

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

I. Prace oryginalne.

1). Rzut oka na istotę i przyczyny przedwczesnej utraty zębów.

SKREŚLIŁ

P. KLEJN.

(Podług pracy, wygłoszonej na posiedzeniu Warsz. Towarz. Odontologicznego w dniu 5 maja 1908 r. oraz Łódzkiego Towarz. Odontologicznego w dniu 9 maja 1908 r).

Szanowni Koledzy.

Każdy z nas w praktyce często ma sposobność widzieć zęby rozluźnione, tudzież braki powstałe wskutek przedwczesnej ich utraty. Przyczyny tego cierpienia (*agomphiasis s. vacillatio dentium*) oraz czynniki usposabiające mogą być *miejscowe lub ogólnoustrojowe*.

Wiadomo, że korzeń zęba i ściany zębodołu wysłane są tkanką, obfitującą w nerwy i naczynia, służące do odżywiania ich (ozębna, okostna). Tkanka ta wiąże korzeń z zębodołem we wszystkich punktach. Siła, której działaniu zęby podlegają, równomiernie więc rozprzestrzenia się na wszystkie punkty powierzchni korzeni. Dlatego też naczynia i nerwy, wnikające do korzeni przez ich wyloty, nie są uciśnięte. Ściany zębodołów bliżej szyjki zębowej stanowią cienkie blaszki kostne, odżywiane ze strony okostnej, znajdującej się w bez-

pośrednim związku z dziąsłem. Sprawy więc zapalne dziąsła i okostnej upośledzają odżywianie wyrostka zębodołowego, co prowadzić może do przedwczesnego jego zaniku. Prawidłowa czynność zębów jest ściśle związaną z budową szczęki. Zakłócenie tej łączności pociąga więc za sobą pewne zmiany, jak rozchwianie i wypadanie zębów, zniekształcenie zgryzu i t. d. Odżywianie się blaszki zębodołowej tylko ze strony okostnej (w braku szpiku kostnego), przy sprzyjających warunkach, prowadzi często do wczesnego zaniku zębodołów, a w następstwie — do rozluźnienia zębów. *Warunki więc miejscowe (anatomiczne i fizjologiczne) przy sprzyjających okolicznościach mogą być uważane za jedną z poważnych przyczyn, usposabiających do wczesnej utraty zębów.*

W przypadkach, gdy rozluźnienie i utrata zębów występuje we wczesnym wieku, mniej więcej, między 20-ym a 40-ym rokiem, objaw taki uważać należy za chorobliwy. Na objaw ten zwrócili już uwagę francuscy dentyści w drugiej połowie XVIII stulecia, a opisał go po raz pierwszy Fouchard. Choroba polega na tem, że zęby pozornie zdrowe giną przedwcześnie z przyczyn dla nas zrazu niejasnych; jeżeli nie wypadają same, to stają się ofiarami kleszczy. Poza próchnicą, rzecz można, jestto najczęstsze cierpienie, niszczące narząd zębowy. Od szeregu lat spostrzegałem rozmaite odmiany tej choroby i za każdym razem starałem się dociec przyczyn, które doprowadziły do ogolocenia szczęk w dość młodym wieku. Bywały i sporadyczne przypadki, że obluźniały się pojedynczo przednie zęby, dwuguzkowce, a nawet trzonowce. Niejednokrotnie zauważyłem, że rozchwiane zęby nawet ze znacznymi owrzodzeniami, po usunięciu przyczyny wywołującej wzmocniły się zupełnie, w innych znowu zastarzałych przypadkach rozchwiane zęby zwykle wypadały. Niekiedy po rozcięciu takiego zęba zauważyć można było, że komora miazgi była znacznie zmniejszoną, a to skutkiem nawarstwiania się t. z. wtórnej zębiny. Miazgi naprz. trzonowców miawały wygląd suchych włóknisto-zwyrodniałych sznurków.

Przyjąwszy pod uwagę, że umerwienie i unaczynienie miazgi, oębnej i zębodołu pochodzi z jednego źródła, dojdziemy do wniosku, że wszelkie czynniki natury ogólnej, powodujące zaburzenia w odżywianiu, wywołują zmiany miejscowe, które osłabiają normalną łączność zęba z zębodołem. Można powiedzieć, że *wiele chorób ustroju*

odzwierciedla się w jamie ustnej i wywołuje powikłania różnej postaci, zmiany zaś istniejące pogarsza.

Wszystkie przyczyny przedwczesnego rozluźniania się i wypadania zębów nie są jeszcze dostatecznie zbadane; stwierdzono jednak, że rzadko kiedy jeden czynnik bywa *causa movens*, zazwyczaj jednocześnie występuje kilka.

Z przyczyn *miejscowych* wymienić należy:

1. Bodźce mechaniczne.
2. Nieczynność zębów.
3. Spieszną regulację zębów.
4. Zapalenia i cierpienia swoiste śluzówki (stomacace, szkorbut i t. d.).
5. Ropotok zębodołowy.
6. Kamień i osad nazębny.
7. Nieprawidłowy zgryz.
8. Nowotwory szczękowe (łagodnie lub złośliwie).

Do *ogólnoustrojowych* należą:

1. Wiąd rdzenia (*Tabes*).
2. Gościec stawowy (*Rheumatismus*).
3. Skaza moczanowa (*Diatesis urica*).
4. Cukrzyca (*Diabetes mellitus*).
5. Sole metali, wprowadzone do ustroju w celach leczniczych.

Do *mechanicznych* przyczyn przede wszystkim zaliczyć należy *uraz*, prosty lub powikłany. Obciążanie zęba niedokładnie przylegającymi koronami, mostkami, szynami, haczykami oraz zgryz nieprawidłowy odnieść należy do bodźców mechanicznych. Wywołują one drażnienie dziąsła, zębodołu i okostnej, wskutek czego powstają zaburzenia w krwiobiegu, co prowadzi do rozchwiania się zębów.

Dr. P. S. Case (Chicago) twierdzi, że, dzięki naprostowaniu nieprawidłowo wyrżniętych zębów, utrwał się rozchwiane zęby. Profesor Warnekros (Berlin) oraz Dr. Károlyi (Wiedeń) na zasadzie licznych spostrzeżeń doszli do wniosku, że *nieprawidłowy zgryz* bywa w $\frac{3}{4}$ przypadków powodem przedwczesnego wypadnięcia zębów.

Nieczynność zębów, zwłaszcza przy nieprawidłowym zgryzie, ma również znaczenie, jak i *spieszna regulacja zębów*, co ma miejsce przy zabiegach ortodontycznych. Wyniki mogą być jeszcze gorsze, gdy przyłącza się zapalenie ozębnej. Podatność okostnej ma więc w tych

razach duże znaczenie, zwłaszcza przy zabiegach ortodontycznych, przedsięwziętych między 10—14 rokiem.

Zapalenia i cierpienia swoiste słuzówki (stomacace i l. d.) jamy ustnej, zatrucia ciężkimi metalami (stomatitis mercurialis) powodować mogą ropienie, rozluźnienie, a nawet wypadnięcie zębów.

Brak zęba lub nawet korony powoduje, jak wiadomo, wydłużenie się zęba przeciwległej szczęki. Gdy brak taki dotyczy większej ilości zębów, następuje wówczas zbliżanie się zębów jednej szczęki do wyrostka zębodołowego szczęki przeciwległej, następstwem czego może być zmiana zgryzu, a co za tem idzie, rozchwianie się zębów. Często się zdarza, że przy braku jednego lub kilku zębów sąsiednie starają się powstałą lukę wypełnić i biorą na siebie ich funkcje. Lecz, niestety, często zęby te wskutek nadmiernej pracy coraz bardziej się przechylają, aż wreszcie rozluźnione pod brzemieniem padają.

Przedwczesne wyjmowanie zębów mlecznych powoduje zmiany w narządzie zębowym. Zęby stałe rozwijają i ustawiają się zwykle prawidłowo, gdy mleczne zęby nie były przedwcześnie usunięte.

Ropotok zębodołowy (pyorrhoea alveolaris) również jest przyczyną chwiania się i następnego wypadania zębów. W kwestji etiologii tego cierpienia zdania autorów są sprzeczne. Charakterystyczną jest naprz. nazwa przez rozmaitych autorów nadawana tej chorobie: *arthrodentitis gingivalis, osteoperiostitis alveolo-dentalis, periostitis marginalis purulenta, periodontitis gingivalis suppurativa i wiele innych*. Stanowi ona przewlekłe ropne zapalenie ozębnej z postępującym zanikiem zębodołów. Sprawa ta cechuje się, jak wiadomo, wydzielaniem się ropy z powstałych kieszonek dziąsłowych. Proces obejmować może pojedyncze lub pewne grupy zębów i, aczkolwiek, zdaniem niektórych, stanowi po próchnicy cierpienie zębów najwięcej rozpowszechnione, zwraca jednak na siebie uwagę w późnym okresie rozwoju. Na ropotok zębodołowy z punktu widzenia patologicznego należy patrzeć, jako na skutek stopniowego zakłócenia odżywiania w danym miejscu. Zakłócenie prawidłowego krwiobiegu pochodzić może od przyczyn miejscowych lub ogólnoustrojowych. Wytwarzający się kamień nazębny oraz osad papkowaty stają się bodźcami mechanicznymi, sprzyjającymi rozwojowi choroby i stanowią doskonałą glebę dla drobnoustrojów. Dziąsło oddziela się od szyjki zęba, i powstają owe „kieszonki dzią-

słowe", z których wydziela się ropa, tworząc typowy obraz ropotoku zębodołowego.

Należy zauważyć, że przyczyny miejscowe i ogólnoustrojowe, sprzyjające przedwczesnej utracie zębów, są ściśle ze sobą związane.

Z ogólnoustrojowych cierpień mają wpływ i najczęściej spotykane są:

Wład rdzenia (Tubes dorsalis). Zaburzenia, towarzyszące temu cierpieniu, prowadzą do rozluźnienia zębów i zaniku zębodołów, skutkiem czego bezboleśnie wypadają pojedyncze zęby, a nawet rzędy ich. Objaw ten bywa spostrzegany zwłaszcza w początkach tabesu. Charakterystycznie bezbolesne i napozór bezprzyczynowe rozchwianie i wypadanie zębów pozornie zupełnie zdrowych jest wynikiem zmian troficznych.

Cukrzyca (Diabetes mellitus). Cukier zawarty w ślinie fermentuje; powstaje kwas mleczny, który niszczy tkankę zębową i sprzyja powstawaniu spraw patologicznych. Należy zauważyć, że te same czynniki, które przy tej chorobie usposabiają do zmian w różnych narządach, działają na dziąsła i okostną, zmniejszają ich odporność i uprzystępniają rozwój drobnoustrojów ropotwórczych. Zęby rozluźniają się coraz więcej i wreszcie wypadają. Bardzo często rozluźnienie zębów jest pierwszym zwiastunem cukrzycy (dlategoż w podobnych przypadkach badanie moczu jest koniecznem).

