

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

I. Prace oryginalne.

Technika ekstrakcyjna w trudniejszych przypadkach; zastosowanie dźwigni prostej.

NAPISAŁ

A. CIESZYŃSKI,

Lekarz-dentysta i I asystent monachijskiej uniwersyteckiej kliniki dentystycznej

(Wykład wygłoszony na posiedzeniu sekcji dentystycznej X Zjazdu lekarzy
i przyrodników polskich we Lwowie w r. z.).

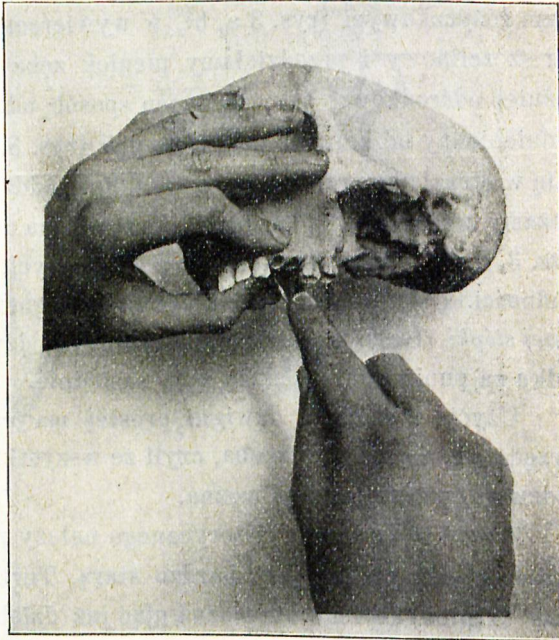
Wyjmowanie zębów o nieprawidłowej budowie korzeni, niewłaściwym umiejscowieniu w szeregu, dalej — zębów, dotkniętych głęboką próchnicą, a mocno w zębodołach osadzonych, w końcu — korzeni o słabych ścianach z powodu dawniejszych zabiegów celem założenia zębów ćwieczkowych, wymaga zazwyczaj zastosowania specjalnej techniki ekstrakcyjnej. Kleszcze typowe w tych razach nie wystarczają, *rezekcyjnych zaś używać nie należy*, ponieważ utrudniają i przewlekają gojenie się rany, tworząc w szczęce głębokie ubytki, uniemożliwiające przy przednich zębach wypełnienie nawet najidealniejszą dostawką z działem emaljanym; głębokie rany podtrzymują wreszcie ból i krwawienie po wyjęciu.

Zdanie to podzielają nowsi autorowie niemal w zupełności, uważając nawet poddżąstłowe wycięcie szczęki jako ultima ratio, którą

autorów posługiwali się narzędziem podobnem do dźwigni prostej Berten'a Taft (1859)¹³⁾ i James A. Salter (1874). Ostrze dźwigni Salter'a różni się od dźwigni Berten'a tem, że brzeg jest ząbkowaty.

Przy jednokorzeniowych, głęboko ułamanych zębach lub dwuguzkowcach zakłada się dźwignię, uchwyconą podobnie jak trójgraniec, przy odśrodkowym lub dośrodkowym brzegu korzenia nasamprzód po tej stronie, gdzie większego oporu ze strony sąsiednich zębów oczekiwać należy, a wykonując ruchy świdrujące w lewą i w prawą stronę, włacza się narzędzie tak długo, aż nie znajdzie dostatecznego zaczepienia, w końcu wyważa się korzeń *w kierunku najmniejszego oporu* (rys. 2).

Zęby o rozbieżnych korzeniach, mianowicie trzonowce głęboko spróchniałe są poczęści tak kruche, że dzioby kleszczy przy samem już ujęciu miażdżą części, nadające się do zaczepienia. U trzonowców górnych najważniejszą przeszkodę stanowi wielka rozbieżność korzeni przy stosunkowo wąskiej szyjce zębowej. Już w r. 1894 wykazał prof. Berten (l. c.), że należy usuwać ową przeszkodę, przełamując łączną część szyjkową korzenia, czyli ćwiartując pień i rozdzielając korzenie. Uczynił on to za pomocą dźwigni i, wykonując nią ruchy wyważające ku stronie policzkowej i podniebiennej, rozluźnił tem



Rys 2.

Uchwycenie dźwigni przy rękoczynach w górnej szczęce. Podtrzymanie szczęki w pobliżu pola operacyjnego palcami lewej ręki (wedł. prof. Berten'a).

samem łączność korzeni z zębodołami *bez względu jednakowoż na to, czy ten lub ów korzeń jako pierwszy z zębodołu wyważony zostanie.*

W przypadkach, gdzie pień pod silnym naporem dźwigni nie ustępu-

je, trepanuje prof. Berten dno komory świdrem szczelinowym, a rozsądzenia dokonuje dźwignią. Dochodzi on do tego w sposób następujący: wtlacza z zewnątrz wyrostka *między korzenie policzkowe* dźwignię, rozszczenia je i wyważa poszczególne, podniebienny zaś wyjmuje bagnetowemi kleszczami jako *ostatni*. Ponieważ rozbieżność korzenia podniebiennego do policzkowego jest największa, więc główna przeszkoda polega na tejże rozbieżności; dążymy więc do wyważania *oddzielnie nasamprzód korzenia podniebiennego z zębodołu jako pierwszego*, nie rozluźniając początkowo bynajmniej silnie osadzonych korzeni policzkowych, ażeby takowe służyły za punkt oparcia przy podważaniu korzenia podniebiennego.

Przy głęboko złamanych trzonowcach górnych o rozbieżnych korzeniach rozdzielamy za pomocą kołowrotka i świdra korzenie poszczególne. W tym celu przewiercamy strzałowo dno komory miazgowej świdrem różyczkowym (rys. 3 a, b), w wywiercony otwór wstawiamy świder szczelinowy i przedzielamy pieńek zęba nasamprzód dośrodkowo, później odśrodkowo, tak, że w ten sposób oddzielnym zostaje korzeń podniebienny od korzeni policzkowych (rys. 3, c). Wszczepiwszy dźwignię w strzałowo przebiegającą szczelinę, oddzielamy go od reszty i wyważamy z zębodołu, opierając się przytem na odcinku policzkowym zęba (rys. 3, d, e). Usunięcie korzeni policzkowych nie sprawia już żadnych trudności. Uskutecznią się to kleszczami bagnetowemi lub też za pomocą *koziej stópki* (Gaisfuss Original-Berten) lub dźwigni. W ostatnim przypadku za punkt oparcia służą zęby sąsiednie.

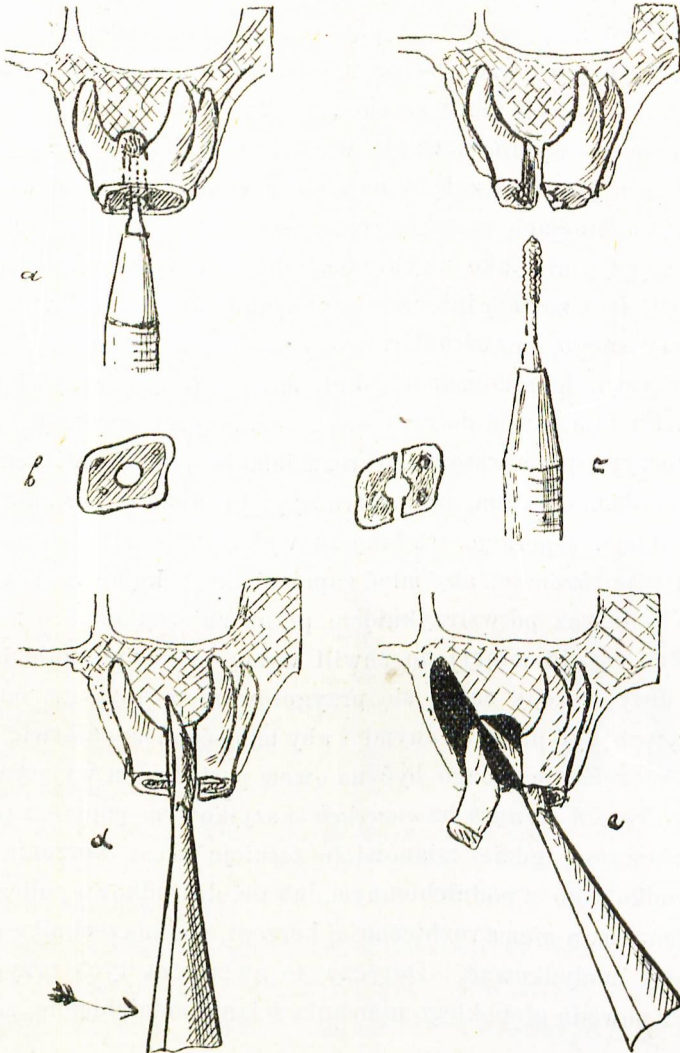
Użycie wyłącznie dźwigni prostej ma jeszcze tę dobrą stronę, że narzędzia zmieniać nie trzeba, czyli że wszystkie trzy korzenie za pomocą dźwigni prostej usunąć można.

