

Czekała Z., Gabryś K. — **La technique radiologique d'investigation de la circulation veineuse des os longs (osteomedulographie) chez le chien.**

Les auteurs décrivent la méthode d'investigation de la circulation veineuse des os longs (osteomedulographie) chez le chien. Cette méthode permet de présenter le canal de la moelle osseuse et de définir le temps de passage du produit nuançant dans le canal. Le produit indigène nuançant „Triuropan 300” donne une image contrastante et n'irrite pas la moelle osseuse. Cette investigation est absolument sûre, à condition d'une asepsie complète. Chez les animaux observés au cours de 4—5 mois après l'investigation on ne constata pas d'altérations. Cette méthode a une valeur spéciale pour le diagnostic des maladies intra osseuses.

Czekała Z., Gabryś K. — **Untersuchungstechnik des venösen Blutkreislaufes der Röhrenknochen beim Hunde (Osteomedullographic).**

Es wird die Technik der Darstellung des venösen Blutkreislaufes der Röhrenknochen beim Hunde beschrieben. Nach dieser Methode kann der Markraum dargestellt und die Geschwindigkeit des Abflusses des Kontrastmittels aus dem sinus medullaris bestimmt werden. Das polnische Kontrastmittel „Triuropan 300” liefert ein kontrastreiches Bild ohne das Knochenmark zu reizen. Die Methode ist vollkommen gefahrlos, vorausgesetzt dass unter streng aseptischen Umständen gearbeitet wird. Versuchshunde sind 4—5 Monate lang ohne irgendwelche nachteilige Folgen beobachtet worden. Die Methode eignet sich besonders zur Differentialdiagnose endostaler Erkrankungen.

KAZIMIERZ ŻEBROWSKI

PZLZ Kieczew

Operacyjne leczenie wgłobionego odcinka jelita cienkiego u krowy

W dniu 12.IV.1962 r. do łut. PZLZ doprowadzono chorą krowę cz. b., 5 lat, cielną 6 miesięcy. Budowa dobra, stan odżywienia średni.

Wywiad: krowa zachorowała nagle na pastwisku 10.IX.1962 r. posmutniała, przestała pobierać karmę i odżuwać. Ostatnio nie zauważono oddawania kału. Napina się dość często do oddawania moczu.

Badanie kliniczne: osowiałość, posmutnienie, przytępienie, chęć do poruszania zmniejszona. Gałki oczne nieznacznie zapadnięte. Włos matowy, suchy, nastroszony. Krowa wyraźnie zgarbiona w części lędźwiowej kręgosłupa.

Lewy dół przylędźwiowy wyrównany. Wyczuwalne i widoczne wzdęcie żwacza. Odbyt wysadzony. Pościękiwania brak tak w spoczynku jak i ruchu. Co pewien czas zwierzę uderza tylnymi kończynami pod siebie. Śluzawica wilgotna, zimna. Temperatura skóry obniżona. Ruchy żwacza i szmery jelitowe zniesione — odżuwanie brak. Okresowo występuje odbijanie się gazów, połączone z charakterystycznym odgłosem. Brak oddawania kału.

Częste napinanie się do oddawania moczu i oddawanie w małych ilościach koloru normalnego. Ilość uderzeń serca 92 min., tony czyste. Tętno regularne. Oddech spokojny regularny. Szmer oskrzelowy wyraźnie słyszalny. Przy badaniu uwzględniono takie schorzenie bydła jak: przeładowanie żwacza, schorzenia wywołane przez ciała obce, zatkanie ksiąg i przemieszczenie trawieńca.

Rozpoznanie: *invaginatio intestini.*

Badania rektalnego nie przeprowadzono w obawie pęknięcia uległego martwicy wgłobionego jelita. Krowie podano 3 gramy streptomycyny i postanowiono wykonać operację w dniu następnym. Ponowne badanie przed operacją wykazało spadek ilości tętna do 82/min. Z odbytu ukazał się czarno-krwisty śluz.

Przebieg operacji: operację wykonano na krowie stojącej przy zastosowaniu miejscowego znieczulenia. Laparotomię wykonano analogicznie jak przy rumenotomii w prawym dole przylędźwiowym (cięcie pionowe). Sieci, która ukazała się po otwarciu jamy brzusznej nie przecinano.

Lewą rękę nawilżoną maścią tranową wprowadzono do jamy brzusznej ponad siecią. Na wprost otworu na ciężarnej macicy natrafiono na wgłobienie, które wyciągnięto na zewnątrz i ułożono na tace

przytrzymywanej przez sanitariusza. Odcinek wgłobionego jelita był silnie przekrwiony i obrzękły.

Z obu stron wgłobionego jelita wyciśnięto treść pokarmową i założono klamry jelitowe z nałożonymi gumowymi wężykami na ramionach ściskających, w odległości ok. 7 cm od linii zamierzonego cięcia jelita. Zmieniony odcinek jelita wraz z krezką wycięto.

