

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

Miesięcznik poświęcony chorobom zębów
i jamy ustnej.

Z zakładu sądowo-lekarskiego ek. Uniw. Jagiellońskiego.

II. O zębach pod względem sądowo-lekarskim

Podali

Dr. W. Łepkowski i Prof. Dr. Leon Wachholz

Docent Dentystyki

Dyrektor Zakładu

(ciąg dalszy)

Na zębach uwidoczniają się także pewne zmiany pod wpływem chorób ogólnych ustroju. Zmiany te mogą także posłużyć w danym przypadku do stwierdzenia tożsamości osoby. Mogą się one przedstawiać jako zagłębienia, nierówności szkliska, zwane nadżerkami (erozjami). Zęby z nadżerkami mogą wyrastać u dzieci, które posiadały zupełnie prawidłowe zęby mleczne. Dziedziczność co do nadżerek nie jest ściśle wykazana, a zdarza się nieraz, że jedne dzieci tych samych rodziców mają zęby z nadżerkami, drugie zaś mają zęby zupełnie prawidłowe. Dowiedziono, że zęby już w swoim pęcherzyku zębowym zmianom tym ulegają. Twierdzenie, że zmiany te powstają z powodu płonicy, odry, ospy, duru, róży, wogóle chorób zakaźnych, nie wydaje się być słusznem, o ile choroby te powstają u dzieci wtenczas, kiedy korony zębów są zupełnie wykształcone. Obecnie odnosi się przyczynę ~~powstawania~~ nadżerek głównie do syfilisu, drgawek i

stanów gorączkowych u matki. Czy syfilis dziedziczny jest rzeczywiście powodem nadżerek, trudno rozstrzygnąć, gdyż zdarza się brak ich u dzieci z wybitnymi objawami dziedzicznego syfilisu. Według Fourniera najczęściej zmianą tą są dotknięte pierwsze stale zęby trzonowe, rzadziej sieczne, a najrzadziej kły. Na kłach spostrzegamy nadżerki na krawędziach, tak samo na zębach siecznych, chociaż ich powierzchnie wargowe często są również nadżerkami pokryte. Charakterystyczne są zmiany na zębach trzonowych; dotyczą one powierzchni gryzącej przy prawidłowem trzonie korony zęba. Wedle Leea, Moona¹⁸⁾, Buscha, leczenie rtęcią ma wywoływać nadżerki; tak więc tam, gdzie nadżerki spostrzegamy, winniśmy podejrzewać kiłę, drgawki, choroby zakaźne dzieci i matek, krzywicę, a w końcu zatrucie rtęcią.

Choroby zakaźne, plonica, cdra, ospa, grypa, róża, dur wywołują w jamie ustnej zmiany pod postacią zapaleń okostnej, samoistnie częstokroć występujące. Zmiany te są tem charakterystyczne, że tworzą się bez przyczyny ponad zupełnie zdrowymi, lub ponad dawno pombowanymi zębami. W rzędzie chorób zakaźnych syfilis odgrywa ze względu na zęby ważną rolę. Wpływ syfilisu dziedzicznego, prócz nadżerek, o których mówiliśmy, może wywoływać, jak niektórzy autorowie twierdzą, zmiany w kształcie (półksiężycowate rowki na wolnym brzegu siekaczy, niewłaściwie zwane zęby Hutchinsona), wielkości i odporności zębów. Syfilis nabyty wywołuje zmiany w zębach o tyle, o ile wywołuje je leczenie rtęciowe. Osoby, dotknięte gruźlicą dziedziczną, odznaczają się zazwyczaj dużymi, efektywnie białoniebieskimi zębami, których zębina jest nadzwyczaj krucha i skłonna do powstawania próchnicy. W odróżnieniu od próchnicy, wywołanej przez le-

18 M'o o n: Des érosions dues au traitement mercuriel (Progres dentaire 1879),

ezenie ręcą, tworzą się tu jamki próchnicze zwykle pomiędzy zębami. Próchnica postępuje u gruźliczych szybko, a zębina od samych początków jest nadzwyczaj wrażliwą i bolesną. Zapalenia okostnej na tle gruźliczem, prowadzące do głębszych zmian w szczęcie, nie należą bynajmniej do rzadkości. Po za tym szeregiem chorób zakaźnych spostrzegano zmiany w przebiegu dny, które opisali *Dyce Deekworth*¹⁹⁾ w Londynie i *Etcheparaborda*²⁰⁾ w Buenos-Ayres. Zmiany te dotyczą nadzwyczajnej grubości szkliwa, które w późniejszych okresach choroby się ściera, jak to opisuje *Saundby*²¹⁾ i prawie nie z poza dziąsła nie wystaje. Znana jest rzecz, że w przebiegu moczówki cukrowej zęby wypadają wskutek zwióteżenia i zmian zapalnych w dziąsłach, a nadto próchnieją nadzwyczaj szybko. Próchnięć tę tłómaczą wytwarzaniem się kwasu mlecznego w przebiegu spraw kiśnienia w jamie ustnej. Sprawy te opisał *Marchal de Calvi*²²⁾ i *Magitot*²³⁾, którzy również zwracają uwagę na powstawanie zapalenia okostnej w przebiegu moczówki cukrowej. Krzywica okazuje już i w drobnowidzowej budowie zębów wybitne zmiany pod postacią szerokich kanalików zębowych, pryzmatów szkliwa nieściśle wytworzonych i t. d., a nadto wywołuje zaburzenia, objawiające się nieprawidłowem ustawieniem zębów, niedokształceniem się koron zębowych, a w końcu nadżerkami, dla których stanowi może najważniejszy czynnik etyologiczny.

Czy i o ile rozmięczenie kości wpływa szkodliwie na zęby, dotąd nie zbadano; to jednak pewno, że chorzy na rozmięczenie kości utracają zęby zupełnie

19) *Dyce Dickworth* (Rosenthal).

20) *Etcheparaborda*: Comptes rendus du Congrès dentaire de Paris, 1889. Str. 229.

21) *Saundby*: British medical Journal of dental Sciences 1886.

22) *Marchal de Calvi*: Recherches sur les accidents diabetiques 1863.

zdrowe w następstwie zmian zapalnych w dziąsłach. Leblon, Krause twierdzą, że spostrzegali u takich chorych zęby chrząstkowato rozmiękle. Spostrzeżenia tego dotąd nie potwierdzono. Z chorób układu nerwowego wiad rdzenia (tabes) wywołuje zmiany, charakteryzujące się bezbolesnem wypadaniem zębów zdrowych jak również bezbolesnym przebiegiem próchnicy. W końcu wymienić musimy niedokrewność, blednicę, białaczkę, wogóle choroby krwi, które mogą również wywoływać zmiany, odznaczające się nadzwyczaj szybko postępującą próchnicą. Kto w szeregu lat praktyki dentystycznej miał częstszą sposobność plombować zęby dziewczętom, dotkniętym blednicą, ten przekonał się chyba dosadnie, jak mimo sumiennosci w plombowaniu i w wyszukiwaniu otworów próchnicznych już po krótkim czasie tworzą się nowe ogniska próchnicy. powszechnie przypisują tę łatwość próchnienia zębów środkiem leczniczym, t. j. przetworom żelaza, które jednak nie odgrywają w tym przypadku tak wybitnej roli, bo przecież żelazo nie wchodzi w związek chemiczny z wapnem zęba. Bezpośrednią przyczyną jest niedostateczna ilość, lub wadliwy stan krwi, a źle lub nieprawidłowo odżywiona tkanka zębowa jest podatnym gruntem dla powstawania próchnicy. Jeszcze o jednym stanie już nie chorobowym, ale fizyologicznym, nadmienić nam trzeba, a mianowicie o ciąży, która niszczy zęby bardzo prędko przez próchnicę. Pierwszy zwrócił na to uwagę Fauchard w roku 1722. Na jakiej drodze próchnica tu występuje, dotychczas nie jest rozstrzygnięte. Według Magitota ciąża wywołuje często zaburzenia żołądkowe, wymioty, więc kwas solny, zawarty w wymiocinach, może być tu przyczyną próchnicy zębów. Przeciwno temu tłómaczeniu przemawiałaby ta okoliczność, że spostrzegaliśmy już gwałtowne psucie się zębów mimo, iż wymioty wśród ciąży nigdy nie występowały. Musi tu być inna przyczyna, a kto wie, czy nią właśnie nie jest ten młody, tworzący się ustrój, potrzebujący znacznej ilości wa-

pna. I tak jak rozmięczenie kości występuje wśród ciąży, tak też i próchnica zębów łatwo może być z nią w związku.

4) Znamiona zwyrodnienia w zębach u obłąkanych, zbrodniarzy, prostytutek, karłów itd. Fizyczne znamiona zwyrodnienia spotyka się między innymi także i w zębach, t. j. w ich rozwoju, ustawieniu, kształcie i t. d. Już Bourneville zwrócił na to uwagę w r. 1863, że w wrodzonej tępocie umysłu (*idiotismus*) zachodzą, obok innych znamion zwyrodnienia, pewne właściwe tej postaci zmiany w zębach jakoto: późne i nieprawidłowe ich wyrzynanie się, mała odporność i skłonność do próchnicy, niedostosowanie się ich powierzchni, przewlekłe zapalenia i owrzodzenia dziąseł, a nadto wielkie rozmiary ust, wysokie, ostrolukowe wysklepienie podniebienia i śilne ślinienie. Spostrzeżenie Bournevilla jest o tyle słuszne, o ile wyliczone przezeń zmiany w istocie bardzo często zdarzają u idiotów; atoli z drugiej strony nie można w zmianach tych dopatrywać się znamion, rozpoznawczo ważnych dla wrodzonej tępoty umysłowej, albowiem spotkać je można także i to weale nierzadko u osób o wysokim stopniu wykształcenia. Talbot²⁴⁾ spotykał je bardzo często u ludności anglosaskiej i uważa za ich przyczynę zbytne zmieszanie ras.

