

# Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

## I. Prace oryginalne.

### Cierpienia gruczołów chłonnych u dzieci w zależności od spróchniałych zębów.

NAPISAŁ

**M. KRAKOWSKI.**

Przystępując do omówienia wymienionej w nagłówku sprawy, pragnąłem właściwie zwrócić uwagę na fakt znamienny, mianowicie na lekceważenie u dzieci cierpień zębów, będących punktem wyjścia dla całego szeregu chorób. Wśród tych dominują *cierpienia gruczołów chłonnych*. Na objaw ten mało zwykle zwraca się uwagi, a, niestety, mylne rozpoznanie cierpienia gruczołów prowadzi często nawet do zgubnych wyników. Nieraz widywałem skutki takie, a wynikały one bezsprzecznie wskutek ignorowania cierpień zębów nie tylko przez rodziców, lecz i przez poważniejszych nawet lekarzy. To skłoniło mnie do przeprowadzenia pewnych badań w tym kierunku, których wyniki stwierdzają, jak należy koniecznie zwracać uwagę na ścisły ten związek.

Wiemy, że choroby ustroju dziecięcego mają tyle cech właściwych, że słusznie wyodrębniono je w jedną gałąź medycyny—pedjatrję. Widzimy w niej znaczny postęp, a wiele zagadnień naukowych, które uważano dotychczas za ciemne, ostatecznie rozstrzygnięto. Ostatnia obszerna praca prof. Adolfa Baginsky'ego p. t. „Lehrbuch der Kinder-

krankheiten" z naukowego punktu widzenia wyraźnie wskazuje drogę, po której kroczyła pedjatrja. Bez wątpienia, liczne badania anatomiczne i fizjologiczne, przeprowadzone w ostatnich czasach, miały pewne znaczenie. Przekonano się, że ustroj dziecięcy pod wieloma względami różni się od ustroju dorosłego człowieka. Nadmienić wypada, że właściwe cechy występują w wymianie materji, która jest nadzwyczaj energiczną, w czynnościach wszystkich spraw życiowych: w oddychaniu, krążeniu krwi, trawieniu i t. d., jak również w fizjologicznem wahanii ciepłoty. Różnice te, dotyczące anatomiczno-fizjologicznych własności, są przyczyną tego zjawiska, że *ustroj dziecięcy wogóle łatwo reaguje na oddziaływanie różnych bodźców chorobotwórczych*. Powstające choroby mogą swoim przebiegiem znacznie się różnić od takich samych chorób u dorosłych. Tak np. proces fizjologiczny wzmożonego łuszczenia się nabłonka śluzówki jamy ustnej u dziecka sprzyja powstawaniu różnych stomatitów; rozwój zębów już na kilka miesięcy przed wyrzynaniem się wywołuje podrażnienie zębowych i zębodołowych gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego, co pociąga za sobą odruchowy ślinotok; wzmożona w okresie rozwoju zębów czynność gruczołów śluzowych wywołuje perjodyczny ślinotok, który powiększa się przed wyrzynaniem się każdej nowej grupy zębów. Ślinotok wówczas spowodowany jest prócz podrażnienia śluzówki przez wyrzynające się zęby, jeszcze i drażnieniem samych ośrodków nerwowych gruczołów ślinowych, ponieważ w okresie rozwoju zębów rozpoczyna się wzmożony rozwój mózgu; szerokie tętnice głowy, niezbędne dla szybkiego rozwoju czaszki, mózgu i zębów, robią zarazem dzieci skłonnemi do chorób mózgowych zwłaszcza do puchliny wodnej.

I *układ* czyli *system chłonny* (limfatyczny) ustroju dziecięcego ma swe własności, polegające na następującem:

- 1) cały system jest wogóle znacznie rozwinięty, aniżeli u dorosłych;
- 2) naczynia chłonne są szersze, pory w ich ściankach występują wyraźniej;
- 3) osmoza i emigracja ciałek limfoidnych w naczyniach odbywa się znacznie energiczniej;
- 4) gruczoły chłonne mają stosunkowo większą objętość i jest ich więcej, aniżeli u dorosłych;
- 5) cały system gruczołowy obficie jest odżywiany krwią (ponie-

waż system mięśniowy, zużywający u dorosłego więcej krwi, u dziecka funkcjonuje jeszcze słabo);

6) dzięki właściwej ustrojowi dziecięcemu wyższej temperaturze bieg limfy odbywa się energiczniej;

7) wzajemny związek między naczyniami chłonnymi a krwionośnymi w gruczołach również jest powodem dość energicznej wymiany między krwią a limfą.

Te własności systemu chłonnego mają ogromny wpływ na powstawanie różnych chorób u dzieci; dlategoż sprawy patologiczne różnego charakteru napotyka się u dzieci częściej, aniżeli u dorosłych. Stanowiąc filtry, przez które przechodzi płynąca z tkanek limfa oraz ciała, ulegające wsysaniu na powierzchni wewnętrznej ustroju, gruczoły chłonne bezsprzecznie znajdują się w ścisłym związku ze sprawami patologicznymi w sąsiednich tkankach. Im więc sprawy te są intensywniejsze, tem prędzej i znacznie gruczoły zostają zaatakowane; czynniki chorobotwórcze przedostają się do gruczołów, w których ulegają pewnemu rozwojowi.

Czem więc tkanka pod względem anatomo-histologicznej budowy jest delikatniejszą, luźniejszą, tem, naturalnie, sprawa rozprzestrzenia się energiczniej i intensywniej.

Do tkanek, obfitujących w gruczoły chłonne, należą obchodzące nas właśnie okolice: podszczękowa—*regio submaxillaris*, zaszczękowa—*reg. retromaxillaris*, zatem następują żwaczowa—*r. masseterica* i właściwie policzkowa—*r. buccalis*.

Anatomja patologiczna gruczołów chłonnych, znajdujących się w tych okolicach, nawet w obszernych pracach z dziedziny anatomji topograficznej i chirurgicznej traktowaną jest bardzo powierzchownie, a o głębiej leżącej grupie gruczołów nawet nie wspomina się <sup>1)</sup>. Znajdo-

<sup>1)</sup> *Prof. Budge.* Anleitung zu den Präpariruebungen. Tłom. polskie D-ra Mayzla.

*Gegenhauer.* Lehrbuch der Anat. des Menschen.

*Ebi.* Budowa ciała ludzkiego. Tł. ros. prof. Kapustina.

*Walter.* Kurs anatomji praktycznej. Tłom. ros.

*Malgaigne.* Traité d'anatomie chirurgicale.

*Hirschfeld.* Anatomja opis. ciała ludzkiego.

*Bobrow.* Podręcznik anatomji chirurgicznej.

*Heitzmann.* Anat. opis. i topograf. Atlas.

*Richet.* Traité pratique d'anatomie medico-chir. Tłom. polskie.

*Czausow.* Wykł. anatomji topograf. Z. I.

Z obszernych prac z dziedziny anat. Prof. Rauber'a, Zuckerkandl'a, Sappey'a z przyczyn odemnie niezależnych skorzystać nie mogłem.

mość rozmieszczenia tych gruczołów pod względem klinicznym ma jednak ważne znaczenie.

*Powierzchnowa* grupa podszczękowych gruczołów chłonnych otacza podszczękowy gruczoł ślinowy i położona jest pod pierwszym rozciągnięciem (*aponeurosis*) szyi i częścią w jednej kapsli z niem.

*Głębsza* grupa leży blisko początku tętnicy językowej i twarzowej.

Dokładne określenie rozmieszczenia gruczołów chłonnych obchodzącej nas *okolicy podszczękowej*, znajdujących się w ścisłym związku z zębami, daje Ollendorf<sup>2)</sup>. Ze względu na to, że zgodnie ze spostrzeżeniami przy cierpieniach zębów ulega opuchnięciu pewna grupa gruczołów podszczękowych, autor ten przy swych badaniach starał się właśnie dokładnie określić rozmieszczenie tej grupy. Doszedł on do wniosku, że normalnie istnieją *trzy* gruczoły, które w kierunku od przodu ku tyłowi oznaczone są literami *a, b, c*. Przedni gruczoł (*a*) leży prawie na  $\frac{1}{2}$  ctm. pod przednim brzegiem żuchwy, przednim brzuskiem *m. dwubrzusznego* i zrosnięty jest z powięzią (*fascia*) tego mięśnia. Tylne gruczoły podszczękowe (*b* i *c*) leżą zaraz od środka ku tyłowi dolnego brzegu żuchwy między nim i podszczękowym gruczołem ślinowym. W stosunku do żuchwy oba gruczoły są bardzo ruchome.

Pod dolnym brzegiem podszczękowego gruczołu ślinowego, na tylnym końcu dolnego jego brzegu, napotykamy *czwarty* gruczoł chłonny, komunikujący się z wyżej wspomnianym gruczołem *b*. W środkowej części żuchwy, między brzuszkami mięśnia dwubrzusznego napotykamy zwykle jeden środkowy lub też dwa boczne gruczoły (*glandulae submentales*).

Badania wykazały również związek między gruczołami chłonnymi podszczękowymi i gruczołami sąsiednich okolic, a nawet szczęki górnej.

Z podszczęk. gruczołów chłonnych limfa przenosi się do *glandulae cervicales superficiales* i *profundae superiores*. Przy cierpieniach wspomnianych gruczołów proces może się rozprzestrzenić na powierzchowne i głębokie gruczoły szyjowe.

O gruczołach chłonnych innych obchodzących nas okolic, *żwaczowej*, *policzkowej* i *pozaszczękowej*, również zupełnie nie wspomina się nawet w specjalnych podręcznikach. A jednak i tu, jak i w wyżej wspomnianej okolicy, istnieje prawidłowe rozmieszczenie ich. Najwięcej gruczołów

<sup>2)</sup> Deut. M-ft für Zahnheilkunde. 1898, str. 249.

znajduje się we właściwej okolicy policzkowej, gdzie leży *m. buccinator*. Gruczoły policzkowe znajdują się w czworokącie powstałym z *dotu* (podstawa)—przez brzeg żuchwy; z *tyłu*—przedni brzeg *m. masseter*; z *przodu*—linję prostopadłą, prowadzoną obok kąta ust; z *góry* — przez przedłużenie linii, przechodzącej między nosem a wargą górną. Gruczoły te leżą powierzchownie na dolnej szczęce lub też na zewnętrznej powierzchni *m. buccinator*. Wśród znajdujących się w tem miejscu gruczołów najczęściej spotykamy jeden (*ganglion masseteric*). Leży on w sąsiedztwie z *m. masseteric*. na zewnętrznej powierzchni żuchwy w blizkiej odległości od dolnego jej brzegu. Drugi napotyka tu gruczoł—*kommissuralny*; leży on na *m. buccinator* blisko kąta ust. Wpółród tych napotyka *gruczoł dodatkowy*, aczkolwiek rzadziej. Niekiedy w kierunku przewodu Stenona spotykamy szereg małych gruczołów. Prócz tych spotyka się jeszcze powierzchowne, znajdujące się przy górnym końcu gruczołu przyusznego.

O grupie tych powierzchownych gruczołów traktują podręczniki anatomji, a więc o nich mówić tu nie będę.

