

# Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

## Prace oryginalne.

### Czy wyjmowanie zębów wskazane jest u ciężarnych?

P O D A Ł

M. Krakowski

Wiadomo, że ciąża w ustroju kobiecym wywołuje cały szereg zmian. Pewną grupę tych zmian stanowią *ogólne*, występujące głównie w zakresie systemu nerwowego, w krążeniu i chemicznym składzie krwi a nawet w systemie kostnym. Rzecz prosta, zmiany te mają drogą pośrednią lub bezpośrednią wpływ na różne narządy ustroju. W rzędzie tych ostatnich *zęby* również zajmują pewne miejsce \*).

Że ciąża ma wpływ na zęby, zwiększając ich usposobienie do próchnicy, wiadomem jest oddawna. Różni badacze (Black, Biró, Kirk, Terrier, Ely) przytaczają różne poglądy co do *częstości* próchnicy u ciężarnych. Częstość ta znajduje się w związku z następującymi zjawiskami:

1) szkliwo zębów wskutek jakoby zwiększonego kwaśnego odczynu śliny (z przyczyny częstych wymiotów) ulega odwapnieniu, czyli rozmiękczeniu z powodu utraty soli wapnia; zębina, rzecz prosta,

\*) O wpływie ciąży na *jamę ustną wogóle* mówić tu nie będziemy. Obszerniejszy referat pomieścimy później.

szybko ulega następnie próchnicciu; odwapnianie zębów u ciężarnych stwierdzono również drogą badań histologicznych (Ely);

2) wskutek zapotrzebowania soli wapiennych na budowę kośćca płodu, tkanka kostna traci sporo tych soli (?);

3) zapalenie dziąseł (*gingivitis diffusa gravidarum*) oraz nagromadzony kamień nazębny sprzyjają rozwojowi próchnicy.

Przytoczono inne jeszcze poglądy, które jednak, jak i wyżej podane, sprawy poruszonej ostatecznie nie wyświetlają. Tak lub inaczej, musimy przyznać fakt niezaprzeczony, że ciężarne często cierpią na zęby; widzimy to w praktyce codziennej. Najgłówniejszą, zdaje się, rolę, jak to również zaznaczył już Biró (Oesterreich-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde IV r. 1898), odgrywają istniejące u ciężarnych przekrwienia głowy, które powiększają przyływ krwi i do miazg zębowych. Przy istniejącej głębokiej próchnicy w zębach, dotkniętych przewlekłym zapaleniem miazgi, lecz będącym w stanie ukrytym, wzmożony przyływ krwi do głowy powoduje bóle lub obostrzenia cierpienia miazgi, jak to np. dzieje się przy częściowym zapaleniu miazgi, przy którym ból powstaje przy poziomem położeniu ciała podczas nocy, aczkolwiek w ciągu dnia bólów nie wyczuwa się.

Często właśnie tak bywa, że dopiero dokuczliwe bóle zębów zniewalają ciężarne do szukania pomocy dentystycznej. Pomoc ta zwykle polega na leczeniu zachowawczym, jednakże, jeżeli dana pacjentka, czy to z braku czasu, czy też wskutek niemożności przychodzenia do nas z powodu daleko posuniętej ciąży lub jej powikłań, nie może przychodzić kilkakrotnie, to zmuszeni jesteśmy uciekać się do ekstrakcji, zwłaszcza przy zapaleniu ozębnej lub powikłanych zapaleniach miazgi. Wtedy to właśnie stajemy wobec pytania, czy należy ząb wyjąć lub też nie, i czy ekstrakcja zęba szkodliwą będzie dla ciężarnej?

Wśród publiczności, a nawet wielu dentystów zwłaszcza starej generacji, do obecnej chwili utrzymuje się przesąd, że wyjmowanie zębów u ciężarnych połączone jest z niebezpieczeństwem, a to z powodu mogącego nastąpić poronienia.

Interesując się oddawna tą kwestją, bardzo doniosłego dla nas znaczenia, gdyż nieraz jesteśmy w położeniu, zmuszającym nas do stanowczego działania, starałem się bliżej zapoznać z tą sprawą. Zasięgając bliższych szczegółów od wielu dentystów i ginekologów, mo-

głem się przekonać, że jak dawniej, tak i obecnie panuje pod tym względem jaknajwiększa niezgoda; przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej twierdzenia obu partji specjalistów nie były dostatecznie uzasadnione. Przeglądając literaturę specjalną, spotyka się również różności zapatrywań.

Pytanie, czy *wogóle* można operować ciężarną bez złych skutków dla matki, płodu i dalszego przebiegu ciąży, już nieraz było powodem rozpraw, zwłaszcza w czasach ostatnich. Sprawozdania towarzystw lekarskich i prace specjalne świadczą aż nadto dobrze o tem. Rozstrzygnięcie tego pytania bardzo ważnem jest nie tylko dla medyków, lecz w niemniejszym stopniu i dla dentystów.

W dawniejszych czasach większość lekarzy obawiała się wykonywania operacji u ciężarnych. Już w wieku XVII, kiedy zaczęły się poszukiwania na trupach, odróżniano rozmaite sprawy patologiczne podczas ciąży. Pomoc polegała głównie na leczeniu, wyczerpującem całą obfitą podówczas farmakopeję. Słynny pisarz niemiecki Justus Theodorus Schorkopf (Grenser. Monografia o owaryotomji w Niemczech) wspomina o operacji narządu płciowego kobiety jako o operacji strasznej i niebezpiecznej (r. 1685). Około roku 1720 zjawiała się większa ilość rozpraw o tym przedmiocie. Wszyscy jednak pisarze (Schlenker, Scheffer i inni) powtarzają zdanie Schorkopfa. Wielu z lekarzy późniejszych (Peyer, Imhoff 1718, Willins 1731, De Haen, Van Swieten) więcej zastanawia się nad wykonaniem większych operacji i wymienia przyczyny ich niebezpieczeństwa. Van Swieten uważa jednak wykonanie operacji za możliwe, a to w przypadku, gdy postępy cierpienia mogą grozić życiu.

Częste przypadki śmierci ciężarnych po operacji spowodowane były w części błędami djagnostycznymi, a w części nieudoskonaloną techniką; ustaliły one błędne poglądy, zachwiały wiarę w skuteczność operowania ciężarnej. Powściągliwość co do operowania ciężarnych wynikała również z obawy niebezpiecznego zapalenia otrzewnej, gnilnego zakażenia przez pozostały płód, lub jego dodatkowe części i wreszcie z obawy na mogący powstać krwotok wskutek otwarcia worka płodowego.

Z postępem jednak czasu wykonanie rozmaitych operacji nad ciężarnymi stało się rękoczynem coraz częstszym, a wyniki bywały coraz szczęśliwsze. Przykłady Ameryki i Anglii podniecały do częst-

szego wykonywania operacji w Niemczech i u nas. Wprowadzenie aseptyki i antyseptyki zrobiło jeszcze większy przewrót. Dzięki postępowaniu przeciwnie do posocznica, ropnica, dyfteryt, gorączka płożowa i inne powikłania przestały być przestraszaniem dla operatora. I same sposoby operowania znaczne poczyniły postępy. Niewątpliwie więc, że ilość nieudanych operacji nad ciężarnymi znacznie się zmniejszyła.

I tak, obecnie bywa wykonywanym u ciężarnych cały szereg operacji bez obawy powikłań. Powodem do interwencji chirurgicznej u ciężarnej mogą być:

- 1) przepukliny wszelkiego rodzaju,
- 2) złamanie kości i wywichnięcia,
- 3) nowotwory,
- 4) wysięki w jamach opłucnej i otrzewnej,
- 5) żylaki,
- 6) kamienie pęcherza,
- 7) torbiele jajnika,
- 8) rak macicy,
- 9) ropienie tkanki łącznej i przetoki pochwo-pęcherzowe,
- 10) obrzęk, krwistek i guzy sromu.

Szereg niżej przytoczonych poważniejszych operacji, wykonanych z *dobrym wynikiem* u ciężarnych, mniej więcej, rzuca pewne światło na interesującą nas sprawę możliwości operowania ciężarnych *wogóle*.

Dokładne postrzeżenie przebiegu rozmaitych operacji u ciężarnych, jakimi odznaczają się ostatnie lata, wykazało, że dzięki aseptyce i postępowaniu chirurgji śmiało i bezpiecznie operować można w czasie ciąży. Zdarzające się podczas operacji powikłania dają się również zwalczyć.

Omówiwszy kwestję operowania ciężarnych *wogóle*, zwrócimy uwagę na interesujące nas operacje w jamie ustnej.

Z punktu widzenia chirurgji *wyjmowanie zębów* należy do kategorii łatwiejszych operacji, których wykonanie wymaga jednak wiele zręczności. Jeżeli wyniki wiedzy lekarskiej pozwalają na wykonywanie u ciężarnych takich operacji, jak wyżej wymienione, bez obawy złych skutków dla matki, płodu i dalszego przebiegu ciąży, to tembardziej pozwalają one wykonać tak krótkotrwałą operację, jaką jest

A U T O R	Rok	Powód do operacji	Rodzaj operacji
Horatio Storer (Boston)	1868	włókniaki macicy, wypełniaj. miednicę	laparotomja
Porro (prof. w Pawji)	1876	zwężenie miednicy	jak poprzednio
Southall (Wirgi- nja)	1877	ciąża zewnątrzma- ciczna	jak wyżej
Harris (St. Zje- dnoczone)	1880	różne cierpienia	laparotomja
Huzarski (War- szawa)	1883	zarosnięcie i zwęże- nie pochwy, 2 przyp.	mechaniczne usunię- cie przegrody; chora urodziła bliźnięta
Jawdyński (War- szawa)	1888	pęknięcie macicy podczas porodu	wyjęcie macicy drogą laparotomji
Matlakowski (Warszawa)	1889	ciąża zewnątrzma- ciczna	otwarcie jamy brzu- szej
Bateman (Lon- dyn)	1889	guz jajnika	wyjęcie jajnika, la- parotomja
Schauta	Rozmaite okresy czasu	ciąża zewnątrzma- ciczna	laparotomja
Stankiewicz (Łódź)	1897	ciąża jajowodowa, pęknięcie jajowodu, krwotok do jamy brzuszej	jak wyżej
Jakób Rosenthal (Warszawa)	1896	ciąża zewnątrzma- ciczna	jak wyżej
Stępkowski (Warszawa)	1897	11 przyp. ciąży ze- wnątrzmacicznej	jak wyżej
Thomas (Chica- go)	1898	ciąża zewnątrzma- ciczna	cesarskie cięcie
Dukalski (Stawi- szyn g. Kaliska)	1898	ciąża zewnątrzma- ciczna	otwarcie j. brzusznej
Kohn (Wilno)	1899	zwężenie miednicy	cesarskie cięcie

ekstrakcja zęba. Z przyczyn, które postaramy się wytłumaczyć, ogół zapatrywał się na ten rodzaj operacji z uprzedzeniem i strachem panicznym. Być może, że pogląd taki na niebezpieczeństwo, grożące jednostce podczas wyjmowania zęba, utrwalił się wśród publiczności dzięki bolesnym procedurom, które zazwyczaj poprzedzały samo wyjęcie zęba, jakoteż dzięki powikłaniom, które się zdarzały po ekstrakcjach. Obawiano się głównie poronień. W literaturze jednakże spotykamy niewiele opisów podobnych powikłań, aczkolwiek mniemania co do przeciwwskazań są bardzo rozpowszechnione. Pullman (Ritter. „Zahn und Mundleiden”) przytacza przypadek poronienia, które

nastąpiło po wyjęciu kilku pni u pacjentki, będącej w trzecim miesiącu ciąży. Pacjentka była młodą, matką trojga dzieci, nigdy nie roniła; po operacji wyjęcia pni położyła się do łóżka, następnego dnia nastąpił silny krwotok maciczny, a trzeciego—poronienie. Bliższych szczegółów co do niniejszego przypadku niema.

Z biegiem czasu, gdy instrumentarium i technika wyjmowania zębów ulepszone zostały, zmniejszył się w znacznym stopniu chociaż niezupełnie jeszcze i strach przed wykonaniem tego rękoczynu.

