

393.315

PATOLOGIA I TERAPIA  
przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,

oraz uwagi

O LECZENIU NEURASTENII PŁCIOWEJ.

NAPISAŁ

D-r S. GROSLIK.

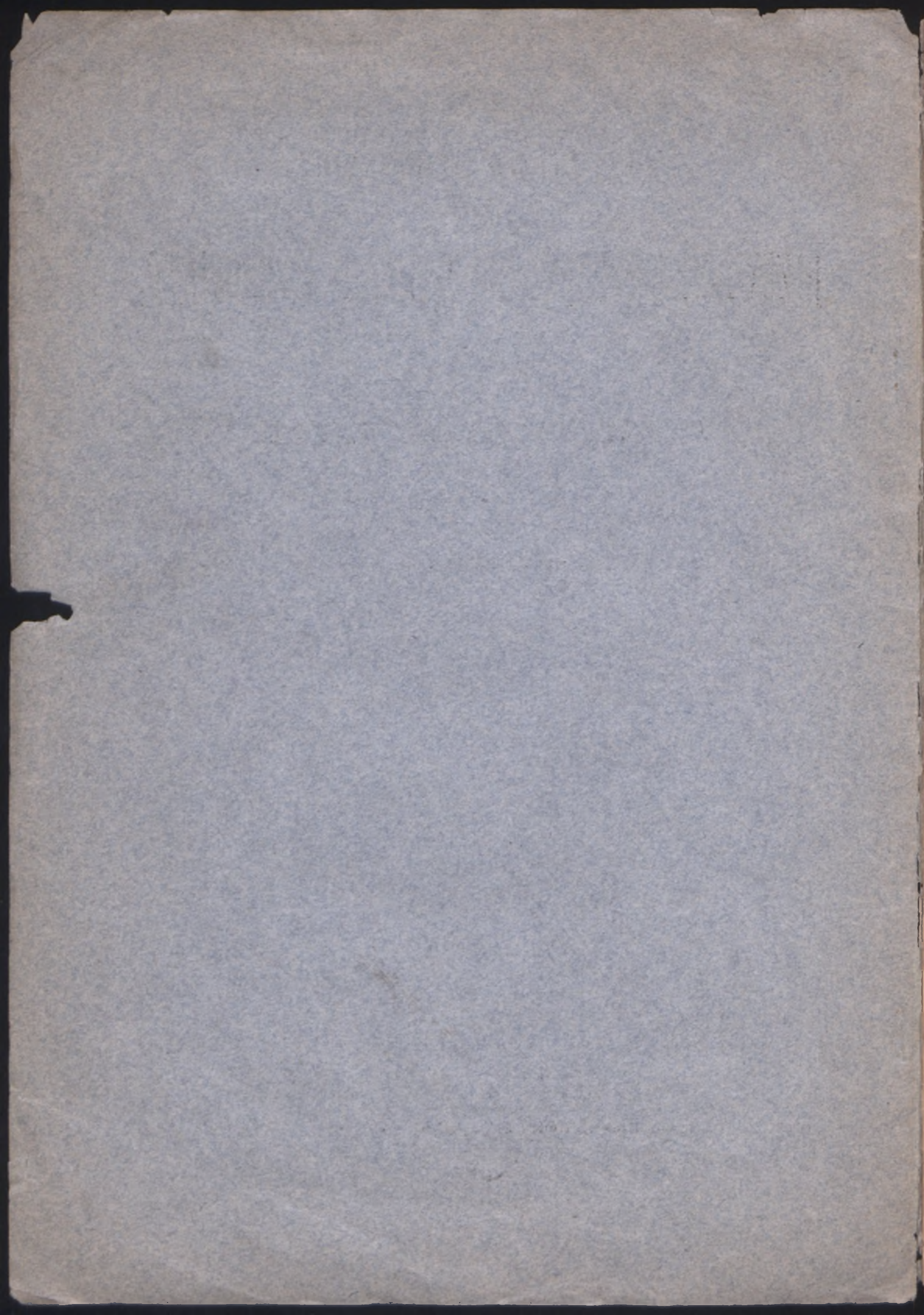
-----  
*Odbitka z Medycyny.*  
-----

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

1896.

Skład główny w księgarni i składzie nr  
6. Centnerschwa, w Warszawie.



PATOLOGIA I TERAPIA

przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,

oraz uwagi

O LECZENIU NEURASTENII PŁCIOWEJ.

NAPISAŁ

D-r S. GROSLIK.

*Odbitka z Medycyny.*

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

1896.

Дозволено Цевзурою.  
Варшава, 28 Марта 1896 г.



III 399.315

5-104  
9.11.31

**PATOLOGIA I TERAPIA**  
**przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,**  
oraz uwagi  
**o leczeniu neurastenii płciowej.**

Napisał **S. Groszlik.**

Cierpienie, znane pod nazwą przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego (*prostatitis chronica*), stanowi częste powikłanie rzeżączki. Bywa ono jednak rozpoznawane bardzo rzadko, ponieważ towarzyszące mu objawy nie są zawsze jednakowe, zaburzenia miejscowe bywają niekiedy niedość wyraźne, na pierwszy plan natomiast występują często zaburzenia ze strony układu nerwowego, które maskują źródło cierpienia. Nadto, brak bardziej namacalnych zmian w gruczole krokowym, dotkniętym zapaleniem przewlekłym, nastęrcza często nieprzewyciężone trudności rozpoznawcze. Nic też dziwnego, że gdy jedni uważają zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego za cierpienie bardzo rzadkie (FUEBRINGER), inni natomiast (FINGER, FELEKI i inni) są zdania wręcz przeciwnego.

W ostatnich czasach znajomość poruszanej przez nas sprawy poczyniła znaczne postępy, dzięki całemu szeregowi prac, dotyczących zmian anatomicznych, rozpoznania i leczenia zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Rozporządzając materiałem, obejmującym kilkanaście przypadków, w których, pomimo różnorodności objawów klinicznych, rozpoznanie, oparte na ścisłych danych drobno widzowych, nie przedstawiało najmniejszych wątpliwości, chcę skreślić obraz chorobowy tego cierpienia oraz wypowiedzieć kilka uwag, dotyczących rozpoznania i leczenia.

**I. Przyczyny.**

Wspomnieliśmy już wyżej, że zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego stanowi powikłanie rzeżączki. Wiadomo powszechnie, że w przebiegu rzeżączki ostrej sprawa zapalna nie zawsze ogranicza się do warstw powierzchownych błony śluzowej cewki, że zajmuje ona nieraz tkanki głębiej leżące i daje powód do powstawania zapaleń ostrych tkanki okołocewkowej (*periurethritis acuta*) i ciał jamistych (*cavernitis acuta*)—w przedniej części cewki, oraz ostrego zapalenia gruczołu krokowego (*prostatitis acuta*), jeżeli rzeżączka umiejscawia się w tylnej części cewki. Zupełnie analogiczne sprawy zachodzą przy rzeżączce przewlekłej. Zgodnie z FINGER'em<sup>1)</sup>, odróżniamy następujące odmiany rzeżączki przewlekłej:

*Urethritis chronica anterior* { *a) superficialis, mucosa*  
  *b) profunda* (t. j. plus *periurethritis et cavernitis chronica*).

*Urethritis chronica posterior* { *a) superficialis, mucosa*  
  *b) profunda* (t. j. plus *prostatitis chronica*).

Sposób rozprzestrzeniania się sprawy zapalnej z cewki tylnej na gruczoł krokowy łatwo pojąć, jeżeli sobie uprzytomnimy stosunek anatomiczny, zachodzący między gruczolem krokowym a tylną częścią cewki. Pod cewką tylną rozumiemy część błoniastą i krokową (*pars membranacea et prostatica*). Pierwsza rzadko bywa

<sup>1)</sup> FINGER. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1891. Ergänzungsheft 1. 1893.; oraz Internation. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. III. Heft 2. 1892; Bd. IV. Heft 3. 1893 r.

siedliskiem rzeźączki przewlekłej; jeżeli zaś to ma miejsce, to zmiany anatomiczne są bardzo słabo wyrażone. Głęboki tryper przewlekły tkwi głównie w części krokowej, otoczonej ze wszech stron gruczołem krokowym. Największa masa gruczołu znajduje się pod tylną ścianą części krokowej cewki i jest z nią silnie zespolona dzięki tej okoliczności, że muskulatura cewki bezpośrednio przechodzi w muskulaturę gruczołu. Istotną część narządu tworzą woreczki gruczołowe, a raczej kanaliki, które przedstawiają tylko rozgałęzienie przewodów wyprowadzających. Przewody te otwierają się licznymi otworami na błonie śluzowej części krokowej cewki, z obu stron wzgórka nasiennego (*colliculus seminalis*). Rzecz prosta, że dzięki opisanym stosunkom anatomicznym, sprawa zapalna, gnieźdząca się w części krokowej cewki, bardzo łatwo rozprzestrzeniać się może na przewody wyprowadzające gruczołu krokowego, stąd zaś *per continuitatem* przechodzi na część mięszową tego narządu.

Dopiero co zaznaczony sposób rozprzestrzeniania się sprawy zapalnej zdarza się w większości przypadków; zazwyczaj też przewlekłemu zapaleniu gruczołu krokowego towarzyszy lub towarzyszyło przewlekłe zapalenie błony śluzowej cewki tylnej. Zdaje się jednak, iż niezawsze zachorzenie gruczołu krokowego odbywa się *per continuitatem* z błony śluzowej cewki tylnej. Opisane są w literaturze przypadki zajęcia gruczołu krokowego, przyjądrzy i pęcherzyków nasiennych; sam zaś kilkakrotnie spostrzegalem zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego—przy zupełnym braku sprawy zapalnej w cewce tylnej. W jaki sposób zapalenie w tych razach przechodzi na gruczoł krokowy — niewiadomo; można tylko przypuścić, że pierwiastki zakaźne, przedostawszy się z przedniej cewki do tylnej, nie znajdując tu odpowiednio przygotowanego gruntu do wywołania sprawy zapalnej; natomiast rozwija się ona w przydatkach, będących w bezpośrednim związku z błoną śluzową cewki tylnej. Być może jednak, że i w tych razach przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego rozwinęło się na tle zapalenia cewki tylnej o przebiegu łagodnym i krótkotrwałym, że zapalenie to nie zwróciło uwagi chorych i w chwili badania ślady jego całkowicie zginęły.

Jest jeszcze obecnie, zdaniem mojem, rzeczą nierozstrzygniętą, czy zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego rozwija się samodzielnie w zależności od przewlekłej rzeźączki, czy też przedstawia ono pozostałość dawnego ostrego zapalenia gruczołu krokowego. Większość autorów sądzi, że oba te sposoby powstawania przewlekłego zapalenia gruczołu są możliwe, że wszakże częściej cierpienie to rozwija się powoli bez poprzedzających objawów zapalenia ostrego. Jakkolwiek osobiście spostrzegalem kilkanaście przypadków przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, w których chorzy stanowczo zapewniali, że nigdy ostrem zapaleniem gruczołu dotknięci nie byli, sądzę jednak, że przytoczony powyżej pogląd — może i najzupełniej racjonalny — oparty jest raczej na przypuszczeniach, aniżeli na ścisłych danych. Nie wiemy bowiem dokładnie, jak często ostre zapalenie gruczołu krokowego towarzyszy rzeźączce, ponieważ badanie gruczołu rzadko kiedy bywa dokonywane przy rzeźączce; objawy zaś, właściwe lżejszym postaciom ostrego zapalenia gruczołu, bardzo mało różnią się od objawów zapalenia cewki tylnej i nie raz nie zwracają na siebie uwagi chorego i lekarza. Jeżeli wierzyć zdaniu SIGMUND'a, wypowiedzianemu jeszcze w r. 1858, że każda rzeźączka, bardziej uporczywa, wikła się obrzmieniem gruczołu krokowego, nie ustępującem najczęściej nawet po zupełnem wyleczeniu rzeźączki, oraz jeżeli zgodzimy się z MONTAGNON'em (1885) i ERAUD'em (1886), według których zachorzenie gruczołu krokowego ma miejsce w 70% przypadków rzeźączki tylnej części cewki, — należałoby przyjąć, że samoistne powstawanie przewlekłego zapalenia gruczołu na tle rzeźączki przewle-

klej, bez poprzedzających objawów ostrych ze strony gruczołu, zdarza się rzadziej, aniżeli powszechnie mniemają.

Istota sprawy zapalnej, której tak często podlega gruczoł krokowy, dotychczas mało zwracała na siebie uwagi. Jeszcze w r. 1893 FINGER, rozpatrując w znanym podręczniku swoim <sup>2)</sup> etyologię zapalenia gruczołu krokowego, utrzymywał, że dotychczas jeszcze nie rozstrzygnięto, czy zapalenie gruczołu, zarówno ostre jak i przewlekłe, powstaje skutkiem zakażenia rzeżączkowego, czy też zakażenia mieszanego. W ostatnich czasach sprawa ta była przedmiotem rozpraw na zjeździe dermatologów we Wrocławiu (1894), na którym NEISSER w imieniu swoim i asystenta swego PUTZLER'a <sup>3)</sup> zakomunikował odnośne badania. Zdaniem NEISSER'a, u chorych, dotkniętych przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego, można w większości przypadków znaleźć gonokoki w wydzielinie wyciśniętej z gruczołu. Obecnością gonokoków w wydzielinie gruczołu krokowego można według NEISSER'a wytłomaczyć ten fakt, że uporczywe przypadki rzeżączki przewlekłej, pomimo pozorowanego wyleczenia, mają często skłonność do nawrotów. FELEKI <sup>4)</sup> w świeżo ogłoszonej pracy potwierdza zdanie NEISSER'a i przytacza spostrzegany przez siebie przypadek przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, w którym również stwierdził obecność gonokoków w wydzielinie wyciśniętej z gruczołu. Jakkolwiek poszukiwania moje, dokonywane w kilkunastu przypadkach, dawały mi zawsze wynik ujemny (w jednym przypadku, gdzie istniała prawdziwa *prostatorrhoea*, poddano badaniu około 20 preparatów, przygotowanych rozmaitymi czasami), sądzę jednak, że ze zdaniem powyższych autorów liczyć się należy, i że powinniśmy starannie szukać gonokoków, zwłaszcza w przypadkach uporczywych zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Ważne jest to szczególnie wówczas, gdy chorzy, zamierzający wstąpić w związki małżeńskie, czynią krok ten zależnym od wyników badania bakteryologicznego.

Obok roztrząsanej powyżej przyczyny, mianowicie rzeżączkowego zapalenia cewki, niektórzy przyjmują i inne jeszcze przyczyny przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Zarówno w podręcznikach, jak i pracach specjalnych, poświęconych zajmującemu nas przedmiotowi, znaleźć można zdanie, że przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego może rozwinąć się skutkiem nadużyć płciowych, samogwałtu, hemoroidów, zwężeń cewki i t. d. Jest to pogląd błędny, oparty na nieznamości składu morfologicznego wydzielin cewkowych. Wiadomo, że nadużycia płciowe wszelkiego rodzaju dają nieraz powód do powstawania wydzieliny z cewki wskutek przedrażnienia gruczołów cewkowych; wydzielina ta jednak—jak się później przekonamy —nie ma nic wspólnego z wydzieliną gruczołu krokowego. Z drugiej strony, niema, zdaniem mojem, żadnego dowodu przekonywającego, aby w następstwie nadużyć płciowych rozwijały się sprawy zapalne w cewce lub gruczole krokowym. Co się zaś tyczy zwężeń cewki, to na zasadzie spostrzeżeń moich nie mogę nawet twierdzić, aby one stanowiły moment sprzyjający powstawaniu przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Na 16 bowiem przypadków zapalenia przewlekłego gruczołu, zaledwie w jednym zdołałem stwierdzić obecność zwężenia cewki. Zresztą, zwężenia cewki, pomijając bardzo rzadkie zwężenia urazowe, rozwijają się tylko w następstwie przebytej rzeżączki; w przypadkach więc jednoczesnego istnienia zwężenia i zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, przyczyną obu tych cierpień może być tylko rzeżączka.

<sup>2)</sup> FINGER. Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Complicationen. Leipzig u. Wien. 1893.

<sup>3)</sup> NEISSER I PUTZLER. Zur Bedeutung der gonorrhöischen Prostatitis. Verhandlungen d. deutschen dermatolog. Gesellschaft Wien u. Leipzig. 1894. Str. 325.

<sup>4)</sup> FELEKI. Beiträge zur Kenntniss u. Therapie der chronischen Entzündung der Prostata und Samenbläschen. Centralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. 1895. Zeszyt 9 i 10.

Wydaje mi się również rzeczą niedowiedzioną, ażeby hemoroidy, zaziębienie lub inne tym podobne stany chorobowe, mogły być przyczyną zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że około 70% wszystkich przypadków rzeżączki wikła się w następstwie zapaleniem przewlekłym gruczołu krokowego, poszukiwanie innych przyczyn okaże się zupełnie zbytecznym. Przynajmniej w przypadkach, które osobiście spostrzegalem, chorzy bez wyjątku przechodzili rzeżączkę. Przyjmując jednak rzeżączkę za wyłączną przyczynę zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, mamy na myśli nietylko zapalenie cewki, wywołane przez gonokoki, lecz zapalenie cewki wogóle. Nie jest bowiem rzeczą niemożliwą, ażeby zapalenie cewki w następstwie wadliwego cewnikowania nie mogło spowodować zapalenia gruczołu krokowego o przebiegu przewlekłym.

