

# Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

## I. Prace oryginalne.

### 1. O uspianiu chloroformowem w gabinecie dentysty.

NAPISAŁ

D-r STANISŁAW LEYZEROWICZ

Ordynator kliniki chirurgicznej.

(Odczyt wygłoszony w Warsz. T-wie Odontologicznem w dn. 19 maja r. b.).

Przed paru miesiącami w gronie kilku dentystów wypowiedziałem pogląd, że operowanie w gabinecie dentysty w narkozie chloroformowej odbywa się w nader niedogodnych warunkach, skutkiem czego niezmiernie łatwo powstać może niebezpieczeństwo. Przypadek zdarzył, iż ostatnimi czasy zaszło u nas kilka wypadków śmierci z przyczyny chloroformu, z których dwa — w gabinetach dentystycznych. Stały się one niezwykle głośne, dzięki zawsze żądnej sensacji prasie codziennej, która w bezmyślnej pogoni za nią nie umie się w porę powstrzymać nawet od wytykania palcem i checiwie wydaje niby na żer tłumom mimowolne i zupełnie niewinne ofiary zwykłego wypadku. Liczne dosyć wypadki tego rodzaju nie nabierają tego całkiem zresztą nieusprawiedliwionego rozgłosu jedynie dzięki temu, że zachodzą w murach szpitali lub klinik, gdzie sędzią jest świadome i kompetentne gremium lekarzy. Inaczej rzecz ma się w prywatnem ambulatorjum, gdy sąd z natury rzeczy mają wydawać rzesze nieświadome i mało kulturalne. Ostrożność tedy musi być tu zdwojona. To też od

lat wielu asystując wielokrotnie dentystom, wyrobiłem sobie następującą metodę postępowania: przedewszystkiem nigdy *nie doprowadzać pacjenta do głębokiego uspienia*, to znaczy, nie posuwać narkozy do takiego stopnia, iżby źrenice przestały na światło reagować, lub odruch rogówkowy zniknął. Czynię to  $\frac{1}{2}$  tej racji, że w takim stanie narkozy najłatwiej występują objawy asfiksji. Przy wyjmowaniu bowiem zębów krew, brocząca z rany, łatwo przedostać się może do krtani i tchawicy, powodując duszenie się, gdyż pacjent mocno uspiiony nie jest w możności takową spluwać ani też połykać, co natomiast zazwyczaj z łatwością czyni, będąc w półnarkozie. Wprawdzie pacjent, nie śpiąc głęboko, z chwilą rozpoczęcia operacji prędko się budzi i poczyną się rzucać, lecz wówczas dodaję mu chloroformu i usypiam poniekąd powtórnie, również czuwając, by narkoza nie była pełną. Daje mi to możność łatwej kontroli samej narkozy w czasie operacji, gdy operujący zasłania sobą ruchy oddechowe, unikam powodów do zapaści, gdyż chory nie jest w tak silnym stopniu znarkotyzowany i wreszcie, co najważniejsza, zużywam minimalnej ilości chloroformu. Stwierdziłem, że tą drogą wystarczającą dla tej operacji dawką jest 3 — 5 grm. Chory po pierwszym odurzeniu powtórnie znacznie prędzej zasypia, uspienie przytem jest już spokojniejsze, a przy względnie niewielkiej dawce znieczulenie głębsze. Przekonałem się również, że przez takie stopniowanie narkozy chloroformowej dają się uniknąć ciężkie następstwa silnego działania jadu chloroformowego, co się też przejawia w okresie pochloroformowym, gdy objawy zatrucia nie występują z taką siłą i nie dają się pacjentowi w tym stopniu odczuwać.

Aliści wypadek zaszły w ostatnich dniach zadał kłam niejako wszelkim zgóry przyjętym zasadom, ile że żadne ostrożności nie były w stanie zapobiedz nieszczęściu. Po stronie operujących winy tu być nie może, wypadaloby raczej winić *niedoskonałość naszej nauki*, która dotąd *zgłębić nie zdołała czynników, powodujących piorunujące zatrucie ustroju w samym niemal początku narkozy, nie dające usprawiedliwić się częstokroć żadnemi zgoła zmianami w narządach wewnętrznych*.

Bo proszę posłuchać: w towarzystwie męża i przyjaciółki zgłosiła się do dentysty kobieta lat 28 w celu usunięcia znacznej części zębów górnej i dolnej szczęki, w wysokim stopniu próchnicą dotkniętych. Chora była dosyć anemiczna, umiarkowanej budowy i lichego

odżywiania. Przy wywiadach, dokonanych przez lekarza, neguje jakiegobądź cierpienia z lat dzieciennych, w wieku późniejszym i obecnym. Dokładne badanie narządów oddechowych i krążenia nie wykrywa jakichkolwiek zmian. Po stosownem przygotowaniu i ułożeniu pacjentki poziomo rozpoczęto chloroformowanie po kropelce i z przerwami. Chora przytem liczy z początku prawidłowo, wkrótce już bezładnie i następnie wydaje jeno dźwięki, naśladujące liczenie; oddycha zupełnie swobodnie. Rzut oka na źrenice przekonywa o nieznacznem ich rozszerzeniu.

Sądzono, iż jest to tylko początek zasypiania, albowiem stan chorej: oddech, tętno, wymawianie dźwięków, brak sinicy niczem jeszcze nie zdradzały niebezpieczeństwa. Rozszerzenie zaś źrenic, które winne być w czasie narkozy bezustannie kontrolowane, jak doświadczenie uczy, zwiastuje albo początek zasypiania, albo przebudzanie się chorego z uspienia lub wreszcie zbyt głęboką narkozę, co jest już cechą niebezpieczną. Pomimo, że w wypadku tym można było tylko pierwsze podejrzewać, był to bowiem dopiero początek narkozy, ze względów jednak ostrożności, chcąc aby źrenice do normy wróciły, a starając się nie dopuścić do kompletnej narkozy, usunięto maskę niezwłocznie i odstawiono chloroform. Chora zupełnie miarowo oddycha niemniej źrenice ciągle ponad normę rozszerzone i na światło słabo reagują. Trwa to kilka minut bez zmiany, aż wreszcie oddech staje się wolniejszym i więcej powierzchownym. Wyciąga się język, podnosi szczękę, otwiera okno—bez efektu, stosuje się dalej rytmiczne pociąganie języka, masaż serca, nareszcie sztuczny oddech—jednakowo. Przenosi się chorą z fotelu na otomanę, zastrzykuje eter raz, drugi, trzeci, w dalszym ciągu stosuje sztuczny oddech, masaż serca—powraca oddychanie: pacjentka kilka razy głębiej oddycha i znów przestaje. Dalej powtarza się toż samo, znów na chwilę powraca oddech i wkrótce ustaje. Ani na sekundę nie ustaje się w pracy, stosuje się ciągle też samą procedurę, i chorej nagle twarz różowieje, źrenice się zwężają, oddech powraca, zdaje się, że ostatecznie ocalona; w tem następuje ad maximum rozszerzenie źrenic, oddech ustaje, i chora kończy. Trzy razy w ciągu trwającego niemal całą godzinę ratowania blizką była ocalenia, nim zgasła. Zważcie więc, Szanowni Panowie, chora dostała 12—15 kropli chloroformu, narkoza trwała zaledwie dwie mi-

nuty, i nastąpiło zatrucie bez ratunku! Ze smutkiem wyznać musimy, iż wypadki to niezbyt rzadkie, według statystyki 1:2000—3000.

Nie zdziwię się bynajmniej, jeżeli profan twierdzić ośmieli się, iż chora snadź źle była zbadaną, jeżeli chloroform tak fatalnie na nią podziałał. Tymczasem powyżej zaznaczono, iż u chorej przy dokładnem badaniu ani subiektywnie ani<sup>6</sup> obiektywnie nie stwierdzić się nie dawało; w literaturze i w praktyce znajdujemy liczne objaśnienia podobnych faktów. U Wesenera czytamy: „Najczęściej nie zachodzi stosunek prosty pomiędzy natężeniem szmerów organicznych a ciężkością danej wady zastawkowej, natomiast donośność szmeru zależną bywa w istocie od stopnia siły serca i od dzielności jego pracy“. Dalej: „w *diagnoście serca* spotykamy się nieraz z przypadkami, w których *rozpoznanie* oparte na prawidłach ogólnie słusznych okazuje się *błędnem*, o czem przekonywa, czy to dalszy przebieg choroby, czy rozbiór zwłok, a zadawałającego *objaśnienia* tej anomalji w niektórych przypadkach *znaleźć nie możemy*“. Biegański pisze: „Podstawę rozpoznania zapaleń wsierdza stanowi szmer słyszalny przy badaniu. Objaw ten *nie ma decydującego znaczenia... szmeru może wcale nie być* i przeciwnie *szmer może być*, a zapalenia *wsierdza niema* (t. zw. szmery anemiczne, gorączkowe). To też bardzo często zdarzają się pomyłki: albo *rozpoznają zapalenie wsierdza tam, gdzie go niema*, albo *dopiero sekcja wykazuje istnienie obszernego zajęcia zapalnego wsierdza, kiedy badanie za życia nie było w stanie go wykazać*“. „Szmeru nie znajdujemy niekiedy przy *wysłuchiwanii pomimo, że istnieją obszerne zmiany na zastawkach serca*. Żeby szmery były wyraźne potrzeba, aby mięsień serca pracował z pewną siłą“. Wynika tedy, iż uprzednie badanie chorego zawsze okazać się może niewystarczającym, nigdy zaś nie jest zdolne dać nam absolutną pewność o stanie zdrowia danego ustroju, conajmniej w stosunku do badanego serca. Zarówno przeto wskazania, jak przeciwwskazania do chloroformowania zawsze będą jeno względne. Z praktyki codziennej na oddziałach chirurgicznych widzimy, iż ani notowana w podręcznikach wada serca, którą cechować przedewszystkiem mają wysłuchiwane szmery, o ile tylko mięsień sercowy nie jest cierpiącym i nie powoduje inkompensacji, ani w pewnych przypadkach rozedma płuc, ani gruźlica, ani nawet silnie akcentowane zapalenie nerek nie stanowią bezwzględnych przeciwwskazań, albowiem częstokroć mimo wszystko do

