

616.689-002:356.33

EPIDIDYMITIS U VOJÁKŮ

MUDr. Stanislav BAŽANT, MUDr. Libuše KARLÍKOVÁ

Vojenský lázeňský ústav v Mariánských lázních (náčelník pplk. MUDr. Bohumil Polák)

Naše sdělení se opírá o zkušenosti s nemocničním léčením a lázeňským doléčováním 220 vojáků v letech 1957—1963, z nichž 149 byli vojáci v základní službě, to znamená ve věku kolem 20 let, a zbývajících 71 byli vojáci z povolání s průměrným věkem 33 roky.

Začátek onemocnění byl u většiny postižených rychlý: bolestivost, otok, narůstající během 1—2 dnů; někteří udávali, že se ráno probudili a zjistili bolestivé, oteklé „varle“. U 85 nemocných se však onemocnění vyvíjelo plíživě i déle než týden. Pbzvolna vznikal otok i bolestivost. Bez bolesti se vyvíjelo onemocnění pouze v 6 případech. Zvýšená teplota, pokud jsme mohli zjistit z anamnestických údajů nebo záznamů v chorobopisech ÚNV, byla pouze u 54 nemocných.

Většina nemocných se po objevení prvních příznaků onemocnění (bolesti, otok) hlásila na ošetřovně u lékaře. Necelých 10 % vojáků svou nemoc nehlásilo hned, ale po různě dlouhé době 2—8 týdnů. Výjimečný byl případ jednoho nemocného, kterého donutila k lékaři po 9 měsících únava, malátnost, ztráta na váze 6 kg. Zajímavé je, že u tohoto nemocného došlo po léčbě k úplné normalizaci objektivního nálezu. Příčinou, že nemocní nevyhledali lékařskou pomoc, byl stud, obava z pohlavní choroby a následných vyšetřování. Lékaři u útvarů posílali nemocné většinou hned na vyšetření do vojenské nemocnice. 55 případů z našeho počtu bylo však nejdříve léčeno ambulantně nebo na ošetřovně útvaru.

Velikost zánětlivého infiltrátu dosahovala různých rozměrů od velikosti vlašského ořechu do velikosti husího vejce až mužské pěsti. Ve většině případů je popisován útvar v jedné polovině šourku velikosti slepičího vajíčka. Varle od nad-

varlete se dalo v těchto případech jen velmi těžko diferencovat, nebo vůbec ne. Pokud byla popisována velikost vlašského ořechu nebo švestky (73 nemocných), pak většinou v kaudě (49), pouze v 10 případech je zaznamenán infiltrát jen v kaput nadvarlete. Jako současný projev zánětlivého procesu jsou popisovány u mnoha nemocných tříselné uzliny velikosti hrachu až fazole. Neviděli jsme žádný nápadný rozdíl co do strany postižení: 106krát byl zánět vpravo, 102krát vlevo a 12krát oboustranně. U 201 nemocného šlo o prvotní onemocnění, pouze u 19 o recidivu zánětu nadvarlete vždy na téže straně, v období 1 až 2 měsíců (pouze u 2 v delším období — 2 roky, 8 roků), v jednom případě dokonce oboustrannou.

U 16 nemocných předcházely cystitické potíže, u 4 uretritida, 2 uváděli vznik po ledvinných kolikách. U 26 předcházel onemocnění úraz, u 9 se zdá být příčinou urologický zásah (operace hydrokély, operace varikokély, operace kýly, orchidopexe a pouze jediného nemocného jsme měli po prostatektomii). Z větší části příčina onemocnění zůstala nejasná. Někteří udávali před vznikem choroby prochlazení venku při cvičení (5 nemocných), u 3 vojáků vznikl zánět nadvarlete po chřipce, 1 onemocněl zánětem nadvarlete za 3 dny po vzniku angíny, 2 uváděli silné pohlavní podráždění, 1 intenzivní sportovní trénink den předem, 1 onemocněl 2krát vždy po jízdě na motorce, 1 uváděl souvislost s dlouhou jízdou autem. U většiny však jsme nemohli zjistit určitou příčinu, která předcházela vzniku onemocnění.