Krezkę wycięto w formie trójkąta. Przy wycinaniu krezki większe naczynia krwionośne podwiązywano catgutem. Końce jelita przepłukano przegotowaną wodą usuwając resztki treści pokarmowej i przystąpiono do złączenia końca jelita z końcem jelita. Do szycia jelita użyto jedwabiu nr 2 i odpowiednio cienką okrągłą igłę. Pierwsze złączenie końców jelita dokonano szwem materacowym w punkcie krezkowym jelita wykonując pierwsze nakłucie od strony śluzówki przez wszystkie warstwy i wiążąc końce nitki również od strony śluzówki.

Całkowite złączenie końców jelita uzyskano przez założenie dwóch rzędów ciągłego szwu Lamberta (surowicówkowo-mięśniówkowego).

Szyto od zewnątrz, po połowie, zaczynając każdorazowo od środka obwodu jelita leżącego naprzeciw krezki. Krezkę zeszyto szwem ciągłym zaczynając od wierzchołka trójkąta i na niewielkim odcinku przszyto do jelita. Miejsce złączenia i okolicę posmarowano maścią penicylinową. Zamknięcie jamy brzusznej identycznie jak przy rumenotomii.

Leczenie następowe. Bezpośrednio po operacji krowie podano 180000 Penicillinum proc. i 250 ml. sol. Glucosi 25% dożylnie.

Krowa pozostawała w przychodni do 20.IX.1962 r. W tym czasie podano jeszcze 2 razy streptomycynę w odstępach dwudniowych po 2 g oraz 2 razy po 100 ml Polisulfamid dożylnie. Przez pierwsze 4 dni podawano również codziennie po 250 ml. sol. Glucosi 25% dożylnie.

Następnego dnia po operacji zauważono, że krowa oddała znaczną ilość płynnego ciemnego i cuchnącego kału.

Żywnienie: pierwszego dnia tylko woda, drugiego i trzeciego poidełko ze śruty owsianej, czwartego dnia poidełko i trochę siana z lucerny. Przez następne dni w miarę wzrastania apetytu dawki odpowiednio zwiększano.

Wyraźna poprawa ogólnego stanu zdrowia uwi-
doczniła się szóstego dnia po operacji. Niepożądane
objawy zatrucia ustąpiły. Krowa jadła, odzuwała
i oddawała normalny kał.

Szwy skórne zdjęto 10 dnia po operacji.

Operację wykonałem przy współudziale dwóch
sanitariuszy i woźnego.

Krowa wycieliła się w normalnym czasie.

Adres autora: Kazimierz Zebrowski, Kleczew, ul. Toruń-
ska 25, pow. Konin.

HENRYK MACIOŁEK

Sulejów

Chirurgiczne leczenie przeładowania ksiąg u bydła

Spostrzeżenia niniejsze oparte są na materiale obejmującym 280 szt. bydła, w różnym wieku i kondycji. Bydło to pochodziło już to z gospodarstw indywidualnych, w których hodowla była prowadzona racjonalnie, już to z obór zaniedbanych oraz z gospodarstw uspołeczniczonych postawionych wysoko pod względem hodowlanym. Tereny tutejsze charakteryzuje różnorodność gleb. Statystyka zachorowań tego terenu wykazuje, że czołowe miejsca (42%) zajmują schorzenia przedziądków, z czego na urazowe zapalenie czepca przypada 30%, przeładowania ksiąg 15%, wzdęcia 10%, inne 3%.

Przy rozpoznawaniu tych schorzeń rumenotomia jest niejednokrotnie zabiegiem diagnostycznym oraz leczniczym. Dotyczy to szczególnie przypadków, w których chodzi o zróżnicowanie urazowego zapalenia czepca i przeładowania ksiąg.

Stosowałem następującą technikę operacyjną przy rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznym schorzeń przedziądków. Po wygoleniu sierści w lewym dole szabiznowym, pole operacyjne wymyto lizolem i dezynfekowano nalewką jodową. Zwierzę, operowane w pozycji stojącej, przyciśnięto drągiem do ściany w ten sposób, aby lewa strona krowy była dostępna dla operatora. Tkanki w miejscu cięcia znieczulano 2% polokainą z adrenaliną. Znieczulano w ten sposób, że tkanki nastrzykiwano powyżej linii cięcia wg metody zwanej „blokiem odcinkowym” (Nowicki, Stefanowski), która polega na przerwaniu przewodnictwa nerwowego przez wytworzenie infiltracyjnej bariery między linią cięcia a ośrodkami nerwowymi. Do takiego znieczulenia używa się 60—80 ml ciepłego roztw. 1—2% polokainy z adrenaliną. Bieliznę odkażono w roztworze lizolu. Cięcie ściany jamy brzusznej wykonywano w linii równoległej do ostatniego żebra. Dodatkowo stosowano małe znieczulenie nadoponowe w celu ograniczenia ruchów kończyn tylnych. Warstwy ścian brzucha przecinano wg zasady chirurgicznej przy rumenotomii. Przez ranę operacyjną wyciągnięto fałd żwacza i umocowano przy pomocy drewnianej ramki (Kulczyckiego). Ścianę żwacza przecięto na odcinku długim ok. 20 cm, następnie założono do żwacza manszet płócienny i w ten sposób zabezpieczono brzegi rany żwacza i rany ściany brzucha przed zanieczyszczeniem treści żwacza, oraz przed przedostaniem się treści przez rany do jamy otrzewnowej. Po usunięciu zawartości żwacza wprowadzono ręką elastyczny wąż gumowy o średnicy 20 mm przez otwór czepcowo-księgowy (*ostium reticuloomasicum*) do przewodu księgowego na głębokość około 15 cm.

