

Über die Klinik und Therapie der Verlagerungen im Magen-Darmtraktus beim Rind

Autor(en): **Hofmann, W. / Lanz, E.**

Objektyp: **Article**

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 12

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-593497>

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.

Über die Klinik und Therapie der Verlagerungen im Magen-Darmtraktus beim Rind

Von W. Hofmann und E. Lanz

Die Verlagerungen im Magen-Darmtraktus beim Rind stellen in unserm Land eher seltene Vorkommnisse dar. Indessen hat doch jeder Rinderpraktiker ab und zu Gelegenheit solche zu sehen. Für deren Feststellung und chirurgische Behandlung braucht es eine gewisse Erfahrung.

Verschiedene Formen

Welches sind nun die verschiedenen Formen, die sich in der Praxis bieten können?

1. Die Verlagerungen und Drehungen des Labmagens, wie sie aus Dänemark, Holland, Deutschland, den USA und noch anderen Staaten in den letzten Jahren gemeldet wurden.

Man unterscheidet eine partielle oder totale Verlagerung des atonischen, dilatierten Labmagens nach *links*, d.h. zwischen Pansen und linker Bauchwand und der selteneren Form nach *rechts*, d.h. zwischen Darmscheibe und rechter Bauchwand nach caudo-dorsal, meistens unter einer Drehung von 180° oder mehr Grad.

Diese Form wird relativ häufig in Dänemark, nur selten in andern Ländern angetroffen. Die Ursachen dieser Verlagerungen sind vermutlich in verschiedenen alimentären Einflüssen, Stoffwechselbelastungen und -störungen sowie noch in andern Allgemein- und Organerkrankungen zu suchen. Diese Faktoren können offenbar bei besonderen Bedingungen zu einer Erschlaffung des Labmagens führen.

Dirksen (1962) spricht von einer «Zivilisationskrankheit». Die Behebung ist nur auf chirurgischem Wege erfolgversprechend. Wir hatten bis heute keine Gelegenheit solche Fälle zu sehen. Es ist aber möglich, daß sich bei zunehmender Intensivierung der Fütterung unserer Milchtiere dieser Symptomenkomplex auch bei uns einstellen kann.

2. Die Verwicklung und Drehung des Darmes – *volvulus et torsio intestini*.

3. Die Darmeinschiebung – *invaginatio intestini*, die meistens den Dünndarm betrifft.

4. Die Erweiterung und Drehung des Blind- und Dickdarmes – *dilatatio et torsio caeci et coli* nach rechts oder links.

5. Der Durchtritt von Darmschlingen und deren Abschnürung durch einen Riß im Omentum – *Incarceratio intestini*.

6. Nur selten trifft man beim Rind inkarzerierte Nabel-Leisten- und Bauchhernien an.

7. Bei uns auch nur selten ist der sogenannte innere Überwurf des Ochsen – strangulatio ducto-spermatice, der sich nach einer Kastration mit Torsion ohne Fixation des Samenstranges oder nach Abreißen der Testikel durch Laienkastrierer einstellen kann. In beiden Fällen kann sich der Samenstrang in die Bauchhöhle zurückziehen und eine Darmschlinge abschnüren. Ferner kann eine solche in einen Riß des Samenleiterbandes geraten und hier hängen bleiben.

Bei der Durchsicht unserer Klinikbücher fanden wir seit 1871 bis heute nur einen einzigen Fall aus dem Jahr 1881 verzeichnet (Sénéchaud 1959).

Ferner hatte ich vor einigen Jahren Gelegenheit, klinisch einen Fall aus dem Praxisgebiet eines auswärtigen Kollegen zu sehen. Zahlenmäßig dürfte die strangulatio ducto-spermatice für unser Land kaum eine Rolle spielen, im Gegensatz zu Angaben aus andern Staaten.

