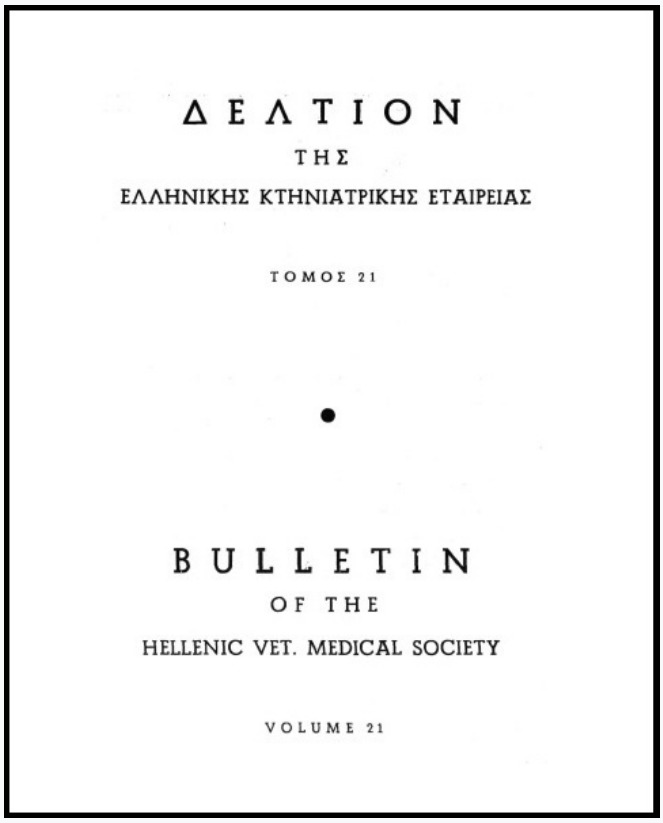
ePublishing

Journal of the Hellenic Veterinary Medical Society

Vol 21, No 1 (1970)



ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΡΥΦΩΝ "Η ΣΙΩΠΗΛΩΝ ΟΡΓΑΣΜΩΝ ΤΩΝ ΑΓΕΛΑΔΩΝ

Κ. ΣΕΙΤΑΡΙΔΗΣ, Θ. ΡΩΣΣΗΣ, Ι. ΚΑΠΟΥΛΑΣ

doi: 10.12681/jhvms.20008

Copyright © 2019, Κ.ΣΕΙΤΑΡΙΔΗΣ Θ.ΡΩΣΣΗΣ Ι.ΚΑΠΟΥΛΑΣ

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0.

To cite this article:

ΣΕΙΤΑΡΙΔΗΣ Κ., ΡΩΣΣΗΣ Θ., & ΚΑΠΟΥΛΑΣ Ι. (1970). ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΡΥΦΩΝ "Η ΣΙΩΠΗΛΩΝ ΟΡΓΑΣΜΩΝ ΤΩΝ ΑΓΕΛΑΔΩΝ. *Journal of the Hellenic Veterinary Medical Society*, *21*(1), 23–35. https://doi.org/10.12681/jhvms.20008

https://epublishing.ekt.gr | **e-Publisher:** EKT | **Downloaded at:** 16/01/2026 06:21:54

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΡΥΦΩΝ Ἢ ΣΙΩΠΗΛΩΝ ΟΡΓΑΣΜΩΝ ΤΩΝ ΑΓΕΛΑΔΩΝ

Ὑπὸ

Κ. Σεϊταρίδη, Θ. Ρώσση καὶ Ι. Καπούλα

Αἱ στατιστικαὶ ἔρευναι ἀποδεικνύουν, ὅτι αἱ παθήσεις τοῦ ἀναπαραγωγικοῦ συστήματος (στειρότης) εὑρίσκονται ἐπὶ κεφαλῆς τῶν αἰτίων σφαγῆς τῶν γαλακτοφόρων ἀγελάδων. Οὕτως, οἱ Günzler καὶ Richter (1966) ἀναφέρουν, ὅτι ἐκ τῶν 105.000 χιλιάδων ἀγελάδων, αἵτινες ἐσφάγησαν κατὰ τὸ 1965 εἰς Bayern, αἱ 31,40%, ἐσφάγησαν λόγῳ στειρότητος, αἱ 19,10% λόγῳ μικρᾶς γαλακτοπαραγωγῆς, αἱ 15,40% λόγῳ ἡλικίας καὶ αἱ 2,80% λόγῳ παθήσεων τοῦ μαστοῦ. Ἐκ τῶν ἀγελάδων, αἵτινες ὁδηγοῦνται πρὸς σφαγήν, αἱ 39,70% κατὰ τὸν Ziegenhagen (1951), αἱ 43,90% κατὰ τὸν Baier (1957), αἱ 41,30% κατὰ τοὺς Parker καὶ συνεργ. (1960), αἱ 35,00% κατὰ τὸν Dieter (1964) καὶ αἱ 29,60-40,10%, κατὰ τὸν Kubesh (1964), σφάζονται λόγῳ παθήσεων τοῦ ἀναπαραγωγικοῦ συστήματος. Ὁ Konermann (1967) ἀναφέρει ἔτι μεγαλύτερα ποσοστά. Οὗτος διεπίστωσεν, ὅτι ἐκ τῶν ἀγελάδων, αἵτινες ἐσφάγησαν εἰς 182 βουστάσια κατὰ τὰ ἔτη 1960-1965, αἱ 66,50% ἐσφάγησαν λόγῳ στειρότητος.

Ἐκ διεξαχθείσης ἐρεύνης εἰς 49 βουστάσια τοῦ Κορωπίου Ἀττικῆς προκύπτει, ὅτι καὶ εἰς τὴν χώραν μας αἱ παθήσεις τοῦ ἀναπαραγωγικοῦ συστήματος, μὲ ποσοστὸν 36,30%, εὑρίσκονται ἐπικεφαλῆς τῶν αἰτίων σφαγῆς τῶν γαλακτοφόρων ἀγελάδων. Ἀκολουθοῦν αἱ παθήσεις τοῦ πεπτικοῦ συστήματος μὲ 12,30% καὶ αἱ παθήσεις τοῦ μαστοῦ μὲ ἐπίσης 12,30% (Σεϊταρίδης, 1968).

Ὁ Baier (1940) ἀναφέρει, ὅτι ἐκ τῶν μοσχίδων αἱ 11,00% παραμένουν στεῖραι (μόνιμος στειρότης) καὶ ὅτι ἐκ τῶν ἀγελάδων αἱ 17,00% μετὰ τὸν πρῶτον, δεύτερον καὶ τρίτον τοκετὸν, ἀπομακρύνονται ἐκ τῶν βουστασίων, λόγῳ στειρότητος. Κατὰ τὸν Dinkhauser (1940) ἐκ τῶν μο-

---

Δελτ. Ἑλλην. Κτην. Ἑτ., 1970, Τ. 21, τ. 1.
Ἐλήφθη πρὸς δημοσίευσιν τὴν 30-3-1970.
Ἀνεκοινώθη εἰς τακτικὴν συνεδρίαν τῆς Ε.Κ.Ε. τὴν 15-4-1970.

σχίδων παραμένουν αἱ 18,10% στεῖραι καὶ ἐκ τῶν ἀγελάδων αἱ 19,60% μετὰ τὸν πρῶτον τοκετὸν καὶ αἱ 71,50% μετὰ τὸν τέταρτον τοκετὸν ἀποκλείονται προώρως τῆς περαιτέρω ἀναπαραγωγῆς λόγῳ παθήσεων τοῦ ἀναπαραγωγικοῦ συστήματος.

