

przy węgliku jak i wścieklicznie oraz zapaleniu otrzewnej u koni występują z początkiem choroby objawy morzyskowe, podniesienie ciepłoty wewnętrznej (gorączka) przemawia w wielu przypadkach za toczącym się w przewodzie pokarmowym ostrym procesem zapalnym, co równocześnie pozwala na osądzenie z pewnym prawdopodobieństwem czasu trwania napadu morzyskowego. Przy morzysku bowiem, trwającym ponad 24 godz. istnieje już możliwość rozwoju stanu zapalnego, co winno wpływać na rodzaj i jakość indywidualnego leczenia i pozwala na wysnucie przypuszczalnych wniosków prognostycznych.

Ważną również rzeczą jest ocena ogólnego stanu zwierzęcia na podstawie zabarwienia spojówek, zachowania się tętna i czynności serca, ruchów oddechowych itp. Można wtedy osądzić czy w danym przypadku jest bezpośrednio zagrożone życie zwierzęcia, czy też niebezpieczeństwo nie grozi.

Pozostaje wreszcie do omówienia niełatwa część poznania lekarskiego, mianowicie poznanie skuteczności działania naszych środków i zabiegów leczniczych. Jest to sprawa niełatwa, o czym świadczy historia terapii morzysk, która długo była historią złudzeń i błędów. A więc: *primum non nocere et nihil nocere*. Zastanów się należy nad sprawdzianem skuteczności zabiegów leczniczych i nad tym, co nas upoważnia

do twierdzenia, że dostrzeżona zmiana na lepsze jest rzeczywiście następstwem działania zastosowanego czynnika leczniczego? Tym kryterium będzie fakt, że po dokonaniu zabiegu ustąpiły lub się zmniejszyły zaburzenia chorobowe, ich przebieg i zejście. Zabiegi można uważać za skuteczne, gdy albo skracają czas zachorowania albo łagodzą nasilenie objawów klinicznych, albo też zmniejszają liczbę przypadków śmiertelnych.

W schorzeniach morzyskowych nie jesteśmy zdani wyłącznie na wyczekiwanie skutków naszego leczenia. Nie znaczy to bynajmniej, byśmy w tym problemie byli zwolennikami nihilizmu terapeutycznego. Istnieją bowiem pewne sprawy patologiczne, w których wyzdrowienie siłami natury, wspomagane właściwą terapią, prowadzi do usunięcia choroby. Należą tutaj m.i. także sprawy morzyskowe. Natura tutaj *sanat a medicus curat*. Nasze zadanie w tej dziedzinie streszcza się krótko: celem zabiegów leczniczych w schorzeniach morzyskowych jest i będzie troskliwe i umiejętne staranie się drogą doboru odpowiednich środków i zabiegów, przywrócenia prawidłowej czynności przewodu pokarmowego, tj. perystaltyki, niezależnie od innych poczynań uzupełniających, mających, na celu podtrzymanie sił zwierzęcia, dla przetrwania schorzenia przykrego klinicznie i groźnego w następstwach.

DR WACŁAW PATYRA

Rozpoznawanie różnicowe schorzeń morzyskowych

Przy rozpoznawaniu schorzeń morzyskowych należy brać pod uwagę:

- 1) wywiad
- 2) stopień bólów morzyskowych
- 3) sondowanie żołądka
- 4) badanie rektalne
- 5) stan ogólny zwierzęcia
- 6) punkcję próbną do jamy otrzewnowej.

Na podstawie wywiadu uzyskujemy dane dotyczące czasu i okoliczności zachorowania zwierzęcia.

