

# Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBYM  
JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

## I. Prace oryginalne.

### 1). W sprawie plomb krzemowych (silikatowych).

NAPISAL

Doc. Dr. A. GOŃKA (Lwów).

(Referat, odczytany na posiedzeniu sekcji dentystycznej X Zjazdu  
lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

Jeżeli w sprawie plomb krzemowych zabieram obecnie głos wobec Panów, czynię to z następujących względów: przedewszystkiem chciałbym, abyście Panowie niniejszy referat uważali tylko za dalszy ciąg mej pracy, którą na ten temat ogłosiłem przed kilku laty w „Przeglądzie Dentystycznym”. Jako uzupełnienie poprzedniej pracy, a poniekąd jej pogłębienie, zechciejcie, Panowie, uważać niniejszy referat i z tego względu, że doświadczenia i spostrzeżenia wówczas przeprowadzone, obejmowały zbyt krótki okres czasu, aby wydać ostateczny i pewny sąd o tym nowym wynalazku. Na różnicę zapatrywań o nim wpłynąć musiało bez wątpienia i to, że ustosunkowanie poszczególnych jego składników ulepszono, a co zatem idzie i wynika, w praktyce okazać się musiały poniekąd lepszymi.

Na pracę moją w „Przeglądzie Dentystycznym” umieszczoną pozwalam sobie zwrócić uwagę choćby dlatego, że, o ile mi dotycząca literatura jest znana, praca moja była jedną z pierwszych, w której wartość plomb krzemowych starałem się obszerniej uzasadnić,

Wiem dobrze, że przedemną bardzo wielu praktyków posługiwało się temi plombami; wszystkie jednak uwagi i spostrzeżenia, zresztą bardzo luźne, wygłoszone były jakby z pewną nieśmiałością i obawą, by nowego wynalazku nie przeceniać lub nie niedoceniać, co by w danym razie ściągnąć mogło zarzut lekkomyślnego sądu lub pobieżnej obserwacji. Dalszym powodem, dla którego głos w tej sprawie zabieram, jest to, że rzecz sama jest bezwarunkowo na czasie i ważną, dowodem czego, że publikacje o niej, bądź co bądź, mnożą się z dniem każdym i że sądu w tej sprawie nie poskąpiły nawet takie powagi, jak Bruck lub Sachs.

Jak każdy nowy wynalazek, tak i plomby krzemowe, podzieliły praktyków na dwa obozy: takich, którzy im odmawiają prawie wszelkiej wartości, i takich, których entuzjazm jest może przesadzony, a którzy używanie plomb tych i wskazania po temu zanadto uogólniają. Na grupę pierwszych składają się przeważnie ci, którzy ujemny swój sąd oparli przede wszystkim na doświadczeniach, robionych poza jamą ustną. Że ten punkt widzenia nie jest słuszny i miarodajny, dość przytoczyć znany fakt, że zachowanie się amalgamatów jest również inne w jamie ustnej, a inne poza nią—co więcej, że te same amalgamaty, wyłącznie tylko w jamie ustnej obserwowane, inaczej zachowują się u jednego osobnika, a inaczej u drugiego, że my w dodatku nie umiemy sobie tego zagadkowego zjawiska ani wytlumaczyć, ani obliczyć.

Jak w stosunku do plomb krzemowych sąd o nich wydany, a na doświadczeniach w chemicznych laboratorjach oparty, musiał być niesprawiedliwy, są dowodem słowa Breuera, który twierdzi, że masa Ascherowska na działanie organicznych lub nieorganicznych kwasów jest zupełnie nieodporną. Gdy mu robiono zarzut, że do prób używał zbyt zgęszczonych kwaśnych roztworów, wypowiedział się w obronie swego twierdzenia tak: jeśli jednoprocentowy kwas wywołuje znaczne zniszczenie, dajmy na to w 5 dniach, w takim razie przy słabszych roztworach takichże samych spustoszeń spodziewać się należy tylko w dłuższym znacznie przeciągu czasu. Takie twierdzenie i argumentowanie nie wytrzymuje wcale krytyki, chemja bowiem poucza, że pewne substancje do swej rozpuszczalności wymagają pewnego stężenia płynu, w którym się mają rozpuścić, że np. w płynach poniżej danego stopnia kwasoty zachowują się zupełnie

odpornie. Dowodem np. siarkan barowy, w słabszym niż 5% rozczy-  
nie kwasu solnego wcale się nie rozpuszcza, a dopiero w jego silniej-  
szych stężeniach. Morgenstern, który również przeprowadził szereg  
prób z Ascher'owskimi plombami co do ich rozpuszczalności, porów-  
nywając jednocześnie pod tym względem z plombami fosfatowemi, doszedł  
do wyniku korzystnie przemawiającego za plombami krzemowemi. Na-  
leży dodać, że doświadczenia Morgensterna były dokładniejsze i  
wszechstronniejsze. Krótko a wężłowato o nowym tym wynalazku po-  
wiedzieć można to samo, co o każdym innym, że dopóki nie przejdzie  
przez ogniową próbę większej ilości doświadczeń, jednych zado-  
wała on w zupełności, inni zaś odmawiają mu wszelkiej wartości.  
W krańcowo sprzecznych tych zdaniach, dotyczących plomb krzemo-  
wych, rolę poniekąd rostrzygającą odegrała przedewszystkiem prakty-  
ka, która nowe plomby przyjęła przeważnie przychylnie i w miarę  
coraz częstszego wprowadzania ich w użycie uważała je za coraz  
lepsze. Musi więc być jakaś przyczyna, dzięki której nowe plomby  
spotykają się z tak krańcowo przeciwną sobie wprost oceną. Według  
moich doświadczeń przyczyną tej sprzeczności nie jest nic innego tyl-  
ko odmienny sposób zarabiania plastycznej masy, powstałej drogą  
zmieszania płynu i proszku. Jak wiadomo, chemiczny skład proszku  
est według Moensa (1905) następujący: 50% kaoliny, 24% ziemi  
krzemionkowej, 15% wapna, 2% magnezu i nieco wody. Płyn zaś za-  
wiera kwas meta, pyro i ortofosforowy. Wynikiem wzajemnego dzia-  
łania tych 2 substancji jest ich łączenie się w pewnym ustalonym sto-  
sunku chemicznym. Jeśli połączenie chemiczne jest zupełne, t. j. jeśli  
cała ilość kwasu fosforowego połączyła się z całą ilością proszku, na-  
tenczas utworzona masa da plombę, która mniej więcej posiadać bę-  
dzie wszystkie zachwalane własności, a więc odpowiednią zbitość-  
plastyczność, połysk i odporność na działanie kwasów. Jeśli zmie-  
szanie poszczególnych składników będzie nieodpowiednie, nierówno-  
mierne, wadliwość plomby wystąpi w dwóch kierunkach: 1) w razie  
nadmiaru kwasu w masie, rozpuszczalność plomby występuje szybciej,  
powierzchnia jej staje się chropowatą, porowatą, a połysk wkrótce  
znika. Jeśli zaś nie cała ilość proszku połączyła się z kwasem,  
czyli miał miejsce stosunkowy nadmiar pierwszego, plomba staje  
się zbyt kruchą, odbudowany kontur łatwiej się odłamuje. W zwią-  
zku z tem nieprawidłowem rozmieszaniem są prawdopodobnie narzeka-

nia twierdzących, że przy plombach krzemowych zauważyli często podrażnienia, a nawet zapalenie miazgi, pomimo, że ona była pokrytą jeszcze dość grubą warstwą zdrowej zębiny. Przypuszczenie, że wolny niezwiązany z proszkiem kwas fosforowy mógłby drażniaco działać na zębiny względnie na miazgę, wydaje się być zupełnie usprawiedliwionem. Przyczyną więc podrażnienia lub nawet zapalenia, kończącego się niekiedy obumarciem miazgi, nie jest arsenik, któremu to przypisywać chciano, a którego w preparacie niema, lecz nienależyte zmieszanie proszku i płynu. Że tak jest, powołuję się na zaświadczenie kolegi Dr. T. ze Lwowa, który przyznał, że od czasu, jak plomby te rozrabia w sposób przezemnie mu wskazany, zapalenia miazgi wcale nie widział. Potwierdzałoby to zachwyt Zanidera, który nigdy nie spostrzegł ujemnego działania na miazgę; to samo stwierdza Michaelis, omawiając własności plomb Ascher'owskich. Zastosowanie zatem podkładu pod te plomby, o ile na to oczywiście rozmiary i głębokość ubytku próchnicowego tudzież i jej kształt pozwalają, nie jest czasem bez pewnego znaczenia, cel jednak jest chybiony, jeżeli podkład ten robiony jest ze zwykłego cementu, do rozrobienia którego również stosujemy kwas fosforowy. Jedyne zębiny Fetchler'a uważać muszę za szczęśliwie wybrany materiał zwłaszcza w kombinacji z thymolem, który odkaża podejrzone dolne warstwy ubytku próchnicowego. Co się tyczy mnie, to podkładem tym posługuję się jednak tylko w wyjątkowych razach, mianowicie wtedy, gdy plomby krzemowe zakładam w zębach osób małokrwistych i źle odżywianych. Nie wiemy, dlaczego u osób takich zęby łatwiej ulegają próchnicy, lecz jest rzeczą pewną, że istnieje tu jakiś przyczynowy związek. Najprawdopodobniej odmienna nieco budowa zębów tych osób, rozszerzenie kanalików zębinowych kosztem samejże zębiny, a co za tem idzie większa może zawartość plazmy w takich zębach czyni te ostatnie wrażliwsiymi na każde ciało obce w postaci jakiegokolwiek plomby. Podrażnienie miazgi, jej przekrwienie, nawet zapalenie i zgorzel spotykamy zresztą w takich zębach również często przy plombach złotych, amalgamatowych, a nawet gutaperkowych, jak i przy krzemowych.

