



Szkic zdjęcia radiologicznego

- a — krwiał podokostnowy na grzbiecie kości nosowych,
 b — ropień podskórny częściowo opróżniony,
 c — wcięcie nosowo-szczękowe,
 d — odstąpiła skóra od kości nosowych,
 e — przestrzeń powietrzna nad ropą.

nosa aż do grzebienia twarzowego, zwłaszcza ze strony lewej. Wzniesienie w tej części kości twarzowych każe przypuszczać, że chodzi tu o ropień, zwłaszcza, że wg wywiadu, wzniesienie na kościach nosowych bez wiadomej przyczyny już od miesiąca powiększa się coraz bardziej. Ból i poddawanie się tej wyniosłości pod uciskiem palca upewniało, że jest to istotnie ropień. Zresztą nakłucie i małe nacięcie,

które dały ujście dużej ilości żółtej płynnej ropy potwierdziły rozpoznanie. Przy sposobności ponownej palpacji grzbietu nosa ból okazał się o wiele wyraźniej niż przed upustem ropy i przypuszczenie, że duża wrażliwość na grzbiecie nosa pochodzi od, być może, złamanych kości nosowych, poddano kości twarzy prześwietleniu promieniami „X”. Zdjęcie nie wykazuje złamania, natomiast pozwala zauważyć dwa wzniesienia na grzbiecie kości nosowych, z których jedno leżąc bliżej oczodołu osiąga długość 8 cm, drugie, ponad wycięciem nosowo-szczękowym — 3 cm. Wzniesienia te odpowiadają kostniejącemu procesowi w uszkodzonej w dwóch miejscach okostnej, pod wpływem toczącego się dłuższy czas zapalenia aseptycznego, a później septycznego odklejonej okostnej. Zakażenie spowodowało powstanie dużego ropnia, dającego na zdjęciu obrys, odstający od kości nosowej na odległość 10 cm. Prawdopodobnie, ropień ten powstał w następstwie zropienia krwiaka podskórnego, który zaistniał równocześnie z oderwaniem się okostnej i krwakiem podokostnowym w miejscu kontuzji kości. Przemawia za tym ślad toczącego się zapalenia okostnej, uwidoczniły na zdjęciu w postaci wspomnianych wzniesień. Powtórne długie nacięcie ropnia posłużyło do oceny zmian na kości, z których jedną był wąski załek wykazany ostrą żyłką, znajdujący się pod okostną kości nosowych. Przypuszczalnie było to połączenie między początkowo krwakiem a później ropniem podokostnowym i podskórnym.

Po usunięciu z otwartego ropnia resztek nekrotycznych części, szczególnie z kości nosowych w miejscu pierwotnego uszkodzenia, nastąpiło w ciągu trzech tygodni zupełne wygojenie.

Adres autora: Adam Kamiński, Wrocław, ul. Jezierskiego nr 6/4.

TADEUSZ CEMPEL

Przypadkowe powikłanie powstałe przy wykonywaniu sztucznej inseminacji krów

Z Kliniki Położniczej i Ginekologicznej Wydziału Wet. WSR w Lublinie
 Kierownik: z. prof. dr ANTONI ŻEBRACKI

W czasie przeprowadzania zabiegu sztucznego unasionienia krów przez personel techniczny niezbyt dobrze wyszkolony, lub w razie braku odpowiednich warunków wykonywania zabiegu, zdarzają się najrozmaitsze powikłania, które na dłuższy lub krótszy okres czasu utrudniają zacielenie krowy, lub są niekiedy przyczyną ciężkich zaburzeń zdrowia zwierzęcia.

Do najczęstszych tego rodzaju powikłań należy inseminowanie (doszyjkowe) krów cielnich, które prowadzi najczęściej do poronienia. Zdarzają się również przypadki przebicia pipetą sklepienia pochwy, szyjki macicznej, trzonu, czy rogu macicy. *Winiarski* (1960), opisał przypadek znalezienia i wydobywania złamanej pipety szklanej inseminacyjnej u krowy. Ułamek pipety inseminacyjnej pozostawał w cavum uteri, powodując zapalenie macicy i czasową nieplodność krowy. Można przypuszczać, że przypadki takie zdarzają się częściej, lecz nie są publikowane.

Przypadek własny dotyczy krowy czarno-białej, lat około 2½ Nr ks. klinicznej 157/61, u której pojawiły się nagle objawy bezustannego parcia na mocz, przy czym oddawany był on w skąpej ilości i z domieszką krwi.

Wywiad: krowa inseminowana poprzedniego dnia. W czasie wykonywania zabiegu na skutek nagłego odruchu zwierzęcia, wprowadzona przez inseminatora szklana pipeta uległa złamaniu.