Zánět nadvarlete bývá často tuberkulózního původu (Uldrich), a proto jsme nyní, někde i zpětně, probírali rodinnou a osobní anamnézu i kli-

nický průběh u každého nemocného. Specifickou RA mělo 16 nemocných, OA 4 nemocní, 22 nemocní udávali v předchorobí zánět plic, 2 zánět pohrudnice. Skia plic bylo provedeno u 99 nemocných, primární komplex (kalcifikace) nalezeny u 19, v 5 případech ložiskové změny ve fázi indurace až kalcifikace.

Celkem jsme došli k závěru, že můžeme uvažovat (u některých nemocných i retrospektivně) o specifické etiologii onemocnění v 45 případech. Zahrnujeme do počtu všechny, kteří měli v RA nebo OA tbc, dále všechny, kteří měli zánět nadvarlete oboustranný:

Pomocná laboratorní vyšetření:

Výsledky sedimentace č. k. máme od 200 pacientů.

FW norm.	6—20	21—40	41—70	nad 70
53	79	51	13	4

Leukocyty byly vyšetřeny celkem u 87 pacientů, z toho leukocytóza (více než 10 000/1 cmm) u 34 nemocných. Nejvyšší počet leukocytů byl 23 300 a 36 000.

Laboratorní vyšetření moče máme zachyceno u 210 nemocných. Nález bílkoviny v moči byl v 62 případech (u 46 pouze opalescence), zvýšený nález leukocytů v močovém sedimentu u 101 nemocného, u 13 mikroskopická hematurie. U 178 pacientů jsme měli k dispozici bakteriologické a kulturační vyšetření moče. Z toho u 127 byla moč sterilní, u 20 nemocných byl vykultivován *b. coli*, u 19 nemocných *staph. albus*, u 3 nemocných *staph. pyog. aureus* a ve zbývajících případech šlo o smíšenou bakteriální flóru. Nejčastěji byl zastoupen *b. coli* (10krát), *staph. albus* (10krát), *enterokokus* (6krát). Kulturační zkouška na BK byla provedena u 53 nemocných, z toho pouze u 1 nemocného byl výsledek pozitivní.

Výsledky sedimentace č. k. máme od 200 nemocných. Normální nález byl u 77 pacientů, patologický nález u 32. Z toho spastické vylučování u 12, pozánětlivé změny na pánvičce u 8, cysta solitární u 3, cystická degenerace u 1, hypotonie pánvičky u 2, hydronefróza u 1, aberantní céva u 2, litiáza u 1, snížení funkce obou ledvin u 1, dělená pánvička u 1. U 1 nemocného uretrograficky zjištěna striktura uretry (pars pendula). Per rectum bylo vyšetřeno (pokud máme dokumentaci) pouze 18 pacientů. U 8 byl nález normální, u 7 prosáklá citlivá prostata (u 1 s tuhými uzlíky), u 3 prostata intaktní, ale citlivé, zvětšené měchýřkové žlázy.

Všichni nemocní byli podrobeni léčbě klidem, octanovými obklady, antibiotiky, chemoterapií nebo jejich kombinací. V r. 1957—1960 převládalo u našich nemocných použití kombinace PNC a STM, u některých podezřelých ze specifického onemocnění STM, PAS a INH. V r. 1960 se začíná objevovat v terapii chloramfenikol, který v dal-

ších letech má naprostou převahu v antibiotické léčbě, event. v kombinaci s chemoterapií (Furantoin, Gantrisin, Spofadazin). Po zvládnutí akutních příznaků byla u řady nemocných ordinována popudová léčba — autohemoterapie, Betalactin.

