

A. SENZE

Impotentia coeundi u buhajów na tle dysfunkcji *m. retractor penis*Z Kliniki Położniczej Wydziału Wet. W.S.R. we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr ALFRED SENZE

Niepłodność buhajów należy do równie ważnych zagadnień jak niepłodność u krow. Omawiając w swoim czasie schemat badania buhaja na płodność (Med. Wet. Nr 6—1953) poruszyłem cały szereg nieprawidłowości, wyłączających go jako dawcę nasienia. Niektóre z nich łatwe a inne trudne do zdiagnozowania i leczenia przysparzają wiele kłopotów lekarzom terenowym. Niemile są zwłaszcza widziane w terenie przypadki, w których leczenie chirurgiczne ma zadecydować o późniejszej przydatności stadnika. W ciągu ostatnich 5-ciu lat, w ramach wykonywanych badań w terenie, spotkano trzy przypadki, które z uwagi na rzadkość występowania, a równocześnie pozytywny wynik leczenia zasługują na uwagę.

W pierwszym chodziło o buhaja (czarno-biały lat 3) własności Sp. Prod. w Szczepanowicach, który według wywiadu w ostatnich dwóch tygodniach, przy dobrze zachowanym *vigor sexualis*, mimo erekcji utracił zdolność wysuwania w całości prącia z worka napletkowego. Prącie wysuwał co najwyżej na 10—15 cm, a ejakulacja z reguły nie występowała. Badania poszczególnych odcinków narządu płciowego buhaja w spokoju i w niskim znieczuleniu nadosłonkowym pod każdym względem negatywne. Wynik obserwacji w czasie próbnego skoku buhaja pokrył się z relacją podaną w wywiadzie. Omacywaniem mięśni cofacza prącia w czasie erekcji stwierdza się nadmierne ich napięcie.

W przypadku drugim objektem badań był buhaj import z Danii (3-letni, czerwony), który bezpośrednio po przewiezieniu do Polski przydzielony został do Państwowej Stacji Buhajów w Ostrowie Wielkopolskim. Po 4 tygodniowym kryciu zauważono niemożność wysuwania prącia z worka napletkowego. Delegowany lekarz weterynarii z Instytutu Weterynaryjnego w Bydgoszczy podejrzewał trwały przykurcz mięśnia cofacza prącia i zalecił konsultację kliniczną. Wynik obserwacji własnej dokonanej w trakcie próby pobrania nasienia był podobny jak w przypadku pierwszym.

Przypadek trzeci dotyczył buhaja czarno-białego lat 3 (własność Spółdzielni Produkcyjnej „Radość”), u którego wystąpiły podobne objawy jak u wyżej wymienionych. Analizując te trzy przypadki w diagnozie różnicowej pod uwagę wzięto następujące możliwości:

1. Pierścieniowe zwężenie błony śluzowej napletka wrodzone, rzadziej nabyte. Anomalię taką można zaliczyć do stulejki (*phimosis*) worka napletkowego, która, najczęściej spotykana u młodych buhajków, stanowi podstawę dla

wybrakowania ich z hodowli. U badanego buhaja po wprowadzeniu palców do worka napletkowego w czasie erekcji brak było pierścieniowego wału błony śluzowej typowego dla danej przypadłości.

2. Łączno-tkankowe połączenie o charakterze powrózka pomiędzy *praeputium parietale* i *praeputium penis*. Stwierdzenie tej nieprawidłowości tak w spokoju jak i w erekcji natrafia na duże trudności i uchodzi najczęściej uwadze badającego. Dopiero po znieczuleniu nadosłonkowym istnieje możliwość ustalenia tej wady.

3. *Posthitis adhaesiva et apostematosa et chronica* tła zapalnego daje szereg objawów łatwych do ustalenia jako ewentualna przyczyna niemożności wysuwania prącia. Przy oglądaniu zwraca uwagę powiększenie obwodu worka napletkowego, a przy omacywaniu jego silne stwardnienie. Omacywaniem śluzówki worka napletkowego wyczuwa się nie tylko jej pogrubienie, ale i wyraźne pofałdowanie. Często tu można spotkać gruzelki wielkości grochu dochodzące nawet do wielkości jaja gęsiego, które przechodzą w ropnie. Próbnym kryciem umożliwia wysunięcie prącia z worka napletkowego najwyżej na 2—3 palce.