8. Dagegen kommen bei uns relativ häufig die Quetschungen und Zerreißen des Darmes bei Geburten vor.

Die Ursachen

der Verlagerungen und Beschädigungen im Darmtraktus sind verschieden. Sie können ausgelöst werden durch Traumen, wie Niederstürzen, Übersetzen über Zäune, Steinschlag im Gebirge, Hornstöße durch andere Rinder, Mißhandlungen, Rollen der Tiere auf abschüssigem Gelände, dann durch alle alimentären und parasitären Noxen, die Anlaß zu einer abnormen Erregung, zu gesteigerter Peristaltik, zu Blähungen, zu Atonie und zu Stauungen im Darm geben können.

In seltenen Fällen können Darmschlingen auch durch Lipome oder andere Bauchhöhlentumore abgeschnürt werden.

Darmquetschungen oder Zerreißen während einer Geburt können sich namentlich ereignen, wenn bei einer Beckenendlage während der Extraktion zwischen dem Becken des Muttertieres und dem Kalb Darmschlingen eingeklemmt werden. Begünstigend wirken eine abschüssige Lagerung des Muttertieres sowie das Ziehenlassen am Kalb während der Wehenpausen. Hierbei sind die Bauchdecken der Mutter entspannt, und die Eingeweide rutschen beckenwärts. Wenn dagegen das Muttertier preßt, sind die Bauchdecken gespannt, und die Därme werden kranialwärts geschoben, und dadurch wird eine Einklemmung vermieden.

Es ist unbedingt notwendig, bei einer Beckenendlage die Beine des Kalbes am stehenden Muttertier anzuschlaufen und den Föten bis zum Eintritt des Beckens in die Geburtswege einzuziehen. Erst nachher kann die Geburt ohne Gefahr am liegenden Muttertier beendet werden.

Symptome

Am Anfang sind die Symptome bei den verschiedenen Formen der Darmverlagerungen eher unbestimmter Natur und graduell verschieden. Zu den Initialsymptomen gehören Verweigerung der Futteraufnahme, Sistierung der Rumination, Unterdrückung der Magen- und Darmperistaltik, Kolikanfälle, die aber auch fehlen können oder übersehen werden, Rückgang der Milchleistung. Ferner sind die Kotentleerungen sistiert. Wenn bei diesen Symptomen während einiger Tage kein Kotabsatz mehr erfolgt, liegt immer der Verdacht auf eine Passagebehinderung im Darm vor.

Der Puls kann manchmal noch während 1–2 Tagen normal scheinen. Erst bei Entstehung einer Peritonitis und Nekrosebildung im geschädigten Darmabschnitt kommt es dann zu einem Ansteigen auf 120 oder mehr Schläge pro Minute. Auf die Rektaltemperatur kann man nicht mit Sicherheit abstellen. Auch bei schweren Veränderungen innerhalb der Bauchhöhle kann die Temperatur mitunter noch während einiger Tage normal bleiben. Dagegen ist in den meisten Fällen die Spannung der Bauchdecken erhöht. Harn-Analysen können einen positiven Indikanbefund ergeben.

Klinisch schwere Erscheinungen stellen sich im Anschluß an eine Geburt bei Darmzerreißungen ein. Hierbei machen die Tiere sofort einen schwerkranken Eindruck.

Gestützt auf die allgemeinen Symptome kommt man in der Regel nur zu einer *Verdachtsdiagnose*. Die Untersuchung wird ergänzt:

a) durch die manuelle rectale Exploration.

Mitunter findet man hierbei in der rechten Flanke bei einer Invagination die eingeschobene Stelle in Form eines festen derben Stranges oder bei einem Volvulus die zusammengeschnürten Darmteile vor.

Blind- und Dickdarmdrehungen ergeben kugelförmige Auftreibungen im Gebiet der rechten Flanke.

b) Weitaus zuverlässiger ist das systematische Absuchen der Bauchhöhle nach vorangegangener Laparotomie von der rechten Flanke aus. Gegebenenfalls muß man hierzu Darmabschnitte durch die Bauchwunde hindurch in ein steriles Tuch nach außen ziehen, um die Veränderungen genau zu beurteilen. Hierbei ist darauf zu achten, daß die ausgelagerten Därme nicht etwa durch Kälte geschädigt werden, auf die sie sehr empfindlich reagieren. Invaginierte Darmstücke fühlen sich als festen derben Strang von verschiedener Länge an. Bei einem Volvulus sind die Därme ineinander verstrickt und fühlen sich in Form eines kugeligen Gebildes an.

