

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

I. Prace oryginalne.

1). Jak powinien pracować dentysta, aby zachować swe zdrowie.

Na podstawie własnych spostrzeżeń napisał

STANISŁAW BLIKLE.

(Praca, wygłoszona w dniu 25 lipca 1907 r. na posiedzeniu sekcji dentystycznej X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie oraz w dniu 19 listopada 1907 r. na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Odontologicznego).

Szanowni Koledzy!

Nie potrzebuję długo dowodzić, że warunki naszej pracy są dla zdrowia niekorzystne.

Celem moim jest właśnie zebrać, ugrupować i odpowiednio oświetlić wszystkie te szkodliwe dla naszego zdrowia czynniki, na które może nie jeden z Sz. Kolegów nie zwrócił należytej uwagi.

Rozpatrzmy więc najpierw ogólne warunki, w jakich pracujemy: powietrze, światło, sposób odżywiania się i wypoczynek, a następnie ich wpływ na poszczególne narządy naszego ustroju. Przy każdym rozdziale podamy wnioski, które w końcu zreasumowane odpowiedzą na postawione w tytule zapytanie.

Zacniemy od **powietrza**, jakim oddycha dentysta w swym gabinecie podczas pracy. Zawartość tlenu w powietrzu po krótkim czasie zmniejsza się, gdyż wchłaniają go dwie, a często nawet (licząc asystę) trzy osoby.

Ponieważ jednak ustrój nasz przystosowuje się do warunków, przeto nie odczuwając duszności, dochodzimy wreszcie do takiej ilości tlenu w powietrzu, że dalszego przebywania w podobnym środowisku inaczej nazwać nie można, jak powolnym duszeniem się. Nadto w powietrzu pojawia się znaczna ilość kwasu węglanego oraz sporo produktów spalania, jakich nam wzamian za zużyty tlen dostarczają lampy. Jeżeli do tego dodamy jeszcze zapachy stosowanych przez nas leków (jodoform, eter, chloroform, karbol i t. p.) oraz wyziewy z rozrzuconych po podłodze smrodliwych tamponów, z rozpylonej dmuchawką śliny oraz zębów wyziewy pocącego się pacjenta, wreszcie dym z papierosów, to wówczas będziemy mogli wyrobić sobie pojęcie o czystości powietrza, jakim oddychają dentyści podczas pracy. Stan taki pogarsza się znacznie zimową porą, kiedy lampy palą się już prawie od południa, a okna zostały szczelnie zaopatrzone watą.

Zło wynikające dla naszego organizmu z przebywania w tak zepsutem powietrzu, objawia się w postaci szeregu dolegliwości, które zaznaczają się dopiero po upływie pewnego czasu. I to właśnie jest powodem, że sprawę czystości powietrza, jakim oddychamy, zwykliśmy tak sobie lekceważyć.

Wniosek. Rzecz prosta, że, aby mieć w gabinecie czyste powietrze, należy je jaknajmniej zanieczyszczać dymem z papierosów, rzucaniem smrodliwych tamponów na podłogę, niepotrzebnym rozlewaniem lekarstw i t. p. Stokroć jednak ważniejszą rzeczą jest zapewnić sobie stały dopływ świeżego oraz odpływ zużytego powietrza.

Otóż niektórzy uważają, że kwestję tę rozstrzygnęli, otwierając wentylator, który w największej ilości przypadków zupełnie nie jest lub bardzo słabo jest czynnym. Inni znów uważają, że, mając spory gabinet, posiadają zupełnie dostateczną ilość powietrza na dzień cały. Otóż i jedni, i drudzy są w błędzie, gdyż tylko w dostatecznej ilości stały odpływ i dopływ może nam zapewnić zupełnie świeże powietrze w gabinecie.

Wszystko to osiągnąć się daje szybko i z całą łatwością, gdy w miarę potrzeby uchylać okno, żadne bowiem wentylatory, ani też rozmiar gabinetu nie zastąpią otwartego okna. Największy gabinet okaże się wkrótce zbyt małym, jeśli okno jest zamknięte, a natomiast najmniejszy jest dostateczny, gdy okno otwarte.

Praca przy otwartem oknie przedstawia nieoszacowane korzyści dla naszego zdrowia; rozwija i wzmacnia narządy oddechowe, uspokaja nerwy, hartuje, jest niezrównanym środkiem na nerwowe bóle głowy, bezsenność, brak apetytu i złe trawienie, jednym słowem stały i bezpośredni dopływ powietrza zzewnątrz, zapewniając naszemu ustrojowi dostateczną ilość tlenu, przez to samo daje mu możność spełniania zupełnie prawidłowo wszystkich funkcji fizjologicznych.

A teraz zobaczymy jak zastosować tę zasadę w naszej praktyce. O ile więc gabinet posiada jedno tylko okno, to należy posilkować się górną częścią okna, tak zwanym oberlichtem, trzymając go letnią porą otwartym naoscież, zimową zaś podczas pracy w gabinecie—uchylonym.

Powiedzą mi zapewne koledzy: „ależ to wchodzić zimno mi będzie do pokoju!” Istotnie trudno wymagać, aby zimową porą zzewnątrz był przyływ ciepłego powietrza, ale czyż dlatego mamy się wyrzec świeżego i oddychać zepsutem? Od tego jest piec, aby w nim palić, ciągle ogrzewać powietrze świeże, a chłodne. Wreszcie, przy podwójnych oknach uchylonych wytwarza się między nimi dość duża warstwa powietrza, która zanim dojdzie do pokoju, już się nieco nagrzewa. Przy silnych zaś mrozach, kiedy powietrze gwałtownie wdiera się przez szczeliny okien niezaopatrzonych, wystarcza trzymać otwarte tylko zewnętrzne lub wewnętrzne okno. Kogo razi ten stały przyływ powietrza, temu radzę rozpocząć reformę od wietrzenia gabinetu przed każdym pacjentem, a wkrótce przekona się sam, co to za rozkosz oddychać przy pracy świeżem powietrzem. Jest to zbytek, na który bezwarunkowo każdy z łatwością może sobie pozwolić.

Dalej przejdziemy do **kwestji światła** w naszych gabinetach. Pomijając światło, jako czynnik biologiczny, zajmijmy się odrazu praktyczną jego stroną.

Drobiazgowość naszej roboty oraz pole operacyjne wymagają koniecznie dobrego oświetlenia. Ideałem światła jest oczywiście słońce, jednak przy naszej robocie bezpośrednie zetknięcie się ze światłem słonecznym pożądanem być nie może, jest ono bowiem za silne i skutkiem tego zbytńio wzrok razi. Gdy jednak promienie słoneczne dochodzą do nas z odbicia, np. od ściany domu przeciwległego lub od obłoków, wówczas są już rozproszone i stają się łagodnymi dla oka,

oświetlając zupełnie równomiernie pole operacyjne. Jak mało wogóle na oświetlenie zwracają uwagi niektórzy koledzy, przytoczę parę przykładów. I tak: mając np. dwa okna w gabinecie do wyboru, z których jedno daje więcej światła, a drugie mniej, (z powodu szerokości ulicy lub wysokości domu przeciwnego) bezmyślnie stawiają fotel przy oknie dającym mniej światła! Inni znów pozostawiają w oknie, przy którym stoi fotel, rolety zapuszczone do połowy szyb jedynie tylko dla symetrii z innymi oknami. Niektórzy zawieszają firanki lub sztory w oknie gabinetowym w ten sposób, że zupełnie niepotrzebnie zaciemniają sobie światło.

Rozpatrzmy teraz sztuczne światło. Nafta obok swej słabej siły świetlnej posiada jeszcze tę wielką wadę, że kopci.

Gaz z palnikiem systemu Auera jest pod względem siły świetlnej i swej barwy prawie bez zarzutu; ma jednak tę wadę, że silnie bardzo rozgrzewa lampę i część naszej głowy. Nadto gaz wydziela sporo produktów palenia, które, jak wiemy, zanieczyszczają powietrze. Zupełnie to samo można powiedzieć o t. zw. kreogazie i acetylenie. Światło elektryczne żarowe jest za słabe, gdyż promieniuje małą tylko powierzchnią, a przytem nie posiada ono promieni fioletowych co szybko męczy wzrok. Zato nie wydziela żadnych produktów spalania. Łukowe światło elektryczne jest zbyt silne i dla oka niemiłe, a przytem silnie grzeje i pali się nierówno.

Co się tyczy sposobów używania sztucznego światła, to uważam, że zwykły palnik, dający nam światło rozproszone, jest zupełnie do naszych celów nieodpowiedni. Należy więc dążyć do skoncentrowanego światła.

Wniosek. Światło słoneczne należy stosować tylko rozproszone, a więc z odbicia. O ile gabinet ma światło ze strony południowej lub zachodniej, wówczas należy zabezpieczyć okno od promieni słonecznych za pomocą szyb matowych lub białej rolety. Fotel winien być tak ustawiony, aby słońce nie padało nań bezpośrednio.

Ściany w gabinecie winne być białe, aby wszystkie promienie odbijały. Szторы, firanki i rolety winne być tak umieszczane, aby nie tamowały przyływu światła. Ze wszystkich sztucznych światel uważam gazowe z Auer'owskim systemem palnika za najodpowiedniejsze. Światło sztuczne wogóle należy koncentrować za pomocą reflektora

Telszow'a. Pracę bez niego uważam za wielkie wykroczenie przeciwko zdrowiu naszych oczu.

W sprawie **odżywiania się**, do której teraz przechodzę, muszę zupełnie pominąć jakość pokarmów, gdyż to oddaliłoby nas zbyt od naszego zadania, natomiast zwrócę tylko uwagę Sz. Kolegów na sposób przyjmowania pożywienia, a więc: porę, warunki, czas trwania i t. p.

Śniadania lub obiady spożywamy nie o jednej porze, lecz jak się uda, zależnie od czasu. Tym sposobem wyrządzamy żołądkowi wielką krzywdę. Kiedy bowiem jemy, nie czując głodu, wówczas zmuszamy żołądek, który jeszcze swej poprzedniej zawartości nie przetrawił, do przedłużania swej pracy bez żadnej przerwy. Stąd pochodzi osłabienie czynności trawienia i to wszystko, co nazywamy leniwem działaniem żołądka i kiszek. Innym znów razem, przyjmując pokarmy na bardzo wyголоdzony żołądek, łykamy je pośpiesznie i w nadmiernej ilości odrazu. Przytem same pokarmy są już przestałe i jako odgrzewane zepsute.

Drugim błędem w odżywianiu jest to, że posilamy się zwykle naprędce, przeplatając dania między jednym a drugim pacjentem. Następnie biegnąc zaraz po przełknięciu posiłku do pracy, uciskamy żołądek i kiszkę w najważniejszym okresie trawienia. Czyż w tych warunkach można myśleć o tak pożądanem wytchnieniu przed i po przyjęciu posiłku.