Bóle morzyskowe. Biorąc pod uwagę zachowanie się zwierzęcia jako objaw tych bólów możemy podzielić na trzy stopnie nasilenia, zdając sobie oczywiście sprawę, że przy tego rodzaju podziale nie może być ścisłego rozgraniczenia pomiędzy jednym stopniem a drugim, a zachowanie się zwierzęcia zależy też od jego indywidualnej wrażliwości. Bóle małego stopnia objawiają się grzebanieniem przednimi kończynami, oglądaniem się na boki, kopaniem tylnymi kończynami pod brzuch. Przy bólach średniego stopnia konie wykazują większy niepokój, chodzą z miejsca na miejsce lub grzebią nogami, pokładają się i zaraz wstają. Często przyjmują postawę wyciągniętą. Bóle dużego stopnia obja-

wiają się gwałtownym niepokojem. Zwierzęta w takich przypadkach zachowują się jak nieprzytomne, nie zwracają uwagi na otoczenie, rzucają się gwałtownie na ziemię, tarzają, przyjmują niefizjologiczne postawy — siedzącego psa, kłęczącą, albo leżą na grzbiecie.

Czas trwania napadów bólowych może być różny. Mogą być bóle krótkotrwałe (kilkuminutowe), lub długotrwałe (pół godziny do kilkadziesiąt minut), np. po napadzie trwającym kilka minut następuje uspokojenie zwierzęcia i ponowne krótkotrwałe napady bólu (enteralgia catarrhalis, wzdęcie małego stopnia). W innych przypadkach po napadzie trwającym około 1/2 godz. następuje dłuższa, niejednokrotnie nawet jedno- lub dwudniowa przerwa (zaleganie w jelicie ślepym lub okrężnicy dużej). Bóle ciągle trwające przez cały okres choroby występują z reguły przy przemieszczeniach jelit. Pojawienie się bólów bezpośrednio po jedzeniu wskazuje najczęściej na schorzenia żołądka lub dwunastnicy. Wystąpienie gwałtownych bólów w czasie pracy może być spowodowane przemieszczeniem jelit. Gwałtowność objawów nie jest jeszcze wskaźnikiem niebezpieczeństwa zagrażającego życiu zwierzęcia; np. przy niezbytowym skurczu jelit objawy są podobnie

gwałtowne jak i przy przemieszczeniu jelit. Również ustąpienie bólów kolkowych nie świadczy jeszcze o wyleczeniu, bowiem przy zaleganiu w jelitach bóle ustają niekiedy na przeciąg jednego dnia. Nagłe ustąpienie bólów jest niejednokrotnie następstwem zagrażających życiu powikłań, takich jak pęknięcie żołądka lub jelit.

Przy ocenie stanu ogólnego zwierzęcia należy brać pod uwagę: ciepłotę wewnętrzną, tętno, oddechy, zabarwienie spojówek, ruchy perystaltyczne jelit, rozmieszczenie ciepłoty zewnętrznej i ewentualne wystąpienie potów. Gdy nie ma bezpośredniego niebezpieczeństwa śmierci, stan ogólny nie ulega zmianom lub tylko w bardzo małym stopniu, co ma swój wyraz w nieznanym przyspieszeniu akcji serca. Natomiast w przypadkach zagrażających życiu obserwujemy podwyższenie ciepłoty wewn., nierównomierne rozmieszczenie ciepłoty zewn., zaburzenia ze strony narządu krążenia, zmiany w zabarwieniu spojówek, a krótko przed śmiercią spadek ciepłoty wewnętrznej i zimne poty.

Badanie przez prostnicę jest bardzo ważnym, a niejednokrotnie rozstrzygającym sposobem rozpoznawania morzysk. Oczywiście, że nie w każdym przypadku na podstawie tego badania możemy ustalić rozpoznanie, gdyż niejednokrotnie występujące zmiany nie są osiągalne, zaś w innych przypadkach, np. przy silnym wzdęciu, wprowadzenie ręki do prostnicy sprawia pewną trudność, nie mówiąc już o jakimkolwiek rozpoznaniu. Jednak w żadnym przypadku schorzeń morzyskowych tego rodzaju badanie nie powinno być zaniechane, a w wielu przypadkach trudnych do rozpoznania należy je wykonywać kilkakrotnie.

