

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBYM
JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

I. Prace oryginalne.

1). O zgorzeli miazgi zębowej i jej leczeniu trójkrezolformaliną.

NAPISAŁA

ZOFJA FABIANÓWNA.

Leczenie zgorzeli miazgi zębowej jest jednym z najczęściej obecnie poruszanych tematów. Patologiczna ta sprawa, jak wiadomo, spotyka się w dwóch postaciach—zgorzeli suchej i wilgotnej. Sucha występuje rzadziej, znacznie częściej mamy do czynienia ze zgorzelą wilgotną. Tkanka miazgi zębowej ulega w wielu takich przypadkach rozpadowi guilnemu. Rozkładająca się stopniowo miazga zamienia się ostatecznie w miękki rozpad konsystencji śmietany.

Przy typowej zgorzeli powstaje miękka masa, zmieszana z ciałami białkowatymi w różnych stopniach rozkładu, z kwasami tłuszczowymi, białymi krwinkami i t. d. Wszystko to obfituje w różnorodne drobnoustroje i ich zarodniki. Miller wykrył przy zgorzeli miazgi swoisty drobnoustrój, nazwany przez niego *bacillus pyogenus pulpae*, Arkövy wyhodował inny swoisty t. z. *bacillus gangraenae pulpae*.

Zgorzel miazgi mogą, jak wiadomo, wywołać czynniki chemiczne, termiczne, mechaniczne. Może ona również powstać z przyczyn ogólnoustrojowych (zwapnienia naczyń, przymiotu, chorób zakaźnych

i t. d.) lub miejscowych: całkowitego zapalenia miazgi, obumarcia okostnej wyrostka zębodołowego, ropotoku zębodołowego, rozerwania naczyń przy wylocie korzeniowym naskutek urazu (np. uderzenia lub szybkiego obrotu przy regulacji). Prof. Mendel twierdzi, że zgorzel miazgi zębowej wywołują zaburzenia nerwowe. Zjawisko to, znane w medycynie ogólnej, w ostatnich czasach wyjaśnionem zostało dzięki pracom Raynaud'a, Viville'a i Lancereaux'a. Mendel twierdzi, że zgorzel pierwotna jest sprawą pochodzenia neuropatycznego, zależną od zaburzeń funkcji ośrodka naczynioruchowego w odpowiednim punkcie naskutek jakiegoś drażnienia patologicznego.

Harris, który widział wiele przypadków pierwotnej zgorzeli miazgi, zaznacza, że powstawała ona rzadko w pojedynczych zębach, zwykle spotykano ją w całym szeregu, najczęściej zaś w zębach jednej grupy. Pierwsze miejsce pod tym względem zajmują siekacze i kły—spróchniałe lub zdrowe.

Pierwotna zgorzel powstaje raptownie bez wszelkich objawów zapalnych, co utrudnia rozpoznanie jej, dopóki ząb nie ulegnie zabarwieniu, które bywa mniej lub więcej intensywne, zależnie od wieku pacjenta. U młodych osobników, kiedy miazga jest większą i obfituje w naczynia krwionośne, zabarwienie jest wyraźniejsze, u starców zaś z przyczyny zwapnienia miazgi—mniej znaczne.

Prócz zmienionej barwy, przy pierwotnej zgorzeli miazgi występować mogą powikłania ze strony dziąsła i zębodołu, o ile miazga została zakażoną. Charakterystycznym jest wtedy stały, silny ból, który potęguje się przy dotknięciu. Objawy te ułatwiają rozpoznanie zgorzeli miazgi w zębach nieuszkodzonych.

Co się tyczy chemizmu rozpadłej miazgi, to tu, jak w każdej innej tkance, mamy do czynienia ze związkami węgla, wodoru, tlenu, azotu, siarki i żelaza, wśród których odróżniamy azotowe t. z. proteidy i bezażotowe—węglowodany i tłuszcze. Rozpad miazgi przy współdziałaniu drobnoustrojów odbywa się drogą fermentacji i gnicia. Fermentacji ulegają węglowodany, związki zaś azotowe—gniciu. Amerykański dentysta Bukley pierwszy w r. 1904 zwrócił uwagę na chemizm rozpadłej miazgi. Najpierw drogą działania drobnoustrojów wytwarzają się z węglowodanów kwasy—węglany (H_2CO_3) i octowy (CH_3COOH). Powstałe środowisko sprzyja rozwojowi drobnoustrojów gnilnych i rozkładowi białka. Powstaje siarkowodór (H_2S), putrescyna

($C_4H_{12}N_2$) i dwa izomery—kadaweryna i neurydyna ($C_5H_{14}N_2$). Czysta neurydyna jest podług Vaughn'a i Novi'ego nietrująca, lecz traci tę własność przy zetknięciu z innymi produktami gnilnymi; to samo ma miejsce ze wszystkimi nietrującymi zasadami. Putrescyna i kadaweryna mogą podług Scheuerlen'a, Grawitz'a i innych, rozszczepiać się dalej, wytwarzając substancje, powodujące zapalenie i martwicę (nekrozę). Jako ostateczny produkt gnicia powstaje amoniak i jego pochodne. Siarka zawarta w białku łączy się z wodorem, tworząc siarkowodór — gaz o wstrętnej woni, zabarwiający zęb. Kwas węglany, amoniak i siarkowodór—te ostateczne produkty gazowe rozpadu miazgi—podnoszą ciśnienie w zamkniętej komorze i sprzyjają przedostawaniu się do otaczających tkanek szkodliwych produktów. Tłuszcze pozostają niezmiennymi i znajdują się między produktami gnilnymi. Być może, że drobnoustroje obojętne tłuszcze rozszczepiają na glicerynę i kwasy tłuszczowe. Dalszego rozkładu komponentów dotychczas zauważyć się nie udało.

Znając procesy, zachodzące w zgorzelowej miazdze, możemy stosować odpowiednie leczenie chemiczne. Należy mianowicie używać środków takich, które połączyłyby się z produktami rozkładu, tworząc związki nieszkodliwe. Temu celowi odpowiada formalina (40% wodny roztwór formaldehydu). Z amoniakiem tworzy ona ciało stałe, bezwonne o słodkawym smaku — *urotropinę* ($(CH_2)_6N_4$), inaczej zwaną forminą—chemicznie heksametylentetraminą; z siarkowodorem (H_2S) i ptomainami zasadowymi tworzy również bezwonne ciała. Z białkiem wchodzi bezpośrednio w związki, nie ulegające dalszemu rozkładowi.

Sprawa zachodząca przy zgorzeli miazgi może być przeprowadzoną doświadczalnie. Jeżeli wlać 3 cm. sz. formaliny do 5 cm. sz. stężonego roztworu amoniaku, utworzy się urotropina, stopniowo krystalizująca się w białą masę. Gdy będziemy przepuszczali przez pewien czas siarkowodór przez formalinę, przykra woń pierwszego zniknie, i otrzymamy prawdopodobnie alkohol metylowy i wolną siarkę. Wymienione własności formaliny stawiają ją w pierwszym rzędzie środków do leczenia zgorzeli miazgi. Praktyka jednak stwierdziła, że ma ona ujemne działanie uboczne w 2 kierunkach: drażni ozębną, wywołując toksyczne zapalenie, i pozostawia tłuszcze całkiem niezmiennione lub tylko słabo rozszczepione. Aby tego uniknąć, należa-

ło mieszać ją z takim preparatem, który paraliżowałby jej własności drażniące i dopełniałby jej działanie, wiążąc kwasy tłuszczowe w związki rozpuszczalne. Wspomniany wyżej Bukley zwrócił uwagę na *krezol*. Jestto homolog fenolu; otrzymuje się z węgla kamiennego przy suchej destylacji w gazowniach, jako uboczny produkt przy fabrykacji kwasu karbolowego; znajduje się również w smole (dziegciu), pędzonej z sosnowego i bukowego drzewa. Występuje on pod postacią 3 izomerów: para-, orto- i metakrezolu, które mogą być pojedynczo otrzymane drogą syntetyczną, lecz z trudnością można je wydobyć oddzielnie z fabrycznej mieszaniny, ponieważ mają zbliżony punkt topliwości (orto—188°C., meta—201°, para—198°). Dla celów chirurgicznych używany jest metakrezol, jako środek przeciwgnilny bardziej skuteczny, niż fenol, przytem 4 razy mniej trujący.

W dentystyce prawo obywatelstwa otrzymał *trójkrezol* (trikresol), czyli mieszanina wszystkich 3 izomerów. Jestto płyn przezroczysty o zapachu krezotolu; rozpuszcza się w wodzie 2-2,5% przy ciepłocie pokojowej, wrze przy 185—205°C; ciężar gatunkowy 1,042—1,043. W połączeniu z formaliną (trójkrezolformalina) Bukley pierwszy zaczął stosować do leczenia zgorzeli miazgi. Metoda Bukleya w zasadzie jest następująca. Ubytek zgorzelowego zęba oczyszczamy mechanicznie przy pomocy skrobaczki i świdra, komorę wymywamy i również możliwie oczyszczamy od mas rozpadowych. Następnie komorę rozszerzamy tak, aby dostęp do kanałów był widoczny; zawartość ostatnich wysuszamy ciepłem powietrzem. Szerokie kanały lekko oczyszczamy, wąskich nie ruszając wcale; następnie zakładamy watę zmoczoną w trójkrezolformalinie (2:1) na kanały, a gdzie można, to i w kanały. Zakładkę przykrywamy tamponem z waty i hermetycznie zamykamy cementem Fletcher'a lub gutaperką. Po kilku (2—4) dniach wyjmujemy zakładkę, często już zupełnie bez woni zgnilizny. Jeżeli zapach pozostał, powtarzamy opatrunki, dopóki ten całkowicie nie zniknie. Ubytek następnie po dokładnem ponownem oczyszczeniu wymywa się wyskokiem lub wodą utlenioną (Lartschneider), wysusza się ciepłem powietrzem, zakłada się pastę trójkrezolformalinową i plombę. Lartschneider, jeden z następców Bukley'a, który tę metodę stosował i opracował szczegółowo, zwraca mało uwagi na zawartość kanałów przy leczeniu trójkrezolformaliną. Jego badania dowiodły, że kanały po 1—2-krotnem tra-

ktowaniu formaliną są jałowe, a doświadczenia innych potwierdziły toż samo. On rozszerza wejście do kanałów i wciska w nie za pomocą hubki lub niewulkanizowanego kauczuku (można i waty) odpowiednią ilość pasty trójkrezolformalinowej. Ostatnią można przyrządzać każdorazowo świeżą, dolewając kilka kropel trójkrezolformaliny do rozrobionego cementu Fletcher'a. Scheuer przyrządza pastę podług następującego przepisu:

<i>Rp.</i> Zinci oxydati	8,0
Zinci sulf. anhyd.	2,0
Trikresoli	3,0
Formalini	1,0
Eugenoli	1,0
Glycerini q. s. ut fiat pasta.	