Αἱ ἀνωτέρω ζημίαι δὲν εἶναι αἱ μόναι, αἵτινες προκαλοῦνται ἐκ τῆς στειρότητος. Εἰς τὰς ἐκ τῆς στειρότητος ζημίας προστίθενται καὶ αἱ ζημίαι, αἱ ὁποῖαι προκαλοῦνται ἀπὸ τάς περιοδικῶς στείρας ἀγελάδας, αἵτιτινες καθίστανται ἐκ νέου ἱκαναὶ πρὸς σύλληψιν μόνον κατόπιν ἐπεμβάσεως τοῦ κτηνιάτρου ἢ κατόπιν αὐτοϊάσεως, ἐννοεῖται μετὰ παρέλευσιν μακροῦ χρονικοῦ διαστήματος ἀπὸ τοῦ τελευταίου τοκετοῦ, διότι ἀκόμη καὶ ὅταν ἐπιτευχθῇ, μία παροδικῶς στεῖρα ἀγελὰς, νὰ καταστῇ ἐκ νέου ἱκανὴ πρὸς σύλληψιν προξενοῦνται σημαντικαὶ οἰκονομικαὶ ζημίαι ὑπὸ μορχὴν τῆς παρατάσεως τοῦ μεταξὺ δύο τοκετῶν χρονικοῦ διαστήματος. * Οὕτως, ὁ Robertson (Günzler und Richter, 1966) ὑπολογίζει, ὅτι ἀγελὰς ἀποδόσεως 3904 kg γάλακτος καὶ τοκετοῦ κάθε 12 μήνας ἔχει τὴν αὐτὴν οἰκονομικὴν ἀπόδοσιν μὲ ἀγελάδα ἀποδόσεως 4540 kg ἀλλὰ τοκετοῦ κάθε 14 μῆνας. Ὁ Grote (1961) ἀναφέρει, ὅτι κάθε (χρησιμοποιηθεὶς) ὀργασμός, ὁ ὁποῖος δὲν ἀκολουθεῖται ὑπὸ συλλήψεως προκαλεῖ ζημίας ἀνερχομένας εἰς 150 DM. Ἀμερικανοὶ ἐρευνηταὶ (Günzler und Richter 1966), ὑπολογίζουν ὅτι αἱ ἀγελὰδες, εἰς τὰς ὁποίας τὸ μεταξὺ δύο τοκετῶν χρονικὸν διάστημα ὑπερβαίνει τὰς 365 ἡμέρας, ἐπιβαρύνουν τὴν κτηνοτροφικὴν ἐκμετάλλευσιν ἡμερησίως, πέραν τῶν 365 ἡμερῶν, μὲ 1,60 δολλάρια Η.Π.Α.

Ἐκ διεξαχθείσης ἐρεύνης εἰς 49 βουστάσια τοῦ Κορωπίου Ἀττικῆς προκύπτει, ὅτι μόνον αἱ 48,75% τῶν ἀγελάδων γεννοῦν κάθε 365 ἡμέρας καὶ ὅτι εἰς 29,00% τῶν ἀγελάδων τὸ μεταξὺ δύο τοκετῶν χρονικὸν διάστημα ὑπερβαίνει τὰς 400 ἡμέρας. Οἱ Trautwein καὶ συνεργ. (1967) διεπίστωσαν, ὅτι μόνον εἰς 13,00% τῶν ἀγελάδων τὸ μεταξὺ δύο τοκετῶν χρονικὸν διάστημα ὑπερβαίνει τὰς 400 ἡμέρας.

Αἱ παθήσεις τῶν ὠοθηκῶν ἀποτελοῦν συχνὸν αἴτιον στειρότητος. Αὗται συντελοῦν κατὰ 29,50%, κατὰ τὸν Baier (1957) καὶ κατὰ 52.40%, κατὰ τὸν Ζαφράκαν (1969), εἰς τὴν στειρότητα τῶν ἀγελάδων.

---

* Ὡς κριτήρια τῆς γονιμότητος τῶν ἀγελάδων χρησιμοποιοῦνται (Konermann 1967):

1) Τὸ μεταξὺ δύο τοκετῶν χρονικὸν διάστημα (Μ. Τ. Δ.). Αἱ ἀγελάδες χαρακτηρίζονται ὡς στεῖραι (παροδικὴ στειρότης), ὅταν τὸ μεταξὺ δύο τοκετῶν χρονικὸν διάστημα ὑπερβαίνει τὰς 400 ἡμέρας. (Hignett and Hignetr, 1952. Trautwein καὶ συνεργ. 1967. Elze, 1967. Σεϊταρίδης 1968).

2) Τὰ ἀποτελέσματα τῆς πρώτης σπερματεγχύσεως (ΑΠΣ).

3) Ὁ συντελεστὴς σπερματεγχύσεως.

4) Τὸ χρονικὸν διάστημα ἀπὸ τῆς πρώτης σπερματεγχύσεως μέχρι τῆς συλλήψεως καὶ 5) Τὸ χρονικὸν διάστημα ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ μέχρι τῆς συλλήψεως.

Ἡ ἀτροφία τῶν ὠοθηκῶν καὶ οἱ κρυφοὶ ἢ σιωπηλοὶ ὀργασμοὶ εἶναι αἱ συχνότεραι ἐκ τῶν ὠοθηκικῶν παθήσεων.

I. ΑΤΡΟΦΙΑ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ (ATROPHIE, DYSTPOPHIE ODER AZYKLIE DER OVARIEN).

Εἰς τὰς ἀγελάδας καὶ τὰς μοσχίδας, αἵτινες παρουσιάζουν ἀτροφίαν τῶν ὠοθηκῶν, ἐλλείπουν τελείως τόσον ὁ ὠοθηκικὸς κύκλος, ἤτοι ἡ ἀνάπτυξις γραφειανῶν ὠοθυλακίων, ἡ ὠοθυλακιορρηξία καὶ ὁ σχηματισμὸς ὠχροῦ σωματίου, ὅσον καὶ τὰ ἐξωτερικὰ συμπτώματα τοῦ ὀργασμοῦ.

Κ λ ι ν ι κ ὴ ε ἰ κ ώ ν: Κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ἐξέτασιν ψηλαφοῦνται ὠοθῆκαι μικραὶ καὶ τοῦ αὐτοῦ μεγέθους, λείας ἐπιφανείας, ἤτοι ἄνευ ὠοθυλακίων ἢ ὠχρῶν σωματίων, καὶ σκληρᾶς συστάσεως. Ἡ μήτρα εἶναι μικροῦ μεγέθους καὶ ἔχει τοιχώματα χαλαρά. Ὁ βλεννογόνος τοῦ κόλπου καί τῆς κολπικῆς μοίρας τοῦ τραχήλου εἶναι ὠχρὸς καὶ ξηρὸς (κολπικὴ ἐξέτασις).

