

# PRZEGLĄD

## DENTYSTYCZNY,

Miesięcznik poświęcony chorobom zębów  
i jamy ustnej.

Z zakładu sądowo-lekarskiego ek. Uniw. Jagiellońskiego.

### I. O zębach pod względem sądowo-lekarskim

Podali

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

Docent Dentystyki

Dyrektor Zakładu

(dokończenie)

Rany kłane, zadane przez zwierzęta, mogą przedstawiać również charakterystyczne dla danego uzębienia kształty, po których, znając anatomiczne cechy zębów zwierzęcych, można wyjaśnić, czy ranę zadało zwierzę mięsożerne, czy trawożerne, przeżuwające itd. Rany kłane, zadane przez zwierzęta, przedstawiają cechy ran ciętych i miażdżonych; z powodu znacznej zwykle rozległości i głębokości są one groźne dla życia. W naszych warunkach najczęstszymi są rany, zadane przez zwierzęta domowe, w pierwszym rzędzie przez psy, koty, konie, osły, świnie i t. d. Rany kłane, zadane przez psy, są częste, rzadko atoli są one tak rozległe żeby spowodować mogły śmierć wskutek upływu krwi z przerwanych naczyń lub z obrażenia narządów, ważnych dla życia. O takich poszarpaniach śmiertelnych ludzi, najczęściej dzieci, przez psy wspominają Hoffmann<sup>71)</sup> i Chauvel<sup>72)</sup>. Dość częstymi są rany kł-

71) Lehrb. d. g. Med. I. c. str. 264.

72) „Plaie”, artykuł w „Diction. encyclop. des Sciences médicales”.

sane, zadane przez konie lub osły, a to nawet osobom, które ze zwierzętami temi stale obcuja. Zdarza się nieraz, że żołnierze konnicy ranią lub odcinają sobie palce, aby się uwolnić od wojska, a pociągnięci do odpowiedzialności podają, że im np. koń odgryzł palec. Rozstrzygnięcie, czy utrata palca była następstwem odgryzienia, jest stanowczo możliwe wtedy, gdy mamy przed sobą część odgryzioną; w przeciwnym razie może ono być tylko prawdopodobnem. Wedle zestawień Gillete'a rany kłusane, zadane przez zwierzęta, najczęściej bywają umiejscowione na kończynach górnych, potem na dolnych, w końcu na policzkach i klatce piersiowej. Ponieważ człowiek, napadnięty przez zwierzę, broni się zwykle ręką, przeto i rany najczęściej dotyczą rąk.

Rany kłusane, zadane przez zwierzęta, goją się również powoli i wśród ropienia, mogą zatem również stać się źródłem ogólnego zakażenia jadem ropnym; ponadto mogą być powodem śmierci przez zakażenie wścieklizną lub nosacizną. jeżeli zwierzę, które zadało ranę, było temi chorobami dotknięte.

Zwierzęta zadają rany kłusane nie tylko człowiekowi żywemu, lecz także i ludzkim zwłokom. Tak np. zwłoki dzieci, zwłaszcza noworodków, wrzucone do kloak (przez dzieciobójczynie), stają się pastwą szczurów; ubytki, wywołane przez szczury, są zwykle kształtu okrągłego i mają brzegi wyzębione, jakby za pomocą kończystego narzędzia. Rzadziej stają się zwłoki ludzkie pastwą kotów domowych, a niemal nigdy psów. Przed niedawnym czasem mieliśmy sposobność (W a c h o l z) sekeyonować zwłoki noworodka donoszonego, zamcerowanego w łonie matki, którego całą niemal twarz wraz z lewą gałką oczną i lewą połową żuchwy, oraz częściowo językiem pożarł kot domowy; brzegi ubytku były strzępiaste i tu i owdzie okazywały rynienkowate odbicia zębów. W zakładzie sądowo-lekarskim w Wiedniu dokonano przed kilku laty sekeyi na zwłokach kobiety, której już po śmierci własny jej piesek pożarł

wargi sromowe, a brzuch jej podrapał. Rozpoznanie ran takich, jako po śmierci zadanych, nie przedstawia zwykle trudności, a opiera się na znanych zasadach.

#### IV. O partactwie i błędach w sztuce dentystrycznej.

Jeżeli partactwo lekarskie wogóle jest rozpowszechnione, to przecież w żadnym dziale sztuki lekarskiej nie przybiera ono tak szerokich rozmiarów, jak właśnie w dentystryce, a to zwłaszcza u nas. Nie ma miasteczka, wsi, w którejby nie istniał prosty balwierz, cyrulik, lub kowal, trudniący się nieprawnie wyjmowaniem zębów. W miastach wielkich spotykamy znowu dentystów techników lub niedoszłych lekarzy (ukończonych słuchaczy medycyny bez egzaminów), którzy również nieprawnie wykonują zabiegi dentystryczne. W myśl § 343 austr. u. k. nie wolno nielekarzom lub niechirurgom zajmować się w sposób zarobkowy leczeniem wogóle, w myśl zaś rozporządzenia ministerstw handlu i spraw wewnętrznych z 20 marca 1892 wolno technikowi dentyście samodzielnie sporządzać wyciski i sztuczne uzupełnienia uzębień w całym zdrowej jamie ustnej. Natomiast nie jest dozwolone technikowi podejmowanie jakiegokolwiek zabiegów w niezupełnie zdrowej jamie ustnej, lub nawet w całkiem zdrowej jamie ustnej jeżeli tylko te zabiegi zmieniają właściwości danych narządów, np. niewolno mu spiłowywać zębów, czyścić, plombować it.d. <sup>73)</sup>. Tymczasem umieją niepowołani obchodzić rzeczony przepisy ustawowe, a to w ten sposób, że taki dentysta technik urządza swe przedsiębiorstwo nawzór redakcyi dzienników, t.j. sam wykonywa praktykę lekarsko-dentystryczną (główny redaktor), a odpowiedzialność (odpowiedzialny redaktor) w obliczu tych ustaw składa na dyplomowanego lekarza, najczęściej nieobeznanego ze sztuką dentystryczną, który go na mocy obopólnej umowy osłania swym dyplomem.

73) Patrz D a i m e r: Handbuch d. öster. Sanitätsgesetze i t. d. II. Theil. Leipzig. Wien. 1898. Str. 167. Najwyższe postan. z 10 września 1842, dekret nadworny z 14 września 1842, rozp. min. spr. wewn. z 7 kwietnia 1895 L. 6881 i orzeczenie Trybunału administr. z 6 maja 1896 L. 2780.

Jak wiadomo, nie istnieją u nas odrębne szkoły dentystryczne, jakie posiadają n. p. Niemcy, Rosya, Francya, Anglia i t. d., a lekarze nasi, choć noszą tytuł doktorów wszech nauk lekarskich, najczęściej nie wynoszą z czasów swych studyów uniwersyteckich żadnych wiadomości z zakresu dentystryki, raz dla tego, że po większej części nie istnieją przy wydziałach lekarskich katedry dentystryki (nadzwyczajne katedry tej gałęzi mamy tylko w Wiedniu, Gracu i Pradze), powtóre dlatego, że dopiero nowowprowadzony porządek studyów lekarskich, obowiązujący od roku 1900/1901, zniewala ucznia do odbycia sześciotygodniowego kursu z dentystryki (5 godzin tygodniowo) przed pozyskaniem dyplomu lekarskiego. Nie więc dziwnego, że wykształcenie naszego doktora wszech nauk lekarskich w zakresie dentystryki po uzyskaniu dyplomu równa się po największej części zeru. Lekarz, pragnący oddać się praktyce dentystrycznej, wyjeżdża u nas do jednej ze szkół dentystrycznych, n. p. w Berlinie lub Wrocławiu na kilka tygodni, poczem rozpoczyna za powrotem praktykę, nie mając z natury rzeczy jeszcze należytego doświadczenia lub wprawy. W takich warunkach zarówno rozbijał nieumiejętne partactwo, jak i zawodowi, lecz niedostatecznie jeszcze wykształceni lekarze dentyści, popełniają w swej praktyce błędy, które mogą być przedmiotem dochodzeń sądowych, a tem samem i oceny sądowo-lekarskiej. Błędy w zakresie wykonawstwa sztuki dentystrycznej są częste, lecz rzadko na szczęście przychodzą przed forum sądowe. Błędy dentystryczne mogą się tyczyć albo sposobów zachowawczego leczenia, albo wyjmowania zębów i z niem związanych sposobów znieczulania, lub wreszcie części wyłącznie technicznej.