Stan ogólny: ciepłota — 39,3° C, tętno — 72/min, oddechy — 20/min.

Badanie przez pochwę: przy użyciu wziernika stwierdzono nieznaczny stopień zaczerwienienie okolicy ujścia cewki moczowej, błona śluzowa pochwy właściwej lekko i równomiernie zaróżowiona (obraz porujowy) część pochwowa szyjki bez zmian, koncentrycznie ułożona, zewnętrzne ujście szyjki macicznej w normie, do światła pochwy wydobywa się nieco klarownego śluzu pochodzącego z macicy.

Badanie przez prostopnie: oba jajniki, wielkości dużej fasoli, gładkie, konsystencji jędrnej. Na prawym jajniku przy biegunie tylnym wyczuwalna jamka poowulacyjna wypełniona prawdopodobnie skrzepem. Macica (trzon i rogi) mała, dająca się przykryć dłonią, w położeniu miednicznym, spoistości jędrno-pulchnej, wykazująca nieznaczną kontrakcję przy dotyku. Szczegółowe badanie nie wykazało obecności części utamanej pipety w macicy. Powtórne badanie ręką pochwy, zwłaszcza okolicy ujścia cewki moczowej i jej dna wykazało obecność utamanej pipety w pęcherzu moczowym.

Celem potwierdzenia rozpoznania wprowadzono do pęcherza moczowego kateter metalowy. Koniec kateteru uderzając w pęcherzu o szklany ułamek pipety dawał charakterystyczny, słyszalny na zewnątrz odgłos. Po wyjęciu kateteru udało się wprowadzić do ujścia cewki moczowej dwa palce i uchwycić nimi wciskającą się na skutek parć, część złamanej pipety i wydobyć ją na zewnątrz. Sprawdzając ponownie

omacywaniem przez ścianę pochwy pęcherz moczowy nie znaleziono innych ułamków pipety, natomiast stwierdzono obecność w pęcherzu dużego skrzepu krwi. Pęcherz przepłukano letnim roztworem akryflawiny (1:2000) skrzep zaś pozostawiono własnemu losowi.

Po upływie 7-dni przebadano krowę ponownie i stwierdzono uspokojenie parć, zblednięcie ujścia cewki moczowej, oraz brak skrzepu w pęcherzu moczowym.

Adres autora: Tadeusz Cempel, Lublin, ul. Głęboka 31 d.

MIECZYŚLAW DYK

Cyców, pow. Chełm.

Przebicie powłok brzusznych z równoczesnym uszkodzeniem jelit u konia

Dnia 14 maja 1959 r. o godz. 12 zgłosił się do PZLZ ob. S. z klaczą gniadą, lat 7. Z wywiadu dowiedziałem się, że o godz. 7 właściciel wyjechał w pole. W czasie sprężynowania konie wpadły na wywrócony kultywator, przy czym jedna klacz przecięła sobie powłoki brzuszne z wypadnięciem jelit. Na miejscu wypadku o godz. 13 stwierdziłem: Rana darto-szarpana biegnąca w odległości dłoni równoległe do linii białej, z prawej strony obok pepowiny, długości około 30 cm oraz prostopadła do niej długości około 10 cm. Z otworu rany zwisała część jelita cienkiego, ślepego oraz okrężnicy małej. Wypadnięte jelito cienkie było przekrwione, obrzękłe, pobrudzone treścią przewodu pokarmowego, która wydobyła się z przebitego j. ślepego i okrężnicy (dł. ran 3—5 cm). Stan ogólny zwierzęcia dobry, stwierdza się jedynie nasilone bóle morzyskowe. Na żądanie i ryzyko właściciela przystąpiłem do zabiegu operacyjnego. Dla znieczulenia ogólnego zastosowałem per os spirytus vini 35% — 1500,0 oraz znieczulenie miejscowe 2% roztworem Polocainum hydrochloricum w ilości 100,0. Konia położono w pozycji grzbietowej z równoczesnym podwieszeniem do góry i przywiązaniem nóg do korony drzewa owocowego. Po ostrożnym przesunięciu i wydobyciu treści pokarmowej z j. ślepego i okrężnicy małej oraz nałożeniu zaciskaczy jelitowych, przystąpiłem do szycia jelit (żyłka rybacka) szwem ciągłym Czerny-Lamberta. Po dokładnym oczyszczeniu jelit i brzegów ran oraz zwilżeniu roztworem fizjologicznym przystąpiłem do reponowania. Z uwagi na trudności z włożeniem jelit podłużyłem ranę o 10 cm, w kierunku wyrostka mieczykowego. Rany jelit powleczono Ung. Penicillini 100.000 j. i zasypano tetracykliną in subst. 250 mg. Ranę ściany brzusznej po oczyszczeniu i wycięciu postrzępionych mięśni i otrzewnej powleczono maścią penicylinową oraz za-

