

szew materacowy w punkcie przykrezkowym, wykonując wkłucie od strony słuźówki. Długim końcem tej samej nici szyto od strony słuźówki szwem ciągłym na długości ok. 3/4 obwodu jelita. Pozostała 1/4 szyto od strony zewnętrznej. Drugi szew zatapiający Lemberta założono poczynając od części przykrezkowej i szyto w połowie. Krezkę zeszyto catgutem szwem ciągłym. W miejscu zgrubienia i nacieczenia krezkę zeszyto z obu stron. Szwy tamujące krwawienie zdjęto. Przy wycinaniu krezki, u wierzchołka trójkąta, nacięto na długości kilku cm gruczoły chłonne krezkowe. Pętle jelita wraz z krezką powleczone maścią oxyterracynową i odprowadzono na właściwe miejsce. Zamknięcie jamy brzusznej wykonano według przyjętych zasad. W dotychczasowej praktyce operowałem pięć krów z wglóbeniem jelita. Dwie z wynikiem niepomyślnym z powodu spóźnionego zabiegu i daleko posuniętych zmian martwiczo-zapalnych oraz ciężkiego stanu ogólnego wywołanego toksemią.

Pierwsze cztery krowy operowałem w znieczuleniu miejscowym, na stojąco. Wówczas, chwilami występował silny niepokój i parcia. Zachodziła obawa, że krowa upadnie. To utrudniało i przedłużało przeprowadzanie zabiegu. W ogólnym znieczuleniu zabieg przebiegał spokojnie. Przy operacji na stojąco i cięciu z prawej strony, nawet przy chwilami silnych parciach nie dochodziło do wypadnięcia większych pętli jelitowych.

Przebieg leczenia pooperacyjnego. Po zabiegu podano 3 g streptomycyny oraz 500 ml *Sol. glucosi* z witaminą C. Streptomycynę powtórzono jeszcze dwa razy, co drugi dzień, również podano glukozę drugiego i trzeciego dnia po operacji.

Po podaniu glukozy drugiego dnia ogólny stan krowy uległ pogorszeniu. Wystąpiło posmutnienie, otępienie, nastroszenie włosów, zahamowanie oddawania płynnego kału oraz zupełna utrata apetytu. Niepomyślne objawy przypisałem toksemii i uznałem za celowe podanie glukozy następnego dnia. W czasie trzeciego podawania glukozy wystąpiły drgawki mięśni, a po podaniu wybitne pogorszenie ogólnego stanu z wyżej opisanymi objawami prowadzącymi do śpiączki. Dalsze podawanie glukozy z wit. C zaniechano. Ogólny stan krowy uległ poprawie, powrócił apetyt i oddawanie kału.

W danym przypadku podanie glukozy spowodowało wystąpienie cukrzycy ze wszystkimi ujemnymi następstwami.

Krowę w normalnym stanie zdrowia wypisano 9.III.1970 r.

Adres autora: lek. wet. Kazimierz Żebrowski, Kleczew, ul. Toruńska 32, pow. Konin, woj. poznańskie.

MIECZYŚLAW SZYŁKIEWICZ  
Pruszków

### OPIS PRZYPADKU PRZEMIESZCZENIA TRAWIENCA NA STRONĘ LEWĄ

Dnia 27.I.1970 r. powiadomiono PZLZ w Pruszkowie o zachorowaniu krowy n.c.b. lat 4 z objawami lekkiego postępowania, zmniejszonego apetytu oraz zmniejszonej wydajności mleka.

Podczas badania stwierdzono: temperatura w normie, tętno 80, tkiłość skóry w okolicy prawego łokcia, atonia żwacza i nieznaczne uwypuklenie powłok brzusznych w okolicy lewego dołu przyłędźwiowego, defekacja w zmniejszonych porcjach, ciąża około 7 miesięcy, kondycja krowy słaba. Rozpoznano niestrawność i zastosowano leczenie zachowawcze: Tym-pachol, Rumentol, Bioruminans, oraz 20,0 *Coffeinum natrium benzoicum*. Właścicielowi polecono w wypadku braku poprawy w stanie zdrowia krowę dostarczyć do PZLZ. Po upływie 9 dni krowę dostarczono do lecznicy. Dnia 6.II.1970 r. wykonano laparotomię diagnostyczną w lewym dole słabiznowym. Po otwarciu jamy brzusznej w przedniej jej części stwierdzono twór

wciśnięty między powłoki brzuszne a czepiec i przednią część żwacza, miernie wzdęty o zabarwieniu kremowo-różowym, zdecydowanie różniącym się od koloru ściany żwacza. Rozpoznano: rozszerzenie i przemieszczenie trawieńca na stronę lewą (*dilatatio et dislocatio abomasi sinistra*).