Stosowanie sondy żołądkowej ma duże znaczenie zarówno lecznicze jak i rozpoznawcze przy ostrym rozszerzeniu żołądka.

Punkcja próbna do jamy otrzewnowej pozwala ustalić jakość i ilość płynu otrzewnowego. Przy zastojach żylnych płyn otrzewnowy jest obfity, surowiczo-krwawy, przejrzysty. Przy stanach zapalnych otrzewnej — mętny z obfitym osadem; przy pęknięciu żołądka lub jelit — brudny z cząsteczkami karmy; przy zwykłym wzdęciu — jasny, surowiczy; przy przemieszczeniach i morzyskach zakrzepowo-zatorowych — początkowo krwawy przejrzysty, później ciemno-krwisty, nieprzejrzysty.

Przebieg poszczególnych schorzeń morzyskowych jest różny, mogą one trwać od kilkunastu minut do kilku godzin a nawet dni. Najdłuższy okres trwania do 8 dni obserwuje się przy zaleganiach dużego stopnia w jelicie ślepiym, rzadziej w okrężnicy dużej. W sporadycznych przypadkach czas trwania choroby może być jeszcze dłuższy, np. przy wPOCHWIENIACH jelit lub zatorach w tętnicach krezkowych. Niekiedy zdarza się morzysko nawrotowe. Występuje ono u koni szczególnie wrażliwych na

zmiany temperatury zewnętrznej (zwłaszcza oziębienie), albo u koni z pewnymi trwałymi zmianami w przewodzie pokarmowym, np. zwiększenia jelit, zrosty i nowotwory, lub też przy *obstipatio coeci recidiva*.

Należy pamiętać, że z objawami bólów morzyskowych przebiegają takie schorzenia, jak węglik, wścieklizna, zapalenie otrzewnej, zatrzymanie moczu, przerzuty żoźzowe w węzłach krezkowych, skręt macicy, ostre zapalenie nerek, nowotwory w jamie brzusznej, a niekiedy nawet mięśniochwat, szczególnie w okresie początkowym.

Zróźnicowanie tych chorób musi się opierać przede wszystkim na dokładnym badaniu i wywiadzie.

Część szczegółowa

Ostre rozszerzenie żołądka samoistne (*dilatatio ventric. idiopathica acuta*). Objawy: bóle kolkowe dużego stopnia, ciągłe, często pojawiają się w krótkim czasie po nakarmieniu. Zwierzęta przyjmują niekiedy postawę siedzącego psa. Stan ogólny ulega szybko pogorszeniu. Odbijanie, wymioty, pojawiają się rzadko i są objawem niepomysłnym. Badanie przez prostnicę najczęściej negatywne poza przesunięciem śledziony ku tyłowi, tak że łatwo jest dosięgnąć jej tylny brzeg. Decydujące znaczenie zarówno rozpoznawcze jak i lecznicze, ma wprowadzenie sondy żołądkowej. Z reguły po wprowadzeniu sondy wydobywają się z żołądka gazy o zapachu kwaśnym. Również usuwana treść pokarmowa ma zapach kwaśny. Niekiedy w treści pokarmowej pojawia się zhemolizowana krew, co powoduje że jest ona koloru brudno-krwistego. Zjawisko to nie świadczy o uszkodzeniu ściany żołądka i prognostycznie nie ma większego znaczenia. Krwinki dostają się do światła żołądka przez ścianki rozszerzonych naczyń krwionośnych.

Przy krwotokach żołądka krew jest żywo czerwona, niezhemolizowana, płynna albo też mniej lub więcej skrzepła, ciemno-czerwona. Czasami zabarwienie czerwone lub zbliżone do czerwonego wystąpi po skarmieniu burakami 6wilkowymi.

