



5
Aleszyński

KLINIKA STOMATOLOGICZNA
Akademii Medycznej
w LUBLINIE
ul. Stalingradzka 58, tel. 19-79

4031

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

KLINIKA STOMATOLOGICZNA

Akademii Medycznej

w LUBLINIE

ul. Stalingradzka 58, tel. 19-79

1911 r.

Rocznik VI.

REDAKTOR I WYDAWCA

LEKARZ DENTYSTA

M. KRAKOWSKI

SKOROWIDZ.

(Wymienione tytuły odpowiadają treści).

==== Redakcja i Administracja: Długa 47. ====

Tel. 169-89.

Dr. med. A. Cieszyński

WARSZAWA.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Hoża 64.

1911.

SPIS RZECZY.

I. Prace oryginalne.

	str.
1. Brunner J. O odczynie Wassermann'a	68
2. Cenżar A. W spr. wstrzykiwań śródziąsłowych przy wyjm. zębów	268
3. Krakowski M. Influenza i jej wpływ na jamę ustną	1,33
4. " Z kazuistyki dentystycznej	199
5. " Przypadek całkowitego rozszczenia podniebienia i wyrostka zębodołowego	65
6. Neufeld N. Nowy przyrząd do wytłaczania koron złotych sposobem Rozensztejna	117
7. Zawidzki W. Rys ortodontji nowoczesnej	301,335,369
8. Zilz J. dr. Ubytki próchnicowe zębów jako wrota, sprzyjające wtargnięciu do ustroju czynnika wywoł. promienicę	165
9. " Osteomyelitis mandibularis wskutek influenzy	233
10. Zwierzchowski F. prof. Cywilizacja a uzębienie człowieka	97,131

II. Dział streszczeń.

Akuszerek jama ustna jako źródło zakażenia dla położnic.	7	Cyrkularz Ministra Spr. Wewnętrznych.	55
Angina Vincent'ego	88	Dane statystyczne, dotyczące śmiertelności na kuli ziemskiej	299
Antagonizm stomatologiczno-odontologiczny	358,387	Dentystów liczba we Włoszech	259
	392	Diamidoarsenobensol	343,379
Arsenobenzol.	343,379	Dobry projekt	227
Bezpłatna poliklinika	229	Doświadc. prakt. w dziedzinie dział. śr. znieczul.	309
Biblijografia 26,28,48,156,193	224,292	Dziesięciolecie Belg. t-wa stomatol.	298
Ból głowy pochodzenia zębowego	203	Echo V Międz. Zjazdu Dent. w Berlinie	226
Brak soku żołądkow. wskutek braku zębów	94	Ehrlich'a sposób leczenia przymiotu	343,379
Choroby kobiece a zęby.	351	Elephantiasis lymphangictodes wargi górnej	312
Choroby zębów a wypadanie włosów	41	Eliksir do zębów d-ra Bell'a	299
Choroby zębów a gruźlica	42	Falszerstwa świad dent.	329
Choroby zębów i nosa	205	Fizjologja miążgi zębowej	13
Choroby skóry a śluzówka j. ustnej.	311		

Fosforowa martwica	143	Liczba szkolnych klinik dent. w Niemczech	60
Francuzkie szkoły dentyst.	31	Listy do redakcji 95,325,366,400	
„Givasan“— nowa pasta do zębów	127	M agnal	45
Gładka powierzchnia mo- deli gipsowych	258	Martwica fosforowa	143
Gruźlica a choroby zębów	42	Medycyna w Chinach.	61
Gruźlica j. ustnej i odpor- ność tkanek	148	Miazgi leczenie.	253
H ojna ofiara	62	Miazgi zakaż. drogą krwio- biegu lub nac. limfat.	289
Influenza a jama ustna	1,33	Migdałki gardłowe a zęby	287
Influenza i osteomyelitis mandibularis	233	Migdałów gardłowych roz- rost	40,46
J ama ustna a influenza	1,33	Miejscowe znieczulanie	252
Jama ustna akuszerka jako źródło zakażenia dla po- łożnic	7	Miesiączka zstępcza	16
Jamy ustnej gruźlica	148	Międzynar. wystawa hygie- niczna w Dreźnie.	362
Jodglidyna w dentystyce	225	Modele gipsowe.	258
Jubileusz prof. Cybulskiego	32	N ekrologi	57,250,328
Jubileusz „Przegl. Lek.”	295	Nerwobóle pochodzenia zę- bowego	53
Jubileusz sekcji dentyst. na zjeździe lekarzy i przy- rodników polskich	264	Niedrożność wrodzona noz- drzy tylnych a forma pod- niebienia	192
Jubileusz T-wa Lek. w Ło- dzi.	227	Niklowanie bez elektrycz- ności	52
K asa wzajemnej pomocy odon- tologów polskich 96,157,197		Nowo-Denthestin	299
Kit do zębów	52	Nowa literatura	63,265
Klinika dentystyczna.	229	Nowa szczoteczka do szpryc	57
Kobiety w niem. uniwersyt.	299	Nowe leki	225
Kongres higieny szkolnej w Paryżu	18	Nowopromowanych lekarzy- dentystów liczba	163
Korzeń zęba w płucach	281	Nowotworów j. ustnej etjo- logja	282
Kronika i sprawy zawodowe 29, 53, 95, 127, 157, 164, 196 198,226,259,293,000		Nowy organ dentystyczny	32
Krople do zębów	298	Nowy organ lekarski.	229
Kursy uzupełniające w War- szawie	59	Nowy projekt	330
L akier do polerowania mo- deli gipsowych	52	O bjaw charakterystyczny	163
Leczenia miazgi nowy spo- sób	253	Odcinek	358,387
Leczenie przewlekłych ropni zębodołowych	89	Odczyn Wassermann'a	68,103
Leczenia przymiotu nowy sposób	343,379	Odczyty z dziedziny dentja- trji w szkole dent.	162
Leczenie ropniaków zatoki szczękowej	89	Oddychanie przez usta a zę- by	46
		Oddziaływanie dużych ilości złota w zetknięciu z sub- stancją zęba	87
		Odpowiedzi redakcji	230,300
		Odżywianie się zęba	275
		Ograniczenie w szkołach den- tystycznych	58
		Ortodontja	301,335,369

- Ortodontja nowoczesna 301,369
 Ortodontja a oto-rynologia. 40
 Osteomyelitis mandibularis
 wskutek influenzy . . . 233
 Oto-rynologia a ortodontja. 40
 Otok j. szczękowej . . . 6
 Otok zatoki szczękowej a
 zejście śmiertelne . . . 47
 Owrzodzenie warg. . . . 53
 Panama dentystyczna . . . 58
 Pasta Bauer'a 260
 Pasta bizmutowa przy le-
 czeniu ropni zęb. i rop-
 niaków zatoki szczęko-
 wej 89
 Patologia miazgi zębowej . 125
 Perhydrol 253
 Plamy od rdzy wywabianie . 52
 Płukania do ust 53
 Podniebienia rozszczepienie 65
 Podniebienie wysokie a roz-
 rost migdałów gardło-
 wych 46
 „Podstawy dentystyki“ . . . 26
 Popękanie warg 53
 Porażenie twarzy po wyję-
 ciu zęba. 94
 Posada dentysty przy szpi-
 talu 58
 Potęgowanie śr. znieczul. . 307
 Pozwolenie na sprz. kropli
 do zębów 298
 „Praktyczeskoje Zubowra-
 czewanje“ 32
 Prąd indukcyjny do celów
 rozpoznawczych . . . 121
 Preparat Dornera 332
 Promienica a ubytki próch-
 nicowe 165
 Profilaktyka próchnicy zę-
 bowej 137
 Projekt 260
 Proszek do zębów d-ra Bell'a 299
 Projekt dentystów niemiec-
 kich 32
 Próchnica a tęczec. . . . 311
 Próchnicy zębowej profilak-
 tyka 137
 Przedstawicielei medycyny w
 Rosji liczba 56
 Przymiotu lecz. nowy spo-
 sób. 343,379
 Przypadek niedostatecznej
 liczby zębów 257
 Przyrząd nowy do wytłacza-
 nia koron złotych . . . 117
 Psychozy wskutek bezboles-
 nych zaburzeń zębów. 75
 Rady lekarskiej zezwolenia. 62
 Resodont 260
 Robót mostkowych wypróbo-
 wane sposoby 217
 Ropne zapalenie dolnej szczę-
 ki 383
 Ropniaków zatoki szczęko-
 wej leczenie 89
 Ropnica w zależności od rop-
 nienia w zatoce szczę-
 kowej. 17
 Ropni zębodołowych lecze-
 nie. 89
 Ropotoku zębodołowego
 wznówka 199
 Rozczyny do miejscowego
 znieczulania 51
 Rozp. Min. Spr. Wewn. w
 stos. do szkół dent. . . 331
 Rozrost migdałów a wyso-
 kie podniebienie . . . 46
 Rozrost migdałów gardło-
 wych 40
 Rozszczepienie podniebienia
 i wyrostka zębodołowe-
 go 65
 Salvarsan 343,379
 Samobójstwo dentysty . . . 32
 Samobójstwo z powodu bólu
 zęba 57
 Sąd doraźny 57
 Schorzenia śluzówki j. ust.
 przy chor. skóry. . . . 311
 Smutne refleksje 158
 Słoniowacizna wargi górnej 312
 „Słownictwo Dentystyczne. 28
 Słuszne żądanie (co do ogł.
 lek.) 295
 Sprawa o wydanie niewłaści-
 wego świadectwa . . . 57
 Sprawy ropówkowe, pocho-
 dzące od nienszkodzo-
 nych zębów mądrości . 93
 Stopnie dentyst. w różnych
 krajach 295

Studentów liczba na wszech- nicach niem.	260	Ukaranie rzekomego denty- sty	31
Studentki na uniwersytetach polskich	61	Ustalenie stanowiska leka- rza-dentysty	58
Studen. dentystyki w Rosji liczba.	229	Utrata zębów a zdolność do wojska	153
Syfilis	103	Warsz. T-wo Odontologicz- ne	30,197,228
Szankier górnej wargi . . .	16	Wiec lekarzy austriackich .	29
Szankier podbródka	259	Wrzody syfilityczne migdał- ków	192
Szankier pozapłciowy. . . .	313	Wszechros. Związek Dent.	197
Szankier twardy migdałka .	289	Wszechros. Zjazd Odontol.	261
Szczęki dolnej ropne zapale- nie.	383	Wstrzykiwania śróddziąsło- we.	268
Szkoły dentystyczne	31	Wyjaśnienie Senatu	198
Szkół dent. w Rosji liczba	229	Wypadanie włosów a choro- by zębów	41
Szkoły dent. projekt.	198	Wypadanie włosów poch. zę- bowego	189
Śluzówki toczeń	53	Wyrostka zębodołowego roz- szczepienie	65
Śmiertelność wśród lekarzy w Ameryce	59	Wysokie podniebienie a roz- rost migdałów gardło- wych	46
Śmiertelność wśród lekarzy w Rosji	60	Xerostomia	185
Śmierć po wyjęciu zęba. . .	187	„Zahntechniker Zeitung“ .	96
Śmierci wyp. podczas chlo- roformowania	58	Zakażenie miazgi drogą krwiobiegu lub naczyń limfat.	289
Środki od bólu zębów	259	Zamknięcie leczn. dent. . . .	332
Środków znieczulające	309	Zejście śmiertelne a otok za- toki szczękowej	47
Śróddziąsłowe wstrzykiwa- nia.	268	Zezwolenie na zjazd denty- styczny	328
Światło i ciemne strony te- rapii iniekccyjnej w den- tystyce	215	Zęba odżywianie się	275
Technicy dent.	260	Zębów utrata a zdolność do wojska	153
Technicy dent. w Galicji .	293	Zębów odbarwianie	385
Terapia iniekccyjna w den- tystyce	215	Zęby a choroby kobiece . . .	351
Tętniak doln. tętnicy zębo- wej	187	Zęby a migdałki gardłowe. .	287
Tęzec a próchnica	311	Zęby u noworodka	201
Toczeń śluzówki	53	Zjazd delegatów tow. dent.	329
T-wo lekarzy polskich w Ameryce Północnej.	57	Zjazd lekarzy i przyrodni- ków polskich 53,158,196,313	
T-wo Odontologiczne.	160	Zjazd lekarzy w Łodzi	226
Twardy szankier migdałka.	289	Zjazd lekarzy prowincjonal- nych	63
Twardy szankier w jamie ustnej.	95	Znieczulanie miejscowe . . .	252
Tytuł w profilaktyce jamy ustnej.	215	Złocenie spos. Herbst'a . . .	86
Ubytki próchnicowe a pro- mienica	165		

Związek dentyst. w Bra-	
zylji	61
Związek lekarzy-dentystów.	130
Związek pom. chorobami zę-	
bów i nosa.	205
Związek pom. chor. kobiece-	
mi a chorobami zębów	351
Zwężenia nosa a zęby . . .	154

