

SŁOWIAŃSKA STOMATOLOGJA

ORGAN ZWIĄZKU SŁOWIAŃSKICH STOMATOLOGÓV I LEKARY DENT.

wychodzi jako Dodatek do „Polskiej Stomatologii“ — Lwów
i „Zubni Lékařství“ — Praha — v niestałych odstępach času.

REDAKTORY: Prof. Dr. A. Cieszyński — Lwów, Polska - Zielona 5 a.
Doc. Dr. Frant. Neuwirt, Praha XII, Č. S. R. — Focheva 64
i Dr. Náprstek, Praha XI, Č. S. R. — Husova 24 b.

Člankowie Związku Słowiańskich Stomatologów i abonenci „Polskiej Stomatologii“ oraz „Zubni lékařství“ otrzymują pismo to bezpłatnie.

Cena niniejszego numeru dla nieabonentów 1.30 zł = 5 K. čs. = 0,15 dolara wraz z przesyłką pocztową.

Nr. 8 wydany jest przez Redakcję we Lwowie.

UČESTNIKOM III. JUGOSŁOWIAŃSKIEGO STOMATOLOGIČNEGO KONGRESU V BEOGRADZIE 7.—10. IX. 1935

NUMER TEN POŚWIĘCA

ZWIĄZEK SŁOWIAŃSKICH STOMATOLOGÓV

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI (Lwów).

Rozmiešćenie lekařy, lekařy-dentystów i stomatologów v krajach sľoviańskich v r. 1932.

Potreby ludności i ličba kandydatów, zglašajacych się na studja specjalne, decydują o ličbie lekařy i specialistów; poziom zaś vykštałcenia specialistów zależy od poziomu lečnictva v danym kraju, ustavadavstva i organizaciji studjów. V krajach sľoviańskich istnieją wielkie różnice co do potrzeb ludności, zaleźnie od stopnia kultury pošcególnych varstv společnych, společnej opieki lekařskej ze strany państwa, zaleźnie od gęstości zaludnienia oraz więkšego skupienia ludności v niektórych centrach přemysľowych.

Co do rozmiešćenia terytorjalnego i ilościi ludności oraz absolutnej ličby lekařy dentystów, stomatologów i techników dentystycznych orjentuje nas tablica następująca (tabl. I. i rys. 1).

Tabl. 1.

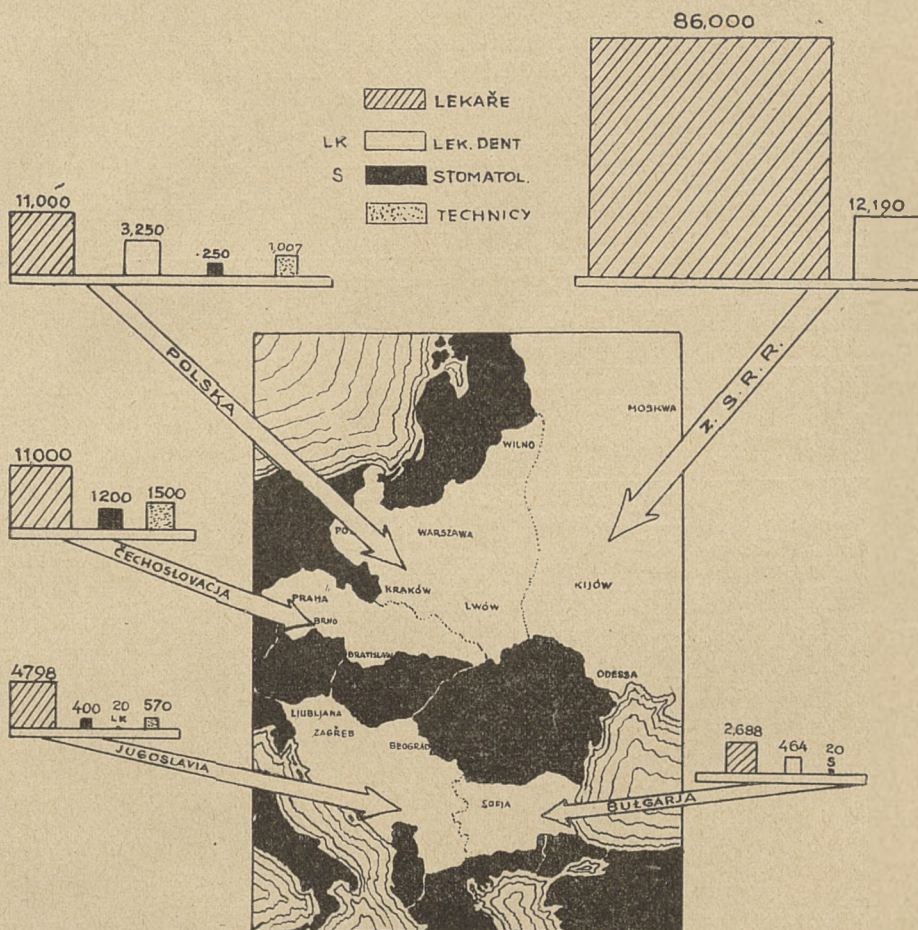
Powierchnia krajów sľoviańskich i ich zaludnienie.
Ličba lekařy, lek.-dent., stomatologów i techników-dent.

	Powierchnia v km ²	Ličba mieš- kańców v milionach	Ličba ogólna			
			Lekařy	Lek.-dent.	Stomatol.	Techn. dent.
Z. S. R. R. ¹⁾	21.176	147.8	86.000	12.190	?	?
Polska	388	31.1	11.000	3.250	250	1.007
Jugoslavja	249	13.8	4.798	20	400	570
Čechoslovacja	140	14.5	11.000	—	1.200	1.500
Buľgarja	53.4	5.5	2.688	464	20	?

Ludność rolniča, mieškejaca na šerokich přestřeniach, stosunkovo maľo kořysta z pomocy lekařskej. Potreba lekařy vzrasta natomiat v stosunku do gęstości zaludnienia. Težę tę potviera tabl. 2 (zob. takžę rys. 2).

Čechoslovacja, najgęšciej zaludniona (na 1 km² 103,6 mieškańców) vykazuje tež najwiękšą ličbę lekařy v stosunku do ludności; na 10.000 mieškańców přypada tamžę 7,59 lekařy. Natomiat Buľgarja i Jugoslavja, gdje gęstość zaludnienia na 1 km² zaledvie wynosi 53,4 vzgl. 55,8 mieškańców, mamy tylko 4,88 vzgl. 3,45 lekařy na 10.000 mieškańców.

¹⁾ Ščegółowych informacij nie moglišmy otrýmac; na rozeslaną ankietę v r. 1932 nie otrýmališmy odpoviedzi.



Ryc. 1.

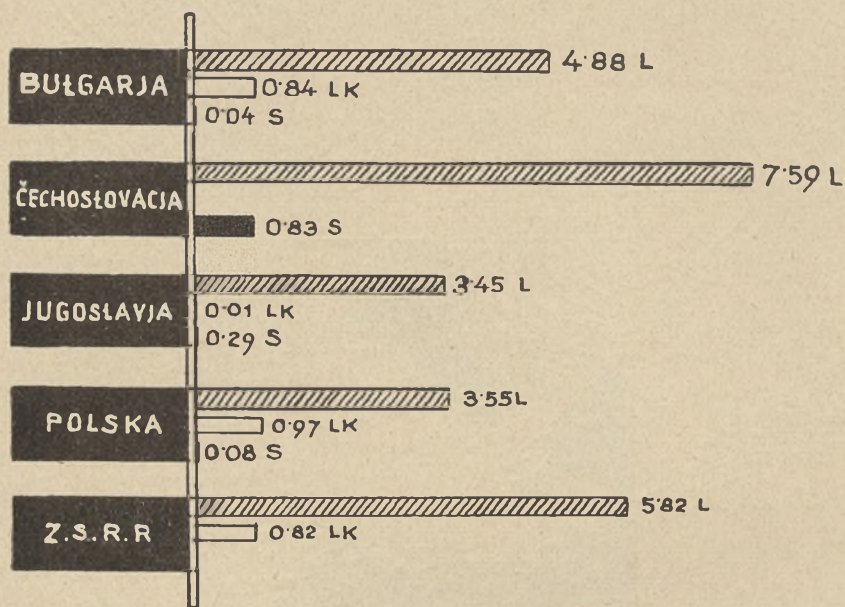
Kraje sloviaňskie. Lekáre, lekáre-dentyści, stomatologowie oraz technicy dentyści.