Hydrokéla byla komplikací 15krát, v 5 případech byla provedena operace *sec Jaboulay*, v 1 případě punkce. Ostatních 9 se resorbovalo spontánně. Léčba v nemocnici trvala v průměru 9 dní (nejméně 6 dnů, nejdéle 24 dny) a poté byli odesláni všichni na doléčení do Vojenského lázeňského ústavu v Mariánských Lázních.

Proč byli tito nemocní posíláni právě do Mar. Lázní, není náhodné. Opravňuje to existence doléčovacího oddělení ve VLÚ, urologická indikace má zde svou tradici, možnost denního lékařského sledování, laboratorních kontrol, medikamentózního léčení, fyzioterapie, opírající se o zkušenosti z výzkumného ústavu (dr. Mates). Navíc je dobrá spolupráce s urologickým oddělením ÚVN, které vysílá do našeho ústavu urologa ke konzultacím.

Objektivní místní nález při příchodu do VLÚ se snažíme znázornit na níže uvedené tabulce.

Spont. bolestivost		Místní nález — velikost infiltrátu									
ano	ne	norm.	fazole, hrách	lísk. ořech	třešeň	vlašský ořech, švestka	slepíčí vejce	pěst	síla prstu	akut. exacerbace	
93	119	10	30	33	26	47	32	12	5	5	

U ostatních nemocných do celkového počtu 220 léčených jsme nenašli konkrétně vyjádřený záznam (např. u velikosti infiltrátu pouze: nevelké zvětšení nadvarlete), a proto jsme je nezahrnuli do početního přehledu. I tak se domníváme, že porovnání získaných čísel je dostatečně názorné a ukazuje přesvědčivě, že u většiny nemocných je třeba po nemocniční léčbě, kde dojde k potlačení akutních zánětlivých projevů, ještě doléčení. Toto naše tvrzení podporuje i 5 nemocných, u nichž jízda vlakem z Prahy do Mar. Lázní bez suspensoru byla takovým zatížením, že došlo k exacerbaci zánětu. A celá řada dalších nemocných udávala právě po cestování subjektivní potíže, i když objektivní nález se proti propuštění z nemocnice celkem nezměnil.

Ze 198 vyšetřovaných sedimentací č. k. byla již při příchodu do lázní více než polovina normální. U 14 jsme zaznamenali zvýšené hodnoty mezi 20—70 mm za hodinu, lehce zvýšenou sedimentaci do 20 mm za hodinu v 78 případech.

Počet leukocytů v 1 cmm krve jsme kontrolovali u 67 nemocných, pouze u 1 byla mírná leukocytóza (10 300/1 cmm).

Každý nemocný při příchodu do VLÚ měl vyšetřován močový sediment, u některých byl pro-

váděn Addisův sediment. Patologické nálezy se týkaly zmnožení leukocytů: 3—10 leukocytů v zorném poli mělo 48 nemocných, 10—100 leukocytů 19 nemocných, množství leukocytů 7 nemocných.

Pouze ojediněle byla zaznamenána mikroskopická hematurie. Z anamnestických údajů, objektivního vyšetření i laboratorních výsledků (brána vždy v úvahu i laboratorní vyšetření z nemocnic, hlavně ve směru možné etiologie onemocnění) vycházel náš léčebný plán při doléčení.

1. Utišení spontánní bolestivosti a její prevence: relativní klid, suspenzor, event. na noc Priessnitzovy obklady.

2. Při nálezu pyurie — chemoterapie (Spofadazin, Furantoin) nebo antibiotika (PNC, STM, Chloramfenikol).

3. Snaha po normalizaci místního nálezu: popudová léčba (autohemo, Betalactin).

4. Vzhledem k lázeňskému prostředí jsme využívali možnosti balneoterapie. U všech nemocných jsme předpisovali pitnou kúru — hlavně alkalicko-zemitou kyselku Rudolfsku.