chloroformowania uciekać się musimy, i to z wynikiem nad podziw pomyślnym. Ileż to razy zmuszeni jesteśmy stosować chloroform u chorego, u którego nie tylko białko, ale ropę wykryto w moczu: np. przy kamicy nerkowej, której towarzyszy zapalenie ropne miedniczek, przy gruźliczem zapaleniu nerek, gdzie wyłuszcza się jedną z nich bardziej porażoną, a chory mimo to znakomicie znosi narkozę, nie bacząc nawet na znaczne wyniszczenie. Wprawdzie dotyczy to przypadków ciężkich, grożących życiu, niemniej wszakże doświadczenie uczy, że niewątpliwie prócz sprawy chorobowej, na którą chloroformowanie jednakże nie zawsze ujemnie oddziałuje, istnieje w ustroju jeszcze coś bliżej niezbadanego, co negatywnie reaguje na chloroform, nadmiar w tak silnym stopniu i tak gwałtownie, że w organizmie napozór zdrowym wywołuje śmierć natychmiastową. Tę niewiadomą nazywamy idjosynkrazją. Kocher mówi: „z powodów bliżej nieokreślonych nastręczają się pewne obawy co do *znieczulenia ogólnego*, zarówno za pomocą chloroformu, jak i eteru u osobników, dotkniętych obrzmieniem narządów limfatycznych (grasicy, śledziony i gruczołów chłonnych). W *przypadkach* podobnych *niewątem zejścia śmiertelne*. To samo odnosi się do tarczycy (choroba Basedowa)”. Esmarch w następujący sposób opisuje nagły paraliż serca (syncope) w narkozie: „śmierć nastąpić może we wszelkich stadjach chloroformowania; nagle twarz pokrywa się trupią bladością, źrenice się rozszerzają i stają się nieruchome, odruch rogówkowy znika, dolna szczeka opada, jak u trupa, tętno staje się niewyczuwalnem, tony serca ustają, krew z rany się nie sączy; oddech może jakiś jeszcze czas trwać powierzchownie, nieprawidłowo, aż po kilku westchnieniach ustaje. Straszny ten stan objawia się przeważnie u anemicznych i sercowo chorych, choć może się przytrafić i u *ludzi zdrowych i silnych*, osobliwie gdy są bardzo wzruszeni przed operacją. Nie ulega wątpliwości, że podobne nieszczęście przytrafić się może *każdemu lekarzowi, bez najmniejszej z jego strony winy*, jeśli wszelką ostrożność przedsięwziął”.

Winienem teraz wyjaśnić, z jakich powodów gabinet dentysty uważać muszę za nieodpowiedni do wykonywania w nim operacji w uspieniu. Że położenie gabinetu, w którym się operuje obok poczekalni, gdzie czekają chorzy zdenerwowani, cierpiący, ma wiele złych stron, o tem nikt chyba nie wątpi, i nie wymaga to bliższego

umotywowania. Najważniejszą jednak wadą jego jest brak stołu operacyjnego, którego fotel dentystyczny zastąpić nie może, najmniej bowiem nadaje się do operowania na nim pod chloroformem, bez względu na to, że można mu nadać wszelkie położenie. Istniejące w nim oparcie dla głowy przy leżącym położeniu chorego jest zupełnie nieprzydatne i chybia celu, choremu bowiem, gdy traci przytomność, głowa usuwa się w bok i zwisa, pozbawiona jest też wszelkiego punktu oparcia; w czasie zaś ekscytacji pacjent z łatwością może sobie rozbić twarz i głowę o brzeg owego podglówka o bardzo małej płaszczyźnie, stanowiącego oparcie, i nieraz byłem w prawdziwej o to obawie. Najbardziej zaś może dać się we znaki ów fotel, gdy wypadnie zastosować sztuczny oddech: głowa wówczas łatwo się zsunie, na wszystkie strony latać będzie i może się zranić. Oczywiście nie jest to pożądanem i utrudnia niezmiernie dosyć niebezpieczną sytuację. Przenoszenie zaś chorego w takiej chwili na kanapę jest niemałą stratą cennego czasu. Z góry wiem, iż wielu dentystów odpowie mi: być może usypianie na fotelu jest niewygodne, ale nam operować na fotelu jest bardzo wygodnie, wyrzec się tego nie możemy, albowiem każdej chwili możemy zmienić pozycję na inną, która jest dla nas odpowiednią, do której przywykliśmy i w jakiej stale operujemy, t. j. na siedzącą.

Pozwalam sobie tedy przeciw temu jak najkategoryczniej protestować i radzę Szanownym Panom raczej wyrzec się zupełnie operowania w narkozie, aniżeli w dalszym ciągu uciekać się do pozycji siedzącej. Zważcie bowiem, Sz. Panowie, iż nic łatwiejszego jak wywołać w tej pozycji u zachloroformowanego osobnika nader niebezpieczne zaburzenia w krążeniu i oddechaniu. Kocher pisze: „koniecznym jest takie ułożenie chorego, które ułatwia krążenie krwi w mózgu (poziome)”.

Stąd wypływa, iż sadzanie chorego w narkozie w znacznym stopniu utrudnia krążenie, *ergo* jest świadomem narażeniem go na anemię mózgu.

Ośmielam się dalej zaoponować przeciwko mniemaniu, ażeby miało być wygodniej usuwać zęby w położeniu siedzącym, i śmiało twierdzić mogę, iż jest to tylko urojeniem, wynikającym z przyzwyczajenia. Wygodnie bowiem operować można wówczas tylko chorego siedzącego, gdy jest przytomny i zdolny nad sobą panować, nigdy zaś w uspieniu, gdy traci wszelką równowagę. W szpitalu często również wykonywamy

ekstrakcje zębów zawsze i jedynie w pozycji leżącej, nie uczuwamy przytem żadnych niewygód, przeciwnie, operujemy wówczas dogodnie i spokojnie. Rad będę, jeśli uda mi się Szanownym Panom wyper-swadować ten zwyczaj. Wielu, słyszałem, lekarzy wymawia się od chloroformowania u dentystów ze względu na niebezpieczne komplikacje, łatwo nader powstawać mogące. Powtarzam: aby nie potęgować niebezpieczeństwa, należy bezwarunkowo zarzucić ten sposób operowania, w braku zaś *quand même* stołu operacyjnego możnaby posiłkować się zwykłym stołem kuchennym odpowiedniej długości.

W końcu dodać muszę kilka przestroóg i praktycznych wskázówek. Operacji usuwania zębów w uspieniu chloroformowem nie należy nigdy lekceważyć, należy się zaś przygotować do niej, jak do zupełnie poważnego zabiegu, zapewniwszy sobie na wypadek dostateczną pomoc. Nie wolno dentyście namawiać pacjenta do tej operacji za wszelką cenę, kontentując się choćby minimalnem wynagrodzeniem, byle pacjenta nie puścić, jak to niestety jest w zwyczajach; kierując się bowiem bądź to własnym interesem, bądź to warunkami materialnymi pacjenta, naraża on siebie i byt swój, zarazem zaś życie chorego. Wobec tego do operacji pod narkozą w gabinecie dentysty ze względu na wielką, ciężącą na nim odpowiedzialność winno się wzywać bezwarunkowo dwóch lekarzy, z których jeden powinien być chirurgiem. Postulat ten uważam jako *conditio sine qua non*. W razie bowiem wypadku zabiegi i siły jednego lekarza nie wystarczą, a pomoc dentysty, proszę mi wybaczyć otwartość, redukuje się w większości wypadków do zera, ponieważ wielu dentystów, niestety, zdradza zbyt małe obeznanie z ratownictwem w nagłych wypadkach i z medycyną ogólną. Ignorancja w tym względzie niekiedy jest zadziwiającą.

Podając się wykonania u siebie w gabinecie operacji pod chloroformem, dentysta winien na dzień przedtem odesłać chorego do lekarza, który ma asystować, celem dokładnego zbadania stanu zdrowia, nie pominąwszy oczywiście zbadania moczu.

U każdego dentysty znajdować się powinny rurki zatopione z kamforą, kofeina, eter oraz dobrze działająca szprycka Prawaz'a, kroplomierz, maska, rozwieracz, szczypce do wyciągania języka tudzież przedni gatunek chloroformu. Nie zawadziłoby też mieć kwas saletrzanu (*ac. nitricum purum*) oraz probówkę dla zbadania moczu na miejscu,

na wypadek, gdyby okoliczności wymagały natychmiastowej operacji.

Należy też upewnić się co do zgody rodziców lub męża na narkozę, a nawet życzyć sobie, aby choremu towarzyszyli, inaczej rościć mogą pretensje, że operacja odbyła się wbrew ich woli, bez wyraźnej na to z ich strony zgody.

Podzieliwszy się z Szanownymi Panami własnymi spostrzeżeniami i pozwoliwszy sobie na szereg uwag krytycznych, miałem na celu li tylko wskazać, co dentysta zdziałać może i jest w stanie, aby być w zgodzie z sumieniem i obowiązkiem, reszta bowiem, Szanowni Panowie, zależy może jedynie od ślepego trafu, którego my, ludzie, jak dotąd, odwrócić nie jesteśmy w mocy.

## 2. O doraźnym plombowaniu zębów, dotkniętych zapaleniem miazgi.

SKREŚLIŁ

P. KLEJN.

(Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Odontologicznem na 31 zebraniu członków w dniu 5 maja 1908 roku oraz na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Odontologicznego w dniu 9 maja 1908 roku).

*Szanowni Koledzy.*

Jak wiadomo, dotychczas przy zapaleniu miazgi stosujemy pastę arsenikową lub kobalt. Zabieg ten, co prawda, w skutkach prowadzi do częściowego lub całkowitego jej obumarcia. Procedura ta jednak jest dość złożoną, albowiem:

1. pastę należy niekiedy zakładać kilkakrotnie;
2. wyciąganie (ekstrakcja) i ucinanie (amputacja) miazgi często są bolesne i uciążliwe dla operatora;
3. pomimo najstaranniejszego leczenia, powikłania wraz z następczem zapaleniem okostnej nie są wykluczone;
4. a co najważniejsza: traktowanie miazgi arsenikiem z następczą ekstrakcją lub amputacją zbyt wiele pochłania czasu.

Te i inne wady rzeczonoego sposobu skłoniły mnie do obejrzenia się za takim sposobem i środkiem, które jaknajmniej czasu pochła-



niałyby i były dogodne dla praktyka i chorego. Z trudności wybawiła mnie *adrenalina*.

Znając anemizujące i znieczulające działanie adrenaliny w połączeniu z kokainą, starałem się wyzyskać to dla naszych celów w sposób następujący.

