№ 10. Październik 1910 r. Rok V.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

Prace oryginalne.

Które nowozalecane środki hemostatyczne, stosowane w dentystyce, odpowiadają celowi?

NAPISAŁ

M. Krakowski

(Dokończenie. Zob. nr. 7 i 9).

3) *Antipyryna* pod względem hemostatycznego działania również nie zasługuje na szersze zastosowanie. Nie ścinając krwi, prawie że nie wywołuje ona niezbędnego skrzepu. Przy *lżejszych* krwawieniach niezbędne są *mocne* roztwory. O tamowaniu *silnych* krwotoków po wyjęciu zębów i mowy być nie może, nawet po zastosowaniu 50% roztworu. Znieczulających własności również nie widziałem; przy nieznacznych zaledwie krwotokach zębodołowych stężone roztwory nieco pomagają. Zastosowane przy innych krwotokach (przy operacjach dziąsłowych), roztwory antipyryny niewiele pomagają; do wytworzenia się trwałego skrzepu nie dochodzi. Stężone roztwory antipyryny niekiedy wywołują uboczne działanie; pacjent wyczuwa silny palący ból, którego intensywność znajduje się w związku z indywidualnością pacjenta. Ból niekiedy trwa 10 — 15 minut; w pierwszej

chwili jest na tyle silny, że chorzy proszą o usunięcie tamponu, przepojonego roztworem antipyryny. Odczynu zapalnego nie zauważono. Dodawanie środków, właściwie znieczulających (w dawkach dozwolonych) do roztworów antipyryny, stosowanych, jako *haemostaticum i analgeticum post extractionem* niewiele pomagało. Ujemnego wpływu na przebieg gojenia się ran po zastosowaniu roztworów antipyryny nie obserwowałem.

Roztwory antipyryny: *antipyrynum tannicum i antipyrynsalol* szczególnych zalet nie posiadają. Pod wpływem pierwszego środka rana krwawiąca, prawdopodobnie, wskutek obecności garbnika, zabarwia się na ciemno; ani od jednego, ani od drugiego trwałego skrzepu nie udawało mi się osiągnąć; od antipyrynsalolu rany krwawiące nie są tak czyste, jak twierdzi Mascort (zob. wyżej).

Wyniki zastosowania antipyryny widzimy z tablicy:

Rodzaj krwotoku	Postać zastosowania	Wynik	U W A G A
Lżejsze krwotoki	10% roztw. wodny	—	
„ „	20%—30% „	—	Ból palący, przykre uczucie
„ „	50% „ „	+	
„ „	60% „ „	+	
Silne krwotoki	50% roztw. wodny	—	Podrażnienie w postaci palącego bólu.
„ „	60% „ „	—	
„ „	80% „ „	—	
„ „	per se— —	—	
Pędzlowanie krwawiącego dziąsła	10% „ „	—	We wszystkich przypadkach wyczuwać się dawał ból piekący.
	20% „ „	—	
	30% „ „	—	
	50% „ „	+	

4) *Kwas pikroazotowy*, aczkolwiek wychwalany przez niektórych, nie odpowiada tym pochwałom. Przy względnie silnych krwotokach zupełnie nie działa hemostatycznie, przy słabych zaś działanie jego zauważyć się daje. Do wytwarzania się stałego skrzepu nie dochodzi. Mocnych roztworów stosować nie można, a to ze względu na własności dość żrące i nader przykry smak, długo wyczuwany w ustach.

Roztwory 0,5%, jakie zaleca Allan dla śluzówek, przy tamowaniu krwotoków są nieco za słabe. Można stosować nawet 2 — 3% roztwory. Przy większych operacjach (np. wycięciu polipa) i takie

roztwory nie prowadzą do celu. W tych razach skuteczniej działają niektóre z przytoczonych niżej środków. Wogóle kwas ten nie należy do skutecznych środków i niesłusznie zajmuje miejsce wśród hemostatyków.

5) *Woda utleniona* w rzędzie hemostatyków zająć może zaledwie podrzędne miejsce. Przy słabych krwawieniach zwykle 10% woda utleniona, kilkakrotnie zmieniana, tamuje krew; przy nieco silniejszych jest bezkuteczną. Przy innych krwawieniach, przy krwawiących dziąsłach woda utleniona nie daje takich wyników jak wskazane tu inne przetwory.

6) *Żelatyna.* Już z wyników najnowszych badań Sackur'a wynika, że nie może ona być tak szeroko stosowana jak chce Frey, już z tego względu, że wywołuje zatory w naczyniach. Prócz tego, posiada ona wiele innych niedogodności: 1) samo przygotowywanie jest kłopotliwe; 2) przed użyciem trzeba ją podegrzewać w gorącej kąpieli wodnej; 3) ponieważ drobnoustroje dobrze się rozwijają na pożywkach żelatynowych, uważam pozostawienie w zębodole tamponu, zmoczonego w żelatynie, wprost za szkodliwe, i to nie tylko na *6 godzin* (!!), ale nawet na czas znacznie krótszy; 4) własności hemostatyczne są bardzo nieznaczne, a przy silniejszym krwawieniu *żadne.*

7) *Ferripyrina* w rzędzie środków hemostatycznych zajmuje widoczne miejsce. Ze wszystkich sposobów stosowania ferripyriny najlepiej nadają się roztwory. Będąc związkiem półtorachlorku żelaza, ferripyrina posiada wiele własności ostatniego. Stosowana na rany, szybko tamuje krew, wytwarzając skrzep. Stosownie do stężenia roztworu ferripyriny krwotok zostaje wstrzymany szybciej, to wolniej, cel jednakże zostaje zawsze osiągnięty; ferripyrina nigdy nie zawodzi. Stosownie do siły krwotokn potrzebne jest i odpowiednie stężenie roztworu. Przy słabych krwotokach mogą być stosowane 10 — 20% wodne roztwory; bólów i żadnych podrażnień niema. Przy stosowaniu bardziej stężonych roztworów krwotoki wnet ustają. Do tamponowania krwotoków zębodołowych nadaje się gaza, przepojona roztworem ferripyriny. Jako środek paljatywny przy krwawieniach dziąsłowych, ferripyrina, aczkolwiek szybko tamuje krew, jednakże nie może być szeroko zalecana; wywołuje ona brunatne zabarwienie, jak i półtorachlorek żelaza. Przy tamowaniu krwawiącej miazgi zę-

bowej (po amputacji) roztwory ferripyriny również dają dobre wyniki. Do słabych stron tego środka odnieść należy: przykry, gorzko-ściągający smak, nieprzyjemny dla wielu pacjentów; dalej przy stosowaniu ferripyriny często występuje palący ból.

Wyniki zastosowania ferripyriny następujące:

Rodzaj krwotoku	Postać zastosowania	Wynik	U W A G A
Słaby krwotok post extractionem	10% roztw. wodny 20% „ „ 30% „ „	+ + +	
Silny krwotok post extractionem	10% roztw. wodny 20% „ „ 30% „ „	— — —	
Silny krwotok post extractionem	40% roztw. wodny 50% „ „ per se	+ + +	ból ból
Krwawienie dziąsłowe	10% roztw. wodny 20% „ „	+ +	strup łatwo oddziela się
Krwawienie miazgi	10% roztw. wodny 20% „ „		

Nie należy mieszać ferripyriny ze związkami garbnikowymi, lub kwasami, gdyż pod ich wpływem ulega ona łatwo rozkładowi.

8) *Ferrostiptyna* swem działaniem zbliżona jest do ferripyriny; również szybko tamuje krwotoki, dzięki zawartej w niej znacznej ilości żelaza (60%). Wszystko cośmy mówili o ferripyrinie można zastosować i do ferrostiptyny. Ostatnia jednakże posiada w stężonych roztworach własności drażniące, nawet w silniejszej postaci, prawdopodobnie zależne od zawartej w niej antifebryny, która przy miejscowem zastosowaniu wywołuje podrażnienie. Dobre wyniki daje gaza ferrostyptynowa. Przy krwawieniu z dziąseł zalecić można ferrostyptynę wprost na miejsce krwawiące, stosując ją na wacie wyjałowionej, dopóki nie utworzy się strup.

Ferrostiptynę wyrabia fabryka chemiczna Marquart w Bazylei.

9) *Styptycyna*, zalecana w innych gałęziach medycyny, o czem mówiliśmy wyżej, może i dentystyce oddawać wielkie usługi. W tym

celu może być stosowana *wewnętrznie i zewnętrznie*. Do wewnętrznego użycia uciekamy się w przypadkach groźnych. Dobre wyniki oddaje ona przy zewnętrznem użyciu i to w pewnych warunkach.

Najpierw pomówimy o krwotokach *post extractionem*. W przypadkach tych była styptycyna stosowana w postaci *roztworu, tabletek, proszku, waty i gazy styptycynowej*.

Za najracjonalniejsze uważam stosowanie roztworów i gazy styptycynowej. Niektórzy autorzy zalecają tabletki i to w ten sposób, że na dnie krwawiącego zębodołu umieszcza się jedną tabletkę styptycyny, następnie zaś tamponik. Sposób ten jest niewygodny z tej przyczyny, że tabletka nie tak szybko się rozpuszcza, styptycyna nie zostaje w zetknięciu z całą powierzchnią rany krwawiącej. Często nawet przy pierwszym przypływie fali krwi tabletka wraz z tamponem wypchnięta zostaje. Tamowanie krwotoku w ten sposób, t. j. za pomocą tabletek, nie udaje się nietylko przy silniejszych stopniach krwotoków, lecz nawet przy *słabych*. Nie mówię o zwykłem krwawieniu, przy którem niektórzy wychwalają działanie styptycyny. W tych przypadkach stosowanie styptycyny w *czystej postaci* uważam również za niestosowne, już z tego względu, że *sposób* stosowania nie jest wygodny: pyłki proszku padają na język i wywołują nieprzyjemny gorzki smak. *Roztwory* działają niejednakowo. Przy słabszych krwotokach w większości przypadków pomagają; przy silniejszych zaś często nie skutkują. Przy innych krwotokach styptycyna w postaci roztworu często zawodzi. Przy krwotokach *post extractionem* skutecznie działa gaza styptycynowa. Zębodół należy poprzednio przemyć wodą wyjałowioną (lub z dodatkiem środka przeciwgnilnego), na parę minut założyć tampon z waty, przepojony 30% roztworem styptycyny, a później dobrze zatamponować zębodół gazą styptycynową.