Błędy pierwszej grupy mogą się wydarzyć przy regulowaniu wadliwie ustawionych zębów przednich (zwykle u kobiet ze względów kosmetycznych) i przy plombowaniu. Pierwsze polegają na wadliwym lub zbyt spiesznem stosowaniu nitki gumowych, drutów lub śrub.

mających odprowadzić zęby do właściwego położenia, tak, iż w skutek tego leczony, a raczej najczęściej leczona, traci jeden lub kilka zębów wskutek ich wywichnięcia. Tak n. p. opisuje Fleury przypadek utraty dwóch zębów siecznych po założeniu obrączki gumowej. Częstsze są błędy przy plombowaniu, których jednak prawie niepodobna lekarzowi w sposób stanowczy dowieść, chyba tylko wtedy, gdyby znawca sądowy był obecnym przy założeniu plomby. Nieumiejętność plombowania może polegać na niedokładnem oczyszczeniu odwapnionej zębiny, niedokładnem założeniu, względnie ubiciu materiału, służącego do wypełnienia zęba, niedokładnem osuszeniu jamy zębowej, przygotowanej do plombowania, wreszcie na niedostatecznem oglądzeniu założonej plomby. Błędy przytoczone stają się powodem rychłego wypadnięcia plomby, tem samem daremnego trudu i kosztów chorego. Nieumiejętność, lub niedbałość przy plombowaniu może polegać także na założeniu plomby na odkrytą lub co gorsza zakażoną miazgę zębową, sprowadzającem zapalenie okostnej z miejscowem lub nawet ogólnem zakażeniem. W odnośnem piśmiennictwie znajdujemy opisy dwóch przypadków dochodzenia sądowego <sup>74)</sup> przeciwko dentystom o wadliwe założenie plomb, które zakończyły się uwolnieniem podsądnych. Wyjątkowo mogą zająć przy nieostrożnem i niezręcznem plombowaniu zęba skaleczenia sąsiednich części z pomocą świderków lub ekskawatorów, które również mogą dać powód do dochodzeń sądowych.

Częściej dotyczą błędy techniczne zabiegów, mające na celu wyjęcie zęba. Błędy te mogą się przedstawiać jako mechaniczne uszkodzenia części sąsiednich, dalej jako zakażenia, jako zaniedbania przy krwawieniach, wreszcie jako rozmyślne wyjęcia innych zę-

74) Friedreichs Blätter für gericht. Med. 1880, str. 394  
i Zahnärztliche Rundschau 1899.

bów, niż te które chorey wskazał. Już przy użyciu odpowiednich i obecnym stanem nauki wskazanych narzędzi do wyjmowania zębów, jak kłeszczy i elewatorów, nie jest wykluczona możliwość zranienia sąsiednich zębów, kości lub części miękkich, w każdym razie zranienia te są nader rzadkie; często natomiast spotyka się je tam, gdzie do wyjęcia zęba użyto tak zwanego klucza. Gdy dawniej skutek braku wprawy operatorów i braku stosownych narzędzi wyjęcia zęba należało nietylko do bardzo bolesnych, lecz i niebezpiecznych dla zdrowia lub życia zabiegów, gdy złamania szczęki nie należały przy tem do rzadkich wydarzeń, to dziś zabieg ten uchodzi przedewszystkiem w zasadzie za niegroźny, a złamania szczęki wśród niego za wyjątkowe i to przy istnjącem do nich usposobieniu. Wywichnięcie szczęki, które przy szerokiem otwarciu ust, n. p. już wśród ziewania wydarzyć się może, nie ma wielkiego znaczenia, gdyż daje się łatwo odprowadzić, nie pociągając za sobą żadnych poważniejszych następstw. Z obecnie używanych narzędzi, mogących przypadkowo wywołać cięższe lub lżejsze obrażenia, trzeba wymienić kocią stopkę, która, działając wyważająco, pod naciskiem ręki może się zesliznąć i operowanego okaleczyć w język lub w podniebienie. Jakkolwiek obrażenia te są przypadkowe, przecież wynikają z nieumiejętnego użycia narzędzia. Wyjęcie zęba zdrowego zamiast chorego przez omyłkę, wyjęcie lub ochwianie zębów sąsiednich wśród aktu wyjmowania zęba chorego, większe lub mniejsze obrażenia samego zębodołu i części miękkich wśród operacyi wyjmowania zębów stanowią przyczyny dochodzeń sądowych przeciwko dentyście. O ile wyjęcie zęba zdrowego zamiast chorego nie można usprawiedliwić omyłką, boć właśnie ta omyłka jest karygodną, o tyle nie powinno się z góry potępić dentystry za inne, wyżej wymienione następstwa wyjęcia zębów, albowiem mogły one być w danym razie nieuniknione; wszakżeż bowiem natrafi się przy wyjęciu zęba na znaczne

nierz nieprawidłowości, jak zrosty, skrzywienia i niezwykłe ustawienia korzeni, które przy wyjmowaniu mogą wywołać zaburzenia w sąsiednich częściach, przede wszystkim zaś znaczniejsze obrażenia, niż przy wyjęciu prawidłowych zębów. Zresztą te znaczniejsze obrażenia mogą być następstwem wskazanego w danym przypadku użycia kleszczy resekeyjnych lub dłuta i młotka. Na powyższe tedy okoliczności należy zwrócić uwagę przed wydaniem stanowczego orzeczenia.

Do obrażeń poważniejszej natury, jakie się wydarzać mogą przy wyjmowaniu, należą obrażenia jamy Highmora i ich następstwa pod postacią ropnych otoków tej jamy. Z położenia anatomicznego zębów wiadomo, że blaszka kostna, przedzielająca szczyty korzeni zębowych od jamy Highmora, jest nadzwyczaj cienką, te też zdarza się czasem, że korzenie wprost sterczą do światła jamy Highmora. Okoliczność ta sprawia, że zapalenia ekostnej, wywołane próchnicą zębów, są częstą przyczyną powstawania otoku ropnego jamy Highmora. Przy wyjmowaniu korzeni zębów trzonowych, a złem założeniu kleszczy zdarzyć się może wpadnięcie, a raczej wepchnięcie korzenia lub korzeni zębów trzonowych do jamy Highmora. Zdarzenia te nie należą do rzadkich. Przed niedawnym czasem spotkał się jeden z nas (Łepkowski) z podobnym wypadkiem wtłoczenia dwóch obumarłych już odłamków wyrostka zębodołowego zęba trzonowego do jamy Highmora u pewnej kobiety, której na dwa tygodnie przedtem usiłował cyrulik z małego miasteczka wyjąć ząb za pomocą klucza. Kobieta owa zażądała orzeczenia co do przyrody smutnych następstw zabiegu, dokonanego przez partacza; czy jednak oddała sprawę na drogę sądową, nie wiemy.

Zakażenia po zabiegach dentystrycznych nie są zbyt częste mimo różnych błędów i zaniedbań w kierunku antyseptyki. Tłómaczy się to tem, że w narządach jamy ustnej przeważają naczynia krwionośne,

podczas gdy naczynia chłonne są skąpe. Zebrane w piśmiennictwie przypadki śmierci z zakażenia po wyjęciu zęba przedstawiają. po większej części przypadki, w których zejście śmiertelne nastąpiło nie wskutek, ale pomimo wyjęcia zęba. Tam, gdzie jad zakaźny wystąpił poza granicę szczęk, tam, gdzie gruczolny chłonne podszczękowe i szyjne ten jad już przejęły, często jest już wyjęcie zęba zapóźne, a obwinianie tego, który ten ząb w takich warunkach wyjmował, zupełnie niesłuszne i bezpodstawne. Posocznica, powstała od zęba, jak każda posocznica gdzieindziej umiejscowiona, może dać powód do ogólnego zakażenia, a ztąd i do zejścia śmiertelnego. Jeżeli o co obwiniać trzeba dentystów, to chyba o to, że nie dość wcześnie i nie dość energicznie zabierają się do wyjęcia zęba, będącego przyczyną zapalenia okostnej, przez co mogą stać się winnymi błędu, popełnionego przez zaniedbanie. „Twarz spuchnięta, zęba wyjmować nie wolno.“ To zdanie powszechne laików i niedoświadczonych dentystów, skłaniające ich do wstrzymania się od wyjęcia zęba i działania zapomocą okładów i przyparek, które bezwzględnie za błędne i szkodliwe uznać należy. Mimo tego, że ta sprawa jest tak prosta i ze stanowiska czysto chirurgicznego tezą *ubi pus, ibi evacua* dawno przez chirurgów jest rozstrzygnięta, była ona w roku 1897 przedmiotem rozpraw w paryskim wydziale lekarskim, jak podaje Amoëdo. Wspomina on o dwóch przypadkach śmierci, z których wynika, że śmierć nastąpiła mimo wyjęcia zęba, będącego owodem zakażenia ropnego. Znany nam jest przypadek śmierci po wyjęciu zęba, który się wydarzył w Krakowie. Opinia publiczna niesłusznie winiła jednego z lekarzy, zajmujących się dentystyką, że nieczystymi narzędziami operował i że chorego zakaził. Zakażenie istniało już przed operacją, a chory umarł nie wskutek, ale mimo przedsięwziętej operacji wyjęcia zęba, który posocznice wywołał. Jakkolwiek zatem należy ściśle przestrzegać zasad antyseptyki przy



rękoczynach w jamie ustnej, tak przez wzgląd na zapobieżenie możliwemu zakażeniu, jak i ze względów estetycznych, to jednak stwierdzone w danym przypadku zakażenia są najeczęściej, jako istniejące już przed zabiegiem, całkiem niezależne od postępowania lekarza. Przestrzeganie przez lekarza czystości i zasad antyseptyki jest między innymi i dlatego wskazane, że w ten tylko sposób może on zapobiedz możliwemu zakażeniu chorego jadem kilowym, któreby mu w danym razie należało poczytać za karygodny błąd, wynikający z niedbalstwa. Przeciwwskazania do wyjęcia zęba stanowią stwierdzona u chorego, poddającego się temu zabiegowi, błonica, która ranę po wyjęciu zęba może zakazić, następnie róża twarzy, która może również ranę tę zakazić i dać powód do zapalenia opon mózgowych. Pominięcie tych przeciwwskazań, jeśli pociągnie za sobą rzeczony następstwa, musi być również poczytane dentyście za błąd.