Tabl. 2.

Lekáre, lek.-dent., stomatologowie v stosunku do gęstości zaludnienia.

	Na 1 km ² mieszkańców	Na 10.000 mieszkańców przypada		
		Lekáry	Lek.-dent.	Stomatol.
Bulgarja	53.4	4.88	0.84	0.04
Jugoslávja	55.8	3.45	0.01	0.29
Z. S. R. R.	69.8	5.82	0.82	?
Polska	80.2	3.55	0.97	0.08
Čechoslováckia	103.6	7.59	—	0.83

NA 10.000 MIEŠKANCÓV PŘYPADA LEKAŘY = L, Lek. DENT. = LK,
STOMATOLOGÓV = S v r. 1932:



Ryc. 2.

Stosunek zaś lekařy-dentystův i stomatologův do lekařy jest następujacy:

Na 1000 lekařy přypada:

v Polsce	318 lekařy-dentystův i stomatologův,
v Bulgarji	180 „ „ „ „
v Z. S. R. R.	142 „ „ „ „
v Českoslovacji	109 stomatologův,
v Jugoslavji	87 „ i lekařy-dentystův.

V krajach zatem, v ktorých są autonomične studja dentystyčne, jak Polska i Bulgarja, ogólna ličba lekařy-dentystův v stosunku do lekařy jest viěkša, aniželi v tych krajach slovianskich, v ktorých vymaga się od specjalisty-stomatologa pelnych studjův lekarskich, jak np. v Českoslovacji lub Jugoslavji. Innemi slovy: z vzrastajacemi vymaganiami co do vykštalcenia specialistův ličba ich maleje. — V Rosji Sovieckiej vzrosła po vojnie ogólna ličba lekařy v stosunku do ludności, zmalala natomiast ličba lekařy-dentystův; od r. 1920 obostřono tamže studja dentystyčne i zviěkšono vymagania co do vykštalcenia v zakresie ogólnolekarskim.

V pañstvach sukcesyjných po Austriji: Českoslovacji, Jugoslavji i poludniovej Polsce mamy b. velikú iloř upevažnionych technikův dentystyčnych, vykonujacych praktykę dentystyčnu obok stomatologův. Na zachodzie Polski spotykamy růvniž velikú ličbu technikův dentystyčnych, ktorý korystają z tegož samego privileju jako davniesi obyvatel pañstva niemieckiego. Nie

spotykamy ich natomiast w byłym zaborze rosyjskim, jakkolwiek w latach ostatnich zalali także obszary, przed wojną niedostępne dla samodzielnych techników dentystycznych.

Vniosek, że ze wzrostem stomatologów z konieczności musi wzrastać także liczba techników dentystycznych, jest fałszywy, tem bardziej we wszystkich krajach słowiańskich, w których lekarze po odbyciu studjów stomatologicznych wyłącznie mają prawo zajmowania się ząboleźnictwem jako specjaliści, wykazać się muszą równą znajomością techniki dentystycznej jak lekarze-dentyści tych krajów, w których są autonomiczne studia dentystyczne. Kwestja wielkiej liczby praktykujących techników dentystycznych jest wyłącznie wynikiem liberalizmu ustawodawstwa.

Podkreślić należy, że — prócz Bułgarii i Polski — w krajach słowiańskich tylko po ukończonych studiach lekarskich można uzyskać prawo wykonywania praktyki stomatologicznej.

Kulturalno-narodowe oblicze Słowenji.

Słowenja stanowi od 1. grudnia 1918 r. część składową Jugosławji, która jednoży Serbów, Chorwatów i Słowenów w jeden organizm państwowy. Słowenicy zamieszkuja najbardziej na północny zachód wysunięty obszar kraju jugosłowiańskiego. Przez Alpy łączy się Slovenia z zachodnią Europą, przez basen paneński ze środkową Europą i przez góry dynarskie z półwyspem bałkańskim.

Geograficzne położenie musiało wywierać wpływ na ukształtowanie się historii kulturalnej i politycznej tego obszaru. Tędy kroczyły legjony rzymskie na podbój Ilirii, tędy hufce krzyżowców na podbój Ziemi Świętej i tędy kilka wieków później przełamał wielki cesarz Napoleon. Słowenicy od traktatu w Verdun (843) aż do traktatu w Trianon (1919) byli pod panowaniem Niemiec wzgl. Austrii. W tym okresie nievoli politycznej nacierała bezustannie powolna i systematyczna fala germanizacji. Magnaci i szlachta uległa naciskowi najeźdźcy, ale lud pozostał wierny kulturze narodowej. Tysiąc lat bezkrwawych zmagani zakończyło się chlubnym zwycięstwem nieugiętej duszy ludu słoweńskiego. Zwycięstwo to było zapewnione przez wytrwałą pracę nad uświadomieniem kulturalno-oświatowym szerokich mas. Pracę tę podjęto z wielkim zapalem już od czasów t. zw. kontreformacji, t. j. od końca w. XVI. słoweńskie duchowieństwo katolickie, które przez wieki następnie do chwili obecnej stało się główną ostoją kultury narodowej. Rok 1918 przyniósł Słowencom upragnioną wolność, ale nie wszystkim. Włochy na mocy traktatu rapalskiego otrzymały w r. 1920 Istrię, dorańce Soły, a Austrija większą część Karyntji. Po stronie włoskiej znajduje się około 400 tysięcy Słowenów, a po stronie austriackiej około 100 tysięcy. W Słowenji samej na obszarze 16.000 km. kw. mieszka ok. 1,120.000 Słowenów. Ogólna liczba Słowenów w granicach etnograficznych wynosi zaledwie około 2 miliony.

Słowenja jest krajem, który poścyć się może minimalnym procentem analfabetów. Gęsta sieć najrozmaitszych towarzystw kulturalnych i ekonomicznych zapelnia miasta, miasteczka i wsie. Statystyka z r. 1931 wykazuje, że jeden Słoweniec na 13 zapisuje się do któregoś z licznych towarzystw, które drukują wiele ksiązek z rozmaitych dziedzin. Te towarzystwa wydają ogółem 640.000 ksiązek rocznie. N. p. Stov. šv. Mohora, którego dyrektorem jest znakomity stylista

i wielki przyjaciel Polski ks. prob. S. Fingar w Lublanie, prowadzi olbrzymią akcją popularno-wydawniczą. Dziś towarzystwo to, istniejące od r. 1852, liczy ok. 100.000 członków. Każdy z członków otrzymuje rocznie kilka powieści, a wśród nich znaczny procent i polskich. W ten sposób rozesłano już około 10 milionów książek. (Dr. Stanisław Rospond, Jugosławja. Miejsce Piastowe 1935, str. 53—66.)