III. Autorzy.

Amend	289
Arnone L.	143
Beck R.	89
Borzęcki E. dr.	103
Brodbeck	215
Broomell H.	87
Brunner Jerzy dr.	68
Bunk	192
Cavallaro prof.	215
Cenżar A.	268
Cieszyński A.	325,404,406
Dreyer	16,289
Esigmann S.	367
Etchepareborda	187
Fischer G.	125
Francois-Dainoille	259,309
Frejdkint	392
Gibson A.	385
Germain H.	383
Guttman G.	7
Hahn	253
Hallopeau	259
Hecht H.	137
Heller A.	13
Hirsch J.	351
Höncz	185
Hudson-Makuen G.	287
Idzikowski F.	262,392,407
Jacquet E.	88,189
Kamieniecki M.	275
Kelsey W.	42
Kleiner	257
Knappe W.	156
Kollibay	205
Kon-Feldblumowa H.	26,95,157
Krakowski M.	1,28,29—32,33
	51, 53—63, 65, 95—96, 127—
	130, 157—164, 194, 195, 196—
	198, 199, 226—230, 259—266
	292, 293—300, 328—334, 407
	410
Kren O.	311
Kunert	217
Lange	17
Ledermann dr.	95,313
Lewanowicz S.	121
Lichwitz	253
Montigel T. dr.	86
Nenner	153
Nitsch R. dr.	103
Neufeld N.	117
Olds	258
Osokin G.	46
Parreidt	307
Pernet dr.	192
Pfupf W. prof.	48,49
Reichert	154
Schaeffer	45
Schilling	94
Scheuer O.	46
Schoenbeck F.	51
Springer dr.	103
Szternberg	148
Terlecki K.	368
Upson H. prof.	75
Wilga H.	29
Williger prof.	93,282
Zasas dr.	94
Zawidzki W.	29,301,335,369,399
Zilz J. dr.	165,233
Zwierzchowski Fr. prof.	28,97
	131

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

Prace oryginalne.

Influenza i jej wpływ na jamę ustną.

NAPISAŁ

M. Krakowski.

Influenza (grypa) należy do rzędu ostrych chorób zakaźnych. Choroba ta, jak wiadomo, rozszerza się epidemicznym a nawet pandemicznym sposobem i obejmuje z wielką szybkością obszernie przestrzenie. W okolicach, gdzie występuje, tylko mała część ludności wolną jest od niej. Pierwszy raz skonstatowano influencję w wieku szesnastym (r. 1510). Od tego czasu rozpoczyna się właściwie cały szereg epidemji tej choroby, dochodzący do takich rozmiarów, do jakich nie dochodziła żadna inna ostra zakaźna choroba. Epidemje, panujące do r. 1870, zajmowały całe kraje i powracały w niestałych okresach czasu, niezależnie od pory roku, szerokości geograficznej i klimatu. Trwały one zazwyczaj od kilku tygodni do 9 — 10 miesięcy (epidemia w Paryżu w r. 1831). Dawni autorzy, ze względu na towarzyszącą tej chorobie gorączkę, uważali ją za *ogólną chorobę gorączkową*, zależną od wpływów *miazmatycznych*. Od samego początku pojawienia się jej powstawały różne poglądy i hipotezy co do *przyczyn* ją wywołujących. Większość autorów szukała przy-

czynny w czynnikach atmosferycznych; twierdzili oni, że choroba może się rozszerzać tylko przez powietrze. To ostatnie jakoby zawierało jakiś *zarazek* albo *miazmat*, lub też było zanieczyszczone kwasami mineralnymi. Inni autorzy uważali epidemię za wynik zmiennej zawartości ozonu w powietrzu. Niektórzy podawali znów za przyczynę, wywołującą gripę, pewnego rodzaju szkodliwy owad (Kant i in.). Z rozwojem bakterjologii zwrócono uwagę i na tę chorobę. Teissier przypuszcza, że zanieczyszczenie wody w rzekach nie pozostaje bez widocznego wpływu na rozwój choroby. Podczas panowania epidemii jej w l. 1889—1890 woda Newy zawierała daleko więcej substancji organicznych, niż zwykle. Woda w Wiśle przed wybuchem influenzy zawierała w 1 litrze 21 mil. zarodników; później, gdy epidemia osłabła, woda zawierała tylko 135,000. Wspomniany autor twierdzi, że woda, prawdopodobnie, zawiera jakiś czynnik chorobotwórczy, który kwitnie przy pewnych sprzyjających warunkach ogólnometeorologicznych. Epidemja lat 89—90 była przedmiotem licznych badań bakterjologicznych. Babés¹⁾ wykrył w wydzielinach osób chorób na influencję diplobakterje 0,02 — 0,04 mcm. długości, przezroczyste i niebarwiące się sposobem Grama. Kowalski²⁾ (Wiedeń) znalazł te same bakterje; działają one, według ostatniego, bardzo zabójczo na króliki; ostatnie zdychają przy objawach obrzmienia śledziony, zapalenia płuc i błon surowiczych. W wielu innych przypadkach spotykano nieco skrzywione laseczniki 0,05—0,06 mcm. grubości, zabójcze dla myszy. We wnętrzościach, w różnych płynach patologicznych chorych na influencję stwierdzono obecność pneumokoków Talamona, pneumolaseczników Friedländer'a, najczęściej zaś znajdowano *streptococcus pyogenes*, a także *staphylococcus pyogenes aureus*.

Drobnoustroje, wymienione powyżej, wywołują tylko powikłania grypy, nie mają zaś wpływu na powstawanie głównej choroby. Niektórzy autorzy, jak twierdzi Vidal, przypuszczają, że wywołują ją pospolite drobnoustroje, które podczas panowania epidemii przyjmują charakter złośliwy i że swoistego drobnoustroju dla grypy niema. Że tak nie jest, pokazały badania Pfeiffer'a, a następnie Letzerich'a,

¹⁾ F. Vidal. *Maladies infectieuses*. Ruskie tłumaczenie.

²⁾ *Ibid.*

(1892) i Canon'a. Pfeiffer pierwszy odkrył pewien rodzaj drobnoustroju, któremu obecnie ogólnie przypisują przyczynę powstawania influenzy.

Drobnoustroj ten, spotykany tylko przy ostatniej przedstawia się w postaci lasecznika; przeniesiony na pożywki, lasecznik ten wytwarza kolonie, które są przezroczyste, jak woda i rozrastają się najlepiej przy ciepłocie 27° — 42° C. Na buljonie i agarze zachowują żywotność w przeciągu 14 — 18 godzin. Badania Letzerich'a wykazały, że laseczniki Pfeiffer'a znajdują się we krwi chorych na influenzę. Toż samo wykazał i Canon. Ilość tych drobnoustrojów, z początku dość znaczna, stopniowo się zmniejsza. We krwi osób, zapadłych na inne choroby zakaźne, pasorzyta tego nie zauważono. Lasecznik ten wielkością swoją przypomina lasecznika mysiej posocznicy, różni się jednak charakterystycznymi cechami. Środkowa jego część jest bardzo przezroczysta, końce zaś są ciemniejsze, w zależności, prawdopodobnie, od większego zgęszczenia się w tych miejscach protoplazmy. Pasorzyty influenzy barwią się stosunkowo trudno. Najłatwiej barwią się słabym ogrzanym roztworem błękitu metylenowego, przyjmując kolor różowy lub jasnoróżowy; na miejscach zgrubień przyjmują odcień fioletowy.

We krwi chorych na influenzę spotykają się czyste hodowle lasecznika; w płwocinie zaś towarzyszą im różne koki. Pfeiffer, któremu się udało wyosobnić czyste hodowle lasecznika, szczepił je zwierzętom, które różnie reagują na trujące działanie tegoż; króliki, np., zdychają przy objawach ogólnego porażenia.

Zakażenie u ludzi powstaje, prawdopodobnie, drogą wdychania chorobotwórczego lasecznika. Nie jest też wykluczonem, że zakażenie powstawać może drogą zetknięcia się z osobnikiem chorym. Ten jednak sposób szerzenia się choroby nie odgrywa tak wielkiej roli, jak wymieniony na pierwszym miejscu.

Czynnikami, usposabiającymi do influenzy bywają u ludzi: ogólne osłabienie, nerwowość, starość. Ludzie nerwowi, starzy niedołęzni łatwiej i częściej zapadają na influenzę. Również ważną rolę w etiologii tej choroby odgrywa *przeziębienie*.

Do objawów, towarzyszących chorobie, odnieść należy: gorączkę, poprzedzaną dreszczami, bezsenność, silny ból głowy, charakterystyczny ból w krzyżu, ogólne rozbicie, zupełny brak apetytu, obfite

pocenie się, bóle w stawach, kończynach, kaszel z przyczyny nieżytku dróg oddechowych. W cięższych przypadkach—bolesne drgawkowe skurcze w oddzielnych grupach mięśni i majaczenie. Jeżeli umiejscawia się w przewodzie pokarmowym (t. z. forma *gastryczna, brzuszna*), to wywołuje ona silne bóle, wymioty i biegunkę. W lżejszych przypadkach grypa kończy się wyzdrowieniem *per crisis* po kilku dniowym trwaniu, a w przypadkach cięższych trwa nawet kilka tygodni. Nawroty nie są rzadkie. Zdarzają się również przypadki z trudnemi powikłaniami w tej lub owej postaci. Powikłania te są, prawdopodobnie, wynikiem t. z. *wtórnego zakażenia*. Ustrój, który zapadł już raz na influencję, podlega z łatwością tym zakażeniom (Strümpell). Wtórne zakażenia te nie posiadają nic swoistego; powikłania, z ich przyczyny powstałe (zapalenia płuc i t. d.), bywają różnej postaci, zależnej od czynnika chorobotwórczego. Grypa otwiera wrota różnym drobnoustrojom, a zapalenia i inne cierpienia występują wówczas pod wpływem samozakażenia od zwykłej dla tych zapaleń przyczyny (Bouchard).

Powikłania najczęściej zdarzają się w drogach oddechowych. W nich to spotykamy ciężkie i częste zmiany miejscowe. Powikłania te przebiegają niezwykle złośliwie, i większość przypadków śmiertelnych, spowodowanych przez influencję, złożyć można na karb zapalenia płuc. Cierpienia płuc noszą na sobie cechy tak zwanych zapaleń nieżytowych (*pneumonia catharrhalis lobularis*). Nieżyt (zapalenie kataralne) śluzówki *krtańi* również się zdarza u chorych na influencję. Nieżyt obejmuje również śluzówkę gardzieli i jamy nosowej, w ostatniej z objawami mocnego zatkania, połączonego z bólem w okolicach nadoczodołowych. Błona śluzowa znacznie jest zaczerwieniona, muszle nosowe obrzękłe, szczególnie dolne; one to warunkują zatkanie mocne nosa, niezwykle dolegliwe dla chorych.

Ze strony innych narządów również widzimy niektóre zmiany, których etiologia nie została dostatecznie wyjaśniona. Zmiany te są, jak się zdaje, wynikiem wpływu sprawcy grypy, prątka Pfeiffer'a³⁾. Gałęzowski⁴⁾ przy influenzy spostrzegał niezwykle często powtarzające się choroby oczu, umiejscawiające się w różnych tkankach tego

³⁾ Sokołowski. Gaz. lek. 1890 srr. 89, III, 139, 150.

⁴⁾ Recueil d'optalmologie 12—1898.

narządu. Takież same zmiany opisał dr. Langie⁵⁾ z Krakowa podczas panowania w tem mieście grypy nagminnej. Często spotyka się zapalenie dróg łzowych z następującą t. zw. *conjunctivitis lacrymalis*.

Grypa też wpływ swój wywiera na *uszy*. Ropne zapalenie środkowego ucha nie należy do rzadkości (Strümpell). Kaufmann na posiedzeniu rakuskiego Towarzystwa otologicznego (dnia 24 listopada 1896 roku) przytoczył przypadki występującej nagminnie rwy usznej (*otalgia nervosa*) podczas panującej grypy. Również Eitelberg w swej pracy „*Ueber die vom Gehörorgane ausgelösten allgemeinen und localen Reflexerscheinungen*“ (Jena 1895) opisał przypadki rwy usznej, występującej w przebiegu i następstwie influenzy.

Wspomnieć należy o *zmianach na powłokach powierzchniowych*, towarzyszących często grypie. Do zmian tych odnieść należy różnego rodzaju *wysypki*, jak *prosówkę*, *różyczkę*, *pokrzywkę*, *plamy podobne do szkarlatyny* i t. d. O podobnych objawach ze strony skóry wspominają dawniejsi jakoteż i nowsi klinicyści: Ziemssen⁶⁾, Biermer, Sokółowski⁷⁾, Pawiński⁸⁾, Ciągliński⁹⁾, Filatow¹⁰⁾.

