

Нові напрями в ліченю переросту припругні (*hypertrophia prostatae*).

Як відомо — збір клінічних симптомів, званих простатизмом, що показують ся у старших мужчин, обнимає взагалі неправильности в віддаваню мочи, як: частійший напір до моченя, слабкий мочевий луч, або задержанє відпливу мочи, непримні сензації при моченю, а остаточно в далеко поступивших случаях недуги, всякі симптоми хронічного запаленя мочевого міхура. Ліченє сеї недуги було ще до недавна по більшій часті в обсягу внутрішньої медицини; деякі засади того ліченя мають і нині ще своє певне значінє. Одже прикладає ся загальні гігієнічно-диєтетичні приписи, усуває ся причини, що ведуть до жильного застою, іменно обстїпацію, поручає ся алькалічно-солоні води: як карльсбадські, марієнбадські, франценсбадські, розуміє ся відповідно до даного случаю, а також водоліченє (*hydrotherapia*) в формі літних купелів і натирань. Місцеве ліченє має на меті усувати, о скілько можна, симптоми з боку міхура. Коли моч є чиста, впроваджує ся цївник (катетер) задля цїлковитого відведеня мочи, пересїчно раз на день, з задержанєм всяких правил антисептики. В таких случаях дає також добрі наслідки вживанє сильних електричних токів, при чім одна електрода кладе ся до мочевої цївки, а друга на черевну покриву. Коли є прояви хронічного запаленя міхура — катетеризує ся частійше, при тім переполїкує ся міхур розчином стягаючих ліків як азотану срібла, таниїни, або десинфекуючих, як фенолю, салїцилу, борного квасу й т. в. а тим докладнійше перестерігає ся загальних гігієнічно-диєтетичних приписів. Завданє хірурга обмежало ся до недавна на рідші случаи. Іменно при звуженях мочевої цївки через гіпертрофію простати, роблено зондованє цївки. При задержаню відпливу мочи, коли катетеризация неможлива, пробивано міхур троакаром понад доною зростівкою (*Symphys. oss. pub.*) зо сталим полишенєм цївки (канулї) до відпливу мочи. Інші методи пробитя міхура (*Blasentstich*) як також *Boutonnière* вже давно занехано. До новійших способів хірургічного ліченя зачислити треба вприскуваня йоду в мязь простати, витинанє частинок самої припругні і подаванє *per os* проладену (*prostaten*) Кюлля, — способи, котрі завели надїї в них поадані. Богато иньших, меньше голосних, методів, тут не наводжу.

Як видко, способи ліченя чисто симптоматичні, а проби ліченя причинового не принесли хісна, тож і чоловік заболівший простатизмом, звичайно і кінчив житє з тою недугою.

Але від 4-ох років причиною лічене переросту припруги основує ся на нових операційних системах, що мають на меті, зменшити обем припруги, а тим самим і усунути хоробу. Методи ті обсервовані майже на всіх клініках і більших шпиталях, наробило багато розголосу, — чи оправданого, побачимо низше. Методи ті такі: 1. Кастрація т. є. витинанє обох муд (testes). 2. Протинанє або витинанє сіменних проводів (vas. deferent). 3. Припалюванє припруги пристроєм Боттінного (Bottini). Перші два методи ліченє оперті на тім, що по обсерваціям межі припруги і розродним знаряддями мають бути досить сталі відносини такі, що чим більший обем розродних знаряддів, а спеціально муд, тим більша припруга і чим більше животної сили мають розродні знаряддї тим скорійше приходить до переросту припруги; і на відворот: чим більше можна зменшити обем або животність муд, тим більше можна впливати на зменшенє обему припруги. Метод Боттінного не новий, але відновлений, основує ся на тім, що спеціальним пристроєм Боттінного (недавно змодифікованим Фрейдєнбертом (Freidenberg), котрого будова є аналогічна до будови літотриптора (Lithotryptor), а іменно вузкою яго частію закінченою платиновим ножиком, полученим з електричною батерією — припалює ся відповідну частину припруги. Оперує ся без наркози, але треба виприєснути до цівки 5% розчин кокаїни. Щоби надмірна теплота (розжаренє) приряду підчас операцій не шкодила, додано охолоджуючий пристрій.

Вертаючи до перших двох методів, завважати треба, що автори котрі робили на тім поли обсервації, не доконче згоджують ся з собою, а в декотрих точках навіть противорічать собі. І так проф. Альбарран (Albarran) і Др. Моц (Motz) з клініки недуг мочевих доріг проф. Гійона (Guyon) в Парижі зробили досєвди напєсах (Przepl. lek. 1898 N. 5) і дійшли ось до чого: Витинанє частини сіменного проводу (vas-ectomy) одностороннє зовсім не має впливу, а обостороннє в більшій частині случаїв не впливає на поменшенє обему припруги; одностороння кастрація спричиняє атрофію одної частини припруги, обостороння атрофію цілої припруги. Цілком певних позитивних резульатів зі згаданих операцій не мають, але ліпші наслідки осягнули через змодифікованє vas-ectomy, а іменно через витинанє кровоносних судин і сіменних нерв (funicul. sperm.), так звану angio-neurectomia funiculi spermatici, при чім оба автори замічають, що і на людях мають занотувати з висше поданої модифікації добрі резульати. Фльодерус (Floderus) (Deut. Ztschrft. f. Chir. T. 45 — L. 1. 2) на підставі случаїв зап

