8]۔ التہاب مزمن کے ظواہر و کیفیات اصولاً التہاب حاد سے مشابہ ہیں، اگرچہ علامات قدرے مختلف ہوتی ہیں +

(۱) احتقان[9] دموی۔ کم درجہ کا مگر دیرپا ہوتا ہے کیونکہ التہاب پیدا کرنیوالا ہیج عموماً کم تیز ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے مقامی علامات و عوارض چنداں نمایاں نہیں ہوتے، درد از قسم مرض[10] اور کم شدت کا اور ایک قسم کا بھاری پن معلوم ہوتا ہے، حصہ ماؤف نسبتاً کم گرم ہوتا ہے۔ سرخی شوخ رنگ کی نہیں بلکہ سیاہی مائل ہوتی ہے، اور اکثر عضو ماؤف کے انسجہ میں دھبے پڑ جاتے ہیں۔ ۶ ورق

---

[1] التہاب مزمن۔ کرانک انفلامے شن۔
[2] فساد بنیہ۔ ڈایا تھے سس۔
[3] استعداد بدنی۔ کنسٹی ٹیوشنل پری ڈسپوزیشن
[4] آتشک۔ سفلس۔
[5] درن۔ ٹوبرکل۔
[6] نقرس۔ گاؤٹ۔
[7] وجع مفاصل۔ روماٹزم
[8] ظواہر۔ فنامے نا۔
[9] احتقان دموی۔ ہائی پریمیا
[10] وجع مرض۔ ایکنگ پین۔

اور خصوصاً اوزِدہ کی قوت انقباض[1] میں بہت کمی آجاتی ہے (جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بہت دیر تک پھیلی ہوئی رہی ہیں) لہٰذا اونکو درجۂ استعمال پر لانا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔

(۲) خون کے دانے ایک دوسرے کے ساتھ اوس قدر چسپاں نہیں ہوتے جیسے کہ التہاب حادہ میں ہوتے ہیں اور چپک کر ویسی ٹکیوں کے ڈھیر نہیں بناتے خون کے دانوں کا انتقالِ مقام یا ہرب[2] (یعنے اونکا عروق سے خارج ہوکر ساختوں میں منرشح ہوجانا) اگرچہ ہوتا ہے مگر نہایت ہی محدود درجہ کا ہوتا ہے ترشحات ورطوبات زیادہ رقیق قسم کے ہوتے ہیں۔ اور انکی ترکیب میں لیفین[3] یا مادہ بیضیہ[4] نسبتاً کم ہوتے ہیں۔ اغشیۂ مائیہ[5] کے بعض التہابات مزمنہ میں تو ونکے کیسے ایسی رقیق رطوبت سے پُر ہوجاتے ہیں۔ جنکا ثقل نوعی[6] مصل دم[7] کے ثقل سے بھی کم ہوتا ہے۔

(۳) حاد اور مزمن التہاب کے درمیان سب سے زیادہ نمایاں اور اہم فرق اوس تفاعل[8] کی صورت میں نمودار ہوتا ہے جو ساختہائے ماؤف کی طرف سے التہاب کے جواب میں ظاہر ہوتے ہیں۔ التہاب حادہ میں ساختوں کے اندر خلیات کی افزائش عموماً چنداں نمایاں نہیں پائی جاتی، کیونکہ اوس میں سمین اس قدر شدید ہوتے ہیں کہ انسجہ کی قوت حیات اونسے اکثر زائل ہوجاتی ہے بخلاف ازیں التہابات مزمن میں ایسا نہیں ہوتا، یا کم ازکم اگر ہوتا ہے تو مرض کے انتہائی درجوں میں ہی ہوسکتا ہے، جیسے کہ آتشک اور تدرن[9] میں۔

---

[1] انقباض۔ کنٹرکیشن
[2] ہرب۔ ڈایاپے ڈی سس
[3] لیفین۔ فائبرین۔
[4] مادہ بیضیہ۔ البومن۔
[5] اغشیۂ مائیہ۔ سیرس ممبرین۔
[6] ثقل نوعی / وزن مخصوص } اسپے سے فک گرے وِٹی
[7] مصل دم۔ بلڈ سیرم
[8] تفاعل۔ ری ایکشن۔
[9] تدرن۔ ٹیوبرکل

جب کسی مقام پر التہاب مزمن موجود ہوگا تو رقیہ ماؤف میں گول دانوں[1] کا ترشح واجتماع مختلف ذرائع سے پیدا ہو جائے گا۔

(الف) بعض ساختوں میں ان کی مخصوص ساخت کی وجہ سے دانوں کی پیدائش وافزایش بہت نمایاں ہوتی ہے، خصوصاً اُن خلیاتِ مبطنہ[2] میں جو عروق اور مائیت[3] کے خانوں میں استر کرتی ہیں، یا پستان کی جوہری ساخت کے دودھ پیدا کرنے والے دانوں میں بخلاف ازیں بعض اعضا میں دانوں کی یہ افزائش وپیدائش بالکل ہی نہیں ہوتی، جیسے کہ مرکزی[4] نظام اعصاب میں۔

(ب) مگر بیشتر حالات میں یہ گول دانے خلیات[5] مائیہ ہوتے ہیں اور چھوٹے عروق کے آس پاس کثیر تعداد میں مجتمع پائے جاتے ہیں۔ مزمن قسم کی رسولی[6] میں جن کی ترکیب انزار لحمیہ[7] سے ہوتی ہے (سلعۂ اریکہ[8]) اس قسم کے خلیات مائیہ کی پیدائش نمایاں طور سے پائی جاتی ہے اور ان خلیات سے بنے ہوئے وسیع رقبے ملتے ہیں۔

(ج) ایک اور قسم کے دانے جو اس قسم کے التہابات میں عموماً پائے جاتے ہیں اور حال ہی میں جن کے متعلق گہری دلچسپی کا اظہار ہوا ہے خلیۂ[9] سائل کے نام سے منسوب کیے جاتے ہیں۔ یہ دانے بمقابلہ خلیات مائیہ کے بہت بڑے ہوتے ہیں اور ان کی شکل بیضوی ہوتی ہے، اِنکے نوات اُتنے ہی بڑے ہوتے ہیں جتنے کہ خلیات مائیہ میں یہ عموماً پانچ چھ حصوں میں

---

1. گول دانے۔ راؤنڈ سیل۔
2. خلیات مبطنہ۔ انڈوتھیلیل سیلز
3. مائیت۔ لمف۔
4. مرکزی نظام عصبی۔ سنٹرل نروس سسٹم
5. خلیات مائیہ۔ لمفوسائٹس۔
6. رسولی۔ ٹیومر
7. انزار لحمیہ۔ گرے نیولیشن۔
8. سلعہ اریکہ۔ گرے نیولوما
8. سلعات اریکہ۔ گرے نیولومیٹا۔
9. خلیۂ سائل۔ پلازما سیل۔

منقسم ہوتے ہیں اور دانے کے عین مرکز میں نہیں ہوتے بلکہ خارج المرکز[1] ہوتے ہیں۔ اِن کا مادۂ حیات مخصوص رنگوں سے متاثر ہونے کی خصوصیت رکھتا ہے گاہے اس قسم کے دانے التہاب مزمن میں اس کثرت سے پائے جاتے ہیں کہ وسیع رقبوں میں انکے سوا دوسرے کوئی قسم کے دانے شاذ و نادر ہی دکھائی دیتے ہیں، مگر عموماً انکے ساتھ خلیات مائیہ بھی ملے جلے پائے جاتے ہیں +

الغرض یہ نئے بنے ہوئے دانے، خواہ اِن کا ماخذ کچھ بھی ہو، بالآخر سبدل ہو کر نئے لیفی انسجہ[2] بناتے ہیں، مگر گاہے اِن سے طبعی ساخت ہی بن جاتی ہے پس التہاب مزمن کی ایک نمایاں خصوصیت نئی ساخت بنانا ہے +

نتائج۔ جو حقیقۃً نمودار ہوتے ہیں وہ عضو ماؤف کی طبعی ساخت اور مریض کے مزاج و استعداد مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ التہاب بسیط مزمن[3] میں، جو آتشک یا تدرّن[4] کے باعث نہ ہو، عضو ماؤف میں ترشحات و رطوبات پیدا ہو جاتے ہیں، اور وہ بڑا ہو جاتا ہے اور اگر یہی صورت حال جاری رہتی ہے تو لیفی ساختیں بنکر نتیجہ تلییف[5] (نئے ریشوں کا بنجانا) یا تحجّر و صلابت[6] (سخت ہو جانا) ہوتا ہے۔ مثلاً ہڈی کے التہاب مزمن میں ہڈی موٹی اور ٹھوس ہو جاتی ہے (تحجّر العظم[7]) اور ہڈی کے اوپر کی جھلّی (غشاء عظم[8]) میں جب التہاب مزمن واقع ہوتا ہے تو اس جھلّی کے نیچے نئی ہڈی بن جاتی ہے التہاب غدد میں گلٹیوں کے نسیج الحاقی میں ازدیاد خلقت[9] واقع ہو جانے سے وہ بڑی ہو جاتی

---

ملہ خارج المرکز۔ اکس سنٹریکل

ملہ لیفی انسجہ۔ فائبرس ٹشو۔

ملہ التہاب بسیط۔ سمپل انفلامیشن

ملہ تدرن۔ ٹیوبرکل۔

ملہ تلییف یعنی ساخت بنجانا } فائبروسس

ملہ صلابت۔ تحجّر یم سخت ہو جانا } اسکلے روسس

ملہ تحجّر العظم۔ آسٹیو اسکلے روسس

ملہ غشائے عظم۔ پری آسٹیم۔

ملہ ازدیاد خلقت۔ ہائی پرپلاسیا۔

ہیں اور اُن میں سختی اور صلابت پیدا ہوجاتی ہے۔ اگر جلد میں التہاب مزمن ہوجائے تو وہ موٹی ہوجاتی ہے یا اوس کی طبعی ساخت بکسر منحرف ہوجاتی ہے اور وہ تقرح کے بعد یا بغیر تقرح کے ازرارِ لحمیہ[1] میں متغیر ہوکر لیفی ندبی[2] ساخت اختیار کرلیتا ہے۔ حقیقی تقیح شاذ ہی پیدا ہوتا ہے اگرچہ بعض اجسادِ دقیقہ[3] جن کی حدت سمیہ[4] ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے کبھی پیپ بھی پیدا کردیتے ہیں +

**علاماتِ بدنیہ[5]**۔ یہ باستثنائے اُن علامات کے بہت کم ظاہر ہوتی ہیں جن کا انحصار مریض کے مزاج یا اوس کی استعدادِ مرض پر ہے جس کے باعث التہاب مزمن کی مقامی کیفیت نمودار ہوگئی ہے یا جو تغیرات عفونیہ کے باعث ثانوی[6] طور پر پیدا ہوگئے ہوں +

**علاج**۔ التہاب مزمن کا علاج بمقابلہ التہاب حاد کے زیادہ دیر طلب اور مشکل ہے، اور اس کا باعث یہ ہے کہ عموماً یہ اخلاط ومزاج کی خرابیوں سے پیدا ہوتا ہے جو بس پردہ اس کی بنیاد ہوتی ہیں +

۱۔ **سبب التہاب کو حتی الامکان دور کرنا ضروری ہے**۔ ماؤف یا مردار ہڈی کو خارج کردینا چاہئے اور مادہ سلیہ کو نشتر یا دھار دار ملعقہ[7] کے ذریعہ کاٹ کر نکال دینا چاہئے جس کے بعد مقام ماؤف پر سیال حامض قطرانی[8] کی پھریری لگا دینا اکثر مفید ہوتا ہے۔ خراج مزمن[9] کی موجودگی مقامی تناؤ کو بڑھا کر اوس ابتدائی ہیج کے مضر اثر کو اور بھی بڑھا دیتی ہے جو دراصل التہاب کا محرک ہوا ہے لہذا ایسے

---

[1] ازرار لحمیہ۔ گرے نیولر ٹشو۔
[2] لیفی ندبی ساخت۔ فائبرو سیکیٹریشل ٹشو
[3] اجساد دقیقہ۔ مائکرو آرگے نزم
[4] حدت سمیہ۔ ویرولنس۔
[5] علامات بدنیہ۔ کانسٹی ٹیوشنل سمپٹمس۔
[6] ثانوی۔ سکنڈری
[7] دھار دار ملعقہ۔ شارپ اسپون۔
[8] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔
[9] خراج مزمن۔ کرانک ابسس

پھوڑے کا علاج جس قدر جلد ممکن ہو (نشتر وغیرہ لگاکر) کرنا چاہئے۔

۲- عضو کو آرام و سکون دینا چاہئے۔ یہ التہاب مزمن میں بھی اُسی طرح ضروری ہے جس طرح التہاب حاد میں۔ مفاصل کو تختی یا پٹی باندھکر غیر متحرک کرنا چاہئے۔ ریڑھ کے ستون سے مخصوص آلات کی تدابیر کے ذریعہ یا مریض کو بستر پر لٹاکر ریڑھ سے وزن دور کرنا چاہئے۔ افرازات پیدا کرنیوالے غدد کا فعل سُست کر دینا چاہئے۔ اور اعضائے حاس کو تہیج سے بچانا چاہئے۔

۳- اِمالہ (یا تہیج خارجی) التہاب مزمن میں علاج کے بہترین اقسام میں سے ایک ہے۔ یہ مرض کی نوعیت اور عضو ماؤف کی خصوصیت کے لحاظ سے متعدد طریقوں سے کیا جاتا ہے۔ مثلاً اگر پلستر صرف ہاتھ سے کی جائے یا مروحات محرک عضو ملتہب پر چپڑکر تمریخ کی جائے تو اس سے جلد میں احتقان پیدا ہوتا ہے اور سطحی حصوں میں مقامی تحریک ہوتی ہے جس کے اثر سے عمیق ساختوں کو انعکاسی طور پر فائدہ پہونچتا ہے۔ اسکاٹ کی پٹی بھی اس غرض سے استعمال کی جاسکتی ہے۔ اس کی ترکیب استعمال یہ ہے کہ پہلے کپڑے کی دھجیوں پر مرہم سیماب مرکب (مرہم سیماب ۴ حصہ، موم ۲ حصہ، روغن زیتون ۲ حصہ، کافور ۱ حصہ) لگاکر ملتہب حصہ کو اُن سے ملفوف کر دیا جائے، پھر اُس کے اوپر مشمع صابن خالی یا نرم چمڑے (ہرن کے چمڑے) پر لگا کر لگا دیا جائے۔ منفشین بھی پھریری کی

| | |
|---|---|
| ۱ غدد مفرزہ۔ سکریٹنگ گلینڈز۔ | ۶ محرک۔ اسٹی مولنٹ۔ |
| ۲ اعضائے حاس۔ آرگنز آف سنس | ۷ احتقان۔ ہائی پریمیا۔ |
| ۳ تہیج۔ اری ٹے شن۔ | ۸ مرہم سیماب مرکب۔ انگوئنٹم ہائڈرارجائی کمپوزیٹم |
| ۴ امالہ۔ کونٹر اری ٹے شن۔ | ۹ مشمع۔ پلاسٹر۔ |
| ۵ مروحات۔ امبروکیشنز۔ | ۱۰ منفشین۔ آیوڈین۔ |

سے لگائی جاتی ہے اور نہایت مفید ہوتی ہے۔ تنفیط[۱] (آبلہ پیدا کرنا) مناسب حالات میں بہترین علاج ہے۔ چھالے ڈالنے کی ترکیب یہ ہے کہ ملتہب حصہ پر خلاصہ ذراریح[۲] کی پٹی چڑھا دی جائے، یا سائل لاصوق منفط[۳] پھریری سے لگا دیا جائے۔ مفقصہ[۴] یہ وہ زخم ہے جو کہ شورہ کا محلول الکحلی[۵] جلد پر لگا کر اور جلا کر پیدا کیا جاتا ہے۔

حمضمہ[۶] زخم کا تازہ رکھنا۔ پہلے کسی طریقے سے سطح پر تقرح پیدا کر لیا جائے پھر اسے کسی مقامی مہیج کے اثر سے مثلاً چنے کا دانہ زخم پر باندھ کر اسے تازہ رکھا جائے، یا کوئی مہیج دوا مثلاً مرہم اہیل[۷] کی پٹی لگائی جائے۔ خزام[۸] جلد کے نیچے ایک دھاگہ ڈال کر اس کے دونوں کناروں پر ڈوڈگرہ لگا دی جائیں اور پھر روزانہ دھاگہ کو جلد کے نیچے کھینچا جائے۔ ان تمام تدبیروں کا آجکل استعمال تقریباً متروک ہے، تاہم گاہے ان سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے کی حقیقی[۹] داغ سے داغنا، یہ ابالہ کا نہایت شدید قسم کا طریقہ ہے اور ہڈیوں اور جوڑوں کے مزمن التہاب میں بالخصوص مفید ہوتا ہے۔

ابالہ کا طریق عمل پورا واضح نہیں ہے، لیکن قرین قیاس یہ معلوم ہوتا ہے کہ بعض حالات میں اس کا مفاد اس احتقان دموی سے حاصل ہو جاتا ہے جو مقام ماؤف میں اس کے اثر سے پیدا ہوتا ہے۔ بعض دیگر حالات میں ان کا اثر اعصاب کے ذریعہ ہونا خیال کیا جاتا ہے۔

---

[۱] تنفیط۔ بلسٹرنگ۔

[۲] خلاصہ ذراریح۔ اکسٹرکٹ کنتھرڈس

[۳] سائل لاصوق منفط۔ کولوڈائن بلسٹرنگ فلوڈ

[۴] مفقصہ۔ ماکسا۔

[۵] محلول الکحلی۔ اسپرٹ سولیوشن

[۶] حمضمہ۔ اشیو۔

[۷] اہیل۔ سیون

[۸] خزام۔ سیٹن۔

[۹] کی حقیقی۔ ایکچوئل کاوٹری۔

۴۔ خارجی دباؤ (ضغط[1]) التہاب مزمن کے عوارض کا ایک نہایت اہم علاج ہے۔ اور اوس کا طریق عمل غالباً یہ ہے کہ وہ التہاب کے اثر سے ڈھیلے اور پھیلے ہوئے عروق کی قوت انقباض میں تحریک پیدا کر دیتا ہے جس سے وہ سکڑ جاتے ہیں۔ نیز دباؤ کے اثر سے التہابی رطوبات و ترشحات کے انجذاب میں مدد مل جاتی ہے۔ دباؤ پہونچانے کا عام طریقہ یہ ہے کہ عضو ماؤف پر پٹی کھینچکر باندہ دی جاے یا اُسے کسی نرم اور لچکدار چیز کا سہارا دیدیا جاوے جو بالخصوص مستعمل ہے۔

۵۔ اکتسابی یا مصنوعی احتقان۔ دبیر کا علاج اہی التہاب مزمن کے لئے مفید ہے اور اس کا بہترین فائدہ گرم حمامات سے یا بجلی کے خارجی استعمال کے مختلف طریقوں سے (جنکا بیان علٰحدہ آئے گا) یا مالش اور ورزشی علاجوں سے حاصل کیا جاتا ہے۔

۶۔ عمومی یا بدنی علاج۔ التہاب مزمن جن مخصوص یا نوعی مزاجوں اور خلطوں کے ساتھ وابستہ ہوا اونکا مناسب علاج کیا جاے، مثلاً آتشکی مریضوں میں سیماب اور شخاریہ بنفش آمیز[2] کا استعمال کیا جاے۔

۷۔ التہاب جراثیمی ہیں۔ مخصوص نوعی جراثیم کو علٰحدہ کر کے تلقیح[3] طیار کر کے علاج مناسب طریقہ سے کیا جاے (جسکا بیان علم الجراثیم کے باب میں مذکور ہوا ہی)

۸۔ معمولی جراحیات کے اعمال حسب ضرورت کیے جائیں کیونکہ یہ بھی ضروری ہیں۔

---

[1] ضغط۔ پریشر
[2] شخاریہ بنفش آمیز۔ پوٹاش آیوڈائڈ۔
[3] تلقیح۔ ویکسین۔

# بابِ سوم

# عدوی صدیدیہ غیر نوعیہ[1]

## اور

## جراحاتِ عدویٰ

اس باب میں اوس سلسلۂ عوارض کا بیان کیا جائے گا جن میں پیپ بنتی ہے یا جو پیپ بننے سے مشابہ ہیں اور جو دراصل غیر نوعی[2] جراثیم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں یہ اجساد[3] جنکو علی العموم صدیدیہ[4] کہا جاتا ہے، ساختہائے ماؤف میں ایک قسم کا جرابی عملِ التہاب پیدا کرکے اون میں رطوبات و ترشحات بنا دیتے ہیں۔ لہٰذا رقیق شدہ مادہ کو پیپ (قیح[5]۔ مِدّہ) اور جن ظواہر و اعمال سے بالآخر پیپ پیدا ہو جاتی ہے اونکو تقیح[6] کہتے ہیں۔ پیپ کے اوس مقامی اجتماع کو جو ساختوں کے اندر ہو جائے پھوڑا (خراج[7]) کہتے ہیں، اور یہ اپنی سرعتِ رفتار کے لحاظ سے حاد یا مزمن[8] ہو سکتا ہے، اگرچہ خراج مزمن کمتر پایا جاتا ہے۔ گاہے عدویٰ کے اثر سے عضوِ ماؤف کا نسیج خلوی[9] کم و بیش وسعت

---

[1] نان اسپے سے فک انفکشن۔
[2] غیر نوعی جراثیم۔ نان اسپے سے فک مائکرو آرگے نزم، وہ کہلاتے ہیں جو مخصوص امراض میں خصوصیت کے ساتھ نہیں ہوتے ہیں۔ اور نوعی جراثیم وہ کہلاتے ہیں جو خاص خاص امراض میں پائے جاتے ہیں مثلاً آتشک کے جراثیم۔
[3] آرگے نزم۔
[4] پایوجے نک۔
[5] قیح۔ پذ۔ پَس۔
[6] تقیح۔ سپورے شن۔
[7] ابسس
[8] ایکیوٹ
[9] کرانک
[10] سیلیولر ٹشو۔

کے ساتھ ملتہب ہو جاتا ہے تو اس حالت کو التہاب خلوی اور فلغمونی[1]
کہتے ہیں +

اِن مظاہرِ مقامی کے ساتھ جو عام علامات بدنیہ نمودار ہو جاتے ہیں وہ دو
قسم کے ہو سکتے ہیں (الف) جب صرف مواد سمین جذب ہو جائیں تو تسمم
دم یا اُس سے مشابہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، یا (ب) جب خود جراثیم دوران
خون میں داخل ہو کر دور دراز کے مقامات میں پھیل جائیں تو اس سے تعفن دم
یا تقیحِ دم پیدا ہو جاتا ہے +

اِن مختلف حالات کا تفصیلی بیان فرداً فرداً پیش کیا جائے گا مگر پہلے اس
پورے گروہ کے مشترک جراثیم کا بیان ضروری ہے +

## عدوٰی صدیدیہ غیر نوعیہ کے جراثیم

جراثیم صدیدیہ میں سے مندرجۂ ذیل اہم ہیں

(۱) کرویات عنقودیہ صدیدیہ۔ خاؤ اور مقامی تقیح میں یہ جراثیم
نہایت عام طور پر پائے جاتے ہیں، خصوصاً جلد اور تحت الجلد نسج کے تقیح
میں + حجم میں یہ کرویہ اوسط درجہ کا ہوتا ہے اور پیپ کے اندر انگور کے خوشوں
کی صورت میں اس کے جھنڈ پائے جاتے ہیں۔ طریقۂ جرام سے یہ جراثیم رنگ
قبول کر لیتے ہیں اور مادۂ ہلامیہ یا منجمد مصل دم کو رقیق کر دیتے ہیں کیونکہ ان میں

| | |
|---|---|
| ۱ سیلیولائی ٹس | ۷ پایوجے نک بیکٹیریا |
| ۲ فلیگ مونس | ۸ اسٹے فیلوکوکس پایوجےنس۔ |
| ۳ تسمم دم۔ ٹاکسی میا۔ | ۹ سب کیوٹے نیس ٹشو۔ |
| ۴ تعفن دم سپٹی سیمیا۔ | ۱۰ گرام سے تھڈ |
| ۵ تقیح دم۔ پائی میا۔ | ۱۱ جیلےٹین۔ |
| ۶ نان اسپےسے فک انفکشن۔ | ۱۲ سیرم۔ بلڈ سیرم۔ |

ایک اپنا خمیر[1] کیمیاوی پیدا کر دینے کی خاصیت ہے جو رطوبت[2] معدہ (ہضمین) کی طرح موادّ لحمیہ[3] کو تحلیل کر دینے کا خاصہ رکھتا ہے، یہ کرویات تقریباً ہر قسم کی زمینوں[4] (موادّ زرعیہ[5]) میں آسانی سے کاشت کیے جا سکتے ہیں اور حمضین[6] کی کثرت موجودگی میں بہترین افزائش پاتے ہیں۔

ٹھوس قسم کی زمین میں ان کی کاشت بسرعت بڑھتی ہے اور انکی نوآبادیاں[7] خوب پھیلتی ہیں۔ یہاں تک کہ زمین کی سطح پر ان کی ایک دبیز تہ جم جاتی ہے جو رنگ میں نارنجی[8]، ترنجی[9] (اُترجی) یا سپید ہوتی ہے۔ انھیں رنگوں کی مناسبت سے ان اجسام کی تین قسمیں شناخت کی گئی ہیں، یعنے کرویات[10] عنقودیہ صدیدیہ نارنجیہ، کرویات[11] عنقودیہ صدیدیہ اترجیہ، کرویات[12] عنقودیہ صدیدیہ بیضاء۔ لیکن بعض حالات میں ایک قسم دوسری قسم میں مبدل ہو جاتی ہے بایں ہمہ اس میں شک نہیں کہ یہ تینوں ایک ہی نوع یا جنس سے تعلق رکھتے ہیں۔

کرویات عنقودیہ صدیدیہ بہت عام وسعت رکھتے ہیں اور ہوا گرد و غبار میں بکثرت پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جلد انسانی میں بھی پائے جاتے ہیں گویا اس مقام کے معمولی یا طبعی باشندے نہیں ہیں جلد اور تحت الجلد

---

1. انزائم۔
2. پپ سین
3. مواد لحمیہ } پروٹیڈ
   „ کمانیہ
4. میڈیا۔
5. کلچر میڈیا
6. آکسیجن
7. کالونیز
8. آرنج یلو۔
9. لیمن یلو۔
10. کرویات عنقودیہ صدیدیہ نارنجیہ۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجے نس آرریس۔
11. کرویات عنقودیہ صدیدیہ اترجیہ۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجے نس سائٹریس
12. کرویات عنقودیہ صدیدیہ بیضاء۔ اسٹے فیلوکوکس پایوجے نس ایلبس۔

ساختوں کے التہاباتِ صدیدی (ورم متقیح) بیشتر حالات میں انھیں کرویات عنقودیہ کے باعث پیدا ہوتے ہیں اور جب کبھی ابتداءً التہاب کسی دوسرے جراثیم کے اثر سے پیدا ہو جاتا ہے تب بھی کرویات عنقودیہ کا ثانوی[1] عدوی ضرور ہو جاتا ہے۔ اس کی مثال قوبائے متعدیہ اور چیچک[3] (جدری) کے دانوں میں ملتی ہے۔ ان دونوں میں ابتداءِ مرض کا باعث کرویات[4] عقدیہ ہیں مگر ثانوی طور سے کرویات عنقودیہ صدیدیہ بھی حملہ آور ہو کر آموجود ہوتے ہیں۔

جلد بدن کے جن عوارض کا باعث کرویات عنقودیہ ہیں، ان میں سے ممتاز یہ ہیں۔ پھوڑے[5] (خراجات) دُمّل[6]۔ جمرہ[7]۔ بثور لبنیہ[8] وغیرہ بعض مرضیٰ ہیں وسیع التہاب خلوی یعنی فلغمونی بھی انھیں کرویات عنقودیہ کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، مگر ایسا شاذ ہی ہوتا ہے۔ عمیق ساختوں کا تقیح بھی مثلاً التہاب[9] مخ العظام التہاب[10] سغاق، تقیح[11] صدر، کرویات عنقودیہ کے باعث پیدا ہو سکتا ہے اور حقیقت تو یہ ہے کہ یہ جراثیم بدن کے ہر حصہ میں پیپ پیدا کر سکتے ہیں۔

تعفن[12] دم، تقیح[13] دم، التہاب[14] بطانۂ قلب (معہ تقرح) بھی اگرچہ کرویات عنقودیہ کے اثر سے پیدا ہو سکتے ہیں اور اس حالت میں انکا انجام نسبتاً کم خطرناک ہوتا ہے مگر بیشتر یہ امراض کرویات عقدیہ کے باعث پائے جاتے ہیں۔

[1] عدوی ثانویہ۔ سکنڈری انفکشن

[2] امپے ٹی گو کنٹے جیوسا

[3] جدری چیچک۔ اسمال پاکس

[4] اسٹرپٹوکوکائی

[5] پھوڑا۔ ابسس

[6] دمل۔ بوائل

[7] جمرہ۔ شب چراغ۔ کاربنکل۔

[8] بثور لبنیہ۔ سیچیولرائکس۔

[9] التہاب مخ العظام۔ آسٹیومائی لائی ٹس

[10] التہاب سغاق۔ پریٹونائی ٹس۔

[11] تقیح صدر۔ امپائی ما۔

[12] تعفن دم۔ سیپٹی سیمیا۔

[13] تقیح دم۔ پائی میا۔

[14] التہاب بطانۂ قلب۔ انڈوکارڈائی ٹس

تقیح کی بہت سی حالتیں، جو اعمال جراحیہ میں غیر عفونتی یا مانع عفونت احتیاط و وسائل کی کمی کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں، عموماً کریات عنقودیہ کی تنہا موجودگی کے باعث یا دیگر جراثیم کے ساتھ مخلوط ہونے کے باعث ظہور میں آتی ہیں۔

۲۔ کردیات عقدیۂ صدیدیہ۔ ان اجساد کے افراد چھوٹی یا بڑی زنجیروں کی صورت میں مرتب ہوتے ہیں۔ طریقہ جرام سے یہ رنگے جا سکتے ہیں مگر مصنوعی کشتوں کی زمینوں میں یہ بہت آسانی سے نہیں بڑھتے ان کی نشوونما کے لئے حرارت بدنیہ کے قریب قریب گرمی کی ضرورت ہوتی ہے اس لئے یہ مادہ ہلامیہ کی زمین میں بخوبی نہیں بڑھتے۔ ان کی نو آبادیاں چھوٹی چھوٹی اور نیم شفاف ہوتی ہیں، زیادہ نہیں پھیلتی اور نہ ایک دوسرے سے مخلوط ہوتی ہیں۔ یہ ایسا کوئی کیمیاوی خمیر نہیں بناتے کہ جس سے منجمد مصل دم (یا مواد لحمیہ) تحلیل ہو کر رقیق بنجائے ان کی نئی کاشتیں جلد ہلاک ہو جاتی ہیں۔

کردیات عقدیہ صدیدیہ کے اقسام کا جدا کرنا ایک مشکل امر ہے اور ابتک ان کی تقسیم نوع مشکوک و مبہم ہے۔ البتہ کردیات معویہ یا کردیات عقدیہ برازیہ تو ایک مخصوص و ممتاز نوع ہیں۔ یہ امعاء کے طبعی باشندے ہیں، اور میدان جنگ کے زخموں میں عموماً ملتے ہیں۔ مگر خوش قسمتی سے انکی حدت سمیہ نسبتاً کمزور درجہ کی ہوتی ہے جس سے تعفن دم یا تقیح دم شاذ ہی پیدا ہوسکتا ہے ان کی خصوصیت یہ ہے کہ یہ نہایت مختلف شکلوں کے ہوتے ہیں اور اکثر بیضوی

---

۱ غیر عفونی۔ اسپ ٹک۔
۲ مانع عفونت۔ انٹی سپ ٹک۔
۳ استرپٹوکوکس پایوجے نس۔
۴ گرام سے تقطہ
۵ کردیات معویہ۔ انٹروکوکس۔
۶ کردیات عقدیہ برازیہ۔ استرپٹوکوکس فیکلس
۷ ویرولنس۔

اور عصوی[1] اشکال پائے جاتے ہیں، یہ نہایت سخت جان ہوتے ہیں اور دافع جراثیم مطہرات اور حرارت وغیرہ سے بمقابلہ معمولی اقسام کے بمشکل ہلاک ہوتے ہیں۔

کرویات عقدیہ برازیہ کے سوا اور کوئی قسم، کرویات عقدیہ صدیدیہ کی قابل تفریق نہیں سمجھی گئی ہے اور ممکن ہے کہ ایک ہی قسم کے اجسام کو ہم مختلف درجوں کی حدت سمیہ میں پائیں اور کشتوں میں ہم ایک ہی چیز کو مختلف اوقات میں متغیر و مبدل صورتوں میں دیکھیں۔ ان کی نہایت شدید زہریلے انواع میں یہ ممتاز خصوصیت ہے کہ وہ ایک ایسا مادہ پیدا کر دیتے ہیں کہ جس میں خون کے سرخ دانوں کو تحلیل کر دینے کی قوت ہوتی ہے جس سے کہ خون کا سرخ جوہر (دموین[2]) الگ ہو جاتا ہے۔ جب آجار دموی[3] کی زمین میں انکو مصنوعی طور سے کشت کیا جاتا ہے، تو ان جراثیم کی نو آبادیوں کے گرد ایک گلابی رنگ کا طبقہ اس جگہ بن جاتا ہے جہاں اس طرح خون کے دانوں کی تحلیل واقع ہو کر دموین خارج ہو جاتی ہے۔ جب کسی زخم کے مواد میں اس قسم کے کرویات عقدیہ صدیدیہ کی تفریق و تمیز ہو جائے تو اسے ایک نہایت نامسعود شگون سمجھنا چاہئے، کیونکہ انکی موجودگی تعفن دم کا پیش خیمہ ہے اور عمل التحام ہمیشہ سست ہوگا۔ جن زخموں میں اس قسم کے جراثیم پائے جائیں، ان کو اگر ٹانکے لگا کر بند کر دیا جائے گا تو وہ مندمل نہیں ہو سکتے۔

کرویات عقدیہ صدیدیہ بمقابلہ کرویات عنقودیہ صدیدیہ کے زیادہ زہریلے اجسام ہیں اور بجائے مقامی پھوڑے کے زیادہ تر وسیع پھیلنے والا حاد التہاب پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ گاہے یہ مقامی پھوڑا بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ حمرہ (سرخباد)

---

[1] راڈ شیپڈ۔
[2] دموین۔ ہیموگلوبین۔
[3] اجار دموی۔ بلڈ اگار۔

پیدا کرنے والے کرویات عقدیہ کو پہلے ایک ممتاز و جداگانہ نوع خیال کیا جاتا تھا، مگر معمولی اقسام کے کرویات عقدیہ اور ان کے درمیان اس قدر خفیف اور غیر اہم فرق ہے کہ اب ان دونوں اقسام کو متحد و مشابہ نوع ہی سمجھا جاتا ہے۔ التہاب خلوی یعنی فلغمونی بھی عموماً کرویات عقدیہ صدیدیہ سے پیدا ہوتا ہے تعفن دم اور تقیح دم میں بھی یہی اجسام (کرویات عقدیہ صدیدیہ) نہایت اہم حصہ لیتے ہیں، اور التہاب و تقرح بطانۂ قلب بھی اکثر ان کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔

۳۔ کرویات ذات الریہ۔ یہ عموماً ذات الریہ فصیہ (التہاب شُشِ فصّی)[1] میں کرویات ثنائیہ[2] کی صورت میں موجود ہوتے ہیں، جن میں سے ہر فرد شکل میں مثلث نما یا نشتر سے مشابہ ہوتا ہے، اور ایک کا پیندا (قاعدہ) دوسرے کے پیندے سے متوازی اور برابر لگا ہوا ہوتا ہے۔ جب یہ جرثومہ کسی مادۂ حیوانیہ یا پیپ میں واقع ہوتا ہے تو اس کے گرد ایک غلاف[3] محیط ہوتا ہے۔ مصنوعی کشتوں میں یہ جرثومہ کرویات عقدیہ صدیدیہ سے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ شش سے تعلق رکھنے والے التہابات میں اور خصوصاً تقیح مفاصل[4] میں یہ مخصوص اہمیت رکھتا ہے۔ شش کے تمام التہابی عوارض میں، جن کی ابتدا خواہ کسی طور پر بھی ہوئی ہو یہ تقریباً ہمیشہ عدوی ثانویہ (دوسرے درجہ) کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ مثلاً جب مرض سل میں پھیپھڑے کے اندر غار ہو جاتے ہیں، تو ان غاروں کی دیواروں میں عموماً صرف تنہا کرویات ذات الریہ کے باعث یا ان کے ساتھ اور دیگر جراثیم مخلوط ہو جانے سے پیپ پیدا ہو جاتی ہے۔ امراض جوبہ اور اوس کے باعث

---

[1] لوبر نیمونیا
[2] ڈپلوکوکس
[3] غلاف کیپسول۔
[4] امپائی ما۔
[5] مثل ایرڈیزیز۔

پیدا ہوجانے والے جبجمہ[1] یا جبجمہ کے اندرونی اعضا کے عوارض بھی عموماً انھیں جراثیم کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں التہاب[2] مفاصل بھی کردیات ذات الریہ سے پیدا ہوسکتا ہے جس میں بالآخر پیپ بھی پیدا ہوسکتی ہے اس قسم کا التہاب مفاصل عموماً التہاب شُش (ذات الریہ) کے بعد واقع ہوتا ہے مگر یہ ضروری نہیں کہ ذات الریہ کے بعد ہمیشہ مفاصل میں بھی لازمی طور پر التہاب ہو انہی اجسام کے باعث بچوں میں التہاب[3] صفاق بھی ہوجاتا ہے، جو ابتداءً ان سے پیدا ہو یا امراض شُش کے بعد ثانوی طور پر نمودار ہو کر دیات ذات الریہ گاہے دوران خون میں داخل ہو کر تعفن[4] دم پیدا کر دیتے ہیں جس کے ساتھ التہاب و تقرح[5] بطانہ قلب بھی موجود یا غیر موجود ہوسکتا ہے۔

(۴) عصا[6] قولونی یہ طبعی طور پر تندرست امعا کے فضلات میں موجود ہوتا ہے یہ ایک چھوٹا عصی[7] ہے جس میں حرکت کرنے کی قابلیت ہوتی ہے مگر انڈے (ابذار[8]) نہیں بنا سکتا، طریقہ جرام سے رنگا جاسکتا ہے، حمضین[9] کی موجودگی میں بہترین نشو و نما حاصل کرتا ہے، مگر غیر ہوائیہ[10] اختیاریہ ہوتا ہے۔ یہ خمیر[11] کیمیاوی (جس سے مواد کلاسیہ تحلیل ہوجاتے ہیں) نہیں بناتا، لہٰذا مادہ ہلامیہ اس کے اثر سے رقیق نہیں ہوسکتا، مگر یہ بکثرت بدبو دار ریاح پیدا کر دیتا ہے بدبو پیدا کرنے والے جراثیم میں سب سے زیادہ اہمیت رکھنے والے اجسام عصی قولونی ہی ہیں

[1] جبجمہ۔ کریسے نیم۔
[2] التہاب مفاصل۔ آرتھرائی ٹس
[3] التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس
[4] سپٹی سیمیا۔
[5] السریٹو انڈوکارڈائی ٹس

[6] عصا قولونی۔ بیسی لس کالائی۔
[7] بیسی لس۔
[8] اسپور۔
[9] حضین۔ آکسیجن۔
[10] نکلیٹے ٹو ان ایروب۔
[11] انزائم۔

یہ مواد لحیہ کو تجزیہ و تحلیل کے ذریعہ سے توڑ کر نیلِ بُو[1] (انڈال) اور اس سے مشابہ اجسام اور ایسے بخارات (ریاح) بنا دیتے ہیں جن میں پائے خانہ کی سی بدبو ہوتی ہے۔ یہ حمیٰ معویہ[2] کے جراثیم سے بہت قریبی مشابہت رکھتے ہیں مگر ان کی جیسی خاصیت مختلف شکروں پر اثر پیدا کرنے کی نہیں رکھتے جس کے باعث ان سے ممتاز طور پر شناخت کیے جا سکتے ہیں۔ مثلاً اگر شوربہ میں شکرِ انگور[3] (شکرِ فواکہ) کی آمیزش کر کے اس زمین میں عصی حمیٰ معویہ کو اُگایا جائے تو حامض[4] پیدا ہو جاتا ہے مگر ریاح[5] نہیں بنتے، برخلاف اس کے اگر اسی زمین میں عصی قولونی کو اُگایا جائے تو حامض اور ریاح دونوں پیدا ہو جاتے ہیں۔ عصی قولونی اور عصی حمیٰ معویہ یہ دونوں اجسادِ دقیقہ[6] کے ایک بڑے اور اہم خاندان کے رُکن ہیں جو شکل و صورت میں تو ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں مگر اپنے کیمیادی افعال میں مختلف ہوتے ہیں +

معمولی اور طبعی حالات میں اس نوع کے جراثیم ، جو امعاء کے فضلات میں واقع ہوتے ہیں، زیادہ سمیت نہیں رکھتے۔ مگر جب امعاء کے اندر کسی قسم کے تغیرات مرضیہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ مثلاً جب آنتیں کسی وجہ سے گھُٹ کر دب جاتی ہیں (خنق[7]) یا ان میں زخم یا چھید ہو جائیں (تقرّح و تثقّب[8]) تو ان جراثیم کی سمیت میں زیادتی ہو جاتی ہے جس کے باعث ساختوں میں تلف و فساد پیدا ہو سکتا ہے۔ لہٰذا یہ جراثیم اکثر التہاب[9] دودۂ اعور، التہاب[10] صفاق حاد وغیرہ

---

[1] نیل بُو۔ انڈال
[2] حمیٰ معویہ۔ ٹائی فائڈ فیور
[3] شکر انگور۔ گریپ شوگر۔
[4] ایسڈ
[5] گیس
[6] اجساد دقیقہ۔ مائکرو آرگے نزم
[7] خنق۔ اسٹرینگولیشن۔
[8] تثقّب۔ پر فورے شن۔
[9] اپنڈی سی ٹس
[10] پریٹونائی ٹس۔

پیدا کر دیتے ہیں اور انکے اثر سے جو پیپ بنتی ہے اوس میں پاخانہ کی بدبو پائی جاتی ہے۔ یہ جراثیم مجری مرارہ میں داخل ہوکر التہاب مرارہ[1] اور التہاب مجری مرارہ[2] پیدا کر سکتے ہیں۔ اسی طرح عصی قولونی التہاب مثانہ[3] کے پیدا کرنے کے عام ترین اسباب میں سے ہیں۔ لیکن عصی قولونی میں قارورہ کو نمکین بنانے کی طاقت نہیں ہے۔ اسکا سبب یہ ہے کہ پیشاب میں عموماً ایک مخصوص قسم کے جراثیم موجود رہتے ہیں جنکو پہلے کردیات[4] بولیہ دقیقہ کے نام سے پکارا جاتا تھا اور جواب اون کردیات بشرہ بیضا[5] سے مشابہ سمجھے جاتے ہیں جو کہ جلد میں عام طور پر طبعاً پائے جاتے ہیں +

(۵) عصی[6] حمی معویہ۔ یہ بعض اوقات پھوڑے پیدا کر دیتے ہیں جو عموماً حمی معویہ کے بعد، خصوصاً ہڈیوں اور جوڑوں میں نمودار ہو جاتے ہیں بعض حالات میں یہ جراثیم پیپ نمودار ہونے سے برسوں پہلے جسم میں پوشیدہ پڑے رہتے ہیں۔ یہ بھی ثابت ہو چکا ہے کہ بعض مرضیٰ حمی معویہ ہونے کے بعد ان جراثیم کو قارورہ اور براز سے برسوں بعد تک خارج کرتے رہتے ہیں۔ اور جب یہ براز میں پائے جاتے ہیں تو اکثر مرارہ انکا مرکز عددی ہوتا ہے جہاں سے نکلکر یہ براز میں پہونچ جاتے ہیں۔ ایسے اشخاص کو حا[7]مل حمی معویہ کے نام سے پکارا جاتا ہے اور ان کی وساطت سے حمی معویہ وبائی صورت میں ناگہانی طور پر پھیل سکتا ہے جو بظاہر بلا کسی سبب کے معلوم ہوتا ہے +

---

[1] التہاب مرارہ۔ کول سسٹائی ٹس

[2] التہاب مجری مرارہ۔ کولنجائی ٹس۔

[3] التہاب مثانہ۔ سسٹائی ٹس۔

[4] کردیات بولیہ دقیقہ۔ مائکروکوکس یوری

[5] کردیات بشرہ بیضا۔ مائکروکوکس اپی ڈرمی ڈس البس۔

[6] عصی حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ بیسی لس

[7] حامل حمی معویہ۔ ٹائی فائڈ کیریر۔

(۶) عصیٰ قیحیہ زرقاء۔ (قیحیہ پیپ والے + زرقاء نیلے) شہری آبادی کے مرضیٰ میں یہ جراثیم پیپ کا باعث شاذونادر ہی ہوتے ہیں۔ مگر یہ جنگی مریضوں اور خصوصاً بندوق کے زخموں میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ انکے باعث جو پیپ بنتی ہے اُسے اگر پٹی پر اکھٹا کیا جائے یا ہوا میں کھلا رکھا جائے تو اسکا رنگ نیلگوں سبز ہو جاتا ہے۔ اس کے عددی کے باعث زخموں سے مواد نہایت کثیر مقدار میں نکلتا ہے جس میں شیرۂ انگور کی سی بُو ہوتی بُو آتی ہے۔ جب ان جراثیم کے باعث عددی پیدا ہوجائے تو وہ عموماً خطرناک نہیں ثابت ہوتا اور دافع جراثیم مطہرات کے ذریعہ اور پیپ کے خارج ہونے کا معقول انتظام کے بعد اُسپر (عددی پر) پُورا قابو آسانی سے حاصل ہوجاتا ہے۔ لیکن گاہے جراثیم خون کے اندر بھی دیکھے جاتے ہیں اور اونکے اثر سے اسہال ورشایٔ کان (جوبیہ) کا التہاب اور موت بھی واقع ہوسکتی ہے۔ بعض اوقات یہ عمومی عددی پیدا کرسکتا ہے +

(۷) عصیٰ سوزاک (اس کا بیان سوزاک کے باب میں آئے گا)

(۸) کرویات رباعیہ (رباعیہ۔ چار والے) ان کے افراد چار چار کی صورت میں ہوتے ہیں اور یہ بہت کم پائے جاتے ہیں +

تقیح بہت سی صورتوں میں عددی مختلطہ کے سبب سے پیدا ہوتا ہے جس میں مندرجہ بالا جراثیم کی قسموں میں سے دو یا زیادہ ملکر سبب مرض ہوجاتے ہیں۔ (مختلطہ۔ ملا ہوا) میدان جنگ کے زخموں میں تو بعض غیر ہوائی

---

۱۔ میں لس پایوسیانس
۲۔ التہاب جوبیہ۔ اوٹائی ٹس میڈیا
۳۔ عمومی عددی۔ جنرل انفکشن۔
۴۔ گانوکاکس۔
۵۔ کرویات رباعیہ۔ مائکروکاکس ٹٹراجینس
۶۔ عددی مختلطہ۔ مکسڈ انفکشن۔
۷۔ غیر ہوائی۔ ان ایرو بیز۔

جراثیم (جنکا بیان علٰحدہ درج ہے) بھی شامل ہوکر حدوثِ مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ بعض دیگر حالات میں ابتداءً پھوڑا جو معمولی جراثیم صدیدیہ کے اثر سے پیدا ہوجاتا ہے بعد میں کسی بسیط قسم کے جراثیم عفنہ (بت العفونت) کی تلقیح پاکر اونسے بھی ثانوی طور پر متاثر ہوجاتا ہے۔ کیونکہ یہ جراثیم عفنہ مردار پیپ ہی میں نشو ونما پاسکتے تھے اور زندہ ساخت پر کچھ اثر نہیں کرسکتے تھے۔ ایسا اتفاق (حادثہ) کسی ایسے بڑے پھوڑے ہی میں ہوسکتا ہے جس میں مواد کے پورے طور سے خارج ہونے کا انتظام نہ ہو اور جس کی پٹی احتیاط کے ساتھ نہ بدلی جاتی ہو۔ اس قسم کا حادثہ بہ احتیاط تمام پیدا نہ ہونے دینا چاہئے، کیونکہ مختلط عددی[1] کے زخم و جراحات نہایت دقت سے مندمل ہوتے ہیں، اور علاوہ ازیں ساختہائے جسم ایک ہی قسم کے جراثیم کے لئے تو مناعت نہایت آسانی سے حاصل کرسکتے ہیں مگر ان میں دو یا زیادہ قسم کے جراثیم کی مناعت ایک ہی وقت میں نسبتاً زیادہ دقت اور مشکل کے ساتھ پیدا ہوسکتی ہے۔ اس امر کی وجہ سے کہ زخم پہلے ہی سے عذدی[2] ہوچکا ہے احتیاط میں کمی کرنا اصولِ تطہیر کی پوری مطابقت ہر ممکن طریقہ سے نہ کرنا ناجائز اور خطرناک ہے۔

# خراجِ حاد[3]

## نوعیتِ اسباب

(الف) اس بات کو ایک مسلمہ اصول کی طرح ذہن نشین کرلینا چاہئے کہ جراحات میں جب کبھی تقیح (پیپ کا موجود ہونا) پایا جائے گا تو وہاں ہمیشہ جراثیم کے

[1] سیپرو فائٹس

[2] عذدی۔ انفکٹو

[3] خراج حاد۔ اکیوٹ ابسس

فعل کے باعث ہوگا۔ یہ سچ ہے کہ معمل (تجربہ گاہ) میں کیمیادی مُہیجات کے استعمال سے حیوانات میں غیر عفنی تقیح پیدا کر لینا ممکنات سے ہے، مگر انسان میں ایسا واقع نہیں ہوتا۔ یہ بھی سچ ہے کہ بعض پھوڑوں (جن میں سے خراج کبد اور تقیح تغازنغ قابل تذکرہ ہیں) کے مواد و رطوبات کے اندر خوردبینی اور کشتوں کے امتحان میں بھی کسی قسم کے جراثیم نہیں پائے جاتے مگر اس کی اصلی وجہ یہ ہے کہ جراثیم ہلاک ہو کر تلف ہو گئے ہیں اور خراج پھیلنے سے رک گیا ہے۔ بعض دیگر حالات میں جراثیم نہایت قلیل تعداد میں موجود ہوتے ہیں یا وہ معمولی کشتوں کی زمینوں میں نہیں اوگتے۔ علاوہ ازیں اس موقعہ پر یہ ظاہر کر دینا بھی ضروری ہے کہ جراثیم مرض آئے دن نئے نئے دریافت ہوتے رہتے ہیں جن کے وجود کا پہلے وہم و گمان تک نہ تھا۔

(ب) جراثیم اس مقام پر جو ملتہب ہو جاتا ہے جسم کے باہر یا اندر دونوں طرف سے پہنچ سکتے ہیں۔ بیشتر اوقات تو جراثیم باہر ہی سے داخل ہو جاتے ہیں، جیسا کہ محققین (گارّی اور بوخاردم) کی تحقیقات سے ثابت ہو چکا ہے۔ ان محققین نے کرویات عنقودیہ صدیدیہ نارنجیہ کی اُگائی ہوئی کشتیں اپنے بازوؤں کی جلد پر ملیں اور وہاں تقیح حاد پیدا کیا، جو اس طرح شروع ہوا کہ پہلے تو سطحی بثور (پھنسیاں) نمودار ہو گئے اور یہ بالآخر دُمّل یا جمرہ کی صورت میں مبدل ہو گئے۔ کرویات عنقودیہ صدیدیہ عموماً جلد بدن میں موجود رہتے ہیں۔ اور اکثر ہوا کے ذریعہ سے آلات جراحیہ، مرہم پٹی وغیرہ پر جم جاتے ہیں۔ لہٰذا

۱۔ اسپٹک لیبس۔ ۲۔ اسپٹک سپوریشن
۳۔ تقیح تغازنغ۔ پایوسلفنگس۔
۴۔ اسٹفیلوکوکس پایوجےنس آوریس
۵۔ بثور۔ پسچیول۔
۶۔ دُمّل۔ بوائل۔
۷۔ جمرہ۔ شب چراغ۔ کاربنکل۔

بیشتر حالات میں تقیح پیدا ہونے کا سبب یہی ہوتا ہے کہ جراثیم اِن خارجی ذرائع میں سے کسی نہ کسی ایک کے ذریعہ داخل بدن ہو جاتے ہیں اور عدویٰ پیدا کر دیتے ہیں +

لیکن بعض حالات میں جراثیم خون کے اندر سے ساختہائے بدن (انسجہ) میں پہونچ جاتے ہیں. مثلاً گاہے کسی گہری ساخت کا تفرق و فساد (جیسے کہ عضلہ[1] یا رباط[2] کا ٹوٹ جانا) بالآخر تقیح پیدا کر دیتا ہے اگرچہ اوس مقام کے اوپر کی جلد کا چمڑا مسلم ہوتا ہے اور جلد اور مقام ضرب کے درمیانی انسجہ بظاہر تندرست و صحیح ہوتے ہیں. ایسی حالت میں ہمیں عدویٰ ذاتیہ[3] کا واقع ہونا فرض کر لینا چاہئے جس میں جراثیم پُرانے اور مزمن تقیح کے کسی مرکز (مثلاً تقیح لثہ[4]، یا تقرحِ دہن یا تقرح امعاء) سے خون میں داخل ہو جاتے ہیں +

بعض دیگر حالات میں خراج اُن جراثیم کے سبب سے پیدا ہو سکتا ہے جو انسجہ میں پوشیدہ اور چھپے ہوئے پڑے ہوں اور ممکن ہے کہ اِس حالت[5] خفاء میں ایک عرصہ دراز سے ہوں. اِس حالت کا تذکرہ علم الجراثیم کے بیان میں ہو چکا ہے اور یہ خصوصاً ناہموار اور کھُردرے زخموں کے بعد مزمن اور دیرپا تقیح کے مراکز بن جانے سے پیدا ہو سکتی ہے. اس قسم کے امکانات کا خیال اوس وقت پیش نظر رکھنا ضروری ہے جبکہ اس بات کا فیصلہ کرنا منظور ہو کہ جراحی کے بعض ثانوی اعمال (مثلاً ہڈیوں اور اعصاب پر) کرنے کے لئے بہترین وقت کون سا ہونا چاہئے. عموماً ایسے موقعوں پر تین سے چھ ماہ تک

---

[1] عضلہ. مسل.

[2] رباط. لگمنٹ

[3] عدویٰ ذاتیہ. آٹو انفکشن

[4] تقیح لثہ. پایوریا.

[5] حالت خفائی جراثیم. سلے ٹنسی آف جرمز.

انتظار کرنا مناسب ہے اور اس درمیان میں مریض کو پہلے سے خوب قوی بنالینا چاہیئے۔ اس امر کے متعلق قطعی حکم لگانا (فیصلہ کرنا) مشکل ہے کہ جراثیم کی یہ حالت خفا کن حالات و اسباب کے ماتحت پیدا ہوجاتی ہے، مگر ممکن ہے کہ یہ کسی خفیف سی خارجی چیز (جسم غریب[1]) کے اندر گھس جانے یا پیپ کی نہایت خفیف مقدار (جو شاید خوردبین ہی سے دیکھی جاسکے) میں جھلی سے گھر کر اور مغلف ہو کر ساختوں میں رہ جانے کے باعث ہو یعنی جراثیم محدود ہوجاتے ہوں اور ان پر حالت جمود طاری ہوجاتی ہو ۔

پس جب اس قسم کی مقامی حالت پہلے سے موجود ہو، تو حصہ ماؤف کا ذرا سا چھل جانا جس میں سطحی تفرق اتصال بھی واقع نہ ہو، یا عمل جراحی کے دوران میں اتفاقی زخم کا لگ جانا، یا بغیر کسی قسم کے زخم کے ہی صرف عام صحت جسمانی میں کمی پیدا ہوجانا۔ اس بات کے لیے کفایت کرتا ہے کہ شاید تقیح از سر نو پھر ابھر جائے۔ دوسری مثال ہڈیوں کے ان پھوڑوں میں ملتی ہے جو بعض اوقات حمی معویہ[2] ہونے کے مہینوں یا برسوں بعد پیدا ہوجاتے ہیں اور جو عصیٔ حمی معویہ کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس حالت میں یہ بھی ممکن ہے کہ ان جراثیم کا عدوی بعد میں بھی دوبارہ پہنچ گیا ہو ۔

جب جراثیم صدیدیہ ایک مرکز تقیح سے جسم کے کسی دوسرے حصہ میں منتقل ہوجاتے ہیں، تو وہاں ایک بالکل مختلف اور جداگانہ مزاج (قسم) کے پھوڑے پیدا ہوجاتے ہیں جن کو خراج[3] سدی ثانوی کہتے ہیں اور یہ تقیح دم سوزاک وغیرہ میں نمودار ہوجاتے ہیں ۔

---

۱؎ جسم غریب۔ خارجی جسم۔ فارن باڈی
۲؎ ٹائی فائڈ فیور
۳؎ خراج سدی ثانوی۔ سکنڈری امبولکم ابسس

عقیمؔ و مطہر اجسام غریبہ (مثلاً چاندی کا تار یا کانچ کے ٹکڑے) تقیح نہیں پیدا کرتے۔ مگر بعض نہایت نادر حالات میں عددیٔ ذاتیہ کے باعث ان سے بھی پیپ پیدا ہو سکتی ہے۔ مثلاً ایک مسافر خانے کے ملازم کی گردن میں آب زؔیہ کی بوتل کے پھوٹنے سے کانچ کی ایک کھُردری ناہموار کریچ (ٹکڑا) سوا قیراطؔ لمبی، ڈیڑھ قیراط چوڑی داخل ہو گئی۔ اس کے بعد کسی قسم کی تکلیف محسوس نہیں ہوئی (تقیح واقع نہیں ہوا) اس واقعہ کے دس ماہ بعد جب یہ کانچ کا ٹکڑا اوس کی گردن سے نشتر کے ذریعہ نکالا گیا تو دیکھا گیا کہ اوس ٹکڑے کے گرد ایک جھلی کا غلاف بن گیا تھا جس نے اوسکو محیط کر رکھا تھا۔

اس اُصول سے کہ مطہر اجسام اندرونِ بدن داخل ہونے کے بعد پیپ نہیں پیدا کرتے، اعمال جراحیات میں رات دن منفعت حاصل کی جاتی ہے اور جسم کی ساختوں کے گہرے طبقات کو مطہر کردہ اندرونی ٹانکے لگا کر جوڑ دیا جاتا ہے یا منقطع شدہ ساختیں (مثلاً ہڈیاں، رباطات، وغیرہ) کو دھات کے تاروں، پیچ کیل وغیرہ یا اسی قسم کے دیگر اندرونِ بدن سامان و ذرائع کی مدد سے ملا کر جوڑ دیا جاتا ہے۔ اگر یہ آلات و اسباب بہ احتیاطِ تمام کلّی طور پر عقیم و مطہر نہ کئے جائیں تو بے حد و حساب تکلیف و فساد کا باعث ہونگے۔

لہذا مندرجہ بالا تشریح سے بخوبی ظاہر ہو گیا کہ، اگرچہ حیوانات میں تقیح تجربۃً جراثیم کے بغیر بھی پیدا کیا جا سکتا ہے، لیکن انسان میں معمولی حالات میں تقیح بغیر جراثیم صدیدیہ کی موجودگی اور بلا ان کے حیوانی فعل کے واقع نہیں ہو سکتا۔

| | |
|---|---|
| ۱؎ عقیم و مطہر۔ اسٹرے لائزڈ | ۳؎ انچ |
| ۲؎ سوڈا واٹر۔ | ۴؎ اندرونی ٹانکے۔ بیوریڈ سیوچر |

## (۱۱) گردہ میں پھوڑے کا بننا

(۱۱) مرکز میں جراثیم کا کتلہ از جے ہے۔ اور اس کے گرد مردہ ساخت کا ایک منطقہ یعنی حلقہ ہے۔ اور اس حلقہ کے گرد زندہ ساخت کا حلقہ ہے جس میں بیضادات کثیر النوات جمع ہو گئے ہیں ۔

خُراج حاد کے اسباب:- یہ عملی طور سے تین عنوانوں میں منضبط کیے جا سکتے ہیں:-

(۱) غالباً مریضِ خُراج پہلے ہی سے خراب اور کمزور صحت رکھتا ہے اور اس کے جسم کی قوتِ دافع[۱] جراثیم ناقص ہوتی ہے۔ جب ایک ہی شخص میں پھوڑے ایک سے زائد مرتبہ ہو چکے ہوں تو اس بات کا گمان غالب ہوتا ہے کہ کوئی داخلی ذریعۂ عدوی (مثلاً عفونتِ دہن) یا کوئی خارجی آلائش وآلودگی (مثلاً میلے اور غلاظت کی نالیوں اور نلوں کے خراب ہونے کے باعث غلیظ و بدبودار بخارات) موجود ہے۔

(۲) ایک مقامی مرکزِ عفونت کا موجود ہونا لازمی ہے جس کی قوت حیوانیہ مجروح ہونے کی وجہ سے یا سردی یا گرمی وغیرہ کے اثر سے کم ہوگئی ہو۔

(۳) یہ مقام یا مرکز جراثیم صدیدیہ سے ملوّث ہو جاتا ہے، جو اس مقام پر اندرونِ جسم سے یا جسم کے باہر سے پہونچ جاتے ہیں۔

خراج حاد کی پیدائش وساخت۔ جراثیم جو ساختوں میں داخل ہو چکے ہیں نشوونما پا کر سمیّت پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ سمیّت آس پاس کی ساختوں میں پھیل کر التہاب حاد پیدا کر دیتی ہے۔ عروق پھیل جاتے ہیں اور ان میں استرخا ہو جاتا ہے، دورانِ خون پہلے تیز ہو کر پھر سُست ہو جاتا ہے (یعنی سرعت[۲] و مزاحمت[۳] کی حالت طاری ہو جاتی ہے) جس کے بعد کُلّی انسداد واقع ہو کر سُکتہ[۴] بنجاتا ہے اور خون کے سفید دانے ارتشاح وانتقال کے ذریعہ عروق سے باہر نکل جاتے ہیں۔ مجروح ساختوں پر سمیّات کا زیادہ شدید اثر ان کی قوت حیوانیہ کو نابود کر دیتا

| | |
|---|---|
| ۱؎ دافع جراثیم۔ جرمی سائڈ۔ | ۳؎ مزاحمت ریٹارڈے شن۔ |
| ۲؎ سرعت دوران۔ اکسیلے ریشن | ۴؎ تھرامبس۔ |

ہے اور یہ ہلاکتِ ساخت عموماً شقاقلوسِ[1] انجمادی کے عمل کے ذریعہ پیدا ہوتی ہے۔ اب اگر مقام ماؤف کو اس درجۂ مرض کے موقعہ پر تراش کر (خوردبین) سے دیکھا جاوے تو اوس میں دو نہایت متفرق و ممتاز طبقے نظر آئیں گے (۱) ایک مرکزی[2] رقبہ جس میں ساختیں مُردہ ہو گئی ہیں اور جن سے رنگ قبول کرنے کے خصائص زائل ہو چکے ہیں۔ ان مردہ ساختوں کے ساتھ جراثیم[3] صدیدیہ بھی شامل ہوتے ہیں۔ اور (۲) ایک محیطی طبقہ[4] جو معمولی التہابِ حاد کی صورت میں ہوتا ہے، اور جو بتدریج آس پاس کی تندرست ساختوں کے ساتھ ملکر اون میں غائب ہو جاتا ہے۔ اس ملتہب طبقہ میں خون کے سفید دانوں کا شدید ترشح و اجتماع موجود ہوگا، اور امتحان سے ظاہر ہوگا کہ یہ دانے زیادہ تر وہ ہیں جنھیں کثیر النوات کریات بیضاء[5] کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے اور جو اس مقام پر جراثیم صدیدیہ کے افرازات کی خاص کشش (نظمِ[6] کیمیاوی) کے باعث کھنچکر چلے آئے ہیں۔

خراج حاد کا مرکزی مُردار حصہ جس میں جراثیم بھی شامل ہیں ابتک راسخ رجہ تک، آس پاس کے انسجہ سے جُڑا ہوا ہوتا ہے، اور اگر اس وقت اس مقام کو کاٹ کر دیکھا جاوے تو یہ مرکزی حصہ بطور ایک سڑے ہوئے ٹکڑے (تاکل[7]) کے نظر آئے گا جسے جُدا کرنے میں دقت محسوس ہوگی۔ لیکن یہ حالت محض عارضی ہوتی ہے اور جلد بدل جاتی ہے۔ رطوبات اور خصوصاً سائل[8] دموی کی مسلسل زیادتی

| | |
|---|---|
| [1] شقاقلوس انجمادی۔ کوگولیشن نکروسس | [5] پالی نیوکلیر لیکوسائٹس |
| [2] سنٹرل ایریا۔ | [6] کیموٹیکسس۔ |
| [3] پایوجنک بیکٹیریا۔ | [7] اسلف۔ |
| [4] پری فیرل زون۔ | [8] سائل دموی۔ پلازما۔ |

کے باعث مرکز التہاب کا اندرونی تناؤ اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ مرکزی مُردار حصہ کا انفصال وتعلق آس پاس کی ساختوں سے منقطع ہو جاتا ہے اور ایک تیسرا طبقہ بن جاتا ہے جس میں (۳) بیضاوات کثیر النوات رطوبت کے اندر تیرتے پھرتے ہیں۔ یہ طبقہ مرکزی مردار حصہ اور باہر کے محیطی ملتہب طبقہ کے درمیان بنتا ہے اور جہاں سمیتن خمیر کیمیاوی کے ذریعہ مادہ لحمیہ کو تحلیل کر دینے کا اثر پیدا کر سکتے ہیں تو یہ عمل تحلیل ساختوں کو رقیق بنانے میں ایک حد تک ممد ہو جاتا ہے۔

مرکزی چھوٹے سڑے ہوئے حصہ کا انجام بلحاظ حالاتِ مختلفہ، مختلف قسم کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات جبکہ کوئی چھوٹا سا پھوڑا (نشتر سے) پھوڑا جاتا ہے تو وہ بجنسہ تیز کیا جاتا ہے جیسے کہ دُنّل کی کیل (ام ابقیح) مگر بیشتر حالات میں اُسے سفید دانے جذب کر لیتے ہیں یا وہ کیمیاوی خمیر (خمیر ہاضم) اُسے ہضم کر لیتے ہیں جو اکثر جراثیم صدیدیہ طبعاً بناتے ہیں اور جن کے اثر سے مادہ لحمیہ منضم وتحلیل ہو جاتا ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کوئی مخصوص حصہ (تاکل) مجموعی طور سے مُردار ہو کر جُدا نہیں ہوتا بلکہ ابتدا میں ہی جراثیم یہ اثر پیدا کر دیتے ہیں کہ سفید دانے ملتہب ساخت میں جو اب تک زندہ ہوتی ہے بکثرت ہجوم کرتے ہیں اور ساخت کے ایک ایک خلیہ کو یکے بعد دیگرے چُن چُن کر ہلاک کر کے ہضم کر لیتے ہیں۔

لہٰذا پھوڑا (خراج) سفید دانوں کا وہ مجموعہ ہے جو رطوبت میں معلق اور ساختہائے ملتہبہ کے طبقہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ سفید دانوں اور رطوبت

---

ل انزائم۔
ل۲ چھوٹے کی کیل کی سور آف بوائل / ام ابقیح
ل۳ ٹرپ ٹک انزائم۔

کو مجموعی طور پر پیپ (مِدّہ۔ قیح) کہتے ہیں، اور اس بات کا جاننا ضروری ہے کہ خراج حاد کی پیپ[1] کے خصوصی دانوں کی شناخت یہ ہے کہ وہ کثیر النوات[2] ہوتے ہیں۔ مگر یہ دانے معمولی خون کے سفید دانوں سے قدرے مختلف صورت کے ہوتے ہیں۔ اِن میں سے بہتیرے توسمین سے ہلاک ہوجاتے ہیں (جب تازہ پیپ کو آلۂ مجہر کے گرم کردہ تختۂ نظر[3] پر رکھکر دیکھا جائے تو جو دانے ہلاک ہوچکے ہیں اون کی حرکت غائب نظر آتی ہے یہ اونکی ہلاکت کی دلیل ہے) اور پھر اون میں فسادِ[4] کے مختلف تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض کے اندر جراثیم بھی ہوسکتے ہیں ۔

ابتداء میں تو پھوڑا اکثر سرعت کے ساتھ پھیلتا ہے، مگر دو ایک دن کے بعد بیشتر حالتوں میں ایک گونہ مقامی مناعت پیدا ہوجاتی ہے اور پھر پھوڑا نسبتاً آہستہ آہستہ پھیلنے لگتا ہے، یہ اسبات کی علامت ہے کہ عضو ماؤف کی ساختیں اولاً تو جراثیم اور سمین کے نرغہ میں آکر مغلوب سی ہوجاتی ہیں مگر بعد اُنکے ساتھ مقابلہ کے لئے آمادہ ہوجاتی ہیں، اس درجہ[5] پر پہونچکر پھوڑے کی اندرونی فضا میں نئے انگور (اَزْدَار لحیہ[6]) کا استر ہوجاتا ہے جو ایک موٹی، نرم مخملی تہ بنادیتا ہے اور جس کا رنگ شوخ گلابی ہوتا ہے انگور کی ساخت و ترکیب ایں نوساختہ خون کی رگوں (عروق) کے کثیر التعداد حلقے سے ہوتے ہیں جو سفید دانوں اور مقامی انسجہ کے خلیات کے انبار میں گڑے ہوئے ہوتے ہیں اور ان دانوں اور خلیات میں پیدائش اور زیادتی کے ذریعہ افزائش موجود ہوتی ہے

---

[1] خلیات مِدّہ۔ پس سلز۔

[2] پالی نیوکلیر

[3] مائکراسکوپ

[4] ڈی جنریشن۔

[5] درجہ۔ اسٹیج۔

[6] ازدار لحیہ۔ گرے نیولیشن ٹشو۔

انگور کی موجودگی سے یہ لازم نہیں آتا کہ پھوڑے کا پھیلنا قطعی بند ہوگیا ہے۔ کیونکہ اب بھی مواد سمیہ (سمین) اس قدر قوی ہو سکتے ہیں کہ انگور کی نئی بنی ہوئی ساخت کے دانے اونکے اثر سے فردا فردا ہلاک ہوجائیں۔ مگر بیشتر حالتوں میں انگور اس بات کی علامت ہے کہ عمل التحام و درستگی کا دور شروع ہوگیا ہے جو دراصل ساختہائے جسم کی آخری فتح کا پہلا دروازہ ہے۔ انگور کے دانوں کے عروق کی پتلی دیواروں میں سے خون کے سفید دانوں کا نقل و ہجوم پھوڑے کی اندرونی فضا میں جاری رہتا ہے۔ یہ دانے پیپ کے دانوں کی سمین کی جذب وکشش کیمیاوی کی وجہ سے عروق کے باہر کھنچے چلے آتے ہیں۔ اسی وجہ سے انگور کی تہ کو جس سے پیپ و رطوبت کا اخراج نمایاں معلوم ہوتا ہے، پہلے غشائے صدیدی[۱] کہتے تھے۔ گذشتہ زمانہ میں جبکہ پیپ کا نمودار ہونا زخموں کے التحام کے لئے ضروری اور لازمی سمجھا جاتا تھا (کیونکہ پیپ جراثیم اور جراثیمی سمین کے مقابلہ اور مدافعت کے لئے ایک دیوار فاصل ہوتی ہے اور اونکو خون میں داخل نہیں ہونے دیتی) اوس وقت کے طبیب جراح غشائے صدیدی پیدا ہونے کی آرزو رکھتے تھے اور اوس کا انتظار کرتے تھے۔ چونکہ اس قسم کی غشائے صدیدی، زردی مائل رنگ کی گاڑھی اور ملائی جیسی پیپ پیدا کر دیتی ہے اس لئے اوس زمانہ میں جب کبھی ایسی پیپ بن جاتی تھی تو اوس کے بعد مریض کو تسمم دم[۲] کے خطرہ سے آزاد سمجھ لیا جاتا تھا اور اس قسم کی پیپ کو نیک شگون خیال کرکے مدہ فاضلہ[۳] کے نام سے پکارتے تھے۔

یہ قاعدہ عام ہے کہ پھوڑے بدن کے ہر ایک حصے میں یکساں نہیں پھیلتے

---

۱۔ غشائے صدیدی۔ پایوجنک ممبرین

۲۔ تسمم دم۔ بلڈ پوائزننگ۔

۳۔ مدہ فاضلہ۔ لاؤڈیبل پس۔

کیونکہ بعض ساختیں خصوصاً ہڈیاں اور عضلی جھلیاں (لفائف[1]) بہ نسبت نسیج خلوی اور چربی کے زیادہ سخت و مُزاحم ہوتی ہیں۔ پھوڑے کا پھیلاؤ اسی رُخ زیادہ ہوتا رہتا ہے جدھر روک اور مزاحمت کمتر ہوتی ہے، حتی کہ وہ کسی سطح کے قریب پہونچکر اوبھر آتا ہے اور بالآخر جلد کے باہر یا مجریٰ غذائی یا اور کسی جوف کے اندر پھوٹ پڑتا ہے، ایسا ہونے کے بعد جراثیم اور جراثیمی سمین دونوں خارج ہوسکتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غشائے صدیدی پر ان کا اثر ہلکا پڑجاتا ہے اور جب یہ واقع ہوجاتا ہے تو ساختہائے جسم کی قوتِ مدافعت جو پہلے جراثیم کی قوتِ مضرت کے مقابلہ میں مغلوب تھی، غالب آجاتی ہے۔ پھوڑا پھوٹنے کے بعد جو جراثیم باقی رہ جاتے ہیں، اب سفید دانے اون پر غلبہ حاصل کرکے بتدریج انکو خارج کردیتے ہیں۔ سمین کی مقدار میں کمی آجاتی ہے، پھوڑے کی دیواروں کے اندر التہابی عمل ہلکا پڑنے لگ جاتا ہے، اور بالآخر انگور کی ساخت کا بننا شروع ہوجاتا ہے۔ یہ عمل پھوڑے کی اندرونی گہرائی (جوفِ خراج کے پیندے) سے شروع ہوتا ہے اور اوس کے بالائی حصص کی دیواریں، پیپ کی وجہ سے، جو ابتک مترشح ہوتی رہتی ہے (اگرچہ بتدریج کم ہوتی جاتی ہے) ایک دوسرے سے جُدا رہتی ہیں۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھوڑے کا جوف نیچے سے بھرتا ہوا چلا آتا ہے۔ اور بالآخر بالکل مندمل ہوجاتا ہے۔ اگر پھوڑے کی رطوبات کے اخراج اور بہاؤ کے لئے تشفی بخش ذرائع اختیار کیے جاتے ہیں تو جراثیم اور سمین بسرعت خارج ہوتے رہتے ہیں اور اوس کے بھرنے میں بہت آسانی ہوجاتی ہے۔

گاہے جسم کی قوتِ مدافعت اس قدر شدید ہوتی ہے کہ وہ جراثیم پیپ

---

[1] لفائف فیشیا۔

بننے کے بعد اور اوس کے خارج ہونے سے پہلے ہی ہلاک کر دیتی ہے۔ جب ایسا ہوتا ہے تو پیپ جذب ہو جاتی ہے اور پھوڑے کا جوف بھر کر مسدود ہو جاتا ہے۔ یا صرف پیپ کا رقیق حصہ جذب ہو جاتا ہے اور سفید دانے مادہ شحمی (فساد شحمی[۱]) میں متغیر ہو کر پنیر نما نرم اور نا قابل شناخت ساخت کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ بہر حال پھوڑے کی دیواریں یعنی ساخت بنجاتی ہیں۔ جس سے اندرونی مَنْدَبَۃ[۲] بن جاتا ہے اور ندبہ کے بیچ میں خشک اور گاڑھی پیپ رہ جا سکتی ہے۔ مگر ایسا واقعہ باستثنائے شکم کے بہت شاذ و نادر ہوتا ہے۔ اور جب شکم میں ہوتا ہے تو خصوصاً زائدہ دودیہ[۳]، مجری قاذف[۴] یا کبد میں ہوتا ہے۔

علامات۔ خراج حاد کے علامات کی تقسیم تین خاص قسموں میں مرتب کی جا سکتی ہے۔

(۱) مقامی علامات و ظواہر۔ ساخت ماؤف ملتہب ہو جاتی ہے اور اوسکا التہاب چار چیزوں سے ظاہر ہوتا ہے، یعنے حرارت، درد، سرخی (حمرت) اور سوجن (ورم) سوجن ابتداء میں تو سخت تنی ہوئی اور پھولی ہوئی ہوتی ہے مگر جب پیپ بن جاتی ہے تو اوس کا مرکزی حصہ نرم اور لچکدار ہو جاتا ہے، سطحی تہیج[۵] زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، اور درد میں ٹیس ہوتی ہے، (وجع ضربانی[۶]) اس درد کی شدت ساخت ماؤف کی صفاقت (ٹھوس ہونے) اور اس کے اعصاب حسیہ کی مقدار کے لحاظ سے کم یا زیادہ ہوتی ہے۔

---

[۱] فیٹی ڈی جنریشن
[۲] ندبہ۔ اسکار۔
[۳] زائدہ دودیہ۔ اپنڈکس و رمیفارمس۔
[۴] مجری قاذف۔ فلوپین ٹیوب
[۵] سطحی تہیج۔ سوپرفیشیل اڈیما۔
[۶] وجع ضربانی۔ تھرابنگ پین۔

اور جب کسی سخت جھلی (مثلاً عشائے[1] کفِ دست) کے نیچے پیپ بنتی ہے تو درد نہایت شدید ہوتا ہے. تموّج[2] کا پایا جانا اس بات کی خاص پہچان ہے کہ رقیق شئی (پیپ) موجود ہے۔ اس کے دیکھنے کا طریقہ یہ ہے کہ سوجے ہوئے (متورّم) حصہ پر ایک خاص جگہ ہاتھ کی ایک یا زیادہ انگلی رکھکر کسی قدر دبایا جائے اور دوسرے ہاتھ کی انگلیوں کو متورم حصہ کے دوسرے مقام پر قدرے فاصلہ سے رکھکر دیکھا جائے کہ جب سوجن کو دبایا جاتا ہے تو اندر کی رقیق چیز کی موج درمیانی حصہ میں یعنے پہلی جگہ سے گذر کر دوسری جگہ تک منتقل ہوتی ہے یا نہیں اگر رطوبت ہوگی تو تموّج محسوس ہوگا۔ بعض منجمد اور غیر رقیق اجسام جو نرم ساخت کے ہوتے ہیں ان میں بھی اس قسم کا تموّج محسوس ہوسکتا ہے، جیسے کہ سلعۂ شحمیہ[3] (چربیدار رسولی) اور سلعۂ لحمیہ[4] (گوشت کی رسولی) ہیں۔ برخلاف ازیں تموّج بعض حالات میں غائب بھی ہوتا ہے مثلاً جب رطوبت میں بہت تناؤ ہو، یا جب کوئی دبیز دیوار رطوبت کے گرد محیط ہو یا جب رطوبت کسی غدودی[5] ساخت وغیرہ میں مثلاً پستان کے اندر بہت پھیلی ہوئی ہو۔

گاہے پیپ تھوڑی مقدار میں ہوتی ہے تو دبانے سے تموّج کے بجائے صرف ایک قسم کا لچکدار دباؤ (مقاومت لدنہ[6]) متورم اور دُکھتے ہوئے حصہ کے عین مرکز میں محسوس ہوتا ہے، مگر تجربہ کار اور مشاق کی انگلی تموّج کی طرح اسی علامت کو یقینی سمجھکر اس سے فوراً پیپ کی موجودگی محسوس کرلیتی ہے۔ جب پیپ عضلات یا لفائف[7] کی سطحوں کے نیچے گہرائی میں موجود ہو تو اسکو پہنچاننے کے لیے نہایت

---

[1] عشائے کفِ دست۔ پالمر فیشیا۔

[2] تموّج۔ فلکچوئے شن۔

[3] سلعۂ شحمی۔ لیپو مے ٹا۔

[4] سلعۂ لحمیہ۔ سارکوما۔

[5] گلینڈولر ٹشو۔

[6] مقاومت لدنہ۔ الاسٹک رزسٹنس

[7] لفائف فیشیا۔

احتیاط و فکر کے ساتھ امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ بات قابل لحاظ ہے کہ عضلے کے ریشوں میں آڑے طور پر دبا کر دیکھنے سے اکثر انگلی کو متموج سا معلوم ہوتا ہے (حالانکہ وہاں کوئی رطوبت نہیں ہوتی) لہٰذا طبیب کو چاہئے کہ اس فاسد علامت سے دھوکا نہ کھائے بلکہ لحمی ریشوں کے متوازی دبا کر تموج کو محسوس کرے اور جب یہ حاصل ہو تو پیپ کی موجودگی کا یقین کرے۔ نمایاں اور بڑھتا ہوا تہیج (اوذیما) عموماً اس بات کا ثبوت ہوتا ہے کہ پیپ بہت گہرے مقام پر موجود ہے۔ جیسا کہ التہاب مخ العظام[۱] (ہڈی کے مغز کا التہاب) اور التہاب الثدی[۲] صدیدی میں ہوتا ہے۔

اگر پھوڑے کو اوس کی طبعی حالت پر چھوڑ دیا جائے تو وہ بالآخر مُنہ نکالتا ہے اور خود بخود پھوٹ جاتا ہے، جوں جوں وہ بڑا ہوتا جاتا ہے، وہ اُسی سمت کا رُخ کرتا ہے جدھر اُسے مزاحمت کم ملتی ہے اور اس طرح پھیلنے کے بعد بالآخر وہ سطح تک جا پہونچتا ہے یا گوشت اور جھلیوں کی سطحوں کے مقابل اندر اندر کھوکھلا کرتا ہوا بڑھتا ہے یا قریب جوار کی فضا خلا میں جا ملتا ہے پھوڑے کا انفجار حقیقی (صحیح طور پر پھوٹنا) گاہے کسی قسم کی جراحت یا ضرب کے باعث ہوا کرتا ہے، خواہ یہ ضرب جراحت خفیف ہی سی کیوں نہ ہو، مگر اکثر پہلے جلد میں تقرح ہو جاتا ہے۔ یا وہ مردہ ہو جاتی ہے اور اوس کے بعد پھوڑا پھوٹ جاتا ہے۔

(۲) پھوڑے کے دباؤ کے نتائج۔ یہ نتائج بیشتر اوقات اس وجہ سے ظہور پذیر ہوتے ہیں کہ آس پاس کی ساختوں پر سوجن اور ورم کا جسمانی[۳] دباؤ

| | |
|---|---|
| ۱۔ التہاب مخ العظام۔ آسٹیومائی لائی ٹس۔ | ۲۔ التہاب الثدی۔ میسٹائی ٹس۔<br>۳۔ جسمانی۔ میکانیکل۔ |

پڑتا ہے۔ زیادہ نمایاں اثرات وہ ہیں جو اعصاب کے تہیج[۱] سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ جس کے باعث عصبی درد[۲] نمودار ہو جاتا ہے اور مریض اس درد کو کسی دور دراز کے مقام پر جو تندرست ہے محسوس کرتا ہے۔ بعض حالات میں جبکہ بڑے بڑے عروق مرکز تہیج سے ہو کر گذرتے ہیں تو ان رگوں کے اطراف کی ساختیں تو ملتہب ہو جاتی ہیں اور خود رگیں پھوڑے کے جوف میں کھلی ہوئی اور لمبے ڈوروں یا تسموں کی صورت میں دکھائی دیتی ہیں۔ بعدہ ان میں انجماد خون ہو کر انسداد[۳] واقع ہوتا ہے اور یہ خصوصاً وریدوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ گاہے شرائین[۴] کے گرد التہاب ہو کر ان کی دیواریں سڑ گل جاتی ہیں اور جریان خون[۵] واقع ہو جاتا ہے۔

گاہے دیواروں کے سڑنے سے پہلے شریان میں پھیلاؤ کی وجہ سے انورسما[۶] بھی ہو جاتا ہے اور اسکا باعث یہ ہوتا ہے کہ التہاب کے بعد آس پاس کی ساختوں کا سہارا جاتا رہتا ہے اور شریان پھیل جاتی ہے۔ اس قسم کے نتائج خراج حاد[۷] اور خراج مزمن[۸] ہر دو میں نمودار ہوتے ہیں۔

(۴) **عمومی اثرات**۔ خراج حاد بننے کے عمومی اعراض یہ ہیں کہ بخار پیدا ہوتا ہے۔ گاہے پھریری (قشعریرہ) اور جاڑہ (نفض) چڑھ جاتا ہے اور کثرت بیضاوات[۹] ہوتا ہے۔

| | |
|---|---|
| [۱] اررٹیشن۔ | [۵] جریان خون۔ ہیمورج۔ |
| [۲] نیورلجک پین۔ | [۶] انورسما۔ انورزم۔ |
| [۳] تھرامبوسس۔ | [۷] ایکوٹ ایبسس |
| [۴] التہاب شریانی ظاہر۔ پیری آرٹرائٹس | [۸] کرانک ایبسس |
| | [۹] کثرت بیضاوات۔ لیکوسائٹوسس۔ |

لرزہ چڑھنے میں بعض خصوصی مظاہرات مستقل طور سے پائے جاتے ہیں جو اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ خون میں سمین مجتمع ہوکر مراکز حرارت کو تحریک دیتے ہیں۔ یہ لرزہ اوس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو فصلی بخار رحمی متقطعہ) میں ہوتا ہے اور اس میں لرزہ سے پہلے شدید سردی اور بے چینی محسوس ہوتی ہے، چہرہ متغیر ہو جاتا ہے اور دانت بجنے لگتے ہیں۔ مگر (بخلاف فصلی بخار کے) جلد خشک و گرم ہو جاتی ہے، اور حرارت بدنیہ تیزی سے بڑھ جاتی ہے، سردی محسوس ہونے کا سبب کچھ تو یہ ہے کہ معمولی اور معینہ درجۂ حرارت کی ہوا ایسی جلد پر لگتی ہے جو کہ گرم اور خشک ہے اور جس میں پسینہ نہیں آرہا ہے۔ دوم اس کی وجہ یہ بھی ہو سکتی ہے کہ اس حالت میں بیرونی اعضاء کے اندر خون کی کمی ہوتی ہے +

جاڑے اور لرزہ کی حالت کم و بیش عرصہ تک قایم رہتی ہے، اس کے بعد مریض کو بتدریج گرمی محسوس ہوتی ہے، اوسکا منہ تمتا کر سرخ پڑ جاتا ہے اب اگر مقیاس الحرارت لگا کر دیکھا جائے تو درجۂ حرارت اوپر نہیں چڑھتا اور مریض کی جلد پر پسینہ آنا شروع ہو جاتا ہے۔ بالآخر خوب پسینہ نکلتا ہے اور اس کے ساتھ ہی حرارت یکبارگی گر جاتی ہے۔ پسینہ نکلنے سے غالباً سمین تو خارج ہو جاتے ہیں مگر پسینہ کے بعد مریض کو کم و بیش کمزوری محسوس ہوتی ہے۔ کثرت بیضاداست سے تیخ میں کیا کیا فوائد حاصل ہوتے ہیں اور اوس سے اس کی تشخیص میں کس طرح امداد ملتی ہے۔ اس کا مفصل بیان آیندہ مناسب موقعہ پر آئے گا +

| | |
|---|---|
| ملہ تھرموجے نک سنٹر۔<br>ملہ ملیریا | ملہ تھرمامیٹر |

پیپ اور اوس کے اجزا۔ طبعی پیپ۔ (جسے گذشتہ زمانہ میں مِدّۃ[1] فاضلہ یا مِدّۃ صحیحہ کہتے تھے) ایک گاڑھی لیسدار بالائی جیسی رطوبت ہے جس کا ثقلِ نوعی[2] ۱۰۳۰ ہوتا ہے، قلوی تاثیر[3] رکھتی ہے اور بے بُو ہوتی ہے (البتہ جب پیپ سڑنے لگتی ہے یا اوس میں عصیٰ قولونی کی پیدائش ہو جاتی ہے تو اُس میں بدبُو پیدا ہو جاتی ہے) پیپ کے قوام میں ۸۵ سے ۹۰ فی صدی تک پانی کا جزو ہوتا ہے۔ اگر پیپ کو بحالت سکون چھوڑ دیا جائے تو دو طبقے ہو جاتے ہیں، ایک بالائی حصہ جو رقیق ہوتا ہے اور جسے سائل صدیدی[4] کہتے ہیں۔ یہ حصہ عموماً شفاف یا دودھیا رنگ کا (لبنیٰ اللون) ہوتا ہے۔ دوسرا حصہ جو منجمد ہو کر تہ نشین ہو جاتا ہے، زردی مائل بھورے رنگ کا اور جسامت میں نسبتاً زیادہ ہوتا ہے۔ سائل صدیدی یعنے حصہ رقیق اوس سائل دموی سے حاصل ہوتا ہے جو عروق سے مترشح ہوتا ہے۔ بدن سے علٰحدہ کیے جانے کے بعد یہ حصہ منجمد ہو سکتا ہے مگر اس کا لوتھڑا[5] (جُلطہ) بہت ڈھیلا اور ملایم بنتا ہے۔ لیکن بارہا ایسا انجماد نہیں بھی ہوتا ہے۔ جس کی وجہ شاید یہ ہو کہ یہ پھوڑے کے اندر ہی ایک مرتبہ منجمد ہو چکا ہو اور اس انجماد میں لیفین[6] کی جو جالی بن چکی تھی وہ ہمین کے خمیر ہاضم[7] سے تحلیل ہو چکی ہے یا سفید دانے اُسے کھا کر ہضم کر چکے ہیں (پس جب لیفین موجود نہیں ہے تو سائل دموی کا منجمد ہونا محال ہے) بلحاظ ترکیب کیمیاوی سیال مذکور ایک رقیق زلالی[8] مادہ سے مرکب ہے جو مصلِ دم[9]

[1] لاؤڈ ایبل پس۔
[2] ثقل نوعی۔ اسپے سے فک گرے ویٹی
[3] قلوی تاثیر۔ الکلائن ری ایکشن۔
[4] سائل صدیدی۔ لائکر پیورس
[5] لوتھڑا۔ جلطہ۔ کلاٹ
[6] فائبرین۔
[7] پیپٹونائزنگ فرمنٹ۔
[8] البیومن۔
[9] بلڈ سیرم۔

سے بہت مشابہ ہوتا ہے لیکن یہ نسبتاً زیادہ رقیق (مخفف[1]) ہوتا ہے اور اس میں جراثیمی سمین، خمیراتِ کیمیاویہ[2] اور لحمین آبر (پروٹوز[3]) یعنی وہ مرکبات ہوتے ہیں جو مادۂ لحمیہ وغیرہ کے ہضم و تحلیل سے بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات جب پھوڑا کسی شحمی ساخت میں ہوتا ہے تو چند دہنی مرکبات بھی سطح پر تیرتے ہوتے ہیں یا سیال صدیدی کی رطوبت کے ساتھ مل کر شیرہ نما محلول بنا دیتے ہیں۔

منجمد حصہ جو تہ نشین ہوتا ہے وہ بیشتر بیضاوات کثیر النوی[4] پر مشتمل ہوتا ہے جن میں سے زیادہ تر دانے تو مردہ اور ٹوٹے پھوٹے ہوتے ہیں مگر بعض دانے زندہ بھی پائے جاتے ہیں اور یہ حرکت ذاتیہ[5] کی قابلیت رکھتے ہیں۔ علاوہ ازیں اس منجمد حصہ میں ساخت ماؤف کے خلیات کے ٹکڑے اور نواتی[6] لیفی ساخت کے ریشے دیگر ذرات اور جراثیم بھی پائے جاتے ہیں اور اکثر اوقات چند سرخ دانے بھی ہوتے ہیں۔

جب پیپ میں خون کی آمیزش ہو تو اسے مِدّۂ دَمویہ[7] (خونی پیپ) کہتے ہیں۔ جب پیپ رقیق اور حریف (تیز) ہوتی ہے تو اسے مِدّۂ حریفہ[8] کہتے ہیں، جب وہ دہی کے ریشے نما تاروں کی آمیزش رکھتی ہے جیسا کہ اکثر سلی یا دق کی مزاج کے تقیح مزمن میں دیکھا جاتا ہے، تو اسے مِدّۂ رائبہ[9] کہتے ہیں (رائب: دہی) مِدّۂ زرقاء[10] (نیلگوں پیپ) اور مِدّۂ خضراء[11] (سبز پیپ) جو

1. ڈائی لیوٹ۔
2. انزائمس
3. پروٹوز۔
4. پالی نیوکلیر لیکوسائٹس۔
5. اسپان ٹے نیس موومنٹ۔
6. نیوکلیائی۔
7. مدۂ دمویہ۔ سے فی اس پس یا سنگوئی نیس پس
8. مدہ حریفہ۔ اکورس پس۔
9. مدہ رائبہ۔ کرڈی پس۔
10. مدہ زرقاء۔ بلیو پس۔
11. مدہ خضراء۔ گرین پس۔

عصی قیحیہ زرقاء کی تاثیر و تحریک کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، اوسکا نیلگوں یا سبز رنگ اکثر زخم کی پٹی کی بیرونی تہوں میں جو ہوا کے مقابل اور کھلی ہوئی ہوتی ہیں، نمایاں دکھائی دیتا ہے مِدّۃ مخاطیہ[1] دلغمی پیپ) لیسدار اور صاف ہوتا ہے اور غشیۂ مخاطیہ[2] کے التہابی حالتوں سے پیدا ہوجاتا ہے مِدّۃ مائیہ[3] یا مصلیہ ریانی جیسی پیپ) مصل دموی کی آمیزش کے باعث زیادہ رقیق اور پتلا ہوتا ہے اور غشیۂ مائیہ[4] کے التہابات سے پیدا ہوتا ہے۔

گاہے پھوڑے کے اندر نہ صرف پیپ ہوتی ہے بلکہ بخارات بھی ہوتے ہیں ایسا اوسوقت ہوتا ہے جبکہ پھوڑے کا تعلق براہِ راست کسی کھوکھلے فضا دار عضو مثلاً شکم یا امعاء) سے ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت بیشتر حجاب[5] حاجز کے نیچے کے پھوڑوں[6] میں پائی جاتی ہے۔ زائدۂ[7] دودیہ کے التہابی پھوڑوں کے اکثر اقسام میں جو بخارات پائے جاتے ہیں وہ عموماً عصی قولونی تنہا یا اوس کے ساتھ دیگر جراثیم کے اختلاط سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اعضائے طرفانیہ (ہاتھ پاؤں) میں یہ اکثر بخارات پیدا کرنے والے غیرہوائی جراثیم (مثلاً عصی[8] او ذیما خبیثہ، عصی ہوائیہ غلافیہ) کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں۔ اور ان کی پیدائش شدید التہاب[9] خلوی منتشر یا غانغرانا[10] کے ساتھ وابستہ پائی جاتی ہے۔

---

[1] مدۃ مخاطیہ۔ میوکوپس۔
[2] میوکس ممبرین۔
[3] مدۃ مائیہ۔ سیروپس۔
[4] سیرس ممبرین
[5] ڈایافرام
[6] اپنڈکس درمیفارمس۔
[7] میسی لس اڈیمیٹس لگنی۔
[8] میسی لس ایروجینس کیپسولے ٹس
[9] اسپریڈنگ سیلولائی ٹس۔
[10] گنگرین۔

## خراج حاد کا علاج

انسداد تقیح۔ جب کسی مقام پر التہاب واقع ہوکر پیپ بننے کا خطرہ پیدا ہوجائے تو تقیح کی روک تھام شاذ ہی ہو سکتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں عضو ماؤف کو اونچا رکھنا اور اُسے آرام و سکون دینا، بخارات کی شکل میں اُڑنے والے غسولات کونین کے ساتھ فولاد کا اندرونی استعمال وغیرہ سے ممکن ہے کہ بعض اوقات انسداد تقیح حاصل کرنے میں کامیاب ہوجائیں، یا ممکن ہے کہ حصہ ماؤف میں علامۂ بیئر کے طریقۂ عمل سے عارضی احتقانِ دموی پیدا کرنا اسی مطلب کے لیے مفید پڑ جائے۔

انجذاب قیح۔ جسم کے بعض حصص میں پیپ پیدا ہوجانے کے بعد جذب بھی ہو سکتا ہے، مگر یہ انجذاب جسم کی بعض ان فضاؤں ہی میں ممکن ہے جن میں قوتِ انجذاب شدید ہوتی ہے، مثلاً آنکھ کا خزانۂ مقدمہ (تقیح خزانۂ مقدمہ) یا کیسۂ صفاق۔ تقیح خزانۂ مقدمہ (مدۂ کاسۂ) میں مقامی اور عمومی علاج کے اثر سے پیپ کی مقدار میں عمل انجذاب سے جو کمی ہوجاتی ہے وہ وقتاً فوقتاً دیکھی جا سکتی ہے۔

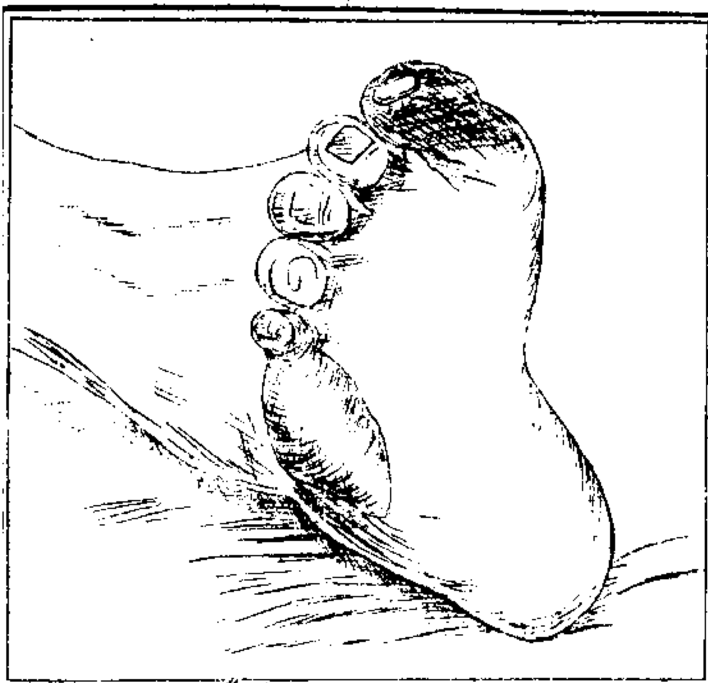
اُصولِ علاج۔ مگر پھوڑے کے علاج کا عام کلیہ عموماً یہ ہوتا ہے کہ درد کو کم کرنے اور پیپ بننے میں مدد دینے کے لیے پہلے سینک اور تکمیدات کا استعمال کیا جاتا ہے (تکمید کے ساتھ افیون یا بیبروج ولفاح کا مقامی استعمال بھی مفید ہوتا ہے) یا عضو ماؤف پر لیخات لگائے جاتے ہیں، پھر جوں ہی پیپ

---

1. ایوایڈورڈ سٹنگ لوشنز
2. ڈی پیر ٹریٹمنٹ
3. ہائی پریمیا۔
4. انٹیریر چیمبر۔
5. ہائی پوپائی ان۔
6. ہائی پوپائی ان۔
7. تکمیدات سینک۔ فومن ٹے شن۔
8. بیبروج۔ لفاح۔ بلاڈونا
9. لخیہ۔ پولٹس۔

پیدا ہو جاتی ہے، کہ نشتر لگا کر پیپ خارج کی جاتی ہے۔ نشتر لگا کر اس طرح شگاف دینا چاہئے کہ پیپ اوس مقام پر دوبارہ اکھٹی نہ ہو سکے، اور شگاف ایسے مقام پر ہو کہ پیپ وہاں سے بآسانی بہ کر خارج ہوتی رہے مگر مقام شگاف پر ثانوی[1] تعدیہ کا اثر نہ پہونچنے پائے اور اوس کی سمت ایسی ہو کہ عضو کے حرکات سے شگاف بند نہ ہونے پائے۔ اگر پھوڑے کا شَق (شگاف دیکر) ایسے مقام پر کیا گیا ہو جو نیچے کے رُخ پر نہ ہو تو مناسب ہے کہ زخم کے اندر اُنگلی یا سلائی[2] (مِسْبَر) ڈالکر اُسے پھوڑے کی دیوار کو دبایا جائے۔ یہاں تک کہ سلائی یا اُنگلی جلد کے نیچے اوبھری ہوئی معلوم ہو۔ اور یہ مقام پھوڑے کے اصلی مقام سے نیچے ہو۔ اس جگہ دوسرا سوراخ شگاف دیکر بنا دیا جائے (تاکہ پیپ بآسانی خارج ہوتی رہے) جب پھوڑا گہرائی میں نازک اور خطرناک مقامات پر واقع ہو (خراجاتِ غائرہ[3]) تو اوس میں طریقۂ جلطون[4] سے شگاف دینا مناسب ہے۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ پہلے صرف جلد اور سطحی ساختوں کو قطع کیا جائے۔ پھر پھوڑے کے جوف میں ناصوری[5] یا معمولی چمٹی (ملقط ناصوری یا معمولی ملقط غیار[6]) داخل کر دی جائے۔ اب جبکہ چمٹی کو کھولکر چوڑا کیا جائے گا تو اتنا بڑا سوراخ نمودار ہو جائے گا کہ اوس میں اونگلی یا ربر کی نلکی (انبوبہ تصریف[7]) اخراجِ رطوبت کے لئے داخل کی جاسکے۔ پھوڑے میں شگاف دیتے وقت دافع تعفن وسائل اور طہارتِ عفونت کے لئے نہایت سخت احتیاط برتنا چاہئے، کیونکہ اگرچہ پھوڑے میں جراثیم پہلے ہی سے موجود ہیں تاہم یہ ضروری ہے کہ دوسرے تازہ جراثیم

[1] سکنڈری کنٹامی نیشن۔
[2] سلائی، مِسْبَر، پروب
[3] ڈیپ ابسس۔
[4] طریقۂ جلطون۔ ہلٹن سے میتھڈ
[5] ملقط ناصوری۔ سائی نس فارسپس۔
[6] ملقط غیار۔ ڈریسنگ فارسپس۔
[7] انبوبہ تصریف۔ ڈرے نیج ٹیوب۔



(۱۵) پاؤں کا غانغرانا شیخوخیہ۔ اس حالت میں پاؤں کو گھٹنے سے اوپر کاٹنا چاہئے۔
اور شریان نابض بحالت ہائیت اور تحجر پائی جاتی ہے۔

(۱۶) دیوار شکم کا ورم منضب (سقیروسی)

داخل نہ ہوں اور اونکے اثر سے مخلوط[1] عددی نہ پیدا ہو جائے، جس کی موجودگی عمل التحام میں تاخیر پیدا کردیتی ہے ۔

اگر پھوڑے میں سڑے ہوئے ٹکڑے (اذوشاخ[2] و تاکلات) موجود ہوں تو اونکو خارج کردینا مناسب ہے، اور جب پھوڑا اندر سے کھوکھلا ہو جائے یا جب اوسکا جوف بہت بڑا ہو تو اوس کے اندر اونگلی ڈالکر ٹٹولنا چاہیے، اگر اوس کے اندر کی التصاقی[3] ساختوں یا ڈوروں اور ریشوں کو (جن میں خون کی معمولی رگیں بھی موجود ہوسکتی ہیں) بلاتمیز و تفریق بے احتیاطی سے نہیں توڑنا چاہیے ۔

مندرجۂ بالا عمل (شگاف و اخراج مواد) کے بعد اب اگر کسی قسم کے عوارض (مثلاً سڑی ہوئی ہڈی وغیرہ) موجود نہیں ہیں تو بس یہی ضروری ہے کہ اخراج رطوبت کا مناسب انتظام کر دیا جاوے اور زخم میں مخلوط چھوت (مخلوط عددی) نہ پیدا ہونے دی جاوے۔ اخراجِ رطوبت کے لیے ربر کی یا شیشہ کی نلکی زخم کے اندر رکھی جاتی ہے، یا کپڑے کی بتی داخل کرنا چاہیے۔ مخلوط عدوی کی روک کے لئے نہایت احتیاط کے ساتھ تیار کی ہوئی غیر عفنی (مطہر) یا دافع عفونت غیارات[4] (پٹی) زخم پر لگانا چاہیے یا پھوڑے کے جوف کے اندر جالیدار باریک اور ملایم کپڑے (دسام[5]) کی بتی نمل تنفنتی[6] (زائی صدی) کے شیرہ میں بھگو کر بھر دینی چاہیے۔ عموماً پہلے چوبیس گھنٹے میں بہت خون ضائع ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ عروق شعریہ[7] نرم ہوتی ہیں۔ اور پھوڑے کی دیوار سے تناؤ یکایک دور ہو جاتا ہے، مگر یہ خطرناک نہیں ہے۔ کیونکہ خون خود بخود بند ہو جاتا ہے یا معمولی دباؤ کے اثر سے رک سکتا ہے قاعدہ

---

[1] مکسڈ انفکشن

[2] اسلف

[3] اوشے ٹرن

[4] غیارات۔ ڈرسنگ۔

[5] دسام۔ گاز۔

[6] شیرۂ نمل تنفنتی۔ آیوڈوفارم امیلشن۔

[7] کپلریز۔

کہ جب پھوڑے کی رطوبت ایک دفعہ خارج کردی جائے تو پھر پیپ نہیں بنتی بشرطیکہ خارجی آلائش (مخلوط عددی) داخل نہ ہوئی ہو اور جو رطوبت نکلتی ہے وہ محض مائی (پانی جیسی) ہوتی ہے، زخم جلد بھر کر اچھا ہوجاتا ہے، اور یہ سب باتیں اس امر کے باوجود واقع ہوتی ہیں کہ کچھ عرصہ تک جراثیم بھی زخم کے اندر موجود رہتے ہیں۔ کیونکہ یہ ظاہر ہے کہ مقامی مناعت[1] پیدا ہوجانے کے باعث جراثیم نشوونما نہیں پاتے ہیں اور نہ کوئی نقصان پہونچا سکتے ہیں۔ اگر غیر عفونی حالات قایم رکھے جائیں تو ایسا پھوڑا بھی جس کے اندر پہلے گندہ اور بدبودار پیپ ہو، اچھی رفتار سے مندمل ہوجاتا ہے، اور اگر اس پھوڑے کا تعلق شکم یا امعاء سے قایم نہیں ہے تو چند ہی روز کے عرصہ میں اوس کے مواد سے بدبو دور ہوجاتی ہے۔

اگر شگاف دینے کے بعد بھی کسی پھوڑے سے مسلسل پیپ آتی ہے تو یہ اس بات کی علامت ہے کہ اوس کا منہ بہت چھوٹا ہے یا یہ کہ مواد کسی تھیلی میں بند ہے۔ یا یہ کہ اوس میں مخلوط عددی پیدا ہوگئی ہے، یا گاہے یہ اس بات کی دلیل ہوسکتی ہے کہ مریض کی قوت[2] حیوانیہ اس قدر ضعیف ہوگئی ہے کہ صحیح التئام کا قایم ہونا مشکل ہوگیا ہے، یا یہ کہ عضو ماؤف آرام وسکون سے نہیں رکھا گیا ہے۔ پھوڑے کے کامیاب علاج کے لئے ضروری عناصر یہ ہیں:۔ رطوبت کا بہ آسانی خوب خارج ہونا، مریض کی عام صحت میں اصلاح کرنا، عضو ماؤف کو آرام وسکون سے رکھنا، لہٰذا اگر پھوڑے کا شگاف یا منہ چھوٹا ہے تو اُسے چوڑا اور بڑا کردینا چاہئے، اگر پھوڑے کے جوف میں چھوٹے چھوٹے کیسے بنگئے ہیں تو ان کو کھولکر مواد خارج کردینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو ایک شگاف

[1] لوکل امیونٹی۔ [2] وسیٹےلیٹی۔

دیگر دوسرا مقابل سوراخ بنا دینا چاہیئے۔ نقیہ اور کم طاقت مریضوں کو جن کا زخم جلد مندمل نہ ہوتا ہو بعض اوقات تبدیل آب ہوا کے لیے ایسے مقامات پر بھیجنا ضروری ہوتا ہے جو سمندر کے کنارے پر واقع ہوں تاکہ زخم بھر جائے۔

# خراج مزمن صدیدی

**تعریف۔** یہ پیپ کا وہ مجموعہ ہے جو بتدریج اور آہستہ آہستہ بنتا ہے اور جس کے بننے میں شدید التہاب کے علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ اسی وجہ سے اسے اکثر خراج بارد یا خراج دموی بھی کہتے ہیں۔

**اسباب۔** ۱۔ بیشتر یہ مادۂ سلیہ (درنیہ) کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔

۲۔ بعض اوقات یہ سلعۂ اربکہ کی تحلیل سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

۳۔ بعض اوقات کمزور جراثیم صدیدیہ کے عدوی سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

۴۔ بعض اوقات مزمن تقیح الدم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔

**ظواہر مرضیہ (علامات)** یہ خواہ مادۂ سلیہ کے باعث ہوں یا مندرجۂ بالا دیگر وجوہ سے، انکے علامات وظواہر بہر حال یکساں ہوتے ہیں اور درون کے بیان میں تفصیل درج کیے جائیں گے۔ مگر ان دو صورتوں میں ایک نمایاں فرق یہ ہے کہ خراج صدیدی مزمن کی دیواروں میں جو جھلی استر کرتی ہے وہ محض ازار لحمیہ کی ایک پرت ہوتی ہے جو کم و بیش مؤثر (باعث تحریک) ہوتی ہے، مگر خراج سلی مزمن میں اس جھلی کے اندر زندہ مادہ سلیہ موجود رہتا ہے۔

---

ملہ خراج مزمن۔ کرانک ایبسس

ملہ خراج بارد۔ کولڈ ایبسس

ملہ خراج دموی۔ کنجسٹو ایبسس

ملہ ٹیوبرکولس۔

ملہ سلعہ اربکہ۔ گرے نیولومیٹا۔

ملہ پایوجے نک بیکٹیریا۔

ملہ کرانک پائی میا۔

لہٰذا قسم اوّل کے علاج میں صرف ایک سادہ شگاف، غیر عفونی وسائل کے ساتھ لگا دینا کافی ہوتا ہے۔

مگر قسم دوم (خراج سلی مزمن) میں شگاف کے بعد مادہ سلیہ کی ساخت کو بھی چمچہ (ملعقہ) یا اور کسی ذریعہ سے کھرچنا (کشت[1]) اور جدا کرنا چاہئے۔

# مجریٰ[2] اور ناصور[3]

جب کوئی خراج حاد یا مزمن، پھوٹنے یا کھولے جانے کے بعد پوری طور سے مندمل نہ ہو اور ابتدائی مقام مرض اور باہر سے تعلق قایم ہو جائے، تو اندر اور باہر کے اس سلسلہ اتصال کو مجریٰ یا ناصور (مجری۔ نالی) کہتے ہیں۔

**مجریٰ یا جیب۔** انگور دار کیہ سے استر کیا ہوا وہ تنگ راستہ ہے جو انسجہ کے اندر نفوذ کیے ہوئے ہوتا ہے، اور جس کا ایک منہ (دہانہ) بند ہوتا ہے اور دوسرا کھلا ہوا۔ اس کی رطوبت گاہے پیپ دار ہوتی ہے اور گاہے محض مائی

ناصور۔ وہ پیدائشی یا اکتسابی، غیر طبعی تعلق ہے جو دو جوفوں کے درمیان یا ایک جوف اور دوسری خارجی سطح کے درمیان واقع ہو۔ یہ حالت جب کسی صدیدی خراج کے غیر مندمل رہ جانے کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، تو ناصور کی دیواروں کا بیرونی حصہ لیفی[4] ندبی ساخت سے بنتا ہے، اور دیوار کا اندرونی حصہ تقریباً صحیح انگور کی تہ سے بنتا ہے۔ لیکن اگر خراج سلی قسم کا ہو، تو اندرونی استر میں مادہ سل کے ابھار بھی موجود ہوتے ہیں، اگر ناصور کی نالی چھوٹی ہے تو اس کی دیوار پر بشرہ[5] کا استر چڑھ جاتا ہے اور جب یہ حالت ہو تو ناصور کے طبعی طور سے

[1] کشت۔ اسکریپنگ۔
[2] مجری۔ سائی نس۔
[3] ناصور۔ فسچولا۔
[4] فایبر دسیکٹریشل ٹشو
[5] بشرہ۔ اپی تھیلیم۔

مسدود ہونے کا امکان نہیں ہوسکتا۔ جب تک کہ بشرہ دور نہ کر دیا جائے۔ اور اس سے سطح کو آزاد نہ کر دیا جائے +

**جَیبْ اور ناصور کے نہ بھرنے کے اسباب۔** اکثر ناصور اور جیب کے مندمل ہونے میں سخت دقت واقع ہوتی ہے اور ان کی نالیاں کھلی اور غیر مندمل رہ جاتی ہیں، جس کے اسباب مندرجہ ذیل ہیں۔

(۱) کسی دیرپا یا مزمن مہیج کی زخم کی گہرائی میں موجودگی، مثلاً کپڑے کا ٹکڑا گرہ یا ٹانکوں کی تانت (دیتاالہر[1]) کا ٹکڑا (جو جذب نہ ہوسکا) کسی عملِ جراحی میں استعمال کیا ہوا ریشم کا ڈورا یا چاندی کا تار، یا کوئی بری ساخت جیسے سڑی ہوئی یا مردا ہڈی کا ٹکڑا (رمّہ) +

(۲) مواد مہیجہ کا کسی غیر طبعی راستہ سے نکلکر مقام ماؤف میں خراش پیدا کرنا جیسے پیشاب، پاخانہ، یا گندہ پیپ +

(۳) زخم کے کسی گہرے جوف سے مواد کا کافی طور پر خارج نہ ہونا، جس سے کہ زخم میں ہمیشہ کچھ تناؤ قایم رہے +

(۴) عضو ماؤف میں آرام و سکون کا نہ ہونا۔ جس کی دو صورتیں ہیں (۱) حرکات ارادیہ کی وجہ سے جیسے کہ ہاتھ پاؤں کی حرکت (۲) غیر ارادی حرکات کی وجہ سے۔ جیساکہ اُس وقت ہوسکتا ہے۔ جبکہ ناصور مقعد میں ہو۔ جس میں براز کے وقت ہمیشہ حرکت ہوتی رہتی ہے +

(۵) ناصور کی دیوار میں مادۂ سل (درن) سے عدوی پیدا ہونا، یا ناصور کی گہرائی میں مادۂ مذکور کے رواسب[2] کا ہونا +

(۶) ناصور کے اندر یا اوس کے کنارے پر بشرہ کا بڑھ کر پھیل جانا +

---

[1] دیتاالہر کیٹ گٹ۔

[2] رواسب۔ دیپازٹ۔

(۷) ناصور کے گرد دبیز سخت ریشہ دار ساخت کا ہونا۔

(۸) ضعفِ قویٰ بدنیہ۔

ناصور کا دہانہ بعض اوقات نیچے دبا ہوا نظر آتا ہے۔ یہ اس وجہ سے ہوتا ہے کہ دہانہ کے اردگرد رطوبات کا انصباب و ترشح زیادہ ہوتا ہے جس سے وہ مقام پھول جاتا ہے۔ لیکن جب آس پاس کا حصہ تندرست ہو تو دہانہ کا چھوٹا کا سکڑ جانا ایک اچھی علامت ہے۔ جب اندر کوئی خارجی شئے داخل ہو کر رہ گئی ہو یا جب سڑی ہوئی ہڈی موجود ہو اُس وقت ناصور کا دہانہ اکثر اُبھرے ہوئے ازرار لحمیہ[۱] نظریہ سے گھرا ہوا پایا جاتا ہے۔

**علاج**۔ جیب یا ناصور کے علاج میں ابتدائی اصول یہ ہونا چاہئے کہ سببِ مرض کو دفع کیا جائے۔ تنگ راستہ کو پھیلا کر چوڑا کر دیا جاوے یا اس میں شگاف دیکر بڑا کر دیا جاوے تاکہ زخم کے اندرونی اور گہرے حصہ تک بآسانی رسائی ہو سکے اور اگر کوئی خارجی شئے وہاں ہو تو وہ نکالی جا سکے یا اگر جوف گہرا ہو تو اس میں سے پیپ بآسانی خارج ہو سکے۔ اکثر حالات میں ناصور کے نچلے حصے کے مقابل شگاف دیکر ایک دوسرا سوراخ بنانا کافی ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے مواد ناصور بآسانی خارج ہوتے رہتے ہیں۔ علاوہ ازیں مقام ماؤف کو مطہر کرنے کے لئے خالص حامض[۲] قطرانی یا جست[۳] اخضر آمیز (۴۰ قمحہ[۴] ایک اوقیہ[۵] میں) بھی استعمال کیا جائے۔ اس کے بعد زخم کو مناسب چیزوں سے بھر دیا جائے۔ اور عضو کو آرام و سکون سے رکھا جائے اور حس و حرکت نہ دی جائے۔ مزید برآں مریض کی عام صحت

| | |
|---|---|
| [۱] ازرار لحمیہ نظریہ } فنگے ٹنگ گرینولیشن / ارکیہ نظریہ | [۳] جست اخضر آمیز۔ کلورائڈ آف زنک |
| [۲] حامض قطرانی۔ کاربالک ایسڈ | [۴] قمحہ۔ گرین۔ |
| | [۵] اوقیہ۔ اونس۔ |

کی اصلاح مقویات سے کی جائے۔ گاہے معمولی گول پٹی (عصابہ مدحرجہ) باندھ دینے سے عضو میں کافی دباؤ پہونچکر اوس کی حرکت بند ہو جاتی ہے۔ یا ایک لکڑی کی تختی (جبیرہ) باندھ کر عضو کو ناقابل حرکت بنا دیا جائے +

نہایت کارگر اور کامل طریقہ علاج یہ ہے کہ جیب یا ناصور (شگاف دیکر بخوبی کھول دیا جاوے، پھر اوسکو خوب کھرچ کر تمام انگور کے دانے جواستر بنا رہے ہوں توڑ دیے جائیں یا اُن کو تیزابات وادویہ کاویہ سے) جلا دیا جائے اور ارد گرد کی سخت ساخت کو کاٹ دیا جائے۔ اس کے بعد ٹانکے لگا دیے جائیں۔ یا زخم میں دسام (بتی) بھر دیا جائے۔ تاکہ انگور بنکر زخم گہرائی سے بھر آئے +

اگر ناصور میں بشرہ کا استر ہو جائے تو اوس کے کناروں کو (قینچی سے) چھانٹ دینا چاہیے، اور سوراخ کو بند کرنے کے لئے کوئی مناسب حال عملیت ترقیع اختیار کیا جائے +

ناصور کے علاج میں تلقیحات سے بہت اچھا اثر ہوتا ہے، اور بالخصوص جب مرض تقیح الصدر کے بعد ناصور رہ جائیں تو اکثر ہلاک کردہ کرویہ ذات الریہ کی ایک ہی پچکاری (جس میں ۵ کروڑ سے ۱ کروڑ تک جراثیم ہوں) کارگر ہو جاوے گی۔ نواصیر سلیہ جیسے کہ اکثر گردن کے غدد کے عمل جراحی کے بعد رہ جاتے ہیں گاہے درنین کی پچکاریوں سے اچھے ہو جاتے ہیں لیکن اگر مردہ ہڈی یا نقل و حرکت

ملہ عصابہ مدحرجہ۔ رولر بنڈج۔
ملہ جبیرہ۔ لکڑی کی تختی۔ اسپلنٹ
ملہ عمل ترقیع۔ پلاسٹک آپریشن۔
ملہ اپی تھیلیم۔
ملہ پائی میا۔
ملہ نیموکوکس۔
ملہ درنین۔ ٹیوبرکولین۔

کے باعث زخم مندمل نہ ہوتا ہو تو ایسی حالت میں تلقیحات کے استعمال سے حصول کامیابی کا چنداں امکان نہیں ہوتا۔