Po założeniu pasty ew. wypełnieniu kanałów przystępujemy na temże posiedzeniu do plombowania ubytku. Czasowe plomby przy leczeniu zgorzeli sposobem Bukley'a są zbyteczne. Praktyka notuje zawsze prawie dobre wyniki. Böhm zaznacza, że w przypadkach, gdy leczenie trójkrezolformaliną nie skutkowało, stwierdzano obecność na końcu korzenia twardego szarozółtego guzka, który przeszkadzał przedstawianiu się trójkrezolformaliny. Ostatnia oddaje znakomite usługi i przy leczeniu zgorzeli z zapaleniem ozębnej i przetoką. Po jednorazowym założeniu opatrunku ból znika, mniejsza a nawet i większa opuchlina zmniejsza się po kilkakrotnem zastosowaniu tego środka. O ile zebrała się już ropa, należy jej utworzyć ujście, a następnie prowadzić leczenie, jak przy zwykłej zgorzeli. Jeżeli mamy do leczenia przetokę, zakładamy trójkrezolformalinę do komory pod hermetycznym zamknięciem; gdy po 2—3 dniach zaczyna się ona zmniejszać, wprowadzamy lekarstwo do kanału, a po 2—3 dniach możemy ząb zaplombować (przetoka znika zwykle bez śladu).

Trójkrezolformalinę można stosować również po amputacji miazgi. Doświadczenie wykazuje, że miazga w kanale, poddana działaniu tego środka, zamienia się w suchą brunatną nitkę, wydzielającą charakterystyczny zapach lekarstwa. Łatwo to sprawdzić na zębach jednokanałowych.

Po amputacji miazgi należy założyć tampon z trójkrezolformaliną do komory (na krótko), następnie na temże posiedzeniu wypełnić komorę pastą, a po stwardnieniu ostatniej ząb zaplombować. Müller—

Stade podaje, że w 100 przypadkach leczonych w ten sposób nie skonstatował ani razu bólu.

Tak się przedstawia w głównych zarysach leczenie zgorzeli miazgi za pomocą trójkrezolformaliny, czyli t. z. sposób Bukley'a. Sposób ten, jak widzimy, jest bardzo prosty i wręcz przeciwny metodom, dotychczas stosowanym. Hermetyczne zamknięcie ubytku po możliwym wysuszeniu i zastosowaniu lekarstwa jest jego kardynalną zasadą, podczas gdy uprzednio wolne ujęcie dla wytwarzających się gazów było pierwszym warunkiem leczenia zgorzeli.

2). Kilka słów o dentystyce w starożytności.

NAPISAŁ

Dr. med. E. FRIEDLÄNDER (Drohobycz).

Zwyrodnienie zębów ludzkich, ze względu na odmienne niż dawniej warunki życia, stanowi objaw nowoczesny. Na 68 czaszek, znalezionych w starożytnych grobach Wielkiej Brytanji i pochodzących wedle wszelkiego prawdopodobieństwa z czasów przed Juljuszem Cezarem, stwierdzić można było tylko w 2 przypadkach próchnicę zębów. Wszystkie czaszki, pochodzące z czasów bardzo dawnych, rozmieszczone po różnych muzeach, udowadniają podziwienią godną symetrię łuków szczękowych i należyty prawidłowy rozwój trzecich trzonowców. Nie stwierdzono prawie nigdy próchnicy znaczniejszej, natomiast spotykano bardzo często mocno starte powierzchnie żujące, co przypisaćby może należało ówczesnemu sposobowi żywienia się, n. p. zbyt twardym, nienależycie spreparowanym i niedostatecznie zgotowanym pokarmom. Z historii medycyny dowiadujemy się, że Aesculapios, który żył w XIII stuleciu przed N. Chr., miał być pierwszym, który wyjmował zęby, a pisma Hippokratesa przekonywują nas, że w owym czasie t. j. w piątym wieku przed N. Chr. leczono już choroby zębów. Leczenie to polegało najprawdopodobniej tylko na usunięciu bolącego zęba. Zdaje się też, że wówczas wyjmowano jedynie zęby chwiejące się lub takie, które różnymi sposobami doprowadzono do rozchwiania, gdyż kleszcze przechowane w świątyni delfijskiej były zrobione z ołowiu, a takie prze-

cież nie mogły się nadawać do wyjmowania mocno siedzących zębów. Starożytni hebrajczycy również musieli mieć dobre, zdrowe zęby. Nieprawdopodobnem jest, by mieli oni mało cenić narząd zębowy i żeby nie było w starym testamencie wzmianki o chorych zębach i higienie tychże, gdyż przepisy higieniczne Mojżesza odnoszą się prawie do wszystkiego, co dotyczy zdrowia, pożywienia, odzieży, czystości ciała i t. d. A na innym miejscu Mojżesz wyraźnie głosi: „oko za oko, ząb za ząb i t. d. A jeżeli ktoś wybił ząb swemu niewolnikowi lub niewolnicy, to musi im za ten ząb udzielić wolności”.

I tak to ten wielki filozof, prawodawca, higienista i lekarz już przed tyloma tysiącami lat wiedział jak wielką wartość mają zdrowe i kompletne rzędy zębów, stawiał bowiem utratę zęba narówni z utratą oka. Egipcjanie mieli prawdopodobnie gorsze zęby, niż hebrajczycy, i dlatego też mieli już jakie takie pojęcie o leczeniu zębów, o czem świadczy ta okoliczność, że w grobie etruskim, pochodzącym prawdopodobnie z VIII stulecia p. Chr., znaleziono częściową dostawkę, składającą się z dwu sztucznie ze sobą złączonych górnych środkowych siekaczy, wyrzeźbionych misternie z kości jakiegoś zwierzęcia i trzymających się za pomocą złotych klamerek kłów i małych siekaczy. Wiadomo też, że bardzo często u egipcjan karano zbrodniarzy wyłamaniem jednego lub więcej przednich zębów. Ponieważ tedy brak zęba przedniego cechował zbrodniarza, możemy przypuszczać, że gdy jakiś egipcjanin z wyższych sfer stracił ząb przedni z powodu caries, starał się z pewnością zastąpić go sztucznym materiałem, brak ten możliwie łudzaco maskującym. Zęby takie musieli oni modelować z masy woskowej, drzewa, gliny lub lepszych jeszcze nieznanym nam materiałom. W grobie rzymskim, pochodzącym z IV stulecia, znaleziono szczękę, w której dwa dolne brakujące siekacze zastąpione były dwoma ludzkimi zębami, przymocowanymi za pomocą drobnych złotych łańcuszków do szyjek sąsiednich zębów. W Louvrze w Paryżu oglądać można część czaszki kobiety, w której dwa brakujące zęby zastąpiono zębami ludzkimi, przymocowanymi za pomocą drucików do istniejących jeszcze sąsiadów. Galenus, który żył w II stuleciu po N. Chr., znał już dobrze anatomję, a nawet patologję zębów, gdyż odróżniał już choroby zębów, zależne od miazgi, od chorób zębów zależnych od okostnej. Zaleca on też przy tych chorobach parę wodną, tudzież zatykanie ubytku kawałkiem wosku. Prócz

tego, zalecał wodę do ust i proszki. Wśród wykopalisk w Pompei znaleziono większą ilość narzędzi chirurgicznych do zębów, między nimi też kleszcze z dziobem wykrzywionym w kształcie dzioba sępa.

Wprawdzie już w starożytności istniały pewne przepisy o leczeniu chorych zębów, nie były atoli jeszcze zebrane i zestawione w jedno dzieło, a pierwsza obszerniejsza książka o zębach wyszła po raz pierwszy około r. 1530 w Lipsku pod tytułem: „Zahnarznei“, a w 27 lat później Franciscus Martinez napisał książkę: „Kurzes Gespräch über die Structur und wunderbare Konstruktion des Mundes“, ozdobioną obrazem patronki dentystyki, Św. Apolonji, która jako męczenniczka wiary dała sobie wyjmować ząb po zębie. Kanonizowano ją w Rzymie w r. 300 po N. Chr., a cierpiący na ból zębów modlili się do niej.

W starożytności powszechnie sądzono, nawet w kołach lekarskich, że przyczyną próchnicy i bólu zęba jest mały robaczek (przesąd ten do dziś rozpowszechniony jest u nas wśród ludu wiejskiego), dlatego uważano jako najlepszy środek przeciw niemu żegadło. Prof. Gall ogłosił niedawno, że na czaszce, wykopanej w pewnym mieście dawnych etrusków, znalazł ślady starożytnej techniki dentystycznej w postaci 4 złotych kapsli (koron); dwa zęby naturalne były przevlęczone pierścieniami złotymi w połączeniu z mostkiem. Udowadnia on nawet w obszernym artykule, referowanym w „British Medical Journal“, że te roboty pochodzą od starożytnych lekarzy etruskich. Oni też już dobrze zęby plombowali, a ówczesne roboty techniczne okazały się bardzo trwałe. Widać więc, że już długo przed grekami i ich osławioną cywilizacją dentystyka stała już na wysokim stopniu rozwoju. Deneffe zaznacza, że w muzeum uniwersytetu w Gent znajduje się dostawka, którą znaleziono w jednym grobie w Orvieto (Włochy) wraz z klejnotami i wazami etruskimi; wszystkie te razem znalezione rzeczy wskazują na 6000 — 7000 lat przed Chryst. Zęby złotem wypełnione znaleziono w grobach starożytnych greków. Belzoni, który miał sposobność badać liczne mumje, znalazł w niej jednej sztuczne zęby zrobione z drzewa figowego. W pierwszym wieku po N. Chr. noszenie sztucznych zębów lub nawet dostawek z kilkoma zębami było bardzo rozpowszechnionem, a satyryk Martial w jednym epigramacie radzi pewnej kobiecie, by na noc zdjęła tak zęby swoje, jak zdejmuje ubranie.

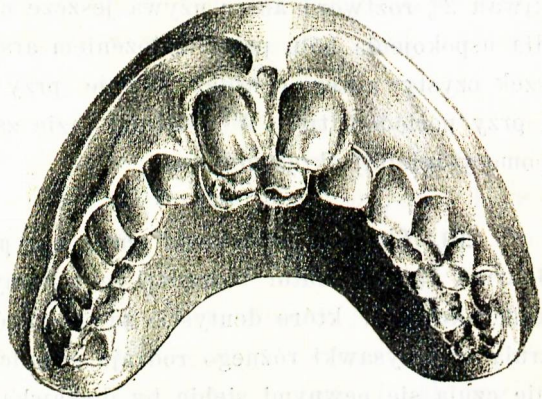
O zębach w wiekach średnich pomówimy w innym artykule.

II). Dział sprawozdawczy.

27). E. Weinschenker. Zęby nadliczbowe (Zeitschrift für Zahn-technik 12.07). Autor podaje dwa następujące przypadki:

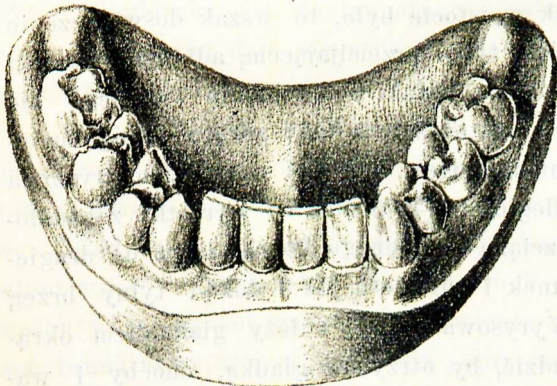
I. *Szczeka górna* (rys. 1). 21 letni b. silny mężczyzna. Zęby silnie rozwinięte (w obu szczękach). Stan ich był doskonały. Zębów mądrości jeszcze nie było.