Z punktu widzenia historycznego należy zwrócić uwagę, że metoda rozszczenia pieńka jest bardzo starą. Turnovsky ¹⁵⁾ opisuje ją w r. 1856. W pień, którego nie można ująć już dziobami kleszczy ani wyważyć kluczem, wkręca się śrubę Serré'go na $\frac{1}{3}$ długości, a posługując się tem narzędziem następnie jako dźwignią, wykonuje się ruchy nazewnątrz i wewnątrz, aż nastąpi rozdzielenie korzeni.

Turnovsky słusznie zwraca uwagę, że przy tej manipulacji wewnętrzny (t. j. podniebienny) korzeń wyważony zostaje z zębodołu, policzkowe zaś korzenie muszą być wyjęte kleszczami.

Metodę rozdzielania i wyważania nasamprzód korzenia podnie-

biennego podaje również Loos⁵⁾ w r. 1900; rozdziela on jednak korzenie nie za pomocą świda, lecz płaskiego delikatnego dłutka.



Rys. 3.

Technika wyjmowania głęboko obłamanych trzonowców górnych za pomocą świda i prostej dźwigni.

Przy rozdzielaniu korzeni, dokonywanem na całej szerokości pieńka za pomocą świda (a nie gwałtownem rozsadzeniem pieńka), nie wykonuje się nacisku na szczękę pacjenta. Moment ten jest ważny z dwóch przyczyn. Po pierwsze — nie zachodzi niebezpieczeństwo uszkodzenia

zatoki szczękowej, wiadomo bowiem, że przy niskiem podniebieniu, a zatem i wyrostku zębodołowym, wierzchołki korzeni sięgają podstawowej blaszki zatoki szczękowej lub nawet ją uwypuklają. Gdyby więc przy silnym nacisku na pieńek nastąpiło gwałtowne rozszczepienie korzeni, a ruch wyważający korzeń w porę nie zostałby wykonany, wówczas mogłoby nastąpić wtłoczenie w zatokę szczękową.¹⁾

Po drugie—wielkie wyeliminowanie nacisku przy separacji korzeni ważnem jest ze względu na nieprzyjemność wrażeń dla pacjenta, które przy operacjach *w miejscowem znieczuleniu* u pacjentów nerwowych występują nie jako zwykły bezbolesny nacisk, jak to zazwyczaj ma miejsce, lecz zostają interpretowane jako ból. Ostatni wówczas jest nie peryferycznego, lecz ośrodkowego pochodzenia. Tłumaczeniem, a więc drogą sugestji, lekarz usunąć go nie może, o ile przez wywieranie silnego nacisku daje powód do rzekomej centralnej interpretacji.

Rękoczynu przedwstępnego rozdzielania pieńka świdrem bardzo wygodnie dokonać można, nie przerażając bynajmniej pacjenta niezwykłą manipulacją. Operacje trudniejsze wykonywać zawsze należy *przy znieczuleniu miejscowem*, aby mieć zapewnione spokojne zachowanie się pacjenta. Ponieważ po wstrzyknięciu płynu znieczulającego należy zawsze czekać (7—10 minut) do chwili wystąpienia znieczulenia, czasu więc jest dosyć, ażeby zająć się przygotowaniem ubytków innych zębów, mających być plombowanymi i aby mimochodem załatwić rozdzielanie pieńka zęba, mającego być na owem posiedzeniu wyjętym.

Przy *drugich górnych trzonowcach* o szybkowym poprzecznym przekroju *eliptycznym*, gdzie mianowicie istnieje zrost korzenia policzkowo-odsrodkowego z podniebiennym, lub też dośrodkowo-policzkowego z podniebiennym, a niema rozbieżności korzeni, podaną technikę ekstrakcyjną należy modyfikować. Dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, w których z powodu głębokiego ułamania ściany podniebiennej założenie

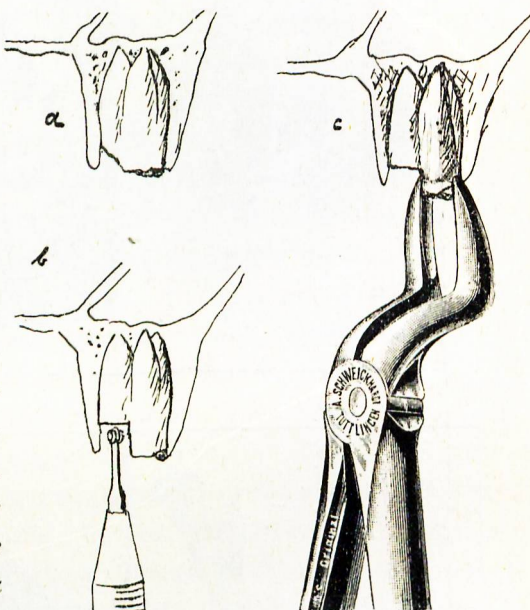
¹⁾ Przytoczyć tu mogę dwa przypadki, w których pewnemu wytrawnemu operatorowi z powodu nieprawidłowo wielkiej zatoki jamy szczękowej (Alveolarbucht der Kieferhöhle) zdarzyło się wtłoczyć korzeń podniebienny przy użyciu zwykłych kleszczy bagnetowych do zatoki szczękowej. Korzenie zostały podchwycone haczykiem, wprowadzonym przez zębodoły. Nieprawidłowość korzeni w stosunku do blaszki dolnej zatoki stwierdzono przy pomocy promieni Rentgena. Djapozytywy rentgenogramów przedstawiłem na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. z. przy wygłoszeniu wykładu „O zastosowaniu promieni Rentgena w dentystyce“.

kleszczy jest niemożliwym, ponieważ dziób podniebienny, nie znajdując powierzchni zaczepienia, ciągle zeskakuje (rys. 4, a)—zab zaś z powodu długich korzeni i dobrze zwapnionej kości silnie jest w zębodołach osadzony. W tych przypadkach zależy nam na wytworzeniu nowego punktu zaczepienia dla policzkowego dziobu kleszczy. W wielu przypadkach trudno nam rozstrzygnąć, czy faktycznie liczyć należy na zrost, czy też na rozbieżność korzeni. Dla uprzedniego postępowania podczas rękoczynu jest to obojętnem. Postę-

puję wówczas jak w przypadkach rozbieżności korzeni, to znaczy — staram się przewiercić dno komory. Zagłębiwszy świder już na blisko 3 — 4 mm., przekonuję się, że opór się nie zmniejsza, jak to się dzieje w przypadkach rozbieżności korzeni, gdy świder, przewiercwszy dno, napotyka na mniejszy opór istoty gąbczastej. Wówczas powiększam otwór ku stronie *podniebiennej*, nie osłabiając już dalej odcinka zęba *policzkowego* — w miarę

wielkości zakończeń kleszczy bagnetowych (rys. 4). W otwór wywiercony zakładam wówczas kleszcze bagnetowe, a uzyskawszy pewną powierzchnię oparcia, dokończam rękoczynu. Jeżeli zęby te są bardzo mocno osadzone, można przed użyciem kleszczy bagnetowych podważyć je jeszcze dźwignią od stron stycznych, t. j. dośrodkowej i odśrodkowej. Po części postępowanie to jednak jest zbyt cennym.

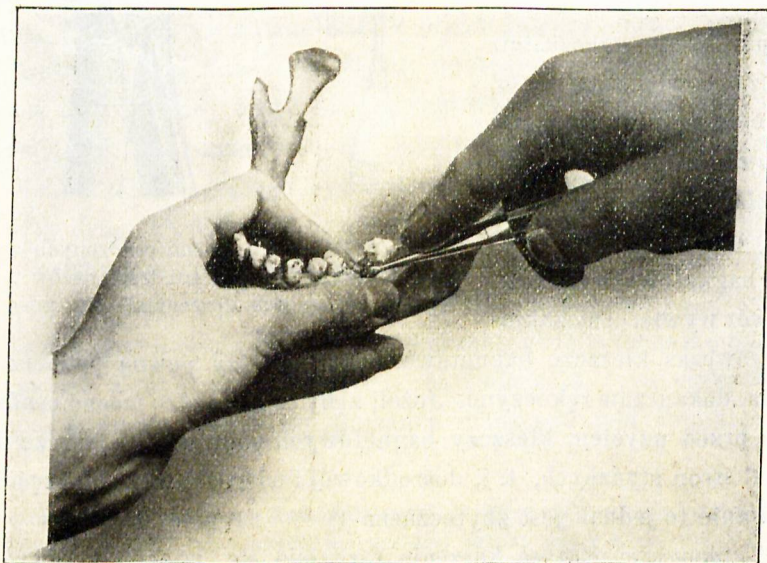
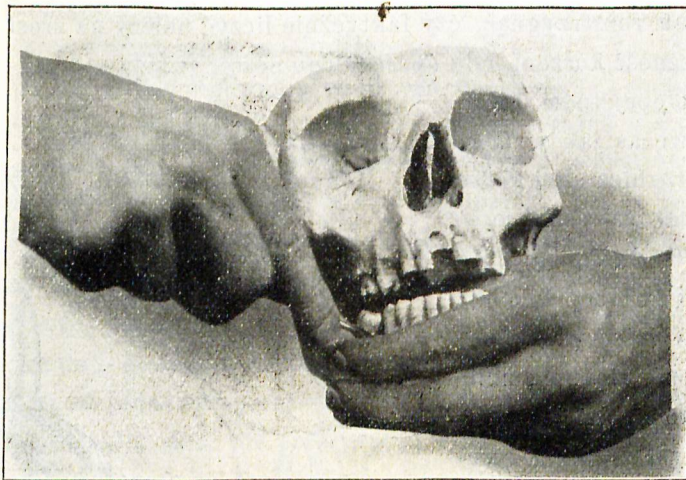
Trzonowców dolnych korzenie rozdziela się wpoprzek wyrostka, a, wszczepiwszy ostrze dźwigni w głębokość dna komory, wyważa się zazwyczaj najpierw korzeń odśrodkowy (rys. 5 i 6), w końcu zaś, zakładając dźwignię po stronie dośrodkowej brzegu dośrodkowego korzenia, wyważa się tenże w kierunku opróżnionego już zębodołu (metoda prof. Ber-



Rys. 4.

