

olejek terpentynowy (dotychczas uważany za najlepszy lek przeciw wzdęciu), nafta i oleje mineralne. Wadą tych leków jest zapach udzielający się mięsu oraz możliwość wywołania zatrucia (np. olej maszynowy). Oganiesian (1954), który przeprowadzał badania nad farmakologią przedżołądków wykazał korzystne działanie lecznicze nafty naftalanowej przy ostrym wzdęciu żwacza. Po dawce 75 do 100 g w ciągu 30—40 minut powracało odzwanie i następowało odbijanie gazów. Quin i współpracownicy (1949) donieśli o dobrych wynikach uzyskanych przy leczeniu ostrego wzdęcia po stosowaniu emulsji metylosilikonu (100 ml dla dorosłego bydła, 25 ml dla owiec i kóz). Metylosilikony mają właściwości (nawet w znacznych rozcieńczeniach) zwiększania napięcia powierzchniowego, są prawie bez zapachu, nie działają toksycznie na organizm zwierzęcia i nie wywierają ujemnego wpływu na mikroflorę żwacza. Metylosilikon podawano *per os* lub wstrzykiwano igłą wprost do żwacza. Lek stosowany w 155 przypadkach ostrego wzdęcia spowodował u 115 sztuk szybkie wyleczenie. Po podaniu metylosilikonu *per os* uzyskano 80% wyleczeń, po podaniu przez igłę wprost do żwacza 95%. Również Feuerstein (1955), który stosował preparat metylosilikonowy (Sicaden) opisuje korzystne działanie tego nowego leku przy fermentacji pianistej, wywołanej zjadaniem młodej koniczyny. Już po 3—6 minutach po podaniu *per os* 50 ml Sicadenu w 1—2 litrach wody następowało odbijanie gazów a po zwolnieniu napięcia ścian żwacza powracała powoli perystaltyka. Preparat po zmieszaniu się z treścią żwacza powoduje pękanie pęcherzyków gazu, który zbiera się nad treścią żwacza i może być usunięty przez odbijanie albo przez sondę. W przypadkach rozciągnięcia ścian żwacza i braku ruchów należy po

podaniu metylosilikonu wykonać silny masaż żwacza (po ustawieniu przodu zwierzęcia wyżej) aby umożliwić zmieszanie się preparatu z treścią. Jak wynika z obserwacji Feuersteina Sicaden był skuteczniejszy po podaniu *per os* aniżeli po podaniu przez igłę wprost do żwacza.

We wnioskach do swojej pracy wyraża Lienert (1950) przypuszczenie, że metylosilikony mogą inaktywować fosfatazę wskutek podwyższenia napięcia powierzchniowego. Przypuszczenie to opiera autor właśnie na fakcie, że metylosilikony dają dobre efekty lecznicze przy ostrym wzdęciu żwacza o typie „fermentacji pianistej” oraz na znanych spostrzeżeniach, że alkohol oktylowy używany w procesach technologicznych dla przeciwdziałania powstawaniu piany — jest środkiem hamującym działanie fosfataz.

Wydaje się, że byłoby dobrze aby naszą terenową służbę weterynaryjną można było zaopatrzyć zarówno w pewną ilość nafty naftalanowej jak również w preparat zawierający metylosilikon umożliwiając w ten sposób skuteczne leczenie przypadków ostrego wzdęcia o typie „fermentacji pianistej” jak również zbieranie własnych spostrzeżeń.

Piśmiennictwo

- 1) Diernhofer K.: Lexikon d. prakt. Therapie u. Prophylaxe str. 722, 1948.
- 2) Feuerstein G.: Alte u. neue Methoden zur Behandlung der schaumigen Gärung bei Wiederkäuern. Tierärztliche Umschau Nr 9, 1955.
- 3) Graf H.: Zur Pharmakologie des Vormagenensystems. Schweiz. Arch. f. Tierhk. Sonderheft, 1951.
- 4) Hutyrá, Marek, Manninger, Moscy: Spez. Pathol. u. Therapie d. Haustiere. Jena 1954.
- 5) Lienert E.: Die Pharmakotherapie der Pansentympnie mit besonderer Berücksichtigung der Pharmakodynamik des Tartarus stibatus auf den Pansen. Wien. tierarztl. Mschr. Nr 9, 10, 11, 12, 1950.
- 6) Oganiesian P. A.: Nowyje metody leczenia sielskochaz. zivotnych pri niekotorych wnutriennyh niezaraznyh bolezniach Jerewan, 1954.
- 7) Quin A. H., Austin J. A., Halcliff K.: A new Approach to the Treatment of Bloat in Ruminants. The Brit. Vet. J. Vol. 105 Nr 8, 1949.
- 8) Spörri H.: Physiologie der Wiederkäuer — Vormagen Schweiz. Arch. f. Tierhk. Sonderheft, 1951.
- 9) Stünzi H.: Zur Pathologie der Vormagen der Wiederkäuer. Schweiz. Archiv f. Tierhk. Sonderheft 1951.