W przypadku, przytoczonym przez d-ra Ciąglińskiego, u chłopca 10-letniego, który przechodził influencję, przy ciepłocie 37,8°C wystąpiła na twarzy wysypka w postaci plamek, przypominająca odrę. Wysypka na twarzy następnego dnia była obfitszą, na tułowiu i kończynach zaś nieliczną. Podobny przypadek przytacza dr. Malinowski¹¹⁾. U 2-letniej dziewczynki, która zapadła na grypę, na trzeci dzień choroby wystąpiła na całym ciele guzikowata wysypka.

Jak więc widzimy, zmiany patologiczne, wywołane wtargnięciem do ustroju prątków Pfeiffer'a, są dość znaczne. Nie należy wątpić, że są one wynikiem toksycznego działania tego szkodliwego drobnoustroju.

Jama ustna, posiadająca wiele dogodnych warunków dla rozwoju drobnoustrojów, ze względu na swą budowę anatomo-histologiczną, nie może się oprzeć zgubnemu wpływowi, jaki na nią wywiera influenza.

5) Choroby zaraźliwe ostre.

7) Gaz. lek. 1890.

8) Gaz. lek. Nr. 8, 1890 r.

9) Gaz. lek. Nr. 45, 1899

10) Wracz. Nr. 9, 1899 r.

11) Zdrowie 52—1890 r.

W literaturze ogólnolekarskiej spotykamy tylko luźne wzmianki o wpływie grypy na jamę ustną; artykuły tej treści w literaturze specjalnej, dentystyczno-stomatologicznej, są również rzadkością. Richter¹²⁾, Hugenschmidt¹³⁾, Dorez¹⁴⁾, traktują o nieznacznej ilości przypadków wpływu influenzy na jamę ustną.

Zwróciwszy uwagę na dość ciężki przypadek pojawienia się pewnych zmian w jamie ustnej i nieokreślonych bólów zębów u pewnej pacjentki, zapadłej na influenzę, powikłaną niezżytem dróg oddechowych, postanowiłem bliżej zbadać zachodzący tu związek. Z przyczyn niezależnych odemnie mogłem korzystać z niebardzo obfitego materiału, już to własnego, już to dostarczonego mi przez niektórych terapeutów; wobec tego, nie chcąc wyciągać ostatecznych wniosków, przedstawiam tylko swoje spostrzeżenia, licząc, że i inni, których ta kwestja żywiej obchodzi, zechcą również opisać swoje obserwacje, a dopiero na zasadzie większego materiału będzie można dojść do jakichś ogólnych wniosków.

1) *Otok jamy szczękowej.* Z chorobą tą, powstałą na gruncie influenzy, miałem do czynienia wielokrotnie. We wszystkich przypadkach inne momenty przyczynowe (zniszczone zęby i ropnie) były wykluczone. Chorzy narzekają na dość silne bóle strzykające i na obfite wydzieliny z nozdrzy, zwłaszcza w godzinach rannych. Nos często ulega zatkaniu, połączonemu z silnym bólem w jamach czołowych. Wydzieliny zwykle przyjmują charakter ropny, warunkując większe napełnienie jam szczękowych, niezwykle dolegliwe dla chorego. Nacisk na zewnętrzne ściany kości szczękowych dość bolesny. Łatwość zajęcia przez otok jam szczękowych zależy od warunków anatomicznych, które sprzyjają przechodzeniu (per continuitatem) niezżytu nosa do jam sąsiednich. Do niezżytu, przy sprzyjających warunkach, przyłączyć się mogą pasorzyty ropotwórcze. Błona śluzowa jamy szczękowej, osłabiona działaniem jadu grypowego, sprzyja rozrastaniu się tych drobnoustrojów, służąc za urodzajną glebę dla ich rozwoju. Cierpienie jamy szczękowej może być *jednostronne* lub *obustronne*. Nawroty nie są wykluczone (u pewnej pacjentki, która przebyła

¹²⁾ Dental Cosmos 1891. Zub. Wiestnik 1892 str. 90.

¹³⁾ Correspondenz-Blatt f. Zahnärzte 4. 1892.

¹⁴⁾ Wiener Zahnärztliche Monatschrift Nr. 5 1899.

grype, otok powtarzał się trzykrotnie); silne strzykające bóle, towarzyszące otokowi, powstają, prawdopodobnie, z przyczyny ucisku przez wydzielinę, obficie zbierającą się w zatoce szczękowej, na nerwy, które w tej jamie leżą dość powierzchownie. Nawet sam stan zapalny śluzówki, wyściełającej jamy szczękowej, nie pozostaje bez widocznego wpływu na gałązki nerwów. Uczucie napięcia w jamach pozostaje w związku z nagromadzonemi wydzielinami.

(D. n.).

Oział sprawozdawczy.

1). **G. Guttman** (Wrocław). **Jama ustna akuszerki, jako źródło zakażenia dla położnic.** (Deutsche M-ft für Z-de. 6, 1910 r.)

Zasługą współczesnego zębolecznictwa jest określenie znaczenia higieny zębów oraz wyjaśnienie niebezpieczeństwa dla ustroju wskutek niedostatecznego poświęcania uwagi tej części higieny ogólnej. Dążenia te uwydatniły owe znaczenie jamy ustnej przy powstawaniu różnych chorób ustroju. Jest to tembardziej zrozumiałe, gdyż jama ustna tworzy wrota, przez które podczas przyjmowania pokarmów, oddychania i mówienia miljardey drobnoustrojów zostają wprowadzane i wyprowadzane z ustroju. Między nimi, jak wykazały doświadczenia, znajduje się znaczna liczba chorobotwórczych drobnoustrojów, które bądź w ustroju swego gospodarza, bądź osobnika, na którego zostały przeniesione, wywołują przy sprzyjających warunkach ciężkie cierpienia. Wtargnięcie np. grzybka promienicy do jamy ustnej resp. spróchniałych zębów prowadzi za sobą powstawanie promienicy szczęk, jak to wyczerpująco opisali Partsch i jego uczniowie.

Zwrócono uwagę, że przy operacjach chirurgicznych z jamy ustnej operatora wędrują drobnoustroje drogą drobnitkich kropelek podczas oddychania i mówienia do świeżej rany i sprowadzić mogą jej zakażenie. Przenoszenie chorobotwórczych zarodników ma największe znaczenie w akuszerji, czego należycie nie wzięto pod uwagę. Droga płciowa rodzącej jest wyjątkowo dobrem podłożem dla rozwoju bakterji chorobotwórczych. Są to głównie bakterje ropne (paciorkowce i gronkowce), które dawniej pochłaniały tyle ofiar

wskutek gorączki połogowej, komplikacji, która⁷ wzbudza obawę jeszcze obecnie. Zasługa wykrycia przyczyny tego groźnego zjawiska należy się Semmelweiss'owi. Ustalił on w r. 1847, że zarazki przenoszone zostają za pomocą rąk i narzędzi z zewnątrz na chorą podczas porodu. Wykrycie przyczyny pociągnęło za sobą stosowanie odpowiednich środków zaradczych. Śmiertelność zmniejszyła się znacznie, lecz zdarzały się przypadki gorączki połogowej, których nie można było wytłumaczyć, jako wynik przeniesienia zarazków którakolwiek ze znanych dotąd dróg. W ostatniem dziesięcioleciu prace Flügg'e'go i jego uczniów skierowały uwagę na zupełnie inne drogi możliwości zakażenia. Autor ten wykazał, że podczas mówienia, kaszlu lub kichania następuje rozpryskiwanie się drobniutekłych cząsteczek wydzielin jamy ustnej i nosowej; ustawione na odległości kilku metrów płytki agarowe pokrywają się kolonjami po każdej głośniejszej i bardziej ożywionej rozmowie. Laszczenko i Heymann dowiedli, że przez rozpryskiwanie się cząsteczek wydzielin chorych na gruźlicę, tuberkuloza może się przenosić na inne osoby.

Opierając się na tych badaniach, Mikulicz i Hübener ustalili możliwość zakażenia rany drogą ust operującego. Do tego czasu zwracano główną uwagę na zakażenie drogą kontaktu (zеткиenia), t. j. za pomocą rąk i narzędzi. Wykrycie tego źródła zarazy pociągnęło za sobą używanie masek, zakrywających otwory ust i nosa operatora, co zapobiega rozpryskiwaniu się wydzielin. Dziwnem się wydaje, że nie przyszło nikomu na myśl, że aczkolwiek maski mogą mieć wielkie znaczenie, należało jednak pomyśleć o uczynieniu jamy ustnej operującego możliwie jałową; wogóle, na odkryte nowe źródło zarazy nie zwrócono prawie żadnej uwagi zwłaszcza w akuszerji.

Autorowi rozchodzi się o ostrożność nie przy zabiegach operacyjnych, gdyż wtedy akuszer operuje w tych samych warunkach, co chirurg, lecz przy udzielaniu zwykłej pomocy dla rodzących, które przeważnie niosą akuszerki. Stan jamy ustnej akuszerki, jako osoby mniej wykształconej i mniej dbającej o warunki higieniczne i czystość swych ust, niż przeciętny lekarz—z jednej strony, z drugiej zaś długość porodu, która często przewyższa czas najcięższej nawet operacji, każą należycie ocenić niebezpieczeństwo zakażenia, grożące rodzącej ze strony jamy ustnej akuszerki.

Przekonanie o grożącym rodzącej z tej strony niebezpieczeństwie

utrwaliło się u autora pod wpływem oględzin jamy ustnej niektórych akuszerek. Statystyka, którą autor chciał zestawić pod tym względem, była, rozumie się, utrudniona, ponieważ akuszerki obawiały się, że ujawnienie złego stanu ich jamy ustnej może się niekorzystnie odbić na ich zarobkach zawodowych. Dzięki uprzejmości d-ra Bauma, dyrektora prowincjonalnej szkoły akuszerskiej we Wrocławiu i docenta d-ra Diensta, dyrektora takiejż uczelni w Oppeln, autor mógł zbadać 35 akuszerek i 36 uczenic szkoły akuszerskiej.

Zbadanie jamy ustnej akuszerek wykazało:

Zębów było 376.

Z tych: spróchniałych—191.

Pni—234.

Dostawki nosiło 19 osób;

z tych na korzeniach—18.

Przetok zębowych było—7;

Kamień nazębny i osad—u 26 osób.

Przeciętnie zatem wypadło na 1 akuszerkę 10 zębów i 7 korzeni; 50% zębów było spróchniałych; 4 akuszerki nie miały zębów wcale, jedynie pnie; jedna z nich miała aż 20 pni. Z 19 akuszerek, które nosiły dostawki, 18 miało je zrobione na nieplombowanych, zgnitych pniach; u 26 widać było na zębach mniejsze lub większe nagromadzenie kamienia nazębnego i lepkiego osadu; u 7 czyli u 20% badanych skonstatowano przetoki zębowe, wydzielające ropę. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że spróchniałe zęby i pnie są idealnym zbiornikiem i podłożem dla drobnoustrojów niechorobotwórczych i chorobotwórczych, musimy przyjąć, że jama ustna tych kobiet stanowiła ognisko mocno niebezpieczne dla położnic. Jeszcze groźniejsze pod tym względem są dostawki owych akuszerek, ponieważ wyjmowane one są często z ust i bezpośrednio stykają się z palcami i rękami właścicielek. Jest to okoliczność tembardziej zasługująca na uwagę, że zawodowcy dawno już uznali i ustalili niebezpieczeństwo, wynikające z zetknięcia się rąk akuszerek z ropniami lub zakażonemi masami, odpowiednie przepisy zaś zawarte są w wydanym dla akuszerek regulaminie (§§ 470, 474, 21 i t. d.).

Jeżeli zechcemy bardziej szczegółowo zbadać niebezpieczeństwo, wynikające dla rodzącej z chorej jamy ustnej akuszerki, musimy iść w 2 kierunkach: bezpośredniej drogi zakażenia wskutek rozpry-

skiwania cząstek wydzielin, która, być może, mniej wchodzi tu w grę, i drugiej—nie tak znowu rzadkiej drogi—zakażenia pośredniego, jaką autor nazywa.

Ostatnie następuje w ten sposób, że ręce akuszerok, które, rozumie się, mają często styczność ze swą zakażoną jamą ustną, ulegają zakażeniu i to w stopniu tem wyższym, im więcej drobnoustrojów znajduje się w odnośnej jamie ustnej i im bardziej są one różnorodne. Doświadczenia wykazały, iż nie można mieć bezwzględnej pewności, że po przeprowadzeniu najściślejszej nawet dezynfekcji ręka, zakażona w ten sposób, została całkowicie wyjałowiona.

Można sobie wyobrazić, jak często grozi rodzącej niebezpieczeństwo zakażenia tą drogą, gdyż zdołano skonstatować w takich właśnie ustach obecność paciorkowców i gronkowców, czynników, wywołujących gorączkę połogową,

Dalsze badania autora, przeprowadzone wskutek braku większej liczby akuszerok nad uczenicami szkoły akuszerskiej w liczbie 36, wykazały:

Liczba zębów=787.

