

# Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

## I. Prace oryginalne.

**Przyczynek do etiologii, symptomatologii i profilaktyki rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej (stomatitis mercurialis) podczas ogólnego leczenia przeciwsyfilitycznego.**

NAPISAŁ

M. KRAKOWSKI.

Przystępując do omówienia choć w krótkich zarysach wymienionej w nagłówku sprawy, pragnę właściwie zwrócić uwagę na ścisły jej związek z naszą specjalnością, resp. naszą interwencją. Na związek ten mało a prawie wcale w praktyce nie zwraca się uwagi. Czemu to przypisać? Nieświadomości syfilidologów? — Chyba nie. W zasadzie leży tu bez wątpienia lekceważenie tak ważnej sprawy, z pozoru błażej, a jednak, jak praktyka stwierdza, odgrywającej ważną rolę w etiologii rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej. Nie winna z pozoru interwencja dentysty podczas ogólnego leczenia przeciwsyfilitycznego nie jednemu pacjentowi uratowała zęby i zapobiegła powstawaniu cięższego nawet powikłania w jamie ustnej, jak obumarcia kości i t. d.

Praca niniejsza niech rzuci skromne światło na poruszoną tu sprawę; będzie ona poniekąd dalszym ciągiem przytoczonych w swoim czasie

przezemnie spostrzeżeń w tym kierunku, stwierdzających konieczność interwencji naszej podczas ogólnego leczenia przeciwsyfilitycznego (zob. Przegl. Dentystyczny 1901 r.). Interwencja ta stanowi pono najlepsze *prophylacticum* celem zapobieżenia powstawaniu tak ciężkiego niekiedy w przebiegu rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej. Mając obecnie nieco więcej materiału kazuistycznego, postaram się obszerniej omówić tę sprawę; stwierdzi to jeszcze raz karygodne lekceważenie jej przez wielu syfilidologów. Zdarzało się widzieć chorych, którym na początku i podczas leczenia przeciwsyfilitycznego zalecano bardzo efektowne płukania, środki *nota bene* bardzo drogie, których pacjenci używali bardzo starannie i jakoby „z dobrym skutkiem“, gdyż na żadne dolegliwości rzeczywiście nie narzekali. Gdy jednak wystąpiło powikłanie w ustach, kierowano ich do dentystów, celem „zbadania” jamy ustnej. Jaki był stan opłakany ostatniej lepiej nie mówić. Czy więc interwencja nasza ma poniekąd stanowić tylko swego rodzaju *ultimum refugium*?

Na to stanowczo odpowiadam: *nie*. Jak przekonamy się niżej, interwencja nasza stanowi skuteczny środek profilaktyczny w walce z rtęciowym zap. śluzówki jamy ustnej. Broń tę należy właśnie wysunąć na *pierwszy* ogień, nie zaś trzymać w rezerwie, dopóki nieprzyjacieli nie poczyni znacznych spustoszeń w szeregach często nawet zupełnie zdrowych zębów. Wówczas, rzecz prosta, walka staje się utrudnioną, są więc ofiary, które i być muszą. Z czyjej jednak winy staje się to?.....

Wracając do omawianej w nagłówku sprawy, należy zaznaczyć, że etiologia i symptomatologia rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej, pomimo obfitego materiału kazuistycznego nie są wyczerpująco opracowane. Przeglądając dzieła poważniejszych terapeutów (Ziemssen'a, Naunyn'a i in.), przekonać się można o różnorodności twierdzeń, dotyczących tego powikłania. Nie ulega wątpliwości, że różnorodność taka w pewnym stopniu zależy od kierunku, w jakim spostrzeżenia były prowadzone oraz od materiału klinicznego.

Faktem jest, że spostrzeżenia z jednej strony dotyczyły chorych, będących tylko w styczności z przetworami rtęciowymi, a z drugiej—syfilityków, u których często nie odróżniano działania rtęci od jadu syfilitycznego. Tak lub inaczej, powstające w jamie ustnej zaburzenia pod wpływem ogólnego działania rtęci, zwłaszcza w ustach

niechlujnych, należą do objawów poważnych. Niemalą przyczyniają one kłopotu syfilidologom, którzy zmuszeni są nawet na pewien czas przerywać leczenie ogólne. Zdaniem niektórych, zapalenie rzęciowe zaczyna się zwykle od dziąsła przy dolnych dwuguzkowcach, inni znów twierdzą, że rozpoczyna się ono od dolnych siekaczy, mianowicie—częściowem zapaleniem dziąsła (gingivitis marginalis). Występuje ono nie raptownie i nie ogarnia jednocześnie całej śluzówki. Ma też swe zwiastuny, że tak powiemy, pewne sygnały, nader ważne ze względu na możliwość wczesnego rozpoznania cierpienia. Znaczenie ich jest jeszcze większem w tych razach, gdy syfilytyk podczas ogólnego leczenia powierzony został naszej opiece, celem dopilnowania jamy ustnej. Pierwsze te zwiastuny zmuszają natychmiast do przerywania ogólnego leczenia ze względu na mogące się rozwinąć groźniejsze powikłanie.

Słynny francuski syfilidolog Fournier zwraca uwagę na następujące „typowe“ zwiastuny:

1) zapalenie, gnieźdzące się przy szyjce dolnych środkowych siekaczy;

2) zapalenie, rozwijające się wokoło zepsutego zęba lub pnia, przy których dziąsło jeszcze wcześniej znajdowało się w stanie przewlekłego zapalenia;

3) zapalenie, rozwijające się na śluzówce policzka, w miejscu odpowiadajacem ostatniemu trzonowcowi, a *wzlaszcza*—

4) obnażenie ostatniego dolnego trzonowca—najczęściej spotykane zjawisko; polega ono na następującem: fałdeczka śluzówki, przylegającej do ostatniego dolnego trzonowca, odstaje od zęba, tworząc nieznaczny ruchomy języczek, sterczący do góry, czerwony i krwawiący przy dotknięciu; *zmiana ta, przechodząca często niepostrzeżenie dla chorego i lekarza, stanowi charakterystyczną oznakę rzęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej.*

Dalszy obraz cierpienia polega, jak wiadomo, na następującem. Chory ma uczucie smaku metalicznego; dziąsła puchną i odstają od zębów; barwa ich staje się bladą lub sinawo-czerwoną; niekiedy na brzegu dziąseł tworzy się paseczek niebieskawcy; dziąsło i zęby wogóle pokrywają się brunatnawym osadem, zęby ulegają rozchwianiu, a nawet wypadają.

Stan zapalny rozprzestrzenić się może per continuitatem na

miękkie podniebienie, przelyk, a nawet i na trąbkę Eustachiusza. W cięższych przypadkach język ulega opuchnięciu, niekiedy do takiego stopnia, że nie może się pomieścić w ustach, a z obu stron wylewa się ślina. Z ust wyczuwać się daje silny smród. Ostatecznie wytwarzają się owrzodzenia: z początku podnosi się nabłonek, a tkanka pod nim puchnie i staje się czerwoną, wrażliwą; schorzałe miejsce zostaje pozbawione nabłonka; powstaje wrzodzik o płynnej zawartości; owrzodzenia te rozprzestrzeniają się coraz dalej po powierzchni, łatwo krwawią, brzegi ich nie podnoszą się, dno jest zupełnie brunatne; wrzodziki zwykle rozwijają się na dziąsłach, na wewnętrznej powierzchni warg i policzków oraz na języku.

Cięższych przypadków takich z obfitym ślinotokiem, obszernymi owrzodzeniami, rozchwianiem się zębów, zgorzelą szczęki, jak twierdzi prof. Fournier, obecnie nie spotyka się, a przynajmniej spotykać nie powinniśmy. Spostrzegano je wówczas, gdy ślinotok uważano za objaw korzystny, jako środek „oczyszczający“, konieczny do wyleczenia choroby. Obecnie przypadki takie są rzadkością. Zamiast dążyć do ich wywoływania, syfilidolodzy starają się i starać się powinni uprzędzić ich wystąpienie. Wspomniany profesor twierdzi, że nie przyczynił się on do wypadnięcia choćby *jednego* zęba, a wszak należy do tych z wielu, którzy w razie konieczności nie żądają większych dawek rtęci. Nie zgadza się on z tem twierdzeniem, że jakoby każdy osobnik, poddający się ogólnemu leczeniu, narażony jest na wystąpienie stomatitu rtęciowego. Jestto błędne twierdzenie, absolutnie nie wytrzymujące krytyki.

Wiadomo, że jest kilka metod używania rtęci przy leczeniu przeciwprzymiotowem. Spostrzeżenia kliniczne ustaliły, że metoda wcierania szaruchy (frykcje) stanowi największe niebezpieczeństwo dla jamy ustnej, przyczem powstające powikłanie nie jest zwykłym, typowym, t. j. takim, jakie najczęściej występuje przy wewnętrznem zastosowaniu przetworów rtęciowych. Powstały podczas wcierania stomatit ma poniekąd przebieg ostry oraz tendencję do rozprzestrzeniania się jaknajszerzej. Nadmienić jeszcze należy, że zapalenie rtęciowe powstawać może przy użyciu *wszystkich* przetworów rtęciowych. Twierdzenia co do nowych przetworów, które jakoby nie mają wpływu na jamę ustną, jak ustaliły kliniczne spostrzeżenia, okazały się błędniemi, niesłusznemi.

Zdaniem prof. Fournier'a, rtęciowe zapalenia śluzówki jamy ustnej obecnie występować mogą tylko w *trzech* przypadkach: przy wadliwym sposobie leczenia, w razach wyjątkowych, gdy grożące niebezpieczeństwo (objawy mózgowie) zmusza lekarza do przekroczenia dawki rtęci oraz przy niedbałości ze strony lekarza, jak również i pacjenta. Szczegółowo analizować tych twierdzeń nie będziemy; nie miejsce tu i nie wchodzi to w zakres naszej kompetencji. Zwrócimy jednak uwagę, że do bardzo ważnych czynników sprzyjających zaliczyć należy *stan jamy ustnej*. Spostrzeżenia kliniczne ustaliły, że starcy bezzębni i dzieci zwykle trudniej zapadają na omawiane tu cierpienia, jako powikłanie podczas ogólnego leczenia syfilisu. Ricord w r. 1874 zwrócił uwagę, że przy powstawaniu stomatitu rtęciowego i ślinotoku pierwotny stan dziąseł i śluzówki jamy ustnej ma szczególne znaczenie, i że wystąpienie ślinotoku zależy od cierpienia zębodołów i szyjek zębowych, a zwłaszcza w przypadkach, gdy dziąsła były chore. „Przesycenie“ ustroju rtęcią i stomatity nie mają z sobą nic wspólnego.

Prof. Fournier twierdzi, że zaniedbany stan jamy ustnej, a tembardziej zupełny brak pielęgnowania jej, spróchniałe zęby, rozpulchnione dziąsła, kamień nazębny, zgorzelowe pnie i t. p.—wszystko to sprzyja powstawaniu zapalenia rtęciowego jamy ustnej. Twierdzenie to jest do tego stopnia sprawiedliwym, że w praktyce często przepowiedzieć można, że dany osobnik z niechlujną jamą ustną nie wytrzyma rtęci i, jak profesor ten zaznacza, zawsze przypuszczenia te stwierdzają się, tembardziej, że stomatit rtęciowy najczęściej rozpoczyna się wokoło chorych zębów.

Przeciwnie—czysta jama ustna, dobrze utrzymywana, wytrzymuje działanie rtęci znacznie lepiej. Charakterystyczny przypadek opisuje prof. Fournier. Bardzo młoda kobieta zaraziła się syfilisem i zwróciła się po poradę do kliniki szpitalnej. Wydano jej pudełko z 40 pigułkami po 0,05 jodku rtęci w każdej. Zmartwiona swoją chorobą, nie znalazła nic lepszego, jak zalać swój smutek winem i w stanie podehmienienia połknęła wszystkie 34 pigułki odrazu. I cóż się okazało? Wystąpił najslabszy zaledwie stomatit rtęciowy, który cechował się słabiutkiem opuchnięciem dolnego dziąsła. Zjawisko takie objaśnia autor tem, że jama ustna i narząd zębowy u młodej kobiety były starannie pielęgnowane. Rzecz prosta, że

przy powstawaniu cierpienia pewną rolę odgrywa wrażliwość osobliwa (idjosynkrazja) danego osobnika. Prof. Smirnow z Helsingforsu przytacza przypadki, gdzie podskórne wstrzykiwania 0,1 kalomelu, powtórzone dwukrotnie, wywołały zgorzelowe zapalenie rtęciowe śluzówki jamy ustnej z zejściem śmiertelnym. W jednym przypadku pomimo, że osobnik był dobrze rozwinięty, używał kąpieeli morskich i przepędzał czas na świeżem powietrzu po wstrzyknięciu 0,1 kalomelu wystąpił silny stomatit rtęciowy ze ślinotokiem, znacznymi owrzodzeniami koło stawów szczękowych i na wewnętrznej powierzchni policzków.

Jakież więc powinny być przedsięwzięte środki ochronne celem zapobieżenia wystąpieniu ciężkiego niekiedy powikłania w jamie ustnej podczas leczenia przeciwsyfilitycznego?

Oto pytanie, na które postaram się tu choć wkrótce odpowiedzieć.

1) Syfilidolodzy nie powinni rozpoczynać kursu leczenia, nie przekonawszy się o stanie jamy ustnej.

2) W przypadkach, gdy ostatnia znajduje się w stanie niechlujnym, należy *bezwarunkowo* uprzednio doprowadzić ją do porządku.

3) Podczas ogólnego leczenia jama ustna winna być pod obserwacją dentysty. Ostatni powinien każdorazowo zbadać jamę ustną, a zwłaszcza wspomniane wyżej gniazda, w których rozpoczyna się stomatit.

4) Podczas leczenia przeciwsyfilitycznego należy w pacjentów wpajać konieczność pielęgnowania jamy ustnej i zębów.

5) Chorego należy uprzedzić o mogących wyniknąć zaburzeniach przy zaniedbaniu jamy ustnej.

6) Nie należy stanowczo stosować przetworów rtęciowych przy wystąpieniu najmniejszych choćby objawów zapalenia rtęciowego.

Jakie środki właściwie zalecać należy?

W profilaktyce pewną rolę odgrywają środki, że tak powiemy, pomocnicze. Specjalne podręczniki oraz lekarze-praktycy zalecają w tym celu najrozmaitsze środki (płukania, proszki, pasty oraz mazidła—od najtańszych do najdroższych). Wyliczanie tych środków zajęłoby tu zbyt wiele miejsca. Wśród nich jest bardzo dużo balastu, jest i dużo szkodliwych, a są one wprost bezkrytycznie zaleca-

ne i nieświadomie, wprost fanatycznie, używane przez pacjentów. Wspomnieć tylko należy o takich środkach, jak: octan ołowiu, tannina, przetwory ałunu, sól kuchenna (w mocnych rozczyinach), szałwia, napar lub wyciąg z kory dębowej, dębianek i t. d. Już nie mówiąc o nader przykrym smaku, środki te, zalecane nawet przez lekarzy, działają bardzo szkodliwie na śluzówkę, co naturalnie, stanowi poniekąd *locus minoris resistentiae* dla powstającego cierpienia. Zęby również nie pozostają obojętnymi na działanie tych środków. Roztwór ałunu, nawet w słabszym stężeniu, posiadając odczyn kwaśny, szybko odciąga od tkanek wodę i zmniejsza ich odporność. W podobny sposób działa rozczyin soli ciężkich metali. Przetwory garbnikowe, zalecane jak i poprzednie i w odpowiedniej nawet postaci, nie posiadając żadnego działania przeciwnilnego, stosowane w ciągu dłuższego czasu, mają ujemny wpływ na śluzówkę; ostatnia brunatnieje, a zęby pokrywają się ciemnym trudnym do zmywania osadem. Co zaś się tyczy chloranu potasu, to takowy jako płukanie uznany został przez syfilidologów wprost za specificum. Na zasadzie własnych spostrzeżeń powiedzieć mogę, że i przy tym środku należy zachować pewną ostrożność. W silniejszych rozczyinach drażni on śluzówkę i szkodzi zębom. Ujemny ten wpływ zwłaszcza występuje w niechlujnych ustach. W obecności kwaśnych fermentujących ciał chloran potasu ulega prawdopodobnie rozszczepieniu, wydzielając wolny chlor. I rzeczywiście w ustach zapuszczonych pozostałe zęby przyjmują po pewnym czasie matowy odcień. Ma to zwłaszcza miejsce u osób, stosujących ten przetwór w ciągu dłuższego czasu. Z przytoczonych tu względów nie należy stosować mocniejszych odczynów, niż 2 — 3% (1 łyżkę na  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  szklanki wody). Wewnętrzne zastosowanie tego środka do celów profilaktycznych dla jamy ustnej uważam za absurd. Wątpię, aby obecnie był jakiś lekarz, który chwyciłby się takiego sposobu profilaktycznego. Jako przetwór potasu nie jest ten środek obojętnym dla ustroju, zwłaszcza dla serca, które i tak obarczone jest cierpieniem syfilitycznym. Co zaś się tyczy sprzedawanych rozmaitego rodzaju płukań (eliksirów), to żaden szanujący się praktyk chyba nie będzie zalecał takich tajemnych środków. Poważniejsze nasze apteki posiadają tego rodzaju wyroby, skład których jest wiadomy, i mogą śmiało konkurować nawet z „najlepszymi“ tego rodzaju środkami zagranicznymi, zalecanymi zwykle ja-

ko „doskonałe specifica“ przy stomatitis mercurialis. Jako dobre płukania mogą być zalecane: 1) Perhydrol Mercka—łyżeczkę na szkl. wody; 2) 10% rozc. mentholu (sol. mentholi, 10%—15 kropel na  $\frac{1}{2}$  szkl. wody); 3) Mentholi, thymoli aa. 5.0; Spir. vini 50.0; Glycerini 30.0. DS. 15 kropel na  $\frac{1}{2}$  szkl. wody; 4) 10% kw. bornego z dodatkiem nalewki miętowej: Sol. acidi borici 10%—150.0; Trae menthae pip. 30.0 DS. 1 łyżkę na  $\frac{1}{2}$  szkl. wody.