WIKTOR STEFANIAK

Własna metoda operacji przepuklin rzekomych u dużych zwierząt

Z Kliniki Chirurgicznej Wydz. Wet. w Warszawie
Kierownik: Prof. dr JÓZEF KULCZYCKI

W codziennej praktyce lekarza weterynaryjnego często spotyka się urazowe schorzenia dużych zwierząt zwane, nie zawsze słusznie, przepukliną. Schorzenie to powstaje na skutek rozzerwania podskórnej części powłok ściany brzusznej i wciskania się jelit do powstałego otworu. Jelita przedostają się poza ścianę brzuszną pod skórę tworząc workowatą deformację w okolicy urazu. Taki właśnie stan przyjęto nazywać przepukliną. Nazwę tę należałoby jednak stosować tylko w tych przypadkach, w których jelita osłonięte otrzewną ścienną wydostając się przez otwór powstały w części mięśniowo-powięziowej ściany brzusznej leżą we

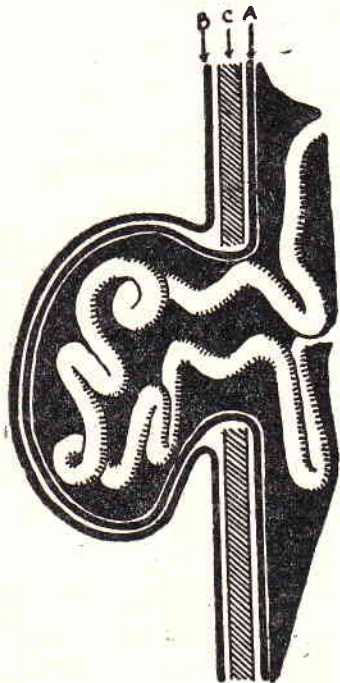
wgłębieniu utworzonym z błony otrzewnej i skóry. (rys. 1) W przypadkach w których otrzewna ścienna jest również przerwana a jelita leżą bezpośrednio pod skórą, nazwą lepiej oddającą istotę stanu chorobowego jest — wypadanie jelit pod skórę lub przepuklina rzekoma (*hernia spuria*) (rys. 2).

W badaniu klinicznym, na podstawie którego ustalamy rozpoznanie, stwierdza się pewne cechy charakterystyczne dla przepuklin prawdziwych i przepuklin rzekomych.

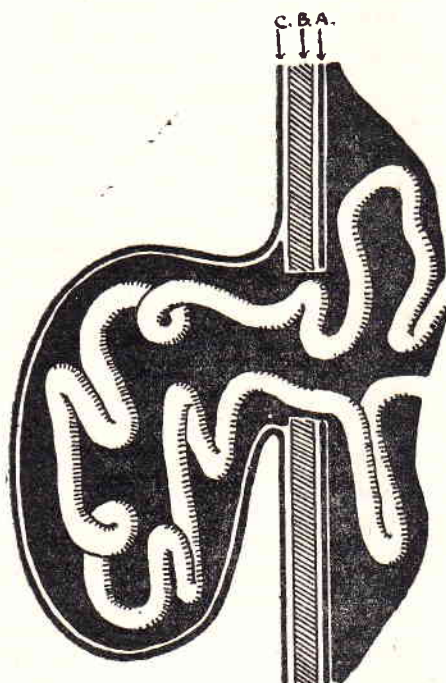
Głównym objawem klinicznym przepukliny rzekomej jest zniekształcenie ściany brzusznej. W miejscu urazu powstaje workowata wypu-

kłość spowodowana gromadzeniem się pętli jelit pod skórą. Podobne zniekształcenia powstają również przy innych schorzeniach, mianowicie przy przepuklinach prawdziwych, przy krwiakach oraz przy ropieniach. Kształt wypukłości jest inny w przepuklinie rzekomej, niż w pozostałych wymienionych schorzeniach. Przepuklina rzekoma ma kształt stożkowaty, przy krwiakach i ropniach powstaje zniekształcenie okrągłe, przy przepuklinie prawdziwej natomiast powstaje wprawdzie również okrągłe zniekształcenie ściany brzusznej, jednak posiada ono czę-

i nie mają tendencji do zarastania się, są bowiem wysłane błoną otrzewnową. W przepuklinach rzekomych brzegi wrót są zawsze postrzępione, wałkowato pogrubiałe a w świeżych przypadkach bolesne, ponieważ znajdują się w stanie reaktywnego aseptycznego zapalenia. Wrota przepuklinowe mają skłonność do samoistnego zamknięcia się, co w pomyślnych przypadkach można obserwować po upływie 4—8 tygodni. Przytoczone objawy, stwierdzone przez palpację z większą wyrazistością, występują w badaniu rektalnym.