Obowiązkiem dentystry jest zabezpieczyć chorego po dokonaniu wyjęcia zęba przed możliwością silniejszego krwawienia. Krwotoki takie mogą się wydarzyć albo z przyczyn lokalnych, t. j. nieprawidłowo przebiegających naczyń, ze zmian patologicznych w szczęcie, albo z powodu znaczniajszych obrażeń, wywołanych samą operacją. Tak przyczyny tych krwotoków, jak i one same, winny być, jako dostrzegalne dla oka i dostępne do tamponowania, natychmiast spostrzeżone i leczone. Prosty ucisk wystarczy zazwyczaj w zupełności do zatamowania krwotoku. Zdanie chorego na własną radę i środki domowe jest karygodnem zaniedbaniem; nie wolno bowiem wypuszczać operowanego z opieki przedtem, dopóki krwawienie wśród płókania zupełnie nie ustanie, gdyż znane są przypadki nietylko znaczniejszego ubytku krwi z tych powodów, ale nawet skrwawienia się śmiertelnego. Wyjmowanie zębów u dzieci powinno być dokonane z zwróceniem szczególniejszej uwagi na możliwość krwawienia. Jeżeli noworodek urodzi

się z zębami, to zęby te ranią przy ssaniu z jednej strony jego język, z drugiej strony zaś brodawkę sutkową matki i niemożliwiają w ten sposób ssanie. Jest tedy w tych przypadkach wskazane wyjęcie tych zębów. Skoro atoli dziecię ssie, a ruchy ssące podtrzymują krwawienie z rany, przeto należy zapobiedz możliwości krwawienia przez zastosowanie ucisku na ranę zaraz po wyjęciu zęba. Jak dalece ssanie rany krwawiącej jest zgubnem i podtrzymującym krwawienie, pouczył jednego z nas (Łepkowski) przypadek, dotyczący się pewnej panny, której poleciły dwie jej ciotki ssać ranę po wyjęciu zęba, w celu szybkiego zatarowania krwawienia. Chora ta tyle straciła dzięki tym radom krwi, że groziło jej poważne niebezpieczeństwo, zażegnane dopiero pomocą lekarską. Jeżeli przyczyną krwawienia jest skaza krwawcza, o której dentysta nie wiedział i której rozpoznać nie mógł, to winy tego krwawienia nie można mu żądać miarą przypisywać, choćby nawet krwotok zakończył się śmiercią chorego, jeżeli tylko dentysta zastosował wszelkie środki do jego opanowania.

Związek, o którym laicy często mówią, a który może zachodzić między wyjęciem pewnych zębów zwykle w szczęce górnej, a zaburzeniami wzroku, może polegać na oderwaniu siatkówki w oku krótkowzrocznego (*staphyloma posticum*) wskutek nieostrożnego uciśnięcia ręką oka dentysty w chwili wyjmowania zęba i na ślepotcie, wywołanej silnem niedokrwieniem siatkówki w następstwie znacześniejszego krwotoku z rany po wyjęciu zęba. Gałęzowski<sup>75)</sup> twierdzi, że u dzieci występują w przebiegu pierwszego lub drugiego ząbkowania cierpienia oczne, które pozostają w związku z wyrzynaniem się kłów i zębów dwuguzikowych. Tenże sam autor spostrzegał zaburzenia wzrokowe pod postacią zapalenia spojówki, rogówki t. t. d. w chwili, w której się ząb mądrości wyrzynał, a więc między

75) *Traité des maladies des yeux*, str. 570—572.

18 a 25 rokiem życia a M ê t r a s <sup>76)</sup> w rozprawie inauguracyjnej mówi o przypadku obustronnej ślepoty, która ustąpiła w 14 dni po wyjęciu 8 sprubniałych zębów. Podobny przypadek omawia H a n c o c k <sup>77)</sup> i wielu innych. W pracy M ê t r a s a znajdujemy wzmiankę o przypadku, w którym po wyjęciu zęba ustąpiło rozszerzenie źrenic; naodwrot zaś w innym przypadku wywołało usunięcie zęba uleczone potem rozszerzenie źrenic. Przypadki te są niezbitym dowodem faktu, że między okiem a zębem istnieje jakiś związek, i że o tym związku rzeczoznawca sądowy wiedzieć musi, aby w danym przypadku wydać trafne i z wiedzą zgodne orzeczenie.

Co się tyczy błędów, jakie dentysta może popełnić przy znieczulaniu, to nie różnią się one wcale od tych, które częściej ma sposobność popełnić chirurg <sup>78)</sup>. Tu tylko nadmienić musimy, że dwa tylko istnieją wskazania do podjęcia znieczulenia w celu wykonania zabiegów dentystycznych, t. j. albo większa ilość zębów, przeznaczonych do wyjęcia, albo wyjątkowy stan chorego, t. j. silne jego rozdrażnienie nerwowe, wobec którego wyjęcie zęba byłoby niewykonalne. Jeżeli zaś zabieg dentystyczny ma być wykonany w uspieniu, to należy chorego ułożyć w pozycyi siedzącej, ażeby spływająca krew nie dostała się do krtani i tchawicy i nie spowodowała uduszenia, nadto należy wpierw wyjąć z ust możliwie do wyjęcia protezy, przy wyjmowaniu zaś zębów chorych należy je skrupulatnie odkładać na bok i w ustach ich nie zostawiać, aby się przypadkiem nie dostały do dróg oddechowych, jak to się np. zdarzyło w przypadku, opisanym przez G. S. J u n k e r m a n n a. Znane są wreszcie przypadki, w których dentysta uspił chorego w tym celu, by mu wyjąć

76) 77) A m o e d o: *l. c.* str. 164—167.

78) Patrz J. Bornträger: Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms itd. Berlin 1892.

zdrowe zęby z zamiarem wprowadzenia w ich miejsce zębów sztucznych. Tego rodzaju czyny nie są już błędami lekarskimi, lecz niegodnymi lekarza przestępstwami, do których także trzeba zaliczyć nadużycia pleiowe, jakich się np. dopuścił dentysta L e v y <sup>79)</sup> na zhipnotyzowanej przez siebie pannie, wrzekomo celem wyjęcia zęba.

Błędy w zakresie techniki dentystycznej mogą być różnorodne. Przedewszystkiem może być zrobiona przez dentystę proteza niedobrze do danych nst dostosowana, wskutek czego nie jest przydatną do żucia, łatwo wypada z ust, lub co gorsza może być połkniętą lub zaaspirowaną do dróg oddechowych. Barwa zębów sztucznych może być źle dobrana do reszty zębów naturalnych, lub w braku tychże do wieku chorego, ustawienie zgryzu lub zębów może być wreszcie niewłaściwe i rażące. Dobrze sporządzona proteza powinna tkwić mocno i winna ściśle przylegać, aby się pod nią nie mogły dostawać pokarmy. Skoro wymagania chorych są nieraz w tym względzie bardzo przesadne, należy w odnośnych przypadkach, rozpatrywanych przez sąd, być bardzo ostrożnym i oględnym i przed wydaniem orzeczenia dobrze rozważyć, co należy położyć na karb błędu technika, a co na karb kaprysu pacjenta.

## II. O protetycznym leczeniu braków podniebienia

napisał

Władysław Zieliński.

(dokończenie)

C) *Wykonanie obturatora.*

Po otrzymaniu dobrego modelu gipsowego przyrządzam na nim protezę z kauczuku wraz z zębami sztucznymi, których brakuje.

---

79) Brouardel w Annal. d'hyg. publ. 1879, str. 39.

Aparat staram się opatrzyć szerokimi, grubemi kłanrami złotemi, aby w ustach siedział nietylko szczelnie, ale i mocno, przez co pacjent swobodniej używa obturatora. Protezę tę, przedstawiającą podniebienie twarde, wykonywam w sposób zwykły, niewtlaczam jednak wcale płatki, którą modeluję, we wrodzoną szparę podniebienną; platka ta przylega tylko szczelnie do tych konturów wady, które otrzymałem na modelu gipsowym. Sklepienie tej płyty dla wrodzonego braku podniebienia staram się wykonać na oko. Tak wymodelowaną protezę z zębami wkładam do ust pacyenta w celu upewnienia się, czy nie należy zrobić jakiej poprawki; gdy się okaże, że poprawki nie potrzeba, wykończam protezę. Płatkę taką staram się umocowywać na pierwszym lub drugim zębie trzonowym, a na podniebieniu tak ją wykrawam, żeby po środku podniebienia była węższą, szczególnie wtedy, jeżeli jest szpara w podniebieniu twardem, aby nie tamować ruchów mięśni podniebienia miękkiego. Przed zagipsowaniem tej płatki robię na jej tylnym brzegu występ. Występ ten jest szerokości od  $\frac{1}{2}$  do 1 cent. a długości od 2 do 3 cent. i biegnie swobodnie w szparze wrodzonej podniebiennej, a robię go na oko. Tak przygotowaną protezę wykończam w zupełności z kauczuku podług prawideł techniki dentystycznej. Z wyżej opisanego widać, że pacjent otrzymuje tylko protezę z zębami, która jest opatrzona kauczukowym występem (rys. VI). Protezę



(Rys. VI).

