

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

Prace oryginalne.

Zęby pod względem antropologicznym.

NAPISAŁ

Doc. dr. med. H. Wilga.

(Moskwa).

Wszelkie uchylenia od ogólnie przyjętych i najczęściej spotykanych kształtów ustroju ludzkiego uznawane były przez dawniejszych anatomów za anomalje. Następnie, wobec rozwoju antropologii, która przytacza nowe wymagania oraz sposoby badania człowieka, okazało się, że i w granicach normalnego rozwoju organizmu istnieją rasowe oraz indywidualne różnice pod względem wielkości i kształtu poszczególnych narządów. Zgodnie z teorią Morel'a, dotyczącą psychicznego i fizycznego zwyrodnienia, jak również prof. Lombroso o t. z. typie występny, powstała kwestja istnienia oznak fizycznych zwyrodnienia oraz występku. Myśli, wypowiedziane przez tych autorów, zostały silnie odparte przez wielu uczonych, którzy przeczą istnieniu oznak zwyrodnienia, uważając je za właściwości rasowe, lub też za zależne od środowiska, zajęcia, odżywiania się, wreszcie za pospolite indywidualne wahania pochodzenia normalnego. Nie można jednak twierdzić stanowczo, aby przeciwnicy teorii Morel'a i Lombroso dowiedli prawdziwości swych poglądów. Należy przypuszczać, że sporne to zagadnienie rozwiązane będzie

dopiero wówczas, gdy ustalone zostaną wszelkie możliwe odmiany ustroju ludzkiego, i wyjaśnione będą powody ich pochodzenia. W ten sposób dokładne poznanie wszelkich spotykanych wahań co do wielkości i kształtu poszczególnych części ustroju ma wielkie znaczenie dla antropologii, psychiatrii, antropologii kryminalnej oraz medycyny sądowej.

Jednym z narządów ustroju ludzkiego, zajmującym wybitne stanowisko w tworzeniu się typu, są zęby; w ich budowie widzimy znaczne wahania rasowe i indywidualne. Pomimo takiego znaczenia naukowego, zęby pod tym względem są mało zbadane. Dotychczas nie umiemy dokładnie wyodrębnić odmiany rasowe w budowie zębów od indywidualnych, te ostatnie cechy, spotykane w granicach normy, od patologicznych i t. p.

Lecz i te nieliczne dane, zdobyte dotychczas przez odontologów i antropologów przy ustalaniu różnic rasowych zębów, dowiodły niezaprzeczenie, że studjowanie zębów przy badaniu antropologicznem różnych narodowości jest koniecznem. Dalsze wszechstronne badanie zębów pod tym względem da bez wątpienia jeszcze wiele cennych wskazówek, tembardziej, iż niektórzy autorowie wyprowadzali niekiedy wnioski na zasadzie bardzo nieznacznego materiału (Flower i in).

Ważniejsze cechy rasowe zębów, zaobserwowane dotychczas, są następujące:

Geoffroy Saint-Hillaire ¹⁾ dzieli rasy ludzkie podług wzajemnego układu górnych i dolnych siekaczy na: ortognatyczne, eurygnatyczne (szerokolice) i prognatyczne. Rasa biała jest ortognatyczną. Prognatyzm spotyka się u ras kolorowych: czarnej i żółtej; najbardziej występuje u buszmenów.

Broca ²⁾ odróżnia prognatyzm naturalny i sztuczny. Prognatyzm naturalny może być: 1) podwójny całkowity (górne i dolne siekacze przy stykaniu się tworzą tępy kąt); 2) zwyczajny całkowity (górne siekacze i szczęka mają kierunek skośny, a dolne stoją prosto;

¹⁾ *Geoffroy Saint-Hillaire*. Histoire générale et particulière des anomalies. Paris, 1832.

²⁾ *Broca*: a) Instructions relatives à l'étude anthropolog. du système dentaire; „Bull. de la Soc. d'Anthr. de Paris“, 1870; b) Des différentes espèces de prognathisme. Ibid., 1873; c) Les crânes trépanés, les érosions. Ibid., 1876.

3) szczękowy (górną szczęką ma kierunek skośny, a zęby stoją prosto); 4) zębodołowo-zębowy (tylko zęby stoją skośnie).

Oprócz odrębności w układzie zęby człowieka przedstawiają także różnice rasowe co do swej wielkości. Według Darwina, Broca, Montegazza³⁾ trzonowce u ras cywilizowanych stopniowo się zmniejszają i mają skłonność do zaniku, u ras o niskiej kulturze są one bardzo rozwinięte. Badania Owen'a i Pruner-Bey'a⁴⁾ wykazały, że wielkość trzonowców zmniejsza się od przodu ku tyłowi u ras niższych, jak naprz. australijczyków, nowo-kaledończyków, a u małp zwiększa się przeciwnie; cecha ta zowie się „małpią”.

Flower⁵⁾, badając wielkość zębów u różnych ras, dzieli je podług przyjętego przez siebie wskaźnika zębowego na kilka grup. Jako mierzak dla określenia rozmiaru zębów wziął on długość koron 5 górnych trzonowców, t. j. od przedniej powierzchni dwuguzkowca do odśrodkowej powierzchni 3-go trzonowca. Długość tę nazwał on *długością zębową* (D). Biorąc pod uwagę różną wielkość każdego osobnika poszczególnie oraz jego czaszkę, dla porównania z rozmiarem zębowym, Flower przyjął jeszcze, mniej więcej, stałą wielkość t. zwaną *długością nosową* (BN), t. j. odległość od *sutura naso-frontalis* do przedniego końca otworu potylicowego. Między temi wielkościami może być utworzony wskaźnik według formuły $\frac{Dx. 100}{BN}$ (*dental index*). Wskaźnik ten u różnych ras sięga 40 do 48, rzadko bywa inny. Odpowiednio do tego wskaźnika, Flower dzieli rasy na mikrodentyczne (wskaźniki do 42), mezodentyczne (42—44) i megalodentyczne (wyżej 44). Do mikrodentycznych zalicza on: brytańczyków (41,3) i innych europejczyków (41,1), starożytnych egipcjan (41,0); do mezodentycznych: chińczyków (42,6), Indian amerykańskich (42,8), Malajczyków z Jawy (43,3) i Murzynów afrykańskich (43,9); do megalodentycznych: Melanezyjczyków (44,2), Australijczyków (45,5) i Tasmanijczyków (38,1). U małp, podobnych do ludzi, liczby te są znacznie wyższe: u szympansa — 47,9, u goryla — 54,1, u orangutanga — 55,2.

³⁾ Montegazza. Sur l'absence et l'atrophie des dents de sagesse „Bull. de la Soc. d'Anthr. de Paris“, 1878.

⁴⁾ Pruner-Bey. L'homme et l'animal. „Bull. de la Soc. d'Anthrop. de Paris“, 1867.

⁵⁾ Flower. „The Journal of the Anthropol. Institute“ etc. November 1884.

Lambert ⁶⁾ na podstawie swych badań doszedł również do wniosku, że system zębowy ma rasowe odrębności. Na zasadzie morfologicznych cech, odróżniających zęby, tworzy on 3 duże grupy ludzkie: białą, żółtą i czarną. Bardziej wybitne różnice znalazł on u czarnej rasy. Kły uwydatniają się nad powierzchnią zębów sąsiednich znacznie, niż u rasy białej. Niektóre z tych ludów, jak nowo-kaledończycy, australijczycy i inni, mają niewielką djastemę dla pomieszczenia wierzchołka tych zębów; również powiększony jest pierwszy dwuguzkowiec. Trzonowce mają po 5 guzków. Szczep malajski wypełnia niby przestrzeń, istniejącą między rasą żółtą a czarną, stanowiąc przejście między niemi nie tylko pod względem wielkości zębów, lecz i liczby guzków dolnych trzonowców, które mają, po 5 zawsze na 3 trzonowcu, a u niektórych na 1-ym i 3-im. Podług badań tego autora biała rasa ma pierwszy trzonowiec większy od dwóch innych, stopniowo się zmniejszających, u czarnej zaś bywa odwrotnie. U białych ras zęby te (trzonowce) mają po 4 guzki (jeżeli bywa 5-ty, to na pierwszym trzonowcu) u czarnych ras zaś po 5 guzków na trzecim, a często też na pierwszym i drugim trzonowcu, albo na wszystkich trzech jednocześnie.

Kształt zębów bywa również różny u rozmaitych ras. Regnault ⁷⁾ znalazł, że człowiek ma tem ostrzejsze siekacze, czem niższą jest jego rasa. Według Flower'a ⁸⁾ stosunkowa szerokość korony trzonowców (w stosunku do ich szyjki) jest u niższych ras większa, aniżeli u wyższych. Spence-Bate ⁹⁾ nadmienia, że właściwe ludom cywilizowanym przestrzenie interglobularne, nie spotykają się u eskimosów, czerwonoskórych i aszantów. Według danych Magitôt'a ¹⁰⁾ i Gallippe'a u cywilizowanych narodów prawe zęby są ściślejsze i mo-

⁶⁾ Lambert. Morphologie du système dentaire des races humaines., Bull. de l'Acad. Royale de Sciences... de Belgique, 1877, № 5.

⁷⁾ Regnault. Variations de la forme des dents. „Bull. de la Soc. d'Anthr. de Paris“, 1893; Variations de la forme des dents suivant les races. „Rev. odontolog.“, 1893—94.

⁸⁾ Flower, l. c.

⁹⁾ Spence-Bate. „Dent. Cosmos“, 1884.

¹⁰⁾ Magitôt. „Recherches ethnol. sur les altérations du système dentaire. „Compte rend. de la Soc. biolog.“ Paris, 1866; L'homme et les singes anthropomorphes. „Bull. de la Soc. d'Anthr. de Paris“, 1869.

niejsze, aniżeli lewe, ponieważ prawa ich strona przyjmuje większy udział w żuciu. Różnicy tej nie widzi się u plemion dzikich.

Słottonność do próchnicy nie jest jednakowa u różnych ras. Brandt¹¹⁾, Röse¹²⁾ i inni przypuszczają, że w miarę rozwoju kultury wielkość i trwałość zębów oraz szczęk wogóle się zmniejszają, a procent spróchniałych zębów szybko wzrasta, ponieważ odżywianie się człowieka kulturalnego nie wymaga już tej pracy ze strony narządu zębowego, która była potrzebną do zmiżdżenia dawniejszych grubszych pokarmów. Spence-Bate wyjaśnia zjawisko to różnicą w budowie zębów. Zęby narodów dzikich nie mają w zębinie interglobularnych przestrzeni, jakie bywają u narodów kulturalnych.

Brandt objaśnia różnicę tę pod względem trwałości zębów większym rozmiarem szczęk narodów dzikich, dającym więcej swobody dla lepszego rozwoju zębów.

Wyrubow¹³⁾, który zebrał wiele danych w kwestji trwałości porównawczej zębów pod względem etnologicznym, utrzymuje, że nowoczesne rasy Europy, mające czaszkę podłużno-okrągłą (szwedzi, norwegowie, niemcy północni, nadbrzeżna ludność morza Śródziemnego), pochodzą od kimwrów, i wszystkie te rasy mają zęby nietrwałe, podczas gdy niemcy południowi, austriacy, szwajcarowie, irlandczycy, gallowie (większa część francuzów) pochodzą od celtów, czaszki mają krótkogłowe, a zęby mocne. Podług danych d-ra Jaworskiego¹⁴⁾ procent próchnicy u polaków wynosi 44,2, u wielkorusów 40 i małorusów 28,2; u łotyszów—41⁰/₀, a u żydów 58,7⁰/₀. Podług Murel'a¹⁵⁾ chińczycy mają nader trwałe zęby; na 52 zdrowe zęby przypada jeden spróchniały, a europejczycy mają 1 spróchniały na 9 zdrowych.

Wpływ *warunków etnologicznych na stopień rozwoju próchnicy* widzimy szczególnie w statystyce, wykazującej różnicę rozpowszechniania się tej choroby w różnych departamentach Francji. Podług Bou-

11) Brandt. Lehrbuch der Zahnheilkunde Berlin, 1890.

12) Röse. „Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde“ 1901, B. VII, № 2.

13) Wyrubow. W sprawie porównawczej trwałości zębów „Dziennik Antropologiczno-Otdielenja“. 1891 r. z. III.

14) „Wracz“ 1889, № 3, s. 83.

