

# POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIW. JANA KAZIMIERZA, POLIKLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSP. POLSKIEJ, POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.), SEKCJI POLSKIEJ MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.) ORAZ STAŁEJ DELEGACJI POL. ZJAZDÓW STOMATOLOGICZNYCH.

## REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:

Naczelný redaktor: Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i piśmiennictwa: Dr. Henryk ALLERHAND. Admin.: Dr. Karol ATLAS. ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5a, Nr. telefonu 11-75

### TREŚĆ:

	Str.
Prof. A. Cieszyński: Ozakażeniu ropnem, ropowicach szczekowych i ich leczeniu (Ciąg d.)	1
Dr. H. Allerhand: XXIV. Zjazd doroczny Fédération Dentaire Internationale Bruksela, 10-17 sierpnia 1930	35
Nekrologja: † Dr. Juljusz Zilz	53
Jubileusz: Dr. Kopeczyński	56
Ruch w Towarzystwach	58
V. Polski Zjazd Stomatologiczny Lwów 1931	59

### SOMMAIRE:

	p.
Prof. A. Cieszyński: De l'infection putride, des phlegmones perimaxillaires et de leur traitement. (Suite)	1
Dr. H. Allerhand: XXIV. Session annuelle de la Fédération Dentaire Internationale Bruxelles 10-17 VIII 1930	35
Necrologie: Dr. Juljan Zilz	53
Dr. Kopeczyński	56
Bulletin des Séances	58
V. Congres Polonais stomatologique à Lwów 1931	59

INHALT (Originalartikel): Prof. A. Cieszyński: Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen u. deren Behandlung (Fortsetzung). S. 1. — Dr. H. Allerhand: XXIV. Jahresversammlung der F. D. I. Brüssel 10-17 VIII 1930 S. 35.

Cena niniejszego zeszytu 6 zł.

#### Prenumerata:

Rocznie (6 numerów)	30 zł.
Półrocznie (3 numerów)	15 zł.
Możliwość dopłaty zastrzega sobie	
Administracja w razie powiększenia kosztów produkcji.	

Ceny dawniejszych roczników:

1923, 1924 wyczerpane	
1925-1927	24 zł.
1928-1930	30 zł.
Księga pamiątkowa z r. 1923	} a 16 zł.
„ „ z r. 1928	
Konto PKO „POLSKA DENTYSTYKA“ 151.717.	

KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński, przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorczyński — Z Klin. Stom. U. J. K.: Dr. A. Bardaszówna i Dr. Jankowski — Członkowie korespondencji: Lek.-Dent. Józef Jarzab, zast. prof. (Poznań), Dr. Lippel (Wiedeń), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Dr. Władysława Skutecka (Poznań); Dr. Marjan Zeńczak, zast. prof. (Warszawa).

WYDAWCA: Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.



*Przeciw bółom*

**Veramon**

*Pulpitis, periodontitis it.p.  
bóle po zabiegach  
i po założeniu arszeniku.*

*Zapobiega skutecznie wszelkim bółom*

*1-2 pastylki à 0,4g pro doci*



**RURKI**

**PO 10 i 20 PASTYLEK à 0,4g**

903 414 15

Próby i piśmiennictwo bezpłatnie.

**Wydział Naukowy Fabryk Chemicznych  
SCHERING-KAHLBAUM A. G.**

**Oddział na Polskę, Warszawa, Jerozolimska 45, tel. 89-38**

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI.

LWÓW.

(9) O ZAKAŻENIU ROPNEM, ROPOWICACH SZCZĘKOWYCH I ICH LECZENIU. (Ciąg dalszy).

*De l'infection putride, des phlegmones perimaxillaires et de leur traitement.* (Suite).

Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen und deren Behandlung. (Fortsetzung).

Doc. pol. 19,2; 23,70—24,5; 27,1; 50,65; 50,72. Doc. int. 616,002; 616,314.17,002.

#### D. Badanie kliniczne.

Badanie kliniczne należy przeprowadzić bardzo dokładnie i nie zadowolnić się tylko pobieżnymi oględzinami i zbadaniem obrzęku dotykiem. Ażeby ująć obraz całkowity choroby należy postąpić według pewnego schematu i nie zaniechać wywiadów, które przy ropowicach szczękowych mogą nam ułatwić wykrycie etiologii i bliższe scharakteryzowanie przebiegu choroby. Przedewszystkiem umożliwią one nam przydzielenie ropowicy do pewnej grupy.

Praktyka okazała bowiem, że należy podzielić ropowice szczękowe według przebiegu choroby na

- 1) ropowice przewlekłe,
- 2) ropowice o przebiegu podoстрыm i
- 3) ropowice o przebiegu ostrym.

Pierwszą grupę cechuje mniejsza złośliwość sprawy chorobowej, wskazująca na mniejsze niebezpieczeństwo co do życia chorego.

W okolicy gruczołów chłonnych powstaje naciek, zwiększający się zwolna, gruczoły się zlewają, nie można ich wyraźnie odgraniczyć. Części miękkie stają się twarde, skóry nie można ponad nimi przesuwac. Stan ogólny chorego jest względnie dobry. Objawy miejscowe powstają przez dłuższy czas, niekiedy przez kilka tygodni bez zmian nawet po aplikacji okładów ciepłych. Niekiedy przychodzi z biegiem czasu do samoistnego przebiccia się ropy na zewnątrz i wytworzenia się przetoki.

Przebieg powolny nie orientuje nas jednak bynajmniej co do czasu przyszłego leczenia. Często dowiadujemy się, że już przebiccie ropy nastąpiło bądźto samoistnie do przedstonka jamy ustnej, bądźteż na zewnątrz i że stan, który mamy przed sobą, jest już okresem późniejszym choroby, niejako zejściem dawniej wybitniejszych objawów ostrych. Niekiedy nastąpiła już interwencja chirurgiczna — bądźto nacięcie od wewnątrz, bądźteż próba ekstrakcji, lub nawet ekstrakcja zęba, który stanowił pierwotne źródło cho-

roby. Objawy jednak obrzęku i nacieku ropnego, lub następczo powstałych przetok nie ustąpiły, bądźto dlatego, że już zajęte były naciekiem ropnym przestrzenie międzypowięziowe, z których odpływ ropy do jamy ustnej nie miał dostatecznej drogi, bądźże dlatego, że nie wszystkie ogniska w kości, tworzące źródło zakażenia zostały usunięte, w końcu dlatego, że sprawa ropna miała inne jeszcze podłoże, aniżeli ognisko wkołoszczytowe przy ropnem zapaleniu ozębnej. Mogła ona powstać na tle otitis lub też na tle zakażenia grzybkim promienicy.

Przebieg przewlekły świadczy albo o mniejszej złośliwości drobnoustrojów albo też większej odporności organizmu na odnośne jady drobnoustrojowe. Przy przebiegu przewlekłym mamy niską ciepłotę ciała, przeważnie dochodzącą do  $37,5^{\circ}$ , rzadko powyżej.

Obraz krwi może wykazywać zwiększenie ilości leukocytów; w moczu możemy spotkać niekiedy białko. Często spotykamy objawy ze strony serca, przyspieszone tętno, nie stojące w stosunku do ciepłoty ciała.

Grupę drugą stanowią sprawy ropowicze o objawach podostrych.

Objawy rozpoczynają się najczęściej bólem zęba, który przy dotyku staje się bolesny. Gruczoły chłonne podszczękowe wykazują obrzęk, stają się tkliwe, pojawia się w ich okolicy obrzęk, powiększający się stosunkowo szybko. Stan ogólny chorego jest początkowo na ogół dobry, apetyt nie zanika, sen w nocy jest spokojny. W przeciągu 10—14 dni zwiększa się obrzęk i przyjmuje znaczne rozmiary. Często możemy stwierdzić chęłbotanie, świadczące o odgraniczeniu się ropni w przestrzeniach międzypowięziowych, ciepłota ciała wynosi około  $37,5^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ . Po pierwszych dwóch tygodniach możemy już stwierdzić objawy ogólne ze strony innych narządów, szczególnie serca, a wygląd chorego wskazuje na to, że równowaga ogólna organizmu została zachwiana. Istnieje bowiem niebezpieczeństwo rozsiania drobnoustrojów w całym organizmie. Wskazane jest nie zwlekać z interwencją chirurgiczną, i uwzględnić ogólny stan chorego.

Do grupy trzeciej ropowic o przebiegu ostrym zaliczamy te, które rozwijają się w trzech do sześciu dniach.

Do teje grupy należy przeważna liczba ropowic. Poprzedza je nieokreślony ból w szczękach albo ból zębów, często występują po ekstrakcji zęba objawy miejscowe nagle i zwiększają się szybko, a ogólny wygląd chorego świadczy o poważnym przebiegu sprawy, małej odporności na zakażenie i wskazuje na większą złośliwość drobnoustrojów. Przeważnie wystąpiły już dreszcze, wybitny szczękościsk, trudności w połykaniu, gorączka dochodząca niekiedy do  $41^{\circ}$ . Nie zawsze jednak stoi ciepłota ciała w stosunku do objawów miejscowych i ogólnych.



Docent Dr. JULJAN ZILZ (1871—1930).



Tętno zazwyczaj jest między 120—140, niekiedy słabo wyczuwalne. Często spotykamy w moczu białko. Obecność cukru w moczu czyni rokowanie niepomyślnem. Jeżeli występują objawy septyczne, należy zrobić posiew krwi i zbadać krew morfologicznie. Wielkie niebezpieczeństwo „quoad vitam“ istnieje, jeżeli się stwierdzi białaczkę. Interwencja chirurgiczna przy ostrych ropowicach powinna nastąpić szybko, chory powinien być obserwowany klinicznie i być pod stałą opieką lekarską.

Co do dalszego przebiegu ropowice o ostrym przebiegu wykazują często skłonność do szybszego wyleczenia, aniżeli ropowice przewlekłe, o ile odporność organizmu jest wielka, a interwencja chirurga nastąpiła szybko. Leczenie musi być jednak planowe. Jeżeli jednak odporność organizmu jest słaba, wówczas mimo szybkiej interwencji chirurgicznej sprawa może postępować dalej i szerzyć się na coraz dalsze przestrzenie międzypowięziowe i może przyjść do bardzo poważnych powikłań zagrażających życiu. Czy sprawa przybierze ten lub ów przebieg, z góry przewidzieć nie można.

Zajęcie wielu przestrzeni międzypowięziowych wskazuje zawsze na poważny przebieg sprawy.

Obraz roentgenologiczny dozwala nam jedynie wykryć ognisko chorobowe w kości szczękowej, nie dozwala nam jednak nigdy wnioskować o złośliwości choroby samej; najczęściej najpoważniejszy przebieg choroby następuje z ognisk małych w kości szczękowej; sprawy wychodzące od zębów trzonowych dolnych mają skłonność zajmowania wielu przestrzeni międzypowięziowych i są trudniej do opanowania.

Jak już wspomnieliśmy, należy wywiady i badania kliniczne przeprowadzić systematycznie. Poniżej podany schemat ułatwi nam przeprowadzenie tegoż badania.

Zanim przystąpię do omówienia leczenia, muszę pokrótce wspomnieć o rozpoznaniu choroby. (Tablica 4).

### *1. Wywiady.*

W wywiadach należy uzyskać odpowiedź na następujące pytania:

1. Wiek chorego.
2. Jak długo sprawa istnieje?
3. Czy sprawa rozpoczęła się dreszczami, czy istniały podwyższone temperatury — czy wogóle mierzono gorączkę?
4. Czy sprawa ta pojawia się poraz pierwszy, czy też mamy przed sobą wznowę?
5. Czy wystąpiły początkowo bóle zęba?
6. Czy istnieje ból w uchu?
7. Od kiedy istnieje s z c z ę k o ś c i s k ?

8. Czy istnieje ból gardła? względnie czy poprzedzał chorobę ból gardła? Czy istnieją trudności w połykaniu?
9. Czy istnieje ból głowy, karku?
10. Czy istniejący obrzęk zmalał, czy też się powiększył?
11. Czy chory przechodził choroby zakaźne — kiedy i jakie (tyfus, grype, czerwonkę, płonicę, zimnicę).
12. Czy chory cierpi na nerki, serce, dnę, cukrzycę?
13. Czy istnieje skłonność do krwawienia po zranieniu?
14. Czy istnieje przewlekłe zaparcie stolca?

## II. Metody badania.

1. Ciepłotę mierzyć należy termometrem. Zbadać należy dla pierwszej orientacji tętno, liczbę jego i jakość. Należy wnioski wyciągnąć stąd na stan serca.
2. Oględziny.
  - a) Ogólny wygląd chorego, powłok skórnych, zabarwienia warg i błon śluzowych.
  - b) Oko (conjunctivitis, chemosis), zachowanie się źrenic.
  - c) Rozmiar i lokalizacja obrzęku.
3. Badanie dotykowe.
  - a) Konsystencja obrzęku — twardy czy miękki, czy stwierdzić można chełbotanie? Przesuwalność skóry. Topografia nacieku i obrzęku.
  - b) Czy istnieje przy nacisku wrażliwość obrzękiem zajętych części miękkich i kości szczękowej?
  - c) Jak zachowują się gruczoły podszczękowe i podbródkowe? (Wyczuwalne oddzielnie, pakietowo złane, twarde, miękkie, bolesne, niebolesne).
  - d) Czy można wywołać ból naciskiem na okolice stawu lub wyrostka kłykciowego lub na mięsień skroniowy.
  - e) Przy bólu ucha, nacisk i opukanie wyrostka sutkowego (proc. mastoideus); wykluczyć należy zapalenie ucha środkowego, niekiedy spotykane powikłanie lub przypadkowo równocześnie występująca choroba.
4. Próba rozwarcia szczęk:
  - a) aktywna (chory musi sam szczęki rozewrzeć na rozkaz) pasywna: przy użyciu klina drewnianego lub słabo działającej kłamy sprężynowej. Wykonać należy to badanie bardzo ostrożnie i bardzo powoli, poświęcając na ten cel niekiedy 10—20 minut. Szerokość rozwarcia szczęk oznacza się w milimetrach, podając odległość krawędzi zębów siecznych.



Szczękościsk I. stopnia: rozwarcie możliwe na szerokość 3 cm = półtora palca.

Szczękościsk II. stopnia: rozwarcie szczęk możliwe na szerokość 1 palca = 2 cm.

Szczękościsk III. stopnia: rozwarcie szczęk nie jest możliwe, względnie z trudem do 1 cm.

#### 5. Po otwarciu szczęk:

Ogledziny; zachowanie się błony śluzowej; czy istnieje obrzęk wyrostka zębodołowego? Przegląd uzębienia, nacisk palcem na zęby podejrzone, mogące stanowić miejsce wyjścia sprawy chorobowej.

O ile brak zębów, nacisk palcem na daną okolice — przede wszystkim na okolice pozatrzonową za dolnym zębem mądrości, nacisk na krawędź gałęzi wstępującej (przyczep dolny m. skroniowego).

Ogledziny podniebienia; stwierdzenie zaczerwienienia lub obrzęku, nacisk na granicy między podniebieniem twardym i miękkim, zachowanie się łuków podniebiennych, migdałków, języczka — czy nacieczony, czy zbacza ze swego kierunku, — zachowanie się gardzieli.

6. Dokładne zbadanie zębów podejrzanych, stwierdzenie obumarłych zgorzelinowych miazg prądem faradycznym, dokładne zanotowanie stopnia wrażliwości na prąd elektryczny, szczególnie przy podejrzeniu na osteomyelitis. — Dokładne zbadanie zębów pokrytych koronami i zębami ćwiekowemi, zwrócenie uwagi na sprawę parodontalne.

7. Roentgenografia okolicy podejrzonej, przy szczękościsku metodą ekstraoralną.

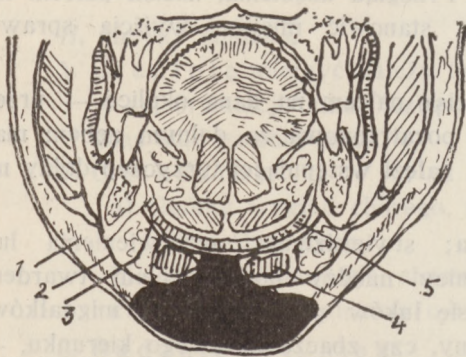
Metody powyższe prowadzą przeważnie do wykrycia źródła ogniska pierwotnego. Przy charakterystycznych obrazach, szczególnie przy wznosach i przejściach ze stanów przewlekłych na ostre, należy myśleć także o promienicy. Przy wysokich temperaturach a więc powyżej 38° wykonać należy badanie moczu przede wszystkim na białko i cukier, badanie obrazu krwi — przy stanach anemicznych oznaczyć należy zawartość hemoglobiny, badanie bakterjologiczne, przy podejrzeniu na sepsis należy pobrać krew z żyły i wykonać posiew krwi.

Uzupełnić należy badanie kliniczne w cięższych przypadkach dokładnym zbadaniem ogólnym, a więc serca, śledziony, wątroby. Ew. wysypka wskazuje na rozsiew drobnoustrojów i wystąpienie ogólnego zakażenia.

Dokładne zbadanie przypadku umożliwi nam wykrycie przyczyny choroby, umożliwi nam oznaczenie dróg szerzenia się nacieków ropnych. Należy się zastanowić nad tem, które przestrzenie międzypowięziowe są zajęte. Należy je wrysować, ołówkiem czerwonym w podany schemat.

### E. Charakterystyka obrazu klinicznego ropowic odnośnie do przestrzeni międzypowięziowych.

#### 1. Ropne zapalenie przestrzeni podbródkowej. Ryc. 59.

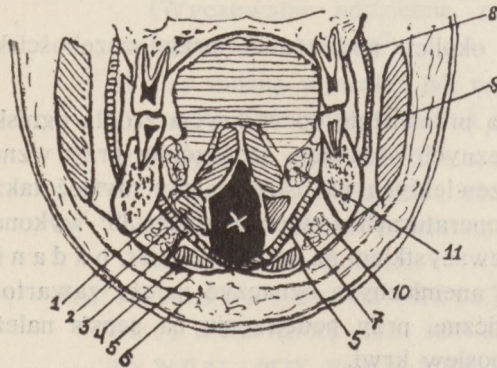


Ryc. 59. Przekrój czołowy w okolicy I-go zęba przedtrzonowego.

Ropień podbródkowy między mięśniami dwubrzuścowymi (4), poniżej m. żuchwowo-gnykowego (5), głębokiej blaszki powięzi szyjnej (3) i poniżej powierzchniowej blaszki powięzi szyjnej (2). (1) Platysma

Twardy naciek części miękkich w okolicy podbródkowej, sięgający do kości gnykowej, w okolicy sąsiedniej obrzęk surowiczy. Brak szczykkości skiu. Niema trudności przy oddechaniu i połykaniu. Niekiedy może się naciek rozszerzyć także na okolice podszczękową.

#### 2. Ropne zapalenie podstawy języka. Ryc. 60.



Ryc. 60. Ropień między mięśniami dna języka.

(Przekrój czołowy w okolicy zęba trzonowego).

1. M. genioglossus.
2. M. geniohyoideus.
3. M. mylohyoideus.
4. M. digastricus.
5. Lamina prof. } fasciae colli.
7. Lamina superf. }
6. Platysma.
8. M. buccinatorius.
9. M. masseter.
10. Gland. submaxillaris.
11. Gland. sublingualis.

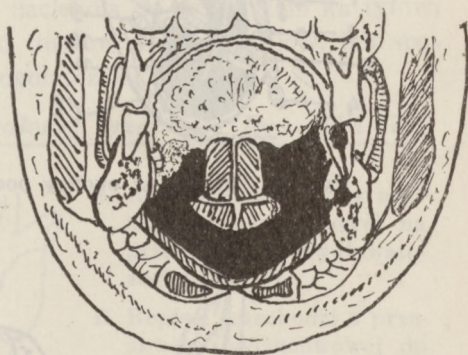
Przychodzi do utworzenia się ropowiczego nacieku wzgl. ropnia między mięśniami bródkowo-językowymi i bródkowo-gnykowymi. Występuje twardy obrzęk języka i silna bolesność. Ruchy języka są utrudnione, mowa jest niewyraźna. Występują trudności w oddechaniu i przy połykaniu. Ślina

wycieka z ust. Brak zazwyczaj szczękoscisku. Pod brodą występuje dopiero wtórnie obrzęk. Często przychodzi także do zajęcia przestrzeni podjęzykowej. Wtedy język ledwie znajduje miejsce w jamie ustnej, mowa staje się belkocąca.

3. Ropne zapalenie okolicy podjęzykowej. Ryc. 61 i 62.



**Ryc. 61.** Ropień zajmujący przestrzeń podjęzykową po jednej stronie.



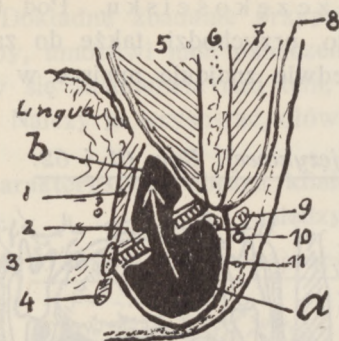
**Ryc. 62.** Ropień zajmujący obie przestrzenie podjęzykowe.

Wgląd do jamy ustnej jest możliwy, gdyż istnieje zazwyczaj tylko nieznaczny szczękoscisk. Zajęta być może okolica podjęzykowa jedno — lub też obustronnie. Błona śluzowa dna jamy ustnej jest obrzęknięta, zaczerwieniona i niekiedy pokryta nalotem. Dno jamy ustnej jest wypukłone, twarde i bolesne. Naciek obejmuje przestrzeń między kością gnykową, mięśniem żuchwowo-gnykowym a językiem i naciska na nagłośnień, co powoduje utrudnione oddechanie. Ryc. 74. Ślina wycieka z ust. Wskutek bolesności unika chory połykania śliny. Na zewnątrz widoczny jest obrzęk pod brodą, spowodowany wypukleniem mięśnia żuchwowego. Obrzęk jest dość twardy. Skóra ponad nim jest przesuwalna. Skoro naciek rozszerzy się ku tyłowi, i przejdzie za tylny brzeg mięśnia zajmuje także okolicę podżuchwową. Niekiedy dzieje się to obustronnie.

4. Ropne zapalenie przestrzeni podżuchwowej. Ryc. 63—68.

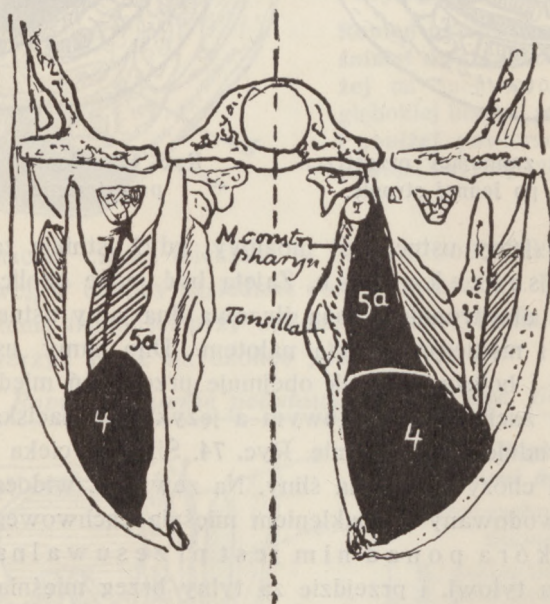
Zajęcie tejże okolicy obserwujemy najczęściej przy sprawach, wychodzących od zębów trzonowych. Istnieje wybitny obrzęk twardy, bolesny, występujący jednostronnie. Obrzęk obejmuje przestrzeń poniżej m. żuchwowo-gnykowego między kością gnykową a kątem żuchwy.

