

Referate

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Schweizer Archiv für Tierheilkunde SAT : die Fachzeitschrift für Tierärztinnen und Tierärzte = Archives Suisses de Médecine Vétérinaire ASMV : la revue professionnelle des vétérinaires**

Band (Jahr): **108 (1966)**

Heft 10

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

vielen neuen und gewaltigen Bauten, aber auch alten Baudenkmälern – und einem pulsierenden Leben. Dies in einem Land, das durch den letzten Krieg schwer geschädigt wurde.

A. Leuthold, Bern

REFERATE

Beobachtungen über die Ätiologie von Nasenbluten und Paralyse von Kopfnerven beim Pferd. Von W. R. Cook. The Veterinary Record 78, 12, 396 (1966).

Der Autor, der schon früher über die Veränderungen im Luftsack des Pferdes publiziert hat, beschreibt das klinische Bild von 22 Pferden, bei denen sich in dieser pneumatischen Höhle diphtherische Membranen fanden. Die 22 Fälle fielen in der Klinik der Veterinary School, Glasgow, innert 5 Jahren an, und der Verfasser glaubt, daß dies die häufigste Erkrankung des Luftsackes sei. Bei allen diesen Pferden fanden sich kleinere oder größere, mit einer falschen Membran besetzte Stellen von gelber bis brauner Farbe, bedeckt mit einem körnigen Belag, der feingeraspeltem Parmesan-Käse glich. Meist ist die Membran unter einer Schicht von Eiter oder festhaftendem Schleim verborgen. Die Ausdehnung der Membran schwankte von 1 cm Durchmesser bis zu einem breiten, unregelmäßigen Feld, das das ganze Dach einnahm. Sie beginnt gewöhnlich medial, dehnt sich nach vorn und nach oben aus und kann auf die Seitenwand übergreifen. Meist ist nur der *eine* Luftsack befallen, der Prozeß kann aber durch die Scheidewand durchbrechen, ebenso ventral in das Zungenbein. Immer ist die Schleimhaut unmittelbar ventral vom Felsenbein und vom hinteren Foramen lacerum befallen, das heißt an dem Punkt, wo die kranialen Nerven 9, 10 und 11 aus der Schädelbasis austreten.

Die Folge dieser Luftsackveränderungen kann *Nasenbluten* sein, bei 17 der 22 Pferde. Die Blutung kann spontan in der Ruhe oder bei der Arbeit auftreten, in leichter, schwererer oder tödlicher Form. Zwei Arterien, zwei Venen und eine Reihe von venösen Sinus können im Luftsackdach aneroidiert werden. Tödliche Blutungen entstehen meistens durch Erosion der inneren Carotis. Das Blut fließt zunächst in den Luftsack, gelangt von da in den Pharynx und durch beide Nasenlöcher nach außen. Der Luftsack kann auch durch ein Koagulum gefüllt und ausgedehnt sein, so daß er von außen sichtbar wird, was durch Bluterguß ins Gewebe vermehrt sein kann. 10 der 22 Pferde zeigten Schwierigkeiten beim Abschlucken von Futter und Wasser, mit Husten und Regurgitieren. Bei allen diesen Pferden bestanden die typischen Symptome von *Pharynxlähmung*. Seitdem die Bildung von diphtherischer Membran im Luftsack bekannt ist, wurden alle Pferde mit Pharynxlähmung auf diese Erkrankung hin untersucht, die bei allen zu finden war. Sie beruht darauf, daß die Gehirnnerven 9 bis 11 in die Entzündung miteinbezogen sind. Bei 10 der 22 Pferde war *Hemiplegia laryngis* vorhanden, bei allen auf der gleichen Seite, wie die Läsion im Luftsack. Der Verfasser hat den Eindruck, daß hier das Roaren nicht auf der Lähmung des rückläufigen Teiles des N. recurrens beruht, sondern auf Schädigung der Basis. 9 der 22 Pferde zeigten ein- oder beidseitigen *Nasenausfluß*, mehr nur schleimig oder schleimig-eiterig, aber nicht von der für Kopfempyem typischen Beschaffenheit. Zum Teil wurde das sogenannte Horner-Syndrom beobachtet: Einseitige Lähmung des Oberlides und einseitige Schwellung der Nasenschleimhaut. Bei einem Pferd mit *Lähmung des Gaumensegels*, welche der Verfasser früher beschrieben hat, wurde die in Rede stehende Erkrankung ebenfalls gefunden.