U matolków (*cretinismus*) zauważano wielkie i niekształtne zęby, oraz częsty brak zębów mądrości. Przy małogłowi, wodogłowi i t. d. zdarzają się również często wadliwości w rozwoju zębów. Alicya Sollier²⁵⁾ znalazły wady uzębienia u 91 na 100 idiotów: przedstawiały się te wady 13 razy jako przedwczesne zęb-

23) *Magitot*: Memoire sur la valeur diagnostique dans le diabete sucre de la periostite alvéole-dentaire. (Academie de medecine 1882).

24) *Die Ätiologie der Missbildungen des Schädels, der Kiefer und Zähne*. Chicago, 1894.

25) *L'état de la dentition* i t. d. (Progres medical, 1888).

kowanie; w $\frac{1}{6}$ części tych przypadków, jako spóźnione ząbkowanie; w 14% było uzębienie drobne (*mikrodontiasis*), w 11% — wielkie (*makrodontiasis*), w 53% wadliwe ukształtowanie zębów, w 34% wadliwe ich ustawienie. Prawidłowe uzębienie napotkała tylko 11 razy.

Badania nasze, przedsięwzięte u kilku idiotów, przekonały nas o istnieniu pewnych zmian w zębach, zwłaszcza we wzajemnem ich zestawieniu. U trzech badanych przez nas idiotów (wysokiego stopnia) istniał tyłożgryz, t. j. zęby szczęki dolnej wystawały przed zęby szczęki górnej; u jednego z nich występowały kły górne z szeregu reszty zębów, między nimi zaś, a bocznymi górnymi siekaczami, były luki, w które przy zwarciu szczęki wchodziły kły dolne; zarazem siekacze dolne były rzadko ustawione, ku przodowi wychylone i miały swą sieczną krawędź wypukło łukowatą. Z powodu nieprawidłowego zgryzu posiadały przednie ściany górnych siekaczy środkowych starcia (uzury) wytworzone przez przeciwległe im siekacze dolne. U innego spotkaliśmy na krawędziach klów siecznych i siekaczy górnych wybitne wręby (erozye). Uzębienie badanych przez nas idiotów w wieku między 16 a 26 lat było względnie dobrze zachowane, u jednego tylko z nich, t. j. wzmiankowanego już poprzednio, który ustawicznie pokarmy przeżuwał, było ono niemal doszczętnie zniszczone przez kwas solny żołądka, domieszany do pokarmów zwracanych w celu przeżucia kęsów pokarmowych. U 200 obłąkanych napotkał Richter²⁶⁾ wystawanie siekaczy i klów z rzędu szczęk, i to częściej w dolnej szczęce, niż w górnej. Z innych wad spytykał zbożenia zgryzu, nadliczbowe zęby, ich braki wrodzone itd. U 30-tu dotkniętych

26) Bildungsanormalien bei Geisteskranken. (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1881. T. 38).

27) Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte von Lombroso und Ferrero. Hamburg 1897, str. 287.

niedowładem postępującym znalazł tylko dwa razy wady uzębienia. Wszystkie te dotychczasowe badania opierają się jeszcze na małym stosunkowo materiale i dlatego znaczenie ich jest jeszcze podrzędne. Podobnie jak u idiotów i matolek, tak i u prostytutek mają się często zdarzać zmiany zwyrodnienia w zębach. Według Lombrosa²⁷⁾ zdarzają się wogóle nieprawidłowości zębowe u 0.5% prawidłowych kobiet, u 5.1% prostitutek, a u 10.8% zbrodniarek.

Z antropologicznych badań Tarnowskiej²⁸⁾ wynika, że prostytutki nieprzygodne, lecz oddające się swemu zawodowi od wczesnej młodości, są dotknięte cielesnymi i psychicznymi znamionami zwyrodnienia wskutek niedokładnego rozwoju. U 150 przez siebie badanych prostitutek znalazła Tarnowska zniekształcenia zębów w 54%, a to 62 razy wadliwe ustawienie zębów, 19 razy tak zwane zęby Hutchinsona lub Parrota (wręby czyli erozye półksiężycowate na wolnej krawędzi siekaczy, jako dowody były dziedzicznej, czemu Magitot stanowczo się sprzeciwia) i 10 razy wrodzony brak górnych siekaczy bocznych. Wyniki tych badań Tarnowskiej potwierdzili Talbot, Lombroso, Andronico i Reeklinghausen. U 15 przez nas w tym kierunku badanych prostitutek zauważyliśmy przedewszystkiem u wszystkich znaczne zniszczenie zębów przez próchnicę, nadto zaś na zębach siecznych u 5-ciu wręby (erozye); innych zmian u tej zresztą małej liczby badanych nie spotkaliśmy.

U zbrodniarzy spotykano liczne nieprawidłowości zębowe. I tak Lombroso²⁹⁾ zauważył u 4% morderców nadmiernie silny rozwój kłów, u 44% morderców (a 11.7% zbrodniarzy) luki (*diastema*) między kła-

28) Étude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses. Paryż, 1899.

29) Der Verbrecher. Hamburg 1887 i Kurella: Naturgeschichte des Verbrechers. Stuttgart, 1893.

mi górnymi a bocznymi siekaczami górnymi, w które podobnie jak u zwierząt, zwłaszcza zaś orangutana, wnikają kły dolne, rzadkie u prawidłowych ludzi (gęste) ustawienie zębów, nadmiernie silny rozwój środkowych siekaczy górnych obok zaniku częściowego lub wrodzonego braku bocznych siekaczy górnych. Zupełny brak bocznych siekaczy górnych zauważono dotąd u 2·1% zbrodniarzy. Nieregularne ustawienie zębów spotykano częściej u zbrodniarek, niż zbrodniarzy, najczęściej u prostytutek (41%). Zwykle łączy się z niem obecność wąskiego a wysokiego podniebienia twardego. Odnosne badania, które Paltau³⁰⁾ podjął w wiedeńskim Zakładzie sądowo-lekarskim co do uzębienia 30 czaszek głóśnych morderców, wykazały w 8-miu wystające i silne siekacze, w 5-ciu takieżsame kły, w 3 brak zębów mądrości mimo wieku, w 2 powstrzymanie rozwoju zębów, w 5-ciu sterczenie zębów ku przodowi (prognatyzm), w 2 zęby małe. Uzębienie głóśnego mordercy sług Hugona Sehenka było miarowem i pięknem! Minowici oświadczył w swym wykładzie na Zjeździe 1886 r. w Wiedniu, że daremnie śledził u zbrodniarzy za opisanemi przez Lombrosę zbozczeniami czaszki i że u 7217 zbrodniarzy spotykał jeszcze najczęściej prognatyzm i wady rozwojowe zębów (14%). W ostatnich czasach mieliśmy sposobność badać uzębienie trzech podpalaczy, jednego kilkakrotnego mordercy i nałogowego złodzieja, wreszcie jednego 50-letniego kazirodey, który wielokrotnie gwałcił i hańbił swą 13-letnią córkę. U podpalaczy nie stwierdziliśmy żadnych uderzających zbozczeń uzębienia, u rzeczzonego kazirodey, dotkniętego niedołęztwem umysłu z porażeniami, istniały zgryz prostopadły, czyli nagryzający, przechodzący w przodozgryz i starcie klów tak, iż na modelu gipsowym niepodobna było ich odróżnić od siekaczy. U wzmiankowanego mordercy, liczącego lat 28,

30) *L. c.* str. 435.

który się przyznał do dwu morderstw, trzech innych zaś zarzucanych mu się zapierał, u którego nie dało się stwierdzić znamion obłąkania moralnego, a ze znamion zwyrodnienia istniały pewne wadliwości w ukształtowaniu małżowin usznych (wywinięcie obwodu ucha) i przepuklina wolna pachwinowa, stwierdziliśmy rzadsze ustawienie zębów w szczęce górnej, wrodzony brak górnego siekacza lewego bocznego obok wstrzymanego rozwoju takiegoż siekacza prawego, brak prawego górnego zęba mądrości i silny rozwój górnych siekaczy środkowych. U 40-letniego nałogowego pijaka, dotkniętego przytępieniem umysłu, który dopuścił się morderstwa z lubieżności³¹⁾, jeden z nas zauważył rzadkie ustawienie zębów i powstrzymany rozwój bocznych siekaczy górnych.

Wszystkim tym zbożeniom w uzębieniu nie można, podobnie jak i wadom utworowym reszty ustroju, przypisywać znaczenia tego, jakie do ich obecności przywiązuje Lombroso. Nie stanowią one wcale dowodu, że posiadający je jest urodzonym zbrodniarzem (Manouvrier, Tarde, Brouardel), lecz wskazują tylko na nieprawidłowy rozwój jednostki, która niekoniernie musi być zbrodniczą.

