

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 powleczono maścią oxyterracynową i odprowadzono na właściwe miejsce. Zamknięcie jamy brzusznej wykonano według przyjętych zasad. W dotychczasowej praktyce operowałem pięć krów z wglębieniem 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, ośpienie, 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. poznański.

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 ścian 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 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 ścian brzusznej. Przebito igłą ścianę żwacza i powłoki brzuszne w okolicy wyrostka mieczykowatego po lewej stronie od linii białej. Drugi związający koniec nici przewleczono igłą. Zagłębiono rękę ponownie w żwacz nakłuwając żwacz i powłoki w odstępie 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, 250,0 — 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 Szytkiewicz, Pruszków, ul. Górdziałkowskiego 1.

JAN KRASNODEBSKI
Starożeby

OPASANIE I ZAMKNIĘCIE ŚWIATŁA JELITA PRZESZAJOWÓD 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 do-wieźć 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