Pragnąłbym jeszcze zwrócić uwagę i na ten szczegół, że kledzy posiadają przeważnie chore i zepsute zęby, lub tak poważne ich braki, iż o dokładnem żuciu niema mowy; oczywiście pogarsza to znacznie zło, o jakim wspominałem wyżej.

Tak lekkomyślne traktowanie ważnej sprawy odżywiania się nie może pozostać bez przykrych następstw. Mamy więc najpierw zwykle zaburzenia narządów trawienia, które zjawiają się coraz to częściej, powodują nieregularności w wypróżnieniach, co zwłaszcza przy naszym braku czasu, szybko bardzo przechodzi w trudny do wyleczenia nawyk. Wreszcie rozwijają się nieżyty i atonja naszych narządów trawienia. Wszystko to wpływa bardzo niekorzystnie na system nerwowy, rujnuje siły naszego organizmu, a nadto tworzy doskonałe warunki do rozwinięcia się kamieni kałowych

w kiszkiach i hemoroidów, które znów, jak wiemy, dają początek całemu szeregowi różnych dolegliwości.

Wniosek. Na obiad należy stale o jednej porze dnia robić przerwę w pracy. Przerwa taka nie może być krótszą nad godzinę. Pod żadnym pozorem i dla nikogo nie należy jej poświęcać. Jeżeli bowiem chłop, pracując na własnym zagonie, może sobie pozwolić na przerwę obiadową nawet podczas tak drogiego dlań czasu, jak żniwa, jeżeli w mieście w godzinach obiadowych ruch handlowy słabnie, kantory i biura prywatne są nieczynne, fabryki stają, nawet konie dorożkarskie i tramwajowe mają czas na obiad, to dlaczegoż w pracowniach dentystycznych robota musi trwać bez żadnej przerwy od rana do późnego wieczora. Czyż naprawdę na taki zbytek jak godzinę obiadu nie możemy sobie pozwolić? Możemy i musimy, gdyż tu idzie o nasze zdrowie, które ważniejsze jest przecież, niż wszystko inne. Należy tylko otrząsnąć się trochę z tej rutyny, w którą bezwiednie popadliśmy z biegiem czasu. Reformę należy rozpocząć od wypisania na drzwiach przerwy w godzinach przyjęć. Pacjentów zaś, którzyby chcieli czekać, aż zjemy obiad, nie wpuszczać; samo bowiem przeświadczenie, że ktoś czeka podnieca nasze nerwy i odejmuje spokój.

Interesów w porze obiadowej nie załatwiać, niech wszystko i wszyscy czekają. Szanujmy innych porę obiadową i żądajmy, aby nawzajem szanowano naszą. Pacjentów trzeba koniecznie uczyć wyrozumiałości.

Wypoczynek jest potrzebny, na to się wszyscy zgadzamy, lecz cóż zrobić, kiedy zawsze nam brakuje czasu. Mojem zdaniem pochodzi to z następujących przyczyn: 1) ze złego systemu w przyjmowaniu pacjentów, t. j., że pacjentom przybywającym pierwszy raz poświęcamy za dużo czasu, i dlatego braknie nam go potem dla tych, co mają zamówione godziny; 2) ze złego obliczenia się z czasem, potrzebnym na wykonanie tego, co zajmuje nam godzinę lub więcej; 3) z nieuniknionych komplikacji, wynikających często podczas roboty; 4) z maruderstwa i gadulstwa zarówno naszego, jakoteż i pacjentów. Ten stały brak czasu jest powodem, że coraz więcej dobieramy godzin przeznaczonych na wypoczynek. W ten sposób dochodzimy wreszcie do tego, że nieraz pracujemy po 10—12 godzin dzien-

nie. Są nawet i tacy, którzy niedziele i święta poświęcają pracy zawodowej.

Czyż potrzebuję dowodzić, że w ten sposób pracujemy znacznie gorzej i wolniej, że taka praca musi być dla nas mniej produkcyjną, że łatwiej ulegamy różnym cierpieniom, które zmuszają nas do dłuższej przerwy w pracy, i że na tem materialnie daleko gorzej wychodzimy.

Przeciwnicy wypoczynku wśród dnia przytaczają jako argument obawę utraty pewnej ilości pacjentów. Obawa ta wydaje mi się nieuzasadnioną. Jeśli wszyscy będziemy mieli swe godziny wypoczynku, to i wszyscy jednakowo będziemy tracili pacjentów. Powtóre pacjenci, którzy pragną nam powierzyć się w opiekę, przyjdą napewno w dniu wyznaczonym i o godzinie właściwej. Jeżeli jednak odpadła jakaś część przygodnych pacjentów, to i z tem się pogodzić należy wobec faktu, iż wypadłoby nam ich zatrzymać kosztem naszego zdrowia. Strata pacjenta może być zawsze powetowana, utrata zaś zdrowia nigdy.

Wniosek. 1) Po każdej godzinie pracy robić należy pięciominutowe wytchnienie; 2) po pięciogodzinnej pracy—dwugodzinna przerwa na odpoczynek, przyjęcie posiłku i przechadzkę; 3) po sześciodniowej pracy—jednodniowy zupełny odpoczynek; 4) po jedenastomiesięcznej pracy—miesiąc wakacji na świeżem powietrzu. W ten sposób pracując, nie zamieniamy się dobrowolnie w maszynę bezmyślną, mamy możność załatwiać nasze sprawy osobiste, rodzinne, społeczne i ogólnoludzkie!

Dalej przejdziemy do rozpatrzenia poszczególnych narządów naszego ustroju podczas pracy zawodowej. Zaczniemy od *głowy*.

Oczy nasze są narażone na następujące szkodliwe wpływy. Ciągłe forsowanie wzroku przy naszej drobiazgowej robocie łatwo wywołuje zmęczenie, a w następstwie różne cierpienia oczu. Dr Stankowicz ogłosił w 1903 r. w *Journal für Zahnheilkunde* (№ 11) swoje spostrzeżenie w tej kwestji. Twierdzi on jakoby $\frac{4}{5}$ dentystów zajmujących się przynajmniej 10 lat praktyką, cierpi na pewne choroby oczu. Cierpienia owe, zdaniem Stankowicza, polegają na: poniżonej wrażliwości tęczówki prawego oka na światło, na zmniejszonej bystrości widzenia, na zezie zewnętrznym tegoż oka. Często również spotykanem cierpieniem oczu jest zapalenie łącznicy. Wdmuchiwanie

bowiem w oczy śliny i różnych opiłków z zęba oraz stały brak czystego powietrza w gabinecie sprzyja bardzo rozwinięciu się tego cierpienia. Wreszcie oczy nasze są w ciągłym niebezpieczeństwie wybicia lub skaleczenia gałki ocznej podczas zabiegów naszych przy zębach niespokojnego pacjenta, gdy ten niespodzianie poczuje silniejszy ból.

Wnioski. 1) przede wszystkim należy dbać o dobre oświetlenie pola operacyjnego i o czyste powietrze w gabinecie; 2) roboty trudne i męczące wzrok należy przeplatać łatwiejszemi, aby oczy miały możność wypocząć po zbytym wysiłku; 3) w razie dostania się do oka obcego ciała należy zaraz pracę przerwać i oko dobrze przemyć przy pomocy specjalnej wanienki; 4) na możność wbicia dłubaczki nie widzę innej rady, jak tę, aby w przypadkach, mogących sprawić pacjentowi ból, uprzedzić go o tem; operując zaś bardzo niecierpliwego lub niespokojnego pacjenta, należy ciągle pamiętać o grożącym niebezpieczeństwie.

Nos, uszy i gardło należą do narządów będących w najniebezpieczniejszych warunkach podczas naszej pracy zawodowej. Nos, prócz wyczuwania przykrych nieraz zapachów, żadnym cierpieniem nie ulega, gorzej jest z gardłem, zwłaszcza, gdy przy robocie dentysta oddycha ustami. Umożliwia to bezpośrednio dostawanie się ciał obcych do gardła, wywołując tym sposobem różne jego cierpienia. Uszy nasze muszą wprawdzie wiele wysłuchiwać krzyków i narzekań na bóle, jednak chorobom żadnym z tego powodu oczywiście nie podlegają.

Wniosek. Aby do naszego gardła nie dostawały się wogóle ciała rozpylone, należy samemu jak i również pacjentowi zalecić oddychanie tylko nosem. Przy używaniu szczotki rotacyjnej, która wyrzuca w powietrze dużo rozpylonej śliny i kurzu, należy miarkować tak jej obroty, aby nie były zbyt szybkie oraz obracać nią w ten sposób, żeby nie wyrzucała nam kurzu na twarz, lecz w stronę odwrotną.

Twarz, a właściwie **skóra twarzy** cierpi z tego samego powodu, co i gardło, nadto jeszcze przez dotykaniem nieczystym palcem podczas roboty łatwo bardzo zaszczepiamy sobie w pory skóry różne zarazki, które wywołują zapalenie gruczołów łojowych.

Wniosek. Po każdej przerwie w przyjęciu należy zaraz obmyć

ręce mydłem, twarz zaś, a zwłaszcza skrzydła nosa i wąsy dobrze zmyć spirytusem.

Płuca. Te same czynniki, które wyszczególniliśmy przy rozpatrywaniu gardła i nosa, wpływają ujemnie również i na płuca, zanieczyszczają nam bowiem oskrzela. Nadto jeszcze sam oddech tuberkulicznych pacjentów jest dla naszych płuc wielce szkodliwym.

Wniosek. Ponieważ niepodobna zupełnie uniknąć przy naszej robocie wciągania wydechu pacjenta, przeto należy przedsięwziąć takie środki, które nam dałyby jaknajmniejszą możliwość zarażenia się. Należy więc pacjenta zmuszać do oddychania nosem, samemu również nosem robić krótki oddech, przerywając przytem często pracę, aby odetchnąć głębiej świeżem powietrzem. Nad fotelem można ustawić wiatraczek (poruszany elektrycznością) do rozpędzania zgęszczonego powietrza. Dbać należy o czystość powietrza w pracowni, trzymając stale uchylone okno podczas przyjęć.

Kręgosłup i klatka piersiowa. Stała pozycja, w jakiej pracować musi dentysta, wymaga ciągłego prawie zginania karku i kręgosłupa. To też z czasem to zgięcie pozostaje, gdyż mięśnie wyprostne kręgosłupa przyzwyczajają się do tej pozycji, i mimowoli trzymamy się pałakowato, przytem rozwija się wklęsła klatka piersiowa, co jak wiemy, wpływa ujemnie na czynności płuc i serca.