Bei der klinischen Untersuchung wird zunächst Fingerdruck über dem Kehlkopf ausgeübt und auf abnorme Empfindlichkeit geachtet. Neben der Erhebung der be-

schriebenen Symptome ist die Untersuchung mit dem *Rhinolaryngoskop* am wichtigsten. Bei der Betrachtung der Pharynxöffnung der Eustachischen Röhre sieht man, meistens im oberen Winkel, blutiges oder eitriges Sekret. Wenn die Krankheit längere Zeit gedauert hat, zeigt der mediale Knorpelrand einen charakteristischen elliptischen Defekt. Der weiche Gaumen kann abnorm flazid sein, gelegentlich liegt der hintere Rand *über* statt unter der Epiglottis. Manchmal besteht eine Fistel in der Pharynxwand, wenn die diphtherische Läsion sich besonders stark nach vorn entwickelt hat. Noch typischer wird das Bild, wenn es gelingt, das Endoskop in den Luftsack einzuführen, wozu sein Ende etwas abgewinkelt sein muß. Dann kann man die veränderte Schleimhautpartie direkt sehen, ebenso Narben an Stellen bereits abgeheilter Affektion.

Bei der Sektion findet man die Veränderungen im Luftsack, wobei auch das Zungenbein und die obern angrenzenden Knochenpartien ergriffen sein können. Die histologische Untersuchung zeigt ein Pilz-Mycel. Es handelt sich nicht um eigentliche Diphtherie, sondern man findet eine Menge von Bakterien und Pilzen, die zum Teil kultiviert wurden, keiner dieser Erreger ist aber bisher als spezifisch anerkannt.

Die Erkrankung wurde im Alter von 2 Monaten bis 18 Jahren beobachtet. Die Prognose ist stets zweifelhaft wegen der Gefahr von schwerer Blutung, die schon bei kleiner Ausdehnung der Veränderung auftreten kann. Abheilung kann frühestens in 6 Monaten erfolgen, wobei einseitige Atrophie der Muskeln des weichen Gaumens, des Pharynx und des Larynx und entsprechende Lähmung bestehen bleibt. 7 der 22 Pferde gingen wegen Nasenbluten zugrunde oder wurden geschlachtet, 4 wegen Pharynxlähmung, eines 16 Monate nach Abheilung einer Pharynxlähmung wegen Facialislähmung, Schwindel und Ataxie. Von den 10 überlebenden Pferden zeigten 5 ein abnormes Atemgeräusch und nur die restlichen 5 heilten komplett ab. Zur Behandlung wurden wiederholte Spülungen des befallenen Luftsackes mit Trypsin, Antibiotica und salzigen Lösungen versucht, ausgeführt in Rückenlage unter Narkose, im Intervall von 4 Tagen. Antibiotica, Corticosteroide und Jodpräparate wurden auch allgemein appliziert.

A. Leuthold, Bern

Ösophagusdilatation infolge Rechtsaorta und Abschnürung durch das Lig. arteriosum beim Hund. Von R. Pobisch und E. Eisenmenger. Wiener Tierärztliche Monatschrift 53, 3, 147 (1966).

Es ist schon länger bekannt, daß infolge embryonaler Entwicklungsanomalie beim Welpen eine Abschnürung des Ösophagus mit Erweiterung in der Nähe der Herzbasis entstehen kann. Meist geschieht die Abschnürung durch einen Gefäßring, bestehend aus dem rechts statt links von Trachea und Ösophagus aufsteigenden Aortenbogen, dem Truncus pulmonalis und dem beide Gefäßstämme verbindenden Lig. arteriosum, welches auch als noch offener Ductus arteriosus (Botalli) vorliegen kann. Diese Anomalie ist relativ selten, scheint sich aber zu vererben, am häufigsten beim Deutschen Schäfer, auch bei der Katze sind einzelne Fälle vorgekommen. Die befallenen Welpen entwickeln sich so lange normal, als sie vom Muttertier gesäugt werden. Erst beim Übergang zu Fremdernährung, vor allem nach Aufnahme von Festfutterstoffen treten Störungen auf, in Ausnahmefällen schon von Geburt an. Wenn der Tierarzt einen solchen Welpen zur Untersuchung bekommt, ist er meistens schon im Wachstum zurückgeblieben, in einem reduzierten Ernährungszustand, manchmal auch anämisch. Dem Besitzer ist neben der mangelhaften Entwicklung das häufige Erbrechen aufgefallen, ohne daß dabei die typische Stellung und Tätigkeit der Bauchpresse zu sehen ist. Der Futterbrei fließt aus der Mundspalte, sobald der Kopf gesenkt wird oder wenn man auf eine weiche, fluktuierende Anschwellung an der linken ventralen Halsseite drückt. Durch diätetische Maßnahmen ist auf die Dauer kein Erfolg zu erzielen. Wenn auch der Vorbericht und die klinischen Erscheinungen gute Hinweise für die klinische Diagnose ergeben, so ist diese doch nur durch Röntgenunter-

suchung feststellbar. Die meist erhebliche Erweiterung des Ösophagus vor der Abschnürung ist am besten mit einer Kontrastmasse darstellbar.