Zwróciwszy uwagę na ściśle rozmieszczenie gruczołów chłonnych we wspomnianych wyżej okolicach, nie trudno się przekonać, że między nimi oraz w sąsiedztwie położonymi narządami istnieje pewien związek.

Do tych ostatnich właśnie zaliczyć należy *narząd zębowy*. Cierpienia tego narządu mają wielkie znaczenie w etiologii pewnych chorób innych narządów. Nie będziemy tu obszernie mówili o chorobach na tle zepsutego uzębienia; wzmiankujemy tylko, że chore zęby, jako ognisko zakażenia, sprzyjają rozwojowi szeregu chorobotwórczych drobnoustrojów: *staphylococcus pyogenes*, *bacillus dentalis viridans*, *bact. pulpaе pyogenes*, *micrococcus gingivae pyogenes*, *streptococcus dentalis Dellevie*, *bact. gangraenae pulpaе*, *bacillus hastillis (Seitz-Bernheim)*, *bacillus pyocyaneus*, *microc. tetragenus*, *spirillum sputigenum*, *bacillus fuscans*, *bac. necrodentalis Goadby*, *grzybki drożdżowe*, *streptococcus pyogenes*, *leptothrix*, *sarcina lutea*, *ventriculi*, *alba i rosea*, *bac. tuberculosus*, *bac. diphtheriae (Kleps-Löffler'a)*, *streptoc. septopyemicus*, *diplococ. pneumoniae*, *strept. erysipelatosus*, *bac. influenzae i in.* Drobnoustroje te, o których obszernie mówi w swej klasycznej pracy prof. Miller („Die Mikroorganismen der Mundhöhle”), powodują powstawanie całego szeregu chorób: zapalenia okostnej, obumarcia kości szczękowych, przetoki ropnej, otoku jamy szczękowej, ropni nosowych, oczodołowych, na dnie jamy ustnej, cier-

pień śluzówki, ropnicy, posocznicy, cierpień narządu trawienia, chorób swoistych jak promienicy i t. d., i t. d. I gruczoły chłonne nie są wykluczone od wtargnięcia tych drobnoustrojów. Pozostając w bliskim stosunku z zębami, zostają one również zaatakowane. Powstające stąd powikłanie, *lymphadenitis*, często napotykanne u dorosłych, jest zjawiskiem częstszym u dzieci. Sprzyjają temu właśnie wyżej wymienione właściwości układu limfatycznego u tychże. W całym szeregu specjalnych dzieł dawniejszych i nowszych<sup>3)</sup> niema najmniejszej wzmianki o stosunku pomiędzy cierpieniami układu limfatycznego a zębami, w niektórych zaś są tylko luźne wzmianki. Słynny pedjatra prof. Baginsky, rozważając szczegółowo sposoby badania gruczołów chłonnych u dzieci, robi taką uwagę: „opuchnięcie szyjowych gruczołów chłonnych wskazuje na wysypki na głowie, na przewlekłe cierpienia odcinka noso-gardzielowego i ucha; opuchnięcie gruczołów około kąta żuchwy cechuje ostre sprawy zapalne w przełyku (*pharyngitis catarrhalis* i *diphtherica*, *retropharyngitis*)”. O cierpieniach zębów jako o czynniku etjologicznym cierpień gruczołów chłonnych autor ten nie wspomina. Dalej autorzy wskazują na szereg chorób ustroju dziecięcego (dyfterytyczne lub nekrotyczne zapalenie migdałków, podniebienia miękkiego, róża, gruźlica, skrofudy, tyfus brzuszny, choroby zakaźne, ostre i przewlekłe, cierpienia nosa, odcinka noso-gardzielowego, przełyku, ucha, epidemiczne cierpienie przyuszniczy, syfilis dziedziczny, choroby oskrzeli, cierpienia śluzówki jamy ustnej, rak wodny, afty, owrzodzenia języka i t. d.), którym zwykle towarzyszą cierpienia gruczołów chłonnych. Tymczasem cierpienia narządu zębowego, jako czynnik etjologiczny limfadenitów, są ignorowane. Zębom więc nie przyznaje się widocznie wielkiego znaczenia. Że tak nie jest, a mia-

<sup>3)</sup> *Fleisch*. Handbuch über die Krankheiten der Kinder. Lipsk, 1803.

*Fr. Jahn*. Neues System der Kinderkrankheiten. Arnstadt. II wyd. 1803.

*Adolph Henke*. Handb. zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankheiten. II w. Frankfurt n. M. 1818.

*Johann Feiler*. Pädiatrik oder Anleitung zur Erkennung und Heilung der Kinderkrankheiten. Salzbaeh. 1819.

*Carl Gerhardt*. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen. 1871.

*Jan Steiner*. Rys nauki o chorobach dzieci. Kraków. 1877.

*Henoch*. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin. 1862.

*O. Soltmann*. Die Beziehung der physiologischen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus zur Pathologie und Therapie. Lipsk. 1895.

*Prof. Biedert*. Handbuch d. Kinderkrankheiten. Tłom. ros. 1897.

*Prof. Baginsky*. Lehrb. d. Kinderkrank. Tłom. ros. 1897.

nowicie, że i zęby odgrywają ważną rolę przy chorobach gruczołów chłonnych, świadczą spostrzeżenia wielu autorów.

Odenthal <sup>4)</sup> zbadał 987 dzieci w celu wykazania wpływu spróchniałych zębów na opuchnięcie gruczołów chłonnych. Z liczby 558 dzieci ze *zdrowymi zębami* opuchnięcie gruczołów zauważono u 275 (49%), a z 429 przypadków z *zepsutymi zębami*—u 424 (99%), przyczem opuchnięcie było znaczniejsze zależnie od stopnia zniszczenia i ilości zepsutych zębów. W celu sprawdzenia spostrzeżeń tego autora prof. Limberg <sup>5)</sup> przeprowadził również badania. W każdym poszczególnym przypadku badania jamy ustnej u dzieci Limberg odnotowywał wraz ze zmianami zębów również zmiany w gruczołach chłonnych u przedniego brzegu *m. sternocleidomastoidei* odnośnie do kąta żuchwy. Ogółem zbadano w szkole i praktyce prywatnej 231 dzieci z wynikiem następującym:

	%	Obrzmienie gruczołów u	%	Atroficzne formy zębów				
				u	%	Obrzmienia grucz.	%	
Ogólna liczba dzieci . . . . .	231	—	170	79,6	32	14	29	31
Zęby zdrowe, zachowane dobrze, wyjęte u	75	32	31	41,3	9	28	7	78
Zęby popsute u . . . . .	156	68	139	84	23	72	22	96
a) miazga żywa u . . . . .	64	—	49	76,6	7	—	7	100
b) „ obumarła u . . . . .	92	—	90	98	16	—	15	94
1) ozębna zdrowa u . . . . .	38	—	36	95	8	—	7	90
2) choroby okołokorzeniowe u . . . . .	54	—	54	100	8	—	8	100

Na zasadzie spostrzeżeń tego autora można wnioskować, że

1) próchnienie zębów ma prawidłowy wpływ na obrzmienie gruczołów chłonnych; stwierdzono przy dobrym stanie j. ustnej 41,3% limfadenitu, przy próchnicy zębów bez obumarcia miazgi — 76,6%, przy zwykłym obumarcu miazgi — 95% i wreszcie przy septycznym zakażeniu okolicy korzenia—100%.

2) obrzmienie gruczołów napotykanę u dzieci w stosunku 73%, przy zanikowej postaci zębów dochodzi do 91%, a więc bez wątplenia jest ona zależną od ogólnej dyskracji.

<sup>4)</sup> „Cariöse Zähne als Eingangspforte infectiösen Materials und Ursache chronischer Lymphdrüenschwellung am Halse“. Bonna. Dysertacja. 1887.

<sup>5)</sup> „Współczesna profilaktyka i terapia próchnicy zębowej“. Po rosyjsku. Petersb. 1891. Dysertacja.

W 600 przypadkach limfadenitu, stwierdzonych przez Ollendorf'a we Wrocławskiej uniwersyteckiej klinice dentystycznej, przyczyną były spróchniałe zęby. Przypadki te były starannie sprawdzone; określono również nietylko który ząb był przyczyną cierpienia, lecz nawet który z jego korzeni<sup>6)</sup>. Udział pojedynczych grup gruczołów był również określony w ten sposób. Obrzmienie gruczołu „c” zauważono 87 razy; z tych w 62 przypadkach od próchnicy górnych trzonowców, w 25—od dolnych. Obrzmienie gruczołu „b” stwierdzono w  $\frac{2}{5}$  przypadkach i od górnych i dolnych zębów; obrzmienie gruczołu „a” zauważono w 70 przypadkach: w 14 — od chorób górnych siekaczy, 5 — od górnych kłów, 28 — od górnych dwuguzkowców, 20 — od pierwszych trzonowców, 3 — od drugich trzonowców.

Obserwując w ciągu kilku lat związek między cierpieniami gruczołów a spróchniałymi zębami u dzieci, ja również mogę przytoczyć niektóre dane. Blisko u 60 dzieci różnego wieku, cierpiących na limfadenit w okolicy podszczękowej i policzkowej, stwierdziłem, że przyczyną były zęby spróchniałe. Wszystkie te przypadki były starannie sprawdzone, przyczem zwrócono uwagę na ogólny stan zdrowia. W niektórych przypadkach limfadenity dosięgły znacznych rozmiarów, przyczem w przebiegu przedstawiały pewne niebezpieczeństwo dla życia; w innych przypadkach stwardnienie gruczołów wymagało interwencji chirurga. Statystyka notowanych przezemnie przypadków przedstawia się tak: (patrz str. 351).

Wspomniane wyżej cierpienia, które prowadzić mogły do mylnej djagnozy, we wszystkich tych przypadkach nie miały miejsca. Ogólny stan dzieci wogóle był dobry. Przebieg limfadenitów przeważnie był ostry. W niektórych przypadkach nacieczenie było dosyć znaczne. Charakterystyczne stwardnienie zauważano zwłaszcza w przypadkach przestarzałych, gdy w jamie ustnej znajdowały się zgorzelinowe pnie. W wielu przypadkach stwierdzono ogólne osłabienie i stan gorączkowy.

Przypatrzwszy się bliżej przytoczonej tablicy, zobaczymy, że:

- 1) wszystkich obserwowanych przypadków było 57.
- 2) wiek chorych wahał się między 4—12 l., a mianowicie:

u	4-letnich	dzieci	w	10	przypadkach
„	5	„	„	10	„

<sup>6)</sup> Deutsche Monatsschr. für Zahnheilkunde. 6. 1898.