Przy dalszym rozwoju sprawy przebiega się ropa za tylnym brzegiem m. żuchwowo-gnykowego do przestrzeni podjęzykowej; wówczas uwypukla się również od wewnątrz dno jamy ustnej pod językiem (Ryc. 63) lub też



1. M. hyoglossus.
2. M. mylohyoideus;  
pod nim. Lam. prof. fasciae colli.
3. Os hyoideum.
4. M. digastricus.
5. M. pterygoideus int.
6. Ramus ascendens mandib.
7. M. masseter.
8. Fascia masseterica.
9. Lymphoglandula submax.
10. V. fac. anterior.
11. Lam. superf. fasciae colli.

Ryc. 63. Ropień w okolicy podżuchwowej (a) i podjęzykowej (b).



Ryc. 64. Ropień w przestrzeni podżuchwowej przebijający się w przestrzeń skrzydłowato-zuchwowa.

Ryc. 65. Ropień w przestrzeni podżuchwowej (4) i przestrzeni przygardłowo-przedniej (5a) pod mięśnieniem zwieraczem gardła.

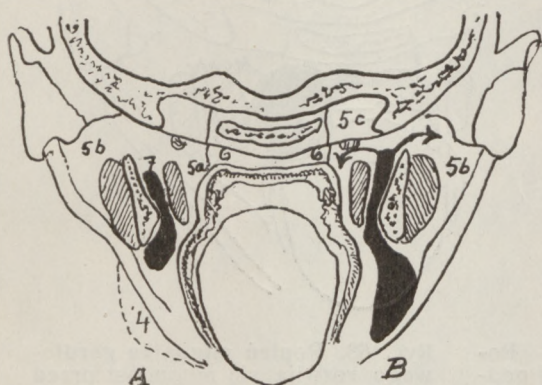
Ryc. 64. i 65. Przekrój czołowy.

przechodzi w przestrzeń między m. żwaczem a mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym (Ryc. 64 i 66 b). Skutkiem tego występuje szczękoscisk, który jest wybitniejszy, o ile naciek zajmie przyczep mięśnia skroniowego.

Szczękościsk utrudnia zbadanie jamy ustnej od wewnątrz. Początkowo istnieją małe trudności w połykaniu; zwiększają się one z przejściem sprawy ku tyłowi, skoro naciek poczyna zajmować także okolice przygardłową przednią, zachodząc z tyłu poza mięśniem skrzydłowym wewnętrznym (Ryc. 66 b — kierunek strzałki wskazującej kuśrodkowo).

Unikać należy gwałtownego rozwarcia szczęk, szczególnie w narkozie, ażeby nie przesunąć nacieków do przestrzeni ku tyłowi i ku górze. Można przez to powiększyć rozsiew drobnoustrojów, lub spowodować przerzut skrzeplin i wywołać ogólne zakażenie.

5. Ropne zapalenie okolicy przygardłowej przedniej. Ryc. 65 i 67.



A. Ropień przechodzi z okolicy pozatrzonowcowej na przestrzeń skrzydłowatożuchwową (7).

B. Ropień przechodzi z przestrzeni podżuchwowej do przestrzeni skrzydłowatożuchwowej (porównaj z ryc. 64).

Dalsza droga prowadzi do przestrzeni przyusznicowej (5b) lub do przestrzeni przygardłowo przedniej (5a).

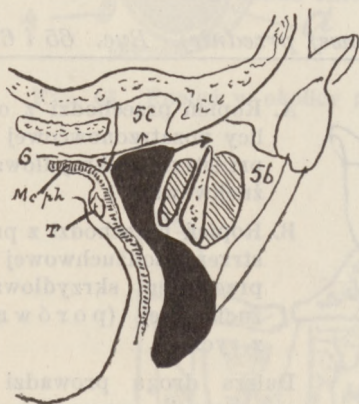
Ryc. 66. Przekrój poziomy.

Należy palcem dokładnie obmacać wyrostek zębodołowy wzdłuż zębów trzonowych, wyrzeć kolejno nacisk na zęby trzonowe, ażeby stwierdzić, czy nie istnieje także naciek przedsionka i okolicy przyczepu mięśnia żwacza. Bolesność wyrostka zębodołowego wskaże nam często przyczynę. Szczególną uwagę należy poświęcić okolicy pozatrzonowej. Bolesność tejże okolicy wskazuje na wykluwający się ząb mądrości. Twardy naciek pod językiem świadczy o zajęciu równoczesnem przestrzeni podjęzykowej. (Ryc. 61).

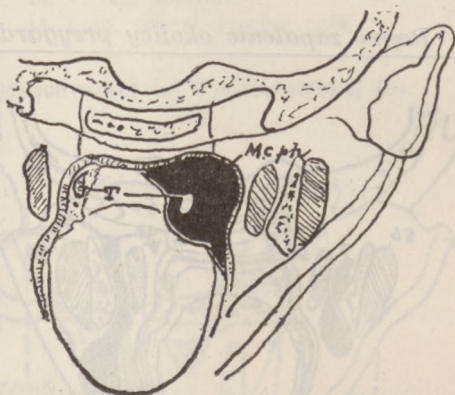
Naciek ropny obejmuje przestrzeń między m. skrzydłowym wewnętrznym a zwieraczem gardła i powoduje wybitne uwypuklenie się do wnętrza łuków podniebiennych i okolicy migdałka. Występuje przytem często obrzęk podniebienia miękkiego, gdyż naciek obierając tę drogę zajmuje luźną tkankę nie tylko ku tyłowi ale także ku górze. Błona śluzowa jest zaczerwieniona, miękkie podniebienie po danej stronie jest obrzękłe, również języczek, który zbacza ku stronie zdrowej; podniebienie miękkie zbliża się do tylnej ściany gardła.

O ile sprawa obiera drogę ku górze, posuwa się w zagłębienie skrzydłowo-podniebienne, t. zw. okolice pozaszczękową górną. Sprawa może wychodzić od ostatnich górnych zębów trzonowych albo — i to częściej — od dolnych zębów mądrości. Wtedy zajęta też jest przestrzeń podżuchwowa.

Podkreślić należy raz jeszcze, że nacieki w przestrzeni przygardłowej przedniej rozwijają się po stronie zewnętrznej mięśnia zwieracza gardła (Ryc. 67) i dlatego odróżnić je należy od spraw ropnych, wychodzących



Ryc. 67. Przekrój poziomy — Ropień przechodzi z przestrzeni podżuchwowej na przestrzeń przygardłowo-przednią i rozwija się pod mięśniem zwierającym gardło (M. c. ph.). — T = Tonilla.



Ryc. 68. Ropień migdałka gardłowego rozwija się natomiast przed mięśniem zwierającym gardło (M. c. ph.).

od migdałków; sprawy te bowiem rozwijają się po stronie wewnętrznej mięśnia zwieracza gardła i w nim samym (Ryc. 68).

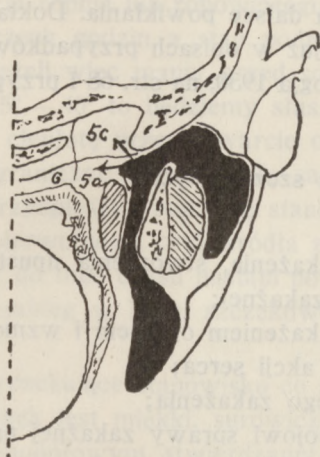
O ile przy zajęciu okolicy przygardłowej przedniej zawsze istnieje wybitny — prawie że zupełny szczękoscisk, o tyle przy sprawach wychodzących od migdałków szczękoscisk jest mierny i dozwala jeszcze na rozwarcie szczęk.

Dalsza droga z przestrzeni przygardłowej przedniej prowadzi ku tyłowi w kierunku wyrostka rylcowego, skąd może naciek zwrócić się kuśrodkowo do przestrzeni zagardłowej (6), lub do przestrzeni przygardłowej tylnej (5c). Po zajęciu przestrzeni zagardłowej występują objawy groźne, pacjent oddycha z trudnością, nie może połykać, robi wrażenie ciężko chorego. Najczęstsza droga prowadzi na zewnątrz do przestrzeni przyusznicowej (5b).

Wybitny obrzęk w tylnym odcinku gardła zamyka komunikację z nosem; przy wdychu przyciska się języczek do tylnej ściany gardła, przy

wydechu wypchnięty zostaje na zewnątrz. Oględziny napotykać na bardzo wielkie trudności z powodu szczękościsku. Wgląd uzyskać możemy przez bardzo powolne rozwarcie, trwające do kilkunastu minut. Najczęściej musimy się ograniczyć do wycucia obrzęku wyżej opisanej okolicy palcem przez wąską szparę między zębami lub z boku w razie braku zębów.

5 b i c. Sprawy ropne w okolicy przyusznicowej i skrzydłowato-  
żuchwowej. Ryc. 69 i 70.



**Ryc. 69.** Przekrój poziomy. — Ropień przeszedł z okolicy podżuchwowej między gałęzią wstępującą a mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym do przestrzeni przyusznicowej. Dalsze drogi prowadzą do przestrzeni przygardłowo-przedniej (5a), zagardłowej (6) i do przestrzeni przygardłowo-tylnej (5c).



**Ryc. 70.** Przekrój czołowy. — Ropień przeszedł z okolicy podżuchwowej między mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym a gałęzią wstępującą do przestrzeni przyusznicowej i szerzy się ku górze w okolicy podczaszkowej i podskroniowej. Istnieje niebezpieczeństwo przejścia na opony mózgowie.

Sprawy te cechuje wybitny szczękościsk, podobnie jak wszystkie nacieki w okolicy gałęzi wstępującej. Rozwijają się one po przejściu z okolicy pozatronowcowej, przyczem zazwyczaj zajęta jest przestrzeń podżuchwowa. Nacieki obierają drogę przez tunel prowadzący między gałęzią wstępującą a mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym i przechodzą ku tyłowi, szerzą się następnie w okolicy przyusznicowej (5 b), zbaczając na zewnątrz. Wyczuwalny jest wówczas silny obrzęk okolicy za kątem żuchwy, który zająć może następnie przestrzeń wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego.

Jeżeli zaś nacieki z przestrzeni żuchwowo-skrzydłowatej obierają drogę ku linii środkowej, mogą zająć od tyłu okolice wyżej opisaną przygardłowo-przednią. (Ryc. 66).

Wybitne nacieki postępują także ku górze wzdłuż mięśnia skroniowego i mięśnia skrzydłowego zewnętrznego i dochodzą aż do podstawy czaszki. (Ryc. 70). Objawy występujące wówczas opisane w rozdziale późniejszym (H) pod tytułem: „Ropowice szczękowe zagrażające życiu“.

Unikać należy gwałtownego rozwierania szczęk z przyczyn wyżej podanych. Luźna tkanka łączna skłonna jest do rozpadu. Stan chorego jest poważny, subiektywne objawy zależą od przebiegu, mianowicie czy sprawa rozwija się powoli, czy też ostro. Rychłe otwarcie zajętych przestrzeni jest wskazane ze względu na dalsze powikłania. Dokładny opis przebiegu i rozwoju choroby podaliśmy już w opisach przypadków klinicznych (zob. przypadek I. — Pol. Stomatologia 1930, na str. 68 i przypadek III. na str. 306).

### F. Leczenie ropowic szczękowych.

Leczenie zmierzać powinno do:

1. usunięcia głównego ogniska zakażenia, stworzenia upustu nagromadzonej ropie i zlokalizowania sprawy zakaźnej;
2. do ochrony organizmu przed zakażeniem ogólnem i wzmożenia sił obronnych organizmu i do wzmocnienia akcji serca;
3. do usunięcia ogniska pierwotnego zakażenia;
4. do zapobieżenia dalszemu rozwojowi sprawy zakaźnej na najbliższą okolicę ew. przez odpowiedni zabieg chirurgiczny.
5. do najszybszego wygojenia się sprawy i ew. ran spowodowanych zabiegami chirurgicznym.

Jakkolwiek leczenie nowoczesne zmierza w pierwszym rzędzie do usunięcia ogniska pierwotnego — i jest przyczynowem a nie symptomatycznym, to mimo to na pierwszym miejscu stawiam w programie leczenia usunięcie objawów wtórnych, stworzenie upustu ropie, nagromadzonej w wielkiej ilości w przestrzeniach części miękkich między powięziami. Produkcja materiału zakaźnego jest bowiem niewątpliwie większa z ogniska wtórnego, zawierającego naciek ropny w częściach miękkich, aniżeli z pierwotnego ogniska w kości, ze zgorzelinowej miazgi zębowej.

Natomiast zaniedbanie usunięcia ogniska pierwotnego, jakkolwiek najmniejszego, jest błędem sztuki, i dlatego wyśledzenie pierwotnego ogniska wszelkimi istniejącymi metodami badań nietylko jest wskazane ale nawet bezwarunkowo konieczne, ażeby można źródło to zakażenia w toku leczenia radykalnie usunąć.

Należy jeszcze na wstępie wspomnieć mi o spostrzeżeniu klinicznym, niejednokrotnie przemnie zrobionem, że po otwarciu ognisk ropnych w kości szczękowej, przeważnie wówczas, jeżeli było konieczne dłutowanie, ciepłota ciała wznosiła się w następnych godzinach o jeden do dwu stopni,



zamiast — jakby się należało spodziewać szybko opadać, co dopiero następuje po kilku lub kilkunastu godzinach. Prawdopodobnie polega to na tem, że otwiera się w szpiku kostnym przedewszystkiem podczas wyłyżeczkowania nowe drogi limfatyczne, przyspieszając tem samym szybsze wchłonięcie materiału infekcyjnego. Podwyżka ta ciepłoty nie utrzymuje się wprawdzie długo, gdyż najdalej po 12 wzgl. 24 godzinach temperatura pochyla opadać,

W przeciwieństwie do tego spostrzeżenia zauważyłem, że zawsze po nacięciu ropnia lub ropowiczego nacieku gorączka opada w ciągu półtorej do trzech godzin a stan podmiotowy chorego szybko zmienia się na lepszy. Jeżeli więc mamy przed sobą chorego o bardzo wysokiej gorączce około  $38,5^{\circ}$  —  $40^{\circ}$  to będziemy słusznie się wahali, czy należy jeszcze podwyższyć ciepłotę przez otwarcie ogniska w kości szczękowej, czy też nie należy ograniczyć się tylko do samego nacięcia i otwarcia ropnia, a tem samym przyspieszyć poprawę stanu ogólnego, a zarazem odłożyć otwarcie ogniska pierwotnego, czyli źródła zakażenia, będącego w kości, do dnia następnego; do tego czasu nastąpi poprawa stanu ogólnego, poprawi się akcja serca, a zabieg w kości szczękowej wykonać można już w lepszych warunkach.

Wyczekujące stanowisko co do nacięcia części miękkich należy zająć, jeżeli obrzęk jest miękki, surowiczny a w przedsionku jamy ustnej na wyrostku zębodołowym stwierdzamy naciek ropny, bolesny przy nacisku; odnosi się to przedewszystkiem do obrzęków policzka, sięgających niekiedy pod oko i zwężających szparę oczną.

Gruczoły chłonne nie zawsze są wówczas zajęte i wolna jest jeszcze przestrzeń podżuchwowa. Wystarczy wówczas nacięcie ropnia podkostnowego i wyjęcie przyczynę stanowiącego zęba, a obrzęk policzka cofnie się w jednym do trzech dni pod okładem z kwaśnej wody, o ile włoży się seton do naciętego ropnia od wnętrza jamy ustnej i zapewni się w ten sposób upływ ropie w wystarczającej mierze.

## Technika operacyjna.

### 1. Znieczulenia.

Nacięcie ropowic jest niewątpliwie zabiegiem bardzo bolesnym, jeżeli się weźmie pod uwagę, że nie tylko nacinamy szeroko powłoki zewnętrzne ale stwarzamy szeroką drogę odpływu aż do miejsca, skąd ropa z kości wychodzi, czyli że trzeba nieraz 4—7 cm wejść w głąb kleszczykami i na tępo rozszerzyć ranę.

Wstrzyknięcie środków znieczulających miejscowo jest bezwarunkowo niedopuszczalne, gdyż można

wprowadzić materiał zakaźny do ustroju, i wywołać stan ogólnie septyczny. Można by się posługiwać znieczuleniem wykluczającym przewodnictwo nerwu. Ale ten sposób możemy tylko wyjątkowo stosować, jeżeli droga wkłucia prowadzi przez okolice niedotknięte zakażeniem i nie przepojone ropą. Gdy n. p. jest zajęta tylko okolica podżuchwowa, a zupełnie wolna od materiału zakaźnego przestrzeń skrzydłowato-żuchwowa, możemy obustronnie wykonać wstrzyknięcie do nerwu żuchwowego a tem samem wykluczyć wrażliwość całej żuchwy, i otworzyć ognisko w kości szczękowej w przednim odcinku trzonu żuchwy (n. p. przy osteomyelitis). Nieraz w tych wypadkach wystarczy jednostronne znieczulenie żuchwy przy wejściu do kanału żuchwowego a po stronie drugiej wstrzyknięcie do otworu bródkowego.

Znieczulenie to nie wystarczy jednak, ażeby równocześnie wykonać cięcie w okolicy podbródkowej, gdyż części miękkie tejże okolicy są zaopatrywane przez nerwy szyjne. Dlatego miejsce nacięcia należy zamrozić chlorkiem etylu.

Jeżeli zajęta jest okolica podżuchwowa, a nie jest zajęta gałąź wstępująca od strony wewnętrznej, a więc przestrzeń między gałęzią wstępującą a mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym, to można wykonać wstrzyknięcie do otworu żuchwowego od zewnątrz. Jeżeli natomiast okolica ta jest zajęta, wolną natomiast okolica poniżej łuku jarzmowego, możemy zastosować wstrzyknięcie do otworu owalnego, znieczulając III. gałąź nerwu trójdzielnego. Okolica podszczękowa za kątem żuchwy i poniżej trzonu żuchwy musi być jednak zamrożona miejscowo.

Przed stosowaniem znieczulenia wykluczającego przewodnictwo nerwu wskazane jest poprzednio zastrzyknięcie morfiny 0,01 lub podanie „Veramonu“ 0,4—0,8 g, u chorych niespokojnych podanie „Bromuralu“ po 0,3—0,6 g. W razie słabej akcji serca należy wstrzyknąć kamfory (4%) 2 ccm lub „Coraminy“. Ostatni środek działa szybciej i może być stosowany także podczas zapadu z bardzo dobrym skutkiem.

Idéalniejszym wprawdzie znieczuleniem jest *znieczulenie ogólne* przez odurzenie bądźto chlorkiem etylu bądźteż eterem, jeżeli na to zezwala stan ogólny chorego. Bezwzględnie wskazane jest uspienie jeżeli mamy *s z c z ę k o ś c i s k i* i mamy równocześnie wykonać zabieg w jamie ustnej, usunąć n. p. ząb trzonowy, tworzący ognisko pierwotnego zakażenia. Jeżeli jest osłabiona akcja serca, należy wstrzyknąć przed zabiegiem koraminę lub kamforę.

Sprawność płuc podnosi iniekcja „Lobeliny“. O ile badanie płuc wykazało, że są zmiany w płucach, unikać należy — jak wiadomo — eteru i chlorku etylu i stosować chloroform, którego użycie nie jest wskazane przy chorobach serca.

Nacięcia powinny być wykonane w warunkach aseptycznych; a narzędzia, opatrunki i ręce powinny być jałowe, gdyż nie należy wyciągać fałszywego wniosku z tego, że operuje się w polu zakażonym, i że wobec tego czystość w znaczeniu chirurgicznym nie obowiązuje.

Łatwo bowiem możemy narzędziami, rękami i opatrunkami wprowadzić inne ropotwórcze drobnoustroje, mogące przyczynić się do zakażenia innymi drobnoustrojami, albo wprowadzić drobnoustroje chociaż nawet tego samego gatunku o silniejszej jadowitości.

## 2. Otwarcie ropowic. a) Otwarcia ropnia od wewnątrz

dokonyuje się, o ile istnieje obrzęk wyrostka zębodołowego i naciek znajduje się pod okostną.

Następnie, o ile istnieje wyczuwalne chęłbotanie od strony wewnętrznej policzka. Ostrożnym trzeba być z nacięciem policzka w kierunku na zewnątrz w okolicy górnych zębów trzonowych ze względu na bliskość przedniej żyły twarzowej. (Ryc. 37). Ile możności cięcie należy prowadzić w pobliżu kości, wchodząc zaś w głąb wprowadza się kleszczyki zamknięte i potem dopiero w głębi otwiera się celem rozszerzenia drogi.

Nacina się również od wewnątrz ropnie u dolnego przyczepu m. żwacza i ropnie przygardłowe; o tych będę mówił jeszcze później.

O ile zajęta jest tylko przestrzeń podjęzykowa (ryc. 61) bez równoczesnego zajęcia przestrzeni podżuchwowej można nacięcie wykonać także od wewnątrz jamy ustnej, prowadząc je w pobliżu wyrostka zębodołowego.

Nie jestem zwolennikiem otwierania wszystkich ropni od jamy ustnej, by dla zasady unikać cięcia zewnętrznego.

Przez otwarcie od wewnątrz bakterjologiczna flora ropowic otrzymuje domieszkę szeregu innych drobnoustrojów, bytujących w jamie ustnej, co wpływa na opóźnienie wygojenia się sprawy.

Nie należy więc skłaniać się do życzenia chorych, którzy z reguły pragną uniknąć cięcia od zewnątrz, jeżeli przebieg i charakter sprawy przez nacięcie od wewnątrz zmieni się na gorsze. Nacięcia od zewnątrz wykonane „lege artis“ nie pozostawiają szpecących blizn, chronią chorego od cięższych i prowadzą do rychlejszego wygojenia się sprawy.

## b) Otwarcie ropowic od zewnątrz. — Kierunek cięcia.

Cięcie należy prowadzić w ten sposób, ażeby stworzyć ropie najwygodniejszy odpływ z danej przestrzeni międzypowięziowej, licząc się zarazem ze względami kosmetycznymi.

1. W razie zropienia przedniego gruczołu limfatycznego podszczękowego, który leży w pobliżu przedniego

brzuska m. dwubrzuścowego tworzy się ropień między okolicą podbródkową a okolicą podszczękową, występuje obrzęk z wyraźnym chełbotaniem (Ryc. 1. na str. 231 i ryc. 8. na str. 234. Pol. Dent. 1929).

Sprawy te pochodzą zazwyczaj od dolnego kła lub dolnych zębów przedtrzonowych. Ropień przecina się na miejscu najwyższego uwypuklenia i największej bolesności. Po przecięciu skóry i powięzi natrafia się na ognisko ropne.

2. Przy ropowicach podbródkowych, prowadzi się cięcie pionowe w linii środkowej 3—4 cm długie. Ryc. 71. Jest ono



**Ryc. 71.** Otwarcie ropowicy podbródkowej w linii środkowej pod krawędzią żuchwy (a).

1. Cięcie prowadzone do przestrzeni podżuchwowej.
2. Cięcie za kątem żuchwy.

racjonalniejsze, aniżeli poziome wzdłuż krawędzi żuchwy, nie grozi przecięciem naczyń i nie powoduje szpecących blizn. Można się tą drogą dostać po przecięciu mięśnia żuchwowo-gnykowego do przestrzeni między mięśniami dna języka, a stamtąd w bok na tępo do okolicy podjęzykowej, a zbaczając w bok, aż do trójkąta podszczękowego.