Do ubytku zęba, dotkniętego zapaleniem miazgi zakładałem w celu znieczulenia wacik nasycony nieco ogrzanym fenolem i posypany czystą kokainą na 5 do 10 minut. Po upewnieniu się zgłębnikiem, że ból i czułość zupełnie ustały, powiększam za pomocą stosownych świderków wejście do komory i samą komorę miazgową. Dostęp toruję sobie jak przy zwykłej ekstrakcji miazgi. Przemywszy należyście ubytek letnią wodą, przystępuję do zastrzyknięcia za pomocą zagiętej pod kątem strzykawki „Progres“ roztworu adrenalin-kokainy podług przepisu następującego: Rp. Cocaini muriat. 0·365

Adrenalini synt. 0·0025

Natri chlorati 0·3

Aq. destillat. 50·0

MDS. Do wstrzykiwań.

Wystarczy zazwyczaj wstrzyknąć w miazgę 2 lub 3 krople; wstrzykiwać należy powoli. Skutek następuje po 5 do 10, a niekiedy i 15 minutach. Po upływie tego czasu przystępuje się do usunięcia miazgi za pomocą stosownego miazgociągu. Cały ten zabieg odbywa się zupełnie bez bólu i bezkrwawo. Zbytecznym chyba jest dodać, że do wypełnienia korzenia można przystąpić bezzwłocznie, i w ciągu jednego posiedzenia ząb może być zaplombowany.

Nadmienić należy, że miazga wyjęta drogą adrenalizacji jest biała, a czasami i sztywna. O ile rękoczyn zręcznie był wykonany, miazga rzadko kiedy się rwie. Ma się rozumieć, że im dalej się posuwamy od środkowej linii siekaczy ku tyłom szczęki, trudności techniczne zwiększają się i o ile niema lub nie można było do miazgi utorować drogi, adrenalizacja chybia celu.

Sposób ten, coprawda, stosuję od niespełna roku, tak, że o ujemnych stronach mało co powiedzieć mogę; byłoby jednakże do życzenia, ażeby Sz. Koledzy, stosując rzeczony *modus operandi* swojemi postrzeżeniami podzielić się chcieli. Nie mogę jednakże nie zwrócić uwagi na to, że od zbyt silnego ciśnienia tłoku strzykawki

i rozprzestrzenienia się płynu może nastąpić obumarcie sąsiednich miazg w zębach nawet zupełnie zdrowych. Powikłania z następczem zapaleniem okostnej, choć nader rzadkie, przy zręcznem operowaniu są prawie wykluczone; o ile jednak zdarzają się, to należy je odnieść albo na karb nieczystego leczenia lub czynników sprzyjających i przy innym sposobie uśmiercania miazgi.

Z tego, co się wyżej rzekło, wynika, że:

1. w ciągu jednego posiedzenia można zaplombować ząb, dotknięty zapaleniem miazgi;
2. sposób ten czyni zbyt rzadkiem uśmiercanie arszenikiem lub kobaltem i
3. dzięki ulepszeniom i zagięciom strzykawki, jesteśmy w możności stosować rzeczony sposób łatwiej, niż każdy inny.

### 3. O nadtlenu wodoru i zastosowaniu jego w stomatologii.

NAPISAŁ

Dr. E. FRIEDLÄNDER (Drohobycz).

Gdy w r. 1818 chemik francuski Thénard pierwszy zestawiał nadtlenek wodoru ( $H_2O_2$ ), nie używano go w lecznictwie, lecz wyłącznie do celów technicznych, np. do odświeżania starych obrazów olejnych, do bielenia piór, włosów i różnych materji, był bowiem jeszcze bardzo zanieczyszczony kwasami. Wkrótce jednak stwierdzono jego własności odkażające, korzystny wpływ na przebieg procesów zapalnych i ropnych, nie mniej też na działanie hemostatyczne i odwanające.

Francuzi wyprzedzili pod tym względem swoich kolegów w Niemczech, Austrii i Rosji i używali go już przed kilkoma dziesiątkami lat w chirurgji przy flegmonach, empyematach, róży, ropniach i t. d.; zwrócono uwagę, że jego wartość lecznicza polega na odszczepianiu się tlenu czynnego in statu nascendi przy zetknięciu z krwią i płynami ustroju zwierzęcego. W Austrii wielkie zasługi przy wprowadzeniu  $H_2O_2$  do chirurgji położył słynny chirurg Neudörfer. Przed 15 laty ogłosił o nim obszerną monografię i wykazał też, jakie świetne wyniki osiągnąć można przy anginach, a nawet błonicy. W porównaniu z innymi znanymi środkami odkażający-

mi różni się on tem, że nie jest, jak one wszystkie prawie trującym, ani żrącym, ani też nie wywołuje silnych bólów przy stosowaniu go przy ranach. Że atoli mimo te własności i zalety tyle dziesięcioleci upłynąć musiało, nim zaczęto go na większą skalę używać w lecznictwie, to przyczyną tego było, jak już wyżej wzmiankowano, jedynie zanieczyszczenie, któremu  $H_2O_2$  uległ podczas fabrykacji kwasami nieorganicznymi, a niekiedy nawet po części były one umyślnie dodawane, by  $H_2O_2$  dłużej się trzymał i nie ulegał zbyt szybko rozkładowi.

W chirurgji i stomatologii potrzebne nam są przedewszystkiem preparaty bez wszelkich chemicznych domieszek i zanieczyszczeń. Merck'owi (Darmstadt) udało się przed kilku laty po długich a męczących próbach i doświadczeniach, dzięki poparciu i pomocy słynnego chirurga Brunsza, zestawić chemicznie czysty, od kwasów wolny, skoncentrowany  $H_2O_2$ , który też jest 10 razy silniejszym od nadtlenu wodoru, poprzednio przez tegoż i innych chemików wyrabianego. Jestto preparat 30%-wy. Od tego czasu zaczęto  $H_2O_2$  coraz więcej używać przy leczeniu chorób jamy ustnej i zębów. Touchard pierwszy przyznał mu wartość leczniczą przy próchnicy zębów, przetokach zębowych i zapaleniach okostnej zębodołów. Mało jednak znalazł  $H_2O_2$  zwolenników, gdy słusznie obawiano się szkodliwego wpływu kwasów mineralnych w nim zawartych na zębinę i korzenie zębów, a znakomici stomatolodzy ostrzegali nawet w pismach zawodowych przed zastosowaniem go do celów leczniczych w jamie ustnej. Gdy zaś Merck puścił w świat swój ulepszony preparat pod nazwą „perhydrol”, a wielu lekarzy w klinikach i praktyce prywatnej wypróbowało go z doskonałym wynikiem, ukazało się coraz więcej poważnych prac o tym środku z zakresu chirurgji, ginekologii, dermatologii, syfilidologii, również i stomatologii, względnie dentystyki. Dorn, Jessen i w. i. uważają go za najlepsze antisepticum dla jamy ustnej i zębów; nie zawierając żadnych kwasów, nie działa on szkodliwie ani na zęby, ani na części miękkie, a dzięki szybkiemu i pewnemu działaniu odkażającemu nadaje się ich zdaniem, do wstępnego leczenia zgorzelinowych i ropiejących kanałów korzeniowych. Podług innych autorów  $H_2O_2$  posiada własności zębinę znieczulające, zwł. przy nadczułości ubytków szyjnych, podziąsłowych; Miller w swem dziele „Zahnheilkunde“ (1903) utrzymuje, iż złe wyniki przy leczeniu

korzeni przypisać należy tak często i z zamiłowaniem stosowanym silnym środkiem odkażającym, np. kwasowi karbolowemu i wodzie królewskiej, celem ich wyjałowienia. Z zadowoleniem wspomina w swoim epokowym dziele o ważnym ulepszeniu przez Mercka dawniejszego preparatu; preparat ten gorąco zaleca zamiast innych środków przeciwnilnych np. zamiast dotychczasowego przez niego zalecanego 3%, 5% i 25% pyrozonu (roztworu  $H_2O_2$  w eterze lub wodzie). Lombardino (*Journal für Zde*) używał  $H_2O_2$  Mercka (perhydrol) przy leczeniu miazgi zgorzelowej, ropni okostnowo-zębowych, przetok dziąsłowych i ropotoku zębodołowego; przekonał się w bardzo wielu przypadkach o zaletach i doskonałych wynikach jego w porównaniu z dawniej stosowanymi do tych celów sposobami i środkami. Podczas gdy Miller już przed 5 laty w 3-iem wydaniu swego podręcznika rokował ulepszonemu  $H_2O_2$  przyszłość w stomatologii, nie znajdujemy niestety o nim wzmianki w nowszych dziełach np. Preiswerka i Junga (*das Füllen der Zähne*. 1905). Rozcieńczony perhydrol w stosunku np. 1:9 nadaje się dobrze do przepłukiwań przetok zębowych i jam ropni; osiąga się szybkie stosunkowo gojenie ran, przyczem tlen wywiązujący się z połączenia chemicznego działa tylko na chore miejsca, zdrowe zaś otoczenie zostaje nietknięte. Niektórzy autorzy zalecają perhydrol do przemywania ubytków próchnicowych po amputacji miazgi zamiast zwykle stosowanego alkoholu, Jessen, Berten i inni—przy leczeniu ropotoku zębodołowego. Oczyszczywszy należycie zęby z kamienia i osadu, wkrapla się nieco perhydrolu do kieszonek dziąsłowych. Ja używam i polecam perhydrol do obmywania i oczyszczania dziąseł przed wstrzykiwaniem, przy znieczuleniu przed wyjęciem zębów, przed nasadzeniem klamer dla ochraniaacza gumowego, przed nasadzeniem koron i przy wielu innych zabiegach w jamie ustnej. Kritschewski używa perhydrolu do bielenia zabarwionych zębów, o czem już również wspomina Miller, Jung, Imming i inni. Świetne wyniki daje  $H_2O_2$  przy nieżycie jamy ustnej (Neudörfer. *Wiener mediz. Wochenschrift* 1896), zwł. na tle przymiotu, dalej przy stom. aphtosa, ulcerosa czyli stomacace, soor (grzybkach), przy schorzeniach jamy nosowo-szczękowej i przy ekstrakcjach po parulis. We wszystkich tych przypadkach, w których dawniej używano (jeszcze obecnie nawet) do przemywania ust boraksu, nadmanganianu potasu lub wcale nie obojętnego zwł. dla dzieci chloranu potasu, na-

leży stosować skuteczniejszy i zupełnie nieszkodliwy perhydrol. B. Schmidt w swoich „Untersuchungen über den bakterientödtenden und gährungs-hemmenden Einfluss des haltbaren 30% chemisch reinen  $H_2O_2$ ” (Hygien. Rundschau 1906) udowodnił, że już po użyciu 1% roztworu perhydrolu Merck’a ubywa po 1 minucie pewna ilość zarazków chorobotwórczych, po 3 minutach używania następuje dalsza redukcja, a po 5—20 min. nastąpić może nawet zupełna ich zagłada. Na podstawie tych badań bakteriologicznych, krytykę wytrzymujących, uważać należy perhydrol jako dobry i skuteczny środek przy wszystkich sprawach zapalnych w jamie ustnej, nie mniej jako profilaktyczny przy anginach różnego pochodzenia, jama ustna bowiem stanowi nie razwrota umożliwiające dostęp wszelakim bakterjom, jak np. bacterium acid. lact., staphylococc. pyogen. alb. i w. i., do migdałków, gardła, nawet płuc i tak łatwo przyczynić się może do rozwoju szeregu chorób zakaźnych, zwł. u młodszych osobników.