Jeśli dla plomb Ascher'owskich wystawimy postulaty idealne, przytoczone przez prof. Millera, to i te plomby bez wątpienia dalekiemi są od owego ideału. Jeśli je sądzić jednak będziemy miarą,

że tak powiem, przeciętnych wymagań, to przekonamy się, że one znacznie się zbliżyły do pożądanego ideału, a dziś po kilku latach doświadczeń i spostrzeżeń, zapewniam bezstronnych, twierdząc śmiało, że w wielu przypadkach są one wprost nieodzowne. Teraz chcę przejść do najważniejszych momentów—własności tych nowych plomb, których jestem wielkim zwolennikiem. O cóż się przy każdej plombie przedewszystkiem rozchodzi? W pierwszym rzędzie—o barwę i połysk plomby, które robią ją możliwie najmniej widoczną; powtóre—o jej wytrzymałość na wpływy chemiczne, szczególnie o odporność na działanie kwasów w jamie ustnej, potrzenie—o wartości plomby rozstrzyga pytanie, czy pod wpływem tarcia—w tym przypadku żucia—nie ściera się ona zbyt szybko, i czy wreszcie jest ona dość spoistą, by przez nacisk przy żuciu nie pękała, lub nie kruszyła się. Zostawiając inne wymogi, jako może mniej ważne, na uboczu, chcę przedewszystkiem na dopiero co postawione pytania odpowiedzieć tak, jak mnie długoletnie doświadczenie nauczyło. Oczywiście oceniam plomby krzemowe, porównując je z jednej strony ze zwykłymi plombami cementowymi, powtóre z plombami Jenkinsa, gdyż jako najwięcej dodatnich stron posiadające uważać należy zawsze złoto i nad tą sprawą chyba dyskutować nie można i nie należy. Więc co do połysku, naśladowującego szkliwo naturalnego zęba, to wiadomem jest, że przy zwykłych plombach cementowych żadnem polerowaniem połysku tego wydobyć nie można. Barwa tych plomb, nawet najstaramiej dobrana, zawsze jest martwą i przez to znacznie rzuca się w oczy. Przy plombach krzemowych jest przeciwnie. Podług Bruck'a z № 2, 3 i 6 przez odpowiednie zmieszanie ich zestawić można każdy prawie pożądaną odcień. Po wypolerowaniu występuje tak piękny połysk, że w samej rzeczy nie podobno odróżnić plomby krzemowej od naturalnego szkliwa. Czy jednak połysk ten jest trwały? Po pewnym czasie połysk ten istotnie nieco traci, gdy jednak, jak wspomniałem, do rozrobienia masy użyjemy odpowiedniej ilości płynu do proszku, jeżeli poczekamy możliwie najdłużej pod ochroniaczem lub szlifowania dokonany dopiero dnia następnego, to połysk plomb takich utrzymuje się doskonale nawet po dwóch latach. Na pytanie, w jakim stosunku zmieszać należy proszek z płynem, odpowiem, że ani cyframi, ani wagą określić nie umiem, ani nie próbowałem. Jest to rzeczą wprawdy. Naogół powiem, że jeżeli forma ubytku próchnicowego po-

zwala na to, a ściany ostatniego są dość wytrzymałe, jeżeli rozchodzi się mianowicie o plomby centralne, gdzie znacznych podcięć robić nie potrzeba, tam lepiej jest rozrabiać masę z większą ilością proszku, gdyż i połysk plomby dłużej i lepiej się utrzymuje. Rzecz naturalna co do trwałości, że w żadnym połysk ten nie wytrzymuje porównania z plombami Jenkins'a, za to przyznać należy, że wyszukiwanie lub zestawienie odpowiedniej barwy przy plombach emaliowych mimo skali barw podanej w wachlarzu, jest rzeczą daleko trudniejszą. Porównywając wytrzymałość plomb krzemowych i Jenkins'a na działanie kwasów, należy zgodzić się bez zastrzeżeń, że porównanie wypadnie zawsze na korzyść masy Jenkins'a, która nie podlega działaniu chemicznemu. Plomba taka nie rozpuszcza i nie ściiera się—to prawda; niezaprzeczone jednak zalety te należy okupić zbyt ciężko. Przygotowanie ubytku próchnicowego do przyjęcia plomby Jenkins'a wymaga nieraz poświęcenia dość sporo zdrowej zębiny, co w wielu przypadkach jest nie tylko nie obojętnym, lecz wprost szkodliwym i ryzykownym. W takich to właśnie razach stwierdza się to, o czem powyżej wspominałem: plomby krzemowe są nie do zastąpienia. Weźmy np. tego rodzaju przypadek, że siekacz górny, którego wargowo-językowa powierzchnia jest do połowy zniszczona; zniszczenie to sięga powierzchni zgryzowej bardzo nisko; dodajmy do tego, że jest to ząb z obumarłą miazgą, a więc z zębina bardzo kruchą. Czem w takim razie plombować? Cement wymyje się szybko, złoto jest niemożliwe, gdyż w ubytku próchnicowym o ścianach tak słabych skondensować się nie da, amalgamatu zastosować nie można ze względów estetycznych, również dlatego, że jego ekspansja grozić może rozsądzeniem zęba; gutaperka lub zębina Fletcher'a uważane są tylko za materiał do prowizorycznych lub próbnych wypełnień. Chcąc założyć plombę Jenkins'a, należałoby dolny wewnętrzny odcinek zęba zdjąć do odbudowania plomby konturowej. W tej rozpaczliwej wprost sytuacji plomba krzemowa jest jedynym materiałem ratunkowym i dodajmy—skutecznym na lata całe. Toż samo powiedzieć można o dwuguzkowcach lub nawet o zębach trzonowych, których zniszczenie na dole lub odśrodkowej stronie sięga bardzo głęboko w kierunku szyjki zęba pod brodawką międzyzębową. Prawda, że tak znacznie zagrożone zęby ratować można kapsłami złotymi — nie każdego jednak na taki ratunek stać i nie każdy ze względów kosmetycznych zgodzić

się na to zechce, tembardziej, że i koronki z porcelanowym frontem ze względu na swą cenę tylko dla wybranych są dostępne.

Co do wytrzymałości plomb krzemowych na działanie kwasów, to zaznaczyłem już, że ustępują one Jenkins'owskiemu o całe niebo, przewyższają atoli zwykłe plomby cementowe. Robiłem często notatki przy zakładaniu plomb krzemowych obok cementowych (w blizkiem sąsiedztwie). W ustach zaniedbanych, w których nieraz papierek lakmusowy stwierdzał kwaśny odczyn śliny po upływie kilku miesięcy przy tak niekorzystnych warunkach, zależnych od jakości wydzieliny jamy ustnej, plomby cementowe były do połowy rozpuszczone, o brzegach jakoby wyszczerbionych, natomiast plomby krzemowe trzymały się zupełnie dobrze, choć wyznaję, że starannie wypolerowana ich powierzchnia nie była już tak gładką i lśniącą, jak zaraz po założeniu ich.

Co do mechanicznego zniszczenia (przez tarcie), to powiem tak: większe wypełniania korony na powierzchni żującej nie dają zbyt dobrych wyników, gdy się rozchodzi o trzonowce, które przy żuciu najwięcej pracują. Plomby w tym miejscu założone nie łamią się i nie pękają, wycierają się atoli szybciej, niż amalgamatowe. Zresztą jak wspomniałem, plomby krzemowe nie mają tu tak wielkiego zastosowania, gdyż przy mocnych ścianach zęba amalgamat jest tu właściwszym, a w ostateczności korona nawet i z nieszlachetnego metalu, dlatego, że jest nie widoczną, spełnia najlepiej swoje zadanie. Plomby krzemowe mają nieocenione znaczenie przedewszystkiem przy zębach bardzo widocznych, a więc siekaczach, kłach i pierwszych dwuguzkowcach. Rugują one coraz więcej złoto, wypierają poniekąd plomby Jenkins'a; te, jak wspomniałem, wymagają czasem zbyt wielkiej ofiary ze strony zdrowej zębiny, pomijawszy już ten fakt, że przy ubytkach na powierzchniach stycznych niezbyt nawet gęsto ustawionych zębów należy je rozsunąć forsownie — co jest operacją niezmiernie przykrą i bolesną.

W pracy mojej, o której na wstępie wspomniałem, podkreśliłem w końcu, że plomby krzemowe do większych konturów nie nadają się, a raczej odbudowane kontury są zbyt kruche, by wytrzymać napór przy zwarciu szczęk.

Zapytuję jednak, czy takie same konturowe uzupełnienie masą Jenkins'a jest pod tym względem lepsze? Według mego doświadcze-

nia wcale nie. Dlatego to przecież zasadą jest, że ząb z dużą konturową plombą powinien być wyłączony ze zgryzu tak dokładnie, żeby nigdy nie stykał się ze swym przeciwnikiem. Przy nagryzaniu zaś na twarde ciało przy pewnej nieuwadze wypadają tak dobrze plomby Jenkins'a jak i odłamują się krzemowe. Aby sobie odpowiedzieć, które łatwiej, robiłem takie doświadczenia. Na zębie wyjętym po zdjęciu dajmy na to  $\frac{1}{3}$  części korony, uzupełniałem kontur według wszelkich prawideł masą Jenkins'a. Ząb z korzeniem wgipsowałem w blok gipsowy i za pomocą odpowiedniej wazki z góry na ściśle oznaczony punkt wywierałem napór na uzupełniony masą Jenkins'a kontur, dokładając ciężarki, dopóki cała konturowa plomba nie odpadła. Następnie ten sam kontur uzupełniałem w takich samych rozmiarach masą Ascher'a, znowu obciążałem, aż plomba pękła. Wielokrotne doświadczenia, w ten sposób wykazane, upewniły mnie, że niemal przy tem samym obciążaniu psuły się obie plomby. Większy napór powieźdźdźbym wytrzymały plomby Ascher'a, jeśli zwłaszcza można je było dobrze w kilku punktach umocować (zaankrować). Przy tej manipulacji należy tylko na jedno uważać, mianowicie — nie można większej ilości masy wprowadzić odrazu w cały ubytek próchnicowy, licząc na to, że masa przez swoją plastyczność weźmie się we wszystkie podcięcia i załamki. Masa krzemowa w należycie gęstej konsystencji jest do tego stanowczo za mało plastyczną. Co do mnie, to postępuję w ten sposób, że w każde podcięcie oddzielnie wpycham cienkim złotem upychadłem nieco masy, a dopiero później wszystkie te punkty pokrywam świeżą porcją, wtlaczaną ze znaczną siłą, tak, by świeża część przyległa do wszystkich punktów podcięcia. Wtedy wypadnięcie takiej plomby jest prawie niemożliwym.

Oto szereg spostrzeżeń z plombami, które, według mego zdania stanowią nader cenny dorobek w zachowawczej dentystyce. Jestto w każdym razie niezmiernie wielki krok naprzód w zrealizowaniu tej myśli chyba zupełnie słusznej, by każdą plombę wprowadzać w ubytek próchnicowy w formie plastycznej. Ścisłe przyleganie do ścian obok odporności na inne wpływy odepchnie od nas obawę możliwego wystąpienia wtórnej próchnicy, której przy dotychczasowych masach plastycznych pozbyć się niestety nie jesteśmy w możności. Krzemom więc rokować należy jaknajlepszą przyszłość, jeśli zwłaszcza da się jeszcze udoskonalić je — co oczywiście będzie zasługą chemji.



## 2). Torbiel okostnowo-zębowa górnej szczęki.

Podał

Dr. St. LEYZEROWICZ.

Ordynator kliniki chirurgicznej.

(Rzecz, wygłoszona w Warszawskim Towarzystwie Odontologicznem na inauguracyjnym posiedzeniu w dniu 19 listopada 1907 roku).

*Szanowne Panie i Szanowni Panowie!*

Korzystając z łaskawego zaproszenia Sz. Prezesa również Bibliotekarza Towarzystwa, mam zaszczyt zademonstrować Szanownemu Zgromadzeniu względnie rzadki przypadek torbieli zębowej w górnej szczęce.

