الفصل الثالث

الجواتر

ليس من الحكمة استئصال الجواتر لا لسبب سوى وجود الجواتر . و يلزم أن يتردد الجراح قبل التدخل الجراحي ما لم تكن هناك أعراض ضغط معينة . ومن الحق أن تعمل العملية لغرض التأنق . و يشاهد كثيراً الجواتر فى الصغيرات من النساء اللاتى لا يصبرن عليه، و يطلبن من الجراح استئصاله لإزالة التشوه . وعلى الجراح ، فى مثل هذه الأحوال أن يتريث ، و يبدى لهن أن العملية قد لا تخلو من الخطر ، وأنها تقتضى أثرة التحام غير صغيرة ، وانهُ لا يمكن أن يستأصل الورم استئصالاً كاملا . ولقد شاهدت حالة فتاة غاية فى الجمال عملت لها العملية لإزالة التشوه الناشئ عن الجواتر باستئصاله . و بعد نحو ثمانية عشر شهراً كان لا يزال عندها ناسور فى موضع العملية . وقد شاهدت قريباً ، أيضاً ، فتاة أخرى عملت لها عملية استئصال الجواتر لإزالة التشوه . وكانت أثرة الالتحام صغيرة تكاد تكون غير واضحة ؛ لكنها لم ترض بالنتيجة لأنها كانت تلاحظ — ما يلاحظهُ قليل من الناس بغير معرفة التشريح — وهو ورم خفيف فى الناحية اليسرى من العنق ناشئ عن الجزء المتروك بالضرورة من الفص الأيسر من الغدة الدرقية

فمن العدل والصواب التردد فى استئصال الغدة الدرقية لا لسبب سوى التشوه والتنحى عن العملية فلا يعملها إلا مكرهاً

الجواتر الجحوظى

ان من الخطأ عمل العملية فى أحوال مرض جراف لأنها تكون خطرة ؛ هذا الى أن المرض كثيراً ما يزول بغير تدخل الجراح . ولا ينطبق هذا الكلام على الأحوال التى فيها ضخامة فى الغدة الدرقية يصحبها سرعة فى النبض متوسطة بغير جحوظ، أو ارتعاش، أو خفقان ؛ وهى أعراض مرض جراف القياسى . أما فى الأحوال الأخرى فلا تكون سرعة النبض دلالة مانعة نهائية وإن تكن مما يقتضى التردد فى التوصية بعمل العملية وكلما زادت سرعة النبض وجب أن يزيد التردد

وربما صورت الصحف الجراحية خطر العملية فى مرض جراف تصويراً خطأ . ولا ريب أن الخطر فى أيدى الجراح المتوسط الخبرة والمهارة أعظم مما يتضح من مطالعة الإحصاءات التى عملت بنجاح

الجواتر تحت القص

لا بد من استئصال الجواتر الذى يكون أدنى من قمة القص ، والذى ينمو الى أسفل من برزخ الغدة ليتخذ مكانه تحت القص ، وان لم تظهر علامات الضغط أوان الفحص. والذى يدعو الى الإسراع فى استئصال هذا الشكل هو ما يمكن أن يحدثه كبر الحجم من نزف أو خلافه ، من عسر التنفس الشديد الذى قد يفضى أحيانًا الى الوفاة بسبب ضيق المكان الذى فيه الورم

وليس النزف فى الجواتر أو فى الكيس الجواترى بنادر . وهناك بضع أحوال حدث فيها الموت الفجائى من الاختناق بهذا السبب . فقد ذكر بعضهم حالة مريض توفى على عتبة باب المستشفى فى لندن من عسر تنفس بهذه المضاعفة ، كما ذكر حالة أخرى أسعفت بعملية وكانت سببًا فى خلاص المريض من الاختناق بنزف فجائى فى جواتر تحت القص

ومنذ بضع سنين كان يمشى رجل فى حديقة رجنت[1] فشوهد وهو يقبض على سياج الطريق وقد عسر تنفسه . ومات من الاختناق . وبتشريح جثته وجد جواتر صغير تحت القص . ولم يكن هناك ضمور فى غضاريف القصبة الهوائية ، ولا نزف فى الجواتر . ولا شك عندى أن هذه حالة ورم درقى فى العنق قد زاغ لسبب ما تحت القص فاحدث الوفاة اختناقًا