taką, ale już wykończoną, pozostawiam jeden albo dwa dni w ustach pacyenta, ażeby się przekonać, czy nie potrzeba jeszcze jakiejś zmiany lub czy też platka nie-

powoduje jakich niedogodności, wreszcie aby pacjent przywykł. Po tym dopiero czasie zaczynam wyrabiać właściwy obturator na owym występie, który swobodnie sterczy ku gardzieli. Występ ten z kauczuku nacinam w kilku miejscach i oblepiam gutaperką różową, formując z niej obturator właściwy (klocek), który również urabiam na oko. Tak uformowany na chybił trafił klocek, dobrze ciepły, (ale nie gorący!) wprowadzam do ust pacyenta i polecam mu robić ruchy połykowe, mówić, czytać; wszystko to idzie pacjentowi niezgrabnie, niezręcznie, często się on krztusi lub dławi, niemniej jednak przy wszystkich tych ruchach mięśni podniebienia i gardzieli klocek z gutaperki *sam się formuje*. Czynność mięśnia zwieracza gardzieli górnego (*constrictor pharyngis superior*), na który Dr. Süersen największy kładzie nacisk, formuje w ciepłej miękkiej gutaperce ścianę tylną obturatora. Ściany boczne urabiają się w tymże kločku gutaperkowym, jeżeli są czynne *levator i tensor veli palatini*. Klocek ten zostawiam, o ile się da, w ustach pacyenta, polecając mu jaknajwięcej mówić i połykać, po czem klocek ten ostrożnie wyjmuję z ust, ochładzam w zimnej wodzie, obcinam nadmiar gutaperki gorącym nożem, a powierzchnie poobcinaue staram się wygładzić. Powierzchnie, gdzie mięskuly wcale po sobie nie pozostawiły śladów, powiększam przez nałożenie gorącej gutaperki, aparat znowu wkładam do ust i powtarzam tę procedurę dotąd, dopóki *wszystkie powierzchnie nie uformują się w gutaperce dobrze i pięknie*.

Uformowanie takiego kločka na obturator zwykle jednego dnia skutecznie się nie da, bo i dentysta nie może poświęcić tyle czasu odrazu i pacjent będzie znudzony, a nie należy go przecież zniechęcać. Należy więc w uformowaniu kločka o tyle tylko postąpić, żeby klocek pacjentowi nie sprawiał dławienia i żeby go nie dusił, pozostawiając dalszą pracę do następnego posiedzenia. Na następnem posiedzeniu aparat należy wyjąć, wymyć ostrożnie wodą z mydłem i obejrzyć.

czy gdzie gutaperka przez czynność mięśni nie została wyciśnięta na boki, do góry lub ku dołowi. Wywieźć się też trzeba od pacyenta, czy mu gdzie i co nie zawadza lub ugniata i w razie potrzeby wszystkie braki poprawić. Jeżeli zaś, jak już powiedzieliśmy, okaże się, że gutaperki za mało, to należy odpowiednie powierzchnie obłożyć cienką, świeżą warstwą gutaperki. Potem obturator (t. j. klocek), należy zanurzyć w gorącą wodę, i włożyć do ust pacyenta i powtórzyć procedurę z mówieniem, czytaniem, połykaniem, a powtarzać zaś ją dotąd, aż uznamy sami wraz z pacjentem, że obturator jest dosyć wygodny do dalszego używania. Po takim upewnieniu się wyjmujemy aparat z ust dla wykończenia. Przed zagipsowaniem do kiuwety należy cały klocek posmarować pendzelkiem, namaczałym w roztopionym wosku, to jest pogrubić wszystkie powierzchnie klocka o tyle, o ile po zwulkanizowaniu, oczyszczeniu i odpolerowaniu, przypuszczalnie ich ubędzie. Taki klocek przyrządzam z kauczuku twardego, a może być ten klocek masywny lub też wewnątrz pusty; procedury gipsowania, napychania i wulkanizowania nie opisuję bliżej, boć to nietylko nie należy do niniejszej pracy, znane jest każdemu technikowi, a tembardziej dentyście.

Przypatrzmy się teraz formie już wykończonego, a możliwie dokładnie zrobionego obturatora.

*Dolna powierzchnia*, zwrócona do języka, musi być *mniej więcej* na tym samym poziomie, co i podniebienie miękkie, gdy takowe przez czynność m. dźwigacza (levator veli palatini) podniesionem będzie. W stanie spokojnego oddychania klocek powinien być skierowany ku gardzieli, a więc leżeć cokolwiek po nad bocznemi połowami rozpolowionego podniebienia miękkiego. *Przedewszystkiem położenie zamykadła* (klocka) *powinno być skierowane ku temu miejscu, gdzie przy wymawianiu (głównie litery A) najbardziej się daje zauważyć na ścianie gardzieli wypuklenie*. Jeżeli obturator leży za głęboko, to sprowadza dławienie i prze-

szkadza połykaniu. Jeżeli leży za wysoko, to utrudnia wymawianie głosek podniebiennych (k, g, eh, sz, szcz).

*Boczne płaszczyzny*, zwrócone do bocznych połów rozpolowionego podniebienia miękkiego, muszą od dołu i z zewnątrz ku górze podnosić się, ażeby boczne połowy podniebienia miękkiego *były ciągle z niemi w bezustannym zetknięciu*, nawet wtedy, kiedy są podniesione przez czynność m-li levatoris.

*Tyłna powierzchnia* jest w środku (w rozmaitych przypadkach rozmaicie) od 1 do 3 cent. wysoka. Powierzchnia ta musi być naturalnie tak wysoka, ażeby m: constrictor pharyngis superior, gdy skurczy się przy połykaniu, przyszedł w zetknięcie z tą powierzchnią. Musi być więc ona tak wysoką i szeroką, ażeby zamknięcie i odgródenie jamy ustnej od nosowej było szczelne, aby wydechane powietrze nie przeszło przez jamę nosową. Nie może jednak ta powierzchnia przewyższać najbardziej wysoko położonych odcinków mięśnia górnego zwieracza gardzieli. Dr. Süersen robi tu uwagę, że mięśnię ten nie sięga do podstawy czaszki, ale pomiędzy nim a podstawą czaszki na ścianie przełyku znajduje się jeszcze pewien pas, który jest pokryty tylko przez powięź (fascia pharyngo-basilaris). Jeżeliby obturator do tego pasa przylegał, to by *bezustannie* jamę ustną odgradzał od nosowej i pacyenci niemogliby ani przez nos oddechać, ani wymawiać głosek M i N. Tyłną ścianę obturatora Süersen porównywa do futryny, do której szczelnie dopasowane drzwi przylegają przy zamknięciu. Jeżeli się je od tej futryny odsunie (otwórz), to przejście jest znowu wolne. W tem porównaniu do drzwi stawia Süersen ścianę polykową gardzieli, która się przy skurczu M-li constrictoris pharyngis ku przodowi wypukła (zamyka), a przy zwolnieniu (relaksacyi) mięśnia na nowo otwiera.

Ku bokowi musi tyłna powierzchnia zamykadła sięgać aż do wypukłości utworzonych przez trąbki *Eustachiusza* (Tubenwülste), które powinny się wyraźnie w miękkiej gutaperce wycisnąć w postaci zagłębień.



Dopiero wtedy jest się pewnym, że obturator górne boczne kąty gardzieli dokładnie wypełni.

*Powierzchnia górna*, zwrócona do jamy nosowej, powinna być cokolwiek wklęsła. Najważniejszym warunkiem jednak jest to, ażeby powierzchnia ta *nie dotykała dolnych muszli nosowych*, bo inaczej brzmienie głosu będzie takie, jak przy katarze nosowym lub polipach. Mowa będzie nosową, chociażby aparat w swoich pozostałych częściach był dokładnie zrobiony. Jeśli obturator tak będzie przyrządzony jak wyżej powiedziano, to zwykle osiąga się rezultat dobry, co jednak nie należy rozumieć w taki sposób, żeby jeszcze jakaś poprawka była wyłączoną. Rezultat przy polikaniu, ponieważ czynność ta jest o wiele prostszą, niż wymowa, bywa zwykle zupełnie zadawalniającym. Wymawiania zgłosek i całych wyrazów należy pacyenta nauczyć, bo wpieryw wymawiał on je nieprawidłowo. Najlepiej tę naukę pozostawić odpowiedniemu specjalście

## LITERATURA.

- 1) Fehler der Gaumenorgane aus Harris Principles and Practice of Dentistry (Correspon. Blatt 1876 r.
- 2) W. Süersen. Ueber Gaumendefecte. 1877r.
- 3) Kingsley N. W. Ueber alte und neue Obturatoren. Corresp. Blatt. 1878 r.
- 4) Wł. Zieliński. Zastąpienie obturatorem wrodzonego braku podniebienia. (Gazeta lekarska 1879 r.)
- 5) Parreidt. Handbuch der Zahnersatzkunde 1880.
- 6) Die Anomalien der Zahnstellung und Defecte des Gaumens von Norman Kingsley, professor in Newyork, deutsch v. L. Holländer, prof. in Halle a. d. S. 1881 r.
- 7) Otto Schiltsky. Ueber neue weiche Obturatoren 1882 r.
- 8) Detzner Praktische Darstellung der Zahnersatzkunde. 1885 r.

- 9) Brandt. Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1890 r.  
10) Philipp Detzner. Praktische Darstellung der Zahnersatzkunde. Berlin 1899 r.