Przed czterema tygodniami zapisała się do kliniki chirurgicznej przy szpitalu Dz. Jezus chora Chaja Zysła Rozen, lat 22, która z początku opowiadała, że od dwóch lat u niej na górnej szczęce znajduje się guz, z którego jakoby sączy się ropa. Bliższe jednak wywiady ustaliły, że już przed czterema laty zwracała się ona do jednego z warszawskich dentystów naskutek ropnia, powstałego nad zębami w górnej szczęce, w miejscu obecnego guza. Dentysta, stwierdziwszy, że zęby były zdrowe, zalecił jedynie gorące okłady, dzięki którym ropień miał jakoby pęknąć, przyczem wylała się zeń cuchnąca ropa. Po upływie dwóch lat wytworzył się ponownie w temże miejscu ropień, który w ciągu ośmiu dni, nim pękł, sprawiał chorej straszne bóle. Odtąd obrzmienie już się nie zmniejszyło, i guz do obecnej chwili pozostawał in statu quo. Pacjentka udała się wreszcie do szpitala nie z powodu jakiegokolwiek cierpienia, lecz, jak twierdzi, kierowała nią chęć pozbycia się guza ze względów co najmniej kosmetycznych.

Chora średniego wzrostu, dobrej budowy, również dobrego odżywiania. W narządach wewnętrznych żadnych zmian patologicznych nie skonstatowano. Przy oględzinach twarzy ponad górną wargę po prawej stronie stwierdzono pewne zniekształcenie twarzy z powodu guza, znacznie uwypuklającego się nazewnątrz—co też stwierdzić można było drogą wymacywania. Po odciągnięciu wargi zauważono usadowiony ponad górnym 2-im siekaczem, kłem i pierwszym dwuguzkowcem wystający, prawie kulisty, niebolesny guz wielkości włoskiego orzecha, którego przednia ściana nieco przeświecała, na niej zaś

uwidaczniały się dwa białawe punkciki, resp. otworki, przez które przypuszczalnie wyciekał zawarty w guzie płyn. Błona śluzowa na guzie była prawie w stanie zaniku. Od strony twardego podniebienia nie spostrzeżono żadnej deformacji. Palpacja przedniej ściany guza wykazała ścienczenie środkowej jej części, która ustępowała poniekąd uciskowi palca, przyczem miało się wrażenie trzeszczenia papierka pergaminowego (p. niżej), po brzegach zaś guz był twardy i zlał się z kością górnej szczęki. Wszystkie zęby, ponad którymi usadowił się guz, były napozór zupełnie zdrowe. Chcąc się bardziej przekonać o zawartości guza, dokonałem próbnego przekłucia (igła weszła na głębokość 3—4 cm.) i wydobyłem pełną 10 gm. strzykawkę niezbyt przezroczystego płynu *surowiczego*. Operację planowałem wykonać w ten sposób, iżby guz, który miał wszelkie cechy torbieli, całkowicie wyluszczyć wraz z otoczką; nie powiodło mi się to jednak z tej przyczyny, iż otoczka była zbyt niska; zmuszony więc byłem wykonać operację w następujący sposób: po odseparowaniu błony śluzowej wraz z okostną z przedniej ścianki wyciąłem nożyczkami część jej środkową (cienką), gdy pozostała, bardziej twardą, odbiłem dłutem, po części szczypcami Liston'a, jamę zaś guza doszczętnie wyluszczyłem do kości, bacząc przytem, aby nie przebić sąsiedniej jamy Highmor'a lub jamy nosowej, z którymi guz łączności jeszcze, na szczęście, nie miał. W głębi rany widać było korzenie kła i siekacza, których wierzchołki odcięto. Ranę wreszcie wypełniono watą, licząc na zagojenie per granulationem.

Pod względem histopatogenezy torbieli szczęki dzielą się podług Magitot'a na follicularne i periostalne (periodontalne). Pierwsze powstają w okresie biologicznego rozwoju zęba skutkiem zaburzeń, prawdopodobnie, troficznych; zgodnie z teorią następuje degeneratio cystica w samej torebce zębowej; ząb, aczkolwiek zdrowy, pozostaje nierozwiniętym, może go też i wcale nie być, a na miejscu jego znajdujemy torbiel. Inaczej rzecz ma się z torbielami periostalnymi; poprzedza je zawsze proces zapalny, dotykając zęba całkowicie rozwiniętego, natomiast bezwarunkowo chorego. W przypadku tedy torbieli okostnowej sprawa zapalna szerzy się z miazgi zębowej przez kanał korzenia na okostną (ozębną) i, jako końcowy produkt tej sprawy, w której niewątpliwie żywy biorą udział drobnoustroje, tworzy się tutaj nowotwór zapalny, przedstawiający się w postaci torebki

z tkanki łącznej, wypełnionej płynem i wysłanej nabłonkiem. Ta oto drobnych rozmiarów torbiel, będąc umiejscowioną na samym wierzchołku korzenia zębowego, częstokroć bywa przeoczana przy ekstrakcjach. Co się tyczy zawartości torbieli zębowych, to w follicularnych przeważnie znajdujemy płyn przezroczysty, barwy żółtawej niekiedy, dzięki domieszce cholestearyny, opalizujący, gdy natomiast w periodontalnych spotyka się częściej płyn ropny, mętny, a nawet cuchnący. Obecność nabłonka w torbielach zębowych stanowi dotąd jeszcze kwestję sporną z tej racji, że nie zawsze się go wykrywa, a następnie nierozstrzygniętem pozostaje, skąd on się bierze. Według Malassez'a, szczątki rudymentarne nabłonka (*les débris épithélieux paradentaires*) w ozębnej są zawiązkiem nabłonka, spotykanego w torbielach. Witzel mówi: „die Epithelscheide liefert das Material für die epitheliale Auskleidung der Zahnwurzelcysten“. Zarazem objaśnia tenże autor, iż brak niekiedy nabłonka w torbieli może być tłumaczony tem, że następstwo ropienia nabłonek może się oddzielać i rozplywać. Brunn utrzymuje znów, że zarodek szkliwny (*Enamel organ, Schmelzorgan*) draży coraz głębiej i sięga wierzchołka zębowego, przyczem obejmuje go i pokrywa; stąd pono bierze początek nabłonek w torbieli. Kunert i Partsch objaśniają powstawanie torbieli zapalnych w sposób następujący: torebka tworzy się z tkanki łącznej, z okostnej wierzchołka zębowego, w nią wrasta ziarnina z kanału korzenia, w którym zachodzi proces zapalny, przyczem jednocześnie rozrasta się owa warstwa płaskiego nabłonka Malassez.

Między korzeniem a ziarniną powstaje przestrzeń wolna, wypełniona płynem; kanał może zarosnąć, a płyn skutkiem tego zupełnie odgranicza; następuje retencja, i tworzy się nowotwór torbielowy pochodzenia zapalnego. Grünwald również pisze: „nach der Vacuolenbildung in periodontalen Epithelzellen die Cystenbildung einleiten kann“. Teofil Hug, badając pod drobnowidzem torbiel wyłuszczoną z górnej szczęki, znalazł w niej trzy warstwy: spodnią — z tkanki łącznej, okostnowej, pośrednią — z ziarniny, tkanki luźnej z leukocjami, wreszcie wierzchnią, składającą się z płaskiego nabłonka.

Co się tyczy *etiologii* torbieli, to follicularne mają, jakżeśmy rzekli wyżej, powstawać z przyczyny zmian troficznych w okresie embriologicznym zęba, gdy natomiast periodontalne są następstwem

spraw zapalnych; również wpływ mieć tu mogą czynniki traumatyczne, a nawet długotrwałe podrażnienia mechaniczne (np. ucisk).

Różniczkowanie torbieli zapalnych od follicularnych polega na tem, że ostatnie przeważają u osobników młodych (u dorosłych jedynie na miejscu dens sapientiae), zdarzają się rzadziej, są mniej bolesne, i rozmiary ich są mniejsze. Częstość spotykamy wewnątrz zęby lub ich zarodki; zęba zaś we właściwym miejscu może nie być. Wreszcie posiadają one zawsze nabłonki. Przy okostnowych torbielach najczęściej daje się spostrzegać zęby spróchniałe lub jakiś proces zapalny; powstają w wieku późniejszym, są większe i lokalizują się przeważnie na górnej szczęce ponad kłem i siekaczem.

Znaczne trudności nastroczać może rozpoznanie torbieli i odróżnianie takowych od zapaleń jamy Highmor'a z tej przyczyny, że torbiel rozwijać się może w kierunku ostatniej lub jamy nosowej.

Rosnąć tedy do zatoki szczękowej, zająć może niemal całkowicie jej wnętrze, równocześnie jedna z kostnych ścianek dzięki temu się uzuruje, i następuje perforacja zatoki szczękowej lub nosowej, przyczem wylewa się ropa. Otrzymujemy wówczas obraz chorobowy całkiem przypominający highmoritis tembardziej, że i subiektywne uczucia pacjenta są analogiczne. Zaznaczyć należy, iż zazwyczaj przednia ścianka rozrastającego się guza znacznie nabrzmiewa w okolicy wgłębienia szczękowego i staje się nader cienką, dzięki czemu przy palpacji ma się wrażenie pergaminu trzeszczącego. Te właśnie przypadki przyjmowano dawniej ryczałtem za hydrops lub empyema Highmor'i. Decydować w tym przypadku może tylko operacja i drobnowidz. Natomiast przy małych i zamkniętych torbielach można się kierować wydzielaniem ropy po usunięciu zęba przez zębodół, lub, jak zaleca Zarniko, zastrzyknięciem obojętnego płynu do zębodołu, gdy wyleje się z powrotem, a nie nosem, lub w końcu zastrzyknięciem płynu przez nos, gdy płyn nie przenika do zatoki szczękowej. Przy większych a zamkniętych torbielach orjentować się też można wyżej wskazanymi objawami: obrzmienie i trzeszczenie pergaminu.

*Leczenie* torbieli oczywiście jest tylko operacyjne. Partsch wycina zgietemi nożyczkami przednią ściankę guza i na tem poprzestaje, licząc na zrosnięcie się nabłonka błony śluzowej z nabłonkiem torbieli dzięki powinowactwu takowych. Siebenmann natomiast w swoim przypadku cał-

kowicie wyluszczył torbiel i wyłożył jamę rany płatem błony śluzowej, utworzonym z brzegu wyrostka zębodołowego, dzięki czemu otrzymał, jak utrzymuje, zagojenie w ciągu 6 dni. Tym sposobem jama musi pozostać niewypełnioną; w moim przypadku, jak widać, jama znakomicie się zmniejsza, i mam nadzieję, całkowicie zarosnie po wypełnieniu ziarniną.