Oświata szkolna w Słowenji stoi na wysokim poziomie. W Lublanie istnieje od roku 1919 uniwersytet z 5 wydziałami. Szkolnictwo średnie i zawodowe przygotowuje liczne kadry inteligencji słoweńskiej. Oświata pozaszkolna spoczywa w rękę wybitnych działaczy społecznych, głównie duchowieństwa. Księża bowiem byli tą pierwszą inteligencją, która wyszła z ludu i dla tego ludu pracowała. Probostwa stały się ogniskiem ludowego społeczeństwa. W kościele odbywała się nauka katechizmu, a po obiedzie na plebanji pogadanki społeczne o zakładaniu spółek rolniczych. Wszystko to było obmyślane na to, aby wypierać handel i przemysł niemiecki. W Lublanie przy seminarjum duchowem założono kursy społeczne. Oprócz księży wytrwale na niwie społeczno-kulturalnej pracowali nauczyciele. Ksiądz czy nauczyciel nie szukał kariery, szli chętnie na wieś do ludu, z którego wyszli i tam w zapadłych górskich wioskach cudów dowodzili: zakładali kasy Raiffeisena, spółki mleczarskie, podnieśli przemysł ludowy. Szczególnie zasługi na tem polu położył ks. dr. Krek, który między innymi wpływał też na młodzież akademicką w kierunku pracy społecznej wśród ludu. Mnożyły się szkoły specjalne, zawodowe, mleczarskie, gospodarskie i handlowe. W pracy kulturalno-oświatowej w Słowenji wybitną rolę odgrywa również prasa. Prócz licznych periodycznych czasopism istnieje 6 dzienników, z których najważniejsze są „Slovenec” (organ katolicki), „Jutro” i „Slovenski Narod”. Prasa katolicka ma swoje własne „radjo katolickie”.

Lublana jako stolica Słowenji (60.000 mieszkańców) jest centrem ruchu kulturalno-narodowego. Dawna rzymska Aemona, a odrodzona słoweńska Lublana. t. j. ukochana przez swoich rodaków, rozłożyła się potulnie i cicho w kotłownię tak, aby jej nikt nie widział. W dali piętrzą się Alpy. Nad miastem zaznacza się sylwetka smukłych wieżyc licznych kościołów, a nad całością dominuje wyniosła góra zamkowa, gdzie przez 10 wieków była warownia margrafów karynczkich.

Ks. St. J. (Kurjer Lwowski 1935.)

Dr. HENRYK BERGER i Dr. HENRYK GORCZYŃSKI (Lwów).

„Oral sepsis“ w świetle badań kliniki leningradzkiej.

Referat zbiorowy z książki: *Sovremiennyje problemy stomatologii*. Pod naukową redakcją prof. Dr. A. Entina — otw. redaktor doc. Z. B. Pirjatyński. *Vspółczesne problemy stomatologii*. — *Problèmes actuels de stomatologie*. Sous la rédaction scientifique du prof. D. A. Entine, rédacteur en chef: docent Z. B. Piriatskiy.) Leningrad — Moskwa 1935.

Z okazji dziesięciolecia otwarcia pierwszej centralnej polikliniki stomatologicznej w Leningradzie, wydano tamże książkę zbiorową, zawierającą szereg prac i wyników badań wymienionej polikliniki, które były już referowane częściowo na zjazdach i posiedzeniach naukowych.

Doc. Pirjatyński podaje krótkie spravozdanie za okres 10-ciu lat istnienia polikliniki leningradzkiej, ktorá povstala na bardzo skromných podstavách, doznávala v čiaгу lat stalých zmien i zostala ostatečne pretvořená v obecny naukovy inštytut stomatologičny. Działalność tego inštytutu została ściśle zespolona ze všystkymi działami medycyny. Lične prace naukove vprovadzajú nove počęcia o biologiji tkanek i nařadův jamy ustnej, zmieniają poglądy na patologję i provadzajú vprost do reviziji zasad lečenia zębův i jamy ustnej, navet takich, ktoré uvažano za nienarušalne.

Inštytut stomatologičny sklada się z' działův: vevněřného (Entin), chirurgičného (Limberg), protetyčného i ortodontyčného (Katz). Poza tem istnieją oddziały: dziecięcy, roentgenologičny, bakterjologičny, anatomo-patologičny, patofizjologičny.

Na oddiele vevněřnym, posiadajęcym 20 lůžek dla obložnie chorych skupia się praca, mająca na celu dokladne poznanie patologiji i terapii chorůb zębův, paradontozy, chorůb blony šluzovej jamy ustnej i języka i vspółžaležności z całym organizmem.

Oddział chirurgičny, obejmujący dużą i małą chirurgję posiada również 20 lůžek.

Vspomniana na vstępie ksiąŹka podzielona jest na 4 rozdziały, z których rozdział drugi, największy, zawiera šereg prac o zakaženiu ustnem.

Badače rosyjscy přystąpili do studjův nad zakaženiem ustnem, uzbrojeni v arsenal šrodkův i metod, jakimi rozpořadza novočesna medycyna, poddali badaniu i krytyce vyniki dotyččas osiagnięte i znane i starali się cały problem představič ze stanoviska nietylko kliniki i laboratorjum, ale i společného.

Přypadki klinične analizovano přy pomocy badaň: morfologičnych krvi, bakterjologičnych, histologičnych, roentgenologičnych, přemiany materji, šeregu ođčnův rozpoznavčých i t. p. Přebiegi i vyniki klinične porůvnyvano z přypadkami došviadčalnymi i vysnivano vnioski, co do včesnego rozpoznavania i zabiegův chirurgičnych. V ten spôsob stvořeno materjal nietylko ciekavy ze vzględův teoretýčnych, ale co važniješe cenny bardzo dla praktýka.

Jakkolwiek wiele badaň i postavionych teoryj, vzględnie tez, znamy od šeregu lat z publikacyj včesniejšých autorův amerykańskich, angielskich i niemieckich, niemniej jednak prace autorův rosyjskich stanowią ciekavy přýčynek nietylko do poznania samego problemu „oral sepsis“, ale tež są šviadectvom źródlowej i systematýčnej pracy, ktorá naleŹy traktovač nietylko z całą povagą i uznaniem, ale i podzivem dla vladz, ktoré v zrozumieniu novočesnych zadaň stomatologiji i jej važkości dla zdrovia publicžnego, vyposaŹyły klinikę stomatologičną v urađzenia, umožňivające postavienie tej gałęzi viedzy medýčnej na tak vysokim stopniu naukovym. Dodač naleŹy, dla zrozumienia ogromu pracy novočesnych fanatykův ideji stomatologičnej, Źe do roku 1920 posiadała Rosja dentystýkę, która była vlašcivie pół na pół řemiosłem i lečnictwem. Od r. 1920 začęto dopiero rozbudovyvač stomatologję na fundamentach naukovych, z takimi vynikami, Źe juŹ po 14 latach kierownicy i vychovankovie inštytutu leningradzkiego, poščycič się mogą povaŹnymi pracami, přýčyniającemi się do rozvoju stomatologiji.

Stvierdzony ponad všelką vařplivošć zviazek schořeň organův vevněřnych. předevsyštykiem nerek, serca i stavův, z chorobami zębův i aparatu okoľožbovego, nakłada na lekařy innych specialności, ščególnie internistův, obo-

viázek šcíslej vspólpracy ze stomatologami; na nas zaś doskonałą znajomość i orientację v korelácii vspomnianych schořeň, dokladnosť badaň pry pomocy stojących nam do dyspozycji šrodków i metod i decyzję do dzialania šybkiego a celovego.

V zasadi nie istnieją żadne pępisy co do vskazaň vzględnie pęciv vskazaň, jeźeli chodzi o usuvanie zębów v pępypadkach ostrego zapalenia oźębnej. Niektóry vybitni stomatolodzy obierają čęsto v tych pępypadkach drogę lečenia zachovavčego. Včesną ekstrakcję utrudnia v praktyce codziennej čęstokroč niewłaścive i nie doč včesne rozpoznanie różničkove (osteomyelitis i periodontitis), z drugiey strony zaś, viele vyników ujemnych pępypisac musi się też i nie doč včesnemu zglašaniu się chorych. Limberg stoi na stanovisku možlivie včesnego zabiegu chirurgičnego, gdyż zabieg spóźniony pępredluža lečenie i pogarša přebieg, pęcym obava poviklaň poekstrakcyjnych nie može byč pęcivvskazaniem do zabiegu. Na poparcie svych poglądów podaje Limberg statystykę ostatnich lat, obejmującą 9.648 pępypadków ostrego zakażenia ustnego. Ze statystyki tej vynika, že im včęšniey chory šuka pomocy, tem čęšciey lečenie ograniča się do zvyklej ekstrakcji zęba, bez innych zabiegów chirurgičnych. Im chory zglaša się póżniey, tem cięższy obraz kliničny i tem mniejša možlivost vykonania zabiegów v zniečuleniu. Statystyka Limberga vskazuje, že v I. do II. dnu choroby zglaša się 56,4% chorych, v III. do V. dnu choroby zglaša się 22% chorych, v VI. dnu choroby zglaša się 6,3% chorych i t. d.