Rys. 1. Przepuklina (Hernia) A. Otrzewna B. Mięśnie C. Skóra



Rys. 2. Przepuklina rzekoma (hernia spuria) A. Otrzewna B. Mięśnie C. Skóra

sto przewężenie u podstawy, a to w przypadku gdy wrota przepuklinowe są małe. Przy omacywaniu wypukłości można stwierdzić pewne cechy wyróżniające przepuklinę rzekomą od innych stanów chorobowych o podobnych objawach. Skóra okrywająca przepuklinę prawdziwą jest miękka i elastyczna a przy przepuklinie rzekomej można napotkać zrosty skóry z jelitami, stwardnienia i zgrubienia, przy dłuższym natomiast zaleganiu jelit w worku przepuklinowym skóra cienieje w najniższym punkcie worka, podobnie jak to obserwujemy w ropniu. Zwykle w przepuklinie rzekomej i w ropniu stwierdza się jeszcze inny wspólny dla stanów chorobowych objaw, mianowicie chełbotanie. Cechą odróżniającą oba rodzaje przepuklin od ropnia i krwiaka jest obecność wrót przepuklinowych, które udaje się w większości przypadków wymacać w górnej części worka przepuklinowego. Badając dokładnie wrota przepuklinowe w przepuklinach prawdziwych stwierdzamy, że brzegi wrót są gładkie a gdybyśmy przeprowadzili kilkakrotnie badanie w pewnych odstępach czasu to zauważylibyśmy, że pozostają one przez dłuższy czas niezmiennione,

Uciskanie guza jest również jedną z metod badawczych, która pozwala stwierdzić objawy różniczkowe. Uciskanie worka przepuklinowego prowadzi do zmniejszenia się jego rozmiarów a w większości przypadków całą zawartość udaje się przesunąć do jamy otrzewnowej. Przy deformacji, powstałej wskutek tworzenia się ropnia lub krwiaka, ucisk na guz nie wpływa na jego wielkość.

Punkcja guza pozwala na ustalenie charakteru części zawartości worka przepuklinowego. Przy przepuklinie prawdziwej aspiruje się płyn jasno-surowiczny, a przy przepuklinie rzekomej w świeżych przypadkach płyn aspirowany z worka przepuklinowego ma krwiste zabarwienie. Dlatego często rozpoznaje się mylnie wypadanie jelit jako krwiaki. Aspiracja większej ilości płynu wpływa na zmniejszenie się rozmiarów guza wówczas, gdy mamy do czynienia z krwiakiem. Aspirowanie płynu z worka przepuklinowego nie powoduje trwalszej zmiany, ponieważ płyn usunięty w czasie aspiracji jest uzupełniony zasobami z jamy otrzewnowej. Rozpoznanie ropnia próbą punkcji nie nastę-

cza trudności. Niestałym i występującym głównie w pierwszych dniach schorzenia objawem towarzyszącym przepuklinom jest kulawizna tylnej kończyny po stronie chorej. Powstaje ona wskutek bolesności wywołanej ocieraniem się skóry w miejscu uszkodzenia powłok.

Przyczyny powstawania przepuklin rzekomych. Uraz zamknięty dający początek przepuklinie rzekomej lub prawdziwej powstaje najczęściej na skutek uderzenia zadanego tępym przedmiotem rzadziej na skutek upadku. Są to uderzenia rogiem przez krowy, kopytem, uderzenia dyszlem, dragiem, wypadki drogowe, upadki na wystające pnie lub kamienie itp. W okresie wojny przyczyną powstania zamkniętego urazu było uderzenie większym odłamkiem pocisku artyleryjskiego lecącego z dużej odległości; odłamek wskutek utraty siły nie może przebić skóry, lecz rozrywa mniej trwałe części ściany brzusznej. Przepuklina może powstać w dowolnym miejscu ściany brzusznej, jednak miejscem predysponowanym do powstania tego rodzaju nieprawidłowości jest okolica fałdu kolanowego. U bydła przepukliny rzekome powstają najczęściej w okolicy wymienia, w której urazy mogą spowodować również powstanie krwiaka o bardzo dużych rozmiarach, gdy uszkodzeniu ulegnie żyła mleczna. Krwiaki te z reguły są rozpoznawane jako przepukliny rzekome.

