

NOTATY Z PRAKTYKI

STANISŁAW KOZŁOWSKI
Koszalin

KOLIBAKTERIOZA NA FERMIE NOREK

Kolibakterioza należy do chorób często występujących u nerek, ze szczególnie ostrym przebiegiem u przychowka w czasie odłączania od matek. O enzootii kolibakteriozy u nerek donoszą Oyrzanowska i Działba (1), Zdunkiewicz i Grzebuła (5) i inni.

Obserwacje własne

Obserwacji poddano fermę nerek liczącą 380 zwierząt. Choroba wystąpiła w miesiącu czerwcu 1969 r. u norcząt w wieku 5 tygodni, znajdujących się przy matkach. Jako pokarm, norki otrzymywały świeżą rybę, a od trzech dni właściciel zaczął podawać karmę w stanie zamrożonym. Na czwarty dzień u norcząt wystąpiły gwałtowne zachorowania z objawami utraty apetytu, duszności, wycieku krwi z jamy nosowej i porażenia kończyn. Natomiast nie obserwowano zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. W ciągu dnia padło 20 norcząt, a w następnym dniu zanotowano dalszych 16 upadków.

Na sekcji stwierdzono rozpalnienie i przekrwienie błony śluzowej dróg oddechowych, ogniska niezbytowego zapalenia płuc z wylewami krwawymi pod opłucną płucną, a u czterech norcząt krupowe zapalenie płuc. Płyn w worku osierdziowym zmętniał, koloru popłuczyn mięsnych. Z innych zmian odnotowano nieznaczny obrzęk śledziony, zwyrodnienie mięsiste wątroby i nerek. Błona śluzowa przewodu pokarmowego rozpalniona, jednak bez wyraźnego przekrwienia. Węzły chłonne krezkowe powiększone, na przekroju soczyste.

W posiewach z narządów wewnętrznych padłych nerek otrzymano wzrost czystej kultury β hemolitycznych pał. *E. coli*. Badania w kierunku beztlenowców i innych drobnoustrojów dały wyniki ujemne. W celu określenia patogenności szczepu zakażono 3 białe myszki, z których dwie padły po 24 godzinach, a jedna po 72 godzinach. W posiewach z myszek stwierdzono szczep *E. coli* morfologicznie i biochemicznie identyczny z wyhodowanym od nerek. Identyfikacja serologiczna przeprowadzona przez Zakład Mikrobiologii Instytutu Weterynarii w Puławach wykazała, że szczep nie aglutynował z żadną z posiadanych surowic diagnostycznych anti-O.

Określono wrażliwość szczepu na antybiotyki przy użyciu krążków bibułowych, produkcji Wytwórni Surowic i Szczepionek w Warszawie. Szczep okazał się *in vitro* średnio wrażliwy na streptomycynę i neomycynę, oporny na penicylinę, chloromycetynę, aureomycynę, terramycynę, erytromycynę i tetracyklinę. Z uwagi na znaczną toksyczność streptomycyny dla nerek (4) zastosowano neomycynę doustnie w dawkach po 50 mg na sztukę, podając lek co 8 godzin przez 3 dni. Po podaniu antybiotyku nastąpiła wyraźna poprawa. Dalsze upadki wystąpiły tylko u trzech sztuk. Obserwacja fermi prowadzona przez 2 miesiące nie wykazała nawrotu choroby.

Omówienie

Rozpoznanie przyżyciowe choroby było utrudnione z powodu nadostrego przebiegu i braku istotnych zmian ze strony przewodu pokarmowego obserwowanych przez innych autorów (1). Opisany przebieg kolibakteriozy, przez analogię do podziału kolibakterioz u cieląt (2, 3), odpowiada formie *pneumoenteritis*.

Wysoką skuteczność leczniczą neomycyny można tłumaczyć rzadkim stosowaniem tego antybiotyku w praktyce weterynaryjnej, a tym samym ograniczoną możliwością powstawania szczepów neomycynoopornych.

Piśmiennictwo

1. Oyrzanowska J., Działba K.: *Medycyna Wet.* 21, 288, 1965.
2. Přebyl E.: *Choroby młodych zwierząt gospodarskich*, PWRiL, 1967.
3. Radomiński W., Kondracki M.: *Medycyna Wet.* 24, 217, 1968.
4. *Vademecum Leków Weterynaryjnych*, Warszawa, „Prasa ZSL”, 1968.
5. Zdunkiewicz T., Grzebuła S.: *Medycyna Wet.* 24, 93, 1968.

