

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
 „ półrocznie „ 2 „ 50
 „ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
 „ „ rocznie . . . Rs. 6.
 „ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TRESC: Trądzik pospolity twarzy (*acne vulgaris faciei*). Obserwacja i opis T. Belke. — Kazuistyka. Próchnienie (*caries*) zatoki szczęki górnej; leczenie za pomocą wstrzykiwań płynu Villate'a; wyzdrowienie. Obserwacja Dra Witkowskiego. — Skrzywienie żłowy i szyi boczne prawe (*torticollis dextra*); podskórne przycięcie m. mostko-obojęczyko-sutkowego (*cleidotomia*); wyzdrowienie. Spostrzeżenia Prof. Girsztowa. — Kronika Zagraniczna. O nagromadzeniu się pyłu węgla w płucach (*anthracosis*) u robotników pracujących w kopalniach węgla kamiennego. Dra Sommera. — Część statystyczna.

Trądzik pospolity twarzy (*acne vulgaris faciei*).

Obserwacja i opis T. Belke.

lek. ordyn. w szpitalu Śgo Łazarza w Warszawie.

W miesiącu maju 1866 r. zgłosił się do mnie M. W. . . , urzędnik prywatny pracujący w kantorze jednego z tutejszych bankierów, w celu zasięgnięcia rady co do szkaradnych i uporczywych wyrzutów, okrywających twarz całą. Młody ten człowiek, lat 22 wieku liczący, dobrze zbudowany, blondyn, cierpi na częste kataru nosa, bóle gardła, obrzmiewanie gruczołów podszczękowych, co jest jak się sam wyraża, dziedziczném, jedném słowem wszystkie te okoliczności wskazują iż jest zołzowatym: lecz prócz onych przypadłości zołzów (*scrophulosis*), oprócz płonnicy (*scarlatina*), i odry (*morbilli*), które to ostatnie choroby w dzieciństwie przebywał, zawsze był zdrów. Od dwóch lat dopiero bez żadnej przyczyny zaczęły występować z początku na czole, następnie zaś i po całej twarzy, czerwone guziczki (*papulae*), tu i owdzie tworzyły się krosty (*pustulae*), które podsycając zmieniały się w strupki; w innych zaś miejscach nowe guziczki, nowe krosty coraz to liczniej występowały, twarz całą przytem coraz liczniejszymi okrywała się wągrami (*comedones*), czerwieniła, obrzmiewała, zmieniała swój wyraz zwykły; powstawaniu zaś tych wykwitów (*efflorescentiae*), towarzyszył lekki, nie nieznaczący świerzb skóry.

Z początku chory nasz nie zwracał prawie żadnej uwagi na ów stan, zadawał się przełożeniami znajomych i kolegów, którzy (ze zwykłą zarozumiałością ludzi zdrowych) nie więcej w tém nie upatrywali, jak ostrość krwi powszechną w latach rozwoju płciowego, a zapewniając go przytem, iż choroba sama mi nie niepozostawiając żadnych śladów, odradzili stanowczo od zamiaru zasięgnię-

cia rady lekarskiej, w obawie, aby onych dobroczynnych dla zdrowia wyrzutów lekarze nie wpędzili wewnątrz, na poparcie czego, owi improwizowani patologowie, mnóstwo przytaczali strasznych i autentycznych wypadków. Gdy jednakże w ciągu ośmiu miesięcy, choroba sama nie ustępowała, gdy z przyczyny trwania processu chorobnego, twarz coraz więcej stawała się szpetną, chory zaniepokojony swym stanem, począł zasięgać rady lekarskiej.

Z kolei przez 3 kwartały używał z przepisu bardzo wielu tutejszych lekarzy, najrozmaitszych środków; naprzemian smarował twarz maściami drażniącymi lub olejami łagodnymi (maście rtęciowe, jodowe, ol. migdałowy, gliceryna), przemywał ją środkami kaustycznymi i ściągającymi (roztwory sublimatu, potażu gryzącego, tanniny z tynk. benzoesową), posypywał proszkami wysuszającymi i t. p; wewnątrz używał tranu, jodku potassu, poddawał się kuracyi czyszczącej (dekokt z Sarsaparylli), uciekał się do kuracyi wodami mineralnymi (Iwonicz, Kissingen), nie pominął także sposobów leczenia czysto dyetetycznych (kuracya mleczna), słowem wyczerpał wszystkie sposoby leczenia, a choroba nie tylko nie ustępowała, lecz przeciwnie z większym nateżeniem się dalej szerzyła, i szybko zajmowała te części twarzy, które dotąd pozostawały wolnymi; w tym właśnie czasie chory po 9 mcach leczenia się, a 17 trwania choroby zgłosił się do mnie dnia 24 maja r. 1866.

Pierwsze wejrzenie na twarz chorego sprawiało widok nadzwyczaj nieprzyjemny; przy kształtnej bowiem postawie, przy pięknym składzie ciała młodego człowieka, ów wyrzut nadawał twarzy wyraz ohydny i szkaradny, który mimowoli musiał budzić wstręt w otaczających; przy bliższym egzaminie obiektywnym okazuje się iż czoło, skronie, oba policzki, broda, nos, uszy, górna część szyi pokryte są gęsto nasianymi guziczkami różnej wielkości, począwszy od wielkości grochu polnego, niektóre dochodziły wielkości orzecha laskowego; guziczki te twarde, nieboleśne, u podstawy czerwone, u wierzchołka samego miały krosty które same pękają po pewnym przeciągu czasu, wydzielając białą, gęstą, niekiedy z krwią zmieszaną ropę; najobficiej podobne guziczki dostrzegamy na czole, obu policzkach i brodzie, mniej licznie znajdują się na uszach i szyi; guziczki te obserwować można we wszystkich fazach ich rozwoju; na policzkach nadto dostrzegamy w kilku miejscach duże guzy wielkości śliwek nie zbyt twarde, czerwone, nieboleśne, które nie są niczem innem, jak tylko zlaniem się kilku guziczków razem; dopełniając nasz opis obrazu twarzy niezmierną ilością wągrów ogromnej wielkości, a wzięwszy na uwagę nadto, iż wszystkie wolne miejsca od guziczków pokryte są już brzydkimi nieregularnymi bliznami, które w niektórych miejscach zlawszy się z sobą potworzyły rodzaj sznurków twardych, czerwonych, przyznać należy, iż nie przesadziłem wcale nazywając wyraz twarzy ohydny i wstrętny do najwyższego stopnia.

Gruczoły podszczękowe i na karku obrzękłe, wreszcie chory jest zupełnie zdrów.

Wychodząc z zasady anat. patologicznej, iż skóra jako organ samodzielny, mając właściwą sobie budowę, spełniając swe funkcje, może podobnie jak każdy inny organ, przy wpływie pewnych przyczyn zmienić swe czynności, może

jednym słowem przejść ze stanu fizyologicznego w stan patologiczny, jako powtarzam zwolennik owęj metody anatomicznej, przy obserwowaniu każdej dermatozy, najpierw zwracam się do zbadania, jakie części składowe są dotknięte procesem chorobnym?; rezultata ztąd otrzymane, odnoszę do danych anamnestycznych, i z tego dopiero wyciągam wnioski o naturze cierpienia, o charakterze jego i t. d.

Zdaje mi się, iż temi kilkoma ogólnymi uwagami, stawiam czytelnika w możności wyprowadzenia z danych szczegółowego rozpoznania w niniejszym wypadku.

Bo czyż z opisu szczegółowego objawów, z owych pierwotnie (bez żadnej przyczyny) okazujących się guziczków, z owych licznie występujących wągrów, z tworzenia się u wierzchołka guziczków małych krost, ze zlewania się tychże guziczków razem, wreszcie z długiego trwania processu chorobnego, z niedziałalności terapii nie dostrzegamy, iż mamy do czynienia z chorobą zadawnioną gruczołów tłuszczowych zwaną trądzikiem zadawnionym (*acne indurata*). Zbytne nagromadzenie się wydzieliny gruczołków tłuszczowych, twardnienie takowej, wpłynęło na rozcięcie przewodów wyprowadzających, dało początek wągom; stwardniała wydzielina drażniąc ścianki przewodów i ujścia, wywołała zapalenie samych przewodów i gruczołów; guziczki zaś czerwone rozrzucone tu i owdzie były wyrazem tego zapalenia zewnątrznie; gdy zadrażnienie nie ustępowało, jako wyższy stopień tegoż poczęły się ukazywać krosty na wierzchołkach guziczków; długie zaś trwanie choroby spowodowało zajęcie tkanki podskórnej, oddzielającej pojedyncze gruczoły od siebie i na tej drodze następowało zlewanie się ich między sobą; wywołane tym sposobem zapalenie komunikowało się dalej i potworzyły się prawdziwe ropnie podskórne (owe guzy o jakich wspominam w opisie choroby); taki jest anatomiczny początek i rozwój tej upartej i przykrzej dolegliwości. Jest to więc trądzik (*acne*) i to trądzik pospolity zadawniony twarzy (*acne vulgaris indurata faciei*). Determinując mą chorobę jako rodzaj i gatunek oddzielny, muszę znowuż w tym względzie porozumieć się z czytającymi.

Aż nazbyt bogata w podziały i terminologię dermatologia i ten rodzaj cierpienia dzieli na liczne gatunki i rodzaje; zdaje mi się jednakże, iż trzymając się drogi anatomicznej, nie spuszczać przytém z uwagi celów praktyki jakie lekarz ciągle winien mieć na względzie, wystarczającym dla nas będzie (idąc za przykładem *Wilsona*) rozróżniać 3 tylko rodzaje *acne*: a) *acne vulgaris*, gdzie procesem chorobowym zostają dotknięte same tylko gruczołki tłuszczowe, a niekiedy i cebulki włosowe; b) *acne rosacea*, gdzie prócz gruczołków tłuszczowych naczyń krwionośne przyjmują także udział w chorobie.

Acne vulgaris (trądzik pospolity) dzieli jeszcze na 2 gatunki: na *acne simplex* (trądzik zwyczajny) i *acne indurata* (trądzik dosłownie zatwardniały a rzeczywiście zadawniony lub przewlekły); te 2 gatunki trądzika ważne są pod względem praktyki, różnią się one bowiem między sobą tylko czasem trwania choroby: *a. simplex* odpowiada mniej więcej procesowi ostremu, *indurata* zaś przewlekłemu. Jak rozróżnienie tych 2 gatunków jest niezmiernie ważnym pod względem rokowania i samych wskazań leczniczych, tak znowuż podział anato-

miczny na rodzaje od razu nam wskazuje z czém mamy do czynienia, jakie części skóry przyjmują udział w processie chorobnym tego lub owego rodzaju.

Przywołując sobie na pamięć obraz choroby, jój długie trwanie, całą niedziałalność terapii, zadecydować możemy, iż rokowanie co do samej choroby (nie co do zdrowia ogólnego wszakże) jest niedobre; niepomyślne rokowanie jest jednakże względne bardzo w tym wypadku; a najpierw co do samego wieku chorego to wiemy, iż choroby gruczołków skórnych, rzeczywiście jawią się w pewnych okresach życia; lata rozwoju płciowego, lata klimakteryczne właśnie są tego rodzaju epokami; po przejściu zaś owego czasu, często wyrzuty skórne zupełnie ustępują lub tracą bardzo na swém natężeniu; gdy zaś nasz chory jest właśnie w tym wypadku, nie możemy bezwarunkowo już wyrzec, iż wyrzuty te nie ustąpią; nadto chociaż terapia zdaje się być zupełnie wyczerpaną, jednakże z opowiadania chorego, z recept mi przedstawionych, ze sposobu użycia środków, nie widzę aby którakolwiekby z metod była dość stanowczo przeprowadzoną; otóż i ten punkt jest bardzo ważnym dla naszego obecnego rokowania; lata pacyenta, niedokładność, lecz nie niewłaściwość powtarzanego leczenia, pozwalają mi zadecydować, iż rokowanie względnie tylko jest niepomyślném.

Mając przed sobą chorobę skórną natury zapalnej z charakterem przewlekłym i u indywiduum skrofulicznego, widząc tyle niefortunnych, w celu wyleczenia pokuszeń przed sobą, postanowiłem przeprowadzić systematycznie kurację, której się wskazania ogólne domagały.

Process bowiem zapalny, przewlekły skóry, być może podtrzymywany właściwém usposobieniem, wymagał środków mogących stanowczo wpłynąć na zmianę odżywiania skóry; tym sposobem i na śpieszniejsze wessanie tych przykrych następstw zapalenia (owych stwardniałych czerwonych guziczków), process ten potrzebował i środków ogólnych, któreby nasze leczenie miejscowe wsparły i prędzej przywiodły do pożądanego celu.

Przepisałem więc choremu 2 razy dniem wcierania na twarz maści z dwujodku rtęci (Deutojodureti hydrargyri scr. 1 — unc. 1 tłuszczu), do wewnątrz zaś zaleciłem w roztworze jodek arseniku (arsenici jodati gr. 6 — unc. 1 płynu) 3 razy dniem po 10 kropel.

Po upływie tygodnia chory skarżył się na pieczenie i ból twarzy przypisując to maści przepisanej; nie zmieniłem jednak ani środków, ani ich użycia i dozę jodku arseniku podniosłem do 12 kropli.

Po kilku tygodniach, w ciągu których na kilka dni tylko musiałem wstrzymać się od użycia maści, z przyczyny zbyt wielkich bólów i zbyt ogromnej czerwoności twarzy, przy ciągłym podnoszeniu (co dni 6) dozy preparatu arsenikowego aż do kropli 16, gdyż chory się miał jak najlepiej, guziczki poczęły blednąć, mięknać i rozpoczęło się ich wssanie; jedne zbyt podrażnione przechodziły w krosty, pękały i goiły się; inne wprost miękły, zmniejszały się i nikły; wągry wychodziły nadzwyczaj łatwo; widząc więc cały process na dobrej drodze, postanowiłem otworzyć owe guzy na policzkach które teraz zupełnie zmiękły; za przecięciem lancetem wyciekła z nich dość znaczna ilość ropy gęstej z krwią zmieszanej. —

Polecilem dalsze używanie maści, dozę zaś jodku arszeniku począłem w systematyczny sposób zmniejszać.

Po 2ch miesiącach leczenia, twarz chorego inny zupełnie przedstawiała widok: czoło, nos, skronie, wolne zupełnie od guziczków, krost i wągrów; skóra w tych miejscach odzyskała swą właściwą barwę; tu i owdzie tylko ślady małych sino-czerwonawych blizn; policzki i broda mocno jeszcze zaczerwienione, jednakże gruzelki znacznie zmalały tak co do liczby jak i wielkości; widoczne blizny w tych miejscach gdzie istniały znane nam guzy. Maść od kilku tygodni nie sprawia choremu po nasmarowaniu żadnych przykrości; powiększyłem nieco jój dozę i zaleciłem używanie co drugi dzień, usunąłem zaś zupełnie środek wewnętrzny.

Znajdując jednakże w niektórych miejscach nowo powstałe guziczki, widząc przytęm niezmiernie rozszerzone otworki gruczołów tłuszczowych, zaleciłem choremu używanie łaźni parowej w ten sposób, aby przez 10 minut zostawał w potni, a przez następne 5 używał na twarz natrysku drobnego, kroplistego z zimnej wody.

Usiłowania moje zupełnym zostały uwieńczone powodzeniem; chory w 3 miesiące po pierwszej u mnie wizycie został oswobodzonym od swych obrzydliwych wyrzutów, blizny tylko twarde sznurkowate tu i owdzie znaczą twarz i przypominają mu o przebytem cierpieniu; w celu ich zmniejszenia przepisywałem przemywania sublimatowe, jednakże te pozostały dotąd bez widocznego skutku.

Obecnie dawny mój pacjent chociaż zupełnie zdrow, nie zaprzestaje jednakże używać łaźni w sposób przezemnie wskazany, a które uważałem mu za stosowne zalecić.

Liczne środki zewnętrznie zalecane przez tak długi przeciąg czasu nie były *niewłaściwymi* działaniem niektórych z nich, gdyby tylko używane były systematyczniej i wytrwalej, jestem najmocniej przekonany doprowadziłoby nie zawodnie do tegoż samego rezultatu co nasze nacierania maścią dwujodku rtęci; nie środki były więc przyczyną niepowodzenia, lecz niewłaściwe a co więcej prawie tylko trafunkowe, a nie wyrozumowane ich użycie zawsze zawodziło.