## Dział Sprawozdawczy.

58. **Zęby w torbieli jajnika.** Dr. Bar na posiedzeniu Towarzystwa stomatologicznego w Paryżu przedstawił dermoidalną torbiel jajnika, w ściankach której tkwiła znaczna ilość zębów. Torbiel pochodziła z lewego jajnika, utworzoną była z twardej, powłoki w kilku miejscach przedstawiającej zgrubienia. Wnętrze torbieli napełnione zropiałym płynem. W ściankach torbieli widać ząb przypominający molar; oprócz tego zęba odróżnić można było kilka białawych punkcików, przedstawiających jakby szkic koron zębowych. Po demonstracyi Bar zwrócił uwagę na znany fakt, że w jajnikach znaleźć można i kawałek skóry i pęczki włosów, co zaś się tyczy zębów, zdarza się widzieć je osadzone bądź na chrząstce, bądź na kości, bądź też w tkance włóknistej, a ilość ich może być bardzo znaczną. W zawiązanej z powodu znalezionej w jajniku zęba dyskusyi *Pietkiewicz* zaznaczył, że zęby w torbielach jajnika zwykle przedstawiają się w postaci samych tylko anormalnie rozwiniętych koron, tak, że trudno o nich powiedzieć, do jakiej grupy zębów należą; korzeni nigdy prawie niema, lub istnieją jako rudymentarne szczątki; najczęściej mamy do czynienia z większą lub mniejszą ilością białych, twardej natury ciał rozmaitej formy i objętości, składających się bądź z zębiny, bądź ze szkliwa, bądź też z obu tych części składowych jednocześnie. Do b. rzadkich wypadków należy odkrycie zęba całkowicie i normalnie zbudowanego, jak to ma miejsce w przypadku, przedstawionym przez Bara, gdyż tu wyczuć się daje nawet korzeń po przez ściankę torbieli.

Na postawione przez Bara pytanie: „czy by to miał być ząb mleczny, czy też stały?” *Pietkiewicz* odpowiada, że, gdyby to był stały ząb, we wnętrzu orbiceli powinna by się znajdować korona mlecznego zęba.

Jeden z obecnych na posiedzeniu (Barthelet) opowiedział, że w praktyce jego zdarzyło mu się widzieć w torbieli jajnika oprócz długich pierścieni czarnych włosów znaczną ilość zębów małych, upośredzonych i atypowych, swobodnie w torbieli leżących. R. de Stomat. № 1 1901. R. *Róg-Weksler*.

**59. Chompret. Przetoka na podbródka pochodzenia nie zębowego.** (R. d. Stomat nr. 1. 1901).

Pacjentka 26-letnia, silnej budowy, dotychczas nigdy nie chorowała. W r. 1898 p. R. upadła, przy czem podbródkiem uderzyła o mebel. W ciągu 15-stu dni czuła silne bóle w okolicy podbródka, aż jednej nocy zjawilo się znaczne i bolesne obrzmienie unoszące w górę całe dno jamy ustnej. Zjawil się szczękoseik; żucie i lyanie stały się utrudnionemi, jak również i mowa. Taki stan trwał 8 dni, stopniowo słabnąc, by po 3 tygodniach powrócić i znów zniknąć. Po 3-eh miesiącach takiego stanu w okolicy podbródka, cokolwiek wprawo od środkowej linii, zjawil się ropień, dający ujście żółtawej cieczy, nie będącej jednak czystą ropą. Wezwany lekarz, widząc przyczynę w dolnym prawym środkowym siekaczu, wyrwał ten ząb. Polepszenia jednak żadnego nie było, i, jak przedtem, okresy złagodzenia następowały po okresach wzmożenia się bólów; te zaś ostatnie przypadaly jednocześnie z miesiączkowaniem.

W tym właśnie czasie autor był wezwany do pacjentki. Stan jej tak się przedstawiał: lekki obrzęk zajmował całą okolice podbródka. Na dolnej części podbródka skóra cienka, fioletowego koloru i przyśnięta do zuchwy w miejscu, gdzie pozostała blizna po pierwszym ropniu. O 5 ctm. z tyłu widać teraz ropień, nad nim zaś mięsisty wyrostek wielkości grochu, stanowiący jakby zasłonkę. Przy naciśnięciu podbródka, z ropnia wydziela kilka kropli płynu, koloru cytrynowego, podobnego do cieczy, jaka wydzielala się od samego początku choroby. Wprowadzony do ropnia zgłębnik nie idzie w kierunku zuchwy, która, jakby należało oczekiwać, powinna być obnażona, lecz zagłębia się na jakie 10 — 12 ctm. w kierunku nasady języka. Palec wprowadzony w tylną część j. u. z łatwością wyczuwa koniec instrumentu, od którego oddzielony jest tylko cienką warstwą miękkiej tkanki. Rękoczyn ten nie wywołuje silnego bólu, a powracająca po wstrzyknięciu karbolowa woda dowo-

dzi, że mamy do czynienia z ropniem zewnętrznym o jednym otworze. Bólów samoistnych, ani przy naciskaniu na język niema. Dno jamy ustnej zupełnie normalne; gruczoły chłonne nie nabrzmiąły, zęby wszystkie zdrowe.

Taki stan istniał 20 lutego. Tego samego dnia Ch. zlekka wyskrobał przetokę i zostawił w niej gazę jodoformową; 27 lutego to samo leczenie. 3-go Marca, nie widząc polepszenia, Ch. wprowadził do ropnia kankę i wpuszcł przy pomocy strzykawki 5—6 kropli kreozotu z węgla kamiennego. Chora poczuła w tej chwili straszny ból i duszno ść. Jedną rękę naciskając na podstawę języka, drugą opierając na podbródku, wycisnął Ch. z otworu przetoki większą część wprowadzonego płynu. Duszność ustala, cierpienia jednak trwały jeszcze dłużej niż godzinę.

6-go Marca pacjentka powróciła: otwór ropnia był zamknięty, i nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Jaka więc była przyczyna choroby? Badanie mikroskopowe wyżej wspomnianego wyrostka nie dało nic pozytywnego. Składa się ten wyrostek ze zwykłej tkanki granulacyjnej.

Sposób zjawienia się i rozwój choroby, nawroty, przypadające jednocześnie z miesiączkowaniem, zgłębianie ropnia, prowadzące do nasady językowej, złożyły się na to, że trzeba było rozpoznać chorobę, jako *torbiel skrzelową*, która dała początek przetocie wtórnej.

Był to więc rzadki wypadek torbieli okolicy nadgnykowej, powstałej wskutek zabłądzenia kawałka śluzówki lub skóry w tkanki głębiej leżące, lub też pochodzącej ze szpary skrzelowej.

Ta wrodzona torbiel po okresie utajenia, trwającym 24 lata, przejawiała się nagle wskutek urazu, i szybko się rozwijając, utworzyła sobie drogę na zewnątrz, dając początek ropniowi w okolicy, gdzie wskutek zaburzenia w rozwoju, czasami widzieć można wrodzone przetoki pierwotne.

R.R.-W.

60. **Nowy sposób wypełniania przewodów korzeniowych.** Beust radzi wypełniać przewody korzeniowe czopkami *gutaperkowemi*, które mają w środku *wzmocnienie z drutu srebrnego*. Drut srebrny 0,5—0,2 m. m. grubości kraje się na odpowiednie kawałki, robi się go szorstkim przez pokarbowanie lub skręcenie i powleka się gutaperką. Czopki takie wkładają się w ka-

nał łatwo i również łatwo można je w razie potrzeby wyjąć. Czopki Beusta znajdują się już w handlu.

(Zahnaerztl. Wochenblatt N<sup>o</sup> 736.)

61. **Dostawka w części wpustowej żołądka.** Dr. **Gottstein** z Wrocławia opisuje następujący przypadek: 25-letnia pacjentka połknęła dostawkę, składającą się z platki podniebiennej z jednym siekaczem. Platka, noszona od lat pięciu, w ostatnich czasach nie siedziała dobrze wskutek zniszczenia zębów, na których się opierała. Połknięcie nastąpiło podczas jedzenia lepkiej kaszy. Próby zwrócenia platki przez wymioty były bezowocne i posunęły ją jeszcze głębiej; natychmiast po połknięciu czuła pacjentka, że coś jej stoi w dołku, przełykać jednak mogła swobodnie. Sondowanie przełyku, przedsięwzięte przez lekarza jeszcze tego samego dnia, nie wykazało żadnej przeszkody w przełyku; zgłębnik przechodził swobodnie do żołądka. Gdy po 14 dniach dostawka nie wyszła *per vias naturales*, pacjentka udała się ponownie do lekarza. I teraz sondowanie poszło gładko; w następnych tygodniach łykanie wciąż szło gładko, czuwała jednak pacjentka gniecenie w dołku, a czasami i bóle w plecach i okolicy łopatkowej lewej. Z powodu tych bólów sypiać mogła tylko na prawym boku. Nagle, w 5 miesięcy po wypadku, wystąpiła niemożność polykania twardych pokarmów (płynne przechodziły). Wtedy pacjentka zwróciła się po poradę do chirurga, który stwierdził przeszkodę w przełyku na wysokości wpustu i zbadawszy pacjentkę promieniami X, doradzał operację. Na operację przybyła pacjentka do prof. Mikulicza, do Wrocławia. Prof. Mikulicz, badając wziernikiem przełykowym, stwierdził owrzodzenie w odległości 42 cm. od zębów w prawej tylnej części okolicy wpustowej żołądka. Fotografia roentgenowska wykazała po lewej stronie kręgosłupa cień, podobny z konturów do poszukiwanej dostawki. Na zasadzie wywiadów, wyników oesophagoskopii i rentgenografii postawił prof. Mikulicz rozpoznanie takie: dostawka przebiła ściankę żołądka i utkwiała w tkance perygastralnej. Operacja rozpoznanie to potwierdziła w zupełności. Po usunięciu dostawki żołądek zaszyto, pacjentka niebawem powróciła do zdrowia. Operację robiono w 6 miesięcy po wypadku; gdyby pacjentka zwlekała dłużej, mogłoby skończyć się bardzo źle, gdyż dostawka leżała bezpośrednio na aorcie, którą niezawodnie z czasem by przebiła.