Wracając do przytoczonego przezemnie przypadku, na zasadzie powyższego stwierdzam, iż miałem do czynienia z torbielą okołozębną zapalnego pochodzenia, o czem świadczy dosadnie wydobyty zeń przezemnie pływ *surowiczny*, choć mógłby być i ropny. Że nie była to torbiel follicularna, przemawiają za tem: lokalizacja, zupełnie rozwinięte pod nią zęby, które nb. pozornie tylko mogły być zdrowe, wreszcie znaczny rozmiar guza, wiek chorej i t. d.

W zakończeniu poczytuję sobie za miły obowiązek podziękować Szanownemu Prezesowi za zaszczytne dla mnie zaproszenie, młodemu a ruchliwemu Towarzystwu Odontologicznemu zaś życzyć powodzenia na polu krzewienia polskiej wiedzy dentyścycznej.

#### LITERATURA.

- 1) *Magitôt*: Mémoires sur les kystes des machoires. Arch. gén. de med. 1872/3
- 2) *Malassez*: Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires. Arch. de phys. 1885 r.
- 3) *Kunert A.*: Arch. f. Laryng 7.1898, Ueber d. Differentialdiagnose zwischen Cysten u. Antrumempyem.
- 4) *Partsch*: Ueber Kiefercysten. Deutsche Monatschr. f. Zahnheilkunde 1892.
- 5) *Verneuil*: Kystes du maxile superieur. Gazette des hopitaux 1884 № 45.
- 6) *Hug Teofil*: Ein Fall v. Zahnwurzelcyste (periodontale s. periostale Cyste) des Oberkiefers m. speciel. Berücksichtigung der Histologie. Archiv f. Laryngologie 13.3. 1903.
- 7) *Brand L.* Klinik d. Krankheit. d. Mundhöhle. Heft. 2. Empyeme u. Cysten. 1898.
- 8) *Lindt W.*: Einige Fälle v. Kiefercysten, Correspn. Bl. f. Schweiz. Aerzte 1902. 13.
- 9) *Grünwald L.*: Ueber Kiefercysten und Kieferhöhlencysten w. ihre gegenseitigen Beziehungen. Oest. Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde 3.1896.

## II). Dział sprawozdawczy.

1). **Lartschneider. Przyczynek do cementów krzemowych.** (Oestr.-Ung. Vierteljahr. für Zahnheilk. 11f. 1907). Prof. Sachs podjął się zmuudnej pracy wyszukania i zestawienia wszystkich danych z literatury o tych cementach i referował o tem w „Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde” (№ 4, 1907; referat w zeszytcie 8 „Kroniki” z r. ub.). Publikacje o cementach krzemowych przedtem ogłaszane z małymi wyjątkami nie były bardzo zachęcające; było więc na czasie zdanie takiej wybitnej osobistości, jaką jest prof. Sachs, który wypróbował silikaty, twierdził, że one stanowią w pewnych stosownie wybranych przypadkach znakomity materiał do plombowania, nie posiadają atoli dotąd wszystkich własności, jakich wymagamy od idealnego materiału. Badania Morgensterna dotyczą tylko doświadczeń laboratoryjnych. Kwasy, które dostają się do jamy ustnej zwykłą drogą i które zdaniem Morgensterna mają zgubnie działać na silikaty, należą do grupy t. z. kwasów organicznych: octowy, owocowe, mleczy, z których kwas octowy w postaci 3%—6% rozczyntu, t. j. jako ocet najczęściej dostaje się do jamy ustnej, a więc najzgubniejszym miałby być dla silikatów. Autor wkładał kuleczkę z cem. Ascher’a i Siliciana przed 11 miesiącami do 6% kw. octowego w szczelnie zamkniętej próbowce; po upływie tego czasu nie stwierdzono żadnego ujemnego wpływu na te masy silikatowe. To samo można powiedzieć o kwasach owocowych, które chemicznie słabiej działają, niż kw. octowy i które nigdy tak silnie skoncentrowane, jak ten, do jamy ustnej się nie dostają. Kwas mleczy jest bezsprzecznie wielkim wrogiem silikatów, lecz niema go nigdy w jamie ustnej w takiej ilości i koncentracji, aby się mógł stać naprawdę niebezpiecznym dla silikatów, jak to twierdzi Morgenstern. Jest on po największej części produktem działania t. z. bacillus acidi lactici na resztki pokarmu, pozostającego zwykle między zębami lub w ubytkach spróchniałych zębów. W chorobach połączonych z nieprzytomnością umysłu dłużej trwającą i ze śpiączką (coma, np. coma diabeticum przy cukrzycy, uraticum przy nephritis i t. d.), przy durze, brzuszonym tyfusie plamistym, apopleksji, nerwicach etc. tworzy się wprawdzie większa ilość kw. ml. w ustach; w tych przypadkach plomby krzemowe psują się (w tych

razach jest rzeczą otoczenia drogą ścisłej pielęgnacji jamy ustnej nie dopuszczać o ile można do tego).

Kwas solny również nieraz dostaje się do jamy ustnej, zwł. jako lek, gdyż przepisuje i zaleca się go przy różnych chorobach żołądka i przy dnie w 10% roztworze; w zaledwie 1‰ roztworze dostaje się tylko do jamy ustnej, i jako taki nie szkodzi silikatom. Toż samo powiedzieć można o kwasie fosforowym, który w leczeniu przepisuje się jako *acidum phosphoricum dilutum* przy różnych sprawach gorączkowych. Z doświadczeń autora wynika, że plomby Aschera i Silicina są nierozpuszczalne w 2%  $H_2O_2$  i w 5% Kali chloricum, natomiast niektóre wody mineralne, zawierające żelazo i arsenik, jak np. Levico i t. p., są wrogami tych plomb; częste płukania, używanie rurki szklanej do picia mogą choć w części w tych razach zapobiedz uszkodzeniu plomb. Jednym z zarzutów stawianych cem. Aschera i silikatom było i jest to, że po krótszym lub dłuższym czasie następuje podrażnienie miazgi, a nawet obumarcie tejże. Nieprawdopodobnem atoli jest, jakoby wszystkie silikaty zawierały arsenik, (któremu właśnie przypisują zgubny wpływ na miazgę), gdyż nietylko wynalazcy tych preparatów, lecz i inni chemicy, którzy je dokładnie badali, stanowczo temu zaprzeczają.—Sachs celem uniknięcia tego zaleca staranne i dokładne rozrabianie proszku z płynem, możliwem bowiem jest, że kwas ortofosforowy w płynie zawarty drażni nieco miazgę. Autor na znaczną ilość przez siebie zrobionych plomb, (776 Aschera, a 3900 ze Siliciny) widział tylko 6 takich powikłań (drażnienie miazgi); dotyczyło to zębów przednich górnego osobnika anemicznego. Przy żyjącej miazdze „lakieruje” autor każdy ubytek pod plombą krzemową lakiem Harvarda „Varnish” zwanym, czeka do wyschnięcia; uważa on tę warstewkę lakieru za wystarczającą, by uchronić miazgę, przyczem uważać należy, aby brzegi ubytku były wolne od lakieru i całkiem gładkie, gdyż plomba krzemowa powinna szczerlnie przylegać do ścian ubytku.—Zachodzi jeszcze pytanie, który z reklamowanych silikatów jest istotnie dobry i może być zalecany? Pod tym względem należy być bardzo ostrożnym. Różne „Smaltidy”, „Astraly”, „Diamanty” nie wytrzymują krytyki. Najlepszymi są silikat Aschera i „Silicina”. — Autor podaje dalej sposób używania i zastosowania tych ostatnich (znanych również ze sprawozdań działu sprawozdawczego „Kroniki Dentystycznej”). Używa on

tych preparatów z jaknajlepszym wynikiem do zębów przednich, dwuguzkowców, trzonowców; również przy robotach mostkowych, jako tafelki t. z. Facettes (o czem też wspomina Müller w dziele „Atlas der zahnärztlichen Metalltechnik“, wydanie 1907 przyp. referenta). Autor zachęca kolegów do plombowania silikatem dobrym, twierdząc, że takie plomby nieraz w niczem nie ustępują plombom z masy Jenkinsa. Gdy przy plombowaniu nie uważamy należyście na zgryz, plomby porcelanowe Jenkinsa również nie są trwałe, a nawet prędzej wypadną, niż plomby Aschera lub inne dobre krzemowe. A przecież warstwy średnio-zamożne lub niezamożne mają też same prawa do ładnych plomb jak warstwy uprzywilejowane. Podług autora, przyjdzie czas, że nie zobaczymy jam ustnych, zeszepeczonych plombami amalgamatowymi, i nie spotkamy tyłu dentystów, wylepiających całe szeregi zębów cementem zwykłym, jak to jeszcze obecnie się dzieje. „Przyszłość silikatom! Bądźmy wdzięczni Ascherowi za jego genialny wynalazek"! Temi słowami kończy autor swoją dość obszerną rozprawę o silikatach.

*Dr. med. Emil Friedländer.*

Drohobycz (Galicja).

**2). Bernstein. Dwa przypadki gruźlicy śluzówki jamy ustnej.** (Berliner Zahnärztl. Halbmonat, 1907). Gruźlica w jamie ustnej jest zjawiskiem względnie rzadkiem. Powstaje ona po większej części sub finem w przebiegu gruźlicy płucnej (pochodzi wtedy zewnątrz) lub występuje jako cierpienie pierwotne (z wewnątrz). Zewnętrzna postać gruźlicy umiejscawia się częściej w nosie, wewnętrzna z nielicznymi wyjątkami w jamie ustnej i szczęce. Zewnętrzna czyli pierwotna forma spotyka się bardzo rzadko. Następujące przypadki notowane są w literaturze. Petit widział gruźlicze zmiany w gruczołach podszczękowych u człowieka krzepkiego, który przez stosunek nienaturalny zaraził się od kobiety zmarłej na gruźlicę narządów płciowych i otrzewnej; 2-przypadek: suchotnik miał zwyczaj trzymania obsadki w ustach: pewna kobieta zaraziła się, wzięwszy ją do ust; gruźlica umiejscowiła się w danym razie w gruczołach podszczękowych i szyjnych. Scholz opisuje przypadek gruźlicy warg u starego, naogół zdrowego pacjenta. Jaruntowski przytacza następujący przypadek, który właściwie zaliczyć należy do gruźlicy wewnętrznej. Badając jamę ustną suchotnika, zauważył poza dolnym lewym zębem



mądrości wrzód, sięgający wtył do przodu łuków podniebiennych. Dziaśło było również owrzodzone. Ząb był mocno spróchniały, wewnątrz niego i naokoło wrzodu znaleziono drobnoustroje. Rozsadnikiem gruźlicy był podług Jaruntowskiego spróchniały ząb, skąd drobnoustroje przedostały się na śluzówkę.