Zęby karłów przedstawiają nieraz tak znaczne zbożenia, że mogą one zaawey sądowemu utrudnić oznaczenie wieku. Uzębienie karłów raz zbliża się do uzębienia dzieci, raz znowu do uzębienia dorosłych. Jeżeli się zważy, że przy uzębieniu pozornie dziecinnem mogą się znaleźć zęby mądrości, to ich obecność przy zresztą pozornie dziecinnem uzębieniu może łatwo wprowadzić znawcę w kłopot przy oznaczeniu wieku. Wedle Paltaufa³²⁾ rozwój zębów u karłów pozostaje w rażącej sprzeczności z ich wzrostem. Raz są one

31) Wachbolz: O morderstwie z lubieżności. („Przegląd lekarski“, 1900).

32) Ueber den Zwergwuchs i t. d. Wien, 1891.

dobrze wykształcone, z wyjątkiem zębów mądrości, których rozwój bywa zwykle powstrzymany; innym znowu razem są niezupełne i wadliwe. Bardzo często mają one nieznacznie starte krawędzie sieczne mimo późnego wieku karła, a to dlatego, że zęby stałe bardzo późno się wyrzęły. Tak n. p. karzeł Schaffhauseua dopiero w 22-gim roku swego życia utracił zęby mleczne; karzeł Hisa³³⁾ miał jeszcze w 58-ym roku swego życia częściowo zachowane uzębienie mleczne, a odpowiednie temu zęby stałe były jeszcze w szereg ukryte; karzeł Magitota, mimo lat 14 życia, miał 7 zębów (3 kły i 4 trzonowe) mlecznych, a 8 stałych (1 sieczny, 1 dolny kieł, 1 dwuguzikowy górny, 5 trzonowych); karzeł Paltaufa, lat 49 liczący, pochodzący z Andryehowa w Galicyi, 112·5 ctm. wzrostu mający, miał 28 zębów stałych, dobrze zachowanych i mało startych; dwa górne zęby mądrości, dopełniające liczbę poprzednich do 30, były w rozwoju silnie powstrzymane; także dwa dolne nie rozwinęły się wcale, albowiem drugie dolne zęby trzonowe tkwiły z powodu małych rozmiarów żuchwy w jej wstępującem ramieniu. Uzębienie karła, badanego przez Paltaufa, dowodziło, że niezawsze zęby karłów są mało odporne i nietrwałe. Uzębienie trzech szkieletów karlich ze zbiorów tutejszego Zakładu anatomo-patologicznego nie przedstawiało uderzających zboczeń. Szkielet męski 128 ctm. długi (wiek 24 lat) okazywał zęby, prócz braku jednego go. trzonowego i jednego środkowego górnego siecznego po wyrwaniu, zresztą dobrze zachowane bez jakiegokolwiek wadliwości. Kościec ten był tem uderzający, że kość czołowa składała się z dwóch połów, połączonych dobrze zachowanym szwem czołowym. Kościec krzywieży kobiecy, 115 ctm. długi, okazywał dobrze zachowane zęby stałe, opatrzone licznymi wrębami (erozjami); boczne górne siekacze były w rozwoju powstrzymane, niedokształcone, waleczkowate. Kościec 105

33) *Ibidem.*

etm. długi, 36 letniej karlicy krzywicznej z czaszką hidrocefaliczną, przedstawiał pod każdym względem prawidłowe uzębienie.

U ludzi z wrostem nadmiernym (olbrzymów) spotykali Lange i Schaffhausen prawidłowe uzębienie. Natomiast u osób, dotkniętych nadmiernem owłosieniem całego ciała, jak np. u pokazującego się w pannotkach Stefana Bibrowskiego³⁴), syna wieśniaka z Grójca pod Warszawą, zachodzi wrodzony prawie zupełny lub częściowy (w górnej szczękę u Jewtichjewa, zwanego rosyjskim psim człowiekiem i jego syna, oraz u głośnej Julii Pastrany) brak zębów. W przypadkach infantylnizmu, jako zwykle połączonego z innymi wadami utworowymi, mianowicie z matołectwem, idyotyzmem, karłowatością (nanosomia), gigantyzmem lub z takimi chorobami, jak obrzęk śluzakowy, krzywica akromegalia i t. d. znajdują się również zmiany i wady w uzębieniu, którym atoli dotąd nie poświęcono jeszcze szczegółowej uwagi; zmiany te zresztą będą niejednokrotnie zależne od wymienionych powikłań infantylnizmu.

5) Fizyologiczne i patologiczne właściwości zębów ułatwiają stwierdzenie tożsamości jeżeli były znane osobom z otoczenia człowieka, którego tożsamość ma być stwierdzoną. Do fizyologicznych właściwości zaliczają się niezwykle zabarwienia zębów, nadmierna ich wielkość, długość lub szerokość, gęste lub rzadkie, t. j. posiadające luki (*diastema*) uzębienie, nierównomierność rozwoju zębów, np. silne i wielkie kły przy małych siekaczach, wadliwość ustawienia, zębów; np. skośne, ku jamie ustnej lub ku zewnątrz, t. j. ku przodowi pochylenie wszystkich lub kilku zębów i t. d.

Do patologicznych właściwości zaliczają się wrodzone braki w uzębieniu, zęby zrośnięte, nadliczbwe,

34) Neugebauer. Kilka słów o mężczyźnie uwłosionym u kobiet. (*Gazeta Lekarska* 1897).

powstrzymane w rozwoju, przesunięte, n. p. obecność dwuguzikowego zęba między siekaczem a kłem, wrzeczko podwójne uszeregowanie zębów i t. d.

6) Sztuczne uzębienia oraz sztuczne wypełnianie zębów, nadniszczonych próchnicą itd. ułatwiają, względnie umożliwiają strwierdzenie tożsamości osoby, nawet wówczas, gdy czynności tej dokonuje znawca na zwłokach zwęglonych lub późnemi przemianami pośmiertnemi (guicie) dotkniętych.

Zęby osadzone na płycie kauczukowej utrzymują się w ustach siłą przyssania się płytki do podniebienia za pomocą odpowiednich zagłębień w płycie. Tylony brzeg takiej płytki wytwarza na podniebieniu brózdę już w 2—3 dni po używaniu płytki; brózda ta, podobnie jak i odbicia zagłębień płytki, jako powierzchnie, nikuń szybko. Gdy błona śluzowa podniebienia jest bardzo wrażliwą, lub gdy płyta nieszczelnie przylega, a wskutek tego pokarmy pod nią podchodzą i tu się rozkładają, przyjsć może do zapalenia błony śluzowej, do owrzodzeń i ziarniny. Gdy płyta kauczukowa z zębami sztucznymi jest długo używaną, okazuje starcia w miejscach styecznych z zębami przeciwnymi, gdy nadto nie była należycie czyszczona, porasta kamieniem ze śliny, a u palaczy nadto czarnym osadem dymu tytoniowego. Podobne zmiany w ustach spotyka się po protezach, w których zęby były osadzone na obecnie już zarzuconej w praktyce celuloidynie. Zęby sztuczne mogą być także osadzone za pomocą klamer złotych lub platynowych, założonych na zachowanych zębach naturalnych. Klamry te ścierają się z czasem przez częste zdejmowanie ich i nakładanie, a nadto ścierają także i zęby naturalne, na których się opierają i stają się powodem ich próchnicy. Osady zębów sztucznych mogą być sporządzone także z metali, np. ze złota, platyny, glinu, bronzu glinowego, nikieliny, oraz z mieszaniny platyny, srebra i niklu. Najwięcej używane jest do osad złoto. Z wyrobów meta-

lowych używa się robót płytowych, mostkowych, koronowych, sztyftowych i ich wzajemnych kombinacji. Płytki metalowe, jako osada zębów sztucznych, wywołują w ustach zmiany podobne, jak i płyty kauczukowe. Osadzenie zębów sztucznych między dwoma zębami naturalnymi lub ich korzeniami, bez płyty podniebiennej, zwie się robotą mostkową, na korzeniach naturalnych umocowuje się zęby sztuczne za pomocą sztyftów, na zachowanych zaś zębach za pomocą kapsli, pokrywającej koronę zęba. Mostki mogą być stale zacementowane na swoich osadach i te nie dają się zdjąć, albo też są osadzone za pomocą klamer lub śrub do zdejmowania.

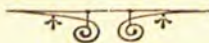
Zmiany naturalnych i sztucznych zębów pod wpływem wysokiej ciepłoty i ognia, oraz badanie zębów luźnych,

Nieszczęśliwe wypadki pożarów dały sposobność ścisłej obserwacji zachowania się zębów wobec ognia i stwierdziły, jak ważną ogrywają rolę w tym wypadku zęby w stosunku do rozpoznawania tożsamości osoby. Pożar Ring-teatru w Wiedniu 1881 roku, Opery komiecznej w Paryżu 1887 r., a wreszcie znany powszechnie pożar „bazaru dobroczynnego“ r. 1898 w Paryżu, dały dostateczny dowód, że bez pomocy dentystów stwierdzenie tożsamości tylu osób byłoby rzeczą wprost niemożliwą. Znajomość tedy następstw zmian, wywołanych w zębach, przez wysoką ciepłotę jest ważną, aby ewentualne rozpoznanie i orzeczenie było trafne i z prawdą zgodne. Szkliwo zęba, jako istota nadzwyczaj twarda, bo dopiero wedle skali twardości kamieni 9-tym stopniem zarysować się dająca, rysuje się i pęka pod wpływem ognia, który je nierównomiernie ogrzewa. To rysowanie się i pryskanie szkliwa widzi się nieraz przy nieogłędnem przypalaniu dziąsła żegadłem Pacquelina, przedsiębranem z powodu przerostowego zapalenia dziąseł. Platynowe żegadło, rozpalone do czerwoności, wywołuje zaraz, gdy się dotknie w jednym miejscu szkli-

wa choćby na małą chwilę, pęknięcie powierzchowne przebiegające w kierunku osi zęba. Tożsamość powstać może pod wpływem pokarmów gorących i zimnych, wkrótce i naprzemian po sobie przyjętych. Pojawienie tych zmian zależy od wysokości ciepłoty i czasu, przez który działała ona na ząb. Są zajęcia, przy których wydarzają się one częściej: eukiernicy, probujący gorący lukier, mają często szkliwo zębów popękane. Te zmiany pod wpływem wysokiej ciepłoty, które spostrzega się za życia, są powierzchowne; nie mają też one sądowolekarskiego znaczenia. Daleko donioślejsze są zmiany, stwierdzone na zwłokach ludzi, którzy zginęli w ogniu. I tu jakość tych zmian zależną będzie od wysokości ciepłoty i od warunków w jakich ona na zęby zadziałała.