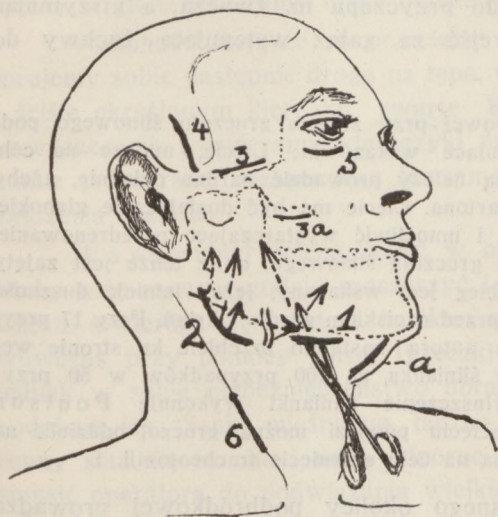
Po przecięciu skóry i powięzi dochodzimy mniej więcej na głębokości 3 cm do przestrzeni podbródkowej; rozmiar ogniska wyczuwamy kleszczykami lub palcem. O ile przekonamy się o wybitnym rozpadzie i nacieku, sięgającym ku tyłowi w bok w kierunku gruczołu ślinowego podszczękowego, wprowadzamy kleszczyki w kierunku kąta żuchwy i dochodzimy do przestrzeni podżuchwowej.

Jeżeli zaś się okaże, że przestrzeń podbródkowa i podżuchwowa jest wolna, należy przypuścić, że naciek ropny znajduje się między mięśniami dna języka. Rozszerzając ranę w bok hakami przecinamy w linii środkowej m. żuchwowo-gnykowy i wchodzimy między m. żuchwowo-gnykowy

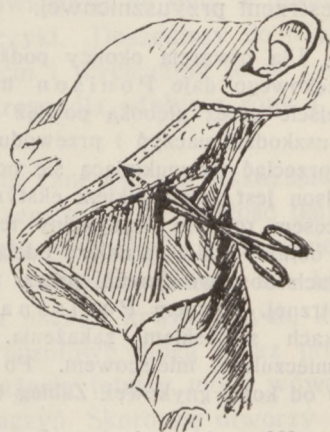
i żuchwowo-językowy. Między temi mięśniami powinniśmy napotkać na ropień dna języka (Ryc. 60).

Obierając dla cięcia zewnętrznego drogę w linii środkowej brody nie obrażamy większych naczyń i dlatego nie mamy znacniejszego krwawienia.

3. Przy ropowicach podszczękowych i szerzących się stąd ku tyłowi do przestrzeni sąsiednich, prowadzi się pierwsze cięcie 1 cm poniżej krawędzi żuchwy, drugie zaś za kątem żuchwy. Pierwsze z nich, jeżeli jest zajęta tylko okolica podszczękowa i ew. skrzydłowato-żuchwowa i przygardłowa przednia — prowadzi się przed art. maxillaris externa, drugie zaś, o ile zajęta jest również okolica zaszczękowa, t. j. przestrzeń przyusznicowa i przestrzeń przygardłowa przednia, za kątem żuchwy 2—3 cm długie, przecinając tylko powłoki powierzchowne. (Ryc. 72).



Ryc. 72. Kierunki cięć przy otwieraniu ropowic szczękowych, oraz drogi, które obrać należy, otwierając na tępo kleszczykami poszczególne przestwory międzypowięziowe.



Ryc. 73. Otwarcie przestrzeni podjęzykowej od cięcia 1-go w przestrzeni podżuchwowej.

Cięcie pierwsze leży w tylnej części wykusza ślinianki podszczękowej (Ryc. 17 na str. 243. Pol. Dent. 1929).

Cięcie to 3—4 cm długie prowadzi na szerokość palca poniżej krawędzi żuchwy w odległości  $1\frac{1}{2}$  palca od kąta żuchwy przed tętnicą szczękową zewnętrzną i żyłą twarzową zewnętrzną. Przecinamy skórę, powięź szyjną i dostajemy się do wykuszu, w którym leży ślinianka podszczękowa; bardziej ku tyłowi leżą gruczoły chłonne i wyżej wspomniane

naczynia. Odtąd idzie się na tępo w głąb w kierunku m. żuchwowo-językowego ku stronie dośrodkowej przestrzeni podżuchwowej.

Zazwyczaj natrafia się na ognisko ropne, wychodzące od zębów trzonowych. Od tego nacięcia można w razie potrzeby stworzyć komunikację poniżej m. żuchwowo-gnykowego z przestrzenią podbródkową, a powyżej niego z przestrzenią podjęzykową, skierowując kleszczyki zwarte w kierunku ukośnym od tyłu ku przodowi (Ryc. 73).

Wchodząc zaś na tępo ku górze i ku tyłowi pod żuchwę za mięśniem żuchwowo-gnykowym dochodzimy do przestrzeni żuchwowo-skrzydłowej, bardziej zaś skierowując się w głąb do przestrzeni przygardłowej przedniej (Ryc. 66 i 67).

W tych kierunkach zakłada się również dreny w razie potrzeby.

Obierając zaś drogę powierzchnią nad żuchwą w kierunku ukośnym ku tyłowi dochodzimy do przyczepu m. żwacza, a utrzymując kontakt z krawędzią, możemy wejść za gałąź wstępującą żuchwy do przestrzeni przyusznicowej.

Dla otwarcia okolicy podżuchwowej przy zajęciu gruczołu ślinowego podszczękowego daje Poulson następujące wskazówki: Cięcie, mające na celu przejście przez głęboką powięź szyjną należy prowadzić bardzo oględnie, ażeby nie uszkodzić naczyń i przewodu Whartona. Cięcie ma być dostatecznie głębokie, by przeciąć uwypuklającą się powięź i umożliwić wystarczająco przedrenowanie. Poulson jest zwolennikiem ekstyrpacji gruczołu ślinowego, o ile tenże jest zajęty procesem ropnym. Radykalny ten zabieg jest wskazany, jeżeli istnieje duszność i są objawy sinicy, a należy odciążyć przed naciskiem gardło i krtań. Przy 17 przykładach obserwowanych przez tegoż autora nastąpiło przebicie ku stronie wewnętrznej. Zdaniem Poulsona jest ślinianka na 100 przypadków w 50 przypadkach siedliskiem zakażenia. Wyluszczenie ślinianki wykonuje Poulson w znieczuleniu miejscowym. Po przecięciu powięzi można gruczoł oddzielić na tępo od kości gnykowej. Zabieg ten ma na celu uniknięcie tracheotomii.

W razie zajęcia równoczesnego okolicy podbródkowej prowadzą niektórzy operatorzy cięcie od okolicy podżuchwowej wzdłuż krawędzi aż do brody i niekiedy analogiczne po stronie drugiej. Cięcia długie uważamy za zbyt ciężkie, gdyż — jak wspomnieliśmy — możemy doskonale stworzyć komunikację podskórną między cięciem poziomym podbródkowym a okolicą podżuchwową.

Również nie jesteśmy zwolennikami długiego cięcia, które tworzy przedłużenie cięcia podżuchwowego i przechodzi do okolicy kąta żuchwy, przyczem przecina się tętnicę szczękową zewnętrzną i żyłę twarzową, które to naczynie wówczas podwiązać należy. Cel analogiczny bez spowodowania później szpecącej blizny osiągamy przez drugie nacięcie za kątem żuchwy.

Drugie cięcie w okolicy kąta żuchwy prowadzimy tuż za gałęzią wstępującą żuchwy w kierunku tylnej krawędzi i wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego 3—4 cm długie, przecinając skórę i powięź szyjną.

Postępować należy przytem bardzo ostrożnie, preparując, by nie obrażać wielkich naczyń szyjnych, znajdujących się też w pobliżu (Ryc. 18 na str. 243. Pol. Dent. 1929).

Cięcie to, przebiegające zarazem wzdłuż gałązek m. twarzowego, tworzy kontrincyzję do cięcia pierwszego podżuchwowego. Możemy bowiem wprowadzając kleszczyki zwarte pod krawędzią żuchwy, stworzyć połączenie z przestrzenią podżuchwową. Obierając zaś kierunek ukośnie ku przodowi jednak pod gałęzią wstępującą otwieramy przestrzeń przyusznicową — a o ile skierujemy kleszczyki bardziej jeszcze ku linii środkowej w głąb, otwieramy także przestrzeń przygardłową przednią.

Wspomnieliśmy, że po przecięciu powłok zewnętrznych i powięzi torujemy sobie następnie drogę na tępo, wprowadzając do rany w obranym i ściśle określonym kierunku zwarte kleszczyki. Doszedłszy do miejsca przeznaczenia rozwieramy kleszczyki na 2 cm i wyciągamy je w tymże stanie przez ranę, rozszerzając temsamem drogę dla odpływu ropy i ew. założenia drenów.

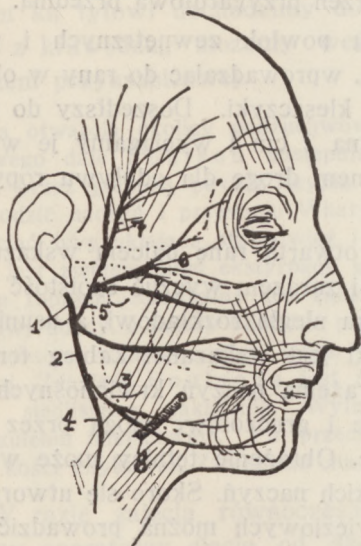
Wassmund poleca wejść w otwartą ranę palcem wskazującym, ażeby móc ranę wygodnie rozszerzyć i zarazem wyczuć spoistość tkanek. Często stwierdza się bowiem, że tkanka uległa rozkładowi, a usunięcie jej wówczas przy pomocy ostrej łyżeczki jest wskazane. Zabieg ten łączy jednak w sobie niebezpieczeństwo obrażenia naczyń krwionośnych, które podobnie jak tkanki mięśniowe, łączne i gruczołowe mogą przez proces ropny stać się kruche i mało odporne. Obrażenie tętnicy może wówczas zmusić operatora do podwiązania wielkich naczyń. Skoro się utworzy szeroko drogę do przestrzeni międzypowięziowych można prowadzić dreny gumowe, przez które ma łatwiejszy dostęp powietrze, a zarazem i możliwy jest łatwy odpływ gromadzącej się ropy.

Wassmund podkreśla, że przy wszystkich ropniach należy starać się o łatwy dostęp powietrza, by utrudnić rozwój drobnoustrojów beztlenowcowych, które zazwyczaj znajdują się w ropie.

Jeżeli wprowadza się w głąb rany palec należy bezwarunkowo operować w wyjałowionych rękawiczkach gumowych. Sam zadowolam się rozszerzeniem rany kleszczykami, ale pomimo tego otwieram zazwyczaj ropowice w rękawiczkach gumowych, chroniąc ręce przed materiałem zakaźnym o wysokiej jadowitości, którego trudno się pozbyć pomimo gruntownego mycia rąk.

Jak już wspomniałem w poprzednich rozdziałach, nie zawsze nacięcie i otwarcie przestrzeni międzypowięziowych prowadzi do otwarcia ropnia i wypływu ropy. Jeżeli bowiem mamy tylko nacieki ropne w tkance bez odgraniczonych ropni, ropa się nie ukazuje pomimo wyżej opisanych zabiegów. Przypadki te są zazwyczaj trudne do opanowania, a ropa pokazuje się skąpo dopiero na drugi lub trzeci dzień po zabiegu.

Nacieki w okolicy mięśnia skroniowego otwiera się cięciem pionowym ponad kością jarzmową (Ryc. 72 (3)), o ile sięgają bardzo wysoko albo poziomem równoległym do kości jarzmowej. Przy tychże cięciach należy pamiętać, że cięcie to musi być prowadzone w ten sposób, ażeby nie obrazić gałązek nerwu twarzowego, co mogłoby spowodować późniejsze porażenie mięśnia w okolicy oka, lub szpary ustnej (Ryc. 74), a zarazem wielkie zeszpecenie chorego.



Rys. 74. Przebieg nerwu twarzowego (n. facialis).

1. Pień nerwu VII.
2. Ramus inf. n. fac.
3. R. margin. mand.
4. R. subcutaneus colli sup.
5. R. temporalis n. facialis.
6. R. malares.
7. R. zygom-temporalis.
8. Art. maxillaris ext.

Z nacięcia poziomego powyżej i poniżej kości jarzmowej można się dostać do przestrzeni skrzydłowato-podniebiennej i przygardłowo-przedniej. Tę drogę musieliśmy kilka razy obrać przy naciekach ropnych, przy których powyżej opisane sposoby okazały się jeszcze niewystarczające. (Ryc. 121. Przypadek XX). Z nacięciem nie należy zwlekać długo, gdyż są to przeważnie sprawy, które zagrażają życiu, zajmując przestrzeń przygardłową, mają skłonność do rozszerzania się w kierunku podstawy czaszki, mogą prowadzić do zapalenia opon mózgowych, do thrombophlebitis i spowodować zejście śmiertelne.

Obrzek w okolicy powieki dolnej wymaga nacięcia pod oczodołem. (Ryc. 72 (5)).



Ropowice opadowe wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego otwiera się cięciem wzdłuż tegoż mięśnia (Ryc. 72. (6)). Tak przy cięciu za kątem żuchwy jak i ostatnio wspomnianem pamiętać musimy o tem, że znajdujemy się w pobliżu wielkich naczyń szyjnych. Należy postępować więc ostrożnie, preparując, by uniknąć bardzo poważnych powikłań. (Ryc. 43. na str. 71. zeszłego rocznika).

Jak z powyżej podanego opisu wynika, technika operacyjna wymaga dokładnej znajomości topograficznej i powinna być celowo obierana, zależnie od danego przypadku. O ile w ciężkich przypadkach, w których pomimo pierwszych dwóch cięć w okolicy podszczękowej — że tak powiem klasycznych — sprawa postępuje dalej, otwiera się przestrzenie dalsze z nowego miejsca nacięcia. (Przypadek XX w następnym numerze).

W przestrzeni podżuchwowej spotyka się często gruczoły chłonne; zserowaciałe gruczoły usuwa się ostrożnie ostrą łyżeczką.

Jeżeli otwarło się ropień międzypowięziowy jest celowe przepłukanie rany płynem antyseptycznym \*).

Zabieg operacyjny zakończy się luźnem zasetonowaniem rany gazą zwilżoną kamfenolem, a jeżeli ropienie było rozległe, równoczesnem wprowadzeniem drenów gumowych, zaopatrzonych w boczne otwory.

Jeżeli nie przyszło do odgraniczenia ropnia a nacieki wywołują wybitne obrzęki tkanek, okazuje się pomimo szerokiego otwarcia droga urotowana kleszczykami jeszcze bardzo ciasna.

W kilku przypadkach tego rodzaju wprowadziłem zamiast drenów gumowych rurki metalowe z bocznymi otworami, które nie ulegają ściśnięciom przez obrzękłą tkankę (Ryc. 75).

Zazwyczaj wystarcza w tychże przypadkach wprowadzenie gazy zwilżonej kamfenolem, która ma spełnić zadanie drenu.

Na ranę zewnętrzną zakładamy opatrunek wilgotny z kwaśną wodą na gazie opatrunkowej, na wierzch przychodzi warstwa waty jałowej.

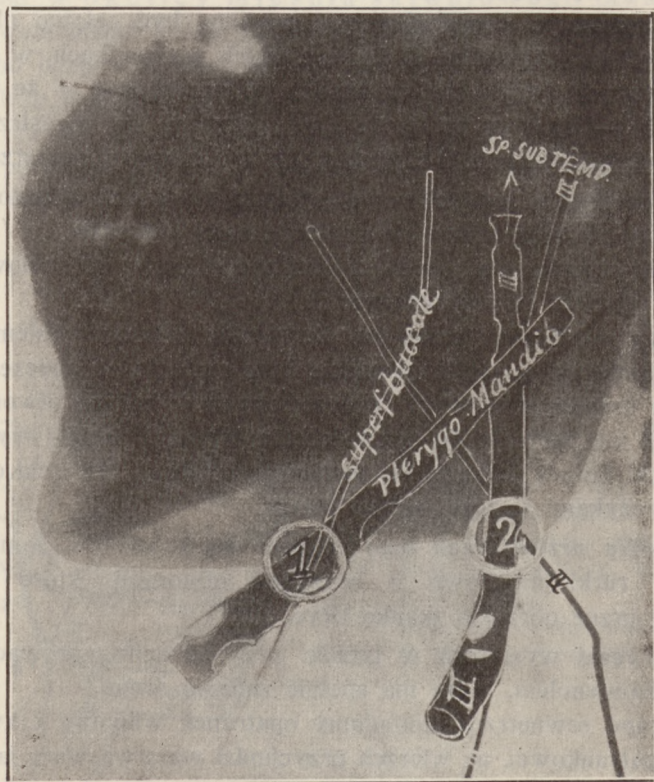
Niektórzy operatorowie zakładają opatrunek suchy. Według naszych doświadczeń wilgotny opatrunek jest dla chorego przyjemniejszy, odsąca lepiej wydzielinę, przyspiesza dalszy proces gojenia i łatwiej dozwala się zmieniać przy następnych opatrunkach.

### *3. Leczenie przyczynowe*

czyli usunięcie pierwotnego ogniska zazwyczaj zęba z zapaleniem ozębnej następuje — o ile zabieg wykonamy w uśpieniu ogólnem — na tem samem

\*)  $1/2\%$  roztynem  $H_2O_2$  lub roztynem Kalii hypermanganicy lub Dichloramini lub roztynem Dakina.

posiedzeniu po zabiegu zewnętrznym, przyczem przeprowadza się gruntowne wyłyżeczkowanie zębodołu. O ile istniały wysokie temperatury powyżej  $39,5^{\circ}$  i istnieje niedomaganie ze strony serca, należy rozważyć, czy nie byłoby wskazane odłożyć zabieg w kości szczękowej do czasu późniejszego, do dwóch, wzgl. czterech dni po zabiegu pierwszym, aż się poprawi czynność serca; jak już wspomniałem może nastąpić po zabiegu opera-



**Ryc. 75.** Założono zamiast drenów gumowych dreny metalowe przy wielkim nacisku ze strony nacieczonej tkanki celem umożliwienia odpływu ropie. (Do przypadku XX).

cyjnym w kości szczękowej podwyższenie temperatury w dniu operacyjnym, którego unikać należy z powodu osłabienia mięśnia sercowego.

Po nacięciu ropowicy ustępuje zazwyczaj szczękościsk tak dalece, że po 2—4 dniach można przy powolnem rozwarciu klinem drewnianym uzyskać wygodny dostęp do pola operacyjnego.

Autorowie Perthes, Rosenthal, Wassmund i inni przestrzegają słusznie przed doraźnem gwałtownem rozwarciem zapalnego szczęko-

ścisku przy ciężkich sprawach ropnych, wychodzących od zębów. Poprzednie otwarcie ropowicy ułatwi dalszy zabieg w jamie ustnej; ustępuje bowiem lub zmniejsza się szczękościsk.

Niebezpieczeństwo gwałtownego rozwarcia szczęk przy szczękościsku i zajęcie naciekiem ropnym przestrzeni podżuchwowej i przestrzeni żuchwowo-skrzydłowej polega na tem, że zostaną nacieki przeciśnięte w głąb do dalszych przestrzeni; w razie istnienia zakrzepów w żyłach mogą wystąpić objawy thrombophlebitis i przerzuty skrzeplin.

Obserwowano także powstanie ropowic — „wkołoszczękowych“ t. j. w przestrzeniach sąsiednich — jak przygardłowych lub przyusznicowej — po gwałtownem rozwarciu przy szczękościsku, spowodowanem ropnem zapaleniem ozębnej (parulis), przy którym poprzednio nie stwierdzono większych nacieków.

Tak podaje Rosenthal, że po wyjęciu 6] w uśpieniu, podczas którego nastąpiło gwałtowne rozwarcie szczęk, wystąpiła ropowica „wkołoszczękowa“ z objawami ogólnego zakażenia. Sprawa objęła przestrzeń zagłębienia kości skrzydłowej (czyli przestrzeń przygardłowo przednią) i posunęła się pod kością jarzmową w okolice m. skroniowego). Wyleczenie nastąpiło po kilkakrotnych nacięciach i dłuższym przebiegu choroby.

Perthes opisuje następujący przypadek. U 20-letniego mężczyzny powstał szczękościsk przy stomatitis ulcerosa i trudnem wykluwaniu się zęba mądrości. Po rozwarciu szczęk w uśpieniu usunięto 8]. Zamiast poprawy nastąpiło pogorszenie, zupełny szczękościsk, silny obrzęk policzka i skroni, gorączka i dreszcze. Po kilku dniach otwarto „zaszczękowy“ ropień i później ropień podskroniowy. Po krótkotrwałej poprawie zakażenie przeszło na jamę czaszkową i pacjent umarł. Przypuścić należy, że drobnoustroje przeszły przez otwór owalny na opony mózgowe.

Po dokładnem przestudjowaniu roentgenogramu wykonanego metodą ekstraoralną, należy zorientować się czy sprawa tylko od jednego, czy też od więcej zębów pochodzi. Często się stwierdza, że małe ognisko retroapikalne — niekiedy tylko wielkości grochu nie stoi w stosunku do wybitnych obrzęków i nacieków zewnątrz widocznych.

Jeżeli na roentgenogramie nie spotkamy żadnych zmian, należy myśleć o ostitis, wzgl. osteomyelitis powstałej drogą obiegu krwi. W takich przypadkach spotykamy objawy ogólnie septyczne, często poprzedzone dreszczami a stan ogólny chorego jest bardzo ciężki. Anestezja nerwu bródkowego, hypestezja zębów na prąd faradyczny występują wcześniej aniżeli widoczne zmiany w wyglądzie kości szczękowej na roentgenogramie, które jak już wspomnieliśmy, występują zazwyczaj około trzeciego tygodnia licząc od wystąpienia pierwszych objawów. Korony zębów nie potrzebują przytem wykazywać żadnej próchnicy, żadnych wy-

pełnień. Odbicie blaszki kostnej zewnętrznej i usunięcie zębów, a tem samem otwarcie zębodołów jest wskazane. Przy osteomyelitis można w odnośnym odcinku szczęki stwierdzić w zębach albo zgorzel albo zwyrodnienie miazgi z objawami pulpitis ascendens. Nie postępujemy tutaj konserwatywnie, jak zalecają niektórzy autorowie niemieccy; znane nam są bowiem przypadki, że mogą przy konserwatywnem leczeniu zębów, mimo otwarcia komory miazgowej i usunięcia miazgi, wystąpić powikłania ogólnoseptyczne, spowodowane wielką jadowitością drobnoustrojów. Natomiast przez wyjęcie zajętych zębów w danej okolicy i otwarcie kości szczękowej można rozwój sprawy powstrzymać. Nawet w razie braku zmian na roentgenogramie w początkowych stanach osteomyelitis wyczuwamy przy wyłyżeczkowaniu kości, że kość straciła swą pierwotną konsystencję. Przy osteomyelitis wskazane są iniekcje propidonu, o których mowa będzie później.