K popudové terapii jsme ordinovali poloviční vzestupnou perličkovou koupel, která začínala teplotou 36 °C a během 10 min. připouštěním teplé vody stoupla teplota na 39 °C. V této koupeli zůstal pacient 15—20 min. a po ní následoval suchý zábal na 15—20 min. V letním období jsme využívali možnosti slatinných zábalů ve formě „kalhotek“ 40—44 °C teplých na 20 až 30 min. s následným suchým zábalem. Z elektrolytických prostředků jsme místně ozařovali infračervenými paprsky na dobu 20 min. Snažili jsme se, aby nemocný měl denně některou z uvedených místních procedur. Vždy jsme zdůrazňovali hned po koupeli nutnost nošení suspenzoru. Nemocné s akutní exacerbací jsme léčili samozřejmě klidem na lůžku, antibiotiky, místními Priessnitzovými obklady do vymizení teplot nebo zmírnění bolestivosti. U malého počtu nemocných, kde již z nemocnice uváděli podezření na specifickou etiologii, jsme byli s popudovou léčbou opatrní. Pokračovali jsme v léčení tuberkulóstatiky (STM, PAS, IHN), z lázeňského komplexu jsme zařazovali klimatoterapii a nejvýše obden perličkovou koupel 37 °C na 15 min.

Průměrná ošetrovací doba v lázních byla 29,5 dne. U většiny nemocných vymizela spontánní bolestivost, pouze 7 nemocných udávalo mírné bolesti v tříselné krajině, většinou při chůzi nebo otřesech.

Velikost pozánětlivého infiltrátu předkládáme opět v tabulce:

Místní nález — velikost infiltrátu

norm.	fazole, hrách	lísk. ořech	třešeň	vlašský ořech, švestka	slepičí vejce	pěst	síla prstu	recidivující hydrokéla
56	90	20	13	17	8	1	2	2

Celkem podle konkrétních údajů je zachycen stav u 209 nemocných. Je jasně patrný posun směrem k zmenšení infiltrátu, až k normalizaci. Kde přetrvával infiltrát, bylo podezření na specifický proces. A také u 7 došlo v pozdější době k epididymektomii.

V průběhu doléčování a při propuštění již nebyli laboratorně kontrolováni všichni nemocní, ale pouze ti, u nichž při příchodu byl patologický nález, nebo kde to vyžadoval stav v průběhu doléčování. Zvýšená sedimentace č. k. zůstala pouze u 4 nemocných. V močovém sedimentu zůstal nález 3—10 leukocytů v zorném poli u 21 nemocného, 10—100 leukocytů u 10 nemocných, mikroskopická hematurie u 1 nemocného.

Během doléčování u 14 pacientů došlo k zhoršení ve smyslu zvětšení infiltrátu a bolestivosti. U 2 později došlo k epididymektomii, u 1 BK v moči pozitivní. Dvakrát došlo k exacerbaci po akutním zánětu horních cest dýchacích a u obou nemocných byla později potvrzena tbc etiologie. Jsme si vědomi, že při posuzování významu a výsledku doléčování zánětu nadvarlete hraje velkou roli etiologie onemocnění. Lze celkem logicky usuzovat, že nespecifické doléčování v našem lázeňském prostředí je vhodné především pro nespecifická onemocnění. Naše zkušenosti tento úsudek podporují.

O doléčování stavů po zánětech nadvarlete podobného typu, jak je uvádíme, jsme se v písemnictví nedočeli. Domníváme se však, že je plně odůvodněné, zvláště u vojáků, vzhledem k zvláštností vojenské služby proti občanskému životu, především co do fyzického zatížení.

