

MIECZYŚLAW BIELAWSKI

Siepraw k, Krakowa

## O leczeniu telazjozy u bydła

Nawiązując do doniesienia prof. dr. W. Stefańskiego o telazjozie u bydła w okolicy Puław, jako lekarz praktykujący w Gniewoszowie zetknąłem się z tą chorobą w kilku wsiach.

Inwazja ta została szybko przeze mnie oprowadzona na terenie wsi Sarnów, Chechły i Trzcianka, przy czym okazało się, że szybkie wyleczenie pierwszych przypadków tej choroby powoduje zahamowanie inwazji z braku materiału zakaźnego.

Objawy i czas występowania zostały opisane trafnie przez dr Kostyrę (Med. Wet. nr 10/1960). Brak było tylko spostrzeżenia, że w owrzodzeniach rogówki znajdował się pasożyt zwinięty w płaski krążek.

Według własnych obserwacji radykalne leczenie tego schorzenia polega na usunięciu dorosłych robaków i ich larw silnym strumieniem 2% roztworu kwasu bornego, przy czym strumień płynu winien być skierowany do dołu,

wypychając pasożyty z kanału łzowego do worka spojówkowego, a następnie z worka spojówkowego na zewnątrz.

### Technika zabiegu

Przyrządy: cążki Harmsa, strzykawka 50 cm<sup>3</sup> i lek: 2% roztwór kwasu bornego.

Po uchwyceniu przez pomocników cążkami za przegrodę nosową oraz rogi podnosi się głowę krowy. Na pograniczu przejścia nozdrzy w jamę nosową znajduje się ujście kanału łzowego Stenona — u krowy wielkości ziarna lnu. Nozdrza skierowuje się do światła (w porze wieczornej używa się lampki czołowej). W otwór kanału Stenona wsuwa się cienką, tępo zakończoną kaniulkę i po pokonaniu zawsze występującego oporu — łączy się kaniulkę z końcem napełnionej kwasem bornym strzykawki. Silny nacisk na tłok powoduje silny strumień leku, wypłukujący pasożyty.

ADAM KAMIŃSKI, STANISŁAW LACHOWICZ

## Modzele łokciowe u koni

Z Kliniki Chirurgicznej WSR we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr KAZIMIERZ SZCZUDŁOWSKI

Szereg przypadków ze zmianami na guzach łokciowych jako „modzele” obserwowano głównie u koni w ciągu dziesięciu lat. Obserwacje prowadzono tak pod względem przyczyn pojawiania się tych zmian, jak też pod względem ich przebiegu i pod względem związku między odżywianiem a pojawianiem się wspomnianych zjawisk chorobowych. Jako podsumowanie dotychczasowych obserwacji posłużyły dwa świeże przypadki modzela łokciowego u konia, które będą przedmiotem wyjściowego rozważania na temat najbardziej skutecznego zapobiegania chorobie, względnie najbardziej celowego postępowania chirurgicznego.

Doprowadzane z tą przypadłością konie należą w większej ilości przypadków do ras ciężkich, nadmierne odżywianych, wykazujące objawy mniej lub więcej zauważalne schorzeń kopyt lub ścięgien i są nieudolnie okute. Objawy te w ruchu wyrażały się, w przypadku wrażliwości obu kończyn przednich, drobnym ostrożnym krokiem, lub, gdy wrażliwa była jedna z kończyn przednich, wyraźnym zaburzeniem ruchu, znanym i określanym jako kulawizna nieznaczniego stopnia. Dlatego też konie te, pozostawione w stójleżu przez pewien czas w zupełnym spokoju, kładły się zawsze w znamienny sposób, mianowicie ze zgiętą w garstkę kończyną tak, że podkova względnie spód kopyta dotykał i uciskał zmieniony guz łokciowy. Konie, które poruszały się łożnym krokiem, obserwowane następnie w spoczynku zachowywały się typowo jak zwierzęta dotknięte małą bolesnym schorzeniem obu kończyn, przestępując co chwilę z kończyny na kończynę i nie mogąc ustać przez chwilę spokojnie. Obserwowane przez nas modzele pochodziły w przeważającej ilości z procesów toczących się już przez okres kilku tygodni. W małej tyl-

ko części wspomniane modzele były wynikiem nagniczenia od podłogi w ciągu jednej nocy. Były wobec tego wśród nich modzele jako widoczne zgrubienia wielkości pięści, usadawiające się na szczycie i poniżej guza łokciowego, przeważnie na jednej tylko kończynie. Zgrubienia te odnosiły się bądź do skóry z podskórkiem tej okolicy, bądź też skóra przy tym była w przypadkach świeżych bolesna i gorąca, lecz bez dostrzegalnych uszkodzeń, zranień lub zadrapań. Były też modzele zimne, twarde, niebolesne, wykazujące na powierzchni ubytki włosa i zgrubienia naskórka. Pierwsze z nich pochodziły z procesów ostrych nagle zaistniałych, pod postacią zapalenia skóry lub flegmony podskórnej, niekiedy też z objawami ogólnymi podwyższonej ciepłoty i utraty chęci do jadła. Drugie z nich były następstwem procesów przewlekłych na skutek ciągle powtarzającego się ugniatacia guza łokciowego o podłogę lub o podsunięte kopyto podczas zbyt długiego leżenia. Modzele gorące, bolesne z objawami flegmony przedstawiały obraz ostrej infekcji ropnej, natomiast modzele twarde, niebolesne, zimne, dochodzące niekiedy rozmiarów dwóch pięści i większe, były wyrazem procesów aseptycznych lecz długotrwałych. Były też przypadki wtórnych późnych zakażeń ropnych w związku z otarciami i rozmaitego rodzaju skaleczeniami. Rozpoznawano więc w tych modelach ropowicę, ropnie podskórza, a nawet kaletki śluzowej. Rozpoznawano też zgrubienia skóry (*tyloma*), lecz były też przypadki z rozrostem łącznotkankowym, wtórnie zakażone, mające charakter ziarniniaków lub nawet guzów nowotworowych, rozpadających się powierzchownie i w głębi (owrzodzenia, przetoki).

Modzel łokciowy w tej czy innej postaci jest zawsze objawem towarzyszącym chorobie kończyn, głównie