Niektórzy autorzy nowszych czasów zaczynają coraz mniej pesymistycznie zapatrywać się na wyjmowanie zębów u ciężarnych i operacje te wykonywują bez wszelkiej obawy.

Dr. Szymkiewicz w swej broszurce „O wyjmowaniu zębów“ (Kraków. 1891) w tej kwestji mówi: „przypadki poronienia u ciężarnych znane są tylko z dawnych czasów, obecnie zaś nie zwraca się na ciążę uwagi, jeżeli wyjęcie zęba jest wskazaniem, albowiem doświadczenie przy użyciu nowych narzędzi nauczyło, iż kobiety ciężarne, bez względu na okres ciąży, zupełnie dobrze znoszą ten zabieg“.

Zupełnie tegoż zdania jest dr. Peele (The Archives of Dentistry. 1889). Podczas ciąży można według niego śmiało operować, jeżeli są tylko właściwe wskazania do wyjęcia zęba; nawet u kobiet nerwowych niema obawy co do złego następstwa.

Juljusz Scheff (Handbuch der Zahnheilkunde) w razach koniecznych doradza wyjmowanie zębów u ciężarnych. Bezsenne noce, niedostateczne odżywianie się, bezustanne wskutek bólu podniecenie, strach przed mającą się odbyć operacją, oddziałują na matkę i płód bez wątpienia gorzej, niż chwilowy ból podczas ekstrakcji.

Prof. Baume (Lehrbuch der Zahnheilkunde), omawiając przeciwskazania do wyjmowania zębów, mówi o ciężarnych: „współczesny dentysta nie namyśli się nad wyjęciem zęba u ciężarnej nawet w późniejszym okresie ciąży, już chociażby dlatego, by uwolnić kobietę od dokuczliwego bólu, na pozbycie się którego w okresie połogowym liczyć nie możemy; raczej nastąpić może w tym okresie pogorszenie. Jeżeli obawiamy się powikłania miejscowego (przy trudnej ekstrakcji), to operację należy wykonać przy zastosowaniu narkozy“.

Długoletnie spostrzeżenia prof. Hollaendera (Die Extraction der Zähne) udowodniły, że ciężarne bardzo dobrze znoszą wyjmowa-

nie zębów. Również bardzo dobre wyniki otrzymywał on przy stosowaniu u ciężarnych obecnie używanych środków znieczulających i narkotycznych: chloroformu, eteru bromowego, tlenku azotu, pentalu; w żadnym przypadku operacje nie oddziaływały ujemnie na płód.

Zwolennikiem wyjmowania zębów u ciężarnych jest również dr. Fiodorow (Ekstrakcja zubow); jest on zdania, że kobiety nie bardzo nerwowe znoszą dobrze ekstrakcję.

Cohnstein, określając zabiegi operacyjne, które bez obawy mogą być wykonywane u ciężarnych, zalicza do nich nie tylko wyjmowanie zębów, ale i inne operacje dentystyczne, mające na celu wstrzymanie dalszego rozwoju spraw patologicznych w zębach.

Kovacs (Ritter) i Port (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. 5-1897) również z dobrym wynikiem wyjmują zęby u ciężarnych.

Interesując się, jak wzmiankowałem wyżej, sprawą wyjmowania zębów u ciężarnych, w ciągu kilku lat zebrałem blisko 100 przypadków, z nich 50 przytoczone są w załączonej tablicy.

Dzięki uprzejmości kol. Heleny Kon-Feldbluwowej mogę również przytoczyć statystykę wyjmowań zębów u ciężarnych, wykonanych przez nią w ambulatorjum tutejszego szpitala starozakonných. Dane te są następujące. Liczba ciężarnych (miesiąc ciąży od 3 do 8<sup>1/2</sup>) wynosiła 32; wiek ich wahał się między 18 — 35 laty. Ogólny stan był dobry. Silnego zdenerwowania nie zauważono. Przebieg operacji był wogóle dobry. W jednym przypadku u ciężarnej w 6 miesiącu nastąpiło dość silne omdlenie, lecz stan ten nie pociągnął za sobą jakichkolwiek znaczniejszych powikłań; po zastosowaniu zwykłych środków cucących, pacjentka wróciła do przytomności. Powodem była najprawdopodobniej skłonność do omdleń, na którą pacjentka cierpi. Niektóre przypadki należały do dość trudnych, np. głęboko siedzące pnie trzecich trzonowców, pomimo to ciężarne znosiły operacje te dobrze. Wszystkie ekstrakcje wykonane były bez zastosowania jakichkolwiek środków znieczulających.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika, że *wyjmowanie zębów u ciężarnych nie może być przeciwwskazanem*. Nie mówimy o takich przypadkach, kiedy wogóle wyjmowanie zębów jest przeciwwskazanem: krwawica (*haemophilia*), plamica (*morbus ma-*

N <sup>o</sup> po porządku	Wiek pacjentki	Miesiąc ciąży	Ogólny stan	Wyjęte zęby	P o w ó d	Przebieg operacji	U W A G A
1	36	3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	wątkła, zdenerw.	$\frac{8}{8} \mid \frac{8}{8}$	zapalenie ozębnej, trismus,	dobry	uspienie chlorof.
2	24	5	zdrowa, nigdy nie chorowała	4 korz. zgorzel. górne	zapalenie okostnej	"	wszystkie pnice wyjęte zostały na jednem posiedzeniu
3	35	6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	zdrowa, nerwowa	$\frac{5}{6}$	pulpitis	"	Pacjentka chętnie się zgodziła na operację
4	taż sama		osłabiona i zdenerwowana	6   pnice	pulpitis	"	
5	"	8	osłabiona	$\frac{6}{2,1}$   pnice	periostit.	"	
6	29		wątkła, osłabiona skłonna do omdleń	$\frac{6}{2,1}$   pnice	pulpitis	dobry, omdlen.	
7	24	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	tego, pełnokrwista	4,3   pnice	gangraena, period.	znacz. krwaw. z zębod. jednak bez złych skutków, dobry	Podczas ciąży często wyjmuję zęby
8	30	6	zdrowa	4,3   pnice	periostitis purul.	pacjentkarazporoniła w 4 miesiącu	
9	24	8	wątkła, b. zdenerw. i znacznie osłabiona	$\frac{6}{6}$	pulpitis, periodontitis, silne bóle	omdl., krwaw. z zębod. zakoñ. dobre	pacjentka wogóle nerwowa
10	36	5	tego zbudowana, ale słaba	3	gangraena, period.	fractura, oper. trudna	przeleżała jeden dzień w łózk
11	19	9	wątkła, anemiczna	$\frac{6}{6,5}$   4   pnice	periostitis diffusa	dobry	
12	zob. N <sup>o</sup> 2	4		$\frac{7}{5,6}$	periostitis acuta	"	uspienie chloroformem
13	31	9	bar. zmęcz., anem. gorączka z powodu rop. zapalenia okost. szczęki g.	$\frac{8}{7}$   6	pulpit., silne bóle gangraena, periostitis purulenta	"	uspienie chloroformem
14	taż sama			$\frac{8}{7}$   6	periostitis	dobry, fract.	
15	37	7	dobry	$\frac{8}{7}$   6	periost., silne bóle	dobry	uspienie chloroformem
16	21	4	"	$\frac{8}{7}$   6	periost., silne bóle	dobry	



17	29	6	dobry	$\frac{4}{8}$	pulpitis	dobry
18	35	4	nerwowa, osłabiona	$\frac{7}{6}$	pulpitis	"
19	22	8	anemiczna, nerwowa	pień	perioostitis	omdlenie
20	19	5	średni	$\frac{5}{6}$	perioostitis	dobry
21	taż sama	7	"	$\frac{5}{7}$	pulpitis	"
22	taż sama	9	"	pień	perioostitis	"
23	35	3 <sup>1/2</sup>	bardzo nerwowa	$\frac{6}{5}$	pulpitis	lekkie omdlenie
24	19	8	osłabiona	$\frac{6}{5}$	pulpitis	dobry
25	22	3	tega, lecz osłabiona	$\frac{8}{8}$	perioostitis	znacznie osłab.
26	29	8	nerwowa	pień	pulpitis	dobry
27	36	6	średni	$\frac{5}{6}$	perioostitis	"
28	taż sama	8 <sup>1/2</sup>	osłabiona	$\frac{4}{6}$	pulpitis	"
29	30	6	zdrowa	pień	periodont.	znieczul. nirwan.
30	24	7	osłabiona	$\frac{6}{6}$	perioostitis purul.	znieczul. eukainą
31	36	5	znacznie osłabiona	$\frac{7}{7}$	pulpitis	fractura
32	37	3	zdenewrowana	$\frac{6,5}{7}$	perioostitis	fractura
33	taż sama	7 <sup>1/2</sup>	"	$\frac{4}{4}$	pulpitis	dobry
34	19	5	"	pień	"	"
35	27	7	dobry	$\frac{4}{2}$	perioostitis	znieczul. eukainą
36	38	6	wątku, osłabiona	pień	periodontit.	znieczulenie chlor- kiem etylu
37	28	4 <sup>1/2</sup>	nerwowa	$\frac{6}{5}$	pulpitis	"
38	31	7	dobry	$\frac{2}{6,4}$	perioostitis purulent.	"
39	33	5 <sup>1/2</sup>	"	pień	perioostitis	"
40	35	4 <sup>1/2</sup>	niezły	$\frac{2}{2,3}$	"	"
41	22	5	dobry	$\frac{6}{5}$	pulpitis	"
42	38	6	"	pień	perioostitis	"
43	24	7	"	$\frac{6}{5}$	perioostitis	"
44	31	6	wątku, nerwowa	$\frac{8}{5}$	pulpitis	"
45	taż sama	7 <sup>1/2</sup>	"	pień	perioostitis	"
46	32	8	"	pień	periodont.	"
47	20	5	zdrowa	$\frac{5}{5}$	perioostitis	"
					pulpitis	"

*culosus Werthoffi*), białaczka (*leukaemia*) w wysokim stopniu rozwoju, przy których po ekstrakcji zęba nastąpić mogą silne krwotoki nawet z zejściem śmiertelnem.

Wyjęcie zęba i usunięcie w ten sposób przyczyny nieznośnych bólów, będących powodem całego szeregu zaburzeń w ustroju ciężarnej — bezsenności, podniecenia, ogólnego zdenerwowania, niemożności przyjmowania pokarmów i t. d. jest tylko dobroczynnem dla matki i płodu.

Co się tyczy *narkozy*, to i ta bez obawy może być zastosowaną przy wyjmowaniu zębów u ciężarnych. Ritter (l. c.) w przytoczonej przez siebie statystyce wyjmowań u ciężarnych wspomina o 15 narkozach chloroformem lub eterem bromowym. Przebieg operacji we wszystkich przypadkach był zupełnie prawidłowy. Grunert twierdzi, że używał on często tlenu azotu do narkozy u ciężarnych i zawsze bez jakichkolwiek złych następstw. Prof. Gusserow (Ritter) również twierdzi, że chloroformowanie ciężarnych w celu wyjmowania zębów może być zalecanem. Co do uspienia innymi środkami, to autor ten nie posiada doświadczenia; wogóle wybór tego lub owego środka, jak w innych przypadkach, zależy zawsze od operatora. Hamecher (Ritter) na zasadzie swego doświadczenia i odezw wielu niemieckich autorów twierdzi, że uspienie chloroformowe lub eterem bromowym u ciężarnych, jest dozwolonem; niema żadnych obaw co do przedwczesnego oddzielenia się łożyska (*placenta*), a zatem i mogącego nastąpić poronienia.

Stosując uspienie chloroformowe w wielu przypadkach u ciężarnych w różnych miesiącach ciąży, ja też nie widziałem żadnych poważniejszych powikłań. Uspienie następuje nie gorzej, niż u innych osób. Przebieg operacji był zawsze prawidłowym, nawet u zdenerwowanych i dość osłabionych pacjentek (przyp. 12). W jednym przypadku (14) następnego dnia nastąpiło zaniemówienie (*aphasia*), lecz okazało się, że pacjentka była histeryczką; po zastosowaniu bromku sodu pacjentka mowę odzyskała.