Stosowanie styptycyny w postaci gazy ma tę wyższość, że wszystkie części rany znajdują się w zetknięciu ze środkiem. Silne krwotoki bardzo często prędko ustają, niekiedy tampon z gazy należy zmieniać kilkakrotnie. Jeżeli zdarza się, że występują uporczywe krwotoki następcze, to są one nie tak silne, jak w zwykłych przypadkach. W takich razach należy tylko zmienić tampon. Mogą mi zarzucić, że samo zatamponowanie zębodołu choćby *czystą* gazą daje również dobre wyniki. Ale z tym poglądem się nie zgodzę, gdyż nietylko zwyczajna i rozmaite inne gazy (jodoformowa, kseroformowa, chinozolo-

wa) nie dawały mi w jednych i tych samych warunkach takich dobrych wyników, jak styptycynowa.

Obok działania hemostatycznego wywiera ona i działanie uspokajające, co rozumie się uważać można za wielką zaletę tego nowego środka. Przy bardzo uporczywych krwotokach, gdy miejscowe zastosowanie mało pomaga, można przepisać styptycynę i wewnętrznie. W tych razach działa ona daleko lepiej, niż inne, zalecane w podobnych przypadkach środki (ergotyna, hydrastyna). Można ją stosować, jako *paliativum* nawet przez czas dłuższy bez szkody dla ustroju. Przy dobrych wynikach nigdy nie zauważono ubocznego działania w postaci nudności, stanu podnieconego i t. d. *Na wewnątrz* najlepiej stosować styptycynę w postaci wyżej wskazanych tabletek.

Wyniki zastosowania styptycyny można zestawić w następującą tablicę:

Rodzaj krwotoku	Postać zastosowania	Wynik	U W A G A
Słaby krwotok post extractionem	10% roztw. wodny	—	Przykre uczucie
	20% „ „	—	
	30% „ „	+	
	gaza	+	
	tabletki	—	
	proszek	—	
Silny krwotok post extractionem	30% roztw. wodny	—	
	50% „ „	—	
	gaza	+	
Krwawienie z miazgi	20% roztw. wodny	+	
	wata styptycynowa	+	
Krwawienie dziąsłowe	20% roztw. wodny	+	Przykre uczucie
	wata	+	
	gaza	+	
	płukanie	—	

Reasumując, cośmy wyżej powiedzieli, dochodzimy do wniosków:

1) niektóre z przytoczonych nowych środków hemostatycznych mogą być stosowane przy jednych, drugie zaś przy innych krwotokach;

2) niektóre środki do tamowania silnych krwotoków nie nadają się;

3) *hazelina* do tamowania krwotoków *post extractionem* nie na-

daje się; natomiast daje dobre wyniki przy rozmaitych krwawieniach z dziąseł, śluzówki w postaci płukania lub pędzlowania;

4) krew pod wpływem *hazeliny* nie ulega krzepnięciu, a zatem nie wytwarza się skrzep, zatykający krwawiący zębodół;

5) *hazelina* bywa skuteczna również dobrze przy *przerostach dziąseł*, działając na protoplazmę tkanek dziąsłowych i muskulaturę naczyń krwionośnych;

6) przy *nadczułości i podrażnieniu* dziąseł *hazelina* również daje dobre wyniki;

7) ubocznego działania *hazelina* niema;

8) *penghawar djambi* do naszych celów nie może mieć szerokiego zastosowania;

9) *antipyryna*, nie ścinając krwi, nie wywołuje niezbędnego skrzepu;

10) mocne roztwory *antipyryny* słabo działają hemostatycznie, wywołując często podrażnienie w postaci palącego bólu;

11) nowe przetwory: *antipyrinum tannicum i antipyrinsalol* również nie wytrzymują krytyki;

12) *kwas pikroazotowy* nie posiada własności hemostatycznych; do wytwarzania się trwałego skrzepu prawie nigdy nie dochodzi;

13) mocnych roztworów *kwasu pikroazotowego* stosować nie należy, gdyż mogą działać żrąco;

14) przy tamowaniu krwotoków po wykonaniu niektórych operacji na śluzówce (np. wycięciu polipów) i mocniejsze roztwory *kwasu pikroazotowego* nie skutkują;

15) *woda utleniona* przy tamowaniu *słabych* krwotoków musi być kilkakrotnie zmieniana; przy *silniejszych* — nie działa;

16) żelatyna z wielu względów nie może mieć szerokiego zastosowania;

17) *ferripyrina* jest dobrym środkiem hemostatycznym; skrzep krwi szybko się wytwarza;

18) przy krwawieniach dziąsłowych *ferripyrina* nie może mieć szerszego zastosowania;

19) *ferripyrina* w połączeniu z garbnikami, lub kwasami ulega rozkładowi;

20) *ferrostyptyna* w swem działaniu wiele przypomina ferripyrinę;

21) *stypticyna* przy krwotokach *post extractionem* daje doskonałe wyniki;

22) ubocznego działania przy stosowaniu stypticyny nie zauważono, tak przy miejscowem, jak i wewnętrznem zastosowaniu.

Literatura.

1) *Rossbach* i *Nothnagel.* Farmakologia. Ostatnie wydanie; 2) Prof. *Manquat.* Zasady terapeutyki i farmakologji. Rosyjskie tłumaczenie; 3) Doc. *Kotlar.* Nowiejszyja lekarstwennyja sredstwa; 4) *Loebisch.* Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung dargestellt; 5) *Winkler.* Neue Heilmittel nnd Heilverfahren; 6) *K. Wenda i Wiorogórshi.* Nowe leki; 7) *W. Wiorogórski.* Słownik nowych środków lekarskich; 8) *Demme.* Physiologische und therapeutische Beiträge zur Kentniss des Antipyrins; 9) *Hencoque, Moutard-Martin.* Ueber blutstillenden Eigenschaften des Antipyrins; 10) *R. Hirsch.* Ueber die schmerzstillende Wirkung des Antipyrins. Therapeut. Mft. Odbitka. 11) *J. Neumann.* Das Antipyrin als locales Anästeticum; 12) *Zawodowski.* O działaniu antipyriny na ustrój zwierzęcy (po rosyjsku). Dysertacja; 13) *Carnot.* La Presse Medic. Wracz. 1897 № 41; 14) *Mascort.* Correspondenz Bl. für Z-de № 3. 1897; 15) *Frohmann.* Ferripyrin bei Blutungen nach Zahnextractionen. Therapeut. Mft. 1895 № 7. ref. Medicynskoje Obozrenje 1895. T. 44 № 17; 16) *Rohrbach.* Anwendung und Wirkung des Ferripyrins-Knoll als Stipticum. Zahntechnische Reform 24. 1897; 17) *Hans Degle.* Zur Anwendung des Ferripyrins. Wiener Medizinische Presse. № 38. 1895; 18) *M. Krakowski.* Kilka słów o zastosowaniu ferropyriny w dentystyce. Przegl. Dent. 1898; 19) *Schultz.* Odontol. Blätter № 14. 1897. Przegl. Dent. 1898, str. 122; 20) *F. Merck.* Berichte 1895 — 1896; 21) *Schäfer.* München. medizin. Wochenschrift 1895 № 52; Centralbl. für Gynäkologie 1896, № 2 ref. Wracz 1896 № 11 str. 318; 22) *Friedemann.* Deut. Mft. für Z-de № 1, 1897; 23) *Hedderich.* Ein neues Haemostaticum Ferropyrin. Münchener Med. Wochenschrift 1895. Therapeutische Wochenschrift № 1. 1895; 24) *Hasse.* Ueber Ferropyrin. Pharmaceutische Centralhalle № 5, 1895; 25) *Cubasch.* Die therapeutische Anwendung des Ferropyrins. Wiener med. Presse № 7, 1895; Medycynskoje Obozrenie 1898, T. 44, № 15 p. 75; Pharmaceutische Zeitung 1895, № 94, str. 767; 26) *Gottschalk.* ref. Medicynskoje Obozrenie 1896 T. 45, № 2; 27) *Gärtig.* Wracz 1896, str. 432; 28) *Nessauer.* Wracz 1897, № 33; 29) *Walther.* Zeitschrift für prakt. Aerzte 1900, № 78; 30) *Herzfeld.* Merck 1900; 31) *Melloni.* Merck 1900, str. 177; 32) *Rousse* i *Walton.* Merck, 1898; 33) *Marfori, Paoletti, Braitenberg, Bossi, Dejace, Gavoni, Boldt, Pazzi, Zawialle-Ruyssen.* Merck, 1898; 34) *Niedorodow.* Medicynskoje Obozrenie 1898, № 7; 35) *Oświecimski.* Przegl. lekarski 1898, № 19; 36) *Łepkowski.* O krwotokach po wyjęciu zęba i ich leczeniu. Przegl. Dent. 1898, str. 375. 37) *Frey.* Bluttstillung mittels Gelatine. Wiener Zahnärztl. Monatsschrift 1900, № 3; Schweizer Viert.—schr. für Z-de IX № 1. L'Odontologie 1808. Przegl. Dent. 1898,

str. 121 i 38) *Sackur*. Mitteilungen aus der grenzg. der Mediz. u Chir. T. 8 z 1. 2. Nowiny lekar. 1901, № 11, str. 647; 39) *Munk*. Oestr. Ung-Vierteljahrschr. für Z-de 1899, str. 502; 40) *Jahl*. Ueber Stypticin. Zahnärztl. Rundschau 1900, № 406; 41) *Marcus*. Erfahrungen mit Stypticin. Deut. Zahnärztl. Wochenschrift 1900. № 123; 42) *Hulises*. Zahn. ärztl. Rundschau 1900, № 421; 43) *Bloch*. Ueber Blutungen bei Zahn; extractionem und deren Behandlung mit Stypticin. Ibid. 1899, № 12. 44) *Dorn*. Deut. Zahnärztl. Wochenschrift 1900, № 144; 45) *Thiesing*-Zahnärztl. Wochenschrift 1900, № 36.

Dział sprawozdawczy.

30) Prof. Camillo Palazzo. Zakażenie wtórne, pochodzące z jamy ustnej (La Stomatologia № 11 r. z.)

