

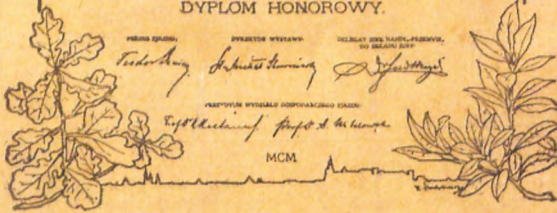
PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK. POŚWIĘCONY CHOROBYM ZĘBÓW
i JAMY USTNEJ.



IX. ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE
NA OGÓLNYM ZEBRANIU 24 LIPCA 1900. NA PODSTAWIE UCHWAŁY
SEDJÓW WYSTAWY PRZYRODNICZO-LEKARSKIEJ PRZYJNAŁ

REDAKCJI PRZEGLĄDU DENTYSTYCZNEGO
W WARSZAWIE
DYPLOM HONOROWY.



Warunki przedpłaty: rocznie rsr. 4; kor. 10; Mk. 8; półrocznie rsr. 2; kor. 5,00
Mk. 4; (w Warszawie wraz z odnośnieniem do domu). Z przesyłką pocztową
rocznie rsr. 5; kor. 12, Mk. 10; półrocznie rsr. 2,50; kor. 6; Mk. 5.

Prenumerować można: w Redakcyi, we wszystkich księgarniach, oraz w składach
dentystycznych: Dobronoki i Schiele (Warszawa, Zgoda 4; Moskwa, B.-Dmit-
trowka 28) i innych.

Cena ogłoszeń jednorazowych. Przed tekstem: cała strona rsr. 15 (Mk. 30), 1/2;
strony rsr. 8 (Mk. 16), 1/4 strony rsr. 4 (Mk. 8). Po tekście: cała strona rsr. 10;
(Mk. 20). 1/2 str. rsr. 5,50 (Mk. 11,00), 1/4 str. rsr. 2,75 (Mk. 5,50)

Przy ogłoszeniach rocznych odstępuje się od tych cen 10% rabatu.

REDAKCJA i ADMINISTRACJA

Nowy-Swiat № 2 (róg Książęcej). Telefonu № 4716.
WARSZAWA.

W handlu księgarskim otrzymywać można Przeglad Dentystyczny za pośrednictwem księgarń
Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

21-11-1905

2132

2953

90592

Czytajcie 

„Gazetę Polską“

która już od 1 Grudnia 1904-go

podwaja swoją objętość

i zaprowadza takie zmiany wewnętrzne, że ją uczynią niemal
zupełnie nowem pismem.

!!Bogactwo treści i oryginalność układu!!

!Tygodniowe Dodatki Ilustrowane!

Najlepsze

codzienne

biuletyny wojenne

wyjaśniające istotny stan rzeczy
na teatrze wojny.

Gena „Gazety Polskiej“, podwójnie zwiększonej objętości,
z dodatkami illustrowanemi:

w Warszawie:

z przesyłką pocztową:

rocznie	rb. 9.60	rocznie	rb. 12.00
półrocznie	„ 4.80	półrocznie	„ 6.00
kwartalnie	„ 2.40	kwartalnie	„ 3.00
miesięcznie	„ 0.80		

Adres: Warszawa, Warecka 14.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

Miesięcznik poświęcony chorobom zębów
i jamy ustnej.

**O guzowatych twardych naciekach zapalnych,
występujących na skutek próchnicy zębów ma-
drości lub wskutek zachorzeń dziąsła.**

Podał

Dr. Leon Szuman (Toruń).

Jeżeli wskutek próchnicy zęba lub z powodu jakiego innego zakażenia w ustach, następuje zapalenie okostnej szczęki (*periostitis*) lub zapalenie gruczołów chłonnych podszczękowych i tkanki okołogruzołowej (*lymphademitis et perilymphadenitis*) lub wreszcie rozlane zapalenie tkanki łącznej podszczękowej (*phlegmone submaxillaris*) w formie mniej lub więcej ostrej, to wtedy zwykle w kilka, rzadziej w kilkanaście dni, albo następuje samoistne polepszenie choroby i zniknięcie stwardnień zapalnych bez wyraźnego wytworzenia się ropy, albo wytwarza się ropień okostny ze zgorzelą kości, albo też ropień gruczołowy, lub wreszcie ropień w tkance łącznej podszczękowej lub szyjowej, czasami też kilka takich ropni, które leczone według prawideł sztuki chirurgicznej, zwykle osiągamy dość szybkie wyleczenie. Tylko w tych razach, gdzie następuje większa zgorzel kości szczękowych, lub gdzie zjawiają się objawy zakaźne cięższej natury, musimy dłużej walczyć z chorobą. W wyjątkowych tylko przypadkach, dzięki Bogu rzadkich, zakażenia ropne lub posocznicowe, przy próchnicy zębów powstające, są tak

ciężkie, że im sztuka lekarza-dentysty ni lekarza-chirurga podolać nie może.*) Oprócz tych jednakże mniej lub więcej ostrych zapaleń szczęki i zapaleń okołoszczękowych w następstwie próchnicy zębów, które albo samoistnie, bez widocznego ropienia, się wyleczają, albo po kilku, rzadziej kilkunastu dniach w ropienie przechodzą, zachodzi jeszcze *trzecia* forma zapalna okołoszczękowa, aczkolwiek wiele rzadsza, t. j. wiele tygodni, a nawet kilka miesięcy trwający, *twardy naciek zapalny*, niekiedy przyjmujący z początku formę guzowatego nowotworu, niekiedy więcej rozlany, deskowaty,*) który dopiero zwolna, po 5, 6, 8 tygodniach istnienia przechodzi w ropienie; ropienie to nie obejmuje zwykle całego nacieku guzowatego, tylko mniejsze lub większe jego części. Boleśność nacieku tego podostrego lub chronicznego, o którym mówić zamierzamy, jest zwykle nie wielką, dopóki nie zacznie przechodzić w ropienie.

Często i w późniejszych peryodach jest ona nie wielka. Skóra deskowato stwardniała, na podstawie swej nieprzesuwalna, zwykle albo nie jest zaczerwieniona, lub tylko czerwieni się bardzo słabo; tylko na ogniskach ropiejących skóra czerwienieje silniej i często siną barwę przybiera. Gorączka bywa mniejsza lub większa i to zwykle także od stanu ropienia zależy.

*) Porównaj: *Gazeta lekarska* r. 1900. Nr. 37, str. 970, — oraz *Przegląd dentystyczny* r. 1900, Nr. 12, str. 423, Ossowski, *Przypadek złośliwej posoczniczy, pochodzącej z zepsutego zęba*.

U chorego, który przed tygodniem cierpiał na ból prawego zęba trzonowego, nastąpiło posocznicze zapalenie w prawej połowie twarzy i szyi ze szaremi, suchymi, bezropnymi, zgorzeliłowymi przerzutami ponad obojczykami i w przednim śródpiersiu aż do przepony i to już zaraz w bardzo ciężkiej formie, zanim ząb jeszcze był wyrwany. Mimo wyjęcia zęba i przecięcia ropnia twarzowego w szpitalu św. Rocha, zakażenie postępowało gwałtownie dalej i 5-go dnia po przyjęciu do szpitala nastąpiło zejście śmiertelne.

*) „Indurirtes, brethhartes Infiltrat“ autorów niemieckich.

Szczękoscisk znajdujemy zwykle w dość znacznym stopniu, szczególnie w tych przypadkach, gdzie naciek, posuwając się od zębów dolnych mądrości ku dołowi i ku tyłowi, zajmuje okolice nad i pod kątem szczęki dolnej (*angulus mandibulae*). W nacieku tworzą się po kilkotygodniowym lub kilkumiesięcznym istnieniu mniejsze lub większe, jużto oddzielne, już chodnikami podskórnymi połączone ogniska ropne, wreszcie przetoki, nie mające skłonności do samoistnego zagojenia się, ale gojące się dobrze przy odpowiedniej chirurgiczno-dentystycznej kuracyi, t. j. przy równoczesnem usunięciu przyczyny złego, w ustach się znajdującej, oraz przy dostatecznem pootwieraniu, starannem wyłyżeczkowaniu ropni i dostatecznem sączkowaniu tychże gazą jodoformową, wioformową lub inną, albo też sączkami gumowemi, szklanemi i t. d. Przy tem starannie uważać należy, by *dolne krańce ropni i przetok* miały ujścia pootwierane ku dołowi, by nie tworzyły ślepych zaułków, nie mających dostatecznego odpływu. W danym razie trzeba próbną strzykawką, zgłębnikiem lub palcem najniższe zaułki ropne wysledzić i starannie je (w razie potrzeby z pomocą narkozy) pootwierać i sączkować. Nawet i mostek trzeba trepanować, jeżeli naciek zapalno-ropny już za mostek się przesunął i przednie śródpiersie (*mediastinum anticum*) atakować rozpoczyna.

A jakąż bywa najczęściej przyczyna owego naciekowego zapalenia podostrego (*Induratio phlegmonosa subacuta regionis mandibularis vel submaxillaris*)?

Pomijając promienicę szczęki i szyi (*actinomyces*), która także lubi tworzyć powoli powstające, deskowato-twarde nacieki z powolną tendencją do ogniskowego ropienia, bywa według mych spostrzeżeń najczęściej przyczyną tych podszczękowych, twardych, zapalnych, podostrych nacieków *owrzodzenie dziąsła w okolicy zęba mądrości* i to najczę-

ściej dolnego zęba mądrości, już to *połączone z próchnicą tegoż*, już też, i na to szczególnie chciałbym zwrócić uwagę dentystów i chirurgów, bez próchnicy tegoż zęba.

Spostrzegalem nawet to zapalenie w przypadku takim u młodego człowieka, gdzie ząb mądrości jeszcze się nie był przebił przez dziąsło, jeszcze był dziąsłem przykryty i zdrowy, ale dziąsło to w tem miejscu, gdzie się spotykało z rozwiniętym już normalnie górnym zębem mądrości, było wskutek ucisku przez tenże *owrzodziało* i ropnym nalotem pokryte. Z natury rzeczy wynika, że przypadki te najczęściej widzujemy u osób dorastających i młodych, tam, gdzie się zęby mądrości wyrzynają, a wyrzynają się one, t. j. wychodzą z pod dziąseł, jak wiadomo w bardzo różnym wieku, czasami już w 18—19, czasami dopiero bardzo późno, w 24—25 roku życia lub wyjątkowo jeszcze później.

Jak już wspomniałem, wypadki te owego chroniczno-zapalnego twardego nacieku okolic podszczękowych, względnie twarzy i szyi, zdarzają się dość rzadko. Typowe tego rodzaju przypadki, gdzie deskowato twarde nacieki przez wiele tygodni trwał, a powolne ogniskowe zropienie tegoż na kilka, względnie kilkanaście miesięcy się rozciągało, miałem sposobność w mej praktyce spostrzegać 3 razy: raz u dorastającego młodzieńca, raz u dziewczyny 23-letniej, ostatni raz u mężczyzny 38-letniego w początku 1903 roku.*)

We wszystkich trzech wypadkach powodem

*) Formy przejściowe pomiędzy tym, chroniczno-zapalnym naciekiem, a ostrym, zapalno-ropnym naciekiem, szybko, w kilka dni w ropienie przechodzącym, zdarzają się dość często. Te przejściowe formy, trwające dni kilkanaście, zanim przejdą w ropienie, zdarzało mi się obserwować nie tylko przy próchnicy zębów mądrości, ale także przy próchnicy innych zębów, szczególnie trzonowych.

owego przewlekłego zapalnego nacieku okołoszczękowego było owrzodzenie dziąsła w okolicy dolnego zęba mądrości, względnie ponad tym zębem, pokrytym jeszcze częściowo dziąsłem. W dwu przypadkach był ząb mądrości także chory, w jednym przypadku dolny ząb mądrości był jeszcze zdrowy, a tylko pokryty dziąsłem owrzodziałem wskutek ucisku przez górny, także zdrowy ząb mądrości.

W dwu pierwszych przypadkach nie badano pod mikroskopem ropy i ziarniny, otrzymanej przy wyłyżeczkowaniu ognisk ropnych z owych nacieków, jednakże ani wygląd ropy, ani przebieg choroby, nie przedstawiał objawów, znamienych dla promieniocy (*actinomycosis*) twarzy i szyi, którą także w 3 przypadkach miałem sposobność w Toruniu spozstrzegać i przez badanie mikroskopowe stwierdzić.

Oba owe przypadki chronicznego typowego nacieku podszczękowego zgoiły się szczęśliwie, pierwszy po kilkorazowym, drugi po dwukrotnem wyłyżeczkowaniu ognisk ropnych, starannie ku dołowi sączkowanych. Zęby mądrości, które za przyczynę choroby uważałem, także wyjąłem, choć w drugim przypadku dolny ząb mądrości był, jak wspomniałem, zdrowy, a tylko ropiejącem, owrzodziałem dziąsłem pokryty.

Przebieg trzeciego przypadku, w którym dokładne badanie mikroskopowe wyłyżeczkowanej ropy i ziarniny wykonał profesor Dr. Benda w Berlinie, a który w roku 1903 obserwowałem, podaję tu według zapisków dziennika klinicznego więcej szczegółowo.

Administrator majątku ziemskiego F. z H., 38 lat mający, przybył do mnie d. 2 stycznia 1903 r. z obrzmią od kilku tygodni i twardą jak deska, mało bolesną, okolicą podszczekową lewą. Obrzmienie zachodziło aż poza lewy kąt dolnej szczęki ku tyłowi. W tem miejscu było małe ognisko miękkie, chełbocące, podczas gdy cała reszta obrzmiącej oko-

licy podszczękowej była bardzo twarda, lekko zaczerwieniona, ze skórą zupełnie nie przesuwalną. Szczękościsk w umiarkowanym stopniu. Jako przyczynę tego nacieku podszczękowego odkryto owrzodzenie dziąsła w okolicy zęba mądrości dolnego lewego, gdzie jeszcze tkwił korzeń zęba mądrości; koronę tegoż zęba odłamał pacjentowi przed kilku laty cyrulik, który próbował ten ząb wyjąć.

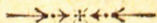
Korzeń zęba mądrości po otwarciu ust rozwiernaczem wyjęto, a miejsce chełbocące w nacieku podszczękowym nacięto, wyskrobano, wytamponowano gazą jodoformową. Ropień nie dochodził w głąb do korzenia zęba, ani nawet do kąta szczęki, znajdował się tylko w infiltrowanej tkance podskórnej. Chory powrócił tegoż dnia do domu, następnie przybywał kilkakrotnie do zmiany opatrunku. Rana goiła się dobrze, ostatnie opatrunki pacjent sam sobie robił i w kilkanaście dni rana była zagojoną, ale twardość okolicy podszczękowej, choć mniejsza, jeszcze pozostała.

D. 20 marca 1903 przybył pacjent znowu do kliniki mej, z naciekiem podszczękowym na nowo powiększonym i z ogniskiem ropnym, położonym nieco wyżej poprzedniej blizny. W celu energiczniejszej kuracji chory pozostał 3 dni w klinice. Ropień przecięto na całej tegoż długości, wyłyczekowano małą ilość ropy i sporą ilość miękkiej ziarniny bardzo starannie i doszczętnie, wycięto spód ropnia nożyczkami i w przypuszczeniu, że skłonność do nawrotów mogłaby pochodzić z zakażenia promienicą, choć podejrzanych grudek w ropie nie zauważono, wykauteryzowano całą jamę ropnia nalewką jodową i wypełniono gazą jodoformową 20%. — Przebieg pooperacyjny był znowu dobry, rana goiła się dość szybko, choć twardość na około rany tylko powoli się zmniejszała.

W wyskrobanej ropie i ziarninie ani pierwszym, ani drugim razem nie znalazł profesor *Dr.*

Benda w Berlinie wyraźnych objawów gruźliczych, promienicznych, lub syfilitycznych, tylko wyniki chronicznego zapalenia oraz obfite gronkowce (*Staphylococcus pyogenes albus*), a oprócz tego podłużne, barwiące się sposobem Gram'a laseczniki, które jednakże ani rozgałęzień, ani kolbek, charakterystycznych dla promienicznych zarazków nie miały. Pleśni ustnej (*leptothrix buccalis*), która czasami także powoduje twarde nacieki podszczękowe z gwałtownym i bardzo niebezpiecznym przebiegiem,*) *Dr. Benda* w przesłanej przezemnie ropy i ziarninie nie znalazł, jak to wyraźnie na zapytanie moje zaznaczył.