Dalej następują przypadki zanotowane przez autora z własnej praktyki. Pierwszy—to przypadek gruźlicy wtórnej. 37-letnia pacjentka narzekała na ból kilku zębów pod rząd; lekarz, który ją wówczas leczył na inną chorobę, usunął je; wtedy podług słów pacjentki wystąpił wrzód. Bernstein znalazł w okolicy górnego lewego kła owrzodzenie gruźlicze, które łatwo krwawiło; dno było płytkie, nierówne brzegi, nie ostro wykrajane, jak przy przymiocie; wszystko to wskazywało na gruźlicę (pacjentka cierpiała na suchoty płuc odziedziczone po ojcu).

Drugi przypadek, obserwowany przez niego, odnosi się do gruźlicy pierwotnej. 21-letnia, pacjentka zdrowa pochodząca ze zdrowej rodziny, opowiadała, że w 15-ym roku życia otworzył jej się na wewnętrznej stronie dolnej wargi po prawej stronie wrzód, na który mało zwracała uwagi, ponieważ jej nie dokuczał. Wrzód się stopniowo powiększał i zaczął szpeciść twarz; wtedy zgłosiła się do lekarza. Wrzód był nieco większy od rozmiaru bobu i zajął również zewnętrzny brzeg wargi dolnej. Postawienie ścisłej dżagnozy utrudniał brak charakterystycznych zmian gruźliczych dla śluzówki. W jaki sposób dostał się zarazek, nie można było dociec. Dżagnozę Bernsteina potwierdził Lassar. Początkowo stosowano przypalanie lapisem i 50% kwas mleczny, lecz bez skutku. Idąc za radą Lassara, próbowano zastrzykiwać 5% hetol, co również nie dało dodatnich wyników. Pacjentka zdecydowała się na leczenie światłem (promienie Finsena mają tu tak samo wpływ dodatni, jak przy wilku), a w ostateczności—na zaproponowane przez Bernsteina przypalanie żegadłem. Wyniki leczenia autor ma ogłosić.

*Z. Fab.*

**3). Punkt topliwości różnych metali.** „Dinglers Polytechnisches Journal” podaje następujące punkty topliwości metali (podł. Cels.):

Aluminium 657°

Nikiel 1484°

Antimon 630°

Niobium 1950°

Bar (barium) 850°

Palladium 1535°

Ołów 327°

Platyna 1720°

Chrom 1515°	Praseodym 940°
Żelazo 1600°	Rtęć 39°
Gal (galium) 30°	Rubidium 39°
German (germanium) 900°	Srebro 962°
Złoto 1063°	Strontium 600°
Ind (indium) 176°	Tantal 2250°
Irid (iridium) 2020°	Tellur 446°
Kadm (cadmium) 322°	Thalium 304°
Potas (kalium) 62°	Vanadium 1680°
Wapień (calcium) 800°	Bismut 269°
Cesium 27°	Zerium 623°
Kobalt 1528°	Cynk 419°
Lit (lithium) 186°	Cyna 241°
Lanthan 610°	Sód (natrium) 98°
Magnesium 633°	Neodyn 840°
Mangan 1245°	

(Zeche Wochenschrift 9.1907).

Kr.

#### 4). Doc. Kotowicz. Narkoza przy pomocy prądu elektrycznego.

(Wojenno-medic. żurnał. L07). Autor w obszernej pracy o fizjologicznem i terapeutycznym działaniu prądu przy elektryzacji głowy między innymi wspomina o narkozie, występującej pod wpływem prądu elektrycznego.

W roku 1902 prof. Leduc ogłosił wyniki i zjawiska niespodzianie stwierdzone przez siebie przy elektryzacji głowy u zwierząt galwanicznym prądem przerywanym. Zjawiska te (l'inhibition cérébrale) polegają na zupełnem przerwaniu działalności mózgu, a przy silniejszym prądzie, i rdzenia podłużnego. W pierwszym przypadku zwierzę pogrąża się w sen, podobny do narkozy chloroformowej, t. j. zwierzę narkotyzuje się prądem elektrycznym. Aby zwierzę doprowadzić do takiego stanu, należy, ujemny elektrod przystosować do środka głowy, a dodatni — do brzucha lub krzyża; zamyka się prąd i puszcza się w ruch specjalny przerywacz, dający 100 przerw na sekundę. Następnie w ciągu blisko 5 minut prąd stopniowo powiększa się do takiej siły, przy której zwierzę zasypia. Siła ta waha się, zależnie od zwierzęcia, od 1 do 4 miliamperów w prądzie przerywanym; rzeczywista siła prądu waha się między 10 a 40 miliamper. Zwierzę zachowuje się zupełnie spokojnie, wcale się nie

bronii, znajduje się w stanie podobnym do snu chloroformowego, nie reaguje na żadne drażnienia, nie robi żadnych dowolnych ruchów. Jeżeli stopniowo powiększać siłę prądu, to przy pierwszym jego natężeniu ustaje oddech, serce jeszcze pracuje dalej z zadziwiającą prawidłowością. Gdy w ten sposób oddech był zatrzymanym nie więcej, jak na 1-ą minutę, to po zamknięciu prądu oddech sam przez się wznowia się; gdy oddech był wstrzymany dłużej, niż minutę, to działalność serca stawała się coraz słabszą, i ostatecznie serce przestawało działać, a zwierzę zdychało, można było je jednak jeszcze ożywić, jeżeli co 2 sekundy przepuszczało pierwotny przerywany prąd, za każdym razem w przeciągu krótkiego czasu; tem wywołać można ogólne skurcze mięśni, wznowiające krążenie krwi, a serce zaczyna działać; zwierzę wkrótce zaczyna oddychać, porusza się i wreszcie wraca do życia. Jeżeli przy wyżej wspomnianem położeniu biegunów zacząć elektryzować, nie zwiększając stopniowo siły prądu, a odrazu dochodzić do maksymalnej siły potrzebnej do uspienia, to z początku występują ogólne skurcze, następnie wypróżnienia kiszek i pęcherza i krótkotrwała przerwa w oddychaniu, które następnie wznowia się, i zwierzę zasypia. Tej „elektrycznej narkozie“ nie towarzyszą żadne złe następstwa; przebudzenie następuje w chwili przerwania elektryzacji, i zwierzęta są rzeźkie i wesołe. Niektóre zwierzęta były w ten sposób uspiane przeszło 20 razy bez najmniejszych złych następstw.

Z dalszych doświadczeń Leduc'a wykonywanych wspólnie z prof. Rouxeau wyjaśnionem zostało, że jeżeli częstość przerw przewyższa 200 na sekundę, lub też gdy czas przechodzenia prądu w ciągu każdego okresu przedłuża się, to prąd staje się niebezpiecznym; zwierzęta czują się po obudzeniu daleko gorzej, niż poprzednio, przyczem występują drgawki włókien we wszystkich prawie mięśniach, i trudniej jest je powołać do życia. Co się zaś tyczy przeciągu czasu, kiedy można bez szkody dla organizmu podtrzymywać narkozę elektryczną, to ten nie jest jeszcze ostatecznie ustalony. Jak twierdzi prof. Leduc, zwierzęta trzymano w ciśnieniu elektrycznym po 3 godziny bez najmniejszej szkody, a jednego zajęcia nawet w ciągu 5 godzin bez przerwy.

Nie zadowolniejszy się doświadczeniami na zwierzętach, wspomniany badacz wspólnie z prof. Albertem, Maegerbem i Rouxeau

przeprowadzał szereg doświadczeń nad sobą. Doświadczenia odbywały się w następujący sposób: na czole umieszczano połączoną z ujemnym biegunem baterji o małym oporze płytę metalową owiniętą grubą warstwą tkaniny i zwilżoną w 1% roztworem soli; taki sam większy dodatni elektrod umieszczano na krzyżu; prąd stopniowo powiększano do 4 milim. przy 100<sup>0</sup> przerwach na sekundę. Przy doświadczeniach spostrzegano następujące zjawiska: twarz osoby elektryzowanej stawała się czerwoną, występowało lekkie kurczenie się mięśni twarzy, szyi, a nawet i barkowych, jak również kilka drgawek; następnie zauważyć można było drętwienie kończyn, poczynając od dużych palców u nóg, dalej porażenie ośrodków mowy, a wreszcie wszystkich pozostałych ośrodków ruchomych. Elektryzowani nie reagowali na najboleśniejsze drażnienia i nie mogli porozumiewać się z kolegami, nad którymi przeprowadzano doświadczenia; tętno pozostawało absolutnie niezmiennem, oddech zaś cokolwiek był utrudnionym. Póki prąd nie osiągnął maximum, badane osoby słyszały jakby przez sen, co przy nich mówiono, zdawały sobie sprawę ze swej niemożności poruszania się i komunikowania się z kolegami, odczuwały każde dotknięcie, ukłucie i t. d., lecz wszystko było przytępione. Najnieprzyjemniejsze wrażenie, jakiego doznawano podczas badania, polegało na stopniowej utracie sił. Uczucie to jest identycznym z tem, jakiego się doznaje we śnie, gdy człowiek czuje bliskość nieszczęścia i nie może wydobyć z siebie ani słowa, ani też zrobić jakiegokolwiek ruchu. Gdy siła prądu przerywanego dosięgała 4 miliamp., u osób badanych znikała wszelka świadomość i czucie. Prof. Leduc twierdzi, że dwa razy pozostawał on jak i osoby, nad którymi przeprowadzano badanie, pod wpływem elektrycznej narkozy po 20 minut, i za każdym razem obudzenie się następowało jednocześnie z przerywaniem prądu; wynikiem takiej elektryzacji było za każdym razem dobre samopoczucie.

Ponieważ do doświadczeń nad usypianiem przy pomocy prądu elektrycznego potrzebnem jest przerywanie prądu blisko 100 razy na sekundę, przeto bardzo ważnem jest urządzenie odpowiedniego przerywacza, który dawałby możność przerywania prądu w dowolnej ilości razy na sekundę. Taki właśnie przerywacz, bardzo prosty i zupełnie dokładny, był skonstruowany osobiście przez prof. Leduc'a.

*N. Neufeld,*

**5) Bord B. Drobne wrzody przymiotowe wargi i języka.** (An. de dermat. et de syph. N 7, Przegl. chorób skórnych i wener. 2. 1907). 49-letni chory zgłosił się ze skargą na trwający od 4-ch tygodni ból języka i dolnej wargi. Przy badaniu zauważono na górnej powierzchni języka ognisko, mające 5 mm. długości, 4 szerokości, w środku szarobiałe, brzegi niewystające, żadnej wydzieliny; przy dotykaniu wyczuwało się stwardnienie chrząstkowate, wielkości grochu, także ogniska na końcu języka i na wardze dolnej. Gruczoły podjęzykowe, podszczękowe i karkowe twarde, mało ruchome, niebolesne. Na członku znaleziono dwa typowe wrzody pierwotne przymiotowe. Objawy na członku, wardze, języku wystąpiły, jak utrzymuje chory, jednocześnie w 3 tygodnie po podejrzanym stosunku. W płynie surowicznym, wyciśniętym z wargi i języka, wykryto krętki blade.