Choroby ogólne często powstają wskutek zakażenia, pochodzącego z jamy ustnej. Wiadomo, że ostatnia jest siedliskiem mnóstwa drobnoustrojów zarówno chorobotwórczych, jak i niechorobotwórczych, które w warunkach normalnych są tylko saprofitami. Co właściwie wpływa na to, że w warunkach normalnych drobnoustroje chorobotwórcze nie działają zgubnie? Przyczyny szukać należy w ślinie. Musimy zaznaczyć jej działanie mechaniczne: drobnoustroje wraz ze śliną oraz resztkami pokarmów i złuszczonemi komórkami nabłonka przedostają się z jamy ustnej do przewodu pokarmowego. Ilość śliny, jak wszystkich wogóle płynów organicznych, zależy od ogólnego stanu ustroju; w zależności od mniejszej lub większej jej ilości zmieniają się odpowiednio warunki w jamie ustnej. Przy chorobach gorączkowych, przy różnych stanach kachektycznych i t. d., wydzielanie się śliny ulega zmniejszeniu, co sprzyja fermentacji w jamie ustnej oraz wtórnemu zakażeniu, ponieważ zmniejszona ilość śliny i zazwyczaj ociężały w tych razach język nie są w stanie usunąć z jamy ustnej komórek nabłonkowych, przesiąkniętych drobnoustrojami. W innych przypadkach, jak np. przy istnieniu spraw zapalnych w jamie ustnej, przy niektórych chorobach nerwowych, ilość wydzielanej śliny znacznie się wzmaga, co zgubnie wpływa na ogólny stan ustroju, prowadzi do osłabienia śluzówki jamy ustnej i w ten sposób czyni ją podatną dla rozwoju drobnoustrojów, znajdujących się na jej powierzchni. Reumatyzm, dna, skaza moczanowa, słowem, choroby

o wzmożonej ilości kwasów organicznych, wskutek niedostatecznego utleniania, sprzyjają nadmiernej kwaśności śliny, co zapobiega jej fermentacji. Przy gruźlicy i zołzach, wskutek nadmiernego znowu utleniania zmniejsza się kwaśność, a powiększa się zasadowość. Dzięki nadmiernej ilości chlorku sodu i amonu, ślina daje odczyn zasadowy i sprzyja fermentacji, co widać z tego, że trzymana przez kilka dni w zamkniętem naczyniu ślina taka wydaje wstrętną woń. Zdaniem niektórych autorów, ślina działa bakterjobójczo, dzięki składowi chemicznemu. Miller i Hugenschmidt twierdzą, że płyny jamy ustnej nie mogą wstrzymywać procesów fermentacyjnych, ponieważ substancje przeciwgnilne znajdują się w nieznacznej zaledwie ilości. Największym środkiem ochronnem przeciwko drobnoustrojom jamy ustnej jest zdolność fagocytarna leukocytów, w znacznej ilości znajdujących się pod nabłonkiem. Pewne znaczenie w tej walce ma również stałe łuszczenie się nabłonka, gdyż wraz z jego strąconemi komórkami znaczna ilość tkwiących w nich drobnoustrojów przedostaje się z jamy ustnej do przewodu pokarmowego. Innego rodzaju środek ochronny stanowi walka o byt, jaką prowadzą stale różnego rodzaju drobnoustroje. Najliczniejsze z nich, dzięki swej liczebności, mogą wstrzymywać rozwój innych, znajdujących w jamie ustnej dla swego rozwoju mniej dogodne warunki. Są i inne jeszcze warunki samoobrony. Wiadomo, że normalna krew zawiera substancje zobojętniające drobnoustroje i ich produkty działalności żywotnej. Z doświadczeń Miller'a i Hugenschmith'a wynika, że bakterjobójcza ta własność krwi nie udziela się ślinie i dla tego nie wywiera ona wpływu na działalność flory jamy ustnej, a tylko pomaga organizmowi w jego walce. Nieszkodliwe w warunkach normalnych drobnoustroje chorobotwórcze mogą działać szkodliwie, gdy odporność organizmu zostanie osłabiona lub nastąpi zmiana warunków, sprzyjająca ich rozwojowi. Obecnie wiadomem jest, że różne drobnoustroje chorobotwórcze gnieżdżą się w jamie ustnej i mogą powodować pierwotne lub wtórne choroby. Wśród pierwotnych cierpień, spotykanych w jamie ustnej, najczęściej widzimy próchnicę zębów; musimy przyznać pasorzytnicze jej pochodzenie. Wiemy, że wielu autorów pracowało nad ustaleniem czynnika chorobotwórczego. Ponieważ bez względu na sumienność badań wyniki ich prac często były niezgodne, a nawet przeciwne, to większość doszła do przekonania, że próchnica zębów nie jest wynikiem

działalności swoistego czynnika, lecz *różnych* drobnoustrojów, a więc następstwem polimikrobizmu jamy ustnej. Stosownie do powstawania zmian, rozróżniamy *trzy* rodzaje czynników, mianowicie: 1) drobnoustroje kwasotwórcze, prowadzące do odwapniania tkanki zębowej; 2) drobn. barwnikotwórcze, nadające zabarwienie; 3) drobn. niszczące tkankę organiczną i rozmiękczające ją. Znając infekcyjne pochodzenie próchnicy oraz jej przebieg, łatwo zrozumieć mogące powstać powikłania wskutek rozprzestrzeniania się przez kanały korzeniowe mas septycznych.

Drugie miejsce pośród chorób pierwotnych jamy ustnej zajmuje *ropotok zębodołowy*. Zdania co do pochodzenia tej choroby są podzielone. Jedni przypisują jej pochodzenie czysto miejscowe, a przyczynę widzą w kamieniu nazębnym, wadliwem wzębieniu, lub niedokładnym zgryzie; według innych, jest to umiejscowienie osobliwej skazy ustrojowej. Częstość ropotoku zębodołowego każe przypuszczać, że żadna poszczególna zmiana nie może być jego wyłączną przyczyną, lecz że tu w grę wchodzą przeróżne czynniki. Wśród tych rozróżniamy przyczyniowe i usposabiające. Omawiana choroba nie jest wynikiem działania swoistych drobnoustrojów, lecz następstwem mieszanej infekcji jamy ustnej. Przyczyny częstości niewątpliwie szukać należy w tem, że brzegi dziąseł stanowią b. podatną drogę do przedostawania się infekcji. Choroba przybiera chroniczny charakter, dzięki stałej obecności czynników septycznych. Przewlekłe to cierpienie, stanowiące ognisko septyczne, nie może pozostawać bez wpływu na ogólny stan ustroju. W związku z ropotokiem zębodołowym powstaje kamień nazębny, uważany przez jednych jako przyczyna ropotoku, przez innych jako jego następstwo. Zmiany te uważać należy jako wynikające z jednakowej przyczyny—infekcji jamy ustnej.

Zakażenie tej ostatniej jest również przyczyną i innych cierpień śluzówki jamy ustnej (*stomatitis ulceromembranosa* i t. p.) Objawy rtęcicy należy przypisywać nie bezpośredniemu działasiu rtęci, lecz wzmożonej działalności drobnoustrojów jamy ustnej z jednej strony, a osłabieniu odporności tkanek z drugiej. Dodać należy, że chorobie tej ulegają ludzie o zaniedbanych ustach, że objawy najsamprzód występują w okolicy popsutych zębów oraz że bezzębni starcy i noworodki są wolni od niej. Wszystkie inne stomatity toksyczne, powstałe wskutek wchłaniania bizmutu, ołowiu, arszeniku

fosforu i t. d. mają te same cechy podstawowe; wynikają one z samozaszczepienia i mają skłonność do rozprzestrzeniania się. Zmiany na śluzówce, występujące podczas wyrzynania się zębów mądrości, przypisujemy również polimikrobizmowi jamy ustnej. Nieżyty septyczne, towarzyszące szkarlatynie, ospie wietrznej, stanom kachektycznym i t. d., stanowią wynik wtórnej infekcji, pochodzącej z jamy ustnej wskutek wzmożonej działalności saprofitów w związku z upadkiem odporności organizmu.

Z chorób, powstających wskutek rozprzestrzeniania się zakażenia, wymienić należy: ropówkę dna jamy ustnej *(angina Ludowici)*, zapalenie mięśni (ostre i chroniczne), gruczołów chłonnych, cierpienia kości, okostnej i szpiku kostnego szczęk z oddzieleniem się martwaków, zapalenie migdałków, gruczołów ślinowych, ucha środkowego, ropne zapalenie jamy szczękowej, ropówkę oczodołów, zaczopienie żył mózgowych oraz zapalenie opon mózgowych. Infekcja może rozprzestrzeniać się na różne narządy drogą przewodu pokarmowego, dróg oddechowych, lub naczyń krwionośnych.

Galippe oddawna podkreślił fakt współistnienia anginy z zap. dziąsła lub chorobami zębów; według niego angina, często spotykana wśród dzieci i młodzieży, ma za punkt wyjścia ropotok zębodołowy, aczkolwiek rzadko u nich spotykany. Besançon i Griff ustalili, że zapalenie płuc jest wynikiem samozakażenia, pochodzącego z jamy ustnej (przeumokoków). Co się tyczy zapalenia płuc o charakterze epidemicznym, to daje się ono wytłumaczyć w ten sposób, że w niektórych warunkach ten sam stan flory bakteryjnej może się zdarzyć u kilku osób jednocześnie; wobec tego nie mamy tu epidemji, lecz tożsamość warunków, sprzyjających chorobie. Drobnoustroje jamy ustnej mogą być również przyczyną zap. oskrzeli, ponieważ *streptococcus*, *staphilococcus*, *bacterium coli*. rzadziej *pneumo-bacillus Friedländer'a*, *proteus vulgaris* i *tetragenus* należą do stałych przedstawicieli jamy ustnej. W poszczególnych przypadkach tego cierpienia Meunier znalazł w plwocinach i w ustach laseczniki Pfeifer'a i równolegle stwierdzono w płucnych wydzielinach *micrococcus catarrhalis*, stale znajdujący się w jamie ustnej. W niktórych przypadkach rozprzestrzenianie się choroby z jamy ustnej na płuca jest widoczne. Tak jest przy raku wodnym (*noma*), gdy masy septyczne przedostają się do dróg oddechowych i wywołują zgorzel płuc. Godlee stwier-

dził dwa przypadki ropnego zapalenia opłucnej, które były w związku z ropieniem ząbodołów.