## II. Anatomia patologiczna.

Zmiany anatomiczne, jakim podlega gruczoł krokowy przy zapaleniu przewlekłym, bywają dwójakiego rodzaju. Najczęściej sprawa obejmuje mięsz gruczołu. Nabłonki gruczołowe wykazują rozmaity stopień zmętnienia, wewnątrz pęcherzyków gruczołowych wypełnione jest złuszczonejmi komórkami nabłonkowymi, znajdującymi się w stanie bujania; wyciśnięta zaś z gruczołu wydzielina zawiera obok składników prawidłowych liczne komórki cylindryczne i okrągłe, oraz bardzo skąpe ciała ropne. Obok tej postaci, którą nazwać można przewlekłym zapaleniem złuszczaćcem, spotykamy dość często postać ropną, w której przeważną część zawartości pęcherzyków gruczołowych i wydzieliny stanowią wielojądrowe ciała ropne. Niezależnie od zmian powyższych w samym mięszu, występują niekiedy zmiany w tkance, otaczającej pęcherzyki gruczołowe. Polegają one na nacieczeniu drobnokomórkowem tkanki łącznej, miejscami tkanka ta przyjmuje charakter tkanki bliznowatej i wówczas następuje przewężenie kanalików gruczołowych, tak, iż na przecięciu gruczoł przyjmuje wejście groniaste. Powiększenie gruczołu rzadko zauważyć się daje, a i wówczas bywa ono bardzo nieznaczne.

Naturalnie, iż podobna sprawa zapalna obejmuje często i część krokową cewki. Wskutek nacieczenia tkanki podśluzowej, wzgórek nasienny obrzęka i sprowadza ucisk ujść przewodów wytryskowych. Jeżeli sprawa przechodzi na te przewody, nastąpić może zwężenie światła, a nawet zarośnięcie.

## III. Objawy.

Objawy przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego są wielorakie i cechują się nadzwyczajną zmiennością. Między postaciami, przebiegającymi prawie bez żadnych objawów, a postaciami bardzo ciężkimi istnieje cały szereg postaci przejściowych, w których na pierwszy plan występuje jeden lub kilka objawów najbardziej rzucających się w oczy, najbardziej uporczywych. Ponieważ zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego częstokroć towarzyszy podobna sprawa w części krokowej cewki, która to sprawa sama przez się daje objawy bardzo nieraz zbliżone do objawów przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,—trudno zaiste orzec, co w tych razach kłaść należy na karb jednego, co zaś na karb drugiego cierpienia. Nadmiar, opisy objawów, napotyka u rozmaitych autorów, są tak niedokładne i tak słabe dają pojęcie o obrazie choroby, że uważam za konieczne oprzeć symptomatologię na spostrzeżeniach własnych. Tu i owdzie, tylko dla zaznaczenia różnicy poglądów, będę się powoływał na dane, zaczerpnięte z literatury.

Zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego napotyka się najczęściej u osób, znajdujących się w sile wieku (najmłodszy z moich chorych liczył niespełna 24 lat, najstarszy około 50 lat); pomimo to ludzie ci czynią wrażenie przeżytych,—młodych,



rzekłbys, starców. Usposobienia ponurego przeważnie, przygnębieni, utyskują oni ciągle na swój los, niezdolni są do zajmowania się przez czas dłuższy pracą zarówno fizyczną, jak i umysłową. Pomimo, iż sama sprawa chorobowa w gruncie rzeczy ciężką nie jest, osoby, nią dotknięte, mają się za ciężko chorych. Bo też ciężkie są nieraz objawy, cierpieniu temu towarzyszące. Są to objawy osłabienia nerwowego, osłabienia, dochodzącego czasami do zupełnego wyczerpania, do ciężkiej neurastenii ogólnej, rozwijającej się na gruncie neurastenii płciowej.

Nie jest bynajmniej zamiarem moim zatrzymywać dłużej uwagi czytelnika na rozmaitych i licznych objawach, jakie dawać może neurastenia ogólna, powstała na tle przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Przedmiot ten należy do neuropatologii i w zakres pracy naszej nie wchodzi. Jeżeli zaś o nim wspomniałem, to uczyniłem to dla tego, żeby wskazać, że zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego, w pewnym okresie swego przebiegu, jest nieraz cierpieniem bardziej ogólnym, aniżeli miejscowym i, jako takie, wymaga leczenia przeważnie ogólnego.

Przechodząc do objawów miejscowych, właściwych zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego, musimy na pierwszym planie postawić rozmaite zбочenia czucia, mające za punkt wyjścia głęboką część cewki i gruczoł krokowy. Oba te narządy są obficie unerwione, zakończenia nerwowe, tu założone, stanowią rozgałęzienia nerwów, wychodzących ze splotów podbrzusznego nerwu współczulnego (*plexus hypogastricus*) i splotu krzyżowego (*plexus sacralis*); te zaś znajdują się, jak wiadomo, w ścisłym ze sobą związku anatomicznym i dają liczne gałęzie do narządów moczopłciowych oraz odbytnicy i krocza. Dzięki tym stosunkom anatomicznym, oraz z uwagi na liczne związki, zachodzące między nerwami wzmiankowanych okolic, podrażnienie zakończeń nerwowych, spowodowane stanem zapalnym gruczołu krokowego i cewki tylnej, wywołuje rozmaite zjawiska nerwowe w częściach obwodowych, oraz daje powód do powstania całego szeregu zjawisk odruchowych. Chorzy skarżą się na uczucie ciężkości, darcia, świdrowania w głębi krocza, uczucie łechtania w cewce, w jądrach i w odbytnicy, tępe bóle w pachwinach, uczucie nieprzyjemne lub ból kolący przy wytrysku nasienia, częste parcie na mocz. Objawy te, razem wzięte, lub też w rozmaitych kombinacjach, mogą przedstawiać się w różnym stopniu natężenia i trwania. Niektóre objawy, np. bóle w pachwinach, łechtanie w cewce, istnieją niekiedy prawie bez przerwy; inne odznaczają się mniejszą stałością, występują tylko w rozmaitych porach dnia, lub też po pewnych czynnościach fizyologicznych, np. po wydaleniu moczu lub stolca. Niekiedy objawy powyższe znacznie się potęgują pod wpływem wzruszeń moralnych. Znam np. chorego, u którego zaburzenia czucia wzmogły się w znacznym stopniu i trwały w jednakowym natężeniu przez kilka dni po odebraniu niespodziewanej wiadomości, że ojcu jego grozi utrata wzroku. Również zaburzenia w trawieniu, tak często występujące u podobnych chorych, zazwyczaj pociągają za sobą nasilenie zбочen czucia.

Ktokolwiek miał sposobność spostrzegania chorych, dotkniętych przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego, mógł się z łatwością przekonać, jak dalece objawy rzeczne chorych niepokoją i jak odbijają się one na ogólnym ich stanie. Cała uwaga chorych zwrócona jest na narządy płciowe; najmniejsze uczucie nieprzyjemne w sferze płciowej budzi w nich podejrzenie ciężkiej choroby, co jest już wpływem ogólnego rozstroju nerwowego.

Niektórzy autorowie wspominają o upadku lub utracie siły męskiej w przebiegu zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. U swoich chorych objawu tego nie napotkałem ani razu; owszem, zaznaczyć winienem, że wszyscy chorzy, których miałem sposobność spostrzegać przez czas dłuższy, zachowali znakomicie

zdolność obcowania płciowego; niektórzy nawet nadmiernie może hołdowali kultowi Wenery. Jeden chory, którego długi czas spostrzegalem, wstąpił w związki małżeńskie i został ojcem, pomimo, iż dotknięty jest od lat kilku ciężką postacią przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, objawiającą się w postaci stałej i obfitej prostatorei. Objaw zatem, o którym mowa, rzadko chyba towarzyszy przewlekłemu zapaleniu gruczołu krokowego.

Prawie do ostatnich czasów przyjmowano za objaw, znamionujący przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego, stałą lub peryodycznie zjawiającą się wydzielinę z cewki, mającą swe źródło w gruczole krokowym i nazywaną powszechnie prostatoreą. Pogląd taki znajdujemy zarówno w większości podręczników, jak i w pracach specjalnych, przedmiotowi temu poświęconych. Krytyczna jednak ocena tych prac oraz rodzaju przytaczanej przez autorów wydzieliny, wcale nas nie przekonywa, aby wydzielina ta miała istotnie swe źródło w dotkniętym sprawą chorobową gruczole krokowym. Najczęściej wydzielina ta z prawdziwą prostatoreą nic wspólnego nie miała; prostatorea bowiem, jako ciągły wypływ z gruczołu krokowego, należy do zjawisk bardzo rzadkich, peryodyczny zaś wypływ cieczy prostatycznej, przy wydalaniu moczu lub stolca, również częstym nie jest. Na 16 przypadków zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, jakie spostrzegalem, raz jeden tylko udało mi się stwierdzić stale istniejącą wydzielinę, zupełnie podobną do wydzieliny rzeżączkowej. Ścisłe badanie wykazało, że wydzielina ta miała istotnie swe źródło w gruczole krokowym. Trzy razy wydzielanie się cieczy z gruczołu krokowego miało miejsce tylko przy trudnem oddawaniu stolca. W 12 zaś przypadkach wydzieliny w ścisłem znaczeniu tego słowa nie było wcale. Zjawiała się ona dopiero przy ucisku na gruczoł palcem, wprowadzonym do odbytnicy, i wówczas nawet niezawsze (tylko w 8 przypadkach) ukazywała się w postaci cieczy w ujściu zewnętrznem cewki. W wielu bowiem razach wydzielina gruczołu krokowego w stanie zapalenia przewlekłego jest tak nieznaczna, że po wyciśnięciu pozostaje ona w tylnej cewce i wcale na jaw nie ukazuje się. Okoliczność ta jest prawdopodobnie przyczyną, dla której niektórzy autorowie tak rzadko rozpoznają przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego. Z drugiej znow strony nie każda wydzielina, ukazująca się w większej nawet ilości przy oddawaniu stolca, moczu, lub przy ucisku na gruczoł krokowy, koniecznie dowodzi istnienia przewlekłego zapalenia gruczołu. Prawidłowy bowiem gruczoł również wydziela w podobnych warunkach płyn, który gołem okiem z trudnością daje się odróżnić od wydzieliny zapalnej. Nadto, wydzielający się przy defekacji płyn może mieć swe źródło w pęcherzykach nasiennych, których wydzielina nie ma nic wspólnego z wydzieliną gruczołu krokowego.

Opierając się na danych powyższych, dochodzę do wniosku, że jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, iż wydzielina w przewlekłym zapaleniu gruczołu krokowego objawia się niekiedy w postaci stałej prostatorei, lub też prostatorei, zależnej od aktu wydalania moczu lub defekacji, — częściej jednak napotykamy przypadki, w których wydzieliny w ścisłem znaczeniu tego słowa niema, lecz występuje ona dopiero przy ucisku palcem na gruczoł i wówczas może się ona ukazywać w otworze zewnętrznym cewki albo też pozostawać ukrytą w cewce, skąd zostaje usuniętą przy wydalaniu moczu. Jeżeli pod nazwą prostatorei będziemy rozumieli wydzielinę patologiczną, jaką wytwarza gruczoł krokowy przy zapaleniu przewlekłym, to, zgodnie z powyższem, należy, zdaniem mojem, odróżniać cztery postacie prostatorei:

1) Prostatoreę ciągłą t. j. stały wypływ z cewki pochodzenia prostatycznego (*prostatorrhoea vera*), — postać bardzo rzadka.

2) Prostatoreę zależną od aktu wydalania moczu i defekacji (*prostatorrhoea mictionis et defecationis*),— postać nie częsta.

3) Prostatoreę, występującą przy ucisku na gruczoł krokowy (*prostatorrhoea expressionis*),— postać najczęstsza.

4) Prostatoreę bez wydzieliny widocznej (*prostatorrhoea latens*),— postać dość częsta.

Objawem, znamionującym przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego, jest wydzielina, którą otrzymujemy przy ucisku palcem na gruczoł i która, obok składników prawidłowych płynu prostatycznego, zawiera składniki zapalne, mianowicie ciała ropne. W jaki sposób wydzielinę taką można otrzymać bez żadnych domieszek obcych (z pęcherza, cewki i t. d.) i w jaki sposób wydzielinę tę odróżnić od prawidłowego płynu gruczołu krokowego oraz od wydzielin gruczołów sąsiednich,— o tem obszernie pomówimy przy rozpoznaniu.

Badanie gruczołu krokowego palcem, wprowadzonym do odbytnicy, daje nam mało wskazówek, na których możnaby było oprzeć rozpoznanie. Mam tu na myśli ból, występujący przy badaniu, powiększenie, oraz zmianę konsystencji gruczołu krokowego.

Ból jest bardzo częstym objawem zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Jeżeli wprowadzimy do odbytnicy palec, dobrze posmarowany waseliną, i przeczekamy chwilę, dopóki nieprzyjemne uczucie, jakiego w następstwie tego rękoczynu chory doznaje, nie przejdzie, to przy ucisku na gruczoł stale występuje mniejszy lub większy ból. Ból ten niezawsze jest jednakowy w całym gruczole. Czasami gruczoł krokowy *in toto* okazuje się bardzo czułym na ucisk, czasami jednak ból występuje przy ucisku niektórych punktów gruczołu lub jednego tylko zraza. Zależy to prawdopodobnie od tej okoliczności, że przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego niezawsze obejmuje cały gruczoł, że umiejscawia się ono nieraz w niektórych tylko jego częściach. Ból, o którym mowa, chorzy rozmaicie określają: przeważnie jest to ból tępy, połączony zazwyczaj z parciem na mocz. Rzadziej ból ma charakter kolący. Nigdy jednak natężenie bólu nie bywa tak silne, jak przy zapaleniu ostrem lub przy gruźlicy gruczołu krokowego. Jak rzekłem, ból przy ucisku na gruczoł jest prawie stałym objawem zapalenia przewlekłego; przynajmniej w przypadkach, które sam spostrzegałem, ból występował zawsze przy badaniu. Objaw ten jednak nie jest znamionujący, ponieważ dość często ucisk na zdrowy gruczoł krokowy wywołuje ból dotkliwy, zwłaszcza u osób nerwowych. Przy badaniu w tym kierunku należy się wystrzegać jednoczesnego uciskania części błoniastej cewki, znajdującej się tuż nad zwieraczem odbytnicy. Ucisk na tę część cewki powoduje zawsze ból, nawet u osób zupełnie zdrowych.

Przy badaniu przez odbytnicę możemy niekiedy stwierdzić pewne powiększenie gruczołu krokowego. Powiększenie to niezawsze bywa równomierne: to cały gruczoł czyni wrażenie lekko obrzękłego, to znajdujemy obrzęk jednego tylko zraza. Częściej jednak żadnego powiększenia nie możemy stwierdzić. Wogóle, jeżeli można mówić o powiększeniu gruczołu w zapaleniu przewlekłym, to jest ono tak nieznaczne, że w razie powiększenia rozlanego, trudno je zazwyczaj ocenić, gdyż w warunkach prawidłowych wielkość gruczołu krokowego u rozmaitych osób ulega dość znacznym wahanom. Daleko prędzej można ocenić stopień powiększenia gruczołu, jeżeli powiększeniu ulega jeden tylko zraz lub też oba, lecz nie równomiernie. Zdarza się to jednak bardzo rzadko. Osobiście przeto nie przypisuję żadnej wagi objawowi w mowie będącemu, jako zbyt podmiotowemu i niestałemu.

Nigdy również nie mogłem stwierdzić zmniejszenia objętości gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym, jak chcą niektórzy autorowie.

Co się tyczy konsystencji gruczołu krokowego, to i ta nie daje, zdaniem mojem, pewnych wskazówek co do istnienia zapalenia przewlekłego. Nie mogę się zgodzić ze zdaniem tych, którzy utrzymują, że gruczoł krokowy, znajdujący się w stanie zapalenia przewlekłego, posiada zawsze spoistość twardszą, niż to bywa w stanie prawidłowym. Nie przeczę, iż niekiedy przy macaniu palec odbiera wrażenie, jakoby gruczoł krokowy odznaczał się większą, niż w stanie prawidłowym, spójnością; niemniej jednak jest to objaw bardzo rzadki. W większości przypadków nie znajdujemy zmian żadnych w spoistości, niekiedy znów spoistość gruczołu wydaje się więcej ciastowatą, co czyni wrażenie, jakoby gruczoł bogatszy był w soki, jakoby był nieco obrzękły. Wogóle, zmiana w spoistości gruczołu jest objawem niestałym, bardziej podmiotowym, i na nim oprócz rozpoznania nie należy.

Badanie narządziami cewki tylnej przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego daje zwykle wyniki ujemne. Niektórzy autorowie przypisują zbyt wielkie znaczenie uczuciu bolesności, przy przechodzeniu narzędzia przez tylną cewkę, — niesłusznie jednak, albowiem uczucie to napotykaemy częstokroć u osób z zupełnie zdrową cewką i zdrowym gruczołem krokowym, w silnym nieraz stopniu; natomiast u niektórych chorych, dotkniętych cierpieniem przewlekłym tych narządów, bolesności żadnej przy wprowadzaniu narzędzi nie byłem w stanie stwierdzić. Powiększenie i obrzęk wzgórka nasiennego, częstokroć widoczne przy badaniu wziernikiem, jest raczej cechą rzeżączki przewlekłej cewki tylnej, aniżeli zapalenia gruczołu krokowego. Wprawdzie niekiedy udaje się przy wziernikowaniu widzieć rozszerzone otwory przewodów prostatycznych i wydzielanie się z nich płynu; jednakże z uwagi, że badanie cewki tylnej zapomocą wziernika należy do rzeczy bardzo trudnych i bolesnych i rzadko kiedy daje wyniki dodatnie, stosowanie tej metody w rzadkich chyba przypadkach okazuje się potrzebnem.