W trzy miesiące, mniej więcej, po drugiej operacji, przybył pan F. znowu do mnie, z nowym, małym, powierzchowym ropniem w lewej okolicy podszczękowej. Naciek twardy naokoło tegoż ropnia o wiele już był mniejszy, niż na początku choroby, przed pierwszą operacją. Zajmował on może $\frac{1}{3}$ tej przestrzeni, jaką zajmował w początku stycznia r. 1903. Tym razem pacjent nie zgodził się na nowe przecięcie i postanowił oczekiwać dalszego przebiegu. Według listownie zasiągniętych od niego wiadomości mały ropień, który już cienką tylko skórą był pokryty, gdy go ostatni raz widziałem, pękł wkrótce potem sam. Przetoczka powstała zagoiła się dość szybko, po kilku tygodniach pękła na nowo i wydzielala nieco ropy z krwią; to powtarzało się kilkakrotnie, aż wreszcie w końcu września, więc *w 9 miesięcy po pierwszej operacji* zagoiła się przetoka na dobre i odtąd pozostało tylko małe stwardnienie w miejscu blizny, podczas gdy naciek twardy naokoło, jak pacjent w początku roku 1904 mi doniósł, znikł zupełnie.



*) *Dr. Max v. Arx*. *Leptothrixphlegmone*. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1899, Nr. 6 i 7.

Ambulatoryum dentystyczne U. J. w Krakowie.

(sprawozdanie za rok ubiegły)

napisał Dr. A. Ruczka, asystent zakładu.

W myśl rozporządzenia Jego Ekscelencyi Ministra S.W. i O.D-ra Hartla, dentystyka, jako gałąź wiedzy lekarskiej, weszła w zakres przedmiotów obowiązkowych, wykładanych na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Nadarzyła się chwila, w której można było zrealizować potrzebę wprowadzenia w życie instytucyi, tak bardzo użytecznej dla nauki i ubogich chorych. Dotychczas każdy uboższy pacjent skazany był na utratę zębów, a to wskutek niemożności pozwolenia sobie na zachowawcze leczenie ze względów pieniężnych.

Aż do chwili otwarcia ambulatoryum dentystycznego przy uniw. jagiel. funkcyonowały w Krakowie następujące ambulatorya:

- a) kliniki chirurgicznej
- b) przy szpitalu św. Łazarza (oddział chirurg.)
- c) „ „ garnizonowym dla wojska (oddz. chir.)
- d) „ „ O. O. Bonifratrów.

Z wyjątkiem szpitala Bonifratrów, gdzie pacjentów dentystycznych odprawiał nie lekarz, we wszystkich innych zakładach operacje dentystyczne wykonywali lekarze, asystenci lub sekundaryusze odpowiednich oddziałów. Rozumie się, że nie było mowy o zachowawczem leczeniu zębów, a to wskutek nawału innej pracy i braku odpowiedniego materiału w narzędziach.

W dniu 21 listopada 1903 zostało otwarte ambulatoryum dentystyczne w Rynku Głównym l. 22 II p.

Że tego rodzaju zakład był potrzebny nie tylko dla kształcenia studentów, ale także dla uboższej sfery ludności, świadczy szybki wzrost codziennie

Za wypełnienie cementem za ząb . . .	1 kor.
„ „ amalgamatem „ . . .	2 „
„ „ złotem „ . . .	4-10 „
Za wypełnienie korzenia	4 „
Wypełnienie porcelaną (spos. Jenkins'a za ząb 18 „	

Ze Ambulatoryum dentystyczne było dla pacjentów potrzebne, świadczy o tem liczba tychże do 1 października r. b.

Pacjentów załatwiono ogółem 2530; z tego ekstrakcyi było 2100, około 1000 bez znieczulenia, pozostałe ze znieczuleniem miejscowem. W kilku przypadkach ekstrakcyę podejmowano w narkozie. Plomb założono około 1600, korzeni zaplombowano około 600, replantacyi wykonano 60.

Z opłat, pobieranych od pacjentów, oddano do Kasy Krajowej filialnej 3024 koron.

Aby dać krótki obraz załatwiania pacjentów, przytaczam przykład.

Pacjent zgłasza się po raz pierwszy. Do księgi protokółarnej wpisuje się datę, liczbę porządkową, imię i nazwisko, rodzaj zajęcia, wiek i dokładny adres pacyenta. Następnie pacjent przechodzi do badania.

Przypuścemy, że ma jeden ząb do wyjęcia w znieczuleniu miejscowem a drugi do plombowania.

Po dokonaniu ekstrakcyi, pacjent odchodzi do płukalni, w tym celu umyślnie sporządzonej.

Następnie wpisuje się do księgi kwitaryuszowej jego liczbę protokółarną, datę, imię i nazwisko oraz kwotę, jaką złożył. Kwity opatrzone są podpisami profesora lub asystenta, a kontrakwity pozostają w kwitaryuszu.

Co kwartał do kasy filialnej krajowej oddaje się sumę, która przez czas ubiegły wpłynęła.

W księdze protokółarnej zaznacza się dokładnie ząb wyrwany, oraz umieszcza odpowiednią uwagę (krótki opis zachowania się pacyenta podczas ope-

racyi, ilość zużytego rozczyynu znieczulającego, komplikacye jakie się zdarzyły i t. d.

Każdemu pacjentowi wydaje się następnie kartę, zaopatrzoną liczbą porządkową, na której uwidoczniona jest zarazem godzina w której się pacjent do plombowania ma zgłosić.

Ilość słuchaczy w kursie bieżącym wynosi 35. Oprócz tego kształcą się lekarze, obierający dentystrykę za swoją specjalność. Ruch chorych wzmacnia się z dniem każdym, wykazując, że nowa instytucya jest nie tylko naukową, ale i humanitarną.

Wzorowo urządzona pracownia techniczno-dentystyczna daje możność kształcenia techników we wszystkich kierunkach i sposobach robót kauczukowych i metalowych. Pacjentów przyjmuje kierownik oddziału technicznego, p. Edward Jachimowicz, pod którego okiem kształcą się adepci techniki. Codziennie prof. Dr. Łepkowski kontroluje postęp nauki i oddawane pacjentom roboty techniczne. Opłaty, wnoszone przez pacjentów za roboty techniczne, są niskie i pokrywają zaledwie koszty lokalu i urządzenia. Kurs techniki dentystycznej dla nie lekarzy, t. j. dla przyszłych techników dentystycznych, trwa lat cztery. Opłata roczna wynosi 200 kor. Kurs obejmuje roboty kauczukowe we wszystkich rodzajach, roboty metalowe, płytowe i bezpłytowe, jakoto wszelkie rodzaje mostków, koron i t. p. Dalej roboty emaliowe i sporządzanie plomb porcelanowych.



IV zjazd Towarzystwa dentystów czeskich w Pradze.*)

(24, 25 i 26 września r. 1904).

Zjazd, jak zwykle, rozpoczął się nadzwyczajnym posiedzeniem Towarzystwa w restauracyi „u Pin-kasou“ w sobotę wieczorem. Na zebraniu tem zazna-jamiają się przybyli na zjazd uczestnicy i roztrzą-sane bywają różne sprawy zawodowe. Na zjeździe obecnym na porządku dziennym było kilka spraw z których ogólniejsze znaczenie mają: *sprawa techni-ków dentystycznych, leczenie biednych i młodzieży szkolnej, wreszcie sprawa taksy minimalnej.*

Co do pierwszego, to ponieważ nie tylko szer-sza publiczność, ale nawet i sami lekarze nie znają odnośnych praw i przepisów, odczytano najpierw rzecz o rozwoju i o obecnym stanie prawodawstwa, regulującego zawodowe wykonywanie techniki den-tystycznej w Austrii.

Do roku 1890 technika dentystyczna uważaną była za istotną część dentystyki (rozporządzenia mi-nist. z r. 1864, 1866, 1887 i inne).

W roku 1892, dnia 20 marca, wyszło rozporzą-dzenie ministeryum handlu w porozumieniu z mi-nist. spraw wewnętrznych za Nr. 55, które zalicza techników dentystycznych do rzemieślników kon-cesyjonowanych. Wyrok sądu administracyjnego z dnia 6 maja 1896 r. Nr. 2780 przyznał ministerstwu prawo do wydania takiego rozporządzenia. Według tego wyroku w zakres techniki dentystycznej, jako rzemiosła, wchodzi mechaniczne przygotowanie zę-bów sztucznych i dostawek dla ust i ich części. Te-

*) Według sprawozdania D-ra Chladka w „Zub. Lekarstwi“.

chnik ma prawo sam zdejmować wyciski i obsadzać zęby w zupełnie zdrowych ustach, ale zabrania mu się wszelkich rękoczynów w j. ustnej, niezupełnie zdrowej, jakoteż i w zupełnie zdrowej, ale dążących do jakichkolwiek zmian w stanie j. ustnej, t. j. obcinania koron lub korzeni, piłowania, czyszczenia i plombowania zębów, zdejmowania kamienia.

Od roku 1892 datuje się walka pomiędzy lekarzami, którzy domagają się tego, żeby technika dentystyczna była uznana za część medycyny zębowej, a technikami, którzy na zasadzie ustawy rzemieślniczej chcą rozszerzyć swą koncesyę przez to, żeby odwołano cytowane wyżej ograniczenie ich rzemiosła przez rozporządzenie z r. 1892. Według tego rozporządzenia wolno technikowi brać wycisk i obsadzać zęby sztuczne tylko w zupełnie zdrowych ustach. Każdy dentysta musi to przyznać, że tylko w bardzo rzadkich przypadkach można obsadzić zęby sztuczne bez poprzedniego przygotowania j. ustnej, zwłaszcza zaś zębów i korzeni.

Musi tedy technik, jeżeli chce istnieć, w każdej chwili przekraczać zakreślone mu w koncesyi granice; wskutek tego domagają się technicy, żeby im pozwolono wykonywać pewne rękoczyny operacyjne. Gdyby pozwolono im na to, stanęliby na równi z lekarzami. W tem spoczywa przyczyna walki między technikami i lekarzami. Nieznajomość odpowiednich ustaw ze strony urzędów, społeczeństwa, a nawet i lekarzy, prowadzi do coraz większego zamieszania; wyrazem największego pomieszania pojęć w tej dziedzinie jest orzeczenie sądu administracyjnego z 8 paźdz. 1901 roku za Nr. 6977, według którego lekarze zębów upoważnieni są do wykonywania techniki dentystycznej w pewnych przypadkach tylko o tyle, o ile wykażą się posiadaniem świadectwa rzemieślniczego. Na skutek tego orzeczenia zaczęły się odbywać pomiędzy technikami dentystycznymi głośy, że lekarze nie mają prawa zajmować się

techniką dentystyczną tylko na zasadzie dyplomu lekarskiego, że przygotowanie zębów sztucznych należy wyłącznie do techników. Na skutek nowego orzeczenia trybunału administracyjnego z roku 1904 władza zmuszona była wydać dwa nowe rozporządzenia (12 i 17 lutego).

Pierwsze z tych rozporządzeń orzeka, że technika dentystyczna jest rzemiosłem koncesyonowanym zawsze, gdy tymczasem rozporządzenie z r. 1892 uważało technikę dent. za rzemiosło tylko wtedy, gdy była wykonywaną nie łącznie z lecnictwem dentystycznym. Według rozporządzenia z r. 1892 lekarze zębów mogli zajmować się techniką bez koncesyi.

Drugie rozporządzenie uznaje, że sztuczne zastępowanie zębów jest istotną częścią medycyny zębowej i że lekarz ma prawo robić sztuczne zęby dla swych pacjentów. Gdyby jednakże lekarz praktykował jako technik, bez wykonywania lekarskiej części swego zawodu, np. gdyby robił zęby sztuczne na obstalunek, dla cudzych pacjentów, to należy go uważać za rzemieślnika, podlegającego ustawom rzemieślniczym.

O sprawie drugiej, mianowicie „*O leczeniu biednych („chudiny“) specjalnie zaś biednej młodzieży szkolnej*“ referował *Dr. Chladek*.

Referent wskazał najpierw na to, że sprawa ta stała się palącą z chwilą, gdy po długim odkładaniu doszła do skutecznienia instytucja lekarzy szkolnych w Pradze. Lekarze ci, obok licznych innych obowiązków, mają też oglądać zęby dzieci szkolnych. Tak głoszą wydane im instrukcje. Ponieważ jednak porządne zbadanie i dokładne zapisanie stanu zębów wszystkich dzieci zajmowałoby zbyt wiele czasu, to, wobec niskich pensyi tych lekarzy, nie można oczekiwać, aby to było robione. Ale nawet gdyby lekarze szkolni tego dokonali, to dla dzieci nie będzie z tego żadnego pożytku.

Inna rzecz z chorobami innemi (ocznemi, usznemi, zakaźnemi). Tu lekarz trafnem rozpoznaniem albo wczesnem wyłączeniem dziecka z posród towarzyszy może dużo dzieciom pomódz. Co do chorób zębów, to jeżeli się ma z niemi walczyć, to trzeba przystąpić do racjonalnego leczenia ich właśnie u młodzieży szkolnej. W wieku szkolnym zęby znajdują się w najważniejszej dobie swego rozwoju. Zaburzenia i choroby, pozyskane w tym wieku, mają znacznie dużo większe, niż w wieku późniejszym. Wszystko to, jakoteż ważność leczenia zębów ludzi biednych wogóle, było wyłożone w specjalnym artykule w *Zub. Lekarstwi*. Odbitki tego artykułu rozdano uczestnikom zjazdu i postanowiono rozesłać je również radnym miasta Pragi i wszystkim lekarzom miejskim. Zarząd Spółku *Zub. Lekarów* i prascy członkowie projektują, żeby lekarze prowincjonalni rozpoczęli w swych miejscach zamieszkania taką samą agitację, jaka rozpoczyna się w Pradze.

Następnie referatem *D-ra Havlina* rozpoczęły się rozprawy o *minimalnej* taksie. Chodzi o to, czy można ustanowić dla biednych, kas chorych, instytucji humanitarnych i t. p. *taksy subminimalne*, t. j. niższe od obowiązujących w praktyce prywatnej. Z dyskusyi okazało się, że ustanowienie takiej taksy jest bardzo trudne. Prof. Nessel zakończył tę dyskusyę wnioskiem, że o biednych powinna troszczyć się gmina i że z tego właśnie powodu są lekarze gminni i okręgowi, którzy opłacani są rocznie. Skoro jaka gmina będzie chciała leczyć zęby swych biednych, to nie będzie się pytać lekarzy o ich taksy, a ogłosi konkurs, do którego wolno stanąć lub nie. Co do kas chorych, to radzi prof. Nessel tymczasem zawierać na pierwszy rok układ prowizoryczny, a potem, stosownie do zebranego doświadczenia, zawierać umowy za wynagrodzenie roczne.

W końcu posiedzenia Dr. Chladek zdawał spra-

wę z wydawnictwa czasopisma „Zubni Lekarstwi“ po czem posiedzenie urzędowe zamknięto już po północy. Wielu uczestników pozostało jeszcze w lokalu, tworząc małe kółka i rozprawiając o taksie i przebiegu całego posiedzenia.

Przystępując do sprawozdania z pierwszego dnia zjazdu Dr. Chladek najpierw poświęca kilka słów organizacyi zjazdów, następnie stwierdza stały ich rozwój. Co do organizacyi zjazdu, to organizatorzy, układając program zjazdu, mają przedewszystkiem na widoku potrzeby lekarzy prowincjonalnych. W Austrii, jak wiadomo, niema dentystów. Jest więc w Czechach i na Morawach wielu lekarzy na prowincyi, którzy zajmują się nie tylko dentystyką, ale i innymi działami medycyny. Lekarze tacy nie mogą, rzecz oczywista, śledzić za literaturą specjalną. Chodzi więc o to, żeby przedstawić na zjazdach postęp nauki i sztuki dentystycznej w pokazach praktycznych i w takich referatach teoretycznych, któreby w sposób jasny i treściwy przedstawiały takie kwestye sporne, których poznanie gruntowne wymaga rozległych studyów literackich, niemożliwych i niedostępnych nieraz dla praktyka prowincjonalnego. Że zjazdy czeskie dobrze się rozwijają w tym właśnie kierunku świadczy, zdaniem D-ra Chladka, liczny udział w nich lekarzy prowincjonalnych. W roku bieżącym przyjęło udział w zjeździe 69 uczestników, t. j. prawie trzecia część ogółu czeskich dentystów, a ilość uczestników prowincjonalnych równała się ilości prażan.

Następnie stwierdza Dr. Chladek z zadowoleniem poufałość i harmonię, panującą na zjeździe, a które miały swój wyraz w tem, że demonstratorom i referentom zadawano ze strony uczestników bardzo dużo zapytań. Zapytania te dowodzą, że uczestnicy zjazdu przysłuchują się pilnie rozprawom, że czują się na zjeździe dobrze, że się nie kępują, że widzą jeden w drugim nie zawistnych konkurentów,

a życzliwych kolegów. Z drugiej strony zapytania są bardzo pożyteczne, ponieważ zwracają uwagę referenta na te strony danej kwestyi, których on poruszyć zapomniał. Sprawozdawca wyraża nadzieję, że na przyszłych zjazdach, wobec coraz większego zbliżenia się uczestników, zniknie wszelki chłód pomiędzy nimi i zapytania będą jeszcze liczniejsze.