№lex	Płeć	Ogólny stan	Miejsce położenia limfad.	Spróchn. zęby	Choroba zęba	Czas trw. limfad.	Postać, przebieg, wynik
6	chł.	dobry	lewostr.	d. l. trz.	gan. + per.	3 tyg.	twardej konsyst., restit. ad int.
4	dz.	"	prawostr.	d. pr. kieł	"	12 "	" " znaczne naciec.,
6	chł.	"	"	I d. pr. trz.	pnie	3 "	restitutio " [restit.
4	chł.	"	lewostr.	l. d. trz.	"	2 1/2 "	" "
6	dz.	słaby	"	g. l. trz.	"	3 "	tw. konsyst., naciek., restit.
4	"	dobry	"	l. d. kieł	"	2 "	restitutio
6	"	słaby	"	l. d. trz.	"	4 "	tw. konsyst., operacja, dobry
6 3/4	chł.	dobry	obustr.	" " "	per. pur.	3 "	restitutio
5	dz.	"	praw.	pr. d. k. i l. dw.	pnie	3 "	"
7	"	"	obustr.	I d. trz.	g. + p.	3 "	"
6	"	"	praw.	pr. I d. trz.	pnie	2 "	"
4	"	"	lew.	l. d. I trz.	g. + per.	4 "	"
6 1/2	chł.	"	"	I l. trz. d.	pulp. gan.	2 "	"
5	dz.	"	praw.	pr. d. I trz.	pnie	12 dni	"
7	chł.	"	obustr.	pnie trz.	g. period.	3 tyg.	"
10	dz.	"	lew.	g. I l. trz.	"	2 "	"
6	"	"	obustr. pol.	dużo pni	—	4 "	niezupełnie dobry wynik
11	chł.	"	lew.	I trz. plomb.	?	2 "	restitutio
9	"	"	praw.	p. I trz.	parul.	3 1/2 "	"
5	"	mierny	obustr.	d. trz.	gangr.	3 "	lekkie stw. lew. grucz.
5	dz.	"	praw.	" "	g. period.	2 "	restitutio
8	"	dobry	lew.	pnie	—	5 "	znaczne stwardn., operacja
10	chł.	mierny	"	d. trz.	pnie	4 "	restitutio
4	dz.	"	"	" "	"	3 "	"
8	dz.	dobry	lew. policz.	" "	"	2 1/2 "	"
12	chł.	"	" "	" "	"	2 "	"
12	dz.	mierny	pr.	—	"	3 "	"
8 1/2	chł.	dobry	praw.	siek. d.	"	2 "	"
7 1/2	chł.	"	"	d. I trz.	gangr.	2 "	"
5	dz.	"	"	d. trzon.	pnie	10 dni	"
12	chł.	"	obustr.	" "	"	12 "	"
6	dz.	mierny	lew.	d. siek.	gangr.	10 "	restitutio ad int.
12	chł.	dobry	obustr. pol.	g. trzon.	pnie	2 tyg.	" " "
4	"	słaby	lew.	d. trz.	"	10 dni	" " "
7	dz.	dobry	praw.	" "	gangr.	12 "	" " "
9	chł.	mierny	lew.	g. trz.	pnie	3 tyg.	" " "
5	dz.	dobry	praw.	d. siek.	gangr.	2 "	" " "
10	chł.	mierny	lew.	d. trzon.	g. + per.	3 "	" " "
4	dz.	dobry	praw.	" "	pnie	2 "	" " "
9	"	"	"	" "	"	3 "	" " "
11	chł.	"	pol. pr.	g. I trz.	"	4 "	" " "
5	dz.	"	lew.	d. siek.	gangr.	2 "	" " "
4	"	"	praw.	d. trzon.	pnie	3 "	" " "
9	"	"	lew.	" "	"	4 "	" " "
4	"	"	praw.	" "	"	2 "	" " "
7	chł.	mierny	lew.	d. kieł	pień	3 "	" " "
8	"	słaby	"	d. trzon.	"	4 "	" " "
8	dz.	słaby	"	d. siek.	gangr.	2 "	" " "
4	"	mierny	obustr.	d. trzon.	pnie	4 "	" " "
5	"	dobry	lew.	" "	gangr.	3 "	" " "
7	"	"	praw.	d. kieł	pień	4 "	" " "
5	chł.	mierny	"	d. trz.	pnie	6 "	operacja
7	dz.	"	lew.	d. kieł	gangr.	3 "	restitutio ad. int.
6	"	dobry	"	d. trz.	pień	3 "	" " "
8	"	mierny	obustr.	" "	pnie	2 "	" " "
6	"	dobry	"	" "	"	3 "	" " "

u 6-letnich dzieci w 10 przypadkach

” 7	”	”	”	7	”
” 8	”	”	”	6	”
” 9	”	”	”	4	”
” 10	”	”	”	3	”
” 11	”	”	”	2	”
” 12	”	”	”	5	”

3) najwięcej przypadków zdarzyło się w wieku 4—5—6 lat;

4) powikłanie ze strony gruczołów spotykamy częściej u dziewcząt aniżeli u chłopców;

5) zapalenie gruczołu umiejscowione było po stronie chorych zębów, czyli że przyczyna znajdowała się po stronie limfadenitu;

6) siekacze i kły również powodują zap. gruczołów;

7) limfadenity najczęściej powstają wskutek zgorzelinowych pni;

8) czas trwania limfadenitu (przeważnie ostrego) — od 10-ciu dni do 6 tygodni;

9) limfadenity policzkowe napotymano przeważnie u dzieci starszych.

W jaki więc sposób przy chorobach zębów zostają zaatakowane gruczoły chłonne?

Z zapalnego ogniska wokół chorego zęba płyn tkankowy wraz ze znajdującymi się w nim drobnoustrojami (zob. wyżej), jak również wymigrowane białe ciała krwi dostają się z normalnych szczelin międzyszątkowych do najbliższych naczyń chłonnych. Tu limfa albo się zatrzymuje, albo biegnie drogą naczynia chłonnego w kierunku do najbliższych gruczołów. Po pierwszej linji napotyka ona głębsze gruczoły — *a, b, c*, a następnie drogą zespożeń (*anastomosis*) gruczoły większe. Ropne ciała oraz drobnoustroje przeniesione zostają drogą limfy z ogniska zapalnego do wspomnianych gruczołów i zatykają ich siatki, co powoduje zastój limfy. Z drugiej strony—w gruczołach odbywa się wzmożone rozmnażanie się limfoidalnych elementów, które, jak wiadomo, powodują właśnie *obrzemiecie gruczołu*. Im czynnik chorobotwórczy jest silniejszy (zwłaszcza drobnoustroje), tem znacznie powiększają się wspomniane gruczoły, ponieważ objaw rozmnażania się wówczas występuje w nich wyraźniej. Udział naczyń i gruczołów chłonnych wspomnianych wyżej okolic ma miejsce prawie we wszystkich przypadkach zapalenia ozębnej, *resp.* okostnej. Obrzemiecie naciekowe otaczających miękkich tkanek

(okolic podszczękowych i twarzowej), powstające wskutek zatrzymania się limfy (przy znacznem zaciopieniu naczyń chłonnych), może ukrywać obrzmienie gruczołów. Gruczoły zaś położone pod powięzią (okolicy szyjowo-podszczękowej) prawie zawsze, nawet w przypadkach miarowych wymacać można.

Wciągnięte w cierpienie gruczoły chłonne opisanych okolic, stanowiąc, że tak powiemy, filtry ustroju, mogą sprzyjać szybkiemu wtargnięciu ciał zakaźnych, niebezpiecznych dla życia dziecka (szczególniej przy sprawach ropnych). O takich niebezpiecznych przypadkach wspomina literatura (Miller).

Miałem sposobność widzieć kilka przypadków ropienia gruczołów podszczękowych naskutek chorych zębów, i tylko interwencja chirurga uratowała młodych pacjentów od niebezpiecznych następstw. Z drugiej strony cierpienie może przejść w stan przewlekły; powstaje stwardnienie gruczołu z różnymi skutkami.

Limfadenity na powierzchni twarzowej mogą być przyczyną mylnego rozpoznania spotykanych często nowotworów, albo ulegać ropieniu. O takich przypadkach mówi Saurey, Poncet, Vigier i Dzierżawski <sup>7)</sup>. Ostatni widział kilka przypadków *lymphadenitis buccalis*, wywołanych przez zepsute zęby szczęki górnej. Twierdzi on, między innymi, że w razie powiększenia się tych gruczołów należy zwracać uwagę na *zęby*; przy wyleczeniu chorób zębów możemy się spodziewać po większej części pomyślnego końca cierpienia gruczołów.

Co się tyczy *rodzaju zębów* powodujących cierpienia gruczołów chłonnych, to okazuje się, że i zęby górnej szczęki mają pewien wpływ na gruczoły podszczękowe. Wynika to stąd, że, jak wyżej wspomniano, część odprowadzających naczyń chłonnych okolicy policzkowej bezpośrednio wlewa się do gruczołów podszczękowych. Przy cierpieniach górnych trzonowców często ulega cierpieniu gruczoł *c*. Gruczoł *b* często ulega cierpieniu od wszystkich zębów obu szczęk. Cierpienia gruczołu *a* są w związku przeważnie z zębami od 1-go do 6-go. Zresztą, bardzo często zaatakowane zostają wszystkie gruczoły przy cierpieniach tego lub owego rodzaju zębów.

Co się tyczy *rodzaju chorób zębów*, służących punktem wyjścia dla limfadenitów, to tu zdania autorów nieco są odmienne. Odenthal, który

<sup>7)</sup> Kronika lekarska 1895. 10.

pierwszy zwrócił uwagę na związek limfadenitów z chorymi zębami, zupełnie nie wspomina o rodzaju choroby zębów. Körner wprost niedokładnie wspomina o zapaleniach miazgi, a nawet o próchnicy bez zapalenia ostatej, dających początek limfadenitom. Jego zdaniem, miazga aczkolwiek nie ma ani gruczołów, ani naczyń chłonnych, jednak posiada własności wchłaniania. Zdanie swe opiera na próbach za pomocą barwników na zwierzętach. W przewierconej miazdze zwierzęcia (psa) umieszczał barwnik; ubytek następnie zamykał cementem i na skrawkach wyłuszczonych po śmierci zwierzęcia gruczołów znajdował bardzo nieznaczne ślady barwnika. Autor ten dowodzi nawet, że z miazgi przez wyłot korzeniowy mogą uleść wessaniu do otaczających gruczołów nawet substancje twarde. Ollendorf przeprowadził takie same doświadczenia na takich samych zwierzętach, posługując się ochraniaczem, o którym Körner nie wspomina; otrzymał on zupełnie odmienne wyniki, mianowicie—nie było żadnych śladów barwnika. Należy więc przypuszczać, że barwnik na sporządzonych przez Körnera skrawkach zupełnie przypadkowo się tam dostał podczas preparowania gruczołów albo sporządzania skrawków. Ollendorf twierdzi, że miazga nie posiada zdolności wchłaniania. Wobec tego, że zapalenie miazgi jest sprawą ograniczoną, należy przypuszczać, że *pulpitis* nie może dać początku limfadenitowi. Jeśli zaś proces zapalny zaatakuje okostną *resp.* ozębną przez wierzchni otwór, to tu powstaje źródło dla limfadenitu, jako w miejscu znajdującym się w związku z systemem limfatycznym. Rzeczywiście spostrzeżenia kliniczne potwierdzają ten pogląd. Wśród 6,564 chorych w klinice Wrocławskiego Instytutu dentystycznego skonstatowano 2,246 z zapaleniem ozębnej. Z tych 2,246 cierpiących na zapalenie ozębnej nie wykryto limfadenitu zaledwie u 3-ch; z liczby 1,168 cierpiących na zapalenie miazgi wykryto limfadenit u 20 osobników; zresztą u 18 z pośród nich stwierdzono inne przyczyny limfadenitu.