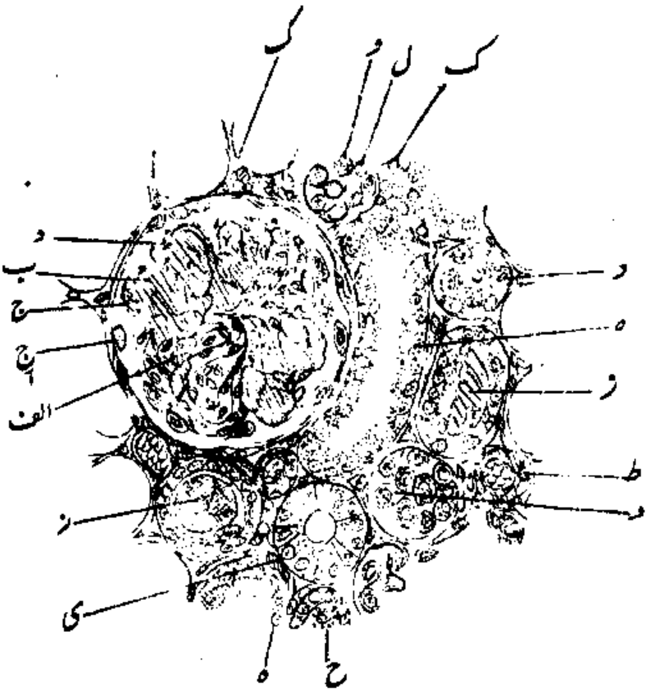
## عرصہ تک تقیح قائم رہنے کے نتائج

جب کسی خراج، حاد یا مزمن، صدیدی یا ذرنی، کا غیر عفونی وسائل سے علاج کیا جاتا ہے تو پیپ بہ سرعت بند ہو جاتی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ زخم مہینوں تک مندمل نہ ہو اور صرف رطوبت مائیہ جاری رہے ایسی حالت میں عمومی عوارض و علاماتِ ظاہر نہ ہوں گے۔ بشرطیکہ کوئی دوسرا مرض موجود نہ ہو۔ نہ بخار ہو گا اور نہ عام صحت خراب ہو گی۔ لیکن اگر خراج ورنی کرویاتِ صدیدیہ سے ملوث ہو جائے یا اگر کرویات صدیدیہ کے پھوڑے میں مخلوط عدویٰ واقع ہو جائے، تو پیپ جاری رہتی ہے یا دوبارہ موجود ہو جاتی ہے، ازاں بعد بخار مختلف درجہ کا پیدا ہو جاتا ہے۔ جب یہ حالت کسی وسیع یا گہرے پھوڑے میں واقع ہو تو مواد کی مقدار بہت زیادہ آنے لگتی ہے، بہت شدید بخار ہو جاتا ہے۔ احشاء میں خطرناک تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں، اور گاہے تسمم الدم اور ضعف قویٰ کے باعث مریض ہلاک ہو جاتا ہے۔ دیرپا اور مسلسل تقیح کا قائم رہنا پا مدار عدویٰ کی علامت اور منجملہ ان عوارض کے جو اس کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ دو عوارض (حمیٰ دقیہ اور احشاء کا مرض شحمی) مخصوص طور پر قابل تذکرہ ہیں۔

حمیٰ دق کی تعریف یوں ہو سکتی ہے کہ وہ ایک مزمن تسمم الدم ہے جو سمین کی خفیف مقدار کے مسلسل جذب ہوتے رہنے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور مزمن عدویٰ کی کسی حالت میں نمودار ہو سکتی ہے، مثلاً ہڈیوں اور جوڑوں کے حاد یا مزمن

---

۱ پایوجینک۔
۲ کنسنڈ انفکشن۔
۳ وسرا۔
۴ حمیٰ دق۔ ہکٹ ٹک فیور۔
۵ مرض شحمی۔ لارڈےسس ڈیزیز۔




## (۱۲) گردہ کا مرض شحمی دور اول میں

(الف) طبعی عروق شعریہ (ب) شحمی عروق شعریہ (ج) شحمی بشرہ عناقید گردہ کا۔ (جٓ) شحمی بشرہ کلاہ گردہ کا۔ (د) روغنی نقطے عروق شعریہ کی دیوار پر (۷) بشرہ کے آزاد شحمی کریات (و) بشرہ کے ڈھیلے شحمی کریات (ز) خلطہ زجاجیہ (جس سے سانچے بنتے ہیں) (ح) شحمی سانچہ قطع کیا ہوا۔ (ط) شریان شحمی۔ (ی) شحمی عروق شعریہ (ک) نسیج واصل کا ترشح سفید دانوں سے (ل) کریات مستدیرہ (سفید دانے) انبوبۂ بولیہ کے اندر۔

امراض تنفس کے بعد پھیپڑوں کے مرض سل میں، مزمن آتشکی یا سرطانی تقرح میں حمی دق کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ حرارت روزانہ تیز ہو جاتی ہے اور یہ تیزی دوپہر کے بعد یا شام کے وقت ہوتی ہے اور اس وقت چہرہ سُرخ ہو کر تمتانے لگتا ہے (حمرت دقیہ[1] جو رخساروں پر نمودار ہوتی ہے) آنکھوں میں تیزی اور چمک پیدا ہو جاتی ہے، پُتلیاں چوڑی ہو جاتی ہیں، اور مریض اپنے تئیں اوس وقت زیادہ قوی اور بہتر پاتا ہے۔ لیکن نبض صغیر[2] ضعیف[3] اور سریع[4] ہو جاتی ہے۔ معمول کے نسبت اوس کے ضربات دس یا بیس زائد ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت زیادہ رات گذرنے تک جاری رہتی ہے اور اس عرصہ میں بخار تیز ہو کر چار یا پانچ درجہ بڑھ جاتا ہے۔ علی الصباح بخار اُسی سرعت کے ساتھ اُتر جاتا ہے جس سرعت سے وہ پہلے چڑھا تھا اور اکثر معمولی درجہ پر بلکہ کبھی معمولی درجہ سے بھی نیچے گر کر کم ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ ساتھ پسینہ بکثرت آتا ہے جس کے سبب سے مریض کو بہت ضعف لاحق ہو جاتا ہے۔ ہر روز یہی حالت جاری رہتی ہے، اور مسلسل بخار اور پسینہ کے باعث مریض بہت جلد نمایاں طور پر دُبلا ہو جاتا ہے۔

مرض نشائی[5]۔ رالکی[6] یا شحمی[7] جو مختلف اعضاء میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ وہ حالت ہے جو دوران خون میں کسی مرکبات کے پہونچنے اور گردش کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے، جن کے اثر سے پہلے تو شرائین صغیرہ کی دیواریں اور ان کے بعد

---

[1] حمرت دقیہ۔ ہکٹک فلش
[2] نبض صغیر۔ اسمال پلس۔
[3] نبض ضعیف۔ کمپرس ایبل پلس۔
[4] نبض سریع۔ کوئک پلس۔
[5] مرض نشائی۔ امی لائڈ ڈیزیز۔
[6] مرض زلالی۔ البیومن نائڈ ڈیزیز
[7] مرض شحمی۔ لارڈے سیس ڈیزیز۔

بعض احشاء کا مادۂ حیات[1] ایک قسم کی مومی ساخت میں مبتدل ہوجاتا ہے، یا اوس میں اس مومی ساخت کا ترشح ہونے لگتا ہے۔ اس مومی ساخت سے شحمین[2] نامی خلاصہ نکل سکتا ہے۔ جو مادۂ لحمیہ[3] کے قسم سے مگر ناقابل ذوبان ہوتا ہے۔ اس مرض کا نام نشائی ایک بالکل ناسزا وار لقب ہے کیونکہ شحمین نشاستہ سے بالکل مماثل نہیں ہے بلکہ وہ ایک مومی متشابہ الاجزاء[4] شئے ہے جو صبغ بنفشین[5] کے لگانے سے گدے بھورے رنگ کی ہوجاتی ہے اوراس کے بعد اگر اس میں تیزاب[6] گندھک لگا دیا جاوے تو اوس کا رنگ سیاہی دوات کے مانند نیلا ہوجاتا ہے۔ اگر نشائی مواد میں خشبین[7] بنفشی لگایا جاوے تو اوسکا رنگ سرخ یاقوت احمر کی طرح ہوجاتا ہے، بخلاف ازیں خشبین بنفشی معمولی طبعی ساختوں پر لگایا جائے۔ تو اوسکا رنگ اودا یا نیلا ہوجاتا ہے۔ کبد، طحال، گردے اور اورامعاء کے خمل[8] یہ سب اعضا بالخصوص مرض مذکور سے متاثر ہوا کرتے ہیں۔

کبد (جگر) مرض نشائی کے باعث ہمواری کے ساتھ بڑھ کر حجم میں بہت بڑا ہوجاتا ہے اور اکثر پانچویں پسلی سے شروع ہوکر ناف تک بلکہ اوس سے بھی نیچے پہونچ جاتا ہے، اوس کی ساخت ربڑ[9] کی طرح سخت ہوجاتی ہے اور درد نہیں ہوتا، اور قطع کرنے کے بعد موم نما نظر آتا ہے فصیصات[10] یعنی کبد کے چھوٹے لوتھڑوں کی درمیانی شرائین صغیرہ اور عروق شعریہ میں پہلے تغیر شروع

---

۱ پروٹوپلازم۔
۲ شحمین۔ لارڈے سین۔
۳ مادہ لحمیہ۔ پروٹیڈ۔
۴ متشابہ الاجزاء۔ ہمیوجے نس۔
۵ ٹنکچر آف آیوڈین۔
۶ سلفیورک ایسڈ۔
۷ خشبین بنفشی۔ می تھیل واؤلٹ۔
۸ خمل امعاء۔ ولائی آف انٹسٹائن
۹ ربڑ / مطاط } ربر
۱۰ لوبیولز

ہوتا ہے اور اوس کے بعد یہ تبدیلی خود جگر کی ساخت (خلیات) میں ہونے لگتی ہے۔ اس تبدیلی کا قدرتی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جگر کا وہ فعل جس کا تعلق تکوین شکر (شکر بنانے) اور تکوین صفراء سے ہے مختل ہوجاتا ہے، جس کے باعث ہاضمہ کے عمل میں اور خصوصاً شحمی مرکبات کے انجذاب و تحلیل میں خرابی واقع ہوجاتی ہے، اگرچہ اشتہا بدستور قایم رہ سکتی ہے۔

گردے۔ بھی اسی طرح بڑھ جاتے ہیں۔ یہ تغیر شرائین صغیرہ سے شروع ہوتا ہے جو بالآخر عنا قید کلیہ[1] میں منتہی ہوتی ہیں۔ لیکن عروق شعریہ اور انابیب کا بشرہ بہت جلد مبتلا ہوجاتا ہے۔ چونکہ مجری البول کی نالیوں سے تلف و فساد کے باعث ترشح کی مقدار بڑھ جاتی ہے، اس لیے اس درجہ میں پیشاب بھی بہت زیادہ مقدار میں خارج ہوتا ہے اور اوسکا رنگ پھیکا اور شفاف ہوتا ہے اور اُس میں مجری البول کی جھلی کے شفاف قسم کے ٹکڑے (قوالب[2] زجاجیہ) اور شحمی[3] خلیات بھی پائے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد جبکہ نالیاں اس تغیر میں بہ شدت مبتلا ہوجاتی ہیں تو پیشاب کی مقدار گھٹ جاتی ہے اوسکا ثقل[4] نوعی زیادہ ہوجاتا ہے، اور اوس میں مادہ[5] بیضیہ (زلال) بہت کثرت سے پایا جاتا ہے ۔

طحال۔ حجم میں بڑھ جاتی ہے لیکن ہمیشہ اتنا نہیں بڑھتی جتنا دوسرے احشاء بڑھتے ہیں۔ اس کی ساخت کے عنا قید[6] میں یہ فساد خصوصیت کے ساتھ پیدا ہوتا ہے ۔

| | |
|---|---|
| [1] عنا قید کلیہ۔ گلومے رو لیائی۔ | [4] ثقل نوعی۔ اسپے سے فک گے ویٹی |
| [2] ہائلائن کاسٹ۔ | [5] البیومن۔ |
| [3] شحمی خلیات۔ فیٹی سلز۔ | [6] عنا قید۔ مال پی جین باڈیز۔ |

خمل امعاء کے عروق شعریہ میں بھی شحمی تغیر ہوجاتا ہے۔ عروق شعریہ سے خون کی مائیت کا ترشح زیادتی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، جس سے اسہال پیدا ہوجاتا ہے۔ اسی باعث انجذاب اغذیہ میں بہت کمی ہوجاتی ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک تو زیادتی ترشحات و اخراج فضلات کے باعث دوئم قلت انجذاب غذا کے سبب مریض کی قوت بتدریج کم ہوتی جاتی ہے۔

جب احشاء میں اس قسم کے تغیرات واقع ہوجائیں تو یہ ایک معتبر علامت اس بات کی ہے کہ بلا تامل عمل جراحی کرکے مرض کو خارج کیا جائے، البتہ اگر مریض کی عام حالت بہت ضعیف اور عمل جراحی کو برداشت کرنے کے قابل نہ ہو تو تاخیر والتوا جائز ہے۔ اگر مقامی مرض کسی قسم کے عمل جراحی (مثلاً مجامع رق کو کاٹ کر خارج کرنے یا عضو کو ایک دم قطع کرنے سے نیست و نابود ہوسکتا ہے تو بہت ممکن ہے کہ اس قسم کے عمل کے بعد اعضاء و احشاء کے نشائی عوارض بھی خود بخود بالکل دور ہوجائیں، لیکن ساتھ ہی اس امر کا خیال بھی ضرور رکھنا چاہیئے کہ عوارض نشائیہ کے دوران میں گردوں میں اکثر خطرناک فساد واقع ہوجاتا ہے کہ تیز مطہرات ودافع تعفن ادویہ (مثلاً حامض قطرانی) جو خون میں جذب ہوکر پیشاب میں خارج ہوتی ہیں گردوں میں التہاب حاد پیدا کرسکتی ہیں اور ممکن ہے کہ یہ مہلک نتائج بھی پیدا کردیں۔

تقیح[1] دائم (دیرپا) پیپ کا رہنا بضرورت پھوڑوں کو چیرنے کے بعد ہوتا ہے بلکہ دیگر بہت سے دیگر حالات میں مودار ہوتا ہے، جن میں سے ایک ممتاز صورت عفونت[2] دھن (تعفن فمی) ہے اسکا باعث عموماً وہ مرض ہے جسے تقیح اُداری (تقیح لثہ) کہتے ہیں اور جس میں دانتوں کی جڑوں کے گرد مسوڑھوں میں

| | |
|---|---|
| [2] تقیح اُدادی۔ پایوریا الوی اولیرس۔ | [1] پرسسٹینٹ سپوریشن۔ [2] اورل سپسس |

پیپ کے ریشے تن جاتے ہیں اور یہ ایسے دانتوں میں عموماً تنے ہیں جو گندے سڑے ہوئے اور میل کچیل سے بھرے ہوئے ہوں۔ زبان پر پپڑی جمی ہوئی ہوتی ہے اور تنفس میں بدبو آتی ہے اس عارضہ کے باعث خطرناک نتائج پیدا ہوسکتے ہیں (جنکا باعث اول تو یہ ہے کہ اس [illegible] جراثیم اور جراثیمی سمیت متواتر منہ سے نگلی جاتی ہے۔ دوئم یہ کہ مسوڑھوں کے [illegible] بخیہ دار انگوریہ زخم ہوتے ہیں اور دانتوں پر مجید ہوتے ہیں۔ وہ بھی جراثیم کو براہ راست جذب کر لیتے ہیں)۔

(۱) جراثیم صدیدیہ اور اونکے سمین حلق سے نیچے اتر کر معدہ اور امعاء کی غشائے مخاطیہ پر مضر اثر پیدا کر دیتے ہیں جس سے رطوبت معدیہ کی طبعی قوت دفع تعفن کم یا ضائع ہو جاتی ہے۔ اس طرح مرض التہاب معدہ قروح معدہ یا قروح اثنا عشری قروح بخیہ نمودار ہوسکتے ہیں۔ علاوہ ازیں یہ بات بھی قابل لحاظ ہے کہ التہاب زائدہ دودیہ کے مریضوں میں بھی اکثر دانتوں کے خراب ہونے کے باعث دہن کی گندہ عفونی حالت پائی جاتی ہے۔

انتباہ۔ اسی ضمن میں یہ بات بھی قابل غور ہے کہ دہن، زبان، حلق، معدہ، امعاء وغیرہ کے تمام اعمال جراحی سے پہلے اور [illegible] بھی دہن کو مطہرات اور دافع تعفن ادویہ سے خوب احتیاط کے ساتھ صاف [illegible] کر لینا چاہیے تاکہ موت و عدوی کا خطرہ کم ہو جائے۔

۱ گرے نیولیشن۔
۲ پایوجینک بکٹیریا۔
۳ رطوبت معدیہ۔ گیسٹرک جوس۔
۴ طبعی قوت دفع تعفن۔ نیچرل اینٹی سپٹک پاور

۵ التہاب معدہ۔ گیسٹرائٹس۔
۶ قروح معدہ۔ گیسٹرک السر۔
۷ قروح اثنا عشری۔ ڈیوڈینل السر۔
۸ اپنڈکس۔ [illegible]
۹ [illegible]۔ اثنا عشری۔

(۲) عفونت دہن کے باعث تنفس کے راستے بھی ملوث[1] ہو سکتے ہیں۔ اور التہاب قصبتہ الریہ[2] جس کے ساتھ پیپ و بلغم خارج ہو، پیدا ہو سکتا ہے، ایسی حالتوں میں اگر مریض کو داروئے بیہوشی سنگھائی جائے تو شُش میں التہاب[3] امتصاصی ہو جانے کا سخت خطرہ ہوتا ہے۔

(۳) ایک خفیف فقر الدم[4] ثانوی قسم کا پیدا ہو سکتا ہے، جس کے خوردبینی امتحانِ خون و شمار اجزا میں تیس لاکھ کے قریب قریب سُرخ دانے ۶۰ سے ۷۰ فی صدی تک دَموین کی کمی ظاہر ہوگی اور کثرت بیضادات[5] یعنی سفید دانوں کی زیادتی اوسط درجہ کی پائی جائے گی۔ گاہے فقر الدم زیادہ شدید و خطرناک قسم کا بھی پایا جاتا ہے جو فقر خبیث[6] سے متجانس ہوتا ہے۔ یہ بھی خالی از دلچسپی نہیں کہ ابیضاض دم (خون کا سفید ہو جانا) کے مرض میں اکثر قروح دہن بھی پائے جاتے ہیں۔ (کثرت بیضادات کی ایک مہلک شکل "ابیضاض دم" ہے)[7]

(۴) دوسری بہت سی عام حالتیں بھی عفونت دہن کے باعث پیدا ہو سکتی ہیں۔ مثلاً مسلسل اضمحلال و ماندگی کا رہنا اور سرِ خفیف قسم کے دماثیل[8] التہاب عصب[9] کے مختلف ظہور، کبھی کبھی نہایت شدید بخار، حمی معویہ[10] کے قسم کا بھی پایا جاتا ہے مگر جوں ہی دہن اور دانتوں کو احتیاط کے ساتھ مطہر و صاف کر دیا جاتا ہے بخار بسرعت اُتر جاتا ہے اور مریض شفایاب ہو جاتا ہے مزمن التہاب عظم[11]

---

[1] ملوث۔ انفکٹڈ۔
[2] التہاب قصبتہ الریہ۔ برونکیائٹس۔
[3] التہاب شُش امتصاصی ایس پائریشن نیومونیا
[4] انیمیا۔
[5] لیکوسائٹوسس۔
[6] فقر خبیث۔ پرنیشس انیمیا۔
[7] ابیضاض دم مائی لیوکیمیا لیفے ٹک
[8] دماثیل۔ فرنکیولوسس۔
[9] التہاب عصب۔ نیورائٹس
[10] ٹائی فائڈ۔
[11] التہاب عظم۔ آسٹیائٹس۔

اور انتہابِ مفاصل بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور ہڈیوں اور جوڑوں کا وہ مزمن مرض بھی جسے مرضِ عظمی مفصلی (ہڈی اور جوڑ کا مرض) کے نام سے آئندہ بیان کیا جائے گا۔ سمی مادہ کے مسلسل جذب ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے۔

## ۲۔ ورمِ فلغمونی۔ التہابِ خلوی

التہاب خلوی (اسے پہلے فلغمون منتشر کہا جاتا تھا) اس مرض کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں اُس پھیلے ہوئے التہاب (التہاب منتشر) کی علامتیں پائی جاتی ہیں جو جلد کے نیچے یا نسیج خلوی میں ہو۔ یہ مرض جراثیم صدیدیہ (پیپ کے) سے ہوتا ہے۔ اور بالآخر یا اس میں پیپ پڑ جاتی ہے یا گل کر اس سے تاکلات بنتے ہیں۔ اور یا ایک وسیع حصہ بالکل مردار ہو جاتا ہے (غانغرایا)

اسباب:۔ اسکا مخصوص سبب وہ جراثیم ہیں۔ جو نسیج خلوی میں کسی طور پر داخل ہوگئے ہوں۔ مثلاً کسی عملیت جراحی کے زخم کی راہ۔ یا عارضی جلدی تفرق کی راہ۔ یا خفیف خراش یا کانٹہ وغیرہ کے سوراخ کی راہ۔ گاہے یہ حالت اُن گہرے جراثیمی زخموں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ جن کے مواد کے اخراج کا مناسب سامان نہ کیا گیا ہو۔ علی الخصوص اُس حالت میں جبکہ اُس شخص کی عمومی صحت خراب ہو۔ وہ بول زلالی یا ذیابیطس میں مبتلا ہو۔ یا وہ گندگی میں گھرا ہوا ہو۔ جہاں کہیں نسیج خلوی زیادہ ڈھیلی ہوتی ہے۔ التہاب کے علامات وہیں نمودار ہوتے ہیں۔ کیونکہ آس پاس کے ملوث مقامات سے جراثیم جذب ہو کر

---

| | |
|---|---|
| ۱ التہاب مفصل۔ آرتھرائی ٹس۔ | ۴ ڈیفیوز فلگ مان۔ |
| ۲ آسٹیو آرتھرو پیتھی۔ | ۵ اسلف۔ |
| ۳ ورمِ فلغمونی۔ فلیگ مونس انفلامیشن | ۶ بول زلالی۔ البیومی نوریا۔ |
| ۴ سیلولائی ٹس | ۷ انفکشڈ۔ |

یہاں چلے آتے ہیں۔ مثلاً رحم کے متورم ہونے سے اکثر جوف عانہ[1] میں اور حلق کے قریب سے گردن میں التہاب خلوی ہو جاتا ہے۔

جراثیم۔ التہاب خلوی میں زیادہ تر کرویات عقدیہ صدیدیہ[2] پائے جاتے ہیں۔ علی الخصوص جبکہ التہاب پھیل رہا ہو۔ لیکن بعض مقامی التہابات خلویہ میں کرویات عنقودیہ صدیدیہ[3] بھی ہوتے ہیں۔ اسی طرح شدید و خطرناک اقسام فلغمونی میں عصویات اوذیماویہ خبیثہ[4] سبب مرض ہوتے ہیں۔ اور اس وقت اس کی حالت اس مرض سے مشابہ ہوتی ہے۔ جسکو غانغرایا معدیہ[5] یا غانغرایا ریحیہ حادہ[6] کہتے ہیں۔

علامات۔ مقام تلقیح[7] اور نسبت جراثیم کے لحاظ سے اس کے علامات مختلف ہوتے ہیں۔ چنانچہ اس کے نتائج مقامی تقیح سے لیکر نہایت بدترین غانغرایا ساعیہ[8] تک پائے جاتے ہیں۔ اوسط درجہ کے حالات میں جبکہ کانٹا چبھنے یا خراش لگنے کے بعد زخم گندا ہو گیا ہو۔ علی العموم دو تین روز تک کسی علامت کا ظہور نہیں ہوتا ہے۔ اور اس مقام میں التہاب کی خفیف علامات ظاہر ہوتی ہیں اور وہ کسی قدر نازک اور دردناک ہو جاتا ہے۔

مریض کی عام صحت پر کسی قدر اضمحلال ہوتی ہے۔ مگر وہ اپنا کام جاری رکھ سکتا ہے۔ لیکن بالآخر وہ چھوڑنے پر مجبور ہو جاتا ہے۔ کیونکہ کچھ تو اسے درد ستاتا ہے۔ اور کچھ اس کی عمومی صحت خراب ہو جاتی ہے۔ کم و بیش بخار تقریباً

---

۱۔ جوف عانہ۔ پیڑو۔
۲۔ اسٹرپٹوکاکس پیوجینز۔
۳۔ اسٹیفائلوکاکس پیوجینز۔
۴۔ بیسی لس اوڈیمی ٹیس میلگنی۔
۵۔ غانغرایا معدیہ۔ انفکشس گنگرین۔
۶۔ غانغرایا ریحیہ حادہ۔ اکیوٹ۔ گیسی گنگرین۔
۷۔ مقام تلقیح۔ سائٹ آف انوکولیشن۔
۸۔ غانغرایا ساعیہ۔ اسپریڈنگ گنگرین۔

ہمیشہ ہوتا ہے۔ شدید صورت میں ایک دو مرتبہ لرزہ[1] بھی آتا ہے اور گا ہے حرارت طبعی حالت سے گھٹ بھی جاتی ہے۔ جس کی وجہ خون کا زہریلا ہوجانا (تسمم دم) ہے ۔ مقام مرض گرم۔ نازک اور رطوبت سے تر رہتا ہے۔ اگر وہ سطحی ہے تو سرخ اور سوجا ہوا نظر آتا اور چھونے میں سخت (رجا ہوا) محسوس ہوتی ہے بعض حالات میں التہاب کے دیگر مظاہر کے ساتھ مقامی طور پر اخراج خون ہوتا ہے۔ یا وہاں خون کے دھبے پڑ جاتے ہیں ۔ مرض کی رفتار کا دار و مدار زیادہ تر تدابیر و علاج پر ہوتا ہے۔ اگر کھلے دل سے وہاں شگاف دیے جائیں۔ تو التہاب رُک جائے گا۔ اور التئام کا عمل جلد شروع ہو جائے گا۔ خواہ وہاں پیپ پڑ چکی ہو۔ یا ناکالات بنگئے ہوں۔ ہاں اگر سمیت زیادہ شدید ہو۔ یا مریض کی قوت مقابلہ کمزور ہو۔ یا متورم حصہ کو اپنی حالت پر چھوڑ دیا گیا ہو۔ یا صرف لخلخہ[2] لگا دیا گیا ہو۔ تو التہاب علی العموم تیزی سے پھیل جاتا ہے۔ اور وہاں کی ساخت کا بیشتر حصہ فاسد ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں درد کی شدت۔ بیداری گاہے ہذیان[3] سمیت کا بخار (حمی سمی[4]) جس سے مریض جلد نڈھال ہو جاتا ہے۔ بالآخر پیپ پڑ جاتی ہے۔ لیکن علی العموم اس کی رفتار تیز نہیں ہوتی۔ لیکن گردن جیسے مقامات میں بعض اوقات ورم کی سختی اور جمود اسی طرح عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ اس لئے یہ اندازہ کرنا دشوار ہوتا ہے کہ آیا پیپ پڑ گئی ہے یا نہیں۔ گاہے جلد کے نیچے کی ساخت (نسیج خلوی) جس میں مواد کا ترشح ہوتا ہے۔ اندر سے گل جاتی ہے۔ اور جلد کے نیچے ایک پھیلا ہوا شقاقلوس[5] (مردہ حصہ) ہو جاتا ہے۔ اور اوپر کی جلد سوائے چند مخصوص حصوں کے صحیح و تندرست ہوتی ہے۔ اسی لئے اس حالت میں جلد

---

[1] نافض۔ لرزہ۔ ریگر۔
[2] پولٹس۔
[3] ڈلیریم۔
[4] حمی سمی۔ ٹاکسک فیور۔
[5] نکروسس۔

اور لفائف غائرہ کے درمیان و درتک مسبر (سلائی) داخل ہوجاتی ہے۔ گاہے التہاب عضو کے ایک حصہ کو چھوڑ کر دوسری جگہ چلا جاتا ہے۔ اور مرکز التہاب مقام تلقیح سے دور ترقی پاتا ہے۔ اور مقام تلقیح محض خفیف طور پر متاثر ہوتا ہے یا اس میں عروق جاذبہ کے شدید التہاب کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عروق جاذبہ کے ذریعہ اس مقام کے جراثیم یا ان کی سمیت منتقل ہوکر کسی دور کے مقام میں رک جاتی ہے۔ گاہے یہ مرض نسیج خلوی کے گہرے مقامات میں اور بذات خاص عضلات میں پھیل جاتا ہے۔ جس میں گاہے پیپ پڑجاتی ہے۔ یا وہ مقام سڑجاتا ہے۔ ان شدید حالات میں عفونۃ الدم یا تقیح الدم کا اندیشہ ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر اعمال جراحیہ یا عارضی جراحات میں قواعد تطہیر و پاکیزگی کا پورا خیال رکھا جائے۔ تو عموماً فلغمونی نہیں پیدا ہونے پاتی ہے۔ خراش اور کھلے ہوئے معمولی زخموں کی بھی ہمیشہ نگہداشت رکھنی چاہئے۔ ان زخموں کو مطہر کرنا چاہئے جو اندر تک نفوذ کیے ہوئے ہوں۔ خصوصاً جبکہ مریض کو اپنے خاص پیشہ۔ یا گردوپیش کے حالات یا نوعیت زخم کی وجہ سے خاص طور عددی کا اندیشہ ہو۔ جب التہاب کے علامات نمودار ہوجائیں تو کمادات مطہرہ مثلاً لنجریا تکمید بورقی کے استعمال سے التہاب پھیلنے سے رک جاتا ہے۔ اس حالت میں آنتوں کے فعل کو تحریک دینی چاہئے (تکمین امعاء) اور عام صحت کا خیال

۱۔ ڈیپ فیشیا۔
۲۔ مسبر۔ پروب۔
۳۔ التہاب جاذبات۔ لمفین جائٹس۔
۴۔ سپٹی سیمیا۔
۵۔ پائی میا۔
۶۔ فومن ٹے شنز
۷۔ بوریک فومن ٹے شن (آر) پولٹس۔

رکھنا چاہئے۔ اگر وہاں پیپ پیدا ہو جائے یا پیدا ہونے کا اندیشہ ہو تو عضو کے طول میں آزادی کے ساتھ کشادہ شگاف سختی کے مقام میں دینا چاہئے تاکہ وہاں سے رطوبات اور مواد ڈھیچ[1] خارج ہو جائیں۔ اور گلے سڑے ٹکڑے (تاکلات[2]) کاٹ کر یا کھرچ کر الگ کر دیے جائیں۔ اس طرح زخم کو صاف کرنے کے بعد اس کے اندر وسام[3] (جالی) نل بنفشی[4] سے لت کر کے ہلکے سے بھر دیں۔ اور اس کے اوپر معمولی پٹی باندھ دیں۔ اس سے غرض یہ ہے کہ زخم کی رطوبات باہر بہتی رہیں۔ اسی لئے یہ بھی ضروری ہے کہ جالی اور باہر کی پٹی کے درمیان کوئی ایسا مؤثر تعلق پیدا کر دیا جائے۔ جس سے اس مقصد میں امداد حاصل ہو۔ (مثلاً ان دونوں کے درمیان روئی وغیرہ جذب کرنے والی چیزیں رکھدیں) اسی لئے یہ بہتر ہے کہ پٹی کی آخری تہ میں پاک صاف موم جامہ یا اسی قسم کا کوئی دوسرا کپڑا (مثلاً طبرخی[5] یا موم جامہ) شامل کر لیا جائے۔ تاکہ زخم خشک نہ ہونے پائے۔ اور اس کی رطوبت بآسانی بہتی رہے۔ مرض کا پھیلاؤ اس امر کو چاہتا ہے کہ اور بھی شگاف لگائے جائیں۔ اس لئے جراح کو یہ کام مرض کے مطابق نشتر سے کرنا چاہئے۔ اس حالت میں مریض کی صحت اور طاقت کو مناسب غذاؤں اور دواؤں (مثلاً کونین و مقویات[6]) سے قائم رکھنا چاہئے۔

جبکہ شگاف کے بعد خون کا بہنا رک جائے۔ تو عضو کو روزانہ چند گھنٹے تک گرم پانی میں ڈبا رکھنا چاہئے (گرم حمام[7]) تاکہ مواد سمیہ ہلکے پڑ جائیں۔ اور انھیں بے ضرر بنا دے۔ ایک وقت میں عضو کو تین چار گھنٹے سے زیادہ پانی

---

[1] اررِیٹنگ ڈسچارج۔
[2] اسلف۔
[3] وسام۔ جالی۔ گاز۔
[4] نل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔
[5] طبرخی۔ گٹاپرچا۔
[6] اسٹی مولنٹ۔
[7] وارم باتھ۔

میں نہ رکھنا چاہئے۔ ورنہ پانی سے گلنے کا اندیشہ ہے۔ اس حمام کے لیے [۱] سیال نمک مطہر بہتر ہے۔ جس کی حرارت ۱۰۵ سے ۱۱۰ ف تک ہو۔ جب یہ مرض ایکمرتبہ شروع ہو جاتا ہے۔ تو ادویہ مطہرہ (مانع [۲] عفونت) عملاً مرض کے روکنے میں بیکار ثابت ہوتی ہیں۔ بلکہ اس میں جراح کو چاہئے کہ وہ تناؤ کو دور کرتا ہے۔ سمی مواد کا اخراج جاری رکھے۔ اور ساخت کی طبعی قوت مقابلہ کو قایم رکھے۔ تاکہ عفونت کے خلاف یہ کام کرتی رہے۔ اس وقت اس امر کی بھی پوری احتیاط چاہئے کہ کسی دوسرے زخم کا تازہ یا مخلوط [۳] عدوی اس کے فضلات کی شمولیت سے نہ پہونچ جائے۔

مصل [۴] متعدد الانواع ضد کردیات عقدیہ بھی بطور علاج کے استعمال کیا جاتا ہے۔ تاکہ کردیات عقدیہ [۵] زاس کے فعل اذابت وتحلیل جراثیم سے) ضائع ہو جائیں۔ اور تاکہ اعضاء میں جراثیم کی ترقی کے خلاف قوت مناعت پیدا ہو جائے [۶]۔ ۵ مکعب [۷] سنٹی میٹر (ایک مکعب سنٹی میٹر، ۱۷ بوند) سے شروع کیا جائے۔ اور آخر میں ۱۰ مکعب سنٹی میٹر دن میں دو بار دیا جائے۔ اس کی پچکاری پشت یا دیوار شکم کی جلد کے نیچے کی جائے۔ اسکا نتیجہ مختلف ہوا کرتا ہے۔ گاہے اسکا اثر نمایاں ظاہر ہوتا ہے۔ اور اکثر اس کے نتائج غائب بھی ہو جاتے ہیں۔ علاج [۸] بالتلقیح بھی کم درجہ کی شدت میں مؤثر ثابت ہوتا ہے۔

---

[۱] ہائپرٹانک سالٹ سولیوشن

[۲] اینٹی سپٹک

[۳] کمبائنڈ انفکشن

[۴] پالی ولنٹ اینٹی اسٹرپٹو کوکل سیرم

[۵] اسٹرپٹو کوکائی

[۶] انٹی سپٹک ... 

[۷] مکعب سنٹی میٹر کیوبک سنٹی میٹر (ایک مکعب سنٹی میٹر تقریباً ۱۷ بوند)

[۸] ویکسین تھراپی۔

# التہاب خلوی کی مخصوص اقسام

**بغل کا فلغمونی** اکثر ہاتھ کے زخم سے ظاہر ہوتا ہے۔ جیسا کہ اکثر تشریح[1] بعد الموت کے وقت ہاتھ میں پہونچ جایا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ عام طور پر طبیبوں۔ طالب علموں اور تیمار داروں کو ہو جایا کرتا ہے۔ گاہے یہ اُس تناؤ سے بھی ہوتا ہے جو بغل کی گلٹیوں کے ورم[2] سے پیدا ہوتا ہے۔ بغل کی ساخت سخت اور منجمد سی ہو جاتی ہے۔ درد سخت ہوتا ہے علی الخصوص شانہ کی تحریک کے وقت اس میں زیادتی ہوتی ہے۔ گاہے یہ مرض سینہ تک پھیل جاتا ہے خواہ عضلات[3] صدریہ کے نیچے یا ان کے مابین۔ گاہے یہ اوپر کی طرف بڑھتا ہے۔ اور شانہ کے جوڑ کو اندر سے کھوکھلا کر دیتا ہے۔ جوڑ کا رباط[4] کیسی گل جاتا ہے۔ اور اس میں شدید التہاب (التہاب مفصل[5]) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ضرورت ہے کہ جلد بڑے بڑے کشادہ شگاف لگائے جائیں۔ تاکہ اس قسم کے خطرناک عوارض نہ پیدا ہوں۔ لیکن شگاف لگانے کے وقت بغل کی بڑی بڑی رگوں اور اہم پٹھوں کا خیال رکھیں۔

**فلغمونی راس۔** (جلد سر کا فلغمونی) یہ عام طور پر اُن زخموں کا نتیجہ ہوتا ہے جو عضلہ[6] یافوخیہ کے وتر عریض[7] سے گذر کر سر کی متصلہ زوم خانہ دار[8] ساخت میں کھلتے ہیں۔ گاہے یہ سر کی معمولی خراش سے پیدا ہوتا ہے۔ … رہتا ہے چنانچہ

[1] پوسٹ مارٹم اگزامی نیشن
[2] اورام غدد جاذبہ۔ لمفے ڈی نائٹس
[3] پکٹورل مسلز
[4] کیپشولر لگمنٹ۔
[5] التہاب مفصل۔ آرتھرائی ٹس۔
[6] آکسی پیٹو فرانٹے لس۔
[7] اپانیوروسس۔
[8] اری اولر ٹشو۔

اس آخری صورت میں سر کی جلد سرخ۔ پھولی ہوئی (تہیجی[4]) اور دردناک ہوتی ہے۔ لیکن اس میں التہاب عموماً کم و بیش محدود اور مقامی ہی رہتا ہے۔ برعکس اس کے پہلی حالت میں پیپ درز مذکور کے نیچے پیدا ہوتی ہے۔ اور درز مذکور کے حدود اتصال تک پھیلتی ہے۔ چنانچہ اس کے پھوڑے عموماً پیشانی پر ٹھیک ابرو کے اوپر اسی طرح عظم زوج[1] کے اوپر یا محدّدہ[2] کے بالائی خط منحنی[3] پر نمودار ہوتے ہیں۔ سر کی ساری جلد کسی قدر ابھر جاتی ہے۔ سر کی ہڈیوں کے مُردہ ہو جانے۔ اور مختلف دماغی عوارض کے پیدا ہونے کا خطرہ دامنگیر رہتا ہے لیکن جلد اس شاذ و نادر ہی گلتی ہے۔ کیونکہ اس میں عروق دمویہ کی کثرت ہے۔ مذکورہ بالا ہر دو صورت میں حرارت بدنیہ علی العموم زیادہ ہو جاتی ہے اور مریض سخت بیمار ہوتا ہے۔ اسکا علاج یہ ہے کہ جہاں تک جلد ممکن ہو کشادہ دلی سے عروق کی رفتار کے متوازی بہت سے شگاف دیں۔ اگر پیپ تر مذکور کے نیچے ہو تو اس کے بہاؤ کے لئے نلکیاں (انبوبات[5]) داخل کریں +

**فلغمونی محجر**[6] (چشم خانہ کا فلغمونی) چشم خانہ کے اندرونی زخموں سے اکثر ہو جاتا ہے۔ کیونکہ ایسے تنگ مقام کو پاک کرنا اور اس کے مواد کا خارج کرنا دشوار ہوتا ہے۔ گاہے یہ چشم خانہ کی استخوانی دیواروں کے التہاب (جو افغیۂ جمجمہ[7] کے تقیح سے ہوتا ہے) کا بھی نتیجہ ہوتا ہے۔ چشم خانہ کی ساخت میں مواد کا ترشح ہونے لگتا ہے۔ اور یہ پھول جاتی ہیں۔ پپوٹوں میں بھربھراہٹ ہو جاتی ہے۔ آنکھ کا ڈھیلا سامنے کو نکل آتا ہے (جحوظ[8]) گاہے التہاب

۱ زائی گوما۔
۲ آکسی پیٹل بون۔
۳ سوپیریر کروڈ لائن۔ ۴ اڈیمیٹس
۵ ٹیوبز
۶ آربٹ
۷ کرینیل سائنسز۔
۸ پروپٹوسس

چشم خانہ سے اغشیۂ دماغ تک پھیل جاتا ہے۔ کیونکہ ام[1] غلیظ چشم خانہ کی غشا عظمی[2] سے اُن سوراخوں کے ذریعہ تعلق رکھتی ہے۔ جن سے عروق و اعصاب چشم خانہ میں دماغ سے پہونچتے ہیں۔ گاہے اس سے چشم خانہ کی دیواریں مُردہ ہوجاتی ہیں (رشفاقلوس) اسی طرح خود آنکھ بھی مُبتلائے آلام ہوجاتی ہو یعنی آنکھ میں غدد جاذبہ کے عددی سے یا التہاب[3] عمومی ہوجاتا ہے۔ یا عصبہ مجوفہ[4] میں آنکھ[5] کے پچھلے حصہ کے التہاب و دباؤ سے التہاب ہوجاتا ہے۔ یا آخر میں عصبۂ مجوفہ میں التحام کے انقباض کے باعث ہزال و لاغری پیدا ہوجاتی ہو یعنی جب زخم جڑنے لگتا ہے۔ تو وہاں کی ساخت میں قدرتاً تشنج و انقباض واقع ہوتا ہے (انقباض[6] ندبی) جس سے عصبۂ مجوفہ دب جاتا ہے۔ اور دبنے سے اس میں ہزال[7] پیدا ہوجاتا ہے + اگر چشم خانہ کی نسیج خلوی گل جاتی ہے۔ تو کرۂ چشم کے حرکات میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ یا بالکل کھوجاتی ہیں۔ اسی طرح کبھی پپوٹے اس قدر پیچھے کھنچ جاتے ہیں کہ پوری طرح آنکھ بند نہیں ہوتی +

**علاج۔** چشم خانہ کے قروح[8] نافذہ میں اگر ذرا بھی عددی و عفونت کا احتمال ہو تو ہرگز اُسے بند کرنے کی کوشش نہ کرنی چاہئے۔ بلکہ زیادہ بہتر یہ ہے کہ اُنھیں بتدریج کشادہ بنایا جائے۔ تاکہ اندرونی ساختوں کا دیکھنا (امتحان کرنا) اور اُن کے مواد کا خارج کرنا آسان ہو۔ لیکن اگر ان سے فلغمونی پیدا ہوجائے تو اصلی[9] زخم کو کھول دینا چاہئے۔ اور جہاں تک ممکن ہوسکے شگاف پپوٹوں کے

---

۱ ڈیوراامیٹر۔
۲ پری اسٹیم۔
۳ التہاب عموی چشم۔ پان آفتھلمائیٹس
۴ آپٹک نرو۔
۵ التہاب موخر عین۔ ریٹرو آکیولرانفلامیشن
۶ انقباض ندبی۔ سیکیٹریشل کنٹرکشن۔
۷ اٹروفی۔
۸ قروح نافذہ۔ پنی ٹریٹنگ وونڈز۔
۹ اصلی اور جبلی۔

درمیان یا ملتحمہ[۱] کے موڑ میں دینے چاہئیں۔ اس کے بعد کماؤات مطہرہ استعمال کرنا چاہیے۔ اگر آنکھ میں عمومی التہاب پیدا ہوجائے۔ تو کرۂ چشم میں صلیبی[۲] شگاف لگانا چاہیے۔ یہ عکس اہل استیصال و بالکل باہر نکال لینا اس سے بہتر ہے۔ کیونکہ اس سے اغشیۂ[۵] دماغ میں ورم ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

فلغمونی گردن۔ گاہے حلق کی عفونت وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ لوزتین کے التہاب جرابی۔ خناق[۸] کلبی۔ اور قرمزیہ[۹] کے ساتھ ہوتا ہے۔ اوائل میں گردن کی گہری غدد جاذبہ پھول جاتی ہیں۔ پھر فلغمونی ہوتا ہے۔ یہ گاہے گردن کی عملیات جراحیہ کے بعد بھی ہوتا ہے۔ گردن کے گہرے لفائف[۱۰] علی العموم کرویات[۱۱] عقدیہ سے ملوث ہوتے ہیں۔ اس کے بعد جلد یا بدیر پیپ پڑجاتی ہے۔ گردن کا ملوث حصہ متورم۔ سرخ اور سخت ہوتا ہے۔ گہری ساخت میں تناؤ کا سخت درد ہوتا ہے۔ جو سر اور جبڑے کی حرکت سے شدید تر ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات ورم خصوصی طور پر سخت اور منجمد ہوتا ہے۔ اور اوڈیما اگرچہ گاہے موجود ہوتا ہے مگر چند روز تک جراح کے لئے اس کا پتہ چلانا دشوار ہوتا ہے کہ فلاں حصہ نرم ہورہا ہے۔ اور تموج کا مرکز یہی ہے۔ اس عرصہ میں بدنی عمومی عوارض شدید ہوجاتے ہیں۔ بخار گاہے سخت ہوتا ہے۔ مریض درد اور بیداری سے بیقرار ہوتا ہے۔ نگلنے کی دشواری کی وجہ سے اس کے تغذیہ میں بھی خلل واقع ہوتا ہے خطرناک عوارض نمودار ہونے کی چند وجوہ ہوتی ہیں۔ اہم اور ضروری عروق و اعصاب کو

---

۱۔ کنجنکٹائیوا۔
۲۔ اینٹی سپٹک فومن ٹے شنز۔
۳۔ کروشلی
۴۔ انیوکلے شن۔
۵۔ ورم اغشیۂ دماغ۔ منجائی ٹس۔
۶۔ التہاب لوزی جرابی۔ فالی کیولر ٹانسلائی ٹس
۷۔ ڈفتھیریا۔
۹۔ اسکارلٹ فیور۔
۱۰۔ فیشیا۔
۱۱۔ اسٹرپٹوکوکائی۔

دباؤ پڑنے کے باعث ۔خناقِ[1] منصف یا حنجرہ[2] تک التہاب کے پھیل جانے کے باعث جس سے اوذیما کے بعد تنفس[3] میں تنگی پیدا ہوتی ہے۔ یا تقیح دم کے باعث جو وریدوں کے انسداد[3] سے پیدا ہو سکتا ہے۔ علی العموم اس مرض کا انجام یہ ہوتا ہے کہ نسیج خلوی مردہ ہو جاتی ہے۔ تقیح ہو جاتا ہے۔ اگر اندرونی تفائف میں شگاف دیکر اندر کی پیپ خارج نہ کی جائے۔ تو وہ مختلف جہات کی طرف رخ کرتی ہے ۔

علاج ۔حلق کے اصلی مرض کی طرف لازمی طور پر توجہ کرنی چاہئے۔ جو اس مرض کا سبب ہے۔ زخم کو اچھی طرح کھول دینا۔ اور مواد کے بہاؤ کا انتظام کرنا چاہئے۔ مقوی سیال غذاؤں اور دواؤں (مثلاً کونین) سے مریض کی قوت وصحت کو ترقی دینی چاہئے۔ مصل[4] ضد کرویات عقدیہ کی پچکاری بھی کی جا سکتی ہے لیکن گاہے مصل ضد خناق[5] نہایت مفید ثابت ہوتا ہے (خواہ زیر جلد اس کی پچکاری کی جائے۔ یا براہ دہن کھلایا جائے) مقامی طور پر اوائل میں کمادات کا استعمال کیا جائے۔ لیکن اگر پیپ پڑ جائے۔ یا دباؤ کے عوارض مثلاً عسر تنفس وغیرہ شدید ہوں۔ یا مرض نمایاں طور پر بڑھ رہا ہو تو کشادہ شگاف عروق وغیرہ بچا کر لفائف غائرہ کے نیچے دیں۔ تاکہ تمدد کم ہو جائے۔ اور مواد بآسانی خارج ہونے لگیں ۔ یہ اچھی طرح یاد رکھنا چاہئے کہ چونکہ اس مقام کی ساختیں باہم اسقدر چسپاں اور ایک دوسرے کے ساتھ اس قدر پیچیدگی سے ملی ہوئی ہیں کہ ان کا تمیز کرنا دشوار ہوتا ہے۔ اور چونکہ پیپ علی العموم یہاں زیادہ گہرائی میں ہوتی ہے اسلئے

---

[1] میڈی اسٹائنم۔
[2] گلاٹس۔
[3] ڈسپنیا۔
[3] تھرامبوسس۔
[4] اینٹی اسٹرپٹوکوکک سیرم۔
[5] اینٹی ڈفتھیریٹک سیرم۔

نہایت سخت احتیاط کی ضرورت ہے تاکہ زیادہ اہم اجزا میں کوئی زخم نہ پہنچے۔

اس مرض کی وہ قسم جو جبڑے کے نیچے کے حصے (فضائے تحت الفک) میں ہوتی ہے خصوصی توجہ کی ضرورت ہے۔ اس قسم کو فلغمونی تحت الفک[۱] کہتے ہیں۔ یہ علی العموم منہ کے کسی عفونی مرکز کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اور گاہے اس وجہ سے بھی ہو سکتا ہے کہ ورم گلٹیوں کے غلاف[۲] سے تجاوز کرکے پھیل جائے اور گاہے کان کے درمیانی حصے کی بیماری سے پیدا ہوجاتا ہے۔ جبکہ مرض عضلہ ذات البطنین[۳] کے پچھلے بطن کی طرف اوتر آتا ہے۔ ان اقسام میں سوجن ٹھوڑی کے نیچے سامنے کی طرف پھیلتا ہے۔ اور گاہے فرش دہن اور زبان کی جڑ کو بھی گھیر لیتا ہے۔ جس سے زبان سامنے کی طرف دبتی ہے۔ اور گاہے منہ سے باہر نکل آتی ہے۔ گاہے حنجرہ میں اوذیما پیدا ہوجاتا ہے۔ یا زبان کے نیچے پھوڑا بنجاتا ہے۔ اسکا علاج وہی ہے جو اوپر بتایا گیا ہے۔ اور اس میں ایک یا دو شگاف کی ضرورت پیش آتی ہے۔ حنجرہ کے اوذیما کے لئے علی العموم عمل فتح قصبہ[۵] کی ضرورت پڑتی ہے۔

فلغمونی عانہ۔ جوف عانہ کے اعضاء پر ڈھیلی ڈھالی نسیج خلوی استر کرتی ہے۔ اس میں گاہے متعفن التہاب ہوجاتا ہے۔ یہ گاہے ان جراحات نافذہ[۶] سے پیدا ہوتا ہے۔ جو اتفاقی طور پر ہوجاتا ہے یا عمل جراحت کے لیے کیا جاتا ہے۔ اور جو اس حصے میں پہنچ جاتا ہے۔ مثلاً مثانہ میں چھید ہوجائے۔ یا دو صفاق

---

۱۔ فلغمونی تحت الفک } لڈونگس انجائنا / ذیجہ لدونگ
۲۔ کیپشول
۳۔ ڈائی گیسٹرک مسل ۔ سب مگزیلری کین
۴۔ بیلی
۵۔ فتح قصبہ۔ ٹریکیاٹومی۔
۶۔ پلوک سیلولائی ٹس۔
۷۔ پنی ٹریٹنگ وونڈز۔

سے باہر پھٹے۔ پتھری نکالنے کے لئے فوق العانہ شگاف[1] دیا جائے۔ یا جانبی عملیۃ الحصات[1] کیا جائے (جس میں پتھری کے خارج کرنے کے لئے عجان یعنی سیون میں شگاف دیا جاتا ہے) یا بیقاعدگی سے قاثاطیر داخل کیا جائے۔ یا رحم کو آلہ کشط[3] سے چھیلا جائے۔ یا اسقاط[4] جنین کی کوشش کی جائے۔ یہ گاہے ان جراثیم کے جذب ہونے سے بھی ہو جاتا ہے۔ جو کہ احشائے عانہ۔ مثلاً مثانہ۔ غدۂ مذی[5] مستقیم۔ رحم یا مجری قاذف[6] میں ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ گہرے التہاب کی تمام مقامی اور عمومی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ بلکہ گاہے التہاب[8] باریطون کی علامتیں بھی ساتھ ہوتی ہیں۔ چنانچہ تنا ہوا۔ سخت اور دردناک ورم ہوتا ہے۔ جو معاء مستقیم[7] یا مہبل[9] سے معلوم ہوتا ہے اور گاہے قوس[10] عانہ کے اوپر التہابی ترشح کی وجہ کوئی سخت ٹکڑا معلوم ہوتا ہے۔ جس کے ٹھوکنے سے بھاری آواز نکلتی ہے۔ گاہے اس سے پھوڑے بنجاتے ہیں۔ جو گاہے باہر کی طرف رباط[11] اُربیہ کے اوپر پھوٹتے ہیں۔ اور گاہے جوف[12] عانہ کے کسی عضو میں۔ اور گاہے دونوں طرف جس سے پاخانہ یا پیشاب کے نہایت بڑے عسیر العلاج نواصیر[13] پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور گاہے وریدوں میں سدہ اور گاہے تقیح دم ہو جاتا ہے۔

اس قسم کے احوال میں گاہے جراح کو اوائل مرض ہی میں بلایا جاتا ہے۔

---

[1] عملیۃ الحصات فوق العانہ۔ سوپراپیوبک لتھاٹومی
[2] لیٹرل لتھاٹومی۔
[3] کیٹھٹر کیورٹ۔
[4] ابارشن۔
[5] پراسٹیٹ گلینڈ۔
[6] رکٹم
[7] فلوپین ٹیوب۔
[8] پیری ٹوناٹس
[9] وجائنا۔
[10] پیوبک آرچ۔
[11] پوپارٹس لگمنٹ۔
[12] پلوک کیویٹی۔
[13] فسچولی۔

جبکہ اس میں پیپ نہیں پڑی ہوتی ہے۔ اس صورت میں مریض کو راحت وآرام سے رکھنا چاہیئے۔ غذا کی مقدار کو کم کر دینا چاہیئے۔ تھوڑی مقدار میں افیون دینا چاہیئے۔ مستم خشکی پر تکمیدات[۱] کا استعمال کرنا چاہیئے۔ گاہے ان باتوں کے ساتھ مستقیم یا ہبل میں مطہرات سے گرم سکوب[۳] (تڑیڑہ) کیا جاتا ہے اور گاہے جراح کو اس وقت بلایا جاتا ہے۔ جبکہ اس میں پیپ پڑ چکی ہے۔ اور پھوڑے کے کھولنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس حالت میں ایک شگاف رباط الاربیہ سے اوپر شوکہ[۴] عانیہ کے پاس لگایا جائے۔ اور شکم کے عضلات کو اس حد تک کاٹا جائے کہ جراح نیچے کی طرف لفافہ[۵] مستعرضہ اور باریطون[۶] کے درمیان کام کر سکے۔ اور باریطون کو ایک طرف ہٹا دیا جائے۔ تاکہ رباط[۷] عریض تک پہنچنا ممکن ہو۔ جہاں علی العموم پیپ پائی جاتی ہے۔ جس وقت باریطون کے نیچے کی ساخت کھل جائے۔ اسی وقت چاقو ہاتھ سے رکھدیا جائے۔ اور کند آلات[۸] یا انگلی سے کام کیا جائے۔ پھوڑے کے جوف کو اچھی طرح دھویا جائے۔ اور اس کے مادہ کے بہاؤ کا پورا انتظام کیا جائے۔ اور اگر ممکن ہو تو ہبل میں اس کے مقابل کوئی دہانہ بنایا جائے۔

عوارض[۹] بعیدہ کے طور پر انسجۂ التحامیہ[۱۰] کے انقباض سے گاہے آنتوں میں سدہ واقع ہوتا ہے۔ اسی طرح گاہے اسی طریقے سے حالب[۱۱] کے دب جانے

۱؎ ہائپوگیسٹریم۔
۲؎ فومن ٹیشن۔
۳؎ سکوب۔ ڈوش۔
۴؎ پیوبک اسپائن۔
۵؎ ٹرنسورسیلس فیشیا۔
۶؎ پری ٹونیم۔
۷؎ براڈ لگمنٹ۔
۸؎ بلنٹ انسٹرومنٹ۔
۹؎ ریموٹ سکولا۔
۱۰؎ سیکیٹ ریشل ٹشو۔
۱۱؎ یورے ٹر۔

کے باعث استسقاء الکلیہ[1] بھی ہوجاتا ہے ۔

## ۳ - عدوی جراحات ۔ تلوث جراحات[2]

جب کوئی جراحت خواہ عارضی ہو یا عملی جراثیم سے ملوث ہوجاتی ہے ۔ تو فعل التحام کے طبعی رفتار میں خلل واقع ہوتا ہے ۔ اور جراثیم سے مقابلہ کرنے کے باعث التہاب کے آثار بڑھنے لگتے ہیں ۔ جن میں بالآخر پیپ پڑجاتی ہے اس حالت کے لئے پہلے لفظ "عفونت"[3] استعمال کیا جاتا تھا ۔ لیکن علم کے موجودہ دور انقلاب میں لفظ عفونت اور عفونی[4] کی کم ضرورت پڑتی ہے ۔ اور جہاں تک ممکن ہو اس سے پرہیز کرنا بہتر ہے ۔

جب اتفاقی طور پر کوئی جراحت واقع ہوتی ہے ۔ تو علی العموم عدوی سے پرہیز نا ممکن ہوتا ہے ۔ کیونکہ اکثر اوقات جلد میلی ہوتی ہے ۔ یا اتفاقی عارضہ فی نفسہ اس قسم کا ہوتا ہے کہ زخم کا ملوث ہونا ضروری ہوتا ہے ۔ اس کے بعد دافع عفونت اشیاء کے استعمال کے باوجود زخم کا پاک کرنا محال ہوجاتا ہے یہ صورت جنگ کی حالت میں خصوصاً بہت زیادہ ہوتی ہے ۔ جہاں زخم گھنٹوں بلکہ بعض اوقات دنوں تک بغیر کسی توجہ و تیمارداری کے یونہی پڑے رہتے ہیں ۔ اور مریضوں کے کپڑے اکثر میلے ہوتے ہیں ۔ کیونکہ ان کو ہفتوں کپڑے دھونے اور بدلنے کا موقعہ نہیں ملتا ۔ لیکن جراحات عملیہ میں (یعنی ان زخموں میں جو جراح اپنے عمل سے پیدا کرتا ہے) اگر عدوی واقع ہوتا ہے ۔ تو اس کی وجہ جراح کی وہ فاش غلطیاں اور بے احتیاطیاں ہوتی ہیں ۔ جن سے اُسے گریز کرنا چاہئے اور

---

[1] استسقاء الکلیہ : ہیڈرونفروسس ۔

[2] عدوی جراحات / تلوث جراحات } رونڈ انفکشن

[3] سپسس

[4] سپٹک ۔

جو ممکن العمل ہیں۔ لیکن گاہے عدویٰ ذاتیہ[1] بھی اسکا باعث ہوتا ہے + ریشم یا وتر رسلائی کا تانت جو انتڑی کی آنتوں سے بنایا جاتا ہے۔ وترالطاہر[2] کی نامکمل تطہیر اکثر اوقات عدویٰ کا سبب بنجاتی ہے۔ اسی وجہ سے ربر کے دستانے جراح اور اس کے مددگاروں کو پہن لینا چاہئے۔ جس سے ان کے ہاتھ محفوظ ہوجاتے ہیں

اس قسم کے زخموں میں بعض اوقات اُمید سے زیادہ اقسام کے جراثیم پائے جاتے ہیں۔ اصابات بعد العملیات[3] یعنی اُن زخموں میں جو عمل جراحت کے بعد پیدا ہوتے ہیں عام طور پر کرویات عنقودیہ[4] پائے جاتے ہیں لیکن زیادہ بڑے زخموں میں کرویات عقدیہ[5] ہوتے ہیں۔ بلکہ گاہے مخلوط[6] عدوی ظاہر ہوتا ہے۔ (جس میں مختلف قسم کے جراثیم شریک ہوتے ہیں) اتفاقی اور ناگہانی زخموں میں اور اسی طرح جنگ کے زخموں میں عام طور پر مخلوط عدوی پایا جاتا ہے جس میں مذکورہ بالا اقسام کے ساتھ غیر ہوائی[7] جراثیم بھی شامل ہوتے ہیں +

مقامی عفونت یا مقامی عدویٰ اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ زخم میں صرف تقیح حاد یا تقیح تحت الحاد[8] کی علامتیں نمودار ہوتی ہیں۔ یا نسیج خلوی میں شدید فلغمونی پیدا ہوکر آس پاس کی ساخت میں بہت جلد پھیل جاتا ہے +

اعمال جراحی کے بعد کے ہلکے زخموں میں گاہے عفونت اندرونی ساخت کے اندر گہرے ٹانکوں میں یا بیرونی سطح میں شروع ہوتی ہے۔ چنانچہ جب بیرونی سطح کے قریب عفونت شروع ہوتی ہے۔ تو زخم کے کنارے سرخ اور پھولے ہوئے

| | |
|---|---|
| [1] آٹو انفکشن۔ | [5] کرویات عقدیہ۔ اسٹرپٹوکوکائی۔ |
| [2] وترالطاہر۔ کیٹ گٹ۔ | [6] مخلوط عدوی۔ مکسڈ انفکشن۔ |
| [3] پوسٹ اوپریٹو کیسز۔ | [7] غیر ہوائی۔ اینا ایروبیز۔ |
| [4] اسٹیفیلوکوکائی | [8] تحت الحاد۔ سب ایکیوٹ۔ |

نظر آتے ہیں۔ اور ٹانکوں کے درمیان کی ساخت اس طرح پھول جاتی ہے کہ وہ خوب تنی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ اور جب اُس کے اندر سلائی (مسبر)[1] داخل کی جاتی ہے۔ تو گاہے اندر سے پیپ برآمد ہوتی ہے۔ مریض درد کی شکایت کرتا ہے۔ جو عام طور پر ضربانی[2] قسم کا ہوتا ہے (ٹیس کا درد) گاہے حرارت بدنی بھی کسی قدر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور بعض بُری حالتوں میں بخار کے ساتھ قشعریرہ[3] (جھرجھری) بھی ہوتا ہے۔ خفیف احوال میں عفونت صرف زخم کے قریبی ساخت ہی تک محدود رہتی ہے۔ لیکن اگر بے پروائی کی جائے۔ یا مریض کی صحت خراب ہو۔ یا اگر جراثیم شدید سمیت کے ہوں۔ تو نلغمونی حاد کی علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں۔

جب عفونت زخم کی گہری ساختوں میں شروع ہوتی ہے۔ تو اُس کی سطح پر چند روز تک خفیف ورم اور چھونے پر ہلکے سے درد کے سوا اور کوئی چیز دکھائی نہیں دیتی۔ لیکن عام طور پر یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ حرارت بدنی کسی قدر بڑھ جاتی ہے اور تناؤ کا درد کسی قدر ظاہر ہوتا ہے۔ اس کے بعد جلد یا بدیر ایک پھوڑا نمودار ہوتا ہے۔ اور بیرونی سطح تک آجاتا ہے۔ اور جب تک کہ اصلی فساد (یعنی بندش یا اندرونی ٹانکہ) دور نہ ہو ناسور کی سی کیفیت باقی رہتی ہے۔ اسی قسم کی کیفیتیں چاندی کے تاروں، پیچوں اور طبقوں (پرتوں) اور دوسری چیزوں سے پیدا ہو سکتی ہیں۔ جنکو التحام قروح سے پہلے خارج کر دینا چاہئے۔

سخت حادثات کے بھاری زخموں میں عدوی کی وجہ صرف یہی نہیں ہوتی ہے کہ جلد پھٹ جاتی ہے۔ بلکہ اس کی وجہ ایک یہ بھی ہے کہ ملوث[4] اور گندہ مواد اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ مثلاً مریض کے کپڑے۔ سڑک کی گندیاں۔ خاک اور

---

1. مسبر پروب۔
2. ضربانی درد، تھرابنگ پین
3. قشعریرہ۔ رگر۔
4. ملوث انفکٹڈ۔

کارخانوں میں مختلف قسم کی چربیاں وغیرہ۔ اور اس کے ساتھ ان کے یا مریض کی جلد کے۔ یا مددگار نادان دوستوں کی انگلیوں کے جراثیم بھی اندر داخل ہوجاتے ہیں۔ جو ان فاسد شدہ ساختوں کے اندر اپنی پرورش و افزائش کا بکثرت مناسب مواد پاتے ہیں۔ پھر جتنی گہرائی تک یہ تفرق اتصال پھیلتا ہے اس کے موافق نتائج مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً اوف ساخت کے مختلف حصے میں پیپ پڑجاتی ہے۔ یا وہ گل کر تاکلات ارسناخ[1] بنا لیتے ہیں۔ اس کی پیپ اندرونی کھلی ہوئی ساختوں کی طرف راستہ کرکے چلی جاتی اور وہاں جمع ہوجاتی ہے۔ اور سطحی حصوں کا ورم مرض میں اور بھی اضافہ کردیتا ہے۔ کیونکہ وہ گہری ساختوں سے مواد کے اخراج میں دباؤ کی وجہ سے رکاوٹ پیدا کرتا ہے۔ جس سے تناؤ میں اور زیادتی ہوتی ہے۔ اور جراثیم کے لئے کثرت سے عمدہ خوراک الگ مہیا ہوتی ہے۔ جو کہ زخم کی گہرائی میں جمع ہوتی ہے۔ اس قسم کے حالات میں عموماً جس طرح غیر ہوائی جراثیم کا عددی ہوتا ہے۔ اسی طرح کردیات صدیدیہ[2] بھی شریک ہوتے ہیں۔

عددی جراحت کے عمومی علامات عام طور پر سمین کے مقدار انجذاب کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ نیز اس میں اس امر کو بھی دخل ہے کہ آیا خون کے اندر قوت مقابلہ موجود ہے یا نہیں۔

التسمم حاد[3] پہلے اسکا نام حمی عفونیہ حارضیہ[4] تھا۔ یہ اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ عفونی[5] التہاب سے (جو کافی پھیلاؤ اور شدت کا ہو) سمی مواد کی

---

[1] ارسناخ۔ اسلف

[2] کردیات صدیدیہ۔ پائی اوکاکائی۔

[3] التسمم حاد۔ اکیوٹ ٹاکسی میا۔

[4] حمی عفونیہ حارضیہ۔ سپ ٹک ٹراؤمے ٹک فیور

[5] عفونی۔ انفکشو۔

بڑی مقدار خون میں جذب ہوجاتی ہے۔ گاہے پیپ کا خفیف اجتماع بھی (جو دباؤ اور تناؤ رکھتا ہو) شدید سمی علامات پیدا کر دیتا ہے۔ اسی طرح پھیلے ہوئے التہابات جیسے سرخبادہ[1] اور فلغمونی[2] میں بعض اوقات علامات سخت خطرناک ہوتی ہیں۔ جوف صفاقی[3] کے عفونی التہابات میں بھی یہی حالت ہوتی ہے۔ خصوصاً جبکہ جوف مذکور کا بالائی نصف مریض ہو۔ کیونکہ اس صورت میں حجاب[4] حاجز کے عروق جاذبہ بھی اتصال کے باعث آسانی سے شریک ہوجاتی ہیں۔ تسمم دم اکثر اوقات حقیقی تعفن[5] دم کے ساتھ شریک ہوجاتا ہے۔ اور عوارض و علامات کے لحاظ سے ان دونوں کے درمیان فرق کرنا تقریباً محال ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کی علامتیں بخار کی علامتوں سے مشابہ ہوتی ہیں۔ ہاں بعض شدید اقسام میں حرارت بجائے زیادہ ہونے کے کم ہوتی ہے۔ لیکن حرارت کم ہونے کے باوجود نبض تیز ہوتی ہے۔ بخار کے ساتھ بھوک کی کمی۔ زبان کی خشکی۔ نبض کی تیزی جو بہت جلد ضعف سے بدل جاتی ہے۔ شدید دردِ سر۔ شب کے وقت کسی قدر ہذیان[6] ہوتا ہے۔ اول اول قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس کے بعد معدہ اور آنتوں کے خراش سے قی اور اسہال شروع ہو جاتے ہیں۔ جسکا انجام شدید اضمحلال اور مہلک ہبوط (انحطاط قوی) ہوتا ہے۔ یا کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ مریض کو موت سے پہلے گہری نیند (سبات[9]) اور بے خبری کی حالت طاری ہو جاتی ہے جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ سمیت (ریمین[10]) براہِ راست اعضاء غذا دیا اعضاء

[1] سرخبادہ۔ اری سپلس۔
[2] فلغمونی۔ سیلیولائی ٹس۔
[3] پیری ٹونیم۔
[4] ڈایافرام۔
[5] لیفے ٹکس۔
[6] سپٹی سیمیا۔
[7] ڈلیریم۔
[8] کرییس۔
[9] کوما۔
[10] ٹامکسین۔

عصبی پر اثر کرتی ہے۔ گاہے پھیپھڑوں کے اجتماع[1] خون سے سانس میں دقت (عسر تنفس[2]) واقع ہوتا ہے۔ اور گاہے پیشاب میں ماح یا رطوبت ماحیہ ظاہر ہوتی ہے (بول زلالی[3])

علاج۔ گاہے یہ علامات سرعت کے ساتھ زائل ہو جاتی ہیں۔ جبکہ مؤثر علاج (مثلاً پھوڑے کا فوراً چیر دینا اور مواد کا بہانا) اختیار کیا جاتا ہے۔ لیکن پھیلے ہوئے التہاب میں تسمم دم کی علامتیں کچھ عرصہ تک نہیں پائی جاتی ہیں +

گاہے اس مرض کا حملہ مہلک ہوتا ہے۔ اور موت کے بعد اس کی حالتیں تعفن[4] دم کے ظواہر سے مشابہ ہوتی ہیں۔ لیکن خون یقینی طور پر عفونی[5] جراثیم سے خالی ہوتے ہیں +

تسمم مزمن[6] کی حالت اُس وقت پیدا ہوتی ہے جبکہ جراثیم کی سمیت (سمین) کسی مقامی مرکز عفونت سے دیر تک جذب ہوتی رہے + کرکے عضلات کے عفونی پھوڑے سے جو حالت پیدا ہوتی ہے وہ اس حالت کی نمایاں مثال ہے۔ اور اگر اسکا مناسب تدارک نہ کیا جائے تو حمی دق[7] کی علامتیں جلد یا دیر نمودار ہو جاتی ہیں +

شدید[8] تسمم عفن۔ یہ لفظ اب عمل جراحت میں بہت کم استعمال کیا جاتا ہے لیکن گاہے اس لفظ کا استعمال اُس حالت کے لیے کیا جاتا ہے۔ جو اجتنائے نفاس[9] میں کسی قدر مشیمہ[10] کے باقی رہ جانے اور اسکے سڑ جانے سے واقع ہوتی

[1] کنجسچن۔
[2] ڈسپ نیا۔
[3] بول زلالی { البیومنوریہ، ماح { البیومن۔
[4] سیپٹی سیمیا۔
[5] انفکٹو بیکٹیریا
[6] کرانک ٹاکسی میا۔
[7] ہکٹک فیور۔
[8] سیپریمیا۔
[9] پورپریم۔
[10] پلے سنٹا۔

ہے۔ کیونکہ اس سے مخلوط عددی کی صورت واقع ہوتی ہے۔ علامات معمولی طور پر شدید ہوتے ہیں۔ جو کیمیاوی سمیات کے نتائج ہوتے ہیں۔ اسکا علاج یہ ہے کہ مشیمہ کا باقیماندہ سڑا ہوا حصہ خارج کیا جائے۔ جس سے تقریباً ساری علامتیں اور بخار بہت جلد دور ہو جاتا ہے۔

۲۔ تعفن دم[2]۔ جس وقت جراثیم زخموں کے علاوہ خون میں بھی پہنچ جاتے ہیں۔ تو یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن اس میں اور سمّ حاد کی علامتوں میں اسقدر مشابہت ہے کہ دونوں کے درمیان حد ودامتیاز قائم کرنا مشکل ہے (اسکا مفصل ذکر آگے آتا ہے)۔

۳۔ تقیح دم[3]۔ جس طرح جراثیم خون میں الگ الگ داخل ہو کر اور نسل بڑھا کر مختلف علامات پیدا کرتے ہیں۔ اسی طرح گاہے اجتماعی شکل میں خون کے متفرق لوتھڑوں کے ساتھ عروق کے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ جب اس قسم کے خون کے سدے[4] عروق کے اندر بہنے لگتے ہیں۔ اور پھر جہاں کہیں یہ اقامت اختیار کرتے ہیں۔ وہیں ایک دوسرا پھوڑا بنا دیتے ہیں۔ اسی حالت کا نام تقیح دم ہے۔ جس کے مخصوص علامات مریض میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور جس میں تسمم کی نمایاں علامتیں بھی پائی جاتی ہیں (تقیح دم کا ذکر آگے مفصل آئے گا)۔

**عفونی جراحت کا مقامی علاج۔** دو باتوں پر منحصر ہے۔ اول یہ کہ عفونت یا عددی کو کتنا عرصہ گذرا۔ دوم یہ کہ مریض کے موجودہ حالات کیا ہیں۔

جراحی کے بعد ہلکے زخموں میں جس امر کی ضرورت ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ (۱)

---

[1] مکسڈ انفکشن۔
[2] سپٹی سیمیا۔
[3] پائی میا۔
[4] امبولس۔
[5] انفکٹو وونڈ۔

تناذ کو کم کیا جائے۔ اور حرارت و رطوبت کا استعمال کیا جائے تاکہ ساختوں کے اندر اندمال کی مقامی قوتیں تیز ہو جائیں۔ بیرونی اور اندرونی ٹانکے فوراً دور کر دیے جائیں۔ اور زخم کو اچھی طرح کھول دیا جائے۔ تاکہ سہولت سے پیپ نکلتی رہے۔ بے ضرورت زخم کو نہ چھیڑا جائے۔ مثلاً نہ اسے کھرچا جائے۔ نہ نچوڑا جائے اور نہ پچکاری کی جائے۔ اور اس قسم کے دوسرے کام نہ کیے جائیں۔ ورنہ ان باتوں سے جراثیم پھیل جاتے ہیں۔ تیز دافع تعفن اشیاء کا استعمال بے فائدہ ہے۔ کیونکہ اس سے جراثیم ساختوں کے اندر نفوذ کر جاتے ہیں۔ اور پھر اس وقت تک تباہ نہیں ہوتے۔ جب تک کہ پھر ان ساختوں کو اسی طرح ورذاکٹ کیا جائے۔ علاوہ ازیں اس سے خون کے سفید دانوں کی قوت ہضم جراثیم (ہجوم بیضاوات) بھی کام کرنے سے رک جاتی ہے۔ زمانہ حال کی چند دافع عفونت[1] دوائیں مثلاً اخضر آمو دادی (ہائپو کلورائٹ)[2] اور فلے وائن[3] ایسی ہیں کہ ان کے استعمال میں کچھ زیادہ مضائقہ نہیں ہے اور بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔ لیکن یہ بہت ممکن ہے کہ ان چیزوں کے مناسب استعمال سے جو فوائد مترتب ہوتے ہیں وہ ایسے اسباب سے تعلق رکھتے ہوں جن کو ہم فعل دفع تعفن سے الگ سمجھیں۔

گلی سڑی ساخت (متاکل[4]) کو دور کر دینا چاہئے۔ مگر عام طور پر اس لئے چھوڑ دی جاتی ہے کہ وہ خود بخود قدرتی طور پر جدا ہو جائے۔ اور اس فعل کی امداد کے لئے محلول نمک قوی (۵ فیصدی) میں دھجی تر کر کے رکھتے ہیں۔ یا حلوین[5] اور نل ہفتی[6] (۱۰ فیصدی کا شیرہ[7]) کا استعمال کرتے ہیں۔ اگر زخم کے اندر گہرائی

[1] فینگو سائی ٹوسس
[2] ہائپو کلورائٹ۔
[3] فلے وائن۔ ایکری فلے وائن۔
[4] اسلف۔
[5] ہائی پرٹانک سالٹ سولیوشن۔
[6] حلوین۔ گلیسرین۔
[7] نل ہفتی۔ آیوڈو فارم۔
[8] املشن۔

زیادہ ہو تو مواد کے بہانے کے لئے زخم کے اندر صاف کی ہوئی (مسطہرہ[1]) ربر کی نلی درانیوبہ[2] تصریف) داخل کریں + ورنہ زخم کو نرمی سے بھر کر گرمی اور تری پہونچائیں۔ مثلاً تکمیدات[3] بورقیہ کا استعمال کریں + آنتوں کا بھی اس حالت میں خیال رکھیں۔ ملینات سے رفع قبض کریں۔ مریض کی صحت عامہ کی طرف پوری توجہ رکھیں + چند دنوں کے بعد جب انگور زخم میں بننے لگیں تو محلول نمک سے زخم کو دھویا جائے۔ یا آبن[4] حمض آمیز رطلی سے صاف کیا جائے + آخر میں یہ زخم انگور بنکر بھرنے لگتا ہے۔ لیکن گاہے سرعت التیام کے لئے زخم کے کناروں کو باہم ملا کر باندھ دیتے ہیں۔ اور گاہے پیوند[5] لگا دیتے ہیں +

اگر ان تدابیر سے کام نہ چلے۔ تو زخم کو اور زیادہ کشادہ کر دیا جائے۔ جس سے یہ بھی یقیناً عیاں ہو جائے گا کہ زخم اندر سے خوب پھیلا ہوا ہے۔ تو درد[6] خلوی (فلغمونی[7]) کے مانند علاج کرنا چاہئے + گاہے ذیل کے نسخہ[8] کے استعمال سے بڑا فائدہ حاصل ہوتا ہے۔ آرد تخم کتان (السی) کو غسول[9] حامض بورقی میں جو ابال کھایا ہو ملا کر دسم آمیز[10] دبیجی کے درمیان رکھکر زخم پر باندھ دیا جائے۔ اس قسم کا لبخہ پاک صاف (غیر عفونی[11]) ہوتا ہے۔ اور اس کی گرمی بمقابلہ تکمید کے زیادہ دیر تک قایم رہتی ہے۔ نیز یہ زیادہ نرم بھی ہوتا ہے۔ اور سطح کے نشیب و فراز میں بآسانی بیٹھ جاتا ہے + دوسری حالتوں میں کارل ڈکن کا علاج[12] برتا جا سکتا ہے۔

| | |
|---|---|
| ۱۔ اسٹرے لائزڈ۔ | ۷۔ فلیگ مونس۔ |
| ۲۔ ڈرے نیج ٹیوب | ۸۔ سیپٹنس۔ |
| ۳۔ بورریک فومن ٹے شنز۔ | ۹۔ بورک ایسڈ لوشن۔ |
| ۴۔ ہائیڈروجن پرآکسائڈ۔ | ۱۰۔ سیبی ناٹرا۔ |
| ۵۔ گرافٹنگ۔ | ۱۱۔ اسپٹک۔ |
| ۶۔ سلیولائٹس | ۱۲۔ کارل ڈکن ٹریٹمنٹ۔ |

مقامی عدوی کی زیادہ شدید حالتوں میں زیادہ مؤثر اور قوی تدابیر کی ضرورت ہے۔ اور آجکل بہت سے جدید طریقے معلوم ہوئے ہیں۔ جو خصوصیت کے ساتھ گولی کے گندہ زخموں کے لیے زیادہ مؤثر ہیں۔ اور ان کے خطرناک عوارض کا ان سے مقابلہ کیا جاتا ہے۔ یہ تدابیر جس طرح ان فوجی زخموں کے لیے مفید ہیں۔ بعینہٖ اسی طرح یہ عام عفونی زخموں میں بھی قابل استعمال ہیں اسی وجہ سے ان کا ذکر یہاں کیا جاتا ہے ۔

**فوری علاج۔** بھاری عفونی زخموں کے فوری علاج کا دارومدار اُس وقفہ پر ہے جو زخم لگنے کے بعد اب تک گذرا ہو ۔ یہ بات اچھی طرح تسلیم کی گئی ہے کہ آٹھ سے بارہ گھنٹے تک جراثیم اعضاء کی گہری ساختوں میں نفوذ نہیں کرتے ہیں۔ جراثیم کی ایک محدود تعداد جو زخم کے اندر داخل ہوتی ہے ان کے بڑھنے میں ایک عرصہ صرف ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اگر زخم لگنے سے بارہ گھنٹے تک مکمل طور پر اسکو کیمیادی اور غیر کیمیادی ذرائع سے ہوشیاری کے ساتھ صاف کیا جائے (مطہر[1]) تو جراثیم کے اثر کا خاتمہ ہونا ممکن ہے ۔

**زخم کو پاک کرنے کی پہلی کوشش۔** مریض کو بیہوش کیا جائے۔ اور اُس کے کپڑے دور کر دیے جائیں ۔ جریان خون کا بند کرنا ضروری ہے۔ اور زخم کے جوف میں معمولی طور پر کسی مناسب دافع عفونت غسول میں وجی تر کرکے بھر دی جائے (مثلاً غسول[2] فطرانی بلہ محلول[3] ڈکن۔ اخضر[4] نورانی کا تیز محلول۔ یا کوئی دوسرا غسول جسکو معالج مناسب خیال کرے) آس پاس کی جلد مونڈ کر پاک صاف کر دی جائے ۔ زیادہ میلے زخموں میں مناسب یہ ہے کہ پہلے تارپین سے

---

[1] اسٹرلائزڈ۔
[2] کاربولک لوشن۔
[3] ڈیکن سولیوشن۔
[4] بریلی انٹ گرین۔

صاف کیا جائے۔ اس کے بعد جلد کو صابن کے محلول ایتھر سے دھویا جائے آخر میں لسٹر کا قوی مخلوطہ یا سیماب بنفشی آمیز ثنائی کا الکحلی محلول استعمال کیا جائے۔ لیکن دوسرے عفونات بھی اسی طرح استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ اس کے بعد زخم کھول دیا جائے۔ اور اس کا علاج کیا جائے۔

زخم کے گلے سڑے کنارے کاٹ دیے جائیں۔ اسی طرح دوسرے مردہ اور فاسد اجزا بھی دور کردیے جائیں۔ عضلات کو اچھی طرح ملاحظہ کیا جائے۔ خاصکر ان حادثات میں جو سڑکوں اور گلیوں میں واقع ہوتے ہیں۔ اور گولی کے زخموں میں۔ ورنہ ممکن ہے کہ ان کے اندر غاز غرانا ہوائی رونما ہو۔ جو ریشے کھل گئے ہوں انھیں کاٹ دیا جائے۔ یہاں تک کہ عضلات کے تندرست ریشے ظاہر ہوجائیں۔ عضلات کے تندرست ریشوں کی علامت یہ ہے کہ جب ان کو ملقط سے چھوا جاتا ہے۔ تو یہ فوراً متاثر ہوکر سکڑتے ہیں۔ بیرونی اجسام اور میل کچیل کو لازمی طور پر زخم سے دور کردیا جائے۔ اور جلد کے زخموں کو مناسب خط پر شگاف دیکر بڑا کردیا جائے۔ تاکہ اندرونی اور گہری ساخت کھل جائے۔

جو زخم اس طرح کھولا گیا ہے۔ اگر اس کی حالت سے جراح مطمئن ہوجائے تو خیاطت اولیہ کا عمل کیا جائے۔ یعنی زخم کو سی دیا جائے۔ خواہ اس کے ساتھ ایتھر اور روح الخمر کے مانند کوئی پھیلنے والا دافع عفونت (سیماب بنفشی آمیز

---

۱۔ لسٹرس اسٹرانگ مکسچر
۲۔ بائیوڈائڈ آف مرکری
۳۔ الکحالک سولیوشن۔
۴۔ گیس گنگرین
۵۔ فاسپس۔ ۶۔ الفی ریل سولیوشن۔
۷۔ پرائمری سیوچر۔
۸۔ ایتھر
۹۔ اسپرٹ۔
۱۰۔ ڈفیوزیبل۔
۱۱۔ اینٹی سپٹک۔
۱۲۔ بائیوڈائڈ آف مرکری۔

ثانی ہیلے کے ساتھ یا اس کے بغیر) استعمال کیا جائے۔ یا نہ ۔ بعض دوسرے جراح الکحول سے زخم کو صاف کرنے کے بعد ناریشن[1] کا طریقہ علاج استعمال کرتے ہیں۔ زخم کو بند کرنے اور سلائی کے لئے بہتر ہے کہ ریشم کے کیڑے کا ڈورا استعمال کیا جائے۔ لیکن مناسب یہ ہے کہ ٹانکوں کے بعد مواد کے اخراج کا کوئی مناسب انتظام کیا جائے ۔

اگر زخم کی حالت سے جراح مطمئن نہ ہو۔ تو ہرگز مناسب نہیں ہے کہ اسے فوراً بند کر دیا جائے۔ بلکہ ایسی حالت میں مناسب یہ ہے کہ فلیواٹن (۱ : ۱۰۰۰) میں جالی[2] (دھجی) تر کر کے زخم کی گہرائی میں بھر دی جائے۔ یا اس میں ماربین کا عصیدہ[3] بھر دیا جائے۔ یا کارل ڈاکن کا طریقہ علاج برتا جائے۔ اگر دو تین دن کے بعد زخم پاک ہو جائے۔ یا یہ کہ اس کے مواد میں محض چند جراثیم ثابت ہوں۔ تو اب زخم میں ٹانکے لگا دئے جائیں۔ اس عمل خیاطت کو جو ایک عرصہ کے توقف کے بعد کیا جاتا ہے خیاطت[4] اَوَّلِیَہ مُتَاَخِّرَہ کہا جاتا ہے۔ اس حالت میں جراثیم کا امتحان نہایت اہمیت رکھتا ہے۔ خصوصاً اس لحاظ سے کہ آیا خون کے گھلانے[5] والے کرویات[6] عقدیہ موجود ہیں۔ یا نہیں۔ اگر موجود ہوں تو زخم کا سینا فضول ہے ۔

اگر دو تین دن گذرنے کے بعد عددی عفونت کے آثار شدید ظاہر ہوں۔ اور مواد میں بے شمار جراثیم پائے جائیں۔ تو ورم فلغمونی[7] کے مطابق مندرجہ ذیل علاجات میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کیا جائے۔ آخر میں زخم انگور سے بھرنے لگتا ہے۔ جس کی مدد کے لئے کا ہے پیوند لگایا جاتا ہے۔ یا جلدی کے خیال سے

---

[1] بی آئی پی پی ٹریٹمنٹ۔
[2] گاز۔
[3] بی آئی پی پیسٹ
[4] ڈی لیڈ پرائمری سیوچر
[5] ہیمولائزنگ۔
[6] اسٹریپٹوکوکائی۔
[7] سیلیولائی ٹس۔

ٹانکے لگا دیے جاتے ہیں۔ اتنی تاخیر کے بعد جو ٹانکے لگائے جاتے ہیں، اسکو خیاطت[1] ثانویہ کہا جاتا ہے ۔

ٹوٹی ہوئی ہڈیوں[2] کا علاج یہاں نہیں بتایا جا سکتا ہے۔ بلکہ اس کے ہدایات ایک خاص باب (باب کسرالعظم) کو رہیں۔ جن پر عمل کرنے کی ضرورت ہے ۔

مذکورہ بالا تدابیر و تجاویز کے مؤثر و مفید ہونے کا ثبوت جنگی اور ملکی حادثات میں بکثرت مل چکا ہے۔ مثلاً ایک لڑکا شفاخانہ میں داخل ہوا جس کے ایک پاؤں پر بھاری موٹر گذر گئی تھی۔ زخم گھٹنے سے ٹخنہ تک آیا تھا۔ جلد اور جلد کے نیچے کی ساخت ٹانگ کے پورے دور میں لفائف غائرہ[3] (عضلات کی گہری جھلیاں) اور عضلات سے اس طرح جدا ہوگئی تھی۔ کہ زخم کے اندر ہاتھ داخل ہو کر جلد کے نیچے نیچے دائیں طرف اچھی طرح گھوم سکتا تھا۔ کیونکہ دائیں طرف زیادہ نقصان پہونچا تھا۔ سڑک کی خاک زخم کے اندر اچھی طرح گھس چکی تھی۔ اور اگرچہ کوئی ہڈی نہیں ٹوٹی تھی۔ مگر عضلات کی جھلیاں کہیں کہیں سے خراب ہوگئی تھیں۔ اور پورا عضو میلا تھا۔ لڑکے کو بیہوش کرکے چند گھنٹے میں دستکاری کی گئی۔ جلد کا ایک حصہ کاٹ لیا گیا۔ زخم کو مؤثر طور پر پاک کرنے کے لئے تارپین[4]۔ صابون اثیر[5]۔ محلول قوی[6]۔ اور ہائیڈروجن پرآکسائڈ[7] استعمال کیا گیا۔ زخم کو بند کرنا اگرچہ غیر ممکن تھا مگر جلد کے کنارے جہاں جہاں ممکن تھا وہاں تقریباً ملا دیے گئے ۔ ان تدابیر کے مؤثر ہونے کا ثبوت اس امر سے ملتا ہے کہ اگرچہ سلائی کے مقام پر جلد کا بیشتر حصہ مردہ ہوگیا۔

---

[1] سکنڈری سیوچر۔
[2] فریکچر۔
[3] ڈیپ فیشیا۔
[4] ٹرپنٹائن
[5] ایتھر سوپ
[6] اسٹرانگ کمپچر۔
[7] ہائیڈروجن پرآکسائڈ۔

تھا۔ مگر پیپ کا ایک قطرہ بھی نہ بنا۔ اور بچہ تمام عوارض عفونت سے محفوظ رہا ٭

ایک نوجوان شخص تقریباً چیاسٹھ گز (۲۰۰ قدم) کی بلندی سے گرا۔ اور اُسے گہرے زخم پہونچے۔ بائیں گھٹنے کا جوڑ کھل گیا۔ دائیں گھٹنے کی ہڈی (رضفہ) بھی ضرب میں شریک ہوگئی تھی۔ پنڈلی کی ہڈی کے اگلے کنارے کی جلد دو تین مقام پر عضلات کی گہری جھلیوں تک تا سفل سے کٹ گئی تھی اور کل کا ایک حصہ بائیں عضلۂ مقربہ کے مقام میں گھس گیا تھا۔ جورباط اربیہ کے نیچے عضلات میں گھستا ہوا جوف شکم میں داخل ہوگیا تھا۔ جس سے ورید جمن کا شدید جریان ہورہا تھا ٭ زخم کو مندرجہ بالا طریقہ سے صاف کیا گیا۔ روح اور سیماب شنجرف آمیز ثانی کا بکثرت استعمال کیا گیا۔ ان کے علاوہ باقی تمام زخموں کو پورے طور پر سی دیا گیا۔ ران کے مقام پر زخم کو کھلا اس لئے رکھا گیا کہ وہاں سے زخمی وریدوں کو ٹھیک کیا جائے۔ اور اس میں جالی بھر دی گئی۔ جوف صفاق کو بھی اس لئے کھولا گیا تھا۔ تاکہ یہ دیکھا جائے کہ اندرونی احشاء میں تو کوئی ضرب و زخم کا اثر نہیں ہے ٭ مریض کو قدرتی طور پر اس شدید ضرب سے بہت تکالیف برداشت کرنی پڑیں۔ مگر اُسے بہت جلد بلا کسی رکاوٹ و علامت عفونت کے صحت ہوگئی ٭

میدان جنگ میں اکثر ایسی صورت واقع ہوتی ہے کہ زخموں کو جلد پاک کرنے کا

| | |
|---|---|
| ۱ سیپٹک کیپلی کیشنز۔ | ۶ اسپرٹ۔ |
| ۲ فیٹ۔ | ۷ بائیوڈائیڈ آف مرکری۔ |
| ۳ سپے ٹُلا۔ | ۸ گاز۔ |
| ۴ اڈکٹر مسل۔ | ۹ پری ٹونیل کیوٹی۔ |
| ۵ پوپارٹس لگمنٹ۔ | ۱۰ وسرا۔ |

موقعہ نہیں ملتا ہے۔ کیونکہ اول تو مریض کو شفاخانہ تک پہونچنے میں دیر لگتی ہے۔ جہاں باقاعدہ علاج ہو سکتا ہے۔ دویم کام کی اتنی کثرت ہوتی ہے کہ ہر ایک مریض پر زیادہ وقت صرف نہیں کیا جا سکتا۔ اور ہر ایک مریض کو پورے طور پر یقین کے ساتھ پاک کرنے کا موقعہ نہیں ملتا۔ تاہم بہت بڑی تعداد میں گولی کے بھاری زخموں میں کامیابی ہوئی ہے۔ جنکو صاف کرنے کے بعد پورے طور پر اسی وقت سی دیا گیا تھا۔ (خیاطت اولیہ)[1] یا جن میں ٹانکے عرصہ کے بعد لگائے گئے تھے (خیاطت متاخرہ)[2]

جن حالتوں میں کامل تطہیر ناممکن یا مشتبہ ہو۔ اور اس لئے اُس کا فوراً سینا بھی مشکوک ہو۔ تو اس حالت میں مناسب یہ ہے کہ خیاطت ثانویہ کے خیال سے زیادہ دیر تک تطہیر کی جائے۔ اور وقفہ کے بعد اسے بند کیا جائے۔ اس مقصد (تطہیر) کے لئے بہت سے جدید طریقے ایجاد کیے گئے ہیں۔

## طریقہ علاج[3] استاذ دکن

اس طریقۂ علاج کا دارومدار اخضر آمود[4] ادنی کے اور خصوصاً محلول[5] دکن کے دافع عفونت خواص پر موقوف ہے۔ جو کہ جراثیم کو تباہ کر دیتے ہیں لیکن سفید دانوں کے فعل ہضم[6] جراثیم میں اور اعضاء کے قوتِ اندمال میں کچھ زیادہ خلل اندازی نہیں کرتے۔ اس کا اصل طریقہ یہ ہے کہ زخم کو پورے طور پر کھول دیا جائے۔ اور پورے طور پر عفونی زخم کی گہرائیوں کو صاف کیا جائے۔ اور تمام مردہ اور فاسد اجزاء کو دور کر دیا جائے۔ لیکن ہمیشہ یہ ضروری نہیں سمجھا جاتا کہ

---

[1] پرائمری سیوچر۔
[2] ڈیلیڈ سیوچر۔
[3] کارل ڈکنس ٹریٹمنٹ آف ووونڈس
[4] ہائپوکلورائٹس
[5] ڈکنس سولیوشن
[6] فیگوسائی ٹوسس۔

مواد کے بہاؤ کا مستقل انتظام کیا جائے۔ یہ ظاہر ہے کہ زخم کی گہرائی محلول مذکور کے لئے ایک اچھا ظرف ہے۔ جس میں محلول مذکور بھرا جا سکتا ہے۔ پھر بہت سے انابیب[1] نلکیاں، جنکا قطر [2] ۳/۱۶ قیراط اور لمبائی [3] تقریباً ۱/۲ ۱ قیراط ہو، زخم کے اندر اس طرح داخل کی جائیں کہ یہ اس کی تمام فضاؤں میں پہونچیں۔ اور ان کو اپنی جگہ پر جالی کی دھجیوں کے ذریعہ جنہیں محلول دکن سے تر کر دیا گیا ہو، قائم رکھا جائے۔ یعنی یہ دھجیاں ان نالیوں کے درمیان۔ اور ان کے اور زخم کی دیواروں کے درمیان بھر دی جائیں۔ یہ نالیاں ایک طرف سے بند ہوں۔ لیکن اس طرف دور تک باریک باریک سوراخوں سے چھدی ہوئی ہوں۔ بڑے زخموں میں اس قسم کی چھ۔ آٹھ اور گاہے بارہ نلکیاں درکار ہوتی ہیں۔ انکے آزاد سرے شیشے کی ایک نلی سے لگا دیے جاتے ہیں۔ جس میں ایک دو یا زیادہ دہانے ہوتے ہیں۔ پھر یہ شیشے کی نلی لمبی نالیوں کے ذریعہ ایک یا زیادہ ظروف (ربر کے)[4] سے تعلق قایم کر دیتی ہے۔ جو مریض کے بستر کے پاس لٹکتے رہتے ہیں۔ اور جن میں محلول[5] دکن بھرا رہتا ہے۔ اس ظرف سے ہر دو گھنٹے کے بعد محلول مذکور کی ایک معینہ مقدار بہائی جاتی ہے۔ تاکہ زخم اس محلول سے دھلتا رہے۔ اور اس پچکاری کے ذریعہ دوا اندر پہونچتی رہے۔ اگر اس قسم کا ظرف مخصوص (ربرکا) وقت پر مہیا نہ ہو تو دافع عفونت محلول سے ایک پچکاری بھر کر بڑی نالی میں پچکاری کی جائے۔ یہ ضروری ہے کہ اس بڑی نلی میں بہاؤ کے روکنے کا کوئی ذریعہ مثلاً مقطع[6] ہونا چاہئے تاکہ محلول مذکور بہت زیادہ بہکر باہر نہ ضائع ہو جائے۔ بلکہ صرف اسقدر جائے کہ

| | |
|---|---|
| [1] ٹیوبز | [4] ریزروائر۔ |
| [2] ای میٹر۔ | [5] ڈکنس سولیوشن |
| [3] بکسٹی میٹر۔ | [6] کلپ۔ |

باریک باریک سوراخوں سے محلول مذکور گذر کر زخم کی گہرائی میں پہونچتا رہے۔ یہ نالیاں زخم سے باہر اس طرح آتی ہیں کہ دبیجی میں لپٹی ہوئی ہوتی ہیں جو محلول مذکور سے تر ہوتی ہے۔ اور غیر جاذب اور مطہر امن کی تہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ محلول ڈکن گاہے جلد میں خراش پیدا کر دیتا ہے۔ خصوصاً اگر خالص قلیات موجود ہوں۔ اس سے محفوظ رہنے کی یہ تدبیر کریں کہ زخم کے گرد جالی کی کئی تہ صاف و مطہر دیزی لین میں تر کر کے رکھدیں۔ محلول مذکور جو ہر دو گھنٹے کے بعد داخل کیا جاتا ہے اس کی مقدار بہت زیادہ نہ ہونی چاہئے۔ اور اس کے ساتھ ہی ایسا انتظام کرنا چاہئے کہ بستر اس سے تر نہ ہونے پائے۔ کیونکہ اس محلول سے بستر کی چادر خراب ہو جاتی ہے۔ جب زخم بھرنے لگے۔ اور خیاطت ثانویہ کا عمل نہ کیا جائے تو اس حالت میں مرہم کلورڈین مفید ہے۔ جس کے اندر کلورمینٹ دس حصے۔ ریپسیڈ دمن آگیں ۹۰ حصے۔ اور پانی چار حصے۔

جب اس طریقے کو باقاعدگی سے برتا جاتا ہے۔ تو اس سے قیمتی فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ مگر اس میں وقت یہ ہے کہ اول تو نہایت دانائی اور ہوشیاری کے ساتھ اس عمل کو کرنے کی ضرورت ہے۔ دویم تعلیم یافتہ تیمار داروں کی امداد کی ضرورت ہے۔ سویم ایک ہوشیار کیمیا داں کی شرکت عمل کی ضرورت ہے جو سیال مذکور کو پوری احتیاط کے ساتھ تیار کرے۔ چہارم ایک ماہر علم جراثیم کی ضرورت ہے۔ جو اس امر کی صحیح اطلاع دے سکے کہ زخم کے اندر اسقدر جراثیم موجود ہیں۔ بعض فرانسیسی شفاخانوں اور دیگر اطلاعات سے اس طریقۂ علاج کی نمایاں کامیابی ثابت ہوئی ہے۔ لیکن یہ طریقہ جب ایسے مریضوں پر برتا جاتا ہے۔ جنکو بری یا بحری طویل سفر کرنا ہو۔ تو اس طریقے کا صحیح استعمال مشکل یا تقریباً

| | |
|---|---|
| ۱ الکلیز<br>۲ کلورڈین آئنٹمنٹ۔ | ۳ اسٹیاریٹ آف سوڈا۔ |

محال ہوتا ہے۔ اور اس وجہ سے اس کے نتائج بہت زیادہ اچھے نہیں ثابت ہوتے + اس طریقہ علاج کے ذرائع کامیابی میں سے ایک امر یہ بھی ہے کہ جراح خود اپنے ہاتھوں سے مرہم پٹی کرے۔ اور یہ بذات خود ایک امر مشکل ہے + مواد کے جراثیم کی تعداد بار بار شمار کرنی چاہیئے۔ اور جب کبھی اسکا شمار کیا جائے تو جدول(۱) میں اسکا اندراج ہوتا رہے۔ اوائل میں جراثیم اسقدر زیادہ ہوتے ہیں کہ ان کا گننا محال ہوتا ہے۔ لیکن جب اخضر(۲) آمو دادی اپنا عمل شروع کر دیتا ہے۔ تو ان کی تعداد بتدریج کم ہونے لگتی ہے۔ یہاں تک کہ دس سے چودہ دن تک گاہے چند امتحانات میں ایک آدھ جرثومہ پایا جاتا ہے۔ اسوقت یہ سمجھا جاتا ہے کہ اب زخم پورے طور پر مطہر(۳) (پاک و صاف) ہو گیا ہے۔ اور اب خیاطت(۴) ثانویہ کے عمل سے ٹانکے لگائے جاسکتے ہیں + اس وقت بخار اور تسمم دم(۵) میں نمایاں طور پر کمی آجاتی ہے۔ مریض کی شکایات بہت گھٹ جاتی ہیں۔ اور اندرونی اعضاء اور ساخت کی وہ اذیتیں کم ہو جاتی ہیں جو زخم کے اثر سے ان میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ التحام و اندمال کا فعل سرعت سے جاری ہو جاتا ہے۔ اور دوسری خرابیاں اور بدنمائیاں جو عام طور پر دوسری حالتوں میں ہوا کرتی ہیں۔ وہ نسبتاً کم ہو جاتی ہیں۔ اگر خیاطت ثانویہ کے عمل اور ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کی عملیات کا موقعہ جلد ہی مل جائے۔ تو اسکو ایک امر غنیمت سمجھنا چاہیئے +

لیکن اس وقت یہ بتانا بھی ضروری ہے کہ فاضل(۶) رائٹ اس محلول کو جو طبر

---

(۱) چارٹ
(۲) اپیوکلوسائٹ
(۳) اسٹرائل
(۴) سکنڈری سیوچر۔
(۵) ٹاکسی میا۔
(۶) سر اے رائٹ۔

دافع عفونت کھلی ہوئی ساختوں پر استعمال کیا جاتا ہے بنظر شک دیکھتا ہے اور یہ تجویز کرتا ہے کہ دوسرے ذرائع سے بھی اچھے نتائج برآمد ہو سکتے ہیں اس طریقۂ علاج میں زخم کو بہت زیادہ کھولنے کی ضرورت پڑتی ہے جس میں مواد کے بہاؤ کے لئے بہت سی نالیاں رکھی جاتی ہیں اس میں اس امر کی بھی ضرورت ہوتی ہے کہ بار بار پچکاریاں کی جائیں۔ اس میں ایک شخص کی مستقل اور دائمی نگہبانی اور ایک ہوشیار جراح کی نگہداشت کی ضرورت ہے علاوہ ازیں یہ سیال بھی اپنے اثرات کے لحاظ سے نہایت قوی اور تیز ہے (غرض اس کے نزدیک اس میں متعدد خرابیاں موجود ہیں)

## طریقہ علاج[1] مارلیسن

فاضل مارلیسن سے اس طریقۂ علاج کا رواج ہوا ہے۔ اس کے مفید سادہ اور قیمتی ہونے میں کوئی شک نہیں۔ اس طریقۂ علاج میں پہلے زخم کو کھول کر اسے ہاتھ سے اس طرح صاف کیا جاتا ہے کہ فاسد اجزاء کو کاٹ کر نکال لیا جاتا۔ یا دجی سے پونچھ لیا جاتا ہے۔ جریان خون (زرنفت[2]) بند کر دیا جاتا ہے اس کے بعد زخم کو اثیر یا الکول سے خشک کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد دجی میں ذیل کا دافع عفونت عصیدہ[3] (لئی کی سی دوا) لگا کر زخم پر مل دیا جاتا ہے۔ اس عصیدہ میں بسمتھ[4] فحم آگین ایک حصہ۔ نل نفشئی[5] دو حصے۔ اور پیرافین سیال اس قدر کہ ساری دوا مجموعی طور پر مثل مسکہ بالائی کے مانند ہو جائے + اس دوا کے تیار کرنے سے پہلے تمام اجزاء کو مطہر کر لیا جائے۔ نل نفشئی کو غسول[6] قطرانی

---

۱ بی آئی پی پی ٹریٹمنٹ۔
۲ ہیموسٹیسس
۳ مارلیسن پیسٹ
۴ بسمتھ کاربونیٹ۔
۵ آیوڈوفارم۔
۶ کاربولک لوشن

(دہلا) میں دھویا جائے۔ بسمت اور پیرافین کو ۱۲۰ درجہ کی رصد ڈرجاتی (حرارت) میں آدھ گھنٹے تک گرم کیا جائے۔ بسمت اور نمل نفشی کو مطہر کھرل میں ملایا جائے اور پھر آہستہ آہستہ پیرافین ڈالتے جائیں۔ اور اچھی طرح حرکت دیتے جائیں۔ یہاں تک کہ کوئی ٹکڑا اور کسی قسم کی کرکراہٹ باقی نہ رہے۔ اس عصیدہ کو زخم کی پوری سطح میں اس طرح لگانا چاہیئے۔ کہ ایک باریک سی تہ تمام سطح زخم کو استر کر دے۔ اور ہوشیاری اور نرمی کے ساتھ مطہر پھریری سے لگانا چاہیئے۔ علی الخصوص عضلات میں نہایت نرمی کی ضرورت ہے۔ زخم کی گہرائی میں عصیدہ کا کوئی ٹکڑا یا ریزہ نہ چھوڑنا چاہیئے۔ اور بہت بڑی مقدار بھی اس کی استعمال نہ کرنی چاہیئے ورنہ سمی علامات کے نمودار ہونے کا ڈر ہے۔ بڑے زخموں میں عام طور پر اسکا ایک درہم کافی ہوا کرتا ہے۔ جب یہ ظاہر ہو کہ زخم کے اندر رطوبت وسواد کی کثرت نہیں رہی۔ اور دیگر علامات سے زخم کی حالت اچھی نظر آئے۔ تو زخم کو مکمل طور پر سی کر بند کر دیا جا سکتا ہے۔ اور اخراج مواد کے لئے راستہ رکھنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن اگر حالات زیادہ اچھے نہ ہوں۔ تو زخم کو کھلا رکھنا اور اس کے اندر مطہر دھجی کا بھر دینا مناسب ہے۔ جب کوئی خاص سبب کمر پٹی باندھنے کا پیش نہ آئے۔ تو زخم کو پانچ چھ روز تک چھوڑ دیا جائے۔ جب دھجی زخم سے نکالی جاتی ہے۔ تو زخم نہایت میلا نظر آتا ہے۔ کیونکہ اس میں پیپ اور عصیدہ کا مخلوط تمام لتھڑا ہوا ہوتا ہے۔ لیکن جب زخم کو مطہر محلول نمک سے دھویا جاتا ہے۔ تو زخم کی سطح صحیح نظر آتی ہے۔ اس کے بعد پھر اسی طرح مرہم پٹی کر دی جائے اور اسی طرح پانچ چھ روز تک چھوڑ دیا جائے۔ اس کے بعد زخم نمایاں طور پر تیزی سے بھرتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔

ملہ سنٹی گریڈ۔ ملہ سوئیپ۔ ملہ پیسٹ۔ ملہ سالٹ سولیوشن۔

ان حالات میں عموماً خیاطت ثانویہ کا عمل ممکن ہوتا ہے۔ چنانچہ اس مقصد کے لئے پہلے اردگرد کی جلد صاف کر لی جائے۔ اس کے کنارے کسی قدر اندر تک کاٹ لئے جائیں + زخم کے انگور کو اچھی طرح کھرچ لیا جاتا ہے۔ اور جریان خون کو پورے طور پر بند کر دیا جاتا ہے۔ زخم کی سطح ایتھر یا الکوحل سے خشک کر دی جاتی ہے اور ہوشیاری کے ساتھ عصیدۂ مذکور لگا دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ٹانکے لگائے جاتے ہیں۔ اندر کے ٹانکے عضلی شگافوں میں وترالہر دبلی کے تانت سے اس کے بعد کے ٹانکے جو ریشمی ڈورے یا وتر ودد القز ریشمی کیڑے کے تانت) سے دیئے جائیں (زخم کا بیشتر حصہ اسی سے سیا جاتا ہے) اس کے بعد بیرونی جلد کو ٹھیک اپنی وضع پر قائم کر کے باریک وترالہر (رودۂ گربہ) سے سی دیا جائے +

عصیدۂ مارین ان زخموں کے لئے بھی مفید شئی ہے جو تندرست ساختوں میں سڑی گلی ہڈیوں کے خارج کرنے۔ یا متعفن تجاویف کو خالی کرنے کے لئے پیدا کیے جاتے ہیں۔ ان اجزاء کو خشک کرنے کے بعد عصیدۂ مذکور اچھی طرح مل دیا جائے۔ اس سے عفونت کے آثار و افعال بند ہو جاتے ہیں + مرکز عفونت کے کھولنے یا مردہ ہڈی کے ٹکڑے (ریشہ) کو نکالنے کے لئے زندہ ہڈی کے تراشنے (جرح) میں ہڈی میں مکرر عفونت (عدوی) کے لگ جانے کا زبردست احتمال ہوتا ہے۔ اس صورت میں عصیدۂ مذکور کا استعمال ہڈی کے خانوں میں عفونت کے پھیلنے سے باز رکھتا ہے۔ کسی عضو کے کر کاٹنے میں بھی رخاصکر جبکہ انگور کی سطحیں موجود ہوں) عصیدۂ مذکور کا استعمال عام طور پر کئے ہوئے

---

لہ سکنڈری سیوچر
کہ ایتھر۔
سہ الکوہال۔ سمہ کیٹ گٹ۔
ھہ سلک
لہ سلک ورم گٹ۔
کہ بی آئی پی پی۔
ہ سی کوئسٹرم۔
وہ چپی سانگ۔

عضو کی حفاظت کرتا ہے۔ اور اس سے جراح کو بہت جلد یہ موقع مل جاتا ہے کہ وہ زخم کو بالکل بند کر دے۔ اور زخم کے سرعتِ اندمال کی اُمید رکھے +

اس دوا کے استعمال سے گاہے سمی علامات نمودار ہو جاتی ہیں۔ جس کا زیادہ تر تعلق بسمت[1] کی سمیت سے ہے + سوزش کا گمد چکدار نیلا ہو جاتا ہے گاہے یہی رنگ رخساروں اور زبان کی غشاءِ مخاطی[2] پر بھی ہوتا ہے۔ گاہے معدہ اور امعاء کے اندر بھی خرابیاں بصورت درد۔ قولنج و اسہال ظاہر ہوتی ہیں۔ اور گاہے موت بھی واقع ہو جاتی ہے۔ گاہے قولون[3] کے تعرّیج[4] میں قرحہ[5] اور تاکل[6] پایا جاتا ہے + اس میں یہ بھی احتیاط چاہیے کہ پیرافین بالکل خالص ہو۔ اگر یہ پورے طور پر مصفیٰ نہ ہو۔ تو اکثر حالات میں زخم کے کناروں پر خراش پیدا ہو جاتی ہے +

آخر میں ہمیں یہ بھی بتانا ہے کہ زخم کے اندر عصیدہ مذکور کی موجودگی شعاع[7] رانتجنی کے امتحان میں خلل اندازی کرتا ہے۔ کیونکہ سایہ پیدا کرتا ہے۔ اور یہ کہ عصیدہ[8] مذکور کا بکثرت استعمال قائم رہنے والا ناصور اور گاہے دوسرا پھوڑا پیدا کر دیتا ہے۔ اور یہ کہ اس وقت تک اچھا نہیں ہوتا جب تک کہ تمام غیر ضروری مقدار خارج نہ ہو جائے +

فلے وائن۔ کالت محلول (ایک فی ہزار) کو بعض لوگ بہت پسند کرتے

---

[1] بسمتھ
[2] میوکس ممبرین۔
[3] کولن۔
[4] سگمانڈ فلکسر
[5] السر
[6] اسلفنگ۔
[7] اکس ریز۔ رانٹجن ریز۔
[8] پیسٹ

ہیں۔ اور ان کا یہ دعویٰ ہے کہ اس کی قوت دفع عفونت مصلِ دم کی موجودگی میں زیادہ ہو جاتی ہے (اور اخضر آمودات ادنیٰ کا فعل مصل مذکور کی وجہ سے دب جایا کرتا ہی) نیز اس کی وجہ سے فعل ہضم جراثیم (بجوم بیضا دات) اور زندہ اعضاء کے افعال میں بھی کوئی فساد نہیں آتا۔ نیز یہ بالکل غیر سمی مرکب ہے۔ نیز اس کے اثرات عفونی زخموں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ جبکہ اس کے محلول میں دبجی تر کر کے زخم کے اندر دیر تک رکھی جاتی ہے اور ساختوں کے ساتھ ملی ہوئی چھوڑ دی جاتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے جراثیم بہت جلد تباہ ہو جاتے ہیں۔ اور زخم بہت سرعت سے پاک ہو جاتا ہے۔ لیکن بہت سے مبصرین ان دعاوی کی اور غیر معمولی شفا بخشی کی تصدیق نہیں کرتے ÷ عام رائے یہ ہے کہ جب پیپ کا رسنا بند ہو جائے افعال اندمال میں بھی تاخیر ہو جائے۔ اور بشو کی پیدائش رک جائے۔ چنانچہ ایک ہفتہ کے بعد اگرچہ زخم میں پیپ نہ آئے تاہم زخم کی سطح ایسی نظر آئے جیسی کہ زخم کے شروع میں ہوتی ہے ÷ کچھ عرصہ کے بعد ایک زرد پپڑی یا جھلی سی بنجائے جس میں گلی ہوئی ساختوں کے بیرونی (سطحی) طبقات بھی شریک ہوں اور زخم قرحۂ تصلبہ کی طرح نظر آئے تو ان حالات میں اگر فلیوائن کا استعمال ترک کر دیا جائے۔ اور اس کے بجائے دوسری چیزیں مثلاً معمولی محلول نمک یا یوسال استعمال کی جائیں۔ تو بہت جلد زخم کی حالت اچھی نظر آنے لگتی ہے ÷ گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ زخم دوسری دافع عفونت ادویہ سے اچھے نہیں ہوتے ہیں، مگر جب فلیوائن استعمال کیا

۱ بلڈ سیرم۔
۲ ہائپوکلورائٹز۔
۳ لیکوسائی ٹوسس۔
۴ اپی تھیلیم۔
۵ کیلس السر
۶ نارمل سالٹ سولیوشن۔
۷ ایک دافع عفونت سیال۔

جاتاہے۔ تو بہت جلد صاف ہو جاتے ہیں۔ علی الخصوص اُس وقت جبکہ زخم ایسے مقام میں ہوں جہاں سے پیپ بآسانی بہ نہ سکتی ہو۔ بلکہ وہاں یہ خطرہ ہو کر پیپ پھوٹ کر عضلات کی جھلیوں (لفائف)[1] کے اندر یا عضلات کے درمیان چلی جائے گی۔ مثلاً پنڈلی اور پشت میں + اسی طرح یہ عضو کے مکر کاٹنے (قطع العضو)[2] کے وقت عفونی ساختوں کے لئے قابل استعمال اور مفید ہے۔ فلیوائن سے بھرے (حشو)[3] کے اوپر لٹکتے ہوئے گوشت کو باہم ملا کر سی دینا چاہئے۔ گاہے عفونی زخموں کے چیرنے کے بعد بھی بعینہ اسی طرح عمل کیا جاتاہے۔ جس میں فوراً ٹانکہ لگانا نامناسب نظر آتاہے۔ گاہے جوڑوں میں پیپ پڑ جاتی ہے۔ اور ان میں فلیوائن کی پچکاری کی جاتی ہے۔ جس سے اچھے نتائج برآمد ہوتے ہیں پہلے اس جوف کی پیپ کو امتصاص[4] کے ذریعہ (آلہ مصاصہ سے) یا معمولی محلول نمک کی پچکاری سے دور کر دیا جاتاہے۔ اس کے بعد فلیوائن کی پچکاری کی جاتی ہے + آخر میں ہمیں یہ بتانا ہے کہ یہ بالکل امر واضح ہے کہ فلیوائن میں بہت سی مفید قوتیں موجود ہیں۔ لیکن بہت ممکن ہے کہ ابھی تک ہمیں اس کے صحیح استعمال کا طریقہ نہ معلوم ہو۔ بہرحال ضرورت ہے کہ قبل اس کے کہ اس کی قدروقیمت کے متعلق کوئی مستقل یقین قائم کیا جائے ابھی بہت سے تجارب مختلف طریقوں سے کیے جائیں +

## طریقۂ علاج[5] استاذ رائٹ

اس میں شک نہیں کہ جنگ (عظیم) چھڑ جانے کے وقت گولی کے عفونی

---

[1] فیشیا۔
[2] امپوٹیشن
[3] پیکس۔
[4] ایس پائی ریشن۔
[5] ایس پائی ریٹر۔
[6] سر آلم رائٹ راتھ فزیالوجیکل ٹریٹمنٹ آف ٹرٹینگ وونڈز۔

زخموں میں تمام غیر عفونی اور دافع عفونت تدبیریں جو غیر جنگی زخموں میں مفید
ثابت ہوا کرتی ہیں بہت زیادہ ناکام رہیں۔ اگرچہ گمان غالب یہ ہے کہ اس کی
وجہ یہ نہیں ہے کہ علامہ لسٹر کے اصول غلط ہیں۔ بلکہ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان کے
اصول و تدابیر کو نیم توجہی اور بے دلی سے برتا گیا۔ معمولی غیر عفونی تدابیر تو
بالکل بے فائدہ ثابت ہوئیں۔ لیکن خطرناک جنگی زخموں کے مقابلہ کے لئے ماہرین
علم الامراض و علم الجراحت کی بہترین مساعی کو دعوت عمل دی گئی۔ ان میں سب سے
اہم اور قابل ذکر فاضل رائٹ کے مساعی ہیں جنہوں نے اپنے معمل[1] میں اس مسئلہ
پر غور و فکر کرنے کے بعد عدوی یا عفونت کے اس جدید طریقہ علاج کی بنا ڈالی۔
انہوں نے بتایا کہ گولی کے تازہ زخموں کی سطح علی العموم غیر عروقی[2] ہوتی ہے
کیونکہ اس مقام کی ساخت مردہ ہوجاتی ہے۔ اور یہ کہ عروقی[3] جاذبہ کی فضائیں
کھلی ہوئی ہوتی ہیں۔ اس مقام میں سوائے اس کے اور کوئی صورت حفاظت
کی نہیں ہو سکتی کہ سفید دانوں سے (جو کہ یہاں جمع ہوجاتے ہیں) اور رائیت دم
سے (جو کہ یہاں سترشح ہوجاتی ہے) مدد لی جائے۔ لیکن جراثیم ان پر حملہ آور ہو کر
ان کو فاسد کر دیتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جراثیم نہایت شدید سمیت کے ہوتے ہیں
چونکہ یہاں جراثیم کو مناسب خوراک بکثرت مل جاتی ہے۔ اور عموماً نہایت تیزی
کے ساتھ یہاں بڑھ جاتے ہیں۔ اس لئے مجروح ساختوں میں نہایت وسعت سے
پھیل کر وسیع رقبہ میں التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ اور تجربہ سے یہ بھی دیکھا گیا ہے
کہ زخمی آدمیوں کے شفاخانہ تک پہونچنے میں اکثر دیر لگ جایا کرتی ہے۔ اس لئے
اور بھی مرض میں ترقی اور خطرات میں اضافہ ہوجاتا ہے۔

| | |
|---|---|
| ۱۔ لیبورٹیری۔<br>۲۔ نن ویسکولر | ۳۔ لمفٹک اسپیسز۔ |

اس قسم کے زخموں کے علاج میں اہم مشکلات یہ ہیں:۔

(۱) جراثیم اس قدر گہری ساختوں میں نفوذ کر جاتے ہیں کہ تا وقتیکہ اچھی ساختوں کی بڑی مقدار تباہ نہ کر دی جائے اُس وقت تک ان کا دور کرنا محال ہوتا ہے۔

(۲) مجروح ساخت میں رطوبات کا ترشح ہوتا ہے۔ اور وہ متورم ہو جاتی ہے عروق شعریہ کا دوران خون خراب ہو جاتا ہے۔ کیونکہ مائیت مترشحہ کا رگوں پر دباؤ پڑتا ہے۔ یعنی بالفاظ دیگر زخم مائیت دم سے محدود (گھرا ہوا) ہوتا ہے۔ اور وہاں رطوبات کا بہت کم اخراج ہوتا ہے۔

(۳) جو مائیت رگوں سے باہر آ کر زخم میں جمع ہوتی ہے۔ وہ فاسد ہو کر اپنے تیز اور شدید طبعی خواص (ضد جراثیمی[۱]) کو کھو دیتی ہے۔ یا فربین[۲] کی موجودگی کے باعث بگڑ جاتی ہے۔ جو کہ سفید دانوں کے ٹوٹنے سے پیدا ہوتی ہے۔ علیٰ ہذا وہ مصل جو فربین کے ساتھ ملا ہوا ہوتا ہے (مصل فربی[۳]) وہ جراثیم کے لئے بہترین خوراک ہے۔ یہی وجہ ہے کہ عددی سے مقابلہ کرنے کے لئے طبیعت کی تمام کوششیں جراثیم کی افزائش کے لئے مناسب ہوتی ہیں۔ تاوقتیکہ ہوشیاری کے ساتھ اس پر قابو نہ کیا جائے۔ اور اس کی مناسب اصلاح نہ کی جائے۔

(۴) اگلے سڑے اجزاء (تاکلات[۴]) کا آس پاس ہونا تازہ جراثیم کی افزائش کے لئے مستقل پرورش بنجاتا ہے۔ اگر یہ اجزاء دستکاری کے ذریعہ دور نہ کیے جائیں تو طبعی افعال کی وجہ سے یہ وہاں سے جدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس

---

[۱] اینٹی بیکٹیریل
[۲] فبرین
[۳] ٹرپ سین
[۴] ٹرپسی نائزڈ سیرم
[۵] سلفس

طبعی فعل میں یہ امر بھی شریک ہے کہ جزوی یا کلی طور پر فرکین[1] کی وجہ سے جو کہ زخم کے مواد میں موجود ہوتی ہے۔ یہ تاکلات منہضم بھی ہوتے ہیں (یعنی فرکین کی وجہ سے یہ منحل ہو جاتے ہیں) یہ فعل ہضم جس طرح مردہ اجزائے کے دور کرنے میں مفید ہے۔ اسی طرح یہ بھی ممکن ہے کہ یہ زندہ اعضاء میں پھیل کر اور اہم اجزاء کو مبتلا کر کے دوسری شکایات (آفات ثانویہ[2]) پیدا کر دے مثلاً شرائین کی دیواریں مبتلا ہو جائیں (اس کے بعد یہ پھٹ جائیں۔ اور جریان خون ہونے لگے۔

جب اس قسم کا عدویٰ واقع ہو تو علاج کے بڑے وسائل کا تعلق تین چیزوں سے ہوتا ہے۔

(۱) مائیت[3] دم سے۔ جب یہ تازہ ہوتی ہے۔ تو یہ امر مسلم ہے کہ اس میں جراثیم کے مارنے کی پوری خاصیتیں ہوتی ہیں۔ اور فرکین[4] کے برباد کرنے کی بھی کافی قوت ہوتی ہے۔ جس شخص میں عدویٰ کا اثر ہوتا ہے۔ اس میں یہ دوسری قوت تیزی سے بڑھنے لگتی ہے۔ لیکن مائیت کے باسی ہونے پر یہ کھو جاتی ہے۔

(۲) خون کے سفید دانوں سے اور اس کی قوت ہضم جراثیمی (ہجوم بیضادات) سے۔ جس سے جراثیم تباہ ہو جاتے ہیں۔ اور اعضاء میں قوت اندمال بڑھ جاتی ہے۔

(۳) اعضاء کی ساخت سے۔ یہ ظاہر ہے کہ جب جراثیم اعضاء کے اندر اچھی طرح گھر کر جاتے ہیں۔ تو اعضاء کی ساخت فوراً اپنا غلبہ ظاہر کرتی۔ اور تیزی

| | |
|---|---|
| [1] ٹرپسین۔ | [3] لمف |
| [2] سکنڈری۔ | [4] ٹرپسین۔ |

کے ساتھ ان کے طبعی افعال اندمال کے آثار نمایاں ہونے لگتے ہیں۔

زخم کے طبعی افعال میں جو مزاحمت اور برائیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان سے مقابلہ کرنے اور افعال اندمال میں تحریک پیدا کرنے کے لئے فاضل راشٹ ریشۂ اخضر آمیز (رنگ) کا محلول استعمال کرتے ہیں۔ خواہ بصورت محلول قوی یا بصورت محلول مستوی۔ محلول نمک قوی (۵ یا ۱۰ فیصدی) مختلف جہات سے مفید اثرات رکھتا ہے (۱) ساخت سے انصباب مائیت میں تقویت پہونچاتا ہے۔ جس سے نہ صرف یہ فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ باسی (ردیکی) مائیت دور ہو جاتی ہے۔ اور اس کی بجائے تازہ اور مفید مائیت حاصل ہو جاتی ہے۔ بلکہ احتباس مائیت کو کم کرکے خون کی آمد اور اعضا کے تغذیہ کو بڑھا دیتا ہے (۲) یہ خون کے سفید دانوں کے خروج کو بھی محدود کر دیتا ہے۔ جس سے پیپ کا ترشح کم ہو جاتا ہے (۳) جس سفید دانہ سے یہ ملاقی ہوتا ہے اُسے توڑ کر فرکین کی ایک محدود مقدار زخم کے اندر چھوڑ دیتا ہے۔ جو زخم کے مردہ اجزا کو اپنی قوت ہضم و تقطیع سے ڈھیلا کرنے پر قادر ہوتا ہے۔ اور اس قوت میں زیادتی اس وجہ سے نہیں ہونے پاتی کہ اچھی مائیت میں اس کے خلاف عمل کرنے کی قوت (مضاد فرکین) پائی جاتی ہے۔ ان حقائق و واقعات سے یہ امر واضح ہے کہ محلول نمک قوی جراحات عدوی کے ابتدائی مراحل کے علاج کے لیے ایک قیمتی شئے ہے۔ لیکن اس کے بعد ایک ایسا وقت آتا ہے کہ اس کا اثر کم ہو جاتا ہے اور اس وقت یقیناً اس کا استعمال مفید ہونے کی بجائے مضر ہوتا ہے اور

---

| | |
|---|---|
| ۱۔ ری ہیپر۔ | ۴۔ آئسوٹانک سولیوشن۔ |
| ۲۔ سوڈیم کلورائڈ۔ | ۵۔ ٹرپسین۔ |
| ۳۔ ہائپرٹانک سولیوشن۔ | ۶۔ اینٹی ٹرپٹک۔ |

جراح اس وقت معقولی محلول نمک (محلول ستوی) ہوشیاری کے ساتھ استعمال کرسکتا ہے (۵ء۰ فیصدی) اس سے سفید دانے جذب ہو کر آتے ہیں اور اس لئے عمل ہضم جراثیمی (ہجوم بیضاوات) میں مبدل جاتی ہے۔ اور جراثیم کا آخری قلع قمع ہوجاتا ہے۔

نمک کا محلول قوی کیونکر عمل کرتا ہے ؟ اس میں بہت کچھ بحث و تحمیص کی جا چکی ہے۔ استاذ رائٹ کا یہ دعویٰ ہے کہ یہ ساختوں سے عمل ترشیح کے ذریعہ رطوبات کو جذب کرتا ہے۔ لیکن بڑے زور سے اس کی تردید کی گئی۔ ایک فاضل کا خیال ہے کہ مائیت کے انصباب میں کمی اس وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے کہ (۱) بیرونی سطح پر خشک شدہ مائیت دمویہ جمع ہوجاتی ہے۔ جس سے مسامات بند ہوجاتے ہیں (۲) مائیت دم کے مجاری عروق کے دباؤ سے بند ہوجاتے ہیں۔ جس سے مائیت سطح تک نفوذ کرنے سے رک جاتی ہے۔ چنانچہ خشک شدہ مائیت کو مرطوب چیزوں کے لگانے سے قابل نفوذ (متحلل) بنایا جاسکتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر صرف لیفین کے جال اور مسامات ہوتے ہیں۔ جو پیپ کے دانوں سے بند رہتے ہیں۔ اگر محلول نمک قوی اس پر استعمال کیا جائے۔ تو دانہائے مذکور کی رطوبتیں چھن کر باہر چلی آتی ہیں۔ اور دانے سکڑ جاتے ہیں۔ اس لئے ساخت کے عروق جاذبہ کی رطوبت کے لئے راستہ کھل جاتا ہے۔ اسی وجہ سے مائیت بکثرت بہنے لگتی ہے۔

اس میں کچھ شک نہیں کہ محالیل قویہ کا استعمال جراحات صدیدیہ میں فائدہ سے

---

ملہ نارمل سالٹ سولیوشن۔
ملہ ہیگروسائی ٹوسس۔
ملہ پیری مارگیین۔
ملہ پرمی ایبل۔
ملہ فائبرین۔
ملہ ہائی پرٹانک سولیوشنز

خالی نہیں۔ گریہ ضروری نہیں کہ محض محلول نمک ہی سے یہ فوائد مترتب ہوں۔ بلکہ اس کے علاوہ اور بھی بہت سی چیزیں استعمال کی جا سکتی ہیں۔ مثلاً حلوین[1] رجیسا کہ پرانے طریقہ کے مطابق مستعلث[2] نل شفتی میں دس فیصدی استعمال کی جاتی تھی) شکر (۱۰ یا ۲۰ فیصدی) اسی طرح اس کے مانند دوسری چیزیں مثلاً ½ ۲ فیصدی صابون سبز[3] کا محلول ۔ فاضل رائٹ یہ بھی کہتا ہے کہ محلول دکن بھی زیادہ تر محلول قوی کی طرح اثر کرتا ہے ۔

مختلف زخموں میں محالیل مذکورہ کا استعمال مختلف طرق سے کیا جاتا ہے بیرونی سطح کے معمولی جراحات و تفرقات میں صرف اس قدر کافی ہے کہ سطح پر ننالہ[4] مطہر یا جالی[5] کی معمولی گدی بنا کر رکھدیں۔ اور اسکو محلول مذکور سے تر رکھیں یعنی اس پر محلول مذکور ڈالدیا کریں۔ یا اس گدی کو وقتاً فوقتاً محلول مذکور میں ڈبویا کریں۔ لیکن بہتر ہے کہ محلول کو کسی ظرف میں لٹکا کر قطرہ قطرہ ٹپکائیں۔ لیکن گہرے زخموں میں محلول کے پہونچانے کے لئے دکن کا طریقہ اختیار کریں۔ جس میں ربر کی نالیاں زخم کے اندر رکھی جاتی ہیں۔ جن میں سیال جاتا ہے اور زخم میں ہوکر باہر آجاتا ہے ۔

جس زخم کا علاج اس طریقہ سے کیا جاتا ہے۔ اس کی شکل مخصوص ہو جاتی ہے۔ یعنی وہ بالکل صاف ہو جاتا ہے۔ رنگت گلابی ختیار کر لیتا ہے۔ انگور کی ایک باریک تہ سطح پر محیط ہو جاتی ہے۔ جس سے تھوڑی تھوڑی پیپ بہتی ہے یا پیپ بالکل نہیں ہوتی۔ جراثیم کی تعداد بھی بہت گھٹ جاتی ہے۔ اس قسم کے

| | |
|---|---|
| ۱؎ گلیسرین۔ | ۴؎ لنٹ۔ |
| ۲؎ آیوڈوفارم املشن۔ | ۵؎ گاز۔ |
| ۳؎ سولیوشن آف گرین سوپ۔ | ۶؎ کارل ڈکن میتھڈ۔ |

زخم بہت اچھے دکھائی دیتے ہیں۔ اگرچہ بدقسمتی سے گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ جب تک محلول قوی کا استعمال جاری رہتا ہے اُس وقت تک فعل اندمال بھی سست ہوتا ہے۔ لیکن اگر اس کی بجائے معمولی محلول نمکین استعمال کیا جائے تو زخم کی سطح بھوری ہو جاتی ہے۔ اور پیپ کی کافی مقدار بہنے لگتی ہے۔ گر انگور بہت جلد بنجاتے ہیں۔ اور فعل اندمال تسلی بخش صورت میں جاری رہتا ہے ۔

مذکورہ بالا خرابیوں کی اصلاح کے لیے بطور ترمیم کے دوسری صورت پیش کی گئی ہے جس میں زخم کے اندر نمک خاص طور پر بھرا جاتا ہے (علاج بجزم الملح) اس طریقہ کے مطابق پہلے زخم کو ہاتھ سے اچھی طرح صاف کیا جاتا ہے اس کے بعد مطہر جالی کو چار چھ تہ کر کے ۵ فیصدی کے محلول نمک میں تر کیا جائے اور زخم کے ہر ایک گوشے میں اس طرح بھرا جائے۔ کہ زخم کی پوری سطح اچھی طرح اس سے ملاقی ہو جائے۔ اس کے بعد ۲۰ رتی کی چند نمک کی ٹکیاں اس کے اوپر زخم کے زیادہ گہرے حصہ میں رکھدی جائیں۔ اس کے بعد زخم کے جوف کو اچھی طرح جالی سے بھر دیا جائے۔ تاکہ نمک کی قرصیں بیچ میں آجائیں۔ اور اوپر نیچے جالی سے گھر جائیں۔ زخم کے جوف میں کوئی جگہ نہیں چھوڑنی چاہیے جس میں پیپ جمع ہوسکے۔ اس کے بعد بیرونی سطح پر جالی کو کئی تہ کر کے رکھدیا جائے۔ پھر اون کی موٹی تہ رکھکر اچھی طرح باندھ دیا جائے۔ اس سے مواد بکثرت خارج ہوتا ہے۔ اور اگر بیرونی اون وغیرہ تر ہو جائے تو نیا اون استعمال کیا جائے۔ ورنہ زخم کو چار پانچ روز تک چھوڑ دیا جائے۔ بشرطیکہ نبض حرارت

ملہ سالٹ پیک ٹریٹ منٹ
ملہ ٹیبلٹ۔

اور درد میں زیادتی نہ ہو۔ اور پٹی بدلنے کی ضرورت داعی نہ ہو۔ بعض اوقات پٹی کھولنا کراہت اور ناگواری طبع کا باعث ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ بڑی حد تک بیرونی حصے تک ہی محدود رہتا ہے۔ اس کی بو اس طرح کم کی جا سکتی ہے کہ جالی کے بیرونی (سطحی) طبقات پر کلورومین ٹی سفوف[3] چھڑک دی جائے پہلے مرتبہ پٹی بدلنے کے وقت (جو کہ عموماً بحالت بیہوشی کی جاتی ہے) زخم کے اندر سے وہ بھری ہوئی چیزیں بآسانی خارج ہو جاتی ہیں۔ زخم کی سطح کھلنے پر گلے سڑے اجزاء (تاکلات) سے پاک نظر آتی ہے۔ اور اس سے جو پیپ بہتی ہے وہ اچھی قسم کی ہوتی ہے۔ پھر وہاں کی جلد پر بنفشین[4] لگا دی جاتی ہے۔ اور پانچ چھ روز کے لئے پھر یہی عمل کیا جاتا ہے۔ یعنی دوسری نئی جالی اوسی طرح زخم کے اندر بھر دی جاتی ہے۔ جس کی مقدار پہلے سے کم ہوتی ہے۔ جب زخم کی سطح بالکل صاف نظر آتی ہے۔ تو خیاطت ثانویہ کا عمل کیا جاتا ہے۔ نرم اعضاء کے اکثر زخم اس حالت میں تین ہفتے تک رہتے ہیں۔

یہ بتانا نہایت ضروری ہے کہ فاضل رائٹ بذات خود اقرار کرتا ہے کہ اعضاء کی مردہ فضائیں۔ یعنی وہ فضائیں جن میں پیپ تھیلیوں میں جمع ہو جاتی ہے۔ خواہ اس کے ساتھ مردہ اجزاء۔ بوسیدہ ہڈی وغیرہ موجود ہو یا نہ۔ ان فضاؤں کو اچھی طرح کھول دینا اور مواد کے بہاؤ کا انتظام کرنا چاہیے۔ ورنہ محلول نمک شدید القوت کے استعمال سے کوئی مفید نتیجہ برآمد نہ ہوگا۔ زخم کے مواد کے نئے اخراج کا اس طرح انتظام کرنا کہ پیپ یا کسی رطوبت کو ان مردہ فضاؤں

| | |
|---|---|
| ۱ پاؤڈرڈ۔ | ۳ سکنڈری سیوچر۔ |
| ۲ آیوڈین۔ | ۴ ہائی پرٹانک سالٹ سولیوشن۔ |

میں جمع ہونے کا موقع نہ ملے۔ سالہاسال سے جراحت عدوی کے علاج کی بنیاد رہا ہے +

بہت ممکن ہے کہ مذکورہ بالا جدید طرق میں سے بعض زیادہ عرصہ تک پائدار نہ رہیں۔ لیکن اُس حقیقی اور صحیح ترقی سے کسی طرح انکار نہیں کیا جاسکتا۔ جو ان میں سے بعض کے ساتھ وابستہ ہیں +

اس امر کا مطالعہ دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ ان طریقوں سے غیر فوجی زخمیوں میں کس قدر نتائج اچھے مرتب ہوتے ہیں۔ اور اسی قسم کے فوجی زخمیوں میں کس قدر۔ لیکن اس میں ایک بات کو فراموش نہ کرنا چاہئے کہ غیر فوجی زخمی عام طور پر ایسی صحت نہیں رکھتا۔ جیسی کہ ایک زخمی سپاہی۔ اسی وجہ سے سپاہی میں قوت مقابلہ زیادہ ہوتی ہے۔ اسی طرح برعکس اس کے یہ امر بھی ذہن نشین ہونا چاہئے کہ غیر فوجی زخمیوں کا علاج بمقابلہ میدان جنگ کے زیادہ مستعدی سے کیا جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ان دونوں کے درمیان صحیح طور پر مقابلہ نہیں کیا جاسکتا +

## ۴۔ تعفّن[1] دم[2]

یہ ایک شدید عفونی حالت ہے۔ جو تمام بدن میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ حالت اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ بعض قسم کے پیپ کے جراثیم خون میں بڑھ جاتے ہیں + یہ تقیّح[3] دم سے اس طرح ممتاز ہے کہ اس میں پھوڑے (اخراجہ ثانویہ) نہیں ہوتے ہیں (اگرچہ بعض حالات میں اس کے ساتھ پھوڑے بھی ہوتے ہیں جیسا کہ اس کے بعد ذکر کیا جائے گا۔ اور تسمم دم[4] اور تسمم عفن[5] سے اس طرح ممتاز

[1] سپٹی سیمیا۔
[2] پائی ییا۔
[3] سکنڈری ابسسز
[4] ٹاکسی میا۔
[5] سیپریمیا۔

ہے کہ یہ علامتیں محض جراثیمی سمیت (سیپٹک) کے خون میں جذب ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ یہ جراثیم ایک مخصوص مریض حصے میں پیدا ہوتے اور وہیں تک محدود رہتے ہیں۔ برعکس اس کے تعفن دم میں جراثیم خون کے دوران میں گردش کرتے ہیں۔ اگرچہ بہت سی حالتوں میں ان کی تعداد اس قدر قلیل ہوتی ہے کہ جراثیمی امتحان کے لئے خون کی بڑی مقدار لینی پڑتی ہے (مثلاً ۸۰ بوندیا زیادہ بلکہ کبھی تعفن دم کی شدید حالتوں میں ایسے اوقات بھی آجاتے ہیں کہ جراثیم قطعاً ثابت نہیں ہوسکتے۔ اس لئے یہ ضروری ہے کہ اگر کسی ایک امتحان میں ان کا وجود ثابت نہ ہو تو اس پر یقین نہ کرنا چاہئے۔

**بحث جراثیمی۔** عام طور پر اس میں کرویات عقدیہ صدیدیہ ہوتے ہیں۔ جو تقریباً ۹۰ فیصدی احوال میں پائے جاتے ہیں۔ یہ تقریباً اس تعفن دم میں ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ جو امراض نفاسیہ (پرسوت) اور قلب کی اندرونی جھلی کے التہاب تقرحی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب کا تقرح دوران خون میں جراثیم کو اس طرح شامل کرتا ہے گویا وہ جراثیم کا سرچشمہ ہے۔ کرویات عقدیہ کے بعد بلحاظ کثرت کرویات ذات الریہ کا درجہ ہے۔ جو کبھی تعفن دم پیدا کرتا ہے۔ خواہ پھیپھڑے میں یا کسی اور مقام میں تفرق اتصال کا پتہ نہ بھی چلے۔ اور کرویات عنقودیہ بھی اس مرض کا مشہور اور عام سبب ہے۔ مگر اس کے خطرات بمقابلہ دوسرے دونوں اقسام کے کم ہوتے ہیں۔

| | |
|---|---|
| ۱ ٹاکسین۔ | ۵ ہوٹر پرل ڈیزیز۔ |
| ۲ کیموسکسٹی میٹر | ۶ السر یٹو انفلامیشن۔ |
| ۳ بیکٹیریالوجی۔ | ۷ نیموکوکس |
| ۴ اسٹرپٹوکوکس پایوجینس۔ | ۸ اسٹےفیلوکوکس پایوجینس۔ |

عصاؔ قولونیہ اور اس کے مانند دیگر جراثیم مثلاً عصاؔ قیحیہ زرقاء (نیلی پیپ کے جراثیم) عصاؔ اوذیماویہ خبیثہ۔ اور گرؔدیہ سوزاک سے یہ مرض شاذونادر ہوتا ہے۔

**کیفیت حدوث۔** تعفن دم کی حالت عام طور پر اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ براہِ راست کوئی جرثومہ بدن کے کسی خفیف تفرق اتصال کی راہ بدن کے اندر داخل ہوجاتا ہے (تلقیحؔ) جیسا کہ گاہے اُن زخموں سے ہوجاتا ہے جو تشریحؔ بعد الوفات سے پیدا ہوتے ہیں۔ یا اُن خراشوں اور جلد کے سوراخوں سے ہوتا ہے جو آلودہ سوئی (یا دبابیسؔ) یا آلودہ آلات جراحیہ سے حادث ہوتے ہیں۔ یہ گاہے جراحی عملیات کے زخموں سے اور گاہے شدید جراحاتؔ تمزقیہ (پھٹے ہوئے زخم) سے بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ حالت عام طور پر غانغرانا ساعیہ (پھیلنے والا غانغرانا) کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ اور گاہے یہ فلغمونیؔ اور کاٹنے (ناخن) کے ساتھ بھی ہوتی ہے۔ مریض جو اس مرض میں مبتلا ہوتا ہے وہ عام طور پر نہایت نحیف وضعیف اور گری ہوئی حالت میں ہوتا ہے۔ جس میں گاہے اس وجہ سے بھی زیادتی ہوجاتی ہے کہ وہ شراب یا کسی دوسری چیز کا عادی ہوتا ہے جس کی وجہ سے اُس کی طبعی قوت بہت کم ہوجاتی ہے۔ اور مرض کے حملوں کے مقابلہ کی تاب نہیں رہتی۔

مقام تلقیح میں جہاں سے جراثیم داخل ہوتے ہیں گاہے کوئی مقامی تکلیف

ملہ بیسی لس کولائی۔
ملہ بیسی لس پایوسیانس۔
ملہ بیسی لس اوڈی میٹس ملگنی۔
ملہ گانوکوکس۔
ملہ اناکولیشن۔
ملہ پوسٹ مارٹم اگزامی نیشن۔
ملہ پنز۔
ملہ لیسی ریٹیڈ انجریز
ملہ سیلیولائٹس۔
ملہ کنکرم اوریس۔

بھی ہوتی ہے۔ جنکو ہم نے ابھی غلغمونی کے زیر عنوان بیان کیا ہے۔ یہ علامت معمولی التہابی سرخی سے لیکر شدید ترین غانغرآنا ساعیہ تک ہوتی ہے ۔

علامات عمومیہ۔ بخار ہوتا ہے جو گاہے شدید قشعریرہ (پھریری) سے شروع ہوتا ہے۔ حرارت ایک سو چار یا ایک سو پانچ درجہ تک ہوتی ہے۔ اور عام طور پر اسی شدت کے ساتھ قایم رہتی ہے۔ حمی لازمہ ہوتا ہے یعنی دن رات چڑھا رہتا ہے۔ جس میں کسی وقت خفیف سی کمی (فترہ) آجاتی ہے۔ مگر وقفہ (تقطع) کبھی نہیں ہوتا۔ غذا کی خواہش بند اور ساتھ ہی متلی ہوتی ہے۔ زبان بھوری اور خشک ہوتی ہے۔ نبض سریع اور ضعیف۔ قلب کی آوازیں ہلکی۔ اور بذات خود قلب پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ جلد کی رنگت گاہے خفیف یرقانی ہوتی ہے۔ اور اس کے خون کے نقطے نظر آتے ہیں۔ دست عام طور پر ہوتے ہیں۔ جس میں گاہے خون کی سرخی بھی نمودار ہوتی ہے۔ پیشاب زلالی ہوتا ہے۔ جس میں خون بھی ہوتا ہے۔ مریض کو ہذیان ہوتا ہے۔ اور سباتی کیفیت طاری ہوتی ہے۔ اس کے بعد وہ مر جاتا ہے۔ اور گاہے موت سے پیشتر سانس میں تنگی لاحق ہوتی ہے گاہے حرارت بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور گاہے بہت گھٹ جاتی ہے۔ لیکن حرارت کا درجۂ اعتدال سے کم ہونا اور باوجود اس کے نبض کا تیز ہونا ہمیشہ زیادہ خطرے کی علامت ہے۔ گاہے سفید دانے خون میں زیادہ ہو جاتے ہیں جو ابتدائی حالت میں زیادہ نمودار ہوتا ہے۔ لیکن بری متمہیں اور مہلک علامات

| | |
|---|---|
| ۱؎ اسپریڈنگ گنگرین۔ | ۶؎ البیومی نس یورن |
| ۲؎ جنرل سپٹس | ۷؎ ڈلیریم |
| ۳؎ ریگر | ۸؎ کوما |
| ۴؎ ری مشن۔ | ۹؎ ڈسپنیا۔ |
| ۵؎ انٹرمشن | ۱۰؎ لیکوسائی ٹوسس۔ |

کے ظہور کے وقت یہ کیفیت نظر نہیں آتی۔ ان حالات میں اسی نسبت سے بیضاداتِ کثیر النوٰی بھی بڑھ جاتے ہیں +

گاہے اس مرض کی حالت اچھی رفتار پر ہوتی ہے۔ جبکہ مقامی مرکز عفونت کی مؤثر طریقہ سے تدبیر کی جاتی ہے۔ یا مناسب تلقیح کے ذریعہ علاج کیا جاتا ہے۔ حرارت بتدریج گھٹ جاتی ہے۔ اور مریض آہستگی سے اپنی سابقہ صحت پر لوٹ آتا ہے +

ظواہر بعد الوفات۔ (موت کے بعد کے احوال) لاش میں تعفن و فساد بہت جلد شروع ہو جاتا ہے۔ مرنے کے بعد اعضاء کی سختی (صلابت بعد الموت) شدید نہیں ہوتی ہے۔ اسی طرح موت کے بعد اعضا کی سیاہی (زرقت بعد الموت) علی الخصوص سطحی وریدوں کی لمبائی میں اور پیچھے کی طرف نمایاں ہوتی ہے۔ خون اچھی طرح نہیں جمتا ہے۔ اور وہ سیاہ قطران کی طرح ہو جاتا ہے۔ اگر خون کو ٹھہرایا جائے تو جمائیت (مصل) دار ہلائے خون سے خارج ہوتی ہے۔ وہ بہت زیادہ رنگین ہوتی ہے۔ کیونکہ دیگر شدید احوال عفونت و عددی کی طرح اس حالت میں بھی خون کے سرخ دانے ٹوٹ جاتے ہیں۔ اسی حالت کے اوپر موت کے بعد کی سیاہی کی کمی و بیشی کا دارومدار ہے۔ اور اسی وجہ سے قلب کی اندرونی جھلی (غشاء مبطن قلب) اور بڑی رگوں کا اندرونی طبقہ موت کے بعد رنگین ہو جاتا ہے۔ اور اس قدر رنگین ہوتا ہے کہ پہلے اسکو التہاب شریانی منتشر

| | |
|---|---|
| ۱۔ پالی نیوکلیر۔ | ۶۔ سیرم۔ |
| ۲۔ وکسین۔ | ۷۔ انڈوکارڈیم۔ |
| ۳۔ ریگرمارٹس۔ | ۸۔ ٹیونیکا انٹیما۔ |
| ۴۔ کیڈاویرک لیوی ڈیٹی۔ | ۹۔ ڈیفیوز آرٹرائی ٹس۔ |
| ۵۔ ٹار۔ | |

(پھیلا ہوا) کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ غشیۂ[1] مائیہ کی بہت سی فضاؤں میں ایک رنگین رطوبت سے کم و بیش بھری رہتی ہیں۔ اور تقریباً تمام اغشیہ مائیہ کے نیچے علی الخصوص تامور[2] یعنی غلاف القلب اور عشاء[3] الریہ کے نیچے خون کی چتیاں[4] (نقطہ زرفیہ) نمایاں ہوتی ہیں۔ پھیپھڑوں کے اندر علی الخصوص اس کے پچھلے حصے میں شدید اجتماع خون (احتقان[5]) اور اوذیما[6] کی حالت ہوتی ہے۔ جگر۔ طحال اور گردے بڑھے ہوئے۔ نرم۔ پلپلے اور خون سے پُر ہوتے ہیں۔ یہ حالت طحال میں نسبتاً زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر خردبین سے امتحان کیا جاتا ہے۔ تو اکثر غدد مُفرِزہ[7] کے بشرہ[9] میں انتفاخ[8] غمامی کی علامتیں پائی جاتی ہیں +

**حکایات برائے توضیح احوال**۔ ایک خادمہ جس کی عمر بائیس سال کی تھی۔ موسم گرما میں کسی کیڑے نے اندرونی گوشۂ چشم رماق انسی کے پاس ڈس لیا اور غالباً یہ کیڑہ کسی گندہ (ملوث) مقام میں تھا۔ جس سے زخم میں بھی گندگی جا پہونچی۔ چوبیس گھنٹے کے عرصہ میں اُسے متلی شروع ہوئی۔ اور لرزہ (نافض) اور سردی سے بخار چڑھا جہاں کیڑے نے کاٹا تھا وہ ابھر گیا۔ اور اندرونی گوشۂ چشم میں دردناک ورم ہوگیا جو نہایت سے بڑھکر نیچے کی طرف پھیل گیا۔ چوتھے دن کے ختم ہونے پر دیکھا گیا کہ اس کی آنکھیں باہر نکلی ہوئی اور خون سے پر ہیں۔ اور ایک التہابی صلابت معلوم ہوتی تھی۔ جو ناک کی بالائی دیوار سے چہرہ۔ گردن اور ورید دماج کے مقام تک پھیلی ہوئی تھی۔ یہ صلابت غالباً ورید الوجہ (چہرہ کی ورید) کی تھی۔ جو غلیظ ہوگئی تھی اور اس میں

---

[1] سیرس ممبرین۔
[2] پری کارڈیم
[3] پلیورا۔
[4] پیٹےچی۔
[5] کنجیشن
[6] اڈیما۔
[7] سکرٹینگ گلینڈز۔
[8] کلاؤڈی سوئلنگ۔
[9] ایپی تھیلیم

بھی شک نہیں کہ یہ صلابت صرف اسی ورید تک محدود نہ تھی بلکہ آگے تک بڑھی ہوئی تھی + مریضہ کو بخار چڑھا ہوا تھا۔ اور ہذیان میں بک رہی تھی۔ چشم خانہ میں شگاف دیے گئے۔ تاکہ تناؤ اور ورم میں تخفیف ہو۔ اور جو پیپ وہاں موجود ہے وہ آسانی سے نکل سکے۔ مگر بیفائدہ۔ اس کے بعد مریضہ کو نیند کی سی کیفیت (سبات) طاری ہوگئی۔ اور ایک ہفتہ کے بعد مرگئی +

**دوسری حکایت۔** ایک بوڑھا آدمی سڑک پر گر پڑا۔ دائیں طرف سے اُسکا ہاتھ چھل گیا۔ ایک ہی دن میں اُس کی کلائی پھول گئی۔ اور دو روز کے بعد غانغرایا[1] ٹوا ہوگیا۔ ارتشاح یعنی انصباب رطوبات کی کیفیت شانہ تک بڑھ گئی۔ اور پانچ روز کے بعد مریض شدید تعفن دم سے مرگیا +

**تشخیص۔** تسمم عفن کو ان حُمیات طفیلیہ (بخار جن سے بدن پر دودڑے پیدا ہوں) سے متشخص کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے جو نہایت درجہ شدید ہوں۔ اور جن میں مریض اس قدر جلد ہلاک ہوجاتا ہے کہ ان حمیات کے خصوصی علامات نمایاں بھی نہیں ہونے پاتے۔ اس قسم کے حالات میں عموماً تشخیص کرنا ناممکن ہوتا ہے جب تک کہ اصل عدوی کی کوئی علامت وہاں موجود نہ ہو + اسی طرح شدید تسمم[2] دم کی صورت میں جراحت عدوی (عفونت) کا کوئی نمایاں مقام ضرور ہوتا ہے لیکن گاہے تسمم دم کی حالت اس قدر شدید ہوتی ہے کہ تھوڑی دیر کے لئے یہ باور کرنا دشوار ہوجاتا ہے کہ آیا تعفن دم موجود ہے یا نہیں۔ لیکن اگر زخم کو اچھی طرح کھول دیا جاتا ہے اور مواد کے بہاؤ کا مناسب انتظام کرلیا جاتا ہے۔ تو بخار کے فوراً زائل ہوجانے سے اس امر کا یقین ہوجاتا ہے کہ یہ کوئی خطرناک عمومی ضرر نہیں ہے۔ بلکہ محض مقامی فساد ہے۔ اگر تشخیص کو زیادہ واضح کرنے کی ضرورت ہو تو خون کو

[1] اگزنتھی میٹا۔

[2] ٹاکسی میا۔

طرق زرعیہ (کاشت کے ذریعہ) سے امتحان کرکے دیکھا جائے (اگر جراثیم موجود ہونگے۔ تو تعفن دم سمجھا جائے گا۔ ورنہ تسمم دم) + اسی طرح اسکو تقیح[1] دم سے اس طرح مشخص کیا جاتا ہے کہ تقیح میں قشعریرہ (پھریری) بار بار نہیں آتا۔ اور نہ پھوڑے (اخرجۂ ثانویہ) نکلتے ہیں +

**انذار** (انجام مرض بتانا) شدید تعفن دم کا انجام علی العموم خطرناک ہوتا ہے لیکن اگر جدید وسائل علاج استعمال کیے جائیں جنکا ذکر ذیل میں کیا گیا ہے۔ تو اُمید اچھی ہو سکتی ہے۔ اور انجام بد کی تعداد گھٹ سکتی ہے +

**علاج**۔ التہاب کے مقامی مرکز کا نہایت عجلت کے ساتھ علاج کیا جائے چوڑے چوڑے بہت سے شگاف دیں۔ صاف کریں۔ اور مواد کے اخراج کا مناسب انتظام کریں۔ یا اس مقام کو کلیتہً کاٹ کر پھینک دیں۔ لیکن افسوس یہ ہے کہ یہ عمل اکثر بے سود ثابت ہوتا ہے۔ کیونکہ خون اس سے پہلے آلودہ ہو چکا ہوتا ہے۔ ان تدابیر کے ساتھ مقویات۔ محرکات اور مناسب تغذیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر سبب مرض کرویات عقدیہ ہوں۔ تو مصل ضد کرویات عقدیہ استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس طریقہ علاج سے اکثر کامیابیاں ہوئی ہیں + یا یہ کہ وریدکے اندر معمولی محلول نمک کو بڑی مقدار میں پچکاری کے ذریعہ داخل کریں۔ یہ عمل دن میں دو تین بار کرنا چاہئے۔ اس عمل سے پیشاب اور دست بکثرت آتے ہیں۔ جس کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ اس کے ساتھ جراثیم اور اُس کے مواد خارج ہو جاتے ہیں۔ مگر یہ علاج جتنا کہ تسمم دم میں مفید ہے اس قدر حقیقی

| | |
|---|---|
| [1] پائی میا۔ | [4] اسٹرپٹوکوکس۔ |
| [2] سکنڈری ایبسز | [5] اینٹی اسٹرپٹوکوکس سیرم۔ |
| [3] پراگنوسس۔ | [6] نارمل سیلائن سولیوشن۔ |

تعفن دم میں نہیں ہے +

بعض حالات میں تلقیح[1] ذاتی سے علاج کیا گیا ہے۔ اور کامیابی ہوئی ہے چنانچہ اگر وقت اور مہلت اس کی اجازت دے (کیونکہ تلقیح کے تیار کرنے میں تین چار روز صرف ہو جاتے ہیں) تو اس طریقہ علاج کو بھی برتنا چاہئے۔ اور اس عرصہ میں تلقیح[2] ذخیرہ استعمال کی جا سکتی ہے۔ جو اسی قسم کے خارجی جراثیم سے تیار کی گئی ہو +

تلقیح عینی[3] یا تلقیح ذاتی[4] سے مادہ تلقیح مراد ہے جو براہ راست مریض کے خون سے تیار کی گئی ہے۔ اور تلقیح[5] خارجی یا غیری سے مراد وہ ہے جو دوسرے شخص کے خون سے تیار کی گئی ہو۔ مترجم۔

لیکن یہ ضروری ہے کہ شدید اور مہلک حوال میں اس سے اتنا زیادہ فائدہ نہیں ہوتا۔ جتنا کہ علاج[6] بالمصل سے۔

## تعفن دم مزمن

تعفن دم کی ایک مزمن صورت بھی معلوم ہوتی ہے۔ جو ہفتوں بلکہ بعض مہینوں تک چلی جاتی ہے۔ اس کی تاریخ بھی عام طور پر مقامی التہاب سے شروع ہوتی ہے جس سے مریض کبھی بھی پورے طور پر شفایاب نہیں ہوتا ہے۔ بخار کی شکل دق کی سی ہوتی ہے۔ جس کی حرارت ہر رات تین چار درجہ تک چڑھ جاتی ہے۔ جس کے ساتھ پسینہ بکثرت آتا ہے۔ جراثیم خون میں امتحان سے کبھی کبھی معلوم ہوتے ہیں۔ اس مرض کا عمومی سبب یہ ہے کہ عرصہ تک دوران خون میں کسی مقامی تقیح سے

| | |
|---|---|
| [1] آٹو ٹوجینس ویکسین۔ | [5] اگزوجینس ویکسینز |
| [2] اسٹاک ویکسین۔ | [6] سیرم ٹریٹمنٹ۔ |
| [3] [4] } آٹو ٹوجینس | |

(مثلاً دبیلہ[1] کبد سے۔ یا قرحۂ[2] مرارہ سے یا تقیح زائدہ[3] دودیہ سے یا تقیح لثہ[4]) جراثیم جذب ہوتے رہتے ہیں۔ بعض حالات میں قلب کی اندرونی غشاء کا التہاب مُعدی[5] (عدکی کا التہاب) اسکا سبب ہوتا ہے۔ مریض کی صحت اور قوت بتدریج کم ہوتی جاتی ہے۔ اور اگر مقامی ضرر کا علاج نہ کیا جائے۔ تو موت واقع ہوتی ہے۔

دستکاری کرنا ایسے کمزور مریض میں اگرچہ ایک خطرناک امر ہے۔ لیکن ازالۂ سبب کے لیے اصلی علاج بھی یہی ہے۔ لیکن اس کے علاوہ تلقیح کے ذریعہ بھی علاج کیا جائے۔ تاکہ عمومی صحت و قوت میں ترقی ہو۔ اور خون اور انسجۂ اعضا میں مقابلہ کرنے کی قوت پیدا ہو۔

## ۵۔ تقیح دم[6]

یہ ایک مرض ہے جس کی خصوصی علامات یہ ہیں کہ باری سے بخار آتا ہے (حمی ناشبہ یا حمی متقطعہ) ساتھ ہی بدن کے مختلف مقامات میں متعدد پھوڑے نکلتے ہیں۔ جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کسی مقامی زخم سے مواد صدیدی (ریپ) تمام بدن میں جذب ہو کر پھیل جاتے ہیں۔

**بحث جراثیمی۔** ہر قسم کے صدیدی جراثیم اس مرض کے باعث ہو سکتے ہیں۔ اور عام رائے یہ ہے کہ تقیح دم کسی خراج حاد سے بطور عرض کے پیدا ہوتا ہے۔ اگرچہ عام طور پر یہی ہوتا ہے کہ پھوڑوں میں انگور بہت جلد بن جاتے ہیں جو جراثیم کو پھیلنے سے باز رکھتے ہیں۔ اس قسم میں زیادہ تر جو جراثیم پائے جاتے ہیں وہ کرویات[7] عقدیہ صدیدیہ ہیں لیکن بعض حالات میں کرویات عنقودیہ[9]

[1] ایبسس آف دی لیور۔
[2] سیپوریٹنگ گال بلیڈر۔
[3] سیپوریٹنگ اپنڈکس۔
[4] پائی اوریا الوی اولیرس۔
[5] انفکٹو اِنفلامیشن
[6] پائی یمیا۔
[7] انٹرمی ٹنٹ فیور۔
[8] اسٹرپٹوکاکس پایوجی نس۔
[9] اسٹیفلوکاکس پایوجی نس آرئیس

صدیدیہ نارنجیہ (ذہبیہ) بھی نظر آئے ہیں۔ لیکن ان سے کم کرویات ذات الریہ۔ کرویات سوزاک اور کرویات حمی معویہ پائے گئے ہیں ٭ یہ امر تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ اگر جراثیم کرویہ پچکاری کے ذریعہ دوران خون میں شامل کردیے جائیں تو تقیح دم کی حالت نہیں پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر یہ شمار میں قلیل ہوتے ہیں۔ تو تھوڑی دیر کے لئے بدنی حرارت میں اضافہ ہوجاتا ہے (حمی وقتیہ[1]) اس کے بعد بدن کی طبعی اور پوشیدہ قوتیں بیدار ہوکر ان قلیل التعداد جراثیم کو تباہ و برباد کردیتی ہیں لیکن اگر جراثیم کی تعداد بڑی ہو۔ یا اُس شخص کے بدن میں قوت مقابلہ ضعیف ہو۔ تو اس وقت تقیح دم کے عوارض نمودار نہ ہونگے۔ بلکہ تعفن دم کے علامات پیدا ہوجائیں گے۔ لیکن اگر خصوصی احوال موجود ہوں جو خراجات شدیدیہ (اخرجہ سلعیہ[2]) کے لئے آمادہ کررہے ہوں۔ تو ممکن ہے کہ تقیح دم پیدا ہوجائے ٭ اگر یہ جراثیم ایسے مواد سے ملا دیے جائیں یا ایسے ٹکڑوں کے ساتھ جمع کردیے جائیں جن کے ساتھ یہ جراثیم آخری شرائین صغیرہ اور عروق شعریہ میں جاکر پھنس جائیں۔ تو یہ ٹکڑے جہاں رکینگے وہیں پھوڑے پیدا ہوجائیں گے ٭ انسان کے اندر عروق کے ان سددوں میں کتلۃ الزجہ[3] یعنی جراثیم کے مجموعے ہونگے۔ یا ٹوٹے ہوئے خون کے لوتھڑوں کے عفونی[4] ٹکڑے ہونگے ٭

سبب۔ تقیح دم کی صورت یہ ہوتی ہے کہ عفونی سدے پیدا ہوکر دوران خون میں شامل ہوجاتے ہیں۔ یہ صورت عام طور پر وریدوں میں کسی سدہ کے ٹوٹ جانے سے (التہاب[5] وریدی عفونی سے) اور گاہے قلب میں (التہاب[6]

---

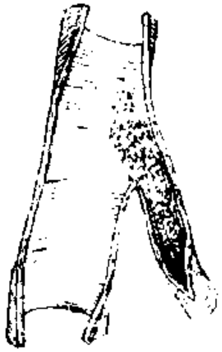
[1] ٹرانزی انٹ پائی رکسیا۔
[2] امبولک ابسس۔
[3] زوگلیا۔
[4] انفکٹڈ۔
[5] انفکٹڈ فلے بائی ٹس۔
[6] انفکٹو انڈو کارڈائی ٹس۔

عفونی بطانۂ قلب) واقع ہوتی ہے + ہڈیوں کی نسیج مشاشی (نسیج اسفنجی[۱]) کا التہاب حاد عفونی عام طور پر تقیح دم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ کیونکہ دریدیں ہڈیوں میں کثرت سے ہوتی ہیں۔ اور ان کی دیواریں ان میں باریک ہوتی ہیں۔ نیز ان میں تناؤ بھی زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ ہڈیوں کی ساخت جو اس پر محیط ہوتی ہے وہ سخت ہوتی ہے + گاہے تقیح دم کھوپڑی کی ہڈیوں کے اُس التہاب سے پیدا ہوتا ہے جو کان کے درمیانی حصے (جوبہ) کے مرض سے ہوا ہو۔ کیونکہ اس سے دماغ کی وریدِ جانبی[۲] میں سدہ پڑ جاتا ہے + گاہے یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ رحم کی بڑی بڑی رگیں بحالتِ نفاس بعد ولادت کھلی رہتی ہیں۔ اور ان رگوں کے پاس متعفن مواد موجود ہوتے ہیں۔ جو عروق میں جذب ہو کر چلے جاتے ہیں +

جب عفونی سدے کسی مقام میں ٹھہرتے ہیں۔ تو وہاں سدہ پیدا ہو جاتا ہے (تخثر[۳]) اور اس سدہ میں بنہایت سرعت سے جراثیم ترقی پذیر ہو کر اور عروق کی دیواروں کو پھاڑ کر آس پاس کی ساختوں میں چلے جاتے ہیں۔ جہاں پہلے التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کا انجام تقیح پر ہوتا ہے + اس قسم کے التہابات پھیپھڑوں میں عام طور پر دیکھے جاتے ہیں۔ جو زیادہ تر اس کے پچھلے کنارے میں سطح سے قریب پھیل جاتے ہیں۔ ہر ایک مقامی التہاب بسرعت تمام محدود ہو کر اور گھر کر پچر کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ جس کا قاعدہ یا چوڑا حصہ سطح محیط کی طرف اور زاویہ یا نوکیلا حصہ عضو کی گہرائی کی طرف مائل ہوتا ہے اسکارنگ اوائل میں انصباب دم کے باعث سرخی مائل ہوتا ہے (انصباب دموی[۴])

| | |
|---|---|
| ۱ کینسلس ٹشو۔ | ۳ تھرامبس |
| ۲ لیٹرل سائنس | ۴ ہموریجک انفارکٹ۔ |

(۱۴) تقیح الدم کی صورت میں ایک وریدکے اندر سدے کے متفرق ریزے ہیں



اس سدہ کا سرا بڑی ورید کی طرف بڑھ رہا ہے۔ جس کے اندر ابتک دوران جاری ہے اور اسی سدہ سے متعفن سدے آسانی سے جدا ہو کر پھیل رہے ہیں۔

لیکن بہت جلد اسکا رنگ متغیر ہو کر زرد بھورا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ پیپ پڑ جاتی ہے + یہ پھوڑے چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔ اور بدن کے اندر طبعی علامتیں بہت کم نمودار ہوتی ہیں + گاہے دیگر اعضائے بدن میں بھی پیپ کا اجتماع اسی طرح دیکھا جاتا ہے۔ خواہ اس سے پہلے انصباب دمی واقع ہوا ہو یا نہیں۔ جو سدے عام بدن کی وریدوں میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ پھیپھڑے چونکہ مرشّح کا سا کام کرتے ہیں۔ اس لئے طبعًا اس میں پھیپھڑے تمام اعضاء سے پہلے مبتلا ہوتے ہیں۔ اور ان پھوڑوں سے جو ان میں پیدا ہوتے ہیں۔ عددی نظام شریانی میں پہونچ جاتا ہے۔ جس سے جگر۔ طحال۔ گردے۔ دماغ جوڑوں کے اندر یا ان کے گرد اور دیگر اعضاء میں نئے مراکز تقیح بن جاتے ہیں۔ چنانچہ اگر التہاب وریدی (جو کہ اصل سبب مرض ہے) بابُ الکبد میں ہو تو ابتداءً سدہ جگر میں ٹھہرتا ہے۔ اور التہابِ باب الکبد کے آثار نمایاں ہوتے ہیں + جب سدے تعداد میں زیادہ ہوتے ہیں۔ تو علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ اور منتن بدانتقی دم (تقیح حاد) پیدا ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ گاہے جراثیم بھی خون کے اندر نشو ونما پاتے گئے ہیں۔ اس وقت اسکو تعفّن دم صدیدی کہتے ہیں۔ اس حالت میں مریض گاہے پھوڑوں (اخراج ثانویہ) کے پورے طور پر نکلنے سے پہلے ہی مرجاتا ہے + لیکن اس کے علاوہ دیگر احوال میں (جبکہ جراثیم خون کے اندر نشو ونما پاتے ہوں) اگر عمومی عوارض بدن میں پیدا ہوتے ہیں۔ تو وہ جراثیم کی ترقی کا نتیجہ نہیں ہوتے۔ بلکہ مقامی مرض سے مواد سمیہ خون کے اندر جذب ہو کر چلے جاتے ہیں +

| | |
|---|---|
| ملہ فلٹر | ملہ اکیوٹ پائی میا۔ |
| ملہ پورٹل وین۔ | ملہ پائیسپٹی سیمیا۔ |
| ملہ پائیلے فلے بائی ٹس | ملہ سکنڈری ابسس |

اگر سدے تعداد میں کم ہوں اور جراثیم کی افزائش نسل خون میں بالکل نہ ہو۔ یا تھوڑی ہو۔ تو اس وقت اسکو مزمن تقیح دم (تقیح مزمن) کہتے ہیں +

**علامات۔** تقیح حاد کے حملہ کی نمایاں علامت یہ ہے کہ بحالت بخار شدید لرزہ ظاہر ہوتا ہے۔ جو بے قاعدہ طور پر بار بار لوٹتا ہے۔ مگر ہر دو نوبت کے درمیان علی العموم چوبیس یا اڑتالیس گھنٹے کا وقفہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس کی حالت حمی منقطعہ (باری کے بخار) سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس مرض کا لرزہ دوسرے امراض کے لرزوں سے اگرچہ مختلف نہیں ہوتا ہے۔ مگر اسکا لرزہ زیادہ شدید ہوتا ہے۔ اور اس کے بعد پسینہ بکثرت آتا ہے + ہر دو لرزوں کے درمیان گاہے حرارت اُترکر درجۂ اعتدال پر آجاتی ہے۔ لیکن عام طور پر اس سے اوپر ہی رہتی ہے + جلد گرم ہوتی ہے۔ اور اسکا رنگ خاکستری ہو جاتا ہے۔ جس میں خون کے سُرخ سُرخ دھبے (بقع نزفیہ) نظر آتے ہیں۔ اور ایک بڑی خصوصیت یہ ہے کہ سانس کی بُو کردہ امیٹھی سی سوکھے گھاس کے مانند ہوتی ہے + انحطاط قویٰ کے علامات ظاہر ہوتے ہیں۔ مریض بہت جلد دُبلا ہو جاتا ہے۔ نبض لینؔ (نرم) اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ بدن سے رطوبات کا اخراج کم ہو جاتا ہے۔ رات کے وقت مریض کو ہذیان ہوتا ہے۔ لیکن باوجود ہذیان کے ہوش نہیں جاتے + اگر قلب کے مقام پر غیر طبعی آواز لغط موجود ہو تو یہ اس امر کی علامت ہے کہ قلب کی اندرونی جھلی میں عفونی التہاب ہے۔ جو اکثر ہوا کرتا ہے + زبان کی حالت مختلف ہوتی ہے۔ اکثر یہ سُرخ ہوتی ہے

| | |
|---|---|
| ۱؎ کرانک پائی میا۔ | ۴؎ ویک پلس۔ |
| ۲؎ سپٹی چیل ہیچز | ۵؎ ڈیلیریم |
| ۳؎ سافٹ پلس | ۶؎ بروٹ۔ |

اس کی بلندیاں (حلمات)[1] خوب اُبھری ہوئی ہوتی ہے۔ پھر زبان کا رنگ بھورا اور یہ خشک ہو جاتی ہے۔ پہلے ہفتہ کے آخر میں پھوڑے نمودار ہوتے ہیں۔ جن کے ساتھ کافی درد نہیں ہوتا ہے۔ اور نہ ذکاوت حس (مضاعفت)[2] ہوتی ہے۔ اور یہ جلد نکل آتے ہیں۔ جوڑ اکثر شریک مرض ہو جاتے ہیں۔ اور ان میں پیپ بھر جاتی ہے۔ جس کے ساتھ یا درد بالکل نہیں ہوتا۔ یا تھوڑا ہوتا ہے۔ اگر اسکا جلد علاج نہ کیا جائے۔ تو جوڑ خراب ہو جاتا ہے۔ اور اپنی جگہ سے ٹل جاتا ہے۔ اور جو رطوبت یہاں سے نکلتی ہے وہ صدیدی (پیپ کی) ہوتی ہے۔ یا رقیق و روغنی۔ جس میں جراثیم بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ پھوڑے احشاء کے اندر چھوٹے چھوٹے اور متعدد ہوتے ہیں۔ جب یہ پھوڑے دل و دماغ جیسے اعضاء رئیسہ[3] میں ہوتے ہیں۔ تو موت اس مقامی افزائش (پھوڑے) سے واقع ہوتی ہے۔ ان پھوڑوں کی خصوصیت یہ ہے کہ اوائل میں اریکہ (انگور زخم) بالکل نہیں ہوتا۔ جو پیپ اور اصلی ساخت کے درمیان حائل ہوسکے یہی وجہ ہے کہ خواہ انکو جلد کھولا جائے اور ان کے پاک رکھنے میں پوری سعی کی جائے۔ پھر بھی یہ پھیلتے چلے جاتے ہیں۔ اور ان سے پیپ کا بہنا جاری رہتا ہے۔ حالانکہ معمولی پھوڑوں میں یہ بات نہیں ہوتی (وہ اگر صفائی و پاکیزگی کے ساتھ کھولے جائیں۔ تو بہت سرعت سے بھرنے لگتے ہیں)۔

ان حالات میں عام طور پر جلد کے نیچے کی نسیج خلوی میں دردناک حصے یا دھبے (بقعۂ مؤلمہ)[4] ادھر اُدھر پیدا ہو جاتے ہیں۔ جس کے اندر اجتماع خون ہوتا ہے۔ اور جو چند روز میں غائب ہو جاتے ہیں۔ یہ دراصل چھوٹے چھوٹے

---

[1] پَیپلی۔
[2] ٹینڈرنس۔
[3] وٹیل آرگنز۔
[4] پین فل پیچ۔

عفونی سددوں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ جس کے زائل کرنے کے لئے مریض کی ذاتی قوتِ[1] حیوانی کافی ہوتی ہے۔ اور پیپ پڑے بغیر اسکا ازالہ ہوجاتاہے ✦

تقیح دم مزمن میں بخار کی علامتیں بہت کم نمودار ہوتی ہیں۔ پھوڑے بھی تعداد میں چند ہوتے ہیں۔ نیز یہ اگر اہم اور شریف اعضاء میں نہ ہوں تو خطرناک بھی نہیں ہوتے۔ چنانچہ اگر مریض کے دماغ کے بطون جانبیہ میں پھوڑا ہو تو اسکی ہلاکت کے لئے صرف یہی کافی ہوتاہے۔ خواہ تقیح دم کے علامات میں سے کوئی علامت سوائے بے قاعدہ طور پر ازدیاد حرارت ہوجانے کے نہ پائی جاتی ہو۔ اسی طرح کبھی اُس وقت بھی ہلاکت ہوجاتی ہے جبکہ کسی ایسے ناصور میں دستکاری کی جاتی ہے۔ جسکا تعلق گردے کے ساتھ ہوگیا ہو۔ اور اُسکو خراب کردیا ہو۔ اگر یہ مرض کسی بیرونی زخم کی وجہ سے پیدا ہوا ہو۔ تو زخم کی حالت نہایت خراب ہوتی ہے۔ یہ کھلا ہوا ہوتا ہے۔ اور اس کی سطح خشک، چکدار اور افعال اندمال کے لحاظ سے سُست ہوتی ہے۔ اور نئی نسیج[2] نمبی جو کہاں پیدا ہوتی ہے۔ وہ ٹوٹ کر خراب ہوجاتی ہے۔ اور یہ ظاہر ہے کہ زخم کے اندر انگور کا صحیح طبقہ ہی حقیقت میں ایک آڑ ہوتا ہے۔ جو جراثیم وغیرہ کو خون کے اندر جذب ہونے سے روکا کرتا ہے۔ اور تقیح دم پیدا نہیں ہونے پاتا۔ کیونکہ انگور کی ساخت میں ایسے خلیات ہوتے ہیں۔ جن میں جراثیم کے ہلاک کرنے کی قوت ہوتی ہے ✦ اگر یہ مرض کسی ہڈی کے تعلق سے پیدا ہو۔ تو زخم کی گہرائی میں ہڈی علی العموم ننگی نظر آتی ہے۔ اس کے اوپر کی جھلی غائب ہوتی ہے۔ اور اس کے اسفنجی خانے پیپ یا گلے ہوئے گودے سے بھرے ہوئے پائے جاتے ہیں ✦

علامات بعد الممات۔ ملوث مقام کی وریدیں علی العموم بحالتِ التہاب

| | |
|---|---|
| [1] دیٹےلیٹی۔ | [2] اسکار ٹشو۔ |

ہوتی ہیں۔ ان کے طبقات دبیز ہو جاتے ہیں۔ اس کی خلاء میں نرم۔ زرد ٹوٹا ہوا خون کا ٹکڑا (جُلطہ) پایا جائے گا۔ جو دور تک پھیلا ہوا ہوگا۔ ورید کے گرد کی ساخت بھی تقیح میں شریک ہوگی (التہاب محیطِ ورید) + پھوڑے بدن کے مختلف مقامات علی الخصوص پھیپھڑوں میں نظر آئیں گے۔ اور سدوں کے دیکھنے سے یہ بھی صاف طور پر نمایاں ہوگا کہ یہ ابھی اپنے کس دور میں ہیں۔ یعنی ابھی صرف اجتماع خون ہی ہوا ہے۔ یا مکمل پھوڑا بن گیا ہے۔ یا اس کے درمیان کسی دور میں ہے + اس کے علاوہ اس میں وہ عام علامتیں بھی موجود ہونگی جو تسمم دم کی دیگر حالتوں میں پائی جاتی ہیں +

تشخیص۔ عام طور پر تقیح دم کی تشخیص دشوار نہیں ہوتی۔ لیکن اگر یہ مرض کسی بیرونی اور نمایاں زخم سے نہ ہو۔ بلکہ کسی اندرونی پوشیدہ مرکز سے پیدا ہوا ہو۔ یا یہ کہ مقامی زخم کی اہمیت کا صحیح طور پر اندازہ نہ کیا گیا ہو تو اس کی علامتیں غلطی سے شدید درد مفاصل (گٹھیا) یا تپ لرزہ کی علامتوں سے مشابہ سمجھی جاتی ہیں +

انذار[1]۔ انجام مرض کا دار و مدار مریض کی طبعی قوتوں اور مرض کی شدت پر ہے۔ چنانچہ مرض اگر شدید ہو تو انجام عام طور پر خراب ہوتا ہے۔ اور سات یا دس روز میں ختم ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر شدید نہ ہو تو شفا نہ صرف ممکن الوقوع بلکہ اغلب ہے۔ بشرطیکہ مقامی پھوڑے اچھی جگہ پر واقع ہوں +

## علاج

مقامی علاج یہ ہے کہ اگر ممکن ہو تو دوران خون میں اور زیادہ عدوئی اور تلوث کو شامل ہونے سے روکا جائے۔ کیونکہ یہ مرض عام طور پر اسی طرح ہوتا ہے

[1] پراگنوسس۔

کہ متعفن سدے کسی ورید سے جدا ہو کر خون میں شامل ہوتے ہیں۔ چنانچہ اس مقصد کے حصول کا ذریعہ یہ ہے کہ اگر زخم ہاتھ پاؤں میں ہو تو زخم کے مقام سے بہت زیادہ اوپر عضو کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے (تبر[1]) + اور اگر یہ مرض اس وجہ سے ہو کہ ہڈی کا گوداخراب ہو گیا ہو تو اس گودے کو (جو کہ سڑا گلا ہو گا) اچھی طرح کھرچ کر دور کر دیا جائے۔ اور اس کے جوف کو کسی دافع عفونت سے پاک کر دیا جائے + اور اگر یہ مرض اس وجہ سے ہو کہ نرم اعضاء (مثلاً عضلات) میں زخم ہو تو بہتر یہی ہے کہ ملتہب ورید اور آس پاس کی ساخت کو خارج کر دیا جائے یا یہ کہ ورید کو سدہ اور قلب کے درمیان باندھکر سدہ کو دور کر دیا جائے۔ اس طریقۂ علاج کی ایک فرضی مثال یہ ہے کہ اگر کان کے درمیانی حصے کے مرض کی وجہ سے دماغ کی ورید جانبی میں ورم پیدا ہو جائے۔ تو پہلے رواج عائر کو گردن میں باندھنا چاہیے۔ اس کے بعد ورید جانبی کو مثقب[2] منشاری (گول سی آری) سے یا مجرفہ (چھینی) سے (ہڈی کاٹ کر) نمایاں کرنا چاہیے۔ اس کے بعد ورید مذکور کو کھول کر اس کے اندر کے سدوں کو اوپر نیچے سے دور کر دینا چاہیے۔ اس طریق علاج سے اچھے نتائج پیدا ہو جاتے ہیں + لیکن اگر کہیں یہ علاج ناممکن العمل ہو تو جراح زائد سے زائد جو کر سکتا ہے وہ یہ ہے کہ مقامی مرض (زخم) کو جہاں تک ممکن ہو اُسکو اچھی حالت میں رکھا جائے۔ تناؤ کو دور کیا جائے۔ اور اعلیٰ پاکیزگی و تطہیر کا پورا انتظام کیا جائے + پھوڑوں کو اگر ممکن ہو تو فوراً کھول دیا جائے۔ اور اخراج مواد کی صورت پیدا کی جائے۔ یا آلہ شافط[3] کے ذریعہ کی رطوبت و پیپ وغیرہ چوس لی جائے + اس قسم کے زخم عام طور پر آسانی سے

[1] امپوٹیشن۔
[2] ٹرے فائن۔
[3] لیٹرل سائنس۔
[4] انٹرنل جوگولر وین۔
[5] اسپائی ریٹر۔

بھرنے لگتے ہیں۔ اور جوڑ جن میں کہ پیپ بھر جاتی ہے وہ بھی اس طرح شفایاب ہو جاتے ہیں کہ ان کی حرکت میں بھی کوئی رکاوٹ نہیں ہوتی۔ گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ باوجود پوری صفائی رکھنے اور کامل تطہیر کرنے کے تقیح برابر جاری رہتا ہے۔ اور گاہے اس کے ساتھ پھوڑے کی دیواریں بھی گلتی چلی جاتی ہیں۔ ایسی حالت میں اگر عام بدنی صحت کو درست کیا جائے۔ تو کچھ عرصہ میں زخم کے اندر انگوربنکر آڑ بن سکتے ہیں۔ اور اس کے بعد زخم بھر سکتا ہے۔

علاج بدنی یا عمومی۔ اس مرض کا عمومی علاج یہ ہے کہ مریض کی قوت کو غذا اور مقویات سے قایم رکھا جائے۔ اور اس کی نگہداشت کی جائے کہ مریض میں قروح[1] قطات (زخم بستر) یا کوئی اور مقامی زخم نہ ہونے پائے۔ کنہ کنہ صفصاف[2] آگین دیا جاسکتا ہے۔ مگر اسکا نتیجہ موہوم ہے۔ مضاد صدیدی[3] مصل عقدیہ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اور اکثر اوقات اس سے اُن احوال میں فائدہ بھی ہوتا ہے جنہیں مرض نے زیادہ طول نہ کھینچا ہو۔ اسی طرح علاج بالتلقیح[4] کی بھی آزمایش کرنی چاہئے۔

---

۱۔ بڈ سور

۲۔ سلی سلیٹ آف کونین۔

۳۔ اینٹی اسٹرپٹوکوکک سیرم

۴۔ ویکسین ٹریٹمنٹ۔

# باب چہارم

# تقرّح - قرحہ بننا

تقرح[1] سے مراد بدنی ساخت کے ذرات کا مردہ ہوجانا ہے۔ یعنی اس حالت میں اعضاء کے سطحی اجزاء متفرق و پراگندہ ہوکر رطوبت کی شکل اختیار کرکے فنا ہوجاتے ہیں۔ اور یہ حالت بغیر خشک ریشہ یعنی کھرنڈ کے پیدا ہوتی ہے۔ تقرح کی حالت غانغرانا سے بہت کچھ موافقت رکھتی ہے۔ مگر دونوں کے درمیان فرق یہ ہے کہ غانغرانا میں بدن کا بڑا حصہ مردہ ہوتا ہے۔ اور ساخت کا وسیع حصہ دفعتہً اپنی قوتِ حیات کو کھو بیٹھتا ہے۔ لیکن کبھی دونوں حالتیں جمع ہوجاتی ہیں۔ اور حقیقت میں بھی یہی ہے کہ دونوں حالتیں ساخت کے مردہ اور بیجان ہونے پر دلالت کرتی ہیں۔ فرق صرف اس قدر ہے کہ تقرح کی حالت میں مردہ ذرات معمولی ننگی آنکھ سے واضح طور پر نظر نہیں آتے ہیں۔ لیکن غانغرانا کی حالت میں مردہ اجزاء نہایت واضح ہوتے ہیں۔ بشرطیکہ غانغرانا بدن کی بیرونی سطح میں ہو۔

فن جراحت میں قروح کی تین قسمیں بتائی جاتی ہیں۔

۱۔ وہ قروح جو ضرب صدمہ یا جراثیم صدیدیہ غیر نوعیہ[2] سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً قروح ساعیہ[3] (پھیلنے والے قروح) قروح ملتحمہ[4] (بھرنے والے قروح) قروح مزمنہ[5]۔

---

[1] تقرح۔ السریش۔
[2] جراثیم صدیدیہ غیر نوعیہ۔ نان اسپے سیفک پایوجے نک بیکٹیریا۔
[3] قروح ساعیہ۔ اسپریڈنگ السر۔
[4] قروح ملتحمہ۔ ہیلنگ السر۔
[5] قروح مزمنہ۔ کرانک السر۔

۲- وہ قروح جو جراثیم نوعیہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ مثلاً قرحہ رخوہ[1]، قرحہ قراضیہ[2]
قرحہ درنیہ[3]- قرحہ[4] افرنجیہ
۳- قروح خبیثہ[5]- مثلاً قرحہ اکالہ[6]- سرطانیہ بشریہ[7]- سقیروسیہ[8]- اور فطریہ[9]-

**اسباب**- سطح بدن پر مہیج یعنی خراش پیدا کرنے والے سبب کے لگنے سے قرحہ پیدا ہوتا ہے۔ بشرطیکہ وہ سبب مہیج اتنا شدید ہو۔ اور اتنی دیر تک قایم رہے کہ وہاں مقامی طور پر التہاب (سوزش) پیدا کردے اور آخر میں اُس مقام کی ساخت کو تلف کردے۔ اس عمل میں ہر ایک مہیج شریک ہے۔ خواہ وہ کیمیاوی ہو۔ یا از قسم حرارت۔ یا سبب آلی[10] (جسمانی) یا عفونت ہو۔ علاوہ ازیں تمام وہ عوامل و مؤثرات جو التہاب کے لئے عضو میں استعداد پیدا کردیتے ہیں۔ وہ تقرح کے وقوع میں سرعت پیدا کردیتے ہیں۔ چنانچہ فساد تغذیہ خواہ یہ کمی خون (فقر الدم) کی وجہ سے ہو۔ یا مزمن امتلاء دموی (احتقان دموی) کی وجہ سے۔ یہ عمل تقرح میں اضافہ و سرعت پیدا کردیتا ہے۔ علاوہ ازیں کسی عضو کی بحسی (خدر) اور مراکز غذائیہ[11] سے اسکا منقطع ہو جانا بھی مریض کے شعور کو باطل کردیتا ہے۔ اور اُسے سببِ مہیج کے ثبات و قیام کا ادراک و احساس نہیں ہوتا جس سے التہاب پیدا ہوجاتا ہے۔ اور آخر میں اُس کے اجزا تلف ہونے لگتے ہیں، جیسا کہ پانچویں عصب کے کاٹ دینے کے بعد قرنیہ میں قرحہ واقع ہوتا

[1] قرحہ رخوہ۔ سافٹ شانکر۔
[2] قراضیہ۔ ریہ پاڈ۔
[3] درنیہ۔ ٹیوبرکیولس۔
[4] زہریہ۔ سفلی ٹک۔
[5] قرحہ خبیثہ۔ ملگ نینٹ السر۔
[6] قرحہ اکالہ۔ روڈنٹ السر۔
[7] سرطانیہ بشریہ۔ اپی تھیلیوما۔
[8] سقیروسیہ۔ اسکیرس۔
[9] فطریہ۔ فنگے ٹنگ۔
[10] آلی۔ میکانیکل۔
[11] مراکز غذائیہ۔ ٹرافک سنٹرس۔

ہے۔ اور جیسا کہ نحافتِ بدن کی حالت میں پاؤں میں قروحِ ثاقبہ[1] عارض ہوتے ہیں۔ اور امراضِ خبیثہ میں گاہے ورم کا ابھرنا بھی اس کے تہیج و خراش کا سبب بنجاتا ہے۔ لیکن تقرح کا بڑا سبب جلد یا غشاء مخاطی کے اندرونی طبقات کا فنا ہوجانا ہے۔ لیکن جب بیرونی سطح کا بشرہ بھی متغیر ہوجاتا یا مفقود ہوجاتا ہے تو پھر ان کا عوض بنانا ممکن ہوتا ہے۔

## ا۔ قروح عارضیہ جو جراثیم صدیدیہ غیر نوعیہ سے پیدا ہوتے ہیں

تغیرات تاریخی۔ اس قسم کے زخم جلد یا بدیر اچھے ہوجاتے ہیں۔ اور ہر ایک قرحہ کے لئے تین درجات (ادوار) میں گذرنا ضروری ہے (۱) اصلی تقرح یا پھیلنے کا دور (۲) دورِ انتقال۔ اس درجہ میں قرحہ کے ملتئم ہونے کی استعداد پیدا ہوتی ہے۔ یہ درجہ قرحہ کی رفتار کے مطابق چھوٹا یا بڑا ہوتا ہے۔ یہ دور اس وقت تک قایم رہتا ہے جب تک زخم کے اندر انگور (اریکہ[2]) بھر نہیں آتے ہیں (۳) دورِ التحام یا زمانہ شفا۔ یہ قابل توجہ امر ہے کہ اصلی تقرح کا زمانہ وہی پہلا دور ہے۔ جب پہلا دور ختم ہوجاتا ہے تو حقیقی قرحہ بھی زائل ہوجاتا ہے۔ صرف اس کے بعد سطح عضو کی وہ کمی رہ جاتی ہے جو پہلے دور میں تقرح کے نتیجہ سے پیدا ہوئی ہے۔ جب تمام قروح مذکورہ بالا ہر سہ ادوار میں گذرتے ہیں۔ تو ظاہر ہے کہ ہر بسیط قرحہ ان تینوں ادوار میں سے کسی ایک دور میں ہوگا۔ لیکن بعض اوقات طبعی طور پر بڑے قرحہ میں تینوں دور ایک ساتھ جمع ہوجاتے ہیں۔ اور گاہے اندرونی[4] یا بیرونی[5] اسباب سے بھرا ہوا زخم دوبارہ لوٹ آتا

[1] قرحہ ثاقبہ۔ پرفوریٹنگ السر۔
[2] اریکہ۔ گرے نیولیشن۔
[3] اتلاف۔ ڈسٹرکشن۔
[4] اندرونی اسباب۔ انٹرنزک کاز۔
[5] بیرونی اسباب۔ اکسٹرنزک کاز۔

ہے۔ اور دوبارہ قرحہ بنکر اس کے اجزا تلف ہونے لگتے ہیں۔ جسکو دور اتلاف[5] کہا جاتا ہے ۔

دور اول۔ تقرح حقیقی۔ یا امتلادیعنی پھیلنا۔ اس درجہ کی خصوصیت یہ ہے کہ ساخت کے برباد کرنے والے تغیرات سرعت یا بطوء کے ساتھ برابر جاری رہتے ہیں۔ اور اسی دور میں بتایا جا سکتا ہے کہ قرحہ ملتہبہ[1] ہے۔ یا ساعیہ[2] یا آکلہ[3] علامات۔ جو ننگی آنکھوں سے نظر آتی ہیں۔ زخم کی بیرونی سطح پر زرد میلا۔ یا خاکی مادہ نظر آتا ہے جو کچھ تو کھرنڈ ہوتا ہے۔ کچھ رطوبت ہوتی ہے۔ اور کچھ عضو کے گلے ہوئے اجزاء (تاکلات) ہوتے ہیں۔ لیکن انگور دار ریکہ نظر نہیں آتے۔ اگر جراثیم سخت ہوں۔ یا بدنی ساخت کی قوت مقابلہ کمزور ہو تو کھرنڈ بننے کی استعداد زیادہ ہوتی ہے۔ زخم سے جو رطوبت بہتی ہے۔ وہ مقدار میں کافی۔ قوام میں رقیق ہوتی ہے۔ نیز یہ رطوبت دموی ہوتی ہے۔ علی العموم اس میں تہیج (خارش پیدا کرنے) کی قوت ہوتی ہے۔ اور بو قابل نفرت ہوتی ہے۔ اور شاذ ونادر صدیدی ہوتی ہے ۔ زخم کے کنارے موٹے اور متورم ہوتے ہیں اور اردگرد کی ساخت میں تہیج (اوذیما) وترشح رطوبت کی کیفیت نظر آتی ہے زخم کا کنارا تیز کٹا ہوا اور نہایت ممتاز طور پر گھرا ہوا ہوتا ہے ۔ زخم کی جڑ یعنی اس کی گہرائی موٹی اور اندرونی ساخت سے چسپاں ہوتی ہے۔ دراصل یہ علامات سطحی اور پھیلنے والے التہاب کی ہیں۔ جو آخر میں ساخت کو برباد کرنے لگتا ہے ۔

علاج دور اول۔ اسکا علاج چند امور پر مشتمل ہے (۱) سبب کا ازالہ کیا جائے۔

---

[1] قرحہ ملتہبہ۔ انفلیمڈ السر۔

[2] قرحہ ساعیہ۔ اسپریڈنگ السر

[3] قرحہ آکلہ۔ سلفنگ السر۔

[5] اتلاف۔ ڈسٹرکشن ۔

(۲) زخم کی سطح کو کل جسمانی تہیجات و خراش سے بچایا جائے۔ اور ہر آلائش و گندگی سے پاک کیا جائے۔ جس حصہ میں التہاب ہو اُسے حرکت سے بچایا جائے۔ اور ایک حال پر قائم رکھا جائے۔ اور جہاں تک ممکن ہو اس حصہ کو بلند تر رکھا جائے (مثلاً پاؤں میں اگر التہاب ہو تو پاؤں کو لٹکا کر ڈھیلا نہ چھوڑنا چاہئے) اسی طرح زخم کے اوپر ایسی چیزیں رکھیں جو مضاد عفونت۔ گرم اور تر ہوں۔ مثلاً تکمید بورقی[1] اگر زخم کے اجزاء نہایت بڑے ہوں۔ تو انسی اور کو ملیکہ لبخلہ[2] استعمال کر سکتے ہیں۔ اسی طرح امعاء کا خیال کرنا۔ اور بدن کی عام صحت کا دیکھنا بھی ضروری ہے۔ اور خفیف مُسہل ملین کا استعمال بہتر ہوتا ہے ◆

(۳) دور ثانی۔ دور انتقال۔ یہ اُن تمام تغیرات پر مشتمل ہے۔ جو تقرح حقیقی کے ختم ہونے کے بعد نمودار ہوتے ہیں۔ اور اس وقت تک قائم رہتے ہیں جب تک کہ زخم بھرنے نہ لگے۔ اور اُس کے اندر انگور نہ پیدا ہوں۔ خلاصہ کلام یہ ہے کہ اس دور میں التحام کی استعداد آمادگی حاصل ہوتی ہے۔ اسی واسطے اسکو استعداد التحام کا دور کہا جا سکتا ہے ◆

علامات۔ جو معمولی آنکھوں سے نظر آتی ہیں جب عمل تقرح و فساد منقطع ہو جاتا ہے۔ تو زخم کی سطح صاف ہونے لگتی ہے اور اس کی سطح ہموار ہو جاتی ہے گویا اس پر صیقل کر دیا گیا ہے۔ کھرنڈیا مرہم پٹی کے وقت دور کر دیا جاتا ہے۔ یا قدرتاً جذب ہو جاتا ہے۔ رطوبت کا اخراج گھٹ جاتا ہے۔ اور اس کے اندر لزوجیت (مصلیت) بڑھ جاتی ہے۔ اور زخم کی سیاہی آمیز سرخی گلابی سرخی سے بدل جاتی ہے۔ کیونکہ خون کی آمد بڑھ جاتی ہے۔ زخم کی جڑ یعنی اس کی گہرائی (قاعدہ) سے بھی ترشح کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ چنانچہ آس پاس کی ساخت زیادہ

[1] تکمید بورقی۔ بورک سک فومن ٹیشن۔ [2] لبخلہ۔ پولٹس۔

نرم اور کم چسپیدہ ہوتی ہے۔ زخم پر استر یا جھلی تدریجاً نمایاں ہوتی جاتی ہے اس کے بعد بدیر یا جلد حالات حاضرہ کے موافق مختلف مقامات میں سرخ سرخ نقطے نمودار ہوتے ہیں۔ یہ نقطے عدداً اور حجماً بڑھتے چلے جاتے ہیں۔ پھر یہ ایک دوسرے کے ساتھ اس طرح مل جاتے ہیں کہ ساری سطح انگوروں (اریکہ۔ انزار لحیہ) سے ڈھک جاتی ہے۔ اس درجہ میں مندرجہ ذیل تین کام پورے ہوتے ہیں:۔

(۱) خشک ریشہ یعنی کھرنڈ زائل ہوجاتا ہے (۲) ایسی رطوبت سے زخم کی سطح ڈھک جاتی ہے۔ جو نسیج خلوی کی شکل اختیار کرلیتی ہے۔ جسکو رطوبت[1] خلویہ تکوینیہ کہا جاتا ہے (۳) نئی ساخت میں جو ابھی پیدا ہوتی ہے رگیں پیدا ہوتی ہیں۔ اور پھر یہ انگور کی شکل میں تبدیل ہوجاتی ہے۔ یہ کوئی ضروری امر نہیں ہے کہ مذکورہ بالا تمام تغیرات بیک وقت پوری سطح میں یکساں پائے جائیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان کے مظاہر میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ صلاحی تغیرات زخم کی پوری سطح میں بیک وقت بھی پیدا ہوجاتے ہیں یہی وجہ ہے کہ تمام قروح نہ تو نہ پھیلنے والے ہوں۔ اور نہ بھرنے والے ہوں اسی درجہ انتقال میں شامل کیے جاسکتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:۔ قروح[2] غیر مولمہ یا قروح[3] غلیظہ قروح مولمہ[4] (مضعفہ) اور قروح دوالیہ[5]۔

## قرحہ غیر مولمہ یا غلیظہ

یہ عام طور پر ادھیڑ عمر کی عورتوں کی ٹانگ میں نمودار ہوتا ہے۔ یہ زیادہ تر بے توجہی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ مریضہ زخم کو کسی سخت کپڑے سے لپیٹ دیتی ہے

[1] رطوبت خلویہ تکوینیہ - سیلیولر پلاسٹک کنڈیشن
[2] قرحہ غیر مولمہ - انڈولنٹ السر
[3] قرحہ غلیظہ - کیلس السر
[4] قرحہ آلمہ / ,, مضعفہ } اری ٹیبل السر
[5] دوالیہ - ویری کوز السر

جس کے صاف ہونے کا کوئی یقین نہیں ہوتا۔ اور پھر اپنے کاموں میں مشغول ہو جاتی ہے۔ بتدریج حجم اور گہرائی میں بڑھتا چلا جاتا ہے۔ حتیٰ کہ وہ پھیل کر عضو کی پوری سطح کو گھیر لیتا ہے + زخم کی سطح عام طور پر چکنی اور چیلی کی ہوتی ہے۔ مگر اسکا رنگ خاکستری اور زرد ہوتا ہے۔ جس میں گاہے بڑی شکل کے چند انگور بھی ہوتے ہیں + زخم کے کنارے سخت اور تیز کٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور نمایاں طور پر سطح سے اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ ارد گرد کی جلد کناروں پر اُبھر آتی ہے۔ اور یہ یا بشرہ سے ڈھکی ہوتی ہے۔ یا اس میں اجتماع خون ہوتا ہے۔ اس عضو کی جلد اکثر اوقات دموی مزمن سے گہرے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ یہ رنگ مختلف بلندیوں (حلمات) میں شروع ہوتا ہے۔ پھر بتدریج سب کے سب مل جاتے ہیں + رطوبتِ زخم صدیدی یا مائی (سیلی) مقدار میں زیادہ اور اس قدر تیز (لاسع) ہوتی ہے کہ آس پاس نار فارسی[1] (چھاجن) پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس کی شکل قرحۂ فارسیہ[2] کی سی ہو جاتی ہے + زخم کے قاعدہ میں خشک ریشہ (کھرنڈ) کی ساخت کم و بیش پائی جاتی ہے۔ جس کی کمی و بیشی مدتِ مرض پر موقوف ہے۔ یہ گاہے نہایت غلیظ ہوتا ہے۔ یہ گہری ساخت۔ لفائف (جھلیوں) وغیرہ کے ساتھ چپاں ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے زخم کے التیام میں رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ اس حالت میں انقباض ناممکن ہوتا ہے۔ اگر اس قسم کا زخم ہڈی کے اوپر مثلاً پنڈلی کی بڑی ہڈی پر ہو تو ہڈی کی جھلی میں التہاب مزمن واقع ہوتا ہے۔ اور جھلی کے نیچے ہڈی میں گانٹھ پیدا ہو جاتی ہے (جسکو ہڈی کا ورم کہا جاتا ہے) جس کی مقدار زخم کے برابر اور جس کی وضع زخم کے مقابل ہوتی ہے۔ اور کبھی (فطر) کے شکل کی

---

[1] نار فارسی۔ اکزیما۔

[2] قرحہ فارسیہ۔ اکزیمیٹس السر۔

بلندی ہڈی پر پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بعض اوقات اس ورم سے ہڈی مردہ ہو جاتی ہے۔ یا ساری ہڈی اور اس کی جھلی میں التہاب واقع ہوتا ہے۔ اس قسم کے زخم میں گاہے شدت کا درد اس وجہ سے ہوتا ہے کہ کسی جلدی عصب پر دباؤ پڑتا ہے۔ یا اس وجہ سے کہ مقامی طور پر نسیج خلوی میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جس کے ساتھ گاہے وریدوں اور عروق جاذبہ میں بھی التہاب ہوتا ہے اور اکثر اوقات ان دونوں قسم کی رگوں میں سدہ واقع ہوتا ہے۔ جس سے پاؤں میں اوذیما[1] مزمن ہو جاتا ہے۔ جو گاہے نہایت سخت ہوتا ہے۔ اور گاہے پاؤں میں غیر حقیقی داء الفیل کی شکل بن جاتی ہے۔

اسی قسم کی حالت گاہے اُس وقت بھی پیدا ہو سکتی ہے جبکہ جسم کا ایک وسیع حصہ جل جائے۔ یا بدن کے کسی حصہ میں کوئی کشادہ زخم ہو۔ کیونکہ ان حالات میں گاہے ایک معین مسافت تک التحام بڑھتا ہے۔ لیکن پھر وہ اس وجہ سے رُک جاتا ہے کہ کھرنڈ کی ساخت جو نئی پیدا ہوتی ہے وہ غیر ملتحم جزم کے عروق جاذبہ پر دباؤ ڈالکر اُس کی قوت حیات کو باطل کر دیتی ہے۔ اور زخم کے انگور کو منبع غذا سے محروم کر کے خراب کر دیتی ہے۔

قرحۂ مُولِمہ (قرحۂ مُمِضّہ) علی العموم اسی درجہ (دور انتقال) میں پایا جاتا ہے۔ اس کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ یہ علی الاغلب گٹے (کعب) کے آس پاس ہوتا ہے۔ اور اس میں درد ہوتا ہے۔ قرحۂ ملتحمہ یا مزمنہ کی سطح کو اگر چھوا جائے۔ تو عام طور پر مریض کو درد و تکلیف کی شکایت نہیں ہوتی ہے۔ مگر برعکس ان کے اس خاص قسم میں علی الخصوص شب کے وقت درد نہایت شدید ہوتا ہے۔ بعض محققین نے بتایا ہے کہ اگر مِبضَع[2] اس قسم کے زخم کی سطح پر آہستگی سے

ملہ اوذیما۔ ایڈیما۔

ملہ مِبضَع۔ بہ دب۔

پھرایا جائے۔ تو یہ معلوم ہوگا کہ ایک یا زیادہ مقامات میں خصوصیت کے ساتھ درد کی شدت ہوتی ہے اور باقی سطح کے حصوں میں کچھ سی ہے۔ اور ان مخصوص مقامات میں درد کے شدید ہونے کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ ان مقامات میں عصبی ریشے کھل جاتے ہیں۔ کیونکہ درد علی العموم از قسم وجع محرق (جلانے والا) یا طلقی[1] ہوتا ہے۔

قرحہ دَوَالیہ۔ اُن مریضوں کی ٹانگ میں ہوتا ہے جن کی ٹانگ میں پہلے سے مرض دَوَالی ہو۔ یعنی ٹانگ کی وریدیں پھولی ہوئی ہوں۔ اسی وجہ سے اس قرحہ کا نام "قرحہ دوالیہ" رکھا گیا ہے۔ علی الخصوص اگر مرض خاص طور پر چھوٹی چھوٹی وریدوں میں ہو۔ چونکہ یہاں کی جلد میں وریدی امتلا۔ خواہ جرکو امتلا۔ قہری کہا جاتا ہے) ہوتا ہے۔ اور اسکا تغذیہ رُک جاتا ہے۔ اس وجہ سے معمولی خراش اور رگڑ بھی اس مقام میں قرحہ مزمنہ پیدا کر دیتا ہے۔ حالانکہ تندرستی کی حالت میں ایسی خراش ورگڑ خود بخود نہایت جلد اچھی ہو جاتی ہے۔ گاہے یہ قسم اُس نار فارسی[2] (رچاجن) سے بھی پیدا ہوتی ہے۔ جو کہ گرد و غبار کی رگڑ وخراش یا سخت پانجاموں کی رگڑ سے عارض ہوا ہو۔ اور گاہے یہ رقیق جلد کی نرمی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جو پھیلی ہوئی وریدوں پر استر کیے ہوئے ہوتی ہے۔ اور معمولی حادثہ سے پھٹ کر شدید جریان خون (نزف) پیدا کرتی ہے۔ قرحہ دوالیہ کی خصوصیات اکثر حصے میں قرحہ غیر مولدسے ملتی جلتی ہوتی ہیں۔ یہ عام طور پر ٹانگ کے زیریں حصے میں اندر کی طرف ہوتا ہے۔ برعکس اس کے آتشک کے زخم عام طور پر گھٹنے کے پاس اور باہر کی طرف ہوتے ہیں۔

علاج۔ اس درجہ کا علاج موجودہ حالات کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔

---

[1] وجع طلقی۔ شوٹنگ پین۔　　[2] نار فارسی۔ اکزیما۔

اگر یہ اپنے دورہ کو تیزی کے ساتھ التیام و اصلاح میں گذار رہا ہے۔ تو اس کے علاج میں وہی باتیں مدنظر رکھنی چاہئیں جو ابتدائی درجہ میں کی جاسکتی ہیں۔ یعنی راحت و آرام سے رکھنا اور زخم کو خراش کے اسباب سے بچانا۔ اس مقصد کے لئے یہ تدبیر نہایت مفید ہے کہ پٹیوں کی رگڑ سے بچانے کے لئے اس پر کوئی محافظ شئے رکھدی جائے۔ مثلاً ریشم کا کپڑا روغن میں تر کرکے زخم پر رکھا جائے جو نشاشتین[1] کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہو۔ اس سے فائدہ یہ حاصل ہوگا کہ زخم کے بھرنے والے مواد اس محافظ کے علٰحدہ کرنے پر برباد نہ ہونگے۔

قرحہ مُزمِنہ:۔ اس کے علاج میں نہایت توجہ کی ضرورت ہے۔ بعض حالات میں دستکاری کرنے کی بھی ضرورت پڑتی ہے۔ بلند وضع پر قایم کرکے عضو کو آرام و راحت سے رکھنا نہایت مفید ثابت ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے عضو کا اجتماع خون رفع ہوجاتا ہے۔ اگر زخم جوڑ کے اوپر ہو۔ تو عضو کو لازمی طور پر ہلاتے رہنا چاہئے۔ اگر زخم کی سطح بُری ہو تو لبخہ[2] فحم[3] و تخم کتان استعمال کرنا چاہئے۔ یا زخم پر نل بنفشی[4] چھڑک کر تکمید بورقی[5] استعمال کیا جائے۔ اور بعض حالات میں یہ بھی ممکن ہے کہ اس سے قبل زخم کی سطح پر نقرہ شورج آگین[6] یا حجر جہنم[7] یا جست اخضر آمیز[8] کا محلول (۳۰ قمحہ ایک اوقیہ میں) لگایا جائے۔

اس قسم کے زخموں میں دباؤ سے بہت کچھ فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ بعض حالات میں معمولی پٹی بھی کافی ہوجاتی ہے۔ جو انگلیوں سے گھٹنوں تک ہو۔

---

[1] نشاشتین۔ ڈکسٹرین۔

[2] لبخہ۔ پولٹس۔

[3] فحم۔ چارکول۔

[4] نل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔

[5] تکمید بورقی۔ بوریک فومنٹیشن۔

[7] حجر جہنم } نائٹریٹ آف سلور
[6] نقرہ شورج آگین }

[8] جست اخضر آمیز۔ کلورائڈ آف زنگ۔

مگر اس کے نیچے مرہم حمض بورقی[۱] جس کے ساتھ زیادتی تنبیہ وتحریک کی غرض سے مرہم راتینج[۲] رسال) ملایا گیا ہو لگانا چاہئے۔ اگر وریدیں بہت زیادہ پھیلی ہوئی ہوں تو ربر کی پٹی نہایت مفید ہوتی ہے۔[ف] ایک ماہر نے پرانے زخموں کے علاج کے لئے یہ طریقہ بتایا ہے۔ جو نہایت مفید ثابت ہوا ہے۔ اس میں لسیدا لصقہ[۳] لگایا جاتا ہے جو مندرجہ ذیل اشیا سے مرکب ہوتا ہے۔ ہلام[۴] ہ حصے جست حمض آمیز[۵] ہ حصے حمض بورقی ایک حصہ۔ حلوین[۶] ہ حصے۔ گاہے اس میں مزید فائدہ کی غرض سے شحم ماہی[۷] رہ فیصدی) بھی اضافہ کر دیا جاتا ہے۔ پورے عضو کو پہلے صابون اور پانی سے دھویا جائے۔ اور پھر اسکو محلول قطرانی[۸] یا محلول سلیمانی[۹] سے مطہر کیا جائے۔ اس کے بعد معمولی مطہر جالی سے عضو کو لپیٹ دیا جائے۔ اس کے اوپر وہی مذکورہ بالا ومادلسی کے طور پر شعر یہ (کچی) سے لگا دی جائے۔ مگر اسے پہلے دیگ بردیگ کی طرح پکا کر تپلا کر لیا جائے۔ یعنی اسے ایک ظرف رمرتبان) میں ڈال کر اس ظرف کو دوسرے ظرف میں رکھا جائے۔ جس میں کھولتا ہوا پانی ہو۔

اس ضماد یا لسی کے اوپر جالی کی ایک تہ اور لپیٹ دی جائے۔ اور سب کے اوپر باریک پٹی باندھ کر خشک ہونے دیا جائے۔ اگر وریدیں زیادہ پھیلی ہوئی ہوں تو یہ ضماد گٹے سے گھٹنے تک لگایا جائے۔ اور گاہے قدم کو بھی اس میں شامل کیا جا سکتا ہے۔ اگر رطوبت کا اخراج زیادہ ہو تو زخم کو پوشیدہ نہ کرنا چاہئے۔

| | |
|---|---|
| ۱ حمض بورقی۔ بورک ایسڈ۔ | ۵ جست حمض آمیز۔ آکسائڈ آف زنک |
| ۲ مرہم راتینج۔ ریزن آئنٹ منٹ | ۶ حلوین۔ گلیسرین۔ |
| ۳ لصقہ۔ پلاسٹر۔ | ۷ شحم ماہی۔ اکتھاذ اول۔ |
| ۴ ہلام۔ جیلاٹن۔ | ۸ محلول قطرانی۔ کاربولک لوشن۔ |
| | ۹ سلیمانی۔ سبلائی میٹ |

ف جیسا کہ فاضل مارٹن کی ایک مخصوص پٹی اس مقصد کے لئے کارآمد ہے۔

اور پٹی روزانہ بدلنی چاہئے۔ لیکن جبکہ رطوبت مقدار میں گھٹ جائے۔ تو یہ ضماد
صرف زخم پر لگاکر پٹی کو ایک ہفتہ یا اس سے زیادہ عرصہ تک چھوڑا جاسکتا ہے۔
جبکہ قرحہ کے کنارے موٹے اور سخت ہوں اور اندمال و التحام کے افعال بند ہوں۔ تو ایسی حالت میں سائم کی رائے پر عمل کرنا مناسب ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ قرحہ کی ساری سطح اور ارد گرد کی جلد کو دوا کاوی سے جلا دیا جائے۔ مگر اس سے بہتر یہ ہے کہ مریض کو بیہوش کرکے قرحہ کی سطح کو دھار دار ملعقہ (ملعقۂ حادہ) سے کھرچ لیا جائے۔ اور اس کے بعد جست اخضر آمیز کا محلول قوی اس پر مل دیا جائے۔ جب فعل التحام ظاہر ہو۔ تو اس کی مدد کے لئے محرکات و منبہات استعمال کریں جیسے قرمزیہ حمراء (جو قطران فحمی یا مارکول کا ایک مرکب ہے) والے چوبیس گھنٹے تک بشکل مرہم چار سے آٹھ فیصدی تک استعمال کریں (یعنی مرہم میں اسے ۴ سے ۸ فیصدی تک شامل کریں) مگر پہلے قرحہ کو اچھی طرح پاک کر لیا جائے۔ اس کے بعد دو روز تک حامض بورق کا مرہم استعمال کریں۔ اس کے بعد پھر اسی طرح اسکو لوٹائیں اور دوبارہ قرمزیہ مذکورہ استعمال کریں۔ کمفری کا عصارۂ رطب بھی انگور کے پیدا کرنے میں تحریک بخشتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر ایک جوہر فعال سجقین سے مشابہ ہوتا ہے۔

(۱) کمفری ایک نبات کا نام ہے۔ مترجم۔

(۲) سجقین ایک جوہر خاص ہے۔ جو جنین کے پیشاب اور بعض رطوبات

| | |
|---|---|
| ملہ سائمس سجس شن۔ | ملہ بورک ایسڈ۔ |
| ملہ شارپ اسپون۔ | ملہ کمفری (یا) سمفائی ٹم آفی سی نے لی۔ |
| ملہ کلورائڈ آف زنک۔ | ملہ لیکوئڈ ایکسٹریکٹ۔ |
| ملہ اسکی مونسٹ۔ | ملہ النٹوئین۔ |
| ملہ اسکارلٹ ریڈ۔ | |

میں پایا جاتا ہے۔ اور قروح و جروح میں بشرہ کی پیدائش میں تحریک دینے
کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ مترجم۔

یا بذات خاص بجفین کو بشکل محلول (۵ فیصدی) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ مذکورہ بالا اشیاء دراصل شفاء کو جلد لانے کے لئے ہیں۔ اگر قرحہ کی مندمل ہونے والی سطح چوڑی ہو تو بشرط ضرورت عمل ترقیع ^ا^ (پیوند لگانا) کیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ عمل اُس وقت تک بیکار ہے جب تک کہ مریض ایک عرصہ تک آرام و سکون سے رہنے کا وعدہ نہ کرے۔ اسی طرح اس کے بعد لچکدار بندش (ربائڑمرن) کی ضرورت ہے۔ لیکن بڑے زخموں میں جبکہ ہاتھ پاؤں کے محیط کا بیشتر حصہ خراب ہوچکا ہو۔ یا جبکہ قرحہ نہایت سخت (قرحہ صلبہ) ہو۔ اور اُس کی جڑ پنڈلی کی بڑی ہڈی (قصبہ کبریٰ) سے لگی ہوئی ہو۔ اور غشاء عظمی کے مزمن التہاب سے شب کے وقت شدید درد ہوا کرتا ہو۔ اور خصوصاً جبکہ مریض عرصہ دراز تک آرام و سکون سے نہ رہ سکتا ہو تو ان صورتوں میں اس عضو کا کاٹ کر علیحدہ کرلینا (بتر) بہترین علاج ہے۔ اس کے لئے فارابوف کا طریقہ بہتر زیادہ اچھا ہے (جس کا ذکر ایک خاص باب میں آئے گا)۔

جب وریدیں پھولی ہوئی ہیں۔ تو علاج سے اُس وقت تک پورا فائدہ نہیں ہوتا جب تک کہ ان کے علاج میں کافی اہتمام نہیں کیا جاتا۔ یعنی یا وستکاری کی جائے۔ یا عصیدہ اُنا استعمال کیا جائے۔ لیکن یہ مناسب نہیں ہے

| | |
|---|---|
| ۱ گرافٹنگ۔ | ۵ پری اسٹیم۔ |
| ۲ الاسٹک سپورٹ۔ | ۶ امپوٹے شن۔ |
| ۳ کیلس السر۔ | ۷ فارابونس ایمپوٹے شن۔ |
| ۴ ٹبیا۔ | ۸ عصیدہ اناء اناس پیسٹ۔ |

کہ زخم کے مقام پر وریدوں کو چھیڑا جائے۔ ورنہ زخم متعفن ہو جائے گا۔ اس لئے کہ اس کے علاج میں سکون اور تکمیڈ[1] (سینک) کی ضرورت ہے۔ وریدوں کی دستکاری یہ ہے کہ قرحہ سے اوپر پھولی ہوئی دریدوں کو کاٹ کر نکال لیا جائے یا ترندلنبرگ[2] کا عمل مناسب حالات میں اختیار کیا جائے (جسکا ذکر آگے آئیگا)

قروح[3] مولمہ کا علاج یہ ہے کہ دردناک مقامات کا کھوج لگایا جائے۔ اور ٹھیک اس سے اوپر کے حصے میں چاقو سے شگاف دیا جائے۔ تاکہ اس آفت رسیدہ پٹھ کٹ جائے۔ لیکن اس سے بہتر یہ ہے کہ مریض کو بیہوش کرنے کے بعد پورے طور پر زخم کو کھرچ لیا جائے۔

قروح[4] فارسیہ کا علاج مذکورہ بالا اقسام سے مختلف ہے۔ تاکہ نار[5] فارسی میں ترقی نہ ہو جائے۔ وضعیات[6] مسکنہ یعنی بیرونی استعمال کی تسکین بخش چیزیں مثلاً غسول[7] رصاص اس میں ضروری ہیں۔ اور جب اس کی حدت و شدت کا زمانہ گذر جائے تو مرکبات[8] قطرانیہ (مثلاً سائل[9] نخی مطہر ایک اوقیہ۔ غسول رصاص[10] ۳۰ تولہ تک) یا مرہم شحم[11] ماہی دہ سے ۱۰ فیصدی تک) استعمال کیا جائے۔ اسی طرح جست[12] جاوی آگیین اور حامض بورقی[13] کا مرہم بھی مفید چیز ہے۔ یا عصیدہ انا ہمراہ شحم ماہی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

---

[1] فومن ٹے شن۔
[2] ٹرنڈلنبرگ اپریشن۔
[3] اوری ٹیبل السر
[4] اکزیمے ٹک السر۔
[5] اکزیما۔
[6] ایلی کیشن۔
[7] لیڈ لوشن۔
[8] ٹاری پریپریشنز۔
[9] لائکر کاربونس ڈیٹرجینس۔
[10] ۳۰ تولہ۔ ایک پائنٹ۔
[11] اکتھیول۔
[12] بنزوایٹ آف زنک۔
[13] بورک ایسڈ۔

تیسرا دور۔ اس زمانہ میں چونکہ التحام کا فعل پورے طور پر ظاہر ہو جاتا ہے اس لئے اب وہ قرحہ نہیں رہتا ہے۔ اور ہمیں قرحۂ سلیمہ[1] کا علاج برتنا نہیں پڑتا۔ بلکہ اب وہ تقرح کے بعد ایک جراحتِ سلیمہ[2] ہوتی ہے۔ جس کے اندر اچھے انگور ہوتے ہیں۔ جسکو ہم التباس و اشتباہ سے بچنے کے لئے قرحۂ ملتحمہ[3] کہتے ہیں +

قرحۂ ملتحمہ کی خصوصیات ذاتی یہ ہیں +

اس کی سطح نرم اور چکنی اور جلد سے کسی قدر نیچے ہوتی ہے۔ اور اس پر اچھے انگور کا استر ہوتا ہے۔ انگور کا رنگ سُرخ گلابی ہوتا ہے۔ اِن میں درد نہیں ہوتا۔ اور چھونے سے اگرچہ خون بہتا ہے۔ مگر زیادہ آسانی سے نہیں بہتا +

اس کی رطوبت بلحاظ تدابیر و علاج کے مختلف ہوتی ہے۔ اگر قرحہ کی سطح کو راحت و آرام سے رکھا جائے۔ اور تمام مہیجات سے بچایا جائے تو رطوبت محض پانی جیسی (رقیق) ہوتی ہے۔ لیکن اگر زخم عفونتی (ملوث)[4] ہو چکا ہو۔ یا اس میں مہیج دافع عفونت چیزیں استعمال کی گئی ہوں تو زخم میں معمولی پیپ پیدا ہو جاتی ہے +

ارد گرد کی جلد نرم اور ڈھیلی۔ اور التہابی اجتماع خون سے خالی ہوتی ہے +

زخم کا قاعدہ یعنی گہرائی قابل حرکت ہوتی ہے (یعنی بالکل ثابت و قائم اور غیر متحرک نہیں ہوتی) +

[1] ہلدی السر۔

[2] ہلدی وونڈ

[3] ہیلنگ السر۔

[4] اِرری ٹینٹ۔

[5] انفکٹڈ۔

زخم کے کنارے۔ ابھرے ہوئے اور اندمال پاتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ جس میں تین رنگین دائرے (منطقہ[1]) دکھائی دیتے ہیں۔ اندرونی دائرہ سرخ ہوتا ہے۔ جس میں انگور ہوتے ہیں۔ اس کے اوپر ایک باریک تہ ریات بشریہ کا ہوتا ہے۔ جو محض اچھی روشنی میں نظر آسکتا ہے۔ اس کے بعد باہر کی طرف دوسرا باریک دائرہ خاکی ارغوانی رنگ کا۔ یا نیلا سا ہوتا ہے۔ جہاں انگوروں پر بشرہ کے کئی طبقات ہوتے ہیں۔ یہاں دوران خون میں اس وجہ سے کمزوری یا رکاوٹ ہوتی ہے کہ ندبی ساخت[2] پیدا ہوجاتی ہے (جس کے انقباض سے دباؤ پہونچتا ہے)۔ تیسرا بیرونی دائرہ سفید ہوتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ یہاں بشرہ خراب ہوکر صحیح حصے پر جمع ہوجاتا ہے۔

اس قسم کے زخموں کے اندمال کا طریقہ یہ ہے کہ انگور کے اندرونی اجزا نسیج لیفی[3] ندبی میں تبدیل ہوتے ہیں۔ جو بتدریج سکڑتے اور اس کے اوپر بالآخر بشرہ پیدا ہوجاتا ہے۔ (اسکا مفصل بیان ایک مستقل باب میں آگے آئے گا)۔

جب بیرونی طور پر نرم کرنے والی چیزیں (وضعیات ملینہ[5]) ایک عرصہ تک استعمال کی جاتی ہیں تو انگور رنگ میں پھیکے ابھرے ہوئے اور تہیج[6] زدہ (نرم و پھولے ہوئے) ہوجاتے ہیں۔ اور وقتی طور پر فعل اندمال موقوف ہوجاتا ہے اسی قسم کی حالت اس وقت بھی پیدا ہوجاتی ہے جبکہ مریض کے قویٰ ضعیف ہوں۔ یا وریدیں پھولی ہوئی ہوں۔ ایسی حالت میں اس کے لئے قرحۂ ضعیفہ[7]

ا۔ زون۔
۲۔ اپی تھیلیل سار۔
۳۔ سیکیٹریشل ٹشو۔
۴۔ فائبرو سیکیٹریشل ٹشو۔
۵۔ امولینٹ اپلی کیشنز۔
۶۔ اڈیمےٹس۔
۷۔ ویک السر۔

کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔ اسی طرح زخم کے اُبھرے ہوئے پلپلے انگور کو عام طور پر لحمُ الغُدُد[1] کہا جاتا ہے۔ اس قسم کے انگور اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ زخم کی گہری ساخت میں ندبی[2] ساخت بنتی ہے۔ جو عروق پر دباؤ ڈالکر بیرونی انگور کو تہبج بنا دیتی ہے۔ اس قسم کے حالات میں فعل التحام کے اندر سخت مشکلات پیش آتی ہیں۔ اور اسکو دوا کاوی[3] سے جلانا پڑتا ہے یا انھیں چھیل کر دور کر دینا پڑتا ہے۔ بعض اوقات یہ صورت دیر تک قائم رہتی ہے۔ اور قرحہ مُزمن شکل اختیار کر لیتا ہے۔ جسکا بیان ابھی گذرا ہے۔ اس کی خصوصی علامت یہ ہے کہ بیرونی سطح کے نیچے زخم کی ساخت میں ریشے پائے جاتے ہیں +

علاج۔ حصہ مریض کو آرام و سکون سے رکھا جائے۔ اگر قرحہ ٹانگ میں ہو تو اسکو لٹکانا نہ چاہئے۔ زخم کو محفوظ رکھنے کے لئے ایسی مرہم پٹی استعمال کریں جس کے کھولنے پر قرحہ کی سطح میں کوئی نقصان نہ پہونچے۔ زخم کے برابر "واقی"[4] کا ٹکڑا کاٹ کر پاک کرکے رکھدینا چاہئے۔ اور اس کے اوپر پاک صاف خرقہ[5] (جالی۔ درجی) لپیٹ دینا چاہئے +

واقی ایک روغنی ریشمی کپڑا ہوتا ہے۔ جو پانی قبول نہیں کرتا۔ اور جراحت میں استعمال کیا جاتا ہے +

خرقہ + قدیم اطبا مثلاً ابو القاسم ابن عباس زہراوی وغیرہ اس کپڑے کو جو زخم کے مرہم پٹی کرنے میں کام آتا ہے "خرقہ" (درجی) یا خرقہ کتان کہتے ہیں۔ کتان ایک نہایت باریک کپڑا ہے۔ جسکو باریک مل سمجھنا یا اس سے زیادہ نازک سمجھنا چاہئے۔ اس لئے ہم بھی یہی اصطلاح استعمال کرینگے۔ مترجم

[1] پراؤڈ فلش۔
[2] اسکار ٹشو۔
[3] کاسٹک۔
[4] پروٹکٹو۔
[5] خرقہ۔ گاز۔

یا زخم پر سادہ مرہم (مرہم بسیط[1]) لگائیں۔ مرہم کو پنیح [2]آنزیدہ (پارچہ مسکہ) یا لنا لنٹ پر پھیلا کر زخم پر لگا دیں +

مرہم سادہ۔ مرہم حامض بورتی[3] کو اسی کے ہموزن فازلین کے ساتھ ملا کر مخفف کر لیا جائے +

اگر انگور زیادہ اُبھرے ہوئے ہوں۔ تو اس پر نقرہ شورہ آگین (حجر جہنم) خفیف طور پر لگانا چاہئے۔ یا کوئی غسول منفیہ استعمال کرنا چاہئے۔ مثلاً غسول احمر (سرخ غسول) جسکا نسخہ یہ ہے۔

نسخہ غسول احمر۔ جست کبریت آگین دو قیحہ۔ صبغ خزامی (گل مریم) مرکب بیس بوند۔ روح اکلیل الجبل بیس بوند۔ حامض بورتی دس قیحہ۔ آب مقطر ایک اوقیہ

خزامی۔ بقول صاحب اکسیر اعظم ایک نبات ہے۔ جس میں خوشبو ہوتی ہے۔ گل مریم اسکا دوسرا نام ہے +

اکلیل الجبل ایک خوشبودار پودا ہے۔ جو مصر و اسکندریہ میں بکثرت ہوتا ہے اس کے اندر ایک خوشبودار لطیف روغن ہوتا ہے۔ مصری اطباء نے اسکا دوسرا نام "حصا لبان" بتایا ہے۔ مترجم۔

بڑے تقرح میں سرعت اندمال کے لئے گاہے بیرونی مدد کی بھی ضرورت

---

۱۔ سمپل آئنٹ منٹ۔
۲۔ بٹر کلاتھ
۳۔ لنٹ۔
۴۔ انگوانٹم ایسیڈائی بوریسائی
۵۔ فازلین (مصری تلفظ) [illegible]
۶۔ نائٹریٹ آف سلور۔
۷۔ اسٹی موے ٹنگ لوشن۔
۸۔ لوشیو ربرا۔
۹۔ زنک سلفیٹ
۱۰۔ خزامی طبیہ۔ لیونڈیولی۔
۱۱۔ [illegible] جونڈیری
۱۲۔ [illegible]
۱۳۔ [illegible]

پیش آتی ہے۔ ورنہ ایک ایسا وقت آتا ہے کہ نسیج ندبی پیدا ہو کر انگور کے تغذیہ کو خراب کر دیتا ہے۔ جس سے فعل اندمال رُک جاتا ہے۔ اس اشکال کو دور کرنے کے لیے اکثر اوقات عمل ترقیع[1] (پیوند لگانا) استعمال کیا جاتا ہے۔

ترقیع وہ عمل ہے جس میں مختلف دبازت کی جلد کسی تندرست حصہ سے زخم کی متمم ہونے والی سطح پر منتقل کر دی جاتی ہے۔ یہ عمل جراحیات میں ۱۸۶۹ء کے اندر ماہر ریفرڈین[2] کے ذریعہ داخل ہوا۔ اور اُس وقت سے برابر اس میں ترقی ہوتی گئی۔ ذیل میں اس کے اہم طریقے درج کیے جاتے ہیں۔

(۱) بشرہ[3] اور ادمہ[4] کے چھوٹے ٹکڑہ کا منتقل کرنا۔ ریفرڈین کا اصلی طریقہ یہی تھا۔ جلدی ساخت کا چھوٹا سا ٹکڑہ ملقط[5] کی مدد سے یا اس کے بغیر پکڑا جاتا ہے۔ اور تیز خمیدہ قینچی (مقراض منحنی) سے تراش لیا جاتا ہے۔ اس ٹکڑے میں بشرہ کے ساتھ حقیقی جلد (ادمہ) کا کچھ حصہ ضرور ہونا چاہیے۔ جس سطح سے یہ نکالا جائے وہاں بتدریج ایک دو بوند خون جمع ہو جائے۔ اس کے بعد یہ ٹکڑا نرمی کے ساتھ زخم کے انگور پر نیچے کے رخ پر رکھ کر پاک کی ہوئی واقی[6] سے ڈھانک دیا جائے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ ایک ہی وقت میں اس قسم کے کئی ٹکڑے لگائے جائیں اور سارے زخم پر مرہم پٹی کر کے اسکو محفوظ کر لیا جائے۔ اگر زخم کی سطح میں رطوبت زیادہ ہوگی۔ تو یہ پیوند وہاں نہ لگ سکے گا۔ برعکس اس کے اگر زخم کی سطح اچھی ہوگی۔ تو پیوند کے ان ٹکڑوں کا لگنا اغلب ہے۔ عام طور پر یہ ٹکڑے دو تین دن میں غائب ہو جاتے ہیں۔ کیونکہ اوپر کا بشرہ نرم ہو جاتا یا بوسیدہ ہو کر گر جاتا ہے

[1] اسکن گرافٹنگ۔
[2] ریوےڈین
[3] کیوٹیکل۔
[4] کیوٹس۔
[5] فارسیپس
[6] پروٹیکٹو۔ گروڈاسینیزر
[6] پروٹیکٹو۔

لیکن جلد کا نیا بشرہ بہت جلد پھیل کر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ التحام کا ایک ممتاز مرکز ہے۔

(۲) بشرہ کے بڑے حصوں کا منتقل کرنا۔ یہ طریقہ فاضل تیرش کا ہے۔ اس طریقہ میں بشرہ کی بڑی بڑی پٹیاں اُسترے سے اُتاری جاتی ہیں۔ اور تازہ جراحت پر۔ یا زخم کے انگور کو کھرچ کر کچی سطح بنا کر اس پر لگائی جاتی ہیں۔ لیکن پہلے دباؤ ڈال کر جریان خون کو روک لیا جاتا ہے۔ اُسترے سے بشرہ کے اُتارنے میں اس امر کے ہوشیاری کی ضرورت ہے کہ جہاں تک ممکن ہو بشرہ باریک اُتارا جائے۔ مگر جلد کے حلمات عام طور پر کٹ جایا کرتے ہیں۔ اسی وجہ سے کسی قدر خون بھی بہ نکلتا ہے۔ پیوند کے ٹکڑوں کو اسی خونی سطح پر چھوڑ دینا چاہیئے تاکہ وہ اس سے تر رہے۔ اس کے بعد استعمال کی جائے۔ یہ ٹکڑے اس طریقے سے لگائے جاتے ہیں کہ یہ ایک دوسرے پر چڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور زخم کے کناروں پر بھی سوار ہو جاتے ہیں۔ اکثر اوقات ان ٹکڑوں کے کنارے اندر کی طرف مڑ جاتے ہیں۔ اس لئے مناسب انتظام کرنا ضروری ہے۔ اس کے بعد اس پر پاک صاف جالی (خرقہ[1]) سے بندش کر دی جائے۔ اگرچہ بعض جراح اب تک اسی امر کو پسند کرتے ہیں کہ ان ٹکڑوں کو واقی[2] سے۔ یا قصدیر[3] کے چھدے ہوئے پرت سے یا چاندی کے باریک تہ سے چھپا دینا چاہیئے۔ عام طور پر زخم کو کئی روز تک کھولنے اور دیکھنے کی ضرورت پیش نہیں آتی ہے۔ بازو اور ران کا بیرونی حصہ ان ٹکڑوں کے نکالنے کے لئے بہترین مقام ہے۔ ان ٹکڑوں کے نکالنے کے بعد وہاں جو زخم پیدا ہو جائیگا۔ اس پر واقی رکھکر مطہر جالی سے باندھ دیا جائے۔ یا جالی کو حامض مُر (تیزاب تلخ[4]) میں تر کرکے اس پر لپیٹا جائے۔

---

[1] گاز [2] پروٹیکٹو [3] ٹن [4] پکرک ایسڈ

اگر استرہ جلد کے نیچے کی ساخت تک نہ پہونچا ہو تو یہ زخم بہت جلد اچھا ہوجاتا ہے۔ پیوند کے ملتحم ہونے کے بعد جو ندبہ (زخم کا نشان) بنتا ہے وہ عموماً نرم اور ملائم ہوتا ہے۔ اور اس میں اس قدر انقباض نہیں ہوتا۔ جتنا کہ عام طور پر زخم کے نشانات (ندبہ) میں ہوا کرتا ہے ۔

(۳) جلد کی پوری دبازت کا منتقل کرنا۔ یہ بعض صورتوں میں کیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ فاضل ولف کا ہے۔ اس طریقۂ عمل میں پیوند اُس مقدار سے بڑا لیا جاتا ہے۔ جتنی کہ ضرورت ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ بعد کو سکڑ کر چھوٹا ہوجاتا ہے ان ٹکڑوں میں سے جلد کے نیچے کی پوری ساخت اور چربی دور کردی جاتی ہے۔ اس کے بعد انکو زخم کی کچی سطح پر انگوروں کو چھیلنے کے بعد لگایا جاتا ہے اور پھر وضع قائم رکھنے کے لئے انکو سی دیا جاتا ہے۔ یہ دستکاری کے زخموں کی کچی سطح پر بھی لگائے جا سکتے ہیں ۔

## (۲) جراثیم[1] نوعیہ کے قروح

عضوی قروح کی مختلف قسمیں اس کتاب کے مختلف مقامات میں مختلف عنوانات کے تحت میں بیان کی جائیں گی۔ جنکا اس وقت پر مجملاً اظہار کرنا کافی ہے ۔

قرحۂ[2] رخوہ (خبیث قرحہ) زیادہ تر اسی قسم کا ہے کہ اسکو عام قروح عفنہ کی مثال سے علیحدہ نہیں کیا جاسکتا ہے۔ جن میں مدت[3] حضانت۔ تقرح اور التحام کے تمام درجات ظاہر ہوتے ہیں ۔

## آتشک کے قروح

(الف) قروح اولیہ (درجۂ اول کے زخم)

(ب) قروح ثانویہ (درجۂ دوم کے زخم) جو عام طور پر غشیہ مخاطی پر ہوتے

---

[1] اسپٹک بیکٹیریا۔ [2] سافٹ شانکر۔ [3] انکیوبیشن۔

ہیں۔ اور گاہے جلد کو بھی شریک کر لیتے ہیں +

(ج) قروح متوسطہ کی دونوں قسمیں فقاعی اور جاورشی۔

قروح ثلاثیہ۔ جو اورام صمغیہ سے پیدا ہوتے ہیں +

تقرح اکال (تقرح ذرب) عام طور پر آتشک کے ساتھ ہوتے ہیں۔

## مادہ سل (درن) کے قروح

(الف) قرحہ قراضیہ جو جلدی تدرن (جلد کے مادہ سلیہ) سے پیدا ہوتا ہے

(ب) قرحہ درنیہ (سلیہ) جو عام طور پر زیر جلد یا زیر غشاء مخاطی کے خراج درنی کے پھوٹنے سے ہوتا ہے +

(ج) دوسرے مختلف تقرحات درنیہ۔ جو جلد میں پیدا ہوتے ہیں۔ اور ان کا نام ماہران امراض جلدیہ نے "جلد خنازیری" رکھا ہے۔ اسی طرح مرض ازان (یا تصلب احمراری) کیا عجب ہے کہ حقیقت میں درنی (سلی) ہی ہو +

## (۴) قروح خبیثہ

اس قسم کے قروح کسی التہابی اثر کا نتیجہ نہیں ہوتے ہیں۔ بلکہ حقیقت میں ان کی پیدایش کی وجہ جلد کا فنا ہو جانا۔ اور اس کی جگہ دوسری ساختوں کا بڑھ جانا ہے۔ ان کا ذکر ایک مستقل باب میں آئے گا +

| | |
|---|---|
| ۱ رو ہیلی۔ | ۶ اسکرافیولوڈرمیا۔ |
| ۲ اکتھی مے ٹس۔ | ۷ بازنس ڈزیز۔ |
| ۳ ٹرشری السر۔ | ۸ اری تھی ما انڈیورے ٹم۔ |
| ۴ گمیٹا۔ | ۹ ملگننٹ السرز۔ |
| ۵ فیجے ڈے نک السریشن | |

# باب پنجم
# غانغرانا وشفاقلوس

## عضو کا گل سڑ جانا یا مُردہ ہو جانا

**تعریف**۔ جب ساختہائے جسم کے کسی معتد بہ حصہ کی قوت حیات مجموعی طور پر ایک ساتھ باطل ہو جاتی ہے۔ اور وہ مُردہ ہو جاتا ہے تو اسکو غانغرانا[1] یا شفاقلوس[2] کہتے ہیں +

یہ دونوں لفاظ یونانی ہیں۔ اور بقول جالینوس دونوں باہم مترادف ہیں۔ مگر بعض لوگوں نے غانغرانا اور شفاقلوس میں یہ فرق بتایا ہے کہ غانغرانا شفاقلوس کا مقدمہ ہے۔ چنانچہ غانغرانا کی صورت میں درد کسی قدر یا زیادہ موجود ہوتا ہے۔ اور شفاقلوس کی صورت میں عضو کا مردہ حصہ بالکل بے حس ہوتا ہے۔ شرح

غانغرایا اگرچہ عام طور پر ری کے ساتھ مشہور ہے۔ مگر یہ دراصل کاتب کی تصحیف ہے۔ صحیح لفظ غانغرانا نون کے ساتھ ہے۔ مترجم

شقاقلوس رش کے بعد ق بھی اگرچہ زیادہ مشہور ہے۔ مگر یہ بھی تصحیف کاتب سے ہوا ہے۔ تحقیق وتفتیش کے بعد یہ معلوم ہوا ہے کہ دراصل یہ لفظ شفاقلوس رشین کے بعد فا ہے۔ مترجم

اگر یہ عمل فساد صرف جسم کی نرم ساختوں (مثلاً عضلات۔ عروق۔ رباطات اعصاب وغیرہم تک محدود رہے تو اُسے عام طور پر تاکل[3] دگل جانا۔ یا کھایا جانا) کہتے ہیں +

| | |
|---|---|
| مـ۱ غانغرانا۔ گنگرین۔ مـ۲ نکروسس۔ | مـ۳ اسلف۔ اسلفنگ۔ |

اگر ہڈی کا معتدبہ حصہ مردہ ہوجائے تو اسکو نیکروسس[1] یا سیکوئسٹرم[2] (بوسیدہ ہڈی) کہتے ہیں +

مگر لفظ غانغرانا کا اطلاق عام طور پر اُس عمل فساد پر کیا جاتا ہے۔ جو ہاتھ پاؤں کے نرم اور سخت دونوں اجزاء پر ایک ساتھ طاری ہوتا ہے +

## غانغرانا کی عمومی علامت

**عضو کے موت کی علامت:**۔ کسی محدود حصہ میں قطعی اور نمایاں موت کے بعد جو علامتیں ظاہر ہوتی ہیں ان کے ظہور سے پہلے مندرجہ ذیل پانچ مخصوص علامتیں پائی جاتی ہیں +

۱۔ عروق میں تڑپ (نبض) کا نہ ہونا۔

۲۔ عضو میں گرمی کا نہ ہونا۔ کیونکہ اس عضو سے گرم خون کی آمد بند ہوجاتی ہے

۳۔ مردہ حصہ میں احساس کا نہ رہنا۔ رہا وہ درد شدید جو اثنائے فساد میں ظاہر ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ اس مقام سے اوپر کے اعصاب انعکاسی طور پر متاثر ہوتے ہیں +

۴۔ مردہ حصہ کے طبعی افعال کا باطل ہوجانا۔ چنانچہ یہ فساد ہاتھ پاؤں میں ہوتا ہے۔ تو بے حرکت ہوکر لٹک جاتا ہے +