Wniosek. Przedewszystkiem należy pamiętać, aby przy pracy fotel z pacjentem był w takiej pozycji, w jakiej możemy otrzymać zgięcie kręgosłupa jaknajmniejsze, złemu zaś już rozwiniętemu należy przeciwdziałać przy pomocy szwedzkiej gimnastyki. Dobrze jest również przyzwyczajać się sypiać na jednej poduszce, aby ciało nasze w nocy miało poziome położenie.

Żołądek i kiszki. Zgięta pozycja naszego ciała przy pracy ugniata żołądek i kiszki, co zwłaszcza przy naszym nieregularnem i nie prawidłowem odżywianiu się usposabia do zaparcia stolca, a w następstwie sprzyja tworzeniu się kamieni kałowych. Z tego też powodu cierpi najwięcej ślepa kiszka. W 1904 roku obserwowałem w ciągu dwumiesięcznego okresu aż cztery przypadki tej choroby wśród warszawskich kolegów.

Wniosek. Zaraz po przyjęciu posiłku nie należy zbyt uciśkać przy pracy żołądka i kiszki, starając się ustawić fotel z pa-

ejentem w ten sposób, aby zgięcie w pasie nie było zbyt silne. Gdy już rozwinęła się atonja, pamiętać należy o gimnastyce i masażu.

Ręce, dłoń i palec. Ciągłe mycie rąk, a zwłaszcza niedostateczne wycieranie takowych, powoduje pęknięcie skóry. Jest to bolesne i w naszych warunkach dość niebezpieczne, gdyż ranki te trudno się goją i mogą łatwo ulec zakażeniu. Dalej wcieranie rtęci w dłoń przy rozrabianiu amalgamatów może z czasem wywołać próchnienie kości lub objawy zatrucia. Wreszcie palec naszych rąk, ochraniając przy robocie policzki i wargi pacjentów, narażamy wciąż na okaleczenie i zaszczepienie sobie zarazków, ewentualnie jadu syfilitycznego. Wypada mi tu jeszcze wspomnieć o znacznym zgrubieniu skóry, jakie wszyscy posiadamy od ucisku dłubaczek (excavatorów) na środkowym palcu prawej ręki. Jest to wprawdzie dolegliwość nie tyle szkodliwa, ile niezbyt estetyczna, dochodzi ona bowiem u niektórych kolegów do znacznych nawet rozmiarów.

Wniosek. Do wycierania rąk należy używać ręczników grubych, kąpielowych, aby szybko wchłaniały wilgoć. Po przyjęciach należy zaraz ręce wymyć dobrze mydłem i szczotką, a wszelkie pęknięcia skóry zalać spirytusem, wcierając następnie trochę wazeliny. Rtęć należy wygniatać przez zamsz lub serwetkę. Przy ostatecznym rozcieraniu amalgamatu dłoń należy zastąpić moździerzkiem gumowym, wyrabianym specjalnie do tego celu przez firmę Ash'a.

Skaleczony palec podczas pracy należy natychmiast wymoczyć w ciepłej wodzie z mydłem i zrobić antyseptyczny opatrunek, nakładając na palec tak zaopatrzony gumową ochronę.

Nogi i stopy przy robocie dźwigają cały ciężar naszego ciała, nadto jeszcze pracują one, jako motor do poruszania kołowrotka. Wynik takiej pracy jest następujący: 1) odciski na stopach, 2) sforsowanie stawów kolanowego i biodrowego, 3) rozszerzenie powierzchni żył na łydkach, a szczególnie na prawej nodze.

Trzy tak różne dolegliwości pochodzą wskutek zbyt silnego skrępowania stopy ciasnym obuwem. Że z tej przyczyny mamy odciski to chyba dość jasne. Twarda podeszew uniemożliwia prawie ruchy stawów śródstopopalcowych, zesnurowanie zaś stopy w kostce utrudnia znów ruchy stawu piszczelostopowego. Dlatego też, przy obracaniu kołowrotka chętnie posługujemy się stawem kola-

nowym, a jeszcze chętniej biodrowym. Stąd właśnie pochodzi ich nadmierne przepracowanie, na które tylu kolegów narzeka.

Jako już dalszy skutek tego samego bezruchu stopy, zjawiają się na łydkach żyłaki. Mięśnie łydkowe, na których leżą właśnie żyły podskórne zewnętrzne i wewnętrzne, nie przyjmując żadnego udziału w pracy, oczywiście z powodu bezczynności stawów stopy, stwarzają zarazem bardzo dogodne warunki do rozwinięcia się w tem miejscu żyłaków. Następuje to tem łatwiej, że *v. saphena externa et interna magna* posiadają, jak wiemy, bardzo mało zastawek.

Wniosek. Należy specjalnie ćwiczyć się w obracaniu maszyną w taki sposób, aby pracowały tylko mięśnie łydkowe (do tego trzeba mieć zupełnie luźne w kostce obuwie o miękkiej podeszwie), stawy zaś: biodrowy i kolanowy winny być zlekka tylko zgięte, lecz bez ruchu. Dobrze jest rozpocząć tę reformę kręcenia maszyną od ćwiczeń mięśni łydkowych przez powolne podnoszenie się i opuszczanie na palcach, jednak przy zupełnie wyprostowanej nodze w kolanie.

System nerwowy. Ciągłe obcowanie z pacjentami nerwowymi lub chwilowo zdenerwowanymi bólem zęba, ciągły pośpiech z powodu braku czasu, dalej to panowanie nad sobą, aby nie wybuchnąć gniewem i zapewnić kapryśnym pacjentom cierpliwe i łagodne obejście się—wszystko to razem musi w końcu doprowadzić najzdrowsze nerwy dentysty do znacznego rozstroju. To też dziwić się niepodobna, że tylu kolegów kończy swój żywot obłądem, samobójstwem, morfinomanją lub kokainomanją.

Wniosek. Przedewszystkiem należy krzepić swoje nerwy racjonalnym wypoczynkiem (patrz wniosek w sprawie wypoczynku). Dobrze się wysypiać. Często używać kąpeli. Unikać zbytnio krepujących nas terminów przy wykonywaniu pracy. Takich zaś pacjentów, którzy swem zdenerwowaniem łatwo nas wyprowadzają z równowagi, należy się pozbywać, oceniając im swą pracę podwójnie lub potrójnie.

Na zakończenie wypada mi jeszcze wspomnieć o **możliwości zarażenia** siebie lub swej rodziny chorobą zakaźną, przyniesioną przez pacjenta, gdy tenże, mając taką chorobę w domu, zmuszony jest jednak szukać u nas porady.

Wniosek. Wietrzyć dobrze gabinet. Przyjmować chorych w far-

tuchu, który przed wyjściem z gabinetu należy zdejmować. Nie wpuszczają nikogo z rodziny podczas godzin przyjęć do gabinetu i przedpokoju.

A teraz spróbujemy, streszczając wszystkie swe wnioski, krótko odpowiedzieć na pytanie, postawione w tytule.

1-szy warunek zdrowia—stały dopływ do gabinetu świeżego powietrza przez otwarte lub uchylone okno;

2-gi warunek—praca przy dobrym oświetleniu;

3-ci „ —przynajmniej godzinna przerwa na obiad;

4-ty „ —ściśle ograniczenie przyjęć co do godzin, dni i miesięcy, zapewniając sobie należyty wypoczynek po pracy;

5-ty warunek—zmuszanie pacjentów do oddychania nosem;

6-ty „ —nie żałować czasu i fadygi na odpowiednie ustawienie fotela i ułożenie głowy pacjenta.

7-my warunek—nie lekceważyć sobie żadnego skaleczenia rąk lub wprysnięcia obcego ciała w oko, lecz niezwłocznie przedsięwziąć odpowiednie środki;

8-my warunek—dążyć do siedzącego wykonywania pracy;

9-ty „ —ubierać się do pracy lekko, przewiewnie i biało, a więc biały płócienny fartuch i luźne obuwie;

10-ty warunek—dobrze się wysypiać, kładąc się wcześniej na spoczynek;

11-ty warunek—codziennie używać parogodzinnej przechadzki;

12-ty „ —przed udaniem się na spoczynek stosować gimnastykę szwedzką.

Te dwanaście warunków, jeżeli ściśle zechce wykonywać dentysta, wówczas praca jego nie będzie mu ciężarem, lecz osłoda i umiłowieniem życia.

2). Dwa przypadki z praktyki.

OPISAL

K. W. TAUBENHAUS.

1) **Osteo-sarcoma maxillae superioris.** Dnia 1-go listopada r. z. zgłosił się do mnie chory N.N. mieszkaniec Lublina, lat 13, po poradę w sprawie powstałego u niego obrzmienia lewej strony twa-

rzy. Po zbadaniu wymacałem w okolicy os. zygomatici i temporalis znaczne zgrabienie kości. W jamie ustnej stwierdziłem zniszczenie wielu zębów, znaczne obrzmienie wewnętrznej części policzka, podniebienia i dziąseł. Dwuguzkowce i trzonowce były wprost pokryte obrzniętą tkanką; sterczały tylko wierzchołki guzków tych zębów; śluzówka była znacznie zaczerwieniona, policzek w miejscu przylegania zębów był owrzodzony. Z ust wydzielala się silna smrodliwa woń. Na policzku widoczne były dwa otwory po wyjętych niedawno drenach.

Pacjent opowiedział, że na trzy miesiące przed zgłoszeniem się *zaraz po wyjęciu* I-go górnego lewego trzonowca wystąpił obrzęk policzka, który się powiększał stopniowo. Chory udał się wówczas do szpitala w Lublinie i pozostawał tam pod obserwacją przez trzy tygodnie. Lekarze orzekli, że operacja jest niemożliwą. Chory przyjechał do Warszawy i zapisał się do Szpitala starozakonných na oddział chirurgiczny D-ra Oderfelda. Tu założono mu dwa dreny. Po trzech tygodniach lekarze orzekli, że przyczyną tak znacznego obrzęku jest rak, i że operacja nie jest możliwą do wykonania.