**6) Siebert K. O stomatitis mercurialis i zapobieganiu jej za pomocą pasty izoformowej.** (D. m. W. 7. 1907, Przegl. ch. skór. i wen. 2. 07). Na podstawie interesujących doświadczeń wykazuje autor w tabelkach i graficznie wyższość pasty izoformowej nad innymi środkami, odkażającymi jamę ustną. Pasta ta nosi w handlu nazwę pasty saluferini do zębów (Saluferinzahnpaste), a używa się jej trzy razy dziennie po jedzeniu po 2 gr. na miękka szczoteczkę.

**7) Herrenknecht. O bólach po wyjęciu zębów i ich leczeniu.** (Zeche Rundschau Nr 44—1907). Bóle po wyjęciu zębów są najczęściej następstwem zapalenia; dlatego też prawie zawsze spostrzegamy je po wyjęciu zęba z zapaleniem ozębnej, lub gdy opróżniony zębodół został zakażony. O neuralgicznych bólach, będących w związku z wyjęciem zęba, wtedy może być mowa, gdy rana już całkiem się zagoiła, a blizna wcale nie jest wrażliwą na ucisk, dziąsła zaś mają wygląd normalny. Nerwobóle twarzy (są to wyłącznie bóle nerwu trójdzielnego) mogą być niezawodnie wywoływane przez patologiczne sprawy w narządzie zębowym, jak: nieprawidłowe rozmieszczenie zębów, nieprawidłowe wyrzynanie się zębów mądrości, próchnicę, pulpitis, zębiniaki (denticulus), często zaś przyczyny ich wystąpienia są nam nieznane. W tych razach t. j. gdy etiologia nie jest wiadomą, zwalczamy nerwobóle twarzy: regulowaniem djety, środkami przeciwszczepającymi i lewatywami, arsenikiem w postaci wstrzykiwań podskórnych lub pigułek, morfiną, wyskokiem, prądem stałym (anoda na bolący nerw), mięsieniem, hydroterapią, drogą chirurgiczną.

Gdy wiemy, że bóle występują z przyczyny zakażenia, łatwiejszą jest walka. Drobnoustroje są przy normalnych warunkach nieszkodliwe; stają się jednak szkodliwymi przy odmiennych warunkach życia lub, gdy, nie trzymając się normalnej zdrowej śluzówki j. u. przedostają się na ozębną lub okostną, lub po wyjęciu zęba—do opróżnionego zębodołu. Gdy przy usuniętym zębie nie było periodontitis, a następnie dopiero rozwijają się sprawy zapalne w zębodole, to drobnoustroje mogły być wszczepione drogą narzędzi, watek lub gazy, lub też przedostać się z jamy ustnej, jeżeli skrzep krwi nie pokrył należycie zębodołu, jak to bywa po znieczuleniu. Następnie zakażenie spotykamy najczęściej wtedy, gdy przy ciężkich ekstrakcjach musiano pole operacyjne często wycierać watą, która do naszych celów nie zawsze jest dość aseptyczna. Jeżeli jednak często nie spostrzegamy zakażenia u chorych, to przypisać to musimy żywotnej energii tkanek, pewnym własnościom śliny i niezbyt silnej toksyczności drobnoustrojów, które przedostały się z jamy ustnej do zębodołu. Możemy uniknąć zakażenia, gdy rany pooperacyjne, których się watą lub gazą dotykano, zwilżać środkami przeciwnilnymi, i gdy niekrwawiące po miejscowym znieczuleniu zębodoły wypełnimy gazą jodoformową. Do odkażania używa autor 3%—5%  $H_2O_2$  lub 1‰-owego ciepłego roztworu lysolu. Gazą użytą do wytamponowania ran zostaje w zębodole 24—48 g., poczem się wyjmuje, nie odnawiając jej więcej, w tym bowiem czasie powstaje ziarnina w zębodole, która, jak doświadczenie uczy, chroni od dalszego zakażenia. Przy bólu następczym po wyjęciu pni zgorzelowych lub zanieczyszczeniu i zakażeniu rany pooperacyjnej przepłukuje się zębodół wspomnianymi środkami przeciwnilnymi, a następnie wysusza się go watką zwilżoną w roztworze paramonochlorfenolu i kamfory, gdy rana nawet krwawi. Według doświadczeń autora ból ustępuje natychmiast lub po krótkim bardzo czasie; przy silniejszym bólu wypełnia autor zębodół częściowo tylko gazą lub watą zwilżoną wspomnianym płynem, na co kładzie suchą watę lub gazę. Ten niby bandaż zostaje w zębodole przez 24 godzin, poczem pacjent nie doznaje bólów, a rana szybko się goi. Wspomniany płyn zawiera 10 części paramonochlorfenolu i 20 części kamfory, ma postać olejku, smak bardzo gorzki, własności nie bardzo trujące, lecz dość żrące (przeto należy obchodzić się z nim ostrożnie). Korzystne działanie tego skombinowanego płynu polega na tem, że

chlorfenol działa znieczulająco, a jednocześnie silnie odkażająco, kamfora zaś potęguje jego działanie. Nie bardzo pomyślne wyniki daje leczenie wkładkami chlorfenolkamforowemi, gdy sprawa zapalna przekroczyła granice zębodołu i przeszła do kości, lub pod okostną powstały ogniska ropne. W tych razach stosować należy z dobrym skutkiem nawewnątrz aspirinę po 1.00 gramie, 2 lub 3 razy dziennie. Często ból wywołany być może ostrym sterczącym końcem zębodołu; należy więc o tem pamiętać i takowy usunąć.

*Dr. med. E. Friedlender*

Drohobycz (Galicja).

### III. Wskazówki praktyczne.

**8) Tra jodi alba D-ra Hintza** zawiera małą ilość jodu, kamforę menthol i spirytus. (Farmacja 18—1907).

**9) Przy plombach porcelanowych** zaleca Dr *Fernandez* (Dental Review) w przypadkach, gdzie z różnych względów przymierzenie plomby jest trudnem, niedogodnem (zwłaszcza w zębach dolnych), wtopić cieniutki drucik platynowy; przy pomocy ostatniego można łatwo plombę wyjmować z ubytku. Gdy plomba ostatecznie jest osadzona, obcina się drucik ostrem narzędziem; po wygładzeniu drucik jest niewidocznym. (*Z-che Ref.*).

**10) Płyn do lutowania:** Kwasu bornego 15,0; Boraksu—15,0; Salamoniaku—1,0; Potasu—0,3; Wody destylowanej—90,0. (*Z-ft f. Z-che Orthop. 4. 07.*)

**11) Kniewela 18 karatowe łącznie złote:** 1 dwudziestomarkówka złota, łączna srebrnego 0,8; kadmu—0,8. (*Zeitschr. f. Zche Orthop. 1807.*)

**12) Masa do otrzymywania odbitek z modeli** podług D-ra Eberle'go: 200,0 oliwy (Olivenöl); 250,0 kleju; 250,0 żelatyny; 350,0 gliceryny; 520,0 wody; 200,0 oliwy. Klej rozpuszcza się w wodzie (w kąpeli wodnej), następnie dodaje się resztę składników. Negatyw pokrywa się roztworem szellaku i wyoliwia się, następnie wlewa się gips. Model (odbitkę) wyjmuje się po 2—3 godzinach. (*Z-ft p. Zche Orthop. 07.*)

**13) Przy głęboko sięgających poddziąsłowych ubytkach**, gdy należy na ząb nałożyć ochraniacz, zamiast jedwabnej nitki, nadaje się dobrze drut ligaturowy (Ligaturdraht), który nakłada się na szyjkę zęba; daje się on łatwo podsunąć pod dziąsło i przytrzymuje ochraniacz doskonale. (Berl. Zeche Halb.-schrift 07).

**14) Kątnice** (Winkelsztyki) nie ulegają rdzewieniu, gdy po użyciu przez noc przetrzymać je w spirytusie mydlanym; narzędzie jednocześnie dezynfekuje się. (Berl. Zeche Halb.-schrift. 07).

**15) Oczyszczanie misek do gipsu.** Stwardniały w misce gips trudno usunąć. Aby łatwo to uczynić, nalewa się wrzącą wodę do miski i pozostawia się na dwie minuty; gips potem łatwo można usunąć bez pomocy szpatla. (Zeitschrift f. Zeche Orthopädie. 07).

**16) Naprawianie złamanych modeli gipsowych.** Weeks w tym celu zaleca roztwór celulozoidu w równych częściach eteru siarczanego i spirytusu kamforowego; roztwór powinien mieć postać kremu. Wyszuszone dobrze powierzchnie odłamków należy posmarować roztworem tym, a następnie obie części złożyć i wysuszyć. Złamane części trzymają się mocno i nadają się do dalszej roboty. (Zeitschrift für Zahnärztliche Orthopädie. 907).

**17) Płyn do lutowania:** kwasu borowego 15 gr., boraksu 15 gr., salmiaku 1 gr., potasu 0,3 gr., wody destylowanej 90 gr. Płyn ten może być używany do każdego metalu. Nie należy jednak go używać, gdy ma być zastosowana porcelana (Zeche Ref).

**18) Płyn do znieczulania** (przy wyjmowaniu zębów): chlorowodanu kokainy 1,0; kwasu karbolowego krystalicznego 0,3; kamfory 0,3; chloralhydratu 0,3; wody destylowanej 200,0. Kamforę i chloralhydrat należy rozetrzeć do postaci płynu, dodać wspomnianą ilość kwasu karbolowego i kokainy, w końcu wodę i filtrować. Otrzymuje się nieco więcej niż 6 uncji płynu. Stosownie do potrzeby można przygotować mniejszą ilość. Płyn ten działa natychmiast; żadnych powikłań nie zauważono. (Zeche Ref.).

Kr.



## IV. Listy do Redakcji.

### I.

#### **Odezwa w sprawie ufundowania Międzynarodowej Instytucji im. prof. W. D. Millera.**

Od profesora D-ra Rösego z Drezna otrzymaliśmy następującą *odezwę*:

Na ostatniem zebraniu Międzynarodowego Związku Dentystycznego (Fédération Dentaire Internationale), odbytem w Amsterdamie, uchwalono powołać do życia międzynarodową instytucję, celem uczczenia pamięci zmarłego słynnego profesora W. D. Millera. W tym celu zorganizowano międzynarodowy komitet w składzie następującym: Aguilar (Madryt), Brophy (Chicago), Godon (Paryż), Grevers (Amsterdam), Jenkins (Drezno), Mummery (Londyn) Röse (Drezno) i Weiser (Wiedeń).