Skaza moczanowa (Diatesis urica). Nadmiar kwasu moczowego we krwi powstaje zwykle skutkiem nieprawidłowego odżywiania się, od nadmiaru pokarmów mięsnych, przeciążenia umysłowego i upośledzonej przemiany materji wogóle; powstają zmiany w zębodołach, wiodące do rozluźnienia i utraty zębów, poniekąd pozornie zupełnie zdrowych.

Co do *dziedziczności* i wpływu jej na przedwczesne wypadanie zębów, to jedynie Baume miał sposobność widzieć to u przedstawicieli trzech pokoleń. Spostrzeżenie to, zdaniem mojem, powinno być przyjęte przez naukę z pewnem zastrzeżeniem, dopóki dane statystyczne i innych autorów twierdzenia jego nie poprą.

Spostrzeżenia moje stwierdziły, że najczęściej podlegają rozchwianiu przednie zęby, dwuguzkowce, a potem trzonowce. Stosunkowo najdłużej utrzymują się w ustach kły.

Rokowanie zależy od czynników przyczynowych: od wieku, odporności ustroju, rodzaju zęba i stanu tkanek otaczających; rzadko kiedy

jeden tylko czynnik bywa bezpośrednią przyczyną rozluźniania się zębów. W przypadkach nieznacznego rozchwiania po usunięciu przyczyny wywołującej może nastąpić *restitutio ad integrum*. W przypadkach bardziej posuniętych rokowanie jest po większej części niepomyślne. Rokowanie jest pomyślne, gdy rozchwianie powstało na tle zapalenia rzęciowego śluzówki lub naskutek urazu.

Leczenie i zapobieganie zależne jest od przyczyny wywołującej. Bardzo często badanie moczu wykazuje obecność cukru, białka lub kwasu moczowego. Stosownie do przyczyny leczenie winno być miejscowe, ogólne lub oba razem przeprowadzone. Ogólne leczenie pozostawiamy lekarzowi.

Do zabiegów dentystycznych należą:

Usunięcie jaknajstaranniejsze złogów kamienia nazębnego. Przy boleśności dziąseł stosować należy słaby roztwór kokainy. Drugim zabiegiem jest *wyjęcie zębów silnie rozchwianych*. Kierować się przytem należy mniej więcej zasadami następującymi: jeżeli $\frac{2}{3}$ ściany zębodołowej uległy wczesnemu zanikowi—wyjęcie zęba jest wskazane, gdyż na regenerację brakującej części niema co liczyć. Po oczyszczeniu terenu chorobowego z kamienia i wyjęciu rozchwianych zębów, postarać się należy o możliwie staranne odkażanie jamy ustnej słabym roztworem *soli kuchennej* lub 3—10% roztworem *wody utlenionej*. Zalecać również można *pastylki formamintowe* Bauer'a, zawierające formaldehyd i sacch. lact., (po 5 na dobę), nadto do czyszczenia *Magnesium-Perhydrol—Mercka* (zamiast proszków z węgla lipowego lub kredy), pastę przeciwnilną *Pebeco* (Beiersdorfa), zawierającą kali chloricum, „*Solvolith*” d-ra Hermanna (Karlsbad), zawierający sól karlsbadzką ze źródła *Sprudel*, skutecznie jakoby rozpuszczającą w kieszonkach dziąsłowych resztki kamienia nazębnego.

Wielu autorów zaleca również *masaż dziąsła*. Ponieważ sposobu wykonywania tego zabiegu na dziąsłach w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem, postarałem się opracować własny. Obmyśliłem również przyrząd, który chory sam z łatwością stosować może. Przyrząd jest nader prosty, zestawiony z drutu sprężystego, osadzonego na trzonku, i gumki, za pomocą której wykonywa się czynność mięsienia dokładnie i szybko¹⁾. Masować należy przynajmniej raz dziennie

¹⁾ Przyrząd ten obszerniej opisany będzie później.

i conajmniej jeszcze przez 4 tygodnie po zupełnem wyleczeniu; zbyt jest chyba dodawać, że przyrząd należy każdorazowo przed użyciem wyjałowić i następnie namoczyć w roztworze ściągającym lub przeciwnie. Dotychczas wykonywanie mięsienia zaleconem było przy pomocy gumowego palca naciągniętego na palec wskazujący. Sposób ten jednakże mnie nie zadowolnił, gdyż działanie jego rozciągało się odrazu na większy obszar.

W przypadkach stwierdzenia ropotoku zębodołowego dobre wyniki daje obok używania wewnątrz wody karlsbadzkiej lub kissingeńskiej stosowanie miejscowe perhydrolu w mocniejszym roztworze, lapisu 10%, ciepłego kwasu mlecznego, chromowego, siarczanego, siarczanu miedzi (10—30%) — w postaci wkraplań lub przyżegań. Celowe jest również *nacinanie dziąsła (scarificatio)*, wyskrobywanie zawartości kieszonek i wpuszczanie jodyny. Ja osobiście dobre wyniki otrzymałem przy stosowaniu dawniej ol. therebintinae, a obecnie perhydrolu i eugenolu. Nadmienić winienem, że do wkraplania silnie działających i przyżegających płynów nie stosuję strzykawki, lecz posługuję się cienkimi ostremi drewniakami z drzewa cynamonowego, w rodzaju wykałaczek do zębów. Również dobre wyniki daje stosowanie *baniek Biera* na dziąsłach, jakoteż przypalanie kieszonek żegadłem Paquelin'a lub galwanokauterem po uprzednim posmarowaniu dziąsła 10% roztworem kokainy. Po wyjęciu zębów przystąpić należy do *zastąpienia braków*. Wahanie i ociąganie się w tej mierze operatora i pacjenta prowadzi do ujemnych skutków, mianowicie, pozostałe zęby, już osłabione, przejmują na się czynność brakujących, najczęściej siekacze obejmują rolę *żwijących* i pod wpływem uciążliwej pracy giną. Za niewłaściwe uważam nakładanie na rozchwiane zęby mostków, które obciążając poszczególne korzenie lub zęby, osłabiają je i obluźniają. Niemniej uważam za nieodpowiadające celowi *szyny*, nakładane na zęby w celu ich wzmocnienia. One nie tylko nie pomagają, lecz przez obciążenie prowadzą szereg powiązanych zębów do wypadnięcia.

Do istic bohaterских rękoczynów odnieść należy sposób leczenia niektórych kolegów amerykańskich, mianowicie: w ostatnim stopniu rozchwiany ząb oczyszczają, obcinają wierzchołek korzenia, pogłębiają za pomocą freza zębodół i nanowo wszczepiają. Wyniki jakoby

były zadawalniające. Od siebie dodam, że na taki heroizm zdobyć się mogą tylko amerykańscy dentyści i ich cierpliwi pacjenci.

Streściwszy to, co wyżej się rzekło o leczeniu, dochodzimy do wniosku, że bronią naszą jest usunięcie *causa movens* drogą interwencji terapeutycznej oraz zabiegów dentystycznych.

Piśmiennictwo.

- 1) *Dr. Port*, Index.
- 2) *Doc. Dr. Körner*, Przegl. lek. 1908 № 15, Deut. Mft. f. Zde 1908 Nr. 1.
- 3) *Dr. L. Brodski*, Zub. Wiest. 1908 Nr. 2.
- 4) *T. A. Hardgrove*, Dental Review 1907 Nr. 11.
- 5) *Dr. Matfus*, W sprawie współczesnej wiedzy o ropotoku zębodołowym. Oest. Ung. Z-It f. Stom. 1907 Nr. 7.
- 6) *Warnekros*, Lw. Tyg. lek. 1906 Nr. 48, Kron. Dent. 1907, Nr. 4, str. 113.
- 7) *Patters*, Dent. Brief 1905, Nr. 4.
- 8) *Dr. B. F. Arrington*, Kron. Dent. 1907, Nr. 2 str. 42.
- 9) *Hey*, Kr. Dent. 1907 Nr. 7 str. 204.
- 10) Traktowanie nieprawidłowego zgryzu zębów. System Angle'a. Deut. M-ft f. Zde 1907.
- 11) *Gordone White*, Dental Cosmos, 1907, Nr. 3. Deut. M-ft. f. Zde, 1907.
- 12) *Dr. M. Karolyi*, Przegl. Dent. 1905, Nr. 5, str. 126.
- 13) L'Odontologie. Morbus Fouchar-di. 1897 Nr. 8.
- 14) *Dr. Dzierżawski*, Przegl. Dent. 1902 Nr. 5, str. 123.
- 15) *Prof. Baume*, Lehrbuch der Zahnheilkunde. Tom 2 str. 257.

2). O zastosowaniu szyn przy złamaniach szczęk.

NAPISAL

WŁADYSŁAW ZIELIŃSKI.

(Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Odontologicznem w dniu 2 marca 1908 r.)

Złamanie szczęk w ogólności, a zuchwy w szczególności, w stosunku do innych złamań kości, jest zjawiskiem dość rzadkiem, wynosi bowiem 2%. Z pośród kości twarzy złamanie zuchwy spotyka się najczęściej. Na trzonie ostatniej złamanie najczęściej zdarza się w bliskości zrostu (symphysis), również spotyka się odłamanie wyrostka zębodołowego, np. przy wyjmowaniu zębów (przy użyciu klucza).

Złamanie bywa *proste* lub *powiktane*, ze zbroczeniem odłamków lub też bez tego. Oznaki złamania wyrostka zębodołu są następujące: ból w miejscu złamania, który podczas żucia lub mówienia powiększa się;

dalej wyczuwa się trzeszczenie (*crepitatio*), wreszcie czasami następuje zboczenie odłamków, szeregi zębów więc nie artykułują. Badanie często bywa utrudnionem z przyczyny opuchnięcia części miękkich—co się zdarza przy złamaniach skomplikowanych. Złamania mogą być *prostopadłe* jak również *złożone*, to jest w kierunku prostopadłym i poziomym, np. przy uderzeniu kopytem, przejechaniu, strzale z blizka. Wreszcie złamanie może być z pogruchotaniem kości, jakoteż poprzeczne. Jeżeli zboczenie odłamków jest znaczne, to naczynia i nerwy w kanale żuchwowym mogą ulegnąć uszkodzeniu, przyczem powstać może nieczułość zębów obok miejsca złamania.

Rozpoznanie złamania wyrostka zębodołowego jest łatwe. Ściana zębodołu od zewnątrz lub wewnątrz zwykle jest ruchomą na przestrzeni jednego lub kilku zębów. Jeżeli obie ściany są złamane, to większa część wraz z zębami jest ruchomą. Ponieważ kości szczękowe mają wielką dążność do regeneracji, to zwykle ząb i ruchomy odłamek kości zrastają się (w rzadkich tylko przypadkach następuje obumarcie). Przy złamaniu *gałęzi wstępującej* lub *wyrostka kłykciowego* szczęka zbacza ku tyłowi. Podczas badania palcami nie wiele się wyczuwa, ponieważ części miękkie są często bardzo obrzmiałe. Łatwiej możemy rozpoznać złamanie wyrostka dziobiastego; przy wprowadzeniu palca do ust wyczuwa się ruch odłamka. Zwykle wyrostek dziobiasty nie zrasta się z żuchwą, jak przy innej kości, lecz następuje zrost przy pomocy tkanki łącznej (*Pseudoarthrosis*). Objasnić to można tem, że okostna na wyrostku dziobiastym nie jest w stanie wytworzyć kostniny, ponieważ do niej przyczepiają się ścięgna mięśnia skroniowego, ubogie w naczynia.