۵۔ رنگ کا بدل جانا۔ جس کی نوعیت اور دارومدار اُس عضو کے موجود خون کی مقدار پر ہے۔ اگر اُس وقت وہ حصہ خون سے پر ہے۔ تو اُس کا رنگ ارغوانی اور دھبہ دار ہوتا ہے۔ اور اگر اُس میں خون کی کمی ہے۔ تو اُسکا رنگ مومی بالائی کے مانند (زردی مائل) ہوتا ہے +

مذکورہ بالا پانچوں علامتیں کم وبیش اُس وقت بھی موجود ہونگی جبکہ کسی عضو

---

[1] نیکروسس } سی کورنس لرم۔
[2] سیکوئسٹرم

کی قوتِ حیوانی (قوت حیات) میں شدید کمی آجاتی ہے۔ جیساکہ اُس وقت ہو سکتا ہے جبکہ کوئی بڑی شریان پر بند لگا دیا گیا ہو۔ یا اُس کے اندر سدہ واقع ہوا ہو۔ پھر اگر دورانِ خون کے رکاوٹ کی یہ علامتیں عرصہ تک قایم رہیں گی تو سمجھنا چاہیے کہ وہ حصہ پورے طور سے مردہ ہونے والا ہے۔ بعض اوقات مردہ حصہ کی شناخت میں کسی قدر دقت واقع ہوتی ہے۔ خصوصاً جبکہ وہ حصہ وریدی خون سے بھرا ہوا ہو۔ اور شریانی حرکت (نبض) غیر محسوس ہو گئی ہو۔ اس وقت اس کی شناخت کا طریقہ یہ ہے کہ اگر اُس کے دبانے سے رنگت میں قدرے تغیر واقع ہوتا ہے اور اُس کی سرخی کم ہو جاتی ہو۔ اور پھر دباؤ ہٹانے سے رنگت بدستور گہری ہو جاتی ہو تو اُسے زندہ سمجھنا چاہیے۔ اور اگر دباؤ سے رنگت بدستور قایم رہے تو سمجھنا چاہیے کہ غالباً وہ مردہ ہو گیا ہے۔

## تغیرات جو مردہ ساختوں میں نمودار ہو جاتے ہیں۔

ان تغیرات کا تمامتر انحصار اُن حالات پر ہے۔ جو عضو کے مردہ ہونے کے وقت طاری ہوتے ہیں۔ اور اس امر پر کہ عفونت (سڑاندہ) موجود ہے یا نہیں۔

۱۔ غانغرانا یابسہ[1] یا غانغرانا جافہ[2] (موت بہ یبوست[3] یا جفاف) خشک غانغرانا اُسی وقت واقع ہوتا ہے جبکہ ماؤف ساخت مردہ ہونے سے پہلے کم و بیش رطوبات و اخلاط سے خالی ہوتی ہے۔ اس کا عام سبب شرائین کا انسداد مزمن ہے۔ جیساکہ آخری شریانوں کے تحجر و صلابت کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ جس سے بالآخر ان شریانوں کی بتدریج یا یک لخت بالکل بند ہو جاتی ہیں

| | |
|---|---|
| ۱ ڈرائی گنگرین۔ | ۳ ڈیسکیشن۔ |
| ۲ یبوست۔ می فی کیشن۔ | ۴ اسکلیروسس۔ |

مردہ حصہ سخت۔ خشک اور جھری دار ہوجاتا ہے۔ اور خون کے سرخ دانوں کی حمرتِ دمویہ کے تفرق و پراگندگی اور تحلیل سے اُسکا رنگ بھوڑا یا سیاہ ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر مردہ حصہ تھی اور نرم ساخت کا ہے۔ جیسے ٹخنہ سے اوپر کا حصہ۔ تو وہ شاید ہی خشک ہوتا ہے۔ بلکہ اکثر اُس میں التہاب ہوجاتا ہے۔ اور التہاب کے بعد اگر جراثیم پہونچ جاتے ہیں۔ تو وہ متعفن ہوکر سخت بدبو دار ہوجاتا ہے +

۲۔ غانغرانا رطوبیہ۔ (تر غانغرانا) جب جسم کا وہ حصہ مردہ ہوجو رطوبات سے پُر ہے۔ تو اس قسم کا غانغرانا نمودار ہوتا ہے۔ غانغرانا رطوبیہ اُس وقت طاری ہوتا ہے جبکہ وریدوں میں سدہ ہوتا ہے۔ اور اسی طرح شریانیں یکایک بند ہوجاتی ہیں۔ جیسا کہ گاہے ضرب وسقطہ کے غانغرانا میں بندو دباؤ کے باعث عضو کی بڑی شریان پھٹ جاتی یا دب جاتی ہے۔ اس صورت میں اُس حصہ کے اندر رطوبت کی کثرت اس صورت سے ہوتی ہے کہ جب قلب کی قوت دافعہ کا اثر یہاں غائب ہوجاتا ہے۔ تو عروق شعریہ میں وریدوں کا خون لوٹ کر جمع ہوجاتا ہے (اختناقی تھری)[1] یہ ظاہر ہے کہ ان حالات میں جراثیم کے نشوونما کے تمام سامان موجود ہوجاتے ہیں۔ اور چونکہ جلد میں بکثرت جراثیم موجود رہتے ہیں۔ اس لئے اگر ان کے دفعیہ و تطہیر کی انتہائی کوشش نہ کی جائے۔ تو یہ فوراً حملہ آور ہوکر عفونت کے ساتھ غانغرانا پیدا ہوجاتا ہے۔ مگر یہ بخوبی ذہن نشین کرلینا چاہیے کہ غانغرانا رطوبیہ کے ساتھ تعفن کا ہونا ضروری اور لابدی نہیں ہے۔ بلکہ یہ ایک ضمنی چیز ہے جو بوجہ جراثیم کے نمودار ہوجاتی ہے +

۳۔ غانغرانا رطوبیہ غیر عفونیہ۔ اس میں مردہ ساختیں فساد و تغیر کے

[1] ہیموگلوبین۔
[2] براؤن۔
[3] موائسٹ گنگرین۔
[4] اسپٹک موائسٹ گنگرین۔

باعث کم و بیش بدرنگ ہو جاتی ہیں۔ ان کا رنگ ارغوانی۔ سیاہ۔ زرد۔ سبز یا سفید ہو جاتا ہے۔ اگر عدوی (چھوت) کا اثر نہ پہونچنے پاسے تو مردہ حصہ تقریباً اُسی حجم و ترکیب کا رہتا ہے جیسے کہ آغاز غانغرانا میں تھا۔ اور پھر وہ بغیر کسی علامت التہاب کے نہایت سادگی اور سکون کے ساتھ آس پاس کے اجزاء سے منقطع ہوکر گر جاتا ہے۔ مگر چونکہ مردہ ساخت میں جو مختلف قسم کی رطوبتیں پیدا ہو جاتی ہیں اور وہ کسی قدر اچھی ساخت میں ضرور جذب ہوتی ہیں۔ اس لیے گاہے خفیف قسم دم کی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں +

۴۔ غانغرانا رطوبیہ عفونیہ۔ اس قسم میں عمل تغیر و فنا و تیزی کے ساتھ جاری ہوتا ہے۔ اور اس کی ساخت بہت جلد متفرق و پراگندہ ہو جاتی ہے۔ عضو کا رنگ سیاہ۔ سبز یا زرد ہو جاتا ہے۔ جلد کا بالائی طبقہ یعنی بشرہ اندرونی طبقہ یعنی ادمہ سے جدا ہوکر اوپر کو ابھر جاتا ہے۔ اور اس میں آبلے نمودار ہو جاتے ہیں۔ جن میں متعفن مصّل رہ ئیت یا رطوبت (جمع ہو جاتا ہے۔ یا اس میں نفاخات (ہوائی آبلے) بن جاتے ہیں۔ جنکو بشرہ کے نیچے ہی نیچے کچھ دور تک دبایا جا سکتا ہے۔ اگر اس حصہ کو چٹکی سے داب کر اٹھایا جائے تو ہوائی پٹخ یا کڑکڑاہٹ سنائی دیگی۔ نیز وہ حصہ نرم اور پھٹنے کے لیے آمادہ ہوگا +

**علامات مابعد۔** غانغرانا کے علامات اس کے بعد کیا ہونگے؟ اس کا دارومدار دو باتوں پر ہے +

| | |
|---|---|
| ۱؎ کیوٹس ویرا۔ | ۱؎ پمپ ہل |
| ۲؎ سیرم | ۲؎ سپ ٹک ماسٹ گنگرین<br>پٹرڈ ماسٹ گنگرین |
| ۳؎ گیس بلبز۔ | ۳؎ کیوٹیکل۔ |
| ۴؎ امفائی سی مے ٹس کریکلنگ۔ | |

۱- اُس میں عدوی یا عفونت کا دخل ہوا ہے یا نہیں ؟

۲- اور اُس کی مقدار رحجم ) کیا ہے ؟

(الف ) اگر مردہ حصہ چھوٹا اور غیر عفونی ہے۔ تو مناسب حالات کی موجودگی میں وہ بالکل جذب ہو جائیگا۔ جس طرح اعمال جراحیہ میں بلی کے آنتوں کے تانت (وتر انہار) جذب ہو جایا کرتے ہیں۔ جس سے اندرونی زخموں میں ٹانکے لگتے ہیں اس قسم کا انجذاب اکثر اعضاء کے قطع کرنے کے بعد اُن چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں پایا جاتا ہے۔ جو لٹکتے رہتے اور گل جاتے ہیں۔ اگر مردہ حصہ کو جراثیم کے تلوث سے پاک اور خشک رکھا جائے۔ تو وہ بتدریج جدا ہو جاتا ہے۔ اور جب یہ اچھی طرح جدا ہو جاتا ہے تو ایک چھوٹا سا سیاہ رنگ کا کھرنڈ خود بخود گر پڑتا ہے۔ یا جراح اُسکو چمٹے سے علحدہ کر دیتا ہے۔ اور اُس کے نیچے زخم کا نشان (ندبہ) پایا جاتا ہے ٭ اسی طرح مردہ ہڈی بھی جذب ہو سکتی ہے۔ بشرطیکہ وہ چھوٹی ہو۔ بہت زیادہ ٹھوس نہ ہو۔ اور تندرست عروقی ساختوں سے متصل ہو۔ چنانچہ یہ فعل اس طرح پورا ہوتا ہے کہ پہلے مردہ حصے پر چھوٹے چھوٹے گول خلیات حملہ آور ہوتے ہیں۔ جو غالباً خون کے سفید دانے ہوتے ہیں۔ اور آس پاس کی زندہ ساخت کے عروق جاذبہ و عروق دمویہ آتے ہیں۔ یہ دانے وہاں ترشح کے طور پر جمع ہو کر بتدریج مردہ حصہ کو عمل ہضم سے جذب کر لیتے ہیں۔ اور ان کی جگہ انگور بنجاتے ہیں۔ جو بالآخر ندبہ کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ اور ندبہ کے اوپر بشرہ کا استر ہو جاتا ہے (اسکا مفصل بیان باب التحام میں آئے گا ) ٭

جراثیم کے باب میں ہجوم مبیضاوات کا بیان ہو چکا ہے۔ یہ فعل "جذب" بھی

| | |
|---|---|
| مدا کیٹ گٹ۔ | مدا سی کیٹ رکس۔ |
| مدا اسکیب۔ | مدا نیگوسائی ٹوسس |

بعینہ اسی کے مانند ہے۔ مترجم

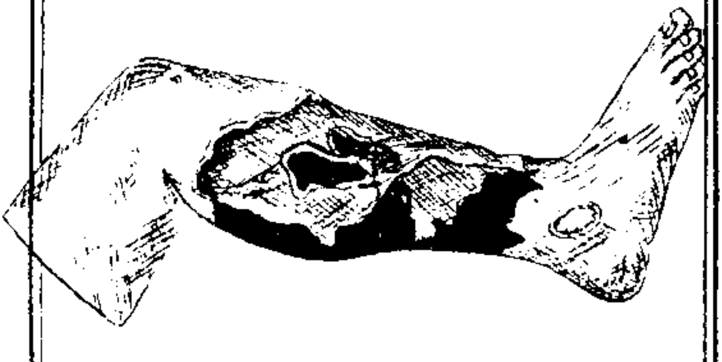
(ب) اگر مردہ حصہ غیر عفونی ہے۔ لیکن وہ جسم میں بڑا۔ یا ایسی ساختوں سے مرکب ہے جو اسکو پورے طور پر منجذب ہونے سے روکتی ہیں۔ یا اگر مریض کی قوتِ حیات میں کمی آگئی ہے۔ تو مذکورہ بالا صورت سے کسی قدر مختلف صورت ظہور پذیر ہوگی۔ یعنی اس وقت اس کے "کلی انجذاب"[1] کی بجائے مردہ حصہ کا "جزئی انجذاب"[2] ہوگا۔ اور باقی ماندہ حصہ تقرّحِ[3] نقری کے سادہ عمل کے ذریعہ جدا ہوجائے گا +

"تقرح نقری" سے مراد وہ تقرح ہے۔ جس میں نقر الدم یعنی کمی خون ہوتی ہے۔ مترجم

مردہ حصہ جو زندہ اجزا سے بالکل ملا ہوا ہوتا ہے۔ وہ دور ہوتا چلا جاتا ہے۔ اور اس کی جگہ انگور بنتے جاتے ہیں۔ انگور کے دانے مردہ حصے کے اندر دور تک بتدریج بڑھتے چلے جاتے ہیں۔ اور جو انگور کہ پہلے بن چکا ہے وہ بتدریج سخت ہو کر ندبہ بنتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ اگلے انگور سرچشمہ غذا سے دور ہوجاتے ہیں اور ان کے پیچھے جو ندبہ بنتا جاتا ہے وہ سکڑ کر اور بھی رگوں کو بند کردیتا ہے۔ جس سے ان کی قوت طبعی کمزور ہوجاتی ہے۔ اور وہاں قلت غذا سے تقرح کا سادہ عمل جاری ہوجاتا ہے۔ اور مردہ اور زندہ ساختوں کے درمیان ایک حد فاصل پیدا ہوجاتا ہے۔ اسی عمل سے مردہ حصہ جسم سے خارج ہوجاتا ہے + یہ مردہ حصہ جو بدن سے اس طرح جدا ہوتا ہے وہ اصلی مردہ حصے سے نمایاں طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اس عمل سے مقامی التہاب کے علامات نہیں پیدا ہوتے

[1] انٹائر لی ابزارپ شن۔
[2] پارشل ابزارپ شن۔
[3] اینمک السریشن۔

(۱۷) پاؤں کا غانغرانا عفونیہ رطبہ۔ جو شریان فخذی کے
جراحت نافذہ سے ہوا ہے



اور نہ عمومی عوارض زیادہ شدید ہوتے ہیں + مندرجہ بالا عمل نہایت آہستہ آہستہ اور بتدریج عمل میں آتا ہے۔ اور اس میں اس قسم کے خطرات نہیں ہیں۔ جیسے کہ سریع السیر عفونی غانغرانا میں ہوسکتے ہیں۔ ہاں یہ ضروری ہے کہ ساخت یا مردہ حصہ جس قدر زیادہ سخت اور ٹھوس ہوگا اُسی قدر زیادہ وقت اُس کے جدا ہونے میں صرف ہوگا۔ یہی وجہ ہے کہ جب ہاتھ یا پاؤں پورے طور پر غانغرانا کا شکار ہوتا ہے۔ تو اکثر یہ صورت واقع ہوتی ہے کہ ہڈیوں پر نمایاں اثر ہونے سے پہلے اس کے نرم حصے (مثلاً عضلات وغیرہ) جدا ہو جاتے ہیں۔ اور زخم بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے۔ جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نرم اجزاء میں شدید انقباض واقع ہوتا ہے۔ اور عضو کی شکل مخروطی ٹھنٹھ کے مانند ہو جاتی ہے۔ جس کی نوک سے ہڈی باہر نکلی رہتی ہے +

(ج) اگر غانغرانا والا حصہ عفونی[1] ہے۔ تو اُس کے جدا ہونے میں عمل التہاب ضرور شامل ہوتا ہے۔ اس التہاب میں آس پاس کی تندرست ساختیں متاثر ہوتی ہے۔ غانغرانا والے حصہ میں تغیر رنگ ہونے کی وجہ سے بے جان اور تندرست ساختوں کے درمیان حدّ فاصل (یا فصل مشترک[2]) نمودار ہو جاتا ہے۔ کیونکہ تندرست ساخت کا رنگ بدستور قایم رہتا ہے۔ مردہ حصے میں کیمیاوی مہیج مرکبات پیدا ہوکر آس پاس کے تندرست حصوں میں خراش پیدا کرکے التہاب کا باعث ہوتے ہیں۔ جن میں بالآخر پیپ پڑ جاتی ہے۔ اور تندرست حصے کی آخری حد پر انگور کی ایک تہ پیدا ہو جاتی ہے۔ اور اس طرح ایک آخر[3]ی خط انفصال (خط انفصال نہائی) نمودار ہو جاتا ہے۔ علامات مرض جو اس آخری منزل میں نمایاں ہوتی

[1] سپٹک۔
[2] لائن آف ڈیمارکیشن۔
[3] فائنل لائن آف سپریشن۔

ہیں وہ یہ ہیں کہ تندرست ساختوں کے آخری کنارہ پر اجتماع خون کی وجہ سے ایک چمکدار سرخ لکیر نظر آتی ہے۔ یہ سرخی تقریباً آٹھ دس دن میں بتدریج پھیل کر گہرائی میں چلی جاتی ہے۔ اس وقت اگر جلد کا بیرونی حصہ یعنی بشرہ ثابت ہے۔ تو مردہ اور تندرست حصے کے درمیان ایک باریک سفید یا زرد لکیر نظر آتی ہے۔ یہ لکیر دراصل بشرہ کے نیچے پیپ کی ایک تہ کے اجتماع سے پیدا ہوتی ہے۔ جو بشرہ کے ہٹانے پر آشکارا ہو سکتا ہے۔ جونہی پیپ یہاں سے خارج ہوگی ایک قطعی نالی یا میزاب[1] ار درح[2] نظر آئے گی۔ جو تندرست حصے کے انگور والی سطح اور غانغرانا والے حصے کے درمیان حائل ہوگی۔ یہ عمل بتدریج عضو کی پوری موٹائی میں پھیل جائے گا۔ اس کے ساتھ ساتھ مقامی التہاب اور بخار کی علامتیں واضح ہونگی بخار کی شدت اور اسکا درجہ اُس سمیت پر منحصر ہوگا جو جذب ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں عمل التہاب ہمیشہ حد انفصال ہی تک محدود نہیں رہتا۔ بلکہ عروق جاذبہ یا اوردہ کے ذریعہ یا عضلات اور لفائف کے طبقات کی راستے اوپر تک پھیلکر سارے عضو میں ایک وسیع تقیح[3] کا باعث ہو سکتا ہے۔

## غانغرانا کے عمومی علامات

ان کی تفصیل دو عنوانات کے ذیل میں ہو سکتی ہے:-

(الف) ایسے عمومی حالات کا پایا جانا جنکی موجودگی حدوث غانغرانا میں سہولت پیدا کر سکتی ہے۔ اور جو بالخصوص قوی میں انحطاط پیدا کرکے یا خون کی ترکیب میں تغیر پیدا کر دیتے ہیں۔ یا اعضاء کی قوت حیوانی کو کمزور کر دیتے ہیں۔ مثلاً غانغرانا کے حملے سے پہلے عام امراض کا ہونا جیسے ذیابیطس[4]۔ بول زلالی[5]۔

| | |
|---|---|
| ۱؎ شیلو گروو | ۴؎ ڈایابے ٹیز۔ |
| ۲؎ سپورے شن | ۵؎ البومی نوریا۔ |

اسی طرح غلط کاریوں اور غیر محتاط اور بُری زندگی کے جسمانی نتائج۔ یا قلتِ غذا کے مقامی علامات کا پایا جانا +

(ب) ایسے علامات کا پایا جانا جو مردہ حصہ کی موجودگی سے اور بدن کے ساتھ اس کے اتصال کے باعث پیدا ہوتے ہیں۔ چنانچہ سَم دم کے مختلف انواع پائے جاتے ہیں۔ جن کی وجہ سے عموماً مختلف درجات کا بخار پیدا ہوتا ہے۔ یہ بخار عام طور پر ضعیف ہی ہوتا ہے + درد والم بھی مریض میں ضعف و نقاہت پیدا کر دیتا ہے۔ اور یہ عام طور پر بعض غانغرانا میں نمایاں علامت ہوتا ہے +

## علاج

غانغرانا کا مقامی علاج اس کے اقسام کے ذیل میں الگ بیان کیا جائیگا۔ یہاں صرف "عمومی علاج" لکھا جاتا ہے۔ مترجم

علاج عمومی۔ مقوّی زود ہضم اغذیہ اور مختلف ذرائع سے مریض کی قوت کو قایم رکھنا چاہئے۔ شدتِ درد اور بے خوابی کو مخدرات و منومات سے دور کرنا چاہئے۔ اس مقصد کے لیے افیون[1] اور افیونین[2] (جوہر افیون) کافی مقدار میں دے سکتے ہیں۔ بشرطیکہ گردے تندرست ہوں۔ ذیابیطس اور بول زلالی کے لئے غذا اور دوا بطور علاج کے استعمال کرنا چاہئے (یعنی علاج غذائی اور علاج نشائی[3] برتنا چاہئے) شکر اور زلال بیض (سفیدی بیضہ) کی مقدار محدود کر دینا چاہئے +

مقامی علاج کی تفصیل ذیل کے مبحث میں کی جائے گی +

| | |
|---|---|
| [1] ٹانک۔ | [4] ڈائی ٹے ٹک ٹریٹ منٹ۔ |
| [2] اوپیم۔ | [5] تھرا پیوٹک ٹریٹ منٹ۔ |
| [3] مارفیا۔ | [6] البومن۔ |

## اقسام غانغرانا

غانغرانا کی مندرجہ ذیل تقسیم اگرچہ اصولاً نامکمل اور ناقص ہے. مگر اس تقسیم میں اس کے ایسے اقسام کو یکجا کیا گیا ہے جو ایک دوسرے کے مشابہ ہیں. تاکہ اس تقسیم سے عملی فوائد حاصل ہوں +

۱. غانغرانا عرضیہ[1] (وہ غانغرانا جو کسی مرض سابق کے عرض علامت کے طور پر ہو) وہ غانغرانا جس کی استعداد کسی مرض سابق (مرض عروقی یا مرض عمومی) کی وجہ سے پیدا ہوگئی ہو۔ یا جس میں اگر ضرب زخم پایا بھی جاتا ہو تو وہ کوئی بڑا موثر نہ ہو +

(الف) غانغرانا سُدیہ[2] (جو سُدہ[3] عروق سے عارض ہو)

(ب) غانغرانا شیخوخیہ[4] (جو بڑھاپے سے عارض ہو)

(ج) غانغرانا جو تخثر[5] شریانی (ورم شرائین) سے لاحق ہو (اور بڑھاپے کے اثر سے نہ ہو)

(د) غانغرانا ذیابیطیہ[6] (جو مرض ذیابیطس سے ہو)

(ھ) غانغرانا ذاتیہ متناسبہ[7] (جسکو مرض ریناڈ[8] بھی کہتے ہیں)

(و) غانغرانا شیلمیہ[9] (جو شیلم[10] کے باعث ہو)

۲. غانغرانا جرحیہ[11] (عارضیہ) وہ جو بالواسطہ[12] یا بلاواسطہ[13] ضرب جراحت کی

---

۱. سپٹیسے مک گنگرین۔
۲. ایمبولک گنگرین۔
۳. ایمبولس۔
۴. سینائل گنگرین۔
۵. آرٹیریل تھرامبوسک گنگرین۔
۶. ڈایابیٹک گنگرین۔
۷. اسپانٹے نیس سمی ٹرکل گنگرین۔
۸. رینا ڈز ڈزیز۔
۹. ارگٹ گنگرین۔
۱۰. ارگٹ۔
۱۱. ٹرامے ٹک گنگرین۔
۱۲. ڈائرکٹ انجری
۱۳. ان ڈائرکٹ انجری

وجہ سے پیدا ہو جائے (یعنی ضرب[1] واصل یا ضرب[2] غیر واصل سے پیدا ہو) اور جس میں ضرب یا جراحت انقطاع حیات کا فوری سبب ہو۔ اس کی دو قسمیں ہیں:۔

(الف) غانغرانا[3] غیر واصلہ۔ جس میں مقام غانغرانا سے دور کے عروق پر ضرب یا صدمہ کا اثر پڑے۔ اور اس کے باعث نیچے کے حصص میں غانغرانا واقع ہو۔

(ب) غانغرانا[4] واصلہ۔ جس میں عمل غانغرانا محض مضروب حصہ ہی تک محدود ہو۔

۳۔ غانغرانا[5] عفونیہ۔ جو جراثیم کے عمل سے پیدا ہو۔ اس کے ذیل میں حسب ذیل اقسام ہیں:۔

(الف) غانغرانا[6] التہابیہ حادہ یا غانغرانا[7] جرحیہ منتشرہ۔

(ب) جروح[8] آکالہ اور غانغرانا[9] بیمارستان۔

(ج) آکلۃ[10] الفم اور غانغرانا[11] ...

(د) جمرہ[12] (شب چراغ) اور دمل[13]۔

۴۔ حرارت و برودت کا غانغرانا مثلاً خصر[14] (پالا مارنا) حرق[15] (جل جانا)

---

1۔ ڈائرکٹ انجری۔
2۔ ان ڈائرکٹ انجری۔
3۔ ان ڈائرکٹ گنگرین۔
4۔ ڈائرکٹ گنگرین۔
5۔ انفکٹو گنگرین۔
6۔ اکیوٹ انفلامیٹری گنگرین۔
7۔ اسپریڈنگ ٹرامیٹک گنگرین۔
8۔ وونڈ ڈفتھیریا۔
9۔ ہاسپٹل گنگرین۔
10۔ کنکرم اوریس۔
11۔ نوما۔ [illegible]
12۔ کاربنکل۔
13۔ بوائل۔
14۔ فراسٹ بائٹ۔
15۔ برن۔

خصر۔ شدتِ سردی سے اعضاء کا متاثر ہونا۔ مختار الصحاح۔

اَب مندرجہ بالا اقسام میں سے ہر ایک کی تفصیل الگ الگ کی جاتی ہے

# ۱۔ غانغرانا عرضیہ

## (الف) غانغرانا سدیہ

غانغرانا سُدّیہ (سدہ کی عام بحث اُس کے علٰحدہ اور مخصوص باب میں درج ہے) جب کسی عضو کی بڑی اور مخصوص شریان معمولی سدہ کی وجہ سے مسدود ہو جاتی ہے۔ تو اس وقت بعینہٖ وہی حالت پیدا ہو جاتی ہے جیسی کہ شریان کو گرہ لگا کر باندھ دینے سے ہوا کرتی ہے (ربط الشریان) اور معمولی حالات میں محض ایسے سدہ کی وجہ سے غانغرانا نہیں پیدا ہونا چاہئے۔ مگر جب کبھی جسم کے قویٰ اور عام قوتِ حیات۔ یا کسی عضو کی مقامی قوت نہایت درجہ گری ہوئی ہوتی ہے۔ تو کسی بڑی شریان کا اس طرح مسدود ہو جانا اُس عضو کے کم و بیش حصے میں غانغرانا پیدا کرسکتا ہے۔ اس قسم کا غانغرانا حسب ذیل صورتوں میں پیدا ہوسکتا ہے +

(۱) جب سدہ نبیغین ؎۴ سے بنا ہوا ہو اور قلب کی کواڑیوں (صمامات قلب) سے ٹوٹ کر اور سیلان خون میں شامل ہو کر کسی شریان تک جا پہونچا ہو۔ یہ حالت ایسے مریضوں میں واقع ہوتی ہے جن میں وجع مفاصل (گٹھیا) یا دیگر حمیات کے بعد قلب کی اندرونی جھلی میں ورم و التہاب (التہاب ؎۶ بطانۂ قلب) ہو جاتا ہے پھر یہ التہاب صمامات قلب تک پھیلکر اُسکو مُبتلائے مرض کردیتا ہے۔ جس سے

| | |
|---|---|
| ؎۱ سپٹوسے مک گنگرین۔ | ؎۴ فائبرین۔ |
| ؎۲ امبولک گنگرین۔ | ؎۵ کارڈیک ویلوز۔ |
| ؎۳ لگیچر آف دی آرٹری۔ | ؎۶ انڈوکارڈائی ٹس۔ |

اُن میں خون کی لیفین جم جاتی ہے۔ ایسے مریض میں چونکہ پہلے بخار کی وجہ سے عام جسمانی تغذیہ ناقص ہوتا ہے۔ قلب کے حرکات بھی کمزور ہوتے ہیں۔ دوران خون میں بھی کوارٹیوں کے امراض کے باعث فتور آجاتا ہے۔ پس جب حدوث مرض کے لیے ایسے ایسے مناسب حالات مل جاتے ہیں۔ تو اس وقت عضو کی کسی بڑی شریان کا مسدود ہونا نوعمر مریض میں بھی غانغرانا پیدا کرسکتا ہے +

۲۔ اکثر معمر مرضیٰ میں ایسا ہوتا ہے کہ ورم ہلالی (سلعہ ہلامیہ) کا ایک ٹکڑا جدا ہوکر ہاتھ پاؤں کی کسی ایسی شریان میں جا پھنستا ہے جس میں پہلے ہی سے شریانی فساد کے باعث کمی خون موجود ہو +

سدہ عموماً شریان میں اُس جگہ باعث انسداد ہوتا ہے جہاں وہ منقسم ہوکر دوشاخہ ہوجاتی ہے۔ یا جہاں کسی بڑی شریان سے کوئی بڑی سی شاخ پھوٹ نکلتی ہے۔ اور وہاں اصلی شریان کا قطر یک لخت تنگ ہوجاتا ہے۔ یہ سدہ مقام انقسام پر یا جہاں سے شریان پھوٹتی ہے اُس پر سوار ہوجاتا ہے۔ اور اس کے بعد پی دپی لیفین کے تازہ طبقات اُس پر جمتے جاتے ہیں۔ اور بالآخر شریان کی دونوں شاخوں کو مسدود کردیتا ہے۔ زیریں اطراف (پاؤں) میں سدہ کے رکنے کا مقام عام طور پر شریانِ فخذی یا مابضی کا مقام انقسام ہوتا ہے۔ اور بالائی اطراف (ہاتھ) میں سدہ کا قیام شریانِ غائر علوی کے پھوٹنے کی جگہ یا شریانِ عضدی کے تقسیم کی جگہ ہوتا ہے +

علامات۔ انسداد شریانی کی ابتدائی علامت یہ ہے کہ مقام انسداد پر یکبارگی

| | |
|---|---|
| ملہ اتھی روما۔ | ملہ پاپلیٹیل آرٹری۔ |
| ملہ آرٹیریل ڈی جنریشن۔ | ملہ سوپیریر پروفنڈا آرٹری۔ |
| ملہ فیمورل آرٹری۔ | ملہ بریکیل آرٹری۔ |

شدید درد محسوس ہوتا ہے۔ یہ درد نیچے پھیلکر شریان مخصوص کی پوری رفتار میں پایا جاتا ہے۔ شریان کی تڑپ (نبض) مقام انسداد سے نیچے بند ہوجاتی ہے اور عضو ڈھیلا (مسترخی) اور بے حس ہوجاتا ہے۔ اس کی حرارت دفعتاً کم ہوجاتی ہے۔ اگر عروق تندرست و صحیح ہیں تو اوردہ کے دوران خون میں رکاوٹ (رکود)[1] واقع ہوگی۔ اور یہ بہت جلد عضو کے آخری حصہ میں امتلاء دموی اور تہیج (اوذیما)[2] پیدا کردے گا۔ اور بالآخر غانغرانا رطوبیہ (تر غانغرانا) نمودار ہوجائے گا۔ لیکن اگر آخری شریانوں میں مواد ارضیہ (مواد کلسیہ) کے باعث صلابت و تحجر پیدا ہوگیا ہو۔ یا اُن میں ورم ہلامی ہوگیا ہو۔ اوران وجوہ سے عضو میں مزمن فقر دموی[3] ہو تو اس حالت میں خشک غانغرانا (غانغرانا یابسہ) واقع ہوگا۔ جس کا عمل عضو کے آخری حصہ سے شروع ہوکر بتدریج اوپر کی طرف بڑھتا جائے گا۔ حتی کہ وہ ایسی سطح پر پہونچ جائیگا جہاں دوران خون میں کوئی رکاوٹ نہیں ہے۔ اور جہاں اس قدر خون موجود ہوتا ہے کہ عضو کے اس حصہ کو زندہ رکھ سکے۔ ایسا تندرست حصہ عام طور پر جوڑ کے قرب جوار میں پایا جاتا ہے۔ کیونکہ مفاصل کے آس پاس بہ نسبت اُس حصے کے جو جوڑوں کے درمیان ہوتا ہے عروق کا باہمی تواصل[4] زیادہ پایا جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے جوڑوں کے آس پاس قوت حیات زیادہ مستحکم اور پائدار رہتی ہے۔ مثلاً پنڈلی کا غانغرانا اکثر ٹخنہ کے جوڑ سے ذرا اوپر یا گھٹنے کے جوڑ سے ذرا نیچے پہونچکر ختم ہوجاتا ہے۔

## علاج

حفظ ماتقدم۔ سب سے مقدم اور ضروری احتیاط یہ ہے کہ عضو ماؤف میں

---

[1] اسٹیگ نے شن۔
[2] اڈیما۔
[3] انیمیا۔
[4] اناسٹوموسس۔

## (۱۸) سدہ کی تصویر جو ایک شریان کے مقام انقسام میں پھنس گیا ہے

ب

الف

(الف) میں سدہ نظر آرہا ہے۔ اور اُس پر تحجّر کی ابتداء ہوگئی ہے۔ مگر ابھی تک رگ پورے طور پر بند نہیں ہوئی ہے۔ لیکن (ب) میں شریان کی دونوں شاخیں سدہ کے بڑھنے سے بند ہوگئی ہیں ۔

علامات موت نمودار ہونے سے پہلے ہی عدوی و عفونت کا انسداد کیا جائے
مریض کے ناخنوں کو کاٹ کر چھوٹا کر دیا جائے۔ اور پورے عضو کو بخوبی پاک
صاف (مطہر) کر لیا جائے۔ انگلیوں اور ناخن کی جڑوں (ثنیات ہلالیہ) کے
درمیان خصوصیت کے ساتھ پاک صاف کرنا چاہئے۔ پھر عضو کو پاک کی ہوئی
خشک روئی میں لپیٹ کر پٹی باندھ دی جائے۔ عضو کو تکیہ وغیرہ کے اوپر رکھکر
قدرے اُٹھا ہوا رکھنا چاہئے۔ تاکہ وریدی خون کی واپسی میں آسانی ہو (بغیر اس کے
کہ شریانی خون کے دوران میں کوئی مزاحمت ہو) اور غانغرانا نہ ہونے پائے۔
عضو میں اچھی طرح مالش کرنا بھی مفید خیال کیا گیا ہے۔ تاکہ اس سے سدہ ریزہ
ریزہ ہو کر نیچے کے عروق میں خون کے ساتھ چلا جائے۔ بعض مرتبہ لوگوں نے
ایسا بھی کیا ہے کہ مسدود شریان کو نشتر سے کھول کر اور سدہ کو دھو کر خارج
کر دیا۔ یا مقام ماؤف سے سرکا دیا۔ مگر اس عمل کے نتائج قرار واقعی امید افزا
نہیں پائے گئے۔

لیکن اگر غانغرانا نمودار ہو جائے۔ تو بھی طہارت و پاکیزگی کے لیے مندرجۂ
بالا احتیاط جاری رکھی جائے۔ اور حتی الامکان عدوی و عفونت کے انسداد کی
کوشش کی جائے۔ یہاں تک کہ ایک قدرتی خطِ انفصال نمودار ہو جائے۔ معمر
مرضیٰ میں خشک غانغرانا کے علاج کے لیے عضو کے کاٹنے میں اُنہی اصول کا
لحاظ کیا جائے جو غانغرانا شیخوخیہ میں قابل توجہ ہیں۔

مگر جوان اور نوعمر مریضوں میں خط انفصال سے ذرا اوپر تندرست حصہ میں
عضو کو قطع کرنا چاہئے۔ قطع عضو کے لیے بہترین وقت کا تعین مریض کی مقامی
اور عمومی علامات کو دیکھکر کرنا چاہئے۔ اگر ماؤف حصہ غیر عفونی ہے۔ تو عمل قطع کو

| | |
|---|---|
| ۱؎ لاٹن آف سپریشن۔ | ۲؎ اسپ ٹک۔ |

ملتوی رکھنا چاہئے۔ لیکن اگر التہاب شدید ہو اور وہ تیزی سے پھیل رہا ہو تو عضو کو جلدی ہی کاٹ دینا ضروری ہے۔ اور خط انفصال کے نمودار ہونے کا انتظار کرنا فضول ہے ۔

(ب) غانغرانا شیخوخیہ۔ بڑھاپے کا غانغرانا[1]

یہ اکثر معمر اشخاص میں ہوتا ہے۔ اور غیر مکمل و ناقص تغذیہ جسمانی کا نتیجہ ہوتا ہے

مقام مرض۔ یہ بالخصوص پیر کے انگوٹھوں میں ہوتا ہے۔ اگرچہ کبھی کبھی ساتھ ہاتھ، ناک، کان اور زبان میں بھی پایا جاتا ہے ۔

اسباب۔ ان اسباب کا تعلق زیادہ تر دوران خون کے اعضاء کی خرابی سے ہوتا ہے ۔

(الف) اطراف یا اس حصہ بدن کی چھوٹی شریانوں میں فسادِ کلسی[2] ہمیشہ پایا جاتا ہے (یعنی اجزاء ارضیہ یا کلسیہ کے باعث ان میں صلابت پیدا ہو جاتی ہے) اور گاہے اس کے ساتھ بڑی شریانوں میں ورم ہلامی[3] بھی ہوتا ہے۔ ان مواد ارضیہ کے جمنے سے عروق سخت نلکیوں کی طرح ہو کر ان کی لچک جاتی رہتی ہے۔ اور مختلف حالات میں ان کی فضائیں جو کم و بیش ہوا کرتی ہیں ان سے یہ اس وقت عاجز ہو جاتی ہیں۔ اس لئے عضو ماؤف میں ان سخت شرائین سے خون کی ایک معین اور ناکافی مقدار پہونچتا ہے۔ جس سے اس عضو میں ایک گونہ قلت تغذیہ اور کمی خون کی مزمن حالت طاری رہتی ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ شرائین کی اندرونی استر کرنے والی جھلی (طبقہ باطنہ[4]) اکثر ایسی ناہموار اور کھردری ہو جاتی ہے کہ ذرا سے چوٹ یا ضرب سے۔ بلکہ ضرب کے بغیر بھی شریان کے اندر نہایت آسانی سے تخثر[5] ہو جاتا ہے

---

[1] سینائل گنگرین۔
[2] کیل کیریس ڈی جنریشن۔
[3] اتھی روما۔
[4] ٹیونیکا انٹی ما۔
[5] تھرامبوسس۔

(۱۹) غانغرانا شیخوخیه .

(ب) ضعف قلب عموماً موجود ہوتا ہے جس سے نبض کی قوت کمزور ہو جاتی ہے۔ اور سخت اور تنگ شریانوں میں خون کا پھیلنا بھی دشوار ہوتا ہے اور (ج) خود خون کی حالت برائٹز لالی یا برل شکری کے باعث اکثر خراب ہوتی ہے۔

(د) جب یہ تمام اسباب معدہ موجود ہوں تو تخثر (انجماد خون شریانی) یا تو شریان کی بڑی شاخوں میں۔ یا آخری شاخوں میں یا عروق شعریہ میں پیدا ہو کر غانغرانا کی ابتدا ہو جاتی ہے۔

گاہے شریان کے اندر تخثر انسداد کسی ایسی ضرب یا غیر معمولی ورزش سے بھی ہو سکتا ہے۔ مریض بے پرواہی سے کچھ خیال بھی نہیں کرتا۔ یا گاہے شرائین کی کمزور دیواروں پر لیفین کے طبقات کے بتدریج جمنے سے واقع ہوتا ہے۔

اگر چھوٹی شریانوں یا عروق شعریہ سے انسداد کی ابتدا ہو تو اکثر اس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ پہلے خفیف سی چوٹ لگتی ہے۔ مثلاً پاؤں کا انگوٹھا میز سے ٹکرا جاتا ہے یا انگلیوں کا گھٹنہ کٹ جاتا ہے۔ پھر اس چوٹ سے التہاب ہوتا ہے۔ جو بالآخر انسداد شرائین پر ختم ہوتا ہے۔

سردی کا لگنا بھی عروق کے اندر خون کے جمنے اور ان کے بند کرنے کا سبب محرک ہو سکتا ہے۔

بہر حال انجماد خون خواہ کسی وجہ سے ہو۔ یہ کچھ فاصلہ تک پھیل جاتا ہے اور غانغرانا کے پھیلنے کی بالائی حد سدہ کی وسعت پر منحصر ہوتی ہے۔

**علامات** (۱) علامات منذرہ اکثر اوقات غانغرانا مودار ہونے سے پہلے ہی

---

| | |
|---|---|
| ۱؎ برائٹز لالی۔ البیومے نوریا۔ | ۳؎ فائبرین۔ |
| ۲؎ برل شکری۔ گلائکوسیوریا۔ | ۴؎ کارن۔ |

نقص تغذیہ کے علامات نمودار ہوتے ہیں۔ مثلاً عضلات کی اینٹھن (تقلص[1]) اور ان میں درد کا محسوس ہونا۔ تکان کا جلد واقع ہونا سوئی کی سی چبھن کا محسوس ہونا۔ یا خدر (سنسنی) کا پایا جانا۔ شریان[2] عقبی کی حرکت اسقدر خفیف ہو جاتی ہے کہ بمشکل معلوم ہو سکتی ہے۔ پورے عضو میں جھریاں پڑ جاتی ہیں۔ اور وہ سرد اور بھاری معلوم ہونے لگتا ہے۔ اکثر جلد میں قشری[3] طور پر احتقان دموی ہو جاتا ہے۔ جس سے قروح اور نار فارسی (چھاجن) نمودار ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

(۴) بالآخر عضو کے محیطی حصہ کی کسی آفت کی وجہ سے جب غانغرانا نمودار ہو جاتا ہے تو اُس کے مقامی علامات یہ ہوتے ہیں کہ پہلے ایک دردناک سُرخ رقبہ ظاہر ہوتا ہے جس میں اکثر اوقات زخم بن جاتے ہیں۔ اس زخم کے مرکزی حصہ میں چند مردہ ٹکڑے (دتا کلات) دکھائی دیتے ہیں۔ جو سوکھ کر سیاہ ہو جاتے ہیں۔ بتدریج یہ کیفیت بڑھکر ہر طرف پھیلتی جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ساتھ کم و بیش التہاب بھی جاری رہتا ہے۔ اسی وجہ سے اکثر اسکو غانغرانا[4] شیخوخیہ التہابیہ (بڑھاپے کا التہابی غانغرانا) کے نام سے پکارتے ہیں۔

لیکن اگر غانغرانا کسی بڑی شریان کے انسداد سے نمودار ہو تو مقامی التہاب کی علامتیں نمودار ہوئے بغیر ماؤف حصہ بیجان ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں صرف پاؤں کی انگلیاں شکڑ کر مُردہ ہو جاتی ہیں۔ اسکو غانغرانا[5] شیخوخیہ غیر التہابیہ (بڑھاپے کا غیر التہابی غانغرانا) کہتے ہیں۔ یہ کیفیت عموماً پاؤں کے انگوٹھے کی اندرونی جانب سے شروع ہو کر پاس کی انگلیوں کو یکے بعد دیگرے بیجان کرتی ہوئی اندر اور اوپر کی طرف بڑھتی اور ٹخنہ اور پنڈلی تک جا پہونچتی ہے۔ اس عمل میں درد ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔

---

[1] کریمپ۔
[2] ٹبیل آرٹری۔
[3] پےسو۔
[4] انفلامیٹری سینائل گنگرین۔
[5] نان انفلامیٹری سینائل گنگرین۔

اور غانغرانا کی وسعت دو باتوں پر موقوف ہوتی ہے۔ اول تو مقامی اور عمومی قوتِ حیات پر۔ دوم آس پاس کی ساختوں میں عدوی (تلوث وعفونت)[1] کے ہونے یا نہ ہونے پر جوں جوں مرض بڑھتا جاتا ہے۔ مریض درد اور بیخوابی کی وجہ سے ناتواں وضعیف ہوتا جاتا ہے۔ حمی عفونتیؔ (عفونت کا بخار) قروحؔ قطاۃ (زخم بستر) یا قلب تشنج۔ یا گردہ مبتلا ہو کر مریض کا جلد خاتمہ کر دیتے ہیں +

**علاج** (۱) ابتداءً جب شریانی خون کافی نہ ہونے کی وجہ سے تغذیہ و حرارت میں کمی آ جائے۔ عضو ماؤف سرد۔ بھاری اور مضمحل ہو۔ تو قوت حیوانیہ کے انعاش کے لیے گرم حماماتِ بخاریہ۔ مالش وغیرہ کرائی جائے اور بدنی صحت کی اصلاح کی طرف توجہ کی جائے + مریض کو اُس خفیف ضرب یا آفت کے (مثلاً گھٹہ کو بے احتیاطی سے کاٹنے کے) خطرات سے متنبہ کر دینا چاہیئے۔ اور کہ گرم پانی کی بوتلوں کو بے قاعدہ استعمال کرنے اور گھٹے کے بیقاعدہ کاٹنے سے کیا خرابیاں لاحق ہو سکتی ہیں +

(۲) اگر مرض ترقی پا کر غانغرانا کے صحیح آثار نمایاں ہوں تو شریانی وریدی وصل (شریان و ورید کو ملانے) کا عمل کرنا ضروری ہوگا۔ اس عمل میں مسدود شرائین کے خون کی رفتار کو صحیح اوردہ کے اندر متوجہ کر دیا جاتا ہے۔ تاکہ عضو ماؤف کی قوت حیات قائم رہ سکے۔ عموماً اس عمل کا مقام مجرٰیؔ فخذی ہے۔ جس میں شریانؔ فخذی ورید فخذیؔ۔ اور عصبؔ صافن انسی رہتا ہے۔ اس عمل میں شریان فخذی اور ورید فخذی کو کھول کر عرضاً کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر کٹی ہوئی شریان کے نچلے حصے کو

| | |
|---|---|
| ۱؎ ہاٹ ایرباتھ | ۴؎ فیمورل آرٹری |
| ۲؎ آرٹیریو وینس اناسٹوموسس | ۵؎ فیمورل وین |
| ۳؎ سنٹرس کینال | ۶؎ انٹرنل سفےنس نرو |

اور کٹی ہوئی ورید کے اوپر کے حصہ کو گرہ لگا کر باندھ دیا جاتا ہے (تاکہ ان کے دہانوں سے جریان خون بند ہو جائے) اور پھر کٹی ہوئی شریان کے اوپر والے حصے اور کٹی ہوئی ورید کے زیریں حصہ کے درمیان نہایت احتیاط کے ساتھ تواصل قائم کر دیا جاتا ہے۔ یعنی ان دونوں کا منہ ملا دیا جاتا ہے۔

(۳) جب غانغرانا فی الحقیقت موجود ہو۔ تو علاج میں یہ امر بخوبی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر مردہ حصہ کے بتر (قطع) کے وقت زیادہ دور ہٹا کر صحیح حصہ سے نہ کاٹا گیا۔ بلکہ مردہ حصہ کے قریب ہی تندرست حصہ سے عضو کو کاٹ لیا گیا۔ تو قطع کرنے کے بعد باقی ماندہ کناروں (شرائح) میں فوراً غانغرانا کا دوبارہ نمودار ہونا یقینی امر ہے۔ کیونکہ یہ اوپر درج ہو چکا ہے کہ بعض اوقات محض خفیف آفت مثلاً گھٹہ کا کاٹنا مرض غانغرانا کا سبب بنجاتا ہے۔ تو یہ ظاہر ہے کہ عمل بتر جیسے عظیم آفت سے غانغرانا کیونکر شروع نہ ہوگا۔

لہٰذا ضروری ہے کہ عمل بتر (قطع عضو) مردہ حصہ سے زیادہ فاصلہ پر کیا جائے۔ جہاں شرائح (لٹکتے ہوئے سروں) کے تغذیہ کے لئے خون کی کافی مقدار موجود ہو۔ لیکن یہ مقام دھڑ سے اتنا قریب بھی نہ ہو کہ اس صدمہ سے جان کا خطرہ ہو۔

عمل بتر میں جہاں تک ممکن ہو دیر نہ کرنا چاہئے۔ خصوصاً جبکہ درد کی شدت ہو یا بلغمونی منتشر ہو۔

عمل قطع کے وقت مناسب مقام کا انتخاب کرنے کے لئے اس بڑی شریان کو پوری لمبائی میں دیکھنا چاہئے۔ جس مقام تک شریان بند ہو۔ وہاں تک عمل بتر نہیں کرنا

---

ملہ اناسٹوموسس۔
ملہ امپوٹیشن
ملہ فلیپس
ملہ اسپریڈنگ سیلیولائی ٹس۔

چاہئے۔ یہ بھی خیال رہے کہ عضلات میں بمقابلہ اس کی جلد کے سامان تغذیہ اچھا ہوتا ہے
الغرض جراح کو چاہئے کہ پہلے عضو کی موجودہ حالت کا ہر صورت سے اندازہ کرلے۔ اس کے بعد فیصلہ کرے۔ اگر عضو بہت لاغر۔ جھری دار اور مرجھایا ہوا سا ہو تو عمل بتر بہت بلند مقام پر کرنا چاہئے۔ دوران عمل میں ساختیں جس قدر کم مجروح ہوں اُسی قدر بہتر ہے۔ شرائح یعنی جلد کے سرے طول میں تقریباً برابر اور یکساں ہوں۔ کافی دبیز ہوں۔ اور عضلات کو چھپا سکیں۔

اگر غانغرانا صرف قدم تک محدود ہو۔ تو اس وقت مناسب یہ ہے کہ عمل بتر ران کی زیریں تہائی سے۔ یا گھٹنے کے جوڑ سے قدرے اوپر کیا جائے۔ لیکن گھٹنے کے جوڑ کے مقابل کاٹنا اچھا نہیں ہے۔ کیونکہ ایسا کرنے میں شرائح رسلتے ہوئے سرے) کمزور اور بڑے ملتے ہیں۔

اگر کسی وجہ سے عمل بتر نامناسب ہو تو عضو کو حتی الامکن پاک صاف (غیر عفونی) رکھنا چاہئے۔ علاوہ ازیں اسے لپیٹ کر گرم رکھنا اور اونچا رکھنا مناسب ہے۔

عام بدنی صحت کی اصلاح مناسب غذاؤں۔ مقویات اور محرکات سے کریں رفع درد کے لیے افیون کے مرکبات کا استعمال کریں۔

## (ج) غانغرانائے انسداد شریانی (غیر شیخوخی)[1]

یہ کثیر الوقوع نہیں ہے۔

**اسباب**۔ گاہے اس کا باعث التہاب بطانہ شریانی مسدد ہوتا ہے (التہاب بطانۂ شریانی مسدد سے مراد یہ ہے کہ شریان کی اندرونی دیوار میں ایسا التہاب واقع

| | |
|---|---|
| ۱ فلیبس۔ | ۲ اینڈو آرٹرائی ٹس۔ |
| ۱ گنگرین فرام آرٹیریل تھرامبوسس رنان سینائل) | آبلی ٹرینس۔ |

ہوتا ہے کہ اس سے خود شریان کا منفذ بند ہو جاتا ہے اگاہے حمی معویہ کے آخری درجہ میں ہوتا ہے۔ اور گاہے خون کے سمّ شدید کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ان سب حالات میں انسداد شریانی کی وجہ کچھ تو یہ ہوتی ہے کہ خون میں انجماد کی قوت بڑھ جاتی ہے اور کچھ وجہ یہ ہوتی ہے کہ سمیت کے دوران وسیلان کے اثر سے شریان کا اندرونی حصہ ملتہب (متورم) ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں شریان فخذی عموماً مسدود ہوتی ہے مگر کبھی یہ انسداد اوپر چڑھ کر اورطیٰ بطنی (شکم کی شریان اعظم) تک جا پہنچتا ہے۔ اور دونوں ٹانگوں میں غانغرانا پیدا کر دیتا ہے۔

**علامات**۔ عموماً یہ غانغرانا خشک ہوتا ہے۔ ہاں اگر اس میں شریان کے ساتھ ورید بھی ماؤف ہو جائے تو مرطوب غانغرانا بھی ہو سکتا ہے۔

**علاج**۔ بہتر یہ ہے کہ خط فاصل کے نمودار ہونے تک انتظار کیا جائے۔ اس کے بعد عمل بتر کے ذریعہ عضو کو خوب اونچے مقام سے قطع کر دیا جائے۔

---

اسی قسم کا ایک غانغرانا روس اور پولینڈ کے یہودیوں میں پایا جاتا ہے۔ جو تمباکو بہت پیتے ہیں۔ اس غانغرانا کو ایک خاص مرض کا نتیجہ خیال کیا جاتا ہے۔ جس کا نام ایک محقق نے التہاب عروقی انجمادی مسدّ رکھا ہے (یعنی اس میں خون کے انجماد اور عروق کے التہاب کے باعث رگیں بند ہو جاتی ہیں) اس میں اوّل تو ٹانگ کی شرائین میں وسیع انجماد خون واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد ٹانگ کی وریدوں کے خون میں بھی انجماد ہو جاتا ہے۔ اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ابتداءً تو حسّ اور

---

۱ ٹائی فائڈ فیور۔

۲ فیمورل آرٹری

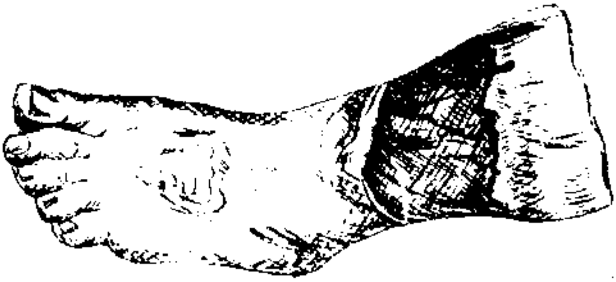
۳ ایبڈامنل [illegible]

۴ لائن آف ڈیمارکیشن۔

۵ لیو برجر

۶ تھرامبو انجائی ٹس آبلی ٹرینس۔

(۲۰) ذیابیطسی فلغمونی اور غانغرانا قدم اور ٹانگ میں



عضو کے تغذیہ میں نمایاں خلل واقع ہوتا ہے۔ اور آخر میں اکثر خشک غانغرانا پیدا ہو جاتا ہے ÷

اس کے علاج کے متعلق بعض کی رائے ہے کہ شریان فخذی اور ورید فخذی کے درمیان تواصل قایم کر دیا جائے۔ جس سے ابتدائی درجہ میں فائدہ ہونے کی اُمید ہے ÷

گاہے ہاتھ کی ایک یا زائد انگلیوں کی نوک کا محدود خشک غانغرانا اس وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے کہ ہنسلی کے نیچے کی رگوں پر گردن کی پسلی (ضلع عنقی) کا دباؤ پڑتا ہے

غانغرانا کی ایک عجیب قسم بعض ادقات حامض قطرانی کی پٹی کے مقامی استعمال سے پیدا ہو جاتی ہے۔ حتیٰ کہ بعض اوقات اس کے کمزور محلولات (مثلاً ایک حصہ حامض مذکور اور ۶۰ حصے پانی) بھی یہ فعل کر گذرتے ہیں۔ اس سے عموماً ہاتھ کی انگلیاں متاثر ہوتی ہیں۔ اس صورت میں غانغرانا اس وجہ سے نہیں پیدا ہوتا کہ پٹی زیادہ کسی ہوئی ہوتی ہے۔ یا یہ کہ اوپر ایسے غلاف کی پوشش ہوتی ہے۔ جس میں پانی نفوذ نہیں کرسکتا۔ بلکہ غالباً اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ حامض مذکور کے اثر سے شریان میں دیرپا تشنج واقع ہوتا ہے۔ جس سے عضو میں خون کی کمی عارض ہو جاتی ہے۔ اور یہی خون کی کمی غانغرانا کا۔ یا عضو کے مُردہ ہونے کا سبب بنجاتی ہے ÷

| | |
|---|---|
| ملا ضلع عنقی (سروائیکل رب) وہ زائد پسلی جو گردن کے حصے میں پیدا ہو جاتی ہے | ملا کاربولک ایسڈ۔ |

# (د) غانغرانا ذیابطیہ[1]

اس کی خاص صحبون کی وہ غیر معمولی حالت ہے جو ذیابیطس سے پیدا ہو کر بدن یا اعضاء کی قوت مدافعت کو ایسا کمزور کر دیتی ہے کہ وہ جراثیم کے حملوں کو نہیں روک سکتے۔

اس کے ساتھ ہی ایک حد تک شرائین کی اندرونی دیوار کا ورم مصلب[2] (سختی پیدا کرنے والا التہاب) اور اعصاب انتہائی[3] کا التہاب (التہاب[4] عصبی محیطی) بھی اس کا باعث ہیں۔

عموماً یہ قسم ذیابیطس حاد کے مریضوں میں یا ایسے مریضوں میں نہیں ہوتا ہے جن کی عمر چالیس برس سے کم ہو۔

اکثر یہ کسی قسم کی خفیف ضرب یا عفونی جراحت سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اکثر پاؤں کے انگوٹھے یا کسی دوسری انگلی کے نیچے کی طرف سے یا سرے سے ایک چھالے کی صورت میں اسکا آغاز ہوتا ہے۔ اس چھالے کے آس پاس ایک سیاہی مائل اور ارغوانی رنگ کا ہالہ یا حلقہ سا ہوتا ہے۔ جب چھالہ پھوٹ جاتا یا توڑ دیا جاتا ہے تو اس کے وسط میں ایک مرکزی مردہ حصہ ہوتا ہے۔ جس سے غانغرانا چاروں طرف پھیل جاتا ہے۔ اگر ماؤف حصہ کو غیر عفونی (یعنی پاک صاف) رکھا جائے۔ یا اگر پاؤں کی شرائین کی اندرونی دیوار میں قدرے التہاب موجود ہو۔ تو مردہ حصہ سکڑ کر خشک ہو جاتا ہے۔ خصوصاً جبکہ شکری غذاؤں سے پرہیز کیا جائے۔ لیکن اگر اس قسم کی مقامی اور عمومی احتیاط نہیں برتی گئی تو نرم حصوں میں وسیع پیمانہ پر پھیلا ہوا تقیح[5]

---

[1] ڈایابیٹک گنگرین۔
[2] اسکلے روسنگ انفلامیشن۔
[3] پریفرل نیورائٹس۔
[5] سپوریشن۔

(ریم بننا) نمودار ہوگا۔ اور محدود غانغرانا بھی تسمم[1] دم اور فوراً پیدا کر کے مریض کی ہلاکت کا باعث ہو جائے گا +

اکثر یوں بھی دیکھا گیا ہے کہ جلد پر تو مرض کا اثر چنداں نمایاں نہیں ہوتا۔ مگر زیر جلد ساخت میں غانغرانا کے متعدد مراکز پیدا ہو کر پھیلتے چلے جاتے ہیں +

علاج۔ جب زیادہ شدید غانغرانا نہ ہو۔ بلکہ (پاؤں کی) صرف ایک یا چند انگلیاں ماؤف ہوں۔ تو عضو کو غیر عفونی (پاک) اور گرم رکھنا کافی علاج ہے تاکہ وہ خود بخود طبعی قوت سے قطع ہو کر خارج ہو جائے۔ یا جراح آخری حالت میں انگلیوں کے جوڑ کی ہڈیوں کو نشتر سے علٰحدہ کر دے +

بول سکری کے لئے مناسب علاج (مثلاً انیوں کے جوہر خاص کوڈمین کا استعمال) اور مناسب غذا کی ضرورت ہے +

جب غانغرانا زیادہ شدید اور پھیلا ہوا ہو تو علاج کی نوعیت کا انحصار بیشتر عروق کے مرض کی وسعت۔ اور التہاب کے موجودہ درجہ پر ہوتا ہے + اگر عروق خاطر خواہ صحیح ہوں تو غانغرانا کی حد سے زیادہ اوپر عضو کو کاٹنے کی ضرورت نہیں ہے۔ بلکہ حد کے قرب ہی سے عمل بتر[2] کیا جا سکتا ہے + اگر بڑی شریان تندرست نہیں ہے تو عمل بتر حد غانغرانا سے بہت اوپر کرنا چاہئے۔ بشرطیکہ مریض کے بدن کی عمومی حالت اس کی متحمل ہو۔ اگرچہ ایسی حالت میں ذیابیطسی[3] سبات کے پیدا ہونے کا اندیشہ رہتا ہے + جب تقرح دور تک پھیلا ہوا ہو تو بعض اوقات مصلحت یہ ہوتی ہے کہ ماؤف حصہ کو (نشتر سے) کچھ عرصہ تک کے لئے کھول دیا جائے۔ تاکہ التہابی ترشحات دم اور وغیرہ خارج ہو جائیں۔ اس کے بعد قطع عضو کے متعلق فیصلہ کرنے میں

---

[1] ٹاکسی میا۔
[2] کرنا
[3] سبات ذیابیطسی۔ ڈایا بیٹک کوما۔

آسانی ہوتی ہے۔ داروئے بیہوشی (دوائے مخدر)[1] کے انتخاب کرنے میں بھی احتیاط کی ضرورت ہے۔ جب زیریں اطراف (پاؤں) پر عمل کرنا ہو تو تخدیر[2] نخاعی کے بعد عمل بہتر کیا جاسکتا ہے۔

(۱) تخدیر نخاعی:۔ جب نلِ خضر[3] جیسے مضعفات قلب کا استعمال مریض کے ضعف قلب وغش کی وجہ سے جائز نہیں ہوتا۔ تو اس وقت اکثر اسٹووین نامی مخدر دوا کو نخاع کے اندر پچکاری کے ذریعہ پہونچا دیتے ہیں۔ اس سے مراکز اعصاب متاثر ہوتے ہیں۔ اور مرکز سے نیچے کے تمام اعصاب بے حس ہو جاتے ہیں۔ اور جراحی کا عمل ہو سکتا ہے۔ اس طریقے سے خصوصاً شکم کے نیچے کے دھڑ کے اور ٹانگوں وغیرہ کے جراحی اعمال کیے جاتے ہیں۔

(۲) دھڑ کے بالائی حصے کے لیے تخدیر نخاعی ایک خطرناک عمل ہے کیونکہ اس سے نخاع کے بالائی مراکز تنفس وغیرہ کے بے حس ہونے اور موت واقع ہونے کا خطرہ ہے۔ مترجم

## غانغرانا[4] ذاتیہ متناسبہ

یہ مرض عموماً اُن جوان مستورات میں (۲۰ سے ۳۰ سال کی عمر میں) پایا جاتا ہے جو فطرتاً کمی خون یا ضعف اعصاب رکھتی ہوں۔ یہ حقیقت میں محرک عروق[5] کے تشنج کا نتیجہ ہوتا ہے جو حرام مغز کی کسی نامعلوم گہری آفت سے یا بعض اوقات

[1] مخدر۔ انس تھے ٹک
[2] تخدیر نخاعی۔ اسپائنل انانگیشیا۔
[3] نلِ خضر کلوروفارم۔
[4] غانغرانا ذاتیہ متناسبہ۔ (رینا ڈس ڈزیز ریا) اسپائن لے ٹی اس تی ژیکل گنگرین۔
[5] محرک عروق۔ وایسو موٹر۔

محیطی اعصاب کے التہاب سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے تین درجات قایم کیے گئے ہیں +

(۱) مقامی ضعف[۲] یا کمی خون جو شریانی تشنج کے باعث پیدا ہو جائے۔ اس کی علامت یہ ہے کہ ماؤف حصہ زرد اور پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور اُس میں درد محسوس ہونے لگتا ہے۔

(۲) مقامی اختناق[۳] یا کثرتِ خون جس سے ماؤف ساختیں وریدی خون کی بازگشت کے باعث اودے رنگ کی ہو جاتی ہیں +

(۳) ماؤف حصہ کا مردہ ہو جانا۔ جس سے وہ خشک اور سیاہ ہو جاتا ہے۔
اس مرض کا آغاز عموماً یکایک ہو جاتا ہے۔ اور مرض کی مدت چند دنوں سے لیکر چند ماہ تک ہوتی ہے۔ اکثر ماؤف حصہ بالکل مُردہ ہو جاتا ہے (مگر ایسا مہینوں میں جاکر ہوتا ہے) لیکن ہر مریض میں عضو مردہ نہیں ہوتا۔ یہ مرض عموماً جسم کے دونوں طرف برابر ہوتا ہے (یہی وجہ ہے کہ اسکو متناسبہ[۴] کہا جاتا ہے) اور اکثر پاؤں کی انگلیوں میں عارض ہوتا ہے۔ گاہے سطحی دھبوں کی شکل میں جسم کے دوسرے حصوں میں نمودار ہو جاتا ہے۔ بخار اس میں نہیں ہوتا۔ مگر اکثر درد اس میں بہت شدید ہوتا ہے۔ بعض اوقات مریض کے پیشاب میں خون کے دانے نوبت کے طور پر پائے جاتے ہیں (بولِ[۵] احمر دموی) جس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ گردہ کے عروق میں تشنج کے دورے ہوتے ہیں۔ گاہے انتہائی اعصاب کے التہاب کے باعث انگلیوں کے پورے کے چھوٹے چھوٹے جوڑ جھٹ جاتے ہیں (التصاق[۶] مفاصل) مقامی دھبے پائے جاتے ہیں۔ جن میں بے حسی ہوتی ہے (بُقعِ[۷] خُدرت) جس کے ساتھ

[۱] التہاب اعصاب محیطی۔ پیریفرل نیورائی ٹس
[۲] ضعف۔ سنکوپ۔
[۳] اختناق۔ اسفکسیا۔
[۴] متناسبہ۔ سمٹریکل۔
[۵] بولِ احمر دموی۔ ہیمو گلوبی نیوریا۔
[۶] التصاق مفاصل۔ انکائی لوسس۔
[۷] بُقع خُدرت۔ پیچز آف انس تھیسیا۔

عصبیؔ درد شریک ہوتا ہے۔ یہ حالت پالامرنے (تقیقعؔ) سے مشابہ ہوتی ہے لیکن چند علامات سے امتیاز ممکن ہے۔ مثلاً اس مرض میں بہ نسبت پالے کے عضو کی رنگت زیادہ سیاہی مائل ہوتی ہے۔ درد زیادہ ہوتا ہے۔ خارش نہیں ہوتی۔ اور آفت اعضاء کے انتہائی اور گھٹے ہوئے حصوں تک محدود نہیں ہوتی +

علاج۔ ابتدائی درجات میں غانغرانا کے روکنے کی کوشش کرنی چاہیے۔ مرکبات فولاد۔ کونین۔ اور دیگر مناسب مقویات کا استعمال کرنا چاہیے۔ ماہواری ایام کی بےقاعدگی کی اصلاح کرنی چاہیے۔ محرک ادویہ کی مالش۔ گرم پانی کا سکوبؔ مناسب ہے سردی اور ضرب و جراحت سے حفاظت رکھنی چاہیے۔ بجلی لگانے سے بہترین فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ گاہے بجلی کی مسلسل رو (تیار مستمرؔ) پہونچائی جاتی ہے۔ اور گاہے برقیؔ حمام (حمام کہربائی) کی صورت میں مقامی طور پر یا سارے جسم میں استعمال کی جاتی ہے اور روزانہ ایک بار یا چند بار کیا جاتا ہے۔ اور جب اصلی غانغرانا ظاہر ہو جائے۔ تو مردہ حصہ کو ... وبائی (چھوت) سے محفوظ رکھنا ضروری ہے۔ مردہ حصہ یا تو خود بخود جذب وتحلیل ہو جائے گا۔ یا خود قطع ہو کر جدا ہو جائے گا +

## (۹) غانغرانا شیلیہؔ

یہ نہایت نادر و کمیاب ہے۔ لیکن جب خراب شیلم روٹی میں مخلوط ہو جاتی ہے تو یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم کے غانغرانا کی حالت مختلف ہے۔ گاہے اس سے محض ایک دو انگلی ضائع ہو جاتی ہے۔ اور گاہے پورا ہاتھ یا پاؤں ضائع ہو جاتا ہے۔

ؔ۱ عصبی درد۔ نیورلجک پین۔
ؔ۲ تقیقع۔ چل بلین۔
ؔ۳ سکوب۔ ڈوش۔
ؔ۴ تیار مستمر۔ کانسٹنٹ کرنٹ۔
ؔ۵ برقی حمام۔ الکٹرک باتھ۔
ؔ۶ غانغرانا شیلیہ۔ گنگرین فرام ارگٹ۔

یا اس سے بھی زیادہ ترقی کر جاتا ہے ۔

# غانغرانا عارضیہ یا جرحیہ[1]

(ضرب یا چوٹ کا غانغرانا)

**تعریف۔** اس سے مراد وہ غانغرانا یا فقدان زندگی و حیات ہے جو کسی ایسی ضرب و زخم کے اثر سے عارض ہوا ہو جو خون کی بڑی رگوں کو ماؤف کر دے (غانغرانا غیر واصلہ)[2] یا وہ ضرب براہ راست عضو ماؤف کی ساخت کو ماؤف کر دے (غانغرانا واصلہ)[3] ۔

## (الف) غانغرانا جرحیہ غیر واصلہ[4]

یہ مختلف اقسام کے صدمہ و آفت کے باعث لاحق ہوتا ہے۔ اسی طرح اس کے اقسام و علامات بھی مختلف ہیں ۔

(۱) **بڑی شریان کا باندھنا تندرست عضو میں غانغرانا نہیں پیدا کرتا۔** لیکن اگر اس عضو میں دیرینہ فساد تغذیہ[5] ہے۔ یا کسی شریانی مرض کے باعث کمی خون ہے۔ تو اس سے کچھ حصہ مردہ ہو سکتا ہے۔ اس حالت میں علامات و عوارض وہی ہونگے جو غانغرانا سدیہ میں نمودار ہوتے ہیں ۔ اس قسم کا غانغرانا اکثر خشک قسم کا ہوتا ہے۔ اور پاؤں کی ایک دو انگلی تک محدود رہتا ہے۔ یا ماؤف عضو کے ایک محدود سطحی ٹکڑے پر عارض ہوتا ہے۔ لیکن اگر وہ عضو کے نرم حصوں رکمی حصوں تک جا پہونچے۔ تو اکثر مرطوب قسم کا ہو جاتا ہے ۔

---

[1] غانغرانا جرحیہ۔ ٹراؤمے ٹک گنگرین۔

[2] غانغرانا غیر واصلہ۔ ان ڈائرکٹ گنگرین۔

[3] غانغرانا واصلہ۔ ڈائرکٹ گنگرین۔

[4] غانغرانا جرحیہ غیر واصلہ۔ ان ڈائرکٹ ٹراؤمے ٹک گنگرین۔

[5] فساد تغذیہ۔ مال نیوٹری شن۔

**علاج**۔ جن حالات میں یہ ڈر ہو کہ دور کے اعضاء کی قوتِ تغذیہ اور قوتِ حیات معرضِ خطر میں ہے۔ تو قبل اس کے کہ رگیں پورے طور پر بند ہو جائیں دورانِ خون میں بتدریج کمی پیدا کرنے کی ایک سعی کرنی چاہیئے۔ تاکہ دوسرے راستوں سے دورانِ خون جاری ہو سکے۔ اور اس کے لئے وقت دینا چاہیئے کہ دورانِ اضافی واقع ہو۔ اس کی صورت یہ ہے کہ شریان کو کاٹ دیا جائے۔ مگر اس سے پہلے دورانِ خون کو جاری رکھنے کے لئے یہ کیا جائے کہ اسکو چاندی کی باریک نلی سے (جس کی اندرونی سطح پر پاراپفین کا پورے طور پر استر ہو) باندھ دیا جائے۔ اور پانچ چھ روز کے بعد اس نلی کو علیحدہ کرکے شریان کو باندھ دیا جائے۔

اگر اصلی غانغرانا ظاہر ہو گیا ہو تو ماؤف حصہ کو گرم اور پاک صاف (غیر ملوث) رکھنا چاہیئے۔ جب حدِ فاصل قائم ہو جائے۔ تو طبعی عمل انقطاع کو مدد دینے کے لئے عضلات کی نسوں اور ہڈیوں کو جدا کرنے میں دستکاری سے امداد دی جائے۔ لیکن اگر بہت بڑا رقبہ مردہ ہو گیا ہو۔ یا اگر مردہ حصہ مرطوب و متعفن ہو گیا ہو تو بہت اونچی سطح پر بہت جلد عمل بتر کیا جائے۔ یعنی عضو کو کاٹ کر علیحدہ کر لیا جائے۔

(۲) **جراحت یا عارض سے تخثّر شریانی**۔ یعنی خون کا شرائین کے اندر منجمد ہو جانا۔ یہ صرف مخصوص حالات میں غانغرانا پیدا کر دیتا ہے۔

اس کے علامات و علاج غانغرانا سدی سے مشابہ ہیں۔

(۳) **بڑی شریان اور ورید میں انسداد کا واقع ہونا**۔ اگر یہ یکایک ہو جائے تو غانغرانا کا حدوث لازمی ہوتا ہے۔ مگر بعض ایسی یقینی مثالیں بھی موجود ہیں جن میں بغل کے سرطان یا انورسما کے خارج کرتے وقت بڑی شریان اور ورید کو باندھ دیا گیا ہے

| | |
|---|---|
| حدِ فاصل۔ لائن آف سیپریشن۔ | انسداد۔ آبسٹرکشن۔ |
| تخثر شریانی۔ آرٹیریل تھرامبوسس | سرطان کینسر۔ |
| | انورسما۔ انورزم۔ |

دورانِ اضافی۔ کولیٹرل سرکولیشن۔

یا ان کے ٹکڑے کاٹ کر نکال لیے گئے ہیں۔ مگر غانغرانا نہیں پیدا ہوا۔ اگر خیال یہ ہے کہ ان ہر دو حالات میں دستکاری سے پہلے دوران خون میں رکاوٹ ضرور موجود ہوگی اور اس کی وجہ سے قدرتی دوران[1] اضافی دوسری متصلہ شاخوں کے ذریعہ ضرور قایم ہوگیا ہوگا۔ جیسا کہ عام قدرتی قاعدہ ہے کہ جب کوئی بڑی شریان بند ہو جاتی ہے۔ تو دوسری جانبی شاخیں کشادہ ہو جاتی ہیں۔ اور اس عضو میں دوران خون قائم ہو جاتا ہے۔

لیکن تندرست اطراف کی شریان و وریدکا یک لخت بند ہو جانا (جیسا کہ بندش سے ہوسکتا ہے) ساخت میں یقیناً غانغرانا پیدا کر دیتا ہے۔ اسی طرح گاہے اعضاء میں غانغرانا اس طرح بھی ہو جاتا ہے کہ وہ بدن کے اندر کسی وجہ سے گھٹ جاتا یا بھچ جاتا ہو (اختناق[2] اعضاء) جیسا کہ فتق[3] اختناقی میں ہوتا ہے۔ یا بدن کے باہر کوئی عضو دبکر بھچ جاتا ہے۔ جیسا کہ اگر عضو مخصوص کی جڑ میں کسکر بند لگا دیا جائے۔ یا کسی ٹوٹے ہوئے عضو کو زیادہ زور سے باندھ دیا جائے۔ بلکہ گاہے اس طرح بھی غانغرانا ہو جاتا ہے کہ عضو کو پٹی سے معمولی طور پر باندھ دیا گیا۔ اور اس کے بعد وہ پھول کر تنگ ہوگیا (حالانکہ پہلے سے پٹی زیادہ کسی ہوئی نہ تھی)۔

علی ہذا غانغرانا اس طرح بھی ہوسکتا ہے کہ کوئی بڑی شریان پھٹ جائے۔ اور اس کا خون خارج ہو کر ساتھ کی ورید (وریدہ مرافق) پر دباؤ ڈالے۔ جیسا کہ اکثر کسر[4] و خلع[5] کے وقت ہوا کرتا ہے۔ یہ غانغرانا ہمیشہ مرطوب قسم کا ہوتا ہے۔

**علاج۔** ان حالات کا علاج نہایت مختلف ہے۔

[1] دوران اضافی۔ کولیٹرل سرکولیشن۔
[2] اختناق۔ اسٹرینگولے شن۔
[3] فتق اختناقی۔ اسٹرینگولیٹڈ ہرنیا۔
[4] کسر۔ فریکچر۔
[5] خلع۔ ڈسلوکیشن۔

اگر عضو نہایت مجروح اور ناقابل اصلاح ہے۔ تو فوراً عمل بتر کے ذریعہ اُسے قطع کر دینا چاہئے۔ تاکہ عدویٰ وعفونت کا خطرہ نہ رہے ۔

جب کسر وخلع کے وقت عروق دمویہ کو نقصان وآفت پہونچتی ہے تو بعض اوقات عضو کو بچانے کے لئے یہ دستور العمل اختیار کیا جاتا ہے کہ نشتر سے (عروق بچاکر) مقام ماؤف کو کاٹ کر اور اُس کے اندر سے منجمد خون کے لوتھڑوں (جلطہ[1]) کو دھوکر خارج کر دیا جاتا ہے۔ اور مجروح عروق کو پکڑ کر (بند یا گرہ لگاکر) ان کے جریان خون کو بند کر دیا جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی ٹوٹی ہوئی ہڈی یا اوکھڑے ہوئے جوڑ کا مُناسب علاج کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ مناسب ہے کہ عضو مذکور کو کسی قدر بلند رکھا جائے۔ اور ٹوٹی ہوئی ہڈی کے آخری حصہ کو گرم اور پاک صاف رکھا جائے۔ باایںہمہ اگر غانغرانا نمودار ہو جائے۔ تو عضو کو علیحدہ کرنے کے لئے عمل بتر ضروری ہوگا۔ عمل بتر کے لئے مناسب مقام کا انتخاب مقامی فساد وجراحت کی نوعیت پر منحصر ہے۔ یعنی اگر مقامی جراحت زیادہ خطرناک نہیں ہے۔ مثلاً اگر ہڈی صفائی کے ساتھ ٹوٹی ہے۔ یا سادہ طور پر جوڑ اُکھڑ گیا ہے۔ تو حد فاصل کے نمودار ہونے کا انتظار کریں۔ لیکن اگر ہڈی ٹوٹ کر ریزہ ریزہ ہوگئی ہے (کسر تشقیقی) یا اور کسی قسم کی مقامی خطرناک حالت ہے۔ تو مقام ضرب سے اوپر بتر کرنا چاہئے ۔

## (ب) غانغرانا جرحیہ واصلہ[2]

**تعریف**:- اس سے مراد وہ غانغرانا ہے جو ضرب زخم کے فوری اثر سے کسی عضو میں ہو جائے۔ اس کا دارومدار آفت کی نوعیت پر منحصر ہے۔ اس لیے اس کی مختلف قسمیں ہیں ۔

---

[1] جلطہ۔ کلاٹ

[2] غانغرانا جرحیہ اصلہ۔ ڈائرکٹ ٹراؤمے ٹک گنگرین

(۱) شدید رض (کچلنا) اور شدید ضرب صدمہ:- یہ نہایت عام سبب ہے
مثلاً کوئی عضو کل کے پہیوں میں الجھ جائے۔ یا کوئی وزنی چیز اُس پر گر جائے۔
یا کوئی گاڑی چھکڑا اُس کے اوپر سے گذر جائے۔ اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سے
نہ صرف عضو کے اجزاء دب جاتے۔ کچل جاتے۔ اور چور چور ہو جاتے ہیں۔ بلکہ اس کے
ساتھ خون کی عروق بھی پھٹ کر مجروح ہو جاتی ہیں۔ اور خارج شدہ خون غانغرانا کی پیدائش
میں معاون ہوتا ہے۔ یہ غانغرانا مرطوب قسم کا ہوتا ہے۔ اور زیادہ تر ضعیف القویٰ
اشخاص میں لاحق ہوتا ہے۔ مثلاً پاؤں کا کچل جانا ایک معمر شخص میں غالباً غانغرانا
پیدا کر دے گا۔ مگر ایک تندرست وجوان شخص میں اس کا رُکنا ممکنات سے ہے
علاج۔ اگر عضو ناقابل اصلاح طور پر مجروح ہو گیا ہو۔ تو عضو کے کاٹنے
میں (عمل بتر میں) دیر کرنا مناسب نہیں۔ ورنہ عدویٰ و عفونت کا خطرہ ہے لیکن
اگر عضو کے بچنے کا احتمال غالب ہو تو مجروح حصہ کو بہ احتیاط تمام دافع عفونت ادویہ
سے خوب پاک صاف کیا جائے۔ اس پر بھی اگر غانغرانا پیدا ہو جائے۔ تو اب عضو
کو کاٹ کر الگ کر لیا جائے۔ اور کسی چیز کا انتظار نہ کیا جائے۔

(۲) ضغط مستمر (دیرپا دباؤ) بھی غانغرانا پیدا کر سکتا ہے۔ چنانچہ ٹوٹی ہوئی
ہڈی کو جوڑنے کی غرض سے جو تختی (جبیرہ) عضو مضروب پر باندھی جاتی ہے۔ تو اکثر
اُس کے دباؤ سے غانغرانا پیدا ہو جاتا ہے۔ خواہ اس دباؤ کی ضرورت ہو۔ یا غلطی
اور بے احتیاطی سے غیر معمولی دباؤ پہونچایا گیا ہو۔ جب ہڈی کے ٹکڑے ٹوٹ کر
اپنی طبعی وضع سے دور چلے جاتے ہیں۔ تو انکو اپنی وضع پر لانے اور اصلی جگہ پر قائم
رکھنے کے لئے سخت دباؤ دیکر باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ جس کے بعد ہر ممکن احتیاط
کے باوجود بھی غانغرانا پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں مریض چند روز تک عصبی
درد کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ مگر یہ درد بھی کچھ ایسا شدید نہیں ہوتا کہ اس پر خاص توجہ

کی ضرورت پیش آئے۔ مگر کچھ عرصہ کے بعد جب تختی کھولکر عضو کو دیکھا جاتا ہے تو جلد کا مُردہ حصہ سفید، زرد پھیکے رنگ کا، اور بے حس معلوم ہوتا ہے۔ اس مردہ حصہ کو پاک صاف اور غیر عفونی رکھنے کے لئے نہایت سخت احتیاط برتنی لازم ہے تاکہ مقامی تکلیف اور عام نظام جسم کی خرابی مثلاً بخار وغیرہ نہ بڑھنے پائے ۔

قروح الفراش[1] یعنی زخم بستر جسکو تقرّح قطنی اور نافبہ بھی کہا جاتا ہے۔ ان کی پیدائش کا احتمال اُس وقت ہوتا ہے جبکہ مریض عرصہ دراز تک بستر پر پڑا رہتا ہے یا کسی ایک کروٹ یا ایک وضع پر لیٹا رہتا ہے۔ بدن اور پشت کے جن حصوں پر دباؤ زیادہ پڑتا ہے وہ بوجہ استلاد دموی (اجتماع خون) کے سُرخ ہو جاتے ہیں۔ اور اس کے بعد زخم یا حقیقی غانغرانا ہو جاتا ہے ۔ قروح الفراش عموماً زیادہ گہرے۔ بڑے اور پھیلے ہوئے نہیں ہوتے۔ لیکن اگر مریض بہت ضعیف ہے۔ یا وہ مفلوج یا مریض استرخا ہے تو قروح زیادہ حصے میں بسرعت پھیلکر جلد کے نیچے کے لفائف[2] (لفائف ظاہرہ) کو ضائع کر دیتے۔ اور عضلات[3] کے غلاف کو کھول دیتے بلکہ ہڈی تک کو مُردہ کر دیتے ہیں ۔ چنانچہ اس کی شدتِ فساد کا اس سے اندازہ ہو سکتا ہے کہ گاہے اس سے غانغرانا پیدا ہو کر مجری نخاعی[4] تک کھُل جاتا اور غشیۂ دماغ کے التہاب عفونی سے مریض جاں بحق تسلیم ہو جاتا ہے ۔ ایسے قروح سے بچنے کے لئے تیماردار کی ہوشیاری کی ضرورت ہے۔ تاکہ وہ خیال رکھے کہ مریض کا بستر نرم ہو۔ چادر میں سلوٹیں اور چینٹیں نہ رہیں۔ بستر اور کپڑوں میں مریض کے بول و براز کی گندگی نہ لگنے پائے اگر پسینہ بکثرت آیا ہو تو چادر بدل دی جائے۔ پشت اور کولھے کی جلد کو کسی غیر مہیج[5] صابون سے روزانہ دھویا جائے۔ اور پھر اُس پر کوئی مسکن مقوی اور مُصلّب (سختی پیدا کرنے والی) دوا

---

[1] قروح الفراش۔ بڈسورز۔
[2] لفائف۔ فیشیا۔
[3] غلاف عضلات۔ مسکولر شیتھ۔
[4] مجری نخاعی۔ اسپائنل کینال۔
[5] غیر مہیج۔ نان اِررِٹیٹنٹ۔

رشلاً روح[1] شراب یا کنیاک[2] اور سفیدی بیضہ کا مرکب) لگائی جائے + پھر اُس پر مندرجہ ذیل ادویہ کا سفوف (ذرور) چھڑک دیا جائے۔ تاکہ وہ سخت اور خشک ہو جائے +

نسخہ ذرور جست[3] حمض آمیز۔ حامض[4] بورق۔ نشاستہ[5] سب کو ہموزن لیکر اور خوب باریک پیس کر باہم ملائیں۔ اور بطور ذرور کے استعمال میں لائیں +

اگر جلد سُرخ ہو جائے تو اُس پر صمغ[6] کات ہندی۔ اور سائل[7] رصاص خل آگین ادنی کو ہموزن ملا کر اُس کی پھریری لگائی جائے (جس کے اثر سے جلد پر ایک شفاف اور نازک جھلی سی بن جاتی ہے۔ اور زخم کو محفوظ رکھتی ہے) اور پھر ایک گول تکیہ جس کے اندر پانی بھرا ہوا ہو۔ اور بیچ میں سوراخ ہو۔ لگا کر اُسے دباؤ سے محفوظ کر دیا جائے ضعیف عمر بیماروں میں۔ یا جنکو فارغ ہو گیا ہو پانی سے بھرے ہوئے بستر (ہاد[8] مائی) پر رکھا جائے۔ جو کافی پھولا ہوا ہو۔ لیکن بہت زیادہ بھرا ہوا اور پھولا ہوا نہ ہو + اگر اس قسم کے بستر میں پانی بہت کم ہو گا۔ تو جسم کا وزن پانی کو ہٹا دے گا۔ اور اسکا کچھ فائدہ حاصل نہ ہو گا۔ اور اگر پانی ضرورت سے زیادہ ہو گا۔ تو بستر بہت سخت اور غیر مفید ہو جائے گا +

اگر ایک کھلا ہوا زخم پیدا ہو جائے تو اُس کے ابتدائی اور شدید درجہ میں گرم پانی کی سینک مفید ہو گی۔ اور آخری درجوں میں زخم پر مرہم حامض[9] بورقی مخفف

---

[1] روح شراب۔ اسپرٹ آف وائن

[2] کنیاک برانڈی۔

[3] آکسائڈ آف زنک

[4] بورک ایسڈ

[5] اسٹارچ

[6] صمغ کات ہندی۔ ٹنکچر آف کیٹے چو۔

[7] سائل رصاص خل آگیں ادنی۔ لائکر پلمبائی سب ایسی ٹیٹس۔

[8] ہاد مائی۔ واٹر بڈ۔

[9] مرہم حامض بورقی مخفف۔ ڈائی لیوٹڈ بورک ایسڈ آئنٹمنٹ

لگایا جائے ۔ یا اگر زخم بہت سست رفتار سے مندمل ہو رہا ہو تو اس پر مرہم حامض بورقی اور مرہم سانتیج دم ہم راں (ہموزن ملا کر لگائیں۔ ایسی حالت میں گاسہے صمغ جاوی مرکب ایک حصہ، روغن بید انجیر سات حصہ ملا کر لگانے سے بہت فائدہ ہوتا ہے ۔

(۳) مواد کیمیاویہ جو کاوی (جلانے والے) یا اکال (کھانے والے) ہوں، مقامی جراحت پیدا کر کے غانغرانا کا باعث ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ درجۂ غانغرانا مقدار دوا اور اس کی مدت تاثیر پر منحصر ہوگا ۔

علاج۔ ماؤف حصہ باحتیاط پاک صاف رکھا جائے۔ اور مردہ حصہ کو قدرتی طور پر جذب یا جدا ہونے کا موقعہ دیا جائے ۔

## (۳) غانغرانا نوعیہ یا عفونیہ

غانغرانا حادہ ساعیہ (یا) غانغرانا ریحیہ حادہ (یا) غانغرانا جرجیہ ساعیہ ۔

یہ مرض جراحیات میں شاید ترین اور نہایت جلد ہلاک کرنے والا ہے ۔

اسباب (۱) یہ مرض عموماً ایسے اشخاص میں واقع ہوتا ہے جو پہلے ہی سے بوجہ کثرت شراب خواری، معاشرت بد، بری زندگی یا فساد تغذیہ کے ضعیف و

ملہ صمغ جاوی مرکب۔ فرائی ارس بالسم

مٹ کاوی۔ کاسٹک۔

مٹہ اکال۔ کار دسو۔

مٹہ غانغرانا نوعیہ یا عفونیہ۔
اپسے ٹک (یا) انفکٹو گنگرین۔

ملہ غانغرانا حادہ ساعیہ۔ اکیوٹ اسپریڈنگ گنگرین۔

مٹہ غانغرانا ریحیہ حادہ۔ اکیوٹ امفی سی میٹس گنگرین۔

مٹہ غانغرانا جرجیہ ساعیہ اسپریڈنگ ٹراؤمے ٹک گنگرین۔

مستعد ہوتے ہیں۔ لیکن بالکل صحیح اشخاص میں بھی یہ ہو سکتا ہے۔ بشرطیکہ جراثیمی سمیت شدید اور تیز ہو۔ کبھی کبھی ذیابیطس کے مریضوں میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ اسی طرح خود اس مرض کے دوران میں اکثر بولِ سُکّری[1] (شکر کا پیشاب) عارض ہو جاتا ہے۔

(۲) عام طور پر وہ آفت جو اسکا سبب ہوتی ہے۔ نہایت سخت اور شدید درجہ کی ہوتی ہے۔ (مثلاً کسر مرکب[2] یا خلع مرکب[3]) خصوصاً جبکہ نرم اجزا شدت کے ساتھ کچل گئے ہوں۔ یا نہایت گندہ (ملوث) ہو گئے ہوں۔ اگر اس قسم کے کچلے ہوئے اور گندہ اجزاء کی صفائی و تطہیر نامکمل رہ جائے۔ یا ٹانکے برابر لگا کر انکو بالکل بند کرنے کی کوشش کی جائے۔ جس سے اخراج مواد کا راستہ نہ رہے۔ یا مجروح حصہ کو خواہ مخواہ جوڑ کر اس کے بچانے کی سعی لاحاصل کی جائے۔ تو یہ سب امور غانغرانا کے فوری سبب ہو جاتے ہیں۔ مگر شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ خفیف زخم (مثلاً رگڑ۔ خراش۔ کسی چیز کا چبھ جانا) نہایت زہریلے اور شدید جراثیم سے آلودہ ہو کر اس مرض کو پیدا کر دیتا ہے۔ چنانچہ عموماً یہ صورت لاشوں کے اٹھانے والوں۔ تیمارداروں اور علم الامراض کے معلمین (جو عملی طور پر امراض کی تعلیم دیتے ہیں) میں واقع ہوتی ہے۔

(۳) اس مرض میں جو جراثیم عموماً پائے جاتے ہیں وہ عصا اوذیما و یہ خبیثہ[4] ہیں۔ جو پاسٹور[5] کے حلزونیات عفنہ[6] سے مشابہ ہوتے ہیں۔ یہ جراثیم شکل عصا (ڈنڈا نما) جمرہ خبیثہ کے عصا سے مشابہ اور ابتدا عمر میں جرام منفی ہوتے ہیں (یعنی طریقہ جرام سے ملون نہیں ہوتے ہیں) لیکن لمبے لمبے ڈوروں کی شکل میں بڑھنے کے لیے بہت زیادہ

---

[1] بول سکری۔ گلائی کوسوریا۔

[2] کسر مرکب۔ کمپونڈ فریکچر

[3] خلع مرکب۔ کمپونڈ ڈسلوکیشن۔

[4] عصا اوذیما و یہ خبیثہ۔ بیسی لس اوڈیمیٹس میلگنائی۔

[5] پاسٹور۔ پاسچور۔

[6] حلزونیات عفنہ۔ وبرین سپٹیک۔

میلان رکھتے ہیں۔ تیزی سے حرکت کرتے ہیں۔ ان کے بذر بیضوی شکل کے عصا کے وسط میں یا کسی ایک طرف کنارہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ غیر ہوائی حالات میں افزائش پاتے ہیں۔ اور کاشت کی زمین میں انگوری شکر (سکر عنب[1]) کی آمیزش کی جائے۔ تو خمیر پیدا ہوکر بدبودار بخارات و ریاح بکثرت پیدا ہوجاتے ہیں۔ انکی تلقیح[2] سے چھوٹے چوہے اور مصری خرگوش[3] چوبیس گھنٹے کے اندر مرجاتے ہیں ان میں تلقیح کے بعد مقامی طور پر پھیلنے والا اوذیما (اوذیما موضعیہ ساعیہ[4]) پیدا ہوجاتا ہے۔ نسیج واصل کی خلائیں فاسد رطوبات و ریاح سے پھول جاتی ہیں۔ جن میں عصا پائے جاتے ہیں۔ ان مردہ حیوانات کے خون۔ یا ان کے وہ مواد جو احشاء کی غشیہ مائیہ سے خارج ہوئے ہوں (جو اس مرض کا شکار ہوئے ہیں۔ یا جو عصا اوذیما دیہ خبیثہ کی تلقیح کے بعد ہلاک ہوئے ہیں) عصا اوذیمادیہ مذکورہ سے لبریز پائے جاتے ہیں یہی جراثیم بڑے بڑے اعضا کی نسیج خلوی میں بھی پائے جاتے ہیں۔ اور مرنے کے بعد کچھ دیر تک رہتے ہیں۔

گاہے عصا مولد[5] تسیح مغلف سے بھی غانغرانا ساعیہ پیدا ہوجاتا ہے۔ مگر ان میں اور عصا اوذیما دیہ میں چند ممتاز فرق ہیں۔ مثلاً عصا ریاحیہ مغلفہ غیر ہوائی[6] ہوتا ہے اگرچہ انگوری شکر[7] میں اس سے تخمیر پیدا ہوسکتی ہیں۔ نیز یہ غیر متحرک اور عموماً بذر سے خالی ہوتا ہے۔ نیز یہ جرام مثبت[8] ہوتا اور اس کے گرد ایک باریک غلاف محیط ہوتا ہے۔ اس عصا کے غانغرانا میں خصوصیت یہ ہے کہ اس میں بخارات و ریاح بکثرت

| | |
|---|---|
| [1] سکر عنب۔ گلوکوز۔ | [5] عصا مولد تسیح مغلف۔ |
| [2] تلقیح۔ انا کولیشن۔ | بیسی لس ایرو جینس کیپسولے ٹس۔ |
| [3] مصری خرگوش۔ گینی پگ۔ | [6] غیر ہوائی۔ ان ایروبیز۔ |
| [4] اوذیما موضعیہ ساعیہ | [7] انگوری شکر۔ گلوکوز |
| لوکل اسپریڈنگ اڈیما۔ | [8] جرام مثبت۔ گرام پازی ٹو۔ |

پائی جاتی ہے۔ حتیٰ کہ امتحان بعد الموت کے وقت بھی جگر اور عروق میں بخارات ملتے ہیں۔ غانغرانا ریاحیہ کے پچاس مریضوں میں جراثیم کا امتحان کیا گیا جس سے معلوم ہوا کہ صرف چودہ مریضوں میں خالص غیر ہوائی جراثیم کے باعث عدویٰ واقع ہوا تھا۔ جن میں عصار ریاحیہ مغلفہ بہ نسبت عصا اوذیما دیہ خبیثہ کے زیادہ مرضیٰ میں پائے گئے ۔

**علامات**۔ دو تین روز تک یہ مرض پوشیدہ ہی رہتا ہے۔ اس اثناء میں درد کی شدت کسی قدر زیادہ ہوتی ہے۔ مگر اس کے علاوہ اور کوئی علامت پیدا ہونے والے مرض کی نمایاں نہیں ہوتی۔ بایںہمہ اندر ہی اندر زہر اثر کرتا رہتا ہے۔ اور اکثر پیپ وغیرہ بھی نمودار نہیں ہوتی۔ پیپ کا نہ ظاہر ہونا نہایت خطرناک علامت ہے۔ بعض مرضیٰ میں مدت حضانت[1] اور بھی کم ہوتی ہے۔ اور یکایک بلا کسی علامت انذار کے مرض شدید ہو جاتا ہے۔ اور نہایت شدید التہاب خلوی (ورم فلغمونی) پیدا ہو کر عام تسمم الدم ظاہر ہو جاتا ہے۔ زخم کھولنے اور چیرنے پر نہایت گندہ نظر آتا ہے۔ اس کی سطح پر تاکلات کے ٹکڑے دکھائی دیتے ہیں۔ اور رطوبت مائی یا مائی صدیدی (یعنی مائیت اور پیپ ملی ہوئی) بہنے لگتی ہے۔ عضو ماؤف کی نسیج واصل کی سطحوں میں التہاب بہ سرعت پھیل جاتا ہے۔ اور ورم ودرد کے باعث عضو پھول کر تن جاتا ہے۔ ایک مریض میں تو اس قسم کا غانغرانا صرف بارہ گھنٹے میں پھیل گیا تھا۔ پہلے تو حصہ ماؤفہ میں شوخ سی سرخی پیدا ہوتی ہے۔ پھر یہ بہت جلد متغیر ہو کر گہرا ارغوانی ہوتا۔ اور غانغرانا ظاہر ہو جاتا ہے۔ اسکو دبانے سے ریاح کی حرکت کی آواز (لغط[2]) سنائی دیتی ہے۔ انتفاخ[3] بہ سرعت طول و عرض میں پھیل

---

[1] مدت حضانت۔ پیریڈ آف انکیوبے شن

[2] لغط۔ کری پی ٹیشن۔

[3] انتفاخ۔ امفائی سیما۔

جاتاہے۔ اور ابتداءً اور کوئی دوسری بری علامت نمودار نہیں ہوتی ہے لیکن اگر مریض زندہ رہا تو بعد میں عضو مردہ ہونے لگتا ہے۔

شدید سمّ الدم کی علامتیں بھی مثلاً بخار۔ ہذیان وغیرہ جلد ظاہر ہوتی ہیں۔ مگر گاہے ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ حرارت مطلق نہیں بڑھتی۔ اور بدن معمول سے زیادہ سرد ہو جاتا اور مریض پر سبات کی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ انجام مرض کے خطرات بہت شدید ہوتے ہیں۔ اور مریض عموماً دو تین دن کے اندر ہی جان بحق تسلیم ہو جاتا ہے۔

علاج۔ رگڑ اور ضرب کے ناہموار اور کچلے ہوئے ریزوں کو جیسا کہ عموماً ریل گاڑی وغیرہ کے حادثات میں ہوتے ہیں ہرگز ٹانکے لگا کر ایک دم بند نہ کرنا چاہئے۔ اگر ایسے زخموں کو خوب ٹانکوں سے بند کر دیا گیا۔ تو زخم کی رطوبات اور پیپ وغیرہ کے باہر بہنے کا راستہ بند ہو جائے گا۔ اور چونکہ ایسے حادثات میں عموماً زمین اور گرد و غبار کی گندگی سے عدوی و تلوث کا ہونا اغلب اور ناگزیر ہے اس لئے زخم کے بند کرنے میں جراثیم اور ان کی سمیت اندر ہی بند ہو کر شدید تسمم واقع ہوگا۔ خاک اور گرد و غبار کے اندر نہایت مہلک اور خطرناک قسم کے غیر ہوائی جراثیم ہمیشہ موجود رہتے ہیں۔ اگر یہ زخم کے اندر بند ہو گئے۔ تو اندر ہی اندر انکے بڑھنے اور پھیلنے کا نہایت موزوں سامان مل جائے گا۔ اور یہ خوفناک نتائج بہت جلد پیدا کر دینگے۔

ان خطرات سے بچنے کے لیے ضروری ہے کہ مجروح حصہ کو نہایت فکر و احتیاط کے ساتھ بخوبی قاتل جراثیم ادویہ اور غسولات مطہرہ کے استعمال سے پاک و صاف کر لیا جائے۔ اور اس مقصد کے لیے ایسے عوامل زیادہ مفید ہوتے ہیں جو حمضین[1] کے ساتھ ملکر حموض[2] آمیز مرکبات بناتے ہیں۔ اور جنکو عوامل محمضہ[3] کہتے ہیں

[1] حمضین۔ آکسیجن [2] حموض آمیز۔ آکسائیڈ [3] عوامل محمضہ۔ آکسی ڈائزنگ اجنٹس۔

مثلاً مادہ الحفیین (مائین[۱] حمض آمیز اعلیٰ) اور سائی ٹاس[۲] + مجروح حصوں کے جوڑنے میں ٹانکے ڈھیلے اور ہلکے لگائے جائیں۔ اور مواد و رطوبات کے خروج کے لئے کافی راستہ رکھا جائے۔ اس مقصد کے لئے گاہے ٹانکوں کے درمیان ربر کی نلیاں رکھدیا کرتے ہیں + لیکن با ایں ہمہ اگر التہاب کی علامتیں نمایاں ہوں تو زخم کو پورے طور پر فوراً کھول دیا جائے۔ اور ملوث حصوں کو آزادی کے ساتھ خوب چیر دیا جائے اور پھر عضو کو مطہر اور قاتل جراثیم گرم غسولات میں ڈبو کر رکھا جائے۔ مثلاً سائل[۳] کوندی (جو ایک دافع عفونت سیال ہے جس میں رہیہ[۴] اور شخاریہ[۵] منغنیس آگین اعلیٰ ہوتے ہیں) یا سائی ٹاس +

اگر ان تدابیر کے بعد بھی مرض پھیلتا چلا جائے۔ تو مریض کی جان بچنے کی اُمید صرف عضو کے کاٹ دینے میں ہو سکتی ہے۔ عمل بتر علیل حصہ سے بہت بلند محاذ پر کیا جائے۔ یعنی غانغرانا کی حد سے بہت اوپر عضو کو کاٹا جائے۔ مثلاً اگر پاؤں میں غانغرانا ہے۔ تو پوری ٹانگ کو کنج ران کے پاس جدا کیا جائے۔ اور اگر ہاتھ میں مرض ہے۔ تو عضو کو کندھے کے جوڑ کے پاس سے جدا کیا جائے +

## (ب) غانغرانائے بیمارستان[۶] (یا غانغرانائے مُتَشَفیٰ)

یہ اکثر گذشتہ زمانہ میں جبکہ غیر عفونی عملیات کا رواج نہ تھا واقع ہوا کرتا تھا۔ اور

[۱] مائین حمض آمیز اعلیٰ۔ ہائڈروجن پر آکسائڈ۔
[۲] سائی ٹاس ایک دافع عفونت دوا ہے۔ جو تارپین سے تیار کی جاتی ہے +
[۳] سائل کوندی۔ کانڈیز فلوئڈ۔
[۴] رہیہ منغنیس آگین اعلیٰ۔ سوڈیم پرمینگنیٹ۔
[۵] شخاریہ منغنیس آگین اعلیٰ۔ پوٹاسیم پرمینگنیٹ۔
[۶] غانغرانائے بیمارستان۔ ہاسپٹل گنگرین۔

جدید جراحی کے اصول تطہیر کے زمانہ میں یہ تقریباً ناپید ہے۔ عموماً دوران اعمال جراحیہ میں جب کبھی کوئی زخم اتفاقاً جراح کو لگ جاتا تھا۔ تو اس کے چند روز بعد بسرعت پھیلنے والے جروح و قروح مقام زخم پر نمودار ہو جاتے تھے۔ اور اس کے بعد زیادہ پھیلکر غانغرانا پیدا کر دیتے تھے۔ اس قسم کے اکثر زخم باعث ہلاکت ہوتے ہیں۔ اور اب بھی ایسے ایسے حادثات گاہے واقع ہو جاتے ہیں۔ جس کی مثالیں مل جاتی ہیں۔

## (ج) آکلۃ الفم۔ غانغرانائے دھن[1]

یہ مُنہ کا ایک عفونی التہاب ہے۔ جو عموماً شہروں کے گندہ۔ تاریک اور گنجان مقامات کے بچوں میں حادث ہوتا ہے۔ ایسے بچے عموماً خراب صحت رکھتے۔ دبلے اور کمزور ہوتے ہیں۔ اور اکثر حمیات طفحیہ[2] اور خصوصاً حصبہ[3] (خسرہ) کے بعد بحالت نقاہت اس مرض کا شکار ہو جاتے ہیں۔

مرض کی ابتدا اکثر یوں ہوتی ہے کہ دھن کی غشاء مخاطی چھل جاتی ہے۔ پھر اُس میں کسی گندہ یا سڑے ہوئے دانت کے باعث جراثیمی عدوی پہونچتا ہے جس سے اول التہاب اور اس کے بعد غانغرانا ہو جاتا ہے۔ گال کی اندرونی سطح پر ایک گندہ۔ بدبودار۔ بھورے رنگ کا پلپلا سا نا کُل[4] (مردہ حصہ) بن جاتا ہے۔ جس سے نہایت متعفن اور بدبودار رطوبت خارج ہوتی ہے۔ اور یہ رطوبت مُنہ سے حلق تک فرو ہو کر نگل لی جاتی ہے۔ اسی وجہ سے تنفس میں بھی گندگی پیدا ہو جاتی ہے۔ بتدریج عفونت اور غانغرانا گال کی سطح پر اور گہرائی میں پھیلتا جاتا ہے۔ رخسارہ پھُول جاتا ہے۔ اور تنگ چمکدار ہو جاتا ہے۔ اگر یہ کیفیت گال کی

| | |
|---|---|
| [1] آکلۃ الفم۔ کنکرم اورِس۔ | [3] حصبہ۔ میزلس۔ |
| [2] حمیات طفحیہ۔ اگز نتھے میٹا۔ | [4] نا کُل۔ اسلف۔ |

پوری دبازت میں سرایت کرجائے تو ایک سیاہ رنگ کا مردہ حصہ (تاکل) بیرونی سطح پر بھی نمودار ہوجاتا ہے۔

شدید مرض میں چہرہ کی متصلہ ہڈیاں بھی متاثر ہوکر سڑجاتی ہیں۔ اور زبان۔ تالو اور برزخ حلق[1] پر بھی یہی کیفیت طاری ہوجاتی ہے۔

**مظاہر عمومیہ۔** اس مرض میں شدید تسمم دم کی علامتیں پائی جاتی ہیں جس کی وجہ صرف یہی نہیں ہے کہ فاسد مواد حلق سے فرو ہوجاتے ہیں۔ بلکہ اس وجہ سے بھی کہ یہ زہریلی رطوبتیں عروق جاذبہ کی راہ سے بھی جذب ہوتی رہتی ہیں۔ اور تنفس کی راہ سے بھی سونگھی جاتی۔ اور اندر داخل ہوجاتی ہیں۔ جس سے ذات الریہ عفونیہ[2] پیدا ہوجاتا ہے۔ علاوہ ازیں چہرہ اور منہ وغیرہ کی دریدیں بھی قرب واتصال کے باعث متاثر ہوکر اکثر آفت میں مبتلا ہوجاتی ہیں۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقیح الدم[3] پیدا ہونے کا سخت خطرہ رہتا ہے۔ نیز کا ہے عدم یا دعفونت سے تسمم عفونی[4] پیدا ہوجاتا ہے۔ جاڑا اور بخار تو ابتداء مرض ہی سے ہوتے ہیں۔ مگر مرض کے آخری درجات میں اور ہلاکت سے قبل اضمحلال قوی (غشی) اور سبات طاری ہوجاتا۔ اور جسم کی حرارت درجۂ اعتدال سے گرجاتی ہے۔

**جراثیمی بحث۔** اس مرض کی جراثیمی بحث قدرے مشتبہ ہے۔ لیکن غالباً اس مرض کا باعث جراثیم عنقودیہ صدیدیہ[5] ہیں۔ اور ان کے ساتھ ساتھ بعض دیگر جراثیم بھی مخلوط ہوجاتے ہیں۔ جو ہمیشہ منہ میں موجود رہتے ہیں۔ علاوہ ازیں ایک مخصوص قسم کے جراثیم اور بھی پائے جاتے ہیں۔ جنکو حلزونیہ[6] ذبحہ ونسنت۔

---

[1] برزخ حلق۔ فاؤسز۔

[2] ذات الریہ عفونیہ۔ سپٹک نمونیا۔

[3] تقیح الدم۔ پائی میا۔

[4] تسمم عفونی۔ سپٹی سیمیا۔

[5] جراثیم عنقودیہ صدیدیہ۔ اسٹریپٹوکوکس پایوجی نس۔

[6] حلزونیہ ذبحہ ونسنت۔ اسپائی رلم آف ونسنٹس انجائنا۔

(عصا مغزلیہ[1]) کہتے ہیں +

علاج۔ اگر بچہ کی جان بچانی ہے تو علاج میں نہایت مستعدی اور عجلت کی ضرورت ہے۔ مریض کو بیہوش کرکے تمام نرم اور سڑے گلے حصے کو قطع کر دیں۔ یا کھرچ کر جدا کر دیں۔ حتیٰ کہ تندرست حصہ میں سے خون اچھی طرح نکلنے لگے + کھرچنے کے بعد منکشف حصہ پر تیز اور مطہر تیزاب (مثلاً حامض قطرانی[2]۔ یا حامض کبریتی[3]) خوب مل دیا جائے۔ مگر اس بات کی احتیاط ضروری ہے کہ حلق وغیرہ کو تیزاب کے اثر سے بخوبی محفوظ رکھا جائے + اگر حامض قطرانی استعمال کیا گیا ہے تو غیر ضروری حصہ کو (جو دوسری جگہ لگ گیا ہے) روح[4] لگا کر حل کرکے بے ضرر کر دینا چاہئے + اور اگر تیزاب گندھک لگایا گیا ہے تو تندرست حصوں سے اُس کی زیادتی اور شدت کو بے اثر کرنے کے لیے ریہیہ فحم آگین[5] کا سیال استعمال کرنا چاہئے +

اگر چہرہ کی ہڈیاں سڑ کر مردہ ہو گئی ہیں۔ تو اُن کو اور سڑے ہوئے دانت کو جو اکثر باعث مرض ہوا کرتا ہے) بھی نکال دینا چاہئے +

مندرجہ بالا عمل جراحی کے بعد دہن کو مطہر غسولات[6] سے بار بار دھوتے رہنا چاہئے۔ (مثلاً ما الحنفین[7] (ایک حصہ دس حصہ پانی میں) سانی ٹاس (ایک حصہ دس حصے پانی میں) بورق حلوین آمیز[8] (ایک حصہ حامض بورقی[9] دس حصے حلوین[10] میں) اور ریہیہ منغنیس آگین اعلیٰ[11] میں سے کسی کا استعمال کیا جائے +

---

[1] عصا مغزلیہ۔ فیوسی فارم بیسی لس۔
[2] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔
[3] حامض کبریتی۔ سلفیورک ایسڈ۔
[4] روح۔ اسپرٹ۔
[5] ریہیہ فحم آگین۔ سوڈیم کاربونیٹ۔
[6] مطہر غسول۔ اینٹی سپٹک لوشن۔
[7] ما الحنفین۔ ہائیڈروجن پر آکسائڈ۔
[8] بورق حلوین آمیز۔ بوروگلیسرائڈ۔
[9] حامض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
[10] حلوین۔ گلیسرین۔
[11] ریہیہ منغنیس آگین اعلیٰ۔ پرمینگنیٹ آف پوٹاس۔

بچہ کو مقوی اور رقیق غذائیں دی جائیں۔ اور ضرورت ہو تو محرکات[1] دیئے جا سکتے ہیں۔

نہایت شدید حالت میں گال کی پوری دبازت کو کاٹ کر جدا کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اور اس عمل سے جو نشیب اور خلا پیدا ہو جاتا ہے اسکو ایک جداگانہ عمل ترقیع[2] (پیوند لگانے) کے ذریعہ تازہ جلد سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔

ایسے شدید عمل سے بوجہ التحام جلد کے لازمی طور پر بہت بڑا اور کریہ المنظر ندبہ (نشانِ زخم) پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے جبڑے کی حرکت میں دقت واقع ہوتی ہے۔

غانغرانای شفر[3]۔ یہ قسم لڑکیوں کے اعضائے تناسل خصوصاً شفر[4] میں اکثر ہوتی ہے۔ اسکو غانغرانائی فرج[5] بھی کہتے ہیں۔

علاج۔ اس کا آکلۃ الفم کے مانند ہے۔ البتہ اس میں یہ آسانی ہوتی ہے کہ مردہ حصہ کو قطع کرنے کے بعد مریضہ کو دافع تعفن غسول کے اندر بخوبی بٹھا سکتے ہیں۔

(د) جمرہ[6] اور دُمّل[7] کا بیان امراض جلد میں آئے گا۔

# (۴) غانغرانای حر و برد

## سردی گرمی کا غانغرانا

(۱) غانغرانای برودت (خصر و تقفقع[8]) یہ عارضہ اس ملک (انگلستان) میں

| | | |
|---|---|---|
| [1] محرکات۔ اسٹی مولنٹ | [3] غانغرانای شفر۔ نوما | [6] جمرہ۔ کاربنکل۔ |
| [2] عمل ترقیع۔ پلاسٹک آپریشن | [4] شفر۔ لیبیا۔ | [7] دُمّل۔ بوائل |
| | [5] گنگرین آف ولوا۔ | [8] خصر و تقفقع۔ فراسٹ بائٹ |

عام طور پر کیاب ہے۔ مگر سرد ممالک میں جہاں سرد اور تیز ہوا بدنی حرارت کو کم کر دیتی ہے یہ بہت عام ہے ۔

اس میں جوانی کی نسبت بچے اور بوڑھے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان کے بدنی قوی کمزور ہوتے ہیں۔ یہ کیفیت مندرجہ ذیل دو صورتوں میں سے ایک سے پیدا ہوتی ہے ا۔ (یا) براہِ راست سردی کے اثر سے۔ یا اس کے بعد کے التہاب سے ۔

(الف) براہِ راست سردی کے اثر سے بدن کی ساختیں سکڑ کر سخت ہو جاتی ہیں۔ اُن کا رنگ ہلکا موتی ہو جاتا ہے ۔ یاد رہے کہ اس صورت میں درد نہیں ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے مریض سے زیادہ دوسرے دیکھنے والے اسے پہچان سکتے ہیں ۔ جسم کے دور کے اعضاء جہاں دوران خون ضعیف ہو کر پہونچتا ہے ۔ یا کھلے ہوئے حصے (مثلاً ناک، کان، وغیرہ) بالخصوص اس حالت میں متاثر ہوتے ہیں ۔ ماؤف حصے بتدریج خشک و جھریدار ہو کر سیاہ پڑ جاتے ہیں۔ اور پھر یا جذب و تحلیل ہو جاتے۔ یا عمل تقرح سے جدا ہو جاتے ہیں ۔ سردی کے غانغرانا کی ایک خاص کیفیت یہ ہے کہ اس میں سطحی انسجہ بوجہ کھلے ہونے کے زیادہ متاثر ہوتے ہیں ۔

(ب) برودت کے التہاب سے ۔ یعنی وہ غانغرانا جو براہِ راست برودت سے نہ ہو۔ بلکہ یہ صورت ہو کر سردی کے اثر سے اعضاء فوراً مردہ ہو جائیں۔ بلکہ ان میں التہاب لاحق ہو جائے اور التہاب سے غانغرانا پیدا ہو جائے ۔ اس حالت میں اذیت شدید ہوتی ہے۔ اور ایک عرصہ تک خون کا کم پہونچنا عروق کی دیواروں کی قوتِ حیات کو اس قدر پست و کمزور کر دیتی ہے کہ دوران خون کی رجعت سے اُن میں التہاب حاد پیدا ہو جاتا ہے۔ جس سے رطوبات کا ترشح زیادہ ہو جاتا ہے۔ اور ان رطوبات کے دباؤ سے بالآخر غانغرانا نمودار ہو جاتا ہے ۔ اگر اعضاء پورے طور پر مردہ نہ ہوں

تو بھی ماؤف حصہ کچھ عرصہ تک سُرخ رہتا ہے۔ امتلاء دموی کے ساتھ درد پیدا ہوتا ہے۔ اور سطحی قروح بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ با اینہمہ وہ حصہ بالآخر تندرست ہو جاتا ہے۔

**علاج**:۔ سردی کھائے ہوئے حصوں کو نہایت آہستگی کے ساتھ اور بتدریج گرم کیا جائے۔ اور دورانِ خون کو بتدریج دوبارہ لوٹایا جائے۔ ورنہ التہاب۔ اور التہاب کے بعد غانغرانا کا نمودار ہونا ضروری ہے۔ پہلے تو ان اجزاء کو برف یا سرد پانی کے ساتھ ہلکے ہاتھ سے ملا جائے۔ اور معالج کے ہاتھ کی گرمی پہونچائی جائے۔ مریض کو سرد کمرے میں رکھا جائے۔ پھر وہاں کی حرارت بتدریج بڑھائی جائے۔ جوں ہی قدرے اثر نمودار ہو کہ مریض کو نہایت احتیاط کے ساتھ کوئی گرم سیال قلیل مقدار میں پلایا جائے۔ اگر درد کی شدت ہو۔ یا اوذیما احتقانیہ نمودار ہو تو ماؤف حصہ کو اونچا رکھا جائے۔ اگر حقیقی غانغرانا نمودار ہو جائے تو مردہ حصے کو مطہر کیا جائے۔ اور مطہر رکھا جائے۔ اور پھر فکر و احتیاط کے ساتھ مریض کی نگرانی کی جائے۔ یہاں تک کہ خطِ انفصال پیدا ہو جائے۔

شمالی امریکہ و شمالی مغربی کینیڈا کے اصلی باشندے، مزدور اور محققانِ طبقات الارض جو اکثر سردی میں کام کرتے ہیں اور کثرت پالے کے شکار ہوتے ہیں روغن تارپین (تربنتینا) ہر درجہ میں استعمال کرتے۔ اور مفید پاتے ہیں۔ طریقۂ استعمال یہ ہے کہ مردہ حصوں کو تارپین کے روغن سے تر رکھا جاتا ہے۔

---

(۳) حَرق (آگ سے جلنا) سلق (گرم پانی وغیرہ سے جلنا)۔

| | |
|---|---|
| ۱؎ اوذیما احتقانیہ کنجسٹو اڈیما۔ | ۲؎ روغن تارپین۔ آئل آف ٹرپنٹائن۔ |

انھیں زخموں (جروح) کا ایک مخصوص گروہ (نوع خاص) خیال کیا جاتا ہے اور ان سے غانغرانا کا ہونا ہر صورت میں لازمی نہیں + حرق وسلق میں فرق یہ ہے کہ حرق آگ کے شعلہ یا سخت اور گرم جسم کے لگنے سے ہوتا ہے۔ اور سلق گرم پانی (گرم بھاپ) یا دوسری گرم رقیق شئ۔ یا گرم ہوا دبخار کے اثر سے پیدا ہوتا ہے +

ان دونوں کے اثر میں ہی نسبت ہے جو بھوننے (بریان کرنے) اور او بالنے کے درمیان ہے + روغنی سیالات (تیل۔گھی وغیرہ) جو پانی کی نسبت زیادہ درجہ کی حرارت سے گرم ہوتے ہیں وہ قدرتاً زیادہ شدید زخم پیدا کرتے ہیں +

عرصہ دراز ہوا کہ ایک محقق[1] نے حرق کے چھ درجے بیان کیے ہیں۔ جو اب تک مانے جاتے ہیں +

درجہ اوّل۔ معمولی طور پر جلنا یا آگ کی لپٹ کا ہلکے طور پر لگنا۔ جس سے محض سطحی استلا دموی پیدا ہو جائے۔ اور اس سے جسم کی ساخت ضائع نہ ہو۔ صرف اس سے عضو ماؤف میں سُرخی اور درد پیدا ہو جائے۔ اور قروح پیدا ہونے کا خطرہ ہو + لیکن اگر کوئی خاص مقام بار بار جھلسے۔ جیسا کہ بعض اشخاص کی ٹانگوں پر آگ سے تاپنے میں ہوتا ہے۔ تو چمڑا رنگ بدل کر داغدار اور سخت ہو جاتا ہے۔ جلد کی اس حالت کو احمرار[2] ناری کہتے ہیں +

درجہ دویم میں بشرہ (جلد کا بیرونی طبقہ) ادمہ (جلد کا اندرونی طبقہ) سے جدا ہو کر اوپر اٹھ آتا ہے۔ اور چھالہ یا آبلہ (نفاطہ۔ نفاخہ) بن جاتا ہے۔ جب یہ چھالہ پھوٹ کر بشرہ کا چھلکا جدا ہو جاتا ہے (یا جُدا کیا جاتا ہے) تو اس کے نیچے سے ادمہ سُرخ اور دردناک منودار ہو جاتا ہے + اس کے اثر سے ایک مستقل بدرنگ داغ