Pacjenta skierowałem do D-ra Gotarda, który rozpoznał osteosarcoma górnej szczęki; operacja i jego zdaniem była niemożliwą z przyczyny nader szybkiego i znacznego rozrostu nowotworu. Po wspólnej naradzie skierowaliśmy chorego do D-ra Bernharda, celem próbnego leczenia drogą naświetlania. Po trzech dniach pacjent zgłosił się do mnie; stwierdziłem znaczniejsze jeszcze powiększenie się obrzęku całej lewej strony twarzy, tylnej powierzchni głowy oraz szyi, ucho wystawało na jakieś 2 cm.; obrzęk zajął również oko. Czwartego i piątego dnia zmian nie było; szóstego dnia chory znowu zgłosił się do mnie; opuchlina była jeszcze większa. Po dwóch naświetlaniach Dr. B. polecił choremu wyjechać do domu na dwa tygodnie, a po tym czasie wrócić celem dalszego leczenia. Chorego widziałem jeszcze raz przed wyjazdem. Obrzęk bardzo znacznie powiększony, muszla uszna również była opuchniętą, z ucha—obfite wydzielanie się ropy; smród z jamy ustnej jeszcze większy, gorączka, silne bóle w skroni, ustach i uchu. O dalszym losie pacjenta nic nie mogłem się dowiedzieć; więcej nie wrócił...

W danym przypadku charakterystycznym jest to, że guz zaczął rosnąć *zaraz po wyjęciu zęba* (nb. niefortunnego). Być może nowotwór,

znajdując się w stanie ukrytym, *po wyjęciu zęba*, a zatem z przyczyny pewnego rodzaju podrażnienia szybko zaczął się rozwijać, wywo-



Fotografja pacjenta z przodu.

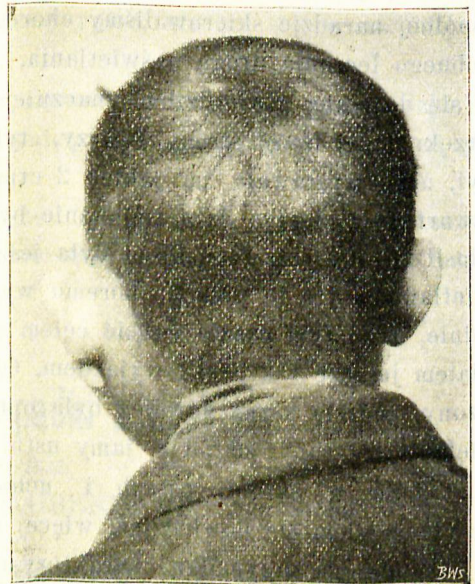
i to tak znaczny, że koleżanki w szkole od niej usuwają się; bólów niebyło.

Po obejrzeniu jamy ustnej stwierdziłem zaczerwienienie śluzówki jamy ustnej, zropienie dziąsła i zębodołu wyjętego zęba; z ust wyczuwał się znacznie smrodliwy odór; zębodół przy dotykaniu zgłębnikiem był bolesny.

Po kilkakrotnem przepłukaniu zębodołu rozcynem nadmanganianu potasu zaleciłem pacjentce płukanie z wody utlenionej i zgłoszenie się za kilka dni. Pacjentka zgłosiła się

lując tak straszne powikłanie, któremu żadna interwencja *już* nie dopomogła.

2). **Obumarcie częściowe dolnej szczęki wraz z zębodołem dolnego trzonowca wskutek niefortunnego wyjęcia zęba.** We wrześniu r. z. zgłosiła się do mnie pacjentka M. H., lat 10. Towarzyszająca jej matka opowiedziała, że na 2 tygodnie przedtem felerzer wyjął jej dolny lewy I trzonowiec, i od tego czasu rana się nie zrasta; z ust wydziela się smrodliwy odór,



Fotografja pacjenta z tyłu.

dopiero w listopadzie. W jamie ustnej zmian szczególnych nie było; twarz w okolicy dolnej szczęki była spuchnięta, bólów przy dotknięciu nie było. Po dokładnem zbadaniu zębodołu stwierdziłem obecność znacznego martwaka, który wyjąłem szczypcami. Martwak był duży i stanowił całkowicie część żuchwy z zębodołami obu korzeni trzonowca wyjątego (na nim wyraźnie widoczne były odbitki ostatnich).

Po usunięciu martwaka powstał znaczny ubytek w żuchwie; od dośrodkowej strony tegoż widoczne były korzenie sąsiedniego zęba. Na dnie ubytku było nieznaczne ropienie. Po stosownem leczeniu rana coraz zmniejszała się, wypełniając się ziarniną, a w końcu zagoiła się. Jak się okazało *wymieniony ząb był wyjęty przy pomocy klucza*, który prawdopodobnie podczas nałożenia rozgniół kość, skutkiem czego część uległa obumarciu.

II). Dział sprawozdawczy.

19). Dr. Puczkowski A. M. Przyczynek do kazuistyki twardego szankra jamy ustnej. (Wojenno-medycynski Żurnal IV-07). Aczkolwiek przypadki pozapłciowego zarażenia się syfilisem należą do dość częstych (prawie 7% ogólnej liczby zarażeń), i posiadamy w tej sprawie nie mało prac, w tej liczbie i klasyczne dzieło Fourniera, jednakowoż dla całkowitego zobrazowania tej choroby, dla wyjaśnienia mogących się zdarzyć powikłań pożądanem jest zaznajomienie się z opisami jaknajwiększej ilości przypadków tego rodzaju. Rzeczywiście pierwotne objawy syfilityczne umiejscawiają się przeważnie (więcej niż 93%) na narządach płciowych—najczęstszem miejscu zaszczepienia zakażenia. Pierwotne objawy w innych miejscach są rzadsze, ich charakterystyczne cechy znacznie się zmieniają od lokalizacji; zarażenie przeważnie następuje niespodzianie dla chorego, i wskutek tego chorzy często zwracają się nie do specjalisty-syfilidologa, a do lekarzy innych specjalności. Zawdzięczając właśnie takim okolicznościom, wskutek twardego szankra na palcach mało co nie odejmowano takowych; zdarzały się i inne tego rodzaju smutne przypadki.

Więcej jeszcze pożądanę są opisy jaknajwiększej liczby przypadków pozapłciowego zarażenia się syfilisem dlatego, że każdy pojedynczy przypadek ze względu na umiejscowienie lub inne przyczy-

ny, ma swoje, na pierwszy rzut oka nieznaczące osobliwości, w istocie zaś b. ważne i posiadające pewne znaczenie; niekiedy znów obraz cierpienia tak się zmienia, że nie tylko nowicjuszowi, lecz nawet i staremu praktykowi nie przejdzie przez myśl, że w danym przypadku jest twardy szankier.

W Rosji pozapłciowe rozpowszechnianie się syfilisu spotyka się bardzo często, przeważnie pośród biednej i mało inteligentnej ludności; są całe posiadłości w Tyfliskiej, Moskiewskiej, Orłowskiej i innych guberniach, gdzie cała ludność wogóle jest zarażona syfilisem, i przytem przeważnie zarażona drogą pozapłciową. Wśród wojskowych pozapłciowe zarażenie jest też dość częstym, chociaż o wiele rzadszym, niż wśród włościan zjawiskiem.

Wiele przyczyn rozpowszechniania się syfilisu daje koszarowe życie i sypianie na ogólnych pryzkach, jądanie ze wspólnych misek, wspólne kubki do picia, również wprowadzone gdzieś niegdzie szczotki do zębów (jedna dla kilku ludzi); czynnikiem do rozpowszechniania zarazka może być i słynny „kieliszek wódki”, najwięcej zaś tak rozpowszechniony pośród ludu rosyjskiego, a specjalnie wśród żołnierzy zwyczaj ugaszczania rodaka „zaciągnięciem się fajką lub papierosem“ (u nas zwyczaj taki panuje pośród młodzieży gimnazjalnej podczas przerw w lekcjach). W zachodniej Europie, podług Saveran'a, pozapłciowe zarażenie się syfilisem wśród wojskowych należy do zjawisk rzadkich, w rosyjskiej zaś armii trudno określić, ponieważ odpowiedniej statystyki nie mamy.

W moskiewskim szpitalu wojskowym autor stwierdził kilka (sześć) przypadków pozapłciowego zarażenia się syfilisem, przyczem miejscem lokalizacji twardego szankra były *wargi i język* (jeden przypadek). *Lokalizacja szankra na wargach i słuzówce jamy ustnej zajmuje pierwsze miejsce między pozapłciowymi szankrami* (więcej, niż 60% wszystkich przypadków pozapłciowego zarażenia), lecz wobec tego, że budowa wargi jest czemś pośredniem jakby przejściowem od skóry do słuzówki, to i twardy szankier w danym przypadku zatracza nieco swój odrębny charakter, a w niektórych razach, przeważnie u ludzi starszych, można pomyśleć o raku, i tylko na chybił-trafił przedsięwzięta z pomyslnym wynikiem ręciana kuracja uprzedziła interwencję chirurga. Szankier języka spotyka się względnie rzadko również wobec tego, że język często podlega rozmaitym drażnieniom, do

szankra mogą się dołączyć objawy zapalne, utrudniające samo rozpoznanie. W niektórych razach do tego wszystkiego przyłącza się jeszcze ból gruczołów.

Wobec wyżej wzmiankowanego podajemy krótkie streszczenia przypadków autora.

I. Szeregowiec, 25 lat, pałący. Chory od 15 dni. Środkowa część dolnej wargi opuchnięta, naskórek w niektórych miejscach głęboko popękany, w innych zmacerowany; czerwień wargi wskutek nierównomiernego opuchnięcia i ziarninowania nierówna, jakby guzkowata, łatwo krwawi. W wardze wyczuwa się dużej wielkości zbite stwardnienie, mało bolesne przy naciskaniu. Gruczoły podszczękowe i szyjne powiększone, twarde i bezbolesne.

II. Szeregowiec, 22 lata, pałący. W prawym kącie ust wrzodzik, więcej zagłębiony w centralnej części; czerwień wargi spuchnięta i otacza wrzodzik w rodzaju obwodowego zapalnego pierścienia. Dno wrzodzika pokryte rozpadem. Przy wymacywaniu w wardze wyczuwa się stwardnienie zbitości chrząstkowej, dobitnie przechodzące w zdrową tkankę. Podszczękowe i szyjne gruczoły powiększone, twarde i bezbolesne.

III. Robotnik, 39 lat, pałący. W mięszu końca języka guzek wielkości bobru, nieco wywyższający się ponad zdrową tkankę, stopniowo przechodzący w sąsiednie tkanki języka. Pośrodku guzka ubytek tkanki wielkości $1\frac{1}{2}$ ctm. owalny, postaci nerki, o nierównem dnie i podminowanych brzegach. Dno ubytku pokryte rozpadłą tkanką żółto-szarawej barwy. Przy najślabszym dotykaniu pacjent narzeka na silne bóle. Gruczoły podszczękowe powiększone, miękkie, przy uciskaniu bolesne. Postawić ścisłą ddiagnozę na zasadzie badania było dość trudnem, wobec tego przedsięwzięto tylko kurację, zwykłą przy owrzodzeniach języka, lecz typowa różyczka (roseola), która się ukazała po upływie dwóch tygodni, rozprzyszyła wątpliwości.