Chociaż zebranie przedwstępnie trwało do późnej nocy, już przed 8 rano napełniło się uczestnikami ambulatoryum dentystyczne uniwersytetu. O g. 8¹/₂ zagaił posiedzenie krótką przemową Prof. Nessel i wezwał uczestników do rozdzielenia się na grupy w celu przyglądania się demonstracyom.

I. Prof. Nessel demonstrował.

1. *Dostawkę z zębów, wyjętych z powodu ropotoku zębodołowego.*

Pacyenci często sobie życzą, żeby do sporządzenia dostawki użyć ich własnych zębów, wyjętych z powodu ropotoku; ponieważ zęby te wyglądają powierzchu zdrowo, a „zęby cudze“ wywołują obrzydzenie. Stosując się do życzenia pacyentów, pan profesor w kilku przypadkach użył na dostawkę ich własne zęby. Zębów ludzkich nie można ani wulkanizować, ani lutować, bo by się pokruszyły; trzeba je przymocowywać do protezy za pomocą złotych sztyftów. W koronie zęba, odpowiednio przyszlifowanego, wierci się kanał dla sztyfta, który drugim końcem wkłada się do szablonu woskowego i przymiera się w ustach. Jeżeli jest dobrze, zdejmuje się zęby ze sztyftów, wulkanizuje w sposób zwykły, a zęby obsadza się potem na sztyftach na cement.

2. *Wulkanizowanie kauczuku.* Pan profesor powtórzył swe demonstracye z roku zeszłego (ob. „Przegl. Dent.“ rocznik 6 str. 285).

3. *Drobiazgi z dziedziny techniki dentystycznej.* Pokazano niektóre aparaty, mianowicie walce do blachy, drutownice, aparat Morissona i inne.

II. Dr. K. Wachsmann demonstrował *technikę złotą*

plomby, zatem wszystkie szczegóły przygotowania ubytku, kondensacyi złota, wykończania i polerowania plomby, co z natury rzeczy nie nadaje się do streszczenia.

III. Dr. R. Faustus demonstrował:

1. *Narkozę gazem rozweselającym sposobem Hewitta.* Sposób ten polega na tem, że pacjent wdycha gaz rozweselający, zmieszany z tlenem; jest to najmniej niebezpieczny ze wszystkich sposobów usypiania. Do sposobu Hewitta, jak do każdego usypiania gazem rozweselającym, niezbędny jest odpowiedni aparat. Prelegent pokazał aparat bardzo prosty, składający się z gumowego balonu, do którego wpuszcza się potrzebne ilości gazów ze stalowych zbiorników, z których jeden zawierał komprymowany tlenek azotu, drugi tlen. Kurek, regulujący dopływ do balonu obu gazów, porusza się nogą, co jest bardzo dogodnie, ponieważ pozostawia obie ręce wolne. Gazy mogą być mieszane w stosunku 1:1 do 1:10. Można też dawać do wdychania i każdy gaz czysty, ale w takim razie trzeba mieć dwa balony, jeden na tlenek azotu, drugi na tlen. Narkozę aparatem Hewitta osiąga się najmniejszą ilością gazu, co nie jest bez znaczenia, ponieważ tlenek azotu jest bardzo drogi. Narkoza występuje w ciągu 2—3 minut, a trwa 1 minutę. Przy sposobie Hewitte'a, jak przy każdym innym (z tlenkiem azotu), występuje silna sinica (cyanoza) twarzy.

Kilka narkoz, demonstrowanych przez D-ra F. poszło bardzo gładko.

Oprócz aparatu Hewitte'a, demonstrował Dr. F. *cement Aschera* i *zastosowanie krążków gumowych zamiast ślinochronu.* Krążki te robi sobie Dr. F. z rurek gumowych, jakich chirurgowie używają do sączkowania ran. Krążki te spełniają dwa zadania: 1) ochraniają ząb od dostępu śliny, 2) oddalają zęby jeden od drugiego. Stosownie do zamierzonego celu, krążki należy stosować w sposób rozmaity. Raz

wystarczy poprostu wsunąć krążek na ząb, który chcemy plombować, drugi raz trzeba je przeciągnąć przez dwa i więcej zębów, a czasem trzeba zastosować dwa krążki, któreby zęby odciagały od siebie. Za pomocą tych krążków doskonale odpycha się dziąsło i bez wszelkiego krwawienia, a dziąsło z pod tych krążków nie może wyłazić, jak z pod ślinochronu. Ma się rozumieć, krążki muszą być różnej wielkości i grubości.

IV. Dr. J. Mezl demonstrował *znieczulenie eukainą i narkozę brometylem i chloretylem (kelenem)*. Do ostatnich dwu stosuje Dr. M. maskę własnego pomysłu. Maską tą składa się z dwu części, albo raczej z dwu masek, dających się łatwo rozłączyć albo włożyć jedną w drugą. Mniejsza, wewnętrzna maska, jest to zwyczajna Esmarchowa maska do chloroformu. Na tę maskę kładzie się drugą, której druciana siatka przylega szczelnie *do obwodu* maski pierwszej, a *na wypukłości* odstaje od niej m. w. na 4 cm. Tę drugą maskę obciaga się koferdamem w ten sposób, że koferdam wystaje wszędzie nad brzeg maski wewnętrznej na 2 cm. Wolny ten rąbek nie dopuszcza pod maskę podczas wdechu otaczającego powietrza, a pozwala swobodnie uchodzić wydychanemu. W najwyższym punkcie maski koferdamowej jest otwór wielkości grosza. Przez otwór ten dolewa się kelenu na maskę spodnią. Po dolaniu kelenu otwór zakrywa się palcem, kawałkiem mokrego papieru lub koferdamu.

Brometyl i chloretyl, jeżeli są dobrze stosowane, dają narkozę bez nieprzyjemnych subiektywnych (ból głowy, omdlenie, ospałość, zmęczenie) i obiektywnych (mdłości, wymioty, duszność, białkomocz) objawów. Alkoholicy usypiają się temi środkami dość trudno. *Kélène* (t. j. czysty chloretyl) jest według D-ra. Mezla przyjemniejszy, zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta; dla lekarza dlatego, że zawsze można dodać go przez zastrzyknięcie przez otwór w ma-

sce, dla chorego dla tego, że nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów (brometyl wywołuje uczucie duszności przed nastąpieniem narkozy). Podczas narkozy chloretylowej chory wszystko słyszy, trzeba więc, żeby panował zupełny spokój. Narkoza występuje nieco prędzej, niż przy brometylu.

Kiedy występuje analgezya (t. j. znieczulenie) poznać można po skurczach pewnych grup mięśniowych, co się najlepiej wyczuwa na ręce. Narkoza trwa 1—1½ minuty, można ją przedłużyć ponownem dostrzyknięciem pod koferdam kelenu.

Narkozy, wykonane na zjeździe, wywołały w widzach entuzjazm i zdumienie, zwłaszcza nad tem, że tak prędko występowała narkoza; w trzy minuty pacyenci byli załatwieni i wnet mogli odejść, będąc w zupełnie przyjemnym nastroju.

V. **Dr. Mraczek** z Kromierzyża demonstrował 1) swoją *nową plombę metalową*, jej opracowanie i znaczenie dla dentystyki.

Plombę swoją zestawił Dr. M. już 5 lat temu i widzi w niej następujące zalety: nie kurczy się ona, nie zmienia barwy, ma wszędzie jednakową miąższość i skład jednakowy, nie zmienia się w ustach, nie barwi zębów, nie zawiera składników szkodziwych, mianowicie rtęci, miedzi, ołowiu, przylega dobrze do ścian ubytku, opracowuje się prędzej, niż amalgamat i odpadki jej dają się zużytkować, nie więc nie ginie, dalej daje się zastosować ta plomba zarówno do wypełnień tymczasowych, jak i stałych, do plombowania korzeni i na sztuczne korony, na podkładki pod plomby złote i do obsadzania zębów sztytowych. Zakłada się tę plombę w sposób następujący: kawałek jej ogrzewa się nad małym płomieniem spirytusowym dopóty, dopóki nie zmięknie, po czem upychadłem lub palcem wnosi się ją do ubytku i ogrzanym narzędziem przytłacza się ją do dna i ścian. Skoro ubytek jest już wypełniony, to wygładza się plombę ogrzaną łopatką. Chcąc doło-

żyć nową porcyę, trzeba rozmięczyć ogrzanym instrumentem poprzednio założone części, bo inaczej się nie złączy. Lepkość plomby jest tak wielka, że jeżeli np. kawałek upadnie na szkło, to trudno jest go zdjąć, w ustach jednak nie parzy, bo stygnie prędko w zetknięciu ze śliną. Można ją zakładać do ubytków wilgotnych, trzeba jednak w tym przypadku nagrzewać cokolwiek silniej.

Wadą plomby jest to, że nie ma ona barwy zęba, można jednak temu zaradzić przez pokrywanie plomby złotem (ostatnie wtlacza się w ogrzaną plombę lub świdruje się w niej zaczepki).

Demonstracya D-ra Mraczka wywołała żywe rozprawę. Wypowiedziano wątpliwości co do zalet plomby, zwłaszcza co do jej trwałości. Składu swej plomby mówca nie podał. Postanowiono robić z tą plombą próby.

VI. Dr. Szolin. 1) *Drogię metale w dentystyce.* Mówca gorąco zachęca kolegów, aby więcej używali w technice drogich metali, zwłaszcza złota, niż się to dotychczas dzieje i wysławia wyższość tak zw. techniki złotej nad kauczukową. Po pierwsze technika złota wymaga przedwstępnych operacyi w ustach, niedostępna więc jest dla techników, nie tak, jak kauczukowa, która rzadko kiedy wymaga operacyjnego przygotowania. Zachowawcze leczenie zębów prowadzi wprost ku technice złotej, ponieważ zwiększa popyt na zęby sztyftowe i złote korony. Nie ulega wątpliwości, że nawet niezamożny pacjent chętnie poniesie większy wydatek na sztyftowy ząb, żeby tylko uniknąć nieprzyjemnej placki kauczukowej.

Następnie przestrzega mówca słuchaczy, ażeby nie używali złota lichej próby lub tanich stopów, ponieważ te źle trzymają się w ustach, a wymagają pracy nie mniejszej, niż robota na dobrem złocie.

Technika złota wdzięczniejsza jest nie tylko przez swoją trwałość, ale także i dla tego, że jest

czystsza od kauczukowej, dalej jeszcze i dla tego, że nie wymaga żadnych drogiej urządzeń. Na złocie można pracować nadzwyczaj prostymi narzędziami. Czasy dzisiaj są ciężkie; dentystom podrywa wciąż zarobek mnożące się coraz więcej fuszerstwo. Ten tylko może dobrze zarabiać, kto więcej umie. O technikę kauczukową toczy się walka z technikami, jeżeli lekarze nie wezmą się poważnie do techniki złotej, to i ta może się im wymknąć.

Po tym wstępie przystąpił mówca do swego tematu, który właściwie był krótkim wykładem metalurgii dentystycznej. Wykład ten, poparty nadzwyczaj licznymi demonstracyami, trwał 3 $\frac{1}{2}$ godzin, był bardzo zajmujący i nadzwyczaj uważnie słuchany.

2) *Demonstracje złotych koron.*

Mówca do tego stopnia uprościł sposób wyrobienia koron, że oprócz łatwotopliwego metalu Stafford, młotka i maldyny, nie więcej nie potrzebuje; nawet polerować koronę można bez szczotki maszynowej, co mówca uskutecznia w oczach widzów za pomocą dwu ręcznych, podługowatych szczotek.

Na korony zaleca mówca złoto monetowe, (z dukatów, marek), które zawiera 21,6 części czystego złota na 24 masy ogólnej. Blacha na korony powinna mieć 0,30 mm. grubości.

3) *Demonstracje zębów sztyftowych.* Podstawę zęba sztyftowego robi Dr. F. ze złota dukatowego; sztyft ze złota 18-sto karatowego (stopionego ze srebrem) lub ze złota niklowego, w którym miejsce srebra zajmuje nikiel. Blaszkę, pokrywającą korzeń, Dr. F. wygina tak, żeby formowała na korzeniu rodzaj czapki. Tem zabezpiecza się korzeń od psucia również dobrze, jak za pomocą korony Ríchmonda (z pierścieniem), a oszczędza się dużo czasu.

II dzień zjazdu.

I. **Doc. Dr. Jesensky.** *Krótki rys anatomii porównawczej uzębienia ssaków.*

Rzecz ta do streszczenia się nie nadaje.

II. Dr. A. Tomasek. *Sztuczna emalia Aschera.*

Autor jest zdania, że emalia sztuczna Aschera zbliża się najwięcej do idealnej plomby. Wygląd ma doskonały, zakłada się łatwo, nie można jednak jeszcze nic powiedzieć o jej trwałości. Z prób *in vitro* (w stężonych kwasach lub ługach) sądzić nie można. Ponieważ plomba ta jest tania i obrabia się jak zwykłe cementy, to każdy może się łatwo osobiście o zaletach jej przekonać.

III. Dr. Vostrčil. *O dentyklach.*

W praktyce najczęściej mamy do czynienia z dentyklami w przypadkach zapaleń miazgi w zębach, dotkniętych próchnicą chroniczną. Założenie arszeniku często tu bólu nie usuwa, nawet raz i drugi powtórzone; czasami nawet za pomocą sondy nie można znaleźć miazgi, a wyczuwa się tylko dentykel jako ciało twarde, które wypełnia całą komorę miazgową. Jeżeli zębiniak (dentykel) nie wypełnia całkowicie komory miazgowej, to nieostrożne jego potrącenie wywołuje wielki ból. Chcąc taki zębiniak wydaleć, trzeba go naokoło obświdrować ostrym świ-derkiem, najlepiej t. zw. szczelinowcem (fissurbo-rem); trzeba się przy tem wystrzegać ucisku na zębiniak, bo to jest bardzo bolesne. Dentykle (zębiniaki wewnętrzne) zdarzają się też w zębach zupełnie zdrowych, próchnicą nie dotkniętych.

Rozpoznanie w tych przypadkach jest nadzwyczaj trudne, gdyż chory odczuwa gwałtowne bóle, przypominające nerwoból drugiej lub trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, a nie umie dokładnie wskazać zęba, z którego te bóle wychodzą. Czasem słabą wskazówką jest zapalenie miazgi w zębie, w którym znajduje się zębiniak. Wskutek tego zapalenia często niemożliwym jest wyświdrowanie zęba do miazgi, aby założyć arszenik. Najczęściej leczą się zębiniaki za pomocą ekstrakcyi. Wyjąć trzeba czasem nie jeden, lecz kilka zębów, nim się znajdzie

winowając. Dobrze jest w przypadkach takich wyrwany ząb rozłupać, żeby stwierdzić obecność zębiniaka.

Zakończą mowa rzecz swą opisaniem dwu przypadków zębiniaków z własnej praktyki.

IV. Prof. Nessel. Na co mają zwracać uwagę lekarze szkolni, badając zęby młodzieży szkolnej.

Mówca wyłożył szczegółowo zasady, któremi należy się rządzić przy leczeniu zębów dzieci, zwłaszcza zębów mlecznych i omówił obszernie skutki zbyt wczesnego wyjmowania zębów mlecznych i pierwszych stałych trzonowych, jakoteż skutki usuwania ostatnich tylko po jednej stronie.

W czasie szkolnym zęby znajdują się w najważniejszej fazie swego rozwoju, a ponieważ to się powszechnie ignoruje, to szkolni lekarze powinni zwracać na zęby szczególną uwagę. Oprócz zaburzeń, połączonych ze zmianą zębów, w wieku szkolnym będzie miał lekarz do czynienia z próchnicą w różnych stadiach rozwoju. Próchnica nie przechodzi z zębów mlecznych na stałe, ale poraża zawsze najsilniej tę grupę zębów, która u danego dziecka jest najmłodsza; dlatego to stałe zęby, zwłaszcza pierwsze trzonowe, są tak często najwięcej spróchniałe. Próchnica nie jest tylko chorobą zębów, gdyż jest ona skutkiem ogólnego usposobienia organizmu.

Pierwsze molary należy leczyć symetrycznie w danej szczęce (t. j. oba wyjąć, lub oba plombować), ponieważ jednostronna ekstrakcja ma zły wpływ na symetryę twarzy. Drugie molary mleczne, względnie ich resztki, należy zachowywać dopóty, dopóki nie wyrosnie pierwszy stały trzonowiec; jeżeli drugi mleczny molar wyrwać wcześniej, to stały trzonowiec wchodzi na jego miejsce, przez co skraca się szczęka, a zęby, wykluwające się później, ustawiają się nieprawidłowo. Wogóle rwanie zębów mlecznych jest szkodliwe, ponieważ blizna po nich zawsze powoduje pewne skrócenie łuku zębołowego.