Adres autora: lek. wet. Stanisław Kozłowski, Koszalin, ul. Bieruta 74.

KAZIMIERZ ŻEBROWSKI
Kleczew

RESEKCJA WGŁOBIONEGO ODCINKA JELITA U KROWY

W dniu 24.II.1970 r. Ob. J. K. zgłosił o zachorowaniu krowy n.c.b. lat 8 w dziesiątym miesiącu ciąży.

Wywiad. Krowa zachorowała w dn. 22.II.1970 r. nagle po napojeniu zimną wodą z objawami silnego niepokoju, pokładania się, bicia tylnymi kończynami pod brzuch. Początkowo oddawała kał często w niewielkich ilościach. W dwie godziny po zachorowaniu właściciel podał krowie 0,5 l wódki. Po tym krowa uspokoiła się, lecz nie pobierała karmy i nie przeżuwała. Następnego dnia nie zauważono oddawania kału.

Badaniem klinicznym w dn. 24.II.1970 r. stwierdzono: wew. ciepłota ciała 38,5°, tony sercowe regularne, czyste, tętno 82/min., śluzawica chłodna, ciepłota skóry uszu, dolnych części kończyn obniżona, zmniejszona ruchliwość, posmutnienie, brak apetytu i przeżuwania, powłoki brzuszne miernie napięte, przy omacywaniu niebolesne, okolica odbytu i pochwy ze śladami zaschłego krwistego śluzu, zwieracz odbytu silnie zaciśnięty, a odbył wciągnięty do wewnątrz. W ściółce zauważono niewielką ilość świeżego kału z domieszką krwi i śluzu. Krowa co pewien czas unosiła naprzemian tylnie kończyny.

Na podstawie wyżej opisanego przebiegu i objawów klinicznych rozpoznano: wgłobienie jelita cienkiego.

Krowę operowano w dn. 25.II.1970 r. w Lecznicy. Pole operacyjne przygotowano w prawym dole przyłędźwiowym. Wykonano znieczulenie nasiekowe 2% roztworem polokainy z adrenalina. Po doustnym podaniu 40 g wodnika chloralu w roztworze wodnym i 10 ml frankwiliny dożylnie, krowę ułożono na stanowisku w pozycji mostkowo-brzuszej.

Cięcie powłok brzusznych wykonano na środku dołu przyłędźwiowego, pionowo, począwszy od wyrostków poprzecznych kręgów ledźwiowych, długości 18 cm.

Odnalezienie wgłobionego odcinka nie nastąpiło trudności. Dla uniknięcia niepożądanego krwawienia krezkę przeszły przez całą grubość pojedynczymi szwami powyżej linii zamierzonego cięcia. Z obu stron wgłobionego jelita przesunięto treść pokarmową i założono kleszcze jelitowe, z nałożonymi plastikowymi wężykami na ramionach ściskających, w odległości ok. 5 cm od linii zamierzonego cięcia. Końce resekowanego jelita również zamknięto kleszczami w celu uniknięcia wytrysku treści pokarmowej pod ciśnieniem. Jelito przecięto z dwóch stron między kleszczami, a krezkę odcięto poniżej odszycia. Do szycia jelita użyto jedwabiu. Końce jelita połączono w ten sposób, że najpierw założono pojedynczy

szew materacowy w punkcie przykrezkowym, wykonując wkłucie od strony słuzówki. Długim końcem tej samej nici szyto od strony słuzówki 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. Kreskę zeszyto catgutem szwem ciągłym. W miejscu zgrubienia i nacieczenia kreskę zeszyto z obu stron. Szwy tamujące krwawienie zdjęto. Przy wycinaniu kreski, u wierzchołka trójkąta, nacięto na długości kilku cm gruczoły chłonne kreskowe. Pętle jelita wraz z kreską 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, tkiwość 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 trawienca na stronę lewą (*dilatatio et dislocatio abomasi sinistra*).

Repozycja trawienca w tym układzie nie była możliwa pomimo prób zmierzających do usunięcia anomalii w ułożeniu przedżołądków. 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 trawienca 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 transfixacji 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 trawienca. 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 przedżołądków. 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