

moczków żywych w polu widzenia. Rozpoznano „*atoniam ruminis*”.

Po kilkudniowej obserwacji i braku poprawy po leczeniu zachowawczym zdecydowano się na przeprowadzenie diagnostycznego cięcia żwacza. Po otwarciu powłok brzusznych stwierdzono rozległe zrosty łącznotkankowe powierzchni żwacza z otrzewną. Najpierw usunięto na tępo zrosty łącznotkankowe. Następnie, celem wykluczenia urazowego zapalenia czepca przeprowadzono cięcie żwacza, sprawdzono jamę czepca. Uzyskano wynik negatywny. Po zamknięciu szwem ściany żwacza powleczono otrzewną ścienną i ścianę żwacza maścią penicylinową w ilości 900000 j.m. 1% maścią hydrokortyzonową w ilości 15 g i podano 2 g streptomycyny. W okresie pooperacyjnym, licząc się z możliwością powstawania ponownych zrostów podawano krowie przez 7 dni płynne karmy z otrąb pszennych i siemienia lnianego oraz w ciągu dnia kilkakrotnie zwierzę przeprowadzano. Przez 3 dni po operacji codziennie podawano krowie dootrzewnowo penicylinę prokainową 900 000 j.m. używając jako rozpuszczalnika 10 ml roztworu olejowego Vit. A (1 ml Vit. A=30 000 j.m.) oraz 0,5 g dwuhydrostreptomycyny rozpuszczonej w 20 ml 1% roztworu polokainy. Po 10 dniach od wykonania operacji krowę wydano. Po miesiącu kondycja krowy wróciła do normy, znacznie wzrosła mleczność, zwierzę nie wykazywało zaburzeń ze strony układu pokarmowego.

Przypadek 2.

Krowa ncb, 1. 6. Przed 10 dniami właściciel zauważył u krowy, zmniejszony apetyt, spadek mleczności i brak defekacji. Podał krowie 0,5 kg drożdży rozpuszczonych w 3 l wody. Stan zdrowia krowy na krótko (kilka dni) poprawił się, potem nastąpiło gwałtowne pogorszenie. Badaniem klinicznym w chwili doprowadzenia zwierzęcia do lecznicy stwierdzono C — 39,2°, T — 86/min. O — 29/min, ruchy żwacza bardzo słabe. Postawa sztywna, zwierzę niechętnie poruszało się, reagowało dodatnio na próby bólowe. Rozpoznano „*reticulitis traumatica*”. Po przecięciu powłok brzusznych stwierdzono wysięk ropny, sięgający do 1/3 wysokości jamy brzusznej oraz galaretowate masy włóknika. Ze względu na wartość hodowlaną i wysoką ciężar krowy, zdecydowano się na dalsze leczenie. W czepcu nie stwierdzono ciała obcego. Stwierdzono natomiast zrosty ściany czepca dolno-przedniej z przyległymi narządami. Po zamknięciu żwacza, przystąpiono do usuwania galaretowatych mas włóknika, którego wydobyto z jamy brzusznej około pół wiadra. W czasie usuwania mas włóknika wydobyto gwóźdź, który umiejscowił się w okolicy mostka. Zrostów czepca nie udało się usunąć. Celem upuszczenia wysięku, dokonano nacięcia w najniższym punkcie jamy brzusznej. Upuszczono około 10 l wysięku ropnego. W tym czasie podano krowie dożylnie 500 ml glukozy 5% i 10 ml kofeiny. Jamę brzuszną kilkakrotnie przepłukano 2% roztworem chloraminy A w ilości 30 l. Następnie przepłukano jamę brzuszną płynem fizjologicznym w ilości 5 l i podano do jamy otrzewnowej 30 g 1% maści hydrokortyzonowej, 1 200 000 j.m. penicyliny prokainowej zawieszonyj w 10 ml Vit. A i 3 g dwuhydrostreptomycyny rozpuszczonej w 50 ml 1% roztworu polokainy. Po zaszyciu powłok brzusznych wprowadzono saszki w miejscu dolnego nacięcia jamy brzusznej. W okresie pooperacyjnym codziennie przez 3 dni podawano dootrzewnowo 2 g dwuhydrostreptomycyny w 20 ml 1% roztworu polokainy i 1 200 000 j.m. penicyliny prokainowej zawieszonyj w 10 ml oleistego roztworu Vit. A. Pierwszego dnia po operacji przetoczono 500 ml krwi i podano dożylnie 200 ml polisulfamidu. Przez następne 2 dni podawano dożylnie 250 ml 5% glukozy i 200 ml polisulfamidu. Po 14 dniach od operacji krowa wycieliła się bez żadnych powikłań a w kilka dni później, została wydana właścicielowi. Sączkowanie trwało około miesiąca. W 3 miesiące po operacji krowa została skierowana na ubój na próbę właścici-

ciela ze względu na niską wydajność mleka. Badaniem poubojowym stwierdzono, że powierzchnia żwacza i otrzewna ścienna powłok na styku z żwaczem była chropowata i przerosła tkanką łączną.

