

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

Miesięcznik poświęcony chorobom zębów
i jamy ustnej.

I. O przypadłościach ze strony jamy ustnej pod wpływem grypy.

Napisał M. KRAKOWSKI.

Grypa (influenza) należy do rzędu chorób zakaźnych ostrych. Choroba ta 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 grypę w wieku szesnastym (r. 1510). Od tego czasu rozpoczyna się właściwie cały szereg epidemii tej choroby, dochodzący do takich rozmiarów, do jakich nie dochodziła żadna inna ostra zakaźna choroba. Epidemie, panujące do r. 1870, zajmowały całe kraje i powracały w niestałych okresach czasu, niezależnie od pory roku, szerokości geograficznej i klimatu. Epidemie zazwyczaj trwały 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 grypy powstawały różne poglądy i hipotezy co do

przyczyn wywołujących tę chorobę. Większość autorów szukała przyczyny w czynnikach atmosferycznych i twierdziła, że choroba może się rozszerzać tylko przez powietrze (*Craton, Mercurialis*). To ostatnie jakoby zawierało jakiś zarazek albo miazmat, lub też było zanieczyszczone kwasami mineralnymi (*Witlwer, Schweich*). Inni znowuż autorzy (*Spengler, Schönbein*) 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 tą chorobę. *Teissier* ¹⁾ przypuszcza, że zanieczyszczenie wody w rzekach nie pozostaje bez widocznego wpływu na rozwój choroby. Podczas panowania epidemii grypy 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 135000. Wspomniany autor zatem twierdzi, że woda prawdopodobnie, zawiera jakiś czynnik chorobotwórczy, który kwitnie przy pewnych sprzyjających warunkach ogólnometeorologicznych. Epidemia lat 89—90 była przedmiotem licznych badań bakterjologicznych. *Babès* ²⁾ wykrył w wydzielinach osób chorych na influencję diplobakterję 0,02—0,04 mem. długości, przezroczyste i niebarwiące się sposobem Grama. *Kowalski* ²⁾ (Wiedeń) znalazł te same bakterje; działają one, według słów ostatniego, bardzo zabójczo na króliki; te ostatnie zdychają przy objawach obrzmienia śledziony, zapalenia płuc i błon surowiczych. W wielu innych wypadkach spotykano nieco skrzywione laseczniki 0,05—0,06 mem. grubości, zabójcze dla myszy (*Babès*). W wnętrznościach, w różnych

¹⁾ L'influenza de 1889—90 en Russie.

²⁾ F. Vidal. Maladies infectieuses. Ruskie tłumaczenie.

cięższych patologicznych chorych na grypę stwierdzono obecność pneumokoków *Talamona* (*Menetrier, Bouchard, Layden, Weichselbaum, Prior*), pneumolaseczników *Friedländer'a*, najczęściej zaś znajdowano *streptococcus pyogenes* (*Bouchard, Vaillard, Vincent, Weichselbaum, Chantemesse, Vidal*), a także *staphylococcus pyogenes aureus*. Drobnoustroje, wymienione powyżej, wywołują tylko powikłania grypy, nie mają zaś wpływu na powstanie głównej choroby. Niektórzy autorzy, jak twierdzi *Vidal*, przypuszczają, że grypę wywołują 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*, (1892) i *Canon'a*. *Pfeiffer* pierwszy odkrył pewien rodzaj drobnoustroju, któremu obecnie ogólnie przypisują przyczynę powstawania influenzy.

Drobnoustrój ten, spotykany tylko przy grypie, przedstawia się w postaci lasecznika; przeniesiony na pożywkę, lasecznik *Pfeiffer'a* wytwarza kolonie, które są przezroczyste, jak woda i rozrastają się najlepiej przy ciepłocie 27°—42° C. Na bulionie i agarze zachowują żywotność w przeciągu 14—18 godzin. Badania *Letzerich'a* wykazały, że laseczniki *Pfeiffer'a* znajdują się we krwi chorych na influencję. 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 metylowego, przyjmując kolor różowy lub jasnoróżowy; na miejscach

zgrubień przyjmują odcień fioletowy. We krwi chorych na influencję 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 wykluczonym, że zakażenie powstać 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 influencji bywają u ludzi: ogólne osłabienie, nerwowość, starość. Ludzie nerwowi, starzy, zniedołężniali łatwiej i częściej zapadają na influencję. Również ważną rolę w etyologii tej choroby odgrywa *przeziębienie*.

Do objawów, towarzyszących grypie, 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 niezżytu dróg oddechowych. W cięższych przypadkach—bolesne drgawkowe skurcze w oddzielnych grupach mięśni i majaczenie (*deliria blanda*). Jeżeli grypa umiejscawia się w przewodzie pokarmowym (t. z. forma *gastryczna, brzuszna*), to wywołuje silne bóle, wymioty i biegunkę.

W lżejszych przypadkach grypa kończy się wyzdrowieniem *per crisis* po kilkudniowym 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 (*Strüm-*

pel) 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 (*Boucharđ*).

Powikłania najczęściej zdarzają się w drogach oddechowych. W nich to spotykamy ciężkie i częste zmiany miejscowe. Powikłania te przebiegają niezwykłe 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 kataryalne) błony śluzowej *krtani* również się zdarza u chorych na influencję. Nieżyt obejmuje również błony śluzowe 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, niezwykłe dolegliwe dla chorych.

Ze strony innych narządów również widzimy niektóre zmiany, etyologia których nie została dostatecznie wyjaśnioną. Zmiany te są, jak się zdaje, wynikiem wpływu sprawcy grypy, prątka Pfeiffer'a ³⁾. *Galęzowski* ⁴⁾ przy influencji spostrzegał niezwykle często powtarzające się choroby *oczu*, umiejscawiające się w różnych tkankach tego narządu. Takież same zmiany opisał dr. *Langie* ⁵⁾ w Krakowie podczas panowania w tem mieście grypy nagminnej. Często spotyka się zapalenie dróg łzowych z następują t. zw. *conjunctivitis lacrymalis*.

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

4) Recueil d'optalmologie 12—1898.

5) Przegl. lek. b. 1899.

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

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 jako też i nowsi klinicyści: *Ziemssen*⁵⁾, *Biermer*, *Sokolowski*⁶⁾, *Pawiński*⁷⁾, *Ciągliński*⁸⁾, *Filatow*⁹⁾.

W przypadku przytoczonym, przez D-ra *Ciąglińskiego*, u chłopca 10 letniego, który przechodził influencę, 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. *Malinowski*¹⁰⁾. 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.

5) Choroby zaraźliwe ostre.

6) Gaz. lek. 1890

7) Gaz. lek. N. 8 90 r.

8) Gaz. lek. N. 45. 1899

9) Wracz. N. 9. 1899 r.

10) Zdrowie 52—1890 r.

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

W literaturze ogólnolekarskiej spotykamy tylko luźne wzmianki o wpływie grypy na jamę ustną; artykuły tej treści w literaturze specjalnej, dentystryczno-stomatologicznej, są również rzadkością. W dostępnej mi literaturze specjalnej, znalazłem pracę *Richtera*¹¹⁾, *Hugenschmidta*¹²⁾, *Dorez'a*¹³⁾, traktujące o nieznacznej ilości przypadków wpływu grypy 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 influencję, powikłaną nieżytem dróg oddechowych, (w r. 1897), 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 kwestya 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 kilkakrotnie. We wszystkich przypadkach inne momenty przyczynowe (plugawe zęby i kerzenie) były wykluczone. Chorzy narzekają na dość silne bóle strzykające i na obfite wydzieliny z nozdrzy, zwłaszcza w godzinach rannych. Nos często ulega zatkaniu, połączo-

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

12) Correspondenz Blatt f. Zahnärzte 4. 1892.

13) Wiener Zahnärztliche Monatschrift Nr. 5 1899.

nemu z silnym bólem w jamach czołowych. Wydzieliny często 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) nieżyty nosa do jam sąsiednich. Do nieżyty, przy sprzyjających warunkach, przyłączyć się mogą pasorzyty ropotwórcze. Błona śluzowa jamy szczękowej, osłabiona działaniem jadu grypowego, sprzyja rozrastaniu tych drobnoustojów, służąc za urodzajną glebę dla ich rozwoju. Cierpienie jamy szczękowej może być *jednostronne* lub *obustronne*. Nawroty nie są wykluczone (u pewnej pacjentki, która przebyła grypę, 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 błony śluzowej, wyściełającej jamy szczękowej, nie pozostaje bez widocznego wpływu na gałązki nerwów. Uczucie napięcia w jamach pozostaje w związku z nagromadzonemi wydzielinami. Do cierpień stojących blisko otoku jamy szczękowej i również stanowiących powikłanie grypy odnieść należy:

2) *Nerwoból nerwu trójdzielnego*. Obok bólów nadoczodołowych, towarzyszących grypie, Dr. *Sokołowski* spostrzegł jeszcze jednocześnie istniejące nerwobóle różnych gałęzi nerwu trójdzielnego (zębowych i innych). Na nerwoból podczas przebiegu grypy nagminnej wskazuje również Dr. *Ciągliński* (l. c). O podobnych powikłaniach wspominają; *Hugenschmidt*, *Richter i Franke*¹⁴). Jak objaśniony zostałem przez *D-ra Perel-*

14 Archiv f klinische Chirurgie. Bd 59 № 3. Wojenno Med. Żurnał № 12—1899 r. str. 1092.

mana, w klinice prof. Nothnagl'a w Wiedniu, cierpienie nerwu trójdzielnego uważanem jest jako ważny objaw, towarzyszący grypie nagminnej. W wielu przypadkach, spostrzeganych przezemnie, zauważyłem, że nerw trójdzielny nie mało dokucza chorym, zapadłym na influencję, szczególnie w początkach choroby. Powikłania ze strony nerwu trójdzielnego mogą wystąpić nawet przy zębach zupełnie zdrowych. Bóle rozpromieniają się na sąsiednie narządy i zatokę szczękową. Występują po większej części jednocześnie z nerwobólem międzyżebrowym i mają charakter napadowy, są głębokie, jakby pochodziły z ucha. Bóle miejscowe w t. z. punktach bolesnych (*points douloureux Valleix'a*¹⁵) nie zawsze mają miejsce. W niektórych przypadkach bóle wyczuwane są w okolicy podniebienia i w zębach, aczkolwiek, jak wspomniano wyżej, te ostatnie nie są dotknięte próchnicą. Skurczów, które często towarzyszą nerwobólom, nigdy nie zauważono. Ostatecznie trudno jest wnioskować o patogenie zaburzeń w nerwie trójdzielnym pod wpływem grypy. Mogą one być skutkiem zmian materialnych w samym nerwie lub też zjawić się mogą skutkiem zaburzeń ustrojowych ogólnych. Niektórzy autorzy, między innymi i *Franke*, twierdzą, że przy grypie występuje zapalenie nerwów. Przekrwienie otoczki nerwowej może być wynikiem zaburzeń krążenia krwi w naczyniach głowy¹⁶). Rozszerzenie tych naczyń może stać się powodem nerwobólu. Co się tyczy zaburzeń ustrojowych ogólnych, to te mogą polegać na zatruciu organizmu jadem laseczników grypowych.