Co się tyczy proszków, to i te nie powinny mieć jakichś *specjalnych* własności. Posypywanie śluzówki proszkiem alunu, jak to zaleca Velpeau, uważać należy za anachronizm i szkodliwe, jak wyżej już wymieniono. Często zalecany proszek z węgla lipowego nie powinien mieć szerszego zastosowania; aczkolwiek on dobrze czyści zęby, zabarwia jednak brzeg dziąsła na czarno; barwa ta nigdy się nie zmywa. Najlepszym jest proszek z kredy z dodatkiem mydła lekarskiego (sapo medicatus) w stosunku 30:5—z odpowiednim zapachem. W ostatnich czasach zalecano *pastylki formamintowe*, każda odpowiada 0,01 g. formaldehylu; formamint= $C_{12}H_{12}O_{11}.5CH_2O$ ), jako środek leczniczy i zapobiegawczy przy stomat. mercurialis. Dr. Meissner opisuje 32 przypadki przymiotu, leczonego rtęcią, w których miał sposobność wypróbować te pastylki; w 10 przypadkach nie rozwinęło się wcale zapalenie jamy ustnej, które w 9 przypadkach z tej liczby powracało regularnie przy każdym kursie rtęciowego leczenia; z liczby pozostałych 22 w 6 przypadkach były ślady zapalenia w początku leczenia rtęciowego, a w 16 wyraźne zapalenie, poczęści z owrzodzeniami, zanim rozpoczęto stosować formamint. I tu obyło się bez przyżegań lapisowych lub chromowych; chorzy tylko trzymali w ustach pastylki formamintowe, zużywając około 10 sztuk dziennie, aż do dziesiątego dnia po ukończeniu leczenia rtęciowego.

### KAZUISTYKA.

I. 24-letni porucznik przed przystąpieniem do ogólnego leczenia przymiotu przysłany został do mnie w celu doprowadzenia jamy ustnej do należytego porządku. Oględziny jamy ustnej ujawniły, że ze wszystkich dwuguzkowców pozostały tylko pnie; drugi lewy górny trzonowiec, środkowe siekacze (górne), pierwszy prawy górny trzonowiec były dotknięte próchnicą niepowikłaną; w dolnym lewym trzonowcu—przewlekłe zapalenie miazgi; kamień nazębny w znacznej ilości, twardej konsystencji; przednie zęby były pokryte brudnym osadem; dziąsła—w stanie przekrwienia.



W danym przypadku przezorny specjalista przewidział złe następstwa, mogące wynikać z takiego stanu jamy ustnej i nie przystąpił do leczenia rzęciowego, dopóki usta nie były w porządku.

Pnie wszystkie wyjęto, zęby zaplombowano, a kamień nazębny i osad zostały usunięte. Pacjentowi zalecono staranne pielęgnowanie jamy ustnej. Po dwóch tygodniach, gdy rany po wyjętych pniach zagoiły się, i dziąsła wróciły do normalnego stanu, przystąpiono do ogólnego leczenia rzęciowego. W ciągu prawie dwóch miesięcy zastosowano około 20 wierań szaruchy i sześć iniekcji. Przez cały czas leczenia jama ustna była pod moją obserwacją. Objawów zapalenia rzęciowego nie zauważono.

II. Trzydziestokilkoletni oficer przed kilkoma laty zaraził się przymiotem i wówczas przechodził swoiste leczenie. Zaburzenia w jamie ustnej były jakoby w lekkiej postaci; ślinotok zmusił lekarza do czasowego przerwania leczenia. Pacjent ten często cierpi na bóle głowy (prawdopodobnie na tle przymiotu) i wtedy wznawia leczenie rzęcią. Podczas kuracji doznaje on piekących bólów w jamie ustnej, a nawet w niektórych zębach; dziąsła nieco „puchną“ i są bolesne przy dotknięciu.

Ordynujący lekarz wojskowy przeciw tym dolegliwościom zalecił płukanie z chloranu potasu i wody mętowej. Gdy jednak zaburzenia w jamie ustnej pogorszyły się, pacjenta skierowano do mnie. Przy oględzinach jamy ustnej stwierdziłem brak niektórych zębów i obecność znacznej ilości gnijących pni. Pozostałe zęby były barwy brunatnej, pokryte cuchnącym osadem papkowatym i kamieniem nazębnym w wielu miejscach. Dziąsła były rozpułchnione, krwawiły przy lekkim nawet dotknięciu, łatwo oddzielały się od szyjek zębowych; naokoło pieńków dziąsła były rozrośnięte. Ślina wydzielala się w znacznej ilości, ciągnęła się. Słowem stwierdziłem typowy obraz stomatitu. Zgorzelowe pnie wyjąłem, zęby zepsute zaplombowałem. Dziąsła leczone były przez czas jakiś środkami ściągającymi. Zaleciłem staranne pielęgnowanie jamy ustnej; bóle, jak również wszelkie dolegliwości, znikły. Następne leczenie przeciwprzymiotowe pacjent znosił bardzo dobrze ku wielkiemu swemu zdziwieniu.

III. NN., 46 lat mający, przysłany został do mnie przez D-ra A., celem udzielenia mu porady z powodu powstałych zmian w jamie ustnej.

Wywiady ustaliły co następuje. Pacjent, ojciec sześciorga dorosłych dzieci, nigdy nie chorował; w początku 1906 roku, będąc w stanie podchmielonym zaraził się szankrem, który zdaniem kolegów miał być *miękkim*. Wrzodzik na napletku był, według jego słów, nieznaczny, przy czym wydzielin żadnych nie było. Stosując się do porad kolegów, pacjent używał różnych posypek, a gdy te nie skutkowały, udał się do flezera, który przez kilka tygodni stosował najrozmaitsze posypki i maście. Sprawa miejscowa nie pogarszała się, natomiast gruczoły chłonne pachwinowe nabrzmiały. Pacjent, uspokojony co do charakteru wrzodzika, oddawał się z początku zwykłemu zajęciu i niewiele nań zwracał uwagi. Po pewnym jednak czasie poczuł swędzenie na ciele i kończynach górnych, a po bliższem przyjrzeniu się stwierdził dość gęstą wysypkę. Złękniony zwrócił się do syfilidologa, który stwierdził objawy wtórnego przymiotu.

Pacjent zeznał, że przed przystąpieniem do ogólnego przeciwprzy-

miotowego leczenia lekarz zbadał stan jego jamy ustnej, lecz nie szczególnie nie zauważył. Po weteraniu 2 dawek szaruchy pacjent zaczął wyczuwać silne palenie w ustach i ból w niektórych zębach; wystąpił dość znaczny ślinotok. Prócz tego pewne zmiany wystąpiły na niektórych miejscach skóry (w znacznym stopniu łuszczyca na karku, na głowie i rękach), w przewodzie pokarmowym (biegunka z bólami) oraz bóle w kończynach. Stosowanie szaruchy zostało przerwane, a pacjenta skierowano do mnie, celem doprowadzenia mu jamy ustnej do porządku.

Pacjent robi wrażenie zdrowego osobnika dobrze rozwiniętego. Ogólny stan psychiczny był dobry. Szczegółowo opowiadał on o swej chorobie; obawiał się bardzo utraty zębów.

Ogłędziny jamy ustnej ustaliły następujące zmiany. Na czerwieni dolnej wargi po prawej stronie znajdowała się ograniczona plama barwy biało-szarawej; dziąsło było rozpułchnione, krwawiło przy dotknięciu; śluzówka policzków była sinawo-czerwona; język—obłożony gęstym osadem; na granicy, mniej więcej, górnobocznej znajdowało się kilka wysypkowatych czerwonych plam; zęby były obłożone brunatnym osadem; wszystkie prawie trzonowce były wyraźnie rozluźnione; z kieszonek dziąsłowych przednich zębów przy lekkim nawet nacisku wydzielał się surowiczo-ropny płyn. Ślina wydzielala się obficie; na policzkach były rozrzucone punkcikowate wrzodki wyraźnie ograniczone; punkciki te przy dotknięciu tępym narzędziem były bolesne; z ust wydzielał się smrodliwy odór.

Celem doprowadzenia jamy ustnej do porządku, w której bezwątpienia miało miejsce rtęciowe zapalenie śluzówki, najpierw usunąłem zgorzelowe pieńki. Z powodu znacznego opuchnięcia dziąseł zdjąłem kamień nazębny tylko powierzchownie, a do płukania zaleciłem 2% rozc. dwuboranu sodu (*Natr. biboracicum*), który nie drażni wcale śluzówki. Po kilku dniach nałot z dziąseł i niektórych ucząstków śluzówki oddzielił się, uwydatniło się powierzchowne owrządzenie o równych granicach; rozrzucone punkciki były dość bolesne, zwłaszcza podczas przyjmowania ciepłych pokarmów. Zmiany te bardzo niepokoiły pacjenta. Zmuszony byłem kilkakrotnie smarować roztworem 5% azotanu kokainy (*Cocainum nitricum*), co zmniejszyło znacznie ból. Gdy powierzchnia owrządzeń oczyściła się, posmarowałem jeszcze dwukrotnie 10% kwasem trójchloroctowym (*Acid. trichloroaceticum*), który daje doskonale wyniki, lepsze niż wszelkie inne tego rodzaju środki żrące, działa bowiem wgłąb tkanki, a nie tworzy strupów na powierzchni. Wymienione wyżej punkciki również traktowałem tym samym środkiem. Gdy cała sprawa przyjęła dobry kierunek, doprowadziłem zęby i całą jamę ustną do należytego porządku; szczególnie zwróciłem uwagę, aby nie zostawiać najmniejszych śladów kamienia w kieszonkach dziąsłowych. Pacjentowi zaleciłem najstaranniejsze płukanie ust i czyszczenie zębów proszkiem z kredy i mydła lekarskiego (30:5). Po dojściu do względnie normalnego stanu dziąseł i zmian na śluzówce, rozpoczęto dalsze leczenie przeciwprzymiotowe. Pomimo wzmoczonego leczenia, powikłania ze strony jamy ustnej nie zauważono.

Należy wzmiankować, że pacjent podczas kuracji u mnie znajdował się jednocześnie pod obserwacją syfilidologa.

Zmiany, które wikały zapalenie rtęciowe jamy ustnej, pod względem rozpoznawczym mogły prowadzić na błędne drogi. Dłajagnoza

różniczkowa miała tu więc pewne znaczenie. Następujące cierpienia były stanoweze wykluczone:

1) *Zapalenie wrzodziejące samoistne* śluzówki jamy ustnej (Stomacace idiopathicum), które również cechuje się zmianami dziąseł, ich rozpułchnieniem, skutkiem czego zęby ulegają rozluźnieniu; na języku i policzku również wytwarzają się owrzodzenia, których dno jest nieczyste, dalej cierpienie to przeważnie występuje w wieku młodym. W naszym przypadku brakowało pewnych objawów ogólnych (gorączki, krwawienia z innych narządów i t. d.); wywiad nie wykazał takich czynników usposabiających, jak nędzne warunki społeczne, niehygieniczne utrzymywanie jamy ustnej, przebieg chorób ostrych zakaźnych, jak tyfusu, zimnicy, gruźlicy, moczówki cukrowej oraz zatrucia fosforowego.

2) *Różycowe zapalenie śluzówki* (Stomatitis erysipelatosi), które również cechuje się rozlanem czerwonym zapaleniem z zajęciem dziąseł. Przyjąwszy jednak pod uwagę, że zapalenie różycowe śluzówki stanowi wogóle zjawisko b. rzadkie, jest ono cierpieniem wtórnym (z przyczyny rozs. erzenia per continuitatem róży twarzy), że śluzówka w tych razach jest suchą, lśniącą, że objawów ogólnych nie było, musiało ono być również wykluczonem.

3) *Zapalenie gnilcowe* (Stomatitis scorbutica) cechuje się również charakterystycznym cierpieniem dziąseł, owrzodzeniami z dnem nieczystym, rozluźnianiem zębów, lecz zwykle towarzyszy gnilcowi i chorobom mu pokrewnym (krwawiące, plamicy krwiotocznej) i cechuje się również objawami ogólnymi.

4) *Zapalenie pryszczycowe* (Stomatitis aphtosa), cechujące się, jak wiadomo, drobnymi ostroograniczonymi plamami na śluzówce policzków, języku oraz dziąsłach; zmiany te jednak różnią się barwą białawo-żółtą i lekko wystającą obwódka zapalną, którym towarzyszy zajęcie gruczołów chłonnych szyjowych.

5) *Leukoplakia oris*, cechujące się również plamami wrzodziejącymi na śluzówce warg, policzków i języku, lecz zmiany te przeważnie są rozlane, białawe, z niebieskawym odcieniem mlecznym (stąd nazwa), a występują na policzku zwłaszcza w okolicy kąta ust, na języku, na przedniej części jego nasady.

6) *Lepieże płaskie* (Papulae mucosae, plaques opalines, pl. muqueuses, condylomata), stanowiące czysty objaw drugorzędnygo przymiotu, występujące na śluzówce jamy ustnej zwykle w 4—6 tygodni po zarażeniu się, umiejscawiające się na wewnętrznej powierzchni warg, policzkach, brzegach języka, podniebieniu miękkim i dnie jamy ustnej. Stanowią one jednak pewne *zgrubienie nabłonka formy przeważnie okrągławej, z wybitną zapalną obwódką, ostro ograniczone, barwy biało-szarej, perłowo-szarej lub mlecznej* (jak po przyżeganiu lapisem). Owrzodzenia powstające z lepieży są powierzchowne, dno ich gładkie, moeno czerwone lub pokryte żółtym nalotem.

Porównawszy zmiany przy przytoczonych tu chorobach ze zmianami na śluzówce jamy ustnej u pacjenta, nie trudnem było prawidłowe zorientowanie się.

Przypadek ten stanowił *zapalenie rtęciowe śluzówki z powikłaniem w postaci owrzodzeń powierzchownych*.

IV. (Przypadek M. Letulle. Presse medic. 22.907). Kobieta lat 25, zdrowa dotychczas, zaszła po raz trzeci. W 5 miesiącu ciąży, podejrzewając syfilis, poddawała się ogólnemu leczeniu (do porodu) rtęciowemi

wstrzykiwaniami. Urodziła zdrowe dziecko. Po 20 dniach po położeniu 21-a iniekcja wywołała zapalenie rzęciowej jamy ustnej (stom. mercurial.). Stan narządu zębowego pozostawiał wiele do życzenia, przyczem pacjentka podczas ciąży zupełnie nie czyściła zębów. Leczenie przeciwnie i wyjęcie chorych zębów nieco zmniejszyły ciężkie powikłanie w jamie ustnej. Po krótkim polepszeniu znowu wystąpiły: obumarcie języka, silny krwotok z jamy ustnej, śmierć w 67 dni po wystąpieniu nieżyty. Sekeja stwierdziła *zgorzel dna jamy ustnej, dolnej powierzchni języka i części miękkiego podniebienia*, zapalenie nerek i żył na miejscu łożyska. Chora zmarła z przyczyny ostrego zakażenia i wprowadzania do ustroju w ciągu 4-eh miesięcy przetworów rzęciowych. Z przyczyny cierpienia nerek (co często ma miejsce w przebiegu ciąży) źle usunięty z ustroju *jad rzęciowy wywołał zniszczenie w zapuszczonej jamie ustnej.*

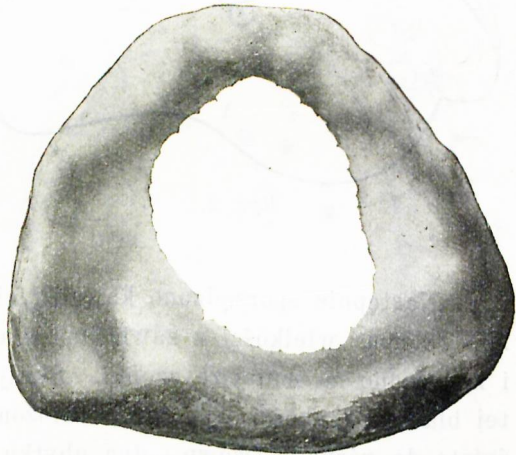
## II). Dział sprawozdawczy.