Perhydrol, jako składnik płukań dla jamy ustnej, czyści ją niezawodnie lepiej, jak inne w handlu znajdujące się i silnie reklamowane eliksiry; odkaża ją dokładnie i odwania; usuwa smród przy cięższych postaciach stomatitis (zwł. aphtosa i ulcerosa); małe zadrażnienia i wrzodziki na języku lub śluzówce warg goją się stosunkowo szybko. Wspomnieć jeszcze należy, że Andressen (Kopenhaga) zaleca wprawdzie perhydrol do traktowania bardzo czułej zębiny przed skrobaniem i wierceniem, nie radzi jednak w bliskości miazgi stosować tego środka, gdyż bardzo ją drażni; w pobliżu dziąseł stosowanie jego nie pociąga za sobą żadnych szkód, gdyż nie działa żrąco. Już Neudörfer wykazał, że śluzówka wchłania nadzwyczaj prędko  $H_2O_2$ , że ten dostaje się łatwo do obiegu krwi i działa na t. z. nerwy sympatyczne, regulujące poniekąd czynność śluzówki i gruczołów. Patologiczne zmiany na śluzówce jamy ustnej mają po części znaczenie tylko miejscowe, po części zaś są odbiciem ogólnej nieraz ciężkiej choroby ustrojowej.  $H_2O_2$  okazał się użytecznym nie tylko przy sprawach zapalnych śluzówki, aphtach, erozjach i wrzodach tejeż, zgrubieniach chronicznych i osadach powstałych wskutek niedostatecznego pielęgnowania jamy ustnej, zębów lub nawykowego palenia i t. d., przyczem już wedle zasady cessante causa tollitur effectus wynik bywa dobry i przy gingivitis ogólnej natury, nawet cruposa, stoma-

titis na tle przymiotu, i t. d.; w tych razach działa również dodatnio perhydrol.

Sądząc, że drogą spostrzeżeń obcych i własnych, zdołałem wykazać, że  $H_2O_2$  zwł. ulepszony przez Mercka działa dodatnio na śluzówkę jamy ustnej i gardła, nie mniej na zęby, i że każdy dentysta posiada w perhydrolu lek tani, zupełnie nieszkodliwy i doskonale działający przy chorobach go najwięcej obchodzących. Dalsze spostrzeżenia praktyków i badania bakterjologów pouczą nas, o ile w istocie jest on lepszym i pożyteczniejszym, niż wszelkie inne antiseptica dla jamy ustnej.

## II). Dział sprawozdawczy.

**59). Morgenstern. Badania nad działaniem na zęby lekarstw zawierających żelazo, jakoteż wód żelazistych.** (Corresp. Blatt F. Zahnärzte 1907). Dokładnie i szczegółowo przeprowadzone próby dowiodły, że po przyjęciu rozmaitych przetworów żelazistych ilość żelaza w ślinie zwiększa się, w moczu zaś powiększenia żelaza nie zauważono.

Ferrum albuminatum zachowuje się obojętnie względem twardej substancji zębowej. Ferratyna jest dosyć szkodliwą dla szkliwa i zębiny, a to dlatego, że jest nierozpuszczalną w wodzie, a więc w kwasie solnym rozpuszczoną być musi, stąd też przy przyjmowaniu pozostają ślady kwasu. Również nierozpuszczalnem w wodzie jest ferrum reductum. Działanie na szkliwo jest prawie żadne, a na zębinę słabo żrące. Zupełnie nieszkodliwymi dla zębów okazały się tylko Liquor ferri albuminati i manganici saccharati. Zawieszone szlify zębowe w tych roztworach, po wyjęciu ich i zbadaniu były nienaruszone. Słabo szkodliwie na zęby działa Ferrum citricum, źródła żelaziste Rippold'a i Eugenji w Cudowie.

Intensywniej szkodliwie działają Tinct. ferri pomati, pyrophosphorica, ferri lact., sulphuric., źródła Elster, Pymont i Schwalbach.

Bardzo szkodliwie na zęby działają ferrum chloratum i ferrum jodatum. Roztwory tych środków nawet niżej 0,1% po krótkim czasie rozpuszczają szkliwo zębowe, a zębinę całkowicie odwapniają. Roz-

twory z ferrum pomatum z zawartością żelaza 0,015% miały tak silne działanie na twardą substancję zębową, że szkliwo wprost w postaci pryzmatów oddzielało się od zębiny.

Badania więc wykazały, że lekarstwa, zawierające żelazo sztuczne, jakoteż naturalne wody żelaziste z bardzo małymi wyjątkami szkodliwie działają na zęby. Lekarstwa takie przy stykaniu się z zębami odbarwiają je i nadżerają.

*Wł. Zieliński.*

#### **60). I. Ajzensztadt. Wyciski pumeksowo-gipsowe. (Zub. Dießl 2.08).**

Postępy w technice dentystycznej są po większej części zależne od materiału, używanego do wycisków i należytego obchodzenia się z nim. Z pośród materiałów wyciskowych: wosku, gipsu i stensu, ostatni tylko ma największe rozpowszechnienie, pomimo, że posiada wady, znane wszystkim praktykom. Szerokie zastosowanie stensu tłumaczyć należy łatwością obchodzenia się z nim. Wosk bywa używanym najczęściej przy drobnych robotach. Gips, pomimo swej przewagi nad innymi masami wyciskowymi, dotychczas jest jakby w zapomnieniu. Delikatna biała i czystotka masa ta (rozrobiony gips) przeraża jakoś wielu kolegów, przeważnie zaś początkujących, pomimo że do wiadomym jest, że żadną masą wyciskową nie można otrzymać tak dokładnych wyników, jak gipsem.

Bez najmniejszego ucisku otrzymujemy dokładny wycisk miękkich i twardych części. Jakkolwiek wydaje się nam dziwnem na pierwszy rzut oka, łamliwość gipsu stanowi właśnie jego przewagę i zaletę, jakich nie posiada żadna z wyżej wymienionych mas wyciskowych. Równe i wyraźnie oznaczone miejsca złamań dają nam możliwość łatwo złączyć odłamki bez najmniejszego uszczerbku dla modelu. Gips, posiadając wiele zalet, ma jedną tylko wadę: rozrobiony jak śmietana, jest zbyt lekki, śliski i rozplywa się przy najlżejszem dotknięciu, przy nieumiejętnem z nim obchodzeniu się łatwo może dostać się do gardła. Oto jego cecha ujemna, którą łatwo usunąć można przez dodanie pumeksu (*lapis pumicis subtilissim.*); ostatni zmieszany z gipsem wstrzymuje jakby jego dążność do rozplynięcia się, nie pozwala mu przechodzić po za oznaczone granice. Gips złączony z pumeksem jest znacznie słabszym od czystego gipsu, jest łatwo łamliwym, a ponieważ przy zdejmowaniu wycisków za pomocą gipsu, często łamią się części w ustach, to i wówczas pumeks oddaje wielką usługę, a zarazem ułatwia odejmowanie wycisku od odlanego mo-

delu. Sposób przygotowywania mieszaniny pumeksu i gipsu jest następujący: na  $\frac{1}{3}$  szklanki (od herbaty) wody należy wziąć łyżkę stołową pumeksu, najpierw wsypać pumeks i ciągle mieszać go z wodą, rozcierać tak, żeby nie było grudek; gdy pumeks będzie należycie rozmieszany należy wsypywać małymi porcjami dostateczną ilość gipsu, mniej więcej tyle, ile używamy do odlewania modeli; po należytem rozmieszanii gipsu z pumeksem dodaje się dla prędkiego stwardnienia masy  $\frac{1}{3}$  łyżeczki od herbaty *kali sulphurici*. Szybkie lub powolne twardnienie zależy od ilości ostatniego.

Jama ustna naturalnie winna być uprzednio należycie przygotowaną do zdjęcia wycisku. Należy zakryć wszystkie otwory w zębach Fletcher'em lub woskiem i przyszlifować pnie.

Łyżki do gipsu winne mieć brzegi nieco zaokrąglone na wewnątrz, jeżeli takich niema, należy je zrobić z wosku. Wewnętrzną powierzchnię łyżki należy również pokryć kroplami wosku; tylny brzeg łyżki należy obwieść woskową listewką. Masę pumeksowo-gipsową nalewamy tak, by tylny brzeg łyżki był zawsze zupełnie wolny od gipsu; łyżka nie powinna być całkowicie wypełnioną gipsem. Brzegi łyżki, odpowiadające zanikłym częściom wyrostka zębodołowego, pokrywamy masą nieco więcej. Pacjent powinien siedzieć równo, nieco poddając się naprzód. Łyżkę wprowadzamy w ten sposób, by tylny brzeg jej stykał się ze szczęką wcześniej, niż przedni, a to dlatego, by zbytnia ilość gipsu nie wyciekała ze strony wejścia do jamy ustnej. Nie należy czekać, by gips zupełnie stwardniał. Gdy tylko gips przestanie rozmazywać się, należy ostrożnie wyjąć łyżkę i wszystkie odłamki zachować. Połączywszy takowe z wyciskiem, należy brzegi złamanych kawałków wzmocnić zapomocą gorącego wosku, następnie posmarować wycisk płynnym szellakiem, zczekać aż ten wyschnie, posmarować oliwą i odlać model.

Gips łatwo oddziela się od łyżki, gdy takową nagrzewać nad lampką spirytusową.

Małymi kawałkami oddzielamy negatyw od modelu, i ostatni jest gotów. Dostawka, zrobiona podług takiego modelu, nie wymaga żadnych poprawek.

H. Lubodziecki.



**61). Dr. Ashley Faught Franciszek. Dentystyka w stosunku do ogólnej medycyny.** (Podł. wykładu wygłosz. w „Southern Dental Society” w New Jersey. Dental Cosmos I.1908 r.). Żyjemy w okresie postępu i nowych odkryć. Tyle zmian zaszło i zachodzi w nauce i sztuce, a dzieje się to tak szybko, iż niemożliwą jest rzeczą dla pracownika na jakimkolwiek polu strawić i zastosować cały nawał nowego materiału. Na żadnym chyba polu rozwój ten nie jest tak wyraźny, jak w dentystyce, która w ostatnich zwłaszcza czasach znaczne poczyniła kroki naprzód i uznana została za odpowiedzialny, wybitny i odrębny dział medycyny.