أما الأحوال التى تظهر فيها أعراض الضغط فلا بد من العملية فيها بغير ابطاء ما لم تكن هناك دلالة مانعة . والصرير[2] أوضح الأعراض ويحدث غالبًا عن زيغ القصبة الهوائية الى الجانب أو عن انخسافها . واذا لم يمنع الضغط صارت غضاريف القصبة الهوائية رقيقة لينة من التآكل وكلما طالت مدة الضغط زاد تلف القصبة . هذا الى أن

---

(١) Regent's Park (٢) Stridor

المريض يكون معرضاً للموت الفجائى من الاختناق وكما أسلفنا قليل من الانسكاب الدموى فى الورم الدرقى قد يحدث عسراً فى التنفس مميتاً ولا سيما باسترخاء الغضاريف من طول الضغط

ويعرف بعضهم حالة جواتر تحت القص أحدثت أعراضاً حسبت خطأ انها ربو ؛ كان المريض رجلاً كبيراً فى السن عالجه طبيبه لعسر فى التنفس بضعة أشهر وهو يعتقد أن مرضه ربو . وذات يوم وهو خارج بيته أشتد عليه عسر التنفس وصار على وشك الاختناق، فدعى الجراح ونصح له بعمل العملية، واستؤصل الجواتر ولم يعاود المريض عسر التنفس بعد العملية

ويذكر بعضهم حالة غلام فى الخامسة عشرة من عمره يشكو عسراً فى التنفس اعتراه تدريجاً وظهر من العملية ما حسبه الجراح نقصاً فى نمو القصبة الهوائية لأنها لم تسع الاّ أصغر أنبوبة قصبية . ولم يكف الشق القصبى الذى عمل لمرور الهواء فازداد عسر التنفس وازدادت الزرقة (السيانوز) . ومات الغلام بعد حين

وقد اتضح من تشريح جثته أن القصبة الهوائية كانت مضغوطة من جانبيها ضغطاً متناسباً من ضخامة متناسبة فى فصى الغدة الدرقية . وما حسبه الجراح قصبة هوائية غير كاملة النمو لم تكن الاّ ثنية من القصبة المضغوطة . ولم يكشف الورم الدرقى إلاّ بعد الوفاة .

عمليات الجواتر

بزل الأكياس الدرقية

إن بزل الكيس الدرقى سواء أكان لغرض التشخيص أم للعلاج بالحقن عملية خطرة لأنها قد تحدث نزفاً ، لا يمكن اتقاؤه بأى عناية من الجراح . والنزف إما أن يحدث من وخز الضفيرة الوريدية التى على سطح الغدة الدرقية وإما أن يكون من داخل الكيس عقب استخراج مشموله الغروى ، وهذا النزف قد يحدث عسراً فى

التنفس أو تجمعاً دموياً منتشراً فى العنق . ويؤكد جيمس برى[1] وهو من أكبر الثقات فى جراحة الغدة الدرقيـة فى انجلترا أنهُ رأى مرضى تعرضت حياتهم للخطر وبعضهم فقد الحياة من هذا البزل

الاستئصال

تتلخص عملية الاستئصال فى استئصال أحد الفصين والبرزخ وبعض الفص الآخر فلا تستأصل الغدة كلها ، ولا بد من ترك قطعة لتقوم بوظيفة الغدة

ولعل أفضل شق للعملية ما كان منحنياً وموازياً للحافة السفلى من الغدة وأسفل منها قليلاً. ومن الضرورى تخطيط هذا الشق جيداً لكيلا يصادف الجراح فى اثناء العمل صعوبة من عدم رؤية الأنسجة جيداً

والغلطتان الشائعتان هما :

أولاً ؛ جعل الشق عالياً فى العنق فلا يتيسر الوصول الى الأوردة الدرقية السفلى والمسافة التى خلف القص ؛ وهى من أهم مناطق الخطر فى العملية