**53). Dr. John H. Meyer. Dostawka z obturatorem.** (S. S. White Neuheiten u. Verbesserungen auf zahnrätlichem u. zahntechnischem Gebiet, 1907.X). Pacjent, który zgłosił się do autora po raz pierwszy w r. 1884, miał jeszcze 11 zębów w górnej szczęce. Nosił on dostawkę kauczukową ze sztucznymi zębami, która zakrywała ubytek na podniebieniu 5 cm. długości i 2½ szerokości. Dostawka drażniła ciągle brzegi otworu i wywoływała zapalenie. Wobec tego autor ją usunął i zastąpił złotą, co zapobiegło drażnieniu. Z czasem jeden ząb po drugim ulegał rozchwianiu, tak że dostawkę należało coraz przerabiać, zmieniać klamry i dorabiać zęby. W końcu pozostały tylko 2 trzonowce, jako punkty oparcia dla dostawki. Należało wobec tego zmniejszyć jej ciężar; trzonowce sztuczne odjęto, pozostawiono 6 przednich zębów szt. Autor miał zamiar nałożyć koronki na dolne pierwsze trzonowce i przymocować do nich sprężyny, które podtrzymywałyby górną dostawkę. Nim jednak do tego przystąpił, pacjent stracił jeden z 2 ostatnich trzonowców; jako punkt oparcia, pozostał już tylko jeden; w dodatku rozchwiany. Wobec tego przyszło mu na myśl skorzystać z ubytku, który istniał na podniebieniu i tam przenieść punkt oparcia. Pobudką do tego był rysunek, który widział w dziele D-ra Kingsley'a „On oral deformities“, przedstawiający dostawkę dla ubytku na podniebieniu.

Już Ambrozjusz Paré zbudował w r. 1541 podobny przyrząd, który opisał i zilustrował w swem dziele Fouchard w r. 1728. Przyrząd składał się z płytki, przykrywającej otwór; w środku płytki umieszczona była rurka ze śrubą, która poruszała 2 skrzydła po nad dostawką, w górę i w dół. O ile skrzydła były podniesione, przechodziły swobodnie przez ubytek na podniebieniu; gdy śrubę potem po ułożeniu dostawki na właściwem miejscu przekręcano za pomocą cążek, skrzydła opadały i układały się wpoprzek otworu, spoczywając na nosowej powierzchni zatoki szczękowej. Na dolnej powierzchni skrzydeł były podłożone kawałeczki gąbki (hubki), skrzydła zatem nie wywierały ucisku na śluzówkę.

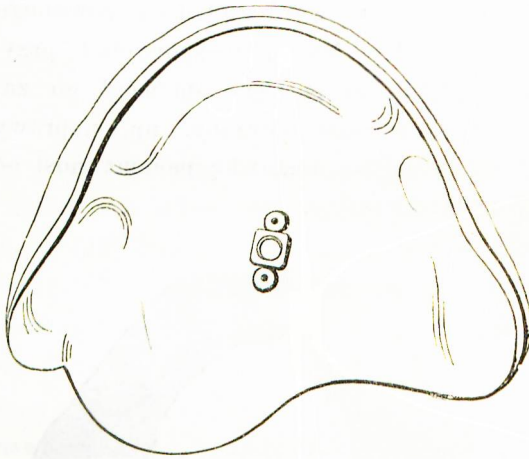
Zasadę Paré'go zmienił autor o tyle, że zdjął wycisk z brzożę otworu podniebiennego i zrobił skrzydła z twardego wulkanizowanego kauczuku, które przylegały dokładnie. Następnie sporządził przyrząd do przytrzymywania skrzydeł tak, że pacjent sam mógł go zakładać i wyjmować; można też było w razie potrzeby, np. naprawy przyrząd od dostawki odjąć. Wymienioną dostawkę pacjent nosi od lipca 1901 roku; wyniki były zadawalniające.

Wycisk zdjęto zwykłym sposobem, z początku woskiem, aby otrzymać możliwie odpowiednie wgłębienie. Z wycisku zdjęto z góry pewną część wosku, nałożono ciekłą warstwę gipsu, w ten sposób tylko nieznaczna ilość gipsu mogła weisnąć się do ubytku. Otrzymany po odlaniu model przedstawił rozmiary ubytku (rys. 1); ostatni na modelu wypełniono woskiem, na którym dokładnie uwydatniły się kontury; następnie wytłoczono złotą płytkę. Chodziło o uzyskanie wycisku całej jamy. W tym celu przy pomocy odpowiedniej łopatki wprowadzono gips konsystencji śmietany na górne wewn.) dno wierzchniego brzożę, ku ścianom ubytku, uważając, aby



Rys. 1.

gips zrównał się z brzegiem ubytku; dalej ostrożnie nałożono cienką warstwę na tylną część jamy w kierunku miękkiego podniebienia. Zanim gips stwardniał, zrobiono 3 nacięcia, aby łatwiej wycisk się złamał, i aby można go było wygodnie wyjąć i podług niego zbudować podstawę. Ubytek tworzył jamę z prostemiścianami gipsowemi. Po należytem stwardnieniu gipsu pokryto go roztworem szellaku i naoliwiono. Płytkę nagrzano, w miejscu odpowiadającem ubytkowi nałożono nieco wosku, porobiono na nim nacięcia i pokryto warstwą gipsu, celem otrzymania odbitki z górnej powierzchni gipsowego sklepienia. Po stwardnieniu gipsu wyjęto płytkę z gipsem i zestawiono cały wycisk. Podług tego ostatniego odlano modele, na których zbu-



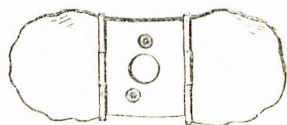
Rys. 2.

downo dostawkę. Górną część z bocznymi skrzydłami, która miała stanowić należyte oparcie dla niej, zrobiono w następujący sposób. Do górnej części płytki dolutowano mocny czop z masywnego drutu złotego, grubości 6 mm., i dwa mniejsze czopki z drutu grubości 3 mm. Czopy obcięto na odpowiednią długość, w każdym z mniejszych zrobiono otwór gwintowany (rys. 2).

Następnie sporządzono kawałek złotej blachy grubości, 0,6 mm., 20×12 mm. wielkości z zawiasami dla ruchomych skrzydeł (rys. 3) i nakręcono na mniejsze czopki. Skrzydła, zrobione również ze złotej blachy grubości 0,6 mm., obłożono miękkim woskiem, przyciśnięto do górnego (wewn) dna ubytku (aby później zapewnić dokładne przyleganie) i przypiłowano stosownie do kształtu i wielkości. Dalej wyswidrowano otwór średnicy 4½ mm. w przykręconej blasze i w grubym czopie (rys. 3). W otwór wstawiono klamkę (rys. 4) z poprzeczną zasuwą (rys. 5).

Krótszy (górny) rękaw tej klamki na małej przestrzeni zaopatrzone w gwint, pozostałą część obrobiono czworokanczasto z okrągłą głó-

wką na końcu. Czworokańczasta część sztyfta klamkowego wchodziła w czworokątny otwór poprzecznej zasuwy (rys. 5), a gwint przeznaczony był dla śrubki (mutterki), która przymocowywała po-



Rys. 3.



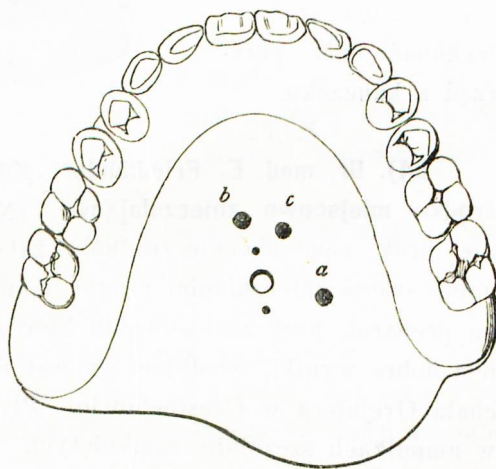
Rys. 4.



Rys. 5.

przeczną zasuwę do klamki. Wymieniona zasuwa zrobiona była ze złotego paska (używanego na klamry), mającego 0,3 grubości, 4 mm. długości i 2 mm. szerokości; po środku sterował czop z czworokątnym otworem dla czworograniastej części klamki. Gładką rączkę ostatniej (rys. 4) wygięto odpowiednio do podniebiennej powierzchni płyty i przykręcono poprzeczną zasuwę z klamką. Następnie przylutowano na podniebiennej powierzchni płytki trzy małe guziczki (rys. 6).

Gdy postawimy klamkę na miejscu *a*, zasuwa będzie szła od przodu ku tyłowi, i skrzydła będą się poruszały luźno na zawiasach (rys. 7), *b*—zasuwa stanie wpoprzek od lewej strony ku prawej i ułoży się na skrzydłach (rys. 8); guzik *c*—po którym ślizga się sprężynowa rączka klamki, służy jako hamulec, aby klamka podczas żucia nie mogła się przesunąć ku tyłowi, wskutek czego za-

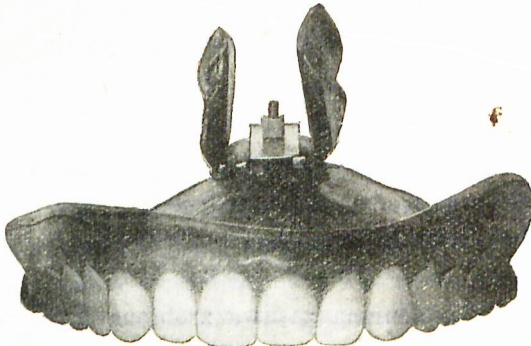


Rys. 6.

asuwa ześlizgnęłaby się ze skrzydeł. Klamkę obraca pacjent przy pomocy palców. Przy zakładaniu przyrządu klamkę ustawia się na *a*, przez co skrzydła są swobodne, można więc je podnieść (rys. 7) i przesunąć przez ubytek. Gdy dostawka jest na miejscu, skrzydła opadają, i poprzeczna zasuwa utrzymuje je mocno w położeniu poziomym (rys. 8). Pacjent może w ten sposób dowolnie dostawkę wyjmować

i zakładać. Po 10 dniach okazało się ku wielkiemu jego zadowoleniu,

że dostawka funkcjonowała należycie.

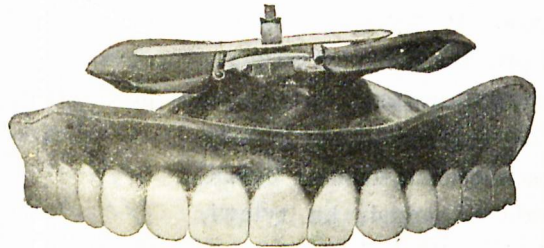


Rys. 7.

Opisany obturator spełnia swe przeznaczenie i nadaje się do wszystkich ubytków twardego i miękkiego podniebienia w ustach bezzębnych.

O ile chodzi o brak miękkiego podniebienia,

można dołączyć do płytki sztuczny żagiel podniebienny. Można również dorobić więcej niż dwa skrzydła, które będzie przytrzymywała jedna poprzeczna zasuwa, a także wykonać cały przyrząd z kauczuku.



Rys. 8.

Z. F.

**54). Dr. med. E. Friedländer. Kilka słów o alweolinie, nowym środku miejscowo znieczulającym.** (Notatka kliniczna). Aczkolwiek nie brak nam obecnie środków zalecanych przez różne firmy do miejscowego znieczulania, pragnę jednak zwrócić uwagę czytelników na preparat, przy zastosowaniu którego w ostatnich czasach osiągnąłem dobre wyniki. Środkiem tym jest *alweolina*, zalecana przez kol. Michała Grejnieca w Częstochowie. Płyn ten znajduje się w handlu w ampulkach szczelnie zamkniętych i jest należycie wyjałowiony. Chemicznego badania tego płynu nie robiłem; jest to rzeczą chemików i fizjologa; nowy ten środek wypróbowałem w tym celu, aby się przekonać, czy ma on w istocie jakieś zalety w porównaniu z innymi.

W tych przypadkach, w których alweoliny używałem, zauważyłem normalny przebieg w gojeniu się rany pooperacyjnej. Z powodu dość szybkiego wessania przetworu występuje u pacjentów o wiele rzadziej ból po wyjęciu zęba, aniżeli przy używaniu innych tego ro-



dzaju środków. Technika wstrzykiwania nie różni się od tej, do jakiej przywykliśmy przy używaniu innych środków znieczulających. Wstrzykuję po  $\frac{1}{2}$  cm. po stronie zewnętrznej i wewnętrznej chorego zęba, na wyjęcie skazanego. Pewnym lecz powolnym naciskiem staram się płyn rozprowadzać w otoczeniu szczytu korzenia. Żuchwa wymaga naturalnie więcej płynu do znieczulenia i skrupulatniejszego rozprowadzania go wokoło chorego zęba. Po wstrzyknięciu w górną szczękę czekam 5 minut, w żuchwę zaś—10 do 15 minut. Dla praktyka uważam też formę nadaną alweolinie (t. j. płyn w ampułkach) za odpowiedniejszą, niż w tabletkach, które to lekarz sam dopiero musi rozpuszczać.

**55). Choquet J.** (Paryż). **Badania zębów ludzi różnych ras.** (L'Odontologie II.1908). Autor, omówiwszy b. wyczerpująco sprawę dotyczącą zębów ludzi różnych ras, dochodzi do następujących wniosków:

1) zęby ludzi współczesnych zmniejszają się proporcjonalnie do stopnia cywilizacji;

2) każda grupa zębów przedstawia znaczne odmiany i modyfikacje, które wyodrębniają się u kobiet wszelkiej rasy zmniejszeniem się różnych djametrów, to też możliwem jest, aby w medycynie międzynarodowej używano takich tablic, przy pomocy których można byłoby z zupełną pewnością określić do jakiego osobnika należą dany ząb, do kobiety, czy mężczyzny;

3) w trzonowcach górnych wymiar poprzeczny jest większy, niż podłużny (mesio - distale), co jest zupełnie przeciwnem u ludzi pierwotnych, których górne trzonowce mają wymiar odwrotny. Zjawisko to stwierdzonem jest dla obojga płci z zachowaniem wszystkich proporcji; najwięcej wyraźnem jest to u ludzi, należących do ras niższych, szczególnie australijczyków, również u ludzi przedhistorycznych;

4) typ guzkowy dla trzonowców górnych może być określony w sposób następujący:

'M' ma 3 guzki

"M" „ 4 „

'''M''' „ x

Należy dodać, że 'M' posiada bardzo często, szczególnie u ras cywilizowanych, piąty guzek (tubercule Carabelli) po stronie do-

środkowo-podniebiennej korony, i że guzek ten nigdy nie sięga wysokości innych;

5) typ guzkowy w trzonowcach dolnych może być określony w sposób następujący: u ras cywilizowanych lub u ras niższych pierwszy trzonowiec posiada zawsze pięć guzków, z bardzo rzadkim wyjątkiem—guzek dodatkowy;

2-gi trzonowiec u ras cywilizowanych posiada zawsze cztery guzki. Przeciwnie—im więcej będziemy badali rasy niższe, tem częściej się spotkamy z tym zębem, posiadającym 5 guzków.