15) Maurel. La carie dentaire chez les Indiens Golibis. „Bull. de la Soc. d'Anthr. de Paris“, 1878.

din'a, Chervin'a i Dubois¹⁶⁾ zjawiska tego nie można objaśnić ani pokarmem, ani ziemią, ani warunkami klimatycznymi lub innymi; może ono być wytłumaczone tylko drogą etnologiczną. Wiadomo, że nacja francuska powstała ze zlania się trzech grup, różniących się znacznie pod względem cech fizycznych: 1) z celtów — małych i śniadych, 2) kimwrów czyli franków, belgijczyków, saksończyków, normanów — wysokich i pływych i 3) ibero-ligurów — wzrostu średniego, śniadych i dobrze zbudowanych. Celtowie mieli doskonałe zęby i przekazali je wszystkim, pochodzącym od nich narodowościom. Kimwrowie mieli słabe zęby i obdarzyli swoich potomków skłonnością do próchnicy. Na skutek tego mieszkańcy dwóch sąsiednich departamentów, lecz pochodzący od różnych plemion, przedstawiają wielką różnicę pod względem skłonności do próchnicy. Magitôt¹⁷⁾, który opracował statystykę psucia się zębów we Francji podług narodowości, przypuszcza, że u białej ludności germańskiej częściej się spotykają zepsute zęby, aniżeli u ciemnej rasy celtyckiej. Należy jednak zauważyć, że na rozwój próchnicy działa, prócz warunków etnologicznych, jeszcze wiele innych czynników, jak ziemia, pokarm, warunki życiowe i t. p. W taki sposób Röse na zasadzie zbadania 10 tysięcy uczniów szkół ludowych Bawarii stwierdził, że w miejscowościach, gdzie ziemia i woda obfituje w wapno, zęby były mocniejsze i mniej dotknięte próchnicą, aniżeli tam, gdzie woda i ziemia zawierały mało wapna. W pierwszym przypadku próchnicę spotykano u 16 — 16 $\frac{1}{2}$ %^o, a w drugim u 35%^o.

Podług moich badań u 100 zdrowych żołnierzy guberni Jarosławskiej zęby spróchniałe stwierdzono w 69%^o przyp., przyczem ogólna liczba zębów, dotkniętych próchnicą równała się 361, t. j. na każdego człowieka wypadło 3,61 zęba. Po prawej stronie szczęk zębów spróchniałych znaleziono 173, a po lewej — 188. Najwięcej dotknięte próchnicą były pierwsze trzonowce (137 zębów), najmniej — kły (12 zębów). Podług barwy włosów i oczu próchnica rozwinęła się w taki sposób, że u typów jasnych na każdego człowieka wypadło 3,60

¹⁶⁾ Dubois. Les dents des Français "Congrès dentaire de Paris", 1889; Instructions et questionnaire pour l'étude du système chez les différents peuples. „Odontologie“, Paris, 1890.

¹⁷⁾ Magitôt, l. c.

zębów spróchniałych, u mieszanego — 3,65, a u typu ciemnego—3,50. U osób z małą klatką piersiową na każdego człowieka wypadło 4,00 zęby spróchniałe, u osób ze średnią—3,50, a u osób z dużą—3,40.

Sztuczne zniekształcenie zębów u niektórych narodów bywa często charakterystyczną oznaką przy ustalaniu należenia danej czaszki do tego lub innego plemienia. Największą ilość danych w kwestji zeszpecenia zębów zebrał Thering¹⁸⁾, a następnie A. A. Iwanowski¹⁹⁾. Znane są także prace w tej dziedzinie Magitôt'a²⁰⁾, Lasch'a²¹⁾ i in.

Magitôt dzieli sztuczne zniekształcenie na 6 rodzajów: 1) ścinanie, 2) spiłowywanie, 3) wrywanie, 4) wprowadzanie obcego ciała, 5) odłamywanie koron i 6) sztuczny prognatyzm.

Ścinanie zębów za pomocą dłutka lub młotka rozpowszechnione jest na zachodnim brzegu Afryki i w okolicach górnego Nilu. Podpiłowywanie zębów wykonywa się za pomocą kamienia z piaskowca. Najczęściej zaostrzane bywają siekacze. Podług Ecker'a manipulacja taka rozpowszechniona jest u narodów północno-afrykańskich; podług Rolfs'a zęby zaostrzane bywają u bassów, zamieszkujących wybrzeża Benue, dopływ Nigera, i wogóle u wielu narodów afrykańskich (Hartmann i Lewingston).

Zwyczaj zeszpecania zębów istniał również u mieszkańców środkowej Ameryki, u polinezyjczyków, melanezyjczyków i australijczyków. Istnieją również wskazówki, że u mieszkańców Sjerra-Leońskiego wybrzeża i Senegambji (podług von Travassos-Valdez'a) narzeczona idzie z oblubieńcem do kowala, który podpiłowywuje jej przednie zęby, poczem następują zaślubiny.

Wrywanie zębów rozpowszechnione jest również u różnych narodów. W Afryce i Australji zwykle usuwają siekacze przy nastąpieniu dojrzałości płciowej lub przy zaślubinach; w Polinezji zaś rwą zęby na znak żałoby, tak że u ludzi wiekowych, którzy przeżyli kilka strat, brak wszystkich przednich zębów.

¹⁸⁾ Thering. Die künstliche Deformirung der Zähne. „Zeitschr. für Ethnol.“ 1882, H. 5.

¹⁹⁾ A. A. Iwanowski. Zuby u različnych czelowieczeskich ras. Ruskij Antrop. Žurnal, 1919 r. № 3.

²⁰⁾ Magitôt. Contribution à l'histoire des mutilations dentaires. „Congrès odontologique de Genève“ 1890.

²¹⁾ Lasch. Die Verstümmelung der Zähne in Amerika. „Mittheil. der anthr. Gesell. in Wien“, 1901, B. 31, H. 1 u 2.

Wstawianie obcych ciał do zębów (przyczem te ostatnie bywają rozświdrowywane) spotyka się stosunkowo dosyć rzadko, częściej na Malajskim archipelagu i w Polinezji. Do przygotowanego otworu wstawia się najczęściej złoto lub inny jaki metal, albo błyszczący kamień.

Odlamywanie korony zębów, podług Winterbottom'a, praktykuje się u mieszkańców Złotego Brzegu. Kowal odlamuje przednie zęby przed zaślubinami młodej parze. U mieszkanców rzeczypospolitej Liberii podobny zwyczaj obserwował Schlagintweit²²⁾.

Sztuczny prognatyzm spotyka się rzadko. Faidherbe²³⁾ wspomina o istnieniu tego zwyczaju u arabów, berberów i murzynów Afryki Północnej. (C. d. n.).

Dział sprawozdawczy.

14) Dr. Papée Jan. Jama ustna jako jedno z miejsc powstawania pierwotnego wrzodu przymiotowego (*ulcus durum s. syphiliticum s. induratum*, t. z. szankra twardego) (Podług odbitki z Przeglądu Lekarskiego p. t. „Pozapłciowe zakażenie kiłą”). *)

Zakażenie przymiotowe, przy którym zmiana pierwotna powstaje w częściach ustroju poza granicami narządów płciowych, należy do zjawisk oddawna znanych, acz niewątpliwie rzadkich. Ze względu na to umiejscowienie wrzodu pierwotnego, nazwano też grupę zakażeń w ten sposób powstałych, przymiotem pozapłciowym, niektórzy zaś, nadając temu pojęciu szersze znaczenie, nazywają przypadki przymiotu, tą drogą nabyte, *lues insonitium*, w przeciwstawieniu do przypad-

²²⁾ Schlagintweit. Zur Charakteristik der Kruneger. „Sitzungber. d. k. bauer. Acad. d. Wiss.“, 1875.

²³⁾ Faidherbe. Prognatisme alveolo-dentaire. „Bull. de la Soc. d'Anthr. de Paris“, 1872.

*) Kiła=przymiot=syfilis.

Praca wymienionego w nagłówku autora pod względem ścisłości opracowania stosunkowo nie często poruszanego tematu stanowi rzadkość nie tylko w naszej, lecz i literaturze lekarskiej wogóle. Ponieważ zaś większość podręczników z dziedziny stomatologii i dentystyki w różnych językach omawianej sprawy nie porusza wcale lub też bardzo powierzchownie, przytoczyliśmy obszerniejszy nieco wyjątek z pracy wymienionego autora, dotyczący jamy ustnej. Red.

ków nabytych za pośrednictwem spółkowania. Pozostawiając bez odpowiedzi pytanie, czy ta ostatnia kategoria słusznie ze stanowiska lekarskiego zasługuje na nazwę przymiotu „winnych”, zaznaczyć trzeba, że nie wszystkie zakażenia, w których zmiana pierwotna umiejscowiona jest poza częściami płciowymi, zaliczyć można do *lues insontium* w znaczeniu tego pojęcia. Twierdzenia chorych w tym kierunku przyjmować należy „cum grano salis”, a mieć trzeba w pamięci w takich przypadkach zaspakajanie popędu płciowego w sposób przewrotny. Z drugiej strony niektóre zakażenia, nabyte drogą spółkowania, kwalifikują się mimo to do zaliczenia ich do kategorii *lues insontium*, tak np. zakażenia kobiet *e coitu legitimo* w małżeństwie, lub zakażenia dzieci, zrodzonych z rodziców dotkniętych przymiotem.

Że zakażenie przymiotem może nastąpić drogą pozapłciową wiadomem było i dawniejszym syfilidologom; w szczególności wiedziano o tem, że choroby można udzielić podczas karmienia (Vela, Cataneus), za pośrednictwem całusów (Massa), naczyń i t. d. Hunter przyjmował, że każde miejsce powłok zewnętrznych może być bramą wejścia dla zakażenia; pogląd ten jest obecnie pojęciem ustalonym, jak niemniej możność nabycia przymiotu drogą pozapłciową, o czem wspominają wszystkie dawniejsze i nowsze podręczniki chorób wenerycznych, podając jako najczęstszą siedzibę wrzodów pozapłciowych *wargi ust* i sutki kobiece, a jako sposób najczęstszy nabycia ich—całusy, karmienie, zabiegi lekarskie i t. d.

Drogą pozapłciową powstawały też znane w literaturze lekarskiej endemie przymiotu. W r. 1577 podobna endemja miała miejsce w Bernie, a powstała za pośrednictwem pijawek, których w łaźni używano. Theiner wspomina o przypadku, w którym pewien żyd przy obrzezaniu udzielił przymiotu więcej niż 30 dzieciom. Bulkley naliczył w czasie od r. 1577 — 1892 takich endemji 110; spowodowane one były używaniem wspólnych pijawek, karmieniem, obrzezaniem, szczepieniem, przy położach przez chore akuszerki; w latach 1858—1892 w hutach szklanych stwierdzono 4 i 4 lekarskie za pośrednictwem narzędzi. Jedną taką endemję spowodowała w Rosji znachorka, wprowadzając zakażenie (będąc sama chorą) u 34 kobiet, a to przez wylizywanie oczu cierpiącym na choroby oczu, który to zwyczaj jest rozpowszechniony wśród wieśniaków w Rosji. O podobnych endemjach wspominają i nowsi autorowie. Massazza i Turffi opisali endemję przy-

miotu w małej wiosce pod Padwią, w której w ciągu 2 lat uległo zakażeniu 11 wieśniaków (10 dzieci).

Dzięki szerzeniu się drogą pozapłciową, przymiot przybrał charakter choroby rodzinnej, endemicznie zakorzenionej wśród szerokich warstw ludności w niektórych guberniach rosyjskich. Popow i Belusow stwierdzili w r. 1885 w 3 guberniach: riazzańskiej, włodzimierskiej i kurskiej, że przymiot u ludności tamtejszej nabyty został pozapłciowo w 74—92% przypadków (przez karmienie, wspólne pożycie, a najczęściej drogą ust). Dina Sandberg stwierdziła podobne stosunki w obwodzie kozłowskim. Endemja przymiotu o charakterze choroby rodzinnej wśród ludności huculskiej południowowschodnich powiatów Galicji ma zawdzięczać również w bardzo wielu przypadkach początek swój przeniesieniu choroby drogą pozapłciową. Najdalej idąca wspólność przy używaniu łyżek, naczyń, fajek i t. p., przy bardzo małej dbałości o czystość, ma być tą drogą, którą najczęściej choroba się przenosi, jak to podaje Doboszyński, zaznaczając, że *najczęstszym obok części płciowych punktem wyjścia zakażenia jest jama ustna.*

W swojej praktyce dr. Papée spotkał cztery przypadki zakażenia rodzinnego; wszystkie tyczyły się małych dzieci, a jakkolwiek tylko w dwóch z nich można było stwierdzić wrzód pierwotny, nie ulegało jednak wątpliwości, że zakażenie zostało nabyte drogą pozapłciową we wszystkich czterech przypadkach.

Fournier w swych wykładach klinicznych o przymiocie, wydanych w r. 1881, zwrócił uwagę na znaczenie i częstość nabywania go drogą pozapłciową, a określając potrzebę poznania tego rodzaju przypadków nietylko jako „*affaire de curiosité*”, zaznaczył ich interes kliniczny i doniosłość rozpoznawczą. Ten ostatni wzgląd ma niewątpliwie znaczenie dla lekarza-praktyka, gdyż pomyłki w tym kierunku, i to ciężkie, zdarzały się, o czym świadczą przypadki notowane w piśmiennictwie. Siepe np. wspomina o operacji gruczołów podszczękowych u 20-letniej chorej, u której następnie w klinice Dou-treleponta stwierdzono wrzód pierwotny na śluzówce policzka. Rolleston opisał przypadek, w którym 28-letni mężczyzna zgłosił się z rozpoznaną dyfterją nosa i upewnieniem, że w wydzielinie śluzówki stwierdzono prątki Loefflera. Rolleston stwierdził jednakże wysypkę tułowia, a gdy po zastosowaniu leczenia przeciwprzymiotowem po-

czątkowe silne obrzmienie nosa ustąpiło, umożliwiając dokładniejsze jego zbadanie, stwierdzono wrzód pierwotny w prawym otworze nosa. O podobnych pomyłkach rozpoznawczych wspominają również Es-march, Münchheimer ze szpitala wrocławskiego, Neumann i inni.