Jednocześnie zaciśnięto dłońmi wokół przewodu gumowego wargi ograniczające przewód księgowy aby zapobiec cofaniu się wprowadzanej wody pod ciśnieniem 0,5 atm. do przewodu księgowego i zacyfików międzyblaszkowych. Wodę podawano za pomocą irygatora podłączonego do węża gumowego. Po wprowadzeniu do ksiąg około 10 litrów letniej wody płyn lewarowano a następnie czynności powtarzano. Podczas płukania dawało się wyczuć dłońmi, że napięcie ścian ksiąg stopniowo ulega zmniejszeniu dochodząc do konsystencji ciastowatej. Do zabiegu wystarczy około 30 litrów letniej wody. W podobny sposób poda-

wano do ksiąg olej parafinowy w różnych ilościach. Wyniki otrzymywano jednak gorsze niż przy płukaniu wodą. Zwłaszcza szwy ciągłym przekładanym jednopiętrowym używając catgut nr 3 lub nr 4. Szew ten nazywany jest ciągłym Reverdina z przesunięciem pętli. Szycie polegało na wwinieciu brzegów rany żwacza o szerokości około 1—2 cm do środka (tę czynność wykonuje asystent). Pierwsze wklucie i związanie nici odbywa się w sposób typowy, długi jej koniec asystent ujmuje w odległości kilku centymetrów od węża kleszczykami Peana i w momencie, kiedy koniec igły po drugim wkluciu ukaże się na 1 cm ponad powierzchnię owija (przekłada) nic od strony wypukłej igły. W ten sposób powstaje pętla, która łącznie z wwinieciem żwaczem uszczelnia brzegi rany. Ważnym jest skrócenie czasu operacji, pomijając drugie piętro szycia. Otrzewną szwy szwem opisanym powyżej, mięsień skośny wewnętrzny szwem węzełkowym, podobnie mięsień skośny zewnętrzny; na skórę zakładano szwy materacowe lub zaciskano leszczotkami wg Sznajdera. Leszczotki po 5 minutach dokręcano a następnie po 48—72 godz. odkładano zupełnie. Skóra zaciśnięta w postaci grzebienia ulegała suchej martwicy i po pewnym czasie grzebień odpadał pozostawiając bliznę.

Leczenie pooperacyjne

Po operacji podawano poidła z otrąb pszennych przez dwa dni a następnie siano łąkowe w małych dawkach. Poza tym Bioruminans z dodatkiem przygotowanego siemienia lnianego. Szwy skórne usuwano po 10—12 dniach.

Ważniejsze przypadki

1). Dnia 15.XII.1960 r. doprowadzono do leczenia krowę czarno-białą lat 7 (nr ks. klin. 732/60). Na podstawie przeprowadzonego wywiadu oraz badania klinicznego ustalono, że krowa choruje od 3 dni z następującymi objawami: utrata apetytu, silne zgarbienie grzbietu, rozstawianie przednich kończyn, temp. 39,5 stop. C, tętno 90 na min. (Właściciel przed doprowadzeniem podawał gorzką sól). Na opukiwanie w okolicy ksiąg krowa reagowała postękiwaniem. Badaniem przez prostnicę ustalono przeładowanie żwacza i brak kału w prostnicy. Na podstawie wywiadu oraz badania klinicznego rozpoznano: przeładowanie żwacza i ksiąg. Zastosowano przez 2 dni leczenie następujące: 5% roztwór Magnesium sulfuricum w ilości 2 × 500, oraz ol. paraffini 2 × 2000,0 codziennie podawano kleik z siemienia lnianego. Po tej kuracji poprawy nie było. Stan krowy znacznie się pogorszył, podwyższyła się temperatura do 39,8 C, wystąpiła silniejsza reakcja na ucisk w okolicy rękojeści mostka oraz powstała zupełna atonia żwacza. Za zgodą właściciela zdecydowano leczyć zwierzę metodą chirurgiczną. Po usunięciu zawartości żwacza stwierdzono przez omacywanie, że księgi są mocno napięte, silnie przeładowane, przy ucisku bolesne, konsystencji twardej gliny. Zastosowano płukanie ksiąg, po czym objętość i napięcie ich ścian stopniowo się zmniejszyły. Ustąpiło stękanie krowy i zaobserwowano lepsze samopoczucie zwierzęcia. Po