Zaczopowanie jelit cienkich (*obstipatio intestini tenui*). Objawy: bóle morzyskowe ciągłe o dużym nasileniu, wtórne rozszerzenie żołądka ze wszystkimi towarzyszącymi objawami. Defekacja początkowo zachowana, po pewnym czasie ustaje. Stan ogólny w ciągu kilku godzin ulega pogorszeniu. Perystaltyka osłabiona. Badaniem rektalnym osiągalne jest w zasadzie jedynie zaczopowanie w jelicie biodrowym (*obstip. ilei*). Rzadko w innych odcinkach jelit cienkich zaczopowanie jest dostępne do badania przez prostnicę.

W przypadku zaczopowania jelita biodrowego wyczuwa się twór gładki, grubościenny,

objętości ramienia, biegnący na lewo i w dół od głowy jelita ślepego. Pozostałe odcinki jelit cienkich są wzdęte.

Proces chorobowy trwa 1/2 do 1 dnia, rzadko 2 dni.

Przyczyną zejścia śmiertelnego może być pęknięcie żołądka lub jelit, albo zapalenie jelit a następnie otrzewnej. Szczególnie przy zaczo-powaniu jelita biodrowego dochodzi szybko do miejscowej martwicy i do zapalenia otrzewnej.

Zaleganie treści pokarmowej w jelicie ślepym (*obstipatio coeci*). Przy tego rodzaju schorzeniu konie są najczęściej doprowadzane w 2 lub 3 dni choroby, ze względu na to, że napady bólów nie są tak gwałtowne i niepokojące dla właściciela, jak przy poprzednich. Zachorowaniu ulegają najczęściej konie starsze.

Z wywiadu dowiadujemy się, że koń chętnie leży, od czasu do czasu grzebie nogami. Apetyt i pragnienie jest zmniejszone. Po przyjęciu karmy bóle morzyskowe z reguły nasilają się. Przerwa między napadami bólu może wynosić kilka godzin, a w początkowym okresie choroby nawet jeden dzień. Defekacja początkowo zachowana, później znacznie zmniejszona lub jej w ogóle brak. Często można obserwować postawę wyciągniętą. Niekiedy mimo istniejącego zalegania, przy dostatecznej ilości przyjmowanej wody, koń oddaje płynny kał, co świadczy, że zarówno ujście biodrowo-ślepe jak i ślepo-okreźnicze jest drożne. Badaniem rektalnym można wyróżnić zaleganie treści pokarmowej w całym jelicie ślepym lub w samej jego głowie. Przy zaleganiu w głowie jelita ślepego wyczuwa się w okolicy prawego dołu głodowego lub dalej ku przodowi po stronie prawej twór wielkości głowy dziecka. Często jako objaw dodatkowy zdarza się wtórne rozszerzenie żołądka i wzdęcie jelit cienkich, z powodu zamknięcia ujścia biodrowo-ślepego przez zwisającą część głowy jelita ślepego.

Jeśli zaleganie dotyczy całego jelita ślepego, zajmuje ono w takim przypadku przeważającą część prawej połowy jamy brzusznej i może sięgać aż do jamy miednicznej. Ręką można wtedy omacywać zarówno głowę jak i kieszonki wypełnione zalegającą treścią pokarmową. Niejednokrotnie, a szczególnie wtedy gdy równocześnie występuje wtórne rozszerzenie żołądka oraz wzdęcie jelit cienkich, można nawet nie stwierdzić zalegania w jelicie ślepym w czasie pierwszego badania rektalnego. Dopiero po płukaniu żołądka i ustąpieniu wzdęcia jelit, przy powtórnym badaniu stwierdzamy zaleganie najczęściej w głowie jelita ślepego. Równocześnie omacywaniem można określić stopień napięcia ściany jelita. Niekiedy jest ona wiotka i wtedy mówimy o stanie atonicznym, w innych przypadkach jest silnie napięta, co określamy jako stan spastyczny. Oczywiście stany takie nie są stałe i ulegają czasowym zmianom.