V. Dr. Wachsmann K. *Prace mostkowe pod względem poprawy artykulacji.* Mówca pokazał na modelach, w jaki sposób podwyższył w trzech wypadkach zgryz za pomocą mostków.

VI. Dr. Chladek. *Nieprawidłowości w ustawieniu zębów i stosunek ich do kości szczęk. Orthodontia.*

Odczyty prof. Nessla, D-rów Wachsmanna i Chladka, będziemy mogli podać czytelnikom w obszerniejszem streszczeniu, lub nawet *in extenso*, nie będziemy więc na razie pisać o nich więcej.

VII. Dr. Mezl. *Dezynfekcja przewodów korzeniowych.* Sprawa ta miała być przedmiotem pokazów praktycznych, ponieważ jednak zamówieni pacjenci się nie stawili, musiał się mówca ograniczyć do wywodu teoretycznego.

Zdaniem mówcy dezynfekcja kanałów korzeniowych robi się zwykle zbyt szablonowo, bez należytego zwrócenia uwagi na stan miazgi, korzeni i okostnej. W praktyce należy rozróżniać stany następujące:

1. zgorzel miazgi bez bólu w czasie leczenia
2. " " z rozpoczynającym się zapaleniem ozębnej.
3. " " z ropnem zapaleniem ozębnej.
4. " " z przewlekłym " "
5. " " na skutek urazu zęba.

1) Przy zgorzeli bezbolesnej należy dobrze świderkiem wyczyścić komorę miazgową, *bez wywierania jednak najmniejszego ucisku na treść kanału korzeniowego.* Kanały czyścić można różnymi środkami, np. ciepłą wodą, słabymi lub mocnymi roztworami przeciwnilnymi, kwasem siarczanym 50% (według Callahana), wodą królewską i t. d. *Nie chodzi o to, czem się czyści, a o to jak i jak długo.* Czyszcząc kanał, trzeba zawsze pamiętać o tem, żeby nie wywierać żadnego ucisku na treść kanału. Iglę należy wprowadzać tylko tak głęboko, jak głę-

boko rozpuszczony jest rozpad, zawarty w kanale. Do wierzchołka korzenia należy dążyć powolnie etapami. Igły powinny być zupełnie gładkie, najlepiej Millerowskie, Donaldsonowskie są mniej dobre. Watę trzeba nawijać cienko, tylko po kilka włókienek, żeby nie zrobić z igły tłka.

Z początku najlepiej pracować igłą gładką bez waty. Zamiast igły można też użyć włosa z końskiej grzywy lub ogona. Włos bezpieczniejszy, bo włosem nie można wyrzeć żadnego ucisku. Czysta trzeba tak długo, dopóki kanał nie będzie zupełnie czysty. Używając do czyszczenia kwasów, należy je prędko neutralizować, żeby nie przeniknęły przez *for. apicale* i nie rozjadły tegoż.

Do zubożenia kwasów można używać mocnego roztworu sody, lub lepiej nadtlenu sodu w proszku (*natrium superoxydatum*). Potem trzeba kanał przetrząsnąć wodą, wysuszyć, kilka razy przetrzeć absolutnym alkoholem, wysuszyć znowu, przedzynieć kwasem karbolowym (80 karbolu, po 10 spirytusu i gliceryny) i bez ponownego wysuszenia wypełnić pastą antyseptyczną. Kanał nigdy nie powinien pozostawać pod plombą próżny, bez wypełnienia. Z past przeciwgnilnych najlepsze są takie, które zawierają antyseptyki, ułatwiające się pomału, a które działają przeciwgnilnie też i w kształcie pary lub gazu, np. formol, tymol, paramonochlorfenol. Na pastę kładzie się odrazu plombę.

2. Zgorzel miazgi z rozpoczynającym się zapaleniem okostnej.

Jeżeli miazga nie uległa jeszcze rozpadowi, to należy wyjąć ją w całości, ale igły nie należy w tym celu pakować aż po sam otwór szczytowy. Jeżeli miazga jest już w stanie rozpadu, to trzeba ten rozpad pomału i ostrożnie powyjmować; kwas siarczany i woda królewska oddają tu cenne usługi. Po zubożeniu ostatnich należy dobrze wymyć kanał alkoholem. Dalej należy pc-

stępować tak, jak wskazano pod punktem poprzednim. Plombować na stałe można jednak dopiero po ustaniu bólu, t. j. najwcześniej za pół dnia.

3. *Zgorzel z ropnem zapaleniem okostnej.*

Oprócz radykalnego oczyszczenia kanału należy, jeżeli można, przeniknąć igłą nad korzeń, aby wypuścić ropę, która się tam wytworzyła.

Dopóki wydziela się ropa, nie można kanału opatrywać karbolem, ponieważ karbol ścina białko, mógłby się więc ponownie zamknąć otwór szczytowy. Dobry jest w tych przypadkach nadtlenek wodoru (Perhydrol Mercka). Dopóki ropa się wydziela, przemywa się kanał absolutnym alkoholem. Gdy wydzieliną ropna zniknie i niema żadnych objawów subiektywnych, wtedy można plombować definitywnie.

4. *Zgorzel z chronicznem zapaleniem okostnej.*

Do leczenia nadają się zwłaszcza te przypadki, gdzie doszło do przetoki. Tu nie trzeba się obawiać, żeby woda królewska lub kwas siarczany nie przeszedł przez otwór szczytowy. Po rozszerzeniu (kwasem) kanału i zubożeniu nadmiaru kwasu, dobrze jest przestrzyknąć przetokę 2—3% kwasem karbolowym. Przestrzykujemy tak długo, dopóki nie pójdzie przez tistulę zupełnie czysty roztwór. Igłę strzykawki trzeba zawsze prawie owinąć watą lub otoczyć gutaperką, gdyż inaczej woda nie idzie w przetokę, a wycieka na zewnątrz. Zwykle po jednym przestrzyknięciu przetoka się goi; jeżeli nie, to należy przestrzykiwanie powtórzyć.

5. *Zgorzel miazgi z powodu urazu zęba.*

Rozpoznanie nie jest tu trudne, bo ząb zwykle ma barwę zmienioną, traci przezroczystość, dalej pomaga do rozpoznania anamneza.

Leczenie polega przedewszystkiem na otwarciu komory miazgowej i wydaleniu zgniłej miazgi. Na drugi dzień oczyszcza się kanał korzeniowy, zakłada watę z karbolem i plombuje tymczasowo. Jeżeli

w ciągu kilku dni następnych niema podrażnienia ozębnej, to zakładamy stałą plombę.

W dyskusyi *Dr. K. Wachsman* zaznacza, że ucisk na gnijący rozpad miazgi w kanale może zupełnie zniszczyć cały skutek czyszczenia, radzi więc czyścić ostrożnie i tylko igłą gładką. Do dolnych zębów można wnosić karbol i za pomocą szczypek, nie jest jednak dobrze, jeżeli za dużo karbolu wchodzi do kanału, bo wtedy nie może wychodzić z kanału powietrze i karbol nie przenika do samego wierzchołka korzenia. Koński włos szczególnie się nadaje do wprowadzania karbolu do kanałów wskutek swej cienkości i elastyczności.

VIII. Dr. Chladek. O anestezji w dentyście.

Praca ta ma wyjść w druku w całości, zreferujemy więc ją, gdy to się stanie.

* * *

Po ukończeniu rozpraw żądali głosu doktorzy Mezl i K. Wachsman. Pierwszy zapytywał kolegów przyjezdnych, czy dogodna jest dla nich do przyjazdu pora, w której się odbył tegoroczny zjazd, mianowicie druga połowa Września. Z głosów, jakie się odezwały, można było wnosić, że pora ta jest dla prowincjonalnych lekarzy dogodna. Gdyby nasz głos mógł tu zaważyć, to głosowalibyśmy za dawniejszym terminem zjazdu, t. j. za początkiem Września. Dla polskich gości pora ta jest stanowczo odpowiedniejsza; oświadczenie nasze nie może być, naturalnie, miarodajnem dla czeskich kolegów. Jednakże, ponieważ na tegorocznym zjeździe nie powzięto żadnych postanowień co do terminu zjazdu przyszłego, to *caeteris paribus* może oświadczenie nasze przeważy na korzyść terminu dawniejszego.

Dr. K. Wachsman podziękował prof. Nesslowi za przewodniczenie na zjeździe, prof. zaś Nessel przemową pożegnalną ostatecznie zjazd zamknął.

Z polskich gości nie było na omawianym zjeździe nikogo, nadeszły tylko depesze gratulacyjne od panią Klimaszewskiej i Lewińskiej, uczestniczek zjazdu zeszłorocznego oraz od redakcyi „Przeglądu Dentystycznego“.



ZE ZJAZDÓW:

Sekcyą dentystyczną

76 Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy we
Wrocławiu (18—24 września 1904 roku.)

(dokończenie)

Na posiedzeniu popołudniowem, w którym honorowe prezydium objął *prof. Sachs*, jako pierwszy mówca wystąpił *Müller* (Zagrzeb) i mówił „*O dezynfekcyi i sterylizacyi przy operacyach na zębach i w ogóle w jamie ustnej.* — *Müller* zwrócił uwagę na wielką ilość nowości na tem polu, przedewszystkiem zaś na *aseptyczne osłony* dla rękojęści kołowrotek. Osłony takie można dla każdego pacyenta zmienić i wygotowywać (osłony te kosztują kilka fenigów S. S. White'a w Berlinie). Dalej zalecał mówca zamiast tasiemek (do trzymania serwetek, do worków do zbierania śliny etc.) łańcuszki, jako łatwe do wyjaławiania. Pokazywał dalej, jak dla każdego pacyenta można zrobić worek do zbierania śliny z arkusza papieru i t. p. Wszystkie te nowości są już szczegółowo opisane w „*Oester. Ungar. Vierteljahr. f. Zahnheilkunde*“ J. XX, H. III.

Treuenfels (Wrocław) mówił „*O ślinie i próchnicy zębów*“. Odczyt ten jest już wydrukowany w № 26 *Deut. Zahnärztl. Wochenschrift.* (porównaj ref. nr. 1).

Posiedzenie wtorkowe zamknął *Partsch* (Wrocław) odczytem p. t. „*Nekrotyczne procesy na szczękach*“. Sprawy nekrotyczne mają ważne znaczenie raz dla tego, że długo podtrzymują ropienie, powtórnie dla tego, że zwykle deformują szczęki. Ważnem jest, jak głęboko kość obumarła i w jakim miejscu proces ten się odgrywa. Znaczna jest bowiem różnica, czy nekroza ogranicza się tylko do wyrostka zębodołowego, czy też odgrywa się na trzonie szczęki. — Dalej znowu obumarciu jednej tylko ściany szczęki, czy też całej jej grubości, również ma inne znaczenie.

Co do etyologii nekrozy zębodołów, to jest ona często skutkiem zgorzeli miazgi; *Partsch* mógł to w trzech przypadkach stwierdzić. W jednym przypadku nekrozę poprzedzało leczenie zęba arszenikiem. Wysekwestrował tu się ząb wraz z całym zębodołem (mówca pokazuje ten sekwestr). W innym wypadku obumarciu uległa jedna ściana wyrostka zębodołowego żuchwy od kła z jednej strony, do małego trzonowego z drugiej. Jednoczesne obluźnienie kilku zębów sąsiednich wskazuje po największej części na sprawę nekrotyczną w szczęce. Co do leczenia, to należy nadmienić, że przy takiej sprawie t. j. przy obumarciu jednej tylko ściany szczęki, może nie wypaść ani jeden ząb; nie należy więc przedsiębrać tu ekstrakcyi bez dobrego zastanowienia się.

Niebezpieczniejsze są sprawy martwinowe, występujące na trzonie szczęki.

Tutaj istnieje to niebezpieczeństwo, że wydzieliny zapalne, nie mając odpływu, nie mogą wydostać się na zewnątrz, wskutek czego zapalenie rozszerza się wgłąb kości. W takich razach dobrze zrobimy, jeżeli utworzymy ropie drogę na zewnątrz bądź przez szerokie i głębokie cięcie, bądź przez wyjęcie zęba. Takim zabiegiem można w wielu przypadkach zapobiedz wytwarzaniu się nekrozy.

Przy sposobności występuje Partsch stanowczo przeciwko rozpowszechnionemu przesądowi, że podczas silnego obrzmienia nie można wrywać zęba, ale że należy koniecznie czekać, dopóki opuchnięcie nie ustąpi. Wszystkie swe okazy martwiny szczęk zawdzięcza Partsch właśnie tej okoliczności, że ząb we właściwym czasie wyjętym nie został. Jeżeli przez wyjęcie zęba lub nacięcie nie uda się zapobiedz obumarciu szczęki, to, co najmniej, ogranicza się sprawę przez te zabiegi. Jeżeli po dokonaniu przecięcia rana się za prędko zasklepia, pozostawiając tylko małą szparę w postaci przetoki, to powinniśmy dbać o to, aby ropa miała dobry odpływ, a nie ograniczać się w celu jej zagojenia tylko przestrzykiwaniem przetoki lub przypalaniem. Zabezpieczywszy odpływ ropy, należy z zupełnym spokojem oczekiwać oddzielenia się martwaka, który nieraz daje czekać na siebie 2—3 miesiące. Z samego początku kość martwa jest twarda, odporna i dopiero w dalszym przebiegu mięknie i zaczyna się obluźniać. Jeżeli martwak, jak to się często zdarza, sam przez się nie oddzieli się, to trzeba się zastanowić, czy nie należy go oddalić na drodze operacyjnej.

Jeszcze cięższymi są sprawy nekrotyczne, przy których martwina zajmuje dany odcinek szczęki w całej jej grubości. W takich przypadkach należy, zabezpieczywszy odpływ ropy, czekać aż się wytworzy naokoło martwaka t. zw. *capsula sequestralis*; zbyt wczesne wyjęcie martwaka mogłoby naruszyć ciągłość szczęki i wywołać przemieszczenie odłamków.

Najcięższymi są przypadki nekrozy całkowitej szczęki. Na szczęście wydarzają się one rzadko. — Zwykle wtedy idzie o pierwotne zapalenie szpiku kostnego, gdzie zakażenie nastąpiło ze strony krwi. Takie przypadki kończą się zwykle śmiercią wskutek posocznicy (septycemii).

Wykład swój ilustrował Partsch pokazami różnych, wyjętych przez siebie martwaków.

W trzecim dniu obrad honorowe przewodnictwo objął Römer (Strasburg) i udzielił głosu Trauner'owi (Wiedeń), który mówił „*O sprawach rezorbcyjnych na zębach w dermoidach*“; po ukończeniu tego referatu miał Partsch (Wrocław) drugi swój odczyt „*O miękkich Odontomatach*“. Pod nazwą zębiniaków, czyli odontomatów, rozumiemy zwyrodnienie zaczątków zębowych, przybierające kształt guza.

Odontomaty przedstawiają zwykle dobrze ograniczone, zidentyfikowane ciała, wykazujące tylko takie różnice pomiędzy sobą, jakie zależą od pory, w której zaczęło się zwyrodnienie. Część zaczątków mogła już dać początek zębowi, pozostałe części mogły uleść zwyrodnieniu. Odontomaty dają się zwykle po odłupaniu ściany szczęki w całości oddalić ze swego łożyska.

Przypadki, które Partsch przedstawił na zjeździe, były innego rodzaju. Substancja zębowa nie istniała tu jako jednolite, ograniczone ciało, ale w elementach tkanki łącznej były rozsypane liczne kule z zębiny, zupełnie podobne do ziarn zębinowych w miazdze. Jeden preparat pochodził od 42-letniej kobiety. Guz siedział w żuchwie w okolicy dwuguzkowców, ale siedział tak głęboko w trzonie żuchwy, że oddalić go od strony jamy ustnej było niemożliwym i trzeba było operować od zewnątrz. Po odcięciu kości okazało się, że masa guza była miękka, że oddalić ją można było ostrą łyżeczką, że guz jednak nie okazywał żadnych określonych granic. Trudno się było orientować, czy wszystkie gniazda zębinowe usunięte były. Niektóre z wyjętych kul zębinowych miały wielkość orzecha laskowego. Operacja miała miejsce w 1892 roku. W roku 1898 pojawił się nowy guz, który się jednak kierował nie na zewnątrz, jak w pierw, ale wycięj na wewnątrz, w głąb żuchwy, ku podstawie

amy ustnej i ku językowi. Była więc tu miejscowa wznówka odontomatu. Dopiero w roku 1903 zdecydowała się pacjentka na operację, której dokonano od strony jamy ustnej. W guzie znów znaleziono kule dentynowe, rozsypane w tkance łącznej, poprzedzielanej belkami kostnymi. Pod mikroskopem kule przedstawiały zębinę i cement, rozwinięte nieregularnie naokoło naczyń.