(Zahnaerztl. Wochenblatt N<sup>o</sup> 736.)

62. **Robin**, opisując w № **R. de Stomatologie** szczęśliwie zakończony **wypadek połknięcia części dostawki górnej**, kończy swój artykuł kilku interesującymi uwagami:

Dostawka może być połknięta w całości lub w części; pozostała część ma doniosłe znaczenie, gdyż pozwala wnioskować o kształcie połkniętej. Jeżeli dostawka została połknięta w całości, należy gruntownie zbadać jamę ustną i śluzówkę, na której dostawka zawsze odbija ślady i następnie trzeba zbadać zęby, ponieważ i na tych często klamry pozostawiają ślady. Powyższe dane, w zestawieniu z wywiadami i przy znajomości ogólnych prawideł wykonywania dostawek, pozwala lekarzowi wnioskować zarówno o kształcie, jak i o rozmiarach protezy, a także o jej oklamrach i ich, położeniu. Mając te dane, można sobie przedstawić w jaki sposób dostawka była połknięta i jakie położenie zajmuje ona w przewodzie pokarmowym. Ten ostatni punkt jest niezmiernie ważny; wiedząc, jakie położenie zajmuje dostawka w przewodzie pokarmowym i znając wymiary ostatniego, można wnioskować o sposobie leczenia.

Trzy są sposoby wydostania połkniętej protezy 1) przez otwór górny t. j. przez usta, 2) przez przepełnienie do żołądka, z kąd wychodzi dalej *per via naturales* przez odbył, i wreszcie; 3) przez oesophagotomię. Dokładne obznajomienie się wyżej wymienionemi danemi daje możność lekarzowi postępować drogą pewną i przed przestąpieniem do ostatecznego sposobu wydostania protezy spróbować obejść się bez operacji. Do b. wygodnych sposobów zaliczyć należy przepchnięcie dostawki do żołądka, gdyż wydobywanie jej przez przełyk t. j. tą samą drogą, po której zesła, nie jest godnem zalecenia ze względu na urazy, które może porobić dostawka, jeżeli zaopatrzoną była w klamry.

R. Róg-Weksler.

63. **Do pokrywania miazgi** używa oddawna *prof. Fleury* (Rennes) następującą kombinację: 1 część mentolu, 1 cz. eugenolu i 2 cz. kamfory topi się na wolnym ogniu (najlepiej na wodnej kąpieli). Robi się z tego płyn prawie bezbarwny, który zarabia się na pastę z zasadowym azotanem bizmutu (*bismuthum subnitricum*). Pasta ta daje się łatwo utaczać w pigułki, z kąd dogodna jest w użyciu. Przechowywać należy w szczelnie zamkniętem naczyniu.

64. W „*Progrès médical*“ Kneise podaje wyniki badań flory jamy ust u noworodków. Jak się okazuje, wszystkie prawie dzieci (97% badanych) w chwili przyjścia na świat przedstawiają bogactwo drobnoustrojów w jamie ustnej. Pierwsze miejsce zajmują tu gronkowce i łańcuszkowce. I jedne i drugie mogą być nadzwyczajnie złośliwe, jak tego dowiodły doświadczenia z myszami. W pierwszych dniach życia ilość drobnoustrojów znacznie się zwiększa. Flora drobnoustrojowa jamy ustnej noworodka jest indentyczna z florą pochwy matki, gdzie mikroby przebywają w charakterze nieszkodliwych saprofitów. Dzięki ruchom pływającym płodu lub skurczom mięśni pochwy wydzieliny tej ostatniej przedostają się do jamy ustnej dziecięcia. Możliwe jest również, że chorobotwórcze elementy z jamy ustnej noworodka przenoszą się na pierś matczyną i że tym sposobem właśnie powstają zapalenia sutek karmiących.

(R. de Stomal 9.01).

R. R.-W.

65 Dr. Armeilla w *Jour de Med. et Chir. prat.* (Avril 1901) podaje zajmujące dla dentystów dane o wole językowem. Wole językowe powstaje ze zwyrodnienia gruczolków tarczowych dodatkowych, położonych u podstawy języka. Pomimo nieznaczonej wielkości gruczoły te odgrywają fizyologiczną rolę, podobną do roli głównego gruczołu tarczowego, dzięki czemu całkowite usunięcie ostatniego gruczołu nie zawsze pociąga za sobą charłactwo (*cachexia strumipriva*): w dwu wypadkach, jak cytuje A. wyłuszczenie gruczolków językowych spowodowało obrzęk śluzakowy, jaki występuje w pewnych przypadkach po usunięciu gruczołu tarczowego. Wole językowe częściej spotyka się u kobiet, niż u mężczyzn i występuje najczęściej pomiędzy 15 — 30 rokiem życia. Wole położone jest w tylnej części języka, w sąsiedztwie z foramen coecum, bądź na linii środkowej, bądź też, co się częściej zdarza, cokolwiek w prawo lub w lewo od linii środkowej. Guz ma kształt okrągły lub jajowaty, wielkość jego waha się pomiędzy wielkością wiśni i pięści. Wole języka zdradza swą obecność przez objawy fizyczne i zaburzenia funkcyjne. Zjawia się uczucie niewygody, pełności i obcego ciała, które utrudnia żucie i łykanie. Oddech cierpi tylko w wypadkach znacznych obrzmień. Głos często bywa zmieniony. Do bardzo poważnych zaburzeń zaliczyć należy krwotoki. Po-

chodzą one z żył, które oplatają wole i podczas żucia łatwo ulegają urazom, gdyż przykryte są zaledwo śluzówką. Krwotokom nie towarzyszą ani napady kaszlu, ani wymioty, zjawiają się one same przez się i bez żadnych bólów napełniają krwią jamę ustną.

Rozwija się wole językowe nadzwyczaj wolno i zwykle zwiększa się przy nastąpieniu dojrzałości. Czasami jednak wole zwiększa się nagle pod wpływem jakiejś choroby.

Utrudnienie oddechu i krwotoki, to jedyne groźne objawy wola językowego. Dotychczas nie zauważono zapalenia lub ropienia tego wola.

Wyluszczenie całkowite obrzmiałych gruczołów jest dotychczas jedynym środkiem, stosowanym do leczenia tego wola.

(R. d. Stomal. 8. 1901).

R. R.-W.

66. W 8 № R. de Stomat. **Chompret** opisuje 2 przypadki obumarcia miazgi w zębach zdrowych u osób, przechodzących grypę (influenzę).

Dla objaśnienia tego zjawiska autor ucieka się do patologii ogólnej i znajduje tam potwierdzenie faktu, że zarówno system nerwowy, jak i naczyniowy, najważniejsze składniki miazgi, mogą być dotknięte przez grypę.

*Estlander, Fertner, Baudet* wyrażają zdanie, że grypa może wywołać skurez naczyń obwodowych, a więc i ischemię t. j. miejscowy skurez tętnic; ta ostatnia zaś sprzyja rozwojowi zakażeń wtórnych. Zdaniem *Guttmana*, (Berlin) grypa jest taką zakaźną chorobą, przy której specyficzny drobnoustroj i w bardzo wielkiej ilości znajduje się we krwi i wywołuje takie zaburzenia w naczyniach, że rezultatem ich jest wstrzymanie krwiobiegu.

Wstrzymanie obiegu krwi może być następstwem:

1. *Zatoru.* *Huchard, Teisser* wykazali stosunek zapaleń wsierdzia i osierdzia do grypy; oprócz tego grypa sprzyja powstawaniu skrzepów wewnątrz-sercowych i zatorów; te ostatnie tworzą się ze skrzepów, powstałych w naczyniach i przepchniętych do małego krwiobiegu.

2. *Zapalenia naczyń.* Pomędzy wielu innymi chorobami, jako to: ospa, błonica syfilis, etc. i grypa, może wywołać zapalenie naczyń krwionośnych. W obchodzącej jednak nas kwestyi zatrzymanie krwiobiegu



wskutek zapalenia naczyń nie ma wielkiej doniosłości, ponieważ stan zapalny spotyka się przeważnie w tętnicach dużego i średniego kalibru, a nie w małych tętnicach.

3. *Zakrzep w tętnicach.* Zakrzep jest skutkiem zmian, jakie się dokonywają we krwi podczas choroby zakaźnej.

Podług *Teissera, Ponceta, Gautreleta*, podczas grypy zwiększa się kwasność krwi, co stanowi czynnik, sprzyjający rozwojowi włókniaka. Z jednej strony zauważyć się daje zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi, z drugiej rozmnożenie białych; i jedne i drugie, dotknięte w swojej żywotności, przejawiają wyraźną skłonność do zatrzymania się w biegu i do przyłgnięcia do ścian naczyńiowych. Z drugiej strony ciśnienie w tętnicach przy grypie zmniejszone jest wskutek osłabienia serca.