W miejscu 2 środkowych siekaczy znajdowały się dwa zęby nadliczbowe z guzko-watemi koronami; pierwsza miała stożkowate wgłębienie, często napotykanne w takich zębach. Środkowe siekacze były mocno naprzód wysunięte, podnosiły górną wargę i szpecily wyraz twarzy. Zaproponowano pa-



Rys. 1.

cjentowi usunięcie zbytecznych zębów i wyregulowanie siekaczy za pomocą odpowiedniego przyrządu. Pacjent na to nie zgodził się, zażądał natomiast kategorycznie usunięcia siekaczy szpecących wyraz twarzy.



Rys. 2.

II. *Dolna szczeka* (rys. 2). Przypadek ten dotyczył 35-letniego mężczyzny, również dobrze zbudowanego i mającego dobrze rozwinięte szczęki i zęby; w dolnej szczęce po każdej stronie miał on 2 nadliczbowe dwuguzkowce, pochylone w stronę

języka. Pierwsze z nich miały typowy kształt *zębów dodatkowych*, drugie—t. z. *zębów czopkowatych* (Zapfenzähne).

28). Dr Euler. Novokaina i jej zastosowanie w dentystyce (Deutsche Zahnärztl. Wochenschrift XI.20). W dentystycznym instytucie w Heidelbergu novokaina używana jest z dobrym wynikiem, przyczem roztwór musi być każdorazowo świeżo przyrządzany. Ażeby za każdym razem mieć świeży roztwór, należy używać tabletek. Każda taka tabletką zawiera: novocaini 0,02, suprarénini borici. 0,0001. ($=1\frac{3}{4}$ jednej kropli 1‰ roztworu) i 0,009 natrii chlorati. Oprócz wstrzykiwań 2‰ roztworu autor używa jeszcze czystego proszku novokainy dla uspokojenia bólu przed założeniem arszeniku przy pulpitis. Proszek czysty autor również stosuje przy bólach po wyjęciu zęba i przy periodontitis. W ostatnim razie zakłada nieco proszku przy pomocy igielki, okróconej watą.

Wł. Zieliński.

29). Simpson. Dostawki górne bez przysawek (Western Dental Journal 1907). Autor twierdzi, że wykonywanie górnych dostawek kauczukowych, które dentyści ze szczególnem zamięłowaniem zaopatrują w przysawki różnego rodzaju, świadczy o tem, że ci zawodowcy nie czują się pewnymi siebie, by dostawka taka bez tychże wogóle mogła dobrze siedzieć. Z drugiej strony górne dostawki kauczukowe z przysawkami najczęściej pękają w samym środku, właśnie w miejscu przysawki. Dentyści przypuszczają, że taka przysawka tworzy próżnię (vacuum), która przyczynia się do większego przyciągania dostawki. Jeżeliby nawet tak w istocie było, to wszak doświadczenie uczy nas, że przyciąganie jest tylko przemijającym; adhezja dostawki jest dopóty dobra, dopóki miękkie tkanki podniebienia twardego nie wciągnęły się w tę próżnię. Autor zaleca tedy gorąco swoją metodę: ostrym nożykiem lub innem ostrem jakimś narzędziem wyrzyna na modelu gipsowym w odległości 5 — 6 mm. od wyrostka zębodołowego rynienkę, która się rozciąga od jednego końca tegoż do drugiego. Linja ta określa kierunek i odległość, jak i dokąd tylny brzeg dostawki sięgać będzie. Wyrysowaną linję należy gładzidłem okrągłym (Kugelpolierer) wygładzić, by otrzymać gładką, choćby i wąziutką bruzdę, podług której powstaje na płycie półokrągła krawędź. Ostatnia jest o wiele więcej użyteczniejszą, aniżeli różne przysawki przez fabrykantów i wynalazców wychwalane.

Dr. Friedländer (Drohobycz).

30). Dr Kirk. Chemiczne przyczyny zmiany barwy i ściemnienia zębów oraz sposoby usunięcia nienormalnego zabarwienia. (Z-che Ref. 2.07). Autor jest przeciwnikiem ścinania zabarwionych lub ściemnionych koron, celem zastąpienia ich koronami złotymi lub mostkami.

Już przed 60 laty różni autorzy zwrócili uwagę, że u ludzi przy gwałtownej śmierci wskutek utonięcia lub uduszenia i u zwierząt wskutek silnego uderzenia w czaszkę—zęby stają się czerwonymi. To samo zjawisko zauważono i przy zastosowaniu pasty arsenikowej, a nawet kokainy lub innych środków znieczulających. Obecnie wiadomem jest, że kanaliki zębinowe są tak wąskie, iż czerwone krwinki nie mogą przeniknąć; również wiadomem jest, że zębina nie posiada naczyń krwionośnych. Jednocześnie wyjaśnionem zostało, że przytoczone wyżej przyczyny mogą zniszczyć krwinki, przyczem barwnikowa substancja krwi ulega rozpuszczeniu w jej surowicy. Ten właśnie roztwór hemoglobiny przedostaje się do kanalików i zabarwia ząb na różowo; dalszy zaś rozkład hemoglobiny jest przyczyną następnych zmian w barwie zęba. Hemoglobina rozpada się na hematynę, heminę, hemaglinę i t. d. Stosownie do tego i ząb przyjmuje odcień brunatnawy, żółty, niebiesko-szary, a nawet czarny; nie znaczy to jednak, że ząb musi stopniowo przejść wszystkie okresy zmiany barwy; często rozkład wstrzymuje się, dalej nie postępuje, szczególnie, gdy ząb jest zaplombowany podczas jednego z tych okresów. Wiadomem jest, że brunatnawe zabarwienie jest najuporczywsze; najłatwiej daje się usunąć zabarwienie czerwone; barwy—niebieskawa i szarawa nie są trwałe.

Gdy zmoczymy skrawek bibuły w hemoglobinie, będziemy mieli przed sobą analogję pierwszego okresu zabarwienia; dodawszy jakiegobądź kwasu, natychmiast otrzymamy brunatną hematynową barwę. Stąd wniosek, że odbarwiając ząb barwy czerwonej, nie powinniśmy w żadnym razie stosować środków, mających kwaśne właściwości; w ten sposób zamiast odbarwienia zęba, zabarwimy go na odcień brunatnawy, więcej stały, niż poprzedni. Woda utleniona w tych razach nie powinna być stosowaną, wobec jej kwaśnego odczynu. Najlepiej stosować dwutlenek sodu (Natriumdioxyd). Preparat ten, o ile jest czysty, bardzo prędko odbarwia hematynowe zabarwienie. Zawierając żelazo czerwoną hemoglobinę można przeisto-

czyć w bezbarwne połączenie różnymi sposobami, lecz produkty rozkładowe nie dają się odbarwiać; należy je usuwać kilkakrotnem przemywaniem gorącą wodą lub też izolować (zaplombować) od dostępu wilgoci, aby zupełnie upewnić się co do dalszego przeistaczania się produktów rozkładu, które dawałyby nowe zabarwienie. Do odbarwiania zmian hematynowych często używanym jest chlor. Dobre wyniki osiągnąć można tylko wtedy, gdy nie będziemy posługiwali się stalowymi, a zwłaszcza złotymi lub platynowymi narzędziami, gdyż te metale w połączeniu z chlorem dają bardzo łatwo rozpuszczalne połączenia barwnikowe, przenikające w tkankę zęba. Chlor doskonale odbarwia zęby, zabarwione metalowymi tlenkami (amalgamaty); jednakże powstające przy tem chloridy znów bardzo łatwo się zabarwiają, o ile ich z zęba nie usunąć zupełnie drogą przemywania.

N. Neufeld.

31). Prof. Guérard. Tic convulsif (nerwoból twarzy) jako następstwo mechanicznego starcia zębów (L'art dentaire 1907). Pacjent 70-letni, z przyczyny nerwobólu, potęgującego się zawsze po nocach, cierpiał na bezsenność. Gdy wszelkie zabiegi lekarskie, jak różne nervina, narcotica, wstrzykiwania w nerw twarzowy, elektryzowanie i t. d., okazały się bezskutecznymi, za poradą lekarzy udał się do autora, prof. dentystyki w Paryżu. Ten stwierdził u pacjenta w tak podeszłym wieku dwa rzędy zębów zupełnie zdrowych, mocno jeszcze w zębodołach siedzących, natomiast starcie (abrasio) miało miejsce na górnym i dolnym prawym siekaczu; na kłach z obu stron i dwuguzkowcach z obu stron starcie, pochodzące od używania fajki. Pacjentowi zdawało się, że owe bóle i napady neuralgiczne pochodziły z dolnych środkowych siekaczy, a niekiedy z górnego trzonowca. Dokładne zbadanie wykazało, że najbardziej oddziaływała na ciepło miazga dolnego siekacza bocznego. Autor wywiercił tedy ten ząb, dewitalizował miazgę arsenikiem, poczem po trzech dniach całkiem usunął ją. Już wkrótce po uśmierceniu miazgi nerwobóle znikły, po wypełnieniu korzenia bóle więcej już nie wznowiły się. Wiadomo, że abrasio dentis stanowi proces patologiczny zwolna naprzód postępujący, przy którym miazga wytwarza ustawicznie zastępczą zębinę (Ersatzdentin). Przypuszczać tedy należy, że u wspomnianego wyżej zęba abrasio posunęło się szybciej, niż miazga była w stanie

w tym czasie wytworzyć tyle nowej zębiny, by takowa mogła uchronić ząb od mechanicznych i termicznych bodźców.

Dr. Friedländer (Drohobycz).

32). Lederer. O nowej metodzie znieczulania (Prager medic. Wochschr., Now. lekarskie 11.07). Autor podaje nową metodę znieczulania w dentystyce; polega ona na tem, że wprowadza się tamponiki, maczane w 10% roztworze kokainy, przy pomocy wziernika pomiędzy przegrodę nosową a muszlę dolną. Po upływie 15—20 minut rozpoczyna się znieczulenie w okolicy dołka nosowego (fossa nasalis) dotyczącej strony oraz przednich zębów; po 30 minutach znieczulenie jest zupełne; po $\frac{3}{4}$ godziny zaś już powoli słabnie; w tym to okresie można bezboleśnie wykonać rozmaite rękoczynny na zębach i dziąsłach, jak wyczyszczenie ubytków, zabiegi na korzeniach, ekstrakcje. Autor mimo licznych doświadczeń nie widział żadnych objawów otrucia; zaletą tej metody jest również i to, że miazga zębowa wcale nie cierpi, jak przy wstrzykiwaniach mieszaniny, składającej się z kokainy i adrenaliny.

H.