Choroby skóry w ogóle mają przebieg więcej chroniczny, aniżeli cierpienia innych organów; powstają pomatu, dłużej trwają i zwolna także ustępują; wpływ więc środków leczniczych winien być odpowiednio miarowany do przebiegu i rozwoju choroby; środki drażniące (maście przedewszystkiem) zbyt krótko używane podrażniły więcej skórę; a gdy twarz zaczęła mocniej palić, gdy wyrzuty więcej poczęły się czerwienić i t. p. odstępowano natychmiast od środka i zastępowano go przemywaniami łagodzącymi, proszkami wysuszającymi właśnie wtedy, gdy należało dalej kontynuować użycie tego samego środka, aby skorzystać z powiększonej działalności skóry do wessania onych produktów zapalnych, zupełnie na tejsze samej drodze, jak osiągamy wessanie wysięków w opłucnej, w osierdziu i t. p. przy pomocy stawianych wezykatoryj, wcierania olejów drażniących i t. d.

Leczenie wewnętrzne w tym wypadku pozostało prawie bez wpływu na samą chorobę; wprawdzie połączyłem z sobą 2 środki najracyonalniej odpowiadające dwom głównym wskazaniom. Jodu bowiem działanie jest niezaprzeczalnym w chorobie żółzowatej, arseniku zaś z pożytkiem oddawna używają w chorobach przewlekłych skóry; gdy jednakże mimo ich użycia przez dość długi przeciąg czasu wyrzuty na nowo poczęły się okazywać, zaniechałem dalszego ich podawania, wymagającego w każdym razie nadzwyczajnych ostrożności.

Łażnie praktykowane w sposób powyżej wzmiankowany, uważam za jeden z najdzielniejszych środków dla wzmocnienia skóry (ztonizowania), co stanowczo jest niezbędnym dla zapobieżenia następnym powtórzeniom się choroby.

Zdaje mi się, iż naukowo praktyczny sposób zapatrywania się na niniejszy wypadek, uwieńczenie na tej drodze całego dzieła zupełnym powodzeniem, niezaprzeczoną ma wyższość nad empirycznym leczeniem, takim właśnie jakiego się większa część lekarzy w naszym kraju trzyma; ten ostatni sposób postępowania prowadzi do smutnych obustronnych zawodów: wyradza z jednej strony nieufność chorych do lekarzy, z drugiej zaś budzi w samych lekarzach niedowiarstwo i indyferentyzm dla nauki.

K A Z U I S T Y K A.

Próchnienie (*caries*) zatoki szczęki górnej; leczenie za pomocą wstrzykiwań płynu Villata; wyzdrowienie.

Obserwacja Dr. Witkowskiego.

Pan O. . . lat 30 kilka liczący, dobrze zbudowany, poprzednio prócz lekkich bólów reumatycznych w różnych częściach ciała, żadnych innych cierpień niedoświadczający, — na jesień 1865 roku dostał silnego bólu zębów, który zdawał się pochodzić od próchnienia drugiego zęba trzonowego górnego z prawej strony. Po pewnym czasie korona tego zęba wykruszyła się kawałkami, lecz w pozostałym korzeniu, lubo ten nieokazywał śladów próchnienia, dawał się ciągle czuć ból silny, który był tak dokuczliwym, iż skłonił chorego do szukania pomocy w wyrwaniu. Wkrótce jednak potem, chory dostrzegł, iż przez opróżniony zębodół wyciekało od czasu do czasu trochę ropy. W dalszym czasie odpływ jej stawał się coraz obfitszym, a pod koniec roku zeszłego ropa stała się brudną i cuchnącą, chory doznawał często zatkania w nosie, oraz tępego głębokiego bólu w prawym policzku. Około Bożego Narodzenia tegoż roku, ropienie stało się bardzo obfitym, odór ropy nieznośnym, i gdy częste wstrzymywanie się jej odpływu na zewnątrz sprawiało nadzwyczaj silne bóle w twarzy i głowie, pozbawiające snu, apetytu i możliwości oddawania się zwykłym zajęciom, chory zgłosił się do mnie o poradę.

Po dokładnym zbadaniu jego stanu, znalazłem co następuje: policzek prawy nieo brzmiały, ani więcej nad lewy wyniesiony, skóra na nim niezmienną, nacisk w miejscu odpowiadającym szczęce górnej sprawia niewielki ból. W szczęce górnej prawej, brak zęba trzonowego drugiego, z opróżnionego zębodotu odpły-

wała brudna, szara, rzadka ropa z odorem przykrym, jaki zwykle cechuje wydzieliny przy chorobach kości, i który udzielał się wydechanemu przez chorego powietrzu; silniejsze nadęcie się przy ucieraniu nosa sprowadzało odchodzenie i tędy podobnej ropy lubo więcej zgęszczonej, grudkowatej; w miejscu wyrwanego korzenia zębowego znajdował się mały otvorek fistułowy, którym wprowadzony cienki zgłębnik wchodził do wnętrza zatoki Highmora, gdzie tak przy wejściu, jak i w kilku innych miejscach, dotykał chropowatej, obnażonej wewnętrznej jej ściany. Gdy ropa odpływała swobodnie, chory prócz przykrości cuchnącego oddechu i niewielkiego bólu w prawym policzku, czuł się zresztą dobrze, nie gorączkował; przy wstrzymaniu jednak odpływu, dostawał nadzwyczaj silnego bólu w twarzy i głowie, podczas którego jęczał, tacał się po ziemi i prawie odchodził od przytomności; napady takie przychodziły codziennie zwykle pod wieczór, a czasem i parę razy na dzień, i trwały póty, póki wstrzymany odpływ ropy, bądź przez nos, bądź przez usta nie powrócił na nowo.

Obecność fistuły przez tak długi czas nieokazującej skłonności do zagojenia, — charakter ropy, a nadewszystko wyśledzenie obnażonej i chropowatej powierzchni kostnej we wnętrzu zatoki Highmora, wskazywały dostatecznie, iż w obecnym wypadku miało miejsce próchnienie ścian tej zatoki (*caries antri Highmori*).

Co do przyczyny i sposobu rozwinięcia się tej choroby, zdaje mi się prawdopodobnym, że chory, o którym mowa, będąc z powodu swych obowiązków narażony na częste pozostawanie na otwartym powietrzu, wśród niepogody, mrozów, deszczów i wiatrów, mógł naprzód uleść reumatycznemu zapaleniu okostnej zębodołowej, czego dowodziły nieustanne bóle po wykruszeniu się spróchniałej korony brakującego zęba. To zapalenie następnie rozszerzyć się musiało na wnętrze zatoki Highmora, dotykając z początku samą błonę śluzową wyściełającą wewnętrzną jej ścianę, czemu towarzyszyła powiększona sekrecja tej błony i wytwarzanie ropy czystej niecuchnącej, a dopiero gdy skutkiem bezwątpienia owrzodzeń kataralnych, błona ta w niektórych miejscach zniszczoną została, udzieliło się blaszce wewnętrznej ścian kostnych zatoki, co uwydatniło się przez zmianę charakteru ropy, która niemogąc już wtedy odpływać należycie przez wąską fistulę zębodołową, otworzyła sobie nową drogę odpływu, przez rozszerzony zapewne skutkiem wewnętrznego nacisku otwór nosowy zatoki (*apertura nasalis antri Highmori*).

Ponieważ niedługo przedtém wyczytałem w gazecie: *Union médicale* z roku zeszłego, sprawozdanie Dra Notta o pomyślnych rezultatach, jakie otrzymał z użycia przy próchnieniu kości u ludzi płynu Villata, używanego dotąd w tego rodzaju chorobach tylko w praktyce weterynaryjnej, przeto postanowiłem spróbować skuteczności tego środka i w obecnym wypadku, tém bardziej, iż do leczenia tego rodzaju chorób miejscowych, za pomocą środków wewnętrznych tak zwanych antidyskrazycznych niewiele przywiązywałem wartości ¹⁾. Z powodu, że

¹⁾ Skład i sposób przysposobienia płynu Villata (*Liquor Villati*) jest następujący: *Rp.* *Cupri sulphurici, Zinci sulphurici aa part. 15, solve in Aceti Vini albi p. 200.* *Adde: Plumbi acetici p. 30. Misc.*

kanal fistuły zębodołowej był tak wąski, iż o wprowadzeniu tędy strzykawki do wnętrza zatoki ani myśleć było można, proponowałem zrazu choremu zrobienie sztucznego otworu do zatoki po nad wyrostkiem zębodołowym; lecz gdy nieprzewyciężony wstręt do narzędzi ostrych nie dozwolił choremu przystać na żadną operacyą krwawą, nie pozostawało jak spożytkować o ile możności tę jedyną dostępną drogę do ogniska choroby. W tym celu wprowadziłem do środka zatoki przez fistulę zębodołową rurkę od trójgrańca probierczego i przez tę zastrzyknąłem naprzód nieco wody letniej, a następnie wspomniany płyn Villata, dopóki pokazanie się jego w jamie nosowej nie przekonało, że zatoka chora należycie jest nim wypełniona. Po zastrzyknięciu, w czasie którego ropa obficie przez nos i usta odchodziła, chory przez parę godzin doznawał silnego bólu palącego i gryzącego w twarzy. Takie zastrzykiwania powtarzałem z początku codziennie, a później co drugi dzień, zaleciwszy przytém płókanie ust odwarem szałwii z nalewką myrry (*liquamen myrrhae*), dla zniesienia przykrego odoru oddechu. Po paru tygodniach odpływ ropy znacznie się zmniejszył, ropa zmieniła swój charakter, z posokowatej stała się czystą i straciła swój odór nieprzyjemny, który pomimo zaprzestania płókań więcej nie powrócił. W tydzień później wydzielanie ropy zupełnie ustało, przy przestrzykiwaniu ustami i nosem przechodził czysty płyn zastrzykiwany, a badając zgłębnikiem, tak przy otworze zatoki, jako też w jej wnętrzu, nigdzie obnażonej kości wyczuć nie było można. Wkrótce też i fistuła zębodołowa zarosła, i chory jako zupełnie wyleczony, powrócił do zwykłych zatrudnień, i dotąd cieszy się dobrém zdrowiem.

Tak szybkie i zupełne wyleczenie, za pomocą świeżo wprowadzonego w użycie środka, choroby kości z jaką dotąd zwykle długo, a często bez skutku walczyć było potrzeba, jest bardzo zachęcającem do dalszych w tym przedmiocie doświadczeń, do których oddziały chirurgiczne szpitali naszych, tak znaczną ilość chorych dotkniętych chorobami kości obejmujące, rozległe przedstawić mogą pole. Doświadczenia te na chorych z próchnieniem kości więcej przystępnych badaniu tém będą ciekawsze, albowiem wyjaśnić nam mogą w jaki sposób przy działaniu płynu Villata następuje zagojenie owrzodzeń kostnych i restytucya tkanek, gdy w obecnym wypadku, gdzie powierzchnia chora, ani dla oka, ani dla palca przystępną nie była, o ustąpieniu choroby, jedynie z ustania przykrych objawów wnosić było można.

Skrzywienie głowy i szyi boczne prawe (*torticollis dextra*); podskórne przecięcie m. mostko-obończyko-sutkowego (*cleidotomia*): wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

N. Z., mężczyzna, 24 lat wieku, dobrze odżywiany, na pierwszy rzut oka zwraca na siebie uwagę szczególną fizyognomią twarzy, zależącą od zmian w kierunku i w położeniu szyi, głowy, i przez nie spowodowanej niesymetryczności rysów twarzy (*difformitas*). Głowa przechylona ku prawemu barkowi i zarazem odciągnięta w tył i na zewnątrz; szyja na stronie prawej (chorój), z powodu przy-

kurczenia głowy, krótka, jakby prawie nie istniała, na stronie zaś lewej (zdrowej) dłuższa i szersza: zarysy mięśni tej strony nie wyraźne, skóra na nich połyskująca. Mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy strony prawej wyczuwa się mocno napiętym, twardym, ucieńczonym, nierozciągliwym; skóra na nim ułożona w fałdy, łatwo przesuwalna. Przy tém przechyleniu głowy ku prawemu barkowi, twarz chorego obrócona w stronę przeciwną (lewą), strona twarzy prawa jakby skrócona, policzki nie symetryczne, położenie ust i oczu ukośne, kąt ustny nieco rozwart.

Zmiany te, podług słów chorego, rozwijały się zwolna: źródłem ich było zapalenie gruczołów limfatycznych, tkanki łącznej, oraz m. schylacza głowy strony prawej nastąpione jeszcze przed 14 laty (1853) skutkiem zaziębienia. Kiedy po otworzeniu ropnia i zabliznieniu przetoki, opisane wyżej zmiany zaczynając rozwijać się zaniepokoiły chorego, oświadczone mu, że na to cierpienie niema lekarstwa i że czasowi winno być zostawioném; p. Z . . . pogodził się z losem i pomimo coraz zwiększającego się zniepodobnienia twarzy o leczeniu swój choroby zupełnie nie myślał, i rzeczywiście powodem przybycia jego do szpitala Ewangelickiego (5 stycznia b. r.) było zapalenie ostre zewnętrznego ucha (*otitis externa dextra*) i szankier (*ulcus venereum contagiosum*) na prąciu, nie zaś pozbycie się starego kalectwa, które uważał za nieuleczalne.

Te charakterystyczne zmiany chorobowe w kierunku i położeniu głowy, szyi i twarzy, tworzą odrębną nosologiczną formę znaną pod imieniem *przechylenia, przykurzenia, skrzywienia, wykrzywienia* głowy (*caput obstipum, torticollis, cervix obstipa, obstipitas colli, wry-neck*), której przyczyny szukamy albo w cierpieniu kości (próchnienie, zwiechnienie kręgow), albo w systemacie nerwowym (bezwład, drgawki, odruchy, *torticollis paralytica, spastica, reflectoria*), albo źródła jego szukamy w cierpieniach skóry, tkanki łącznej podskórnej, powięzi, więzów, ścięgien, mięśni (zapalenie, zanik, stłuszczenie, przeistoczenie włókniste, *torticollis rheumatica cicatricialis, muscularis*), w skutku których tkanki te ulegają skracaniu się (*contractio, contractura*) i przez to stają się powodem do zmian formy, kierunku, położenia organów czyli ich wykrzywienia (*curvatura*).

W danym przypadku istoty choroby szukamy w zmienionych czynnościach m. schylacza głowy prawego, zależących od zmienionej budowy jego w skutku przebytego zapalenia (*myositis*); wiadomo bowiem, że przy zapaleniu mięśnia substancja sprężysta zanika, tkanka łączna międzymięśniowa ulega przeistoczeniu włóknistemu (*degeneratio fibrosa*), w następstwie czego mięsień skraca się, traci swą kurczliwość, staje się twardym, cieńkim, trudno albo i zupełnie nierozciągliwym (*extensibilis*), cechy, które wyżej przy badaniu m. mostko-obojęczyko-sutkowego wykryliśmy. Jeżeli przypomnimy nadto, że w stanie fizyologicznym mięsień ten działając współcześnie ze swoim antagonistą ciągnie głowę naprzód, działając zaś na jednej stronie, schyla głowę do barku swój strony i obraca twarz ku przeciwległej, to objawy powyżej opisane z naukową ścisłością wyprowadzać możemy ze zmienionej budowy mięśnia i z zaburzeń jego czynnościowych. Nie wahamy się zatem chorobę, której objawy opisaliśmy, nazwać *torticollis muscularis*, zapaleniem i skróceniem się mięśnia schylacza spowodowaną.

Minęły już czasy, kiedy w zniepodobnieniach (*deformitas, monstruositas*) upatrywano objaw potęgi lub gniewu niebios, sprawę złych duchów, lub igraszkę przyrody, i kiedy z tego względu obawiano się myśleć nawet o leczeniu kalectwa i nieszczęśliwych chorych na stracenie skazywano; minął nawet okres chodzenia omackiem tak przy badaniu przyczyn, jak i leczenia zniepodobnień, który w związku naukowego już postępowania może zanadto był długim; na szczęście ludzkości i zaszczyt nauki lekarskiej, dzięki postępom embryologii i anatomii patologicznej, gałąź medycyny o zniepodobnieniach, przykurzeniach, wykrzywieniach traktująca (*teratologia*), otrzymała podstawy ściśle naukowe, zbadała przyczyny

ich powstawania i stronę leczniczą stosownie do przyczyn choroby nowemi zbgaciła odkryciami. Gimnastyka, ortopedia, faradyzacja, podskórne cięcia i gwałtowne rozrywania ścięgien (*tenotomia, distensio violenta subcutanea*), mięśni, więzów, powięzi współzawodniczą w oddawaniu rzeczywistych korzyści cierpiącym stosownie do rodzaju przyczyny cierpienia.