W tej spróchniałych—254.

Liczba pni=257.

Dostawki miało—10 osób.

Z tych na pniach—9 osób.

Przetoki zębowe miały 4 osoby.

Kamień nazębny i osad 32 osoby.

Przeciętnie wypadło więc na 1 uczenicę prawie 22 zęby i 7 pni; spróchniałych było około 32% przeciw 50%; dostawki miało 10 przeciw 19, z tych zaś 9 na pniach. U 32 znaleziono kamień nazębny i osad, u 4—przetoki zębowe. Większa przeciętnie liczba zębów (22 przeciw 10), mniejsza również ilość spróchniałych (20% przeciw 50%) nie jest wcale wynikiem osobliwego pielęgnowania jamy ustnej, lecz ma związek z młodszym wiekiem zbadanych.

Niebezpieczeństwo możliwości zakażenia rodzącej drogą ust akuszerki, które jasno wykazały przeprowadzone badania, autor stwierdził jeszcze inną drogą. Doświadczenia były prowadzone w dwóch kierunkach.

Przedewszystkiem autor chciał ustalić, czy rzeczywiście ilość drobnoustrojów, przenoszonych na otoczenie drogą wydychanego pod-

czas mówienia powietrza, jest znacznie większa, jeżeli chodzi o usta chore, niż zdrowe; mianowicie—czy w pierwszym przypadku zwiększona jest możliwość przenoszenia paciorkowców i gronkowców? W tym celu kazał on osobom z choremi ustami, które podlegały doświadczeniu, mówić przed płytką agarową, mającą 9 cm. w średnicy, z rozmaitej odległości; wstawiał płytki do cieplarki i obliczał po 48 godzinach ilość rozwiniętych kolonji. Te same doświadczenia powtórzył on w kilka tygodni później, kiedy wszystkie korzenie były już usunięte, zęby zaplombowane, kamień nazębny zdjęty, a jama ustna dostatecznie pielęgnowana.

Powtórnie, autor chciał przekonać się, czy możliwem jest należyte wyjaławianie drogą prawem przepisanej metody odkażania ręki, zakażonej przez zetknięcie z chorą jamą ustną względnie jej zawartością (zęby spróchniałe, pnie, kamień nazębny, dostawki i t. d.).

W tym celu żądał on, aby osoby, z którymi prowadzono doświadczenia, myły i dezynfekowały ręce według przepisów obowiązujących akuszerki; następnie brał za pomocą przepalonego narzędzia odrobinę zawartości z pod paznokcia prawego wskazującego palca, wprowadzał to do probówki z buljonem lub zaszczepliał w rurce z agar-em, której zawartość następnie według zwykłej metody wylewał do miseczki (Petri). Doświadczenie to wykonano następnie powtórnie, kiedy dana osoba zakaziła swą rękę, wprowadzając ją do swej jamy ustnej i dotykając zębów lub dostawki. Do celu tych doświadczeń służyły osoby wyłącznie z personelu pomocniczo-lekarskiego, obeznane dobrze z odkażaniem rąk. Autor opisuje szczegółowo przebieg tych doświadczeń w 3 przypadkach: u 23-letniego dozorca chorych, 39-letniej pielęgniarki i u 34-letniej akuszerki, która miała właśnie w tym czasie położnicę, chorą na gorączkę połogową. Z braku miejsca przytaczamy tu jedynie wyniki doświadczeń.

A. Doświadczenia z ustami, nie odpowiadającemi warunkom sanitarnym.

	przyp. 1	przyp. 2	przyp. 3
Mówienie na odległości 15 cm.:	około 300 kolonji	300 kol.	128 kol. *)
„ „ „ 30 cm.:	około 325 kolonji	200 kol.	240 kol.

*) Małą stosunkowo ilość kolonji w przypadku tym należy wytłumaczyć w ten sposób, że akuszerka, u której stwierdzono jamę ustną w bardzo złym stanie i która dostawkę tygodniami, jak się sama przyznała, nie wyjmowała

B. Doświadczenia z wyleczoną jamą ustną.

	przyp. 1	przyp. 2	przyp. 3
Mówienie na odległości 15 cm.:	6 kol.	5 kol.	20 kol.
„ „ „ 30 cm.:	8 kol.	9 kol.	6 kol.

A. Dezynfekcja rąk w przypadku, gdy ręce nie dotykały się bezpośrednio przedtem jamy ustnej.

przyp. 1	przyp. 2	przyp. 3
1 kolonja	3 kolonje	*)

B. Dezynfekcja rąk po bezpośrednim zetknięciu się kilkakrotnie z jamą ustną.

przyp. 1	przyp. 2	przyp. 3
70 kolonji	50 kolonji	**)

C. Dezynfekcja rąk po ich poprzednim zetknięciu się z wyleczoną jamą ustną.

przyp. 1	przyp. 2	przyp. 3
2 kolonje	jałowość	jałowość

Wyniki doświadczeń są, jak widzimy, najzupełniej zgodne z wymaganiem teoretycznym; widzimy jak się przenoszą na otoczenie z jamy ustnej z zębami i pieńkami spróchniałymi drobnoustroje, a między innymi chorobotwórczymi paciorkowce i gronkowce. Warunki sanitarne polepszają się, jeżeli podobne usta ulegną oczyszczeniu i dezynfekcji; zupełnie dobre rezultaty otrzymujemy zaś dopiero wtedy, gdy usta są należycie wyleczone.

Analogiczne stosunki spotykamy nietylko przy bezpośrednim przenoszeniu zarazków, lecz i przy pośrednim za pomocą ręki. Doświadczenia autora dowiodły, że ręka zakażona daje się bardzo trudno wyjaławiać nawet przy zastosowaniu ulepszonej metody dezynfekowania; dotyczy to, rozumie się, w tej samej mierze pośredniego zakażenia przez jamę ustną.

Doświadczenia autora potwierdziły w zupełności wyniki teoretycznego rozumowania. Chore usta są znacznie obfitszem źródłem za-

z ust, została poddana badaniu nie natychmiast (z braku płytek agarowych), a po pewnym czasie, który zużytkowała, wbrew prośbom autora, na doprowadzenie swej jamy ustnej do jakiejś takiej czystości.

*) W tym przypadku jako podłoże służył buljon; okazał się on zupełnie przezroczysty; pod mikroskopem znaleziono pojedyncze drobnoustroje.

***) Zaszczepiony buljon zmętniał, i pod mikroskopem skonstatowano liczne łańcuchy paciorkowców.

razy, niż wyleczone, a w przypadkach, dotyczących akuszerok, obsługujących rodzące i położnice, muszą zgodnie z terażniejszym stanem wiedzy, dzięki obecności ropotwórczych bakterji, wywoływać u chorych gorączkę połogową.

Nakłada to na urzędy obowiązek dodania do obecnie obowiązujących przepisów w podręcznikach dla akuszerok nowych, dotyczących stanu jamy ustnej, które autor formułuje tak:

1) Uczenica powinna przy wstąpieniu do szkoły obok świadectwa lekarskiego o stanie swego zdrowia ogólnego przedstawić także o zadawalniającym stanie jamy ustnej.

2) Podczas nauki uczenica powinna się zapoznać z zasadami higieny zębów i ich pielęgnowania oraz niebezpieczeństwem, jakie może wskutek zaniedbania tej dziedziny grozić powierzonym jej pieczy położnicom.

3) Każda akuszerka powinna co rok przedstawić świadectwo od mianowanego do tego celu dentysty o zdrowym stanie jamy ustnej.

4) Akuszerka powinna uważać za swój obowiązek pielęgnować należycie swe zęby i usta, a przed każdym nowym porodem, przy którym ma być pomocną, gruntownie oczyścić i wydezynfekować jamę ustną.

5) Podręcznik dla akuszerok powinien być uzupełniony przez dodanie odpowiedniego rozdziału o higienie zębów i jamy ustnej oraz zwracać uwagę w miejscu, traktującym o ropieniach na ciele akuszerki, również na ropienie w jamie ustnej, specjalnie zaś na spróchniałe zęby i zgniłe pnie.

Dopóki wymienione żądania nie zostaną wprowadzone w życie przez odpowiednie władze, obowiązek wyświetlania znaczenia higieny zębów i popularyzowania jej w możliwie szerokich sferach ciążyć będzie na dentyście.

Z. F.

2) Dr. Heller Arnold (Wiedeń). W sprawie fizjologii miazgi zębowej. (Oesterreich-Ung. Viert. f. Z-de str. 21 r. z.).

Pomimo postępu w technice wypełniania korzeni, nie możemy nie przyznać, że zęby, pozbawione miazgi, znajdują się jakby w stanie niestącej równowagi organicznej. Jeżeli nawet korzenie zapłombowane są w najodpowiedniejszych warunkach i jak najstaranniej, ząb jednakże od czasu do czasu daje znać o sobie w ten lub inny sposób. To ząb pacjentowi wydaje się wydłużonym, lub chwiejącym się, to

występuje lekkie obrzmienie, przechodzące i bez pomocy lekarskiej; słowem, pacjent ciągle pamięta, że ma ząb. Zupełnie spokojnie zachowują się chyba te tylko pozbawione miazgi zęby, które nie mają przeciwnego zęba.

Będąc przyzwyczajonym do zdawania sobie sprawy z każdego spostrzeganego zjawiska, autor doszedł do wniosku, że w przypadkach takich mamy do czynienia z utratą właściwej funkcji miazgi, inaczej mówiąc, miazga przedstawia się jako organ orientacyjny zęba. Jeśli ząb wraz z miazgą utracił zdolność orientacji, t. j. subtelnej wrażliwości, to wskutek tego łatwiej podlega on urazowi. Wspomniane wyżej objawy wydają się przeto autorowi, jako pochodzenia urazowego.

Czem głębiej autor nad tem się zastanawiał, tem bardziej prawdopodobnem wydawało mu się to przypuszczenie; jedno tylko nie odpowiadało mu, a mianowicie, że przy tych wszystkich jakby objawach zapalnych nigdy nie dochodziło do ropienia.

Oryginalny przypadek z praktyki skierował uwagę autora na inną, jak przypuszcza, właściwą drogę.

Młoda dama, która leczyła się u wybitnego specjalisty z powodu strasznego bólu uszu, zwróciła się do autora z prośbą, ażeby sprawdził, czy przyczyną jej choroby uszu nie jest ból zębów. Przypuszczano przy badaniu samoistne zapalenie miazgi w okolicy górnych trzonowców; autor postąpił odpowiednio do tego. W rzeczywistości, w drugim trzonowcu okazało się samoistne zapalenie miazgi (*pulp. idiopatica*). Stan chorej widocznie się polepszył. Po niejakiś czasie (1½ r.) takie same objawy zaczęły występować w okolicy dwuguzkowców. Gdy autor przystąpił do leczenia podejrzanych zębów, zauważył on, co następuje: w chwili, gdy usuwał z zęba miazgę korzeniową, zawsze w jego oczach występował otok, co go na razie zastanawiało, ale i przerażało. Staranne zbadanie przez autora, jak również przez otologa, wykazało, że o reakcji ze strony jamy szczękowej nie mogło być nawet mowy.

Otoki ustawały same przez się i zjawiały się ponownie zawsze wówczas, gdy wprowadzano do korzenia gutaperkę; po niejakiem czasie znowu one znikaly. Od czasu do czasu pozbawione miazgi zęby pacjentki dawały znać o sobie i prawie zawsze w ten sam sposób. Nie było żadnej wątpliwości, że zadziwiające te objawy powinny być rozpatrywane, jako zбочenia naczyniowe. Autor nie jest pew-

ny, czy bardzo inteligentna i obdarzona znaczną siłą woli pacjentka nie miała hysterji. W każdym razie, ani on nie mógł postawić diagnozy, ani którykolwiek z lekarzy, którzy ją badali.

Autor zwraca jednak uwagę, że nawet wobec istnienia hysterji przypadek ten nie pozbawiony był wielkiego znaczenia. A mianowicie, pacjentki o mniej ustalonym zrównoważeniu organicznym przedstawiają wzorowe objekta do badań. Skutki jakiegokolwiek podrażnienia można obserwować u nich aż do najdrobniejszych rozgałęzień nerwów, wzdłuż których postępuje podrażnienie. Jak chory na *ischias* albo nerwoból nerwu trójdzielnego, nie mając wyobrażenia o anatomji, jest w stanie dokładnie wskazać rozgałęzienia chorych nerwów, tak samo reakcja niezrównoważonego organizmu wykazuje drogi, któremi drażnienie może lub musi (do pewnych granic) się rozwijać.

