

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

I. Prace oryginalne.

I. Stan uzębienia dzieci lwowskich szkół miejskich.

NAPISAŁ

Dr. BRONISŁAW KACZOROWSKI.

(Lwów).

(Podług pracy traktującej również o ogólnej czystości ciała dzieci, przedstawionej na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w sekcji medycyny publicznej; rzecz również wydrukowana w lwowskim „Przeglądzie Hygienicznym”).

Wielki rozwój umiejętności lekarskich w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia, badania chorób i przyczyn ich powstawania, samą siłą logiki musiały zwrócić większą uwagę uczonych na naukę higieny, tej największej i stanowczej przeciwniczki wszelkich cierpień ludzkich. I rzeczywiście rozwój tej nauki jest dzisiaj tak potężny, że bodaj czy ten niedawny kopciuszek nie wybił się już na naczelne miejsce wszelkich umiejętności lekarskich, a zadaniem nowoczesnego lekarza jest nie tylko leczyć choroby, lecz przede wszystkim im zapobiegać. Nauce tej zawdzięczamy, że jama ustna i znajdujące się w niej uzębienie jako czynnik wpływający na stan zdrowia całego ustroju zajęły obecnie w medycynie miejsce pierwszorzędnego znaczenia.

Dowiedziano już dostatecznie, jak ciężkie przypadłości chorobowe sprowadza chore uzębienie, jak wskutek tego rozwój ciała i du-

cha szczególnie u dzieci bywa powstrzymanym. W pracy „Zahnverderbniss und Zensur” (Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde 1904 zes. 6) Röse przychodzi do następujących wyników swych badań:

I. wskutek złych zębów bywa ogólny rozwój ciała szczególnie u dzieci szkolnych w wysokim stopniu powstrzymanym;

II. im słabszy jest rozwój ciała, tem słabszą jest przecięciowo siła duchowa dzieci;

III. im gorsze zęby, tem gorszy jest przecięciowo postęp w naukach dzieci.

Wiemy obecnie, że chore zęby są bardzo często przyczyną rozwielmożnienia się w ustroju gruźlicy, blednicy, odry, szkarlatyny i dyfterji. Rozpadła i cuchnąca miazga zepsutych zębów jest doskonałą glebą dla rozwoju drobnoustrojów strasznych tych chorób. Nieprzeliczona ilość bakterji bywa przy pomocy śliny podczas mowy, śpiewu, kaszlu itd. rozpylaną w powietrzu, dostaje się bardzo łatwo do innych ustrojów ludzkich i zakaża je. Na pierwszym kongresie tuberkulicznym w Berlinie wszyscy mówcy jednomyślnie zgodzili się, że pierwszym okresem gruźlicy jest choroba gruczołów chłonnych u dzieci. Laseczniki z otoczenia dostają się do ust, skąd przez śluzówkę i spróchniałe zęby przechodzą drogą naczyń chłonnych do gruczołów i zakażają je. Jeżeli nauka wykazała nam takie wyniki badań, niechaj więc obecnie nikogo nie dziwi fakt, że lekarze i wogóle wszyscy ludzie kulturalni zwrócili szczególniejszą uwagę na szkołę, uważając ją za najlepszy teren do wydania walki nieprzyjaciółom ludzkości. Lekarz sumienny, działający w szkole nietylko stara się o ochronę dzieci od niewidomych nieprzyjaciół, lecz podając im w najprzystępniejszy sposób elementarne zasady higieny, pracuje już dla przyszłych pokoleń, gdyż uczniowie stając się później rodzicami, nie omieszkają tak pielęgnować swoje dzieci, jak ich w szkole nauczono. Równocześnie lekarz pracując z dziećmi w szkole oddziaływa i na najszersze warstwy społeczeństwa, gdyż te maleństwa, które z całym zapalem młodej swej duszy wchłaniają podane im nauki, opowiadają później w domu swoim najbliższym wszystko co im lekarz w szkole mówił, a zmuszone rygorem szkolnym do wykonywania pewnych zasad higienicznych, zmuszają tem samem i swe otoczenie do przestrzegania tychże. W ten sposób dzieci stają się

najlepszymi współpracownikami lekarza i bezwiednymi roznosicielami kultury w najszersze warstwy ludności. Dlatego też wszystkie państwa, kraje, gminy, stowarzyszenia itd., które w tym kierunku idą z lekarzami ręką w rękę i ułatwiają im pracę, przyczyniają się do sprawy pierwszorzędnego znaczenia kulturalnego, a dla siebie wydają jaknajlepsze świadectwo, że rozumieją potrzeby oddanej im w opiekę ludności.

Rozumie to na szczęście i nasz kraj, a w szczególności nasza stolica. Każdy nieuprzedzony, który chociaż pobieżnie widział wystawę przyrodn.-lekarską, a na niej oddziały fizykaat miejskiego lub inspektoratu szkół miejskich, musi przyznać, że i u nas ludzie pracują i nie są maruderami w nauce i postępie; a gdy się dowie, że wystawienie choćby jednego grafikonu wymaga często ciężkiej pracy w ciągu wielu miesięcy lub lat, przyjdzie do przekonania, że z tego posiewu musi być w przyszłości zebrany bogaty plon.

Z inicjatywy inspektora szkolnego i fizyka miejskiego, postanowiono zbadać stan uzębienia dzieci szkół miejskich, a czynność tę powierzono mnie, za co im na tem miejscu serdecznie dziękuję. Pracę swoją rozpocząłem w pierwszych dniach kwietnia r. z., miałem więc do dyspozycji w roku szkolnym tylko okres 3-miesięczny. W czasie tym zdołałem zbadać prawie 5.000 dzieci. Ponieważ jednak tak inspektoratowi szkół miejskich jak i fizykatowi zależało na tem, aby dane statystyczne tych badań uwidocznione były już podczas wystawy przyrodn.-lekarskiej, przeto jako podstawę obliczeń wzięto cyfrę 3.458 zbadanych dzieci, a więc cyfrę, którą osiągnąłem w swoich badaniach w pierwszych dniach czerwca r. z. Kartki, które służyły do zapisania wyniku badań każdego ucznia lub uczenicy, przygotowane zostały przez fizykat miejski według wzoru prof. Dra Ernesta Jesse-na, dyrektora miejskiej szkolnej kliniki dla chorób zębów w Strassburgu. Oprócz tych kartek fizykat przygotował w równej ilości karteczki dla dzieci, na których z jednej strony znajduje się zawiadomienie rodziców o stanie uzębienia ich dzieci, z drugiej zaś pouczenie w jaki sposób zęby mają być pielęgnowane. Badania początkowo odbywały się dosyć powolnie, przy nabytej jednak wprawie szczególnie przy zapisywaniu, cała czynność odbywała się szybko tak, że starczyło czasu na rozmowę z dziećmi o najelementarniejszych zasadach higieny. Cyfry statystyczne, jako ostateczny wy-

Szczegółowe obliczenie próchnicy zębów.

Zęby mleczne:

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Uległo próchnicy niższego stopnia | 2.054=22·8% |
| „ „ wyższego „ | 5.119=56·7% |
| Zupełnie zepsutych | 1.851=20·5% |
| Brakuje | 3.336 |

Zęby stałe:

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Uległo próchnicy niższego stopnia | 3.002=39·4% |
| „ „ wyższego „ | 3.221=42·3% |
| Zupełnie zepsutych | 1.400=18·3% |
| Brakuje | 588 |

Próchnica zębów w szkołach ludowych:

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Uległo próchnicy niższego stopnia | 3.642=22·0% |
| „ „ wyższego „ | 6.795=41·1% |
| Zupełnie zepsutych | 2.335=14·1% |
| Brakuje | 3.304=19·9% |

Próchnica zębów w szkołach wydziałowych:

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Uległo próchnicy niższego stopnia | 1.414=27·9% |
| „ „ wyższego „ | 1.545=30·5% |
| Zupełnie zepsutych | 916=10·0% |
| Brakuje | 620=12·2% |

Próchnica zębów u chłopów:

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Uległo próchnicy niższego stopnia | 1.943=21·0% |
| „ „ wyższego „ | 2.649=39·7% |
| Zupełnie zepsutych | 1.330=16·0% |
| Brakuje | 1.761=19·0% |
| Nieprawidłowo ustawionych | 213= 2·3% |

Próchnica zębów u dziewcząt:

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Uległo próchnicy niższego stopnia | 3.113=24·5% |
| „ „ wyższego „ | 4.691=37·0% |
| Zupełnie zepsutych | 1.913=15·0% |
| Brakuje | 2.163=17·0% |
| Nieprawidłowo ustawionych | 364= 2·9% |

Przystępuję teraz do wykazania w cyfrach rubryki: jak nasze dzieci pielęgnują zęby:

Szkoły ludowe męskie:

Na 1.150 badanych chłopców wykazało:

| | |
|---------------------|-----------|
| pielęgnowanie dobre | 32= 2·8% |
| „ niedostateczne | 400=34·7% |
| „ żadne | 718=62·5% |

Szkoły ludowe żeńskie:

Na 1.271 badanych dziewcząt wykazało:

| | |
|---------------------|-----------|
| pielęgnowanie dobre | 304=23·9% |
| „ niedostateczne | 800=62·9% |
| „ żadne | 167=13·2% |

Szkoły wydziałowe męskie:

Na 211 badanych chłopców wykazało:

| | |
|---------------------|-----------|
| pielęgnowanie dobre | 23=10·9% |
| „ niedostateczne | 173=82·0% |
| „ żadne | 15= 7·1% |

Szkoły wydziałowe żeńskie:

Na 826 badanych dziewcząt wykazało:

| | |
|---------------------|-----------|
| pielęgnowanie dobre | 441=53·3% |
| „ niedostateczne | 382=46·2% |
| „ żadne | 3= 0·5% |

Pielęgnowanie zębów w szkołach męskich i żeńskich ogółem:

Na 3.458 badanych chłopców i dziewcząt wykazało:

| | |
|---------------------|------------|
| pielęgnowanie dobre | 800=23·1% |
| „ niedostateczne | 1755=50·7% |
| „ żadne | 903=26·2% |

Barwa zębów:

Na 3.458 badanych dzieci wykazało:

| | |
|-------------------|-------------|
| barwę zębów żółtą | 401=11·6% |
| „ „ białawo-żółtą | 2.904=83·9% |
| „ „ niebieskawą | 33= 1·1% |
| „ „ plamistą | 120=3·4% |

Kamień nazębny był u 290 badanych = 8·3%

Nieprawidłowo ustawione zęby na 3.458 badanych było w 423 przypadkach czyli 12·3%.