Owo brzemień obowiązków i odpowiedzialności powinno ciążyć na każdym dentyście; będzie to łatwiejszem do zrozumienia, gdy rozejrzemy się w postępkach dentystyki i w stosunku tejże do medycyny. Osiągnięty postęp zawdzięczamy nie tyle zmianom i ulepszeniom istniejących sposobów nauczania i praktyki, ile odkryciu i rozwojowi całkiem nowych idei i kierunków. Zwróćmy uwagę choćby na powstanie i rozwój bakterjologii i następnie zważmy dociekania profesora Millera w celu wyjaśnienia próchnicy zębowej na podstawie naukowej. Równie znajomość anatomji, fizjologii, ogólnej patologji, terapii i higieny stała się ważną podstawą dla pomysłnej djagnozy i leczenia wielu chorób zębów i jamy ustnej.

Nową epokę zarówno w ogólnej medycynie, jak i w dentystyce stanowi zastosowanie X—promieni oraz innych rodzajów światła dla celów rozpoznawania i leczenia chorób. Porcelana zaś i inne plomby zajęły już wybitne miejsce w praktyce codziennej.

Niechybnym i logicznym skutkiem tego rozwoju było powolne, lecz stałe zbliżanie się pokrewnych dziedzin medycyny i dentystyki, i obecnie pod wpływem specjalizacji szczególnie niema wyraźnych granic pomiędzy nimi. Związek ten jest szczególnie ścisły pomiędzy ryнологją i laryngologją z jednej strony, a orthodontją z drugiej; stąd właśnie bierze początek ów szczególny charakter odpowiedzialności dentysty, o której mowa była wyżej.

Odpowiedzialność ta jest właściwie znacznie większą, niż o tem sądzić możemy. Pochodzi to stąd, że poznanie i studjowanie tego związku oraz doniosłość jego zarówno dla medycyny jak dentystyki datuje zaledwie od niedawna.

Naukowa literatura, dotycząca związku istniejącego pomiędzy

chorobami jamy ustnej, a chorobami gardła i nosa jest jeszcze nazbyt szczupłą, a nauczanie w tym kierunku dopiero ma się rozwinąć. Fakt nad wyraz przykry, lecz miejmy nadzieję, iż stan rzeczy zmieni się z chwilą, gdy ważność sprawy będzie należycie ocenioną i gdy zakres wiadomości, dotyczących tego przedmiotu uzupełni program medycyny i dentystyki.

Dla lepszego zrozumienia istoty wyżej wymienionego związku przejrzymy w skróceniu przypadki zatkania górnego odcinka kanału oddechowego.

Najczęściej przyczyną tej dolegliwości bywają wyrosłe (adenoidy) gardzielowe. Spotykają się one jako komplikacja w sześćdziesięciu na sto przypadków nieregularności zębów. Stosunek ten wydaje się być niezbyt ścisłym, systematyczne badanie zaś wszystkich przypadków nieregularności zębów znacznie podniosłoby odsetkę.

Wyrosłe znajdują się właściwie nie w nosie, lecz w przestrzeni noso-gardzielowej. Najmniejsze zwięźenie tego i tak wąskiego przejścia musi szkodliwie wpłynąć na oddychanie nosem.

Dotknięte tą chorobą dziecko oddycha nieprawidłowo, co daje się zauważyć najczęściej w nocy, gdy chrapie lub oddycha ustami. Spostrzegamy również skłonność do chronicznych przeziębień cechujących się kaszlem i katarrem. Oczy, usta i nos nabierają osobliwego wyrazu, łatwiejszego do poznania, niż do opisu.

Chroniczne powiększenie migdałków również wśród dzieci bardzo często powoduje zatkanie nosa. W niektórych przypadkach przez swój wpływ na działalność mięśni, przyczynia się ono do zaburzeń oddechowych i powstawania dolegliwości zębów.

Anomalje przegrody i muszli również należą do niezawodnych przyczyn naruszenia prawidłowego oddychania, które znajduje się w związku i z zatkaniami nosa.

Kerrison uważa ostatnie za jedną z najważniejszych przyczyn niedomagania średniego ucha. Na dowód przedstawia listę pacjentów, cierpiących na adenoidy, wśród których 75% miało słuch przytępiony.

Inna powaga twierdzi, że więcej niż 75% przypadków kataralnej głuchoty jest następstwem chorób nosa i gardła, pośrednio lub bezpośrednio wpływających na czynność słuchu. Solenberg i inni zwracają uwagę, że chroniczne zapalenie nosa i gardła w wielu przypad-

kach towarzyszy zaburzeniom żołądka, a może nawet jest ich przyczyną.

Przez naruszenie prawidłowego oddychania nosem powietrze nie zostaje zwilżone, ogrzane i przefiltrowane podczas przejścia przez nos, wskutek czego do delikatnej tkanki płuc dochodzi powietrze zimne, kurz i drobnoustroje. Wynikiem tego jest ciągłe drażnienie z coraz to wzrastającą skłonnością do chorób płucnych.

Moeller i Rapaport podają 120 suchotników, z których 84% cierpiało poprzednio na chroniczny katar nosa.

Oprócz wyżej wymienionego osobliwego wyrazu twarzy wśród miejscowych objawów zwraca uwagę różnorodność w nieregularności szczęk i zębów. Spotykamy tu przede wszystkim otwarty zgryz: boczne ściśnienie szczęk, cofnięcie wtył dolnej szczęki, niemożliwość zetknięcia przednich dolnych zębów z górnymi. Cały szereg zaburzeń w ustroju (spóźniony fizyczny i umysłowy rozwój dziecka, nadczułość odruchowa, zaburzenia żołądkowe, przytępienie słuchu i t. d.), spowodowanych przez naruszenie w oddychaniu, jest jednak dostatecznym, aby wykazać całą doniosłość wczesnej i dokładnej diagnozy oraz niezwłocznej odpowiedniej interwencji.

Cierpienie ze zgubnymi następstwami może być powstrzymane w rozwoju i usunięte. Pomoc w danym przypadku nie może być udzielaną wyłącznie przez lekarza; dentysta w swej praktyce spotyka o wiele więcej dolegliwości tego rodzaju.

Aby zaś wskutek nieświadomości lub przeoczenia choroby przez dentystę, dziecko nie było skazywane na zgubne następstwa, dla każdego dentysty niezbędnym jest obznajmienie się ze wspomnianymi wyżej odłamami patologji. Zdobycie praktycznej wiedzy o objawach chronicznego zatkania nosa jest dostępnym dla każdego, pragnącego poświęcić trochę czasu specjalnym studjom. Znajomość przynajmniej kilku faktów daje możliwość rozpoznawania choroby w jej najważniejszych objawach, jak: oddychanie ustami, chrapanie, początek głuchoty, spóźniona mowa, częste przeziębienie i t. d.; będzie to dla sumiennego praktyka źródłem ciągłego zadowolenia, a nadewszystko doda mu otuchy w walce z chorobami, i w ten sposób da mu możliwość przyczynienia się do rozwoju zdrowego pokolenia. Ten krótki zarys pozwolił zaledwie napomknąć o niektórych stosunkach, zachodzących pomiędzy dentystyką a całą armją lekarzy, mających za punkt wy-

tyczny zapobieganie chorobom. Na zakończenie powtórzyć należy, że w obecnej dobie więcej niż kiedykolwiek brzemie odpowiedzialności obciąża dentystę. stoi on jakby na straży wielkiej bramy, prowadzącej do gospodarki organizmu. Przez usta lub w bliskim z niemi sąsiedztwie przechodzi nie tylko pokarm, lecz i powietrze niezbędne dla życia. Jama ustna jest również w związku z ważnymi narządami, których stan zdrowia zależy od zdrowia jamy ustnej.

Medycyna wymaga obecnie od dentysty nie tylko zapobiegania, lecz i leczenia wielu zaburzeń w trawieniu, pochodzących niedostatecznego przeżuwania pokarmów lub nienormalnej fermentacji w ustach z przyczyny chorych zębów.

Dentyści należy się miejsce wśród członków i czynnych agentów „Stowarzyszenia dla studjowania i zapobiegania suchotom”, które swą energiczną walką ze straszną plagą ludzkości zwraca na siebie uwagę całego świata.

Dobrze utrzymana jama ustna i prawidłowe oddychanie nosem, jak jedno, tak i drugie mają wielkie znaczenie dla zdrowia ciała i duszy.

Fakty te wskazują, że dentysta, stojąc na straży zdrowia publicznego, ma przedewszystkiem do zwalczenia okrutnego wroga dzieciństwa: adenoidy, powiększenie migdałków oraz inne przyczyny zatkania nosa, na które powinien zawsze zwracać jaknajbardziej uwagę.

*M. Leliwa-Kopystyńska.*

**62). Prof. Gysi. O nowszych cementach krzemowych.** (Zahntechnische Reform. II, 1908). Na dorocznym zebraniu Szwajcarskiego Towarzystwa Odontologicznego, odbytem w Lucernie, zabrał głos prof. Gysi w sprawie cementów krzemowych, którą to poruszył już przed 2-łaty, a przez ten czas przeprowadził dalsze badania. W ciągu ostatnich 2 lat pojawiło się w handlu wiele takich preparatów „ulepszonych”. Cement krzemowy jest zatem materiałem, który wymaga ulepszeń. Autor pozostał wierny cementowi Ascher'a, ponieważ nabył już pewnej wprawy w rozrabianiu, każdy zaś nowy cement ma swe odrębne własności, które poznać należy. Od niedokładnego rozmieszania zależą podług Gysi'ego ujemne wyniki. Autor w swojej praktyce miał przeważnie dobre rezultaty. Rozpuszczalności nie skonstatował, zanotował jednakże kilka przypadków odłupania się konturu (kantu). Było to, jak sądzi, w związku ze zbyt gęstym rozrobieniem, gdyż on

zużywa zwykle tyle proszku, aby masa oddzielała się na sucho od płytki agatowej i łopatki, i aby dawała się między nimi ukształtować w laskę. Od laski odcina on kawałek po kawałku i wypełnia ubytek podobnie jak amalgamatem. Jego mieszanina cementu jest o tyle twardą, że nie można jej wkładać w ubytek łopatką, lecz należy ją, jak powiedziano wyżej, upychać. Potrzebne do tego agatowe upychadła przyszlifował sobie sam, gdyż nie znalazł w handlu odpowiedniej formy. Zaznacza, że otrzymywał dodatnie wyniki, pomimo że nie stosował ochraniacza, smarował jedynie plombę szybko-schnącym rozczynem lakieru kopalowego w eterze, lub pokrywał warstwą lepkiego wosku (Kolophoniumwachs). Przypuszcza on zatem, że ujemne wyniki nie zależą jedynie od samego materiału. Jestto nie pierwsza sprawa sporna w historii dentystyki, jaka się nadarza, przypomnieć można chociażby wojnę z amalgamatem (t. z. sprawę amalgamatową). Ostateczny wynik przy plombowaniu cementem zależy od następujących czynników: 1) gatunku materiału, 2) sposobu założenia plomby, 3) ilości i jakości śliny, 4) czystości pacjenta, 5) sposobu obrabiania materiału. W naszej mocy pozostaje jedynie ostatni z wymienionych czynników i, o ile nie możemy sobie objaśnić nietrwałości plomby jednym z pierwszych czterech czynników, będzie ona zależała od nieudolnego rozrabiania. Następnie na jakość plomby mogą wpływać i drobne uboczne czynniki, np. temperatura, albo czy cement wzięto ze świeżej porcji lub będącej na ukończeniu i t. d. Autor przytacza te szczególne znane zresztą ogólnie, aby zaznaczyć, jak trudnem jest wyrobić sobie sąd o bezwzględnej wartości materiału do plombowania, oraz odnaleźć prawdziwą przyczynę nieudanych wyników. Z. F.