15) N. trójdzielny posiada bardzo liczne punkta bolesne. Trzy z nich najważniejsze leżą mniej więcej, w kierunku jednej linii pionowej, t. j. na wysokości wcięcia nadoczodołowego, dziury podoczodołowej i dziury bródkowej (na dolnej szczęce). W znacznej liczbie przypadków uciskanie tych punktów nie tylko powiększa lub wywołuje ból w częściach odległych, ale także sprowadza ból miejscowy.

16) Grubym gałęziom nerwu trójdzielnego, jak wiadomo towarzyszą liczne naczynia krwionośne, które nawet wnikają w sam nerw.

Według mego rozumowania nerwobóle przy grypie powstają pod wpływem obu czynników: zaburzeń miejscowych i ogólnoustrojowych. Jeden czynnik potęguje działanie drugiego.

3) *Nieżyt błony śluzowej jamy ustnej.* Podczas przebiegu grypy błona śluzowa jamy ustnej nie pozostaje bez zmian. Zmiany te mogą być uważane, jako powikłanie przypadkowe, występujące wśród szczególnie przyjaznych warunków lub też stanowią tylko objawy choroby ogólnej. Tak twierdzą *Franko i Hugenschmidt* (l. c.).

Zapalenie przedstawia się w dość licznych postaciach, które zależą od umiejscowienia i istoty cierpienia. Przy gastrycznych formach grypy zapalenie występuje wyraźniej. Błona śluzowa przedstawia się jasnoczerwoną, na przednich łukach podniebiennych zaczerwienienie występuje wyraźniej. W tym miejscu błona jest bardzo bolesną (*Franko*) przy dotyku; błona śluzowa na policzkach pęcznieje do tego stopnia, że na niej widoczne są odbicia zębów. Zaczerwienienie na podniebieniu niekiedy przedstawia się w postaci oddzielnych wysepek. Cała błona śluzowa jest bardzo sucha, pokryta obfitym cuchnącym białawym nalotem; chorzy narzekają na dotkliwy, palący ból. Nieżyt błony śluzowej przechodzi niekiedy w owrzodzenia; owrzodzenia te mają dno utworzone przez tkankę podśluzową, granice dość wyraźne, brzegi niewywinięte. Owrzodzenia po kilku dniach mogą się zabliznić. U dwóch sióstr, które przebyły grypę, zauważyłem, prócz wyraźnie rozwiniętego nieżytu jamy ustnej w wielu miejscach (na wargach, języka, policzkach) *afty*, które tworzyły szarawe, różnej wielkości grudki, dość bolesne i pokryte nabłonkiem. Wewnętrzny związek tego miejscowego cierpienia z grypą zasadza się głównie na jednoczesnym jego pojawieniu się, które każe się domyślać wspólnej przyczyny. Przy braku jednak w tym kierunku ściślejszych poszukiwań pato-

logicznych znajdujemy jeszcze wiele luk. Sądzę, że nieżyt błony śluzowej jamy ustnej stanowi proces kontynuowany z sąsiednich narządów (nosa, gardzieli, krtani), gdzie cierpienie błony śluzowej stanowi, według wszystkich autorów, ważny objaw, towarzyszący grypie. Rozmaity jednak przebieg zapaleń, owrzodzenia, afty, nie znalazły jeszcze wytłomaczenia; spornem jest, czy powstają one wskutek toksycznego działania lasecznika, czy też wskutek wtargnięcia innych drobnoustrojów.

4) *Zapalenie dziąseł.* Przebieg nieżytego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej nie pozostaje bez widocznego wpływu na dziąsła. Te ostatnie również podlegają zapaleniu, które ulega znacznym odmianom w miarę tego, jak występuje obraz nieżytu błony śluzowej jamy ustnej. Proces ten ma skłonność do występowania na nowo, szczególnie przy sprzyjających warunkach, (przy obecności pieńków, kamienia zębowego i t. d), nawet po ustąpieniu nieżytu błony śluzowej. Zapalenie dziąseł występuje, kiedy zęby znajdują się w zupełnie dobrym stanie. Nie jest ono trudnem do rozpoznania. Na pierwszy rzut oka dziąsło przedstawia się silnie zaczerwienionem, rozpulchnionem, brodawki międzyzębowe napęczniałe, podniesione, przy dotknięciu krwawią. W dziąsłach wyraźna nadezłość, która przy silniejszym dotknięciu przechodzi w dotkliwy ból. Niekiedy choroba przechodzi w stan przewlekły (w 2 przypadkach, spostrzeganych przezemnie). Zaczerwienienie wprawdzie ustępuje, ale zostaje na samych brzegach dziąseł nalot, który po zdjęciu powtórnie się wytwarza.

5) *Zapalenie języka.* Zapalenie języka, zależne prawdopodobnie od tych samych przyczyn, co wyżej pomienione cierpienie, bywa *powierzchnowem*. Zmiany anatomiczne i objawy łączą się ze zmianami i objawami zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, którym towarzyszą. Na zaburzenie ze strony języka zwrócili

uwagę *Sokołowski* (l. c.), *Ciągliński* (l. c.), *Richter* (l. c.), Język bywa zwykle pokryty szarawym nalotem, boki jego mają silnie zaczerwienioną napęczniałą błonę śluzową w taki sposób, że uwidoczniają się na niej odciśki trzonowych zębów. Na podstawie języka brodawki stają się skurczonymi i czerwonymi. Zmętnienia lub odluszczenia nabłonka nie zauważono. Osobiście nie uważam, jak niektórzy autorzy, stanu języka za ważny objaw rozpoznawczy. Prawidłowego stosunku pomiędzy gwałtownością choroby (przy wysokim stopniu gorączki, dreszczy i t. d.), a zmianami na języku niema.

6) *Zapalenie gruczołu przyuszynego*. Niekiedy dają się zauważyć zaburzenia ze strony ślinianki przyuszynnej. Na powikłanie grypy tem cierpieniem zwracają uwagę różni autorzy (*Ziemssen* i in.). W jednym przypadku *Sokołowski* spostrzegł zapalenie obustronne ślinianki, które jednak do ropienia nie doszło. Podobny przypadek przytacza *Ciągliński* (l. c). Prawdopodobnie, cierpienie to jest *objawowem* i powstaje z przyczyny nieżyty błony śluzowej jamy ustnej, który *per continuitatem* po przewodzie rozszerza się na śliniankę i tu wywołuje podrażnienie. Gruczoł i tkanka naokoło leżąca (*regio parotidea*) są obrzmiałe. Skóra barwy normalnej. Obrzmienie bywa bez żadnego stwardnienia, bez elastycznej odporności. Chorzy narzekają na ból w stawie szczękowym i przy otwieraniu ust. Cierpienie po kilku dniach przechodzi. Ilość śliny powiększa się. Ślina ma konsystencję gęstawą i łatwo ciągnie się w nici. Odezyn po większej części kwaśny.

7) *Zęby, ozębna, okostna i kości szczękowe*. Powikłania ze strony zębów nie są rzadkie. Występują one samoistnie, lub też jednocześnie z bólami neuralgicznymi. Objawu tego nie należy jednak uważać za stały. Jak to zwrócili także uwagę *Richter* i *Leger-Dorez*, bóle powstają niekiedy w zębach zupełnie niespróchniałych. Przebieg cierpienia w ogólności przy-

pomina zapalenie miazgi zębowej, a niekiedy ozębnej, stanowi on, prawdopodobnie, powikłanie *zbiorowe*, wynikłe pod wpływem jadu, jako wewnętrznego bodźca, lub też powstaje wskutek rozmaitych cierpień miejscowych w jamie ustnej, które wywierają bezpośrednio swój wpływ na miazgę zębową i ozębną (*pulpitis et periodontitis externa*). Bóle są dość gwałtowne i niekiedy ustępują nagle, by wkrótce znowu powrócić. Wprawiają one w podrażnienie całą połowę szczęki. Zęby niesłychanie są czule na najmniejsze dotknięcie. U ludzi starszych i nerwowych widzimy, szczególnie przy silniejszej formie grypy dość znaczne rozehwianie się zębów, aczkolwiek przedtem zęby siedziały mocno. Objaw ten powstaje, prawdopodobnie, z przyczyny zapalenia ozębny, które w przypadkach przewlekłych, szczególnie przy obecności plugawych korzeni, wywołuje cały obraz zapalenia okostnej i kości szczękowych. Na powikłania podobne zwrócili uwagę *Hugenschmidt* i *Franke*. Występuje też tak zwane *osteo-periostitis* z wszystkimi objawami: obrzmienie znaczne, skóra zaczerwieniona, bóle tępe wierzące, powiększające się szczególnie w nocy. Przy nacisku występuje silny ból. Niewiadomo ostatecznie, jakie drobnoustroje wywołują powikłanie ze strony kości podczas przebiegu influenzy. *Franke* przypuszcza, że *osteo-periostitis* wywołują laseczniki Pfeiffer'a lub ich toksyny. Przypuszczać jednakże należy, że paciorkowce (streptokoki) i gronkowce (staphylokokki) nie pozostają bez wpływu na powstawanie cierpienia kości

KAZUISTYKA.

I) M. N. 45 lat mająca, od paru dni cierpi na influencję i leży w łóżku. Ponieważ wystąpiły bóle zębów, zostałem wezwany dla usunięcia chorego zęba. Pacjentka czuje się ogólnie osłabioną, wieczorami występują dokuczliwe bóle w zębach obu szczęk, jak również i w jamach nosowych i szczękowych.

Na pierwsze wejście pacjentka wydała się anemiczną; na twarzy widocznym jest wyraz zmęczenia.

Ogłędziny jamy ustnej wykazały następujące zmiany: brodawki na języku nieco powiększone; błona śluzowa brzegów i dolnej powierzchni języka zaczerwieniona i czuła na najmniejsze dotknięcie. Dziąsła tuż obok szyjek zębów nieco rozpulchnione, łatwo krwawią. W obu szczękach brak kilku zębów (pieniaków niema). Ogólnie jednak zęby są w dość dobrym stanie, pokryte słabą warstwą kamienia i papkowatego nalotu. W zębie mądrości dolnej szczęki po stronie prawej ubytek próchnicowy na miazdzącej powierzchni, proces próchnicowy zaledwie zajął szkliwo i powierzchowne warstwy zębiny; termiczne i mechaniczne bodźce nie wykryły zmian w miazdze zębowej.