Zaburzenia w wydalaniu oraz zmiany moczu w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego nie przedstawiają zazwyczaj nic charakterystycznego dla omawianego cierpienia, jakkolwiek zmiany te bywają niekiedy bardzo różnorodne i głębokie. Na uwagę zasługuje częste parcie na mocz, połączone nieraz z bólem w końcu mokrzeńca, podobnie jak to bywa przy kamicy pęcherza. Objawy te zależą prawdopodobnie zarówno od zmian w części krokowej cewki, jakoteż od zaburzeń w czynności nerwowej zwieracza cewki (*compressor urethrae*). Od tych zaburzeń nerwowych zależy prawdopodobnie i ta okoliczność, że chorzy, dotknięci zapaleniem przewlekłym gruczołu krokowego, oddają mocz naprzemian to grubym, to cienkim strumieniem, co już samo przez się świadczy o braku zwężenia organicznego cewki; w tym bowiem razie strumień moczu nigdy nie dorównywa prawidłowemu. Na te objawy ze strony mokrzeńca ma bezwątpienia wielki wpływ stan psychiczny chorego w danej chwili. Zauważyłem bowiem, że tego rodzaju chorzy mają dni lub godziny szczególnie silnego przygnębienia psychicznego i wówczas rzeczony zaburzenia ze strony pęcherza objawiają się zazwyczaj silnie, gdy w chwilach wolnych od owego przygnębienia, zaburzenia ze strony pęcherza są słabo wyrażone.

Niekiedy chorych dręczy niezwykle przykry objaw kapania moczu po skończonem urynowaniu. W kilka minut po oddaniu moczu chory czuje, że spływają z cewki krople moczu, co trwać może przez 5—10 minut, poczem wszystko wraca do stanu prawidłowego; po następny mokrzeńcu powtarza się toż samo. Objaw ten jest ściśle związany z oddawaniem moczu i występuje wyłącznie po niem, stąd nazwa *Harnnachträufeln*, jaką mu nadali lekarze niemieccy. Kapanie moczu, o którym tu mowa, nie ma nic wspólnego z nietrzymaniem moczu (*incontinentia urinae*), polegającym, jak wiadomo, na bezwiednym oddawaniu mo-

czu niezależnie od aktu urynowania, ani też nie ma ono nic wspólnego z cierpieniem, znanem pod nazwą *ischuria paradoxa*, przy którym mocz kapie z cewki wskutek przepełnienia i niezmiernego rozciągnięcia pęcherza w następstwie przeszkód mechanicznych w cewce (zwężenia, przerost gruczołu krokowego i t. d.). Chorzy, dotknięci wzmiankowanym objawem, doznają uczucia, jakoby pęcherz przy urynowaniu nie całkowicie się opróżnił, zazwyczaj też długo otrząsają prącie po oddaniu moczu, albo też wyciskają mocz przez pocieranie palcem wzdłuż krocza i cewki. W przeciwnym razie, mocz, ociekając powoli, zwilża bieliznę i wywołuje podrażnienie skóry naokoło otworu cewki. Objaw ten jest wogóle mało znany i daje nieraz powód do grubych błędów rozpoznawczych. Mechanizm tego zjawiska jest jeszcze dotychczas niewyjaśniony. Że mamy tu do czynienia ze zboczeniem w czynności zwieracza cewki, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Na czym jednak zboczenie to polega? ULTMANN<sup>5)</sup> przypuszcza, że przyczyną tegoż jest skurcz spastyczny zwieracza cewki. Zdaniem ULTMANN'a, zwieracz cewki wskutek spraw drażniących kurczy się nieprawidłowo, znajduje się on przez czas pewien po urynowaniu w stanie skurczu spastycznego, przez co resztki moczu zostają zatrzymane po za nim. Po ustaniu skurczu zwieracz rozluźnia się i traci możność utrzymania pozostałego po za nim moczu. Wręcz przeciwnego zdania jest PEYER<sup>6)</sup>. Według PEYER'a, kapanie moczu zazwyczaj nie idzie w parze z objawami spastycznymi w sferze narządów moczopłciowych; owszem, bywa ono raczej przy osłabieniu muskulatury, np. przy niedostatecznych erekcyjach, polucyach i t. p. Stąd PEYER sądzi, że kapanie moczu należy sobie tłumaczyć osłabieniem muskulatury, otaczającej cewkę tylną, wskutek czego muskulatura ta traci możność prędkiego i zupełnego zamykania światła cewki tylnej i wydalania resztek moczu do cewki przedniej. Mocz pozostaje w nawpół otwartym przewodzie cewki tylnej i przy ruchach ścieka kroplami.

Podobne kapanie moczu zdarza się dość często. Osobiście spostrzegalem objaw ten cztery razy: w dwóch przypadkach u chorych dotkniętych przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego; jeden przypadek dotyczył chorego, który przez długi czas uprawiał spółkowanie przerywane (*coitus interruptus*) i zwrócił się do mnie z powodu kapania moczu po oddaniu tegoż; czwarty przypadek, świeżo spostrzegany, dotyczy chorego, dotkniętego neurastenią płciową, powstałą na tle długotrwałego samogwałtu. U jednego z tych chorych (trzeciego z rzędu), właśnie pomimo znacznego upadku siły męskiej, zwieracz cewki częstokroć znajdował się w stanie silnego skurczu i nie przepuszczał narzędzi, co, zdaniem mojem, przemawia raczej za poglądem ULTMANN'a na przyczynę kapania moczu, aniżeli za przypuszczeniem PEYER'a.

Jak już widać z powyższego, kapanie moczu po urynowaniu nie jest wyłączną właściwością przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Zdarza się ono w przypadkach ciężkich zwężeń cewki, gdzie wskutek zbliznowacenia tkanek, otaczających zwężenie, ściany cewki nie przylegają do siebie ściśle i gdzie wskutek rozszerzania się cewki poza zwężeniem powstaje kieszeń, wypełniająca się podczas urynowania moczem, odchodzącym w postaci kropel dopiero po skończonem mokrzyeniu. Przy zwężeniach zatem w powstawaniu objawu tego odgrywają rolę momenty wyłącznie natury mechanicznej. Kapanie moczu, zależne od wpływów nerwowych—obok zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego—bywa również skutkiem nadużyć płciowych, czego zdają się dowodzić przypadki

<sup>5)</sup> ULTMANN. Die Neuropathien d. männlichen Harn- und Geschlechtsapparates. Wien, Klinik 1879.

<sup>6)</sup> PEYER. Veränderungen d. Harnstrahls und das Nachträufeln des Harnes. Intern. Centralblatt. f. d. Physiol. und Path. der Harn- und Sexualorgane 1893 Zeszyt 6 i 7.

wyżej wzmiankowane, oraz przypadek PEYER'a, dotyczący młodzieńca 20-letniego, który wogóle nigdy nie obcował z kobietą, lecz od lat siedmiu stale oddawał się samogwałtowi. Objaw zatem, o którym mowa, nie jest znamionujący dla zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, niemniej wszakże występuje tu dość często i dlatego należy nań zwrócić uwagę.

Zmiany w moczu nie okazują zwykle nic charakterystycznego. Zazwyczaj bywa on kwaśny i, z wyjątkiem nitek cewkowych, nie zawiera nic nieprawidłowego. Jeżeli chory odda mocz w trzech porcjach, trzecia porcja bywa najczęściej zupełnie przezroczystą, naturalnie, o ile niema powikłań ze strony pęcherza, nerek i t. d. Jest to dowód, że wydzielina gruczołu krokowego nie dostaje się do pęcherza, wbrew mniemaniu wielu autorów (GUYON i inni), według których wszelka wydzielina, mająca swe źródło w cewce tylnej lub jej przydatkach, wraca do pęcherza i miesza się ze znajdującym się tu moczem, a to gwoli rzekomo tej okoliczności, że zwieracz cewki (*m. compressor urethrae*) stanowi silną tamę do wyciekania wydzieliny z cewki tylnej nazewnątrz. Wypadałoby stąd, że przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego wydzielina powinna być dostawać się do pęcherza i powodować zmętnienie moczu. Tak jednak nie jest. Nawet w przypadku stałej prostatorei, o którym wyżej wzmiankowałem, nie mogłem stwierdzić jakiegokolwiek zmętnienia trzeciej porcji moczu, pomimo kilkakrotnego badania w tym kierunku. Co się zaś tyczy nitek cewkowych, jakie zazwyczaj znajdujemy w pierwszej, a czasami i w drugiej porcji, nie przedstawiają one nic charakterystycznego dla będącej w mowie sprawy chorobowej; mogą one pochodzić zarówno z cewki, jak i z gruczołu krokowego. Według FUEBRINGER'a, nitki, pochodzące z gruczołu, są krótsze, aniżeli nitki z cewki, oraz mają mieć kształt haczykowaty lub przecinkowaty. Przyznaję jednak otwarcie, że cecha ta nie ma dla mnie żadnego znaczenia; wobec bowiem różnaitości i zmienności postaci nitek, znajdujących w moczu, odróżnianie nitek haczykowatych lub przecinkowatych jest rzeczą wprost niemożliwą.

Nie jest bynajmniej moim zamiarem podawać w tom miejscu wszelkie zmiany w moczu, jakie występować mogą w przebiegu przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, dzięki rozmaitym powikłaniom, niezależnym od cierpienia zasadniczego. Ograniczę się tylko do zmian, które, lubo nie są charakterystyczne wyłącznie dla omawianej sprawy chorobowej, niemniej jednak stanowią wybitną cechę neurastenii płciowej i dlatego nie mogą tu być pominięte milczeniem. Mam na myśli fosfaturę i spermaturę.

Fosfatury jest objawem wadliwej przemiany materii, występowanie zaś jej w neurastenii płciowej, względnie w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego, objaśnić sobie należy jako zboczenie w czynności wydzielniczej nerek, powstałe na drodze odruchowej. Cechuje się fosfatury obfitą zawartością soli fosforanowych w moczu, dzięki czemu tenże nabiera własności odrębnych zarówno makro- jak i mikroskopowych. Świeżo oddany mocz posiada odczyn alkaliczny, rzadziej słabo-kwaśny, obojętny lub podwójny (*amphoter*); jest on odrazu mętny, mlecznobiały lub też mętnieje wkrótce po oddaniu i tworzy mniej lub więcej obfity osad, złożony z fosforanów ziem, węglanu wapnia oraz trójfosforanów. Na pierwszy rzut oka mocz taki robi wrażenie, jakobyśmy mieli do czynienia ze sprawą zapalną pęcherza, zwłaszcza zaś, że zjawisko to nieraz występuje podczas leczenia u chorych, którzy dotychczas oddawali mocz kwaśny i przezroczysty. Chorzy tacy, którzy, jak wiadomo, stale oglądają mocz swój, z przerażeniem konstatają nagłą zmianę jego i podejrzewają znaczne pogorszenie w stanie zdrowia. W mniemaniu tem częstokroć podtrzymują ich lekarze, przyjmując zjawisko to za sprawę zapalną,

zależną od cewnikowania. Proste dodanie do moczu kwasu octowego, który sole fosforanowe w oka mgnienu rozpuszcza, wyjaśnia rzeczywisty stan rzeczy, nie mający nic wspólnego z nieżytem pęcherza.

Fosfaturya jest objawem bardzo zmiennym. Występując w niektórych razach niepostrzeżenie, znienacka, bez żadnych dolegliwości, tak, że chory lub lekarz stwierdza zmiany przypadkowo, może fosfaturya być czasami powodem przykrych dolegliwości, występujących przed, podczas, jakoteż po oddaniu moczu. Dolegliwości te polegają na paleniu w szyi pęcherza i w cewce, na bolesnem parciu na mocz oraz bólu podczas urynowania. Niekiedy dołączają się objawy ogólne, jak dreszcze, przyspieszenie tętna, uczucie silnego zmęczenia, które to objawy stanowią czasami zwiastuny mającej nastąpić fosfaturyi.

W rzadkich przypadkach fosfaturya trwa stale przez dłuższy przeciąg czasu; zazwyczaj napady fosfaturyi występują peryodycznie, w pewnych porach dnia: u jednych wyłącznie rano, u innych wieczorem lub też bez określonego terminu, przyczem napady te zdarzać się mogą codziennie, raz lub dwa razy na tydzień albo też raz na kilka miesięcy. Wielką rozmaitość spostrzegamy także w moczu podczas mokrzeń. Najczęściej ostatnia porcja moczu zawiera prawie wszystkie męty, czasami jednak bywa mętny w pierwszej i ostatniej porcyi, w innych znów razach wszystkie porcje są jednakowo mętne.

Fosfaturya należy do objawów bardzo uporczywych i rzecz oczywista, że tego rodzaju powikłanie obostrza sprawę zapalną w gruczole krokowym wskutek ciągłego drażnienia części krokowej cewki.

Niekiedy fosfaturya występuje naprzemian z oksalurją, którą należy w tych razach uważać również za nerwicę zwrotną nerek. Jeżeli przy oksalurji mocz zawiera kryształy szczawianu wapnia w pęcherzu, mogą przy oddawaniu moczu powstawać dolegliwości podobne do tych, jakie opisaliśmy wyżej, mówiąc o fosfaturyi. Czasami oksalurja występuje sama przez się bez jednocześnie istniejącej fosfaturyi. W innych znów razach obu tym zjawiskom towarzyszy występujący naprzemian t. zw. mocz histeryczny (*urina spastica*), cechujący się wodnistym kolorem i bardzo niskim ciężarem gatunkowym, a zatem ubóstwem części stałych.

Jeżeli zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego powikłane jest nasieniem, wówczas można w ostatniej porcyi moczu znaleźć mniejszą lub większą ilość ciałek soczewkowatych, galaretowatych, podobnych do ziarn sago, szybko opadających na dno naczynia. Są to złożki ciałek nasiennych, znajdujących się w otoczce, utworzonej z wydzieliny pęcherzyków nasiennych. Objaw ten, który właściwie należałoby nazywać spermaturją, napotkałem przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego zaledwie dwa razy, w obu też przypadkach miałem możność przekonać się, iż nasienie domiesza się do moczu podczas mokrzeń, mianowicie pod sam koniec tego aktu, nie zaś, jak to mniemają niektórzy, niezależnie od mokrzeń. Zdaniem bowiem wielu autorów, nasienie, występujące w moczu, pochodzi bezpośrednio z pęcherza, dokąd dostaje się rzekomo dzięki t. zw. regurgitacji z cewki tylnej. Ze tego rodzaju regurgitacja czyli wracanie nasienia z cewki tylnej do pęcherza w rzeczywistości nie odbywa się, dowodzi następujące doświadczenie, które kilkakrotnie powtarzałem. Jeżeli choremu, dotkniętemu spermaturją, opróżnimy pęcherz zapomocą cewnika, wówczas wypuszczony mocz nasienia nie zawiera, gdy tymczasem przy dobrowolnem mokrzeń nasienie występuje stale w trzeciej porcyi moczu. Doświadczenia te robiłem na chorych, których mocz stale zawierał duże ilości nasienia. Jak sobie wytłomaczyć spermaturję przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego— powiedzieć nie umiem. Sądzę

wszelako, że powikłanie to zależy od zmian anatomicznych lub czynnościowych w przewodach wytryskowych lub też od zmian ogólnych w układzie nerwowym.

Przebieg zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego jest bardzo uporczywy. Choroba trwa całymi latami i kto wie, czy kiedykolwiek następuje całkowite wyleczenie. Natężenie objawów zazwyczaj się zmienia: po okresie cięższym następują okresy cierpień lżejszych, zazwyczaj jednak nie na długo. Czasami przebieg jest bardzo łagodny, z brakiem mnóstwa opisanych wyżej objawów, innym znów razem, brak zupełnie objawów miejscowych i chory przedstawia tylko obraz ogólnej neurastenii. W ciężkich przypadkach może się rozwinąć stan głębokiej melancholii, która prowadzi niekiedy do samobójstwa.