Na 17.669 zepsutych zębów było wypełnionych czyli plombowanych 445=2·5%.

Przychodzimy w końcu do rubryki:

Ogólny stan zdrowia:

Szkoły ludowe męskie:

Na 1.150 badanych chłopców okazało:

| | |
|--------------------|-----------|
| stan zdrowia dobry | 464=40·4% |
| „ „ mierny | 628=54·6% |
| „ „ lichy | 58= 5·0% |

Szkoły ludowe żeńskie:

Na 1.271 badanych dziewcząt okazało:

| | |
|--------------------|-----------|
| stan zdrowia dobry | 532=41·8% |
| „ „ mierny | 689=54·2% |
| „ „ lichy | 50= 4·0% |

Szkoły wydziałowe męskie:

Na 211 badanych chłopców okazało:

| | |
|--------------------|-----------|
| stan zdrowia dobry | 106=50·2% |
| „ „ mierny | 101=47·8% |
| „ „ lichy | 4= 2·0% |

Szkoły wydziałowe żeńskie:

Na 826 badanych dziewcząt okazało:

| | |
|--------------------|-----------|
| stan zdrowia dobry | 377=45·6% |
| „ „ mierny | 439=53·1% |
| „ „ lichy | 10= 1·3% |

Stan zdrowia w szkołach męskich i żeńskich ogółem:

Na 3.458 badanych chłopców i dziewcząt okazało:

| | |
|--------------------|-------------|
| stan zdrowia dobry | 1.479=42·7% |
| „ „ mierny | 1.857=53·7% |
| „ „ lichy | 122= 3·6% |

Zapytujemy, jaka jest przyczyna tak wielkiego spustoszenia uzębienia człowieka?

Na to zniszczenie składają się różne czynniki, a przede wszystkim brak dostatecznego ogólnego odżywiania i niedostateczne pielęgnowanie zębów. Oprócz tych głównych przyczyn niezaprzeczenie wielki wpływ wywierają: rasa, cywilizacja, wyrafinowany sposób życia, wydelikatnienie rodu ludzkiego i dziedziczność.

Dzieci karmione piersią matczyną mają wszędzie lepsze zęby, aniżeli sztucznie karmione. Röse zbadawszy przeszło 157 tysięcy dzieci szkolnych w swoim dziele: „Znaczenie piersi matczynej dla cielesnego i duchowego rozwoju człowieka” tak się wyraża: „siła duchowa dzieci w szkole jest tem wyższą, im dłużej dzieci karmione były piersią; ciężar i wielkość ciała są tem większe, im dłużej dzieci matka karmiła; im dłuższe było karmienie, tem trwalsze, silniejsze i odporniejsze jest uzębienie“.

Spróchniałe zęby, pomijając już te choroby, o których wyżej wspominałem, jak gruźlica, szkarlatyna itd., mogą być przyczyną podkopania zdrowia całego ustroju. Według Bertena wiele chorób szkolnych, jak ból głowy, zawroty, brak apetytu, niedokrwistość, nerwowość i t. d., mają ostatecznie swoją przyczynę w zepsutych zębach. Dlatego też kraje cywilizowane bacznie zwróciły już uwagę na stan uzębienia swoich dzieci. W krajach innych, jak np. w Niemczech, dzieci mają nietylko stałą lekarską opiekę w szkole, lecz miasta urządzają dla nich kliniki, gdzie ubogie dzieci mogą bezpłatnie ratować zęby. Jak się w krajach cywilizowanych zapatrują ludzie inteligentni, stojący poza sferami lekarskimi, na higienę jamy ustnej w szkołach, świadczy aforyzm rzecz. tajnego radcy i burmistrza miasta Strassburga, umieszczony na początku dzieła prof. Dra Jessena, a mianowicie:

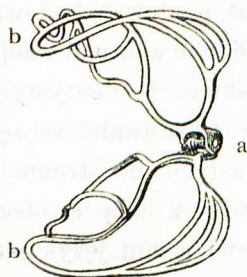
„Na podstawie doświadczeń dokonanych w miejskiej klinice szkolnej dla chorób zębów, twierdzę, że pielęgnowanie zębów jest znakomitym środkiem pomocniczym i ochronnym przeciw infekcji chorób zakaźnych”.

2. Nowy uniwersalny przyrząd pomocniczy. Przytrzymywacz „Utilit”.

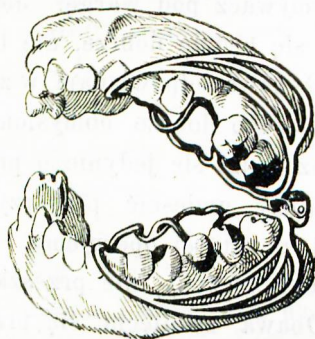
OPISAL

Dr. E. FRIEDLÄNDER (Drohobycz).

Wśród wielu nowości i uproszczeń w dentystyce należy wzmiankować o niedawno wprowadzonym do handlu przyrządzie, który zyskał uznanie wielu rzeczoznawców. Jestto t. zw. *przytrzymywacz uniwersalny*, przyrząd nader zręczny, dobry i rzeczywiście pożyteczny. Służy on do otwierania ust, przytrzymywania wałków waty podczas plombowania, do podnoszenia i odciągania warg i policzków i może być w razie potrzeby użyty jako zgryzadło do koron i automatyczny przytrzymywacz szablonów woskowych podczas zdejmowania zgryzu. Zbudowany jest w postaci motyla, przyczem kadłub (corpus) tworzą zawiasy, skrzydła zaś—dwie boczne części zawiasami połączone. Gładki, grubo niklowany, bez wszelkich nierówności na powierzchni przyrząd ten może być czysto utrzymany, jest o wiele wygodniejszy dla pacjenta, niż zwykle używane klamry do ochraniaacza lub do wałków watowych. W praktyce jeden (pojedynczy) przyrząd nie wystarcza do wszystkich celów i we wszelkich przypadkach,



Przytrzymywacz.
a — zawiasy
b — skrzydła



Przytrzymywacz
w ustach

a to wskutek różnorodności warunków jamy ustnej, jak np. łyżka do zdejmowania wycisku nie może się nadać do każdych ust. Z tego powodu zaszła potrzeba zestawienia kompletu z 4-ch co najmniej różnej wielkości przyrządów; komplet taki powinien posiadać każdy

dentysta; nadaje się on do wszelkich spotykanych w praktyce przypadków. Sposób użycia jest nader prosty. Wybiera się z kompletu przyrząd odpowiedniej wielkości, zamyka go, to znaczy zbliża się oba skrzydła ku sobie i wprowadza do jamy ustnej zawiasami wtył, przyczem wypukłe części układają się między zębami i wargami resp. błoną śluzową policzków i te ostatnie odciągają. Drugi odcinek skrzydła, mający kształt haczykowaty, opiera się częściowo o podniebienie, częściowo zaś idzie wdół, przyciskając język, tamując nieco albo i całkowicie ruchy jego (które nam zwykle bardzo przy robocie przeszkadzają).

Ponieważ wałki watowe wyrabiane fabrycznie lub zwinięte przez dentystę leżą swobodnie dzięki temu przyrządowi, mogą więc wchłaniać znacznie większą ilość śliny, aniżeli to ma miejsce przy użyciu klamer specjalnych. Uniwersalny przytrzymywacz daje swobodę rękom operatora i stanowi, jak już nadmieniałem, ważny przyrząd pomocniczy w pracy dentystycznej. Każdy oddzielny przyrząd wspomnianego kompletu można zastosować obustronnie w szczęce górnej i dolnej; wystarczy go tylko obrócić naokoło osi. Jeżeli chcemy np. zaplombować górny trzonowiec, wsuwamy pod wargę kawałek zwiniętej waty lub też fabrycznej roboty wałek watowy, drugi kawałek zakładamy w zagiętą wdół nasadę przyrządu i wprowadzamy zamknięty przytrzymywacz pod wargę. Jeżeli przyrząd jest stosownie dobrany, trzymać się będzie dobrze, nie będzie uciskał, ponieważ budowa i forma sprężynowa odpowiadają w zupełności budowie anatomicznej szczęki i są bardzo dobrze obmyślane. Przy zabiegach dentystycznych, gdzie rozchodzi się jedynie o przytrzymanie (fiksowanie) szczęki i języka, należy umieścić przytrzymywacz w ustach po stronie przeciwnej tej, po której operujemy. Możemy wtedy z całą swobodą wykonywać rękoczyn, nie przeszkadza nam bowiem ani język ani przyrząd. Obawa zsunięcia się przytrzymywacza jest w zupełności wykluczona. Pomimo iż nie należą do absolutnych przeciwników ochraniacza gumowego jak wielu kolegów i uznają go za niezbędny przy plombowaniu złotem, faktem jednak jest, że śmiało obejść się można bez niego przy zakładaniu arseniku, przy leczeniu korzeni wielu zębów, przy plombach porcelanowych, cementowych, krzemowych i amalgamatowych. Szybkość i pewność zabiegu przy użyciu omawianego przyrządu dają mu we wszystkich wyżej wskaza-