W obec przechylenia głowy, o którym mowa, zależącego od przeistoczenia i skrócenia się mięśnia, lecznicze nasze postępowanie może być trojaki: albo powolne, stopniowe rozciąganie mięśnia (*distensio lenta, gradualis*) przyrządami ortopedycznymi, albo doraźne, gwałtowne rozerwanie jego (*distensio violenta*), albo też podskórne przecięcie mięśnia i następnie ruchami biernymi lub przyrządami przywrócenie mu prawidłowych jego czynności. Łatwo się dorozumieć, że użyliśmy tego ostatniego środka, bo wyciąganie mięśnia bez uprzedniego przecięcia przy jego przeistoczeniu uważamy za stratę czasu, rozerwanie zaś gwałtowne przy obecności na szyi ważnych naczyń i nerwów za prostą niemożebność. Po uleczeniu zatem chorego z zapalenia ucha i szankra, w dniu 27 stycznia b. r. przystąpiliśmy przy pomocy Drów Kwaśnickiego i Stankiewicza do wykonania podskórnego przecięcia m. schylacza głowy prawego, tak części jego mostkowej, jak i obojczykowej. Z tych miejsc zalecających do cięcia mięśnia uważamy za najlepsze miejsce przyczepu głów jego do kości mostkowej i obojczyka, bo cięcie w środku mięśnia pociąga za sobą ranienie *v. jugularis externae* i *nervi cervicalis superficialis*, na miejscu zaś przyczepu mięśnia do wyrostku sutkowego kości skroniowej robiąc cięcie ranić możemy *ner. auricularem majorem*, a nawet i *v. jug. exter.*; wybraliśmy zaś miejsce przyczepu głów mięśnia na obojczyku i kości mostkowej głównie z tych powodów, że przecięcie całości mięśnia tutaj jest pewniejsze, bo brzegi głów mięśnia jasno się zarysowują i forma ich przy biernem naprężaniu i mięśnia podczas operacyi nie zmienia się, a powtóre dla tego że ranienie *ven. jugul. internae et externae* prawie jest niemożebnym z powodu głębokiego ich położenia, ranienie zaś *venae jug. anterioris* gdyby i nastąpiło, nie pociąga za sobą złych skutków. Chorego posadziliśmy na krzesło, jeden pomocnik stojąc z tyłu chorego i ujawszy jedną ręką brzeg żuchwy, drugą zaś czoło, a nadto przyciskając do swój klatki piersiowej tył głowy chorego odciągał ją ku stronie zdrowej, przez co m. schylacz został jasno zarysowanym i mocno napiętym, drugi zaś pomocnik odciągał kość ramieniową ku dołowi, oraz skórę na bok i na zewnątrz z tych miejsc szyi, gdzieśmy przekłuć mieli tenotomem skórę, a to celem zapobieżenia równoległości cięcia w skórze z cięciem mięśnia (cięcie podskórne); sami zaś usiadłszy na przeciw chorego i ujawszy tenotom Dieffenbacha (spiczasty, formy sierpka) prawą ręką tak jak trzymamy scyzoryk w czasie przyrzynania pióra do pisania, kierując go płasko przekłuliśmy skórę na dwie linie powyżej wcięcia półksiężycowego rękolejści kości mostkowej, wraz na wewnętrznym brzegu m. schylacza, i podprowadziwszy narzędzie z tyłu pod część mostkową m. mostko-obojczyko-sutkowego obracając ostrze tenotomu ku przodowi i opierając koniec palca dużego prawej ręki o mostek w miejscu przyczepu mięśnia rozcięliśmy ścięgno z głębi (od wewnątrz) ku peryferji (ku zewnątrz) ciągnięciem i naciskiem ostrza narzędzia, przy czém wyraźne słyszeliśmy trzeszezenie, i czuliśmy palcem rozejście się końców przeciętego ścięgna obok zniesionego naprężenia mięśnia i znacznego wyprostowania głowy. Następnie nadając napowrót narzędziu położenie boczne przez tenże otwór w skórze wyciągneliśmy go z rany, przy czém nie raniliśmy żadnego naczynia, a zatem nie mieliśmy żadnego krwotoku, i ranę w skórze zamknęliśmy szczelnie angielskim plasterkiem. Takim samym sposobem, wprowadzając tenotom pomiędzy dwiema głowami m. schylacza, rozcięliśmy także i część jego obojczykową, poczem wyprostowanie głowy było prawie zupełne, wyraz twarzy i kąt ust znakomicie się poprawiły, co nas uwolniło od rozcinalnia mięśnia szerokiego szyi (m. platysma — myoides), które z początku zamierzaliśmy wykonać. Po opatrzeniu chorego zaleciliśmy mu leżenie

horyzontalne w łóżku na grzbiecie przy zachowaniu głowy w jednej prawie równi z tułowiem. Po 3ch dniach rany w skórze znaleźliśmy najzupełniej zabliznione, przyczem najmniejszego śladu zapalenia skóry lub tkanki łącznej nie było. Dla dokonania zupełnego wyprostowania szyi zastosowaliśmy krawat *Dieffenbacha* z twardej tektury zawiązując go na stronie operowanej w ten sposób, że brzeg jego dolny spoczywał na obojczyku, górny zaś opierał się bezpośrednio o dolny brzeg żuchwy. Prosty ten przyrząd okazał się w zupełności wystarczającym i zastąpił miejsce zawikłanych przyrządów ortopedycznych *Delacroix'a* (*Minerva*), *Charriera*, *Glissona*, *Levacher'a* i w. i. Pomimo 14 lat trwania choroby wykrzywienie kręgow szyjnych stałe (*scoliosis cervicalis*) nie rozwinęło się, wyprostowanie szyi i odzyskanie prawidłowych rysów twarzy następowało nader prędko, tak że w d. 4 b. m. mieliśmy przyjemność okazać tego operowanego na posiedzeniu oddziału chirurgii Tow. lek. Warsz. zupełnie już uleczonego.

Świetny ten wypadek zupełnego uleczenia nieprzyjemnego kalectwa, świadcząc o rzeczywistych postępach nowszej chirurgii, usuwa przesadzone obawy mogących rozwinąć się skutkiem operacji niebezpiecznych zawikłań, i służy zarazem za zachętę do śmielszego na tój drodze postępowania przy leczeniu wykrzywień stopy, ręki, kolana, w których rzeczywiste korzyści tój operacji wykazać nie raz jeszcze będziemy mieli sposobność.

Operacja przecinania ścięgien, mięśni, powięzi, więzów przy leczeniu przykurczeń i wykrzywień członków jest stałym nabytkiem naukowym naszych czasów: wprowadzenie w powszechne użycie tój operacji zawdzięczamy *Dieffenbachowi* i *Stromeyerowi*, twórcą zaś jój był *Delpesch* i *Dupuytren*, który pierwszy w r. 1822 wykonał przecięcie m. schylacza głowy sposobem podskórnym, cytowany zaś tu i owdzie fakt dokonania tój operacji jeszcze w r. 1674 przez *Rogera Roohnuysena* ma znaczenie wypadku odosobnionego, bardziej przypadkowego, aniżeli naukowego. We Francyi nieraz nadużywano tój operacji (*Jules Guérin*) przez wykonywanie jój bez naukowych podstaw; u nas zaczyna dopiero zyskiwać ona sobie prawa obywatelstwa; najpierwszym jój orędownikiem był prof. *Bierkowski*. *Thierfelder*, *Wagner* i *Virchow* objaśnili naukowo sprawę odradzania się przeciętych mięśni i ścięgien: znajomość ta w połączeniu z wyrozumowaniami wskazaniami świetną rokuje przyszłość tój operacji.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O nagromadzeniu się pyłu węgla w płucach (*Anthrakosis s. Pseudomelanosis pulmon.*) u robotników pracujących w kopalniach węgla kamiennego.

Przez Dr. *Seltmann'a* (z *Zaukeroda*).

Czarne lub czarno niebieskawe zabarwienie płuc w postaci ognisk nieregularnych, listkowatych, miąższ płuca zasiewających, oddawna zwracało na siebie uwagę lekarzy. Usiłowano bliżej naturę i znaczenie ich określić. Pomimo jednak licznych badań od początku bieżącego stulecia przedsiębranych, nie stanowczego nie istnieje w nauce. Jedni badacze uważali je za powstające od przyczyn zewnętrznych *np.* u robotników pracujących w powietrzu zanieczyszczonego pyłem węgla, inni za złogi barwika wytworzonego w ustroju. Do pierwszych należy Dr. *Seltmann* z *Zaukeroda*, który ogłosił najnowszą w tój kwestyi pracę w „*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*” T. II. z. 3. o tak zwanaj „*Anthrakosis pulmonum*” czyli nagromadzeniu się pyłu węglanego w narządzie oddychania. Opiera ją na spostrzeżeniach czynionych podczas 9-o letniej czynności lekarskiej w kopalniach węgla w *Plauen*, zajmujących około 1,200 robotników i wspiera wypadkami z ośmiu dokonanych oględzin pośmiertnych.

Pseudomelanosis, Anthrakosis (autorów niemieckich) Blackspots, Blak infiltration, Spurious melanosis of the lungs (Pearson, Gregory, Marshall, Thomson): Melanidie (Maurice) Encombrement charbonneux des poumons (Riembault); Phthisie noire, Phthisie mélanotique, Mélanose charbonneuse, Fausse mélanose (lekarzy francuzkich, belgijskich), Asthma metallurgicum pneumonodes (Brockmann), zasadza się na odkładaniu w miąższ płucny pyłu węgla od zewnątrz z powietrzem atmosferycznym wchłoniętego. Autor uważa ten objaw za niewątpliwy, nawet bardzo częsty u robotników w kopalniach węgla pracujących, stwierdzony doświadczeniami na królikach. Wprawdzie lekarze górnictw dawno wypowiedzieli że czarny barwik w płucach tych robotników jeżeli nie wzupełności, to przynajmniej w znacznej części od zewnątrz jest wchłonięty i roślinnego pochodzenia; jednakże przypuszczenie to przez długi przeciąg czasu nie było stwierdzonem. Bezwątpienia zwłoka w rozjaśnieniu tej kwestyi, tkwiła w błędnych teoriach i odkryciu zwierzęcego barwika czarnego w ustroju powstającego, który osadzony w miąższu płuc tak zwane „Melanosis pulmonum” stanowi.

Zatem czarne lub czarno niebieskawe zabarwienie miąższu płuc pyłem węglanym (Anthrakosis) i barwikiem zwierzęcym (Melanosis) są odmiennej natury stany a wspólność pomiędzy nimi jedynie na czarnem zabarwieniu polega.

Przebiegając historycznie rozwój kwestyi o zabarwieniu czarnem płuc, trzy rodzaje poglądów upatrywać się daje:

1. *Zabarwienie czarne pochodzić może od węgla:*

Carswell (1834), Simpson (1834—35), Gregory (1831), Marshall (1834—38), Erdmann (1831), Graham (1834), Behier (1836), Thomson (1838), Rilliet (1838), Cruveilhier (1847), Calder (1851), Bobin (1853), Traube (1860), Maurice (1862), Kuborn (1862), Villaret (1862), Crocq (1862), Lewin (1863), Seltmann (1866), Leuthold (1866), Cohnheim (1866), M. Rosenthal (1866), Kuborn i Boëns-Boissor.

2. *Zabarwienie czarne pochodzi od złożeń barwika wytworzonego wewnątrz ustroju.*

Trousseau (1837), Leblanc (1837), Andral—Grisol—Hasse Henle (1862), Foerster (1863), Friedreich (1864).

3. *Zabarwienie może pochodzić od węgla lub od barwika wytworzonego wewnątrz ustroju.*

(Pearson (1817), Laennec (1837), Andral (1837), Virchow (1847, 1858), Brockmann (1851), Koschlakoff (1866).

Inni jeszcze autorowie różnili się w zdaniach od powyżej wspomnianych. Bichat uważał czarne plamy na powierzchni płuc rozsiane za przezierające z pod opłucnej gruczolę oskrzelowe. Brechet (1821) nazywa „Colorations et dégénérescences noires” jako następstwo exhalacji krwi; według *Fourcroy* barwici znajduwane w płucach mogą być dwojakiego rodzaju: zwierzęcy, rozpuszczalny w kwasie solnym i saletrzanym, roślinny nierozpuszczalny w tychże. Następnie Bérard rzuca pytanie czy cząstki węgla wdychane do płuc powodują zmiany patologiczne i tak zwaną „Pseudomelanosis” lub może być, te zmiany są zwykłymi następstwami owrzodzeń gruźliczych, będących późniejszym łożyskiem dla węglanych mas i obcych części od zewnątrz wchłoniętych. Béhier i Rilliet usiłowali dowieść że cząstki węgla wnikają w pęcherzyki i miąższ płucny a odgrywając rolę „tubercula cruda” przeszkadzają do należytego wyrabiania się krwi.

Bourgery poparł zdanie Béhiera i Rilleta. Piorry, Tardieu, Barth, Raciborski, Bouillaud, Villaret z Lyonu, St. Maurice, Riembault, i wielu innych, stwierdzili nagromadzenie się cząstek węgla w płucach robotników pracujących w kopalniach węgla kamiennego i chemiczną naturę tegoż wykazali. Z belgijskich lekarzy Gobert i Hanot wspominają o czarnej sekrecyi z błony śluzowej oskrzeli u robotników w kopalniach węgla pracujących.

W Niemczech dopiero Erdmann podniósł kwestyę obecności czarnego barwika, mianowicie cząstek węgla u robotników pracujących w atmosferze zawierającej plyn węglany. Spotykał cząstki węgla w oskrzelach i pośród miąższu płucnego, stanowiące niekiedy ogniska

do pół cala średnicy dochodzące. Dr. Löwe pełniąc obowiązki lekarza w górnictwie, znalazł przy oględzinach pośmiertnych zwłok 34 letniego robotnika zmarłego z tyfusu, płuco prawe przenikłe złogami czarnymi wielkości grochu. W płucach innego robotnika przez długi przeciąg czasu pracującego w kopalniach węgla znalazł błonę śluzową tchawicy zwietrzoną, zasianą małymi guziczkowatymi wyniosłościami i drobnym pyłem węgla aż do rozgałęzień sięgającym.

Brockmann przyjmuje 2 formy chorobne górnikom właściwe, mianowicie: „Asthma metallurgicum pneumonodes” powstającą przez wnikanie do płuc pyłu kamieni lub węgla i „Pneumomelanosis” przez obecność mieszaniny barwika czarnego roślinnego ze zwierzęcym powstającą.

Z powyższego widzimy że najwięcej zwolenników zyskała teoria zabarwienia pyłem węgla, znalazła jednak wielu przeciwników, którzy usiłowali dowieść, że nasiąknięcie czarne znajduwane w płucach robotników pracujących w kopalniach węgla lub w atmosferze zawierającej pył węglany, nie jest częstsze od plam podobnych znajduwanych w płucach innych ludzi. Zaczęła się wówczas polemika w tym przedmiocie. Powstały zatem obozy:

Jedni utrzymywali że czarne plamy, jak wiadomo, są cząstkami węgla lub mieszaniną tegoż z barwikiem zwierzęcym, inni zaś uważali je jako złożone z barwika w ustroju wytworzonego, przyczem nadmienić wypada iż znaleźli się i tacy (Beker, Hasse) którzy sądzili że czarny barwik może w pewnych miejscach ustroju wytwarzać się skutkiem niedostatecznego wydzielania się węgla i kwasu węglanego, a przy pewnych warunkach odkłada się w niezwykłych miejscach. Barwik ten ma właśnie zastępować sekrecję C i CO² i osadzać się w narządach służących do wydzielania ich i usuwania z ustroju. Nareszcie Virchow różni się nieco od powyżej wspomnianych badaczy. Przypuszcza możliwość dostawania się cząstek węgla do dróg oddechowych, ale takowe wraz z sekrecją błony śluzowej oskrzeli chce widzieć wydalonemi. Czarny zaś barwik wpośród miąższu płucnego znajduwany, uważa za hematynę powstałą z przemiany małych krwi wynaczynień.