W przytoczonych przezemnie przypadkach limfadenitów nie wykryto ani jednego takiego, gdzie zapalenie miazgi mogło wywołać zajęcie gruczołu; we wszystkich przypadkach było ono spowodowane przez zgorzelinowe zęby lub pnie, w połączeniu z zapaleniem ozębnej (*periodontitis*).

Z powyżej przytoczonego wynika, że limfadenit jest najczęstszym towarzyszem periodontitów *resp.* periostitów. Często w okolicy gruczołu, który uległ zapaleniu, rozwija się proces zapalny. Gruczoł

i cała okolica staje się bardzo bolesną (dziecko krzyczy przy najmniejszym dotknięciu).

Limfadenity, o których tu mowa, przy dokładnem obejrzeniu stanowią 2 różne okresy rozwoju. W *pierwszym* — gruczoły przy wymacywaniu są tylko nieznacznie opuchnięte; wielkość ich po większej części nie przekracza rozmiaru orzecha laskowego, są elastyczne, rzadko zaś miękkie. W *drugim* okresie, następującym zwykle po kilku dniach, gruczoły powiększają się jeszcze bardziej, stają się twardymi, łatwo wymacalnymi i tracą elastyczność. Rozstrój funkcjonalny prawie nieznaczny w pierwszym okresie, występuje tu wyraźnie; często połykanie staje się utrudnionem. Rozwój limfadenitów prawie jest nieznaczny w początku. Czasami przy ostrem wystąpieniu limfadenitu udaje się wykryć początkowy okres rozwoju, mianowicie na 2-i—3-i dzień po wystąpieniu bólu zęba. Rozwijając się powoli, limfadenity, doszedłszy do drugiego okresu, pozostają przez pewien czas w jednym stanie.

*Przebieg* limfadenitów jest różny i zależny od ich wielkości. Waha się on między obrzmieniem, ustępującem już po kilku dniach, a twardą opuchliną, trwającą kilka tygodni a nawet i dłużej. Niestalość taka, jak wiemy, zależy od tego, że bieg limfy, przerwany niezupełnie przy stosunkowo słabem zapaleniu, może być przywrócony prędzej i zwolnić w ten sposób gruczoł od nagromadzonych w nim mas łatwiej, aniżeli w przypadkach zupełnego zatrzymania się limfy, co ma miejsce przy silnie rozwiniętych limfadenitach.

*Rozpoznanie* limfadenitów w okolicach podszczękowej i policzkowej, jak i w innych częściach ciała, nie przedstawia trudności. Przy wymacywaniu w danej okolicy daje się wyczuwać ślizgające się między palcami twarde ciało bolesne przy naciskaniu. Często samo opuchnięcie wskazuje na obecność limfadenitu. Trudno jest tylko rozpoznać limfadenity policzkowe, szczególnie w początku rozwoju; jednak ból przy naciskaniu określonego miejsca wskazanego czworokąta stwierdza obecność limfadenitu. W niektórych przypadkach rozpoznanie limfadenitu jest utrudnione. Przy różniczkowej ddiagnozie omawiane przez nas limfadenity nie należy mieszać:

- 1) ze skrofulicznymi albo gruźliczymi cierpieniami gruczołów; aby wiedzieć z czem mamy do czynienia, należy zwrócić uwagę na stan dziecka, przyczynę, która wywołała obrzmienie (krosty na głowie, strupy, stan gruczołów w innych częściach ciała i t. d.), wreszcie na poprzednie choroby jak dziecka, tak i rodziców;

2) z przymiotowem cierpieniem gruczołów; w tym przypadku choroba ta rozszerza się na cały ustrój, przyczem często można znaleźć inne objawy, które łącznie z anamnezą dadzą możliwość postawienia prawidłowej dżagnozy;

3) z nabłoniakiem, rakiem gruczołów; tu wiek chorego, związek obrzmienia ze skórą, wzrastająca objętość gruczołów, złośliwość, przerzuty, czas trwania—wszystko to dopomaga do postawienia dżagnozy;

4) z gruczolakami limfatycznymi, które rozwijają się w okolicy podjęzykowej i uwypuklają okolicę podszczękową; guzy te są dość znacznej objętości, ruchome, izolowane, lecz miękkie, tworząc pod palcem wklęsłość; skóra, pokrywająca taką opuchlinę jest normalną;

5) z miękkim mięsakiem limfatycznym (*lymphosarcoma*) i gruczolakiem limf. (*lymphadenoma*), cechującymi się ogólnym przerostem gruczołów chłonnych, zaczynającym się najczęściej od gruczołów szyi i okolicy podszczękowej; wytwarza się elastyczne dość odporne na ucisk obrzmienie, lecz tu jest ono bezbolesnem i nie wywołuje zmiany pokrywającej skóry; rozprzestrzenienie się drogą przerzutów jest szybkie;

6) z twardym mięsakiem limfatycznym (*lymfosarcoma*), zaczynającym się w gruczołach szyjowych i podszczękowych, ale i tu ma miejsce szybkie rozprzestrzenianie się nowotworów.

A więc postawienie różniczkowej dżagnozy limfadenitu obchodzących nas okolic jest nietrudne.

Co się tyczy *prognozy* limfadenitów, to w większości przypadków (ostrych) jest ona pomyślną; przewlekłe zaś bez usunięcia przyczyny, chorego zęba, mogą trwać miesiące, przyczem po chwilowem polepszeniu mogą nastąpić wznówki. Podobne częste wznówki zwykle są objaśniane nie tylko przez rodziców, lecz i lekarzy jako objaw żółzowy. Tymczasem wszystkie te objawy, dosięgające czasami znacznych rozmiarów, po usunięciu faktycznej przyczyny—zgorzelinowych zębów lub pni—nawet bez dalszego leczenia (bardzo często) same znikają; dzieci wyzdrowiają zupełnie, i „skrofuły“ nie pozostawiają żadnego śladu. Nie zawsze jednak przebieg i zakończenie są pomyślne. Proste rozejście się uważać należy za wynik pomyślny, w innych przypadkach, mianowicie przy wytworzeniu się znaczniejszego stwardnienia, rezorbcja idzie powoli. Gorzej jest, gdy gruczoł uległ zropieniu. Sprawa ropna wówczas obejmuje całą okolicę podszczękową, a nawet policzkową—zacierwienie skóry rozprzestrzenia się wszertz, i wreszcie powstaje dużych rozmia-

rów chęłbocące obrzmienie, wymagające interwencji chirurga (wśród przytoczonych wyżej przypadków były 2 takie). Nagromadzona pod skórą na szyi ropa, stale ściekając, robi skórę coraz cieńszą i bez skutecznej pomocy przebija ją, zwykle o jeden palec niżej granicy żuchwy; słowem, powstaje przetoka gruczołu chłonnego, wymagająca długiego leczenia. Przypomina ona ropnie żoźzowe, wytwarzające się często przy skrofulicznych cierpieniach szyjowych gruczołów chłonných. Różni się tem, że w ostatnim przypadku przebieg jest przewlekły, w pierwszym ostry, gwałtowny, przyczem ujawnia się gorączka (nie mówiąc naturalnie o posokowym rozpadzie ropni żoźzowych, którym również towarzyszy silna gorączka i który nawet wywołuje posocznice).

Jako powikłanie szyjowych limfadenitów może powstać gruźlicze zapalenie ich. W tych przypadkach spróchniałe zęby służą jako *locus minoris resistentiae* dla drobnoustrojów gruźlicy, tembardziej, jak wspomniano wyżej, w nich często spotyka się ostatni. Przedostawszy się do gruczołu, wywołuje on swoiste cierpienie. W literaturze przytoczone są przypadki swoistego gruźliczego zarażenia podszczękowych gruczołów chłonných, spowodowanego przez spróchniałe zęby. O podobnych powikłaniach mówią A. G. Miller <sup>8)</sup>, Grawitz, Rühle <sup>9)</sup> i Dzierżawski <sup>10)</sup>. Ostatni zaznacza, że drogą zębów zgorzelinowych, a następnie gruczołów chłonných może rozwinąć się prosówkowa gruźlica, która charakteryzuje się obfitym rozwojem w stosunkowo krótkim czasie gruźlezków prosówkowych w wielu narządach ciała. Szybszemu wtargnięciu laseczników sprzyjają popsute zęby zwłaszcza u dzieci skrofulicznych, które mają wrodzoną skłonność do limfadenitów. Podobne spostrzeżenia potwierdzają zdanie, według którego, w wielu przypadkach u dzieci skrofulicznych obrzmienie gruczołów chłonných podszczękowych rozwija się w znacznym stopniu przy stosunkowo słabych periodontitach resp. periostitach. Cierpienie niekiedy może trwać dosyć długo; gruczoły mogą nawet ulegać zserowaceni.

Przy *leczeniu* limfadenitu należy przedewszystkiem zwrócić baczną uwagę na wywołującą go przyczynę, a więc *zbaćć jamę ustną*; przy wykryciu popsutego zęba lub pnia, takowe należy usunąć, gdyż od tego za-

<sup>8)</sup> Corresp. Bl. f. Z-te. 1898, IV.

<sup>9)</sup> Archiv. für klinische Chirurgie. 1893. T. 55. II.

<sup>10)</sup> l. c.

leży dalszy wynik pomyślny leczenia limfadenitu. Lekkie postaci limfadenitów, jak już wyżej wspomniano, po usunięciu przyczyny wywołującej ustępują. Jeśli zaś po usunięciu przyczyny zapalenie gruczołu pozostaje w tym samym stanie w ciągu kilku dni, przybierając więc samostny charakter, należy zastosować miejscowe leczenie, t. j. takie środki, które miałyby na celu umiejscowienie zapalenia gruczołu. Doskonale wyniki dają ciepłe okłady ichtyolowe: Rp. *Amm. sulphoichthyolici* 20,0; *Glycerini* 80,0. DS. *Do okładów*. Stosuje się w ten sposób, że złożoną kilkakrotnie gazę zwilża się w tej mieszaninie, nieco podegrzanej przed użyciem wstawia się do 1/2 szklanki ciepłej wody). Okład przykrywa się ceratką i zawiązuje się. Przed nałożeniem okładu można nieco płynu wcierać, przyczem wcieranie należy robić ostrożnie, bez uciskania gruczołu, w ciągu 10 — 15 minut. Okłady i wcierania należy robić dwa razy dziennie. Wyniki są do tego stopnia dobre, że nawet stwardnienie gruczołu przechodzi. Zdarza się jednak, że pomimo usunięcia przyczyny i stosownego leczenia, limfadenity nie ustępują. Wówczas należy przypuszczać, że do gruczołu dostał się swoisty chorobotwórczy drobnoustrój, który wcześniej czy później wykaże swe działanie. Takie powikłania wymagają interwencji chirurga.

