

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TRZĘŚĆ: O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych I. Krwotok i krwioplucie. Podał dr. A. Sokołowski, z Goerbersdorfu. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Metaloterapia (wewnętrzna i zewnętrzna), działanie magnezu. Sprawozdanie d-ra Wł. GAJKIEWICZA. — Odcinek. PETERSEN'A, Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCHÉ. (c. d.)—Streszczenia i wyciągi. O wpływie położenia kończyn na krwi krążenie. Dobrowolne peknienie przełyku.—Nekrologija.—Biblijografija.—Ogłoszenia.

O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych.

I. Krwotok i krwioplucie (*Haemoptoë*) ze stanowiska praktycznego.

Podał dr. Alfred **Sokołowski**, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorych piersiowych w Goerbersdorfie na Szląsku.

Celem niniejszej, krótkiej pracy jest podanie czytelnikom MEDYCYNY wyników moich własnych spostrzeżeń, dotyczących sposobu powstawania, a głównie leczenia krwotoku i krwioplucia, towarzyszącego przewlekłym suchotom płucnym. Materiał do niniejszej pracy dostarczył mi olbrzymi pod tym względem kontyngens tego rodzaju chorych, spostrzeganych od lat prawie pięciu w tutejszym zakładzie leczniczym.

W ogromnej większości przypadków krwotok i krwioplucie są następstwem już istniejącej sprawy suchotniczej, wyjątek tylko pod tym względem stanowi tak zwany krwotok powstały na drodze mechanicznej który w pewnych razach prowadzi za sobą powstanie owej postaci suchot płucnych, którą od czasów MORTON'A nazywamy *Phthisis ab haemoptoë*.

O tego rodzaju krwotoku pierwotnym w innym miejscu ¹⁾ podałem obszerniejszą pracę i do niej odsyłam czytelników bliżej się tą kwestyją interesujących. Tym sposobem krwotok i krwioplucie obecnie bliżej nas obchodzące, jest następstwem już istniejącej sprawy suchotniczej. Występuje ono nieraz wśród objawów pozornie zupełnego zdrowia, wówczas jednakże staranne badanie wykrywa jeśli nie objawy zgęszczenia, to nieżyt jednego ze szczytów płucnych. Zdarza się jednakże nieraz, że w takich razach badanie daje zupełnie ujemny wynik, obecność jednakże wówczas wązkiej klatki piersiowej, istniejące usposobienie do nieżytów, a przede wszystkim usposobienie dziedziczne, nie powinno bynajmniej wykluczać istniejącej już sprawy początkowej suchotniczej, a przeciwnie krwioplucie powinno być poczytane przez lekarza jako bardzo ważny objaw rozpo-

¹⁾ PRZEGLĄD LEKARSKI (krakowski). Nr. 4 i 5—1878.

nawczy utajonej jeszcze sprawy suchotniczej. Miałem sposobność wielokrotnie widzieć przypadki daleko posuniętych suchot płucnych u chorych, którzy opowiadali mi, że przed rokiem lub nieraz przed wielu laty wśród objawów pozornego zdrowia wystąpił u nich krwotok lub obfite krwiopłucie; badani wówczas przez swych lekarzy domowych zostawali przez nich zupełnie uspokojeni, że w płucach nie odkryć nie można, że krwotok jest czysto przypadkowym i niema najmniejszego znaczenia. Chorzy ci wracali więc spokojnie do swoich dawnych zajęć; a jednakże powoli, nieraz bardzo wolno zaczęli chudnąć, powstawał kaszel, powtarzało się krwiopłucie, jednym słowem: rozwijały się suchoty płucne; dopiero owe groźne objawy zmuszały chorych, dotychczas nieświadomych istoty swego cierpienia, szukać ratunku nieraz już zapóźno.

Tym sposobem w krwiopłuciu mamy ważny objaw, którego nigdy lekceważyć nie należy, tembardziej że dziś żaden już z lekarzy nie wątpi że suchoty płucne w pierwszych okresach uleczyć się dają; dziś więc bardziej niż kiedykolwiek winniśmy mieć w pamięci pod tym względem słowa LOUIS'A jeszcze przed czterdziestu laty wyrzeczone z jasnością charakteryzującą tego wiele na polu chorób piersiowych zasłużonego autora. „Jeśli nastaje, powiada LOUIS ¹⁾, na doniosłość krwiopłucia czynię to z tego względu, że niezmiernie ważną jest rzeczą rozpoznanie początków suchot, a będzie to jeszcze ważniejszym wówczas, gdy będziemy mieli pewną nadzieję zatrzymania lub zapobieżenia rozwojowi tej sprawy przy pomocy ściśle określonych środków”.

Ze stanowiska praktycznego rozróżniamy krwiopłucie i krwotok. Krwiopłucie (*Haemoptoe*) cechuje się wyrzucaniem nieznacznej ilości krwi bądź czystej bądź też zmieszanej z plwociną, która nieraz przedstawia zaledwie punkceiki lub żyłki krwiste wposród plwociny ²⁾.

Krwotok płucny (*Pneumorrhagia*) charakteryzuje się wyrzucaniem naraz znaczniejszych ilości krwi, dochodzących nieraz do litra i więcej.

Krwiopłucie bardzo często bywa pierwotnym objawem suchot; zdarza się to najczęściej u osobistości przedstawiających tak zwany *habitus phthisicus*, nieraz silne zmęczenie, wysiłek w tańcu, raptowna zmiana ciepłoty, wśród pozornie zupełnego zdrowia, wywołuje mniej lub więcej obfite krwiopłucie. W takich razach raptowny napływ krwi do tkanki płucnej, prawdopodobnie już sprawą suchotniczą dotkniętej, jest tylko przyczynowym, a nie istotnym momentem krwiopłucia. Przypuszczano powszechnie dawniej, że u podobnych osobników istnieje wrodzone usposobienie naczyń,

¹⁾ *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la Phthisie* par P. C. A. LOUIS i t. d. *Deuxième édition*. Paris 1843 str. 199.

²⁾ Tego ostatniego rodzaju krwiopłucie bardzo często pochodzi z rozszerzonych żył gardzieli przy przewlekłym niezycie gardzieli; dlatego też nigdy nie należy zaniedbać obejrzania gardła przy tego rodzaju krwiopłuciu.

ich wåtłość, a tem samem skłonność do pękania przy silniejszym napływie krwi. Przypuszczenie to chociaż bardzo ponętne, nie wychodzi jednakże z zakresu hypotetycznego. Natomiast ostatniemi ézasy RINDFLEISCH, szeregiem prac bardzo gruntownych, rzucił zupełnie inne światło na powstawanie tego rodzaju krwiopłucia, które tenże badacz oznacza nazwą krwiopłucia początkowego (*Initiale Haemoptoë*). Zdaniem RINDFLEISCH'A bywa ono wywołane rozwojem sprawy gruźliczej w najdrobniejszych gałązkach tętniczek płucnych (*Tuberculöse Perivasculitis*), jakto autor stara się dowieść swemi wyrobami drobnowidzowemi, przedstawionemi w swej pracy o gruźlicy płuc ¹⁾. Takie pierwotne nieraz dosyć obfite krwiopłucie zazwyczaj przechodzi bardzo szybko, nieraz na drugi dzień już dane osobistości czują się zupełnie dobrze i powracają do dawnych zajęć, w największej jednakże liczbie przypadków powoli powstaje kaszel, który następnie stale się utrzymuje; występuje on zwykle rano po obudzeniu, chorzy również łatwo do niego przywykają; z czasem krwiopłucie powtarza się, raz poraz a wówczas badanie fizykalne przedstawia wyraźne objawy zgęszczeń, a nieraz nawet i jamy; podczas gdy bezpośrednio po pierwszym krwiopłuciu badanie dawało zupełnie ujemne wyniki.