Przystępując do wyjęcia zęba u ciężarnej, musimy jednak wziąć pod uwagę następujące dane. Wiadomem jest, że wszystko, co bezpośrednio lub pośrednio oddziaływa na nerwy naczyniowe, chorobliwie zmienia krążenie krwi tak w całym ustroju jak i w macicy. Nieprawidłowo zmienione krążenie w macicy szkodliwem stać się

może dla płodu. Częstymi pobudkami do takich zmian są wzruszenia moralne. Z drugiej strony jednak ustrój ciężarnej przyjmuje wrażenia zewnętrzne bardzo łatwo, pobudliwość układu nerwowego jest silnie powiększona, tak że nieznaczne już przyczyny mogą wywołać w ustroju ciężarnej powikłania w rozmaitej postaci.

Związek płodu z matką jest tak słaby, że w pewnych przypadkach lada przyczyna może dać powód do jego przerwania. Z tego względu należy koniecznie przed przystąpieniem do operacji uspokoić pacjentkę i wpłynąć na nią psychicznie; nie przystępować do rękoczyn, póki pacjentka zupełnie się nie uspokoi.

Wykonana w takich warunkach operacja nie wywoła żadnych powikłań. Nie trzeba jednak zapominać, że częstokroć należy przypadki indywidualizować. Nie można zaprzeczyć możliwości wystąpienia w pojedynczych przypadkach omdlenia, lub silnego krwotoku z rany zębodołowej.

W pierwszym przypadku po zastosowaniu należytych środków objawy przechodzą.

Krwawienie zaś stać się może nawet groźnem, lecz na szczęście zdarza się ono bardzo rzadko. Frank (Ritter) opisuje przypadek silnego krwotoku z zębodołu po wyjęciu kilku pni u ciężarnej; przez noc wyciekło z ran do sześciu funtów krwi. Bliższych szczegółów co do tego przypadku nie podano.

Uposobienie ciężarnych do krwawienia po wyjęciu zęba znajduje się w związku ze zmianami w chemizmie krwi, zachodzącymi u nich. Ilość włóknika i krążków czerwonych jest zmniejszona; włóknik wolniej krzepnie (Zimmermann. „Ueber die Analyse des Blutes”). Skład krwi u ciężarnych, dla którego Kiwisch („Beiträge zur Geburtskunde”) podał nazwę składu surowiczowo-włóknikowego (serös-fibrinöse), ma pewne powinowactwo ze składem krwi przy blednicy, podczas przebiegu której również często występują silniejsze krwawienia następcze po wyjmowaniu zębów. J. Jaworski („Uber die schwere Anämie Schwangerer“. Centrablatt f. Gynäkologie 1897) wykazał też duże zmiany jakościowe i ilościowe we krwi u niektórych ciężarnych.

Występujące czasami silniejsze krwawienie nie pociąga jednak za sobą jakichkolwiek groźnych następstw, pomimo że krwawienie

przeciąga się nieraz z małymi przerwami i chwilowymi pogorszeniami i kilka dni.

Natomiast ostrzegać należy pacjentki, kobiety ciężarne (po wyjęciu zęba) przed wszelkimi raptownymi ruchami, a jeszcze bardziej przed niespodziewanymi czynnikami psychicznymi, po których często powstają dość obfite krwawienia, dochodzące do rozmiarów krwotoków. Następnie należy zakazać chorej gorących potraw, podniecających napojów, jak mocnej herbaty, kawy, alkoholu w jakiegokolwiek postaci i t. p.

Rzadko się zdarza, aby po wystąpieniu krwawienia trzeba było się uciekać do energicznej terapii wewnętrznej; leczenie miejscowe zawsze doprowadza do celu.

W końcu wspomnę o *poronieniach*, występujących po wyjmowaniu zębów. Przypadki takie zdarzały się w czasach dawnych, a powodem ich mogły być sposoby operowania. Z drugiej strony pamiętać należy, że poronienie niekoniecznie mogło być spowodowane odnośną operacją. Choroby płodu, błon płodowych, błony śluzowej macicy i t. p. patologiczne zmiany wywołać mogą i wywołują poronienia. U kobiet zaś skłonnych do poronień (*abortus habitualis*) bądź to z powodu przewlekłego zapalenia mięszu macicy (*metritis chronica*) bądź to z innych powodów (spraw nowotworowych), poronienie może nastąpić nie tylko skutkiem wyjęcia zęba (a właściwie *strachu przed operacją*), ale z jakichkolwiek bądź innych powodów. Przed przystąpieniem do wyjęcia zęba należy więc ściśle w tej mierze zebrać wywiady.

## Z dziedziny rentgenografji dentystycznej

P O D A Ł

Dr. H. Gelbard

Kiedy Roentgen (prof. fizyki przy wszechnicy w Würzburgu) odkrył własności t. zw. X-promieni, nie umiano ocenić doniosłości tego wielkiego wynalazku. Z początku promieniami tymi zabawiano dorosłych tak, jak bawią dzieci latarnią magiczną. Dopiero, gdy

znalazły one praktyczne zastosowanie w medycynie dla celów djagnostycznych i leczniczych, entuzjazm w kierunku oceny zasług wielkiego człowieka dosięgnął szczytu, i zupełnie zasłużenie przysądzono mu jedną z wielkich nagród im. Nobla.

Rentgenografię znają już lat kilkadziesiąt, lecz udoskonalenia w kierunku technicznym osiągnięto dopiero w ostatnich latach, kiedy fabrykantom (właściwie inżynierom fabrycznym) udało się zbudować dobre aparaty, t. j. induktory ze skokiem iskier 60--70 cm. (z kondensatorami), rtęciowe przerywacze („Rodax”, „Record”), jak również elektrolityczne (Wehnelt'a, Simon'a), dobre statywy (d-ra Lambertz'a zmodyf. przez Dieck'a), ulepszone rurki, blendy kompresyjne (Keinböck'a, Rosenthal'a, Groedel'a), tubę z blendą *Iris* (Dieck'a), uniwersalne aparaty do prześwietlań oraz zdjęć (dr. Béclère'a, modif. d-ra Mahr'a), stoły i przyrządy fiksacyjne (Gilmer'a), krzesło Kienböck'a i Holz knecht'a, aparat do lokalizowania Dawidson'a i orthodiagraph Loevy-Dorna.

W kierunku ulepszeń technicznych duże zasługi położyli inżynierowie: Walter Wehnelt, Simon, Benoist, Dessauer, jak również lekarze: Albers Schönberg, Dawidson, Holz knecht, Joachimstahl, Immelmann, Kienböck i w. in.

Dobre rezultaty, które obecnie rentgenograf otrzymuje, zależne są właśnie głównie od stopnia udoskonalenia aparatów terazniejszych oraz przepisów, które zostały szczegółowo opracowane.

Muszę zaznaczyć, że zdolność samego rentgenografa polega na umiejętnym odczytywaniu własnego zdjęcia, a do tego potrzebną jest specjalna wiedza oraz duże odczytanie w tym kierunku.

Rentgenografia lekarska dosyć wcześnie doczekała się specjalizacji. Obecnie mamy rentgenografów-ortopedystów, dermatologów, laryngologów, otjologów, chirurgów, odontologów (Dieck, Port, Witzel, Höck, Cieszyński i in.), internistów i t. d.

Specjaliści-rentgenografowie położyli zasługi w kierunku rozwoju tej nauki, dając nam technikę przy poszczególnych badaniach; skombinowali oni przyrządy, potrzebne do otrzymywania lepszych wyników badań, oprócz tego dali nam bogatą literaturę rentgenograficzną w stosunkowo krótkim czasie.

Co się zaś tyczy znaczenia rentgenografji w dentystyce, to najlepiej stwierdzają je słowa Robinsohn'a i Spitzer'a: „Ponieważ za-

stosowanie zdjęć rentgenograficznych w celach badań naukowych oraz rozpoznawczych w dziedzinie dentystyki dało wspaniałe wyniki, to niewątpliwie w przyszłości rentgenografja zajmie w tej specjalności także stanowisko, jakie zajęła w chirurgji”.

Rentgenografja wiele spraw wyświeśliła nam przy badaniach anatomicznych, histologicznych, embriologicznych, patologicznych, a niektóre dawniejsze poglądy zmieniła. Dzięki jej łatwo daje się skonstatować to, czego dawniejsi badacze dokonywać musieli ze znacznymi trudnościami (np. embriologia zębów).

Przypadek niżej przytoczony (zob. dołączone 2 rentgenogramaty), dotyczący jednej z moich pacjentek, przekonać nas może o tem, jakie ważne znaczenie mają dla nas zdjęcia rentgenograficzne.



Rys. 1.



Rys. 2.

Z 1-go zdjęcia, zrobionego przed operacją, można nietylko ustalić ddiagnozę, lecz poniekąd interwencję jaka poprzednio miała miejsce.

Pacjentce N. N., mającej lat dwadzieścia kilka, przed 8 laty zaplombowano lewy boczny górny siekacz złotem, najpierw po stronie odśrodkowej, a następnie dośrodkowej. Ząb dawniej nie bolał; podczas preparowania ubytku reagował, nie leczono go przed zaplombowaniem, co dowodzi, że ząb ten plombowany był wówczas, kiedy nie było powikłania ze strony miazgi. W ciągu pierwszych pięciu lat po zaplombowaniu pacjentka ząb ten mało odczuwała. Dopiero przed 3-ma laty zauważyła ona przetokę oraz wydzieliny. Zwróciła się po poradę do dentysty, który w ciągu 5-ciu ostatnich miesięcy energicznie leczył ten ząb, lecz bez dodatniego rezultatu; przetoka pozostała, również wydzieliny ukazywały się, a czasem występowało lekkie obrzmienie w okolicy chorego zęba.

Muszę zaznaczyć, że wszystkie inne zęby były zdrowe, a pacjentce bardzo zależało na zachowaniu zęba, aby nie nosić w przyszłości dostawki. Z porady kolegi zwróciła się do mnie, w celu wyjaśnienia przypadku. Zrobiłem zdjęcie rentgenograficzne (I), które ustaliło, że w okolicy wierzchołka bocznego lewego górnego siekacza istniała próchnica wyrostka zębodołowego na przestrzeni rozmiaru srebrnej dziesiątki, wierzchołek korzenia był skrzywiony i martwy uległ on częściowemu zżarciu i wessaniu. Oprócz tego stwierdzono istnienie bocznego przedziurawienia korzenia mechanicznego pochodzenia (zob. rys. 1).

Wspomniany kolega nie mógł wiedzieć o nieprawidłowym kierunku kanału korzeniowego, to też, świdrując kanał, przypadkowo przedziurawił ściankę, co dało komplikację w leczeniu (w kanale znajdował się stożek gutaperkowy).

Wobec tych zmian, oznajmiłem pacjentce, że jedyny sposób uratowania zęba stanowi zabieg chirurgiczny; sądzę, iż gdyby wcześniej uciekano się do rentgenografji, można byłoby uniknąć kilkomiesięcznego leczenia. Kolega miał dobre chęci względem pacjentki, lecz był to przypadek, nadający się do zabiegu operacyjnego.

Pacjentka zdecydowała się na moją propozycję, i w obecności kolegi zrzekowałem wierzchołek korzenia i usunęłem ziarninę już zwyrodniałą oraz martwe brzegi ubytku.

Po trzech tygodniach widziałem pacjentkę i stwierdziłem absolutne zagojenie się procesu chorobliwego zęba oraz wyrostka zębodołowego.

Zdjęcie 2-e zrobione było trzeciego dnia po operacji i wyraźnie ilustruje to, co przezemnie było wykonane: rezekcję wierzchołka do miejsca bocznego przedziurawienia.

Tego rodzaju zdjęcia uważam za pożądane, gdyż zdarza się, że można zrzekować wierzchołek i przy usuwaniu go części (szczególnie gdy mamy już zżarcie) pozostawić, w przyszłości więc wznówka procesu patologicznego łatwo nastąpić może.