33). Kaiser. Przypadek wrodzonego braku zupełnego zębów stałych (Deutsche Zahnärztl. Wochenschrift 45. 07). Rozejrzawszy się w literaturze, traktującej o temacie powyższym, autor przechodzi do opisanego nader ciekawego przypadku. Pacjent, mający 25 lat, posiadał w górnej szczęce tylko 5 oddzielnie stojących mlecznych zębów, w dolnej—nie było ani jednego. Stałych zębów nie miał wcale; brakujące mleczne stracił wcześniej. Szpeciło to znacznie wyraz twarzy, która miała skośną formę. Po urodzeniu się ważył tylko 4 kilo; nie miał paznokci u rąk i nóg. Rodzice byli podobno zdrowi; ciąża matki była prawidłową. Dziecko rozwijało się w pierwszych latach b. słabo, w drugim roku życia chorowało na odrę i koklusz, w ósmym—na dyfteryt, poszczególnych chorób kości szczękowych nie przechodziło. Podobnego przypadku w rodzinie pacjenta nie notowano. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazało brak zaczątków zębów stałych.

Z. F.

34). Roberson W. A. Nerwice odruchowe (Dental Review 1907. Le Progrès dentaire I.1907). Nerwice odruchowe mogą być powodowane uszkodzeniem zębów lub przyczynami ogólnoustrojowymi. W pierwszym przypadku wywołują najczęściej otalgję, przyczem dolne zęby odgrywają większą rolę, niż górne. Autor podaje przypadek otalgji

naskutek zębiniaka (dentikiel) w dolnym zębie mądrości; zniknął on po usunięciu miazgi. Uszkodzenia zębów mogą wywołać porażenie nerwu twarzowego, również szczękocisk, dalej objawy odruchowe w oczach. Zjawiska odwrotne, gdy choroby ustrojowe wywołują ból zębów, autor ilustruje przykładami. Na pierwszym miejscu stawia on choroby przewodu pokarmowego z tyfusem na czele. Związek, zachodzący między funkcjami fizjologicznymi u kobiet (menstruacja, ciąża, porody) a bólem zębów, jest wiadomy. *Z. F.*

35). Zęby dzieci szkół elementarnych. (The British Journal of Dental Science, III 1907, Berl. Z-che Halb-m-ft, 13.1907). Dr. Hunter na 100 dzieci stwierdził, że tylko dwoje używało szczoteczki do zębów, a na 6000—dwoje, które korzystały z pomocy dentysty. Z tego rodzaju spostrzeżeniami spotykamy się we wszystkich krajach. Wallis zwrócił uwagę na fakt, że zęby stałe ulegają próchnicy już w ciągu pierwszych dwóch lat swego istnienia, że zatem należałoby mieć je pod obserwacją od początku ich wyrzynania się. Na obniżenie odsetek dzieci z zepsutymi zębami wpływa znakomicie stosowanie szczotki do zębów. Badania D-ra Huntera dowiodły, że zakaźne komplikacje (szkarlatyna, ropne zapalenie środkowego ucha i zapalenie zgorzelowe) mają cięższy przebieg u dzieci z zaniedbaną jamą ustną. Niedostateczne pielęgnowanie zębów wpływa ujemnie na rozwój i wzrost dzieci. Małokrwistość i przewlekłe cierpienia przewodu pokarmowego są, zdaniem D-ra Kerr'a, wynikiem źle utrzymanych zębów. Ostatnie zwiększają procent przypadków śmiertelnych w chorobach zakaźnych (szkarlatyna, błonica i odra).

Niedbałość pod względem pielęgnowania jamy ustnej jest również powodem u młodzieży nieznacznej odporności ustroju, przejawiającej się w walce o byt. Obowiązkiem zwierzchników jest rozpowszechnianie środków higienicznych. Postęp jednak w tym kierunku każe na siebie długo czekać. *Z. F.*

36). M. Charézieux. Dlaczego murzyni mają wybitnie białe zęby. (Le Progrès Dentaire I. 1907, Berliner Zahnärztl. Halb-m-ft, VII 1907). Powszechnie panuje przekonanie, że zęby murzynów mniej ulegają próchnicy, niż zęby ras białych. Aby uzasadnić ten pogląd naukowo, autor przeprowadził w Sudanie badania równoległe między rasami czarnymi a miejscowymi białymi (maurami, arabami). Doszedł on do wniosku, że odporność murzynów przeciw próchnicy jest mniejsza,

niż można sądzić. Białość ich zębów, która wprost bije w oczy, jest zdaniem jego wynikiem starannego pielęgnowania zębów; nie bez widocznego wpływu jest różnica między barwą skóry a zębami. U 60% badanych osób autor stwierdził obecność w ustach kamienia nazębnego, próchnicę w rozmaitych stopniach i znaczne rozpulchnienie dziąseł. Ślina stale miewała odczyn kwaśny; wyraźnie kwaśny odczyn stwierdzono u osobników ze zdrowymi zębami, słabo kwaśny — u tych, którzy mieli zęby spróchniałe. Stała obecność kwasu w ślinie jest, zdaje się, wynikiem ciągłego żucia orzecha kola, zawierającego znaczną ilość kwasu garbnikowego. Godnym uwagi jest fakt, że murzyni, zarówno mężczyźni jak i kobiety, czyszczą zęby miękkim drzewem. Improwizowaną taką szczotkę robią w ten sposób, że kawałek miękkiego drzewa rozłupują lub rozgryzają na jednym końcu. Zęby przednie, jako najbardziej dostępne i najlepiej czyszczone, prawie wcale nie ulegają próchnicy. Do zachowania zębów murzynów w dobrym stanie przyczyniają się również ich pokarmy i woda do picia. Używają pokarmów przeważnie roślinnych (ryżu i prosa), mięsa zaś tylko wyjątkowo. Fermentacja zatem jest minimalna. Niema rozpadu resztek mięsnych, lub też jest on bardzo nieznaczny. Woda studzienna, jak wykazało badanie, zawiera w okolicach Tombontu dużo związków magnezjowych.

Dzięki tym 3 czynnikom: higienicznemu przyzwyczajeniu, rodzajowi pokarmów i własnościom wody do picia, murzyni mają zdrowe zęby.

Z. F.

37). L. Chompret. Przypadek czarnego języka. (La Revue de Stomatologie II,07). M. P., lat 25 zgłosił się do szpitala w październiku 1906 r., prosząc o wyjęcie trzonowca. Przy oględzinach jamy ustnej skonstatowano t. z. czarny język. P. z zawodu mechanik, amator wina, był zdrowy i pochodził ze zdrowej rodziny. Ojciec jego leczył się w ostatnich czasach elektrycznością, aby się pozbyć znacznych obrzmień na szyi. P. był operowany z przyczyny cierpienia szyjnych gruczołów chłonnych; 4 miesiące przed zgłoszeniem się zachorował na zapalenie płuc; choroba ta pozostała, zdaje się, zupełnie bez wpływu na stan języka. Zmiany na języku datują się od 2 lat; rozpoczęły się one w tylnej części jako mały czarnawy punkt, który pacjent przypadkowo zauważył. Punkt ten rozszerzał się stopniowo ku przodowi i zajął cały język; pozostały wolne tylko boki i część

leżąca poza brodawkami okolonemi (*papillae circumvallatae*). Język miał barwę brudnobrązową, ciemniejszą ku przodowi. Przy bliższym rozpatrzeniu okazało się, że w miejscach nienormalnego zabarwienia język był usiany stwardniałymi ciążkami i pokryty kosmatą warstwą, tem czarniejszą, im brodawki nitkowate (*pap. filiform.*) były większe. Ostatnie nie stały prosto, lecz były splątane, jak kłosa po burzy. Istniał więc tu przerost brodawek nitkowatych. Powłoka barwna, którą tworzyły brodawki, przylegała bardzo mocno do języka; można było ją usunąć tylko zapomocą skrobaczki, zetrzeć jej nie można było. Po zeszkobaniu zauważono śluzówkę normalnie różową, usianą czerwonymi kropkami. Skrobanie było bezbolesne. Wogóle choroba nie pociągała za sobą dolegliwości; pozostawała bez wpływu na smak i wydzielanie śliny. Pomimo, że pacjent lubiał wino, nigdy nie cierpiał na przewód trawienny. Odruchy i wrażliwość P. były normalne; ani razu nie chorował na neuralgię twarzy lub inne zaburzenia nerwowe.

Przypadek przytoczony nie wyświetla nam zupełnie etiologii choroby. Nie odpowiada on wcale typowi opisanemu przez Gaston'a przy którym widoczny był bezpośredni związek między stanem chorobliwym przewodu pokarmowego a rozrostem nabłonka języka. Charpy (1904) wskazuje na wpływ, jaki wywiera nerwoból nerwu trójdzielnego na powstawanie czarnego języka; zwraca on uwagę na doniosłość tego nerwu w sprawie odżywiania.

Co to jest właściwie czarny język? Jestto choroba, która ma za podstawę zrogowacenie drugorzędnych włókien brodawek nitkowatych. A co może powodować to zrogowacenie? Istnieją w tym przedmiocie dwie teorie, pasorzytnicza i troficzna. Opisano zarodniki (*glossophyles*) i grzybki (*saccharomyces linguae papillosae*), które mają niby wywoływać opisane cierpienie. Niektórzy badacze pasorzytów tych nie spotykali, wyhodowane zaś nie powodowały wspomnianej choroby. Teorię troficzną popierają Wallerand (1890), Surmont (1890) i Boucher (1903). Ten ostatni na zasadzie badań histologicznych, dochodzi do wniosków, że mamy tu do czynienia, dzięki gęstej siatce naczyń krwionośnych, ze zbyt obfitem odżywianiem elementów nabłonkowych, a tem samem i wydłużeniem włókien brodawek.

Chodzi tu zapewne o zaburzenia w odżywianiu. Lecz jakie? Miejmy nadzieję, że przyszłość tę ciemną sprawę wyświetli.

Z. Fab.

38). L. Bigaignon. Przypadek promienicy. (L'Odontologie 8.07, Berliner Zahnärztl. Halbmonat 16.07). W maju 1900 roku zgłosił się do autora pacjent, człowiek słabowity, lecz jak okazało się przy badaniu, nie cierpiący ani na gruźlicę, ani na przymiot. Miał on na zuchwie opuchlinę wielkości orzecha laskowego, leczoną bezskutecznie w ciągu roku różnymi maściami. Raptowne powiększenie się opuchliny zmusiło pacjenta do zwrócenia się do lekarza. Oględziny wykazały: podbródkowo-policzkowa część twarzy była spuchnięta, skóra była czerwono-siną i zrosniętą z kością; w 2 miejscach widoczne były przetoki z podwyższonymi ujściami; ucisk był bezbolesny; z przetok wydzielala się gęsta, ziarnkowata ropa, w której pod drobnowidzem stwierdzono swoiste ziarnka promienicy. W jamie ustnej sterczały 2 pnie dwuguzkowców; dziąsło było rozluźnione, brzeg zropiały. Pnie usunięto i zastosowano przemywanie. Płyn wylewał się nazewnątrż przez ujścia przetok i wskazywał w ten sposób na połączenie między przetokami i zębodołami. Autor zalecił jodek potasu 3 g. *pro die*, lecz nie było polepszenia, jak również i przy 4 g. *pro die*. Dopiero przy zwiększeniu dawki do 5 g. nastąpiła po 8 dniach lekka ulga, poczem stosowano 6 g. *pro die* w przeciągu 2 tygodni. Wówczas opuchlina zmniejszyła się o czwartą część pierwotnej swej wielkości, skóra powoli powróciła do pierwotnej barwy; przetoki zniknęły, a na ich miejscu pozostały wgłębienia. Pomimo dalszego stosowania 6 g. *pro die*, utworzyła się nowa przetoka obok jednej z dawniejszych. Dawki zmniejszono do 3 g., ponieważ pacjent osłabł; następnie kurację przerwano na 4 tygodnie, aby pacjent powrócił do sił. Po tym czasie autor zalecił znowu jodek potasu aż do 6 g. *pro die* ze stopniowem zmniejszeniem do 2 gm. Opuchlina była jeszcze duża, jak orzech i twarda, skóra uległa zaczerwienieniu, była słabo ruchomą, z przetoki dotychczas otwartej wydzielal się od czasu do czasu płyn. Pacjent przyjmował po 5 kropel jodpeptonu, 3 razy dziennie. Naskutek pomyślnego wyniku dawkę powiększono do 10, a następnie do 15 kropli, a po 4-tygodniowem stosowaniu tego środka nastąpiło całkowite wyleczenie. Opuchlina znikła, skóra powróciła do normalnej barwy i była ruchomą, chociaż pozostały bliznowate brzódy i miejsca zrosnięte z podłożem, gdzie dawniej były przetoki.