IV. Kozak, 23 lata, pałący. Na śluzówce górnej wargi wlewo od środkowej linii powstał wrzodzik, niegojący się dość długo, przyczem na tułowiu wystąpiła jakaś wysypka. Przy oględzinach chorego stwierdzono: na śluzówce górnej wargi wrzodzik o dnie pokrytem żółtawo-szarym rozpadem; brzegi wrzodzika podminowane. W samej wardze wyczuwa się niewielkie stwardnienie; jednakowoż niema typowej chrząstkowej zbitości. Podszczękowe gruczoły powiększone, twarde i bezbolesne; podobojzykowe i szyjne gruczoły również powiększone; pachwinowe i łokciowe nieznacznie zmienione. Po całym tułowiu równomiernie rozprzestrzeniona duża ilość wyraźnie ograniczonych, różnej wielkości, plam miedziano-cziorwanej barwy.

V. Szeregowiec, 24 lata, pałący. Na śluzówce dolnej wargi w lewo od linii środkowej wygryz (erozja) $1-1\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, pokryty cienką żółtawo-burą błoną; po zdjęciu ostatniej okazało się nieduże owrzodzenie o gładkich brzegach, zagłębione pośrodku i pokryte ropnym rozpadem. Podszczękowe gruczoły wyraźnie zmienione. Inne gruczoły mało powiększone. Tydzień przed ukazaniem się owrzodzenia na swoim miejscu, po nieznacznym swędzeniu i bólu, zjawilo się kilka małych pęcherzyków, które w przeciągu 5-6 dni zaschły. Wkrótce potem ukazało się obecne owrzodzenie.

VI. Szeregowiec, 22 lata, niepalący. W lewym kącie na górnej wardze widać wyraźnie ograniczone owrzodzenie, o gładkich brzegach, otoczone jakby niedużą zapalną koronką, więcej zagłębione w środkowej swej części, dno pokryte rozpadem. W mięszu wargi wyczuwa się typowe stwardnienie. Gruczoły podszczęzkowe charakterystycznie twarde, bezbolesne.

Rozpatrując owe przypadki twardego szankra jamy ustnej, widzimy, że takowy w dwóch tylko przypadkach (2 i 6) posiadał wszystkie charakterystyczne dla syfilisu oznaki, w pozostałych przypadkach postawienie dżagnozy było trudniejszym. W przypadku pierwszym z początku trudno było nawet pomyśleć, że ma się do czynienia z twardym szankrem, a nie z jakimś złośliwym nowotworem, i tylko typowe stwardnienie w mięszu wargi oraz typowe zmiany gruczołów mówiły na korzyść istnienia syfilisu. W przypadku trzecim był twardy szankier języka, skomplikowany jeszcze innym infekcyjnym czynnikiem, wskutek czego nie można było od razu rozpoznać syfilisu; należało wyczekiwać wystąpienia więcej szczegółowych objawów w rodzaju różyczki. W czwartym przypadku różyczka dopomogła do zorientowania się w dżagnozie; sam zaś szankier był w najwyższym stopniu nietypowy. W przypadku piątym istniał wrzodzik, pokryty żółto-szarawym rozpadem; gruczoły były powiększone, lecz wobec oznajmienia chorego, że kilka dni przed ukazaniem się szankra po lekkim swędzeniu i bólu na tem samym miejscu zjawilo się kilka pęcherzyków, można było pomyśleć o herpes labialis. Słowem, gdyby nie palpacja, byłoby niemożliwem prawidłowe rozpoznanie wszystkich przypadków; w jednym nawet przypadku i wymacywanie nie wykazało typowej dla twardego szankra chrząstkowej zbitości i należało, by nie popełnić błędu, wyczekiwać powtórnych objawów. U ludzi starszych niektóre przypadki szankra mogą wzbudzić podejrzenie raka, a w razie lokalizacji na skórze twarzy—ulcus rodens i pociągnąć za sobą nieprzyjemne dla chorego skutki. Z tego powodu wielu syfilidologów proponuje w wielu przypadkach raka lub mięsaka przed interwencją chirurgiczną wypróbować rtęć z jodem. Fournier podaje kilka przykładów, w których pod wpływem swoistego leczenia rak lub mięsak szczęśliwie ulegał wessaniu. Autor miał sposobność widzieć w klinice chorób skórnych i wenerycznych prof. Pawłowa urzędnika, któremu usunięto wskazujący palec z powodu twardego szankra, uważanego za coś innego; chory dostał się w ręce syfilidologa i uniknął powtórnej operacji.

Dentyście lub laryngologowi często się zdarza w praktyce spotkać twarde szankier, umiejscowiony w jamie ustnej lub przetyku, dlatego też możliwość tego powinna tkwić im w pamięci).*

German.

20). Kleinsorgen. Cywilizacja a choroby zębów (Zche Rund. № 32.1907). Z rozwojem cywilizacji rozpowszechniły się też różne choroby, najbardziej zaś zębów, co stwierdzić można, porównując najdawniejsze uzębienia ludzkie z uzębieniem człowieka nowoczesnego. Zęby tegoż mają wyraźne ślady zwyrodnienia. Przodkowie nasi z czasów diluvium mieli zęby dobrze rozwinięte i nadzwyczaj silne, do rozkawałkowania bowiem zabitych olbrzymich zwierząt, jak mamutów, niedźwiedzi, renów i t. p., używali prócz siekier kamiennych także własnych zębów. Byli nawet w stanie rozgryść kości tych olbrzymów by wydobyć szpik—ulubioną ich potrawę. Jakżeż inaczej wyglądają zęby człowieka kultury! Wszędzie ślady zwyrodnienia. Niektóre zęby, a najczęściej trzecie trzonowce, czyli zęby mądrości, wcale się nie wyrzynają, a jeżeli bywają nieraz, to—niedostatecznie rozwinięte; zęby u mieszkańców większych miast są mniejsze i gorzej rozwinięte, niż zęby wieśniaków (skonstatował to ref. dobitnie przy badaniu 318 uczniów tut. gimn. o czym referowano w „Muzeum”), a z powodu lichej i porowatej budowy szkliwa ulegają obecnie w sposób przerażający próchnicy. Dla człowieka, który zamieszkał jaskinie, przyroda sama troszczyła się o pożywienie przez bogactwo dziczyzny. Po tysiącach a tysiącach lat, gdy dziczyzny już ubył, widzimy także i rolnika. Powstają osady, wsie, miasta; potrzeby człowieka i jego wymagania wzmagają się, rozwija się kultura nad Nilem, nad Eufratem, Tygrysem i nad morzem Śródziemnem (Rzym i Grecja). Z tych to czasów pochodzą pierwsze wzmianki o chorobach zębów. Z pism Hipokratesa i Arystotelesa dowiadujemy się, że używano wówczas kleszczy ołowianych do tej operacji, w starym zaś Rzymie znano już plombowanie złotem próchnicą dotkniętych zębów. Nie była atoli próchnica wówczas tak strasznie rozpowszechnioną chorobą, jak obecnie. Egipcjanie mieli kiepskie zęby, a jednak Mummery (Londyn), który zbadał setki mumji egipskich, stwierdził tylko 40% zębów ze-

*) Przytoczyliśmy pracę tę w nieco obszerniejszem streszczeniu ze względu na jej znaczenie z punktu widzenia zwłaszcza klinicznego.

psułych. Nowoczesne badania doprowadziły do wręcz innych wyników. Röse np. u 5000 dzieci wieku szkolnego (w Bawarji) stwierdził smutny fakt, że tylko 5% miało zdrowe zęby; do takich smutnych wyników doszli i inni badacze (ref. stwierdził w gmin. drohob. 6% dobrych zębów). Podczas, gdy inne choroby, zwł. epidemie inne, jak ospa dzienna, cholera, błonica z postępowaniem cywilizacji wiele znacznie zmniejszyły się, choroby zębów zaś z rozwojem kultury znacznie się wzmogły.

Dr. Friedländer (Drohobycz).

21). Senn. Na jakie niebezpieczeństwa narażane są nasze oczy i w jaki sposób mamy je ochraniać? (Schweizer. Vierteljahrsschrift f. Z. IV. 1907). Już w r. 1903 Stankovic opisał w „Journal für Z.“ osobliwe cierpienie prawego oka, które jako dentysta i okulista spostrzegł u $\frac{4}{5}$ dentystów, a które uważa za chorobę zawodową. Przy tej alteracji oka stwierdził on zewnętrzny zez oka prawego, poniżoną wrażliwość tęczówki na światło i mniej lub więcej zmniejszoną bystrość wzroku. Stan ten spostrzegł szczególnie u dentystów, którzy przeważnie zajmują się plombowaniem złotem. Wielkie zdumienie wywołało to wśród zawodowców; po licznych i przez innych okulistów podjętych ad hoc badaniach przekonano się, że rzecz się w istocie tak miewa, jak S. twierdził. W „Dental Review” (1906) prof. okulistyki Wood również przytacza nie bardzo wiele pocieszającego o stanie wzroku u dentystów, a przestrzega szczególnie młodzież, cierpiącą na dalekowzroczność (hypermetropia) i astygmatyzm od poświęcenia się dentystyce. Radzi też dentystom, którzyby zauważyli cośkolwiek nieprawidłowego w narządzie wzroku, by zasięgli porady u specjalisty. Bystrość wzroku, mniejsza od normalnej, wskazuje na zboczenie bądźto w przezroczystości ciał przelamujących (zaćmienia rogówki, soczewki, ciała szklanego), bądź na choroby siatkówki, nerwu wzrokowego lub naczyńówki, bądź też na wady refrakcji (wzrok krótki, dalekowzroczność lub astygmatyzm). Ważne więc jest wczesne zastosowanie szkieł wady te poprawiających, niemniej odpowiedni wypoczynek oczu po pracy. W ostatnich czasach Senn (Szwajcarja) w przytoczonej w nagłówku pracy zwraca uwagę kolegów na konieczność używania okularów ochronnych (Schutzbrillen) przede wszystkim przy wyjęciu zębów i zdejmowaniu kamienia zębowego. Zebrał on wiele przypadków cięższych lub lżejszych uszkodzeń oka u dentystów, wywołanych uderzeniem zęba, który wysko-