**63). Sposób Kaisera umocowywania zębów przy mostkowych dostawkach** polega na tem, że zęby wstawia on już po zrobieniu dostawki i przykleja je na cemencie. Unika on lutowania, co ujemnie wpływa na barwę i trwałość zębów, i może w razie złamania zęba wprawić w ustach inny, nie wyjmując dostawki. Z 80 dostawek (nawet dużych po 12—14 zębów), wykonanych tym sposobem, tylko w jednej zęb został rozgryziony. Słabą stroną jego metody jest—umocowywanie za pomocą cementu. (D. Z-che W-ft 4.907).

Z. F.

**64). Ol. camphorat. i Tricresol-Formaldehyd zamiast Acid. arsenicosum.** (Berl. Z-che Halb-ft № 18, 1907). Bardzo dobrym środkiem

uśmierzającym okazała się powyższa mieszanina. Przy nadczułości zębiny (pod hermetycznym zamknięciem) kombinacja ta była bardzo skuteczną (po upływie 6 dni). Wywiercenie komory miazgowej odbyło się zupełnie bez bólu. Spostrzeżenie to, być może, da możność przeprowadzania dalszych prób (zwłaszcza w praktyce dziecięcej). *Z. F.*

**65). Bogue. O zapobiegawczej regulacji zębów mlecznych i stosunku jej do zębów stałych.** (Deutsche Zahn- und Wochenschrift № 45, 1907). Autor stwierdza, że położenie zębów mlecznych ma wpływ na rozmieszczenie stałych; wszelkie zatem nieregularności zębów mlecznych odbijają się na stałym uzębieniu. Należy więc oczekiwać, że usunięcie w porę nieprawidłowości zębów mlecznych pociągnie za sobą prawidłowość w położeniu stałych. Na potwierdzenie swego zdania autor przytacza kilka przykładów i podaje opis aparatów regulacyjnych, składających się po większej części z pokryw (kap), założonych na pojedyncze trzonowce i przymocowanych do nich strzemion sprężynowych. *Z. F.*

**66). Rak wodny (noma) i dwuziarniaki.** Dr. Hellesen w przypadku *raka wodnego* u dziecka stwierdził obecność diplococcus w tkance zwyrodniałej, również we krwi za życia i po śmierci. Wyhodowany drobnoustrój wywoływał martwicę u zwierząt, przyczem udawało się konstatować obecność jego w martwej tkance. Chorobę można było przenosić przez 4 pokolenia zapomocą przeszczepiania zmarzniętej tkanki, i diplococcus wyhodowano zarówno w drugim jak w czwartym pokoleniu. Drobnoustrój ten uważać należy za swoisty, wywołujący tę chorobę, aczkolwiek etjologicznie nie wszystkie przypadki raka wodnego są, zdaniem autora, jednakowe. (München. med. Woch. 1907 № 5). *Z. F.*

**67) Wunschheim. W sprawie zamykań podniebiennych (obturatorów)** (Oester. Ungar. Vierteljahrsschrift für Zahn- und Mundheilkunde, zeszyt II, Berl. Zahn- und Mundheilkunde VI.1907). Autor przytacza przypadek, w którym zastosowany został z dobrym wynikiem obturator Schilsky'ego. Chodziło o wrodzony brak miękkiego i części twardego podniebienia, przez co mowa była niewyraźną, nosową, łykanie utrudnione. Początkowo założono na sprężynie czop z miękkiej gutaperki, po 8 tygodniach zastąpiono go miękkim kauczukiem, a po 3 następnych — takimż z cienkiej blachy srebrnej. Już w pierwszych tygodniach mowa

pacjenta poprawiła się znacznie. Miękki kauczuk na stałe nie nadaje się, ponieważ cuchnie, ulegając rozkładowi pod wpływem wydzielin śluzówki, którą w dodatku drażni. Rozmiar obturatora był dosyć duży.

Z. F.

### III. Kronika i sprawy zawodowe.

= **V Międzynarodowy Kongres dentystyczny** odbędzie się w Berlinie w sierpniu r. 1909. Komitet organizacyjny berliński stanowią: prof. Dieck, prof. Hahl, dr. K. Cohn, A. Blume, Mamlok, A. Gutmann, Hoedbroe, prof. Sachs, dr. Ritter, Gutmann, H. Helm, Rob. Richter, G. Willmer, prof. Schröder, prof. Williger, G. Thamer, Dr. Misch, Dr. Pulvermacher, Dr. Haydenhaus, Dr. Citron, Zander, Dr. Erich Schmidt, B. Landsberg, P. Behrendt, Tidik, Markuse, Pursche, Menzel, A. Cohn, Bernstein. Prezydjum stanowią: prezesi—prof. Guttmann, Dr. Rob. Richter i Dr. Paweł Ritter; sekretarze: I-O. Heidemann, zastępca H. Mamlok, II-Gutmann, zast. Markuse, III-Pursche, zast.—Tidik; skarbnik—Helm, zast.—Willmer.

= **Cyrkularz Tow. Ministerjum Spraw Wewnętrznych.**<sup>1)</sup> „W ostatnich czasach w prasie perjodycznej często ukazują się ogłoszenia, dotyczące różnych środków lekarskich, a mające charakter reklamy i przyczyniające się do wprowadzania publiczności w błąd pod względem własności reklamowanych preparatów. Z tego względu i w uzupełnieniu cyrkularzowego rozporządzenia Głównego Zarządu do spraw prasowych z dnia 20 września (st. st.) 1906 r. za № 9346, upraszam W. Eksceleńcę przykazać władzy policyjnej, na której spoczywa obowiązek zgodnie z § 41 Ustawy o cenzurze i prasie, przeglądu cenzurowego przeznaczonych do drukowania ogłoszeń, o konieczności przesyłania celem uprzedniego rozpatrzenia i zatwierdzenia przez miejscowe Urzędy Lekarskie wszystkich ogłoszeń, treść których dotyczy sprzedawania środków lekarskich, ich używania i traktowania chorób, również wyjaśnić podwładnemu Urzędowi Lekarskiemu, że wskutek wydanych nowych przepisów prawnych o druku pozostał niezmienny § 23 Ustawy Lekarskiej Zbioru praw T. XIII wyd. 1905, nakładający na Urząd Lekarski obowiązek przeglądania wymienionej kategorii ogłoszeń.”

<sup>1)</sup> Do gubernatorów i naczelników miast.

== **Warszawskie T-wo Odontologiczne.** Na posiedzeniu w dn. 5 maja uczczono przez powstanie pamięć zmarłego nestora odontologów warszawskich, ś. p. Wilhelma Schellera. Kol. P. Klejn wygłosił dwa referaty: 1) „Doraźne plombowanie zębów dotkniętych zapaleniem miazgi” (wydrukowany w niniejszym n-rze) i 2) „Istota i przyczyny przedwczesnej utraty zębów” (praca przeznaczona do wydrukowania w następnym n-rze „Kroniki”). Kol. Frejldkin przeczytał memoriał w sprawie fałszerstw świadectw, przeznaczony do wysłania do Centralnego Związku dentystów. Wykreślono z listy członków za niewniesienie wpisu i składki: Lindenfelda, Lewenfisz—Epstejnową i Strausmana. Przyjęto w poczet członków kol. J. Przybylskiego.

== **Zamknięcie szkoły techniczno-dentystycznej.** Z powodu dobrych interesów zamknięto szkołę techniczno-dentystyczną dentysty Szechtmana w Winnicy (gub. Wileńska). Uczelnia istniała dwa miesiące.

== **„Uczelnia”... bez uczniów.** Zakład pani Stawiskiej przechodzi kryzys, być może z przyczyny obecnego przesilenia ekonomicznego. *Jedyny* „uczeń”, który podtrzymywał powagę zakładu, wystąpił. Dlaczego?—nie wiemy. Uczeń ten wstąpił na naukę do jednego z techników. Mamy więc „uczelnię” z *trzema* kierownikami, dużymi sztyldami, lecz... bez uczniów. Jak długo i czy wogóle zakład taki pędzić swój żywot może, nie wiemy.

== **Nowa szkoła dentystyczna.** Pismo żargonowe „Unzer Leben” (76) donosi, że dentyści Kudrynowicz i Kaplan otrzymali koncesję na otwarcie szkoły dentystycznej w Mińsku.

== **Nowy filantrop.** Pisma żargonowe podają reklamy dentysty Ajzensztajna (Miła 29), który „wyjmuje zęby bez bólu, wstawia zęby sztuczne bez podniebienia tanio w złocie, *dla robotników i uczniów 50% taniej*”. „Specjalista” ten musi być człowiekiem bardzo naiwnym, jeżeli przypuszcza, że znajdzie naiwnych robotników i uczniów. „Zniżka” ta, których cen nie podano, znana *już jest wszystkim*.

== **Fałszywe świadectwa.** Aresztowano na ul. Nowogrodzkiej jednego z „dyrektorów”, którzy wydawali fałszywe świadectwa. Zdradził go jego „uczeń”, który żądał odeń zwrotu 400 rub. wziętych za fałszywe świadectwo. Podczas rewizji znaleziono mnóstwo ważnych dokumentów w sprawie oszustwa ze świadectwami.