Świadomość możliwości zakażenia drogą pozapłciową ma również znaczenie higieniczno-społeczne, a zwłaszcza przy zakażeniach masowych, gdzie kilku członków rodziny lub osób ze sobą bliżej się stykających chorobę w ten sposób może nabyć. W tych przypadkach właściwe rozpoznanie nie tylko że skieruje leczenie na odpowiednie to-ry, ale może zapobiedz dalszemu szerzeniu się zakażenia. Toż samo znaczenie dotyczy t. zw. *zakażeń zawodowych*, np. u robotników w hutach szklanych i t. p. Słusznie tedy zaczęto poświęcać od lat przeszło 20 w literaturze lekarskiej baczniejszą uwagę na wrzód pierwotny, umiejscowiony poza częściami płciowymi, i rozmaite sposoby przenoszenia zarazka przymiotowego. Kazyistyka spostrzeżeń tego rodzaju jest od owego czasu dość liczna.

W r. 1894 Bulkley ogłosił statystykę wszystkich przypadków zakażeń pozapłciowych, podanych do r. 1890 w całej literaturze lekarskiej; liczba ich wynosiła 9058. Statystykę tę uzupełnił Münchheimer zebraniem dalszych przypadków, ogłoszonych do końca roku 1895, a było ich 1027, czyli razem z zebranymi przez Bulkley'a 10265.

Dr. Papée zebrał 842 przyp.; w liczbie ich zamieścił on przypadki, spostrzegane u uas i tylko w naszej literaturze ogłaszane.

Z większych statystyk, obejmujących jednak tylko zestawienia przypadków z pewnej grupy umiejscowień, wymienić należy obliczenia poczynione przez Sędziaka (Warszawa). Według niego ilość przypadków wrzodów pierwotnych, zebranych z całej literatury, z siedzibą *w jamie ustnej*, gardłowej, noso-gardłowej, w nosie i uszach wynosiła 3767 (do r. 1900). Następnie Szadek zebrał wszystkie ogłoszone w literaturze do r. 1894 przypadki pierwotnego stwardnienia migdałków i przełyku, podając liczbę ich na 272. Z liczb tych, pochodzących z rozmaitych szpitali, a obejmujących zawsze pewien dłuższy okres czasu, można sobie wytworzyć obraz, rzucający światło na *częstość* zakażeń pozapłciowych i stosunek do ogólnej liczby przypadków przymiotu. Bulkley określa ten stosunek na 5·2% wogóle, w szczególności zaś 6% u mężczyzn, a 12% u kobiet, Four-

nier oblicza ilość zakażeń pozapłciowych na 7·8‰, Jullien na 3·6‰ u mężczyzn, a 18‰ u kobiet. Pospelow zestawiał zakażenia te, spostrzegane w latach 1878 — 1887 w szpitalu Miasnitzkiego w Petersburgu, przeznaczonym dla syfilitycznych robotników, podając ilość ich w tym dziesięcioletnim okresie czasu na 198, przyczem zaznaczył, że rocznie zakaża się drogą pozapłciową 15 — 20 robotników. Mniej więcej, w tym samym okresie czasu (1877—1884) wynosił według obliczenia Petersena stosunek zakażeń pozapłciowych w szpitalu Aleksandra 1·9‰, Grödinger zaś podał go dla chorych, leczonych w szpitalu w Rydze, na 1·3‰. Krefting ogłosił w r. 1894 zebraną przez siebie statystykę zakażeń w szpitalu w Chrystjanji za lat 25: na 2916 chorych w tym czasie leczonych było 539 przypadków przymiotu pozapłciowego (co odpowiadało stosunkowi 15·6‰—4·3‰ u mężczyzn, 12·8‰ u kobiet). Z kliniki wrocławskiej ogłosił Protzek za czas od 1879—1890 98 przypadków takich zakażeń=1·32‰ ogółu chorych, Münchheimer uzupełnił te daty aż do końca roku 1895. W ciągu tych 5 lat odnotował on 46 przypadków=1·5‰ ogólnej liczby chorych, a 1·02‰ mężczyzn, 2·07‰ kobiet.

Z kliniki Picka w Pradze, podaje Bloch liczby za czas 1885—1896; w tym czasie znalazł 65 przypadków = 4·1‰ ogółu (mężczyźni 2·5‰, kobiety 10·3‰).

Broich znalazł w klinice Doutreleonta w Bonn, w ciągu jednego roku (1889 — 1880) 10 chorych zakażonych pozapłciowo na 120 przypadków świeżego przymiotu, z których było 3 mężczyzn, a 7 kobiet, przeważnie z usadowieniem wrzodów na wargach ust; Haslund, wśród leczonych w szpitalu miejskim w Kopenhadze w latach 1882—1898 znalazł 221 przypadków wrzodu syfilitycznego pozapłciowego, co się równa 4·7‰. Neumann wykazał za okres dziesięcioletni (1890—1900) 207 pozapłciowych zakażeń w swej klinice, co odpowiadało 4·47‰ ogółu chorych. Najnowszą statystykę z kliniki Fingera podaje Scherber za lata 1901—1907; w tym czasie stwierdzono 38 przypadków. Z tych zestawień statystycznych widzimy, że w nabywaniu wrzodu syfilitycznego drogą pozapłciową przeważają kobiety; szczególnie ten podkreślają wszyscy autorowie.

Na możliwość przeniesienia zarazka syfilitycznego pozapłciowo zwracano uwagę w naszej literaturze lekarskiej oddawna. I tak wspomniany poprzednio Zekert, który praktykował na Białej Rusi,

w rozprawie, napisanej dla uzyskania stopnia doktora w uniwersytecie wileńskim (1817), podaje, że *lues insontium* jest dość częsty wśród włościan na Białej Rusi i w sąsiednich prowincjach; między innymi wspólność używania łyżek stanowi drogę do przeniesienia się zarazka. Klink zebrał ze swojej praktyki, w szpitalu warszawskim św. Łazarza oraz praktyce prywatnej lub w lecznicy 24 przypadki na 39 wogóle pozapłciowo usadowionych (nie podaje atoli w jakim przeciągu czasu). Źródłem, dostarczającym większej liczby zakażeń przymiotu w omawiany sposób, stanowi obrzezanie rytualne (u żydów). Rust, profesor chirurgji w uniwersytecie krakowskim (1803—1808), podaje, że w Krakowie przez pewien czas chłopcy po obrzezaniu dostawali na członku zmian pierwotnych wskutek tego, że dokonywujący obrzezania miał zmiany syfilityczne w jamie ustnej i dzieci przy wysysaniu rany zakażał. Bierkowski widział w ciągu 2 lat w Krakowie przeszło 100 dzieci w ten sam sposób zakażonych. Na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 2. VII. 1866 Nowakowski przedstawił 3 dzieci z wrzodami pierwotnymi, tą drogą nabytymi. Następnie trzy takie przypadki opisał Klink, a Matlakowski ośm przypadków, w których nie ulegało wątpliwości, że dzieci pochodziły z rodziców zdrowych, zdrowe na świat przyszły; rana powstała po obrzezaniu, goić się nie chciała, a wystąpienie zmian ogólnych potwierdziło w zupełności rozpoznanie.

Goldhaber stwierdził w ciągu 3-letniego swego pobytu w Mielcu (Galicja) stosunkowo niewiele przypadków przymiotu u żydów, mianowicie 183, podczas gdy wśród ludności chrześcijańskiej w tym samym czasie było tylko 10 osób; zwróciło przytem jego uwagę to, że bardzo dużo chorych było dzieci. Badając przyczyny, przekonał się, że jedną z tych było obrzezanie; zbadany operator, który, jak wiadomo, bierze członek do ust i przez wysysanie tamuje krew, miał kłykciny w jamie ustnej. Autor dalej przekonał się, że jedną z przyczyn stanowią chajdery, w których dzieci wzajemnie częstują się cukierkami, cmokają je i podają drugiemu; w ten sposób bardzo wiele dzieci miało nabyć wrzód twardy w ustach.

Klink zebrał ze swojej praktyki prywatnej, szpitalnej i w lecznicy 11 przypadków pozapłciowego zakażenia na 2000 chorych mężczyzn (0·5%), a 39 na 2846 kobiet (1·3%). Między innymi u pewnego mężczyzny autor stwierdził cztery owrzodzenia na słuzówce wargi

dolnej a u 4—6 na lewym migdale. Krzyształowicz i Mayzel ogłosili statystykę zmian pierwotnych poza częściami płciowemi umiejscowionych ze szpitala św. Łazarza w Krakowie za okres 14-letni (1880—1893); przypadków takich w tym czasie było 79 na 974 chorych, co daje 8·11% (u mężczyzn 31·6%, u kobiet 46·8%, u dzieci 21·6%). Poza temi obszerniejszemi sprawozdaniami, znajdujemy w naszej literaturze pojedynczo ogłaszane przypadki pzaopłciowego usadowienia się zmiany pierwotnej. Uhma przedstawił chorą z wrzodem syfilitycznym na wardze górnej (pos. Tow. lek. 7. II. 1896), Trzeciński jeden przypadek wrzodu pierwotnego na policzku u wieśniaczki. Dymnicki w ciągu lat 30 na 7831 chorych, w tym czasie leczonych, miał 5 chorych z zakażeniem pozapłciowem, a to 3 z umiejscowieniem zmiany na palcach rąk, 2 na dolnej wardze. Zarewicz opisał zmianę pierwotną na górnej wardze ust; w przypadku tym po 6 tygodniach powstała druga zmiana na języku, co Zarewicz tłumaczył przeszczipieniem się pierwszego wrzodu syfilitycznego.

W praktyce prywatnej dr. Papée miał w leczeniu w czasie od r. 1895 do końca r. 1908 wogóle 20 chorych, u których zakażenie nastąpiło drogą pozapłciową, z czego 11 dotyczyło kobiet, a 9 mężczyzn. W stosunku do ogólnej liczby chorych syfilityków, w tym czasie przez niego leczonych (1352), ilość ta daje 1·4%, z czego mężczyzn 1178 czyli 0·7%, kobiet zaś 173 = 6·3%.

Przypadki d-ra Papée'go:

A. Zmiany pierwotne na wargach ust.

1. K. B., mężczyzna. 28. I. 1898 r. Zmiana pierwotna na wardze górnej w postaci małej, o równych, lecz wyraźnie twardych brzegach, płaskiej, lekko krwawiącej nadżerki; gruczoły podszczękowe prawie bardzo duże (wielkości dużych orzechów), twarde. Po zastosowaniu maści z białego praecipitatu wrzód zabliźnił się blizną sino zabarwioną, o brzegach i podstawie wybitnie twardej. W połowie lutego (12. II.) wysypka plamista na całym tułowiu. Wcierania. W lipcu tegoż roku powrotna wysypka plamista, kłykciny sączące na wargach, migdale i w kiszce odchodowej. Sposób zakażenia nieznany (domyśleć się tylko było można, że sumienie niezupełnie czyste w kierunku *cunnilinguus*).

2) P. panna. 18. 5. 1901. Zmiana pierwotna na wardze dolnej,

w postaci owrzodzenia o dnie słoninowatym, brzegach i podstawie nacieklej. Gruczoły podszczękowe twarde, powiększone wybitnie. W tydzień po pierwszym badaniu wysypka plamista tułowia (virgo intacta). Sposób zakażenia nieznan, przypuszczalnie całus narzęczonego.

3) K. kobieta zamężna. 15.11. 1895. Wrzód pierwotny prawego kąta ust, przechodzący ze śluzówki wargi na skórę, otaczającą kąt ust w kierunku skośnym do linii warg; wrzód wielkości halerza, w kształcie cokolwiek podłużny, o brzegach twardych, podstawie płytkowatej, dnie pokrytym strupem, po którego odjęciu powierzchnia wrzodu lekko krwawiła. Gruczoły podszczękowe bardzo znacznie powiększone. Wysypka plamista w 4 tygodnie po pierwszym badaniu. Blizna po wrzodzie odbarwiona, wciągnięta, utrzymuje się kilka lat po zakażeniu. Zakażenie powstało przez pocałunek męża, zarażonego w kilka lat po ślubie.

4) 29. 9. 1898. Ch. A. 28 l. kobieta. Wrzód pierwotny wargi dolnej z następowym twardym obrzękiem całej wargi i wywinieciem jej; gruczoły podszczękowe prawie b. znacznie powiększone. Po zgojeniu wrzodu, w (2 tygodnie) wysypka guzkowo-plamista na tułowiu. Chora przy pierwszej bytności podała, że 21 sierpnia 1898 wyszła z kliniki położniczej, w której przez 3 tygodnie przebywała, przy wyjściu ze szpitala zauważyła już małą rankę na wardze.

