الفصل التاسع

أورام الغدد اللعابية

ليست الأورام النكفية المختلطة نادرة ، فيصادفها الأطباء كثيراً وتراهم فى حيرة مما يبدون فى شأنها . وإن لم يكن الجرّاح حريصًا عالمًا بالتأريخ الطبعى لهذه الأورام أخطأ فى تشخيصها ، وربما طمأن المريض على ورم خبيث لم تظهر فيه كل علامات الخبث كالشلل الوجهي وخلافه مؤكداً إياه بقوله مثلاً إن الورم حميد . قد يسرّ المريض هذا الإنذار الحميد ، لكنهُ قد يكون سبباً فى ضرره بتأجيله العملية ، لأنك إذا علمت أن من السهل استئصال الأورام الصغيرة المتكيسة فى الأدوار الأولى لأنها تنشأ سطحية أو تكون كذلك ، وإذا علمت أن الأدينوم يكبر مع الزمن وينتشر فى الأجزاء الغائرة من الغدة التى يصعب الوصول اليها ، وأن هذه الأورام المختلطة تتحول مع الزمن الى خبيثة ، فإذا علمت كل ذلك عرفت ضرر تأجيل العملية وعرفت أن من الحرص نصحك للمريض واستدراجه لاستئصال الورم وهو صغير سطحي ، ثم إبداء رأيك فى الورم بعد الفحص المجهرى . ويعود الورم بعد استئصاله فى نصف عدد المرضى تقريباً ، ويتحول ربع عددهم من أحوال حميدة الى خبيثة

وأفضل شق لاستئصال الورم النكفى المختلط هو الذى يوازى العظم الوجنى ، واذا كان الادينوم كبيراً فلا بأس من جعله على شكل T . ولتعلم أن العصب الوجهى غائر لا يناله الجراح بأذى إلاّ اذا جال بمشراطه بعيداً عن غلاف الورم . أما قناة الغدة النكفية فمعرضة للخطر إن لم يذكر الجراح موضعها التشريحى . وليس من السهل علاج القناة اذا قطعت لأن موضع القطع يكون غالباً خلف الحافة الوحشية للعضلة المضغية أى حيث تتعذر عملية ديجويز[1] بينما أنهُ من الصعب الكشف عن القناة وربطها لإبطال أفراز الغدة

---

(١) Déguise.

اضطرّ بعض الجراحين لعلاج كيس لعابي كبير نشأ في وجنة مريض عقب استئصال ورم نكفي. وكانت اثرة الالتحام عمودية. وقد قال الجراح الاول الذي استأصل الورم للجراح الثاني الذي أخذ يعالج المريض إنه لم يفكر مطلقاً في القناة في أثناء الاستئصال. فأراد الجراح الأخير أن يعالج المريض بطريقة ديجوين، اذا كان قطع القناة من الأمام، أو بربط القناة، اذا كان قطعها خلف الحافة الأنسية للعضلة المضغية، لأن الغدة يبطل افرازها بسد قناتها. وقد تأكد الجراح، بوضع مسبار دقيق في الفتحة الحامية التي في الفم، من العثور على الجزء الطرفي من القناة، وعرف أن موضع الاصابة بعيد في الخلف لكنه لم يتمكن من العثور على الجزء القريب من الغدة. وعلى ذلك لم يتيسر له العلاج باحدى الطريقتين. وكان الكيس قد تجاوز الجزء الطرفي من القناة فعمد الجراح الى ربطة وأدخلها من الفم في الجزء المقدم من الكيس وخرج بها من الفم أمام العضلة المضغية وعقدها جيداً رجاء تكوين فتحة جديدة في الفم بموت الجزء المربوط ضغطاً، ووضع وسادة متينة على الوجنة بعد اقفال الجرح. وقد نجحت العملية نجاحاً عظيماً وزال الكيس. لكن لم يعرف أكان النجاح دائماً أم لا. ويخشى أن تلتحم النواصير اللعابية الصناعية التي عملت للأغراض العلاجية

ورشح الافراز اللعابي الذي يشاهد كثيراً عقب شق جوهر الغدة النكفية ينقطع غالباً انقطاعاً ذاتياً أو بضغط خفيف. ولم أرَ ناصوراً لعابياً دائماً من هذا النوع