== **Wystawa higieniczna** odbędzie się w Lublinie we wrześniu. Pro-



gram obejmuje działy: higiena dziecka i wychowawczo-pedagogiczna, higiena mieszkań, żywienia, edzieży, miast i urzędzeń, służących do zachowania zdrowia ludności, higiena fabryk i stanu robotniczego, higiena kolejowa, ludowa, balneologia, bakterjologia, choroby zakaźne i ich zwalczanie, szpitalnictwo, przemysł techniczny w zastosowaniu do higieny lecznictwa, także przemysł chemiczny, aptekarstwo, statystyka naukowa. Bliższych informacji udziela sekretarz wystawy Dr. Jan Modrzewski, Lublin, Krakowskie-Przedmieście № 15.

== **Ciekawa sprawa sądowa.** Wyrok saskiego sądu państwowego odnośnie do używania tytułu lekarskiego „lekarz-specjalista chorób zębów i jamy ustnej“.

Ciekawy proces, jaki toczył się w tej sprawie w sądach saskich, w krótkości przedstawia się tak:

Towarzystwo odontologów drezdeńskich zaskarżyło wolnopraktykującego lekarza D-ra med. Breitbacha o bezprawne wykonywanie praktyki dentystycznej w całej rozciągłości (nie wyłączając wprawiania zębów sztucznych) i używanie tytułu. Dr. B. używał stale tytułu „lekarz-specjalista chorób zębów i jamy ustnej” z dopiskiem „pracownia zębów sztucznych”. Sprawa ta ciągnęła się przez kilka lat i rozpatrywaną była przez kilka instancji. W motywach skargi podano i zostało dowiedzionem, że Dr. Breitbach w ogłoszeniach anonsował swój zakład—jako *zakład dentystyczny*, na znakach przed domem i na drzwiach miał również taki sam napis, na biletach wizytowych miał napisane „*gabinet dentystyczny*” albo „*poliklinika dla chorób zębów i jamy ustnej i pracownia zębów sztucznych*”. Wszystkie te dowody przedstawiono sądom.

Obróńca D-ra B. nie zaprzeczał temu, ale zaznaczył, że oskarżony, jako lekarz wszech nauk lekarskich, ma prawo wyboru jakiejkolwiek specjalności, i że właśnie taką wybraną specjalnością jest dentystryka, a co zatem idzie, o żadnym nieprawym używaniu tytułu „lekarza-specjalisty chorób zębów i jamy ustnej” z dodatkiem „pracownia sztucznych zębów” nie może być mowy, i że skarga jako niesłuszna powinna być odrzuconą, a skarżącego należy skazać na koszty sądowe.

Towarzystwo odontologów drezdeńskich utrzymywało, że to co wyżej powiedziano, może odnosić się do wszystkich specjalności le-

karskich, dla których istnieją katedry i odpowiednie kliniki, nigdy zaś do dentystyki, dla której jest specjalny instytut. Do ostatniego uczęszczać należy kilka lat, otrzymać specjalne wykształcenie i poddać się specjalnemu egzaminowi. Co do składania egzaminu, to zaznaczyła oskarżająca strona, że ten w Niemczech obowiązuje również i lekarzy wogóle, jeżeli chcą zajmować się praktyką dentystyczną.

Obrońca D-ra B. odpowiedział na to, że w zakładzie dentystycznym ostatniego roboty dentystyczne wykonywują dentyści i technicy dentystyczni, sam zaś doktor zajmuje się specjalnie chorobami jamy ustnej. Strona skarżąca dodała, że ogłaszanie się jako „lekarz-specjalista chorób zębów i jamy ustnej“, oraz znaki przed domem i na drzwiach z podobnym tytułem wprowadzają publiczność w błąd, gdyż ta przypuszcza, że ma do czynienia z wykwalifikowanym dentystą we wszystkich kierunkach, to jest pod względem operacyjnym i technicznym,—i że wreszcie wykonywanie dentystyki przez nie specjalistę rozpowszechnia partactwo lekarskie, co jest niedozwolonym i karygodnym.

Tak mniej więcej przedstawiały się w ogólnych zarysach rozprawy sądowe w kilku instancjach przez kilka lat.

Ostatecznie zapadł wyrok, mocą którego zabroniono Dr. B. nazywania się „lekarzem-specjalistą chorób zębów“; znaki i wszelkie szyldy z napisem „pracownia zębów sztucznych“ nakazano zdjąć i w dodatku oskarżonego skazano na zapłacenie kosztów sądowych. (Berl Halbmon. 6. 1908). Wł. Z.

= „Gdzie uzupełnić możemy naszą wiedzę dentystyczną?“ Pod tym tytułem kol. Cenżar wygłosił odczyt w Łódzkim T-wie Odontologicznem. Referent zwrócił uwagę, że osią koło której się wszystko obraca, jest *Berlin*. W mieście tem istnieje wiele szumnie reklamowanych klinik, poliklinik i pracowni dentystycznych.

Zaczął od Cesarsko-królewskiego Instytutu Dentystycznego. Zakład ten jest podzielony na oddziały: chirurgiczny, kurs plombowania i dział techniczny; każdy z nich znajduje się pod kierownictwem profesora i asystenta. Do stron dodatnich zaliczyć należy: dostateczną ilość pacjentów, możność otrzymywania materiału potrzebnego do plombowania złotem, porcelaną i t. p., obecność biegłych asy-

stentów, a co najważniejsze—klinika nie jest opartą na wyzysku.

Do ujemnych stron zaliczyć należy brak odpowiednich pacjentów do robót nowoczesnych (koron i mostów); klinika odpowiedniego materiału nie udziela wskutek drożyzny tegoż, co utrudnia wykonywanie takich robót na pacjentach, a robota na fantomach mało przynosi korzyści; dostawki kauczukowe bywają marnie wykończane, a to z tej przyczyny, że dużo jest pracujących, a mało kierowników, gdyż 1 lub 2 technicy nie są w stanie podołać temu zadaniu, słuchacze więc pozostawieni są samym sobie. Słowem, dział techniczny pozostawia wiele do życzenia.

Polikliniki Engla, Rosenthala, Richtera, zdaniem referenta, nie posiadają względnej nawet wartości. Opłata za naukę jest wygórowaną, plombowanie oparte na cemencie i amalgamacie, a technika w nich jest niżej krytyki, faktem zaś najsmutniejszym jest to, że angażują one ruskich żydów jako asystentów, celem zwabienia przyjezdnych z Rosji i Królestwa.

Lepiej od poprzednich postawione są polikliniki Jung'a i Körbitz'a. Pierwsza mało jest dostępną z powodu wygórowanej opłaty (300 m. miesięcznie), sam zaś Jung rzadko się pokazuje pracującym, a kierownictwo pozostawia asystentowi. Poliklinikę drugą (Körbitz'a) referent uważa za względnie lepszą, gdyż znajduje się ona pod kierownictwem brata właściciela—sumiennego zawodowca, niezwykle czynnego w klinice oraz dbającego o wykonanie plomb porcelanowych. Zaznaczyć należy, że kładzie on silny nacisk na roboty regulacyjne. Wogóle wyjeżdżającym na studia klinikę Körbitza polecić można.

Techniczno-dentystyczna klinika zjednoczonych techników niemieckich ma wykwalifikowanych kierowników, dostateczną ilość pacjentów i nie jest opartą na wyzysku. Ujemne strony stanowi ograniczona ilość godzin pracy, prócz tego nie udziela się żadnego materiału.

Reasumując powyższe, dochodzi się do wniosku, że wyjeżdżać do Niemiec celem uzupełnienia wiedzy dentystycznej może ten, kto ma dużo wolnego czasu i spory zasób gotówki. Ażeby mieć rzeczywistą korzyść z nauki, należy pracować długo u dobrych i wykwalifikowanych kierowników, w dobrej klinice, być obecnym przy wszelkich pokazach i po uprzednich ćwiczeniach na fantomach wpra-

wiać się na pacjentach, przyswajając sobie jednocześnie odnośne teoretyczne wiadomości z dziedziny wiedzy specjalnej. Ponieważ, jak już zaznaczono wyżej, praca taka wymaga wiele czasu i pieniędzy, na co mało który z nas może sobie pozwolić, a wyjazdy dorywcze są korzystne tylko dla zawodowców wykwalifikowanych, dla mniej zaś wykwalifikowanych — wcale prawie, sądzić należy, że o wiele właściwiej będzie *wspólnie* kształcić się i uzupełniać swą wiedzę na miejscu.

Projektowane w Łodzi ambulatorjum miejskie przy energicznym poparciu i umiejętnym kierownictwie stałoby się bogatym źródłem do czerpania niezbędnego materiału naukowego.

Nie ulega kwestji, że założenie takiego ambulatorjum miejskiego byłoby rzeczą na razie trudną, lecz korzyść pod względem naukowym byłaby znaczna. Wszelkie najnowsze zdobycze wiedzy czy to teoretycznej lub praktycznej, które miałyby możliwość przyswoić sobie jeden z kolegów-kierowników, byłyby uprzyświecone dla wszystkich innych. Pracując zaś gorliwie dla zawodu i nauki, a przede wszystkim wspólnie, zdaniem kol. C., udoskonalilibyśmy się coraz więcej, a być może po pewnym czasie wspólnej tej pracy, idąc z postępem, moglibyśmy nawet konkurować z zagranicą.

== **Austrjacki projekt nowej ustawy o technikach dentystycznych.** Ustawa ta oddziela pojęcia techniki dentystycznej od sztuki zastępowania zębów (Zahnersatzkunde). Ta ostatnia obejmuje wszelkie manipulacje w ustach ludzkich celem zupełnego lub częściowego zastąpienia zębów, a więc przede wszystkim czyszczenie, plombowanie i wyjmowanie zębów, sporządzanie wycisków, przymierzanie i wprawianie sztucznych zębów. Natomiast technika dentystyczna obejmuje roboty techniczno-mechaniczne, potrzebne do sporządzania dostawek z zębami. Sztuka zastępowania zębów (Zahnersatzkunde) stanowi część składową dentystyki, może zatem w przyszłości być wykonywaną tylko przez lekarza i nie podpada pod postanowienia ustawy przemysłowej. Natomiast technika dentystyczna, jako czysto mechaniczna czynność poza ustami, nie należy wprawdzie do zakresu wiedzy lekarskiej, wszelako ze względu na ścisłą łączność ze sztuką zastępowania zębów przestaje być odtąd samoistnym przemysłem i będzie mogła być wykonywana również tylko przez lekarzy. Zawodowe sporządzanie sztucznych zębów i innych części składowych jak sztyfciki, śrubki i t. p., które bez względu na użytek w specjalnym

przypadku odbywa się zazwyczaj fabrycznie, nie podpada pod pojęcie techniki dentystycznej w znaczeniu ustawowem i pozostaje nadal samoistnym przemysłem. Osoby, które ufając istniejącym ustawom, już poświęciły się przemysłowi techniki dentystycznej, doznają pewnego uwzględnienia w projekcie rządowym, a mianowicie już istniejący technicy dentystyczni będą mogli wykonywać dalej swój zawód, wszelako sporządzanie wycisków w jamie ustnej i dopasowywanie sztucznych zębów dozwolone im będzie jeszcze tylko przez pięć lat.

