

na, barwy brunatnożółtej, pod dotykiem krucha, ulega łatwo pęknięciu.

Nerki nieznacznie przekrwione, powiększone, w dotyku twarde.

Serce: worek osierdziowy wypełniony znaczną ilością płynu surowiczego (około 150 ml), liczne wybroczyny płamiste i smugowate pod osierdziem i nasierdziem, osierdzie i nasierdzie ume bez połysku. Mięsień sercowy powiększony na przekroju ume i kruchy. Pod osierdziem w lewej komorze na mięśniach brodawkowych i na uszkach sercowych liczne wybroczyny. Zastawki przedsionkowo-komorowe od strony przedsionka i zastawki półksiężycowate od strony komór, głównie na ich brzegach, pokryte twardym, szarobiałym nalotem.

Płuca przekrwione koloru ciemnoczerwonego, po-

wierzchnie przekroju wilgotne, gładkie, mniej powietrzne, spoistości odporne.

Rozpoznanie. Ulcerosis abomasi et duodeni, stenosis duodeni, insufficientia valvulae bicuspidalis et valvulae tricuspidalis, dilatatio musculi cordis, hyperaemia et oedema pulmonum.

Omówienie. Częste zmiany paszy, nieodpowiednie żywienie, twarde i zimne buraki półcukrowe, kwaśne siano z turzyc mogły wywołać stany zapalne błony śluzowej trawieńca, krwawienia i owrzodzenia. Wyraźne owrzodzenia i zabliznienia wywołały zmniejszenie się światła odzwrotnika trawieńca i dwunastnicy, które doprowadziło do trwałej niedrożności przewodu pokarmowego.

Adres autora: Jan Szpakowski, Sandomierz, ul. Zamiejska 17.

JANUSZ DULĘBA

PZLZ Staszów

Resekcja wgłębionej części jelita u krowy

W blisko dziesięcioletniej praktyce zetknąłem się z w/w schorzeniem kilkakrotnie. W niniejszym doniesieniu pragnę opisać jeden z operowanych przypadków.

Dnia 15.III.1962 r. zgłoszono do lecznicy chorą krowę, maści czarnej, wiek 5 lat w siódmym miesiącu ciąży, która zachorowała przed dwoma dniami.

Wywiad: Choroba wystąpiła nagle po napojeniu zimną wodą, dnia 13.III.1962. Krowa zdradzała niepokój, kładła się, wstawała, oglądała, tupała nogami, uderzała racicami w brzuch. Początkowo kał był rzadki, oddawany często, a następnie w bardzo małych ilościach z domieszką krwi. Po 24 godz. nie oddawała kału, natomiast wydalała niewielką ilość śluzu z krwią. W pewnych odstępach czasu krowa uspokajała się i przyjmowała niewielką ilość karmy. Ze względu na trudne warunki terenowe i atmosferyczne (opady śniegu), krowę dowieziono do PZLZ 17.III.1962 roku w godzinach popołudniowych.

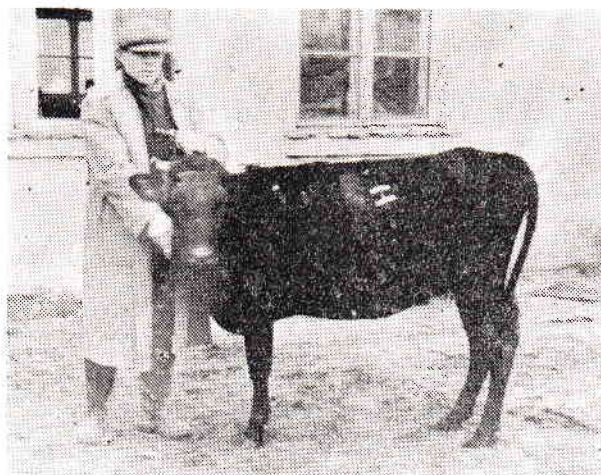
Badanie kliniczne: Temperatura 39°C, tętno 80/min., oddech 36/min. Do badania per rectum krowę ustawiono przodem wyżej i stwierdzono brak kału w prostnicy, śluz z domieszką krwi, wrażliwość przy obmacywaniu jelit, wzdęcie jelit cienkich. Przy osłuchiwaniu nie słyszałem perystaltyki jelit, bardzo słabe i rzadkie ruchy żwacza.