nych przypadkach przewagę nad ochraniaczem gumowym, również nad klamrami do waty Harvarda, które nam często się przydają. Chociaż nawet niektórzy pacjenci uważali się czasami, że przytrzymywacz jest przykry, ponieważ zmusza ich do trzymania ust otwartymi bez przerwy, jednak znoszą go oni bez porównania chętniej (co mogłem stwierdzić w praktyce), niż cuchnącą gumę, której nieawidzą nie bez racji. Ci, którzy znają oba sposoby, podnoszą zalety przytrzymywacza jako bardziej prostego i stosunkowo mniej nieprzyjemnego w porównaniu z torturami ochraniacza. Słusznie i w imię dobra niejednego wymęczonego pacjenta usunęli starsi praktycy wyrosli z młodych zwolenników ochraniacza ten tak niezbędny przedmiot ze swego instrumentarium. Jeżeli jednak od czasu do czasu stosują go, zapatrują się nań jako na zło konieczne i starają się o ile możliwości zaoszczędzić sobie czasu, a swym pacjentom tortur, związanych z nakładaniem klamer. Bojaźliwi i nerwowi pacjenci byli uszczęśliwieni, gdy wprowadzano do ust zamiast przykłej gumy przytrzymywacz; można było swobodnie pracować więcej niż 30 minut bez wielkiej trudności. Przy najłżejszym objawie skłonności do wymiotów, co się często przy ochraniaczu gumowym zdarza, lub przy nagromadzeniu się śliny, można jednym ruchem momentalnie przytrzymywacz usunąć.

W artykule „Ochraniacz gumowy jako aksjomat” (Zahntechnische Reform 1907 r.) uważa Zimmer (Greifswald) za niemożliwe np. zakładanie pasty arsenikowej do małych lub dużych trzonowców bez ochraniacza tak, ażeby arsenik nie dostał się do śliny i nie wywołał tym sposobem nadżarcia. Ale jakżeż często bywa niemożliwym nakładanie klamry do podtrzymania ochraniacza gumowego właśnie z powodu niskich koron zębowych. W takich przypadkach oddaje omawiany przytrzymywacz doskonałe usługi, ponieważ umiejętnie użyty utrzymuje pole operacyjne w stanie suchym i zapobiega nadżarciom. Przy leczeniu korzeni „M₂ bywałem np. zmuszonym do zastosowania ochraniacza przy ślinotoku, przekonałem się jednak, że często w tych razach przytrzymywacz „Utilit” i ślinociąg są wystarczające.

Większość praktykujących dentystów utrzymuje stanowczo, iż należyte leczenie zębów możliwym jest jedynie pod ochraniaczem. Jeżeli jednak Miller w swym klasycznym podręczniku zachowawczego leczenia zębów w pewnym miejscu twierdzi, że ważnym jest pod-

czas leczenia utrzymywanie zęba z przyległościami w suchości, nie zaznaczając wyraźnie, że musi to być osiągnięte za pomocą ochraniacza, z tego możemy wnioskować, że skoro znajdziemy coś lepszego i skuteczniejszego, mogącego z powodzeniem ślinochron zastąpić, powinniśmy to zalecić. Tam, gdzie napotykamy znaczne trudności przy nakładaniu ochraniacza gumowego np. przy gęsto ustawionych zębach, przy zębach z ostrymi brzegami, które się łatwo kruszą i nasze usiłowania niweczą, przy ubytkach poddźiąsłowych, przy kulistych, kolbowatych koronach (z których klamry często zeskakują), w przypadkach, gdy nałożenie klamry szkodliwym jest dla ozębnej lub dźiąsła i powoduje czasami nawet następcze ropienie zębodołu— we wszystkich tych i tym podobnych przypadkach opisany przyrząd, wata i ślinociąg są wystarczające do uniknięcia wilgoci, równie dobrze jak i ochraniacz gumowy. Unikamy w ten sposób zranienia lig. circularae, co często się zdarza przy użyciu ochraniacza. U ludzi młodych, mających jędrne dźiąsła, opisany przyrząd może w zupełności zastąpić ochraniacz gumowy, zgodnie z maksymą *primum non nocere*. Przy plombowaniu zębów mlecznych wyrzekniemy się oczywiście ochraniacza i zastosujemy najniższy numer przyrządu. Ogólnie mówiąc, opisany wynalazek zasługuje w zupełności na to, ażeby go zalecić szerszemu ogółowi kolegów.

3. Przypadek charakterystycznie zniekształconego pnia dwuguzkowca.

OPISAŁ

D. KOHN.

Niedawno zgłosiła się do mnie pani Z. M., lat 22, narzekając na silny ból w żuchwie (po prawej stronie).

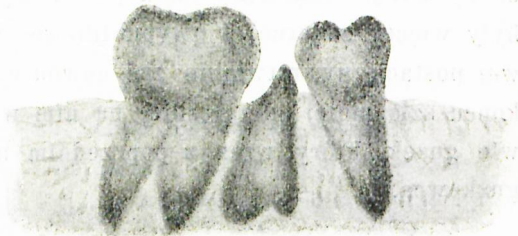
Zewnętrzne oględziny stwierdziły: prawy policzek zwłaszcza w dolnej części, podżuchwowa okolica tejże strony były znacznie spuchnięte; skóra po tej stronie była zaczerwieniona, naciągnięta, sucha, gruczoły podżuchwowe również spuchnięte, przy dotknięciu bardzo bolesne.

Oględziny jamy ustnej stwierdziły: brak dolnego prawego II dwuguzkowca; pozostał pień (pomiędzy I trzonowcem a I dwuguz-

kowcem); śluzówka prawej części żuchwy (ze strony policzkowej) była nacieczoną, w miejscu odpowiadającym pieńkowi II dwuguzkowca — dziąsło w znacznym stopniu rozrośniętem; przy nacisku w kierunku od dołu ku górze wydzielala się ropa z pod miejsca przylegania dziąsła do pnia. Nacieczenie zapalne objęło nawet prawą część dna jamy ustnej (pod językiem). Brakowało dużo zębów, które po części były wyjęte, a po części zniszczone. W żuchwie po prawej stronie, prócz wymienionych I dwuguzkowca i I trzonowca, więcej zębów nie było; dziąsło i zębodoły były dobrze zagojone.

Na zasadzie przytoczonych objawów doszedłem do przekonania, że miałem przed sobą obraz ostrego ropnego zapalenia okostnej, wynikłego z przyczyny zgorzelinowego pnia II prawego dwuguzkowca. Pień ten postanowiłem wyjąć, lecz ze względu na jego położenie miałem niemałe trudności. Korony sąsiadujących zębów I trzonowca i I dwuguzkowca (po prawej stronie) były pochylone ku sobie.

Dziób kleszczy korzeniowych nie mógł przejść, aby uchwycić pień. Pochylone ku sobie kanty zębów zeszlifowałem o tyle, aby łatwiej uchwycić wzmiankowany pień. Aczkolwiek kleszcze doskonale uchwyciły go i to dość głęboko, pnia nie mogłem wydostać, pomimo, że został znacznie obluźniony i swobodnie się poruszał w zębodole.



Rys. 1.

Przypuszczając, że przeszkodą do wyjęcia był rozrost (exostoza) cementu i to znacznie rozwinięty, postanowiłem zrezekować ściany zębodołu (przez dziąsło), co naturalnie pomogło i za pomocą koziej stópki udało mi się pień wypchnąć. Lecz jakie było moje zdziwienie, gdy na wierzchołku pnia zauważyłem *formalnie dobrze rozwiniętą koronę dwuguzkowca*, przyczem korona znajdowała się w położeniu odwrotnem w stosunku do naturalnej korony, t. j. policzkowa powierzchnia była po stronie językowej. Pomiędzy guzkami znajdował się otworek wielkości główki od szpilki. Barwa tej pseudo-korony niczem nie różniła się od barwy reszty pnia; za pomocą lupy widzieć można było

drobniuteńkie dziureczki, leżące po jednej prawie linii, mniej więcej, na odległość 1 cm. od wierzchołków guzków.



Rys. 2.

Aczkolwiek drobnowidzowego badania tej „korony” nie robiłem, przypuszczam jednak, że miałem przed sobą tylko przerośniętą substancję cementową pnia (exostosis, resp. hypercementosis), charakterystycznie zniekształconą w prawidłowo rozwiniętą koronę dwuguzkowca.

Powstanie tego charakterystycznego rozrostu objaśnić można w ten sposób: wierzchołek pnia jakby był rozdwojony, przyczem jeden koniec był dłuższy od drugiego, mianowicie koniec zewnętrzny resp. (policzkowy); z przyczyny chronicznego zapalenia ozębnej, któremu towarzyszyły zmiany w cemencie, uwarstwianie nowoutworzonej tkanki na krótszym końcu pnia szło energiczniej (ścianki zębodołu po wewnętrznej resp. językowej stronie były więcej podatne) i uwypukliło się w postaci guza o półksiężycowej postaci; uwarstwianie zaś nowoutworzonej tkanki na dłuższym końcu szło mniej energicznie; na nim wytworzył się stożkowaty prawie guzek, który wraz z poprzednim utworzył kształt korony dwuguzkowca.

II). Dział sprawozdawczy.