Tego rodzaju krwiopłucie występuje także nieraz u młodych dziewczyn jednocześnie z miesiączką i wówczas krwiopłucie w większej liczbie przypadków jest także objawem istniejącej już sprawy suchotniczej. Napływ krwi do płuc podczas istniejącej miesiączki wywołuje pęknięcie naczyń już sprawą suchotniczą zajętych. Miałem sposobność spostrzeżenia kilku bardzo wybitnych przypadków tej ostatniej kategorii. U siedemnastoletniej panny F. z Berlina, zaczęło od kilku miesięcy występować peryjodycznie krwiopłucie jednocześnie z miesiączką. Chora dobrze zbudowana i rozwinięta nie przedstawiała najmniejszych objawów chorobowych, a professorowie specyjaliści W. i M. w Berlinie nie mogli znaleźć najmniejszych zбочeń w przyrządzie oddechowym. Z powodu jednakże obecności usposobienia dziedzicznego do suchot, zalecono chorej pobyt zimowy w jednej ze stacyj klimatycznych; pomimo to krwiopłucie powtarzało się prawidłowo. W parę miesięcy potem badałem chorą, a w płucach zaledwie znaleźć mogłem nieznaczny nieżyt prawego szczytu. Krwiopłucie występowało zawsze w związku z miesiączką. W rok później widziałem ją znowu, wówczas badanie fizykalne wykazało wyraźne objawy zgęszczeń prawego szczytu. Stan ogólny był bardzo dobry. Chora a nawet jej otoczenie uważało ją za zdrową, a pobyt w miejscach leczniczych uważali więcej za rozrywkę, niż za leczenie i z tego też względu zmieniano dowolnie stacje, wędrując z północy na południe. Pomimo to jednakże w półtora roku potem, a zatem coś około trzech lat od czasu wystąpienia pierwszego krwiopłucia, chora zmarła w jednej ze stacyj klimatycznych południowej Francyi przy objawach zwykłych suchot płucnych.

¹⁾ RINDFLEISCH. *Chronische und acute Tuberculosa* (ZIEMSEN'A *Specielle Pathologie und Therapie*). Bd. V. II. str. 180.

Krwiopłucie występuje dalej już przy istniejącej wyraźnie sprawie suchotniczej; bywa ono tu niezmiernie częste i śmiało rzecz można, że przeszło u $\frac{3}{4}$ suchotników od czasu do czasu objaw ten się pojawia. Możemy rozróżnić trzy główne postacie tego rodzaju krwiopłucia: 1) krwiopłucie występujące w przebiegu początkowych okresów suchot w skutek wpływów zewnętrznych: silne zmęczenie, wysiłki mechaniczne, nadmierny, suchy kaszel i t. p. przyczyny, przy istniejącej już wyraźnie sprawie suchotniczej, wywołują pęknięcie chorobliwie zmienionych naczyń; takie krwiopłucie bywa zazwyczaj nieznaczne, trwa dzień lub dni kilka i ustępuje samowolnie, przyczem odczynu gorączkowego zazwyczaj nie bywa. 2) Krwiopłucie przedstawiające cechy przekrwienia zastoinowego (kr. bierny). Występuje ono nie tylko w początkowych, ale nieraz i w późniejszych okresach suchot płucnych; krwiopłucie to na które jeszcze w roku 1876 ¹⁾ zwróciłem uwagę, jest wynikiem przekrwienia zastoinowego w płucach, zależącego od słabej czynności serca; występuje ono od czasu do czasu, zazwyczaj rano po przebudzeniu, podczas gdy jednocześnie ciepłota ciała znajduje się poniżej normy, a tętno jest bardzo małe i rzadkie. Słaba czynność serca przy istniejącej chorobliwej zmianie naczyń jest bezwątpienia przyczyną, że wówczas przychodzą do skutku owe wyżej wspomniane krwiopłucia. Naturalnie z chwilą wystąpienia krwi, a z nią powstałego psychicznego silnego wrażenia, tętno natychmiast się przyspiesza, twarz zaczerwienia, a nieswiadomy rzeczy bardzo łatwo może przypisać krwiopłuciu bardziej czynny (napływowy) charakter. Krwiopłucia tego rodzaju trwają nieraz wiele tygodni z rzędu, często ustępują na długi przeciąg czasu, zresztą są w ścisłym związku z postępem sprawy płucnej, nieraz bowiem w zupełności ustają, jeśli sprawa zasadnicza w zupełności przycichnie, stan ogólny się poprawia tem samem i źródło owe krwiopłucia usuniętem lub zmniejszonym zostanie.

Trzeci wreszcie rodzaj krwiopłucia występującego w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, charakteryzuje się tem, że występuje ono od czasu do czasu bez najmniejszej zewnętrznej przyczyny, bardzo często nawet wśród zupełnego spokoju, lub nawet podczas snu. Ilość wyrzucanej krwi bywa bardzo rozmaita, częstokroć płwocina jest tylko mocno rdzawo zabarwiona, rzadziej bywa zupełnie czysta krew wypływana. Takie krwiopłucie trwa zazwyczaj długo przez wiele dni z rzędu, następnie ustaje, w jakimś czasie znowu się pojawia i to daleko obfitsze, bardzo często zmieniając się w prawdziwy krwotok. Charakterystyczną cechą owego krwiopłucia jest to, że po większej części towarzyszy mu gorączka, nasilenia której bywają bardzo rozmaite; bardzo rzadko przedstawia ona typ ciągły, najczęściej występuje ku wieczorowi. Jednocześnie inne objawy płucne jak kaszel, kłócie, krótkość oddechu i t. p. pogarszają się znacznie; i z tego też względu krwiopłuciu owemu często bywa przypisywane to pogorszenie.

Tego rodzaju krwiopłucie przedstawia objaw groźny, dowodzi ono

¹⁾ MEDYCINA 1876 str. 655. Nr. 41.

bowiem, że sprawa suchotnicza w płucach robi postępy, że nowe części tkanki płucnej, dalsze obręby naczyń uległy sprawie niszczącej. Słusznie też RINDFLEISCH w wyżej przytoczonej pracy powiada, „że w przypadkach tego rodzaju najdrobniejsze przewody oddechowe, już i tak przez sprawę gruźliczą przedtem zwężone, zostają ostatecznie przez krew zatkane, a tym sposobem zapad, obrzęk i zapalenie luszące (*Desquamativpneumonie*) tychże części zostaje przespieszono”¹⁾.

Krwioplucie tego rodzaju występuje najczęściej w tak zwanym drugim okresie suchot płucnych t. j. w okresie, gdzie fizykalne badanie wykazuje obecność większych lub mniejszych zgęszczeń tkanki płucnej; najczęściej atoli w okresie tym istnieją już drobne ogniska rozpadowe głąż badanie płwociny w tym okresie bardzo często wykazuje nam w niej obecność włókien sprężystych²⁾, a wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, krwioplucia idą w parze z poczynającym się rozpadem tkanki płucnej. Bardzo często krwioplucie spotykamy w postaci suchot, charakteryzującej się rozrzuconymi ogniskami w obu płucach (*Disseminirte käsige Pneumonie*).

Daleko rzadziej to krwioplucie występuje w okresie już wyraźnie istniejących jam suchotniczych, w okresie tym bowiem, o czem niżej, daleko częściej występują właściwe krwotoki płucne.

Z przedstawionej tylko co charakterystyki różnych postaci krwioplucia bardzo łatwo wyprowadzić rokowanie przy temże. Nader ważnem jest t. z. krwioplucie początkowe, ono bowiem bardzo wczesnie zdradza obecność w płucu ukrytej sprawy, która niezadługo przyjąć może groźny charakter. Co się tyczy krwioplucia towarzyszącego już wyraźnie rozwiniętej sprawie chorobowej, rokowanie jest najgorsze w trzeciej postaci, lepsze w drugiej, a względnie najlepsze w pierwszej; zresztą rokowanie niezależnem jest od samego krwioplucia ani od jego ilości, lecz jak to wyżej powiedziałem od istotnego stanu sprawy suchotniczej, której zazwyczaj tego rodzaju krwioplucia towarzyszą. Tym sposobem krwioplucie będzie ważnym momentem pomocniczym przy rokowaniu w danym przypadku suchot w ogóle, samo jednak przez się (z wyjątkiem krwioplucia pierwotnego), ważnego pod względem rokowania znaczenia nie ma. (d. c. u.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Metaloterapia (zewnętrzna i wewnętrzna), działanie magnezu.

Sprawozdanie d-ra Wł. Gajkiewicza.