Sposób wyjmowania mocno osadzonych a głęboko przerwanym korzeniom trzonowców o zrostłych korzeniach.

ten'a). Do tego sposobu nadają się zęby świeżo, a głęboko obłamane podczas bezskutecznych prób, oraz zęby z nader kruchą częścią szyjową, wygryzione i podminowane polipem miazgowym. W ostatnim przypadku rozdział korzeni dośrodkowego i odśrodkowego skutecznie można przez



Rys. 5 i 6.

Podtrzymywanie żuchwy lewą ręką (wedł. prof. Bertena). Przy rękoczynie na prawym wyrostku żębodołowym żuchwy operujący stoi za pacjentem (rys. 5). Przy rękoczynie na lewym wyr. żębodoł. — przed pacjentem (rys. 6). Ujęcie dźwigni prawą ręką (rys. 5 i 6).

samo wtłoczenie ukośne dźwigni ze strony policzkowej wyrostka, poniżej szyjki i miejsca rozbieżności korzeni; w przypadkach zaś ułamania korony rozdziela się korzenie wpoprzek (a więc językowo-policzkowo) za pomocą kołowrotka i świdra szczelinowego (metoda prof. Berten'a), lub też, chcąc szybciej dojść do celu, prześwidrowuje się nasamprzód dno komory miazgowej świdrem o główce *różyczkowej* (podobnie jak przy górnych trzonowcach) i wywiercony otwór zamienia się na szczelinę za pomocą świdra szczelinowego, rozszerzając i przecinając ściany policzkową i językową. Wytworzywszy szczelinę poprzeczną, dokańcza się dźwignią rękoczynu w sposób powyżej opisany.

Rozdzielanie korzeni, celem ułatwienia ekstrakcji trzonowców, stosowali również Scheff^{10a)}, Loos^{5a)} (za pomocą dłuta płaskiego i młotka), Smreker i Weisser (za pomocą świdra szczelinowego, oddzielając zarazem strony policzkową i językową tak głęboko, aby można było posługiwać się kleszczami).

Zęby poza szeregami stojące (po stronie wargowo-policzkowej lub podniebienne-językowej), dalej zęby mądrości dolne i górne przy niskim guzie szczękowym (baczyć na podtrzymywanie guza lewą ręką!) najłatwiej również usuwa się dźwignią prostą.

Powszechnie używana dźwignia L'Eclus'a wówczas tylko doprowadzi do celu przy zębach mądrości, gdy pozostała jeszcze część korony; w przypadkach zaś głębokiej próchnicy lub złamania na wysokości szyjki nie wyważy pieńka. Dźwignia zaś prosta, będąc wtłoczoną poniżej szyjki w przegrodę zębodołową, znajdzie dostateczną powierzchnię zaczepienia i rękoczynu dokończy.

Nadzwyczaj ważne zadanie przypada *lewej ręce* przy zastosowaniu dźwigni; wielki i wskazujący palec

1) podtrzymują czubkami wyrostek tuż w bliskości mającego być wyjętym zęba,

2) kontrolują każdy okres rękoczynu dotykiem,

3) ochraniają części okoliczne przed usunięciem się dźwigni, a zatem obrażeniem części okolicznych,

4) podchwytyją ząb z zębodołu wyważony i

5) ścisną po ukończeniu rękoczynu zębodoł opróżniony, w ten sposób przeciwdziałając dłuższemu krwawieniu i powstawaniu bólów poekstrakcyjnych.

Ważnem jest *podtrzymywanie żuchwy* w sposób następujący (Ber-

ten) ³⁾: palec wskazujący i wielki czubkami uchwytną ząb poniżej szyjki, reszta, a więc trzy palce, podpierają trzon żuchwy tuż pod polem operacyjnym (rys. 2, 5 i 6).

Przy wyjmowaniu w szczęcie zatrzymanych dolnych zębów mądrości używa się do wytworzenia punktów zaczepienia, *po uprzednim* odpreparowaniu części miękkich, dłuta, ażeby blaszkę korową ponad koroną usunąć, a założywszy od strony dośrodkowej dźwignię prostą (lepiej aniżeli L'Eclus'a), wyważa się zwykle łatwo zatrzymany ząb. Sposób ten jest podobny do metody Partsch'a, zalecanej przy wyjmowaniu głęboko złamanych dolnych trzonowców poniżej wyrostka zębodołowego, pokrytego zewnątrz grubą warstwą istoty korowej (*linea obliqua*). Partsch ⁶⁾ jednakowoż w tych przypadkach dokańcza operacji dółtem krętym (Drehmeissel).

Uważać tylko należy, ażeby podchwycić ząb palcem wskazującym i wielkim lewej ręki, znajdującymi się zresztą w bliskości pola operacyjnego, i w ten sposób zabezpieczyć się od przypadku wpadnięcia zęba w przełyk lub innych ewentualności. Przy kłach zatrzymanych, położonych od strony podniebienia, odpreparowuje się części miękkie, wyświdrowuje się w kości szczękowej otwory świdrem różyczkowym po dwóch przeciwległych stronach korony stosownie do wielkości końców kleszczy i, uchwyciwszy ząb kleszczami bagnetowymi lub prostemi, wyjmuje się go w kierunku osi zatrzymanego zęba.

Przy zatrzymanych kłach, ze strony policzkowej operowanych, podważenie dźwignią przed ujęciem zęba kleszczami znacznie ułatwia rękoczyn.

Wogóle we wszelkich przypadkach, gdzie zwykłe typowe narzędzia zawiodą, dźwignia prosta dokańcza rękoczyn.

Zaznaczyć należy, że w monachijskim dentystycznym zakładzie, w klinice prof. Berten'a, gdzie ilość ekstrakcji dochodzi rocznie do 7000, podane sposoby zostały dostatecznie wypróbowane. Ze względu na higienę ust wszystkie korzenie, nie mogące być wyleczonymi i użytymi do dostawek, a więc nie mogące spełniać funkcji fizjologicznych zębów, bezwarunkowo zostają usunięte. Trzymamy się w zakładzie monachijskim zasady, żeby *każdy korzeń usunąć do szczętu* ze względu na komplikacje, mogące powstać wskutek pozostałych resztek, a unikamy zarazem zupełnie rezekcji, dzięki opisanym powyżej sposobom.

Piśmiennictwo.

1) *Baume R.* Lehrbuch d. Zahnheilkunde. II wyd. Lipsk, 1885, str. 602. 2) *Berten.* Ueber Neuerungen an Extractions-Instrumenten. Zahnärztl. Wochenschrift, 1894. 3) *Busch.* Die Extraction d. Zähne. II wyd. Berlin, 1899. 4) *Hollaender L. H.* Die Extraction der Zähne. für Aertzte u. studierende. Lipsk, 1888. 5) *Loos R.* Bau u. Topographie des Alveolarvorsatzes im Oberkiefer. 5a) *Dto.* Wiedeń, 1900, str. 81. 6) *Partsch C. u. Kunert A.* Bericht der Poliklinik für Zahn—u. Mundkrankheiten des zahnärztl. Instituts Breslau. Monatschr. f. Z-de. XIV i XV roczn. 6) *Pflüster.* Ueber schwierige Extraktionen. Corresp. Bl. f. Z-te. 05 paźdz. 8) *Ritter.* Zahn u. Mundleiden mit Bezug auf Allgemein-Erkrankungen. II w. 1901. Berlin. 9) *Salter S.* Dental pathology and surgery. London, 1874, str. 328. 10) *Scheff J.* Extraction d. Zähne. Handb. d. Z-de, II t., II wyd., 1903. Wiedeń, str. 241. 10a) *Dto.* str. 244. 10b) *Dto.* str. 240. 11) *Serre J.* Praktische Darstellung aller Operationen der Zahnarzneykunst, 1804. 12) *Smreker.* Zur Extraction der Zähne in schwierigen Fällen. Oest. Ung. Viert-ft f. Zde 1894. IV st. 469, 470. 13) *Taft I.* A practical treatise on operative dentistry. Philadelphia, 1859, str. 312. 14) *De Terra P.* Repetitorium d. Zahnheilkunde. II wyd. 1908, str. 467. 15) *Turnovsky Fr.* Handbuch d. Z-de u. Zahnoperationslehre nach dem gegenwärtigen Standpunkt der Kunst und Wissenschaft. Pesth. 1856, str. 59, 60. 16) *Weiser.* Ueber atypische Extraktionen. Oest. Monatschr. f. Stomatologie. 1904, lipiec.

II). Dział sprawozdawczy.