5) J. Ch. 3. 3. 1896 kobieta. Wrzód pierwotny wargi górnej o dnie słoninowatym, brzegach twardych, podstawie nacieklej, lecz trudno dającej się od otoczenia odgraniczyć i z niem się zlewającej; obrzmienie całej wargi górnej przez całą jej szerokość, powiększenie się gruczołów podszczękowych lewych tak znaczne, że było zdaleka widoczne, zniekształciła zupełnie lewą stronę podbródka i szyi. Chora nie była leczona z powodu nierozpoznania istoty wrzodu aż do wystąpienia ogólnej wysypki guzkowo-plamistej. Dopiero po zastosowaniu wcierań zaczął się wrzód goić. W jaki sposób powstało zakażenie, tego dokładnie chora nie wiedziała. Przypuszczała, że przez picie ze szklanki, z której pił człowiek, przybywający nieraz do domu w gości, o którym mówiono, że był chory. Chora miała od dzieciństwa zwyczaj przygryzania warg zębami, wskutek czego wargi ciągle miała popękane, porysowane, z nabłonka obnażone, co można było stwierdzić i potem po zagojeniu się wrzodu.

B. Zmiany pierwotne na policzku i podbródki.

6) W. W. l. 29. 25. 3. 1895. Wrzód pierwotny na *policzku* lewym, w linii przeprowadzonej od zewnętrznego kąta oka, w miejscu skrzyżowania się z linią, idącą od skrzydełka nosa do dolnej granicy małżowiny usznej. Wrzód o podstawie niezbyt wgłęb nacieklej, brzegach równych i twardych; znaczne powiększenie się gruczołów przy usznych i podszczękowych po stronie lewej. Wysypka guzkowa tułowia, zmian ani blizn na członku żadnych. Sposób nabycia nie wykryty.

7) G. 20. 2. 1898. Wrzód pierwotny *podbródka* zupełnie typowo wyglądający, o brzegach twardych, dających się ściśle odgraniczyć, o podstawie z otoczeniem zrosłej. Powiększenie się gruczołów podbródkowych b. znaczne. Chory się zgłosił już z ogólną wysypką plamistą całego tułowia. Sposób zakażenia niewiadomy. Blizna po wrzodzie długi czas zgrubiała, ciemno-brunatno zabarwiona; zabarwienie to zostało przez szereg lat. Dalszy przebieg cechowały liczne nawroty na śluzówkach i skórze.

C. Zmiany pierwotne na języku.

8) B. F. Wrzód pierwotny na *końcu języka* wielkości centa, o brzegach równych z otoczeniem, dnie i podstawie silnie nacieklej; rozpoczął się od małej nadżerki, której powstanie przypisuje chory wzięciu do ust papierosa; ostatni palił mieszkający z nim chory kolega. Gruczoły podszczękowe powiększone.

Wiadomo, że bramą wejścia zarazka przymiotowego może być każde miejsce powłok i skórnych lub też śluzówek ustroju, o ile miejsce to przez zranienia lub owrzodzenia, a nawet przez drobne i niedostrzegalne pęknięcia albo starcia przedstawia warunki korzystne dla przeszczepienia się zarazka. Potwierdzenie tego zjawiska znajdujemy w licznych spostrzeżeniach klinicznych. Niektóre jednak miejsca są częściej siedzibą tych zmian, już to łatwiej podlegając zranieniom, czy to wskutek położenia, czy też częstszego stykania się ze światem zewnętrznym, już też z przyczyny czynności, przez nie wykonywanych. I tak *chwargi ust* bywają najczęściej siedzibą zmiany pierwotnej na drodze *pozapłciowej udzielonej*. Bulkley w swojej wielkiej statystyce umieszcza je na pierwszym miejscu, podając 22·5% dla nich, Czystjakom na podstawie materiału Tarnowskiego, oblicza ten stosunek na 30%, a Krefting z Chrystjanji nawet na 51% wszy-

stkich zakażeń. Rzecz ta będzie zupełnie zrozumiałą, jeżeli z jednej strony uwzględnimy częstość i łatwość stykania się warg z możliwymi źródłami przeniesienia się zarazka, a z drugiej okoliczność, że śluzówka ich łatwiej podlega obrażeniom i pęknięciom u zdrowych, a jest siedzibą najczęstszych zmian pierwotnych u chorych.

Mniej częstymi, jako siedziba wrzodu pierwotnego, są język, policzki i podbródek. Co do siedziby zmian w jamie ustnej, to Sędziak w statystyce przez siebie zebranej, na pierwszym miejscu stawia wargi (2189 przypadków). Jeżeli się rozważy najczęstsze sposoby przenoszenia się zarazka drogą pozapłciową, a mianowicie przez pocałunek, używanie wspólnych naczyń, ukąszenie, w końcu przewrotny popęd płciowy (coitus per os, cunnilinguus), to łatwo zrozumieć, dlaczego zarazek przymiotowy w pierwszym rzędzie usadawia się na miejscach łatwiej na to narażonych, jako bezpośrednio się stykających, a mianowicie na wargach lub języku.

Źródłem przeniesienia się przymiotu drogą pozapłciową jest, rzecz jasna, tak samo, jak przy zakażeniu płciowem, sam chory, a w szczególności wydzieliny zmian, powstających w okresie drugorzędnym. Sposób atoli i droga, jaką zarazek się przenosi, może mieć miejsce albo przez bezpośrednie zetknięcie się lub za pośrednictwem trzeciego czynnika, t. j. przedmiotów, używanych przez chorego, oraz zanieczyszczonych wydzielin. Bezpośrednio zarazek udzielić się może przez zetknięcie się chorego ze zdrowym, t. j. gdy zmiany przymiotowe osoby chorej zetkną się z częścią ciała osoby zdrowej, pozbawioną jednakże w danym miejscu swej naturalnej ochrony, t. j. nabłonka lub naskórka; zetknięcie się zaś takie następuje najczęściej przez pocałunek, ukąszenie, badanie lekarskie i t. p. Drogą zaś pośrednią można zarazek przenosić za pomocą wspólnie używanych naczyń, łyżek, szklanek, odzieży, opatrunków, dalej przedmiotów, używanych w pewnych zawodach, a zatem narzędzi lekarskich, w hutach szklanych zapomocą rurek, używanych do wydmuchiwania szkła.

W ogólności atoli wykrycie sposobu i drogi, którą zakażenie poszło, należy częstokroć do rzeczy bardzo trudnych, a w wielu przypadkach pozostają one zupełnie niewyjaśnione. Przyczyny, podawane przez chorych, często są tak nieprawdopodobne, że należy je zawsze brać, jak to już na wstępie nadmieniono, z wielką ostrożnością. Sto-

sunkowo nie często uda się lekarzowi uchwycić związek przyczynowy między podaniem przez chorego źródłem a jego zakażeniem.

Dowodem, że wykrycie drogi zakażenia najczęściej pozostaje niewyjaśnionem, jest okoliczność, że na 842 zebranych przez autora z literatury przypadków, tylko w 121 chorzy podawali sposób nabycia przymiotu.

Z tej okoliczności, którą wszyscy zgodnie podają, iż wargi ust są najczęstszą siedzibą zmian pierwotnych, wnosić należałoby, że poćmałek, nieczyste szklanki, naczynia, łyżki są bardzo częstym pośrednikiem w przenoszeniu zarazka, jakkolwiek sami chorzy rzadko podają je jako przyczynę nabycia choroby. Przypadek taki opisał Trzeciński, gdzie zakażenie powstało na wardze u panny, pijącej herbatę ze szklanki narzeczonego, Neumann zaś podał przypadek zakażenia 50-letniej kobiety od wnuczki, której podawany łyżeczką pokarm przedtem sama próbowała. O przypadkach wrzodów pierwotnych z siedzibą na wargach ust, w których niewątpliwie przyczyną powstania był całus osoby chorej, wspominają nadto Neumann, Kreibich, Sawin, Bayon, a Kowalewski—o zmianie pierwotnej, powstałej tą drogą na górnej powiece oka. Niemniej liczne są spostrzeżenia w literaturze, w których pochodzenie zmiany pierwotnej stwierdzono od używania naczyń. Kudisch np. opisał dwa wrzody na wardze górnej u studenta, który w laboratorium używał tej samej rurki szklanej, co jego chory kolega.

Do bardzo częstych sposobów, którymi przenosi się przymiot drogą pozapłciową, należą zakażenia, nabyte przy wykonywaniu pewnych zawodów — z a k a ż e n i a z a w o d o w e (syphilis technica Bulkleya), z przeważnem umiejscowieniem się zmiany pierwotnej na palcach. Bulkley umieszcza je co do częstości na trzeciem miejscu, a stosunek ich do wszystkich zakażeń pozapłciowych wynosi według Hellera 5·1%. Grupie tej najwięcej dostarczają materiału lekarze, akuszerki, dozorecy chorych; wśród zebranych przez autora z literatury przypadków na 121 na pewno stwierdzonych źródeł choroby przypada 27 lekarzy i akuszerki. U jednych i drugich następuje się wiele okoliczności sprzyjających nabyciu przymiotu drogą pozapłciową: badanie chorych ze zmianami syfilitycznymi, zabiegi, wykonywane w jamie ustnej u syfilityków i t. d. Te częste zetknięcia w połączeniu z łatwością drobnych pęknięć naskórka, nadżerek, zanokcic, często zbyt późno do-

strzeżonych, usprawiedliwiają w zupełności częstość zakażenia; potwierdzają to też liczne spostrzeżenia, między innymi Fourniera, który na 49 wrzodów, umiejscowionych na palcach, znalazł 14 u lekarzy, Morrow zaś widział w ciągu lat 3 wogóle 20 przypadków zakażenia pozapłciowego, a w tym samym czasie 10 u lekarzy. Douglas W. Montgomery przytacza kilka przypadków zakażeń u lekarzy, powstałych podczas operacji.

Na dwa przypadki wrzodów pierwotnych na palcu, widziane przez autora, jeden dotyczył również lekarza, zajętego opatrywaniem syfilityków. Lekarz ów miewał liczne zanokcice i zadzierki, które w porze letniej wskutek gorąca, a przy wielkiej wrażliwości skóry wskutek używania nawet zwykłej wody (nie mówiąc już o płynach przeciwnilnych) przemieniały się łatwo w dość trudno się gojące głębsze pęknięcia i nadżerki. Ponieważ stan taki powtarzał się corocznie w porze letniej i z nastaniem chłodniejszej pory roku ustępował, nie zwracał on na tworzące się na trzech palcach owrzodzenia większej uwagi; owrzodzenia jednak, mimo ciągłego opatrywania, nie chciały się goić, a gdy gruczoły chłonne po 2—3 tygodniowym trwaniu owrzodzeń obrzmiały do niezwykłych rozmiarów, doszły bowiem do wielkości gęsiego jaja, skóra zaś nad nimi zaczerwieniła się; rozpoznano ostre zapalenie ropne tkanki podskórnej (*phlegmone*) i zamierzano wykonać nacięcie. Autor obejrzał palce, które miały być przyczyną rzekomego zapalenia i stwierdził na trzech palcach wrzody pierwotne o typowo charakterystycznym wyglądzie, dnie słoninowatym, twardych brzegach i nacieklej podstawie. Dalszy przebieg rozpoznania w zupełności potwierdził, wystąpiła bowiem wysypka guzkowa, gruczoły zaś przy właściwym leczeniu, bez nacięcia, uległy stopniowemu zmniejszeniu.

W pewnej łączności z tą grupą zakażeń zawodowych pozostaje przeniesienie się zarazka przymiotowego za pośrednictwem nieczystych narzędzi, wstrzykiwań podskórnych, łopatek, a niekiedy, jak wspomina Fournier, laseczki lapisu, a właściwie zanieczyszczonego trzymadła, w którym jest osadzony. Baume ogłosił w r. 1906 sześć przypadków przymiotu, przeniesionego za pośrednictwem narzędzi dentystycznych, podobnie Montgomery opisał przypadki wrzodów na dziąsłach, powstałych po wstawieniu zębów.

Dość często wymieniane bywają, jako droga przeniesienia, uką-

szenia lub uderzenia w bójce pięścią, a siedziba wrzodów najczęściej jest wówczas na palcach rąk lub na policzkach i wargach. Przypadek taki autor widział w r. 1897 w szpitalu lwowskim; Bizzard i Laffour opisali przypadek, w którym powstał wrzód pierwotny na IV palcu po uderzeniu w bójce przeciwnika skałeczoną pięścią w usta, Mac Naghton zaś wrzód na grzbiecie ręki u 55-letniej kobiety po ukąszeniu jej przez drugą; Harry Watson widział dwa wrzody, jeden na grzbiecie ręki, drugi na głowie, powstałe po ukąszeniu, a pochodzące od zmian na śluzówce jamy ustnej u kłusującego. Niewątpliwie i najrozmaitsze postacie przewrotnego popędu płciowego, jak *coitus per os*, *cunnilinguus* i t. p. odgrywają przy zakażeniach zewnątrzpłciowych niepoślednią rolę; powód ten jednak, ze względów łatwo zrozumiałych, rzadko bywa przez chorych podawany.

Przypadek wrzodu pierwotnego na wardze dolnej przedstawił w warszawskim Tow. lekarskiem Wesołowski (16. I. 1906); powstał on *post coitum praeternaturalem*.