[1] ڈیپوٹرین۔

[2] احمرار ناری۔ اری تھما اب اگنی۔

رہ جانے کا احتمال ہو سکتا ہے ۔

درجہ سویم میں بشرہ تلف ہو جاتا ہے۔ اور اُس کے ساتھ ہی ادمہ کا کچھ حصہ ضائع ہو جاتا ہے۔ مگر ادمہ کے ابھاروں (حلماتؔ) کے درمیان کے زوائد بین الخلیات (بشرہ کے نوکدار ابھار جو ادمہ کے حلمات کے درمیان گھسے ہوئے ہوتے ہیں) جن میں حسی اعصاب کے آخری ریشے ختم ہوتے ہیں تلف نہیں ہونے پاتے۔ اور اُن کے نوکدار حصے عُریاں ہو جاتے ہیں ۔ اسی وجہ سے درجہ سویم میں درد نہایت شدید ہوتا ہے ۔ جلد اور ادمہ کے گہرے حصے جن میں پسینہ کی گلٹیاں (غددؔ عرقیہ) شحمی یا دہنی گلٹیاں (غدد دُہنیہؔ) اور اُجزبہؔ شعریہ (بال کی جڑیں یا اس کی تھیلیاں) وغیرہ ہوتے ہیں۔ یہ سب بے ضرر رہتے ہیں ۔ لہٰذا اگرچہ جلد کی سطح اریکہ (انگور زخم) سے ڈھک جاتی ہے۔ نئی جلد بہت جلد بن جاتی ہے۔ کیونکہ بشرہ کے دوبارہ پیدا کرنے والے خلیات کے اجزاء موجود رہتے ہیں ۔ جب بشرہ تمام و کمال تلف ہو جاتا ہے تو زخم کے کناروں سے (جہاں بشرہ باقی ہے) نئی جلد بن جاتی ہے ۔ اور جب بشرہ کی پُوری سطح مسلسل نہ جلی ہو تو زخم کے درمیان میں بھی بشرہ کے چھوٹے جزیرے (حصے) جو صحیح وسلامت رہ جاتے ہیں۔ ان کی وجہ سے زخم کے درمیان سے بھی عمل اندمال جا بجا شروع ہو جاتا ہے۔ اور کناروں سے آنے والے نئے خلیاتِ بشرہ کے ساتھ مل کر پُوری سطح کو ڈھانپ دیتا ہے ۔ لہٰذا درجہ سویم کے اندمال سے جو نوساختہ جلد کا داغ (ندبہؔ نشانِ زخم) پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ اگرچہ اکثر سفید رنگ کا ہوتا اور آنکھوں میں کھٹکتا ہے مگر اس میں حقیقی جلد کے تمام اجزاء موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنا اور لچکدار ہوتا ہے۔ اور

ملہ حلمات۔ پپلی۔
ملہ زوائد بین الخلیات۔ انٹر سیلری پراسس
ملہ غدد عرقیہ۔ سویٹ گلینڈز۔
ملہ غدد دھنیہ۔ سبے شیش گلینڈز۔
ملہ اجربہ شعریہ۔ ہیر فالیکلز۔
ملہ ندبہ۔ اسکار۔

اُس میں انقباض و سکیڑ نہیں ہوتا +

درجہ چہارم۔ میں جلد کی پوری بازت تلف و ہلاک ہو جاتی ہے۔ اور جلد کے نیچے کا کچھ حصہ بھی ضائع ہو جاتا ہے +

درجہ پنجم میں تمام و کمال جلد اور جلد کے نیچے کی ساختیں تلف ہونے کے علاوہ عضلات پر آگ کا اثر پہونچتا ہے +

درجہ ششم میں عضو تمام و کمال جلکر اور کلی فنا ہو کر بیکار ہو جاتا ہے۔

**مقامی کیفیت یا مقامی تاریخ**:- حرق کی مقامی تاریخ تین درجات میں بیان کی جاتی ہے۔ یہ تینوں درجات قرحے[1] کے یا پھٹے ہوئے زخم (جراحت تمزقی[2]) کے مانند ہیں +

(۱) پہلا دور جلنے یا تلف ہونے کا۔ جس کے مختلف مدارج اوپر بیان ہو چکے ہیں +

(۲) دوسرا دور التہاب و غانغرانا دبّگلی کا۔ جس سے مردہ حصہ خارج ہو کر زخم میں ریکہ دار انگور رہ جاتا ہے +

(۳) تیسرا دور التیام و اندمال کا +

ان مدارج و ادوار کی کیفیت میں کوئی خصوصیت قابل تذکرہ نہیں سوائے اس کے کہ ان کے ساتھ ساتھ اکثر رخصوصاً جبکہ وسیع حصہ جل گیا ہو) عدوی بھی عارض ہو جاتی ہے + عام طور پر واقعہ حرق سے پہلے ہی جلد بدن بھی نقطۂ خیال سے گندہ اور میلی ہوتی ہے۔ یا مریض کے میلے لباس سے جلد ملوث اور عفونی ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں جلنے کے بعد فوراً عدوی و تلوث کا دفعیہ ممکن نہیں ہوتا + علاوہ ازیں جلنے کے بعد درد اور شدت تکلیف اس قدر ہوتی ہے کہ زخم کی پوری طہارت

[1] قرحہ السر۔

[2] جراحت تمزقیہ۔ لسی رٹیڈ ورنڈ۔

و پاکیزگی عملاً ناممکن ہو جاتی ہے +

**بدنی یا عمومی علامات** جو مندرجہ بالا تینوں ادوار میں ہوتی ہیں تشریح طلب ہیں جو ذیل میں درج کی جاتی ہیں +

(۱) ابتدائی مدارج میں صدمہ[1] عموماً پایا جاتا ہے۔ جس کی شدت و خفت کا انحصار جلے ہوئے حصے کی وسعت و گہرائی پر ہوتا ہے + کسی عضو کا تمام و کمال جلنا نظام بدن میں اتنا صدمہ و ضعف نہیں پیدا کر سکتا۔ جتنا کہ ایک وسیع حصہ کا محض سطحی طور پر جھلسنا۔ خصوصاً جبکہ یہ سطحی احتراق شکم، سر یا گردن میں واقع ہو گیا ہے یہ صدمہ بڑھ کر غشی رہبوط قوی[2]) تک پیدا کر دیتا ہے۔ جس کے اسباب میں سے ایک سبب یہ بھی ہے کہ جلی ہوئی ساختوں سے سمیات اور فاسد مواد جذب ہوتے رہتے ہیں +

(۲) اس کے بعد حمی التہابیہ نمودار ہو جاتا ہے (جو عموماً جراثیمی عدوی و عفونت کے باعث ہو جاتا ہے) اور یہ چار سے چودہ دن تک جاری رہتا ہے۔ اندرونی اعضا (احشاء) خصوصاً مجرای غذائی (معدہ و امعاء) جگر، شش و دماغ میں اِمتلاءِ دم ہو جاتا ہے۔ جس کے باعث مختلف اقسام کے عوارض نمودار ہو جاتے ہیں +

حرق کے نتائج میں ایک نہایت اہم اور دلچسپ نتیجہ تقرّح[3] اثنا عشری ہے۔ اگرچہ فی زمانا یہ شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے + یہ قرحہ معمولی قروح اثنا عشریہ کے صفات و خصائص رکھتا ہے۔ اور مجرای صفرا کے دہانہ کے پاس واقع ہوتا ہے غالباً اس قرحہ کی پیدائش اُن سمیات لاذعہ[4] (خراش و ہیجان پیدا کرنے والی) سے

---

[1] صدمہ۔ شاک۔

[2] ہبوط قوی۔ کولیپس۔

[3] تقرح اثنا عشری۔ السریشن آف دی ڈیوڈینم۔

[4] لاذع۔ لاذعہ۔ اررِی ٹیننٹ۔

ہوتی ہے جو جلی ہوئی ساختوں میں عفونی تغیرات سے پیدا ہو کر جگر کی راہ سے خارج ہوتی ہیں۔ اور جن کے برے اثر سے انجماد خون (تخثر[1]) یا تقرح پیدا ہوجاتا ہے۔ حرق کے ایک مریض کی لاش کو چیر کر امتحان کیا گیا تو اثنا عشری کی غشاء مخاطی میں دہانہ مجرائی صفرا کے مقابل دیکھا گیا کہ غشاء کے نیچے خون نکلکر جمع ہوگیا تھا (زرق[2] تحت الجلد)۔ اس سے صاف ظاہر ہوتا ہے کہ اس جگہ پر خون کا یہ انصباب قرحہ بننے کا ابتدائی درجہ تھا اور اگر مریض جلد فوت نہ ہوجاتا تو ضرور اس انصباب کے بعد مکمل طور پر قرحہ بنجاتا۔ (تقرح اثنا عشری کے علامات امراض اثنا عشری کے ذیل میں باب امراض شکم کے ماتحت درج ہونگے)۔

(۳) جب جلے ہوئے حصہ کو بخوبی غیر عفونی اور مطہر رکھا جاتا ہے۔ اور عمل التحام واقع ہوتا ہے۔ تو اس وقت کوئی غیر معمولی بدنی علامت نمودار نہیں ہوتی ہے۔ اگرچہ اس وقت بھی قدرے ضعف یا کمی خون کا موجود ہونا ممکن ہے۔

لیکن اگر زخم میں عفونت وعددوی موجود ہیں۔ اور پیپ خوب بن رہی ہے۔ تو ضعف اور کمی خون بہت نمایاں ہوگی۔ اور مریض کو حمی دق کی طرح روزانہ بخار آنے لگا۔ احشاء میں فساد نشائی[3] نمودار ہوجائے گا۔ اور بالآخر غایت اضمحلال وکمال ضعف کے باعث موت آجائے گی۔

**جلنے سے موت کیونکر واقع ہوتی ہے:۔** اگر کوئی شخص تادم آخر جلایا جائے۔ تو موت کی وجہ اکثر اختناق[4] (دم گھٹنا) ہوتا ہے۔ جو دھوئیں اور آگ کے زہریلے بخارات ودخانات کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ صدمہ[5]۔ سکتہ یا غشی بھی

---

[1] تخثر۔ تھرامبوسس۔
[2] زرق تحت الجلد۔ اکی موسس۔
[3] فساد نشائی۔ امی لائڈ ڈی جنریشن
[4] اختناق۔ ایس فکسیا۔
[5] صدمہ۔ شاک۔

اختلاق کے ساتھ ہلاکت کے مددگار ہو سکتے ہیں۔ خصوصی اُن مرضا میں جن کا قلب پہلے ہی سے ضعیف و علیل ہو۔

اگر جلنے سے چند روز بعد موت واقع ہو تو اُس کا باعث صدمہ یا ہبوط[1] قویٰ ہوتا ہے جو تسمم الدم سے پیدا ہو جاتا ہے۔

اگر موت درجہ دوئم (دور دوئم) میں واقع ہو تو اس کی وجہ صدمہ یا اندرونی احشاء کے دیگر اندرونی عوارض۔ یا تقرح اثنا عشری ہو سکتی ہے۔

اور اگر درجہ سوئم (دور سوئم) میں موت واقع ہو تو اس کی وجہ کمال تکان و مقاسات مرض یا اندرونی امراض ہو سکتی ہے۔

بچوں میں جلنے کے بعد علامات انذار بمقابلہ جوانوں کے ہمیشہ بُرے ہوتے ہیں۔

---

علاج۔ آگ سے اگر صرف جلد کی بیرونی سطح اوپر اوپر سے جل گئی ہے۔ اور آبلہ وغیرہ نہیں اُٹھا ہے۔ تو اس میں صرف اسی قدر کافی ہے کہ جلے ہوئے حصہ کو محفوظ رکھا جائے۔ مثلاً حامض بورقی[2] مسفوف کے ساتھ نشاستہ[3] مسفوف ملاکر زخم پر چھڑک دیا جائے۔ یا جلے ہوئے حصہ پر لاصوق[4] کے سیال کو پھریری سے لگا دیا جائے۔

اگر آبلہ نمودار ہو تو پہلے اُسکو دافع عفونت غسول سے دھوکر پھوڑ دیا جائے اور اُس کے اندر کا پانی۔ جس میں جراثیم ہمیشہ مخلوط ہوتے ہیں۔ خارج کر دیا جائے آبلہ کے اوپر کا مُردہ چمڑا (بشرہ) مطہر اور صاف کی ہوئی قینچی سے تراش دیا جائے۔

| | |
|---|---|
| [1] ہبوط قویٰ۔ کولیپس۔ | [3] اسٹارچ۔ |
| [2] حامض بورقی۔ بورک ایسڈ۔ | [4] لاصوق۔ کلوڈین۔ |

اور پھر اگر جلی ہوئی جگہ زیادہ وسیع نہ ہو تو حامض مر کی پٹی باندھ دی جائے + جالی[1] کی پٹی یا لسنٹ[2] کو حامض مرسیال مطہر (حامض مر ۲ قمحہ[3]۔ پانی ایک اوقیہ[4]) میں بھگوکر۔ اور پھر اسکو نچوڑ کر جلی ہوئی سطح پر رکھ دیا جائے۔ اور اس کے اوپر پاک صاف نرم روئی کی گدی رکھکر باندھ دیا جائے +۔ اس طرح خشک پٹی (اسادہ[5] یابسہ) ہوجاتی ہے جو کئی دن تک کھولی نہ جائے + چند روز بعد اُسے تبدیل کردینا چاہئے + اس طرح پٹی لگانے سے بہت مفید نتائج پیدا ہوتے ہیں +

جب گہری ساختیں جل گئی ہوں تو مریض کے کپڑوں کو نہایت ہلکے ہاتھ سے اتارا جائے۔ یا کپڑوں کو کاٹ دیا جائے۔ تاکہ رگڑ نہ لگنے پائے + پھر جلی ہوئی ساختوں کو دافع عفونت غسولات سے دھولیا جائے۔ مثلاً غسول[7] سلیمانی (ایک حصہ سلیمانی دو ہزار حصے مطہر پانی میں) سے دھوکر فوراً نرم کپڑے یا باریک جالی سے ڈھانک کر پٹی باندھ دی جائے۔ مگر کپڑے یا جالی کو روغن زیت[8] کا لبتوس میں یا روغن قطرانی[9] مخفف (حامض قطرانی ایک حصہ۔ روغن ۴۰ حصے) میں تر کرلیا جائے +

جبکہ حرق شدید ہو اور جلد کی سطح بہت گندہ ہو تو مناسب ہے کہ مریض کو بیہوش کرکے مُردہ جلے ہوئے حصوں کو جن کے سڑنے (غانغرانا ہوجانے) کا گمان غالب ہے۔ قطع کرکے خارج کردیا جائے۔ زخم کو بخوبی پاک صاف کرلیا جائے اور واٹی[10] (ایک فقط جلد روغنی کاغذ جو جھلی جیسا ہوتا ہے) رکھکر اوس پر سیماب[11] وسم آمیز

---

[1] حامض مر۔ بورک ایسڈ

[2] جالی۔ گاز۔

[3] لسنٹ۔ لنٹ۔

[4] گرین

[5] اونس

[6] اسادہ یابسہ۔ ڈرائی ڈرسنگ

[7] غسول سلیمانی۔ سب لائی میٹ آف مرکری لوشن

[8] روغن زیت کاربولیٹس۔ یوکے لپٹس آئل۔

[9] روغن قطرانی۔ کاربولک آئل۔

[10] واٹی۔ پروٹکٹو۔

[11] سیماب وسم آمیز۔ سیانائڈ آف مرکری۔

یا اور کوئی دافع جراثیم دوا ملی ہوئی روئی۔ یا کپڑا وغیرہ رکھکر باندھ دیا جائے +
جب بہت وسیع حصہ جل گیا ہو تو زہریلے مطہرات مثلاً حامض قطرانی اور سلیمانی وغیرہ کے استعمال میں سخت احتیاط کی ضرورت ہے۔ ورنہ خطرناک علامات تسمم نمودار ہو جانے کا اندیشہ ہے +
اگر مریض صدمہ کی حالت میں ہو تو اُسکو فوراً بستر پر لٹا کر گرم رضائی یا کمبل وغیرہ سے ڈھانک دینا چاہیے۔ اور کوئی مناسب محرک گرمی پہونچانے والی دوا (مثلاً شراب۔ نوشادر یہ سیال[1]) پلانی چاہیے۔ اس کے بعد جوہر افیون (افیونین[2]) کی زیر جلد پچکاری دیدی جائے۔ تاکہ درد میں افاقہ ہو۔ اور نیند آکر آرام و قوت حاصل ہو +
اگر صدمہ کی حالت نہایت شدید ہو تو گرم سیال نمکین[3] کی وریدی پچکاری حسب ضرورت بار بار دے سکتے ہیں +
اگر مریض بچہ ہو۔ اور وسیع حصہ جل گیا ہو تو مناسب ہے کہ اُسکو فوراً گرم پانی کے ظرف میں قدرے روغن یوکالپٹوس یا سائل کونڈی[4] ملا کر بٹھا دیا جائے (حمام گرم) اُس کے بعد بچے کے کپڑے کاٹکر اوتار لئے جائیں۔ اور پھر اُسکو کچھ دیر تک گرم پانی میں بٹھایا جائے (گرم پانی کو ہر بار بدلنا چاہیے) جب ضعف کم ہو جائے تو بچہ کو اُٹھا کر زخموں کی مرہم پٹی مندرجہ بالا طریق پر کرکے اُسکو بستر پر آرام سے لٹا دیا جائے + اگر ضعف زیادہ ہو تو مریض کو گرم پانی کی بوتلوں۔ گرم کی ہوئی اینٹ یا بجلی کی روشنی کی بتیاں رضائی یا کمبل کے اندر رکھکر اُس کی حرارت بدنی کو قائم رکھیں + بسا اوقات چند روز تک پٹی بدلنے سے پہلے مریض کو مندرجہ بالا طریقے سے گرم پانی میں بٹھانے کی ضرورت پیش آتی ہے +

---

[1] لائکر امونیا [2] مارفیا [3] سیال نمکین۔ [4] سائل کونڈی۔ کانڈیز فلوئڈ۔

جب عضو ہڈی تک جل جائے تو اُسکو قائم رکھنا فضول ہے۔ لہٰذا جس قدر جلد ہو سکے اُسے کاٹکر الگ کر دینا چاہئے + جلے ہوئے حصہ سے ٹھیک اوپر قریب کے تندرست حصہ میں یہ عمل (بتر) کرنا چاہئے +

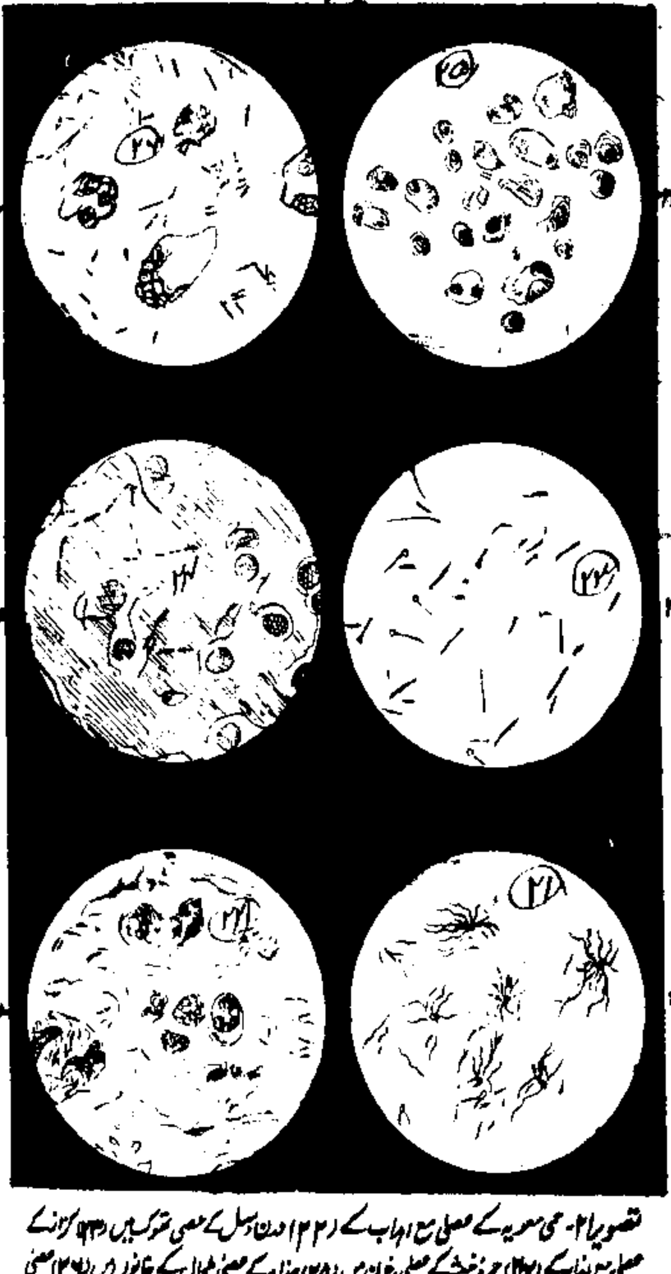
دورِ التہاب و غانغرانا میں محض حصۂ ماؤف کو غیر عفونی اور جراثیم سے پاک رکھنا کافی ہے + ساتھ ہی عمل اندمال میں گرم عسولات سے مدد دینی چاہئے۔ اور اُن مردہ ٹکڑوں کو کاٹ کر الگ کر دینا چاہئے جو ڈھیلے ہوکر لٹک رہے ہوں + اس کے بعد زخم کا علاج عام اصُول کے مطابق کرنا چاہئے + بعض اوقات زخم کے اوپر اریکہ (انگور) بہت نمایاں اور بڑے ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا اُن کو کم کرنے کے لئے محرک ادویہ کی پھریری مثلاً حجر جہنم[۱] (نقرہ شورہ آگین) کی ضرورت پیش آتی ہے +

جب زخم بہت بڑا ہو۔ اور سُستی کے ساتھ اوس پر جلد بن رہی ہو تو دوسری جگہ یا غیر مریض سے کپڑا اُتار کر زخم پر علامۂ تیرش کے مطابق پیوند لگا دیا جائے (عمل ترقیع[۲]) اس سے زخم مندمل ہوکر ڈھک جاتا ہے۔ اور مزمن نہیں ہونے پاتا + اسی طرح عمل ترقیع اُس وقت بھی مُناسب ہے جبکہ کسی مفصل کے عضلات قابضہ پر جلنے کا اثر پڑا ہو۔ اور زخم کے سکڑنے سے جوڑ کے مڑنے میں دقت واقع ہونے کا اندیشہ ہو + پیوند لگانے کے بعد جلد میں انقباض نہ واقع ہوگا اور جوڑ بہ آسانی مڑ سکے گا +

---

۱۔ حجر جہنم۔ کاوی۔ کاسٹک۔ نائٹریٹ آف سلور

۲۔ ترقیع۔ اسکن گرافٹنگ۔



تصویر ۱۲۔ حمی معویہ کے عصی مع اجابت کے (۲۲) دق و سل کے عصی متحرکیں (۲۳) کزاز کے
عصی مع بنائے (۲۴) جرثومہ خبیثہ کے عصی خون میں (۲۵) جذام کے عصی طحال کے خانوں میں (۲۶) عصی
قرحہ نیشاپوریہ میں سے پیپ کا دانہ کے

# باب ششم

## امراضِ نوعیۂ عفونیہ[1]

### حُمرہ۔ سُرخ بادہ

حُمرہ[2] یا سُرخ بادہ۔ ایک مُعدی[3] (چھوت سے لگنے والا) اور عفونی[4] مرض ہے، جو جلد کے اور گاہے غشیۂ مخاطیہ کے چھوٹے عروق جاذبہ میں کرویات عقدیہ صدیدیہ کے نمو پانے کے باعث پیدا ہو جاتا ہے + یہ مرض پھیلنے کے لئے مائل رہتاہے اور ساختوں کو تلف کیے بغیر اچھا ہو جاتا ہے +[5] اس کے سمین جو مقامی طور پر بنتے ہیں جذب ہو کر عام بدنی علامات پیدا کر دیتے ہیں + گاہے اس سے جلد کے نیچے کا نسیج واصل بھی متاثر ہو جاتا ہے اور اس مرض کی وہ قسم پیدا ہو جاتی ہے جسے حُمرۂ[6] خلویہ جِلدیہ کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے +

| | |
|---|---|
| [1] امراض نوعیہ عفونیہ۔ اسپے سی فک انفکشو ڈیزیز | [4] عفونی۔ انفکشو۔ ساری۔ سرایتی |
| [2] حمرہ۔ سرخباده۔ اری سپلس۔ | [5] استرپٹوکوکس پایوجے نس۔ |
| [3] معدی۔ کنٹے جیس | [6] سلیولوکیوٹے نیس اری سپلس۔ |

[5] آجکل کے خیال کے مطابق یہ امر سخت مشتبہ ہے کہ حُمرہ کو ایک خصوصی نوعی مرض شمار کیا جائے۔ ماہرانِ علم الجراثیم کی باریک تحقیق سے یہ پتہ چلتا ہے کہ حمرہ کے اسباب محرکہ میں علاوہ کرویات عقدیہ صدیدیہ کے دیگر جراثیم صدیدیہ بھی پائے جاتے ہیں۔ اس تحقیقات کی بنا پر اب گمان غالب یہ ہے کہ آئندہ حمرہ کو ایک غیر نوعی و غیر خصوصی متعدی مرض تسلیم کرکے اِسے غیر نوعی متعدی امراض کے تحت میں ہی درج کیا جائے گا +

اس امر کے متعلق بہت کچھ اختلاف رہا ہے کہ آیا جراثیم حمرہ اور معمولی کرویات عقدیہ صدیدیہ جو تقیح[1] ساعی میں پائے جاتے ہیں، ان دونوں میں کچھ فرق ہے یا نہیں؟ +

لیکن اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ دونوں متشابہ و متجانس ہیں + حمرہ اور وہ دیگر عوارض جو کرویات عقدیہ صدیدیہ کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں، ان کی علامات وظواہر مرضیہ میں جدا اختلافات پائے جاتے ہیں اونکی توجیہہ غالباً یوں ہو سکتی ہے کہ ان دونوں کا حملہ جدا جدا طریقہ سے ہوتا ہے اور ان جراثیم کی سمیت مختلف خاندان کے لحاظ سے مختلف و متغیر ہوتی ہے + بہرحال یہ بحث ابھی مستقل طور پر طے نہیں ہوئی ہے اور مزید تشریح و تحقیق کی طالب ہے +

**اسباب۔** مندرجہ ذیل چار اسباب اس مرض کے پیدا کرنے میں ممد ہوتے ہیں۔

(۱) بیشتر حالات میں کسی زخم یا رگڑ کی موجودگی اور خاصکر ایسا زخم جو میلا اور کھلا ہوا (غیر محفوظ) ہو حمرہ کا باعث ہوتا ہے۔ مثلاً عام طور سے حمرہ سر کی جلد کے زخم سے جس میں احتیاط نہ برتی گئی ہو یا منہ میں کھلنے والے زخم سے وابستہ ہوتا ہے +

بظاہر اسباب جس حمرہ کو "حمرہ ذاتیہ[2]" کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، دراصل وہ بھی کسی خفیف سے زخم (مثلاً کسی نوکدار چیز کے چبھنے یا کسی رگڑ یا خراش سے پیدا ہوتا ہے۔ گاہے کوئی ظاہری جراحت یا زخم بھی موجود نہیں ہوتا ہے اور تندرست جلد کے اندر اجربہ شعریہ[3] (بال کی جڑ) سے عدوی پہونچ سکتا ہے +

(۲) بدنی قوی کی کمزوری جو کثرت شراب نوشی، خراب یا ناکافی غذا، ناپرہیزگاری

[1] تقیح ساعی۔ اسپریڈنگ سپوریشن
[2] حمرہ ذاتیہ۔ ایڈیوپے تھک ایری سپلس
[3] اجربہ شعریہ۔ ہیر فالیکلز۔

اور عیاشی کی زندگی، ذیابیطس، بول زلالی وغیرہ کے باعث پیدا ہو گئی ہو، علاوہ ازیں بعض اشخاص طبعی طور پر اس مرض سے متاثر ہونے کی قابلیت رکھتے ہیں خصوصاً دموی اور نقرسی مزاج کے اشخاص۔ اور اگر ایک مرتبہ یہ مرض ہو جائے تو اس شخص میں عارضی مناعت حاصل ہو کر پھر دوبارہ اس مرض سے متاثر ہونے کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے +

(۳) اگر دو نواح کا اصولِ صحت و صفائی کے خلاف واقع ہونا بالخصوص شفاخانہ میں مریضوں کا بکثرت جمع ہو جانا، یا ہوا اور روشنی کا ناکافی و ناقص ہونا، یہ سب اسباب حمرہ کے لئے نہایت اہم ہیں +

حالات و اسباب مندرجہ بالا محض اسباب معدہ ہیں (جن سے صرف استعداد پیدا ہو جاتی ہے)+

(۴) لیکن حمرہ کا اصلی سبب محرک وہ خاص جرثومہ ہے جس کے عدویٰ سے یہ مرض پیدا ہو جاتا ہے +

**علامات**۔ مرض کی ابتداء عموماً درد سر اور اضمحلال و ماندگی کے ساتھ ہوتی ہے جو تقریباً چوبیس گھنٹہ تک رہتے ہیں۔ اس کے بعد قدرے جاڑا اور لرزہ ہو کر تیز بخار چڑھ آتا ہے، اور طفح (ددوڑہ) یا تو زخم کے کنارے سے پھیلنا شروع ہوتا ہے یا بالکل تندرست جلد پر (بلا کسی قسم کی جراحت کی موجودگی کے) نمودار ہو جاتا ہے (جسکو حمرۂ ذاتی کہتے ہیں) اگر کوئی زخم پہلے سے موجود ہے تو اس کی سطح زردی مائل میلے رنگ کی اور غیر طبعی نظر آتی ہے جس میں اندمال کے آثار نہیں پائے جاتے۔ اگر عدویٰ غیر مخلوط ہے تو جراحت کے بعد زخم میں عمل اندمال

---

۱ بول زلالی۔ البیومی نیوریا۔
۲ دموی۔ سینے متورک۔
۳ نقرسی۔ گاؤٹی۔
۴ طفح۔ ریش۔

تین چار دن تک تو جاری رہتا ہے، پھر طفح (ددوڑا) نمودار ہوتا ہے اور زخم کا نوساختہ نُدبہ[1] دوبارہ پھوٹ جاتا ہے اور اوس کے نیچے سے ایک خشک اور سخت شے ظاہر ہوجاتی ہے جسکا کنارہ موٹا ہوتا ہے +

طفح جلدی ایک خاص قسم کی تیز گلابی سرخ رنگت کا ہوتا ہے جو دبانے سے غائب ہوجاتا ہے اور اوسکو دبانے سے مریض جلن محسوس کرتا ہے۔ یہ جلن اتنی تیز نہیں ہوتی کہ درد کی حد تک ہو لیکن اگر کسی دبیز ساخت مثلاً سر کی جلد میں مرض ہے تو سخت درد محسوس ہوسکتا ہے۔ ورم نمایاں نہیں ہوتا ہے، البتہ اگر مرض نسیج خلوی (جس میں خلائیں بہت ہوتی ہیں) میں ہو تو ورم نمایاں ہوتا ہے جیسے کہ خصیوں کی تھیلی (صفن) اور پپوٹوں میں، ایسی حالت میں تہیّج[2] بھی غیر معمولی طور پر نمایاں ہوجاتا ہے۔ طفح جلدی کم و بیش سرعت کے ساتھ پھیلتا جاتا ہے اور اوسکا حاشیہ مسلسل اور قدرے اوبھا ہوا ہوتا ہے۔ جوں جوں وہ نئے نئے حصوں میں پھیلتا اور بڑھتا جاتا ہے اور اُن پچھلے مقامات سے جہاں وہ پہلے ہوا تھا کم ہوتا جاتا ہے مگر وہاں ایک ہلکا بھورے رنگ کا داغ چھوڑتا جاتا ہے اور ان مقامات سے گیہوں کی بھوسی کی طرح چھلکے سے نکل آتے ہیں + بعض حالات میں طفح جلدی مسلسل نہیں پھیلتا اور کچھ حصہ چھوڑ کر دوسرے مقام پر کود جاتا ہے، اگر اس قسم کے درمیانی حصص کے عروق جاذبہ موٹے ہوجاتے ہیں + سطح پر چھوٹے چھوٹے دانے اور آبلے (نفاطات) بن جاتے ہیں، جن میں مصل (مائیت) بھر جاتا ہے یہ مصل بسرعت گدلا ہوجاتا ہے مگر عموماً پیپ نہیں پیدا ہوتی + البتہ ڈھیلی تہنجی ساخت میں (مثلاً پپوٹوں میں) پیپ بھی پڑجاتی ہے + گاہے التہاب کی شدت سے یا ساختوں کی قوت حیوانیہ میں کمی ہوجانے کے باعث، جلد میں

---

[1] ندبہ ۔ سیکیٹ رکس

[2] تہیج ۔ اوذیما ۔ اوڈیما ۔

غانغرانا اور شفا فلوس (مردار ٹکڑے) پیدا ہوجاتے ہیں۔ عموماً ایسا چھوٹے بچوں میں ناف اور اعضائے تناسل کے قرب وجوار میں ہوتا ہے۔ حصہ ماؤف کے قرب وجوار کی غدد جاذبہ ہمیشہ بڑی ہو جاتی ہیں۔ اور اُن میں درد بھی محسوس ہوتا ہے اور یہ اوسوقت سے ہی ہوجاتا ہے جبکہ طفح جلدی نمودار بھی نہیں ہوا ہے۔
اوردہ کی محیطی[1] ساخت میں بھی التہاب پیدا ہوسکتا ہے جس سے عوارضِ تقیح الدم لاحق ہوجاتے ہیں۔ جب تک طفح جلدی موجود رہتا ہے بخار بھی جاری رہتا ہے اور اوس میں صبح وشام کے وقت خفیف کمی وبیشی ہوتی ہے۔ عموماً بخار ۱۰۴ درجہ تک پہونچتا ہے، مگر جب اس سے زیادہ ہو تو سخت خطرہ کا اندیشہ ہوجاتا ہے ابتداءً بخار شدید وقوی قسم کا ہوتا ہے، نبض[2] بھری ہوئی (ممتلی) ہوتی ہے، اور ہذیان تیز اور شور کے ساتھ ہوتا ہے۔ لیکن اس کے بعد نبض متواتر اور کمزور ہوجاتی ہے اور ہذیان ضعف کے ساتھ ہوتا ہے جس میں مریض آہستہ آہستہ بڑبڑاتا رہتا ہے اور شدید درجہ کا اضمحلال ہوکر قوئ[3] حیوانیہ نہایت کمزور پڑجاتے ہیں۔ سر کی جلد کے حمرہ میں ہذیان ایک نمایاں خصوصیت ہے، مگر اسکی موجودگی زیادہ تر تمام بدنی عا... کے باعث ہوتی ہے نہ کہ مقامی مرض کی شدت سے البتہ اگر سر کی جلد کے حمرہ کے بعد سرسام غشائی پیدا ہوجائے تو ہذیان کی موجودگی اغشیۂ دماغ کی مقامی حالت (التہاب) کے باعث ہوسکتی ہے۔
خون میں کثرتِ بیضاوات اوسط درجہ کی ہوتی ہے (۱۵۰۰۰ سے ۲۰۰۰۰ تک سفید دانے ایک مکعب ملی میٹر[4] خون میں)۔
**مدتِ مرض**۔ عموماً ایک ہفتہ سے تین ہفتے تک ہوتی ہے، مگر اس میں بہت

---

[1] التہاب محیط اوردہ۔ پری فلائی ٹس۔
[2] نبض ممتلی۔ فُل پلس۔
[3] قوئ حیوانیہ۔ وائٹل پاورز۔
[4] ایک ملی میٹر $\frac{1}{25}$ قیراط۔

کمی وبیشی ہو جاتی ہے، علاوہ ازیں اعادۂ مرض (نکس) کا ہونا بھی غیر معمولی بات نہیں ہے۔ گاہے حصہ ماؤف کا ورم تمام وکمال اچھا نہیں ہوتا کیونکہ عروق جاذبہ مستقلاً مسدود ہو جاتے ہیں، اور اگر اعادۂ مرض بار بار ہوا ہو تو یہ ورم اس قدر نمایاں رہ جاتا ہے کہ ایک قسم کا داء الفیل بن جاتا ہے۔[1]

**حمرہ ذاتیہ۔**[2] حمرہ جو اس نام سے مشہور ہے، بالخصوص سر میں ہوتا ہے اور عموماً ان اشخاص کو ہوتا ہے جن میں مرض کی استعداد پہلے سے موجود ہو۔ اور اکثر اس مرض کا اعادہ ہر سال ایک ہی وقت پر ہوتا ہے۔

درد اور ہذیان اس کی نمایاں علامات ہیں اور چہرہ کی زیر جلد ساخت میں بقدر شدید ورم ہو جاتا ہے کہ مریض کی صورت پہچانی نہیں جا سکتی۔ بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں، اور اکثر پھوٹوں کی جگہ پھوڑے بھی ہو جاتے ہیں۔

**حمرہ جلدیہ خلویہ۔**[3] اس میں حمرہ کی خصوصی ہیئت کا عدوی جلد اور زیر جلد ساختوں میں سرایت کر جاتا ہے اور اس کے اثر سے جلد اور اس کے گرد و پیش کی نسیج خلوی میں پیپ اور تاکل پیدا ہو جاتا ہے۔ حمرہ کے معمولی ظواہر کے ساتھ زیر جلد ساختوں میں وسیع اجتماع رطوبات ہو جاتا ہے۔ اور وہ شروع میں تو ورم سخت اور تنا ہوا مگر بعد میں نرم ہو کر پلپلا ہو جاتا ہے۔ بالآخر جلد پھوٹ جاتی ہے۔ اور اندر سے پیپ اور سڑے ہوئے ٹکڑے نکل جاتے ہیں۔ عمومی علامات نسبتاً زیادہ سخت ہوتی ہیں اور تقیح الدم بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ معمولی حمرہ میں اور اس میں امتیازی علامات یہ ہیں کہ اس میں سرخی (طفح جلدی) کا حاشیہ چنداں نمایاں نہیں

---

[1] داء الفیل۔ ایلی فنٹائیسس۔
[2] حمرہ ذاتیہ۔ ایڈیوپیتھک ایری سپلس۔
[3] حمرہ جلدیہ خلویہ۔ سیلیولو کیوٹے نیس ایری سپلس

ہوتا اور غدد بھی کسی قدر کم متورم ہوتے ہیں۔

حمرۂ[1] صفنیہ (خصیہ کی تھیلی کا سُرخ بادہ) اسے کہتے ہیں۔ تھیّج[2] التھابی حاد" بھی کہتے ہیں + اس میں خصیہ کی تھیلی احتباس مصل کے باعث تنکر بہت پھول جاتی ہے مگر سُرخی چنداں نمایاں نہیں ہوتی۔ پیپ اور سڑے ہوئے ٹکڑے بھی نتیجۃً اکثر پیدا ہوسکتے ہیں۔ بہ نتیجہ اس کی ظاہری صورت اوس حالت سے مشابہ ہوجاتی ہے جس میں پیشاب مثانہ سے نکلکر خصیہ کی تھیلی میں جمع ہوجائے +۔ مگر اسکی تشخیص یوں ہوسکتی ہے کہ اس میں پیشاب کے لئے کوئی رکاوٹ نہیں پائی جاتی۔ اور ورم و انتفاخ کے حدود اوس طرح محدود نہیں ہوتے جیسے کہ وہ خروج بول کی حالت میں ہوتے ہیں +

تشریح[3] مرضی حصہ ماؤف کی جلد کو قطع کرکے اگر خوردبین سے امتحان کیا جاوے تو حسب ذیل منظر پیش نظر ہوگا +

طبقِ جلدی کے پھیلے ہوئے حاشیہ سے قدرے باہر گول جراثیم زنجیر کی شکل میں مترتب ہوکر عروق جاذبہ پر حملہ آور نظر آتے ہیں + التہابی حصہ میں بکثرت سفید دانے (بیضاوات) نظر آتے ہیں۔ جو عروق جاذبہ کے اندر انسداد پیدا کردیتے ہیں یہ دانے بظاہر گردیات مذکورہ کو کھانے اور ہضم کرنے میں مصروف ہوتے ہیں + سفید دانوں کے اندر اکثر یہ جراثیم مفید بھی نظر آتے ہیں جس سے انکے ہجوم و ہضم کے عمل کا پتہ چلتا ہے۔ غدد جاذبہ بھی احتقان دموی کے باعث متورم اور بڑھے ہوئے ہوتے ہیں + حمرہ کے باعث جو مریض ہلاک ہوجاتے ہیں انکی لاش کے امتحان بعد الموت میں وہی معمولی ظواہر نظر آتے ہیں جو عموماً عمومی تسمم الدم کے

[1] حمرہ صفنیہ۔ اسکروٹل اری سپلس
[2] تہیج التہابی حاد۔ اکیوٹ انفلامیٹری اڈیما
[3] تشریح مرضی۔ پیتھالوجیکل اناٹمی۔

باعث لاش میں پائے جاتے ہیں (ان ظواہر کی مفصل کیفیت تسمم الدم کے باب میں درج ہے)۔

تشخیص۔ حمرہ کی حالت بلا دقت، اس کی امتیازی خصوصیات و علامات سے شناخت کی جا سکتی ہے۔ وہ نشانات امتیازی یہ ہیں:۔ اُس کے پھیلنے کا مخصوص طریقہ یہ ہے کہ یہ پھیلتا جاتا ہے۔ جس کے کنارے چوڑے سرخ۔ محدود کسی قدر سطح سے اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی تقریباً ہمیشہ سطحی دانے اور آبلے ہوتے ہیں جو شاید عدسہ[1] نامی شیشہ سے دیکھنے پر ہی نظر آئیں یا صاف پھنسیاں اور آبلے موجود ہوتے ہیں۔ بعض اوقات عفونی زخم جس کے اندر پیپ بھری ہو، حمرہ سے مشابہ نظر آتا ہے، مگر ایسے زخم کی سرخی کا حاشیہ حمرہ کے حاشیہ کی طرح صاف نہیں ہوتا اور اس کی سرخی زخم کے متصلہ حصہ سے زیادہ دور تک نہیں پھیلتی۔ علاوہ ازیں معمولی حالت عفونت میں جلدی آبلے عموماً نہیں موجود ہوتے اور متورم اور بڑھے ہوئے غدد تو شاذ ہی پائے جاتے ہیں۔ التہاب خلوی کا نکڑا بھی حمرہ سے انھیں خصوصیات کے باعث پہچانا جا سکتا ہے۔

انذار[2]۔ حمرہ بذاتہ خطرناک نہیں ہے[3]۔ مگر دیگر عوارض کی موجودگی سے یہ مہلک ہو سکتا ہے۔ زیادہ اہم عوارض یہ ہیں:۔

سرسام (التہاب دماغ) ذات الریہ (التہاب شش) دیگر اعضائے باطنی کا التہاب جن میں بالخصوص گردہ کا ورم زیادہ اہم و مہلک ہے۔

متورم مریضوں، نشہ بازوں (شراب خواروں) اور دودھ پیتے بچوں میں، حمرہ

---

[1] عدسہ۔ لینز۔ محدب الطرفین شیشہ جو عدس کی طرح دونوں طرف سے محدب ہوتا ہے۔

[2] انذار۔ پراگنوسس۔

[3] بقول اُنذر زاسکر اس سے شفاخانوں میں ۹ فیصدی موت واقع ہوتی ہے۔

سے نجات کا شدید خطرہ ہوتا ہے، کیونکہ ان حالتوں میں مریض کے قویٰ جسمانیہ میں بہت سرعت کے ساتھ ضعف پیدا ہو جاتا ہے +

**یہاں ایک بات نہایت دلچسپ** اور یاد رکھنے کے قابل ہے کہ حمرہ کا ایک دورہ گذر جانے کے بعد جراحات و زخم (خواہ وہ پہلے سے نہایت مزمن اور ناقابل اندمال ہوں) نہایت سرعت کے ساتھ اچھے ہو جاتے ہیں، بشرطیکہ کوئی دوسرا عارضہ موجود نہ ہو + حمرہ کے اثر سے التحامی قوت کو ایسی معجزنما تحریک ہوجاتی ہے اگر اس سے نہایت دیرپا اور مزمن قروح[1] قراضیہ و قروح آتشک بھی نہایت جلد مندمل ہو جاتے ہیں، حتیٰ کہ بعض قروح خبیثہ، خصوصاً سلعہ لحمیہ[2] بھی گلے ہے اس کے بعد شفایاب ہو گئے ہیں +

**علاج**۔ انگلستان میں قانون امراض مُعدیہ بابت ۱۸۸۹ء اور ۱۸۹۹ء کے رُو سے حمرہ ایک قابلِ[4] اطلاع مرض ہے + اس کے مریضوں کو عام آبادی سے اور حتی الامکان دار الجراحی[5] سے بھی ہٹا کر رکھنا چاہئے + اگر بدقسمتی سے اس طرح علٰحدگی غیر ممکن ہو تو کم از کم مریض کو جس قدر ہو سکے دوسروں سے فاصلہ پر رکھا جاوے اور خصوصاً ایسے مریضوں سے جنکے زخم کھلے ہوئے ہوں اور جنکا ڈھانکنا دشوار ہو (مثلاً جبکہ منہ میں زخم ہو) + ان حالات میں یہ بھی مناسب ہے کہ تمام اعمال جراحیہ (خصوصاً وہ جنکا ملتوی کرنا خطرناک نہ ہو) ملتوی کر دیئے جائیں + مریض کے بستر کے گرد غسولِ قطرانی[6] میں تر کی ہوئی چادریں ٹانگ دی جائیں، اور

---

[1] قروح قراضیہ۔ ییو پانڈ و ونڈز۔

[2] سلعۂ لحمیہ۔ سارکوما۔

[3] تقرّح خبیثہ۔ (سرطان، سلعۂ لحمی وغیرہ)

[4] ایسا مرض جس کے حدوث کی اطلاع محکمۂ حفظان صحت کو دینا طبیب و مالکِ مکان کا فرض ہے +

[5] دار الجراحی۔ سرجیکل وارڈ۔ محروحین کی قیام گاہ

[6] غسول قطرانی۔ کاربولک لوشن۔

یہی غسول مریض کے آس پاس کے فرش و زمین پر خوب چھڑک دیا جائے + اس مریض کی مرہم پٹی اور تیمار داری وغیرہ کے لئے مخصوص اور علٰحدہ مُغَیّر[1] اور تیماردار مقرر کر دیئے جائیں۔ اور بغیر ہاتھوں میں ربر کا پاک دستانہ پہنے کبھی مریض کی پٹی نہ بدلی جائے +

(الف) **مقامی علاج** دو مقصد سے کیا جاتا ہے۔ یعنی اول تو اس لئے کہ مرض پھیلنے سے رک جائے۔ دوم اس لیے کہ مقامی سقم کو اچھا کر دیا جائے + (۱) مرض کی وسعت اور پیش قدمی روکنے کے لئے ہر وہ شئے مفید ہو سکتی ہے جو مقامی طور سے بڑھنے والے حاشیہ سے آگے کی جلد میں سفید دانوں کی کثرت پیدا کر دے + اس مطلب کے لیے نہایت سادہ اور کارگر طریقہ یہ ہے کہ تندرست جلد پر تیز مَرُوخ[2] بنفشین کی پھریری تین چار دفعہ لگائی جائے۔ اس طرح یہ روزانہ کیا جائے حتی کہ مرض غائب ہو جائے + ایک اور طریقہ[3] مقامی کثرت مضادات پیدا کرنے کے لیے اختیار کیا جا سکتا ہے + وہ یہ ہے کہ پھیلے ہوئے حاشیہ سے ایک یا دو قیراط کے فاصلہ پر جلد کے گرد چھوٹے چھوٹے پچھنے صرف اتنے گہرے لگائے جائیں کہ جس سے خون نکل آئے (تَشْرِیط[4]) + اگرچہ یہ بھی مفید ہے مگر دردناک ہے اور اس میں ذرا دولتے بیہوشی کی ضرورت پڑتی ہے +

(۲) جہاں تناؤ اور درد شدید ہو، افیون یا لفاح[5] کے ساتھ تکمید کی جاوے (مثلاً صمغ افیون ایک اوقیہ غسول رصاص[6] تقریباً ۲۵ تولہ میں ملا کر سینک کے ساتھ

---

[1] مغیّر۔ ڈریسر۔

[2] مَرُوخ بنفشین۔ لِنی منٹ آف آیوڈین۔ (صبغ بنفشین کی طاقت مروخ کے برابر نہیں ہوتی) +

[3] طریقۂ کراسکے۔

[4] تشریط۔ پچھنے لگانا۔ اسکیری فیکیشن۔

[5] لفاح۔ بلاڈونا۔

[6] غسول رصاص۔ لوشیو پلمبائی۔

لگایا جائے اگر بہترین مقامی ضماد شحم ماہی[1] (اکتیول) اور کبریت مدہن[2] (تیول)
کا ہے (تیول گندھک کا ایک مصنوعی مرکب ہے جو اکتیول سے مشابہ ہوتا ہے
مگر اس میں بدبو نہیں ہوتی) طریقہ استعمال یہ ہے کہ ۲۰ سے ۴۰ فی صدی کا محلول[3]
آبی حصہ ماؤف پر دن میں کئی مرتبہ طلا کر دیا جائے، حتیٰ کہ بخار رفع ہو جائے + اس
علاج کا ایک ضمنی فائدہ یہ بھی ہے کہ اس طلاء کے لیپ کے باعث مرض کی سمیت
(جراثیم) پھیلنے نہیں پاتی +

حمرۂ خلویہ بلدیہ میں تناؤ کم کرنے اور اگر ممکن ہو تو تقیح کو روکنے کی غرض
سے گہرا شگاف جلد دینا چاہئے + شگاف دینے کے بعد تقیح کی موجودگی کے باعث
ساخت ماؤف ہلامی[4] نظر آتی ہیں اور رقیق مائی پیپ (مدۂ مائیہ) بہت نکلتی ہے +
شگاف کے بعد مطہر غسولات کے ساتھ تکمید جاری رکھی جاوے، حتیٰ کہ انگور نمودار
ہو جاوے +

(ب) بدنی علاج۔ مقویات اور اغذیہ سے مریض کی طاقت قائم رکھی جائے
زود ہضم و عمدہ غذا، اور کنکنہ (کونین) بہ افراط دی جاوے۔ صبغ حدید[5] خفر آبیز
اعلیٰ نصف درہم کی مقدار میں روزانہ تین چار بار دیا جاوے + یہ دوا اب تک
اس مرض کے لیے ایک قسم کی تریاق خصوصی سمجھی جاتی ہے + اس دوا کے
ساتھ نمکیات اور دیگر مسہلات ملا دیے جائیں تا کہ قبض نہ ہو + مصل[6] دافع کرویات
عقدیہ کثیر الانواع[7] ۱۰ سے ۱۵ مکعب سنتی میٹر کی مقدار میں زیر جلد پچکاری کے ذریعے

۱؎ شحم ماہی۔ اکتھیول
۲؎ کبریت مدہن۔ تھیول۔
۳؎ محلول آبی۔ ایکواس سولیوشن
۴؎ ہلامی۔ جیلاٹے نس۔
۵؎ صبغ حدید خفر آبیز اعلیٰ۔ ٹنکچر فیری پرکلورائڈ۔
۶؎ اینٹی اسٹرپٹو کوکک سیرم۔
۷؎ کثیر الانواع۔ پالی ولنٹ۔ جس میں بہت سے اقسام جراثیم کے شامل ہوں۔

جس قدر جلد ممکن ہو استعمال کیا جاوے۔ اور یہ مقدار دن میں ایک دو مرتبہ لگائی جائے۔ لیکن علاج بالمَصل کے نتائج خلافِ امید چنداں یقینی نہیں ثابت ہوئے +

## خناق وبائی

خناق (خناق کلبی) ایک متعدی مرض ہے جس میں یہ خصوصیت ہے کہ ایک قسم کی رطوبت لیفی مترشح ہوتی ہے جو مقام ماؤف کے سطحی طبقوں کے ساتھ پیوستہ ہوجاتی ہے، اور جو ایک مخصوص قسم کے تسمم الدم کا نتیجہ ہوتی ہے + عموماً اس مرض سے غشیۂ مخاطیہ اور خصوصاً حلق حنجرہ اور جوف الف کی جھلیاں متاثر ہوکر مبتلائے مرض ہوتی ہیں + گاہے اسکا حملہ کھلے ہوئے زخموں، جلد، بدن، ملتحمہ چشم اور اعضائے تناسل پر بھی ہوجاتا ہے + یہ مرض "عصئ خناق وبائی" سے پیدا ہوتا ہے، جو ایک غیر متحرک خوردبینی جرثومہ ہے، جسکا طول تین صُغیرہ (مائکرون) ہوتا ہے۔ یہ تمام معمولی زمینوں میں اُگایا جاسکتا ہے، اگر مصل دم میں بہ سرعت اُگتا ہے۔ نیز یہ جرام مثبت ہے اور اکثر ناہموار طور سے رنگ قبول کرتا ہے +

**مصل میں خناق کی تشخیص** بالخصوص اسبات پر منحصر ہے کہ مشتبہ رطوبت سے عصی خناق کی کشت اُگائی جاسکے اور اس کشت میں اس مرض کے جراثیم خصوصی پائے جائیں + طریقۂ امتحان جو عموماً مستعمل ہے حسب ذیل ہے۔

امتحان کے لئے ضروری سامان یہ ہے + انبوبۂ زرعیہ (شیشہ کی) جس میں

---

| | |
|---|---|
| ۱؎ خناق وبائی۔ ڈفتھیریا۔ | ۳؎ ایک صغیرہ (مائکرون) ملی میٹر کا ہزارواں حصہ |
| ۲؎ عصی خناق وبائی۔ بیسی لس ڈفتھیری۔ | ۴؎ جرام مثبت۔ گرام پازیٹو۔ |
| (اسکو عصی کلبس لوفر بھی کہتے ہیں) | ۵؎ مصل۔ سیورٹی۔ |
| | ۶؎ انبوبۂ زرعیہ۔ کلچر ٹیوب۔ |

مصل دم[1] موجود ہو + عقیم یعنی پاک صاف روئی کا پھایا۔ ایک شیشہ کی امتحانی نلی[2] کے اندر رکھا ہوا + اگر حلق کا امتحان کرنا مقصود ہے تو مریض کو تیز روشنی میں بٹھانا چاہئے + اگر مریض بچہ ہے تو اوسکو مضبوط پکڑ لینا چاہئے + پہلے مریض کی زبان کو چمچہ یا زبان دبانے کے مخصوص آلہ رضاغطہ لسان[3] سے دبا کر رکھا جائے (تاکہ حلق بخوبی نمایاں ہوجائے) + پھر پنبہ مطہر کو بہ احتیاط و صفائی شیشہ کی نلی سے باہر نکال کر حلق کی کوئی نمایاں جھلی پر (اگر موجود ہو) آہستہ سے مل دیا جائے + اب انبوبہ زرعیہ کی ڈاٹ کھولکر اسی پنبہ کو (جو حلق کی جھلی کی رطوبت سے آلودہ کیا گیا ہے) انبوبہ کے اندر کے مصل دم کی سطح پر ہلکے سے پھرا دیا جائے (تلقیح) + پھر دونوں نلکیوں میں ڈاٹ لگا دی جائے + اس کے بعد تلقیح کردہ انبوبہ زرعیہ کو بارہ گھنٹہ تک آلۂ حضانت[4] کے ۳۷ درجہ کی حرارت (صددرجاتی[5]) میں پیدا ہونے اور نمو پانے کے لئے رکھدیا جائے۔ اور بارہ گھنٹے کے بعد نکالکر اوسکا امتحان کیا جائے + اگر عصی خناقیہ موجود ہیں تو مصل دم کی سطح پر چھوٹی چھوٹی دھندلی سفید رنگ کی نوآبادیاں سطح سے قدرے اوبھری ہوئی نظر آئیں گی + پنبہ مطہر کو حلق کی رطوبت سے آلودہ کرنے کے بعد فوراً ہی اوس کی پرتیں غشادہ[6] شفاف کانچ کے ٹکڑے (صفیحہ مجہریہ[7]) پر براہ راست لیکر اور اونکو رنگ کر بھی خوردبینی امتحان کر سکتے ہیں + چونکہ یہ مرض نہایت متعدی و خطرناک ہے لہذا مریض کے حلق کے امتحان وغیرہ کے وقت طبیب کو لازم ہے کہ سخت احتیاط برتے اور ہوشیار رہے کہ دوران امتحان میں مریض اوس کے منہ پر نہ کھانسے اور مریض کے حلق کی رطوبت اور جھلی اوسکو آلودہ نہ کردے +

[1] مصل دم۔ بلڈ سیرم۔
[2] شیشہ کی امتحانی نلی۔ ٹسٹ ٹیوب۔
[3] رضاغطہ لسان۔ ٹنگ ڈپرسر۔
[4] آلۂ حضانت۔ انکیوبے ٹر۔
[5] صددرجاتی۔ سنٹی گریڈ
[6] غشادہ۔ فلم۔
[7] صفیحہ مجہریہ۔ اسلائیڈ۔

مرض خناق کی خطرناک خصوصیت یہ ہے کہ اگرچہ اس کے جراثیم تقریباً ہمیشہ ایک خاص مقام پر محدود رہتے ہیں لیکن خناقی سمین[1] خون میں جذب ہو جاتے ہیں۔ یہ سمین غیر خلوی (خارج از خلیہ)[2] ہوتے ہیں، اور نہ صرف بخار پیدا کرتے ہیں بلکہ اعصاب محرکہ پر شدید و نمایاں اثر کر کے استرخاء پیدا کر دیتے ہیں + استرخاء کا اثر علی العموم تالو، خانہ چشم و ٹانگ کے عضلات پر نمایاں ہوتا ہے، مگر دھڑ اور اطراف کے عضلات بھی گاہے متاثر ہو جاتے ہیں + ضعف قلب بھی عام طور سے پیدا ہو جاتا ہے جس کا باعث کچھ تو عضلات قلب کا تحلل و فساد ہے اور کچھ عصب راجع[3] کا متاثر ہونا ہے + سمین خناق گردوں پر بھی بڑا اثر رکھتے ہیں جس سے عموماً بول زلالی[4] کی شکایت ہو جاتی ہے +

خناق حلق اور خناق حنجرہ } کا بیان امراض حلق و حنجرہ کے باب میں درج ہوگا +

علاج ۔ نہایت ضروری بات یہ ہے کہ خناق کے مصل ضد سمین کو ۴۰۰۰ سے ۵۰۰۰ آحاد[5] کی مقدار میں استعمال کیا جائے + احاد (جمع آحاد) ضد سمین کی اس مقدار کا نام ہے جو ۲۵۰ گرام[6] وزن کے مصری خرگوش[7] میں بطور پچکاری کے داخل کی جائے۔ تو معینہ میعاد کے اندر کی جس قلیل ترین خوراک سے حیوان مذکور ہلاک ہو سکتا ہے۔ اس سے سو گنی مقدار کو وہ بے ضرر بنا دے +

علاوہ مذکورہ بالا مصل ضد سمین (تریاقین) کے استعمال کے، مقامی مطہرات

---

[1] خناقی سمین۔ ڈفتھیریا ٹاکسین۔

[2] غیر خلوی۔ خلیہ سے باہر۔ اگزوٹاکسین۔

[3] عصب راجع۔ وگیس نرو۔

[4] بول زلالی۔ البومی نوریا۔

[5] آحاد۔ یونٹس۔

[6] گرام تقریباً ۸ رتی یا سولہ قمحہ ۲۵۰ گرام۔ تقریباً ۲۱ تولہ۔

[7] خرگوش مصری۔ گینی پگ

اور دافع تعفن ادویہ کا استعمال کرنا چاہئے + خناق حنجرہ میں جبکہ خناقی جھلی کے باعث انسداد ہوکر دقت تنفس واقع ہوجائے تو عمل جراحی کے ذریعہ قصبہ ریہ کو کھولکر اس کے اندر نالی رکھی جاتی ہے (تاکہ سانس جاری رہے۔ اور اس کے انسداد سے دم نہ گھٹ جائے) +

# کزاز۔ طاطانس[1]

کزاز یا طاطانس ایک مقامی متعدی مرض ہے، جو عصی کزازیہ[2] کے باعث پیدا ہوجاتا ہے اور جس کے ساتھ ایک مخصوص قسم کا تسمم الدم بھی ہوتا ہے + عصی مذکورہ اور اونکے ابذار نہایت وسعت رکھتے ہیں اور اس قدر عام ہیں کہ تقریباً ہر قسم کی مزروعہ زمین، کھیتوں اور باغوں کی مٹی میں پائے جاتے ہیں اسیطرح یہ مزدوروں اور ہاتھ سے کام کرنے والوں کے ہاتھ کے میل اور گندگی میں، اور میلے آلات جراحیہ میں بھی پائے گئے ہیں + انکو جدا کرنے میں بہت سخت مشکلات کا سامنا ہوا، مگر بالآخر دو محققوں[3] نے عصی کزازیہ کو پیپ کے اندر سے اس طرح جدا کر لیا کہ عفونی زخم کے اندر سے پہلے پیپ نکالکر اسکو ایک گھنٹہ تک ۸۰ درجہ (صد درجاتی) کی حرارت پہونچائی جس سے تمام معمولی جراثیم صدیدیہ ہلاک ہوگئے اور صرف یہ جراثیم باقی رہ گئے (کیونکہ یہ اتنی کم حرارت سے متاثر نہیں ہوتے) + یہ سیدھے نازک ڈنڈوں کی صورت میں ہوتے ہیں، جو کبھی کبھی لمبے تاگوں کی وضع میں بڑھجاتے ہیں + یہ جراثیم نہایت پکے لاہوائی[4] مزاج کے ہوتے ہیں۔ اور اگر ذرا سی نسیم (حمضین[5]) بھی موجود ہو تو بڑھنا بند کر دیتے ہیں، عموماً انکی مصنوعی کشتیں

[1] طاطانس (ٹے ٹے نس) لفظ طاطانس یونانی الاصل ہے جسکا استعمال علی حسین جیلانی نے شرح قانون میں کیا ہے۔
[2] عصی کزازیہ۔ بیسی لس ٹے ٹے نی۔
[3] محقق نکولیر۔ اور محقق کتاسیتو۔
[4] لاہوائی۔ ان ایروبیز۔
[5] حمضین۔ آکسیجن۔

ایسی ہوا میں اُگائی جاتی ہیں جس میں ہائیڈروجن یا نائٹروجن کے بخارات شامل ہوں + ان جراثیم کے بڑھنے سے ریاح و بخارات نہیں پیدا ہوتے + انکے انڈے (بذر) مخصوص صورت کے، تقریباً گول ہوتے ہیں جو عصی کے ایک کنارہ پر رہتے ہیں + اسی وجہ سے کزازی عصی کی صورت مِقرعۃ الطبل (ڈھول کے ڈنڈے) سے مشابہ ہوتی ہے۔ اور یہ زخموں کی پیپ اور مصنوعی کاشتوں (دونوں) میں دکھائی دیتے ہیں + یہ جراثیم طریقۂ جرام سے رنگ قبول کرلیتے ہیں اور ان میں بکثرت اہداب ہوتے ہیں + یہ جراثیم بذاتہٖ زبردست طفیلی نہیں ہوتے، اور جب انھیں انکے سمین سے بتمامہ جُدا کرلیا جائے تو اکثر یہ عدوی پیدا کرنے پر قادر نہیں ہوتے، حتیٰ کہ اگر انھیں ایسی خالص صورت میں ذی استعداد حیوانات کے اندر پچکاری سے داخل کردیا جائے تو بھی اکثر انسے عدوی نہیں پیدا ہوتا + مگر سمین کی نہایت خفیف ترین مقدار بھی موجود ہو تو اس کے اثر سے گردوپیش کی ساختوں کی قوت حیوانیہ اسقدر پست ہوجاتی ہے کہ جراثیم اپنی افزائش و پیدائش جاری کردیتے ہیں اور مزید سمین بناتے جاتے ہیں +

**اسباب**۔ عصی کزازیہ جو مرض طاطانس (کزاز) کا خاص سبب ہے، از قسم جراثیم عفنہ اختیاریہ ہے، یعنی وہ خارج از جسم نشوونما کی قابلیت رکھتا ہے، اور تقریباً ہمیشہ باغوں کی زمین۔ اصطبل کے کچرے اور دیگر اقسام کی گندگی، اور خاک دھول میں پایا جاتا ہے + لہذا وہ اشخاص جو زمین اور گرد و غبار سے دوچار ہوتے رہتے ہیں مثلاً کھیتوں میں کام کرنے والے مزدور، اور حبشی وغیرہ، ان سب کو یہ مرض لاحق ہوجانے کا بہت امکان ہے، کیونکہ یہ لوگ اس مرض کی سمیت سے ہمیشہ اتصال رکھتے ہیں + گھوڑے ہی اس مرض سے متاثر ہونے کی مخصوص استعداد رکھتے

---

۱۔ ہائیڈروجن ۲۔ نائٹروجن۔
۳۔ طریقہ جرام۔ گرام سے تھڈ مٹنگ۔ اہداب۔ فلاگلا
۴۔ طفیلی۔ پیراسائٹک۔
۵۔ جراثیم عفنہ اختیاریہ۔ فیکلٹیٹو سپروفائٹ۔

ہیں اور عصی گرازیہ گھوڑوں کی لیدٰ میں عموماً موجود رہتے ہیں۔ اسی وجہ سے اصطبل کے ملازمین اور دیگر اشخاص جنکو گھوڑوں سے واسطہ رہتا ہے طاطانس کے مرض سے نسبتاً زیادہ تعداد میں دیکھے جاتے ہیں + یہ مرض (ہندوستان جیسے) ممالک حارہ میں بہ نسبت دیگر ممالک کے زیادہ پایا جاتا ہے + اس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ حرارت انکی افزائش و پیدائش اور ازدیاد سمیت میں معاون ہوتی ہے +

کسی قسم کے زخم وجراحت کی موجودگی (مریضِ کرازمیں) تقریباً ہمیشہ پائی جاتی ہے اور یہ زخم عموماً میلا پھٹا ہوا ناہموار کناروں کا یا چھدا ہوا (نوکدار آلہ سے بنا ہوا) ہوتا ہے اور اس میں عموماً پیپ موجود ہوتی ہے + خواہ زخم بدن کے کسی حصہ میں ہو، مگر غالباً وہ حصص، جو زمین سے لگتے رہتے ہیں (مثلاً پاؤں کے تلوے، ہاتھوں کی ہتھیلی) اکثر اس سے متاثر ہوا کرتے ہیں + شاہراہِ عام کے خطرناک حادثات (خصوصاً سڑکوں پر گاڑی اور گھوڑے کے حادثات) کے بعد اس مرض کے پیدا ہو جانے کا بہت اندیشہ ہوا کرتا ہے +

جراحت کے باعث ساختوں کے چھلنے پھٹنے اور کچل جانے کے باعث انکی قوتِ حیوانیہ کا پست ہو جانا، پھر جراثیم صدیدیہ کی پیدائش کے بعد ساختوں میں لنزع[1] کا پیدا ہونا، اور جراثیم صدیدیہ کا حمضین کی موجودہ مقدار کو جذب کر لینا اور انکے اس عمل سے مقام ماؤف میں ایک کیفیت لا ہوائی کا طاری ہو جانا، یہ سب اسباب بالا جتماع عصی گرازیہ کے نشوونما کا باعث ہو جاتے ہیں + چنانچہ جب کبھی زخموں اور جراحات کو مطہر حالت میں رکھا گیا ہو اور جبکہ عمل التحام بہ سرعت درجۂ تکمیل پر پہونچا تو طاطانس ایسے زخموں پر اثر نہیں کرتا + اسی طرح یہ مرض اسوقت بھی عموماً پیدا نہیں ہو سکتا (اگرچہ شاذ و نادر ہی ہو سکتا ہے) جبکہ چوٹ کے بعد جلد بدن صحیح و سالم ہو

---

[1] لنزع۔ ادری فیشن۔

جیسے کہ رض[۱] (کچلنا) اور کدم[۲] کے بعد + بندوق کے زخم جو بغیر گولی کے محض خالی کارتوس (فشکہ[۳]) کے باعث ہوں، اسکے بعد بھی اکثر طاطانس (کزاز) نمودار ہو جاتا ہے + اسکا سبب یہ ہے کہ خالی کارتوس کا زخم زیادہ تر کارتوس کے بھراؤ (حشو) سے پیدا ہوتا ہے اور یہ بھراؤ گھوڑے کے سخت بالوں کے نمدہ سے بنا ہوا ہوتا ہے جس میں عصی کزازیہ کے انڈے موجود رہنے کا امکان ہوتا ہے + تجارتی یعنی بازاری سریش (غری[۴]) جو گھوڑے وغیرہ کے کھروں سے نکالا جاتا ہے۔ اس کے اندر بھی اکثر عصی کزازیہ ہوتے ہیں اور جب اسکا استعمال پچکاری کے ذریعہ مرض انورسما[۵] میں کیا جاتا ہے تو اوس مریض میں طاطانس کے نمودار ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے +

**ماہیت مرض**۔ علم الامراض میں مرض طاطانس اُس مقامی عفونت کی بہترین مثال ہے جس میں عام تسمم الدم بھی ساتھ موجود ہوتا ہے + عصی طاطانسیہ (کزازیہ) خود تو زخم کے گرد و نواح میں مقیم ہو کر محدود رہتے ہیں اور سیلان خون کے اندر داخل نہیں ہوتے، نہ دور دراز کے مقامات تک پہونچتے ہیں + لیکن سمین جو مقام ماؤف میں بناتے ہیں ایک مخصوص طریقے سے عصبی مراکز کے خلیات پر اثر کرتے ہیں جو جوہر کچلہ[۶] کے اثر سے مشابہ ہوتا ہے + لیکن سمین طاطانسی (کزازی) کی جو ایک نہایت غیر معمولی اور نادر خصوصیت ہے اور جو دیگر اقسام کے عددی میں نہیں پائی جاتی وہ یہ ہے کہ طاطانس کے سمین مقام مرض (زخم وغیرہ) سے دماغ

---

۱۔ رض۔ بلو۔

۲۔ کدم (رہوز) جلدی چوٹ بغیر جلدی تفرق اتصال کے

۳۔ فشکہ۔ کارتوس۔ کارٹرج۔

۴۔ غری۔ سریش۔ جیلاٹین۔

۵۔ انورسما۔ اُم الدم (انورزم)

انورسما یونانی قدیم اصطلاح ہے۔ جو تمام کتب طبیہ میں موجود ہے۔

۶۔ جوہر کچلہ (افاماتین) اسٹرکنین۔

ونخاع تک خون کی راہ سے نہیں بلکہ ایک عجیب وغریب طریقہ سے پہونچتے ہیں یعنی وہ خود اعصاب میں سے گذر کر دماغ ونخاع تک پہونچ جاتے ہیں جیسا کہ اندازہ کیا گیا ہے۔ اس نظریہ کے ثبوت میں ایک دو شہادتیں پیش کی گئی ہیں جو درج کی جاتی ہیں:۔

(۱) سمین طاطانسی (کزازی) کی ایک نہایت خفیف مقدار بھی اگر براہ راست کسی حیوان کے عصب میں پچکاری سے داخل کردی جاوے تو طاطانس کا مرض اوس حیوان میں پیدا ہوجاتا ہے، درآنحالیکہ اگر سمین کی اوس سے چار یا پانچ گنی مقدار بھی کسی عضلہ کے اندر لگائی جاوے تو اوس حیوان میں یہ مرض نہیں پیدا ہوسکتا (۲) لیکن اگر عصب کو پچکاری (تلقیح) کے مقام اور مراکز عصبیہ کے درمیان میں کہیں سے قطع کردیا جاوے تو تشنج رُک جاتا ہے یا بالکل پیدا ہی نہیں ہوتا۔ اسباب سے یہ بھی صاف ظاہر ہوتا ہے کہ علاج طاطانس (کزاز) کے لئے گذشتہ زمانہ میں عصب کو کھینچنے یا قطع کرنے کا جو عمل رائج تھا اوس سے کیونکر بعض اوقات مفید نتائج حاصل ہوجاتے تھے۔ (۳) مزیدبرآں سمین کی موجودگی خود اعصاب میں دیکھی جاسکتی ہے کیونکہ اگر اس سمین کو کسی ذی استعداد حیوان میں پچکاری کے ذریعہ داخل کیا جاوے تو اوس میں طاطانس کا مرض پیدا ہوجاتا ہے

بعد الموت تشریحی تغیرات کوئی خاص امتیازی خصوصیت نہیں رکھتے۔ عضلات اکثر زرد پڑجاتے ہیں، یا ان میں تمزق (ٹوٹ جانے) یا رگوں سے خون باہر پھوٹ پڑنے کے نشانات پائے جاتے ہیں۔ انتہائی اعصاب[۱] جو زخم سے باہر پھیلتے ہیں، کچھ فاصلہ تک سرخ اور ممتلی (خون سے بھرے ہوئے) ہوتے ہیں۔ اسکا باعث التہاب[۲] صدیدی ہوسکتا ہے کیونکہ کزازی سمین عصب

---

۱۔ انتہائی اعصاب۔ پیریفرل نروز۔

۲۔ التہاب صدیدی۔ پایوجے نک انفلامیشن۔

پر کوئی مہیج اثر نہیں رکھتے اور عصب میں کوئی نمایاں اثر نہیں پیدا کرتے۔ مراکز[1] اعصاب میں اکثر مقامات پر لیونت (نرمی) پائی جاتی ہے، عروق کے گرد ترشح[2] خلیات سے اجتماع مواد ہوتا ہے، اور قدرے احتقان دموی بھی (خصوصاً اوسط[3] دماغ اور مبدأ[4] النخاع میں) پایا جاتا ہے۔ نیز تغیرات فساد نخاع کے خلیات[5] عقدیہ میں نظر آتے ہیں۔

## علاماتِ مرضیہ

(الف) طاطانس[6] حاد (کزاز حاد) یہ مرض انگلستان میں اکثر صدوی کے بعد دو یا تین ہفتے میں نمودار ہو جاتا ہے، مگر دیگر ممالک میں صدوی کے چند دنوں یا گھنٹوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ زخم جس کے باعث مرض طاطانس پیدا ہو جاتا ہے اکثر پیپ دار ہوتا ہے اور گندہ اور غیر مندمل دکھائی دیتا ہے، لیکن اگر صدوی تاخیر کے ساتھ پیدا ہو تو یہ زخم مندمل بھی ہو جاتا ہے۔ شروع میں مریض عموماً اسبات کی شکایت کرتا ہے کہ منہ کھولنے میں دقت ہوتی ہے، جس کے ساتھ گردن اور چبانے کے عضلات (عضلات مضغیہ) میں دردناک اینٹھن محسوس ہوتی ہے۔ جلد ہی یہ اینٹھن اسقدر شدید اور نمایاں ہو جاتی ہے (اور جبڑوں میں اسقدر سخت کھنچاؤ ہو جاتا ہے) کہ دانتوں کے درمیان پتلا کا غذ کاٹنے کا چاقو تک نہیں سمایا جا سکتا (جبڑا بیٹھ جانا۔ کزاز[7] الفک) اور کھانا کھانے میں سخت تکلیف ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ گردن کی پشت (گُدی) اور چہرہ کے عضلات بھی اینٹھ کر جکڑ جاتے ہیں جس کے باعث چہرہ میں ہنسی کی سی ایک عجیب ہیئت (حالتِ[8] ضحک) نظر

---

1. مراکز اعصاب۔ نروسنٹرز۔
2. ترشح خلیات۔ سیلیولر اگزوڈیشن۔
3. اوسط دماغ۔ پانز۔
4. مبدأ النخاع۔ میڈلا۔
5. خلیات عقدیہ۔ گنگلین سیلز
6. طاطانس حاد۔ اکیوٹ ٹیٹنس۔
7. کزاز الفک۔ ٹرسمس۔
8. حالتِ ضحک۔ سارڈونی کس

آنے لگتی ہے + حلق کے عضلات میں تشنج ہونے کے باعث نگلنے میں اکثر تکلیف ہوتی ہے (عسُرِ بلع) + عموماً بخار بہت تیز ہوتا ہے، مگر بعض مریضوں میں تقریباً آخر دم تک بخار نہیں ہوتا + جلد ہی دھڑ اور اطراف (ہاتھ پاؤں) تک تشنج کا اثر ہو جاتا ہے اور درد اور اینٹھن پیدا ہو جاتی ہے، حتیٰ کہ تشنج کے نہایت شدید اور دردناک دَورے آنے لگتے ہیں اور اونکا درمیانی وقفہ محض عارضی اور ادھورا ہو جاتا ہے + اس مرض میں عضلاتِ تنفس بھی اکثر گرفتار (مبتلائے تشنج) ہو جاتے ہیں۔ مگر خوش قسمتی سے یہ حالت مرض کی انتہائی حالت میں پیدا ہوتی ہے + شدید تشنج کے دَورے خفیف اور ہر قسم کی تحریکِ تنبّہ سے پیدا ہونے لگتے ہیں، مثلاً دروازہ کا پٹ بند ہونا، سرد ہوا کا جھونکا لگنا، یا کوئی اختیاری حرکت کرنا + یہ تشنج ہمیشہ مستوی شدت کا ہوتا ہے یعنے عضلات اکڑ جاتے ہیں اور پھر ڈھیلے نہیں ہوتے (تشنج مستمر[1]) + بدن سکڑ کر مختلف وضع میں اکڑ جاتا ہے، اور سینہ اکڑ جانے کے باعث تنفس میں رُکاوٹ پیش آتی ہے + گاہے جسم اکڑ کر بصورت کمان پشت کے جانب خمیدہ ہو جاتا ہے (کزاز[2] خلفی) اسکا باعث یہ ہے کہ پُشت کے عضلات اکڑ کر کھچ جاتے ہیں اور شکم کے دونوں عضلاتِ[3] مستقیمہ میں تناؤ ہو کر وہ تختہ کے مانند سخت ہو جاتے ہیں + گاہے جسم سامنے کی طرف خمیدہ ہو جاتا ہے (کزاز[4] مقدّم) اور شاذ و نادر جسم دائیں یا بائیں جانب کو بھی خمیدہ ہوتا ہے (کزاز[5] جانبی) + کبھی عضلات اسقدر سختی کے ساتھ سکڑتے ہیں کہ اونکی لیفی ساخت ٹوٹ جاتی ہے (تمزّقِ لیفی)

[1] تشنج مستمر- ٹانک کنٹرکشن۔
[2] کزاز خلفی- اوپسِتھوٹونس۔
[3] عضلات مستقیمہ شکم- رکٹائی ابڈومی نس۔
[4] کزاز مقدم- امپراستھوٹونس
[5] کزاز جانبی- پلیوروستھوٹونس۔

اور دانت ٹوٹ جاتے ہیں اور زبان کٹ کر قریب قریب الگ ہو جاتی ہے * شعور، وقوی ذہنیہ آخر تک صحیح رہتے ہیں * ہلاکت عموماً تشنج کے دوروں کے تکان وضعف قوئی سے یا شاذونادر انقباض عضلات سینہ کے باعث اختناق (دم گھٹنے) سے ہوتی ہے * موت سے پہلے کبھی حرارت ۱۰۸ یا ۱۱۲ درجہ (مقیاس مروج) تک پہونچ جاتی ہے اور اکثر مرنے کے بعد بھی ایک یا دو درجہ زیادہ تک اور بڑھتی رہتی ہے * اس قسم کی شدتِ حرارت بالخصوص مسلسل انقباض عضلات کے باعث ہو جاتی ہے * بدن پسینہ سے شرابور ہو جاتا ہے، پیشاب کم مقدار میں آتا ہے اور گاہے بول زلالی ہوتا ہے * موت ابتداء مرض سے چوبیس گھنٹے کے اندر یا چار پانچ دن کے وقفہ کے بعد بھی ہو سکتی ہے *

(ب) طاطانس (کزاز) مزمن۔ یہ عدوی کے بعد نسبتاً زیادہ وقفہ کے بعد نمودار ہوتا ہے، اس کی علامات نسبتاً ہلکی ہوتی ہیں، اور اس کے بعد شفا کا امکان بھی زیادہ ہوتا ہے * دورانِ مرض میں عموماً بخار ہوتا ہے اور تشنج کے دورے اوسی عضو میں محدود رہتے ہیں جہاں سے عدوی پیدا ہوا ہے مگر یہ دورے عام اعضائے جسم میں بھی ہو سکتے ہیں * گاہے جبکہ مریض صرف صاحب فراش رہتا ہے اوس کے جبڑے تمام تر نہیں بلکہ جزوی طور سے سکڑ جاتے ہیں اور گردن، پشت، اور شکم کے عضلات میں محض سختی (صلابت) ہوتی ہے مگر ادن میں اس مرض کا خصوصی تشنج نہیں پایا جاتا *

(ج) طاطانس راسی یا طاطانسِ ہستر خانی۔ یہ ایک مخصوص غیر معمولی قسم ہے جو ان حصص جسم کی جراحات کے بعد پیدا ہو جاتی ہے جن میں اعصاب دماغیہ

---

ملے مقیاس مروج۔ فارن ہائٹ تھرما میٹر۔
ملے صلابت۔ ریجی ڈیٹی۔
ملے طاطانس راسی۔ کیفیلک ٹے ٹنس۔
ملے طاطانسِ ہسترخانی۔ ہیڈ الائی ٹک ٹے ٹنس

قاعدۃ الراس کے سوراخوں سے باہر نکلنے کے بعد پھیلتے اور منتشر ہوتے ہیں،
خصوصاً چشم خانہ کے بالائی حاشیہ کے آس پاس کی جراحت کے بعد یہ زیادہ تر
دیکھا جاتا ہے + اس کے نمایاں خصائص یہ ہیں کہ عضلات ماضغہ کے تشنج کے ساتھ
جس طرف جراحت پہونچی ہے اس جانب چہرہ میں استرخاء (لقوہ) بھی ہوجاتا
ہے + ابتداءً تو مرض کی تصویر صرف اسی قدر نمایاں ہوتی ہے اور مریض
اس قابل ہوتا ہے کہ خود چل کر طبیب کے پاس جاسکتا ہے + لیکن بعد ازاں جسم
کے دیگر اعضاء اور حصوں میں بھی وہی معمولی تشنج مستمر[1] کی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے
اور دیگر اعصاب دماغیہ میں بھی استرخاء ہوجاتا ہے اور خصوصاً عصب سوم (محرک
مُقلہ) متاثر ہوجاتا ہے جس کے باعث حَوَل[2] نمودار ہوجاتا ہے + بعض اوقات
عضلات بلع (نگلنے کے عضلات) میں تشنج ہوجاتا ہے اور نہایت جوش کے ساتھ
جنون[3] و شوریدہ سری کے دورے آنے لگتے ہیں + اسی باعث اکثر اس مرض کو
کزاز کلبی[4] بھی کہا کرتے ہیں +

**تشخیص**۔ ابتدائی درجوں میں طاطانس (کزاز) کو ایسے کزاز فکی (جبڑا بیٹھنا) سے
فرق کرنا چاہئے، جو دانتوں کے لذع و تہیج (مثلاً تاکل اسنان وغیرہ سے) یا کنپٹی
اور جبڑے کے جڑ جانے سے، پیدا ہوگئی ہو + یہ شناخت نہایت آسانی سے یوں
ہوسکتی ہے کہ طاطانس کی حالت میں گردن کے عضلات میں بھی صلابت ہوتی ہے۔
سمیت کچلہ سے بھی ایک سلسلہ علامات پیدا ہوجاتا ہے جو طاطانس سے بہت
مشابہ ہوتا ہے، مگر اس میں انقباض نسبتاً زیادہ ناگہانی اور شدید ہوتا ہے، اور
انقباضی دوروں (تشنج) کے درمیانی وقفہ میں عضلات اسقدر پورے طور پر ڈھیلے

---

[1] تشنج مستمر۔ ٹانک اسپیزم۔
[2] حَوَل۔ اسٹرے بِسمس۔
[3] جنون سے نیا۔
[4] کزاز کلبی۔ ٹے ٹنس ہائیڈروفوبی اس۔

اور ملائم ہو جاتے ہیں کہ منہ نہایت آسانی سے کھل سکتا ہے۔ علاوہ ازیں ہاتھ بھی تشنج میں مبتلا ہو جاتے ہیں جو کہ طاطانس میں نہایت غیر معمولی بات ہے۔ اسی طرح چبانے کے فعل میں جو عضلات کام میں آتے ہیں وہ اکثر تشنج میں مبتلا نہیں ہوتے (درانحالیکہ طاطانس میں ان پر خصوصی اثر ہوتا ہے)۔

**کَلَبْ** (فرنہ الماء) سے طاطانس (کزاز) کو تمیز کرنے میں کچھ بھی دقت نہیں ہونی چاہئے، کیونکہ کلب میں انقباض (تشنج) بالکل متضاد نوعیت کا یعنے ارتجاجی[1] ہوتا ہے (تشنج ارتجاجی میں عضلات انقباض کے بعد بالکل ڈھیلے اور ملائم پڑ جاتے ہیں، پھر کسی وقفہ کے بعد سکڑتے ہیں) درآنحالیکہ طاطانس میں عضلات کا انقباض مسلسل قایم رہتا ہے اور درمیان میں ڈھیلا پن نہیں ہوتا۔ علاوہ ازیں کلب کی خصوصیات یہ ہیں کہ اوس میں عضلاتِ تنفس اور عضلاتِ ازدرادیہ میں تشنج وانقباض ہوتا ہے، نیز پیدائشِ مرض کا واضح اور مخصوص سبب (پاگل کتے یا جانور کا کاٹنا) ہوتا ہے، علاوہ ازیں دماغی خلل (اوہام) اور خیالات[2] باطلہ بہت ابتداء میں پیدا ہو جاتے ہیں اور عضلات کا انقباض مسلسل نہیں رہتا۔

تجربہ گاہ (معمل) میں مخصوص طریقوں کے ذریعہ سے طاطانس کی تشخیص کی ضرورت اوسوقت تو عموماً لاحق نہیں ہوتی جبکہ مرض صاف طور پر نمایاں ہو گیا ہو لیکن جب کبھی تشخیص میں شبہ ہو تو، امتحان کا بہترین طریقہ وہی ہے جو درج ذیل ہے:۔

زخم کے گہرے حصہ میں سے قدرے مواد و رطوبت لیکر انہے شوربہ[3] (یخنی) ملاکر

---

[1] تشنج ارتجاجی۔ کلونک کنولشن
[2] خیالات باطلہ۔ ڈیلیوسی نےشن۔
[3] شوربہ۔ یخنی۔ براتھ

رقیق کرلو + پھر اسکو دو حصوں میں تقسیم کرو + اس میں کا ایک حصہ تو کسی چوہے یا ارنب مصری کے جسم میں (تلقیح کے ذریعہ) داخل کردو، اور دوسرے حصہ میں مصل دافع طاطانس[1] (تریاقین کزازی) بقدر ۵۰ یونٹ کے ملاکر اس مخلوط سیال کو ایک دوسرے جانور کے جسم میں تلقیح کردو + اگر پہلے جانور میں تلقیح کے بعد طاطانس کا مرض پیدا ہو جاوے اور دوسرا جانور صحیح وسالم اور محفوظ رہے تو مریض میں طاطانس کا ہونا متیقن طور پر ثابت ہوگا +

اِنذار۔ ہر حالت میں نتیجہ خراب (مہلک) ہونے کا اندیشہ رہتاہے، مگر جسقدر زیادہ مدت تک طاطانس رہے اور حرارت جتنی کم ہو۔ اسیقدر امکانِ شفا ہوتاہے لیکن اگر ابتداء مرض شدید (حاد) علامات کے ساتھ ہوئی ہو، بخار بہت شدت کا ہو، بے خوابی ہو، اور ہذیان اور حَوَل (بھینگاپن) موجود ہو تو یہ علامات خطرناک ہیں + عدویٰ ہونے کے بعد مرض کے ظاہر ہونے کی مدت (زمانۂ حضانت[2]) کا طول بھی ایک نہایت اہم اثر رکھتاہے، کیونکہ جن مریضوں میں مصل دافع کزاز (تریاقین طاطانس) کی تلقیح بھی کردی گئی ہو اور ان کی مدت حضانت دس دن سے کم ہو، تو بھی ان میں اموات کا اوسط، اُن مریضوں کے نسبت جن میں مرض زیادہ عرصہ کے بعد ظاہر ہوا ہو، کم از کم ۲۰ فی صدی زیادہ ہوتاہے + یعنے جس قدر مدت حضانت کم ہوگی اسیقدر مرض کا نتیجہ زیادہ خطرناک ہونے کا اندیشہ ہے +

علاج۔ حفظ ما تقدم۔ جن مقامات میں طاطانس (کزاز) کا زیادہ زور پایا جائے وہاں مناسب ہے کہ جب زخموں میں عدویٰ کا گمان ہو تو فوراً بغرض احتیاط تریاقین طاطانس کی تلقیح حفظ ما تقدم کی غرض سے کردی جائے + خصوصاً جبکہ

---

[1] مصل دافع طاطانس۔ اینٹی ٹیٹے نک سیرم + تریاقین کزازی۔ ٹیٹے نک اینٹی ٹاکسین

[2] مدت حضانت (مدتِ تفریخ) پیریڈ آف انکیوبے شن۔

شاہراہ عام پر کسی حادثہ کے باعث چوٹ پہونچی ہو یا جب زخم کے گہرے حصوں کے مواد اور کھرچن[1] (حکاکہ) کا خوردبینی امتحان کرنے سے مشتبہ قسم کے جراثیم دیکھے جائیں، تو تریاقین ضد سمین کزازی کی تلقیح کر دینا عین مصلحت ہے۔ تریاقین کی مقدار ایک سے پانچ سلتی میتر سے زائد دینے کی ضرورت نہیں ہے۔

جب مرض ظاہر ہو گیا ہو تو اصلی زخم (جہاں سے عدوی ہوا ہو) کو آزادی کے ساتھ کاٹ کر نکال دیا جائے اور پھر تیز جلانے والی ادویہ لگا دی جائیں۔ یا پورے عضو کو قطع کر دینا چاہئے۔ لیکن بایںہمہ ممکن ہے کہ تشنج کے دورے جاری رہیں اور ہلاکت پیدا کر دیں۔ کیونکہ سمین کی خاصی مقدار نظام جسم میں پہلے ہی سے داخل ہو چکی ہے۔

مندرجہ بالا مقامی علاج کے علاوہ طاطانس کی نوعی[2] تریاقین کسی منیع[3] و محصن (مناعت پیدا کردہ) جانور کے مصل دم سے طیار کی ہوئی (جسکا مفصل بیان علم الجراثیم کے باب میں درج ہو چکا ہے) پچکاری کے ذریعہ مریض کے جسم میں داخل کی جائے۔ یہ تریاقین محض خالص دافع سمین ہے اور عصبی کزازیہ کے نشو و نما کو نہیں روک سکتی ہے۔ لہذا عصبی کزازیہ کے دفعیہ و ہلاکت کے لیے مقامی ہجوم بیضاوات[4] یا دوسری قسم کے مناعت پیدا کرنے والے عملیات سے افادہ حاصل کیا جائے۔ تریاقین کے استعمال سے وہی سمین جو دوران خون میں موجود ہیں فوراً بے ضرر یا ہلاک ہو جاتے ہیں، لیکن چونکہ سمین طاطانس، اعصاب کی راہ سے پھیلتے ہیں اور مراکز اعصاب کے مادہ حیات سے فوراً ملحق ہو جاتے ہیں، اسوجہ سے اکثر

| | |
|---|---|
| ۱؎ کھرچن۔ اسکرےپنگ۔ | ۳؎ منیع۔ امیونائزڈ۔ |
| ۲؎ نوعی تریاقین۔ اسپےسےفک امیٹی ٹاکسین | ۴؎ ہجوم بیضاوات۔ فیگوسائی ٹوسس |

تریاقینِ طاطانس کا فائدہ یقینی اور اُمید افزا نہیں پایا جاتا + ابتداءً تریاقین ہمیشہ بہت زیادہ مقدار میں دینا چاہیئے، بعد ازاں کم مقدار کی پچکاریاں ہر روز ایک یا دو مرتبہ لگانا چاہیئے + جس قدر مرض کی علامات زیادہ شدید ہوں اسی قدر تریاقین زیادہ مقدار میں دینا چاہیئے + بہتر ہے کہ پہلی پچکاری کی مقدار ۲۰ سے ۴۰ مکعب سنٹی میٹر کی ہو جو تحت الجلد دی جائے، اس کے بعد اسے ۱۵ دن میں دو مرتبہ دی جائے + مگر اس سے بھی بہتر یہ طریقہ ہے کہ نسبتاً کم مقدار کی پچکاری وریدی دی جائے یا کمر میں چھید کر اُم جافیہ کی نیچے کی خلا میں داخل کی جاوے، اندرون دماغ کی پچکاری جو پہلے رائج تھی اس کے خطرات کے باعث اب متروک ہے، لیکن احتقانِ عصبی (عصب کے اندر پچکاری) کے ذریعہ تریاقین دیگر سمین کے اوپر جانے کا راستہ مسدود کر دینا کسی طرح قابلِ الزام نہیں ہے +

ایک اور طریقۂ علاج ایک محقق نے بتایا ہے جس کے نتائج علاجِ تریاقین کے نسبت یقینی طور پر بہتر معلوم ہوتے ہیں + وہ یہ ہے کہ حامض قطرانی کا سیال (۲ فیصدی) اسے ۵ قطرے تحت الجلد پچکاری سے دن میں دو یا تین مرتبہ داخل کیا جائے + اس دوا کا طریقہ عمل اگرچہ نامعلوم ہے، مگر مفید نتائج ضرور ظاہر ہوتے ہیں +

مریض کو بالکل آرام و سکون کے ساتھ اندھیرے کمرے میں رکھا جائے اور تہیج و انتشار اور ہر قسم کی تحریک و تنبیہ کو (جس سے کہ تشنج پیدا ہو سکتا ہے) مسدود کر دیا جائے +

تشنج کے دورے کم کرنے یا قطعی رد کرنے کے لئے مطہر محلولِ مغنیسیم کبریت آگین مفید ہے، جو تحت الجلد پچکاری سے یا بزل قطنی کے ذریعہ اندرون فضائے اُم جافیہ

| | |
|---|---|
| ۱؎ نزوص الحکشن یعنی محقن یا سیلی۔ ۲؎ مغنیس کبریت آگین میگنیشیم سلفیٹ۔ | ۳؎ بزل قطنی۔ لمبر پنکچر۔ |

میں دیا جاسکتا ہے۔ اس کے اثر سے اعصاب کے خلیات محرکہ کا انتشار دہیجان کم ہو جاتا ہے مگر سمین کزازیؔ[1] پر خواہ یہ خلیات کے اندر ہو یا آزاد ہو کوئی اثر نہیں ہوتا۔ مقدار زیر جلد پچکاری کے لئے ۱۰ فی صدی محلول کی ۱۰ سے ۲۰ مکعب سنتی میتر[2] ہر چار گھنٹہ کے بعد۔ لیکن احتقان اندرون نخاع کے لئے ۲۵ فی صدی محلول ۲ سے ۴ مکعب سنتی میتر روزانہ دینی چاہئے جس سے کسی قسم کا مضر اثر نہیں پیدا ہوتا۔ تشنج روکنے کے لئے نل اخضر[3] بھی سنگھا سکتے ہیں۔ افیون۔ اخضرال مائگین[4] شخاریہ[5] عفن آمیز۔ اخضر خلون[6]۔ لوبئیہ کالابار[7] کورارا[8] وغیرہ بھی مفید ظاہر کی گئی ہیں۔ مگر انکے استعمال سے جن مریضوں میں فائدہ پہونچا ہے غالباً وہ بغیر ان دواؤں کے بھی شفایاب ہو جاتے۔

**غذا**۔ سادہ، رقیق، طاقت بخش، اور مسکن دینی چاہئے۔ چونکہ تشنج کے باعث خوراک کا فرو ہونا مشکل ہوتا ہے، لہٰذا یہ تجویز پیش کی گئی ہے کہ مریض کو روزانہ دو بار دارو ئے بیہوشی سنگھانے کے بعد انبوبۂ معدیہ[9] منہ کی راہ سے پیٹ میں داخل کرکے غذا پہونچائی جائے۔ یا نرم ربر کی نلکی دقاطیر[10] ناک کی راہ سے پیٹ میں پہونچا کر اس سے غذا دی جاوے۔ مگر مبرز کی راہ سے بھی غذا بآسانی پہونچائی جا سکتی ہے۔ غذا کے علاوہ معمولی سیال نمکین کی مقدار کثیر مبرز کی راہ سے دیتے رہنا چاہئے تاکہ سمین کے اخراج میں مدد ملتی رہے اور مریض کی پیاس بھی بجھتی رہے۔

---

1 سمین کزازی۔ ٹٹنے ٹوناکسین۔
2 مکعب سنتی میتر۔ کیوبک سنٹی میٹر تقریباً ۱۵ بوند
3 نل اخضر۔ کلوروفارم۔
4 اخضرال مائگین (کلورل ہائیڈریٹ) اخضرال (اخضرین۔ الکحل)
5 شخاریہ عفن آمیز۔ پوٹاسیم برومائڈ۔
6 اخضر خلون۔ کلوریٹون۔
7 لوبئیہ کالابار۔ فزاسٹگما۔ کالابار بین۔
8 کورارا۔ جنوبی امریکہ کا زہر پیکان ہے۔
9 انبوبۂ معدیہ۔ اسٹامک ٹیوب۔
10 دقاطیر۔ کیتھیٹر۔

# الکَلَب[1]

## فزع الماء

اَلکَلَبُ ایک حاد عمومی مُعدی مرض ہے، جو حیوانات کے ذریعہ سے منتقل ہوکر انسان تک پہونچتا ہے، اور خصوصاً پاگل کتوں، بلیوں اور بھیڑیوں کے ذریعہ سے پہونچتا ہے۔ اس میں نظام عصبی مرکزی مبتلائے مرض ہوجاتا ہے۔ اس کی سب سے زیادہ نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ اس کی مدتِ حضانت نہایت طویل و متغیر (غیر متعین) ہے۔ حیوانات یا انسان میں یہ مرض ذاتی طور پر (خود بخود) کبھی نہیں پیدا ہوتا بلکہ عموماً (پاگل جانور کے) کاٹنے کے بعد نمودار ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر کاٹتے وقت، دانت کپڑوں یا لباس کے اندر سے گھسیں، تو ممکن ہے کہ اسکا زہر پہنچکر کپڑوں میں لگ جائے۔ اور مرض پیدا نہ ہو۔ یہ بھی ثابت ہوچکا ہے کہ اگر عدوی والا جانور، بدن کے کسی چھلے ہوئے حصہ کو محض چاٹ لے، تو بھی یہ مرض منتقل ہوسکتا ہے، اگو چاٹنے والے جانور میں اوسوقت پاگل ہونے کی کوئی خصوصی علامت موجود بھی نہ ہو۔

**کَلَبُ الکَلب[2]** (کتے کا پاگل پن) یہ عدوی کے تین سے پانچ ہفتہ کے بعد ظاہر ہوتا ہے۔ لیکن یہ مدت بہت مختلف ہوتی ہے۔ اسکا اصلی وابتدائی زخم عموماً تمامتر بخوبی اچھا ہوجاتا ہے یا اوس میں کچھ التہابی دبازت آس پاس پیدا ہوجاتی ہے۔ مرض کا ابتدائی درجہ ضعف وتنگی تنفس کا ہوتا ہے جس میں جانور کا جھلانا

---

[1] الکلب (ہائیڈرو فوبیا) فزع الماء کی اصطلاح جدید نہیں ہے۔ بلکہ نفیس نے بھی شرح موجز میں اس کا استعمال کیا ہے۔

[2] کلب الکلب۔ ریبیز۔

ہر وقت کاٹ کھانے کو طیار رہنا، چڑھنا، اور بد مزہ ہونا اور اسی قسم کے دیگر علامات ظاہر ہوتے ہیں (یہ باتیں خصوصاً دوسرے کتے کو دیکھکر اوس کے سامنے زیادہ ظاہر ہوتی ہیں) + بے چینی زیادہ ہوتی ہے۔ کتا تاریک گوشوں میں سست پڑا رہتا ہے یا او نگھتا رہتا ہے، بھوک فاسد قسم کی پیدا ہو جاتی ہے اور بلا تمیز ہر قسم کی گندگی اور غلاظت حتیٰ کہ خود اپنے پائخانہ کو کھانے لگتا ہے + یہ ابتدائی حالت دو یا تین دن رہتی ہے، اور دراصل یہ مدت نہایت خطرناک ہوتی ہے کیونکہ ان علامات میں کوئی خاص بات غیر معمولی نہیں معلوم ہوتی جو فوراً دل میں کھٹک جائے + اس کے بعد دوسرا درجہ استرخا (فالج) کا ہوتا ہے جس کے بعد موت آجاتی ہے۔ دوران مرض میں (ابتدا سے انتہا تک) جانور کا منہ گاڑھے لیس دار لعاب سے بھرا رہتا ہے جسے وہ پھنچکر علیحدہ کرنے کی کوشش کرتا ہے مگر کامیاب نہیں ہوتا + عام کتوں کے بھونکنے میں جو مخصوص گنگناہٹ ہوا کرتی ہے وہ پاگل کتے میں جاتی رہتی ہے اور گلا بیٹھ جاتا ہے + جوں جوں مرض بڑھتا ہے۔ نیچے کا جبڑہ مفلوج ہوتا جاتا ہے + آخر میں کچھ حصہ میں یا عمومی تشنج کے دورے آتے ہیں، اور جانور مرض شروع ہونے کے چار یا چھ دن کے بعد مر جاتا ہے + بعض جانوروں میں ایک درجہ دیوانگی (جنون) کا ہوتا ہے جس میں نہایت جوش و خروش پیدا ہو جاتا ہے اور جانور حالت وحشت میں دیوانہ وار دوڑتا اور لپکتا پھرتا ہے اور جس چیز کو دیکھتا ہے اوسکو کاٹ کھاتا ہے +

**کلب** (انسان میں) مدت حضانت بہت مختلف ہوتی ہے، جو چند مہینوں سے لیکر برسوں تک ہو سکتی ہے لیکن عموماً چھ ہفتہ سے زائد مدت حضانت نہیں ہوتی + اس مدت کے اندر زخم (کتے کے کاٹنے کا) اچھا ہو جاتا ہے، اگرچہ نشان زخم چھونے سے دکھتا ہے اور اس میں عصبی درد ہوتا ہے + ابتداء مرض

ایک موہوم خوف اور تخیلِ باطل سے ہوتی ہے، جس میں تخیلات شاذہ (آنکھوں کے سامنے جھوٹی شکلیں) اور انتشارِ حواس اور اختلالِ عقل پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ حالت تقریباً چوبیس گھنٹہ تک طاری رہتی ہے، پھر بےچینی، بے خوابی، عدم اشتہار طعام کے ساتھ ساتھ پانی یا رقیق چیزوں سے نفرت پیدا ہوجاتی ہے اور شاید کچھ حرارت بھی ہوتی ہے۔ پھر اس مرض کی مخصوص و ممتاز علامات اس طرح نمودار ہوتی ہیں کہ زبان، گردن اور خصوصاً عضلات بلعیہ (عضلات ازدرادیہ) اور عضلاتِ تنفس میں تشنج کے ساتھ سختی اور اینٹھن پیدا ہوجاتی ہے، اور جب کسی چیز کو نگلنے کا ارادہ کیا جاتا ہے تو یہ تشنج اور بھی تیز و نمایاں ہونے لگتا ہے۔ اس مرض کے تشنج کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ اس کے دَورے ارتجاجی[1] قسم کے ہوتے ہیں اور یہ کزاز (طاطانس) کے دَوروں سے یوں مختلف ہوتے ہیں کہ مسلسل (مستمرہ) نہیں ہوتے بلکہ ان میں درمیانی وقفہ ہوتا ہے جس میں کچھ دیر کے لئے عضلات نرم اور ڈھیلے پڑجاتے ہیں۔ تشنج کے دورے بتدریج سارے بدن میں پھیل جاتے ہیں اور تھوڑے ہی وقفہ کے بعد ہر خفیف ترین حسی تحریک اور ادنیٰ ترین تنبیہ (مثلاً سرد ہوا کا جھونکا، روشنی کی چمک، کوئی ناگہانی آواز، خصوصاً آواز جو رقیق چیزوں کے بہنے سے پیدا ہوتی ہے) سے تشنج پیدا ہوجاتا ہے اور نگلنا بالکل غیر ممکن ہوجاتا ہے۔ عموماً دہن لیسدار گاڑھے لعاب سے پُر رہتا ہے جسکو خارج کرنے میں بہت دقت ہوتی ہے۔ تنفس رُک رُک کے آنے لگتا ہے (گویا دم گھٹنے لگتا ہے) اور اکثر ایک زوردار ہچکی جیسی آواز پیدا ہوتی ہے جو بعض اوقات کتے کے بھونکنے سے مشابہ خیال کی جاتی ہے، مگر یہ دراصل حجاب حاجز

---

[1] تشنج ارتجاجی۔ کلونک کنولشن، کم و بیش ہونے والا تشنج جو مسلسل بڑھتا ہوا نہ چلا جائے۔

کے تشنج کے باعث ہوتا ہے۔ بالآخر تشنج کے دورے بالکل بند ہو جاتے ہیں اور مریض مر جاتا ہے مگر اس کے ہوش و حواس آخر دم تک صحیح و بجا رہتے ہیں۔ ہلاکت کا باعث یہ ہے کہ مبدأ النخاع میں فاسد تغیرات نمایاں ہو جاتے ہیں یا ہلاکت انتہائی ضعف و ہبوط قوی سے ہو سکتی ہے۔ یا مزمار یعنی حنجرہ کے تشنج سے موت بہت جلد واقع ہو سکتی ہے۔ یہ مرض تقریباً ایک ہفتہ تک رہتا ہے مگر اس سے بھی کم مدت کا ہو سکتا ہے اور دو ہی دن کے اندر ہلاک کر سکتا ہے۔

**تغیرات بعد الموت**۔ خاصکر منفی قسم کے ہوتے ہیں۔ خوردبینی امتحان (فحص مجہری)[1] سے التہاب حاد کے علامات مبدأ النخاع کے زیریں حصہ میں پائے جاتے ہیں جس میں اعصاب کے زوج نہم، دہم، اور یازدہم کے مراکز بھی مخلوط ہوتے ہیں۔ یہاں کے عروق میں انجماد خون اور نسیج واصل میں سفید دانوں کی ریزش ہوتی ہے۔ اعصاب کے ریشے اور عصبی عقد کے خلیات میں بھی تغیر و فساد ہوتا ہے۔ غدد لعابیہ ہمیشہ کم و بیش بڑھے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ ادنیٰ درجہ کے حیوانات میں اس مرض کی تشخیص یوں ہو سکتی ہے کہ اس مرض کے اثر سے ان کے دماغ کے بطن مقدم کے قرن کبشی اکبر[2] اور جوہر محیطی (قشر دماغ[3]) میں اجسام کلبیہ[4] (اجسام نجریہ) پائے جاتے ہیں جو شناخت کیے جا سکتے ہیں۔ یہ چھوٹے چھوٹے اجسام ہیں جو خلیات سے مشابہ ہوتے ہیں، ان کے وسط میں ایک چھوٹا یا بڑا کتلہ (حصہ) ہوتا ہے یا چھوٹے چھوٹے جراثیم کرویہ کے جھنڈ ہوتے ہیں۔ جن کے گرد ایک شفاف متشابہ الاجزاء خیطی طبقہ ہوتا ہے اور پھر اس طبقہ کے گرد ایک رقیق و نازک جھلی ہوتی ہے۔ اجسام کلبیہ تقریباً ہر مریض میں پائے جاتے ہیں اور قیاس کیا جاتا ہے کہ یہ اس

| | |
|---|---|
| [1] فحص مجہری۔ مائیکرا سکوپک اگزامی نیشن۔ | [3] قشر دماغ۔ سیریبرل کارٹکس۔ |
| [2] قرن کبشی اکبر۔ ہپوکیمپس میجر۔ | [4] اجسام کلبیہ۔ نگری باڈیز۔ |

مرض نے حوینات کے دورِ زندگی میں ایک مخصوص زینہ (زینۂ حیات) ہیں یہ اجسام چند گھنٹوں کے اندر معائنہ کیے جا سکتے ہیں اور ان سے ثابت ہوسکتا ہے کہ کتے میں کلب (پاگل پن) کا مرض موجود تھا یا نہیں۔ اگر انسان کو کتے نے کاٹا ہے اور تحقیقی طور پر یہ جاننا مقصود ہے کہ کتا پاگل تھا یا نہیں، تو کتے کو مار کر اس کے دماغ میں اجسام کلبیہ ملاحظہ کرنے سے فوراً تشخیصِ مرض متیقن طور پر ہوسکتی ہے۔ اجسام مذکورہ کے امتحان نے یہ آسانی پیدا کر دی ہے کہ تلقیح کر کے نتائج کے انتظار کرنے کی ضرورت باقی نہیں رہتی۔ اجسام کلبیہ انسان کے دماغ میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں اور بعض محققین نے انکو مصنوعی طور سے کاشت کے ذریعہ اُگایا بھی ہے۔

حفظِ ماتقدم کے لئے ضروری وسائل فوراً ہر حالت میں اختیار کرنا چاہئے جبکہ کتا پاگل ہو یا اس کے پاگل ہو جانے کا اندیشہ ہو۔ جس جگہ کتے نے کاٹا ہو اس سے اوپر رسی یا پٹی مضبوط باندھ کر دورانِ خون کو بند کر دینا چاہئے تاکہ زہر سرایت نہ کرا سکے اور زخم میں خون خوب بہانا چاہئے (نشتر یا چاقو سے زخم کو بڑا کر کے خون خارج کر دیا جائے) اور کسی تیز دوا سے (مثلاً خالص حامض قطرانی سے) جس قدر جلد ممکن ہو زخم کو جلا دینا چاہئے۔ مگر مناسب تر یہ ہے کہ عضو ماؤف کو (یا مقام زخم کو) فوراً خوب کاٹ دیا جائے یا قطع کر کے خارج کر دیا جائے۔

---

حفظ ماتقدم کے لئے طریقۂ پاستور۔ اسکا بنیادی اُصول اس تحقیق پر مبنی ہے کہ اگر تخفیف کردہ سمیت، بتدریج بڑھتی ہوئی مقدار اور بڑھتی ہوئی طاقت میں پچکاری کی جاوے تو تلقیح کردہ حیوان یا انسان کو مرض سے محفوظ کر دیتی ہے۔

---

۱؎ حوینات۔ پروٹوزوا۔
۲؎ محقق ناغوچی۔
۳؎ حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔
۴؎ پاستور۔ پاسچر۔

مادۂ تلقیح کا یہ اثر ہے کہ پہلے سے جو زہر موجود ہوگا اوسے گرفت میں لے لیگا اگر مرض کو زیادہ بڑھنے کا موقعہ نہیں دیا گیا ہے تو آیندہ زہر کو بڑھنے نہ دیگا اور مرض کا ظہور نہ ہوسکے گا۔ اسکا طریقۂ استعمال درج ذیل ہے:۔

پہلے کتے کے اندر سے مرض کا زہر نکال کر اوس زہر کو کئی خرگوشوں میں یکے بعد دیگرے داخل کرکے (زہر کو) ایک مستقل ترکیب اور شدید ترین تیزی میں یعنی ایسی صورت وساخت میں حاصل کرلیا جاتا ہے کہ جس کی پچکاری لگانے کے بعد جانور (خرگوش) برابر ساتویں دن مرتا رہتا ہے اور اوس کے نخاع کا ہر حصہ شدتِ سمیت میں یکساں پایا جاتا ہے۔ زہر (مادۂ تلقیح) اس ترکیب سے حاصل کیا جاتا ہے کہ پہلے مریض (پاگل) کتے کے نخاع یا مبدأ النخاع کو نکال کر مطہر شوربہ کے اندر خوب گوندہ کر آمیز کرلیا جاتا ہے۔ پھر خرگوش کی کھوپری کا ایک ٹکڑا مشقاب[1] منشاری کے ذریعہ قطع کرکے اس مخلوط شوربہ کی پچکاری اوس کے دماغ کی غشائے عنکبوتی[2] کے نیچے لگادی جاتی ہے۔ اس پچکاری کے اثر سے تلقیح کردہ جانور کا نخاع سمی ہوجاتا ہے۔ پس اب اس قسم کے کئی سمی نخاعین نکالکر اونکو خشک کرنے کے لئے کئی جرسی الشکل[3] شیشہ (ناقوس زجاجی) کے اندر مختلف مدت تک لٹکا دیا جائے اور شیشوں کے پیندے میں قدرے ریہ کاوی[4] ہی رکھدیا جائے۔ اس ترکیب سے سمیت کی تیزی میں تخفیف بتدریج ہوتی جاتی ہے، حتی کہ چودہ دن تک رکھنے سے وہ بالکل ضائع ہوجاتی ہے۔ اس قسم کے تخفیف کردہ نخاع کے ٹکڑوں کو مطہر شوربہ کے اندر خوب حل کرکے انسان میں اس کی پچکاری لگائی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا نخاع کے خفیف ترین طاقت کے محلول سے کی جائے؂

---

[1] مشقاب منشاری۔ ٹریفائن۔

[2] غشائے عنکبوتی۔ ارکنائڈ ممبرین۔

[3] جرسی الشکل شیشہ } گلاس بل جار۔
ناقوس زجاجی }

[4] ریہ کاوی۔ کاسٹک پوٹاش۔

اور بندریج زیادہ طاقت کی پچکاریاں دی جائیں، یہاں تک کہ ایسے نخاع کا محلول دیا جاوے جو صرف ایک ہی دن کے لیے خشک کیا گیا ہو ۔ یہ طریقہ علاج ۱۸۸۵ء میں ایجاد ہوا تھا، اور اب تک اس کے استعمال سے جو نتائج مستنبط ہوئے ہیں وہ اسقدر یقینی ثابت ہوئے ہیں کہ ان سے صاف ظاہر ہوتا ہے کہ مرض کلب دفزع الماء کے حفظ ماتقدم کے لیے ہمارے پاس ایک کارگر حربہ موجود ہے مگر شرط یہ ہے کہ کُتّے کے کاٹنے کے بعد مرض کو نشو ونما کے لیے زیادہ ڈھیل اور طویل مدت نہ دی گئی ہو ۔

اگر یہ مرض انسان میں نمودار ہوگیا ہو تو علامات کی شدت کم کرنے کے لیے محض علاج[1] بالتخفیف اختیار کیا جاسکتا ہے ۔ مریض کو قطعی آرام وسکون میں رکھنا چاہیئے اور تحریک وتنبیہ کے تمام اسباب کو مسدود کردینا چاہیئے ۔ تشنج کے دورے کم کرنے کے لئے اخضرال[2] منہ کی راہ سے دی جاوے یا نل اخضر[3] سنگھایا جائے، یا برزخ[4] حلق پر آب پاش[5] سے کوکین چھڑکا جائے غذا جو کچھ بھی مریض کھا سکے دی جائے اور بہتر ہے کہ مبرز کی راہ سے غذائی حقنہ کیا جاوے ۔

## جمرۂ خبیثہ[6]

یہ مرض عصئ اجمریہ[7] کے عدوی کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، جو بھیڑ مویشی اور

[1] علاج بالتخفیف / علاج ملطف } پیلی ایٹو ٹریٹمنٹ
[2] اخضرال۔ کلورل۔
[3] نل اخضر۔ کلوروفارم۔
[4] برزخ الحلق۔ فاسز۔
[5] آب پاش۔ اسپرے اپریٹس۔
[6] جمرہ خبیثہ۔ انتھرکس۔
[7] عصئ اجمریہ۔ انتھرکس بیسی لس۔

دیگر جانوروں میں ایک قسم کا بخار (حمیٰ طحالیہ[1]) پیدا کر دیتا ہے جس میں بخار کے ساتھ طحال بڑی ہو جاتی ہے + انسان میں اگر عصیٔ جمریہ کا عدویٰ تلقیح جلد کے باعث پیدا ہو جاوے تو اس سے ایک قسم کا مقامی التہابی درم ہو جاتا ہے جسے بثرۂ خبیثہ[2] کہتے ہیں، یا زیادہ پھیلا ہوا اور وسیع تہیج ہو جاتا ہے جسے اوذیما[3] جمریہ کہتے ہیں اور جو گاہے جمرۂ خبیثہ کے بعد نمودار ہوتا ہے + اگر یہ جراثیم ریا انکی سیت (پھیپھڑے یا امعاء کی راہ سے جذب ہو جاتے ہیں تو ایک عمومی التہابی مرض پیدا کر دیتے ہیں جسے تسمم[4] جمری کہتے ہیں +

**عصیٔ جمریہ**۔ یہ جراثیم مرضیہ کی سب سے بڑی قسم ہے۔ جسکا طول ۵ سے ۲۰ صغارہ[5] تک، اور عرض ا سے ۱/۲ ا صغیرہ تک ہوتا ہے + یہ مریض حیوانات کے خون میں ڈنڈوں یا ڈوروں کی شکل میں ہوتا ہے جو متعدد دو سے دس تک بسیط اجزا سے مرکب ہوتا ہے + یہ ہوائی، غیر متحرک ہوتا ہے، حرارت بدنیہ کے درجہ میں خوب بڑھ سکتا ہے، اور لحمی مادہ کو گھلا کر رقیق کر دیتا ہے + جب اسے مصنوعی طور پر حضین کی موجودگی میں اُگایا جائے تو یہ عصی کے اندر نمایاں ابذار پیدا کر دیتا ہے، مگر زندہ ساختوں میں اس کے ابذار کی پیدائش نہیں پائی جاتی + چند ثانیہ[6] تک اُبالنے سے یہ جراثیم مر جاتے ہیں، لیکن جس لاش میں یہ موجود ہو اس کی تحلیل[7] (عفونت) انکو تقریباً ایک ہفتہ کے اندر ہلاک کر دیتی ہے۔ مگر اس کے ابذار نہایت سخت جان ہوتے ہیں اور اگر انھیں ایک فی صدی سیال حمض[8]

---

[1] حمیٰ طحالیہ۔ اسپلینک فیور۔

[2] بثرۂ خبیثہ۔ ملگننٹ پسچول۔

[3] اوذیما جمریہ۔ انتھرکس اڈیما۔

[4] تسمم جمری۔ انتھراسیمیا جسے مرض نداف اون رادون نکلنے والوں کا مرض (وول سارٹرس ڈیزیز) بھی کہتے ہیں۔

[5] صغارہ (صغیرہ کی جمع) مائکرون

[6] ثانیہ۔ سکنڈ۔

[7] تحلیل۔ ڈی کمپوزیشن۔

[8] حمض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

قطر اِنی میں ڈبو کر رکھا جاوے تو ایک ہفتہ تک زندہ رہتے ہیں، درآنحالیکہ حمض قطرانی کا یہی سیال اِن جراثیم کو صرف دو دقیقہ[1] میں ہلاک کر دیتا ہے + علاوہ ازیں الکحول اور سیال حمض قطرانی (۵ فی صدی طاقت) بھی ابتدا پر اوس وقت تک اثر نہیں رکھتے جب تک کہ ایک طویل وقت تک اونپر عمل نہ کریں + اگر حمی طحالیہ[2] کے اثر سے مرے ہوئے کسی جانور کے خون میں سوئی کی نوک کو تر کر لیا جاوے، اور پھر اِس سوئی سے کسی چوہیا (فار[3]) کی دم کی جڑ کے پاس چھید دیا جاوے، تو اس طرح تلقیح شدہ چوہا چوبیس گھنٹے سے کم مدت میں ہلاک ہو جاتا ہے اور اُس کے جسم کے تقریباً ہر عضو میں عصی جمریہ پائے جاتے ہیں +

بعض جانور، خصوصاً بڑی ذات کا چوہا (جرذ[4]) اور کتا، طبعی طور سے جمرۂ خبیثہ کے مرض سے مامون[5] ہوتے ہیں + علامہ باستور[6] کی تحقیقات میں ایک نہایت اہم اور مفید ایجاد یہ بھی ہے کہ اوس نے جمرۂ خبیثہ کی سمیت (جراثیم) کی کشتوں کو پہلے حرارت کے اثر سے تخفیف دیکر مویشی اور بھیڑ میں تلقیح کرکے اون میں اکتسابی مناعت[7] پیدا کرنے کا طریقہ دریافت کیا +

**علامات**۔ عصی جمریہ کا عدوی عموماً چرواہوں میں جو زندہ مویشی کو چراتے ہیں یا قصائیوں میں جو بے جان مویشی کو ہاتھ لگاتے ہیں، پایا جاتا ہے + نیز یہ اُن پیشہ وروں میں بھی ہوتا ہے جو چمڑے اور اُون کا کام کرتے ہیں +