Leczenie złamania żuchwy dokonywa się w ten sposób, że odłamki muszą być ustawione, a następnie unieruchomione na czas dłuższy, ażeby nie zbaczały ponownie z miejsca. Nastawienie odłamków jest dosyć łatwe (z małymi wyjątkami), utrzymanie zaś na miejscu jest niekiedy bardzo trudnem. W niektórych lżejszych przypadkach wystarcza nałożenie *uździenicy* na żuchwę (*Funda maxillae*). Przez takie umocowanie żuchwy do górnej szczęki zęby artykułują dobrze, a odłamki znajdować się będą na właściwym miejscu. Noszenie jednak takiej uździenicy jest dosyć uciążliwem, ponieważ żuchwa musi być unieruchomiona na kilka tygodni, chory więc nie może przyjmować pokarmów. Daleko odpowiedniejszym przyrządem jest *szyna zębowa*, którą umocowuje się na zębach obu odłamków. Tam zaś, gdzie zębów brak, lub gdzie istnieją jakieś oso-

bliwe warunki, musimy posługiwać się starą metodą lub uciec się do szwu kostnego. Leser („Specielle Chirurgie“) w przypadkach prostych zaleca zastosowanie chustki pod brodę (*procę szczękową*), a jako pewny środek łączący—szew kostny. Autor ten twierdzi, że zrośnięcie odłamków kostnych bez zboczenia udaje się tą drogą tylko wyjątkowo.

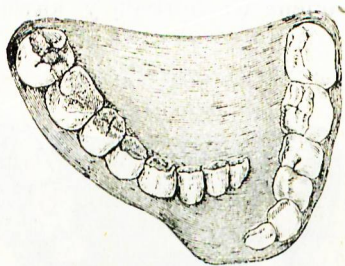
Co do *systemu szyn*, to wśród dentystów zdania są podzielone: z kauczuku podług Suerssena, czy też z drutu według Sauer'a. Należy zaznaczyć, że nawiązka druciana Sauer'a u chirurgów niemieckich ma szerokie zastosowanie, ponieważ przez nich samych może być nakładana, a więc nie potrzeba pomocy dentystycznej.

Co zaś się tyczy *szyn interdentalnych kauczukowych*, to nadmienić wypada, że Suerssen pierwowzór do tej metody zaczerpnął od Weber'a i Haun'a, którzy pracę w tej sprawie wydrukowali w „Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde“ (1865—1867). Suerssen leczył podczas wojny francusko-pruskiej znaczną ilość złamań szczęk wskutek postrzałów i on to właśnie uprosił szyny zalecane przez jego poprzedników. Ten więc sposób traktowania złamań słusznie przypisany być może Suerssen'owi. Następnie Warnekros starał się szyny kauczukowe ulepszyć i rozpowszechnić.

Szyny kauczukowe pokrywają zęby od strony wargowej i językowej, a nadto część dziąsła, wskutek tego niema dostępu do miejsc uszkodzonych. Konieczność pozostawiania aparatu na miejscu w ciągu kilku tygodni, co może powodować powstawanie odleżyn, a z drugiej strony—niemożność zdejmowania aparatu, co utrudnia oczyszczenie jamy ustnej—oto wady, które Warnekros starał się właśnie usunąć.

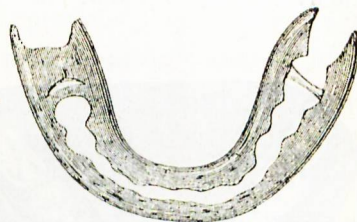
Weber i Haun dla sporządzenia szyny najpierw zestawiali odłamki szczęki dokładnie w ustach. Następnie asystent brał wycisk ze szczęki i podbródka od zewnątrz. Wycisk taki po stwardnieniu służył jako podpora do zdjęcia wycisku ze złamanej żuchwy. Weber, robiąc szynę z kauczuku, pokrywał wszystkie powierzchnie zębów, nie wyłączając i żującej, co utrudniało nie tylko żucie pokarmów, lecz i artykulację zębów, a nawet zamknięcie ust. Haun poprawił tę szynę o tyle, że zniósł powierzchnie żujące z twardego kauczuku i celem lepszego umocowania wyłożył wewnątrz szyny różową gutaperkę. Przed nałożeniem na złamaną szczękę nagrzewał gutaperkę, a następnie wciskał szynę na zestawione zęby, przyczem zalecał przygryzienie górnymi zębami. Szyna tak nałożona siedziała mocno i miała odbitki zębów górnych.

Suerssen pierwszy wpadł na taki pomysł, że zdejmował wycisk z każdego odłamka oddzielnie, robił z nich odlew, zdejmował wycisk z górnej szczęki i również z niego wykonywał model. Modele dopasowywał starannie do siebie, a zgryz zębów ustalał podług śladów zeszlifowanych zębów obu szczęk. Z tak dokładnie zestawionych odłamków gipsowych iłączonych w całość wykonywał szynę z kauczuku, która pokrywała wszystkie zęby żuchwy, za wyjątkiem powierzchni żującej. Szynę najpierw zakładał na jeden odłamek, a drugi następnie w nią wciskał. Gutaperki różowej nie używał, ponieważ jestto materiał porowaty, a więc łatwo wsysa wydzieliny j. ustnej. Zęby więc artykułują własnymi powierzchniami żującymi, a szyna i bez gutaperki utrzymuje odłamki mocno na swoim miejscu. Po 14 dniach szynę Suerssen wyjmował na krótko, celem oczyszczenia i obejrzenia miejsca złamania. Po 7 tygodniach zwykle następowało zagojenie (zrost).



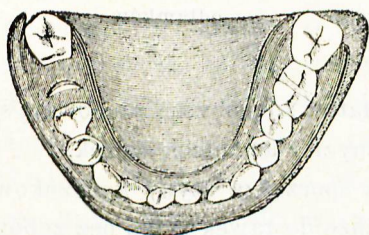
Rys. 1.

Model złamanej żuchwy przed nałożeniem szyny.



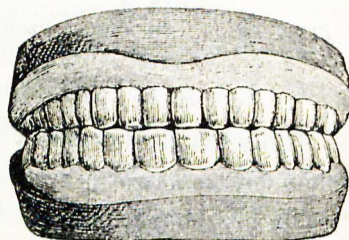
Rys. 2.

Szyna.



Rys. 3.

Szyna in situ.

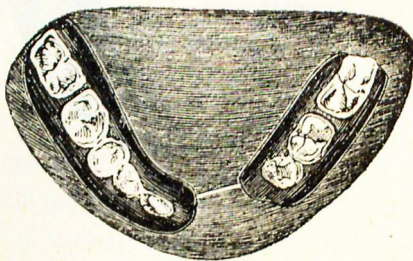


Rys. 4.

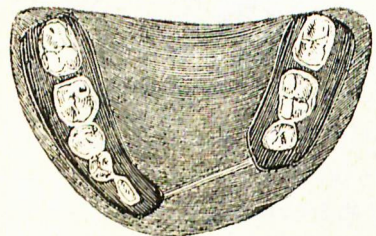
Żuchwa po wyleczeniu.

Suerssen leczył również przypadki zastarzałe (kilka miesięcy po wypadku); udawało się to naprawiać przez powolne rozsuwanie aparatów.

Zwróćmy uwagę na przypadek przytoczony przez Suerssena. Wskutek zranienia granatem część środkowa żuchwy z 6 zębami została zmiażdżoną; drogą chirurgiczną została ona usunięta. Leczenie denty-styczne zaczęto dopiero po 3-ich miesiącach. Zboczenie odłamków było znaczne; chory przeżuwał pokarmy z wielką trudnością, wymowa była również utrudnioną. O natychmiastowem nastawieniu odłamków nie mogło być mowy. Wytworzona kostnina pozwalała jednak na niezna-czne rozsuniecie obu odłamków. W tym celu dla każdego odłamka zro-biono osobny przyrząd z kauczuku. Szyna pokrywała zęby nie tylko od strony wargowej i językowej, lecz również każdy odłamek osobno od strony dośrodkowej. W tej to ścianie szyny wyświdrowano otwór, wbi-to pałeczkę z drzewa *hickory* i wepchnięto pomiędzy drugi odłamek z nałożoną szyną. Pałeczka ta, z początku wsadzona z siłą, pęcznziejąc rozpychała odłamki, a gdy już nie działała, była zastępowana inną dłuższą. Manipulację tę powtarzano, dopóki nie osiągnięto normalnego ustawienia zębów, poczem wstawiano pacjentowi brakujący kawałek żuchwy wraz z zębami.



Rys. 5.
Przyrząd w 1-ym dniu leczenia.



Rys. 6.
Przyrząd in situ po osiągnięciu prawidłowego ustawienia odłamków.

Szyny tak zbudowane, a dające się łatwo zdejmować, zachowują się zupełnie dobrze nawet przy skomplikowanych złamaniach szczęk.

Dla bezzębnych szczęk Warnekros sporządza szyny kauczukowe ze sprężynami zupełnie podobne do takichże dostawek tylko bez zębów; utrzymuje on, że gryźć można dobrze, naturalnie po jakimś czasie. W na-głej potrzebie Warnekros przyrządza szyny z gutaperki. Szyny takie można zalecać w przypadkach, gdy pomoc jest nagłą lub, gdzie jest brak pod ręką innego materiału. Po zdjęciu wycisku odlewa się model, czy

modele, z gipsu, następnie ustawia się normalnie odłamki gipsowe żuchwy, ustala się zgryz podług modelu górnej szczęki. Wszystko to wstawia się w zgryzadło. Model gipsowy żuchwy smaruje się oliwą i pokrywa się rozgrzaną miękką gutaperką. Z ostatniej formuje się szynę, stosownie się okrawa, dla trwałości wkłada się do środka cynowany drut żelazny i wszystko pokrywa się drugą warstwą gutaperki i okrawa. Tak przyrządzoną szynę jeszcze dobrze ciepłą nakłada się na złamaną żuchwę i zaleca się przygryzenie zębami górnymi. Następnie zdejmuje się jeszcze raz z zębów co jest zbyt czynnem lub nierównem po przygryzieniu górnymi zębami, podgrzewa się dla lepszego przylegania stroną wewnętrzną zwróconą do dolnych zębów nad płomieniem lampki spirytusowej i wszystko wciska się na złamaną żuchwę.

Korzyści dla chorego z nałożenia szyny systemu Suerssena są następujące: 1) chory od pierwszej chwili może poruszać żuchwą, a nawet z pewną ostrożnością przeżuwać miękkie pokarmy, wreszcie może swobodnie rozmawiać; 2) odłamki raz zestawione nie zbaczają, a co za tem idzie zrost następuje bez przeszkody; 3) ból od chwili nałożenia szyny ustaje; 4) zbyt czynnne są wszelkie nawiązki i przyrządy na twarzy, gdyż siła utrzymująca odłamki na swoim miejscu znajduje się w samym przyrządzie kauczukowym; 5) szyna każdej chwili może być zdjęta i wymyta, a jama ustna może być łatwo zdezynfekowana i, jeżeli potrzeba, części miękkie (dziąsła) mogą być leczone.