Po skončeném doléčení byli nemocní kontrolováni v nemocnici, ale poněvadž většinou šlo o vojáky v základní službě, kteří po dvou letech se vracejí do civilního života a přecházejí do péče ÚNZ, pokusili jsme se rozeslat jim dotazníky, aby nám odpověděli, zda došlo k úplné normalizaci nebo zůstal infiltrát a jaké velikosti, zda se zánět neopakoval, a když ano, jak byl léčen. V r. 1963 jsme napsali nemocným, kteří byli u nás léčeni 1957—1962, a v r. 1964 jsme žádali totéž na nemocných z r. 1963. Celkem na naši dotazníkovou akci odpovědělo 108 nemocných.

V přehledu uvádíme odpovědi nemocných:

Rok léčení	Normalizace	Zůstává infiltrát	Recidiva
1957	6	5	0
1958	8	5	3
1959	6	8	2
1960	13	3	1
1961	9	6	4
1962	4	9	5
1963	5	5	1
Celkem	51	41	16

Tam, kde zůstal infiltrát, byl velikosti hrachu nebo fazole, pouze v 1 případě jako lískový ořech a u 1 jako švestka. Za zmínku stojí to, že

normální nález uvádějí i ti, u kterých ještě po doléčení přetrvával drobný infiltrát.

Diskuse

Klinický průběh onemocnění celkem nevybočuje z popisu jiných autorů. Pokud se týká horečky na začátku onemocnění, naše zjištění u 54 nemocných (24,5 %) je ve shodě s frekvencí zvýšené teploty, kterou udává Gartman (15.) z vojenské nemocnice Fort Dix (24,6 % z celkového počtu 134 nemocných, léčených 1957—1959). Bitker (11) sice uvádí u akutního zánětu nadvarlete vysokou horečku s třesavkou, ale rozlišuje klinicky formu subakutní nebo chronickou, kde teplota je málo vyjádřena, nebo chybí.

Příčina onemocnění nám zůstala úplně nejasná u 104 nemocných (47,3 %), u 71 (32,3 %) spojujeme vznik s urologickým onemocněním, úrazem, respirační infekcí, u 45 nemocných (20,4 %) uvažujeme o tbc původu. Zahrnujeme sem všechny případy, kde klinický průběh budil podezření na specifický proces, dále, kde jsme našli specifickou anamnézu ať už osobní nebo rodinnou (Uldrich). U 7 nemocných byla provedena epididymektomie, histologicky však pouze ve 2 případech byl potvrzen tbc. proces. Přesto všichni byli doléčováni na Pleši nebo v Nové Poliance. Gartman (15) ve svém přehledu o příčinách zánětů nadvarlete u sestavy 310 nemocných (279 akutních a 31 chronických) v 74 případech (23,9 %) obviňuje infekce dolních cest močových, v 64 případech (20,6 %) akutní respirační infekce, v 8 případech (2,6 %) tbc, u 6 případů (2 %) je příčinou úraz a 157 případů (40,6 %), kde je původ nejasný, označuje za idiopatické (prý snad způsobené retrográdním pohybem moče). Bitker (11) uvádí, že $\frac{1}{3}$ všech orchiepididymických infekcí představují dnes záněty nadvarlat z banálních infekcí, postihující zvláště mladé dospělé.

Bakteriologickým vyšetřením močového sedimentu, uretrálního nebo prostatického sekretu nachází nejčastěji *b.coli* a stafylokoka, potom enterokoka, streptokoka, pneumokoka a pyocyanea. Naše bakteriologické nálezy z moče jsou podobné.

U 127 byly kultivační zkoušky sterilní. I když se zde vnucuje myšlenka na specifický původ, přesto těžko můžeme podle průběhu reakce na nespecifickou léčbu vyslovit takový závěr. U 45 nemocných podezřelých z tbc. onemocnění máme výsledky bakteriologických vyšetření moče u 29. Z toho 18krát byla moč sterilní. Bitker (11) uvažuje o tom, že existuje určitý počet zánětů nadvarlete amikrobiálních. Přitom podíl virů považuje za malý.