Z. F.

39). Hegner. Przypadek promienicy. (Schweiz. Vierteljahrsschrift f. Z-de 3.07, Berl. Zahnärstl. Halbmonatsschrift 16.07). Pacjentka, zdrowa 19-letnia dziewczyna, narzekała na stały tępy ból w okolicy wierzchołków bardzo zniszczonych M_1 i M_2 . Zewnętrzna powierzchnia zuchwy aż do kąta zuchwowego była cokolwiek opuchnięta. Zęby były bardzo spróchniałe, miazga rozpadła. Ponieważ pacjentka nie zgodziła się na wyjęcie zębów, przystąpiono do leczenia korzeni; po kilku dniach bóle i opuchlina powiększyły się; ostatnia stała się twardą, była wielkości jaja skóra zaczerwieniła się. Bóle następnie przycichły, gorączka trwała. Na usuniętych zębach ozębna była znacznie rozrośniętą, z zębodołów wydzielano się stosunkowo niewiele ropy. Bóle wkrótce znowu wzmogły się, opuchlina przeszła na szyję. Lekarz domowy rozpoznał zakażenie ropne, inny zakażenie rany po wyjęciu zębów. Stan chorej coraz pogarszał się. Wystąpiły objawy ogólne: gorączka, bóle głowy, ocieężałość, osłabiona działalność serca. Pacjentkę przewieziono do kliniki, gdzie rozpoznano septycemię naskutek ropnego zakażenia lub zanieczyszczenia rany i martwicę zuchwy. Ropę zbadano pod drobnowidzem; stwierdzono obecność grzybka promienicy. Z. F.

40). Neustätter. Stan uzębienia u dzieci szkół ludowych angielskich. Hunter wśród tysiąca dzieci znalazł tylko dwoje, które używały szczoteczki do zębów. Rowntree zaznacza, że niektóre starsze dzieci chwaliły się tem, iż w niedzielę czyszczą zęby szczoteczką; z liczby 6000 dzieci tylko dwoje musiało się uciekać koniecznie do pomocy lekarskiej z powodu cierpienia zębów. Wallis stwierdził u 245 dzieci, że średnio każde miało 3,9 złych zębów mlecznych, a 2,8 złych zębów stałych; 9,3% dzieci miały ropnie alweolarne lub przetoki; większość stałych zębów w dwa lata po wyrżnięciu się była zepsuta; tylko troje dzieci regularnie używało szczoteczki do zębów, i te były wolne od cierpienia zębów. Davies zaś przy badaniu dwóch szkół, z których do jednej uczęszczały dzieci lepiej sytuowane, a do drugiej—biedniejsze, u pierwszych znalazł zęby gorsze, niż u drugich, choć czystość utrzymania zębów w obu grupach była prawie jednakowa. W Halifax, według urzędowej statystyki, 95% wszystkich dzieci posiada zęby spróchniałe. O pogorszeniu się stanu uzębienia wśród ludności możemy wnosić z tego, że z 1000 rekrutów w roku 1902 odrzucono z przyczyny zepsutych zębów 40,26; w roku

1903—63,26; w r. 1904—70,61, a w r. 1905—72,32. (Soz. Med. u. Hyg. № 4, 1907, Zdrowie 11.1907). H.

40). Herz. Zapalenie okostnej w górnej bezzębnej szczęce. (Wiener klinisch-therapeut. Wochenschrift. Lw. Tyg. lek. 46 1907). Kobieta, zmuszona używać górnej dostawki, nie mogła z niej korzystać z powodu silnego bólu po prawej stronie w górnej szczęce. Szczęka ta była całkowicie pozbawiona zębów, a w miejscu odpowiadającym brzegowi dostawki nad siekaczem była opuchniętą. Mimo, że dostawkę należycie spiłowano, zgłosiła się pacjentka po krótkim czasie znowu, narzekając na świeże bóle i znaczne opuchnięcie prawego policzka. W miejscu odpowiadającym prawemu kłowi skonstatowano uwypuklenie, z którego przy ucisku wydobywała się ropa, a zgłębnikiem stwierdzono twarde chropowate ciało. Mogło tu chodzić albo o martwak traumatyczny szczęki górnej, albo o ciało obce, albo o odłamany korzeń, albo nareszcie o ząb tamże zatrzymany z zapaleniem ozębnej. W istocie zaszedł tu przypadek ostatni. Po cięciu, dokonaniem w kierunku do kości podłużnem, kleszczami rezekcyjnymi wydobyto kawałek kości szczękowej, przyczem ujawnił się ząb, który usunięto. Był to kieł na 2 cm. długi i należycie rozwinięty.

H.

41). Dr. Fr. Chłapowski. Co wiemy o ślinie? (Nowiny lekarskie 4,5—1907). Ślinianki od samego początku badań ścisłych stały się przedmiotem poszukiwań fizjologicznych. W nich to pierwszy K. Ludwig stwierdził zależność wydzielania od systemu nerwowego, a ważny przyczynek do unerwienia gruczołków ślinnych podał Beck. Mimo studjów klasycznych na polu fizjologii, nie oceniano należycie znaczenia śliny, skoro jej przypisywano czynność przeważnie tylko mechaniczną przy żuciu. Prace Hensay'a, Daubera oraz Millera upewniły nas o rozpuszczaniu krochmalu w żołądku za pomocą połączonej śliny. Wprawdzie już dawniej wiedziano, że ślina pomaga trawieniu w żołądku. Przekonano się, że sama alkaliczność śliny normalnej nie jest bez wpływu na przebieg żołądkowego trawienia. Wiadomo, że normalna ślina zawiera stale rodan potasu. Powstawanie rodanu, które nie tylko śliniankom, lecz i innym narządom jest właściwe, odbywa się w gruczołach ślinowych pod wpływem włókien nerwowych z mózgu idących. Treupel, Edinger, Schlegel nie mogli się przekonać, by rodan potasu w ślinie działał bakterjobójczo. Za

to związki rodanowodoru z organicznymi zasadami (aminami), które prawdopodobnie tworzą się w organizmie, mają silne działanie prątkobójcze (Edinger). Amoniak znajduje się w ślinie, w postaci soli amonowych (ClNH_3) i $(\text{NH}_3)_2\text{CO}_2$. Po obiedzie amoniak ze śliny znika. Baccardui, Mrano i Pignatti przekonali się o trującym działaniu na króliki zastrzykiwań śródżylnych ludzkiej przecedzonej śliny. Czasami znajduje się w ślinie siarkowodor (SH_2). Resztki potraw białkowych, rozkładając się w ustach, mogą także wytwarzać siarkowodor, absorbowany po części przez ślinę. Przy otruciach rtęciowych stomatitis ulcerosa jest następstwem skrzepów w najmniejszych naczyniach skutkiem strącenia soli rtęciowej przez siarkowodor. Odczyn śliny w przebiegu niektórych chorób ulega zmianie; kwaśna ślina w przebiegu zapalenia nerek, przy wrzodzie żołądka, krupowym zapaleniu płuc może wskazywać na pewne komplikacje, a w przebiegu gruźlicy płuc daje rokowanie wręcz niepomysłne. W mniej niepomysłnych przypadkach suchot i anemji, przy wrzodzie żołądka ślina może oddziaływać nawet alkalicznie, natomiast w błednicy, również przy raku żołądka ślina jest kwaśna. U diabetyków z chwilą wystąpienia śpiączki znika alkaliczność śliny i znajdowanie w niej rodanu potasu; przy ostrych chorobach zakaźnych rodan znika lub zmniejsza się bardzo znacznie. Brak rodanu w ślinie, jako skutek niedostatecznego odżywiania, towarzyszy wielu chorobom ogólnym. Wzmóżony amoniak znajdujemy przy zapaleniach nerek, w świeżych przypadkach wrzodu żołądkowego. Przy nephritis wzmóżonem jest białko w ślinie. Bouchleron i Noorden spostrzegli i kwas moczowy w ślinie uremicznych. Cukier w ślinie u diabetyków zauważył Flechse. Brak śliny (oligosialie) zdarza się w charłactwie, przy ciągłych utratkach płynów ustroju w silnej gorączce, przy cukrzycy i diabetes insipidus. Niektóre alkaloidy zmniejszają wydzielanie śliny (atropina). Ślinotok powstaje skutkiem podrażnienia nerwów smaku i dotyku w ustach, przy różnych chorobach i przy wzmóżonej pobudliwości ośrodków odnośnych (nerwice funkcjonalne). Ślinotok jest częstszy przy niektórych cierpieniach żołądka i przy wewnętrzniakach w kiszkiach. Zmiany w narządach rodnych (ciąża) mogą również wywołać ślinotok. Prócz cierpień jamy ustnej najczęstszą przyczyną ślinotoku są cierpienia żołądka, zwłaszcza z przebiegiem bolesnym. Wiadomem jest oddawna, że rany jamy ustnej goją się łatwo, że mo-

zna śmiało szwem zamykać rany języka, warg, policzka i że złamania szczęki dolnej, choć otwarte, rzadko tylko alegają zakażeniu, aczkolwiek w jamie ustnej nie brak chorobotwórczych drobnoustrojów. Widocznie żyjątka te wstrzymane są przez czynniki przeszkadzające rozmnażaniu się i jadowitości ich. Wiadomo, że we krwi i w wydzielinie gruczołów różnych są substancje, ochraniające ustrój od niebezpieczeństwa grożącego ze strony drobnoustrojów. Badania, oparte na teorii prątkobójczej własności wydzielin gruczołów, nie wykluczają jednak możliwości przewagi sprawy infekcyjnej ponad tą samochroną natury. Pierwsze badania nad wpływem śliny na drobnoustroje dokonał w r. 1891 Sanareli, później zajęli się tą sprawą Huggenschmidt, Triolo i Mecznikow. W innym kierunku badań pracowali Edinger, Martinelli, Arloing, którzy osądzali bakterjobójczą własność śliny na podstawie chemicznej. M. Nencki z panią Sieberową i S. Szymanowski zajmowali się także wpływem śliny na trujące produkty wydzielania drobnoustrojów (toksyny) w ślinie. Inni znowu badacze (Grawitz, Steffen, Wyżnikiewicz pod Nenckim, dalej G. Meyer, Kurt i t. d.) używali śliny lub wyciągu ze ślinianek jako dodatku do podłoża dla drobnoustrojów, celem przekonania się o ile to będzie przeszkadzało rozwojowi tychże. Stwierdzone zostały dwa fakty o rezultatach niezupełnie zgodnych: 1) jadowitość pneumokoków w ślinie lub na podłożu zawierającym ślinę zmniejszała się pomimo wzrostu ilości pneumokoków; 2) fermenty trawienne niszczą działanie ich toksyn. Czy sama ślina posiada bakterjobójcze własności, o ile te mają znaczenie w uchronieniu od infekcji i które to ślinianki szczególnie skuteczną pod tym względem ślinę wydzielają—na to dotychczas niema zgodnej odpowiedzi. Doświadczenia nad działaniem śliny na drobnoustroje dokonywano *in vitro*, co oczywiście nie odpowiada zupełnie stosunkom naturalnym, wiadomo bowiem, że w pysku (ustach) ciągle regeneruje się ślina, i że u człowieka ilość wydzielonej na dobę śliny wynosi 1—2 kg. (wedle Riddera i Schmidta). Przy doświadczeniach w próbowce pomija się zupełnie moment mechaniczny, mający wielkie znaczenie, gdyż w ustach ciągle się zmienia ilość zarodków szkodliwych, również jak warunki istnienia ich wśród zmieniających się wciąż urządzeń ochronnych w jamie ustnej. Można więc tylko z wielką ostrożnością przenosić wyniki doświadczeń epruwetkowych na o wiele więcej zakłócone stosunki w jamie ustnej.