To samo zauważymy i w 3-im trzonowcu, który u ras cywilizowanych ma tylko składki szkliwa, jak to widzimy często u szimpansów lub orangutangów, gdy tymczasem u ras niższych zauważyć można często 4, a nawet i 5 guzków;

6) drugi dwuguzkowiec dolny szczególnie u australijczyków ma 3 lub 4 guzki bardzo wyraźne, odpowiadające ilości guzków trzonowców, które następują po tym zębie;

7) najlepsze wymiary i porównania, zrobione przez M. Gaudry'ego na człowieku wspólnie z P. Gorjanovic-Krambergerem niezaprzeczenie przekonywują nas, iż zęby naszych przodków przedhistorycznych były znacznie mocniejsze, niż zęby ludzi współczesnych;

8) budowa dolnej szczęki u ras cywilizowanych nie jest więcej rozwinięta, niż u ras niższych;

9) bardzo ścisły stosunek istnieje pomiędzy linią zwarcia a zgryzem czasowego uzębienia; im więcej ona zbliża się do linii prostej, tem bardziej dół stawowy (fovea glenoidal.) jest szerszy, a kłykieć (condylus) wchodzi gorzej do ostatniego;

10) artykulacja zębowa, która podług autorów amerykańskich polega na dotykaniu się jednego zęba o dwa przeciwne, ma miejsce zarówno u ras cywilizowanych, jak i niższych, jeden o jeden zaś — w stosunku 62%.

*R. Berladierówna.*

**56). Dr. Dementiew W. Przypadek powiększonego języka (macro-glossia) u dziewczynki.** (Wrac. Gazeta 5.08). Do kliniki akademickiej zapisaną została pięcioletnia dziewczynka, u której stwierdzono powiększony język, nie mieszczący się w jamie ustnej i przeszkadzający przeżuwaniu twardych pokarmów oraz wyraźnemu mówieniu.

Pacjentka przyszła na świat w normalnym czasie, rozwijała się

prawidłowo, zęby pokazały się w 6 miesiącu; do trzeciego roku zapadała kilkakrotnie na grypę; mniej więcej w tym czasie u pacjentki przy powiększonej t<sup>o</sup> zauważono opuchnięcie prawego podszczękowego gruczołu, które w ciągu tygodnia znikło. Przypuszczalnie od tego właśnie czasu bierze początek powiększenie języka, ponieważ pacjentka wtedy właśnie narzekała na ból w jamie ustnej, zwłaszcza w końcu języka; wkrótce objętość języka znacznie się powiększyła. W ciągu następnych dwóch lat pod wpływem leczenia język zmniejszał się o tyle, że chora mogła go wciągać do jamy ustnej, lecz już na 6 miesięcy przed jej zgłoszeniem się do kliniki język znowu uległ powiększeniu i w takim stanie pozostaje. Dziewczynka rozwinięta prawidłowo; kości i mięśnie normalne. Usta były ciągle otwarte; ślinotok znaczny; mowa utrudniona; język na 6 ctm. wysunięty z jamy ustnej, cały równomiernie powiększony; górna i dolna powierzchnia — b. nierówne, ziarnkowate; wzdłuż górnej powierzchni kilka głębokich bródz; brodawki na języku, pokryte ciemnymi skorupkami. Konsystencja języka była twardawą; w jego miąższu wyczuwać można było pojedyncze gruzelki; barwa—zwłaszcza na zewnątrz jamy ustnej, w pobliżu powiększonych brodawek—sinawa; na powierzchni języka znaczna ilość jasnych, przezroczystych pęcherzyków; zęby spróchniałe; brak dolnych siekaczy (usunięto takowe, aby nie raniły języka).

W klinice prof. Fiedorowa odcięto chorej wystającą część języka. Drobnowidz stwierdził znaczne powiększenie tkanki łącznej, rozrośniętej między włóknami mięśniowymi. W tkance łącznej znajdowały się szpary, które dalej tworzyły kanały, a te znowu miejscami tworzyły różnej wielkości jamy. W jamach spostrzeżono dalej okrągłe komórki limfatyczne, w niektórych zaś miejscach czerwone krwinki, a wreszcie w innych znaleziono włóknikowe skrzepy. Autor rozpoznał naczynek chłonny. Twierdzenie swoje popiera następującymi przypuszczeniami. Infekcja wywołała lymphangoitis. Wskutek ciągłego drażnienia ze strony zębów na powierzchni powiększonego języka powstały drobne ubytki; śluzówka uległa ścięczeniu do tego stopnia, że wyciągnięte szczeliny chłonne popękały i w ten sposób dawały szerokie pole różnym czynnikom, sprzyjającym sprawie zapalnej, wynikiem czego było powiększenie się języka i zanik włókien mięśniowych.

Badania dotyczące makroglosji nie ustaliły dotychczas nic pozytywnego co do jej etjologii. Jedni widzą w niej cierpienia wrodzone, inni—nabyte. Pierwsi twierdzą, że objawy tego cierpienia zwykle są połączone z innymi nieprawidłowościami w ustroju, co często bardzo ma miejsce u kretynów, idjotów i t. d. Inni w naczyniaku limfatycznym widzą wynik często powtarzających się spraw zapalnych lub też urazu, poprzedzającego choroby zakaźne. Leczenie operacyjne.

*L. Chmieleński.*

**57). Prof. Rog M. Rzekomy ból zębów na tle grypy (influenzy).** (L'Odontologie 1907). W sprawie powyższej autor przed dwoma laty wygłosił odczyt w T-wie Odontol. w Paryżu. Zwrócił on uwagę na osobliwą postać rzekomego bólu zębów podczas przebiegu grypy. Ostatnia epidemia grypy dostarczyła autorowi sporo materiału, który niezawodnie przyczyni się do wyjaśnienia pochodzenia tej sprawy. Zwraca on uwagę, że dotyczy to nerwobólu powstałego wskutek zapalenia grypowego jamy szczękowej, który cechuje się bólami, wyraźnie umiejscowionymi w odpowiednich całych zębach górnej szczęki. Osoby, które cierpiały na takie bóle (podczas przebiegu różnych epidemii), nie miały wcale po stronie zaatakowanej chorych zębów ani w szczęce górnej, ani też w dolnej.

Przez czas jakiś autor sądził, że ma tu miejsce przypadkowy zbieg okoliczności, kilkakrotne jednak powtarzanie się tego samego zjawiska skłoniło go do zajęcia się sprawą ustalenia, czy niema tu innej jakiejś przyczyny.

Nie wątpiąc, że przyszłe spostrzeżenia kolegów stwierdzą jego przypuszczenia, autor zaznacza, że omawiana postać nerwobólu spotykaną jest głównie u osób mających właśnie zdrowe zęby.

Co się tyczy przypadków, w których chorobie tej towarzyszyło zapalenie miazgi lub ozębnej, to jest to tylko zjawiskiem przypadkowym.

Prawie u wszystkich cierpiących rzekomy ból zębów występuje przy końcu grypy; u niektórych—po zupełnem przejściu jej. Zjawisko takie spostrzegano często tak u dzieci, jak u dorosłych.

Ból, z początku ostry i rozprzestrzeniający się po całej głowie, umiejscawia się następnie w jednym lub kilku zębach górnej szczęki, po części w 2-im trzonowcu, niekiedy w dwuguzkowcach.

U jednego z pacjentów w 2-m dwuguzkowcu, na który narzekał, była plomba założona kilka lat przedtem; wprowadzony w błąd

autor wyjął ją i, jak się okazało, zupełnie niepotrzebnie, gdyż miazga była zupełnie zdrową.

Bóle niekiedy bywają tak dokuczliwe, że pacjent w przypuszczeniu wytwarzania się wrzodu nad zębem nalega na usunięcie zęba.

We wszystkich obserwowanych przypadkach zęby i śluzówka jamy ustnej były zdrowe. Przy nagryzaniu chorzy wyczuwali ból w jednym lub kilku zębach, najczęściej w dwóch ostatnich trzonowcach; głównie narzekali na 2-gi trzonowiec. Przy badaniu palcem przedsonka jamy ust zauważyć można charakterystyczne zjawisko: silny ból przy naciskaniu całej powierzchni kości szczękowej. Zewnętrzna powierzchnia zębodołowa również jest czułą przy naciskaniu palcem, lecz w znacznie mniejszym stopniu. Przy badaniu kości licowej ze strony skóry (przy naciskaniu) zauważyć się daje pewna wrażliwość jak również pod i nad otworami oczodołowymi. Autor obserwował zawsze jednostronne cierpienie, które przechodziło po zastosowaniu takich prosków:

*Rp.* Antipyryni 0,5  
Chinini bromati  
Natrii bicarbon. aa 0,25  
D. t. d. N. 12.

Zalecając z początku po cztery proski dziennie, autor w miarę zmniejszania się bólów (co następuje drugiego dnia) ilość przyjmowanych prosków stopniowo zmniejszał o jeden, aż do zupełnego zniknięcia cierpienia. Rzekomy ból zębów (pseudo odontalgia) jest tak charakterystyczny, że autor może go już rozpoznawać u niektórych chorych drogą anamnezy; ostatnia jednak nie jest wystarczającą nawet w przypadkach zupełnie wyraźnych, gdyż koniecznym warunkiem rozpoznania tej odontalgji na tle influenzy jest zupełny brak cierpień miazgi i okostnej. Przy braku grypy autor nie widział tej postaci nerwobólu. Drogą spostrzeżeń doszedł do wniosku, że nerwobóle, następujące po grypie, cechują się: 1) bólami, umiejscowionymi w zębach górnej szczęki, szczególnie w II trzonowcu i 2) bólem przy naciskaniu na kość licową tak ze strony ust, jak i skóry. Intensywność bólu, który wedle wskazań chorych umiejscowiony jest w zębach, jak się zdaje, usprawiedliwia nazwę rzekomej odontalgji na tle grypowem. *N. Neufeld.*

**58). Lartschneider. Przyczynek do zarazy pyskowej i racicowej u człowieka.** (Oest. Ung. Vierteljahrsschrift f. Z-de I.1908). Przypadki promienicy w stomatologii nie należą do rzadkości; mniej może znaną jest zaraza pyskowa zwierząt (*stomatitis aphthosa epizootica*) u człowieka. W Niemczech stwierdzono od r. 1888—1897 600 przypadków tejże u ludzi, we Francji zachorowało na tę chorobę od r. 1899—1901 na kilka milionów zwierząt również 22 osób (9-ro dzieci i 12 dorosłych), a w Austrii w przeciągu 5 lat na 800.000 zwierząt 38 osób. Natomiast znany w literaturze epidemję zarazy pyskowej i racicowej opisaną przez Spiegla, podczas której na przedmieściu Berlina liczącem 9000 ludności zachorowało 3000 mieszk., a 8% zmarło. Przyczyna, że tak mało czytamy o tej zarazie u ludzi, znajduje się w związku z tem, że choroba ta u ludzi ma często przebieg bardzo łagodny, i że nie można jej tak łatwo rozpoznać.

Najczęstszem źródłem zarażenia się tą chorobą u człowieka jest mleko chorych na tę zarazę zwierząt, zwłaszcza takich, które na wymionach mają charakterystyczne pęcherzyki (Aphthen); udowodnili to w r. 1833 Hertwig i jego asystenci na własnem ciele. W r. 1893 udało się Schantyrowi przeszczepić tę chorobę z człowieka na zwierzęta, co jest dowodem, że tak u ludzi, jak u zwierząt ten sam drobnoustrój wywołuje zarazę; pewnem więc jest też przeniesienie się jęgo z człowieka na człowieka. Objawy są następujące: wysoka ciepłota, ból głowy, brak łaknienia, żółte pęcherzyki na śluzówce warg i języka, rzadziej twardego podniebienia i gardła, które po kilku dniach pękają, gorączka trwa mimo to dalej i dopiero po 2 tygodniach zaczyna zmniejszać się; w jamie ustnej silne palenie; ślinianki, gruczoły szyjne znacznie obrzmiewają, wywołując trudności przy połykaniu i uniemożliwiając nieraz przyjmowanie pokarmów; wargi obrzmiewają, pokrywając się przytem bolesnymi pęcherzykami, które w cięższych przypadkach znaleźć można nawet na palcach, naokoło paznokci. U dzieci choroba spowodować może dość prędko śmierć; zwykle zaś trwa od 3 — 8 tygodni i rzadko kończy się śmiercią. Rokowanie jest pomyślne. Rozpoznanie u ludzi nie jest trudnem, gdy udowodnić można, że w okolicy lub w miejscu panuje zaraza, lub że mleko pochodzi z okolic nią dotkniętych; trudniejszem jest, gdy zdarzają się tylko przypadki sporadyczne lub gdy nie można udowodnić, skąd mleko importowano.

Bakterjologia i drobnowidztwo tudzież umyślne przeniesienie choroby z człowieka na zwierzęta dla celów djagnozy, nie dają nam rękojmi pewnego rozpoznania, przyczem też niełatwo odróżnić od niej inne choroby, jak: skorbut, przymiot, gruźlicę, stomatitis gangraenosa (Noma), stomatitis herpetica, aphtosa i ulcerosa. Podejrzane zawsze będą owe przypadki omawianej choroby, przy których twarde podniebienie wolne jest całkiem od pęcherzyków i wrzodzików, a gdy do tego jeszcze stwierdzić można pęcherzyki i wrzody rozrzucone po twarzy, na palcach rąk i nóg; tu należy rozpoznać zarazę pyskową i racicową. Terapia jak przy stomat. aphtosa i herpetica. Zalecają boraks i nadmangan. potasowy i lapis miejscowo, tudzież leczenie ogólne i objawowe, nie mniej profilaktyczne, by zapobiedz przeniesieniu tej choroby na otoczenie.

Przypadki autora dotyczyły dwóch sióstr, córeczek lekarza, w wieku 6 i 7-iu lat. Zęby miały zdrowe. Równocześnie zaczęły narzekać na ból przy żuciu i połykaniu, tudzież na palenie w jamie ustnej. Śluzówka ostatniej tudzież gardła i migdałów była czerwoną, dziąsła—obrzękle, krwawiące, ślinotok, język obłożony, na brzegu jego kilka małych, żółtych pęcherzyków; okolica gruczołu przyusznego i podjęzykowego na ucisk bolesna. Cztery dni po zachorowaniu wystąpiła silna gorączka, która trzymała się przez 2 tygodnie na wysokości 39.8—40.0 wieczorem. Równocześnie wystąpiły na języku, na dziąsłach, na całej śluzówce i na wargach drobne żółtawe pęcherzyki, wnet pękały i przemieniały się w małe wrzody, foetor, parotitis, obrzęk gruczołów szyjnych, drobne pojedyncze pęcherzyki na palcach. Po 6-ciu tygodniach nastąpiło wyzdrowienie. Jakkolwiek w miejscu i najbliższej okolicy nie było tej zarazy wśród zwierząt, lecz o kilkanaście mil dalej, a jednak, ze względu na przebieg ciężki, na zupełnie zdrowe uzębienie, na wrzodziki, które powstały z pęcherzyków, oraz na to, że twarde podniebienie było wolne od nich, a natomiast kilka tychże pokazało się na palcach, postawiono rozpoznanie: *zaraza pyskowa i racicowa*. Wdmuchiowano kilka razy dziennie *zincum sozodolicum* do jamy ustnej, a wewnątrznie podawano kwas solny. Zresztą leczenie objawowe i zapobiegawcze.

*Dr. Friedländer (Drohobycz).*

### III. Kronika i sprawy zawodowe.

= **Sprawa szkół dentystycznych.** Ministerjum Oświaty wnosi do Dumy Państwowej projekt dotyczący reformy szkół dentystycznych. Projekt wnosi więc nie Ministerjum Spraw Wewnętrznych, pod zarządkiem którego pozostają wymienione zakłady. Poruszenie tej sprawy jest w związku z wielokrotnymi staraniami Zjazdów dentystycznych, które dobitnie wytykały braki prywatnych szkół dentystycznych. Zjazdy te dostarczyły Ministerjum wiele pozytywnego materiału, zwróciwszy jednocześnie uwagę na to, że szkoła dentystyczna powinna wykształcić specjalistów z pewnym zasobem umiejętności, zdolnych do samodzielnej pracy. Oddawna to zrozumiano i z bólem odczuwano brak niedostatecznego wykształcenia szkolnego. Stwierdzono, że termin szkolny jest zbyt krótki, a to z tych względów, że potrzeba więcej czasu do zajęć praktycznych, klinicznych i techniki protetycznej. Główną wytyczną dla projektodawców było zachowanie ścisłej równowagi pomiędzy zajęciami teoretycznymi a praktycznymi. Szkoły wymagają znacznego materiału do demonstracji i zajęć praktycznych i laboratoryjnych. Prywatne takie zakłady nie odpowiadają tym wymaganiom, wszystko to bowiem pociąga nader wielkie wydatki, założyciele więc unikają tego, gdzie można, i unikać będą w przyszłości, pomimo wszelkiego nadzoru. Nawet w miastach uniwersyteckich, gdzie materiału dla celów szkolnych jest dość, wymagania kończą się zwykle na niczem. A cóż dopiero powiedzieć o szkołach w miastach nieuniwersyteckich <sup>1)</sup>? Ze względu na bogactwo materiału naukowego i praktycznego uniwersytetów Zjazdy dentystyczne słusznie domagały się, aby szkoły przekształcić w „instytuty dentystyczne przy uniwersytetach”. Otwarcie instytutów przy uniwersytetach zapobiegłoby rozmaitym nadżyciom.