Podobny był i drugi przypadek. Był to guz w górnej szczęce u pacjentki, mającej lat 40. — Wszystkie zęby z tej strony musiały być wyjęte. Cała podstawa jamy szczękowej musiała być przy operacji wycięta, a jednak wskutek postępowania ostrożnego i oszczędzania błony śluzowej komunikacja pomiędzy jamą ustną i jamą szczękową pozostała nadzwyczaj mała, prawie nieznaczna. Po pierwszym uderzeniu w ścianę kostną pokazały się znowu liczne kule zębinowe w rusztowaniu, wytworzonym przez tkankę łączną, w której rozsypane były również beleczki kostne. W jakiś czas po operacji wydzieliła się jeszcze sama przez się jedna kula dentynowa.

Bock (Wrocław) mówił „*O najpewniejszym, a jednak najdelikatniejszym sposobie wyjmowania zębów lub korzeni głęboko ulamanych, zniszczonych, lub nienormalnie rosnących*“. *Bock* omawiał najpierw rozmaite okoliczności, które utrudniają wyjęcie zębów, później mówił o instrumentach, które służą dla przezwyciężenia tych trudności, a następnie demonstrował posługiwanie się tymi instrumentami. Sposób, pokazywany przez *Bock*'a, był już w 110 wypadkach użyty w klinice wrocławskiej i nigdy nie zawiódł. Dłutka rozmaitej formy z młotkiem lub bez młotka odgrywają tu główną rolę. — Praca ta już była drukowaną w XXII Roczniku *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde* i tam znajdują się wszelkie szczegóły, do tego się odnoszące.

W dyskusyi robi uwagę *Masur* (Wrocław), że w praktyce prywatnej nie ma się tak dobrej asystencyi, ażeby metodę wydlutowania dokładnie wykonać, dlatego też należy szukać dróg łatwiejszych. Do tego celu przydaje się wysmienienie kołowrotek dentystyczny, którym można osiągnąć zamierzony cel przy głęboko ułamanych korzeniach. Należy tylko wyświdrować kość dookoła odłamanego zęba na tyle, ażeby ukryty dotychczas korzeń stał się dobrze widocznym, a zarazem żeby było dosyć miejsce do oparcia bądź kleszczy, bądź innego instrumentu.

W odpowiedzi *Bock* zaznacza, że świderek wywołuje krwotok. W trudniejszych więc przypadkach jeden kolega powinien drugiemu asystować.

Musimy tu dodać uwagę od siebie, że zastosowanie młotka i świderka do wyjmowania głęboko ułamanych zębów nie jest wcale żadnym nowym sposobem, wynalezionym przez wrocławską klinikę. Wszystkim dobrze jest wiadomo, że nieraz jedno uderzenie dłutkiem lub lekkie podświdrowanie znakomicie ułatwia ekstrakcyę, dając punkt oparcia dla kleszczy lub podważki. *Dr. Dzierżawski* w swym „*Kursie ekstrakcyi zębów*“, który wyszedł w roku 1901, też już o tych sposobach wspomina.

Na końcu mówi *Luniatschek* (Wrocław) na temat „*Leczenie po ekstrakcyi*“. *Luniatschek* jest przeciwnikiem płukania po ekstrakcyi, bo to—powiada—przeszkadza wytwarzaniu się skrzepu w zębodole, a skrzep jest potrzebny raz dla tego, żeby krwotok ustał, a drugi raz dla tego, że stanowi ochronę dla rany. Płukać należy przed operacją; po ekstrakcyi lepiej jest położyć na ranę kuleczkę z waty (tylko nie za dużą, żeby nie wywołać mdłości) i kazać ją pacjentowi przez 15 minut mocno nagryzać. — Na odchodnem należy pacjentowi powiedzieć, ażeby sobie tę kulkę z waty w domu wyjął. W ten sposób skrzep ma czas stwardnieć. Dopiero po kilku godzi-

nach, a najlepiej dopiero po pierwszym jedzeniu, powinien pacjent usta wypłukać, a i to z początku tylko w formie kąpieli ustnej bez przewracania płynu w ustach, ażeby przez to skrzepu nie uszkodzić.

Co się tyczy powikłań po ekstrakcyi, to w razie krwotoku należy tamponować gazą jodoformową i to w prawidłowy sposób. Powinny być upychane wazkie, a jednak dosyć długie paski gazy, warstwa za warstwą, w całej szerokości zębodołu, aż do samego brzegu, ale nie wyżej, żeby brzegi dziąsła po nad tamponem uciśnięte być mogły. Jeżeli krwawi duża powierzchnia (*Flächenblutung*), należy ponad tampon położyć kawałek korka, który pacjent powinien przez dłuższy czas mocno przyciskać. Błędnie jednak postępuje się, jeżeli się pakuje do rany jako tampon watę, gdyż wata bardzo prędko ulega rozkładowi.

Drugim nieszczęśliwym powikłaniem przy wyjmowaniu zębów jest zwichnięcie zęba sąsiedniego. Ząb taki należy wstawić napowrót na swoje miejsce, przywiązać do zębów sąsiednich drutem i podwyższyć zgryz na pewien czas.

Następnie *dolor post extractionem* często nam przysparza dużo kłopotu. Wtedy należy najpierw brzegi zębodołu, zwykle nierówne, obrównać, oglądzić, bo zwykle się dziąsło na nich kaleczy. W cięższych przypadkach należy wykonać tamponadę gazą jodoformową, ponieważ ta daje ochronę dla zębodołu. Czasami znowu zapalenie gruczołów chłonnych bywa przyczyną bólu po ekstrakcyi, należy więc odpowiednio leczyć obrzmienie gruczołów.

W dyskusyi, jaka się wywiązała po odczycie Luniaczka, *Tugendhardt* (Wiedeń) poleca do tamponowania gazę jodoformową, preparowaną z kałatonią.

Römer (Strasburg) występuje przeciwko tamponowaniu gazą jodoformową, jeżeli ekstrakcja wy-

konaną była przy zastrzykiwaniu przetworów nadnerczy.

W czwartek po południu i w piątek przed południem, w skutek ogólnych zebrań, posiedzenia sekcyjne nie miały miejsca. — W piątek po południu *Bock* i *Hübner* wykonali w instytucie dentystycznym przyrządzone demonstracye.

Bock wykonał wydłutowanie głęboko odłamanego dolnego zęba trzonowego.

Hübner udowodnił, że można przy pomocy znieczulenia przewodników (t. j. pni nerwowych), dokonać bez bólu wyjęcia miazgi z zęba trzonowego dolnego bez uprzedniego zatrucia arsenikiem.

Po tych demonstracyach *Reichel* (Wrocław) zamknął posiedzenia sekcyi dentystycznej, dziękując uczestnikom, zdaleka przybyłym, za ich odwiedziny, a zarazem wyraził przekonanie, że każdy z obecnych coś dla swojej wiedzy i nauki z tego zjazdu dla siebie przyswoił.

Należy tu dodać, że z Królestwa był na zjeździe kolega *Klinkowsteyn* z Łodzi.

(*Deutsche Zahnärzt. Wochenschrift*, Nr. 27, 28 i 29 z r. z.)

Wł. Zieliński.



Dział sprawozdawczy.

1. **Mucyna i próchnica zębów.** Wiadomo, że kwasowi mlecznemu przypisuje się główną rolę przy powstawaniu próchnicy zębów. Dr. *Aug. Lohman* jest innego zdania i powstawanie próchnicy wyjaśnia w sposób zupełnie inny. (*Archiv für Zahnheilkunde*, 1903. V. *Zahnaerztliche Rundschau* № 28 1904). Ważną rolę w powstawaniu próchnicy, zdaniem tego autora, odgrywa *mucyna*. Ciało to do-

tychczas było zupełnie ignorowane. Mucyna — jest to ciało białkowe, zawarte w śluzie. Dzięki swej ślizgkości i ciągliwości, sprzyja mucyna prześlizgiwaniu się pokarmów podczas łykania i w ten sposób zapobiega obrażeniom błony śluzowej, a również działaniu bodźców termicznych. Ułatwienie rozpuszczalności pokarmów znajduje się również w pewnym związku z zawartą w śluzie mucyną. Ostatnia zawiera 25 — 32% substancji redukującej (bliżej nieokreślonej — *przyj. refer.*), blisko 2% związanego tłuszczu, który pod wpływem pepsyny zostaje odszczepiony (*Fr. Müller, Nerking*). Mucyna jest kwasem odwapniającym. Co do *kwasu mlecznego*, który dotychczas uważany jest powszechnie za czynnik, bardzo ważny przy powstawaniu próchnicy zębów, to takowy, zdaniem Lohmana w jamie ustnej wytwarza się w ilości bardzo nieznacznej. Powstawanie kwasu mlecznego poprzedza wytwarzanie się cukru gronowego; w warunkach normalnych możemy *tylko* liczyć na wytwarzanie się *maltozy*, a że maltoza stanowi *ostateczny* produkt przemiany węglowodanów w ustach, dowodzą doświadczenia *Musculus'a* i *Mering'a*. Z drugiej znowu strony — pomiędzy maltozą ($C_{12}H_{22}H_{11}$) a cukrem gronowym istnieje pewna różnica pod względem zdolności redukującej. *Kwas mleczny drogą fermentacji wytwarza się tylko z cukru gronowego; zwyczajny cukier ulega w jamie ustnej rozszczepieniu tylko do stopnia maltozy*, a tymczasem wytwarzanie kwasu mlecznego powinno poprzedzać powstawanie cukru gronowego. Cukier trzcinowy i celuloza również mało ulegają rozszczepieniu w jamie ustnej; rozszczepienie ich natomiast odbywa się w przewodzie trawiennym. W nieco większej ilości odbywa się w jamie ustnej rozszczepienie krochmalu i glikogenu, lecz również tylko do stopnia maltozy. Wobec braku w ustach cukru gronowego, zatem i kwasu mlecznego, przypisywanie ostatniemu tak wybitnej roli w powstawaniu próchnicy nie jest uzasadnione. Z drugiej strony spostrzeżenia kliniczne stwierdzają pewien związek pomiędzy wydzielaniem się mucyny i próchnicą, t. j. im wydzielanie śliny jest większe, im więcej jest ona ciągliwa u danego osobnika, tem więcej zęby jego podlegają próchnicy. Ubytki próchnicowe spotykamy przeważnie w tych miejscach, gdzie ze względów czysto

miejsceowych mucyna bywa zatrzymywana przez błonę śluzową (np. policzka); w miejscach tych mucyna nagromadza się i zatrzymuje, a zatem i działać może dłużej, wywołując zmiany w zębach. Takież zjawiska mamy w szparach między zębami, gdzie nagromadzuja się pokarmy, śluz, a zatem i mucyna. W tym przypadku mucyna, jako słaby kwas, ma silnego wroga w fluorku wapnia, który działa przeciwnie i wstrzymuje fermentację. Tylko obfitą zawartością fluorku wapnia w skórce chleba żytniego objaśnić można ten fakt, że wieśniacy mają zęby lepsze, aniżeli mieszkańcy miast. Mucyna, jako ciało białkowe, jest dobrem środkiem dla drobnoustrojów, a odwapniające jej własności nie ulegają wątpliwości. Autor przeprowadził szereg doświadczeń porównawczych z mucyną i kwasem mlecznym. W tym celu wzięto 4 pierwsze trzonowce, jednakowej prawie wagi i budowy i umieszczono dwa z nich w mucynie, a dwa w 2% roztworze kwasu mlecznego; korzenie wszystkich czterech zębów pokryto parafiną. Wyniki były następujące: górny pierwszy molar, który ważył 2,131 grm., umieszczony w mucynie, otrzymanej od 18-letniej panny, po upływie 30 dni ważył 2,112 grm.; dolny lewy molar, umieszczony w mucynie, otrzymanej od kobiety ciężarnej (w 6 miesiącu), ważył przed doświadczeniem 2,066 grm., po — 1,777 grm.; górny molar, umieszczony w 2% kwasie mlecznym, przed doświadczeniem ważył 2,127 grm., po 30 dniach ważył 2,092 grm.; dolny molar ważył przed doświadczeniem 2,117 grm., po — 2,072 grm. (2% koncentracja kwasu mlecznego nie spotyka się w jamie ustnej, najwyższej sięga tu ona 0,75%) Próchnica zębów, zatrzymanych w szczękach (retynowanych), znajduje się też raczej w związku z mucyną, aniżeli z kwasem mlecznym; w przypadkach tych mucynę wydzielają komórki nabłonkowe.

Ilość mucyny w ślinie bywa rozmaita. W 30 gramach śliny zawartość jej waha się pomiędzy 0,3— 1,0 grm. Zawartość mucyny w ślinie ciężarnych jest powiększona. Zjawisko to objaśnia wzmoczoną próchnicę u ciężarnych. Wzmoczenie próchnicy w danym przypadku nie jest skutkiem utraty pewnej ilości soli wapiennych zębów na korzyść płodu, ponieważ niezbędna dla płodu ilość soli wapiennych

otrzymuje matka z pokarmów i wody; badania najnowsze stwierdziły, że w wydzielinach ciężarnych (np. w moczu) spotyka się znaczne ilości wapnia.

Mucyna — kwas w jamie ustnej znajduje się w postaci soli, rozpuszczonej w alkalicznej ślinie. Objawia ona swe odwapniające działanie na zęby wówczas, gdy strąconą zostaje z roztworu przez rozmaitego rodzaju bodźce, najwięcej zaś przez kwaśne pokarmy. Naturalnie, im więcej mucyny w ślinie, tem odwapniające działanie będzie znaczniejsze. Próchnica na szyjkach zębowych zależy wyłącznie od mucyny, wydzielanej przez dziąsło. Należy przypuszczać, że w ustach spotyka się różne odmiany mucyny, co zależy od różnego pochodzenia. Wiele środków paraliżuje (zobojętnia) działanie mucyny. Do środków tych odnieść należy: słabo alkaliczne roztwory, środki przeciwnilne — sól Bartoleta, nadmanganian potasu i inne. Fizyologiczny roztwór soli kuchennej szybko rozpuszcza mucynę. Do rozpuszczania mucyny najlepiej nadaje się woda wapienna, która z nią tworzy sól wapienną. Kwasy strącają mucynę, również i alkohol etylowy w różnych stężeniach.

M. Krakowski.

2. Eucainum lacticum. Firma Scheringa przygotowała mleczan eukainy (benzoylwinylldiacetonalkaininy), wskutek czego dotąd stosowane przetwory tego środka, jako wykazujące pewne braki, muszą ustąpić miejsca nowemu związkowi.

Mleczan eukainy posiada wzór $C_{15} H_{21} NO_2 CH_3$ CH (OH) COOH, przedstawia się w postaci proszku, topliwego przy 155° , łatwo rozpuszczalnego w wodzie; przy t-e pokojowej 100 cz. wody rozpuszczają 29 tej soli, czyli że 100 grm. roztworu zawierają 22,5 grm. mleczanu eukainy. Wyskok rozpuszcza jej 13%. Wodne roztwory oddziałują słabo alkalicznie.

Zawartość eukainy jest nieco mniejsza, niż w chlorowodanie eukainy. 119 g. mleczanu eukainy zawierają tyle eukainy czystej, co 100 grm. chlorowodanu.

Podług badań *Katz'a* mleczan eukainy stanowi doskonały środek znieczulający. Roztwory dają się łatwo przyrządzać, gdyż na zimno rozpuszcza się w wodzie 10 — 15%, a nawet i więcej.

Roztwory mleczanu eukainy nie działają zrażaco. Przetwórnictwo ten nie wywołuje ani przekrwienia, ani niedokrewności, działa jedynie miejscowo znieczulająco. Stosuje się tak samo, jak kokaina, przy czem jednak niebezpieczeństwo szkodliwego działania jest mniejsze, niż przy kokainie. Co do dawkowania, to w dentystryce stosowane są roztwory 2—3%; do słabszych roztworów dodaje się chlorku sodu; do roztworów niżej 1%, dodaje się chlorku sodu 0,8%, do roztworów zaś 1—2% -- 0,2%. (*Wiad. farmaceut.* 18. 1904).

M. Kr.

3. Podział zapaleń ozębnej (periodontitis). Na 43 rocznym zebraniu Centralnego T-wa niemieckich dentystów, odbytem w Strassburgu 24—26 maja r. z. *D-r Römer* szczegółowo omawiał sprawy zapalenia ozębnej. Ostatnie dzieli on z 2 punktów widzenia: 1) podług etyologii, 2) podług objawów i przebiegu. Podaje on następującą klasyfikację periodontitów:

A. Podział periodontitów podług etyologii.

I. Na tle nie zakaźnem:

- a) z przyczyn mechanicznych.
- b) z przyczyn chemicznych.