#### IV. Rozpoznanie.

Pomimo całej zmienności i różnorodności objawów, właściwych zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego, rozpoznanie tego cierpienia nie przedstawia zazwyczaj trudności, jeżeli za punkt oparcia do dyagnozy przyjmujemy wyłącznie patologicznie zmienioną wydzielinę gruczołu. Najmniejsze trudności napotykamy wówczas, gdy mamy do czynienia z prawdziwą prostatoreą lub też gdy przy ucisku na gruczoł krokowy otrzymujemy w ujściu zewnętrznym cewki kilka kropeł wydzieliny. Jeżeli niema żadnych powikłań ze strony pęcherza i cewki, poddajemy badaniu wydzielinę bezpośrednio po mokrzeniu. Chory oddaje mocz do dwóch lub trzech naczyń i, jeżeli się okaże przytem, że ostatnia porcja jest zupełnie czysta, bez mętów lub nitek, wówczas wprowadzamy palec do odbytnicy i uciskamy kolejno jeden zraz gruczołu, potem drugi, wykonywując przytem mięsienie gruczołu. Rękoczyn ten, który możemy skutecznie zarówny w pozycji leżącej chorego, jakoteż w położeniu *à la vache* (osobiście przekładam sposób pierwszy), powinien trwać około minuty. Podczas wykonywania mięsienia zaciskamy dwoma palcami lewej ręki otwór zewnętrzny cewki w celu zapobieżenia wylewaniu się płynu, poczem płyn zbieramy i poddajemy badaniu pod drobnowidzem. Ostatnie krople płynu spływają zazwyczaj wówczas, gdy chory przyjmuje położenie pionowe, dobrze jest przeto polecić choremu, ażeby podczas wstawania zaciskał otwór zewnętrzny cewki. Ostrożność ta jest niezbędna w tych przypadkach, gdzie wogóle z gruczołu krokowego wydziela się bardzo mało płynu, który ścieka dopiero w położeniu stojącym chorego. We wszystkich tych razach poddajemy bezpośrednio badaniu sam płyn wyciśnięty z gruczołu krokowego, i rozpoznanie nie przedstawia wówczas żadnej trudności. Tego rodzaju przypadki nie należą jednak do zbyt częstych. Zdarza się bowiem, że przy najbardziej energicznym mięsieniu gruczołu krokowego, nie jesteśmy w stanie wycisnąć ani jednej kropli wydzieliny. W innych znów razach płyn przy ucisku na gruczoł krokowy wydzielają się wprawdzie obficie, nie nadaje się wszakże do badania bez pewnych manipulacji przygotowawczych, które dałyby gwarancję, że nie zawiera żadnych domieszek obcych. Następujące się w tych razach trudności rozpoznawcze dają się usunąć przez następujące postępowanie. Jeżeli przy ucisku na gruczoł krokowy ilość wydzieliny jest zbyt mała, ażeby mogła ukazać się w otworze zewnętrznym cewki (*prostatorrhoea latens* w naszym pojęciu), polecamy choremu oddać mocz do dwóch naczyń i zapowiadamy, żeby niewielką część moczu zatrzymał w pęcherzu. Po mięsieniu gruczołu chory oddaje resztę moczu, która zabiera z cewki wydzielinę wyciśniętą z gruczołu. To postępowanie daje nam możliwość dokładnego zbadania zawartych w moczu składników oraz porównania z moczem poprzednio oddanym.

Daleko większe trudności przedstawiają te przypadki, które powikłane są sprawą zapalną cewki lub pęcherza. W tych razach musimy usunąć doszczętnie



wszelkie domieszki, pochodzące z błony śluzowej tych narządów, ażeby wynik badania nie budził żadnej wątpliwości co do natury wydzieliny. W razie zajęcia cewki przedniej, wprowadzamy cewnik aż do opuszki i wypłukujemy całą przednią cewkę wodą wyjałowioną lub roztworem kwasu borowego. Gdy wracający płyn nie zawiera już żadnych domieszek ropnych, chory opróżnia pęcherz całkowicie lub częściowo, zależnie od tego, czyspodziewamy się obfitej, czy też skąpej wydzieliny z gruczołu krokowego. W razie silniejszego zajęcia części krokowej cewki lub pęcherza, polecamy choremu przedewszystkiem opróżnić pęcherz, poczem wypłukujemy zarówno cewkę, jak i pęcherz przy pomocy cewnika, wprowadzonego najpierw do opuszki, później do części krokowej cewki. Płukanie trwać musi tak długo, dopóki wracająca woda nie będzie bezwzględnie czysta. Gdy to nastąpi, napelniamy pęcherz wodą, usuwamy cewnik i polecamy choremu oddać wodę całkowicie lub tylko w części, kierując się wyżej podanymi względami. Po tym ręko-czynnie przygotowawczym wykonywamy mięsenie gruczołu przez odbytnicę. Jest rzeczą ważną, ażeby w tego rodzaju czynnościach posługiwać się do smarowania cewnika gliceryną, miesza się ona bowiem z wodą i nie wpływa szkodliwie na składniki morfologiczne wydzieliny. Wazeliny lub tłuszczów w tym celu stosować nie należy, gdyż zacierają one obraz drobnowidzowy, mający tak ważne znaczenie w rozpoznaniu.

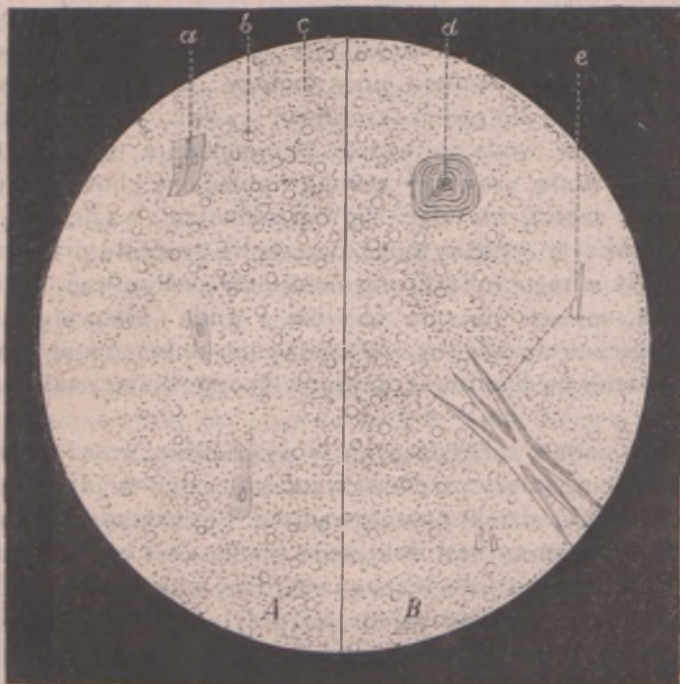
Dla ocenienia zmian, zachodzących w wydzielinie gruczołu krokowego przy zapaleniu przewlekłym, należy przedewszystkiem znać dokładnie cechy wydzieliny normalnej. Jakkolwiek, dzięki poszukiwaniom FUEBRINGER'a<sup>1)</sup>, wydzielina prawidłowa gruczołu krokowego jest dokładnie zbadana już od lat kilkunastu, jednakże znajomość jej składu morfologicznego bardzo mało jest wśród lekarzy rozpo-wszechniona. Jako dowód tej nieznajomości, przytoczyć mogę okoliczność, iż nie-raz rozpoznają przewlekłe zapalenie gruczołu przy wydzielinach z cewki, które nic wspólnego z gruczołem krokowym nie mają, lub też na mocy wydzieliny, wyci-śniętej wprawdzie z gruczołu, lecz nie przedstawiającej żadnych zgoła zmian cho-robowych. Tak różne sprawy, jak prostatorea, nasieniotoek, *urethrorrhoea ex libidine* i t. d., uważane są nieraz za cierpienia identyczne, tylko dzięki nieznajomości skła-du tych wydzielin.

Prawidłowa wydzielina gruczołu krokowego przedstawia masę płynną, mę-tną, mleczno-białą, nie jest ciągliwa ani lepka, posiada woń nasienia. Odczyn pły-nu nie jest stały, przeważnie jednak jest on kwaśny. Badanie drobnowidzowe (rys. 1 A i B) wykazuje przedewszystkiem dużo drobnych, nadzwyczaj delikatnych kule-cek blado-żółtawych, wielkości  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  czerwonego krążka krwi (*b*); pod względem chemicznym składają się one, jak to wykazały badania FUEBRINGER'a, przeważnie z lecytyny. Drugą stałą część składową prawidłowej wydzieliny gru-czołu krokowego stanowią drobne ziarnka o charakterze bliżej nieokreślonym, tak zw. detryt (*c*); ilość jego jest bardzo znaczna. Obie te części składowe nadają wy-dzielinie prostatycznej wejrzenie mleczne. Tu i owdzie napotykamy na prepara-cie jedną lub kilka komórek cylindrycznych, pojedynczo rozsianych albo też ze-branych parami lub po trzy. Są to komórki nabłonka gruczołów (*a*). Niekiedy, nie stale jednak—wbrew mniemaniu innych autorów—w płynie prostatycznym znaleźć można zazwyczaj w ilości bardzo małej ciała okrągłe, koncentrycznie uwarstwio-

<sup>1)</sup> FUEBRINGER: Ueb. d. Herkunft u. d. klin. Bedeutung d. sog. Spermakristalle nebst Bemerk. üb. d. Componenten d. menschl. Samens u. die Prostatorrhoe. Zeltschr. f. klin. Med. 1881. Zeszyt 2. Tenże: Ueb. Spermatorrhoe u. Prostatorrhoe. Volkmann's klin. Vorträge Nr. 207 (1881). Tenże: Zur Diagnose d. Harnröhrenausflüsse. Monatsh. f. praktische Dermatologie. 1883. N. 1.



ne, o środku ziarnistym, podobne do ziarn skrobi, rozmaitej wielkości, barwiące się po dodaniu jodu na kolor czerwony, zaś jodu i kwasu siarczanego na kolor niebieski lub fioletowy. Są to t. zw. ciała skrobiowate (rys. 1. B. d.). W typowej swej postaci występują one nie zawsze, czasami wskutek napęcznienia przedstawiają się w formie kul jednorodnych, galaretowatych, w innych znów razach od środka roz-



Rys. 1. Prawidłowa wydzielina gruczołu krokowego.

chodzą się ku obwodowi promienie, utworzone prawdopodobnie z soli wapiennych. Ciała skrobiowate nie stanowią cechy charakterystycznej płynu gruczołu krokowego, napotykamy je bowiem również w wydzielinie cewki, —nawet w moczu kobiet. Oprócz tego w płynie prostatycznym osób starych napotykamy niekiedy barwnik żółtawy w postaci ziarn i łusek rozmaitej wielkości i wejrzenia. Leukocytów wydzielina prawidłowa gruczołu krokowego nie zawiera.

Powyższy opis własności makro- i mikroskopowych dotyczy płynu, otrzymanego za życia przez ucisk na gruczoł krokowy. Nieco odmiennie przedstawia się płyn ten u trupów. Tu wskutek złuszczenia się nabłonka gruczołów (złuszczenie trupie) płyn przedstawia zazwyczaj masę gęstszą, w części przypominającą z wejrzenia ropę, pod mikroskopem zaś stwierdzić można obfitą zawartość komórek cylindrycznych.

Dla zupełnego scharakteryzowania płynu prostatycznego należy jeszcze wspomnieć o jednej części składowej, która w przypadkach wątpliwych rozstrzyga nieraz o pochodzeniu wydzieliny. Ma to na myśli tak zwane kryształki nasienne BOETTCHER'a. Według poszukiwań SCHREINER'a kryształki te przedstawiają sól fosforanową sperminy, do powstawania ich więc niezbędna jest obecność dwóch składników: zasady organicznej (sperminy) i fosforu. Zdaniem FUERBRINGER'a spermina stanowi część składową prawidłowej wydzieliny gruczołu krokowego, nadaje ona wydzielinie tej charakterystyczną woń nasienia, jej też nasienie woń swo-

ją zawdzięcza. Co się tyczy drugiego składnika, mianowicie fosforu, to zawiera się on w wydzielinie pęcherzyków nasiennych. Wiadomo, że nasienie w tej postaci, w jakiej ono przedstawia się nam jako wytrysk, jest mieszaniną wydzieliny jąder, pęcherzyków nasiennych oraz gruczołu krokowego. Przy zetknięciu się wydzieliny pierwszych dwóch narządów z wydzieliną gruczołu krokowego, istnieją wszelkie warunki niezbędne do powstawania kryształów nasiennych. Stąd w nasieniu prawidłowym kryształy te znajdujemy dość często. Rzecz prosta, że sama wydzielina gruczołu krokowego (w stanie normalnym) kryształów nasiennych nie wytwarza, ponieważ nie zawiera niezbędnego kwasu fosforowego. Można je wszakże otrzymać sztucznie, jeżeli do wydzieliny tej dodamy trochę kwasu fosforowego. FÜRBRINGER radzi w tym celu do rozpostartej na szkiełku wydzieliny gruczołu krokowego dodawać kroplę 1%-go fosforanu amonu. Po upływie 1—2 godzin można już stwierdzić utworzenie się kryształów nasiennych.

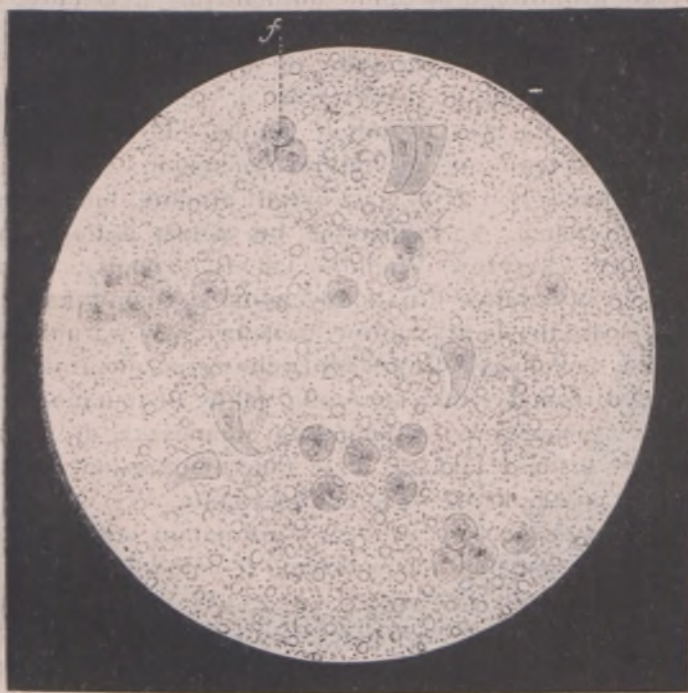
Kryształy nasienne (rys. 1 B, e) mają kształt piramid lub pryzmatów o wypukłych nieco płaszczyznach. Są bezbarwne lub zlekka żółte, tworzą zazwyczaj złogi w postaci gwiazd i krzyżów. Wielkość ich jest rozmaita. Okazują one wielkie podobieństwo do kryształów CHARCOT-LEYDEN'a, napotykanych w płwocinie.

Jakkolwiek tworzenie się kryształów nasiennych w warunkach wyżej podanych stanowi ważną cechę prawidłowej wydzieliny gruczołu krokowego, niezawsze jednak udaje się je otrzymać z taką łatwością, jakby się to napozór zdawać mogło. Sam FÜRBRINGER zaznacza, że najmniejsza domieszka do wydzieliny moczu (w którym kryształy rozpuszczają się) oraz inne nieokreślone bliżej wpływy chemiczne działają nieraz szkodliwie na ich powstawanie.

Streszczając wszystko, cośmy powyżej o normalnej wydzielinie gruczołu krokowego powiedzieli, dochodzimy do wniosku, że najbardziej na uwagę zasługującymi cechami tej wydzieliny są: kulki lecytynowe, detryt, powstawanie kryształów nasiennych w warunkach omówionych oraz brak leukocytów. Nabłonki cylindryczne, jakkolwiek dość stale w płynie prostatycznym występują, jednakże nie mają cech dostatecznych, przekonywających o pochodzeniu wydzieliny, ponieważ nadzwyczaj trudno je odróżnić od podobnych komórek gruczołów COWPER'a.

W wydzielinie gruczołu krokowego, znajdującego się w stanie zapalenia przewlekłego, zachodzą pewne zmiany, dające możliwość ścisłego rozpoznania. Makroskopowo wydzielina przedstawia się rozmaicie, zależnie od natężenia sprawy zapalnej. Cechy makroskopowe jednak same przez się niezawsze wystarczają do ocenienia, czy gruczoł znajduje się w stanie zapalnym. W niektórych razach samo wejrzenie wydzieliny nie pozostawia żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z zapaleniem gruczołu. Wydzielina bywa obfita, bardzo mętna, śluzowo-ropna lub ropna, zupełnie podobna do wydzieliny w rzeżączce przewlekłej. W innych razach wydzielina — mówię ciągle o wydzielinie wyciśniętej z gruczołu palcem, wprowadzonym do odbytnicy — makroskopowo niczem prawie nie różni się od normalnej: ani pod względem ilości, ani też jakości. Pomiedzy temi własnościami krańcowymi znajduje się cały szereg zmian makroskopowych, mniej lub więcej charakterystycznych; jednakże we wszystkich przypadkach, w których podejrzewamy zapalenie przewlekłe gruczołu, niezbędne jest badanie mikroskopowe, albowiem ono tylko jest w stanie z całą pewnością rozwiać wszelkie wątpliwości. Przy badaniu mikroskopowym należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na to, czy dana wydzielina zawiera ciała ropne. Te występują w ilości najrozmaitszej, zależnie od natężenia sprawy chorobowej. Najczęściej znajdujemy na polu widzenia przy średnim powiększeniu (rys. 2, f) kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt leukocytów,

rozsianych pojedynczo lub zebranych gromadkami. Rzadziej, mianowicie przy stałej prostatorei (*prostatorrhoea vera*), obraz mikroskopowy przypomina obrazy, napotymane w rzeźączce przewlekłej: całe pole widzenia usiane jest prawie wyłącznie ciałkami ropnymi, wobec których inne części składowe wydzieliny prostatycznej reprezentowane są bardzo skąpo. Występowanie ropy w wydzielinie jest najważniejszą cechą patognomiczną zapalenia



Rys. 2 Wydzielina gruczołu krokowego przy zapaleniu przewlekłym.

przewlekłego gruczołu krokowego, bez względu na ilość leukocytów. Cecha ta jednak posiada wartość rozpoznawczą wówczas tylko, jeżeli przedsięwzięte były uprzednio wszystkie podane wyżej środki ostrożności, dające pewność bezwzględnego wyłączenia domieszek z innych źródeł. Na zasadzie tej jednej cechy możemy, bez obawy popełnienia błędu, rozpoznać zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego.