68). Porges. Syfilis jamy ustnej. (Oester. Zeitschr. für Stomatologie 2 z. r. z.). Znajomość cierpień syfilitycznych jamy ustnej dla nas jest z różnych powodów bardzo ważna. Dentysta, rozpoznający wcześniej przymiot j. u., może wyświadczyć choremu przysługę, zwracając uwagę jego na straszną chorobę i kierując go do syfilidologa; nie poznawszy tej choroby, dentysta z drugiej strony może i sobie i pacjentom drogą zakażonych narzędzi wyrządzić niepowetowaną szkodę. Fournier, Lesage, Neuman, Finger i inni syfilidolodzy komunikują fakty zakażenia się dentystów syfilisem; szankry znajdowały się zazwyczaj na palcach, a powstały podczas manipulacji w ustach syfilityków. Rzadszem było zarażenie przez ugryzienie, ostre brzegi zębów zepsu-

tych drogą płucia lub kaszlu. Znane są w piśmiennictwie przypadki zarażenia pacjenta przymiotem podczas zabiegów dentystycznych. Barklay, Blaschko, Bukley, Kreibig, Leclan, Pease, Petersen, Roddik, Rosental, Finger i inni opisali przypadki takie. Zarażenie następuje najczęściej drogą narzędzi. Lekarz-syfilityk powinien być naturalnie bardzo ostrożnym, aby nie zarazić pacjentów. Z drugiej strony przy najmniejszym zadrażnieniu lub starciu naskórka rąk powinien albo wcale nie pracować, lub też w odpowiednich gumowych rękawiczkach. Celem uniknięcia przeniesienia przymiotu, jak wiadomo, należy narzędzia sumiennie wyjaławiać. Lepiej i bezpieczniej jest mieć oddzielne narzędzia dla zdrowych pacjentów i syfilityków. Należy pamiętać, że po narzędzie płciowym jama ustna zajmuje drugie miejsce, jako wrota dla jadu przymiotowego. Bukley zebrał z piśmiennictwa statystykę 9058 przypadków zarażenia syfilisem drogą jamy ustnej. Pospelow ogłosił 198 przypadków pozapłciowego zakażenia syfilisem, a między nimi 49 stwardnień na wardze. Bloch stwierdził wśród 1540 stwardnień (w klinice Picka w Pradze) 65 pozapłciowych, a wśród tych 44 w jamie ustnej. Szankier twardy występuje po większej części na wardze górnej, na końcu języka, na migdałkach, rzadziej na śluzówce policzków i dziąsłach. Szczególne znaczenie dla nas mają szankry na dziąsłach, których powstawanie przypisują użyciu zakażonych wykałaczek i szczoteczek do zębów, jakoteż innych narzędzi Bukley przytoczył 42 przyp. stwardnień na dziąsłach, a Finger zebrał 30 takich przypadków, opisanych w literaturze. Siedliskiem ich były dziąsła górnej szczęki. Nader rzadkimi są szankry na śluzówce policzków i podniebienia; mniej ciekawe dla dentysty są przypadki na migdałkach.

Pierwszym objawem przymiotu ogólnego są pewne charakterystyczne zmiany patologiczne w jamie ustnej i w gardle. Często wyprzedzają one objawy skórne; ponieważ jednak nie mają nic charakterystycznego dla przymiotu, to udaje się je rozpoznać zwykle dopiero równocześnie ze zmianami na skórze. W najlżejszej postaci owe objawy z początku widoczne są jako rumienie na łukach podniebionych, które po kilku dniach nagle znikają. Z powodu lżejszych lub silniejszych drażeń sprawa zapalna na miękkim podniebieniu nieraz znacznie się wzmaga wokoło; powstają owrzodzenia przymiotowe, erozje, które bardzo przeszkadzają pacjentowi podczas jedzenia, picia

i mówienia; na gruncie tych erozji powstają często kłykciny—typowy produkt przymiotu błony śluzowej, znane jako plaques opalines ze względu na ich barwę. Są one tak charakterystyczne dla przymiotu, że zawodowiec nie napotyka żadnych trudności przy rozpoznawaniu tychże. Czy t. zw. leukoplakia oris—chorobę, którą nieraz dentysta ma sposobność stwierdzić w jamie ustnej, zaliczyć należy do przymiotu czy też nie, pod tym względem zdania autorów są jeszcze podzielone; w każdym jednak razie jest to sprawa patologiczna błony śluzowej j. u., która winna zaciekawiać każdego dentystę. Umieściawia się ona najczęściej na czerwieni warg, końcu języka i jego całej powierzchni, jakoteż wzdłuż linii międzyzębowej śluzówki policzków i w kątach ust. Etiologia jest niejasną. Jedni uważają ją za chorobę błon śluzowych sui generis, inni zaś—za rozwijający się nieraz po przebytych przymiocie objaw. Faktem jest, że występowała ona w 65% po przebytych przymiocie. W bardzo wielu przypadkach jest ona chorobą na tle nadużycia tytoniu i wysokoku, można też ją nazwać chorobą płci męskiej. I mechaniczne czynniki mogą spowodować powstanie tej choroby, np. źle siedzące dostawki, ostre piénki, zniszczone zęby, kamień nazębny, haczyki niestosownie rozmieszczone, źle zrobione mostki i korony lub inne jakies przyczyny. Rtęć, ten specyfik w leczeniu przymiotu, nie tylko, że jest zupełnie bezskutecznym przy leczeniu leukoplakii oris, lecz nawet pogarsza ją znacznie. Dentysta, gdy udało mu się stwierdzić tę chorobę j. u., musi być bardzo ostrożnym, gdyż prawdopodobieństwo przymiotu istniejącego lub przebytego jest w tych razach znaczne.

Terapia, jak dotąd jeszcze nie wystarczająca, jest przede wszystkim przyczynowa. Zaleca się unikanie wszelkich drażnień śluzówki, palenia i alkoholu, miejscowe leczenie kwasem chromowym (10%-ym), następnie 50% roztworem azotanu srebra, co 3 lub 4 dni, przez dłuższy czas, przyczem pod strupem wygojenie następuje nieraz prędko. I przy syfilis tertiaris, przy którym występują nieraz jeszcze widoczne objawy choroby n. p. owrzodzenia przymiotowe na błonach śluzowych jamy ustnej, nosa i gardła, należy jeszcze bardziej być ostrożnym, gdyż przeniesienie się choroby i w tym okresie jest b. prawdopodobnem (w ostatnich czasach wykryto w tych patologicznych produktach t. zw. spirochaetae). Syfilis tertiaris występuje w 2 lub 3 lata po zarażeniu, niekiedy o wiele później, n. p. po 15—20 latach po wystąpieniu

pierwotnego szankra. Kilaki w tym okresie doprowadzają nieraz do ciężkich schorzeń zwł. do defektów w mięśniach lub w szkielecie jamy ustnej; nieraz znaczna część twardego lub miękkiego podniebienia staje się ofiarą tych kilaków. Jak może się dentysta najlepiej uchronić od zawodowego zakażenia przymiotem? Każdy rękoczyn w jamie ustnej musi wyprzedzić dokładne badanie gardła i ust we wszystkich ich częściach na ewent. przymiot. I inne objawy poza jamą ustną wpadają nieraz lekarzowi w oczy i ostrzedz go mogą przed zakażeniem (np. kłykciny wyniosłe, owrzodziałe, strupowe, które nieraz występują w kącie między nosem a wargą lub na podbródku pojedynczo lub jako nacieki w postaci pasa girlandowego (t. zw. corona venerea na czole i t. d.). Obowiązkiem lekarza i syfilidologa jest wytłumaczyć pacjentom-syfilitykom, aby zawsze wyjawiali dentystom, którzy tak samo, jak lekarze, obowiązani są do zachowania tajemnicy im powierzonej, rzeczywistą chorobę, gdyż przez ukrywanie narażać mogą przy zabiegach dentystycznych dentystę, jakoteż i jego pacjentów na wielkie nieszczęście.

Dr. Friedländer (Drohobycz).

69) Prof. Jacques. Objawy, rozpoznawanie i leczenie torbieli zębowych górnej szczęki. (L'Odontologie, 30/X r. z.). Łagodne nowotwory nabłonkowe pochodzenia zębowego lub zębodołowego, w szczególności zaś torbiele zębowe tworzą dział patologji mało dotąd opracowany. Nawet obszerne podręczniki chirurgiczne i dentystyczne traktują tę sprawę powierzchownie.