Otóż wyniki tych doświadczeń: gojeniu się rychłozrostem (per primam) ran w jamie ustnej sprzyjają dwie przyczyny niekorzystne dla drobnoustrojów warunki istnienia i ciągłe mechaniczne splukiwanie tychże przez ślinę. Wogóle nie można mówić wprost o prątkobójczej (baktericide) własności śliny. Część zarodków jednak ginie w ślinie wskutek niekorzystnych warunków, podobnie jak w roztworze fizjologicznym soli kuchennej. Niektóre zwierzęta mają pod tym względem wybitne różnice między działaniem śliny gruczołu przyusznego a podżuchwowego. Ślina z ostatniego działa bardzo słabo przeciw bakterjom. Wydzielina gruczołu przyusznego ma działanie w tym względzie wyraźniejsze, tak że część drobnoustrojów ginie w niej. Najważniejszym jest to działanie u przeżuwających (kóz). Zdaje się, że giną w ślinie głównie zarodki ropotwórcze (Staphylococcus, Streptococcus). Te ostatnie, hodowane w szkle na pożywce ślinnej lub zmieszanej ze śliną, występują tylko w łańcuszkach, co jest już wyrazem niepomysłnego ich rozwoju. Pozatem nie zauważono niezawodnych momentów osłabiania jadowitości streptokoków. Jeżeli do śliny dodano dobrą pożywkę, np, buljon, to rozwijają się one na niej wcale nieźle. Wyłuszczoney podczas ślinienia gruczoł przyuszny okazuje nadto wyraźną odporność na gnicie. Spostrzeżenia te dowodzą, że istnieje w jamie ustnej do pewnego stopnia samopomoc ustroju przeciwko działaniu drobnoustrojów, i że tę samopomoc można wspierać, pobudzając wydzielanie śliny, nie dopuszczając jednocześnie zatrzymywania się w ustach pomyslniejszych dla drobnoustrojów pożywek. Ostatni moment ma niezawodnie pewne znaczenie, gdyż niepomysłne dla drobnoustrojów warunki bytu mogą się łatwo zamienić na pomyslniejsze dla nich, tak że rozmnażają się one w niej obficie.

K.

III. O D G Ł O S Y .

Szanowny Panie Redaktorze!

Z prośbą o udzielenie kącika małego dla sprawy wielkiej zwracam się do Was, Szanowny Redaktorze.

Idzie mi o zwrócenie uwagi kolegów na wielkie znaczenie języka międzynarodowego, Esperanto. Język ten obok swych niezwy-

kłych zalet składni, nadzwyczaj łatwej gramatyki i pisowni, jest językiem idealnym, narzędziem zbratania ludów i tarczą ochronną od przewagi języka narodu silniejszego nad językiem narodu słabszego.

W Europie, Ameryce, Afryce, Australji i Azji, nie wyłączając Dalekiego Wschodu ¹⁾, powstały towarzystwa esperanckie, i niema już obecnie ani jednego kraju, w którym nie utworzyłyby się towarzystwa tego rodzaju i który nie posiadałby własnego organu w języku narodowym i esperanckim ²⁾. Słowem, na całej kuli ziemskiej rozbrzmiewa już obecnie mowa esperancka i przyświeca gwiazda zielona, symbol wielkiego myśliciela, idealisty i genialnego twórcy języka „Esperanto”, rodaka naszego, D-ra Ludwika Zamenhofa.

U nas w Polsce ruch esperancki w porównaniu z takimże ruchem w innych krajach był dotychczas nadzwyczaj słaby i dopiero obecnie po zwycięstwie wszechświatowem ruch esperancki zaczyna się rozszerzać gwałtownie, zataczając coraz to większe kręgi. W ostatnich czasach zwłaszcza rozpoczął się ruch esperancko-korporacyjny. „Głos Lekarzy”, pismo wychodzące we Lwowie, niedawno wystąpiło z inicjatywą drukowania niektórych artykułów w języku esperanckim. Chcąc zasięgnąć opinii swych czytelników, redakcja zwróciła się do nich z zapytaniem, czy życzą sobie, aby niektóre działy tego pisma były drukowane po esperancku, nadmienając, że dla nieznających jeszcze tego języka, urządzi ona kurs miesięczny dostateczny do nauczenia się tego języka.

Z odpowiedzi wydrukowanych w następnych numerach tego pisma widać, że projekt redakcji przyjęty został nie tylko bez protestu, lecz nawet z entuzjazmem.

Idąc za przykładem „Głosu Lekarzy” i mając na względzie, że ruch esperancko-korporacyjny jest nadzwyczaj silny we wszystkich innych krajach, zwracam się z propozycją do Szanownego Redaktora, czy nie uznałby za możliwe udzielenia części szpalt „Kroniki” dla prac w języku esperanckim. Ośmielę się przytem zwrócić uwagę, że drukowanie prac polskich dentystów w języku wszechświatowym zro-

¹⁾ W Japonji utworzyło się kilka towarzystw, esperanckich, z których pierwsze w Tokio liczy około 1,200 członków.

²⁾ W Warszawie wychodzi miesięcznik p. t. „Pola Esperantisto“ (Esperantysta Polski).

zumiałym dla kolegów innych narodowości przyczyni się do tego, że prace naszych dentystów, nieraz bardzo cenne, przystępne będą dla szerszego ogółu przedstawicielei naszej specjalności, dzięki czemu będą oni w możności nas poznać i, co zatem idzie, należycie ocenić.

Odpowiedzą mi może, że kto chce, aby prace jego były znane zagranicą może je przetłumaczyć na język obcy? Nie przeczę i wiem, że wielu Polaków nie tylko dentystów, lecz i lekarzy tak robi.

Zauważyc jednak muszę, że w ten sposób obrażamy bezwiednie nasze własne uczucia narodowe, dając przewagę językowi innego narodu, nieraz wroga dla nas usposobionego.

Kto więc pokochał swój język ojczysty i pragnie, aby język innego narodu nie górował nad nim, kto więc pragnie, aby jego uczucia narodowe były uszanowane przez innych, ten niech się uczy po esperancku, gdyż jest to język *międzynarodowy i neutralny*, łącznik różnych narodów.

Jakie wielkie znaczenie posiada język neutralny dowodem niech będą liczne kongresy esperanckie. Na ostatnim, odbytym w Cambridge, zebrało się parę tysięcy osób, należących do *dwudziestu kilku narodowości*, i wszyscy porozumieli się swobodnie, jakby w ich własnym języku ojczystym, wszyscy żyli ze sobą, jakby należeli do jednej wielkiej rodziny. Wszyscy jednakże, bez wyjątku do jakiej należeli narodowości, przyznali, że jest to wynikiem genialnie zbudowanego, a głównie *neutralnego* języka.

Pragnąc nadać projektowi mojemu podstawy realne, oświadczam, że w pierwszym roku gotów jestem na żądanie autorów tłumaczyć na język esperancki wszystkie prace, które będą drukowane w „Kronice”, o ile zaś zbierze się grupa kolegów, gotów jestem urządzić dla nich oddzielny specjalny kurs języka esperanckiego w lokalu Warszawskiego Towarzystwa Esperantystów za opłatą minimalną po 10—15 kopiejek za lekcję.

Korzystam chętnie z okazji, aby załączyć Sz. Koledze wyrazy szacunku i poważania

St. Essigman (starszy).

* * *

W myśl powyższego projektu oświadczamy, że w zasadzie zgadzamy się z propozycją kol. Essigmana, zastrzegając sobie jednak, że ze względu na szczupłość miejsca musielibyśmy udzielić zaledwie skromnego wątka. *Nie decydujemy jednak w tej sprawie ostatecznie, a tę podajemy pod opinię czytelników.* Otwieramy więc rubrykę „W sprawie esperanckiej”.

O ile wiemy, wśród dentystów tutejszych niewielu jest esperantystów. Aby więc sprawie tej nadać właściwy kierunek, należałoby *najpierw* urządzić kursa. Gdy się znajdzie pewna liczba zwolenników, sprawa wówczas sama przez się pójdzie na właściwe tory. Wobec znacznego pod tym względem ruchu w ostatnich zwłaszcza czasach, sądzimy, że zwolenników nie zabraknie. Czekamy więc. Przy sposobności nadmienić należy, że ruch esperancki wśród polaków za kordonem rosyjskim obecnie znacznie się wzmógł. Pierwszeństwo pod tym względem należy się zawsze ruchliwej Galicji. Placówkę w tej sprawie zajął lwowski „Głos lekarzy” przy niestrudzonej energii redaktora D-ra Mikołajskiego. Ostatnie n-ry tego organu są dowodem tego wzmoczonego ruchu i sympatji, jakiej doznała ankieta. W № 21 z r. z. ogłoszono w języku polskim i esperanckim obszerną odezwę „do lekarzy esperantystów we wszystkich krajach” z zawiadomieniem o zamiarze założenia „międzynarodowego światowego stowarzyszenia lekarzy esperantystów” dla propagowania idei „związku wszystkich lekarzy”, których łącznikiem międzynarodowym byłby język esperancki. Inicjatorowie tego stowarzyszenia D-r B. Skałkowski, D-r S. Mikołajski i D-r I. Fels oświadczają w razie odpowiedniej ilości zgłoszeń gotowość założenia i wydawania czasopisma w języku esperanckim p. t. „Międzynarodowa Korespondencja lekarzy”, która, wychodząc w zeszytach luźnych, poświęconą byłaby zagadnieniom interesującym wszystkich lekarzy w różnych krajach, np. zawodowym, etycznym, społeczno-lekarskim i t. p. Do odezwę dołączony też jest kwestjonariusz, mający służyć do zebrania materiału dla „ankiety międzynarodowej w sprawie tajemnicy zawodowej lekarzy”, co—o ile wydawanie „Korespondencji” dojdzie do skutku—stanowieć będzie treść jej pierwszego zeszytu, w przeciwnym razie rezultat ankiety ogłoszonym będzie tylko po polsku w „Głosie lekarzy”. Na ankietę otrzymano wiele odpowiedzi od mnóstwa lekarzy; głosy te, wypełniające całe szpalty wymienionego pisma, są nadspodziewanie przychylnie. Skłoniło to redakcję do otwarcia stałej rubryki, która jeżeli okaże się żywotną, powiększana będzie stopniowo, redakcja zaś wydawać będzie oddzielny dodatek esperancki, który zamieniłby się w dwutygodnik. Redakcja więc jest w zamiarze postępowania drogą ewolucji, poczynając od małej próby, a gotową jest jednak zresztą

każdej chwili ustąpić z pola, gdyby skądinąd pojawiła się śmielsza inicjatywa.