Autor więc zaznacza, że spostrzegane na pozbawionych miazgi zębach pseudo-zapalne objawy ozębnej nie są niczem innym, jak naczynioruchową reakcją. Miazga przedstawia się jako ostateczny naczynioruchowy organ, którego nerwowe elementy regulują krążenie krwi nie tylko wewnątrz zęba, ale i wokół niego. Jeżeli miazgi nie ma, to, rozumie się, nie ma i krążenia krwi wewnątrz zęba, lecz jednocześnie znika i regulator periodontalnej cyrkulacji, wskutek czego dają się zauważyć te objawy ostateczne, które aczkolwiek są podobne do objawów zapalnych, jednakże nie są nimi.

Przypisywanie włóknom nerwu trójdzielnego, znajdującym się w miazdze, działania naczynioruchowego nie jest znowu samo przez się tak zbyt śmiałym. Wrażliwość jest ściśle związana ze stanem naczyń. Wrażeniu zimna nieodłącznie towarzyszy zwężenie naczyń, wrażeniu ciepła—ich rozszerzenie. Wraz z utratą miazgi ginie drażliwość zęba na ciepłość; dlaczegoż więc nie miałoby jednocześnie zniknąć i reakcyjne zwężanie się i rozszerzanie naczyń? Jak daleko sięga znaczenie naczyń, jako automatycznego narządu ochronnego zęba, nie wiemy. Na podobieństwo innych nerwowych zaburzeń odżywczych i zmiana barwy zęba z niedostateczną cyrkulacją krwi zależy od zбоczeń naczynioruchowych.

Każdy organ może tylko wówczas funkcjonować prawidłowo, jeżeli krew i limfa krąży w nim normalnie. Jeżeli zaś automatyczny narząd ochronny nie funkcjonuje, następuje upadek zdolności do pracy samego organu.

Wskutek tego pozbawiony miazgi, lecz nie mający przeciwległego, ząb nie wywołuje objawów chorobowych. Przynajmniej autor nie zna takiego przypadku. †

Wobec tego pożądanem jest te pozbawione miazgi zęby, które jeszcze mają przeciwległe, stopniowo wyłączać z aktu żucia, który oddziaływa na nie szkodliwie, przez spiłowywanie guzów na koronie.

Jeżeli w swoim czasie autor uważał miazgę jako organ orientacyjny zęba, to i obecnie *mutatis mutandis* może on trwać przy tem zdaniu. Pozbawione miazgi zęby tracą zdolność orientacyjną nie pod względem dotykowym, lecz naczynioruchowym.

Spostrzeżenia autora miały na celu zwrócić uwagę kolegów na wspomniane wyżej objawy. Aczkolwiek stanowczo jest on przekonany, że pod względem znaczenia tych objawów znajduje się na prawidłowej drodze, jednakże obalenie tych poglądów nie zasmuciłoby go, gdyż i ujemna ocena stanowi krok naprzód. N.

3) Dreyer. Twardy szankier górnej wargi. (Münch. Med. Woch. № 7, Żurn. kożn. i wener. bol. 8 r. z).

Chorego przed 5 tygodniami ugryziono w wargę. Rana od ukąszenia nie goiła się i po 14 dniach powiększyła się do rozmiarów 5-ciofenigowej monety. Gruczoły podszczękowe wzrosły do rozmiarów orzecha. Wczesne rozpoznanie szankrów, znajdujących się na otwartych częściach ciała, jest ważne wobec tego, że są one widoczne dla otaczających. W świeżym szankrze, oprócz cech zwykłych, należy zwracać uwagę na zwykły prawie ciemniejszy nadżarty brzeg, który dowodzi rozszerzania się procesu zapalnego. Rozpoznanie ustalone zostaje najczęściej drogą wykrycia krętków białych. Przy prawidłowem rozpoznaniu wskazane jest wczesne leczenie. Autor stosował je w 6 przypadkach pozapłciowych szankrów, z których następnie tylko w dwóch zauważyć się dała słaba różyczka. W pozostałych nie zauważono żadnych drugorzędnych objawów. N.

4) Przypadek miesiączki zastępczej w postaci krwawienia z warg opisuje dr. Hauptmann w „Münchener Medic. Wochenschrift“ (41 r. z.).

Autor miał możność obserwowania w ciągu 4-ch menstrualnych okresów, dotąd jeszcze nie opisanej wyżej wymienionej postaci miesiączki u 18-toletniej dziewczyny. U ostatniej w 14 roku po raz pierwszy zauważono wylew krwi pod skórą oraz śluzówki obu warg, który znikał po kilku dniach, lecz następnie powtarzał się regu-

larnie co 4 tygodnie; później ukazywał się on jeszcze nieregularnie; w 15 roku po raz pierwszy wystąpiła normalna miesiączka; początkowo była ona słaba, trwała krótko, towarzyszyły jej umiarkowane bóle. Menstruacje niezbyt regularnie występowały co 4 tygodnie; niekiedy zamiast nich dawały się zauważyć wylewy krwi z warg. Czasami po upływie kilku dni od początku krwawienia z warg ukazywały się menses, lecz w tym wypadku były one słabsze, niż zazwyczaj. Przed wystąpieniem krwawienia dziewczyna czuje klucie w wargach. Na jakiegokolwiek ból w narządach płciowych nie narzekała. Ostatnie po zbadaniu okazały się normalnymi. N.

5) Dr. Lange. O ropnicy w zależności od ropienia w zatoce szczęki górnej. (Zub. D. 9, 10 r. z.).

Wiemy, że otoki dodatkowych jam nosowych powstają najczęściej na gruncie jakiegokolwiek ogólnego cierpienia organizmu, np. po influenzy, tyfusie i t. p. Przeciwnie, uogólnienie się sprawy w postaci powikłania samego otoku zdarza się rzadko. Autorzy obszernych monografji (Hajek, Gerber) co do omawianej sprawy twierdzą, że otoki nie mogą bezpośrednio przechodzić w ropnicę lub posocznicę; poprzednio musi się rozwinąć jakaś komplikacja w sąsiednich narządach, np. ropień w mózgu lub ropówka oczodołu, a potem dopiero następuje uogólnienie się choroby.

A jednak autorowi wypadło zaobserwować dwukrotnie ropnicę, powstałą bezpośrednio z procesu ropnego w dodatkowych zatokach nosa.

1-szy przyp. Chory zwrócił się do kliniki z powodu silnych bólów w prawej połowie głowy. Badanie wykazało ostre zropienie prawej zatoki czołowej. Po 11 dniach odpowiedniego wewnątrznosowego leczenia chorego wypisano. W dwa tygodnie potem nagle wystąpiły objawy zapalenia opony brzusznej, i chory wkrótce zmarł. Przy sekcji stwierdzono: *higmoritis dextra et peritonitis*. Autor przypuszcza, że ostatnie powikłanie nie mogło mieć innej przyczyny, jak tylko otok zatoki dodatkowej.

2-gi przyp. Chora przez 3 tygodnie cierpiała na katar ropny. Badanie wykazało *higmoritis*; ponieważ leczenie zachowawcze nie pomogło, przedsięwzięto radykalną operację przez *fossa canina*. Po operacji gorączka nie zmniejszała się; stan ogólny był coraz gorszy, a po 5 dniach chora zmarła. Sekcja potwierdziła diagnozę ropnicy ze zmianami w nerkach, oponie brzusznej i innych narządach. N.

III Międzynarodowy kongres higieny szkolnej w Paryżu.

(Dział higieny zębów i jamy ustnej).

Trzeci kongres higieny szkolnej odbył się w roku ub. w Paryżu dn. 2-go sierpnia i trwał 5 dni. Na akcie otwarcia, odbytym w wielkim amfiteatrze Sorbony, obecni byli: delegat ministerjum wychowania publicznego, burmistrz Paryża oraz delegaci 30 państw. Uczestników było przeszło 1500. Na posiedzeniach plenarnych omawiano sprawę ujednostajnienia metody badania dzieci szkolnych przez lekarza, sprawę wychowania seksualnego oraz kwestję przygotowywania lekarzy szkolnych. Sekcje poszczególnych było 11. Ostatnia podzielona była na 3 podsekcje.

Higiena zębów i jamy ustnej była przedmiotem obrad podsekcji III sekcji XI. Było to inowacją, którą zawdzięczać należy pracom higienistów jamy ustnej i zębów, działaczy tej miary, co Röse, Jessen, Magitôt, Galippe i t. p., w celu zobrazowania rozwoju higieny zębów i jamy ustnej w latach ostatnich. Zaznaczę tu, że gdy w I-m kongresie w Norymberdze przyjmowało udział zaledwie czterech dentystów, w roku bież. na dziesiątki ich liczyć było można. Utworzenie sekcji specjalnej wywołało początkowo u niektórych dentystów obawę, iż roztrząsanie sprawy szkolnej higieny jamy ustnej i zębów tylko w swem gronie będzie bezcelowem i da mało korzyści. Uważali oni, że rozpowszechnianie ich zasad winno mieć miejsce i w gronie niespecjalistów.

Obawy jednak okazały się niesłuszne. W toku obrad stwierdzono, że wyłączenie higieny zębów i jamy ustnej w odrębną podsekcję nie tylko było dla sprawy dobrem, lecz i koniecznem. O ile wszyscy uczestnicy III podsekcji zgodzili się jednomyślnie na konieczność organizacji opieki dentystycznej w szkołach i ważność szerzenia wśród uczniów zasad higieny jamy ustnej i zębów, sposoby, w jakie chcieli swe plany przeprowadzić, były początkowo różne. Dopiero drogą dyskusji doszło się wśród kolegów do pewnego porozumienia. Ostatni kongres dał okazję po raz pierwszy od lat przeszło trzydziestu odontologom i stomatologom spotkać się przy wspólnej pracy. Spodziewać się należało, że, jak jedni, tak i drudzy, przyjechawszy na kongres na razie zaprzestaną bezcelowej walki, a mając tylko dobro społeczne na celu, pracować będą ręka w rękę i starać się zjednoczyć swe usiłowania w sprawie zorganizowania opieki dentystycznej dla młodzieży szkolnej. W tym też duchu przemawiał, przewodnicząc na pierwszym posiedzeniu, dr. Cruet. Zdawałoby się

więc, że na ten raz stomatolodzy nie zбочą z tematu i w sekcji, mającej na celu szerzenie zasad higieny, nie będą mówili o reorganizacji studjów dentystycznych, lecz propagować wspólnie z dentystami organizację racjonalnej pomocy dentystycznej; dalej szukać będą dróg dla załatwienia tej sprawy, poświęciwszy swą pracę całkowicie higienie szkolnej. Niestety, nie mogli oni długo wytrzymać stanowiska, nawet sam przewodniczący pierwszego posiedzenia, dr. Cruet, swój wyczerpujący, skądinąd bardzo poważny referat, zakończył żądaniem, by opiekę nad zębami dziatwy szkolnej mieli wyłącznie specjaliści-medycy. Dr. Cruet był nawet tyle szczerym, iż przyznał się: „J'ai accepté de faire ce rapport, surtout pour arriver à cette conclusion“. Jak gdyby naprawdę nie można było posunąć naprzód sprawy higieny szkolnej, higieny jamy ustnej i zębów, nie poruszając braków wykształcenia zawodowego. Wszelkie wskazówki, żale i uwagi, dotyczące reorganizacji tych studjów, były zupełnie na miejscu na posiedzeniach plenarnych, omawiających sprawę przygotowywania lekarzy szkolnych. Zadaniem podsekcji III sekcji XI powinno było być jedynie opracowanie obecnego planu działania siłami, jakie są, a nie jakie być mogą. To też i na kongresie rzuciło się aż nadto w oczy, że stomatologom głównie idzie o.... sakiewkę. Zagarnąć pacjentów, dużo pacjentów, wszystkich pacjentów, jacy są, jacy na zęby cierpią, to marzenie!.. Ale że się temu zadaniu nie sprostą, w to się nie wchodzi! Byle „oni“ nie mieli! Że pacjenci z konieczności rzezy w tych warunkach zostaliby bez pomocy, mniejsza o to! „Dentystyką winni się zajmować tylko medycy, dentyści za mało posiadają wykształcenia medycznego!“ Lecz gdyby stomatologom szło naprawdę jedynie o rozwój dentystyki, o jej dobro, to, mówiąc o brakach wykształcenia dentystycznego, nie pluliby żółcią, jak to się często zauważyć dawało, lecz rozprawialiby o potrzebach uzupełnienia wiedzy dentysty spokojnie, rzeczowo; rozprawialiby i pisali tak, jak rozprawiają i piszą medycy o brakach medycznej nauki uniwersyteckiej, nie wyjeżdżaliby wszędzie i zawsze, gdzie się daje i gdzie nawet nie daje z krytykowaniem dentysty, a mówiliby o tem tylko tam, gdzie na to jest miejsce; wtenczas, naprawdę, w tej sprawie coś zdziałać można.