Tyle o szynach kauczukowych.

Szyny Sauera, wykonane z drutu, używane są zwykle przy złamaniach żuchwy, aczkolwiek mogą być zastosowane i przy złamaniach górnej szczęki. Najpierw zdejmuje się wyciski z żuchwy, jeżeli niema zbroczenia lub jest ono nieznaczne—odrazu, jeżeli zaś jest znaczne, to z każdego odłamka oddzielnie. Z wycisków robi się odlewy gipsowe. Wycisk i odlew z górnej szczęki jest również potrzebny (do zgryzu). Modele odłamków żuchwy odpowiednio się przykrawa, dopasowuje do siebie, jakoteż i do górnych zębów, przez co ustala się zgryz. Modele następnie zlepia się początkowo woskiem, a następnie umocowuje się gipsem. Tak złożone odłamki powinny przedstawiać dokładnie żuchwę przed złamaniem. Na złożonym w ten sposób modelu żuchwy robi się szynę z drutu, składającą się z dwóch części: prawej i lewej. Obie połowy są oddzielnie zrobione i nie są równego rozmiaru, lecz jedna dla dłuższego odłamka żuchwy jest dłuższą, a druga dla krótszego

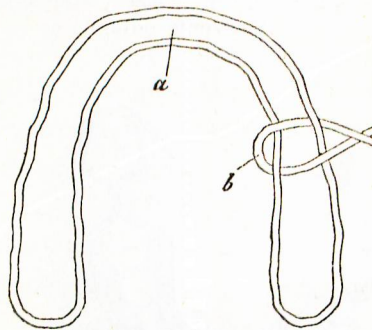
odłamka—krótszą. Sauer robi szynę taką z drutu w następujący sposób. Drut grubości $1\frac{1}{2}$ do 2 mm. wygina cążkami wokoło łuku zębowego; powinien on przylegać do powierzchni językowej i policzkowej zębów w okolicy szyjek zębowych. Przy przeprowadzaniu go od strony językowej zębów na stronę policzkową powinien przechodzić przez jakiś odstęp pomiędzy zębami, albo lukę po wyjętym zębie. Jeżeli takiej luki nie ma, to powinien on biec po za ostatnim trzonowcem, różnica zaś pomiędzy połówkami jest ta, że dla dłuższego odłamka żuchwy, który ma służyć jako podstawa (jako oparcie dla umocowania szyny) drut od strony wewnętrznej t. j. językowej, powinien przebiegać dalej po za miejscem złamania aż do pierwszego, a nawet 2 trzonowca ¹⁾). Do mniejszego kawałka szyny od strony językowej przylutowuje się rurczkę długości jednego centymetra, aby w nią wsunąć wystający koniec drutu dłuższej części przyrządu. Na miejscu złamania od strony językowej szyna więc jest rozdwojona, na stronie zaś wargowej druty obu połówek schodzą się w bliskości miejsca złamania. Budowę swojej szyny Sauer uzasadnia tem, że nie zawsze potrzeba, ażeby oba odłamki żuchwy były tak silnie umocowane, jak to zrobić można przy pomocy szyny kauczukowej. Przy złamaniach przestarzałych, gdzie już nieco się utworzyła kostnina, szyna z drutu ma szczególniejsze znaczenie, gdyż stanowi przyrząd naciągający zboczony odłamek na właściwe miejsce; ostatni w tej pozycji powoli bywa przez kostninę umocowywany, co przy pomocy szyny kauczukowej nie da się skutecznie.

Szynę umocowuje się w następujący sposób. Pomiędzy przestrzenie zębowe od strony policzkowej wsuwa się kawałki cienkiego drutu (Binddrat) i, po nałożeniu szyny na zęby, końce drutu zagina się ponad szyną nazewnątrz i tu na stronie policzkowej oba końce drucika skręca się. Pętli takich z drutu nakłada się kilka; zwykle wystarcza dla mniejszego odłamka 2, a dla dłuższego — 3 pętli. Koniec drutu wystający z dłuższej połowy szyny i wsunięty w rurczkę nie przylega szczelnie do zębów od wewnątrz, ale jest umyślnie odcięty. Przy skręcaniu więc pętlic drucianych stawia opór i tym sposobem jak sprężyna wciąga zboczony odłamek na właściwe miejsce.

¹⁾ Zwykle bywa zdyzlokowany odłamek krótszy, dłuższy zaś prawie zawsze dobrze artykułuje z górnymi zębami; dla tego to należy go używać za podstawę, a odłamek krótszy do niego dociągać.

Przy złamaniach świeżych Sauer zaleca robić szynę z jednego kawałka drutu naokoło wszystkich zębów (szynę taką przed nim zrobił i zastosował w 1871 r. amerykański dentysta Hammond).

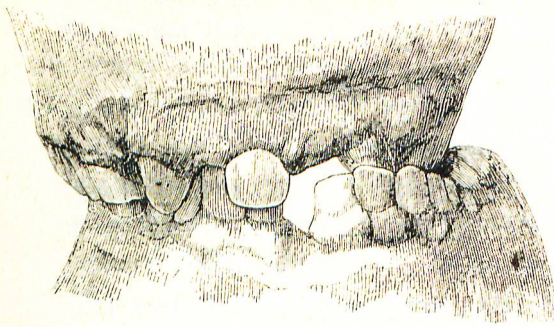
Robi się ją w następujący sposób. Drut grubości $1\frac{1}{2}$ do 2 mm. przygina się do łuku zębowego od strony wargowej i od strony językowej do wszystkich zębów istniejących w ustach. Tak przyrządzoną szynę, stanowiącą jedną całość, nakłada się luźno na złożone odłamki żuchwy, które chwilowo powinny być utrzymywane przez asystenta we właściwym miejscu. Umocowywa się taką szynę na miejscu również przy pomocy cienkiego drutu. Hammond zaleca pętlice robić w ten sposób, ażeby ząb stojący pomiędzy szyną był wraz z nią związany wokoło, co utrzymuje mocniej szynę w ustach. Wiązanie drucików w sposób podany przez Hammonda i skręcanie ich jest trudniejsze, niż przy szynie Sauera, gdyż drucik przeprowadzony pomiędzy zębami od strony policzkowej pod szyną, musi uchwycić takową od strony językowej z wierzchu i następnie pod spodem szyny przeprowadzony na wierzchu od strony policzkowej z drugiej strony zęba i tu z drucikiem leżącym pod szyną skręcony.



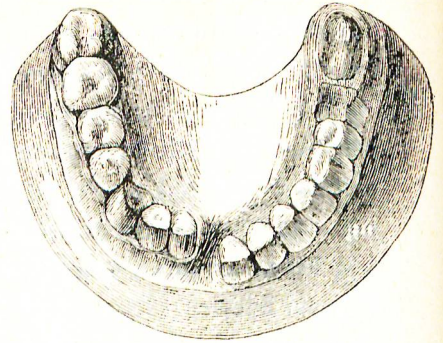
Rys. 7.
Nawiązka Hammond'a.

Korzyści zastosowania szyny drucianej podług Sauera są następujące:

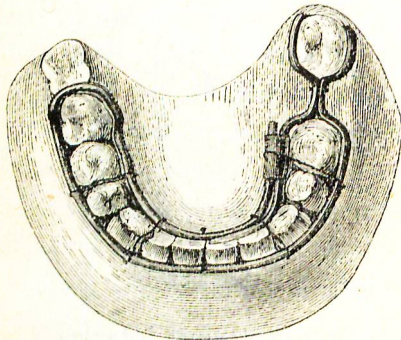
- 1) szyna taka jest wygodniejszą, niż każda inna;
 - 2) łatwo daje się w ustach oczyszczać bez wyjmowania;
 - 3) przy nakładaniu chirurg może dokonywać innych rękoczynów w razie potrzeby;
 - 4) może być stosowaną z łatwością w trudnych warunkach np. podczas wojny;
 - 5) korony zębowe są obnażone;
 - 6) odłamki szyna taka utrzymuje mocno, nie pozwalając im zbaczać;
 - 7) daje się użyć przy świeżych i zastarzałych złamaniach, jak również, gdy żuchwa złamana jest w kilku miejscach.
- Drut użyty do nawiązki może być złoty, srebrny, platynowy lub



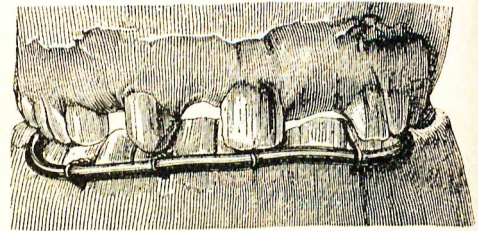
Rys. 8.
Zgryz przy świeżem złamaniu.
Zboczenie odłamków.



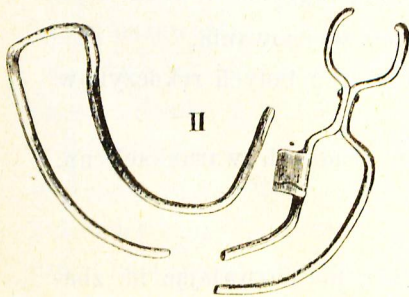
Rys. 9.
Wycisk złamanej żuchwy.



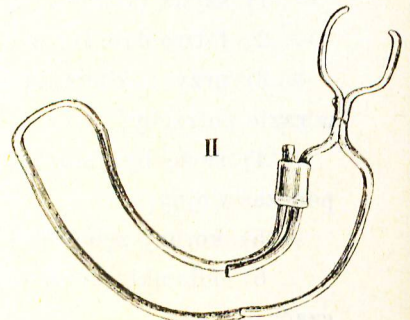
Rys. 10.
Szyna druciana Saucera
in situ.



Rys. 11.
Zgryz po nałożeniu szyny.



Rys. 12.
Szyna rozłączona.

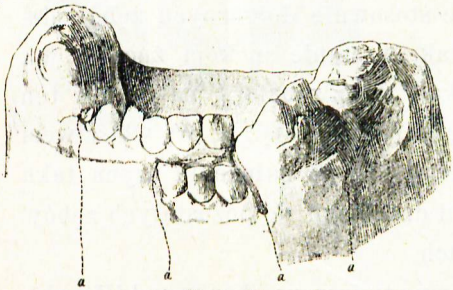


Rys. 13.
Szyna zestawiona.

żelazny. Złoty jest najlepszy, gdyż może być cieńszy, a jednak jest dość mocny i posiada znaczną sprężystość; żelazny powinien być uprzednio pocynowany.

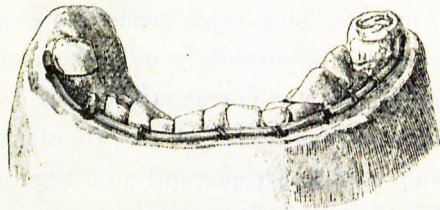
Oprócz tylko co podanych szyn drucianych Sauer podał jeszcze inny rodzaj szyny drucianej, którą nazwał doraźną (Nothverband). Szyna ta u niemieckich chirurgów cieszy się wielką wziętością, ponieważ przy stosowaniu jej chirurg nie jest wcale zależnym od dentysty.