Co się tyczy *dróg*, przez które rozprzestrzenia się infekcja, to z danych ogólnej patologji badań nad zwierzętami można wnioskować, że w grę tu wchodzą naczynia krwionośne, umiejscowieniu zaś infekcji w płucach sprzyja ich podatność do zatrzymywania się i rozwoju drobnoustrojów. Dalej Aufrecht objaśnia rozwój gruźlicy płucnej jako skutek przedostawania się drogą prądu krwi laseczników Koch'a, znajdujących się na migdałkach i w spróchniałych zębach, aczkolwiek nie wywołują one zmian chorobliwych w jamie ustnej. Wobec tego Aufrecht zalicza gruźlicę płuc do grupy chorób, mających jamę ustną jako punkt wyjścia. Boeck niedawno izolował z migdałków osoby tuberkulicznej laseczniki, posiadające z lasecznikami Koch'a jednakowe cechy morfologiczne.

Połykanie w ciągu dłuższego czasu septycznych produktów ropotoku zębodołowego może wywołać mniej lub więcej ważne zawikłania. Galippe podkreślił współistnienie ropotoku i zaburzeń żołądkowych; zaburzenia takie, towarzyszące rtęciowemu zapaleniu śluzówki jamy ustnej, uważa on również za następstwo połykania septycznych produktów. Gross doświadczalnie stwierdził, że soki trawienne w znacznym stopniu tracą własności przy domieszce śluzu ropnego; zmniejsza się szczególnie zawartość kw. solnego. Hunter dowodzi, że zaburzenia żołądkowe mogą mieć również związek z cierpieniami zębów, dziąseł, okostnej, ozębnej, przetokami zębowemi, źle dopasowanemi i niehygienicznie utrzymywanemi dostawkami. Ponieważ zaburzenia żołądkowe zazwyczaj ustępują wkrótce po usunięciu tych dolegliwości, można mniemać, że przyczyną jest infekcja, a nie złe przeżuwanie pokarmów.

Biegunka u dzieci jest w związku z cierpieniem śluzówki jamy ustnej. Jabulaise wspomina o zapaleniu wyrostka robaczkowego, które było w związku z infekcją jamy ustnej. Mereken wspomina o 2-ch takichże przypadkach, spowodowanych cierpieniem migdałków. Ponieważ stomatity wywołane są infekcją mieszaną, można przypuszczać że ten lub ów drobnoustrój, lub też ich produkty septyczne mogą przedostawać się dalej do ustroju; powstaje więc ropnica, posocznica z ich skutkami. Ciekawem jest następujące spostrzeżenie kliniczne. Pacjentka, syfilityczka, poddana została leczeniu za pomocą śródmię-

śniowych wstrzykiwań sublimatu. Po trzech zaledwie injekcjach wywiązał się stomatit. W hodowli, otrzymanej z produktów jamy ustnej, znaleziono łańcuszkowce. Ponieważ pacjentka zaczęła gorączkować, zbadano krew, lecz bezskutecznie. Po trzech tygodniach od dnia wystąpienia stomatitu na biodrze wytworzył się wrzód; w hodowlach ropy znaleziono łańcuszkowce. W tym przypadku nie zdołano stwierdzić jego obecności we krwi w chwili jego przedostania się; znaleziono go jednak w miejscu wtórnej lokalizacji.

W ten sposób dadzą się objaśnić przypadki ropnicy, często cytowane przez różnych autorów.

Znane są przypadki zapalenia osierdzia, jako następstwo infekcji z jamy ustnej. Doświadczalnie za pomocą wstrzykiwań hodowli zwykłych saprofitów z jamy ustnej otrzymywano u zwierząt tego rodzaju cierpienie. Przypadki wskutek uogólnienia się grzybicy jamy ustnej są również znane. Wreszcie choroby gorączkowe o przebiegu wysypkowym, niewiadomego jeszcze pochodzenia, często mają związek z cierpieniami jamy ustnej. Angina natury łańcuszkowcowej prawie nieodłącznie towarzyszy szkarlatynie. Chociaż patogeneza szkarlatyny pozostaje niewyjaśnioną, wiemy wszakże, że łańcuszkowce są przyczyną objawów spraw ropnych przy tej chorobie. Różne choroby ogólne są również pochodzenia zakaźnego. Zależność chorób tych od pory roku, klimatu, pogody, świadczy o tem, że ulega ona tym samym wpływom, które sprzyjają większemu lub mniejszemu rozwojowi flory, stale znajdującej się na naszej skórze i śluzówce.

Niektóre spostrzeżenia świadczą o tem, że podczas przebiegu gośćca stawowego drobnoustroje jamy ustnej nabierają większej siły rozwojowej. Angina uważana jest za pierwszy objaw kliniczny rozpoczynającego się ostrego gośćca stawowego, a badania bakterjologiczne stale stwierdzają w tych przypadkach obecność streptokoków i stafilokoków. Triboulet zdołał izolować z krwi chorego na ostry gościec stawów diplokoki, często spotykane przy sekcji zmarłych na *endocarditis* i otoku opłucnej. Cechy morfologiczne ich są analogiczne z enterokokiem, stałym przedstawicielem saprofitów jamy ustnej.

Ostry gościec stawowy, uważany za skutek wzmożenia działalności saprofitów, nie musi koniecznie pochodzić z jamy ustnej, lecz zgodnie z poglądami Gilbert'a może pochodzić z przewodu pokarmo-

wego. Autor ten podkreśla zaburzenia takie podczas i w początku gośćca. Przy obecnym stanie wiedzy można uważać ostry gościec stawowy jako infekcję pochodzącą z jamy ustnej, lub rozprzestrzenioną za pośrednictwem dróg pokarmowych. Gilbert uważa również artrytyzm za infekcję wskutek uogólniania się saprofitów, znajdujących się na powierzchni dróg pokarmowych. Na tem buduję on swoją teorję djatezy samozakażeniowej (*autoinfectio*).

Guyot twierdzi, że cukrzyca ma nieco również infekcyjny początek. Wniosek ten, zdaje się, podtrzymuje rozpatrywana obecnie kwestja udzielania się cukrzycy, na co wskazuje częste zapadanie na tę chorobę osób wspólnie mieszkających. Aby przyjąć teorję specyficzności cukrzycy, należy przypuszczać istnienie swoistych drobnoustrojów, mogących wytwarzać nadmiar cukru w organizmie. Obecny stan wiedzy nie daje nam żadnych danych pozytywnych pod tym względem. Udzielanie się zaś choroby Galippe objaśnia w sposób następujący. Spostrzegał on, że glikosurja wywiązuje się z ropotoku zębodołowego, podobnie jak albuminurja następuje po stomaticie; wraz z racjonalnem leczeniem ropotoku zęb. zmniejsza się lub zupełnie znika glikozurja; wobec tego cukrzyca sama przez się nie jest zaraźliwą, lecz zaraźliwym jest ropotok zębodołowy, często powodujący cukrzycę. Konkluzja: cukrzyca nie jest chorobą specyficzną; może być pochodzenia infekcyjnego lub następować po chorobie specyficznej (syfilis), może nastąpić po infekcji saprofitami, mającymi jamę ustną za punkt wyjścia, lub rozprzestrzenionej drogą przewodu pokarmowego.

Z przytoczonych faktów wynika doniosłość mikrobizmu jamy ustnej. Pierwotne choroby jamy ustnej powstają wskutek wzmożenia działalności drobnoustrojów, w niej się znajdujących. Wtórne zawikłania miejscowe lub ogólne mogą powstawać wskutek przedostawania się do sąsiednich narządów lub naczyń krwionośnych drobnoustrojów jamy ustnej oraz produktów ich działalności.

Zawikłania ogólne dzielimy na dwie grupy:

1) przypadki ropnicy i posocznicy, przy których czynnik chorobotwórczy wzmaga swą jadowitość i działa sam przez się lub przez wydzielanie toksyn;

2) przypadki, w których czynnik chorobotwórczy zmniejsza swą czynność i swe własności toksyczne.

Rozprzestrzenianie się może nastąpić za pośrednictwem dróg pokarmowych. Powstawanie tych, a nie innych objawów, objaśnić należy większą lub mniejszą podatnością organizmu, zależnie od zmian w jego mechanizmie samoobrony. Ustrój może nie dopuścić jakiegokolwiek rodzaju drobnoustrojów jamy ustnej, gdy tymczasem dozwala na rozprzestrzenianie się innych; może zobojętnić niektóre jady, a drugim pozwala przedostawać się dalej, zależnie od tego, czy ten wybór pada wyłącznie na jeden rodzaj drobnoustrojów, lub kilka, i zależnie od ich asocjacji wywiązują się choroby o charakterze swoistym, jak, zapalenie płuc, lub inne o objawach zmiennych, jak gościec stawowy, niestrawność i t. p. We wszystkich tych przypadkach mamy do czynienia z zakażeniem saprofitami, pochodzącymi z jamy ustnej. Najlepszym więc środkiem zapobiegawczym przeciw komplikacjom infekcji jamy ustnej jest hygieniczne jej utrzymywanie.

Widoczny z tego przeglądu związek pomiędzy jamą ustną a poszczególnemi częściami ustroju rozszerza pole badań odontologji, jak również podkreśla jeszcze raz obowiązek prawdziwej zobopólności medycyny ogólnej i dentystyki.

M. Chmieleńska.

31) Dr E. Rychlik (Praga). **O ostrej białaczce (leukemji).** (Dziennik IV kongresu czeskich przyrodników i lekarzy. Revue de medicine Tchèque z. II Nr. 2.

W ostatniem półroczu w czeskiej klinice chirurgicznej obserwowano 3 przypadki procesów zgorzelinowych w jamie ustnej. Dwa dotyczyły zgorzeli policzków (nomy), trzeci — zgorzeli miękkiego podniebienia. Wszyscy trzej chorzy zmarli w ciągu 3 tygodni przy objawach zakażenia krwi. We wszystkich trzech przypadkach zmiany krwi wskazywały na ostrą białaczkę, co też potwierdzone zostało przy sekcji i drogą badań histologicznych. Na zasadzie przebiegu klinicznego autor dochodzi do wniosku, że ostra białaczka jest zakażeniem przy którym wessane jady (toksyny) paraliżują czynność systemu krwiotwórczego. Jednocześnie zmienia się postać krwi, a do kriobiegu dostają się młode, niedojrzałe, częściowo atypowe elementy. *Z. F.*

32) Skład chemiczny zębów. Według sprawozdania w „Zeitschrift für physiologische Chemie“ Gassmann wykonał analizę zębów

ludzi i psów, aby się przekonać, że skład ich się znacznie różni. Skład wypadł, jak następuje.