Jak wspomniano wyżej, pacjentka doznaje silnych bólów zębów i to od czasu położenia się do łóżka. Bóle te, prawda, nie mają bardzo gwałtownego charakteru, lecz zwarcie szczęk jest utrudnione i bolesne. Bóle nie mają charakteru napadów, lecz występują w postaci ciągnącego bólu, który się coraz więcej powiększa. Po możliwym wyłuszczeniu i odkażeniu wspomniany ząb spróchniały został tymczasem zaplombowany gutaperką. Ponieważ zęby dokuczają w dalszym ciągu, pacjentka prosiła o usunięcie wspomnianego zęba, który, jak sądziła, był powodem dokuczliwych bólów.

I ten zabieg nie poskutkował. Po przejściu choroby ogólnej bóle znikły po zastosowaniu antypyryny i salicylanu sodu. Zapalenie dziąseł trwało jeszcze czas jakiś.

II) N.N. krawcowa, l. 30, anemiczna i osłabiona, od paru dni zapadła na influencję. Objawy wystąpiły szczególnie ze strony dróg oddechowych: silny kaszel, chrypka. Ciężota nieznacznie się podniosła. Nieodłącznym towarzyszem cierpień ogólnych był dość dokuczliwy ból w jamach szczękowych. Pacjentka odczuwała jakoby rozpychanie kości. Bóle były tępe i głębokie, ból w zębach był wyczuwalny tylko w górnej szczęce. Nie szczególnego w jamie ustnej nie wykryłem. Dawki antypyryny uśmierzyły bóle.

III) Józef S. odźwierny, l. 40, dość dobrze zbudowany, odczuwał od niejakiego czasu silne klócie w boku. Do klócia dołączyły się bóle głowy, gorączka i suchy kaszel. Rozpoznano (Dr. Teszner) grypę. Po zaordynowaniu środków przeciwgorączkowych pacjent czuł się trochę lepiej, lecz po kilku dniach wystąpiły silniejsze niż przedtem bóle głowy. Rozpromieniły się one jednocześnie na ucho (lewe), oko i zęby obu stron. Bóle w zębach nie miały charakteru napadowego. Bolesność ich wzmagala się i powtarzała przy najlżejszym dotknięciu twarzy. W jamie ustnej szczególnych zmian nie było. Zębów brak kilku. Reszta pokryta brudnawym nalotem. Błona śluzowa zaczerwieniona, język obło-

żony, brodawki grzybkowate powiększone. Dziaśła w stanie przekrwienia i bolesne na dotknięcie tępym narzędziem. Ciepłe okłady, płukania, a także fenacetyna po kilku dniach uśmierzyły ból.

IV) Janek S. 12 l. mający, syn poprzedniego pacyenta, dobrze rozwinięty, od kilku dni gorączkuje i kaszle ochryple, kilkakrotnie wymiotował. Przy badaniu przez terapeutę nie szczególnego w narządach wewnętrznych nie znaleziono. Rozpoznano grypę. Dreszcze powtarzały się kilkakrotnie. Po przyjęciu olejku rycynowego ciepłota nieco się zmniejszyła, ale wystąpiły powtarzające się często dreszcze, bóle głowy, szczególnie wieczorami. Po podaniu antypyryny dreszcze ustały, lecz bóle głowy trwały dalej. Pacjent zwymiotował powtórnie podany olejek rycynowy. Chory narzekał na obfitą wydzielinę z nosa, *klucie w twarzy* i pieczenie w jamie ustnej. Pieczenie to następnie przeszło w piekący, tępy ból; zwarecie szczęk uniemożliwione. Przy badaniu jamy ustnej znalazłem: brak dwóch dolnych pierwszych molarów, które przedtem w różnych odstępach czasu wyjąłem; w górnych siekaczach próchnica powierzchowna. Reszta zębów pokryta dość grubą warstwą kamienia i szarawą papkowatą masą. Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona; język obłożony, suchy. Języczek nieco obrzmiały, migdały nieco powiększone. Stan ten jamy ustnej i bóle zębów trwały przez cały czas choroby. Miejscowe stosowanie leków niewiele dopomogło.

V) H. Tennenb. 36 l. mająca, wątła, słabo rozwinięta, podczas zapadnięcia na grypę narzekała na bóle w górnych przednich zębach, aczkolwiek te ostatnie były zupełnie zdrowe. Błona śluzowa jamy ustnej przedstawiała typowy obraz nieżytu. Język suchy, obłożony szarawą papką; brodawki uwydatnione. Dziaśła, szczególnie w dolnej szczęce, były znacznie rozpulchnione, łatwo krwawiły. Na 6 dzień choroby na wargach, błonie śluzowej policzków i języku wystąpiły szarawe punkciki, bardzo bolesne, szczególnie podczas przyjmowania płynnych pokarmów. Punkciki te wkrótce się rozszerzyły i wytworzyły rodzaj zagłębień z nieprawidłowymi brzegami, pokrytych szarawym nalotem. Po słabem przypalaniu owrzodzenia niewiele się zmniejszyły i znikły dopiero po kilku tygodniach.

VI) P. W. blisko l. 40 mająca, rodzona siostra wyżej przytoczonej pacjentki, mężatka, niejednokrotnie cierpiała na influencję, w skutek czego jest bardzo osłabiona. Przy końcu ostatniego napadu grypowego w pozostałych pniach dolnych lewych trzonowych zębów wystąpiły dość silne tępe bóle, lewy policzek spuchł. Na bokach języka pokazały się afty wielkości główki zapalki, z początku dość bolesne. Afty te, według orzeczenia jednego

z terapeutów, powstały wskutek zepsutych pieńków, które radził usunąć. Po wyjęciu pni policzek nieco więcej spuchł, lecz przy naciskaniu niebolesny. Pomimo tej operacji, aftry przez czas długi nie schodziły z języka. Nadmienię tu wypada, że pacjentka podobnego cierpienia w jamie ustnej nigdy przedtem nie zauważała.

VII) N N., mieszkaniec Radomia, zwrócił się do mnie, narzekając na wydzielanie się ropy z lewego nozdrza, a także podczas odchrząkiwania. Z wywiadów dowiedziałem się, że pacjent przez dość długi czas chorował na influencję z wysoką gorączką i nieżytem dróg oddechowych. Podczas przebiegu grypy pacjent doznawał bólów w postaci klucia w lewej połowie twarzy, w lewym uchu i w górnych zębach po lewej stronie. Wydzielanie się ropy pacjent zauważył przy końcu choroby. Szprycowania nosa wykonane w Radomiu, nie skutkowały. Ponieważ przypuszczano że sprawa umiejscowioną jest w jamie szczękowej i że powodem cierpienia jest korzonek lewego I dwuguzikowego zęba, doradzono ten ostatni usunąć. Pacjent, będąc w Warszawie, przypadkowo zjawił się do mnie, w celu usunięcia wzmiankowanego pnia. Oględziny jamy ustnej nie wykryły szczególnych zmian. Brak kilku zębów, reszta w zaniedbanym stanie. Dziaśła w stanie przekrwienia, kamienia zębowego dużo. Z lewego pierwszego dwuguzikowca pozostał nieznaczny odłamek korony, dość lekko i powierzchownie siedzący w rozpułchnionem dziąśle. Korzeń, prawdopodobnie, już dawno był wyjęty. Odłamek pincetką był usunięty. Sondowanie rany nie wykryło większego zagłębienia ani kanału. Nie przypuszczając by wzmiankowany odłamek mógł być sprawcą ropotoku, odesłałem pacjenta do specjalisty D-ra K., lecz ten po powierzchownem zbadaniu oznajmił pacjentowi, że nie szczególnego niema. Inaczej jednakże sądził sam pacjent, udawszy się do *D-ra Openheima*. Widząc, że ropotok trwa w dalszym ciągu. Dr. O wykonał trepanację zatoki szczękowej ze strony zębodołu dwuguzikowca. Po tygodniu w otwór założony został dren, wykonany z wulkanizowanego kauczuku, po czem pacjent wyjechał do domu.

Spostrzegalem jeszcze kilkanaście przypadków podobnych do wyżej przytoczonych, lecz nie przytaczam ich ze względu na podobieństwo ich do wyżej opisanych.



Dział Sprawozdawczy.

13. Prof. Kowarski. O stosowaniu cellulo-acetonu w dentystyce. (R. de Stomat. 10. 1900).

Preparat, nazwany cellulo-acetonem, może, zdaniem autora, oddać wielkie usługi w praktyce dentystycznej.

Jest to mieszanina 35—45 części celluloidu z 100 częściami acetonu; przedstawia się ona w postaci napół - płynnego ciasta, gęstością przypominającego gęsty syrop. Cellulo-aceton ulatnia się z wielką łatwością, należy więc przechowywać go w hermetycznie zamykanych tubkach. W zetknięciu się z powietrzem C.—a. pokrywa się błonką. Z czasem C.—a. wyparuje i pozostaje z niego masa, nadzwyczaj twarda, przypominająca róg. Dla przejścia w taki stan potrzebuje c. a. do 12 godzin w zależności od grubości warstwy. C.—a. nie rozpuszcza się ani w wodzie, ani w alkoholu, ani w kwasach; jest on odpornym na działanie plynów jamy ustnej. Przez dodanie barwników można C.—acetonowi nadać żądany kolor. C.—a. jest bardzo lepki i wybornie przylega do powierzchni chropowatych i suchych, — mało do gładkich i polerowanych, a weale nie przylega do powierzchni wilgotnych. W miarę, jak preparat pokrywa się błonką, traci swe własności zlepiające; ażeby zapobiedz tworzeniu się takiej błonki i otrzymać przy sklejeniu dobre rezultaty, należy operować bardzo szybko. Twardniejąc C.—a. kurezy się i dzięki temu właśnie sklejané przedmioty łączą się ściśle ze sobą. Po stwardnieniu mieszanina nie rozpuszcza się w wodzie nawet przy ciepłocie 45C w ciągu kilku godzin; przy wyższej ciepłocie i dłuższym czasie staje się c. a. miękkim i elastycznym. W zetknięciu z ogniem c. a. pali się jasnym płomieniem. Zapach ma nieprzyjemny, a w zetknięciu z śluzówką wywołuje silny, ale krótko trwający ból. Stwardniały C.—a. daje się dobrze obrabiać, a po wypolerowaniu staje się gładkim i błyszczącym. Przyjmuje on kolor zębów naturalnych, jeżeli przed użyciem postaramy się nadać mu ten kolor.

Na zasadzie doświadczeń w laboratorium i codziennej dwuletniej praktyki autor wskazuje, w jakich wypadkach można z powodzeniem stosować celluloo-aceton.

1. Do sklejania odłamków gipsowego wycisku.
2. Do sklejania różnych części przypadkowo złamanego modelu; tak sklejaný model przy powtór-nem złamaniu nie pęka już w sklejonem miejscu.