4. Przykurcz mięśnia cofacza prącia (*m. retractor penis*). Z tym zjawiskiem spotykamy się dość często u młodych buhajków. Chodzi tu z reguły o buhaje o dobrym pochodzeniu, dobrej kondycji, wykazujące w pełni zachowany popęd płciowy przy niemożności zupełnego wysunięcia prącia. Oglądanie i omacywanie narządu płciowego buhaja w spokoju całkowicie negatywne. W czasie skoku prącie wychodzi z worka napletkowego na szerokość 1—1,5 dłoni. Odruch kopulacyjny zachowany, odruchu dobijania brak. Omacując podczas wzwodu prącie czasem udaje się ustalić jego nieznaczne skrzywienie zwłaszcza w miejscu esowatego zgięcia oraz wzmózone napięcie mięśni cofacza prącia. Czasem po wielu skokach udaje się niektórym buhajom dokonać pełnowartościowego skoku. Badanie przy wysokim znieczuleniu nadosłonkowym jest zawsze negatywne.

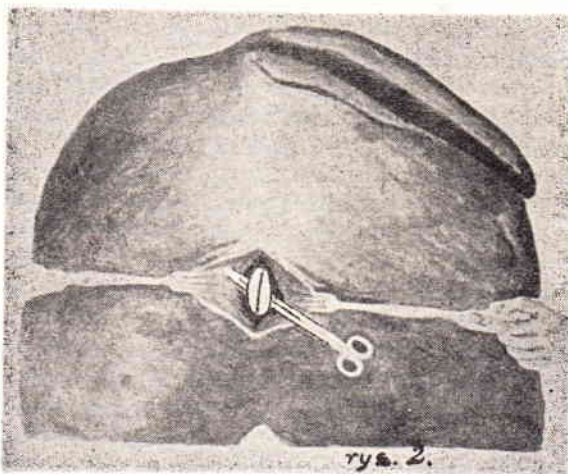
Stwierdzając wzmózone napięcie mięśni cofacza prącia można przyjąć, że chodzi tu o pewne zaburzenia natury anatomicznej lub czynnościowej będącej przyczyną niemożności jego wysunięcia. W momencie odruchu dobijania, obydwie te mięśnie połączone wielorakimi więzadłkami i pochwęką muszą być zupełnie zwiótczałe. Częściowy lub zupełny brak tego zwiótczenia uniemożliwia wystąpienie odruchu dobijania i ejakulacji.

W omawianych trzech przypadkach analizując je od strony ewentualnych przyczyn, wzięto pod uwagę czwartą możliwość tj. przykurcz *m. retractor penis*. Leczenie tej przypadłości w tych przypadkach zostało oparte na zabiegu chirurgicznym, przecięcia obu mięśni *m. retractor penis*.

Przy krótkotrwałym spastycznym przykurczu czasem korzystne wyniki można osiągnąć kilka-



кратно powtarzanym znieczuleniu nadosłonkowym niskim, znieczuleniu nasiękowym okolicy *flexura sigmoides*, lub też wcieraniem w tę okolicę mazidła chloroformowego. Przy dłużej trwającym przykurczu liczyć się należy ze zmianą w samych mięśniach, a tym samym zabieg chirurgiczny jest jedynym wskazaniem.