Okres trwania choroby wynosi przeciętnie 3—6 dni, w przypadkach późno doprowadzonych do 8 dni, a tylko wyjątkowo dłużej przy dobrym stanie ogólnym.

Przyczyną zejścia śmiertelnego jest stan zapalny jelita i otrzewnej oraz samozatrucie.

Zaleganie w okreźnicy dużej (*obstipatio colonis magni*). Objawy: bóle kol-kowe małego lub średniego stopnia, przerywane, przy czym przerwa może trwać kilka godzin do jednego dnia. Niekiedy koń przyjmuje charakterystyczną wyciągniętą postawę, co właściciel uważa za objaw zatrzymania moczu i w związku z tym stosuje swoiste leczenie. Per-rystaltyka nad dotkniętym odcinkiem osłabiona lub brak. Apetyt zmniejszony, pragnienie często zniesione. Defekacja skąpa. Stan ogólny dobry.

Badaniem przez prostnicę osiągalne są jedynie lewe pokłady okreźnicy dużej w 2/3 ich długości, zagięcie miedniczne i rozszerzenie żo-łądkowate okreźnicy dużej.

Zaleganie występuje najczęściej w lewym dolnym pokładzie, który w związku z tym może się przemieszczać nieznacznie ku środkowi jamy brzusznej. Łatwy do rozpoznania ze względu na swoją budowę (kieszenie, taśmy).

Rzadziej zaleganie pojawia się w pokładzie górnym, który jest gładki, grubości uda i też najczęściej ulega nieznacznemu przemieszczeniu na stronę prawą.

Konsystencja zalegających mas jest różna w zależności od stopnia odwodnienia, zawsze jednak pozwalają się one ugniać palcami. W przypadku zalegania w zagięciu miednicz-ny wyczuwa się je albo w jamie miednicznej albo po stronie prawej jamy brzusznej jako twór łukowaty, gładki, grubości podudzia.

Przy zaleganiu w rozszerzeniu żołądkowatym prostnica jest zwykle pusta, pokryta śluzem, niekiedy zawiera małe ilości drobno uformo-wanego kału. Omacuje się je jako twór gładki, kulisty, konsystencji tęgiej, osiągalny końcami palców daleko ku przodowi w okolicy prawej nerki. W odróżnieniu od głowy jelita ślepego, rozszerzenie żołądkowate przesuwa się ku ty-łowi i przodowi wraz z ruchami oddechowymi przepony. Niejednokrotnie w tej okolicy można stwierdzić przerzuty żółzowe w węzłach chłonn-nych krezkowych. Powierzchnia węzłów jest zwykle guzowata, nierówna, a konsystencja bardzo twarda nieuginająca się pod palcami, rzadziej chełbocząca. Równocześnie występują i inne objawy, jak biegunki na przemian z zap-arciami oraz dość wysoka gorączka. (39° i wy-żej). Z wywiadu zwykle dowiadujemy się, że koń przechodził niedawno żoły.

W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę: zaleganie w głowie jelita ślepego, prze-rzuty żółzowe i *obturbatio*.

Zaczo-powanie okreźnicy małej (*obstipatio colonis parvi*). Objawy: bóle morzy-

skowe o średnim napięciu, przerywane. Często obserwuje się parcie na kał. Apetyt i pragnienie z reguły zniesione. Stan ogólny początkowo dobry, później pogarsza się w zależności od stopnia wzdęcia jelit. Defekacji brak już od pierwszych objawów morzyskowych.

Badanie rektalne: prostnica pusta, często pokryta gęstym lepkiem białawym śluzem. W okrężnicy małej, najczęściej tuż przed wejściem do jamy miednicznej w dole, wyczuwa się twór tęgi kształtu cylindrycznego, różnej długości i wielkości, konsystencji bardzo odpornej, łatwo przesuwalny. Okrężnica duża często wzdęta.