Pośród tylu odmiennych zdań, utworzono w 1856 r. w Berlinie komitet z 3 lekarzy, którzy udali się do kopalń górnego Szląsku, celem bliższego rozjaśnienia kwestyi dziś nas zajmującej, ale wynikiem ich poszukiwań było uznanie oddzielnej formy chorobnej „Melanosis” polegającej na złogach barwika zwierzęcego. Wypada nareszcie przytoczyć modyfikację, jaką Traube i Mannkopf w teorii Virchow'a usiłowali wprowadzić. Utrzymują na zasadzie swoich spostrzeżeń, że pył z węgla od zewnątrz wchłonięty do dróg oddechowych, z wydzieliną usuwany być może, lecz zostając tam przez pewien przeciąg czasu, wnika w miąższ płucny i wywołuje stan podobny do zabarwienia barwikiem wytworzonym wewnątrz ustroju.

Złogi powstałe z nagromadzeń pyłu węglanego w płucach, spotykane są u indywidualów nie uskarżających się za życia na chorobę piersiową lub takowemi dotkniętych. Oględziny pośmiertne wykazują je jako mniej lub więcej liczne ogniska rozmaitej wielkości, stosownie do przeciągu czasu w jakim się wytwarzały. Z początku występują w postaci rozrzuconych, drobnych punktów czarnych z czasem gęściej zasianych, wśród których u wydatniają się ciemne okrągławe lub wielokształtne ale nigdy prążkowane ogniska, niekiedy czarne ostro od sąsiedniej tkanki odgraniczone, dochodzące średnicy 2—3^{mm}. Zwykle błona śluzowa grubszych oskrzeli jest czarno zapyłona a obfitsze złogi (conglomerata) w drobniejszych rozgałęzieniach się mieszczą. Siedliskiem bywają oskrzela, pęcherzyki, miąższ zdrowych lub chorobnie zmienionych płuc, niekiedy jamy w nich powstałe lub gruczoły oskrzelowe.

Ogniska te w dolnych i górnych płatach dość regularnie rozsiane, są rozgraniczone warstwą pośredniczącą normalnej tkanki rozmaitej grubości

Oplucna trzewna przy małym nagromadzeniu barwika jest gładką i polyskującą.

Przez stopniowo wzmagające się nagromadzenie, ogniska czarne powiększają się a z czasem łącząc się, zmieniają większe przestrzenie miąższu w czarne masy z czasem miękniejące, utkwione w pośród szaro czerwonej normalnej tkanki. W ogniskach rozmiękłych, czarną masą mazistą wypełnionych, przesuwać się jasne ściany grubszych naczyń krwionośnych i oskrzeli. Rozróżnienie złogów pyłu węglanego od nagromadzeń w płucach barwika w ustroju

wytworzonego niekiedy jednocześnie znajdujących się, według autora polega na kształcie, barwie i chemicznym składzie.

Złogi barwika są podłużne, prążkowane, nieregularne, częstokroć przesuwają się w kierunku odpowiadającym międzyżebrom. Barwa ich czarna z odnieniami brunatnej do czerwonej. Cząsteczki pod drobnowidzem okazują się w postaci jednostajnych drobin bez kątów, rozpuszczają się w kwasie solnym, gdy cząstki węgla nie ulegają zmianie w kwasie saletrzanym, siarczanym, solnym, roztworze potażu, sody w niskim lub podwyższonym cieple, nawet po traktowaniu przez długi przeciąg czasu temi odczynnikami.

W dalszym ciągu autor rzuca pytanie w jaki sposób pył węglany do mięszu płucnego dostaje się?

Do dzisiejszego dnia niema stanowczej i przekonywającej odpowiedzi; ograniczamy się na przypuszczeniach. Villaret pośrednią drogę upatruje sądząc że pył węglany drogi pokarmowe przebywać musi zanim w mięszu płucnym utkwie. Dostający się do przewodu pokarmowego pył ma wstępować w części do naczyń mleczowych i osadzać się w gruczołach kreskowych; część pyłu węgla wnikięta do żył ma być unoszoną ze strumieniem krwi do żyły wrotnej a przebywszy układ krwionośny wątroby przez żyłę główną dolną dostaje się do serca prawego, tętnicy płucnej i nareszcie do płuc gdzie osadza się w mięszu i gruczołach oskrzelowych.

Przy dzisiejszem stanowisku anatomii i fizyologii, przypuszczenie Villaret'a nie wytrzyma najmniejszej krytyki, słusznie też autor prawdziwości jego zaprzecza.

Według przypuszczenia Villaret'a niepodobna jest pojąć jakim sposobem cząstki węgla mają się zatrzymywać w stosunkowo większych naczyniach włoskowatych płuc, bez uwięzienia, w stosunkowo węższych naczyniach włoskowatych krwionosnych wątroby; dla czego w najwydatniejszych wypadkach nasiąknięcia (infiltratio) węglem (Anthrakosis) nieznaleziono go w gruczołach kreskowych i wątrobie nawet w razach gdy śmierć robotnika wypadkiem podczas pracy nastąpiła. Z tego okazuje się że teoria Villaret'a jest błędną, albowiem niema zasady w przyjęciu aby zatrzymywanie się cząstek węgla w wątrobie i śledzionie było przemijającym, w gruczołach zaś kreskowych i płucach stałym.

Prawdopodobniejszem zdaje się być przypuszczenie, że pył węglany przez drogi oddechowe, mianowicie przez ściany pęcherzyków do płucnego mięszu wnika.

Podobnież mniemają Pearson i Lännecc. Nowsi badacze francuzey i belgijscy zgadzają się z powyższem przypuszczeniem dodając że pył przenika ścianki pęcherzyków płucnych, w części ściany naczyń limfatycznych które do gruczołów oskrzelowych dostają się. Marshall różni się nieco od powyżej wspomnianych sądząc że węgiel wnikać może do pęcherzyków płucnych, ale gdy przeniknie ściany do pewnej granicy, jako ciało obce drażni okoliczne części, wzbudza zapalenie i zmięknienie mięszu, który wówczas mały opór wnikającym cząstkom węgla stawia.

Do dzisiejszego dnia nie rozstrzygnięto stanowczo jakim sposobem cząstki węgla wziętego do pęcherzyków przenikają ich ściankę, według jednych wyslaną nabłonkiem a według innych histologów tegoż pozbawioną. Doświadczenia jednak wykazały (Seltmann, Crocq, Lewin,) że przenikanie rzeczywiście ma miejsce i to stosunkowo łatwiej i szybciej niżeli w jakiegokolwiek inne tkanki ustroju, budową i fizyologicznymi własnościami mniej ku temu usposobione.

Co się tyczy występowania, następstw i powikłań zdarzających się przy „Anthrakosis” najczęściej występuje u robotników pracujących w kopalniach węgla i w ogóle w powietrznym jego pyłem zanieczyszczonej. Wiek (średni i podeszły), choroby organów oddechowych (Bronchitis chronica, Emphysema pulmonum, Tuberculosis) zwiększają usposobienie do jej powstawania, lubo niektóre działanie pyłu węgla przeciwko gruźlicy za zbawienne uważają.

Przy istniejących sprawach patologicznych wnikanie pyłu bezwątpienia jest szkodliwym i utrudnia ustępowanie chorób. Wypada jednakże nadmienić, że obecność pyłu węgla w płucach zdrowych, najczęściej zostaje bez szkodliwego wpływu na stan zdrowia robotników, ale zdarzają się jednakże wypadki, w których obfite nagromadzenia zmniejszając powierzchnią służącą do wymiany gazów utrudniają utlenianie krwi, ztąd duszność (Dyspnoea) i zubożenie krwi

(anaemia). Drażnienie jako obcym ciałem zdaje się być za małe do wywołania mocniejszego zapalenia a gdy takowe przyłączyło się ma być wynikiem współdziałania jeszcze innych momentów przyczynowych. Traube wnosi z tego, że działanie pyłu węgla jest odmienne od działania innych zawieszonych w powietrzu substancji, które częstokroć nawet po niedługim działaniu wywołują rozmaite sprawy chorobne płuc a nawet do wytworzenia się jam dochodzi. Zawartość ich ropiasta mniej lub więcej szara, w innych razach czarna i bez przymieszki ropy. Ściany ich bywają nierówne, nieregularne, często buchtowane z wyzierającymi ku wnętrzu jamy strzępkami mięszu i zarosłymi naczyniami. Otaczająca tkanka zwykle utracą normalną ilość powietrza.

Powstawanie jam z nagromadzenia się cząstek węgla w płucach; Gaillot i Villaret pragną objaśnić zaciskaniem naczyń krwionośnych włoskowatych, utrudnieniem krążenia krwi obok współdziałania innych przyczynowych momentów. np. przez przyłączenie nieżyty oskrzeli, zapalenia płuca i opłucnej a nawet przez osłabienie ogólne z wiekiem występujące. Bywają wypadki, w których sprawa w jednym ognisku zaczęta może się szerzyć skutkiem zmniejszonej żywotności okolicznych tkanek i nawet śmiercią się zakończyć.

W dalszym ciągu autor rzuca pytanie czy tak zwana „Anthrakosis” jest oddzielną formą chorobną lub powikłaniem innych cierpień narządów oddychania. W tym względzie rozmaite spotykamy zdania. Prawdziwe ocenienie połączone jest z wieloma trudnościami z powodu licznych chorób zdarzających się u górników w narządzie oddychania, zwłaszcza że przywykli są oddawać w zdrowym lub chorobnym stanie zabarwione szaro lub czarno płwociny mało do tego przywiązując znaczenia. Zdaje się być racjonalniejszym przyjąć, że „Anthrakosis” jest pojęciem zbiorowym dla pewnej grupy form chorobnych narządu oddychania. Są jednakże autorowie (Villaret, Tardieu, Crocq, a w części Riebault i Boëns-Boissau) którzy ją uważają za pierwotną i przeważną afekcyę wikłającą się częstokroć z nieżytem oskrzeli (Bronchitis), rozedną płuc (Emphysema pulmonum), gruźlicą (Tuberculosis pulmonum). Usilowali zestawić oddzielną grupę objawów chorobnych i takowe nawet rozdzielić na okresy. Spostrzeżenia ich jednakże jako naciągane i na bardzo małej liczbie badań oparte, nie mogą być uważane jak tylko za przypuszczenie. Inne badania ściśle wykazują że nawet wysoko posunięte przeniknięcie cząstkami węgla może istnieć bez zdradzania swojej obecności chorobnymi objawami.

Wspomniano powyżej, że duszność i zubożenie krwi może być wynikiem nagromadzenia się pyłu węglanego, ależ jak często spotykane są przy innych stanach chorobnych płuc niezależnych od tego przyczynowego momentu. Częstokroć w tém tkwi przyczyna rozpoznania rodzaju cierpienia przy lożu chorego mianowicie czy takowe polega na nagromadzeniu się w płucach cząstek węgla lub na innych chorobnych zmianach. Fizykalne badanie tak ważne przy rozpoznawaniu chorób piersiowych nie świadczy tu należytych usług. Prędzej do prawdopodobnego rozpoznania posilkować się wypada poprzednim stanem chorego, pracowaniem przez długi przeciąg czasu w powietrzu węglem zanieczyszczonej, czarne zabarwienie płwocin; ale ostatni znak traci na wartości jeżeli badamy chorego wkrótce po wyjściu z téjże powietrzni. W takich razach należy zwrócić uwagę, czy oddawanie czarno zabarwionych płwocin długo po opuszczeniu roboty trwa. Wówczas upoważnieni jesteśmy przypuścić że pył węgla długi przeciąg czasu w pęcherzykach płucnych tkwi i do mięszu przez ich ściany wnika. Ostatnia okoliczność także nie jest bezwzględna, owszem, zdarzają się wypadki, w których oddawanie płwocin szaro lub czarno zabarwionych utrzymuje się całe dnie i tygodnie u robotników cieszących się dobrym stanem zdrowia, co szczególnie ma miejsce przy przewlekłym nieżycie oskrzeli skutkiem obfitszego nagromadzenia się cząstek węgla w drobnych rozgałęzieniach oskrzeli.

Surowicze nasiąknięcie mięszu płucnego szczególnie w powierzchownych jego częściach pyłem węgla przenikłych, przyczynić się może do usuwania go z tkanki, zapewne tym samym sposobem jakim wniki. Autor przytacza następujący wypadek:

G ó r n i k 57 lat liczący, 38 lat pracujący w kopalniach, od dawna cierpiał na przewlekły nieżyt oskrzeli i rozedną płuc (Bronchitis chronica et Emphysema pulmonum). W ostatnich latach przy mocnym kaszlu oddawał płwocinę białą, niekiedy czarno niebieskawo zabarwioną. Skutkiem silnego przeziębienia popadł w gorączkę, klucia w całej klatce piersiowej,

silny kaszel i duszność. Badanie fizykalne wykazało po obu stronach odgłos pełny, podczas wdychania szmer pęcherzykowy zaostrowany, wydechanie ciche, barczenia i świsty. Plwociny śluzowate białawe. Wkrótce po obfitem wydzieleniu potu i moczu, gorączka spadła, klucza w piersiach zmniejszły się, oddech stał się spokojniejszym a ogólny stan polepszył się. Następnej nocy znów żywy ból dolnej części lewej połowy klatki, nad ranem nagłe wykrztuszenie czarnej zupełnie i obfitej plwociny bez śladu krwi.

Badanie chorego wykonane tegoż dnia rano wykazało w dolnej części płuca lewego na bardzo ograniczonej przestrzeni, drobno pęcherzykowe rżenia, bez stopienia odgłosu, nieznaczna gorączka i obfite pocenie. Plwociny były zabarwione węglem roślinnym.

W następnych dniach stopniowe polepszenie w ogólnym stanie chorego, zmniejszenie kaszlu, plwocin każdodziennie odbarwiających się tak że w 8 dni tylko ślady cząstek czarniawych zawierały. Gorączka zupełnie ustąpiła. W trzy tygodnie chory wzmocniony na siłach wrócił do poprzednich zajęć.

Podobnie wydzielenie się znaczniejszej na raz ilości plwocin czarno zabarwionych zdarza się w innych stanach, np. przy rozmiękaniu gruzelków, oraz złamaniu żeber połączone z zranieniem substancji płucnej.

Przeciwnie, skąpem jest wydzielenie wchłoniętych cząstek węgla przy znacznie posuniętej rozedmie płuc. Indywidua tém cierpieniem dotknięte przez szereg lat nie wykrztuszają czarnych plwocin, jeżeli przyłączony nieżyt oskrzeli lub głębsze cierpienia płuc nie ułatwią jego usunięcia. Widziano wypadki po 15-u latach przestania pracy w powietrzu zanieczyszczonej węglanym pyłem, w których po przyłączeniu się nieżyty wykrztuszone zostały znaczne ilości czarno zabarwionych plwocin, gdy poprzednio nie okazywały się.

Trwałość czarno zabarwionych plwocin świadczy o głębokiem cierpieniu samego mięszsu i zależy od samej choroby lub nagromadzonego w płucach węglanego gazy, którego wdychanie pogorsza przebieg spraw chorobnych w płucach zdarzających się.

Terapia „Pseudomelanosis s. Anthrakosis” zależy na higienicznem urządzeniu kopalń węgla, w czem lekarze górnictw przyjmując czynny udział, mają sposobność wyświadczenia prawdziwej usługi tak ciężko pracującej klasie robotników.

Dr. Sommer.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 30 stycz. do 5 lutego (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Poro- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	704	160	163	22	689
„ Śgo Ducha	148	25	26	6	141
„ Ewangielickim	88	19	21	—	86
„ Śgo Rocha	101	35	33	3	100
„ Śgo Jana Bożego	164	3	5	—	162
„ Śgo Łazarza	286	53	41	4	294
„ Starozakomnych	385	109	102	12	380
Ogółem:	1886	404	391	47	1852

Redaktor odpowiedzialny Prof. Łuczkiwicz.