Laboratorní vyšetření potvrzuje, že zánět může probíhat při normální sedimentaci č. k., bez leukocytózy. Z porovnání vztahů leukocytózy se sedimentací č. k. a teplotou je patrné, že leukocytóza může být i při normální sedimentaci č. k. a normální teplotě. Nejvyšší zaznamenané leukocytózy (23 300 a 36 000) jsou ve skupině s normální teplotou. Porovnávali jsme vztah zvýšené

teploty na začátku onemocnění (54 nemocných) k velikosti infiltrátu, sedimentaci č. k. a rychlosti vývinu onemocnění. U 26 nemocných šlo o infiltrát do velikosti vlašského ořechu—švestky, u ostatních nejméně velikosti slepičího vajíčka. Ani rychlost vývinu nebyla úměrná teplotě. I pomalu se vyvíjející záněty 7 — 10 — 12 dní byly provázeny zvýšenou teplotou, a to většinou 2—3 dny před vyhledáním lékařského ošetření. Hodnoty sedimentace č. k. tvoří celou paletu od normy až k značně vysokým výsledkům bez ohledu na rychlost vzniku nebo velikost infiltrátu.

Úprava v močovém sedimentu nenastala po nemocniční léčbě, ale až během doléčování v lázních. Je zde do určité míry paralelita s ústupem zánětlivého infiltrátu.

Ze 109 provedených urografií nikdy nebylo vysloveno ani podezření na specifický proces. Jsme si ovšem vědomi, že poškození nadvarlete může předcházet poškození ledvin.

Záznamů o vyšetření prostaty máme bohužel málo a můžeme dělat stěží závěry. Madsen (13) ze zkušenosti z armády USA popisuje pravidelné postižení prostaty při zánětu nadvarlete a zdůrazňuje důležitost mikroskopického vyšetřování prostatického sekretu v diferenciální diagnóze mezi torzí provazce semenného a akutním zánětem nadvarlete. Nález normálního nebo skoro normálního prostatického sekretu považuje za indikaci k okamžitému chirurgickému vyšetření. Proti Gartmanovu (15) tvrzení, že prostata je infikována pouze asi ve 20 % při akutním zánětu nadvarlete u vojáků, uvádí, že tyto nálezy se opíraly pouze o palpační vyšetření.

Doba léčení v nemocnici — u nás průměr 9 dnů — je celkem ve shodě s údaji Gartmana (15) a Bitkera (11).

Způsoby léčení se také neliší. Zinner (16) uvádí dobré zkušenosti s použitím Hirudoidu v masti, u subakutních a chronických pouze místně, u akutních zánětů nadvarlete v kombinaci s antibiotiky a calcium gluconicum. Průměrný pobyt v nemocničním léčení byl 9 dní.

Mc Clellan a Cottrelli (12) ve své práci uvádějí dobré výsledky v léčení zánětu nadvarlete protizánětlivými léky parenzymem a varidázou (= streptokináza) parenterálně nebo perorálně v kombinaci se širokospektrými antibiotiky. Goldenberg (10) podává zprávu o léčbě akutního zánětu nadvarlete místní aplikací ozokeritu (minerál podobný vlastnostmi parafinu) horkého 40—60 °C na dobu 30—60 min. dvakrát denně. Klinické vyléčení udává od 5 do 10 dnů. Pro chůzi doporučuje nemocnému nosit suspensor. Stejného názoru je i Bitker (11). Hydrokéla komplikovala průběh v 15 případech (6,8 % a 5krát byla operována. Gartman (15) uvádí hydrokélu u 22 nemocných z 310 (7 %) a nutnost operace u 11 nemocných.