3. Do umocowania okrągłych szczotek na ma-szynie.

4. Do reparowania kości, porcelany, szkła i drzewa.

5. Do sklejania przelamanego porcelanowego zęba.

5. Do reparowania aparatów kauczukowych:

a. Do przyklejania zęba, który odpadł wraz z kramponami. W tym celu należy powiększyć otwo-ry po kramponach, wprowadzić tam c. a. i wstawić ząb na swoje miejsce.

b. Do sklejania kauczukowej platki, przelamanej na dwie części. Robimy kilka nacięć na każdym od-lamku i kładziemy odłamki na model, pokryty zmoczona-ą angielską bibułką dla uniknięcia zlepiania się. Po wykonaniu tego wszystkiego w nacięcia wlewamy C.—a. (ten środek stosuje się tylko w przypadkach nagłej potrzeby).

7. Do przyklejenia koron oderwanych od meta-lowych platek, do umocowania zębów rurkowatych na ich sztyftach (zamiast siarki).

We własnej praktyce autor stosował C.—a. w na-stępujących przypadkach:

1. Jako materiał do plombowania w przed-nich zębach. Kolor mieszaniny podobny jest do kolo-ru zębów.

2. Do umocowania sztyftowych zębów i koron w mostkowych aparatach.

3. W przypadkach, gdzie potrzebny jest dobrze przylegający opatrunek.

4. Do umocowania porcelanowych bloków, do wstawienia zębów sztyftowych.

5. Do umocowania rozchwianych zębów przy ropotoku zębodołowym, do umocowania zębów, przypad-kowo złamanych (?).

Regina Róg-Weksler.

14 **E. A. Glogau. Kaolit, nowa emalia porcelanowa.**
(*Zahnaerzt. Rundsch. № 408—409. 1900 r.*)

Plomby złote, choć trwałe, dużo pozostawiają do życzenia pod względem estetycznym, gdyż krzyżującą swą barwą zwracają uwagę na zaplombowane nie-mi ubytki. Dla tego oddawna już poszukują materyału, któryby lepiej niż złoto odpowiadał wymaganiom estetycznym. Pierwszy krok na tem polu zrobił *Linderer* w r. 1820, który *forniował* spróchniałe zęby kawałkami zębiny hippopotama. Gdy *S. S. White* udoskonalił wyrób zębów porcelanowych, zaczął też wyrabiać *wkładki porcelanowe* do plombowania, t. zw. *porcelan inlays*. Chociaż wkładki te udoskonalił w ostatnich czasach *Dall*, to jednak nie mogły one zadość uczynić wymaganiom praktyki, ponieważ zastosowanie ich ograniczone jest tylko do ubytków okrągłych. Około r. 1880 *Herbst* z Bremy wpadł na myśl topienia szkła różnokolorowego w wyciskach z folii platynowej; wynalazek Herbst'a był wielkim krokiem naprzód i został przyjęty z wielkim uznaniem przez najwybitniejszych praktyków. Niestety prędko przeminął zapal, przez ten wynalazek wywołany; okazało się, że plomby szklane są porowate, kruche, nietrwałe w barwie i t. d. Następnie *Land* (Detroit) i *Ash* (Londyn) starali się wprowadzić do praktyki plomby porcelanowe, wypalane w odpowiednich piecach. Ponieważ jednak wypalanie tych plomb było zbyt uciążliwe, to plomby Landa i Asha mało znalazły zwolenników. Wreszcie Hofrat *Jenkins* z Drezna wystąpił ze swoją emalią porcelanową, która okazała się rzeczywiście dobrą i znalazła wielu zwolenników pomimo bardzo wysokiej ceny. Jednakże po niedługim czasie przekonano się, że i ta plomba nie jest bez wad: nie mówiąc o wysokiej cenie (400 mk), zarzucano porcelanie Jenkinsa: uciążliwe wypalanie, niemożność szlifowania gotowej plomby z powodu jej porowatości, niepewność koloru, który się zmienia pod wpływem zbyt wysokiej ciepłoty przy wypalaniu i t. d. *Mooser* z Frankfurtu n. M., sądząc, że porowatość plomby zależy od wytapiania jej z proszku, aby uniknąć tej wady wprowadził swoje plomby szklane, które topi się z kawałków, a nie z proszku. Na podobny pomysł wpadł też i Glogau zupełnie niezależnie od Moesera.

Do wynalazku nowej plomby naprowadziły Glogau badania nad plombą Jenkinsa w chęci jej ulepsze-

nia. Emalia porcelanowa Jenkinsa jest rzeczywiście porcelaną, zmieszaną z emalią. Emalia jest to szkło sodowe (natronsilikat), zabarwione tlenkami metalów, topliwe przy względnie niskiej ciepłocie. Proszek Jenkinsa składa się, oprócz emalii z krzemionki, glinki porcelanowej (kaoliny) i z feldspatu, który w ilości około 60% związany jest z kwasem krzemnym. Glinka porcelanowa i kwas krzemny nie topią się w płomieniu gazowej dmuchawki; topliwość i przezroczystość nadaje temu preparatowi tylko feldspat. Im mniej jest w masie krzemionki, tym łatwiej topliwy będzie cały preparat.

W każdym razie porcelanowe składniki plomby Jenkinsa są znacznie trudniej topliwe niż nadająca im barwę emalia. W skutek tego emalia przepala się przy wypalaniu, tlenki metalów zmieniają się w nad-tlenki, w rezultacie plomba ma nie ten kolor, o który właśnie nam chodzi. Drugą wadą masy Jenkinsa jest jej porowatość, widoczna zwłaszcza po oszlifowaniu lub rozłamaniu kawałka stopionej masy. Plomby Mosera, topiące się w płomieniu lampki spirytusowej, choć nie są porowate, nie pewne są w kolorze, gdyż niema emalii, któraby nie zawierała ołowiu, a związki ołowiu, jak wiadomo, z czasem czernieją w ustach.

Kaolit, który wykombinował Glogau, wolny jest od wad obu plomb, wyżej omówionych. *Kaolit jest to ubogi w kwas krzemny feldspat z pewną domieszką kaoliny i tlenku cyny (Sn O₂).* Jako barwnika używa też Glogau emalii, podobnie jak Jenkins i Moeser, ale w sposób zupełnie inny. Glogau nie miesza emalii z główną masą plomby, z kaolitem i nie robi też z niej powłoki na kaolicie. *Glogau używa emalii tylko na podkładkę, na podszewkę plomby,* która w głównej swej masie składa się z przezroczystego kaolitu. Taka kombinacja ma następujące zalety: przede wszystkim plomba nie może w ustach zmienić koloru, gdyż zawierająca związki ołowia emalia jest na spodzie plomby, a nie na wierzchu, nie styka się więc ze śliwą. Dalej powierzchnię plomby można szlifować i polerować, ile się chce, dla tego że na wierzchu nie ma porowatej emalii, a tylko zbity i jednolity kaolit. Porowatość emalii na spodzie plomby daje jeszcze tę dogodność, że nie trzeba szlifować w plombie podcięć, gdyż cement znajduje dostateczne trzymanie w nierównościach emalii na spodzie plomby. Barwa plomby

podeczas wypalania zmienić się nie może, gdyż emalia i kaolit topią się przy jednej ciepłocie. — Z emalii w czterech kolorach, białym, żółtym, szarym i brunatnym można skombinować każdą potrzebną barwę, nie potrzeba więc 20 słoików z różnymi kolorami, co utrudnia manipulację i podnosi cenę plomby; zęby szkliste, przezroczyste, można plombować samym kaolitem, bez podszewki z emalii.

Co do postępowania przy sporządzaniu plomby, to to jest następujące:

Ubytek powinien być przygotowany bez podcięć, powinien mieć ściany możliwie proste, a kształt niezbyt okrągły. Brzegi ubytku powinny być gładkie, mogą być jednak ścięte cokolwiek skośnie. Z małych ubytków bierze się wycisk folią złotą Nr. 20—30, do większych lepsza jest folia platynowa (Nr. 20 Herbsta). Wycisk bierze się w sposób następujący: kawałkiem hubki wciska się folię najprzód w najgłębsze miejsce ubytku, potem wypełnia się powoli hubką cały ubytek. Hubkę przyciska się później mocno płaskim narzędziem, zwracając uwagę na to, żeby folia dobrze przylegała do brzegów ubytku; czasami trzeba folię przygładzić do brzegów za pomocą gładzidła. Dużych pęknięć na dnie ubytku trzeba unikać. Najważniejszym aktem w całej manipulacji jest wyjmowanie wycisku z ubytku, gdyż, jeżeli się wycisk zegnije, to cała robota na nic. Wyjmuje się wycisk w ten sposób, że dobrymi szczypczykami bierzemy folię za jakiś rożek, wystający z ubytku i łagodnymi ruchami staramy się ją poruszyć. Chcąc zrobić plombę na powierzchni stycznej musimy, naturalnie, mieć dosyć miejsca, aby wycisk bez zgięcia wyjąć.

Po wyjęciu wycisku, który możemy teraz nazwać *formą*, bierzemy go w odpowiedni, a dołączony do kompletu instrument i bez żadnego zatapiania przystępujemy do wypalania. Dobieramy na szkiełku odpowiednie kolory emalii i za pomocą odpowiedniej łyżeczki wnosimy tę emalię na sucho na dno złotej foremki (wycisku). Trzeba przytem zwracać uwagę, żeby nie rozsypać emalii na brzegi formy, jeżeliby zaś to się zdarzyło, to trzeba emalię ztąd zdmuchnąć. Warstwa emalii na 1 m m. gruba, pokrywająca całe dno, wystarcza w większości przypadków. Przy większych plombach konturowych warstwa emalii może być grubsza.

Emalię topi się na palniku Bunsena w płomieniu średniej wielkości. Do dobrego stopienia trzeba pewnej wprawy.

Po stopieniu emalii odcina się kawałek z laseczki kaolitu, kładzie się do foremki i topi się znowu. Kaolit nie kureczy się przy stopieniu; jeżeli okaże się kaolitu za mało, to dodaje się jeszcze kawałek. Nie potrzeba przytem uważać, żeby kaolitu po stopieniu było zupełnie równo z brzegami formy. Może być i więcej, bo nadmiar można zawsze bez żadnej szkody dla plomby zoszlifować.—Folia z gotowej plomby zdejmują się bez żadnych trudności. Przed obsadzeniem plomby robi się w ubytku małe podcięcia. Przed zacementowaniem trzeba plombę i ubytek wymyć alkoholem i wysuszyć. Cement musi być dobrze dobrany w kolorze, twarzenie wolno i być zarobionym na rzadko (najlepsze do tego celu są cementy Ash'a i Harwarda). Po zacementowaniu przyciska się plombę przez kilka minut jakimkolwiek instrumentem lub drewnianą pałeczką, poczem smaruje się ją lakierem. Bardzo duże plomby można opasać na kilka godzin pierścieniem gumowym.