sypano zasypką sulfanilamidową. Tak przygotowane brzegi ran zszyto (nić lniana) szwem dwupiętrowym wzmocnionym przez szew materacowy. W dolnej części rany pozostawiono otwór wraz z sączkiem. Ze względu na możliwość zakażenia otrzewnej wprowadziłem dootrzewnowo roztwór penicyliny 2.000.000 j. oraz streptomycyny 2,0 i tetracykliny 750 mg. Domięśniowo podano surowicę p/łęzcową 200.000 j. Ciepłota ciała przez 6 dni utrzymywała się w granicach od 38,6—39,8°. Tętno i oddech w granicach normy. Apetyt zmniejszony, pragnienie zachowane. Na 3 dzień pojawił się obrzęk zastoynowy sięgający od rany aż do wyrostków łokciowych. Po zastosowaniu penicyliny 9.000.000 j. i streptomycyny 4,0 przez okres 7 dni obrzęk ustąpił, a brzegi ran pokryły się ziarniną. Po 10 dniach wyjęto sączek, a po 12 dniach zdjęto szwy. W okresie pooperacyjnym na przeciąg 2 tygodni poleciłem zastosować ścisłą dietę i podawać tylko w pierwszych dniach napar z *Flos Chamomillae* 50,0 w 6 l oraz napar z *Semen Lini* w ilości 10 l. z dodatkiem *Natrium sulfuricum* 150,0 i *Faex medicinalis* 150,0 dziennie. Następnie zaczęto podawać pasze soczyste — dobre i świeże zielonki w małych ilościach oraz poidła z pszennych otrąb z dodatkiem soli przeczyszczających i drożdży. Po 2 tygodniach zaczęto podawać stopniowo karmę, którą koń jadł przed wypadkiem. Mimo zakazu użycia konia do pracy wcześniej niż po 3 miesiącach właściciel użył go do pracy lekkiej po miesiącu od czasu zachorowania. Półtoraroczna obserwacja wykazała, że koń nie zdradzał żadnych objawów morzyskowych. Po 9 miesiącach klacz oźrebiła się. Nadmieniam, że przeprowadziłem podobne 2 operacje z całkowitym powodzeniem.

Adres autora: Mieczysław Dyk, PZLZ w Cycowie, pow. Chełm Lub.

KAZIMIERZ JAWORSKI

Kraków

Odklejanie łożyska w rękawicy gumowej

Biuletyn Min. Roln. Nr 8, z dnia 6 VI. 1960 r. Instrukcja Nr 2 głównego instruktora BHP § 13 pkt. 16 — poleca odklejać łożysko wyłącznie ręką zabezpieczoną ochraniaczem z rękawicą gumową. Celowość używania rękawicy zgodnie z zaleceniami instrukcji nie wymaga komentarzy. Technika wykonywania zabiegów w rękawicach gumowych jest jednak nieco odmienna aniżeli rękami bez osłony gumowej. Guma w zetknięciu z płynem staje się bardziej śliska niż skóra, ponadto rękawiczka obniża wybitnie czucie. Odklejanie łożyska (zwłaszcza dla osób przyzwyczajonych pracować bez rękawicy) następuje nieco trudniej, szczególnie w głębszych partiach, gdzie zalega pewna ilość śliskiego płynu. Na skutek stopionego czucia i śliskości dokładne odróżnienie brodawek macicznych od łożyska napotyka na trudności. Zwiększona śliskość utrudnia również oddzielenie kosmówki od brodawek. Szczególnie trudno jest odkleić

łożysko w szczycie rogu macicy, gdzie brodawki są skupione.

W związku z powyższym chciałbym podzielić się z Kolegami praktykującymi własnymi spostrzeżeniami w tym zakresie. Metoda, którą stosuję już od dawna, wybitnie ułatwia odklejenie łożyska w rękawicy gumowej. Po odklejeniu łożyska od pierwszych brodawek, wprowadzam do macicy rozgniecione pałeczki węglowe (może to być inny proszek np. pabiamid, talk z sulfamidem, terramycyną i inne) co zmniejsza wybitnie śliskość i dzięki temu bez porównania zwiększa się czucie. Możemy więc bardzo dokładnie oddzielić łożysko od brodawek. Posuwając rękę do szczytu rogu, po pewnym czasie znowu zwiększa się śliskość, należy więc ponownie wprowadzić rozgniecione pałeczki węglowe.

Zgodnie z powszechnie przyjętymi sposobami leczenia, pałeczki, czopki czy też inne środki dezynfekcyj-