Zgodnie z nowym projektem Ministerjum Oświaty specjalne przedmioty wykładać mogą lekarze dentyści. Do składu rad pedagogicznych szkół wchodzi również przedstawiciel okręgu naukowego (z wyższem wykształceniem). Dla nadzoru nad naukową

<sup>1)</sup> Ustawa szkół dentystycznych nie zezwala na otwieranie szkół w miastach nieuniwersyteckich.



działalnością szkoły fakultet lekarski wybiera specjalną komisję, składającą się z 3-ch profesorów. Od nowowstępujących wymagana będzie znajomość łaciny podług specjalnego programu. Kurs nauki trwać będzie 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> r. (7 semestrów). Program obejmuje 20 przedmiotów: fizykę, chemię, botanikę, zoologję, anatomję patologiczną, patol. szczegółową i terapię chorób narządów trawiennych, oddechu i systemu nerwowego, będących w związku z chorobami zębów, choroby zakaźne, chirurgję ogólną i szczegółową, bakterjologję, anatomję topograficzną i chirurgję operacyjną głowy, klinikę chirurgiczną chor. jamy ustnej, nosa i sąsiedn. części, syfilis, rzerzączkę, technikę protetyczną, zajęcia praktyczne z dziedziny chemji, anatomji, histologji, patologji szczegółowej i terapii, patologji chirurgicznej, anatomji patol., bakterjologji i wyjmowania zębów na trupach. Kończący szkołę podlegają specjalnemu egzaminowi w komisji państwowej.

Rada Medyczna zaproponowała wnieść do projektu niektóre zmiany. Wykład dentyatrii ma być powierzony lekarzowi, techniki zaś—lekarzowi dentyście lub doświadczonemu technikowi. Nadzór nad szkołą mieć może tylko osoba z wyższem wykształceniem medycznym.

Ostatni semestr ma być poświęcony wyłącznie zajęciom praktycznym. Zoologja, botanika, historia medycyny, topograficzna anatomja i operacyjna chirurgja głowy mogą być wykluczone.

Wojskowo-medyczny komitet uczony proponuje następujące zmiany. Zarządzającym szkołą może być doktor medycyny, lekarz lub lekarz dentysta. Nadzór obejmuje komisja z 3-ch członków—profesorów wydziału lekarskiego; w okręgach, gdzie wydziałów lekarskich niema—z 3-ch lekarzy, mianowanych przez Okręg naukowy. Co do programu wykładanych przedmiotów, to komitet uważa za stosowne, aby fizykę, chemję, przedmioty historyczno-przyrodnicze, nauki biologiczne wykładano w krótkich zarysach, należy natomiast znacznie rozszerzyć wykłady specjalnie dentystycznych przedmiotów. Rady pedagogiczne 3-ch szkół dentystycznych w Petersburgu zaproponowały swe uwagi w omawianej sprawie. Od nowowstępujących wymaganiem ma być świadectwo przynajmniej ze znajomości kursu 6 klas ogólnokształcącego zakładu naukowego, męskiego lub żeńskiego. Gdyby zaś Ministerjum oświaty uważało kurs 6 klas zakł. nauk. żeńskich za niedostateczny, należy od kobiet wymagać świadectwa z ukończenia całkowitego kursu gimnazjalnego. Co do języka łączy-

skiego, to wymagania nie powinny być zbyt wysokie. Kurs nauki trwać ma 4 lata. Pożądaniem byłoby, aby egzaminy ostateczne odbywać się mogły przy instytutach w obecności deputata z ramienia fakultetu oraz komisji nadzorczej. Rozszerzenie programu obecnie wykładanych przedmiotów jest więcej pożądaniem, niż wprowadzenie nowych przedmiotów. Zamiast „szczegółowej patologii chirurgicznej jamy ustnej i nosa”, należałoby wprowadzić „szczegółową chirurgję jamy ustnej, nosa i sąsiednich części“. Prócz syfilisu należy wprowadzić krótki wykład dermatologii. Również należy wprowadzić wykład o chorobach krążenia krwi i związanych ze zmianami materji. Praktyczne zajęcia należy zostawić z histologii, a na pierwszym miejscu—z dziedziny techniki protetycznej oraz zębolecznictwa. Wykłady kliniczne (w szpitalach miejskich) odbywać się powinny z dziedziny dermatologii, syfilidologii i chirurgji szczegółowej.

Technikom dentystycznym żadnych wykładów nie należy powierzać, ponieważ Ustawa lekarska nie uznaje ich. Szkoły dentystyczne należy przemianować na „instytuty dentystyczne” lub „wyższe kursy dentystyczne”. Uczący się korzystają z ulgi w odbywaniu powinności wojskowej do 22 roku. Uczącym się należy udzielić praw zamieszkiwania w całym Państwie (żydom podczas studjów). Szkoły dentystyczne w miastach nieuniwersyteckich istnieć nie mogą.

Są to projekty w ogólnych zarysach, które bez wątpienia ulegną pewnym zmianom, a to z tego względu, że do obrad zaproszeni będą wybitni przedstawiciele naszego zawodu, którzy, rzecz prosta, potrafią należycie wywiązać się ze swego zadania.

= **Aresztowania.** „Ochra” aresztowała współpracownika naszego N. Neufelda i kol. Frydmanównę. Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że współwłaściciela II szkoły dentystycznej, dentystę A. Rozensahla aresztowała „ochra”.

= **Uczelnia p. Stawiskiej.** Interesy szkoły nie są tak świetne, jak spodziewała się założycielka. Pomimo szumnych wieleobiecujących ogłoszeń, szeroko rozwiniętego werbowania łatwowiernych, prześlizcznie ułożonego „programu”, pomimo znacznego kapitału zakładowego w sumie rb. 3000, „szkoła” stoi w miejscu, jak stary ciężki zepsuty parowóz, który pomimo wszelkiego wysiłku nie rusza się naprzód. Kiepsko więc. Papiery „wartościowe” akcjonarjuszów szkoły p. Stawiskiej stoją nisko. Dr. Winawer pragnie „ustąpić” swój „udział”.

Pomimo tak młodego wieku, uczelnia p. Stawiskiej chyli się już ku starości i chyba wkrótce Bogu ducha odda i to nie bez cierpień... dla akcjonariuszów. W historii dentystyki całego świata uczelnia p. Stawiskiej zajmie jednak *pierwsze* miejsce, jest to bowiem *jedyny* oryginalny zakład dentystyczny, który liczy: *jednego* słuchacza (nazwiska nie znamy), *jednego* technika (p. Minsa), *jednego* dentystę (p. Szwaremachera), *jednego* lekarza dentystę (p. Stawiską) i *jednego* lekarza (D-ra Winawera). Wymowne...

— **Echo fałszerstw.** Jak szeroko prowadzone były fałszerstwa różnych świadectw, dowodzi fakt, że w Wilnie oskarżonych jest blisko 200 osób, a już pociągnięto do odpowiedzialności 104 osoby, wtrącone w tę sprawę. W mieście tem istniała główna „fabryka” i „centralne biuro”. Stamtąd rozsyłano na Cesarstwo i Królestwo agentów i subagentów do większych i mniejszych miast. Fałszowano nie tylko matury, świadectwa szkolne, dentystyczne, lecz dyplomy szlacheckie, książęce i t. p. Dnia 25/III r. b. przyjechał do Warszawy towarzysz prokuratora wileńskiego sądu okręgowego i wspólnie z tu-tejszym sędzią śledczym do spraw szczególnych aresztował kilka osób ze sfalszowanymi świadectwami gimnazjalnymi, zwolniono zaś po złożeniu kaucji jedną osobę ze sfalszowanym dyplomem książęcym. Wogóle władze przedsięwzięły energiczne śledztwo w sprawie fałszerstw; w związku ze sprawą wileńską aresztują w wielu miastach agentów i wiele osób zainteresowanych.

— **Krejzleromanja.** Nie tak dawno jeszcze napiętnowaliśmy dentystę Ludwika Krejzlera z Chłodnej za jego oryginalne „Pogotowie dentystyczne” z „natychmiastową pomocą” za 25 kop. Szyldy tej „instytucji” usunęła policja (o czem w swoim czasie wzmiankowaliśmy). Przebudzająca się wiosna, widocznie, wpływ swój ożywczy wywarła. Oto dentysta ten na nowo wywiesił swe krzyczące szyldy o natychmiastowej pomocy dla cierpiących na zęby „za 25 kop”. P. Ludwik Krejzler, jako *dentysta* wiedzieć winien, że *nie zawsze* można „*natychmiast zadowolnić* *cierpiących na zęby*”. Czem więc jest przynęta p. Ludwika Krejzlera?? Jak zaznaczyliśmy, inspektor lekarski rozkazał szyldy zdjąć, p. K. jednak nie był zadowolony i zwrócił się ze skargą chyba *dostatecznie* umotywowaną do innej władzy, która widocznie czuła była na błagania p. K. o zezwolenie mu udzielania naiwnym warszawiakom „*natychmiastowej pomocy*”. Wobec tego, że sprawę

reklam wogóle mamy przedstawić wkrótce do Ministerjum Spr. Wewn., zapewne i szyldy p. Krejzlera, stanowiące *non plus ultra* reklamę, na nowo pójdą na odpoczynek, chyba już wieczny.

Jednocześnie prawie z szyldami p. Ludwika Krejzlera rozpoczęły się „występy” reklamowe dentysty Henryka Krejzlera. Niedawno przeprowadził się z ul. Pięknej na Wspólną, róg Pl. Św. Aleksandra. Należało więc ważny fakt odpowiednio zaznaczyć w historii blagi. Sięgnął tedy w przeszłość i ogłasza w pismach codziennych.

## D-ta Henryk Kreisler

b. Asyst. i technik D-ty Charnota w Autun, b. Asyst. i tech. D-ty Bernardo w Lille, b. Asyst. i tech. Amer. D-ty Irlichta w Paryżu. Mieszka obecnie ul. **Wspólna 2**. Przyjmuje od 9—7. Leczenie, plombowanie i wyjmowanie zębów bez bólu. **ZĘBY SZTUCZNE** bez podniebienia i z podniebieniem, ceny jak w lecznicy. Porada bezpłatnie. **Wspólna 2**, telef. 125—32.

Oto perełki!! Koledzy, czy dużo słyszeliście o tych *powagach*?? Podawane tytuły nikogo przekonywać nie mogą. Pan Henryk Krejzler praktykuje w Warszawie od dłuższego czasu, dotąd się nie chepił karierą zagraniczną, chwalili go tylko inni, i pacjenci i niepacjenci. Dlaczego p. Henryk Krejzler był tyle czasu tak skromnym? Odpowiedź b. prosta. Pan ten mieszka obecnie naprzeciwko bazaru, może więc ogłoszeniami swemi zdoła przekonać liczne przekupki, straganiarki i poczciwych naszych kmiotków, przyjeżdżających na targ z artykułami codziennej potrzeby. Nam się zdaje, że p. Henryk Krejzler się przeliczył.

Czy nie należy energicznie wystąpić przeciw tym blagom, aby publicznie stwierdzić ich rzeczywistą wartość??

= **Warszawskie T-wo Odontologiczne**. Na zebraniu odb. w dniu 17 marca r. b. przyjęto w poczet członków: F. Lorberblatową, Motza W., i Edw. Słońskiego. Kol. F. Idzikowski wygłosił referat o *ropotku zębodołowym*; uważa on diatezę za główną przyczynę wymienionego cierpienia; u osób, u których podejrzewamy ropotok, należy koniecznie zbadać moc. Stosowne leczenie ogólne ma b. ważne zna-

czenie, miejscowe zaś uważać należy jako niezbędne uzupełnienie pierwszego. Jako środek miejscowy refer. stosuje siarczan miedzi. Następnie kol. L. Goldberg poddał pod dyskusję swoją metodę *leczenia ropnego zapalenia ozębnej*, polegającą na przestrzykiwaniu zębodołów via kanałów korzeniowych 3% roztworem wodnym karbolu o ciepłocie 60°. W ten sposób powstrzymuje się rozwój drobnoustrojów z jednej strony, oraz usuwa się po części mechanicznie pozostałe zarodniki tychże, a tem samem stwarza się dla ustroju lepsze warunki do walki z cierpieniem. Metoda Goldb. wywołała nader ożywioną dyskusję, w której brało udział wielu kolegów, pesymistycznie zapatrujących się na ten sposób leczenia ropn. zapalenia ozębnej.

Na posiedzeniu odb. w dniu 7-go kwietnia r. b. kol. A. Frejtkin w ref. o sprawach zawodowych zwrócił uwagę na fałszerstwa świadectw dentystycznych i gorąco nawoływał kolegów do energicznej walki z temi nadużyciami. Proponuje on zwrócić się do Centralnego związku dentystycznego, który najlepiej sprawę załatwi. Opracowanie odnośnego memorjału powierzono referentowi. Prezes przeczytał listę wykreślonych członków za niewniesienie składki rocznej: Berlin S., Bernsztejn Wł., Esigman S. (młodszy), Kohn Henryk, Mantinband D., Mirelson L., Reiss-Cukierman S., Selens F., Szeftłówna F., Taubenhau Wł. Zakomunikowano obecnym odpowiedź współdzielczego związku dentystów francuskich, w której wyliczono preparaty do plombowania, mogące zastąpić wyroby niemieckie. Związek na żądanie obowiązuje się udzielać wszelkich szczegółów. W sprawie polskiego „Podręcznika Dentystycznego” prezes Szeller odczytał list prof. Łepkowskiego, w którym przytoczone są szczegóły dotyczące tej sprawy. Prof. Łepkowski proponuje oddać T-wu wydawnictwo na pewnych warunkach. W sprawie tej uchwalono najpierw zainterpelować autorów poszczególnych działów. Dzieło naskutek propozycji prof. Łepk. ma być wydanem „staraniem Warsz. T-wa Odontologicznego i stomatologów polskich w Krakowie”. W sprawie słownictwa dentystycznego prezes Szeller zakomunikował, że odbyto już w tej sprawie 2 posiedzenia; okazuje się, że materiał zebrany przez kol. Lorberblata ma charakter encyklopedyczny. Prezes przedstawił propozycję kol. Goldberga nabycia tego materiału na takich warunkach, że T-wo asygnuje rb. 25, a resztującą sumę kol. Goldberg zbierze drogą

prywatną. W końcu prezes Szeller odczytał Ustawę „Kasy samopomocy odontologów polskich”, która została przyjęta.

== **Sekcja Dentystyczna przy T-wie Hygienicznym.** W dalszym ciągu wyraziło życzenie przyłączenia się 5 kolegów.

== **Epidemia lecznic dentystycznych.** W Warszawie mają być wkrótce otwarte dwie nowe lecznice dentystyczne. Jeden z założycieli szuka współnika z kapitałem i w tym celu zwraca się do kolegów zamożniejszych, którzy jednak nie są wcale czuli na propozycję. Należy zwrócić uwagę, że lecznice dentystyczne wkrótce rozmnożą się tak znacznie, że w każdym domu chyba mieścić się będzie jedna, a być może i *dwie*. Co za wiele, to nie dobrze. Nie będzie to z korzyścią dla szukającego pomocy dentystycznej. Nadmierna konkurencja zwłaszcza drugorzędnych lecznic wcale nie przyczyni się do uprzystępnienia pomocy dent. szerokiej masie ludności. Tanie porady 20-kopiejkowe są tylko przynętą dla łatwowiernych. W istocie rzeczy w drugorzędnych lecznicach, a tych jest najwięcej, każą sobie pomimo „zatwierdzonej taksy” więcej płacić, niż w wielu gabinetach dentystycznych. Wiele z nich jest tylko płaszczykiem dla niektórych, którzy z jednej strony starają się wyzyskać łatwowierną publiczność, z drugiej zaś swych pracowników. W 2—3 lecznicach, zaznaczamy, poważnych, rozwijających się bez krzykliwych reklam, bez wieleobiecujących napisów na oknach, pracujący traktowani są jako współpracownicy—koledzy; stosunki między szefem a asystentami są bez zarzutu, nader życzliwe. W pozostałych asystenci wyzyskiwani są do niemożliwości, traktowani są jak parobczaki. Wiemy np., że w jednej ze słynnych ze swych krzyków lecznic młoda dentystka asystentka za 14-godzinną pracę pobierała aż... rb. 5, nadto dostawała obiady nb. bardzo mizerne. Co więcej powiedzieć? Dla tej wcale niezłej pracowniczki jedna z koleżanek naszych K. zwróciła się do kolegów po ofiary na kupno ciepłego odzienia.