Szyna taka składa się z kawałka drutu $1\frac{1}{2}$ do 2 mm. grubości i kilku kawałków drucika cienkiego. Drut gruby powinien być przygięty do łuku zębowego od strony zewnętrznej (wargowej) zębów i sięgać od 2 trzonowca jednej strony do 2 trzonowca drugiej strony, lecz nie dalej, aby nie kaleczył miękkich części. Z cienkiego drucika przyrządzamy pętlice dla przymocowania szyny (z grubego drutu) w następujący sposób: przeprowadzamy od strony wargowej pomiędzy 2 zębami kawałek drucika, który okrążając ząb od strony wewnętrznej drugim końcem wychodzi znowu na powierzchnię wargową. Oba końce przy pomocy płaskich szczypiec skręcamy dwa lub 3 razy luźno. Po zrobieniu kilku pętlic z cienkiego drutu na jednym odłamku żuchwy, wsuwamy w te pętlice szynę (drut gruby) tuż przy szyjkach zębowych, a pętlice mocno przyciągamy. Naturalnie rękoczyn taki należy najpierw wyko-



Rys. 14.

Złamanie (a) żuchwy w kilku miejscach.



Rys. 15.

Doraźna szyna.

nać na dłuższym odłamku żuchwy, gdyż taki odłamek zwykle artykułuje z zębami górnej szczęki dobrze i służy za podstawę i oparcie. Odłamek krótszy zdyzlokowany należy nastawić tak, ażeby nie zbaczał ze swojej pozycji, powinien więc być podtrzymywany przez asystenta i następnie należy go do takiej szyny przy pomocy takich samych pętlic dociągnąć i pętlice mocno przyciągnąć. Nie należy chyba dodawać, że pętlice takie

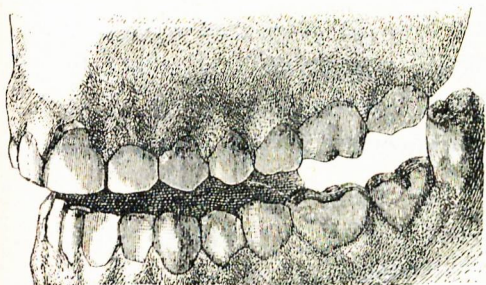
powinno być przycięte krótko i zagięte pod spód szyny, aby nie raniły warg lub policzka. Przy zakładaniu takiej szyny zwykle nie trzeba wcale zdejmować wycisku i robić odlewów.

Oprócz wyżej opisanych szyn drucianych Sauer w niektórych trudnych przypadkach przylutowywa do szyny drucianej pochyłą płaszczyzną z blachy złotej lub platynowej, ażeby odłamki żuchwy utrzymać na właściwym miejscu.

Dla zrozumienia tego ustępu przedstawimy to na przykładzie. W roku 1882 naczelnym lekarz sztabowy Dr. v. Karpiński przesłał Sauerowi pacjenta ze złamaną żuchwą pomiędzy 2 a 3 trzonowcem z lewej strony. Złamanie spowodowane było uderzeniem pięścią w twarz. Szyna drucziana zwykła na nic tu nie zdałaby się, gdyż odłamek krótszy żuchwy zawierał tylko jeden ząb mądrości i był ciągnięty do góry. Odłamek większy, czyli właściwie prawie cała żuchwa, przez skurecz odpowiednich mięśni ciągnięty był ku dołowi i nazewnątrz, tak że przy zbliżeniu zęby dolne z lewej strony wystawały przed górnymi. Sauer w tym przypadku do zrobionej szyny z drutu, biegnącej wokół wszystkich zębów dolnych, przylutował na szynie z prawej strony żuchwy blaszkę złotą na przestrzeni 1 i 2 trzonowca od strony policzkowej. Z lewej zaś strony przylutował taką samą blaszkę na szynie od strony językowej. Blaszki te ze złota grubości biletu wizytowego przylutowane były prostopadle do góry i naturalnie stosownie do górnych zębów dopasowane i opilowane. Blaszki te tak w stanie spokoju żuchwy jak i przy ruchach tejże bezustannie stykały się z zębami górnymi i w ten sposób nie pozwalały odłamkom zbaczać, utrzymując je we właściwym miejscu. Nie potrzebuję chyba dodawać, że po nałożeniu szyna taka była przywiązana jak zwykle cienkimi drucikami do pozostałych zębów żuchwy. Zrost nastąpił po 5 tygodniach.

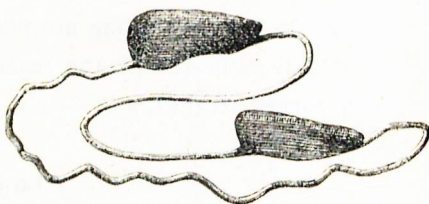
Dla uzupełnienia tej pracy wspomnę tu jeszcze choćby w kilku słowach o szynie, zalecanej w r. 1887 przez angielskiego dentystę Charles E. Trumann'a z Londynu. Szynę taką przyrządza Trumann w następujący sposób. Robi z blachy rynienkę bardzo luźną na każdą połowę żuchwy osobno w ten sposób, aby dwie połowy pokrywały cały łuk zębowy; rynienka ta ma tylko całą ścianę tylną, t. j. od strony językowej, od strony zaś policzkowej i żującej pokrywa tylko dwa ostatnie, a najwyżej trzy zęby trzonowe z każdej strony. Wszystkie ściany rynienki powinny być podziurawione, ażeby rozgrzana gutaperka znalazła w nich umoco-

wanie, nadto ściany obu połówek od strony językowej powinny trochę zachodzić na siebie i mieć po kilka dziurek wzdłuż brzegów dla związania obu połówek w jedną całość. Rynienki takie w kilku wielkościach każdy chirurg może mieć w zapasie, w razie zaś potrzeby można tę, jaką mamy pod ręką, odpowiednio przykroić lub skrócić. W przypadku złamania żuchwy dobiera się stosowną rynienkę i odpowiednio przygina.



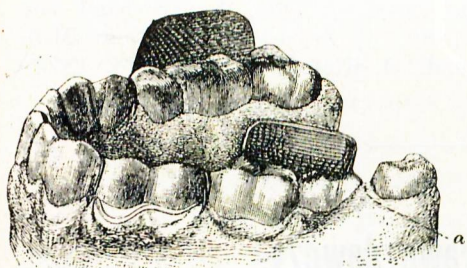
Rys. 16.

Złamanie szczęki dolnej pomiędzy trzonowcem a z. mądrości po str. lewej.



Rys. 17.

Szyna druciana z pochyłą płaszczyną.



Rys. 18.

Nałożona szyna z poch. płaszczynami.

Z tyłu t. j. od strony językowej ściany jej wiąże się drutem w jedną całość, następnie wyściela się gutaperką różową, a po rozgrzaniu ostatniej nasadza się na uprzednio złożone i utrzymane w miejscu odłamki żuchwy. Naturalnie, jeżeli to robi dentysta, to będzie jeszcze dokładniej, gdy uprzednio zdejmie wycisk, zrobi model i dopiero na naoliwionym stosownie złożonym modelu wykona taką szynę. Z początku Trumann do brzegu dośrodkowego ściany policzkowej szyny dolutowywał bardzo grube druty, które z jamy ustnej wyprowadzał przy kątach warg nazewnątrz. Druty te łączył z podbródkiem uprzednio zrobionym ze skóry albo gipsu nazewnątrz żuchwy dla silniejszego umocowania szyny. Druty te ostatecznie jako zbędne odrzucił. Mojem zdaniem szyna ta nie wyraża żadnego postępu i stanowczo niżej stoi od szyny Suerssena lub Sauer'a.

Złamania górnej szczęki zdarzają się o wiele rzadziej, niż żuchwy,

raz dlatego, że górna szczęka jest mniej na nie narażona, a powtórę, że ostatnia bardziej jest ochroniona i pokryta miękkimi częściami. O wiele częściej ulega złamaniu *processus zygomaticus* i *processus alveolaris*.

Górna szczęka ulega złamaniu zwykle przy użyciu wielkiej siły, skutkiem czego złamania takie zwykle są skomplikowane z poszarpaniem części miękkich i połączone ze złamaniem podstawy czaszki; nie należą więc one do dentystów, lecz do chirurgów.

Jeżeli jednak nastąpiło złamanie bądź na trzonie szczęki górnej, bądź na wyrostku zębodołowym, które rozmiarami, a szczególnie swoim skomplikowaniem nie przechodzą kompetencji dentysty, w takim razie wszystkie tu opisane szyny są wskazane do użycia i przy złamaniach górnej szczęki.¹⁾

Piśmiennictwo.

1) *Sauer C.* Herstellung eines neuen Verbandes bei Unterkieferbrüchen. Deut. Viert. für Z-de 1881. 2) *Idem.* Ueber Ersatz eines durch Schuss aus einem Böller abgerissenen Unterkiefers mit Dehnung der durch den Prof. Bergmann ersetzten Weichtheile i t. d. Ibid. 1883. 3) *Idem.* Weiteres über Verbände bei Kieferbrüchen und ü. Resection eines Theiles d. Unterkiefers i t. d. Ibid. 1883. 4) *Idem.* Nothverband bei Kieferbrüchen aus Eisendraht. Ibid. 1889; 5) *Trumann.* ref. Deut. M-ft f. Zde 1887. 6) *Hammond.* Die Behandl. d. Kieferfracturen. Ibid. 1874.

II). Dział sprawozdawczy.

76) Dr. Paul Quedentfeldt (Buffalo). Ropotok zębodołowy a zgryz nieprawidłowy. (Dental Cosmos 5. 1908).

Przed pięciu laty autor usłyszał poraz pierwszy, że ropotok zębodołowy powstaje wskutek nieprawidłowego zgryzu (Malocclusion). Było

¹⁾ Opisane powyżej przyrządy stanowią właściwie prototypy szyn. Ulegały one następnie rozmaitym modyfikacjom i ulepszeniom, a na uwagę również zasługują zupełnie nowe konstrukcje tychże (Hansys'a, Port'a, Löher'a, Röse'go, Speiser'a, Martin'a, Kersting'a, Blechsteiner'a, Rütenick'a, Kingsley'a i w. in.). Szkoda więc, że sz. autor nie wyzyskał nowszej literatury. Aby jednak czytelnikom przedstawić całość, a zwłaszcza dać możność zapoznania się z nowymi ulepszeniami, uprosiliśmy jednego z współpracowników, aby opracował dalszy ciąg omawianego tematu (do ostatniej chwili). Red.

to w Wiedniu podczas przemówienia w tej sprawie D-ra Karoly'ego. Od owego czasu zwrócił on uwagę na ten stosunek, i badania doprowadziły go do dość pewnych wniosków. Zdaniem autora, zbyt jednostronnie jest twierdzenie Karoly'ego, jakoby nieprawidłowy zgryz miał być jedyną przyczyną ropotoku zębodoł. Tak jest wszelako w 75% przypadków. Na 100 osób, starszych nad lat 25, u sześciu spotykamy wadliwy zgryz. Już brak jednego trzonowca lub dwuguzkowca powoduje niedokładny zgryz, gdyż funkcja, którą powinnyby wykonywać brakujące zęby, spada na pozostałe i prowadzi do przeciążenia pracą. Przy braku kilku trzonowców lub dwuguzkowców nadmiar pracy, ciężący na pozostałych zębach, prowadzi do chorobliwych objawów, jak: 1) rozluźnienie zęba, 2) zmiana miejsca, 3) pęknięcie ozębnej wskutek nadmiernego ucisku oraz napełnienie zębodołu krwią lub surowicą, 4) starcie szkliwa na żującej powierzchni, 5) poniżenie zgryzu, przyczem przednie zęby dolnej szczęki uciskają górne i wypierają je z miejsca, 6) czułość zębów na zimno i dotknięcie przy szyjce, powodujące zaniedbanie w czyszczeniu zębów.