79) B. Mayrhofer. Przetoki oczne pochodzenia zębowego. Wyleczenie przetoki ocznej pochodzenia zębowego bez wyjęcia zęba drogą rezekcji wierzchołka korzeniowego i zał. plomby kostnej (Oest. Ung. V-ft f. Zde., Berl. Zche Halb. 8, r. z.).

Przetoki oczne pochodzenia zębowego spotykamy stosunkowo rzadko. W 27 przypadkach przyczyną przetoki u dzieci był przeważnie kieł, u dorosłych mały siekacz. Djagnozę różniczkową przetoki worka łzowego dokładnie opracował Scheff. Ujście jej znajduje się zawsze prawie w bezpośredniej bliskości *canthus internus*. W przypadku, gdy ropa ścieka w kierunku dolnego brzegu oczodołu, co następuje rzadko, daje się zauważyć zawsze zgrubienie tkanki postaci postronkowatej, skierowane ku brzegowi. Przetoki zębowe natomiast otwierają się prawie bez wyjątku o 1 i więcej cm. od ostatniego wbok, we wgłębieniu nosopoliczkowym lub więcej przeciw pochyłości nosowej lub też brzegowi oczodołowemu. Tylko w jednym przypadku przetoka miała ujście tuż pod brzegiem. Wy-

dzielina przy przewlekłej przetoce woreczka łzowego jest (podług Scheff'a) szklistą i podobną do białka. Tego rodzaju odróżnianie jest jednak niemożliwe w przyp. świeżych, ropnych. Więcej celowem jest wyskrobywanie. Leczenie polega, jak wiadomo, na wyłyżeczkowaniu i usunięciu zęba. Autor opisuje następnie 4 przypadki: 2—przetoki oczne, 1—podbródkowa i 1—wargowa. W przyp. tych udało mu się zachować odpowiednie chore zęby. Przy przednich zębach jest to wprawdzie możliwem; trudniej daleko przy trzonowcach. Celem zachowania na czas dłuższy trzonowców, należy wykonać rezekcję zzewnątrz. Pacjent jednak woli stracić ząb, niż mieć zewnętrzną bliznę. Często spotykano przypadki traktowane chirurgicznie, w których wystąpiły wznówki; wyjęcie zęba i traktowanie przetoki maścią z azotanu srebra (10%) dały doskonałe wyniki. W przyp. ubytków, powstałych w kościach szczęk, autor stosuje plombę kostną.

Praca autora jest ciekawa i dowodzi, że plomba jodoformowo-kostna dobrze się nadaje do wypełniania ubytków w szczęce. Kazyjstka jest wprawdzie dotąd zbyt szczupła, aby wydać należyty sąd. Z. R.

80) Amoedo O. Zastosowanie azotanu srebra w terapii jamy ustnej. (L'Odontologie 5. 1908).

Po 20 latach doświadczeń autor doszedł do wniosku, że azotan srebra (*Argentum nitricum*) jest jednym z najlepszych środków, zapobiegających i wstrzymujących rozwój próchnicy i stanowi doskonały środek profilaktyczny. Używa on jego w 10% rozc. wodnym, per se i t.d. Gdy się okazuje koniecznem, zobojętnia on działanie jego rozc. soli. Aby wywabić plamy, jakie zostawia na ubraniu i skórze, używa jodku potasu. U dzieci w wieku od 4 do 5 lat azotan srebra może być zastosowany jako środek zapobiegawczy przeciwko próchnicy. Należy okręcić koniec wykałaczki kawałkiem waty, namoczyć w rozc. lapisu i natrzeć powierzchnię zębów, których można uprzednio nie izolować ani osuszać. Czynność tę można powtórzyć dwa lub trzy razy w przeciągu kilku dni, potem znów po upływie pół roku lub wcześniej, o ile dziecko nie czyści sobie zębów przed udaniem się na spoczynek. W zębach zepsutych należy rozszerzyć ubytek, szczególnie zaś na pow. stycznych, aby lapis dobrze przepajał zębinę, która po zastosowaniu staje się twardą, czarną, a próchnica zostaje wstrzymana. Przy zębach stałych, gdy pacjent zgłasza się do autora po raz pierwszy, wyciera on mu tym płynem zęby dla dezynfekcji. Bierze tamponik waty i upychadłem White'a № 18 (bardzo cienkiem)

wciska do wszystkich ubytków. Zabieg ten można powtórzyć w przeciągu dwóch lub trzech posiedzeń z rzędu. Aby uniknąć przykrego smaku w ustach, powinno się je przepłukiwać wodą z dodatkiem soli.

Azotan srebra, niszcząc substancje kamienia na zębach, czyni go miękkim i łatwym do zdjęcia. Zapalenie dziąseł znika, i kamień, który był pod nimi ukryty, staje się widocznym i łatwym do zdjęcia.

W przypadkach ropotoku zębodołowego lapis powinien być użyty jako pierwszy środek do dezynfekcji jamy ustnej. Przy zapaleniu dziąseł jest to najlepszy środek, gdyż nigdy nie niszczy tkanek, jak kwas chromowy, i dziąsła wkrótce wracają do stanu normalnego. Podczas przebiegu ciężkiej postaci gorączki, zapalenia płuc, kiszek i innych chorób, pierwszym środkiem dla dezynfekcji jamy ustnej powinien być również roztwór lapisu. Przykry odór z ust zwykle znika szybko, i zęby stają się odpornymi przeciwko próchnicy przez cały czas przebiegu choroby. Nie powinno się rozpoczynać leczenia u osobników, mających zmiany syfilityczne na języku, policzkach i w krtani, nie posmarowawszy ich uprzednio roztworem azotanu srebra. Czynność tą ma cel podwójny: dla celów leczenia i profilaktyki, gdyż azotan srebra jest środkiem specyficznym przeciwko zmianom syfilitycznym (*plaques muqueuses*).

Próchnicę w pierwszym stopniu można również zatrzymać azotaniem srebra, szczególnie u szyjki kłów. Zęby wprawdzie stają się czarnymi, lecz próchnica zostaje wstrzymana, wrażliwość na zimno ustępuje. Przy próchnicy drugiego stopnia można również użyć roztworu lapisu i zobojętnić działanie jego wodą soloną (aby uniknąć zbyt silnego podrażnienia miazgi). Ząb można czasowo zaplombować gutaperką; po upływie kilku miesięcy znajdziemy, iż dno ubytku jest o wiele twardsze i mniej czułe. Manipulację tę można wykonać tylko na zębach niewidocznych, szczególnie trzonowcach. Zębina w zębach martwych staje się twardą i odporną przeciwko próchnicy. Z przytoczonych wyżej zalet azotanu srebra można korzystać, gdy zęby mają być pokryte koronami. Zęby żywe, starte, o ile mają być pokryte koronami, również dobrze jest traktować tem lekarstwem. R. Berladierówna.

81) Sil. Przyczynę do rozwoju ropotoku zębodołowego na tle niedokrwistości złośliwej podług Huntera. (Časopis lékařův českých, № 24. 1908).

Przy żadnej chorobie zdania nie są tak podzielone co do etjologii, jak przy niedokrwistości złośliwej (*anaemia pernicioza*). Jedni uważają ją za krańcowy okres niedokrwistości wogóle, inni znowu jako wynik najroz-

maitszych spraw chorobowych, czasem bowiem występuje ona bez wszelkich powodów, jako t. z. postać samoistna (*idiopathica*), innym razem znów jako wynik różnych szkodliwych wpływów na organizm zzewnątrz, jakimi są: liche pomieszkanie, przebywanie w źle lub wcale nie wentylowanych fabrykach i warsztatach, niedostateczne odżywianie się, przymiot, zbytne natężenie umysłowe, emocje psychiczne i t. p. Jednym z najpilniejszych pracowników na tem polu jest obok Niemców Birch-Hirschfeld'a, Quincke'go, Jakob'a, Ehrlich'a, Eichhorst'a, Anglik Hunter. Na podstawie 1000 przypadków, *post mortem* zbadanych, a 50-ciu klinicznie obserwowanych, stwierdził, że t. zw. *anaemia perniciosa* i t. zw. *choroba Addisona* są nietylko odmienną formą niedokrwistości, ale i chorobami zakaźnymi o charakterystycznych objawach, etjologii i przebiegu. Co do infekcji rozróżnia on gnicie, wywołane przez *bact. coli* i *bact. lactis aërogenes*, które znaleźć można nietylko w trzewiach, ale i w żołądku, posocznicę, wywołaną przez *stafilokoki* i *streptokoki*, z których ostatnie częściej się zdarzają i też są odporniejsze. Hunter przytacza jako przyczynę niedokrwistości złośliwej sepsis j. u., żołądka, jelit (cienkich i grubych) (patrz referat: Hunter „Oral sepsis” jako przyczyna gnilnego niezżytu żołądka, zapalenia nerwów i innych spraw septycznych, „Kronika Dentystyczna” № 1, 1907, str. 11). Zgubny wpływ „sepsis oral” jest znaczny, nawet na samą krew. Ostatnia zostaje w związku z otwartymi ranami śluzówki, a przez akumulację może prowadzić do ważnych w następstwach zmian patologicznych. Skoro niedokrwistość septyczna przybiera postać cięższą, to objawia się ona jako cierpienie, przypominające chorobę Addisona, od której jednak nie trudno ją odróżnić. Hunter pierwszy zwrócił uwagę na to, że sprawy gnilne, rozwijające się w jamie ustnej, w zębach zepsutych, wokoło zgorzelinowych pni i t. d., stać się mogą przyczyną przeróżnych lżejszych i cięższych cierpień żołądka i jelit i stanowić punkt wyjścia dla chorób zakaźnych, a więc w następstwie też i *anaemiae perniciosae*. Autor niniejszej rozprawki śledził stosunek ropotoku zębodołowego do anemii złośliwej. Zbadał w tym celu krew ludzi dotkniętych ropotokiem zębodołowym, których mu przesłały ambulatorja chorób zębów i jamy ustnej. Ciemniejszą niż patogeneza jest jeszcze etjologia tej choroby. Rozważywszy, że wedle Vierordt'a przypada u mężczyzn 5 milionów czerwonych krwinek w 1 ccm., a $4\frac{1}{2}$ miliona u kobiet, dochodzi on do następujących wyników. W przypadku znacznego ropotoku zębodołowego znalazł u kobiety 50-letniej 5,200,000 ciałek