Sposobność śledzenia początkowego okresu i przebiegu zmian pierwotnych, umiejscowionych pozapłciowo, nadarza się lekarzowi o wiele rzadziej, aniżeli przy umiejscowieniu na częściach płciowych. Chorzy bowiem, najczęściej nieświadomi stanu rzeczy, zgłaszają się albo w okresie pełnego już jej rozwoju, często zaś dopiero wtedy, kiedy już wystąpiły zmiany ogólne (pod postacią wysypki). Zmiany pierwotne, które w tym najczęstszym okresie ich przebiegu napotyamy, cechują, na ogół biorąc, te same znamiona kliniczne, jakie przedstawiają one przy umiejscowieniu na częściach płciowych. A zatem nie różnią się zazwyczaj co do kształtu swego i wielkości, stwierdzamy u nich taki sam naciek o charakterystycznym stwardnieniu i zbitości, o brzegach i podstawie jużto z otoczeniem zlewającej się, czy też ściśle dającej się odgraniczyć. Znamiona zaś kliniczne o tyle podlegają pewnym zmianom, o ile siedziba zmiany przedstawia pewne różnice anatomiczne. Brzegi wrzodów są zazwyczaj ściśle przylegające i nie podminowane, jużto o charakterystycznym, chrząstkowatym stwardnieniu, lub też tylko o wałkowatym zgrubieniu; dno ku środkowi rany jest nieco wgłębione, powierzchnia lekko krwawiąca, lub też pokryta nalotem szarym, a przy umiejscowieniu zmian na częściach narażonych na wpływy zewnętrzne, takimż brudnym, trudno oddzielić się dającym strupem. Gruczoły chłonne w najbliższym oto-

czeniu są w typowy sposób powiększone, charakterystycznie twarde i niebolesne. Te wszystkie cechy, dla oka i ręki wprawnej na pierwszy rzut oka znamienne i uderzające, nie przedstawiają najczęściej żadnych wątpliwości ani trudności co do właściwego rozpoznania choroby. Jednakże w wielu przypadkach pewne właściwości miejscowe w połączeniu z odmianami o charakterze zmiany pierwotnej, zwłaszcza w początkowym okresie jej trwania, które, jak wiadomo, i przy zwykłej siedzibie, t. j. na częściach płciowych, nie rzadko się zdarzają, nadając zmianie pewne odmienne piętno (skąpe i mało uwydatnione stwardnienie, nieznaczna, płytka i powierzchowna nadżerka), powodują przy zmianach pozapłciowych wygląd ich, niekiedy znacznie odbiegający od zwykłego i przeciętnego typu. Oprócz tego na ten wygląd mieć może niewątpliwie wpływ i sposób przeniesienia się przymiotu, jeżeli np. zakażenie powstanie w miejscu ukąszenia, zranienia lub podłużnej szczeliny skórnej, które już jako takie posiadały kształt odmienny; natenczas musi ulegać odmianie kształt, a często i wielkość zmiany pierwotnej. Te i tym podobne szczegóły, poprzedzające wystąpienie wrzodu, zwłaszcza w miejscach rzadziej napotykanym i zmieniające zwykłą ich postać, mogą znacznie utrudniać właściwe rozpoznanie a temsamem opóźniać leczenie.

Zmiany pierwotne na w a r g a c h ust, zaliczane do najczęstszych, spotykamy albo na skórze warg, poniżej lub w miejscu jej przejścia w śluzówkę, albo też na samej już śluzowce. W pierwszym przypadku przedstawia się ona jako guz zbity, twardej, dający się dobrze odgraniczyć (sclerosis), lub jako charakterystyczny wrzód pierwotny. W drugim przypadku mogą występować pod postacią płytkich, powierzchownych nadżerek, o brzegach z otoczeniem równych, ostro się odgraniczających, przy obmacaniu okazujących typowe stwardnienie, powierzchni o łatwo krwawiącej i nacieklej podstawie. Rozległość i głębokość takich nacieków może przybierać znaczne rozmiary i cechy, które określamy jako *scleroedema*, lub też spowodować bardzo znaczne obrzmienie całej wargi, jej wywinięcie się lub kształt ryjkowaty. Powierzchnia owrzodzona pokrywa się szarym nalotem lub grubą, ściśle przylegającą i trudno dającą się oddzielić warstwą słoninowatej tkanki; albo wskutek wpływów zewnętrznych, ciągłego zasychania, pęknięcia i ślinienia pokrywa się ona brudnym strupem (*chancre crouteux Fournier'a*) po którego oddzieleniu się występuje na jaw właściwe, silnie

krwawiące owrzodzenie. Ostatnie na wargach są niejednokrotnie bardzo bolesne wskutek tworzenia się szczelin i rozpadlinowych pęknięć, spowodowanych ruchami warg. Zmianom pierwotnym na wargach towarzyszy zawsze bardzo znaczne obrzmienie i stwardnienie najbliższej położonych gruczołów chłonnych, t. j. podszczękowych i szyjowych.

Zmiany pierwotne na *języku* według Sędziaka i Bulkleya należą również do dość częstych; wśród przypadków przez d-ra Papee'go zebranych, znalaziono ich 20 ($=2\cdot3\%$). Przedstawiają się one jako nacieki kształtu okrągłego, o brzegach wprawdzie ostro zaznaczonych, lecz równo z otoczeniem się zlewających, twardych, podstawie zbitej; powierzchnia ich podlega prawie zawsze owrzodzeniu, łatwo krwawi, stąd też są przyczyną znacznej bolesności i utrudnienia ruchów języka. Przy rozpoznaniu łatwo mogą być przyjęte za wrzody gruźlicze, iak tego dowodzi następujący przyp., który dotyczył 29-letniego strażaka; zgłosił się on do autora z wrzodem na końcu języka, kształtu okrągłego, wielkości halerza, o brzegach postrzępionych, podminowanych, dnie, pokrytem łatwo krwawiącymi ziarninami. Mimo wyraźnego nacieku, stwardnienie okazywało się przy obmacywaniu mało charakterystycznym; bolesność wrzodu była znaczna, powiększenie się gruczołów podszczękowych bardzo nieznaczne. Rozpoznanie było dość trudne; po kilku tygodniach wrzód przy pędzlowaniu słabym roztworem sublimatu zabił się do $\frac{1}{3}$ swej powierzchni, dając zbitą, gładką bliznę. Równocześnie jednak, a było to w 6—7 tygodni po pojawieniu się zmiany na języku, wystąpiło ogólne osłabienie, dreszcze, gorączka, kaszel, szybko postępujące ogólne wyniszczenie; drogą badania zaś można było wykazać zmiany w szczycie płuca prawego. Wrzód na języku uległ ponownemu rozpadowi, w krótkim czasie chory zmarł w szpitalu, a sekcja stwierdziła zmiany gruźlicze w płucach.

Wygląd zmian pierwotnych na palcach rąk może przedstawiać również pewne odmiany, zależnie od miejsca usadowienia. Przy umiejscowieniu po stronie grzbietowej palców, z powodu małej wiotkości tkanki, dochodzi do mniej wyraźnego i odgraniczzonego stwardnienia, natomiast nacieki stają się więcej rozlanym. Jeżeli zmiana pierwotna umiejscowi się pod lub tuż przy samym paznokciu, które to umiejscowienie ze względu na sposób zakażenia należy do częstszych, natenczas wygląd jej zewnętrzny może również przedstawiać pewne różnice. A mianowicie może występować pod postacią zanokcicy (*pa-*

naritium sub ungue), której towarzyszy znaczny i bardzo bolesny naciek, lub też okazywać wszelkie znamiona wrzodów, określonych przez Fourniera jako *ulcus fungosum*. Kształt wrzodu stać się może więcej owalnym, podłużnym, podstawa jest naciekła, lecz nie dająca się ściśle odgraniczyć, brzegi stwardniałe, jednak bez właściwej cechującej chrząstkowatości, dno słoninowate lub żywoczerwona ziarniną pokryte. Przy wrzodach palcowych dochodzi zawsze do powiększenia się i stwardnienia gruczołów łokciowych, które przybiera niekiedy bardzo znaczne rozmiary; niemniej powiększone są gruczoły pachowe po tej samej stronie.

Pod względem rokowania co do przebiegu przymiotu, nabytego drogą pozapłciową, zaznaczyć należy, że zapatrywania na tę sprawę nie są jednolite i ustalone. Pewna część autorów, opierając się na tej okoliczności, że w niektórych przypadkach zakażenia pozapłciowego wystąpiły objawy ciężkiego przymiotu ogólnego (*syphilis maligna*), jest zdania, że przymiot tą drogą nabyty odznacza się z reguły złośliwym i ciężkim przebiegiem; szczególnie powoływano się w tej mierze na przypadki przymiotu, ciężko przebiegające u lekarzy, a nabytego przez nich na palcach drogą zawodową. Neumann utrzymuje, że przymiot pozapłciowy usposabia do ciężkich zmian drugorzędnych, a motywuje tę okoliczność możliwością zakażenia mieszanego w przypadkach, narażonych na zetknięcie się z ziarenkowcami ropnymi. Niektórzy, przyjmując związek przyczynowy między sposobem zakażenia a ciężkością zmian jako pewnik, starali się go wytłumaczyć teoretycznie; Dugteren i Walsen starali się wyjaśnić cięższy przebieg nabytą odpornością tkanek; odporność ustroju wobec zarazka przymiotowego zwiększa się u następnych pokoleń skutkiem przebycia choroby przez przodków, a zwłaszcza zwiększa się odporność miejscowa części płciowych; tej miejscowej odporności nie posiadają tkanki położone poza częściami płciowymi. Petrini tłumaczył cięższe przypadki przymiotu pozapłciowego przy umiejscowieniu się zmiany pierwotnej w górnych częściach ciała tą okolicznością, że większa obfitość dróg chłonnych tych części jest powodem większego nasiąknięcia ustroju zarazkami. Fournier utrzymuje, że na rokowanie nie wpływa zupełnie okoliczność umiejscowienia się zmiany pierwotnej; stara się on to udowodnić przez porównawcze zestawienie leczonych przez siebie przypadków przymiotu późnego i złośliwego centralnego systemu nerwowego, które to postaci uważane

bywają jako dowód ciężkości przebiegu, i przez zbadanie ich pochodzenia—płciowego lub pozapłciowego. W tabliczce, przez siebie zestawionej, dochodzi on do wniosku, że na ogólną liczbę takich przypadków było 5·38% pochodzenia pozapłciowego, co odpowiada, jego zdaniem, ogólnemu stosunkowi zakażeń pozapłciowych.

Co do ciężkości przypadków pozapłciowego przymiotu u lekarzy, Brandis i inni na podstawie swych własnych spostrzeżeń przypisują ją niedokładności w leczeniu, świadomości stanu, wywołującej przygnębienie moralne i ciężkości zawodu. Na podstawie własnych, acz niewątpliwie szczupłych spostrzeżeń, których przebieg jednakże pilnie autor śledził, nie może on się przychylić do tego, by umiejscowienie samo przez się oddziaływało na przebieg i postać choroby; zrobił jedynie to spostrzeżenie, że tak samo jak przy zakażeniu płciowym, wpływają i tu na przebieg kliniczny przedewszystkiem ogólne warunki ustroju, sposób zachowania się chorego i system leczenia. Że pewne okoliczności uboczne, jużto natury zewnętrznej lub odmienne warunki fizjologiczne mogą tutaj wpływać, to nie ulega wątpliwości; wreszcie może mieć pewne znaczenie mylne i późne rozpoznanie, które, opóźniając zastosowanie właściwego leczenia, może wpłynąć na uporczywość poszczególnych objawów choroby. K.

BIBLIOGRAFJA.

Kursus der Orthodontie. *Przez D-ra Alfreda Körbitza (Berlin). Według notatek F. A. W. van Loon'a, d-ra med. Naktad Berlińskiej Folikliniki Dentystycznej (Berliner Zahnärztliche Poliklinik, Belle Alliance-str. 87—88).*

Książka powyższa stanowi rozszerzony i uzupełniony kurs ortodontji, wydany przez jednego ze słuchaczy autora. Ponadto dołączone rysunki znacznie ułatwiają zrozumienie treści.

Celem ogłoszenia jej drukiem było: dać przedewszystkiem swym słuchaczom podręcznik, któryby podczas kursu zajęć praktycznych ułatwił zrozumienie ich, a później był pomocnym w orjentowaniu się.

Wychodząc z tego założenia, opuszczono niektóre sprawy zupełnie lub wspomniano o nich tylko krótko, inne natomiast omówiono

obszernie. Z tego samego względu pominięto i technikę ortodontyczną: różne sposoby lutowania, wyrabiania pierścieni (opasek, bandaży) na zęby przednie i t. d., i t. d., gdyż zajęcia praktyczne podczas kursu dają niezbędną wiadomość z tej dziedziny.

Na wstępie omawia Körbitz doniosłość dobrych modeli *obu* szczęk oraz środków pomocniczych, jakimi są fotografie i maski twarzy.

Zadanie ortopedji dentystycznej ujął autor w dwa główne pytania:

- a) *co* trzeba zrobić?
- b) *jak* trzeba zrobić?