Bei einer Erweiterung und Drehung des Blinddarmes ist dieser meistens mit einer dünnflüssigen breiigen Masse angefüllt.

Die *Diagnose* bereitet beim manuellen Absuchen der Baueingeweide keine Schwierigkeiten.

Differentialdiagnostisch fallen am Anfang der Erkrankung gewöhnliche Indigestionen sowie die Reticulitis traumatica in Betracht.

Verlauf

Ohne kausale Therapie würden Rinder mit einer der möglichen Darmverlagerungen schließlich an einer allgemeinen Toxämie und Sepsis zugrunde gehen. Immerhin ist es auffallend, wie indolent Rinder im allgemeinen bei derartigen Erkrankungsprozessen sein können.

Wir haben Tiere gesehen, die trotz einer Invagination, eines Volvulus oder einer Blinddarmverlagerung noch nach drei und mehr Tagen allgemein keinen schlechten Eindruck machten und sich nach deren operativem Beheben relativ rasch erholten, trotz des Vorliegens von Darmnekrosen und einer Peritonitis.

Bei einem frühzeitigen Eingreifen können die verschiedenen Formen der Darmverlagerungen meistens relativ günstig beurteilt werden.

Therapie

Es ist in Einzelfällen möglich, daß bei Vorliegen von Koliksymptomen bei einem frühzeitigen Einsatz von Spasmolytica in Entstehung begriffene Invaginationen oder auch andere Verlagerungen verhindert werden können.

Wenn solche aber einmal entstanden sind, kann nur ein operativer Eingriff die Tiere vor der Notschlachtung retten.

Eine Laparotomie und anschließende Exploration im Abdominalraum sollte auch in jenen Fällen durchgeführt werden, bei denen die Diagnose auf chirurgische Darmveränderungen nicht erhärtet ist, klinisch jedoch der Verdacht darauf besteht.

Allgemeine Angaben zu Operationen am Magen-Darmtraktus

Die Operation kann bei guter Beleuchtung im Stall oder bei günstiger Witterung auch im Freien durchgeführt werden. Das Tier wird mit seiner linken Körperseite an eine Wand gestellt und der Kopf gut fixiert. Eine Lokalanästhesie im rechten Flankengebiet (Wundlänge etwa 15 cm) ergibt meist genügende Ruhigstellung des Tieres. Anschließend erfolgen Rasur und Desinfektion des Operationsfeldes.

Das zu Laparotomien benötigte Instrumentarium wird für Eingriffe am Darm ergänzt durch: Ringmanschette (eventuell modifiziert nach Götze), Deschamps-Nadeln, 2 federnde Darmklemmen nach Kocher, runde, atraumatische Darmnadeln, Catgut Nr. 2 oder 3.

Nach Ausführen des Flankenschnittes geht der Operateur mit dem Arm in die Bauchhöhle ein und sucht diese auf verlagerte oder veränderte Organe ab. Lassen sich solche auffinden, wird der veränderte Abschnitt nach Einschieben der Ringmanschette durch diese vorgelagert und einer genauen Beurteilung unterzogen.

Spezielle Angaben

a) Labmagenverlagerungen

Wir stützen uns hierbei auf die von Dirksen, Espersen, Hansen und anderen Autoren gemachten Erfahrungen.

Bei *linksseitiger Verlagerung* ist nach Laparotomie in der linken Flanke eine ausgiebige Entleerung des Abomasusinhaltes nach kleiner Inzision und Einschieben eines Schlauches angezeigt. Nach Verschuß dieser Wunde mit Tabaksbeutelnaht erfolgt Reposition des Labmagens. Zur Verhütung von Rezidiven wird die ventrale Pansenfixation an der Bauchwand (nach Hansen) oder das Anheften des großen Netzes (Nähe Ansatz Labmagen) tief an der rechten Bauchwand empfohlen.