Leczenie chirurgiczne przepuklin rzekomych. W leczeniu przepuklin brzusznych dużych zwierząt stosuje się dwa sposoby postępowania, zachowawcze i operacyjne. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu środków drażniących w okolicę pierścienia przepuklinowego, co prowadzi do rozrostów brzegów otworu a w pomyślnych przypadkach do zamknięcia się pierścienia przepuklinowego. Autorzy radzieccy (A. D. Mielnik i in.) stosują śródmięśniowe zastrzyki spirytusu 96% w okolicę pierścienia przepuklinowego. Wkłucia robi się w odległości 3 cm od brzegu pierścienia. Zabieg powtarza się kilkakrotnie. W czasie leczenia należy stosować pas przepuklinowy. Mechanizm leczenia polega na wywoływaniu rozrostów tkankowych zaciskających otwór w ścianie brzusznej. Tego rodzaju leczenie należy rozpocząć wcześniej, gdy pierścień przepuklinowy nie jest jeszcze pokryty twardą tkanką bliznowatą.

Leczenie operacyjne polega na wprowadzeniu zawartości worka przepuklinowego do jamy brzusznej i zamknięciu szwem chirurgicznym otworu przepuklinowego. Dotychczasowe metody operacyjne polegały na otwarciu worka przepuklinowego i zamknięciu rany w ścianie brzusznej szwami łączącymi poszczególne warstwy. Zadanie to dosyć trudne w przypadkach z dużym otworem przepuklinowym znalazło całą szereg rozwiązań technicznych. Szerokość otworu przepuklinowego narzuca odpowiednią

technikę operacyjną. Jeżeli brzegi rany są znacznie oddalone od siebie, siła ściągnięcia wrota przepuklinowe jest wielka, czasem większa od wytrzymałości poszczególnych warstw ściany brzusznej, co prowadzi niejednokrotnie do rozerwania zeszytych powłok. Aby temu zapobiec stosowano łąty powięziowe z powięzi szerokiej uda (Dubiański) lub wzmacniano brzegi pierścienia przepuklinowego szwem pikującym, którego ścięgi były prowadzone prostopadłe do kierunku siły ściągnięcia wrota przepuklinowe po operacji. Sposób zamykania pierścienia przepuklinowego ulegał różnym modyfikacjom. Klasyczną metodą operacyjną jest szew piętrowy łączący kolejno otrzewną, mięśnie i powięzie a w końcu skórę. Pomysłowość chirurgów była skierowana głównie na ulepszenie techniki szycia skóry, która jest najtrwalszą warstwą ściany brzusznej. Najwięcej zwolenników ma szew skórny wałeczkowy, który zapewnia dobre złączenie brzegów rany skórnej a nadto wywiera nacisk na zeszytą ścianę brzuszną, zmniejszając w ten sposób w pewnym stopniu ucisk jelit na szew. Szycie mniejszych otworów przepuklinowych nie nastęrcza trudności. Siła ściągnięcia otwór przepuklinowy jest w tych przypadkach stosunkowo nieduża, nie ma większego naprężenia ściany, więc nie powstaje niebezpieczeństwo przerwania ściany brzusznej nitką użytą do szwu przepuklinowego. Leczenie operacyjne przepuklin rzekomych nie znajduje jednak wielu zwolenników mimo łatwej w większości przypadków techniki operacyjnej. Głównym powodem tego jest dość duży odsetek niepomyślnych zejść pooperacyjnych, spowodowanych rozerwaniem się tkanek pod wpływem rozciągającego działania nałożonego szwu i wynikające z tego powikłania. Ale nie tylko to jest powodem małej popularności operacyjnego leczenia przepuklin. Lekarz przystępujący do operacji musi być przygotowany do otwarcia jamy brzusznej, a nie ma pewności czy uda mu się zamknąć wrota przepuklinowe. Dlatego w niektórych przypadkach zrezygnować z zabiegu.