czerwonych w 1 ctm. sześciennym krwi i 40% hemoglobiny (zamiast 90%); u 52 letn. mężczyzny cum *pyorrhoea alveol.*—5,100,000 ciał. czerwonych, u kobiety 42 letniej, u której w górnej szczęce zębów wcale nie było, a w dolnej tylko siekacze i kły, przyczem znaczny ropotok i kamień nazębny—4,900,000 i takie same mniej więcej wyniki w dziesięciu (w pracy tej wyszczególnionych) przypadkach, przyczem ropotok był raz mniej znaczny, raz znaczniejszy. U 29 letniej kobiety znalazł równocześnie z podwyższeniem ilości ciałek czerwonych krwi, bo aż 6,550,000 silny ropotok zębodołowy około 3 dolnych przednich zębów, a u innej młodszej—6,000,000, a równocześnie ropotok. U 41 letniej znów kobiety ze znacznym ropotokiem około dolnych kłów i dwuguzkowców, a równoczesną *stomatitis ulcerosa* było w 1 ccm. aż 5,200,000, co w każdym razie jest liczbą dla tej kobiety nienormalną. W przypadkach, w których klinicznie skonstatowano chorobę Addisona, nie spotyka się nigdy z ropotokiem albo spotyka się z takim w nieznačnym tylko stopniu.

Są tedy przypadki ropot. zębodołowego, gdzie niema wcale anemii, a są znowu przypadki anemii, gdzie nie znaleziono żadnych patologicz. zmian w narządzie trawienia, a więc też i w jamie ustnej; to samo twierdzą i inni autorzy, zwł. Strauss i Grawitz.

Dr. Friedländer (Drohobycz).

82) Dr. Fuyt W. i Dr. Bertrams M. O racjonalnem wypełnianiu kanałów korzeniowych. (*Odontologische Blätter* 19—20, r. z.).

Autorzy na początku swej pracy zwracają uwagę na przypadki, gdy kanał wypełnia się po usunięciu zdrowej lub zakażonej miazgi, lub też zgorzelinowej—co znacznie utrudnia sprawę.

Po usunięciu zdrowej miazgi, przy zachowaniu ostrożności przeciwgnilnych, zakażenie okostnej objaśnić należy tylko przedostawaniem się zarazka drogą naczyń krwionośnych. Powikłanie takie zdarza się rzadko i po większej części przy silnie działających przeciwgnilnych lub innych środkach, na działanie których pacjent jest nadzwyczaj wrażliwym (idjosynkrazja). Gdy taka zdrowa miazga została całkowicie usunięta, następuje krwotok, trwający pewien czas; powstały skrzep należy starannie usunąć przy uwzględnieniu ostrożności aseptycznych. Krwawienie trwa niekiedy bardzo długo pomimo usunięcia skrzepów; dlatego też należy przedewszystkiem ranę doprowadzić do zupełnego zagojenia, a później przystąpić do usuwania skrzepów.

Przy usuwaniu zakażonej miazgi należy z wypełnieniem przeczekać do zupełnego usunięcia objawów zapalnych okostnej.

Wiadomo, że zapalenie miazgi prawie zawsze ma wpływ na okostną danego zęba. Ząb taki zawsze reaguje silniej, niż inne. Gdy pozwolimy takiej okostnej przyjść do normalnego stanu, to przez otwór szczytowy jeszcze przez pewien czas wydzielać się będzie płyn surowiczy, który także, jak i tkankę miazgi, należy usunąć, aby ten w przyszłości nie wywołał zapalenia okostnej.

Przy zupełnym rozpadzie miazgi należy przedewszystkiem starać się usunąć całą tkankę zgorzelową, dbając o to, aby nie powodować zakażenia okostnej. Możemy to wykonać sposobem Bukley'a lub Schreyer'a. Przed zastosowaniem tego lub innego sposobu należy ustalić, czy mamy do czynienia ze zgorzelą miazgi, czy też z innym jakimś jej rozkładem. Przy zgorzeli miazgi tkanka jej ulega degeneracji tłuszczowej, a obydwie sposoby dają jednakowe wyniki. Przy pierwszym sposobie tłuszcz pod wpływem działania trikrezolu przetwarza się w jałową masę, pozbawioną woni (prawie tak samo, jak od lyzolu); przy drugim sposobie tłuszcz zmydla się, a następnie wymywa się wodą. Gdy to uczyniono, wprowadza się do korzenia słaby antyseptyk; pod żadnym pozorem nie wolno stosować środków silnie działających, gdyż u osobników wrażliwych występuje podrażnienie okostnej.

Przy stosowaniu niżej przytoczonego sposobu nie robi tu różnicy, czy się został przy wylocie skrzep krwi lub zaschnięte wydzieliny z okostnej lub też szkodliwe, albo nawet narazie nieszkodliwe resztki miazgi, gdyż przy tym sposobie traktowania korzenia wszystkie resztki stają się nieszkodliwymi. Jako idealny materiał do plombowania kanałów korzeniowych należy wybrać taki, który odpowiadałby następującym *trzem* kardynalnym warunkom:

1. Przedewszystkiem materiał ten powinien być dla zdrowych tkanek obojętnym.

2. Materiał powinien być łatwym do wprowadzenia do korzenia i szczelnie go zamykać.

3. Nie powinien łatwo się rozkładać w tych warunkach, w jakich się znajduje w kanale korzeniowym.

Materiałem, odpowiadającym tym wymaganiom, jest *parafina*. Aby ta dokładnie wypełniła korzeń, ostatni powinien być odpowiednio przygotowany. Musi on być zupełnie suchym, gdyż parafina nie przystaje do

wilgotnej powierzchni i nie przedostaje się wówczas do wszystkich szczelin. Do zupełnego osuszania kanału nadaje się absolutny wyskok (96—98%), który jest nader hygroskopijny i pochłania ślady wilgoci do samego otworu szczytowego i wysusza nawet włókna Tomes'a aż do cementu. Po oczyszczeniu kanału przemywa się go kilkakrotnie absolutnym wyskokiem i wysusza się ciepłym powietrzem. Następnie wprowadza się do kanału płynny roztwór parafiny w chloroformie. Ponieważ chloroform również się rozpuszcza w wyskoku, to roztwór parafiny stopniowo przenika w pomienione włókna, nawet wówczas, gdy pozostało nieco wyskoku. W końcu kanał jaknajgłębiej zatyka się kawałkiem parafiny i wypełnia się ostatnią. Gdy kawałek parafiny jest wsunięty głęboko do korzenia, bierze się ogrzane upychadło (do korzeni) i wprowadza się; parafina topi się i zapełnia wszystkie szczeliny.

Próby na martwych zębach stwierdziły, że parafina dochodzi aż do otworu szczytowego; gdzie jest kilka otworów szczytowych—przedostaje się do wszystkich.

Przy doświadczeniach używano parafiny mocno zabarwionej alkaliną, przyczem stwierdzono między innymi, że kilka otworów szczytowych spotyka się bardzo często. Cały korzeń po pewnym czasie był zupełnie przesycony parafiną. Jednocześnie stwierdzono, że zębina nie wszędzie ma jednakową budowę, gdyż na powierzchni korzenia występowały plamy różnych odcieni.

Zastosowanie opisanego tu sposobu dało doskonałe wyniki nawet w przypadkach, gdy korzeń był wykrzywiony i rozgałęziony.

Przypadkowo pozostawione kawałki miazgi lub skrzepy krwi zostają nasycone parafiną, ulegają inkapsulacji i stają się nieszkodliwymi. Przy obumarciu wierzchołka korzenia należy przed wykonaniem rezekcji wypróbować ten sposób.

Wypełniwszy tak korzeń, można nasadzić sztyftowy ząb lub też plombować.

N. Neufeld.

83) Dr. Peckert. Typowe zawodowe zużycie środkowych siekaczy.
(D. Z-che Woch-ft 25 maja r. z., D. M. f. Z-de, marzec 1908).