Obok ciałek ropnych, w patologicznie zmienionej wydzielinie gruczołu krokowego występują, aczkolwiek niezawsze, inne jeszcze składniki, które bądź przemawiają za charakterem zapalnym, bądź też za pochodzeniem wydzieliny z gruczołu krokowego. W pierwszym rzędzie postawić tu należy zjawienie się w wydzielinie większej ilości komórek cylindrycznych. Istnieje nawet postać zapalenia przewlekłego zluszczającego, gdzie ilość leukocytów jest nadzwyczaj mała i ogranicza się do 2—3 na polu widzenia i gdzie na pierwszy plan występują liczne komórki cylindryczne, które nadają wydzielinie makroskopowo wejrzenie ropy. Zazwyczaj nabłonki te rozrzucone są pojedynczo lub tworzą płateczki, złożone z kilku komórek. Niekiedy jednak, wprawdzie bardzo rzadko, można znaleźć w wydzielinie całe kawałki woreczków gruczołowych, w których komórki ułożone są w dwa charakterystyczne dla gruczołu krokowego rzędy. Powierzchnowy rząd składa się z komórek cylindrycznych, których wyrostki sięgają w głęboki rząd komórek okrągłych. Tego rodzaju twory napotykają się, jak rzekłem, bardzo rzadko;

częściej nabłonki cylindryczne rozrzucone są bez jakiegokolwiek ściśle określonego porządku.

Niekiedy znajdujemy w wydzielinie nieliczne czerwone ciała krwi. Są one przeważnie niezmienione; jedyną zmianą, jaką prawie stale spostrzegałem, jest bladeść, jakkolwiek całkowitego odbarwienia nigdy nie widziałem. Obecność czerwonych ciałek krwi nie jest stałą cechą wydzieliny, wszakże wystąpienie ich jest dowodem stanu zapalnego gruczołu.

Zdaniem FÜRBRINGER'a, w patologicznie zmienionej wydzielinie występują niekiedy samodzielnie kryształki nasienne. Zjawisko to przypisuje FÜRBRINGER tej okoliczności, iż wskutek rozpadania się elementów komórkowych w zmienionej chorobowo wydzielinie zostaje uwolniony fosfor, który łączy się z zasadą organiczną (sperminą), w płynie prostatycznym zawartą. Tego rodzaju powstawanie kryształów stwierdził FÜRBRINGER również u trupów, dzięki złuszczeniu i rozpadowi się elementów komórkowych. Według FÜRBRINGER'a, samodzielne tworzenie się kryształów w wydzielinie bez dodania fosforanu amonu wprost już dowodzi zapalnego stanu gruczołu. Zdarza się to jednak bardzo rzadko. Osobiście nigdy zjawiska tego nie spostrzegałem. Przypuszczam, iż może ono również dobrze zależeć od domieszki do cieczy prostatycznej—bogatej w fosfor wydzieliny z pęcherzyków nasiennych, które, przy niedość ostrożnym mięsieniu gruczołu krokowego, ulegać mogą mimowolnemu uciskowi. Na poparcie zdania tego przytoczyć mogę okoliczność, iż w wydzielinie gruczołu krokowego znajdujemy nieraz mniejszą lub większą ilość ciałek nasiennych, których pochodzenie z pęcherzyków nasiennych nie może ulegać wątpliwości.

Bądźco bądź, samodzielne tworzenie się kryształów nasiennych, jeżeli nawet jest możebne, zdarza się bardzo rzadko, i dlatego nie może ono służyć za cechę rozpoznawczą zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Jeżeli wszakże mamy wątpliwości co do pochodzenia danej wydzieliny, można posługiwać się podanym wyżej sposobem sztucznego otrzymywania kryształów nasiennych, a wynik dodatni wątpliwości te usunie.

Obok wyluszczonych w rozdziale niniejszym cech makro- i mikroskopowych wydzieliny, otrzymywanej przy ucisku na gruczoł krokowy, należy w każdym poszczególnym przypadku brać pod uwagę i inne objawy chorobowe. Objawy te same przez się nie wystarczają do rozpoznania ścisłego; połączone wszakże z wynikami badania mikroskopowego wydzieliny, mogą rozpoznanie potwierdzić oraz dać nam szereg wskazówek co do powikłań, towarzyszących cierpieniu zasadniczemu.

Nakoniec muszę tu przypomnieć, iż w każdym przypadku zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego należy badać wydzielinę na obecność gonokoków. Do badania tego należy użyć wydzieliny, wyciśniętej z gruczołu po dokładnem przemyciu cewki, dającem rękojmię bezwarunkowego wyłączenia znajdujących się ewentualnie w cewce gonokoków. Jakkolwiek osobiście nigdy nie mogłem wykryć gonokoków nawet w przypadkach bardzo uporczywych zapalenia przewlekłego gruczołu, sądzę jednak, iż wobec komunikatów NEISSER'a i PUTZLER'a oraz FELLEKI'ego, na okoliczność tę należy zwrócić baczną uwagę, ma ona bowiem ważne znaczenie w rokowaniu.

## V. Rozpoznanie różniczkowe.

Istnieją stany chorobowe, które stanowią częstokroć źródło omyłek dyagnostycznych i dają powód do rozpoznawania zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego w przypadkach, gdzie ono nie istnieje wcale. Z tego względu uważam za

konieczne ze sprawami temi czytelnika bliżej zaznajomić, oraz dać szereg wskazówek, służących do ścisłego odróżniania spraw tych od zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego.

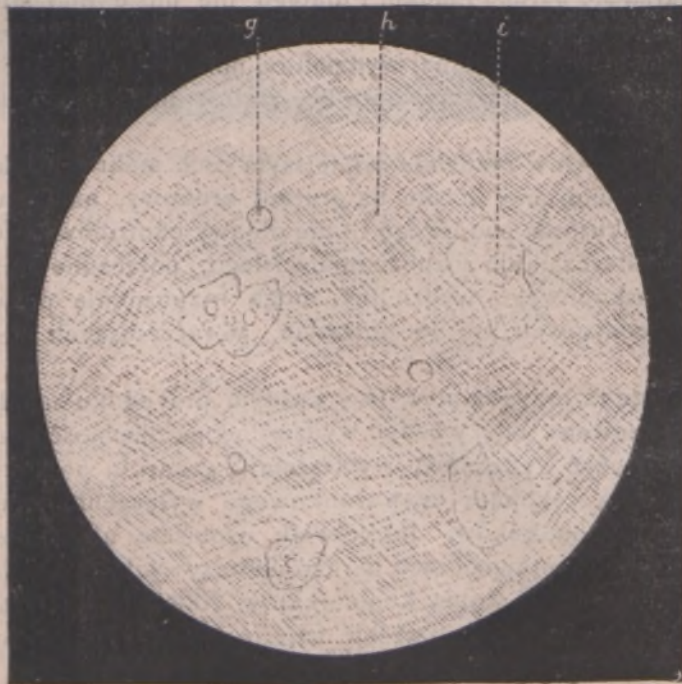
Sprawy chorobowe, które dawać mogą powód do rozpoznania błędnego, podzielić można na dwie grupy.

Do pierwszej grupy należą stany chorobowe, które nic wspólnego z gruczołem krokowym nie mają i tylko towarzysząca im wydzielina bywa często mylnie przyjmowana za wydzielinę gruczołu krokowego.

W drugiej grupie mamy wprawdzie do czynienia z zachorzeniem gruczołu krokowego, lecz zupełnie innego charakteru.

A. Do pierwszej grupy należą:

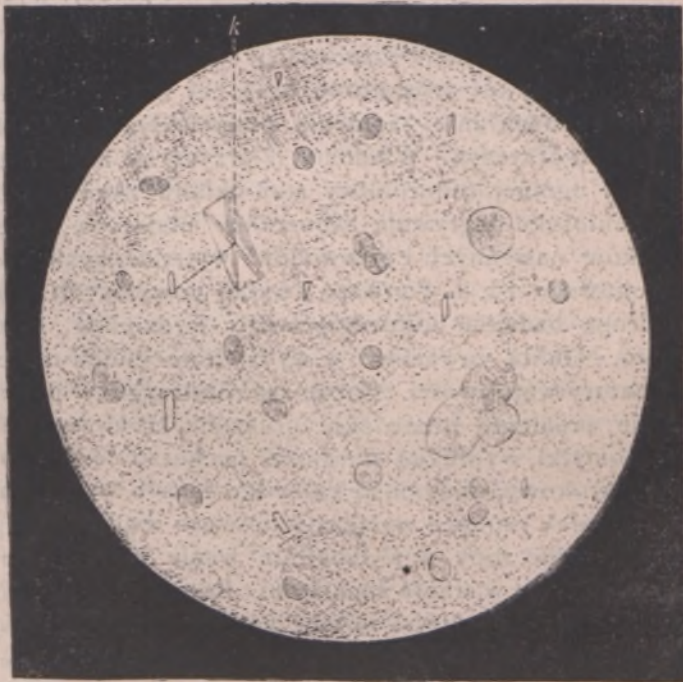
1. *Urethrorrhoea ex libidine*. Wiadomo powszechnie, iż przy długotrwałej, silnej erekcyi, zwłaszcza zaś bez zadowolenia popędu płciowego, ukazuje się nie-raz z otworu zewnętrznego cewki wydzielina bardzo skąpa, bezbarwna, bezwonna, szklista, podobna do białka kurzego. Wydzielina ta występuje u osobników zupełnie zdrowych i jest wyrazem silnego pobudzenia płciowego. Pochodzi ona z gruczołów LITTRÉ'go lub COWPER'a, albo też z obu razem. Ponieważ większa część tych gruczołów leży wśród naczyń ciała jamistego cewki i otoczona jest mięśniami, jest przeto bardzo możliwe, że na tworzenie się wspomnianej wydzieliny wpływa erekcyja. Otóż, wskutek przedrażnienia będących w mowie gruczołów, oczywiście w następstwie wszelkiego rodzaju nadużyć płciowych, ilość wydzieliny znacznie się zwiększa; przyjmuje ona charakter mniej lub więcej stałego wypływu cewkowego, występującego zupełnie niezależnie od erekcyi. Mamy wówczas do czynienia z śluzotokiem cewki (*urethrorrhoea ex libidine*). Śluzotok ten



Rys. 3. Wydzielina przy śluzotoku (*urethrorrhoea*).

chorzy przyjmują za prostatoreę lub nasieniotok, a lekarze częstokroć podtrzymują ich w tem mniemaniu. Jednakże własności wydzieliny tej, zarówno makro- jak i mikroskopowe, nie przedstawiają najmniejszych trudności rozpoznawczych. Ma-

kroskopowo wydzielina ta różni się od prawidłowej tylko pod względem ilości i warunków, w jakich się ukazuje. Jest to masa bezbarwna, bez woni, szklista, ciągliwa, podobna do białka kurzego, gumy arabskiej lub gliceryny, posiada odczyn alkaliczny. Badanie mikroskopowe (rys. 3) wykazuje, że masa ta składa się przeważnie ze śluzu (*h*), tu i owdzie znajdujemy komórkę nabłonkową płask lub okrągłą (*i*), niekiedy ciało śluzowe (*g*). Kulek lecytynowych, detrytu, nitek nasiennych ani śladu, kryształów BOETTCHER'a również niema, nawet po dodaniu fosforanu amonu. Niekiedy wydzielinę tego rodzaju znaleźć można przypadkowo w moczu osób, oddających się nadużyciom płciowym. Na dnie naczynia zbiera się masa szklista, ciągliwa, którą przy szukaniu osadu pipetą wyciągamy w postaci długiej nitki śluzowej, przedstawiającej wszelkie cechy w mowie będącej wydzieliny. W jednym przypadku znalazłem w takiej nitce, obok składników wyżej podanych, jeszcze drobne kryształy trójfosforanu (rys. 4, *k*). Mocz był kwaśny, pochodził



Rys. 4. Śluz znaleziony w moczu przy śluzotoku.

zaś od lekarza, który przez długi czas uprawiał spółkowanie przerywane. Obecność trójfosforanów w masie śluzowej, wyciągniętej z moczu kwaśnego, wydawała mi się rzeczą zagadkową, wyjaśnienie jednak znalazłem w atlasie PEYER'a<sup>8)</sup>, który podaje opis zupełnie podobnego spostrzeżenia. Wzmiankowany fakt tłumaczy PEYER tą okolicznością, że masa śluzowa posiada odczyn alkaliczny, i utrzymuje, że w wydzielinie, wziętej bezpośrednio z cewki, również znaleźć można kryształy trójfosforanu. W rzeczy samej, spostrzeżenie PEYER'a miałem możność stwierdzić dwukrotnie.

Osobniki tej kategorii stanowią istną plagę na lekarzy, uważają się oni bowiem za ciężko chorych i obchodzą wszystkich specjalistów. Tymczasem jest to cierpienie niewinne, nie wymagające żadnego leczenia miejscowego. Owszem, leczenie rozmaitemi narzędziami, zwłaszcza zaś wstrzykiwaniami drażniącymi, pogarsza tylko stan i podtrzymuje wyciek. Obowiązkiem lekarza jest oświecić chorych pod tym względem i wyjaśnić im, że dolegliwości, na które się uskarżają, nic wspólnego z podejrzanymi przez nich cierpieniami nie mają.

<sup>8)</sup> PEYER. Atlas der Mikroskope am Krankenbette. Stuttgart. 1891. (Wyd. 3).

Dla dokładnego rozpoznania ważną jest rzeczą upewnić się, czy dany osobnik nie miał bezpośrednio przed badaniem polucyi. W takim bowiem razie wydzielina zawiera dość liczne nitki nasienne, które mogą naprowadzić na myśl o istnieniu nasieniotoku.

W każdym poszczególnym przypadku, gdzie stwierdzono śluzotok cewki, należy jeszcze mieć na uwadze, że jednocześnie istnieje może zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego. Wyłączyć cierpienie to możemy dopiero po dokładnem zbadaniu wyciśniętej z gruczołu wydzieliny.

2. Nasieniotok (*spermatorrhoea et azospermatorrhoea*). W zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego dość często przyłącza się, jako powikłanie, nasieniotok, który może maskować cierpienie zasadnicze. Pomijamy tu wszelkie, niezależne od woli naszej wytryski nasienia, mianowicie polucyeienne i nocne; te bowiem nie przedstawiają żadnych trudności rozpoznawczych. Ograniczymy się tylko do tej postaci nasieniotoku, która niezależnie od polucyi występuje podczas oddawania stolca lub moczu przy braku erekcyi, i dlatego posiada pozornie cechy prostatorei. Zadaniem naszym będzie rozpoznać w tych razach, czy dana wydzielina przedstawia nasieniotok, czy też prostatoreę, oraz, czy w razie stwierdzenia nasieniotoku, tenże stanowi powikłanie zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, czy też zależy od innych przyczyn. Wiadomo, iż przyczyny nasieniotoku są liczne. Obok przyczyn natury ogólnej (chorobliwy stan układu nerwowego), ważną rolę w powstawaniu nasieniotoku odgrywają zaburzenia miejscowe, zależne od stanu zapalnego pęcherzyków nasiennych i przewodów wytryskowych, części krokowej cewki, gruczołu krokowego i t. d. Pierwsze z pytań powyższych rozstrzygnąć można bardzo łatwo drogą badania mikroskopowego wydzieliny, otrzymanej przy stolcu lub mokrzyeniu. Obfita zawartość w wydzielinie ciałek nasiennych usuwa wszelkie co do jej natury wątpliwości. Chcąc zaś rozstrzygnąć pytanie, czy obok nasieniotoku istnieje zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego, musimy, gwoli uniknięcia możliwej omyłki, wypłukać starannie pęcherz i cewkę po oddaniu moczu i ucisnąć gruczoł krokowy, otrzymaną zaś w ten sposób wydzielinę zbadać pod mikroskopem. Brak ciałek ropnych wyłącza stanowczo współudział gruczołu krokowego, natomiast obecność ropy w wydzielinie wcale jeszcze nie dowodzi, że gruczoł krokowy znajduje się w stanie zapalnym. Ropa ta bowiem może również dobrze pochodzić z przewodów wytryskowych, jeżeli te dotknięte są sprawą zapalną, jak i z gruczołu krokowego. Wiadomo, że przewody wytryskowe przebiegają w samej istocie gruczołu krokowego, ucisk zatem na ten ostatni wyprowadza na świat nie tylko wydzielinę gruczołu, lecz ewentualnie i wydzielinę błony śluzowej przewodów wytryskowych, otrzymany zaś wytwór przedstawia mieszaninę obu wydzielin, w której niesposób rozpoznać, czy elementy zapalne kłaszt należy na karb zapalenia gruczołu krokowego, czy też przewodów wytryskowych. W tych razach rozpoznanie jest trudne, przy pewnych jednak staraniach daje się ono osiągnąć. Cenne wskazówki daje nam badanie nasienia. Zapaleniu przewodów wytryskowych i jednoczesnemu zazwyczaj zapaleniu pęcherzyków nasiennych towarzyszy zawsze nasieniotok, który między innymi występuje pod koniec wydalania moczu. W moczu nasienie zjawia się w postaci kulek galaretowatych, podobnych do ziarn sago i składających się wyłącznie z nitek nasiennych oraz wydzieliny błony śluzowej pęcherzyków nasiennych. Otóż, przy sprawie zapalnej w pęcherzykach nasiennych lub przewodach wytryskowych, wspomniane ciałka galaretowate zawierają leukocyty. Brak zatem leukocytów w nasieniu, a obecność ropy w wydzielinie gruczołu krokowego, wyłącza sprawę zapalną przewodów wytryskowych i pęcherzyków nasiennych, dowodzi zaś istnienia sprawy zapalnej gruczołu krokowego.



Jeżeli leukocyty występują w nasieniu i w wydzielinie gruczołu krokowego, wówczas rozpoznajemy zapalenie przewodów wytryskowych i pęcherzyków nasiennych, rozpoznanie zaś zapalenia gruczołu krokowego pozostaje wątpliwem.