Wszystko to przyczynić się może do powstawania ropotoku zębodołowego lub innej identycznej w objawach choroby.

Drugą przyczyną *pyorrhoea alveolaris* jest uraz; bywa to w tych przypadkach, gdzie 1 lub 2 zęby podlegają jemu, podczas gdy reszta pozostaje nietknięta. Przegryzanie nici lub drutu, palenie fajki, obgryzanie paznokci zawsze tymi samymi zębami, wszystko to prowadzi do nadmiaru pracy poszczególnych zębów. Zgrzytanie zębami podczas snu bez względu na pełne uzębienie często prowadzi do zgubnych następstw. Zdarza się, że jeden lub więcej zębów muszą usilniej pracować podczas żucia. Łatwo się o tem przekonać, jeżeli umieścimy palec na wargowej i policzkowej powierzchni zębów, zalecając pacjentowi kilkakrotne szybkie przemykanie ust; za każdym zbliżeniem szczęk poczujemy zachwianie się zęba, będącego w niedogodnych warunkach.

Nie będąc tego pewnym, autor przypuszcza, że osad znajdujący się na korzeniach zębów przy ropotoku tworzy się ze krwi, zaległej pomiędzy ozębną a zębem wskutek krótko-, lub długotrwałego ucisku, że nie wszystka ta krew zostaje wessaną, że część jej pozostaje i jako obce ciało drażni ozębną, co w następstwie prowadzi do ropotoku zębodołowego. Możliwym również jest, że wskutek nadmiernej pracy jakiegokolwiek zęba ucisk wywierany przez tenże na ozębną czyni jej odżywianie się niedostatecznym, skutkiem czego powstaje stwardnienie tej błonki.

Przy leczeniu ropotoku w ustach o wadliwym zgryzie autor otrzymywał zawsze dobre wyniki po uregulowaniu ostatniego w ten lub inny sposób. Jeżeli, przy całkowitem uzębieniu, jeden lub dwa zęby są dotknięte chorobą, tak że dziąsło wokoło nich jest rozpulchnione, a ropa wydziela się przy naciskaniu, autor w tym przypadku zdejmuje o ile można osad, leczy kieszonki i przyszlifowuje żującą powierzchnię zębów o tyle, aby te przy zwarciu ust nie doznawały ucisku ze strony antagonistów. Autorowi zdarzało się również w tych przypadkach zostawiać osad na zębach; dostatecznie było usunąć przyczynę ucisku, aby zęby wróciły do normalnego stanu. Jeżeli zaś przy całkowitem uzębieniu choroba obejmuje wszystkie zęby lub znaczną ich część, przyczem powierzchnie żujące, szczególnie przednich zębów, są w znacznym stopniu zużyte, stosuje on cienką płytkę kauczukową, pokrywającą całą powierzchnię żującą dolnych zębów, zalecając pacjentowi nosić ją jak można najdłużej, szczególnie w nocy. Gdy w ustach brakuje kilku trzonowców, robi on korony i mostki i podnosi nieco zgryz w celu uwolnienia niektórych zębów od artikulowania, uważając przytem, aby powierzchnie żujące były dostateczne, żeby nie uciskać sztucznych zębów przez nadmiar pracy. Po upływie stosunkowo krótkiego czasu wolne od ucisku zęby wracają do normalnego stanu. Najczęściej daje się to zauważyć na przednich zębach górnej szczęki, rozchwianych wysuniętych przez dolne; poprawienie zgryzu pozwala im cofnąć się do normalnej pozycji. Autor obserwował to nawet u osób 50-letnich i miał możność zupełnego wyleczenia uznanych za dotkniętych ropotokiem i skazanych na utratę wszystkich zębów w bardzo krótkim czasie.

M. Leliwa-Kopystyńska.

77). L. G. Noel. Umocowywanie koronek i mostków zapomocą gutaperki (Deutsche M-ft für Z-de, marzec, 1908). Niezbędne czasami zdjęcie koronek i mostków jest prawie niemożliwe, o ile są one umocowane na cemencie. Gutaperka może służyć do czasowego i trwałego umocowywania, ponieważ mięknie przy ogrzewaniu. Trudnem jest jedynie otrzymanie jej w konsystencji podobnej do cementu. Próbowano używać gutaperki rozpuszczonej w chloroformie, lecz taka nie odpowiada celowi, gdyż warstwa jej pomiędzy koronką a pieńkiem (kikutem) kurczy się zbyt przy wyparowywaniu chloroformu, a wskutek tego niedostatecznie przylega. Autor zaleca natomiast do rozpuszczania chloroform i olejek eukaliptusowy pół na pół i nieco aristolu. Roztwór nale-

ży przechowywać w buteleczce z szeroką szyjką i szklanym korkiem nasmarowanym wazeliną, aby się nie przylepiał. Konsystencja (gęstość) staje się równomierna dopiero po tygodniu; mieszaninę wstrząsa się od czasu do czasu, dopóki nie znikną bryłki i nie powstanie roztwór podobny do śmietany. Najlepiej nadawałaby się gutaperka płaska różowa, drobno pokrajana. Bierze się trochę roztworu o gęstości śmietany i zagniata z tlenkiem cynku na ciasto (miękkie jak masło). Napełnia się niem kanały korzeniowe koronki lub pokrywy i nakłada mostek. Nadmiar kitu łatwo występuje nazewnątrz. *Z. F.*

78). Doc. Dr. Gońka A. W sprawie patogenezy ropotoku zębodołowego. (Praca wygł. na X Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie w r. z. podł. Dziennika Zjazdu). Omawiając znane i przez wielu autorów wygłaszane poglądy na przyczynę tej choroby, prelegent najwięcej skłania się do przypuszczenia, że wchodzi tu najprawdopodobniej w grę w przeważnej liczbie przypadków wadliwa wymiana materji. W opisanych i obserwowanych przez siebie przypadkach prelegent stwierdził jako wyraz owej wadliwej przemiany materji nadmierne wydzielanie wapna z organizmu, wykazane drogą rozbioru moczu.

Ponieważ zaś w tych razach, gdzie n. p. przez podawanie soli rtęciowych (przy syfilisie) z jednej strony stwierdzamy u chorych analogiczne zmiany na dziąsłach i zębach (acz ostrzej przebiegające) jak w przebiegu pyorrhoea alveolaris, z drugiej zaś strony sole rtęciowe niewątpliwie powodują nadmierne wydzielanie wapna, przeto referent poddaje myśl, czy nie zachodzi przy ropotoku zębodołowym tenże sam proces, t. j., że skutkiem nieznanym nam jeszcze przyczyn następuje również nadmierne wydzielanie wapna z ustroju, a więc i ze ścian zębodołów, który to ubytek wapna czyni te ściany więcej wiotkimi i podatnymi. Skutkiem tego zwiótczenia występuje pod parciem przy żuciu mechaniczne drażnienie i stan zapalny ze znanymi ostatecznymi wynikami.

R.

III. BIBLIOGRAFJA.

Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer. Przez Prof. D-ra G. Perthes'a. *Z 10 rentgenogramami i 168 rycinami w tekście.* Sztuttgart. *Nakt. Ferdynanda Enke'go. Mk. 16.*

W rzędzie klasycznych dzieł, któremi szczyścić się może literatura lekarska wogóle, a dentystyczna w szczególności, należy postawić powyższą pracę prof. Perthes'a. Tworzy ona wyczerpujący traktat o cierpieniach kości szczękowych, oparty na licznych pracach największych powag lekarskich (do ostatniej chwili) oraz na bogatym materiale klinicznym z własnej praktyki. Wiadomo, że poglądy naukowe zwłaszcza w zakresie nauk lekarskich pod względem wielu zasadniczych zagadnień w czasach obecnych zmieniają się tak szybko, nowe ważne nabytki tak bujnie dojrzewają, a przytem same złudzenia nauki są tak częste, że autorowi wprost trudno jest orjentować się, cały materiał naukowy klasyfikować i krytycznie rozpatrywać szczegóły pewnego tematu. To też, rzecz naturalna, autor mający na celu odświeżenie i uzasadnienie pojęć naukowych lekarzy praktyków, zapoznanie ich z obecnym stanem nauki, musi poświęcać dużo pracy, pracy mozolnej i trudnej, aby nie pominąć rzeczy ważnych lub nie przytoczyć szczegółów ściśle niezbadanych. Po przeczytaniu powyższego dzieła należy przyznać, że autor wywiązał się z tego zadania doskonale. Praca jego, ostatnie słowo nauki, pod względem dydaktycznej wartości wykładu opisuje cierpienia kości szczękowych jasno, zwięźle, przystępnie; wszystkie szczegóły ujęte są w przejrzysty system, dostępny nie tylko dla praktyka, lecz i dla studentów. Najpoważniejsze podręczniki chirurgji nie posiadają podobnych szczegółowo opracowanych działów, które nb. stanąć mogłyby do konkursu z dziełem prof. Perthes'a, obejmującym 17 działów: złamania, postrzały, zapalenia różnej postaci, ropniaki szczękowe, cierpienia neuropatyczne, zniekształcenia szczęk, cierpienia stawu szczękowego, rezekcje oraz wyluszczenia. Aby mieć choć pojęcie, jak autor wyzyskał wszelkie szczegóły, dotyczące oddzielnych tematów, należy zwrócić uwagę na to, że wyliczenie piśmiennictwa, którem autor posiłkował się, zajmuje 48 stron drobnego ścisłego druku! Wśród autorów poszczególnych widzimy więc największe powagi wszechświatowe na polu chirurgji i dentystyki. Imponujące wprost pod względem naukowym dzieło prof. Perthes'a dowodzi, że autor jest nie tylko dzielnym badaczem wielce uczonym, lecz zarówno i doskonałym nauczycielem. Forma wykładu każdego działu pod względem dydaktycznym jest nader jednolitą, przystępną i wybornie opracowaną. Dzieło to pod względem obfitości materiału naukowego zajmie wybitne miejsce w literaturze lekarskiej i naszej zawodowej, gdyż jest ono może jedynem dziełem tak doskonale i wyczerpująco opracowanym, będącym rzeczywistą chlubą dla autora.