النكاف أو الالتهاب الثانوي في الغدة النكفية

يحدث مضاعفة في جملة أمراض، وأخصها الاضطرابات البطنية. ولعل السبب الجوهري هو وقف الافراز اللعابي وقفاً يكون من شأنه التعرض للعدوى، وذلك كما يحدث في مواضع أخرى. وأسباب وقف الافراز في الغدة النكفية هي:

(١) انسداد القناة انسداداً عضوياً بوجود حصاة مثلاً

(٢) فقد المنبه الطبعي الذي يصحب مضغ الطعام. وهذا هو السبب الأصلي في الالتهاب الثانوي؛ والمعتاد أن يلازمه سبب آخر تابعي هو استعمال المورفين والاتروبين.

فليتوقع الجراح الالتهاب النكفى التقيحى فى كل الأحوال التى يفقد فيها المضغ و يستعمل المورفين متكرراً

وأهم ما تجب معرفته أن الالتهاب النكفى حالة عفنة تستدعى العلاج بالشق بغير تريث . فان أجلت العملية حتى يتضح التموج أو لسبب آخر فالخطر شديد من امتداد التعفن الى مناطق ليس فى ميسور الجراح الوصول اليها . فقد يحدث تخثر فى الأوردة الجناحية و يمتد الى الجيب الكهفى ؛ وهى مضاعفة ربما كانت نظرية تشريحية اكثر منها حقيقية ؛ لكن بعضهم قد شاهدها وانتهت بالوفاة

أورام الغدة اللعابية تحت الفك

من الصعب تمييز هذه الأورام من أورام الغدة اللمفاوية المجاورة . والذى يساعد على تشخيصها هو ازدياد حجمها سريعاً عقب الطعام . هذا الى أن من الضرورى فحص فوهة القناة أسفل اللسان فى كل حالة يخامرنا الشك فيها . فقد نجد جسماً غريباً كشعرة من المجرد أو السواك أو كحصاة فى القناة اللعابية ، أو نجد علامات أخرى كالاحمرار والانتفاخ أو نقط نزفية صغيرة حول حلمة فتحة القناة ؛ وهذه كلها مما تدل على آفة فى الغدة اللعابية لأن تأثير الأحوال الالتهابية أو الانسدادية فى الغدد اللعابية يتضح كثيراً بهذه الطريقة فى الغشاء المخاطى حول فتحة قناتها

يصادف الجراح ، من وقت لآخر ، حالة ظهر فيها خراج فى الغدة تحت الفك لوجود حصاة فى قناتها . ويخشى أن تنسب العدوى الى الغدد اللمفاوية ؛ فتعالج بالشق والتصفية بغير تنبه الى وجود الحصاة فى القناة . فان حدث ذلك تولد ناصور مزمن لا يلتحم أو[1] تعرف الحصاة فتزال بعملية . وقليل من العناية فى درس تاريخ المرض فى الحصاة اللعابية يرشد بسهولة اليها لما يلازمها عادة من الألم والانتفاخ الذين يزيدان فى أثناء الطعام

---

(١) الى أن

عواقب عمليات الغدة تحت الفك

ومن عواقب عمليات الغدة تحت الفك شلل العضلة الذقنية المربعة . وقد تقدم الكلام على سير العصب الذى يغذى هذه العضلة

وقبل ختام هذا الموضوع أرانى فى حاجة إلى ذكر سببين ، لانتفاخ الغدة تحت الفك ، قد يغيبان عن الجراح وهما :

(١) تناول يودور البوتاسيوم . قد يُحدث هذا الدواء فى بعض الأشخاص انتفاخا متناسباً فى الغدة تحت الفك والغدة تحت اللسان فى الناحيتين

(٢) التهاب الغدة النكفية العفن – قد يحدث فى هذا المرض وقبل ظهور الورم النكفى ببضعة أيام انتفاخ فى الغدة تحت الفك والغدة تحت اللسان فى ناحية أو فى الناحيتين فالطبيب الذى لا يحفظ هذين السببين قد يوبخ لعدم احتياطه الاحتياط الواجب لمنع امتداد مرض عفن