U wielu wyrabiaczy cygar powstaje szczególne zużycie dolnych i górnych środkowych siekaczy, najwięcej zaznaczające się na dośrodkowej stronie brzegu siecznego, tak że przy zamkniętym zgryzie tworzy się brak w kształcie migdału. Tego rodzaju pacjenci podają jednogłośnie, że po skręceniu wkładu t. z. zwitka, koniec jego obgryzają. W związku

z tem spostrzeżeniem omawia autor możliwość przeniesienia chorób na palaczy, dzięki owemu zwyczajowi obgryzania zwitka przez robotników. Jeżeli zwrócimy uwagę na trudność i odporność szkliwa i zębiny na roślinne nici, chociaż są one łykowate i obfitują w sole mineralne, oraz na obszar poczynionych zużyć, będziemy mogli mieć przybliżone pojęcie o ogromnej ilości zarażeń, mogących pochodzić od jednego robotnika. A ilu mamy robotników-tuberkulików, nie mówiąc już o luetykach!

Z. F.

84) Leukoplakia błon śluzowych. Dr. C. Kopp (Monachium) spostrzegał w przeciągu 20-u z górą lat 32 przypadki leukoplakii błon śluzowych, z tego 29—błony śluzowej jamy ustnej. We wszystkich 29 przypadkach leukoplakiae buccalis chorzy przechodzili syfilis. Autor więc nie wątpi, że między leukoplakią a syfilisem istnieje ścisły związek, i stwierdzenie zmiany tej u chorego równa się, zdaniem autora, stwierdzeniu przebytego syfilisu. Autor skłonny jest uważać leukoplakię za zmianę parasyfilityczną. Leczenie rtęciowe nie dawało autorowi nigdy wyników dodatnich. Za najważniejszy środek leczniczy uważa autor na razie zakaz palenia; obok tego stosuje liźne, znane skądinąd, środki miejscowe. Stosunkowo częstym jest rozwój nabłoniaków na tle leukoplakii; autor spostrzegł je 4 razy (na 32 przypadki), i we wszystkich tych razach nastąpiło zejście śmiertelne, pomimo — niewątpliwie spóźnionego—zabiegu operacyjnego. (Syfilodologie. T. 84; Przegl. chor. skór. i wener. № 1—2, 08 r.)

H. S.

85) Dr. Brajcew. O torbielach szczękowych. (Odont. Obozr. II. 08).

Autor rozbiera patogenezę torbieli szczękowych, opierając się na 9-ciu przypadkach z kliniki prof. Djakonowa i badaniach embriologicznych szczęk 12 zarodków ludzkich w wieku od 2—7 miesięcy. Praca ozdobiona serją rysunków potwierdza i rozwija teorię nabłonkową Malassez'a (zob. № 7).

Badając nabłonek torbieli szczękowych, usuniętych drogą operacyjną i nabłonek resztek zębówotwórczej tkanki zarodków, autor ustanawia zupełne podobieństwo między obiema i wnioskuje o pochodzeniu torbieli, mianowicie z resztek nabłonka zębówotwórczego.

Po zestawieniu obrazu klinicznego torbieli szczękowych autor przypuszcza, że torbiele szczęk górnych spotykamy w rzeczywistości częściej, niż nam się to zdaje, pozostają one jednak nierozpoznane nasku-

tek tworzenia się w jamie szczękowej. Drogocenną różniczkową dajacą styczną oznaką torbieli dla odróżniania od sarkomatów szczęk jest zawartość w nich żółtawego płynu z kryształami cholesteryny.

Leczeniem torbieli autor zajmuje się powierzchownie. Wskazaną jest operacja Partsch'a (szerokie połączenie z jamą ustną) w łatwiejszych przypadkach, rezekcja przedniej ścianki lub zupełna rezekcja szczęki (w cięższych przypadkach).

H. Lubodziecki.

86) Dr. Wright Beach (Buffalo). **Ślina a próchnica zębów.** (Dental Cosmos 5. 908).

Ponieważ utrwaliło się przekonanie, że próchnica zębów zależy nie tyle od samego zęba, ile od otaczających go warunków zewnętrznych, przeto w ostatnich czasach skierowano baczniejszą uwagę na badanie chemicznego składu śliny w celu wyświeślenia, jakie z jej składników są *pro* lub *contra* próchnicy.

Bodźcem do nowych badań w tym kierunku była wzmianka Michaeli'ego, głosząca, że od czasu do czasu, zależnie od stanu odżywiania się zmienia się również skład śliny; stąd wynika ważność badania śliny w celu postawienia dajacą co do stanu odżywiania się i w celu wyjaśnienia stosunku, zachodzącego pomiędzy złem odżywianiem się a objawami patologicznymi w zębach.

Jeżeli skład śliny zmienia się zależnie od zmian w odżywianiu się, to powstają mniej lub więcej dogodne warunki dla rozwoju próchnicy. Nie można powątpiewać o tem, że kwaśność lub zasadowość śliny nie jest rzeczą obojętną dla rozwoju próchnicy; lecz wpływy te znacznie przeceniono, gdyż nic stanowczego o tem powiedzieć nie można. Z jednej strony wiemy, że normalna ślina, a więc normalne otoczenie zębów daje reakcję zasadową. Z drugiej zaś strony spostrzeżenia kliniczne stwierdziły, że stała zasadowość śliny sprzyja powstawaniu próchnicy, i usta o bardzo popsutych zębach dawały nawet zasadową reakcję śliny. Rozkład wogóle prędzej następuje w zasadowem środowisku, podczas gdy słaba kwaśność stosowaną bywa w lecznictwie. Czyżby jama ustna miała stanowić wyjątek pod tym względem? W każdym razie ta lub owa reakcja śliny nie ma bezpośredniego wpływu na powstawanie próchnicy. Rozwiązania kwestji trzeba szukać gdzieindziej. Wielkie znaczenie pod tym względem mają badania d-ra Tank W. Low'a, który rozpoczął swą pracę od badania składu śliny osobników z bardzo popsutymi zębami. Wbrew oczekiwaniom nie znalazł on ani jednego składnika, który stale

w większej ilości towarzyszyłyby próchnicy zębów. Wówczas zaczął badać ślinę ludzi z bardzo zdrowymi zębami i dokonał ważnego dla dentystyki odkrycia: ślina ich prawie niezmiennie zdradzała obecność znacznej ilości *kal. sulfocyanatum*. Zaznaczyć należy, że zbadał ślinę kilkuset osób, przyczem u tych, które miały bardzo popsute zęby, nie znajdował wcale lub bardzo mało tego składnika, podczas gdy ślina u osób ze zdrowymi zębami, za małymi wyjątkami, zawierała wielką ilość tegoż. W dwóch przypadkach znalazł zmienną ślinę, która czasem zdradzała brak, czasem zaś obfitość *kal. sulfocyan.*

Podług Black'a, próchnica powstaje w ten sposób, że przy pewnych warunkach drobnoustroje tworzą żelatynową błonkę, która przykleja się w dogodnym miejscu na powierzchni zęba i pozostaje tam do czasu, póki drobnoustroje nie przenikną do wierzchniej warstwy szkliwa. Kalium sulfocyanatum jest silnym środkiem rozpuszczającym substancje żelatynowe; ta własność wyjaśnia, dlaczego ślina, zawierająca dużo tej substancji, wpływa ochronnie na zęby. Autor podaje następujące wnioski swych badań. 1) Ślina, zawierająca znaczną ilość *kal. sulfocyan.*, rozpuszcza dwa razy tyle żelatyny, co ślina, nie zawierająca tegoż. 2) W jednych i tych samych ustach stwierdzono zawartość jego przy zdrowych zębach i nie znajdowano w czasie rozwoju próchnicy. 3) Przyjmowanie na wewnątrz tej substancji po $\frac{1}{2}$ grama dziennie w postaci tabletek pociągało za sobą obecność znacznej ilości jego w ślinie, gdzie przedtem nie spostrzegano go, czyniąc ją podobną do śliny z ust ze zdrowymi zębami. 4) Rozpowszechnione wśród fotografów mycie rąk w roztworze siarczanu potasu w celu usunięcia plam od azotanu srebra pociąga za sobą bezzwłoczne powiększenie jego zawartości w ślinie. Zarówno autor jak i jego pacjenci fotografii zauważyli, że z chwilą poświęcenia się sztuce fotografowania stali się oni stosunkowo odpornymi na próchnicę.

Należy dołączyć do tego ogólnie znany fakt, że palacze tytoniu odznaczają się odpornością przeciw próchnicy w stosunku do ilości lat palenia i ilości zużywanego tytoniu. Analiza ich śliny wykazuje dużą zawartość siarczanu potasu. W rzadkich razach, gdy znaczna zawartość siarcz. potasu nie wywiera zbawiennego wpływu na zęby, to zależy to od zawartości w ślinie wielkiej ilości substancji śluzowych. Za przyczynę tych wyjątków uważać należy fakt, że śluz również dobrze może zatrzymywać i ochraniać drobnoustroje na powierzchni szkliwa, a siarcz. potasu nie rozpuszcza go. W niektórych rzadkich przypadkach ślina, nie za-

wierająca dostatecznej ilości siarcz. potasu, ma jakieś inne nieznanne składniki, które w równym stopniu rozpuszczają żelatynę.