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.—
Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak.
Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
 „ półrocznie „ 2 „ 50
 „ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
 „ „ rocznie . . . Rs. 6.
 „ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TRESC: Trądzik pospolity twarzy (*acne vulgaris faciei*). Obserwacja i opis T. Belke. — Kazuistyka. Próchnienie (*caries*) zatoki szczęki górnej; leczenie za pomocą wstrzykiwań płynu Villate'a; wyzdrowienie. Obserwacja Dra Witkowskiego. — Skrzywienie żłowy i szyi boczne prawe (*torticollis dextra*); podskórne przycięcie m. mostko-obojęczyko-sutkowego (*cleidotomia*); wyzdrowienie. Spostrzeżenia Prof. Girsztowa. — Kronika Zagraniczna. O nagromadzeniu się pyłu węgla w płucach (*anthracosis*) u robotników pracujących w kopalniach węgla kamiennego. Dra Sommera. — Część statystyczna.

Trądzik pospolity twarzy (*acne vulgaris faciei*).

Obserwacja i opis T. Belke.

lek. ordyn. w szpitalu Śgo Łazarza w Warszawie.

W miesiącu maju 1866 r. zgłosił się do mnie M. W. . . , urzędnik prywatny pracujący w kantorze jednego z tutejszych bankierów, w celu zasiągnięcia rady co do szkaradnych i uporczywych wyrzutów, okrywających twarz całą. Młody ten człowiek, lat 22 wieku liczący, dobrze zbudowany, blondyn, cierpi na częste kataru nosa, bóle gardła, obrzmiewanie gruczołów podszczękowych, co jest jak się sam wyraża, dziedziczném, jedném słowem wszystkie te okoliczności wskazują iż jest zołzowatym: lecz prócz onych przypadłości zołzów (*scrophulosis*), oprócz płonnicy (*scarlatina*), i odry (*morbilli*), które to ostatnie choroby w dzieciństwie przebywał, zawsze był zdrów. Od dwóch lat dopiero bez żadnej przyczyny zaczęły występować z początku na czole, następnie zaś i po całej twarzy, czerwone guziczki (*papulae*), tu i owdzie tworzyły się krosty (*pustulae*), które podsycając zmieniały się w strupki; w innych zaś miejscach nowe guziczki, nowe krosty coraz to liczniej występowały, twarz całą przytem coraz liczniejszymi okrywała się wągrami (*comedones*), czerwieniła, obrzmiewała, zmieniała swój wyraz zwykły; powstawaniu zaś tych wykwitów (*efflorescentiae*), towarzyszył lekki, nie nieznaczący świerz b skóry.

Z początku chory nasz nie zwracał prawie żadnej uwagi na ów stan, zadawał się przełożeniami znajomych i kolegów, którzy (ze zwykłą zarozumiałością ludzi zdrowych) nie więcej w tém nie upatrywali, jak ostrość krwi powszechną w latach rozwoju płciowego, a zapewniając go przytem, iż choroba sama mi nie niepozostawiając żadnych śladów, odradzili stanowczo od zamiaru zasięgnię-

cia rady lekarskiej, w obawie, aby onych dobroczynnych dla zdrowia wyrzutów lekarze nie wpędzili wewnątrz, na poparcie czego, owi improwizowani patologowie, mnóstwo przytaczali strasznych i autentycznych wypadków. Gdy jednakże w ciągu ośmiu miesięcy, choroba sama nie ustępowała, gdy z przyczyny trwania processu chorobnego, twarz coraz więcej stawała się szpetną, chory zaniepokojony swym stanem, począł zasięgać rady lekarskiej.

Z kolei przez 3 kwartały używał z przepisu bardzo wielu tutejszych lekarzy, najrozmaitszych środków; naprzemian smarował twarz maściami drażniącymi lub olejami łagodnymi (maście rtęciowe, jodowe, ol. migdałowy, gliceryna), przemywał ją środkami kaustycznymi i ściągającymi (roztwory sublimatu, potażu gryzącego, tanniny z tynk. benzoesową), posypywał proszkami wysuszającymi i t. p; wewnątrz używał tranu, jodku potassu, poddawał się kuracyi czyszczącej (dekokt z Sarsaparylli), uciekał się do kuracyi wodami mineralnymi (Iwonicz, Kissingen), nie pominął także sposobów leczenia czysto dyetetycznych (kuracya mleczna), słowem wyczerpał wszystkie sposoby leczenia, a choroba nie tylko nie ustępowała, lecz przeciwnie z większym nateżeniem się dalej szerzyła, i szybko zajmowała te części twarzy, które dotąd pozostawały wolnymi; w tym właśnie czasie chory po 9 mcach leczenia się, a 17 trwania choroby zgłosił się do mnie dnia 24 maja r. 1866.

Pierwsze wejrzenie na twarz chorego sprawiało widok nadzwyczaj nieprzyjemny; przy kształtnej bowiem postawie, przy pięknym składzie ciała młodego człowieka, ów wyrzut nadawał twarzy wyraz ohydny i szkaradny, który mimowoli musiał budzić wstręt w otaczających; przy bliższym egzaminie obiektywnym okazuje się iż czoło, skronie, oba policzki, broda, nos, uszy, górna część szyi pokryte są gęsto nasianymi guziczkami różnej wielkości, począwszy od wielkości grochu polnego, niektóre dochodziły wielkości orzecha laskowego; guziczki te twarde, nieboleśne, u podstawy czerwone, u wierzchołka samego miały krosty które same pękają po pewnym przeciągu czasu, wydzielając białą, gęstą, niekiedy z krwią zmieszaną ropę; najobficiej podobne guziczki dostrzegamy na czole, obu policzkach i brodzie, mniej licznie znajdują się na uszach i szyi; guziczki te obserwować można we wszystkich fazach ich rozwoju; na policzkach nadto dostrzegamy w kilku miejscach duże guzy wielkości śliwek nie zbyt twarde, czerwone, nieboleśne, które nie są niczem innem, jak tylko zlaniem się kilku guziczków razem; dopełniając nasz opis obrazu twarzy niezmierną ilością wągrów ogromnej wielkości, a wzięwszy na uwagę nadto, iż wszystkie wolne miejsca od guziczków pokryte są już brzydkimi nieregularnymi bliznami, które w niektórych miejscach zlawszy się z sobą potworzyły rodzaj sznurków twardych, czerwonych, przyznać należy, iż nie przesadziłem wcale nazywając wyraz twarzy ohydny i wstrętny do najwyższego stopnia.

Gruczoły podszczękowe i na karku obrzękłe, wreszcie chory jest zupełnie zdrów.

Wychodząc z zasady anat. patologicznej, iż skóra jako organ samodzielny, mając właściwą sobie budowę, spełniając swe funkcje, może podobnie jak każdy inny organ, przy wpływie pewnych przyczyn zmienić swe czynności, może

jednym słowem przejść ze stanu fizyologicznego w stan patologiczny, jako powtarzam zwolennik owjej metody anatomicznej, przy obserwowaniu kazdej dermatozy, najpierw zwracam się do zbadania, jakie części składowe są dotknięte procesem chorobnym?; rezultata ztąd otrzymane, odnoszę do danych anamnestycznych, i z tego dopiero wyciągam wnioski o naturze cierpienia, o charakterze jego i t. d.

Zdaje mi się, iż temi kilkoma ogólnemi uwagami, stawiam czytelnika w możności wyprowadzenia z danych szczegółowego rozpoznania w niniejszym wypadku.

Bo czyż z opisu szczegółowego objawów, z owych pierwotnie (bez żadnej przyczyny) okazujących się guziczków, z owych licznie występujących wągrów, z tworzenia się u wierzchołka guziczków małych krost, ze zlewania się tychże guziczków razem, wreszcie z długiego trwania processu chorobnego, z niezdziałności terapii nie dostrzegamy, iż mamy do czynienia z chorobą zadawnioną gruczołów tłuszczowych zwaną trądzikiem zadawnionym (*acne indurata*). Zbytne nagromadzenie się wydzieliny gruczołków tłuszczowych, twardnienie takowej, wpłynęło na rozcięcie przewodów wyprowadzających, dało początek wągrom; stwardniała wydzielina drażniąc ścianki przewodów i ujścia, wywołała zapalenie samych przewodów i gruczołów; guziczki zaś czerwone rozrzucone tu i owdzie były wyrazem tego zapalenia zewnątrznie; gdy zadrażnienie nie ustępowało, jako wyższy stopień tegoż poczęły się ukazywać krosty na wierzchołkach guziczków; długie zaś trwanie choroby spowodowało zajęcie tkanki podskórnej, oddzielającej pojedyncze gruczoły od siebie i na tej drodze następowało zlewanie się ich między sobą; wywołane tym sposobem zapalenie komunikowało się dalej i potworzyły się prawdziwe ropnie podskórne (owe guzy o jakich wspominam w opisie choroby); taki jest anatomiczny początek i rozwój tej upartej i przykrzej doległości. Jest to więc trądzik (*acne*) i to trądzik pospolity zadawniony twarzy (*acne vulgaris indurata faciei*). Determinując mą chorobę jako rodzaj i gatunek oddzielny, muszę znowuż w tym względzie porozumieć się z czytającymi.

Aż nazbyt bogata w podziały i terminologię dermatologia i ten rodzaj cierpienia dzieli na liczne gatunki i rodzaje; zdaje mi się jednakże, iż trzymając się drogi anatomicznej, nie spuszczać przytém z uwagi celów praktyki jakie lekarz ciągle winien mieć na względzie, wystarczającym dla nas będzie (idąc za przykładem *Wilsona*) rozróżniać 3 tylko rodzaje *acne*: a) *acne vulgaris*, gdzie procesem chorobowym zostają dotknięte same tylko gruczołki tłuszczowe, a niekiedy i cebulki włosowe; b) *acne rosacea*, gdzie prócz gruczołków tłuszczowych naczyń krwionośne przyjmują także udział w chorobie.

Acne vulgaris (trądzik pospolity) dzieli jeszcze na 2 gatunki: na *acne simplex* (trądzik zwyczajny) i *acne indurata* (trądzik dosłownie zatwardniały a rzeczywiście zadawniony lub przewlekły); te 2 gatunki trądzika ważne są pod względem praktyki, różnią się one bowiem między sobą tylko czasem trwania choroby: *a. simplex* odpowiada mniej więcej procesowi ostremu, *indurata* zaś przewlekłemu. Jak rozróżnienie tych 2 gatunków jest niezmiernie ważnym pod względem rokowania i samych wskazań leczniczych, tak znowuż podział anato-

miczny na rodzaje od razu nam wskazuje z czém mamy do czynienia, jakie części skóry przyjmują udział w processie chorobnym tego lub owego rodzaju.

Przywołując sobie na pamięć obraz choroby, jój długie trwanie, całą niedziałalność terapii, zadecydować możemy, iż rokowanie co do samej choroby (nie co do zdrowia ogólnego wszakże) jest niedobre; niepomyślne rokowanie jest jednakże względne bardzo w tym wypadku; a najpierw co do samego wieku chorego to wiemy, iż choroby gruczołków skórnych, rzeczywiście jawią się w pewnych okresach życia; lata rozwoju płciowego, lata klimakteryczne właśnie są tego rodzaju epokami; po przejściu zaś owego czasu, często wyrzuty skórne zupełnie ustępują lub tracą bardzo na swém natężeniu; gdy zaś nasz chory jest właśnie w tym wypadku, nie możemy bezwarunkowo już wyrzec, iż wyrzuty te nie ustąpią; nadto chociaż terapia zdaje się być zupełnie wyczerpaną, jednakże z opowiadania chorego, z recept mi przedstawionych, ze sposobu użycia środków, nie widzę aby którakolwiekby z metod była dość stanowczo przeprowadzoną; otóż i ten punkt jest bardzo ważnym dla naszego obecnego rokowania; lata pacyenta, niedokładność, lecz nie niewłaściwość powtarzanego leczenia, pozwalają mi zadecydować, iż rokowanie względnie tylko jest niepomyślném.

Mając przed sobą chorobę skórną natury zapalnej z charakterem przewlekłym i u indywiduum skrofalicznego, widząc tyle niefortunnych, w celu wyleczenia pokuszeń przed sobą, postanowiłem przeprowadzić systematycznie kurację, której się wskazania ogólne domagały.

Process bowiem zapalny, przewlekły skóry, być może podtrzymywany właściwém usposobieniem, wymagał środków mogących stanowczo wpłynąć na zmianę odżywiania skóry; tym sposobem i na śpieszniejsze wessanie tych przykrych następstw zapalenia (owych stwardniałych czerwonych guziczków), process ten potrzebował i środków ogólnych, któreby nasze leczenie miejscowe wsparły i prędzej przywiodły do pożądanego celu.

Przepisałem więc choremu 2 razy dziem wcierania na twarz maści z dwujodku rtęci (Deutojodureti hydrargyri scr. 1 — unc. 1 tłuszczu), do wewnątrz zaś zaleciłem w roztworze jodek arseniku (arsenici jodati gr. 6 — unc. 1 płynu) 3 razy dziem po 10 kropel.

Po upływie tygodnia chory skarżył się na pieczenie i ból twarzy przypisując to maści przepisanej; nie zmieniłem jednak ani środków, ani ich użycia i dozę jodku arseniku podniosłem do 12 kropli.

Po kilku tygodniach, w ciągu których na kilka dni tylko musiałem wstrzymać się od użycia maści, z przyczyny zbyt wielkich bólów i zbyt ogromnej czerwoności twarzy, przy ciągłym podnoszeniu (co dni 6) dozy preparatu arsenikowego aż do kropli 16, gdyż chory się miał jak najlepiej, guziczki poczęły blednąć, mięknać i rozpoczęło się ich wssanie; jedne zbyt podrażnione przechodziły w krosty, pękały i goiły się; inne wprost miękły, zmniejszały się i nikły; wągry wychodziły nadzwyczaj łatwo; widząc więc cały process na dobrej drodze, postanowiłem otworzyć owe guzy na policzkach które teraz zupełnie zmiękły; za przecięciem lancetem wyciekła z nich dość znaczna ilość ropy gęstej z krwią zmieszanej. —

Polecilem dalsze używanie maści, dozę zaś jodku arszeniku począłem w systematyczny sposób zmniejszać.

Po 2ch miesiącach leczenia, twarz chorego inny zupełnie przedstawiała widok: czoło, nos, skronie, wolne zupełnie od guziczków, krost i wągrów; skóra w tych miejscach odzyskała swą właściwą barwę; tu i owdzie tylko ślady małych sino-czerwonych blizn; policzki i broda mocno jeszcze zaczerwienione, jednakże gruzelki znacznie zmalały tak co do liczby jak i wielkości; widoczne blizny w tych miejscach gdzie istniały znane nam guzy. Maść od kilku tygodni nie sprawia choremu po nasmarowaniu żadnych przykrości; powiększyłem nieco jój dozę i zaleciłem używanie co drugi dzień, usunąłem zaś zupełnie środek wewnętrzny.

Znajdując jednakże w niektórych miejscach nowo powstałe guziczki, widząc przytęm niezmiernie rozszerzone otworki gruczołów tłuszczowych, zaleciłem choremu używanie łaźni parowej w ten sposób, aby przez 10 minut zostawał w potni, a przez następne 5 używał na twarz natrysku drobnego, kroplistego z zimnej wody.

Usiłowania moje zupełnym zostały uwieńczone powodzeniem; chory w 3 miesiące po pierwszej u mnie wizycie został oswobodzonym od swych obrzydliwych wyrzutów, blizny tylko twarde sznurkowate tu i owdzie znaczą twarz i przypominają mu o przebytem cierpieniu; w celu ich zmniejszenia przepisywałem przemywania sublimatowe, jednakże te pozostały dotąd bez widocznego skutku.

Obecnie dawny mój pacjent chociaż zupełnie zdrow, nie zaprzestaje jednakże używać łaźni w sposób przezemnie wskazany, a które uważałem mu za stosowne zalecić.

Liczne środki zewnętrznie zalecane przez tak długi przeciąg czasu nie były *niewłaściwymi* działaniem niektórych z nich, gdyby tylko używane były systematyczniej i wytrwalej, jestem najmocniej przekonany doprowadziłoby nie zawodnie do tegoż samego rezultatu co nasze nacierania maścią dwujodku rtęci; nie środki były więc przyczyną niepowodzenia, lecz niewłaściwe a co więcej prawie tylko trafunkowe, a nie wyrozumowane ich użycie zawsze zawodziło.