Ὅσον μεγαλυτέρας ἡλικίας εἶναι αἱ ἀγελάδες τόσον μεγαλυτέρου μεγέθους εἶναι αἱ ὠοθῆκαι, λόγῳ αὐξήσεως τοῦ συνδετικοῦ ἱστοῦ. Αἱ ὠοθῆκαι τῶν μοσχίδων καὶ τῶν πρωτοτόκων ἀγελάδων εἶναι, φυσιολογικῶς μικροῦ μεγέθους. Οὕτω, μόνον τὸ μέγεθος τῶν ὠοθηκῶν δὲν δύναται νὰ ἀποτελέσῃ ἀσφαλὲς κριτήριον τῆς λειτουργικῆς καταστάσεως τῶν ὠοθηκῶν. Σημασίαν ἔχει μόνον ἡ ὕπαρξις ἢ μὴ ὠοθυλακίων ἢ ὠχρῶν σωματίων.

Πρὸς διάγτωσιν τῆς ἀτροφίας τῶν ὠοθηκῶν δὲν εἶναι ἀρκετὴ μία ἐξέτασις. Ἀπαιτεῖται καὶ δευτέρα τοιαύτη μετὰ 8–10 ἡμέρας.

Δ ι α φ ο ρ ι κ ὴ δ ι ά γ ν ω σ ι ς: α) Ἀπλασία τῶν ὠοθηκῶν: Ἡ ἀπλασία τῶν ὠοθηκῶν χαρακτηρίξεται ἀπὸ τὴν ἀπουσίαν τῆς μίας ἢ ἀμφοτέρων τῶν ὠοθηκῶν, Εἶναι συγγενὴς ἀνωμαλία καὶ συνοδεύεται συχνὰ ὑπό ἀνωμαλιῶν καὶ τοῦ ὑπολοίπου γεννητικοῦ συστήματος. Συναντᾶται μόνον εἰς τὰς μοσχίδας. Παρατηρεῖται σπανίως.

Κλινικῶς χαρακτηρίζεται ἡ ἀπλασία τῶν ὠοθηκῶν ἀπὸ τελείαν ἔλλειψιν τῶν συμπτωμάτων τοῦ ὀργασμοῦ. Ἡ διάγνωσις αὐτῆς δὲν παρουσιάζει δυσκολίας.

β) Ὑποπλασία τῶν ὠοθηκῶν: Ἡ ὑποπλασία τῶν ὠοθηκῶν εἶναι συγγενὴς ἀνωμαλία καὶ δύναναι ν' ἀφορᾷ τὴν μίαν ἢ ἀμφοτέρας τὰς ὠοθήκας. Παρατηρεῖται σπανίως.

Ἡ ἀμφίπλευρος ὑποπλασία τῶν ὠοθηκῶν συναντᾶται μόνον εἰς τὰς μοσχίδας καὶ χαρακτηρίζεται ἀπὸ ὠοθήκας μικροῦ καὶ τοῦ αὐτοῦ μεγέθους, λείας ἐπιφανείας καὶ σκληρᾶς συστάσεως καὶ μήτραν ὑποπλαστι-

κήν. Κλινικῶς χαρακτηρίζεται αὕτη ἀπὸ τελείαν ἔλλειψιν τῶν συμπτωμάτων τοῦ ὀργασμοῦ.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις τῆς ἀτροφίας τῶν ὠοθηκῶν ἐκ τῆς ἀμφιπλεύρου ὑποπλασίας τῶν ὠοθηκῶν δὲν εἶναι εὔκολος.

γ) Κρυφοὶ ἢ σιωπηλοὶ ὀργασμοὶ (ἰδὲ κατωτέρω).

ΙΙ. ΚΡΥΦΟΙ Ἢ ΣΙΩΠΗΛΟΙ ΟΡΓΑΣΜΟΙ (STILLE BRUNST, SILENT ESTRUS): Οἱ κρυφοὶ ἢ σιωπηλοὶ ὀργασμοὶ ἐμφανίζονται συχνότερον εἰς ἀγελάδας ὑψηλῆς γαλακτοπαραγωγῆς (Murray, 1943. Meek, 1961. Morrow et al., 1969). Οἱ Labhsetwar et al., (1963) ἀναφέρουν, ὅτι οἱ κρυφοὶ ἢ σιωπηλοὶ ὀργασμοὶ παρατηροῦνται συχνότερον ἀπὸ 1ης Μαρτίου ἕως 31ης Αὐγούστου ἢ ἀπὸ 1ης Σεπτεμβρίου ἕως 28ης Φεβρουαρίου καὶ οἱ Küst καὶ Schaetz (1965), ὅτι οὗτοι παρατηροῦνται συχνότερον κατὰ τοὺς χειμερινοὺς μῆνας καὶ τὰς ἀρχὰς τῆς ἀνοίξεως. Ἀντιθέτως οἱ Morrow et al. (1969) δὲν διεπίστωσαν ἐπίδρασιν τῆς ἐποχῆς τοῦ ἔτους ἐπὶ συχνότητος τῶν κρυφῶν ἢ σιωπηλῶν ὀργασμῶν.

Ἡ συχνότης τῶν κρυφῶν ἢ σιωπηλῶν ὀργασμῶν ἐλαττοῦται ὅσον αὐξάνεται τὸ χρονικὸν διάστημα ἀπὸ τοῦ τελευταίου τοκετοῦ (Kidder et al. 1952. Trimberger and Fincher, 1956. Labhsetwar et al., 1963. Morrow et al. 1969). Οὕτως, οἱ Kidder et al. (1952) διεπίστωσαν κρυφοὺς ἢ σιωπηλοὺς ὀργασμοὺς εἰς ποσοστὸν 44,30% ἐντὸς τῶν πρώτων 60 ἡμερῶν καὶ εἰς ποσοστὸν 11,00% μεταξύ τῆς 61ης ἕως 308ης ἡμέρας ἀπὸ τοῦ τελευταίου τοκετοῦ.

Ἐκ 40.000 περίπου ἀγελάδων, αἵτινες ἐξητάσθησαν ὑπὸ τοῦ Kreuchauf (1966) κατὰ τὰ ἔτη 1962-1965, αἱ 10-15,0% παρουσίαζον κρυφοὺς ἢ σιωπηλοὺς ὀργασμοὺς. Εἰς Κορωπί, Ἀσπρόπυργον καὶ Ἐλευσῖνα Ἀττικῆς ἀνέρχονται οἱ κρυφοὶ ἢ σιωπηλοὶ ὀργασμοὶ εἰς 27,30% (Σεϊταρίδης καὶ Μαργαρίτης 1969).—

Κ λ ι ν ι κ ὴ ε ἰ κ ώ ν: Εἰς τὰς ἀγελάδας καὶ τὰς μοσχίδας, αἵτινες παρουσιάζουν κρυφοὺς ἢ σιωπηλοὺς ὀργασμοὺς, ἐλλείπουν τελείως τὰ ἐξωτερικὰ συμπτώματα τοῦ ὀργασμοῦ ἢ εἶναι αὐτὰ τόσον ἀσθενῆ, ὥστε παρέρχονται ἀπαρατήρητα, ἐνῷ ὁ ὠοθηκικὸς κύκλος, ἤτοι ἡ ἀνάπτυξις γραφειανῶν ὠοθυλακίων, ἡ ὠοθυλακιορρηξία καὶ ὁ σχηματισμὸς ὠχροῦ σωματίου, λαμβάνει χώραν κανονικῶς.

Κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ἐξέτασιν ψηλαφοῦνται, καίτοι αἱ ἀγελάδες σύμφωνα μὲ τὸ ἀναμνηστικὸν "δὲν ὀργάζουν,, κανονικοῦ μεγέθους ὠοθῆκαι μὲ πλήρως ἀνεπτυγμένον ὠχρὸν σωμάτιον ἢ ὠοθυλάκιον. Ἡ μήτρα εἶναι κανονικῶς ἀνεπτυγμένη.