**بثرۂ خبیثہ**[8]۔ یہ عموماً چہرہ اور کلائی پر ہوتا ہے، اور مقام تلقیح پر ایک سرخ مکدر پھنسی

---

[1] دقیقہ۔ منٹ۔

[2] حمی طحالیہ۔ اسپلینک فیور۔

[3] فار۔ ماؤس۔

[4] جرذ۔ ریٹ

[5] مامون۔ امیون۔

[6] باستور۔ پاسچر۔

[7] مناعت کسبیہ اکوائرڈ امیونٹی۔

[8] بثرۂ خبیثہ۔ ملگننٹ پسچول۔

کی صورت میں نمایاں ہوکر شروع ہوتا ہے، جو بہ سرعت پھیل جاتا ہے، اور جس کی جڑ (قاعدہ) میں مواد کے انصباب و ترشح کی بڑی کثرت پائی جاتی ہے۔ مگر بیچ میں آبلے ہوتے ہیں + ان آبلوں کے اندر کی رطوبت (مصل) خون آلود ہوکر سیاہی مائل بھورے رنگ کی ہوجاتی ہے اور اس میں عصی جرثومۂ مخصوص شکل کے موجود ہوتے ہیں + اس درجہ میں درد مطلق نہیں ہوتا مگر نہایت سخت کھجلی اور لذع (جلن) ہوتا ہے + جوں جوں بثرہ پھیلتا جاتا ہے، اسکا مرکزی حصہ پہلے بھورا اور آخر میں کالا پڑجاتا ہے اور یہی خشک ریشہ (کھُرنڈ) بن جاتا ہے + اس مرکزی حصہ کے گرداگرد احتقان دموی (اجتماع خون) اور تہیج (ورم رخو) کے باعث ایک نہایت سخت متورم و متم کا حصہ بن جاتا ہے جسپر آبلوں کا تنگ حلقہ سا نمودار ہوجاتا ہے + یہ مقامی کیفیت بتدریج زیادہ نمایاں ہوتی جاتی ہے اور عروق دمویہ اور غدد جاذبہ بھی اس میں مبتلا ہوکر بڑھ جاتے ہیں + عموماً کسی قدر بخار اور کسل و ماندگی بھی ہوتی ہے جو چوتھے یا پانچویں دن تک زیادہ شدید نہیں ہوتی، اس کے بعد بخار ۱۰۲ یا ۱۰۴ درجہ (مقیاس مرتج) تک ہوجاتا ہے، نبض سریع اور غیر منتظم ہوجاتی ہے، لذع معدہ، قے، اور نفخ شکم زیادہ ہوجاتا ہے + اگر مرض بغیر کسی روک تھام تدارک کے پھیلتا رہے تو قرب و جوار کے حصص اوذیما منتشرہ میں مبتلا ہوجاتے ہیں مثلاً وہ چہرہ سے پھیلکر گردن، سینہ اور پشت تک پہونچ سکتا ہے سانس سطحی (کم گہرا) اور رک رک کر آنے لگتا ہے اور عمومی بدنی خرابی کے خطرناک علامات مثلاً ہذیان و قوبا پیدا ہوکر بیچارہ مریض عموماً ایک ہفتہ سے کم مدت میں، یا کبھی ابتداء مرض سے صرف تیس یا چالیس گھنٹے کے اندر ہی، شکار اجل ہوجاتا ہے + لیکن

---

۱ نبض غیر منتظم۔ اررگیولر پلس۔

۲ لذع معدہ۔ گیسٹرک اری ٹے بی لیٹی

۳ اوذیما منتشرہ۔ اسپریڈنگ ایڈیما۔

۴ قوبا۔ ثبات۔ کوما

بیشتر یہ مرض اس شدت کا نہیں ہوتا اور صرف مقامی تغیرات و نلماہر تکسدی محدود رہتاہے، جو بتدریج دفع ہو جاتے ہیں اور خشک ریشہ علحدہ ہو جاتاہے اور تیبج بھی غائب ہو جاتاہے۔ البتہ اگر مرض کے مراکز متعدد مقامات پر ہوں تو انجام مرض (انذار) قدرتاً زیادہ خراب ہوتاہے۔

اوذیما جمریہ۔ اسکا دوران نہایت تیز اور مہلک ہوتاہے۔ یہ اکثر چہرہ اور پپوٹوں کے قریب ظاہر ہوتاہے، اور جلد سرخ مادہ کی طرح سخت، متورم اور سرخ ہو جاتی ہے، اور کچھ عرصہ کے بعد دانوں اور چھالوں سے ڈھک جاتی ہے بالآخر غالنغرانا کے دھبے (نگڑے) نمودار ہو جاتے ہیں۔ عروق جاذبہ کی نالیاں اور غدد بھی مبتلائے مرض ہو جاتے ہیں۔

یہ مقامی حالت، مادۂ چیچک کے اتفاقیہ ٹیکے سے یا جراثیم عنقودیہ صدیدیہ کی چھوت سے مشابہ ہوتی ہے (اور اکثر غلطی سے یہی سمجھی جاتی ہے) مگر چھالوں کے اندر کی رطوبت میں عصی جمریہ کی موجودگی کے باعث اصلی مرض کی شناخت ہو سکتی ہے۔ مشتبہ صورتوں میں اس رطوبت سے کشتیں طیار کرکے جراثیم دیکھے جا سکتے ہیں۔

تسمم جمری (اون کے دھنیوں کا مرض)۔ یہ اوس عمومی حالت کا نام ہے جس میں اگرچہ کوئی خارجی سقم یا جراحت تو نہیں نمودار ہوتی، مگر عصی جمریہ نظام جسم کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں۔ مرض کا زہر خشک ابذار کے نگلنے یا تنفس میں داخل ہونے کے باعث نظام جسم میں پہونچ جاتاہے، جس سے دو قسم کے علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

| | |
|---|---|
| ۱ اوذیما جمریہ ۔ انتھرکس اڈیما | ۲ تسمم جمری ۔ انتھراسیمیا ۔<br>۳ وول سارٹرس ڈیزیز ۔ |

(۱) تنفسی۔ اگر یہ اعضائے تنفس میں داخل ہوجاتا ہے تو مریض کو ابتداء میں چند روز تک بخار اور کسل و ماندگی کی شکایت ہوتی ہے، اور اس کے بعد ایک قسم کا ذات الریہ غشائیہ مصلیہ لیفیہ[1] پیدا ہوجاتا ہے جس کی رطوبت میں عصی جمریہ بکثرت موجود ہوتے ہیں۔ اس کی رفتار نہایت تیز ہوتی ہے، بہت تیز بخار اور عسر تنفس[2] اور دوران خون میں ضعف ہوتا ہے آخر میں زیادہ مریضوں کو اضمحلال قوی لاحق ہوجاتا ہے۔

(۲) معوی۔ اگر جراثیم معدہ میں داخل ہوجاتے ہیں، تو اکثر تو وہ ترش کیلوس (جس کے اندر ترش رطوبت معدیہ ہوتی ہے) کے باعث ہلاک ہوجاتے ہیں۔ لیکن اگر بعض جراثیم یا ان کے انڈے آنتوں تک پہونچ گئے تو وہاں امعاء کے کھاری مادہ کے اندر ان کے نشوونما کے لئے زرخیز زمین میسر ہوجاتی ہے اور یہ انتڑی کی دیواروں کو جلد مبتلائے مرض کردیتے ہیں جس سے مرض پھیل جاتا ہے۔ درد شکم، مروڑ اور اینٹھن کے دورے قے، خونی دست (اسہال الدم) اس حالت کی نمایاں علامات ہیں۔

یہ قسم معوی اسقدر مہلک یا زہریلی نہیں ہوتی جتنی کہ تنفسی، مگر قسم جلدی (جلد والی) کی نسبت تو یقیناً زیادہ خطرناک ہے۔

---

علاج۔ جمرہ کی قسم جلدی میں سڑے ہوئے آس پاس کے سوجے ہوئے حصہ کو قطع کرکے خارج کردینا چاہئے۔ اور پھر آگ سے داغ دینا چاہئے، یا خالص حامض قطرانی[3] سے جلا دینا چاہئے۔ اس قسم کا علاج گذشتہ زمانہ میں مستعمل تھا، مگر جن لوگوں نے

[1] ذات الریہ غشائیہ مصلیہ لیفیہ۔ سیرو فائبرس پلیورو نمونیا۔
[2] دقت تنفس۔ ڈسپنیا۔
[3] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

اس کے متعلق تجربہ کیا ہے ان کا خیال ہے کہ یہ طریقہ نہایت کم مفید ہے اور وہ تکیسدات (ریسنگ) پر زیادہ اعتماد رکھتے ہیں۔

مصل دافع جمرہ (تریاقین جمرہ) کئی قسم کے طیار کیے گئے ہیں، اور ان کے استعمال سے جمرہ میں مفید نتائج حاصل ہوئے ہیں، خصوصاً مقامی اقسام کے جمرہ میں اسقلادہ[1] کا طیار کیا ہوا مصل بیشتر استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے طیار کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے بکروں یا گدھوں میں علامہ باستور[2] کے طریقہ سے بنایا ہوا مادہ تلقیح[3] لگا کر مصنوعی طور سے اکتسابی مناعت پیدا کر دی جاتی ہے (اس مادہ تلقیح میں عصی جمرہ کی زندہ کشتیں ۴۲ درجہ (صدر جاتی) کی حرارت میں تخفیف کی ہوئی ہوتی ہیں)۔ اس کے بعد ان میں شدید زہریلی کشتوں کی کثیر مقداریں لگائی جاتی ہیں۔ اس طرح حاصل کیا ہوا مصل (تریاقین) علاج جمرہ میں استعمال کیا جاتا ہے، جس کی پچکاری کی مقدار ۲۰ سے ۴۰ مکعب سنتی میتر (۳۲۴ قطرہ سے ۶۴۸ قطرہ تک) ہے، جو حسب ضرورت چوبیس گھنٹہ میں دو بار دی جاسکتی ہے۔ زیادہ شدید حالتوں میں مصل کی پچکاری وریدی راہ سے کی جاوے۔ صنوبن ہیئم کا مصل جمرہ بھی، جو مختلف طریقہ سے بنایا جاتا ہے اور مندرجہ بالا مقداروں میں دیا جاتا ہے، اچھے نتائج پیدا کرتا ہے۔ ان دونوں اقسام مصل کے استعمال کے بعد مریض کو بخار اور پسینہ آتا ہے مگر مریض کی حالت میں اکثر نہایت جلد اصلاح ہو جاتی ہے۔ اندازہ ہے کہ مصل کے اثر سے ہجوم مضادات میں تحریک و ترقی ہوتی ہے اور مریض شفایاب ہو جاتا ہے۔

---

[1] اسقلادہ۔ اسکلیوو۔
[2] باستور۔ پاسچر۔
[3] مادہ تلقیح۔ ویکسین۔

# سوزاک۔ سیلان زہری

سوزاک (سیلان زہری۔ سیلان مخاطی) ایک مرض متعدی ہے جو ایک خاص نوعی جراثیم "کرویات زہریہ یا کرویات زوجیۂ سوزاک" کے فعل و اثر سے پیدا ہوجاتی ہے۔ اور جس کی خصوصیت (نہایت عام قسم میں) یہ ہے کہ مجری البول (احلیل) سے پیپ کی رطوبت خارج ہوتی ہے +

جراثیم سوزاک "کرویات زوجیہ" کی قسم سے ہیں انکے جوڑے میں کا ہر ایک کرویہ شکل میں گردہ نما یا پشم کے بیج سے مشابہ ہوتا ہے۔ اور یہ دونوں ایسی وضع میں پائے جاتے ہیں کہ انکے مقعر کنارے ایک دوسرے کے بالمقابل ہوتے ہیں گاہے ایک ایک کرویہ تنہا یا چار چار کے گردہ (رباعیات) بھی ہوتے ہیں مصنوعی طور سے یہ آسانی سے نہیں اُگتا اور اس کے اُگانے کے لیے دموین کی زمین کی ضرورت ہوتی ہے + کشتوں کے لئے مناسب زمین طیار کرنے کا نہایت سادہ طریقہ یہ ہے کہ معمولی زمین اجار کی سطح پر قدرے مطہر خون پھیلا دیا جائے + اس کی نوآبادیاں چھوٹی چھوٹی اور نیم شفاف ہوتی ہیں اور شبنم کے ننھے ننھے دانے کی کے مانند نظر آتی ہیں + اگر اس طرح کی مصنوعی کشتوں کو انسانی احلیل کے اندر داخل کر دیا جائے تو سوزاک پیدا ہوجاتا ہے + چنانچہ اس تجربے

علاج۔ جمرۂ کی اک کے جراثیم بھی کرویات زوجیہ ہیں کیونکہ ملاشہ کا غ کے

قطع کر کے خارج کر دینا چاہیے اور گندھیا

سے جلا دینا چاہیے + اس فنڈ کاکس۔

ڈکاکس گنوری

۱۔ ذات الریہ غشائیہ معصلیہ لیفیہ پلیورو منیا۔

۵۔ گردہ نما۔ کڈنی شیپڈ۔

۶۔ پشم کا بیج۔ بین

۷۔ رباعیات۔ ٹیٹرڈز۔

۸۔ دموین۔ ہیموگلوبین۔

۹۔ اجار۔ اگار۔

اصولِ[1] موضوعہ کو تمام وکمال پورا کرتے ہیں • ادنیٰ حیوانات اس مرض سے طبعاً محفوظ ہیں • کرویات سوزاک طریقۂ جرام سے رنگ نہیں قبول کرتے (جرام[2] منفی) یہ خصوصیت تشخیص مرض کے لحاظ سے نہایت اہمیت رکھتی ہے۔ کیونکہ کرویات زوجیہ کے بیشتر اقسام (جو جراثیم سوزاک سے مشابہ ہوتے ہیں) جرام مثبت ہوتے ہیں یعنے طریقۂ جرام سے رنگنے پر رنگت قبول کر لیتے ہیں اور اسکو قایم رکھتے ہیں • جراحات سوزاک کی پیپ میں کرویات سوزاک کثیر تعداد میں پائے جاتے ہیں، اور بیشتر یہ کثیر النوات[3] بیضاوات کے اندر ہوتے ہیں • یہ انکی ایک ممتاز خصوصیت ہے، مزید براں یہ خصوصیت بھی اہم ہے کہ اگرچہ بیشتر سفید دانے (کثیر النوات بیضاوات) تو ان کرویات سے خالی ہوتے ہیں، مگر جن سفید دانوں کے اندر یہ پہونچ جاتے ہیں اُن میں انکی تعداد کثیر مجتمع ہوتی ہے •

سوزاکی پیپ کے اندر خلیات بشریہ بھی موجود ہوتے ہیں، جو جھلیوں کی سطح سے چھلکر آتے ہیں۔ اور جنکے اوپر یا اندر بہت سے کرویات (جراثیم) اکثر پائے جاتے ہیں •

**ماہیت جراثیمی۔** دارالتجربہ (معمل) میں سوزاک کی تشخیص کے لئے اکثر طرق[4] زرعیہ (کاشت کے طریقے) کی چنداں ضرورت پیش نہیں آتی، بلکہ پیپ کے صفائح[5] کو (مخصوص طریقہ سے) رنگ کر امتحان کیا جاتا ہے • رنگنے کا بہترین طریقہ طریقۂ جرام ہے۔ جس کے بعد امتیاز حاصل ہونے کے لیے نیلین[6] سرخ قطرانی (فکسین قطرانی) مخفف سے انھیں رنگ دیا جاوے (تاکہ جراثیم سوزاک اور دوسرے جراثیم میں مختلف قسم کا رنگ چڑھکر تمیز میں آسانی ہو) • اس ترکیب سے کرویات سوزاک

---

[1] پاسچولیٹس۔ [2] گرام نیگے ٹو۔ [3] پالی مارفو نیوکلیر لیکو سائٹس۔ [4] طرق زرعیہ کلچرل۔ [5] صفائح صدیدیہ۔ پس فلم۔

[6] نیلین سرخ قطرانی۔ کاربال فکسین۔ فکس ایک جرمنی کا نام ہے جسکے نام پر نیلین سرخ کا نام رکھا گیا ہے

سرخ ہو جاتے ہیں اور دیگر اقسام کے کرویات سوزاک سے مشابہ ہوتے ہیں وہ سب گہرے بنفشی رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اور اس طرح ان کے مابین تمیز نہایت آسانی سے ہو سکتی ہے (تلوین[۱] تمیزی) ۔ علاوہ ازیں کرویات سوزاک کا خلیات کے اندر منقسم ہونا اور ریم یعنی پیپ کے بیشتر دانوں کا ان سے بالکل خالی ہونا، اور صرف بعض پیپ کے دانوں کا ان سے بالکل پُر ہونا۔ یہ سب ممتاز خصائص ہیں جن سے سوزاک کی تشخیص قایم ہو سکتی ہے۔ لیکن گاہے بعض کرویات سوزاک خلیات یعنی دانوں سے باہر یعنے غیر خلوی ہوتے ہیں۔

مردوں میں سوزاک کا ابتدائی تفرق اتصال یا ابتدائی سقم مجری بول کے سامنے کے حصے میں نزلی[۲] التہاب حاد کی صورت میں نمایاں ہوتا ہے، اور یہ التہاب جلد تقیح (ریم یعنی پیپ بننے) میں مبدل ہو جاتا ہے، اور مجری البول کے گہرے حصوں میں حتیٰ کہ غدۂ مذی[۳] مثانہ یا اغذیدس[۴] تک پہونچ سکتا ہے۔ عموماً مرض اسی حد تک پہونچ کر ختم ہو جاتا ہے، مگر بعض حالتوں میں کرویات سوزاک دوران خون میں ہی داخل ہو جاتے ہیں اور اعضاے بعیدہ پر اثر کر دیتے ہیں۔ چنانچہ اس سے زیادہ تر مفاصل (جوڑ) متاثر ہوتے ہیں، لیکن گاہے حقیقی تقیح[۵] الدم کے ظواہر پیدا ہو جاتے ہیں (تقیح[۶] دم زہری) جس سے پھوڑے (خراجات[۷] ثانویہ) اور التہاب بطانۂ[۸] قلب تقرحی پیدا ہو جاتے ہیں۔

**مجری بول[۹] کے التہاب زہری حاد کے علامات۔** (مردوں میں) مدت حضانت

| | |
|---|---|
| ۱ تلوین تمیزی۔ کاؤنٹر اسٹیننگ | ۶ تقیح دم زہری۔ گانوکوکیمیا (خون میں کرویات سوزاک کی موجودگی) |
| ۲ التہاب نزلی۔ کٹارل انفلامیشن | ۷ خراجات ثانویہ۔ سکنڈری ایبسسز |
| ۳ غدۂ مذی۔ پراسٹیٹ گلینڈ | ۸ التہاب بطانۂ قلب تقرحی۔ السریٹو اینڈوکارڈائٹس |
| ۴ اغذیدس۔ اپی ڈڈمس | |
| ۵ تقیح دم۔ پائیمیا | |

۹ گنوریل یوریتھرائٹس۔

دو سے آٹھ دن تک ہوتی ہے اور التہابِ مجری البول عموماً عدوی کے بعد چند ہی دنوں میں پیدا ہو جاتا ہے ۔ ابتداءً دہانۂ احلیل پر خارش سی محسوس ہوتی ہے اور پیشاب کرتے وقت جلن اور درد ہوتا ہے، اس کے بعد (عدوی کے تیسرے یا چوتھے دن) مواد آنے لگتا ہے جو شروع میں پتلا اور مخاطی ہوتا ہے مگر جلد ہی گاڑھا پیلا اور مقدار میں بہت زیادہ ہو جاتا ہے ۔ دہانۂ احلیل کے کنارے متورم ہو کر رج جاتے ہیں ۔ یہ حالت کم و بیش عرصہ تک جاری رہتی ہے، اور گاہے پشت مکر میں بہت کمنجاڑ کا درد ہوتا ہے، اور ساتھ ہی تمام بدن میں خلل اور بکار ہی ہو جاتا ہے ۔ عموماً قبض موجود ہوتا ہے اور اشتہا کم ہو جاتی ہے ۔ گاہے مجری البول کی غشائے مخاطی کا التہاب اسقدر شدید ہوتا ہے کہ اوسکے باعث احتباس البول ہو جاتا ہے یا مجری البول سے خون جاری ہو جاتا ہے (بول الدم) ۔ پہلی بار مرض کا حملہ بہ نسبت مابعد کے حملوں کے زیادہ تکلیف دہ اور خطرناک ہوتا ہے، اگرچہ پہلا حملہ علاج سے جلد تر شفایاب ہو سکتا ہے ۔ نقرسی مزاج اور گٹھیا والے (حداری) اشخاص کا علاج زیادہ مشکل ہوتا ہے، اور ان میں پیپ (مواد) بند ہو جانے کے بعد اکثر اعادۂ مرض ہو جاتا ہے ۔ یہ بھی مشہور ہے کہ بہ نسبت سیاہ فام اشخاص کے گورے آدمی زیادہ مبتلا ہوتے ہیں ۔

اگر مناسب علاج جاری رکھا جاوے تو دو تین ہفتہ کے بعد مواد بالکل بند ہو جاتا ہے، لیکن اگر علاج میں بے پروائی کی گئی تو التہاب پیچھے کی طرف پھیل جاتا ہے اور

---

ملہ التہاب مجری البول } یوری تھرائی ٹس
ورم احلیل }

ملہ احلیل ۔ یوریتھرا ۔

ملہ کمنجاڑ کا درد ۔ فنڈگنگ پین ۔

ملہ احتباس البول ۔ ری ٹنشن آف یورن ۔

ملہ بول الدم ۔ یوریتھرل ہمورج ۔

ملہ نقرسی ۔ گاؤٹی ۔

ملہ حدار (گٹھیا) رومانزم ۔

وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے عموماً التہابِ احلیلی مؤخرؔ کہتے ہیں، کیونکہ یہ مجری بول کے اوس مؤخر حصہ کو ملتہب کر دیتا ہے جو عضلۂؔ عاصرۂ غائرہ کے پیچھے واقع ہے یہ حالت گاہے باقاعدہ علاج پر بھی ہو جاتی ہے۔ یہ التہاب دوسرے ہفتہ کے آخر میں ظاہر ہوتا ہے اور اس کی ممتاز علامات یہ ہیں کہ پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ آتا ہے، عجانؔ (سیون) میں درد اور بھاری پن سا معلوم ہوتا ہے، پیشاب میں گاہے قدرے خون بھی آجاتا ہے اور عام بدنی اضمحلال اور ضعف محسوس ہوتا ہے۔ التہاب کا پیچھے کی طرف اس طرح پھیلنا ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ کیونکہ اس میں ایسے عوارض پیدا ہو جاتے ہیں جو غدۂ مذی، خصیتینؔ اور اوعیۂ منیؔ، کو مبتلائے مرض کر دیتے ہیں اور جو خصوصاً سوزاکِ مزمنؔ یا نہ نقدہ کی پیدایش کا نہایت عام سبب ہیں۔ سوزاک مزمن (زنقہ) کی حالت میں کچھ عرصہ تک مواد کم و بیش زیادہ مقدار میں جاری رہتا ہے اور گاہے گاہے پیشاب کرتے وقت جلن اور درد محسوس ہوتا ہے، مگر اور کوئی تکلیف دہ علامات نہیں پائی جاتی۔ مواد اکثر پتلا اور مخاطی صدیدیؔ (پیپ اور بلغم آمیز) ہوتا ہے، اور اتنا خفیف ہوتا ہے کہ اس سے صرف مجری البول کے دہانہ کے لب چپک جاتے ہیں یا صبح سو کر اُٹھنے کے بعد مجری البول کے دبانے سے قدرے خارج ہو جاتا ہے یہ مواد ایک عرصہ دراز تک بلکہ برسوں تک جاری رہ سکتا ہے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ محض اس قسم کی حالت میں بھی سوزاک کا مرض مرد سے عورتوں کو لگ سکتا ہے۔
بعض اوقات مجری البول کی غشائے مخاطی کے کسی حصہ میں تقرح ہونے یا انگور کی کیفیت

ملہ التہاب احلیلی مؤخر۔ پوسٹیریر یوریتھرائی ٹس

ملہ عضلہ عاصرۂ غائرہ۔ ڈیپ کانسٹرکٹر مسل۔

ملہ عجان۔ پرے نیم۔

ملہ خصیتین۔ ٹسٹیز۔

ملہ اوعیۂ منی۔ سیمینل ویسائکلز۔

ملہ سوزاک مزمن (زنقہ) کرانک گنوریا (گلیٹ)

ملہ مخاطی صدیدی۔ میوکو۔ پرولنٹ۔

پیدا ہو جانے کے باعث بھی سوزاک مزمن (زنفقہ) ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں مواد زرد رنگ کا ہوتا ہے اور سلائی (مجس[1]) ڈالنے سے پیشاب کی نالی (احلیل) میں درد محسوس ہوتا ہے۔ زخم (تقرح) یا انگور کے دانوں کی شناخت منظار بولی[2] کے ذریعہ ہو سکتی ہے۔ بعض دیگر حالات میں سوزاک مزمن (زنفقہ) کا باعث غدۂ مذی کا التہاب[3] مزمن ہوتا ہے جس کے ساتھ عموماً اوعیہ منی بھی مزمن طور پر بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ موخر الذکر حالت کی شناخت معاء مستقیم کے امتحان سے ہو سکتی ہے (جس کی صورت یہ ہے کہ سرین میں انگلی ڈالکر دیکھا جاتا ہے) اور جب غدۂ مذی میں مرض ہوتا ہے تو اس کی تشخیص اس طرح ہوتی ہے کہ پیشاب کے اندر رقیق مخاطیہ کے رویں، کرم نما دھاگہ کے مانند نکلتے ہیں، جو خصوصاً مبرز کے اندر انگلی ڈالکر غدۂ مذی کی مالش کرنے یا دبانے کے بعد نمایاں طور پر نکلتے ہیں۔

جب مرض سوزاک عرصہ دراز تک جاری رہتا ہے، یا جب اس مرض کے متواتر حملے ہو جاتے ہیں، تو مجری البول کے آس پاس کم و بیش رطوبات کا اجتماع یقینی طور پر پایا جاتا ہے اور پیشاب کی نالی تنگ ہو کر ضیق الاحلیل[4] پیدا ہو جاتا ہے۔ مجری بول کی جھلی میں زخموں اور انگوری دانوں کے خشک ہونے اور اس سے نبلی[5] ساخت کے پیدا ہونے کے باعث بھی ضیق الاحلیل ہو سکتا ہے۔

**امتحان قارورہ۔** سوزاک میں قارورہ کے رسم امتحان سے اکثر اس مرض کی رفتار و وسعت وغیرہ کے متعلق مفید معلومات حاصل ہو جاتی ہیں۔

سوزاک حاد میں شیشہ کے ایک برتن میں پہلے قریب ۴-۵ اوقیہ[6] کے

---

[1] سلائی۔ مجس۔ ساؤنڈ۔
[2] منظار بولی۔ یوریتھراسکوپ۔
[3] التہاب غدۂ مذی۔ پراسٹائی ٹس۔
[4] ضیق الاحلیل۔ اسٹرکچر آف یوریتھرا۔
[5] نبلی ساخت۔ سیکیٹریشل ٹشو۔
[6] اوقیہ۔ اونس۔

پیشاب جمع کرایا جائے۔ باقی ماندہ پیشاب دوسرے برتن میں کرایا جائے۔ اگر مجری البول کے صرف سامنے کا حصہ ہی مبتلائے مرض ہے تو مواد پیشاب کے پہلے ۴-۵ اونس والے حصہ ہی میں شامل ہوکر نکل آئے گا، اور اس برتن کا پیشاب غلیظ اور گدلے رنگ کا ہو جائیگا اور اس کے اندر پیپ کے تار یا گاٹے (ندفہ)[1] موجود ہونگے۔ اگر مجری البول کے پچھلے حصہ میں مرض ہے تو دوسرے برتن کے اندر کا پیشاب بھی قریب قریب پہلے برتن کے پیشاب کی طرح گدلا ہوگا۔ اور اگر اس کے ساتھ ساتھ التہاب مثانہ[2] بھی موجود ہے تو دوسرے برتن کے اندر کا پیشاب اور بھی زیادہ میلا اور گدلا ہوگا۔ اس مرض کی مزمن حالت میں جبکہ صرف زنقہ[3] موجود ہو تو پہلے مجری البول کے مقدم حصہ کو ۵-۶ اونس حامض بورقی[4] کے محلول سے دھولینا ضروری ہے۔ اس دھوون کو امتحان کے لئے علحدہ رکھ لینا چاہئے۔ دھونے کے بعد پھر دو برتنوں میں پیشاب کرایا جائے (جیسا کہ اوپر درج ہوچکا ہے)۔ اگر امتحان سے پہلے اس طرح دھویا نہیں جائے گا تو مجری البول کے پچھلے حصہ کی پیپ پیشاب کی دھار سے دھل کر باہر آجائے گی اور شناخت غلط ہو جاویگی۔ زنقہ کی حالت میں منظار بولی[5] یا منظار باطنی[6] کے ذریعہ بھی امتحان کرنا چاہئے۔ یہ آلہ ایک دھات کی نلکی ہے جس کے اندر بجلی کی روشنی اس طریقہ سے پہونچانے کا انتظام

[1] ریم کا گالہ (ندفہ) فلیک۔
[2] التہاب مثانہ۔ سسٹائی ٹس۔
[3] زنقہ۔ گلیٹ۔
[4] حامض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
[5] منظار بولی۔ یوریتھروسکوپ۔
[6] منظار باطنی۔ انڈوسکوپ۔ وہ آلہ جس سے جسم کی کسی فضا یا نالی کے اندر نظارہ کیا جاسکے۔

ہوتا ہے کہ جس سے مجری البول کی دیواریں نظر آجاتی ہیں + مجری البول کو پہلے دھونکنی (منفخ[1]) سے ہوا بھر کر پھلا لیا جاتا ہے + اس طرح دیکھنے سے منیق الاحلیل ابتدائی درجہ میں یا مقامات متقرحہ یا بعض حصص کے انگوری دانے جو ابھار یا کم و بیش زوائد لحمیہ[2] کی صورت میں ہوں اور اسی طرح کی دوسری باتیں شناخت کی جاسکتی اور اس کے علاوہ مناسب مقامی علاج رزخم یا انگور پر دوا وغیرہ لگانا ) بھی بخوبی کیا جاسکتا ہے۔

پیپ کا اخراج ہر وقت لازمی طور سے سوزاک ہی کا نتیجہ نہیں ہوتا، کیونکہ ...... ایسی عورت کے ساتھ صحبت کرنے سے بھی مجری بول[3] میں سادہ التہاب ہو سکتا ہے جو محض سیلان الرحم[4] (سیلان ابیض) کا عارضہ رکھتی ہو، یا جو ماہواری ایام (ادرار حیض[5]) سے کلی طور پر فارغ نہ ہو چکی ہو، اور جسے کسی قسم کے جماعی مرض[6] کا شائبہ نہ ہو + ان حالات میں ایسے عدوی کا باعث محض معمولی کرویات صدیدیہ[7] ہو سکتے ہیں، یا یہ بھی ممکن ہے کہ علم عصی قولونی[8] ہوں، جو نہایت کثرت کے ساتھ اندام نہانی اور مہبل کے ورم (التہاب فرج و مہبل) کا سبب مانے گئے ہیں + سادہ (غیر نوعی) التہاب مجری البول کی تشخیص خود مریض کی بیان کردہ حقیقت حال سے ایک حد تک ہو سکتی ہے، اگر طبیب جب تک پیپ کا خوردبینی امتحان کر کے کرویات سوزاک کی غیر موجودگی کا بخوبی چشم دید معائنہ نہ کرے۔ تشخیص مرض یقینی نہیں ہو سکتی + بایں ہمہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ گاہے کرویات سوزاک عرصہ دراز تک غشائے مخاطی کی خلاؤں اور شکنوں میں بحالت جمود

[1] دھونکنی۔ منفخ۔ بلوز۔

[2] زوائد لحمیہ۔ پولی پانڈ۔

[3] التہاب مجری البول سادہ۔ سمپل یوریتھرائٹس

[4] سیلان الرحم۔ سیلان ابیض۔ لیوکوریا۔

[5] ادرار حیض۔ منسٹروایشن۔

[6] جماعی مرض۔ وینریل ڈزیز۔

[7] کرویات صدیدیہ۔ پایوجنک کاکائی۔

[8] عصی قولونی عام۔ بیسی لس کولائی کمیونس۔

وسکون پوشیدہ رہتے ہیں، اسی وجہ سے ایک ایسا شخص جسے ایک مرتبہ سوزاک ہو چکا ہو، اگرچہ بظاہر اوس میں سوزاک کی کوئی علامت ہیج نہو تو بھی وہ دوسرے شخص تک اس مرض کے منتقل کرنے کی قابلیت رکھتا ہے + مزید برآں نقرسی مزاج کے مریض میں قارورہ کا تیزی کے ساتھ ترش ہونا، اور خصوصاً اوس میں حامض بولی کی قلموں کا بکثرت موجود ہونا، تازہ تحریک پہونچا کر ایک عرصہ کے خوابیدہ التہاب مجری البول کو از سر نو تازہ کرسکتا ہے + بارہا یہ اتفاق پیش آتا ہے کہ سوزاک ہونے کے بعد شادی کرنے یا نہ کرنے کے متعلق طبیب سے مشورہ کیا جاتا ہے + محض پیپ یا مواد کا بند ہو جانا اس بات کی کافی ضمانت نہیں ہے کہ شادی بلا احتمال ضرر کی جاسکتی ہے + ایسے حالات میں بے خطر اور بہترین طریقہ امتحان کا یہ ہے کہ کسی کیمیاوی مہیج مثلاً نقرہ شورگین کے محلول (۱ حصہ ۰۰ احصے میں) کی پچکاری لگا کر التہاب از سر نو پیدا کیا جاوے اور پھر مواد کا امتحان علم الجراثیم کے رو سے طریقہ معینہ کے مطابق دار التجربہ میں کر کے کروبات سوزاک کی موجودگی یا غیر موجودگی کا تعین حاصل کر لیا جاوے +

**علاج**۔ سوزاک حاد کے ابتدائی درجوں میں قلیات (شور) کے استعمال سے پیشاب کی ترشی رفع کر دینی لازمی ہے، اعضاء کے فعل کو تحریک دیکر آزاد رکھنا چاہئے اور مقامات ماؤف کے تہیج میں مسکنات کے ذریعہ، مثلاً مشغ بنج سے سکون پیدا کرنا چاہئے غذا سادہ ہلکی ہو اور محرک نہیں ہونا چاہئے، ہر قسم کی شراب سے قطعی پرہیز لازم ہے نیز چائے، کافی (قہوہ) نہیں پینی چاہئے + مریض کو ہدایت کی جائے کہ سادہ لطیف

| | |
|---|---|
| ۱؎ حامض بولی۔ یورک ایسڈ۔ | ۵؎ ترشی۔ اسیڈیٹی۔ |
| ۲؎ قلم۔ بلورات۔ کرسٹلز۔ | ۶؎ مسکنات۔ سیڈیٹوز۔ |
| ۳؎ نقرہ شورگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔ | ۷؎ بنج۔ اجوائن خراسانی۔ ہن بین۔ |
| ۴؎ قلیات۔ الکلیز۔ | ۸؎ محرک۔ اسٹی مولنٹ۔ |

وسکی چیزیں، مثلاً آش جو، دودھ، ماء الرثیہ (کھاری بوتل) وغیرہ بکثرت پیا کرے۔ حشفن یعنی کیسہ خصیہ کو سہارا دیکر معلق[3] رکھنا چاہئے، اور مریض کو ہدایت کرنی چاہئے کہ سخت یا دیر تک ورزش اور جسمانی محنت نہ کرے۔ مقامی علاج کسی قسم کا اس درجہ میں ضروری نہیں ہے۔ اگرچہ گرم حمام[4] نصفی سے درد و جلن میں تخفیف ہوتی ہے۔ فی الحقیقت مجری البول میں ادویہ کی پچکاری اس درجہ میں نقصان کا باعث ہوتی ہے۔ جب تک مواد زیادہ آتا رہے اور پیشاب کی جلن جاری رہے صرف یہی علاج جاری رکھنا چاہئے۔ مگر جوں ہی ان علامات میں تخفیف و اعتدال پیدا ہو جاوے روغنی[5] بلسانات مثلاً روغن صندل[6] ۱۰ قطرے کیس[7] ہامی کے اندر رکھکر روزانہ تین سے چھ بار، بلسان[8] کوپائی ۱۰ قطرے کیس کے اندر یا مزیج[9] کی صورت میں روزانہ تین بار، یا کباب[10] چینی الفصمن سے ایک درہم کی مقدار میں کاغذی[11] غلاف میں لپیٹ کر کا استعمال فائدہ مند ہوتا ہے۔ کباب چینی اور بلسان کوپائی ہر دو کے خصوصاً بلسان کوپائی کے استعمال سے تیز سرخ طفح[12] (سرخ پھنسیاں) پیدا ہو جاتی ہے جس میں سخت لذع (جلن) تمام بدن پر ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

مجرائی البول میں غسولات کی پچکاری کے متعلق سخت اختلاف ہے۔ سب باتوں پر غور کرنے کے بعد ہمارا خیال ہے کہ سوزاک حاد کے معمولی مریضوں

---

[1] ماء الرثیہ۔ سوڈا واٹر۔
[2] حشفن۔ اسکروٹم۔
[3] معلق (اسس پینڈر) ایک تھیلی نما کرپٹی ہوتی ہے، جس میں حشفن کو سہارا دیکر معلق رکھتے ہیں۔
[4] حمام نصفی۔ ہپ باتھ۔
[5] روغنی بلسمان۔ اولیو بالسم۔
[6] روغن صندل۔ صندل آئل۔
[7] کیس ہامی۔ کیپشول۔
[8] بلسان کوپائی۔ کوپے با۔
[9] مزیج۔ مکسچر۔
[10] کباب چینی۔ کیوبب۔
[11] کاغذی غلاف۔ ویفر پیپر۔
[12] طفح جلدی۔ ریش۔

میں جن میں زیادہ شدت کا مرض نہیں ہو، پچکاری کے علاج سے کامیابی کے ساتھ
معالجہ ہو سکتا ہے، اور جب نمایاں طور سے مقامی تشنج اور جلن موجود ہو تو عموماً انکا
استعمال ترک کر دینا بہتر ہوتا ہے۔ لیکن جب پیپ مواد کا بہنا زیادہ عرصہ تک قائم
رہے، یا جب گذشتہ حملوں کے باعث مجرای بول کی جھلی دبیز اور موٹی ہوگئی ہو
اور خصوصاً جب زنفہ (سوزاک مزمن) کی حالت ہو تو پچکاریوں کا استعمال لازمی
طور پر کرنا چاہئے۔ پچکاری کے استعمال کا بہترین طریقہ درج ذیل ہے:۔
پہلے مریض پیشاب کرے تاکہ مجرائی بول کا راستہ بخوبی دھل کر مواد سے صاف
ہو جائے۔ اس کے بعد فوراً پچکاری سے دوا اندر داخل کی جاوے۔ شیشہ کی
ایک چھوٹی پچکاری (جس میں بقدر ڈیڑھ تولہ کے پانی آسکتا ہو) لیکر پچکاری کی
گول ٹونٹی[1] مجرائی بول کے دہانہ میں داخل کرکے سوراخ کے لبوں کو ٹونٹی کے اوپر
داب لیا جاوے۔ پھر دوا مجری البول کے اندر داخل کرکے پچکاری کو اس ترکیب سے
نکال لیا جاوے کہ جب پچکاری ہٹائی جائے تو انگلی اور انگوٹھے سے سوراخ کو دبا لیا
جاوے اور دوا کو قریب بیس ثانیہ[2] کے اندر ہی رہنے دیا جاوے۔ اس وقفہ کے
بعد انگلی اور انگوٹھے کو ڈھیلا چھوڑ دیا جاوے تاکہ دوا باہر نکل آوے۔ بعض دیگر
اقسام کی مثلاً ربڑ[3] وغیرہ کی پچکاریاں بھی استعمال کی جاتی ہیں لیکن بلا شبہ شیشہ
کی پچکاری سب سے بہتر اور زیادہ مطہر ہوتی ہے۔ مختلف اقسام کے غسولات کی
پچکاری رائج ہے، مگر نسخہ جات ذیل نہایت مفید معلوم ہوتے ہیں۔

(۱) صبغ کاتٹ ہندی[4] ۱۰ قطرے
آب مطہر۔ ۱ اونس۔

[1] جسم۔ ٹونٹی۔ نوزل۔
[2] ثانیہ۔ سکنڈ۔
[3] ربر۔ مطاطہ۔ ربڑ۔
[4] صبغ کاتٹ ہندی۔ ٹنکچر کیٹے چو۔

(۲) خارصینین کبریت آگین۔ ۲ قحہ۔

آب مطہر۔ ۱-۱ اوقیہ

(۳) خارصینین منغنیس آگین اعلیٰ۔ ½ قحہ

آب مطہر۔ ۱ اوقیہ

(۴) فضۂ شور آگین۔ ½ قحہ

آب مطہر ۱۔ اوقیہ

(۵) فضۂ زلال گین (پروٹارگال) ایک فی صدی محلول۔

اکثر نزلی التہاب میں مواد و رطوبت کو روکنے اور خشک کرنے کے لئے چاندی (فضہ) کے حیوانی مرکبات استعمال کئے جاتے ہیں کیونکہ یہ بہت معتدل ہوتے ہیں اور خراش نہیں پیدا کرتے۔ فضہ زلال گین (پروٹارگال) فضہ اور حامض نوویؔ کا ایک مرکب ہے۔ فضہ اور حامض نووی کے بہت سے مرکبات آجکل بنائے گئے ہیں۔ چنانچہ فضہ زلال گین سے بہتر آرجیرال (فضال) اور سلوال (نقرال) اور ان دونوں سے بہتر فضینین (آرجنٹین) کو سمجھا جاتا ہے (جو چاندی اور حامض نووی کا ایک قیق مرکب ہے)۔ یہ دوائیں مقامی طور سے اغشیہ مخاطیہ کے التہابات میں اب بہت رائج ہیں اور سوزاک کے علاوہ انکا مقامی استعمال پھریری کے ذریعہ آنکھوں کے ردھوں میں بہت کثرت سے رائج ہے۔ مترجم

ا۔ زنک سلفیٹ۔
۲۔ خارصین منغنیس آگین اعلیٰ۔ پرمینگنیٹ آف زنک۔
۳۔ فضۂ شور آگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔
۴۔ فضۂ زلال گین (پروٹارگول) چاندی اور زلال گین (البیوموز) کا زرد سفوف ہے۔
۵۔ حامض نووی۔ نیوکلک ایسڈ۔
۶۔ فضال۔ آرجیرال۔
۷۔ نقرال۔ سلوال۔
۸۔ فضینین۔ آرجنٹین۔

نہایت اہم راز کی بات یہ ہے کہ پہلے ان دواؤں کی پچکاری روزانہ چار پانچ بار اور بعد میں صبح وشام ایک ایک بار اوسوقت بھی جاری رکھی جاوے جبکہ بظاہر مواد و پیپ کا نکلنا بالکل بند بھی ہوگیا ہو۔ پچکاری کی دوا کو ہمیشہ ۱۰۰ درجہ کی حرارت دیکر گرم کر لینا چاہئے اور اس بات کا بخوبی خیال رکھنا چاہئے کہ پچکاری کی دوائیں زیادہ تیز مقدار میں ہرگز نہ دی جاویں ورنہ خراش اور جلن زیادہ ہو جاوے گی اور مجرائی بول کی جھلی کو نقصان پہونچے گا۔

لیکن یہاں اس بات کا اظہار ضروری ہے کہ بہت سے ماہران امراض اعضائے بول وتناسل اس امر میں بالکل مختلف خیالات رکھتے ہیں اور انکی رائے ہے کہ سوزاک کا علاج نہایت کامیابی کے ساتھ اوس کے ہر درجے میں شنگارہ[1] منغنیس آگین اعلیٰ کے کمزور محلول کی کثیر المقدار پچکاریوں سے کیا جا سکتا ہے۔ اور پچکاری ایسی طاقت سے دینی چاہئے کہ مجرائی بول کے تمام حصے (غلافین اور شکن) خوب پھیل جائیں اور نہیں بلکہ مثانہ میں دوائے دافع عفونت بخوبی پہونچ جائے۔ انکا خیال ہے کہ اس طریقۂ علاج سے ابتدائی سوزاک بہت جلد بند کر دیا جا سکتا ہے اور مرض آگے بڑھنے نہیں پاتا۔

**سوزاک مزمن کا علاج۔** یہ ہمیشہ بہت مشکل سے اور دقت سے جاتا ہے ابتدائی درجہ کی طرح، اس درجہ میں بھی مریض کے عام عادات واطوار کی اصلاح ضروری ہے۔ امعاء کا فعل باقاعدہ کرنا اور قبض دور کرنا چاہئے، اور مریض کے لئے عورت کی صحبت سے قطعی پرہیز کرنا و تجرد کا قایم رکھنا ضروری ہے تاکہ حددی نہ پھیلے۔ قبض دفع کرنے کے لئے محلول[2] حدید اخضر آمیز اعلیٰ بڑی مقدار میں

| | |
|---|---|
| [1] شنگارہ منغنیس آگین اعلیٰ۔ پرمینگنیٹ آف پوٹاش۔ | [2] محلول حدید اخضر آگین اعلیٰ۔ لائکر فیرائی پرکلورائڈ۔ |

ملح فرنگی[1] کی مناسب مقدار کے ساتھ دینا چاہئے + اس عمومی علاج کے ساتھ پرانے سوزاک کے لئے مقامی علاج بھی پچکاریوں کی صورت میں، جیساکہ اوپر درج ہوچکا ہے ضروری ہے + گاہے دھات کی سرد ٹھوس مجس[2] (سلائی) ہر تیسرے چوتھے روز داخل کرنے سے بھی نہایت مفید اثر حاصل ہوتا ہے + مجری البول کو آلۂ موسعہ[3] (ممددہ) کے ذریعہ باقاعدہ پھیلانے کی ترکیب کو بھی بعض اطبا نے مفید بتلایا ہے اس سے تمام چھوٹی خلائیں اور فضائیں (جو مجری البول کے گرد ہوتی ہیں) دب جاتی ہیں اور انکے اندر سے بھرا ہوا مواد نکل جاتا ہے + غدۂ مذی[4] اور ادعیۂ منی[5] کی مالش مبرز کی راہ سے ہفتہ میں ایک یا دو بار مفید ہے، جبکہ یہ حصص بھی مبتلائے مرض ہوچکے ہوں + مجری البول کے بعض حصص میں جب التہاب[6] کے ساتھ دانہ دار ساختیں بھی بن گئی ہوں تو ان دانوں پر فضۂ شورآگین[7] (ایک سے ۵ فی صدی قوت تک) کی پھریری آلہ منظار الاحلیل[8] کے اندر سے مقامی طور پر لگائی جائے + اگر ان وسائل سے کامیابی نہ ہو تو مجری البول کے پچھلے حصہ کا مقامی علاج براہ راست ایسی ادویہ سے کرنا چاہئے جیسے فضۂ شورآگین کا محلول (۱ حصہ ہزار حصوں میں) یا محلول شخاریہ منغنیس آگین اعلی[9] (۱ حصہ ہزار حصہ میں) + اسکا سادہ اور بہترین طریقہ غالباً یہی ہوسکتا ہے کہ ایک ربڑ کا قاثاطیر[10] جسکا طول ناپ کر معین کرلیا گیا ہو (تقریباً

۱ ملح فرنگی - اپسم سالٹ۔

۲ مجس - بوجی۔

۳ ممددہ - موسعہ - ڈائی لیٹر۔

۴ غدۂ مذی - پراسٹیٹ گلینڈ۔

۵ ادعیہ منی - دیسی کیولی سمی سنے لیز۔

۶ التہاب نیبتی - گرے نیولر انفلامیشن۔

۷ فضہ شورآگین - نائٹریٹ آف سلور۔

۸ منظار الاحلیل - یوریتھراسکوپ۔

۹ شخاریہ منغنیس آگین اعلی - پرمینگنیٹ آف پوٹاش۔

۱۰ قاثاطیر - کیتھیٹر۔

۱/۴ قیراط) مجری البول میں داخل کیا جاوے اور پھر اس قاثاطیر کے اندر سے دوا کا پانی اندر داخل کیا جاوے۔ اس طرح ہفتہ میں دو یا تین بار کرنا چاہئے۔

**سوزاک اور عوارضِ سوزاک کا علاج تلقیح جراثیمی (مادۂ تلقیح[1]) سے:** تلقیح جراثیمی سوزاک و عوارضِ سوزاک کے علاج میں بہت مفید ثابت ہوتی ہے، اگرچہ مجری البول کی راہ سے پیپ و مواد کے لیے یہ اتنی مفید نہیں ہے جتنی کہ سوزاک کے دیگر عوارض کے لئے۔ تاہم بعض حالات میں جبکہ مزمن زنقدہ ہو یا درجۂ تحت الحاد[2] میں جبکہ مواد میں کمی آ رہی ہو، تلقیح جراثیمی مفید ثابت ہوتی ہے۔ امراضِ مفاصل امراضِ چشم، امراضِ اعضاء و احشائے باطنہ جب سوزاک کے اثر سے پیدا ہو جائیں تو علاج بالتلقیح نہایت مفید اثر رکھتا ہے۔ مادۂ تلقیح کے طیار کرنے کا طریقہ علم الجراثیم کے باب میں مفصل درج ہو چکا ہے۔ مقدار پچکاری۔ عموماً دس کروڑ سے پچاس کروڑ مردہ جراثیم سوزاک مادۂ تلقیح کی ایک خوراک میں ہونے چاہئیں۔

## عوارضِ سوزاک

عوارض سوزاک حسب ذیل عنوانات کے تحت میں بآسانی منضبط ہو سکتے ہیں

### (۱) وہ عوارض جو سوزاک کے براہِ راست پھیلنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

مردوں میں جو عوارض سوزاک کے براہِ راست پھیلنے سے ہو جاتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں۔

(۱) **التہاب حشفہ[3]**۔ جن مریضوں میں قلفہ زیادہ لمبا ہوتا ہے، ان میں ورم حشفہ اکثر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ ورم عموماً معمولی جراثیم صدیدیہ کے باعث پیدا ہوتا

---

[1] مادۂ تلقیح۔ ویکسین۔
[2] تحت الحاد۔ سب ایکیوٹ۔
[3] التہاب حشفہ۔ بلے نائی ٹس۔

ہے نہ کہ کرویات سوزاک کے باعث + بطور ثانوی نتیجہ کے قضیب کی عروق جاذبہ متورم ہو جاتی ہیں اور گاہے کنج ران میں بد (خیلہ جل اُربی)[1] بھی نمودار ہو جاتا ہے گاہے ورم حشفہ کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سُرخ دانہ دار ساختیں جو سلعہ حلیبیہ[2] کے طور پر ہوتی ہیں، اور جنکو ثآلیل سوزاک[3] کہتے ہیں پیدا ہو جاتی ہیں + ایسے سوزاکی مسّے خصوصاً حشفہ[4] کے اوپر ابھر آتے ہیں، مگر گاہے یہ قلفہ کے حاشیہ (کنارے) پر بھی ہوتے ہیں (اسکا مفصل بیان امراض قضیب و امراض مجری البول میں درج ہوگا) +

(۲) خراج جُنَیبی[5] - جب جراثیم سوزاک یا اونکے ساتھ کے جراثیم صدیدیہ کا عدوی مجری البول کی ایک یا ایک سے زائد فضاؤں میں پہونچ جاتا ہے تو ان میں پھوڑا پیدا ہو جاتا ہے + ایک سخت دردناک سُوجن، مجری البول کی زیریں دیوار کے برابر ہوتا اور مجری البول کے اندر ابھر کر یا تو اوسی میں پھوٹ جاتا ہے یا مجری البول سے باہر کی طرف پھوٹتا ہے یا اندر اور باہر دونوں جانب پھوٹ پڑتا ہے + اس آخری حالت میں یعنی جبکہ وہ مجری البول کے اندر اور باہر دونوں طرف پھوٹے ناصور قضیبی[6] پیدا ہو جاتا ہے +

لہٰذا جس قدر جلد ممکن ہو پھوڑے کو باہر کی طرف سے نشتر لگا کر چیر دینا چاہیے تاکہ ناصور قضیبی پیدا نہ ہونے پاوے، ورنہ ناصور قضیبی بہت مشکل سے اچھا ہو سکتا ہے + اگر ناصور قضیب، مجری البول کے دہانہ سے قریب ہی واقع ہو - (جو نہایت عام ہے) تو وہ شاذ ہی خود بخود اچھا ہوتا ہے، لیکن بعض حالات میں برقی کَیّ[7]

[1] خیلہ جل اُربی - انگوئنل بیوبو۔
[2] سلعہ حلیبیہ - پیپلوما۔
[3] ثآلیل سوزاک - گنوریل وارٹس۔
[4] حشفہ - گلانس پے نس۔
[5] خراج جُنَیبی - لیکیونر ایبسس۔
[6] ناصور قضیبی - پینائل فسچولا۔
[7] برقی کَیّ - الکٹرک کاٹری۔

ربجلی کا داغ) یا فضہ[1] شورا گین کے لگانے سے بند کیا جاسکتا ہے۔ اسپر بھی وہ درست نہ ہو تو ناصور کو مجری البول کے دہانہ میں بذریعہ نشتر کے کھول دینا چاہئے۔ اگر ناصور قضیب کے جسم میں ہو تو اکثر عمل ترقیع[2] کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ یہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ پہلے ناصور کے کناروں کو (قینچی سے) برابر کاٹ لیا جاتا ہے، پھر اس کے دونوں طرف کی جلد کو اودھیڑ لیا جاتا ہے اور پھر اوسکو قضیب کے خط وسطانی میں ٹانکوں سے بند کر دیا جاتا ہے۔

(۳) التواء زہری[3] یعنی قضیب کی دردناک خمیدگی۔ یہ قضیب کے جسم اسفنجی[4] یا دونوں جسم اجوف[5] میں سے کسی ایک میں ترشحات کے مجتمع ہو جانے سے، پیدا ہو جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قضیب حالت استادگی میں نیچے کی طرف یا اطراف میں سے کسی ایک طرف (دائیں یا بائیں) جھک جاتا ہے۔ اسکو روکنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ شئی دہنی[6] آمیز یا دیگر مسکنات کا استعمال شب کو سوتے وقت کیا جائے جب یہ مرض موجود ہو تو اوسکا علاج خارجی صورت ٹھنڈک پہونچا کر کرنا چاہئے (مثلاً برف کا پانی۔ یا ایکی گری کے استعمال کی جائے)۔

(۴) غدد ذردی[7] کا التہاب۔ ان غدد کے التہاب سے بعض مریضوں میں عجان رسیون کی گہرائی میں پیپ پیدا ہو جاتی ہے، اور اگر اسکا علاج نشتر لگا کر جلد نہ کیا جاوے تو ناصور بولی[8] پیدا ہو جانے کا اندیشہ رہتا ہے۔

---

ملے فضہ شورا گین۔ نائٹریٹ آف سلور
ملے عمل ترقیع۔ پلاسٹک آپریشن۔
ملے التواء زہری۔ کارڈی۔
ملے جسم اسفنجی۔ کارپس اسپنجی اوسم
ملے جسم اجوف۔ کارپس کورنوسم۔
ملے شئی دہنی آمیز۔ برومائڈ آف پوٹاسیم۔
ملے غدد ذردی۔ کوپرس گلینڈ۔
ملے ناصور بولی۔ یوریتھری فسچولا۔

(۵) التہاب غدۂ مذی (سوزاک سے)
(۶) التہاب ادعیۂ منی ( " " )
(۷) التہاب اغذیدوس ( " " )
(۸) التہاب مثانہ ( " " )

ان حالات کا مفصل بیان مناسب موقع پر درج ہوگا۔

**(۲) عوارضِ سوزاک جو براہِ راست سمیت سوزاک کے منتقل ہونے سے پیدا ہوتے ہیں**

(۱) سوزاکی التہابِ مقعد۔ یہ مستورات میں گاہے اوس رطوبت کے عدوی سے پیدا ہوجاتا ہے جو خراج سے خارج ہوتے ہیں، علاوہ ازیں مرد اور عورت دونوں میں عاداتِ خلاف وضع فطرت (لواطت) کے باعث بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ مروڑ کا ہونا اور گاڑھا مخاطی صدیدی مواد کا نکلنا اس کی نمایاں علامات ہیں۔ علاج۔ رصاصِ خل آگین اور افیون کا یا حمضِ بورقی کا حقنہ کریں۔

(۲) سوزاکی التہابِ انف بھی بعض حالتوں میں پایا جاتا ہے۔ نہایت کثیر مقدار میں پیپ ناک سے خارج ہوتی ہے۔ علاج۔ مسکنات کی گرم پچکاری سے دھونا چاہئے اور پھر تھوڑی دیر بعد رقیق قابضات سے۔

(۳) سوزاکی رمد۔ یہ بالغ اور بچوں، ہر دو میں پایا جاتا ہے۔
بالغ مریضوں میں ابتداءً ایک ہی آنکھ میں ہوتا ہے۔
بچوں میں یہ دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے، اور دوران وضع حمل میں ماں کے اندام نہانی سے عدوی پیدا ہوجانے کے باعث ہوتا ہے (رمدِ صبیانی۔ رمد مولود)۔

---

۱؎ غدۂ مذی۔ پراسٹیٹ گلینڈ۔
۲؎ ادعیۂ منی۔ ویسی کیولی سی مے نیز۔
۳؎ اغذیدوس۔ اپی ڈڈیمس۔
۴؎ التہاب مقعد۔ پراکٹائی ٹس۔
۵؎ رصاص خل آگین۔ اسی ٹیٹ آف لیڈ۔
۶؎ حمض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
۷؎ التہاب الانف۔ رائی نائی ٹس۔
۸؎ رمد (التہاب ملتحمہ) کنجنکٹوائی ٹس۔
۹؎ رمد صبیانی۔ آفتھلیا نیو نیٹورم۔

یہ ایک نہایت عجیب واقعہ ہے کہ اگرچہ سوزاک اسقدر عام مرض ہے پھر بھی نہایت کم مریضوں کے اندر ملتحمہ میں سوزاکی عدوی پایا جاتا ہے + جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ التہاب ملتحمہ پیدا ہونے کے لئے اول تو سوزاکی سمیت کا براہ راست لگنا ضروری ہے دوم اس جھلی کا ایسی حالت میں ہونا بھی ضروری ہے کہ اس میں قبولیت مرض کی استعداد اوس وقت موجود ہو +

بالغ مریض میں سوزاکی التہاب ملتحمہ یوں شروع ہوتا ہے کہ پہلے آنکھ میں سرخی اور لذع و ہیجان پیدا ہو جاتا ہے پھر جلدی مواد آنے لگتا ہے جو پہلے مخاطی ہوتا ہے لیکن جلدی صدیدی (پیپ دار) ہو جاتا ہے + پپوٹے سرخ اور متورم ہو جاتے ہیں ملتحمہ موٹا ہو کر تہیج[1] ہو جاتا ہے۔ اور مواد کیسۂ[2] ملتحمہ کے اندر اکٹھا ہو جاتا ہے + اگر اسے رد کا نہ جاوے تو تقرح قرنیہ، بلکہ فساد[3] قرنیہ (غانغرانا) اور ممکن ہے کہ التہاب[4] مقلہ عموی واقع ہو جائے + بچوں میں اندھاپن عموماً اسی کے باعث پیدا ہو جاتا ہے +

علاج۔ سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ مقابل کی آنکھ کو مرض سے محفوظ رکھنے کا فوری انتظام کیا جاوے + اس مطلب کے لئے سپر[5] چشم (ترس[6] بولر) مشہور ہے + موم جامہ[7] کا ایک چھوٹا ٹکڑا لیکر اور ایک گول حلقہ درمیان میں کاٹ کر گھڑی کا شیشہ اس خالی حلقہ کے اوپر جمایا جائے + اور پھر اسکو مقابل (صحیح) آنکھ پر لصوق[8] کے ذریعہ بخوبی چپکا دیا جاوے + (شفاف کانچ کے باعث دیکھنے میں کوئی دقت نہیں ہوگی) + جس آنکھ میں التہاب ملتحمہ ہے اوس کی رات دن احتیاط کے ساتھ نگرانی کرنی چاہیے

[1] تہیج ملتحمہ۔ کیموسس۔
[2] کیسہ ملتحمہ۔ کنجنکٹائی وَل سیک۔
[3] فساد۔ غانغرانا۔ نکروسس۔
[4] التہاب مقلہ عموی۔ پان آفتھلمائی ٹس۔
[5] سپر چشم۔ آئی شیلڈ۔
[6] ترس بولر۔ برس شیلڈ۔
[7] موم جامہ۔ میکن ٹوش۔
[8] لصوق۔ پلاسٹر۔

تاکہ اوس میں رطوبت دوبارہ جمع نہ رہے + بار بار گرم بورقی[1] غسول سے آنکھ کو دھویا جاوے، اور ہر چار گھنٹے کے بعد غسول مذکورسے دھوکر آنکھ کو صاف پھاہے سے خشک کرکے پھر غسول فضہ[2] شورآگین (۲ فیصد ایک اوقیہ پانی میں) نرمی کے ساتھ دھولیا جاوے اور اس کے بعد مطہر سیال نمکین آنکھ میں بہاکر صاف کرلیا جاوے + درمیانی وقفوں میں نسالہ[3] کی پٹی برف سے ٹھنڈے کیے ہوئے بورقی غسول میں ترکرکے نچوڑکر آنکھ کے اوپر رکھی جاوے + یہی طریقہ علاج جاری رکھا جاوے، حتی کہ پیپ بند ہوجاوے + جب پیپ آنا بند ہوجاوے تو فضہ شورآگین کا استعمال ترک کردیا جاوے، اور صرف سادہ قابضات[4] مثلاً جست[5] اخضرآمیز یا جست[6] کبریت آگین کام میں لائے جاویں +

شیرخوار بچوں میں اس مرض کی رفتار نہایت شدید اور تیز ہوتی ہے، اور قرنیہ میں زخم (تقرح قرنیہ) یا تاکل ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے، اکثر اس قسم کے عارضہ کے بعد رطوبت[7] جلیدیہ آنکھ سے خارج ہوجاتی ہے اور اندھاپن نمودار ہوجاتا ہے + لہٰذا اس خطرناک مرض کے حفظ ماتقدم کے لیے قریڈی کی رائے ہے کہ ہر نوزائیدہ بچے کی آنکھ کو فضہ[8] شورآگین (۲ فی صدی) یا سلیمانی[9] مصعد (دار چکنہ) کے غسول سے پیدائش کے بعد فوراً دھولینا چاہیے + جب پیپ پیدا ہوجاوے تو نوزائیدہ میں علاج بطریق مذکورہ بالا کرنا چاہیے، مگر اس حالت میں دوسری آنکھ کو

[1] غسول بورقی۔ بورک لوشن۔
[2] فضہ شورآگین۔ نائٹریٹ آف سلور
[3] نسالہ (لینٹ) ایک نرم روئیں دار کپڑا ہے +
[4] قابضات۔ اسٹرنجنٹ۔
[5] جست اخضرآمیز۔ کلورائڈ آف زنک۔
[6] جست کبریت آگین۔ سلفیٹ آف زنک
[7] رطوبت جلیدیہ۔ لنز۔
[8] فضہ شورآگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔
[9] سلیمانی مصعد۔ کروسیو سبلائی میٹ۔

بچانے کے لئے سپرچشم کا استعمال چنداں فائدہ مند نہیں ہوسکتا) کیونکہ عدوی دونوں آنکھوں میں برابر پہونچ چکاہے) +

## (۳) عمومی انجذابِ سمیت کے عوارض

(۱) سوزاک کے باعث عوارضِ مفاصل۔ یہ عموماً سوزاک کے تحت الحاد[۱] درجہ میں پیدا ہوجاتے ہیں (ان کا مفصل بیان اور علاج بابِ مفاصل میں درج ہوگا) +

(۲) اَورامِ لیفیہ[۲]۔ ہر ایک عضلی، وتری[۳]، رباطی[۴]، یا صفاقی[۵] ساخت، سوزاک کے دوران میں متورم ہوکر دردناک ہوسکتی ہے + تلوے[۶] کی محراب کو سہارا دینے والے رباطات اس قسم کے ورم میں مبتلا ہوجاتے ہیں + لہٰذا اس بات کا جاننا ضروری ہے کہ اگر مریض ایسی حالت میں چلتا پھرتا رہے گا تو تلوے کی محراب ضائع ہوکر پاؤں کا تلوا ہمیشہ کے لئے چپٹا پڑجائے گا (قدم رَدْحا۔ چپٹا[۷] تلوا) +

(۳) التہابِ[۸] طبقہ صُلبیہ (سوزاک سے) ملتحمہ کے نیچے کی گہری لیفی ساخت کا التہاب نہایت شاذ ہوتا ہے، اور یہ سوزاکی التہابِ ملتحمہ سے بالکل جُداگانہ طور پر پیدا ہوجاتا ہے + اس کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ زیرِ ملتحمہ سرخی زیادہ نمودار ہوجاتی ہے اور آنکھ کے ڈھیلہ (مُقلہ) میں چھونے سے بہت درد پیدا ہوجاتا ہے، جوہر لُفاح[۹] کا مقامی استعمال کرنا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو کنپٹی[۱۰] کے مقام پر جونکیں[۱۱]

---

[۱] تحت الحاد۔ سب اکیوٹ۔

[۲] ورمِ لیفی۔ فائبروسائی ٹس۔

[۳] وتری۔ ٹنڈی ٹس۔

[۴] رباطی۔ لگامنٹس۔

[۵] صفاقی (اپونیوروٹک) صفاق چوڑے اوتار جو پھیلے ہوئے ہوں۔

[۶] تلوے کی محراب۔ آرچ آف دی فوٹ۔

[۷] چپٹا تلوہ (قدم ردحا) فلیٹ فوٹ۔

[۸] التہاب صلبیہ۔ اسکلے روٹائی ٹس۔

[۹] جوہر لفاح۔ اٹروپین۔

[۱۰] صُدغ۔ کنپٹی ٹمپل۔

[۱۱] جونکیں۔ لیچز۔

لگا دی جاویں +

تنبیہ۔ اَوْرامِ لَیفیہ، اور التہابِ صلبیہ اِن دونوں حالات کی ماہیت اب تک مشکوک وغیر محقق ہے + غالباً یہ اسوجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں کہ چند کرویات سوزاک جن کی حدتِ سمیۃ کمزور پڑ گئی ہو، اِن ساختوں میں موجود ہو کر مرض پیدا کر دیتے ہیں، یا سوزاک کی مقامی آفت سے سمیت پیدا ہو کر جذب ہو جاتے ہیں اور یہ عوارض اونسے پیدا ہو جاتے ہیں +

(۴) **حقیقی سوزاکی تقیح دم** (تقیح دم زہری) اسکو تسمم زہری بھی کہتے ہیں یہ گاہے پیدا ہو کر بدن کے مختلف حصوں میں دوسرے پھوڑے بنا دیتا ہے جن میں صرف کرویات سوزاک پائے جاتے ہیں + یہ پھوڑے عموماً گہری ساختوں سے شروع ہوتے ہیں اور کسی قدر مزمن ہوتے ہیں، لیکن بعد میں تقیح کے عام ظواہر نہیں نمایاں ہونے لگتے ہیں + انکو نشتر سے کاٹ کر خوب کھول دینا چاہئے جس کے بعد وہ اچھی طرح مندمل ہو جاتے ہیں اگرچہ اندمال میں ذرا دیر لگتی ہے +

(۵) گاہے سوزاک کے عدوی کے اثر سے صمامات قلب میں التہاب ہو جاتا ہے اور جراثیم سوزاک قلب کے اندرونی استر میں التہاب و تقرح بھی پیدا کر دیتے ہیں +

(۶) **حقیقی سوزاکی تعفن دم**۔ یہ بہت نادر ہے اور جب حقیقی سوزاکی تعفن الدم ہوتا ہے تو مریض کے خون میں جراثیم سوزاک پیدا ہو جاتے ہیں اور خطرناک کا باعث ہوتے ہیں +

---

ما سوزاکی تقیح الدم۔ گنورہیل پائی میا۔

ما تقیح دم زہری گنورہیل پائی میا۔

ما تسمم زہری۔ گنا ذوکے میا۔

ما صمام قلب۔ کارڈیک ویلو۔

ما التہاب و تقرح بطانۂ قلب — السرئیو انڈو کارڈائی ٹس۔

ما سوزاکی تعفن دم۔ گنورہیل سپٹی سیمیا۔

## مستورات میں سوزاک

سوزاک مستورات میں کسی طرح کمیاب نہیں ہے، فاحشہ بازاری عورتوں میں تو یہ کم وبیش ہمیشہ موجود ہوتا ہے + اکثر اس کی موجودگی عدم توجہی یا غلط تشخیص کے باعث ظاہر نہیں ہونے پاتی اور پھر اس کے اثر سے امراض رحم وامراض عانہ اکثر پیدا ہو جاتے ہیں + غالباً مستورات میں سوزاک اس وجہ سے عام ہے کہ عموماً مرد سوزاک مزمن کی شکایت رکھتے ہیں۔ اور پھر بھی انکو شادی کی اجازت ہوتی ہے + گاہے یہ مرض مستورات میں بطور چھوت کے عام پیشاب خانوں سے یا گندہ تولیوں رومالوں اور لباس کی چھوت سے پیدا ہوتا ہے +

اس مرض کی ابتدائی آفت اکثر احلیل یا عنق الرحم کے اندرونی استر یا دونوں میں شروع ہوتی ہے + سوزاک کے اثر سے التہاب فرج بھی ہو سکتا ہے، مگر بالغ عورت میں سوزاکی التہاب مہبل ایک غیر معمولی بات ہے + بعض اوقات عنق الرحم سے مواد نکلکر مہبل میں اکھٹے ہو جاتے ہیں اور وہاں اون میں عفونی تغیرات ہونے لگتے ہیں اور جہاں شحمی سمیتں کے اثر سے براہ راست التہاب مہبل پیدا ہو جاتا ہے مگر کرمیات سوزاک مہبل کی عشائے مخاطی پر حملہ نہیں کرتے + لیکن بچوں میں حقیقی التہاب فرجی مہبلی پایا جاتا ہے +

**علامات**۔ درجہ حاد میں اندام نہانی کے اندر جلن اور گرمی ہوتی ہے پیپ دار مواد خارج ہوتا ہے۔ اور پیشاب کرتے وقت درد ہوتا ہے + احلیل یعنی پیشاب کا سوراخ

---

| | |
|---|---|
| ۱ سوزاک مستورات۔ گنوریا ان وومن۔ | ۵ التہاب فرج۔ ولوائی ٹس۔ |
| ۲ امراض رحم۔ یوٹرین ٹرابل۔ | ۶ التہاب مہبل۔ وجائی نائی ٹس۔ |
| ۳ امراض عانہ۔ پلوک ٹرابل۔ | ۷ التہاب فرجی مہبلی۔ ولوو وجائی نائی ٹس۔ |
| ۴ پیشاب خانہ۔ واٹر کلوزٹ۔ | |

ہاتھ لگانے اور دیکھنے سے سوجا ہوا معلوم ہوتا ہے، اور اسکا منہ (دہانہ) سرخ اور متورم ہوجاتا ہے + اوسکو دبانے سے پیپ نکلتی ہے + اگر عنق الرحم بھی مبتلائے مرض ہے تو، رحم میں احتقان دموی (اجتماع خون) اور درد ہوجاتاہے، کمر میں شدید درد ہوتا ہے، اور اکثر پیڑو میں دبانے سے درد محسوس ہوتاہے، اور خون آلود مواد نکلتا ہے +

زیادہ مزمن حالات میں کوئی خاص علامت نہیں پائی جاتی ہے، البتہ ایام ماہواری درد کے ساتھ آتے ہیں۔ کسی قدر سیلان[1] الرحم ہوتا ہے اور گاہ بگاہ پیشاب میں تکلیف ہوتی ہے اور بار بار پیشاب آتا ہے +

ہر حالت میں ورم کے پھیلنے اور مثانہ تک یا رحم کی راہ سے قاذف[2] کی نالیوں (التہاب[3] قاذف) یا خصیۃ[4] الرحم اور باریطون (پردہ صفاق) تک پہونچنے کا امکان ہے + اس آخری حالت میں (یعنے جب کہ مرض رحم کی راہ سے آگے بڑھتا ہے اور قاذف وغیرہ تک پہونچ جاتاہے) التہاب مقامی اور محدود درجہ کا ہوکر قاذف[5] کے طرف سشرشر (جھالردار) میں التصاق[6] پیدا کردیتاہے یعنی اس کی ساخت باہم چپک جاتی ہے + اس قسم کے التصاقات عورت میں اکثر عقر[7] (بانجھ پن) کے اہم اسباب ہوتے ہیں + گاہے زیادہ پھیلا ہوا اور عمومی التہاب[8] صفاق پیدا ہوجاتا ہے (دیکھو امراض باریطون) +

**علاج۔** ایکی دافع تعفن ادویہ کی پچکاریاں (مثلاً لیزال[9] ایک دو ہزار میں یعنی حصہ

---

[1] سیلان الرحم۔ لیکوریا۔
[2] قاذف۔ فلوپین ٹیوب۔
[3] التہاب قاذف سیلپنجائی ٹس۔
[4] خصیۃ الرحم۔ اوویریز۔
[5] قاذف کا طرف سشرشر۔ فمبرائی ایٹڈ اکسٹریمیٹی آف فلوپین ٹیوب۔
[6] التصاق۔ ادھے ژن۔
[7] عقر، عقم۔ اسٹرے لیٹی۔
[8] التہاب صفاق۔ پری ٹونائی ٹس۔
[9] لیزال۔ لائی سال۔

۴ ہزار حصص میں) اندام نہانی کے اندر کی جائیں اور مجری بول اور رحم کی اصلاح کے وسائل اختیار کیے جائیں + جب مجری البول میں بہت ورم و مواد ہو تو غذا مناسب اور باقاعدہ دی جاوے + اور قلیات[1] کا استعمال جس طرح مردوں میں کیا جاتا ہے، کیا جاوے + بلسانات[2] اور پچکاری کی ادویہ بھی مفید ہونگی +

مرض کے آخری درجوں میں (مزمن حالت میں) نفضۂ شورآگین[3] کی قلموں کو مقامی طور سے مجری البول میں لگایا جاوے + چونکہ عورتوں میں مجری البول بہت چھوٹا ہوتا ہے اس طرح کی مقامی ادویہ آسانی سے لگائی جاسکتی ہیں اور استعمال کے بعد التہاب اکثر زیادہ مدت تک قایم نہیں رہ سکتا +

عنق[4] الرحم کے اندرونی التہاب میں پہلے پچکاریوں اور غسولات کے ذریعہ مقام ماؤف کو خوب صاف کرلیا جاوے اور پھر منظار[5] لگاکر نفضۂ شورآگین دس فی صدی مقامی طور سے اندر لگایا جائے +

## قرحہ[6] رخوہ

قرحہ رخوہ (نرم قرحہ) ایک مقامی متعدی (عفونی) مرض ہے جو اعضائے تناسل کے علاوہ اور کسی دوسرے مقام پر شاذ ہی ہوتا ہے + یہ مرض تقریباً ہمیشہ بدکاری کا نتیجہ ہوتا ہے، اور ایک مخصوص عصی (ڈنڈہ ناجرثومہ) کے باعث پیدا ہوتا ہے، جو نہایت چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں اور چھوٹی زنجیریں بناتے ہیں + انکے بذر نہیں ہوتے اور طریقہ گرام سے یہ رنگ نہیں قبول کرتے + انکی مصنوعی کشتیں لگائی جاسکتی

---

[1] قلیات۔ الکلیز۔

[2] بلسانات۔ بالسمز۔

[3] نفضہ شورآگین۔ نائٹریٹ آف سلور۔

[4] التہاب بطانۂ عنق الرحم۔ انڈو سروائی سائی ٹس۔

[5] منظار۔ اسپے کیولم۔

[6] قرحہ رخوہ۔ سافٹ شنکر۔ الکس ملی۔

ہیں۔ اگرچہ یہ شکل کے ساتھ اوگتے ہیں اور انکے ساتھ اکثر پیپ کے معمولی جراثیم
بھی موجود ہوتے ہیں، مگر اس میں شک نہیں کہ "قرحۂ رخوہ" کا یہ خاص باعث ہیں +
مصنوعی طور سے اگر ان کی تلقیح (پچکاری بدن کے اندر) کی جاوے تو اوس کے اثر
سے چند ممتاز خصائص کے واقعات ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ چوبیس گھنٹے میں ایک سرخ
دانہ[1] یا ابھار نمودار ہو جاتا ہے، اور دو یا تین دن میں ایک آبلہ[2] دکھائی دیتا ہے جس کے
گرد شدید احتقان دموی کا ایک ہالہ[3] (گھیرا) ہوتا ہے + اس چھالے کے اندر کا مصل
(مائیت) جلد ہی گدلا پڑ جاتا ہے اور چوتھے پانچویں دن ایک اچھا خاصہ بُثرہ[4] (پھنسی)
بنکر مکمل ہو جاتا ہے +۔ جوں ہی اس پھنسی کے اوپر کی کھال (بشرہ[5]) نکل جاتی ہے،
ایک قرحہ نمودار ہو جاتا ہے جس کے کنارے (حاشیہ) نہایت ہموار اور صاف
کٹے ہوئے ہوتے ہیں اور جس کے حدود نہایت نمایاں اور واضح ہوتے ہیں + یہ قرحہ
بتدریج بڑھ کر ایک خاصی حد تک منبسط ہو جاتا ہے + پھر اگر اسکو صاف ستھرا رکھا
جاوے تو قریب تین ہفتے میں اچھا ہو جاتا ہے + اس قسم کے زخم (قروح) قضیب کے
حصہ پر ہو سکتے ہیں، لیکن بالخصوص یہ قُلفہ[6] اور حشفہ[7] یا اکلیل الحشفہ[8] پر پائے جاتے ہیں
اور ان میں بہت درد ہوتا ہے اور چھونے سے بھی درد محسوس ہوتا ہے + انکا مواد
(ترشح) نہایت سخت معدی ہوتا ہے اور اگر مریض کے جسم میں کسی دوسری جگہ
لگ جاتا ہے (تلقیح) تو بالکل ویسا ہی خصوصیات کا زخم (قرحہ) وہاں پیدا کر دیتا ہے
جس سے صاف ظاہر ہے کہ یہ مرض محض مقامی ہے اور اس کے ہونے سے عام مُبتٰی

[1] دانہ۔ پے پیول۔
[2] آبلہ۔ چھالہ۔ وسائیکل۔
[3] ہالہ۔ ژون۔
[4] بثرہ۔ پسچیول۔
[5] بشرہ۔ کیوٹیکل۔
[6] قلفہ۔ پری پیوس۔
[7] حشفہ۔ گلانس۔
[8] اکلیل حشفہ۔ کارونا گلینڈس۔

مناعت نہیں حاصل ہوتی +

اس میں اور حقیقی قرحۂ آتشک (قرحۂ افرنجیہ) میں یہ فرق ہے کہ قرحۂ آتشک کا مواد اگر اس طرح کسی مقام پر لگ جاوے تو اگرچہ اوس کے اثر سے ایک مقامی پھنسی (بثرہ) تو پیدا ہو جاتی ہے لیکن آتشک کا ممتاز زخم نہیں ہوتا + اکثر ایک ہی وقت میں بہت سے "قروح رخوہ) پیدا ہوتے ہیں، اور ایک زخم (قرحہ) کا مواد کسی متصلہ جلدی یا مخاطی سطح پر لگ کر بالکل ویسا ہی زخم پیدا کر سکتا ہے (قرحۂ تابعہ[1]) + مثلاً قرحۂ رخوہ قلفہ سے پھیلکر حشفہ میں یا حشفہ سے قلفہ میں اسی طرح فرج کے ایک لب سے دوسرے لب میں پیدا ہو سکتا ہے + یہ ایک عجیب و غریب مگر اصل حقیقت ہے کہ قروح رخوہ اعضائے تناسل کے علاوہ، جسم کے کسی اور حصہ میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں +

**قرحہ رخوہ کے مختلف تغیرات۔** قرحہ رخوہ کی ہیئت میں بعض حالات میں مختلف تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، جو اکثر مریض کی بے احتیاطی و بے فکری کے باعث واقع ہوتے ہیں + مثلاً اگر قلفہ زیادہ لمبا ہو تو تمام مواد اوس کے عقب میں اکٹھا ہو جاتا ہے اور وسیع تقرح پیدا ہو جاتا ہے + گاہے اس قسم کے قروح حشفہ تک پھیل کر قلفہ کے بالائی حصہ کے اندر سے ہوتے ہوئے باہر نکل آتے ہیں اور جب ایسا ہوتا ہے تو قلفہ میں چھید ہو کر وہ حشفہ کے نیچے آ پڑتا ہے + اگر تقرح قید الحشفہ[2] میں واقع ہو تو اس چنٹ کے اندر جو ایک شریانی شاخ ہوتی ہے اوس میں زخم (قرحہ) ہو جانے کے باعث بہت سیلان خون ہو جاتا ہے + جب قرحہ رخوہ میں شدید التہاب ہوتا ہے تو التہابی ترشحات کے باعث اوس کے پینے

[1] قرحۂ تابعہ - سٹلائٹ شنکر

[2] قید الحشفہ (فرینم) حشفہ کے زیریں جانب ایک چنٹ ہے +

میں بہت سختی (تصلب) ہو جاتی ہے۔ جو حقیقی آتشک کے قرحہ (قرحہ صلبہ) سے مشابہ ہو جاتا ہے۔

گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ قرحۂ رخوہ اور حقیقی آتشک ہر دو کا عدوی (تلقیح) ایک ساتھ ہی یا قریب قریب ایک دوسرے کے بعد ہی حاصل ہو جاتا ہے، تو اس حالت میں جو قرحہ پیدا ہوتا ہے وہ زیادہ عرصہ تک قایم رہتا ہے، اور صاف رکھنے پر بھی جلد مندمل نہیں ہوتا، اور کچھ عرصہ کے بعد مریض میں آتشک کے خصوصی علامات ظاہر ہو جاتے ہیں۔

بہر حال، ہر صورت میں آس پاس کے غدد جاذبہ[1] متورم ہو کر بڑھ جاتے ہیں، چھونے سے ان میں درد ہوتا ہے، اور پیپ پیدا ہونے (تقیح) سے بد ہو جاتا ہے (خیرجل)[2]۔ اس قسم کے متورم غدد سے جو بد (خیرجل) ہو جاتا ہے اوس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔

(الف) "بسیط"[3] یا "شرکی"[4] خیرجل (سادہ بد) جو ننگی سطح[5] یا مقام ماؤف سے معمولی جراثیم صدیدیہ کے جذب ہونے کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں اسکا مواد (پیپ) اگر کسی دوسری جگہ تلقیح کے ذریعہ داخل کر دیا جاوے تو اوس سے ایک بثرہ (پھنسی) پیدا ہو جائے گا، مگر حقیقی قرحۂ رخوہ نہیں پیدا ہوگا۔ علاوہ ازیں معمولی بد (بسیط خیرجل) میں ظواہر مرضیہ صرف غدد کے اندرونی حصہ تک ہی محدود رہتے ہیں۔

(ب) خیرجل سمی[6] (موذی بد)۔ یہ نہ صرف معمولی جراثیم صدیدیہ سے بلکہ اونکے

---

[1] غدد جاذبہ۔ لمفے ٹک گلینڈز۔

[2] خیرجل۔ بد۔ بیوبو۔

[3] خیرجل بسیط۔ سمپل بیوبو۔

[4] خیرجل شرکی۔ سمپے تھے ٹک بیوبو۔

[5] ننگی سطح۔ ابریڈڈ سرفیس۔

[6] خیرجل سمی۔ وِیرولنٹ بیوبو۔

ساتھ ساتھ قرحہ رخوہ کے مخصوص جراثیم کے انجذاب کے باعث پیدا ہوتا ہے۔ لہٰذا اگر یہ پیپ کسی دوسری جگہ داخل کر دی جائے (تلقیح) تو وہاں ہمیشہ ایک حقیقی قرحہ رخوہ پیدا ہو جاوے گا۔ علاوہ ازیں اس قسم کے بدیں میں نہ صرف غدد کے اندر پیپ ہو جاتی ہے بلکہ غدد کے آس پاس کے محیطی حصہ میں بھی پیپ بکثرت پیدا ہو جاتی ہے (التہاب[1] محیط غدد)۔

لہٰذا جلد ایک وسیع رقبہ میں کھوکھلی[2] ہو جاتی ہے، اور جب یہاں کے پھوڑہ کو چیر دیا جاتا ہے تو کنج ران میں ایک زخم بڑے قرحہ رخوہ کی صورت میں نمایاں ہو جاتا ہے جس کے وسط میں گلٹی (غدہ جاذبہ) دکھائی دیتی ہے جو محض معمولی طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ اکثر یہ کیفیت بہت آہستہ رفتار سے جاری رہتی ہے اور جلد کی سرخی بہت نمایاں ہوتی ہے مگر اس کے ساتھ بہت تھوڑی پیپ پائی جاتی ہے۔

**علاج۔** زخم کو صاف رکھنا چاہئے، اوس کی سطح پر نمل بنفشی[3] چھڑکنا چاہئے، زخم کے اوپر غسول[4] سیاہ یا حامض بورقی[5] کے غسول میں نسالہ[6] بھگو کر رکھا جائے۔ اس سے دس سے بیس دن کے اندر زخم مندمل ہو جاتا ہے۔ جب التہاب متعفنہ زیادہ ہو تو قلفہ کو شگاف دیکر چوڑا کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر ختنہ[7] اوس وقت تک نہیں کرنا چاہئے جب تک کہ قروح مندمل نہ ہو گئے ہوں۔ خالص تیزاب شورہ[8] یا حامض قطرانی[9] بھی زخم پر جراثیم کو مارنے اور سرعت اندمال کے لیے لگایا جاتا ہے

---

[1] التہاب محیط غدد۔ پری اڈی نائی ٹس۔
[2] کھوکھلی۔ انڈرمائنڈ۔
[3] نمل بنفشی۔ آیوڈو فارم۔
[4] غسول سیاہ۔ لوشیو نگرا (زیبق حلو کا غسول)
[5] حامض بورقی۔ بورک ایسڈ۔
[6] نسالہ۔ لنٹ۔
[7] ختنہ۔ سرکم سی شن۔
[8] تیزاب شورہ۔ نائٹرک ایسڈ۔
[9] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

مگر ان کا استعمال اوسیوقت کرنا مناسب ہے جبکہ معمولی رسمی (مندرجۂ بالا) علاج سے زخم کا پھیلنا نہ رُک سکے + اگر نمل بنفشی کا استعمال بوجہ اوس کی بدبو کے قابل اعتراض سمجھا جائے، تو بجائے اوس کے بنفشینہ (آیوڈول) یا بنفش حاشینہ (ارسٹول) کا سفوف چھڑک دیا جائے +

بد (خبر جل) کا علاج - ابتدائی درجہ میں تو مریض کو آرام و سکون دینا چاہئے اور گرم تکمید کرنا چاہئے، کرۂ مصاصئہ (کلیپ کا) (جسکا بیان التہاب خاد کے علاج میں آچکا ہے) لگایا جاوے + ان ترکیبوں سے گاہے ورم تحلیل ہو جاتا ہے، مگر جب پیپ پیدا ہو گئی ہو تو پھوڑہ میں عمودی (کھڑا) شگاف دینا چاہئے تاکہ پیپ بخوبی خارج ہوتی ہو (عمودی خط میں شگاف دینے سے یہ فائدہ ہے کہ اگر مریض بیٹھا ہو اوسوقت بھی کنج ران سے پیپ خارج ہوتی رہیگی) +

پھر گھاؤ کے اندر نمل بنفشی میں بسائی ہوئی بتی (روسام) بخوبی بھر دی جاوے اور اوپر سے پٹی حسب معمول باندھ دی جاوے + بعض جراح چند چھوٹے شگاف دیکر مذکورہ کرۂ مصاصہ سے مواد خارج کرتے ہیں + بعض دیگر اطبا کا خیال ہے کہ بڑھی اور متورم غدد کو جلد چیر کر نکالدینا چاہئے + لیکن اس قسم کی کارروائی کی چنداں ضرورت نہیں پڑتی + علاوہ ازیں غدد کے گرد و پیش کی ساختیں اسقدر سخت ہو جاتی ہیں کہ غدد کو بخوبی شناخت کرکے علٰیحدہ نکالنا بہت وقت طلب مرحلہ ہوتا ہے اور وہاں کی دوسری ضروری ساختوں کے کٹ جانے کا اندیشہ رہتا ہے + نیز کنج ران کی غدد کو تمام و کمال خارج کر دینے کے بعد گاہے

---

ملہ رسمی علاج۔ روٹین ٹریٹمنٹ۔

ملہ بنفشینہ۔ آیوڈول۔

ملہ بنفش حاشینہ۔ ارسٹول۔ آیوڈ دیتھائی مول۔ (حاشینہ یعنی تھائی مول اور بنفشین کا مرکب ہے)

ملہ کرہ مصاصہ کلیپ کلیپس سکشن بال + (کرہ۔ گیند + مصاصہ۔ چوسنے والا)

پاؤں یا بیرونی اعضائے تناسل کے عروق جاذبہ میں نہایت خطرناک انسداد پیدا ہو جانے کا خدشہ ہو جاتا ہے +

عرصہ تک آرام وسکون دینا، پھوڑے کو آزادی کے ساتھ نشتر سے چیرنا، ناسور اور گھاؤ کو اندر سے بخوبی کھرچ کر مواد کو خارج کر دینا اور پھر نیل بنفشی کی بتی بھر دینا، یہ علاج عموماً کافی ہوتا ہے اور اس سے زخم مندمل ہو جاتا ہے اگر اندمال سست رفتار ہو تو مریض کو تبدیل ہوا کے لئے لب ساحل کے مقامات پر جانا چاہئے +

# آتشک[1]. باد فرنگ

(آبلہ فرنگ۔ افرنجی مرض مبارک)

اب یہ بات ثابت ہو چکی ہے کہ آتشک حُوَیناتِ طفیلیہ[2] کی ایک قسم کے باعث پیدا ہوتی ہے جسے علامہ سیغل[3] اور شوڈین[4] نے ۱۹۰۵ء میں دریافت کیا اور منعریہ[5] حلزونیہ باھتہ یا خیوط[6] حلزونیہ باھتہ (شعریائی حلزونی۔ گھونگھے[7]، باہتہ۔ پھیکا رنگ) کے نام سے منسوب کیا + یوں تو بیدا ارجراثیم کی متعدد جنسیں علی العموم دھن اور گندے زخموں میں پائی جاتی ہیں، مگر حُوَیناتِ آتشک اپنی مخصوص شکل وشباہت اور رنگ قبول کرنے کے خصوصی امتیازات کے باعث دیگر غیر اہم بیدا ارجراثیم سے بآسانی تمیز کیے جا سکتے ہیں + حال ہی میں علامہ نغوچی[8] نے

---

[1] آتشک۔ سفلس۔

[2] حُوَیناتِ طفیلیہ۔ پیراسائٹک پروٹوزوا۔

[3] سیغل۔ سیگل۔

[4] شوڈین۔ شوڈین۔

[5] شعریہ حلزونیہ باہتہ۔ اسپائروکیٹا پیلی ڈا

[6] خیوط حلزونیہ باہتہ۔ ٹریپونیما باہتہ۔

[7] حلزونیہ۔ گھونگھے کے مانند پلدار۔

[8] نغوچی۔ نوگوچی۔

حُوَینات آتشک کی کشتیں اجار[1] اور مائیت استسقاء[2] کی مخلوط زمین میں سخت غیر طبعی حالات کے اندر کامیابی کے ساتھ اوگائی ہیں + آتشک کے جراثیم آسانی سے رنگ قبول نہیں کرتے، اسی وجہ سے وہ ایک عرصہ دراز تک مشاہدہ میں نہیں آسکے + بلحاظ شکل وشباہت حُوینات آتشک ایک نہایت نازک، رقیق، پیچدار (بلمار حلزونی یا لولبی) ریشہ کی شکل کا ہوتا ہے، جس میں آٹھ سے بارہ تک پیچ ہوتے ہیں، یہ پیچ باہم تقریباً یکساں ہوتے ہیں + اس ریشہ کا انتہائی سرا (دُم) نہایت تیز اور نوکدار ہوتا ہے اور باریک دُمچی کی صورت میں ختم ہوجاتا ہے + اسکا طول مختلف ہوتا ہے مگر بالاوسط ہر ریشہ خون کے سُرخ دانوں کے قطر کے برابر لمبا ہوتا ہے اور اوسکا ہر پیچ قیراط کے پچیسویں حصے ($\frac{1}{25}$ قیراط[3]) کے برابر ہوتا ہے + جراثیم آتشک کے مقابلہ میں معمولی قسم کا حلزونیہ عکاسہ[4] جو عموماً دہن اور قروح میں پایا جاتا ہے، نسبتاً زیادہ بڑا اور زیادہ چوڑا ہوتا ہے اور اوسکا انتہائی سرا اتنا تیز اور نوکدار نہیں ہوتا اوس کے پیچ بھی تعداد میں کم ہوتے ہیں اور جرثومہ آتشک کی طرح یکساں اور باقاعدہ نہیں ہوتے +

پیچدار جراثیم کی قسموں میں حُوَینات آتشک کی سیرتِ حیات اور خصائصِ زندگی کے متعلق ابتک نہایت کم واقفیت بہم پہنچ سکی ہے +

یہ جراثیم مرضِ آتشک کے لئے مخصوص (نوعی) ہیں، اسکا ثبوت بیشتر یہی ہے کہ یہ آتشک کے مریضوں کی ایک بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں (جسقدر زیادہ احتیاط ان کی تفتیش و امتحان میں برتی جائے اور تفتیش کنندہ جسقدر زیادہ سلیقہ

---

[1] اجار۔ اگار۔

[2] مائیت استسقاء۔ اسائی ٹک فلوڈ۔

[3] $\frac{1}{25}$ قیراط۔ ایک ملی میٹر۔

[4] حلزونیہ عکاسہ۔ اسپائروکیٹی رفرنجنس (ایک قسم کا چمکدار پیچدار جرثومہ ہے جو عموماً دہن میں اور دوسرے زخموں میں پایا جاتا ہے)

وشعور کام میں لائے اور سیقدر مریضان آتشک میں انکی موجودگی زیادتی کے ساتھ پائی جاتی ہے) مزید برآں یہ کہ یہ جسم کے بعض ایسے حصص میں بھی دیکھے گئے ہیں جہاں اتفاقیہ چھوت کا احتمال نہیں ہو سکتا، مثلاً مردہ پیدا شدہ آتشکی جنین کے پھیپھڑوں، جگر، تلی، اور دیگر اندرونی احشاء میں + نیز یہ جراثیم اکتسابی آتشک کے اوس زخم میں (یا اوسکی کھرچن میں) بھی دیکھے جاسکتے ہیں جو آتشک کے اصلی اور مخصوص زخم سے پہلے نمودار ہو جاتا ہے، درجۂ دویم میں یہ جراثیم حصۂ ماؤف کے غددمیں، جلد کے زخموں یا اونکے قرب وجوار کے آبلوں کی رطوبت میں، تلی اور شاذ و نادر مریض کے خون میں بھی ہوتے ہیں۔ درجۂ سویم میں یہ اورام[1] صمغیہ یا اس درجہ کے دیگر مخصوص دانوں اور زخموں میں پائے جاتے ہیں، مگر بیشتر اوقات اس درجہ میں۔ نہایت دقت اور مسلسل امتحان و تلاش کے بعد ہی مل سکتے ہیں، خصوصاً آتشک کے ان عصبی امراض میں جنکو اعراض[2] نتائج آتشک کے نام سے یاد کیا جاتا ہے + (جسکو اب آتشک کا چوتھا درجہ مانا جاتا ہے۔ اس میں عصبی امراض مثلاً ہزال نخاع۔ تشوش حرکت وغیرہ آتشک کے نتیجہ سے ظاہر ہوتے ہیں) +

مخلوقات میں مرض آتشک صرف حضرت انسان ہی میں طبعاً واقع ہوتا ہے لیکن تلقیح کے ذریعہ بندر کی بعض اعلیٰ نسلوں میں بھی ایک اسی قسم کا مرض پیدا کیا جاسکتا ہے جو آتشک سے مشابہ علامات رکھتا ہے +

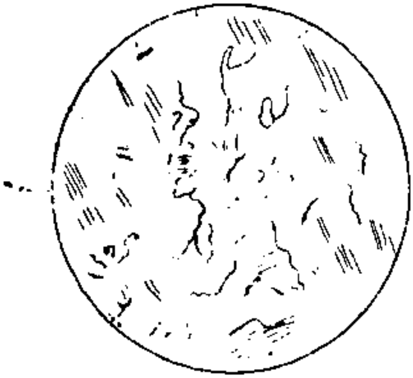
ان حیوانات میں اکثر متواتر تجربات کے ذریعہ نہایت دلچسپ علاماتِ مرض کا مشاہدہ کیا گیا ہے جو تلقیح کے بعد نمودار ہو جاتی ہیں + انسانی مریض کا مادۂ آتشک خواہ کسی درجہ سے لیا گیا ہو تلقیح کے بعد ان حیوانات میں یہ مرض پیدا کر دیتا ہے،

---

[1] اورام صمغیہ۔ گیٹا۔

[2] اعراض نتائج آتشک۔ پیرا سفلٹک افکشن۔

(۲۷) حلزونیہ باہتہ یعنی جراثیم آتشک



(۳۸) آتشکی مردہ جنین کے پھیپھڑے کی ساخت میں آتشک کے جراثیم نظر آرہے ہیں

مثلاً مریض آتشک کے خون، منی، درجہ ابتدائی کے قروح کی رطوبت، درجۂ دوم کے زخموں اور دانوں کی رطوبت، حتیٰ کہ اورام صمغیہ کی رطوبات بھی یہی اثر رکھتی ہیں +
تلقیح کے بعد مرض تین سے چار ہفتہ کے اندر نمودار ہو جاتا ہے، جو اولاً ایک سخت ابھرے ہوئے دانے کی صورت میں ہوتا ہے اور پھر یہ پھوٹ کر تقرح پیدا کر دیتا ہے +
اس زخم کے ساتھ ساتھ غدد بھی بڑھ جاتے ہیں + اس کے بعد درجۂ دوم کے علامات بھی خفیف قسم کے دیکھے جاتے ہیں، مگر درجۂ سوم کے علامات نہیں پائے جاتے +
یہ بھی ثابت ہوا ہے کہ اگر تلقیح کے بعد چوبیس گھنٹے کے اندر پارہ کے مرکب ۱ بیتق حلو (سیماب شیریں) کے مرہم کی خارجی مالش مقامی طور سے کر دی جاوے تو مرض پیدا نہیں ہونے پاتا۔ لیکن تلقیح کردہ مقام کو قطع کرنے سے پیدائش مرض صرف اسی وقت ملتوی ہو سکتی ہے جبکہ یہ عمل (قطع) تلقیح کے بعد آٹھ گھنٹے کے اندر اندر اختیار کیا جاوے +

## آتشک کی تشخیص تجربہ گاہ (معمل) میں

معمل میں آتشک کی تشخیص دو طریقہ پر کی جاتی ہے۔ (۱) حُوَینات آتشک کے عینی مشاہدہ سے یا (۲) تشخیص بہ طریق فاسرمان ۲ +

(۱) **حوینات آتشک کا عینی مشاہدہ**۔ مشتبہ ابتدائی زخم کے کناروں کو آہستہ سے کھرچ کر وہاں کی مائیت و رطوبت کا خوردبینی امتحان کر کے جراثیم آتشک کا مشاہدہ کیا جاتا ہے + یا متورم غدد کو چھید کر اوس کی مائیت دبا کر نکالی جاتی ہے اور اوسکا امتحان کیا جاتا ہے تو جراثیم آتشک ملتے ہیں + آتشک کا ابتدائی زخم پہلے بالکل معمولی حیثیت کا ہوتا ہے اور چند دنوں تک اوس میں حقیقی آتشکی زخم کے مخصوص خصائص نہیں ظاہر ہونے پاتے + چنانچہ اس قسم کے خصائص نمودار ہونے سے

---

ملہ زیبق حلو سیماب شیریں۔ کیلومل۔

ملہ فاسرمان۔ واازرمن۔

بہت پیشتر ہی اگر معمولی ابتدائی زخم کی مائیت کا امتحان کیا جاوے تو اوس میں جراثیم آتشک پائے جاتے ہیں۔ دراصل زخم آتشک کے حاشیوں میں سختی اور ادبھار کا پیدا ہونا قدرت کی طرف سے ایک عملِ محافظت ہے جس کے باعث جراثیم مقامی طور پر محدود و مقید ہو جاتے ہیں۔ چونکہ اس قسم کی حالت میں جراثیم اندر دبے ہوئے رہتے ہیں اسوجہ سے ادویہ کا مقامی استعمال ان پر آسانی اثر نہیں کرسکتا۔ رطوبت زخم کے امتحان سے پہلے دافع عفونت اور جرم کش دواؤں کا استعمال مناسب نہیں ہے، کیونکہ ایسا کرنے سے جُزئیاتِ آتشک اور بھی گہری ساختوں میں روپوش ہو جاتے ہیں۔

جراثیم آتشک کا معائنہ تین طریقوں سے کیا جا سکتا ہے، جو حسبِ ذیل ہیں۔

(۱) تازہ مادہ کا خردبینی امتحان فضائی تاریک کی تنویر سے[۱] (خردبین برتر)[۲] یہ بہترین طریقۂ امتحان ہے۔ جس سے جراثیم نہایت آسانی سے دیکھے جاسکتے ہیں۔ اور انکی مخصوص نقل و حرکت کا نظارہ نظر کے سامنے آجاتا ہے۔

عموماً خوردبین کے استعمال اور خوردبینی اجسام کے دیکھنے کا یہ طریقہ ہے کہ مشتبہ مواد یا رطوبت کی باریک تہ کو ایک شفاف سطح (شیشہ) پر رکھا جاتا ہے۔ پھر اس شیشہ کو خوردبین کے تختہ (درجہ)[۳] پر رکھدیا جاتا ہے۔ اس تختہ کے عین وسط میں ایک گول چھید ہوتا ہے جس کے اندر سے روشنی آکر شیشۂ زیر معائنہ کی سطح کو منور کرتی ہے۔ یہ روشنی ایک مقعر آئینہ (جو درجہ کے نیچے لگا ہوا ہوتا ہے) کے ذریعہ سورج کی روشنی سے

---

[۱] فضائی تاریک کی تنویر۔ ڈارک بیک گراؤنڈ الیومی نیشن۔

[۲] خردبین برتر۔ الٹرامائکرسکوپ

[۳] درجہ۔ اسٹیج۔

اس طرح معکوس کی جاتی ہے کہ اوس کی عمودی شعاعیں براہ راست تختہ کے چھید میں سے گذر کر تختہ کے اوپر رکھے ہوئے شفاف شیشہ کو منور کرتی ہوئی خوردبین کے عدسہ[1] (کلاں نما شیشہ) اور اوس کی نلی میں داخل ہو کر دیکھنے والے کی آنکھ میں عکس افگن ہوجاتی ہیں۔ یہ معمولی اصول خوردبین کے استعمال اور خوردبینی اجسام وجراثیم وغیرہ کے دیکھنے کا ہے جس میں صورت یہ ہے کہ تختہ پر رکھا ہوا شیشہ نیچے سے روشنی کی معکوس عمودی شعاعیں لا کر روشن کر دیا جاتا ہے تاکہ شیشہ منور ہو جاوے اور اجسام جراثیمی بخوبی نظر آجاویں۔

لیکن اگر اس شیشہ پر جو درجہ پر رکھا ہوا ہوتا ہے اس طرح عمودی شعاعیں نہ ڈالی جائیں اور کسی ترکیب سے جیسی کہ درج ذیل ہے، تمام روشنی قطع کر دی جائے تو اوس کی شفاف سطح بالکل تاریک ہوجائے گی اور رکھی ہوئی کوئی بھی چیز نظر نہیں آوے گی۔ لیکن اگر اسی سطح کے نیچے سے اوس کی متوازی شعاعیں داخل ہو کر اوپر گذرنے دی جاویں تو شیشہ کی شفاف سطح ان متوازی شعاعوں کو کھینچ کر خود روشن ہوجائیگی اور اوسپر رکھے ہوئے اجسام جراثیمی منور ہو کر دکھائی دینے لگیں گے۔ اگرچہ اس قسم کی متوازی شعاعیں خوردبین کے عدسہ (شیشۂ کلاں نما) اور اس کی نلی کے اندر خود داخل نہ ہوں گی۔ ایسا کرنے کے لئے ایک خاص ترکیب ہے۔ وہ یہ کہ خوردبین کے عدسہ کے چاروں طرف ایک حلقہ لگا کر آس پاس کی روشنی اور شعاعیں منقطع کر دی جاتی ہیں۔ اب درجہ کے نیچے سے جو روشنی آئے گی اوس کے لیئے ایک خاص

---

[1] عدسہ۔ کلاں نما شیشہ۔ لنس۔

جامعُ النور کام میں لایا جاتا ہے اور روشنی کے لیئے ایک نہایت طاقتور شمع استعمال کی جاتی ہے۔ جامع النور کو اس طرح لگایا جاتا ہے کہ جو شعاعیں اس طاقتور شمع سے نکلتی ہیں وہ اس جامع سے خارج ہوکر شیشۂ کلاں نما عدسہ تک پہونچنے سے پہلے ہی سطح شفاف کے متوازی ہوجاتی ہیں۔ اس ترکیب کو جس کے ذریعہ عمودی شعاعیں قطع کردی جاتی ہیں اور بجائے اونکے متوازی شعاعوں سے شیشہ شفاف کو منور کردیا جاتا ہے تنویرِ فضائے تاریک کے نام سے منسوب کیا گیا ہے۔

چونکہ بعض جراثیم بذاتہٖ چمکدار اور منور اجسام رکھتے ہیں، جیسے کہ حُوینات آتشک، لہٰذا اونکو اچھی طرح دیکھنے اور اونکی نقل و حرکت کا معائنہ کرنے کیلیے ضروری ہوتا ہے کہ اونکو فضائے تاریک میں دیکھا جائے۔ تاریک زمین میں انکے چمکدار جسم کی نقل و حرکت اور اونکے خط و خال نمایاں نظر آتے ہیں، اور روشنی کی غیر ضروری جگمگاہٹ بھی نہیں پیدا ہوتی۔

بعض اَجسام (جنکا قطر ۱/۱۰ ملی میٹر سے کم ہوتا ہے) اس قدر خفیف جسامت کے ہوتے ہیں کہ وہ فی الحال قوی ترین عدسہ کی مدد سے بھی نہیں دیکھے جاسکتے۔ اسیطرح چند جراثیمی اور متعدی امراض (مثلاً آنکھوں کے رمد ہے، التہابِ نخاعِ رمادی مقدم، زرد بخار وغیرہ انسان میں اور حیوانات میں سودِ مزاج کلبی، ہیضۂ خنزیری، وغیرہ) ایسے ہیں جنکا متعدی ہونا اگرچہ ایک

---

ا۔ جامع النور۔ کنڈنسر۔
۲۔ تنویرِ فضائے تاریک۔ ڈارک گراونڈ الیومی نیشن۔
۳۔ ایک ملی میٹر ۱/۲۵ انچ کے برابر۔
۴۔ رمد ہے۔ ٹراکوما۔

۵۔ التہاب نخاع رمادی مقدم۔ انٹیریر پولیومائی لائی ٹس۔
۶۔ زرد بخار۔ یلو فیور۔
۷۔ سود مزاج کلبی۔ ڈاگس ڈسٹمپر۔
۸۔ ہیضۂ خنزیری۔ ہگ کالرا۔

یقینی امر ہے مگر ان کے مخصوص جراثیم ابھی تک کسی طاقت کی خوردبین سے قابل تمیز نہیں ہیں۔ اس قسم کے ناقابل معائنہ خفیف ترین اجسام و ذرات کو برتر از معائنہ خردبینی[1] کہتے ہیں۔ اس قسم کے متعدی ہونے کا ثبوت دیگر وسائل سے بعض حالات میں حاصل ہو چکا ہے مثلاً انکی رطوبات کی تلقیح سے بعینہ اسی مرض کا پیدا ہو جانا وغیرہ۔

خوردبین کے کلاں نما شیشہ (عدسہ) کی طاقت کا اندازہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ کسی شفاف شیشہ کی ایک قیراط سطح پر نہایت باریک لکیریں کھینچی جاتی ہیں۔ اگر یہ لکیریں بالکل صاف علیحدہ علیحدہ نظر آتی ہیں تو انکی انتہائی تعداد کے لحاظ سے کہا جاتا ہے کہ یہ شیشہ (عدسہ) فلاں مخصوص طاقت کا ہے۔ زیادہ سے زیادہ طاقتور خوردبینی شیشہ (عدسہ) اس طرح ایک قیراط کے اندر ایک لاکھ ساٹھ ہزار لکیریں صاف الگ الگ بتا سکتا ہے۔ لیکن اگر لکیریں اس سے زیادہ تعداد میں ہوں تو وہ صاف صاف نظر نہیں آتی ہیں بلکہ مخلوط دکھائی دیتی ہیں۔ اس لئے اس موخرالذکر غیر یقینی تعداد کی لکیروں کو برتر از معائنہ خردبینی یا ناقابل مشاہدہ کہا جاتا ہے۔

اس قسم کے اجسام کو دیکھنے کے لئے بعض اوقات فضائے تاریک کی تنویر سے دیکھنے کی کوشش کی جاتی ہے، جیسا کہ جرثومیات آتشک کے متعلق اوپر درج کیا گیا ہے۔ اکثر آتشک کے تازہ مواد کو "قطرۂ آویزاں"[2] کی صورت میں خوردبین کے نیچے رکھکر بغور دیکھنے سے جراثیم آتشک کی نقل و حرکت تاریک زمین میں بخوبی نظر آتی ہے۔

---

[1] برتر از مشاہدۂ خوردبینی۔ الٹرامائکراسکوپک

[2] قطرۂ آویزاں۔ ہینگنگ ڈراپ۔

(ب) اسی قسم کا نظارہ کم و بیش ایک دوسری ترکیب سے بھی دیکھا جاسکتا ہے ؛ وہ یہ ہے کہ زخمِ آتشک کی رطوبت کو ہندوستانی روشنائی[1] کے ساتھ خوب ملا لیا جائے اور پھر اوسکا ایک قطرہ کسی شفاف شیشہ (لوح) پر پھیلا کر ہلکی سی تہ (غشادہ) جمالی جائے اور اس تہ کو خشک کر لیا جائے ۔ اب اگر اس خشک تہ کا معائنہ خوردبین کی مدد سے "فضائے تاریک" کے اندر کیا جائے، تو جراثیم آتشک سیاہ زمین پر بے رنگ یا شفاف صورت میں نظر آئیں گے، اگرچہ خشک ہو جانے کی وجہ سے اب انکی نقل و حرکت تو زندہ جراثیم کی طرح نہیں دکھائی دے گی ۔ یہ طریقہ امتحان نہایت سادہ اور آسان ہے اور بلا دقت مزید جلد قابلِ عمل ہے ۔

(ج) حُوَیْنَاتِ آتشک کے رنگنے کے طریقے۔ متعدد اقسام کے رائج ہیں جنمیں سے بیشتر روماَنوفسکی[2] کی اصلاح کی ہوئی صورتیں ہیں ۔

عکسی تصویر کشی کے ذریعہ بھی جراثیم مختلف طریقوں سے نمایاں کیے جاتے ہیں ۔ جنکا دارومدار اس کیمیائی اصول پر ہے کہ روشنی کے اثر سے نمکیات[3] فضہ (چاندی کے مرکبات) کی ترکیب ٹوٹ جاتی ہے ۔ (تجزیہ[4]) یہ طریقے اس وقت خصوصاً مفید ہوتی ہیں جبکہ جراثیم کو گہری ساختوں کے اندر سے تلاش کرنا مقصود ہو ۔

(۲) تشخیص بہ طریقہٴ دیگر۔ (تفاعُل فاسرمان[5]) شناختِ آتشک کا یہ دوسرا طریقہ ہے، جس میں مریض کے خون کا امتحان کیا جاتا ہے ۔ اسکا بنیادی اصول یہ ہے کہ آتشک درجۂ اول کے اواخر میں، (نیز درجۂ دویم و درجۂ سویم میں مریض کے

---

[1] ہندوستانی روشنائی۔ انڈین اِنک

[2] روماَنوفسکی۔ رومنونسکی (ایک عالم کا نام ہے)

[3] نمکیات فضہ۔ سلور سالٹ

[4] تجزیہ۔ ری ڈکشن۔

[5] تفاعل فاسرمان۔ واسرمن ری ایکشن۔

خون کی مائیت میں ایک ایسی غیر معمولی شئے موجود ہو جاتی ہے، جسے اگر قلب یا جگر کے خلاصۂ الکوحلی میں (جسے سیال تسکین کی آمیزش سے ہلکا کیا گیا ہو) ملایا جاوے تو اس مخلوط تکملہ نامی مادہ جدا ہو جاتا ہے +

تکملہ کے جدا ہو جانے کی شناخت اس طریقہ سے کی جاتی ہے کہ اگر اس مخلوط کے اندر سرخ کریات ذی حس بنا کر ملا دیے جاویں تو تکملہ کی موجودگی میں تو کریات بالکل حل ہو جائیں گے۔ اور اگر کریات میں کوئی تبدیلی واقع نہ ہو تو سمجھنا چاہئے کہ مخلوط میں تکملہ موجود نہیں ہے +

پس اگر طریقۂ مندرجہ سے تکملہ کا موجود ہونا ثابت ہو جاوے تو اس امتحان کو تفاعل فاسرمانی مثبت کہا جاتا ہے، اور تکملہ موجود نہ ہو تو اوسے تفاعل منفی کہنا چاہئے +

علاوہ آتشک کے یہ امتحان چند دیگر امراض میں بھی مثبت پایا جاتا ہے۔ مثلاً ورم تعمقی جذام۔ مرض النوم (افریقی) اور رگھے موسمی بخاریں + مرض آتشک میں یہ امتحان علی العموم ابتدائی زخم کے نمودار ہو جانے کے بعد دوسرے اور چھٹے ہفتہ کے درمیان مثبت پایا جاتا ہے + اس عرصہ میں ایک آدہ مرتبہ اس امتحان کا منفی ہونا مرض کے غیر موجود ہونے کی کوئی قوی دلیل نہیں ہے۔ لہذا مشتبہ حالت میں زخم آتشک

| | |
|---|---|
| ملہ خلاصۂ الکحولی۔ الکوہلک اکسٹرکیٹ (وہ خلاصہ جسے الکوہل کی آمیزش سے طیار کیا جاوے) | ملہ ذی حس بنائے ہوئے سرخ کریات۔ سنسی ٹائزڈ۔ رڈکارپسکلز۔ |
| ملہ تکملہ۔ کمپلی منٹ۔ مخصوص طریقہ سے حسیت حاصل کردہ سرخ ذرات خون۔ حساس کریات احمر۔ | ملہ تفاعل فاسرمانی مثبت۔ پازی ٹو واسرمن ری ایکشن۔ |
| | ملہ تفاعل منفی۔ نیگے ٹو ری ایکشن۔ |
| | ملہ ورم تعمقی۔ یاز۔ |
| | ملہ مرض النوم۔ سلی پنگ سکنس۔ |

کی رطوبت کا امتحان جراثیم کے معائنہ کی غرض سے کرنا چاہئے۔ اور امتحانِ فاسرمان کچھ عرصہ کے بعد کرنا چاہئے۔ امتحان فاسرمان درجۂ اول اور درجۂ دویم میں مُثبت ملتا ہو بشرطیکہ وہ ادویہ اور علاج سے غائب نہ ہوگیا ہو۔ درجۂ سویم کی ابتدا میں چند مریض ایسے ملتے ہیں جن میں یہ منفی ثابت ہوتا ہے۔ اور اس کی تعداد بتدریج بڑھتی ہی چلی جاتی ہے۔ حتیٰ کہ بہت پرانے مریضوں میں امتحان مثبت کی تعداد ۹۰ فی صدی سے گھٹ کر تقریباً ۵۰ فی صدی پر آجاتی ہے۔ لیکن یہ امر قابلِ غور ہے کہ فاسرانی امتحان سے محض عدوائے آتشک کا موجود ہونا ثابت ہوتا ہے۔ مگر اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ اس زمانہ کا ہر زخم آتشکی ہے۔

**سلسلۂ علامات**۔ آتشک کی علامات، عدویٰ کی شدتِ سمیت اور ساختوں کی قوت و مقدار مدافعت کے لحاظ سے، مختلف مریضوں میں بہت مختلف ہوتی ہیں۔ مگر جیسا کہ ایک محقق[۱] نے بتایا ہے، اس مرض میں یہ قاعدہ ہے کہ اس کے تین درجے ہوتے ہیں۔

**درجۂ ابتدائی**[۲]، جس میں کم و بیش مختلف عرصہ کی مدتِ حضانت کے بعد ایک زخم نمودار ہو جاتا ہے، جسے عام طور پر قرحۂ صُلبُہ[۳] کہتے ہیں۔ اس کے بعد

---

سلہ یہ تمام اعداد و شمار ایسے مریضوں سے لیے گئے ہیں جنکا علاج طریقۂ قدیم کے مطابق صرف پارہ کے مرکبات سے کیا گیا تھا۔

مگر جدید طریقۂ علاج (مرکب ۶۰۶) نے بالکل کایا پلٹ کر دی ہے۔ چنانچہ وازرمن کے امتحان پر نئے علاج سے جو اثر پڑتا ہے، اوسکی تفصیل مسودۂ عملِ احتقان میں مشرح درج ہے۔ اوسے بغور دیکھنے کے بعد اس بحث میں اضافات و ترمیم کرنا چاہئے۔

---

[۱] محقق ریکارڈ۔
[۲] درجۂ ابتدائی۔ پرائمری اسٹیج۔
[۳] قرحۂ صُلبُہ۔ اردو شنکر (صلبہ۔ سخت)۔

۔درجہ دویم[2] جو چند ہفتہ کے اندر ظاہر ہوجاتا ہے + اس میں آتشک کا زہر سارے بدن میں پھیلکر عمومی عدویٰ کے علامات اس طرح ظاہر ہوتے ہیں کہ جلد بدن اغشیہ مخاطیہ اور غدد جاذبہ ماؤف ہوجاتے ہیں + اس کے بعد

درجۂ سویم[3] کی علامات، ایک مختلف وقفہ (شاید برسوں) کے بعد (اس وقفہ میں بعض اوقات بظاہر علاماتِ مرض غیر موجود ہوتی ہیں) اورام[3] صمغیہ وغیرہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں۔ یہ اورام بدن کے تمام حصص میں ہوسکتے ہیں +

طریقِ عدویٰ (آتشک کی چھوت کیونکر لگتی ہے ؟)

اکتسابی آتشک قریب قریب ہمیشہ ناپاک مقاربت (بدکاری) کے باعث اعضائے تناسل میں چھوت لگ جانے سے پیدا ہوجاتی ہے + مگر گاہے یہ مرض بلا مقاربت، محض اتفاقیہ طور پر آتشکی زخموں سے بالواسطہ یا بلاواسطہ اتصال کے باعث بھی پیدا ہوجاتا ہے (آتشک[4] غیر جماعی یا پاک آتشک) + ایسی حالت میں ابتدائی زخم بجائے اعضائے تناسل پر ہونے کے اکثر جسم کے کسی دوسرے پر ہوتا ہے (قرحۂ[5] غیر تناسلی) + مثلاً مریضِ آتشک کا استعمال کردہ آبخورہ اور گلاس یا تمباکو کا جھوٹا حقہ اور نَے[6] استعمال کرنے سے ایک تندرست شخص کے لب میں آتشک کی چھوت لگ سکتی ہے + اسی طرح صرف بوسہ سے یہ مرض ایک سے دوسرے میں منتقل ہوسکتا ہے + ایک روسی محقق[7] نے ثابت کر دیا ہے کہ جراثیم آتشک نہایت نازک مزاج اور کمزور ہوتے ہیں، انکی سمی حرارت خارج از جسم نہایت

---

[2] درجہ دویم۔ سکنڈری اسٹیج۔
[3] درجہ سویم۔ ٹرشری اسٹیج
[3] اورام صمغیہ۔ گمے ٹا
[4] غیر جماعی آتشک (پاک آتشک) سفلس ان سان ٹی ام۔
[5] قرحہ غیر تناسلی۔ ایکسٹرا جینی ٹل شنکر۔
[6] نَے۔ قصبہ۔ پائپ۔
[7] محقق مٹش کاف روسی۔

سرعت کے ساتھ غائب و نابود ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اگر براہ راست اتصال و تماس[1] نہ ہو تو آتشک کی چھوت شاذ و نادر ہی لگتی ہے۔ دوسرا سبب یہ بھی ہے کہ صحیح و غیر مجروح جلد بدن اور تندرست و سالم غشیۂ مخاطیہ کے اندر سے جراثیم نظام جسم میں داخل نہیں ہو سکتے۔ علاوہ ازیں مرض آتشک ہر درجہ میں یکساں طور پر اور ایک شدت کا متعدی نہیں ہے۔ درجۂ ابتدائی میں صرف زخم آتشک کی رطوبت ہی عدوی اور چھوت پیدا کر سکتی ہے، درجۂ دوم کے دوران میں چونکہ آتشک کا خصوصی[2] زہر خون میں موجود ہوتا ہے، اس لئے وہ تمام مرضی ترشحات و رطوبات و نیز مریض کی منی میں پایا جاتا ہے، گو خالص اور مصفیٰ رطوبات و افرازات (مثلاً آنسو، دودھ، اور پیشاب) آلائش مرض سے پاک ہوتے ہیں، لیکن اگر انہیں کسی مجروح اور رگڑ کھائی ہوئی سطح کی رطوبت آمیز ہو جاوے (جیسا کہ اکثر لعاب دہن کے ساتھ ہو جاتا ہے) تو یہ بھی فی الفور معدی[3] ہو جاتے ہیں۔ درجۂ سوم کے مریضوں سے بھی چھوت لگنا ممکن ہے مگر ایسا شاذ ہی ہوتا ہے۔