Choroby skóry w ogóle mają przebieg więcej chroniczny, aniżeli cierpienia innych organów; powstają pomatu, dłużej trwają i zwolna także ustępują; wpływ więc środków leczniczych winien być odpowiednio miarowany do przebiegu i rozwoju choroby; środki drażniące (maście przedewszystkiem) zbyt krótko używane podrażniły więcej skórę; a gdy twarz zaczęła mocniej palić, gdy wyrzuty więcej poczęły się czerwienić i t. p. odstępowano natychmiast od środka i zastępowano go przemywaniami łagodzącymi, proszkami wysuszającymi właśnie wtedy, gdy należało dalej kontynuować użycie tego samego środka, aby skorzystać z powiększonej działalności skóry do wessania onych produktów zapalnych, zupełnie na tejsze samej drodze, jak osiągamy wessanie wysięków w opłucnej, w osierdziu i t. p. przy pomocy stawianych wezykatoryj, wcierania olejów drażniących i t. d.

Leczenie wewnętrzne w tym wypadku pozostało prawie bez wpływu na samą chorobę; wprawdzie połączyłem z sobą 2 środki najracyonalniej odpowiadające dwom głównym wskazaniom. Jodu bowiem działanie jest niezaprzeczalnem w chorobie żółzowatej, arseniku zaś z pożytkiem oddawna używają w chorobach przewlekłych skóry; gdy jednakże mimo ich użycia przez dość długi przeciąg czasu wyrzuty na nowo poczęły się okazywać, zaniechałem dalszego ich podawania, wymagającego w każdym razie nadzwyczajnych ostrożności.

Łażnie praktykowane w sposób powyżej wzmiankowany, uważam za jeden z najdzielniejszych środków dla wzmocnienia skóry (ztonizowania), co stanowczo jest niezbędnem dla zapobieżenia następnym powtórzeniom się choroby.

Zdaje mi się, iż naukowo praktyczny sposób zapatrywania się na niniejszy wypadek, uwieńczenie na tej drodze całego dzieła zupełnem powodzeniem, niezaprzeczoną ma wyższość nad empirycznem leczeniem, takim właśnie jakiego się większa część lekarzy w naszym kraju trzyma; ten ostatni sposób postępowania prowadzi do smutnych obustronnych zawodów: wyradza z jednej strony nieufność chorych do lekarzy, z drugiej zaś budzi w samych lekarzach niedowiarstwo i indyferentyzm dla nauki.

K A Z U I S T Y K A.

Próchnienie (*caries*) zatoki szczęki górnej; leczenie za pomocą wstrzykiwań płynu Villata; wyzdrowienie.

Obserwacja Dr. Witkowskiego.

Pan O. . . lat 30 kilka liczący, dobrze zbudowany, poprzednio prócz lekkich bólów reumatycznych w różnych częściach ciała, żadnych innych cierpień niedoświadczający, — na jesień 1865 roku dostał silnego bólu zębów, który zdawał się pochodzić od próchnienia drugiego zęba trzonowego górnego z prawej strony. Po pewnym czasie korona tego zęba wykruszyła się kawałkami, lecz w pozostałym korzeniu, lubo ten nieokazywał śladów próchnienia, dawał się ciągle czuć ból silny, który był tak dokuczliwym, iż skłonił chorego do szukania pomocy w wyrwaniu. Wkrótce jednak potem, chory dostrzegł, iż przez opróżniony zębodół wyciekało od czasu do czasu trochę ropy. W dalszym czasie odpływ jój stawał się coraz obfitszym, a pod koniec roku zeszłego ropa stała się brudną i cuchnącą, chory doznawał często zatkania w nosie, oraz tępego głębokiego bólu w prawym policzku. Około Bożego Narodzenia tegoż roku, ropienie stało się bardzo obfitem, odór ropy nieznośnym, i gdy częste wstrzymywanie się jój odpływu na zewnątrz sprawiało nadzwyczaj silne bóle w twarzy i głowie, pozbawiające snu, apetytu i możności oddawania się zwykłym zajęciom, chory zgłosił się do mnie o poradę.

Po dokładnem zbadaniu jego stanu, znalazłem co następuje: policzek prawy nieo brzmiały, ani więcej nad lewy wyniesiony, skóra na nim niezmieniona, nacisk w miejscu odpowiadajacem szczęce górnej sprawia niewielki ból. W szczęce górnej prawej, brak zęba trzonowego drugiego, z opróżnionego zębodotu odpły-

wała brudna, szara, rzadka ropa z odorem przykrym, jaki zwykle cechuje wydzieliny przy chorobach kości, i który udzielał się wydechanemu przez chorego powietrzu; silniejsze nadęcie się przy ucieraniu nosa sprowadzało odchodzenie i tędy podobnej ropy lubo więcej zgęszczonej, grudkowatej; w miejscu wyrwanego korzenia zębowego znajdował się mały otvorek fistułowy, którym wprowadzony cienki zgłębnik wchodził do wnętrza zatoki Highmora, gdzie tak przy wejściu, jak i w kilku innych miejscach, dotykał chropowatej, obnażonej wewnętrznej jej ściany. Gdy ropa odpływała swobodnie, chory prócz przykrości cuchnącego oddechu i niewielkiego bólu w prawym policzku, czuł się zresztą dobrze, nie gorączkował; przy wstrzymaniu jednak odpływu, dostawał nadzwyczaj silnego bólu w twarzy i głowie, podczas którego jęczał, tacał się po ziemi i prawie odchodził od przytomności; napady takie przychodziły codziennie zwykle pod wieczór, a czasem i parę razy na dzień, i trwały póty, póki wstrzymany odpływ ropy, bądź przez nos, bądź przez usta nie powrócił na nowo.

Obecność fistuły przez tak długi czas nieokazującej skłonności do zagojenia, — charakter ropy, a nadewszystko wysledzenie obnażonej i chropowatej powierzchni kostnej we wnętrzu zatoki Highmora, wskazywały dostatecznie, iż w obecnym wypadku miało miejsce próchnienie ścian tej zatoki (*caries antri Highmori*).

Co do przyczyny i sposobu rozwinięcia się tej choroby, zdaje mi się prawdopodobnym, że chory, o którym mowa, będąc z powodu swych obowiązków narażony na częste pozostawanie na otwartym powietrzu, wśród niepogody, mrozów, deszczów i wiatrów, mógł naprzód uleść reumatycznemu zapaleniu okostnej zębodołowej, czego dowodziły nieustanne bóle po wykruszeniu się spróchniałej korony brakującego zęba. To zapalenie następnie rozszerzyć się musiało na wnętrze zatoki Highmora, dotykając z początku samą błonę śluzową wyściełającą wewnętrzną jej ścianę, czemu towarzyszyła powiększona sekrecja tej błony i wytwarzanie ropy czystej niecuchnącej, a dopiero gdy skutkiem bezwątpienia owrzodzeń kataralnych, błona ta w niektórych miejscach zniszczoną została, udzieliło się blaszce wewnętrznej ścian kostnych zatoki, co uwydatniło się przez zmianę charakteru ropy, która niemogąc już wtedy odpływać należycie przez wąską fistulę zębodołową, otworzyła sobie nową drogę odpływu, przez rozszerzony zapewne skutkiem wewnętrznego nacisku otwór nosowy zatoki (*apertura nasalis antri Highmori*).

Ponieważ niedługo przedtém wyczytałem w gazecie: *Union médicale* z roku zeszłego, sprawozdanie Dra Notta o pomyślnych rezultatach, jakie otrzymał z użycia przy próchnieniu kości u ludzi płynu Villata, używanego dotąd w tego rodzaju chorobach tylko w praktyce weterynaryjnej, przeto postanowiłem spróbować skuteczności tego środka i w obecnym wypadku, tém bardziej, iż do leczenia tego rodzaju chorób miejscowych, za pomocą środków wewnętrznych tak zwanych antidyskrazycznych niewiele przywiązywałem wartości ¹⁾. Z powodu, że

¹⁾ Skład i sposób przysposobienia płynu Villata (*Liquor Villati*) jest następujący: *Rp.* *Cupri sulphurici, Zinci sulphurici aa part. 15, solve in Aceti Vini albi p. 200.* *Adde: Plumbi acetici p. 30. Misce.*

kanal fistuły zębodołowej był tak wązki, iż o wprowadzeniu tędy strzykawki do wnętrza zatoki ani myśleć było można, proponowałem zrazu choremu zrobienie sztucznego otworu do zatoki po nad wyrostkiem zębodołowym; lecz gdy nieprzewyciężony wstręt do narzędzi ostrych nie dozwolił choremu przystać na żadną operacyą krwawą, nie pozostawało jak spożytkować o ile możności tę jedyną dostępną drogę do ogniska choroby. W tym celu wprowadziłem do środka zatoki przez fistulę zębodołową rurkę od trójgrańca probierczego i przez tę zastrzyknąłem naprzód nieco wody letniej, a następnie wspomniany płyn Villata, dopóki pokazanie się jego w jamie nosowej nie przekonało, że zatoka chora należycie jest nim wypełniona. Po zastrzyknięciu, w czasie którego ropa obficie przez nos i usta odchodziła, chory przez parę godzin doznawał silnego bólu palącego i gryzącego w twarzy. Takie zastrzykiwania powtarzałem z początku codziennie, a później co drugi dzień, zaleciwszy przytém płókanie ust odwarem szałwii z nalewką myrry (*liquamen myrrhae*), dla zniesienia przykrego odoru oddechu. Po paru tygodniach odpływ ropy znacznie się zmniejszył, ropa zmieniła swój charakter, z posokowatą stała się czystą i straciła swój odór nieprzyjemny, który pomimo zaprzestania płókań więcej nie powrócił. W tydzień później wydzielanie ropy zupełnie ustało, przy przestrzykiwaniu ustami i nosem przechodził czysty płyn zastrzykiwany, a badając zgłębnikiem, tak przy otworze zatoki, jako też w jej wnętrzu, nigdzie obnażonej kości wyczuć nie było można. Wkrótce też i fistuła zębodołowa zarosła, i chory jako zupełnie wyleczony, powrócił do zwykłych zatrudnień, i dotąd cieszy się dobrém zdrowiem.

Tak szybkie i zupełne wyleczenie, za pomocą świeżo wprowadzonego w użycie środka, choroby kości z jaką dotąd zwykle długo, a często bez skutku walczyć było potrzeba, jest bardzo zachęcającem do dalszych w tym przedmiocie doświadczeń, do których oddziały chirurgiczne szpitali naszych, tak znaczną ilość chorych dotkniętych chorobami kości obejmujące, rozległe przedstawić mogą pole. Doświadczenia te na chorych z próchnieniem kości więcej przystępnych badaniu tém będą ciekawsze, albowiem wyjaśnić nam mogą w jaki sposób przy działaniu płynu Villata następuje zagojenie owrzodzeń kostnych i restytucya tkanek, gdy w obecnym wypadku, gdzie powierzchnia chora, ani dla oka, ani dla palca przystępną nie była, o ustąpieniu choroby, jedynie z ustania przykrych objawów wnosić było można.

Skrzywienie głowy i szyi boczne prawe (*torticollis dextra*); podskórne przecięcie m. mostko-obończyko-sutkowego (*cleidotomia*): wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

N. Z., mężczyzna, 24 lat wieku, dobrze odżywiany, na pierwszy rzut oka zwraca na siebie uwagę szczególną fizyognomią twarzy, zależącą od zmian w kierunku i w położeniu szyi, głowy, i przez nie spowodowanej niesymetryczności rysów twarzy (*difformitas*). Głowa przechylona ku prawemu barkowi i zarazem odciągnięta w tył i na zewnątrz; szyja na stronie prawej (chorój), z powodu przy-

kurczenia głowy, krótka, jakby prawie nie istniała, na stronie zaś lewej (zdrowej) dłuższa i szersza: zarysy mięśni tej strony nie wyraźne, skóra na nich połyskująca. Mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy strony prawej wyczuwa się mocno napiętym, twardym, ucieńczonym, nierozciągliwym; skóra na nim ułożona w fałdy, łatwo przesuwalna. Przy tém przechyleniu głowy ku prawemu barkowi, twarz chorego obrócona w stronę przeciwną (lewą), strona twarzy prawa jakby skrócona, policzki nie symetryczne, położenie ust i oczu ukośne, kąt ustny nieco rozwarto.

Zmiany te, podług słów chorego, rozwijały się zwolna: źródłem ich było zapalenie gruczołów limfatycznych, tkanki łącznej, oraz m. schylacza głowy strony prawej nastąpione jeszcze przed 14 laty (1853) skutkiem zaziębienia. Kiedy po otworzeniu ropnia i zabliznieniu przetoki, opisane wyżej zmiany zaczynając rozwijać się zaniepokoiły chorego, oświadczone mu, że na to cierpienie niema lekarstwa i że czasowi winno być zostawioném; p. Z . . . pogodził się z losem i pomimo coraz zwiększającego się zniepodobnienia twarzy o leczeniu swój choroby zupełnie nie myślał, i rzeczywiście powodem przybycia jego do szpitala Ewangelickiego (5 stycznia b. r.) było zapalenie ostre zewnętrznego ucha (*otitis externa dextra*) i szankier (*ulcus venereum contagiosum*) na prąciu, nie zaś pozbycie się starego kalectwa, które uważał za nieuleczalne.

Te charakterystyczne zmiany chorobowe w kierunku i położeniu głowy, szyi i twarzy, tworzą odrębną nosologiczną formę znaną pod imieniem *przechylenia, przykurzenia, skrzywienia, wykrzywienia* głowy (*caput obstipum, torticollis, cervix obstipa, obstipitas colli, wry-neck*), której przyczyny szukamy albo w cierpieniu kości (próchnienie, zwiechnienie kręgow), albo w systemacie nerwowym (bezwład, drgawki, odruchy, *torticollis paralytica, spastica, reflectoria*), albo źródła jego szukamy w cierpieniach skóry, tkanki łącznej podskórnej, powięzi, więzów, ścięgien, mięśni (zapalenie, zanik, stłuszczenie, przeistoczenie włókniste, *torticollis rheumatica cicatricialis, muscularis*), w skutku których tkanki te ulegają skracaniu się (*contractio, contractura*) i przez to stają się powodem do zmian formy, kierunku, położenia organów czyli ich wykrzywienia (*curvatura*).

W danym przypadku istoty choroby szukamy w zmienionych czynnościach m. schylacza głowy prawego, zależących od zmienionej budowy jego w skutku przebytego zapalenia (*myositis*); wiadomo bowiem, że przy zapaleniu mięśnia substancja sprężysta zanika, tkanka łączna międzymięśniowa ulega przeistoczeniu włóknistemu (*degeneratio fibrosa*), w następstwie czego mięsień skraca się, traci swą kurczliwość, staje się twardym, cieńkim, trudno albo i zupełnie nierozciągliwym (*extensibilis*), cechy, które wyżej przy badaniu m. mostko-obojęczyko-sutkowego wykryliśmy. Jeżeli przypomnimy nadto, że w stanie fizyologicznym mięsień ten działając współcześnie ze swoim antagonistą ciągnie głowę naprzód, działając zaś na jednej stronie, schyla głowę do barku swój strony i obraca twarz ku przeciwległej, to objawy powyżej opisane z naukową ścisłością wyprowadzać możemy ze zmienionej budowy mięśnia i z zaburzeń jego czynnościowych. Nie wahamy się zatem chorobę, której objawy opisaliśmy, nazwać *torticollis muscularis*, zapaleniem i skróceniem się mięśnia schylacza spowodowaną.

Mińły już czasy, kiedy w zniepodobnieniach (*deformitas, monstruositas*) upatrywano objaw potęgi lub gniewu niebios, sprawę złych duchów, lub igraszkę przyrody, i kiedy z tego względu obawiano się myśleć nawet o leczeniu kalectwa i nieszczęśliwych chorych na stracenie skazywano; minął nawet okres chodzenia omackiem tak przy badaniu przyczyn, jak i leczenia zniepodobnień, który w związku naukowego już postępowania może zanadto był długim; na szczęście ludzkości i zaszczyt nauki lekarskiej, dzięki postępom embryologii i anatomii patologicznej, gałąź medycyny o zniepodobnieniach, przykurzeniach, wykrzywieniach traktująca (*teratologia*), otrzymała podstawy ściśle naukowe, zbadała przyczyny

ich powstawania i stronę leczniczą stosownie do przyczyn choroby nowemi zbgaciła odkryciami. Gimnastyka, ortopedia, faradyzacja, podskórne cięcia i gwałtowne rozrywania ścięgien (*tenotomia, distensio violenta subcutanea*), mięśni, więzów, powięzi współzawodniczą w oddawaniu rzeczywistych korzyści cierpiącym stosownie do rodzaju przyczyny cierpienia.