саних в літературі і на підставі власних досвідів приходять до таких висновків: 1. кастрація обосторонна викликає зменшене об'єму припрутні, але не завжди; односторонна кастрація є ще більше непевна; 2. в декотрих случаях туберкульозу припрутні можна через кастрацію одно- або обосторонну викликати цілковите вигоєне одноіменної частини або і цілої припрутні; 3. кастрація впливає на атрофію припрутні дорогою нервів, близьке незвісною. Каспер (Casper) (Berlin. klin. Wochschrft 1897, N. 27) робив численні досвіди на крільках і псах. Він таке виводить: 1. кастрація обох мид викликає поменшене об'єму припрутні, а під мікроскопом можна завважати в припрутні атрофію железної ткани і надмірний розвиток лучно-ткани і мясьнїв; 2. обосторонне протинанє сїменних проводів по більшій частині не доводить до позитивних наслідків; 3. кастрація, протинанє або витинанє сїменних проводів, односторонне, не має ніякого впливу на припрутню. Проф. Лейнандер (Leubander) (Ctrblt. f. Chir. 1897 N. 22) спробував на 12 хорих нових методів. На 7 хорих обосторонно кастрованих в однім тільки случаю міг він бачити значне поменшенє припрутні. На 11 хорих, у котрих витинав обосторонно частини сїменних нервів, усім хорим робило ся значно ліпше, але як сам автор замічає, мабуть через те, що у тих хорих по витятю частин сїменних нервів, лічив цїлковими зондами. І метод Боттінього не дав авторови добрих результатів, бо на 4 ох хорих лічених сим методом, тільки в одного записано незначне, промняюче поліпшенє. Ридигер (Rydygier) (Przegl. lek. 1897 N. 52) навіть противний кастрації і витинаню сїменних нервів, а поручає метод Боттінього.

Як з висше наведеного бачить ся, методи нові не зовсім оправдують той розголос, який з початку мали. Цїла трудність означена впливу операції на мудах і сїменних нервах на припрутню лежить в тім, що до тепер ще обопільний вплив розродних знарядів на припрутню не є докладно вияснений. Іменно розходить ся о те, якими дорогами впливають згадані знаряди на себе і які анатомічні частини припрутні при гіпертрофії і атрофії змінюють ся. Інтересні в тім зглядї досвіди згаданого вже Дра Моца (Przegl. lek. 1898, N. 1 і 2) на підставі значного матерьялу 130 хорих простатизмом. Він дійшов до таєпх заміток: перерієт припрутні лучає ся у людий вичайно по над 50 р. житя; об'єм припрутні не впливає на викликанє того хоробового стану, котрий звемо простатизмом, бо є протатяки без побільшеної припрутні. Межи віком і величиною припрутні не має ніякого звязку, а за те можна думати, що є певний звязок межи ствердненєм (sclerosis) периферичних артерий і об'ємом

припрутні, і то в прямій пропорції; так само є дуже виразний зв'язок між величиною м'язу і об'ємом припрутні і то не тільки в стані хворобливим, але і в правильнім. Послѣдні помічення кидають дещо світла на патогенезу простатизму, і цікаві з клінічного боку. Для патогенезу важні вони тим, бо показують, що більша повнність і животність м'язу успособляє до переросту, так що переріст припрутні показує ся тільки правильним розвитком тої железы, лише продовженим через більшу життєву енергію розродних знарядів. З клінічного боку помічення ті цікаві тим, бо доказують, що прояви простатизму не залежать в першій лінії від побільшення припрутні, бо, як сказано, є простатики без побільшеної припрутні, але від перекровлення (hyperaemia) мочеви знарядів, особливо міхура, що розвиває ся від стверднення артерій. За чим ідуть зміни лучно-ткани стін міхура, і атрофія м'ясневої болоні. Переріст припрутні може долучити ся до тих змін, але становить уже другорядний чинник, що додає свій вплив (механічна перепона в віддаваню мочи), до тамтих симптомів. Як бачимо, замітки Дра Моца дуже цікаві, а висновки вірні; але чи зовсім справедливі, покажуть далші клінічні досѣди.

В лютім р. 1898.

Др. Т. Гвоздецкий.

Władysław Biegański — Zagadnienia ogólne z teoryi nauk lekarskich. Варшава, 1897, ст. IX + 304.

Оця праця, то критичний перегляд майже всіх теорій і гіпотез, що стоять в ближшій або дальшій зв'язи з медициною. Часть перша займає ся справами методологічними, показує вплив філософії на розвиток природних наук, відтак розбиває систематично зі становища логіки основні філософічні поняття — перша одже часть то короткий виклад методології природних наук, то вказівки, як треба дивитись на біологічні факти, на теорії та гіпотези, що з них вийшли, чим руководитись серед того лѣсу, щоб не зійти на манівці. Властива тема містить ся в значно обширнійшій части другій, де говорять ся про біологічні справи. Автор починає свій огляд від клітини, відтак говорить про понятє і початок життя, про переміну матерії, про закон задержання енергії в біології, про примінчивість (Anpassung), про піджог (Reiz), зріст, множенє ся та дідичність, про функцію і орган, про понятє і механізм недуги, про понятє смерги та врешті про понятє лічення. Тут зведено до купи критично майже все, що тикає ся тих питань; автор ставить надто в кількох місцях свої власні теорії що до декотрих kwestій,