Czy istotnie krążą drobnoustroje we krwi, stwierdzić możemy, pobierając krew z żyły do badania bakterjologicznego celem wykonania posiewu; krew należy pobrać wówczas, gdy temperatura jest najwyższa. Stwierdziwszy drobnoustroje, możemy z nich wyhodować hodowle i sporządzić swoistą surowicę.

#### 4. Roentgenoterapia przy ropowicach.

W ostatnich czasach polecano przy leczeniu ropowic roentgenoterapię. Promienie roentgenowskie powodują gwałtowny rozpad leukocytów, ropa staje się płynną, ropowice poprzednio twarde ulegają rozmiękczeniu; przychodzi do zlokalizowania ogniska. Wystarczają później przeważnie małe nacięcia zamiast rozległych. (Pordes i inni). Także na podstawie własnych doświadczeń mogę stwierdzić korzystny wpływ promieni Roentgena i stosuję radjoterapię, gdy chodzi o bardzo twarde ropowice, temperatura nie dochodzi do 39° a przebieg choroby jest przewlekły lub podostry.

Rozmięknienie następuje po jednym lub dwóch dniach. Spostrzegalem jednak i przypadki, że pomimo naświetlania rozmięknienie nie nastąpiło. Po naświetlaniu podnosi się zazwyczaj ciepłota, ażeby po 12—15 godzinach spadać poniżej ciepłoty w dniu naświetlania.

Pordes zaleca naświetlanie możliwie wielkiego pola od połowy łuku jarzmowego do połowy szyi dawką  $\frac{5 \text{ mm Al}}{2 \text{ H}}$  co odpowiada mniej więcej 15% dawki jednostkowej skóry.

Radjoterapia ma też i ten dodatni skutek, że bóle istniejące zmniejszają się i samopoczucie chorego się poprawia, jakkolwiek bezpośrednio

po naświetleniu należy się liczyć z krótkotrwałym odczynem roentgenowskim, t. j. silniejszym bólem.

I po naświetlaniu według naszych doświadczeń, nie zawsze wystarczyły tylko małe nacięcia (Stichincision) tylko trzeba było postępować w sposób typowy. Stosowałem także roentgenoterapię po nacięciu przy ropowicach twardych o naciekach wśródtkankowych z wynikiem dodatnim. Naświetlanie działa jeszcze przez okres trzytygodniowy, przyspiesza rozpad leukocytów i niewątpliwie wpływa pomyślnie na dalsze leczenie.

### 5. Stosowanie surowic.

Lata ostatnie przyniosły nam jeszcze dwie ważne metody, które mają wielkie znaczenie dla przebiegu leczenia: proteinoterapię i leczenie surowicami; pierwsza z nich mobilizuje wszelkie zapasy sił odpornych organizmu zdolne do zwalczania zakażenia, druga zaś obok pierwszego działania oddziałuje także specyficznie na zarazki same przez wprowadzenie przeciwciał. Zwykła surowica końska oddziałuje w myśl proteinoterapii podobnie jak wstrzyknięcie własnej krwi chorego (wstrzykuje się około 12 cm<sup>3</sup>). Surowice wielowartościowe zawierają przeciwciała na mieszane zakażenia paciorkowcami i gronkowcami. Surowice swoiste sporządza się z hodowli wyhodowanych z drobnoustrojów danego ogniska. Metody powyższe okazały się bardzo dobre i celowe przy ropowicach.

Przy ropowicach wstrzykujemy przeważnie „Propidon“<sup>1)</sup> czyli surowicę wielowartościową Delbeta i to zazwyczaj trzykrotnie w odstępach trzydniowych, rozpoczynając dawką 2 cm<sup>3</sup> i zwiększając ją do 3 wzgl. 4 cm<sup>3</sup>. Jak wiadomo, przebieg leczenia skraca się; warunki leczenia się poprawiają.

Jeżeli stan ogólny na to pozwala, otrzymuje chory zaraz w pierwszym dniu wstrzyknięcie pierwsze — o ile nie przystępujemy natychmiast do nacięcia, gdy obrzęk jest twardy. Po krótkotrwałym podniesieniu się ciepłoty o 1/2—3 stopni spada ona poniżej ciepłoty wykazanej w dniu wstrzyknięcia. Naciek mięknie podobnie jak po roentgenoterapii lub ulega częściowemu wchłonięciu. Ryc. 76. (Zob. opis przypadku XV. w nr. 2. Pol. Stom. 1931.).

Jeżeli ciepłota nie podnosi się w dniu zastrzyknięcia propidonu znacznie, a dopiero na drugi i trzeci dzień, należy przypuszczać, że znajduje się w głębi ognisko ropne, nawet gdyby nie było na zewnątrz wybitniejszych objawów.

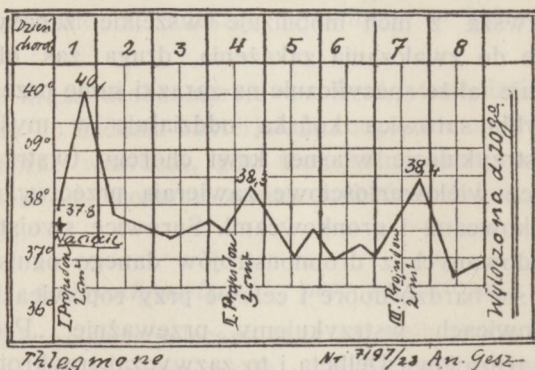
W ten sam dzień, w który się stosuje roentgenoterapię nie należy stosować propidonu. W jednym przypadku przez nas spostrzeganym podniosła się temperatura przy skumulowaniu naświetlania promieniami Roent-

<sup>1)</sup> Ampułka zawiera zazwyczaj 2 cm<sup>3</sup>. 1 cm<sup>3</sup> zawiera: 430 milj. prątków, 830 milj. gronkowców, 2 miljardy błękitno-ropnych. — Wyrabia Ludwik Spiess i Syn. Warszawa, według przepisu Etabl. Poulenc Frères.

gena z seroterapią (propidonem) z  $37,5^{\circ}$  do  $42^{\circ}$  w przeciągu 6 godzin i opadła w trzech następnych godzinach na  $39^{\circ}$ . Odczyn był tak silny po drugiej iniekcji propidonu, pomimo że po pierwszym wstrzyknięciu podniosła się ciepłota zaledwie o  $0,7^{\circ}$ .

O ile ropowica jest w stanie początkowym, przyczynę zaś się usunie, to leczenie propidonem może nawet zapobiec dalszemu rozwojowi sprawy, następuje szybka poprawa podmiotowa i stanu ogólnego, mniejsze nacieki ulegają wchłonięciu; przyspieszony zostaje również rozpad leukocytów jak po roentgenoterapii.

Po zastosowaniu polywalentnych szczepionek ustępują ostre objawy zapalne, a jeżeli teraz dopiero przystępujemy do zabiegu operacyjnego



Ryc. 76. Wpływ iniekcji propidonu na ciepłotę ciała. (Do hist. choroby przypadku XV).

w kości, operujemy w warunkach korzystniejszych i możemy niekiedy uniknąć groźniejszych objawów, występujących po zabiegach wykonanych podczas wysokiego nasilenia sprawy zapalnej.

Działanie propidonu jest dość energiczne, dlatego nie jest wskazane stosowanie go przy bardzo wysokich temperaturach, przy osłabionym mięśniu sercowym i u osób starszych.

Carco stosuje wielwartościowe szczepionki także przy objawach bardzo groźnych i poleca leczenie polywalentną surowicą przy Angina Ludovici (t. j. zajęciu przestrzeni podjęzykowej, mięśni dna języka i okolicy podżuchwowej przy temp.  $39,9^{\circ}$ ) równocześnie z otwarciem dna jamy ustnej, przyczem stwierdzono w ropie bakterjologicznie streptokoki. Ponieważ były również bóle gardła, wstrzyknął lekarz domowy — mając podejrzenie na błonicę — surowicę przeciwbłonicową.

Po otwarciu wstrzyknięto 2 ampulki wielwartościowej surowicy przeciw-paciorkowcowej wśródniętniowo (ilość  $\text{cm}^3$  nie jest podana). 10 godzin później iniekcja ponowna, następna 2 dni później. Po trzecim wstrzyknięciu stwierdzono

widoczną poprawę, a po 20 dniach nastąpiło wyleczenie zupełne. Autor przypisuje dobry skutek leczenia przede wszystkim działaniu surowicy.

Jeżeli po pierwszym wstrzyknięciu propidonu nie podniesie się ciepłota przynajmniej o  $1-1\frac{1}{2}$  stopnia należy zaniechać wstrzykiwań następnych.

G o s s e t poleca zamiast propidonu również wielowartościową szczepionkę, podaną przez Hérelle'a, działająca jednak łagodniej i bezboleśnie. Zawiera ona w zmiennych ilościach staphylo-, strepto-pneumo-, enterococci, bacillus coli, paracoli i pneumobacillus. Autor ten stosował szczepionkę fagocytarną Hérelle'a w 365 przypadkach chirurgicznych, przeważnie przy panaritium i furunkulozie, oraz w siedmiu przypadkach ropowic pochodzenia zębowego: G o s s e t zwalcza ropowice te w sposób dwojaki:

1. albo przez nakłucie i wypuszczenie ropy, wstrzykując następnie w ropień szczepionkę „in situ“, 2. albo wstrzykiwaniami podskórnymi szczepionki „à distance“.

Przy pierwszym sposobie posługuje się zwykłą strzykawką z grubą igłą, później trójgrańcem Calve'go. Lecz troakar ten nie okazał się również praktycznym, gdyż po zagojeniu pozostawiał blizny szpecące. Wobec tego skonstruował G o s s e t troakar ścięty ukośnie, wkłubał podskórną, poczem blizny były gładkie, i linearne. Gdy naciek jest twardy i niema zbiornika ropy, robi iniekcję albo w miejsce zapalne „in situ“ albo kilka wstrzyknięć podskórnych „à distance“. Podczas wstrzyknięcia „in situ“ można najwyżej wstrzyknąć  $1-2\text{ cm}^3$  szczepionki, ponieważ napięcie i bolesność nie pozwalają na wprowadzenie większej ilości — zresztą szczepionka ta działa nie tyle swą ilością ile swą wirulencją.

Szczepionka nie działa w każdym przypadku jednakowo, a to z powodu obecności przeciwciał w surowicy chorego. Jednakowoż we wszystkich przypadkach, spostrzeganych przez G o s s e t a przyszło do ustąpienia bólów, zniknięcia szczękościsku i obniżenia ciepłoty, do polepszenia stanu ogólnego i do wyzdrowienia w ciągu kilku do kilkunastu dni. Ustępowanie objawów następuje według tegoż autora w dwóch kierunkach: naciek zapalny ulega stopniowo wchłonięciu, albo też tworzy się wtórny ropień, który należy tak długo nakłubać, aż treść uzyskana nakłuciem stanie się surowiczą.

Jeżeli działanie szczepionki nie jest dodatnie, tłumaczy G o s s e t w sposób następujący: surowica chorego może zawierać przeciwciała, między którymi rozróżnia dwa rodzaje: 1) jedne polegają na oporze, jaki stawia surowica chorego jego własnym drobnoustrojom albo jakimkolwiek innym, i wtedy nie może przyjść do rozpuszczenia drobnoustrojów, 2) polega na właściwości surowicy, która przeszkadza działaniu szczepionki. — Te dwa rodzaje występują albo połączone albo izolowane. Poza tem zauważył, że

wstrzykiwanie podskórne szczepionki u osobnika, zawierającego przeciwciała, opóźnia wyzdrowienie.

Co do szczepionki Hérelle'a nie posiadam własnych doświadczeń.

Łagodniej od propidonu działa również „O m n a d y n a”<sup>\*)</sup> stosujemy ją przy różnych wskazaniach jak dla propidonu ale także w tych przypadkach, w których ze względów ogólnych, powyżej podanych, nie mogliśmy stosować propidonu.

Lokalnie oddziałuje bardzo korzystnie przy sprawach ropnych maść „P r o p i d e x”<sup>\*\*)</sup>, zawierająca również przeciwciała bakteryjne. Używamy jej w trakcie dalszego leczenia, wprowadzając ją na wyjąłowionej gazie. Nie należy jednak poprzednio wystrzykiwać rany środkami przeciwnymi, tylko roztworem soli fizjologicznej.

### 6. Przebieg dalszego leczenia po otwarciu ropowicy.

Przebieg dalszy choroby po otwarciu ropowicy i usunięciu ogniska pierwotnego nie jest jednolity. Zależy on przedewszystkiem od złośliwości drobnoustrojów, od odporności organizmu, od rozmiaru zajętych części miękkich i przestrzeni międzypowięziowych, które objęły nacieki ropne, w końcu, czy zakażenie było zlokalizowane, czy też nastąpił rozsiew drobnoustrojów i wystąpiły objawy septyczne. O ostatnich sprawach pomówimy jeszcze w osobnym rozdziale.

Na ogół można powiedzieć, że sprawy te, w których przyszło do utworzenia się ropni zlokalizowanych w jednej przestrzeni międzypowięziowej, skłonne są do szybkiego wyleczenia się, skoro zapewni się szeroki od pływ ropie. Najkrótsze leczenie wymaga 6—8 dni czasu.

Trudniej do opanowania są sprawy przy zajęciu wielu przestrzeni międzypowięziowych, ale i tutaj odpowiednia technika operacyjna — kontrincyzja, uniknięcie zaułków bez odpływu, staranne opatrywanie rany i pobudzenie sił ochronnych organizmu przez seroterapię — doprowadza do wyleczenia chorego w dwóch do trzech tygodniach.

Sprawy przewlekłe jako i ropowicze nacieki bez skłonności do utworzenia ropni ograniczonych wymagają zastosowania pomocniczego leczenia w postaci roentgenoterapii i proteinoterapii i bardzo starannych opatrunków.

Jeżeli zaś mimo otwarcia ropowicy sprawa szerzy się dalej rokowanie jest niepomyślne, wymaga ciągłej czujności ze strony lekarza, sądu krytycznego, opartego na wiadomościach anatomotopograficznych i doświad-

\*) Farbenindustrie — „Bayer, Meister, Lucius“ — Leverkusen.

\*\*\*) Maść propidonowa prof. Delbeta. Wyrabia Ludwik Spiess i Syn, Warszawa. Skład maści: Buljonu 10 cm<sup>3</sup>, paciorkowców 4300 milj., gronkowców 8300 milj., prątków błękitnych 20 miliard., lanoliny 90 gr.



czeniu klinicznym, ażeby w porę zarządzić zabieg właściwy. Przyczyna dalszego szerzenia się sprawy może polegać na tem, że nie otwarto przy pierwszym zabiegu wszystkich przestrzeni zajętych już naciekami ropnymi, że otwarcie było niedostateczne, dreny, wzgl. setony nieodpowiednio założone, albo, że przyczyna pierwotna nie została usunięta lub nawet nierozpoznana. Zdarza się niekiedy, że nie jeden, ale kilka zębów stanowi źródło zakażenia; usunęło się jedno źródło, a nie wszystkie. Tak np. objawy wybitniejsze wychodziły od zęba w żuchwie, u którego zmiany zapalne stwierdziło się badaniem klinicznym i roentgenograficznie. Tymczasem w dniu następnym po zabiegu zamiast polepszenia i zmniejszenia się obrzęków w okolicy podżuchwowej, stwierdza się rozszerzenie się go na okolicę policzka i okolicę oka. Wskazuje to zazwyczaj na to, że albo przestrzeń za szczęką górną, skrzydłowo-podniebienna czyli przygardłowa przednia jest zajęta lub też, nasycenie dalsze materiałem septycznym nastąpiło od jednego z zębów w szczęce górnej, który klinicznie żadnych objawów nie wywołał.

Mogą tam być korzenie zębów w stanie zgorzelinowym, niekiedy zakryte koronami lub mostkami. Dokładne oględziny roentgenogramu wykazują zazwyczaj zaledwie dostrzegalne zmiany.

Dopiero po usunięciu i tychże ognisk stwierdzi się poprawę. Jeżeli nacieki były tylko surowicze, ustępują w dniach następnych, jeżeli zaś były już ropne, wtedy należy wykonać w odpowiednim miejscu nacięcie. Przy ciężkich sprawach trzeba przystąpić dwa i trzy razy do zabiegu chirurgicznego.

Wskaźnikiem, czy sprawę chorobową się opanowało, jest ciepłota ciała. Dlatego też należy mierzyć ją trzy razy dziennie, i wyciągać z krzywej ciepłoty odpowiednie wnioski. O ciężkich sprawach ropowicowych, które zagrażają życiu, mówić będę jeszcze obszerniej w osobnym rozdziale.

Pamiętać należy o tem, że wyższe temperatury mogą być spowodowane także zaburzeniami innymi, jak zaparciem stolca, zapaleniem migdałków, zapaleniem środkowego ucha lub chorobami zakaźnymi, które równocześnie się pojawiły. Do najczęstszych należy grypa. Nie trzeba się więc tylko ograniczyć do sprawy lokalnej, tylko badać także inne narządy. Przede wszystkim płuca, serce, wątrobę, śledzionę, nerki i krew, jeżeli jest podejrzenie na zakażenie ogólne lub choroby krwi, lub narządów krwionośnych.

Wygląd ogólny chorego już przed pierwszym zabiegiem powinien nas skłonić do przeprowadzenia niektórych ważniejszych badań klinicznych, ażeby wykryć w danym razie inne choroby ustroju jak cukrzycę, białaczkę. Rokowanie przy tych dwóch ostatnich chorobach jest bardzo niepomyślne i może stać się przyczyną zejścia śmiertelnego, gdyż brak wówczas ogólnej odporności organizmu. Spotykane białko w moczu wskazuje na chorobę ne-

rek, którą chory już przedtem posiadał, albo też na uszkodzenie tegoż organu przez toksyny drobnoustrojów i na zmiany septyczne. Jeżeli w dalszym ciągu leczenia przy powtórnych badaniach surowicze białko nie zniknie, należy zasięgnąć pomocy internisty, tak samo przy cukrzycy i białaczce. W razie powikłań z gardłem i szerzenia się nacieków w przestrzeniach przygardłowo-przedniej, tylnej i zagardłowej i objawów meningealnych należy wezwać pomocy laryngologa, wzgl. chirurga: Nawet gdyby z ich strony nie uzyskało się pomocy, a przypadek dany wzięł obrót niepomyślny, odpowiedzialność będzie podzielona i nie będzie można spotkać się z zarzutem, że zaniedbało się czegokolwiek, co należałoby uczynić.

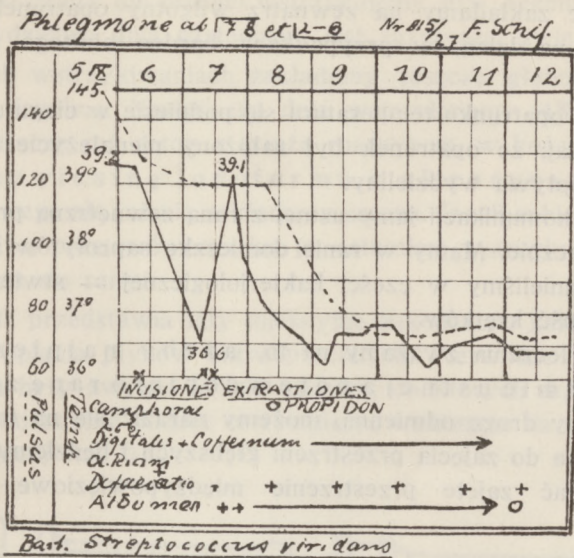
Normalny przebieg po otwarciu ropowicy i usunięciu przyczyny jest ten, że ciepłota opada niekiedy już w ciągu 24 godzin do  $37,5^{\circ}$  a nawet poniżej. Podwyżkę ciepłoty o  $1-2\frac{1}{2}$  stopni spotykamy tylko wówczas, jeżeli były operacje kostne równocześnie i przyszło przytem do otwarcia nowych dróg limfatycznych w kości i do rozsiania drobnoustrojów. (Ryc. 77 i 78). Przeważnie zdarza się to wówczas, jeżeli były złośliwe hemolityczne drobnoustroje, lub niehemolityczny streptococcus viridans. Zazwyczaj jednak już po 26 godzinach można zanotować spadek ciepłoty. — Jeżeli pierwszy zabieg ograniczał się tylko do otwarcia ropowicy, spada temperatura o  $1-2$  stopni już w następnych dwunastu godzinach.

Wspomnieliśmy już o tem, że trzeba poświęcić szczególną uwagę sercu i stwierdzić, czy liczba tętna jest w stosunku do ciepłoty i czy jakość tętna jest należyta. Ledwo wyczuwalne tętno wskazuje na osłabienie serca. Słuchawką należy stwierdzić czy nie ma szmerów w sercu i wad zastawkowych, a wówczas tem większą uwagę poświęcić należy temuż organowi i zastosować środki nasercowe, ew. przy pomocy internisty.

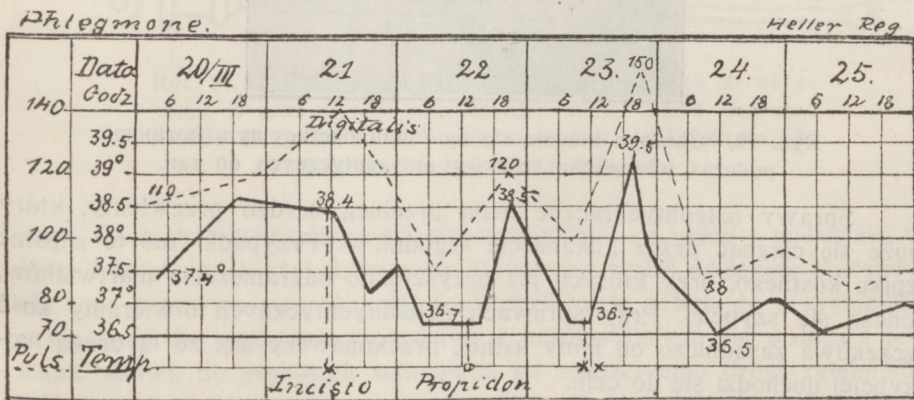
Na ogół zastrzyki koraminy lub podawanie jej „per os“ lub też naparstnicy sprowadza polepszenie akcji serca.

Miejscowe leczenie spraw ropowiczych po nacięciach jest następujące:

Zwagać należy aby odpływ ropy był zawsze wystarczający. Zakłada się do rany dreny gumowe z nacięciami bocznymi, obok nich można wprowadzić jeszcze luźne setony zwilżane fenolem kamforowym. Dren powinien być wprowadzany jaknajwyżej. Jeżeli tego nie można wykonać wprowadza się do najgłębszych zaułków setony z gazy. W razie obfitego ropienia wystrzykuje się ranę przed zmianą setonu płynem antyseptycznym, przyczem dajemy pierwszeństwo tym, które wytwarzają tlen i działają odwonniająco, jak 1% roztwór  $H_2O_2$  lub roztwór nadmanganianu potasu. Stosować można też roztwory riwanolu, dichloraminu i t. p.



Ryc. 77. Po nacięciu ropnia w częściach miękkich opada ciepłota; po operacji kostnej i otwarciu ogniska pierwotnego zazwyczaj podnosi się ciepłota. (Krzywa ciepłoty do przypadku XVII).



Ryc. 78. Wpływ zabiegów a ciepłotę ciała przy ropowicy w przestrzeni przygardłowej przedniej. Do przypadku XVIII.