W obec przechylenia głowy, o którym mowa, zależącego od przeistoczenia i skrócenia się mięśnia, lecznicze nasze postępowanie może być trojaki: albo powolne, stopniowe rozciąganie mięśnia (*distensio lenta, gradualis*) przyrządami ortopedycznymi, albo doraźne, gwałtowne rozerwanie jego (*distensio violenta*), albo też podskórne przecięcie mięśnia i następnie ruchami biernymi lub przyrządami przywrócenie mu prawidłowych jego czynności. Łatwo się dorozumieć, że użyliśmy tego ostatniego środka, bo wyciąganie mięśnia bez uprzedniego przecięcia przy jego przeistoczeniu uważamy za stratę czasu, rozerwanie zaś gwałtowne przy obecności na szyi ważnych naczyń i nerwów za prostą niemożebność. Po uleczeniu zatem chorego z zapalenia ucha i szankra, w dniu 27 stycznia b. r. przystąpiliśmy przy pomocy Drów Kwaśnickiego i Stankiewicza do wykonania podskórnego przecięcia m. schylacza głowy prawego, tak części jego mostkowej, jak i obojczykowej. Z tych miejsc zalecających do cięcia mięśnia uważamy za najlepsze miejsce przyczepu głów jego do kości mostkowej i obojczyka, bo cięcie w środku mięśnia pociąga za sobą ranienie *v. jugularis externae* i *nervi cervicalis superficialis*, na miejscu zaś przyczepu mięśnia do wyrostku sutkowego kości skroniowej robiąc cięcie ranić możemy *ner. auricularem majorem*, a nawet i *v. jug. exter.*; wybraliśmy zaś miejsce przyczepu głów mięśnia na obojczyku i kości mostkowej głównie z tych powodów, że przecięcie całości mięśnia tutaj jest pewniejsze, bo brzegi głów mięśnia jasno się zarysowują i forma ich przy biernem naprężaniu i mięśnia podczas operacyi nie zmienia się, a powtóre dla tego że ranienie *ven. jugul. internae et externae* prawie jest niemożebnym z powodu głębokiego ich położenia, ranienie zaś *venae jug. anterioris* gdyby i nastąpiło, nie pociąga za sobą złych skutków. Chorego posadziliśmy na krzesło, jeden pomocnik stojąc z tyłu chorego i ujawszy jedną ręką brzeg żuchwy, drugą zaś czoło, a nadto przyciskając do swój klatki piersiowej tył głowy chorego odciągał ją ku stronie zdrowej, przez co m. schylacz został jasno zarysowanym i mocno napiętym, drugi zaś pomocnik odciągał kość ramieniową ku dołowi, oraz skórę na bok i na zewnątrz z tych miejsc szyi, gdzieśmy przekłuć mieli tenotomem skórę, a to celem zapobieżenia równoległości cięcia w skórze z cięciem mięśnia (cięcie podskórne); sami zaś usiadłszy na przeciw chorego i ujawszy tenotom Dieffenbacha (spiczasty, formy sierpka) prawą ręką tak jak trzymamy scyzoryk w czasie przyrzynania pióra do pisania, kierując go płasko przekłuliśmy skórę na dwie linie powyżej wcięcia półksiężycowego rękocyści kości mostkowej, wraz na wewnętrznym brzegu m. schylacza, i podprowadziwszy narzędzie z tyłu pod część mostkową m. mostko-obojczyko-sutkowego obracając ostrze tenotomu ku przodowi i opierając koniec palca dużego prawej ręki o mostek w miejscu przyczepu mięśnia rozcięliśmy ścięgno z głębi (od wewnątrz) ku peryferji (ku zewnątrz) ciągnięciem i naciskiem ostrza narzędzia, przy czém wyraźne słyszeliśmy trzeszczenie, i czuliśmy palcem rozejście się końców przeciętego ścięgna obok zniesionego naprężenia mięśnia i znacznego wyprostowania głowy. Następnie nadając napowrót narzędziu położenie boczne przez tenże otwór w skórze wyciągneliśmy go z rany, przy czém nie raniliśmy żadnego naczynia, a zatem nie mieliśmy żadnego krwotoku, i ranę w skórze zamknęliśmy szczelnie angielskim plasterkiem. Takim samym sposobem, wprowadzając tenotom pomiędzy dwiema głowami m. schylacza, rozcięliśmy także i część jego obojczykową, poczem wyprostowanie głowy było prawie zupełne, wyraz twarzy i kąt ust znakomicie się poprawiły, co nas uwolniło od rozcinalnia mięśnia szerokiego szyi (m. platysma — myoides), które z początku zamierzaliśmy wykonać. Po opatrzeniu chorego zaleciliśmy mu leżenie

horyzontalne w łóżku na grzbiecie przy zachowaniu głowy w jednej prawie równi z tułowiem. Po 3ch dniach rany w skórze znaleźliśmy najzupełniej zabliznione, przyczem najmniejszego śladu zapalenia skóry lub tkanki łącznej nie było. Dla dokonania zupełnego wyprostowania szyi zastosowaliśmy krawat *Dieffenbacha* z twardej tektury zawiązując go na stronie operowanej w ten sposób, że brzeg jego dolny spoczywał na obojczyku, górny zaś opierał się bezpośrednio o dolny brzeg żuchwy. Prosty ten przyrząd okazał się w zupełności wystarczającym i zastąpił miejsce zawikłanych przyrządów ortopedycznych *Delacroix'a* (*Minerva*), *Charriera*, *Glissona*, *Levacher'a* i w. i. Pomimo 14 lat trwania choroby wykrzywienie kręgow szyjnych stałe (*scoliosis cervicalis*) nie rozwinęło się, wyprostowanie szyi i odzyskanie prawidłowych rysów twarzy następowało nader prędko, tak że w d. 4 b. m. mieliśmy przyjemność okazać tego operowanego na posiedzeniu oddziału chirurgii Tow. lek. Warsz. zupełnie już uleczonego.

Świetny ten wypadek zupełnego uleczenia nieprzyjemnego kalectwa, świadcząc o rzeczywistych postępach nowszej chirurgii, usuwa przesadzone obawy mogących rozwinąć się skutkiem operacji niebezpiecznych zawikłań, i służy zarazem za zachętę do śmielszego na tój drodze postępowania przy leczeniu wykrzywień stopy, ręki, kolana, w których rzeczywiste korzyści tój operacji wykazać nie raz jeszcze będziemy mieli sposobność.

Operacja przecinania ścięgien, mięśni, powięzi, więzów przy leczeniu przykurczeń i wykrzywień członków jest stałym nabytkiem naukowym naszych czasów: wprowadzenie w powszechne użycie tój operacji zawdzięczamy *Dieffenbachowi* i *Stromeyerowi*, twórcą zaś jój był *Delpesch* i *Dupuytren*, który pierwszy w r. 1822 wykonał przecięcie m. schylacza głowy sposobem podskórnym, cytowany zaś tu i owdzie fakt dokonania tój operacji jeszcze w r. 1674 przez *Rogera Roohnuysena* ma znaczenie wypadku odosobnionego, bardziej przypadkowego, aniżeli naukowego. We Francyi nieraz nadużywano tój operacji (*Jules Guérin*) przez wykonywanie jój bez naukowych podstaw; u nas zaczyna dopiero zyskiwać ona sobie prawa obywatelstwa; najpierwszym jój orędownikiem był prof. *Bierkowski*. *Thierfelder*, *Wagner* i *Virchow* objaśnili naukowo sprawę odradzania się przeciętych mięśni i ścięgien: znajomość ta w połączeniu z wyrozumowaniami wskazaniami świetną rokuje przyszłość tój operacji.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O nagromadzeniu się pyłu węgla w płucach (*Anthrakosis s. Pseudomelanosis pulmon.*) u robotników pracujących w kopalniach węgla kamiennego.

Przez Dr. *Seltmann'a* (z *Zaukeroda*).

Czarne lub czarno niebieskawe zabarwienie płuc w postaci ognisk nieregularnych, listkowatych, miąższ płuca zasiewających, oddawna zwracało na siebie uwagę lekarzy. Usiłowano bliżej naturę i znaczenie ich określić. Pomimo jednak licznych badań od początku bieżącego stulecia przedsiębranych, nie stanowczego nie istnieje w nauce. Jedni badacze uważali je za powstające od przyczyn zewnętrznych *np.* u robotników pracujących w powietrzu zanieczyszczonego pyłem węgla, inni za złogi barwika wytworzonego w ustroju. Do pierwszych należy Dr. *Seltmann* z *Zaukeroda*, który ogłosił najnowszą w tój kwestyi pracę w „*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*” T. II. z. 3. o tak zwanaj „*Anthrakosis pulmonum*” czyli nagromadzeniu się pyłu węglanego w narządzie oddychania. Opiera ją na spostrzeżeniach czynionych podczas 9-o letniej czynności lekarskiej w kopalniach węgla w *Plauen*, zajmujących około 1,200 robotników i wspiera wypadkami z ośmiu dokonanych oględzin pośmiertnych.

Pseudomelanosis, Anthrakosis (autorów niemieckich) Blackspots, Blak infiltration, Spurious melanosis of the lungs (Pearson, Gregory, Marshall, Thomson): Melanidie (Maurice) Encombrement charbonneux des poumons (Riembault); Phthisie noire, Phthisie mélanotique, Mélanose charbonneuse, Fausse mélanose (lekarzy francuzkich, belgijskich), Asthma metallurgicum pneumonodes (Brockmann), zasada się na odkładaniu w miąższ płucny pyłu węgla od zewnątrz z powietrzem atmosferycznym wchłoniętego. Autor uważa ten objaw za niewątpliwy, nawet bardzo częsty u robotników w kopalniach węgla pracujących, stwierdzony doświadczeniami na królikach. Wprawdzie lekarze górnictw dawno wypowiedzieli że czarny barwik w płucach tych robotników jeżeli nie wzupełności, to przynajmniej w znacznej części od zewnątrz jest wchłonięty i roślinnego pochodzenia; jednakże przypuszczenie to przez długi przeciąg czasu nie było stwierdzonem. Bezwątpienia zwłoka w rozjaśnieniu tej kwestyi, tkwiła w błędnych teoriach i odkryciu zwierzęcego barwika czarnego w ustroju powstającego, który osadzony w miąższu płuc tak zwane „Melanosis pulmonum” stanowi.

Zatem czarne lub czarno niebieskawe zabarwienie miąższu płuc pyłem węglanym (Anthrakosis) i barwikiem zwierzęcym (Melanosis) są odmiennej natury stany a wspólność pomiędzy nimi jedynie na czarnym zabarwieniu polega.

Przebiegając historycznie rozwój kwestyi o zabarwieniu czarnym płuc, trzy rodzaje poglądów upatrzeć się daje:

1. *Zabarwienie czarne pochodzić może od węgla:*

Carswell (1834), Simpson (1834—35), Gregory (1831), Marshall (1834—38), Erdmann (1831), Graham (1834), Behier (1836), Thomson (1838), Rilliet (1838), Cruveilhier (1847), Calder (1851), Bobin (1853), Traube (1860), Maurice (1862), Kuborn (1862), Villaret (1862), Crocq (1862), Lewin (1863), Seltmann (1866), Leuthold (1866), Cohnheim (1866), M. Rosenthal (1866), Kuborn i Boëns-Boissor.

2. *Zabarwienie czarne pochodzi od złożeń barwika wytworzonego wewnątrz ustroju.*

Trousseau (1837), Leblanc (1837), Andral—Grisol—Hasse Henle (1862), Foerster (1863), Friedreich (1864).

3. *Zabarwienie może pochodzić od węgla lub od barwika wytworzonego wewnątrz ustroju.*

(Pearson (1817), Laennec (1837), Andral (1837), Virchow (1847, 1858), Brockmann (1851), Koschlakoff (1866).

Inni jeszcze autorowie różnili się w zdaniach od powyżej wspomnianych. Bichat uważał czarne plamy na powierzchni płuc rozsiane za przezierające z pod opłucnej gruczolę oskrzelowe. Brechet (1821) nazywa „Colorations et dégénérescences noires” jako następstwo exhalacji krwi; według Fourcroy barwici znajduwane w płucach mogą być dwojakiego rodzaju: zwierzęcy, rozpuszczalny w kwasie solnym i saletrzanym, roślinny nierozpuszczalny w tychże. Następnie Bérard rzuca pytanie czy cząstki węgla wdychane do płuc powodują zmiany patologiczne i tak zwaną „Pseudomelanosis” lub może być, te zmiany są zwykłymi następstwami owrzodzeń gruźliczych, będących późniejszym łożyskiem dla węglanych mas i obcych części od zewnątrz wchłoniętych. Béhier i Rilliet usiłowali dowieść że cząstki węgla wnikają w pęcherzyki i miąższ płucny a odgrywając rolę „tubercula cruda” przeszkadzają do należytego wyrabiania się krwi.

Bourgery poparł zdanie Béhiera i Rilleta. Piorry, Tardieu, Barth, Raciborski, Bouillaud, Villaret z Lyonu, St. Maurice, Riembault, i wielu innych, stwierdzili nagromadzenie się cząstek węgla w płucach robotników pracujących w kopalniach węgla kamiennego i chemiczną naturę tegoż wykazali. Z belgijskich lekarzy Gobert i Hanot wspominają o czarnej sekrecyi z błony śluzowej oskrzeli u robotników w kopalniach węgla pracujących.

W Niemczech dopiero Erdmann podniósł kwestyę obecności czarnego barwika, mianowicie cząstek węgla u robotników pracujących w atmosferze zawierającej plyn węglany. Spotykał cząstki węgla w oskrzelach i pośród miąższu płucnego, stanowiące niekiedy ogniska

do pół cala średnicy dochodzące. Dr. Löwe pełniąc obowiązki lekarza w górnictwie, znalazł przy oględzinach pośmiertnych zwłok 34 letniego robotnika zmarłego z tyfusu, płuco prawe przenikłe złogami czarnymi wielkości grochu. W płucach innego robotnika przez długi przeciąg czasu pracującego w kopalniach węgla znalazł błonę śluzową tchawicy zwietczoną, zasianą małymi guziczkowatymi wyniosłościami i drobnym pyłem węgla aż do rozgałęzień sięgającym.

Brockmann przyjmuje 2 formy chorobne górnikom właściwe, mianowicie: „Asthma metallurgicum pneumonodes” powstającą przez wnikanie do płuc pyłu kamieni lub węgla i „Pneumomelanosis” przez obecność mieszaniny barwika czarnego roślinnego ze zwierzęcym powstającą.

Z powyższego widzimy że najwięcej zwolenników zyskała teoria zabarwienia pyłem węgla, znalazła jednak wielu przeciwników, którzy usiłowali dowieść, że nasiąknięcie czarne znajduwane w płucach robotników pracujących w kopalniach węgla lub w atmosferze zawierającej pył węglany, nie jest częstsze od plam podobnych znajduwanych w płucach innych ludzi. Zaczęła się wówczas polemika w tym przedmiocie. Powstały zatem obozy:

Jedni utrzymywali że czarne plamy, jak wiadomo, są cząstkami węgla lub mieszaniną tegoż z barwikiem zwierzęcym, inni zaś uważali je jako złożone z barwika w ustroju wytworzonego, przyczem nadmienić wypada iż znaleźli się i tacy (Beker, Hasse) którzy sądzili że czarny barwik może w pewnych miejscach ustroju wytwarzać się skutkiem niedostatecznego wydzielania się węgla i kwasu węglanego, a przy pewnych warunkach odkłada się w niezwykłych miejscach. Barwik ten ma właśnie zastępować sekrecję C i CO² i osadzać się w narządach służących do wydzielania ich i usuwania z ustroju. Nareszcie Virchow różni się nieco od powyżej wspomnianych badaczy. Przypuszcza możliwość dostawania się cząstek węgla do dróg oddechowych, ale takowe wraz z sekrecją błony śluzowej oskrzeli chce widzieć wydalonemi. Czarny zaś barwik wpośród miąższu płucnego znajduwany, uważa za hematynę powstałą z przemiany małych krwi wynaczynień.