عموماً آتشک کا ایک حملہ مریض میں ایک گونہ قوت مدافعت (مناعت) پیدا کر دیتا ہے، جس کے باعث باوجود دوبارہ چھوت لگنے کے بھی آئندہ اعادۂ مرض نہیں ہونے پاتا۔ مگر اس قسم کی مناعت ہمیشہ یقینی طور پر محفوظ و مصئون نہیں رکھتی اور بعض مریضوں میں متیقن طور پر آتشک کے دوسرے حملے دیکھے گئے ہیں۔

درجۂ حضانت[4] کی میعاد میں اختلاف پایا جاتا ہے، اور یہ دو سے چھ ہفتہ تک ہوتی ہے۔ عام طور پر تیسرے ہفتہ سے ہی قرحہ میں صلابت کے آثار پائے

---

[1] تماس۔ کان ٹیکٹ۔
[2] خصوصی زہر۔ وِیرس۔
[3] معدی (چھوتدار) انفکٹو۔
[4] درجۂ حضانت۔ اسٹیج آف انکیوبیشن۔

جاتے ہیں۔ مقامی سقم (زخم ابتدائی) کی قطع و برید یا خارج کر دینے سے مرض آتشک کی معمولی رفتار میں مطلق اثر نہیں ہوتا، البتہ غدودی کے بعد ہی اگر مقام ماؤف کو قطع کر دیا جاوے یا اگر سلوزان[1] کے ذریعہ علاج جاری رکھا جائے تو مرض رُک جاتا ہے۔ بیشتر جراثیم آتشک قرحہ کے اندر محبوس رہتے ہیں جس کے باعث دوا ان تک نہیں پہونچنے پاتی، لہٰذا مناسب ہے کہ انکو خارجی قطع و برید کے عمل کے ذریعہ خارج کر دیا جائے۔ اگر مقامی زخم خالصاً آتشکی ہے تو وہ مدت حضانت کے اندر ہی تام و کمال مندمل ہو جاتا ہے اور پھر کوئی مقامی تبدیلی اوسوقت تک نمایاں نہیں ہوتی جب تک کہ زخم آتشک کی مخصوص صلابت ظاہر نہ ہو۔ مگر گاہے اس میں "غدۂ صدیدیہ"[2] واقع ہو جاتا ہے یا "قرحہ رخوہ" ہی ساتھ ہی موجود رہتا ہے چنانچہ جب قرحہ رخوہ بھی ساتھ ہوتا ہے تو زخم کا اندمال بخوبی نہیں ہونے پاتا اور کچھ عرصہ کے بعد زخم کی گہرائی میں صلابت پیدا ہو جاتی ہے۔

(۱) درجہ ابتدائی[3]۔ آتشک کے ابتدائی درجہ کے ممتاز خصائص یہ ہیں کہ اس میں ایک زخم[4] پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی قرب جوار کے غدد جاذبہ[5] بڑھ جاتے ہیں۔ عموماً یہ زخم قلفہ[6] کی جڑ میں حشفہ کے اُبھرے ہوئے کنارے (اکلیل الحشفہ[7]) کے پاس یا حشفہ کے نیچے لگی ہوئی جھلی (قید الحشفہ[8]) میں واقع ہوتا ہے۔ مستورات میں یہ زخم زیادہ تر شرمگاہ کے بڑے شفر[9] کے اندرونی پہلو یا چھوٹے

---

[1] سلوزان۔ سالورسن (سنکھیا کا ایک نہایت کامیاب مرکب ہے جو آتشک کے لیے حکمی دوا سمجھی گئی ہے)

[2] غدودی صدیدیہ۔ پایوجنک انفکشن

[3] درجہ ابتدائی۔ پرائمری اسٹیج۔

[4] زخم۔ سور۔

[5] غدد جاذبہ۔ لیمف گلینڈز۔

[6] قلفہ۔ پری پیوس (کلاہ حشفہ)

[7] اکلیل حشفہ۔ کارونا گلانڈس۔

[8] قید الحشفہ۔ فرے نم۔

[9] شفر عظیم۔ لیبیا میجرا۔

شفر[1] پہ ہوتا ہے، مگر چونکہ عموماً اس سے کسی قسم کی اذیت محسوس نہیں ہوتی اس لئے اکثر اس کی موجودگی نظر انداز ہو جاتی ہے +

ابتدائی زخم ہمیشہ ایک ہی قسم کی شکل و صورت میں نمایاں نہیں ہوتا، اگرچہ کم و بیش ترشحات کا اجتماع اور صلابت اس کی ممتاز خصوصیت ہے + اس زخم کی خاص صورتیں یہ ہو سکتی ہیں +

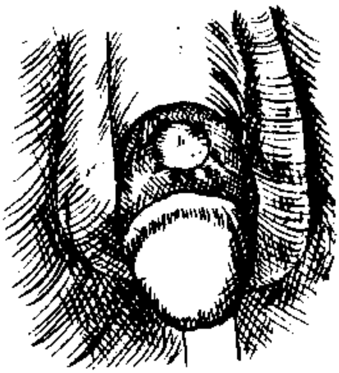
(الف) حلیمہ متقشرہ[2] (چھلکے دار ابھار) یہ قدرے ابھرا ہوا خراش دار دانہ ہوتا ہے، اسکا رنگ مٹیالا اور تقرح سے خالی ہوتا ہے + عموماً یہ دانہ چھوٹا مگر سخت ہوتا ہے، اور اس کی بیرونی سطح پر بشرہ[3] کے چھلکے یا کھرنڈ سے لگے ہوئے پائے جاتے ہیں + رگڑ لگ جانے سے یا رطوبات و مواد کے اجتماع سے اس میں تقرح بھی پیدا ہو سکتا ہے مگر ابتداً صلابت زیادہ نہیں ہوتی + اگر اس قسم کے حادثات واقع نہ ہوں تو اس کی موجودگی محسوس بھی نہیں ہوتی اور اسکی غائبانہ رفتار ختم ہو کر مریض غیر محسوس طور پر آتشک زدہ ہو جاتا ہے اور شاید اس بات کا صحیح اندازہ بھی نہیں کر سکتا کہ وہ کس وقت اور کس ذریعہ سے مدوائی آتشک کا شکار ہو گیا +

(ب) قرحہ صلبہ[4] (زخم سخت) یہ قسم نہایت عام طور پر پائی جاتی ہے۔ اور حلیمہ (ابھرے ہوئے دانے) میں خراش کے اثر سے یا کسی قرحہ رخوہ کی موجودگی میں پیدا ہو جاتی ہے + اگر ابتدائی سطحی خراش درج مندمل ہو کر اچھا ہو گیا ہے تو اس کے ندبہ (نشان زخم) میں ایک مقامی ابھار گرہ کے مانند نہایت سخت پیدا

---

[1] شفر صغیر۔ مغنی۔
[2] حلیمہ متقشرہ۔ ڈس کوئے مٹنگ پے پیول۔
[3] بشرہ۔ اپی تھیلیم۔
[4] قرحہ صلبہ۔ ہارڈ شنکر۔ انڈیورے ٹڈ شنکر۔ ہنٹے رین شنکر

(۲۹) قرحہ صلبہ یعنی آتشک کا زخم۔ جو قلفہ کی اندرونی سطح کے
لوٹنے پر نظر آرہا ہے



ہوجاتا ہے اور یہ حقیقی جلد (اَدَمہ[1]) سے خوب چپکا ہوا بلکہ اَدَمہ کے ساتھ منضم ہوجاتا ہے + البتہ اگر ابتدائی قرحہ رخوہ پیدا ہوچکا ہے تو اس کی سطح میں کم و بیش گہرائی تک تقرح قایم رہتا ہے، اور ساتھ ہی زخم کا حاشیہ نمایاں طور پر واضح ہوجاتا ہے گو صلابت زخم کی جڑہی میں پائی جاتی ہے +

بعض حالات میں دانہ کا ابھار نہایت تھوڑا ہوتا ہے اور سطح پر تقرح نہیں پیدا ہوتا۔ اس قسم کو، جو بیشتر حشفہ پر پائی جاتی ہے، صلابت رقی[2] کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے + لیکن جب قلفہ (کلاہ حشفہ) یا جسم تقضیب پر زخم ہوتا ہے تو اِن مقامات میں نسیج واصل[3] کے ڈھیلے پن کے باعث، تصلب زیادہ پھیلاؤ رکھتا ہے + جب مقام ماؤف قلفہ کی جڑ ہوتا ہے تو صلابت عموماً عرضاً پھیلکر ایک طوق نما جسامت اختیار کرلیتی ہے + ایسی حالت میں جب قلفہ کے چمڑہ کو اوپر چڑھا لیا جاتا ہے تو یہ ایک مخصوص طرز پر پٹہ کا پورا اوپر کھنچ آتا ہے + جب مقام ماؤف قلفہ کا دہانہ ہوتا ہے تو صلابت اور سختی اس حصہ میں زیادہ پھیلی ہوئی ہوتی ہے، جس کے باعث قلفہ کا چمڑا اوپر نہیں چڑھ سکتا اور قلفہ میں ایک قسم کی تنگی سامنے کے حصہ میں نمودار ہوجاتی ہے (ضیق قلفہ[4]) +

**درجۂ ابتدائی کی نسیجی ساخت اور صلابت کی ترکیب۔** خوردبین سے دیکھنے پر محض گول دانوں (کریات مستدیرہ[5]) اور نوکدار لمبے دانوں[6] (کریات مغزلیہ) سے ثابت ہوتی ہے۔ جنکا اجتماع ایک دوسرے کے نہایت قریب ہوتا ہے اور

---

[1] اَدَمہ۔ جلد حقیقی۔ کیوٹس۔

[2] صلابت رقی ریکوردی۔ پارچمنٹ انڈیوریشن آف ریکارڈی۔

[3] نسیج واصل۔ کنکٹو ٹشو۔

[4] ضیق قلفہ۔ فائی موسس

[5] گول دانے۔ کریات مستدیرہ۔ راونڈ سیلز۔

[6] نوکدار لمبے دانے۔ اسپنڈل سیلز۔

اور ان دانوں کے درمیان قدرے لیفی ساخت ہوتی ہے جو دانوں کو آپس میں جوڑتی ہے + گاہے اس ساخت میں خلیاتِ عظیمہ (کریات کثیر النوی) بھی پائے جاتے ہیں + اس ساخت کے اندر عروق بہت کم ہوتے ہیں، اسی وجہ سے اس میں تقرح بہت آسانی سے واقع ہو جاتا ہے +

مگر اس بات کا اندازہ بخوبی کر لینا چاہیے کہ "صلابت" کے ظاہر ہونے سے پہلے ہی آتشک کی تشخیص خورد بین کی مدد سے کی جا سکتی ہے، اور جب تک اس طرح صحیح تشخیص ابتداء ہی میں قایم نہ کر لی جاوے اور مناسب علاج فوراً شروع نہ کر دیا جاوے، شفائے کلی کا امکان بہت کم ہو جاتا ہے (اسکا خلاصہ یہ ہے کہ ابتدائی زخم ہی سے آتشک کی تشخیص کرکے مناسب علاج سلورزان وغیرہ کے ذریعہ فوراً شروع کر دینا چاہیے۔ اور صلابت کے ظاہری علامات کا انتظار نہ کرنا چاہیے ورنہ شفائے کلی کی اُمید کم ہوتی ہے) +

ایک ہی مریض میں ایک سے زائد قروح آتشک، پائے جا سکتے ہیں بشرطیکہ انکی چھوت ایک ہی وقت لگ چکی ہو + اور یہ بھی ممکن ہے کہ ایک ہی مریض دو مختلف اوقات میں (جن کے درمیان وقفہ تھوڑا ہو) یکے بعد دیگرے عدویٰ حاصل کرے لیکن قرحۂ آتشک بذاتہٖ اپنی چھوت سے دوسرا قرحہ عموماً نہیں پیدا کرتا یعنی مریض آتشک اپنی آتشک سے دوسرے عضو میں متاثر نہیں ہوتا۔ چنانچہ جب قرحہ قلفہ کے نیچے پیدا ہوتا ہے تو اوس کی چھوت سے حشفہ پر (جو پاس ہی ہے) دوسرا زخم پیدا نہیں ہوتا۔ جب قروح متعدد ہوتے ہیں تو وہ ہمیشہ چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں اور اون میں سختی نسبتاً بہت کم ہوتی ہے +

---

ما خلیات عظیمہ } جائنٹ سیلز۔
بڑے دانے } (جن میں ایک سے زائد نوات ہوتے ہیں) +

قرحۂ احلیل۔ یہ عموماً مجری البول کے لبوں پر اندر وفی پہلو میں ہوتا ہے اور ایک ایسا زخم بناتا ہے جس کی جڑ سخت ہوتی ہے، اگر مجری البول کے دہانہ کو اونگلیوں میں پکڑ کر ٹٹولا جاوے تو یہ قرحہ بطور ایک سخت دانے یا گٹھلی کے محسوس ہوتا ہے اور اوس کے اندر سے ایک قسم کی مائی (مصلی) رطوبت جس میں خون کی آمیزش بھی ہوتی ہے، خارج ہوتی ہے + گاہے خود مجری البول کے دہانہ میں قرحۂ سخت واقع ہوتا ہے اور اوسکو گھیر لیتا ہے جس کے بعد ضیق احلیل واقع ہوسکتا ہے + (ضیق الاحلیل۔ مجری بول کی تنگی)

قرحۂ غیر تناسلی۔ غیر تناسلی قروح عام طور پر لب، اونگلی اور حلمہ (سر پستان) کے اوپر پائے جاتے ہیں + اکثر انکا یہ خاصہ ہوتا ہے کہ التہاب صدیدی کے باعث ان میں انصباب و ترشح زیادہ ہوتا ہے مگر بمقابلہ اعضائے تناسل کے قروح کے ان میں سختی چنداں نمایاں اور محدود در قعبر نہیں ہوتی چنانچہ ان قروح میں ورم بہت اوبھرا ہوا اور خون کی رگیں پھولی ہوئی ہوتی ہیں اور اگر تقرح ہوجاتا ہے تو اوس کے ساتھ مواد بھی نسبتاً زیادہ نکلتا ہے اور یہ مواد خشک ہوکر زخم کی سطح پر کھرنڈ بنا دیتا ہے + پاس کے غدد جاذبہ بھی اکثر اوقات متورم ہوکر بہت بڑھ جاتے ہیں اور اونکے آس پاس ترشحات و رطوبات کا اجتماع ہوجاتا ہے + اس قسم کی حالت غلطی سے سلعۂ بشریہ سمجھی جاتی ہے؛ مگر اس کی تفریق و تشخیص، قرحہ کی صلابت اور اس کے اُبھرے ہوئے کناروں سے، نیز اس کی تیز رفتار و سرعت تکمیل سے اور غدد کے جلد بڑھ جانے سے بآسانی ہوسکتی ہے + گاہے قرحۂ غیر تناسلی کی حالت تناسلی قرحہ کے نسبت زیادہ شدید پائی جاتی ہے اور

---

ملہ قرحۂ احلیل۔ یورتھرل شنکر
ملہ ضیق الاحلیل۔ اسٹرکچر آف یورتھرا
ملہ قرحۂ غیر تناسلی۔ اکسٹراجینیٹل شنکر۔
ملہ سلعۂ بشریہ۔ اپی تھیلی اوما

غالباً یہی وجہ ہوتی ہے جس کے باعث اسکی صحیح تشخیص ابتدائی درجہ میں قایم نہیں ہوسکتی، بلکہ اسوقت قائم ہوتی ہے جبکہ آتشک کے درجۂ دوم کی علامتیں نمودار ہوجاتی ہیں +

قروحِ اِصْبعِیَہ[1] (انگلیوں کے آتشکی زخم) یہ عموماً تیمارداروں جراحوں اور بچہ جنانے والوں (مُوَلِّدِیْن[2]) میں دیکھے جاتے ہیں اور ناخن کے پہلو پر شروع ہوتے ہیں + یہ ایک غیر مولم (غیر دردناک) زخم ہوتا ہے، پھر یہ انصباب رطوبات کے باعث سوجتا اور تقرح سے پھوٹ جاتا ہے اور ناخن کے مقام پیدائش کے نیچے اور اس کی ہلالی جِھِلّی (ثَنِیَہ ہِلالیہ[3]) کی سیدھ میں پھیلا رہتا ہے + اس سے رطوبت بہت کثیر مقدار میں خارج ہوتی ہے اور درد بھی شدید ہوتا ہے اور انگلی کا انتہائی پورہ پیاز کی گانٹھ کی طرح سوج کر پھول جاتا ہے۔ ازاں بعد کہنی اور بغل کے غدد (غدد فوق اللقمہ[4] اور غدد ابطیہ[5]) متورم ہوجاتے ہیں + ان سب علامات کے باعث اکثر اوقات ایسی حالتوں کو سہواً ورم خبیث[6] سمجھ لیا جاتا ہے + مگر کبھی کبھی یہ زخم اسقدر چھوٹا اور غیر نمایاں ہوتا ہے کہ (ابتداءً) محسوس بھی نہیں کیا جاتا +

قرحۂ اکالہ[7]۔ یہ ایک قسم کا پھیلنے والا تقرح ہوتا ہے، جو کہ زنانہ امراض زہریہ[8] (تناسلیہ) اور خصوصاً آتشک کے علاوہ دیگر حالات میں بہت کمیاب ہوتا ہے +

---

[1] قروح اصبعیہ۔ ڈجی ٹل شنکر۔

[2] مولدین۔ اکوشر۔

[3] ثنیہ ہلالیہ۔ سمی لیونر فولڈ۔

[4] غدد فوق اللقمہ۔ ایپی کانڈیلائڈ گلینڈز۔

[5] غدد ابطیہ۔ اگزلری گلینڈز۔

[6] ورم خبیث۔ ملگننٹ ڈیزیز۔

[7] قرحۂ اکالہ۔ فیجے ڈینا (بقول بعض اسکا دوسرا نام ذرنب بھی ہے)

[8] امراض زہریہ۔ وینیریل ڈیزیز (عموماً امراض تناسلیہ کو کہتے ہیں) +

یہ ہمیشہ کمزور سا اور میلے اشخاص میں ہوتا ہے اور بیشتر اون رطوبات کے باعث ہوتا ہے جو کلاہ حشفہ کے تنگ ہوجانے کی وجہ سے بند ہوجاتی ہیں + قلفہ اور عضو تناسل کا انتہائی سرا ئبخ و متورم ہوجاتا ہے اور اوس میں رطوبات کا اجتماع ہوجاتا ہے + قلفہ کو اوپر چڑھالیا جاسکے یا کاٹ کر دیکھا جائے تو مقام ماؤف کی سطح سڑی ہوئی (گلی ہوئی) ملتی ہے اور اگر تقرح کو مناسب علاج سے روکا نہ جائے تو وہ سرعت کے ساتھ پھیلکر حشفہ اور قلفہ کو گلا دیتا ہے، بلکہ جسم قضیب تک پہونچ جاتا ہے +

علاج۔ اگر قلفہ گل نہ گیا ہو تو اوسکو کاٹ دینا چاہئے، پھر اس کے بعد مریض کو گرم پانی میں بٹھاکر حمام نصفی[1] کرانا چاہئے + درمیانی وقفوں میں زخم پر نمل نفشی[2] چیڑ عنول سیاہ[3] میں بھگوئے ہوئے رناگر[4] سے باندھ دینا چاہئے + اس کے بعد کا علاج اوسی اصول پر ہونا چاہئے جیسا کہ آتشک کے درجہ اول کا ہوتا ہے، اگرچہ مریض کی صحت عامہ کی کمزوری بعض اوقات مقویات کے استعمال کے لئے اور بعض اوقات بحری آب و ہوا میں رکھنے کے لیے مجبور کردیتی ہے + اگر کسی خاص سبب سے حمام نصفی دینا غیر ممکن ہو تو اصول قدیم کے مطابق قرحہ کو چھیل کر زخم کی گہرائی میں حامض[5] قطرانی یا تیزاب شورہ کی پھریری خوب لتھیڑ دینی چاہئے + جبکہ ساختیں بہت گلی ہوئی ہوں تو یہ آخری طریقہ حمام نصفی سے پہلے نہایت مفید نتائج رکھتا ہے + (یعنی حمام میں داخل کرنے سے پہلے زخم کو اسی طریقہ سے جلا دیا جائے) +

غدد جاذبہ[6] وہ تمام غدد جاذبہ، جن میں زخم (قرحہ) کے ارد گرد سے مائیت[7]

[1] حمام نصفی۔ ہپ باتھ۔
[2] نمل نفشی۔ آیوڈوفام۔
[3] عنول سیاہ۔ بوسٹ بونگرد۔
[4] رناگر۔ لینٹ۔
[5] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔
[6] غدد جاذبہ۔ لمفیٹک گلینڈز۔
[7] مائیت۔ سیرم۔

پہونچتی ہے، ممتاز طور پر متورّم ہو کر بڑھ جاتے ہیں ۔ یہ غدد ہلانے سے بخوبی جلد کے نیچے ہلتے ہیں اور بندوق کی گولی یا غضروفی ٹکڑوں یا بادام کی سختی رکھتے ہیں (اسی بادامی سختی کے باعث اکثر ایسے غدد کے لئے اصطلاحاً لوزی[1] یا بادام نما کا خطاب استعمال کیا جاتا ہے) ۔ ان میں درد بالکل محسوس نہیں ہوتا اور نہ تقیح پیدا ہوتا ہے ۔ البتہ اگر ابتدائی زخم میں قرحہ رخوہ کا سم نوعی یا کرویات صدیدیہ کی چھوت بھی شامل ہو جائے تو پیپ پیدا ہو جاتی ہے ۔

بعض اوقات ان عروق جاذبہ میں جو قرحہ اور غدد جاذبہ کے درمیان میں واقع ہیں، مزمن التہاب پیدا ہو کر یہ عروق زیر جلد سخت رسی کی طرح محسوس ہوتے ہیں[2]۔ اس طرح پشت قضیب کی عرق مائی (عرق جاذب) اکثر التہاب کے باعث مسدود ہو جاتی ہے اور اس کے انسداد کی وجہ سے قلفہ اور حشفہ کا اوذیما (تہیج - بھربھراہٹ) پیدا ہو جاتا ہے ۔ علیٰ ہذا اگر قرحہ میں تقیح پیدا ہو جاوے تو اوس کے اثر سے عروق جاذبہ میں بھی پیپ و پھوڑا (خراج) بن جاتا ہے ۔

**قرحۂ آتشک کی تشخیص۔** قرحۂ آتشک اور قرحۂ رخوہ کے درمیان تشخیص قایم کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا ۔ البتہ شبہہ اوسوقت نہیں پیدا ہو سکتا جبکہ زخم میں تقرح نہ ہو اور قاعدۂ زخم میں ممتاز صلابت پائی جائے ۔ لیکن تشخیص میں دقت تو اوسوقت ہوتی ہے جبکہ ابتدائی قرحہ میں تقیح واقع ہو کر ایک گہرا زخم پیدا ہو جاتا ہے اور اوس کے گرد کی ساختیں انصباب مواد اور احتشاد دموی کے باعث متسلی ہو کر حلقہ بنا لیتی ہیں ۔ ایسی حالت میں قرحہ کی اصلیت کا اندازہ مشکل سے ہو سکتا ہے ۔ کنج ران کے غدد دونوں حالتوں میں بڑھ جاتے ہیں اور پیپ کا موجود ہونا کوئی بات نہیں طے کرتا ۔ حتی کہ تلقیح[3] ذاتی[3] کے باعث

---

[1] لوزی۔ بادام نما۔ امگڈلائڈ۔ [2] التہاب عروق جاذبہ۔ لمفنجائی ٹس [3] تلقیح ذاتی۔ آٹو اناکولیشن

قرحۂ تابعہ[1] کا موجود ہونا ہی صرف قرحۂ رخوہ کی موجودگی کو ثابت کرتا ہے لیکن اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ آتشک موجود نہیں ہے + زخم کی کھرچن[2] (حکاکہ) میں یا اُس رطوبت میں جو کنج ران کے متورم غدد سے مالش کرنے کے بعد محقنہ جلدیہ (پچکاری) کی سوئی کے ذریعہ نکالی جاوے۔ اگر آتشک کے مخصوص پیچدار جراثیم اس میں مل جائیں تو یہ ایک قطعی ثبوت آتشک کی موجودگی کا ہے گاہے ایسا ہی ہوتا ہے کہ قطعی تشخیص کے متعلق رائے دینے کے لیے درجہ دوئم کی علامات کا انتظار کرنا پڑتا ہے +

**قرحۂ ابتدائی کی مدت۔** یہ مختلف حالات میں مختلف ہوتی ہے، اور اسکا انحصار بیشتر اس امر پر رہتا ہے کہ جلد علاج شروع کیا گیا یا دیر سے + اگر مریض پہلے چھ ہفتوں کے اندر ہی اندر طبیب کے معائنہ میں آگیا اور پھر اوسکا علاج فوراً پارہ کے مرکبات سے مسلسل طور پر جاری رہا تو قرحہ مندمل ہو جاتا ہے، اور صلابت عموماً چھ سے آٹھ ہفتہ میں غائب ہو جاتی ہے، تاہم کنج ران کے غدد کچھ زیادہ عرصہ تک بڑھے ہوئے رہتے ہیں + علاج کے شروع کرنے میں جسقدر تاخیر کی جاوے گی اوسی لحاظ سے سخت دیرپا ہوگی + اگر پارے کا استعمال نہ کیا جاوے تو صلابت بارہ مہینوں سے بھی زائد عرصہ تک قایم رہ سکتی ہے، اور پھر بتدریج کم ہو کر غائب ہو جاتی ہے، اگرچہ یہ بھی ممکن ہے کہ اس سے بہت کم عرصہ لگے + غیر مخلوط قرحۂ آتشک کے بعد نہایت خفیف ندبہ (نشان زخم) باقی رہتا ہے، اگرچہ قرحہ رخوہ یا پیپ پڑے ہوئے قرحہ (قرحۂ عفنہ[3]) کے بعد نہایت نمایاں داغ باقی رہتا ہے +

[1] قرحۂ تابعہ۔ سٹلائٹ شنکر۔

[3] قرحۂ عفنہ۔ سپوریٹنگ شنکر۔

[2] کھرچن۔ حکاکہ۔ اسکریپنگس۔

**قرحہ راجعہ**[1]۔ (صلابت راجعہ[2]۔ لوٹنے والی سختی) گاہے پارہ کا استعمال بہت جلد ترک کر دینے سے، یا کسی مقامی خراش و ہیجان کے باعث یا از سرِ نو تازہ عدویٰ حاصل ہونے سے نشان زخم (ندبہ) میں دوبارہ تصلب پیدا ہو جاتا ہے (اس قسم کی رجعت تصلب کو قرحۂ راجعہ کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے)۔ بعض اوقات قرحہ راجعہ درجۂ سویم کی وجہ سے یا اورام صمغی[3] کے باعث ہی واقع ہو جاتا ہے مگر ایسی حالت میں عروق و غدد جاذبہ کے عوارض موجود نہیں ہوتے۔

## (۲) آتشک ثانوی[4]

آتشک کے درجۂ دویم میں مرض کی سمیت خون کے ذریعہ (جو خود بھی فی ذاتہٖ متعدی ہوتا ہے) پھیل کر سارے جسم میں سرایت کر جاتی ہے جس سے عام جسمانی عوارض کم و بیش پیدا ہو جاتے ہیں۔ مریض کا مزاج سست ناساز اور طبیعت مضمحل ہوتی ہے اور بعض حالات میں نمایاں بخار، درد سر اور لاغری ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات شدید فقر الدم (کمی خون) موجود ہوتا ہے اور خون کے امتحان میں سرخ دانے (کریات حمراء) تعداد میں کم پائے جاتے ہیں اور ان کے اندر رنگین مادہ (حمرت دمویہ[5]) کی مقدار بھی کم ہوتی ہے۔ سفید داغوں کی معمولی کثرت[6] بھی پائی جاتی ہے، جس میں کریات مائیہ[7] اور کریات سائلیہ[8] کی زیادتی بالخصوص ہوتی ہے۔ درجۂ دویم کے خاص علامات و مظاہر یہ ہیں کہ بدن کے غدد جاذبہ

---

[1] قرحہ راجعہ۔ ری لیپ سنگ شانکر۔
[2] صلابت راجعہ۔ ری انڈیوریشن۔
[3] اورام صمغی۔ گیٹا۔
[4] آتشک ثانوی۔ سکنڈری سفلس۔
[5] حمرت دمویہ۔ ہیموگلوبین۔
[6] کثرت بیضاوات۔ لیکوسائی ٹوسس۔
[7] کریات مائیہ۔ لمفوسائٹز۔
[8] کریات سائلیہ۔ پلازما سیل۔

عام طور پر بڑھ جاتے ہیں اور ساتھ ہی جلد اور اغشیۂ مخاطیہ پر مختلف اقسام کے دانے (طفح جلدی) پیدا ہو جاتے ہیں، اور بال گرنے لگتے ہیں، بعض علامتیں ایسی بھی ہیں جو شاذونادر ظاہر ہوتی ہیں۔ ایسی علامات کا تعلق آنکھوں اور دماغ وغیرہ سے ہوتا ہے +

یہ علامات تلقیح مرض (چھوت) کے بعد عموماً چھ سے نو ہفتہ تک ظاہر ہوتی ہیں مگر بعض اوقات اس میں بہت تاخیر بھی ہو جاتی ہے + علامات کی شدت میں بہت اختلاف پایا جاتا ہے، کبھی تو کوئی علامت بمشکل ظاہر ہوتی ہے، اور کبھی مرض کے شدید علامات بخوبی ظاہر ہوتے ہیں + علاوہ ازیں علاج کی تعجیل و تاخیر کا بھی علامات پر بہت اثر ہوتا ہے۔ علاج کی ابتدا جسقدر جلد درجۂ ابتدائی کے بعد ہی کر دی جاوے اوسی قدر درجۂ دویم کے علامات خفیف ظاہر ہوتے ہیں +

درجہ دویم کے دانے (طفح جلدی) انکی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ ان کی کوئی ممتاز شکل نہیں ہوتی۔ جو دوسروں میں نہ پائی جاتی ہو۔ بلکہ یہ ہر قسم کے انواع (طفح جلدی) سے مشابہ ہو سکتے ہیں +

علاوہ ازیں ایک ہی مریض میں تمام جسم پر ایک ہی قسم کی پھنسیاں نہیں پائی جاتی ہیں بلکہ بدن کے مختلف حصص میں خاص خاص طرز کی کئی نمایاں قسمیں ہوتی ہیں (متعدد الشکل[1]) یہ دانے ترتیب و وضع قیام میں اکثر یکسانیت رکھتے ہیں (یعنے اکثر بدن کے اوسی حصہ پر دونوں جانب ہوتے ہیں) انکا رنگ ابتداءً گہرا سیاہی مائل سرخ (پکے لحم خنزیر کی طرح) ہوتا ہے، مگر کبھی یہ چمکدار گلابی رنگ بھی رکھتے ہیں + اس قسم کے دانے کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جاتے ہیں مگر اکثر انکی جگہ عارضی طور پر سیاہی مائل تانبے کے رنگ کے داغ یا دھبے (پتے) رہ جاتے ہیں +

[1] متعدد الشکل۔ پالی مارفزم۔

جلد کو دبانے سے یہ دانے بالکل غائب نہیں ہوتے بلکہ اوسی قسم کے بھورنے سے داغ کی طرح دکھائی دیتے ہیں ۔ اِن میں خارش یا جلن نہیں محسوس ہوتی ۔ انکی رفتار نہایت سادگی سے شروع ہوتی ہے یعنے ابتداءً جبکہ جلد میں محض معمولی امتلاء دموی ہوتا ہے اوسوقت یہ بالکل سادہ سُرخی مائل صورت رکھتے ہیں اور بعدہٗ جبکہ رطوبات موذیہ کا اجتماع ہو جاتا ہے تو انکی صورت زیادہ شدید ہو جاتی ہے ۔

دانوں کی سادہ ترین قسم میں محض معمولی امتلاء دموی ہوتا ہے ، جس سے جلد میں سُرخ وسیاہی مائل دھبے نظر آتے ہیں (وردیت[1] افرنجیہ۔ آتشکی سُرخی) ۔ یہ دھبے جلد مرجھا جاتے ہیں ۔ اور گاہے موجود بھی رہتے ہیں جبکہ انکے ساتھ ساتھ دوسرے طرز کے دانے بھی نکلتے رہتے ہیں ۔ کبھی ساختِ جلد کے نیچے کے ابھار (حلیمات) میں انصباب و امتلاء دموی ہونے سے یہ متورم ہو جاتے ہیں (حلیمات[2] افرنجیہ) ۔ گاہے رطوبت دار دانے یا آبلے بن جاتے ہیں ۔ (نفاطہ[3] افرنجیہ۔ بثور[4] افرنجیہ) مگر اس قسم کی تبدیلی بہت شاذ واقع ہوتی ہے ، یا نہایت کمزور لاغر نحیف مریضوں میں پائی جاتی ہے ۔ دانوں کی ایک اور قسم بھی ہوتی ہے جسکو قشور[5] افرنجی کہتے ہیں ، اسکا نشان امتیازی یہ ہے کہ اس میں انصباب مواد و امتلاء دموی کے دھبوں کے ساتھ ساتھ سطح پر قشور (چھلکے) بھی ہوتے ہیں ۔ یہ عموماً بدن کے دونو جانب ہوتے ہیں اور برخلاف سادہ صدفیہ[6] یا چنبل کے عضلات قابضہ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں (چنبل عضلات باسطہ کی سطح پر عموماً ہوتا ہے) ۔

---

[1] وردیت افرنجیہ۔ روزیولس سفلانڈ۔

[2] حلیمات افرنجیہ۔ پے پیولر سفلانڈ۔

[3] نفاطہ افرنجیہ (آتشکی آبلہ) وسائی کیولر سفلانڈ

[4] بثور افرنجیہ (آتشکی دانے) پسچیولر سفلانڈ۔

[5] قشور افرنجیہ۔ اسکومس سفلانڈ۔

[6] صدفیہ۔ چنبل۔ سوریائی سس۔

آخری درجوں میں جلد بدن کے اندر نمایاں گانٹھیں[1] یا گومڑے[2] (ابھار) پیدا ہوجاتے ہیں جو گاہے پھوٹ کر تقرح کے درجہ تک پہونچ جاتے ہیں (عُقد[3] فرنجی۔ درنات افرنجی)۔

**آتشکی دانوں کی وضع قیام۔** عام طور پر خصوصی مقامات پر ہوتی ہے۔ چنانچہ وردیت افرنجیہ اکثر اوقات جسم کے درمیانی حصہ یعنے دھڑ[4] (جذع) میں محدود ہوتی ہے۔ مگر دیگر اقسام کے دانے سارے جسم یعنے دھڑ اور اطراف (ہاتھ، پاؤں) میں منتشر رہتے ہیں، اگرچہ بسا اوقات یہ عضلات قابضہ کی سطحوں پر بہ نسبت عضلات باسطہ کی سطحوں کے زیادہ پائے جاتے ہیں۔ گاہے حُلَیمات افرنجیہ ایک عجیب صورت میں پیشانی پر پائے جاتے ہیں جسے کبھی اِکلیلُ الزُّہرہ[5] کے نام سے نامزد کرتے ہیں۔

**غشیہ مخاطیہ** بھی آتشک ثانوی میں بیشتر اوقات اسی طرح مبتلائے مرض ہوجاتی ہیں جس طرح جلد بدن۔ برزخ حلق یا نرم تالو استلاء دموی کے باعث متورم اور سرخ ہوجاتا ہے۔ متورم حصہ ہلالی صورت کا ہوتا ہے اور اس کی حد یکایک ختم ہوجاتی ہے۔ اس کے بعد اکثر اوقات برزخ مذکور میں دونوطرف زخم (قروح) پڑ جاتے ہیں، تقرح غلصمہ[6] کے اگلے محراب سے شروع ہوکر لوزتین تک اور اسی طرح نرم تالو سے ہوتا ہوا لہاۃ (کوا) تک پھیل جاتا ہے۔ یہ زخم زیادہ گہرے نہیں ہوتے مگر انکے حاشیے صاف اور باریک کیے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان زخموں کی رنگت

---

۱ گانٹھ۔ نوڈیول۔

۲ اُبھار۔ گومڑے۔ ٹیوبرکل۔

۳ عُقد افرنجی۔ ٹیوبرکلر سفلائڈ

۴ دھڑ۔ جذع۔ ٹرنک۔

۵ اکلیل الزہرہ / تاج زہری } کارونا وینیرس۔

۶ غلصمہ کا اگلا محراب۔ انٹیریئر پلر آف دی فاسز۔

مخصوص طرز کی یعنے بہوری سی ہوتی ہے + آتشک ثانوی میں حلق کا زخم شاذ و نادر
ہی ساختوں کو زیادہ گلاتا ہے، لہذا اس کے اثر سے ضیقِ[1] حلق (حلق کی تنگی) نہیں
پیدا ہوتا + تباکو نوشی کے اثر سے ان حالات میں زیادتی و شدت پیدا ہوجاتی
ہے + حلق کے مندرجہ بالا عوارض کے ساتھ ساتھ زبان کی پشت پر بعض مقامات
میں بشرہ کے غائب ہو جانے سے چٹے بن جاتے ہیں + یا گالوں کے اندرونی پہلو
پر یا لبوں پر یا زبان کے کناروں پر چند چھوٹے چھوٹے سطحی زخم (قروح) ہوجاتے
ہیں جن میں بہت شدید درد محسوس ہوتا ہے + یہ زخم کھردرے دانتوں کی خراش
پہونچنے کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں +

**عقد مخاطیہ** (غشاء مخاطی کے ابھار) اور اورام لقیہ[3] (سلو لقیہ) کے
بھی ایسے ہی عوارض ہیں، جو اگرچہ نسبتاً زیادہ شدید ہوتے ہیں مگر آتشک ثانوی
میں غشیہ مخاطیہ اور جلد کے ان حصص میں پیدا ہوجاتے ہیں جو نرم اور طبعی رطوبات
سے تر رہتے ہیں +

عقدِ[2] مخاطیہ ابھرے ہوئے دانے ہوتے ہیں جو بشرہ کے نیچے کے جلدی حلیمات[4]
(ابھاروں) کے بڑھنے اور انصباب مواد کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں + یہ سفید
رنگ کے ابھار ہوتے ہیں کیونکہ ان کی بالائی سطح پر بشرہ کے خلیات تری کے
باعث پھول جاتے ہیں اور اکثر ان میں تقرح بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ خوردبین کے
ذریعہ مشاہدہ کرنے سے بشرہ کے نیچے کے ابھار (حلیمات) صریح طور پر بڑھے
ہوئے پائے جاتے ہیں، اور ان پر بشرہ تہ بہ تہ جما ہوا دکھائی دیتا ہے + اس قسم
کے ابھار عموماً گوشۂ دہن، گالوں کے اندرونی پہلو، زبان کے کنارے یا مقعد کے

---

[1] ضیق حلق۔ فیرنجیل اسٹے نوسس۔
[2] عقد مخاطیہ۔ میوکس ٹیوبرکل۔
[3] ورم لقی۔ سلو لقیہ۔ کانڈی لومیٹا۔
[4] حلیمات۔ پے پلی۔

کنارے پر پائے جاتے ہیں۔ حاشیہ ومقعد پر اکثر یہ دائیں بائیں دونوں جانب ہوتے ہیں کیونکہ ایک جانب کے اُبھار کی چھوت سے دوسری جانب بھی پیدا ہو جاتے ہیں + اسی طرح یہ عام طور پر پیر کی اونگلیوں کے درمیان میں بھی ہوجاتے ہیں، اور اس جگہ ان کی وجہ سے جو زخم (قروح) بن جاتے ہیں وہ نہایت بدبودار ہوتے ہیں + اورام لقمیہ بھی اسی طرح خلیات کے بڑھ جانے کے باعث پیدا ہوتے ہیں ان میں اور عقد مخاطیہ میں فرق صرف ابھاروں کے چھوٹے بڑے ہونے کا ہے + یعنی اورام لقمیہ کی صورت میں بہت بڑھے ہوئے ہوتے ہیں + اورام لقمیہ مسّول (ثؤلول) کی طرح ایک محدود مقام میں بڑھکر گاہے گوبھی کے پھول کے گچھوں کے مانند، بہت بڑی جسامت اختیار کر لیتے ہیں + یہ عموماً فرج اور مقعد کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں اور ان سے نہایت بڑی مقدار میں اور بہت متعدی قسم کی رطوبت خارج ہوتی ہے + مبرز کے مقام پر اکثر مریض انکو دیکھکر بواسیر کے مسّے سمجھنے لگتے ہیں + بعینہ اسی قسم کی حالت گاہے پشت زبان میں بھی پائی جاتی ہے +

غدد جاذبہ۔ آتشک ثانوی میں عموماً سارے جسم کے غدد جاذبہ بڑھے ہوجاتے ہیں اور جلد کے نیچے گول گول اور سخت اورام کی صورت میں محسوس ہوتے ہیں + غالباً مرض کے درجۂ شدت کا اندازہ ان غدد کی حالت سے ہوسکتا ہے + یعنی جسقدر یہ شکایت زیادہ ہوگی۔ اُسی قدر شدت مرض زیادہ سمجھی جائے گی + گردن کے پچھلے حصہ (گدی) کے غدد اور کہنی کے غدد فوق اللقمہ اگر مزمن طور سے بڑے بڑے ہوئے پائے جائیں اور انکے متورم ہونے کا کوئی صریح سبب موجود نہ ہو تو یہ آتشک کی

---

ا مسہ۔ ثؤلول۔ وارٹ

۲ جسکو ثؤلول مشنصون کہتے ہیں۔ (ہیجن سن وارٹ)

۳ گدی کے غدد۔ نیوکل گلینڈز۔

۴ غدد فوق اللقمہ۔ اپی کانڈ یلائڈ گلینڈز۔

موجودگی کی ایک غالب دلیل ہے +

**آتشکی داء الثعلب** (داء الثعلب - بال جھڑ جانا) بالوں کا رنگ پھیکا اور ان کی چمک غائب ہو جاتی ہے + سر کی جلد، بھوں اور ڈاڑھی وغیرہ کے بال یا تو جگہ جگہ سے (ریزیدہ نا صورت میں) جھڑ جاتے ہیں یا تمام بال عام طور سے باریک اور پتلے پڑ جاتے ہیں + مگر بالوں کی جڑیں (عقد الشعر) نہیں ضائع ہونے پاتی اور کچھ وقفہ کے بعد بال پھر بدستور اُگ آتے ہیں +

**آتشک ثانوی کے بدیر ظاہر ہونے والے عوارض مندرجہ ذیل ہیں:-**

(۱) ہڈیوں میں شدید درد کا ہونا (وجع العظم) + (۲) التہاب طبقہ عنبیہ (۳) مختلف اقسام کے عصبی عوارض + (۴) قصبہ کبریٰ اور دوسری ہڈیوں کی جھلی میں اورام کے باعث گانٹھیں بننا + (عقدہ ضریعی یعنی غشاء العظم کی گرہ) (۵) بدن کے دونوں جانب مفاصل کی غشیہ زلالیہ کے اندر مزمن طور سے رطوبات کا اجتماع ہو جانا +

طبقہ عنبیہ کے التہاب کی علامت یہ ہے کہ آنکھ میں درد ہوتا ہے جو عموماً عصبہ فوق الحجر کی طرف لوٹ جاتا ہے، نظر میں فرق آجاتا ہے دبرابر دکھائی نہیں دیتا) اور اکثر آنکھوں میں سے پانی بہتا ہے اور روشنی سے چکا چوندھ ہوتی ہو امتحان سے قرنیہ کے ٹھیک باہر کی طرف (گرداگرد) ایک تیز سرخ رنگ حلقہ پایا جاتا

---

۱ داء الثعلب - الوپے شیا۔
۲ عقد الشعر - ہیر فالیکلز۔
۳ وجع العظم - آسٹیو کوپ۔
۴ التہاب عنبیہ - آئی رائی ٹس۔
۵ گانٹھ - عقدہ - نوڈ۔
۶ عقدہ ضریعی - پری اسٹیل نوڈ۔
۷ غشیہ زلالیہ - سائی نوویل ممبرین۔
۸ عصبہ فوق الحجر - سوپرا آربیٹل نرو۔
۹ آنسو بہنا - لیکری میشن۔
۱۰ چکا چوندہ - فوٹو فوبیا۔

سے ہے جو عروقِ ہدبیہ[1] میں امتلاء ہونے کے باعث بن جاتا ہے ۔ عنبیہ کی چمک کم ہو کر وہ مکدر ہو جاتا ہے اور اس کے کنارے دھندلے اور خراب رنگ کے ہو جاتے ہیں ۔ عنبیہ کا رنگ متغیر ہو جاتا ہے اور اگر طبعاً اوسکا رنگ نیلا ہے تو وہ مائیت کی موجودگی کے باعث زرد سبزی مائل ہو جاتا ہے ۔ ثقبہ عنبیہ (پتلی) چھوٹا پڑ جاتا ہے اور شاید اوسکا دائرہ (حلقہ) ناہموار بھی ہو جاتا ہے ۔ پتلی کی حرکت (چھوٹا بڑا ہونا) پوری پوری نہیں ہونے پاتی اور گاہے وہ سامنے کی طرف قرنیہ کی پچھلی سطح سے جڑ جاتی ہے ۔ (التصاقِ[2] عنبیہ مقدم) یا پیچھے کی طرف رطوبت جلیدیہ کے غلاف سے چپک جاتی ہے (التصاقِ[3] عنبیہ مؤخر) ان دونوں حالات میں پتلی بالکل بے حرکت ہو جاتی ہے ۔ گاہے اوس کی سطح پر چھوٹے چھوٹے زرد دانے دکھائی دیتے ہیں ۔ یہ دانے مائیت تکوینیہ کے ہوتے ہیں ۔ مائیت[4] تکوینیہ جس سے کوئی عضو یا ساخت نئی بنجائے) ۔

**آتشک ثانوی کی مدت اور نوعیت** ۔ بہت مختلف ہوتی ہے ۔ مناسب علاج جس قدر جلد شروع کیا جائے ، اوسی قدر درجۂ ثانوی کے عوارض اپنی شدت میں خفیف پائے جاتے ہیں ۔ مگر جن حالتوں میں علاج میں زیادہ دیر لگائی جاتی ہے وہ زیادہ وقت طلب ثابت ہوتے ہیں ۔ لہٰذا قرحہ غیر تناسلیہ کے بعد ، یا مستورات میں جو اکثر قرحۂ ابتدائیہ سے غافل (بے خبر) رہتی ہیں ، آتشک ثانوی کی علامات اکثر شدید ہوتی ہیں ۔ جب عدوی کے بعد علاج چار یا پانچ ہفتہ کے اندر شروع کر دیا جائے تو درجۂ ثانوی بہت خفیف ہوتا ہے اور دو ماہ یا اس سے بھی کم مدت میں مرض کا اثر زائل ہو جاتا ہے ۔ لیکن جب آتشک ثانوی کے جلدی دانوں کے

---

[1] عروقِ ہدبیہ ۔ سیلی اری ویسلز ۔
[2] التصاقِ عنبیہ مقدم ۔ انٹیریر سینی کیا ۔
[3] التصاقِ عنبیہ مؤخر ۔ پوسٹیریر سینی کیا ۔
[4] مائیت تکوینیہ ۔ پلاسٹک لمف ۔

ظاہر ہونے کے بعد علاج شروع کیا جاتا ہے تو درجۂ دوم کی مدت زیادہ عرصہ تک جاتی ہے۔ علاوہ ازیں مریض کی صحت عامہ اور اس کے دیگر عادات و خصائل خصوصاً شراب نوشی شدتِ مرض کے ساتھ نہایت گہرا تعلق رکھتے ہیں۔ چنانچہ کمزور صحت والے نشہ باز و بد اطوار اشخاص میں آتشک زیادہ شدید علامات پیدا کر دیتی ہے۔ ضعیف قویٰ کے وہ مریض جو مثلاً بخار یا ممالکِ حارہ کے دیگر امراض سے متاثر ہو کر اپنی صحت و قوت کھو چکے ہیں، جب وہ آتشک میں مبتلا ہوتے ہیں تو بہت زیادہ تکلیف اٹھاتے ہیں اور ان میں مرض آتشک شدید رفتار اختیار کر لیتا ہے۔ اگر علاج مسلسل طور سے نہ کیا جاوے اور درمیان میں چھوڑ دیا جاوے تو پہلے بارہ مہینوں کے اندر پھر آتشک کا دوسرا حملہ ہو جاتا ہے اور مرض از سر نو عود کر آتا ہے، ان حالات میں آتشک کے دانے (طفح جلدی) زیادہ خصوصی و امتیازی طرز کے ہوتے ہیں اور حلیمات (۱) (داو بھار) گروہ در گروہ دائرہ نما شکل میں مجتمع پائے جاتے ہیں۔

(۲) درجۂ متوسط یا درجۂ ثانیہ متاخرہ۔ اس درجہ کو مندرجۂ بالا علامات کے اور درجۂ سویم کے درمیان ایک کڑی سمجھنا چاہیئے (یعنی یہ درجہ مذکورہ بالا علامات کے بعد اور درجۂ سویم سے پہلے ہوتا ہے۔ گویا یہ درجہ دونوں کے درمیان ذریعہ اتصال ہے) مگر اس درجہ کے آغاز و اختتام کی کوئی خاص حد متعین نہیں ہو سکتی۔ اور جبکہ مریض کی عام صحت جسمانی اچھی ہو اور علاج بھی پابندیٔ وقت کے ساتھ مسلسل طور پر کیا گیا ہو تو اس درجہ کا ظاہر ہونا بھی ضروری نہیں ہے۔ آتشک ثانوی کے علامات میں سے بعض خصوصاً مفاصل و عظام کے عوارض اس درجہ میں بدستور مل سکتے ہیں، اور اگر بالفرض وہ غائب بھی ہو چکے ہوں تو درجہ دوم کی بعض شکایتیں از سر نو جلدی امراض کی شکل میں اور گلے کے التہاب اغدیہ (۲) کی صورت میں لاحق

(۱) حلیمات۔ پے پیولز۔

(۲) التہاب اغدیدوس۔ ایپیڈیڈیمائٹس۔

ہوجاتی ہیں + اس درجہ میں اور اس کے مابعد ہی عروق دمویہ اکثر مبتلائے مرض ہوجاتے ہیں اور ان عروق کے اندرونی پردہ کا استر (بطانہ[1]) نئی ساخت[2] سے بڑھکر موٹا ہوجاتا ہے۔ اسی وجہ سے عروق کا اندرونی دائرہ سکڑکر تنگ ہوجاتا ہے جس سے عضو متعلقہ کے تغذیہ میں کمی آجاتی ہے اور اسکو خون برابر نہیں پہونچنے پاتا۔ یہی شکایت بڑی شریانوں کے عروق العروق[3] میں لاحق ہونے کے باعث ان میں تحجر و صلابت پیدا ہوجاتی ہے (تحجر شریانی[4]) اور اگر عروق دماغیہ میں بھی اسی قسم کا تحجر واقع ہوجائے تو مختلف اقسام کے عصبی عوارض پیدا ہوسکتے ہیں + چنانچہ کسی ایک عضو کا استرخاء (استرخاء وصدائی[5]) یا نصف حصہ جسم کا استرخاء (فالج نصفی[6]) ظاہر ہوسکتا ہے نیز یہ بھی ممکن ہے کہ مرض صرف ایک دماغی پٹھے تک محدود رہے یا صرف شدید دردسر پیدا کردے اور ان نامسعود شکایات پر علاج کا مطلق اثر نہ ہو + اندرون چشم کے امراض (مثلاً التہاب مشیمیہ[7] و شبکیہ[8]) بھی بکثرت پائے جاتے ہیں۔ جلد کا مخصوص عارضہ جو اس درجہ میں عموماً ملتا ہے آتشکی صدفیہ[9] (جبل آتشکی) ہے + یہ عموماً ہتیلیوں اور تلووں میں ہوتا ہے + آتشک ثانوی کے بیان میں اوپر درج ہوچکا ہے کہ درجۂ دویم میں عموماً قشور افرنجی[10] ظاہر ہوتا ہے مگر یہ اول تو جسم کے دونوں جانب ہوتا ہے دویم پارہ کے اثر سے جلد غائب ہوجاتا ہے + برخلاف ازیں درجہ متوسط کی یہ آفت دو جانبی اور کہے یک جانبی ہوتی ہے + اگر وہ جلد ظاہر ہوتی ہے تو دونوں جانب

---

[1] بطانہ۔ انڈوتھیلیم۔
[2] نموزائد۔ نئی ساخت کا پیدا ہونا۔ پرولی فے ریشن۔
[3] عروق العروق۔ واسا ویسورم۔
[4] تحجر شریانی۔ آرٹیریو اسکلے روسس۔
[5] استرخاء وصدائی۔ مونو پلجیا۔
[6] فالج نصفی۔ ہمی پلجیا۔
[7] مشیمیہ۔ کورائڈ۔
[8] شبکیہ۔ ریٹنا۔
[9] صدفیہ۔ سورائی سس۔
[10] قشور افرنجی۔ اسکوئمس سفلائڈ۔

ہوتی ہے اور اگر دیر سے پیدا ہوتی ہے تو صرف ایک ہی جانب ہوتی ہے + پہلی صورت میں (جبکہ وہ دونوں جانب ہو) بشرہ کی نئی پیدایش بکثرت ہوتی ہے اور ساتھ ہی جلد میں گہری دراڑیں اور شگاف پائے جاتے ہیں + دوسری صورت میں (جبکہ وہ یک جانبی ہو) بشرہ میں نوساختہ خلیات بہت کم بنتے ہیں مگر ان کے حواشی اور کنارے سانپ کی شکل کے ہوتے ہیں۔ اور ان کے لبوں پر التہابی مواد کا اجتماع ہوتا ہے +

**فقاعیہ**[1] (دراہم) اور جادرسیہ[2] (رفائرہ) یہ دونوں قسم کے قروح و بثور، آتشک کے اس درجہ میں ہوتے ہیں، خصوصاً ایسے مریضوں میں جو نقص تغذیہ کے باعث لاغر و نقیہ ہوں + ان دونوں کی خصوصیت یہ ہے کہ جلد سے گوند کے مانند رطوبت مترشح ہوتی ہے۔ اس کے بعد زخم پیدا ہو جاتے ہیں + پہلے مرض میں زخم کی سطح پر رطوبات منجمد ہو کر ایک نمایاں کھرنڈ بنا دیتی ہیں + جب رطوبت کا ایک پرت خشک ہو کر جم جاتا ہے تو اس کی زیریں سطح سے پے در پے دوسرے پرت نکل کر جمتے جاتے ہیں اور نیا پرت اوپر کے پرت سے کسی قدر بڑا ہوتا ہے + اس ترتیب کے باعث بالآخر ایک بڑا سا کھرنڈ بن جاتا ہے جو شکل میں گھونگھے کے پوست (سیپ) سے مشابہ ہوتا ہے اس کے نیچے ایک التہابی سطح ہوتی ہے جہاں اجتماع خون ہوتا ہے + جسم کے ہر حصہ میں یہ مرض ہو سکتا ہے + جادرسیہ (رفائرہ) میں فقاعیہ کی طرح قرحہ کی سطح پر کھرنڈ نہیں بنتا، یا اگر بنتا بھی ہے تو فوراً جدا ہو جاتا ہے اور اس کے نیچے سے ایک کم گہرا زخم نمودار ہو جاتا ہے، جس کے گرد ایک احتقانی حلقہ پایا جاتا ہے +

[1] فقاعیہ / دراہم } کی رہپیا۔

[2] جادرسیہ (رفائرہ) اکمتی ما۔

مندرجۂ بالا دونوں قسم کے قروح مناسب علاج سے درست ہو جاتے ہیں، مگر جلد پر انکے نشان گہرے رہ جاتے ہیں جنکا رنگ سپیدی مائل ہوتا ہے اور اس پاس اکثر رنگدار مادہ کے باعث رنگین داغ رہ جاتے ہیں۔

اس درجہ کے ظواہر میں سے ایک کیاب عرض اغدیدوس[1] کا التہاب غیر حادہی جو دونوں جانب ہوتا ہے۔ اس حالت میں جبل النی[2] بھی موتا۔ متورم اور دردناک ہوجاتا ہے۔

## (۴) آتشک ثلاثی۔ تیسرے درجہ کی آتشک

آتشک کے تیسرے درجے کے عوارض عدوی سے چھ مہینہ کے اندر اندر ظاہر ہوسکتے ہیں اور گاہے دہ بیس سے تیس سال کی مدت تک ظاہر ہی نہیں ہوتے۔ ان عوارض کی بڑی خصوصیت یہ ہے کہ جسم کے نسیج واصل کی پیدائش بہت بڑھ جاتی ہے اور ان میں مواد کا انصباب ہوجاتا ہے، یہ افزدنی وانصباب گاہے ایک ہی مقام پر ہوتا ہے اور گاہے متعدد مقامات پر، اور اسی طرح گاہے مقامی ومحدود درجہ کا ہوتا ہے اور گاہے وسیع ومنتشر۔ جب یہ عمل وسیع اور پھیلا ہوا (منتشر) ہوتا ہے تو عضو یا مقام ماؤف سخت اور بڑا ہو جاتا ہے اور نسیج لیفی نبی[3] کی پیدائش کے باعث، اس میں تحجر پیدا ہوتا ہے۔ مگر جب یہی عمل مقامی اور محدود ہوتا ہے تو صرف ورم صمغی[4] (سلعہ صمغیہ) ظاہر ہوتا ہے۔ (صمغ۔ گوند)

ساختہائے جسمانی میں سے ہر قسم کی ساخت کے اندر صمغی مادہ (رسوب صمغی[5]) کی

---

[1] اغدیدوس۔ ایپی ڈڈمس۔

[2] جبل النی۔ اسپرمیٹک کارڈ۔

[3] نسیج لیفی نبی۔ فائبرو ویسکولر ٹیشو۔

[4] ورم صمغی / سلعہ صمغیہ } گما۔

[5] رسوب صمغی۔ گمیٹس ڈیپازٹ۔

پیدائش ہو سکتی ہے * یہ گلٹے بغیر کسی ظاہری سبب کے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن گاہے ان کے ظہور سے پہلے ضربہ وسقطہ کی موجودگی بھی پائی جاتی ہے * مقام ماؤف پر بڑے اور بیضوی خلیات[1] مبطنہ اور چھوٹے خلیات[2] مستدیرہ (خلیات ماثیہ[3]) کا ترشح ہوتا ہے، اور عموماً کریات سائلیہ[4] بھی کثیر تعداد میں آموجود ہوتے ہیں *

ورم صمغی کے ترکیبی اجزاء درنہ[5] سے مشابہ ہوتے ہیں مگر بایں فرق کہ ان میں اجزاء کی ترتیب گانٹھوں کی صورت میں نہیں ہوتی اور نہ اجزاء کی ترتیب حلقوں کی صورت میں ہوتی ہے * نظام ہوتا ہے * علاوہ ازیں اورام صمغیہ میں عموماً کریات عظیمہ[6] موجود نہیں ہوتے (اگرچہ شاذونادر پائے بھی جاتے ہیں اور کریات عظیمہ درنیہ سے مشابہت رکھتے ہیں) * اس قسم کے بنے ہوئے ورم صمغی کے اندر عروق بہت کم داخل ہوتے ہیں، ورنہ وہ نسیج اریکہ[7] (انگوری ساخت) سے بالکل مشابہت رکھتے، ورم صمغی بتدریج حجم میں بڑھ کر اور عضو کی طبعی ساختوں کے اندر مترشح ہو کر ان کی جگہ لے لیتا ہے اور میل کر ان کے قائم مقام بنجاتا ہے *

اورام صمغیہ کا خاتمہ۔ اورام صمغیہ جب بجنبی بنکر مکمل ہو جاتے ہیں تو آخر انکا خاتمہ کیونکر ہوتا ہے * اسکا جواب مختلف حالات پر منحصر ہے * اگر عدوی معمولی شدت کا ہے اور خصوصاً اگر مناسب علاج کیا گیا ہے تو اکثر خلیات (کریات) منجذب ہو جاتے اور باقی ماندہ لیفی ساخت میں منتقل ہو جاتے ہیں * اس طرح ایک بڑا ورم صمغی بھی بالکل غائب ہو سکتا ہے اور اوس کی جگہ صرف ایک چھوٹا سا لیفی نشان زخم باقی رہجاتا ہے

---

[1] خلیات مبطنہ۔ اینڈوتھیلیل سیلز۔

[2] خلیات مستدیرہ۔ راؤنڈ سیلز۔

[3] خلیات ماثیہ۔ لمفوسائٹ۔

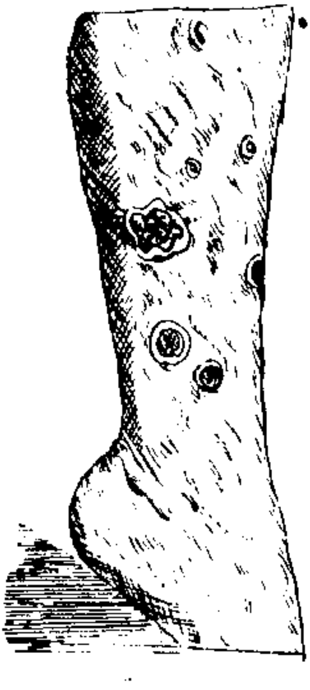
[4] کریات سائلیہ۔ پلازما سیلز۔

[5] درنہ۔ ٹیوبرکل۔

[6] کریات عظیمہ۔ جائنٹ سلز۔

[7] نسیج اریکہ۔ گرے نیولیشن ٹشو۔

(۳۰) اورام صمغیہ ٹانگ میں



لیکن اگر معقول علاج نہیں کیا گیا تو بیشتر اورام صمغیہ میں تلف وفساد واقع ہوجاتا ہے جو اس ساخت کو گلا دیتا ہے ۔ یہ تغیر وفساد ورم مذکور کے مرکز سے شروع ہوکر محیط کی طرف پھیلتا ہے ۔

یہ تغیر آہستہ آہستہ بڑھکر دونوں کی طرح اس میں ہی فساد شحمی[1] اور فساد جبنی[2] واقع ہوسکتے ہیں ۔ گاہے اس کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے اور ساختیں بسرعت ایک قسم کے فساد مخاطی[3] میں مبتلا ہوکر گوندہ جیسی صورت اختیار کرلیتی ہیں جس کی وجہ سے اسے صمغیہ (گوندہ والا) کا لقب دیا گیا ہے ۔ ایسے ورم کو اگر درمیان سے قطع کرکے دیکھا جاوے تو اوس کے وسط میں سفید رنگ کا ایک بڑا حصہ نظر آئے گا ۔ جو غیر منسوج ہوگا (یعنی کوئی بناوٹ نہوگی) اس کے اندر سڑے ہوئے مواد یا مواد جبنی[4] (پنیر کے مانند) ہوتے ہیں ۔

اس مرکزی مردہ حصہ کے آس پاس خانہ دار (خلوی) ساخت کا ایک طبقہ محیط ہوتا ہے جو بتدریج اوس حصہ کی طبعی ساختوں سے مخلوط ہوجاتا ہے اورام صمغیہ کی ساخت کے مردہ و فاسد ہونے کے دو سبب ہیں ۔ اول تو جراثیم مرض کے سمین[5] کے باعث ، دویم خانہ دار ساخت کے مرکزی حصہ میں قلت عروق سے خون کے نہ پہونچنے کے باعث ۔ اورام صمغیہ میں اول تو عروق بنفسہ کم ہوتے ہیں ، مزید براں یہ کہ ان عروق کے اندرونی استر میں التہاب کے ہونے سے کچھ عرصہ بعد خون کی درآمد اور بھی کم ہوجاتی ہے ۔ علاوہ ازیں بعض اوقات اورام صمغیہ کا مرکزی حصہ اوس وقت تک مردہ و تلف نہیں ہوتا ۔

[1] فساد شحمی ۔ فیٹی ڈی جنریشن ۔
[2] فساد جبنی ۔ کیسی ایشن ۔
[3] فساد مخاطی ۔ میوکائڈ ڈی جنریشن ۔
[4] مادہ جبنیہ ۔ کیسی اس میٹریل
[5] سمین ۔ ٹاکسین ۔

جب تک کہ پہلے اوس کی ساخت مبدل ہو کر لیفی ساخت[1] نہ بن جاوے۔ چنانچہ یہ نئی ساخت عروق پر اور بھی دباؤ ڈال دیتی ہے جس سے اونکے اندر خون کی روانی میں دقت اور قلت پیدا ہو جاتی ہے۔

جیسا کہ اوپر درج ہو چکا ہے معقول علاج سے اورام صمغیہ تا متر منجذب ہو جاتے ہیں اور یہ انجذاب اوس میں فساد جبنی اور مردہ ہو جانے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے۔ لیکن گاہے اس قسم کا عمل انجذاب وقوع نہیں ہوتا اور اورام صمغیہ کے مرکزی حصے میں جو ریم آمیز[2] صمغی رطوبت پیدا ہوتی ہے وہ پھوٹ کر سطح تک پہونچتی اور خارج ہو جاتی ہے۔

لیکن جب مردہ شدہ رقبہ بہت بڑا ہوتا ہے تو اوس میں سے کچھ حصہ تقرح پیدا ہو جانے کے بعد آس پاس کی طبعی ساختوں سے چپکا ہوا رہ جاتا ہے جو کسی قدر مرطوب جلد تنظیف[3] کے مانند نظر آتا ہے۔ گاہے مرکزی مردار حصہ کے گرد ایک قسم کی لیفی ساخت محیط ہو کر غلاف سا بنا دیتی ہے پھر اوس کے اندر چونہ کے مواد پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسا عموماً دماغ، خصیتین اور جگر میں ہوتا ہے۔

اورام صمغیہ کے علامات۔ بلحاظ مقام کے (یا وہ جلد میں ہے یا جلد کے نیچے) علامتیں مختلف ہوتی ہیں۔

**ورم صمغی جلدی۔** یہ عموماً آتشک درجۂ سوم میں اور خصوصاً اس کی ابتدا میں ہوتا ہے۔ گول گول سخت اور سیاہی مائل سرخ گانٹھوں (عقد) کی صورت میں ہوتا ہے، جس میں درد بہت خفیف سا ہوتا ہے، اور اگر یہ گانٹھ پھوٹ جاتی

---

[1] لیفی ساخت۔ فائبرس ٹشو۔

[2] رطوبت صمغی ریم آمیز۔ گی سیمی پیورولنٹ فلوئڈ۔

[3] جلد تنظیف۔ رواش لیدر (بھیڑ کا بنایا ہوا چمڑا جو روغن میں تیار کیا جاتا اور ہرن کے چمڑے کے مانند ہوتا ہے شیشہ اور تانبہ وغیرہ اس سے صاف کیا جاتا ہے)

سے نئے نئے مخصوص طرز کے گول زخم پیدا ہو جاتے ہیں + اس قسم کے بہت سے دانے گاہے ایک ہی مقام پر اکٹھے ہو جاتے ہیں اور جب یہ تقرح سے پھوٹ جاتے ہیں تو سب زخموں کے اختلاط و اتصال سے ایک قرحہ بن جاتا ہے جس کے کنارے گول یا سانپ کی طرح ہوتے ہیں + تقرح کے بعد ساختیں بہت کچھ ضائع ہو جاتی ہیں مگر یہ جلد ہی مندمل ہو کر گہرے اور ناہموار سفید رنگ کے ندبہ (نشان زخم) بنا دیتی ہیں جن کے گرداگرد رنگین داغ نظر آتے ہیں + جسم کے ہر حصہ پر ورم صمغی جلدی ہو سکتا ہے، مگر یہ عام طور پر گھٹنے کے قرب و جوار میں یا گھٹنے کے ٹھیک نیچے اور زیادہ تر پنڈلی کے باہر کی طرف ہوتا ہے +

گاہے اس درجہ میں جلد کے اندر وسیع حصہ میں انصباب و ترشح ظاہر ہوتا ہے جو ایک سرخ اور احتقانی رقبہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ اس کے حواشی گول یا لہریے دار ہوتے اور شکل میں قرآض نامی ورم سے مشابہ ہوتے ہیں + اس کے حواشی بہت سرعت سے بڑھتے اور پھیلتے جاتے اور نمایاں طور پر موٹے ہو جاتے ہیں + ان حواشی کے اندر چھوٹی گانٹھیں بھی گاہے ہوتی ہیں۔ جن میں تقرح ہوتا ہے لیکن خواہ تقرح واقع ہو یا نہ۔ ندبہ (نشان زخم) ضرور بن جاتا ہے + یہ بآسانی علاج سے مندمل ہو جاتے ہیں اور ان کی مدت قرآض کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے اور ان میں سیب کے ہلام کے سے انگور نہیں پائے جاتے جو قرآض نامی قرحہ میں یقیناً ہوتے ہیں +

**ورم صمغی زیر جلد**۔ یہ ایک سخت عقدہ (گرہ) یا غیر نمایاں دبازت (موٹے پن) کی صورت میں پیدا ہوتا اور آس پاس کی ساختوں میں انصباب مواد ہونے

| | |
|---|---|
| ۳ ورم صمغی زیر جلد۔ سب کیوٹے نیس گما۔ | ۱ قرآض۔ لیوپس۔<br>۲ ہلام سیب۔ ایپل جیلی۔ |

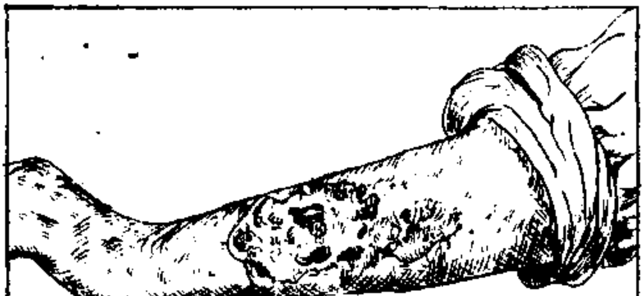
سے بتدریج حجم میں بڑھتا رہتاہے اور بالآخر سطح تک جا پہونچتاہے ۔ کچھ عرصہ
کے بعد اس کے مرکزی حصہ میں نرمی اور لچک پیدا ہو جاتی ہے اور دبانے سے
اوس میں درد اور تموج محسوس ہوتاہے ۔ جب جلد مبتلائی مرض ہو جاتی ہے
تو درد کے ساتھ اوسکا رنگ سیاہی مائل ہو جاتا اور اُس میں تموج زیادہ ہی ہو جاتا
ہے ۔ اب اگر یہ تقرح کے باعث پھوٹتاہے تو اندر سے مواد خارج ہو کر ایک
گول اور گہرا قرحہ بن جاتاہے ۔ جس کے کنارے تیز کٹے ہوئے ۔ اور گاہے نیچے سے
کھو کھلے ہوتے ہیں ۔ اس قرحہ کی گہرائی انگوری ساخت ریشہ ارکیہ سے بنتی ہے
اگرچہ گاہے اوسپر خاص قسم کی گلی ہوئی ساخت (تاکل) بھی پھیلی رہتی ہے ۔
آتشک ثلاثی کے وہ عوارض جو مخصوص اعضاء احشاء میں پیدا ہوتے ہیں
وہ آیندہ اوراق میں اپنے اپنے مناسب موقعوں پر درج کیے جائیں گے ۔ مگر
آتشک اور نظام عصبی کے باہمی تعلقات کا بیان عمداً اس کتاب میں داخل نہیں
کیا گیا، کیونکہ اسکا تعلق علم الجراحت اور جراح سے چنداں نہیں بلکہ زیادہ تر
اسکا تعلق طبیب سے ہے ۔

انذار[1] آتشک ۔ (انجام) مرض آتشک بالآخر نظام جسم پر کیا اثر چھوڑے گا
اور اوسکا خاتمہ کیونکر ہوگا ؛ اس کے متعلق گذشتہ چند سالوں میں جن دو اسباب
نے صحیح نقطہ نظر قایم کر دیاہے وہ یہ ہیں، - (۱) چونکہ قرحۂ ابتدائیہ میں مخصوص علامات
کے واقع ہونے سے پہلے ہی آتشک کے جراثیم دیکھے جا سکتے ہیں، اس لیے اب
ہمارے قبضہ میں ایک ایسا یقینی ذریعہ آگیاہے جس کی مدد سے مرض آتشک کی
تشخیص ابتدائی حالت میں فوراً کی جا سکتی ہے (۲) سنکھیا کے جدید مرکب سالفرسان[2]
اور اوس سے مشابہ مرکبات کی ایجاد نے ہمیں ایک ایسا کارگر علاج بہم پہونچا دیاہے

---

[1] انذار ۔ پراگنوسس ۔　　[2] سالفرسان ۔ سالورسن ۔

(۳۱) پھیلا ہوا ورم صمغی کلائی میں۔



جس کے ذریعہ سے تمام جراثیم آتشک (باستثنائے اون جراثیم کے جو بڑی شرائین کی دیواروں اور دماغ و نخاع کے اندر داخل ہو چکے ہیں) ہلاک کیئے جا سکتے ہیں +

اگرچہ موجودہ معلومات کی بنا پر اس سوال کا کہ "آیا مرض آتشک سے کلی شفاء ہو سکتی ہے یا نہیں" یقینی جواب دینا ایک حد تک قبل از وقت ہوگا + لیکن زمانہ حال کے اعداد و شمار اور خصوصاً وہ اعداد جو بعض فوجی اور بحری ماہران جراحت کی طرف سے شائع ہوئے ہیں (جنہیں آتشک کے متعلق معلومات حاصل کرنے کے نادر مواقع حاصل ہیں) اسقدر اُمید افزا معلوم ہوتے ہیں کہ اونکی بنا پر اب یہ کہا جا سکتا ہے کہ بالآخر یہ نسل انسان کا یہ ہولناک دشمن (آتشک) مغلوب ہو کر قابو میں آگیا۔ البتہ یہ ضروری ہے کہ یہ اعداد و شمار ابتدائی درجات کے مریضان آتشک سے تعلق رکھتے ہیں اور جب تک دس یا بیس سال کا عرصہ (بغیر اعادۂ مرض کے) منقضی نہ ہو جاوے شفائے کلی کا حکم لگانا پیش از وقت ہے، کیونکہ ابھی ہمیں یہ دیکھنا ہے کہ موجودہ علاج سے (جسے ہم آتشک کا حقیقی تریاق سمجھ رہے ہیں) دیر میں ظاہر ہونے والے امراض کا بھی انسداد ہوا یا نہیں۔ مثلاً عروق کے امراض (انورسما[1] وغیرہ) عصبی مراکز کے امراض (ہزال نخاع[2]) یا تشوش حرکت[3] استرخاء عام جنسی[4] وغیرہ) +

موجودہ حالات میں ہم اسی قدر کہہ سکتے ہیں کہ آتشک کے انجام کا دار و مدار بظاہر ان چار اسباب پر منحصر ہے +

(۱) مرض کی تشخیص میں ابتدائی درجہ کا ہونا +

---

[1] انورسما۔ انورزم۔

[2] ہزال نخاع۔ ٹے بیز ڈارسیلس

[3] تشوش حرکت۔ لوکوموٹر ایٹکسیا۔

[4] استرخاء عام جنسی۔ جنرل پرالےسس آف

(۲) ابتدائی درجہ ہی میں معقول علاج سالٹ فرسان اور پارہ سے مخلوط طور پر ہونا +

(۳) سال فرسان کے طریقۂ علاج کے اختتام پر پارہ کے مرکبات کا عرصہ دراز تک جاری رکھنا +

(۴) وقتاً فوقتاً امتحان واسرمان کے ذریعہ سے جراثیم آتشک کی موجودگی یا غیر موجودگی کا یقین کرنا +

اس امتحان کی اہمیت کے متعلق گذشتہ صفحات میں تذکرہ کیا گیا ہے، اگر یہاں دوبارہ یہ ظاہر کر دینا مناسب ہے کہ خواہ یہ طریقۂ امتحان صحیح ہی معلوم ہو مگر اوس سے صحیح نتائج کا مترتب کرنا نہایت اہم اور ضروری ہے +

ایک مریض جسے طبیب نے ابتداء مرض ہی میں دیکھا ہے اور جسکا علاج سال فرسان اور پارہ کے مرکبات سے باقاعدہ اور مسلسل طور پر کیا گیا ہے، ایسے مریض کا امتحان کرنے سے اوائل علاج ہی میں امتحان مذکور کا منفی نتیجہ ظاہر ہونا چاہئے + لیکن اسکا یہ مطلب نہیں ہوسکتا کہ مریض شفاء کلی پا چکا ہے۔ اور اُس میں اب آتشک کا بالکل اثر نہیں + بلکہ صحیح طریقہ یہ ہے کہ سلسلۂ علاج کے اختتام پر مختلف وقفوں کے بعد مریض کے خون کا بار بار امتحان کیا جائے اور بالآخر اگر ایک سال کے بعد تک امتحان مذکور بدستور منفی رہے تو یہ سمجھنا چاہئے کہ غالباً مریض شفایاب ہو گیا۔ اگر دو سال کے بعد بھی امتحان مذکور کا نتیجہ بدستور منفی ملے تو سمجھنا چاہئے کہ اُس کی صحت تقریباً متیقن ہے + ایسے مریض جنھیں آتشک کے آخری درجات میں دیکھا گیا ہے انمیں باوجود مسلسل اور دیرپا علاج کے بھی امتحان مذکور کا نتیجہ بصورت منفی ہرگز ظاہر نہیں ہوتا + ایسے مرضیٰ تقریباً لاعلاج ہیں بایں معنے کہ اگر انکا علاج بند کر دیا جاوے تو

لہ سال فرسان۔ سال درسن۔

لہ واشرمان۔ واسرمن۔

ان میں عوارض آتشک از سر نو پھر پھوٹ پڑتے ہیں، لیکن ایسے مریض دوسرے تندرست اشخاص کو اپنے مرض کی چھوت نہیں لگا سکتے، اور ان کی اولاد بھی غالباً کُلّی طور پر تندرست پیدا ہوگی + تفصیل بالا سے واضح ہے کہ امتحان فاشرمان[1] کا مُثبت[2] ہونا مسئلہ ازدواج کے متعلق وہ اہمیت نہیں رکھتا جو وہ آتشک کے ابتدائی درجات میں رکھتا ہے +

جراثیم آتشک کی بعض نسلیں نسبتاً زیادہ شدید اور زہریلی قسم کی ہوتی ہیں (خصوصاً ممالک حارّہ میں) اسی طرح بعض اشخاص ان جراثیم کو قبول کرنے کی استعداد نسبتاً زیادہ رکھتے ہیں + نیز خصوصیت مزاجی[3] اور استعداد ذاتی کے باعث بعض اشخاص سال فرسان مرکبات پارہ، یا شخاریہ بنفشی[4] آمیز جیسی مفید ادویہ کو بآسانی قبول نہیں کر سکتے، جو نہایت افسوسناک حقیقت ہے +

مبدائی آتشک کے وقت مریض کا موجودہ درجۂ صحت یا دیگر امراض کی موجودگی بھی جراثیم آتشک کے نشوونما کی رفتار پر مناسب یا مخالف اثر رکھتے ہیں + اگر مریض میں عوارض درنیہ (سل وغیرہ) پہلے سے موجود ہیں یا موروثی آتشک کا اثر ہے تو، اور بھی زیادہ بڑا اثر پڑتا ہے + آتشک ثانوی کے دانوں کی نوعیت اور متورم غدد کی عام وسعت سے مرض کی شدت کا اندازہ کیا جا سکتا ہے + پیپ بھرے ہوئے دانوں (بثور آتشک) کی موجودگی ہمیشہ خطرناک اہمیت رکھتی ہے +

آتشک ثانوی کے مظاہر میں سے کوئی ہلاکت کا باعث نہیں ہوتا، البتہ گرم ممالک کی بعض شدید اور زہریلی اقسام کی آتشک ثانوی گاہے مہلک ہوتی ہے +

---

[1] فاشرمان - وازرمن -
[2] مُثبت - پازی ٹو -
[3] خصوصیت مزاجی - ایڈیوسنکریسی -
[4] شخاریہ بنفشی آمیز - پوٹے سیم آیوڈائیڈ -

آتشک ثلاثی میں جبکہ دماغ، نخاع، جگر وغیرہ جیسے اعضائے رئیسہ و شریفہ مبتلائے مرض ہوجاتے ہیں تو موت کا واقع ہونا عموماً ممکن ہے۔ نظام عصبی کے عوارض مثلاً ہزال نخاع (تشوش حرکت) اور فالج عام، اکثر ایسے مریضوں میں ہوجاتے ہیں جنکو دماغی محنت وکاوش زیادہ ترجھیلنی پڑتی ہے مثلاً معالجوں اور وکیلوں میں بعض حالات میں یہ مرض ناقابل شفاء ہوتا ہے (آتشک خبیث) جسکا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ اول تو مرض ہی بہت زہریلا اور شدید درجہ کا ہوتا ہے دوم یہ کہ علاج بھی بہت دیر سے شروع کیا جاتا ہے۔ ایسی حالت اکثر مستورات میں دیکھی جاتی ہے۔ جبکہ آتشکی دانے بہت سرعت کے ساتھ فقاعیہ یا اورام صمغیہ کی صورت میں مبدل ہوجاتے ہیں اور درجۂ ثانوی کے مظاہر سرعت کے ساتھ درجۂ سویم کی شکل اختیار کرلیتے ہیں۔

**وقایت (حفظ ماتقدم)** اگر مقام مدوی کو چھوت لگنے کے بعد ایک یا دو گھنٹے کے اندر ہی سلیمانی (دار چکنہ) یا شخار منغنیس آگین اعلیٰ کے غسول مطہر سے بخوبی دھولیا جاوے، یا اگر سیماب شیریں کے مرہم کی خوب مالش مقام ماؤف پر کردی جاوے تو ممکن ہے کہ آتشک سے حفظ ماتقدم ہوجاوے۔

**علاج آتشک**۔ دَورِ حاضرہ میں آتشک کے طریقۂ علاج میں نمایاں انقلاب

---

ملے ہزال نخاع۔ ٹے بیز۔
ملے فالج عام۔ جنرل پیرالے سس۔
ملے آتشک خبیث۔ ملگننٹ سفلس۔
ملے فقاعیہ۔ روپیا۔
ملے حفظ ماتقدم یا وقایت۔ پروفائی لیکسس۔

ملے سلیمانی۔ دار چکنہ۔ کرسو سبلی میٹ۔
ملے شخار منغنیس آگین اعلیٰ۔ پر مینگنیٹ آف پوٹاش۔
ملے سیماب شیریں۔ کیلومل۔
ملے عفونات۔ پروٹوزوا۔

ہوگیا ہے، اسکا باعث یہ ہے کہ آتشک کے مخصوص جراثیم (جو طبقہ حُوَینات[1] سے تعلق رکھتے ہیں) اب متیقن طور پر دریافت ہوچکے ہیں اور اونکی قرابت مرض نوم[2] اور بعض دیگر ہم جنس امراض کے حوینات سے متحقق ہوچکی ہے + ابتداءً تو شنگھیا کے عُضوی[3] مرکبات کے ذریعہ آتشک کے علاج کی کوششیں خاطر خواہ کامیاب نہیں ثابت ہوئیں اور بعض مرکبات مثلاً اٹاگزل[4] (زرنیخ غیر مُسِمّ) سوامین[5] آرس ایسی ٹین[6] وغیرہ کو آزمایا گیا، مگر انکے استعمال سے باستثنار بعض نتائج کے بیشتر حالات میں نہایت اُمید شکن تاثرات ظاہر ہوئے + کبھی کبھی تو ان مرکبات کے دیرپا اور مسلسل استعمال سے نہایت مہلک اور خوفناک زہریلی علامات (مثلاً ہُزال[7] عصبہ مجوّفہ) طاری ہوگئے + مگر جرمنی کے مشہور محقق اہرلک (ارلخ۔ معرب) اور ان کے رفیق استاذ ہاٹا نے اپنے مسلسل مساعی اور تجربات کے بعد بالآخر شنکھیا کا ایک بے ضرر مرکب سال فارسان (سال وَرْشَن[8]) دریافت کرکے طبی دُنیا کو حیرت میں ڈال دیا + یہ مرکب ایک چمکیلا زرد رنگ کا سفوف ہے جو پانی میں آہستہ آہستہ دقت کے ساتھ منحل ہوجاتا ہے، اسکا تعامل[9] حامضی ہے یعنی امتحان سے تیزابیت ثابت ہوتی ہے + جوان مریضوں کے لئے اسکی مقدار ۳ سے ۵ ماشہ[10] تک ہونی چاہئے، جسے معمولی سیال[11] نمک مطہر[12] میں حل

[1] مرض نوم۔ سلی پنگ سکنس۔ [13] حوینات۔ پروٹوزوا۔
[2] عضوی۔ آرگینگ۔
[3] اٹاگزل (اٹوکسیل) غیر سمی زرنیخ۔
[4] سوامین۔ سوآمین۔
[5] آرس ایسی ٹین۔ آرسا سٹین (معرب)
[6] ہزال عصبہ مجوفہ۔ آپٹک نرو اٹرافی۔
[7] سال فارسان (سالورسن) مرکب ۶۰۶۔
[8] تعامل۔ ری ایکشن۔
[9] ماشہ۔ تقریباً گرام کے مساوی ہے۔
[10] معمولی سیال نمک۔ نارمل سولٹ سولیوشن۔
[11] مطہر۔ اسٹرائل۔

کرلینا چاہیے (سیال مذکور آب مقطر میں بنایا ہوا ہو) پھر اس طرح طیار کئے ہوئے سیال کے اندر ۱۵ فی صدی طاقت کا سیال ریبیہ آب آگین اسقدر ملا دینا چاہیے کہ اس کے ڈالنے سے ابتداءً جو رسوب سا بنکر تہ نشین ہو جاتا ہے وہ بخوبی حل ہو جاوے + پھر اس طیار شدہ مرکب میں معمولی سیال نمکین اتنی مقدار میں ملا دیا جاوے کہ سب مقدار ۲۵۰ سے ۳۰۰ مکعب سنٹی میٹر ہو جاوے + بالآخر اس مرکب سیال کو (حرارت بدنیہ کے درجہ تک گرم کر کے مریض کے بازو کی ورید میں پچکاری کے ذریعہ داخل کر دینا چاہیے +

پچکاری دینے سے پہلے مریض کو باحتیاط تمام اوسی طرح طیار کیا جاوے جیسا کہ کسی عمل جراحی کے لئے کیا جاتا ہے + مریض کو پچکاری کے دن سے پہلے شب میں ایک جلاب دینا چاہیے اور پچکاری سے پہلے اور اس کے بعد تین چار گھنٹے تک کسی قسم کی غذا نہیں دینی چاہیے + پچکاری کے بعد مریض کو ۲۴ گھنٹے تک بستر پر بآرام رکھا جائے، اور اگر حرارت یا بخار ہو جاوے یا اعضا شکنی، درد سر وغیرہ (علامات تفاعل) محسوس ہوں تو زیادہ عرصہ تک آرام و سکون کے ساتھ بستر پر ہی رکھنا چاہیے +

**سالفارسان سے مشابہ مرکبات** ۔ ۱۹۱۴ء یعنے جنگ عظیم کے ایام سے بہتیرے مرکبات سالفارسان سے مشابہ ایجاد کیے گئے ہیں، مثلاً خارمی وان گے لن[۳] آرسینو بنزال وغیرہ یہ سب بلحاظ کیمیادی ترکیب کے سالورسن سے

| | |
|---|---|
| [۱] ریبیہ آب آگین ۔ سوڈیم ہائیڈریٹ ۔ | تقریباً ایک گرام یا ایک ماشہ سماتا ہے ۔ |
| [۲] مکعب سنٹی میٹر ۔ کیوبک سنٹی میٹر ۔ ایک مکعب سنٹی میٹر کے اندر آب مقطر (صد درجاتی حرارت سے چوتھے درجہ کا) | [۳] جانیسوی ۔ گلیلین (جالینوس کے متبرک نام کی طرف منسوب ہے) ۔ [۴] آرسینو بنزال ۔ ذرنیخو جادین ۔ |

مشابہ ہیں اور اوس کی جگہ مستعمل ہوسکتے ہیں +

**سال فارسان جدید**۔ یہ علامہ ارلخ (امریکٹ) کا طیار کردہ سنکھیا کا ایک دوسرا کھاری مرکب ہے + جنگ جرمن کے بعد اس کے مشابہ بہت سے مرکبات تجارتی دنیا میں مختلف ناموں سے داخل ہوئے ہیں، مثلاً خارسیؔ دان جدید آرسینو بنزال جدید۔ آرسی نوبلونؔ جدید وغیرہ + اور یہ اس وقت بکثرت مستعمل ہیں + یہ ایک صاف زرد رنگ کا سفوف ہوتا ہے، جو پانی میں فی الفور تحلل ہوسکتا ہے + اس سرعت انحلال کے باعث اسکا سیال بہت کم مقدار (۵ سے ۱ مکعب سنتی میتر) تک میں پچکاری سے دیا جاسکتا ہے + علاوہ ازیں چونکہ یہ ایک کھاری نمک ہے لہٰذا پچکاری سے پہلے اس کے سیال کی تعدیل (نمک متاکر معتدل کرنے) کی ضرورت نہیں اور پانی میں حل کرکے فی الفور اس کی پچکاری دی جاسکتی ہے + یہ سیال ہوا میں کھلا رکھنے سے جلد خراب ہوجاتا ہے لہٰذا جب اسکا رنگ سیاہ ہوجاوے تو اسے استعمال نہیں کرنا چاہئے + آرسینو بینزال جدید ۳/۱۰، ۴۵/۱۰۰، ۶/۱۰ یا ۹/۱۰ گرام (ماشہ) کی مقداروں میں کانچ کی نلکیوں میں طیار شدہ رکھا جاتا ہے + سال فارسان جدید کی ۹/۱۰ ماشہ مقدار طاقت میں سال فارسان کے ۶/۱۰ ماشہ کے برابر ہوتی ہے + چنانچہ دونوں میں پچکاری کے مقدار کا تو البتہ اختلاف ہے ورنہ دونوں مرکبات یکساں طور پر مفید اثر رکھتے ہیں + مگر بعض محققین کی رائے ہے کہ سال فارسان کا اثر بہ نسبت سال فارسان جدید کے زیادہ دیرپا اور مستقل ہوتا ہے +

---

| | |
|---|---|
| ۱؎ سال فارسان جدید۔ نیو سلورسن۔ | نیو آرسی نو بنزال۔ |
| ۲؎ خارسی دان جدید۔ نیو خارسی وان۔ | ۴؎ آرسی نوبلون جدید۔ نیو آرسی نوبلون (فرانسیسی نام) |
| ۳؎ آرسی نو بنزال جدید۔ | |

اس دوا کا محلول غلیظ[1] یا محلول خفیف[2] تیار کرکے وریدی پچکاری کے ذریعہ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگر غلیظ محلول دینا ہے تو پہلے کانچ کی اس نلکی کو جس میں دوا کا سفوف محفوظ ملتا ہے گردن کے پاس سے ریتی کے ذریعہ کاٹ کر توڑ لینا چاہئے۔ پھر ایک مطہر پچکاری میں جس کی وسعت دس مکعب سنٹی میٹر کی ہو آب سرد مطہر مقطر پچکاری کی سوئی سے کھینچ کر بھر لیا جائے۔ اب پچکاری میں سے قریب دو مکعب سنٹی میٹر (۲ ماشہ) پانی دوا کی نلکی میں ڈالکر اور سفوف کو خوب ہلا کر محلول کر لیا جائے۔ پھر اس محلول دوا کو پچکاری میں بھر لیا جائے اب پچکاری کے پانی میں یہ محلول دوا بخوبی مل جائیگی اور بازو کی ورید کے اندر داخل ہونے کے لایق ہو جائے گی۔ پہلے ہاتھ کو بخوبی دھو کر مطہر کر لیا جائے پھر ایک مضبوط اور مطہر ربر کی نلی بازو کے گرد کہنی سے اوپر لپیٹ کر کس دینی چاہئے ایسا کرنے سے کہنی کے سامنے کی وریدیں (باسلیقی متوسط[3] اور قیفالی متوسط[4]) پھول کر خوب نمایاں ہو جائیں گی۔ اب پچکاری کی سوئی ان وریدوں میں سے کسی ایک کے اندر بہ احتیاط داخل کر دی جائے۔ جب سوئی ورید کے اندر داخل ہوگی تو خون پچکاری کے اندر زور کے ساتھ چڑھ آوے گا۔ اور سرخ رنگت نمودار ہوگی جو اس بات کی علامت ہے کہ سوئی صحیح مقام پر یعنی اندرون ورید پہونچ گئی ہے۔ لہٰذا اب بازو کی بندش کو کھول دینا چاہئے اور پھر آہستہ آہستہ پچکاری کی ڈنڈی دبا کر دوا اور ید کے اندر داخل کر دینی چاہئے۔

زیادہ ہلکا محلول داخل کرنا اب ایک بوسیدہ طریقہ ہو چکا ہے اور بہت کم مستعمل ہے، لہٰذا اسکا بیان کرنا چنداں ضروری نہیں۔

| | |
|---|---|
| [1] محلول غلیظ۔ کن سن ٹریٹیڈ سولیوشن۔ | [3] باسلیقی متوسط۔ میڈین بزیلک وین۔ |
| [2] محلول خفیف۔ ڈائلیوٹ سولیوشن۔ | [4] قیفالی متوسط۔ میڈین کیفیلک وین۔ |

سال فارسان اور سال فارسان جدید ہر دو کا اثر بظاہر یہ ہوتا ہے کہ ایسے وہ تمام حیوانات آتشک نیست ونابود ہو جاتے ہیں جو انکی گرفت میں آنے کے قابل ہوتے ہیں۔ یعنے وہ جراثیم جو دوران خون یا ساختوں میں موجود ہوتے ہیں مگر اوسوقت جبکہ عدوی بہت قدیم ہو یا یہ جراثیم عروق کی دیواروں کے اندر داخل ہو کر یا رطوبتِ دماغیہ نخاعیہ میں محصور ومحبوس ہو چکے ہوں تو سال فرسان یا اوس کے مشابہ مرکبات کا اثر اونپر پہونچنا ناممکن ہو جاتا ہے، لہٰذا ان حالات میں نظامِ جسم جراثیم کے اثر سے کامل طور پر پاک نہیں کیا جاسکتا۔ اس بات کو بھی بخوبی یاد رکھنا چاہیئے کہ علاج آتشک میں سال فرسان کی ایجاد نے پارہ کو ہرگز بے دخل نہیں کیا ہے، بلکہ یہ ایک دوسرا اینا حربہ ازالۂ مرض کے لیے دستیاب ہو گیا ہے جس کی وجہ سے اب پارہ کی ضرورت کم مقدار میں پڑتی ہے اور آتشک کی چھوت کم مدت تک باقی رہتی ہے۔

فوجی طبیبوں اور جراحوں نے آتشک کے ابتدائی درجات کے لیے جس طریقۂ علاج کی سفارش کی ہے وہ درج ذیل ہے۔

(۱) پہلے ۳/۴ ماشہ سال فرسان کی وریدی پچکاری (۲) پھر مسکۂ سیمابی (زبدۃ الزیبق) کی ہفتہ وار پانچ پچکاریاں (۳) اس کے بعد پھر ۱/۲ ماشہ سال فرسان کی وریدی پچکاری۔ (۴) پھر سیمابی مسکہ کی ہفتہ وار پانچ پچکاریاں (۵) سب آخر میں پھر ۱/۲ ماشہ سال فرسان کی تیسری وریدی پچکاری۔

یہ زبردست طریقۂ علاج دوران جنگ میں نہایت کامیابی کے ساتھ اختیار کیا گیا تھا۔ لیکن فوجی عہدہ دار اطبا نے جو ہلکا طریقہ علاج مقرر کیا ہے

| | |
|---|---|
| ۱؎ رطوبت دماغیہ نخاعیہ سریبرو اسپائنل فلوئڈ۔ ۲؎ ماشہ۔ تقریباً گرام۔ | ۳؎ مسکۂ سیمابی زُبدۃ الزیبق } مرکیوریل کریم۔ |

وہ یوں ہے :-

(۱) پہلے ۴۵/۱۰۰ ماشہ سال فرسان جدید کی وریدی پچکاری کی جاوے (۲) ایک ہفتہ بعد پھر اسی مقدار کی وریدی پچکاری (۳) اس کے بعد ۶/۱۰ ماشہ کی پانچ وریدی پچکاریاں پانچ ہفتہ تک۔ اس طرح سب ملکر ۳ ۹/۱۰ ماشہ دیدیا جاوے۔ ساتھ ہی نصف رتی پارہ کی عضلی پچکاری ہر ہفتہ دی جاوے۔ اس طریقۂ علاج کے ختم ہونے کے بعد امتحان واسرمان منفی ہو گا۔ اب سال فرسان جدید تو بند کر دیا جاوے مگر پارہ کا استعمال طریقۂ مذکورہ بالا کے مطابق ایک سال تک جاری رکھا جائے۔

اس قسم کے مریضوں کی سخت نگرانی کم از کم ایک سال تک رکھنی چاہئے۔ اس عرصہ میں پہلے تو ہر ماہ اور پھر ہر تیسرے مہینے مریض کے خون کا امتحان واسرمان کے طریقہ پر کرتے رہنا چاہئے۔ اگر امتحان مذکور کے ذریعہ یا مریض کی دیگر علامات جسمانی سے اعادۂ مرض کے آثار ظاہر ہوں تو مندرجۂ بالا طریقۂ علاج کے مطابق پھر پچکاریوں کا دورہ دوسری طرح از سر نو شروع کرنا چاہئے۔

آتشک کے درجہ سوم میں سال فرسان کی مدد سے تقرح کے جذب و اندمال میں مدد ملتی ہے مگر اس درجہ میں بیشتر پارہ اور شخاریہ بنفش آمیز[1] کے استعمال پر علاج کا دار و مدار رہنا چاہئے۔ اندرونی اعضاء اور احشاء باطنہ کی آتشک میں اور خصوصاً آتشک کے عوارض بعیدہ[2] میں سال فرسان کا اثر بمنزلہ نفی کے ہے۔

ان زوردار اور سمی ادویہ کے استعمال کے بعد بعض اوقات مضر نتائج بھی ظاہر ہوتے ہیں اور مریضوں کی ایک مختصر تعداد میں ہلاکت بھی واقع ہو جاتی ہے سال فرسان کی پچکاری کے بعد اسی دن درد سر، بخار، لرزہ وغیرہ نمودار ہوتے ہیں،

---

[1] شخاریہ بنفش آمیز۔ پوٹاشیم آیوڈائڈ۔
[2] آتشک کے عوارض بعیدہ۔ پیراسفلیٹک افکشنز
[3] یرقان۔ جانڈس۔

جو جلد ہی رفع ہو جاتے ہیں + گاہے تے اور اسہال بھی ہوتے ہیں + چند روز بعد یرقان ظاہر ہوتا ہے + یہ اکثر خفیف ہوتا ہے مگر گاہے نہایت شدید بھی ہو جاتا ہے جسکا سبب یہ ہے کہ جگر میں زرد قسم کا ہزال[1] حاد پیدا ہو جاتا ہے + علاوہ ازیں مختلف اقسام کے جلدی امراض بھی پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً نسلہ[2] شدید التہاب[3] جلدی مقشر وغیرہ جو گاہے مہلک بھی ہو سکتے ہیں، مگر اب اس قسم کے ناگوار حادثات دن بدن کمتر ہوتے جاتے ہیں اور اُمید ہے کہ جوں جوں ترکیب استعمال میں درستی اور صفائی مزید تجربات کے ذریعہ حاصل ہوتی جائے گی اُمید ہے کمتر ہوتے جائینگے + یہ مضر اثرات کچھ تو دوا دویہ سنکھیا کی سمیت کے باعث پیدا ہوتے ہیں اور کچھ اس وجہ سے کہ دوران خون کے خوینات آتشک کی ایک بہت بڑی تعداد یکبارگی ہلاک ہو جاتی ہے اور بہت بڑی مقدار میں ان جراثیم کے مواد سمیہ باہر نکل پڑتے ہیں (سمین[4] خلوی) سال فرسان اور اس سے مشابہ مرکبات کا استعمال بول زلالی[5] کی صورت میں اور جبکہ قارورہ میں قشور[6] (سانچے) پائے جاتے ہوں جائز نہیں ہے +

**علاج** آتشک میں پارہ نہایت اہمیت رکھتا ہے، لیکن صرف پارہ کے تنہا استعمال سے خاطر خواہ نتائج نہیں حاصل ہو سکتے اور اس کے ساتھ سال فرسان اور اس کے مشابہ مرکبات کا استعمال ضروری ہے۔ البتہ اگر سالورسن میسّر نہ ہو تو مجبوراً صرف پارہ کا استعمال ہی کرنا پڑتا ہے + چونکہ پارہ کے مسلسل

---

[1] ہزال زرد جگر۔ یلو اٹرفی آف لیور

[2] نسلہ۔ ہرپیز

[3] التہاب جلدی مقشر۔ ڈرمی ٹائی ٹس اکس فولی اے ٹیوا۔

[4] سمین اندرون خلیہ / سمین خلوی } انڈو سیلولر ٹاکسین

[5] بول زلالی۔ البیومی نوریا۔

[6] قشور / سانچے } کاسٹ۔

استعمال سے بعض ناگوار نتائج پیدا ہوجاتے ہیں اس لئے مطمح نظر یہ ہونا چاہئے کہ اس کے بہترین فوائد بکثرت حاصل ہوں مگر مریض کو تکلیف بہت کم ہو +
اسی غرض سے پارہ مختلف طریقوں سے دیا جاتا ہے، جن میں سے خاص خاص طریقے حسب ذیل ہیں:۔

(۱) مُنہ کی راہ سے پارہ اکثر دیا جاتا ہے اور خصوصاً سفوفِ[۱] زرد گریوں (حبوب) کی صورت میں (۱-۳ تحمہ[۲] دن میں تین بار) یا بنفش[۳] آمیز سبز (½ سے ۱ تحمہ تک دن میں تین بار) سفوف زرد پارہ کے استعمال کی غالباً بہترین صورت ہے۔ پہلے دو تحمہ کی مقدار دن میں تین مرتبہ دینی چاہئے، بعض مریضوں میں ڈیڑھ تحمہ دن میں چار مرتبہ دیا جاتا ہے + اگر اس سے اسہال آئیں تو اس کے ساتھ قدرے خلاصۂ[۴] افیون یا سفوفِ[۵] عرق الذہب ملا کر دینا چاہئے + مگر ہمیشہ ان چیزوں کو شامل کرنے کی چنداں ضرورت نہیں +

(۲) خارجی مالش[۶] کے ذریعہ پارہ[۷] کا مرہم نہایت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے + اسکا خاص فائدہ یہ ہے کہ قوت ہاضمہ کا فتور (اسہال وغیرہ) نہیں ہونے پاتا + اگر معمولی پارہ کا مرہم (جیسا کہ قرابادین[۸] برطانی میں درج ہی) استعمال کیا جاوے تو اسکا ایک ٹکڑا بادام کے برابر لیکر بغل یا کنج ران میں

---

[۱] سفوف زرد / سحوق سنجابی } گرے پاوڈر۔
[۲] تحمہ۔ گرین۔ ایک گیہوں یا ایک جَو یا نصف رتی کے برابر۔
[۳] بنفش آمیز سبز۔ گرین آیوڈائڈ۔
[۴] خلاصۂ افیون۔ اکسٹریکٹ آف اوپیم۔
[۵] سفوف عرق الذہب مرکب۔ پلوس اپی کاک کمپونڈ۔
[۶] مالش / دلک } انکشن۔
[۷] مرہم سیماب۔ آئنٹمنٹ آف مرکری۔
[۸] قرابادین برطانی۔ برٹش فارماکوپیا۔

شب کے وقت خوب ملنا چاہیئے اور صبح کے وقت اوس حصہ کو بخوبی دھوکر صاف کر دینا چاہیئے اور پھر مرہم اس مقام پر تین چار روز تک نہیں لگانا چاہیئے۔ بلکہ دوسری جانب لگانا چاہیئے۔ اگر مرہم اون کی مصفیٰ چربی (صوفینن) کے ساتھ بنا ہوا ہے تو اس کی کم مقدار لینی چاہیئے۔ مالش کا طریقہ پارہ دینے کے لیے بہترین ترکیب ہے جسکا اثر مریض پر جلد تر ہوجاتا ہے۔ بعض ساحلی مقامات مثلاً اکس لاشپل اور ہاروگیٹ وغیرہ میں یہ طریقہ خصوصی ہے اور اس کے ساتھ ساتھ مریض کو گندھک کے پانی سے غسل بھی دیا جاتا ہے جو بطور خود ایک مصفیٰ ہے۔ پارہ کے مرہم کی مالش جلد میں ہاتھ سے کی جاتی ہے یا شیشے کے ڈلاکا سے۔ اور اسکا سلسلہ چھ ہفتے تک جاری رکھا جاتا ہے اور سال بھر کے اندر پھر دوبارہ اسیطرح چھ ہفتے مالش کی جاتی ہے۔

(۳) پارہ کے بخارات کی دھونی۔ (ج) پارہ کے استعمال کا تیسرا طریقہ ہی اوسوقت خصوصاً مفید ہوتا ہے جبکہ جلد بدن پر پھنسیاں زیادہ پھیلی ہوئی ہوں۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ پہلے برہنہ مریض کو بیت کی کرسی پر بٹھا دیا جاتا ہے اور پھر ایک کمبل سے یا ایک مخصوص قسم کے لبادہ سے اوس کے جسم کو زمین سے گردن تک ڈھانپ دیا جاتا ہے مگر اس ترکیب سے کہ کپڑا یا کمبل جسم کو نہ چھو سکے پھر کرسی کے نیچے ایک چراغ بید ود رکھکر اوس کے ذریعہ تقریباً ایک اوقیہ پانی کو

---

۱؎ صوفینن / اون کی مصفیٰ چربی } لینولین۔

۲؎ ۳؎ } ان مقامات پر گندھک کے چشمے ہیں

۴؎ ڈلاکر / مالش کرنے کا آلہ } ربڑ۔

۵؎ دھونی / حمام بخاری } مریسپر باتھ۔

۶؎ بیت / خیزران } کین۔

۷؎ لبادہ / دثار } کلوک۔

۸؎ اوقیہ۔ اونس۔

ایک برتن میں گرم کیا جاتا ہے، اس اُبلتے ہوئے پانی پر ایک رکیبیؔ میں تقریباً ۳۰ قحہ زیبقؔ حلو رکھکر اوس سے انجارات کا بھپارہ مریض کو دیا جاتا ہے۔ اس ترکیب سے تقریباً بیس دقیقہ کے اندر رکیبی کا تمام پارہ بخارات کی صورت میں اوڑ کر مریض کے جسم کی جلد پر کچھ جم جاتا ہے اور مریض کو اس بھپارہ کے عمل میں خوب پسینہ بھی آتا ہے ۔ پھر مریض کو بغیر بدن پوچھے بستر پر گرم کمبلوںؔ کے اندر لٹا دینا چاہئے ۔ بھپارہ کے ساتھ ساتھ پارہ کا استعمال داخلی طور سے بھی کرنا مناسب ہے ۔

(۴) پارہ کے مرکبات کے استعمال کا چوتھا طریقہ عضلی پچکاری ہے ۔ یہ بھی ایک مفید طریقہ ہے اگرچہ بعض کا خیال ہے کہ اس میں تقیح (پیپ پڑنے) انسداد عروق۔ کثرتِ سیلانؔ لعاب جیسے خطرات کا احتمال ہے ۔ باایںہمہ مسلسل تجربات نے ثابت کر دیا ہے کہ اگر کافی احتیاط اور طہارت کے ساتھ پچکاری لگائی جاوے تو کسی قسم کا خطرہ نہیں ہو سکتا ۔ فوجی جراحوں نے اسکا استعمال بکثرت کرکے اس عمل کے فوائد کو ثابت کر دیا ہے ۔ پارہ کے ناقابلؔ انحلال مرکبات اور خاصکر خالص پارہ کو کھن کی صورت میں طیار کرکے پچکاری کے ذریعہ استعمال کرتے ہیں ۔ ذیل میں ایک مفید نسخہ اسی قسم کا درج کیا جاتا ہے ۔

خالص پارہ نصف اوقیہؔ ۔

---

| | |
|---|---|
| ۱؎ رکیبی / صحن } پلیٹ۔ | ۴؎ سیلان لعاب۔ سیلاویشن۔ |
| ۲؎ زیبق حلو۔ کیلومل۔ | ۵؎ ناقابل انحلال۔ انسالیبل۔ |
| ۳؎ کمبل / قطیفہ } بلینکٹ۔ | ۶؎ اوقیہ۔ اونس۔ |

چربی صوف[1] (جسکا پانی خارج کر دیا گیا ہو) دو ادفیہ +

پیرافین سیال (جس میں ۲ فی صدی حامض قطرانی[2] آمیز کیا گیا ہو) ۵۔ ادقیہ اس طیار شدہ کے ۱۰ قطرے میں ایک تحہ پارہ ہوگا +

پارہ کے عضلی پچکاری دینے کا مناسب مقام ران کا عضلۂ الویہ کبیرہ[3] ہے اور اس طرح دینے سے پارہ دیر کے ساتھ مگر بتدریج مسلسل جذب ہوتا رہتا ہے اور زہریلی علامات کا خطرہ نہیں ہوتا +

**احتیاط**۔ پارہ کے دوران استعمال میں مریض کی عام صحت اور عادات کو بخوبی منضبط رکھنا چاہیئے۔ شراب سے قطعی احتراز لازم، محنت اور ورزش بہت مختصر ہونی چاہیئے، دہن۔ دانتوں اور سوڑھوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ صاف رکھنا چاہیئے + پھٹکری اور شحاریہ اخضر آگین[4] جیسی قابض اور مصفی دہن ادویہ سے غرغرہ کرانا چاہیئے۔ اگر دانتوں میں کیڑا لگ گیا ہے یا گڑھا ہو تو دانت نکال دینا چاہیئے یا گڑھے کو خاص مرکب سے بھروا دینا چاہیئے لیکن دنداں ساز کو مرض کی نوعیت سے ضرور مطلع کر دینا چاہیے۔

دہن اور حلق کے امراض کے خطرہ سے بچنے کے لئے مناسب ہے کہ تمباکو نوشی کم از کم چھ ماہ ترک کرا دی جائے + پارہ کی مقدار مختلف مرضی ا ہیں بلحاظ انکی حالت کے مختلف ہونی چاہیئے یعنے قوی مریضوں میں تو زیادہ مقدار دی جاوے اور لاغر اور مضمحل مریضوں میں تھوڑی مقدار ہو + پارہ کا استعمال مسلسل جاری رکھنا چاہیئے حتی کہ پارہ کے مخصوص تاثرات (مثلاً مسوڑھوں کی خفیف تکلیف) پیدا ہو جاویں مگر شدید علامات مثلاً سیلان لعاب وغیرہ ظاہر نہ

---

[1] چربی صوف۔ اڈی پس لینی۔

[2] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔

[3] عضلۂ الویہ کبیر۔ گلوٹیس مگزیمس۔

[4] شحاریہ اخضر آگین۔ کلوریٹ آف پوٹاس

ہونے پاویں۔ عموماً پارہ کا استعمال زیادہ مقدار میں چار یا پانچ مہینے تک ہونا چاہیئے پھر ایک سال ختم ہونے تک مقدار کو ختم کرکے بند کر دینا چاہیئے۔ مگر مناسب یہ ہے کہ ڈہائی تین سال تک پارہ کا استعمال اس طرح جاری رکھا جاوے کہ سال بھر میں دو دفعہ تین تین ماہ تک پارہ دیا جاوے۔

تسمم زیبقی۔ (سمیت سیماب) چونکہ بعض اشخاص میں پارہ کی خفیف مقدار دینے سے بھی زہریلی علامات نمودار ہو جاتی ہیں۔ لہٰذا علاج نہایت تھوڑی مقدار سے شروع کرنا مناسب ہے۔

علامات زہریہ میں مسوڑے نرم ہو کر پھول جاتے ہیں اور ذرا سا دبانے سے بھی اون میں خون نکل آتا ہے۔ پھر سیلان لعاب کا مرض ہو جاتا ہے بلکہ ساری زبان میں ورم و التہاب (التہاب اللسان) ہو جاتا ہے۔ تنفس بدبودار ہو جاتا ہے دانت ہلنے لگتے بلکہ گر بھی جاتے ہیں اور دانتوں کے اُداری (گڑھے) سڑنے لگتے ہیں۔ ہاضمہ میں فتور واقع ہوتا ہے اور اسہال یا شدید درد شکم (قولنج) ہو جاتا ہے۔

علاج۔ پارہ کا استعمال فوراً ترک کر دیا جائے۔ تیز نمکین مسہل کے ذریعہ دست جاری کرائے جائیں اور پھولے ہوئے مسوڑھوں کے لیے پھٹکری اور شخار آخضر انگین وغیرہ کے غرغرے کرائے جائیں۔

مندرجہ بالا صفحات میں آتشک کے لیے سنکھیا اور پارہ کے مرکبات کے فوائد استعمال کا بیان ہو چکا۔ ایک تیسرا ضروری اور نہایت مفید مرکب شخار یہ بنفش آمیز ہے۔ جو تیسرے اور درمیانی درجات کے لیے خصوصاً مفید ہے۔ اس کا

ملہ تسمم زیبقی۔ مرکیوریا لزم۔
ملہ التہاب اللسان۔ گلاسائی ٹس۔
ملہ شخار اخضر انگین۔ کلوریٹ آف پوٹاش۔
ملہ شخار یہ بنفش آمیز۔ آیوڈائڈ آف پوٹاسیم

کا ٹھیک طریق عمل و اثر تحقیق نہیں ہے مگر غالباً اسکا خاص اثر یہ ہوتا ہے کہ یہ صنعی[1] ساختوں کو عمل جذب کے ذریعہ خارج کر دیتا ہے مگر سبب مرض (جراثیم آتشک) پر کوئی اثر نہیں رکھتا۔ یہ مرکب آتشک کے دوبارہ حملہ کو روک نہیں سکتا اور اس کے استعمال کے بعد بھی اعادۂ مرض کو روکنے کے لیے سال فا ن تا دوبارہ کی ضرورت رہتی ہے۔ ابتداً اس کی مقدار خوراک ۵ قمحہ سے زیادہ نہیں ہونی چاہیے مگر اسے بتدریج بڑھایا جائے۔ حتیٰ کہ بعض مریضوں میں ایک درہم[2] تک دن میں چار بار دیا جا سکتا ہے۔ اس دوا کے دینے کے بعد فوراً پانی زیادہ مقدار میں پلانا چاہیے تاکہ اوس کی تیزی ہلکی پڑ جائے اور دوا جلد منجذب ہو جائے بعض اوقات اس کے استعمال کے بعد شکم کے فم شراسیفی[3] میں تنگی اور دباؤ سا محسوس ہوتا اور جی ڈوبنے کی سی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ جس کے حفظ ما تقدم کے لیے اس کے ساتھ پندرہ بوند روح نوشادریہ عطری[4] یا نوشادریہ فحم آگین[5] دینا مناسب ہوتا ہے۔ اکثر اس کے استعمال سے زکام کی ریزش ہونے لگتی ہے اور چہرہ اور کندھوں کے قرب جوار میں مہاسے کے سے دانے نکل آتے ہیں مگر یہ ناگوار تاثرات اس دوا کی مقدار بڑھا دینے سے رفع ہو جاتے ہیں۔ شاذ و نادر اس کے باعث رطوبت بھرے آبلے (نفاطات مائیہ[6]) بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ جب یہ دوا زیادہ مقدار میں دی جاوے تو اس کے ساتھ ریہ فحم آگین ثانی[7]

---

[1] صنعی ساخت۔ گے ٹس ٹشو۔

[2] درہم۔ ڈرام (تقریباً ۳ ماشہ)

[3] فم شراسیفی۔ ایپی گیسٹریم (کوڑی کا مقام)

[4] روح نوشادریہ عطری۔ اسپرٹ آف امونیا۔ ایرومے ٹک۔

[5] نوشادریہ فحم آگین۔ کاربونیٹ آف امونیا۔

[6] نفاطات مائیہ۔ بلاّ۔

[7] ریہ فحم آگین ثانی۔ بائی کاربونیٹ آف سوڈا۔

یا شخاریہ[1] فحم آگین ثانی ملا دینا چاہیے تاکہ رطوبت[2] معدیہ اس کی ترکیب کو فاسد نہ کرسکے ۔ اگر ساتھ ہی پارہ دینا بھی مقصود ہو تو شخاریہ بنفش آمیز کے مزیج[3] کے ساتھ پارہ کے سیال دیسال[4] سیماب اخضر آمیز اعلیٰ ) نہیں آمیز کرنا چاہیئے کیونکہ اس سے ہاضمہ میں فتور آجاتا ہے لہٰذا اس کی بہترین صورت سفوف زرد ( مسحوق[5] سنجابی ) ہے ۔ اس کے ساتھ بعض دیگر ادویہ مثلاً عشبہ[6]، سنکھیا ( سم[7] الفار ) فولاد وغیرہ استعمال کی جاتی ہیں اور یہ آتشک کے آخری درجات میں مفید اثر رکھتی ہیں ۔

## آتشک کا خارجی علاج

آتشک کا خارجی علاج خصوصاً پارہ کے مرکبات سے کیا جاتا ہے ۔

**قرحۂ ابتدائی** ( درجۂ اول ) کا علاج شگاف سے ۔ داغ سے ۔ مرہم زیبق حلو[8] ( ۳۰ فیصدی ) سے کیا جاتا ہے ۔ غسول[9] سیاہ بھی مفید ہوتا ہے ۔ پارہ کے خارجی استعمال سے زخم کے ریشہ دار جال میں جو جراثیم آتشک موجود ہوتے ہیں وہ تلف ہو جاتے ہیں ۔

**حدبات[10] مخاطیہ** ۔ جو مبرز یا فرج کے قرب و جوار میں یا پیر کی انگلیوں کے درمیان ہو جاتے ہیں ۔ اسکے علاج کا معقول طریقہ یہ ہے کہ انھیں نہایت صاف

---

1. شخاریہ فحم آگین ثانی ۔ بائی کاربونیٹ آف پوٹاشش ۔
2. رطوبت معدیہ ۔ گیسٹرک جوس
3. مزیج ۔ مکسچر ۔
4. سیال سیماب اخضر آمیز اعلیٰ ۔ لائکر ہیڈرارجرائی پرکلورائڈائی ۔
5. مسحوق سنجابی ۔ گرے پاؤڈر ۔
6. عشبہ ۔ سارسپریلا ۔
7. سم الفار ۔ آرسینک ۔
8. زیبق حلو ۔ کیلومل ۔
9. غسول سیاہ ۔ لوشیو نگرا ۔
10. حدبات مخاطیہ ۔ میوکس ٹیوبرکل ۔

اور خشک رکھا جائے اور انکی سطح پر سیماب شیریں[1] اور نشاستہ[2] کا سفوف ملاکر چھڑکا جاوے۔ یا سیماب شیریں کا مرہم لگایا جائے اور دونوں (حدبات) کے متوازی پہلوں کو رگڑ سے محفوظ رکھنے کے لیے انکے درمیان نسالہ[3] کا ٹکڑا رکھدیا جاوے۔

حلق کے تقرح ثانوی کے لیے عموماً کسی خارجی علاج کی چنداں ضرورت نہیں پڑتی کیونکہ پارہ کے داخلی استعمال سے یہ جلد رفع ہوجاتا ہے۔ تاہم بوقت ضرورت پارہ کے محلول مرکبات سے غرغرہ کرایا جاسکتا ہے یا زیادہ خراب حالتوں میں حلق کے اندر حلوئین زیبق اخضر آمیز اعلی[4] (۱ حصہ ۲ ہزار حصص میں) کی پھریری لگانا چاہیے۔

سطحی قروح صمغیہ[5] کے علاج کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے ان کا کھرنڈ (خشکریشہ) نکالا جائے اور پھر پارہ کا کوئی مرہم لگا دیا جائے۔

عمیق قروح صمغیہ کی حالت میں انکو نہایت احتیاط کے ساتھ مطہر رکھنا چاہیے کیونکہ اگر ان میں عدوی (عفونت) پہونچ جاتی ہے تو صحت کی رفتار میں سخت رکاوٹ ہوجاتی ہے خصوصاً جبکہ یہ ہڈی سے متعلق ہوں۔ بے احتیاطی کے باعث خراب صورتوں میں زخم نہایت گندہ اور بدبودار ہوجاتا ہے اور مزمن حالات میں روزانہ شام کو بخار (حمی دق) اور احشائے باطنیہ میں فساد نشوی[6] واقع ہوجاتا ہے۔ جب اورام صمغیہ سطح تک پہونچ جاویں

---

[1] سیماب شیریں۔ کیلومل۔

[2] نشاستہ۔ اسٹارچ۔

[3] نسالہ۔ لنٹ۔

[4] حلوئین زیبق اخضر آمیز اعلی۔ گلیسرین۔ ہائڈرا جرائی پر کلورائڈائی

[5] قروح صمغیہ۔ گمٹس السر۔

[6] فساد نشوی۔ امی لائڈ ڈیجنریشن۔

اور باہر سے نہ کریں اوسوقت انھیں معمولی طراج کی طرح بہ احتیاط تمام شگاف دیکر چیر دینا چاہیئے، اور پھر مطہر مرہم کی پٹی کر دی جائے یا مطہر کپڑے کی بتی زردسام اعنول سیاہ میں بھگو کر ان کے اندر بھر دی جائے +