Wszystkie te zaburzenia w systemie naczyniowym mogą spowodować obumarcie kończyn podczas grypy. Co się tyczy zgorzeli miazgi w zębach zdrowych, to powstaje ona, zdaniem autora, przy influenzy, na skutek miejscowego zakrzepu krwi.

Chompret kończy swój artykuł wyliczeniem tych licznych powikłań ze strony zębów i jamy ustnej, jakie może spowodować gryppa.

Już w 1872 roku dr. Hugenschmidt opisał następujące powikłania grypy w jamie ustnej:

1. Wrzodziejące i pryszczycowate zapalenie słuzówki.
2. Wrzodziejące zapalenie dziąseł.
3. Zwyczajne zapalenie dziąseł z rozlanem zapaleniem okostnej zębodołowej.
4. Ropne zapalenie ozębnej i okostnej.
5. Nerwobóle nerwu trójdzielnego.
6. Zaburzenia wyrzynania zębów mądrości.

W 1898 roku *Amoedo* opisał przypadek zapalenia gruczołów podżuchwowych i przypadek ropnia w zależności od grypy. *Rodier* też opisuje przypadek ropnia i zgorzeli wyrostka zębodołowego podczas influenzy. *Guillermín* jako powikłania influenzy odnotował zapalenie mięśni żwaczy, zapalenia dziąseł, zatoki szczękowej i ropotok zębodołowy.

R. R-W.

67. **Lematte**, przedstawiając na posiedzeniu Towarzystwa stomatologicznego wynaleziony przez siebie apa-

**rat do wyjąłowania szczoteczek zębowych**, dowodzi na mocy zebranego materiału, jakie niebezpieczne następstwa może spowodzić używanie szczoteczki. zakazanej chorobotwórczymi zarodkami, aczkolwiek nowej.

U pewnej dziewczyny pod kątem żuchwy zjawily się ropnie, pochodzenie których składano z początku na zapalenie kości szczękowej; gruntowne badania stwierdziły *promienicę*. Z wywiadów dowiedziano się, że pacjentka zajmuje się wyrobem szczotek do zębów w następujący sposób: otrzymaną w fabryce szczecinę przemywa w domu i, trzymając pomiędzy zębami oddzielne pęczki włosów, wkłada je przy pomocy szczypczyków do dziurek w szczoteczce. Oczywista rzecz, że *promienica* nastąpiła wskutek zarazka, wniesionego do jamy ustnej jednocześnie ze szczecimą; wiadomo, że świnie tarzają się wiecznie w śmieciach, gnoju i wszelkich innych nieczystościach, ztąd i zakażenie; używanie niewyjąłowanej szczoteczki rzuca światło na niektóre wypadki *promienicy* u ludzi, którzy nigdy do ust nie brali, zboża, kłosów. i t. p.

W medycynie znane są przypadki szczepienia przymiotu osobnikom zdrowym przez używanie tych samych szczoteczek do zębów, któremi posługiwali się syfilitycy.

Rzecz jasna, że nie należy używać i takiej szczoteczki, która już raz zakażoną została podczas choroby (zapalenia gardła, błony śluzowej j. u. i t. p.) Nawroty bowiem uporeczywych pryszczy, zapaleń wypryskowych etc. mają często za przyczynę zakażenie szczoteczką zębową.

Wszystko wyżej wymienione jasno dowodzi niezbedności wyjąłowania szczotek zębowych. Stosowanie płynów przeciwnilnych w tym celu nie jest praktycznem, szczoteczki bowiem prędko się psują: wodne lub spirytusowe rozezyny tych płynów niszczą szczecinę. Sublimat, tymol, kw. karb. i inne płyny przeciwnilne nadają szczoteczce b. niemiły smak.

Cheąc usunąć wszystkie te złe strony L. wynalazł\*) przyrząd, który ma na celu zupełnie pewne wyjąłowanie szczoteczki zębowej. Składa się ten przy-

\*) Przyrząd *Lemalle'a*, jak widać z opisu, niczem się nie różni od przyrządu, dawno już stosowanego i opisanego przez *Docenta Lepkowskiego*. Różnica w postępowaniu *Lemalle'a* i *Lepkowskiego* polega na tem, że pierwszy, zamiast formaliny, stosuje swoją mento-metylinę. (Przyp. Red.)

rząd z naczynia szklanego, na dno którego kładzie się Mento-Metylinę, t. j. mieszaninę, do której wchodzi trioxymetylen i mentol. Do tego naczynia wprowadza się drugie, zaopatrzone w dziurki, które pozwalają lotnym przeciwnym produktom przenikać we wszystkie szczeliny szczotki i absolutnie ją wyjałowić.

Naczynie zamknięte jest hermetycznie szklanym czopkiem, pokrytym kauczukiem.

*Mento - metylina.* Jest to mieszanina mentolu i trioxymetylenu. Przy zwykłej ciepłocie trioxymetylen rozkłada się i wydziela parę formolu.

Mento - metylina posiada silne bakterycydyczne własności, co widać z następujących doświadczeń, cytowanych z artykułu dra (*Lsvassora*).

I. Trzy kłębki bawełny, przesyczonej kurzem z posadzki, po 18 godz. przebywania w aparacie Lematte'a nie zarażały już balionu.

II. Nerwociągi i wata, zbrukane przez drobnoustroje miazgi zębowej, po 24 godz. przebywaniu w sterylizatorze Bruscha, były zupełnie wyjałowione.

III. 1 sz. mm. suchego kurzu, wystawiony na 24 g. działania pary formolu dał w rezultacie: drobnoustrojów — 0, pleśni — 0.

IV. Bulion, zasiany kurzem, będąc wystawiony na działanie formolu w ciągu 6-ciu godzin, pozostawał przezroczysty jeszcze w ciągu 10 dni. \*)

R. R. W.

66. **Gires** na posiedzeniu Towarzystwa Stomatologicznego odczytał referat o wypadku, w którym **jedynie na mocy zaburzeń zębowych rozpoznano syfilis**. Rzecz miała się, jak następuje: 15-letnia dziewczyna tknięta została paraliżem prawej połowy ciała w połączeniu z afazją. Wywiady, rozwój i długotrwałość zaburzeń nasuwały myśl o zatorze mózgu. Oprócz tej przyczyny wymienione zjawiska sprowadzić mógł tylko syfilis przez zapalenie naczyń mózgowych. Nie odnaleziono jednak żadnych śladów przynioty nabytego; co zaś tyczy się dziedzicznego, podejrzenie o istnieniu tegoż nasuwał li tylko stan zębów.

Uzębienie chorej było stałe i normalne; łuki zębowe prawidłowe; zęby mądrości jeszcze nie wyrżnięte; z wyjątkiem wyrwanego lewego 2-go górnego dwuguzikowca wszystkie zęby zdrowe. Anomalia wyrażała się w następującem: 4-ry sześciolatek molary niezwykle małe. Wszystkie one są spróchniałe i wszystkie kołową brózdą podzielone są na 2 części; część

zęba przy szyjce zupełnie normalna, druga zaś atroficzna i mała, a żująca powierzchnia przedstawia nadżerki i chropowatości. Zaburzenia te tem są charakterystyczniejsze, że 6-letni molar jest to jedyny ząb, którego zwapnienie rozpoczyna się jeszcze w życiu wewnątrzmacicznym. Drugi dolny lewy dwuguzikowy obrócony jest dookoła swej osi na 90°. Wszystkie kły są krótkie i zaokrąglone, a na ich wierzchołku sterczy śpiczasty, stożkowej formy kawałek, oddzielony od reszty zęba głęboką, cyrkularną brózdą. Dolne siekacze nadzwyczaj małe, stoją daleko jeden od drugiego, mają starte i przyplaszczzone brzegi sieczne. Na środkowych górnych siekaczach widzimy też brózdy, dzielące ząb na dwie części, tak samo jak na molarach; część zęba przy szyjce rozwinięta jest normalnie, obwodowa zaś nierozwinięta, cieńsza i węższa, niż pierwsza. Powierzchnia wargowa jest żółtawa i chropowata.

Opierając się na tych zaburzeniach, rozpoznano syfilis i zastosowano leczenie rtęcią. Po 2 miesiącach wszystkie objawy paraliżu ustąpiły i chora wypisała się ze szpitala. Ze rozpoznanie było trafne, dowiodły, oprócz pomyślnego leczenia gumaty, (\*) które się po niej jakimś czasie zjawily na goleniach.

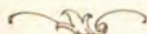
(R. d. Stomat 8 1901.