Zęby przykryte od strony koron częściami miękkimi, od strony korzeni kością szczęki, są poniekąd dobrze osłonięte w porównaniu z innymi narządami. Dlatego śmiało można powiedzieć, że są może ostatnią częścią, ginącą w zupełnie spopielałych zwłokach, a w popiele krematoryów można jeszcze rozpoznać i odnaleźć tylko szczątki zwęglonych zębów i kawałki szkliwa. Takiej ciepłoty, jaka jest w krematoryach, niema w budynkach płonących. Wypadki pożarów są zresztą jasnym tego dowodem. Zazwyczaj przychodzi do zwęglenia zwłok, a chociaż ono jest tak znaczne, że części zwęglone się rozpadają, to jednak zostaje jeszcze możliwość ewentualnego rozpoznania tożsamości osoby. I właśnie tam, gdzie ogień wszystkie cechy charakterystyczne człowieka bezpowrotnie niszczy, częściowo bodaj zachowane zęby umożliwiają rozpoznanie tożsamości zwłok.

(Dok. n.)





III-ci Zjazd Przyrodników i Lekarzy Czeskich w Pradze

(25 do 29 Maja)

Sekeya Stomatologiczna

(napisał Dr. Cyryl Zboril).

Czcigodny Panie Redaktorze!

Czyniąc zadość Waszemu życzeniu co do sprawozdania z odbytego zjazdu, specjalnie zaś z prac sekeyi stomatologicznej, nie mogę się powstrzymać od cierpkiej uwagi nad tem, że nie było nam dane w sekeyi stomatologicznej powitać słowian, szczególnie zaś najbliższych nam braci polaków. Było to tem więcej przykre dla nas, że w sprawozdaniach ze zjazdów niemieckich nie rzadko spotykamy nazwiska wybitnych specjalistów słowiańskich, biorących udział w obradach tych zjazdów *). Jakkolwiek różne mogą być przyczyny tego smutnego objawu, po części jesteśmy temu winni

*) Najgłówniejszą przyczyną nieobecności polaków w sekeyi stomatologicznej ubiegłego Zjazdu Czeskich Przyrodników i Lekarzy był niewątpliwie nadzwyczaj niedogodny dla nas termin zjazdu. Gdyby zjazd był w końcu Lipca lub początkach Sierpnia dentyści polscy przyjęliby niewątpliwie liczny udział w zjeździe.

(Przyp. Red.).

my sami, dentyści i stomatologowie czesey. Po pierwsze nie byliśmy też lepszymi, bo nie braliśmy udziału w dentystrycznej sekcji lekarzy i przyrodników polskich (acz namawiałem do tego prezydium praskiego towarzystwa) po drugie winniśmy sami jeszcze i dlatego, że dotychczas stomatologowie czesey bardzo mało dawali znać o sobie; w obec tego gościom z dalszych stron droga do Pragi wydawała się niezbyt interesującą. W ogóle ze stron dalszych gości mieliśmy nie wiele; przedstawicielami bratniej wiedzy słowiańskiej byli przedewszystkiem oficjalni delegaci, wysłani przez towarzystwa i instytucje naukowe. W kołach tych zaproszenie czeskich lekarzy znalazło przyjęcie przychylne, jak o tem świadczy poważna lista delegatów, obecnych na III-cim zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich.

I tak: przedstawicielami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego byli: Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, dziekan, Prof. Dr. K. Kostanecki, Prof. Dr. L. Wachholz; Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego Prof. Dr. K. Kostanecki, Dr. Aug. Kwaśnicki, Prof. Dr. St. Ciecchanowski; Krakowskiej Izby Lekarskiej: Prof. Dr. Łazarzski; Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego: Prof. Dr. Ant. Gluziński, Dr. Józef Krzyżkowski. Z innych krajów słowiańskich przybyli jako delegaci: Dr. Edward Slajmer z Lublany, Dr. Jovan Daniez i Dr. Svetozar Atanasiewicz z Białogrodu, Dr. Eugeniusz Ozarkiewicz ze Lwowa, Dr. Cackowicz z Zagrzebia, Dr. Aleksy Łazurski z Petersburga, Dr. Jan Żupanow z Sofii. Liczny udział polaków spotkał się z powszechnem uznaniem. Wyrazem tego uznania był wybór trzech polaków, mianowicie profesorów Rydygiera, Wicherkiewicza i Kostaneckiego na honorowych prezesów Zjazdu. Piękne przemówienie prof. Kostaneckiego, który w imieniu swych rodaków życzył „Szczęść Boże” Zjazdowi powitane było rześnistymi oklaskami.

Na scenie naszego „*Narodniho Divadla*” widywaliśmy nie raz gości słowiańskich, lecz dotychczas tylko

przedstawiciele muzy dramatycznej lub powiewne córy Terpsychory. Uroczyste to były i niezapomniane chwile, gdy na scenie tej ujrzeliśmy przedstawiciele ścisłej wiedzy, przybyłych z pobratymczych krajów słowiańskich złożyć hold wiedzy czeskiej, występującej zbiorowo po raz trzeci po 18-sto letniej przerwie, a pierwszy raz po urządzeniu czeskiej wszechnicy Karola Ferdynanda.

Jako czechowi i uczestnikowi zjazdu nie przystoi mi wnioskować o wartości prac, przedstawionych na zjeździe. Myślę jednak, że jeżeli z 1061 uczestników 360 wystąpiło z odczytami, to liczba ta jest chyba dostatecznym dowodem tego, że naród czeski zasłużył sobie na własne uniwersytety; może nareszcie ta manifestacya naukowa zamknie usta tym hałaśliwym krzykaczom niemieckim, którzy, ziejąc nienawiścią do wszystkiego co słowiańskie, zaprzeczają uporeczywie nie tylko czechom ale i innym narodom słowiańskim prawa do wyższej nauki i współdziałania w rozwoju wiedzy wszechświatowej.

Sekeya dentystyczna, choć pierwszy raz dopiero na tym zjeździe ustanowioną była, pochlubić się może całym szeregiem odczytów teoretycznych oraz praktycznych pokazów i pod żadnym względem nie ustępowała innym sekeyom, oddawna już na zjazdach mającym prawo obywatelstwa. Odczyty i demonstracye naszej sekeyi, o ile mi się zdaje, nieustępują w niczem nie tylko pracom zjazdów większych narodów ale nawet pracom zjazdów międzynarodowych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że był to pierwszy występ czeskiej szkoły dentystycznej, czeskiego grona stomatologów, grupującego się w Towarzystwie Czeskich Dentystów w Pradze (Spolek Ceskych Zubnich Lekarou v Praze) a mającego dopiero od dwóch lat swój skromny organ w „*Zubním lékařství*”, to możemy spokojnie patrzeć w przyszłość i nie bać się o rozwój czeskiej dentystyki. Możemy się również cieszyć i tą nadzieją, że na przyszłym

zjeździe powitamy w swym gronie przedstawicieli polskich stomatologów i dentystów, że będziemy się mogli podzielić z nimi swym doświadczeniem a i od nich też wiele się nauczyć. Jestem przekonany, że my słowianie nieustępujemy obcym w specjalności naszej. Świadczy o tem wysokie stanowisko, jakie w wiedzy dentystycznej zajmują nasi uczeni, u was *Doc. Dr. Ęepkowski*, u nas *Prof. Dr. Nessel* i *Doc. Dr. Bastyr*. Gdy więcęj to sobie uświadomimy i będziemy stosownie do tego postępować, to i w praktyce zajmiemy miejsce nam przynależne i należycie szanowane. Oto są uwagi ogólne, które nasuwają mi się na myśl co do naszej specjalności, gdy wspomnę sobie zjazd czeskich lekarzy i przyrodników.

Sekeya stomatologiczna odbywała swe posiedzenia przy udziale 50 uczestników w pomieszczeniach polikliniki uniwersyteckiej. Przewodniczącym był *prof. Nessel*, zastępcą przewodniczącego *Dr. K. Wachsman*, sekretarzami *Dr. Żiżka* i *Jesenski*, wszyscy z Pragi.

Posiedzeń sekeyi było trzy, których jedno było poświęcone demonstracyom praktycznym, dwa zaś odczytom i komunikatom. Jedno popołudnie poświęcone było rozprawom nad stanowiskiem czeskigo lekarza w społeczeństwie. Na posiedzeniu tem *Dr. Masak* z Pragi mówił też o partactwie, które u nas, podobnie jak i w innych krajach, kwitnie bez żadnych przeszkód ze strony władz rządowych.