Reasumując cośmy wyżej powiedzieli, dochodzimy do następujących wniosków:

1) ustrój dziecięcy ulega częściej cierpieniom gruczołów chłonnych, aniżeli ustrój dorosłego; jestto w związku z właściwościami ustroju dziecka w ogólności, a systemu chłonnego w szczególności;

2) chore zęby są jedną z najważniejszych przyczyn, powodujących zapalenie gruczołu;

3) we wszystkich przypadkach limfadenitów szyjowych należy zwracać szczególną uwagę na zęby, w których znajdować się może istotna przyczyna limfadenitu;

4) wczesne usunięcie przyczyny (chorego zęba lub pnia) dostatecznym jest, aby nastąpiła *restitutio ad integrum*;

5) jeśli wywołująca przyczyna we właściwym czasie nie zostanie usunięta, zapalenie przechodzi w stan przewlekły, powodując stwardnienie gruczołu, które może doprowadzić do bardzo smutnych następstw;

6) rozpoznanie różniczkowe ma ogromne znaczenie przy badaniu limfadenitu; często jakoby niewinny pieniek, na który nie zwracano uwagi przez dłuższy czas, wyklucza przypuszczalne żoły (skrofuły);



z usunięciem jego najczęściej znikają wszystkie objawy rzekomych skrofułów;

7) u dzieci słabych i zółzowych zepsute zęby lub pnie bardziej jeszcze sprzyjają powstawaniu limfadenitu, aniżeli u dzieci zupełnie zdrowych;

8) u dzieci zółzowych zepsute zęby mogą sprzyjać rozwojowi gruźliczego zapalenia gruczołów chłonnych szyjowych;

9) następne leczenie (po usunięciu zepsutego zęba) limfadenitu zależy od stanu sprawy zapalnej; w przypadkach silnego ropienia niezbędną jest interwencja chirurga;

10) zserowacenie gruczołów wymaga jaknajenergiczniejszego leczenia (ogólnego i miejscowego), ponieważ gruczoły takie zwiastują niebezpieczeństwo rozwoju ogólnej gruźlicy.

Wszystko wyżej wymienione chyba dostatecznie przekonywa, że powinien być ustalony wzajemny stosunek cierpienia zębów i gruczołów chłonnych. Wobec tego, że cierpienia gruczołów chłonnych u dzieci zdarzają się często, metody badania więc przyczyny chorób gruczołów winne być stanowczo znane lekarzom. Praktyka jednak wykazuje zupełnie co innego. Wiemy doskonale, jak strasznie rozwinięte są cierpienia zębów zwłaszcza u dzieci. Dane statystyczne, sięgające prawie 95% zepsutych zębów, aż nadto są znane. Nie mówimy już o nader ujemnym wpływie chorych zębów na młody ustrój dziecka, akcentujemy właśnie ten szkodliwy wpływ w stosunku zwłaszcza do gruczołów chłonnych. W praktyce jednak widzimy zupełne ignorowanie tego czynnika sprzyjającego. A dlaczego?—Dlatego, że zęby są niby narządem „niewinnym“, a cierpienia ich nie tylko przez rodziców, lecz i przez wielu lekarzy uznawane są za zbyt błahé, aby im poświęcać nieco uwagi. „Wszak to są zęby mleczne, a więc same wylecą, pocóż je leczyć?“—często słyszymy od rodziców, towarzyszących młodym naszym pacjentom. A skutki takich „przekonań“? Widzimy je codziennie. Ileż stwierdziłem faktów takich, gdzie dzieci ze znacznem opuchnięciem gruczołów podszczękowych, powstałem niby na tle zółzów, miały podlegać operacji, i wszystko w tym celu zostało przygotowane. Gdy jednak przypadek zrządził, że dziecko „wpadło“ w ręce ignorowanego zwykle dentysty, okazywało się, że owe „zółzy“ miały swe siedlisko w niewinnym pieńku zgorzelinowym, a interwencja dentystyczna uratowała młodych pacjentów od niepotrzebnych i kosztownych operacji chirurgicznych. Zaznaczam, że fakty takie czę-

sto widzimy, a wiedzą o tem chyba wszyscy koledzy. Nigdy nie zapomnę przypadku dwukrotnego operowania pod chloroformem przez poważnych nawet chirurgów młodej 10-cioletniej pacjentki z przyczyny lewostronnego limfadenitu; bezsprzecznie wykonane ono było niby wskutek skrofalicznego cierpienia. Gdy pacjentka po drugiej operacji zaczęła narzekać na ból zębów po tejże stronie, i zwrócono się wobec tego do mnie, rzucił się prosto w oczy pień zgorzelinowy w zuchwie przykryty dziąsłem. I napewno pacjentkę wkrótce poddanoby *trzeciej* operacji i zalecono może kurację ciechocińską lub inną, gdyby nie interwencja kleszczy. Pacjentka jest obecnie zdrową i naturalnie opieczętowaną ładną blizną. Takie ignorowanie sprawy samo mówi za siebie. Że jestto znamienny błąd zawodowy, nie potrzebuję chyba tego dodawać. A wszystko to dzieje się prawdopodobnie dlatego, że chirurgja i dentystyka *u nas* stoją na przeciwległych biegunach. Dlaczego — niech odpowiedzą chirurgdzy.

Na zupełną ignorancję cierpień zębów w stosunku do gruczołów chłonnych zwrócił już uwagę w swoim czasie Dr. Dzierżawski (l. c.). Zaznaczył on, że możliwość wtórnego cierpienia gruczołów chłonnych, jako następstwa próchnienia zębów, bywa bardzo często ignorowana. Zdarzało mu się widzieć chorych i chore, którzy poddawani byli operacjom wyłuszczenia gruczołów chłonnych podszczękowych i miały wskutek tego zeszpecenia w postaci blizn na szyi, podczas, gdy zęby, które w tych przypadkach niewątpliwie były przyczyną zapalenia gruczołów, co doprowadziło wreszcie do operacji, w najplugawszym wciąż pozostawały stanie. Autor ten również wspomina o przypadkach, gdzie u pacjentów względnie zdrowych i nieobciążonych dziedzicznie tą tylko drogą zarazek gruźlicy przedostawał się do ustroju i, rozszerzając się *per continuitatem*, doprowadzał w tych przypadkach do śmierci. Były znowu przypadki niewątpliwej gruźlicy gruczołów chłonnych na szyi, zainfekowanie których mogło nastąpić tylko przez spróchniałe zęby.

Ignorowanie więc chorób zębów obecnie podczas znacznego rozkwitu medycyny jest zjawiskiem smutnem. Zrozumiałem jest, że lekarze mało obeznani z chorobami zębów bardzo rzadko zdradzają skłonności do badania jamy ustnej wogóle, a w szczególności zębów, w których często mieści się przyczyna długotrwałego obrzmienia gruczołów podszczękowych. Dalej, spotykając się w praktyce z uporczywie przebiegającymi obrzmieniami gruczołów i, nie poznawszy istotnej tychże przyczyny,

często stosują oni zupełnie nieodpowiednie leczenie opuchniętych gruczołów przeciwskrofulicznymi metodami. Zbytecznym jest dodawać, że tego rodzaju metody są nieracjonalne.

„Przed wysyłaniem dzieci do Ciechocinka, lub przedsięwzięciem wyłuszczenia gruczołów, należy przedewszystkiem odnośnych chorych kierować do specjalisty, w celu zaprowadzenia porządku w tych narządach, których cierpienie doprowadziło do wtórnego powiększenia gruczołów chłonnych. Toż samo odnosi się i do gruczołów chłonnych policzkowych“.

Oto słowa D-ra Dzierżawskiego, które powinny być wyryte w pamięci każdego lekarza.

Omawiany w pracy niniejszej temat jest jednym przyczynkiem więcej *w sprawie ścisłego związku dentystyki z ogólną medycyną i niestusznej ignorancji głosu doradczego dentysty przy ustalaniu istotnej przyczyny cierpień szyjowych gruczołów chłonnych.*

## II). Dział sprawozdawczy.

**87). A. Cieszyński (Monachium). Zastosowanie promieni Rentgena w dentystyce w celach rozpoznawczych** (podł. oficjalnego sprawozd. z posiedzenia sekcji dent. X Zjazdu lek. i przyrodn. polskich we Lwowie, odb. w r. z.; streszczenie własne).

Rzucając na ekran kilkadziesiąt djapozytywów zdjęć rentgenowskich ze zbioru zakładu monachijskiego, prelegent zaznaczył doniosłość promieni rentgenowskich w celach rozpoznawczych w dentystyce, objaśniając poszczególne przypadki i podkreślając praktyczną ich stronę.

Najważniejszą rolę odgrywają promienie Rentgena w *rozpoznawaniu przyczyn istniejącego bólu*, którego pochodzenia innymi metodami stwierdzić nie można. Bóle podobne—ponieważ pochodzenie ich lekarzowi nie jest jasne—bywają często tłumaczone jako bóle pochodzenia nerwowego. Przyczynę ich stanowią jednak mogą *resztki pni zęba* dawno złamanego przy ekstrakcji i zarosnięte dziąsłem, lub też *ciała obce, twory zębowe* z nieprawidłowo rozwijających się zarodków (przypadek własny i przypadek prof. Bertena). Jeżeli bóle następują wkrótce po wyjęciu

zęba, okazuje się, że nieraz *ostre a niewyglądzone brzegi* są właściwą przyczyną tego.

Jeżeli chory odczuwa ból w okolicy dolnego *zęba mądrości*, promienie Rentgena wykazują nieraz nieprawidłowo wyrzynający się ząb mądrości, nacierający na ozębną sąsiedniego trzonowca. Stwierdzenie dokładnego położenia zęba ułatwia znacznie rękoczyn, a w przypadkach głębokich złamań korzeni czyni zbytecznym otwarcie zębodołu z zewnątrz drogą wydlutowania (metodą Partsch'a); operujący, obeznany dokładnie z kształtem i otoczeniem, za pomocą prostej dźwigni może wyważyć ciała obce ze szczęki bez jakiegokolwiek uszkodzenia śluzówki i kości szczękowej.

Granice *zatoki wyrostkowej w jamie szczękowej* wyraźnie się zarysowują na zdjęciach w okolicy trzonowców górnych; wczesne rozpoznanie tych stosunków może operującego uchronić w niejednym przypadku od różnych niespodzianek. Rozpoznanie położenia *zatrzymanych zębów* lub stwierdzenie *nieutworzenia się zarodka przy braku stałych zębów* umożliwione zostało promieniami Rentgena.

Zatrzymane zęby, najczęściej kły górne, czasami i zęby nadliczkowe wywołują bóle rozchodzące się nieraz na przestrzeń całej szczęki, albo stają się przyczyną do wytworzenia się *torbieli* i mogą podtrzymywać przewlekłe choroby oka (przypadek przysłany z kliniki ocznej prof. Eversbuscha, a operowany przez prof. Bertena). Gdy przy promieniejącym bólu w szczęce nie wykrywa się metodami badań przyczyny, a przy prześwietleniu nie znajduje się zmian w samej kości szczękowej, uwagę zwrócić należy na ewentualne istnienie zębiniaków (*Dentikel*) w komorach miazgi.

Leczenie miazgi, a mianowicie jej zgorzeli, w każdym okresie dokładnie kontrolować można promieniami Rentgena. *Najsłabsze zmiany kości w okolicy czubka korzenia* zarysowują się dokładnie na płycie filmowej.

Środki lecznicze jak *jodoform, cement chlorocynkowy, gutaperkę* w komorze miazgi i w okolicach pozaczubkowych rozpoznać można, nie mówiąc już o stwierdzeniu *złamanych igieł miazgowych i świderków*.