R. R. W.

69. **Dr. F. Ferrer** opisuje przypisuje przypadek *grypy*, symulującej *zaburzenia pochodzenia zębowego*. Do autora zgłosiła się młoda kobieta, prosząc o poradę na obrzmienie, położone w policzku w okolicy dwuguzikowców. Po zbadaniu okazało się, co następuje: naciek twardy, zlekka bolesny, wielkością i kształtem przypominający migdał, jeden koniec tego migdała podnosił fałdkę śluzówki na poziomie korzenia pierwszego dwuguzikowca, drugi zaś koniec sięgał w sąsiedztwo spojenia warg. Ferrer wykluczył podejrzenia co do zębowego pochodzenia wymienionego nacieku, opierając się na następujących danych: 1) ząb, który by mógł być przyczyną obrzmienia, był zupełnie zdrowy i niebolesny, jak również i oba jego sąsiedzi; 2) z drugiej znów strony było normalne zaczerwienienie całej śluzówki jamy ustnej, podłużne stwardnienia, zlekka bolesne po obu stronach języka, a oprócz tego na drugiej stronie górnej szczęki autor spostrzegł symetryczny obrzęk, podobny do tego, który zniewolił pacjentkę do szukania pomocy, chociaż trochę mniejszy i już teraz niebolesny; obrzęk ten tak samo się rozwijał, jak

badany, a w obecnej chwili był na drodze do zaniku. Wreszcie śluzówka nosa była siedliskiem nieżyty, silnie wyrażonego, a łącznica, nastrzyknięta. Wymienionym objawom towarzyszyła gorączka, która po 3 dniach zlagodniała. Wszystkie te dane, razem zestawione, nie pozwalały już wątpić o pochodzeniu wymienionych zaburzeń: był to wypadek zakażenia grypowego gruczolów śluzówki w okolicach węzidełek polizekowych. (R. d. Śt. 5 01.)

R. Róg-Weltler.



## ***Kronika i sprawy zawodowe.***

— **Tytuły Francuskie.** Komisya bibliograficzna Akademii Umiejętności w Krakowie zwróciła się do nas z propozycją, abyśmy obok polskich tytułów prac oryginalnych podawali i francuskie, a to w celu ułatwienia pracy tej komisji nad układaniem katalogu literatury naukowej polskiej, jak również w celu ułatwienia zagranicznemu uczonemu w orientowaniu się w pracach polskich. W obec tego, rozpoczynając od N-ru niniejszego, będziemy stale podawać obok polskich podawać tytuły prac oryginalnych w tłumaczeniu francuskim. Zwyczaj taki istnieje już oddawna w Medycynie, P miętniku Fyzjograficznym, Pracach Matematyczno-fizycznych, Przeglądzie Filozoficznym, Wiadomościach matematycznych, Wiśle i wielu innych czasopismach naukowych.

— „**Na Około Świata**“ pod tym tytułem rozpocznie wychodzić w Warszawie od N.-Roku tygodnik ilustrowany, poświęcony opisom ziem, Indów, podróży, zjawisk przyrody i wynalazków. Adres Redakcyi nowego tygodnika: ul. Ś-tej Barbary 8. Nowemu wydawnictwu życzymy powodzenia.

— „**Śniadania, obiady, kolacye, w czwartek-flaki**“ głośzą plakaty, wystawione w oknach podrzędnych garkuchni „plombowanie, zęby sztuczne, dyżury nocne“ ogłaszają transparenty, powystawiane w oknach lecznicy p. Judta. Nie dziwimy się wcale, że p. Judt nie rozumie różnicy, jaka zachodzi pomiędzy sklepem a instytucją lekarską. Dla pana H. Judta zapewne jest wszystko jedno sklep, golarnia, czy lecznica, aby tylko handel szedł, dziwimy się jednak lekarzom, którzy chcą siedzieć za temi transparentami w

roli subjektów zakładu, tak krzyżując zaznaczającego kramarski swój charakter.

Podobne transparenty stały również w oknach lecznicy p. Kohna, usunięte jednak zostały przez właściciela po zwróceniu przez nas uwagi na niestosowność tego rodzaju publikacji.

== **Lecznice.** Większość czytelników Przeglądu zna zapewne lecznice tylko z lokciowych szyldów i krzyżujących ogłoszeń. W celu zapoznania czytelników z temi instytucjami podamy w jednym z najbliższych numerów ustawy takich zakładów jakoteż ich taksy.

== **W sprawie lecznic dentystycznych** otrzymaliśmy list, który aprobeujemy w zupełności. List ten brzmi:

*Szanowny Panie Redaktorze!*

Pozwól mi, Szanowny Redaktorze, za pośrednictwem Twego pożytecznego pisma wypowiedzieć kilka słów w pewnej, interesującej nas kwestyi. Mam tu na myśli nowootwierające się lecznice dentystyczne (t. zw. chorób jamy ustnej i zębów). W ostatnich czasach powstały w Warszawie *dwie* podobne instytucye, a wkrótce mają być otwarte jeszcze *trzy*. Laury Milcyadesa widocznie nie dają spać przedsiębiorczym umysłom pewnych ruchliwych naszych kolegów. Powodzenie lecznicy dentystycznej, istniejącej przy zbiegu ulic Marszałkowskiej i Chmielnej, zasmakowało tym, którzy wobec wzrastającej konkurencyi zawodowej, szukają rozmaitych „interesów“. Panowie, ci nie mogą wiele w czyn swych ideałów altruistycznych, czy też piędźniowych w sposób zwykły, w *gabinetach* dentystycznych, postanowili ubrać się w pozory instytucyi lekarskich. Niechby sobie ubierali się w te pozory, jeżeli im z tem dogodniej; ale niechże szanują cokolwiek te swoje suknie lekarskie, niech nie krzyczą jak handełesy.

„*Zęby sztuczne, plombowanie, leczenie zębów*“ czytamy na transparentach i plakatach, powystawianych w oknach tych instytucyi (przypomina to nam napisy na oknach restauracyjnych: *flaki, homary, gabinety z oddzielnem wejściem* i t. d.); „*Zęby sztuczne w lecznicy takiej a takiej*“ głoszą sążnistemi literami inserty tych zakładów w pismach codziennych; „*specyalna pracownia zębów sztucznych*“ głoszą jaskrawe szyldy, wystawiane na widocznem miejscu przy jednym z tych zakładów.

Dziwnem jest, że te *ultra i nad-lekarskie* instytucje tak natarczywie akcentują właśnie tę najmniej lekarską stronę swej działalności. Pozostawiając jednak ten szczegół na boku, nie możemy nie protestować przeciw krzykactwu i prostytuowaniu przez te lecznice pomocy dentystycznej na ulicy. Oba te fakty muszą z natury rzeczy obniżyć powagę ogółu dentystów, gdyż nie mogą nie znaleźć naśladowców, którzy zechcą krzyczeć jeszcze głośniejsze. *Od jaskrawych szyldów, plakat i transporantów tylko krok jeden na ulicę do rękawa przechodnia.* Wobec tego smutnie nasuwają się horoskopy co do przyszłości dentystyki.

Dentyści, którym leży na sercu powaga ich stanu, powinny się energicznie zakrzętnąć co do przeprowadzenia do porządku tych nieprzyzwoitych krzykaczy. Zdaje się, że *dwie drogi* mogą tu prowadzić do celu. Jedną z tych dróg jest *zerwanie wszelkich stosunków z krzykaczami*, drugą—*wystąpienie o uregulowanie tej sprawy na drodze urzędowej*. Muszę się tu zastrzedz, że nie jestem bynajmniej bezwzględny przeciwnikom szyldów i ogłoszeń. Publikacje te niezbędne są dla każdego, ofiarującego swe usługi ogółowi, nie powinny jednak nigdy przekraczać pewnej miary. Życie stwarza ciągle nowe wymagania i warunki. Dentyści u nas dotychczas są pod względem szyldów i ogłoszeń dość skromni, nie ma więc potrzeby urzędowego normowania tej strony ich działalności. Lecznice przeholowały już miarę pod tym względem, należałoby więc wziąć je w kluby.

Na krzykactwo bezwarunkowo pozwalać nie można, gdyż ono może być szkodliwe dla ogółu. *W praktyce dentystycznej tak samo jak w lekarskiej, przewaga należy się doświadczeniu i nauce, a nie krzykactwu.* Nie można więc zezwolić na to, żeby krzykacze zagłuszać swemi ogłoszeniami i przytłaczali szyldami skromniejszych i więcej ceniących swą godność praktyków. Sądzymy, że przez wystąpienie w tym kierunku do władz odpowiednich możnaby uzyskać uregulowanie tej sprawy. Wszak podobne normy istnieją już dla zakładów innych kategorii, a posłańcy i dorożkarze też tylko dla tego noszą liberye, żeby nie razili publicznie ci brudnymi lub zbyt jaskrawymi łachmanami.

Temi kilku słowami chcę zwrócić uwagę kolegów na tak pięknie zaczynającą się działalność nowych

lecznic. W niedalekiej przyszłości postaram się rozebrać i inne strony działalności tych przedsiębiorstw.

Racz, Szan. Redaktorze, przyjąć słowa szacunku, z jakim pozostaję.

*Spectator.*



#### NADEŚLANO DO REDAKCYI.

*Marcin Osmala.* Wykształcenie Terminatorów Rzemieslniczych w Warszawie.

*Dr. Stanisław Łagowski.* Gruźlica jako choroba społeczna i walka z nią (tłómaczenie z ang. uzupełnione przez tłómacza).

*Księga Jubileuszowa Doktora Medycyny Teodora Dunina* ku uczczeniu 25-o letniej działalności Jego lekarskiej wydana przez jego byłych i obecnych uczniów.

#### OGŁOSZENIA

**Technik** ma zaszczyt zawiadomić W.W. P.P. Doktorów i Dentystów, że w swojej pracowni technicznej wyrabia **sztuczne zęby wszelkich systemów** ze swego lub powierzonego materiału.

Oprócz **całkowitego** wykonania robót przyjmuje także i roboty **częściowe**, jak to: ustawianie zębów, wulkanizowanie i t. p.

Obturatory i korony złote.

**Ceny możliwie niskie. — Na żądanie referencye.**

Żórawia 16 m. 12.

**Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.**

Дозволено Цензурою Варшава 29 Ноября 1901 года.