Wśród dentystów na Zachodzie i za oceanem sprawa języka tego weszła na dobrą drogę.

D-r Grillon (Filadelfia) na odbytym w r. z. w Lyonie kongresie T-wa Franc. popierania wiedzy (Sekcji Odontolog.) zwrócił uwagę na pożyteczność dla dentystów nauczania się języka międzynarodowego Esperanto. Język ten ma znaczne powodzenie w uniwersytecie w Filadelfji.

Prezes Frey proponował przyjąć następującą rezolucję, mającą być przedstawioną przyszłemu Zjazdowi międzynarodowemu: „Międzynarodowy Zjazd Dentystyczny powinien wybrać komisję, do składu której weszliby po jednym lub kilku członków każdego kraju; członkowie tej komisji winni mieć obowiązek śledzenia, aby każda ukazująca się w literaturze praca, ciekawa z punktu widzenia naukowego, technicznego lub zawodowego, była natychmiast tłumaczoną na język Esperanto. Tłumaczenie takie powinno być rozesłane wszystkim redakcjom pism dentystycznych we wszystkich krajach, celem większego rozpowszechniania. Natknąwszy się na ciekawe prace, każdy dentyista, pobudzony ciekawością zaznajomienia się z ich treścią, zmuszony będzie wziąć się do nauki omawianego języka”.

Red.

IV). Kronika i sprawy zawodowe.

= **Redakcji naszej** przesłano w tych dniach **dypłom uznania**, udzielony jej przez komitet wystawy, odbytej w r. z. podczas X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Przy sposobności miło nam tu wspomnieć, że pismo nasze było najmłodszym wśród reprezentowanych i odznaczonych na Zjeździe organów.

= **30-lecie Lwowskiego T-wa Lekarskiego**. Dnia 28 XII r. z. T-wo lekarskie Lwowskie święciło uroczyste 30-lecie swego istnienia.

= **Lecznice dentystyczne**. Powstała w ostatnich czasach znaczna liczba lecznic dentystycznych *sama* przyczyniła się do ich upadku. Na Nowym-Świecie zamknął lecznicę dentysta Strausman. Lecznica dentystyczna pani Stawiskiej—Landau (Pl. Żelaznej Bramy) zostaje sprzedaną dent. Bloch z Będzina. Na Pradze są do odstąpienia dwie lecznice, w Warszawie—jedna. Widocznie lecznica dentystyczna nie jest tak doskonałym interesem, jak przypuszczali założyciele ich. Powoli, zdaje się, liczba lecznic jeszcze bardziej się zmniejsza.

Wynika to z tej przyczyny, że publiczność coraz bardziej orjentuje się, czem właściwie są te zakłady. Dotyczy to *zwłaszcza* drugorzędnych lecznic, które pod różnymi pozorami, jak *poradą za 20 kop.*, starają się łowić pacjentów. Tych właśnie lecznic perspektywa nie jest wcale dobrą, pomimo różnych przynęt i sztuczek, do których jeszcze wrócimy.

== **Zmarł** w Warszawie lekarz-dentysta **Herman Szuchatowicz**. Pogrzeb odbył się dnia 31 stycznia r. b.

== **Egzaminy** na stopień dentysty przy Charkowskim uniwersytecie z rozporządzenia wyższej władzy zostały zaniechane.

== **Warsz. T-wo Odontologiczne**. Na zebr. w dn. 28.I r. b. prowadzono dyskusję w sprawie plomb porcelanowych; kol. Goldberg zaznaczył zalety swego sposobu topienia porcelany, który polega na łączeniu 2-ch mas — trudnotopliwej *Asch'a* (podstawa) i łatwotopliwej *Jenkins'a* (wierzch). Dzięki tej kombinacji udaje mu się obudowywać większe kontury. W dyskusji zabierali głos: Szeller, Kasprowicz i D-r Gelbard. Ostatni zwrócił uwagę, że sposób ten nie jest nowy i nie posiada szczególnych zalet. Co się tyczy piecyka do topienia porcelany, zalecanego przez kol. Goldberga, to D-r G. nadmieniał, że tego rodzaju piecyki znajdują się w sprzedaży u Braci Gesell w Berlinie. Następnie kol. Zieliński zaproponował przyłączyć się do Międzynarodowego Związku Dentystycznego (*Fédération dentaire internationale*) oraz wystąpić z protestem w sprawie wykluczenia dentystów, nie posiadających stopnia medyka, od udziału w Międzynarodowym Kongresie Medycznym w Budapeszcie w r. 1909 (sekcja stomatologiczna). Uchwalono zaprotestować i upoważniono Zarząd zając się tą sprawą. Również powierzono Zarządowi sprawę ustawy kasy wzajemnej pomocy odontologów polskich.

Na zebraniu w dn. 13.II r. b. obecnych było czł. 22 oraz 8 gości. Kol. F. Kon przeczytał referat „o plombach krzemowych”, zastrzegając się, że nie miał zamiaru referowania o nowej plombie, lecz chciał wywołać dyskusję w tej sprawie. Referent w ogólnych zarysach przytoczył to, co już było drukowane w „Kronice” o plombach krzemowych. Kol. W. Zieliński przeczytał ref. „O syfilisie jamy ustnej”. W końcu kol. A. Frejldkin przedstawił podręczny wyjaławiacz pomysłu Goldberga z przykrywką przystosowaną przez siebie. Wyjaławiacz ten znajduje się w sprzedaży u Geo Poulson w cenie rb. 3.50.

== „**Pola Esperantisto**” (Esperantysta Polski). Pod takim tytułem zaczął od stycznia r. b. wychodzić w Warszawie organ poświęcony językowi międzynarodowemu „Esperanto” pod redakcją twórcy tegoż języka, D-ra Ludwika Zamenhofa. Adres redakcji: Marszał-

kowska № 143, administracji: Hoża 40 m. 8. Przedpłata roczna wynosi rb. 2 z przesyłką i dodatkiem powieściowym.

= **Rozporządzenie.** Z rozporządzenia władzy policja wykonawcza zbiera bliższe daty dotyczące dyplomów praktykujących w Warszawie dentystów i lekarzy dentystów. Rozporządzenie to znajduje się w związku z rozpowszechnieniem w ostatnich czasach fałszywych świadectw wśród przedstawicieli różnych zawodów (między innymi i aptekarzy, akuszerki i t. d.).

= **Szkoła p. Stawiskiej-Landau i C^o** rozpoczęła swój żywot. „Zapisało się” już kilkunastu „kandydatów”. Nic jednak o rozpoczęciu „wykładów” nie słychać. Zasypano nas egzemplarzami „programu” i „warunków wstąpienia” do tej uczelni. „Program” obejmuje: *I semestr* — dostawki kauczukowe, *II semestr* — pierwszy dział: roboty metalowe, zęby sztyftowe i koronki porcelanowe „bez sztyftów”: *Zogana* (prawdopodobnie powinno być *Logana*) i *Richmonda*; drugi dział: dostawki z płytą złotą; trzeci dział: dostawki koronkowe i mostowe; czwarty dział: obturatory i przyrządy regulujące, specjalne kursy dla lekarzy dentystów i dentystów. *Wszystkie zajęcia praktyczne i teoretyczne odbywają się pod kierunkiem właśc. szkoły lekarza dentysty Stawiskiej-Landau, D-ra Winawera i dentysty Szvarcmachera*¹⁾. Jak więc widzimy, „program” bogaty. Rozkwitnie więc z wiosną dentystryka nasza, dowiedzą się terminatorzy od trzech powag, że koronki porcelanowe *Logana* i *Richmonda* są bez sztyftów (jak wymieniono w „programie”). *Dotychczas korony takie miały sztyfty do umocowania za pomocą cementu w korzeniu* (czyżby kierownicy nie widzieli takich zębów sztyftowych? Wszak znajdują się w handlu w składach dentystycznych). Punkt 10 drugiego działu obejmuje: „*przygotowywanie płytek złotych przy pomocy praśy Konhd'a*”. Cóżto za prasa?²⁾ „Warunki przyjęcia” wydane są w 2-ch edycjach (po rosyjsku). Do szkoły przyjmowane są osoby obojga płci, nie młodsze nad 15 lat (podł. drugiego egz.—16 lat) bez różnicy wyznania. *Przyjmowanie odbywa się podług semestrów 4 razy do roku*³⁾. Kurs jest 1/2-roczny i roczny. Opłata za kurs 1/2-roczny 150 rb., za roczny — 200 rubli; przy wstąpieniu do szkoły wnosi się połowę opłaty za kurs. Przy wstąpieniu do szkoły prócz dokumentu na prawo zamieszkiwania (wid na zitielstwo) innych dokumentów nie wymaga się. Zajęcia

¹⁾ Wydrukowane tłustymi czcionkami w oryginale (prawdopodobnie celem zwrócenia większej uwagi na powagi).

²⁾ Kierownicy wprowadzają widocznie same „oryginalne” nowości.

³⁾ Rok więc ma aż *cztery* semestry!! Podług jakiego kalendarza? Rok wszak ma tylko *dwie* połowy, a nie *cztery*. Kiepska znajomość początkowej arytmetyki!

odbywają się i podczas wakacji. Kończący szkołę podlegają egzaminowi w obecności ekspertów, lekarzy dentystów i administracji, (*jakiej??*), zamianowanych przed Urząd ogólny—Obszecznej Uprawoj. *Cóż to za nowa instytucja i gdzie ona istnieje?* Osoby, kończące szkołę i otrzymujące „atestaty”, korzystają z praw praktyki w całym Państwie (powsiemiestnoj) w zakresie swego rzemiosła. Mają one prawo otwierania pracowni techniczno-dentystycznych i wykonywania w nich robót w zakresie wprawiania zębów na kauczuku i złocie.