II. Na tle zakaźnem:

- a) ze strony foramen apicale.
- b) ze strony szyjki zębowej.
- c) drogą krwiobiegu.

B. Podział periodontitów podług ich objawów i przebiegu.

I. Ostre zapalenie ozębnej:

- a) periodontitis acuta partialis;
 1. przekrwienie i nacieczenie surowicze.
 2. powstawanie ropy,
 3. przejście na okostną z pojawieniem się ropy.
- b) periodontitis acuta marginalis.

II. Przewlekłe zapalenie ozębnej:

- a) periodontitis chronica apicalis purulenta (przewlekły ropień zębodołowy).
- b) periodontitis chronica marginalis purulenta (pyorrhoea alveolaris),
- c) periodontitis chronica hyperplastica.
 1. przerost cementu,
 2. periodontitis chronica hyperplastica diffusa,

3. periodontitis chronica hyperplastica circumscripta (ziarniniaki i torbiele okołozębowe.

(*Deut. M-ft. für Z-de N^o 7. 1904 str. 405. 406.*
M. Krakowski.

4 — **Gingivitis tryprowego pochodzenia.** Pewien młodzieniec leczył się od trypra różnemi środkami, a między innemi szprycowaniem słabym roztworem sublimatu. Po dwu tygodniach chory zaczął narzekać na cierpienie w jamie ustnej i obfity ślinotok; dziąsła były zaczerwienione, gąbczaste. Podejrzewano rtęciowe zapalenie śluzówki jamy ustnej. Odrzuciono szprycowanie rtęciowe i przepisano miksturę, zawierającą chloran potasu. Po 10 dniach pacjent przedstawiał straszny widok: twarz opuchnięta w znacznym stopniu, żuchwa opuszczona, bezustannie wydziela się ślina, wszystkie zęby pokryte gęstą ropą; chory nie mógł jeść, z trudnością pił, cierpiał na częste wymioty, oddech strasznie smrodliwy.

Badanie ropy z ust, stwierdziło obecność gonokoków (drobnoustrojów trypra): w ten sposób istotną przyczyną cierpienia została wyjaśniona. Przepisano odpowiednie leczenie (smarowanie azotanem srebra i płukanie nadmanganianem potasu). Objawy choroby zmniejszyły się i po dalszem leczeniu w ciągu dwu tygodni jama ustna doszła do normy. Ścisłe wywiady ustaliły fakt, że chory miał zwyczaj czyścić zęby zapalką, nie myjąc przed tem nigdy rąk. (*Odon. Obozrenje. 8. 04. str. 428.*
M. Krakowski.

5. **Rozsiana gruźlica języka.** Na posiedzeniu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, 24 grudnia r. z. *D-r Jaczewski* przedstawił chorego z rozsianą gruźlicą języka. Choroba zaczęła się bez widocznego jakoby powodu, bólami kłującymi w prawej połowie języka; bóle te, słabego natężenia, wznagaly się niekiedy przy paleniu, picciu, przyjmowaniu posiłku, utrudniały nieco mowę, nie dokuczały jednak zbyt choremu, a bywały nawet takie chwile w ciągu dnia, a nawet dnie całe, że chory zgoła zapominał o swej chorobie. Oglądając język w lustrze, chory zauważył, że język jest jakby grubszy po stronie prawej, później zaś spostrzegł, że na ję-

zyku tworzą się ranki, z początku małe, później coraz większe, a gdy koniec języka zamienił się w jedną ranę, zapisał się chory do szpitala świętego Józefa.

Z wywiadów przekonano się, że ojciec chorego żyje, ma lat 64; jest zdrowy; matka zmarła przed 4-ma laty, licząc lat przeszło 50, na jakąś chorobę wewnętrzną, w ciągu której miewała często bóle pod piersiami i wymioty.

Chory ma brata i dwie siostry, wszyscy są zdrowi.

Badanie fizykalne narządów wewnętrznych wykrywa: stłumienie odgłosu wypukowego po stronie prawej, w okolicy wierzchołka płuc oraz nad grzebieniem prawej łopatki; oddech osłabiony bez rzężeń; chory kaszle mało, krwią nigdy nie pluł.

Już przy pierwszym rzucie oka na twarz chorego zwracają na siebie uwagę wypukłone, jakby wydęte policzki i wargi złożone tak, jak gdyby chory trzymał pływ jakiś w ustach. Po otwarciu ich i wypłuciu kilku ctm. bardzo lepkiej śliny, widać że koniec języka po obu stronach i duża część trzonu języka po stronie prawej, na powierzchni grzbietowej, bocznej i dolnej jest owrzodziła, pokryta rzadką, śluzowo ropną wydzieliną. Owrzodzenie samo ma brzegi nieregularne, kręte, miejscami podminowane, odstające; dno owrzodzenia, gładkie, mniej więcej płaskie, ziarnina atoniczna; brzegi i dno owrzodzeń na dotyk nie twarde, bolesne. Błona śluzowa powierzchni grzbietowej języka na obwodzie owrzodzenia mocno zaczerwieniona i usiana małymi bądź okrągłymi, wielkości ziarnka maku, bądź szczelinkowatymi owrzodzeniami, o brzegach podminowanych; dno tych owrzodzeń pokryte żółtawego koloru nalotem; gruczoły podszczękowe po obu stronach powiększone, ruchome, nie bolesne. Chory doznaje bólów w czasie jedzenia i picia, mowa jego jest niewyraźna, powolna; narzeka oprócz tego na męczącą go ciągłą potrzebę spluwania lepkiej plwociny.

Rozpoznano gruźlicę rozsianą języka; a badanie mikroskopowe wydzieliny i kawałka wyciętego z brzegu owrzodzenia, potwierdziło dyagnozę kliniczną.

Choremu na razie zalecono ogólne leczenie i wcie-

ranie kwasu mlecznego, jednakże bez wpływu dodatniego (podł. *Kr. Lek.* № 19 1904).

M. Kr.

6. Azotan srebra (argentum nitricum) i próchnica zębów. Na 44-em zebraniu Towarzystwa Dentystrycznego dla Dolnej Saksonii, odbytem dnia 6 i 7 lutego r. b. w Hannoverze, *Prof. D-r. Miller* zwrócił uwagę na azotan srebra, jako na środek ochronny przeciw próchnicy zębowej. Wszystkie zęby, traktowane tym środkiem, były na powierzchni smarowanej ciemno zabarwione, lecz znajdująca się pod plamami zębina nie była rozmiękczona. Kawał kości słoniowej, który przez czas dłuższy znajdował się w roztworze śliny, wyraźnie był odwapniony, lecz nie w miejscach, traktowanych azotanem srebra. (*Deut. M-ft. f. Z-ct 8. 1904 str. 513; porównaj Przegl. Dent. r. 1904, № 1).*

M. Kr.

7. Zęby uczniów. W sprawozdaniu lekarskiem ze stanu miejskiej 7-mio klasowej szkoły handlowej w Radomiu za rok szkolny 1901/2 (pierwszy istnienia szkoły), ogłoszonym przez *D-ra Henryka Fidle-
ra* w „*Zdrowiu*“ (10 zeszyt. 1904) znajdujemy również wyniki badania zębów i jamy ustnej.

Wyniki te są następujące:

55% uczniów cierpi na próchnicę zębów w stopniu większym lub mniejszym, przy czem 5% z pośród nich ma zęby plombowane.

Niewątpliwą jest rzeczą, iż należy szukać przyczyn masowego cierpienia zębów w niehygienicznym utrzymywaniu jamy ustnej, jako też w ogólnych warunkach stroju (blednica, żoły, krzywica). Przeciętnie jeden uczeń posiada spróchniałych zębów 2,26; czasem jednak liczba takowych dochodzi do 8-miu sztuk. Cierpienie powyższe wymaga zastosowania odpowiednich środków ochronnych. W internacie środki te zostały przedsięwzięte. Uczniowie są powiadomieni w zarysach ogólnych o sposobie higienicznego utrzymywania jamy ustnej, bardziej cierpiący zostają skierowani do dentystry. Wszyscy uczniowie w szkole są objaśniani o konieczności czystego utrzymywania jamy ustnej. Do dentystry zwraca się każdy w miarę chęci. 9,4% uczniów posiada zęby brudne, w części pokryte kamieniem zębowym,

co dowodzi braku zamięłowania do czystości. Liczba uczniów z brudnymi zębami jest w stosunku odwrotnym do wieku (klasy). W klasie wstępnej liczba ta wynosi 17,5% uczniów, w I—10%, w II.—11%, gdy tymczasem w III—4,5%, w IV—6,7%, w V tylko 2,9%.

Zjawisko powyższe, zdaniem autora, objaśnić można nietylko wzrastającym z wiekiem zamięłowaniem do czystości, ile zjawiającą się w wieku starszym chęcią podobania się (?—spraw.) Nieprawidłowe wyrastanie zębów, zależne niekiedy od obecności zębów mlecznych, stwierdzono u 2,82% uczniów.

M. Krakowski.

8. **Spróchniałe zęby i waga ciała.** Wiadomo, że stan narządu zębowego ma pewien wpływ na ogólne odżywianie i w ogóle na rozwój całego ustroju. Związek ten daje się szczególnie zauważyć w młodym wieku.

D-r C. Röse przeprowadził szereg badań nad dziećmi wieku szkolnego, które to badania stwierdziły ten związek. Wyniki swych badań zestawili Röse w tablice, z których tu przytaczamy niektóre.

Badania swe przeprowadził Röse w różnych miejscowościach. Zwrócił on jednocześnie uwagę i na wzrost dzieci. I tak:

I.

Drezno. „Katholische Schule“. 2920 dzieci.

Stan narządu zębowego.	Liczba dzieci	Przeciętna waga ciała kil.	Przeciętny wzrost ctm.
1. Dobry stan zębów (0—4 chorych zębów)	457	26,85	127,3
2. Średni stan zębów (chor. zębów od 5—9)	1114	26,61 (—0,24)	126,7 (—0,6)
3. Zły stan zębów (chorych zębów od 10—14)	936	25,96 (—0,24)	125,5 (—1,8)
4. Bardzo zły stan zębów (15 i w. chor. zębów).	413	24,33 (—2,52)	122,3 (—5,0)

II.

Frankfurt n/M. „Varrentrappschule“. 1021 dzieci.

Stan zębów.	Liczba dzieci	Przeciętna waga ciała kilogr.	Przeciętny wzrost ctm.
1. Dobry stan narz. zębów. (chorych od 0—4)	395	27,95	129,4
2. Średni stan zębów (chorych zębów od 5—9)	427	27,87 (—0,08)	128,8 (—0,6)
3. Zły stan zębów (chorych zębów od 10—14)	173	25,63 (—2,32)	124,6 (—4,8)
4. Bardzo zły stan zębów (15 i więcej chorych zębów)	26	23,75 (—4).	121,1 (—8,3)

III.

Nordhausen. Szkoły ludowe, Średnie szkoły i Wyższa szkoła dla pańien. (Höhere Töcherschule). 3868 dzieci.

Stan zębów.	Liczba dzieci	Przeciętna waga ciała kilogr.	Przeciętny wzrost ctm.
1. Dobry stan zębów (chorych zębów 0—4)	678	30,1	131,2
2. Średni stan zębów (chorych zębów 5—9)	1594	29,8 (—0,3)	131,2
3. Zły stan zębów (chorych zębów od 10—14)	1197	29,4 (—0,7)	130,6 (—0,7)
4. Bardzo zły stan zębów (zeps. zębów 15 i więcej).	399	28,8 (—1,3)	130,0 (—1,2)

Ogółem zbadał autor 7809 dzieci w wieku od 6—14 lat i, mając na uwadze wiek dziecka, przychodzi do wniosku, że gdy zęby dzieci stają się gorszymi, to zmniejsza się stopniowo waga ciała i wzrost. We wszystkich trzech wymienionych miastach dzieci z średnio dobrymi zębami pod względem rozwoju cielesnego stoją bardzo blisko dzieci z dobrym narządkiem zębowym.

Bardzo złe uzębienia, w których wszystkie zęby trzonowe mniej lub więcej są zniszczone, bardzo źle wpływają na ogólny rozwój organizmu. (*Deut. M-ft. f. Z-de 6. 1004 str. 348*).

M. Krakowski.

9. **Chleb i zęby.** D-r C. Röse, omawiając w dość obszernym artykule sprawę wpływu rozmaitych gatunków chleba, spożywanego w różnych krajach, na zdrowotność zębów, doszedł do następujących wniosków:

1. Dobrze wypieczony z obfitą ilością soli pożywnych chleb żytni z twardą skórką zachowuje zęby w stanie dobrego zdrowia; miękki, biedny w sole prowadzi je do zguby.

2. Dodatni wpływ twardego chleba żytniego jest skutkiem jego własności fizyologiczno-chemicznych, po części i mechanicznych.

3. Tylko z mąki, obfitującej w białko i sole pożywne daje się przygotować chleb z twardą, grubą skórką. Dzięki podwyższonej zawartości soli pożywnych okazuje chleb żytni wpływ dodatni w wieku dziecięcym na dobry rozwój zębów i innych tkanek ustroju.

4. Chleb z grubą, twardą skórką wymaga podczas żucia znacznego wysiłku, co dobrze wpływa na rozwój mięśni i kości szczękowych. Oprócz tego wysiłek przy żuciu wzmaga wydzielanie śliny, niezbędnej do trawienia.

5. Resztki dobrze wypieczonego i twardego chleba żytniego znacznie mniej przyklepiają się do powierzchni zębów i trudniej wbijają się w przestrzenie międzyzębowe, niż resztki białego chleba; resztki twardego chleba łatwiej zmywają się przez ślinę. Żucie twardego chleba żytniego czyści zęby drogą mechaniczną równie gruntownie, a nawet daleko lepiej, niż najwymyślniejsze szczotki do zębów. (*Deut. M-ft. für Z-de № 8. 1904 str. 471*).

M. Krakowski.



„Kimbylada“.

W tygodniku „*Zahnärztliche Rundschau*“ od dłuższego czasu daje się zauważyć łokciowe ogłoszenie, które zachwala nowo-wynaleziony preparat, t. z. plastyczne złoto „Kimby“.

Pomijając, iż ogłoszenie owe swą treścią i objętością przypomina reklamy amerykańskie, p. p. fabrykanci złota „Kimby“ oprócz zachwalania swego preparatu, pozwalają sobie od pewnego czasu na zmianę tekstu reklamy, która zakrawa na zuchwałę kpiny.

Dosłownie treść ogłoszenia brzmi następująco:

„I nasi przeciwnicy, nie mogą zaprzeczyć, że złoto, „*Kimby*“:

1) jest plastycznym materiałem do plombowania,

„2) że w ciągu kilku minut twardnieje,

„3) że kolorem i połyskiem dorównywa kutej złotej plombie.

„I kto jest naszym przeciwnikiem?

„Przedewszystkiem fabrykanci innych preparatów złota, bo im idzie o życie.

„Następnie pewni praktycy, którzy dotychczas „słynęli jako mistrze w plombowaniu złotem i którzy z zazdrością i złością patrzą na to, że ich tron „się chwieje a nimbus zanika, bo teraz każdy praktyk, nawet początkujący, może robić złote plomby „prędko i dobrze.

Zachodzi pytanie czy preparat Kimby choć w części odpowiada tym obietnicom i jaka wartość tegoż wogóle.

Sz. czytelnikom, którzy dotychczas preparatu tego nie nabyli i prób nie uczynili, chcę zaoszczędzić rozczarowania w tym kierunku, a co najważniejsze, i niejednej może przykrości ze strony pacjentów.

Przed miesiącem sprowadziłem próbną porcję

Kimbleju za mk. 13,75 = Rb. 6,36; z porcyi tej miałem 6 plomb średniej wielkości, jest więc sam materiał znacznie droższy, niż złoto Herbsta, Wollraba i inne, *szczerozłote preparaty*.

Pomijając ceny, przejdę do jakości nowego preparatu. Składa się on z proszku, odcienia bronzowo-żółtawego, ściśle zmieszanego z pewną dozą sproszkowanego piasku złotego (za pomocą szkła powiększającego łatwo się to odróżnia) i płynu koloru jasno-brązowego.

Za pomocą łopatkki rozrabia się to, jak zwyczajny cement i małymi kawałkami wprowadza się do ubytku; należy to szybko wykonać, inaczej jest się narażonym na niedokończenie plomby, gdyż mieszanina owa szybko twardnieje. Po wypełnieniu ubytku szybko wyrównywa się kontury gładzidłem, a następnego dnia szlifuje się i poleruje plombę, po czem, stosownie do reklamy, plomba powinna mieć wygląd plomby złotej.

Próby wykonane przezemnie dały rezultat następujący:

Cały preparat jest niczem innem, jak zwykłym cementem w połączeniu ze sproszkowanym złotem i nieco zabarwionym płynem. Proszek złoty jeszcze przed należytem stwardnieniem cementu wypłukuje się śliną w wielkiej ilości. Można to stwierdzić na drugi dzień po zrobieniu plomby, badając ją przez lupę; przedstawia się nam porowata powierzchnia w formie sita.