Wystrzykujemy zazwyczaj rany roztworem o temperaturze ciała. O ile ciepłota nie jest powyżej 37.5°, stosujemy suche ciepło, naświetlając lampą Sollux przez 10—20 minut.

Następnie zakładamy na zewnątrz wilgotny opatrunek. Opatrunek zmieniamy raz na dzień, w przypadkach bardzo obfitego ropienia, dwa razy dziennie.

Jeżeli po opatrunku temperatura się podniesie w ciągu dnia, wskazuje na to zazwyczaj, że opatrunek był założony nienależycie i przyszło do zatrzymania odpływu wydzieliny.

W razie komunikacji jamy ustnej z raną zewnętrzną przebieg gojenia opóźnia się znacznie. Mamy w ranie domieszkę saprofitów z jamy ustnej. Jak już wspomnieliśmy w części bakteriologicznej — stwierdzić możemy w ropie obecność krętków.

Podczas leczenia zważamy na to, ażeby najpierw wygoić sprawę w jamie ustnej a potem dopiero ranę zewnętrzną. Jeżeli obierzemy drogę odmienną, możemy narazić się na to, że przyjdzie w ciągu leczenia do zajęcia przestrzeni głębszych i będziemy zmuszeni ponownie otwierać zajęte przestrzenie międzypowięziowe od zewnątrz i drenażować.



Ryc. 79. Chorego kładzie się na fotelu operacyjnym poziomo podczas wkraplania środków antyseptycznych do ran.

Sprawy osteomyelityczne mają przebieg bardzo przewlekły, który może się ciągnąć przez kilkanaście tygodni. — Przypadki zaś te zapalne szpiku kostnego, przy których już przyszło do odgraniczenia martwiaków, kończą się szybciej. Przy sprawach osteomyelitycznych otwieramy kość szczękową zasadniczo od jamy ustnej, przekonawszy się, że tą drogą najszybciej dochodzi się do celu.

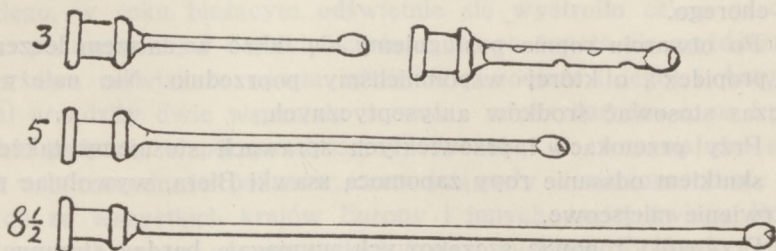
Skoro wydzielina ropna staje się skąpa, obrzęki zmalały, ciepłota zbliża się do normy, wówczas przystępujemy do przyśpieszenia zagojenia się rany przez wstrzykiwanie tępa igłą, zakończoną w gałkę, fenolu kamforowego, przytem układamy chorego w pozycji leżącej w ten sposób, ażeby dany płyn jaknajlepiej mógł przez 5 minut pozostać w ranie. Ryc. 79.

Zabieg ten powtarzamy jeszcze poraz drugi i trzeci. Zamiast fenolu kamforowego używaliśmy także z dobrym skutkiem presojudu.

Trzy do cztery dni później wstrzykujemy 10% Argent. nitr. w sposób podobny. Wydzielina dnia następnego jest zazwyczaj zwiększona i mętna.

Po tych wstrzykiwaniach zakładamy jeszcze głęboko luźny seton zwilżony kamfenolem. Następnego dnia wstrzykujemy 4% Cuprum sulf., zakładamy jeszcze raz seton z tymże roztworem, w końcu zaś wstrzykujemy gęstą zawiesinę jodoformu z gliceryną z domieszką fenolu kamforowego ale już nie zakładamy setonu. Jeżeli zabieg ten wykonany był w właściwą porę, wówczas już po ostatnim wstrzyknięciu przychodzi do zasklepienia się rany.

Ryc. 80. przedstawia igły iniekcyjne zakończone gałką, których używam do wkraplania płynów antyseptycznych. Pierwotne igły, które mi się posługiwałem były zwykłe kanule stalowe, do których dolutowałem gałkę z cyny. Igły iniekcyjne podane w rycinie są wykonane na moje zamówienie z nierdzewiejącej stali \*).



Ryc. 80. Igły iniekcyjne zakończone gałką, służące do wkraplania w ranę płynów antyseptycznych. a) Igła o szerszym światle służy do wstrzykiwań zawiesiny jodoformu w glicerynie. (według Cieszyńskiego).

Po tychże wstrzyknięciach nie spotkaliśmy się nigdy z podwyżką ciepłoty i jakąkolwiek reakcją ujemną. Gdyby po wyżej opisanem postępowaniu ropa ponownie się pokazała, świadczyłoby to o tem, że przystąpiliśmy zawczasie do wygojenia się sprawy i musimy cofnąć się wstecz i przystąpić znowu do głębokich setonowań po rozszerzeniu drogi zgłębnikiem.

Jeżeli sprawa ciągnie się bardzo długo przez kilka tygodni, widoki tylko konserwatywnego leczenia są niepomyślne. Dlatego w trzecim tygodniu przystępujemy do wyłyżeczkowania za ułków i usunięcia ziarniny łyżeczką, poprzednio znieczuliwszy pole operacyjne 10% roztworem nowokainy. Wstrzykujemy go do rany tępa igłą zakończoną

\*) Wyrabia firma „Acufirm“, zamówienia przyjmuje: Trepczyński, Lwów, Dominikańska 9.

gałką, lub wprowadzamy do rany seton przepojony środkiem znieczulającym.

Klinicznie badamy jeszcze jałowość rany przed przystąpieniem do leczenia końcowego wstrzykiwaniami. Należy pamiętać o tem, że dzień przed pobraniem materiału do badania rana nie może być zaopatrzona setonem zwilżonym kamfenolem tylko zaopatrzona setonem jałowym. Negatywny wynik badania bakteriologicznego wskazuje na to, że można przystąpić do zamknięcia rany.

Setonowania ran gazą jodoformową lub kseroformową nie stosujemy, przekonawszy się, że znacznie szybciej dochodzimy do celu używając gazy zwilżonej kamfenolem.

Już w rozdziale poprzednim wspomnieliśmy o tem, że wielki wpływ na dalszy przebieg leczenia ma stosowanie szczepionek, propidonu, szczepionki Hérelle'a, omnadyny a przy nacieku twardym i roentgenoterapii. Metodą tą posługujemy się często, zależnie od obrazu klinicznego i stanu ogólnego chorego.

Po otwarciu ropnia posługujemy się także w dalszem leczeniu maścią „propidex“, o której wspomnieliśmy poprzednio. Nie należy jednak wówczas stosować środków antyseptycznych.

Przy przetokach i przewlekłych sprawach stosujemy także z dobrym skutkiem odsanie ropy zapomocą ssawki Biera, wywołując przytem przekrwienie miejscowe.

Przypadki ropowic szczękowych wymagają bardzo starannej opieki lekarskiej i dlatego powinny być leczone klinicznie przynajmniej tak długo, aż objawy groźniejsze ustąpią i wstąpimy w okres końcowego wygojenia się rany. Opatrywanie ran powinno być robione przez doświadczonego lekarza, zawsze z myślą o tem, które przestrzenie sprawa zajmuje, jak daleko sięga i jaki skutek dany opatrunek ma osiągnąć. Zbyt powierzchowne setonowanie szczególnie w okresie pierwszym choroby powoduje powikłania i zmusza do ponownego zabiegu operacyjnego, którychby się uniknęło przy racjonalnem postępowaniu.

*Ciąg dalszy nastąpi.*

Dr. HENRYK ALLERHAND.

LWÓW.

XXIV. ZJAZD DOROCZNY FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE.  
BRUKSELA, 10—17 SIERPNIĄ 1930 \*).XXIV. *Session anuelle de la Fédération Dentaire Internationale Bruxelles,*  
*10—17. VIII. 1930.*

## XXIV. Jahresversammlung der F. D. I. Brüssel. 10—17. VIII. 1930.

Doc. pol. 9.41.

Doc. int. 616.314 (062) (00) (05).

Doroczny zjazd Międzynarodowego Związku Dentystycznego, odbył się w roku bieżącym w Brukseli, stolicy Belgji. Wybór ten został spowodowany zaproszeniem kolegów belgijskich do odbycia dorocznego zjazdu w Brukseli ze względu na przypadający w roku bieżącym stuletni jubileusz ogłoszenia Niepodległości belgijskiej i na uroczystości z tym jubileuszem połączone. Miasto Bruksela, stolica święcącego swój jubileusz królestwa belgijskiego, w roku bieżącym odświętnie się wystroiło celem uczczenia zarówno panujących jak i gości, licznie z całego świata się zjeżdżających. Pozatem dwa największe miasta belgijskie: Leodjum (Liège) i Antwerpja (Anvers) urządziły dwie wspaniałe wystawy międzynarodowe, na których wszystkie państwa współzawodniczyły ze sobą we wspaniałości ekspozycji i w różnorodności pokazów, czem ściągnęły niezliczone rzesze zwiedzających ze wszystkich krajów Europy i innych części świata. Równocześnie też odbyły się we wszystkich trzech miastach, Brukseli, Leodjum i Antwerpji najrozmaitsze zjazdy naukowe i zawodowe przy tłumnym zjeździe zarówno z Belgji jak i z innych krajów. W gmachach publicznych, w których zjazdy odbywały się, następowały one zwykle szybko w bezpośredniej kolejności jedno po drugim, tak, że ledwo uczestnicy jednego zjazdu opuszczali sale, już wkrótce zapełniały się one uczestnikami zjazdu innego bardzo często z dziedziny nic wspólnego ze zjazdem poprzednim nie mającej. I tak dla przykładu podam, że równocześnie ze zjazdem F. D. I. odbywały się w Brukseli zjazdy Historyków i Geografów, Agronomów i Automobilistów zainteresowanych samochodami firmy Ford.

Zjazd F. D. I., budził we mnie wielkie zainteresowanie, skoro uczestniczyłem w nim po raz pierwszy osobiście i miałem za zadanie oficjalnie zastępować kolegów polskich, lecz w porównaniu ze zjazdami lat poprzednich, znanymi mi z programów i sprawozdań, wypadł nieco błędziej, jak to koledzy uczestniczący w zjeździe tegorocznym i w zjazdach lat poprzednich zgodnie stwierdzili. Brakło tu przede wszystkim programu naukowego,

\*) Sprawozdanie wygłoszone na zebraniu naukowym Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, dnia 25 października 1930 r.

k któryby suche obrady urozmaicił i kolegów kwestjami naukowemi zainteresowanych zachęcił i podniecił. Podczas gdy w latach poprzednich, nie mówiąc już o olbrzymim międzynarodowym kongresie F. D. I. w Filadelfji w r. 1926. zarówno w Kopenhadze w r. 1927., jak w Kolonji w r. 1928., tudzież w Utrechcie w r. 1929 koledzy duńscy, niemieccy i holenderscy starali się dać przybyłym kolegom program naukowy, wystawy, demonstracje i odczyty, to w r. 1930 w Brukseli niestety ani śladu jakiegokolwiek programu naukowego nie było. Przyczyny tego niepożądanego objawu szukać należy przede wszystkim w głębokim antagonizmie i w kastowem zacierzwieniu, które dzieli kolegów belgijskich na dwa wrogie, nieuznające się wzajemnie i wzajemnie się zwalczające, nieprzejednane obozy: obóz odontologiczny i obóz stomatologiczny. Zjazd F. D. I. odbywał się pod egidą Związku Dentystów Belgijskich, stomatolodzy belgijscy od niego bezwzględnie się abstynowali. Jest to anomalja, właściwa Belgji, Francji i może innym krajom lecz np. u nas w Polsce nie do pomyślenia. Nie możemy sobie wyobrazić, by w kraju naszym odbywała się jakaś impreza o charakterze międzynarodowym, mająca do nas ściągnąć liczne zastępy cudzoziemskich kolegów mających sobie o nas i o naszych stosunkach wyrobić sąd, i by przy takiej imprezie, przy jej organizacji i przebiegu i opracowaniu wyników jeden z obozów brał pełny, stuprocentowy, chętny, ochoczy, pełen inicjatywy i działania udział podczas gdy obóz drugi pozostał zupełnie nieczynnie w ukryciu i świecił swoją bezwzględną nieobecnością. Tak właśnie było w roku bieżącym w Brukseli. Koledzy zgrupowani w Związku Dentystów Belgijskich (Association Générale des Dentistes de Belgique) zorganizowali z całym poświęceniem zjazd tegoroczny i przez cały czas jego trwania odznaczyli się jak największą aktywnością i energją, natomiast koledzy — stomatolodzy belgijscy byli zupełnie nieobecni. I źle zrobili tą swoją bezwzględną abstynencją, gdyż nieobecni zawsze tylko sobie szkodzą i słusznie powiada przysłowie francuskie: „Les absents ont toujours tort“. Gdzie kogoś niema, tam o nim się nie mówi, tam się on nie liczy, tam swego zdania wypowiedzieć nie może i nie może wywołać dyskusji i nie ma możności przekonania przeciwnika. I wielka szkoda, że koledzy — stomatolodzy belgijscy ukryli się tak przed tegorocznym zjazdem F. D. I. w Brukseli, gdyż wielu z kolegów uczestniczących w zjeździe belgijskim chętnie by zapoznało się osobiście z tymi kolegami i wymieniło z nimi zdanie, znając ich poprzednio z literatury i z prac naukowych. Również władze państwowe uczestniczące z natury rzeczy w zebraniu tego pokroju co zjazd F. D. I., reprezentujący ludzi nauki i uniwersyteckiego wykształcenia z całego świata, nie miały przez to zupełnie możności osobistego zetknięcia się z kolegami stomatologami belgijskimi, wysłuchania ich żądań, postulatów i dezyderatów naukowych, które z pewnością obracałyby się na



wyższym poziomie ideowym, niż obrady automobilistów z pod znaku Forda. Jeżeli pozwoliłem sobie uwypuklić tutaj ten szkodliwy i anormalny wprost antagonizm pomiędzy dwoma odłami fachowców belgijskich, to uczyniłem to dlatego, że chciałem przez to podkreślić zgubność i szkodliwość takiego stanu rzeczy, stanowiąc mogącego odstraszać przykład, jak stosunki w danym zawodzie wyglądać nie powinny. Na szczęście z dumą możemy powiedzieć, że u nas w Polsce stosunki ułożyły się inaczej; nie możemy sobie wyobrazić zjazdu międzynarodowego ani też znacznie skromniejszego zjazdu krajowego, w którym wszystkie odłamy zawodu nie uczestniczyłyby i nie starały się o jak największy sukces danej imprezy zarówno jednostkowo jak i zbiorowo. Zarówno zrzeszenia jak i osoby emulują u nas w tym względzie i ta emulacja właśnie i to szlachetne współzawodnictwo wychodzą wszystkim na dobre i powodują powodzenie naszych zawodowych poczynań. Tak było z wszystkimi dotychczasowymi zjazdami stomatologicznymi u nas w kraju, tak też będzie, mam niepłoną nadzieję, z V. Polskim Zjazdem Stomatologicznym, mającym się odbyć z końcem czerwca 1931 r. we Lwowie.

Po tej dygresji wracam do tematu głównego: do zjazdu brukselskiego. Jak już powiedziałem, był on przez kolegów miejscowych przygotowany wprost doskonale z wielką znajomością zarówno stosunków miejscowych, jak i psychologii zbiorowej zebrań o charakterze międzynarodowym. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był kolega A. J o a c h i m, Przewodniczący Association Générale des Dentistes de Belgique, sekretarzem kolega L. D e m o u l i n. Równocześnie ze zjazdem F. D. I. odbywała się również Międzynarodowa Wystawa Higieny Dentystrycznej zorganizowana przez wspomniany już Związek Dentystów Belgijskich przy współudziale Czerwonego Krzyża Belgijskiego, Towarzystwa Pomocy Dzieciom, Towarzystwa Walki z Gruźlicą, Towarzystwa Medycyny Zapobiegawczej i Eugeniki, Towarzystwa Pedotechniki, Ligi przeciwko niebezpieczeństwu chorób wenerycznych, przeciw rakowi, przeciw reumatyzmowi, tudzież Związku Higienistek-Wizytatorek. Patronowali tej wystawie: królowa belgijska, minister spraw wewnętrznych i higieny, minister nauki i sztuki. Prof. B o r d e t, następnie burmistrz Brukseli, prezes Brukselskiego Wydziału Lekarskiego, przewodniczący Czerwonego Krzyża, naczelny dyrektor Czerwonego Krzyża. Komitet Organizacyjny stanowili: T i m b a l, dyrektor Departamentu Higieny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Dr. W a t r y, (główny organizator i inicjator wystawy), i p. K a c k e n b e e k z Czerwonego Krzyża Belgijskiego. Koledzy wymienieni powyżej również należeli do komitetu tej wystawy. O wystawie tej zawierającej nader interesujące, ciekawe i pouczające eksponaty, na której Polska niestety nie była reprezentowana, opowiem obszer-

niej poniżej, teraz natomiast chciałbym w porządku chronologicznym zdać sprawę z przebiegu obrad F. D. I.

Kwaterę swą główną rozbiła w tym roku F. D. I. we wspnianiałym hotelu mieszczącym się w najpiękniejszej części Brukseli pomiędzy parkiem Leopolda a pałacem Piećdziesięciolecia (Cinquantenaire) Résidence-Palace. W arystokratycznej dzielnicy, zawierającej poselstwa ministerstwa i urzędy państwowe, położony ten hotel był godnem pomieszczeniem tak poważnego zebrania. Odbywały się w nim zebrania ogólne, obrady Wydziału Wykonawczego i Sekcyj, odbył się nieodzowny bankiet oficjalny i mieszkało w nim wielu wybitniejszyci kolegów uczestników zjazdu, lecz uderzyło mnie, że porównując poprzednie siedziby F. D. I. w latach poprzednich, znalazłem, że w r. 1908 a więc przed 22 laty podczas poprzedniego zebrania F. D. I. w Brukseli odbywało się ono w t. zw. „Maison des médecins“ pod przewodnictwem znakomitego stomatologa francuskiego, zmarłego przed paru laty, Emila Sauvez. Widzimy z tego, że Związek który istniał pomiędzy dentystryką a medycyną ogólną przed dwoma dziesiątkami lat, którego widomym znakiem było umiejscowienie obrad F. D. I. w Domu Lekarskim, obecnie się rozluźnił. Faktem też jest, że uniwersytet brukselski żadnego reprezentanta na zjazd nie wydelegował, któryby w obradach brał udział. Jedyne wymieniony poprzednio prof. Slosse, prezes Wydziału Lekarskiego uniwersytetu brukselskiego był członkiem Komitetu patronującego Wystawy Higienicznej. Obrady same pozostawały pod wytrawnem przewodnictwem prezesa F. D. I. Aguilara z Madrytu przy wydatnej pomocy sekretarzy G. Villain'a (Paryż), Joachim'a (Bruksela), Nord'a (Haga). Będąc jednym z założycieli F. D. I. zróśł się Aguilar tak przez 30 lat z tą instytucją, że obecnie nie można sobie wyobrazić F. D. I. bez Aguilara, a Aguilara bez F. D. I. Obrady prowadzi po mistrzowsku, sam bardzo powściągliwy w przemówieniach, umie zawsze dyskusję utrzymać w torach należytych i nie dopuścić do rozwlekania i wychodzenia na bezdroża. Co do języka obrad, to trzeba powiedzieć, że jest nim dziwna mieszanina języka francuskiego i języka angielskiego. Ten ostatni był do niedawna językiem dominującym w F. D. I., która wprawdzie powstała w Paryżu, jest duchowem dzieckiem Godon'a, i nazwę ma francuską (F. D. I., Anglicy mówią: ef, di, aj) lecz właściwie skupiała w sobie przeważnie elementy dentystryczne anglosaskie, które w niej dominowały, zwłaszcza za czasów przewodnictwa Brophy'ego, od tego czasu też widocznie przyjął się język angielski jako główny język urzędowy obrad. W roku bieżącym ze względu na milieu francuskie, w jakim obrady się toczyły, poważny odsetek stanowił też język francuski. Komitet Organizacyjny umożliwił orientację członkom kongresu co do kwalifikacyj lingwistycznych uczestników w ten sposób, że na odznakach zjazdowych

umieścić cztery kółka, odpowiadające czterem językom towarzyskim zjazdu: (kolor niebieski oznaczał język francuski, kolor czerwony język angielski, kolor czarny język niemiecki, a kolor pomarańczowy język holenderski) z powodu bliskości Holandji, czwartym językiem oficjalnym F. D. I. jest język hiszpański.

(Propozycja oznaczania języków barwami pochodzi od Międzynarodowej Ligi Współpracy Intelktualnej, organizacji pozostającej w ścisłym kontakcie z Ligą Narodów i Międzynarodowym Biurem Pracy w Genewie. O szczegółach tej propozycji będzie mowa w komunikatach Komisji Dokumentacyjnej P. K. N. - F. D. I.).

Trzeba przyznać, że zarówno członkowie prezydjum F. D. I. jak i wielka część uczestników władają dobrze dwoma głównymi językami obrad, to znaczy językiem angielskim i francuskim. W tych dwóch językach toczą się przeważnie obrady przyczem zdarza się bardzo często, że mówca zaczyna przemówienie w języku jednym, kończy w drugim i wogóle przeplata oba języki między sobą.

Dzień 1-szy, niedziela 10 sierpnia wypełniona była zebraniem Prezydjum tudzież przewodniczących poszczególnych komisji, celem ustalenia podziału czasu i planu pracy wszystkich komisji podczas zebrania F. D. I. tudzież ustalenia dokładnej roli każdej komisji w ramie F. D. I. wreszcie zmian i modyfikacji, mających być podjętymi w regulaminie rozdawnictwa międzynarodowej nagrody Millera. Zebranie ogólne odbyte pierwszego dnia wypełniło odczytanie korespondencji, sprawozdanie sekretarza generalnego (Villain), sprawozdanie skarbnika (Hassel), sprawozdanie finansowe, F. D. I., funduszu Millera, funduszu Eastmana i funduszu konkursu komisji Badań Naukowych w sprawie najlepszego sposobu wypełniania korzeni.

O godzinie 15-tej tegoż dnia mieli uczestnicy zjazdu możliwość oglądania z rozległych trybun naprzeciwko ogrodu Botanicznego historycznego pochodu (Ommeegang) będącego rekonstrukcją życia narodu brabanckiego w XVI wieku. Wspaniały ten pochód, arcydzieło sztuki inscenizacyjnej był wynikiem usilnej pracy licznych artystów belgijskich i został wykonany jako część uroczystości związanych ze stuleciem niepodległości belgijskiej trzykrotnie: mianowicie w dniach: 15 czerwca, 10 sierpnia i 7 września. Przed oczyma zdumionych widzów przesuwaly się po kolei barwne obrazy przedstawiające rzemiosła, zwierzęta, olbrzymów, rozmaite obrazy treści alegorycznej i religijnej, magistrat miasta Brukseli, księcia Brabantu, Przyścięgi, Związki Arkebuzjerów imienia św. Krzysztofa, łuczników im. św. Antoniego i św. Sebastjana, św. Jerzego zabijającego smoka i legendę o św. Guduli. W pochodzie tym uczestniczyły setki osób, artystów i członków najwyższego towarzystwa belgijskiego, przybranych we wspaniałe ko-

stjummy, na pysznych koniach, wiodąc za sobą wspaniałe wozy alegoryczne, olśniewając widza oryginalnością pomysłu, wiernością oddania tła danej epoki, różnorodnością kształtów, barw, postaci i obiektów. Pochód ten był rzeczywistą biesiadą artystyczną i był rzecz można gwoździem wszelkich imprez tegorocznych w przeciwieństwie do innych mniej udatych.