Szereg odczytów zagaił *prof. Dr. Nessel* dłuższym odczytem o „*Budowie ludzkiej szczęki, wpływie żucia na rozwój szczęk i ustawienie zębów, o wpływie przedwczesnej ekstrakcyi na szeregi zębowe i o zmianach w kościach szczękowych po wyjęciu zębów*. W odczycie tym omówił *prof. Nessel* najpierw znaczenie pełnego uzębienia normalnego, wskazując przytem na rolę, jaką odgrywają w górnej szczęce pierwsze duże trzonowe:

polieczkowe korzenie tych zębów tworzą podstawę wyrostka jarzmowego (*proc. zygomaticus*), językowy zaś ich korzeń podtrzymuje sklepienie podniebienne.

Górne pierwsze trzonowe opierają się na pierwszych dolnych; wyjęcie ostatnich burzy równowagę budowy szczęki i odpowiednia połowa twarzy ulega spłaszczeniu.

Po wyjęciu pierwszego molara górnego następuje również spłaszczenie w okolicy podstawy wyrostka jarzmowego; zmniejsza się łuk wypukłości wyrostka, twarz ulega skróceniu w wymiarze pionowym. Po wyjęciu obu pierwszych molarów, górnego i dolnego, zmiany oblicza w tym kierunku będą jeszcze większe. I oko wyda się na tej stronie poniekąd niższonem przy prostem trzymaniu twarzy.

W rozdziale drugim wykladał prof. Nessel o działaniu mięśni żwaczy, które przyczepiając się do jednej i drugiej szczęki przyczyniają się do wzajemnego oddziaływania szczęk na siebie.

Podstawą kości jarzmowej jest wyrostek jarzmowy kości górnej szczęki, a wpływ, jaki kurczenie się mięśni żwaczy wywiera na szczękę górną, zgodny jest z prawami fizycznymi. Biorąc na uwagę obie strony, są żwacze skośnymi bokami trapezu, którego dłuższy bok równoległy łączy przyczepy tych mięśni na kości jarzmowej, krótszy zaś bok równoległy łączy żuchowe ich przyczepy. Wiadomo że wszystkie kości podatne są na wpływ skurczów mięśniowych; wpływ jest tem większy, gdy kostnienie nie postępuje równomiernie z rozwojem mięśni; wpływ mięśni nabywa wtedy pewnej przewagi i owłada kształtowaniem się kości. Wobec tego energiczniejsza czynność mięśni na jednej stronie spowodować może mały stopień asymetrii twarzy, widoczny zwłaszcza przy wadliwym, odbiegającym od doskonałego typu normalnego, uzębieniu. Wpływ mięśni daje się zauważyć zwłaszcza na górnej szczęce. Wpływ żwaczy przenosi się tu za pośrednictwem wyrostka

jarzmowego szeregówki górnej aż na wyrostek zębodołowy, wskutek czego ostatni ulega ścisnięciu i powstaje znany obraz rachitycznej górnej szeregówki, ścisniętej z obu stron. Wyjęcie zębów psuje jeszcze gorzej takie szeregówki, zniekształcone już z powodu krzywicy.

Korzenie, pozostałe po złamaniu zębów, przeszkadzają zmniejszeniu łuków zębodołowych, o czem trzeba pamiętać, nie przeszkadzają jednak zbyt blizkiemu zwieraniu się szeregówek.

O pomyślnem wpływie ekstrakcyi zębów na ukształtowanie się szeregówek zębowych wskutek zyskania miejsca obiecuje prof. Nessel pomówić później.

W trzeciej części swego odczytu mówi prof. Nessel o wpływie ekstrakcyi zębów bocznych na ustawienie się zębów odśrodkowe za wyjątemi położonych i zwraca przy tem uwagę na tę znaną okoliczność, że wyjęcie pewnych zębów ułatwia i przyspiesza wyrzynanie się zębów sąsiednich. Jednocześnie wskazuje na to, że próchnica zębów mlecznych ułatwia wyrzynanie mniej niż ekstrakcyja; co do nieprawidłowych pozycyi małych trzonowych, to są one skutkiem nadmiaru miejsca, zyskanego przez wyjęcie pierwszego stałego trzonowego i spróchnienie lub wyjęcie mlecznego molara. Molary mleczne sę niejako przewodnikami dwuguzikowców, leżących przed wyrznięciem pomiędzy ich korzeniami. Pozbawione przewodników małe trzonowe podlegają przy wyrzynaniu tylko pędzącemu wpływowi swych miążg i ulegają zboczeniu. Strata mlecznych trzonowych i pierwszego stałego trzonowego ma też i ten skutek, że zatrzymuje wzrost małych trzonowych; a to dlatego, że szeregówki zbyt się do siebie zbliżają.

Co do skutków różnych przywar, zdarzających się u dzieci, to pokazał prof. Nessel kilka odnośnych odlewów gipsowych, ale bliżej się nad tą sprawą nie rozwoził.

W czwartym rozdziale prof. Nessel dowodzi, że przez działanie mięśni żwaczy ściąga się niepodparta

część górnej szczęki na dół, jednocześnie zaś zbliża się i dolna szczeka, przez co twarz w takich przypadkach skraca się w wymiarze pionowym, będąc w miejscu wyjętego zęba więcej płaską i zapadniętą; oprócz tego skraca się łuk dolnej szczęki. Na poparcie swego twierdzenia pokazuje prof. Nessel odpowiednie odlewy i jedną pacyentkę, jako też wiele zwyczajnych i stereoskopicznych fotografii, poczem przeszedł do wniosków, wynikających z jego badań. Wnioski te są: w dentyście, zarówno zachowawczej jak i operacyjnej, powinniśmy się zawsze rządzić zasadą zupełnej symetrii, aby przez nierównomierność rękoczynów po obu stronach nie uszkodzić symetrii twarzy. Rękoczyny powinny być przedsiębrane tylko w odpowiednich przypadkach i tak wykonane, żeby nie było wątpliwości o ich dobrych i trwałych skutkach. W zakończeniu swego odczytu zwraca prof. Nessel uwagę na ten fakt, że ludzie, dotknięci nawet małym stopniem nierównomierności twarzy, nie noszą zwykle głowy prosto, ale nachylają ją zwykle w stronę upośledzoną; nawet kapelusz, wskutek jakiegoś estetycznego popędu, nakładają tacy ludzie skośnie.

Co do nierównomierności twarzy, to trzeba mieć jeszcze i to na widoku, że asymetry i pewnych części twarzy nie można nigdy uważać za objaw jakiegoś zaburzenia nerwowego, dopóki się nie wyłączy szczękowego jej pochodzenia.

II. *Dr. Cyryl Zboril z Przerowa. O leczeniu przetok zębowych.* Według mowy dwa są powody, które go skłoniły do obrania tego tematu. Po pierwsze fakt ten, że szerokie koła lekarzy praktyków mają o tej chorobie, podobnie jak i o innych chorobach zębów, bardzo słabe pojęcie i nie zdają sobie sprawy ani ze stosunków anatomo-patologicznych ani też z postępów terapii, jakimi dentyści obecnie szczyścić się mogą. Tą tylko nieświadomością można sobie objaśnić to, że i dziś jeszcze chirurgowie, nawet niebylejacy, operują pod chloroformem przetoki zębowe gwoździ wyskrobania

domniemanego „caries'u” szczęki. Operacya ta zwykle skutku żadnego niema, gdy tymczasem specjalista przetokę taką wygoi w kilka dni i to z zachowaniem zęba.

Jednak i z punktu widzenia czysto specjalnego sprawa ta jest ważną; wielu specjalistów leczy jeszcze i dzisiaj przetoki, pochodzące od zębów, zwłaszcza otwierające się na skórze, zbyt radykalnie wyjęciem zęba, a przecie, rzecz można, w większości wypadków ekstrakcyja jest zbyteczna, gdyż przez leczenie kanałów korzeniowych można przetokę zagoić a ząb utrzymać, w dowód czego mówca może przedstawić liczne dowody ze swej praktyki.

Gwoli lepszemu wyświetleniu zasad, któremi rządzi się specjalista przy leczeniu tej sprawy, mówca uważa za pożyteczne omówić w kilku słowach stosunki anatomo-patologiczne, jakie przy tej chorobie panują. Przyczyną choroby w danym przypadku jest gnilny rozkład zawartości przewodów korzeniowych zęba: zawartość ta składa się bądź z resztek obumarłej miazgi, bądź z ropy. Gnilne masy wychodzą wciąż z zęba przez szczytowy otwór korzenia i wywołują ropienie bądź w zębodole (*abscessus intraalveolaris*) bądź pod okostną. Ropa, wytworzona w tych ropniach, toruje sobie drogę na zewnątrz najczęściej na dziąsło, wtedy tworzy się przetoka dziąsłowa; rzadziej ropa przedostaje się na zewnątrz drogą dłuższą, wtedy powstaje przetoka na skórze.

Ze skórnych przetok pochodzenia zębowego najczęściej spotyka się w praktyce przetoki na podbródku i te to przetoki bywają najczęstszą przyczyną pomyłek dyagnostycznych, które mówca miał sposobność 2 razy spostrześć w swej praktyce.

W pierwszym przypadku przetoka trwała lat 8, od 12—20 roku życia u młodego mężczyzny. 2 razy był ten człowiek operowany, raz pod chloroformem wy-skrobywano mu domniemaną próchnicę kości, ma się

rozumieć oba razy bez skutku. Wreszcie zgłosił się pacjent do Zborila, który otworzył mu komorę miazgową w dwu środkowych siekaczach dolnych. Miazgi były martwe i gnijące. Po przestrzyknięciu przetoki przez zęby i po zaplombowaniu gutaperką nastąpiło w 10 dni zagojenie, które trwa już przez pół roku.