Chodzi tu, mianowicie, o chorobę, spotykaną często i mającą ciężki przebieg; a który z kolegów umie odróżnić torbiel zamkniętą od zapalnego wysięku, albo torbiel z przetoką od zapalenia jamy szczękowej? Torbiele w miarę rozwoju przenoszą się z zębodołu do jamy szczękowej, na podniebienie, albo na zewnętrzną ścianę szczęki. Ponieważ rosną one przez dłuższy czas na spornym gruncie dentysty, rynologa i chirurga, wynika stąd zrzucanie z siebie odpowiedzialności, i pewne lekceważenie ze strony wymienionych specjalistów, a co zatem idzie prawie zawsze spóźnione rozpoznanie i operacja szpecąca twarz. Liczne przypadki dały możność poznać lepiej anatomję patologiczną i symptomatologję torbieli pochodzenia zębowego w górnej szczęce. Dzięki autorowi udało się uprościć leczenie operacyjne. Pod nazwą torbieli zębowych rozumieć należy woreczkowe nowotwory,

rozwijające się w ścianie szczękowej i będące w stałym związku z zębem albo z opróżnionym zębodołem. Jestto worek włóknikowy, wysłany mniej lub więcej zmienionym nabłonkiem i napełniony surowiczym lub ropnym płynem, nigdy zaś śluzem, i zawierający zawsze cholesterynę, o ile torbiel jest zamknięta. Na zasadzie braku wewnętrznych przegród Heydenreich nazwał torbiele te jednokomorowymi w przeciwieństwie do torbieli wielokomorowych, spotykanych rzadko w szczęce i mających odmienne pochodzenie. Powstają one naskutek rozrostu (jako wynik przypadkowego podrażnienia) szczątków nabłonkowych, pozostałych od pierwotnego woreczka zębowego (Malassez). Torbiele zębowe różnią się od rozrostów grzybowatych wokół korzenia i wierzchołka szczytowego stopniem rozwoju, lecz nie zasadniczo; zostają one usunięte wraz z wyjętym zębem lub pniem, albo wyluszcza je się dłutem z trepanowanej (przedziurawionej) szczęki. Nie należy zapatrywać się na te twory ani jak na rozrosty zapalne, ani jak na prawdziwe guzy nabłonkowe. Charakterystyczny nabłonek, wyściełający je wewnątrz odróżnia takowe od rozrostów łącznotkankowych, powstałych z przyczyny długotrwałego zakażenia. Powolny ich rozwój i zupełny brak skłonności do rozprzestrzeniania się na tkanki przyległe, czyni z nich nowotwory łagodne. Wątpliwe są obawy niektórych chirurgów, że mogą one przejść w guzy złośliwe. Jako guzy łagodne, dobrotliwe, obejmują one tylko ten obszar, na którym powstały. Rozwój ich dąży w kierunku najmniejszego oporu. Zależnie od tego, czy powstają one na stronie podniebiennej lub policzkowej, albo też dookoła wierzchołka korzenia, uwypuklenie widoczne jest na podniebieniu, na wardze lub policzku, w jamie szczękowej, albo na dnie jamy nosowej. Środkowa linja szczęki wcale nie tamuje rozwoju torbieli, i wielokrotnie zauważono, że guzy te, powstałe przy bocznych siekaczach, przekraczały ją na 15 — 20 mm. wgłąb gąbczastej kości na dnie jamy nosowej.

Autor przypuszcza, że torbiele zębowe tworzą się przy wszystkich zębach górnej szczęki.

Z punktu widzenia symptomatologii i djagnostyki rozróżnić należy następujące okresy ich rozwoju:

1. Okres ukryty, nieokreślony i długotrwały, gdy woreczek dookoła korzenia nieznacznie tworzy sobie łożysko w gąbczastej tkance.

ściany zębodołowej, lecz nigdzie nie dociera do zbitej blaszki szczękowej.

2. Okres zeszcpecenia, cechujący się częściowym wzdęciem scieżczonej kości szczękowej.

W obydwóch okresach przy badaniu torbieli można zauważyć dwie różne odmiany: zamkniętą oraz otwartą, z zawartością surowiczą albo ropną.

Torbiel zamknięta zawiera zwykle płyn zbliżony do zawartości torbieli jajnikowych: koloru zielonkawo-żółtego, surowiczy lecz nie śluzowy, nieco mętny, z mnóstwem pływających kryształików cholesteroliny (w kształcie rybiej łuski), które łatwo zauważyć można pod drobnowidzem dzięki prawidłowej postaci równoległoboku. W dwóch przypadkach autor polecił wykonać rozbiór bakteriologiczny płynu, zebranego aseptycznie: był on całkiem jałowy. Innym razem okazało się, że zawierał zielone ziarenka, otoczone płatkami śluzu; dr. Thiry stwierdził w nich odmianę grzybka promienicy. W wyjątkowych tylko przypadkach torbiele zamknięte zawierają płyn ropny. Autor widział to raz jeden i przypuszcza, że chodziło tu o powtórne zamknięcie się otwartej poprzednio torbieli: objawy zakażenia są wówczas bardzo nieznaczne. Widocznem jest zatem, że rozrost szczątków nabłonkowych dookoła korzenia jest wynikiem długotrwałego drażnienia, pochodzącego z przyległych części, nie zaś jako skutek zakażenia osębnej.

Pęknięcie torbieli następuje zawsze po urazie operacyjnym, najczęściej po usunięciu korzenia, do którego jest przyrośnięta, o ile nie stoi na przeszkodzie zbyt duży jej rozmiar, albo znaczne przyrosty. W rzadkich przypadkach otwiera się ona przy przedwczesnem cięciu spuchniętego dziąsła, mylnie przyjętego za wrzód. Od czasu do czasu, zwłaszcza przy cięciach, woreczek znowu się zamyka, poczem następuje powtórne rozszerzenie do pierwotnego rozmiaru. Najczęściej worek zostaje otwartym na dnie zębodołu, i liczne drobnoustroje jamy ustnej mają możność przekształcić torbiel surowiczą na ropień przewlekły z przetoką. Wznawiające się wydzieliny ropne, wówczas występujące, mogą być niezauważone przez pacjentów. I w rzeczywistości niema tu w zwykłych przypadkach silnego zapalenia i cuchnącej ropy. Membrana cystica chroni dostatecznie otaczające tkanki od zakażenia, a język wyczuwa ściekający płyn jako wydzielinę słodkawą lub słonawą. Najczę-

ściej torbiel można właśnie rozpoznać dzięki tej wydzielinie, spostrzeżonej przez chorego lub lekarza, przyczem w dziewięciu przypadkach na dziesięć stawia się mylne rozpoznanie otoku jamy szczękowej. Przy rozpoznawaniu należy mieć na uwadze dwa przytoczone okresy, jak również i tę okoliczność, czy chodzi o torbiel zamkniętą, czy też o ropną z przetoką.

W pierwszym okresie (ukrytym) nie zdradza obecności torbieli zębowej, ponieważ rozwija się ona bez bólu, i brak jest w dostępnych dla oględzin częściach szczęki obrzmienia, które mogłoby wzbudzić podejrzenie. Ale w tym okresie daje się stwierdzić za pomocą promieni Roentgena miejscowe rozrzedzenie kości jako mniej więcej obszerne jasne plamy.

Warunki zmieniają się zupełnie, gdy zewnętrzna ściana szczęki, ulegając ciągłemu uciskowi ze strony znajdującego się w środku guza podnosi się na poziomie wgłębienia szczękowego naksztalt prawidłowego okrągłego wzgórek, albo uciska podniebienie, tworząc wzgórek nierówny, zmniejszając normalną jego wklęsłość. Niekiedy wzgórek ten bywa trwały, nie poddający się uciskowi palca, innym razem przy wymacywaniu znajdujemy elastyczny guz, który wydaje przy ucisku charakterystyczny chrzęst pergaminowy; wreszcie zdaje się być podniesioną jedynie śluzówka i dzięki jej podatności można wyczuć okrągłą utratę substancji w kości, leżącej pod nią, zupełnie wessanej w miejscu guza. W tym okresie fizyczne oznaki guza, jego rozwój powolny i zupełny brak zapalnego nacieczenia, umiejscowienie nad zębem mocno zniszczonym, usuwa wszelką wątpliwość przy rozpoznawaniu. Nie może tu oczywiście być mowy o przewlekłym ropniu lub o nowotworze przymiotowym, lub wreszcie o promienicy. Nie jest to również zwykłe zapalenie, ani zapalenie ozębnej, ani wrzód. Mamy tu widocznie guz workowaty lub torbiel wewnątrz szczęki, która wywołała przedziurawienie kości i wydeła zewnętrzną blaszkę; może to być jedynie torbiel wewnątrzkościwna lub też śluzowa jamy szczękowej. Lecz brak wydzielin z nosa wyklucza ostatnie przypuszczenie. Prześwietlanie przez usta stwierdza pierwsze przypuszczenie, wykazując jasną plamę, zanik tkanki kostnej i rodzaj zastępczej tkanki chrząstkowej. Torbiele szczękowe mogą być również charakteru echinokokkowego. Zanim się zdecydujemy na operację, należy zrobić punkcję próbną. Otrzymałoby się za pomocą szprycki Pra-

waż'a kilku kropel żółtawego płynu usuwa wszelką wątpliwość. Otwarta, a zatem zropiała torbiel zębowa może być najprędzej mylnie przyjętą za ropne zapalenie jamy szczękowej. Lecz doświadczony lekarz różniczkuje z łatwością dwie te choroby. Przy ropnem zapaleniu jamy szczękowej ropa wycieka przez nos, nie zaś przez usta, podczas gdy ropna torbiel, zwykle zamknięta od strony nosa, kieruje wydzielinę przez zębodoł i przetokę. W przypadkach wyjątkowych, gdy mamy jednocześnie zapalenie jamy szczękowej i torbiel, istnienie dwóch oddzielnych ognisk z wydzieliną ropną określa się przez zastrzyknięcie do zębodołu płynu zabarwionego lub wody utlenionej, które wówczas nie wyciekają z powrotem przez nos. Często też umiejscowienie torbieli (siekaacz lub kiel) wyklucza chorobę jamy szczękowej. Nietylko ropne zapalenie jamy szczękowej, lecz i inne sprawy patologiczne możnaby z tem zmieszać, lecz w każdym przypadku badanie za pomocą zgłębnika stwierdza objawy uzupełniające. Jeżeli cienki zgłębnik guzikowaty, wsunięty do przetoki szczękowej, porusza się swobodnie w obszernej jamie z gładkimi zbitymi ściankami, to nie może być mowy o zwykłych zmianach zapalnych, które cechują się nieprawidłową przetoką, falistym dnem i charakterystyczną chropowatością obnażonej kości, nie mówiąc już o obwodowym nacieczeniu miękkich części. Sondowanie daje czasami możność stwierdzić wewnątrz torbieli istnienie zsuniętego zęba, co rozpoznać można po niezwykłej jego twardości, na którą natrafia instrument w zetknięciu z koroną zębową, luźno spoczywającą w jamie.