O godz. 17-tej odbyło się pierwsze zebranie Wydziału Wykonawczego w którym uczestniczyłem jako delegat zastępczy na podstawie pełnomocnictwa wydanego przez delegata na Polskę, Prof. C i e s z y Ń s k i e g o, w myśl statutu F. D. I. z pełnym prawem głosu. Porządek dzienny tego zebrania wypełniły sprawy: biuletyn F. D. I., Międzynarodowa Dentystryczna Fundacja Dokumentacyjna, (sprawozdawca kolega Huet), przyjęcia, wystąpienia, wykreślenia członków, fundacja pamiątkowa im. Piotra F a u c h a r d'a, wreszcie budżet. Obrady pod sprawnym przewodnictwem A g u i l a r'a, panującego doskonale nad wielojęzyczną dyskusją i orientującego się we wszystkich zagadnieniach omawianych przez stałych bywalców F. D. I. toczyły się w bystrym tempie bez rozwlekłości, nie odbiegając od zasadniczego tematu i stosunkowo nie trwały długo. Wieczór pierwszego dnia wypełnił raut wydany przez Belgijski Komitet Organizacyjny.

Dzień drugi, poniedziałek 11 sierpnia, poświęcony był uroczystościom oficjalnym, które odbyły się we wspaniałym „Palais des Académies“, położonym w sąsiedztwie pałacu królewskiego, (coś w rodzaju Akademii Umiejętności). Na porządek dzienny złożyły się przedewszystkiem: uroczyste zamknięcie Międzynarodowego Kongresu Higjeny Dentystycznej, który obradował w piątek 8 i w sobotę 9 sierpnia. Był on zorganizowany w ten sposób, że zakończenie jego koincydowało z uroczystym otwarciem F. D. I. i uroczystość zamknięcia pierwszego a otwarcia drugiego stanowiła jedną podniosłą imprezę zaszczyconą obecnością licznych osobistości z belgijskim następcą tronu Ks. Brabanckim Leopoldem na czele. O przebiegu obrad tego kongresu jak również o połączonej z nim Międzynarodowej Wystawie Higjeny Dentystycznej opowiem później. Tutaj tylko zaznaczę, że uroczyste otwarcie F. D. I. odbyło się pod przewodnictwem p. B a e l s'a, ministra spraw wewnętrznych i higjeny przy udziale przedstawicieli władz sanitarnych cywilnych i wojskowych. Obecni byli też ambasadorowie Francji, Hiszpanji i Szwajcarii. Po otwarciu zebrania przez ministra przemówił pierwszy J o a c h i m imieniem komitetu miejscowego, po nim A g u i l a r, poczem nastąpiły wykłady kolegów W a t r y i V i l l a i n'a. Ponieważ wykłady te, nader interesujące, wypowiedziane z wielką swadą i poletem, a mające za temat rolę higjeny dentystycznej w domu i w szkole, jak również inne przemówienia oficjalne, przeciągnęły się nieco dłużej, przeto odstąpiono od wywoływania delegatów poszczególnych państw i przełożono te prze-

mówienia oficjalne poszczególnych przedstawicieli do bankietu oficjalnego. Po południu tegoż dnia odbyło się otwarcie połączonej ze zjazdem Wystawy Przemysłu Dentystycznego tudzież rozpoczęły się obrady komisji. Dzień zakończyło przyjęcie w ratuszu wydane przez władze miejskie na którym podawano szampana i oglądano wspianiały ratusz brukselski.

Przedpołudnie trzeciego dnia wypełniły posiedzenia komisji. Odbyło się również konstytuujące zebranie Międzynarodowej Dentystycznej Fundacji Dokumentacyjnej, o której organizacji i celach informują komunikaty komisji Dokumentacyjnej P. K. N. - F. D. I. Po południu odbyła się wycieczka do doliny Mozy przyczem zwiedzono Namur i Dinant, gdzie również lał się szampan, fundowany przez Prezydium tego miasta, na którego czele stoi kolega zawodowy, który też, przyjmując F. D. I., nie omieszkał odczytać ze skryptu maszynowego dość długiej tyrady pełnej patetycznych zwrotów z licznymi aluzjami do nieszczęśliwych przeżyć, które miasteczko Dinant przeżyło w czasie wojny światowej. Tu lała się w pierwszych tygodniach Wojny Światowej krew cywilnej ludności belgijskiej, z którą wojska niemieckie w pierwszym upojeniu wojennem nader bezwzględnie postępowały. Świadczą o tem napisy na grobach nieznanych żołnierzy, które ludność tamtejsza otacza wprawdzie zrozumiałym pietyzmem, lecz które zamąciły niepotrzebnie harmonijny nastrój panujący wśród członków F. D. I. rekrutujących się także i z Niemców, którzy w dość pokaźnej liczbie na zjeździe byli zastąpieni. Uważam więc tę imprezę za niefortunna, gdyż zwiedzanie miasteczka Dinant, które poza oryginalnymi wyrobami mosiężnymi „dinanteries“ i burmistrzem — kolegą po fachu, innych osobliwości nie posiada, niepotrzebnie przypomniało okrucieństwa pierwszych dni wojennych i popsuło harmonję, której naprawa wymagała następnie wiele energii ze strony komitetu organizacyjnego.

Dni następne środa i czwartek poświęcone były obradom komisji, o których wynikach powiem obszerniej poniżej. Pozatem zwiedzali uczestnicy wspianiały Wystawę Historyczną Stulecia (Centenaire) w Pałacu Egmonta i Wystawę Sztuki Belgijskiej. Sprawozdania wszystkich komisji zostały przetłumaczone na wszystkie języki zjazdowe i przedłożone Wydziałowi Wykonawczemu celem aprobaty.

We czwartek o godz. 20-tej odbył się w sali reprezentacyjnej Residence-Palace'u tradycyjny bankiet F. D. I., podczas którego były także przemówienia delegatów poszczególnych państw, wywoływanych przez prezydującego Aguilara w porządku alfabetycznym. Ponieważ byłem delegatem oficjalnym, przeto przemogłem z poczucia obowiązku niechęć do bankietów oficjalnych i awersję do alkoholu i kiedy po Norwegji a przed Portugalją Aguilara wywołał „Pologne“, wygłosiłem w języku francuskim przemówienie treści mniejwięcej następującej:

„Szanowny Panie Prezydencie, Szanowne Panie, Szanowni Panowie! W imieniu Polskiego Komitetu Narodowego i w imieniu wszystkich moich kolegów zawodowych w Polsce, t. zn. stomatologów i lekarzy dentyków polskich, mam zaszczyt pozdrowić was jak najserdeczniej i oświadczyć jak najszczersze życzenia dla powodzenia pracy F. D. I. tak płodnej w wyniki pierwszorzędного znaczenia dla całego zawodu dentyckiego. Muszę wyznać, że mam po raz pierwszy szczęście uczestniczyć w obradach F. D. I. i powiadam otwarcie, że jestem oczarowany sposobem, w jaki obrady F. D. I. się toczą.

Nasz delegat oficjalny Prof. C i e s z y ń s k i nie mógł w roku obecnym przybyć tutaj i ja skorzystałem chętnie ze sposobności zastąpienia go i uczestniczenia w obecnym XXIV. zebraniu F. D. I. i reprezentowania na tem miejscu około trzech tysięcy kolegów polskich, którzy polecili mi przyjechać tu i być obecnym na tem zebraniu i nie abstynować się, gdyż wiemy dobrze, że: „Les absents ont toujours tort“ (Nieobecny nigdy nie ma słuszności). Muszę dodać, że w naszym kraju nieznanne są tak ostre różnice pomiędzy rozmaitemi ugrupowaniami praktyków dentyckich. Lekarze dentyści i stomatolodzy tworzą wspólne organizacje celem pracy naukowej, celem walki z bezprawnym wykonawstwem praktyki dentyckiej i celem wystąpień u Władz, jak również celem organizacji naukowych zjazdów krajowych i propagandy zagranicznych. Mamy zrzeszenia i związki, które łączą rozmaite ugrupowania praktyków i jeżeli przybywamy tutaj w imieniu Polskiego Komitetu Narodowego i przedstawiamy wnioski i rezolucje do aprobaty na zebraniu F. D. I., to możecie być Państwo pewni, że wnioski te są emanacją myśli i dążeń wszystkich praktyków dentyckich Państwa Polskiego. Przeżywamy obecnie ciężki kryzys gospodarczy, który nie oszczędził żadnego państwa Europy i Ameryki i wyznajemy przede wszystkim „wyścig pracy“ i solidarność zawodową, gdyż jesteśmy przekonani, że w jedności tylko siła. („L'union fait la force“, dewiza miasta Brukseli).

Jesteśmy dumni z faktu, że idea „Dentyckiej Ligi Narodów“, jaką przedstawia F. D. I., że idea ta, która kulminuje w dążeniu do tego, by narody wzajemnie się nie nienawidziły, lecz starały wzajemnie się poznać i zrozumieć i wzajemnie pomagać, znalazła swoje urzeczywistnienie 30 lat temu i doprowadziła do założenia F. D. I. Ta sama idea dopiero po Wielkiej Wojnie doprowadziła do stworzenia Związku Narodów. Nasza F. D. I. jest więc dla zawodu dentyckiego tem samem, czem Liga Narodów dla wszystkich państw.

F. D. I. zbiera się w Brukseli po raz drugi; w r. 1908 odbyło się VIII. zebranie F. D. I. również w tej wspaniałej metropolji, która nas przyjęła w roku bieżącym z tak nadzwyczajną gościnnością. Przewodnictwo spoczy-

wało wówczas w rękach Dr. S a u v e z, wybitnego stomatologa, który nigdy nie omieszkiał starać się o podniesienie poziomu wykształcenia dentystrycznego i wychowania nowej generacji praktyków dentystrycznych, któreby posiadała wykszolenie równe wykszoleniu lekarzy. Bruksela, w której zbieramy się obecnie po raz wtóry, jest miastem rodzinnem W e z a l a (Andreas V e s a l j u s urodzony w Brukseli w r. 1514, ojciec nowoczesnej anatomji, lekarz przyboczny Karola V., umarł 1564). Oddajemy hołd należny temu wielkiemu badaczowi lekarskiemu, który w czasach, kiedy wiedza i badanie lekarskie nie były takie wolne jak dzisiaj, krył się w ciemnych piwnicach i wykradał trupy na cmentarzach, miotany świętą namięnością postępu wiedzy lekarskiej. Iskierka tego ognia nieugaszonego, który ożywił W e z a l j u s z a, ożywia także nasz związek. Komisja Badań Naukowych F. D. I. może się z dumą nazwać spadkobierczynią idei W e z a l a. Lecz dzisiaj już nie ma potrzeby, by ukrywała się ona w ciemnych piwnicach, przeciwnie: rezyduje ona we wspaniałym pałacu i pracuje żarliwie nad postępowaniem wiedzy lekarskiej. Niech żyje postęp wiedzy i pomyślność zawodu dentystrycznego!“.

Huczne oklaski były moją nagrodą, ustęp w którym podniosłem solidarność zawodową w Polsce był cytowany przez licznych mówców dalszych liter alfabetu, tudzież przez A g u i l a r'a samego w przemówieniu końcowem.

Piątek 15 sierpnia był najważniejszym dniem całego kongresu. W dniu tym odbyło się końcowe zebranie Wydziału Wykonawczego, na którym po zatwierdzeniu budżetu w wysokości mniej więcej 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> tysiąca dolarów przyjęto do wiadomości w n i o s k i k o m i s y j.

Z komisyj wybiła się na czoło Komisja Higjeny, pod energicznym przewodnictwem kolegi B r u s k e'a, który po ustąpieniu J e s s e n'a objął przewodnictwo (sekretarze: T h o l u c k (Frankfurt), R o w l e t t (Leicester), D r e x l e r (Rattigen bei Düsseldorf); posiada ona trzy podkomisje: 1. Podkomisja dla Szkolnej Opieki Dentystrycznej: referent H a d e r u p (Kopenhaga), 2. Podkomisja dla Dentystryki Społecznej, referent: W a t r y (Bruksela), 3. Podkomisja dla Międzynarodowego Instytutu Higjeny Dentystrycznej: referent F e r r a n d (Paryż). Uchwalono wnioski następujące:

1. **Komisja Higjeny** proponuje, by Wydział Wykonawczy F. D. I. polecił wszystkim państwom należącym do F. D. I. opublikowanie wyników badań dotyczących odżywiania chlebem razowym (pain complet). Badania Dr. B r u n a (Oslo) zostały potwierdzone badaniami innych poważnych autorów, którzy stwierdzili, że chleb zawierający wszystkie składniki wymaga całkowitego sprawnego żucia. W ten sposób zmniejsza się usposobienie do próchnicy zębowej jak również niebezpieczeństwo wczesnej utraty uzębienia.

2. Skarbnik Funduszu Międzynarodowej Nagrody Jessen'a przedstawia swe sprawozdanie z którego wynika, że wynosi on \$ 1857.88 podczas gdy kwota rozporządzalna wynosi \$ 14.41. Statuty tej fundacji zostały przyjęte. Do Komitetu Zawiadowczego wchodzi: Aguilar, Burkhard, Watry, Linnert, Villain, Rowlett, de Beer. Postanowiono przyznać międzynarodową nagrodę Jessen'a Prof. E. Jessen'owi w Bazylei za jego cenną pracę w dziedzinie dentystyki szkolnej, której był jednym z pionierów.

3. K. H. (Komisja Higieny) prosi W. W. (Wydział Wykonawczy) o danie jej możliwości stałego zdawania sprawy bądź to w biuletynie dotychczas wydawanym, bądź też w organie specjalnym, gdyż w przeciwnym razie należy się obawiać, że czynność K. H. będzie sparaliżowana.

4. F. D. I. poleca K. H. zwrócenie się do kompetentnych badaczy naukowych rozmaitych krajów z wezwaniem do badania użyteczności szczoteczki do zębów z punktu widzenia dentystycznego i ogólnego i zdania sprawy na Międzynarodowym Kongresie Dentystycznym w Paryżu w 1931 roku.

5. K. H. prosi poszczególne komitety narodowe o **podanie do wiadomości Władz Sanitarnych ulotek**: „Dla matek“, „Zęby chwiejne“, „Zęby stracone“, „Żujcie dobrze abyście dobrze trawili“!

6. a) Higiena jamy ustnej stanowi jeden z najważniejszych rozdziałów higieny ogólnej.

b) Higiena dentystyczna zajmuje się z jednej strony zarówno prawidłowym rozwojem szczęk i zębów z punktu widzenia morfologii i konstytucji, jak też zachowaniem nienaruszalności funkcjonalnej szczęk i tkanek jamy ustnej.

c) Środki odpowiednie do dopięcia tego celu są zapobiegawcze i lecznicze. Ich praktyczne urzeczywistnienie powinno wynikać z metod wychowawczych, z odkrywania złego i z leczenia.

d) Całe wychowanie higieny jamy ustnej powinno się zwracać do wszystkich warstw społeczeństwa.

e) Profilaktyka odnosi się przedewszystkiem do kobiety ciężarnej, następnie do ośeska, do niemowlęcia, do dziecka w wieku szkolnym i rozpościera się wreszcie na osobników powyżej wieku szkolnego.

f) Leczenie powinno znaleźć zastosowanie u osób, których stan zdrowia wymaga tego we wszystkich warstwach społeczeństwa. O ile odnośny osobnik nie ma możliwości pokrycia wydatków z tem związanych, bądź też o ile wydatki przewidziane ustawodawczo zostaną przekroczone, powinna interwenjować opieka społeczna. Pracodawcy są zainteresowani gospodarczo w tem, by zabiegi zapobiegawcze objęły również higienę jamy ustnej.



g) Wychowanie i nadzór należą do kompetencji lekarzy-dentystów, lekarzy i do organizacji higieny społecznej. Leczenie należy wyłącznie do kompetencji osób, które uzyskały tytuł prawny do wykonywania praktyki dentystycznej w całej rozciągłości.

7. Przewodniczący K. H. zostaje upoważniony do przedłożenia Kongresowi Paryskiemu wyniku swojej ankiety o zagadnieniu szczoteczki do zębów.

8. Na wiosnę 1931 zbierze się w Amsterdamie Wydział Pracujący Komisji powiększony przez wybór nowych członków: Andresen'a, Champion'a, i Witthaus'a.

9. Po ukończeniu badań nad t. zw. „saccharyzmem“ i jego wpływem na zęby i tkanki otaczające przez Andresen'a i dwóch innych badaczy, przez tegoż wybranych, zda Andresen sprawozdanie.

10. Komisja, w której skład wchodzi: Witthaus, Chiavaro, Campbell i Ritter wypracuje kronikę dentystyczną.

**Komisja Czerwonego Krzyża.** (Przewodniczący Jaccard (Genewa), sekretarze: Watry (Bruksela), Sapet (Paryż), przedłożyła wnioski następujące:

1. Organizacja Czerwonego Krzyża oświadczyła, że zasadniczo określenie „Czerwonego Krzyża“ nie może być używane przez inne organizacje i wyraziła swe żdziwienie, że F. D. I. użyła tego określenia dla jednej ze swych komisyj. Ponieważ jednak organizacja Czerwonego Krzyża objawiła przytem sympatję dla działalności F. D. I. i należy zachować tę sympatję, trzeba zmienić tytuł komisji przy równoczesnem rozszerzeniu jej działalności na inne organizacje międzynarodowe, jak: Liga Narodów, Międzynarodowe Biuro Pracy, Konfederacja Pracowników Umysłowych i i. Przeto Komisja Czerwonego Krzyża proponuje zmianę nazwy na: „Komisja Porozumienia z Czerwonym Krzyżem i podobnemi organizacjami międzynarodowemi“.

2. Komisja Higieny i Komisja Czerwonego Krzyża proponują Wydziałowi Wykonawczemu F. D. I. by przewodniczący tych obu komisyj działali jako mandatarjusze F. D. I. nad ustaleniem związku z Sekcją Higieny Ligi Narodów. Będą oni mieli obowiązek regularnego podawania koniecznych informacji w zakresie higieny jamy ustnej i profilaktyki chorób jamy ustnej i zębów sekcji higieny Ligi Narodów, aby ta mogła wiadomości te rozpowszechniać we wszystkich krajach.

3. Zabezpieczenie na starość dla praktyków dentystycznych. Wnioskodawca Shipway. Od dwóch lat trudno ustalić, która komisja jest kompetentna do rozstrzygnięcia tej sprawy. Sprawa ta powinna być przedmiotem obrad w czasie Kongresu Paryskiego.

**Komisja Ustawodawcza.** Przewodniczący: Fischer (Wiedeń), sekretarze Nord (Haga), i Villain (Paryż). Uchwaliła cały szereg zmian w statucie, które mają być przedłożone do aprobaty Kongresowi Paryskiemu. Brak miejsca nie pozwala tutaj na wyszczególnienie ich, nas zainteresuje przede wszystkim, że jedna z uchwał proponuje dla Polski dwóch delegatów w miejsce dotychczasowego jednego.

**Komisja Badań Naukowych.** Przewodniczący Gottlieb (Wiedeń), sekretarz: Fish (Sevenoaks) proponuje podkomisję Sekcji 3-ej Kongresu (Patologia i terapia), która zajmie się specjalnie kwestją leczenia korzeni i będzie fungowała przy przyznaniu dotyczącem nagrody konkursowej. Fundusz wynosi \$ 1848.—. Pozatem zajmuje Komisję Badań Naukowych kwestją t. zw. ropotoku zębodołowego. Należałoby celem wyjaśnienia tej zawiłej sprawy chorobowej badać wszystkie zaburzenia organizmu, spostrzegane u osób dotkniętych ropotokiem zębodołowym, aby dodać nowe wyniki badań do spostrzeżeń już poczynionych.

**Komisja Terminologii.** Przewodniczący Nord (Haga), sekretarze: Pierce Anthony (Filadelfja) i Goetlich (Amsterdam). Zajęła się specjalnie mianownictwem „ropotoku zębodołowego“. Komisja proponuje by zapalenia miejscowe ropiejące brzegu dziąsłowego były określane nazwą: „gingivitis marginalis suppurativa“.

**Komitet Rozdawnictwa Nagrody Millera.** W myśl polecenia otrzymanego w Utrechcie w r. 1929 przedkłada wnioski następujące dotyczące regulaminu:

1. Nagroda Miller'a będzie przyznawana co 5 lat jednej lub dwom osobom.

2. Propozycje kandydatów powinny wyjść z Komitetów Narodowych podczas zebrania W. W. - F. D. I. na 2 lata przed Kongresem Międzynarodowym.

3. Podczas zebrania następnego W. W. oznacza kandydata, względnie kandydatów.

4. Przyznanie nagrody ma miejsce w czasie otwarcia Kongresu Międzynarodowego, przyczem nagrodę wręcza członek W. W. wyznaczony w tym celu.

**Komisja Dokumentacyjna.** Przewodniczący Dr. Quintero (Lyon), sekretarz: Dr. Allerhand (Lwów). Przyjęła rezygnację dotychczasowego przewodniczącego Dr. Huet, który zajmie się na przyszłość wyłącznie głównym ośrodkiem dokumentacyjnym w Brukseli i ustosunkowaniem się tegoż do okręgowych ośrodków dokumentacyjnych. (Bliższe szczegóły w komunikatach Komisji Dokumentacyjnej P. K. N.). Pozatem

omówiła Komisja reguły katalograficzne, układ dziesiątny i przygotowała wnioski na Zjazd Paryski.