## افرنجی ورائی۔ آتشک موروثی

آتشک زدہ والدین کی اولاد شکم مادر میں اکثر درجۂ تکمیل تک نہیں پہونچنے پاتی اور حاملہ کو چھٹے یا ساتویں مہینہ میں اسقاط ہوجاتا ہے + جنین کا جسم گاہے صحیح وسالم ہوتا اور ولادت کے بعد وہ کچھ عرصہ زندہ بھی رہ سکتا ہے۔ مگر عموماً مردہ بچہ ہی پیدا ہوتا ہے اور بیشتر اوسکا جسم گلا ہوا پایا جاتا ہے + ایسی حالت میں بچہ کے جسم میں لاتعداد جراثیم آتشک بھرے ہوئے ہوتے ہیں + گاہے بار بار اسقاط ہوتا اور آخر میں کوئی زندہ رہ جاتا ہے + بعض مثالیں ایسی بھی ملتی ہیں کہ باوجود اس کے والدین میں عدوائی آتشک موجود ہے پھر بھی پہلا حمل پورے دنوں تک پہونچکر بچہ زندہ پیدا ہوتا ہے + ایسا بچہ ولادت کے وقت ہی آتشک کے علامات رکھتا ہے، مگر بیشتر تو ایسا ہوتا ہے کہ وضع حمل کے بعد بچہ بظاہر بالکل صحیح وتندرست معلوم ہوتا ہے مگر کئی ہفتوں کے بعد اوس میں آتشک کے خصوصی علامات نظر آتے ہیں +

ان مظاہر کے متعلق حلقۂ اطبا میں خوب مباحثے ہوتے رہے ہیں اور اس مسئلہ میں بھی ردوکد ہوتی رہی ہے کہ آتشک کا عدوی زیادہ تر ماں کے ذریعہ ہوتا ہے یا باپ کی طرف سے + زمانۂ عدوی کے تعین کے لیے ذیل کے تین اوقات بطور نظریہ کے پیش کیے گئے ہیں +

---

[1] افرنجی ورائی۔ ان ہیرے ٹڈ سفلس۔

(۳۲) موروثی آتشک میں یہ بچی مبتلا ہے۔

(۱) بوقت استقرار نطفہ مرض ماں اور باپ ہر دو کے ذریعہ یا صرف ایک سے جنین میں پہونچ جاتا ہے اور حُوَینات آتشک عورتوں کے بیضہ[1] کے ذریعہ یا مردوں کی منی کے حُوَینات[2] کی وساطت سے یا ان ہر دو کے ذریعہ منتقل ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ مشاہدہ سے آتشک کے جراثیم انسان اور بن مانس[3] کی رطوبت منویہ میں پائے گئے ہیں۔ اس کے بعد یہ ابتدائی عدوی بآسانی جنین کے سارے جسم میں سرایت کر سکتا ہے۔ ایسی مثالیں جن میں حاملہ کو جلد اسقاط ہو جاتا ہے اور حُوینات آتشک سے بھرا ہوا بچہ مردہ پیدا ہوتا ہے، غالباً اسی زمرہ سے تعلق رکھتی ہیں۔

(۲) حمل قایم ہو جانے کے بعد یعنی دوران حمل میں رحم کی اندرونی جھلی (غشاء ساقط) کے عدوی سے جسم جنین میں عدوی پہونچ سکتا ہے، خصوصاً جبکہ غشاء ساقط[4] کا وہ حصہ ماؤف ہو جو مشیمہ بناتا ہے۔

یہ قاعدہ کلیہ ہے کہ حاملہ اور جنین کا دورانِ خون ایک دوسرے سے جدا رہتا ہے مگر جب مشیمہ[5] مبتلائے مرض ہوتا ہے تو جراثیم آتشک بآسانی ماں کے دورانِ خون سے جنین کے جسم میں پہونچ سکتے ہیں۔

(۳) یہ بھی ممکن ہے کہ انتقال عدوی وضع حمل کے زمانہ تک واقع نہ ہو اور وضع حمل کے وقت میں جبکہ مشیمہ (آنول) جدا ہو رہا ہو اسوقت جراثیم مشیمہ سے منتقل ہو کر ورید السرہ (ورید نافہ)[6] کی راہ سے جنین تک پہونچ جائیں۔

---

[1] بیضۂ انثیٰ۔ اُوُدم۔

[2] حُوَینات منویہ / اجسام منویہ } اسپرمے ٹوزوان

[3] بن مانس۔ ایپ۔

[4] غشائے ساقط (ڈیسی ڈوا) وہ جھلی جو رحم میں بحالت حمل جنین کے گرد غلاف بناتی ہے اور وضع حمل کے وقت گرجاتی ہے۔

[5] مشیمہ۔ پلے سنٹا۔

[6] ورید نافہ / ورید سرّہ } امبلائیکل وین۔

ولادت کے بعد نوزائیدہ بچہ میں چند ہفتہ کے بعد تک علامات آتشک کا ظاہر نہ ہونا اس نظریہ کی ایک دلیل ہے، اگرچہ اس کی توجیہہ یہ بھی ممکن ہے کہ دورانِ حمل میں آتشک کے جراثیم کی کیست رسمین (جنین کے جسم سے خارج ہوکر ماں کے خون میں داخل ہوجاتی ہے، اور رسمین کے اس انتقال کے باعث جنین میں مرض کی علامات کچھ عرصہ تک ظاہر نہیں ہونے پاتیں، اگرچہ جنین کے اندر عدوی موجود ہوتا ہے۔ اس موقعہ پر یہ جاننا بھی خالی از دلچسپی نہ ہوگا کہ اگرچہ ماں کے اعضائے تناسل میں متعدی قروح موجود رہتے ہیں لیکن پھر بھی نوزائیدہ بچہ کے جسم پر قروح ابتدائیہ نہیں پائے جاتے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ ایسا بچہ کسی سابق عدوی کے باعث قوت مناعت حاصل کرلیتا ہے اور اس سے محفوظ ہوجاتا ہے۔ یا یہ کہ بطنِ مادر میں جنین کے جسم پر ایک قسم کا جبنی[1] مادہ ہوتا ہے وہ اس سے محفوظ رکھتا ہے (جبنی۔ پنیر)۔

بعض مثالوں میں یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ ماں میں بظاہر مرض کے علامات نہیں پائے جاتے اور بچہ کے لبوں اور مسوڑھوں میں زخم موجود ہوتے ہیں اس بچہ کو ماں اپنا دودھ پلاتی ہے تو مبتلائے مرض نہیں ہوتی لیکن اگر اسی بچہ کو کسی دایہ کا دودھ پلایا جائے تو دایہ کے سرپستان (حلمہ) پر قرحہ ہوجاتا ہے اسکو ناموس کولس کے نام سے منسوب کرتے ہیں کیونکہ اسے علامہ کالس نے ۱۸۳۷ء میں اعلان کیا۔ گذشتہ زمانہ میں ماں کی اس قسم کی مناعت کی توجیہہ یوں کی جاتی تھی کہ جنین کے جسم میں اجسام تریاقیہ (اجسام دفاعیہ) بنکر ماں کے خون میں منتقل ہوجاتے ہیں اور یوں ماں کو مناعت حاصل ہوجاتی ہے اگر اب علامہ نیسر نے بڑی ذات کے بندروں پر تجربات کرکے ثابت کردیا ہے

[1] طلاء جبنی۔ ورنکس کیسی اوسا۔ [2] ناموس کولس۔ کالس لاؤ۔

کہ مریض آتشک کے معمل دموی میں نہ کسی قسم کے محفوظ رکھنے والے اجسام تریاقیہ بنتے ہیں اور نہ حفاظت کرنے والے مواد (مواد وقائیہ[1]) پیدا ہوتے ہیں، لہذا اغلب یہ ہے کہ ماں کی مناعت کا اصلی باعث یہ ہے کہ خود اسکو آتشک کا خفیف سا مرض ہو جاتا ہے جو اگرچہ نمایاں اور صریح نہیں ہوتا مگر مناعت پیدا کر دیتا ہے۔

**ناموس پروفیتا** (پروفیتا[2] کا قانون) یہ مذکورہ بالا قانون کولس کے بالکل متضاد ہے اور اس کی رو سے یہ خیال کیا گیا ہے کہ آتشکی ماں یا باپ کا بچہ آتشک کے لیے قوت مناعت رکھتا ہے، اگرچہ اس بچہ میں آتشک کے علامات کبھی بھی ظاہر نہ ہوئے ہوں۔ اسکا ماحصل یہ ہے کہ بلا حدوث مرض بچہ آتشک سے محفوظ (منیع) ہو جاتا ہے۔ مگر معلومات حاضرہ کی روشنی میں یہ بات قابل وثوق نہیں سمجھی جا سکتی۔

## مریض آتشک میں انتقال مرض کی قابلیت کب تک رہتی ہے؟

یا بہ الفاظ دیگر آتشک کا اثر والدین سے بچہ میں کب تک منتقل ہو سکتا ہے اور مریض آتشک کب تک شادی کرنے کے قابل ہوتا ہے؟ یہ سوال بار بار معالج کے سامنے پیش ہوتا ہے اور اسکا جواب نہایت مشکل ہے۔ ایسے موقعہ پر لائحۂ عمل یہ ہونا چاہیے کہ شادی کی اجازت مریض کو (خواہ عورت ہو یا مرد) اُس وقت تک نہ دینی چاہیے جب تک کہ امتحان واسرمان متواتر دو سال تک منفی نہ ثابت ہو۔ اور پورے دو سال سے علامات آتشک غائب نہ ہوں۔ بلکہ مزید احتیاط کے لیے ضروری ہے کہ شادی سے قبل تین ماہ تک مسلسل پارہ کا خفیف استعمال کرایا جاوے اس کے بعد شادی کی اجازت دی جاوے۔

[1] مواد وقائیہ۔ کیموریٹو سبسٹنس۔

[2] ناموس پروفیتا۔ پروفیتاز لاء۔

بعض اوقات باوجود اس قسم کی احتیاط و علاج کے امتحان فاسرمان کا نتیجہ مثبت ملتا ہے، مگر ان حالات میں جب کہ تمام ظاہری علامات رفع ہو چکی ہوں تو عدویٰ کا امکان نہایت ضعیف ہو جاتا ہے اور شادی کی سخت مخالفت نہیں کی جاتی، اگرچہ بہ نظر احتیاط یہ مناسب ہے کہ اس قسم کی شادی کے بعد اگر حمل قرار پائے تو حاملہ کا علاج جاری رکھا جائے ۔

تیسری نسل تک آتشک کے منتقل ہونے کا مسئلہ نہایت دلچسپ ہے اور اس کے متعلق ابھی حکماء میں سخت اختلاف رائے موجود ہے ۔ آتشک کا مخصوص جراثیم سے پیدا ہونا اور ان جراثیم کا اواخر درجۂ سوم تک پایا جانا ان دونوں واقعات سے سمجھا جاتا ہے کہ اس مرض کا انتقال ممکن ہے۔ لیکن اس امر کا محقق ہونا سخت مشکل ہے کہ دوسری نسل ان سے پاک ہوتی ہے یا نہیں؟ اس مسئلہ کے متعلق ابھی مزید شواہد کی ضرورت ہے۔ جس کے بعد آخری محاکمہ کیا جائیگا ۔

بیشتر حالات میں پیدائش کے بعد بچہ قوی و تندرست معلوم ہوتا ہے اگرچہ گاہے کسی قدر چھوٹا اور ناقص الخلقت ہوتا ہے ۔ پیدائش کے بعد تین ہفتہ سے تین ماہ تک اس بچہ میں مرض کی صریح علامات ظاہر ہونے لگتی ہیں ۔ لاغری کے ساتھ جلد میں جھریاں پڑ جاتی ہیں اور جلد کا رنگ مٹیالا ہو جاتا ہے۔ چہرہ پژملال معلوم ہوتا ہے اور بوڑھوں کے مانند خشک ہوتا ہے ۔

ہمیشہ کی خون (فقر الدم) نمایاں ہوتی ہے اور عرصہ دراز تک قایم رہتی ہے ۔ مختصر یہ کہ آتشک خلقی کے تمام علامات آتشک اکتسابی سے مشابہ ہوتی ہیں۔ صرف ابتدائی قرحہ جو اکتسابی آتشک میں ہوتا ہے آتشک موروثی میں نہیں پایا جاتا ۔ چنانچہ بچہ کی پیدائش کے بعد ایک سال کے اندر مختلف قسم کے عوارض (طفح جلدی[1]

---

[1] طفح جلدی۔ کیوٹے نیس ارپشن ۔

(۳۳) موروثی آتشک میں یہ مریض مبتلا ہے۔ اس کی ناک
اور پیشانی کی بلندی دبی ہوئی ہے۔

(۳۴) موروثی آتشک میں اسنان ہشنصون

عابات^ مخاطیہ، تقرح^ سطحی) منودار ہو جاتے ہیں + گاہے ابتدائً عنابی رنگ کی سرخی (وردیہ^) سرین پر خصوصیت سے منودار ہوتی ہے مگر یہ جلد ہی رفع ہو جاتی ہے + اس کے بعد عدباتِ مخاطیہ گوشۂ دہن (باچھا) میں، ناک میں، مبرز کے گرد کنج ران میں اور فوطہ اور ران کے درمیان پیدا ہو جاتے ہیں + گاہے لبوں کے زخم بہت نمایاں ہو کر تقرح پیدا کر دیتے ہیں اور جب یہ خشک ہو کر ندبہ بناتے ہیں تو ان کے سکڑنے سے گوشۂ دہن میں شعاعی خطوط اور نشانات رہ جاتے ہیں +

بعض دیگر جلدی عوارض بھی ظاہر ہوتے ہیں، مثلاً قشور^ افرنجیہ پاؤں کے تلوں پر ہو جاتے ہیں اور ساتھ ہی بدن پر ابھار (حلیمات^ افرنجیہ) اور ضعیف اور کمزور بچوں میں آبلے بھی بن جاتے ہیں جن میں پیپ بھر جاتی ہے (نفاخ^) ابتدائی درجہ میں ہمیشہ التہاب^ الانف اور زکام پیدا ہو جاتا ہے جس کے باعث ناک سے سانس لینے میں دقت ہوتی ہے اور آواز کے ساتھ تنفس ہوتا ہے جس میں خراٹا سنائی دیتا ہے + التہاب الانف اکثر بہت دیرپا ثابت ہوتا ہے اور ناک میں زخم و قروح کے ساتھ ساتھ ناک کی ہڈیوں اور کریوں کی بوسیدگی تک پیدا کر دیتا ہے جس کے باعث ناک چپٹی ہو جاتی ہے اور یہ چپٹا پن جوانی تک قایم رہتا ہے جو آتشک خلقی کی ایک ممتاز و نمایاں علامت ہے + اور بسا اوقات تلی اور جگر بھی بڑھ جاتے ہیں +

ایسے بہتیرے بچے نقص تغذیہ اور کمزوری کے باعث زندگی کے پہلے سال

---

۱؎ عدبہ مخاطیہ۔ میوکس ٹیوبرکل۔

۲؎ تقرح سطحی۔ سوپرفیشیل السریشن۔

۳؎ وردیہ۔ روزی اولا۔

۴؎ قشور افرنجیہ۔ اسکوئمس سفلائڈ۔

۵؎ حلیمات افرنجیہ۔ پیپولس سفلائڈ۔

۶؎ نفاخ۔ پیمفگس۔

۷؎ التہاب الانف۔ رینائٹس۔

ہی ہیں مرجاتے ہیں۔ لیکن اگر مناسب اور باقاعدہ علاج کیا جاوے تو ایک معتبہ تعداد چھ سے آٹھ ماہ کی عمر تک تندرست ہو سکتے ہیں اور علامات مرضیہ جو اوپر بیان ہوئی ہیں رفع ہو سکتی ہیں، اگرچہ اونکے بدن پر داغ اور دھبے باقی رہ جائیں گے +

البتہ اس مرض کے اثر سے بچہ کا آیندہ نشو و نما ناقص رہتا ہے اور عموماً اوس کے چہرہ کی ہیئت ممتاز رہتی ہے جس سے موروثی آتشک کا گمان فوراً ہوتا ہے +

سال بھر کی عمر کے بعد آتشک ثلاثی کے عام مظاہر و علامات بعینہ آتشک اکتسابی کے مانند ظاہر ہوتے ہیں۔ مزید برآں اور علامات بھی ہیں جو موروثی آتشک سے مخصوص ہیں خصوصاً دانتوں ہڈیوں اور طبقہ قرنیہ کے عوارض + اندرونی کان میں بھی جمونا مرض ہوجاتا ہے۔ جس کے باعث گاہے بہراپن ہوجاتا ہے،

## عوارض دندان

**دانت**۔ موروثی آتشک میں بیشتر اوقات ایک مخصوص ہیئت و ساخت کے ہوتے ہیں + دودھ کے دانت اکثر معمول کے نسبت جلد نکل آتے ہیں، اونکا رنگ خراب و گدلا ہوتا ہے اور جلد ٹوٹ کر گل جاتے ہیں + دائمی دانت (اسنان دائمہ) عموماً صحیح اور اچھے نکلتے ہیں مگر گاہے بیڈول اور بد وضع بھی ہوتے ہیں + اوپر کے جبڑے کے درمیانی اسنان قواطع (ثنایا) بیشتر مبتلائے[1] مرض ہوتے ہیں، لیکن اوپر کے پہلوی قواطع (رباعیات) اور نیچے کے قواطع بھی گاہے مبتلائے مرض ہوتے ہیں + معمولی دانت جبڑے کے حصہ میں سکڑے اور چھوٹے اور باہر کی طرف چوڑے ہوتے ہیں لیکن موروثی آتشک کے مریض

[1] اسنان قواطع۔ انسائزر ثنیہ۔

میں دانت جبڑے کی طرف سے چوڑے ہوتے ہیں اور بیرونی حصہ کی طرف نکلکر چھوٹے اور تنگ ہوتے جاتے ہیں اور اونکی ساخت ناکمل رہ جاتی ہے اور بجائے ایک دوسرے سے ملے اور جڑے ہونے کے ایسے دانتوں کے درمیان فاصلہ اور درزیں چوڑی رہ جاتی ہیں۔ اس قسم کے دانتوں کا بیرونی آزاد کنارا بجائے اس کے کر سیدھا ہو وسط میں مقعر ہوتا ہے۔ قدرتی طور پر دانت کی بیرونی سطح پر جو سفید رنگ کا چمکدار سخت مادہ (مینائے اسنان[2]) ہوتا ہے اور وہ دانتوں کی بیرونی حفاظت کا کام دیتا ہے وہ اس مرض میں ناقص اور غیر کمل رہ جاتا ہے جس سے دانت غیر محفوظ رہ جاتا ہے اور جلد سڑ گل جاتا ہے۔ گاہے دانت ٹیڑھے ہوتے ہیں اور جڑسے باہر کی طرف بل کھاکر سکڑتے جاتے اور اونکا آزاد کنارا سیدھا ہوتا ہے۔ آجکل اسنان ہشنصون[1] (جن کے کنارے مقعر ہوتے ہیں) عام طور پر نہیں دیکھے جاتے۔

عوارض عظام (انکا مفصل بیان امراض عظام کے باب میں آئے گا)

## عوارض قرنیہ

التہاب[3] قرنیہ خلالی۔ یا قرنیہ کا پھیلا ہوا ورم۔ قرنیہ کی عام خلالی ساخت[4] میں ورم و التہاب عموماً سن بلوغ کے قریب یا اس سے پہلے ہوتا ہے۔ ابتداً اس قسم کا التہاب ایک ہی آنکھ میں نمودار ہوتا ہے لیکن بعد میں دونوں آنکھوں

---

[1] اسنان ہشنصون۔ ہچن سن ٹیتھ۔
[2] مینائے اسنان۔ اینامل آف ٹیتھ۔
[3] التہاب قرنیہ خلالی۔ انٹرسٹیشیل کیراٹائی ٹس۔
[4] خلالی ساخت۔ انٹرسٹیشل ٹشو۔

میں یہ شکایت ہوجاتی ہے۔ قرنیہ کی شفاف سطح دھندلی ہوجاتی ہے اور سیاہی چشم کے حلقہ کے قریب (ہدبی حصہ[1] میں) امتلائے دموی کے باعث سُرخی ہوجاتی ہے۔ سطح قرنیہ پر دھندلی سفیدی کے درمیان بعض بعض مقام پر سرخ دھبے بھی نظر آتے ہیں جو نئے عروق بن جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ عموماً قرنیہ پر زخم نہیں پیدا ہوتے لیکن اگر التہاب زیادہ دیرپا رہے تو زخم کے بعد آنکھ میں پھولا پڑجاتا ہے (عنبیۂ مقدمہ[2]) قرحہ قرنیہ میں شاذ ہی ہوتا ہے۔ لیکن بیاض قرنیہ[3] باوجود علاج کے اکثر باقی رہ جاتا ہے۔ التہاب گاہے قرنیہ سے پھیلکر طبقہ عنبیہ[4] اور جسم ہدبی[5] تک پہونچ جاتا ہے۔ مناسب احتیاط و علاج سے عموماً اچھا نتیجہ ہوتا ہے اگرچہ گاہے سالہا سال تک علاج جاری رکھنا پڑتا ہے۔ پھر بھی قرنیہ میں داغ رہ جاتا ہے (بیاض قرنیہ)۔

آتشک خلقی کی تشخیص۔ امتحان فاسرمان[6] کا نتیجہ مرض کے ابتدائی اور شدید درجات میں تو مثبت ملتا ہے، مگر آخری درجات میں (اکتسابی آتشک کے درجہ سویم کے اواخر کی طرح) فاسرمان منفی پایا جاتا ہے۔

آتشک خلقی کے بعض علامات و عوارض مرض کساح[7] اور درن[8] سے مشابہت رکھتے ہیں۔ ان امراض سے تفریق کرنے میں مندرجۂ ذیل امور کا لحاظ رکھنا چاہیے جو آتشک خلقی کے لیے ممتاز ہیں۔

---

[1] ہدبی حصہ / اکلیل العین } سیلی اری ریجن۔

[2] عنبیہ مقدمہ۔ انٹیریاٹ فیلوما (عنبیہ۔ انگور)

[3] بیاض قرنیہ۔ اوپیسی ٹی آف دی کارنیا۔

[4] طبقۂ عنبیہ۔ آئرس۔

[5] جسم ہدبی۔ سی لی اری باڈی۔

[6] فاسرمان۔ واززمن۔

[7] کساح۔ رکے ٹس۔

[8] درن۔ ٹیوبرکیولوسس۔

(۱) درمیانی چوڑے دانتوں (ثنایا) میں گڑھے کا موجود ہونا آتشک موروثی کی خاص علامت ہے +

(۲) قرنیہ میں التہاب خلالی کا ہونا +

(۳) پنڈلی کی بڑی ہڈی میں ورم کا ہونا +

(۴) کھوپری کی ہڈیوں میں عُقَد یعنی گرہوں کا ہونا +

(۵) ناک کی جڑ کا چپٹا ہونا۔ دہن کے کناروں کا پھٹا ہوا ہونا۔ تالو اور حلق میں داغ کا پایا جانا +

(۶) جگر کا بڑا ہونا۔ (عظم الکبد مزمن)

(۷) بار بار زکام اور آبلوں اور پھنسیوں کا ہونا۔ اور اس کی والدہ میں اسقاط کا اکثر ہونا +

**آتشک موروثی کا علاج**۔ علامات کے ظاہر ہوتے ہی علاج فوراً شروع کرنا چاہیے + بچہ کی عام صحت درست کی جائے اور اگر ماں دودھ پلانے کے قابل نہیں ہے تو باہر کا دودھ شیشی وغیرہ کے ذریعہ دیا جائے۔ لیکن کسی دایہ یا انا کا دودھ ہرگز نہیں دینا چاہیئے۔ کیونکہ بچہ کا مرض اوسکو یقیناً لگ جائیگا +

پارہ کی خارجی مالش بچہ کے پیٹ پر کی جائے یا شب کے وقت پارہ کا مرہم بچہ کے تلوؤں پر ملا جائے۔ پارہ کے خارجی استعمال کا بہترین طریقہ ہے مگر پارہ کا اندرونی استعمال بھی مفید ہوتا ہے۔ مثلاً سفوف زرد (سُحوق سنجابی[۱]) نصف قمحہ دن میں تین بار قدرے شکر کے ساتھ ملا کر دیا جاتا ہے +

پارہ کا استعمال تمام علامات رفع ہوجانے کے بعد بھی تین یا چھ ماہ تک جاری رکھنا چاہیئے + عام صحت کی درستی اور تقویت کے لیے مچھلی کا تیل

[۱] سحوق سنجابی۔ گرے پاوڈر۔

(روغن جگر ماہی) مرکبات فولاد اور مرکبات نوزاگین دینا مفید ہے ۔

جب درجۂ سویم کے علامات ظاہر ہوجائیں تو شکار نیفش آمیز اور پارہ کے مرکبات ملاکر دینا چاہیے جیساکہ کتابی آتشک میں دستور ہے ۔ خارجی عوارض مثلاً صینیوں دانوں وغیرہ کا خارجی علاج بھی اکتابی آتشک کے مانند کر دیا جائے ۔

## تدرّن

(پھیپھڑے کی سل بھی تدرّن کی ایک قسم ہے)

**تعریف**۔ تدرّن اوس حالت کو کہتے ہیں جو عصیٔ درنیہ کی پیدائش سے لاحق ہوتی ہے۔ جس میں جسمانی ساختوں کے مخصوص نوعیت کے اجسام پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ اجسام اَدْرَان (گرہ۔ اُبھار) کہلاتے ہیں۔ جو پھوٹ کر گڑھے اور زخم بنادیتے ہیں ۔

**اسباب** (۱) استعداد موروثی۔ دَرنی مریضوں کے بچے اگرچہ ورثی طور پر یہ مرض عموماً نہیں حاصل کرتے، مگر ایسے بچوں میں جراثیم درنیہ کے مقابلہ کی طاقت خلقی طور پر نسبتاً کمتر ہوتی ہے (یعنی اس میں مبتلا ہونے کی زیادہ قابلیت رکھتے ہیں) ۔

---

۱؎ روغن جگر ماہی۔ کاڈلیور آئل۔

۲؎ نوزاگین۔ فاسفیٹ۔

۳؎ شکار نیفش آمیز۔ آیوڈائڈ آف پوٹاش۔

۴؎ تدرّن۔ ٹیوبرکیولوسس۔ تدرن کے معنے "گرہ بننا یا اُبھار ہونا" ہیں۔ اب ثابت ہوگیا ہے کہ یہ جراثیم جس طرح پھیپھڑوں میں سل پیدا کرتے ہیں اسی طرح دیگر اعضاء میں بھی ان جراثیم سے امراض پیدا ہوتے ہیں اسی وجہ اس مرض کے لیے نیا لفظ تدرّن تجویز کیا ہے۔ سل بھی در اصل تدرّن رئوی ہے

(۲) عمر۔ اگرچہ درن کے امراض دس برس سے کم کی عمر والوں میں بکثرت پائے جاتے ہیں، لیکن یہ مرض ہر عمر میں ہوسکتا ہے۔ حتیٰ کہ بڑھاپے کی عمر میں بھی اس سے محفوظ نہیں ہے ٭

(۳) عام صحت جسمانی کا کمزور ہونا۔ جس سے مقابلہ مرض کی قوت گھٹ جاتی ہے، یہ حدوث درن کا ایک نہایت اہم اور عام سبب ہے ٭ اکثر امراض صبیانی مثلاً حمی طفحیہ[۲] (چیچک، خسرہ، حصبہ[۳] وغیرہ) مرض کساح[۴]، شہقہ[۵] یعنی کالی کھانسی وغیرہ کے بعد۔ یا بالغ مردوں میں انف العنزہ کے بعد حلق اور امعا کی اغشیہ مخاطیہ میں التہاب کا اثر باقی رہ جاتا ہے اور ان میں عصی دنیہ نہایت آسانی سے اپنا مرکز عفونت[۶] قایم کرسکتے ہیں ٭

(۴) خراب آب و ہوا اور مضر صحت حالات سے صحت عامہ پر اور بھی مزید اثر پڑتا ہے اور قوتِ مقابلہ و طاقتِ مقاومت کمزور پڑجاتی ہے ٭ صاف ہوا اور روشنی کی کمی، گنجان آبادی کے مکانات (مثلاً اندھیرے مکانات، مدارس و مکاتب کی بھری ہوئی کوٹھریاں اور گنجان آبادی کے میلے مکانات وغیرہ) بطور خود طبیعت و قوت کو گھٹا دیتے ہیں اور اگر اس قسم کے حالات میں دق و سل کے مریض پہلے سے موجود ہوں تو اونکے تھوک اور بلغم سے ہوا اور بھی خراب ہوجاتی اور عدوی عفونت پھیلا سکتی ہے۔ اسی وجہ سے غربا میں درن (سل و دق) ایک عام مرض ہے مگر طبقۂ امرا میں بھی یہ بکثرت ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ بچوں کی غذا اور

---

[۱] عصی درنیہ۔ بیسی لس ٹیوبرکیولوسس۔
[۲] حمی طفحیہ۔ اگزنتھیمے ٹِک فیورز۔
[۳] حصبہ۔ میزلس۔
[۴] کساح۔ رکے ٹس۔
[۵] کالی کھانسی۔ ہوپنگ کف۔
[۶] مرکز عفونت۔ نائی ڈس۔

لباس خلاف اصول ہوتے ہیں۔ الغرض مضر صحت آب و ہوا، ناقص و خراب غذا اور صفائی و روشنی کی قلت، ایسے اسباب ہیں جو حدوث مرض میں بڑی حد تک معاون ہوتے اور امراض درنیہ کی استعداد پیدا کردیتے ہیں۔

(۵) **مقامی اسباب مُعِدَّہ**[1] (الف) خفیف قسم کی مقامی جراحت بالخصوص مزمن التہاب کے بعد عصی درنیہ کی افزائش کے لیے مرکز مہیا کردیتی ہے۔ مثلاً متورم غدد جاذبہ[2] جو مزمن صورت میں ہوں یا عظام و مفاصل جن کے اندر کسی خفیف اور غیر محسوس سبب سے اجتماع خون ہو۔ یہ جراثیم درنیہ کے لیے بہترین سامان افزائش مہیا کردیتے ہیں۔ برعکس اس کے شدید ضرب کے اثر سے چوٹ کے مقام پر ساختوں میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے جس سے مقابلہ مرض کی قوت پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر مزمن اور خفیف التہاب جیسا کہ خفیف چوٹ سے ہوجاتا ہے دیر تک قایم رہتا ہے اور عصی درنیہ کے لیے مرکز نشو و نما مہیا کردیتا ہے۔ (ب) سردی کے اثر سے بھی عضو ماؤف کی قوت مقاومت کمزور پڑ جاتی اور عصی درنیہ کے حملوں کو روکنے کی طاقت سلب ہو جاتی ہے۔

(۶) **ورن کا سبب واصل یا سبب محرک** عصی درنیہ ہے جو ساختہائے جسم میں نشو و ارتقا حاصل کرلیتا ہے۔ عصی درنیہ کا دریافت کنندہ علامہ کاخ ہے۔ عصی درنیہ چھوٹے چھوٹے سیدھے یا قدرے مڑے ہوئے ڈنڈے کی شکل کے ہوتے ہیں جنکا طول بقدر ۴ یا ۵ صغیرہ[3] اور عرض ⅓ یا ½ صغیرہ کے ہوتا ہے۔

---

[1] اسباب معدّہ۔ پری ڈسپوزنگ کازز۔

[2] غدد جاذبہ۔ لمفے ٹک گلینڈز

[3] صغیرہ (مائکرومن) ایک ملی میٹر کا ہزارواں حصہ۔ ملی میٹر ایک قیراط کے پچیسویں (۱/۲۵) حصے کے برابر ہوتا ہے۔

گائے ان میں خصوصاً ان کی مصنوعی کاشت میں لبی شاخیں (مفیوطے) بھی پائی جاتی ہیں۔ جب عصی درنیہ کو زہیل نلس کے طریقہ سے رنگ دیا جاتا ہے تو وہ چھوٹے چھوٹے سرخ رنگ کے ڈنڈے کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ ان کا رنگ تیزاب کے اثر سے نہیں اڑتا (متمسکہ بالحمضؔ) اس کے ڈنڈے چھوٹے چھوٹے نقطوں یا دانوں سے مرکب ہوتے ہیں اور سرخ رنگ پوری لمبائی پر یکساں نہیں چڑھتا بلکہ سرخ دانوں کے درمیان ایسے حصے نظر آتے ہیں جو رنگ سے خالی ہوتے ہیں جس سے ایک زنجیر نما شکل بن جاتی ہے اسی وجہ سے اس کی شکل کرویات عقدیہ کی لڑی سے مشابہت رکھتی ہے + عصی درنیہ غیر متحرک ہوتا ہے، اس کے اہداب نہیں ہوتے اور نہ بذرےؔ +

جس طرح انسان میں سل و درن ہوتا ہے اسی طرح گائے بیل اور دوسرے چوپایوں میں بھی ہوتا ہے مگر یہ امر ابھی تحقیق طلب ہے کہ آیا انسانی اور بقریؔ درن دونوں ایک ہی قسم کے امراض ہیں یا مختلف + بظاہر درن انسانی اور درن بقری ہر دو نوع سے انسان میں مرض درن پیدا ہو سکتا ہے مگر گمان غالب یہ ہے کہ درن بقری سے صرف درن معویؔ (آنتوں کا درن) اور درن جراحیؔ (یعنی غدد، عظام اور مفاصل کا درن) ہو سکتا ہے، درآنحالیکہ انسانی درن سے سل ریوی (درن ریوی۔ سل) اور تدرن عمومی حادؔ ہوتا ہے +

ا خیوط۔ فلامنٹس۔ دھاگے۔۔
۲ متمسکہ بالحمض (ایسڈ فاسٹ)
جس پر تیزاب کا اثر نہ پڑ سکے۔ اور تیزاب سے جس کا رنگ نہ اڑے +
۳ اہداب۔ فلاگلا۔
۴ بذرے۔ اسپورز۔

۵ درن بقری۔ بوواین۔ ٹیوبرکیولوسس (گائے بیل اور اسی قسم کے چوپایوں کا درن)
۶ درن معوی۔ انٹسٹائنل ٹیوبرکل۔
۷ درن جراحی۔ سرجیکل ٹیوبرکل۔
۸ درن ریوی۔ سل ریوی۔ پلمونری تھائسس
۹ درن عمومی حاد۔ اکیوٹ جنرل ٹیوبرکیولوسس

عصی درنیہ جسم میں مختلف راستوں سے داخل ہوسکتے ہیں۔

(الف) استنشاق یا تنفس کی راہ سے۔ یہ طریقہ نہایت عام ہے۔ سل کے مریضوں کا بلغم میں عصی درنیہ بیشمار موجود رہتے ہیں، جو بلغم کے خشک ہوجانے کے بعد بھی زندہ رہتے ہیں اور ہوا اور گرد وغبار کو آلودہ کردیتے ہیں لہٰذا یہ امر نہایت ضروری ہے کہ مریضان سل کو مکانوں اور عام شاہراہوں پر تھوکنے نہ دیا جاوے اور حتیٰ الامکان تھوکنے کی عادت کا ضرور انسداد کیا جاوے علاوہ ازیں اس سے بھی زیادہ خطرناک حقیقت یہ ہے کہ کھانسنے اور بات چیت کرنے کے دوران میں مریضان سل کا ملوث بلغم نہایت باریک اور بظاہر غیر محسوس ذرات کی صورت میں خارج ہوتا رہتا ہے اور یہ ملوث ذرات عرصۂ دراز تک ہوا میں معلق رہتے ہیں۔ تنفس کی راہ سے یہ ذرات تندرست اشخاص کے سینہ میں داخل ہوکر مرض سل پیدا کردیتے ہیں، یا بعض اوقات ابتداءً شعب قصبہ[1] کے غدد میں مرض پیدا کردیتے ہیں اور پھر ان غدد سے مرض دوسرے اعضاء واحشاء میں بآسانی منتقل ہوجاتا ہے۔

اس سے ظاہر ہے کہ مریضانِ سل کو عام آبادی سے علٰحدہ اور دُور رکھنا کس قدر ضروری ہے اور ان کے بلغم کو مطہرات ودافع عفونت ادویہ سے مطہر کرنا کس قدر اہم ہے۔

(ب) اکل و شرب یعنی غذا کے ذریعہ۔ مثلاً ملوث دودھ کے کھانے جو کہ ایسی گائے سے نکلا ہوا ہو جس کے تھنوں میں مرض درن ہو۔ ایسا عموماً بچوں میں ہوتا ہے۔ عصی درنیہ جو دودھ میں موجود ہوتے ہیں وہ لوزتین یا حلق کے غدد کی راہ سے گردن کے غددمیں پہونچکر وہاں مرض پیدا کردیتے ہیں

---

[1] غدد شعبی۔ شعب قصبہ کے غدد۔ برانکیل گلینڈز۔

یا معدہ کی راہ سے امعاء میں داخل ہو کر آنتوں کے یا ماساریقا کے غدد میں حدوث مرض کا باعث ہوتے ہیں +

(بڑے شہروں میں دودھ کے باقاعدہ امتحان کی ضرورت اس سے ظاہر ہے) +

(ج) تلقیح کے ذریعہ۔ یہ صورت نہایت نادر الوقوع ہے اور خصوصاً ایسے ملازمین اور ایسے اشخاص میں واقع ہوتی ہے جو لاشیں چیرتے ہیں جن میں درن کی مقامی تلقیح اتفاقی طور پر لگ جاتی ہے۔ جس سے مقامی طور پر ٹوبرکیولہ موتیہ[1] نمودار ہو جاتا ہے +

تشخیص درن کے لئے معمل (تجربہ گاہ) میں حسب ذیل طریقے رائج ہیں +

(۱) خوردبین کے ذریعہ عصی درنیہ کا مشاہدہ۔ پہلے مشتبہ مواد کو حسب دستور شیشہ پر پھیلا کر زیل نلسن کے طریقہ پر رنگا جاتا ہے + عموماً اس طرح بلغم کا امتحان کیا جاتا ہے + مگر جب مشتبہ مواد میں عصی درنیہ زیادہ تعداد میں نہیں ہوتے (جیسا کہ قارورہ، پیپ، مائیت غشاء الصدر[2] وغیرہ میں ہوتا ہے) تو دوسرے وسائل سے عصی درنیہ کی تلاش کی جاتی ہے۔ مثلاً

(۲) تلقیح کے ذریعہ مشتبہ مواد کو حیوانات (ارنب مصری[3]) کے جسم میں (کنج ران کی جلد کے نیچے) داخل کیا جاتا ہے، اور تلقیح کردہ حیوان کو تین ہفتے کے بعد مار کر اس کے غددِ جاذبہ اور احشاء اندرونی کا امتحان کیا جاتا ہے جو بصورت مرض، درنی ثابت ہوتے ہیں یعنی اگر مشتبہ مواد میں جراثیم درنیہ

| | |
|---|---|
| [1] ٹوبرکیولہ موتیہ } ویرو کا بکروجے نیکا | [2] غشاء الصدر۔ پلیورا۔ <br> [3] ارنب مصری۔ گینی پگ۔ |

دسلیہ) پائے جاتے ہیں۔ تو ان حیوانات میں اسکا اثر پورے طور پر ہوجاتا ہے ۔

(۳) رطوبات درنیہ کی ترکیب میں کُریات[1] مائیہ اکثر بہت بڑی مقدار میں پائے جاتے ہیں ۔ یہ طریقہ شناخت مرض یقینی تو نہیں ہے۔ مگر اس سے درن کی موجودگی کا ایک حد تک احتمال ہوسکتا ہے ۔ چنانچہ اکثر رطوبت غشاء الصدر رطوبت باریطون۔ رطوبت اغشیہ دماغ وغیرہ کو اس طریقہ سے دیکھکر تشخیص مرض میں امداد لی جاتی ہے ۔

(۴) بعض اوقات جب مقامی درن ہوتا ہے تو مقام ماؤف کا ایک حصہ قطع کرکے اوسکا امتحان خردبین سے کیا جاتا ہے اور عصی درنیہ کی تلاش کی جاتی ہے ۔

(۵) درنین[2]۔ ابتداءً علامہ کاخ نے درنین اس طریقہ سے مہیا کی کہ حلوئین[3] اور شوربہ کی زمین میں عصی درنیہ کی مصنوعی کاشت اُگاکر اور اوسکو چھان کر عصی درنیہ کو علحدہ کردیا، پھر باقی ماندہ چھنے ہوئے مادہ کو بترکیب مناسب لٹکاکے ہلکا کردیا۔ عصی درنیہ کے جدا ہونے کے بعد اب اس میں صرف سمین[4] غیر خلوی ہی باقی رہ گئی ۔ درنین اسی غیر خلوی سمین کو کہتے ہیں، اور یہ ابتداء ایجاد سے ابتک تشخیص مرض کے لئے مستعمل ہے ۔ اگر پچکاری کے ذریعہ درنین کی تلقیح تندرست انسان میں کی جاوے تو کسی قسم کا اثر نمایاں نہیں ہوتا، لیکن اگر تلقیح کردہ شخص پہلے مریض درن ہے تو پچکاری کے چند ہی گھنٹے کے بعد اوسے تیز بخار پیدا ہوجاتا ہے ۔ درنین کی پچکاری خطرہ سے خالی نہیں ہے اور اوسکا استعمال اوسی وقت جائز ہے جبکہ طبیب کو اس بات کا قطعی یقین ہو کہ معمول

[1] کریات مائیہ۔ لمفوسائٹ۔
[2] درنین۔ ٹیوبرکولین۔
[3] حلوئین۔ گلیسرین۔
[4] سمین غیر خلوی۔ اکزوٹاکسین

ہر قسم کا ثانوی عددی (مثلاً عددی کریات عقدیہ) سے مبرا اور پاک ہے۔ مگر اس ترکیب تشخیص کی دو اصلاح شدہ صورتیں ہیں جو مستعمل ہو سکتی ہیں۔

(الف) تفاعل قال میت بلعم "درنین کے ہلکے محلول رسائل میں ایک یا دو قطرہ میں ایک) کے ایک دو قطرے مشتبہ مریض کی آنکھ میں ڈالے جائیں۔ اگر مریض درنی ہے تو چند ہی گھنٹہ کے بعد اس کی آنکھ میں خفیف آشوب چشم (التہاب ملتحمہ) شروع ہوگا اور چوبیس گھنٹے کے اندر رفع بھی ہو جائے گا۔

انتباہ۔ یہ ترکیب بعض اوقات خطرہ سے خالی نہیں۔ کیونکہ گاہے اس کے اثر سے شدید التہاب ملتحمہ۔ تقرح قرنیہ وغیرہ نمودار ہو کر آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اگرچہ یہ حادثہ بہت شاذ ہوتا ہے۔

(ب) "وان فرکیط" کا تفاعل جلدی۔ یہ ترکیب خطرہ سے خالی ہے۔ جلد کو خفیف سا کھرچ کر اوپر درنین کے محلول (۲۰ یا ۲۵ فی صدی طاقت کا) کے چند قطرے خارجی طور سے لگا دیے جائیں۔ اگر مریض درنی ہے تو چوبیس سے ۴۸ گھنٹے کے اندر اس مقام پر ایک چھوٹا سا ابھار (حلمہ) نمودار ہو جائیگا جس کے گرد احتقان دموی کے باعث سرخی محیط ہوگی۔ یہ ذریعہ تشخیص بچوں میں خصوصاً بہت مفید ہوتا ہے۔ لیکن بعض اوقات جبکہ درنی مادہ نہایت خفیف طور پر نظام بدن میں موجود ہو تو اس عمل کا نتیجہ مثبت ظاہر نہیں ہونے پاتا۔

علاج درن میں درنین کا استعمال بکیفیت "مادہ تلقیح جراثیمی کے" ابتک

| | |
|---|---|
| ۱؎ کریات عقدیہ۔ لمفو سائٹ۔ ۲؎ تفاعل قال میت۔ کال مٹ ری ایکشن۔ | ۳؎ وان فرکیط کا تفاعل جلدی۔ وان فرکیو سٹس سکن ری ایکشن۔ ۴؎ مادہ تلقیح۔ ویکسین۔ |

کامیاب ثابت نہیں ہوا ہے بلکہ نہایت خلاف اُمید اور بہت مشکل ثابت ہوئے ہیں۔ مختلف صورتوں میں ددنین کی اصلاح کرکے نئے نئے مرکبات تلقیحی ایجاد کیے گئے ہیں جن میں سے بعض بظاہر اُمید افزا معلوم ہوتے ہیں۔ (اسکا بیان آیندہ آے گا)۔

(۶) **معیار ملذذات**[1] کے ذریعہ اوقات درن کی تشخیص میں امداد ملتی ہے (ملاحظہ ہو باب جراثیم۔ بیان اجسام ملذذہ) تندرست شخص میں یہ معیار ۱۶ اور ۱۲ کے درمیان کم و بیش قایم رہتا ہے، مگر جب ان اعداد کی حد سے اوپر یا نیچے معیار پایا جائے تو مرض کا شبہہ ہونا چاہیے، اور جب دن بدن اس معیار میں بہت نمایاں اختلاف یا کمی بیشی متواتر نظر آئے تو یہ درن کے بڑھنے کی علامت ہے۔

**درن کی تشریحی ماہیت**۔ درن میں جو ممتاز مخصوص ساخت بن جاتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے دانے یا گرہیں ہیں جنکو درنہ[2] کہتے ہیں۔ یہ دانے جوار کے دانوں سے مشابہ ہوتے ہیں اس لیے انکو درنۂ دُخنیہ کا نام دیا گیا ہے۔

**درنۂ دُخنیہ**۔ چھوٹے چھوٹے بھورے رنگ کے دانے ہوتے ہیں۔ ہر دانہ چند خلیات[3] کے اجتماع سے بن جاتا ہے۔ عصی درنیہ جسم کی ساختوں میں عروق (خون کی رگوں) کے ذریعہ پہونچتے ہیں۔ عصی درنیہ کی تحریک سے عروق کے بطانہ (اندرونی جھلی) اور عروق کے گرد لیفی ساخت اور لیفی غلافوں میں ہیجان اور تغیر و تبدل واقع ہوتا ہے جس سے مقام ماؤف میں خلیات کا اجتماع ہو جاتا ہے۔ یہ خلیات خون کے سفید دانوں (کریات بیضاء) سے ذرا بڑے ہوتے ہیں۔

---

[1] معیار ملذذات۔ آپسونک انڈکس۔ }

[2] درنہ۔ ٹیوبرکل۔

[3] خلیات۔ کریات۔ سیلز۔

اور دراصل انکا مولد وماخذ وہی خلیات ہیں جنسے بطانۂ عروق اور علاقات عروق کی لیفی ساخت مرکب ہے ۔ ان مجتمع شدہ خلیات میں سے ایک خلیہ حجم میں ترقی کرکے یا چند خلیات اپنے انفصال سے ایک بڑا خلیہ (خلیۂ عظیمہ[1]) پیدا کر دیتے ہیں یہ خلیۂ عظیمہ درنہ کے عین مرکز میں واقع ہوتا ہے اور اس کے اندر بہت سے نواۃ ہوتے ہیں جو اس کے محیط کے پاس ایک نظم و ترتیب کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں ۔ خلیۂ عظیمہ کے اندر عصی درنیہ بھی ہوتے ہیں ۔ خلیۂ عظیمہ کے گرد اگرد بشری قسم کے کریات تہ در تہ محیط ہوتے ہیں ۔ جن سے باہر کی طرف بہت سے خون کے سفید دانے پائے جاتے ہیں ۔ یہ سفید دانے انگوری ساخت کے اندر سے گذرتے ہوئے مقام ماؤف کی طبعی ساخت میں منتقل ہو جاتے ہیں ۔

درنہ کی مندرجۂ بالا ترکیب ساخت ہر صورت میں نہیں دیکھی جاتی اور گاہے خلیۂ عظیمہ غیر موجود بھی ہوتا ہے ۔ درنہ کی ساخت کے اندر خون کے عروق نہیں گذرتے اور آس پاس کے عروق بھی التہاب بطانہ کے باعث بہت سکڑے ہوئے اور تنگ یا بالکل مسدود پائے جاتے ہیں ۔ لہٰذا قلت خون اور نقص تغذیہ کے باعث درنہ میں فساد واقع ہونے کی استعداد زیادہ ہوتی ہے ۔

درنہ کے مدارج ارتقائی اور خاتمہ ۔ جب درنہ مکمل طور سے کسی مقام پر بن جاتا ہے تو عصی درنیہ کی حدت سمیہ اور مریض کے درجۂ مقاومت[2] کے لحاظ سے اوسکا خاتمہ مختلف طور پر ہوتا ہے ۔

(۱) التحام فطری[3] بتلیف[4] ، (لیفی ساخت بن جانا) جب عصی درنیہ شدید سمیت نہیں رکھتے اور مریض کی قوت مقابلہ کافی ہوتی ہے تو درنہ کا دانہ لیفی ساخت

| | |
|---|---|
| [1] خلیۂ عظیمہ ۔ جائنٹ سیل ۔ | [3] التحام فطری ۔ نیچرل ہیلنگ ۔ |
| [2] قوت ۔ ریزسٹنس ۔ | [4] تلیف ۔ فائبروسس ۔ |

میں مبدل ہو جاتا ہے +

(۲) فساد جبنی - (تجبن) جب عصی درنیہ سمیت شدید رکھتے ہوں اور مریض کی قوت معاودت (قوت مقابلہ مرض) ناقص ہو تو درنہ میں فساد شحمی واقع ہوتا ہے۔ اور اسکا مرکزی حصہ نرم اور زرد ہو جاتا ہے + اس تبدیلی کے دوگونہ اسباب ہیں (۱) عصی درنیہ کے اثر سے طبعی ساخت فاسد ہونے لگتی ہے۔ (۲) التہابِ بطانۂ شرائین کے باعث ساختِ ماؤف میں قلتِ خون اور نقص تغذیہ واقع ہو جاتا ہے + چنانچہ ان ہر دو اسباب سے درنہ کا مرکزی حصہ نرم ہوکر جبنی (پنیر نما) ہو جاتا ہے + اسیطرح قرب وجوار کے ادران بھی نرم ہو جاتے ہیں +

فساد جبنی اس حد تک پہونچکر بھی گاہے اچھا ہو جاتا ہے۔ قرب وجوار کی ساختوں میں الیاف نمودار ہوکر درنہ کی جبنی رطوبت کو گھیر لیتے ہیں۔ اور پھر یہ رطوبت بتدریج خشک ہو جاتی ہے۔ بلکہ گاہے وہ چونہ کی طرح خشک منجمد ہو جاتی ہے۔ (تحجر تکلس) اس حالت میں شفاء پوری ہوتی ہے۔ مگر بعض اوقات اس خشک مادہ کے اندر بھی عصی درنیہ زندہ پائے جاتے ہیں اور اوس کے گرد کا غلاف اگر چوٹ یا ضرب سے ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے تو گاہے سوتا ہوا خشک درنہ سالہا سال کے بعد بھی از سر نو زندہ اور تازہ ہوکر اعادۂ مرض کا باعث ہو جاتا ہے +

(۳) خراج درنی۔ مگر بیشتر حالات میں درنہ کے اندر فساد جبنی واقع ہونے کے بعد قرب وجوار کی معمولی ساختیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں۔ ایک درنہ پھیل کر دوسرے

| | |
|---|---|
| ۱؎ فساد جبنی۔ تجبن۔ کیسی ایشن (پنیر پنجانا)۔ | ۳؎ تحجر تکلس۔ کیلسی فیکیشن۔ |
| ۲؎ التہاب بطانۂ شرائین۔ انڈآرٹرائی ٹس۔ | ۴؎ خراج درنی۔ ٹیوبرکولر ایبسس۔ |

ذرینہ سے مل جاتا ہے، درمیان کی ساخت بھی استحالہ جبنی سے نرم بن جاتی ہے اور اس طرح ایک بڑے حجم کا جبنی قطعہ ہو جاتا ہے جس میں گاڑھے ترشحات و رطوبات کا انصباب ہو جاتا ہے۔ اور یہ ایک مزمن خراج مدی بن جاتا ہے۔ اس قسم کے مزمن پھوڑے یوں تو ہر مقام پر بن سکتے ہیں۔ مگر بیشتر ہڈیوں (عظام) جوڑوں (مفاصل) اور غدد مائیہ[1] (جاذبہ) میں زیادہ تر پائے جاتے ہیں۔ ان میں اکثر گاڑھی پیپ کے ساتھ شحمی (چربیلے مواد) کے جمے ہوئے ٹکڑے پائے جاتے ہیں اور خراج حاد کے پیپ میں تو عصی درنیہ بھی خوردبین سے نظر آ سکتے ہیں۔ خراج مزمن کے مواد میں عصی درنیہ چونکہ کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ اس لیے بمشکل نظر آتے ہیں۔ مگر تلقیحی تجربات[2] سے اونکی موجودگی کی تصدیق ہو سکتی ہے۔

جراثیم صدیدیہ کے حملہ (ثانوی صددی[3]) سے بھی درنہ میں پیپ بن سکتی ہے۔ یہ عمل فساد جبنی سے بالکل مختلف اور مریض کے لیے زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ صددی ثانوی کے پھوڑے کی پیپ بھی خراج حاد کے پیپ کے مشابہ ہوتی ہے۔ مگر اس میں عصی درنیہ کی موجودگی ثابت کرنے کے لیے تلقیحی تجربات کی ضرورت پیش آتی ہے۔

خراج مزمن۔ جب درنہ میں بتدریج بنتی ہے اور وہ پھوڑا بن جاتا ہے تو یہ ایک نرم و لچکدار بڑھتے ہوئے ورم کی صورت میں نمایاں ہوتا ہے جس میں تموج[4] پایا جاتا ہے۔ اعصاب اور دیگر ذی حس ساخت پر اسکا دباؤ پڑنے سے درد بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر یہ پھوڑا سطحی ہے تو یہ جلد بدنی کی سطح میں منہ کر کے پھوٹ پڑتا ہے اور پیپ اور جبنی مواد خارج ہونے کے بعد۔ اگر مریض

۱۔ غدد مائیہ۔ لمفے ٹک گلینڈز۔
۲۔ تلقیحی تجربات۔ اناکولیشن ایکسپرمینٹ۔
۳۔ صددی ثانوی۔ سکنڈری انفکشن۔
۴۔ تموج۔ فلکچوایشن۔

کی صحت عامہ درست ہے تو بتدریج اسکا زخم مندمل ہو جاتا ہے۔ لیکن اکثر اسکا جبنی مواد کلی طور پر خارج نہیں ہونے پاتا اور درنی ساخت اکثر اندر باقی رہجاتی ہے اس حالت میں اسکا زخم اچھی طرح مندمل نہیں ہونے پاتا اور ایک قرحۂ دبہیلہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی قسم کے قروح اغشیۂ مخاطیہ[1] کے درن میں ہو جاتے ہیں۔ بہرحال قروح درنیہ جس مقام پر ہوں ایک ممتاز ہیئت و شکل کے ہوتے ہیں۔ ان کا حاشیہ[2] ناہموار اور کنارے کھو کھلے اور متورم ہوتے ہیں۔ زخم کے اندر جو انگور ہوتے ہیں ان میں جبنی مواد کے مراکز ہوتے ہیں۔ ان جبنی ٹکڑوں کو کھرچ کر جدا کرنے کے بعد ہی قرحہ مندمل ہو سکتا ہے۔

لیکن عمیق خراج درنی عضلی غلافوں (لفائف) کی سطحوں کے متوازی پہلے اندر ہی اندر پھیلتا ہے اور اپنی جائے پیدائش سے کہیں دور بیرونی سطح پر نمودار ہو کر منہ کرتا اور پھوٹ پڑتا ہے۔ مثلاً ریڑھ کی ہڈی کا مزاج درنی عضلات کمر (صلبیہ)[3] کے لفائف میں دور تک پھیل کر پھر اصلی مرکز سے دور دراز مقام پر منہ کرتا ہے۔ اس قسم کے پھوڑوں میں نشتر لگا کر پیپ خارج کرنے کے بعد عرصہ تک پیپ جاری رہتی ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ اصلی مرکز عفونت مقام نشتر سے بہت فاصلہ پر ہوتا ہے اور اوس جگہ تک رسائی مشکل ہوتی ہے۔

**خراج درنی کا قدرتی التحام۔** درنی پھوڑے سطح تک پہونچکر ہر حالت میں منہ نہیں کرتے۔ بلکہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ اس کے مادہ کا رقیق مائی حصہ خشک ہو جاتا ہے اور جبنی مواد کے ٹکڑے خشک ہو جاتے ہیں۔ بلکہ چونے

---

[1] قرحہ درنیہ ٹیوبرکلر السر [1] اغشیہ مخاطیہ میوکس ممبرین
[2] حاشیہ مارجن۔
[3] عضلات قطنیہ / صلبیہ } سوئس مسل۔

جیسے مادہ میں تبدیل ہوکر خشک ہوجاتے ہیں اور انکے گرد ایک جھلی کا غلاف محیط ہوجاتا ہے ۔ جیسا کہ اوپر بیان ہوچکا ہے ان میں سالہاسال کے بعد ہی کسی تحریک کے باعث التہاب دوبارہ تازہ ہوجاتا ہے اور یکایک اس میں پیپ پڑجاتی ہے ۔ اس حالت میں اس پھوڑے کا نام خراج[1] باقی رکھا جاتا ہے۔ لیکن یہ عموماً زیادہ خطرناک نہیں ہوتے اور نشتر سے ان کو کھول کر اور خوب دھوکر صاف کردینے سے اندمال ہوجاتا ہے ۔

لیکن تدرن کا خاص خطرہ اور سکا رجحان توسیع[2] وانتشار ہے، جو اس کی ممتاز خصوصیت ہے ۔ اس قسم کا پھیلاؤ کئی نوع کا ہوتا ہے ۔

(الف) مقامی طور پر۔ درنہ براہ راست اپنی محدود اور اصلی جگہ سے بڑھتا ہوا وسیع ہوجاتا ہے ۔

(ب) اعضاء بعیدہ۔ درنہ کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے شدہ کی صورت میں اپنی اصلی جگہ سے بہت دور دور دراز مقامات میں پہونچکر اعضاء بعیدہ میں منتقل ہوجاتے ہیں ۔ چنانچہ بہت ممکن ہے کہ ہڈیوں۔ جوڑوں یا غدد جاذبہ کے سلی مرض سے سل رئوی[3] ہوجائے۔ اسی طرح اعضاء تولید وتناسل کے مرض سے اغشیہ دماغ میں تدرن ہوجائے ۔

(ج) انتشار عام۔ درنہ سارے نظام جسم میں منتشر ہوکر پھیل جاتا ہے اور حاد تدرن[4] عام پیدا کردیتا ہے۔ اس طرح تمام بدن کے اندر درنی دانے پیدا ہوجاتے ہیں مریض جلد لاغر ہوجاتا ہے۔ بخار باری کی شکل کا آتا ہے۔ اکثر اسہال۔ تنگی تنفس ہذیان اور قوما ہوجاتا ہے۔ اور مریض چند ہفتوں میں ہلاک

---

[1] خراج باقی۔ ریسائڈوال ابسس۔
[2] توسیع وانتشار۔ ڈفیوژن۔
[3] سل رئوی۔ تھائی سس۔
[4] حاد تدرن عام۔ ایکیوٹ جنرل ٹیوبرکیولوسس

ہو جاتا ہے۔

علاج تدرن۔ ابتداً تدرن کے علاج میں جراحی اعمال اختیار کرنے کا طریقہ بہت رائج تھا۔ لیکن جدید تحقیقات وتجربات نے ثابت کر دیا ہے کہ اس مرض کے علاج میں زیادہ تر مریض کی قدرتی قوتِ مقاومت والتحام کو ہی دخل ہے۔ لہٰذا جراح کو لازم ہے کہ وہ تمام وسائل اختیار کرے جن سے مریض کی صحت عامہ درست ہو۔ مقامی اور عمومی علاج سے مریض کی قوت مقابلہ کو مدد پہونچائے اور جراحی عملیات صرف اُن چند مستثنیات میں اختیار کرے جن میں مقامی وعمومی علاج سے فائدہ ظاہر نہ ہو۔

(۱) عمومی علاج۔ کا خاص اُصول یہ ہے کہ مریض کو بکثرت صاف و تازہ ہوا اور دھوپ کی روشنی پہونچائی جائے جو جراثیم سے پاک ہو۔ مثلاً دریائی اور ساحلی آب وہوا۔

پہاڑی آب وہوا بھی اسیطرح مفید ہوتی ہے۔ بشرطیکہ جنگل بہت گھنا اور مرطوب نہ ہو۔ زمین دلدل کی نہ ہو، اور دھوپ کی روشنی کافی مقدار میں میسر ہو۔ اگر ساحل اور دیہات کی آب وہوا میسر نہ ہو تو بڑے شہروں کے مضافات میں باغوں کی ہوا اور کافی روشنی بھی مفید اثر رکھتی ہیں۔ یہ بھی ممکن نہ ہو تو شہروں کے مکان کی چھتوں اور چاندنیوں پر مریض کو ہوا اور روشنی دیجائے مریض کو گرم لباس اور لحاف وغیرہ سے خوب ڈھانک کر اور منہ کھلا رکھکر ہوا میں رکھنا چاہئے۔

تازہ وخوشگوار ہوا اور روشنی کے علاوہ مریض کو غذا نہایت مقوی اور بافراط دینی چاہئے، مثلاً دودھ، انڈے، بالائی۔ تازہ گوشت (جو بہت پکا اور گلا ہوا نہو) روغنیات، گھی، مسکہ وغیرہ جس سے بدن کا وزن بڑھے اور قوت قایم

رہے۔ مریض کا وزن ہر ہفتہ لینا چاہیے تاکہ مرض کی حالت کا اندازہ ہوتا رہے۔ (وزن بڑھنا بہت اچھی علامت ہے)۔

جسمانی ورزش و محنت نہایت سختی کے ساتھ محدود کر دینی چاہیے تاکہ مریض کی طاقت ضائع نہ ہو، عرصہ تک آرام و سکون و اطمینان میں مریض کو رکھنا چاہیے یا حسب ضرورت آرام کرسی یا ڈولی پر باغ میں سیر کے لیے بھیجنا چاہیے۔

**مقوی ادویہ۔** مثلاً روغن ماہی[1]، مرکبات نورین[2]، مرکبات بنفشین[3] و فولاد (حدید بنفش امیتیز[4]) گوآئے کال (جیاکول[5]) سنکھیا کے مرکبات، اور دیگر مقویات کا استعمال کرنا چاہیے۔

**علاج بالتلقیح۔** درنین[6] جو علامہ کاخ کی ایجاد ہے، تدرن کے علاج میں اپنی ابتدائی صورت میں ناکامیاب ثابت ہو چکی ہے۔ درنین کی مختلف صورتیں مستعمل رہ چکی ہیں، جس میں اصل یہ تھا کہ عصی درنیہ کو سفوف کر کے حل کر لیا جائے۔ اس طرح جراثیم کے خلوی سمین[7] بھی درنین کے اندر شامل ہوتی تھی۔ درنین قدیم[8] (درنین علوی) تیار کرنے کی ترکیب یہ تھی کہ جدید مصنوعی کاشتوں کے اندر سے عصی درنیہ کو نکال کر خشک کر لیا جاتا تھا، پھر ان میں پانی ملا کر مبعد مرکز[9] نامی کل کے ذریعہ خوب ہلا کر اوپر کے صاف پانی کو رسوب سے علیحدہ کر لیا

---

[1] روغن ماہی۔ کاڈلیور آئل۔

[2] نورین۔ فاسفورس۔

[3] بنفشین۔ آیوڈین۔

[4] حدید بنفش امیتیز۔ آیوڈائڈ آف آئرن

[5] جیاکول۔ گوآئے کال۔ (ایک بے رنگ روغنی مادہ ہے جو کریازوٹ (حافظ لحوم) سے بنایا جاتا ہے۔ حافظ لحوم ایک شفاف سمی روغن ہے جو قطران خشبی (وڈ ٹار) سے نکالا جاتا ہے)

[6] درنین۔ ٹیوبرکولین۔

[7] خلوی سمین۔ انڈوسیلولر ٹاکسین۔

[8] درنین قدیم } ٹیوبرکولین اولڈ۔ درنین علوی } ٹیوبرکولین اوپر۔

[9] مبعد مرکز۔ سنٹری فیوگل مشین۔

جاتا تھا۔ یہ صاف پانی درزین قدیم ہے۔ جس کی تلقیح کی جاتی تھی۔ مگر درزین قدیم سے خاطر خواہ کامیابی نہیں حاصل ہوئی، لہٰذا اس میں مختلف ترمیمیں کی گئی ہیں۔

درزین رسوبی (درزین ثفلی) پہلے طریقہ مندرجہ سے خشک عصبی درنیہ کو خوب پیسکر پانی ملا دیا جاتا ہے اور حاصل شدہ محلول کو شیشہ کی نلی میں رکھکر آلہ مذکور میں خوب گھمایا جاتا ہے۔ چکر دینے سے رسوب نیچے تہ نشین ہو جاتا ہے اور صاف پانی اوپر آجاتا ہے (اوپر کا پانی درزین قدیم ہے) اب اس صاف پانی کو خارج کر دیا جائے اور پھر جمے ہوئے رسوب کو پانی ملاکر حل کیا جاوے اور آلہ مذکور میں گھمایا جائے۔ جو صاف پانی حاصل ہو اوسکو محفوظ رکھا جاوے۔ اسیطرح کئی مرتبہ کرکے صاف پانی نکال نکال کر علیحدہ رکھ لیا جاوے، حتیٰ کہ سارا رسوب پانی میں منحل ہو جائے اور نلی کی تہ میں رسوب کا کوئی حصہ باقی نہ رہے۔ اب ان سب کو یکجائی طور پر مجتمع کر لیا جاوے۔

درزین جدید۔ خشک کردہ عصبی درنیہ کو پیسکر ملوین اور پانی میں ملاکر مخلوط کر لیا جاوے۔

مندرجۂ بالا طریق پر انسانی اور حیوانی عصبی درنیہ دونوں سے تلقیحی مادے طیار کیے گئے ہیں اور ایک مخلوط قسم بھی بنائی گئی ہے جس میں حیوانی اور انسانی دونوں قسم کی درزین مخلوط ہوتی ہے اور جسے "درزین مخلوط" کہا گیا ہے۔

تدرن کے مختلف اقسام میں درزین کا استعمال کیا جاتا ہے جس کی مقدار بلحاظ

---

| | |
|---|---|
| ۱؎ درزین رسوبی } ٹیوبرکولین۔ | ۳؎ ملوین۔ گلیسرین۔ |
| درزین ثفلی } رزی ڈو۔ | ۴؎ درزین مخلوط۔ پی۔ ٹی۔ او۔ |
| ۲؎ درزین جدید۔ نیو ٹیوبرکولین۔ | گلیسرس ٹیوبرکولین۔ |

قسم و شدت مرض مختلف ہوتی ہے۔ جراحی درن[1] میں اصولاً بہت کم مقدار کی تلقیح کرنی چاہیئے۔ درنین کا استعمال اندرونی (منہ کی راہ سے) بھی کیا جاتا ہے اور مفید نتائج پیدا کرتا ہے۔ تلقیح کے نتائج اور ٹھیک مقدار استعمال کے لیے مریض کے معیار ملذذات[2] کا امتحان وقتاً فوقتاً کرتے رہنا چاہیئے۔ علاوہ ازیں مریض کی نبض، حرارت بدنیہ، اور بدنی وزن وغیرہ سے بھی پچکاری کی مقدار کے کم و بیش کرنے کا اندازہ ہوسکتا ہے۔ پچکاری دس سے چودہ دن کے وقفہ سے کم میں نہیں دینا چاہیئے، اور جب مریض درن میں مخلوط عدوی[3] موجود ہو تو درنین کی پچکاری کا استعمال نہیں کرنا چاہیئے۔ درنین جدید کے استعمال سے بعض مرضی میں اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں، مگر بہت سے مریضوں میں مایوس کن نتائج ملے ہیں۔ لہٰذا اس مرض کے علاج میں آب و ہوا اور مقویات وغیرہ (جن سے صحت عامہ درست ہوتی ہے) مقدم ہیں اور جو جراحی عمل ضروری ہوں ان سے بھی فائدہ اُٹھانا چاہیئے۔

(۲) مقامی علاج (غیر جراحی۔ غیر عملی) سب سے زیادہ مقدم امر یہ ہے کہ تمام مراکز درن کو ہر قسم کے خارجی و داخلی ہیجان و لذع سے محفوظ رکھا جاوے لہٰذا عضو ماؤف کو آرام و سکون دیکر بالکل غیر متحرک رکھا جاوے، اور اوس پر کسی قسم کا دباؤ نہ پڑنے دیا جاوے۔ درنی مفاصل کو لصقۂ باریس[4] یا جبائر (تختیوں)[5] کی مدد سے غیر متحرک رکھنا چاہیئے۔ جب ریڑھ کی ہڈی یا اطراف (ہاتھ پاؤں) ماؤف ہوں تو بدن کا وزن اونپر نہ پڑنے پائے یا حتی الامکان کوشش کی جائے کہ کم پڑے

[1] جراحی درن۔ سرجیکل ٹیوبرکل۔
[2] معیار ملذذات۔ آپسونک انڈکس۔
[3] مخلوط عدوی۔ مکسڈ انفکشن۔
[4] لصقۂ باریس۔ پلاسٹر آف پیرس۔
[5] جبائر۔ اسپلنٹس۔

اس غرض سے مریض کو بٹھا کر رکھا جاوے یا دیگر مناسب وسائل اختیار کیے جائیں
جب خصیتین میں مرض ہو تو انکو لنگوٹ یا اسی قسم کی پٹی سے اٹھا کر رکھا جائے
تاکہ بوجھ کم پڑے +

عددی ثانوی کے اختلاط سے روکنے کے لئے احتیاط برتی جائے، خصوصاً جبکہ غدد ما نیہ (جاذبہ) متورم ہوں + جب گردن کے غدد ماؤف ہوں تو لبوں، دانتوں، اور کانوں کے امراض کی باحتیاط خبرگیری کرنی چاہیے + اگر لوزتین بڑھے ہوئے ہوں یا بچوں میں حلق اور ناک کے اندر ورم غددی (غدئیدہ[1]) ہو تو انکو قطع کرکے خارج کردینا چاہیے تاکہ ان مقامات سے جراثیم نہ پھیل سکیں +

مندرجہ بالا وسائل کے علاوہ مقامی طور سے دافع التہاب وسائل اختیار کیے جاویں خصوصاً تہیج[2] مقابل یعنی امالہ (جسکا بیان علاج التہاب میں آچکا ہے) کے پیدا کرنے کے لیے مختلف ترکیبیں اختیار کرنی چاہئیں + مثلاً آبلہ ڈالا جائے بنفشین[3] کی پھریری لگائی جائے۔ اسادۂ[4] اسکوت استعمال کی جائے (یعنی علامہ اسکوت کے طریقہ پر مرہم پٹی کی جائے۔ جس میں مروخ[5] پارہ مرکب استعمال کیا جاتا ہے) یا احتقان قہری پیدا کرنے کے لیے علامہ بیر کا طریقہ اختیار کیا جائے۔ (جسکا بیان علاج التہاب میں درج ہو چکا ہے) امل نفشی[6] کی زیر جلد پچکاری بھی کی جائے۔ یا جست[7] اخضر آمیز کا استعمال کیا جائے۔ الغرض ان تراکیب سے مقام ماؤف

---

[1] غدئیدہ۔ ایڈی نائڈ۔

[2] تہیج مقابل۔ کاؤنٹر اری ٹیشن۔

[3] بنفشین۔

[4] اسادۂ اسکوت۔ اسکاٹ ڈریسنگ۔

[5] مروخ پارہ مرکب۔ مرکیوریل آئنٹ منٹ کمپونڈ۔

[6] امل نفشی۔ آیوڈوفارم۔

[7] جست اخضر آمیز۔ کلورائڈ آف زنک۔

میں خون کی زیادتی پیدا کر کے طبعی فعل التحام کو تیز کرنے کی کوشش کی جائے ۔

(۳) علاج جراحی ۔ جب مندرجہ بالا وسائل و مقامی مہیّجات وغیرہ بے سود ثابت ہوں ۔ یا دورانِ مرض میں اتفاقی عوارض مثلاً تقیح یا خراج وغیرہ پیدا ہو جائیں ، یا جب مرض کی رفتار اسقدر تیز اور وسیع ہو کہ صرف مریض کی قدرتی قوت مقاومت قوتِ التحام سے ازالہ مرض کی اُمید نہ ہو سکتی ہو تو اعمال جراحیہ کا اختیار کرنا ضروری ہے ۔ یہ ظاہر ہے کہ عملِ جراحی کے ذریعہ مرکز درن کا کلی استیصال[1] ایک قطعی علاج ہے ۔ خصوصاً بعض صورتوں میں تو صرف یہی طریقہ موزوں ہے ، مثلاً گردن کے متورم اور بڑھے ہوئے غدد جاذبہ کا کلیتہً خارج کر دینا بہت ضروری اور کامیاب طریقہ ہے ، ہڈی اور مفاصل کے تدرن میں سڑی ہوئی ہڈی یا ماؤف مفاصل کو عمل شق[2] کے ذریعہ تمام و کمال خارج کر دینا چاہئے ۔ لیکن اس قسم کے عمل میں کئی باتوں کا لحاظ کرنا پڑتا ہے ، مثلاً عمل جراحی کے خطرات ، ایک مرکز محدود سے مرض کے پھیلنے کا امکان ، زخم اور اوس کے قرب و جوار کی ساختوں میں تدرن کے تعدیہ کا احتمال ، اور عمل جراحی کے بعد عضو معمول کے قدرتی فعل میں کمی یا نقص پیدا ہونے کا اندیشہ وغیرہ ۔ مرکز درن کے انقطاع کے بعد خاطر خواہ نتیجہ کا حاصل ہونا ہر حالت میں یقینی نہیں ہے علاوہ ازیں اس عمل کے بعد عرصہ تک علاج جاری رکھنا پڑتا ہے ۔

لہذا عمل جراحی کے اختیار کرنے سے پہلے مندرجۂ ذیل امور کے متعلق کافی غور و خوض کر لینا چاہئے :۔

(۱) مرض کس درجہ میں پہونچ چکا ہے ۔ ابتداء مرض یا اوسکا آخری درجہ ہے ؛ (۲) مرض کی وضع قیام اور اوسکا پھیلاؤ اور حدود کہاں تک ہیں ؛ (۳) نوعیت مرض

---

[1] استیصال ۔ اکسٹرپےشن ۔

[2] شق ۔ اکسی ژن ۔

کیا ہے؟ یعنے وہ بہت تیز ہے یا مزمن؟ (۴) مریض کی ذاتی قوت مقاومت کیسی ہے؟ (۵) جن حالات میں علاج ہو گا وہ قانون صحت کے مطابق کہاں تک ہیں؟

**عملیاتِ جزئیہ**[1]۔ بعض اوقات مرکز مرض کو تمام وکمال خارج کرنا ممکن نہیں ہوتا ہے تو ماؤف حصہ کو محدود و مختصر طور سے کاٹ اور کھرچ کر خارج کرنے کی کوشش کیجاتی ہے۔ اور پھر مقام ماؤف پر دافع عفونت ومطہر ادویہ لگا دی جاتی ہیں۔ مثلاً محلول حامض قطرانی[2]، شیرہ نمل منفشئی[3] کی بتی وغیرہ۔ اور اس کے بعد زخم کو مندمل ہونے کا موقعہ دیا جاتا ہے۔ سڑی ہوئی ہڈیاں، غدد، ناسور وغیرہ کو اسیطرح کم وبیش کھرچا جاتا ہے اور نتائج اچھے حاصل ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ساتھ تازہ صاف اور کھلی ہوئی ہوا میں مریض کو رکھا جاتا ہے۔

جبکہ مریض ایک سے زائد مراکز مرضیہ رکھتا ہے، مثلاً سل ریوی کے ساتھ ساتھ کوئی جوڑ یا خصیتین مبتلا ہوں، تو اکثر عام علاج سے چنداں فائدہ نظر نہیں آتا۔ ایسی حالت میں مناسب ہے کہ کسی ایک مقامی مرکز کو عمل جراحی کے ذریعہ خارج کر دیا جاوے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مریض کی رفتار صحت میں نمایاں ترقی واقع ہو جاوے۔

مخصوص مقامات اور خاص خاص اعضاء واحشاء کے درن کا علاج آئندہ صفحات میں مناسب موقعہ سے درج ہو گا۔ (دیکھو امراض جلد، امراض عظام، امراض مفاصل، امراض غدد، امراض گردہ، امراض خصیتین وغیرہ)۔

---

**مزمن خراج درنی کا علاج**۔ یہ مجذ ذ مقام ماؤف کی وضع قیام اور عضو مؤف

---

[1] عملیہ جزئیہ۔ پارشل اوپریشن۔
[2] حامض قطرانی۔ کاربولک ایسڈ۔
[3] نمل منفشئی۔ آیوڈوفارم۔

کی مخصوص حالت کے مختلف ہے۔ مزمن سطحی خراج کا علاج نسبتاً آسان ہے، کیونکہ وہاں تک رسائی آسان ہے۔ مگر عمیق[1] خراج، مثلاً وہ پھوڑا جو ریڑھ کے ستون کی ہڈی کے وزن سے وابستہ ہو، زیادہ دقت طلب ہے اور اوس میں زیادہ احتیاط کی ضرورت ہے۔ تاکہ عددی اصدیدیہ[2] نہ ہونے پاوے (یعنی معمولی پیپ کے جراثیم نہ داخل ہوجائیں۔ جو ایک بڑی صورت ہے)۔

(۱) خارجی مزمن خراج، بعض حالات میں، مثلاً غدد جاذبہ کا پھوڑا، بہت آسانی سے تمام وکمال چیر کر قطع کیا جا سکتا ہے۔

(۲) جب جلد پتلی ہو اور نیچے کے پھوڑے کے باعث کھوکھلی ہو چکی ہو اور پھوڑا سطح پر منہ کر رہا ہو۔ تو اوسکا منہ کھولے بغیر چارہ نہیں۔ لہٰذا اوسکا علاج یہی ہے کہ چیر کر منہ کھول دیا جائے۔ اور اوس کے خول کو خوب کھرچ کر خراب شدہ جلد کو تراش دیا جائے۔ اوس کی گہرائی میں دافع تعفن ادویہ (مطہرات) مثلاً خالص حامض قطرانی یا جست اخضر آمیز (۱۰ قمحہ ایک اوقیہ میں) وغیرہ لگا کر نل بنفشی کی بتی بھر دی جاوے اور زخم کو آہستہ آہستہ نیچے سے بھرنے دیا جائے۔ ایسی حالت میں اندمال زخم بہت دیر سے ہوتا ہے۔ اصولاً درنی پھوڑے کو ایسے درجہ تک ہرگز نہ بڑھنے دیا جائے کہ اوسکا منہ اس طرح کھولنے کی ضرورت پیش آئے۔

(۳) مزمن عمیق خراج۔ جو بہت گہرائی میں واقع ہو اور اوس کے اوپر تندرست وصحیح ساخت ہو، اوس کے علاج کا طریقہ یہ ہے کہ پھوڑے کی رطوبت کو خارج کیا جائے اور اوس کے گرد کی اندرونی جھلی کو جسقدر ہوسکے کھرچ کر نکال دیا جائے اور پھر اوس کے اندر کسی دافع تعفن دوا (مثلاً حاوین ونل بنفشی) کی پچکاری لگا کر زخم

[1] عمیق خراج۔ ڈیپ ایبسس۔

[2] عددی اصدیدیہ۔ پایوجے نک انفکشن۔

کوٹانکوں سے مسدود کر دیا جائے + بیشتر حالات میں یہ مقصد عمل بزل[1] کرنے سے پورا ہو جاتا ہے جس میں آلہ بازلہ[2] اور ابرۂ مجوف[3] کا استعمال کیا جاتا ہے + اسکا طریقہ یہ ہے کہ پہلے پھوڑے کی بیرونی سطح کے اوپر کے چمڑے کو نشتر سے چیرا جاتا ہے، پھر جلد کے نیچے کی ساخت کے اندر آلہ بازلہ اور جوفدار سوئی کو داخل کرکے پھوڑے کی گہرائی تک ترچھا سوراخ کر دیا جاتا ہے۔ جس سے تمام پیپ و رطوبت بازلہ کے ذریعہ باہر نکل آتی ہے + پھر گرم سیال نمکین سے پھوڑے کی گہرائی کو خوب دھو دیا جائے اور باہر سے خوب دبا کر اور نچوڑ کر پھوڑے کے گاڑھے اور جمے ہوئے جبنی مواد کو نکال دیا جائے + پھر خوب دھو کر پھوڑے کے اندر نمل بنفشی[4] اور حلوین[5] (۱۰ فی صدی طاقت کا) داخل کرکے بیرونی جلد کے شگاف کو ٹانکوں سے بند کر دیا جائے + اس ترکیب سے ایک ہی بیٹھک میں خراج عمیق کو خاطر خواہ شفا ہو جاتی ہے۔ اور دوبارہ کوئی عمل کرنے کی ضرورت پیش نہیں آتی +

لیکن جب مرض زیادہ شدید ہو اور پھوڑے کے اندر سڑی ہوئی ہڈی موجود ہو تو بیرونی سطح پر بڑا شگاف کرکے پھوڑے تک چیرنا چاہیے تاکہ انگلی اندر بخوبی داخل ہو سکے۔ پھر تیز دھار ملعقہ[6] یا ازمیل بارکر فائنص[7] اندر داخل ہو کر سڑی ہوئی ہڈی کے

[1] بزل۔ ٹیپنگ۔
[2] آلہ بازلہ۔ ٹروکار۔ [3] ابرۂ مجوف۔ کینیولا (جوفدار سوئی)
[4] نمل بنفشی۔ آیوڈوفارم۔
[5] حلوین۔ گلیسرین۔
[6] ملعقہ۔ اسپون۔
[7] ازمیل بارکر فائنص۔ بارکرس فلشنگ گوگ۔ رازمیل چھینی۔ یہ ایک چھینی یا تیز دھار چمچہ ہوتا ہے۔ جس کے ساتھ لمبا خولدار دستہ لگا ہوتا ہے۔ اس خول کا تعلق بذریعہ نلی کے ایک حوض سے ہوتا ہے جو بلندی پر مریض کے پاس لٹکا ہوتا ہے۔ چنانچہ حوض یا برتن کا پانی نلی اور خولدار دستہ سے گذر کر زخم کے اندر پہونچتا ہے۔ اور چھینی یا چمچہ کو اُن ذرات دھو ڈالتا ہے۔ جو کھرچنے سے نکلتے ہیں +

ٹکڑوں اور پھوڑے کی جھلی کو خوب کھرچ کھرچ کر باہر نکالدینا چاہئے + پھر مطہر محلولات سے زخم کو خوب اندر سے دھو دھو کر صاف کر دینا چاہئے + اگر خون زیادہ نکلے تو نہایت گرم سیال نکین کے غسولات[۳] خوب دھونا چاہئے۔ تاکہ سیلان خون بند ہو جائے + پھر علوین دنل بنفشی اندر داخل کرکے اور جلدی شگاف کو ٹانکوں سے برابر کرکے بند کر دینا چاہئے۔ اگر زخم اس طرح جلد اچھا نہ ہوا اور دوبارہ پیپ بھر آئے یا ناسور پڑ جائے تو پھر شگاف لگا کر خوب دیتے رہنا چاہئے +

درنی[۱] ناصور۔ اکثر بہت مشکل اور دقت سے مندمل ہوتا ہے، کیونکہ اکثر اس کی تہ میں سڑی ہوئی ہڈی موجود ہوتی ہے یا اور کوئی وجہ ہوتی ہے مثلاً مواد پورے طور پر خارج نہ ہوتا ہو یا ناصور کی دیواروں میں درنی ساخت لگی ہوئی ہو، یا عددی صدیدیہ ہو گیا ہو + ایسے ناصور عموماً بہت گہرے ہوتے ہیں اور صرف سلائی[۲] (مجس) ڈالکر دیکھنے سے پوری حالت کا اندازہ نہیں ہو سکتا + ایسی حالت میں اکثر ایک حصہ بسمت[۳] (اقلیما) ۲ حصہ فازلین[۴] میں ملاکر ناصور کے اندر پچکاری کرکے ناصور کو شعاع[۵] رانت جینی سے دیکھنا چاہئے + لیکن جب تقیح حاد بدن کے بڑے جوفوں میں موجود ہو مثلاً تقیح صدر، تو اس قسم کی پچکاری اس وقت نہیں دینی چاہئے۔ کیونکہ اس سے خطرناک سمی علامات کا خطرہ ہو جاتا ہے لیکن جب کبھی سڑی ہوئی ہڈی اندر موجود ہو تو مناسب اعمال جراحیہ کے ذریعہ اسکا استیصال اور مواد و رطوبت کو خارج کر دینا ضروری ہے +

---

[۱] درنی ناصور۔ ٹیوبر کولس سائنس۔
[۲] سلائی۔ مجس۔ پروب۔
[۳] بسمت۔ اقلیما۔ بسمتھ۔
[۴] فازلین۔ وی لین۔
[۵] شعاع رانت جینی۔ ایکس رے۔

# سراجہ۔ سقاوہ[1]

سراجہ دراصل گھوڑوں، خچروں اور گدھوں کا ایک مرض ہے۔ جو ابتدا ً انھیں جانوروں کو ہوتا ہے، مگر تلقیح مباشر (براہ راست چھوت کا لگنا) کے بعد انسانوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے یہ عموماً اصطبل میں کام کرنے والے ملازمین یا دیگر اشخاص میں، جنکو ان جانوروں سے واسطہ پڑتا رہتا ہے دیکھا جاتا ہے۔ یہ مرض عصی سراجہ یا عصی[2] مطرقیہ[3] کے باعث پیدا ہوتا ہے اور بدن میں اورام اور گرہ پیدا کر دیتا ہے جو پھوٹکر قروح پیدا کر دیتی ہیں۔

سراجہ انسانی ہاتھوں، چہرہ یا ناک کی جھلی میں شروع ہوتا ہے۔ شدید وحاد سراجہ میں، مدت حضانت[4] ۳ سے ۵ یوم تک ہوتی ہے، جس کے بعد تکان، بخار، اور عام بدن میں درد ظاہر ہوتا ہے۔ مقام تلقیح پر اورام پیدا ہوتے ہیں جو بالآخر پھوٹ پڑتے ہیں اور قروح و زخم بن جاتے ہیں۔ اسی قسم کے اورام احشاء شکم میں بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔ گاہے شدید تسمم الدم جاری ہوتا ہے۔ اور ۷ سے ۱۰ یوم کے اندر مریض کو ہلاک کر دیتا ہے۔ مزمن سراجہ کے عام علامات وعوارض اسقدر شدید نہیں ہوتے اور پچاس فی صدی مریض شفایاب ہو جاتے ہیں۔

**تشخیص**۔ رطوبت میں عصی سراجہ کی موجودگی، جو خوردبین سے ظاہر ہو سکتی ہے، اور شیوع کی وسعت وشدت اس مرض کو چیچک سے ممتاز کر دیتی ہے۔ آتشک اور درن سے سراجہ بوجہ اپنی مخصوص تاریخ ونوعیت پیدائش کے

---

[1] سراجہ۔ سقاوہ۔ گلینڈرس۔
[2] عصی سراجہ۔ گلینڈرس بیسی لس۔
[3] عصی مطرقیہ۔ بیسلس میلی آئی۔
[4] مدت حضانت۔ پیریڈ آف انکیوبیشن

بآسانی پہچانا جاسکتا ہے یعنی یہ مرض ایسے جانوروں کی چھوت سے انسان میں ہوتا ہے جو اس میں پہلے مبتلا ہو۔ عصی سراجہ کی مصنوعی مطہر کاشت (سراجین[1]) کی پچکاری دینے سے اگر محمول میں تیز بخار پیدا ہوجائے تو یہ مرض سراجہ کی مخصوص علامت ہے۔

علاج۔ حاد سراجہ کے مقامی مرکزوں کو عام عدوی[2] واقع ہونے سے پہلے ہی کاٹ کر خارج کردینا چاہئے۔ یہی اس مرض کا علاج ہے۔ مقامی مراکز کو نشتر سے قطع کرکے بالکل علیحدہ کردینا چاہئے۔ یا اگر یہ ممکن نہ ہو تو تیز چمچے (ملعقہ[3] حادہ) سے کھرچ کر کوئی جلانے والی (کاوی[4]) دوا لگادینی چاہئے۔ حاد سراجہ کا بھی یہی علاج ہے، مگر اس میں ایک بار کے عمل سے ازالہ مرض نہیں ہوتا اور بار بار نشتر لگانا یا چھیلنا پڑتا ہے۔

## جذام[5]۔ کوڑھ

جذام ایک عام مُعدِی (لگنے والا۔ چھوت کا) مرض ہے جو عصی جذامیہ[6] کے باعث پیدا ہوجاتا ہے۔ اس کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ انگور کے دانہ کی سی ساختیں (تکوین جدید[7]) مقامی طور پر جگہ جگہ جسم میں پیدا ہوجاتی ہیں، جو ابتداءً جلد اور اعصاب

[1] سراجین۔ میلی این (ایک خاص رطوبت جو عصی سراجہ کی کاشت سے حاصل کی جاتی ہے)۔

[2] عام عدوی۔ جنرل انفکشن۔

[3] ملعقہ حادہ۔ شارپ سپون۔

[4] کاوی۔ کاٹے رائزنگ۔

[5] جذام۔ لیپرسی۔

[6] عصی جذامیہ۔ بیسی لس لیپری۔

[7] تکوین جدید۔ نیوپلازم۔

میں نمودار ہوتی ہیں + یہ مرض اگرچہ متعدی ہے۔ مگر اتنا زیادہ نہیں +

**خصائص جراثیم جذام۔** عصی جذامیہ عصی درنیہ سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور عصی درنیہ کی طرح گرام مثبت ہوتے ہیں یعنی گرام کے طریقے سے رنگین ہو جاتے ہیں۔ اور تیزابات سے انکا رنگ نہیں اُڑتا (متمسک بالحامض) زہل نلسن کے طریقہ سے یہ رنگ قبول کر لیتے ہیں + لیکن یہ بہ نسبت عصی درنیہ کے سیدھے اور باہم یکساں ہوتے ہیں۔ جذامی رطوبات (مواد) میں نہایت کثرت کے ساتھ نظر آتے ہیں، اور لفافت تبغ رنگریٹ کے بستوں کی طرح مجتمع صورت میں نظر آتے ہیں + انکی مصنوعی کاشت اُگانا سخت مشکل ہے + حیوانات میں انکی تلقیح کامیاب نہیں ہوتی یعنی ان کے داخل کرنے سے حیوانات میں جذام پیدا نہیں ہوتا ہے، درانحالیکہ عصی درنیہ کی تلقیح معمول میں فوراً مضر اثرات پیدا کر دیتی ہے۔ انکی چھوت بہت کم اثر کرتی ہے اور جذامی مریضوں میں کام کرنے والی تیمار دار عورتیں اور مرہم پٹی کرنے والے ملازمین شاذ و نادر ہی جذامی مریض کے مرض سے متاثر ہوتے ہیں۔ مصنوعی تلقیح کے ذریعہ جذام نہیں پیدا ہوتا + علامہ جوناتان ہچنسن کا قوی خیال یہ ہے کہ جذام کا عدوی صرف اونہیں لوگوں میں پیدا ہو سکتا ہے جو باسی یا سڑی ہوئی مچھلی کھانے کے عادی ہوں + ہندوستان میں بھی عموماً یہی خیال عرصہ دراز سے رائج ہے۔ جذام کے موروثی مرض ہونے کے متعلق بہت کچھ اختلاف رائے ہے۔ مگر احتمال غالب یہی ہے کہ توارث کا کچھ اثر نہیں ہوتا +

**علامات۔** جذام کی دو ممتاز قسمیں ہیں (۱) درنی[ے] یا جلدی جذام اور

| | |
|---|---|
| ے گرام مثبت۔ گرام پازیٹو۔ | ے مسٹر جوناتھن ہچینسن۔ |
| ے متمسک بالحامض۔ ایسڈ فاسٹ۔ | ے جذام درنی / جلدی ٹیوبرکولیٹڈ لپروسی۔ |

(۲) غیردرنی یا جذام مخدرؔ۔ گر اکثر یہ دونوں قسمیں یکجائی طور پر واقع ہوتی ہیں۔

۱۔ درنی یا جلدیؔ جذام۔ یہ قسم سرد ممالک اور یورپ (اروپا) میں نسبتاً عام ہے۔ ابتدائے عدوی کے بعد مہینوں یا برسوں کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی پھر کچھ عرصہ تک محض تکدرطبعؔ، سوئے ہضم اور اسہال اور غنودگی کی شکایت کے بعد نمایاں بخار ظاہر ہوتا ہے جو چند دنوں یا ہفتوں تک رہتا ہے۔ بخار کے ساتھ جاڑا بھی لگا ہے ہوتا ہے۔ اور بخار حمی مفترہؔ کی طرح ہوتا ہے۔ اس کے بعد یا اس کے ساتھ جلد پر سرخ، چمکدار، ابھرے ہوئے چٹے (طفحاتؔ) ظاہر ہوتے ہیں۔ جو عموماً پیشانی، بازو اور رانوں پر نمودار ہوتے ہیں۔ یہ چٹے ذکی الحسؔ ہوتے ہیں اور ان میں ترشحات التہابیہ شروع سے ہی موجود ہوتے ہیں۔ چند روز میں یہ چٹے کمہلا جاتے ہیں اور پھر دوبارہ بخار کے ساتھ ابھر آتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد ان سرخ چٹوں کے مقام پر چھوٹے چھوٹے سرخ دانے پیدا ہوجاتے ہیں جو آپس میں ملکر اور حجم میں بڑھ کر گانٹھیںؔ اور ابھار (اوران) بنا دیتے ہیں جو بیضۂ مرغ کے برابر ہوسکتے ہیں۔ اور پھر انکا رنگ زردی مائل اور بھورا ہوجاتا ہے۔ اس قسم کے ابھار جسم کے ہر حصہ میں ہوسکتے ہیں۔ مگر عموماً چہرہ پر زیادہ ہوتے ہیں اور انکے باعث چہرہ کی صورت بالکل مسخ ہوجاتی ہے اور ایک عجیب موٹی پھولی ہوئی ڈراؤنی شکل شیر کے چہرہ کے مانند دکھائی دیتی ہے۔

---

ا؎ جذام مخدر / غیردرنی } اِنس تھے ٹک لپروسی

۲؎ جلدی جذام۔ ٹیوبرکیولر لپروسی۔

۳؎ تکدرطبع۔ میلیز۔

۴؎ حمی مفترہ۔ ریمٹنٹ فیور۔

۵؎ طفحات۔ اریپشن۔

۶؎ ذکی الحس۔ نازک یا پراسنسٹو۔

۷؎ گانٹھ۔ درن۔ ٹیوبرکل۔

اسی وجہ سے اسکا دوسرا نام داء[1] الاسد بھی ہے + ترشحات کے باعث اعصاب پر دباؤ پڑنے سے یہ اُبھار بےحس ہوجاتے ہیں + گاہے یہ تحلیل ہوجاتے ہیں اور انکی جگہ گہرے رنگین نشان رہجاتے ہیں۔ یا تقرح واقع ہوکر یہ اُبھار پھوٹ جاتے ہیں + اسی طرح دیگر احشاء اور غدد جاذبہ میں بھی یہ گانٹھیں بخار کے ساتھ بن سکتی ہیں + اس مرض میں اکثر خصیتین ہزال ہوجاتا ہے اور عورت و مرد دونوں میں قوت باہ ضائع ہوجاتی ہے + ہلاکت عموماً تعفن[2] الدم، انسداد[3] حنجرہ، یا عوارض شش و گردہ کے باعث ہوتی ہے، لیکن جذامی مریض سالہا سال تک زندہ رہ سکتا ہے +

گانٹھوں کی ساخت میں اندرا لحمیہ کے ساتھ بہت سے بڑے خلیات ہوتے ہیں جن میں عصی جذامیہ پائے جاتے ہیں +

(۲) غیر درنی یا جُذام مُخَدِّر۔ یہ قسم گرم ممالک میں نہایت عام ہے + ابتداً قدرے تکدر طبع کے ساتھ بہت خفیف و غیر محسوس حرارت ہوجاتی ہے۔ ساتھ ہی محیطی[4] اعصاب کے اضلاع میں تیز سنسناہٹ یا جھنجناہٹ (جیسے چیونٹیاں چل رہی ہوں) یا چبھن[5] اور درد کا احساس ہوتا ہے + اعصاب کی پوری رفتار میں چھونے سے درد محسوس ہوتا ہے + محیطی اعصاب جو بالخصوص متاثر ہوتے ہیں یہ ہیں:۔ زندی[6] اسفل، متوسط[7]، شظوی[8]، صافن[9] + اعصاب کے بعد عضلات

| | |
|---|---|
| ۱؎ داء الاسد (داء بیماری اسد شیر) | ۵؎ چبھن۔ سیلی نے ٹنگ پین۔ |
| ۲؎ تعفن الدم سپٹی سیمیا۔ | ۶؎ عصب زندی اسفل۔ السر نرو۔ |
| ۳؎ انسداد حنجرہ۔ لیرنجیل آبسٹرکشن۔ | ۷؎ عصب متوسط۔ میڈین نرو۔ |
| ۴؎ محیطی / انتہائی } پیری فیرل۔ | ۸؎ عصب شظوی۔ پرونیل نرو۔ |
| | ۹؎ عصب صافن۔ سفے نس نرو۔ |

متأثر ہوتے ہیں اور عضلات کی کمزوری اور لاغری کے بعد نمایاں استرخار[1] پیدا ہوجاتا ہے۔ جس سے قوت احساس میں فرق آجاتا ہے۔ اور جلد، عظام اور مفاصل کا تغذیہ بگڑ جاتا ہے۔

گول سفید زردی مائل دھبے جلد میں منودار ہوجاتے ہیں۔ جو محیط میں پھیلتے جاتے۔ اور چند مکر بیضوی شکل کے بڑے بڑے بےقاعدہ دھبے بن جاتے ہیں۔ اکثر انکا حاشیہ ادبھرا ہوا اور ذکی الحس ہوتاہے۔ لیکن مرکزی حصہ سوکھ کر سفید اور بےحس ہوجاتا ہے۔ بےحسی بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔ عضلات دُبلے ہوکر سکڑ جاتے ہیں اور عضو ماؤف کریہ المنظر اور بدوضع ہوجاتا ہے۔ اور گاہے ہاتھ شیر کے پنجہ کے مانند ہوجاتا ہے (جیساکہ استرخار زندی اسفل میں دیکھا جاتاہے)۔ اطراف یعنی ہاتھ پاؤں کے انتہائی سرے کی خلائی[2] ساخت کے تحلیل وجذب ہوجانے کے باعث اونگلیاں اور دیگر حصص ٹھٹھر کر غائب ہوجاتے ہیں۔ گاہے اعصاب، دونہ موٹے ہوکر رسی کی طرح محسوس ہوتے ہیں اور دبانے سے ان میں درد ہوتاہے۔ احشاء کے عوارض اِس قسم میں نسبتاً کمیاب ہوتے ہیں، قوت بھی چنداں کم نہیں ہوتی، اور مریض عرصہ تک اپنی قوت وصحت قایم رکھ سکتاہے۔ گاہے یہ حالت بیس سال یا اس سے زائد عرصہ تک قایم رہتی ہے۔ بالآخر عام جسمانی نقاہت یا دیگر عوارض کے باعث مریض ہلاک ہوجاتاہے۔

**علاج**۔ اس مرض کا علاج ابتک غیر تشفی بخش ثابت ہوا ہے۔ روغن چال موگرا[3] (شلموغرا) کا خارجی اور اندرونی استعمال کیا جاتاہے۔ بعض حالات

---

[1] استرخار۔ پیرلے سس۔
[2] خلائی ساخت۔ انٹرس ٹیشل ٹشو۔
[3] چال موگرا (شلموغرا) ایک درخت ہے جس کے تخم سے روغن نکالا جاتاہے۔

میں سلیمانی[1] کی عضلی پچکاری دیجاتی ہے۔ ناستین[2] کی تحت الجلد پچکاری جاؤدی آنا[3] اخضر آمیز کے ساتھ ملا کر دیجاتی ہے جس سے کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اس کی پچکاری سے شدید التہاب ہو کر جذامی ساخت تلف ہو جاتی ہے۔ جذام کے آخری درجات میں گلے ہوئے عمل جراحی کے ذریعہ اطراف اعضا کو قطع کر دینا پڑتا ہے۔

حال ہی میں علامۃ ساجرمیں (موجد قینین[4]) جذام کے یقینی علاج کی جستجو میں انگلستان کے محکمہ تحقیقاتِ امراضِ ممالک حارہ میں تجربات کر رہے ہیں اور انھوں نے روغنِ چال موگرا سے چند ایسے بنیادی جسمی لاثمل جذیرات[5] کیا دی اخذ کیے ہیں جو جراثیم جذام پر مہلک اثر رکھتے ہیں۔ ان کی روزانہ عضلی پچکاری سے کثیر التعداد جذامیوں کو معتد بہ فائدہ حاصل ہوا ہے اور دوا کے اثر سے جذامی قروح وغیرہ سے جراثیم قطعی طور پر زائل ہو گئے ہیں۔ اس نئی ایجاد دوا سے جذامیوں کے جزیرہ (ہونولولو) میں ہزارہا مریضوں کو فائدہ پہونچا ہے اور ان میں سے پچاس فی صدی غیر متعدی تسلیم کر لیے گئے ہیں۔ از اسیح اگست ۱۹۲۲ء

## فطریت[6] شعاعیہ

فطریت شعاعیہ ایک متعدی مرض کا نام ہے جو عموماً چوپایوں میں پایا جاتا

[1] سلیمانی۔ دارچکنہ۔ کروسیوسبلی میٹ
[2] ناستین (ناسٹین) جذام کی گرہوں سے جذامی شعر مفتول (راسٹر پٹو تھرکس لیپروڈس) کی مصنوعی کاشت کر کے ایک قسم کی متعلون چربی تیار کی جاتی ہے۔ اسی کو ناستین کہتے ہیں۔
[3] جاؤدی آنا اخضر آمیز۔ میتھل ـ کلورائڈ۔
[4] قینین۔ اِی مٹین۔
[5] جذیرات۔ ریڈیکلز۔
[6] فطریت شعاعیہ۔ ایکٹینومائی کوسس۔

## (۳۵) مریض جذام

یہ ایک ملاح ہے۔ جذام میں کئی سال سے مبتلا ہے۔ چہرہ کا بشرہ نمایاں طور پر ممتاز ہے۔ کلائیاں بھی موٹی معلوم ہو رہی ہیں کیونکہ زیر جلد اعصاب میں جذام کے مواد جمع ہو رہے ہیں ؛

ہے، مگر گاہے انسان میں بھی ہو جاتا ہے۔ یہ مرض فطر شعاعی[1] نامی جرثومہ کی مختلف اقسام کے باعث پیدا ہوتا ہے، اسی وجہ سے اسکا نام فطریت شعاعیہ رکھا گیا ہے۔ یہ مرض عموماً جراثیم سے آلودہ جئی یا اناج کے کھانے سے مویشی میں پیدا ہوتا اور زبان، جبڑے وغیرہ میں مزمن ورم لیفی پیدا کر دیتا ہے۔ اکثر مقامات پر ان اورام میں مزمن خراج اور ناصور بن جاتے ہیں۔

انسانی فطریت شعاعیہ کے علامات و عوارض بھی مویشی کے مرض سے مشابہ ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ مرض شعر مفتول[2] کے خاندان کے مختلف انواع سے پیدا ہوتا ہے، لہذا فی الحقیقت یہ کوئی نوعی[3] مرض نہیں ہے۔ فطر شعاعی کے گروہ ساختہائے جسم میں پائے جاتے ہیں لیکن مویشی میں جس طرح ان کے ڈنڈے[4] محیطی حصہ میں بشکل شعاع دیکھے جاتے ہیں ویسے انسانی ساختوں کے مواد میں نظر نہیں آتے کیونکہ یہ محیطی ڈنڈے رنگ جلد قبول نہیں کرتے اور نمایاں نہیں ہوتے۔ شعر مفتول نامی جراثیم کے جو اقسام انسانی فطریت شعاعیہ پیدا کرتے ہیں وہ سب طریقہ گرام سے رنگے جا سکتے ہیں۔

اکثر کاشتکار، آٹا پیسنے والے اور دیگر غلہ کا کام کرنے والے اشخاص میں یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ اور اسکا تعدیہ فطر آمیز اناج کے کھانے یا بذر فطر کے تنفس میں داخل ہونے سے ہو جاتا ہے۔ بسا اوقات سڑے ہوئے دانت یا لوزتین[5] کے ذریعہ فطر کا جرثومہ داخل بدن ہوتا ہے اور ابتدائی مرض منہ کے کسی حصہ سے مثلاً زبان، جبڑے یا گردن سے شروع ہوتا ہے اور صلابت و تقیح پیدا کر دیتا ہے۔ گاہے مجری غذائی[6] کے دیگر حصص، خصوصاً اعور[7] اور زائدہ دودیہ[8] میں یا جگر میں مرض کی ابتدا

[1] فطر شعاعی۔ ایکٹینومائی سز یا فنگس۔
[2] شعر مفتول۔ اسٹرپٹوتھرکس۔
[3] نوعی۔ اسپے سے فک۔
[4] ڈنڈے۔ کلب۔
[5] لوزتین۔ ٹانسلز۔
[6] مجری غذائی۔ الی منٹری کینال۔
[7] اعور۔ سیکم
[8] زائدہ دودیہ اعور۔ اپنڈکس ورمیفارمس۔

ہوتی ہے۔ اسیطرح شش میں بھی تقیح اور خلامین بن سکتی ہیں۔ اور غشائے[1] صدر کے ماؤف ہونے سے مقامی تقیح صدر بھی ہو سکتا ہے۔

الغرض جس مقام پر اسکا تعدیہ واقع ہوتا ہے اوس جگہ انگوری ساخت پیدا ہوتی اور عموماً تقیح کی نوبت پہنچتی ہے۔ اسکے مواد اور پیپ میں زرد رنگ کے دانے سے پائے جاتے ہیں جو نمل منفشی[2] کے دانوں سے مشابہ ہوتے ہیں اور اس مرض کو ممتاز کرتے ہیں۔ اس مرض کی رفتار مزمن ہوتی ہے۔

ورم ابتدائی کا عام محل وقوع زیریں جبڑے کا زاویہ ہے۔ جہاں اسکی ممتاز ٹھوس سوجن ہوجاتی ہے۔ ابتداً یہ سوجن یکساں اور چکنی ہوتی ہے اور بتدریج قرب وجوار کی ساختوں سے جا ملتی ہے۔ اس کے اوپر کی جلد احتقان دموی کے باعث سرخ ہوتی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس میں ناہموار گرہیں سی نظر آنے لگتی ہیں جنکی بیرونی سطح کی چوٹیاں مخصوص زردی مائل ابھاروں کی صورت میں ہوتی ہیں۔ یہ ابھار بالآخر نرم پڑکر باہر سے کرتے اور پھوٹ جاتے ہیں۔ اور انسے لیسدار پیپ خارج ہوتی ہے۔ اس پیپ میں خوردبین کے ذریعہ جراثیم فطر شعاعی نظر آتے ہیں۔ جب سب مواد خارج ہوجاتا ہے تو پھوڑا سکڑ جاتا اور زخم بند ہوجاتا ہے۔ پھوڑوں کے نمودار ہونے پھوٹنے اور ملتحم ہونے سے اوسکی بیرونی سطح عجیب طور سے گرہدار اور سکڑی سی ہوجاتی ہے۔ گاہے التحام نہیں ہوتا اور حصۂ ماؤف میں بہت سے ناسور رہجاتے ہیں۔ گردن اور جبڑے کی فطریت میں کزاز الفک[3] ایک مستقل علامت ہے جو جلد ہی پیدا ہوجاتی ہے اور خفیف صورت میں بھی نمایاں ہوتی ہے۔

علاج۔ شخاریہ منفشی آمیز[4] بہت بڑی مقداریں (۲۰ سے ۳۰ تحرین) دن میں تین مرتبہ

---

[1] غشاء صدر۔ پلیورا۔

[2] نمل منفشی۔ آیوڈوفارم۔

[3] کزاز الفک۔ ٹرسمس۔

[4] شخاریہ منفشی آمیز۔ آیوڈائڈ آف پوٹاشیم۔

یا نیفنتھین[1] کے دیگر دوائی مرکبات مرض میں ویساہی نمایاں اثر رکھتے ہیں جیساآتشک میں ۔ جب ورم میں کوئی کھلا زخم نہ ہو تو صرف یہی علاج کافی ہوسکتا ہے ۔ لیکن اگر گلٹی کے پھوٹنے سے زخم ہوگئے ہوں تو جراحی اعمال ضروری ہوتے ہیں ۔ ایسی حالت میں پورے متورم حصہ کو نشتر سے قطع کرکے خارج کردینا چاہئے ۔ یا ناسوروں کو کھرچ کر صاف کرنا چاہئے اور حصہ ماؤف کو کاوی[2] تیزاب سے جلا دینا چاہئے ۔ جب احشاء کے عوارض موجود ہوں تو جراحی علاج بہت مشکل و خطرناک ہے خصوصاً جبکہ عفونت صدیدیہ[3] بھی موجود ہو ۔ ایسی حالت میں مرض بتدریج مہلک ہوجاتا ہے مگر نیفنتھین کے داخلی استعمال سے فائدہ اور افاقہ ہوسکتا ہے ۔

## ورم[4] فطری قدم[5] فطری

یہ مرض جو فطریت شعاعیہ سے قدرے مشابہت رکھتا ہے ، ہندوستان کے باشندوں میں خصوصاً اور بعض دیگر گرم ممالک میں بھی دیکھا جاتا ہے ۔ اسکا تعدیہ ننگے پیر چلنے سے خفیف زخم یا خراش کے ذریعہ ہوجاتا ہے ۔ اسکی نمایاں صورت یہ ہے کہ ایک ملتہب و سخت حصہ کے مرکز میں سیاہ یا زرد گرہیں بن جاتی ہیں اور پھر انکے پھوٹنے سے پیپ خارج ہوتی ہے پیپ کے اندر سیاہ یا زردی مائل ذرات (خشخاش کے دانوں کی طرح) پائے جاتے ہیں جو اجسام فطریہ کے عمل سے بن جاتے ہیں ۔ آہستہ آہستہ اس قسم کے پھوڑے پورے پیر میں پھیل جاتے ہیں ۔ اور ہڈیوں کو کھا اور گلا کر کھوکھلا کر دیتے ہیں ۔ قدم بد وضع اور بیکار ہوجاتا ہے ۔ بڑھتے بڑھتے یہ مرض پنڈلی تک پہونچ جاتا ہے اور شاذ و نادر بدن کے دیگر حصص میں بھی چھوت کے ذریعہ ہوجاتا ہے ۔ اسکی گرہیں بعض جگہ سخت بعض جگہ نرم ہوتی ہیں اور پیر

[1] نیفنتھین ۔ آیوڈین ۔
[2] کاوی ۔ کاسٹک ۔
[3] عفونت صدیدیہ ۔ پایوجے نک انفکشن ۔
[4] ورم فطری ۔ مائی سے ٹوما ۔
[5] قدم فطری { مدورا فوٹ ۔ فنگس فوٹ ۔

میں متعدد دہانے ناسور پڑ جاتے ہیں ۔ یہ مرض بہت دیرپا اور مزمن ہوتا ہے اور مقامی چھوت سے پھیلتا جاتا ہے ۔ زیادہ تر مزدوری پیشہ اور خاصکر کاشتکاروں یا کھیت میں ننگے پیر کام کرنے والوں میں یہ مرض ہوتا ہے ۔ جب کوئی دیہاتی باشندہ یا کسان پاؤں کے مزمن ورم کا تمہارے سامنے آئے اور متورم حصہ میں کئی چھوٹے چھوٹے ابھار ہوں بعض سخت ہوں اور بعض نرم، بعض پھوٹے ہوئے ہوں اور کئی ناسور نظر آویں اور پیر بہت پھولا ہوا ہو تو فوراً ورم فطری کا خیال کرو ۔ اب اگر مریض تمہارے سوال کے جواب میں یہ ظاہر کرے کہ اسکے مواد میں چھوٹے چھوٹے دانے خارج ہوتے ہیں تو یقین کرلو کہ یہ ورم فطری کا مرض ہے ۔ اس مواد کو خوردبین سے دیکھکر تشخیص کی تصدیق بھی کر سکتے ہو یہ دانے دو قسم کے ہوتے ہیں ایک سفید زردی مائل اور دوسرے سیاہی مائل ۔

علاج ۔ اگر مرض محدود ہو تو اندر ناسوروں کو خوب کھرچ کر صاف کرو اور حصہ ماؤف کو مطہرات[1] سے خوب دھو ڈالو اور ناسوروں اور ابھاروں کے مقام پر کاویات[2] مثلاً نفنشین[3] وغیرہ لگا دو ۔ بعض اوقات اس عمل سے پہلے اور کبھی اس عمل کے بعد مقام ماؤف پر عنول قطرانی[4] یا مصل قطرانی ایک حصہ، آب مطہر مقطر ۱۰ حصہ یا صرف ۲ حصہ کی پچکاریاں دیر جاری رکھنے سے یا ۲ حصہ دیر تک دینے سے فائدہ ہوتا ہے ۔ اور اگر مرض کم ہو اور اسکا ابتدائی درجہ ہے تو غیر دستکاری کے مریض شفایاب ہو جاتا ہے[5] ۔ اگر مرض بہت بڑھ گیا ہے اور بیشتر ہڈیاں سڑ کر بیکار ہو گئی ہیں اور صرف کھرچنے سے فائدہ نہیں ہوتا ہے تو پھر حصہ ماؤف کو قدرے اوپر تندرست حصہ سے کاٹنا پڑتا ہے ۔ یہ آخری علاج ہے جو ٹانگ کو بچانے کے لیے مجبوراً کرنا پڑتا ہے ۔

۱ مطہر ۔ ڈس ان فکٹینٹ ۔
۲ کاوی ۔ کاسٹک ۔
۳ نفنشین ۔ آیوڈین ۔
۴ عنول قطرانی ۔ کاربولک لوشن ۔

۵ خان صاحب محمد عثمان خان امور طبی ریاست بڑودا نے متعدد مریضوں پر اسکا تجربہ کیا ہے جن میں پاؤں کاٹنے کی ضرورت پیش نہیں آئی ۔

کتاب الجراحت حصہ اوّل تمام شد

(۳۶) گردن اور چہرہ میں مرض فطریت شعاعیہ

**(۱۰) لغات اصطلاحات طبیہ** یونانی طبی اصطلاحات کا اس سے بہتر کوئی لغت تیار نہیں ہوا۔ بہت سے لغات کا خلاصہ ہے۔ اصطلاحات متعلقہ امراض۔ ادویہ۔ آلات طبیہ۔ کلیات۔ معالجات۔ تشریح و منافع الاعضاء کا سلیس بیان ہے۔ قیمت ۱۲/ ۔ مجلد ۱۳/

**(۱۱) لغات الادویہ** دواؤں کے عربی۔ فارسی۔ ہندی۔ سنسکرت۔ کیمیائی۔ انگریزی۔ یونانی اور دیگر ممالک کے ناموں کی توضیح ہے۔ تقریباً ۴ ہزار الفاظ کی شرح ہے۔ اگر کسی نسخہ کا کوئی جز آپ نہ سمجھ سکیں۔ تو اس لغت سے مدد لیں۔ بے نظیر لغت ہے۔ قیمت ۱۲/ ۔ مجلد ۱۳/

**(۱۲) تشریحی تصاویر جدید رنگین** آج تک ہماری زبان میں رگ۔ پٹھوں۔ ہڈیوں۔ اندرونی و بیرونی اعضاء کی تصویریں ایسی باقاعدہ نہیں چھپی تھیں کہ ہمارے اطباء (جو تشریح سے ناواقف ہوں) بطور خود ان کی مدد سے کافی تشریحی معلومات حاصل کر سکیں۔ اب تصویروں کی مکمل کتاب نہایت اہتمام سے شائع کی گئی ہے جس میں رنگین و سادہ تصویریں ہیں۔ وریدوں شریانوں اور اعصاب برنگ سرخ۔ زرد اور آسمانی چھپوایا گیا ہے۔ اب آپ گھر بیٹھے تشریح پڑھیں حصہ اول ۱۲ حصہ دوم ۱۲ مکمل ۱۳

**(۱۳) تصاویر احشاء** صرف اندرونی اعضاء اور تمام احشاء کی تقریباً ۱۰ تصویریں ہیں۔ مثلاً دماغ۔ آنکھ کان۔ ناک۔ شکم و سینہ کے اعضاء۔ آلات تناسل زنانہ و مردانہ قیمت ۱۲/

**(۱۴) قانون نسل** مجربات باہ کا آخری خزانہ۔ نسخہ جات باہیہ کا زبردست ذخیرہ۔ اعلیٰ سے اعلیٰ نسخہ جات اس میں موجود ہیں (کا غذ ادنیٰ ہے) حجم ۲۰۵ صفحات ۱۲/ مجلد ۱۳/

**(۱۵) طبی فرہنگ** طبی اصطلاحات کا جامع اور مختصر لغت ہے۔ اصطلاحات متعلق امراض ادویہ آلات طبیہ۔ کلیات۔ معالجات۔ تشریح اعضاء کا سلیس بیان ہے۔ یہ ان غریب طلباء کے لیے تیار کیا گیا ہے جو بڑے لغت (یعنی لغات اصطلاحات طبیہ قیمتی ۱۲/) کو خرید نہ سکیں۔ قیمت ۱۲/

**(۱۶) طب قدیم و جدید کی معرکۃ الآراء علمی جنگ** طب قدیم پر ڈاکٹروں کے زبردست سوالات و اعتراضات۔ طب قدیم کے غیر اصولی ہونے کا الزام اور انکے دندان شکن جوابات ۱۲/

**(۱۷) ترجمہ کامل الصناعہ** حصہ تشریح عظام (کامل الصناعہ عربی کا ترجمہ ہے) ۵/

**(۱۸) رسالہ مسماع الصدر** آلہ سینہ بین (اسٹیتھس کوپ) کی حقیقت۔ طریقہ استعمال اور امراض سینہ کی تشخیص قیمت ۶/

**(۱۹) رسالہ مقیاس الحرارت** آلہ مقیاس الحرارت (تھرما میٹر) کی حقیقت طریقہ استعمال اور بدنی حرارت کا تذکرہ۔ قیمت ۲/ ۶/ علاوہ محصول ڈاک۔

## (۲۰) رسالہ اسمائے امراض و اوزان طبی

(۱) ڈاکٹری ناموں کے مقابل یونانی۔ اور یونانی ناموں کے مقابل ڈاکٹری نام مرض تک بتائے گئے ہیں (۲) رسالہ اوزان میں فن ڈاکٹری۔ یونانی اور ویدک وزنوں کی تشریح ہے قیمت ۱ر

## (۲۱) رسالہ قارورہ

اس میں قارورہ کا بالکل جدید اسلوب پر بیان ہے۔ امتحان قارورہ کے تمام نئے قاعدے اس میں بتائے گئے ہیں جس سے قارورہ کی شکر، پتھری کا مادہ، صفراء اور تمام امراض میں جو مواد خارج ہوتے ہیں۔ انکو کیمیائی امتحانات سے جانچا جا سکتا ہے۔ قیمت ۴ر

## (۲۲) کتاب التکلیس

رسوم بہ عمدہ کشتہ جات + علم کشتہ جات کی یہ مکمل کتاب ہے۔ اس میں کشتہ سازی کے متعلق ضروری ہدایات و اصطلاحات۔ معادن اور اُپ دھاتوں کے کشتہ کرنیکی معتبر اور مصدقہ ترکیبیں، مختلف ادویہ کے جوہر و روغن حاصل کرنیکے نسخے درج ہیں۔ از تالیف حکیم محمد عبدالواحد صاحب ناظر کاغذ سفید حجم ۹۲ صفحات قیمت ۸ر

## (۲۳) مجربات فطن مفید مختصر چٹکلے

(از حکیم مولوی ابوالحسن صاحب فطن) مفید و مختصر چٹکلے نظم میں لکھے گئے ہیں ۸ر

ملنے کا پتہ۔ ناظم دفتر المسیح۔ قرول باغ۔ دھلی

# المسیح

## دھلی کا شہرۂ آفاق طبی رسالہ

زیر ادارت حکیم محمد کبیر الدین صاحب بدۂ العالی

اس بے نظیر طبی رسالہ نے تھوڑے ہی عرصہ میں طبی دُنیا کے اندر وہ ہلچل پیدا کر دی کہ تمام اہل ملک کا بہترین طبی جریدہ سمجھا گیا۔ یہ رسالہ ہر قسم کے طبی مضامین پر محققانہ اور فلسفیانہ مقالات پیش کرتا ہے۔ ڈاکٹری و یونانی اختلافات پہلو بہ پہلو پیش کرتا ہے۔ ڈاکٹری اصطلاحات اور انگریزی نہ جاننے والے حضرات کے لیے یہ رسالہ ایک رہبر ہے۔ اس رسالہ کا اہم مقصد اپنی کمزوریوں کا ازالہ کرنا۔ اور دیسی اطباء میں ترقی و اصلاح کا ولولہ پیدا کرنا ہے۔ ہر ماہ علاوہ سر ورق کے ۴۴ صفحات ہوتے ہیں۔ گر قیمت سالانہ صرف عہ بصورت منی آڈر۔ اور ۳ر بصورت وی پی •

پتہ۔ ناظم دفتر المسیح۔ قرول باغ۔ دہلی