Währenddem Welpen mit einer solchen Veränderung sonst meist abgetan wurden, haben die Verfasser die operative Therapie versucht. Diese muß bestehen in Thorakotomie auf der linken Seite, Eingehen im vierten Interkostalraum, Einsetzen eines Wundspanners, Zurückdrängen des linken Spitzen- und Herzlappens der Lunge, Incision des Mediastinums, wobei auf die Nn. vagus und phrenicus zu achten ist. Ösophagus und Aortenbogen werden bis zur Herzbasis freipräpariert, der letztere nach doppelter Ligatur durchtrennt und der Ösophagus von weiterem einengendem Bindegewebe befreit. Schon während der Operation wird die Dilatation des Schlundrohres kleiner; wenn sie groß war, ist angezeigt, in der Muskulatur ihrer Wand etwa drei Catgut-Reffnähte anzulegen. Dann folgen Verschluß der Mediastinalöffnung, Zurechtrichten der Lungenlappen, Verschluß der Thoraxwunde und der Haut. Natürlich ist Narkose im geschlossenen System und künstliche Beatmung notwendig. Wenn vor der untersten Naht die Luft durch eine eingelegte Trokarhülse aus dem Thorax entfernt wird, setzt die Spontanatmung ein, sobald der Verschluß vollkommen ist.

Ein derartiger Hund muß frühzeitig operiert werden, bevor er entkräftet ist oder sich eine Schluckpneumonie entwickelt hat, dann ist auch die Dilatation des Ösophagus nicht so groß. Nach der Operation muß zwar halbfestes bis festes Futter verabreicht werden, damit die Schnürstelle gedehnt wird, aber nicht in großer Menge auf einmal, sondern mehrmals täglich während einigen Monaten. Beschreibung von zwei mit Erfolg operierten Fällen beim Deutschen Schäfer, von 6 und 9 Wochen Alter.

A. Leuthold, Bern

Die Onchocercosis beim Pferd. Von J. Marolt u. M., Deutsche Tierärztliche Wochenschrift, 73, 6, 130 (1966).

Nachdem bereits bekannt ist, daß Onchocercen beim Pferd in verschiedenen Geweben ziemlich häufig vorkommen, haben die Verfasser eigene Untersuchungen durchgeführt. Von 2893 in ihrer Klinik behandelten Pferden waren 25 = 0,86% an Hygroma dorsi erkrankt, für welche in frühern Arbeiten die Onchocercen als Ursache nachgewiesen wurden. Leider ist nicht angegeben, von wo aus die Hygrome kamen, nach der Beschreibung ist aber anzunehmen, daß es sich um Bursitis subnuchalis handelte. Bei den meisten Fällen war mit ein bis mehreren Punktionen und Injektionen von 100 bis 250 mg Corticosteroid mit Penicillin, in Intervallen von 1 bis 2 Wochen, ein guter Erfolg zu verzeichnen.

Weitere Lokalisation von Onchocercen fanden sich bei einem Pferd in der distalen Hälfte des Metacarpus und der Fesselgelenkgegend, bei einem andern an der dorsolateralen Seite des untern Vorarmes, bei einem weiteren Pferd in der Gegend des Fesselgelenkes, unter dem Bild der Ruptur des Kronbeinbeugers. In allen 3 Fällen wurden zum Teil im Punktat, zum Teil nach der Sektion Onchocercenfragmente nachgewiesen. Ein weiteres klinisches Bild ergab sich an der Haut des Halses bei einem Pferd in Form von erbsen- bis nußgroßen Knoten mit fibröser Konsistenz und zum Teil Ausfluß einer eiterähnlichen, käsigen Masse; die histologische Untersuchung ergab abscedierendes, eosinophiles Granulom, das nach der vorhandenen Literatur ebenfalls durch Onchocercen bedingt angesehen wurde.