czył z jamy ustnej lub z kleszczy, lub kawałkami przełamanego podczas ekstrakcji zęba. Obok bardzo ciężkich i z kalectwem połączonych przypadków, przytacza autor kilka o lżejszym przebiegu (2 i 4-tygodniowa niezdolność do pracy zawodowej) oraz kilka szczęśliwych u operatorów zaopatrzonych w okulary lub binokle, przyczem szkiełka potłukły się, oczy zaś nie były wcale uszkodzone. Nadwrażenie nastąpiło też raz przy czyszczeniu zębów z kamienia i przy spilowaniu resztek spróchniałej korony. Obok mechanicznego uszkodzenia odgrywa jeszcze pewną rolę zakażenie, mające często zgubny wpływ na oko. Z zęba zgorzelowego lub z odłamków zgorzelowych dostać się mogą cząstki infekcyjne na gałkę oczną, wywołując ciężkie nieraz zapalenie rogówki lub tęczówki. Znane są też przypadki, gdzie sputum septyczne, wykaszlane przez pacjentów, dostawszy się do oka, spowodowało również conjunctivitis, keratitis, a nawet hypopyon (zropienie). I kwasy przez dentyстів w laboratorium używane (kwas solny, woda królewska) mogą przypadkowo dostać się do oka i spowodować cięższe uszkodzenie oka. Dentyści unikać powinni też narzędzi o podwójnych końcach, zwł. ostrych do plombowania zębów. Autor sądzi, że koledzy mogliby zapobiedz opisanym nie-szczęśliwym przypadkom, gdyby używali regularnie tak przy pacjentach, jakoteż w pracowni technicznej szkieł ochronnych w postaci okularów o dużych, wklęsłych szkiełkach. Taką ochronę oka powinien przede wszystkim stosować nie bardzo zręczny operator, krótko, lub dalekowzroczny, astigmatyk (ci ostatni, używając szkieł regulujących ich wady refrakcji za wskazówką oftalmologa), dalej początkujący dentyści oraz studenci dentystyki. Ponurą i smętną jest treść listów do autora przez takich unieszczęśliwionych wystosowanych i in extenso przedrukowywanych, a pochodzących po największej części od doktorów medycyny i lekarzy—praktyków, którzy zajmowali się wyjmowaniem zębów. Przy końcu rozprawki autor zwraca jeszcze uwagę na inne szkodliwości, na które oczy nasze są narażone, i podaje dokładne wskazówki, jak koledzy zachować się powinni, by unikać niebezpieczeństwa, grożącego nieraz ich oczom, i móżdż sobie udzielić pierwszej pomocy.

Dr. Emil Friedländer (Drohobycz).

22). Krantz-Szafarenko. Prosty sposób umocowywania plomb porcelanowych (Zub. Wiestnik 7.07). Autor korzystał se wskazówek D-ra

Kusche'go, przytoczonych w artykule, ogłoszonym w „Deutsche Zahnärztliche Zeitung” (№ 32 1903 r.) i udzielonych podczas bytności u niego we Wrocławiu.

Sposób polega na tem, że zamiast nacięć w wypalanej plombie używa on moldyny, której kawałeczek umieszcza na dnie złotego wycisku przed wypaleniem plomby.

Wycisk złoty gipsuje się w mieszaninie azbestu i małej ilości gipsu (dodawanego celem otrzymania twardego podkładu pod wyciskiem). Ażeby przyspieszyć wyparowanie wody z azbestowo-gipsowej podściółki, trzyma się mufelkę szczypczykami nad płomieniem, nieco w oddaleniu od niego. Następnie formuje się (palcami) kawałeczek masy moldynowej, odpowiadający wielkości wycisku, i umieszcza się na dnie wycisku w ten sposób, żeby masa nie dotykała bocznych ścianek i wystawała poza brzegi wycisku. Przy plombach konturowych porcelanowa warstwa przy niedostatecznej uwadze może okazać się (przez wkład moldynowy) zbyt cienką, a plomba będzie wówczas nietrwałą. Należy dbać o to, aby wkład był możliwie okrągłym i przyległ do dna wycisku tylko na małej przestrzeni. Przed przystąpieniem do wypalania plomby należy wysuszyć wkład moldynowy, trzymając mufelkę nad ogniem; brązowa barwa moldyny pod wpływem ognia zmienia się w białą, a nawet szarawą. Następnie po ostygnięciu mufelki przystępuje się do zwykłego przygotowania porcelanowej plomby i jej wypalania.

Wysuszenie wkładu ma bardzo ważne znaczenie z tego względu, że przy niedostatecznem wysuszeniu gliceryna, zawarta w moldynie, zaczyna się palić podczas wypalania porcelanowej masy i zmienia jej barwę. Po wypalaniu plomby zdejmuje się folję, a wkład, który przedstawia się w postaci suchej masy, wyjmuje się jakimkolwiek narzędziem. Celem łatwiejszego usunięcia wkładu, można włożyć plombę do jakiegokolwiek kwasu, od którego wkład mięknie.

Antor twierdzi, że ten sposób daje wspaniałe wyniki. Przy dużych plombach, dla których wkład musi być większym, robi on na nim cienkim narzędziem, dopóki ten jest jeszcze miękkim, rowki lub punkty, które na tylnej powierzchni wypalanej plomby tworzą punkty oparcia. Umocowanie plomby cementem odbywa się zwykłym sposobem, przyczem próżnia, pozostała po wkładzie, zapełnia się

rzadkim cementem; jednocześnie wkłada się nieco cementu do ubytku zęba.

N. Neufeld.

23). Dr. Schmidt (Berlin). **Sposób plombowania złotem.** (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde* 1907). Każdy ubytek, nadający się do plombowania wogóle, może być zaplombowany złotem sposobem Schmidta. Autor ubytek oczyszcza za pomocą możliwie dużych świderków. Kształt ubytku jest obojętny, podcięcia i punkty oporne—zbyteczne. Nie należy zostawiać cienkich łamliwych brzegów. Kiedy ubytek jest oczyszczony, rozrabia on cement nieco gęściejszy, niż dla porcelanowej plomby, i wprowadza mniejszą lub większą jego ilość, zależnie od wielkości ubytku. Na miękki cement kładzie następnie pierwszy duży cylinder złota, przyciskając go lekko, dalej drugi, trzeci i t. d., upychając coraz mocniej. Pierwszy cylinder powinien rozprowadzić cement po całym ubytku, powinien więc być odpowiednio duży. Autor wogóle używa dużych cylindrów do roboty. Złoto upycha ręką, dopóki się da; potem oczyszcza brzegi z resztek cementu i przechodzi do młotka. Kończy plombę dużymi kohezywnymi cylindrami i folją White'a № 60 i 120. W mocnych zębach i przy użyciu ręcznego młotka można folję № 120 składać we dwoje, nawet we czworo, co znakomicie przyspiesza robotę. Młotek elektryczny również nadaje się do kondensowania złota № 120.

Jakież są zalety tego sposobu plombowania złotem? Przy zwykłym sposobie trudność polega na nadaniu ubytkowi kształtu, który byłby w stanie utrzymać złotą plombę podczas i po założeniu jej i—z drugiej strony—na należytem przyleganiu złota do ścianek zęba. W tym celu należy formować odpowiednio ubytek, robić podcięcia i punkty oporne, co jest związane z utratą zębiny i jest dla pacjenta bolesne. Punkty oporne i podcięcia wypełnia się nie bez obawy i upycha złoto cząsteczkami do ścianki. Jestto operacja bardzo przykra dla pacjenta i wykonawcy.

Wszystkie wymienione niedogodności nie mają miejsca przy sposobie Schmidta. Praca jest uproszczona. Wtórna próchnica nie występuje. Pochodzi to przypuszczalnie stąd, że cement lepiej przylega do ścian ubytku, niż złoto nawet przy najstaranniejszej robocie. Autor sądzi, że w większości przypadków wogóle nie należy mówić o wtórnej próchnicy. Mamy do czynienia z próchnicą nowopowstałą; przemawiają za tem miejsca, w których próchnica występuje, miano-

wicie miejsca trudnodostępne, lub te części ubytku, w których plomba musi z przyczyny warunków być mniej ściśle nałożona, niż w innych (np. na brzegu poddziąsłowym); szyjka zęba jest sama przez się pokryta cieńszą warstwą szkliwa, niż reszta; podcięcia niezbędne przy zwykłym sposobie plombowania złotem osłabiają również tkankę. Nie dziwnego, że zamiast gładkiego, do którego złoto ściśle przylegałoby, otrzymujemy brzeg taki, który przy naszym przygotowaniu staje się podatnym dla próchnicy.

Dalej autor zwraca uwagę na narzędzie, którym posługuje się przy plombowaniu wymienionym sposobem. Do młotka ucieka się rzadko, wtlacza złoto rącznymi zębiastymi upychadłami i cienkimi gładzidłami. Ostatnie oddają mu duże usługi przy kondensowaniu złotej folji.

Plombowanie złotem opisanym sposobem zapewnia lepsze utrzymanie się plomby. Złoto nie łączy się szczelnie żadną miarą ze ściankami ubytku, naskutek tego trwałość plomby opiera się jedynie na tem, że nadajemy ubytkowi formę, która pozwalałaby gotową plombę utrzymać na miejscu. Jeżeli przytem zwrócić uwagę na to, jakiej dużej technicznej sprawności potrzeba, aby złoto przyłgnęło równomiernie do ścian ubytku, nie będziemy się dziwili, że często słyszymy o złotych plombach, które wypadły, i że dentyści wołają się naogół posługiwać materiałami łatwiejszemi do obrobienia. Najściślej przylega do ścianek bez wątplenia cement. Jest on lepki i plastyczny i byłby idealnym materiałem do plombowania, gdyby nie wygląd i mała odporność pod względem mechanicznym i chemicznym. Przy opisaney metodzie plombowania złotem korzystamy tylko z jego dodatnich własności. Autor prawie nie miał zdarzenia, żeby złota plomba w całości wypadła. W końcu należy jeszcze zwrócić uwagę na to, że cienka warstwa cementu między złotem i zębina służy jako ochrona przeciw wpływom termicznym. Wrażliwość na zimno często wy czuwana w zębach zaplombowanych złotem w tych przypadkach rzadko ma miejsce. Z. F.