Wzdęcie: ze względu na przyczynę wzdęcia należy rozróżnić, wzdęcie pierwotne (*meteorismus*) i wzdęcie wtórne (*tympania*). Przyczyną wzdęcia pierwotnego albo samoistnego jest skarmianie koni łatwo fermentującą lub źle przechowywaną karmą. Z reguły jest ono połączone z ostrym rozszerzeniem żołądka.

Jako wzdęcie wtórne należy rozumieć nagromadzenie się gazów w jelitach wskutek: a) zamknięcia światła jelita, b) zakrzepów w tętnicy krezkowej, lub c) wskutek atonii jelit wywołanej zapaleniem otrzewnej lub stosowaniem takich preparatów, jak atropina, morfina i podobne.

Objawy kliniczne przy tej jednostce chorobowej zależą przede wszystkim od stopnia i rozprzestrzenienia wzdęcia. Możemy więc obserwować bóle morzyskowe średniego lub bardzo dużego stopnia, najczęściej ciągłe. Niefizjologiczne postawy, często obfite poty, duszność i znaczne powiększenie objętości brzucha.

Badaniem przez prostnicę można stwierdzić wzdęte pętle jelit jako twory elastyczne, o ścianach dobrze napiętych.

Wzdęcie pierwotne rozprzestrzenia się z reguły na wszystkie odcinki jelit, natomiast wzdęcie wtórne ogranicza się raczej do pewnych tylko odcinków.

Punktat z jamy otrzewnej przy pierwotnym jest bardzo obfity, bursztynowy, przy wtórnym zależy od przyczyny.

Stan ogólny przy pierwotnym ulega zmianom tylko w przypadkach bardzo znacznego wzdęcia, przy wtórnym zależy od rodzaju schorzenia pierwotnego.

Morzysko skurczowe (*enteralgia catarhalis*). Według Gratzla przy tej jednostce chorobowej mamy do czynienia z wago-tonią, w której można wyróżnić dwa okresy: I. okres wzmożonej perystaltyki i II. okres zwiększonego napięcia ścian jelit. Pierwszy okres objawia się gwałtownymi, ciągłymi bólami morzyskowymi, głośną i żywą perystaltyką oraz częstym oddawaniem rozrzedzonego kału. W następstwie wzmagającego się napięcia ściany jelit dochodzi do tzw. stanu spastycznego, wskutek czego perystaltyka staje się rzadsza, ale bardziej dźwięczna. Defekacja ustaje i stan ten określa się jako okres drugi.

Badanie przez prostnicę w pierwszym okresie jest negatywne. W okresie drugim wyczuwa się jelita jako twory mięsiste o zmniejszonej objętości. Szczególnie omacywanie lewych pokładów okrężnicy dużej czy głowy jelita ślepego może nawet nasuwać podejrzenie zalegania treści pokarmowej, ze względu na istniejący stan napięcia. Stan ogólny zwierzęcia nie ulega pogorszeniu, mogą pojawić się poty. Okres chorobowy może trwać kilka godzin i przemija bez następstw, lub przechodzi w inne postaci morzysk.

W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę: a) ostre rozszerzenie żołądka, b) przemieszczenie jelit, c) morzysko zakrzepowo zatorowe.

Zatkanie (*obturatio*). Pod tym określeniem należy rozumieć nagłe zamknięcie światła jelita przez ciała obce, którymi najczęściej są właściwe lub rzekome kamienie jelitowe (*enterolity*, *fotokongrementy*).

Objawy kliniczne zależą przede wszystkim od miejsca i wielkości zatykającego ciała. Najbardziej predysponowanym miejscem do zatkania jest przejście żołądkowatego rozszerzenia okrężnicy dużej w okrężnicę małą. W takim przypadku badaniem rektalnym, o ile na to pozwoli wielkość konia i długość ręki badającego, wyczuwa się końcami palców, daleko ku przodowi, nieco przed przednim korzeniem krezki, twór tęgi, nie uginający się pod palcami, gładki lub o powierzchni guzowatej.