Repozycja trawieńca w tym układzie nie była możliwa pomimo prób zmierzających do usunięcia anomalii w ułożeniu przedzoładków. Wykonano rumenotomię z użyciem ramki Kulczyckiego i mankietu. Po częściowym usunięciu treści pokarmowej ze żwacza i sprawdzeniu czepca na obecność ciał obcych, zamknięto cięcie żwacza doraźnie kleszczykami Peana, a następnie fałd żwacza odprowadzono do jamy otrzewnowej. Lekko wzdęty trawieniec opróżniono z gazu przez nakłucie cienką igłą. Próby reponowania trawieńca jedną ręką nie powiodły się. Po włożeniu drugiej ręki do jamy brzusznej zwiększono powierzchnię ucisku na trawieniec, bez większego wysiłku reponowano go na właściwe miejsce. Ponownie wydobyto fałd żwacza ustalając go przy pomocy ramki i mankietu.

Z kolei wykonano zabieg transfiksacji żwacza metodą Hansena, w następujący sposób: na dno żwacza włożono rękę trzymając igłotrzymacz z prostą igłą nawleczoną grubą nicią jedwabną (długości ponad dwa metry) której drugi koniec zwiisał na zewnątrz ściany brzusznej. Przebito igłą ścianę żwacza i powłoki brzuszne w okolicy wyrostka mieczykowatego po lewej stronie od linii białej. Drugi zwisający koniec nici przewleczono igłą. Zagłębiono rękę ponownie w żwaczu nakłuwając żwacz i powłoki w odstępnie około 1,5 cm. od nakłucia pierwszego. Na zewnątrz oba końce nici związano. W ten sposób uniemożliwiono ponowne przemieszczenie trawieńca. Zamknięcie cięć żwacza i powłok brzusznych dokonano w sposób typowy podając do jamy otrzewnowej antybiotyki w ilości 3 × 900 000 penicyliny, 3 × 1,0 streptomycyny. Po operacji podano krowie i. v. 500,0 — 20% glukozy, 500,0 roztworu fizjologicznego, 25,0 — 25% roztworu boroglikonianu wapnia. Przez trzy kolejne dni podano krowie 3 × 900 000 penicyliny.

Po trzech tygodniach krowę wypisano z Lecznicy w dobrym stanie ogólnym.

Adres autora: lek. wet. Mieczysław Szyłkiewicz, Pruszków, ul. Gordziałkowskiego 1.

JAN KRASNODEBSKI  
Starożreby

### OPASANIE I ZAMKNIĘCIE ŚWIATŁA JELITA PRZEZ JAJOWÓD MACICY CIĘŻARNEJ U JAŁÓWKI

W dniu 27.XII. 1969 r. ob. M. F. zgłosił o zachorowaniu jałówki cz.b. 2 lata, cielnej ok. 5 miesięcy, z objawami lekkiego wzdęcia, braku apetytu i odżywiania. W dniu tym dokonano leczenia w zagrodzie z rozpoznaniem niedowładu przedzoładków. Wydano zalecenie aby w ciągu 2—3 dni ponownie zgłoszono jeśli objawy choroby nie ustąpią.

W dniu 20.I.1970 r. ob. M. F. zgłosił, że po leczeniu sprzed trzech tygodni nastąpiła poprawa, ale na krótko, gdyż ok. 15.I.br. nastąpił nawrót choroby o podobnych lecz łagodniejszych objawach, a dopiero od 24 godz. zwierzę całkowicie nie pobiera karmy i nie przeżuwa, powłoki brzuszne są powiększone. Polecono dowieźć jałówkę do PZLZ.

Stan w dniu przyjęcia (21.I.1970 r.): temp. 38,7°, tętno — 120, oddech — 24, brak apetytu oraz odżywiania, lekkie obustronne symetryczne wzdęcie, skąpa defekacja (kał zbity), stękanie, przygarbienie, nastroszenie włosów. Mimo stosowania leczenia zachowawczego, podobnego jak poprzednio, w ciągu trzech dni brak było poprawy.