Bei *rechtsseitiger Verlagerung* des Labmagens ist nach Laparotomie rechts die entsprechende Labmagenentleerung mit anschließender Reposition durchzuführen. Laut ausländischer Erfahrungen ist die Prognose dieser Fälle jedoch ungünstig.

b) Veränderungen am Dünndarm

Inkarzerierte Darmabschnitte müssen vorsichtig aus der Durchtrittsstelle ausgezogen werden. Hierauf erfolgt wie bei Ileus, Invagination, Volvulus oder Quetschungen des Darmes, Vorlagern des veränderten Darmteiles aus der Bauchhöhle.

In allen Fällen, bei denen hochgradige Stauungserscheinungen mit tiefrot bis blau oder schwarz verfärbten Darmabschnitten zu beobachten sind, ist erfahrungsgemäß die Resektion auszuführen. Nur frische und geringgradige Veränderungen ohne Zusammenhangstrennungen erlauben Reposition nach Korrektur der Verlagerungsstelle.

Die Resektion eines Darmabschnittes wird wie folgt vorgenommen:

1. Ligaturen auf alle zum entsprechenden Darmstück führenden Mesenterialgefäße (Deschamps-Nadel, Catgut 3),

2. Anlegen der flexiblen Darmklemmen beidseits des veränderten Gebietes auf gesundes Darmgewebe, nach Ausstreifen des Darminhaltes.

3. Resektion des Darmstückes,

4. Einziehen diametraler Haltefäden zur Erleichterung der Nahtanlage (Entfernung derselben nach Beendigung der Darmnaht),

5. End-zu-End-Vereinigung der Amputationsstümpfe durch Kürschner-Naht an der hinteren, mit Schmiedenscher Naht an der vorderen Darmrohrhälfte. Anschließend Lembert-Naht über den ganzen Darmumfang. Alle Nähte mit Catgut 2 oder 3. Während der End-zu-End-Vereinigung ist stets auf sehr sorgfältige Nahtanlage und Einstülpen von nur wenig Darmwandgewebe zu achten.

6. Verschuß der Mesenterialspalte (Catgut 6) mit Einzelnähten.

7. Das gesamte Wundgebiet am Darm wird oberflächlich mit Antibiotika versorgt und anschließend in die Bauchhöhle rückverlagert. Allfällige Riß-

stellen im Omentum oder Mesenterium (nach Inkarzerationen) sind durch Catgut-Nähte zu verschließen.

8. Verschluß der Bauchdeckenwunde.

c) Erweiterungen und Drehungen von Blind- und Dickdarm

In den meisten Fällen ist nach Eröffnung der Bauchhöhle der geweitete, rot bis blaßblau verfärbte Blinddarm von der Wunde aus sichtbar. Repositionsversuche ohne Entleerung gelingen selten. Zur Entleerung des breiigen, meist mit kleinen festen Schollen vermischten Inhaltes wird die Blinddarmspitze vorgelagert und apikal eröffnet. Es ist nach unseren Erfahrungen unumgänglich, auch den in der Bauchhöhle verbleibenden Abschnitt des Blinddarmes durch Massagebewegungen zu entleeren. Nach der anschließenden Tabaksbeutelnaht und Antibiotikaversorgung der Cäcumoberfläche wird das vorgelagerte Darmstück reponiert und das gesamte Dickdarm-Blinddarmkonvolut zurückgedreht. Tympanisch angefüllte Colonlagen können die Retorsion erschweren. Sie müssen vorgängig mit dünner Kanüle punktiert werden. Anschließend erfolgt der Verschluß der Bauchdecken.

Postoperative Behandlung

Sie bezweckt einerseits die Infektionsgefahr möglichst niedrig zu halten. Dies wird in den meisten Fällen erreicht durch Antibiotikagaben i.p. oder i.m. über 2 bis 3 Tage p.op.