Leczenie za pomocą zastrzykiwania płynów przeciwniejących (sublimatu, kwasu karbolowego, wody utlenionej i t. d.), lub nawet środków przyżegających, (jodyny, chlorku cynku, soli srebra i in.), wprowadzanych do worka przez przetokę lub drogą punkcji. Nabłonek, wyściełający torbiel może pod wpływem silnie działających środków mniej lub więcej się złuszczyć, lecz warstwa nabłonkowa, stykająca się z włóknikową, wytwarza nowy nabłonek. Jedynym wynikiem tych powtarzających się drażnień jest bardziej energiczny rozrost elementów guza; nie prowadzą one jednak nigdy do zaniku wydzieliny ropnej. Jak wszelkie guzy nabłonkowe, torbiele zębowe szczęki mogą być usunięte jedynie drogą całkowitego wyluszczenia. Pod tym względem wszyscy się obecnie zgadzają. Mylnem jest twierdzenie, że nieznaczna torbiel zębowa może wyjść wraz z odpowiednim zębem. Po

usunięciu worka pozostaje kulisty ubytek z gładkimi cienkimi ścianami. Nie można go pozostawić samemu sobie bez obawy wywołania wtórnego zakażenia. Aby temu zapobiedz do ostatnich czasów stosowano tamponowanie gazą jodoformową, powtarzając opatrunki w ustach, dopóki próżnia nie zapełniła się chociażby częściowo. Takie stopniowe leczenie wymaga kilku tygodni i wielu opatrunków uciążliwych dla chorego i nieprzyjemnych dla lekarza, dopóki uzdrowicielka-natura nie pokryje ziarniny na powierzchni kości nabłonkiem, powstałym ze śluzówki. Jama zmniejsza się wówczas do $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ części, czasami do $\frac{1}{2}$ pierwotnej wielkości, i po większej części nie wymaga zastąpienia dostawką. Stosuje się to tylko w tych przypadkach, gdy wyłuszczenie torbieli pozostawia głęboką jamę w szczęcie, która nie może być bezpośrednio zakryta przez miękkie części policzka. Tak bywa i wówczas, gdy guz, naprzykład tworzy głębokie łożysko w odsuniętej i spłaszczonej jamie szczękowej, lub też gdy guz, powstając od siekaczy i kłów, głęboko wchodzi w tkankę podniebienia. Doświadczenie przekonywa, że przypadki, w których możliwym jest bezpośrednio wysłanie jamy miękkimi częściami, są rzadkie. Ponieważ klasyczny sposób operacji okazał się niedoskonałym, autor przytacza zmodyfikowany przez siebie sposób, który, ze względu że wkracza w dziedzinę chirurgji opuściliśmy.

B. Zylberblatowa.

71). **Dubreuille.** **Wyprysk warg wywołany używaniem płukań zawierających salol.** (Journ. de médecine de Bordeaux 29 XII, Wrac. Gaz. 12.908). Autor na podstawie dwuletnich badań podaje w zarysie symptomatologję tego cierpienia, dającego się zauważyć częściej, niż nam się zdaje po zastosowaniu wyżej wymienionych płukań. Salol stanowi składową część większości płukań (eliksirów), ponieważ jest wybornym środkiem przeciwnilnym dla jamy ustnej; wywołuje on powikłanie u tych tylko osób, które mają do niego wrażliwość osobliwą (idiosynkrazję), przyczem zmiany następują czasem odrazu po użyciu tego środka, czasem zaś dopiero po latach.

Wyprysk tego rodzaju charakteryzuje się wysypką, która zajmuje spojenia warg, wolny brzeg ich i sąsiednią skórę twarzy. Ostatnia barwy jasno-czerwonej pokryta jest pęknięciami łuszczącymi się i idącymi promienisto do otworu ust. Najczęściej wysypka tworzy pas, obejmujący całą powierzchnię ust; może również rozprzestrzeniać się i pokrywać okrągłemi blaszkami policzki, górną wargę i podbródek.

Wysypka jest prawie bezbolesną, czasem chory odczuwa swędzenie lub palenie, które nie bardzo go niepokoi, a zwraca się do lekarza tylko ze względów kosmetycznych. Najczęściej bywa dotkniętem spojenie warg ze strony prawej, co tłumaczyć należy tem, że miejsce to najwięcej podlega działaniu szczotki przy czyszczeniu zębów i stale bywa zmaczaniem i rozcieraniem. Wolny brzeg warg również bywa pokryty pęknięciami, jest bolesny i często spuchnięty, czasem podlega cierpieniu i czerwien warg. Przy leczeniu należy przedewszystkiem zaniechać używania danego płukania, co w większości przypadków powoduje prędkie zniknięcie wyprysku.

H. Lubodziecki.

ODCINEK.

Reklamy dentystów w świetle prawdy.

(Ref. wygłoszony z ramienia naszej redakcji przez kol. M. Germana na posiedz. Warsz. Tow. Odontologicznego w dniu 19 V. r. b.)

Przyszły kronikarz dentystyki polskiej stwierdzi smutny fakt w historii jej rozwoju. W dziale, dotyczącym dziejów końca XIX i początku XX stulecia, przyszłe pokolenia znajdą opisy mniej więcej tej treści. „W czasie owym w dentystyce naszej zauważono zastój pod względem materialnym, umysłowym, naukowym i moralnym. Wskutek nieszczęśliwych warunków do korporacji dentystycznej wdarły się najróżnorodniejsze elementy o bardzo niskim rozwoju umysłowym i niższej jeszcze moralności. Elementy te wskutek słabej odporności organizmu dentystycznego rozrosły się nader szybko tak, że w krótkim stosunkowo czasie zawładnęły prawie całym organizmem. W początkach szczególnie XX wieku organizm dentystyczny w takim stopniu był zaatakowany tymi drobnoustrojami, że groziła mu absolutna ruina w opinii publicznej; społeczeństwo nie potrafiło już odróżnić zdrowej komórki od zarażonej i często też krzywdziło zdrową na korzyść niezdrowej. Krzywdę taką dotkliwie odczuł świat dentystyczny na Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie w roku 1907. Nie należy jednak winić całkowicie społeczeństwa w traktowaniu ta-

kiem dentystów, gdyż główna wina była po stronie ostatnich, którzy nie stworzyli kwarantanny dla epidemji, a swem biernym stanowiskiem tolerowali nadużycia“. Z takim zdaniem przyszłego kronikarza, aczkolwiek z przykrością, zgodzić się jednak musimy. W żadnej innej korporacji tego rodzaju chwasty, jak Bratnery i im podobne osobniki, jeśliby nawet i znaleźli chwilowo grunt, to w każdym razie z jaknajstaranniejszą antyseptyką byłyby ekscerpowane z korzeniami wpierw, niż zdołałyby dać przerzuty. Korporacja dentystyczna zbyt późno spostrzegła swój błąd, gdy nowotwór rozrósł się do niebываłych rozmiarów, ale jednak w imię zasady: „lepiej późno, niż wcale“ przystąpiła do operacji. Trudna, odpowiedzialna i uciążliwa operacja przypadła w udziale młodemu i dzielnemu — *Warszawskiemu Towarzystwu Odontologicznemu*. Młode T-wo z właściwą sobie energją i sumiennoscją przystąpiło do pracy, w nadziei, że zdoła dentyście polskiemu przywrócić należny mu szczebel w hierarchji społecznej; to też omówiwszy cały szereg spraw zawodowych, T-wo przystępuje do jednej z bolączek naszego zawodu—do sprawy reklam dentystycznych.

Wzmagająca się wciąż konkurencja wywołała wśród tutejszych adeptów dentystryki bardzo przykry objaw chorobliwy, mianowicie *reklamomanję*. Sprawa ta wielokrotnie była poruszana w „Kronice Dentystycznej“, słowa jednak, wypowiedziane w tej kwestji, są tylko grochem, rzucanym o ścianę. Krzykliwi manjacy nie liczą się bynajmniej z tem, co o nich piszą, i w dalszym ciągu uprawiają swój sport obalamucania łatwowiejnej klienteli.

„Ten dobrze handluje, kto szczodrobliwie reklamuje“ — oto ich dewiza.

Nie miejsce rozwodzić tu o etyce, by wykazać owym reklamistom praktyczne jej wymagania. Nadmienić tylko należy, że dla przedstawicieli medycyny prawidła etyki zawodowej tworzą trwałą podwalinę w stosunku do kolegów, jak i społeczeństwa. Etyka zawodu lekarskiego uznaną została przez każdego lekarza za sprawę nie mniej ważną, jak nauka i techniczne wyrobienie. Na korporację dentystów pojęcia te jakoś się nie rozpostarły. Brak zasad etycznych w tym zawodzie da się chyba wytłomaczyć różnorodnością przedstawicieli dentystryki, pod względem moralnym i umysłowym. Wobec podobnego stanu rzeczy nic dziwnego, że większość dentystów kieruje się

w stosunku do siebie i społeczeństwa zasadami, mającemi głównie na widoku cele egoistyczne: popularność, wywyższenie się, zwrócenie na siebie uwagi i t. d. Wobec niepohamowanego egoizmu tych panów, dochodzącego do nietaktu, wobec ignorowania przez nich najelementarniejszych zasad etyczno-społecznych możemy się spodziewać, że poniewierka i lekceważenie prędzej, czy później spadnie z ich winy na cały nasz zawód, dopóki dentyści nie zrozumieją, że „niewzruszoną i trwałą podstawą powodzenia lekarza“—jak mówi Biegański— „będą zawsze wiedza, zamiłowanie zawodu i wiara w idealne posłannictwo naszej nauki“. W tej kwestji możemy jeszcze przytoczyć słowa czcigodnego profesora Struwego: „Czyż społeczeństwo szanuje lekarza, który w swej działalności ma na oku wyłącznie z bogacenie się, który niesie pomoc innym tylko o tyle, o ile mu to przynosi zyski? Jemu się należy wynagrodzenie za pracę, to rzecz niewątpliwa, ale on pracuje nie dla wynagrodzenia, lecz dla zadośćuczynienia pewnym potrzebom społecznym i dlatego, że taka praca społeczna sama przez się zadawalnia go wewnątrznie, podnosi jego godność osobistą, nadaje mu wyższe stanowisko w hierarchji społecznej“.