Diagnozę wgłębienia jelita oparłem głównie na badaniu per rectum: brak kału w prostnicy, śluz z domieszką krwi, wzdęcie jelit oraz ich bolesność przy obmacywaniu, brak perystaltyki, bolesność przy ugniataaniu powłok brzusznych z prawej strony. W diagnozie niniejszej utwierdziły mnie wyżej opisane objawy chorobowe, które w ten sposób również wystąpiły u poprzednich krow, u których sekcyjnie stwierdziłem po uboju, lub padnięciu wgłębienie jelita.

Zabieg operacyjny: Po ustawieniu krowy przy jednym z boków poskromu (jak do rumenotomii) i zadaniu 1/2 litra alkoholu 40% przygotowano pole operacyjne w lewej słażźnie (golenie, dezynfekcja), następnie znieczulono miejsce cięcia 5% roztworem polokainy z adrenaliną. Cięcie około 20 cm długości przebiegało 5 cm poniżej kręgów lędźwiowych i 5 cm za ostatnim zębem. Po przecięciu skóry i mięśni oraz po częściowym ich odpreparowaniu na tępo, przeciałem otrzewną. Małe krwawiące naczynia mięśni zmiążdżyłem peanem. Ręką wprowadzoną do jamy brzusznej przesunąłem żwacz w kierunku dogłowym masując go przy tym, by ułatwić przesunięcie. Następnie skierowałem rękę lekko ku tyłowi, a potem ku przodowi w kierunku prawej nerki. Tu przeszedłem nad pętlami jelit grubych, kierując ręką w dół osiągnąłem jelita cienkie. Obmacując jelita cienkie wyczułem wgłębiony odcinek, uchwyciłem go i wydo-

byłem na zewnątrz. Wydobytą wraz z jelitem krezkę znieczuliłem nasiętkowo 5% roztworem polokainy z adrenaliną, przy użyciu wacika aż do osiągalnego odcinka, aby w ten sposób zmniejszyć ból przy jej napinaniu.

Następnie po zrobieniu otworów w krezce podwiązałem tasiemką jelito przed i za miejscem wgłębienia. Podwiązałem naczynia krwionośne krezki przed zamierzonym miejscem jej wycięcia. Następnie wyciąłem cały wgłębiony odcinek jelita około 80 cm wraz z krezką. Koniec jelita z końcem jelita połączyłem przy zastosowaniu szwu ciągłego i nałożeniu drugiego rzędu szwu Lamberta używając jedwabiu nr 4, powlekając nałożone szwy maścią penicylinową. Po zmyciu roztworem fizjologicznym z dodatkiem roztworu riwanolu 1:1000, odprowadziłem zeszyte jelito w ten sam sposób jak je wydobylem. Krezkę zeszyłem szwem ciągłym, oraz zeszyłem otwory po tasiemkach. Cięcie w ścianie jamy brzusznej zeszyłem w następujący sposób: otrzewną szwem ciągłym używając jedwabiu nr 4, mięśnie szwem ciągłym, używając cat-gutu nr 5, skórę szwem ciągłym, używając jedwabiu nr 4. Warstwy szwów przesyppowałem zasyppką pabiamidową 100%. Po operacji zaaplikowałem w ciągu 10 dni: tarchocyliną 1 fiołka, diacykliną 1 fiołka, penicyliną 300 000 j.m., polisulfamid dożylnie 100 ml.