Wierni przyrzeczeniu uczynionemu w Nr. 26 *MEDYCYNY* z r. z. podajemy opis dalszych dziejów metaloterapii. Przedewszystkiem jednak nadmienić musimy iż wszystko cosmy tam powiedzieli ma i dzisiaj najzupełniejsze znaczenie. Dla uniknięcia więc powtarzań, pozwalamy sobie odesłać

¹⁾ RINDFLEISCH *l. c.* str. 183.

²⁾ Patrz mój artykuł p. n. Przyczynek do nauki o powstawaniu jam suchotniczych. *MEDYCYNIA* 1877. Nr. 43 i następne.

czytelników do wskazanego miejsca; tutaj zaś zanotujemy kilka faktów już to poprzednio pominiętych, już to zupełnie nowych. Metaloterapia nie jest nowością. Wedle prof. CHARCOT'A (*De la métalloscopie et la métallothérapie. Gazette des hôpitaux. 1878. Nr. 28, 30 i 31*) istnieją w nauce ślady dowodzące, iż oddawna używano metali w hysteryi. I tak: WICHMAN (*Ideen zur Diagnostik 1778*) opisał przypadek widziany w r. 1769, w którym drgawki i przykurcze hysteryczne uspakajały się chwilowo za przyłożeniem przedmiotów żelaznych. Że takowe nie działały przez ciepłotę lub ucisk, dowodzi to, iż przedmioty zrobione z innych metali były bezskuteczne. Dalej, WICKE (*Monographie des grossesses. 1844*) mówi o próbach, jakie robili różni badacze, z metalami przeciw objawom hysteryi. Metaloterapia jednak jako osobny sposób leczenia zawdzięcza swe powstanie dr. BURQ (z tą słuszną jako jej synonim niektórzy używają wyrazu: *Burquisme*), który blisko przed 30 jeszcze laty skreslił główne jej zasady w pracy: *Nouvelle doctrine et nouveau traitement des maladies nerveuses. Thèse inaugurale. Paris. 1851*. Później wydał on kilka innych prac, z których główne są: *Application nouvelle des métaux à l'étude du traitement de la chlorose. Gazette méd. 1852*.—*Traité de métallothérapie 1853*.—*Monographie du cuivre contre le choléra 1869*.—*Application des métaux aux eaux de Vichy. Métallothérapie 1871*.—*Traitément du diabète par les métaux. 1871*. Dwa są punkta zasadnicze tego sposobu: 1) tak nazwana przez BURQ'A czułość metaliczna (*idiosyncrasie v. sensibilité métallique*), polegająca na tem, iż „w skutek pewnego tajemniczego powinowactwa między istotą żyjącą, a głównymi składnikami świata zewnętrznego, w którym ona oddycha, ma istnieć ściśły stosunek między różnymi jestestwami a metalami najczęściej rozpoznawczonemi”. Innemi słowy, iż każdy z nas ma być czułym na pewien metal, który zawsze jest ten sam dla jednej osoby, lecz różnym dla różnych osób. Wyszukanie tego metalu zowie się metaloscopią, a gdy ono ma miejsce z metalami zawartymi w wodach mineralnych, to: hydro-metaloscopią. BURQ podług częstości działania, ugrupował tak metale: żelazo a jeszcze więcej stal, miedź, cynk (i ich spławy: mosiądz i bronz), cyna, złoto, srebro, nikiel, platyna. Metale więc najskuteczniejsze a raczej najczęściej działające są zarazem i naobfitszemi w przyrodzie. 2) stosunek istniejący między skutkami fizyologicznymi wywołanymi przez przyłożenie zewnętrzne metalu a działaniem leczniczem tegoż metalu zadany w do wewnątrz. Z tą podział metaloterapii na: zewnętrzną i wewnętrzną.

Metaloterapia, wedle BURQ'A, ma być skuteczną w niestrawności (*dyspepsia*), maciennictwie (*hysteriasis*), śledziennictwie (*hypochondriasis*), dychawicy (*asthma*), nerwobólach, w cholercie (miedź), bladaczce (*chlorosis*), migrenie, cukromoczu. Zostawiając czasowi stwierdzenie, czy to przekonanie BURQ'A, należy uważać za słusne, podamy tutaj głównie wyniki metaloterapii w hysteryi i znieczuleniu połowicznym pochodzenia mózgowego (*hemianaesthesia cerebrealis*), w których to cierpieniach była wyłącznie w ostatnich czasach używana. Zaczniemy od metaloterapii zewnętrznej.

Jak widzieliśmy w r. z. polega ona na przykładaniu blaszek lub kawałków różnych metali na skórę. Osoby dotknięte najzupełnijszym znieczuleniem połowicznym (*hemianaesthesia*) w kilka czasami już sekund, a najczęściej w kilka lub kilkanaście (20) minut po takim przyłożeniu, doznają w miejscu dotknięcia uczucia zdrętwienia lub mrowienia, po którym wkrótce wracają wszystkie rodzaje uczucia ogólnego (na ból, dotykanie, ciepłotę i t. d.) ogarniającego stopniowo coraz większą przestrzeń, aż wreszcie cała połowa ciała znieczulona odzyskuje czucie. Powrót uczucia następuje zawsze w kierunku dośrodkowym, a mianowicie, iż po przyłożeniu, jak to ma miejsce najczęściej, blaszek metalowych na dolną część

przedramienia, czucie wraca najpierw na przedramieniu i ręce, a później posuwa się w górę ku tułowi. Jednocześnie, mimo iż blaszki przyłożono tylko na przedramię, powraca czucie w stopie, a następnie w goleni, udzie i t. d. Najdłużej nieczułą zostawała, to jest, najpóźniej czucie odzyskiwała skóra brzucha i części górnej wewnętrznej uda. W tym samym czasie co powrót czucia, dostrzega się: iż skóra zaczerwienia się, ukłócia, które pierwiej prawie nie krwawiły, sączą krew obficie, ciepłota podnosi się (czasami o 2^o i więcej). Prócz czucia ogólnego powraca czucie swoiste t. j. zmysłowe, które, jak wiemy, zawsze jest zagasłe w znieczuleniu połowicznym tak pochodzenia hysterycznego jak i mózgowego. Metaloterapia ma także wpływ i na mięśnie, czego dowodem, iż siła mięśni strony ciała znieczulonej, zwiększa się i to w dość znacznym stopniu, bo z 5—15 na 30—40 kilogram. Oto następstwa, jakie powoduje przyłożenie blaszek metalu, na który chorzy są czuli (wyrażenie przyjęte), po stronie znieczulonej. Lecz połowa ciała zdrowa nie zachowuje się przytem obojętnie. Zachodzi tu bardzo ciekawe zjawisko, iż w miarę jak strona znieczulona odzyskuje czucie i siła mięśniowa zwiększa się, strona ciała zdrowa w tym samym stopniu ulega znieczuleniu, a mięśnie jej słabną. Objaw ten Francuzi ochrzcili nazwą, *transfert*, a Niemcy, *Uebertragung*. Skoro przyłożenie blaszek metalowych wywołało już taki skutek (powrót czucia po stronie chorej, znieczulenie strony zdrowej), to jeśli pozostawimy nadal blaszki na skórze, to stopniowo wraca znowu znieczulenie, które dla odróżnienia od znieczulenia pierwotnego nazwano znieczuleniem powrotnem lub metalicznym (*anaesthésie de retour ou post-métallique*). Jeśli zaś zdejmie my blaszki, to czucie spowodowane metalem trwa pewien czas, długość którego jest różną u różnych osób: bo gdy u jednych trwa zaledwie kilka godzin, to u drugich 1 lub kilka dni, a były przypadki, i to rzecz dziwna, przy znieczuleniu pochodzenia mózgowego, w których powrót czucia był trwały. Doświadczenia przytoczone są robione prawie już od 2 lat w szpitalu *Salpêtrière* i to jak wiemy przez osobną komisję wysadzoną z łona Towarzystwa Patologicznego Paryżkiego. O prawdziwości ich przekonało się mnóstwo lekarzy tak francuzkich, jak i innych narodowości (Cl. BERNARD, BÉCLARD, BOULEY, VULPIAN, WESTPHAL, FERRIER, REYNOLDS, WILKINSON i t. d.).