Wyzysk ostrzęcza poważniejszych pracowników. *Za wyjątkiem zaledwie kilku poważniejszych lecznic, reszta nie odpowiada celowi,* ani pod względem udzielania racjonalnej pomocy dentystycznej i to niby przystępnej, ani pod względem dania możności zarobkowania mniej zamożnym kolegom, zmuszonym z powodów mate-

realnych szukać asystentury u innych kolegów. Wobec tego, że lecznice rosą jak grzyby po deszczu, należy nad tą sprawą się zastanowić. Cóż więc uczynić?

- 1) należy zwrócić się do odnośnej władzy z prośbą o ograniczenie wydawania nowych koncesji na lecznice dentystyczne;
- 2) należy znieść bezwarunkowo owe obiecujące porady 20-kopiejkowe, które są tylko przynętą, gdyż pacjentowi właściwie nie nie dają;
- 3) należy znieść handel lecznicami dentystycznymi;
- 4) ustalić ścisły stosunek pomiędzy szefem a współpracownikiem; stosunek taki istnieje we wszystkich zawodach;
- 5) ustalić bezwarunkowo minimalną płacę dla asystentów, aby nie umierali z głodu i nie chodzili w podartych butach.

Reformy powyższe nieco ukróciłyby nadużycia ze strony podrzędnych lecznic i przyczyniłyby się w pewnym stopniu nawet do zmniejszenia się ich liczby, gdyż w braku środków przy koniecznych wydatkach niektóre takie zakłady należałoby nolens volens zamknąć.

= **Baktoform**—nowy środek przeciwnilny rozpuszczalny w wodzie. Dr. Fr. Herzig. Wiedeń III. Mariahilfstr. 48.

= **Homoidont Leves'a**—nowy cement krzemowy (opatentowany). J. C. Lovés. Dentysta. Monachium.

= **Pleacavol**—provisorium do kanałów i pokrywania miazgi. J. D. Riedel. Berlin 39.

= **Salit**—płynny związek salicylowy, uśmierzający ból i stosowany nazewnątrz w cierpieniach pochodzenia gośćcowego.

= **Polskie T-wo badań nad dziećmi**. Przesłano nam sprawozdanie za r. 1907 (za czas od 27 maja 1907 r. do 26 marca 1908), w którym podano krótką historję jego zawiązania. T-wo zostało założone z inicjatywy p. A. Szcówny. Ustawa zatwierdzoną została 27 kwietnia 1907 r. Członkami-założycielami są: A. Szcówna, Dr. Wł. Chodecki, W. Weryho i E. Bogdanowicz. Zarząd stanowią: przewodnicząca A. Szcówna (zarazem i skarbniczka), wiceprzewodniczący Dr. Wł. Chodecki, sekretarze—J. Rzętkowska i E. Bogdanowicz, bibliotekarz Dr. Wł. Sterling. Odbyto 8 posiedzeń. Czytelnię otwarto 1 paźdz. 1907 r. łącznie z czytelnią Polskiego T-wa psychologicznego (Nowogrodzka 44). Czytelnia ta, dostępna codziennie dla członków, posiada już dość bogaty komplet wydawnictw specjalnych. Or-

ganizacja biblioteki, która również dostępna jest dla członków i obecnie, znajduje się w mieszkaniu bibliotekarza T-wa D-ra Sterlinga (Nowy-Świat 43). Pierwszy odczyt zainicjowany przez T-wo odbył się w grudniu r. z. i wygłoszony został przez D-ra Wł. Chodeckiego na temat „O samobójstwie u dzieci i młodzieży szkolnej”. T-wo zapoczątkowało: otwarcie laboratorium psychologii doświadczalnej, rozpoczęcie szeregu wydawnictw specjalnych, założenie własnego organu, zawiązanie stosunków z pokrewnymi towarzystwami zagranicznymi i t. d. Stan kasy: dochody—rb. 289 kop. 75, wydatki—rb. 261 kop. 07, pozostałość rb. 28 kop. 68. Członków T-wo obecnie liczy 60, czł. popierających—21.

= **Osobiste.** Przy ulicy Ogrodowej istnieje specjalna lecznica dla dzieci, założona przez D-ra Bączkiewicza. Przy lecznicy wprowadzono również pomoc dentystyczną, udzielanie której powierzono kol. H. Lubodzieckiemu.

= **XV Zjazd chirurgów polskich** odbędzie się na pewno w połowie lipca w Warszawie lub w Krakowie. Po szczegóły zwracać się należy do c. k. Rady Dworu prof. D-ra Ludwika Rydygiera, Lwów ul. Mickiewicza № 8.

= **XVI Międzynarodowy zjazd lekarski**, jak podaliśmy, odbędzie się w Budapeszcie w r. 1909. Komitet rozesłał już zaproszenia i ustalił program Zjazdu. W spisie komitetów narodowych figuruje również komitet polski z prezesem prof. Wicherkiewiczem z Krakowa.

= **Budowa nowego instytutu dentystycznego** przy uniw. w Berlinie. Wydatek na ten cel w r. 1908 wynosi 439.480 marek. Nowy gmach mieścić się będzie przy Inwalidenstrasse. Rozmiar wynosić będzie 34×52 m.

= **Dentisano**—pasta do zębów, wyrób fabryki chemiczno-farmaceutycznych przetworów Fr. Hammana. Kassel.

= **Prophylol**—płukanie, proszek oraz pasta do zębów, wyrabiane przez laboratorium D-ra G. Zinssera (Kolonja—Ehrenfeld).

**IV Zjazd czeskich lekarzy i przyrodników** odbędzie się w Pradze w dn. 6—10 czerwca r. b. Komitet organizacyjny stanowią: prezes—prof. Emerich Maixner, wice-prezesowie—Dr. Čeněk Strouhal, i prof. Karel Domalip; sekretarz generalny—prof. Antonin Heveroch, skarbnik Antonin Veselý, członkowie—profesorzy: Jaroslav Hlava, Václav Felix, Bohumil Němec, Matej Pešina, Emil Votoček, doc.



## Novocaina

nowy zupełnie niedraż. środ. miejscowo-znieczulający.

**Najlepszy środek zastępujący kokainę.**

**Novocaina** działa przynajmniej 7 razy mniej trująco, niż kokaina i 3 razy mniej trująco, niż przetwory ją zastępujące. Nie wpływa ani na krążenie i oddychanie, ani na czynność serca.

**Novocaina** łatwo się rozpuszcza w wodzie, rozezyny dają się wyjąłować przez gotowanie i ulegają łatwo wessaniu.

**Novocaina** nie sprowadza zatruc, uszkodzeń tkanek i bólów następczych.

**Novocaina** zalec. przez pierwszorzędne kliniki do celów dentystryki jako pewny i bezpieczny środek miejscowo-znieczulający.

W praktyce dent. zalecane są następujące przetwory Novocainy:

Novocain-tabletki **D** bez dodatku Suprareniny po 0,2g. w rurkach po 10 szt.

Novocain-Suprarenin-tabletki **E** po 0,02g. w rurkach po 20 szt.

Novocain-Supraren.-rozezyn 2% w kartonie po 10 ampulek po 1 cm.

==== Tania w zastosowaniu. ====

## Perełki Valyl'owe

po 0,125 g. Valyl'u.

Valyl posiada typowe własności walerjanu w większym stopniu i nadaje się przy różnych postaciach zaburzeń nerwowych, jako środek uspakajający. Szczególne wskazania: histerja, neurastenia, nerwice sercowe i naczyniowe, nerwobóle, migrena, hypochondria, bezsenność, astma nerwowa. Dawka 2—3 perełki Valyl'owe, 2—3 r. dziennie.

Flakony oryginalne po 25 sztuk.

## Trigemina

najlepszy środek przeciwbólowy przy zmianach bolesnych nerwów mózgowych.

Z natychmiastowym skutkiem używ. przy różnych rodzajach bólu zębów. Specificum przy periostitis, pulpitis, neuritis i bólach przy obnażeniu mięzgi i zakładaniu pasty żrącej.

Dawka: 2—3 kapsułki żelatynowe po 0,25 g.

## Pyramidon

**Najpewniejszy środek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobólowy.**

Środek swoisty przeciw bólom głowy, nerwobólom, zwł. nerwu trójdzielnego i bólom strzelającym u cierpiących na mlecż paciierzowy—używany skutecznie do uspokajania napadów duszniczy i przy dolegliwościach mięśniaczkowych. Dawka: 0,3—0,5 g. używany do zwalczania wszelkiej postaci gorączki spec. przy gruźlicy, durze, grypie i t. d. Dawka: 0,2—0,3 g.

## Syntetyczna Suprarenina

jestto przez chemiczną budowę wytworzona działająca zasada nadnerczy, odznacza się bezwzględną czystością, pewnem i stałem działaniem i trwałością rozezynów. Potrzebną każdorazowo ilość można przed użyciem wyjąłować przez ogrzewanie, bez zmniejszenia siły działania. Syntetyczna Suprarenina zasługuje zatem we wszystkich przypadkach na pierwszeństwo przed innymi, z narządów uzyskanymi przetworami nadnerczy. Rp. Solut. Suprarenini hydrochl. synthetic. (1:1000). We flaszkiach po 5 i 10 ccm.

## Anästhesina

środek miejscowo znieczulający o silnem, długotrwałem działaniu, bezwzględnie niedrażniący, nietrujący do zewnętrznego i wewnętrznego użytku. Wskazany przy wszelkiego rodzaju bolesnych ranach i zapaleniach skóry, przy gruźliczych i przymiotowych owrzodzeniach krtani i gardła.

## Albargina

(połączenie żelatozy z arg. nitricum) wysmienity środek o działaniu bezwzględnie pewnem silnie bakterjobójczem, mimo to jednak niedrażniący. Używany skutecznie przy przewlekłych ropieniach w jamach szcękowych w 0,1—2,0% rozezynach wodnych.

**Obszerne piśmiennictwo do rozporządzenia Panów Lekarzy!**

**WARSZAWA.**

Zgoda 4, tel. 15-15.

Zarządzający

**Roman**

**Dobronoki.**

**GEO POULSON.**

Adres telegr.

WARSZAWA, „Dental“.

MOSKWA, „Dental“.

**MOSKWA,**

B. Dmitrowka, 28,  
telef. 49-23.

Zarządzający

**Juljusz**

**Schiele.**

## Korony złote Bibera

dla dwuguzkowców i trzonowców.

**Cena:**

z 20 kar. złota — dla dwuguzkowców rub. 2.70

„ trzonowców „ 3.20

z 22 kar. złota — dla dwuguzkowców rub. 3.20

„ trzonowców „ 3.80.

## Szpryce do wstrzykiwań śróddziąstowych najnowszych systemów,

solidnej roboty z pewnymi tłokami.

Łatwa możliwość sterylizacji.

## Nowość Przysawka D-ra Rauhe'a Nowość

patentowana we wszystkich krajach. Nie posiada wad innych przysawek gumowych, z nitami lub śrubami. Nie naciska. Łatwa w zastosowaniu. Nie zanieczyszcza się. Dostawki z temi przysawkami trzymają się doskonale.

Przy częściowych dostawkach klamry są zbyteczne.

## Nerwociągi gwintowane Poulsona

Cena:  $\frac{1}{2}$  tuzina rb. i kop. 20.

Żądać prosimy katalogów.

Josef Pelnář i František Havik. Sekcji jest 17, z których *siódma*—*stomatologiczna*; prezesem jest prof. Gust. Nessel, wicepr. — Karel Wachsmann, sekretarzem doc.—Jan Jesenský.

Komitet organizacyjny Zjazdu rozesłał 5500 zaproszeń. Zgłoszenia należy nadsyłać wcześniej. Jeneralny sekretarz Zjazdu prof. Heveroch umyślnie pojechał do Krakowa celem zaproszenia lekarzy polskich. Utworzył się tam komitet pod przewodnictwem prof. Wicherkiewicza. Udział również obiecali lekarze lwowscy. Powstały komitety: chorwacki, serbski, bułgarski. Przewidziany jest udział wszystkich słowian, którzy brali udział w III Zjeździe w r. 1901. Podczas Zjazdu wydawanym będzie „Goniec“ (Věstnik) pod red. prof. V. Kučera, D-ra Panýřeka, prof. Fr. Havika; odpow. red. jest Dr. D. Panýřek. Dziennik wychodzić będzie codziennie; rozdawanym będzie uczestnikom bezpłatnie. Adres kancelarji Zjazdu: Praga ul. Vladislavova № 14. Wpisowe, wynoszące 10 koron, winno być zawczasu nadesłane do Pragi pod adr. „Zivnostenska Banka“. Referaty nadsyłać należy zawczasu do prezydjum odnośnej sekcji. Członkowie otrzymują bezpłatnie odbitki przysłanych prac. Zawiązał się komitet, zajmujący się wynajęciem mieszkań dla przyjezdnych uczestników. Zgłoszenia w tym względzie winne być komunikowane zawczasu.

Walne zgromadzenie czeskich lekarzy zębów (zubnich lékařů) jednogłośnie uchwaliło utworzyć wspomnianą sekcję stomatologiczną i energicznie przyczynić się do zbogacenia prac Zjazdu.

W liście do nas przysłanym prof. Wachsmann gorąco nawołuje pobratymców—polaków do czynnego udziału w Zjeździe; będą oni bardzo mile tam widziani. Nader ważną ma być sprawa wydania czeskiego „Podręcznika chorób zębów“, którą poruszył prof. Nessel jeszcze w r. 1895. Plan podręcznika obejmuje 26 działów.

Koledzy po bliższe informacje zwracać się mogą do sekretarza sekcji stomatologicznej, doc. Jana Jesenskiego.

Co do języka czeskiego, to należy zaznaczyć, że jest on dość zrozumiałym dla nas, polaków, również czesi rozumieją nas dobrze. Język więc nie powinien stać na przeszkodzie. Prace zatem można nadsyłać w języku polskim.

= **Rozporządzenie.** Nowomianowany gubernjalny inspektor lekarski Dr. Brandt wydał rozporządzenie zamknięcia w guberni Warsza-

wskiej gabinetów dentystycznych, otwartych na zasadzie posiadania przez właścicieli tymczasowych świadectw (wremiennych świadectw), wydanych przez uniwersytety. Wobec rozpowszechnionych w ostatnich czasach różnego rodzaju fałszerstw inspektor, człowiek bardzo ruchliwy, zaczął energicznie tropić je, zwróciwszy się również w celu sprawdzenia do odnośnych uniwersytetów.

== **Wstrzymanie wydania dyplomów.** Uniwersytet charkowski wstrzymał wydanie dyplomów uczniom, którzy niedawno zdawali egzaminy do czasu sprawdzenia świadectw i patentów gimnazjalnych.

== **Wyjaśnienie.** W sprawie notatki, zamieszczonej w № 4 p. t. „Intruzi w dentystyce“ zwrócił się do nas p. Władysław Wiktor i przedstawił odnośne dokumenty stwierdzające, że jest on koncesjonowanym w Austrii technikiem dentystycznym, że odbywał studia praktyczne w Instytucie dentystycznym przy Uniwersytecie w Wiedniu, że poddał się egzaminowi prywatnemu z techniki przy klinice dentyst. uniwersytetu w Krakowie, że na „Uniwersalny zakład techniczno-dentystyczny“ otrzymał koncesję od namiestnictwa w Jasle; ostatni prowadził samodzielnie i po pewnym czasie ustąpił Dr. Lewandowskiemu. Zakład ten istnieje dotychczas pod firmą p. Wiktora.

== **Rewizje i aresztowania.** Dnia 15 kwietnia r. b. policja dokonała rewizji w tutejszych szkołach dentystycznych. Rewizja nastąpiła wskutek rozporządzenia prokuratora za pośrednictwem inspektora lekarskiego. W szkole Szymańskiego po sprawdzeniu dokumentów stwierdzono, że jeden uczeń posiadał świadectwo fałszywe, wydane przez II tutejsze gimnazjum męskie; uczeń ten przedtem jeszcze wyjechał. Dwie uczennice, którym zakwestjonowano świadectwa gimnazjalne, i które były aresztowane, następnego dnia zostały zwolnione. Ze szkoły Rozensala aresztowano 3 uczniów ze sfałszowanymi świadectwami gimnazjalnymi; posiadały one pieczętki gimnazjów w Marjampolu i Kielcach. Kilku uczniów uciekło i poszukiwani są przez policję. Śledztwo energicznie prowadzi czasowo inspektor lekarski wspólnie z oficerem do spraw szczególnych przy p. oberpolicmajstrze. Ścisłe sprawdzane są dokumenty wszystkich uczniów za ostatnie kilka lat, przyczem inspektor lekarski komunikuje się z odnośnymi zakładami naukowymi.