Jeżeli dentyści posiadają mało stosunkowo wiedzy medycznej, nie jest to ich wina, jak nie jest winą studenta medycyny, że z względnymi brakami kończy uniwersytet. I jak, pomimo dość znacznych braków fakultetów medycznych (wszak dużo o tem pisano), jednostki zdolniejsze rozszerzają swą wiedzę po za uniwersytetem, i wśród dentystów jest wielu takich, którzy obszarem swej wiedzy daleko przecięgają przeciętnego wychowanka szkół dentystycznych. Do tej grupy zaliczyć też można po części i tę nieliczną garstkę medyków, którzy

się dentystyce poświęcają. Jak jednak dzikiem wprost byłoby rwanie się nielicznych w stosunku do ogółu wybitnych jednostek w medycynie do zapachtowania wszelkich prac społeczno-zawodowych z wyłączeniem masy medyków, tej szarej masy, bez której nic się nie działa; żadna praca społeczno-zawodowa w życie i krew społeczeństwa nie wejdzie. Tak samo dzięki, bezcelową, a nawet szkodliwą dla sprawy spopularyzowania dentystyki jest niesłusznie prowadzona walka wśród stomatologów i dentystów. Dentyści muszą posiadać więcej wykształcenia medycznego; zgoda, lecz i terażniejsi stomatolodzy nie są bez *ale*. Kto więcej niż oni odłącza technikę od lecznictwa dentystycznego? Zresztą, i od nich w myśl życzeń pewnej grupy uczestników kongresu wymagać należy specjalnych studjów na lekarzy szkolnych. Czy naprawdę panowie stomatolodzy wierzą w to, że, skończywszy medycynę, jest się już dentystą? że nie trzeba czasu i to wcale dużo czasu poświęcić, aby nauczyć się dentystyki, by mieć prawo czuć się dobrym i odpowiedzialnym praktykiem? A więc należy uznać za słuszne zmiany studjów dentystycznych. Przyszła ta robota nie ma jednak nic wspólnego z pracą społeczną, jaka obowiązuje dentystów obecnie, dentystów wszelkich stopni. Czy ktoś więcej po za szarą masą dentystów jest w stanie spopularyzować zasady higieny zębów i jamy ustnej? Czy może zęby całej młodzieży szkolnej mają czekać, aż dentyści uzupełnią swe braki? Może opiekę dentystyczną nad zębami dzieci zupełnie odsunąć na lat kilkadziesiąt, do czasu zreformowania studjów dentystycznych? Niech dzieci cierpią, byleby nie leczył ich *dentysta*, byleby nie badał ich zębów *dentysta*. A jednakże temu dentyście, jedynie temu dentyście, zawdzięcza się rozwój dzisiejszej dentystyki; tylko dentyście zawdzięcza społeczeństwo pielęgnację zębów, ba nawet samych stomatologów wytworzyli... dentyści. Oni ich uczyli, uczą i długo jeszcze uczyć będą.

Wybaczą, czytelnicy, że nieco odbiegłam od tematu, ale sprawa walki stomatologów z dentystami ma pewne znaczenie dla całego zawodu.

Wracając do roli sprawozdawcy, zaznaczę, że, jak zauważyłam już i poprzednio, na pierwszym posiedzeniu przewodniczył dr. M. Cruet. W przemowie swej nawoływał on kolegów wszystkich stopni i narodowości do wspólnej usilnej w ciągu dni kilku pracy. Żałował on, że utworzenie specjalnej podsekcji nie pozwoli w takim stopniu, w jakimby można było zyskać zwolenników i wśród uczestników innych sekcji. Następnie przeszło się do rozpatrywania tematu: „Hygiena jamy ustnej w internatach.“ Temat ten opracowali Dreyfuss z Paryża i Wallisch z Wiednia. Przemówienie Dreyfuss'a było bardzo szczegółowe. Zwróciwszy uwagę na ważność zdrowego uzębienia

dla ogólnego rozwoju organizmu, autor określił pojęcie „hygiena zębów“ i wyjaśnił, że zadanie higieny zębów nie polega wyłącznie na zapewnieniu zębom czystości, lecz na uprzedzeniu występowania próchnicy, na leczeniu zębów chorych, a w końcu dopiero na zapewnieniu zębom czystości drogą wdrażania tych zasad. Dalsze wytyczne przemówienia Dreyfuss'a: 1) Próchnica zębów jest chorobą wieku dziecięcego; 2) walka z próchnicą zębów winna być przedsięwzięta przez szkoły, zwłaszcza zaś przez internaty; 3) uczniowie powinni otrzymywać wskazówki teoretyczne i praktyczne z zakresu higieny j. ustnej i zębów w szkole; 4) każdy uczeń winien mieć nie tylko szczotkę, lecz powinien być nauczony przez szkołę, jak jej używać; 5) niezbędnym jest badanie zębów; 6) badanie winno być odłączone od leczenia; 7) oględziny winny być wykonywane przez dentystów; 8) powinny się one odbywać przynajmniej 2 razy do roku; 9) szematy badań winny być przechowywane, również przedstawiane rodzicom; 10) leczenie zębów winno się odbywać po za godzinami szkolnymi; 11) rodzice winni mieć swobodę wybierania dentysty dla leczenia zębów dzieci; 12) w internatach płatnych honorarja dentystyczne uiszczane być winny przez rodziców; 13) płaca winna być możliwie unormowana; 14) leczenie może się odbywać w internatach, lub w mieszkaniu dentysty; 15) jeżeli leczenie odbywa się w internacie, dentysta powinien przychodzić przynajmniej raz na tydzień; 16) w internatach bezpłatnych pomoc dentystyczna winna być bezpłatna; 17) w leczeniu młodzieży niezamożnej winny pomagać szkoły dentystyczne; 18) zakładanie klinik szkolnych przez miasta jest niezbędnym.

Referat d-ra Wallisch'a na ten sam temat ze względu na nieobecność autora odczytany został przez jednego z kolegów. Na uwagę zasługuje podkreślenie przez d-ra Wallisch'a znaczenia higieny ust i zębów, jako środka profilaktycznego przeciw chorobom zakaźnym. Dr. W. zbadał stan higieny jamy ustnej w internatach wiedeńskich. Prawie wszystkie internaty mają dentystów płatnych, ale płaca ich jest nad wyraz marna, a opieka ich polega jedynie na leczeniu zębów chorych. Na dowód, jak źle stoi higiena zębów w internatach wiedeńskich, dr. W. przytacza fakt, iż w jednym z największych internatów dla chłopców *zakazane* jest używanie wykałaczek. Badania stanu jamy ustnej i zębów oraz leczenie winny być, zdaniem d-ra W., wykonywane przez dentystów.

W dyskusji nad referatem Dreyfuss'a (wskutek nieobecności Wallisch'a nad pracą jego nie dyskutowano) zabierali głos: M. Mahé, Delguel, Pont, Godon, Chompret, Pierre, Robin, Cruet, Rogagest, Cunningham, Sidney-Spokes i Mendel Joseph. Kwestją sporną było, czy dentysta, badający stan zębów, ma być również i dentystą leczącym.

Większością głosów postanowiono odłączyć osobę badającego od osoby leczącego. Wybór dentysty leczącego należy pozostawiać rodzicom. W zakres obowiązków dentysty szkolnego wchodzi tylko badanie stanu zębów i jamy ustnej.

O pomocy dentystycznej w Brukselli (Service dentaire de Bruxelles) mówił od siebie i w imieniu Van Campenhout'a, kolegi swego, M. Bon. Opisał on urządzenie jedynej kliniki szkolnej w Brukselli i zakończył żądaniami: 1) zniesienia zwyczaju brania od rodziców pozwolenia na leczenie zębów dzieci, 2) urządzania odczytów z dziedziny higieny zębów i jamy ustnej dla szerszej publiczności, w celu rozpowszechniania właściwych zadań pielęgnowania jamy ustnej, 3) musu oględzin dentystycznych i zakładania miejskich szkolnych klinik dentystycznych.

Albin Lenhardtson, dentysta szkolny ze Sztokholmu, mówił: „O współpracy dentystów szkolnych z ciałem nauczycielskim i medykami szkolnymi“. Autor zwrócił uwagę, że nauczycielstwo i rodzice w ostatnich czasach zaczynają interesować się higieną szkolną; byłoby więc skutecznem zaprowadzenie w seminarjach nauczycielskich działu higieny jamy ustnej i zębów. Tacy wychowawcy byłiby w stanie pouczać uczniów o znaczeniu zębów, również oni mogliby, zdaniem L., badać od czasu do czasu usta uczniów i zachęcać ich do leczenia. Lenhardtson jest zwolennikiem ogólnych klinik szkolnych z racji zaoszczędzenia czasu; kwestję, czy korzystać z niej mają uczniowie zamożni, uważa on za sporną. Oględziny dentystyczne winny być wykonywane przez inspektorów-medyków.

Przemówienie Lenhardtson'a wywołało żywą dyskusję. Oprócz Robin'a, który zgodził się z Lenhardtsonem, twierdząc, że aby móc zęby badać, nie trzeba być specjalistą, wszyscy obecni żywo odpierali poglądy ostatniego, zwracając uwagę na to, że badanie dentystyczne nie polega jedynie na określaniu już znacznie uszkodzonych zębów, lecz niedopuszczaniu do próchnicy, na zatrzymaniu jej w samym początku, już nawet wtedy, kiedy wprawne, nauczone i doświadczone oko coś tylko zauważyć zdoła. Z konieczności więc rzeczy badanie ust i zębów musi być wykonywane przez dentystę. Zgodzili się jednak wszyscy na to, że byłoby bardzo do życzenia pouczenie ciała nauczycielskiego o ważności higieny ust i zębów dla ogólnego zdrowia.

Nad znaczeniem dentysty w szkołach zastanawiał się Richaume z Paryża. Referat jego daje się streścić w 3 żądaniach: 1) oględziny dentystyczne winny być wykonywane przez dentystów; 2) dla wszystkich szkół winien być jeden szemat badania; 3) w każdej szkole winno być miejsce dla leczenia dzieci; dla dziatwy niezamożnej powinny być urządzone miejskie kliniki bezpłatne.

Następnym tematem było rozpatrzenie znaczenia higieny jamy ustnej i zębów dla zdrowia ogólnego dzieci i młodzieży. Referentami byli: Versluysen i Cruet. Pierwszy żąda również od urzędów miejskich zakładania ogólnych dentystycznych klinik szkolnych, w których uczniowie otrzymywaliby i pomoc dentystyczną. Pomocy tej winni udzielać medycy.

Na skutek przemówienia Dreyfuss'a, przypominającego charakter przemówienia d-ra Cruet'a na pierwszym posiedzeniu, referent zmienił w ostatniem swym żądaniu wyraz „medycy“ na wyraz „specjaliści“. Referat Cruet'a streścić się daje w następujących punktach:

1) Higiena jamy ustnej i zębów ma ważne znaczenie dla zdrowia dzieci i młodzieży; 2) warunki anatomiczne i fizjologiczne oraz patologia ogólna wyjaśniają częstość i różnorodność cierpień jamy ustnej i zębów u dzieci; warunki te zazwyczaj odpowiadają różnym okresom I i II zębowania; 3) higiena jamy ustnej i zębów, poza koniecznością zachowania zębów, jest ważna z tego względu, że cierpienia ich rujnujące wywołać mogą rozmaite choroby, byt fizyczny jednostki; 4) z drugiej strony i zły stan zdrowia może być przyczyną chorób jamy ustnej i zębów; 5) wszystkie systemy i tkanki w różnym stopniu i pod różnymi formami przyjmują infekcję z jamy ustnej; 6) zakażenie, pochodzące z jamy ustnej i zębów, może przejść i na przewód pokarmowy oraz okolice, sąsiadujące z jamą ustną; zakażenie przenika głównie przez naczynia chłonne i krwionośne, stykające się z zakażoną jamą ustną, drogą spróchniałych zębów, ozębnej, różnych cierpień dziąseł oraz wyrostka zębodołowego; 7) higiena jamy ustnej i zębów ma na celu zapobieganie zakażeniu ust i zębów; 8) z racji znaczenia higieny ust i zębów dla zdrowia ogólnego oraz konieczności posiadania wiedzy medycznej ogólnej, pomoc dentystyczna może być jedynie udzielana skutecznie przez lekarza-specjalistę, doktora medycyny.

Ostatni punkt dr. Cruet'a wywołał bardzo żywy protest ze strony większości obecnych. Dyskusja zeszyła zupełnie na inne tory, zaczęła o szkoły dentystyczne i tak daleką była od tematu i celów zjazdu, iż jeden z członków sekcji sąsiedniej, będący na posiedzeniu, wyraził zdanie, iż zapomina się zupełnie, że to kongres higieny szkolnej.

Orginalną wielce pracę przeczytał M. J. Ferrier: „O wpływie wody gotowanej jako napoju na zęby i ogólny stan zdrowia dziecka“. Autor na zasadzie wielu faktów dowodzi szkodliwości wody przegotowanej, twierdząc, że nie dostarcza ona organizmowi dostatecznej ilości wapna.