Co, koledzy, czyż nie doskonała uczelnia? Jaka różnica w „kursie” *półrocznym i rocznym?* Komu, widocznie, pilno, ma do wyboru 1/2-roczny, komu nie—roczny kurs. Słowem, aby handel szedł. Za półroczne terminowanie należy więc zapłacić aż rb. 150!! Czyż to nie wyzysk i czyż może to być tolerowane? Czy w ciągu 1/2 roku można się nauczyć techniki dentystycznej i w dodatku podług tak ślicznie i obszernie zestawionego programu? Czyżby kierownicy nie wiedzieli, że jestto rzeczą absolutnie niemożliwą? Zapłaci więc naiwny „terminator” rb. 150, aby przekonać się po upływie terminu, że jego wiadomości są aż nadto nikłe. Wszystko to dowodzi dobitnie, na czem polega głównie cel „zakładu” współdzielczego. Komentarze są zbyteczne. Wartość jego oceni samo społeczeństwo i wyda stosowny wyrok. W pozwoleniu, wydanem przez władze tutejsze, wyraźnie zaznaczono, że zajęcia teoretyczne odbywać się nie mogą. W jaki więc sposób „praktyczne i teoretyczne” zajęcia odbywać się mogą pod kierunkiem właścicieli?—jak wzmiankuje *wydrukowany cyrkularz*, który mamy przed sobą. Co do praktycznej lub naukowej wartości „kierownictwa” nic nie możemy powiedzieć. Doktor Winawer, lekarz dentysta Stawiska-Landau oraz dentysta Szwarcmacher znani są jako doskonali wykwalifikowani specjaliści; sądzimy więc, że zapragną oni, aby ich zakład stanął na wysokości zadania. Ze istotnie tego pragną, dowodem jest to, że przy szkole otwarto i gabinet dentystyczny oraz pracownię zębów sztucznych. O tem brzmią napisy na szyldach. Jaki stosunek ma taki wspólny gabinet do „szkoły”

<p style="text-align: center;"> WARSZ. SZKOŁA Techniczno-Dentystyczna i Pracownia zębów sztucznych. Lek. dent. Stawiska-Landau D-r Winawer Dentysta L. Szwarcmacher przyjmują w gabinecie od godz..... </p>

Szyld „szkoły“.

nie wiemy. Może ktoś z czytelników wyjaśni? W jaki sposób *prawnie* połączono je—również nie wiemy. Jesteśmy pewni, że Urząd lekarski na takie oryginalne połączenie zwróci uwagę, tembardziej że jest on bezpośrednią instytucją, która ma nadzór nad nowym zakładem pani Stawiskiej-Landau. Zapytujemy: 1) w jaki sposób mogą się odbywać *teoretyczne* zajęcia, o których wspomina „program” (str. 6) pod kierunkiem właścicieli? 2) Cóż to za instytucja „Obszczaja uprawa”, która mianuje egzaminatorów, i gdzie ona się znajduje? 3) Co za związek ma *szkoła techniczno-dentystyczna* pani Stawiskiej-Landau z „pracownią zębów sztucznych” i „gabinetem”, w którym przyjmują właściciele w liczbie trzech osób (wszystko to widocznie mieści się razem, o czym świadczą świeżo wywieszone szyldy). 4) Czyż rzeczywiście nie może być żadnej interwencji w sprawie wyzysku co do wygórowanej opłaty za „naukę”? wszak właściciele nie ponoszą wcale w stosunku do tej opłaty tak wielkich wydatków. 5) Czy istnieje jakieś rzemiosło, aby można było „terminować” w ciągu roku lub pół roku? 6) Czy ustawa cechowa do *niczego* właścicieli nie zobowiązuje i czy cechy tutejsze w tej sprawie nie zrobić nie są w możności? 7) czy „program” szkoły jest przez kogoś zatwierdzony?

= **Znamienny fakt.** „Warszawski Dniownik” (z dn. 14 II r. b.) w korespondencji z Białegostoku podaje następującą wiadomość. „W ciągu ostatnich 27 lat w Białymstoku istniał „gabinet techniczno-dentystyczny” niejakiego O. Mańkowskiego. Właściciel gabinetu robił niezłe wogóle interesy, ponieważ prócz wyrabiania zębów sztucznych i szczęk kierował specjalnymi kursami w zakresie przygotowywania młodzieży na techników dentystycznych. O kursach tych Mańkowski perjodycznie zawiadamiał miejscowych mieszkańców drogą osobliwych ogłoszeń, w których zapewniał, że słuchacze jego nauczą się techniki dentystycznej w ciągu roku, a następnie jako technicy zyskają prawo zamieszkiwania w całym Państwie. Chętnych, naturalnie, nabrało się dużo. W 28 roku swego pomyślnego istnienia między Mańkowskim a jakimś jego przyjacielem wynikło nieporozumienie, i ten „ktoś” zawiadomił o tem gubernatora. Urząd lekarski uważnie zaczął sprawdzać; wyświetliło się, że Mańkowski otworzył gabinet, kierował kursami, nie uzyskawszy zezwolenia i nie posiadając na to ustanowionego cenzusu naukowego. Wynikiem było rozporządzenie Urzędu lekarskiego co do natychmiastowego zamknięcia „gabinetu” i pociągnięcia Mańkowskiego do odpowiedzialności sądowej. I tak, gdyby nie wynikło nieporozumienie, gabinet Mańkowskiego istniałby jeszcze prawdopodobnie 27 lat”. Mańkowski, aczkolwiek niezły spekulant, nie znał widocznie dróg do *prawnego* załatwienia swej sprawy, t. j. do uzyskania odnośnego zezwolenia. Nie miałyby

więc potrzeby przepędzenia jakiegoś czasu w... więzieniu (o ile naturalnie nie czmychnął). Różnie na tym Bożym świecie się dzieje. W Białymstoku kursy techniczno-dentystyczne oraz „gabinet” istniały *nieprawnie* pod kierunkiem człowieka *bez* cenzusu naukowego; w Warszawie istnieją także kursy prawnie, kierowane aż przez *trzy* powagi o *trzech* różnych stopniach naukowych: *doktora, lekarza dentysty i dentysty*.

== **Odmowa.** Do Akademii Wojskowo-medycznej zwrócił się niejaki Kowalenko z prośbą o wydanie mu świadectwa na technika dentystycznego. Konferencja Akademii dała odpowiedź odmowną.

== **Odmówiono** legalizacji związku odontologów warszawskich ze względów czysto formalistycznych.

== **Sprostowanie.** W pracy „Torbiel okostnowo-zębowa górnej szczęki (zob. № 1 r. b.) na str. 9 w. 14 zamiast „niej na górnej szczęce znajduje się guz”, czytać należy: „ma ona na górnej szczęce guz”. Na str. 10 wiersz 23 zamiast „wąta” czytać należy „wacikiem”. Na str. 12 wiersz 8 zamiast „nabłonki” czytać należy „nabłonek”.

== **Dozwolono:** 1) studentowi fakultetu lekarskiego uniw. w Królewcu wstąpić na I kurs szkoły dentystycznej D-ra Margolina w Odesie; 2) studentowi 2 kursu uniwersytetu Noworosyjskiego wstąpić na II kurs tejże szkoły.

== **Odrzucono starania** D-ra Furmańskiego o zezwolenie na założenie laboratorium w Odesie, celem przygotowywania wyjąłowionych rozczywnów do wstrzykiwania, ponieważ wchodzi to w zakres czynności aptekarskich.

== **Celem zapobieżenia nadużywaniu bezpłatnej pomocy lekarskiej** postanowiła uniwersytecka poliklinika chirurgiczna w Berlinie chorym, którzy nie nadają się do celów naukowych, po udzieleniu im pierwszej porady odmawiać wszelkiego dalszego leczenia. Poliklinika zwraca się też do ogółu lekarzy berlińskich, aby w myśl tego obwieśzczenia nie odsyłali z powrotem odnośnych chorych do polikliniki, gdyż zarządzenie to wydane zostało głównie dla strzeżenia interesów stanu lekarskiego.

== **Ciekawe rozstrzygnięcie najwyższego trybunału.** Pewien dentysta pozwał o honorarium przed sąd męża pewnej pani, którą leczył na jej własne zlecenie.

Pozwany twierdził, że nie jest obowiązany do zapłaty, gdyż nie on polecał leczenie. Pierwsza instancja skazała pozwanego, natomiast wyższa zniosła wyrok pierwszej instancji. Lekarz odniósł się do najwyższego trybunału, który potwierdził wyrok pierwszej instancji, gdyż mąż jest obowiązany do ponoszenia kosztów „utrzymania”,

do czego, wedle uznania najwyższego trybunału, i kosztu leczenia dentystycznego należą. (Przeł. lek).

= „**Borol**“. W 30 c. cm. zawiera 0,72 gr. boraksu; 0,72 dwuwęglanu sodu, 0,3 gr. będzwinianu sodu; 5,4 c. cm. gliceryny, 0,0015 c. cm. eukalyptolu; 0,019 gr. tymolu; 0,0075 gr. mentolu i olejku kosodrzewiny 0,1 (Ol. pumilionis) dla zapachu. Służy jako płukanie. Miesza się z 4—6 częściami wody.

= **Secacornin**—wyjałowiony roczyn alkaloidów sporyszu, posiadających wyłącznie własności hemostatyczne. Może być zastosowywanym w postaci wstrzykiwań podskórnych, *per os i per rectum*. 1 cm. secacornin odpowiada 4 gm. secale carnutum. Dawka 0,5 1 cm. Sprzedawany jest w oryginalnych flakonach po 20 cm., również w wyjałowionych ampulkach po 1 cm. i w oryginalnych pudełeczkach po 6 i 12 szt. Wyrabia fabryka F. Hoffman-La Roche et C-ie (Grenzach. Baden).

= **Dentysta w kolejowej służbie sanitarnej**. Przy Odeskim oddziale południowo-zachodnich dróg żelaznych ustanowiono etatową posadę lekarza dentysty dla pracowników kolejowych. Zarządzającym ambulatorjum mianowano lekarza dentystę I. Gerszańskiego.

= **W sprawie Zjazdów lekarskich**. Z powodu Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Dreźnie zamieściły „Berl. Klin. Woch.“ i „Münch. med. Woch.“ słuszne uwagi. Podnoszą mianowicie, że na Zjazdach tych za wiele czasu poświęca się przeróżnym uroczystościom, niemającym nic wspólnego z właściwymi pracami Zjazdu. Uroczystości te i przyjęcia pochłaniają znaczne sumy, które mogłyby być użyte lepiej na jakieś cele publiczne. To samo z pewnemi zastrzeżeniami możnaby powiedzieć i o naszych Zjazdach. Wprawdzie umiejętnie ułożenie programu prac i rozrywek zjazdowych nie przeszkadzało właściwym zajęciom ostatniego naszego Zjazdu, mimo to wiele pieniędzy poszło na cele nieprodukcyjne, które się nawet bogatemu społeczeństwu niemieckiemu wydają zbytkiem. Tak np. owe 12000 koron, które gmina miasta Lwowa ofiarowała na hojne przyjęcie naszych lekarzy i przyrodników, mogłyby znakomicie zasilić fundusz wdów i sierot po lekarzach. Myśl tę powziął, nawet jeszcze wczasy, jeden z pp. Radnych (M. Szydłowski), nie wysondowawszy jednak poprzednio opinii publicznej, nie chciał podnieść jej w formie wniosku na posiedzeniu Rady. Więc przy sposobności, a dla użytku przyszłych Zjazdów naszych, tę zaczął myśl tu notujemy za Przeł. lekarskim.

Redaktor i Wydawca Lekarz-dentysta **M. Krakowski.**

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.