Skuteczność metaloterapii zewnętrznej, tłumaczą Francuzi działaniem prądu elektrycznego, powstawanie którego za przyłożeniem blaszek metalowych na skórę nie ulega wątpliwości, za czym przemawiałoby między innymi to, iż prąd elektryczny (przyrządów elektrycznych) takiej samej mocy jak prąd wywołany metalem, na który chory jest czułym, działa tak samo jak metaloterapia zewnętrzna (p. l. c. str. 417), a dalej, iż blaszki z metalu, na który chorzy nie mają czucia, są skuteczne jeśli są połączone ze słabym prądem elektrycznym, a wreszcie działanie solenoidów i elektromagnesu, o którym mowa niżej. Słabe prądy elektryczne powodują także przeniesienie czucia ze strony chorej na zdrową, a po dłuższem użyciu: znieczulenie powrotne i osłabienie mięśni (*anaesthésie et amyosthénie de retour v. postélectriques*). Wprawdzie niektórzy lekarze Angielscy, przytomni przy doświadczeniach czynionych nad metaloterapią zewnętrzną w szpitalu *Salpêtrière*, chcieli zjawiska opisane tłumaczyć zjawiskiem nazwanem przez nich *expectant attention*, a znanem prawie każdemu człowiekowi. Polega ono na tem, iż jeśli skupimy całą uwagę na pewien punkt ciała i wyobrazimy sobie iż taki a taki objaw przedmiotowy powinien tam powstać, to przychodzi on rzeczywiście. Uczujemy w taki sposób łechtanie, swędzenie, pragnienie i t. d. CHARCOT jednak i inni badacze, nie przyjmują podobnego tłumaczenia, bo powrót czucia ma miejsce i u takich chorych, na których

poraz pierwszy zastosowano metaloterapię, a więc u niemających najmniej-
szego pojęcia o objawach zająć mających; dalej, iż w takim razie obojętną
byłoby rzeczą, jaki użyjemy do tego metal, a jednak, jak powiedzieliśmy
wyżej, tylko ten, na który chory jest czuły, wywołuje opisane skutki;
wreszcie, jak wytłumaczyć przeniesienie się (*transfert*) znieczulenia na dru-
gą stronę i porządek powrotu barw zawsze jeden i ten sam, a mianowicie
w kierunku odwrotnym do tego w jakim znikały; najpierw wraca barwa
niebieska, potem idą: żółta, pomarańczowa, czerwona, zielona a w końcu
dopiero fioletowa (wyjątki od tego prawidła są bardzo rzadkie). Skutecz-
ności więc metaloterapii zewnętrznej nie można wytłumaczyć ani wolą, ani
złudzeniem, bo zachodzą przytem fakta, których temi ogniskami nie moż-
na objaśnić.

Niemcy przyjmowali z początku z niedowierzaniem wszystkie wiado-
mści jakie nadchodziły z Francyi, o trudnem do pojęcia działaniu metali
sposobem naskórnym. Obecnie, po pracy prof. C. WESTPHAL'A (*Ueber
Metalloscopie. Berl. klin. Woch. 1878. Nr. 30*) odczytanej 5 Czerwca na po-
siedzeniu Towarzystwa lekarskiego Berlińskiego, stała się więcej łatwo-
wierni i dostarczają zapewne na kilka miesięcy materiału pismom lekar-
kim. W. powiada iż przypatrzwszy się osobiście doświadczeniom robio-
nym w *Salpêtrière*, prowadził je po powrocie na swej klinice chorób ner-
wowych w szpitalu *Charité* w Berlinie i przekonał się o prawdziwości
prawie wszystkich faktów ogłoszonych przez metaloterapeutów, a miano-
wicie, iż rzeczywiście przyłożenie chorym pewnych blaszek metalowych,
powoduje powrót uczucia ogólnego i swoistego i zwiększenie siły mię-
śniowej po stronie ciała znieczulonej, a znieczulenie miejsc symetrycznych
zdrowej połowy ciała. Czas tylko pojawiania się tych objawów u jego
chorych był dłuższy, bo na pierwsze ślady działania trzeba zazwyczaj by-
ło czekać 1 lub kilka godzin. Skutek trwał przez kilka godzin lub dni.
Autor próby robił na chorych ze znieczuleniem połowicznym hysterycznym
i w 1 przypadku znieczulenia jakie przyszło po zażyciu nadmiernej daw-
ki wodoru chloralu. Przekonał się on nadto, iż tak samo jak pewne me-
tale, działa i magnes, blaszki metalowe pokryte lakiem lub pokostem,
blaszki kościane, tylko że działanie ich „zdaje się następować powolniej”.
Dalej, asystent WESTPHAL'A dr. ADAMKIEWICZ stwierdził, iż przyłożenie
gorczyznika (*synapsina*) na miejsca znieczulone, powoduje po pewnym
czasie powrót uczucia na całej przestrzeni, gdzie skóra uległa zaczerwienie-
niu, nie przechodząc po za tę granicę, tak iż przykładając kilka gorczycz-
ników można było wywołać dowolną liczbę wysepek skóry czulej, leżą-
cych wśród miejsc znieczulonych. I w tym razie miało miejsce znieczu-
lenie miejsc symetrycznych strony zdrowej. Uczucie w ten sposób odzyska-
ne trwało 6—7 dni, a w 1 nawet przypadku znaleziono je jeszcze po upływie
miesiąca. Znieczulenie zaś strony zdrowej, trwało tylko kilka godzin. U cho-
rych, u których gorczyznik działał w ten sposób, drażnienie miejsc znie-
czulonych pędzelkiem elektrycznym lub przez oblanie wrzącą wodą, było
bezskuteczne. Gorczyznik przyłożony na 2 miejsca symetryczne znieczu-
lone, sprawiał powrót uczucia tylko po jednej stronie. Na zasadzie takich
to danych, WESTPHAL sądzi „iż chociaż może niechętnie (*widerwillig*), trze-
ba jednak przyjąć fakta jakie w Paryżu i Berlinie zauważono w jednako-
wy prawie sposób na najrozmaitszych osobach i w różnych okoliczno-
ściach”. Wbrew tylko pojęciom BURQ'A, W. znalazł „iż u jednej i tej
samej chorej różne metale mogą być skutecznymi”; zdanie w podobnych
słowach wyrażone i przez DUMONT-PALLIER'A: „u jednej i tej samej chorej,
w danej chwili lub też w różnych okresach czasu, uczucie i siła mięśni-
owa mogą ulegać zmianie pod wpływem kilku metali (2, rzadko 3) lecz

w różnym stopniu (*aptitude polymétallique*)" (*Gaz. méd. de Paris* 1878. N. 36). WESTPHAL z uwagi, że i blaszki metalowe pokryte lakiem lub pokostem, blaszki kościane i gorczycezniki działają w podobny sposób jak i blaszki metalu, na który chorzy są czuli, skłania się do przyjęcia, iż prąd elektryczny, jak chcą Francuzi, nie jest jedynym czynnikiem działającym, lecz „być może że działają tu i różne drażnienia, chociaż nie wszystkie, czego dowodzi bezskuteczność zanurzeń w wodę gorącą i pędzelka elektrycznego”. Niepojętem i dla W. jest uogólnienie się uczucia, począwszy od miejsca na którym położono blaszki metalu i objaw przeniesienia się uczucia. Przypuszcza on, że i wyobraźnia gra tu może pewną rolę, pierwiastek tak ważny w wytwarzaniu się uczucia, ale przyznaje iż wszystkich objawów spostrzeganych przy metaloterapii zewnętrznej nie można nią wyjaśnić.

W Anglii nie sprawdzono dotychczas działania metaloterapii zewnętrznej, być może dla tego iż przypadki hysterii objawiającej się znieczuleniem połowicznym (przy którym głównie używano metaloterapii), należą tam do bardzo rzadkich, o czem między innymi autorami mówi i dr ALTHAUS z Londynu w liście, o jakim wspomina WESTPHAL w pracy dopiero co streszczonej. Mówiąc nawiasem, potwierdziłoby to przypuszczenie CHARCOT'A, o którym już w pewnym miejscu nadmieniliśmy, iż prawdopodobnie najczęstszy sposób objawiania się hysterii jest różnym w różnych krajach.