Nad znaczeniem badań dentystycznych oraz leczeniem zębów zastanawiał się Maurice Roy. Twierdził on, że: 1) państwo ma obowiąz-

zek czuwania nad zdrowiem zębów dziatwy szkolnej; 2) badanie zębów winno być dokonywane przez dentystę, a nie przez lekarza szkolnego; 4) szemat badań winien być ujednostajniony; 5) badanie winno się odbywać raz na $\frac{1}{2}$ roku; 6) leczenie zębów winno się odbywać w lokalach szkolnych, a za wyjątkiem przypadków koniecznych, po za godzinami zajęć szkolnych; 7) dla dziatwy niezamożnej miasta powinny urządzać bezpłatne kliniki dentystyczne.

Żywe zainteresowanie wzbudził referat twórcy klinik dentystrycznych, człowieka niepospolitej energii, Jessena, człowieka, który, jak jeden z mówców zjazdu zaznaczył, stworzył higienę zębów. Tytuł referatu Jessen'a brzmiał: „Zaprowadzenie higieny jamy ustnej i zębów w szkołach jest niezbędnem.“ Podkreśliwszy znaczenie higieny jamy ustnej i zębów, jako środka walki przeciw wielu chorobom, Jessen przypomniał, że sprawę higieny jamy ustnej i zębów poruszano już na zjazdach w Paryżu, Norymberdze, St.-Louis, Genewie, Londynie, Brukselli, a ostatnio na Międzynarodowym zjeździe dentystów w Berlinie, na którym higiena jamy ustnej i zębów zajęła miejsce właściwe i była tematem obrad sekcji X.

Przez okres tych lat przyjęty został jako pewnik pogląd, że higiena jamy ustnej zębów jest skutecznym środkiem przeciw chorobom zakaźnym a zwłaszcza gruźlicy. Pogląd ten znalazł jeszcze większe rozpowszechnienie po pracy prof. Möller'a z Berlina, specjalisty chorób płucnych, który w zębach spróchniałych u chorych płucnych znalazł mnóstwo łaseczników gruźliczych (zob. ref. w „Kronice“ № 11 r. b.) Zdaniem Jessen'a, sprawę pomocy dentystycznej dla młodzieży najlepiej załatwiają szkolne kliniki dentystyczne. Są one dobre nie tylko ze względu na stałość opieki, lecz i trwałość; leczenie jednego dziecka kosztuje, jak wykazała praktyka, rocznie 1 fr. 15 centm. Referat Jessen'a wzbudził żywe zainteresowanie się, choćby ze względu na osobę mówcy, tego wielce cenion za swą niezmierną pracę na polu higieny zębów. Jak dalece wyprzedził on swymi poglądami co do najodpowiedniejszej organizacji pomocy lekarskiej dla młodzieży szkolnej innych higienistów i dowodzi fakt, że dopiero na tym zjeździe niektórzy lekarze szkolni uznali zakładanie podobnych klinik ogólnych za najłatwiejsze rozwiązanie sprawy racjonalnej pomocy lekarskiej dla szkół. Jeden z referentów nawet, dr. Oebecke, wrocławski lekarz miejski, w referacie swym p. t.: „Czy ogólne badanie lekarskie dziatwy szkolnej winno rozszerzyć się i na narządy specjalne, czy też dzieci winny być odsyłane do specjalistów?“ W nadzwyczajnych wyrazach uznania odzywał się o Jessenie, a klinikę Strassburską stawia jako wzór dla przyszłych poliklinik.

„O stanie higieny zębów i jamy ustnej w szkołach austriac-

kich“ mówił dr. Gabriel Wolff. Już w roku 1887 na jednym z pierwszych kongresów dr. Hillischer z Wiednia zwrócił uwagę uczestników zjazdu na stan higieny jamy ustnej i zębów w szkołach. W owym czasie w Austrii nie było jeszcze instytucji lekarzy szkolnych, a zaczęto dopiero dentystę wprowadzać do szkół. Po I i II kongresie higieny szkolnej zastanawiano się już poważniej nad tą sprawą. W r. 1903 prezes ministrów w cyrkularzu do naczelników prowincji zwraca uwagę na konieczność pouczania społeczeństwa o skutkach chorób zębów. W cyrkularzu tym zwrócono uwagę na konieczność szerzenia wiadomości z dziedziny higieny wśród ciała nauczycielskiego, a za pośrednictwem ostatnich i wśród uczniów. W roku 1904 wydany został rozkaz w Styrii, a w r. 1905 w Koryntji, polecający zwrócenie uwagi na higienę zębów w szkołach. W większości szkół lekarze szkolni badali stan zębów. W 20 miastach leczenie zębów wykonywali również lekarze; w 15 powołano specjalnych dentystów dla szkół, lub też subwencjonowano dentystów z miasta. Szkoły w Bendorfie, Białej i 8-iu miastach Bukowiny zadawałnają się pomocą dentystów praktykujących. W Grazu i Insbruku pomoc dentystyczna bywa udzielana w klinikach uniwersyteckich. W Bendorfie w roku zeszłym założono pierwszą szkolną klinikę dentystyczną. Można powiedzieć, że właściwa opieka nad zębami uczniów w Austrii datuje dopiero od roku 1903, to jest od 1-go cyrkularza ministerjalnego. Pojedyncze jednak miasta, jak np. Iglau, poleciły oględziny zębów uczniów jeszcze w roku 1897. W Teschen dzieci szkół gminnych miały zęby leczone na koszt gminy już w r. 1901. W roku zeszłym zawiązał się w Austrii na podobieństwo Międzynarodowego Związku Dentystycznego Komitet higieny jamy ustnej i zębów, którego główne zadanie jest zakładanie szkolnych klinik dentystycznych.

Dr. Wallish, inspektor-medyk z Londynu, przedstawił opis szkolnej kliniki dentystycznej w Londynie, która założona została w styczniu r. 1910 z prywatnej ofiary. Nosi ona nazwę: „Klinika św. Jerzego“ i otwarta jest tylko 2 razy tygodniowo. Pracuje w niej 1 dentysta przy pomocy siostry miłosierdzia. Ponieważ dzieci przychodzą niechętnie w godzinach popołudniowych, siostra zmuszona jest przyprowadzać je sama. Jest nadzieja uzyskania od miasta subwencji, która umożliwi otwieranie kliniki codziennie.

Wreszcie dr. S. Mahé, dentysta z Paryża, zdał sprawę z działalności dentysty w liceum Johnsona. Dentysta William Fisk mówił o organizacji dentystów szkolnych. Zdaniem jego, w szkołach różnego typu pomoc dentystyczna winna być różnie zorganizowana.

Oprócz wyżej wzmiankowanych prac, wypełniających 3-ą podsekcję XI sekcji, i w innych sekcjach zwrócono uwagę na znaczenie zdrowego uzębienia dla rozwoju dziecka.

Królestwo Polskie na zjeździe było w r. b. naogół dość licznie reprezentowane; polaków było 40. Zapowiedzieli oni 14 referatów, z tych jednak 7 tylko doszło do skutku. Z medyków podkreślili ważność badań dentystycznych dr. Stanisław Kopeczyński, który w referacie p. t. „Systematyczne oględziny lekarskie uczniów i ich znaczenie z punktu widzenia higieny i wychowania“ konstatuje, że dzięki stałym oględzinom jamy ustnej uczniów warszawskiej szkoły handlowej w latach ostatnich bardzo rzadko się zdarza, by uczeń klas wyższych miał zęby zaniedbane.

Dr. Goździcki zwrócił uwagę na konieczność opieki nad uzębieniem dziewcząt.

Wspomnieć również należy o pracy zbiorowej, przygotowanej dla kongresu przez komitet polskich stowarzyszeń pod redakcją dra Piaseckiego pod tytułem: „Les écoles polonaises et leurs conditions hygiéniques“. W pracy tej znajduje się również, acz bardzo niepełny, obraz stanu higieny jamy ustnej i zębów w szkołach polskich.

Następny Kongres higieny szkolnej odbędzie się w roku 1913 w Stanach Zjednoczonych.

Helena Kon-Feldblumowa.

BIBLIOGRAFJA.

Podstawy dentjatrii. (*Osnowy dentjatrii*). *Podręcznik dla lekarzy i studentów.* Przez **prof. Franciszka Zwierzchowskiego.** Petersburg. Tomów 5.

T. I. *Anatomja jamy ustnej i zębów.* Str. 119. Rys. 34. Cena 1.50.

T. II. *Budowa, rozwój i wyrzynanie się zębów. Próchnica 1-go i 2-go stopnia. Osady nazębne. Nauka plombowania.* Str. 392. Rys. 58. Cena rb. 3.

T. III. *Zapalenie i zgorzel miazgi. Zapalenie ozębnej.* Str. 142 Rys. 18. Cena rb. 1.80.

T. IV. *Zapalenia kości szczęk. Ubytki zębów pochodzenia nie-próchnicowego. Wyjmowanie zębów. Schorzenia zapalne służówki jamy ustnej.* Str. 385. Rys. 27. Cena rb. 2.80.

T. V. *Chirurgja szczegółowa jamy ustnej.* Str. 118. Rys. 31. Cena rb. 1. 50.

Wydane nakładem autora.

Autor, jako długoletni lektor przedmiotów specjalnych w kilku wyższych zakładach naukowych, rzecz prosta, zna wszelkie wymaga-

nia, stawiane podręcznikom, przeznaczonym dla słuchaczy. Wiemy doskonale, jakie wielkie znaczenie dla ostatnich ma odpowiedni podręcznik. Rzeczywiście, dobry podręcznik — z jednej strony, odpowiedni kierownik — z drugiej strony, są *podstawą* specjalnej wiedzy każdego ucznia; o tem dwóch różnych zdań być nie może.

Praca prof. Zwierzchowskiego, napisana zgodnie z planem, opartym na własnym doświadczeniu pedagogicznym, pod względem dydaktycznym zasługuje na wyróżnienie. Przedewszystkiem zaznaczyć musimy zwięzłość i treściwość każdego wykładu. Niema owego balastu, który zauważyć można w niektórych podręcznikach i który przeciąża pod pewnym względem tylko umysł słuchacza. Autor postawił sobie za cel treściwie, zwięzłe zobrazować każdy szczegół; jest to widocznem po powierzchownem choćby przejrzeniu pracy. W celu dokładnego przyswajania sobie przedmiotu ścisły taki wykład ma ważne znaczenie. Mamy, wprawdzie, niektóre podręczniki, przeznaczone dla rozpoczynających studia dentystyczne (Fiszera, Feodorowa), lecz ze względu na panujący chaos, rozwlekłość traktowania każdego poszczególnego działu, grzeszą one pewnymi błędami. Z drugiej strony wiemy, że specjalność nasza z dnia na dzień robi znaczne postępy; te ostatnie właśnie i w podręcznikach bezsprzecznie odzwierciadlone również być muszą, choćby pobieżnie. Dr. Zwierzchowski wymagania te uwzględnił, mając na widoku to, że powinny one służyć nicią przewodnią przy dalszych studiach słuchacza. Jako wytrawny praktyk, autor w poszczególnych działach uwzględnił swe własne spostrzeżenia z praktyki. Uwagi te są tak umiejętnie wstawione, że nie noszą one wcale cech dążenia autora do wywyższania się lub uwydatniania swej osoby, jak to często widzimy w podręcznikach, zwłaszcza zaś w „Wykładach (kursach) uniwersyteckich“ poszczególnych przedmiotów.

W przedmowie autor zaznacza, że podręcznik wydał na życzenie swych słuchaczy. Spełnienie tych „życzeń“ kosztem mozolnej pracy i znacznego nakładu materialnego aż nadto dobitnie świadczy o tem wielkiem zamiłowaniu autora do obranej przez siebie specjalności i swego stanowiska pedagoga. Jest to czyn szlachetny, świadczący o uczciwym traktowaniu obowiązku względem uczniów.

„Obowiązkiem każdego nauczyciela jest wydanie własnego podręcznika; każdy nauczyciel, pracując przez całe życie na polu nauczania, bezsprzecznie, musi sobie wyrobić własne sposoby oraz metody wyświetlania danych naukowych, ich rozbioru oraz samych wykładów, przystępnie dla uczniów opracowanych.“ To są uwagi pewnego profesora, które autor miał na względzie.

Indywidualne cechy te każdego podręcznika, opracowanego przez nauczyciela, są zwłaszcza cenne i one to, że tak powiemy, wzboga-

cają literaturę. W podręczniku, jak już zaznaczono, zachowany jest porządek wykładowy, t. j. każdy dział omawia pewną całość danego przedmiotu. Dla początkujących porządek taki bez jest wątplenia nader dogodny, autorowi zaś daje on możliwość dokładnego podziału materiału.