	Wody	Strata po spaleniu	Wapna
Zęby ludzkie			
Kły	8,09	22,20	29,78
Zęby mleczne	3,76	22,84	29,59
Zęby mądrości	6,91	18,33	31,65
Zęby starców	8,17	21,42	30,25
Zęby psów	10,97	25,99	27,33

Liczby te wskazują, że zęby ludzkie zawierają więcej wapna niż zęby psie, najwięcej zęby mądrości, mianowicie o $4^1/_2\%$ więcej, niż zęby psie. Strata, wywołana przez palenie, pokrywa się w przybliżeniu zawartością w zębie części organicznych. Pod tym względem najbogatsze są zęby psie, najbiedniejsze—ludzkie zęby mądrości. Zawartość kwasu fosforowego odpowiada zawartości wapna. W ludzkich zębach znajdują się przeważnie chlorki i sole potasowe, w psich przeciwnie sole sodu. Godnym uwagi jest fakt, że tak łatwo ulegające rozkładowi zęby mądrości zawierają dużo soli wapiennych, a mało części organicznych. (Journal f. Z-de u. Zahntechnik z. 3, str. 980).

Z. F.

33. Dr. R. Dvorák (Prossnitz). **Przyczynek do zapobiegania pękaniu ścian porcelanowych zębów sztucznych przy złotych płytkach i robotach mostkowych.** (Dziennik IV kongresu czeskich przyrodników i lekarzy).

Pękaniu zębów zapobiega autor w ten sposób, że płytkę ochronną zęba wzmacnia przez grubą płytkę złotą, która ma ochraniać porcelanę zęba. Oprócz tego zagina on płytkę ochronną na brzegu siecznym zęba, aby przy żuciu przeciwległy ząb bezpośrednio nie naciskał na porcelanę. Z tego samego względu poleca on zeszlifowywanie brzegu siecznego zęba skośnie w kierunku ku przodowi, aby możliwie nieznaczna powierzchnia tegoż była narażona na nacisk przy żuciu. *Z. F.*

BIBLJOGRAFJA.

Przymiot (syfilis). *T. I dzieła p. t. „Choroby weneryczne". Przez* **dra Feliksa Malinowskiego.** *Z 50 rysunkami w tekście i 30 tablicami trójkolorowanemi. 8-ka, str. 363. Warszawą. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. Cena rb. 3.50 wraz z atlasem rb. 8.*

Polskie piśmiennictwo lekarskie z dziedziny syfilodologji jest stosunkowo ubogie. Mówimy tu o *podręcznikach*, gdyż pojedynczych prac z tej dziedziny mamy dosyć dużo, a liczba ich stale się powiększa, jak to przekonać się można, choćby z pobieżnego przeglądu odnośnej literatury.

Ostatnim podręcznikiem z dziedziny syfilodologji, jak mnie poinformowano, było dzieło d-ra Z. Krówczyńskiego, wydane w roku 1883 w Krakowie. A wszak wiadomo, że nauka szybko kroczy naprzód, zataczając coraz szersze kręgi. Dzieło więc, odpowiadające nowoczesnym wymaganiom, oparte na nowych badaniach i spostrzeżeniach, bezsprzecznie, szczególne ma znaczenie i to nietylko dla słuchaczy medycyny, lecz i praktyków, których wymagania naukowe są coraz większe.

Wyżej wymienione dzieło d-ra Malinowskiego stanowi najnowszą pracę z dziedziny syfilidologji. W założeniu autor postawił sobie za cel opracowanie przedmiotu w taki sposób, iżby stał się on dostępny dla każdego lekarza oraz słuchacza medycyny. Materjał kliniczny autor czerpał z ambulatorjum przy szpitalu św. Łazarza, a badania anatomo - patologiczne przeprowadził w pracowni uniwersyteckiej prozektora Dmochowskiego.

Zatrzymawszy się nieco uważniej nad omawianem dziełem, łatwo można zauważyć, że nie ma ono *wcale* cech pracy kompilacyjnej; od początku do końca stanowi rzecz oryginalną, opartą, jak nadmieniono, na własnym materjale klinicznym oraz własnych spostrzeżeniach i badaniach; napisane natomiast jest zwięźle, jasno, przystępnie, bez przytoczenia owego balastu w postaci cytat różnych autorów oraz wyjątków z odnośnej literatury.

Krótki rys historyczny poprzedza I-ą część podręcznika; rys ten obejmuje okres od czasów najdawniejszych do chwili bieżącej (poglądy Miecznikowa, Neisser'a, Finger'a i innych, dotyczące możliwości przeszczepiania syfilisu małpom, spraw wtórnego zarażenia się oraz poznanie istoty przymiotu). W tymże wstępie omówiono morfologję i biologję krętka bladego (zob. *Kronika Dent.* № 7 r. b.), różne sposoby barwienia tegoż oraz okresy i charakter przymiotu.

Okres pierwszorzędny obejmuje: sposoby powstawania przymiotu

(nabytego drogą płciową i niepłciową), okres wylęgania, wygląd wrzodu twardego, objawy tegoż na różnych miejscach (wargach, języku, dziąsłach, podniebieniu, migdałkach i t. d.), cierpienia układu chłonnego, rozpoznanie, rokowanie, anatomję patologiczną i leczenie miejscowe.

Działy te są tak szczegółowo omówione, że straciłyby na streszczeniu; mamy tu wiele ciekawego materjału pouczającego i dla nas dentystów.

Okres drugorzędny przymiotu jest również szczegółowo opracowany; dział ten obejmuje ogólną charakterystykę oraz opisy wszelkich towarzyszących temu okresowi objawów (wysypki skóry i śluzówek, bielactwo i czerniaczka skóry, łysienie i t. p.). Wysypki moknące, stanowiące wykwity, spotykane najczęściej podczas wszystkich objawów przymiotu drugorzędnego, są tu szczegółowo opracowane i zobrazowane przystępnie; czytelnik nawet bez rysunków doskonale rozumie traktowany przedmiot. Uwzględnione są więc wszystkie rodzaje wysypek, spotykane w jamie ustnej: nadżerkowata, grudkowato-nadżerkowata i grudkowato-przerostowa oraz wrzodziejąca; łuszczyca jamy ustnej omówiona jest oddzielnie.

Rozpoznanie różniczkowe znacznie ułatwia odróżnianie tych cierpień swoistych od często spotykanych w jamie ustnej spraw, zazwyczaj zbliżonych wyglądem do zmian przymiotowych (nadżarcia urazowe, łuszczące się i obrzeżone zapalenie języka, pleśniówki, zajady, liszaj czerwony, płaski, błonica, rtęcica, wysypki lekowe, opryszczki).

Cierpienia poszczególnych układów (chłonnego, ruchowego, nerwowego, zmysłowego, krwionośnego, oddechowego, trawienia i in.), gorączka, rozpoznanie i rokowanie, anatomja patologiczna (ta część szczególnie zasługuje na uwagę ze względu na bardzo starannie wykonane rysunki, dobrze uwydatniające zmiany poszczególne tkanek) oraz leczenie miejscowe zamykają dział pierwszy.

Druga część dzieła obejmuje *okres trzeciorzędny* przymiotu: ogólną charakterystykę, wysypki skórne i śluzówkowe, cierpienia układów (chłonnego, ruchowego, nerwowego, krwionośnego, oddechowego, trawienia i t. d., rozpoznanie, rokowanie, anatomję patologiczną i leczenie miejscowe.

Szczegółowo, mniej więcej, autor omówił t. zw. *próbę Wassermanna* czyli *serodjagnostykę przymiotu*, która odgrywa pewną rolę przy rozpoznawaniu tegoż (o niej pomówimy w innem miejscu).

W dziale *ogólnego leczenia przymiotu* zwraca na siebie uwagę rys historyczny tego, nader treściwie omówiony; rys ten wzbudzić może ciekawość w każdym, mniej więcej, inteligentnym człowieku.

Ostatni dział traktuje o syfilisie wrodzonym (objawy, rokowanie

i leczenie). Rozmiar niniejszego sprawozdania, rzecz prosta, nie pozwala na przytoczenie choć krótkiego streszczenia tego działu, aczkolwiek zasługuje on ze wszech miar na uwagę pod względem ciekawości zebranego materjału, opartego na zasadzie wyników ostatnich badań różnych powag w dziedzinie syfilodologji, zwłaszcza dokonanych nad krętkiem bladym (zob. *Kronika Dentystyczna* № 7 r. b.). W dziale tym uwzględniono również objawy w narządzie zębowym, aczkolwiek w krótkich zarysach (o objawach tych pomówimy w oddzielnym artykule).

Dr. Malinowski, jako względnie młody, lecz zdolny specjalista, wydając z dużym nakładem pracy i środków materjalnych swe dzieło w tak trudnych u nas warunkach pracy naukowej, dla polskiej literatury lekarskiej zrobił wiele; szczera wdzięczność należy się autorowi zupełnie zasłużenie. Wdzięczność tem większa, że podręcznik autora ma szczególne znaczenie dla studentów medycyny i młodych praktyków, którym (większości) terminologja polska jest poniekąd małoznana.

Kto, mniej więcej, ma pojęcie o wydawnictwach wogóle, o tym niezwykłym nakładzie pracy mozolnej, o tym zasobie energji, jakiego wymagają wszelkie wydawnictwa a zwłaszcza *podręczniki*, ten wziąwszy tylko do ręki poważne dzieło d-ra Malinowskiego, opracowane zgodnie z najnowszymi wynikami badań, pełen będzie uznania dla autora za spełnienie prawdziwego czynu obywatelskiego.

Dla przedstawicieli naszego zawodu dzieło d-ra Malinowskiego również ma pewne znaczenie. Wiemy, jakie mizerne pojęcie z dziedziny syfilidologji mają wychowańcy naukowych zakładów dentystycznych; wiemy dalej, jakie ważne znaczenie ma znajomość rozpoznawania objawów syfilitycznych w jamie ustnej (ze względu na grożące niebezpieczeństwo); to też w dziele omawianem znajdziemy wszystko, co nas obchodzić może i powinno (stanowczo!). Przestudjowanie więc odnośnych działów gorąco polecamy kolegom, tembardziej, że w dziele d-ra Malinowskiego mamy owoc nowoczesnych badań i spostrzeżeń. A wiemy, że „kto nie idzie naprzód, ten idzie wstecz".