Andererseits muß die oft erheblich reduzierte Verdauungstätigkeit der operierten Tiere möglichst rasch wieder normalisiert werden. Dabei hat sich eine intensive, intraabdominale Psaltermassage vor Verschluß der Bauchdeckenwunde bestens bewährt. Günstig wirken auch Pansensaftübertragungen und wiederholtes Eingeben von Ruminationsbissen von Nachbartieren. Bei Vorliegen von Kotverhaltung oder Verstopfung ist die zusätzliche Anwendung von Laxantien (Natrium sulfuricum usw.) oder gallensekretionsfördernden Medikamenten (z.B. Idogenabil – Ferrosan, Kopenhagen) angezeigt.

Diese Maßnahmen sind bis zum Eintritt normaler Futteraufnahme, Ruminations, Peristaltik und Kotbeschaffenheit fortzuführen.

Kasuistik

(1949–1966 an der Klinik beobachtete Fälle beim Rind)

1. Dünndarm

a) Invaginationen

Bestand H.M. in B., Simmentaler-Kuh, 7jährig

28. 5. 49: P/T normal, leichtgradige Kolikerscheinungen, Freßlust und Milchleistung reduziert. Kotabsatz sistiert. Rectal o.B., Bauchdecken gespannt.

30. 5. 49: Zustand gleich. Darminvagination. Entfernen eines 3,2 m langen Dünndarmstückes, das kugelförmig verknötet, abgedreht und fest zusammengezogen war. Abheilung.

Bestand F.G. in N., Simmentaler-Rind, 2jährig

30. 10. 57: Seit 2 Tagen Koliksymptome, P.T. normal, Bauchdeckenspannung erhöht. Rectal o.B., Resektion eines 20 cm langen, invaginierten Dünndarmstückes. Abheilung.

Bestand W.S. in S., Simmentaler-Rind, 2jährig

1. 3. 61: Seit 2 Tagen Kolik, bei vorerst geringer Futteraufnahme, Kotabgang seit 24 Std. sistiert. P 104, T normal, Peristaltik aufgehoben. Rectal o.B. Invagination von 35 cm Dünndarm. Resektionsstück 70 cm lang. Abheilung.

Bestand E.W. in P., Kuh braun, 6jährig

6. 10. 61: P/T normal, leichtgradige Kolik, sistierte Futteraufnahme. Peristaltik aufgehoben. Rectal: verdickter Dünndarmabschnitt palpierbar. 110 cm langes Stück Dünndarm auf etwa 45 cm Länge eingeschoben.

Ausziehen der eingeschobenen Partie. Rasches Auffüllen mit Darminhalt, Peristaltik stellt sich ein. Serosaseite blaurot verfärbt, glatt. Keine Resektion. Nach 14 Std. Futteraufnahme und Kotabgang. – 3 Tage später sistierte Futteraufnahme. Peristaltik-O. Rectal verklebtes Darmkonvolut palpierbar. Da unträchtig und Versiegen der Milchleistung: Schlachtung.

Sektion: Dünndarmschlingen auf etwa 160 cm Länge ballonartig verklebt, rotblau bis blau verfärbt, diffuse Fibrinauflagerungen.

*b) Quetschungen**Bestand W. in L., Simmentaler-Kuh, 7jährig*

28. 12. 62: Seit der vor 2 Tagen erfolgten Geburt (Beckenendlage, Extraduktion am liegenden Tier) kein Kotabgang. P/T normal, Freßlust reduziert. Peristaltik = 0, Rectal o.B., Bauchdecken locker, Perkussion im Mesogastrium leicht schmerzhaft. In Bursa omentalis, an caudalen Pansensack anliegend, großes verklebtes Dünndarmpaket. Ausgeschält, vorgelagert: 130 cm langes Darmstück, vom Mesenterium losgetrennt, reseziert. Wird nach vorerst gutem Verlauf 4 Tage p.op. zufolge leichtgradiger Tympanie geschlachtet.

Bestand J.K. in R., Simmentaler-Kuh, 8jährig

15. 6. 63: 3 Tage nach Geburt (Beckenendlage, Extraduktion am liegenden Tier) geringe Futteraufnahme, sistierter Kotabgang. P/T normal. Peristaltik reduziert. 40 cm langes Dünndarmstück diffus gequetscht, starke und ausgedehnte Läsionen am Mesenterium. 210 cm langes Stück reseziert. Abheilung.