Własna metoda postępowania operacyjnego

Opracowanie metody operacyjnej, która w pewnym stopniu zabezpieczałaby przed wspomnianymi wyżej niepowodzeniami, było celem doświadczeń przeprowadzonych na dużych zwierzętach na materiale rzeźnym i klinicznym. Istota metody operacyjnej polega na otwarciu jamy brzusznej do operacji przepukliny rzekomej w słabiznie a nie w miejscu uformowania się worka przepuklinowego. Daje to pewne korzyści techniczne polegające głównie na łatwiejszym i pewniejszym zamknięciu powłok brzusznych po operacji. U bydła operację mniejszych przepuklin rzekomych można tą metodą wykonać w pozycji stojącej, podobnie jak rumenotomię. Operację poprzedza ba-

danie kliniczne worka przepuklinowego, którego, głównym celem jest stwierdzenie, czy pętle jelitowe zawarte w worku przepuklinowym są odprowadzalne. W obie dłonie ujmuję się worek przepuklinowy i uciska tak, aby zawartość worka znalazła się w jamie brzusznej. Następnie pięścią uciska się przez skórę wrota przepuklinowe a drugą pięścią omacuje najbliższą okolicę w celu stwierdzenia, czy pozostaje pod skórą pętla jelit przyrośniętych do worka przepuklinowego. Dodatni wynik badania świadczy, że przepuklina jest odprowadzalna. Można jednak napotkać zrost pętli jelitowych z wrotami przepuklinowymi. W tych przypadkach pozornie udaje się odprowadzić jelita do jamy brzusznej i dlatego lepiej jest dokonać równocześnie badania przez prostnicę, które pozwoli ustalić, czy wprowadzone do jamy brzusznej pętle poruszają się tam swobodnie.

Technika zabiegu operacyjnego

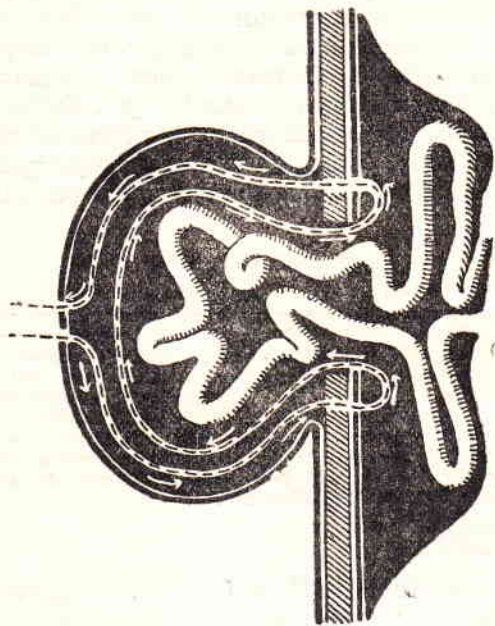
Operację przeprowadza się po krótkotrwałym przygotowaniu dietetycznym, polegającym na zmniejszeniu do połowy paszy objętościowej w 3 i 2-gim dniu przed operacją. Do zabiegu przystępuje się tylko wówczas, gdy zwierzę jest w dobrej kondycji. Przed ułożeniem konia do zabiegu przeprowadza się toaletę pola operacyjnego i oznacza linię cięcia skórno-go w słabiznie oraz miejsce, w którym należy nałożyć szew przepuklinowy. Te czynności lepiej jest wykonać na koniu stojącym, bowiem po położeniu zwierzęcia skóra nieco przemieszcza się, wskutek czego szwy mogą wypaść nie w tych najdogodniejszych miejscach, które przewidujemy przed zabiegiem operacyjnym. Uspienie chloralem zapewnia względny spokój przy operacji; pełna jednak narkoza jest w tych zabiegach wskazana. Zabieg wykonuje się ściśle według zasad aseptyki. Pole operacyjne po odkażeniu okłada się płótnami, które po rozcięciu skóry przypina się do brzegów rany skórnej lub przyszywa szwem ciągłym. Skórę rozcina się na przestrzeni 20 cm. Cięciem tej samej długości przecina się mięsień skośny brzucha zewnętrzny. Włókna mięśnia skośnego brzucha wewnętrznego rozdziela się na tępo. Po rozcięciu mięśni natrafia się na pętle jelit osłonięte błoną otrzewnową. Aby uniknąć skaleczenia jelit przy rozcinianiu otrzewnej, chwytą się błonę otrzewnową kleszczykami i unosi ją ku górze. Powstaje namiotowe wybrzuszenie otrzewnej, które rozcina się krótkimi cięciami, tak aby w otrzewnej powstał otwór o średnicy 2 cm, w który wkłada się dwa palce lewej ręki i pod kontrolą rozcina otrzewną na przestrzeni 15—20 cm. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzusznej, omacuje się ściany w najbliższym sąsiedztwie pierścienia przepuklinowego. W starych przepuklinach wewnętrzna część ściany brzusznej jest gładka a wrota przepuklinowe nieco pogrubiłe. Na-