Aus vergleichend pathologisch-anatomischen Erwägungen glauben die Verfasser, daß viele Lahmheiten beim Pferd auf Onchocercen zurückzuführen seien, namentlich Podotrochlitits, Gleichbeinlahmheit, Tendovaginitis und Tendinitis. Entsprechende Lokalisationen sind bisher allerdings nur für die Tendovaginitis nachgewiesen, die Verfasser sind aber überzeugt, daß systematische Untersuchungen auch bei den übrigen der genannten Erkrankungen Onchocercen ergeben werden. Die bei diesen Lahmheiten bekannten, pathologischen Zustände könnten zum Teil auch durch Befall der

Zehenarterien mit Onchocercen und entsprechenden Veränderungen der Wand bedingt sein.

(Die Onchocercen-Genese könnte vielleicht die alarmierende Zunahme der Podotrochlitidis chronica erklären. Sie scheint aber vorläufig reichlich theoretisch. Der Referent).

A. Leuthold, Bern

Chip-Frakturen am Fesselbein im Fesselgelenk. Von O. R. Adams, J.A.V.M.A. 148, 4, 360 (1966).

Der Abbruch kleiner Splitter am proximalen vorderen Rand des Fesselbeins ist in den letzten Jahren beim Pferd an der Vordergliedmaße sehr bekannt geworden. Meist liegt das abgebrochene Stücklein dorsal, medial oder lateral der gemeinschaftlichen Strecksehne, häufiger medial, seltener gegen volar hin. Die Symptome gleichen denjenigen, die durch Gelenkschalen verursacht werden. Wenn das Bruchstück die Gelenkfläche beschädigt, entsteht eine Arthritis mit Ausweitung der Gelenkkapsel. Meist ist Trablähmheit vorhanden, manchmal nur in geringem Grad mit geringer Verdickung. Die Lahmheit nimmt meist nach Arbeit zu, besonders am Morgen nach einem Ausritt oder Rennen. Durch Druck an der etwas aufgetriebenen Stelle kann nicht immer Schmerz erzeugt werden. Nach einiger Ruhestellung ist die Lahmheit oft verschwunden um nach neuerlicher Beanspruchung wieder aufzutreten. Gelegentlich wird die Lahmheit akut mit auffälliger Besserung, wenn das Bruchstück, das vorher zwischen den Gelenkflächen war, wieder hinausgeschoben ist. Die Diagnose ist nur mit Röntgen möglich. Man macht zuerst eine seitliche Aufnahme und wenn eine solche Fraktur vorliegt, eine schräge zur Lokalisation medial oder lateral. Nicht selten wird der Zustand mit Schalenlahmheit verwechselt, wenn nicht eine Röntgenaufnahme gemacht wurde. Die gewöhnliche Leitungsanästhesie oberhalb dem Fesselkopf behebt die Lahmheit nicht, nur ein kompletter Infiltrationsring oder eine Fesselgelenksanästhesie. Die einzig erfolgreiche Therapie ist die Excision des Bruchstückes, wobei streng aseptisch vorgegangen werden muß. Der Einschnitt ist genau über dem Frakturstück anzulegen, worauf bei leicht gebeugtem Gelenk der Splitter gut entfernt werden kann. Rauhe Stellen am Knochen oder Knorpel werden geglättet, die Gelenkkapsel und die Subcutis mit Catgut genäht und die Haut mit Nylon geschlossen. Zweckmäßig ist ein Gipsverband, der auch den Huf umfaßt, bis unter das Carpalgelenk, der 6 bis 8 Tage belassen und dann durch einen Druckverband ersetzt wird. Dieser wird weitere zwei Wochen belassen und das Pferd im ganzen für einen Monat ruhig gestellt. Bis zum Beginn des Trainings sollte 6 Monate gewartet werden. Wenn das Frakturstück entfernt wird, bevor erhebliche Beschädigung am Gelenk entstanden ist, kann ein ausgezeichnetes Resultat erwartet werden. *A. Leuthold, Bern*

VERSCHIEDENES

XVIII. Welt-Tierärztekongreß

Die früher als «News Items» bezeichneten Verlautbarungen des permanenten Komitees der Welt-Tierärztegesellschaft erscheinen jetzt als «News Letter», Nr. 1 vom August 1966 mit Angaben über den Kongreß 1967 in Paris.

Wie früher bereits erwähnt, bezeichnet das Sekretariat für jedes der 40 Themen Hauptsprecher, im ganzen 125, aus einem Angebot von mehr als 650 aus den verschiedenen Ländern und Spezialisten-Vereinigungen. Wer nicht als Hauptsprecher bezeichnet