Również wielkie trudności nasuwają się przy rozpoznaniu różniczkowem, gdy mamy do czynienia z nasieniem, którego produkta nie zawierają nitek nasiennych, czyli t. zw. *azoospermatorrhoea*. *Azoospermia* czyli brak nitek nasiennych w wytrysku jest zjawiskiem dość częstem, acz mało znanem. Poszukiwania BUSCH'a, KEHRER'a, FUEBRINGER'a i innych, wykazały, że około 30% małżeństw bezdzietnych zawdzięcza bezpłodność bezwzględnemu brakowi nitek nasiennych w wytrysku. Częstość napotykamy azoospermię w przypadkach, gdzie zarówno badanie narządów płciowych, jak i makroskopowe badanie nasienia nie budzi żadnych podejrzeń istnienia tego cierpienia, gdzie spółkowanie odbywa się zupełnie prawidłowo, a wytrysk pod względem obfitości nie ustępuje prawidłowemu. Badanie mikroskopowe jednak przekonywa nas, że w nasieniu nie brakuje nic, prócz nitek nasiennych! Nie wdając się tu bliżej w przyczyny tego cierpienia (najczęstszą przyczyną ma być zanik światła przewodów nasiennych w następstwie zapalenia przyjądrzy), chcę tu tylko zwrócić uwagę na to, że osobniki, dotknięte wspomnianą wadą, mogą równie dobrze, jak osobniki z nasieniem prawidłowem, cierpieć na nasieniotoke, ujawniający się przy wydalaniu stolca i moczu. Ważną przeto jest rzeczą umieć odróżnić *azoospermatorrhoeam* od wydzieliny gruczołu krokowego. Jedyną wskazówkę w tym względzie daje nam badanie makro- i mikroskopowe danej wydzieliny. Jeżeli zawiera ona charakterystyczne dla wydzieliny pęcherzyków nasiennych ciała galaretowate, podobne do ziarn sago, badanie zaś drobnowidzowe nie wykazuje w ciałkach tych nitek nasiennych—rozpoznamy *azoospermatorrhoeam*; brak ciał galaretowatych cierpienie to wyłącza. Naturalnie, zarówno tu, jak i przy zwykłym nasieniu, musimy jeszcze osobno zbadać wydzielinę gruczołu krokowego w sposób wyżej podany, jeżeli podejrzujemy zapalenie tego narządu, oraz zwrócić uwagę na zawartość leukocytów w wydzielinie pęcherzyków nasiennych, ażeby można było z całą pewnością wyłączyć współdziałanie przewodów wytryskowych w cierpieniu.

3. Zapalenie przewlekłe cewki tylnej często towarzyszy zapaleniu przewlekłemu gruczołu, niezawsze jednak oba te cierpienia istnieją jednocześnie. Spostrzegalem przypadki zajęcia cewki tylnej przy zupełnie zdrowym gruczole krokowym; z drugiej znow strony niejednokrotnie widzialem zapalenie przewlekłe gruczołu bez współdziałania błony śluzowej cewki. W każdym przeto przypadku należy ściśle rozpoznać źródło pochodzenia wydzieliny, bez względu na to, czy objawia się ona jako wyciek z cewki, czy też w postaci nitek cewkowych, występujących w moczu. Orzeczenie nie przedstawia tu żadnych trudności; jeżeli kierować się będziemy stale podanymi wyżej wskazówkami, dotyczące sposobu otrzymywania wydzieliny z gruczołu krokowego. Badając wydzielinę tę po starannem przemyciu cewki, jesteśmy zawsze w możności zrobienia ścisłego rozpoznania.

4. Kapanie moczu po urynowaniu jest objawem zarówno zmian organicznych cewki (zwążenia), jak i zmian czynnościowych (neurastenii płciowej). Samo stwierdzenie faktu kapania moczu nie przedstawia zazwyczaj trudności, jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż występuje ono bezpośrednio po wydalaniu moczu. W razach wątpliwych należy zebrać będącą w mowie wydzielinę i poddać badaniu chemicznemu na mocznik. Ostrożność ta jest niezbędną, jeżeli kapanie moczu ma miejsce przy sprawach ropnych w cewce i pęcherzu, wówczas bowiem krople moczu są mniej lub więcej mętne i badanie mikroskopowe nie może wyjaśnić dyagno-

zy. Tylko reakcja chemiczna na mocznik daje nam możność ścisłego rozpoznania. Stwierdziwszy, iż w samej rzeczy mamy do czynienia z kapaniem moczu, pozostaje jeszcze bliżej określić, od czego zjawisko to zależy. Jeżeli możemy wyłączyć zwięźlenie, co jest rzeczą bardzo łatwą, w takim razie zjawisko to możemy przypisywać neurastenii płciowej, zależnej bądź od zapalenia przewlekłego cewki tylnej lub gruczołu krokowego, bądź też od nadużyć płciowych. Rozpoznanie różniczkowe tych spraw chorobowych nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności.

*B.* Co się tyczy rozpoznania różniczkowego między zapaleniem przewlekłym a innymi cierpieniami gruczołu krokowego, to jedynie początkowe okresy przerostu oraz gruczoły tego narządu stanowią źródło omyłek rozpoznawczych. Objawy tych spraw chorobowych w okresach późniejszych są tak charakterystyczne, że tylko gruba nieznajomość patologii gruczołu krokowego dać może powód do fałszywego rozpoznania. W początkowych okresach przerostu gruczołu krokowego, przejawiających się wyłącznie częstą potrzebą mokrzeń, należy przede wszystkim wziąć pod uwagę wiek chorego. U osób starszych nad lat 55 częściej bywa przerost, aniżeli zapalenie przewlekłe gruczołu; jeżeli zaś badanie gruczołu palcem nie daje dostatecznych rękojmi ścisłego rozpoznania, należy zawartość gruczołu wycisnąć palcem i zbadać pod mikroskopem. Brak elementów zapalnych w wyciśniętej wydzielinie przemawia za przerostem gruczołu; w tem bowiem cierpieniu błona śluzowa pęcherzyków gruczołowych udziału żadnego nie przyjmuje i wydzielina nie różni się niczem od wydzieliny gruczołu prawidłowego, chyba tylko obecnością w niektórych razach większej ilości ciał skrobiowatych. Trudniej niekiedy odróżniać początkowe okresy gruczołowatych od zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, zwłaszcza, że i w gruczołowatych otrzymana przy ucisku gruczołu krokowego wydzielina zawierać może pierwiastki zapalne, niczem nie różniące się od podobnych elementów przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego. Bywa to mianowicie wówczas, gdy sprawa gruczołowata zajmuje samą tkankę gruczołową. Jeżeli mamy w tych razach do czynienia z pierwotną gruczołowatą gruczołu krokowego, rozpoznanie różniczkowe musimy oprzeć na wynikach badania bakteriologicznego wydzieliny oraz na zmianach anatomicznych w gruczole. Co się tyczy badania bakteriologicznego, to nieraz udaje się wykryć w wydzielinie laseczniki gruczołowate, co usuwa wszelkie wątpliwości co do natury cierpienia. Brak wszakże laseczników gruczołowatych, nawet w razie wielokrotnego badania wydzieliny, cierpienia gruczołowatego nie wyłącza, i wówczas rozpoznanie opieramy wyłącznie na danych, otrzymywanych przy badaniu gruczołu palcem. Gruczoł usiany jest licznymi gruczołowkami, dostępnymi zazwyczaj dla palca badającego, oczywiście jeżeli do cierpienia zasadniczego nie dołączyło się wtórne zapalenie gruczołu, które zaciemnia obraz pierwotny. W tych razach z rozpoznaniem musimy się wstrzymać aż do wystąpienia typowych objawów gruczołowatych.

Trudności tego rodzaju zdarzają się bardzo rzadko, ponieważ gruczołowata gruczołu krokowego rzadko kiedy występuje pierwotnie. Częściej można ognisko pierwotne wykryć w przyjądrzach lub innych narządach i to wystarcza do ścisłego rozpoznania różniczkowego.

## VI. Rokowanie.

O ile rokowanie dotyczy wyleczenia całkowitego, jest ono zdaniem mojem niepomyślne. Dotychczas nie widziałem ani jednego przypadku zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, w którymby cierpienie zasadnicze, mianowicie sprawa zapalna błony śluzowej pęcherzyków gruczołowych, ustąpiło całkowicie; nie jestem też w możności przytoczyć podobnego przypadku z literatury danego

przedmiotu. Natomiast zaznaczyć muszę, że przy odpowiednim leczeniu widziałem nieraz znaczne zmniejszenie natężenia sprawy chorobowej, z ustąpieniem przeważnej ilości przykrych objawów podmiotowych. Co się tyczy rokowania *quoad vitam*, jest ono zdaniem mojem pomyślne. Nie mogę się zgodzić z zapatrywaniem niektórych autorów, według których zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego może dać powód do powstawania ropni w mięszu gruczołu krokowego i do powikłań niebezpiecznych, połączonych nieraz z podobną sprawą. W tych razach autorowie mieli raczej do czynienia z nierozpoznaną gruźlicą gruczołu krokowego, która w rzeczy samej daje niekiedy powód do powstawania ropni. Podobnego zakończenia się sprawy przewlekłej niegruźliczej, nie widziałem nigdy.

### VII. Leczenie.

Szereg środków, zachwalanych różnymi czasy przeciwko zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego, jest tak znaczny, że pod względem ilości konkurować może chyba ze środkami, zalecanymi przeciw rzeżączce przewlekłej. Już to samo dowodzi wartości problematycznej naszego arsenału leczniczego, zwłaszcza, jeżeli bezkrytycznie chwycimy się tego lub owego środka i nie będziemy sobie jasno zdawali sprawy z tego, czy w danym przypadku leczenie wogóle jest wskazane, czy leczenie to ma być miejscowe czy ogólne, tudzież, co mianowicie czynić należy dla ulżenia choremu. Widzieliśmy, że objawy zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego są wielce różnorodne; różnorodne też są powikłania, cierpieniu temu towarzyszące. Wydawałoby się napozór rzeczą słuszną, że skoro objawy te mają swe źródło w gruczole krokowym, do zwalczania ich przedewszystkiem leczenie tego narządu powinniśmy mieć na względzie. Jednakże, zważywszy z całą bezstronnością wyniki, jakie osiągamy przez leczenie miejscowe, musimy dojść do wniosku, że leczenie przyczynowe niezawsze może tu znaleźć zastosowanie i że nieraz musimy uciekać się do leczenia objawowego, pozostawiając gruczoł krokowy w bezwzględny spoczynku. Zastanówmy się bowiem nad pytaniem, co nam leczenie miejscowe daje? Łudzą się ci, którzy mniemają, że może ono doprowadzić sprawę zapalną do wygaśnięcia. Najbardziej energiczne i systematyczne leczenie miejscowe, skierowane do usunięcia sprawy zapalnej, zamierzonego wyniku nie dawało mi nigdy, a i zwolennicy tego sposobu leczenia nie przytaczają wcale dowodów na to, aby byli w swych usiłowaniach szczęśliwsi. Jedyne wyniki, jakie osiągamy przez leczenie miejscowe, racjonalnie prowadzone, — to zmniejszenie, czasami nawet prawie zupełne zniknięcie objawów podmiotowych. Natomiast pamiętać się godzi, że nadużywanie leczenia miejscowego sprowadza nieraz oplikane skutki, potęguje bowiem natężenie objawów i wywołuje rozmaite powikłania, które tylko na karb zbyt długiego holdowania leczeniu instrumentalnemu kłaść należy. Chorzy mianowicie, dotknięci daleko posuniętą neurastenią, rzadko kiedy osiągną pożytek z leczenia miejscowego, które może tylko do reszty nerwy ich rozstroić; osobniki zaś z wrażliwszą cewką reagują na wszelkie wprowadzenie narzędzia wpływem z cewki, zwłaszcza zaś, jeżeli przechowali ślady dawno przebytej rzeżączki. Jeszcze gorzej, jeżeli chory, dzięki leczeniu miejscowemu, nabędzie zapalenia przyjądrzy lub pęcherza, jeżeli sprawa zapalna przejdzie na przewody wytryskowe i sprowadzi nasieniotok.

Nie twierdzą bynajmniej, że w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego należy zaniechać wszelkiego leczenia miejscowego. Owszem, jakkolwiek wielką wagę przywiązuję do oddziaływania na układ nerwowy, potrzebę leczenia miejscowego w niektórych przypadkach uznaję stanowczo. W powyższych uwagach chciałem tylko zaznaczyć, że brak zmysłu krytycznego w wyborze metody postę-

powania może być wysoce szkodliwy, że przystępując do leczenia zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, należy ściśle czynić zadość wskazaniom, wymagającym w danym przypadku, w przeciwnym bowiem razie rękościany nasze będą miały raczej charakter bezcelowego znęcania się nad chorym, aniżeli racjonalnego leczenia.

Wskazanie do leczenia daje nam staranny rozbiór objawów, spostrzeganych w każdym poszczególnym przypadku. W przypadkach o przebiegu łagodnym, gdzie na pierwszy plan występują objawy ogólne ze strony układu nerwowego, gdzie jedynym objawem miejscowym jest tylko nieco częstsza, niż prawidłowo, potrzeba mikrzenia,—a przypadki takie zdarzają się dość często—, należy się wystrzegać wszelkiej interwencji miejscowej i ograniczyć wyłącznie do leczenia ogólnego. W tych razach winniśmy przedewszystkiem dbać o uregulowanie diety, która w leczeniu chorób narządów moczowych wogóle, zaś chorób gruczołu krokowego w szczególności, ważną odgrywa rolę. Wielokrotnie miałem możność stwierdzenia ścisłej łączności między stanem narządów trawienia, a stanem gruczołu krokowego, łączności, polegającej na nagłym natężeniu objawów miejscowych, przy najłżejszym rozstroju żołądka lub kiszki. Chorym zalecać należy umiarkowanie w jedzeniu i napojach, unikanie pokarmów ciężko strawnych, pokarmów zbyt słonych lub pieprznych, piwa, wódki, wina szampańskiego, oraz wód gazowych. Jeżeli chorzy stale używają przy stole wina, należy ilość ograniczyć do *minimum*, zwłaszcza zaś wina białego. Jako napój przy stole, należy zalecać wodę z winem czerwonym. Również ograniczyć należy ilość herbaty i kawy, natomiast zachęcać do przyjmowania wzamian większej ilości mleka we wszelkiej postaci.

Chorzy powinni dbać o regularne i łatwe stolce. W razie zaparcia nawykowego zalecamy irygacje kiszki, gdzie zaś te pożądanego skutku nie odnoszą, należy wywoływać stolce łagodnymi środkami przeczyszczającymi.

Ważną jest rzeczą unikanie o ile możności siedzącego trybu życia oraz nadmiernej pracy umysłowej. Ruch na świeżem powietrzu, umiarkowana, niezbyt męcząca jazda na rowerze, gimnastyka i tym podobne sporty są w stanie zdziałać dużo dobrego, odciągają bowiem umysł chorego od ciągłego kontrolowania czynności narządów moczopłciowych i w ten sposób krzepią ducha i ciało. W tym celu również zalecamy podróże, pobyt na wsi lub w górach. Kąpiele zimne, zarówno rzeczne jak i morskie, umiarkowane wodolecznictwo metodyczne, również wielką przynoszą korzyść.

W wielu razach powyższe wskazówki dyetetyczne i higieniczne wystarczają najzupełniej, aby zapewnić choremu spokój zarówno cielesny, jak i moralny. Co najwyżej, będziemy zmuszeni od czasu do czasu leczenie to uzupełniać stosowaniem środków uspokajających, przedewszystkiem zaś związków bromowych, które chwilowe natężenie objawów doskonale nieraz łagodzą. Należy o ile możności unikać morfiny oraz innych przetworów makuwca i stosować je tylko w razie istotnej potrzeby.

U chorych, dotkniętych ciężką postacią osłabienia nerwowego, którego punktem wyjścia są zaburzenia w gruczole krokowym, należy postępować według zasad, przyjętych w leczeniu neurastenii wogóle. W tych razach leczenie miejscowe jest zdaniem mojem bezwzględnie przeciwwskazane; wiemy bowiem, że „zmiany układu nerwowego ośrodkowego, stanowiące podstawę neurastenii, okazują po pewnym czasie dążność do wyzwolenia się z pod zależności od wpływów przyczynowych; usunięcie więc tych wpływów nie może spowodować zmiany w dalszym przebiegu choroby“<sup>9)</sup>.

<sup>9)</sup> LOEWENFELD. O chorobach nerwowych na tle zaburzeń płciowych powstałych. Odczyty kliniczne wydawane przez redakcję Gazety Lekarskiej. 1892. N. 42 i 43. Tom. J. SKŁODOWSKIEGO, str. 63.

Przypadki, cechujące się silnem natężeniem objawów miejscowych, zwłaszcza zaś częstem parciem na mocz, prostatoreą, nasieniotokiem lub kapaniem moczu, przypadki, w których zboczenie czucia w sferze płciowej jest nadzwyczaj uporczywe i chorych mocno trapi, wymagają, obok postępowania wyżej wyłuszczonego, jeszcze przezornego leczenia miejscowego. Oddawna już walczą o lepsze dwie metody leczenia miejscowego: przez odbytnicę i przez cewkę. Polegają one na wprowadzaniu do odbytnicy lub cewki rozmaitych środków lekarskich oraz narzędzi w celu bądź zmniejszenia lub usunięcia stanu zapalnego gruczołu krokowego, bądź też złagodzenia rozmaitych zaburzeń czynnościowych, mających swe źródło w części krokowej cewki. Ścisłe wskazanie do użycia tych środków, w wielu razach niezaprzeczenie bardzo pożytecznych, postaram się podać później. Przedewszystkiem zaś chciałbym zastanowić się szczegółowo nad wartością nowego rzekomo sposobu leczenia przewlekłego zapalenia gruczołu przez odbytnicę, mianowicie nad zachwalanem w ostatnich czasach mięsieniem gruczołu krokowego, mającym jakoby przewagę nad wszelkimi innymi metodami postępowania.