Pod względem typograficznym dzieło ukazało się w szacie bardzo przystojnej. Ryciny są nader okazałe, druk bardzo czytelny, nienużący. Dziełem powyższem, stanowiącym ostatnie słowo wiedzy lekarskiej i dentystycznej, powinien zainteresować się każdy postępowy dentysta.

Karol Witzel. Entwicklung der Kiefer und der Zähne beim Menschen. *Z 75 autotypami, z tekstem w jęz. niemieckim, francuskim i angielskim. Berlin-Drezno. Nakład „Centralstelle für Zahnhygiene. Cena Mk. 24.*

Nazwisko Witzlów (Adolf, Juljusz, Karol) aż nadto jest znane w literaturze dentystycznej. Prace tych powag dotyczą różnych jej gałęzi, i każde dzieło, które wyszło z pod pióra Witzlów stanowi bogaty nabytek dla dentystyki. Wymieniona powyżej praca Karola Witzel'a stanowi właściwie prześliczny atlas, ilustrujący rozwój szczęk i zębów u człowieka. Atlas obejmuje 75 rycin, a są one tak ślicznie na grubym kredowym papierze wykonane, że w całej literaturze dentystycznej, powiedzieć można, nie mają one konkurentów. Jako wielki zwolennik rentgenografji, autor przytoczył sporo rentgenogramowych zdjęć szczęk w różnych okresach rozwoju; stanowią one ostatnie słowo nauki oraz sztuki na polu fotografji.

Przeglądając stronicę atlasu, czytelnik widzi rozwój kości szczękowych i zębów ludzkich od okresu zarodkowego do dojrzałości. Zmiana zębów przedstawiona jest w różnych okresach i to tak szczegółowo, że ma się wrażenie oglądania oryginałów doskonałych preparatów anatomicznych. Specjalne diagramy ilustrują wzajemny stosunek obu zmian zębów. Rozwój zębów podług różnych badaczy (Röse'go, J. Witzel'a, Römer'a, Zuckerkandl'a, Berten'a i in.) również jest uwzględniony. Rozmiar niniejszej wzmianki nie pozwala przytoczyć tu szczegółów pracy Witzel'a, stanowiącej dzieło imponujące, nader ciekawe pod względem naukowym i wzbogacające literaturę dentystyczną.

Tekst atlasu jest w 3 językach: niemieckim, francuskim i angielskim; atlas może więc być dostępnym dla tych, którzy znają jeden z tych języków.

Dzieło Witzel'a będzie ozdobą biblioteki każdego dentysty.

Kr.

Ś. p. Aleksander Fiszer.

Dnia 10 lipca r. b. zmarł w Moskwie najdzielniejszy rosyjski działacz na polu dentystyki, Aleksander Fiszer.

Urodzony w r. 1859, początkowe wykształcenie pobierał w domu rodziców, następnie w średnim zakładzie naukowym. Jako pomocnik lekarski, mając zaledwie lat 20, przyjmował udział w wojnie tureckiej. Po jej ukończeniu Fiszer, szukając szerszego pola do pracy, przerwanoł się do dentystyki i w r. 1882 uzyskał stopień dentysty. Na dal-

sze studja wyjechał w r. 1888 na Zachód, gdzie pracował u kilku pogaw dentystycznych. W r. 1889 osiedlił się w Moskwie i zajął się praktyką dentystyczną. Od owego czasu zaczęła się właściwie energiczna praca Fiszera. Bystre oko i rozum odrazu uchwyciły ówczesne bolączki korporacji dentystycznej. Fiszera stał się więc dźwignią, która poruszyła korporację, znajdującą się wówczas we śnie letargicznym. On ją rozbudził i powołał do nowego życia. Zrozumiał doskonale dewizę *w jedności siła*. Całe więc dążenie skierowane zostało do zjednoczenia członków wielkiej i niejednorodnej rodziny odontologów. Aczkolwiek niejednorodność ta stawiała mu pewne przeszkody, nie upadał na duchu i walczył energicznie. Wszelkie chwasty plenił cięciem piórem, którym doskonale władał. Zawiść, owa nieodłączna prawie towarzyska rzekomych potentatów, absolutnie nie hamowała jego dążeń ogólnozawodowych. Przeciwnie, dodawało mu to otuchy i energii, aby śmiało kroczyć naprzód w walce z przesadami. Doskonały publicysta umiejętnie prowadził walkę przeciwko ograniczeniom biurokratyczno-kancelaryjnym, szkodliwie odbijającym się na zawodzie.

Jako człowiek liberalny, subtelnych uczuć etycznych, inteligentny, w stosunku do kolegów różnej narodowości był nadzwyczaj życzliwym. Sprawy dentystów polskich bardzo go obchodziły, a z wielu kolegami polakami stale prowadził korespondencję. Gdy przed kilku laty w przejeździe zagranicę zatrzymał się w Warszawie, odwiedził kolegów, znanych mu z działalności na polu zawodowym. Skrzętnie zebrał wszelkie szczegóły, dotyczące tutejszych stosunków korporacyjnych. Ceniąc nasz rozwój naukowy, zastanawiał się nad tem, że dentyści polscy jakby zamknęli się w skorupie, a korporacja tutejsza znajduje się jakby we śnie. Dentyści rosyjscy, jak nadmieniał, są dla polaków bardzo życzliwie usposobieni; współczują oni im zupełnie, a wszak należy odróżnić życzliwych kolegów od biurokratów kancelaryjnych i zacofańców czarno-secinnych.

Gdy rzucimy pobieżnie okiem na działalność Fiszera, ujrzymy go w najróżnorodniejszych rolach: jako czynnego członka zjazdów odontologicznych i delegatów; to jest on ich sekretarzem, to przewodniczącym, widzimy go jako redaktora-wydawcę, publicystę, działacza na polu naukowo-zawodowym i społecznym, tłumacza poważnych dzieł niemieckich, inicjatora i organizatora pomocy dentystycznej w zakładach naukowych i w wojsku, popularyzatora higieny zębów i jamy ustnej, lektora dentjatrii, gorącego obrońcę reformy studjów dentystycznych, założyciela T-wa dentystycznego, doświadczonego praktyka, organizatora kasy wzajemnej pomocy dla dentystów i założyciela Centralnego Związku dentystycznego, którego do ostatniej chwili był prezesem.

Prace Fiszera, dotyczące spraw zawodowych, poruszały najżywot-

niejsze sprawy, najwrażliwsze bolączki. Można powiedzieć, że jeżeli kiedykolwiek jakaś sprawa zawodowa załatwiona została w duchu pomyślnym, to tylko dzięki niezwykłej energii Fiszera. Był on *jedyną* i najważniejszą sprężyną całej korporacji, społeczne ideały i rozwój której aż nadto były mu drogie. Zbyt wiele należałoby tu poświęcić miejsca, gdybyśmy chcieli wymienić wszystkie poruszone przez Fiszera sprawy, które pomimo żelaznych przeszkód zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. Reforma szkół dentystycznych, zniesienie szkół techniczno-dentystycznych, stanowiących wrzód ropiejący zawodu, osobiste prawa jego przedstawicieli, walka z biurokratycznymi uprzedzeniami odnośnie do przedstawicieli zawodu dentystycznego — oto sprawy dominujące, skwapliwie przez Fiszera pielęgnowane. Opór ze strony nieprzejednanych przedstawicieli prądów wstecznych energicznie zwalczał. A że walka ta była celową, dowodzi choćby fakt, że dzięki jego staraniom sprawa szkół dentystycznych wniesiona została do Izby Państwowej, a sprawa szkół dentystyczno-technicznych przeszła do komitetu uczonego Ministerjum Oświaty. Sprawa fałszerstw świadectw dentystycznych, w ostatnich czasach nader rozpowszechnionych, bardzo go obchodziła i, jak pisma doniosły, główny inspektor lekarski przyobiecwał mu najenergiczniej zwalczać je i przeprowadzić ściśle śledztwo, celem zmycia brudów z korporacji dentystycznej.

Jako lektor dentjatrji, Fiszera odznaczał się niezwykłą sumiennością. Wykłady jego („Kurs dentjatrji“) stanowią obszerny tom, obejmujący wszystkie gałęzie dentystyki, nader wyczerpująco opracowane. W nich odbija się prawdziwe zamiłowanie do zawodu, niezwykła pracowitość i znajomość przedmiotu. Z dzieł tłumaczonych wymienić należy prace Jung'a (Podręcznik zębolecznictwa), Baume'go (Podręcznik dentystyki, 2 tomy) i Arkövy'ego (Djagnostyka chorób zębów).

Wszystkie drobne prace naukowe i referaty trudno zebrać i wylizzyć. Wiele ich wygłosił on na Zjazdach odontologicznych oraz na zebraniach w towarzystwach.

Jako gorący zwolennik i popularyzator higieny zębów i jamy ustnej, wydał kilka popularnych broszur tej treści, również żywym słowem drogą popularnych odczytów dążył do podniesienia godności korporacji dentystycznej w oczach społeczeństwa i do postawienia dentystyki w rzędzie innych gałęzi medycyny. Jako zdolny popularyzator dentystyki znany był w całym Cesarstwie.

Zaznaczyć również należy, że Fiszera pierwszy poruszył sprawę racjonalnej pomocy dentystycznej w szkołach i w wojsku. Idea ta wkrótce wydała swój owoc. Oto Ministerjum Oświaty przed kilku laty wydało rozporządzenie co do systematycznych oględzin zębów uczniów. Aczkolwiek wskutek istniejących warunków sprawa wprawdzie nie

o wiele posunęła się naprzód, Fiszer jednak został jej wiernym i przy pierwszej sposobności kołatał do odnośnych kierowników.

Od r. 1894 do 1900 Fiszer wydawał „Zubowraczebny Zbornik”, a od r. 1905 do obecnej chwili redagował „Zubowraczebnoje Dielo”. Lwia część bardzo rozpowszechnionego pisma poświęconą była sprawom zawodowym, którym jako niestrudzony bojownik idei został wiernym do ostatniej chwili życia.

Przedwczesna śmierć zagarnęła najdzielniejszego działacza i orędownika, który żył dla dobra zawodu i całej korporacji. Zmarł jak żołnierz na posterunku, którego pomimo wzburzonej fali bronił do ostatniej chwili. Niepomierna praca naderwała zdrowy i kolosalny wprost organizm. Wskutek przeziębienia się wpadł przed kilku miesiącami w chorobę płuc, którą jednak zwalczył. Los jednak zrządził, że niedawno nastąpiła wznówka, z której już widocznie nie sądzono było mu wydostać się.

Szkoda człowieka, dzielnego orędownika i dobrego kolegi.

Kr.

IV. Kronika i sprawy zawodowe.

== **Uczczenie pamięci Aleksandra Fiszera.** Celem uczczenia pamięci zmarłego Fiszera ukonstytuował się komitet, który ma się zająć postawieniem pomnika kosztem zebranych wśród kolegów ofiar. Komitet za naszym pośrednictwem prosi wszystkich kolegów o przyczynienie się do uczczenia największego działacza, dla którego ogólne sprawy *wszystkich* przedstawicieli naszego zawodu bez różnicy narodowości, wyznania były drogą. Ofiary komitet prosi nadsyłać pod adr.: *Grzegorz Zakowicz, Moskwa, Stolesznikow per. d. Titowa.*

== **Wiele gabinetów dentystycznych** otwarto w ostatnich czasach w Warszawie. Zaznaczyć należy, że większość ich otworzyły kobiety.