Pytanie pierwsze, jako zasadnicze i najważniejsze, dzieli się na 3 pomniejsze pytania:

- 1) jakie zachodzą nieregularności?
- 2) jaki stan zamierzamy osiągnąć?
- 3) jakie ruchy muszą zęby wykonać, żeby dojść do zamierzonego stanu?

Mamy zatem w powyższych pytaniach: rozpoznanie (djągnozę), cel i plan leczenia.

Drugie główne pytanie można w dalszym ciągu określić tak:

Jakimi przyrządami wykonywamy ruchy zębów?

Odpowiedź na to jest prosta, gdyż wszystkie możliwe ruchy zębów wykonywujemy aparatami systemu Angle'a.

Nader korzystnie wyróżniają się w książce rozprawy:

- a) o łuku sprężystym (ekspanzyjnym) i
- b) o przeciwdziałaniu sił (Verankerung der Kräfte).

Są to niejako dwie udatne monografie.

Łuk sprężysty jest fundamentalnym czynnikiem w systemie Angle'a, Baker'a, Case'go i in. Znajomość jego teoretyczna i praktyczna jest nadzwyczaj ważną przy systematycznym leczeniu.

Rzeczą wielkiej wagi w praktyce jest również przeciwdziałanie sił, od niego zależy bowiem ostateczny skutek naszych zabiegów. Łatwość wyszukania i zastosowania jaknajczęściej wzajemnego przeciwdziałania sił (reziproke Verankerung) prowadzi bez komplikacji do celu.

Traktując o elementarnych zadaniach, ujął K. każdy ze siedmiu ruchów zęba w osobny rozdział i omówił poszczególnie odpowiednie przyrządy, konstrukcję ich oraz działanie i sposób przeciwdziałania sił. Jest tutaj także opis stosowanych przez autora nawiązek (liga-

tur) z drutu, nici jedwabnej i krążka gumowego. Zaznaczyć jednakowoż wypada, że mimo dobrych rysunków trudno takie specjalne, nieraz powikłane rzeczy bez demonstracji wykładać.

Rozdział o zatrzymaniu (retencji) zębów omawia główne zasady i ich praktyczne znaczenie przy konstrukcji przyrządów zatrzymujących. Reprodukcje zmodyfikowanych przez K. aparatów dają bardzo dobre pojęcie o nich.

W dołączonej kazuistyce z rycinami na dwóch tablicach przedstawił autor przebieg leczenia kilku przypadków, ilustrując najwyraźniej doskonałość użytych przyrządów.

Książka powyższa nie jest więc podręcznikiem ortodontji w dosłownym znaczeniu. Jest rzeczą wogóle nadzwyczajną być właśnie w tej specjalności samoukiem. Ortodontja bowiem, jak Angle w przedmowie do swego podstawowego dzieła zaznaczył, wyszła już z empirycznego swego stadium i stała się nauką więcej może ścisłą, jak każda inna specjalność w dentystyce lub nawet w medycynie.

Pomimo szczupłych rozmiarów, praca Körbitz'a wnosi wartościowy przyczynek do „nowej“ nauki. Swoim charakterem poniekąd monograficznym uzupełnia ten „kurs“ pod niejednym względem książkę Angle'a. Odmienne zaś traktowanie niektórych rzeczy na podstawie własnego doświadczenia kol. K., jako specjalisty i nauczyciela uważać należy za dalszy postęp w rozwoju ortodontji.

W. Zawidzki. (Moskwa).

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Warsz. T-wo Odontologiczne.** Na posiedzeniu odb. w dniu 20 I r. b. dr. Gelbard wygłosił 2 referaty: 1) „Zastosowanie rentgenografji do celów ustalania ścisłej dżagnozy przy chorobach zębów i szczęk,“ 2) „Zabiegi chirurgiczne przy zachowawczem leczeniu zębów“ (ref. ukażą się w druku).

W dniu 21 II r. b. odbyło się zebranie doroczne członków. Sekretarz towarzystwa, kol. Drac, zdał sprawę z rocznej działalności tegoż. Okazuje się, że liczy ono obecnie 69 członków. Dochodu miało 699 rb. 13 kop., a wydatków 547 rb. 25 kop.; odbyło 13 posiedzeń, na których wygłoszono 7 referatów naukowych i doko-

nano 5 demonstracji; prócz tego omówiono szereg spraw, mających dla korporacji znaczenie zasadnicze.

Sprawozdania złożyli następnie zebraniu: skarbnik, bibliotekarz oraz komisja rewizyjna.

Preliminarz budżetowy na r. p., zaproponowany przez zarząd, przyjęto. Przewiduje 775 rb. dochodu oraz 665 rb. wydatków. Niezależnie od tego towarzystwo rozporządzać będzie w r. b. kwotą 516 rb. na wydawnictwo prac polskich z zakresu zębolecznictwa.

Dokonane wybory członków zarządu oraz różnych komisji dały następujące wyniki:

Na prezesa powołano kol. L. Schellera (ponownie), na wiceprezesa—kol. Wł. Zielińskiego (ponownie), na sekretarza—kol. J. K. Draca (ponownie), na skarbnika—kol. L. Goldberga (ponownie), a na bibliotekarza—*vacat*.

Do komisji balotującej powołano kol.: Kasprowicza, Przedpełskiego, Neufelda, Motza A. i Klejnową; do komisji rewizyjnej — kol. Frejdkina, Mroczkowskiego i Lorberblatową; do sądu koleżeńkiego — kol. Gutowskiego, Schellera, Kasprowicza, Neufelda i Słońskiego, na zastępców—kol. Bliklego, Przedpełskiego i Oyrzanowskiego.

Komisję do spraw etyczno-zawodowych uchwalono przez akklamację pozostawić nadal w tym samym składzie.

= **Zmarł** niedawno w Warszawie w wieku lat 85 dentysta **Herman Neumark**. Zmarły oddawna nie zajmował się praktyką. Pozostawił syna, Maurycego, również dentystę, praktykującego w Warszawie.

= **Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich**. W dniu 7 marca r. b. w lokalu Warsz. T-wa Odontologicznego odbyło się ogólne zebranie członków. Skarbnik, kol. Wł. Zieliński, odczytał szczegółowe sprawozdanie za czas istnienia kasy (zob. poprzedni n-r „Kroniki“). Uchwalono zmniejszyć wpisowe do rb. 3 (z 5), a roczną składkę do rb. 6 (z 12). Pożyczka udzielana będzie dopiero po dwuletnim płaceniu składki. Po ustąpieniu 2-ch członków zarządu (po wylosowaniu zgodnie z brzmieniem ustawy) do tegoż weszli po dokonaniu balotowaniu kol. Drac i Frejdkin. Do komisji rewizyjnej weszli kol.: Ceytlin, Goldberg i Tipograf.

Jakie *prawdziwe* zainteresowanie budzi nowa instytucja, której

istnienie, zdaje się (chyba!) jest potrzebnem, niech posłuży fakt: z ogólnej liczby 24 członków na dorocznem ogólnem zebraniu obecnych było 15!!

Powstaje więc zapytanie: czy kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich jest instytucją konieczną i jaka pod tym względem istnieje perspektywa?

Sądźmy, że poruszona kwestja nie pozostanie bez odpowiedzi.

— **XXV-letni jubileusz „Zubowraczebnego Wiestnika“**, pierwszego rosyjskiego organu dentystycznego, obchodzono uroczyście w Petersburgu w dniu 7 r. b. Zebranie odbyło się w gmachu Klubu Teatralnego. Przybyłych delegatów różnych towarzystw naukowych i dentystycznych, pism oraz gości powitał prezes komitetu organizacyjnego, dr. Szplet. Odczytano wiele depesz od towarzystw, redakcji pism, czytelników i wybitnych przedstawicieli dentystyki zagranicą. Prócz depesz gratulacyjnych otrzymano wiele adresów od współpracowników, byłych redaktorów tego organu oraz innych osób.

Pierwszy zeszyt „Wiestnika“ ukazał się w grudniu 1884 roku staraniem dentysty Synicyna pod redakcją d-ra Aboleńskiego, który godność tę piastował lat 15 od początku założenia organu. Następnymi redaktorami byli: prof. Maksymow, d-r Walicki i docent Kudrjaszow. Obecnie redaktorem „Wiestnika“ jest rodak nasz, docent Franciszek Zwierzchowski.

„Wiestnik“ ujrzał światło dzienne w okresie, gdy Cesarstwo liczyło zaledwie 480 dentystów (w Petersburgu wówczas praktykowało 30 dentystów). Z nich większość stanowili ludzie o słabym poziomie umysłowym i naukowym; byli to zaledwie rzemieślnicy, którzy z nauką dentystyką nie mieli wspólnego; stworzyć więc w tych warunkach organ naukowy było trudno i ryzykownie. Energia Synicyna jednak zrobiła swoje. Młody podówczas praktyk dźwigał nowy organ na własnych barkach, nie szczędząc ostatniego grosza. Jakie zaciekawienie wzbudziło ukazanie się nowego organu, dowodzi fakt, że z 30 dentystów, którzy praktykowali wówczas w Petersburgu, pismo zaprenumerowało... 5.

Z biegiem czasu młody organ szybko kroczył naprzód, rozwijając się pomyślnie. Liczba poważniejszych współpracowników powiększyła się, a wśród nich było kilku polaków, którzy, nie mając własnego organu, zmuszeni byli szukać gościnności aż w Petersbur-

gu, nasze bowiem pisma lekarskie nie były pohocone na drukowanie prac dentystów.

Prócz przytoczenia odnośnych prac z dziedziny dentystyki „Wiestnik“ zawsze żywo poruszał sprawy korporacyjne, a z jego zdaniem liczyły się również odnośne władze. Można powiedzieć, że wiele spraw, ściśle związanych z naszym zawodem, wprowadzone zostały w życie, dzięki kołataniu „Wiestnika,“ przeważnie zaś wydawcy Sycynina oraz dzielnego współpracownika Fiszera.

Obecnie „Wiestnik“ znacznie się rozrósł. Liczba prenumeratorów sięga kilku tysięcy.

Na intencję 25-lecia redakcja wydała dużej objętości *numer jubileuszowy*, zawierający wiele poważnych prac z dziedziny dentystyki i stomatologii. Z niektórymi pracami w miarę możliwości postaramy się zapoznać naszych czytelników.

= **Ze spraw szkół dentystycznych.** Jak niejednokrotnie stwierdzono, niektóre szkoły dentystyczne mają różnego rodzaju *sui generis* „kombinacje,“ rzecz prosta, kombinacje te mają na względzie *dobro własne* założycieli z uszczerbkiem dla słuchaczy pod względem *naukowym*. Zdarzały się np. fakty takie. Słuchacz, który był tylko gościem w szkole, z zasobem wiadomości, równającym się zeru, stanął przed egzaminatorem. Gdy ten *pewnych* wiadomości od ucznia wymagał, a tych nie było, kończyło się na postawieniu niedostatecznego stopnia, nie pozwalającego na przejście na następny semestr. Aby nie ślęczeć jednak nad książką, jest *inny* sposób: istnieją w tem samem mieście inne szkoły, do których wszak „przejść“ można. Tak też, jak fama głosi, i bywało. Uczeń przechodził do innej szkoły; tam „składał“ egzamin z danego przedmiotu u mniej wymagalnego profesora, gdyż tego wymagały pewne względy. Sprawa kończyła się pomyślnie, a uczeń przyjęty został na wyższy semestr.

Bywały też przypadki przechodzenia słuchacza z jednej szkoły do drugiej o *każdej porze roku*. Przyczynami były: lepsze warunki naukowe (?) „zachęcanie“ słuchaczy zmniejszeniem wpisu, różne „obietnice“ w celu zwerbowania słuchaczy szkoły „konkurencyjnej“, nieporozumienia, wynikiłe pomiędzy uczącymi się a kierownikami, osobiste względy i t. d., i t. d.

Na kombinacje te zwrócił uwagę jeden z urzędów lekarskich, który w sprawie tej zasięgnął opinii Rady Medycznej. Ostatnia de-

czynją z dn. 11 i 15 (st. st.) XII r. z. za Nr. 1238 i 1255 uchwaliła osoby, które nie złożyły egzaminu dostatecznego lub też wcale nie zdawały w jednej szkole dentystycznej, nie mogą być przyjmowane do drugiej na wyższy semestr. Okólnik tej treści Ministerjum Spraw Wewn. przez zarząd głównego inspektora lekarskiego (II wydział) w dniu 29 I r. b. za Nr. 55 rozesłało za pośrednictwem odnośnych urzędów lekarskich administracjom szkół dentystycznych.

Na skutek rozporządzenia Ministerjum Spraw Wewnętrznych, dotyczącego *kontroli uczących się w szkołach dentystycznych*, inspektor warszawskiego urzędu lekarskiego rozesłał szkołom dentystycznym cyrkularz, datowany z dnia 21 I st. st. r. b., w którym proponuje zaprowadzenie szczegółowych list uczących się, w celu odnotowywania obecności lub nieobecności ich na wykładach jak również na zajęciach praktycznych. O nieobecności uczących się należy bezwarunkowo zawiadamiać urząd lekarski pierwszego każdego miesiąca.