Dieta po operacji zastosowano następującą: w pierwszych dniach podawano niewielką ilość poidła z otrąb pszennych z dodatkiem cukru (około 3 litry). Następnie poidło z ziemniaków gotowanych i otrąb

oraz niewielką ilość dobrego siana. W miarę upływu czasu ilość karmy zwiększano. W dziesiątym dniu przystąpiono do normalnego żywienia.

Opisany przypadek nasuwa następującą uwagę:

Robiąc cięcie z lewej strony unika się wypadania jelit przy przeprowadzaniu operacji.

Przeprowadzając w/w operację na krowie cielnej w pozycji stojącej stwarza się większą możliwość utrzymania ciąży. Wysoka ciąża nie jest przeszkodą do tego rodzaju operacji. Opisana wyżej krowa wycielila się, nie zdradza żadnych objawów chorobowych i ponownie jest już zacielona.

Nadmieniam, że operowałem dwie krowy z wgłobieniem jelit. U pierwszej krowy podejrzewano ostre urazowe zapalenie czepca. Po dokonaniu rumenotomii, ponieważ nie stwierdzono obcego ciała ani stanu zapalnego czepca postanowiłem obmacać jelita przez otwór zrobiony do rumenotomii. Przy badaniu stwierdziłem wgłobienie jelita cienkiego. Wydobyłem je i dokonałem resekcji.

Ponieważ nie byłem przygotowany do tego rodzaju operacji, w/w zabieg jako pierwszy w mojej praktyce

nie był wykonany właściwie. Brak dostatecznie dużego wycięcia trójkąta w krezce proporcjonalnego do wyciętego odcinka jelita. Błąd ten utrudnił perystaltykę jelita w miejscu jego zeszywania, co po tygodniu czasu doprowadziło do zaczopowania jelita karmą. Stwierdziłem to po dokonaniu powtórnej laparatomii i z obawy o utratę wartości rzeźnej, skierowałem zwierzę na ubój z konieczności.

Drugą krowę operowałem w stanie bardzo ciężkim w 9 miesiącu ciąży, cięcie robiłem w prawej słabiźnie i doszedłem do wniosku, że pewniej ten zabieg wykonywać w lewej słabiźnie (brak wypadania jelit), a poza tym robiąc cięcie w lewej słabiźnie, można dokonać również rumenotomii, gdyby diagnoza uprzednia okazała się mylna. Drugą operowaną krowę ze względu na szybko pogarszający się stan zdrowia, skierowałem na ubój z konieczności.

Podkreślam, że zabieg ten wykonałem na zwierzęciu stojącym; podręcznik prof. J. Kulczyckiego: „Chirurgia operacyjna zwierząt domowych” zabieg ten opisuje na zwierzęciu leżącym.

Adres autora: Janusz Dulęba, lekarz wet., PZLZ Staszów.

CHOROBY ZAKAŻNE I INWAZYJNE

JERZY NOWACKI, TADEUSZ SOBIECH

Odczyn śródskórny w doświadczalnej gruźlicy psów

Z Katedry Epizootologii Wydz. Wet. WSR we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr TADEUSZ SOBIECH

Gruźlica należy do chorób zaraźliwych występujących u wszystkich gatunków zwierząt. Dane na temat występowania gruźlicy u psów przedstawiają się bardzo różnorodnie. Według zestawienia opracowanego przez *Pallaske* (5), w Lipsku w latach 1941—1956 na 3847 sekcjonowanych psów — w 66 przypadkach stwierdzono gruźlicę, co stanowi 1,7%. *Hjärre* w Sztokholmie rozpoznał gruźlicę na sekcji u 5,4% psów, *Lovell* i *White* w Londynie u 4,8%. *Crocker* w Liverpoolu u 6,8%, *Böhm* w Gissen u 5,2% — natomiast *Cheyrolles* w Paryżu stwierdził gruźlicę u psów w 1,3%, a *Freudiger* i *Kusllys* w Brnie zaledwie u 0,77% badanych psów (cyt. za 5). *Speck* i *Dedie* (9) twierdzą, że odsetek gruźlicy u psów waha się w granicach od 5—13, a w/g *Freudigera* (3) w 0,1%. *Bachmann* (2) uważa, że 0,2—0,3% leczonych psów traktować należy jako chore lub podejrzane o gruźlicę.