== **Uchwała Warsz. T-wa Odontologicznego** w sprawie reklam i szyldów dentystów odbiła się echem w prasie lekarskiej, która cytując ją, zaznaczyła pierwszy ten krok uczyniony naprzód, celem stłumienia jarmarczno-handlarskich krzyków reklamarskich.

Zaznaczyć należy, że *pierwszym*, który zastosował się do uchwały i usunął swój duży szyld, jest kol. N. Zylberbogen. Znaczkę *swe scisłe* zastosował on do wymagań przyjętego regulaminu. Starsi koledzy natomiast czekają. Jak długo?

== **Nowe perełki reklamowe.** Dentysta Arendt, praktykujący od dłuższego czasu w Warszawie, zawiadamiając niedawno w „Kurjerze Warszawskim” o swym wyjeździe, tytułował się „*american dentist*”. Czyżby termin polski nie był dostatecznym?

Dentysta L. Mantinband, właściciel lecznicy dentystycznej w Alejach Jerozolimskich, podając swe pompatyczne reklamy o „zębach sztucznych bez podniebienia, plombach metalowych, porcelanowych, wyjmowaniu zębów bez bólu” (*Unzer Leben*), zaopatrzył je w taki dopisek: „*solidne traktowanie, najlepsza gwarancja*”. Czyż to nie jest czyśto po kupiecku? Prawdziwie solidna firma jednak nie użyje takich „obietnic”, gdyż polega na jakości sprzedawanego towaru.

Lekarz dentysta Klejnerman, rozpoczynawszy niedawno praktykę, odrazu, widocznie, zapragnął wyróżnić swą „specjalność”; podając inseraty w „Nowej Gazecie” dodaje: „*plomby złote, porcelanowe wypalane (!) i korony złote*”. Jest bardzo słusznem zaakcentowanie swej „specjalności” w specjalności, lecz widocznie autor nie czytał tego wszystkiego, co w tej sprawie pisywano i mówiono. Charakterystycznym jest to, że zakłada on plomby porcelanowe... *wypalane*. A czyż inni dentyści takich nie stosują? „Inowacja” ta nie jest wcale nowością w Warszawie. Z drugiej strony—należy zapewnić sz. autora, że żaden dentysta tutejszy nie zastosuje plomby krzemowej zamiast *porcelanowej, wypalanej*. Wyróżnienie więc owego „wypalania” nie wytrzyma krytyki.

J. G.

== **Honorarja dentystyczne.** W sprawie tej, która była poruszona w Warsz. T-wie Odontologicznem należałoby, celem nadania jej większego rozgłosu przeprowadzić ankietę wśród wszystkich kolegów. Ze względu na wielkie znaczenie tej sprawy nie należy dać jej pójść w zapomnienie; należałoby zwołać ogólne zebranie wszystkich dentystów. Wiemy, że płaca u przedstawicieli wszystkich prawie zawodów została unormowana. Wyjątek stanowimy *my*. Pod względem honorarjów dentystycznych panuje jakaś anarchia; zależy to od widzimisię pacjentów. Wyzysk rośnie coraz więcej. Czyż nie mamy prawa upominania się o naszą należność? Wobec tego zwracamy się do ogółu kolegów z propozycją wypowiedzenia się w tej sprawie. Sądzimy, że ta nasza bolączka powinna gorąco obchodzić wszystkich, nie możemy więc siedzieć z opuszczonymi rękami. Najodpowiedniej, zdaniem naszym, byłoby zwołać ogólne zebranie wszystkich dentystów. Należy poczty-

nić krok stanowczy wobec rozwielenionej wśród większości denty-
stów nędzy.

= **Domy lekarskie.** Z powodu drożyzny mieszkań, która w ostat-
nich czasach tak dotkliwie odczuwać się daje w Warszawie, dr. J.
Zawadzki występuje w № 22 „Medycyny i Kr. lekarskiej“ z projektem
tworzenia t. z. *domów lekarskich*. Grupa lekarzy różnych specjalności
wynajmuje w śródmieściu z dobrą komunikacją 1 lub więcej mieszkań,
przerabia je odpowiednio, urządza i, ustaliwszy cenę za godzinę i ga-
binet, dzieli się odpowiednio wydatkami, ogłaszając jednocześnie, że już
przestaje przyjmować w mieszkaniu prywatnem. Wezwania do chorych
na miasto lekarz przyjmowałby w domu i gabinecie, urządzenia tele-
foniczne zresztą ułatwiłyby tę sprawę. Gabinet taki, zajęty po 12 go-
dzin dziennie przez 6 np. lekarzy, wypadłby nawet wraz z urządze-
niem bardzo tanio, a natomiast lekarz, zniósłszy przyjęcia w domu,
zyskałby 2 pokoje najdroższe, t. j. 400 rb. rocznie oszczędziłby na lo-
kału. Zyskałby nadto spokój domowy i możliwość zamieszkania w odleg-
lejszych, a więc tańszych dzielnicach miasta, zmniejszenie kosztów
służby domowej i t. p. Ma się rozumieć, że w domu takim z pocze-
kalniami i odpowiednio dla wszelkich specjalności urządzonymi gabi-
netami, każdy lekarz, przyjmując po 1—2 godzin i płacąc pewną z góry
oznaczoną sumę, miałby możliwość korzystać ze wszelkich urządzeń
i przyrządów zastosowanych do współczesnych wymagań lecznictwa, a na-
bywanych na rachunek wspólny. Zdaniem autora projektu, gdyby
lecznice nasze stały na wysokości zadania, mogłyby one być wzor-
em dla tego rodzaju urządzeń. Pomysł to rzeczywiście dobry, a że
w praktyce dałby się przeprowadzić, świadczyć może nasza specja-
lność. Jak wiadomo przed paru laty pewne grono tutejszych kolegów
utworzyło podobną instytucję specjalnie dla siebie w okolicy placu
Wareckiego, i takowa służy założycielom, jak dotąd, ku wzajemnemu
zadowoleniu.

J. K. D.

= **Ludność m. Warszawy** według ostatnich obliczeń wynosi:
755,399 (prócz załogi wojskowej). Przyjawszy pod uwagę, że liczba
dentystów (wszystkich stopni) wynosi \pm 350, wypada 1 dentysta
na 2129 mieszkańców.

= **Ustawa kasy wzajemnej pomocy odontologów polskich** przedsta-
wioną została do zalegalizowania.

= **Pierwszą wojskową klinikę dentystyczną** założono przy królew-

skim szwedzkim pułku lejbluzarów w Sköfde. Klinika istniejąca od grudnia r. z. zaopatrzoną jest we wszystkie niezbędne utensylja; jestto pierwsza klinika tego rodzaju w Szwecji. Kierownikiem jest aspirant na stopień oficerski dentysta Gomer Landberg. Wydatki ponosi pułk. Przyjęcie chorych odbywa się cztery razy tygodniowo.

= **Mydlane listki przeciwnilne**, bardzo praktyczne w zastosowaniu do mycia rąk. Są to listki papierowe przepojone jakąś substancją mydlaną; w zetknięciu z wodą tworzą one obfite delikatne mydliny. Listki takie zlepione są w bloczki, od których każdorazowo odrywa się jeden do użycia. Zastępują zupełnie mydło, natomiast, nie zawierając szkodliwych składników, nie drażnią skóry. Nadają się one bardzo w praktyce lekarskiej, również dentystycznej (w gabinecie) oraz w praktyce ambulatoryjnej. Zastosowanie jest bardzo wygodne. Również opakowane są w postaci portfeli (jak do biletów wizytowych), nie zajmują więc w kieszeni wiele miejsca. W Warszawie poleca je: dom agenturowo-komisowy J. Kestenbaum i S. Rechtenleben (Karmelicka 6, telef. 170—87).

= **Petersburski współdzielczy skład dentystyczny** przyłącza się do Centralnego Związku dentystów.

= **Wszecchrósyjski Zjazd Odontologiczny** ma się odbyć w Petersburgu w końcu 1909 lub na początku 1910 r. Zjazd ten poprzednio proponowany był w Odesie, lecz warunki miejscowe nie pozwalają; gdy zaś następnie komitet organiz. zwrócił się do dentystów charkowskich, ci odpowiedzieli toż samo.

= **Zmarł** pod Berlinem wybitny farmakolog niemiecki profesor *Oskar Liebreich*. Pierwszy odkrył on usypiające własności chloralu oraz znieczulające własności chlorku etylu.

= **Stowarzyszenie współdzielcze „Victoria“** organizuje się w Łodzi. Stawia ono sobie za cel dać swym członkom możliwość nabywania narzędzi dentystycznych i chirurgicznych oraz materiałów po cenach możliwie dostępnych. Posiedzenie organizacyjne odbyło się w dniu 5 sierpnia w mieszkaniu p. Rudolfa (Łódź, Andrzejka 41).

= **Pielęgnowanie zębów i szkoła**. Na zjeździe niemieckiego towarzystwa pielęgnowania zdrowia młodzieży szkolnej w Darmsztacie postanowiono poruszyć palącą sprawę pielęgnowania zębów u młodzieży szkolnej.

Wnioski postawione w tej sprawie przez prof. Jessena ze Strasburga są następujące:

- 1) Próchnienie zębów jest chorobą najbardziej rozpowszechnioną wśród dzieci, przeszkadzającą normalnemu ich rozwojowi.
- 2) Próchnienie zębów bywa rozsadnikiem chorób zakaźnych.
- 3) Walka z chorobami zębów jest nieodzowną.
- 4) W tym celu ważną rolę odgrywa uświadomienie nauczycieli i dzieci o niebezpieczeństwie grożącym ze strony chorych zębów. Pomoc materialna, okazywana niezamożnym, jest konieczną.
- 5) Systematyczne podawanie pomocy możliwem jest tylko w miejskich poliklinikach dentystycznych.
- 6) Należałoby zalecić wszystkim zakładom, mającym styczność z dziećmi, nauczycielkom i wychowawcom, ażeby zwracali baczną uwagę na stan zębów u młodzieży.
- 7) Zbawienny wpływ systematycznej pomocy w chorobach zębów ujawnia się dla jednostki w krótkim czasie, dla ogółu po kilkulatach

Od Administracji.

Prosimy Szanownych Prenumeratorów miejscowych i prowincjonalnych o konieczne uregulowanie przedpłaty, gdyż od takowego zależy prawidłowy odbiór naszego pisma. Wobec tego, że wielu prenumeratorów pomimo kilkakrotnych naszych napominań, przyjąwszy wszystkie numery, nie uiściło dotychczas przypadającej nam należności, jeszcze raz przypominamy o obowiązku uregulowania tejże, gdyż zaleganie przyczynia nam wiele niepotrzebnej pracy i nieprodukcyjnych wydatków na opłacanie inkasenta i znaków pocztowych.

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

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.