Najčęšciey spotykane następstva zaniedbania schořeň jamy ustnej i zębów, następstva zabiegów póżno vykonanych, to stany podgoračkove „z nieznaných pęcynů“, choroby serca (endocarditis), nerek (nephritis), i gošciec. Grupom tym pošvičają autořy rosyjscy najvičjšą troskливоść i uvagę, badając je vsčehstronnie laboratorijnie i kliničnie.

Krev.

Obraz krvi, zmiany morfologične i pęcuničcia ulegające vahaniom nie-tylko po vprowadzeniu do ustroju różnych šrodków lečničnych, ale i po zabiegach, vskazują na rozmaity stan odporności organizmu i mają važne značenie dla rozpoznania różničkovego i rokovanja. V dužym odsetku pępypadków po zabiegach chirurgičnych vzrasta i utřymuje się dlušzy čas leukocytoza, zvlašča gdy pęcychodzi do zaostřeň (exacerbacij). Równočęšnie stvierdzamy neutrofilję z pęcuničciem na levo, limfopenję, monopenję i cozynofilję, która jest oznaką zaprawy. Vzględna neutrofilja z pęcuničciem na levo, nie idzie równolegle z leukocytozą, a observovac ją možna v pępypadkach, v których vystępuje leukopenja. Po zabiegach chirurgičnych spostřegamy vičc zaostřenia klinične, idące v paře ze zmianami morfologičnymi krvi, natomiast objavov tych nie stvierdza się pry autohemoinjekcji. Kameneckaja zbadavšy obraz morfologičny krvi u 136 chorych na gošciec, 60 na zapalenie nerek i 52 na zapalenie vsierdzia, u których to vsystkich chorych stvierdzono ogniska ustne. došla do następujących rezultatów:

I. Morfologja krvi chorych, z równočesnymi ogniskami ustnymi, daje dvojakieho rodzaju obrazy:

- a) normalna ilošć leukocytów lub leukopenja i limfocytoza;
- b) leukocytoza i neutrofilja. V pošrodku stoją pępypadki z monocytozą.

II. Často spotykamy eozynofilję u chorych z ogniskami ustnemi, cierpiących na gościec, endocarditis i nephritis.

III. Badania krwi po sanacji jamy ustnej u pacjentów z wymienionemi chorobami wskazują, že v wielu prípadech istnieje tendencia do povrotu do normalneho obrazu krvi.

Morfologję białych cialek krvi při ostrem zakažení pochodzenia zęboveho, v zviazku z včesnem rozpoznaním różničkoveho i zabiegem chirurgičnym badała Velikanova, kontrolując wyniki svoje u 9 osób zdrowych, sluzących do celów kontrolnych. Autorka došla do następujących rezultatův:

1. Morfologičny obraz krvi, sam dla siebie jako taki, nie ma decydującego značenia dla rozpoznania rozmaitych stopni ostrego zakażenia pochodzenia zęboveho. V połačeniu z vynikami innych badań kliničnych i laboratoryjnych obraz ten daje bardzo vartościove vskazůvki rozpoznavče i može byt užyty do celów rozpoznania różničkoveho;

2. včesny zabieg chirurgičny daje nievãtplivã popravę obrazu krvi, która v najviškej čęsti prípadekův idie v paře z popravã kliničneho přebiegu choroby. Badanie krwi u 4 grup chorych (vedle težkości stanu choroboveho) vskazuje, že obraz krvi vracia do normy u 2 piervšych grup juž v piervšych dñiach po zabiegu; u grupy třecej, zvykle težkiej v přebiegu kliničnym, i u pevnej čęsti grupy druhej i čvartej vyrovnãnie obrazu krvi jest nieco opóznione. Zauvažone prípady pogoršenia morfologičneho obrazu białych cialek krvi, majú charakter časovy i tľumačã się v převažãjãej ilości pravdopodobnie prípadekoveho zakažením vtórnem.

3. Obraz krvi prognostyčnie niepřychlyny, nie šmie byt přecivvskazãniem do zabiegu, při ostrem zakažení pochodzenia zęboveho (za vyjãtkiem obrazu agonalneho krvi).

4. Vyniki badań obrazu morfologičneho białych cialek krvi, nie sã zgodnie róvnolegle z vynikami badania reakcji opãdãnia erytrocytův i ich odporności. Reakcje te nie mogã byt uvažãne za takie vskazniki, jak badanie morfologične białych cialek krvi i mogã byt brãne pod uvãgę dla rozpoznãnia różničkoveho při ostrem zakažení pochodzenia zęboveho tylko v ogrãničonej ličbie prípadekův.

Ježeli chodzi o reakcję opãdãnia červonych cialek krvi, v schořeniãch ginekologičnych i gružličnych, jest ona tu bardzo cenãã i čuãã dla stvierdzenia aktyvnosti procesu choroboveho. Na reakcję tę zvrócił uvãgę Entin v roku 1924, zaznačãjãc vãžnošt jej v rozpoznãvaniu różničkoveho periodontitis i osteomyelitis. Observując 38 prípadekův polyarthritis, 19 nephritis, 15 endocarditis i 2 sepsis, stvierdził Školar, že endocarditis, polyarthritis i nephritis, při róvnoczesnem istnieniu ognisk v jamie ustnej, dãvaly před zabiegem šybše opãdãnie cialek červonych, vyražãjãce się cyfrovo v ličbach vyššych jak spotykãne v schořeniãch převleklých. Z tego vyvniostkovač možno, že vspomnãiane přyspěšenie opãdãnia odniešt naležy do infekcji ustnej. Klinične zaostřenia po zabiegach sanacyjnych dãjã zavše reakcję opãdãnia, podobnie i prípady z miestcovem obostřeniem při braku leukocytozy i temperatury. Reakcja opãdãnia vracia do normy v miãrę

uspokajania się procesu chorobowego. Autohemoinjekcja w porównaniu z ekstrakcją lub zabiegiem laryngologicznym wykazuje najmniej przesunięcia w opadaniu. Reakcja opadania ciałek czerwonych służyć może, jeżeli chodzi o kryterjum co do zabiegów leczniczych względnie chirurgicznych, jedynie jako środek pomocniczy w połączeniu z innymi badaniami.

Piśmiennictwo.*)

Averbuch S. S., Fyzyko-chemičeskije reakciji krvi pri ostroj odontogennoj infekciji v sviazi s ranniej dagnostikoj i operativnym vmiešatielstvom, str. 255. (Fyzyko-chemična reakcja krvi przy ostrej infekcji zębovej v zviazku z včesnem rozpoznanie i zabiegiem chirurgicznym.)

Frank-Kamienieckaja E. G., Morfologija krvi v klinike „Rotovogo sepsisa“. Str. 410. (Morfologija krvi v „Oral sepsis“.)

Plotnikova M. M., K voprosu o morfologii krvi v sviazi s operativnym vmiešatielstvom v klinike „Rotovogo sepsisa“. Str. 422. (V spr-

avie morfologii krvi v zviazku z zabiegiem chirurgicznym v „Oral sepsis“.)