Bestand W.F. in S., Simmentaler-Kuh, 6jährig

24. 12. 64: 10 Stunden nach Geburt (Beckenendlage, liegende Extraduktion). P 120, T 38⁴, Allgemeinbefinden schlecht. Peristaltik = 0, aufgekrümmter Rücken, Bauchdecken gespannt. Perforierende Dünndarmquetschwunde ($\frac{2}{3}$ des Rohrquerschnittes) und Riß im Mesenterium, Darminhalt diffus in Bauchhöhle ausgebreitet. Sofortige Schlachtung.

Bestand E.S. in N., Kuh braun, 4jährig

10. 10. 66: seit 2 Tagen leichtgradige Kolikerscheinungen. Allgemeinbefinden reduziert. P/T normal, Futteraufnahme und Peristaltik sistiert, blutiger Schleim im Rectum, Bauchdeckenspannung erhöht. In Nähe des ventralen, caudalen Pansensackes Dünndarmklumpen von etwa 20 cm \varnothing . Vorgelagert: Mesenteriumabriß auf 25 cm, starke Stauung; perforierende Quetschung des Darmes. Dünndarm auf etwa 2 m Länge blauschwarz verfärbt, Bauchhöhle mit Darminhalt diffus verschmutzt, Peritonitis serofibrinosa. Schlachtung. Ursache nicht abklärbar.

c) Inkarzerationen

Betrieb H. in G., Simmentaler-Rind, 2½jährig

28. 4. 64: gedämpftes Allgemeinbefinden, leichte Kolikerscheinungen, keine Futteraufnahme, kein Kotabgang. Peristaltik fast aufgehoben, Peritonealexsudat (perkutorisch feststellbar); rektal o.B. Ungefähr in Mitte des Dünndarmkonvolutes Mesenterialabriß und Schwellung. Losgetrenntes Darmstück durch etwa 4 cm großes rundliches, am Rand verdicktes Loch im Omentum umbilicalwärts durchgetreten. Entwickelt und vorgelagert; losgetrennten Darm (3,7 m) reseziert. Omentumspalte verschlossen. Abheilung.

Betrieb U.M. in B., Simmentaler-Stier, 1jährig

7. 1. 65: vor 5 Tagen Koliksymptome, seither keine Futteraufnahme und sistierter Kotabgang. P 100, T 38°, Peristaltik = 0. Darmstück von 1 m Länge durch Netzspalte durchgetreten und rötlich verfärbt, zusätzliche Drehung der Colonscheibe. Keine Resektion. Naht der Netzspalte nach Rückverlagern der inkarzerierten Partie, Retorsion der Colonscheibe. Abheilung.

d) Volvulus

Betrieb A. A. in J., Simmentaler-Stier, 1½jährig

22. 10. 58: Seit 24 Std. Koliksymptome. P/T normal, Verweigerung des Futters, Peristaltik reduziert. Dünndarmkonvolut um Vertikalachse gedreht, leichte diffuse Rötung der Serosa und Mesenterialstauung. Vorlagern und Retorsion. Abheilung.

Betrieb W. in B., Simmentaler-Rind, 2½jährig

18. 3. 63: Kolik, Peristaltik sistiert, Kotabgang reduziert, Rectal o.B.

20. 3. 63: Apathie, kein Kotabgang mehr.

21. 3. 63: T. 38°, P 120, sonst gleicher Befund. Schlachtung, da Operation vom Besitzer abgelehnt. Sektion: 40 cm langes Dünndarmstück abgedreht, blauschwarz verfärbt.

e) Ileus

Betrieb E.L. in B., Simmentaler-Kuh, 8jährig

9. 10. 63: Freßlust seit 2 Tagen sistiert, T 37°, P 80, Peristaltik = 0. Kein Ansprechen auf Ca-Behandlung i.v. und Ruminatoria. Da unwirtschaftliches Tier Schlachtung. Sektion: Dünndarmlumen durch narbige Einziehungen und bindegewebige Auflagerungen fast vollständig obliteriert.