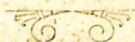
Co zaś do koloru, to ten po starannem wyszlifowaniu nie tylko, że nie ma najmniejszego podobieństwa do wygładzonej plomby złotej, lecz jest brudno-żółtawy.

Namowy pp. fabrykantów do nabycia preparatu Kimbly, ze względu na to, że preparat ten posiada wszelkie własności złota wysokiego karatu i przez to samo, zastępuje zupełnie plomby złote, jest blagą w całym znaczeniu tego słowa. Ci ko-

ledzy, którzy choć sami złotem nie plombują, lecz mieli możność przyglądania się tej procedurze, sami oceniają, ile to trzeba trudu i wprawy, by dobrą plombę złotą wykonać. Dla nabrania tej wprawy trzeba całych lat pracy; nie jedną trudność trzeba zwalczyć, nim się do wprawy tej dochodzi. Te właśnie trudności niejednego odstraszały od plomb złotych i zdaje się, że właściwie na takich liczy „kompania złota Kimbly“.

Tacy do chwili obecnej wykręcali się za pomocą różnych argumentów od plomb złotych, gdy pacyenci tego od nich żądali. Kompania Kimbly spodziewa się, że tacy praktycy obecnie odważą się na złote plomby. Ponieważ jednak złoto Kimbly jest tylko lichym cementem, to pociągnie to za sobą chwilowe zdyskredytowanie plomb złotych. Potrwa to jednak nie długo, bo i żywot złota Kimbly, jak i innych bezwartościowych preparatów, długo trwać nie może.

B. K. (Łódź).



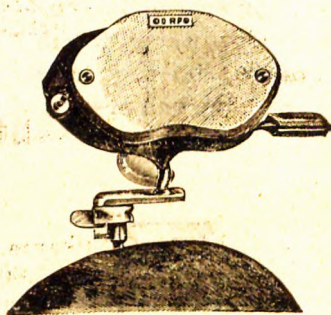
Bloko-serwetowe poduszki do krzeseł dentystycznych.



Nie ma miesiąca ani prawie tygodnia, żeby w dziedzinie dentystyki nie pojawił się jakiś nowy wynalazek lub ulepszenie. Do więcej interesujących i użytecznych wynalazków zaliczyć można bloko-serwetowe poduszki do krzeseł dentystycznych, które niedawno pojawiły się zagranicą,

Bibuła znalazła w ostatnich czasach zastosowanie w każdej gałęzi przemysłu, handlu, a nawet i w higienie; w cukierniach otrzymujemy serwetki,

które są sporządzone z bibuły i znakomicie zastępują serwetki płócienne. Byłoby to trudnem zadaniem w cukierni, aby każdemu z osobna gościowi do szklanki kawy lub herbaty dawać świeżą serwetkę, którą po użyciu trzeba byłoby dać do prania, albo dla oszczędności podawać drugiemu gościowi, co sprzeciwiało by się najprostszym zasadom higieny. Tymczasem w dentystyce wszyscy pacjenci kładą swe głowy na jedną i tę samą, do tego twardą poduszkę, poduszka ta, choćby najnowsza, po pewnym czasie staje się zakurzona i zanieczyszczona łupieżem i t. p. Aby zaradzić złemu wynaleziono właśnie nowe, bloko-serwetowe poduszki.



Poduszki te składają się z 100 sztuk serwetek, podkładki z glansowanego papieru, przepaski gumowej, 4 zapinek i guzików.

Serwetki są z oryginalnej jedwabnej bibułki, kremowego koloru, w rodzaju bloka; zastosowywano je do wszelkich form i wielkości podglówek krzesła dentystycznych. Naturalna wielkość poduszki: szerokość $15\frac{1}{2}$ ctm., długość $23\frac{1}{2}$ ctm. i grubość 1 ctm.

Poduszka umocowywa się do podglówka za pomocą znajdującej się z tyłu przepaski gumowej. Do sturazowego użycia potrzebne jest tylko jednorazowe i momentalne założenie bloka na podglówek, co odbywa się bez żadnej trudności.

Bloko-serwetowa poduszka przedstawia niezbędny komfort w praktyce dentystycznej i nadaje jej piętno specjalnie higieniczne. Przed przyjęciem każdego pacyenta zrywa się z bloka zużytą serwetkę, a więc odkrywa się czystą i nową, co robi na pacyencie miłe wrażenie przez swą czystość. Bibulane serwetki są zrobione z bibuły karbowanej, są więc przez to miękciejsze od poduszek, znajdujących się na samych podglówkach krzesła.

Cena poduszek jest bardzo przystępna, gdyż poduszka, tj. blok ze stu serwetek, kosztuje kilkadziesiąt kopiejek; obliczywszy na pacyenta, wypada to koło grosza na głowę.

M. Siemens.
techn.-dent.

Wskazówki praktyczne.

1) Płukania do ust:

a) **Euthymol**—amerykańskie płukanie do zębów
Rp. Acidi borici 23.25, Thymoli 1.00, Menthol 0.75, Extracti baptisiae 3.75, Ol. gaulthariae gtt. IX
Ol. Eucalypti gtt. XII, Alcoholi et Aq. destill. aa 475.00.

b) **Glycothymolin** — płukanie przeciwnilne odczynu alkalicznego i przyjemnego smaku.

Rp. Natrii biboracici, Natrii bicarbonici, Natrii salicylici aa. 13.00; Thymoli, Mentholi aa. 1.00; Alcoholi 31.0; Glycerini 124.0; Aq. destill. 1000.0.

Płukanie to może być stosowane *per se*.

c) **Eau de Botôt.**

Rp. Alcoholi 85% 2240.0; Semin. anisi 80.0; Cort. chinae rubr. 40.0; Ol. Menthae 40.0; macerować w ciągu 8 dni, przefiltrować i dodać: Mixt. oleosobalsamicae 75; T-rae ambrae 2.0.

d) **Nalewka dra Pfeffermanna.**

Rp. Seminum anisi stell. 10.0; Caryophyllor. 1.2
Cort. chinae rubr. 1.2; Spir. vini (80%) 250; Ol. menthae pip. 40.0; macerować w ciągu kilku dni i przefiltrować.

e) **Płukanie dra Greena.**

Rp. Kreosoti 1.2; T-rae myrrhae, T-rae lavandulae aa 0.5; Syr. simplicis 30.0; Aq. destill. 200.0. (Bez tego płukania można się śmiało obejść).

f) **Płukanie dra Heydera.**

Rp. T-rae chinae, T-rae myrrhae aa 2.00; Spirit. meliss. 100.0; Ol. menthae pip. gtt. VII. DS. 1 łyżeczkę od herbaty na pół szklanki wody.

g) **Płukanie dra Magitot.**

Rp. Natrii biborici 15.0; Thymoli 0.2; Aq. destill. 1000.0 DS. Do płukania.

2) **Do obcierania zębów sztucznych z wosku lub wygładzania szablonów woskowych** najlepiej nadaje się **chloroform**, który pod względem niebezpieczeństwa wybuchu i pożaru mniej jest niebezpieczny, niż eter siarczany lub benzyna. Ostatnie dwa środki, ulatniając się, tworzą w pokoju z powietrzem mieszaniny wybuchowe; chloroform może być pośledniejszego gatunku (do użytku zewnętrznego).

3) **Do zakrywania ubytków próchnicowych** przy zakładaniu lekarstw często stosuje się **wosk**. Zakładanie w ubytek wosku samego jest dość uciążliwe, lepiej więc stosować go w tym przypadku w połączeniu z watą. W tym celu macza się watę w roztopionym wosku, a gdy wosk nieco ostygnie, wakuje się watę pomiędzy palcami w podłużny wałek; Wałek ten w miarę potrzeby kraje się na tamponiki, które przed włożeniem do ubytku przeciąga przez płomień lampki spirytusowej. Tamponik w ustach szybko stygnie i dobrze zamyka ubytek.

4) **Aby stopić odpadki wosku**, każdy ma swój sposób. Najprościej robi się to tak: do naczynia, napełnionego do połowy wodą, wrzuca się kawałki wosku; wodę podgrzewa się do punktu wrzenia, a jeszcze lepiej tylko do 80—90°; wosk, przetrzymany przez czas pewien w takiej temperaturze, topi się; wszelkie nieczystości, jak gips itp. powoli opadają na dno naczynia. Po ostygnięciu na powierzchni wody tworzy się placek woskowy, który przystaje mocno do

ścian naczyń. Aby wyjąć ów placek, należy go podciąć nożem naokoło lub też podegrzać zzewnątrz naczynie lampką spirytusową; placek wtedy łatwo wyjmuje się. Na dolnej powierzchni placka woskowego znajdują się jeszcze nieczystości, które, jako lżejsze od wody, nie opadły na dno. Te zeszkrobuje się nożem. Chcąc otrzymać wosk jeszcze czystszy, można go przetopić powtórnie w wodzie, do której dodano nieco ałunu.

5) **Doraźne dorobienie ułamanego zęba z cementu** przy obłamaniu płaskiego zęba sztucznego od platki metalowej lub protezy mostkowej w przypadkach, gdy okoliczności nie pozwalają wykonać kapitalnej reparacji: wystające platynowe krampony stanowią dobry punkt do umocowania cementu odpowiedniej barwy, któremu nadaje się postać właściwego zęba; następnie poleruje się papierkiem szmerglowym. Takie cementowe zęby niekiedy wytrzymują rok, a nawet i dłużej.

6) **Postawienie tymczasowego zęba sztyftowego** na czas przygotowania stałego ma ważne znaczenie (zwłaszcza dla przednich zębów) z tego względu, że pozbawiamy pacjenta szpetnego wyglądu i, podtrzymując dziąsło, ułatwiamy sobie następnie wstawienie zęba stałego. Przygotowanie tymczasowego zęba wymaga niewiele czasu i zachodu. Dobiera się i szlifuje stosowny płaski ząb, do którego przymocuje się drut z nowego srebra. Koniec tego drutu, zwrócony do kramponów, należy sklepać i opatrzyć nacięciami, w które zagina się krampony. Następnie smaruje się kwasem solnym, nasyconym cynkiem i lutuje cyną. Gotowy ząb obsadza się na gutaperkę.

7) **Do zabarwiania wosku** do modelowania nadają się: *karmin* i t. zw. barwy tłuszczowe — *sudanrot* Scheringa, *amido-azo-benzol-azo-beta-naphtol* (*Sudan III*) i najnowszya — *ponceau* K. Mereka; *alkalina* ładnie zabarwia wosk, lecz barwa nie jest trwała.

8) **Twardy wosk**, stosowany na szablony, robi

się ze zwykłego wosku i jakiegokolwiek substancji smolistej. Wosk miesza się dobrze ze wszystkimi smołami, z wyjątkiem szellaku i kopalu; najlepiej miesza się wosk z kalafonią, mastyksem, damarlakiem i sandaraką. Aby otrzymać platki twarde, które się topią lub rozmiękczejają dopiero przy wyższej ciepłocie, należy wziąć wosk *Carnauba* w połączeniu z kalafonią lub damarlakiem.

9. **Leczenie torbieli.** Przy leczeniu torbieli nawet znacznych rozmiarów daje doskonałe wyniki mieszanina: *Jodoformii 60.0 Spermaceti, Ol. sesami aa 40.0*. Mieszaninę należy stopić i w tym stanie wstrzykiwać do torbieli. *D-r Ernst* (Wiener med. Presse № 23 r. z.) widział dobre wyniki już w krótkim czasie przy leczeniu torbieli nawet rozmiarów jabłka. (*Deut. M-ft. für Z-de 8. 1904 str. 488*).

10. **Kwas karbolowy i dolor post extract onem.** Do uśmierzenia bólu, powstałego po wyjęciu zęba, zalecano wiele środków, a między nimi i kwas karbolowy do wycierania zębodołu. Otóż *D-r R. Parreidt* z Lipska twierdzi, że stosując ten środek w wymienionym celu, nigdy prawie nie otrzymał dobrego wyniku. (*Ibid*).

11. **Skład „emalii porcelanowej“ Dappen'a.** Szkłoje-najskie (Jenaer Normalglas), kwas krzemowy, kaolina, bezwodny tlenek cynku (zincum oxydatum anhydricum). Barwniki: chlorek srebra, złoto, platyna, tytan, uran, żelazo i siarczan srebra. (*Corr. Bl. f. Z. te Z. 1904 str. 133*).

Proszki do zębów, zalecane przy ropotowu zębodołowym:

I. *Calcariae praecipitatae, 90.0; Lap. pumicis pulv. subtiliss. 5.0; saloli 5.0; ol. menthae pip., Carmini q. s.*

II. *Calcariae praecipitatae 30.0; Magnesia carbonicae 30.0; pulvis radiceis Irid. florent. 15.0; Sulphuris praecipitati 15.0; ol. rosae 0.3.* (*Zah. Ref. 16. 1904*).

M. Kr.

Kronika i sprawy zawodowe.

— K — **Szkoła tech iczno-dentystyczna.** Dnia 30/XII r. z. grono tutejszych dentystów w liczbie blisko 100 osób wystąpiło do Wyższej władzy z prośbą o zamknięcie nielegalnie istniejącej szkoły techniczno-dentystycznej pani Rajzli Stawiskiej.

Nie ulega wątpliwości, że szkoła p. S. zamknięta być musi i jak słyszeliśmy, zamknięcie ma nawet nastąpić wkrótce. Zapewne w przewidywaniu zamknięcia i zwrotu wpisów p.p. *Aron Wolfson*, *Herc Sawicz* i *Majer Zajczik*, wspólnicy p. S. (ob. Nr. 12 Przeglądu z r. zeszłego) wycofali się z przedsięwzięcia.

— **Także wynalazek.** *Neue Lodzer Zeitung* z dnia 3 stycznia r. b. donosi: «Wczoraj wieczorem o godz. 7 w gabinecie dentystycznym p. *A. Zadewicza* ul. Piotrkowska Nr. 120, w obecności lekarzy, p.p. D-rów Górskiego, Serkowskiego, Sołowiejczyka, J. Jokla, Loewego i innych, jak również w obecności przedstawicieli tutejszych szkół średnich i prasy odbyła się pierwsza próba publiczna zastosowania wynalezionej przez dentystów panią *Borunską-Grosman* i pana *A. Zadewicza* nowego środka znieczulającego przy wrywaniu zębów, zwanego «Dodór». Pacjenci byli zbadani przez obecnych lekarzy przed i po wrywaniu, przy czem zwrócono uwagę na tętno, źrenice i t. d. Wrywano zęby po uprzednim zastrzyknięciu środka w dziąsło zupełnie bez bólu»; dalej ciągnie się relacya w wielce uroczystym tonie. Nie śmiemy wątpić, że pp. *Borunską-Grosman* i *A. Zadewicz* wynaleźli nowy zupełnie środek znieczulający, dziwi nas tylko, że z demonstracją swego odkrycia nie zwrócili do Towarzystwa Odontologicznego, które przecież w Łodzi istnieje. Jesteśmy przekonani, że Towarzystwo umiałoby ocenić zasługi wynalazców.

— K — **Dentyści wojskowi.** Świeżo zamianowano 8 dentystów do angielskiej armii czynnej. Objęli oni posady w różnych załogach i otrzymują podobno 25 fr. dziennie (D. Z-che W. 27, 904).

— K — **Tytuł doktora dla lekarza-dentysty.** W «Zahn-ärztliche Rundschau» (Nr. 47, 20/XI 1904) czytamy następującą wzmiankę: «Właściciel Warszawskiej Szkoły Dentystycznej zwrócił się do Ministerjum (?—*kron.*) z prośbą, aby wychowañcom tej szkoły udzielił tytuły doktora, magistra i t. p. na równi z wychowañcami uniwersytetów. Zasadą tej prośby jest to, że większość słuchaczy posiada atestaty średnich zakładów naukowych». Musimy dodać, że nie o podobnem wystąpieniu właściciela szkoły tutejszej nie słyszeliśmy.

— K — **Śmierć w uspieniu chloroformem.** W pracowni

technika dentystycznego w Zgorzelicach (Görlitz) zmarł podczas narkozy chloroformowej generał major D. Klöder. (Z-che Rund. 39. 1904.

— K — **Jako dentysta kasy wojskowej** załogi w Gliwicach (Śląsk) zakontraktowany został dentysta *Reichfeld*, który jednocześnie jest stałym dentystą załogi w Pszczynie (Pless). Wśród wielu załóg niemieckich utrwalił się zwyczaj godzenia stałych dentystów przez pułkowe kasy. Członkom kasy i ich rodzinom udzielaną bywa przez cały rok stała pomoc dentystyczna.