Školar T. T., Reakcija osjadanja eritrocitov v klinike „Rotovogo sepsisa“. Str. 432. (Reakcija opadania ciałek czerwonych v „Oral sepsis“.)

Vielikanova M. M., Morfologija biełoj krvi pri ostroj odontogennoj infekciji v sviazi s ranniej diagnostikoj i operativnym vmiešatielstvom. Str. 239. (Morfologija białych ciałek krwi przy ostrem zakażeniu pochodzenia zębowego v zviazku z včesnem rozpoznanie i zabiegiem chirurgicznym.)

Zmiany w zasobie zasad.

V doświadczeniach swoich stwierdzili autoři rosyjscy również i pevná rovnoleglost między obrazem morfologicznym krwi, a zasobem zasad, v przypadkach oral sepsis. Badając 42 chorych z ogniskowymi zmianami v ustach, a mianowicie polyarthrits 29, nephritis 6, endocarditis 2, stany podgoračkove 4, stwierdzono, że zmniejszenie zasobu zasad towarzyszy zwiększeniu ilości leukocytów i ciałek młodych. Zwiększeniu zasobu zasad towarzyszy zmniejszenie ilości leukocytów, limfocytoza i eozynofilia. V wypadkach klinicznego zaostżenia, u chorych z ogniskami v jamie ustnej, zasób zasad ulega zmniejszeniu, równolegle zaś do tego idzie leukocytoza i neutrofilja.

Dla rozwoju komórki i jej przejawów życiowych konieczną jest pevná odpowiednia reakcja środowiska otaczającego. Vskutek przemiany materji, jakoś tego środowiska zmienia się; celem jednak utrzymania równowagi przy ciągłej przemianie materji, istnieją urządzenia doskonale regulujące tę równowagę, a mianowicie t. zv. ciała buforowe. Są to związki chemiczne, które mają zdolność zobojętniania nadmiaru kwasów, nie zmieniając odczynu środowiska. Badanie zasobu zasad ve krwi, daje nam obraz odporności

* Podajemy po raz pierwszy rosyjskie piśmiennictwo v transkrypcji między-słowiańskiej. Ponieważ rosyjscy slawiści nie są jeśće współpracownikami naszego pisma, a vskutek wakacji uniwersyteckich nie mogliśmy uzyskać współpracy polskich slavistów, transkrypcja rosyjskiego języka v tymże numere wykazuje śereg usterok.

ustroju. Vyčerpanie zasobu zasad, povoduje zmniesenie odporności i provadzić može do šmierci ustroju, podčas gdy zvięksenie zasobu zasad, vskazuje na kořystnå zmiånę v chorým ustroju. Na podstavie spostřežení u badanych chorych v klinice leningradzkiej, stvierdzono, že schořeniom stavów, vsierdzia i nerek z rývnočasnymi zmiånami v jamie ustnej, tovaryšy stan zakvašenia.

V vielkej iloři prýpadków polyarthritis, nephritis i endocarditis z ogniskami v jamie ustnej, v čase kliniěnie stvierdzonych zaostřeñ, które vystępywały po zabiegach sanacyjnych, jak rývniež i bez zabiegów, niezaležnie od tego, jaka byla reakcja moču před zabiegiem, zaobserwowano zvięksenie kvasoty. Prý popravie stanu chorobovego spostřega się zmniesenie vskažnika kvasoty na kořyšć zasad. Chory na polyarthritis i endocarditis reagujå bardziej vybitnymi zmiånami v rývnovadze kvasovo-zasadovej, zaš u nefrytyków reakcja nie jest tak vyražnå.

Pišmiennictvo.

Gakkebusz I. P. i Frank-Kamienieckaja E. G., Parallelizm mieždu morfoložiěeskoj kartinoj i rezervnoj šćeločnosťju kroví v kliniěie „Rotovogo sepsisa“. Str. 445. (Rývnolegořć mieždu obrazem morfoložiěnym kroví a zasobem zasad v „Oral sepsis“.)

Školar T. T., Urinary aciditet v kliniěie „Rotovogo sepsisa“. Str. 450. (Kvasota moču prý „oral sepsis“.)

Viedeñski V. J., Izmienjenje šćeločnogo rezerva kroví v kliniěie „Rotovogo sepsisa“. Str. 439. (Zmiana v zasobie zasad kroví v „oral sepsis“.)

Přemiana materji.

Badajåc 40 prýpadków polyarthritis, 12 nephritis i 8 stanów podgoråčkovych z ogniskami ustnemi, celem stvierdzenia, jak zachovuje się přemiana materji, zaobservovali autořy rosyjscy u chorych tych zvięksenie cyfr podstavovej přemiany materji i povrót do normy po usanovaníu jamy ustnej.

Bardzo wažnym momentem jest normalnie odpoviednia zavartořć vapnia i potasu ve krevi. Vskažnik okreřlajåcy stosunek tych dvów pierviatków vynosí 2.

U 45 chorych, u których stvierdzono oral sepsis, badano ten vskažnik, który okazał się niepravidořvym, vahajåc się v cyfrach od 2,23 do 2,84. U chorych na gořćiec, endocarditis i nephritis zmniesza się zavartořć Ca ve krevi, a zviękša K, po zabiegach sanacyjnych v jamie ustnej. Stvierdzono rývniež, na podstavie badania 33 chorych, v vypadkach oral sepsis zvięksõnå ilořć cukru ve krevi.

Pišmiennictvo.

Chilkievič Z. I., Glikiemiěeski je krivyje s uglevodnoj nagruzkoj v kliniěie „Rotovogo sepsisa“. Str. 468. (Křyve glikemiěne nařadovania vęglovodånów v „Oral sepsis“.)

Kauszanskij L. I. i Gutkina R. M., Kalcij i kalij kroví v kli-

niěie rotovogo sepsisa. Str. 463. (Vapí i potas ve krevi v oral sepsis.)

Plotnikova M. M., Osnovnoj obmien u bolnych subfibrilitietom revmatizmom i niefritom so stomatoložiěennymi očagami pod vlijaniem sanacjonnoho vmieřatielstva. Str. 458.

(Podstavova přemiana materji u chorych ze stanem podgoračkovym, lub z ogniskami zapalnemi v jamie ustnych, pod vplyvem sanacyjnych zabiechorych na gošciec i zapalenie nerek, góv.)

Bakterjologja.

Celem poznania zagadnienia zakażenia zębowego v drodze eksperymentalnej, zakažali autoři rosyjscy króliki bezpošrednio ščepem, specyfičnie dla tych zvierat jadovitým, v přecivieňstvie do užyvanej přez Rosenova metody, ktorý v došviadčeniach stvierdžał stopieň chorobotvóročosi drobnoustrojov, přenošonych z chorego človeka na zvierę. Po zaščepieniu dožylnem $\frac{1}{100}$ do $\frac{1}{100}$ 24-godzinnej hodovli, ginęly króliki vsróđ objavov ostrej sepsis v ciagu kilku dni. Ščep ten zaščepiano jednej serji zvierat do komory miazgovej, druhej podskórnje. Co 3 do 5 dni pobierano u všystkich zvierat krev na posiev. U 11 królikov, którym zaščepiono drobnoustroje do miazgi, stvierdzono ve krvi ten sam rodzaj gronkovca. Termíny piervotnej zdolności rozsiania się drobnoustrojov ve krvi i pauzy między badaniami, vahaly się u poščególnych królikov od 6 do 20 dni. V ten sposób stvierdzono možlivość perjodyčnego vkračania infekcji z ogniska zębowego do krvi. Natomiast u królikov ščepionych podskórnje, zdolano osiagnač z krvi posiev gronkovca dopiero krótko před smiercią, vzględnje z materjału sekcyjnego. Porovnanje vięc vynikov posievu krvi v obu serjach došviadčalnych vskazuje, že drobnoustroje dostaja się do obiegu krvi o wiele łatwiej z cavum pulpae, jak z podskórnej tkanki łącznej, v której spotykaja jakgdyby barjere, v postaci reakcji zapalnej tkanek.