Ὁ Dieter (1969) καὶ ὁ Arbeiter (1966) ἀναφέρουν, ὅτι τὸ ὠχρὸν σωμάτιον προέχει σαφῶς τῆς ὠοθηκικῆς ἐπιφανείας ἀπὸ τῆς 6ης ἡμέρας ἀ-

πὸ τῆς ὠοθυλακιορρηξίας-ὀργασμοῦ. Ὡς ἐκ τούτου κατὰ τὰς πρώτας 5 ἡμέρας ἀπό τῆς ὠοθυλακιορρηξίας δὲν δυνάμεθα νὰ διακρίνωμεν σαφῶς, κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ψηλάφησιν, τὸ ἐπὶ τῆς ὠοθήκης ὠχρὸν σωμάτιον. Οὕτως αἱ ἀγελάδες καὶ αἱ μοσχίδες μὲ κρυφοὺς ἤ σιωπηλοὺς ὀργασμοὺς, αἵτινες ὑποβάλλονται εἰς τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ἐξέτασιν κατὰ τὰς πρώτας πέντε ἡμέρας ἀπὸ τῆς ὠοθυλακιορρηξίας-ὀργασμοῦ, παρέχουν, λόγῳ ἀπουσίας τῶν ἐξωτερικῶν συμπτωμάτων τοῦ ὀργασμοῦ, τὴν κλινικὴν εἰκόνα τῆς ἀτροφίας τῶν ὠοθηκῶν. Πρὸς ἀποφυγὴν ἐσφαλμένων διαγνώσεων ἐπιβάλλεται ἐπανεξέτασις μετὰ 8-10 ἡμέρας.—

Γενικῶς αἱ παθήσεις τῶν ὠοθηκῶν δὲν δύνανται νὰ διαγνωσθοῦν, εἰμὴ δι' ἐπανειλημμένων διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ψηλαφήσεων ἀνὰ βραχὲα χρονικὰ διαστήματα. Ἡ δὲ διάγνωσις αὐτῶν δέον ὅπως μὴ βασίζεται μόνον ἐπὶ τῆς ὑπάρξεως ἢ μή τῶν ἐξωτερικῶν συμπτωμάτων τοῦ ὀργασμοῦ.

Τὸ ὠχρόν σωμάτιον ὅπερ ψηλαφεῖται εἰς τὰς ἀγελάδας καὶ τὰς μοσχίδας μὲ κρυφοὺς ἤ σιωπηλοὺς ὀργασμοὺς χαρακτηρίζεται συχνὰ ὡς παραμένον ὠχρὸν σωμάτιον (Corpus Luteum Persistens). Ἓν ὠχρὸν σωμάτιον χαρακτηρίζεται ὡς παραμένον (Corpus Luteum Persistens Verum) μόνον ὅταν εἰς ἐπανειλημμένας ἐξετάσεις, αἵτινες καλύπτουν τήν χρονικὴν περίοδον ἑνὸς ὠοθηκικοῦ κύκλου (21 ἡμέρας), ψηλαφῆται ἐπὶ τῆς αὐτῆς ὠοθήκης, ἐπί τῆς αὐτῆς θέσεως τῆς ὠοθήκης καὶ ἔχει τὸ αὐτὸ μέγεθος καὶ σύστασιν ἔχουν δὲ ἀποκλεισθῆ ἡ ἐγκυμοσύνη, οἱ πρώϊμοι ἐμβρυϊκοὶ θάνατοι καὶ ἡ ἐνδομητρῖτις μετὰ ἢ ἄνευ παθολογικοῦ περιεχομένου τῆς μήτρας (Aehnelt und Grunert, 1962). Ἐνῶ ὁ Ficko (1944), ὁ Schumann (1947) ὁ Trimberger (1966), ὁ Benesch (1957), οἱ Trimberger καὶ Fincher (1956), οἱ Varadin καὶ Penavin (1963) καὶ ἄλλοι παραδέχονται τὴν ὕπαρξιν τοῦ παραμένοντος ὠχροῦ σωματίου, ὁ Conradi (1949), ὁ Wohanka (1952, 1954), ὁ Vanderplassche (1960), οἱ Aehnelt καὶ Grunert (1962), ὁ Holtzhausen (1963), ὁ Kudlac (1967) καὶ ἄλλοι ἀποκλείουν τὴν ὕπαρξιν αὐτοῦ.

Διαφορικὴ διάγνωσις: α) Ὠχρὸν σωμάτιον ψευδοεγκυμοσύνης (Corpus Luteum Pseudograviditatis): Ὡς ὠχρὸν σωμάτιον ψευδοεγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται τὸ παραμένον ὠχρὸν σωμάτιον, τὸ ὁποῖον συνοδεύεται ὑπὸ ἐνδομητρίτιδος μετὰ ἢ ἄνευ παθολογικοῦ περιεχομένου τῆς μήτρας.

Κάθε ὅμως ἐνδομητρῖτις δὲν συνοδεύεται ὑπὸ παραμένοντος ὠχροῦ σωματίου (ὠχρὸν σωμάτιον ψευδοεγκυμοσύνης). Ὁ Frei (1927) τονίζει ὅτι μία ἐνδομητρίτις μετὰ ἢ ἄνευ παθολογικοῦ περιεχομένου τῆς μήτρας συνοδεύεται ὑπὸ παραμένοντος ὠχροῦ σωματίου ὅταν ἡ γέννεσις τῆς ἐνδομητρίτιδος συμπίπτει μὲ ἓν ὡρισμένον στάδιον ἀναπτύξεως τοῦ ὠχροῦ

σωματίου. Ἡ ἄποψις αὕτη τοῦ Frei ἐνισχύεται ἐκ τῶν παρατηρήσεων τῶν Schulz καὶ Grunert (1961). Οἱ ἐρευνηταὶ οὗτοι ἠδυνήθησαν νὰ διαπιστώσουν κατόπιν βιοψίας, ὅτι κατὰ τὴν ἐνδομήτριον ἔγχυσιν Lugol προκαλεῖται μεγάλου βαθμοῦ, ὀξεία ἐνδομητρίτις. Ἡ οὕτω προκαλουμένη ἐνδομητρίτις δύναται, ὅταν ἡ ἐνδομήτριος ἔγχυσις Lugol ἐνεργῆται μεταξὺ τῆς 8—11ης ἡμέρας ἀπὸ τῆς ὠοθυλακιορρηξίας—ὀργασμοῦ, νὰ συντελέση εἰς τὴν παραμονὴν τοῦ ὠχροῦ σωματίου·

Εἰς τάς ἀγελάδας, αἵτινες παρουσιάζουν ὠχρόν σωμάτιον ψευδοεγκυμοσύνης, ἐλλείπουν τὰ συμπτώματα τοῦ ὀργασμοῦ.

Προς διάγνωσιν τοῦ ὠχροῦ σωματίου ψευδοεγκυμοσύνης ἀπαιτοῦνται ἐπανειλημμέναι ψηλαφήσεις τῶν ὠοθηκῶν, αἵτινες θὰ καλύπτουν τὴν χρονικὴν περίοδον ἑνὸς ὠοθηκικοῦ κύκλου, ὡς καὶ κλινικὴ καὶ ἐργαστηριακὴ (ἱστοπαθολογικαὶ ἐξετάσεις μήτρας κατόπιν βιοψίας) ἐξέτασις μήτρας.