Rzecz oczywista, że do zrobienia plomby porcelanowej trzeba zręczności i wprawy. Nie ulega wątpliwości, że tanieść kaolitu (względnie do innych plomb porcelanowych) powinna każdego zachęcić do wypróbowania swej zręczności w tym kierunku.

P. M.



15. **D-r. A. Ackermann. Przypadek nerwobólu trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, wywołanego wskutek ucisku przez ząb nadliczbowy.**

(Pamiętnik jubileuszowy wydany ku uczczeniu 25 letniej działalności prof. Edwarda Korczyńskiego przez b. jego uczniów. Kraków, 1900 str. 25 VIII).

Do nadwyczej rzadkich przypadków odnieść należy usadowienie nadliczbowego zęba trzonowego w ramieniu wstępującem żuchwy tuż pod wyrostkiem stawowym. Podobny przypadek, który był powodem długotrwałego nerwobólu gałęzi III n. trójdzielnego, opisał autor w oddziale chirurgicznym prof. Trzebiekiego w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie.

Do kliniki zgłosiła się 33 letnia kobieta, narzekająca na napadowe bóle, wychodzące z okolicy tuż pod stawem żuchwy położonej.

W okolicy tej chora mogła wymacać guzek bolesny. Bóle te, których chora doznaje od lat 17, zwykle występują pod wieczór, rozpromieniają się po całej połowie twarzy, trwają kilka godzin i powtarzają się w różnych odstępach czasu.

W ostatnich czasach dołączyły się silne bóle głowy, ogólne podrażnienie i bezsenność. Duże dawki fenacetyny sprawiały chwilową ulgę.

Status praesens. Pacjentka dobrze zbudowana; zmian w narządach wewnętrznych nie wykryto. Obrzęk powyżej kąta prawego żuchwy, bolesny przy dotknięciu, skóra niezmienną. Ucisk na *foramen mentale* bolesny; ruchy szczęki swobodne. Zęby w należytych stanie; na wstępującej gałęzi żuchwy łatwo dający się wyczuć obrzęk; ucisk miejsca, gdzie nerw wstępuje do żuchwy, wywołuje silny ból. Autor rozpoznał nerwoból III gałązki nerwu trójdzielnego, spowodowany uciskiem na nerw przez guz, wychodzący z samej żuchwy, prawdopodobnie natury nowotworowej.— Podczas operacji, wykonanej w uśpieniu, przekonano się, że gałąź wstępująca żuchwy zawierała w środku dość obszerną jamę, w której znaleziono ząb trzonowy (właściwie koronę zęba trzonowego, gdyż korzeń przedtem został odlupany), odwrócony powierchnią żującą w stronę jamy ustnej. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po trzech tygodniach chora wypisała się ze szpitala zupełnie zdrową. Wszystkie dolegliwości ustąpiły. Przypadek ten przedstawia ciekawy przyczynek do nieprawidłowego rozwoju zarodków zębowych.

M. Krakowski.

16. **Perthes. O raku wodnym (noma) i jego sprawcy.** (Archiv für klinische chirurgie T. LIX, refer. Przegl. lek. 140—99).

Wyniki badań różnych autorów co do przyrody tego cierpienia są nader sprzeczne. Perthes na podstawie dokładnych badań histologicznych i bakteriologicznych przychodzi do następujących wniosków. Rak wodny należy do t. zw. *grzybic* t. j. chorób, wywoływanych przez swoiste grzybki. Rozwija się na tle usposobienia, powstałego wskutek złego odżywiania, po przebytych chorobach zakaźnych (tyfus, odra i t. d.). Drobnoustroje, wywołujące to cierpienie, zajmują środek pomiędzy prątkami a pleśniami—*stre-*

ptothrachea (najbardziej znanym grzybkim tej gromady jest grzybek promienicy).

Streptothrix nomae w chorej tkance tworzy długie nici, które tworzą gęstą sieć grzybni. Największej zbitości dochodzi ta sieć na granicy tkanki zdrowej i obumarłej (zbita plecionka).

Boczne wypustki, mające kształt spirylli, drażą w tkankę i otaczają komórki, które pod wpływem tego obumierają.

Pasorzyty barwią się: fuksyną karbolową i metodą Weigerta.

Przy dostępie powietrza hodowle nie udawały się. W atmosferze wodoru lub bez dostępu powietrza na agarze rozwijają się kolonie, zupełnie podobne do widzianych w tkankach (długie pokręcone nici). Przy szczepieniu rozwijają się także i inne koki, których oddzielić się nie udało. Aczkolwiek doświadczenia na zwierzętach dawały wyniki ujemne (u królika powstała tylko niewielka zgorzel w skórze), autor uważa ten grzybek za sprawcę raka wodnego, a to z następujących względów:

1) Grzybnia rozrasta się w głównej masie na granicy tkanki obumarłej i zdrowej; włókna drażą zbitymi odnogami w głąb tkanki tak, że odrazu robią wrażenie czynnika, powodującego jej śmierć.

2) Od głównej masy grzybni rozechodzą się najcieńsze wyrostki daleko w tkankę zdrową pomiędzy komórki; te już nie mogą być niewinnymi saprofitami, które musiałyby rozrastać się najobficiej w częściach najstarszych, najdawniej obumarłych.

3) Istnieją sprawy chorobowe u zwierząt, zależne od zupełnie analogicznych pasorzytów. To zaś, że nie udało się otrzymać czystej hodowli pasorzytów z tych przypadków i że wyniki doświadczalne wypadły ujemnie, nie świadczy bynajmniej przeciw ich znaczeniu przyczynowemu jak poucza przykład promienicy, w której rola grzybka promienistego stwierdzona i przyjęta została znacznie wcześniej, niż otrzymano czyste hodowle tego grzybka i zanim badania histologiczne potwierdzone zostały przez doświadczenia na zwierzętach.

A. Krakowski.

17. **D-r. Greulich. Przypadek krwawiączki.** Krwawiączka (hemofilia) stanowi cierpienie dziedziczne, spotyka się ona najczęściej u mężczyzn. Przyczyna nie

jest dotychczas wiadomą. Terapia nowszych czasów zaleca wstrzykiwania krwi innego osobnika, podobno z dobrym wynikiem. Autor spostrzegł następujący przypadek.

U pewnej pacjentki po wyjęciu zęba wystąpił krwotok i wynaczynienia w błonę śluzową w okolicy rany. Krwotok próbowano zatamować żegadłem, co nie skutkowało: krwawienie trwało w dalszym ciągu. Wówczas powołano autora, który wypełnił usta pacjentki kawałeczkami lodu, zawiniętymi cienką warstwą waty. Po pięciu minutach krwawienie ustało i rana zagoiła się bez powikłań. W kilka miesięcy potem ta sama pacjentka prosiła o usunięcie kamienia. Działo krwawi przy uajlżejszem dotknięciu. Aby uniknąć krwotoku G. pendzłował najprzód działło 5% roztworem taniny w spirytusie, po czem dopiero zdejmował kamień, postępując bardzo ostrożnie i powoli. Po 14 dniach dopiero kamień był zdjęty doszczętnie. Można było doskonale obserwować, jak działło przychodziło do siebie, robiło się twardem i jędrnem w miejscach już oczyszczonych. Zatajone resztki kamienia zdradzały się tem, że ciągle koło nich działło krwawiło

(D. M. f. Zhkde. 3 1900).

M. Krakowski.

18. **Miazgi wyjęcie bez zatruwania** opisuje *E. M. Cook* w *Dental Register* № 2 r. z.

Postępuje on w sposób następujący: tampon z waty, umaczany obficie w spirytusowym roztworze chloru kokainy kładzie na obnażoną miazgę; w chwilę później kładzie na ten tampon kawałek kuczuku białego i przyciska to z początku lekko, stopniowo zaś coraz silniej. Przez ten ucisk kokaina wtlacza się w tkankę miazgi i następuje zupełne znieczulenie. Przy tej sposobności podaje Cook uwagi godny przypadek, w którym wyżej opisanym sposobem nie tylko wyjął miazgę, ale nawet uśmierzył bóle zależne od zapalenia ozębny.

W końcu swego artykułu autor podaje, że sposób ten stosuje z doskonałym skutkiem przez cały rok i że w jednym tylko przypadku sposób ten go zawiódł.

Wł. Zielński.

19. **Styptycynę** zaleca **Munk** w krwotokach uporezywych, a powstałych po wyjęciu zęba. Działanie leku ma być natychmiastowe. M. zakłada do rany działło

kołaczyk styptycyny. (Przegląd lekarski № 49—99 r. str. 674). — *Stypticinum s. Cotarninum hydrochloricum* ($C_{12}H_{13}NO_3 + 11_2 O HCl$) żółte kryształy w wodzie i wyskoku łatwo rozpuszczalne. Związek ten jest pod względem chemicznym bardzo bliskim hydrastyny, a różni od niej tem. iż cząsteczka wodoru zastąpiona jest grupą OCH_3 . Styptycyna powstrzymuje krwotoki, prócz tego działa jeszcze uspakajająco na bóle. Sprzedaje się w postaci kołaczków (pastylków) w rurkach szklanych. (przyp. sprawozd.)

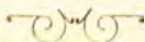
M. Krakowski.

20. **Jodoform.** Według **Richetta**, nieprzyjemny zapach jodoformu znika po umyciu rąk mydłem, a następnie octem winnym. (Kron. Lek. 4—1900).

21. W celu przyspieszenia twardnienia cementu (np. przy osadzeniu korony, lub sztyftowych zębów) dodać należy (podczas rozrabiania) minimalnej ilości sproszkowanego boraksu. (Schweiz. Viert—fl f. Z-de Juli 1900.

22. **Do regulowania zębów** poleca *Genese* rozległe użycie drutu stalowego. Aby zapobiedz rdzawieniu powleka się drut cyną. W tym celu wkłada się drut do roztworu chlorku cynku, a później zanurza się w roztopioną cynę. (Ohio Dental Journal 1899 r. № 12).

W. Zieliński.



Ze Zjazdu Dentystów w Strasburgu.

napisał **Feliks Idzikowski.**

III. Replantacja zębów.

Jak uczy nas historia, replantowanie i transplantowanie zębów znane już było w wiekach średnich.

Pierwszym wykonawcą tych operacji podobno był Abuleasis w roku 1122; w tych już więc czasach ząb, przez uderzenie, upadnięcie lub inny wypadek z zębodołu wyćalony,—replantowano na nowo oraz ograbia-

no usta biedaków z jedynej nieraz danej im przez naturę ozdoby dla dogodzenia próżności brzydkozębnych magnatów, transplantuując zęby pierwszych w zębodół ostatnich.