Do czynów, szkodzących ogółowi dentystów, odnieść musimy owe nieprzyzwoite reklamowanie się wielu dentystów, zwłaszcza w czasach ostatnich. Mamy tu na myśli tylko inseraty, wykrzykujące w ciągu dłuższego czasu o stanowisku ogłaszającego się, wyliczające jego studia, wyjazdy, powroty z zagranicy, nowe metody leczenia, plombowanie bez bólu, wykonywanie robót technicznych bez bólu, wyjazdy na rozmaite kongresy i przyjazdy z nich, głoszące o specjalnych pracowniach, asystenturach, ordynacjach, dyplomach za zęby, o zębach specjalnych dla robotników; mamy na myśli kartki, rozdawane w tramwajach, ogrodach, głoszące, że za 20 kop. skutecznie usuwa się ból zębów i t. d. Można by tu było przytoczyć wiele innych przykładów amerykańskiej blagi, ze względu jednak na to, że „Kronika Dentystyczna“ zaznaczała już niektóre, cechujące się zbyt wyuzdaną oryginalnością, ograniczę się tylko powyższem.

Wiemy dobrze, jak często dokuczają nam pacjenci zapytaniami: „co to za nowy sposób wprawiania sztucznych zębów bez podniebienia?“ i proponują nam zastosowanie tego sposobu w każdym przypadku. Bardzo to jest smutne, że ten rzeczywiście piękny owoc postępu w dziedzinie techniki dentystycznej służy do wyzysku łatwo-

wiernych pacjentów, łudząc ich nadzieją, nie dającą się skutecznie w przeważnej większości przypadków.

Złowieni wieleobiecującą reklamą, łatwowierni przekonywują się niebawem, że udoskonalona metoda ta *ni* *nich* właśnie nie da się zastosować. Cóż więc im pozostaje? Przyszli już do specjalisty, godzą się więc i na *zęby z podniebieniem*. Taka jednak praktyka spekulantów poniża w oczach publiczności wartość i znajomość rzeczy. Panowie ci, „specjaliści“ od różnych „specjałów“, zapewne zapominają, że każdy specjalista, stojący na wysokości swego zawodu, zna i znać powinien ten lub ów dział swej specjalności, inaczej daleko nie zajdzie; w każdym jednak razie musi on stosować się do danego przypadku. Jeżeli zaś owi pomysłowi spekulanci w każdym przypadku stosują np. plomby emaljowe, to prócz powiększenia strat materialnych, narażają zęby pacjenta na zagładę, a więc zamiast pożytku przyczyniają mu szkodę.

Mówiąc o rozmaitych „specjalnościach“ w naszej specjalności, nie można pominąć milezieniem owych specjalistów od „rwania zębów bez bólu przy pomocy najnowszych środków znieczulających“. I w tej obietnicy tkwi chęć wprowadzania w błąd czytelników, bezkrytycznie dających posłuch drukowanemu słowu.

Wycinanie zębów *bez bólu*, pomimo stosowania najnowszych i najcudowniejszych środków, jak wiemy, nie zawsze może mieć miejsce. I tu różnie bywa, co zależy od miejscowych warunków w jamie ustnej, od ogólnego stanu pacjenta i t. d.

Rozdrobnienie naszej specjalności dojdzie wkrótce do tego stopnia, że prócz wyżej już wymienionych specjalności, mieć będziemy specjalistów od mlecznych zębów, specjalistów od stałych, specjalistów od tamowania krwotoków, czyszczenia zębów; porady udzielane będą nie bezpłatnie, jak się to obecnie dzieje, lecz każdy pacjent otrzyma jako premium lusterko, grzebień, papierośnicę lub coś w tym rodzaju. Napisy na oknach i szklankach już nie wystarczą, trzeba będzie urządzić migające światełka przed zakładami dentystycznymi na wzór iluzjonów, trzeba będzie wysyłać na miasto murzynów w różnokolorowych ubraniach z napisami na plecach, aby ci zachęcali klientelę do tego lub owego gabinetu dentystycznego, trzeba będzie mieć karety w rodzaju hotelowych, odwożące i przywożące gości. Zdaje mi się, że nie przesadzam, myśląc tak, wszak fantazja

różnych Grejzlerów, asystentów amerykańskich, Goldsztejnów, wychowawców akademii petersburskiej, i innych Urstejnów tak prędko chyba się nie wyczerpie.

Co się tyczy reklam, niejednokrotnie spotykanych, krzyczących o powrotach z Ameryki lub wogóle z zagranicy, to takowe uważamy wprost, jako *curiosum*, świadczące o niskim rozwoju umysłowym autora, chcącego widocznie zachęcić klientelę zaofiarowaniem zasobu świeżo przywiezionych wiadomości. Charakterystycznym jednak jest to, że panowie ci, krzyczący o swych powrotach, oprócz błagi amerykańskiej lub zagranicznej, zdaje się, nie więcej nie przywieźli.

Tak więc—drogą krzykliwych reklam rozmaici przedstawiciele zawodu dentystycznego starają się bliżej skomunikować z klientelą. Przez te reklamy niektóre jednostki silą się wywyższać nad innych pracowników tego zawodu. Lecz wiemy wszak, koledzy, jaką drogą dostają się rozmaite godności i tytuły; przecież nie za zasługi i nie drogą konkursu....?

Pozostawiając na uboczu argumenty, którymi usprawiedliwiają się zwolennicy reklamy, jakoby odpowiada ona potrzebom klienteli, jest środkiem do zyskania praktyki i t. d, zauważyć należy, że manja ta rozpowszechniła się również zagranicą i w Cesarstwie. Zagranicą, prawda, mają reklamy gorszy charakter; odbija się w nich bogata pomysłowość i najdziwniejsza fantazja, upstrzona nawet śmiesznymi konceptami; reklamy zdobią często ilustracje w rodzaju np. bezzębnej staruszki przed i po wprawieniu zębów. U nas jako *corpus delicti* korzyści sztucznych zębów, widzieliśmy szafki z sztucznymi zębami, wystawiane na ulicach.

Lecz zagranicą koledzy dobrze rozumieją godność swego stanu, oddawna już starają się przeciwdziałać wybrykom reklamowym dentystów. W Niemczech na nieprzyzwoicie reklamujących się lekarzy nakładane bywają kary pieniężne lub udzielane nagany. Czeskie T-wo Dentystyczne w Pradze wzywa kolegów, nieprzyzwoicie reklamujących się, na sąd honorowy. Wiedeńska Izba Lekarska zasądza lekarzy za wybryki reklamowe na kary pieniężne, pozbawia na 3 lata prawa głosu przy wyborach i wybieralności do izb. W innych zagranicznych instytucjach lekarskich reklamujący się pozbawieni są prawa głosu, ulegają wykluczeniu z grona lekarzy (Anglia,

Ameryka*), u nas prasa lekarska i towarzystwa również zwróciły uwagę na sprawę reklam, a Łódzkie T-wo lekarskie wydało nawet pewne przepisy, dotyczące tej sprawy.

Dentystów pod tym względem, nic nie kępije. Dobre to było dawniej, gdy dentystyka była rodzajem rzemiosła. Obecnie, z postępem nauki, z rozwojem dentystyki, sprawa ta powinna nas, dbających o godność zawodu, więcej zajmować. Coraz większe i coraz częściej spotykane nieprzyzwoite ogłoszenia *stanowczo* nie powinny być tolerowane.

Musimy raz uczynić krok naprzód!!!

Idąc właśnie za przykładem T-w zagranicznych i naszych w Cesarstwie, opracujmy *regulamin*, któryby ostatecznie kwestję tę postawił jasno. W imię więc dobra społecznego, w imię etyki zawodowej, którą uznać winniśmy, jak już zaznaczyłem, za sprawę nie mniej ważną, jak naukę i techniczne wyrobienie, nie powinniśmy *stanowczo* tolerować reklam, cechujących się zbyt wyuzdaną oryginalnością, mających na celu tylko wprowadzanie w błąd czytelników i stanowiących przynętę, a nawet pułapkę na łatwowiernych, w tym też celu powołajmy komisję, która zajęła by się tą sprawą.

(Zebranie jednogłośnie uchwaliło wybór komisji celem opracowania regulaminu).

III. Kronika i sprawy zawodowe.

= **Nową lecznicę dentystyczną** otworzył dentysta Strausman przy ulicy Dzikiej.

= **Akuszerka-dentystką.** Informują nas, że w Łowiczu do niedawna akuszerka Altman otwarcie zajmowała się praktyką dentystyczną. Przed kilku tygodniami wyjechała zapewne szukać nowych laurów w innym mieście.

*) W Cesarstwie T-wo Dentystyczne w Saratowie uchwaliło dyskredytować takich naddentystów w prasie ogólnej.