W dniu 24.I.1970 r. dokonano lewostronnej laparotomii diagnostycznej. Badanie w kierunku urazowego

zapalenia czepca, od strony otrzewnowej, negatywne. Czepiec i księgi przepelnione treścią papkowatą. Dokonano rumentomii. Usunięto ze zwacza ok. 6 wiader treści zfermentowanej, płynnej i papkowatej. Badania na ciała obce czepca — pozytywnie lecz bez zainfekowania, z uwagi na luźne i nieostre metale. Po zamknięciu zwacza kontrolowano omacywaniem narządy prawej strony jamy brzusznej. Ustalono ciążę prawostronną, ok. 6 miesięcy. Część jelit cienkich pusta, część wzdęta. Wśród jelit bliżej nie zidentyfikowane stwardnienie oraz „sznurek” związany jelitami, nie pozwalający na ich przemieszczenie. Z lewostronnego cięcia nic więcej nie można było ustalić więc jamę brzuszną zamknięto. W ciągu następnych 2 dni wykonywano wielokrotnie głębokie powolne wlewania doodbytnicowe płynów w ilości ok. 10—12 l. Poza pewną poprawą wynikłą przede wszystkim z częściowego opróżnienia zwacza — stan choroby utrzymywał się nadal analogicznie jak w dniu dowiedzenia jałówki do PZLZ. Wobec tego dokonano w dniu 26.I.br. nowego zabiegu otwarcia jamy brzusznej tym razem prawostronnie. Ustalono opasanie na obwodzie niespełna 360° podwójnej pętli jelita cienkiego, z odczynem zapalnym i zmianami zrostowymi tych tkanek oraz całkowite i nieodwracalne zamknięcie światła jelita. Przy bliższej identyfikacji ustalono że powrózek opasujący jest utworzony z jajowodu i więzadła jajowodowego na końcu, którego znajduje się jajnik. Wykonano resekcję jelita dł. ok. 25 cm wraz z częścią krezki oraz jajowodem i jajnikiem. Jajowód wraz z więzadłem tworzył powrózek barwy czerwonej, grubości średniej słomki, jajnik o wymiarach ok. 2,5×1,5×0,8 przekrwiony zastoinowo, gładki i włóknisty. Część jelit i krezki leżące dołożadkowo od miejsca resekcji jest silnie pogrubiona z silnym odczynem zastoinowym barwy szaro-czekoladowej. W części dołożadkowej jelita wykonano jeszcze w odstępach ok. 80 cm dwukrotnie cięcia podłużne celem opróżnienia ich z gazu i treści o charakterze krwistej posoki i krwistej papki — po czym zamknięto jamę otrzewnową. Po 24 godz. nastąpiła defekcja której charakter wskazywał na przywrócenie drożności jelit. Obie rany zagoiły się przez rychłozrost. W dniu 9.II.1970 r. właściciel odebrał jałówkę w końcowej fazie rekonwalescencji.

Technika wykonanych zabiegów nie odbiega od ogólnie przyjętych metod rumenotomii i resekcji jelit dość często spotykanych w praktyce i piśmiennictwie. Dodam że obu zabiegów dokonano na zwierzęciu stojącym, bez premedykacji (obawa przed położeniem w czasie zabiegu) przy dokładnym znieczuleniu miejscowym — nasiękowym. Ochroną z antybiotyków było podanie doodtrzewnowo Polzomycin-Biowet. Antimetrit do światła jelit w miejscach cięć oraz maści penicylinowa na szwy. Narastanie schorzenia i występowanie objawów wskazuje na dość powolne zamykanie światła jelita poprzedzone ograniczeniem swobody perystaltyki jelit. W odróżnieniu od podobnych nie rzadko spotykanych schorzeń o innej przyczynie (przemieszczenia i wzdęcia jelit) dających najczęściej ostre objawy bólów kolkowych, wymagających natychmiastowego działania bez możliwości wyczekiwania jak w powyższym przypadku. Prawdopodobnie powstaniu tak wyjątkowego pod względem przyczyny schorzenia sprzyjał okres bezruchu w ciasnej oborze, i nie puszczanie zwierząt nawet do pojenia w podwórzu, co niestety było praktykowane, szczególnie minionej zimy z uwagi na duże opady śniegu.

Będąc, w ok. 6 tygodni po odebraniu jałówki z PZLZ, w zagrodzie ob. M. F. ustalono że nie doszło do poronienia, a zaobserwowane przez właściciela ruchy płodu przez powłoki wskazują że ciąża rozwija się nadal mimo usunięcia jajnika i jajowodu po stronie ciężarnego rogu i dwukrotnego zabiegu chirurgicznego w jamie brzusznej.

Adres autora: lek. wet. Jan Krasnodębski, Starożebry, pow. Plock, PZLZ.