Do posądzenia o brak godności fachowej oraz ludzkości wykonawców ostatniej z tych operacyi, ludzi w czasach inkwizycyi żyjących, nie mamy prawa, skoro dziś jeszcze ta operacya gorliwych ma przedstawicieli i to najwięcej wśród francuzów, szukających sztuczek w sztuce, a mających pretensye do przodowania narodom w cywilizacyi.

Od roku 1594, w którym Ambroży Paré i Guillaume doświadczenia swoje co do replantacyi i transplantacyi opisali aż do chwili obecnej—francuzi zawsze mieli licznych zwolenników tych operacyi, głównymi zaś z nich byli: *Denys, Pomar, Dionisau, Fauchard, De la Motte, L'Ecluse, La Forgue, Jourdain, Joux, Magitot i Legros* oraz *Bourdet*.

Anglia i Ameryka również pochwalić się może kilkoma wybitnymi autorami, którzy we wspomnianej kwestyi głos zabierali, jak np. *Lewis, Thomas, Hunter, Wooffendale, Younger* (wynalazca implantacyi) i *Ottotenguí*. Z polaków o re-trans—i implantacyi zębów pisali *Kobyliński, Leszczyński, Szymkiewicz, Obtulowicz i Iwankiewicz*.

Wybitne stanowisko w sprawie implantacyi zębów zajmuje *Znamienski* w Moskwie.

Niemieccy autorzy doświadczenia z powyższemi operacyami przedsiębrali przeważnie w celach naukowych. Wyczerpujące wskazówki dla pragnących przedsiębrać doświadczenia na własną rękę mogą być czerpane z pracy „*De la greffe dentaire*”, dzieła szwajcarskiego autora *Leona Fredel*; uzupełnieniem zaś ostatniego dzieła i koroną prac na tem polu znanych jest praca *Juljusza Scheffa* p. t. „*Die Replantation der Zälme. Eine histologische und experimentelle Studie*”—*Wien 1890*.

W jaki sposób odbywa się dalsze funkcyonowanie zęba pomimo przerwania naczyń i jaki jest proces zrastania ponownie osadzonego zęba z zębodołem, nikt się nie troszczył i troszczyć się nie mógł w czasach małej znajomości fizjologii, kiedy szkła powiększające zaledwie do obserwowania ruchów słonia wystarczały: widocznie jednak ten pierwszy, który operacye powyższe przedsiębrał, liczył na zrośnięcie się zęba z zębodołem „*per primam intentionem*“, a ból, pojawiający się w replantowanym zębie, wyrobił przekonanie, że następuje zrośnięcie przerwanych nerwów.

Były to jednak tylko hipotezy, które istniały do roku 1717, w którym to roku przypadek przekonał, że zrośnięcie ponownie osadzonego zęba z zębodołem może nastąpić także wskutek złania kostnego. W powyższym bowiem roku *De la Motte*, chcąc ząb, przed pięciu miesiącami przez siebie replantowany, wyjąć z powodu powtarzającego się bólu, mógł takowy wydostać z zębodołu zaledwie wraz z kawałkiem jego ścianki.

Rzecz nabrała rozgłosu i zachęcała innych do doświadczeń z chwila, kiedy sławny chirurg angielski *John Hunter* w roku 1780 ogłosił wyniki swych doświadczeń na zwierzętach, a mianowicie: fakt zrośnięcia się z grzebieniem koguta implantowanego zęba, świeżo wyjętego z ust 12-stoletniego chłopca.

Że operacye takie w wyżej wymienionych czasach w ogóle mogły się udawać, skoro się odbywały bez wyjąłwienia narzędzi, dezynfekcyi jamy ustnej i przygotowania rąk operującego, to jest faktem wołającym o pomstę do nieba, według bowiem dzisiejszego zapatrywania głównym warunkiem udania się operacyi jest najściślejsza aseptyka. Doświadczenia, prowadzone na zwierzętach, doprowadziły do ustalenia teoryi następującej: Replantowany ząb może się zrosnąć z zębodołem „*per primam intentionem*“, t. j. że pozostałe na korzeniu wyjętego zęba strzępki oziębny

mogą się zrosnąć ze strzępkami okostny, pozostałymi na ściankach zębodołu, którego szpik jest dostarczycielem soków odżywczych dla tejże okostny. Ażeby takie zrosnięcie było trwałe, głównym warunkiem jest, aby przy wyjęciu zęba okostna nie została bardzo poszarpaną, gdyż ważną jest rzeczą, ażeby korzeń na nowo osadzonego zęba na znacznej powierzchni został objęty przez okostną (*Römer*).

Poszarpana okostna nie traci swej żywotności, lecz przeciwnie, tkanka jej, będąc skłonna do regeneracyi, drażniona przez ciało obce w postaci na nowo osadzonego zęba, zaczyna granulować w kierunku miejsc korzenia zęba, pozbawionych okostny.—Granulacye te są zależne od stopnia podrażnienia miejscowego i od usposobienia ogólnego pacyenta; od tych przyczyn zależy mniej lub więcej bujny rozrost tych granulacyi.

W warunkach sprzyjających granulacye powodują tylko rezorbeyę cementu, postępując jednak dalej wywołują one rezorbeyę zębiny; gdy ta ostatnia, t. j. rezorbeyca zębiny zaczyna się od wierzchołka korzenia, to postępując nawet do połowy tegoż, jeszcze nie zagraża zębowi wypadnięciem, jeżeli tylko na tym poziomie ziarninowanie się zatrzyma. Gdy bowiem ziarnina (granulacye) przestanie się rozrastać, to tkanka jej, bardzo bogata w naczynia i komórki, wytwarza z siebie nową substancyę cementową lub kostną; substancya ta, wypełniając miejsca zrezorbowane, łączy korzeń zęba z zębodołem w jedną całość.

Ten sposób umocowania zęba replantowanego był najczęściej napotykanym, a stwierdzenie tego sposobu naprowadziło na myśl, że ząb może zrosnąć się z zębodołem bez udziału okostny. W obec tego niektórzy zaczęli replantować zęby z martwą okostną.

W warunkach, sprawie mniej sprzyjających, granulacye rosną wciąż, rezorbując korzeń zęba aż do szyjki, co powoduje w końcu wypadnięcie zęba, który początkowo zdawał się być przyrośniętym. *Znamien-*

skiej, by się od takich niespodzianek uchronić, nie licząc na współdziałanie w procesie zrastania strzępków okostny, pozostałych na korzeniu wyjętego zęba, wpadł na myśl implantowania zębów o korzeniach mineralnych lub kauczukowych, które rezorbeyi nie podlegają.

Prof. Julius Scheff, który sprawie replantacyi zębów poświęcił dużo czasu i osobiście przeprowadził doświadczenia na 70 przeszło zwierzętach; któremu udało się po drodze wykryć wiele szeregów natury histologicznej, dotąd nie znanych, nie mógł jednak wykryć przyczyny, która powoduje kostnienie tkanki granulacyjnej, a tem samym gwarantuje pożądany wynik replantacyi.—*Scheff* nie przyznaje praktyczności operacyi, której wynik jest rzeczą przypadku, sam bowiem w swej praktyce jeden z replantowanych zębów widział jeszcze mocno siedzącym po 10 latach, inne znowu, z tą samą dokładnością replantowane, po 2 lub 3 latach wypadały, mając korzenie zupełnie zrezorbowane.

Zbadaniem przyczyn, od których zależą dodatnie lub ujemne wyniki replantacyi zęba, zajął się w ostatnich czasach młody jeszcze, a z powodu swoich prac naukowych, zwłaszcza na polu bakteryologii, już wielki, docent uniwersytetu w Strasburgu, *Dr. Römer* i *corpus delicti* owych badań w postaci głów zwierzęcych i preparatów mikroskopowych przedstawił na ostatnim zjeździe dentystów w Sztrasburgu. Badania Römera co do replantacyi zębów (transplantacya i implantacya nie były przedmiotem jego badań) doprowadziły go do ustalenia następujących warunków pomysłnego udania się operacyi:

Ząb, mówi Römer, musi być wyjęty jaknajogłędniej, bez zbytecznego rozszerzenia ścian zębodołu, gdyż ważnem jest, aby po ponownem obsadzeniu ząb na jak największej powierzchni stykał się ze ścianami zębodołu, a raczej jego okostną, gdyż w takich tylko warunkach nastąpić może zrośnięcie się zęba z zębo-

dołem *per primam*. Zrośnięcia *per primam* we wszystkich punktach zębodołu Römer nie spotkał nigdy i uważa to za nieprawdopodobne, boć przy najszczęśliwszem wyjęciu zęba ginie pewna część okostny; jeżeli jednak tylko małe powierzchwie korzenia pozbawione są okostny, to granulacye nie zdołają zrezorbować korzenia zęba aż do wypadnięcia korony tegoż.

Drugim warunkiem zrośnięcia *per primam*, a takie tylko zrośnięcie zabezpiecza od rozwoju ziarniny i rezorbeyi, jest zachowanie żywotności strzępków okostny i cementu na korzeniu wyjętego zęba. Żywotność ta zachowuje się przez szybkie osadzenie zęba na nowo, nim takowy zdoła ostygnąć; jeżeli zamierzamy z zębem przedsiębrać przed ponownem obsadzeniem jakiegokolwiek manipulacye po za obrębem ust, to należy takowy jaknajczęściej zanurzać w ciepłym fizyologicznym roztworze soli kuchennej.

Dr. Römer przy replantacyi postępuje w sposób następujący: po wyjęciu zęba obmywa takowy we wspomnianym roztworze soli kuchennej, następnie obcina koniec korzenia tak, aby mógł miazgę w zupełności z kanału wydostać. Po wyjęciu miazgi i dezynfekowaniu kanału, nie zapominając przytem o przeznaczeniu ciepłego roztworu soli kuchennej, w którym od czasu do czasu zęb macza, wypełnia kanał miazgowy wraz z ubytkiem próchnicowym pastą, składającą się z eugenolu i tlenku cynku, i jaknajprędzej zęb replantuje.—Ubytek próchnicowy Römer plombuje na stałe dopiero po zupełnem umocowaniu się zęba.—Dr. Römer zapewnia, że jeżeli się całą operacyę wykona z uwzględnieniem wymagań antyseptyki oraz podług jego wskazówek, procent nieudanych operacyi będzie bardzo mały. Praktyczności żaden z autorów ani w replantacyi ani też w transplantacyi nie szukał; wykonywano je dawniej jak i teraz przeważnie w brakach, wynikłych w zębach frontowych, a zatem tylko w celach kosmetycznych.

Dziś zaś, kiedy wiedza nasza, dzięki środkom antyseptycznym doszła do tego, że w większości wypadków możemy ząb chory wyleczyć w ustach pacjenta, replantacya zębów wogóle powinna być ograniczoną do wypadku, w którym ząb został wydalonym ze swojej siedziby przez uraz; ze względów humanitarnych powinniśmy implantacyi dać pierwszeństwo przed nieludzką transplantacyą.

d. e. n.