Ażeby się przekonać o właściwości czubka korzenia, wielkości ropnia, kształcie korzenia i oddaleniu tegoż od sąsiednich, należy przed każdym odcięciem czubka korzenia (*Wurzelspitzenresektion*) szczękę prześwietlić promieniami Rentgena.

Nadzwyczaj ważnym jest prześwietlenie szczęki *przed rozpoczęciem regulacji* zębów, mianowicie, jeżeli już przy zwykłych oględzinach stwierdzić można brak niektórych zębów stałych. Płytką filmowa wykaże wówczas, czy brakujące zęby stałe nieprawidłowo się wyrzynają, czy też zarodki ich wogóle nie istnieją; *przed prostowaniem doraźnym* upewnić się należy co do kształtu korzenia, mającego być w szereg zębów wprowadzonym. W odpowiedniej chwili podjęte podważenie zęba zatrzymanego prostą dźwignią spowoduje prawidłowe wyrznięcie się tegoż (przypadek własny).

Usługi, jakie oddają promienie Rentgena przy stwierdzeniu *złamań*, znane są powszechnie. Nadmienić tylko należy, że złamania korzeni zębów nie łatwo dostrzedz na płycie filmowej.

Zmiany kości szczękowych przy *przymiocie, raku, promienicy* (prof. Berten) na płytach fotograficznych promieniami Rentgena można uwiidocznnić, a rośnie zatoki szczękowej drogą porównania obu kości szczękowych na płytach rozpoznać. Przestrzeń *torbieli*, łączność jamy ustnej z zatoką szczękową staje się widoczną przez wprowadzenie zgłębników podczas prześwietlenia (prof. Berten).

Wielką doniosłość posiadają promienie Rentgena *przy badaniach anatomicznych nad rozwojem skorupki zębowych, nad przebiegiem i powolnym zanikiem kanału żuchwowego, nad zmianą w ubieleczkowaniu istoty gąbczastej po wyjęciu zębów*. Zmiany zaszły w stawie żuchwowym po cofnięciu zgryzu przy prostowaniach zębów również kontrolować można.

Aby przedstawić całokształt zastosowania promieni Rentgena w dentystyce, prelegent wystawił 30 kartonów z przeszło 130 zdjęciami, głównie przez niego, częścią pod jego kierownictwem wykonanymi, oraz krótkie opisy poszczególnych przypadków.

Osobna teka mieściła fotografie ulepszonego przyrządu (własnej konstrukcji) do łatwego przesuwania pudełka djafragmowego z rurką Rentgena i mniejszych przyrządów pomocniczych, opis ustawiania pudełka djafragmowego przy zdjęciach poszczególnych zębów i kosztorys urządzenia gabinetu rentgenowskiego. Na specjalną uwagę zasługiwały załączony przy fotografii przyrząd konstrukcji Schmitt'a do projektowania promienia normalnego i kilka modeli podtrzymywaczy filmów konstrukcji własnej i konstrukcji Schmitt'a.

**88) Dr. Kulka Max. O znieczulaniu naciskowem.** (Oesterr. Zeitschrift f. Stomatologie. N. 1. 1908 r.).

Znieczulanie naciskowe stanowi ważny nabytek w zębolecznictwie. Wielu kolegów jednak nie chce zaniechać zwyczaju używania arszeniku, z drugiej zaś strony nie dowierza nowemu sposobowi. Rzeczywiście, czy możliwem jest za pomocą ucisku znieczulić obnażoną miazgę, gdy nawet lekkie dotknięcie jej zgłębnikiem pociąga za sobą dotkliwy ból? Okoliczność ta mogła zniechęcić wielu kolegów do wypróbowania tej metody w praktyce. A jednak znieczulenie miazgi pod naciskiem w większości przypadków następuje prędko. Ucisk okazuje się najpewniejszym i szybko działającym sposobem znieczulenia, a przytem nie pociąga za sobą bólu, czy to przy wyświdrowywaniu wrażliwej zębiny, czy też przy usuwaniu miazgi.

Właściwość tej metody polega na tem, że stężony roztwór kokainy drogą ucisku przenika z ubytku w zębinę, resp. w tkankę miazgi. Do statecznie jeszcze nie jest wyjaśnionem, czy znieczulenie w danym przypadku przypisać należy głównie samemu uciskowi, na co wskazuje termin *Druckanaesthesie*, czy też dokonywa się ono pod wpływem kokainy; może to być ściśle określone tylko drogą licznych doświadczeń i badań histologicznych. Opierając się na własnem doświadczeniu, autor jest zdania, że wciśnięty płyn do pewnego stopnia uciska miazgę, wywołując dłużej lub krócej trwające porażenie, kokaina zaś tylko sprzyja temu działaniu, wskutek czego dodawaną bywa do płynu tylko w charakterze pomocniczego środka. Autor metodę tę stosuje w następujący sposób. Najpierw przemywa ubytek ciepłą wodą, aby oczyścić go od resztek pokarmów, i nakłada ślinochron. W rzadkich tylko przypadkach posługuje się on walczkami waty, wtedy mianowicie, kiedy położenie ochraniaczów jest bardzo trudne lub wprost niemożliwe, jak to zdarza się przy niskich koronach lub zębach mądrości, albo też w razie skłonności pacjenta do wymiotów. Naturalnie nie należy zapominać o dokładnem osuszeniu ubytku i używaniu ostrych narzędzi, co samo przez się znacznie łagodzi ból. W tym celu autor przemywa ubytek wysokiem, starannie go osusza i usuwa tyle próchnicowej zębiny, ile uda się, starając się nie wywoływać przy tem bólu. Dla przykładu autor wzmiankuje o trzonowcu, w którym próchnica posunęła się już tak głęboko, że miazga została obnażoną i łatwo krwawiła. Zamiast założenia arszeniku, autor przy znieczuleniu naciskowem, usunął natychmiast

miazgę, do czego zużył nie o wiele więcej czasu, niż do włożenia arszeniku. Oczywiście, zastosowanie takiego sposobu bywa i wygodne i pożyteczne ze względu na czas. W ciągu trzech lat posługiwania się tą metodą autor tylko w rzadkich przypadkach, naprz. przy nadzwyczajnej wrażliwości pacjenta lub w poszczególnych przypadkach ostrego zapalenia miazgi, zmuszony był do zakładania na przeciąg 24 godzin arszeniku, w ostatecznych razach często paramonochlorfenolu pod flet-czerem celem usunięcia miazgi.

Technika znieczulania naciskowego polega na tem, że małeńki tampon waty, zmoczony w wyjałowionym płynie (autor używa zwykle *paranefryny Mercka* w wyjałowionych fiolkach 1:1000, celem zapobieżenia silnym krwotokom po wyłuszczeniu) pogrąża w *Cocaini hydrochlorici* (w proszku). Kryształy zostają wessane przez płyn, i otrzymujemy nasycony roztwór kokain-paranefryny. Tampon taki wkładamy w ubytek lub nakładamy wprost na obnażoną miazgę, z wierzchu zaś kładziemy celem wypełnienia ubytku kawałek niewulkanizowanego różowego kauczuku, rozmiękczonego (dla nadania mu większej plastyczności) nad spirytusowym płomieniem, następnie naciskamy szerokiem upychadłem wielkością odpowiadajacem ubytkowi. Ucisk należy wykonywać bardzo ostrożnie, stopniowo doprowadzając do tego stopnia, aż pacjent uczuje nieznaczny ból. Wówczas nie należy zmniejszać ucisku, a również nie zwiększać go, natomiast utrzymywać w tym stopniu w przeciągu kilkunastu sekund. Nieznaczny ból wkrótce przechodzi, wówczas już dla osiągnięcia kompletnego znieczulenia można kilkoma śmiałymi ruchami weisnąć kauczuk w ubytek, przyczem pacjent nie uczuwa wcale bólu. W danym przypadku należy przedewszystkiem zwracać uwagę na to, aby kauczuk w zupełności wypełniał ubytek oraz aby płyn jaknajmniej przeciekał przez brzegi ubytku, co osłabiałoby wogóle znieczulające działanie. Dla uniknięcia tego W. D. Miller proponuje zdjęcie za pomocą stentu odbitki z ubytku, i podczas ucisku użyć go zamiast upychadła.

Znieczulenie następuje mniej więcej w ciągu jednej, najwyżej trzech minut. Ubytek wtenczas wyświdrowywa się dokładnie, a koronę miazgową śmiało otwiera się dużym okrągłym świdrem, koronkową miazgę zaś wyłuszcza się kilkoma obrotami.

Autor jest zwolennikiem usuwania również i korzeniowej miazgi, o ile to jest możliwem; w tym celu kładzie on zwilżony tampon na obna-

zone korzeniowe wejścia i znów naciska przeważnie w tym celu, aby zapobiedz krwawieniu po wyciągnięciu. Następnie odpowiednim nerwociągiem usuwa korzeniową miazgę, co również nie pociąga za sobą bólu.

Ponieważ w większości przypadków, w których należy usunąć miazgę, ta ostatnia znajduje się w stanie ostrego zapalenia, wskutek czego i tkanki sąsiednie z wierzchołkiem i całym korzeniem ulegają przekrwieniu, przeto, pomimo przedsięwzięcia ostrożności, po usunięciu koronkowej miazgi często występuje obfite krwawienie. W takich przypadkach, zwłaszcza w braku czasu, nie uciekamy się do tamowania krwotoku, lecz po kilku minutach, kiedy krew skrzepnie, usuwamy ją, przemywamy komorę wyskokiem lub karbolowym wyskokiem, zakładamy w każdy korzeniowy kanał zatyczkę z waty, zmoczonej w karbolowym wyskoku, ubytek pokrywamy fletczerem, a na następnym posiedzeniu wraz z watą usuwamy przyległe do niej skrzepy; przemywamy następnie kanały w sposób zwykły i wypełniamy je pastą. Autor nigdy nie słyszał narzekań ze strony pacjentów, a również nie widział podrażnienia okostnej; to też zwykle od razu zakłada plombę. *L. Chmieleński.*

**89) C. Bruhns. Rozpoznawanie i leczenie trzeciorzędnej twardzieli przymiotowej języka.** (Die ärztliche Praxis № 5 Berl. Z-che Halb-ft № 8, r. z.).

Pierwsza z 2 postaci trzeciorzędnego przymiotu (ulcus gummos.) łatwo może być rozpoznawana; znacznie trudniej zaś druga — twardzielową (glossitis sclerosa), którą można mylnie przyjąć za guz złośliwy. Autor przytacza 3 przypadki z praktyki o niezwyklej przebiegu, które dają możliwość rozpoznawania twardzieli języka. Rozpoczyna się ona od opuchnięcia i stwardnienia części mięśni języka; powierzchnia jego staje się guzkowatą z brózdami, zwłaszcza jedną głęboką na linii środkowej. Przebieg jest dotąd bezbolesny. W brózdach zatrzymują się resztki pokarmów; na powierzchni powstają wrzody, choroba staje się bardzo dotkliwą. Ostre pokarmy i napoje, alkohol i tytoń drażnią schorzałe miejsca; również występuje ból podczas mówienia i łykania. Autor objaśnia objawy kliniczne przy twardzieli języka jako wynik zmian anatomiczno-patologicznych. Przy rozpoznaniu różniczkowym wśród innych schorzeń należy rak postawić na pierwszym miejscu. Porównując objawy i przebieg obu cierpień (raka i twardzieli), autor przechodzi do leczenia. Na-



leży unikać drażniących potraw, alkoholu i tytoniu, stosować płukanie odkażające, pędzlowanie 5—10% kwasem chromowym, również 10% azotanem srebra. Należy zwracać baczność uwagę na wznówki, które łatwo występują, i energicznie natychmiast wznawiać leczenie.