24). Lederer. O nowej metodzie znieczulania. (Prager medic. Wschr. 1907. № 8 Now. lekarskie 11.07). Autor podaje nową metodę znieczulania w dentystyce; polega ona na tem, że wprowadza się tamponiki maczane w 10% roztworze kokainy przy pomocy wziernika pomiędzy przegrodę nosową a muszlą dolną. Po upływie 15 —

20 minut rozpoczyna się znieczulenie w okolicy dołka nosowego (fossa nasalis) dotyczącej strony oraz przednich zębów; po 30 minutach znieczulenie jest zupełne, po $\frac{3}{4}$ godziny zaś już powoli maleje; w tym to okresie można bezboleśnie wykonać rozmaite rękocezyńy na zębach i dziąsłach, jak: wyczyszczenie ubytków, zabiegi na korzeniach, ekstrakcje. Autor mimo licznych doświadczeń nie widział żadnych objawów otrucia; zaletą tej metody jest również i to, że miazga zębowa wcale nie cierpi, jak przy wstrzykiwaniach mieszaniny, składającej się z kokainy i adrenaliny. *H.*

25). Weber. Pierwotna gruźlica ust, powodowana zakażeniem prątkiem perlicy. (Münch. med. Wochft. № 36 Kron. lek. 22.07). W następstwie spożycia surowego mleka od krowy, u której wykazano perlicę, powstało u pewnej kobiety owrzodzenie i naciek błony śluzowej policzka o wybitnym charakterze gruźliczym, a w kilka miesięcy—gruźlica płuc i śmierć, mimo miejscowego leczenia i ogólnego wstrzykiwania tuberkuliny. *R.*

26). Walliczek. O zgrubieniu (hyperostosis) szczęki górnej. (Berl. klin. Wochenscht. 1907. 28). Rzadkie to cierpienie, występujące symetrycznie zwykle po urazie, wywołuje mniej lub więcej znaczne zniekształcenie jam nosowych i utrudnienie oddychania nosowego i prawie zawsze prowadzi do zupełnego zaniku jamy szczęki górnej. Czy inne sprawy, jak: próchnienie zębów, przymiot, gruźlica, ostre choroby zakaźne i t. p. usposabiają do tego cierpienia—niewiadomo. Rokowanie niepomyślne. (Przeł. lek. 45—07).

Nekrolog.

Ś. p. Prof. Robert Baume.

Dentystyka znowu poniosła wielką stratę. Dnia 6 grudnia r. z. w Berlinie wskutek paraliżu serca zmarł prof. Robert Baume, jedna z tych znakomitości, które w znacznym stopniu przyczyniły się do rozwoju dentystyki.

Zmarły urodził się w Berlinie 14 sierpnia 1848 roku i tam też pobierał nauki w szkole miejskiej i gimnazjum. W r. 1870 złożył specjalny egzamin t. z. Stadtexamen. Już w r. 1871 zwrócił on na siebie uwagę poważniejszą pracą, ogłoszoną w *Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*: „Ueber das Verhalten der Substantia spongiosa der pathologischen Processen in den Alveolen der Kieferknochen”. W następnym roku ogłosił on jeszcze duże prace obszerniejsze: „Seltsame Zahnmissbildungen“ i „Zwillingsbildung an einen zweiten Bicuspis“. Mając zaledwie lat 24, Baume objął redagowanie pisma „Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde”. Dzięki jego pracom, pismo to w krótkim już czasie znacznie się rozwinęło. Pomimo swej niezwykłej i niestrudzonej pracy, zmarły miał niemało za zdrosnych nieprzyjaciół. Aczkolwiek młody redaktor umiejętnie ich zwalczał, ambicja jednak zmusiła go do zrzeczenia się w r. 1884 redaktorstwa. W ciągu redagowania ś. p. Baume ogłosił wiele poważniejszych prac, opartych na ścisłych badaniach naukowych i dotyczących ubytków klinowatych, próchnicy zębowej i t. d. i t. d. Badania te w znacznym stopniu podparły ubogą wówczas dentystykę. W r. 1877 ś. p. Baume napisał poważny podręcznik dentystyczny p. t. „Lehrbuch der Zahnheilkunde“ i dwutomowe dzieło „Odontologische Forschungen”. Podręcznik dentystyki ukazał się w r. 1886 w II-em, a w 1900 w III-iej wydaniu; był on pierwszym źródłem wiedzy dentystycznej. W r. 1874 prof. Baume w Rostoku promowany został na doktora filozofji, a w r. 1883 po śmierci prof. Albrechta mianowany został członkiem komisji egzaminacyjnej dla lekarzy-dentystów, w godności tej pozostawał przez lat 20; w tym czasie uzyskał tytuł profesora. W r. 1886 w wyżej wymienionym organie ogłosił ciekawą pracę o impregnacji miazgi po jej amputacji. W ostatnich czasach działalność jego na polu dentystyki przyćmiewała. Oddawał się przeważnie wolnomularstwu, któremu poświęcił kilka poważniejszych prac. Klasyczne dzieło prof. Baume'go przetłumaczone zostało na wszystkie prawie języki, a oddzielne prace referowane były w wielu pismach. Prace zmarłego nie są obce naszemu piśmiennictwu.

K.

III). Kronika i sprawy zawodowe.

— Wyjaśnienie Rady Medycznej w sprawie wolnych słuchaczy przy szkole dentystycznej A. Rozensahla. Rozporządzenie z dnia 8 maja st. st. 1907 r. za № 402. „Rozpatrzywszy sprawę, Rada Me-

dyczna, zgodnie z uchwałą Urzędu głównego inspektora lekarskiego, przypuszcza, że starania zarządzającego drugą warszawską szkołą dentystyczną A. Rożensahla, doktora M. Finkielkrauta, o zezwolenie na przyjmowanie do szkoły wolnych słuchaczy (postoronnych słusztatielej) *należy odrzucić*, ponieważ dopuszczenie wolnych słuchaczy do szkół dentystycznych na warunkach przypuszczanych równałoby się systematycznemu obejściu wyraźnego brzmienia istniejącego prawa co do tego, że otrzymanie ogólnego wykształcenia w pewnym poziomie powinno poprzedzić rozpoczęcie specjalnego przygotowania“.

= „**Krytyka lekarska**“ oraz „**Kronika Lekarska**“ przestały wychodzić.

= **Odrzucono** starania felczera S. Tarabajewa, jako nieposiadającego odpowiednich kwalifikacji do wstąpienia do szkoły dentystycznej (Rozp. R. lek. 19.XI.07. № 523).


= **Nowy projekt.** Do Akademji wojskowo-medycznej tytułem próby w ciągu kilku lat mają być przyjmowani wyłącznie wychowawcy korpusów kadeckich (Ruś).

= **W sprawie polemiki** Łódzkiego T-wa Odontologicznego i prezesa Łódzkiego T-wa lekarzy dentystów, p. Adolfa Żadiewicza, o której nam zakomunikował korespondent „**Kroniki**“ (zob. № 12 z r. z.), ostatni nadesłał nam list z dn. 28 XII r. z., który jakoby miał ustalić niesłuszność twierdzeń korespondenta. List ten jednak nie zawiera konkretnych argumentów, ani też nie jest umotywowany tak, aby można było go w całości wydrukować. Autor, między innymi, zaznacza, że „pomimo chęci i usilnych starań T-wa Odontologicznego przeszkodzenia mu w urządzeniu wystawy dentystycznej w Łodzi, wystawa ta w marcu bezwarunkowo się odbędzie. Po uzyskaniu odnośnego pozwolenia władzy natychmiast ogłosi on warunki i bliższe szczegóły, wystawy dotyczące. Towarzystwo, którego p. Żadiewicz jest prezesem, liczy nie 5 członków, jak zaznaczyło Łódzkie T-wo Odontol., lecz 17 „z pozamiejscowymi z gub. Piotrkowskiej“ (nazwisk nie podano).

= **W sprawie „zakładów techniczno-dentystycznych“** odbył się w Moskwie wiec pod przewodnictwem niestrudzonego działacza A. Fiszera. Uchwalono przedsięwziąć najenergiczniejszą walkę z tymi nieprawymi zakładami. Niezwłocznie postanowiono wystąpić do wyższej władzy z odpowiednimi staraniami. Zebrano pewną kwotę na cele wydatków w tej sprawie. Narady odbyły się z najpoważniejszymi prawnikami, którzy twierdzą, że sprawa ta wkrótce załatwioną zostanie pomyslnie.

= **Czyż nie manja?** Przesłano nam oryginalną reklamę dentysty Romana Filipowicza z Częstochowy. Ogłoszenie to rozm. 1/2 łokcio-

wego wydrukowane jest wprost wołowemi literami i zawiera całą litanję. Czego tam niema? Oto kopia.

 **Dentysta**
Roman ==
 == **Filipowicz**

były asyst. pierwszorzędnych firm 1) Warszawskich

otworzył gabinet dentystyczny w Częstochowie. Leczenie, Plombowanie, wyjmowanie zębów bez bólu, zęby sztuczne najnowszych systemów na podniebieniu i bez podniebienia, na kauczuku i w złocie, wszelkiego rodzaju roboty mostkowe i korony złote. Prostowanie krzywo rosnących zębów plomby emaliowe, złote brylantowe i t. p. *Oraz wszelkiego rodzaju opturatory 2) i modelowanie Nosów sztucznych z kauczuku.*

Porada dla biednych od 9—10 rano bezpłatnie

Żyjącym z pracy własnej ustępstwo 3).

Częstochowianie, cieszcie się! Pan Filipowicz wam pokaże arcydzieła, o których ani wy, ani dotychczasowi wasi dentyści pewno pojęcia nie mają. I gdzież to ten niezwykły „specjalista“ przeprowadził swe studja? W Warszawie był technikiem, a od stosunkowo niedawna uzyskał tytuł dentysty w Kijowie. Pomijając „styl“ i „pisownię“ reklamy, licujące z powagą człowieka o skromniutkiem wykształceniu, nie mówiąc o elementarnych pojęciach etycznych pana Filipowicza, mającego chęć „wyłowić“ w ten sposób częstochowian, należy się dziwić, w jaki sposób mogą być rozpowszechniane podobne perły. Wszak pod tym względem istnieje Cyrkularz Departamentu Medycznego Ministerjum Spraw Wewnętrznych z dn. 15 kwietnia (st. st.) 1893 r. za № 4747, dotyczący ogłoszeń, mających charakter reklam (I cz).

== **W Szkole dentystycznej L. Szymańskiego** wprowadzono dwa nowe przedmioty: *syphilis jamy ustnej i bakterjologię*. Wykłady powie-

1) Jakich to „firm“?

2) Co to jest „opturator“? Nadmienić należy, że w obu językach słowo to brzmi przez „p“.

3) Kto żyje nie z własnej pracy? Czy p. Filipowicz wymaga „specjalnego“ na to dokumentu od policji lub sołtysa?

rzony zostały specjalistom. Brak tych wykładów dawał się odczuwać oddawna.

= „**Nauka dla wszystkich**“. Pod tym tytułem zaczął w Warszawie wychodzić miesięcznik popularno-naukowy. Redaktor i wydawca *Michał Arct*, kierownik naukowy—*H. J. Ryggier*. Redakcja i administracja, Księgarnia M. Arcta. Nowy-Świat 53.