Mała okrężnica zupełnie pusta, na bł. śluzowej prostnicy śluz lepki, ciągliwy, często zmieszany z resztkami kału konsystencji pasty. Wtórne wzdęcie pojawia się rzadko. Bóle morzyskowe małego lub średniego stopnia, przerywane. Defekacji brak. Stan ogólny przy zatkaniu przejścia okrężnicy dużej w małą w ciągu kilku dni nie ulega większym zmianom.

Przy zatkaniu małej okrężnicy już w ciągu 24 godzin dochodzi do miejscowej martwicy ściany jelita, następowego zapalenia otrzewnej i zejścia śmiertelnego.

Zatkanie jelit cienkich występuje rzadko, objawy podobne jak przy zacopowaniu jelita biodrowego (gwałtowne bóle, wtórne rozszerzenie żołądka, niefizjologiczne postawy).

Rozpoznanie przyżyciowe mało prawdopodobne, rychłe zejście śmiertelne.

Przemieszczenie jelit. Ta ogólna nazwa obejmuje takie przemieszczenia jak:

- a) obrót wzdłuż osi długiej (*rotatio*)
- b) skręt krezki i jelit (*torsio*)
- c) zawężenie, zapętlenie (*volvulus*)
- d) zagięcie (*flexio*)
- e) osznurowanie (*strangulatio*)
- f) uwięzienie (*incarceratio*)
- g) wPOCHWNIENIE (*invaginatio*).

Objawy kliniczne dla tych wszystkich rodzajów przemieszczeń są w zasadzie jednakowe. Z wywiadu dowiadujemy się, że koń zachorował najczęściej w czasie pracy, lub bezpośrednio po jakimś gwałtownym ruchu.

Bóle morzyskowe bardzo dużego stopnia, ciągle, niefizjologiczne postawy. Z reguły występuje wtórne rozszerzenie żołądka. Perystaltyka początkowo nawet wzmożona, po kilku godzinach ustaje zupełnie. Podobnie defekacja początkowo zachowana, po pewnym czasie po wystąpieniu pierwszych objawów morzyskowych ulega szybko pogorszeniu. Ustąpienie bólów morzyskowych, spadek ciepłoty wewnętrznej niżej normy oraz zimne poty wskazują na rychłe zejście śmiertelne.

Badanie przez prostnicę w początkowym okresie choroby, a szczególnie wtedy gdy przemieszczenie znajduje się w miejscach niedostępnych do badania, najczęściej negatywne. W przypadkach osiągalnych ręką można niekiedy stwierdzić miejscowe wzdęcie jelit, dotyczące tylko pewnych odcinków, charakterystyczne tym, że po upuście gazów gromadzą się one po pewnym czasie w tym samym miejscu. Czasem miejsce przemieszczenia wyczuwamy jako twór o zgrubiałych ścianach, omacywanie którego jest dla zwierzęcia bolesne. Duże znaczenie rozpoznawcze ma punkcja próbna do jamy otrzewnowej. W okresie początkowym ilość płynu otrzewnowego znacznie wzrasta, później wskutek zaburzeń w krążeniu staje się on krwisty ale przejrzysty, wreszcie, kiedy powstanie stan zapalny, staje się mętny, barwy ciemno-czerwonej.

W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę: morzysko zakrzepowo zatorowe, ostre wzdęcia żołądka, wzdęcie jelit i *enteralgia catarrhalis*.