ثانياً ؛ جعل الشق مستعرضاً فلا يتيسر الكشف عن الجزء العلوى من الغدة . ويلزم أن ينحنى الشق الى الأعلى من جهته الخافية بغير مراعاة ما عسى أن ينشأ عن ذلك من عدم اختفاء أثرة الالتحام وبعد قطع الجلد والصفاق السطحي مع العضلة الجلدية يحسن نزع هذه الأنسجة من الصفاق الغائر فى مساحة الغدة . ثم يقطع الصفاق الغائر والعضلات الدقيقة التى أسفل العظم اللامى قطعاً مستعرضاً ، وتبعد الى أعلى للكشف عن الفص الجانبى والبرزخ من الغدة

وعلى الجراح ألاّ يحاول قبل ذلك البدء فى نزع الغدة من الأنسجة الملتصقة بها ؛ وهى مسألة قلما تلاحظ

---

(١) James Berry.

زيادة إفراز الغدة الدرقية

من الخطر الذى يعقب عملية الاستئصال غير الكلي للغدة الدرقية السم بزيادة إفراز الغدة الدرقية . إن سرعة النبض ، وسائر أعراض هذه المضاعفة ، كثيراً ما تطرأ عقب عملية استئصال الجواتر الجحوظى . ولتعلم أن السم بزيادة افراز الغدة الدرقية قد يحدث بدرجة شديدة ومميتة أحيانًا عقب عملية استئصال الجواتر الجوهرى البسيط . وهنالك ، لحسن الحظ ، وسائل تقلل هذه المضاعفة ، وقد تمنعها ، وهى :

(١) الرفق بالغدة فى أثناء استئصالها اتقاء تمزيقها ورضها . ويوصى بعضهم بضغط البرزخ والفص الجانبى لمنع النزف قبل قطعهما . وهو عمل غير ضرورى بل خطر ؛ والأحسن قطعهما بمشرط حاد

(٢) تصفية الجرح عقب العملية بأنبوبة تصفية (درنقة) . وهى وسيلة عظيمة الشأن لتصفية ما عساه ينسكب من المادة الغروية من السطح المقطوع للجزء المتروك من الغدة ، وأحيانًا يكون مقدار المادة الغروية المنسكبة غزيراً . هذا الى أن أنبوبة التصفية تسهل خروج الدم المنسكب فلا يتجمع ، ويضغط الأنبوبة القصبية المرتخية ، ويحدث عسراً فى التنفس قد يكون خطراً مميتًا .

أما التصفية بالدسام فغير وافية بالغرض وخطرة . ولا يفى الدسام بالغرض لأنه لا يسهل خروج السائل ، ويكون خطراً لأنك قد تجذب باستخراجه ربطة وعاء ، فتحدث نزفًا . ويذكر بعضهم مريضين حدث فيهما نزف شديد باستخراج الدسام من الجرح مما اقتضى فتح الجرح لضبط الوعاء النازف

(٣) حقن المريض بمقادير كبيرة من محلول ملح الطعام حقنًا شرجيًا ، أو تحت الجلد ، أو فى الوريد .

(٤) استعمال المخدر الموضعى بدلاً من المخدر العام . ولعل اختيار المخدر أقل شأنًا من سائر الوسائل التى سلفت ؛ والذى دعانا الى ذكره هو اهتمام كثير من المؤلفين بالمخدر الموضعى واعتقادهم بأنه أقل خطراً

التشنج

هو مضاعفة أخرى نادرة قد تؤدى الى الوفاة وتنسب الى ازالة جزء كبير من المنسوج الغدى . رأيت مريضة حدثت وفاتها بعد بضعة أيام. وكانت المريضة فتاة استؤصل من عنقها فص و برزخ لتحسين منظرها . وقد استدرجت بعد هذه العملية جراحًا لاستئصال الفص الآخر لإزالة التفاوت بين الناحيتين[1] ، وما علمت أن فى ذلك حتفها لأنها ماتت . وقد شاهدت هذا التشنج فى مريضين بعد انتهاء العملية وقبل أن ينقل المريضان من غرفة العمليات الى سريرهما ولم يمكث طويلاً ولم يتكرر