2. Blind- und Dickdarmveränderungen

Betrieb E.Z. in W., Simmentaler-Rind, 7 Monate

22. 5. 61: Seit 2 Tagen Koliksymptome mit Sistierung des Kotabganges. P/T normal, Peristaltik herabgesetzt, volle Flanken. Caecum und Colonscheibe um 360° nach links gedreht, Colonlagen tympanisch angefüllt. 3 Colonlagen punktiert, dann Caecumspitze vorgelagert und entleert. Hierauf gelingt Retorsion. Abheilung.

Betrieb H.U. in B., Simmentaler-Kuh, 6jährig

11. 7. 61: Seit 24 Std. Kolikerscheinungen, kein Kotabgang, P/T normal, Peristaltik = 0. Rectalbefund: kugelförmige, pralle Masse in rechter Flanke. Erweiterung und Drehung des Caecums nach links. Eröffnung, etwa 5 Liter Inhalt entleert, Reposition. Abheilung.

Bestand H.S. in R., Simmentaler-Rind, 5 Monate

Seit 2 Tagen Koliksymptome, Freßunlust, kein Kotabgang. P. 100, T 39°, gespannte Bauchdecken, Bauchhöhlenpunktat o.B., gutes Allgemeinbefinden. Caecumverlage-

nung nach links, an Drehstelle der Colonscheibe 20 cm langes Colonstück stranguliert und geplatzt, mit lokaler, jauchiger Peritonitis. Umgebung verklebt. Schlachtung.

Bestand C.W. in Z., Simmentaler-Kuh, 6jährig

22. 10. 65: Seit 4 Tagen Indigestion, seit 3 Tagen kein Kotabgang. P/T normal, Peristaltik = 0, leichte Tympanie, kein Peritonismus. – Caecumweitung und -drehung nach rechts. Reposition. Abheilung.

Bestand E.S. in M., Kuh braun, 7jährig

3. 3. 66: Leichte Kolikerscheinungen, 3 Wochen nach der Geburt und intensiven Kraftfuttermitteln. Keine Kurzfutteraufnahme, leicht reduzierte Peristaltik. Milchleistung normal. Rectal: geweitete Caecumspitze bis in Beckenhöhle ragend, stark aufgetrieben, Caecum-Gekröse dorsal fühlbar. – Caecum-Colondrehung nach links. Vorlagern der Caecumspitze, 15 Liter übelriechender Inhalt und viel Gas entfernt. Reposition des Caecums und der Colonscheibe. Abheilung.

Bestand H.F. in O., Kuh braun, 8jährig

11. 8. 66: vor 2 Tagen leichte Kolik, Milchrückgang, Futterverweigerung. Kotabsatz fehlend, auch nach Istizin (Bayer). Symptome gleichbleibend, eher geringere Kolikerscheinungen. Peristaltik reduziert; rectal: Enddarm leer, in rechter Hungergrube Blinddarmspitze fühlbar, geweitet. Mesenterium gespannt. Rundliche Vorwölbung in sonst eingefallener rechter Flanke von außen sichtbar. – Torsio caeci et coli nach rechts. Caecumspitze vorgelagert, 10 Liter Inhalt entleert. Reposition und Retorsion. Abheilung.

Die nachfolgende Zusammenstellung der an unserer Klinik von 1949–1966 beobachteten Fälle von chirurgischen Veränderungen am Darmtraktus sagt folgendes aus:

- diese Erkrankungen treten vorwiegend bei Jungtieren (Umschichtung der Größenverhältnisse der verschiedenen Abschnitte des Verdauungsapparates und erste Trächtigkeit) und bei Tieren im besten Leistungsalter (massive gehaltvolle Fütterung) auf.