Dr. VIGOUROUX (*Sur un nouveau procédé de métallothérapie externe. Progrès méd.* 1878. Nr. 30) z porady DUMONTPALLIER'A badał zachowanie się uczucia po przyłożeniu 2 blaszek: jednej z metalu na który chory jest czuły, drugiej z metalu nieczułego. „Mając w pamięci bieg wstępujący, dośrodkowy objawów (powrotu uczucia) metaloskopijnych, a zwłaszcza fakt przeniesienia uczucia, prawdopodobnem było dla mnie, mówi DUMONTPALLIER (*Gaz. méd. de Paris*. Nr. 35. 1878), iż uczucie powrotne jest następstwem przeniesienia wrażenia swoistego od obwodu ku ośrodkom nerwowym i odruchu ośrodków ku obwodowi. Naturalnym więc był wniosek iż jeśli jakimkolwiek sposobem przeszkodzi się przeniesieniu wrażenia obwodowego ku ośrodkom nerwowym, to powstrzyma się pojawienie objawów metaloskopijnych”. Pokazało się rzeczywiście, iż umieszczenie metalu nieczułego pod czułym nie ma żadnego wpływu; jeśli jednak położymy metal, na który chory jest nieczuły, kilka ctm. ponad czułym to w takim razie wyniki całkiem są inne. Mianowicie, nie ma wtedy miejsca kolejne po sobie następowanie uczucia i znieczulenia, lecz stan nerwów czuciowych utrzymuje się w tej fazie w jakiej się znajdował w chwili przykładania drugiej blaszki; to jest, jeśli np. pierwsza blaszka wywołała już uczucie lub znieczulenie, to te zostają się tak długo, dopóki trwa przyłożenie drugiej blaszki. W ten sposób objawy zazwyczaj przemijające, można było niejako ustalić na tygodnie i dłużej. Wszystko jedno czy blaszki położymy jedna na drugiej, czy też w pewnym od siebie oddaleniu. Wiedząc o tem, iż można przedłużyć dowolnie zapomocą blaszki metalowej obojętnej ze względu metaloskopijnego, działanie blaszek czułych, należy się strzedz przy doświadczeniach nad metaloterapią, próbowania jednocześnie lub wkrótce po sobie działania kilku metalów.

Dr. ABADIE (*De quelques troubles oculaires nerveux de nature hystérique et de leur traitement par la métallothérapie. Progrès méd.* 1878. Nr. 28) opisał przypadek wyleczenia zapomocą metaloterapii zewnętrznej i jak w tym razie blaszek miedzianych, zaburzenia wzrokowego określonego przez FORSTER'A nazwą *kopiopia hysterica*. Polega ono na tem, iż skoro chora chce wzrok ustalić (przy czytaniu, szyciu, pisaniu), dostaje natychmiast silnych bólów głowy, bólu w czole i oczodołach, światłowstrętu (*photophobia*) i wskutek tego, nieustannego mrugania powiekami. W przypadkach takich

badanie nie wykazuje żadnych zmian na dnie oka ani w załamywaniu. Najczęściej cierpienie to bywa mierzane z nadezłością siatkówki (*hyperaesthesia retinae*) lub z niemocą nastawczą (*asthenopia accomodativa*).

Skuteczność metaloterapii zewnętrznej i tłumaczenie działania jej powstawaniem prądu elektrycznego naprowadziły CHARCOT'A na myśl przekonania się jaki też mogą mieć wpływ na miejsca znieczulone: magnes, elektromagnes i solenoidy. Użył on w tym celu ogromnego magnesu zakrzywionego w podkowę, w którym więc punkt obojętny znajdował się na jednym z jego końców. Doświadczenia te robił CHARCOT publicznie na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego Paryżkiego d. 6 Lipca 1878 roku. (CHARCOT i REGNARD. *Sur l'action physiologique de l'aimant et des solénoïdes. Progrès méd. 1878. Nr. 32*). Przyłożywszy punkt obojętny magnesu lub elektromagnesu na miejsce znieczulone, nie otrzymywało się żadnego skutku. Przekręciwszy go zaś (starając się by chora tej zmiany nie dostrzegła) tak, iż oba bieguny dotykały skóry nieczulej, to w krótkim czasie (kilka sekund do kilku minut) czucie wraca powoli, ogarniając coraz większą przestrzeń, a jednocześnie ginie czucie po stronie przeciwnej ciała; i tu ma więc miejsce przeniesienia się czucia. Magnes więc działa na miejsca znieczulone w tenże sam zupełnie sposób, jak i przyłożenie na skórę blaszek metalowych. Tak samo wreszcie działa: ogromny elektro-magnes (ożywiony 15 elementami BUNSEN'A) i solenoidy utworzone z cewki z twardego kauczuku otoczonego drutem. Doświadczenia podobne powtarzano „setki razy na wielkiej liczbie chorych z miasta i ze szpitala; wynik zawsze był ten sam”. We wspomnianem Towarzystwie Biologicznem robiono je na 4 chorych dotkniętych znieczuleniem połowicznym hysterycznym i u 1 mężczyzny, u którego znieczulenie połowiczne przyszło po napadzie udarowym (*hemianaesthesia posthaemorrhagica*). Dla wytłumaczenia działania magnesu i solenoidów, zdaniem CHARCOT'A „należy przyzwać indukcję”. Wiadomo iż ilekroć razy zbliżymy magnes lub jeden okrąg zamknięty lub otwarty, do drugiego, to w tym ostatnim powstaje (wzbudza się) prąd elektryczny biegnący w kierunku odwrotnym do wzbudzającego. Przez oddalenie zaś magnesu i t. d. powstaje natychmiast prąd tego samego kierunku co i wzbudzający. „W naszych doświadczeniach, mówią CHARCOT i REGNARD, magnes i solenoidy są nieruchome, lecz chorzy wciąż się ruszają, choćby tylko przy każdym tętnieniu naczyń, za każdym więc razem ma miejsce wzbudzenie prądu elektrycznego przebiegającego przez nich, a w szczególności, prawdopodobnie prądu nerwowego, który nadto wciąż biegnie już to w jednym, już w drugim kierunku”. Podobne więc działanie blaszek metalowych i magnesu, tłumaczyłoby się tem, iż w obu razach czynnik działający jest ten sam. Wedle C. nie sięgając PLINIUSZA młodszego, PARACELS'A i ALBERT'A wielkiego, którzy już mówią o działaniu magnesu w różnych cierpieniach, środek ten był w powszechnem użyciu w XVIII wieku, po poznaniu sposobu przemieniania żelaza w magnes. Wyniki do jakich ówczesni badacze doszli są pomieszczone w pracy ANDRYE'GO i THOURET'A (*Mémoires de la Société royale de médecine 1780*). Później pojawił się MESMER ze swą doktryną, która spowodowała wyrzucenie magnesu z rzędu środków leczniczych. Dopiero w r. 1829 BECKER (*Der mineralische Magnetismus und seine Anwendung in der Heilkunde*) a głównie prof. MAGGIORANI (*La Magnete e i Nervosi. Milano. 1869*) powrócili znów do kwestyi działania fizjologicznego magnesu. Wedle badań MAGGIORANI'EGO przedstawionych w *Academia dei Lincei 1873 r.*, osoby zdrowe jedne mają czułość magnetyczną, inne jej nie mają. Najwięcej jej mają cierpiący na hysteryję, cukromocz i wiać rdzenia kręgowego. Skutki wywołane zbliżeniem magnesu polegają na zmianie ciepłoty, drgawkach klonicz-

nych lub tonicznych znieczuleniu lub nadeżulości. Magnes w ten sposób może wykrywać ukryte cierpienie, może się więc stać środkiem rozpoznawczym. (*d. u.*)

ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 38 i 41).