## Dział sprawozdawczy.

**15) Lohmann. Pyocyonaza i jej zastosowanie w zębolecznictwie.** (Archiv. für Z-de 5 r. z.2).

Zachęcony dodatkimi wynikami, otrzymanymi przez d-ra Reicha, autor zaczął stosować pyocyonanę w zębolecznictwie. Według Emme-

rich'a i Löw'a pyocyanaza powstaje z niezbyt starej (kilkotygodniowej) płynnej hodowli *bacillus pyocyaneus*, przefiltrowanej (laseczniki pozostają na filtrze), zgęszczonej i oczyszczonej. Czynnikiem działającym ma tu być enzyma\*) bakterjolityczna, wyprodukowywana w komórkach drobnoustrojów w postaci zymogenu, który staje się enzymą tylko poza ustrojem bakterji, w każdym razie pod wpływem powietrza. Zasługa Emmerich'a i Löw'a polega na tem, że wyodrębnili oni z ustroju laseczników błękitnej ropy czynnik działający przepuszczali oni przez filtr Berkefeld'a stare hodowle wymienionych laseczników, zgęszczali otrzymany płyn do  $\frac{1}{10}$  objętości i wydzielali z niego sole i produkty trujące drogą 12 — 24 godzinnej djalizy. W płynie tym o silnej bakterjobjęcej własności wykryli oni zaczyn (ferment), który nazwali *pyacyanaza*. Proteolityczna enzyma lasecznika błękitnej ropy niszczy nie tylko swą własną protoplazmę, lecz i innych. Emmerich dowiódł drogą licznych doświadczeń, że pyocyanaza pomimo silnych własności bakterjobjęcych jest względnie nietrująca. Działanie bakterjobjęcze pyocyanazy *in vitro* jest bardzo znaczne. Laseczniki błonicowe i streptokokki giną po 10 minutach.

Pneumoki	„	„	3	„
Gonokoki i meningokoki	„	„	5	„
Wibrjony cholery	„	„	5	„
Laseczniki dezynтерии	„	„	3	godzinach
Stafilokoki i laseczniki tyfusu (duru)	„	„	4	„

Zmniejszanie się laseczników błonicowych następuje już przy rozcieńczeniu pyocyanazy w stosunku 1 : 125, stafilokoków — 1 : 40. Oprócz wspomnianych już drobnoustrojów, pyocyanaza zabija również łs. karbunkułu. Emmerich i Löw przypuszczali, że sztuczne uodpornianie organizmu powstaje dzięki właśnie enzymom, wytworzonym przez chorobotwórcze bakterje; enzymy te, łącząc się w trwałe związki z białkiem zwierzęcem, krążą w organizmie i niszczą wtargające do ostatniego nowe bakterje tego samego gatunku. Doświadczenia robione na zwierzętach w celu wykazania uodpornienia organizmu za pomocą łączenia pyocyanazy z białkiem zwierzęcem, wypadły doskonale w stosunku do karbunkułu, błonicy i innych chorób. W pyocyanazie zmieszanej z lasecznikami tyfusowymi (na 1 cm. przypadało

\*) ferment, zaczyn nieorganizowany — *red.*



20,400,000 bakterji) zostały one doszczętnie zniszczone w ciągu 72 godzin.

Od gorąca pyocyanaza nie traci swych własności; działanie jej nie zmienia się nawet po 1½ godzinnem gotowaniu.

W porównaniu ze związkami, używanymi obecnie w celach do wyjaławiania, pyocyanaza ma tę przewagę, że nie jest trująca i nie drażni tkanek, podczas gdy inne środki tkanki drażnią, a często nawet niszczą.

Na zasadzie wyników, które zgadzają się z wynikami doświadczeń, dokonanych w Instytucie bakterjologicznym Lingnera (Drezno) można powiedzieć, co następuje:

1) pyocyanaza wstrzymuje rozwój czynników zakaźnych oraz wytwarzanie przez nie jądów i zabija szybko drobnoustroje,

2) błony rzekome znikają,

3) wrzody oczyszczają się, a tkanki odrastają,

4) obrzęki śluzówek i gruczołów zmniejszają się.

Pyocyanaza jest to płyn o barwie ciemno-zielonej, wysokim ciężarze gatunkowym i swoistym zapachu, przypominającym jaśmin. Rozczyn jest jałowy i przechowywuje się dobrze w ciągu roku, pomimo że nie dodaje się doń środków konserwujących. Pyocyanazę stosowano miejscowo z wielkim powodzeniem przy chorobach zakaźnych górnego odcinka dróg oddechowych, przełyku i jamy ustnej np.: *stomatitis ulcerosa*, *gingivitis*, *soor*, *pyorrhoea alveolaris* i t. p.

Znaczna liczba przypadków ropotoku zębodołowego, wyleczonych za pomocą pyocyanazy, zachęciła autora do zaznajomienia czytelników ze sposobem stosowania tego środka. Etiologia ropotoku zębodołowego jest jak dotąd sporna, lecz wiadomo, że wchodzi tu w grę i predyspozycja, drażnienie miejscowe, a głównie bakterje. Podczas leczenia należy, rozumie się, najpierw oczyścić zęby z kamienia. O ile zęby są mocno rozchwiane, trzeba umocować je na ten czas przy pomocy ligatury. Uczastki chore obmywamy kilkakrotnie 3% roztworem wody utleniowej. Dziaśła i kieszonki dziąsłowe przeszprycowujemy letnią wodą, aby wydestynować pozostałą  $H_2O_2$ , i każemy pacjentowi obficie przepłukiwać usta. Następnie osuszamy zęby i kieszonki gorącym powietrzem, wprowadzamy szczypczykami (pincetką) krople pyocyanazy i tępą sondą posuwamy je najgłębiej. Należy przytem mieć się na ostrożności, żeby nie zranić dziąsła. Pyocyanaza-

za powinna działać mniej więcej 5 minut. Podczas tego pacjentowi nie pozwalamy płukać ust; może on tylko spłukać ślinę. Przy ciężkiej formie ropotoku zębodołowego wprowadzamy pyocyjanazę dwa razy dziennie przez pierwszy tydzień, następnie raz dziennie. Wyleczenie w pewnych przypadkach następuje po 2 tygodniach, w innych wymaga dłuższego okresu czasu. Nawrotów autor nie miał; wprawdzie stosował on pyocyjanazę tylko  $\frac{1}{2}$  roku, lecz ma nadzieję, że powodzenie jej będzie trwałe.

Z. F.

**16) Albin Lenhardtson. O czym świadczy czwarty trzonowiec: o postępie w rozwoju, czy też o atawizmie? (Dental Cosmos 5. r. z.).**

W czasach obecnych istnienie czwartego trzonowca u przedstawicieli ras cywilizowanych należy do nader rzadkich objawów, natomiast dość często napotyka się wśród niższych ras, np. u murzynów i australijczyków. Największe zainteresowanie budzi w tym względzie pytanie, czy objaw ten świadczy o wzrastającym postępie w rozwoju lub też o atawizmie, t. j. czy nie jest on spadkiem po bardzo dalekich prarodzicach. W pierwszym przypadku należałoby się spodziewać powiększenia się liczby zębów, w drugim — czwarty trzonowiec musiał być usunięty ze szczęki zgodnie z tem prawem natury, według którego nastąpiło zmniejszenie się trzeciego trzonowca. Prof. Leche uważa system zębowy za niezbity przykład rozwoju postępowego. Podczas rozwoju zębów zachowane zostają na pewien czas mniejsze lub większe szczątki zarodków zębowych, umożliwiające rozwój nowych zębów nawet w starszym wieku. Najczęściej te możliwe zarodki zębów zostają wessane, zanim zdążą dojrzeć. W warunkach dogodnych dla rozwoju tych zębów nadliczbowych, gdy zwiększenie się ilości ich może być korzystnem dla danego osobnika, lub gdy w szczęce znajduje się dość miejsca, to przy należytem ogólnem odżywianiu się nie możemy znaleźć powodów, dla których nie miałyby się rozwinąć zęby nadliczbowe obok normalnych. U niektórych zwierząt ssących normalny kształt nadliczbowych zębów pozwala uważać je jako nowotwory. Teoria ta oparta jest na spostrzeżeniach, czynionych nad orangutangiem i gorylem, które w przeciwieństwie do człowieka posiadają doskonale rozwinięty trzeci trzonowiec, a często i czwarty. Lelenka stwierdził u jednego orangutanga nawet piąty trzonowiec, co świadczy o tem, że czwarty trzonowiec stanowi jako by ogniwo w procesie rozwoju, dążące do rozszerzenia i wzmocnienia

nia całego narządu zębowego. Aczkolwiek fakty te przemawiają za słuszością teorii Lecke'go, możemy wszakże przytoczyć kilka poważnych argumentów przeciwko pojęciu o czystym rozwoju postępowym. Pierwotny typ ssawca, od którego pochodzi człowiek, posiadał 44 zęby. W ciągu przypuszczalnych milionów lat liczba zębów człowieka zmniejszyła się o jeden siekacz, jeden dwuguzgowiec, jeden trzonowiec — z każdej strony obu szczęk. To zmniejszenie się ilości zębów nie jest jednak cechą wyłączną człowieka. Naprzykład w rodzinie „*Felis*” pierwotna liczba zębów 46 spadła do 30. To zmniejszenie się ilości zębów idzie w parze z komplikacjami i specjalizacją zębów. Twarz, a szczególnie część ustna, zmieniła się u ras cywilizowanych z pierwotnego prognatyzmu w wyraźny ortognatyzm, co możemy widzieć na szczękach przedpotopowych. Niższe rasy czasów obecnych, jak murzyni, australijczycy i t. p., posiadają jeszcze typ prognatyczny. Przyczyny ortognatyzmu u człowieka należy domyślać się we wpływie, jaki wywierają mięśnie żujące na szczęki. Przeżuwanie twardej pokarmów utrudnia pracę zębom, szczękom i mięśniom w odmienny sposób, niż to czyni przeżuwanie miękkich, prawie gotowych pokarmów. W pierwszym przypadku mamy bogaty dopływ krwi, a w następstwie tego szerokie i mocne szczęki, zęby oraz mięśnie. Silne mięśnie wymagają obszerniejszego miejsca do swego umocowania. Grupa mięśni żwaczy oraz skroniowych (*masseter, temporalis*) jest przez to mocno rozwinięta u mięsożernych, zawdzięczając prostopadłym ruchom przy rozgryzaniu mięsa, gdy tymczasem boczne przeżuwanie pokarmów u trawożernych prowadzi do większego rozwoju mięśni skrzydłowatych (*pterygoideus*), szczególnie zewnętrznych. U wyższych wszystkożernych grupa skrzydłowatych jest lepiej wyrażona. Im mniej mięśnie są zmuszone pracować, tem słabszymi się stają, i tem mniejsze jest ich miejsce umocowania. Wówczas kosztem kości twarzowych zaczyna się rozwijać mózg, przyczem pierwsze maleją i ulegają skróceniu. Widzimy to u wyższych ras, gdzie t. z. linja siły grupy żwaczy i skroniowych nie przekracza pierwszego trzonowca, co świadczy o doniosłości tego zęba. Według Topinard'a trzonowce u przedstawicieli ras wyższych maleją w kierunku od pierwszego do trzeciego, wręcz przeciwnie bywa u murzynów i małp człekopodobnych. Kieł naszych przodków był rozwinięty w ten sposób, by mógł służyć, jako narzędzie do napadu lub obrony, co prowadziło