MIKOŁAJ CHROL

Bielsk Podlaski

## CIEŻKI PORÓD U KLACZY POWIKŁANY PERFORACJĄ MACICY KOŃCZYNĄ PŁODU

Jednym z trudniejszych zabiegów w praktyce położniczej jest rozwiązywanie ciężkich porodów, przy których, obok różnych nieprawidłowości położenia, postawy i ułożenia płodu, doszło do przebiccia ściany macicy.

W takim przypadku interweniowano w dniu 6.III.1968 r. po wezwaniu do porodu u klaczy Ob. N. B. we wsi H.

Po przybyciu na miejsce w godzinach nocnych — z wywiadu ustalono: klacz od 5 godzin wykazuje niepokój, okresowe parcia, które przed ok. dwoma godzinami wzmogły się i wystąpiło bolesne stękanie. Poród odbywa się w terminie. Badaniem klinicznym stwierdzono: klacz, m. kasztanowatej, lat 9, temperatura — 38,7°C, tętno — 80/min, oddech — 24/min, występują silne parcia. Badanie położnicze wykonane w znieczuleniu nadoponowym niskim 2% roztworem polokainy, podanym w ilości 10 ml.

Drogi rodne wilgotne, wody płodowe odeszły, ciąża leworóżna. Położenie płodu skośne główkowe, postawa boczna prawa, zawinięcie główki w prawo pod przednią prawą kończynę. Kończami palców z trudnością daje się wymacać ucho płodu. Lewa przednia nóżka nieosiągalna badaniem *per vaginam*. Z lewej strony, w grzbietowo-bocznej części rogu macicy, perforowana rana ściany macicy. W świetle rany tkwi prawa nóżka płodu, zagłębiona w jamie otrzewnowej na wysokość nieco poniżej stawu nadgarstkowego. Płód jest martwy. Wyprowadzając rękę z dróg rodnych wymacano przez ścianę pochwy koniec dalszy nóżki płodu, znajdujący się w jamie otrzewnowej i przylegający do ściany pochwy.

Przed przystąpieniem do rozwiązywania porodu podano klaczy 0,125 chloropromazyny. Próby repozycji nóżki przez zgięcie w stawie nadgarstkowym, łokciowym i spychanie płodu nie dały pożądanego rezultatu. Przy pomocy embriotomu dokonano odcięcia nóżki, po czym, spychając ją w głąb jamy macicy, wyjęto z rany macicy i wydobyto z dróg rodnych. Następnie przy udziale pomocnika, który uciskaniem na główkę płodu przez powłoki brzuszne, z lewej strony ciała klaczy, zbliżył ją ku ręce rozwiązyującego poród, założono haki oczodołowe i podciągnięto do kanału rodnego. W tym położeniu osiągnięto nóżkę lewą, zgiętą w stawie nadgarstkowym. Przy pomocy zawłoczki założono na nóżkę linkę porodową podciągnięto ku tyłowi i wyprostowano. Wydobycie płodu nie sprawiło trudności. Łożysko odeszło wraz z płodem.

Kontrola macicy wykazała: ranę górno-bocznej części lewego rogu macicy, długości ok. 12 cm., o brzegach nieregularnych, skąpo krwawiących. W jamie macicy niewielka ilość płynu śluzowo-krwistego, który wytamponowano, po czym założono 70 g Mepataru.

Ogólnie podano: 250 ml Calphosanu i. v. oraz 1 g Oxytetracyliny i. m. Po przygotowaniu materiału i sprzętu do zamierzonego zeszcicia macicy, skontrolowano ponownie ranę. Badanie, przeprowadzone po 1 godz. od momentu wydobycia płodu, wykazało: szybko postępujące kurczenie się macicy znacznie zmniejszyło rozmiar rany, która wypełniona jest skrzepem, ściśle przytwierdzonym do brzegów rany. Z tych względów zdecydowano się na leczenie zachowawcze, podając w ciągu dwóch następnych dni po 250 ml Polisulfamidu i 50 g Mepataru, który zakładać do macicy po uprzednim usunięciu z niej śluzowych ziógów.

Po 3 dniach zachowywania diety stopniowo powracać do normalnego żywienia.

Zadnych powikłań ze strony układu rozrodczego nie obserwowano. W tym sezonie klaczy nie pokrywano, w rok później klacz w bardzo dobrej kondycji sprzedano.

Adres autora: lek. wet. Mikołaj Chrol, Bielsk Podlaski, ul. Warzywna 4.