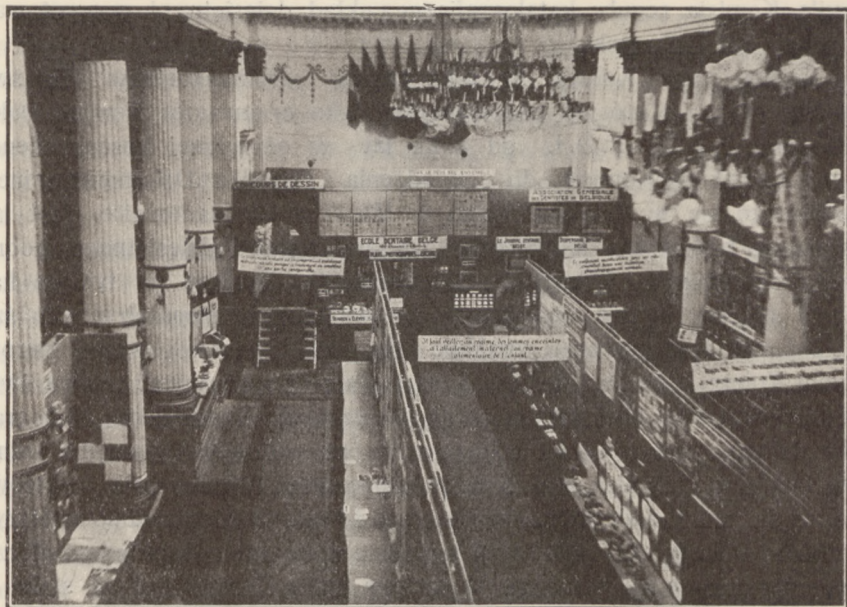
Niestrudzony Kolega Huet, zwany „Dominikaninem“ dla swej mrówczej pracy, z którym pozostawałem jako organizator Komisji Dokumentacyjnej P. K. N. - F. D. I. od kilku lat w ożywionej korespondencji, zaprosił członków Komisji do zwiedzenia Ośrodka Dokumentacyjnego mieszczącego się w Palais Mondial w Muzeum Cinquantenaire. Jest tam prowadzona bibliografia uniwersalna według systemu dziesiątnego, dobrze znanego czytelnikom „Polskiej Stomatologii“. Tysiące i tysiące kart („fiche“) są zgrupowane w kasetach ustawionych w nieprzejrzanych szeregach. Dział dentystyczny znajduje się pod bezinteresownym kierownictwem Kolegi Hueta. Niestety i tutaj daje się odczuwać ogólne światowe niedomaganie: brak środków: do prowadzenia à jour takiej bibliografii trzeba całego szeregu sił kancelaryjnych, na których opłacenie jednak niema środków. Również brak służby pomocniczej, któraby sale, w których mieszczą się tonny zadrukowanego papieru i kartonu odpowiednio wietrzyła i sprzątała. Dlatego też całość robi wrażenie nieco zaniedbane mimo olbrzymiego rozmachu początkowego. Widocznie stara Europa jest za słaba na takie imprezy „sans but lucratif“, trzebaby na to środków amerykańskich. Mimo to praca w Instytucie bibliograficznym idzie, odbywają się w pewnych odstępach czasu kursy z zakresu katalografji i systematyki decymalnej do czego jest przeznaczona specjalna sala kursowa. Całość pomieszczona jest Niestety w pawilonie drewnianym, pozostałym z wystawy Pięćdziesięciolecia (Cinquantenaire). Jedna iskierka, jak słusznie zauważył Kolega Bejach, redaktor „Zahnärztliche Rundschau“, a cała olbrzymia mrówcza praca licznych współczesnych „Dominikanów“ poszłaby bezpowrotnie z dymem. Dlatego też w pawilonie panuje, co stwierdziłem z żywym zadowoleniem, bezwzględny zakaz palenia tytoniu.

Po uchwaleniu wniosków komisji przyjęto sprawozdanie o stanie przygotowań do Kongresu Paryskiego i postanowiono, że następne zebranie F. D. I. odbędzie się w r. 1931. w Paryżu na dwa dni przed Kongresem.

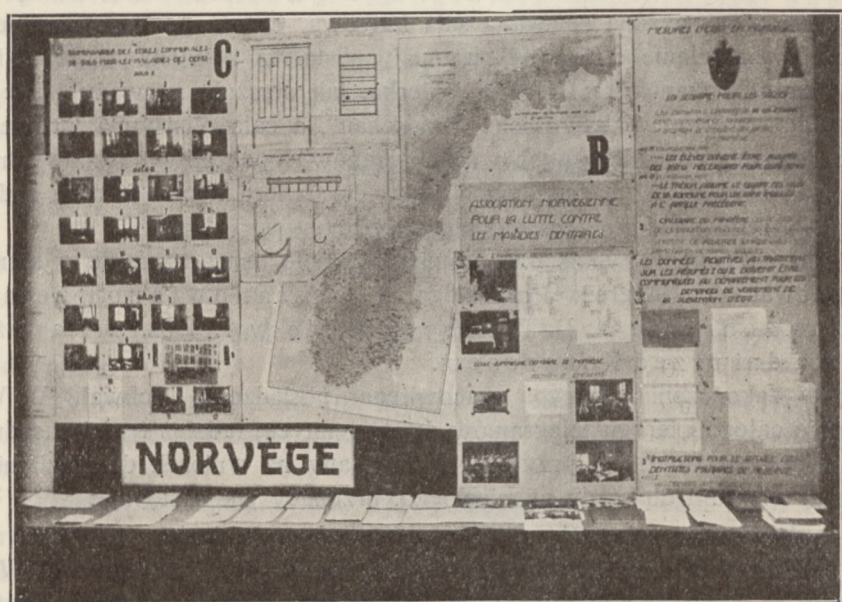
W zakończeniu swego pracowitego posiedzenia uchwalił W. W. wysłanie całego szeregu telegramów dziękczynnych, tudzież treści zasadniczej z których wart jest przytoczenia wysłany na wniosek delegacji niemieckiej telegram do rządu niemieckiego, brzmiący jak następuje:

*„Do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Berlinie.*

*Fédération Dentaire Internationale, zgromadzona na swem XXIV. zebraniu w Brukseli stoi na stanowisku, że oznaczenie zawodowe „dentysta“ może być tylko temu przyznane, który ma poza sobą ukończone studia akademickie. Dopuszczenie posługiwania się tym tytułem przez osoby nie*



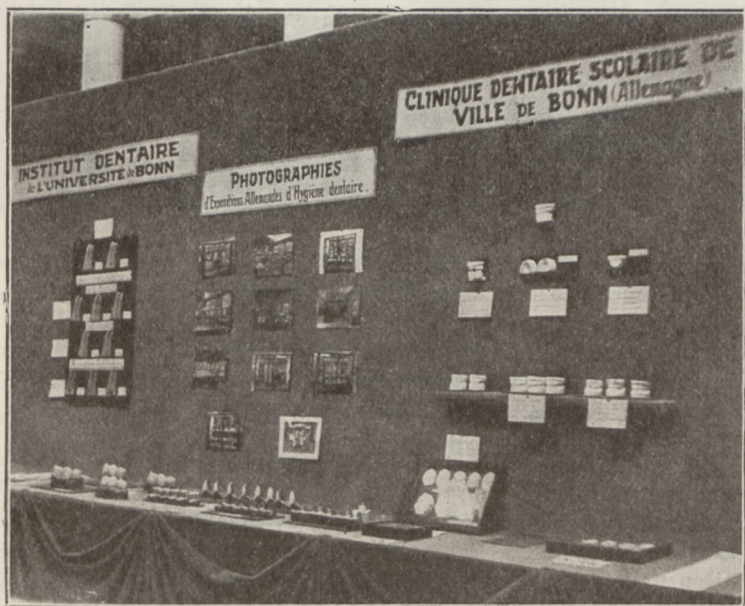
Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

Ryc. 3 i 4. Fragmenty z Wystawy higieniczno-dentystycznej w Brukseli (1930).

*posiadające wykształcenia akademickiego oznacza obniżenie prestige'u stanu dentystycznego we wszystkich krajach. Aguilar „Villain.“*

Zakończenie Kongresu stanowiła wycieczka do Antwerpii, w czasie której zwiedzono wspaniałą ratusz, przyczem poszczególni delegaci zostali przedstawieni reprezentantom Władz Miejskich, poczem odbyła się przejażdżka po porcie. Nastąpiło zwiedzanie Międzynarodowej Wystawy Morskiej i Kolonialnej wśród której pawilon polski bardzo korzystnie się prezentuje. Przewodnikiem tej wycieczki był Dr. Watry, niestrudzony organizator Międzynarodowego Kongresu Higieny jamy ustnej i Wystawy, o których na zakończenie chcę jeszcze kilka słów wspomnieć. Wykłady wygłoszono na Kongresie następujące:

1. Govaerts: Zdrowie narodu belgijskiego.
2. Courtois: Służba dentystyczna w sanatorium la Hulpe - Waterloo.
3. Watry: A. Działalność Belgijskiego Czerwonego Krzyża w zakresie higieny dentystycznej. B. Higiena jamy ustnej: zapoznana kwestja społeczna.
4. Lourens-Bosch: Holenderskie Towarzystwo Walki z Próchnicą Zębów.
5. Rowlett: Organizacja higieny jamy ustnej w Anglii.
6. Bousquet: Rozwój planu odczytu o higienie jamy ustnej do użytku nauczycieli i wychowawców.
7. Brun: Organizacja szkolnej higieny jamy ustnej w Norwegii.  
Przedstawienie filmu „Niemieckiego Towarzystwa dla higieny jamy ustnej w szkołach“. (Deutsches Zentral-Komitee für Zahnpflege in den Schulen).
8. Ferrand: Higiena jamy ustnej we Francji.
9. Dreyfus: Racjonalne karmienie niemowląt i jego wpływ na higienę jamy ustnej.
10. Cohn: Działalność Niemieckiego Towarzystwa Szerzenia Higieny Dentystycznej w szkołach.
11. Butz-Jorgensen: Higiena Dentystyczna Szkolna w Danii.
12. Shipway: Pomoc dentystyczna w przedsiębiorstwach przemysłowych w Anglii.
13. Bruske: Działalność Komisji Higieny F. D. I.
14. Watry: Miejsce ortopedji szczękowo-twarzowej w medycynie szkolnej.
15. Frison: Przedstawienie filmu szkolnej przychodni dentystycznej Szkoły Odontotechnicznej w Paryżu: „Zęby małych Paryżan“.  
Przy końcu zebrania przedstawienia filmów.
16. Boissier: Jak dbali o swe zęby nasi ojcowie?
17. Watry: Jak będą dbały o zęby nasze dzieci?

- Filmy:** 1. Dr. Mac Crum i Bouland: „Les dents de Tommy Tucker“. („Zęby Tomcia Palucha“).
2. Kent, Bouland: „Votre bouche“. („Wasze usta“).
  3. Consortium Pathé: „Soignez vos dents“. („Pielęgnujcie swe zęby“).
  4. Gaumont: „Soignez vos dents“. („Pielęgnujcie swe zęby“).
  5. Film Pathé własność Dr. Ferrand.
  6. Film Niemieckiego Towarzystwa Szerzenia Higieny Dentystycznej w Szkołach.
  7. 2 filmy Angielskiego Państwowego Urzędu Dentystycznego (Dental Board of the United Kingdom): A. Strzeżcie się demonów. — B. Ulotka.
  8. Film Holenderskiego Towarzystwa Zwalczenia Próchnicy Zębowej.

W wystawie był przeprowadzony podział według państw wystawiających. W sekcji niemieckiej przede wszystkim uderzały eksponaty Niemieckiego Towarzystwa Higieny Szkolnej (Deutsches Zentral-Komitee für Zahnpflege in den Schulen, Przew. Konrad Cohn). Widzieliśmy tu w modelach i maulażach rozwój uzębienia mlecznego i stałego, anatomję głowy, mózg i układ nerwowy, choroby zębów i jamy ustnej, a w wykresach i w schematach organizację opieki szkolnej w rozmaitych większych środowiskach niemieckich. Okazała wystąpiła też Klinika Szkolna we Frankfur-



Rys. 5. Fragment z Wystawy higieniczno-dentystycznej w Brukseli (1930).  
Rysunki dzieci szkolnych, odnoszące się do chorób zębów.

cie nad Menem (Dyrektor Tholuck) i Klinika Szkolna w Bonn, wystawiająca modele, maulaże, liczne pokazy z ortodoncji i kartoteki. W dziale angielskim na pierwszy plan wysuwały się pokazy Angielskiego Państwowego Urzędu Dentystycznego („Dental Board of the United Kingdom“): i tu znowu modele i maulaże odnoszące się do rozwoju uzębienia w stanie prawidłowym i patologicznym, modele z anatomji porównawczej zębów i szczęk i fotografie i materiał dokumentacyjny z zakresu higieny szkolnej. Pozatem liczne fotografie ze zbiorów prywatnych kolegi Shipway'a, odnoszące się do pomocy dentystycznej w przedsiębiorstwach przemysłowych. Dział francuski przedstawił nam dane dostarczone przez liczne zarządy komunalne, jak np. Saint Etienne, Strasbourg, Beausoleil, Montlu-

con, Ermont, tudzież dyspensorja dentystyczne paryskich szkół denty-  
stycznych. W dziale holenderskim widziałem wzorowe muzeum wędrowne,  
zawierające w oszklonych skrzyniach bardzo urozmaicony materiał poka-  
zowy. Pozatem karty, schematy, wykresy. Wszystkie cztery kraje skandy-  
nawskie: Danja, Szwecja, Norwegja, Finlandja, przedstawiały się okazale.  
Międzynarodowy Związek Towarzystw Czerwonego Krzyża wystawił  
również obfity materiał. Najbardziej imponująco przedstawiał się dział  
belgijski, w którym wystawiały organizacje następujące: Czerwony Krzyż  
Belgijski, Ośrodek Zdrowia Czerwonego Krzyża, w którym służba denty-  
styczna jest zapewniona przez Związek Dentystów Belgijskich, Belgijskie  
Towarzystwo Medycyny Zapobiegawczej i Eugeniki wystawiło tablice  
poświęcone charakterom patologicznym i morfologicznym ludności belgij-  
skiej. Liga przeciwko niebezpieczeństwu wenerycznemu wystawiająca bro-  
szurki popularne w rozmaitych językach: francuskim, flamandzkim, holo-  
nderskim, niemieckim, polskim. Pokażny udział w wystawie wzięła  
Brukselska Szkoła Dentystyczna, pozostająca pod kierownictwem Dr.  
W a t r y, wystawiając modele i prace uczniów, a pozatem schematy, tablice  
i wykresy sporządzone przeważnie przez rodaka naszego Evenadini-  
Feinsteina z Warszawy. Najbardziej interesującym działem wystawy były  
rysunki dzieci na temat popularyzacji higieny dentystycznej, podzielone  
według wieku dzieci. Widać tu było rozmaitość pomysłów i wykonań od  
najnaiwniejszych aż do wykazujących nawet pewną dozę artyzmu. Ogólne  
wrażenie wystawy nader dodatnie; z Polski niestety żadnych eksponatów  
nie było, miejmy jednak nadzieję, że mająca się odbyć w roku przyszłym  
w czasie Kongresu Paryskiego wystawa, której organizacja spoczywa  
w sprawnych rękach kolegów Villa in'a i Ferranda będzie przez nas  
odpowiednio obsesłana. Materiału wszak mamy dość.

Winieniem jeszcze wspomnieć, że w hotelu Résidence-Palace  
umieszczona była również Wystawa Przemysłowa, obejmująca wybitniejsze  
firmy belgijskie i francuskie, tudzież niektóre niemieckie, jak np. W i p l a,  
H a l l e r, W e r t h e i m e r - M e n d e l, tudzież amerykańskie jak S. S.  
W h i t e. Widziało się tu liczne unity, fotele, artykulatory, ale naogół nic  
zasadniczo nowego.

Na zakończenie muszę dodać, że prócz mnie byli obecni z Polski  
jeszcze koledzy Perliński i Bauer z Warszawy, tudzież Muszyń-  
ski i Lubczyński z Częstochowy. Koledzy ci wszędzie dzielnie mi  
sekundowali, co sprawiało, że delegacja polska wśród tej dentystycznej  
wieży Babel prezentowała się dość okazale i solidarnie, co niewątpliwie  
przyczyniło się do podniesienia naszego prestige'u w oczach kolegów  
zagranicznych.



## DOCENT DR. JULJAN ZILZ.

Ur. 24. XI. 1871, zmarł 18. VII. 1930.

Nagle, wśród pełni pracy, w przygotowaniu do wyjazdu ferjalnego zmarł we Wiedniu na udar serca Dr. Julian Zilz, docent uniwersytetu wiedeńskiego, autor licznych prac naukowych z dziedziny stomatologii, ogłoszonych częściowo również w prasie fachowej polskiej.

Urodził się dnia 24. 11. 1871 we Lwowie, do szkół średnich uczęszczał w Tarnopolu, gdzie zdał egzamin dojrzałości w roku 1890, poczem zapisał się na Wydział lekarski uniwersytetu wiedeńskiego. Tamże otrzymał dyplom lekarski w roku 1895, poczem wstąpił do służby wojskowej. Zmienne koleje życia wojskowego zaprowadziły Go do różnych części byłej monarchji austriacko-węgierskiej, i tak służył przez pewien czas w Jarosławiu, w Plewje w Bośni (obecnie Jugosławia), w Hermannstadt (Sybin) na Węgrzech, w Gyuljaféhervar. W tej miejscowości pracował przez 12 lat i dał poznać swój wielki talent organizacyjny urządzając wtedy jako jedno z pierwszych ambulatorjum dentystyczne dla wojska i poradnię dentystyczną dla młodzieży szkolnej, uczęszczającej do tamtejszej szkoły arcybiskupiej, gdzie udzielał dzieciom szkolnej pomocy dentystycznej zupełnie bezinteresownie. Już przed wybuchem wojny światowej pracował teoretycznie nad organizacją szpitali dla szczękowo-rannych w czasie działań wojennych, w chwili wybuchu pożogi europejskiej miał możność wprowadzenia w czyn swych projektów i wykazania swego talentu organizacyjnego, urządzając liczne szpitale polowe i zaopatrując je ekwipunkiem stomatologicznym a przede wszystkim wzorową klinikę szczękową IV. armji austriackiej, która stacjonowana w Lublinie rozwinęła nader pożyteczną działalność dla dobra rannych szczękowych, przyczem również dział ortopedji wojennej szczęk został zasilony licznymi preparatami, mufażami, rysunkami i fotografjami, które ofiarował następnie wiedeńskiej klinice stomatologicznej. W przeciągu czasu od wybuchu wojny do końca roku 1916 leczono w klinice szczękowej IV. armji 1388 rannych. Przy końcu wojny światowej została klinika szczękowa IV. armji przeniesiona do Wiednia i zamieniona w zapasowy szpital szczękowy pomieszczony w XVIII. obwodzie miasta Wiednia. Po ustaniu działań wojennych szpital ten zaopatrywał jeszcze przez długi czas nieszczęśliwych inwalidów szczękowych, poczem, gdy zapotrzebowanie przestało istnieć, został zwinięty i rolę jego objęła w zupełności Stacja szczękowa Kliniki chirurgicznej uniwersytetu wiedeńskiego.

Dzięki swym niezwykłym kwalifikacjom naukowym otrzymał Zilz w roku 1914 docenturę ze stomatologii na wydziale lekarskim uniwersytetu wiedeńskiego, gdzie wspólnie z Weiserem, Pichlerem, Gottliebem i innymi przyczynił się do utrwalenia sławy wiedeńskiej szkoły stomatologicznej.

Doc. dr. Zilz był dwukrotnie proponowany przez prof. Cieszyńskiego na katedrę stomatologii w Polsce. Raz w r. 1919 na katedrę w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie, a po raz drugi w r. 1920 na katedrę przy uniwersytecie poznańskim.

Zilz był pisarzem niezwykle płodnym i erudytą o nieprawdopodobnym wprost zasięgu wiadomości. Pozostawił przeszło sto prac naukowych, wśród nich kilka bardzo szczegółowych monografij. Ulubionymi dziedzinami Jego pracy były: bakterjologia, patologiczna anatomja, patogeniza chorób jamy ustnej. Najbardziej znane Jego prace dotyczą gruźlicy jamy ustnej, próchnicy zębowej jako bramy wejścia prątków gruźliczych do ustroju, promienicy, martwicy fosforowej. Był nie tylko erudytą lecz także poliglotą; prace po nim pozostałe można czytać w sześciu różnych językach. Dzięki olbrzymiemu odczytaniu w fachowej literaturze światowej i nadzwyczajnej pamięci zdołał też napisać niezliczone referaty, którymi stale do ostatniej chwili zasiliał czasopisma stomatologiczne.

Zilz był prototypem stomatologa w najlepszym znaczeniu: przy ogromnym zasobie wiadomości ogólnolekarskich na solidnym fundamencie nauk lekarskich i biologiczno-przyrodniczych opierał się u Niego zrąb ściślejszego zawstawa stomatologicznego: był widomym przykładem i dowodem, że tylko dobrze wykształcony lekarz może być stomatologiem, że wszelkie próby oderwania dentystyki od macierzystego pnia ogólnej medycyny muszą prowadzić tylko do połowiczności, do rzemieślniczego traktowania zawodu i utrudnić postęp nauki stomatologicznej wśród drużyny nauk lekarskich. Poniżej podajemy najważniejsze prace naukowe Zilza:

**1910.** Kariöse Zahnhöhlen als Eingangspforten für den Erreger der Antinomiose veranschaulicht an einer Serie kasuistischer Beiträge. Oe. u. V. f. Z. 1910, p. 538.

**1911.** Ueber die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle. M. m. W.

Atypische Formen der schwarzen Haarzunge auf trophoneurotischer Basis.

Posttraumatische Osteomyelitis des Unterkiefers, durch Mundspirochäten hervorgerufen und durch Salvarsan prompt geheilt.

Osteomyelitis mandibularis wskutek influenzy.

Osteomyelitis mandibularis nach Influenza.

Professor von Dungern's Syphilisdiagnosticum (Stomatologische Erfahrungen).

Genuine gonorrhoeische Stomatitis beim Erwachsenen.

Formicin und seine Anwendung bei der Pulpamputation.

Die therapeutische Beeinflussung der Alveolarpyorrhoe mittels der d'Arsonvalisation. Oe. u. V. f. Z. 1911, p. 256.

Die Unterkieferbrüche und deren Behandlung; stomatologisch beleuchtet an der Hand eines kasuistischen Beitrages. Oe. u. V. f. Z. 1910, p. 376.

Ubytki próchnicowe zębów, jako wrota sprzyjające wtargnięciu do ustroju czynnika wywołującego promienicę. Kronika dent. 1911, p. 165.

- 1912.** O zastosowaniu formicyny przy amputacji miazgi zębowej.  
Tuberkulose der Mundhöhle im Lichte neuester Forschungen. Wiedeń.  
Die phthisiogenetische Bedeutung der Zahnwurzelzysten. „Beitr. zur Klinik der Tuberculose“. Bv. XXII. H. 2. Würzburg Verl. Kabitzsch.  
Die phthisiogenetische Bedeutung der Zahnwurzelzysten.  
Znaczenie spróchniałych zębów w etiologii gruźlicy.  
Die Stellung kariöser Zahnhöhlen im phthisiogenetischen System. Oe. u. V. f. Z. 1912, p. 93.  
Kongenitales Hämangiom des Zahnfleisches mit konsekutiver sarcomatöser Entartung.  
Rotz im Bereiche der Mundhöhle.  
Das Salvarsan in der Zahnheilkunde.  
Salvarsan w dentystyce. Kronika dent. 1912, p. 107.  
Le traitement local par le Salvarsan (606) et les affections liées aux Spirochètes de la cavité buccale.  
Ein Beitrag zur Poly-, Pero- und Syndaktylie.  
Zur Diagnose und Therapie der Zahnwurzelbrüche.  
Ausgewählte Kapitel aus der Histologie, pathologischen Anatomie und Bakteriologie der Mundhöhle.  
Der gegenwärtige Stand der Behandlung von Unterkieferbrüchen.  
Zur Klärung klinischer Wechselbeziehungen der Mund — zur Schädelhöhle auf Grund pathologisch — anatomischer Untersuchungen.  
Herpes zoster mentalis auf neuritischer Basis. Wiedeń.  
Diphtherie der Mundhöhle.  
Tuberkulose der Mundhöhle im Lichte neuester Forschungen.
- 1913.** Zur Klinik und Therapie der Dentikel.  
Tuberkulose des Zahnfleisches.  
Wie wehrt sich der Organismus gegen die Verseuchung durch die in kariöse Zähne gelangenden Tuberkelbazillen.  
Zur Klinik der Mundspirochätosen.  
Kłynykie cnuoxetob pta.  
Ein Teratoider Epignatus des Oberkiefers.  
Fausse route (foggyökorekben).  
Neuere Ergebnisse der Aktinomykoseforschung mit besonderer Berücksichtigung der Mundhöhle.  
Primäre Wangenaktinomykose.  
Aktinomykose und Sporotrichose der Mundhöhle.
- 1914.** Zur Frage der dentalen Invasion des Strahlenspitzes. Wien.  
Röntgenstudie über einen Fall von Kieferaktinomykose beim Puma (*Felis concolor*) nebst Bemerkungen zur Röntgentherapie der Aktinomykose.  
Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Kieferaktinomykose.  
Die Zahnheilkunde in Wien zur Zeit der Regierung der Kaiserin Maria Theresia (1740—1780).  
Funde römischer zahnärztlicher Instrumente im Ampulum (110 — 275 n. Chr.) sowie Fragmente aus der Vergangenheit der Zahnheilkunde.  
Hämato gene Pneumokokken — Ostitis des Oberkiefers.  
Zementneubildung in der Pulpakammer mit einem seltenen Epithelbefund in Zahnwurzelgranulomen. Oe. u. V. f. Z. 1914, p. 73.  
Zur Klinik und Therapie der Dentikel. Oe. u. V. f. Z. 1913, p. 205.  
Ein teratoider Epignatus des Oberkiefers. Oe. u. V. f. Z. 1913, p. 329.