właśnie do prognatyzmu. Drugą przyczyną prognatyzmu, jak widać z doświadczeń Nathusius'a nad zwierzętami, jest dobór ras, który wytwarzać może mniejsze lub dłuższe szczęki i także rzędy zębów. Ponieważ przodkowie nasi przez długi przeciąg czasu zamieszkiwali małemi gminami, więc masowy dobór rasowy doprowadził do prognatyzmu i zwiększenia się ilości zębów. Jakieby nie były przyczyny prognatyzmu, w każdym bądź razie porównywanie narządu zębowego ras wyższych z takimże ras niższych i przedpotopowych przekonywa nas, że *szczęki nasze i zęby podlegaty i nadal podlegają zmianie wstecznej*. W krótkich słowach można to wyjaśnić w sposób następujący: narządy człowieka dorosłego podlegają zmianom zależnie od pewnych przyczyn; gdy walka o byt wymaga ich wzmocnienia, wówczas następuje rozwój progresywny; w przeciwnym razie, gdy funkcja jakiegobądź narządu jest mniej ważną lub staje się zbyteczną, następuje rozwój wsteczny. Całokształt tych dążeń ku zmianie wczesnej czy późnej odbija się w zarodki i staje się dziedzicznym. Wówczas u pewnej odsetki osobników narząd ten jest niezupełnie rozwinięty i wreszcie ginie zupełnie. Według wymienionego autora czwarty trzonowiec ma oznaczać atawizm. Aczkolwiek często napotykaemy u małp czwarty trzonowiec, bardzo rzadko widzimy go u ludzi, gdyż De Ferra wylicza zaledwie 40 takich przypadków, spotrzeczonych u dzikich, i tylko 3 u wyższych ras. W ośmiu przypadkach czwarty trzonowiec był dobrze rozwinięty, w innych zaś mniej lub więcej zmaląły. Najczęściej ząb ten wyrasta po jednej stronie lub z obu stron górnej szczęki, bardzo rzadko w dolnej, i nigdy prawie nie wyrastają wszystkie cztery. Na zakończenie dr. Lenhartson mówi co następuje: Pierwotna rodzina ssawców, od której pochodzi człowiek, posiadała cztery trzonowce. Fakt, że nie możemy oglądać wspólnych przodków człekopodobnych małp i człowieka, nie może mieć tu żadnego znaczenia decydującego, gdyż rozporządzamy zbyt szczupłym materiałem paleontologicznym. Człowiek w swym rozwoju musiał postradać swój czwarty ząb wcześniej, niż małpy, ponieważ im wcześniej zaginął jaki narząd, tem rzadziej spotyka się on w drodze atawizmu. Rozwój postępowy czwartego trzonowca u człowieka sprzeciwiałby się całości jego filogenetycznego rozwoju. Trzeci trzonowiec i drugi siekacz noszą cechy zaniku nawet u niższych ras. Solbrig wśród 1400 szczęk murzynów znalazł blisko 510 z brakują-

cymi trzecimi trzonowcami. Cechy zaniku spostrzegamy nawet u małych czelakopodobnych. Röse zaznacza, że w rodzinie „*Gibbon*” często nie bywa trzeciego trzonowca. Wszystkie owe spostrzeżenia świadczą o wstecznym rozwoju tych zębów. Część mózgowa czaszki wciąż dąży do rozwoju, a w stosunku do tego zmniejsza się część twarzowa. Drugi trzonowiec zamiast czterech lub pięciu guzków często miewa tylko trzy. Ponieważ mleczne uzębienie jest początkowym i pierwotnym, można przypuszczać, że z czasem rozwój wsteczny przyjmie takie rozmiary, że wszystkie trzonowce zginą, a pozostaną natomiast mleczne zęby oraz dwuguzkowce, zastępujące trzonowce.

*M. Leliwa-Kopystyńska*

**17) F. V. Törne. Cztery przypadki gruźlicy dziąseł.** (Monatsschr. für Ohrenheilkunde. Wracz. Gaz. 49 r. z.).

Do obecnej chwili opisano 36 przypadków gruźlicy dziąseł. Na 4 przypadki, zaobserwowane przez autora, w 3-ch była gruźlica pierwotna, a w jednym wtórna, jako następstwo gruźlicy płucnej.

Badania kliniczne stwierdziły na dziąśle górnej szczęki niegłęboke nadżarcia o nierównych brzegach, otoczone obfitą ziarniną. Ta ostatnia cechuje często wrzody gruźlicze. Dno ziarniny w wielu miejscach było zropiałe, pokryte masami gąbczastymi, utworzonymi z mocno siedzących gruzełków barwy różowawej lub szarawej.

W przylegających do dziąseł częściach były również gruzełki, otoczone wąską czerwonawą obwódką, zdrowe zaś części dziąseł były bardzo blade. Ścisła diagnoza waha się między toczeniem (*lupus*), przymiotem (*lues*) i wrzodziejącym zapaleniem dziąseł (*stomatitis ulcerosa*).

W dwóch przypadkach przy leczeniu zastosowano promienie Roentgen'a z dodatnim wynikiem, gdyż w jednym zupełnie wyleczono chorobę, a w drugim widoczne było polepszenie; w jednym przypadku zaś zastosowano przypalanie kwasem mlecznym.

*R. Berl.*

**18) Fischer. O nieprawidłowej tkance zębinowej w miazdze.** (Oesterreich — Ungar.-Vierteljahrsschrift f. Z-de III. Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift XII. r. z.).

Autor zgadza się z Williger'em co do niemożliwości ustalenia ścisłej różnicy między zębiną fizjologiczną a patologiczną. Reich rozróżnia kategorie według stopnia nieregularności, Fischer zaś —

według jej genezy. Uważa on nieprawidłowości zębiny za zjawisko niekoniecznie patologiczne; dopuszcza jednak możliwość powstawania nienormalnej zębiny z miazgi wskutek pobudzenia ukrytej w niej pewnej energii, wywołanego chorobliwym drażnieniem. Intensywność oraz czas trwania drażnienia, jakoteż obszar jego umiejscowienia, mają wpływ na formę i stopień rozwoju nowoutworzonej tkanki zębinowej. Nieznaczne drażnienie wywołuje utworzenie się mniej lub więcej nienormalnych części przeplatanych kanalików. Znaczniejsze drażnienie wpływa na stopniowe zmniejszanie się ilości kanalików na korzyść zbitości tkanki zębinowej. Chora miazga nie jest w stanie wytworzyć tego rodzaju zębiny. Natomiast w starej miazdze może powstać zwapnienie wskutek przepojenia cząstek miazgi solami wapnia; nowoutworzone skamieniałości, czyli wapniaki, nie wykazują żadnej prawidłowości w budowie. Jako patologiczne produkty starcze stanowią one przeciwieństwo do wytworów fizjologicznych dojrzałej miazgi, t. j. zębiniaków i wtórnej zębiny.

*St. J.*

**19) Lartschneider. Przyczynek do etiologii i chirurgji zewnętrznych (skórnych) przetok żuchwy.** (Oester.-Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilk. III. Zahnärztliche Wochenschrift 12. r. z.).

Autor powołuje się na przypadek przetoki zewnętrznej, wywołanej zębem zatrzymanym w żuchwie, który starano się usunąć przez usta z powodu powstałych komplikacji. Następnie pomógł on sobie w oryginalny sposób, wprowadziwszy w żuchwę przez zewnętrzne światło przetoki wyjałowiony żelazny drut 3 mm. długości. W ten sposób wysunął on o tyle w górę pozostałości korzenia, że je następnie wyjęto kleszczami ze strony ostatniego. Autor dalej omawia obszernie kwestję, dla czego w przypadkach, obserwowanych przez Weisera i siebie, zatrzymanie dolnego dwuguzkowca doprowadziło do zapalenia kości szczękowej i do wytworzenia się przetoki zewnętrznej po stronie twarzy. Ząb zatrzymany w młodej szczęce jest zabezpieczony od szkodliwych wpływów; w zanikającej szczęce zaś, przy uwięździe starczym, zbliża się on coraz bardziej do śluzówki i może pod wpływem mechanicznego drażnienia (urazu) wejść w styczność, z jamą ustną; ostatecznie ulega próchnieniu, a miazga uleż może obumarciu. W związku z tem powstać może zewnętrzna przetoka.

*St. J.*

## BIBLIOGRAFJA.

**Zahnärztliche Materia technica und medica** przez *d-ra Hoffen-  
dahla Kurta*. *Nakt. Hermana Meussera*. Berlin. Str. 149. Cena mk.  
4,40 (brosz.) i mk. 5,40 (w oprawie).

Wymieniona w nagłówku praca stanowi właściwie obszerniejszy konspekt, traktujący dosyć szczegółowo, jednak zwięźle o preparatach technicznych i lekarskich do celów naszej specjalności. *Pierwsza* część obejmuje: metalurgję, masy wyciskowe, amalgamaty, preparaty ściśle techniczne (pumeks, karborund, piasek formierski, grafit, tripel, wapno wiedeńskie, wosk, i t. d.), cementy do plombowania, zęby sztuczne. Dział *drugi* poświęcony jest środkom lekarskim. Zebrano je w odnośne grupy. Przytoczone więc są: leki odciągające, przeczyszczające, ściągające, żrące, przeciwnilne, znieczulające, nasenne, przeciwwgorączkowe, olejki eteryczne, stosowane jako dodatki do płukań i proszków.

Autor, jako długoletni lektor instytutu dentystycznego przy wszechnicy berlińskiej, mający więc pewne doświadczenie pod względem wykładania przedmiotu, umiał pracę swoją przedstawić zwięźle, stosownie do wymagań praktycznych. Każdy z przytoczonych preparatów opisany jest szczegółowo, z uwzględnieniem nowoczesnych zdobyczy na polu chemji i farmakologii.

Zasluguje na uwagę to, że autor unikał przytaczania wszelkiego rodzaju cytata, które w istocie rzeczy stanowią tylko balast w pracach, mających charakter podręczników lub konspektów.

Dzieło napisane jest językiem dostępnym; wydawnictwo zaś należy do starannie opracowanych, pod względem technicznym jest bez zarzutu.

K.

**Annales E. Merck**, *exposé des acquisitions nouvelles dans le domaine de pharmacothérapie et de la pharmacie*. XXII année. Darmstadt.

Zwyczajem lat ubiegłych znana wszechświatowa fabryka chemiczna E. Merck'a w Darmstacie wydała szczegółowe sprawozdanie o wyrabianych przez siebie środkach lekarskich. Obejmuje ono wszelkie preparaty do różnych celów medycyny, uwzględniając całkowite piśmiennictwo każdego środka. Umożliwia to łatwe zorientowanie

się o poszczególnych nowych środkach lekarskich. Rzecz prosta, w sprawozdaniu nie pominięto nowszych danych co do niedawno wprowadzonych w użycie środków: paranefryny, chloroform-acetonu, chinozolu, eukaliptolu, ferropyryny, formaldehydu, magnezji perhydrołowej, monochlorfenolu, perhydrołu, sozodolu, styptycyny, tropokokainy i pyocyanazy. Na uwagę zasługują dane, dotyczące nowych preparatów bromu i jodu: bromipiny, bromoformu, bromuralu, jodipiny, jodivalu, sajodiny (sprawozdanie firma powyższa wysłała na żądanie gratis i franko).

K.

**Arzneimittel für die Zahnärztliche Praxis.** *Dzielko wydane staraniem i nakładem fabryki chemicznej „Farbwerke vorm. Meister Lucius et Brüning. Hoechst n. M.*

Chemja, jak wiemy, w ostatnich zwłaszcza czasach czyni szybkie naprzód i wzbogaca z dnia na dzień medycynę. Ze znacznej ilości nowszych środków lekarskich korzysta i nasza specjalność. To też każdy dentysta, pragnący posuwać się naprzód, pilnie śledzi za postępem w dziedzinie farmakologii, a zwłaszcza w stosunku do naszej specjalności. Mamy obecnie cały arsenał środków, z pośród nich, rzecz prosta, są takie, które przy umiejętnem stosowaniu oddają nam znakomite usługi. Literatura, dotycząca nowszych środków lekarskich, jest nader liczna, i różne prace rozrzucone są po różnych pismach; specjalne podręczniki naukowe zupełnie o nowych zdobyczach w tej dziedzinie nie wspominają lub też opisują je bardzo pobieżnie. Pod względem więc możliwości zaznajamiania się z tym lub innym nowym środkiem lekarskim oraz odnośnem piśmiennictwem, szczegółowo traktującym o nim, istnieje pewna luka. Ostatnią w pewnym stopniu uszczuplają dziełka, wydawane przez powyższą fabrykę chemiczną.

Dzielko obejmuje 79 stron druku. Przytoczono w niem farmakologję nowych środków lekarskich: *nowokainy, anaestezyny, ortoformu, pyramidonu, trigeminy, albarginy, ferropyryny, suprareniny syntentycznej oraz valylu.* Uwzględniono również wyniki stosowania środków powyższych przez różnych autorów.