= **Szkoła techniczno-dentystyczna pani Stawiskiej-Landau i C^o**. Dnia 20 I r. b. odbyło się „uroczyste” otwarcie tej nowej krzewicielki wiedzy. Do owego czasu, pomimo objęcia kierownictwa przez D-ra E. Winawera, nie było „amatorów”. Nowa instytucja mieści się przy ulicy Nowo-Senatorskiej № 12. Na czele jej stanęła nietylko spółka naukowa, lecz i finansowa. Do spółki przyłączył się dentysta Szwaremacher (pewno z nakładem kapitału). Aby instytucja odpowiadała wszelkim wymaganiom nauki, dentysta Szwaremacher przeniósł podobno swój gabinet dentystyczny do lokalu nowej instytucji. *Da liegt der Hund begraben*.

P. Szwaremacher należy do tej kategorii dentystów, którzy chętnie przystępują do wszelkich spółek²⁾. Czy dywidenda od wkładowego kapitału będzie korzystną, należy wątpić wobec możliwej w krótkim czasie zmiany kierunku chorągiewki, a to ze względu na wystąpienie moskiewskich kolegów. Oby nowy współnik z tej tranzakcji nie wyszedł jak *Zabłocki na mydle!* Wobec rozpowszechnionej opinii i nastroju społeczeństwa co do nowego zakładu, jesteśmy pewni, że „amatorów” będzie niewielu. A zatem i dywidenda będzie niewielka, takąż sama, jak po zamknięciu pierwszej uczelni pani Stawiskiej¹⁾ (o tem wie b. współnik, p. Wolfsohn). Cichy współnik niech więc *cicho* czeka... cierpliwie. Co do naukowej wartości nowej uczelni, to rzecz niewątpliwa, że kierunek D-ra E. Winawera da zapewne swój owoc, pomimo, że „terminowanie” trwać będzie tylko rok *jeden*. Wszak tak znany lekarz—specjalista traktować będzie swe kierownictwo poważnie i poprowadzi podług ścisłych wymagań nauki i pedagogiki. Czekajmy...

= **Warszawskie T-wo Odontologiczne** odbyło zebranie w dn. 14 I r. b. Kol. Goldberg wygłosił odczyt, traktujący o zapaleniu wogóle i miazgi w szczególności. Zwrócił uwagę na stosunkowo nieznaną odporność ostatniej i omówił sprawę jej zachowawczego leczenia. Dokonano wyborów uzupełniających do komisji balotującej, przyczem wybrano kol. L. Przedpeńskiego na członka tej komisji. Wobec zrzeczenia się członków komisji rewizyjnej wybrano nowych: kol. M. Mią-

¹⁾ Pani Stawiska już raz była właścicielką Szkoły techniczno-dentystycznej, zamkniętej w swoim czasie przez władzę.

²⁾ Jest on już współnikiem laboratorium chemiczno-dentystycznego.

czyńską, Mokrzyckiego i F. Idzikowskiego. Na pomocnika bibliotekarza obrano Kol. Helenę Kohn-Neufeldową.

== **Sprawa bytu lekarzy.** Stowarzyszenie lekarzy niedawno odbyło zebranie wydziału dla spraw bytu materialnego lekarzy. Zebranie zagał D-r J. Zawadzki, który streścił konieczność omówienia spraw bytu lekarzy i wskazał jako drogi ku temu unormowanie płac lekarzy w instytucjach i żądanie ustalenia płac dla lekarzy, gdzie dotąd tego nie było, unormowanie minimum honorarjów lekarskich w praktyce prywatnej oraz kooperację w celu oszczędności.

Podkreślano brak pracy w szpitalach i ambulatorjach, złe strony lecznic, obniżenie zarobków przez różnych lekarzy, wyzyskiwanie ze strony publiczności i t. p. W końcu postanowiono zorganizować komisje z oddzielnych referentów, którzy na posiedzeniach wydziału przedstawią do dyskusji rozmaite sprawy, mianowicie:

- 1) Wynagrodzenie i byt lekarzy szpitalnych;
- 2) Sprawa lecznic i ambulatorjów,
- 3) Sprawa lekarzy fabrycznych i kolejowych;
- 4) Sprawa stosunku do publiczności; opieka prawna;
- 5) Stosunek wzajemny lekarzy;
- 6) Sprawa kooperacji.

== **Skutki nieczytelnej recepty.** Przed sądem karnym w Berlinie odpowiadał jeden z asystentów aptekarskich za niedbałe uszkodzenie ciała i przekroczenie przepisów aptekarskich.

Pewnemu kupcowi przepisał lekarz preparat „Furunculine”. Słowo to jednak tak było napisane niewyraźnie, że w aptece ani asystent, który ekspedjował, ani drugi jego kolega odcyfrować tego nie mogli i w końcu uznali jako formalinę, a oskarżony wyekspedjował ją we flaszce z nalepioną sygnaturką „zewnątrznie”. Pacjent jednak używał środka tego wewnątrznie łyżeczkami, skutkiem czego stan jego znacznie się pogorszył.

Sąd, uwzględniając wszystkie zachodzące okoliczności, nie uznał karnego przewinienia oskarżonego i uwolnił go tak od kary, jak i ponoszenia kosztów. (Farm. 16—1907).

== **Zęby i szczęki sztuczne dla żołnierzy w Anglii.** Ponieważ komisje rekruckie zmuszone były nieraz odrzucać ochotników fizycznie dobrze rozwiniętych jedynie z powodu braku zębów, co mogłoby wpłynąć szkodliwie na ich odżywianie się w służbie, angielski minister wojny polecił zaopatrywać żołnierzy angielskich, gdzie tego zajdzie potrzeba, w dostawki na koszt rządu częściowo lub całkowicie.

== **Irisin**—nowy środek kosmetyczny do ust zaleca fabryka wyrobów kosmetycznych H. Kuhna-Odenkirchen.

== **Dentorol**—środek patentowany o składzie tajemnym, zaleca-

ny do stosowania przy amputacji miazgi lub do pokrywania obnażonej miazgi; ma postać pasty. Porcja kosztuje *tylko* MK. 10. Zaleca: Goldstein, Deutsch.-Amerik. Dental Laboratorium. Berlin. S. W. 68.

—zz—**Uczczenie pamięci ś. p. Adolfa Witzel'a.** Towarzystwo Dentystyczne we Frankfurcie nad Menem na dorocznym posiedzeniu, w dniu 6. IV r. b. postanowiło uczcić pamięć śp. prof. Dra Adolfa Witzela, swego członka honorowego. Z inicjatywy Zarządu tegoż Towarzystwa postanowiono zbierać składki pomiędzy dentystami niemieckimi na portret zmarłego. Składki posypały się prędko i hojnie; przystąpiono więc do wykonania powziętej myśli. Uproszono jednego z najslawniejszych artystów frankfurckich prof. Cosomati; ma on wykonać portret, który następnie będzie reprodukowany wielokrotnie i rozesłany instytutom dentystycznym przy uniwersytetach, jako dar od dentystów niemieckich.

== **Ządanie honorarjum od kolegi** uznała czeska sekcja Izby lekarskiej morawskiej za achi比亚jące godności stanu lekarskiego.

== **Dentyści w armji niemieckiej.** 27 kwietnia r. b. na 37 zebraniu sejmu pruskiego (Reichstagn) przy naradach nad etatem wojskowym (Militäretat) omówiono również sprawę utworzenia posad dentystów wojskowych. Poseł Liebermann zwrócił uwagę, że sprawa ta omówioną była na wszystkich prawie kongresach dentystycznych; anglicy w wojnie z boerami stracili więcej żołnierzy z przyczyny cierpienia zębów, niż od kul boerskich. Badania dentystyczne w roku 1903 stwierdziły wśród załogi w Kiatschou, że zaledwie 44 na 1453 żołnierzy miało dobre zęby. Naliczono 10196 chorych zębów, z których 7500 można było ocalić. Minister wojny v. Einem zwrócił uwagę, że celem zapobiegania rozpowszechnieniu chorób zębów ministerjum wojny poczyniło odnośne kroki. Przy większych lazaretach utworzono posady dentystów, również na czas wojny wyznaczeni będą specjaliści. Minister wojny wyjaśnił, że rezolucja Liebermanna v. Sonneberga, dotycząca jednorocznej służby dentystów i utworzenia posad dentystów wojskowych, została przychylnie przyjęta.

== **Komisja słownikowa** Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, gromadząc materiał do uzupełniającego zeszytu „Słownika lekarskiego”, uprasza o nadsyłanie uwag, spostrzeżeń i propozycji terminologicznych pod adresem: „Towarzystwo lekarskie (Kraków, Radziwiłowska 4) dla komisji słownikowej”.

== **Serwilizm lekarzy wobec chorych** omawia D-r Langie w zajmującym szkicu w „Głosie lekarzy” kładąc nacisk oczywiście na te główne przypadki, gdzie nadmierna usłużność lekarza wcale nie jest konieczna, ani dla dobra chorych wskazana. Jako przykła-

dł. wymienia L. ordynowanie w godzinach niezwykłych jedynie dla zadowolenia kaprysów chorego, stratę czasu bez osobnego wynagrodzenia, przyjmowanie wynagrodzenia w sekrecie, jakby napiwku, nieupominanie się o zaległe wynagrodzenie, leczenie służby takich chorych, którzy sami leczą się u innych, „lepszych” lekarzy, bezpłatne leczenie ubogich chorych na żądanie osób wpływowych, ustępstwa drobniejsze w ordynacji leków, formułowaniu świadectw lekarskich i t. d., rozmowa z chorymi w języku obcym, chociaż oni władają jako tako polskim i t. d. Dr. Langie nie porusza środków zaradczych na tę, powagę stanu lekarskiego nieraz niemało obniżające, ustępstwa. Na niektóre z nich trudno też znaleźć radę dopóki nauczycielką lekarzy jest gorzka walka o chleb, zaostzona nieraz niezbyt szlachetnym współzawodnictwem. Ale na inne może pomogłoby podniesienie się wśród lekarzy poczucia godności zawodowej. W tym kierunku mają do działania pole ci, którzy wychowują młodzież lekarską, wszelkie organizacje zawodowe, towarzystwa lekarskie i prasa lekarska. Samo już publiczne omawianie takich np. nadmiernych, a niepotrzebnych ustępstw nie jest bez korzyści, może zwolna stać się jednym ze źródeł naprawy.

— **Zmarł** d. 18 b. m. dentysta tutejszy Stanisław Goldwasser w wieku lat 35.

Od Administracji.

Szanownych prenumeratorów zamiejscowych uprasza się o możliwie wczesne nadsyłanie przedpłaty na bieżące półrocze, adresując przekazy do REDAKCJI „KRONIKI DENTYSTYCZNEJ”—DŁUGA 47. Szanownych prenumeratorów miejscowych uprasza się o wpłacanie należności na ręce okaziciela kwitów, wydanych i podpisanych przez administrację.

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

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.