Głównym i typowym przedstawicielem tej mistyki z epoki odrodzenia jest PARACELSDS, którego wystąpienie w medycynie, do pojawienia się LUTRA na polu religijnem przez zwolenników jego było porównane. Porównanie to miało swoje uzasadnienie o tyle, że widzimy w PARACELSDS gorące pragnienie docieczenia prawdy, sceptykę bez granic wobec dawnych scholastyczno-galenicznych powag i głęboką, choć w wysokim stopniu fantastyczno-mistyczną wiarę w mające wkrótce nastąpić odrodzenie nauk lekarskich. Typową ilustracją do tego, co tu powiedzieliśmy stanowi poprzednik PARACELSDA i pokrewny mu duchem AGRIPPA von NETTESHEIM; napisał on dzieło „*De vanitate scientiarum*”, w którym stara się całemi siłami o ugruntowanie prawdziwych i nieomylnych: przyrodznawstwa i medycyny, na zasadzie nauki kabbalistycznej, która starała się dociecie wzajemnego związku pomiędzy rozmaitemi przedmiotami w naturze istniejącymi i różnemi światami. Świat cały dzielił się podług kabbalistycznej nauki na sześć odrębnych światów: 1. *Archetypus* (najwyższy świat boski). 2. *Mundus intelligibilis* (miejsce pobytu aniołów). 3. *Mundus coelestis*. 4. *Mundus elementaris* (niska przyroda). 5. *Microcosmus* (człowiek). 6. *Mundus infernalis*.

PARACELSDS był także swojego czasu głęboko w astrologicznej i alchemicznej magii zatopiony, był on jednakże czems więcej niż zwyczajnym magikiem, a jeżeli przeciwnicy jego nazywają go nieswiadomym i ignorantem, to nie mieli w tem racyi, gdyż był on tak głęboko przyjęty duchem greckiej i dealistycznej filozofii, iż z płytkością pomysłów pogodzić się to w żaden sposób nie da. Mistyka tego dzikiego i gorączkowo-niespokojnego rewolucyjonisty, wiele się różni od mdłej Kosciola katolickiego teurgii, nie fantazyjuje on o piekle i o upadłych aniołach, o kanonizowanych świętych, a rozstając się z samowolnemi dogmatami religii pozytywnej, czerpie wiedzę swoją ze świeżych źródeł starożytności, wierzy w początkowe bóstwo, które wszystko stworzyło i wszędzie jest obecne; zasada on wszystko na wszechbóstwie w przyrodzie i na głęboko ukrytych siłach pierwiastkowych, które z niem w seisłym znajdują się związku. Główny punkt wyjścia jego stanowi mikrokosm, zbliży jest tylko częścią makrokosmu. Jakkolwiek jest on spirytualistą, zbliży się jednak tym sposobem o wiele więcej do nauk przyrodniczych od kościelnych teurgów i stara się, o ile możliwości zbliżyć się do przyrody, którą jednak tylko przez mgłę nowo-platonizmu rozpatruje. Mistyka jego przedstawia pewien interes dla nas z tego powodu, iż stanowi punkt wyjścia dla nowych mistycznych kierunków, które w naszym czasie pewną rolę w sztuce lekarskiej odgrywały, a które później bliżej rozpatrywać będziemy, a mianowicie: dla magnetyzmu zwierzęcego, homeopatyji a po części i dla sposobu leczenia RADEMACHEŃA. Inne kierunki, których w żaden sposób do mistycznych zaliczać nie można, otrzymały także *impuls* od PARACELSDA, którego też z tego powodu czystym mistykiem nazwać nie można.

Za ważną w terapii reformię, która od PARACELSA pochodzi, uważać należy użycie środków swoistych („*Arcana*”) t. j. takich, które przeciwko głębokim przyezynom chorób, a nie przeciwko ich objawom są skierowane. Ale i w tym kierunku nie obszło się bez przymieszki mistycyzmu, gdyż nie szuka on przyczyny działania lekarstwa w samym lekarstwie, lecz twierdzi, iż coś duchowego „*quinta essentia*” przyłączone jest do niego i twierdzi dalej, że Bóg, który na każdą chorobę jakies *Arcanum* stworzył, nadał mu też jakąś zewnętrzną oznakę; w jaki sposób odkryć własność leczniczą każdego środka podług zewnętrznych oznak, o tem poucza on nas w swojej nauce o sygnaturach. Objasnia on że musimy najprzód studyjować chiromantią ziół, chcąc dociec ich własności leczniczej: „bo liście są rękami roślin, a linije, które na nich dostrzegamy są oznaką jakichś własności i sił, które przyroda w nie wlała”. Z tej zasady wychodząc, używał on liści kształtu serca przeciwko chorobom sercowym, korzenia roślin storczykowatych przeciwko chorobom jąder, żółtego soku jaskółczego ziela i szafranu przeciwko żółtacze. Przeciwno chorobom sercowym używał on także złota, ponieważ (jak to już AGRIPPA podnosił) ma ono w kabbalistycznej skali związek z sereem. Pomimo to istota farmakologii jego nie jest weale czysto alchemiczną, owszem widoczną jest rzeczą, że przeczuwa on i ma na oku w swojej „*quinta essentia*” istnienie tych skutecznych części składowych, które w rozmaitych ciałach się znajdują i które przy pomocy chemii dają się z nich otrzymać.

Czysto mistyczno-alchemiczna sprawa nauki jego, doszła do pełnego rozkwitu u najbliższych jego następców, którzy zajmowali się jego spagiryiczną medycyną (*spao* dziele i *ageiro* zbieram). Dalszy ten mistyczny rozwój ma siedlisko swoje przeważnie w Anglii i w Niemczech, jako w krajach, w których potężny przewrót w życiu religijnem pobudził umysły do życia i takowe utrzymywał. W misticie teozoficznej, która sobie coraz bardziej drogę torować zaczęła i która usiłowała się zamalgamować z dogmatami protestanckimi, duchowni protestancy ważną odgrywają rolę. Najważniejszy i najsilniejszy objaw tego ruchu widzimy w utworzeniu się **Zakonu krzyża czerwonego**, tajnego związku, którego członkowie jako znak nosili krzyż czerwony i który w Niemczech w czasie reformacji działalność swoją rozciągał, łącząc pomiędzy członkami swoimi wielu znakomitych lekarzy, między innymi lekarzy nadwornych książąt niemieckich. Wyznaniem tego zakonu było, iż koniec świata wkrótce ma nastąpić i że wszyscy bezbożni zginąć mają, tylko wybrani w wiecznej rozkoszy żyć będą. Trzy główne tajemnice tego zakonu były: *Perpetuum mobile*, kamień mądrości (zamiana metali na złoto), powszechne lekarstwo w postaci proszku i maści, którem członkowie jego wszystkie możliwe choroby leczyli, a siebie w dobrem zdrowiu usiłowali zachować i życie do nieskończoności przedłużyć. Członkowie byli obowiązani leczenie uważać jako akt dobroczynny i bezpłatnie wszystkim rady udzielać.

Z Niemiec przeszedł zakon ten do Anglii i doszedł tam do najwyższego teozoficznego rozwoju, zwłaszcza przez Roberta FLUDDA, lekarza Londyńskiego z początku XVII stulecia. Podług FLUDDA wszystkie choroby są następstwem grzechu i sprowadzone bywają przez czterech upadłych aniołów, którzy na czterech kątach świat mają swoje siedlisko; przeciwko każdemu z nich walczy całemi siłami jeden dobry anioł, ale na próżno; choroby się szerzą, a pomoc lekarska staje się niezbędną. Lekarz nie powinien jednak zapominać, że nie ma on do walczenia z krwią i ciałem, ale ze złemi duchami, z książętami i potentatami niewidzialnego świata i że skutkiem tego choroby leczyć można tylko zaęgnywaniem i modlitwami, których długie formy nam podaje, przyczem daje nam do-

kladny przewodnik do egzorcyzmów. On także uważa choroby poprostu jako karę boską, a chorego czyni zawisłym od łaski Boga.