== **Inspektor Warszawskiego Urzędu Lekarskiego** pismem z dnia

10/23 kwietnia naskutek artykułu W. Zaleskiego oraz uwag na str. 126 i 127 w № 4 „Kroniki“ zamieszczonych, wyjaśnia co następuje:

1. Zgodnie z prawem z 1903 r. każdej osobie, która wystąpiła ze staraniami w tej sprawie do odnośnych władz, przysługuje prawo otwarcia lecznicy, i prawo pod tym względem nie dopuszcza żadnych ograniczeń, wymagając tylko, aby zarządzający lecznicą był obowiązkowo lekarzem. Wskutek tego Urząd Lekarski miasta Warszawy nie napotkał prawnych przeszkód do założenia lecznicy chorób zębów przez lekarza dentystę St. Życzkowskiego wspólnie z p. W. Wiktoorem.

2. Cykularz Departamentu Medycznego Ministerjum Spraw Wewnętrznych z dn. 15 kwietnia 1893 r. za № 4747, dotyczący ogłoszeń, mających charakter reklamy lekarskiej, odwołany został w r. 1905 <sup>1)</sup>.

3. Ogłoszenie amerykańskiego dentysty Finkentala w № 10 wydawnictwa „Nowa Gazeta“ nie było przedstawione do cenzury, wskutek czego redakcja wymienionego wydawnictwa zostaje pociągnięta do odpowiedzialności prawnej.

= **Pomoc dentystyczna w wojsku.** W styczniu r. b. petersburski główny sztab wojenny ze względu na znaczny napływ cierpiących na zęby żołnierzy do szpitala Semionowskiego, zaproponował pułkom miejscowej załogi zapraszać prywatnych dentystów za opłatą 60 rub. miesięcznie. Wszelkie na ten cel wydatki ponoszą pułki. Jestto pierwszy krok do zaprowadzenia prawidłowej pomocy dentystycznej w armii rosyjskiej.

= **Ofiara.** Spadkobiercy po zmarłym kol. Wilhelmie Schellerze złożyli rb. 1000 na cele Warszawskiego T-wa Odontologicznego: 500 rubli na kasę samopomocy dentystów przy T-wie, rb. 350 — na wydawnictwo polskiego „Podręcznika chorób zębów i jamy ustnej“ i rb. 150 na wydawnictwo „Polskiej terminologii dentystycznej“.

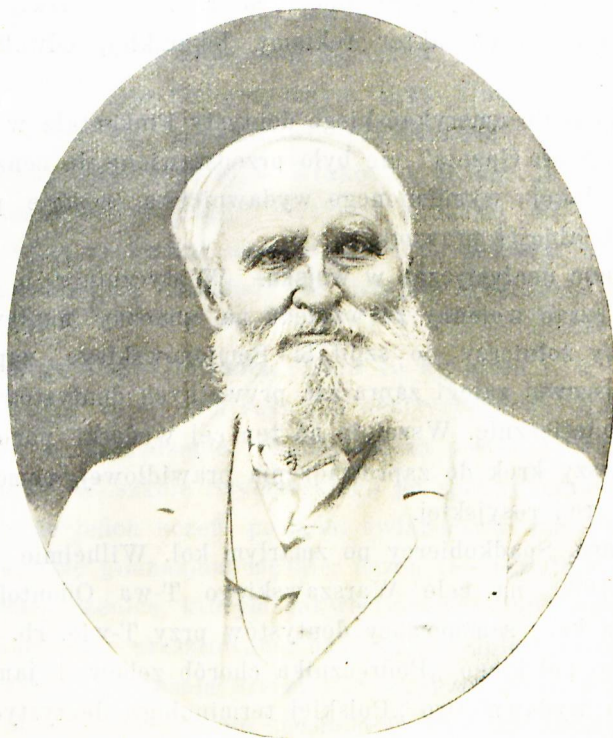
---

<sup>1)</sup> Wskutek rozwielenienia się w ostatnich zwłaszcza czasach ogłoszeń dentystów o charakterze nie tylko reklamy, lecz wprost wybitnej błagi, sprawę tę oddajemy Warsz. Tow. Odont., celem energicznego zwalczania i wystąpienia do Ministerjum Spraw Wewnętrznych. Żałujemy zatem, że p. inspektor nie zakomunikował nam numeru odnośnego cykularza lub też dosłownego brzmienia tegoż.

## Nekrologja.

### Ś. p. Wilhelm Scheller.

W dniu 29 kwietnia r. b. zamknął na zawsze strudzone oczy jeden z najstarszych dentystów polskich, Wilhelm Scheller. Zmarły światło dzienne ujrzał w r. 1819 w Brunświku. Rodzina Schellerów należała do najpoważniejszych w tem mieście. Ojciec Ludwik był wybitnym lekarzem, profesorem przy kolegium medykochirurgicznem w Brunświku i nadwornym lekarzem przy panującym księciu brun-



Ś. P. WILHELM SCHELLER.

świckim. Po otrzymaniu średniego i wyższego wykształcenia ś. p. Scheller specjalnie studjował dentystykę u najwybitniejszych praktyków ówczesnych.

Przeniósłszy się w r. 1842 na stały pobyt do Warszawy, zajął stanowisko asystenta przy słynnym wówczas d-rze Lebrechcie, któ-

rego od razu zdobył przychylność, jak również współczesnych powag świata lekarskiego. Wkrótce złożył egzamin państwowy, ożenił się z Anielą z Rochliczów i wszedł w bliższe stosunki z poważniejszymi rodzinami w naszym mieście. Ś. p. Scheller od samego początku praktyki zasłynął jako zdolny specjalista, a z biegiem lat zyskał sobie pierwszorzędną praktykę nie tylko w Warszawie, lecz w całym Królestwie, szczególnie znany był jako niezrównany wykonawca plomb i dostawek złotych. Objawszy stanowisko dentysty miejskiego, piastował tę godność w ciągu lat 25. W r. 1879 przekazał praktykę dwóm synom, Aleksandrowi i Leonowi, których wykierował na wykwalifikowanych specjalistów. Oni również zasłynęli jako wybitni praktycy. Ojciec wspólnie z synami zajmował się jeszcze praktyką przez czas pewien. Po usunięciu się od praktyki przeniósł się do majątku swego i oddał się gospodarstwu rolnemu. Będąc człowiekiem energicznym, zaprowadził gospodarstwo wzorowe i założył pierwszą w kraju olejarnię parową, która pomyślnie rozwija się dotychczas. Ostatnie lata życia spędził w Warszawie w otoczeniu licznej rodziny, której był głową i patriarchą.

Ś. p. Scheller był u nas jednym z bardzo nielicznych pierwszej generacji przedstawicieli naszego zawodu. Z nazwiskiem jego skojarzone są dzieje dentystyki naszej.

Jako sumienny i wykształcony praktyk, ś. p. Scheller rzucił pierwsze ziarno, które z biegiem czasu miało dać swój plon. Wśród wielu uczniów, którzy kształcili się pod jego kierunkiem, pierwsze właśnie miejsce zajęli jego synowie, ś. p. Aleksander i Leon (obecny prezes T-wa Odontologicznego). W hierarchji dentystycznej od wielu lat zajęli oni u nas poważne miejsce. Ciągnęli oni nierozzerwalny łańcuch, zapoczątkowany przez ojca siedmdziesiąt blisko lat temu, a podtrzymywany obecnie przez młodszego syna, Leona (starszy syn, Aleksander umarł kilka lat temu).

Gdy w r. 1851 Nelson Grodyear pierwszy wynalazł sposób wulkanizowania kauczuku, ś. p. Scheller przeprowadzał doświadczenia w tym kierunku, a po zastosowaniu tegoż w r. 1855-1856 przez syna wynalazcy Karola Grodyear i do celów dentystycznych wprowadził go i u nas. Po zestawieniu w r. 1857 przez Eliasa Wildmana pierwszych zębów mineralnych, które zaczęły konkurować z ówczesnymi naturalnymi zębami i z kości słoniowej, ś. p. Scheller bardzo zainteresował się nowym wynalazkiem i wprowadził u nas ulepszone w następnych latach tego rodzaju zęby, zwłaszcza White'a (1846 i dal.). Od owego czasu sztuka dentystyczno-protetyczna szybko zaczęła posuwać się naprzód. Jednocześnie prawie z temi innowacjami ś. p. Scheller wprowadził u nas racjonalne plombowanie zębów, zwłaszcza złotem, również usypianie gazem rozweselającym.

Inowacje te posuwali naprzód jego synowie i szereg uczniów, którzy kształcili się pod jego kierunkiem.

Jak życie większej części ludzi pracy oddanych, tak też i życie ś. p. Schellera płynęło cicho, spokojnie i poważnie. Nie szukał on środków i półśrodków do wyniesienia się nad innych, był człowiekiem nader skromnym, wierzył, że praca ucziwa i ciągła jest jedynym środkiem, wiodącym do celu. Jako niezmiernie dzielny i sumienny praktyk, już na samym początku swej kariery dentystycznej zasłynął nie tylko w Królestwie, lecz i w zachodniej części Cesarstwa. To też słynny na Tłomackiem „domek Schellerów“ wprost był oblegany przez pacjentów z najrozmaitszych sfer, od najwyższej arystokracji do najbiedniejszych, którym zawsze udzielał bezinteresownej pomocy dentystycznej.

Jako idealny wzór dentysty, pilnie przestrzegającego postępów w dziedzinie swej specjalności, pragnął zawsze rozszerzać kręgi swej wiedzy zawodowej. To też przyjmował czynny udział w zjazdach lekarskich i dentystycznych. Między innymi, wspólnie ze swymi synami i kol. Wł. Zielińskim przyjmował udział w r. 1890 w Międzynarodowym Zjeździe w Berlinie. Ogólne wykształcenie, gruntowna znajomość zawodu, przymioty towarzyskie i wysokie zalety jego osobiste zjednały mu szacunek, sympatię i dobre imię, które towarzyszą mu do mogiły.

Zwłoki złożono dn. 2 maja na cmentarzu ewangelicko-augsburskim przy licznym udziale kolegów i przyjaciół, którzy pospieszyli oddać cześć ostatnią sędziwemu zacnemu starcowi.

Cześć jego pamięci.

*M. Krakowski.*

**Zmarł** w Warszawie dn. 1 maja dentysta **Maurycy Goldsztejn** w wieku lat 52. Zmarły czas dłuższy praktykował w Radomiu, a przed kilku laty przeniósł się do Warszawy.

W Petersburgu zmarł niedawno założyciel pierwszej szkoły dentystycznej, **Jakób James Loevi**. Urodził się w Berlinie w r. 1837, gdzie otrzymał średnie wykształcenie. Po ukończeniu wydziału lekarskiego specjalnie studjował dentystykę, później wyjechał na dalsze studia do Paryża i Ameryki, gdzie uzyskał stopień doktora chirurgji dentystycznej (D. D. S.). W r. 1862 przyjechał do Wilna, gdzie rozpoczął praktykę dentystyczną, a następnie w r. 1879 otworzył kursy dentystyczne, które istniały kilka lat. Po reorganizacji studjów dentystycznych i wydaniu normalnej ustawy szkół dentystycznych ś. p. Loevi przeniósł się do Warszawy i otworzył pierwszą szkołę den-



tystyczną. Uczelnia ta należała do wybitniejszych zakładów, posiadała wzorowe urządzenie, a personel wykładowcy stanowili wybitni lekarze tutejsi i profesorzy uniwersytetu. Na urządzenie szkoły ś. p. Loevi wyłożył kapitał, sięgający stu tysięcy rubli. To też posiadała ona bardzo cenne przyrządy do celów histologicznych, fizjologicznych, chemicznych i t. d. W pierwszych latach szkoła rzeczywiście stała na wysokości zadania i konkurowała z uniwersyteckimi instytutami dentystycznymi. Lektorami wówczas były takie powagi, jak słynny fizjolog ś. p. prof. Feliks Nawrocki, prof. Tumas (farmakologja), prof. Przewoski (patologja), Dr. med. Jan Pruszyński (choroby wewn. i djagnostyka), Dr. med. Bronisław Sawicki (chirurgja jamy ustnej i dentjatrja), prof. Jaszczyński (anatomja), Dr. med. Antoni Kuczyński (histologja), Dr. Bolesław Dzierżawski (dentjatrja) i inni. Gdy w Warszawie otwarto II szkołę dentystyczną, i nolens volens zaczęła się konkurencja na całej linii, ś. p. Loevi opuścił ręce, szkoła zaczęła upadać, trwało to parę lat. Gdy w r. 1904 przeniósł szkołę na Marszałkowską, włożył pewien kapitał celem ponownego podniesienia jej. Los zrządził inaczej, i w r. 1904 szkoła została zamkniętą przez generał-gubernatora. Katastrofa ta znacznie podziałała na ś. p. Loevi'ego, stracił bowiem cały swój majątek, a wszelkie starania u wyższej władzy nie odniosły skutku. Przeniósł się wówczas do Petersburga, gdzie otworzył gabinet dentystyczny, poświęciwszy się prywatnej praktyce. Zdrowie jednak odmówiło mu posłuszeństwa, i po krótkich cierpieniach ś. p. Loevi życie zakończył.

Szkoła Loevi'ego wydała wielu wybitnych specjalistów, wśród których polacy zajmują poważne miejsce.

## ODGŁOSY.

### I.

*Szanowny Redaktorze.*

Uprzejmie proszę umieścić słów kilka w sprawie notatki p. Zaleskiego, zamieszczonej w № 4 „Kroniki“. Wiadomości, zaczerpnięte przez p. Z. jakoby u źródła, są absolutnie fałszywe i dowodzą złej woli względem p. Wiktora, któremu pozostawiam osobistą obronę.

Aprobata p. Z. co do nazwy „Zakład leczniczy dentystyczny“ nie ma znaczenia; co do zarzutu o widokach handlowych, to stanowczo odrzucam takowy; zaznaczam, że nazwa ta jako dla instytucji specjalnej również właściwie jest użyta, jak i dla zakładów leczniczych specjalnych: chorób

piersiowych, nerwowych, ginekologicznych i t. p. Takież zakład chorób zębów już istnieje w Warszawie od dłuższego czasu, o czem widocznie p. Z. nie wiedział. Każda instytucja mieć musi ustawę, zatwierdzoną przez władze, również wszystkie ogłoszenia przechodzą przez cenzurę, a zatem Urząd Lek. wiedział o powyższem, wniknął już z konieczności w tę sprawę i akceptował, lecz oczywiście nie był obowiązany informować ignorantów. Ale z tem, czego p. Zaleski nie wie lub nie rozumie, nie powinien się chwalić publicznie, jednostki zaś, upatrzone przez niego, nie mogą za to odpowiadać. Podziwiać trzeba odwagę osób występujących tendencyjnie z zarzutami bezpodstawnymi, bez żadnej racji i powodów, wydających sądy podług swego widzimisie. Sądzę, że cel widoczny z notatki p. Z. mógłby być osiągnięty inną, prostszą drogą, nikt nie wiedziałby i nie mógłby zrobić zarzutu, bez ujmy widocznej dla p. Z., a może skuteczniej, gdyż trafiłby odrazu do celu (?—*red.*)<sup>1)</sup>.

Warszawa, dn. 20/IV 908 r.

*Stefan Życzkowski.*

## II.

Otrzymałiśmy z prośbą o wydrukowanie następujące pismo.