Do dzieła d-ra Malinowskiego dołączony jest prześliczny atlas kolorowany, zawierający rysunki, ilustrujące różne objawy przymiotu (nabytego i wrodzonego). Wśród tych widzimy również rysunki, ilustrujące objawy, spotykane na wargach i jamie ustnej, a więc: owrzodzenie pierwotne na górnej wardze, nadżerki pod językiem i na wewnętrznej powierzchni dolnej wargi (w różnych okresach po zarażeniu się), łysinki (*depapillatio*) na brzegu języka, owrzodzenie na miękkiem podniebieniu (w różnych okresach po zarażeniu się), łuszczycę

języka), przymiotniak (kilak) czołgający się wzdłuż brzegu wargi (w 9 lat po zarażeniu się), łysinki blaszkowate (*depapillatio*) na języku (u $2^1/_2$—rocznego dziecka) i t. d. Atlas ten, wykonany według malowideł artysty Kowalczewskiego, stanowi wytwór niezwykły; rysunki są tak ślicznie wykonane pod względem artystycznym, że nie ustępują tego rodzaju rzeczom zagranicznym, a w naszej literaturze lekarskiej dotychczas nie były znane*).

Kr.

Dr. Józef Mniszek Tchórznicki

(Wspomnienie pozgonne).

W dniu 30 VI r. b. zmarł w Warszawie po dłuższej i ciężkiej chorobie nerek znany w szerokich kołach lekarz Józef Tchórznicki.

Urodził się w gub. Siedleckiej, w rodzinnem majątku Sabnie, gimnazjum ukończył w Siedlcach, a wydział lekarski b. Szkoły Głównej w r. 1874.

W r. 1878 jako lekarz wojskowy odbywał pewien czas służbę na Kaukazie, następnie był lekarzem ziemskim w gub. Orłowskiej i Kurskiej.

Zająwszy w r. 1892 stanowisko ordynatora przy szpitalu św. Piotra i Pawła w Sterdyni (gub. Siedlecka), zasłynął odrazu jako dzielny organizator urządzeń sanitarnych. W r. 1894 osiadł w Warszawie, poświęciwszy się przeważnie sprawom hygieny społecznej. Tejże treści zamieszczał on wiele prac w pismach tutejszych i ogłosił drukiem (własnym nakładem) kilkanaście dzieł różnej treści. Wśród tych dziełko p. t. „Pożar zębów“ jasno ilustruje stan zębów dzieci szkół miejskich u nas.

Ś. p. Tchórznicki z wielkim zapałem poświęcał się studjom wychowania fizycznego dzieci, był jednym z najczynniejszych członków „Kąpieli ludowych“, wyjednał dla szkół miejskich coroczną zapomogę od magistratu, zorganizował bezpłatne kąpiele dla szkół, różnych zakładów przemysłowych i dobroczynnych, był projektodawcą utworzenia kąpieli dla pątników w Częstochowie, twórcą „ Kuchni dla gło-

---

*) Z powodu od nas niezależnych recenzji dzieła d-ra Malinowskiego, mogliśmy podać dopiero dzisiaj; za zwłokę przepraszamy. *Red.*

dnych“ (w r. 1905), oraz członkiem różnych komisji, delegacji o charakterze społecznym.

Zmarły przyjmował czynny udział w zjazdach lekarskich. Zjazd IX przyrodników i lekarzy polskich, odbyty w Krakowie w r. 1900, oceniając zasługi, położone dla ludu, udzielił ś. p. Tchórznickiemu dyplom honorowy. Ś. p. Tchórznicki ostatnio był jednym z najczynniejszych organizatorów wystawy „Czystość to zdrowie“ (która niedawno została zamkniętą).

Pogrzeb odbył się w parafji Zembrów, w pow. Sokołowskim, w pobliżu wsi Sabnie, gdzie zmarły ujrzał światło dzienne i spędził lata dziecięctwa.

W kondukcie żałobnym uczestniczyły niezliczone tłumy ludu, pamiętającego działalność swego ulubionego i uczynnego lekarza. Nad mogiłą w imieniu Siedleckiego T-wa Lekarskiego przemówił w gorących słowach dr. Jarosiński.

Ś. p. Tchórznicki, będąc prawdziwym przyjacielem ludu, nieustannie pracował nad uzdrowotnieniem jego warunków sanitarno-hygienicznych. Każdy kto Go znał, kto się przyglądał Jego nieustającej pracy, ten łatwo mógł się przekonać, że w każdym czynie Jego tchnęła głęboka miłość ludu. Dewizą Jego była: „Czystość to zdrowie“ i zgodnie z tą dewizą istotnie on działał, nie zaniedbywał *żadnej* sprawy, która związana jest ze zdrowiem ludu.

Między innemi zwrócił on uwagę na opłakany stan zębów dzieci szerszych mas ludności i w tym kierunku pragnął stworzyć to, co na Zachodzie we wszystkich krajach kulturalnych całego prawie świata wogóle stanowi nabytek oddawna pulsujący życiem; marzył o utworzeniu u nas *Miejskiej szkolnej kliniki dentystycznej.*

Do utworzenia takiej instytucji dążył nieustannie, szukał poparcia, ludzi chętnych i t. d.; słowem, kołatał jak mógł. Zrozumiał, że projekt jego, jako człowieka nieobeznanego bliżej z dentystyką, spotkać się może z pewnemi trudnościami. Zetknął się więc z Warsz. T-wem Odontologicznem i przed dwoma laty przyjął udział w jednem z zebrań tegoż, na którem rozpatrywano sprawę utworzenia miejskiej szkolnej kliniki dentystycznej. Po dłuższych dyskusjach utworzono komisję, która miała się zająć przyprowadzeniem do życia nowej instytucji. Na początkowy fundusz ś. p. Tchórznicki zaofiarował rb. 100; prócz tego przyobiecał podejmowania starań u magistratu, w ce-

lu uzyskania odpowiedniej zapomogi, ewentualnie potrzebnego lokalu. Komisja nie dała znaku życia, a zmarły przed nami często narzekał, że „korporacja dentystyczna nie jest zdolna do pracy, nie ma energji, dla szerszych mas *nic* dotychczas nie zrobiła, aczkolwiek w swem gronie posiada ludzi bardzo zamożnych, o szeroko rozgałęzionej praktyce, działaczy i t. d.“.

„Nic dotychczas nie zrobiliście dla ludu, plombujecie złotem, porcelaną a nawet brylantami, robicie różne mosty, mostki, korony, a krocie organizmów biednych dzieci zrujnowane zostają wskutek zniszczonych zębów i to nietylko fizycznie, lecz i duchowo, a wszak to są owe filary dobrobytu kraju naszego; to są owe rydle, przy których pomocy dobywacie owe złoto i brylanty“. W tym duchu ś. p. Tchórznicki odpowiedział nam, gdy zwróciliśmy uwagę na Jego uprzedzenie i pesymizm w stosunku do naszej korporacji. Smucił Go w dodatku fakt, że Jego skromna, wprawdzie, ofiara przeszła na owem zebraniu absolutnie bez echa...

Pomimo obojętności ze strony naszej korporacji, ś. p. Tchórznicki nie upadał na duchu; sprawą interesował się w dalszym ciągu. Był on w stałym kontakcie z naszą redakcją; chętnie zbierał odnośny materjał, w celu opracowania obszernego memorjału w sprawie kliniki szkolnej dla przyszłego samorządu miejskiego. Wątpił, aby projekt Jego nie mógł być urzeczywistniony.

Powszechnie ceniony dr. Tchórznicki, prawdziwy przyjaciel ludu, zgasł ze szkodą dla społeczeństwa. Humanitarny Jego projekt oraz energiczna praca przygasnąć jednak nie powinny. Wspólnemi siłami dążyć powinniśmy, aby stworzyć to, o czem marzył do ostatniej chwili. Komisja, która była wyłoniona przy Warsz. T-wie Odontologicznem w sprawie utworzenia bezpłatnej miejskiej kliniki dentystycznej, powinna zakrzątnąć się, aby projekt wprowadzić w czyn; sprawę należy energicznie posunąć naprzód. Ani środków (przy dobrej chęci!), ani odnośnych pracowników nie zbraknie; właściciele firm dentystysznych, bezsprzecznie, również nie odmówią swej pomocy materjalnej.

Rzucamy myśl następującą: celem uczczenia pamięci zmarłego zacnego obywatela, klinikę należałoby nazwać Jego imieniem, t. j. powinna ona istnieć jako *Bezpłatna szkolna klinika dentystyczna im. d-ra Józefa Tchórznickiego*. Gdy projekt ten urzeczywistniony zostanie,

spełnimy podwójny czyn obywatelski: damy społeczeństwu to, co jest poniekąd obowiązkiem, a zarazem uczcimy pamięć męża zasłużonego, który walczył w myśl dewizy „Czystość to zdrowie".

Kr.

Prof. Emil Zuckerkandl

(Wspomnienie pozgonne).

W maju r. b. zmarł jeden z najwybitniejszych anatomów naszego czasu, uczeń i zastępca znakomitego Hyrtl'a, prof. Emil Zuckerkandl. Zmarły był prawdziwą ozdobą wszechnicy Wiedeńskiej, był to badacz i uczony niezwykły, słynny nietylko w państwie Austrjackiem, lecz na całym świecie jako „gwiazda" wśród anatomów.

Jako człowiek dobrego serca i łagodnej duszy, ś. p. prof. Zuckerkandl zaskarbił sobie zaufanie rzeszy studentów, lekarzy-współpracowników, którzy później zasłynęli jako powagi w całym świecie.

Ważną zasługą prof. Zuckerkandl'a dla dentystyki jest ułożenie szczegółowej anatomji jamy ustnej i zębów. Obszerna ta praca, nader subtelnie opracowana, upiększa poważne dzieło prof. J. Scheff'a p. t. „Handbuch der Zahnheilkunde" (wszystkie trzy wydania). Żaden z anatomów nie opracował tak dokładnie i szczegółowo powyższego działu anatomji, jak prof. Zuckerkandl; pod tym względem, przyznać należy, autor ten zajmuje pierwsze miejsce. Jemu też w zupełności udało się wszystko ująć w systematyczną całość, tworzącą pewien obraz szczegółowej anatomji zębów i jamy ustnej. Pod tym względem słusznie niemcy go nazywają „artystą i mistrzem bez konkurencji".