Pierwszy zalecał rzeczoną metodę w specjalnym artykule EBERMANN<sup>10)</sup> w 1892 roku. Wychodząc z zasady, że gruczoł krokowy jest bardzo bogaty w naczynia krwionośne i chłonne, pozostające w bezpośrednim związku z odpowiednimi naczyniami miednicy, sądzi EBERMANN, że we wszystkich tych razach, w których gruczoł krokowy znajduje się w stanie obrznięcia, najskuteczniejszym środkiem do jego zwalczania jest mechaniczne wytłaczanie nagromadzonych w gruczole wytworów chorobowych. Zdaniem EBERMANN'a postępowanie to sprzyja wessaniu się wytworów takich, które następnie ulegają w krwiobiegu dalszym przemianom i zostają nareszcie wydalone z ustroju dzięki czynności narządów wydzielniczych. Zabieg ten wyprowadza zarazem zawartą w gruczole wydzielinę do cewki. Wytłaczanie wytworów chorobowych dokonywa się przez mięsienie gruczołu palcem, wprowadzonym do odbytnicy. Chory leży przytem nawznak, lub też, jeżeli pożądaný jest silniejszy na gruczoł ucisk, chory przyjmuje położenie *à la vache*, masażysta zaś wprowadza do odbytnicy palec wskazujący, uprzednio posmarowany tłuszczem, i ugniata gruczoł najpierw w kierunku od prawej strony ku lewej i odwrotnie, następnie od dołu ku górze, t. j. od wierzchołka ku podstawie gruczołu. Punktem oparcia dla gruczołu służy spojenie łonowe, do którego gruczoł przyciskamy, albo też zgłębnik metalowy, uprzednio wprowadzony do pęcherza. Posiedzenie trwa 5—10 minut i powtarza się codzień lub też co drugi dzień.

Metodę powyższą zaleca autor w zapaleniu przewlekłym oraz w przeroście gruczołu krokowego i przytacza cztery przypadki pierwszego oraz tyleż przypadków drugiego cierpienia, leczonych w ten sposób z dobrym pono skutkiem.

Jednocześnie z EBERMANN'em i niezależnie od niego wystąpił z podobną propozycją THURE BRANDT. Jakkolwiek nagłówki obu artykułów THURE BRANDT'a brzmią „o mięsieniu w zapaleniu gruczołu krokowego“<sup>11)</sup>, jednakże z dość mętne-go przedstawienia rzeczy zdaje się wynikać, że autor ten ma na myśli przerost gruczołu, mówi bowiem o zatrzymaniu moczu u ludzi wiekowych. Obok mięsienia *per rectum* zaleca THURE BRANDT jeszcze skomplikowane ruchy gimnastyczne, stosowane przezeń w praktyce ginekologicznej. Ruchy te, jakoteż mięsienie gruczołu mają na celu ułatwienie wydalania moczu.

Wkrótce po wystąpieniu EBERMANN'a i THURE BRANDT'a zjawilo się kilka prac, omawiających zbawienne skutki mięsienia w zapaleniu przewlekłym gruczo-

<sup>10)</sup> EBERMANN. Die Massage der Prostata. Internat. Centralbl. f. d. Physiol. und Pathol. der Harn- und Sexualorgane. 1892, zeszyt 8.

<sup>11)</sup> THURE BRANDT. Zur Massage bei Prostatitis. Deutsche med. Wochenschr. 1892. N. 44 | 51.

łu krokowego. Literatura tego przedmiotu jest jeszcze wprawdzie niewielka, odznacza się jednak dziwną w pracach lekarskich zgodnością poglądów, która wyraża się jednobrzmiącymi prawie wynikami, otrzymanymi przy stosowaniu mięsienia. Najbardziej uderzające wyniki otrzymywał stale SCHLIFKA<sup>12)</sup>. Podaje on opis czterech przypadków, w których już po kilkakrotnem mięsieniu ustąpiły niemal całkowicie wszystkie objawy chorobowe; w jednym nawet przypadku chory odzyskał siłę męzką, dotychczas zupełnie straconą. Żarliwych stronników zjednała sobie ta metoda leczenia w osobach ROSENBERG'a<sup>13)</sup> i KEERSMAECKER'a<sup>14)</sup>. Pierwszy uzyskał całkowite wyleczenie w czterech przypadkach po upływie 4—6 tygodni przy mięsieniu, dokonywanem co 3—4 dni; w trzech zaś przypadkach KEERSMAECKER'a leczenie przedłużało się około 3 miesięcy i pomimo bardzo nieregularnie prowadzonego mięsienia dało wyniki zupełnie zadawalające.

O mięsieniu gruczołu krokowego wspomina również v. SEHLEN<sup>15)</sup> i zaleca je jako czynnik dodatni w leczeniu zapalenia przewlekłego tego narządu. Obszerniej rzecz tę roztrząsa FELEKI w świeżo ogłoszonej pracy<sup>16)</sup>. Uważa on mięsienie za metodę leczniczą teoretycznie racjonalną, ze stanowiska zaś praktycznego wielce skuteczną; sądzi jednak, że postępowanie dotychczasowe, mianowicie ugniatanie gruczołu palcem, wprowadzonym do odbytnicy, nie wystarcza do całkowitego opróżnienia gruczołu z zawartej w nim wydzieliny. Zdaniem bowiem FELEKI'ego, odległość od otworu stolcowego niezawsze pozwala na dokładne obmacywanie lub ugniatanie całego gruczołu. Wymiary, jakie autor ten dokonał na trupach, wykazały, że odległość wierzchołka (dolnego końca) gruczołu od otworu stolcowego wynosi w przecięciu 6,3 ctm., odległość zaś podstawy (górnego końca) wynosi średnio 9,2 ctm. Wymiary te, zwłaszcza ostatni, znacznie przewyższają dotychczasowo przyjęte (7—7½ ctm.). Dość często znajdował FELEKI u trupów osób nie starszych nad lat 50 (gdzie zatem przerost starczy mógł być całkowicie wyłączony) odległość podstawy gruczołu od otworu stolcowego wynoszącą 10—13 ctm., a zatem niedostępną dla palca. Opie rając się na tych danych anatomicznych, jakoteż ze względu na okoliczność, iż mięsienie zapomocą palca stanowi dla lekarza rękoczyn nieprzyjemny, zbudował FELEKI odpowiedni przyrząd, dający możliwość wykonywania rzeczzonego rękoczynu z całą dokładnością. Przyrząd składa się ze zgłębnika gruszkowatego, którego największy obwód wynosi 6 ctm., tudzież z rękojeści długości 18—20 ctm.; obie te części składowe ustawione są do siebie pod kątem 100°. Dobrze posmarowaną tłuszczeniem gruszkę wprowadza sobie chory sam do odbytnicy, masażysta zaś, podnosząc i opuszczając rękojeść, oraz posuwając na prawo i na lewo, wykonywa ucisk na całą powierzchnię odbytniczą gruczołu. Posiedzenie trwa 3—10 minut i powtarza się 2—3 razy tygodniowo, zaleźnie od wrażliwości chorego.

Spojrząwszy na powyższą sprawę z naszego stanowiska, muszę przedewszystkiem zaznaczyć, iż mięsienie gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym nie jest rękoczynem tak świeżej daty, jak to mniemają zwolennicy tego sposobu leczenia. Każdy prawie ze wzmiankowanych autorów uważa metodę za wyległą w jego

<sup>12)</sup> SCHLIFKA. Ueber Massage der Prostata. Wiener med. Wochenschr. 1893. N. 20 i 21.

<sup>13)</sup> ROSENBERG. Die Therapie der Prostatitis chronica. Centralbl. f. die Krankheiten der Harn- u. Sexualorg. 1894. Zeszyt 8.

<sup>14)</sup> KEERSMAECKER. Du diagnostic et du traitement de la prostatite chronique. Ann. de la soc. belge de chirurgie, 15 avril, 1895. Przedruk w Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1895. N. 8.

<sup>15)</sup> SEHLEN. Zur Diagnostik u. Therapie d. Prostatitis chron. Centralbl. f. d. Phys. u. Pathol. d. Harn- und Sexualorg. 1893. Zeszyt 6, 7 i 8.

<sup>16)</sup> FELEKI. Beitr. zur Kenntniss u. Therapie d. chron. Entzündung der Prostata u. d. Samenbläschen. Centralbl. f. d. Krank. d. Harn- u. Sexualorg. 1895. zeszyt 9 i 10.

własnej głowie; tymczasem zaleca ją już FÜRBRINGER (1890) w znanym swoim podręczniku<sup>17)</sup>, nie przypisuje jej atoli zbyt wielkiego znaczenia, skoro nie podnosi mięśnienia do godności metody. Z drugiej strony, ocena materiału, jakiego nam dostarczają żarliwi obrońcy mięśnienia, dowodzi raz jeszcze tej niezbitnej prawdy, że wielu lekarzy w sprawach leczniczych nazbyt mały czyni użytek ze swojej władzy myślenia. Nie mogę nie zgodzić się z EBERMANN'em, że w przeroście gruczołu krokowego mięśnienie w rzeczy samej przynieść może pewien pożytek, albowiem przez ugniatanie gruczołu możemy do pewnego stopnia zmniejszyć w nim przekrwienie, tak często stanowiące przyczynę ostrego zatrzymania moczu. Osobiście mam do zanotowania kilka przypadków zatrzymania moczu w przeroście gruczołu krokowego, gdzie kilkakrotnie zaledwie wykonane mięśnienie sprowadziło znakomite polepszenie stanu miejscowego, wyrażające się tem, że chorzy, którzy od pewnego czasu ani kropli moczu sami nie oddawali i zmuszeni byli do użycia cewnika, zaczęli po mięśnieniu urynować bez pomocy narzędzi. Do tej kategorii chorych należy między innymi opisany w pracy mojej „W sprawie zapobiegania nieżyłowi pęcherza *e catheterisatione*“<sup>18)</sup> pod N<sup>o</sup> 3<sup>a</sup>. Nie mogę jednak pojąć, czego właściwie oczekiwać należy od mięśnienia gruczołu w zapaleniu przewlekłym. Cierpieniu temu zazwyczaj nie towarzyszy przekrwienie gruczołu, powiększenie zaś gruczołu, o którym autorowie nieraz wspominają, zanadto wielkie, jak wiemy, nosi piętno osobistego wrażenia badającego, ażebyśmy mu mogli przypisywać jakąkolwiek wartość realną. W zapaleniu przewlekłym cała sprawa chorobowa odgrywa się przeważnie i prawie wyłącznie w błonie śluzowej tkanki gruczołowej, mięśnienie na sprawę tę żadnego przecież wpływu mieć nie może. Wprawdzie zwolennicy mięśnienia kładą nacisk na tę okoliczność, iż zapomocą mięśnienia usuwamy z pęcherzyków gruczołowych zawartość chorobową, która w przeciwnym razie jakoby zatrzymuje się tu i sprowadza rozmaite zбочzenia czucia. Jednakże, badając starannie płyn, wyciśnięty z gruczołu, nie trudno zauważyć, że w przeważającej ilości przypadków główną jego część składową stanowi wydzielina, powstająca w gruczole w warunkach prawidłowych; że domieszka ciałek ropnych i innych elementów zapalnych, jakie w zapaleniu przewlekłym stwierdzić możemy, jest zazwyczaj tak nieznaczna, iż obecność ich prawie wcale nie wpływa ani na ilość, ani też na konsystencję wydzieliny. W przeważającej też ilości przypadków mamy do czynienia z bardzo łagodnymi zmianami w błonie śluzowej pęcherzyków gruczołowych, nie znajdującymi się wcale w stosunku prostym do objawów, jakie im towarzyszą. Zresztą, nawet w tych rzadkich przypadkach, w których istnieje wydzielina obfita, dająca obraz prawdziwej prostatorei, w których wydzielina ta zawiera dużą domieszkę leukocytów lub też składa się prawie wyłącznie z ciałek ropnych, o zatrzymaniu wytworów chorobowych mowy być nie może, albowiem te stale wydzielają się nazewnątrz samodzielnie, wypływowi zaś temu sprzyja znakomicie akt wydalania moczu i kału. Gdyby rzeczy miały się inaczej, t. j. gdyby w zapaleniu przewlekłym gruczołu miał miejsce zastój wydzieliny, którego usunięcie wymagałoby pomocy mechanicznej, jak np. ropy przy ropniu, moglibyśmy przecież przy badaniu stwierdzić nagromadzenie płynu, które ujawniałoby się choćby tylko powiększeniem gruczołu. Tymczasem ani jedno, ani drugie miejsca nie ma. Nawet w przypadkach prawdziwej prostatorei, mięśnienie gruczołu wyprowadza na jaw ilość wydzieliny, nie większą zazwyczaj od tej, jaką możemy wycisnąć z normalnego gruczołu, co stanowczo wyłącza możliwość zastojów wytworów chorobowych w gruczole.

17) FÜRBRINGER. Die Inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Berlin, 1890. Na str. 507 czytamy: „Bei profusem Ausfluss empfehlen wir vorgängiges Ausdrücken der Drüse vom Mastdarm her...“.

18) Przegląd Chirurgiczny. 1893. T. I, zeszyt 2.

Jeżeli od tych roztrząsań teoretycznych, dowodzących zdaniem mojem już *a priori* całej bezpodstawności mięsienia gruczołu w zapaleniu przewlekłym, przejdziemy do faktów, jakie zwolennicy tej metody na korzyść jej przytaczają, przekonamy się wnet, że fakty te są bardzo słabą podporą ich wywodów. Większość autorów, jak EBERMANN, THURE BRANDT, v. SEHLEN i FELEKI, ogólnikowo tylko zaznaczają, iż pod wpływem mięsienia następuje polepszenie sprawy chorobowej, nie twierdząc bynajmniej, aby leczenie to usuwało sprawę zasadniczą, tkwiącą w gruczole krokowym. Owszem, FELEKI wyraźnie zaznacza, że w przypadkach długotrwałych, którym towarzyszą cięższe objawy chorobowe, jak prostatorea, nasieniok i t. d., mało możemy na mięsienie liczyć. Inaczej zapatrują się na sprawę wyleczalności przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego pod wpływem mięsienia SCHLIFKA, ROSENBERG i KEERSMAECKER. Przypadki jednak całkowitego wyleczenia, jakie autorowie ci na poparcie swych argumentów przytaczają, nie dają dostatecznych rękojmi logicznego rozumowania. Cóż bowiem sądzić o argumentach SCHLIFKI, który rozpoznanie przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego opiera w jednym przypadku na „wypływie z cewki przy oddawaniu moczu i kału, wypływie, który składał się z ciałek nasiennych, na znacznym powiększeniu gruczołu krokowego, którego ucisk wyprowadza na jaw dużą ilość nasienia“? Jaką wartość dowodową posiadają rozumowania ROSENBERG'a, który widzi bezpośrednio po mięsieniu „dające się stwierdzić zmniejszenie gruczołu“; lub jaką siłę logiki posiadają twierdzenia KEERSMAECKER'a, który opiera rozpoznanie na „une prostate gonflée, molle et très sensible avec écoulement abondant d'un liquide laiteux par le massage qui était très douloureux“?

Wobec tego rodzaju spostrzeżeń, mających stwierdzić zbawienne skutki mięsienia gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym, mógłbym przejść do porządku dziennego i wcale tej sprawy nie poruszać, gdyby nie ta okoliczność, iż tu i owdzie znajduję w nowszych podręcznikach zachęcające wzmianki o tym sposobie leczenia. Z tego względu uważałem za konieczne obszerniej zastanowić się nad tym przedmiotem, tudzież odrębne stanowisko swoje w kwestyi mechanoterapii gruczołu krokowego poprzeć wrażeniami osobistymi, jakie ze stosowania tej metody odniosłem.

Mięsienie stosowałem w pięciu przypadkach, nie wliczając tu tych, w których po kilkakrotnych próbach musiałem rękojczy tego zaprzestać z powodu silnych bólów, jakie sprawiał. W tych pięciu przypadkach rozpoznanie opierało się na dokładnem badaniu wydzieliny, otrzymywanej przez ucisk na gruczoł krokowy przy zachowaniu niezbędnych środków ostrożności, wyłożonych w pracy niniejszej. Ilość wyciśniętej w ten sposób wydzieliny nie przeniosła kilku kropel, w jednym zaledwie przypadku wynosiła ona około pół ctm. szśc. W dwóch przypadkach istniała *prostatorrhoea mictionis et defecationis*, w trzech — wydzieliny w ścisłem znaczeniu słowa nie było, ujawniała się ona tylko przy mięsieniu gruczołu (*prostatorrhoea expressionis*). Wyraźnego powiększenia gruczołu w żadnym z tych przypadków nie można było stwierdzić; również konsystencja gruczołu nie różniła się od prawidłowej. Przy badaniu można było zawsze dokładnie wymacać cały gruczoł i obejść górną jego granicę. We wszystkich tych przypadkach ucisk na gruczoł sprowadzał silny ból, który chorzy porównywali nieraz do uczucia rozsadzania spojenia łonowego. W jednym przypadku istniała spermaturya. Z objawów podmiotowych zanotować wypada: częstość mokrzeń, bóle w kroczu i pachwinie rozmaitego natężenia, również różne zбочzenia czucia, jak świdrowanie, łechtanie w cewce i odbytnicy. U wszystkich siła mięzka była w zupełności zachowana. W czterech przypadkach istniała neurastenia ogólna, silniej wyrażona tylko u jednego chorego.