Pod względem praktycznym dziełko ma pewną wartość nietylko dla doświadczonego praktyka, lecz i początkujących, gdyż wszystko co niezbędnem jest do celów klinicznych, zestawione jest zwięźle, encyklopedycznie. Uwzględniono również całkowitą literaturę, doty-



czącą każdego z przytoczonych środków. Ma to bardzo ważne znaczenie przy opracowywaniu tematów, odnoszących się do powyższych środków, ułatwia bowiem odnajdywanie odnośnych prac, nas obchodzących.

Dziółko napisane jest bardzo dostępnym językiem i pod względem technicznym nic nie pozostawia do życzenia (wysłała je na żądanie bezpłatnie wspomniana wyżej firma \*).

K.

## Kronika i sprawy zawodowe.

= **Widmo nędzy...** Warszawa szybko się rozwija; rośnie jej ludność, rosną różne choroby. A czy liczba leczących się proporcjonalnie wzrasta? Na pytanie to należy odpowiedzieć bardzo powściągliwie. Jeszcze mniej stosunkowo leczą się *cierpiący na zęby*, aczkolwiek choroby te, zwłaszcza obecnie, znaczne czynią postępy.

Jak wiemy, gabinety dentystyczne rosną obecnie w Warszawie jak grzyby po deszczu; liczba ich wynosi już *kilkaset*. Do tej liczby dodamy *kilkanaście* prywatnych lecznic dentystycznych oraz *trzy* lecznice przy szkołach dentystycznych, a będziemy mieli stałą pomoc dentystyczną w Warszawie. A czy liczba specjalistów istotnie odpowiada liczbie leczących się? Aczkolwiek nie posiadamy ścisłej statystyki w tej sprawie, jednak na zasadzie codziennych obserwacji twierdzić możemy, że liczba dentystów w Warszawie nienormalnie wzmaga się i to w bardzo szybkim tempie. Jest to objaw, nad którym należy się zastanowić. Niemalý wpływ na nienormalnie wzrastającą liczbę dentystów ma owe dążenie wielu przybyszów do osiedlenia się w Warszawie, dużo bowiem osób, kończących tutejsze szkoły dentystyczne (a tych jest obecnie w Warszawie już *trzy*), po uzyskaniu dyplomu osiedla się w Warszawie i rozpoczyna praktykę bez znajomości warunków miejscowych, bez pewnego zasobu materialnego, a niektóre osoby bez widoków na jutro. Warszawa, widocznie, uważana jest jako kraj obiecany, mlekiem i miodem pływ-

\*) Należy adresować: Farbwerke vorm. Meister Lucius et Brüning, Hoechst a. M.

nący, w którym o złote runo jakoby nie trudno... W rzeczywistości jednak nienormalny *taki* napływ praktyków przyjezdnych wśród dentystów tutejszych zrobił znaczny przewrót. Z powodu nienormalnie wytworzonej konkurencji znacznie straciła na wartości pomoc dentystyczna. Z drugiej strony konkurencja ta spowodowała wśród dentystów znaczny upadek materialny. Warunki ekonomiczne, jak wiemy, w Warszawie są obecnie nader uciążliwe. Skromne stosunkowo zarobki wytworzyły już u nas pewien proletarijat dentystyczny, który ledwie w stanie jest związać koniec z końcem. Wobec coraz wzrastającej liczby w Warszawie dentystów upadek materialny bezsprzecznie pójdzie dalej... Konkurencja rozwieliła się na całej linii, zaznaczamy ze szkodą dla społeczeństwa i zawodu. Smutne jutro niejednemu praktykowi stoi przed oczyma... Różni spekulanci zaś, pragnący z mizernych kapitalików ciągnąć znaczne zyski, nie cofają się przed niczem i usilnie starają się, aby proletarijat ten *crescendo* zwiększać, doprowadzić go do nędzy. I oto *pro publico bono* tworzą u nas nowe instytucje dentystyczne, by ze wszech krańców świata przy pomocy różnych wabików i obietnic „ściągnąć” różnego rodzaju łaknących wiedzy... Wszelkie ciężary społeczeństwa ich nie obchodzą.

W Warszawie, jak wiemy, powstać ma jeszcze kilka szkół dentystycznych. Ilość nowych praktyków bardziej jeszcze powiększy się. Należy nad wytworzoną sytuacją poważnie się zastanowić. Osoby zatem pragnące pozostać w Warszawie, jako w kraju obicany, powinny pamiętać, że „płynący miód” może być nie dla jednego tylko goryczą, z drugiej strony należałoby, aby kierownicy szkół dentystycznych uprzedzili kończących te zakłady o tym fakcie. Należy również zwrócić uwagę na rosnące wciąż w Warszawie lecznice dentystyczne, które pod różnymi pozorami jakoby „uprzystępniają” pomoc dentystyczną; *czem* jednak one są — wiemy (naturalnie, mówimy o *podrzędnych*).

Aczkolwiek Warszawka jest „przynętą” dla różnych przybyszów, należy jednak pamiętać, że walka o byt jest uciążliwa, a kryzys ekonomiczny wśród dentystów sięga prawie punktu kulminacyjnego.

Na tem, powtarzamy, należy się zastanowić poważnie.

— **Ze spraw szkół dentystycznych.** Jeszcze nowe szkoły dentystyczne nie ujrzały światła dziennego, a już rozpoczął się werbunek współpracowników, zajmujących stanowiska w istniejących szkołach.

Koncesjonariusze oraz ich spółnicy rozpoczęli werbunek, rzecz prosta, przy pomocy „obietnic”. *Czego* właściwie założyciele w ten sposób pragną, nie trudno się domyśleć.

Współkoncesjonariusz nowozakładanej szkoły dentystycznej, I. d. I. Frydberg, znajduje się na liście tych kolegów, którzy w r. ub. złożyli swe podpisy na ogólnym proteście w sprawie wzrastającej w Warszawie liczby szkół dentystycznych.

Na cześć nowozakładanej szkoły *już* zaczęto wyśpiewywać hymny bałwochwalcze. Hymny te, niestety, są stare, oddawna przebrzmiałe, z ust i *innych* założycieli słyszane. Administrację szkoły ma objąć p. Szmuler, mąż współwłaścicielki, asystentką ma być sama współwłaścicielka, techniką ma kierować brat współwłaściciela dent. B. Frydberg.

Osierocony koncesjonariusz p. Gutman, były wspólnik *consorcium* Eizenberg, Tumarkin i Sp., pomimo dalekiej podróży z Tomaska, nie ma u nas jakoś szczęścia. Ze spółki nieborak wystąpił wbrew swej woli, został się z koncesją w kieszeni, a o nowych wspólników *jakoś* niełatwo. Miejmy jednak nadzieję, że „amatorzy” znajdą się; wszak obecnie na otwarcie w Warszawie szkoły dentystycznej wielkie kapitały nie są potrzebne. Szkoła Eizenberga i Tumarkina jest najlepszym dowodem tego.

Tylko co nadmieniony zakład od lipca r. b. będzie przeniesiony z Leszna na Pl. Krasińskich № 3. Jako *cichy* (trzeci) wspólnik z nakładem „kapitału” przystąpił podobno pewien właściciel składu aptecznego.

Nowy zarząd szkoły dentystycznej Szymańskiego od przyszłego roku szkolnego ma ograniczyć przyjęcie uczniów i uczenie do tejsze szkoły.

Należałoby również zwrócić uwagę na *liczbę asystentów w szkołach*, która obecnie stanowczo jest zbyt skromna. Powoduje to przeciążenia asystentów, a dalej, rzecz prosta, nienormalny bieg zajęć. Toż samo powiedzieć można i o *technikach*. Liczba jednych i drugich powinna być unormowana. W poważniejszych szkołach dentystycznych (moskiewskiej, petersburskiej i odeskiej) liczba ta jest ustalona przez rady pedagogiczne; wynosi ona, mniej więcej, po 1 asystencie na 8 słuchaczy (*maximum*).

== **XI Zjazd Stowarzyszenia ruskich lekarzy im. Pirogowa a reformy studjów dentystycznych.** Zjazd odbędzie się w Petersburgu w gmachu Petersburskiej szlachty (S. Peterburskoje dworjanstwo

i trwać będzie od 4 do 11 maja (21—28 kwietnia). O miejscu spotkania się uczestników w przededniu otwarcia zjazdu i godzinach odbywania posiedzeń oraz powziętym programie zjazdu nastąpią specjalne ogłoszenia. Wszystkie komunikaty nadsyłać należy pod adr. Komitetu organizacyjnego (Petersburg. Żeński Medycyński Instytut, Archierejskaja 8). Tamże udzielane są wszelkie informacje co do wyszukiwania mieszkań. Wszystkie streszczenia komunikatów oraz prac, nadesłanych przed 27 (15) III r. b., będą wydrukowane przed otwarciem zjazdu.

Program zjazdu obejmuje również sprawę reform niższych i średnich studjów lekarskich. Sprawa ta włączona jest do przyjętego programu zjazdu przez kom. organizacyjny.

Ze względu na powagę zjazdu, uchwały bez wątpienia przyjęte będą pod uwagę przez sfery rządowe.

A. *Sprawy ogólne.* 1. Czy należy zezwalać na otwieranie *średnich* (dentystycznych, aptekarskich, felczerskich, akuszersyjnych i masażo-gimnastycznych) szkół, jak również i *niższych* (sióstr i braci miłosierdzia, dozorczyń chorych i nianek), przez osoby prywatne, w jakich warunkach dla każdej kategorii poszczególnie i w jakich miastach? 2. Cenzus naukowy, niezbędny do wstąpienia do szkoły każdej kategorii. 3. Wykładowcy w szkołach i ich cenzus naukowy (czy mogą wykładać osoby, nie posiadające wyższego wykształcenia, jako to: dentyści, felcerzy, masażysty i t. d.?) 4. Kontrola nad szkołami i konieczność jej ujednostajnienia. 5. Organizacja ostatecznych egzaminów oraz prawa osób, kończących szkoły. 6. System wykładania w różnych szkołach (wykładowy lub lekcjowy) i terminy nauczania. 7. Czy osoby, uczące się w jednej szkole, mogą studjować jednocześnie i inną specjalność w odpowiedniej szkole? 8. Czy niezbędne są jednakowe programy minimalne? 9. Czy może otrzymać tytuł, odpowiadający pewnej specjalności, osoba, która nie była w odpowiedniej szkole określonej liczby lat, jedynie przez zdanie egzaminu (jako ekstern).

B. *Sprawy poszczególnie.* 1. Szkoły dentystyczne. 2. Czy konieczność wywołuje istnienie osobnego rodzaju zastępu specjalistów lekarzy-dentystów, czy też zębolecznictwo powinno być taką samą specjalnością, jak oftalmologja, laryngologja i t. p., a przedstawicielami jej lekarze-medycy? 3. W razie, jeżeli zębolecznictwo wsku-

tek znacznej pracy mechanicznej, która wymaga specjalnych ćwiczeń, nie może być studjowane jak każda inna specjalność w murach fakultetu, czy powinny zakłady naukowe, wytwarzające specjalistów, pozostawać w rękach osób prywatnych, czy też należy się starać o ześrodkowanie takich studjów specjalnych w rękach państwa, lub też instytucji społecznych? W ostatnim razie, jak również w przypadku pozostawienia ich w rękach osób prywatnych, jaki rodzaj kontroli powinien być uważany za lepszy — inspektor lekarski, kurator okręgu naukowego, czy też fakultet medyczny? Wreszcie, czy możliwym jest istnienie tego rodzaju zakładów naukowych prywatnych lub społecznych w miastach nieuniwersyteckich, gdzie brak wykwalifikowanego personelu nauczycielskiego? 4. Czy nie należy, aby wykształcenie dentystyczne było skoncentrowane przy wydziałach fakultetów medycznych podobnie jak farmaceutyczne, lub też w specjalnych instytutach dentystycznych, urządzanych na wzór niemieckich przy wydziałach medycznych, jako ich oddziały, i korzystających do celów ogólnych studjów lekarskich ze wszystkich urządzeń naukowo-pomocniczych fakultetu, a dających wykształcenie specjalne w instytucie? 5. Czy nie należy wobec takiego ustroju podciągnąć wykształcenia dentystycznego pod kategorię wyższego wykształcenia z prawem uzyskania stopnia magistra i doktora, a wymagać od tego rodzaju specjalistów cenzusu naukowego z ukończenia całkowitego kursu średniego zakładu naukowego? Czy nie należy zaprowadzić w takim razie 4-letniego kursu studjów specjalnych? 6. Jeżeli zębolecznictwo powinno być ześrodkowane jedynie w rękach lekarzy z przygotowaniem ogólnomedycznym, jaki warunek jest niezbędny do uzyskania prawa być specjalistą chorób zębów?