Reakcje temperatury i obraz morfologiczny krvi królikov z zakaženymi zębami, królikov, które mimo bakteremji żyly ješče wiele tygodni a navet miesięcy, i które nigdy nie predstavialy obrazu ostrej sprawy septyčnej, są charakterystyčne dla zakażenia přebiegajacego volno, o typie převleklym, pochodzenia zębowego. Autorzy rosyjscy uvažaja, že materjal ich jest dovodem aktualnego značenia i pravdivoši nauki o zakaženiu i zatruciu pochodzenia zębowego.

Ježeli chodzi o kvestję vartoši rozpoznavčej bakterjologicznego badania krvi i odčynu skórnego v klinice oral sepsis, to opierajac się na 309 hodovlach, pobranych z krvi 134 chorych i na badaniu odčynu skórnego u 80 chorych (gošciec, nephritis, i endocarditis z ogniskami ustnemi) dadža się vysnuč następujace wnioski:

1. Pozytyvne vyniki hodovli stvierdzono u 5,5% přypadkov. Vyniki te jednak odnoša się do chorych, którzy přešli zaostřenie schořenia glóvnego v zviažku z zabiegami około ognisk ustnych.

2. Organizm chorych, posiadajacych ogniska ustne vykazuje allergję, która daje się vykryč odčynem skórnym na přesač hodovli paciorkovcov, vydzielanych přez chorych, cierpiacych na vyžej vspomniane choroby.

3. U 21,5% chorych stvierdzono vybitne učulenie na přesača z kultur krvi, v porovnanju z kulturami osiagniętymi z okolic ščytovych.

4. Pozytyvne reakcje skórne, ida zasadničo v paře z zaostřeniem objavov kliničnych.

5. Negativny vynik reakcji skórnej, wywołanej pęsaćem jednego tylko šćepu paciorkoców, nie upowaźnia do pępušćania jakoby v danym pępadku nie istniała allergja v stosunku do paciorkoców. Dlatego wskazanem jest poslugiwac się dla odćynu skórnego pęsaćem kilku šćepów paciorkoców.

Badajac zasadnićo mikroflorę ognisk zębowych u chorych na gošćiec, zapalenie nerek i vsierdzia, vyhodovano 352 hodovle z 295 zębów, pochodzacych od 84 chorych. V 345 pępadkach uzyskano šćepy paciorkoców, v 7 gronkoców.

Vnioski z tego vynikajace strešćaja się następujaco:

1. V 100% zębów zakaźonych stvierdza się paciorkovce v ćystej hodovli, lub ćęšćiej m. i. palećki grampozytywne.

2. Między vyhodovanemi rodzajami paciorkoców pęvaźa streptococcus viridans.

3. V okolicy šćytovoj i zębodole tego samego zęba, znajdujają się identyćne rodzaje paciorkoców.

4. Hodovla pochodzaca z rozmaitych zębów tego samego pacjenta, daje ve všystkich badanych pępadkach te same rodzaje paciorkoców. Badajac mikroflorę ognisk tonsylarnych osób chorych na gošćiec, zapalenie nerek i vsierdzia, uzyskano na 72 pępadki tylko 5% punktátów jalovych, osiagniętych z migdalek. V rešćie pępadków stvierdzono paciorkovce, a mianovicie streptococcus viridans i haemoliticus.

Badania powyźše potvierdza caly šereg prac bakterjologićnych, które u 87 šćepów paciorkocovych, vydzielonych z ognisk zębowych, vykazy v 37 pępadkach streptococcus viridans, v 3 strept. haemolit. v pozostalych grupę acydofilnā.

Pę pomocy lyzatów, uzyskanych z hodovli strept. virid. i haemolit. dokonali autofy rosyjscy reakcji strátovoj z surovicā 78 chorych na gošćiec, zapalenie nerek i vsierdzia i 48 surovicami pęslanemi do odćynu Wassermanna. Vynik pozytyvny pę uźyciu strept. virid. uzyskano v 49 pępadkach, v 19 slabo pozytyvny, v 10 negativny. Pę uźyciu lyzatów z strept. haemolit. zanotovano v 6 pępadkach vynik pozytyvny, v 72 negativny. Jeźeli chodzi o surovicę kontrolnā, to odćyn byl v 4 pępadkach pozytyvny, v 28 slabo pozytyvny a v 16 negativny. Vychodzac z stanoviska, že eksperymentalne pęby na królikach nie udovodnily specyfićnego charakteru odćynu strátovogo v badanych pępadkach, sādźa badaće rosyjscy, že vyniki badań klinićnych odniešć naleźy do precypityn tovařyšacych. Tvořą się one v ognisku ustnem na skutek rozpadu tkanki, pod vplyvem vitalnego dzialania paciorkoców.

Pišmiennictvo.

Olenova D. M., Mikroflora tonsylarnych oćarov u bolnych revmatizmom, endokarditom i nefritom. Str. 387. (Mikroflora ognisk tonsylarnych

u chorych na gošćiec, na zapalenie vsierdzia i zapalenie nerek.)

Olenova D. M. i Steinzeig A. D., Baktericidnošć kroví k infektu

tonsillarných očarov v klinike „Rotovogo sepsisa“. Str. 393. (Bakterjobjóče vlasności krvi v stosunku do drobnoustrojív z ognisk tonsylarných v „oral sepsis“ — tymčasove doniesenie.)

Pavlov G. A., K voprosu o diagnostičeskoj cennosti bakteriológičeskogo issledovanja krvi i kožnych reakcii v klinike „Rotovogo sepsisa“. Str. 360. (Přýčynek do kvestji rozpoznavečej vartości bakterjologičnogo badania krvi i odčynu skórneho v klinice „Oral sepsis“.)

Rivlina A. S., Baktericidnosť krvi k infektu s odontogienných očarov v klinike „Rotovogo sepsisa“. Str. 382. (Bakterjobjóče vlasności

krvi v stosunku do drobnoustrojív z ognisk okološcytových v klinice „Oral sepsis“.)

Rivlina A. S., Mikroflora odontogienných očarov u bolnych revmatizmom, endokarditom i nefritom. Str. 378. (Mikroflora ognisk okološcytových u chorych na goščiec, na zapalenie vsierdzia i zapalenie nerek.)

Simelsson E. B., Bakterjologja gnoja i pierapikalnych tkannej v načalnych stadjach ostroj odontogiennoj infekcii. Str. 287. (Bakterjologja ropy i tkanek okološcytových v počatkových stadjach ostrego zakaženia pochodzenia zębowego.)

Roentgenologja.

Rozpoznanie rozmaitych form chroničnych schořeň okološcytových, opierajace się tylko na badaniu rentgenologičnem, stvarza wiele poważnych trudnoścí i zdaniem šeregu autorív jest vógóle niemožlivem. Došviadčenia přeprowadzone na žuchvach zvlók, provadzajú do następujácych rezultatív:

1. Ziarnina okološcytova vystępuje na zdjęciu jako nievielki ubytek, o formie okraglej lub nieco ovalnej, z lekko postřepionemi břegami, z povodu resorbccji beleček kostnych. Okolo tego ubytku mogajú istnieć v substancji kostnej objavy osteosklerozy.

2. Torbiele strátové, vykazujáce zvykle viěkše rozmiary, poviěkšajú się odšrodkovo i dajú na zdjęciach ubytek gladki, z ostro označonymi břegami. Ziarniniak, ktorý zamienil się v torbiel, a ktorý nie vykazuje rívnočešnie žadnych tendencij vzrostových, vypada na rentgenogramie jako ziarniniak.