Niżej podpisani uważają za nieodpowiednie otwarcie w Warszawie nowych szkół dentystycznych z następujących względów:

1) prywatne szkoły dentystyczne nie odpowiadają celowi, ponieważ muszą one być prowadzone na zasadach handlowych, t. j. z zatraconego kapitału należy ciągnąć jaknajwiększy zysk, powstają więc nadużycia, z którymi trudno walczyć;

2) z tych względów i celem wydarcia szkół dentystycznych z rąk prywatnych walczyły wszystkie zjazdy dentystyczne, a obecnie rozbrzmiewają w tym samym duchu głosy różnych towarzystw i związków dentystycznych;

3) istniejące szkoły pod wieloma względami wymagają koniecznej reformy; uznało to i Ministerjum Oświaty, które wnosi odnośny projekt do Dumy Państwowej;

4) szkoły dent. ze względu na potrzebę znacznego materiału klinicznego do badań laboratoryjnych (z dziedziny chemji, histologii, bakterjologii i t. p.) wymagają znacznego nakładu kapitału; nie posia-

<sup>1)</sup> Z powodów technicznych nie mogliśmy umieścić w n-rze niniejszym odpowiedzi na list powyższy (*red.*).

dając takowego, założyciele starają się zredukować wydatki do minimum, co ujemnie odbija się na słuchaczach, a tem samym na przyszłych praktykach;

5) z tych względów szkoły powinny być koniecznie przyłączone do fakultetów medycznych, jak to się dzieje na Zachodzie, gdzie dentystyka kwitnie z korzyścią dla zawodu i społeczeństwa;

6) głośnie w ostatnich czasach nadużycia w zdobywaniu dyplomów są wynikiem wykroczeń ze strony właścicieli prywatnych szkół dentystycznych, którzy zawsze umiejętnie potrafią obejść przepisy prawne;

7) istniejące szkoły dentystyczne ze względu na wadliwość ich programu wymagają zasadniczej reformy, wytwarzanie więc nowych tego rodzaju instytucji o takim wadliwym programie przysparzać będzie tylko niewykwalifikowanych praktyków;

8) ze względu na konkurencję istnienie w jednym mieście kilku szkół dentystycznych jest bardzo niepożądanem, demoralizuje to bowiem słuchaczy, którzy przy pierwszej sposobności z przyczyny nawet błahej lub pod pozorem pewnych obietnic ze strony właścicieli przenoszą się z jednej szkoły do drugiej;

9) konkurencja ze strony właścicieli co do wysokości wpisów lub innych względów również ujemnie odbija się na słuchaczach, i powstaje pewnego rodzaju gra na giełdzie, która w pewnym stopniu demoralizuje słuchacza;

10) pozyskanie odpowiedniego personelu wykładającego, a zwłaszcza pod względem specjalno-naukowym i praktycznym, przy istnieniu w jednym mieście dwóch, a tembardziej kilku szkół dentystycznych jest niemożliwem; na lektorów zaprasza się za możliwie niską płacę osoby ze skromnym zasobem wiedzy;

11) usiłowania otwarcia w jednym mieście kilku szkół dentystycznych przez różne spółki dowodzi, że mają one tylko na względzie cele spekulacyjne, korzyści osobiste, tembardziej, że kapitały ich zakładowe są tak nikłe, że starczy ich zaledwie na pierwsze potrzeby;

12) otwarcie w naszym mieście jeszcze kilku nowych szkół dentystycznych ma tę złą stronę, że słuchacze takowych, wyłącznie prawie przyjezdni, ze względu na skąpe środki materialne, zajmują się praktyką pokątną po za obrębem szkoły—co odbija się ujemnie na ludności miejscowej, szukającej taniej pomocy dentystycznej;

13) maksymalnie w Warszawie istnieć może tylko jedna szkoła, choć i losy jednej są niepewne, gdyż warszawskie szkoły dentystryczne liczą przeważnie na słuchaczy z Cesarstwa, jak statystyka bowiem dowodzi, ludność miejscowa dostarcza nieznacznego tylko procentu słuchaczy;

14) istnienie w Warszawie w obecnych warunkach szkół dentystrycznych prywatnych uważać należy conajmniej za anomalję, od lat bowiem kilku wskutek zamknięcia uniwersytetu, a tem samem i fakultetu medycznego, szkoły takie nie mogą korzystać z niezbędnego dla nich materiału naukowego.

Wobec powyższego usiłowania otwarcia w Warszawie nowych szkół dentystrycznych uważać należy za czyn nieobywatelski; szkoły będą bowiem tylko ciężarem dla społeczeństwa ze szkodą dla zawodu.

Terlecki Kornel, Lubodziecki H., Neumark Maurycy, Melocki L., Kohn D., Kowalski M., Lewin Anna, Grinberg I., Matusowski I., Stern Bronisław, Junghertz St., Krakowski M., Motz A., Dworecki Ch., Badjan I. M., Mokrzycki Antoni, Scheller Leon, Koernerowa R., Bauer Nikodem, zurawska J., Życzkowski Stefan, Blikle, Klejn Piotr, Drac Jan Kanty, Pawłowski R., Przedpelski L., Kamińska M., Słoński E., Siemaszko J., Silberbogen Norbert, Lorberblatt M., Merlińska L., Dobryszycki J., Halohn A., Fidler M., Michalski A., Motz M., Burgas T., Bernshtein Wl., Grieman M., Dobryszycki M., Pilecki St., Gutzman Zofja, Cejtlin K., Brunner T., Mirelson L., Bielawski M., Czellin St., Lipsztat T., Laterner Nikodem, Szyf Natalja, Kachel Jakób, Kasperski Leonard, Lichtenbaum Zygmunt, Typograf Jakób, Gelbard Ludwik, Stember Karol, Wayn M., Kagan L., Fabianówna Z., Bem Roman, Miączyńska Marja, Bruckusówna R., Piątkowska-Szpiłkowska J., Gluszkowski Henryk, Grohn J., Segal A., Nadelman R., Fuchs Herman, Linda M., Gandin Z., Krauze, Zieliński Wl., Klejn Herman, Krykus-Klejnowa R., Taubehaus K. W., Marienstein L., Natanblut-Cejtlinowa L., Chmieleński L., Ziemensówna J., Brewda C., Wysok-Brewda Zofja, Kohn Henryk, Szafir-Tylborowa Regina, Bach Zygmunt Maciej, Borenstein Dorota, Bałabanow L., Rosenberg-Weisbaum M., Gerszun H., Kellerman Ad., Openheim Ig., Essigman St. (starszy), Muszalski C. Dr., Mewe B., Frenkiel S., Keil W., Szestokowska (Iserson) M., Silberstein-Kamiński M., Motz H., Klister G., Bergor S., Cukiersztejn T., Karaś-Wierblowska J., Tumarkin S., Steinhaus-Szyf Felicja, Friedberg S., Wolfsohn A., Górski P., German M., Gandin B., Lewenfisz-Epsztajn, Chones J., Stroynowski St., Świerczewski R., Silberstein Karol, Żegański S., Makowski K., Oyrzanowski, Kopystyńska M., Biernacki Julian, Smosarska Z., Meyer F., Szpindler-Mirska, Sieczkowska Z., Tropp A., Życzkowski Teodozjusz, Holenderska, Eizenberg, Edelbaumówna B.

P. S. Wobec późnego doręczenia nam powyższego spisu i konieczności zamknięcia numeru, nie mogliśmy podać nazwisk kolegów, którzy z jakiegokolwiek względów nie mogli wypowiedzieć swego zdania w tym przedmiocie; ostatni zatem raczą zaopiniować na łamach naszego pisma. Koledzy prowincjonalni zecheą tożsamo uczynić.

**Przyp. red.** Jeden z kolegów zrobił uwagę tej treści: „*niech powstaje takich szkół czy przedsiębiorstw jaknajwięcej, niech ujawniają swe braki, niech nawet i dyskredytują się, lecz ostatecznie oddziałają na uregulowanie sprawy*“... Głos ten dobitnie dowodzi zupełnej ignorancji sprawy szkół dentystycznych. Prywatne te instytucje już dostatecznie się zdyskredytowały, braki swe już ujawniły, zdaniem więc kolegi, czekać należy dalej. Jak długo? Jeżeli istniejące instytucje są nieodpowiednie, złe, to czy należy powiększać ich liczbę, aby dać im więcej jeszcze możliwości dopiero po upływie nieokreślonego czasu zdyskredytować się? (sic!). A tymczasowo zawód i społeczeństwo niech jeszcze sobie cierpią? Wszak to *pro publico bono*?! Wymowne.

W notatce przytoczonej w poprzednim nrze i dotyczącej otwarcia w Warszawie nowych szkół dentystycznych, jak czytelnicy mogli się przekonać, zwrócono uwagę na niewłaściwość tego rodzaju nowych przedsiębiorstw. Motywy były zrozumiałe dla tych, kto zrozumieć chciał i mógł. Poruszona sprawa miała charakter ogólny. Pomijamy milczeniem głosy skierowane do nas drogą pośrednią od osób zainteresowanych, głosy nie wytrzymujące najmniej krytyki, mające charakter czysto osobisty, a jednak doskonale ilustrujące słuszność przysłowia o szydle i worku. Niewolno jednak było przejść do porządku dziennego wobec licznych w tej sprawie głosów kolegów, które silnem odbiły się echem. Koledzy więc *doskonale* zrozumieli, że w grę wchodziła sprawa *ogólna*, obchodząca nas bardzo i ściśle związana z naszym zawodem. *Jaką* jest opinia w tej sprawie, widzimy z powyższej ankiety. Opinia ta będzie prejudykatem na przyszłość <sup>1)</sup>. Do wypowiedzenia się w tej lub innej sprawie oraz przytoczenia swych poglądów *każdy* ma prawo. Jestto sprawa, z którą liczyć się należy. Lekceważenie zaś istniejących form towarzyskich, ignorowanie spraw osobistych kolegów, narzucanie swych uwag w nieodpowiedni sposób—są to objawy, cechujące nietakt, niekulturalność; wyzyskanie zaś cudzej własności do celów osobistej wycieczki w zupełności nosi charakter eksproprijacyjny.

Kol. Goldberg, jako „należący do spółki”, postąpił sobie podług swego wdzimisię, według swego upodobania i na zaopatrzonym już w 90 blisko podpisów dokumencie pozwolił sobie rozpiścić się, udzieliwszy kolegom pewnych „uwag” <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Na Warszawę wydano już *dziesięć* konceesji.

<sup>2)</sup> „Ogół kolegów jednogłośnie uznaje, że istniejące szkoły dentystyczne nie odpowiadają celowi. Obowiązkiem naszym jest zatem nie czekając na projektowane reformy, które nieprędko jeszcze nastąpią, stworzyć taką szkołę, która by stanęła na wysokości zadania i dla tego, jako należący do owej spółki oświadczam, że po uzyskaniu przez nas pozwolenia na prowadzenie wykładów równoległe w języku polskim od władzy, do której kol. Idzikowski już się zwró-

Kol. Goldberg, widocznie nie przeczytawszy takowego, zapragnął tylko zajaśnieć swą powagą, zaimponować i trafić do przekonania kolegów co do „obowiązku“. Lecz omylił się. Autor „uwag“ nieco zagalopował się i zapomniał, że na Zachodzie szkoły dentystyczne są instytucjami państwowymi. To właśnie podnosi ich wartość. Tego życzy sobie cały ogół dentystów, kierując się pewnymi względami (proponujemy kol. Goldbergowi *ważnie* przeczytać pismo powyższe). Wprawdzie wszelkie szkoły prywatne, tworzone na dobrych wzorach, wogóle są u nas nader pożądane; niestety, wszystkiego tego dobrego, jak nam wiadomo, z wielu względów do szkół dentystycznych zastosować nie można. Każda szkoła dentystyczna zawsze będzie przedsiębiorstwem handlowym, opartem na konkurencji, i szkoła kol. Goldberga nie będzie pewnie stanowić pod tym względem wyjątku, jak nas o tem poucza choćby fakt dotyczący poszukiwania lokalu dla nowej uczelni. Wszelkie obietniczki są już znane (aż nadto). Wszelkie hymny bałwochwalcze już nikogo swą melodyjnością upoić nie zdołają. Sprawa szkół dentystycznych jest cierpieniem ustrojowym, wewnętrznym. Tę właśnie chorobę leczyć należy, a nie ropiejącą ranę zalepiać choćby najlepszym i najnowszym plastrem angielskim. Zaakcentowanie równoległości nie wytrzymuje krytyki, jest tylko delikatnym mydleniem oczu, zręcznym manewrem, a to dlatego, jak wiadomo, że *nikt, a znaczy się i kol. Idzikowski w tej sprawie do władzy z odnośnem podaniem nie wystąpił*. A gdyby nawet tak było, to sprawa pogorszyłaby się, gdyż konkurencja wzmogłaby się ze względu na to, że *wszystkie* szkoły (a tych wszak może być w Warszawie aż dziesięć, stosownie do liczby koncesji) musiałyby znacznie powiększyć wydatki na utrzymanie podwójnego personelu lektorów. Konkurencja doszłaby do punktu kulminacyjnego. Szkoła pozostanie taką samą, jaką jest, t. j. wadliwą pod względem ustrojowym.

W swoim czasie kol. Idzikowski i ś. p. Dr. Dzierżawski uzyskali koncesję na szkołę według normalnej ustawy szkół dentystycznych. Śmierć Dr. D., czasy niespokojne i przesilenie ekonomiczne widocznie stanęły na przeszkodzie do urzeczywistnienia projektu.

Nastaly widocznie „lepsze“ czasy, i sprawa zmartwychwstała. Kolega Idz. na zarządzającego przedstawił D-ra Gelbarda (na miejsce D-ra Dz.). Powstała spółka, sprężyną której jest kol. Goldberg.

Koncesja, oparta na normalnej ustawie szkół dentystycznych,

---

cił, szkołę dentystyczną wzorowaną na tego rodzaju instytucjach istniejących na Zachodzie stanowczo otworzymy. Zgadzam się, że dla Warszawy jedna tylko szkoła wystarczy, to też ta się utrzymać zdoła, która prawo istnienia sama sobie wywalczy“ („uwagę“ przytoczyliśmy bez zmiany, osobiste wycieczki przepuszczono).

nie uległa zmianie. Spółka zamierzała pierwotnie nabyć szkołę Rozensala, lecz tranzakcja nie doszła do skutku.

Zaczął się więc werbunek współników z dobrą marką (wkłady miały wynosić po 1500 rubli). W pogoni za współnikami kol. Goldberg zwrócił się do kol. Szellera i Bliklego. Rzecz prosta, tranzakcja spaliła na panewce.

Oto krótka charakterystyka nowej instytucji, która zamierza stanąć do konkursu. Z tak mizernym kapitałem, z tylu współnikami, którzy wszak nie dla idei przystąpili do tranzakcji, ludzie zamierzają prowadzić „wzorową” instytucję naukową, która ma sobie „prawo istnienia wywalczyć”!! Czy nie sprawdzają się poglądy kolegów? „Uderzyć w stół, a nożyce się odezwą”—mówi przysłowie. I rzeczywiście, kol. Goldb. „wyrwał się”, przypuszczając, że zdoła przekonać kolegów. A wszak wypowiedziana opinia kolegów, jak widzimy z powyższego, dotyczy tylko sprawy ogólnej i przeciwko nikomu nie godzi.

Tyle o samej wartości „uwagi” kol. G.

A teraz jeszcze słówko. Z chwilą, gdy 90 blisko kolegów wyraziło już swoją opinię, odnośny dokument, który dostał się do rąk kol. Goldberga, stanowił ich własność (to samo byłoby np., gdyby takowy posiadał dwa nawet podpisy). Koledzy *doskonale* wiedzieli, co czynią. Narzucanie więc przebojem *na tem samym piśmie* swych „uwag”, a gorzej jeszcze użycie tegoż, ich własności, do celów osobistej wycieczki stanowi nietakt, który każdy chyba ocenić potrafi. W *jaki* sposób takie sprawy się załatwia, kol. Goldb. wiedzieć chyba powinienby. Na bezsensowne, wprost ordynarne brednie w celach wycieczki osobistej nikt reagować nie będzie; są one w zupełności odpowiednie dla ludzi mało kulturalnych. Przy całym natężeniu swego umysłu kol. Goldberg widocznie nie na wiele zdobyć się mógł. Bywają, jak wiadomo, wybryki fantazji, które objawiają się zarówno w czynach, jak i w słowach, za które zaś nie czyni się winnymi ich sprawców, gdyż... nie wiedzą, co czynią.



**„KRONIKA DENTYSTYCZNA”** wychodzi w początku każdego miesiąca. Na artykułach, ogłoszeniach, przekazach pocztowych oraz wszelkiej korespondencji, nadsyłanej do redakcji, należy bezwarunkowo podawać adres ostatniej—DŁUGA 47.

1) Nadsyłane do redakcji rękopisy powinny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu), po jednej stronie półarkusza.

2) Każda praca powinna być zaopatrzoną w podpis i dokładny adres autora.

3) Rękopisy zwracają się tylko przy wyraźnym zastrzeżeniu.

4) Należy przestrzegać, o ile można, zasadę „non multa, sed multum“, unikając tym sposobem zbytecznych szczegółów w historjach chorób i w przeglądzie historii danej sprawy, jak również wielu cytata z literatury.

5) Nazwiska autorów przy wskazaniu źródła nie powinny być podkreślane.

6) Redakcja zastrzega sobie prawo skracania prac i dokonywania niezbędnych poprawek.

7) Artykuły są płatne: prace oryginalne—czysto naukowe—według umowy, kompilacje zaś i referaty—według uznania redakcji. Koszt rycin i odbitek obciąża honorarjum.

8) O każdej przysyłanej do redakcji książce zamieszcza się wzmiankę lub sprawozdanie i jedno bezpłatne ogłoszenie.

9) O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana zawczasu przed rozestaniem numeru.

10) Rękopisy redakcja zamyka 10-go każdego miesiąca.