I po skončeném nemocničním léčení přetrvával u většiny nemocných ještě dosti značný místní zánětlivý infiltrát, který se postupně zmenšoval během doléčování v lázních. U řady pacientů zůstal drobný fibrotický uzlík i po létech bez vět-

ších potíží. Celkem došlo k normalizaci místního nálezu podle našich záznamů při kontrolách po skončeném lázeňském doléčení a podle odpovědi dlouhodobého sledování u 111 vojáků, z toho u 10 hned po nemocniční léčbě, u 46 po lázeňském doléčení, u 55 během dalších měsíců, jak ukazují záznamy kontrolních vyšetření na urologickém oddělení a odpovědi z dlouhodobého sledování. K úplné normalizaci došlo i u těch, kde byla tbc v RA (z 16 nemocných u 6), v rtg. nálezu prim. komplex (z 19 nemocných u 12). U pacientů, u nichž byla v OA tbc a rtg. ložiskové změny na plicích (5 nemocných) zůstal u 3 infiltrát, u 1 došlo k recidivě procesu, z toho u 1 provedena epididymektomie. U 21 nemocného došlo k recidivě procesu, z toho u 7 provedena epididymektomie a u 88 přetrvával drobný pozánětlivý infiltrát.

Ze zkušenosti s léčbou zánětu nadvarlete u 220 vojáků můžeme udělat tyto závěry: 1. Klinický průběh: Onemocnění se vyvíjelo rychle do 1—2 dnů u 61,4 %, pozvolna, déle než týden u 38,6 %. Zvýšená teplota byla zaznamenána u 24,5 %, bolest u 97,2 %. Velikost zánětlivého infiltrátu u 33,2 % byla přirovnávána k vlašskému ořechu nebo švestce, u 66,8 % slepičímu vejci až mužské pěsti.

2. Příčina zánětu je u 31 nemocného (14 %) spojována s urologickým onemocněním, u 26 nemocných (12 %) s úrazem, u 9 nemocných (4 %) s respirační infekcí, u 5 nemocných (2,3 %) s různými podněty (fyzická námaha, otřesy, pohlavní vydráždění), u 45 nemocných (20,4 %) je uvažováno o tbc. původu a u 104 nemocných (47,3 %) zůstala příčina nejasná.

3. Laboratorní vyšetření: Zvýšená sedimentace č. k. byla v 76 %, leukocytóza u 39 % (z 87 vyšetřených). Nebyl zaznamenán vztah mezi zvýšenou teplotou, sedimentací č. k. a leukocytózou. Také nebyl pozorován vztah mezi rychlostí vývinu onemocnění, velikostí infiltrátu a uvedenými laboratorními vyšetřeními. V močovém sedimentu u 48 % zaznamenán zvýšený počet leukocytů nebo erytrocytů. Především šlo o zvýšený počet leukocytů. V 5,5 % nalezena mikroskopická hematurie, převažující nad leukocyturií.

Po nemocničním léčení zůstala zvýšená sedimentace č. k. u 46,5 % (vyšetřováno 198 nemocných), leukocytóza nalezena pouze u 1 (1,5 %) z 67 vyšetřovaných. Nález v močovém sedimentu přetrvával u 33,5 % (z 203 vyšetřovaných). Bakteriologické vyšetření moče provedeno u 178 nemocných. Nejčastěji nalezen *b.coli* (11,2 %), *staph. albus* (10,6 %), *staph. pyog. aureus* (1,6 %) a smíšená flóra, kde opět nejčastěji vystupuje *staph. albus*, *b.coli* a *enterococcus*. Kulturní zkouška na BK byla pouze u 1 pozitivní.

Ze 109 vylučovacích urografií bylo 77 normálních nálezů.

Vyšetření prostaty a semenných váčků je uváděno pouze v 18 případech, z toho 8krát normální.

4. Průměrná doba nemocničního léčení je 9

dnů. Způsob léčení: klid, obklady, antibiotika, především širokospektrá, u podezření na specifický původ STM, PAS, INH. Všichni byli odesláni na 4týdenní doléčení do lázeňského prostředí. Hydrokélou bylo onemocnění komplikováno v 6,8 %, z toho 1/3 operována, ostatní se resorbovaly spontánně.