Praca prof. Zwierzchowskiego, jako podręcznik, omawiający podstawy dentjarji, ma niezaprzeczoną wartość nie tylko dla uczniów, lecz i specjalistów praktykujących, mniej lub więcej zaawansowanych dla nich może ona być pewnego rodzaju *repelitorium*.

Streszczenie całego dzieła, obejmującego pięć dosyć grubych tomów, rzecz prosta, byłoby bezcelowem, tembardziej w ocenie niniejszej, w której miałem na celu zwrócenie uwagi na ogólne cenne cechy nowego dzieła, stanowiącego poważny nabytek w dziedzinie denty-stycznej literatury pedagogicznej.

O technicznej stronie dzieła nic, prócz dobrego powiedziec nie można. Wydanie jest bardzo staranne, papier dobry, druk wyraźny, również rysunki są doskonale odbite i umiejętnie dobrane.

K.

Polskie Słownictwo Dentystyczne. *Wydane staraniem i nakładem red. „Kroniki Dentystycznej“ w układzie lek. dent. M. Krakowskiego. Warszawa, 1911 r. Cena rb. 1. 50 kop.*

Doczekała się nareszcie dentystryka polska swojego „Słownictwa“, tej podwaliny, od której zwykle zaczyna się prawdziwy rozwój danej gałęzi wiedzy lekarskiej. Jest to dzieło, w które autor włożył znaczną pracę i wiele starań, poświęciwszy wiele czasu, w celu zgromadzenia wszystkich potrzebnych mu danych. A wszystko to autor zrobił w jednym umiłowanym celu: dać podniętę do lepszego rozwoju naszej specjalności.

Jako *pierwsze* „Polskie Słownictwo Dent.“ praca kol. Krakowskiego jest wprost doskonałą, a pod względem rozmiaru bardzo obszerną. Całość świadczy chlubnie o staranności, z jaką autor podjął swoją pracę i ją wykonał.

Część pierwsza jest właściwem mianownictwem denty-stycznym; zawiera wyrazy dotyczące teorii i praktyki denty-stycznej oraz nauk ścisłych z nią związanych.

Część druga jest niejako „uzupełnieniem“, dodatkiem bardzo cennym w niezwykłych warunkach naszej specjalności. Mamy tu wyliczenie główniejszych preparatów i środków lekarskich, używanych w denty-styce z uwzględnieniem ich składu chemicznego. Spolszczenie i podanie nazw swojskich tego działu należy powitać z uznaniem, chociaż byłoby na przyszłość pożądanem oddzielne opracowanie tej części w rozmiarach szerszych.

„Polskie Słownictwo Dent.“ może oddać i odda niezawodnie

wielkie usługi naszej nauce dentystycznej. Nie będziemy wyliczali niektórych drobnych, zresztą, usterek, gdyż praca kol. Krakowskiego stoi w ogólności pod każdym względem na wysokości zadania. Na jej podstawie powinno powstać mianownictwo o szerszym jeszcze zakresie. Byłoby też pożądanem, żeby wszyscy koledzy wzięli udział w dalszej pracy nad „Słownictwem“, przesyłając swoje uwagi, uzupełnienia i życzenia do redakcji „Kroniki Dent.“, gdyż „gromada to wielki człowiek“.

Prawdziwie dziwić się należy, jak mało u nas interesuje się ogół sprawami pierwszorzędnej wagi, pozostawiając cały ciężar pracy na barkach jednostek. Dentystyka polska znajduje się od czasu dziecięctwa swego w nader smutnem położeniu, i gdyby nie jednostki, jak ś. p. dr. Dzierżawski, nie mielibyśmy nawet pisma specjalnego. Ze zgonem tego pioniera polskiej nauki dentystycznej, jak wiemy, zakończył swój żywot również „Przegląd Dentystyczny“.

W takich to trudnych warunkach podjął kol. Krakowski wydawnictwo „Kroniki Dent.“ i pracuje dotąd bardzo mezołnie, lecz wytrwale nad jej podtrzymywaniem. Mimo wyczerpującej pracy, zdołał on w krótkim stosunkowo czasie ułożyć „Polskie Słownictwo Dent.“, za które mu się należy szczególne uznanie.

Staraniem naszym powinno teraz być: wyrugować naleciałości obce i podnieść poziom dentystyki polskiej na wzór Zachodu.

„Słownictwo“ kol. Krakowskiego powinno się znaleźć jaknajprędzej w rękach każdego kolegi i studenta dentystyki, gdyż naleciałości obce — niemieckie i rosyjskie — coraz to bardziej kaleczą język nasz i hamują rozwój nauki polskiej.

Moskwa.

Dr. H. Wilga i W. Zawidzki.

Kronika i sprawy zawodowe.

== **Ogólny wiec lekarzy austriackich** w sprawie nowego projektu rządowego wskrzeszenia stanu dentystów i uprawnienia techników dentystycznych odbył się w Wiedniu 6. XI r. ub. Udział przyjmowało 1400 lekarzy i 545 studentów medycyny. Zjazd ten nosił zupełnie odmienne cechy, aniżeli zwykle zjazdy lekarskie, nie miał bowiem charakteru naukowego, lecz czysto socjalny. Zwołany został przez ogół lekarzy austriackich bez wszelkiej różnicy przekonań politycznych. Zjazd ten był dowodem niezwyklej solidarności całego stanu lekarskiego w Austrii. Miało się wrażenie, że tej armji, składającej

się z profesorów, wszystkich lekarzy oraz znacznej liczby studentów medycyny, nie zwycięży się tak łatwo. Dzień 6 listopada zostanie dniem historycznym dla całego stanu lekarskiego w krajach austriackich; uczestnikom tego zjazdu zostanie on na zawsze w pamięci.

Po przemówieniu prof. Fingera, prezes Izby lek. wiedeńskiej r. dw. prof. Eiselsberg wygłosił referat, dowodzący, że praktykę dentystyczną może wykonywać tylko zupełnie wykształcony w medycynie lekarz. Następnie pryw. doc. Ewald poddał projekt rządowy wyczerpującej krytyce, poczem przemawiali dr. Kirchmayer, poseł dr. Michl, w imieniu uniwersytetu w Gracu prof. Trautner, uniwersytetu w Pradze—prof. Nessel, jako przedstawiciel dentystyki na uniwersytecie Jagiellońskim prof. Wincenty Lepkowski, w imieniu izb lekarskich galicyjskich dr. Festenburg. Wnieśli uchwalili rezolucję, mającą być przesłaną rządowi i opiewającą: „Ogół lekarzy austriackich protestuje przeciw zamiarom wys. rządu, dążącego, w uległości swej dla techników i ich kilku protektorów do wskrzeszenia stanu dentyków i uprawnienia techników dentystycznych. Lekarze austriaccy czują żal do obecnego rządu, że daje wiarę fałszywym informacjom techników i ich adwokatów, nie bacząc na rzeczowe twierdzenia i dowody lekarzy. Stan lekarski zwraca uwagę odpowiedzialnego rządu na niebezpieczeństwa, mogące wyniknąć dzięki takiemu niższemu personelowi lekarskiemu dla zdrowia publicznego, obecnego stanu lekarskiego i dla powagi uniwersytetów. I z tego powodu obecne zgromadzenie, składające się z przedstawicieli wszystkich wszechnic austriackich, wszystkich izb lekarskich protestuje przeciwko wszelkiemu ustąpieniu jakichkolwiek bądź czynności lekarskich laikom. Lekarze-praktycy całej monarchji wraz ze swymi profesorami i całą młodzieżą uniwersytecką są przygotowani do stanowczej i ciężkiej walki przeciw udzielaniu jakichkolwiek praw lekarskich rzemieślnikom-technikom“.

== **Od Warsz. T-wa Odontologicznego.** W dniu 17. XI r. z. odbyło się porządkowe zebranie T-wa. Przez powstanie z miejsc uczczono pamięć zmarłego d-ra Józefa Tchórznickiego. Kol. W. Zieliński wygłosił referat: „*O leczeniu rozpadu miazgi sposobem Buckley'a*“. Referent zwrócił uwagę na powstające przy rozpadzie miazgi zębowej produkty oraz sposób leczenia zębów z taką miazgą trójkrezol-formaliną. Następnie kol. Goldberg mówił o „Radicynie,” zestawionej przez

prof. Lepkowskiego do traktowania kanałów korzeniowych (zob. pracę d-ra Jossè'go, wydruk. w „Kronice“ № 8 r. z.). Środek ten, jak utrzymuje referent, składa się z ługu potasowego i podchloranu sodu i wcale nie jest nowy, a przez starych praktyków jako środek przeciwniepalny od dawna używany, wprawdzie, nie przy chorobach zębów. Referent zaznaczył, że na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900, w sekcji dentystycznej mówił o odkazaniu kanałów korzeniowych przy pomocy wody Javell'a (rozczyń podchloranu sodu i soli kuchennej) z kw. solnym (str. 159 Dziennika Zjazdu). Środek ten, od lat kilkunastu G. stosuje, a przed 10-ciu laty bez zastrzeżeń oddał go do użytku ogółu dentystów. W dyskusji zabierało głos kilku kolegów, i wszyscy utyskiwali, że środek od 10-ciu lat stosowany w dentystyce, jest obecnie opatentowany. Niektórzy obecni zaznaczyli, że praca d-ra Josse'go, wydrukowana w n-rze 8 r. z. „Kroniki” o radycynie, nosi charakter reklamowy. Kol. Rozensztejn demonstrował aparat własnego pomysłu do wytłaczania koron dla zębów przednich. Do celów, do których ma przeznaczenie, aparat jest zupełnie odpowiedni i zasługuje na rozpozna-

== **Ukaranie rzekomego dentysty.** „Warszawskie Słowo” komunikuje, że w Będzinie na skutek skargi tamecznych dentystów, że niejaki Felzensztejn, nie mając prawa, zajmuje się praktyką dentystyczną, u ostatniego dokonano rewizji, podczas której w „gabiniecie” F. wykryto narzędzia, stwierdzające słuszność skargi. Sędzia pokoju skazał Felzensztejna na 200 rb. kary lub dwa miesiące aresztu.

== **Francuzkie szkoły dentystyczne** obsadzają posady wykładowych, asystentów i laborantów na mocy konkursu. W ogłoszeniach o konkursie na posadę wymieniono, że ubiegający się o te posady powinni przedstawić: 1) dyplomy zakładów szkolnych, w których otrzymali ogólne wykształcenie; 2) dyplom na stopień lekarza-dentysty i 3) prace naukowe. Niezależnie od tego ubiegający się o posadę laboranta podlega ustnemu i piśmiennemu egzaminowi. Ustny egzamin polega na klinicznym rozważaniu jakiegokolwiek choroby i wykonaniu wszelkich czynności aż do plombowania włącznie, stosownie do danej choroby zęba. Piśmienne wypracowanie, na które daje się 2 godziny, stanowi odpowiedź na ośm pytań z dziedziny anatomji, patologji i terapii zęboleczniczej. *Jury* składa się z 4-ch wybranych

osób i dyrektora szkoły. A u nas? Gdyby nasze szkoły poszły za przykładem francuzkich, podniosłyby powagę zakładu i poziom wiedzy uczniów.

= **Samobójstwo dentysty.** „Warszawskie Słowo“ (№ 196 z dn. 4, XII r. z.) komunikuje, że w Łodzi przy ul. Głównej № 67 pozba-
wił się życia dentysta L. M. Mięczyński. Przyczyna samobójstwa —
ubóstwo.

= **25-letni jubileusz działalności profesorskiej** na wszechnicy Jagiellońskiej znakomitego badacza w dziedzinie zjawisk przyrody, prof. *Napoleona Cybulskiego* uroczyste obchodzone w dniu 1-ym XII r. z. w Krakowie. Jubilat jest jednym z najwybitniejszych fizjologów współczesnych i najwybitniejszym z pracujących na tej niwie fizjologów polskich. Prof. Cybulski poświęca się nie tylko zagadnieniom czysto naukowym, lecz czynnie popiera wiele zamierzeń społecznych. Był on pierwszym z pionierów dopuszczania kobiet do studjów uniwersyteckich i założenia gimnazjum z programem szkół męskich.

Jubilat jest autorem jedynej w języku polskim pracy: „Fizjologia człowieka.“

= **Protest.** Lekarze-dentyści Niemiec zaprotestowali na Zjeździe w Berlinie przeciwko projektowi nowego ubezpieczenia społecznego, pozwalającemu kasom chorych wzywać w chorobach dentystycznych także techników. Lekarze uchwalili żądać, by to mogło nastąpić tylko wtedy, gdy w danej miejscowości niema lekarza; dany technik musi być przedtem przez władzę za samodzielniego uznany.

= **Nowy organ dentystyczny** p. t. „**Praktyczeskoje Zubowraczewanje**“ zaczął wychodzić w Odesie pod red. P. Syrotińskiego; wydawcą jest firma dentystyczna Aleksandra Koppa. Redakcja mieści się: Odesa, ul. Kondratienko № 21.

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

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 61.