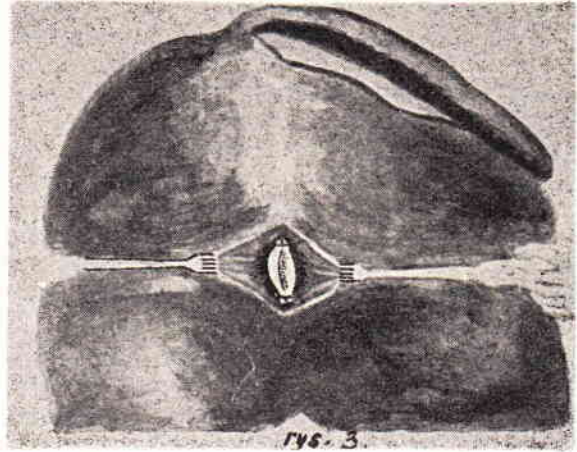


Zabieg jest stosunkowo łatwy, ponieważ mięśnie biegną dokładnie w linii pośrodkowej zadu buhaja, otoczone w całym swoim przebiegu nadzwyczaj luźną i elastyczną pochewką łącznotkankową. Stąd nieomal od miejsca przyczepu aż do esowatego zgięcia prącia są łatwoosiągane dla zabiegu chirurgicznego. Przy zabiegu uwzględnić można dwa pola operacyjne pierwsze górne (rys. 1a), na szerokość dłoni od guzów siedzeniowych i drugie dolne (rys. 1b) w okolicy esowatego zgięcia prącia, tzn. bezpo-

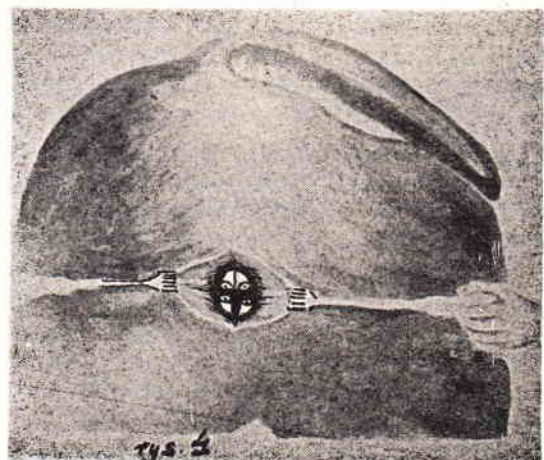
średnio nad workiem mosznowym. W tym miejscu oba mięśnie są bardzo dobrze wyczuwalne przez skórę.

Praktycy w zasadzie korzystają z górnego pola operacyjnego (uwzględniono je we własnych przypadkach).

Zabieg w tej sytuacji może być przeprowadzony nawet na buhaju stojącym przy niskim znieczuleniu nadosłonkowym, z równoczesnym



znieczuleniu nasiękowym głębokiej przestrzeni, utworzonej przez *mm. semimembranacei*. Do tego znieczulenia użyć należy długiej i stosunkowo grubej igły oraz około 30—40 ml 1% polokainy. Po jałowym przygotowaniu pola operacyjnego, dokładnie w linii środkowej, utworzonej przez wymienione wyżej mięśnie, nacina się na przestrzeni 10 cm skórę i grubą powięź udową, a po odciągnięciu hakami brzegów skóry, na tępo odpreparowuje się końcem skalpela tkankę łączną spajającą *mm. semimembranacei*. W utworzone w ten sposób zagłębienie wprowadza się palec wskazujący i wyciąga z głębi palcem wskazującym mięśnie cofacza prącia (rys. 2 i 3). Mięśnie chwyta się peanami dla zaciśnięcia tętnicy, lub podwiązuje katgutem poniżej i powyżej miejsca przecięcia, wycinając równocześnie odcinek długości 3—4 cm, który użyty być może do badań histologicznych (rys. 4).



Przecięte mięśnie zostają samoczynnie wciągnięte do pierwotnego ich położenia. Miejsce preparowania przysypuje się penicyliną lub streptomycyną, a na skórze zakłada się 3—4 szwy z jedwabiu. Przy prawidłowym preparowaniu dokładnie w linii środkowej ciała krwawienia są minimalne.

Przy korzystaniu z dolnego pola operacyjnego, niskie znieczulenie nadosłonkowe jest bez znaczenia, znieczulenie głębokie wymaga odpowiedniego położenia buhaja. W tej sytuacji zabieg lepiej przeprowadzać w znieczuleniu nasękowym (100—150 ml 1% polokain) przy odpowiednio wywiązanych kończynach tylnych (do przodu). Cięcie na skórze, z uwagi na jej dużą przesuwalność, należy wykonać z dużą ostrożnością. Dalsze czynności są takie same jak przy wykonywaniu zabiegu w okolicy kości siedzeniowych. Przecimanie mięśni cofacza prącia pod skórą (myotomem) bez wyciągania ich na zewnątrz nie jest godne polecenia, ponieważ prowadzi do powstania dużego krwiaka. W drugim przypadku wycinek mięśnia poddano badaniu histopatologicznemu w Zakładzie Anatomii Patologicznej Wydziału Wet. WSR we Wrocławiu. Wynik badania: L. 36/57 — W nadesłanych wycinkach mięśnia poprzecznie prążkowanego stwierdzono badaniem histopatologicznym rozległą przemianą szklistą sarkoplazmy, z całkowitym zanikiem prążkowania poprzecznego tworzeniem nielicznych wodniczek w partiach obwodowych wycinków, przy zupełnie dobrze barwiących się jądrach komórkowych. Rozpoznanie: *Degeneratio cerea musculi* (Prof. dr Aleksander Zakrzewski).