3. Istniejú formy, ktoré rentgenologičnie vygladzajú jak ziarniniaki, zamieniajú się jednak juž, jak vykazuje badanie histologične, v torbiel. Te formy přejšciove, nie dadzá się rentgenologičnie rozpoznać, ponievaž tkanka kostna okoloogniskova vykazuje všystkie vlašćivosti charakterystyčne dla ziarniny. Do grupy tej zaliča się přypadki, v ktorých mamy do čynienia ze stosunkovo mladým ziarniniakiem, v ktorým obok ostrých zapalnych objavív, přemavijácych za tvořacym się vřodem, vytvara się rívnočešnie juž i torbiel.

Vyvody powyžše vskazujú, že rozpoznanie oral sepsis, nie može się opierać tylko na obraze rentgenologičnym.

Pišmiennictvo.

Simonson S. G. prof., Mechanik R. S., Jasvojn G. W. docent, Sravnitelnyje rentgenologo-histologičeskije issledovanija chroni-

českich ograničenných pieriapikalnych očarov. Str. 363. (Roentgenohistologične poróvnavče badania převleklych ognisk okološcytových.)

Klinika.

Jeżeli chodzi o obserwacje kliniczne przewlekłego zakażenia pochodzenia ustnego (gościcc, zapalenie wsierdza, zapalenie nerek), to rozpoządza oddział terapeutyczny D. A. Entina w Leningradzie 176 przypadkami wymienionych chorób ze stwierdzonymi ogniskami ustnymi. W charakterystycznym przebiegu wymienionych przypadków, podnieść należy częstą zależność zaostżenia schożeń organów wewnętrznych, od zaostżeń ognisk ustnych. Zaostżenia choroby głównej występują szczególnie często (50%) po usunięciu ognisk ustnych. Charakterystycznym jest, że u tego samego chorego, występują zaostżenia po usunięciu pewnych ognisk, podczas gdy usunięcie ognisk innych (i to nawet w większej ilości) nie wywołuje żadnych powikłań.

Zaostżenia objawiają się w podniesieniu ciepłoty, pogorszeniu stanu ogólnego, utracie wagi, wzmożeniu bólów stawowych u chorych na gościcc, żywsem biciem serca, powiększeniu stłumienia sercowego, wystąpieniu ciałek czerwonych krwi w moču u chorych na endocarditis, i zwiękšeniu ilości białka w moču i wystąpieniu erytrocytów u chorych na zapalenie nerek.

Exacerbacje przebiegają przy równoczesnych zmianach morfologicznego obrazu krwi, leukocytozie, neutrofilji i przesunięciu na lewo. Przychodzi też do obniżenia zasadowości krwi i podniesienia cyfr oznaczających kwasotę, wynikającą z miarekowania moču i amoniaku, podniesienia lub spłaszczenia krzywej cukru, zmniejszenia białka i zwiękšeniu się elektrolitów krwi, w późniejszych stadiach zaostżenia. W niektórych przypadkach obserwowano bakterjemię. Stwierdzano często również zwiękšenje učulenia w stosunku do reakcji skórnej na przesąca buljonowe paciorkowców, wydzielanych z krwi chorego. Niektóre przypadki zaostżeń przy schożeniach naćnyń sercowych i nerkowych, wykazywały znaczne kliniczne pogorszenie stanu chorego.

Zaostżenia wskazują na to, że należy przystępywać do zabiegów okolo ognisk ostrożnie. Najodpowiedniejszym do tego momentem, jest brak leukocytozy, neutrofilji, przesunięcia acydotycznego w równowadze kwaso-zasadowej, wręście brak objawów klinicznych. Zupelne usunięcie ognisk daje w wielu przypadkach dobre wyniki. Szczególnie obserwowano poprawę i (praktyczne) wyleczenie przy gościcu (46%) i w grupie schożeń nerkowych.

Cofanie się objawów zaostżeniowych wyraża się w spadku ciepłoty, przybieraniu na wadze, poprawie objawów miejscowych, zmniejszeniu się ilości leukocytołów, zwiękšeniu ilości limfocytów, eozynofilów i monocytów i przesunięciu równowagi kwaso-zasadowej w kierunku zasadowym. Szybki efekt zabiegu w szeregu przypadków gościca, nie da się prawie inaczej wytłumać, jak tylko usunięciem momentu allergicznego. Za stanem allergicznym u obserwowanych chorych przemawiają poza wymienionymi szczegółami, także i odchylenia w przemianie materji.

Piśmiennictwo.

- | | |
|---|---|
| <p>Andriejeva S. R., Klinika i laboratorja ostroj odontogiennoj infekcji pri ostložnienjach pošle ekstrakcji. Str. 278. (Klinika i laboratorjum ostrego zakażenia pochodzenia zębowego przy powikłaniach spovo-</p> | <p>dowanych zabiegami chirurgicznym.)
 Averbuch S. S., Andrejeva S. R., Vacher T. S., Matiukova A. V., Skukina T. M. Dannye stomatologičeskogo obsledowanija bolnych-chronikov leningradzkich</p> |
|---|---|

bolnic. Str. 398. (Vyniki badań stomatologičnych u przewleklo-chorych v leningradzkich špitalach.)

Filimonov D. V., Chroničeska-ja stomatogiennaja infekcija v klinike vnutriennych boleźnij (reumatizm endokardit, nefrit). Str. 322. [Przewlekłe zakaźenie pochodzenia ustnego v klinice vevnętrnej (gościec, zapalenie vsierdzia, zapalenie nerek).]

Limberg A. A., Problema ostroj odontologiennoj infekcji v sviazi s ranniej djaagnostikoj i rannim operativnim vmiešatilstvom. Str. 221. (Zagadnienie ostrej infekcji zębovej v zviazku z včesnem rozpoznanieniem i včesnym zabiegom chirurgičnym.)

Livšic B. S., Ostraja odontogiennaja infekcija v tiečenie 3—5 dniej v sviazi s ranniej djaagnostikoj i operativnym vmiešatilstvom. Str. 266. (Ostre zakaźenie pochodzenia zębovego v ciagu 3—5 dni v zviazku z včesnem rozpoznanieniem i zabiegom chirurgičnym.)

Pergament P. S., Statističeskie dannyje ostroj odontogiennoj infekcji za fevral, mart i april 1933 r. po zubnym ambulatorjam i naučno-praktyčeskomu stomatologičeskomu Instytutu Leningrada. Str. 235. (Dane statystične odnośnie ostrego zakaźenia ustnego, tyčące miesięcy II, III, IV 1933 r., zebrane v ambulatorjum dentystičnem v oddziale nau-

kovo-praktyčnym Instytutu stomatologičnego v Leningradzie.)

Rabinovič L. M. Ostraja odontogiennaja infekcija v tiečenie pier-vych dniej v sviazi s ranniej djaagnostikoj i operativnym vmiešatilstvom. Str. 261. (Ostre zakaźenie pochodzenia zębovego v ciagu pier-vých dni v zviazku z včesnem rozpoznanieniem i zabiegom chirurgičnym.)

Simelison E. B., Odontogiennyje osteomyelity čelustiej po matierjalam atacionara za 1928, 1929, 1930, 1931, 1932. Str. 290. (Osteomyelitis šček pochodzenia zębovego vedľug materjalčv ambulatorijnych z r. 1928 do 1932.)

Skukina D. M., Klinika i laboratorja ostroj odontogiennoj infekcji ot šesti dniej i vyše. Str. 274. (Klinika i laboratorjum ostrego zakaźenia pochodzenia zębovego od 6 dni v góre.)

Vielikanova M. M. i Skulina D. M., Ostraja odontogiennaja infekcija pri otkazie ot chirurgičeskogo vmiešatilstva i ostročkie jeho. Str. 283. (Ostre zakaźenie pochodzenia zębovego pry odnovie i odročenuju zabiegu chirurgičnego.)

Viedeňskij V. J., K odčetu o rabotie stacionara tierapeutičeskogo oddielenja za 1931—1933 r. Str. 400. (V spravie spravozdania o pracach kliničnego oddialu za rok 1931—1933.)

„Oral sepsis“ jako problem socjalny i kliničny.