β) Κυστικὴ ἐκφύλισις ὠοθυλακίων: Ἡ κυστικὴ ἐκφύλισις τῶν ὠοθυλακίων διακρίνεται εἰς τὴν μικροκυστικὴν καὶ εἰς τὴν μεγαλοκυστικὴν ἐκφύλισιν τῶν ὠοθηκῶν: 1) **Μικροκυστικὴ ἐκφύλισις τῶν ὠοθηκῶν**: Ἡ μικροκυστικὴ ἐκφύλισις τῶν ὠοθηκῶν χαρακτηρίζεται κλινικῶς ἀπὸ τὴν ἀπουσίαν τῶν συμπτωμάτων τοῦ ὀργασμοῦ. Παρατηρεῖται σπανίως.

Κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ἐξέτασιν ψηλαφοῦνται ὠοθῆκαι τοῦ αὐτοῦ μεγέθους ὀλίγον μεγαλύτεραι τοῦ φυσιολογικοῦ καὶ σκληρᾶς συστάσεως. Ἐπὶ τῆς ὠοθηκικῆς ἐπιφανείας ψηλαφοῦνται πολυάριθμοι κύστεις μεγέθους φακῆς ἕως πίσου. Ἡ διάγνωσις τῆς μικροκυστικῆς ἐκφυλίσεως τῶν ὠοθηκῶν δὲν παρουσιάζει δυσκολίας,

2) **Μεγαλοκυστικὴ ἐκφύλισις τῶν ὠοθηκῶν**: Ἐκ τῶν ἀγελάδων μὲ μεγαλοκυστικὴν ἐκφύλισιν τῶν ὠοθηκῶν αἱ 84,30% κατὰ τοὺς Casida καὶ συνεργ. (1944), αἱ 18—33,00% κατὰ τὸν Garm (1949) καὶ αἱ 73,60% κατὰ τὸν Roberts (1955) παρουσιάζουν συμπτώματα νυμφομανίας. Ὁ Kudlac (1967) διεπίστωσεν, ὅτι ἐκ τῶν ἀγελάδων μὲ μεγαλοκυστικὴν ἐκφύλισιν τῶν ὠοθηκῶν μόνον αἱ 9,30% δείχνουν τυπικὰ συμπτώματα νυμφομανίας (διαρκὴς ὀργασμός). Συχνότερον παρατηροῦνται οἱ ἀκανόνιστοι ὀργασμοὶ (66,46%) καὶ ἡ τελεία ἔλλειψις τῶν συμπτωμάτων τοῦ ὀργασμοῦ (24.22%).

Κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ἐξέτασιν ψηλαφοῦνται ἐπὶ τῆς μιᾶς ἢ ἐπ' ἀμφοτέρων τῶν ὠοθηκῶν μία ἢ περισσότεραι κύστεις μεγέθους φασιόλου ἕως ὠοῦ ὄρνιθος μὲ λεπτὰ τοιχώματα καὶ λείας ἐπιφανείας. Τὸ μέγεθος τῶν κύστεων ἀνέρχεται εἰς 1,9—5,0 ἑκ. ἢ περισσότερον (Donaldson and Hansel, 1968. Οἱ Johnson καὶ συνεργ. (1966) χαρακτηρίζουν κάθε ὠοθυλάκιον, τοῦ ὁποίου ἡ διάμετρος ὑπερβαίνει τὰ 10 mm., ὡς κυστικὸν ὠοθυλάκιον (cystic follicle) ἀσχέτως ἐὰν συνοδεύεται ἢ ὄχι ὑπὸ

κλινικῶν συμπτωμάτων νυμφομανίας. Ἀλλὰ καὶ τὸ μέγεθος τῶν γραφειανῶν ὠοθυλακίων δύναται ν' ἀνέλθη ἕως 2,50 ἑκ, (Nusshag καὶ συνεργ., 1958). Οὕτω μόνον τὸ μέγεθος τῶν κύστεων δὲν δύναται ν' ἀποτελέση ἀσφαλὲς κριτήριον τῆς μεγαλοκυστικῆς ἐκφυλίσεως τῶν ὠοθηκῶν.

Πρὸς διάγνωσιν τῆς μεγαλοκυστικῆς ἐκφυλίσεως τῶν ὠοθηκῶν εἶναι ἀναγκαία ἡ ἐπανεξέτασις μετὰ 8—14 ἡμέρας. Κατὰ τὴν ἐπανεξέτασιν ταύτην, ὅταν πρόκειται περὶ μεγαλοκυστικῆς ἐκφυλίσεως τῶν ὠοθηκῶν, ἡ κύστις ἢ αἱ κύστεις ἀνευρίσκονται καὶ πάλιν, ἐνῷ ὅταν πρόκειται περὶ γραφειανοῦ ὠοθυλακίου, τοῦτο ἐξαφανίζεται καὶ εἰς τὴν θέσιν του ψηλαφεῖται ὠχρὸν σωμάτιον.

γ) Ὠχρινικαὶ κύστεις: Αἱ ὠχρινικαὶ κύστεις διακρίνονται εἰς ὠοθυλακιο—ὠχρινικὰς κύστεις καὶ εἰς κύστεις ὠχροῦ σωματίου.

Αἱ ὠοθυλακιο—ὠχρινικαὶ κύστεις (follikelluteinzysten, luteal cysts) σχηματίζονται ἐκ τῶν ἀτρητικῶν ὠοθυλακίων (anovulatory luteinized follicles) (Morrow et al, 1969. Williams, 1964) καὶ ἐπαλείφονται ἐσωτερικῶς ὑπὸ ὠχρινικῶν κυττάρων (thekaluteinzellen).

Αἱ ὠοθυλακιο—ὠχρινικαὶ κύστεις διακρίνονται, κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ψηλάφησιν, δυσκόλως ἐκ τῶν κυστικῶν ὠοθυλακίων (Morrow et all, 1969).

Αἱ κύστεις ὠχροῦ σωματίου (coprusluteumzysten, cystic corpora lutea, cystic corpus luteum) σχηματίζονται ἐκ τῶν ὠχρῶν σωματίων. Χαρακτηρίζεται δὲ ὡς κύστις ὠχροῦ σωματίου τὸ ὠχρὸν σωμάτιον, ὅπερ ἀναπτύσσεται μετὰ ὠοθυλακιορρηξίαν, καὶ περιέχει κεντρικὴν κοιλότητα διαμέτρου μεγαλυτέρας τῶν 10mm (McEntee, 1958, Morrow et al, 1969), πλήρης ὑγροῦ. Ὁ Hammond (1927) καὶ οἱ Donaldson καὶ Hansel (1968) θεωροῦν τὴν κεντρικὴν κοιλότητα τοῦ ὠχροῦ σωματίου, ὡς φυσιολογικὴν φάσιν τῆς ἀναπτύξεώς του.

Οἱ Asdell καὶ συνεργ. (1949) οἱ Malven καὶ συνεργ. (1963) καὶ ὁ Hansel (1964) διεπίστωσαν εἰς τὸ ὑγρὸν τῶν κύστεων ὠχροῦ σωματίου οἰστρογόνα. Τὰ φυσιολογικὰ ὠχρὰ σωμάτια δὲν παράγουν οἰστρογόνα (Savard, 1963, Hansel, 1964).