Przypadek 3.

Krowa ncb, 1. 5. W wywiadzie ustalono, że przed 15 dniami wystąpiło ostre wzdęcie żwacza. Właściciel dokonał punkcji żwacza, która dała pozytywny wynik. Po punkcji krowa wykazywała zmienny apetyt. W przeddzień doprowadzenia do lecznicy, stan ogólny zwierzęcia pogorszył się, apetyt zupełnie znikł, wystąpiła biegunka. Badaniem klinicznym stwierdzono C — 38,9°C, T — 60/min. O — 20/min. Po usunięciu strupa w miejscu punkcji, stwierdzono wydostawanie się miernych ilości wysięku surowiczowłóknikowego z jamy brzusznej. Rozpoznano „*peritonitis serofibrinosa*”. Po przecięciu powłok brzusznych stwierdzono na ścianie żwacza niezagojony otwór po nakłuciu. Jama brzuszna zawierała duże ilości wysięku surowiczowłóknikowego, oraz skrzepy włóknika. W pierwszej kolejności usunięto martwicze tkanki wokół otworu po punkcji żwacza i zaszyto ścianę żwacza. Następnie upuszczono wysięk i usunięto skrzepy włóknika z jamy brzusznej. Do płukania jamy brzusznej użyto 2% roztworu rywanolu. Dalsze leczenie było podobne do opisanego w przypadku drugim. W miejscu dolnego nacięcia jamy brzusznej wprowadzono saszki, a samą ranę pokryto opatrunkiem. Sączkowanie trwało 14 dni. Stan krowy ulegał polepszeniu. W 15 dni po operacji krowę wydano właścicielowi. W 6 tygodni po operacji, kondycja krowy i mleczność wróciły do normy.

Rozległe zrosty łącznotkankowe żwacza z otrzewną, często nie będąc niebezpieczne dla życia zwierzęcia przyczyniają się jednak do zmniejszenia wartości hodowlanej i użytkowej bydła.

Leczenie nawet daleko zaawansowanego zapalenia otrzewnej jest uzasadnione, ponieważ zmniejsza się w ten sposób straty ekonomiczne.

Adres autora: lek. wet. Ignacy Kowalyszyn, Świecie n/Osą, PZLZ, pow. Grudziądz.

ANTONI OBRĄCZKA

Mikołajki

RESEKCJA CHRZĄSTKI KOPYTOWEJ

Chirurgiczne leczenie schorzeń chrząstki kopytowej u koni uchodzi wśród praktyków za zabieg nieoptymalny, tak z uwagi na trudności przy wykonywaniu operacji, jak i wobec długiego okresu gojenia się rany, co w poważnym stopniu wpływa na wysokość kosztów leczenia, przy jednoczesnym wątpliwym rokowaniu. Powyższy pogląd nie znajduje uzasadnienia w świetle własnych obserwacji.

W dniu 4.I. 1967 r. rozpoznano u klaczy gnia-dej, lat 10, (poz. ks. klin. 8/67), martwicę chrząstki kopytowej przedniej lewej kończyny. Właściciel nie wyraził zgody na leczenie operacyjne, stąd też przez dwa miesiące prowadzono postępowanie zachowawcze, zakończone niepowodzeniem. Resekcji chrząstki dokonano w zagrodzie rolnika w dniu 4.III. 1967 r. w znieczuleniu wodnikiem choralu i przewodowym nerwu dźlonowego. Operowano leżącego konia w zamkniętym krążeniu kończyny, elastyczną opaską metodą Roedera. Po odsłonięciu chrząstki kopytowej stwierdzono w niej dwa ogniska martwicze połączone przetoką, ze skórą na koronie.

Po całkowitym usunięciu chrząstki podano miejscowo po 1 g oksytetracyliny i streptomycyny, a następnie połączone szwem skórę i tworzywo oraz wykonano opatrunek uciskowy.