Drugi przypadek dotyczył 14-sto letniej dziewczynki, która chorowała od lat 4. Lewa połowa brody była obrzękła i bywały często bóle w przednich zębach. Leczona była ta dziewczyna przez cały ten czas wstrzykiwaniami w przetokę nalewki jodowej, aż skierowano ją do Zborila. Znaleziono w lewej połowie brody podługowaty guz, twardy i elastyczny, mało bolesny. Rozpoznanie wahało się pomiędzy torbielą a ropniem wewnątrzzębodołowym (*abscessus intraalveolaris*).

Pojawiające się od czasu do czasu obostrzenia zdecydowały rozpoznanie ropnia. Pacjentka zgodziła się na operację, którą wykonano według sposobu Pärtscha. Znaleziono ropień wielkości jaja gołębiego. Jama ropnia wypełniła się prędko po operacji ziarniną, tak że w trzy tygodnie pozostała tylko mała przetoka, która ze względu na swój kierunek zdawała się być w związku ze środkowym lewym siekaczem (dolnym). Ząb ten nie był dekolorowany ani wrażliwy na gorąco. Po prześwidrowaniu zęba okazało się, że miazga była zgniła. Po przeczyszczeniu przewodu korzeniowego sposobem Callahana i zamknięciu czopkiem gutaperkowym przetoka zgoiła się w kilka dni. Mówca wspomniał jeszcze o kilku przypadkach przetok dziąsłowych bądź ostrych, bądź przewlekłych, aby dać dowód, że z chorobą tą walczyć możemy leczeniem zachowawczem, a nie tylko radykalnem t. j. wyjęciem zęba.

Wyliczywszy różne sposoby leczenia przetok pochodzenia zębowego, opisuje mówca sposób, który sam stosuje: przewody korzeniowe oczyszcza on sposobem Schreiera lub Callahana, przestrzykuje potem przetokę 5% wodą utlenioną i 1 raz lub kilka razy, stosownie do

czasu trwania przetoki, czystym kwasem karbolowym, wypełnia potem kanały pastą Millera, składającą się z równych części olejku gwoździkowego, tymolu i tlenku cynku; na to idzie czopek z gutaperki, do jamy zaś miazgi cement, na który kładzie się amalgamat—w zębach niewidocznych, złoto zaś lub cement w zębach przednich. Zebrane z praktyki spostrzeżenia przyprawdają mówcę do wniosku, że *nieudane* leczenie przetok zdarzają się przeważnie z dwu powodów: po pierwsze dla tego, że wielu operatorów nie stara się o dobry dostęp do kanałów, po drugie dla tego, że nie przestrzykują oni przetok płynami przeciwnilnymi, ustępując wązkim lub zapchanym wylotom kanałów. W każdym przypadku przetoki trzeba otworzyć *foramen apicale*, bądź za pomocą igły, bądź cienkiego świ-derka Beutelrocka.

Reasumując swe wywody przychodzi mówca do wniosku, że przednie zęby, wliczając w to i dwuguzikowce, można w *każdym przypadku* przetoki dziąsłowej lub skórnej wyleczyć bez ekstrakcyi. Co do zębów tylnych, to i od nich pochodzące przetoki można wyleczyć, jeżeli uda się osiągnąć drożność przewodów korzeniowych; jeżeli to się nie uda, to jako ostateczny środek pozostaje wyjęcie zębów lub korzeni, powodujących przetokę.

Wyniki leczenia zachowawczego pozwalają przypuszczać, że jedyną przyczyną, podtrzymującą ropienie w przetokach, jest tylko gnilna zawartość przewodów korzeniowych; tak zwana „*necrosis apicalis*” sama przez się ropienia nie podtrzymuje, ponieważ często widzieć można w ropniach, że korzeń z obnażonym wierzchołkiem (t. j. nekrozą apikalną), pokrywa się zdrową ziarniną i zabliźnia, jak tylko przewód korzeniowy się zdezynfekuje i odpowiednio wypełni.

(d. c. n.),



Dział Sprawozdawczy.

42. **A. Hugenschmidt. Plombowanie mieszaniną złota i cyny** (Revue de Stomatologie. Avril 1900).

Sposób ten już w 1838 roku zalecany był przez *Mac Bride'a* z Pittsburga, ale dopiero w 1890 *Miller* z Berlina poświęcił tej metodzie gruntowne studia.

Mieszanina złota i cyny, jako materiał do plombowania, przedstawia następujące zalety.

1. Daje się łatwo rozplaszyczyć i przysięść do ścianek ubytku. Zaraz po zaplombowaniu mieszanina w twardości ustępuje złotu, znacznie przewyższa jednak cynę. Po kilku miesiącach, na skutek elektryczno-chemicznych zmian, zachodzących pomiędzy składnikami masy, nabiera plomba twardości większej niż amalgamat. Plomby z tej mieszaniny nie mają skłonności do kurczenia się i odstawania od ścian ubytku, które to wady spotykamy u większości amalgamatów.

2) Przewodnictwo termiczne cynozłota jest bardzo ograniczone, to też można stosować je tam, gdzie złoto i amalgamaty są przeciwwskazane.

3) Plomba z cynozłota daje się szybko wykonać, nie doprowadza więc do zmęczenia ani operatora ani pacyenta.

4) Działanie lecznicze mieszaniny złota i cyny, jako wynik wymienionych spraw elektrochemicznych, nadzwyczajna podatność, brak przewodnictwa termicznego i prędkość wykonania czynią ten materiał najlepszym do plombowania u dzieci, gdzie, jak wiadomo, złoto w większości wypadków nie nadaje się wcale. Z powodzeniem stosować też można cynozłoto do ubytków na powierzchniach miażdżących i stycznych zębów trzonowych i dwuguzikowców. Jeżeli p. styczną chcemy zaplombować złotem—dobrze jest część ubytku, przylegającą do dziąsła, wypełnić złotocyną (cement w sąsiedztwie dziąsła prędko by się rozpuścił; złoto bez domieszki, jako mniej podatne, nie zamyka tak dobrze ubytku i grozi wznówką próchnicy).

5) Barwa tej mieszaniny, przygotowanej w stosunku 6 części złota na 1 cyny, jest zielonawo—złota i jest ładniejszą od barwy plomby z czystego złota. Miesz-

nina z jednej części złota na jedną część cyny stopniowo czernieje, nie czerniąc zęba.

6) Materiał ten nie wymaga koferdamu. Jeżeli podczas plombowania do ubytku dostanie się ślina, to należy ubytek wysuszyć wiechetkiem z waty i ciągnąć robotę dalej.

Przygotowanie ubytków. Powinny one być uformowane zupełnie tak, jak do złota nielepkiego; ścianki powinny być mocne, brzegi gładkie. Dla plomb na powierzchniach stycznych dobrze jest zrobić małe ramki na ściankach zewnętrznych i wewnętrznych, a szczególnie u podstawy plomby w kierunku szyjki zęba.

Narzędzia takie, jak do miękkiego złota; samo upychanie polega na ugniataciu cylinderek lub galek materiału w kierunku boków zęba.

Przygotowanie mieszaniny. Używa się złota nielepkiego (listków non adhesif) Abbey'a № 4 i listkowej cyny w arkusikach White'a № 4.

Mieszanina № 1. Jest to mieszanina oddawna używana i zalecana przez *Millera*; na listek cyny kładziemy listek złota i rozeinamy oba te listki na 3, 4, 5, 6 paseczków, paseczki zwijamy w powrózki, bacząc by cyna była pokryta przez złoto. Każdy powrózek krajemy później na kawałki dowolnej długości, które do ubytku wprowadzamy jak cylindry. Mieszanina taka ma jedną wadę: dosyć prędko czernieje, nie zabarwiając jednak ścian ubytku. Wyjęta po kilku miesiącach mieszanina ta zadziwia swoją twardością brakiem śladów złota i szaroczną barwą całej masy. Mieszanina ta nadaje się do ubytków przy szyjce zęba i w bliskości miazgi. W obecności plynów j. u. tworzy się tu wymieniona reakcja, która zmienia oba składniki mieszaniny w jednolitą, szaroczną masę. *Miller* do naczynia z 1% kw. mlecznym przy ciepłocie ciała kładł na kilka godzin listek złota pomiędzy dwa listki cyny; po jakimś czasie nie można było odróżnić złota od cyny—zbielało ono zupełnie. Mieszanina, pozostawiona w tym kwasie dłużej, ciemnieje, wreszcie przyjmuje barwę czarną; to samo zjawisko daje się zauważyć w kwasie solnym, siarczanym, mniej wyraźnie występuje w kw. octowym i wcale niema miejsca w kwasie saletrzanym i masłowym. Jeżeli na listek cyny położymy listek złota, to tylko dolna jego powierzchnia zbieleje; jeżeli jednak na złoto położymy płytkę szklaną, to zbieleje wówczas górna powierzchnia złota, tylko nie tak prędko.