Morzysko zatorowo-zakrzepowe (*thrombo-embolia*). Obraz chorobowy może być bardzo różnorodny i zależy od wielkości zaczipowanej tętnicy, czyli od rozległości zaburzeń w krążeniu. W przypadku zatorów w małych tętnicach objawy są podobne jak przy *enteralgia catarrhalis*. Wynik badania przez prostnicę może być wtedy negatywny, najwyżej stwierdza się nieznaczne wzdęcie jelit. Również punktat z jamy otrzewnowej niezmienny. Jeśli zator nastąpi w dużej tętnicy a tym samym zaburzenie w krążeniu dotyczy większego odcinka jelit, objawy są podobne jak przy przemieszczeniu. Badaniem przez prostnicę stwierdza się wtedy wzdęcie dużego stopnia, dotyczące tylko pewnego odcinka jelit. Płyn otrzewnowy jest barwy krwistej. Lżejsze przypadki ulegają w ciągu kilku godzin samowyleczeniu, przez powstanie krążenia obocznego, natomiast w przypadkach zatorów w większych tętnicach następuje z reguły zejście śmiertelne w ciągu 10—24 godz. Czasem po pozornym wyleczeniu, po kilkudniowej przerwie, obserwujemy nawrót choroby z wyraźnymi objawami zapalenia otrzewnej. Rozpoznanie przyżyciowe jest tu niezmiernie trudne ze względu na brak specyficznych objawów, a przy zatorach dużych tętnic istnieją objawy zupełnie podobne do występujących przy przemieszczeniu jelit.

Na zakończenie należy wspomnieć, że schorzenia morzyskowe w pewnym odsetku, mimo zastosowania wszelkich dostępnych metod diagnostycznych, przyżyciowo pozostają nierozpoznane.

DR EDWARD PINKIEWICZ

Farmakoterapia w leczeniu schorzeń morzyskowych

Jakkolwiek wielowiekowe empiryczne doświadczenia stanowią poważny wkład dla rozwoju farmakoterapii, jednak w obecnym stanie wiedzy nie wydaje się budzić wątpliwości pogląd, że skuteczne stosowanie nowoczesnych metod i środków chemoterapeutycznych wymaga znajomości etiologii i fizjopatologicznego przebiegu schorzenia. Ujęcie terapii mające charakter empiryczny prowadzi bowiem do nieuniknionych błędów, wyrazem czego było np. nagminne stosowanie przy schorzeniach morzyskowych morfiny lub środków wagotonicznych z szeregu pilokarpiny. Schorzenia morzyskowe mogą być klasycznym przykładem stosowania przez długi okres empirycznych metod leczenia, których pozostałości można jeszcze tu i ówdzie obserwować.

Zasadniczy zwrot w metodach terapeutycznych tej grupy schorzeń nastąpił z chwilą stwierdzenia, że główna przyczyna występowania tkwi w zdolności reagowania wegetatywnego systemu nerwowego na różne zewnętrznie i wewnętrznie działające bodźce, których za-

drażnienia normalnie, są z łatwością wyrównywane. Na skutek działania różnych czynników wtórnych, jak również na skutek pewnych właściwości osobniczych, wegetatywny system nerwowy znajduje się w stanie pewnej nadwrażliwości, prowadzącej do łatwiejszego niż normalnie zachwiania równowagi, przy czym z reguły dochodzi do przewagi nerwu błędnego i wagotonii przewodu pokarmowego. Przejawem tego stanu jest wzmożona perystaltyka, której nasilenie jest zależne od działającego bodźca i wrażliwości osobniczej, a która w pewnych przypadkach może ulec nawet całkowitemu zahamowaniu, wskutek tęzcowego skurczu mięśniówki gładkiej.

Wzmózonemu napięciu mięśni gładkich towarzyszy ból, którego nasilenie jest odbiciem toczącego się procesu, a który wywołuje złożoną reakcję organizmu, w czasie której zmienia się czynność wszystkich narządów i systemów, w pierwszym rzędzie systemu nerwowego. Jest to powodem dla którego należy stosować środki zapobiegające przedostawaniu się impulsów