Jak się zachowywał niedawno powstały Kościół protestancki względem tego mistycznego ruchu? Reforma kościelna była objawem wielkiej zasady wyzwolenia z epoki odrodzenia, ale nie ograniczała się ona na wyzwoleniu, na humanizmie: przeobraziła się wkrótce na nową prawowierną religię, która miała zaspokoić potrzeby wykształconych umysłów, ale która z coraz bardziej rozwijającą się nietolerancją dla naukowych badań, powstrzymywała dalsze oswobodzenie i dalszy rozwój starożytnych umiejętności. Najlepszym tego dowodem jest fakt spalenia najzdolniejszego i najsamodzielnieszego profesora z czasów odrodzenia: SERVETO w Genewie głównie z namowy KALWIN'A i MELANCTON'A. LUTER przypisywał wszystkie choroby djabłu i energicznie występował przeciwko lekarzom, którzy zdania tego nie podzielali. Tem określa się całe stanowisko nowego kościoła; palenie czarowników odbywało się z równą zaciętością w krajach protestanckich jak i katolickich, egzorcyzmy zostały zachowane, a duchowni i nadal uprawiali sztukę lekarską. W duńskim rytuale kościelnym z r. 1685 znajdujemy szczegółowe przepisy, jak używać należy egzorcyzmu przy chorych i w jakich razach mają duchowni przyzywać medyków. Z tej samej epoki literatury duńskiej przechowało się pismo lekarskie kaznodziei ERICHA HANSEN'A: „O powstaniu, użyciu i nadużyciu źródła Heleny”, w którym terapia w ścisłe lutersko-teurgicznym duchu jest wyłożona. Cudowna boska siła tego źródła najzupełniej jest tu utrzymana, tylko niema już odwoływania się do Ś-tej Heleny. Jeszcze w drugiej połowie zeszłego wieku sławny LAVATER wspomina z przejęciem i z zapalem o teurgicznych kuracjach proboszcza GASSNER'A. Takim sposobem katolicka Teurgia szczęśliwie pomiędzy jeżącemi się skalami odrodzenia i protestantyzmem lawirowała; otrzymała tylko dodatki od nowoplatonickiej ciemnej mistyki, od której duch protestancki nie potrafił się uwolnić i która stanowiła przeciwieństwo z jasnymi, przedmiotowymi formułami Kościoła katolickiego.

Ta mieszana nowoplatonicka protestancka mistyka, odgrywa w pierwszych dwóch stuleciach po reformacji ważną rolę, a jakkolwiek przez usilne zabiegi i prace BACON'A udało się do pewnego stopnia uzyskać stałe, bez uprzedzeń i na naukach przyrodniczych oparte zasady, to jednak ani BACO, ani współcześni z nim, ani późniejsi uczeni nie byli wolni od teozoficzno-mistycznych pojęć. Tak np. Tomasz ERASTUS w Bazylei, bardzo rozumny przeciwnik PARACELS'A dowodził, jako czarownice w bezpośrednim są związku z djablem i należy je z tego powodu palić; szlachetny THOMASIVS, który z całych sił swoich starał się o wyłączenie tego wstrętnego i oburzającego następstwa fanatyzmu chrześcijańskiego i któremu w rzeczy samej choć w części udało się koniec położyć sprawom przeciw czarownikom, był zarazem jako filozof autorem kompletnej teozoficznej pneumatologii. NEWTON zajmował się, wprawdzie dopiero w późnym wieku, rozmyślaniami nad prorokiem DANIELEM i nad objawieniem Ś-go Jana. Sławny SWEDENBORG był zarazem wielkim teozofem i wielkim uczonym. Wielki badacz HALLER żył całe lata w śmiertelnej obawie przed piekłem. Sławny klinicysta STAHL zalecał kościelne amulety, jako najpewniejszy środek przeciw krwiopłuciu, a jeszcze słynniejszy współczesny z nim Fr. HOFFMANN w Halli, który był skończonym światowcem, napisał całe dzieło p. n. „*De potentia diaboli in corpore*” w którym twierdzi iż djabeł przyczyną jest rozmaitych chorób nerwowych, przeciwko którym nie zna on z tego powodu żadnych skutecznych środków; jednocześnie wyznaje on przyjętą przez niektórych lekarzy i teologów zasadę, że djabeł nie może

znaleźć drogi do ciała, które poprzelnie nie było osłabione i którego soki nie są w stanie zepsucia, przyciągającego złego ducha. Nazwa melancholia pochodzi ztąd, iż dawniej przypuszczano że choroba ta zależy od silnego przymieszania „*atra bilis*” śledziouy i od powstałego stąd zepsucia soków.

Jednakże wielkie krytyczne rozświetlenie, które tak charakteryzuje wiek XVIII było płodne w następstwa i dla medycyny, a trzeźwe spostrzeżenie staje się wszędzie, między innymi i w terapii podstawą. Nawet w chorobach umysłowych, których wytłumaczenie zadawałające tak wiele trudności przedstawia i w których z tego powodu zasada teokratyczna tak ważną grała rolę, zaczęto wprowadzać pojęcia zdrowe i bez przesadów; miało to miejsce zwłaszcza we Francyi, która wszystkim przodowała w epoce odrodzenia i w której ku końcowi zeszłego stulecia udało się szlachetnemu PINEL'OWI uwolnić francuzkich obłąkanych od więzów całego barbarzyńskiego z niemi postępowania, które koniecznem było następstwem dogmatyczno-chrześcijańskiej teoryi o opętaniu.

Pó rewolucyi jednakże nastąpiła, jak zawsze reakcyja, a wiek nasz miał być świadkiem reakcyi takiej, która się w medycynie, wprawdzie tylko w Niemczech, z nadzwyczajną siłą wzmogła. W Niemczech także przyszła do skutku w końcu zeszłego i w początku bieżącego stulecia wielka swoboda ducha, ale nie była ona w takim praktycznym kierunku zwrócona jak we Francyi; nosiła ona u filozofów i poetów przeważnie charakter spekulacyjny, zatracąca nieco ze starożytnych panteistyczno-wzniosłych pojęć odrodzenia i była w stałym związku z protestancką mistyką. Dlatego też zwrot do tej ostatniej nie był tak trudny dla niej, tembardziej że teologiczny racjonalizm, ten piód epoki odrodzenia także się poddał prawowiernej reakcyi. Romantyczny, średniowieczno-mistyczny duch rozwija się stale we wstecznym kierunku filozofii przyrody SCHELLING'A.

(d. c. u.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O wpływie położenia kończyn na krwi krążenie. LISTER już od dość dawna zwrócił uwagę na obfite krwawienia powstające przy wypilowaniu kości napięstka, z powodu cierpień długotrwałych (*caries*) tych kości, pomimo że żadne większe naczynie nie zostało przytem obrażone. Dla zapobieżenia temu wpadł na myśl aby odpowiednią kończynę trzymać przez kilka minut podniesioną w górę i następnie zastosować naciskacz (*turniquet*) na główne naczynie krwionośne. W skutek tego następowała bezkrwistość zupełna i czystość pola operacyjnego. Pod koniec 1873 r. L. zaczął badać to zjawisko szczegółowo, a tłumacząc w swych wykładach korzyści tego sposobu, podnosił zwykle jedną rękę w górę opuszczając drugą, aby wykazać różnicę w zabarwieniu kończyn górnych przy tych dwóch odmiennych położeniach. Uczucie oziębienia którego wtedy doznawał w kończynie podniesionej, wyrobiło w nim to przekonanie, że w takowej następowały zmiany, które nie dały się objaśnić czystym wpływem mechanicznym, lecz że zmniejszone ciśnienie krwi na ścianki naczyńia było wywołane bodźcem wychodzącym z układu naczynno-ruchowego odpowiedniej kończyny i kurezem zwrotnym mięśni naczyniowych.