Według d-ra Cook'a śluzowe i galaretowate substancje trzymają się na powierzchni zęba za pomocą żelatyny, wyrabianej przez kolloid. Zalecany przez lekarzy roztwór żelaza zubożętnia działanie siarcz. potasu w ślinie. Organiczne zaś żelazo wywiera zaledwie nieznaczny wpływ; dlatego, zalecając żelazo, należy wyszczególnić postać, w jakiej ma być ono przyjmowane. Jeżeli pacjent jest po kuracji żelazowej, trzeba również postępować odpowiednio. Nie wolno zapisywać przedtem, niż ślina zostanie zbadaną. Inne postępowanie jest czysto empirycznym i w wysokim stopniu nienaukowym.

Sposób odkrycia zawartości siarcz. potasu w ślinie: wziąć 2 gramy (ccm.) śliny, dodać 2 gr. destylowanej wody i zmieszać; następnie dodać 5 kropli chlorku żelaza i wstrząsać powtórnie. Otrzymane zabarwienie mówi o ilości zawartego kal. sulfocyan. Barwa słomy świadczy o braku lub nieznacznej zawartości; ceglana — że zęby są bezpieczne; barwa winna — że leczenie jest niepożądanem.

Po trzech latach klinicznych doświadczeń, podczas których autor zbadał przeszło 300 preparatów śliny, został on zadowolony z dobroczynnego wpływu siarczanu potasu; środek ten powstrzymuje rozwój próchnicy, zmniejsza czułość zębów i wogóle oczyszcza całą jamę ustną. Czas i wytrwałość podniosą jeszcze w przyszłości jego znaczenie; ten zaś zarys jest przeznaczony dla wzbudzenia zainteresowania się tą kwestją, w celu okazywania pacjentom pomocy, której im odmówiła matka-natura.

M. Leliwa-Kopystyńska.

III. BIBLIOGRAFJA.

Anleitung zur Gesichtsoorthopädie. *Kurzgefasstes Lehrbuch für Zahnärzte u. Studierende.* Przez **Emila Herbst**a. Bremen. II w. Nakładem autora. Toż samo tłum. na język rosyjski przez D-ra L. Blanka. Kijów, 1908 r. Cena rb. 2.

Praca powyższa w języku niemieckim wyszła w kilku wydaniach. Ze względu na swe przeznaczenie książka opisuje możliwie krótko

wszystko to, co koniecznym jest do zajęcia się nowszą ortodontją. Praca podzieloną jest na 3 części:

1) *Ogólna część:* a) klasyfikacja anomalji i spis niezbędnych przyrządów: blacha, spój srebrny (lut), drut z nacięciami, śrubki, drut nowosrebrny, nitka jedwabna, pierścienie, kaniulki, kółka gumowe, łuki drucziane, sprężyny ekspansyjne, ochronne rurki gumowe, pierścienie z kaniulami, z guzikami, zaczepki (haczyki) do spajania (lutowania), klucz do śrub, płyn i boraks do spajania, złączenia.

2) *Regulacja oddzielnej szczęki* (aktywna regulacja): zwięźenie łuku zębowego, rozszerzenie i transformacja.

3) *Regulacja obu szczęk.*

4) *Uniwersalny przyrząd do czynnej regulacji.*

5) *Pasywna regulacja* — siłą natury i regulacja połączenia stawowo-szczękowego.

6) *Ustalanie czynników regulacji.*

7) *Profilaktyka.*

Konieczność zamieszczenia rysunków (a tych jest b. wiele) nie pozwala omówić każdego działu choć w krótkich zarysach. Metoda autora nie jest zbyt zawikłaną; jest ona uzasadnioną na użyciu łuków druczianych przy wszelkich postaciach nienormalności. Cała procedura regulacyjna nie jest zbyt kłopotliwą i w dodatku dość praktyczną. Przy pasywnej regulacji zwrócono uwagę na leczenie nieprawidłowości siłami natury. W tym celu używane są przyrządy bez siły ruchomej, które stosownie do swej konstrukcji zastosowane są do istniejącej w j. ustnej siły natury (ciśnienie mięśni, powietrza i tkanek). Autor przytoczył niektóre przyrządy do naturalnej regulacji. W końcu opisano niektóre proste retencyjne i fiksacyjne przyrządy, zakładane po regulacji zębów. Wreszcie ostatni dział mówi o profilaktycznych przyrządach, celem uniknięcia powstawania anomalji; składają się one z pierścieni, do których w rozmaite sposoby przylutowywane są paski metalowe. Przyrządy te zalecane są np. w razie ekstrakcji zębów i t. d.

Koledzy, interesujący się działem ortodontycznej naszej specjalności, w omówionym podręczniku znajdują dużo wskazówek, dających możliwość orientowania się w poszczególnych przypadkach.

Co do samego wydawnictwa, to pod względem zewnętrznym zaliczyć je można do bardzo efektownych co do obfitości dobrze wykonanych rycin,

Kr.

Die künstliche Deformation des Gebisses. *Studjum dentystyczno-etnologiczne przez D-ra Hermana Schrödera. Z 23 drzeworytami i 3 kolorowanemi tablicami. Greifswald. Nakład Juliusza Abel'a. Skład wyd. „Berlinische Verlagsanstalt“. Berlin. Cena mk. 9,50.*

Prace o sztucznem zniekształceniu zębów spotykamy, wprawdzie, od czasu do czasu w naszej prasie specjalnej, lecz stanowią one właściwie krótkie przyczynki, mające charakter spostrzeżeń, nie zaś studjów. Dzieło powyższe stanowi studjum etnologiczne w ścisłem znaczeniu tego słowa. Obejmuje ono wszystko to, co dotyczyć może powyższego tematu. Autor posiłkował się pracami najpoważniejszych antropologów, etnologów, przyrodników, badaczy, podróżników, kierowników ekspedycji naukowych do różnych krajów mało znanych i t. d. Ilość dotyczących tej sprawy prac, które dostarczyły autorowi materiału, wynosi pokaźną liczbę 247. Dowodzi to dążenia autora do zilustrowania całokształtu sztucznych zmian zębów u różnych narodów. I rzeczywiście, autor osiągnął cel w zupełności. Dość obszerna i nader ciekawa praca rzuca jaskrawe światło na zwyczaje mało lub też zupełnie niekulturalnych mieszkańców Polinezji, Afryki i Ameryki Południowej, Australji, eskimosów i t. d. i t. d. Różnego rodzaju oszpecenia ciała, malowanie i tatuowanie skóry, zniekształcenia zębów należą właściwie do upiększeń półdzikich ludów. Zeszpecenia te pod względem pomysłowości wprost zdumiewają badaczy. Ponieważ ludy te nie mogą i nie umieją haftować swych strojów, „haftują” więc swą skórę, zęby i t. d. Gdy człowiek kulturalny stara się zębom nadać ładną postać i zachować je w stanie zdrowotnym, ludzie, żyjący na łonie natury, różnymi sposobami szpecą je i zeszlifowują, obcinają, ostrzą, barwią i t. d. i t. d. Cenią oni je tylko jako upiększenie; prawdziwych ich wartości funkcjonalnych nie znają oni wogóle.

Poszczególne ludy różnie traktują swe zęby. U mieszkańców Kongo po większej części brak obu środkowych siekaczy, które bywają wyjmowane lub obcinane do korzenia. Nie należy jednak przypuszczać, że ludy te dbają o piękne zęby. Murzyni z miejscowości Loango, którzy również szpecą swe zęby, tak dalece dbają o białość ostatnich, że po każdym jedzeniu myją je, czyszczą w pojedynczych przypadkach drewnianym jako improwizowaną szczotką. To samo powiedzieć się da o mieszkańcach wyspy Nauru, szczepach Wengamwesis i in. Inne znowu szczepy mają obrzydliwe zęby, a *caries* nie jest zjawiskiem rzadkiem (Massai, Sokoto, Wiktorja, Australja i t. d.). Wogóle dzicy niemniej prawie cierpią na

zęby, niż my, Europejczycy. Zniekształcenie zębów u nich jest zwyczajem dawnym, a nawet tradycją.

Autor przytoczył wyniki badań, w tym celu przedsięwziętych, mających poniekąd znaczenie etnograficzne. Cały materiał opracowany został w ten sposób, że najpierw zwrócono uwagę na sztuczne zniekształcenia stosownie do geograficznego rozprzestrzenienia jego, następnie — na okresy spostrzeganych pierwotnych form charakterystycznych zmian oraz na to, czy zmiany te odpowiadają właściwie pewnym tylko okresom lub też nie. Istota i cel zniekształceń również została uwzględniona. Zeszpecenia zębów stwierdzono u Australczyków, papuasów, ludów podobnych do rasy mongolskiej (malajczyków, Indian), drawida, murzynów, hamitów; hotentoci oraz buszmani nie szpecą swych zębów.

Po omówieniu sprawy zniekształcenia zębów u poszczególnych ludów, zamieszkujących różne kraje, autor przechodzi do opisu postaci deformacji. Są one tak fantastyczne i różnorodne, że wprost zastanawiają czytelnika pod względem pomysłowości. Widzimy więc: zaciosanie (zaostrzenie), wykrawanie, wypiłowywanie szczyrb, wyłamywanie zębów, poziome spiłowywanie (amputacja korony zębowej), barwienie — proste lub ze spiłowywaniem, upiększanie metalowymi lub kamiennymi wkładkami i wychylanie zębów z ich miejsca. To są ogólne formy, które jednak ulegają pewnym zmianom i modyfikacjom.