Mięsienie wykonywałem zawsze w położeniu chorego nawznak, z lekko zgiętymi w stawie biodrowym i kolanowym oraz rozkroczonemi kończynami. Punkt oparcia dla gruczołu krokowego stanowiło prawie zawsze spojenie łonowe, do którego gruczoł przyciskałem. Kilka razy zaledwie posiłkowałem się zgłębnikiem BENIQUE, który wprowadzałem do pęcherza; musiałem jednak w tych razach przerwać mięsienie już po upływie kilku sekund z powodu bólów nie do zniesienia. Posiedzenia trwały 2—4 minut i odbywały się codzień lub co drugi dzień. W czterech przypadkach żadnego innego leczenia nie stosowano; w jednym tylko co drugi dzień wprowadzano zgłębnik BENIQUE.

Wyniki, tą drogą otrzymane, dadzą się streścić w słowach następujących. Przy mięsieniu, trwającym 2—4 minut, bóle były bardzo silne; niekiedy przemocą niemal musiałem utrzymywać chorego do końca posiedzenia. Poskończonym zabiegu bóle trwały jeszcze około kwadransa, acz w słabszym stopniu, czemu towarzyszyło parcie na mocz, które ustępowało po upływie mniej więcej godziny. Daleko dłużej trwało rozdrażnienie ogólne, które występowało po każdym mięsieniu. Wydzielina, która w następstwie ucisku na gruczoł zjawiała się w otworze zewnętrznym cewki, pod względem ilości nie różniła się od wydzieliny, jaką otrzymywałem stale przy zwykłym badaniu przez odbytnicę. W czterech przypadkach nie widziałem również różnicy w konsystencji wydzieliny; w jednym tylko przypadku wydzielina była gęstsza, niż prawidłowa. Przy mięsieniu, po uprzednim wprowadzeniu zgłębnika metalowego, wydzielina była różowa i zawierała dość liczne ciała czerwone krwi, co, w połączeniu z silnym bólem, zniewolilo mnie do zaprzestania tego rodzaju rękoczynu.

Pragnąc naocznie stwierdzić wpływ mięsienia gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym i chcąc uniknąć zarzutu, że wnioski swoje opieram na zbyt krótkotrwałej obserwacji chorych, starałem się leczenie to przeprowadzić systematycznie przez dość długi przeciąg czasu, pomimo, że po kilku posiedzeniach nie widziałem żadnej poprawy ani stanu ogólnego, ani też miejscowego. W trzech przypadkach ilość posiedzeń wynosiła około 30, w jednym 46, w jednym zaś 70. Nie bacząc na to, nie udało mi się ani w jednym przypadku stwierdzić polepszenia. Wydzielina przy badaniu drobnowidzowem przedstawiała wszelkie cechy stanu zapalnego gruczołu, pod względem obfitości pozostała taką, jak dawniej; ból, towarzyszący mięsieniu, przetrwał aż do końca leczenia; w dwóch przypadkach, powikłanych prostatoreą przy oddawaniu moczu i kału, objaw ten pozostał nadal; spermaturya w jednym przypadku nie ustąpiła. Co się tyczy objawów podmiotowych, to i pod tym względem mięsienie, sądząc ze słów chorych, żadnej ulgi nie przyniosło.

Jak widzimy, wyniki leczenia mięsieniem wcale nie zachęcają do stosowania tego środka. Zdaniem mojem, dopóki nie znamy lepszego sposobu doszczętnego leczenia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, musimy się ograniczyć do leczenia objawowego, które daje nieraz wyniki doskonałe. W wielu razach, jak już wyżej miałem sposobność zauważyć, leczenie miejscowe jest niezbędne. Zadaniem lekarza jest zdać sobie przedewszystkiem sprawę z tego, co zamierza osiągnąć przez stosowanie tego lub owego sposobu leczenia, i ściśle zważyć dane, przemawiające za leczeniem przez odbytnicę lub za leczeniem wewnątrzcewkowym, lub też na korzyść jednego i drugiego. Co się tyczy leczenia przez odbytnicę, to opierając się na doświadczeniu osobistem, uważam, że działanie środków rezorbcyjnych, tak chętnie stosowanych przez wielu lekarzy, jest wysoce wątpliwe, a z uwagi na podrażnienie błony śluzowej kiszki, jakie nieraz sprowadzają, radziłbym być powściągliwszym w zalecaniu wszelkiego rodzaju czopków, zawierających

związki rtęci, jodu lub ichtyol. Jeżeli chorzy skarżą się na zboczenia czucia, można z wielkim pożytkiem stosować czopki, zawierające bromek potasu, beladonę lub morfinę, zależnie od stopnia tego zboczenia. Czopki te przepisuje wraz z masłem kakaowem według wzoru następującego: Rp. *Kalii bromati* 0,2—0,3 (lub *extracti belladon.* 0,015 lub *morphii muriat.* 0,01—0,015), *butyri cacao q. s., ut f. supposit.* *Dtdos. N. XII. S.* Jeden lub dwa czopki dziennie.

Pod wpływem tych czopków rozmaite objawy nerwowe w sferze moczopłciowej ustępują lub ograniczają się do *minimum*, parcie na mocz staje się zazwyczaj rzadszem. Doskonale działa nieraz w tym samym względzie stosowanie miejscowe ciepła przy pomocy przyrządu hemoroidalnego ARZBERGER'a, lub też przyrządu FINGER'a. Przyrząd FINGER'a składa się z gruszki metalowej *à double courant* długości 16 cm., połączonej z dwiema rurami kauczukowemi. Gruszkę, dobrze posmarowaną tłuszczem, wprowadza sobie chory do odbytnicy, koniec wolny jednej rury zanurza w wysoko umieszczonem naczyniu z wodą o ciepłocie około 40°, koniec zaś drugiej rury w podstawionem naczyniu. Woda, krążąc w przyrządzie, udziela ciepła dolnemu odcinkowi odbytnicy i działa wysoce kojąco na gruczoł krokowy. Zabieg ten trwać powinien około 10—15 minut i powtarzać się 2—3 razy dziennie.

W niektórych razach postępowanie wyżej wyluszczone najzupełniej wystarcza, ażeby zapewnić choremu względny spokój, i dlatego należy robić zeń użytek, nim przejdziemy do stosowania zabiegów wewnątrzcewkowych. Do leczenia wewnątrzcewkowego uciec się należy dopiero wówczas, gdy ani leczenie ogólne, ani też leczenie przez odbytnicę pożądaných skutków nie odnosi. W tych razach działać musimy bezpośrednio na błonę śluzową cewki oraz na jej przyrząd mięśniowy; metoda zaś postępowania zależeć będzie od wskazań, jakie nam każdy poszczególny przypadek nastrecza.

Przedewszystkiem zwrócić należy uwagę na stan błony śluzowej cewki tylnej. W razie istniejącego zapalenia przewlekłego, uciekamy się do środków przyżegających, które stosujemy bezpośrednio na miejsca dotknięte sprawą chorobową. Najlepsze usługi oddają w tych razach wkraplania (instylacje), dokonywane przy pomocy cewnika, wprowadzonego do części krokowej cewki, lub też wprowadzanie tamże maści i świeczek. Ze wszystkich środków lekarskich, w tym celu zalecanych, jak saletrzan srebra, siarczan miedzi, tanina i t. d., oddają zawsze pierwszeństwo saletrzanowi srebra, jako najbardziej skutecznemu. Do wkraplań używam roztworu saletrzanu srebra, poczynając od 1/4% aż do 3—5% w przypadkach bardzo uporczywych. Jednorazowo wstrzykujemy kilka lub kilkanaście kropel przy umiarkowanie napełnionym pęcherzu. Do rękoczynu tego posługujemy się zwykłą strzykawką PRAVAZ'a lub też strzykawką GUYON'a albo ULZMANN'a. Nawiasowo dodam, że cewnik, przy którego pomocy wprowadzamy płyn do cewki, winien być smarowany gliceryną. Waselina bowiem, którą zwykle posługujemy się do smarowania cewników, pokrywa błonę śluzową cewki warstwą, nie przepuszczającą wody, osłabia zatem działanie środka leczniczego.

Jeżeli sprawa zapalna tkwi jednocześnie w przedniej części cewki, należy i tę leczyć. Postępowanie w tym razie jest bardzo proste. Wprowadzamy cewnik najpierw do części krokowej cewki i tu wkraplamy środek leczniczy. Następnie cewnik usuwamy powoli, wstrzykując jednocześnie kilka lub kilkanaście kropel do części przedniej. Ważną jest rzeczą pamiętać, że w braku wskazań do leczenia cewki przedniej, należy cewnik przy usuwaniu z cewki zacisnąć. Ostrożność ta zapobiega działaniu drażniącego leku na zdrową błonę śluzową przedniej części cewki.

Zamiast wkraplań lekarstw płynnych można wprowadzać do tylnej części cewki maści albo świeczki, zawierające żądane leki. Mają one tę przewagę, że

działają dłużej na błonę śluzową, przyczem cząsteczki maści mogą dostawać się do przewodów wyprowadzających gruczołu krokowego i wywieść wpływ leczniczy. Do wprowadzania maści służy strzykawka TAMASOLI'ego, do wprowadzania świeczek *porte-remède* DITTEL'a. Ponieważ środki te działają silniej, używać należy słabszych koncentracji. Maść przepisujemy w postaci następującej: Rp. *Argenti nitr.* 1,0—3,0, *lanolini* 05,0, *ol. olivar.* 5,0. *Mf. ungu. S.* Do części krokowej wprowadzać jeden decygram maści (jedną podziałkę strzykawki TOMASOLI'ego), w razie potrzeby tyleż do części przedniej.

Świeczki zapisujemy również z saletranem srebra: Rp. *Argenti nitr.* 0,12 — 0,36, *butyri cacao* 10,0, *ul f. suppositor. urethral. brev. N.* 10. Każda świeczka zawiera 1,2—3,6% saletranu srebra. Osobiście postępuję w ten sposób, że początkowo wstrzykuję lapis w roztworze. Gdy dochodzę do roztworów 2%-wych, zaczynam stosować świeczki 1,2—2,4%-owe.

Jako zasadę przy leczeniu środkami przyżegającymi, bez względu na to, w jakiej postaci je stosujemy, należy przyjąć, ażeby załęg następny rozpocząć dopiero po całkowitem ustąpieniu podrażnienia, wywołanego przez rękoczyn poprzedzający. Dlatego też zarówno wkraplania, jakoteż wprowadzanie maści i świeczek należy przedsięwziąć najwyżej co trzeci lub czwarty dzień. Niekiedy będziemy musieli czekać dłużej.

Jeżeli kto ma wprawę w endoskopowaniu, może stosować środki przyżegające pod kontrolą oka. W tym jednak razie zabiegi należy powtarzać rzadziej.

Pożytek, jaki osiągamy ze stosowania środków przyżegających w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego, jest podwójny: 1) środki przyżegające działają na błonę śluzową cewki tylnej i usuwają istniejące tamże zapalenie; 2) działając na zakończenia nerwowe, założone w tylnej części cewki, środki te przytępiają ich pobudliwość i redukują w ten sposób zboczenia czucia do *minimum*.

W przypadkach, niepowikłanych stanem zapalnym cewki, należy wystrzegać się używania wszelkich środków drażniących, natomiast dla łagodzenia zboczeń czucia i innych objawów nerwowych uciekamy się do kojącego wpływu zgłębników metalowych oraz sondy oziębiającej. Pierwsze działają widocznie dzięki uciskowi, jaki wywierają na błonę śluzową i podśluzową cewki tylnej, zwłaszcza zaś wzgórka nasiennego, znajdującego się częstokroć w stanie przerostu. Stosowanie zgłębników winno być dokonywane z wszelką ostrożnością; rozpoczynać należy od numerów niższych, np. N. 16—18 skali CHARRIÈRE'a i stopniowo dochodzić do coraz wyższych aż do N. 30. Jeżeli otwór zewnętrzny cewki nie jest dość duży, ażeby podobnej grubości narzędzie przepuszczał, rozcinamy otwór ten nożem, ewentualnie znieczulamy pole operacyjne kokainą. Zabieg ten nie pociąga za sobą żadnych skutków poważniejszych, można go zatem stosować, ilekroć zajdzie potrzeba.

Wielkie usługi oddają zgłębniki w przypadkach, powikłanych kapaniem moczu po urynowaniu. W dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, w których powikłanie to najbardziej dawało się chorým we znaki, przykry ten objaw całkowicie i bezpowrotnie ustąpił po kilkakrotnem zaledwie wprowadzeniu zgłębnika. Ten sam skutek osiągnąłem przy leczeniu zgłębnikami chorego, u którego kapanie moczu wystąpiło jako objaw neurastenii płciowej na tle spółkowania przerywanego. O skutecznym wpływie leczniczym sondy metalowej w zwalczaniu objawu, o którym mowa, miałem możność przekonania się w czasach ostatnich. Zgłosił się do mnie młody człowiek z wysoko rozwiniętą neurastenią płciową na tle długotrwałej masturbacji. Obok rozmaitych innych zaburzeń miejscowych, najbardziej choremu dolegało kapanie moczu po urynowaniu, trwające od lat kilku i połączone z uczuciem niezupełnego opróżniania pęcherza. Chory

utrzymywał, że wogóle rzadko doznaje parcia na mocz, oddaje zaś mocz dwa razy dziennie bez widocznej potrzeby, tylko w obawie, żeby w następstwie zbyt długiego zatrzymywania moczu nie powstało rozszerzenie pęcherza (chory jest studentem medycyny). Badanie zgłębnikiem metalowym wykazało tylko wysoki stopień nadczułości błony śluzowej całej cewki, poczynając od otworu zewnętrznego. W pęcherzu żadnych zmian nie byłem w stanie wykryć. Jakież było moje zdziwienie, gdy nazajutrz zgłosił się chory z oświadczeniem, że nigdy nie czuł się na pęcherz tak dobrze, jak tego dnia; że w ciągu doby miał cztery razy potrzebę oddania moczu; że po tem doznał uczucia całkowitego opróżnienia pęcherza; że od chwili badania—kapania moczu nie zauważył! Oczywiście zgłębnik metalowy reguluje czynność zwieraczy, podnosi *tonus* mięśni cewki.

Niekiedy istnieją wskazania jednoczesnego użycia środków przyżegających i zgłębników metalowych. To podwójne oddziaływanie na cewkę połączyć możemy w jednym rękoczynie z wielkim dla chorego pożytkiem, stosując zgłębniki metalowe, powleczone maścią przyżegającą według przepisu UKNA'y. Smarujemy mianowicie zgłębnik roztopioną w ciepłej kąpieli maścią twardą, składu następującego: *butyri cacao* 100,0, *cerae flavae* 2,0, *argenti nitrici* 1,0, *balsami peruviani* 2,0. Maść ta, schnąc przy zwykłej ciepłocie, ściśle do zgłębnika przylega; po wprowadzeniu zaś zgłębnika do cewki, maść ta rozplywa się i wywiera działanie przyżegające na błonę śluzową, zgłębnik zaś działa swoim ciężarem. Przed użyciem zgłębnik taki zanurzamy na chwilę w wodzie ciepłej.

Zbawienne skutki sondy oziębiającej czyli psychroforu WINTERNITZ'a objaśnić sobie należy przez wpływ mechaniczny ciśnienia wody oraz działanie niskiej ciepłoty na zakończenia nerwowe, założone w błonie śluzowej cewki tylnej, tudzież na zwieracz cewki. Stąd podmiotowe uczucie ulgi, jakiej doznają chorzy po każdorazowym stosowaniu psychroforu, stąd polepszenie nieraz ogólnego stanu układu nerwowego. Wskazaniem do użycia sondy oziębiającej jest nasieniotość, występujący jako powikłanie przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, tudzież neurastenii płciowej innego pochodzenia (samogwałt, *coitus reservatus*). Nasieniotość rozwijający się w następstwie zachorzenia pęcherzyków nasiennych i przewodów wytryskowych, stanowi przeciwwskazanie do użycia sondy WINTERNITZ'a. Z pożytkiem może ona być stosowana również do zwalczania rozmaitych zbroczeń czucia.

Zgłębnik i psychrofor wprowadzam zazwyczaj naprzemian co drugi dzień. Jakkolwiek wcale nie roszczę pretensyi, ażeby środki te mogły wyleczyć doszczętnie sprawę chorobową, która tkwi w gruczole krokowym, jednakże zmniejszają one przykre objawy miejscowe do tego stopnia i wywierają tak zbawienny wpływ na ogólny stan chorego, że mogę je tylko gorąco polecić w tych przypadkach przewlekłego zapalenia gruczołu i neurastenii płciowej wogóle, w których istnieją wskazania do leczenia miejscowego. Niektórzy z moich chorych po wzmiankowanym leczeniu pozbyli się w ciągu sześciu tygodni do trzech miesięcy wszelkich dolegliwości, zarówno miejscowych, jak i ogólnych, i pomimo, iż sprawa chorobowa w gruczole krokowym trwa dalej, czują się podmiotowo zupełnie dobrze.

Na zakończenie uważam za konieczne dodać, iż leczenie przyrządami wymaga ścisłego przestrzegania zasad aseptyki. Zasady te wyłożyłem obszernie w dawniejszych pracach swoich<sup>19)</sup>, do nich więc czytelnika odsyłam.

<sup>19)</sup> GROZGLIK. Aseptyka w katetyzowaniu. „Przegląd Chirurgiczny”. Tom II, zeszyt 2, oraz: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania, „Medycyna”, 1895. N. 22—23.