W Szczecinie wg posiadanych ustnych informacji (*Garnuszewski* — 1962), poddano 236 psów domowych i bezpańskich badaniem sekcyjnym na gruźlicę. Zmiany gruźlicze stwierdzono u 3,8% psów domowych oraz 33% psów bezpańskich. Podkreślić należy, że powyższe dane oparte są na wynikach badań sekcyjnych. Biorąc jednak pod uwagę, że tą metodą stwierdzić można jedynie bardziej zaawansowane zmiany gruźlicze, należy przyjąć, że gruźlica u psów występuje częściej, aniżeli przyjmuje się to na podstawie danych statystycznych. Gruźlica psów może więc stanowić poważne ogniwo w łańcuchu epidemio — lub epizootologicznym (6).

Psy najczęściej zakażają się przez kontakt z ludźmi chorymi na gruźlicę (7), drogą przewodu pokarmowego lub oddechowego, przez zlizywanie płwociny lub wdychanie powietrza zawierającego prątki gruźlicy, przy czym poważną rolę odgrywa picie nieprzeżożonego mleka pochodzącego od krów gruźliczych (8).

Rozpoznawanie gruźlicy na podstawie badania klinicznego, szczególnie w początkowym stadium choro-

by sprawia duże trudności. Większe znaczenie posiada badanie bakteriologiczne i biologiczne, jednak wyizolowanie zarazka z wydzielin i punktatów z jam ciała nie zawsze się udaje. Poza tym wartość badania bakteriologicznego i biologicznego jest zmniejszana wskutek kilkutygodniowego oczekiwania na wynik badań.

Wartość odczynu alergicznego w rozpoznawaniu gruźlicy u psów jest różnie interpretowana. Np. *Hinz* i *Schroeder* (4) oraz *Speck* i *Dedie* (9) uważają, że najpewniejszą metodą jest tuberkulinizacja podskórna. *Freudiger* (3) dość krytycznie odnosi się do tej metody oraz do próby dospojówkowej, która jego zdaniem daje dużo wyników wątpliwych. Ten sam autor stwierdza natomiast, że najbardziej miarodajne wyniki daje u psów odczyn śródskórny. Zachęcające wyniki w diagnozowaniu gruźlicy u psów otrzymał *Awad* (1) przy pomocy testu BCG. *Thorpe* (10) zajmował się oceną tuberkulinizacji dożylną u psów, doszedł jednak do wniosku, że próba ta jest mało swoista i nie nadaje się do rozpoznawania gruźlicy.

Biorąc więc pod uwagę różnorodność opinii na temat przydatności odczynu alergicznego w rozpoznawaniu gruźlicy u psów, postanowiliśmy zbadać doświadczalnie wartość tuberkulinizacji śródskórnej.

Badania własne

Do badań użyto 39 psów, w tym 33 zakażonych i 6 kontrolnych, w wieku od 3 miesięcy do 6 lat. Psy zakażone prątkami gruźlicy typu ludzkiego (szczep C i H₃₇ Rv) oraz bydłecgo (szczep 416 i Ravenell) drogą doustną, dotchawicową, dożylną i domięśniową. 10 psów zakażono prątkami typu ludzkiego, z tego 5 — doustnie dawką 2 oraz 20 mg/kg wagi ciała, 2 psy — dotchawicowo po 2 mg prątków na kg wagi ciała, dwa dożylnie 1 mg/kg i jednego psa domięśniowo dawką 5 mg/kg.

Prątkami typu bydłecgo zakażono 23 psy: 13 psów doustnie dawką od 2 do 20 mg/kg wagi ciała, 6 psów dotchawicowo dawką 2—10 mg/kg; 2 psy dożylnie 1 mg/kg oraz 2 psy domięśniowo 5 mg/kg wagi ciała,