	Anzahl Fälle	Alter der Tiere	Heilung	Schlachtung zufolge ungünstiger Prognose	Schlachtung p. op.
<i>Dünndarm</i>					
Invagination	4	1¾, 2, 6, 7 J.	3		1
Quetschung	4	4, 6, 7, 8 J.	1	2	1
Inkarzeration	2	1, 2½ J.	2		
Volvulus	2	1½, 2½ J.	1	1	
Ileus	1	8 J.		1	
<i>Dickdarm</i>					
Drehung von Blind- und Dickdarm	6	5 Mt., 7 Mt. 6, 6, 7, 8 J.	5	1	
Total	19	—	12	5	2

- 5 von 19 Fällen konnten nach Ausführen der Laparotomie zufolge ungünstiger Prognose oder Unwirtschaftlichkeit der Tiere einer frühzeitigen und gesicherten Verwertung zugeführt werden.
- 12 von 14 operativ angegangenen Darmveränderungen konnten geheilt werden.

Zusammenfassung

Die häufigsten chirurgischen Leiden am Magen-Darmtraktus des Rindes werden beschrieben. Die an unserer Klinik ausgeübten Operationsmethoden sind zusammenfassend angegeben, und in einer kurzen klinischen Kasuistik wird über die in den Jahren 1949–1966 beobachteten Fälle von Darmverlagerungen, mit Angaben über Eingriffe und deren Verlauf berichtet.

Résumé

Les auteurs décrivent les affections chirurgicales les plus fréquentes du tractus gastro-intestinal du bovin. Ils résument les méthodes opératoires de leur clinique et en une courte casuistique clinique ils rapportent sur des cas de déplacement observés pendant les années 1949 à 1966, accompagnés de données sur les interventions et leur issue.

Riassunto

Sono descritte le più frequenti affezioni chirurgiche del tratto gastro-intestinale del bovino. Sono indicati in riassunto i metodi operatori eseguiti nella nostra clinica. In una breve casuistica clinica vengono descritti i casi di dislocazione dell'intestino registrati nel periodo 1949–1966, con indicazioni sugli interventi e sul loro decorso.

Summary

The most frequent conditions requiring surgery in the digestive tract of cattle are described. A summary is given of the methods of surgery practised in our clinic, and a short clinical casuistry recounts the cases of intestine displacement observed between 1949 and 1966, with information about the surgery used and the course of the operations.

Literatur

Dirksen G.: Dünndarmresektion beim Rind. Dtsch. tierärztl. Wschr. 66, 197–201 (1959). – Dirksen G.: Beitrag zur Technik der Dünndarmresektion beim Rind. XVI Congreso mundial de veterinaria, Madrid, Vol. II, 179–181 (1959). – Dirksen G.: Die Erweiterung, Verlagerung und Drehung des Labmagens beim Rind. Habilitationsschrift Hannover 1962. – Dirksen G.: Die Blinddarmverweiterung und -drehung beim Rind. Dtsch. tierärztl. Wschr. 69, 409–416 (1962). – Espersen G.: Erweiterung und Verlagerung des Blinddarmes beim Rind. Nord. Vet. Med. 12, 669–690 (1960). – Espersen G.: Die rechtseitige Labmagenerweiterung und -verlagerung (Dilatatio abomasi cum dislocatione dextra) beim Rind. Dtsch. tierärztl. Wschr. 68, 1–7 (1961). – Hansen A.G., et al.: Displaced abomasum: A relatively common bovine syndrome. North. Am. Vet. 38, 129–134 (1957). – Huskamp B.: Die Darmscheiben- und Labmagendrehung, zwei ätiologisch verwandte Erkrankungen beim Kalb. Dtsch. tierärztl. Wschr. 72, 38–41 (1965). – Numans S.R.: Erfahrungen mit der operativen Reposition von Lageveränderungen des Labmagens und im Dickdarmkomplex des Rindes. Dtsch. tierärztl. Wschr. 68, 12–17 (1961). – Sénechaud C.: Examen des cas d'affections gastro-intestinales idipathiques et symptomatiques des bovidées observés de 1871 à 1957 à la clinique ambulatoire de l'Université de Berne. Vet. Diss. Bern 1959. – Walch J.: Strangulatio ducto-spermatice, der Überwurf, das Verschnüren beim Ochsen. Vet. Diss. Bern 1903. – Klinikbücher der veterinär-ambulatorischen Klinik Bern.