Pośród tylu odmiennych zdań, utworzono w 1856 r. w Berlinie komitet z 3 lekarzy, którzy udali się do kopalń górnego Szląsku, celem bliższego rozjaśnienia kwestyi dziś nas zajmującej, ale wynikiem ich poszukiwań było uznanie oddzielnej formy chorobnej „Melanosis” polegającej na złogach barwika zwierzęcego. Wypada nareszcie przytoczyć modyfikację, jaką Traube i Mannkopf w teorii Virchow'a usiłowali wprowadzić. Utrzymują na zasadzie swoich spostrzeżeń, że pył z węgla od zewnątrz wchłonięty do dróg oddechowych, z wydzieliną usuwany być może, lecz zostając tam przez pewien przeciąg czasu, wnika w miąższ płucny i wywołuje stan podobny do zabarwienia barwikiem wytworzonym wewnątrz ustroju.

Złogi powstałe z nagromadzeń pyłu węglanego w płucach, spotykane są u indywidualów nie uskarżających się za życia na chorobę piersiową lub takowemi dotkniętych. Oględziny pośmiertne wykazują je jako mniej lub więcej liczne ogniska rozmaitej wielkości, stosownie do przeciągu czasu w jakim się wytwarzały. Z początku występują w postaci rozrzuconych, drobnych punktów czarnych z czasem gęściej zasianych, wśród których u wydatniają się ciemne okrągławe lub wielokształtne ale nigdy prążkowane ogniska, niekiedy czarne ostro od sąsiedniej tkanki odgraniczone, dochodzące średnicy 2—3^{mm}. Zwykle błona śluzowa grubszych oskrzeli jest czarno zapyłona a obfitsze złogi (conglomerata) w drobniejszych rozgałęzieniach się mieszczą. Siedliskiem bywają oskrzela, pęcherzyki, miąższ zdrowych lub chorobnie zmienionych płuc, niekiedy jamy w nich powstałe lub gruczoły oskrzelowe.

Ogniska te w dolnych i górnych płatach dość regularnie rozsiane, są rozgraniczone warstwą pośredniczącą normalnej tkanki rozmaitej grubości

Oplucna trzewna przy małym nagromadzeniu barwika jest gładką i polyskującą.

Przez stopniowo wzmagające się nagromadzenie, ogniska czarne powiększają się a z czasem łącząc się, zmieniają większe przestrzenie miąższu w czarne masy z czasem miękniejące, utkwione w pośród szaro czerwonej normalnej tkanki. W ogniskach rozmiękłych, czarną masą mazistą wypełnionych, przesuują się jasne ściany grubszych naczyń krwionośnych i oskrzeli. Rozróżnienie złogów pyłu węglanego od nagromadzeń w płucach barwika w ustroju

wytworzonego niekiedy jednocześnie znajdujących się, według autora polega na kształcie, barwie i chemicznym składzie.

Złogi barwika są podłużne, prążkowane, nieregularne, częstokroć przesuwają się w kierunku odpowiadającym międzyżebrom. Barwa ich czarna z odnieniami brunatnej do czerwonej. Cząsteczki pod drobnowidzem okazują się w postaci jednostajnych drobin bez kątów, rozpuszczają się w kwasie solnym, gdy cząstki węgla nie ulegają zmianie w kwasie saletrzanym, siarczanym, solnym, roztworze potażu, sody w niskim lub podwyższonym cieple, nawet po traktowaniu przez długi przeciąg czasu temi odczynnikami.

W dalszym ciągu autor rzuca pytanie w jaki sposób pył węglany do mięszu płucnego dostaje się?

Do dzisiejszego dnia niema stanowczej i przekonywającej odpowiedzi; ograniczamy się na przypuszczeniach. Villaret pośrednią drogę upatruje sądząc że pył węglany drogi pokarmowe przebywać musi zanim w mięszu płucnym utkwie. Dostający się do przewodu pokarmowego pył ma wstępować w części do naczyń mleczowych i osadzać się w gruczołach kreskowych; część pyłu węgla wnikięta do żył ma być unoszoną ze strumieniem krwi do żyły wrotnej a przebywszy układ krwionośny wątroby przez żyłę główną dolną dostaje się do serca prawego, tętnicy płucnej i nareszcie do płuc gdzie osadza się w mięszu i gruczołach oskrzelowych.

Przy dzisiejszem stanowisku anatomii i fizyologii, przypuszczenie Villaret'a nie wytrzyma najmniejszej krytyki, słusznie też autor prawdziwości jego zaprzecza.

Według przypuszczenia Villaret'a niepodobna jest pojąć jakim sposobem cząstki węgla mają się zatrzymywać w stosunkowo większych naczyniach włoskowatych płuc, bez uwięzienia, w stosunkowo węższych naczyniach włoskowatych krwionosnych wątroby; dla czego w najwydatniejszych wypadkach nasiąknięcia (infiltratio) węglem (Anthrakosis) nieznaleziono go w gruczołach kreskowych i wątrobie nawet w razach gdy śmierć robotnika wypadkiem podczas pracy nastąpiła. Z tego okazuje się że teoria Villaret'a jest błędną, albowiem niema zasady w przyjęciu aby zatrzymywanie się cząstek węgla w wątrobie i śledzionie było przemijającym, w gruczołach zaś kreskowych i płucach stałym.

Prawdopodobniejszem zdaje się być przypuszczenie, że pył węglany przez drogi oddechowe, mianowicie przez ściany pęcherzyków do płucnego mięszu wnika.

Podobnież mniemają Pearson i Lännecc. Nowsi badacze francuzey i belgijscy zgadzają się z powyższem przypuszczeniem dodając że pył przenika ścianki pęcherzyków płucnych, w części ściany naczyń limfatycznych które do gruczołów oskrzelowych dostają się. Marshall różni się nieco od powyżej wspomnianych sądząc że węgiel wnikać może do pęcherzyków płucnych, ale gdy przeniknie ściany do pewnej granicy, jako ciało obce drażni okoliczne części, wzbudza zapalenie i zmięknienie mięszu, który wówczas mały opór wnikającym cząstkom węgla stawia.

Do dzisiejszego dnia nie rozstrzygnięto stanowczo jakim sposobem cząstki węgla wziętego do pęcherzyków przenikają ich ściankę, według jednych wyslaną nabłonkiem a według innych histologów tegoż pozbawioną. Doświadczenia jednak wykazały (Seltmann, Crocq, Lewin,) że przenikanie rzeczywiście ma miejsce i to stosunkowo łatwiej i szybciej niżeli w jakiegokolwiek inne tkanki ustroju, budową i fizyologicznymi własnościami mniej ku temu usposobione.

Co się tyczy występowania, następstw i powikłań zdarzających się przy „Anthrakosis” najczęściej występuje u robotników pracujących w kopalniach węgla i w ogóle w powietrzni jego pyłem zanieczyszczonej. Wiek (średni i podeszły), choroby organów oddechowych (Bronchitis chronica, Emphysema pulmonum, Tuberculosis) zwiększają usposobienie do jej powstawania, lubo niektóre działanie pyłu węgla przeciwko gruźlicy za zbawienne uważają.

Przy istniejących sprawach patologicznych wnikanie pyłu bezwątpienia jest szkodliwym i utrudnia ustępowanie chorób. Wypada jednakże nadmienić, że obecność pyłu węgla w płucach zdrowych, najczęściej zostaje bez szkodliwego wpływu na stan zdrowia robotników, ale zdarzają się jednakże wypadki, w których obfite nagromadzenia zmniejszając powierzchnią służącą do wymiany gazów utrudniają utlenianie krwi, ztąd duszność (Dyspnoea) i zubożenie krwi

(anaemia). Drażnienie jako obcym ciałem zdaje się być za małe do wywołania mocniejszego zapalenia a gdy takowe przyłączyło się ma być wynikiem współdziałania jeszcze innych momentów przyczynowych. Traube wnosi z tego, że działanie pyłu węgla jest odmienne od działania innych zawieszonych w powietrzu substancji, które częstokroć nawet po niedługim działaniu wywołują rozmaite sprawy chorobne płuc a nawet do wytworzenia się jam dochodzi. Zawartość ich ropiasta mniej lub więcej szara, w innych razach czarna i bez przymieszki ropy. Ściany ich bywają nierówne, nieregularne, często buchtowane z wyzierającymi ku wnętrzu jamy strzępkami mięszu i zarosłami naczyńcami. Otaczająca tkanka zwykle utracą normalną ilość powietrza.

Powstawanie jam z nagromadzenia się cząstek węgla w płucach; Gaillot i Villaret pragną objaśnić zaciskaniem naczyń krwionośnych włoskowatych, utrudnieniem krążenia krwi obok współdziałania innych przyczynowych momentów. np. przez przyłączenie nieżyty oskrzeli, zapalenia płuca i opłucnej a nawet przez osłabienie ogólne z wiekiem występujące. Bywają wypadki, w których sprawa w jednym ognisku zaczęta może się szerzyć skutkiem zmniejszonej żywotności okolicznych tkanek i nawet śmiercią się zakończyć.

W dalszym ciągu autor rzuca pytanie czy tak zwana „Anthrakosis” jest oddzielną formą chorobną lub powikłaniem innych cierpień narządów oddychania. W tym względzie rozmaite spotykamy zdania. Prawdziwe ocenienie połączone jest z wieloma trudnościami z powodu licznych chorób zdarzających się u górników w narządzie oddychania, zwłaszcza że przywykli są oddawać w zdrowym lub chorobnym stanie zabarwione szaro lub czarno płwociny mało do tego przywiązując znaczenia. Zdaje się być racjonalniejszym przyjąć, że „Anthrakosis” jest pojęciem zbiorowym dla pewnej grupy form chorobnych narządu oddychania. Są jednakże autorowie (Villaret, Tardieu, Crocq, a w części Riebault i Boëns-Boissau) którzy ją uważają za pierwotną i przeważną afekcyę wikłającą się częstokroć z nieżytem oskrzeli (Bronchitis), rozedną płuc (Emphysema pulmonum), gruźlicą (Tuberculosis pulmonum). Usilowali zestawić oddzielną grupę objawów chorobnych i takowe nawet rozdzielić na okresy. Spostrzeżenia ich jednakże jako naciągane i na bardzo małej liczbie badań oparte, nie mogą być uważane jak tylko za przypuszczenie. Inne badania ściśle wykazują że nawet wysoko posunięte przeniknięcie cząstkami węgla może istnieć bez zdradzania swojej obecności chorobnymi objawami.

Wspomniano powyżej, że duszność i zubożenie krwi może być wynikiem nagromadzenia się pyłu węglanego, ależ jak często spotykane są przy innych stanach chorobnych płuc niezależnych od tego przyczynowego momentu. Częstokroć w tém tkwi przyczyna rozpoznania rodzaju cierpienia przy lożu chorego mianowicie czy takowe polega na nagromadzeniu się w płucach cząstek węgla lub na innych chorobnych zmianach. Fizykalne badanie tak ważne przy rozpoznawaniu chorób piersiowych nie świadczy tu należytych usług. Prędzej do prawdopodobnego rozpoznania posilkować się wypada poprzednim stanem chorego, pracowaniem przez długi przeciąg czasu w powietrzu węglem zanieczyszczonej, czarne zabarwienie płwocin; ale ostatni znak traci na wartości jeżeli badamy chorego wkrótce po wyjściu z téjże powietrzni. W takich razach należy zwrócić uwagę, czy oddawanie czarno zabarwionych płwocin długo po opuszczeniu roboty trwa. Wówczas upoważnieni jesteśmy przypuścić że pył węgla długi przeciąg czasu w pęcherzykach płucnych tkwi i do mięszu przez ich ściany wnika. Ostatnia okoliczność także nie jest bezwzględna, owszem, zdarzają się wypadki, w których oddawanie płwocin szaro lub czarno zabarwionych utrzymuje się całe dnie i tygodnie u robotników cieszących się dobrym stanem zdrowia, co szczególnie ma miejsce przy przewlekłym nieżycie oskrzeli skutkiem obfitszego nagromadzenia się cząstek węgla w drobnych rozgałęzieniach oskrzeli.

Surowicze nasiąknięcie mięszu płucnego szczególnie w powierzchownych jego częściach pyłem węgla przenikłych, przyczynić się może do usuwania go z tkanki, zapewne tym samym sposobem jakim wniki. Autor przytacza następujący wypadek:

G ó r n i k 57 lat liczący, 38 lat pracujący w kopalniach, od dawna cierpiał na przewlekły nieżyt oskrzeli i rozedną płuc (Bronchitis chronica et Emphysema pulmonum). W ostatnich latach przy mocnym kaszlu oddawał płwocinę białą, niekiedy czarno niebieskawo zabarwioną. Skutkiem silnego przeziębienia popadł w gorączkę, klucia w całej klatce piersiowej,

silny kaszel i duszność. Badanie fizykalne wykazało po obu stronach odgłos pełny, podczas wdychania szmer pęcherzykowy zaostrowany, wydechanie ciche, barczenia i świsty. Plwociny śluzowate białawe. Wkrótce po obfitem wydzieleniu potu i moczu, gorączka spadła, klucza w piersiach zmniejszły się, oddech stał się spokojniejszym a ogólny stan polepszył się. Następnej nocy znów żywy ból dolnej części lewej połowy klatki, nad ranem nagłe wykrztuszenie czarnej zupełnie i obfitej plwociny bez śladu krwi.

Badanie chorego wykonane tegoż dnia rano wykazało w dolnej części płuca lewego na bardzo ograniczonej przestrzeni, drobno pęcherzykowe rżenia, bez stopienia odgłosu, nieznaczna gorączka i obfite pocenie. Plwociny były zabarwione węglem roślinnym.

W następnych dniach stopniowe polepszenie w ogólnym stanie chorego, zmniejszenie kaszlu, plwocin każdodziennie odbarwiających się tak że w 8 dni tylko ślady cząstek czarniawych zawierały. Gorączka zupełnie ustąpiła. W trzy tygodnie chory wzmocniony na siłach wrócił do poprzednich zajęć.

Podobnie wydzielenie się znaczniejszej na raz ilości plwocin czarno zabarwionych zdarza się w innych stanach, np. przy rozmiękaniu gruzelków, oraz złamaniu żeber połączone z zranieniem substancji płucnej.

Przeciwnie, skąpem jest wydzielenie wchłoniętych cząstek węgla przy znacznie posuniętej rozedmie płuc. Indywidua tém cierpieniem dotknięte przez szereg lat nie wykrztuszają czarnych plwocin, jeżeli przyłączony nieżyt oskrzeli lub głębsze cierpienia płuc nie ułatwią jego usunięcia. Widziano wypadki po 15-u latach przestania pracy w powietrzu zanieczyszczonej węglanym pyłem, w których po przyłączeniu się nieżyty wykrztuszone zostały znaczne ilości czarno zabarwionych plwocin, gdy poprzednio nie okazywały się.

Trwałość czarno zabarwionych plwocin świadczy o głębokiem cierpieniu samego mięszsu i zależy od samej choroby lub nagromadzonego w płucach węglanego gazy, którego wdychanie pogorsza przebieg spraw chorobnych w płucach zdarzających się.

Terapia „Pseudomelanosis s. Anthrakosis” zależy na higienicznem urządzeniu kopalń węgla, w czem lekarze górnictw przyjmując czynny udział, mają sposobność wyświadczenia prawdziwej usługi tak ciężko pracującej klasie robotników.

Dr. Sommer.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 30 stycz. do 5 lutego (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Poro- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	704	160	163	22	689
„ Śgo Ducha	148	25	26	6	141
„ Ewangielickim	88	19	21	—	86
„ Śgo Rocha	101	35	33	3	100
„ Śgo Jana Bożego	164	3	5	—	162
„ Śgo Łazarza	286	53	41	4	294
„ Starozakonnych	385	109	102	12	380
Ogółem:	1886	404	391	47	1852

Redaktor odpowiedzialny Prof. Łuczkiwicz.

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.—
Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak.
Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.