Przez cztery kolejne dni po zabiegu ciepłota wahała się w granicach 39—39,5°C i wystąpił nieznaczny obrzęk kończyny, sięgający do guza łokciowego. Apetyt był zachowany. Po czterech dalszych dniach

koń zaczął normalnie obciążać kończynę. W dziesięć dni po wykonaniu zabiegu zmieniono opatrunk i usunięto szwy. Rana goiła się dobrze, a tworzywo pokryło się warstwą miękkiego rogu. W dalszym leczeniu stosowano zasypkę z 100% pabiamidu i opatrunki uciskowe. Po upływie 25 dni od zabiegu konia okuto podkową zwartą oraz po pewnym czasie wdrażano konia do pracy. W niespełna trzy miesiące od wykonania zabiegu, właściciel wykorzystywał konia do wszystkich prac polowych.

Przebieg tego przypadku stanowi dowód, że resekcja chrząstki kopytowej może być przeprowadzona także poza lecznicą i jest ona zabiegiem ekonomicznie opłacalnym.

Adres autora: lek. wet. Antoni Obręczka, Mikołajki, ul. Kolejowa 19, pow. Mrągowo.

MATYLDA SZCZUDŁOWSKA

PIERWOTNY NOWOTWÓR OCZODOŁU

Katedra Chirurgii z Okulistyką Wydziału Weterynarii WSR we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr R. BADURA

Fotografia głowy półtorarocznej, grubej ratlerki uwidacznia niezwykle ustawienie gałki lewego oka (fot. 1). Gałka bowiem, bez zmian chorobowych tkwi w obramowaniu wyjścia oczodołu, naciąga wysuniętym przodem górną powiekę i odsłania w przynosowym kącie szpary powiekowej część twardówki z po-



Fot. 1. Wytrzeszcz lewego oka ze wzrostem na zewnątrz i nieco ku górze

krywającą ją wypadłą migotką, a w pośrodku szpary ukazuje poprzez rogówkę ciemną, rozszerzoną źrenicę z jasnym punktem świetlnym. Gałka lewego oka jest bardziej wysunięta z oczodołu niż gałka oka prawego, a biel twardówki i punkt odbłyску na rogówce



Fot. 2. Wgląd na podniebienie z widokiem dziąsłaka

wskazują, że gałka oczna zwrócona jest na bok i nieznacznie w górę.

Przyczyną wysunięcia gałki ku wyjściu oczodołu jest — z braku zmian zapalnych — napór nowotworu, usadowionego za gałką i bardziej przynosowo w dole.

Przez rozwartą jamę ustną z wglądem na podniebienie, dziąsła i zęby (fot. 2) widać sino czerwone wyniosłości na dziąsłach i przy policzku oraz brak dwóch zębów trzonowych.

Wreszcie powstałe w ciągu tygodnia rozparcie szczęki pod lewym okiem dopełnia obrazu zmian i poszerzenia się nowotworu. Ślady niszczącego wzrostu nowotworu wykazano też badaniem rentgenologicznym przedstawiającym rozrzedzenia kości oczodołu.

Szybki postęp zmian, powiększenie i stwardnienie węzłów chłonnych górnoszyjowych wskazują na nowotwór złośliwy. Potwierdza to badanie histopatologiczne określając wyniosłość dziąsła jako nadziąsłak o charakterze mięsaka (*epulis sarcomatosus*).

O pierwotnym zaistnieniu nowotworu w oczodole świadczy jednostronny, niezapalny wytrzeszcz oka (*exophthalmus* lub *proptosis*) jako pierwszy i jedyny na zewnątrz objaw z jednoczesnym się rozparciem okolicy pod lewym okiem. Pierwotnie nowotwory oczodołu są zwykle przyczyną każdego jednostronnego, niezapalnego wytrzeszczu oka.

Godnym uwagi jest, że nowotwór dotyczy osobnika w stanie nadmiernego odżywienia. Przypadek ten, na podstawie własnych obserwacji, wskazuje na pewną zależność występowania nowotworów od nadmiernego odżywiania.

Piśmiennictwo

1. Hogan & Zimmerman: Ophthalmic Pathology, 1962.
2. Magran W. G.: Canine Ophthalmology, 1965.
3. Moulton J. E.: Tumors in Domestic Animals, 1961.
4. Szczudłowska M.: Medycyna Wet., 10, 1966.

Adres autora: doc. dr Matyllda Szczudłowska, ul. Łukasiewicza 13 m. 4.