Inne kwestje dotyczą innych szkół zawodowych: farmaceutycznych, felczerskich, akuszerzyjnych i t. p.

Jak widzimy, zjazd zupełnie serjo zajął się sprawą specjalnego wykształcenia dentystycznego. Sprawa ta, jak wiemy, kuleje od dłuższego czasu, pomimo starań zjazdów i towarzystw dentystycznych. Oczekiwane z dnia na dzień reformy stoją dotychczas na miejscu. Być może, że powaga zjazdu Pirogowskiego sprawę reform szkół dentystycznych prędzej posunie naprzód, gdyż rosnące obecnie „szkółki” handlarsko-spekulacyjne stają się ciężarem dla zawodu ze szkodą dla społeczeństwa. T-wa dentystyczne, a zwłaszcza Wszechrosyjski

Związek Dentystyczny, energicznie powinny zakrzętnąć się, popierać pilną tę sprawę i wypowiedzieć się ostatecznie.

== **Echa fałszerstw świadectw dentystycznych.** W Odeskim okręgu z rozporządzenia administracji zamknięte zostały wszystkie gabinety dentystyczne, których właściciele mieli fałszywe świadectwa,

W Rypinie pociągnięto do odpowiedzialności karnej pewnego golarza za posiadanie fałszywego świadectwa dentystycznego. Oskarżonego, po złożeniu kaucji 500 rubli, zwolniono.

Pociągnięto do odpowiedzialności karnej, jako oskarżonego, zamieszkałego w Mokotowie felczera S., który posiadał fałszywe świadectwo dentystyczne. Po złożeniu kaucji w sumie rb. 500 pozostaje na wolności.

Wobec zapytywań kolegów, należy zaznaczyć, że oskarżonych pociągnięto [do odpowiedzialności karnej na zasadzie § 294 *Kodeksu karnego* (podrabianie oficjalnych dokumentów), przewidującego według nowej redakcji (1906 r.) pozbawienie wszystkich szczególnych praw i przywilejów, nabytych osobiście i według stanu oraz zamknięcie w aresztanckim domu poprawczym (*isprawitielnyja arestanckija otdielenja*) na przeciąg czasu od 4 do 5 lat, lub też także pozbawienie oraz zamknięcie według 3 kategorii art. 31 tegoż kodeksu.

Wobec tego, że oskarżeni uzyskali świadectwa dentystyczne z uniwersytetów jakoby *prawnie, lecz na mocy fałszywego dokumentu, uprzednio przedstawionego, unieważnienie świadectwa dentystycznego, upoważniającego do wykonywania praktyki, wydanego przez uniwersytet, nastąpić musi na mocy wyroku sądowego. Z tego względu oskarżeni uprawiają w dalszym ciągu praktykę do czasu wydania wyroku.*

Do „Russkiego Słowa” depeszują ze Smoleńska, że oddano pod sąd 208 dentystów, którzy praktykowali na zasadzie fałszywych świadectw. Jest to pierwsza partja, co do których śledztwo zostało zakończone. Rzecz prosta, „dentyści“ ci mieszkają w różnych miejscowościach Cesarstwa.

W więzieniu smoleńskim powiesił się jeden z faktorów-naganiaczy przy wyrabianiu fałszywych świadectw dentystycznych, Brygadir, o którym w swoim czasie pisaliśmy.

## Wystawa „Czystość to zdrowie”

### Dział dentystyczny.

Zatrzymawszy się nieco nad programem szczegółowym wystawy i przyjrawszy się eksponatom, zadajemy sobie pytanie, czy komitet urządzający wystawę osiągnął upragniony cel: zaznajomienie ogółu z zasadami higieny w najrozmaitszych jej gałęziach? Na pytanie to odpowiedzieć wypadnie: *tak*. Najlepszym dowodem tego są chyba owe tłumy publiczności, przewijające się codziennie przez imponujące sale wystawy, to ogólne zaciekawienie, jakie wzbudza każdy przedmiot wystawiony, każde słowo, słyszane z ust instruktora lub prelegenta.

Rzecz prosta, w piśmie specjalnem nie możemy rozpisywać się o wystawie szczegółowo. Zatrzymamy się natomiast na dziale, nas obchodzącym — *dentystycznym*. Pamiętamy jak dział ten przedstawiał się na innych, poprzednio odbytych wystawach. Gablotki, gabloteczki ze sztucznymi zębami, flakony, flakoniki z wychwalanymi cudownymi eliksirami oraz pasty do zębów—oto dawne eksponaty z dziedziny dentystyki. *Jaki* był cel tych eksponatów, wiemy i w sprawie tej niejednokrotnie wypowiedzieliśmy swe zdanie. Na obecnej wystawie dział dentystyczny posiada zupełnie *inne* cechy. Wystawcy mieli na pierwszym planie *cel dydaktyczno - naukowy* i to jest zupełnie słusznem ze względu na charakter wystawy.

Przy wejściu na wystawę, po prawej stronie, wysoko na ścianie zwraca na siebie uwagę napis: *Warszawskie Towarzystwo Odontologiczne*. „Jest to jeden z poważniejszych eksponentów w dziale dydaktyczno-naukowym”—zakomunikował nam jeden z członków komitetu. Już zdawała słyszeć się dawe wyraźny głos:... „*zęby mleczne powinny być również pielęgnowane, jak i stałe...*” Podchodzimy. Po środku dosyć znacznej gromady ludzi różnej płci, z najrozmaitszych sfer, stoi czcigodny nasz kolega Władysław Zieliński. Pełni on obowiązki instruktora. Na twarzach zgromadzonych widać ogólne zaciekawienie. Widzą i słyszą oni pewno to, o czem nigdy nie mieli może pojęcia, czego nigdy nie widzieli. Zaczny nasz kolega spocony i wprost ochrypnięty objaśnia zebrany krótko i dobitnie wszystko co dotyczy narządu zębowego, począwszy od rozwoju zębów do zastąpienia

ich sztucznymi. Ciągłe słyszy się zapytania tej lub owej treści, na które natychmiast następuje odpowiedź jasna, przystępna i zrozumiała dla każdego.

Rozglądamy się. Miejsce, zajęte przez eksponaty T-wa, jest do-  
syć obszerne. Wśród ostatnich znajdujemy prawie wszystko, co zwy-  
kłego śmiertelnika interesować może. Widzimy więc:

1) kompletne urządzenie aseptycznego gabinetu dentystycznego dla ambulatorjów szkolnych, wojskowych i lecznic; urządzenie to składają: a) bardzo prostej konstrukcji krzesło dentystyczne, nader zgrabne i lekkie; wykonane jest z okrągłego kutego żelaza prętowego i pokryte białym lakierem; u spodu zaopatrzone jest w specjalną ramę dla nóg przez co, dzięki ciężarowi samego pacjenta, krzesło stoi mocno; najniższa wysokość = 53 cm., najwyższa = 73 cm.; tylne oparcie odklada się do celów narkozy; podglówek ma ruchy we wszystkich kierunkach; siedzenie i poręcz są do zdejmowania i zrobione z twardego drzewa polerowanego; słowem, krzesło to, będące zupełnie aseptycznem, posiada wszelkie ruchy, potrzebne w praktyce codziennej, nie zajmuje ono dużo miejsca i jest stosunkowo tanie (firma *Daniel Kürten. Ohligs b. Düsseldorf* reklamuje krzesło to w cenie 135 marek, co wynosi, mniej więcej, rb. 65; do tej sumy dojdzie jeszcze kilka rubli za *przewóz i cło*, na miejscu więc koszt wynosić może rb. 70—73; jest to więc krzesło tanie, ładne, zgrabne, praktyczne, nadające się również i do prywatnego gabinetu dentystycznego; ponieważ, jak nas poinformowano, krzesło ma być wyrabiane u nas na miejscu, prawdopodobnie, cena powyższa będzie jeszcze zredukowana; *na krzesło to zwracamy uwagę kolegów*; b) kołowrotek, c) szafka do narzędzi, d) takąż do leków, e) umywalka, f) naczynia porcelanowe do płynów przeciwnylnych, g) 2 stoliki podręczne żelazne, h) soplucznica z automatycznym urządzeniem do spłukiwania, i) narzędzia specjalne i chirurgiczne, wyjaławiacz, flakoniiki do leków i t. d., (całe urządzenie polakierowane jest na biało; cena kompletu wynosi rb. 300);

2) 4 anatomiczne i patologiczne preparaty woskowe: przekroje normalnych i chorych zębów;

3) 1 preparat przekroju normalnej czaszki, przedstawiający unerwienie i unaczynienie zębów;

4) preparat woskowy jamy ustnej, przedstawiający pleśniawki.



5) preparat głowy (z papier maché) naturalnej wielkości, przedstaw. rozwój mięśni twarzy, unerwienie i unaczynienie ostatniej;

6) preparat przekroju żuchwy z zębami, wykonany z masy o naturalnych barwach (rozmiar powiększony);

7) 2 wyjaławiacze do szczotek zębowych, jeden systemu prof. Lepkowskiego, drugi kol. Frejdkina. Ostatni (nowość) jest bardzo prostej konstrukcji; składa się ze szklanego cylindra z występem u podstawy, zamykającego się metalową przykrywką, w której zrobione są małe otworki (dla dostępu powietrza, przyspieszającego schnięcie szczoteczki), a do niej z wewnątrz przylutowana jest zakrętka do wieszania szczotki; wyjaławiacz ten jest znacznie tańszy i dogodny z tego względu, że nie zamyka hermetycznie cylindra, w którym bez dostępu powietrza szczotka zawsze jest mokra;

8) tablice statystyczne oględzin zębów 4100 dzieci szwajcarskich szkół początkowych, tablicę, zestawioną przez kol. Frejdkina, dotyczącą oględzin zębów uczniów II tutejszego gimnazjum męskiego;

9) 4 tablice drobnoustrojów, zamieszkujących jamę ustną;

10) 8 tablic kolorowanych dużego formatu, ilustrujących: rozgałęzienia nerwu trójdzielnego, formy różnych gatunków zębów, roboty techniczne, choroby zębów, ozębnej i kości szczękowej (wyd. niemieckie i francuskie);

11) szczotki Franciszka Zielińskiego;

12) tablicę dużego rozmiaru, bogato ilustrowaną, ułożoną przez kol. Frejdkina, zawierającą niezbędne wiadomości o zębach (rozwój, anatomję, choroby zębów, zgryzy, higienę zębów i j. ustnej i t. d.);

13) tablicę ilustrowaną, ułożoną przez kol. Szellera, dotyczącą rozwoju, budowy, zmiany, chorób zębów, sposobu czyszczenia ich i t. d.;

14) roboty techniczne, wykonane w kauczuku i złocie;

15) preparaty zębów naturalnych, plombowanych różnymi materiałami.

16) starożytne dostawki, wykonane z kości;

17) eliksiry, proszki, pastylki, pasty do zębów wyrobu krajowego (Mewego, Judta, firmy „Iris“);

18) literaturę w języku polskim, uwzględniającą higienę jamy ustnej i zębów, statystykę chorób zębów u dzieci w szkołach i t. d.

Jak widzimy, T-wo Odontologiczne poczyniło krok naprzód i dało społeczeństwu dosyć pokaźny materiał pouczający. Jesteśmy

pewni, że materiał ten byłby liczniejszy i bogatszy, gdyby nie znana ociążałość naszych kolegów, a może i inne względy, hamujące wszelką wspólną pracę. T-wo zrobiło jednak swoje, zrobiło dużo i za to należy mu się uznanie. Stwierdziło ono dobitnie, że nasz dorobek naukowy zdoła zaciekawić szerokie warstwy społeczeństwa, jak o tem mogliśmy się naocznie na wystawie przekonać. Wiemy, że gromadzenie materiału stanowi zadanie nie łatwe; na to trzeba dużo pracy, zachodu i wydatków, tembardziej, że całą akcją kierowało nieliczne zaledwie grono kolegów, członków T-wa.