stępnie wykonuje się próbę odprowadzenia jelit z worka przepuklinowego do jamy otrzewnowej. Dłonią przesuwają się pętle jelit do jamy brzusznej, a ręką kontroluje czy nie ma zrostów jelit z wewnętrznym brzegiem wrót przepuklinowych. Szycie ściany pierścienia przepuklinowego dogodnie przeprowadza się przy pustym worku przepuklinowym; chwilowa obecność tam pętli jelitowych nie uniemożliwia zabiegu. Po odprowadzeniu pętli jelitowych asystent uciska przez cały czas operacji worek przepuklinowy od zewnątrz, aby zapobiec wsuwaniu się pętli jelitowych do worka. Wiele pożyteczną jest pomoc asystenta przez prostnicę. Ręką wprowadzoną przez prostnicę asystent opróżnia worek przepuklinowy co daje możliwość swobodnego operowania. Szycie pierścienia przepuklinowego wykonywałem zwykłą igłą lub igłą z trzonkiem. Dla zamknięcia otworu w ścianie brzusznej wystarczało zwykle nałożenie 2—5 ściegów. Wypróbowałem dwa sposoby szycia ściany brzusznej.

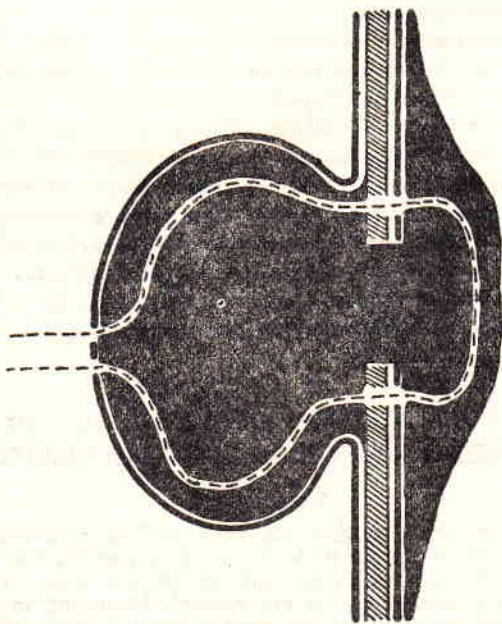
Szycie zwykłą igłą. Na długą nitkę nawleka się dwie igły, po jednej na każdym końcu. Jeden koniec nitki wraz z igłą wprowadza się do jamy brzusznej i manipulując ręką w obrębie jamy otrzewnowej staramy się przebić całą ścianę brzucha z wyłączeniem skóry w odległości 3—4 cm od brzegu otworu przepuklinowego; następnie przebija się skórę w miejscu oznaczonym przed operacją. Nitka powinna tak przebiegać w worku przepuklinowym, aby między nią a skórą nie było pętli jelitowych. Po wykonaniu tej czynności wprowadza się do jamy brzusznej drugi koniec nitki z igłą. Jeżeli pętle jelitowe usunięto z worka przepuklinowego, przebija się igłą ścianę brzucha podobnie jak podano wyżej, jeżeli natomiast w worku przepuklinowym znajdują się pętle jelit trzeba igłę wraz z nitką przeprowadzić po przekłuciu mięśni między skórą i jelitami po obwodzie worka przepuklinowego aż do miejsca, w którym ma być igła wykłuta (rys. 3). Po przebicciu skóry oba końce nitki znajdują się po zewnętrznej stronie powłok a w jamie brzusznej tworzy się pętla spinająca przeciwległe brzegi otworu. (rys. 4) Zaciśnięcie węzła powinno odbywać się powoli. Czynność tę wykonuje pomocnik, a operujący kontroluje ręką znajdującą się w jamie brzusznej czy szew nie zaciska pętli jelitowych. Po zaciśnięciu pierwszego ściegu otwór przepuklinowy zwykle zmniejsza się o tyle, że jelita nie wciskają się do worka przepuklinowego, co znacznie ułatwia pozostałą część zabiegu. Następnie zakłada się dalsze ściegi szwu, tak aby wrota przepuklinowe po zeszytciu były szczelnie zamknięte. Małe szczelinowate otwory, pozostające po niezbyt dokładnym szyciu, nie pozwalają wprowadzić na wydostawanie się tą drogą pętli jelit pod skórę, przepuszczają jednak płyn otrzewnowy, który odkleja skórę od pozostałych warstw powłok

brzusznych, co opóźnia znacznie wygojenie się rany pooperacyjnej, a często płyn pozostający dłużej pod skórą ulega zakażeniu i zropieniu. Po tak wykonanym zabiegu wrota przepuklinowe są zamknięte za pośrednictwem ściągów łączących całą ścianę powłok brzusznych wraz ze skórą, której wąskie tylko pasmo zawarte między punktami wkłucia łączy brzegi otworu przepuklinowego. Zastosowanie tego wąskiego pasma skórno jako elementu wzmacniającego

spełniająca rolę łąk powięziowych stosowanych przez niektórych autorów. Należy pamiętać, że skóra jest materiałem wielokrotnie twardszym niż płat powięziowy.