Z. F.

**90) E. Silbermann. Nadboran sodu** (Zahnärztliche Rundschau № 5, 1908). Od czasu, gdy Merck zestawiał preparat absolutnie czysty—*perhydrol* — wzmogło się zastosowanie nadtlenu wodoru do celów higieny jamy ustnej. Stałemu używaniu  $H_2O_2$  stała na przeszkodzie nietrwałość tego związku i łatwość rozkładu. Fakt, że perhydrol nie zdążył wyrugować jeszcze zwykłego preparatu, da się objaśnić jego wysoką ceną, zależną od trudnej fabrykacji. Nadboran sodu ( $NaBO_3 \cdot 4H_2O$ ) daje możliwość łatwego otrzymania nadtlenu wodoru z nadmiarem alkalki; 3 gr. nadboranu sodu (Mercka) rozpuszczone w 20 gr. wody dają 20 gr.  $H_2O_2$ . Mieszanina ta zachowuje się jak mieszanina nadtl. wodoru i boraks. Dzięki własności tworzenia z wodą  $H_2O_1$  nadaje się nadboran sodu jako constituens do proszków do zębów. Nadtlenek wodoru powstający przytem działa nie tylko utleniająco, występuje on również jako oczyszczający czynnik chemiczno-mechaniczny, a nadmiar alkalki wiąże kwasy znajdujące się w ustach. Autor wypróbował proszek do zębów do codziennego użytku, złożony z calc. carb., natriumperborat i stosował go z dobrym skutkiem w tych razach, w których zalecał pastę „Pebeco“ (gingivitis, stomatitis).

Z. F.

**91) Doc. Dr. Bohosiewicz (Lwów). Która metoda leczenia zgorzeli miazgi i zaopatrywania korzeni daje najlepsze wyniki?** (Dziennik X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, odb. we Lwowie w r. z.).

Przeszedłszy w krótkości wszystkie dawniejsze i nowsze sposoby leczenia zgorzeli miazgi i zaopatrywania korzeni, referent streszcza swe zapatrywanie na tę sprawę w następujących zdaniach:

a) Mechaniczne oczyszczenie jamy jest pierwszym i najważniejszym czynnikiem, na który składają się wprawa, ostrożność i sumiennosc.

b) Różni autorzy różnymi środkami i drogami otrzymywali wyniki dodatnie, tak iż obecnie, gdy chodzi o wybór najlepszej metody, w rachubę brać trzeba nie tylko siły odkażające i inne właściwości użytego środka przeciwnie, lecz również łatwość wykonania i czas

trwania całego zabiegu, jak niemniej ilość posiedzeń—szczegół ważny ze względu na niezamożnych chorych.

e) Za najlepszy środek leczniczy uważać należy formalinę i związany z nią sposób postępowania. Ewentualne małe domieszki środka znieczulającego mogą być potrzebne.

H. S.

**92) Carmeet Jones W. i Humphreys J. Kilka uwag o traktowaniu ropotoku zębodołowego za pomocą wakcynacji.** (Dental Cosmos 5. 1908).

Autorzy przytaczają sprawozdanie z wyników leczenia kilku przypadków ropotoku zębodołowego za pomocą drobnoustrojowego szczepienia (*bacterial-vaccine*). W większości przypadków z ropy zębodołowej otrzymujemy najprędzej hodowlę łańcuszkowców. Szczepionkę (wakcyne) otrzymujemy przez wstrząsanie kultury tych koków w sterylizowanym roztworze soli; sterylizuje się przez gorąco i nareszcie rozcieńcza się w lizolowym roztworze soli. Używaną dawką było 40,000,000 koków w przeciągu dziesięciu dni.

I. Pacjent narzekał na silne bóle w trzonowcu, który następnie został usunięty. Rozległy ropotok zębodołowy. Łańcuszkowiec został izolowany. W ciągu 10 dni zrobiono cztery wakcynacje bez żadnego skutku. Następnie zastosowano energiczne leczenie miejscowe ze znacznym polepszeniem.

II. Pacjent cierpiał na rop. zębodołowy od trzech miesięcy. Kilka zębów miało złote korony, i pacjent narzekał na bardzo przykry smak metalowy. Łańcuszkowiec został izolowany i w ciągu 10 dni zrobiono 3 szczepienia z 40,000,000. Po pierwszym szczepieniu dało się zauważyć znaczne polepszenie, przyczem metalowy smak nie dawał się już odczuwać. Jako miejscowe leczenie stosowano tylko skrobanie. Wszystkie objawy znikły w przeciągu 24 godzin. Nawrotu nie było.

III. Od dwóch lat zęby pacjenta chwiały się, i choroba posuwała się stopniowo. Dawało się zauważyć lekkie wydzielanie ropy. Izolowano też łańcuszkowiec i zrobiono cztery zastrzykiwania. Kieszonki były głębokie, a choroba była daleko posunięta. Ogólny stan zdrowia pacjenta był niezadawalniający, i aczkolwiek wydzielanie ustało, zęby jednak niewiele wzmocniły się.

IV. Przed 5 laty pacjentka cierpiała na wrzód zębodołowy z przetoką. Od tego czasu zęby rozchwiały się znacznie. Ząb wreszcie usunięto. Obfite wydzielanie się ropy przez przetokę wzmogło się po ekstrakcji, chociaż choroba przyjęła już charakter chroniczny. Z chwilą usu-

nięcia zęba zmniejszyła się towarzysząca chorobie niestrawność. Zrobiono kilka szczepień ze znacznem polepszeniem, przyczem ostatnie było najskuteczniejszym. Ogólny stan zdrowia polepszył się. Ustąpiła niestrawność, która dokuczwała pacjentce od pewnego czasu i była wynikiem septycznych procesów w jamie ustnej.

V. Zęby rozchwiane i lekkie wydzielanie się ropy, z której otrzymano kulturę kilku drobnoustr.; do doświadczeń użyto surowicę pacjenta. Od czasu otrzymania najlepszych wyników z łańcuszkowcem robiono pacjentowi wakcynację ostatniego i *staphyloc.*, lecz leczenie nie dotrwało do końca. W tym przypadku był przedawniony lues; leczenie powinno było być stosowane przed 3 laty. Codzienne leczenie miejscowe trwało w ciągu 10 dni, aż do wyjazdu pacjenta, lecz polepszenie następowało bardzo powoli.

Wynika kwestja, czy wakcyna powinna być przygotowaną dla każdego przypadku oddzielnie, lub też z izolowanych drobn. od jednego pacjenta może być stosowaną i do innych przypadków. Przy wakcynacji łańcuszkowca jedna wakcyna została wypadkowo zepsuta; zastosowano z tym samym dobrym wynikiem wakcynę, przyszykowaną dla innej osoby.

Autorowie są zdania, że za pomocą wakcynacji rop. zębodołowy, choroba wogóle trudna do usunięcia, w wielu razach może być znacznie umiejscowioną, a nawet usuniętą. *M. Leliwa-Kopystyńska.*

**93) Dr. Andrzejewski. Bezzębni żołnierze i radykalna w tym względzie pomoc.** (Wojenno-med. żurnał. 1. 1908).

Podług statystycznych danych, zebranych przez różnych badaczy około 50% pośród żołnierzy cierpi na próchnicę zębów. Procesowi temu ulega zwykle I trzonowiec (43,9%), dalej następuje: II trzonowiec (18,2%), dwuguzkowiec (13,4%), III trzonowiec (15,7%), siekacze (3,3%) i kły (2,1%). W każdym pułku znaleźć można sporo bezzębnych żołnierzy, którym brak od 10 do 23 zębów.

Wojskowi lekarze doskonale znają tych pacjentów, którym mimo chęci, w żaden sposób radykalnie pomódz nie mogą. A tymczasem pomoc dla nich jest niezbędną; ze służby takich żołnierzy zwolnić nie można, ponieważ podlegają oni § 46 lit. A (§ 52 rozkazu do zarządu wojennego 1906 r. № 465 podlegają tylko popisowi z 1907 r.).

Porównując § 46 lit. A z § 54 A rozkazu do zarządu wojennego z 1908 r. № 465, widzimy znaczną różnicę. Zastosowanie § 46 lit. A za-

pełniało armię bezzębnymi żołnierzami, zaś § 52 lit. A bezsprzecznie ilość tę zmniejsza.

Tak na mocy § 46 lit. A zwalniano ze służby wojskowej „dotkniętych brakiem nie mniej niż 10-iu zębów w obu szczękach i do 8-iu w jednej szczęce (nie licząc zębów mądrości), również dotkniętych brakiem i mniejszej ilości zębów przy jednoczesnem stwierdzeniu próchnicy w wielu innych zębach z jawnymi oznakami nieprawidłowego trawienia we wszystkich wyżej oznaczonych przypadkach“.

Za brak zęba uważano utratę korony lub zniszczenie znacznej części takowej. Na podstawie zaś § 52 lit. A „zwalniani być mogą od powinności wojskowej dotknięci brakiem wszystkich (4) siekaczy, kłów (2), dwuguzkowców (4) w jednej szczęce, a także 14 i więcej zębów w obu szczękach, przytem za brak zęba uważa się utratę korony lub zniszczenie większej jej części próchnicą. Zęby mądrości nie wchodzą w rachubę“.

Zatem tylko popisowi z 1907 r. mają prawo korzystania z nowego rozporządzenia, zwalnającego od pełnienia powinności wojskowej w razie skonstatowania braku 14 zębów (bez zębów mądrości), popisowi zaś z 1906, 1905, 1904 r. podlegają dawnym przepisom, czyli § 46 lit. A.

Z powyższego wynika, że nawet na podstawie § 52 lit. A żołnierz, posiadający zaledwie 15 zębów—jeśli od ogólnej liczby 32 zębów odejmiemy obowiązujące 14 i nieobowiązujące 4 zęby mądrości — obowiązany jest do pełnienia służby wojskowej.

Pomoc lekarska w wojsku dla tych bezzębnych powinna być trojaka:

- 1) należy dawać im odpowiednie pożywienie — zamiast zwykłej mięsnej porcji—kotlety;
- 2) leczyć i plombować resztę zębów;
- 3) zrobić im zęby sztuczne.

W tym celu autor proponuje zakładanie wojskowych gabinetów dentystycznych pod kierunkiem specjalistów.

*L. Chmieleński.*

## IV. Kronika i sprawy zawodowe.

== Jubileusz. W dn. 10, 11 i 12 października postępowy odłam społeczeństwa polskiego zamierzał uroczyste obchodzić jubileusz lite-

racko-publicystycznej działalności **Aleksandra Świętochowskiego**, który w ciągu 40 lat swej pracy pisarskiej był najdoskonalszym wzorem humanisty, świetnym swym piórem niezmordowanie walczył z potęgą wsteczności, fałszu i obłudy, a w czasach panowania u nas pozytywizmu był głównym jego szermierzem, przysporzył swojskiej literaturze wiele skarbów swego niepospolitego talentu.

