

Из 1-й хирург. клиники Одесского мединститута (дир. проф. Н. Н. Соколов).

Случай аденомы червеобразного отростка.

Р. Д. Винник.

Первичные опухоли червеобразного отростка явление не частое. Из опухолей, встречающихся в червеобразном отростке на первом месте стоят карциномы и истинные раки. Остальные виды опухолей отростка—саркомы, эндотелиомы, миомы и др.—встречаются чрезвычайно редко.

Первое описание рака отростка сделано Мерлингом свыше 100 лет назад. С тех пор описаны сотни случаев рака червеобразного отростка, в то время как случаи других опухолей описывались редко. Васлер в сводной статистике опухолей отростка за 1908 год приводит: 1 миому, 1 фиброму, 1 фибросаркому, 2 саркомы и 3 эндотелиомы. Ландау в литературе до 1916 г. находит 2 саркомы и 4 эндотелиомы. За последние годы описаны случаи миксомы (Дондю), ангиофибромы (Мишер) и др.

В доступной нам литературе мы встретили только один случай аденомы отростка (Кольмис, 1932 г.). Поэтому считаем необходимым привести наш случай аденомы отростка, наблюдавшийся в 1-й хирург. клинике Одесского мединститута.

Больная Б., 29 лет, поступила в клинику 27.VI. 1936 г. по поводу ноющих болей в правой подвздошной области. Такие боли больная ощущает уже около 4 месяцев, но они не особенно беспокоили больную. За три дня до поступления в клинику вдруг появились резкие боли в правой подвздошной области. Продолжались они часов 12 и сопровождалась тошнотой. Температура не изменялась.

Больная замужем. Имела две беременности. Со стороны половой сферы отклонений от нормы не отмечается.

Объективное исследование: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Сердце, легкие и нервная система в норме. Живот правильной конфигурации, мягкий. При ощупывании болезненность в правой подвздошной области. Симптом Ровсинга положительный. Симптомы Блюмберга, Пайера и Ситковского отрицательны. Слепая кишка прощупывается—слегка болезненная, неурчащая. Напряжения мышц нет. Под диагнозом хронического аппендицита больная оперирована 29.VI 1936 г. Косой разрез по Мак-Бурнею. Отросток утолщен, короткий и весь в сращениях. Ленковского перегиба нет. Отросток выделен, перевязан и отрезан. Культи погружена под кисетным швом. Операционная рана закрыта послойно. Послеоперационное течение—гладкое. Удаленный отросток длиной в 4 см, толщиной—1—1½ см, весь инъецирован.

Микроскопическое исследование. Препарат представляет поперечный срез через отросток. Слизистая, за исключением одного места, особых изменений не представляет. Видны прослойки кровоизлияния между сосочками. В одном месте имеется участок в слизистой с атипическим строением и резким изменением клеточных элементов. Участок этот округлой формы, рыхло связан с сосочками нормального отростка и как бы отгесняет их к периферии. Нигде на препарате не обнаружено явлений воспаления. Межсосочковые сосуды расширены и наполнены кровью, повидимому, за счет сдавления клеммом у корня при его ампутации. Признаков злокачественного роста нет. Диагноз: аденома отростка. (Консультация завед. патогистологической лабораторией клиники Л. В. Серебренникова).

Касаясь вопроса диагностики опухолей червеобразного отростка нужно отметить, что в начальной стадии они протекают при картине хронического аппендицита, и распознавать ранние новообразования отростка невозможно. Только гистологическое исследование удаленного препарата может выяснить истинный характер заболевания.

В более поздней стадии, при разрастании и увеличении опухоли, таковая может быть распознана путем ощупывания и до операции. Но и в этом случае отличить истинную опухоль от гранулемы трудно. Только гистологическое исследование удаленной опухоли дает точный ответ в отношении ее характера.

Из хирург. отд. Очамчирской гор. больницы (Абхазия) (главврач и зав. хир. отд. К. А. Какубава).

Два случая заворота слепой кишки.

К. А. Какубава.

В хирургической работе заворот слепой кишки представляет большой интерес. Сравнительная редкость этого заболевания дает мне основание опубликовать два своих наблюдения.

1. Больная К., 45 лет, 13. VIII 1931 г. доставлена в хир. отд. б-цы с жалобами на сильный приступ болей в правой подвздошной области; боли иррадируют в подложечную область; приступ наступил внезапно, час назад после еды. Боли носят схваткообразный характер; газы не отходят. Были двое родов. Menses прекратились год назад; гинекологических заболеваний не отмечает. Страдала часто запорами.

Status praesens. Больная среднего роста, правильного телосложения; видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Со стороны легких уклонений от нормы не отмечено; пульс хорошего наполнения, 72 уд. в минуту; язык слегка обложен, лицо страдальческое; температура 36°, холодный пот. Больная не дает прикоснуться к животу ввиду болезненности, но мышцы не напряжены. Впрыснут 1 к. см Morfii pur., и через 15 минут боли утихли, что дало возможность приступить к осмотру.

В илсоэкальной области вздутая неперистальтирующая кишка; локализованное притупление. Перистальтика тонких кишок. При исследовании vaginam обнаружено: матка маленькая, своды свободны. Клиническая картина и анамнез говорили за заворот слепой кишки.

Больной была предложена операция, на что она согласилась. Через час после поступления больная взята на операционный стол. Под эфирным наркозом—параректальный разрез справа (опер. журн. № 216) По вскрытии брюшной полости обнаружена выпирающая в рану раздутая слепая кишка на длинной брыжейке с полным заворотом оси брыжейки.

Отросток слепой кишки резко воспален и находится в спайках. Слепая кишка кроме потемнения не представляла больших изменений. Произведена deforsio, непрерывный кетгутовый шов на брюшину, узловые на апоневроз, кожный шов наглухо.

Послеоперационный период без осложнений, на 7-й день швы сняты, заживление рег primam, на 10-й день выписана.

II. Больной П., 33-х лет, маляр, доставлен в хир. отд. 7. VII 1936 г. (опер. журн. № 105) с жалобами на боли в нижней части живота справа, которые почувствовал через 3 ч. после завтрака.

Раньше страдал запорами, других заболеваний в прошлом не отмечает.