Aby stwierdzić swoją teoryę na drodze doświadczalno-naukowej, dokonał LISTER szeregu doświadczeń, z których pierwsze było dokonane na koniu. Zapomocą sznurów i bloków przeprowadzonych przez kończyny zwierzęcia, zmieniał położenie nogi przedniej, jużto kładąc zwierzę na grzbiecie i podnosząc kończynę, jużto na boku z poziomem utrzymaniem tejże kończyny, jużteż stawiając konia na nogach. Zachloroformowawszy konia odkryto następnie dolną część tętnicy śródstopowej na kończynie przedniej, która to tętnica przedstawia prawie tę samą grubość jak tętnica kręgową u człowieka. Przy podniesieniu kończyny, rana była bezkrwistą, wyglądu trupio-

go; tętnica napięta, blada i bez tętnienia. Gdy kończyna wisiała, tętnica powiększała swoją objętość, stawała się wężykowatą i rana mocno krwawiła. Stan pośredni spostrzegano gdy kończyna była w położeniu poziomem. LISTER wymierzał starannie za pomocą cyrkla średnicę zewnętrzną tętnicy w rozmaitych położeniach kończyny i przekonał się, że takowa powiększała się przy opuszczeniu, zmniejszała przy podnoszeniu kończyny. Z faktów tych L. dochodzi do wniosku: że nie dadzą się one objaśnić jedynie zmniejszeniem ciśnienia krwi na ścianki naczyń, przy zmienionem położeniu kończyny. Według LISTER'A tętnice w ogółności, w jakichkolwiek bądź znajdującym warunkach, mało ustępują ciśnieniu wywartemu na nie od wewnątrz, i pomimo znacznej siły z jaką krew bywa wyrzucana przy skurczach sercowych, średnica (*diamètre*) tętnicy pozostaje prawie jednakową podczas skurczu i rozskurczu serca (!? *spr.*). LISTER wykonał następnie na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu doświadczenie, które wydawało się bardzo przekonującym. Polega ono na tem, aby na górną część kończyny która przez kilka minut pozostawała podniesioną w górę, nałożyć pętlę elastyczną, opuściwszy następnie kończynę wraz z nałożoną pętlą, widzimy że bezkrwistość się utrzymuje. Podniosłszy zaś tą samą kończynę i zdjąwszy pętlę, widzimy że zabarwienie w całej kończynie szybko powraca, pomimo podniesienia, które z początku doświadczenia i przed nałożeniem pętli wystarczało do wywołania bezkrwistości. Objaw ten był już dawno znany lecz nowem jest zupełnie, podane przez LISTERA objaśnienie takowego. Powiada on: „że gdy tkanki przez czas pewien były pozbawione krążenia krwi, występuje, jeżeli tak powiedzieć można, potrzeba krążenia (*un besoin de circulation*) i potrzeba ta działa jako bodziec wywołujący zwolnienie tętnicy, działając na układ naczynio-ruchowy w ten sam sposób jak to sprawia ciepło. Bodziec, dla potrzeby krążenia, który powoduje zwolnienie tętnicy, jest silniejszym niż bodziec powodujący zwolnienie żył podrażnionych ciężarem krwi, który to bodziec w każdym innym razie spowodowałby skurcz żył. W następstwie więc, oddziaływanie jest tem silniejsze, im dłużej trwał ucisk wywartu przez pętlę”.

Inne doświadczenie polega na tem, aby pobudzić krążenie kilkuminutowym biegiem, podnieść następnie rękę i opuścić takową po upływie kilku minut. Ręka wtedy zaczerwienia się, tak jak to daje się widzieć po zaprzestaniu działania zimna.

Aby dowieść że wszystkie te zjawiska zależą od czynności zwrotnej, LISTER czyni uwagę: że gdyby to zależało od przyczyn czysto mechanicznej i fizycznej, to dolna część tętnicy podniesionej kończyny powinna powiększać swoją średnicę, gdyż krew napływałaby z części górnej. Otóż ma się zupełnie przeciwnie, o czem LISTER przekonał się, odkrywając tętnicę udową wołu blisko brzucha i wymierzając średnicę zewnętrzną takowej w różnych położeniach zwierzęcia, po ustaniu skurczu tętnicy. Wyniki wszystkich doświadczeń nie różniły się od wyżej podanych dla konia, i stwierdziły zapatrywania teoretyczne autora.

Następnie podaje L. zastosowanie praktyczne swojej teorii, polegające na zastąpieniu sposobu ESMARCH'A wywoływania bezkrwistości miejscowej, zapomocą opaski elastycznej i pętli, łatwiejszym i prostszym sposobem eo dopiero podanym, który ma jeszcze tę nad tamtym wyższość, że nie potrzebujemy wtedy obawiać się wpędzenia w krwi-obieg wytworów gnilnych, jak to może mieć miejsce przy zastosowaniu sposobu ESMARCH'A na części posokowato nasiąknięte.

(*Gaz. hebdomad de Med. et Chirurgie* Nr. 27 1878). E. Modrzejewski.

Dobrowolne pęknięcie przełyku. Dr. ADAMS (w *Med. Times and Gaz.* z 6 Czerwca r. b.) opisuje następujący tego rodzaju przypadek. Mężczyzna 53-letni od lat kilku doznający przypadłości zadyszania, w dwie godziny po obfitym objędie omdlał, zaczął się ksztuścić i uskarżał się na gwałtowne bólesci w lewym boku; wreszcie opadł z sił zupełnie i zmarł w 7 godzin. Badanie zwłok wykazało pęknięcie przełyku (*oesophagus*) ponad przeponą, część zawartości żołądka znajdowała się w lewej jamie opłucnej; pęknięcie było podłużne z ostremi brzegami; ściana przełyku była cienka, również i wpust żołądka, za to część jego odźwiernikowa była bardzo zgrubiała

(*Ref. w Wiener med. Wchft.* Nr. 38—1878). J. R.

NEKROLOGIJA.

WILLIS Robert b. redaktor „*London medical Gazette*” autor kilku dzieł chirurgicznej treści, † w Barnes licząc lat 80.

HILTON Jan znakomity chirurg angielski, † w Clapham, licząc lat 73.

BRAUN Juliusz, znany lekarz zdrojowy i autor doskonałego podręcznika Balneoterapii, † w Oeynhansen, licząc lat 57.

GERMANN Fryderyk prof. nadzw. ginekologii w uniw. Lipskim, † w Marienbadzie w 58 roku życia.

PILECKI Jan, lekarz zdrojowy w Druskienikach, gdzie przez lat 37 praktykował i wielce się przyczynił do powodzenia tego zdrojowiska, † także d. 24 Września r. b. w 57 roku życia.

GURBSKI Kazimierz, wychowaniec uniw. Warszawskiego, wielce czynny współpracownik GAZETY LEKARSKIEJ, lekarz szpitala żydowskiego w Płocku, a ostatnio lekarz wojskowy w Bułgarii. odebrał sobie życie wystrzałem z rewolwera.

NEUFELD Ludwik, młodszy lekarz Mohylewskiego pułku, również wychowaniec uniw. Warszawskiego lat 33 liczący, odebrał sobie życie przez poderżnięcie gardła w kąpieli w Radomiu.

BIBLIJOGRAFIJA.

LEBLOND. *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique*. Paris 1878, str. 650, z 281 rysunkami. Cena rs. 5.

RAYMOND F. *Des dyspepsies*. Rozprawa konkursowa. Paris 1878, str. 155 z tablicą litografowaną i rysunkami w tekście, rs. 1 kop 80.

LEGRAND du SAULLE. *Les signes physiques des folies raisonnantes (Etat mental de Sandon)*. Paris 1878. rs. 1.

POLITZER Adam prof. *Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende*. Dwa tomy. Tom I z 106 drzeworytami. Stuttgart 1878.

ORTH prof. *Compendium der pathologisch-anatomischen Diagnostik nebst Anleitung zur Ausführung von Obduktionen*. Drugie zwiększone wydanie. Berlin 1878 rs. 6.

BUSCH, lek. sztabowy. *Grösse, Gewicht und Brustumfang von Soldaten. Studien ueber ihre Entwicklung und ihren Einfluss auf die militärische Tauglichkeit*. Z 6 drzeworytami. Berlin 1878 rs. 1 kop. 20.

OGŁOSZENIA.

O sztucznem żywieniu noworodków i niemowląt,
napisał dr. J. Sznabl.

Osobne odbicie z „MEDYCYNY”. Warszawa 1878 str. 54 z tablicą litografowaną
Sprzedaje się w naszej redakcyi po kop. 40.

ASSENIZACYJA MIAST

Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych.

Opracował dr. St. Markiewicz, z Soczewki.

Osobne odbicie z Dodatków do MEDYCYNY w r. z. i b. dołączanych. Warszawa 1878 str. 80 z 9-iu drzeworytami. Sprzedaje się w biurze redakcyi MEDYCYNY po kop. 50.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57