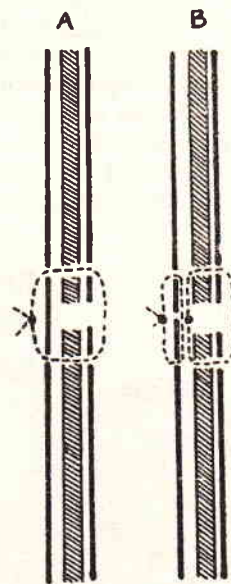


Rys. 3. Sposób przeprowadzenia nitki w worku przepuklinowym wypełnionym chwilowo pętlami jelit



Rys. 4. Efekt końcowy szwu przepuklinowego przezskórnego wg własnej modyfikacji

szew przepuklinowy nie pozwala na rozstąpienie się zeszytych części powłok. Jest jakby podkładką wzmacniającą szew (rys. 5) w zupełności,

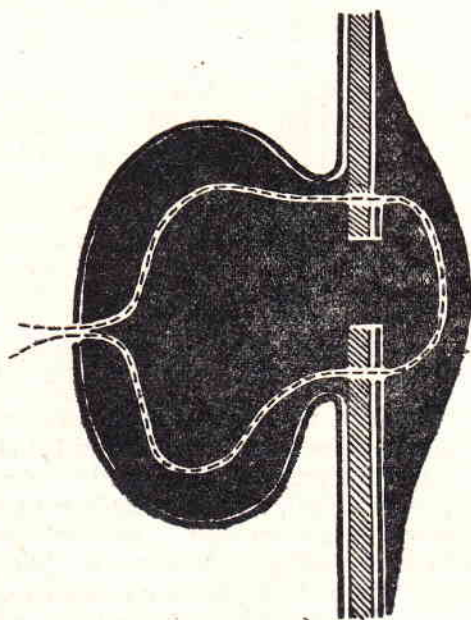


Rys. 5. Zamknięcie pierścienia przepuklinowego A. sposób własny B. sposób klasyczny (szew piętrowy)

Szycie igłą z trzonkiem jest metodą lepszą, godną polecenia. Iglę wprowadza się do jamy brzusznej i przekłewa ścianę brzucha tak, jak to opisane wyżej, a więc w oddaleniu kilku centymetrów od brzegu otworu przepuklinowego. Gdy ostrze igły wraz z nitką znajduje się poza ścianą brzucha, asystent od zewnątrz nawleka nitkę. Ostrze igły wraz z nawleczoną nitką operujący wprowadza do jamy brzusznej, przeprowadza igłę na przeciwległy brzeg wrót przepuklinowych i wykonuje drugie wkłucie po przeciwnej stronie wrót przepuklinowych. Dalsze postępowanie, jak w metodzie podanej wyżej.

Szycie ściany brzusznej szwem podskórnym. Szycie dokonywałem szwem nie obejmującym samej skóry przy czym stosowałem go w takich przypadkach, w których przed operacją można było stwierdzić, że brzegi otworu przepuklinowego są grube i silne, co daje pewność że złączenie samych tylko części mięśniowo-powięziowych powłok będzie dostatecznie trwałe. Szew podskórny zakładałem również od strony jamy brzusznej, z tą tylko różnicą, że oba końce nitki były wykłuwane na zewnątrz przez jeden otwór w skórze (rys. 6) nieco większy, niż może powstać przy przekłuwaniu skóry zwykłą igłą (otwór wkłucia poszerzałem krótkim cięciem). Po związaniu końców nitki s u p e ł e k znajduje się pod skórą. Zwisający po operacji luźny fałd skórny, pozostałość worka przepuklinowego, przyszywałem do podłoża szwem odpowierzchniowym, którego nitki usuwałem w kilka dni po operacji. Takie postępowanie uważałem za korzystne z dwóch wzglę-

dów: szew odpowierzchniowy z mniejszą siłą uciska skórę, niż szew przepuklinowy, wczesne usunięcie szwów nałożonych na skórę likwiduje w odpowiednim czasie czynnik drażniący jakim jest nitka. Wyniki doświadczeń sprawdziłem w kilku przypadkach w badaniu pośmiertnym (u koni rzeźnych). Już w sześć dni po zabiegu operacyjnym wrota przepuklinowe były tak silnie zamknięte, że gołym okiem nie można było ustalić miejsca zrostu otrzewnowego. Próba zerwania zrostu palcami nie dawała wyniku, ponieważ zrost w tym okresie był już bardzo silny.