— **Echo panamy kijowskiej.** W Kijowie ma się rozpocząć sprawa Smirnowa, który po uzyskaniu koncesji na szkołę z prawami rządowemi, nie otworzywszy takowej, „wydawał” świadectwa sześcioklasowe, z jakimi „uczniowie” wstępowali przeważnie do miejscowych szkół dentystycznych.

— **Saratowskie T-wo Odontologiczne** w 2-m roku swego istnienia załatwiło wiele spraw zawodowych. Między innymi pisma zawodowe akcentują sprawę uporządkowania ogłoszeń dentystów miejscowych. Naskutek przeprowadzonej przez T-wo ankiety i starań wszyscy praktykujący w Saratowie dentyści zobowiązali się jednogłośnie drukować ogłoszenia w gazetach zgodnie z uchwaloną formą, wymieniając *stopień, imię i nazwisko, godziny przyjęć oraz adres.* Sprawę tę popierały miejscowe pisma postępowe, którym też uchwalono wyrazić podziękowanie. Jednocześnie postanowiono wyrazić naganę (poricanje) w pismach specjalnych *czterem* praktykującym w Saratowie denty stom, którzy nie chcieli zastosować się do uchwały T-wa i przyłączyć się do zbiorowego zobowiązania, wydrukowanego w pismach miejscowych i podpisanego przez praktykujących w Saratowie denty stów. Co do pism, które nie przychodziłyby z pomocą tym kolegom, którzy podpisali zobowiązanie, uchwalono zaniechać drukowania ogłoszeń w tych pismach. W wymienionem powyżej T-wie po raz pierwszy na przewodniczącą i sekretarkę wybrano kobiety. Celem rozpowszechnienia prawidłowych pojęć o pielęgnowaniu zębów i jamy ustnej uchwalono zwrócić się do prof. Zwierzchowskiego, redaktora „Zubowraczebnego Wiestnika” i A. Fiszera, red. „Zub. Dieła”, jako kompetentnych w tej sprawie.

— **Uchwała.** Ze względu na to, że sprawa szkół dentystycznych wkrótce ma być wniesioną na obrady Dumy Państwowej, Centralny związek dentystyczny uchwalił celem bliższego zaznajomienia się z tą sprawą wydelegować do Petersburga członka zarządu A. Szyfa, współpracownika „Zubowraczebnego Dieła”.

— **Warsz. Tow. Odontologiczne.** Na posiedzeniu w dniu 19 maja Dr. Leyzerowicz odczytał referat „O usypianiu chloroformowem w gabinecie dentysty,” który w całości był wydrukowany w № 6 „Kroniki”. Kol. Frydberg B. przedstawił pacjenta, któremu zrobiono ząb ćwiekowy z uzupełniającą ścianką korzenia, wykonaną ze złota. Kol.

German odczytał zamieszczony w bieżącym numerze referat w sprawie reklam dentystów.

Na posiedzeniu w dn. 2 czerwca kol. Wł. Zieliński odczytał referat o *szynach przy złamaniu szczęk*. (Rzecz przeznaczona do wydrukowania w „Kronice”).

== **Głos kolegi.** W sprawie listu kol. Życzkowskiego wydrukowanego w N-rze V „Kroniki“ kol. W. Zaleski zakomunikował nam pismo, w którym zaznaczył, że występując w sprawie p. Wiktora a właściwie jego ordynatury (o której kol. Życzkowski uważał za stosowne przemilczeć), nie miał bynajmniej na celu poczynienia tendencyjnych i bezpodstawnych zarzutów bez żadnej racji i powodów”, lecz kierował się odnośnymi przepisami (Zbiór praw i rozporządzeń N 95, art. 1098 z r. 1902; cyrkularz ministra spraw wewn. z dn. 28 lipca 1902 r. za № 302 wzamian przepisów zatwierdzonych 3 listopada 1896 r. za № 132). Zgodnie z tem w lecznicach przyjmowanie pacjentów może być dozwolone osobom posiadającym prawo do praktyki dentystycznej. P. Wiktor, współwłaściciel lecznicy, nie będąc dentystą, nie powinien przyjmować pacjentów w lecznicy i samodzielnie zajmować się leczeniem oraz plombowaniem zębów.

== **Obniżenie cen zębów sztucznych.** Firma Ash'a cyrkularzem zawiadamia, że ceny zębów szt. zostały obniżone. Cena 100 z. wynosi Mk. 70. Przy kupnie większej ilości ceny są jeszcze niższe.

== **Nowe debiuty** o swej sławetnej asystenturze rozpoczął dentysta Henryk Krajzler w „Warszawskim Dniwniku”. Co do niektórych „powag“, na które niezwykle ten naddentysta powołuje się, obiecano nam nadesłać nieco materiału faktycznego.

== **Nowy gabinet** otworzyła kol. F. Lorberblatowa przy ulicy Srebrnej róg Towarowej.

== **Nową koncesję** na szkołę dentystyczną w Warszawie uzyskał Dr. M. Finkielkraut, współwłaściciel szkoły A. Rozensala.

== **Zlikwidowano** kasę Rosyjskiego T-wa Dentystycznego wzajemnej pomocy. Przyczyną likwidacji była niezuppełna zgodność przy wyborze członków zarządu i intrygi, które panowały w tym zarządzie.

== **Nowe T-wo Odontologiczne** zorganizowano w Petersburgu. Ustawa została zatwierdzona. Charakterystycznym jest to, że ustawę 8 razy zwracano komisji organizacyjnej przez petersburskiego naczeln-

nika miasta. Pierwsze zebranie odbyło się dn. 19 II r. b. Zapisało się członków 85. Pierwsze zebranie ogólne, które odbyło się w sali Petersburskiej dумы miejskiej, liczyło 60 czł. Do Zarządu wybrano 14 członków (2 kandydatów).

= Dziesięciolecie pierwszego polskiego organu dentystycznego.

W r. b. mija dziesięć lat od założenia przez ś. p. Dra Dzierżawskiego pierwszego organu naszego zawodu „Przeglądu Dentystycznego“. Pierwszy zeszyt ukazał się w styczniu r. 1898. Potrzebę pisma zawodowego odczuwał zmarły aż nadto. Warszawskie T-wo Odontologiczne, jako organizacja naukowa, bezsprzecznie upamiętni zasługi zmarłego, pierwszego orędownika dentystyki polskiej.

= Wykłady równoległe przed kilku laty zaprowadzono, między innymi w szkole akuszerskiej Dra Krukowskiego. Z ogólnej liczby 65 wykłady w języku polskim odbywają się dla 5 słuchaczek, gdyż reszta słuchaczek składa się przeważnie z elementu przyjezdnego.

= Od bibliotekarza Warsz. Tow. Odontologicznego otrzymaliśmy z prośbą o zamieszczenie następujący wykaz darów, ofiarowanych bibliotece Warsz. Tow. Odont. do czerwca 1908 r.

Zarząd Warsz. Tow. Odont. stwierdza z wdzięcznością odbiór łaskawie nadesłanych na rzecz Tow. darów następujących (ciąg dalszy):

| | |
|---|---------|
| 31) Dobronoki (skład dentystyczny): | dzień 8 |
| „ Herbst—Metody i usowerszenstwowania w obłasti zubowraczewanja | |
| „ Limberg—Uchod za zubami | |
| „ J. R. Kratkaja Dentjatrja | |
| „ Gerdzen—Der Zahnarzt an seine Patienten | |
| „ Seitz—Terminologie der Zahnheilkunde | |
| „ Pawelz—Terminologia dentaria | |
| „ Miller—Lehrbuch der conservierenden Zahnheilkunde | |
| „ Riegner—Kronen—und Brücken—Arbeiten | |
| 32) Szymański W. Przegląd Felczerski 1898 | „ 1 |
| 33) Drac J. K. Broszur | 4 |
| 34) Klein P. Odbitki artykułów oryginalnych | 5 |
| 35) Miączyńska M. Bilroth i Winiwarter—Chirurgja ogólna | 1 |

| | |
|--|----|
| 36) <i>Zieliński W.</i> Odbitki prac oryginalnych | 7 |
| „ „ <i>Neugebauer A.</i> Prof. Anatomia ciała ludzkiego (litogr.) tomów | 6 |
| „ „ <i>Podręcznik chorób zębów i jamy ustnej—</i> <i>zeszyt I</i> | 1 |
| 37) <i>Fischer A. W.</i> (Moskwa) Jubilejnyj zbiornik | 1 |
| „ „ broszury | 2 |
| 38) <i>Goldberg</i> —broszura (Medycyna) | 1 |
| 39) <i>Scheller</i> —Biblioteka umiejętności lekarskich (w oprawie) tomów | 14 |
| 40) <i>Grohn</i> —Oprawn. | 1 |

P. Klejn.

P. S. Dary dla księgozbioru i muzeum przesyłać upraszamy pod adresem bibliotekarza Tow.: Warszawa, Leszno 44 m. 6.

Od Administracji.

Wobec rozpoczynającego się półrocza prosimy Szanownych Pre-
numeratorów miejscowych i prowincjonalnych o wczesne regulowanie
przedpłaty, gdyż od takowego zależy prawidłowy odbiór naszego pisma.
Prenumeratorów, którzy nie życzą sobie nadal otrzymywać „Kroniki“,
uprzejmię prosimy o łaskawe wczesne zawiadomienie. Wobec tego, że
wielu prenumeratorów pomimo kilkakrotnych naszych napominań, przy-
jąwszy wszystkie numery, nie uiszcilo dotychczas przypadającej nam na-
leżności, jeszcze raz przypominamy o obowiązku uregulowania tejże,
gdyż zaleganie przyczynia nam wiele niepotrzebnej pracy i nieproduk-
cyjnych wydatków na opłacanie inkasenta i znaków pocztowych.

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

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.