Wśród mnóstwa prac prof. Zuckerkandl'a na uwagę zasługują: 1) „W sprawie anatomji czaszki ludzkiej" (1874); 2) „Przyczynek do anatomji czaszki ludzkiej" (1874); 3) „Przyczynek do morfologji kośćca twarzy" (1877); 4) „W sprawie rudimentarnego powstawania kości licowych i łuku licowego w kośćcu ludzkim" (1880); 5) „Retencja zębów"; 6) „Zęby rudimentarne" (1885); 7) „W sprawie trzonowców człowieka" (1889); 8) „Anatomja makroskopowa jamy ustnej i zębów" (1891, 1902 i 1909 w podręczniku prof. Scheff'a), 9) „Zaczątki nabłonkowe 4-go trzonowca u człowieka" (1891).

Wszystkie prace, które wyszły z pod pióra prof. Zuckerkandl'a, mają znaczenie nietylko naukowe, lecz i praktyczne. Wyświetlają one wiele szczegółów, które stały się kierownikami w dziedzinie anatomji zębów i jamy ustnej.

Nazwisko prof. Zuckerkandl'a jest głośne na całym świecie, nietylko jako poważnego anatoma, badacza i uczonego, lecz i w naszej specjalności, jako twórcy szczegółowej anatomji zębów i jamy ustnej.

Kr.

List do Redakcji.

Szanowny Panie Redaktorze!

Racz umieścić w piśmie swem, stojącem na straży naszych interesów, poniższych słów kilka, a to ze względu na szkodę, jaką wyrządza nam dosyć często powtarzane ogłoszenie pewnego składu, od jakiegoś czasu ukazujące się niemal we wszystkich pismach codziennych.

Ogłoszenie to brzmi: „*Stare zęby sztuczne kupuje skład dentystyczny. Ulica №...*“. Grubemi literami na widocznem miejscu w ten sposób reklamuje skład dentystyczny kupowanie zębów zużytych, noszonych, co wśród pacjentów z konieczności wzbudza wstręt i odrazę.

To też dość często słyszę z ust pacjentów takie mniej, więcej, zapytania: „to panowie dentyści kupują także i stare zęby, a potem wprawiają nam oczyszczone“? Tłumaczę, naturalnie, że, kupując takie zęby, składy mają na celu jedynie platynę, którą wyjmują z zębów, a ząb sam wyrzucają, krusząc go. Wielu wierzy, wielu zaś wątpi w szczerość moich słów.

Sam czasem myślę sobie—co taki skład dentystyczny robi, gdy przy kupnie spotyka się zęby nieszlifowane? (przy bezzębiu całkowitem zdarza się to dość często), czy również kruszy je i wyrzuca?...

Solidny skład dentystyczny nie powinien występować z podobnemi ogłoszeniami. Nie budzi on tem wcale do siebie zaufania. Mogą to uczynić panowie z Gęsiej ulicy, jubilerzy lub inni handlarze, lecz nigdy składy.

Racz przyjąć, Szanowny Redaktorze, wyrazy poważania i szacunku

Warszawa-Praga 10 VIII 1910 r. *Leon Wacław Lezerowicz.*

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Ze spraw szkół dentystycznych.** W dniach 16 i 17 z. m. bawił w Warszawie doc. dr. med. H. Wilga, właściciel jednej z najpoważniejszych szkół dentystycznych i kursów uzupełniających w Moskwie, prezes Moskiewskiego T-wa Odontologicznego oraz Centralnego Związku Dentystycznego. Jak niejednokrotnie wspominaliśmy, doc. Wilga od szeregu lat gorąco zajmuje się sprawami naszej korporacji; wiele kwestji, dzięki jego interwencji, załatwione zostały w duchu pomyślnym. Z jego poważnym głosem doradczym liczą się sfery miarodajne. Wobec tego, że wkrótce sprawa reformy szkół dentystycznych ma wyjść na porządek dzienny w instytucjach ustawodawczych i pragnąc zapoznać się ze stanem tutejszych szkół dentystycznych doc. Wilga zwiedził je, będąc przekonany, że zakłady te w środowisku kulturalnem odpowiadają wszelkim współczesnym wymaganiom. Aczkolwiek bliżej z niemi zapoznać się nie mógł (z powodu ferji wakacyjnych), jednak pewne ich cechy zewnętrzne umożliwiły wykazanie wybitnych braków. Niektóre uwagi przytaczamy:

1) obszar pomieszczeń szkół w stosunku do liczebności uczniów jest za szczupły;

2) kliniki, w których pracują praktykanci, zupełnie niewłaściwie służą również jako poczekalnie dla pacjentów; jest to błąd bardzo poważny; jedno z drugiem bezwarunkowo nie może być połączone, t. j. *w pokojach, gdzie odbywają się zajęcia kliniczne, nie powinni przesiadywać pacjenci*, oczekujący swej kolei, co, jak wiadomo, przy szkolnych warunkach często trwa całemi godzinami; należy przyjąć również pod uwagę wszelkie wymagania aseptyki oraz warunki sanitarno-hygieniczne; przy takiem kojarzeniu dwóch przeciwieństw sprawy te cierpieć muszą; nigdzie, na całym świecie, w żadnym zakładzie leczniczym *sala operacyjna* (jaką w danym przypadku jest *klinika szkolna*) nie jest i nie może być jednocześnie *salą dla oczekujących pacjentów*, już nie mówiąc, że byłby to grzech pod względem możności przestrzegania choćby najelementarniejszych wymagań aseptyki i antiseptyki; kojarzenie takie ma również pewien wpływ psychiczny na pacjentów, a wszak wszelkich takich bodźców bezwarunkowo unikać

należy, tembardziej w uczelniach naukowych; zresztą, i dla samych praktykantów takie kojarzenie ma pewne ujemne strony;

3) pokrywanie foteli pluszem pod względem hygienicznym nie jest właściwe (w szkole Szymańskiego fotele takie z powodu zniszczonego stanu pluszu robią wprost nieprzyjemne wrażenie); najodpowiedniejszym materjałem dla takich foteli jest drzewo; plusz zwłaszcza w klinikach jest siedliskiem dla drobnoustrojów i w warunkach szkolnych może sprzyjać rozprzestrzenianiu się nawet pewnych zarazków; cerata czy też dermatoid, którym pokryte są niektóre fotele, również są nieodpowiednie, gdyż materjał ten szybko się niszczy, wyciera się, a zatem fotele takie mają bardzo nieestetyczny, wprost wstrętny wygląd i utrzymywane w czystości być nie mogą;

4) brudne i zniszczone spluwaczki nie powinny się znajdować w klinikach; estetyka na tem bardzo wiele traci, również utrzymanie ich w należytej czystości staje się niemożliwem; toż samo powiedzieć można i o stolikach podręcznych; brudne, niechlujne i zniszczone odstraszać mogą wprost pacjenta, a względna choćby aseptyka nie jest w takich razach możliwą;

5) butelki z lekarstwami powinny być staranniej przechowywane, jak również szpryce do wstrzykiwań śródziąsłowych oraz inne narzędzia podręczne;

6) liczba foteli i kołowrotków nie jest dostateczna w stosunku do liczby praktykantów (w szkole np. Szymańskiego w r. b. liczba ta wynosić ma koło 300 osób);

7) audytorjum przy szkole Szymańskiego jest zbyt szczupłe a dwie inne szkoły wymaganych audytorjów wcale nie posiadają;

8) szkoły nie mają specjalnych laboratorjów do celów praktycznych doświadczeń i zajęć z dziedziny wykładanych przedmiotów;

9) laboratorja techniczne w stosunku do liczby pracujących są zbyt szczupłe; urządzenia ich nie są kompletne i pod niektórymi względami nieodpowiednie;

10) sposób rejestrowania chorych (zapisywania w księdze przyjęć) jest wadliwy, gdyż *ogólna* kontrola jest utrudniona;

11) ustępstwa procentowe dla asystentów z liczby zakładanych plomb stanowczo jest niewłaściwe (w szkole Szymańskiego);

12) sale ekstrakcyjne wiele pozostawiają do życzenia;

13) kwestja asystentów nie jest właściwie postawiona (do sprawy tej wrócimy — *red.*);

14) blizkie sąsiedztwo prywatnych gabinetów właścicieli szkół z klinikami tychże jest niewłaściwe;

15) wszelkie karty, ilustracje, porozwieszane na ścianach sali klinicznej, są zupełnie zbyteczne, gdyż, jak wiadomo, gromadzą na sobie tylko wiele kurzu;

16) wyjaławiacze w ekstrakcyjnych salach powinny być staranniej przechowywane;

17) ulokowanie „kasy“ w pokoju djagnostycznym (w szkole Szymańskiego) jest niewłaściwe;

18) pokoje dla słuchaczy, przeznaczone na herbaciarnię, powinny być widne i odpowiednio urządzone (nie w blizkości ogólnej kliniki);

19) liczba umywalek (dla słuchaczy) powinna być większa; powinny one się znajdować w odpowiednich miejscach (w ogólnej sali lub w jej blizkości);

20) wszelkie miękkie meble, kryte pluszem (w poczekalniach dla lepszych pacjentów!), powinny być usunięte; tego nie dopuszczają warunki sanitarno-hygieniczne szkół; dla wszystkich pacjentów powinna być jedna ogólna poczekalnia, urządzona według przepisów hygieniczno-sanitarnych; warunek taki tembardziej jest konieczny zwłaszcza dla szkół, gdzie sama różnorodność pacjentów (przeważnie z niższych sfer) tego wymaga (przepisy takie przestrzegane są u nas przez lecznice ogólno-lekarskie — *red.*);

21) fotele nie powinny być ciasno ustawione, gdyż przeszkadza to w robocie.

Wogóle, należy zwracać baczniejszą uwagę na warunki sanitarno-hygieniczne oraz wymagania aseptyki i antiseptyki w szkołach; należy pamiętać, że warunki otaczające mają pewne znaczenie oraz wpływ na słuchaczy, a z drugiej strony — zakład leczniczy na *pierwszym planie* powinien mieć warunki zdrowotne.