5. Nemocní kontrolováni po lázeňské léčbě a u 108 je záznam dlouhodobého sledování. U 111 (50,4 %) došlo k normalizaci místního nálezu, z toho u 10 hned po nemocniční léčbě, u 46 po lázeňském doléčení, u 55 během dalších měsíců. Recidiva se objevila u 21 nemocného (9,6 %), z toho epididymektomie u 7. Histologickým vyšetřením potvrzen spec. proces u 2. Zbytkový fibrotický infiltrát zůstal u 88 nemocných (40 %). Podle dlouhodobého sledování většinou velikosti hrášku až fazole, nebolestivý.

6. Většina nemocných se zánětem nadvarlete po odeznění akutních potíží potřebuje ještě doléčení.

Při doléčování používáme termoterapii (koupele, solux, slatinné zábaly), pitnou kúru, injekční popudovou léčbu a dále podle potřeby antibiotika nebo chemoterapii.

Pro tento způsob doléčení se nehodí specifické záněty.

Děkujeme plk. MUDr. Josefu Tuhému, náčelníku urologického oddělení ÚVN v Praze, za laskavé dovolení použít dokumentace chorobopisů jeho oddělení.

Souhrn

V práci jsou uvedeny zkušenosti s léčením a doléčováním zánětu nadvarlete u 220 vojáků v období 1957—1963. Autoři popisují klinický průběh, laboratorní a pomocná vyšetření a srovnávají stav po příchodu do nemocnice se stavem po nemocniční léčbě a lázeňským doléčováním. Uvažují nad možnou etiologií onemocnění a nakonec uvádějí dlouhodobé sledování u 108 nemocných.

Literatura

1. Uldrich, J.: Epididymitis tuberculosa a její léčení (Albertova sbírka 1956).
2. Klika, M.: Urologie.
3. Albrecht, K. F.: Blunt testicular trauma and diseases in the scrotal area. *Urologie*, 1, 1962, 320—4.
4. Ehlers, G., Goebel, B.: On the current of epididymitis with special reference to tuberculous epididymitis. *Z. Haut Geschlechtskr.*, 30, 1961, 299—306.
5. Headstream, J. W.: Traumatic epididymitis, *J. Arkansas Med. Soc.*, 56, 1959, 238—9.
6. Köhler, F. P.: An inquiry into the etiology of acute epididymitis, *J. Urol.*, 87, 1962, 918—22.
7. Ross, J. C. Gow, J. G.: Tuberculous epididymitis. A review of 170 patients, *Brit. J. Surg.*, 48, 1961, 663—8.
8. Wogalter, H. L.: Effect of chymoral on epididymitis, *J. Urol.*, 87, 1962, 444—6.
9. Goldenberg, M. Ju.: Ozokerite treatment of epididymitis, *Urologija*, 26, 1961, 66—7.
10. Warren, H. L.: Postprostatectomy epididymitis, *Amer. Surg.*, 29, 1963, 126—8.
11. Bitker, M. P.: Diagnostic and therapeutic problems of epididymitis, *Vie med.*, 41, 1960, 1297—304.
12. Mc Clellan, Cottrelli, T. L.: Effect of varidase on acute nonspecific epididymitis, *J. Urol.*, 84, 1960, 633—5.
13. Madsen, P. D.: Acute epididymitis vs. torsion of spermatic cord in military service, *J. Urol.*, 83, 1960, 169—70.
14. Wesson, M. B.: Epididymitis: importance of determining etiology, *J. Urol.*, 85, 1961, 980—4.
15. Gartman, E.: Epididymitis. A reappraisal, *Amer. J. Surg.*, 101, 1961, 738—41.
16. Zinner, G.: On the treatment of epididymitis, *Wien Med. Wschr.*, 113, 1963, 447—8.