Ὁ προσδιορισμὸς τῆς προγεστερόνης εἰς κύστεις ὠχροῦ σωματίου ἔδειξεν, ὅτι αὗται περιέχουν ὀλιγωτέραν προγεστερόνην ἀπὸ τὰ φυσιολογικὰ ὠχρὰ σωμάτια (Hansel, 1964, Donaldson and Hansel, 1968). Ἡ εἰς κύστεις ὠχροῦ σωματίου ποσότης προγεστερόνης θεωρεῖται ἀνεπαρκής, κατὰ τοὺς Staples καὶ συνεργ. (1961) καὶ ἐπαρκής, κατὰ τὸν Hansel (1964), πρὸς διατήρησιν τῆς κυοφορίας.

Ὁ McEntee (1958) δὲν εὗρεν κύστεις ὠχροῦ σωματίου εἰς ἐγκύους ἀγελάδας, ἐνῷ οἱ Staples καὶ συνερ. (1961) καὶ οἱ Morrow καὶ συνεργ. (1969) παρετήρησαν εἰς ἐγκύους ἀγελάδας κύστεις ὠχροῦ σωματίου. Κατὰ

τοὺς Morrow καὶ συνεργ. (1969) φαίνεται, ὅτι αἱ κύστεις ὠχροῦ σωματίου δὲν ἐπιδροῦν ἐπὶ τῆς κυοφορίας. Οὗτοι ἀναφέρουν, ὅτι αἱ παρατηρούμεναι εἰς τὰς ἐγκύους ἀγελάδας κύστεις ὠχροῦ σωματίου ἐξαφανίζονται κατὰ τὴν διάρκειαν τῶν πρώτων 2—4 μηνῶν τῆς κυοφορίας, διὰ πληρώσεως, πιθανῶς, τῆς κοιλότητος, δι' ὠχρινικῶν κυττάρων ἢ συνδετικοῦ ἱστοῦ καὶ δι' ἀπορροφήσεως τοῦ ὑγροῦ.

Οἱ Willams (1943), Hancock (1948), Baier καὶ συνεργ. (1953), Roberts (1955) καὶ Dawson (1959) ἀναφέρουν, ὅτι αἱ κύστεις ὠχροῦ σωματίου ἐμποδίζουν τὴν ἐμφάνισιν τοῦ ὀργασμοῦ (Anestrus). Κατὰ τοὺς Jubb καὶ Kennedy (1963) καὶ McEntee (1950) αἱ κύστεις ὠχροῦ σωματίου προκαλοῦν ἀκανονίστους ὀργασμούς.

Αἱ κύστεις ὠχροῦ σωματίου ἐμφανίζονται συχνότερον κατὰ τὴν διάρκειαν Αὐγούστου—Ἰανουαρίου ἢ κατὰ τὴν διάρκειαν Φεβρουαρίου—Ἰουλίου (Morrow et al., 1969).

Οἱ Donaldson καὶ Hansel (1968) θεωροῦν τὰς κύστεις ὠχροῦ σωματίου ὡς παθολογικὰς μόνον ὅταν αὗται προκαλοῦν στειρότητα.

Κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθησμένου ἐξέτασιν ψηλαφεῖται ἐπὶ τῆς ὠοθήκης εἷς μαλακός, λεῖος, σφαιρικοῦ σχήματος καὶ κυματοειδοῦς συστάσεως, σχηματισμός. Τὸ μέγεθος τῶν κύστεων ὠχροῦ σωματίου εἶναι, συχνά, μεγαλύτερον τοῦ μεγέθους τῶν φυσιολογικῶν ὠχρῶν σωματίων.

Ἡ διάγνωσις τῶν κύστεων ὠχροῦ σωματίου, κατὰ τὴν διὰ τοῦ ἀπηυθυσμένου ψηλάφισιν, εἶναι δύσκολος.

Θ ε ρ α π ε ί α : Ι. Θεραπεία τῆς ἀτροφίας τῶν ὠοθηκῶν : Ὁ Dannenberg (1961) ἐχρησιμοποίησεν οἰστρογόνα (20—30 mg) πρὸς θεραπείαν τῆς ἀτροφίας τῶν ὠοθηκῶν. Ἐκ τῶν 276 ἀγελάδων, αἵτινες ὑπεβλήθησαν εἰς τὴν θεραπείαν αὐτήν, ἔμεινον ἔγκυαι αἱ 201, ἤτοι 72, 80%. Οἰστρογόνα (20—30 mg), ἐν συνδυασμῷ μετὰ τῆς παρεντερικῆς χορηγήσεως βιταμίνης Ε (100—150 mg) καὶ μαλάξεως τῶν ὠοθηκῶν καὶ τῆς μήτρας, ἐχρησιμοποίησαν καὶ οἱ Buhner καὶ Liebetran (1958). Ἐκ τῶν 33 ἀγελάδων, αἵτινες ὑπεβλήθησαν εἰς τὴν ἐν λόγῳ θεραπευτικὴν ἀγωγήν, ἔμεινον ἔγκυαι μόνον 6.

Διὰ τῆς χορηγήσεως οἰστρογόνων (20 mg) ἠδυνήθη ὁ Jondet (1959) νὰ προκαλέση μὲν ὀργασμὸν εἰς 80,0% τῶν περιπτώσεων, εἰς οὐδεμίαν ὅμως περίπτωσιν ὠοθυλακιορρηξίαν. Οὐδεμίαν ὠοθυλακιορρηξίαν, διὰ τῆς χορηγήσεως οἰστρογόνων, ἠδυνήθησαν νὰ προκαλέσουν ὁ Herrick (1955) καὶ ὁ Murray (1959).

Πιθανῶς τὰ οἰστρογόνα δροῦν—κυρίως—διὰ τοῦ προσθίου λοβοῦ τῆς ὑποφύσεως: διὰ τῶν οἰστρογόνων εὐαισθητοποιεῖται ὁ πρόσθιος λοβὸς τῆς ὑποφύσεως ἔναντι τοῦ «Gonadotropin - Releasing Factor» τοῦ

ὑποθαλάμου καὶ ἐκκρίνει, εἰς ηὐξημένας ποσότητας, γοναδοτρόπους ὁρμόνας (Schnell, 1968).

Ἡ χορήγησις οἰστρογόνων συνοδεύεται, οὐχὶ σπανίως, ὑπὸ τῆς μεγαλοκυστικῆς ἐκφυλίσεως τῶν ὠοθηκῶν (Dannenberg, 1961).

Ὁ Uray (1960) ἀναφέρει καλὰ ἀποτελέσματα διὰ τῆς ὑποδορείου χορηγήσεως 1000 U.I ὠοθυλακιοτρόπου ὁρμόνης (Serumgonadotropin-pms). Ἡ δόσις ἐπαναλαμβάνεται μετὰ 4 ἡμέρας.