Doc. Wilgę zapoznaliśmy, mniej więcej, i z wewnętrznym ustrojem naszych szkół (sprawą mianowania asystentów oraz techników,

stanem techniki protetycznej, sprawą zajęć w szkołach—teoretycznych i praktycznych i t. d.).

= **Kronika sądowa.** W dniu 9 VIII r. b. sędzia śledczy do spraw szczególnych przy Moskiewskim sądzie okręgowym, Woltanowski, zawezwał pewną grupę dentystów, pociągniętych do odpowiedzialności za posiadanie fałszywych świadectw, celem zakomunikowania im materjału śledczego. Ponieważ kancelarja nie mogła pomieścić wszystkich pozwanych, rozlokowano ich w jednej ze sal sądowych. Sprawa tej grupy sądzona będzie wkrótce.

= **Odmowa.** Jako echo różnego rodzaju „kombinacji" z odroczeniami odbywania powinności wojskowej, udzielanymi słuchaczom szkół dentystycznych, dzięki pewnym osobnikom, szlachetnym duszom... pewno za skromne wynagrodzenie, ukazuje się rozporządzenie Ministerjum Spraw Wewnętrznych, odmawiające słuchaczom powyższych szkół udzielania 2-iej prolongaty (do czasu ukończenia studjów). Słuchacze tacy zmuszeni więc są przerwać studja i odbyć powinność wojskową.

Wstrętne więc „kawały" zrobiły swoje. A jakiej krzywdy doznają ci słuchacze, którym na ukończeniu studjów bardzo zależy!

= **Reforma szkół dentystycznych.** Dowiadujemy się, że projekt reformy szkół dentystycznych ma wkrótce z Ministerjum Spraw Wewnętrznych i Oświaty przejść pod obrady Izby ustawodawczej (Państwowej). W tym celu ma być wyłoniona odnośna komisja ze składu członków-lekarzy, do której będą zaproszeni wybitni przedstawiciele naszego zawodu. Szkoły, jak wiadomo, mają przejść pod zarząd Ministerjum Oświaty; kontrolę mieć będą odnośne komisje z ramienia fakultetów lekarskich.

= **W sprawach reklam dentystów,** jakie zwłaszcza w ostatnich czasach ponownie ukazały się, koledzy z miasta i prowincji przesyłają nam *wycinki* z różnych gazet. Wobec tego, że jako *corpus delicti* potrzebne są *całe n-ry gazet*, w których reklamy są zamieszczone, prosimy o przysyłanie właściwych n-rów, komunikujemy je zarządowi Wszechrosyjskiego Związku Dentystów. Ostatni zajmuje się obecnie sprawą nieuczciwej i nieetycznej reklamy przedstawicieli naszego zawodu i występuje z odnośną petycją do wyższych władz lekarskich.

Ponieważ wszelkie komentarze niewiele skutkują, „kwiatki“ reklamowe podamy w takim „stanie“ w jakim „wyrastają“; odnośny „bukiet“ wszak do historji... blagi przejść powinien.

= **Ograniczenie liczby nowowstępujących słuchaczy w tutejszych szkołach dentystycznych.** Wiadomo, że od lat kilku wskutek ograniczenia żydom wstępu do wyższych uczelni w Cesarstwie, napływ słuchaczy do tutejszych szkół dentystycznych jest znaczny. W r. b. wskutek ściślejszego przestrzegania odnośnego % żydów napływ ten do szkół dentystycznych jest jeszcze większy. Wobec szczupłości lokali tutejszy urząd lekarski podobno wydał rozporządzenie, aby liczba uczniów nowowstępujących stosownie do pomieszczenia szkół była ograniczona i wynosiła 80 osób w każdej szkole. Ograniczenie takie byłoby zupełnie słuszne, gdyż wiadomo jak trudno pracować większej liczbie słuchaczy w stosunkowo ciasnem pomieszczeniu; dzieje się to stanowczo z krzywdą dla praktykantów. Na ciasnotę lokali szkół w stosunku do liczby słuchaczy dawno koledzy zwrócili uwagę; wyrażano słusznie zdziwienie, w *jaki* sposób pracować może taka znaczna liczba praktykantów w niedostatnczenie obszernych pomieszczeniach. Na ciasnotę tę, jak wzmiankowano wyżej, zwrócił również uwagę doc. Wilga z Moskwy, człowiek kompetentny w sprawach szkolnych. We wszystkich szkołach dentystycznych w Cesarstwie stosunek liczby słuchaczy do pomieszczeń szkolnych zawsze ściśle był i jest przestrzegany, a to nietylko ze względu na niekrępowanie słuchaczy podczas zajęć praktycznych, lecz i warunki sanitarno-hygieniczne. To też nowemu rozporządzeniu tutejszego urzędu lekarskiego przyklasnąć by należało, gdyż przepełnienie jest znaczne; ukróciłoby ono bowiem owe zakusy „upychania“ możliwie jaknajwiększą ilością słuchaczy naszych przybytów wiedzy dentystycznej. Można np. zwrócić choćby uwagę na *warunki odbywania się wykładów* dla tak znacznej liczby słuchaczy, a wszak wiadomo, że ani równoległych wykładów (dla *kilku* grup) ani też odpowiednich audytorjów do tych celów szkoły nasze nie mają.

= **Sprawa ukrócenia samodzielnej działalności techników i techniczek dentystycznych** ma wkrótce przejść pod obrady Rady Medycznej. W tym celu wyłoniono specjalną komisję pod przewodnictwem prof. Trojanowa. Ponieważ praktyka pokazuje, że technicy tacy praktykują samodzielnie zwłaszcza wśród małokulturalnej ludności, ma-

jąc nawet odpowiednie szyldy, petersburskie t-wa dentystyczne wystąpiły energicznie w celu ustalenia ścisłych praw i granic działalności tej sfery osób. W tym celu wymienione t-wa zwróciły się do Rady Medycznej z odnośną petycją i komunikują się z zarządem Rosyjskiego Związku Dentystycznego.

Wobec tego, że często zwracają się do nas z zapytaniami, czy technicy dentystyczni-żydzi mają prawo zamieszkiwania poza obrębem strefy osiadłości, należy zaznaczyć, że, wbrew obiegającym pogłoskom, takiego prawa oni nie mają, jako niecechowi, a w Cesarstwie dotychczas cechu techników dentystycznych niema. W Odesie fabrykowani są technicy dentystyczni cechu jubilerskiego (?!), i wydawane są nawet im świadectwa na stopień: „*zubnoj technik po juwelirnomu cechu*". Wobec tego jednak, że żaden cech jubilerski w Cesarstwie takiego działu nie uznaje i nie posiada, żydów z powyższym stopniem dziwacznym cechy te nie rejestrują, skutkiem czego nie mogą oni korzystać z praw zamieszkiwania. Należy nadmienić, że i tacy *technicy* (*majstrowie*) *dentystyczni cechu jubilerskiego* („zubnyje techniki po juwelirnomu cechu") nie mają prawa do samodzielnej praktyki i nie mogą mieć odnośnych szyldów. Prawo dotychczas dla tej sfery ludzi nie wydało żadnych przepisów, zgodnie z którymi dla nich zrobionoby jakieś wyjątki; osoby te podlegają tym samym przepisom, co i zwykli technicy dentystyczni.

= **Oddanie pod sąd.** Z rozporządzenia senatora Neudhardta wszczęto sprawę karną przeciw warszawskiemu gubernjalnemu inspektorowi lekarskiemu, rzecz. radcy stanu. dr. med. Brandtowi, na mocy art. 363, 377 i 378 Ust. karnej (za pobieranie nielegalnych opłat oraz za udzielanie dla korzyści materjalnej mylnych informacji zwierzchności).

Dr. Brandt po objęciu posady inspektora gubernjalnego (na miejscu d-ra Kaszczenki) zajął się energicznie uporządkowywaniem wszelkich spraw różnych przedstawicieli zawodu lekarskiego. Między innemi zwrócił on uwagę na stan gabinetów dentystycznych na prowincji, polecił doprowadzić je do porządku i zabronił praktykowania na zasadzie czasowych świadectw uniwersyteckich. Różne rozporządzenia dotyczyły również aptek, felczerów, golarzy, akuszerek i t. p. Słowem, nowomianowany inspektor wykazał swą energję w całej roz-

ciągłości, znany był również jako człowiek srogi, bardzo wymagalny i nieprzekupny.

A jednak... *medal ma dwie strony.* Rewizja stwierdziła, że dr. Brandt wymyślił nowy sposób opodatkowania zakładów przemysłowo-handlowych na swoją korzyść. Pod pozorem rewizji lekarskiej urządzał on formalne najazdy na fabryki i zakłady przemysłowo-handlowe, każąc sobie przy każdej okazji płacić „djety odpowiednie jego randze". I właściciele zakładów przemysłowo-handlowych opłacali owe wyżej wspomniane djety. Gospodarka powyższa trwała w gubernji warszawskiej prawie dwa lata, t. j. od chwili, gdy dr. Brandt stanął na czele urzędu lekarskiego.

Dobre płukanie do zębów i jamy ustnej, zdaniem prof. Hueppe'go powinno odpowiadać następującym wymaganiom:

1) nie być szkodliwem dla zębów i śluzówki jamy ustnej;
2) powinno posiadać przyjemny smak i zapach i
3) być absolutnie przeciwgnilnem.

Środki, drażniące śluzówkę jamy ustnej, jak np. nadmanganian potasu (kali hyprimanganicum), formaldehyd, mydła i inne w jednakowej mierze nie nadają się do prawidłowego pielęgnowania jamy ustnej tak samo, jak i kwaśne płukania, niszczące wapienne składowe części zębów. Według jednogłośnego orzeczenia wybitnych uczonych **(Gerlach'a, Hueppe'go Paschkis'a Höhl'a, Röse'go, Seifert'a, V. Henrck'a** i in.) Odol odpowiada pod każdym względem wyżej wymienionym trzem wymaganiom i powinien wskutek tego być uznany, jako najlepsze ze wszystkich znanych dotąd płukań do ust.

CENA: flakon kosztuje 0,85 kop.; duży flakon, wystarczający przy codziennem użyciu na kilka miesięcy rb. 1 kop. 50.

Dla dentystów ceny wyjątkowe.

Drezdeńskie Chemiczne Laboratorjum Lingner. Drezno.

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

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.