O szkole techników dentystycznych słów kilka.

*Gutta cavat lapidem non
vi, sed saepe cadendo.*

Niepotrzeba dowodzić, że *głębina ustna* jest nieodłączną częścią organizmu, że nie można wydzielić jej jako całości samoistnej, że zostaje ona w ciągłym, nierozzerwalnym związku ze wszystkiemi narządami ustroju, a czynności od niej zawisłe mają wydatne znaczenie w życiu całego organizmu.

Część wiedzy lekarskiej, specjalnie dotycząca *głębiny ustnej* wraz z zębami, znana pod nazwą *stomatologii*, również wyodrębnić się nie da i dla tego stanowić musi dopełnienie ogólnej medycyny.

W *głębiny ustnej* umiejscawia się wiele cierpień ogólnych; dość wspomnieć o kilku wydatniejszych i częstszych, do których zaliczamy: syfilis, gnilec, rozmaite zaburzenia w odżywianiu, wikłające się pleśniawkami i stomatitami i t. p. Dla usunięcia wspomnianych cierpień nie wystarczają miejscowe lekarstwa i zabiegi, zmuszeni jesteśmy zwalczać je ogólnie działającemi środkami, a te wymagają znajomości ogólnej medycyny. Ze świadomości naszej, że tak jest,

a nie inaczej, że inaczej być nie może i nie powinno, wynika, że i odontiatrya czyli zębolecznictwo, brane jako część wiedzy ogólnolekarskiej, jest w ścisłym związku z medycyną i bez ogólnolekarskiego wykształcenia, jako podstawy, obywać się nie może i *nie powinno**).

Zębolecznictwo najbardziej zbliża się do chirurgii operacyjnej, mając z nią wiele wspólności przez obfitość rękoczynów natury operacyjnej, stosowanych w głębi ustnej.

Najczęstszą czynnością po plombowaniu jest wyjmowanie zębów. Zabieg „rwania“ zębów, o ile częsty i zwykły, a wykonywany do ostatniej chwili przez powołanych i niepowołanych zwolenników sztuki, zaczawszy od kowali, kończąc na profesorach klinik chirurgicznych, o tyle (skoro wykonanie ma być należyte, t. j. możebnie łagodne i bez nieoczekiwanego szwanku) winien być dopełnionym na podstawie doskonałej *świadomości i wprawy*. *Świadomość i wprawa*— jedno i drugie wymaga pracy uczeiwej i wykonania sumiennego; jedno i drugie nabyć można tylko drogą obszernej, więc sumiennej, ścisłej nauki i praktyki.

Czy w obec tego, cośmy wyżej powiedzieli, a co jest niezaprzeczoną prawdą, można, niejako z zasady, ograniczać się zmniejszonym zakresem specjalnego wykształcenia i dopuszczeniem mniej wykształconych?

Na to musimy odpowiedzieć: specjalistami wiedzy stomatologicznej w przyszłości mogą i powinni być tylko lekarze zupełni.

Na tem nie koniec jeszcze.

Stomatologia w tym zakresie w jakim się już w ciągu stosunkowe krótkiego czasu z dawnych granic dentystyki zdołała wydostać, ma odrębną część wiedzy mechanicznej, czyli kunszt techniki zębiarskiej.

* Mieliliśmy możność nieco dawniej wypowiedzieć to przekonanie nasze, dziś znowu je powtarzamy w celu jasnego określenia naszego stanowiska.

Ma ona na celu wyleczony, lecz zrujnowany narząd zucia sposobami technicznymi odnowić, wzmocnić, przeprowadzić do możebnie pierwotnego, normalnego stanu, aby w ten sposób głębia ustna uzębiona powrócić mogła do uprzedniej swej sprawności; granicą więc dla stomatologii leczniczej jest umiejętne przygotowanie głębi ustnej do sztucznych zębów, do tak zwanych dostawek zębowych w całej rozciągłości tego wymagania pojętych.

Z przygotowanej głębi ustnej zdejmujemy wy-cisk, z którego odlewamy model, a model taki zwykle oddaje się do opracowania, wedle gabinetowych wskazówek, technikowi, który wykonywa żadaną robotę.

W czasach dawniejszych byli tylko technicy dentyście, oni to zwali się dentydami. Rwali zęby, wstawiali nowe, biorąc je z liczby wyjętych lub modelując z kości i t. p. Następnie wkładać się zaczęło leczenie zębów bez rwania, tym sposobem czynność w gabinetach dentydów stawała się coraz więcej lekarską i w końcu doszła do tego, że dentyda, zajęty w gabinecie, wykształcał sobie pomocnika technika, a ten znowu przeistaczał się w dentydę. Tego rodzaju ciągła metamorfoza przeszła w życiową konieczność i trwałaby do nieskończoności, gdyby nie zjawily się szkoły, kształcające przeważnie dentydów lekarzy.

W obecnej chwili część lecznicza głębi ustnej, a więc i zębów, uprzednio tylko rwanym, spotężniała, wyrosła w specjalną gałąź medycyny. Leczenie zębów całkowicie dziś wypełnia czas dentyście i zmusza go do utrzymywania podręcznej istoty w postaci technika dentydystycznego, właściwego zęboroba.

W tej złożonej sprawie istnieje jedna *nie-normalność*, zależąca od tej drobnostki, że tych potrzebnych, a odpowiednio uzdolnionych techników w kraju

nie mamy i mieć nie możemy, gdyż odpowiednich szkół zupełnie niema *).

Niema ich i zagranicą, a te co są, kształcą techników—dentystów, którzy stają się przerażającym widmem prawdziwych dyplomowanych dentystów. W obecnej chwili można sprowadzać techników zagranicznych za cenę taką, która przewyższa często dochód z praktyki dentystycznej otrzymywany; kogo nie stać na taki wydatek, ten musi zadawolniać się pomocą niedouczków, którzy wiedzę swą nabywali przygodnie, a robotą swą przynoszą szkodę zarówno pacjentowi jak i swemu pryncypałowi.

Ponieważ to co mówię jest prawdą, zatem trzeba przyznać, że szkoła, któraby specjalnie kształciła techników dentystycznych, jest nagłą koniecznością.

W Petersburgu i Moskwie towarzystwa dentystów, czując się na tym punkcie niedobrze, wpadły na pomysł werbowania na techników wychowaućców szkół głuchoniemych, licząc zapewne na to, że ze strony tych nie spotkają niebezpiecznej konkurencyi, której doznali ze strony techników zagranicznych, gdyż ci, wyrobiwszy sobie prawa cechowe, z panów dentystów nie sobie nie robią i zagarniają coraz skuteczniej praktykę dentystyczną.

Projekt zużytkowania sił głuchoniemych jednostek, opromienia się aureolą miłosierdzia ale do zapewnienia sobie fachowej przewagi i pomyślności, nie-tędy droga panowie lekarze—dentyści i dentyści.

Konkurencyę skuteczną wytworzyć mogą i głuchoniemi fachowej, skoro kształcić się będą na wzór dentystów. Dziewięć palców, oczy, ruch ust i bez mowy wystarczyć mogą w nieskomplikowanej rozmowie z chorymi.

Żeby narazie i w przyszłości trwale złemu zaradzić, trzeba utworzyć *specyalne szkoły techników den-*

* Kilku lub kilkunastu istniejących techników uzdolnionych nie może być branych w rachubę, traktując rzecz z szerszego, ogólnego punktu widzenia.

tystycznych, lecz takie, jakie jeszcze nie istnieją i w których kształciłiby się technicy bez aspiracyi do godności dentysty-lekarza.

Zatykając dziury w okiennicach szmatami, istniejącego i przedzierającego się zewnątrz słonecznego światła nie powstrzymamy; stanie się ciemniej w jakimś kącie, ale jasność wejdzie tędy lub owędy i wskaże drogę właściwą ludziom pracy społecznej.

Przed rokiem podałem umotywowaną prośbę, by mi pozwolone było otworzyć szkołę pożądaną. Liczyłem na to że mając pozwolenie w kieszeni, znajdę fundusze potrzebne u ludzi dobrej woli. Otrzymałem odmowę *niewymotywowaną*, a zatem w tej sprawie wszystko zostało *in statu quo ante*.

Na kosztta wstępne i następne nie miałem, przeciwnie i racye przedstawione przezemnie nie poskutkowały, więc sprawa poszła w odwłokę....

Została mi nadzieja, że jeszcze może ja sam lub po mnie kto inny pójdzie tą samą ścieżką i dojdzie do celu, co daj Boże jaknajprędzej, dopóki nie sprawdzi się przepowiednia D-ra Limberga, że z czasem ludziom zęby potrzebne nie będą, gdyż je zastąpi kociołek i retorta. Wtedy to dopiero -- będzie płacz i zgrzytanie zębów!!!

Qui vivra, verra.

I 23 901.

Dr. L. Walicki



Sprawy zawodowe i kronika.

— Polska książka do zapisywania pacjentów, którą zapowiadaliśmy w swoim czasie, wyszła już z pod prasy w nakładzie firmy *Dobronoki i Schiele*. Książka liczy 398 stron, numerowanych na sposób ksiąg handlowych, opatrzona jest prostymi ale praktycznymi szematami na każdej stronie i abecadłowem skrótem na końcu. Zewnętrzna sirona książki przedstawia się okazale; papier doskonały, odbicie czyste, oprawa bardzo piękna.

Kosztuje ta książka na miejscu w Warszawie 3 ruble, co jest bardzo tanio, jeżeli weźmiemy na uwagę, że cena tego rodzaju książek w języku niemieckim, nie wydanych jednak tak zbyt ko-wnie, wynosi 9 marek, to jest 4½ rubla. W obec wyszczególnio-nych zalet książki nie wątpimy, że nakład prędko wyczerpany zostanie.

— **Podręcznik dentystyki.** Współpracownictwo zaprojektowa- nego na zjeździe Podręcznika Dentystyki zostało już zorganizowa- ne. Podręcznik będzie się składał z trzech działów: anatomiczno- fizyologicznego, patologiczno-terapeutycznego i technicznego. *W dzia- le pierwszym* podjęli się współpracownictwa:

Anatomia opisowa zębów i szczęk we wszystkich fazach rozwoju—*Dr. Adam Bochenek*, as. przy kat. Anat. Un. Jagiellońskiego

Histologia zębów i bł. śluzowej j. ust. wraz z językiem.

Doc. Dr. Maziarski, as. przy kat. Fizyol. U. J.

Rozwój zębów i twarzy *Dr. Kostanecki* Prof. U. J.

Anatomia porównawcza zębów. *Dr. Hoyer H. jun.* Prof. U. J.

D Z I A Ł II.

Anomalie zębów i ich leczenie—*Dr. L. Leszczyński* (Warszawa)

Próchnica zębów i jej powikłania wraz z etyologią i lecze- niem—*Dr. B. Dzierżawski.*

Chirurgia twarzy i j. ustnej—*Prof. Dr. Rydygier* i *Dr. Boho- siewicz* (Lwów).