Ὁ Mucci (1958) ἐπέτυχεν ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα διὰ τοῦ συνδυασμοῦ ὠοθυλακιοτρόπου ὁρμόνης (1000 U.I) καὶ οἰστρογόνων (7mg),

Οἱ Fiorello καὶ Ugo (1969) ἐχρησιμοποίησαν συγκριτικῶς : Chorionic Gonadotropin (1000 U.I), Chorionic Gonadotropin (1000 U.I)+ Vitam. A (1.000.000 U.I) καὶ E (1.000.000 U.I), Pregnant Mares Serum (1.000 U.I), Pregnant Mares Serum (1.000 U.I) + Vitam. A (1.000.000 U.I) καὶ E (1.000.000 U.I), Vitam. A (1.000.000 U.I) καὶ E (1.000.000 U.I), Vitam. A (1.00.000 U.I), D_3 (1.000.000 U.I) καὶ E (1 000.000 U.I), Pregnant Mares Serum (1.000 U.I) + Estrogendiethyl stilbestrol (7 mg) καὶ Estrogendiethylstilbestrol (15 mg). Οὗτοι ἐπέτυχον τὰ καλύτερα ἀποτελέσματα διὰ Chorionic Gonadotropin (1.000 U.I) + Vitam. A. (1.000.000 U.I) καὶ E (1.000.000 U.I).

Οἱ Aehnelt καὶ Konermann (1969) συνιστοῦν τὴν χορήγησιν ὠοθυλακιοτρόπου (Serumgonadotropin) ὁρμόνης (500 - 1000 U.I) μετὰ τῆς, διὰ τοῦ στόματος, χορηγήσεως ἀνοργάνων ἁλάτων καὶ ἰχνοστοιχείων (100 - 150 g.) καὶ τῆς παρεντερικῆς χορηγήσεως τῶν βιταμινῶν A (2.000.000 U.I) καὶ E (200 mg).

Οἱ Halez καὶ συνεργ. (Arbeiter, 1966) χορηγοῦν, ἐνδοφλεβίως ἢ ἐνδομυϊκῶς, 4.000 - 5.000 U.I. Pregnant Mares Serum Gonadotropin (PMSG), μετὰ 2 ἡμέρας, ὑποδορείως ἢ ἐνδομυϊκῶς, 5—20 mg Ostradiol καὶ μετὰ 3—7 ἡμέρας, ἐνδοφλεβίως, 2.000 U.I. Human Chorion Gonadotropin (H.C.G.).

Ὁ Paredis (1964) καὶ οἱ Küst καὶ Schaets (1965) τονίζουν, ὅτι τῆς χορηγήσεως τῶν ὁρμονῶν, πρὸς θεραπείαν τῆς ἀτροφίας τῶν ὠοθηκῶν, δέον ὅπως προηγῆται ἡ βελτίωσις τῶν συνθηκῶν διατροφῆς, περιποιήσεως καὶ ἐνσταυλισμοῦ.

Ὁ Kudlac (1967) ἀναφέρει, ὅτι ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀγελάδων, αἵτινες παρουσιάζουν ὀργασμὸν κατόπιν χορηγήσεως ὠοθυλακιοτρόπου ὁρμόνης (Serumgonadotropin), εἶναι ἱκανοποιητικός, οὐχὶ ὅμως καὶ ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀγελάδων, αἵτινες μένουν ἔγκυοι. Πιθανῶς τὸ ἀναπτυσσόμενον διὰ χορηγήσεως ὠοθυλακιοτρόπου ὁρμόνης, ὠάριον δὲν εἶναι γόνιμον καὶ ὡς ἐκ τούτου δὲν λαμβάνει χώραν ἡ γονιμοποίησις ἢ εἶναι γόνιμον καὶ λαμ-

βάνει χώραν ἡ γονιμοποίησις οὐχὶ ὅμως καὶ ἡ ἐγκατάστασις τοῦ γονιμοποιηθέντος ὠαρίου ἐν τῇ μήτρα.

II. Θεραπεία τῶν κρυφῶν ἢ σιωπηλῶν ὀργασμῶν : Ὁ Arbeiter (1966) συνιστᾶ πρὸς θεραπείαν τῶν κρυφῶν ἢ σιωπηλῶν ὀργασμῶν, τὴν ἐκπυρήνωσιν τοῦ ὠχροῦ σωματίου (*). 4 - 7 ἡμέρας ἀπὸ τῆς ἐκπυρηνώσεως τοῦ ὠχροῦ σωματίου ἐμφανίζονται ὀργασμὸς καὶ ὠοθυλακιορρηξία. Ἐπιτυγχάνονται καλύτερα ἀποτελέσματα διὰ τοῦ συνδυασμοῦ τῆς ἐκπυρηνώσεως τοῦ ὠχροῦ σωματίου μετά τῆς χορηγήσεως ὠοθυλακιοτρόπου (Serumgonadotropin) ὁρμόνης (1000—2000 U.I) Kudlac (1967).

Οἱ Hafez καὶ συνεργ. Arbeiter, 1966) χορηγοῦν, μετὰ ἢ ἄνευ τῆς ἐκπυρηνώσεως τοῦ ὠχροῦ σωματίου, ἐνδοφλεβίως ἢ ἐνδομυϊκῶς, Pregnant Mares Serum Gonadotropin (1000 – 3000 U.I) καὶ μετὰ 3—7 ἡμέρας, ἐνδοφλεβίως, Human Chorion Gonadotropin (1000—2000 U.I). Ἡ χορήγησις, ἐνδομυϊκῶς ἢ ὑποδορείως, 5 - -20 mg Ostradiol, 1 — 2 ἡμέρας ἀπὸ τῆς χορηγήσεως Pregnant Mares Serum Gonadotropin, αὐξάνει τὰ ἀποτελέσματα,

Ὁ Uray (1960) χορηγεῖ, ὑποδορείως, Pregnant Mares Serum (1000 U.I). Ἡ δόσις ἐπαναλαμβάνεται μετὰ 4 ἡμέρας.

Οἱ Küst καὶ Schaetz (1960) συνιστοῦν τὴν χρῆσιν μικρῶν δόσεων οἰστρογόνων καὶ οἱ Aehnelt καὶ Konermann (1969) τὴν παρεντερικὴν χορήγησιν τῶν βιταμινῶν A (2.000.000 U.I) καὶ E (200 mg).

Οἱ Schmidt καὶ συνεργ. (1970) ἠδυνήθησαν νὰ περιορίσουν τὰς παθήσεις τῶν ὠοθηκῶν ἀπὸ 16,0—25,0% εἰς 3.90% διὰ τῆς διὰ τοῦ στόματος χορηγήσεως Chlormadinonazetat (CAP). Ἡ θεραπεία ἄρχεται ἀπὸ τῆς 15ης ἢ 20ης ἢ 25ης ἡμέρας ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ καὶ συνεχίζεται ἐπὶ 15—20 ἡμέρας. Ἡ ἡμερησία δόσις ἀνέρχεται εἰς 10 mg.