Mnie, jako przewodniczącemu w tym Komitecie, przypada w obowiązku przedsięwziąć kroki przygotowawcze, celem urzeczywistnienia planowanego uczczenia prof. Millera. Idzie najprzód o zebranie wśród dentystów wszystkich krajów możliwie największego funduszu. Z odsetków od tego funduszu mają być od czasu do czasu udzielane nagrody i wsparcia pieniężne dla badaczy naukowych w zakresie zębolecznictwa. Na pierwszym planie postanowiono przygotowanie mającego być artystycznie wykonanym medalu pamiątkowego Millera (Miller-Médaille), który byłby udzielanym co 3—5 lat, jako odznaczenie honorowe, wybitnemu na polu dentystyki badaczowi. Pozostałość z tego funduszu byłaby obracaną na nagrody i wsparcia pieniężne za wybitne prace naukowe, zwłaszcza jako pożyczki młodszym kolegom, nie posiadającym środków do przeprowadzania badań. Planowana więc międzynarodowa instytucja ma cel podwójny. Uczeń ona najwybitniejszego badacza w zakresie dentystyki po wsze czasy i da bodźca do dalszej pracy zawodowej.

Niestety w ostatnich czasach zbyt często wyłonił się osobny prąd przeciwny pomiędzy przedstawicielami nauki dentystycznej, jak to ma miejsce w Niemczech i w Ameryce, a stomatologami, którzy wymagają całkowitego wykształcenia lekarskiego. Nie leży w interesie naszego zawodu, ażeby ten prąd przeciwny potęgował się, i w rzeczy samej Międzynarodowa Instytucja im. Millera jest jakoby do tego powołaną, aby doprowadzić do pewnego zrównoważenia rozłamu. Mający być wybranym Komitet konkursowy, któremu Zarząd Inst. Millera powinien być podległym, będzie stał ponad partjami i będzie udzielał nagród bez wszelkich względów wyłącznie według

zasług naukowych. Byłbym bardzo obowiązany, gdyby Pan przyczynił się do organizacji Inst. im. Millera, dlatego też proszę odezwę tę przyjąć pod rozwagę. Wskazany fundusz powinien mi być przesłany w początkach przyszłego roku; jednak bardzo byłoby pożądanym wczesne wskazanie mniej więcej zadeklarowanej sumy. Rzecz prosta, nie jestem w możności zwrócić się poszczególnie do polskich kolegów, dlatego też proszę Pana o przyczynienie się w gronie swoich kolegów, celem zyskania nowych zapisów: biedniejsi koledzy, nie mający dużych dochodów, rozumie się, nie są obowiązani deklorować tak wysokich składek, jak koledzy zamożniejsi. W Niemczech np. wysokość zadeklarowanych składek waha się pomiędzy 20 a 500 mar. Być może, że po pewnym czasie zwrócimy się jeszcze z otwartą odezwą w pismach dentyścycznych. Nim jednak to będzie mogło być urzeczywistnionem drogą ogólnych zapytań, powinny być zapewnione możliwie wysokie składki od kolegów z Królestwa Polskiego. W przekonaniu, że Sz. Kolega nie odmówi swego poparcia, kreślę się

z koleżeńskim poważaniem

*Prof. Dr. Röse.*

(Generalstelle für Zahnhygiene. Dresden. Waisenhausstrasse 9 II).  
Drezno, 19/XI 1907.

Zamieszczając odezwę niniejszą, czuję się w obowiązku zawiadomić Sz. Kol., że dołączonym do powyższej odezwy listem od prof. Röseg'o zaproszony zostałem na członka komitetu organizacyjnego dla Królestwa Polskiego. Jak zaznacza prof. Röse, człowiekiem całkowicie zasługującym na uczczenie drogą zjednoczenia międzynarodowego był bezsprzecznie zmarły prof. Miller, który, aczkolwiek mieszkał w Niemczech, z pochodzenia był amerykańcem i niezmiernie przyczynił się do rozwoju dentyściki wogóle; dlatego też żaden kraj dotychczas nie odmówił swego udziału w ufundowaniu instytucji im. Millera. Prof. Röse w dalszym ciągu zaznacza, że polacy również powinni przyczynić się do tego celu, gdyż wielu kolegów naszych kształciło się pod kierunkiem zmarłego Millera. Zebrany drogą składek fundusz wraz z listą ofiarodawców ma być przedstawiony w roku bieżącym na następnym zebraniu Komitetu, które się odbędzie w Brukselli.

Zanim przystąpię do zorganizowania komitetu miejscowego, odezwę powyższą rozsyłam wszystkim praktykującym w Królestwie dentyścikom w liczbie kilkuset, adresy których są mi znane. Jednocześnie otwieram rubrykę, w której podawać będę nazwiska ofiarodawców i wysokość zadeklarowanych przez nich na ten cel sum. Składki pieniężne oraz przekazy pocztowe adresować: *Długa 47 Kronika Dentyścyczna.*

*M. Krakowski.*

## II.

Od bibliotekarza Warsz. Tow. Odont. otrzymaliśmy z prośbą o zamieszczenie następujący *Wykaz darów, ofiarowanych bibliotece W. T. Od. do końca r. 1907.*

Zarząd W. T. Od. stwierdza z wdzięcznością odbiór łaskawie nadesłanych na rzecz Tow. darów następujących (ciąg dalszy):

25)	<i>Kon F.</i> Atlas prof. Lemerle'a „Zab rozkładany“ . . . . .	1
„	„ Kartogramów . . . . .	9
„	„ Sentencja „Dens sanus in corpore sano“ . . . . .	1
26)	<i>Grohn J.</i> Dzieła . . . . .	2
„	„ Zahnaerztliches Wochenblatt“ 1896 i 1897 . . . . .	2
„	„ Zubowraczebnyj Wiestnik“ 1894 . . . . .	1
27)	<i>Finkelkraut M. Dr.</i> „Przegląd Dentystyczny“ zeszytów. . . . .	13
„	„Correspondenzblatt f. Zahnaerzte“ . . . . .	4
„	„Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde“ zesz. . . . .	2
28)	<i>Mirelsohn L.</i> Dzieła . . . . .	2
„	„Corresp. f. Zahn.“ 1888 . . . . .	1
„	„Zahnaerztliches Wochenblatt“ (braki) 1896. 7. . . . .	
„	8. 9. 1900 i 1901, roczników . . . . .	7
„	„Zahntechnische Rundschau“, 1902 i 1903 (braki) roczn. . . . .	2
29)	<i>Redakcja</i> „Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego“ od r. 1908 . . . . .	1
30)	<i>Krakowski M.</i> „Kronika Dentystyczna“ 1907 . . . . .	1
	Warszawa d. 20 XII. 1907	

*P. Klejn.*

*PS.* Dary dla księgozbioru i muzeum przesyłać należy pod adresem bibliotekarza: *P. Klejn*—Warszawa, Leszno 44.

## III.

Otrzymałmśmy z prośbą o zamieszczenie list następujący.

*Szanowny Panie Redaktorze!*

Ze zdziwieniem wyczytałem w Nr 12-ym „Kroniki“ odpowiedź Wielce Szanownego Pana Kolegi Bliklego na pismo moje niewystosowane wcale do Niego. Na odpowiedź tę zmuszony jestem dać odpowiedź. Ażeby jednak nie zabierać miejsca, odpowiem zwięźle: na Zjazd nie pojechałem, gdyż nigdy i nigdzie nie wciskam się, jak niektórzy ludzie.

Wysłałem autoreferat—referat bowiem miałem w głowie, a głowy postać nie sposób.

Autoreferat posłałem na ręce prof. D-ra Sieradzkiego, gdyż od niego dostałem wezwanie.—Dixi.

Ściskam Wam dłoń, Redaktorze.

*Władysław Zieliński.*

*Odpowiedź na powyższy list.*

IV.

Racz, Szanowny Redaktorze, zamieścić moje wyjaśnienie na powyższy list do Redakcji.

Z niemniejszym zdziwieniem odczytałem „odpowiedź na odpowiedź.“ I nie wiem doprawdy co w niej podziwiać—złą wolę, czy... niechęć zrozumienia rzeczy prostych i jasnych.

1) Na uczyniony mi zarzut co do niedokładności w sprawozdaniu, to nikt inny tylko ja, jako sprawozdawca, musiałem Sz. kol. Zielińskiemu odpowiedzieć. Nie widzę więc w tem żadnego powodu do jego zdziwienia.

2) Dla jakich przyczyn Sz. kol. Zieliński na Zjazd nie pojechał, to jest mi w danej chwili zupełnie obojętnem, gdyż nie dotyczy omawianej sprawy.

3) Jeśli Sz. kol. Zieliński, mimo swych tylko co wygłoszonych zasad „o niewęskaniu się nigdy i nigdzie“, miał odwagę zadeklarować pracę na Zjazd, to winien był również mieć odwagę ją odwołać z chwilą, gdy zdecydował się nie jechać! Ponieważ jednak tego nie uczynił, w czem właśnie leży cała jego wina, to należało (nie mogąc wysłać swej głowy z referatem) przesłać przynajmniej papier z referatem do odczytania w sekcji.

4) Co się tyczy kwestji autoreferatu i „wezwania“ prof. D-ra Sieradzkiego, to nie chcąc ciągle jednego powtarzać, zmuszony jestem uprzejmie prosić Sz. kol. Zielińskiego, aby łaskawie raczył jeszcze raz uważnie przeczytać końcowy ustęp mej odpowiedzi w Nr 12 „Kroniki.“

Na tem kończę polemikę w tej zresztą małoważnej sprawie, uważając ją za dostatecznie wyjaśnioną.—Sapienti sat!

Przyjm Szanowny Redaktorze wyrazy szacunku

22. XII. 07.

*Stanisław Blikle.*

*Przyp. Red.* Listem tym zamykamy polemikę w poruszonej sprawie.

## V). Kronika i sprawy zawodowe.

—hk— **Vademecum lekarsko-dentystyczne** dla praktyków i studujących. Ułożył lekarz dentysta Bolesław Lorberblat. Nakładem autora. Cena w oprawie rs. 1 kop. 40. Książeczka zawiera następujące działy: 1) choroby zębów i jamy ustnej, 2) proszki, eliksiry, płukania i pasty, 3) różne recepty z zakresu zębolecznictwa i chorób jamy ustnej, 4) laxantia, 5) skrócenia w recepturze, 5) wagi aptekarskie, 7) wagi dziesiętne, 8) tablicę porównawczą wag dziesiętnych z aptekarskimi, 9) wagi [aptekarskie w gramach, 10) ilość kropeł w jednym gramie płynu, 11) pojemność naczyń, 12) dawkowanie w stosunku do wieku, 13) szkodliwe połączenia lekarstw, 14) dawki maksymalne niekt. śr. lekarskich, 15) trucizny i odtrutki, 16) pierwszą pomoc w niektórych nagłych wypadkach, 17) oznaki niebezpieczeństwa podczas narkozy; ratowanie, 18) oznaki śmierci, 19) zębowania pierwsze i drugie, 20) tętno i oddech, 21) tablica porównawczą termometrów, 22) złote stopy, karat i próba, 23) barwy złota, 24) otrzymywanie złotych stopów ze złotych monet, 25) łącznie (lut).