D. A. Entin postavil sobie za zadanie stvierdzič, jak često i do jakiej granicy uchodzič može chirurgična sanacija jamy ustnej, za metodę lečenia pryčynovogo i simptomatičnego, v pryppadkach schořeń nařadov vevnętrnych o nieznanej pryčynie i vrešice jaki istnije zviazek między ogniskami pochodzenia ustnego a schořeniami innych układov organizmu.

Materjalom eksperymentalnym byly króliki, materjal kliničny skladał się z 318 osób, v tem 163 chorych na reumatyzm, 65 na nerki, 51 z endocarditis, 38 zaš chorych stanovilo grupę kontrolną, obejmującą pryppadki artro- i kardjopatyczne, asthma bronchiale i stany podgoračkove.

U chorych dociekano bakterjologję ognisk i krvi, čyniono badania klinične i fizjologične, odčyn opadania vedle Fahreusa, morfologję i biochemję

krvi. Badania te czyniono we wszystkich stadiach chorobowych, zasadniczo przed i po każdym zabiegu chirurgicznym. Analiza i synteza wszystkich wyników, przy rozmaitych skutkach chirurgicznego usunięcia ognisk (poprawa, pogorszenie bez zmian) i przy rozmaitych stopniach i rodzajach zaostrenia choroby (samorutne, w związku z zabiegiem, po autohemoiniekcji kontrolnej), umożliwiła nie tylko zbadanie kliniki „oral sepsis”, ale też i ustalenie rodzajów związków patogenetycznych między ogniskami pochodzenia ustnego, a schorzeniami innych układów organizmu. Ustalono przytem, że posługując się jako jedynym zabiegiem leczniczym: usunięciem ognisk ustnych, uzyskivano poprawę, która często równała się praktycznie wyleczeniu, u 58,7% reumatyków, 35,5% nefrytyków i 16,6% chorych na zapalenie wsierdzia, wszystkich obserwowanych przypadków. We wszystkich przypadkach poprawy, odchylenia kliniczne i fizjologiczne wracały lub zbliżały się do normy. Przypadki, w których po zabiegu występuje zaostrenie, dają lepszy efekt leczniczy. Zmiany kliniczne i fizjologiczne występują najwydatniej przy zaostreniach po zabiegach, najmniej zaś po autohemoterapii. Zaostrenia samorutne zajmują miejsce pośrednie. Fakty te upoważniają do przypuszczenia, że ustne ognisko zakaźne jest najczęściej czynnikiem uciążącym, w rzadkich wypadkach, możliwe, zakaźnym dla organizmu. Zabiegi nasze możemy uważać za przećlanie organizmu, zaostrenia — za wyraz reakcji hyperergicznej, poprawę — za odćlanie, a pogorszenia — za przedłużoną anafylaksję. Ponieważ alergja, ze wszystkimi swoimi objawami, przedstawia jeden z rodzajów dystroficznego stanu układu nerwowego (eksperymentalnie dowiedziono, że ognisko zębowe jest stałym źródłem drażnienia układu nerwowego), preto możemy ustosunkować się i wytłumaczyć sobie korelację ognisk ustnych i schorzeń innych organów w ten sposób, że ogniska te powodują powstanie procesu nerwowo-dystroficznego na skutek wychodzącego z nich podrażnienia, które działa na elementy nerwowe tkanki paradontalnej i migdałów. Obwodowym efektem tego zadrażnienia są choroby przebiegające pod rozmaitymi postaciami. Zabieg należy uważać nie tylko za czynnik usuwający ognisko zakaźno-trujące, łączące się przyczynowo z procesem nerwowo-dystroficznym, ale też i za jeden ze sposobów tworzenia nowych, zmienionych warunków w układzie nerwowym i nowych warunków przebiegu choroby. Tak więc usunięcie ogniska prowadzi, zależnie od czasu, w którym wykonano zabieg, od rodzaju i stopnia zajęcia układu nerwowego, albo do poprawy albo do zaostreń cięższych lub lżejszych, długo lub krótkotrwałych, które w następstwie powodują poprawę lub pogorszenie stanu chorobowego, albo też mogą i nie wywoływać żadnych zmian.

Badania Entina prowadzą do następujących wniosków:

1. Chroniczne zakażenie i zatrucie pochodzenia ustnego (oral sepsis) jest problemem klinicznym o wielkiej wadze społecznej.

2. W badaniach klinicznych chorego musi się stanowczo uwzględniać stan uzębienia i migdałków.

3. Stwierdzenie ognisk pochodzenia zębowego nie śmie się ograniczać do stwierdzenia spostregalnych okiem kołeni i zębów pozbawionych miazgi. Obowiązkową jest rentgenografia bezzębnych odcinków wzrostka zębodołowego, gdzie częstokroć zalegają resztki kołeni lub stwierdzić się dają ogniska zapalenia kości (ostitis). Rentgenogramy ognisk

zębowych vidočných są zbytečné, nie majú boviem žadnej vartości rozpoznavej. Obumarcie miazgi v zębach, pokrytych koronami metalovými, stvierdza się elektrodjagnostyčnie, po usunieniu koron.

4. Prysystyckich objavach chroničneho zakaženia i zatručia pochodzenia ustnego, předevsystkiem prys goščcu i zapaleniu nerek, naležy uvažac usunienic ognisk zębových i migdalkových za bezvzglědny vymóg. Im předzej zabieg vykonany, tem lepšy efekt.

5. Ognisko zębove lub migdalkove može bezvatpjenja byc momentem přynovym, v vielu zaš přypadkach komplikujacym chorobe.

6. Metody, któremi rozpořadzamy, nie pozvalajac nam ješče čestokroć okrešlic viny danego ogniska; prys dzisiejšym stanie našej viedzy jest to narazie teoretyčnie niemožlivem, ale zasadničo tež i niekoniečnem.

7. Fizjologične odchylenia v chemji tkanek, přemianie materji i obrazie kliničnym, charakteryzujace rozmaite stopnie allergji vzgl. dystrofji nervovych, dajac koniečne vskazania do usuvania ognisk pochodzenia ustnego.

8. Označajac termin zabiegu, naležy uvzglědnic nietylko obraz kliničny, ale tež morfologične i biochemične objavy anergičnego i hyperergičnego stanu organizmu. Istnienie boviem tych objavov stanovi přecivvsказanie do zabiegu.

9. Zabiegi okolo ognisk zębových naležy vykonyvac skrupulatnie i lege artis (oboviazkove vyskrobanie zębodolu), i nie naležy ich forsovac: nie vičeje jak jeden zabieg v 6 dniach i zasadničo maksimum okolo dvóch zębóv. Prys lečeniu ambulatoryjnem naležy regulę povyzšac uvzglědnicac i u chorych podejřanych na endocarditis i nephritis.

10. Stvořenie novych metod, a předevsystkiem gruntovna revizja metod užyvanych dzis prys lečeniu zębóv z miazgac zapalnac lub zgořelinovac, jest v obecnej chvíli zadaniem zasadničem, a zvalčanie próchnicy jedynym sposobem zapobiegania převleklemu zakaženiu i zatruciu pochodzenia zębovego.

Pišmiennictvo.

Entin D. A. prof., „Rotovoj sepsis“ kak socjalnaja i kliničeskaja problema. Str. 301. („Oral sepsis“ jako problem socjalny i kliničny.)

Ponomarev A. V., Pavlov G. A., Pietrova K. M., K voprosu ob eksperimentalnom odontogiennom sepsise. Str. 353. (V spravie zagadnie-

nia došviadčonego zakaženia pochodzenia zębovego.)

Voronina E. V. i Rozenfeld E. F., Opyt ispolzovania reakcii precipitacii dla djagnoza stomatogienogo sepsisa. Str. 372. (Próba užycia odčynu strátovogo dla rozpoznania sepsis pochodzenia ustnego — doniesienie tymčasove.)