Niestety, z przyczyn od komitetu jubileuszowego niezależnych uroczystość ta musiała być zaniechana. W oznaczonym jednak terminie jubilat odebrał mnóstwo gratulacyjnych depeesz.

Redakcja naszego pisma w osobach jej współpracowników uczciła również wielkiego pisarza odpowiednią depeszą.

== **Aresztowanych** kol. N. Latenera, H. Głuszkowskiego i Sobolewską przez wydział „ochrony“ zwolniono w początkach października.

== **Polskie T-wo Dentystyczne** założono w Chicago. Bliższe szczegóły podamy później.

== **Szkoła i zęby**. Pomimo, że wiele szkół ma swoich dentystów, nie mamy dotychczas żadnych konkretnych danych, dotyczących stanu zębów uczniów. Tu i owdzie wprawdzie spotykaliśmy luźne cyfry ogólne, oparte na bardzo powierzchownych oględzinach zębów, lecz nie są to wyniki racjonalnie przeprowadzonych badań.

*Pierwszy* pod tym względem krok poczyniły kol. Zofja Boretti i Mina Szolcówna. Korzystając z propozycji D-ra Tchórznickiego, znanego u nas pionera na polu higieny społecznej, koleżanki te przeprowadziły szczegółowe badania zębów dzieci w szkołach ludowych na Pradze. Ile mozolnej pracy poświęcono tym badaniom, świadczyć mogą przedstawione nam szczegółowo zestawione tablice statystyczne. Stwierdzają one nadzwyczaj opłakany stan zębów i jamy ustnej u dzieci wogóle, niezem nie różniący się od wyników badań, przeprowadzanych w innych krajach.

Na odbytej niedawno wystawie w Wilnie „Dziecko“ wśród wygłoszonych odczytów, poświęconych higienie dziecka wogóle, zwrócił uwagę odczyt D-ra Tchórznickiego „Szkoły i zęby“. Odczyt ten bardzo wyczerpująco opracowany, oparty właśnie był na danych statystycznych otrzymanych przez wspomniane koleżanki. Odpowiednie tablice dowiodły, że zęby dzieci naszych są fatalnie popsute. W konkluzji prelegent nawoływał gorąco przełożonych i rodziców, aby mianowano dentystę w każdej szkole.

W „Sprawach szkolnych“, organie w Warszawie wychodzącym, kol. H. Kon-Feldblumowa również zwraca uwagę na konieczność mianowania przy każdej szkole dentysty. Do jego obowiązków należy zaznajamianie uczniów z zasadami pielęgnowania ust i zębów. Również w zakres jego pracy wchodzić winno prowadzenie ścisłej statystyki chorób zębów. Aby dentysta mógł podobać sumiennie tak wszechstronnym obowiązkom, stawianym mu przez szkołę, powinien być możliwie płatnym. Konieczną jest rzeczą, aby dentysta był we wszystkich szkołach, a nie, jak dotychczas, w niektórych tylko. Prawo do zdrowych zębów i wogóle do zdrowego organizmu ma każde dziecko bez różnicy stanowiska społecznego jego rodziców i ich stanu materialnego. Dlatego też potrzeba, by nauczycielstwo samo tą zasadą się przejęło i uważało, że dentysta jest w szkole nieodzownym.

Oto rzucony przez autorkę projekt, z którym należy się zgodzić.

= **Uzupełnienie.** Wzmiankując o rzekomo jałowych ampulkach (zob. poprzedni n-r), możemy zaznaczyć, że nie dotyczyło to *alveoliny* kol. Grejnieca z Częstochowy, która wad tych nie posiada.

= **Sprawy zawodowe.** Na posiedzeniu Warsz. T-wa Odont. odbytem w dniu 29 IX r. b. omówiono w dalszym ciągu sprawę polskiego „Podręcznika chorób zębów i jamy ustnej“. Wybrano komisję, która zajmie się urzeczywistnieniem dalszego wydawania zeszytów. Na temże posiedzeniu wybrano komisję etyczno-zawodową, do której weszli: Oyrzanowski, German, Neufeld, Krakowski i Kasprowicz.

W sprawie ostatniego cyrkularza głównego inspektora lekarskiego, dotyczącego wstrzykiwań śródziąsłowych, pewne grono tutejszych kolegów uchwaliło zaprotestować, ponieważ jestto sprzecznem z normalną ustawą szkół dentystycznych. Cyrkularz ten postanowiono oskarżyć do Senatu. W celu porozumienia się w tej sprawie z kolegami w Cesarstwie, wydelegowano do Petersburga kol. Frejdkina, który dnia 21 IX r. b. konferował tam z niektórymi wybitnymi przedstawicielami naszego zawodu i przyjmował udział w posiedzeniu komisji, wyłonionej przez petersburskich kolegów, celem zajęcia się protestem. Kol. Dobkowicz przedstawił wyczerpująco opracowany memorjał o stanowisku prawnem lekarzy dentystów. Uchwalono wyciąg z tego memorjału opracować i przedstawić przez wybranych delegatów prezesowi ministrów. Na delegatów wybrano Synicyna, Dobkowicza i Totwena. Z drugiej strony postanowiono zwrócić się do Rady medycznej z wyluszczeniem szczegółów

stwierdzających absolutną niemożliwość wprowadzenia w życie cyrkularza głównego inspektora lekarskiego. Wobec wynikłego porozumienia się kol. Frejdkin, jako delegat warszawskich kolegów, samodzielnego prowadzenia sprawy musiał zaniechać. Kol. Dobkowicz natomiast udzielać będzie mu dyrektyw, jak wspólnie mamy postępować. Na miejscu kol. F. stwierdził, że droga wybrana przez petersburskich kolegów jest pewną i prowadzącą do osiągnięcia celu. Kol. F. również przyjmował udział w posiedzeniu komisji Petersb. T-wa Odontologicznego, lecz praca szła tu zbyt ospale, dalszego udziału więc zaniechał. Dnia 4 października kol. F. otrzymał od kol. Dobkowicza z Petersburga list zawiadomieniem, że 28 IX odbyło się zebranie wszystkich praktykujących tam lekarzy dentystów. Po dłuższych debatach wyłoniono komisję w osobach: Dobkowicza, Orlakowskiego, Dobrego, Jurgensa i Syncyna. Kol. Dobkowicz i Totwen sprawę powierzyli znanemu adwokatowi, który, rozpatrzywszy cały materiał, podjął się starań, przewidując wynik pomyślny. Honorarjum adwokackie bezsprzecznie jest dość wysokie.

Wobec tego, że sprawa jest zasadniczą i ważną dla całej korporacji, nie można więc wymagać, aby wszelkie wydatki ciążyły na pewnej tylko grupie kolegów. Niezwykła jednak daje się zauważyć obojętność. Wielu kolegów, a zwłaszcza koleżanek, stroni, przytaczając niewytrzymujące krytyki argumenty. Nie rozchodzi się im więc o zasadę, lecz o jakieś osobiste wyrachowanie. Nie przytaczamy bezsensowych argumentów, słyszanych przez delegatów z ust owych obstrukcjonistów, stojących na fałszywej drodze rozumowania. *Wobec ważności zasadniczego rozstrzygnięcia ostatniej nikt z nas nie ma prawa uchylać się od poparcia.* I koledzy z prowincji niech również nie siedzą obojętnie.

Dotychczas wpływy i wydatki przedstawiają się tak:

Blikle rb. 5, Bornsztejn—3, Braude—2, Brunner—3.30, Danejko—2, Goldberg—2, Górski—3, Gutowski—5, Frejdkin—3, Jaczynowska-Słońska—2, Motz A.—5, Mroczkowski—5, Mitkiewicz—5, Fabianówna—2, Kleju H.—3, Oyrzanowski—5, Przedpełski—5, Smosarska—1, Szydziński—5, Stejnhaus-Szyf—1, Szyf—1, Szafir—1, Stern—3, Terlecki—3, Winawer—2, Trop—10, Zawadzki—2, Lorberblat—2, Barteniewa—2, Bielawski—3, Krauze—2, Chmieliński—2, Pawłowski—5, Kon-Feldblumowa—2, Kellerman—3, Cejtlin K.—1.50, Cejtlin L.—1.50, Krenicka—1, Chmielnicka—1, Fitelberg—1, Wacholder—1, Sobolewska—1, Jawitz—1, Klejnerman—3, Lipsztatowa—0.50, Lubartówna—1, Sylber-

blatowa—1, Krakowski — 3, German — 2, Boretti — 1, Bałabanow — 3 i Szymański — 8. Razem *rb. 141 kop. 80.*

Rozchód wynosi:

Wydatki przy inkasowaniu . . . . .	rb 2 kop. 80
Za przepisanie na maszynie memorjału Dobkowieza . . . . .	„ 6 „ —
Przejazd i wydatki delegata do Petersburga (bilety <i>rb.</i>	
23—65 i <i>rb.</i> 24—05 oraz 8 dni à <i>rb.</i> 5). . . . .	„ 87 „ 70
Adwokatowi w Warszawie . . . . .	„ 15 „ —
Razem . . . . .	<u>rb. 111 kop. 50</u>

Pozostało zatem w depozycie u kol. Frejdkina *rb.* 30 kop. 30.

Sądzymy, że wobec ważności sprawy nikt uchylać się nie będzie od dalszego poparcia. Bliższych informacji udziela kol. Frejdkin (Widok 9).

= **Nieudane przedsiębiorstwo.** Po rocznem bezskutecznem borykaniu się zakończyła swój żywot „szkoła techniczno-dentystyczna“ słynnej spółki Stawiska-Landau i C-o, nie zdoławszy ani przy pomocy ogromnych szyldów ani krzykliwych reklam zwabić nikogo. *Tym razem „instytucja“ ta więcej nie zmartwychwstanie. Głos kolegów był więc najlepszą opinią w sprawie sławetnej tej uczelni.*

= **Nowe gabinety dentystyczne otworzyły:** Z. Użańska (Wierzbowa 5), J. Ziemensówna (Długa 34), Berladierówna (Próżna 1), Lubarówna (Senatorska 26) i Bruckusówna (Senatorska 22).

= **Nową lecznicę dentystyczną** otworzył przy ul. Marszałkowskiej róg Chmielnej dentysta Szwarcmacher.

= **Jak to nazwać?** Dentysta S. Pilecki (Dzika 40) podaje następującą reklamę: „*specjalne wyjmowanie zębów, pni bez bólu, sztuczne zęby bez podniebienia na złocie, złote zęby i złote korony wiecznie gwarantowane podług amerykańskiego systemu, robotnikom i uczniom 50% rabatu.*”

Nie wkracza to już w dziedzinę blagi; p. Pilecki wie zapewne, że jego korony i zęby złote nie są *wieczne*, więc „gwarancja“ jego czem jest?...

Drugą perełką jest następujące ogłoszenie, które ukazało się w *Kurjerze Warsz.*

**Nowość.** Hygjeniczne zęby sztuczne specjalnie wstawia dentysta Lezerowicz. Krucza 17.

Czy takich specjalistów nie należy wystawiać pod pręgierz opinii publicznej?