== **Warszawskie T-wo Odontologiczne** odbyło zebranie dn. 3 XII r. z. Prezes Szeller wygłosił referat „O zasłonięciu ubytków twardego i miękkiego podniebienia w przypadkach zrośnięcia tegoż z przełykiem.” Referent przedstawił szereg odnośnych modeli gipsowych z kopjami wykonanych specjalnych przyrządów. Kol. Goldberg L. przedstawił pacjentkę, której zrobił specjalną dostawkę po wypiłowaniu prawej połowy żuchwy. Zatwierdzono budżet na nowy rok kadencji. Poruszono sprawę fałszywych świadectw dentystycznych i szkolnych, rozpowszechnianych w ostatnich czasach. Uchwalono zebrać odnośny materiał w tej kwestji, aby wystąpić do władz. Na posiedzeniu w dniu 17 XII r. z. poruszono sprawę szkoły techniczno-dentystycznej p. Stawiskiej-Landau i D-ra Winawera. Po szczegółowym omówieniu tej sprawy upoważniono komisję, która ma nią się zająć.

== **Rozporządzenie urzędu lekarskiego w sprawach reklam.** Odeski urząd lekarski, jak podają „Odeskija nowosti“ wydał rozporządzenie do wszystkich lekarzy, lekarzy dentystów i dentystów, aby w ciągu tygodnia zmienili tekst na szyldach i w gazetach stosownie do cykularza ministerjalnego z pominięciem dopisków: *„asystent, ordynator, były ordynator, były asystent, były asystent niemieckiego nadwornego dentysty i t. p.“*

== **Uchwały Rady Medycznej:** z dnia 3 lipca (st. st.) 1907 r. za Nr. 553. O zezwoleniu wyrabiania do sprzedaży przetworów znieczu-

lających pod nazwami „Anesthesol“ i „Mieszanina znieczulająca Dornera.“ Rozpatrzywszy sprawę, Rada Medyczna uznaje za możliwe: zezwolić wyrabianie i sprzedawanie w aptekach podług przepisów lekarzy preparaty „Anesthesol“ i „Mieszaninę znieczulającą Dornera,“ przygotowywane według wskazówek Dornera:

1) gliceryny 10 grm., chloroformu 7,5 grm., eteru siarczanego 15 grm., nalewki bęźdzwinowej (benzoes) 4 grm., kw. karbolowego, kw. salicylowego, mentolu po 0,3; ol. bergamotti., ol. menthae—po 0,5 i więcej—dowolne dodawane. Najpierw należy rozpuścić kw. salicylowy w chloroformie, następnie mentol i kw. karbolowy, następnie rozpuścić olejek w nal. bęźdzwinowej. Obydwa rozczyiny zmieszać. Eter siarczany złączyć z powstałym drugim rozczyinem.

11) rozpuścić w 10 gramach gliceryny lub w 5,0 grm. po 0,3 kw. salicyl., karbolowego i mentolu; rozpuścić 0,5 ol. bergamot. i menthae. Złączyć obydwia rozczyiny. Złączyć 2,0—3,0 grm. chloroformu z 3,0—4,5 grm. eteru siarczanego. Złączyć złożony rozczyin z ostatnim. Co zaś się tyczy próby Dornera o wydanie mu przywileju na zestawione przez niego środki, to Rada Medyczna przypuszcza, że nie może być ona uwzględnioną, ponieważ zgodnie z p. 4 Najwyżej zatwierdzonych 20 maja (st. st.) 1896 r. „Przepisów o przywilejach na wynalazki“ przywileje nie są wydawane na przetwory chemiczne, pokarmowe i na złożone leki, również na przyrządy do celów ich przygotowywania.

Rozporządzenie z dnia 17 lipca (st. st.) 1907 r. za Nr 583: O zmianie składu wynalezionego przez S. B. Dornera środka znieczulającego. Rozpatrzywszy sprawę Rada Medyczna uznała za konieczne, aby w dzienniku Rady z d. 3 lipca (st. st.) 1907 r. zmienić skład podług wskazówek Dornera w następujący sposób: chloroformu 7,5 grm. kw. salicylowego; 0,3 mentholu; 0,3 nalewki bęźdzwinowej; 4,0 ol. bergamot. i menthae po 0,5; eteru siarczanego 15,0.

== **Odnaczenia.** Kol. Władysław Zieliński, nasz współpracownik, na odbytym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie nagrodzony został medalem srebrnym za prace naukowe z dziedziny dentystyki. Miło nam przy sposobności przypomnieć, że jestto drugie odznaczenie tegoż kolegi, gdyż w r. 1900 na takimże Zjeździe otrzymał wielki medal srebrny.

Dyplom uznania otrzymał również współpracownik nasz kolega Piotr Klein, bibliotekarz T-wa Odontologicznego, za wynalazki z dziedziny techniki dentystycznej oraz prace naukowe na polu dentystyki społecznej. Kol. Litwin z Łodzi otrzymał medal srebrny za wystawiony eliksir do zębów pod nazwą „Stomatol.“

== **Nowe „szkoły“ techniczno-dentystyczne.** Jeszcze jeden taki „zakład“ nie rozpoczął owej „działalności,“ a już za wzorem p. Sta-

wiskiej i Comp. poszli inni technicy z dyplomami jubilerskimi i krzątają się koło otwarcia jeszcze *dwóch* takich zakładów. Mają one konkurować sumą „wpisową“ i podobno okresem „terminowania.“ W dobrą godzinę—dla dobra społeczeństwa i zawodu!!

== **Liczba lekarzy na całym świecie** wynosi 228,234; z tej liczby na Europę przypada 162,333. Cyfra ta podzieloną jest tak: w Anglii—34,967; w Niemczech—22,518; w Rosji—21,489; we Francji—20,348; we Włoszech—18,245. Na 100,000 mieszkańców w Anglii przypada 78 lekarzy, we Francji—51, w Turcji—18. Przyjąwszy pod uwagę, że Rosja posiada 160 milionów mieszkańców, okaże się, że na 100,000 osób przypada wszystkiego 13 lekarzy (mniej, niż w Turcji) lub też na 1-go lekarza przypada 7445 mieszkańców. Dentystów specjalnie zarejestrowano 3500 (dentystów i lek. dent.), co stanowi 1 na 46,000 mieszk.

== **Udrenin** składa się z B-eukainy i adrenaliny; wyrabiany jest przez Parke Davis w Ameryce.

== **Dozwolony został wwóz do Cesarstwa:** 1) Acetozone inhalat. f. Park Davis i Comp.; 2) Anaesthol D-ra Speiera w Berlinie—20% roztworu metylu chlorowego w etylu chlor.; 3) Chloretone f. Park Davis i Comp.

== **Saluferin — pasta do zębów** (Saluferin-Zahnpasta), zalecana jako specyficum przy stomatitis mercurialis, wypróbowana przez prof. Neissera w klinice dermatologicznej uniwersytetu we Wrocławiu. Nadaje się również do pielęgnowania jamy ustnej. Zaleca: Norddeutsche chemische Werke. Berlin W. N. Friedrichstr. 59/60.

== **Rada lekarska odrzuciła** starania: 1) felczera Julkiewicza i rady kolegiального Kisielewa o zezwolenie na wstąpienie do szkoły dentystycznej—z powodu braku ogólnego wykształcenia; 2) trzech felczyków co do wstąpienia do szkoły dentystycznej, jako nieposiadających warunków, wymaganych przez § 625 Ustawy lek. wyd. 1905; 3) dentysty Koppa—co do sprzedawania „Doktora Arnolda Aleksandra ziółek czyszczących krew p. n. Przyjaciół krwi.“

== **Wszelkie broszury reklamowe i ogłoszenia** o nowych specyfikach lekarskich przed zatwierdzeniem ich przez urząd lekarski dotychczas składane były oberpolicmajstrowi. Obecnie takie broszury i ogłoszenia mają być przesyłane wprost do urzędu lekarskiego.

== **Towarzystwo heskich dentystów** otworzyło w Friedbergu klinikę dentystyczną.

== **Nie dozwolono przywozu do Rosji.** 1) D-ra Ritserta we Frankfurcie—Originals Anaesthesin-bonbons; 2) Chemiczno-farmaceutycznej firmy D-ra Blocka (Bazylea), roztworów do wstrzykiwań podskórnych w zatopionych rurkach szklanych.

= **Szkolna klinika dentystyczna.** W Nordhausen otwarto taki zakład leczniczy. Miejscowi dentyści kolejno 2 razy tygodniowo zajmować się będą doprowadzeniem zębów dzieci do porządku. Aby instytucja ta nie miała charakteru popierania biednych (Armunterstützung), każde dziecko rocznie opłaca 50 fenigów. (D. M. f. Z. 6. 07).

= **Andolin**—miejscowo znieczulający środek niezawierający kokainę; *środek tajemny i patentowany.* Andolin-Gesellschaft m. b. H. Berlin S. 42. Wassertor—str. 46. Cena kartonu z 10 ampułkami a 2 cm. sz. Mk. 5.

= **Sapodont**—płynny krem do zębów D-ra Drallesa. Posiada własności przeciwnie i czyszczące; ma dobry smak i jest praktyczny w zastosowaniu.

= **Liczba dentyстів we Francji.** „Revue de stomatologie (XIV. 1. 1907) podaje cyfrę t. z. „dentistes“ na mniej więcej 3800, do której doliczyć należy 450 „stomatologistów“ (są to lekarze, praktykujący jako dentyści). Liczba studentów dentystyki wynosi 800, mianowicie 280 w „Ecole dentaire de Paris“, 250 w „Ecole odontotechnique“, 100—w „Ecole de France“, 100—w Bordeaux, 50—w Lyon, 25—w Lille i 25—w Nancy. (D. M. f. Z-de. 6. 1907).

= **Nowe maski do usypiania** zbudował Dr. Decoullard (Paryż); umożliwia ona nieznaczne zużycie płynu znieczulającego. Usypiał on 20 z górą osób; pomimo złych warunków, przy jakich dokonano operacji, wyniki były doskonałe. Narkoza następuje b. szybko, trwa długo, niema podnieceń; pacjent łatwo się budzi.

= **Zmarli.** Dnia 23 zmarł nagle w wieku 47 lat wskutek paraliżu serca we Włocławku dentysta *Jan Idzikowski*. Zmarły urodził się w Kutnie, nauki pobierał we Włocławku, a dentystykę studjował w Warszawie u brata Feliksa. Zmarły był doskonałym technikiem, w r. 1893 był asystentem przy szkole dentystycznej Loewi'ego. Od 8-u lat osiedlił się we Włocławku i tam zyskał sobie rozgłos doskonałego praktyka. Nagła śmierć wzbudziła żal w szerokich kołach tamtejszego miasta; był on bowiem czynnym członkiem wielu miejscowych towarzystw. Zmarły osierocił żonę i troje dzieci.

W Warszawie zmarli dentyści: *Zygmunt Mucha* w wieku lat 38 i *Władysław Zarzycki* w wieku lat 36.