Rys. 6. Szew podskórny

Postępowanie pooperacyjne.

Samopoczucie konia jest tylko w pierwszych dniach po operacji nieco gorsze, a następnie jeżeli nie ma powikłań samopoczucie wraca do normy. W operowanych przypadkach nie stosowałem osłony penicylinowej, wychodząc z założenia, że zabieg był wykonany aseptycznie (w granicach w jakich jest to możliwe przy operacjach dużych zwierząt). W 3—4 dni po zabiegu powstaje zwykle chęłbocąca deformacja w okolicy operowania wskutek gromadzenia się płynu przyrannego i przesiąkania płynu otrzewnowego, który po kilku dniach zostaje wchłonięty, jeżeli oczywiście nie nagromadzi się w zbyt wielkiej ilości. Pierwszym objawem zwiastującym likwidowanie się obrzęku jest ztwardnienie okolicy operowanej. Jeśli nie dochodzi do ztwardnienia a równocześnie powiększa się deformacja, należy zrobić małe nacięcie w skórze celem odprowadzenia płynu. Szwy przepuklinowe zdejmuje się po 6—7 dniach (szwy zatopione — podskórnie były nakładane z nitki katgutowej). W drugim tygodniu po operacji stosuje się dozowany ruch, co wpływa dodatnio na wchłanianie się wysięków. Można

również stosować maści przyspieszające resorbcję. Koń jest zdolny do pracy w 14 dni po operacji.

Wnioski

1. Operacje przepuklin urazowych metodą szycia wrót przepuklinowych od strony jamy otrzewnowej można przeprowadzać we wszystkich przypadkach, które dotąd były poddawane operacji przez rozcięcie worka przepuklinowego, z wyjątkiem przepuklin przyrosłych.
2. Szew przepuklinowy przezskórny i podskórny daje trwałe złączenie i zamknięcie pierścienia przepuklinowego.
3. Otwarcie jamy brzusznej w miejscu, w którym ściana nie jest chorobowo zmieniona, daje dużą korzyść, ponieważ unika się powikłań, które zawsze mogą wystąpić po krwawym przeprowadzeniu i szyciu przepukliny.

Piśmiennictwo

- 1) Dubijański A. A.: Operatiwnoje leczenie wypadienia kiszki pod kożu. „Wojenno wietierinaryj informacjonnyj zbornik. 1946.
- 2) Gajewski S.: Przyczynek do operacji przepuklin. Przgl. Wet. 1929.
- 3) Kulczycki J.: Operacja urazowej przepukliny brzusznej u konia sposobem latania. Wiad. Wet. 1931.
- 4) Miedwiediew I. D.: Wietierinarynaja wojenno-polewaja chirurgia, 1947.
- 5) Mielnik A. D.: Primenienje wnutrimiszecznych injekcji spirta pri lecheni brjusznych gruzi u loszadiel. Sowieckaja nauka 1941.
- 6) Scheblitz H.: Die Perlonnetzimplantation zur Deckung der Diastase bei der Hernia umbilicalis des Pferdes. Monatshefte für Veterinärmedizin 1953.

B. СТЕФАНРК

СОБСТВЕННЫЙ МЕТОД ОПЕРАЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ГРЫЖ У БОЛЬШИХ ЖИВОТНЫХ

Резюме

Автор приводит опись собственного метода операции травматической грижи у больших животных. Для закрытия грижевого кольца делается разрез в паховой области не открывая грижевого мешка. Автор оперируя по своему методу пользуется узкой полоской кожи прикрывающей место закрытия грижевого кольца являющейся заплатой для укрепления остальных частей брюшной стены. Кроме этого приводится опись пробега послеоперационного периода и применяемых мер в случае осложнений. Достоинством метода является удобный доступ к месту операции и более крепкое сшивание грижевого кольца.

W. STEFANIAK

A NEW METHOD OF OPERATION OF PSEUDO-HERNIA IN LARGE ANIMALS

Summary

The author describes his own method of operation of traumatic hernia in large animals. The hernial ring is closed by making an incision in the flank, therefore the hernial sac is not opened. Operating in this way the author uses the narrow strap of skin, which covers the closure of the hernial sac as a patch, which increases the union of the remaining layers of the abdominal wall. A description of the post-operative course is given and procedure is described in complicated cases. This method offers a reliable access to the place to be operated and secures a more permanent union of the hernial sac.