Plombowanie—*Dr. Gońka* (Lwów).

Ekstrakcja zębów wraz z zniecz. miejsc. i ogólnem—*Dr. L. Leszczyński.*

Parazytologia, zapalenia dziąseł i śluzówki i jamy ustnej—*Dr. W. Eepkowski*, Docent U. J.

Syfilis jamy ustnej. *Dr. Kozerski* (Warszawa).

Materia medica wraz z metalurgią. Pielęgnowanie j. ustnej.
Dr. Unsinn (Kraków).

Zęby w medycynie Sądowej—*Prof. Wachholz* i *Doc. Eepkowski*

D Z I A Ł III.

Modele, artykulacja, protezy kauczukowe—*D-ta Idzikowski.*
(Warszawa).

Protezy złote—*Doc. Eepkowski.*

Porcelana i emalia w dentystyce—*Dr. C. Zboril* (Przyrów).

Protezy po złamaniach i rezekcjach—*Dr. Bohosiewicz* (Lwów).

Obturator *D-ta Zieliński* (Warszawa).

— **Wiek XIX.** Z powodu śmierci królowej Wiktoryi pisma za- graniczne cytują zdanie o postępach wieku dziewiętnastego, wy- głoszone przez dentystę zmarłej monarchini *Sir Edwina Saundersa.* „Mówią dużo o postępach higieny w wieku dziewiętnastym, mówi *Sir Saunders*, zapominają jednak zwykle o jednym z najważniej-

szych. Jeszcze przed 60 laty nie zwracano wcale uwagi na pielęgnowanie zębów; dzisiaj zaś pielęgnowanie zębów jest należycie ocenione i znane jest już powszechnie jego znaczenie dla ogólnego zdrowia organizmu. Położone w przedsionku przewodu pokarmowego, wystawione na ciągłe zmiany temperatury i szkodliwe wpływy chemiczne rozkładających się resztek pokarmowych potrzebują zęby ciągłego i starannego pielęgnowania. Ile bólów, ile niestrawności i całkowitej ruiny zdrowia da się uniknąć przez należyte pielęgnowanie zębów. Jednym z najważniejszych postępów ludzkości w wieku dziewiętnastym jest to, że pielęgnowanie zębów stało się w tym wieku niezbędną potrzebą ludzkości. Tak mógł powiedzieć Str Edwin Saunders, wzorując się na zwyczajach angielskich. U nas jednak jest trochę inaczej. Pielęgnowanie zębów nie weszło jeszcze u nas w ogólny zwyczaj. Większość naszej publiczności pielęgnowanie zębów uważa za zbytek i niepotrzebną zniechęcałość.

— **Następującą odezwę** otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie:

Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe. „Katalogu bieżącej literatury naukowej.“ Wydawnictwo to, wszczęte przez „Royal Society“ Londyńską, zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Państw cywilizowanych, ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia umiejętności w Krakowie, pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodniczym osobną „Komisję Bibliograficzną“, której zadaniem będzie opracowywanie „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“, w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisji winnyby się spotkać z życzliwym współdziałaniem społeczeństwa, a przede wszystkim z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“ będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisja Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich Autorów, Redaktorów i Wydawców, zarówno pism peryodycznych jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, *zechcieli je przesyłać* pod adresem: **Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisja Bibliograficzna.**

Przewodniczący Komisji: **Władysław Natanson**, sekretarz: **Tadeusz Estreicher.**



ODCINEK.

Bardzo często się zdarza, że autor jakiegoś artykułu lub myśli bywa źle zrozumianym. Ten sam los i mnie spotkał po wydrukowaniu w Nr. 12 Przeglądu Dentystycznego (1900 rok) artykułu o stanie zębów u młodzieży szkolnej. Zrozumieli mię błędnie i lekarze — higieniści i moi szanowni koledzy. A mianowicie zwrócono mi w kołach lekarskich uwagę na niesłuszne jakoby spychanie całkowitego ciężaru w sprawie szerzenia zasad higieny jamy ustnej na lekarzy — higienistów z pominięciem kolegów moich, do których właściwie ta praca należy. Koledzy znowu moi, będąc zadowolonymi, że jak mówili „przypięłam łatkę lekarzom,“ radośnie mi przyklasnęli, usuwając się zupełnie na stronę, jak gdyby mowa była nie o higienie jamy ustnej, a o temacie zgoła ich nie obchodzącym. Nie chcąc zbyt ciężko obciążać medyków, a z drugiej strony folgować zupełnie moim kolegom, pozwolę sobie na kilka słów wyjaśnień. Jeżeli zwróciłam się z zarzutami do lekarzy — higienistów, to zrobiłam to na zasadzie tego, że w zakres działalności higienistów, zwłaszcza Towarzystwa higienicznego, wchodzi całokształt higieny, a nie higiena pojedynczych tylko organów.

Takaż sama z mej strony uwaga zwrócona ku lekarzowi terapii, laryngologowi i t. p. byłaby nie na miejscu, ale przecież lekarz — higienista z obowiązku swego powołania powinien zwrócić uwagę na czystość jamy ustnej, jak zwraca na czystość innych części ciała. Z tem każdy się zgodzi. Że zaś w danym razie nie zwróciłam się do kolegów, to nie znaczy

wcale, bym ich uniewinniała i uważała za słuszne ich dotychczasowe postępowanie. Ale że np. w Towarzystwie Hygienicznym głównie zasiadają medycy (o ile nie myślą mię wiadomości, dentystów pomiędzy nimi niema) z ich więc strony powinna była wyjść inicjatywa odezytu o higienie jamy ustnej. Przykro mi bardzo, że z drugiej znów strony muszę rozwiać zbyt idealne, że się tak wyrażę, mniemanie o sobie ogółu szanownych moich kolegów. Zastanówmy się, czem są warszawscy dentyści, co dotychczas zdziałali, jakie są ich dążenia i cele? Obejrźmy się wokoło: czy jest jeszcze gdzieś w Europie drugie miasto o milionowej prawie ludności, o takim rozwoju przemysłu i handlu, gdzieby higiena jamy ustnej u ludu i młodzieży szkolnej w takim pozostawała zaniedbaniu, jak u nas; gdzieby społeczna działalność dentystry tak mało dała się odczuć, jak w Warszawie. Weźmy pierwsze lepsze pismo specjalne zagraniczne lub rosyjskie: stale znajdujemy w tych pismach sprawozdania z badań nad stanem zębów u młodzieży, rozmaite plany organizacji pomocy dentystrycznej bezpłatnej, i t. p. A u nas? Takimi rzeczami nikt się nie zajmuje. Bo i poco? Karty, bilard i t. p. przyjemniejsze są, przystępniejsze i mniej wysilają umysł, niż praca naukowa lub dobro ogółu mających na celu. Hasła takie, „jak 2 bez at“, „mały w trefle“ więcej entuzjazmują naszych znanych i nieznanym, niż sprawy naukowe i społeczne.

Zresztą u nas jest zupełnie inaczej niż na szerokim świecie: nas wspólność zajęcia nie łączy—przeciwnie rozłącza; u nas prawdziwego poszanowania swego zawodu niema. My jesteśmy przedewszystkiem albo szlachtą, albo z „lepszej rodziny“, albo mędrszymi od ogółu kolegów i dlatego my się z nimi łączyć nie możemy. Że jest tam jakaś nie wspólność—nasza specjalność, któraby przy łączności towarzyskiej prędzej rozwinać się mogła, to drobnostka. My z chwilą opuszczenia ławy szkolnej nie wspólnego z kolegami nie mamy i mieć nie

chcemy i to aż nazbyt wyraźnie przy każdej sposobności zaznaczamy. Dla potwierdzenia mych dowodzeń z wielu przykładów weźmy np. taką bagatelną rzecz, jak przyjście na koncert na korzyść niezamożnych słuchaczy szkół dentystycznych.

Zdawałoby się, że na takich koncertach powinno by się przedewszystkiem spotykać sfery dentystyczne, jako takie, których los biednych słuchaczy—dentystów, najwięcej obchodzić powinien. U nas tak nie jest. Dentystów na koncercie, jak na lekarstwo. Rozumiabym tę wstrzeźliwość, gdyby nasi panowie i nasze panie—dentyści ślubowali sobie w ogóle nie chodzić na żadne zabawy. Ale tak nie jest. Nie na jednym z balów publicznych i prywatnych kolega X lub koleżanka Y, występując w roli gospodyni lub gospodarza, rej wodzi. Przyczyna więc tego domatorstwa nie w tem tkwi, a w tem, co wyżej mówiłam; wspólny zawód nie zobowiązuje nas do żadnej solidarności; przeciwnie, dążeniem naszym jest zawsze zaznaczyć wyraźnie, iż my z innej, lepszej, gliny ulepieni jesteśmy, niż ogół dentystów, że zawód nasz przypadł nam w udziale li tylko wypadkowo, że wstydzimy się, poprostu swego zawodu.

Ten sam sposób zapatrywania się cechuje nas i we wszystkich innych przypadkach, gdzie konieczną jest praca zbiorowa. Gdyby ktoś, nieznający stosunków warszawskich, zechciał sądzić o ilości dentystów miejscowych jedynie na zasadzie podpisów ich na artykułach w Przeglądzie Dentystycznym, doszedłby prawdopodobnie do bardzo mylnych wniosków; zdawałoby mu się, iż Warszawa ledwie kilkunastu ich posiada; nie uwierzyłby, że na 200 z górą osób, zajmujących się dentystryką, zaledwie kilku chce lub może podzielić się czy to swem doświadczeniem, czy wiedzą z kolegami. Za to mamy z pośród dentystów znakomitych *wioślarzy, cyklistów i przemysłowców.*

Oj czas by już było, czas, Sz. Panowie i Panie koledzy pomyśleć też o sprawach zawodowych i społecznych.

H. Cohnówna.

DENTYSTKA

która praktykowała 5 lat za granicą, biegła w plombowaniu złotem i robocie technicznej, **poszukuje miejsca** asystentki lub zastępstwa, najchętniej w Warszawie.

WIADOMOŚĆ: Warszawa, Ślizka 10, m. 9, u p. Kwiatkowskiej.

LEKARZ

poszukuje dentysty, lekarza-dentysty, a najlepiej lekarza, bardzo wprawnego pracownika, dla współpracownictwa w gabinecie, lub też dla odstąpienia bardzo obszernej klienteli. Dochód roczny 20000 rs. Oferty adresować:

Odessa, Sadowa 14, d-rowi T. Tyczyńskiemu.

TECHNIK uzdolniony w złocie i kauczuku potrzebny na wyjazd.

Wiadomość Ryga. Bahnhofstrasse 7a m. 3.

STROYNOWSKI.