Mieszanina № 2 — zalecana przez *Springa*, nie czernieje, jeżeli jest należycie użyta. Na 3 listki złota *Abbey'a* № 4 kładziemy listek cyny № 4, a na to znowu trzy listki złota *Abbey'a*. Rozeinamy to wszystko na 3, 4, 5, 6 paseczków, paseczki te zwijamy w powrózki, które dzielimy na rozmaitej długości kawalki, zdadne do plombowania. Wprowadzamy je do ubytku tak, jak miękkie t. j. niekohezywne złoto. Po wypełnieniu ubytku, cylinderek złota powinny wystawać z poza brzegów ubytku na $\frac{1}{3}$ jego głębokości; z początku używamy duże upychadła i upychamy b. lekko, przy końcu zaś ugniatamy b. mocno. Nadmiar materiału zdejmujemy kamieniem korundowym lub pilnikiem, później polerujemy, poczem plomba bieleje; żeby otrzymać zieloną barwę plomby, należy paleczkę miedzianą lub drewnianą umoczyć w pumeksie i spolerować nią powierzchnię plomby; czyszczenie pumeksem należy skutecznie bezpośrednio po plombowaniu, po kilku bowiem miesiącach plomba czernieje i taką już pozostanie.

Mieszanina № 3. Niektórzy operatorowie, wypełniwszy większą część ubytku złotocyną, kończą plombę czystem lepkiem złotem, w celu umocowania którego w ściankach ubytku wiercą punkty lub rowki zaczepne. Inni dentyści robią zaczepki w masie złoto-cyny i napełniają je złotem lepkiem. Autor tej pracy postępuje w następujący sposób: większą część ubytku wypełnia mieszaniną № 2, (6 części złota na 1 cyny) podczas plombowania od czasu do czasu kładzie on pomiędzy i nad cylindrami z tej mieszaniny duży cylinder, zawierający 12 części złota na jedną część cyny: w ten sposób otrzymuje się większą ilość złota na powierzchni. Kilka razy H. wprowadzał pomiędzy cylindry cyno-złota paseczki złota *Treya* № 3, którym pozwala wystawać nad brzegami plomby i które potem przytłacza do plomby przy polerowaniu.

W końcu swojego artykułu autor raz jeszcze wlicza zalety złoto-cyny, a mianowicie: brak przewodnictwa termicznego, podatność, łatwość plombowania, stałość wymiarów (t. j. brak kurczenia się) dobrą barwę i większe, niż przy innych materiałach, zabezpieczenie od wznówki próchnicy,

Regina Róg-Weksler (Baku)

43. **Prof. Miller. Nowy chorobotwórczy grzybek w jamie ustnej.** (Deut. Monatschrift f. Zahnheilkunde № 2 1900).

W pracy niniejszej autor przytacza wyniki swoich pięcioletnich spostrzeżeń nad nowym grzybkiem jamy ustnej. Przy pierwszych badaniach prof. M. doznawał niemało trudności, gdyż czyste dodowle grzybka obumierały. Przy dalszych bakteriologicznych badaniach płynów jamy ustnej autorowi udało się wyhodować na płytkach czyste hodowle nieopisanego dotychczas grzybka. Bywa on często spotykanym przy chorych miążgach zębowych; posiada wiele wyrostków, jest w bliskim stosunku z grzybkiem pleśniawkowym i sprzyja powstawaniu ropienia.

Na *czystych pożywkach* agarowych grzybek ten tworzy śnieżno-białawe kolonie, które to przy starszych kulturach posiadają wyzębione brzegi i rozgałęzienia, idące w głąb.

Na *ukłóciu* grzybek rozrasta się w postaci ziarenek; z powstałego po ukłóciu kanału również występują rozgałęzienia. Na *plytkach żelatynowych* rozwija się on dobrze, żelatyna nie rozplywa się. Grzybek znacznie jeszcze się rozrasta, gdy po *ukłóciu* na agarze glicerynowym lub żelatynie umieści się duże szkła pokrywkowe. Z kolonii tuż obok brzegów występują nici w postaci rozgałęzień drzewnych. Przy hodowlach żelatynowych rozgałęzienia te sięgają brzegów szkła pokrywkowego. Forma ich: okrągła, owalna lub cylindryczna.

Na bulionie występują typowe komórki grzybkowe. 1—2 dniowe kultury na kartoflu mają okrągłą lub owalną postać i liczne wyrostki. Po pięciu dniach na pierwszy plan występują cylindryczne komórki i wiele z nich ulega rozpadowi w postaci ziarenek, jak na starych hodowlach agarowych. Przy hodowlach na chlebie stwierdzono owalną lub cylindryczną postać komórek. Wprowadzone pod skórę myszy, wywołują te grzybki śmierć po 48 godzinach. Miejsceowego odczynu nie ma. We krwi komórek grzybkowych nie ma. Zmiany w wątrobie, płucach bywają, szczególnie zaś w drogach moczowych. Nabłonek w kanalikach moczowych ulega obumarciu; te ostatnie wypełniają się jednostajną masą (?). U niektórych myszy, z którymi wykonane były doświadczenia, na miejscu wstrzykiwania powstało ropienie z znaczną ilością eliptycznych

chemórek grzybkowych. Bakteryi ropotwórczych w ro-
die tej nie stwierdzono! Autor zatem przychodzi do
wniosku, że *grzybek ten samodzielnie może wywołać ro-
pnie*, jak to już stwierdził Busse co do grzybka *sac-
charomyces hominis*.

M. Krakowski.

44. **William Hunter. Septyczny stan jamy ustnej ja-
ko przyczyna chorób.** British Medical Journal. (Deut-
sche Monatsschrift f. Zhkde V, 1901).

Hunter na wstępie swojej interesującej pracy kła-
dzie nacisk na to, że stan septyczny jamy ustnej
ma wielkie znaczenie z tego powodu, że może wy-
woływać choroby wszelkiego rodzaju, tak ogólne jak
i miejscowe. Przy tej sposobności narzeka Hunter je-
dnocześnie, że lekarzę i chirurgowie z mało jeszcze
zwracają na to uwagi.

Autor wymienia najpierw katar żołądka. Choroba
ta spotyka się najczęściej z chorobą wewnętrzną, a
spowodowaną bywa często przez stan ust. Katar
żołądka jest tu skutkiem bezustannego przez wiele lat
połykania ropy. Katar taki, zdaniem autora, jest nie-
tylko zapaleniem ale i zakażeniem. Nieżyt ten może
sprowadzić z czasem przewlekłe choroby, jak to zanik
gruczołów żołądkowych, chroniczny nieżyt żołądka, a
nawet w niektórych przypadkach może wywołać ro-
pne zapalenie żołądka. Hunter podaje ze swojej prak-
tyki dwa szczególnie charakterystyczne przypadki:

1) Pewna dama cierpiała od 25 lat co jakieś
3—4 tygodnie na ślinotok. Przyczyny tego ślinotoku
nie można sobie było w żaden sposób wyjaśnić. Do
ślinotoku tego przyłączyły się zwykle silne bóle żołąd-
ka, tak że owa dama musiała się kłaść do łóżka. Przy-
czyną tej choroby, zdaniem autora, były liczne pluga-
we pieńki, gnijące w dziąsłach, oprócz tego silnie roz-
winięte zapalenie śluzówki j. ustnej.

Stomatitis było skutkiem tego, że pacjentka wyj-
mowała z ust nader rzadko dostawkę swą z zębami
sztucznymi, którą przez 25 lat na górnej szczękę no-
siła, a jeszcze rzadziej i to tylko powierzchownie, tę
dostawkę czyściła.

2) Pewna dama cierpiała od wielu lat na peryo-
dycznie występujące ciężkie napady nerwowe, połączo-
ne z zaburzeniami żołądkowymi a zarazem i ze swoi-
stego rodzaju wysypką. Objawy te aż dotąd były
uważane jako wyraz usposobienia artrytycznego. Autor

po obejrzeniu chorej uznał chorobę skórą jako typowy przypadek wysypki septycznej. Choroba ta, zdaniem Huntera wywołana, została przez to, że pacjentka przez wiele lat nie wyjmowała wcale z ust dostawki z zębami. Dostawka ta tak się w miękkie części brzegami swymi weisnęła, że zaszło nawet coś w rodzaju częściowego wrosnięcia.

Jako dalsze choroby, wywoływane przez septyczny stan jamy ustnej i zębów wymienia autor ropne zapalenie wsierdza (*endocarditis*), empyemat, meningitis, nephritis, osteomyelitis. Z miejscowych chorób wymienia autor: zapalenie migdałów, obrzmienia gruczołów, ropienie z ucha i ropnię szczękowe. Z chorób jamy ustnej szczególnie złośliwych pod względem wywoływania wyżej nadmienionych chorób autor za najszkodliwsze uważa ropotok zębodołowy, jako też stomatity i gingivity; w celu ochrony przed powstaniem wyżej nadmienionych chorób należy zapobiegać gniciu w ustach, w którym to celu podaje autor rozmaite przepisy. Z przepisów tych zaznaczyć wypada 1) każda dostawka z zębami przynajmniej raz na dzień powinna być wyjalowioną przez wygotowanie w wodzie; 2) zachowawczej zasady przy leczeniu zębów nie należy przesadzać; 3) z mostkami trzeba być ostrożnym, ponieważ te trudno jest utrzymać w należytej czystości.

Wł. Zieliński.

45. **W. George Beers. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej pieśniawkowate powrotne** (*Dominion Dental Journal*. Vol. X. № 10).