النزف

ينطبق كل ما قيل فى فصل الغدد الدرنية فى العنق على عملية استئصال الغدة الدرقية. وعلى الجراح أن يعمل العملية فى ضوء جيد ، وأن يتأكد من الأنسجة التى يشرحها وأن يحافظ على جفاف الجرح . وليس من العبث ذكر ربط الفتحات فى الأوردة ربطًا جانبيًا ، وكذلك ربط الفروع بالقرب من اتصالها بالوريد الكبير . فان ربط الجراح شيئًا من ذلك فلينبه المريض ليتعرف الجراح متانة الربط بالمجهود الذى يعمله المريض قبل خياطة الجرح . وبهذه الطريقة قد يرى الجراح ما عسى أن يكون تراك من الأوردة الصغيرة بغير ربط . ويقول جيمس برى أن النزف الوريدى عقب العملية هو الخطر الأكبر فى عملية الغدة الدرقية

ويجب على الجراح أن يعتنى بنوع خاص بالأوردة الدرقية السفلى . فان فتح وريد بالمصادفة قبل ربطه فقد يتقلص خلف القص حيث يصعب العثور عليه .

اصابة الأعصاب

إن العصب الحنجرى الراجع هو أهم الأعصاب واكثرها تعرضًا للخطر ؛ ولتعلم أنهُ يمر فى العنق بين فروع الشريان الدرقى السفلى ؛ ومن المستحسن الكشف عن العصب

---

(١) التفاوت ترجمة Asymmetry

وانقاؤه ولا سيما فى أثناء وضع الجفوت على فروع الشريان أو ربطها . وخير ما يعمل لهذا الغرض هو ربط الأفرع المختلفة من الشريان الدرقى السفلى فى أثناء قطعها ، بالقرب من وصولها الى الغدة

جرح القصبة الهوائية والحنجرة

قد تثقب الغشاء الحلقى الدرقى ثقبا عارضيا أعقبته الوفاة . ولا يقل عن هذه المضاعفة خطر ثقب القصبة نفسها

ومن عواقب هاتين المضاعفتين تلوث الجرح والمضاعفات الرئوية

وقد يحدث عسر التنفس، فى أثناء العملية ، وذلك فى الأحوال المزمنة التى تكون القصبة الهوائية فيها معوجة لينة . ولعلاج هذا العسر يكفى تغيير وضع رأس المريض وعنقه ؛ فان لم يكف ذلك فمن المحقق تحسين التنفس بشق الصفاق الغائر . فإن بقى العسر يلزم شق برزخ الغدة

و يلزم خياطة الصفاق الغائر والعضلة الجلدية على نحو ما ذكرنا فى استئصال الغدد الدرنية من العنق ، وذلك للحصول على اثرة التحام حسنة .

و إياك أن تنسى خياطة أطراف العضلة القصية اللامية والقصية الدرقية

نقف الغدة

تفضل عملية النقف[1] فى أحوال الكيس الدرقى والأدينوم الدرقى . و ينطبق على هذه العملية كل ما قيل فى عملية الاستئصال غير الكلى . وأهم شىء فى هذه العملية هو تعرف غلاف الكيس أو الأدينوم ، والسير وهذا الغلاف فى أثناء النقف لتقليل النزف. ومخالفة هذه القاعدة مما يكثر النزف وتمزق الغدة

وفى الأحوال التى يتمدد فيها الكيس فيتمدد معه المنسوج الدرقى حتى يصير غشاءً نصف شفاف قد يقطعه الجرَّاح وهو يقطع الغلاف فتزول حدود الكيس أو الأدينوم . ولاتقاء هذا الخطأ يحسن ألا يعمل الشق حيث يقرب الورم الى الظاهر بل

(١) Enucleation.

يعمل فى منسوج الغدة الطبعى بعيداً قليلاً ثم يغور الجرَّاح بالشق تدريجًا حتى يتضح الغلاف اللاّمع

الأكياس الدرقية اللسانية

لا بد من العناية ، فى أثناء استئصال الأكياس الدرقية اللسانية ، بتشريح الأكياس ، واستطالاتها ؛ من القناة الدرقيــة اللسانية من الأعلى والأسفل . وتمر القناة الى الأعلى خلف العظم اللامى أو خلاله ؛ وهى فى هذا الموضع تقتضى تشريحًا دقيقًا للكشف عنها. و بسبب صعوبة التخلص من هذه القناة، وهى منشأ الأكياس، كثيراً ما تعود الاكياس بعد استئصالها .