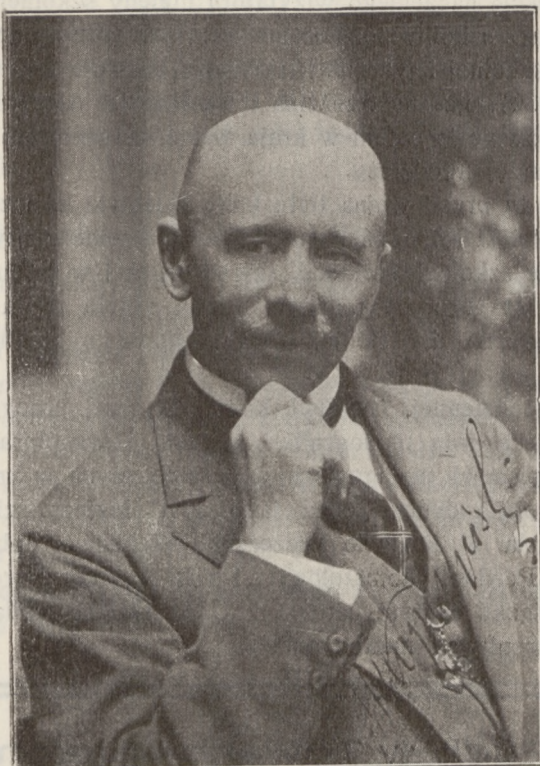
- W sprawie dostawiania się grzybka promieniczego do zębów. Kronika dent. 1914, p. 231.
1915. Die Zahnärztliche Tätigkeit im Kriege.  
Mobile zahnärztliche Feldambulatorien. Oe. u. V. f. Z. 1915, p. 33.
1916. Kriegszahnärztliche Beobachtungen und Erfahrungen.  
Ein Jahr klinischer Tätigkeit im Felde.  
Die Lichtbehandlung mit der Quarzlampe bei Kieferverletzungen und Erkrankungen in der Mundhöhle.  
Bericht über den zahnärztlichen Kongress der Alliierten. Paris, 1916. W. Vjschft. f. Z. 1919, p. 51.  
K. u. k. Kriegszahnklinik der IV. Armee Statistische Zusammenstellung ihrer Tätigkeit im Jahre 1916. Oe. u. V. Z. 1917, p. 193.
1917. Ergebnisse der bisherigen Kriegserfahrungen auf dem Gebiete der Kieferverletzungen.  
Pathologisch-anatomische Befunde Kieferverletzungen nebst ergänzenden Mitteilungen.  
Die Oedemkrankheit und ihre besonderen Erscheinungen im Bereiche des Gesichtes und der Mundhöhle.
1918. Flimmerndes Zylinderepithel in den Zahnwurzelzysten.  
Symmetrische harte Papillome des Unterkiefers.  
Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Speichelsteine.  
Phosphornekrose. Wiener Vjschft. f. Z. 1919, p. 303.  
Bericht der Kriegszahnklinik der k. u. k. IV. Armee im Jahre 1917. Oe. u. V. f. Z. 1918, p. 78.  
Die Organisation der Zahnheilkunde bei den italienischen, amerikanischen und kanadischen Truppen. Oe. u. V. f. Z. 1918, p. 84.
- 
- 

### Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy-Dentystów w Warszawie.

Z powodu przerwy wakacyjnej podajemy w spóźnionym terminie wynik wyborów do Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarzy-Dentystów Rz. P. (Warszawa, ul. Marszałkowska 99).

Prezesem Towarzystwa wybrany został Kol. Maurycy German, wice-prezesami: Koledzy Adolf Kellerman i Jan Przybylski, sekretarzem: Kol. Daniel Mész, zastępcą sekretarza: Kol. Henryk Lubodziecki, skarbnikiem: Kol. Sabin Bergor, zast. skarbnika: Kol. Kazimierz Szapiro, gospodynią: Kol. Irena Barbulant, członkiem zarządu: Kol. Zygmunt Pinkert.

Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy-Dentystów Rz. P., mające tak poważne cele na oku, jak pomoc materialną dla Kolegów w razie potrzeby (pożyczki), jakoteż zaopatrzenie pogrzebowe rodzin — polecamy specjalnej uwadze Kolegów stomatologów na terenie Małopolski. Przypominamy, że we Lwowie znajduje się filja Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lek. dent. Rz. P. Bliższych informacji udzieli Kol. Atlas, Lwów, ul. Kochanowskiego 11.



**Dr. Stanisław Kopczyński.**

Niedawno obchodził naczelny wizytator higieny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. dr. Stanisław Kopczyński trzydziestolecie swojej działalności na polu higieny szkolnej. Higiena szkolna i wychowanie fizyczne młodzieży są niezmiernie ważną zdobyczą kultury ostatnich lat, a jubilat jest jednym z pierwszych pionierów realnej pracy na tem polu.

Poprzednicy jego na tej niwie pracy jak Żuliński, Markiewicz i Jordan wprawdzie wiele włożyli energii i pracy, przygotowali jednak tylko moralne podłoże; stosunki bowiem polityczne i nastawienie społeczne-umysłowo były tego rodzaju, że stosunkowo małe były korzyści ich pracy.

Kopczyński pracował przez 20 lat jako ordynator kliniki uniwersyteckiej chorób nerwowych w Warszawie i jako lekarz praktyczny cieszył się przytem wielką popularnością wśród prywatnych pacjentów. Od r. 1900 był równocześnie lekarzem szkolnym. W r. 1918 zostaje naczelnikiem wydziału higieny szkolnej w Departamencie, później w Ministerstwie Zdrowia Publ., przechodzi w tym charakterze do Min. W. R. i O. P., a od

r. 1926 pełnił funkcję naczelnego wizytatora higieny szkolnej. Jako neurolog i zwyczajny lekarz szkolny poznaje jubilat w swojej codziennej pracy całości kształt higieny szkolnej i warunki fizycznego rozwoju tej młodzieży, która bardzo pokochał. Swoje spostrzeżenia i wiadomości uzupełnia studjami zagranicą i zużytkowuje je potem w kraju będąc na wyższym stanowisku dla dobra rozwoju całej młodzieży.

Podczas gdy przed wojną było kilku zaledwie lekarzy szkolnych, to obecnie mamy dzięki Kopczyńskiemu kilkaset. Pomoc dentystyczną zorganizował jubilat w szkołach średnich, zawodowych i w seminarjach nauczycielskich, dążąc do tego, by możliwie każda szkoła miała własne ambulatorjum dentystyczne dla siebie, albo wspólnie z najbliższymi położonymi szkołami.

Obok tej codziennej, żmudnej, konstruktywnej pracy wydaje jubilat bardzo wiele ciekawych monografii i książek, i współpracuje w najrozmaitszych czasopismach pedagogicznych i społecznych w kraju i zagranicą.

Szkolna opieka dentystyczna jako dział higieny szkolnej i higieny społecznej znalazła w jubilate szczerego opiekuna i dobrego rzecznika.

Redakcja Polskiej Stomatologii i Polski Komitet Narodowy Międzynarodowego Związku dentystycznego F. D. I. składają jubilatowi serdeczne gratulacje i życzenia ad multos annos.

---

---

## Ruch w Towarzystwach.

### F. D. I.

**Komisja higieny (H. C. - F. D. I.) . — Komunikat z dnia 16. grudnia 1930 r.**  
(W streszczeniu).

Komisja higieny zajmuje się badaniem:

1. warunków higieny, jamy ustnej w rozmaitych krajach,
2. wpływu schorzeń jamy ustnej i zębów na stan ogólny,
3. środków do poprawy warunków higieny jamy ustnej
  - a) przez wprowadzenie i rozpowszechnienie pielęgnacji jamy ustnej w wieku szkolnym i pozaszkolnym,
  - b) przez pielęgnację zębów i jamy ustnej u szerszych warstw,
  - c) przez badania w jaki sposób zapobiegnać chorobom zawodowym zębów i jamy ustnej.

Komisja higieny ma 3 podkomisje:

1. podkomisja dla opieki dentystycznej dla dzieci a) dla dzieci we wieku przedszkolnym, b) dla dzieci we wieku szkolnym, c) dla młodzieży,

2. podkomisja dla opieki dentystycznej dla dorosłych,

3. podkomisja dla badania higieny i międzynarodowy instytut higieny.

Te podkomisje zajmują się aktualnymi kwestjami higieny jamy ustnej.

Komisja higieny Ligi narodów w przekonaniu, że równie ważne jest zwalczanie chorób jamy ustnej jak innych, żąda informacji o czynnościach F. D. I.

### Sprawozdanie o stosunkach z Czerwonym Krzyżem.

Komisja dla łączności z Czerwonym Krzyżem powstała zaraz po wojnie. Celem jej jest utrzymywanie łączności między organizacjami międzynarodowymi i komisją higieny F. D. I.

Praca komisji higieny F. D. I. doprowadziła do tego, że komisja higieny Ligi narodów postanowiła wspierać moralnie czynności F. D. I., spodziewać się też należy, że narodowe komitety Czerwonego Krzyża popierać będą higienę i profilaktykę w dentystyce. Polski Czerwony Krzyż, który stworzył 5 przychodni dentystycznych powinien służyć za przykład innym narodowym związkom Czerwonego Krzyża.

**VIII. Międzynarodowy Kongres dentystyczny odbędzie się w Paryżu od 3—8 sierpnia 1931!**

*Jaccard* — Genewa.

## A. S. I.

### Komunikat I. (w streszczeniu).

Po ustąpieniu prezydium francuskiego (Dr. Chompret, dr. Herpin), wybrano na walnem zgromadzeniu w Wenecji we wrześniu 1930 jednogłośnie przewodniczącym prof. Coën-Cagli'ego z Rzymu, w uznaniu jego zasług, gdy jednak tenże stanowczo odmówił, wybrano przewodniczącym prof. Szabó z Budapesztu, sekretarzem dr. Sturma. Nowo wybrane prezydium przypomina cele i zasady A. S. I., cytuje § 2 statutów A. S. I.: żąda traktowania stomatologii na równi z innymi gałęziami medycyny, której należy się katedra we wszystkich uniwersytetach; stomatologia powinna być przedmiotem obowiązkowym w planie nauk medycznych; wykonywanie zawodu dentystycznego dozwolone być powinno ludziom z wykształceniem lekarskim i studjami specjalnymi. — Prezydium bardzo serdecznie **zaprasza na I. Kongres Stomatologiczny mający się odbyć w Budapeszcie od 2—7 września 1931 r.**, podając do wiadomości, że odróżnia się: a) członków zwyczajnych kongresu, b) uczestników, c) członków honorowych. a) Członkiem zwyczajnym może być każdy stomatolog (dr. m e d. i l e k a r z d e n t y s t a); b) uczestnikiem może być dr. med. wykonujący praktykę ogólną lub specjalną związaną ze stomatologią.

Członkowie zwyczajni i uczestnicy, zgłaszają się do swych komitetów narodowych, c) członków honorowych zaprasza komitet organizacyjny Zjazdu.

*Dr. Józef Sturm*

sekretarz generalny.

Budapeszt IV. Varoshaz ucca 14.

*Dr. Józef Szabó*

przewodniczący A. S. I.

## V. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY.

Lwów, 28. VI. — 1. VII. 1931.

Adres Komitetu Organizacyjnego: Lwów, Zielona 5 a.

K o m u n i k a t II. (z dnia 21. I. 1931).

Prace przygotowawcze do V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego są w pełnym toku. Zgłoszenia Wykładów i pokazów wpływają z rozmaitych dziedzin stomatologii. Spodziewamy się przyjazdu kilku zagranicznych profesorów stomatologii na Zjazd z wykładami. Poza tematami głównymi z zakresu stomatologii społecznej (Kasy chorych, szkolne poradnie dentystyczne, tayloryzacja pracy), które budzą ogólne zainteresowanie, przeważają referaty z dziedziny praktyki codziennej. Przejmą też referatów z ceramiki, ortodontji i o leczeniu diatermją. Przewidziane **pokazy praktyczne** z zakresu chirurgji stomatologicznej, dentystyki zachowawczej, protetyki, ceramiki i ortodontji, umożliwią Kolegom zapoznanie się z najnowszymi metodami pracy w codziennej praktyce.

Przedstawiciele przemysłu dentystycznego zwracają się do Komitetu Organizacyjnego z licznymi zapytaniami w sprawie **wystawy** na której również dział środków leczniczych tudzież nowości w zakresie techniki dentystycznej będzie licznie zastapiony. Zjazd obradować będzie w centrum miasta, tamże odbędzie się wystawa, niedaleko od hoteli, w których uczestnicy będą mieszkali. Komitet kwaterunkowo gospodarczy będzie się starał o zapoznanie uczestników z zabytkami miasta Lwowa i jego okolicy. Również będzie przewidziany specjalny program rozrywkowy dla pań towarzyszących uczestnikom Zjazdu.

Celem umożliwienia ułożenia programu obrad jako też wyznaczenia stoisk na wystawie, prosi Komitet Organizacyjny mimo dzielącego nas jeszcze względnie dłuższego okresu czasu od Zjazdu, o **jak najrychlejsze zgłaszanie referatów, pokazów i przedmiotów na wystawę**. Wszelkie zgłoszenia i zapytania należy kierować pod adresem: Komitetu Organizacyjnego, Lwów, Zielona 5 a.

**Opłata za uczestnictwo w Zjeździe** wynosi 20.— zł, dla osób towarzyszących 15.— zł, dla studentów 10.— zł. Pieniądze można przysyłać czekiem P. K. O. Nr. 155018, Komitet Organizacyjny V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, Lwów.

Komitet Organizacyjny ma niepłonną nadzieję, że jak największa liczba Kolegów z całej Polski weźmie udział w Zjeździe i przyczyni się przez to do rozwoju nauki stomatologicznej w państwie polskim. W Komunikacie następnym będzie podany dokładny wykaz odczytów zgłoszonych na Zjazd, tudzież pokazów.

Za Komitet Organizacyjny:

Prof. Dr. Cieszyński.

Przewodniczący Zjazdu.

Dr. Allershand.

Przewodniczący Komitetu Org.

Dr. Brill.

Sekretarz.



### Leki i narzędzia.

**Stosowanie Stryphnonu przy krwawieniach.** Przy zabiegach denty-  
stycznych w jamie ustnej odgrywa tamowanie krwi z przypadkowo naciętej  
brodawki, lub też przy mięszszowem krwawieniu przy operacjach albo po  
usunięciu zęba bardzo wielką rolę. Często musimy rezygnować z założenia  
stałego wypełnienia z powodu nieznacznego wprawdzie ale uporczywego  
krwawienia. Stosowanie wody utlenionej często zawodzi i zmusza nas do  
kilkakrotnego powtórzenia zabiegu i częstego płukania; zakładanie pierście-  
nia gumowego, używanego przy regulacji zębów, niezawsze może być zasto-  
sowane, adrenalina i inne styptyczne środki nie prowadzą również do celu.  
Jako najlepszy obecnie i polecenia godny środek uważam S t r y p h n o n.  
Jest to biały proszek bez zapachu, który się otrzymuje przy wyrabianiu  
syntetycznej adrenaliny jako przedostatni jej etap. Różni się jednak od pre-  
paratu nadnercza dłuższem działaniem, co jest też rzeczą najważniejszą.  
Dla celów dentystrycznych znajduje się ten wyśmienity preparat w formie  
gotowej natychmiast do użycia. Fabryka wiedeńska Pharmazeutische  
Industrie A. G. Wien - Klosterneuburg — zastępstwo lwowskie: (apteka  
Ettingera) wyrabia małe waciki przepojone tym roztworem (Stryphnon-  
Pellets), wielkości takiej, jakiej w codziennej praktyce używamy, w ilości  
około 50 sztuk w jałowym opakowaniu. Dla celów stomatologiczno-chi-  
rurgicznych n. p. przy odcięciu szczytu korzenia nadaje się najlepiej t. zw.  
Stryphnon-Tupfer. Są to kwadratowe płateczki gazy w ilości 6 sztuk  
w jałowej papierowej torebce, a 6 torebek stanowi zawartość jednego  
pudełka. Przy operacjach torbieli natomiast lub przy krwawieniach po  
usunięciu zęba oddaje nam cenne usługi stryphnonowa gaza w najrozma-  
itszych formach począwszy od 1 cm. szer. obrębionych, aż do szerokich  
zwyczajnych form. (Stosowałem ten preparat w Instytucie Stom. K. Ch.  
m. Lwowa, jakoteż w prywatnej ordynacji, zawsze z dodatnim skutkiem).

Stryphnon opisał i przedstawił w wied. towarz. lek. prof. Albrecht  
w r. 1922. Od tego czasu stosuje się ten preparat w wielu gałęziach  
lecznictwa. Jest on bezwzględnie nieszkodliwy, nawet przy dłuższem pozo-  
stawieniu w ranie a ze względu na odpowiednią formę staje się niezbędnym  
środkiem w pokoju ordynacyjnym każdego lekarza-dentysty.

*Brill (Lwów).*

### Kalendarz Zjazdowy.

- 1931** 28. czerwca do 1. lipca: Lwów. V. Polski Zjazd stomatologiczny.  
3.—8. sierpnia: Paryż. VIII. Międzynarodowy Kongres dentystryczny,  
zorganizowany przez F. D. I.  
1. Kongres Międzynarodowy Radiologiczno - dentystryczny, ma się  
odbyć w Paryżu 1931 r. z okazji V. Międzynarodowego Zjazdu  
Radiologicznego.  
2.—7. września: Budapeszt. Międzynarodowy Kongres stomatolo-  
giczny A. S. I. z okazji 300-letniego jubileuszu Uniwersytetu.

Związek Lekarzy Dentystów Ziemi Zachodnich Polski przesyła następujące pismo:

„Jeden z kolegów donosi nam, że wdowa po techniku dent. Władysławie Bączkowskim w Krotoszynie, zaangażowała lek. dent. Prusakiewicza z Warszawy, który kontynuuje praktykę pod godłem „Zakład dentystyczny“ Władysław Bączkowski“.

Związek Lekarzy Dentystów Ziemi Zachodnich Polski piętnuje to postępowanie jako niegodne z etyką lekarską.

Poznań, 1. XII. 1930 r.

Sekretarz: Tomaszewski.

Prezes: Dr. Cylkowski.

# **NEOS**

**Ekskawatory, instrumenty  
do oczyszczania przewodów**

są ostre

**Instrumenty do wypełniania przewod.**

są cienkie i giętkie

**INSTRUMENTY NIERDZEWIEJĄCE NEOS**

po przejrzaniu proszę zaopiniować!

**NEOS DENTAL Co. FRANKFURT n/M. OBERRAD**

Zastępca główny:

**J. SCHREIBMANN, Warszawa, ul. Długa 25**

# **LEKARZ-DENTYSTA**

z dyplomem cesarskiego Uniwersytetu Charkowskiego w Rosji i trzydziestoletnią praktyką dentystyczną, poszukuje miejscowości dla stałego osiedlenia się i posady lekarza-dentysty szkolnego, Kasy Chorych, kolejowego lub wojskowego kontraktowego. Zgłoszenia z podaniem szczegółowych warunków pracy i płacy proszę pod adresem:

Poczta **Skarżysko-Kamienna** Poste-Restante

Lekarz-dentysta **KORNEL TERLECKI.**

# SYNTRER



## Plomba „Syntrex“ rozpowszechniona jest na całym świecie dzięki swym niezwykłym zaletom

- 1 Wytrzymałość na ciśnienie podczas żucia.
- 2 Odporność na zużycie i ścieranie — równa odporności naturalnej emalii zębowej.
- 3 Zwartość — drobnoziarnista budowa.
- 4 Odporność na działanie śliny i lekarstw.
- 5 Stałość objętości jak u naturalnej zębiny.
- 6 Przezroczystość naturalnej emalii, ani większa ani mniejsza.
- 7 Odcienie, nie ulegające zmianom i doskonale odpowiadające naturalnej barwie zęba.
- 8 Ścisłe przyleganie do ścianek i krawędzi ubytku.

Europejskie Towarzystwo Dentystyczne

# „EDECO”

WARSZAWA ul. Ś-to Krzyska 28

*Z OKAZJI*

*Nowego 1931 Roku*

*Wszystkim Szanownym*

*CDBIORCOM MOIM*

*zasiłam*

*Serdeczne życzenia*

*wszelkich pomyślności*

*W. Światłowski*



THE S.S. WHITE DENTAL MFG. CO.



## Najbardziej Racjonalne Urządzenie

dla PRAKTYKI DENTYSTYCZNEJ

Praca dentysty odbywa się głównie przy fotelu, wobec czego każdy ruch, który zmusza dentystę do odejścia od fotela podczas operacji poeiąga za sobą stratę czasu i bezpożyteczność jego pracy.

Na podstawie tych tak prostych i oczywistych przesłanek przystąpiła firma S. S. WHITE do wykonania urządzenia „UNIT“.

Celem zaoszczędzenia czasu i niepotrzebnej pracy operatorowi, wszystkie potrzebne przybory znajdują się pod ręką i mogą być zawsze skontrolowane przed samym zabiegiem.

Urządzenie „UNIT“ S. S. WHITE'a wraz z fotelem „DIAMOND“ ułatwia w wysokim stopniu lekarzowi wykorzystanie czasu przy minimalnym wysiłku z jego strony w otoczeniu należytego urządzenia gabinetu, które jest miłe i wygodne tak dla pacjenta jak i dla lekarza.



# S. S. WHITE'A

## Urządzenie „Unit“ i fotele „Diamond“

Każdy sprzedawca chętnie zademonstruje.



The S.S. White Dental Mfg. Co.

PHILADELPHIA, U. S. A.



ZNAK OCHRONNY JEST GWARANCJĄ JAKOŚCI

ZĘBY „SOLO“

ZĘBY „OMNIC“

ZĘBY djatoryczne

L I C Ó W K I

WYROBU NAJWIĘKSZEJ FABRYKI ZĘ-  
BÓW SZTUCZNYCH NA KONTYNENCIE

WIENANDA

SĄ PRZEZ SPECJALISTÓW CAŁEGO  
ŚWIATA UZNANE ZA NAJLEPSZE

**WIENAND DENTAL**

TOW. AKC.

**B E R L I N .**

ZASTĘPSTWO :

**WARSZAWA**  
ul. Czackiego 6.

**J. SZWARC**

**WARSZAWA**  
ul. Czackiego 6.