Autor w swojej pracy zwraca uwagę na szczególniejszą formę *stomatitis aphthosa*, często przez niego spostrzeganą. Forma ta występuje u osób, dotkniętych bezkrwistością i to po największej części peryodycznie przy każdorazowym początku miesiączkowania. Po ustaniu miesiączki, zanika choroba sama przez się lub przy zastosowaniu jakiegoś obojętnego leczenia. W mowie będąca choroba występuje pod postacią owrzodzeń w jamie ustnej, okazując jednakże typ łagodny. Owrzodzenia te mają siedlisko na dziąsłach i na wargach. Jako stały towarzysz tej choroby występuje w każdym przypadku ślinotok. W ostatnich pięciu miesiącach Beers obserwował w swojej praktyce cztery podobne przypadki. Wywiady wykazały, że w przypadkach tych choroba jamy ustnej powracała podczas każdej miesiączki w przeciągu kilku lat. Autor mniema, że

przy opisanej formie *stomatitis aphlosa* miejscowe leczenie nie na wiele się przyda, jeżeli leczenie ogólne jednocześnie prowadzone nie będzie.

Wł. Zieliński.

46. **Przypadek ropotoku j. Highmora**, na skutek otrucia jodem opisuje *Dr. Nicolesco w R. de St. N. IV 1900 r.*: 28 letni pacjent zażył 0,5 jodku potasu (w roztworze) z powodu cierpienia natury wenerycznej. Odrazu wystąpiły objawy jodyzmu: katar, zapalenie krtani i przetyku, przekrwienie łącznicy oka, łzawienie, ból głowy, bezsenność, niechęć do jedła i t. d. Jod natychmiast odstawiono i niektóre z pomienionych objawów znikły, pojawiło się jednak krwioplucie i zapalenie lewej j. Highmora: obrzęk i bolesność lewego policzka, wypływ smrodliwej ropy z lewego nozdrza przy nachyleniu głowy ku przodowi, lekka gorączka; krwioplucie wysoce zaniepokoiło pacjenta. Przy odpowiedniem wyczekującym leczeniu przeszło krwioplucie, a w trzy tygodnie ustąpił bez operacyi i ropotok j. Highmora.

Dz.

47. **Wgniecenie zaczątku zębowego skutkiem urazu.** (*The Digest, Vol. VI., N. 4 April 1900.*)

Ośmioletni chłopiec szukał porady u *A. E. Blake'a* (San Francisco) wskutek wielkiego twardego guza w prawej połowie górnej szczęki; guz ten przez innego lekarza uważany był za złośliwy. Chłopiec ten przed trzema laty upadł, przy czem wybił sobie wszystkie zęby mleczne przednie z wyjątkiem lewego bocznego siecznego. Części uszkodzone prędko się zagoiły, a zęby sieczne stałe wyrznęły się we właściwym czasie. Po jakimś czasie rozwinęło się jednak obrzmienie w okolicy zębów siecznych w górnej szczęce; obrzmienie to wypychało naprzód prawy środkowy siekacz, wskutek czego chłopiec był bardzo zeszpecony.

Status praesens. Guz ma postać jajowatą, wielkości dużego orzecha włoskiego, górną wargę bardzo silnie podnosi w górę a prawe skrzydło nosa spłaszcza i rozszerza. Guz przy ucisku wydaje się twardym, ucisk nie powoduje wcale bólu. Dziaśło, pokrywające guz, ma wygląd zupełnie normalny.

Leczenie: Najpierw Blake wyjął wypchnięty naprzód środkowy siekacz, następnie zrobił krzyżowe cięcie na dziąśle, pokrywającym guz i, wyciąwszy kawałek kości, dostał się do wnętrza jamy, która stanowiła guz. Jama ta była napełniona galaretowatą masą. Po

oddaleniu tej masy i po wyczyszczeniu jamy, ujrzał autor w głębi jamy w położeniu nienormalnem niedokładnie rozwinięty stały prawy boczny ząb sieczny. Ząb ten wyjął, jamę w kości wypchał gazą jodoformową na 24 godzin celem zatrzymania lekkiego krwotoku. Po operacji nie zjawily się żadne powikłania i niebawem nastąpiło zagojenie.



Bibliografja

Na półkach księgarskich ukazała się w tych czasach spolszczona przez dentystę *P. Kleina* praca *N. Rösego*, pod tytułem: *Jak pielęgnować usta i zęby?* Już samo nazwisko autora, znane w świecie naukowym, przemawia na korzyść tego dziełka. Książka ta, przełożona już na kilka języków, przeznaczoną jest, jak zaznacza *Röse* w przedmowie, dla jaknajszerszych warstw ludności. Zobaczmy, czy swemu zadaniu odpowiada? Składa się ona z dwu części: głównej, w której omawiane są: przeznaczenie i budowa zębów oraz jamy ustnej, przyczyny, sprzyjające chorobom zębów i pielęgnowanie zębów. W dodatku zaś znajdujemy krótkie, lecz pełne treści, rozdziały o pielęgnowaniu ust u niemowląt, u obłożnie chorych, o leczeniu dentystycznym, kilka słów o racjonalnem odżywianiu dzieci, w końcu zaś 10 krótkich przepisów, obejmujących najważniejsze zasady pielęgnowania jamy ustnej i zębów. Wykład dostępny dla ludzi ze średnim wykształceniem. Za wielką zasługę autorowi policzyć możemy unikanie niepotrzebnych szczegółów, które zazwyczaj odstraszały nieprzygotowanych czytelników i w ten sposób ograniczają wziętość książek pseudo-popularnych, a tem samem przeszkadzają przenikaniu do ogółu zasad higieny. To też autor mówi o bu-

dowie zęba tylko w zakresie, niezbędnym do zrozumienia przyczyn próchnicy, cierpienia, którem interesuje się przeciętna publiczność, jak to każdy z nas w swej praktyce stwierdził. Bardzo też przystępnie autor objaśnił samą istotę próchnicy.

W dziale o pielęgnowaniu zębów podaje *Röse* rysunki więcej używanych wzorów szczoteczek, jak również i szczoteczki własnego pomysłu. Szkoda, że nieznane były *Röse*'mu szczotki do zębów pomysłu Zielińskiego, bo napewno by te, a nie inne zalecił.

Slusznie *Röse* zaznacza, że doskonałość szczoteczki uwarunkowaną jest dwiema cechami, niestety, zbyt rzadko branymi pod uwagę: szczoteczka powinna być przystosowaną do anatomicznych stosunków jamy ustnej i nie powinna pozostawiać w ustach włosków. Chociaż technika zakładania plomb powinna należeć jedynie do dentysty, a przeto nie nadaje się do omawiania w dziełkach przeznaczonych dla szerszej publiczności, *Röse* poświęca jednak kilka słów tej sprawie, zwracając uwagę na różnicę pomiędzy plombą i plombą, co wyjaśnia odpowiednimi rysunkami.

Przy tej okazji potępia tę przywarę, że publiczność chce płacić nie za jakość, ale za ilość plomb.

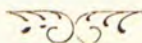
Całość 57 stronie urozmaicona jest 36 bardzo dokładnie wykonanymi rysunkami. Tak np. rysunki 20 i 21 o wiele prędzej nauczą pacyenta prawidłowego czyszczenia zębów, niż wykładanie mu, że szczoteczkę należy prowadzić po zębach nie poziomo, a pionowo.

W ogóle praca *Rösego* jest jednym z najlepiej opracowanych popularnych dzieł o higienie zębów i jamy ustnej.

Przekład jest dobry pomimo kilku drobnych usterek. Strona techniczna: druk i papier zasługują na zaznaczenie. Rysunki odznaczają się wykwintnem wykonaniem. Żałować jedynie należy że dość wysoka cena (75 kop.) przeszkodzi do rozpowszechnienia się książki wśród warstw mniej zamożnych. Pozwalamy so-

bie na ten szczegół zwrócić uwagę Sz. tłumacza, w nadziei, iż pomyśli on nad sposobem uprzywilejowania tej książki szerszemu ogółowi.

H. Cohnówna.



Kronika i sprawy zawodowe.

— **Reforma Szkół Dentystycznych.** Departament lekarski Ministr. spraw wewnętrznych na posiedzeniu z d. 9 I r. b. uznał za pożądane rozpatrzenie obowiązującej obecnie ustawy szkół dentystrycznych i postanowił zaprowadzić w ustawie tej zmiany, jakie na zasadzie dziesięcioletniego doświadczenia okazały się konieczne. W skutek tego na zasadzie postanowienia pana Towarzysza Ministra spraw wewnętrznych departament lekarski zaproponował Radom Pedagogicznemu szkół, aby przedstawiły swoje wnioski co do pożądanych reform (Cyrk. Ministr. spraw wewn. do Warsz. Urzędu Lekarskiego za Nr. 4030).

O ile nam wiadomo zarządzający *jedną* z tutejszych szkół przedstawił już Radzie Pedagogicznej propozycje Departamentu i Rada tej szkoły zajęła się już opracowaniem odpowiednich wniosków. Doniesienia pism codziennych o zdecydowanych już reformach są przedwczesne, gdyż reformy postanowione będą dopiero po rozpatrzeniu wniosków Rad Pedagogicznych szkół. Nie ulega wątpliwości, że chwila obecna jest nader stosowną do poruszenia sprawy reformy szkół w prasie.

— **Z powodu przenosin Szpitala Dzieciątka Jezus** redakcja „Zdrowia“ wydała specjalny numer z szczegółowym opisem nowego szpitala, ozdobiony licznymi rycinami. Opis ten wyszedł i w osobnej odbitce.

— **Lecznice.** Pisma codzienne donoszą o zamierzonym otwarciu trzech nowych lecznic dentystrycznych w Warszawie. O ile nam wiadomo, wiadomości te są nieścisłe i przedwczesne.



Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.

Дозволено Цензурою Варшава 23 Іюля 1901 года.