— K — **Liczba lekarzy dyplomowanych** (Regular practitioners) w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, podług «Medical News» (6, II. 04), wynosi blisko 95000. W r. 1904 zmarło 1400, co stanowi 14,7^o/_o. Średnia śmiertelność wśród lekarzy wynosi 7^o/_o—w wieku 25 l.; 15^o/_o—w w. 35 l.; 21^o/_o—w. w. 45 l. 34^o/_o—w w. 55.

— K — **Dziwny organizm.** Jarosławską publiczność bawi ni jaka Miss Marta, wywołująca u siebie zupełne znieczulenie i katalepsję. Miss Marta odgryza zębami rozżarzone do czerwoności żelazo, łyka rozżarzone kawałki żelaza, staje golemi nogami na rozżarzonem żelazie, pije gorącą naftę, wyjmuje ustami kulki z roztopionego ołowiu. Ciało jest zupełnie nieczule na uderzenia ostrym nożem i t. p. (*Siwerny Kraj* 19. II. 1904. *Wraczebnaja gazeta* 9. 1904).

— K — **Liczba lekarzy-dentystów i dentystów**, którzy przystąpili do egzaminu przy fakultecie lekarskim w Odesie, jak podaje «Ruski Wręcz» (Nr. 8, 1904 r.), wynosi pierwszych 126, a drugich—30. Większość stanowią kobiety.

— K — **Nowy uniwersytet** ma być otwarty w Noworośyjsku. Obywatele miasta ofiarowali znaczne sumy na projektowany uniwersytet. Na jednym z gubernialnych posiedzeń złożono 30 tys. rubli.

— K — **Ręce przedstawicieli medycyny.** Fakultet Lekarski uniwersytetu w New-Yorku postanowił zwracać baczną uwagę na ręce młodzieży, chcącej poświęcić się medycynie. Zdanem fakultetu, ręce lekarza odgrywają ważną rolę, z tego względu na fakultet lekarski mogą być dopuszczani tylko ludzie z rękami bez skazy i to tacy, którzy starannie pielęgnują ręce. Nie przyjmują więc takich, którzy na rękach mają brodawki, pryszcze, poobgryzane paznokcie i t. d. Prócz tego, podczas całego kursu nauki wymaga się od słuchaczy, aby starannie pielęgnowali ręce.

— K — **Fabrykant słynnego Odolu, Lingner**, mianowany został przez króla saskiego radcą handlowym. Nowomianowany radca liczy zaledwie 39 lat. Jego środki materialne sięgają obecnie znacznych rozmiarów, *Odol* więc był doskonałym interesem. Kapitały Lingnera pozwalają mu czynić znaczne ofiary.

Królewskiej galerji sztuk pięknych w Dreźnie ofiarował on obraz Böcklina „*Dzień lety*”, nabyty za 100,000 mk. Kosztem 1/2 miliona marek założył Lingner Zakład dezynfekcyjny w Dreźnie, i Halę Ludową dla czytelników za 100,000 mk. W końcu urządził Instytut do badań bakteriologicznych kosztem 1/2 miliona. (Z-*che Rundschau* 39. 1904.)

Widzimy więc, że Lingner dobrze używa swych zarobków, szkoda tylko, że kosztem całego świata powstały instytucje niemieckie.

— K — **Z chińskiej praktyki lekarskiej.** Słynny znawca chińskiej medycyny, Dr. Matignon, który był przez czas dłuższy lekarzem przy francuzkiem poselstwie w Pekinie, w wspomnieniach swych o życiu w Chinach („*La Medicine moderne*” 2. III. 1904) przytacza pewne wiadomości, jak chińscy nadworni lekarze leczą swego cesarza. W przypadku choroby bogdyehana zapraszają doń dwu lekarzy, którzy jednak nie mogą widzieć twarzy pacjenta, ten bowiem leży na łóżku za gęstemi firankami. Przez te firanki cesarz przeciąga ręce na prawo i lewo, na rękach tych lekarze badają tętno, po czem każdy osobno stawia dyagnozę i wyznacza leczenie. Postanowienia swe oświadczają lekarze ministrowi dworu, ale muszą być one jednakowe; w przeciwnym razie grozi lekarzom ciężka kara cielesna. (*R. Wr.* 10. 04.)

— K — **Taksa lekarska i kary, nakładane na lekarzy w Babilonii.** Między 282 przepisami prawa *Hammurabica*, odkrytymi w wykopaliskach w Suzie, znajduje się określenie taksy i kar dla lekarzy i weterynarzy. Tak np. taksa 10 sekeli w srebrze wyznaczoną jest: «gdy lekarz komukolwiek nanosi ciężką ranę nożem operacyjnym i tę wyleczy, lub gdy otworzy opuchlinę nożem operacyjnym i oko zostaje utrzymane.» Gdy jednak operacja się nie uda i pacjent umiera, lub, gdy oko straci, to lekarzowi będą odcięte ręce. Jeżeli na skutek leczenia umrze niewolnik, to lekarz powinien dać innego niewolnika; jeżeli niewolnik straci oko, to lekarz powinien zapłacić za niego pół ceny. Za wyleczenie złamanej kości lub schorzałych miękkich części należy się lekarzowi 5 sekeli od wolnego, a 1—3 sekeli od niewolnika. Weterynarz otrzymuje za wykonaną dobrze operację nad osłem lub wołem 1/6 sekela, a jeżeli operacja się nie uda — weterynarz płaci właścicielowi wartość zwierzęcia.

— K — **Egzaminy na stopień lekarza dentysty.** Zarząd uniwersytetu warszawskiego ustanowił następujący porządek egzaminów przy uniwersytecie dla osób postronnych. Egzaminy na na stopień lekarza-dentysty odbywać się będą dwa razy do roku: w pierwszej połowie lutego i października; na stopień dentysty — w czasie od dn. 14-go marca do 2-go kwietnia i od 14-go listopada do 3-go grudnia.



— **Wykłady** w tutejszej szkole dentystycznej, podobnie jak i w innych zakładach naukowych, uległy zawieszeniu.

— **Czeskie** czasopismo dentystyczne «*Zubni Lekarstvi*», które wychodziło dotychczas jako dodatek do «*Lekarskich Rozhledow*», od Nowego Roku rozpoczęło żywot samoistny, powiększywszy swe rozmiary. Redaktorem pozostaje prof. Dr. Nessel.

— **K** — **Krople do zębów d-ra Zieglera**. Urząd lekarski m. Petersburga zakazał sprzedawać bez przepisu lekarza t. zw. *Anodyny D-ra Zieglera*, a to skutkiem otrucia dziecka, któremu przez omyłkę dano ten specyfik dentystyczny do wypicia.

Poszukiwana jest dentystka, przyjemnej powierzchowności, katoliczka, która by prowadziła dział **plombowania** przy zakładzin dentystycznym **za granicą**.
Oferty proszę pod adresem: W. Pan D-ta Czechowicz, Hotel Saski, Warszawa.

Dentysta młody, obeznany gruntownie z leczeniem i plombowaniem zębów i techniką **poszukuje miejsca asystenta**. Wymagania **skromne**. Adres: Sierakowska 6 m. 39.

UKOŃCZONY DENTYSTA poszukuje posady **asystenta na przystępnych warunkach**. Wiad. w Redakcyi.

Technik, uzdolniony we wszystkich robotach, **przyjmuje roboty** [ze swego i powierzonego materiału. **Żórawia 32, m. 10.**

Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.

Słownik lekarski polski

Opracowali z polecenia Towarzystwa lekar. krak.
Prof. Dr. Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski,
Stanisław Domański, Leon Kryński, przy współu-
działe Tow. lek. warsz., Wydziału lek. Tow. przyj.
nauk w Poznaniu, oraz wielu lekarzy i przyrodn.
pol. Kraków. 1905. Nakładem Tow. lek. krak.

Wielka 16^o, stron X + 762.

Cena: W Warszawie Rbs. 8.50

W Warszawie skład główny w księgarni

E. WENDE i SP.



GŁOS LEKARZY

dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym le-
karskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z za-
kresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcją D-ra Szczepana
Mikołajskiego i liczego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową:
6 koron 6, marek 3, ruble.

Adres redakcyi i administracyi:

Lwów ul. Śniadeckich 6.

KROWIANKA

**OSP
OCHRONNA**

Daniłowiczowska 8 Telef. 528.

INST. D-ra Tchórznickiego



Od Redakcyi.



Z ZAPOMOGI KASY POMOCY DLA OSÓB,
PRACUJĄCYCH NA POLU NAUKOWEM
IMIENIA D-RA JÓZEFA MIANOWSKIEGO,
DRUKUJE SIĘ I NIEBAWEM ZACZNIE
WYCHODZIĆ W NASZYM NAKŁADZIE,
A POD REDAKCYĄ D-RA W. ŁEPKOWSKIEGO
PROF. DENTYSTYKI W UNIWERSYTECIE
JĄGIEŁOŃSKIM I D-RA B. DZIERŻAWSKIEGO
PROF. SZKOŁY DENT. W WARSZAWIE.

PODREĆCZNIK CHOROÓB ZĘBÓW I JAMY USTNEJ

według następującego programu:

1. Anatomia i rozwój jamy ustnej i zębów. — Doc.
Dr. A. Bochenek (Kraków).
2. Histologia zębów i bł. śluzowej jamy ust wraz
z językiem. — Prof. Dr. Maziarski (Kraków).
3. Skład i własności chemiczne zębów i śliny. —
Doc. Dr. Seńkowski (Kraków).
4. Anatomia porównawcza zębów. — Prof. Dr. Hoyer
jun. (Kraków).
5. Środki lekarskie, używane w dentystyce. — Dr. F.
Kofakowski (Warszawa).

6. Materiały, stosowane w technice dent. — Dr. filozofii Humnicki (Warszawa).
7. Anomalie zębów i ich leczenie. — Dr. Leszczyński (Warszawa).
8. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. — Dr. Dzierżawski.
9. Próchnica zębów i jej powikłania wraz z etyologią i leczeniem. — Ten-że.
10. Syfilis jamy ustnej. — Dr. Kozerski (Warszawa).
11. Plombowanie. — Docent Dr. Gońka (Lwów).
12. Ekstrakcyja zębów wraz z znieczuleniem miejscowem i ogólnem. — Dr. Dzierżawski.
13. Chirurgia twarzy i jamy ustnej — Dr. Kryński, prof. nadzw. Uniw. Jagiel. (Warszawa).
14. Opatrunki przy złamaniach i protezy po rezekecyach szczęk. — Doc. Dr. Bohosiewicz (Lwów).
15. Modele, artykulacya i dostawki kauczukowe. — D-ta Idzikowski (Warszawa).
16. Dostawki metalowe. — Prof. Dr. Lępkowski.
17. Porcelana i emalia w dentystyce. — Dr. C. Zboril (Praga).
18. Obturatory. — D-ta W. Zieliński (Warszawa).
19. Zęby w medycynie sądowej. — Prof. Wachole i prof. Lępkowski (Kraków).

Podręcznik będzie wychodzić w zeszytach pięcioarkuszowych.

Cena zeszytu: 1 rub.—2 marki—5 koron.

Składy Główne: „Podręcznika“.

Kraków: u Prof. D-ra Lępkowskiego ul. Straszewskiego 26.

Warszawa: w redakcyi Przegl. Dentystycznego.



A. JOSEM

SKŁAD

Instrumentów i Materiałów

DENTYSTYCZNYCH

Marszałkowska № 125

W WARSZAWIE.



**Hydrogenium hyperoxydatum
medicinale**

wysokiej czystości z Fabryki

C. A. KAHLBAUMA

w Berlinie.

Skład w aptece K. Wendy

45 Krak.-Przedm. w Warszawie.



WYDAWNICTWA

„Przewodnika Zdrowia”

(Berlin Karlstr. 32).

Wyszły z pod tłoczni i są do nabycia we wszystkich księgarniach

Pouczające książki:

„Talizman zdrowia i piękności“ 75 fen. — 90 hal. — 40 kop.

„Onanizm czyli samogwałt“ 1 mr. — 1,20 kor. — 50 kop.

„Z kim się łączyć w małżeństwo?“, 50 fen. — 60 hal. 25 kop.

„Życie płciowe i jego znaczenie ze stanowiska zdrowotno-społecz.“. 2 mr.
— 2,40 kor. — 1 rb.

Do nabycia w każdej lepszej księgarni lub w eksp. „Przewodnika Zdrowia“ (Czarnowski, Berlin, Karlstr. 32).

A P T E K A
E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej.
w WARSZAWIE.

POLECA:

Wyjątkowe roztwory eukainy
w rurkach zalutowanych.

Eliksir przeciwnilny o odczynie alkalicznym (zawierający 5% Antyozyny).

Eliksir ściągający (zawierający około 5% Garbniku).

Eliksir obojętny (oprócz olejków eterycznych innych części działających nie zawierający)

Proszek czarny z Carbo Tiliae subtilissime pulveratus z dodaniem 20% Magnesiae Carbonicae.

Proszek biały z Calcaria praecipitata.

Proszek różowy z główną częścią składową, jak w powyższym, zabarwiony Karminem.

Hydrogenium peroxydatum medicinale.

Szczotki do zębów Johna Wesslerera i Fr. Zielińskiego.

Pastę formalinową Boeneckena z tymolem i kokainą, w hermetycznych tubkach cynowych.

Oraz wszelkie inne środki i preparaty farmaceutyczne, używane w dentystyce.

D-ra Scheuera

Cyna Gąbczasta

nadzwyczaj miękka, upychadłami od złota gąbczastego daje się doskonale przyglądzić do ścian ubytku.

Bierze się kawałek cyny gąbczastej, wielkości ubytku, kondensuje się i dodaje się wciąż cyny, uciskając ręką do ścian; na to kładzie się warstwę nieprzeżalonego złota gąbczastego zakańczą się złotą folią.

Cyny gąbczastej się nie przepala.

Cyna łączy się z każdym nieprzeżalonem złotem gąbczastem i nie tylko skraca i upraszcza plombowanie złotem, ale i robi je tańszem. Resztki w kształcie pyłu można ścisnąć i zużyć.

D-ra Scheuera

Cyna Gąbczasta

Duża porcja Rub. 2,50.

dostać można w śladach

Dobronoki i Schiele

Warszawa, Zgoda 4.

Moskwa B. Dmitrowka. 28.

D-ra Scheuera Cement Cynowy

nowy materiał do plombowania, o którego dobroci każdy może się prędko przekonać.

Doskonały proszek cementowy, zmieszany z chemicznie czystą cyną, subtelnie sproszkowaną, można zarabiać z każdym płynem i otrzymuje się bardzo trwałą plombę, mającą po oszlifowaniu i wypolerowaniu wygląd amalgamatu złotego. Plomba nigdy nie traci koloru i nie zabarwia zęba.

Cement cynowy D-ra Scheuera trzyma się dobrze dla tego, że:

- 1) jest bardzo twardy,
- 2) ma gładką, metaliczną powierzchnię.

Z doskonałym wynikiem stosuje się cement cynowy do ubytków na szyjkach zębów i jako podkładka dla dużych plomb złotych. W ostatnim przypadku wypełnia się ubytek aż po brzegi cementem, w stwardniały nieco cement wpycha się warstwę gąbczastego złota i kończy się plombę folią.

Najlepsze wyniki otrzymuje się, dodając proszku po trochu i rozcierając mocną łopatką aż do otrzymania gęstego ciasta. Formowanie nałożonej plomby udaje się najlepiej za pomocą instrumentu, posmarowanego waselineą.

Ukończoną plombę można po kilku minutach polerować stałą i waselineą, albo też oblać woskiem lub kopalowym werniksem i dopiero na-rugi dzień szlifować i polerować.

Dobrze jest zrobić kilka plomb na próbę na wyrwanych zębach.

Duża porcja Rub. 2.50.

Dostać można w składach

Dobronoki i Schiele

Warszawa, Zgoda 4.

Moskwa, B. Dmitrowka 28.

E. Merck

Fabryka chemiczna—Darmstadt.

poleca:

Aether
bromatus

Merck.



STYPTYCYNĘ

Watę i Gazę styptycynową
znakomite środki do
tamowania krwi.

Aether
chloratus

Merck.



Paranephrin-Merck,

dowy, względnie mało trujący i nie drażniący przetwórnadnerczy, nadający się doskonale do znieczulania przez zastrzykiwanie w połączeniu z tropakokainą i kokainą.

Perhydrol,

Woda utleniona
Merck

30%, chem. czysta,
doskonała do celów
dentystycznych.

Eugenol.

Tropakokain. hydrochlor.

Środek znieczulający
względnie nietrujący,
szczególnie nadający się do
znieczul. przy wrywaniu zębów

Chloroform, Cocain Merck, Paramonochlorphenol

jak również wszelkie inne, stosowane w dentystyce

Chemikalia.

Literaturę o paranephrynie, styptycynie, tropakokainie i perhydrolu przesyłamy na żądanie gratis i franko.