Za pośrednictwem policji wykonawczej inspektor warszawskiego urzędu lekarskiego sprawdza obecność w Warszawie uczniów w tujejszych szkołach dentystycznych. W tym celu policja otrzymała po kilkadziesiąt egz. spisów słuchaczy i słuchaczek z wyszczególnieniem ich miejsca zamieszkania. Poszczególni rewirowi sprawdzają, czy słuchacze uczęszczają do szkół i czy znajdują się oni stale w Warszawie. W razie stwierdzenia nieobecności, uczniowie wykluczeni są ze szkół, uprzednio zaś urząd lekarski prowadzi badania w sprawach tych uczniów, którzy z niewiadomych powodów nie uczęszczają regularnie na wykłady.

Rozpatrzywszy poruszoną przez jeden z urzędów gubernialnych sprawę, czy *uczący się w szkołach dentystycznych mogą być ponownie przyjmowani do tychże po rocznej przerwie nauki*, Rada Medyczna decyzją z dnia 25 I r. b. za Nr 44 uchwaliła, aby osoby wymienione przyjmowano do tych szkół tylko na też same semestry, z których wystąpiły, lecz nie na wyższe.

Okólnik ten Ministerjum Spraw Wewn. przez zarząd głównego inspektora lekarskiego (II wydział) w dniu 13 II r. b. za Nr 98 rozesłało do wszystkich urzędów lekarskich, celem zakomunikowania administracjom szkół dentystycznych.

Przytoczone rozporządzenia stwierdzają *większe zainteresowanie*

się odnośnych władz sprawami szkół dentystycznych. Jest to, rzecz prosta, wynik ujawnionych w niektórych szkołach nadużyć rozmaitego rodzaju. Że nadużycia te miały *ściśły* związek z dążeniami właścicieli do wzbogacania się, o tem chyba wiemy. Chęć wypuszczenia w świat dostatecznie przygotowanych specjalistów panowie właściciele oraz ich głośni lub ukryci wspólnicy mieli na drugim a może i dalszym planie. Interes iść musi, a zatem nie wybiera się w środkach. Cierpią ci słuchacze i słuchaczki, którzy wstępują do szkół, celem zdobywania specjalnej wiedzy dentystycznej. Kontrola więc i to *ściśła* w znaczeniu słowa nad czynnościami szkół jest bezwarunkowo konieczna. Czy t. zw. rady pedagogiczne szkół prawdziwie odpowiadają swemu celowi, o tem pomówimy. Należy tylko zaznaczyć, że istnienie ich, podobno, w niektórych szkołach jest tylko pozorne; *de facto* sprawami w całej rozciągłości kierują założyciele i ich wspólnicy.

Osoby, które stoją na czele szkół dentystycznych, powinny zwrócić uwagę na następujące, mniej więcej, dezyderaty:

1) Do celów *zajęć praktycznych* bezwarunkowo powinny być urządzone prócz technicznych odnośne laboratorja, a więc fizyczne, chemiczne, histologiczne; powinny być skompletowane zbiory preparatów farmaceutycznych do celów wykładów farmakologicznych, jak również preparatów z dziedziny chemji i metalurgji specjalnie dentystycznej.

Twierdzenia osób zainteresowanych, jakoby uczący się nie zechcą korzystać z urządzeń tych, i że urządzenia są te niepotrzebne nie wytrzymują krytyki (do tej sprawy wrócimy). Sprawy przesądzać nie można, a szanujący się lektor w *innych* warunkach wykładać nie będzie. Lekceważenie tej sprawy nie powinno być tolerowane.

2) Sprawa asystentów i techników, mająca *bardzo* doniosłe znaczenie w życiu szkolnem, nie powinna być osobistą założeń i ich wspólników. Mianowanie jednych i drugich nie powinno zależeć od ostatnich, ludzi mających niekiedy zaledwie luźny związek z dentystyką. Panowie ci często dobierają ludzi „odpowiadających“ sobie pod różnymi innymi względami, lecz nie pod względem znajomości specjalności. Między takimi osobnikami istnieje rzeczywiście może *sui generis* harmonja, a wszak o „wartości“ tego rodzaju „asystentów“ ucza-

cy się sądzić nie mogą z przyczyn łatwo zrozumiałych.

3) Szafowanie asystentami co do wymawiania posad przez właścicieli podług swego widzimisię nie powinno być tolerowane, dzieje się to bowiem z krzywdą dla uczących się. Posada asystenta lub technika powinna być przynajmniej roczna; w niektórych tylko razach, *lecz wcale nie zależnych od właścicieli*, mogą być wyjątki. Dopuszczanie do posad asystentów - techników różnego rodzaju chłopców i ludzi mało inteligentnych jest krzywdą dla uczących się; i nie dziwnego, że szkoły wydają specjalistów z mizernymi pojęciami o technice protetycznej.

Mianowaniem asystentów i techników powinny się zająć rady pedagogiczne, które pod tym względem mieć mogą pewną jakąś wytyczną (dłuższa praktyka, prace naukowe i. t. p). Odpowiednie wynagrodzenie bezsprzecznie musi być uwzględnione.

4) Liczba uczących się nie powinna być *dowolną* podług widzimisię właścicieli, a musi zależeć bezwarunkowo od pomieszczenia. Stosunek taki bywa przestrzegany ściśle przy otwieraniu wszelkich zakładów naukowych, nawet początkowych szkół ludowych. I słusznie. Powody są wiadome.

5) Szkoły bezwarunkowo powinny mieć specjalnie urządzone audytorja, mogące pomieścić *wszystkich* słuchaczy. Wykłady nie powinny odbywać się „po gospodarsku“ w technicznej lub innej *sali* „do wyboru.“ Audytorja takie przewiduje ustawa szkół dentystycznych.

6) Liczba specjalnych utensyljów (krzesel, kołowrotek i t. p.) oraz odnośnych narzędzi (stosownie do wymagań naszej specjalności) w stosunku do *ilości* uczących się powinna być również ściśle przestrzegana.

7) Roboty techniczne dla pacjentów kliniki powinny być wykonywane kolejno przez uczących się, a nie przez techników dla właścicieli. Jest to konieczność, gdyż ma to wpływ na nauczanie się techniki protetycznej oraz oddawanie pacjentom gotowych dostawek.

8) Należy zwrócić większą uwagę na specjalne praktyczne zajęcia, zwłaszcza z dziedziny techniki protetycznej, które odbywać się powinny pod kierunkiem inteligentnych, doświadczonych i poważnych specjalistów, a nie domorosłych chłopców lub t. p.

9) Egzamina oraz repetycje z odnośnych przedmiotów nie powinny odbywać się „po gospodarsku“ lub też mieć charakter jakiejś komedji, traci bowiem powaga lektora jak również wiedza ucznia. Względy, względziki, sztucznie wytworzone, nie powinny mieć miejsca.

10) Historia chorób każdego pacjenta powinna być prowadzona przez każdego ucznia. Stanowi to z jednej strony pewnego rodzaju kontrolę, a z drugiej—przyzwyczajają praktykanta do poważnego traktowania sprawy.

Oto, mniej więcej, główne punkty wytyczne w sprawie dezyderatów szkół dentystycznych.

Liczba osób, które egzaminowały się na stopień lekarza dentystry przy Charkowskim uniwersytecie (ze wszystkich prawie szkół dentystycznych w Cesarstwie) wynosi kilkaset. Z warszawskiej szkoły dentystycznej Szymańskiego egzaminowało się 58 osób, wśród których było kilku zaledwie mieszkańców tutejszych.

Należy zaznaczyć fakt następujący. Od lat kilku rolę „korepetytora“ dla uczniów dentystycznych oraz wychowanców szkół dentystycznych, przystępujących do egzaminu przy uniwersytecie, odgrywa pan Szwarec; zajmuje się on przygotowaniem kandydatów lub też „uzupełnieniem“ ich zasobu wiadomości stosownie do wymagań profesorów oraz dostarczaniem pacjentów do egzaminu z dentjatrii. Kandydatami, jak wiadomo, są uczniowie szkół dentystycznych. Przystępując do egzaminu państwowego przy uniwersytecie bez wątpienia trzymają się oni zatwierdzonego programu, którym kierują się egzaminatorzy. „Korepetytor“ więc, widocznie, może mieć na widoku zapoznanie kandydatów ze specjalnemi wymaganiami profesorów, naturalnie, za pewne honorarjum. W r. b. p. Szwarec z niewiadomej przyczyny został aresztowany. Celem wybawienia kandydatów z kłopotu, sprzedawano im t. z. konspekt, zawierający skrót wykładu profesorów; za taki „konspekt“ płacono ni mniej ni więcej, jak... po rb. 10. Przyjąwszy jeszcze pod uwagę drugie rb. 10, płacone pani Szwarcowej *za pacjenta* oraz „specjalną“ zapłatę pacjentowi (widocznie, za stratę drogiego czasu) w postaci kilku rubli, dojdziemy do wniosku, że *każdy kandydat przed przystąpieniem do egzaminu państwowego przy uniwersytecie charkowskim składa niewiedomo w jakim celu ofiarę jakąś w sumie dwudziestu kilku rubli!!*

Program, którego egzaminatorzy trzymają się, dla wszystkich

szkół jest jednakowy; wszelkie „kawały” powinny być wykluczone. W Charkowie istnieją *trzy* szkoły dentystyczne, które wszak łatwo mogłyby dopomóc kandydatom pod względem pozyskania odnośnych pacjentów.

Należy zaznaczyć, że w r. b. jako „konkurenci” wystąpili niejaki pan Zuniw oraz jakiś student, którego nazwiska nie znamy.

Rzecz dziwna, że miejscowe T-wo Odontologiczne sprawą tą nie zajęło się. Nie jest to wszak sprawa *prywatna*, dotycząca korepetytora i ucznia. Sprawę tę należy bezwarunkowo wyświetlić, gdyż dla wielu słuchaczy, umyślnie przyjeżdżających z innych miast, wydatek dwudziestokilkorublowy nie jest wcale obojętny. A wiadomo, że większość słuchaczy bynajmniej nie należy do ludzi zamożnych.

Przy Warszawskim uniwersytecie na stopień lekarza dentysty zdawało osób 70, w tej liczbie 12 ze szkoły Szymańskiego, reszta zaś ze szkoły Troppa. Większość kandydatów stanowiły osoby przyjezdne.

W Warszawie powstają nowe szkoły dentystyczne.

Horrendum! *Jaki* właściwie jest *cel* otwarcia nowych uczelni? Zło konkurencyjne z uszczerbkiem dla zawodu pójdzie jeszcze dalej. Warszawskie T-wo Odontologiczne, jako jednostka prawna, powinno w tej sprawie wystąpić do wyższej władzy w Petersburgu z petycją o zaniechanie wydawania nowych koncesji na otwarcie szkół dentystycznych w Warszawie.

Dobra perspektywa!

Koncesję na *czwartą* szkołę uzyskali lek. dent.: J. Friedberg (st.) i Szmulerowa.

Własną koncesję na szkołę dentystyczną uzyskali lek. dent. Ejzenberg i dentysta Tumarkin (dotychczas byli oni w spółce z p. Gutmanem).

Szkoła liczy czterdziestu kilku słuchaczy.

Trzeci wspólnik szkoły pp. A. Eizenberga, Tumarkina i C-o, lekarz dentysta Gutman, który, widocznie na przedsiębiorstwie wyszedł jak *Zabłocki na mydle*, sam otwiera w Warszawie nową szkołę dentystyczną (5 z rzędu).

Prócz wyżej wymienionych koncesji na otwarcie nowych szkół dentystycznych w Warszawie o jeszcze jedną (znaczy się, 6-ą) rozpoczął starania jeden z właścicieli lecznicy dentystycznej. W tym celu poszukuje on „chętnych” wspólników, naturalnie, z kapitałami.

Jako fakt, należy zaznaczyć następujący. Jeden z osiadłych w Warszawie b. właściciel większego iluzjonu, szukając lepszego jakiegoś interesu, potrafił o... *szkołę dentystyczną*, która według orzeczenia jego przyjaciół stanowi złote runo. Będąc w posiadaniu dosyć znacznego kapitału, amator ten werbuje współników i zamierza założyć jeszcze jedną szkołę dentystyczną (prawo otwarcia szkoły podług ustawy przysługuje *każdemu*). W poszukiwaniu współników nowy założyciel zwrócił się i do nas....

Ciesz się więc, Warszawo! Będziesz wkrótce bowiem miała więcej szkół dentystycznych, niż iluzjonów. Wszak idziemy za postępem czasu.

I dzieje się to w przededniu reform szkół dentystycznych!

Liczba uczniów w szkole Szymańskiego obecnie wynosi: na I kursie 140 (na początku roku było 150), na III — 128. W szkole Troppa: na I—80 (na początku roku było 120) na III—70. Rzecz dziwna, że ze szkoły Troppa w ciągu kilku zaledwie miesięcy wystąpiła tak znaczna liczba słuchaczy. Dentystyka, widocznie, po bliższym rozejrzeniu się, nie każdego ęci.