Postępowanie pooperacyjne (gojenie *per primam*) odnosi się do ochrony rany przed infekcją (przywiązanie ogona na jedną stronę ciała). Pierwsze krycie musi być wykonane już 3 dnia po zabiegu i regularnie powtarzane przynajmniej co 2 dzień, celem zapobiegnięcia zrostom końców odciętych mięśni z otoczeniem.

U pierwszego i trzeciego operowanego buhaja pełny efekt leczniczy osiągnięto natychmiast po zabiegu. U drugiego, na skutek zbyt późnego dopuszczenia buhaja do krycia, nie otrzymano początkowo wyniku pozytywnego (z powodu zrostów). Dopiero przez ciągle dopuszczanie do krycia, w 3 tygodnie od zabiegu nagle zrosty uległy zerwaniu i buhaj używany był jako dawca nasienia. Wybrakowany został ze Stacji Unasieniania po stwierdzeniu u niego brucelozy.

Stwierdzenie brucelozy u tego buhaja skłoniło autora artykułu do zainteresowania się dwoma pozostałymi buhajami w związku z tą jednostką chorobową. U trzeciego buhaja badanie serologiczne na brucelozę wypadło pozytywnie. To powiązanie wystąpienia przykurczu trwałego cofacza prącia z bucelozą, której przed powstaniem tej dolegliwości nie było, nasunęło podejrzenie, że jednak w niektórych przypadkach istnieje związek przyczynowy pomiędzy tymi przypadkościami a brucelozą. Można założyć, że przy brucelozie, która w głównej mierze u buhajów atakuje jądra i najądrza, przy zajęciu tych części płciowych, w pierwszym okresie choroby towarzyszący ból powoduje reflektoryczny przykurcz mięśni cofaczy prącia. Dłużej utrzymujący się taki przykurcz, doprowadzając do zwyrodnienia tych mięśni, wymaga jednak leczenia chirurgicznego.

ZAGADNIENIA SPOŁECZNO-ZAWODOWE

DOC. DR A. RATOMSKI — DOC. DR MGR J. SZAFIARSKI — DOC. DR J. WIŚNIEWSKI

Problem organizacyjny Wojewódzkich Zakładów Higieny Weterynaryjnej a dobro zawodu

Po zaznajomieniu się z materiałami, udostępnionymi przez Dyрекcję Instytutu Weterynarii oraz wypowiedziami kierowników i pracowników WZHW, czujemy się w obowiązku zabrać głos w sprawie projektu oddzielenia WZHW od Instytutu Weterynarii i oddania ich do dyspozycji Zarządom Rolnictwa Wojewódzkich Rad Narodowych.

Projekt taki od paru lat jest lansowany, w pewnych modyfikacjach, przez niektóre koła rolnicze i zootechniczne oraz nieliczne jednostki z administracyjnej służby weterynaryjnej. Opowiadają się oni za taką właśnie reorganizacją w sensie usprawnienia terenowego apa-

ratu weterynaryjno-administracyjnego, w przeciwieństwie do stanowiska Dyrekcji i Rady Naukowej Instytutu Weterynarii oraz pracowników naukowych, którzy, mając na względzie ujemne konsekwencje tego projektu, zdecydowanie przeciwstawiają się wspomnianej koncepcji.

Jedna i druga strona zgromadziła materiał argumentacyjny z ankiet rozesłanych do przedstawicieli służby weterynaryjnej i poszczególnych pracowników nauki i do kierowników WZHW, oraz ze sprawozdania komisji Instytutu Weterynarii, powołanej do oceny działalności WZHW. Komisja ta dokonała analizy wszyst-