Ὁ Arbeiter (1966) ἀναφέρει, ὅτι ἡ παρουσία ἐν τῷ βουστασίῳ

(*) Ἡ ἐκπυρήνωσις τοῦ ὠχροῦ σωματίου ἐνέχει ὡρισμένους κινδύνους : Οὕτω, δύνανται νὰ προκληθοῦν αἱμορραγίαι μὲ θανατηφόρον ἔκβασιν (εἰς ἀναλογίαν 1 : 300 ἕως 1 : 5.000 κατὰ τὸν Blaschke, 1961), ἐμφράξεις σαλπίγγων, συμφύσεις τοῦ ὠοθηκικοῦ θυλάκου (Bursa Ovarica), ὡς καὶ συμφύσεις ὠοθηκῶν, σαλπίγγων καὶ κοιλιακοῦ τοιχώματος. Οἱ κίνδυνοι περιορίζονται ὅταν ἡ ἐκπυρήνωσις ἐκτελῆται μεταξὺ τῆς 8—11ης ἡμέρας (ἀκμὴ τοῦ ὠχροῦ σωματίου) ἀπὸ τῆς ὠοθυλακιορρηξίας - ὀργασμοῦ. Εἰς τὸ στάδιον τῆς ἀναπτύξεως τοῦ ὠχροῦ σωματίου δύνανται νὰ προκληθοῦν, κατὰ τὴν ἐκπυρήνωσιν, θρυμματισμὸς καὶ μερικὴ μόνον ἀπομάκρυνσις τοῦ ὠχροῦ σωματίου, ἐνῶ εἰς τὸ στάδιον τῆς ὑποπλασίας τοῦ ὠχροῦ σωματίου δύνανται νὰ προκληθοῦν, κατὰ τὴν ἐκπυρήνωσιν, συνθλήψεις καὶ ἀπώλεια ὠοθηκικῆς μάζης, ρῆξις ἀγγείων, συμφύσεις, κλπ. (Arbeiter, 1966. Aehnelt und Grunert, 1962).

Ὁ Kudlac (1967) παρετήρησεν εἰς ἀγελάδας, εἰς ἃς ἐνεργήθη ἐκπυρήνωσις ὠχροῦ σωματίου, μεγαλοκυστικὴν ἐκφύλισιν τῶν ὠοθηκῶν εἰς ποσοστὸν 2,59 - 6,52%.

ἀνιχνευτοῦ ταύρου, ὅστις καθίσταται ἀνίκανος πρὸς φυσικὴν σπερματέγχυσιν, κατόπιν εἰδικῆς ἐγχειρήσεως (Schipilow 1965), καθιστᾷ ἐντονώτερα τὰ ἐξωτερικὰ συμπτώματα τοῦ ὀργασμοῦ καὶ συντελεῖ εἰς τὴν ἀνακάλυψιν τῶν ἀγελάδων μὲ κρυφοὺς ἢ σιωπηλοὺς ὀργασμούς. Οἱ Aehnelt καὶ Grunert (1969) τονίζουν τὴν σημασίαν τῆς ἐξόδου τῶν ἀγελάδων εἰς προαύλιον.

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ

Περιγράφονται ἡ κλινικὴ εἰκών, ἡ διάγνωσις, ἡ διαφορικὴ διάγνωσις, καὶ ἡ θεραπεία τῆς ἀτροφίας τῶν ὠοθηκῶν καὶ τῶν κρυφῶν ἢ σιωπηλῶν ὀργασμῶν τῶν ἀγελάδων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Aehnelt und Grunert** (Blaschke, Baier und Mitarb., Conradi, Frei, Schumann, Schulz und Grunert, Vandeplassche, Wohanaka): Deutsch. Tierärztl. Wscr., 69, 7, 1962.
2. **Aehnelt und Grunert** (Mucci, Nusshag und Mitarb., Peredis): Prolan - Broschüre, 1969.
3. **Aehnelt und Konermann**: In Buiatrik. Schaper Verlag. Hannover, 1969.
4. **Arbeiter** (Herriek, Jondet, Murray): Fortpfl. Haust. 1, 260, 1965.
5. **Arbeiter**: Wien. Tierätztl. Mschr. 53, 750, 1966.
6. **Baier** (Bauer, Dinkhauser): Berl. und Münch. Tierärztl. Wschr. 70, 131, 1957.
7. **Benesch**: Lehrbuch der Tieräztlichen Geburtshilfe und Gynäkologie Urban & Schwarzenberg Verlag, 1957.
8. **Bühner und Liebetran**: Mh. Vet. Med. 13, 420, 1958.
9. **Dieter**: Tierärztl. Umsch. 19, 223, 1964.
10. **Dieter**: Tierärztl. Umsch. Sonderdruck, 1969.
11. **Dannenberg**: Mh. Vet. Med. 16, 108, 1961.
12. **Donaldson and Hansel**: Austral. Vet. J. 44, 304, 1968.
13. **Fiorello and Ugo**: Atti Società Italiana di Buiatria. 1, 343. 1969.
14. **Günzler und Richter**: Mitt. D. Rindergesundheitsdienstes in Bayern, 19, 2, 1966.
15. **Elze**: Fortpfl. Haust 3, 31, 1967.
16. **Hansel**: Proc. 5th Internatl. Cong. Reprod. 7, 378, 1964 (SAVARD).
17. **Hignett and Hignett**: Vet. Rec. 64, 203, 1952.

18. **Holzhausen (Ficko)** : Diss. Hannover, 1963.
19. **Konermann (Grote)** : Habilitationsschr. Schaper Verlag, Hannover, 1967.
20. **Kudlac** : Wien. Tierärztl. Mschr. 54, 390, 1967.
21. **Kubesch** : Diss. Wien, 1964.
22. **Küst und Schaetz** : Fortplanzungsstörungen bei der Haustieren. G. Fischer Verlag. Jena, 1965.
23. **Kreuchauf** : Tierärztl. Umsch. 21, 327, 1966.
24. **Morrow et al.** (Asdell et al., Casida et al., Garm, Hammond, Hancock, Johnson et al., Jubb and Kennedy, Kidder et al., Labhsetwar et al., Malven et al., Mc Entee, Meek, Murray, Roberts, Staples et al., Trimberger, Trimberger and Fincher, Williams) : The Cornell Vet. LIX 134 & 173, 1969.
25. **Schnell** : Fortpfl. Haust. 4, 128, 1968.
26. **Schipilow** : Fortpfl. Haust. 2, 99, 1965.
27. **Schmidt und Mitarb.** : Zuchthygiene, 5, 11, 1970.
28. **Trautwein und Mitarb.** : Zuchthygiene 2, 1, 1967.
29. **Uray** : Wien. Tieräztl. Mshr. 47, 696, 1960.
30. **Varadin und Penavin** : Welt Tierärztekongr. 1227, 1963.
31. **Ziegenhagen** : Z. Tierzüchtg. u. Züchtungsbiol. 59, 331, 1951.
32. **Williams** : Proc. 5th International Cong. Reprod. 7, 387, 1964.
33. **Ζαφράκας** : Ἑλλην. Κτην, 12, 1, 1969.
34. **Σεϊταρίδης** : Ἑλλην. Κτην. 11, 111, 1968.
35. **Σεϊταρίδης** καὶ **Μαργαρίτης** : Δ.Ε.Κ.Ε. 20, 192, 1969.

SUMMARY

Diagnosis and therapy
of ovarian atrophy and inapparent or silent rut in cow.

By **C. Seïtarides, T. Rossis** and **J. Capoulas**

The authors describe the clinical features, the diagnosis, the differential diagnosis and the therapy of ovarian atrophy and inapparent or silent rut in cow.

RÉSUMÉ

Diagnostic et thérapie
de l' atrophie des ovaires et des chaleurs inapparentes silencieuses des vaches

On décrit le tableau clinique, le diagnostic, le diagnostic dif-

férentiel et la thérapie de l' atrophie des ovaires et des chaleurs inaparentes ou silencieuses des vaches.

ZUSAMMENFASSUNG

Diagnose und Therapie der Atrophie der Ovarien und der Stillen Brust bei den Kühen.

Es wird über das klinische Bild, die Diagnose, die Differentialdiagnose und die Therapie der Atrophie der Ovarien und der Stillen Brunst bei den Kühen berichtet.