Jeden z paragrafów projektu rządowego postanawia wszakże, że technicy dentystyczni już istniejący przez złożenie osobnego egzaminu mogą nabyć uprawnienia do wykonywania sztuki zastępowania zębów z tem jednak ograniczeniem, że nie wolno im wykonywać żadnych operacji krwawych, ani też narkotyzować chorych, ani też używać silnie działających środków, których użycie dozwolone jest tylko na specjalne zlecenie lekarza. Czy projekt powyższy uzyska w Izbie większość—nie wiadomo.

Paragraf tego projektu, uprawniający istniejących już techników dentystycznych, po złożeniu egzaminu dodatkowego, do plombowania i wstawiania zębów, stworzy na razie wielką konkurencję lekarzom dentystom. Z czasem jednak zniknie typ dzisiejszego technika dentysty, będzie coraz trudniej o uczniów, którzyby się chcieli poświęcić technice dentystycznej, gdyż nie będą mieli wiodków na przyszłość. Studja będą musiały być zmienione tak, aby przyszły lekarz dentysta mógł się nauczyć techniki dentystycznej. (Lw. Tyg. Lek. 18, 1908).

== **Dentystów** aprobowano w Niemczech w r. 1907—258.

== **T-wo Odontologiczne** organizuje się w Irkucku.

== „**Vocho de Kuracisto**“ — nowe pismo lekarskie w języku esperanto. Wychodzi jako dodatek do Lwowskiego „Głosu Lekarzy”. Pierwszy numer zawiera odezwę od redakcji, powitanie twórcy języka D-ra Zamenhofs, projekt D-ra Wizla wprowadzenia na międzynarodowe zjazdy lekarskie języka esperanto, prócz tego szereg artykułów ogólnej treści.

== **Nową lecznicę dentystyczną** utworzył dentysta D. Mantinband w Alejach Jerozolimskich. Lecznicę przekształconą została z prywatnego gabinetu dentystycznego.

== **Niezwykła konkurencja.** O nabycie udziału współwłaściciela II szkoły dentystycznej A. Rozensała (który wyjechał zagranicę) ubiegały się różne osoby nawet z prowincji. Szkołę z początku zamierzono zamknąć. Ostatnio jako współwłaściciel przystąpił dentysta Trop.

== **W sprawie fałszywych świadectw szkolnych** pisma przytoczyły informacje następujące. Fałszywe świadectwa wykryto w Wilnie. Prokurator wileński zawiadomił warsz. Urząd lekarski, że odkryto tam całą szajkę fabrykującą świadectwa, i że w warszawskich szkołach dentystycznych znajdują się uczniowie, korzystający z tych świadectw. Kilku z nich aresztowano, kilku zaś uciekło. Odtąd szkoły będą obowiązane zapytywać dane gimnazjum, czy świadectwo ucznia jest autentyczne.

== **Znaki dla farmaceutów** zostały zatwierdzone. Dla magistrów zatwierdzono znaki złote, dla prowizorów srebrne. Znak przedstawia orła na niebieskiem tle.

== **Śmierć w uśpieniu chloroformem.** Do dentysty tutejszego Matusowskiego zgłosiła się dwudziestokilkoletnia kobieta, której należało wyjąć w uśpieniu chloroformem 16 zębów. Badanie dokonane przez D-ra Leyzerowicza nie stwierdziło żadnych zmian w ustroju. Nim przystąpiono do operacji, chora po kilku zaledwie wdechaniach życie zakończyła. Sekcja nic szczególnego nie wykryła. Wszczęta na zasadzie § 870 kodeksu karnego sprawa skierowaną została do rozpatrzenia władzy lekarskiej.

== **Wyjaśnienie.** Wobec licznych zapytywań komunikujemy, że zrykularz Urzędu Głównego inspektora lekarskiego o zmianie wszystkich rozporządzeń Ministerjum Spraw Wewn. b. Departamentu lekarskiego a dotyczący cenzury lekarskiej, nastąpił 12 grudnia 1905 r. za № 8544.

== **Dentystyka w armji.** 39% wstępujących do armji angielskiej rekrutów cierpi na zęby. Na tak znaczny % cierpienie zwróciła uwagę nie tylko prasa specjalna, lecz gazety polityczne. „Standard” zawalony był listami żądających wyjaśnienia tej ważnej sprawy. Dr. Forster przyznał istnienie faktu, walka jednak z tem cierpieniem, zdaniem jego, jest utrudnioną. Próchnica zębów zależy od wielu przyczyn, niezależnych od nas. Klimat, gleba, pokarmy, sposób życia, odgrywają tak ważną rolę przy powstawaniu cierpienia zębów, że tylko dro-

gą wczesnej profilaktyki można zapobiedz rozwijającej się sprawie próchnicy zębowej (British Journal of Dental Science).

= **Falszerstwa środków lekarskich** stają się w Rosji rzeczą zwykłą. Od czasu do czasu notują kroniki ciekawe po temu rewelacje. Niedawno, jak wiadomo, wykryto w jednym z miast rosyjskich „fabrykę” preparatów chemicznych, podrabiającą etykiety pierwszorzędnej fabryki niemieckiej; pod tą marką ekspedjowano zamiast kodeiny np. bromek potasu, a zamiast kokainy — bodaj sól kuchenną i t. p.

= **Uczenie pamięci** s. p. **Wilhelma Schellera**. Warsz. T-wo Odontologiczne na zebraniu w dn. 5 maja jednogłośnie uchwaliło pomieścić podobiznę zmarłego w sali obrad T-wa. W tym celu wyłoniono komisję, która ma się zająć wykonaniem powyższej uchwały.

= **Zmarł** w Rostoku słynny dentysta **Hugo Lippold**.

= **Narkoza chloretylowa**. Podług Maasa dotychczas wiadomo o 30 przyp. śmiertelnych. Autor zalicza preparat ten do również niebezpiecznych jak chloroform. (Deut. M-ft f. Zde. 108).

= **Liczba lekarzy w Niemczech** wynosiła w 1907 roku 31.416, więcej o 485, niż w poprzednim roku, liczba studentów medycyny w letnim półroczu 1907 r. 7574, więcej o 1004, niż w poprzednim roku. Najliczniej zebrani są lekarze w Wiesbaden (25·4 na 10,000 mieszkańców), potem w Monachium (15·9 na 10,000 mieszkańców); odpowiedni stosunek w Berlinie wynosi 11·7. Liczba specjalistów w większych miastach niemieckich wynosi 35—45% osiadłych tamże lekarzy.

= **Wystawy międzynarodowe** z „medalami złotymi” i „dyplomami honorowymi” odbyć się mają r. b. w Genewie oraz w Brukseli. Wystawy rozsyłają obecnie okólniki „zachęcające”. Władze niemieckie ostrzegają przed tymi oszustami, którzy mają na celu tylko wyłudzenie od wystawców zapłaty, dochodzącej do 100 marek za owe „medale” i „dyplomy”, nie mające żadnej wartości. A pewno zechcą skorzystać „specjaliści—amatorzy”, których już znamy z reklam, podawanych w swoim czasie stale w pismach tutejszych.

= **Utilit**—nowa masa wyciskowa, A. Schurr’a Synowie. Schwab. Gmünd.

= **Walka z partactwem lekarskim w Anglii**. W Anglii partactwo lekarskie dotychczas stało na silnych nogach i dopiero obecnie

rozpoczyna z niem energiczną walkę angielskie towarzystwo lekarskie (British Medical Association). Dotychczas w Anglii wolno leczyć i laikom „swojami metodami“. Akty zejścia, a nawet świadectwa wystawiają często ludzie niefachowi zupełnie. W razie procesu o partactwo, partacz sprowadza do sądu osoby, którym jego lekarstwo pomogło i to nieraz wystarcza zupełnie. Wobec tych smutnych faktów rozpoczęło wspomniane towarzystwo, liczące przeszło 20,000 członków, energiczną walkę z partactwem w całym kraju. Sztuczne i kłamliwe reklamy tajemnych środków lekarskich będą od-tąd poszukiwane sądownie. W razie jeżeli lekarz pomaga partaczowi w rozpowszechnianiu środków podobnych, może zostać przez „General medical Council“ nawet wykreślony z listy lekarzy.

Wszelkie środki lecznicze puszczone do handlu bez recepty lekarza powinny na etykiecie posiadać dokładny skład chemiczny bez fantazyjnych zachwalań. Patentowanie środków ma podlegać ścisłej kontroli. Nie będzie wolno osobom, nie uprawnionym do tego, wykonywać pod żadnym pozorem praktyki lekarskiej. Osobny spis podaje nazwiska osób uprawnionych. To samo zarządzenie dotyczy prócz osobników także wszystkich towarzystw i zgromadzeń. Nad sprawami stanu lekarskiego czuwa General Medical Council, złożony z lekarzy praktykujących, przedstawicieli uniwersytetów, rządu, dentystów i t. p. (Głos lekarzy 8.908).

= **Venodont**—nowy środek kosmetyczny dla jamy ustnej i zębów. W. H. G. van der Ven, Rees n R.

= **Chirosan**—nowy środek przeciwnilny do rąk podł. przepisu prof. Junga, sprzedawany w tubkach 50 gramowych.

= **Nowa gutaperka** firmy *The Harvard Dental Mfg. Co*, wyrabiana w kilku barwach; należy do b. trwałych materiałów do czasowej plomby. Tańszy od innych tego rodzaju preparatów.

= **Dental**—patentowany środek do czyszczenia zębów, wyrabiany z celuloidu przez firmę Al. Schaedel. Lipsk. (Reichsstr. 14).

= „**Elvira**“—**nowe sprężyny do dostawek** Jakobsberga z Hanoweru (patentowane). Wyrabiane całe z metalu w ten sposób, że nie mogą uleść niespodzianemu złamaniu.

---

Redaktor i Wydawca Lekarz-dentysta **M. Krakowski**.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.