Komunikują nam z Petersburga, że z powodu ujawnionych w ostatnich czasach przekroczeń w wielu szkołach dentystycznych wśród przedstawicieli władz miarodajnych zapanowała tendencja zamknięcia tych zakładów, w pozostałych zaś zaraz po przejściu ich pod zarząd Ministerjum Oświaty (co nastąpić ma wkrótce) wprowadzony zostanie % uczniów żydów.

Wobec tego, że dokonywującej rewizje w Warszawie senator Neudhardt ma również zwiedzić różne instytucje jak również szkoły dentystyczne, znajdujące się pod nadzorem miejscowej administracji, jak słyszeliśmy, grupa kolegów zamierza zwrócić się do senatora z odnośnym memorjałem w sprawie dezyderatów tych instytucji oraz lecznic dentystycznych. W tym celu zwrócono się i do nas. Uważamy jednak wystąpienie takie za bezcelowe; racjonalniej natomiast byłoby zwrócić się w tej sprawie za pośrednictwem tutejszego urzędu lekarskiego do Rady Medycznej, która obecnie zbiera odnośny materiał w sprawie szkół dentystycznych wogóle. Z memorjałem podobnego rodzaju mogłoby wystąpić T-wo Odontologiczne, jako jednostka prawna.

Ze źródła urzędowego dowiadujemy się, że normalna ustawa

szkół dentystycznych nie wymaga ogłaszania przez ostatnie rocznych sprawozdań, i w tej sprawie nie było rozporządzenia wyższej władzy co do obowiązkowego drukowania takowych.

We własnym jednak widocznie interesie wszystkie prawie szkoły ogłaszają roczne sprawozdania, nasze zaś pewno z powodów, przez nas poprzednio wyluszczonej, tego nie czynią.

W szkole dentystycznej Szymańskiego zaszła pewna zmiana. Ze stanowiska zarządzającego ustąpił dr. Adolf Szpanbok. Jako nowy współwłaściciel przystąpił dr. Tytus Horoszewicz, który praktykował przez dłuższy czas na prowincji. Nowym zarządzającym mianowano czasowo d-ra Antoniego Horoszewicza (brata poprzedniego), kierownika kliniki szkolnej.

Dr. Szpanbok pełnił obowiązki zarządzającego przez lat 13, t. j. od r. 1897, w którym to szkoła została otwartą. Ostatnia liczyła wówczas zaledwie 6 uczniów. Po otwarciu szkoły dr. Szpanbok zupełnie poświęcił się jej, porzuciwszy nietylko praktykę, lecz i prace naukowe. Pomimo tak nielicznej garstki uczniów, nie upadał on na duchu i rozwinął działalność swą w kierunku podźwignięcia szkoły. Zwerbował on więc poważniejszych lektorów i, nie bacząc na różnego rodzaju przeszkody o charakterze wewnętrznym, pragnął postawić szkołę na odpowiednim poziomie. O ile mógł, zastosowywał się do życzeń lektorów i słuchaczy.

Dzięki staraniom d-ra Szpanboka, do wykładów szkolnych wprowadzono *syphilis jamy ustnej* oraz *bakterjologję*, przedmioty nader ważne, które jednak niewiadomo dlaczego traktowane były dotychczas zupełnie obojętnie.

W ostatnich czasach dr. Szpanbok pragnął uregulować sprawę asystentów, bolączkę naszych szkół dentystycznych; stosując się do uwag, poczynionych w tej mierze przez ogół kolegów, powołał on na asystentów ludzi bardziej odpowiednich.

Na posiedzeniu, odbytem w dniu 2 III. r. b., rada pedagogiczna szkoły wyraziła podziękowanie za 13-letnią pracę w nader trudnych dla zakładu warunkach.

— **Wystawa p. n. „Czystość to zdrowie.“** Dnia 16 kwietnia r. b. otwarta będzie w Salach Kontraktowych przy ul. Senatorskiej (Galerja Luxenburga) Wystawa „Czystość to Zdrowie“, mająca na celu

rozpowszechnienie wśród szerokiej warstw społeczeństwa zasad higieny.

Dział dydaktyczny tej wystawy, urządzony planowo przez szereg osób, znanych z działalności na polu higieny, ma na celu wskazówki praktyczne co do wzorowego urządzania mieszkań, szkół, kuchni i t. p. tudzież co do środków i sposobów utrzymania czystości w życiu codziennem.

Wystawę urządza T-wo higieny praktycznej im. Bolesława Prusa. Trwać ona będzie do dnia 16 maja. Informacji udziela biuro wystawy przy ul. Senatorskiej 29 (Sale kontraktowe).

Z ramienia naszego pisma (w sekcji X) jako prelegentka wystąpi kol. Helena Kon-Feldblumowa z odczytem p. t. „Brak czystości zębów oraz jamy ustnej wogóle jako przyczyna powstawania różnych chorób. Konieczność racjonalnego pielęgnowania jamy ustnej i zębów.“

= **Sprawa wstrzykiwań śródziąsłowych.** Komunikują nam z Petersburga, że sprawa, dotycząca skasowania cyrkularza o wstrzykiwaniach śródziąsłowych, ma być wkrótce rozstrzygnięta w duchu pomyślnym i dla *dentystów*.

= **Sprostowanie.** W pracy d-ra Gelbarda, wydrukowanej w poprzednim n-rze na str. 74 w. 6 zamiast „lepiej jest mniej zostawić w kanale, niż więcej, i lepiej należy podzielać lekarstwami”, czytać należy: „*i na pozostałe wierzchołkowe części miazgi łatwiej i energiczniej możemy podzielać lekarstwami.*“

Rysunki na str. 77 powinny znajdować się II-gi na miejscu I-go.

= **Echa fałszerstw świadectw naukowych.** „Russkij Wracz“ (N 6) podaje, że na skutek rozporządzenia administracji szkołę dentystyczną Żuka w Kijowie zamknięto, a słuchaczy rozmieszczono w innych szkołach.

„Zubowrachebnyj Mir“ (Nr 3), cytując „Russkoje Słowo,” podaje, że w Częstochowie wydelegowany z Petersburga pom. głównego inspektora lekarskiego, Bułatow, w mieszkaniu pewnego dentysty wykrył potajemny kantor sprzedawania fałszywych świadectw.

Po zasięgnięciu w tej sprawie bliższych szczegółów okazało się, że wieść ta jest nieścisłą. Wobec tego, dla czego koledzy z Częstochowy nie zaprotestują przeciw pogłosce?

Świeżo w Łodzi zakwestjonowano świadectwo dentystyczne pe-

wnego felczera, zdolnego i doświadczonego. Głupota ludzka, widocznie, nie ma granic. W jakim celu jegomość ten puścił się na taką aferę, trudno powiedzieć. Faktor Ratner pewno zrobił swoje... Felczer ten pozostaje na wolności po złożeniu 500 rubli kaucji. Również za takim poręczeniem zwolniono pewnego technika dentystycznego, jako „smoleńczyka.“ Dalej pod dozór policyjny oddano pewnego felczera, posiadającego również „dokument“, pochodzący ze Smoleńska. Niejaka panna, mająca obecnie lat 17, oskarżona za posiadanie świadectwa, wydanego jakoby przez Dubson'a przed 10 laty w Smoleńsku, opuściła miasto. „Dentystkę“ tę więc „zapisano“, gdy miała *lat siedm.*

Inne sprawy znajdują się w toku i prowadzone są przez sędziów śledczych pod kierunkiem prokuratora piotrkowskiego.

Wogóle stwierdzono 3 kategorie fałszywych świadectw dentystycznych: a) „wyrabiane“ w Smoleńsku (podpisane przez sławetnego Rutkowskiego, lub też podrobione bez udziału jego); b) świadectwa jakoby pochodzące z urzędów lekarskich, tych jednak nie wykryto, są jednak pewne poszlaki w tym kierunku; 3) świadectwa, które były wydawane bez wszelkiej wiedzy praktykujących dentystów *przez samych faktorów*; ostatni rozjeżdżali po różnych miastach zwłaszcza Królestwa Polskiego i sprzedawali świadectwa z fałszywymi podpisami dentystów i urzędów lekarskich, z gotowymi egzemplarzami, zawierającymi adnotacje ostatnich o złożonych egzaminach.

Władze prokuratorskie w różnych miastach z rozporządzenia moskiewskiego sędziego śledczego do spraw szczególnej wagi obecnie zajęte są przeważnie świadectwami smoleńskimi, gdyż tych było najwięcej.

Stwierdzono również, że dużo świadectw z odbytej t. z. „prypiski“ wydawano ze wsteczną datą i to osobom, które przez cały czas „prypiski“ nie zamieszkiwały we właściwym mieście. Sprawy podobnego rodzaju, w swoim czasie już poruszane, mają być ponownie przejrane przez odnośne władze.

W Grójcu niedawno aresztowano niejakiego K., którego po 2-tygodniowym przetrzymaniu w areszcie zwolniono za 500 rublowem poręczeniem. K. przedtem był w Warszawie technikiem dentystycznym.

Wbrew rozpowszechnionym wieściom o dokonanej w Warszawie

rewizji świadectw dentystycznych przez p. Bułatowa i o wykryciu fałszywych, należy zaznaczyć, że rewizji żadnej nie było, p. Bułatow dotychczas bowiem zwiedził tylko gub. Piotrkowską. Dalsza marszruta, rzecz prosta, trzymana jest w tajemnicy.

W Warszawie badano niedawno pewnego technika dentystycznego S., który posiadał świadectwo ze Smoleńska. Egzaminu uniwersyteckiego wobec wykrycia fałszerstw, widocznie, nie zdążył on jeszcze złożyć. Świadectwo rzekomej „prypiski“ pochodziło ze Smoleńska, sam zaś p. S. przez cały czas przebywał w Warszawie, a tylko raz jeden jeździł na „egzamin.“ Niedoszłego „dentystę“ zwolniono za poręczeniem 500 rublowym. Należy zaznaczyć, że p. S. liczy blisko lat 50.

„Russkija Wiedomosti“ komunikują, że Smoleńsk niedawno zwiedził sędzia śledczy do spraw szczególnej wagi przy moskiewskim sądzie okręgowym i zakomunikował b. lekarzowi miejskiemu Kowrejnowi, pociągniętemu do odpowiedzialności karnej w sprawie wydawania fałszywych świadectw dentystycznych, że musi on być zamknięty w więzieniu moskiewskim. Przez pewien czas Kowrejna trzymano w więzieniu miejskim w Smoleńsku, lecz z powodu choroby K. uwolniono. Sędzia śledczy zażądał zbadania lekarskiego Kowrejna, ponieważ ten zakomunikował, że z powodu choroby nie może przetrzymać warunków więziennych. W Smoleńsku, jak już wspominaliśmy, skonfiskowano blisko 40,000 rubli, należących do pociągniętego do odpowiedzialności karnej lekarza Rutkowskiego. Pieniądze te, w razie osądzenia, jako nieprawnie nabyte, mają być przekazane na różne cele dobroczynne oraz zapłacenie wydatków sądowych.

Panama dentystyczna odbiła się przedewszystkiem na dentytach-żydach. Na skutek zapytania smoleńskiego gubernatora, czy zamieszkali oddawna w Smoleńsku żydzi-dentyści, którzy nie zajmują się swą specjalnością, podlegają natychmiastowemu wysiedleniu, tow. Ministra Spraw Wewnętrznych, Kurłow, niedawno wyjaśnił, że „żydzi-dentyści mogą zamieszkiwać wszędzie tylko w tych przypadkach, gdy zajmują się istotnie swoją specjalnością; gdy zaś poświęcają się zajęciom, które nic wspólnego z ich zawodem nie mają, np. handlowi lub przemysłowi, to podlegają na ogólnych zasadach wysiedleniu do strefy osiadłości.

Dalej w wyjaśnieniu Ministra przytoczono, że ci dentyści,

którzy rzeczywiście zajmują się praktyką, mogą zajmować się jednocześnie handlem lub przemysłem.

Jako rezultat wyjaśnienia nastąpił rozkaz wysiedlenia ze Smoleńska 26 dentystów oraz ich rodzin w ciągu 7 dni. Większość z nich oddawna mieszka w Smoleńsku, mają oni interesa przemysłowo-handlowe, a niektórzy oddawna są właścicielami nieruchomości (Russkija Wiedomosti 28).

Wśród posłów zwłaszcza prawicowych Izby Państwowej sprawa fałszerstw również wywołała pewną reakcję. Wobec tendencji, jaka zapanowała w tej mierze, należy spodziewać się, że z chwilą poruszenia w Dumie sprawy szkół dentystycznych posłowie głosować będą za ustaleniem % słuchaczy-żydów w tych uczelniach.

Sprawę panamy dentystycznej poruszył Wszechrosyjski Związek Dentystyczny, który zajmie wkrótce odpowiednie stanowisko.

— **Zaprzeczenie.** B. zarządzający szkołą Szymańskiego, dr. Szpanbok, prosi o zaznaczenie, że wbrew tendencyjnie rozpowszechnionym pogłoskom, żadnego udziału w nowotwierających się szkołach on nie przyjmuje i w przyszłości przyjmować nie będzie.



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

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

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

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

Dla dentystów ceny wyjątkowe.

Drezdeńskie Chemiczne Laboratorium Lingner. Drezno.

Redaktor i Wydawca Lekarz-dentysta M. Krakowski.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.