Demonstrowanie odnośnych eksponatów na wystawie, jak już wzmiankowaliśmy, osiągnęło znakomite wyniki. Publiczność nasza nawet inteligentniejsza, przekonała się, że pod względem zasobu wiadomości z dziedziny chorób zębów i jamy ustnej jak również sposobów ich pielęgnowania jest aż nadto ciemną. Z jakim zdziwieniem spoglądano podczas demonstracji na kol. Wł. Zielińskiego, który przekonywująco twierdził np., że *zęby sztuczne powinny być również pielęgnowane, jak i stałe!* A jakie mizerne pojęcie ma społeczeństwo nasze o skutkach chorych zębów! Sprawę tę bardzo przystępnie wyświetlili kol.: Helena Kon-Feldblumowa, Fabianówna, Frejldkin, Goldberg, Judt F., Blikle, German i inni podczas pogadanek i objaśnień.

T-wo Odontologiczne, przyjąwszy w wystawie udział, spełniło swój obowiązek względem społeczeństwa i za to, zaznaczamy, należy mu się uznanie.

Z okazji wystawy, w celu rozpowszechnienia pojęć o higienie zębów i jamy ustnej T-wo wydało odnośną odezwę do społeczeństwa; odezwę tę, na której były wydrukowane *przepisy o pielęgnowaniu zębów i jamy ustnej*, rozdawano zwiedzającym wystawę bezpłatnie.

Z tejeż okazji kol. Blikle napisał „*Dziesięcioro przykazań zębowych*“.

Brzmiały one:

„Ząb jest skarbem twym, który cię chroni  
W ciągu żywota od chorób niedoli.

1) Nie będziesz miał w ustach i zębach twych zbiorowiska wszelkich resztek pokarmów, albowiem nieczystość owa jest gniazdem wielu zarazków.

2) Nie będziesz spał pierwej, zanim zęby twe i dziąsła oczyścisz należycie proszkiem i szczotką.

3) Pamiętaj, że szczotka twarda, proszek i woda są podstawą czystości w ustach; „cudowne“ zaś eliksiry i pasty mają przy sztucznym oczyszczaniu zębów jeno poślednie znaczenie.

4) Żuj śmiało pokarmy twarde, a zęby twe najlepszym, bo naturalnym, sposobem oczyszczać się będą; miękkie bowiem jadlo srodze zęby twe zanieczyszcza.

5) Nie zapominaj, że dziąsła jeno przez żucie twardej strawy otrzymać mogą potrzebny im masaż; wówczas tylko stają się one tak sprężyste i zdrowe, że ani krwawić, ani na sobie zatrzymać resztek pokarmów nie mogą.

6) Nie lekceważ sobie częstego poddawania oględzinom lekarskim zębów twoich, albowiem tylko w ten sposób wszelkie gniazda choroby i przyczyny bólu zniszczone być mogą w zaraniu.

7) Nie kradnij sobie zdrowia, a chore zęby lecz co rychło, braki wnet dopełniaj sztucznymi, abys snadnie mógł przeżuwać wszelakie jadlo.

8) Nie mów, iż przeciw psuciu się zębów łącno zaradzić może „cudowny“ eliksir lub pasta, albowiem to nie powstrzyma zębów słabych i źle rozwiniętych od psucia się.

9) Nie pożądam pięknego zęba sztucznego miast brzydkiego własnego! Najlepszy bowiem sztuczny nigdy nie zastąpi ci własnego zęba.

10) Ani płukanie, ani czyszczenie, ani żadne kosmetyki nie uchronią tak dobrze zębów twych od psucia, jak umiejętne pielęgnowanie ich. Spożywaj więc od zarania dni twoich strawę prostą, posiłną, a obfitującą w sole mineralne, oraz strzeż się leków, szkodę zębom czyniących.

Będiesz miłował zdrowie twoje ze wszystkiego serca twego, a czystość ciała swego, jako siebie samego“.

W jednym z przyległych pokojów widzimy oddzielną grupę ekspozatów również z dziedziny *dentystyki i stomatologii*. Są to ekspozaty kilku lekarzy, zajmujących się dentystyką. Wystawiono:

1) 8 tablic (wyd. niemieckie i francuskie), dotyczących rozgałęzienia nerwu trójdzielnego, rozwoju zębów i chorób miazgi, ozębnej, szczęki i t. d. oraz dostawek mostkowych;

2) tablicę, przedstawiającą choroby jamy ustnej pochodzenia drobnoustrojowego (oryginalna);

3) tablicę zestawienia niektórych drobnoustrojów chorobotwórczych pod względem częstości spotykania w jamie ustnej ludzi zdrowych (oryginalna);

4) szczotki do zębów syst. Fr. Zielińskiego;

5) pochewki metalowe (złote, srebrne, niklowe i in.) do przechowywania wykałaczek (wyrobu Bretschneidera);

6) kilka naturalnych zębów: z kamieniem nazębuym, osadem i t. d.;

7) kilka rysunków ręcznych, ilustrujących wgłębenia i bródzy w zębach;

8) 10 prac dentystycznych (odbitek i broszur) i dzieło d-ra Sę-

dziaka p. t. „Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku“ oraz 10 przykazań z higieny zębów i jamy ustnej d-ra Leszczyńskiego.

Oto skromny dorobek *tych*, od których, zdaje się, spodziewać się można było *nieco* więcej. Przynajmniej o tem sądzić zdawałoby się z tak usilnego dążenia do separatyzmu, który *jakoś* dotychczas nie poprowadził *naszej* dentystyki na lepsze niyby tory.

Zamiast budować trwałe mury izolacyjne, które, jak widzimy, są prawie dla naszej dentystyki bez korzyści, lepiej, zdaje się, należy robić to, co jest obowiązkiem każdego obywatela, pomimo różnicy rozmiaru dyplomu. Przy *wspólnej* pracy sprawa tylko korzystać może. A wszak nasz dorobek naukowy jest jeszcze tak skromny. Zdrowy rozsądek musi każdą sprawę analizować, poddawać ją pewnej krytyce, a dopiero następnie stawiać wnioski...

Wielkich prac, wielkich dzieł, wielkich badań ludzi wielkich nie mamy. A dla tego, że swoje *ja* stawiamy ponad wszelką wspólną pracę, która przy wspólnych dążeniach bez zaprzeczenia wydawałaby lepsze owoce. Tego jesteśmy pewni, gdyż znamy tę wprawdzie nieliczną garstkę pracowników, którym bardzo a bardzo zależy na rozwoju naszego dorobku naukowego. Wszelki separatyzm sprawę grzebie.

Tych słów parę piszemy pod adresem tych *kilku* (na szczęście) „możnych“, którzy sami, niewiele czyniąc, dążą do wytworzenia błędnego koła... separatyzmu ze stanowczą szkodą dla rozwoju naszej dentystyki, a mają na względzie, przyznajmy się szczerze... złotego cielca.

Tak być nie powinno. Zastanówmy się więc.

A wszak umiemy przy każdej sposobności twierdzić, że jesteśmy gorącymi obywatelami ojczyźnej ziemi, że *my* dźwigamy ciężary naszego dorobku naukowego; bądźmy więc istotnie nimi...

Wśród eksponatów Warsz. T-wa Odontologicznego zwracają na siebie uwagę *dwie* tablice oryginalne, ułożone przez kol. Frejdkina i Schellera. Kto wie ile pracy i wydatków pochłania ułożenie takich tablic, ten potrafi je ocenić.

Jako rzeczy oryginalne pod względem pomysłu przewyższają one podobnego rodzaju wydawnictwa zagraniczne. Karty te, zwłaszcza kol. Frejdkina, jak widać, wymagały nadzwyczaj mozolnej pracy.

Aczkolwiek obydwie te karty różnią się pod względem układu, jednak mają one wspólny cel: zaznajomienie szerszych mas ludności z niezbędnymi wiadomościami, dotyczącymi higieny zębów i jamy ustnej. Powiedzieć można, że cel ten został osiągnięty.

Szkodą wielką byłoby, gdyby tablice te *po ukończeniu swych występów* miały spocząć w jakimś archiwum. Wydawnictwem ich powinno zająć się T-wo Odontologiczne, naturalnie, po dokonaniu niektórych, wprawdzie, nieznacznych zmian. O ile wiadomo, T-wo posiada pewien fundusz na cele wydawnicze, należałoby więc zakrzętnąć się, aby tablice powyższe nie przepadły bezkorzystnie.

Nie jest rzeczą sprawozdawcy specjalnego organu zawodowego ocenianie wogóle *znaczenia wystawy dla szerszych mas*. Prasa ogólna pewno w sprawie tej głos zabierze. Natomiast, zdaje się, powinniśmy zwrócić uwagę na następujące. T-wo Odontologiczne w dużej gablotce wystawiło dosyć pokaźną liczbę dostawek złotych, koron i t. p., rzeczy bardzo kosztownych, a dla *zwykłego* śmiertelnika wprost niedostępnych. *Cel* wystawienia dostawek ze sztucznymi zębami jest wiadomy: zachęcanie szerszych mas do zastąpienia utraconych zębów sztucznymi, stanowiącymi nieodzowną konieczność dla ustroju z przyczyn wiadomych. Lecz, wystawiając tak wiele drogiego kruszcu, stanowczo nie prowadzimy szerszych mas i to wcale a wcale do upragnionego celu; przeciwnie, twierdzimy im, że dobrodziejstwa naszej specjalności nie mają dla nich dostępu, czyli innymi słowy: „dentystyka nie jest dla was, a tylko dla szczęśliwych wyznawców złotego cielca”. Wystawienie tak znacznej liczby świecideł obok starożytnych dostawek kościanych *w celach porównawczych* również nie może być uważane za celowe. Nie jest to wcale sposób, prowadzący do właściwego celu. Gablotka pełna złota, wystawiona na widok publiczny, stanowczo nie prowadzi do demokratyzacji dentystyki, do czego dążyć wszak winniśmy, gdyż tylko wówczas pomoc dentystyczna stanie na wysokości zadania, gdy ogarnie jaknajszersze masy ludności, a nie będzie wyjątkowo dostępną dla możnych wybrańców świata doczesnego.

Wystawienie na widok publiczny wogóle dostawek złotych i to jeszcze w znacznej ilości, do czego w powyższym przypadku użyto pewno wiele pracy i energii, zdaniem naszym, nie jest celowe, a w przyszłości powinno być stanowczo unikane.

Nie więc dziwnego, że z ust gromadzących się koło gablotki

słyszeliśmy różne zdania: „to reklama“ (pani w aksamitach), „eh, to dla burżujów, chodźmy dalej...“ (robotnik o ogorzałej twarzy, który na naszą interwencję nie zwrócił wcale uwagi). K.

## D-r. Henryk Gelbard

Warszawa, ul. Marszałkowska 118 m. 3.

Djagnostyka chorób zębów i szczęk za pomocą prześwietleń i zdjęć rentgenograficznych. **Wskazania:** chroniczne sprawy zapalne korzeni i kości szczękowych (*periodontitis chronica apicalis purulenta, abscessus alveolaris chronica, periodontitis chron. granulomatosa i cystica*), karjotyczne, nowotworowe i torbielowe sprawy w szczękach, nadłamania i złamania korzeni oraz wyrostka zębodołowego, zęby retencyjne, dla celów regulacyjnych, przy trudnych ekstrakcjach (zwł. zębów mądrości), przy robotach mostkowych (w celu sprawdzenia normalnego stanu zębów i korzeni, na których most ma się opierać), przy nerwobólach twarzowych (zęby retencyjne), przy przedziurawieniach korzeni oraz przy otokach, jamy szczękowej pochodzenia zębowego.



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

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

Środki, drażniące słuzówkę 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 Laboratorjum Lingner. Drezno.

Redaktor i Wydawca Lekarz-dentysta M. Krakowski.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.