Formy zilustrowane są odnośnymi rysunkami czaszek preparatów przechowywanych w różnych muzeach. Do rzędu zniekształceń narządu zębowego odnieść należy zupełne usunięcie zębów i, stosownie do szpecu, jednego lub więcej siekaczy, górnych lub dolnych (rzadziej kłów). Praktykuje się to pomiędzy 10 a 12 rokiem, w okresie dojrzałości lub wkrótce przed wstąpieniem w związki małżeńskie. Po większej części zęby zostają wybijane lub wypychane.

Poziome spiłowywanie zębów i amputacja koron tychże stanowią również pewną cechę zeszpecenia; spiłowywaniu podlegają zwykle górne cztery siekacze, niekiedy kły oraz dwuguzkowce, dolne zaś rzadko poddawane są tego rodzaju „operacjom”. Do tych celów posługują się różnymi narzędziami (dłutem, młotem, kamieniami specjalnymi, pilnikami i t. d.). Spiłowywania sięgają różnego stopnia. Dawna operacja t. z. *hapapar*, bardzo bolesna, odbywała się przy pomocy kamienia. Nowsza operacja spiłowywania przy pomocy pilników angielskich nosi miano *batotok*. Operacja ta dotyczy tylko siekaczy i kłów górnej szczęki,

Wszystkie wzmiankowane operacje podług wiarogodnych źródeł autor opisał szczegółowo, jak również zwyczaje, towarzyszące tym zabiegom. Sztuczne barwienie zębów odbywa się przy pomocy trwałej farby roślinnej (sok), czernideł lub lakieru żywicowego. U różnych ludów sposób barwienia zębów jest różny i praktykuje się bardzo często. Upięk-szenie zębów (złotem, innymi metalami, masą perłową, kamieniami) rozpowszechnione jest u mieszkańców wschodnio-indyjskiego archipelagu i środkowej Ameryki. Zęby, przeważnie przednie, są wyświdrowywane i następnie inkrustowane powyższymi wkładkami. Wyparcia zębów z ich miejsca dopełnia sztuczne zniekształcenie zębów (Arabja, Senegal i in.). Dotyczy to również przednich zębów. Dlaczego ludy szpecą swe zęby, niełatwo znaleźć odpowiedź. Czynią oni to dla nadania im piękności, celem przypodobania się, na zlecenie lekarza-czarodzieja „nganga,” dla celów estetycznych (poprawienia zgryzu), z pobudek religijnych, jako przesąd (ludzi, którzy nie szpecą swych zębów, spotkać może w życiu nieszczęście).

Rozmiar niniejszej wzmianki, rzecz prosta, nie pozwala na szczegółowe streszczenie dzieła Schrödera. Z drugiej strony — interesujący się powyższą sprawą bezsprzecznie powinni bliżej zapoznać się z oryginałem. Nader ciekawa praca — wyczerpujące studjum etnologiczno-dentystyczne — budzi wprost zachwyt pod względem treściwego opisu zwyczajów i tradycji ludów niekulturalnych. Autor, jako doskonały badacz, zbierając materiał odnośny, poświęcił tyle mozolnej pracy, że mimowoli należy go postawić na widocznym miejscu w szeregu powag naukowych. Książkę czyta się z prawdziwym zaciekawieniem. Materiał w niej zawarty jest tak skrupulatnie zestawiony, że nie pominięto ani jednego plemienia, szczepu dzikiego lub półdzikiego. A jakaż to praca!

W literaturze dentystycznej dzieło Schrödera bezsprzecznie zyska sobie poważne stanowisko. I w zupełności na to zasługuje. Autorowi za tak sumienne wyzyskanie całkowitego materiału należy się prawdziwe uznanie.

Zewnętrzna strona książki jest tak piękna, że nic jej nie można zarzucić. Papier welinowy, druk doskonały, ryciny wykonane wspaniale. Cena, jak na luksusowe wydawnictwo, jest dość przystępną. To też biblioteki nasze powinnyby zaopatrzyć się w to tak wielce ciekawe dzieło,

Kr.

La Stomatologie. L'Art dentaire et son évolution contemporaine.
Par Dr. Cruet. Paryż. Nakład G. Steinheil. Cena 5 fr.

Dość gruba ta książka o 392 str. stanowi właściwie zestawienie wszystkiego tego, co już w ciągu lat ostatnich wygłaszano w postaci odczytów (na Zjazdach, w T-wach i t. d.) i pisano w sprawie reformy studjów dentystycznych we Francji. Autor jest jednym z najdzielniejszych bojowników w walce z dentystami, a jednocześnie gorliwym obrońcą stomatologów. Dentystyka, jego zdaniem, bezwarunkowo winna we wszystkich jej zadaniach przejść do ogólnej medycyny. Swój obóz stomatologów autor naturalnie rysuje w barwach różowych, przeciwnika zaś—dentystów—w świetle ponurem. Ponieważ wogóle praca nosi charakter polemiczny, nie ma więc ona wiele wartości ogólnej. W sprawie zwalczania we Francji przeciwnego swemu tytułu Cruet występuje wprost jako fanatyk. Stopień „chirurgien-dentiste“ nie odpowiada poglądom autora, szkoły bowiem (Ecoles dentaires) mają słaby związek z fakultetami lekarskimi. Wiadomości więc z ogólnej medycyny są niewielkie. Cruet chirurgien-dentiste'ów uważa wprost za ignorantów. Dewiza Magitot'a „tout dentiste doit être médecin, et tout médecin doit être dentiste“ jest widocznie dla autora przewodnią myślą. Każdy medyk, jego zdaniem, powinien posiadać zasadnicze teoretyczne i praktyczne wiadomości z dziedziny stomatologii, otologii i t. d. i podlegać odpowiedniemu z tego przedmiotu obowiązkowemu egzaminowi, poświęciwszy się uprzednio specjalnym tym studjom. Stomatolog taki będzie właściwym ideałem. Książka, aczkolwiek traktuje sprawę jednostronnie, zasługuje jednak pod względem dokumentalnym na uwagę, zawiera bowiem, jak już zaznaczono, cały materiał faktyczny, który był właśnie bodźcem dla dentystów całego świata do walki ze stomatologami.

Kr.

IV. Kronika i sprawy zawodowe.

== **Echo uchwały Warsz. T-wa Odontologicznego** w sprawie reklam i szyldów dentystycznych. W dalszym ciągu pisma lekarskie i dentystyczne witają ten śmiały krok naprzód. Lwowski „Głos lekarzy,“ organ poświęcony deontologii lekarskiej, przedrukował uchwałę T-wa *in extenso*. Prasa niemiecka również odezwała się echem. „Zahn-

ärztliches Centralblatt," organ poświęcony sprawom zawodowym dentystów niemieckich (Wrocław), pod adresem naszych kolegów podał życiową dość obszerną wzmiankę, dotyczącą sprawy zwalczania reklamomanji. Szczególną organ ten zwraca uwagę na sposób zwalczania jej drogą prasy, który to sposób jest najodpowiedniejszym. Boykot kolegów-reklamistów jest najwłaściwszym sposobem zwalczania krzyków handlarskich, przynoszących ujmę całej korporacji dentystycznej.

= **Sui generis spekulacja.** Jak Niemcy potrafią wyzyskać każdy nowowynaleziony środek leczniczy, dowodzi tego aż nadto dobitnie mnóstwo rozrzucanych po pismach reklam, wychwalających ten lub ów skombinowany środek o składzie tajemnym. Spekulacja ta zwłaszcza ogarnęła naszą specjalność, dotyczy środków znieczulających, przeciwnilnych, kosmetycznych dla jamy ustnej i t. d., i t. d. Spotykamy więc cały szereg narzucanych środków: *anaestheticum, analgos, apathin, cocarrenal, caryna, painless, phenyphrin, robin, stovarenal, antidorol, sensolyt, proteol, dolovol, dentorol* i t. d., i t. d. Rzecz prosta, że żaden szanujący się dentysta tych środków stosować nie będzie, i w tym też duchu należy kolegów ostrzedz. Ze względu na odpowiedzialność, stosować można tego rodzaju środki tylko firm, które wyraźnie podają skład ich. Poważne fabryki chemiczne oraz niektóre tutejsze apteki mają należyte specjalne urządzenie; na nich więc polegać można. Należy unikać wogóle wszelkich tajemniczych „wyrobów.“ Mieliśmy sposobność widzieć ampułki *zakułowane* wyrobu tutejszego, które zawierały niby płyny znieczulające *wyjałowione*; na pierwszy rzut oka widzieć można było, że były one mętne, a w niektórych pływały pyłki różnego kalibru i odcienia; jestto chyba *najlepszy* dowód jałowości, nieszkodliwości oraz skuteczności tych wychwalanych cudów. Nie należy chyba dodawać, że „wyrobom“ takim nie powinno się dowierzać.

= **Nowe lecznice dentystyczne.** Do tutejszego urzędu lekarskiego napływają podania o otwarciu nowych lecznic dentystycznych.

= **Uczczenie pamięci D-ra Dzierżawskiego.** Rada pedagogiczna szkoły dentystycznej Szymańskiego uchwaliła uczcić pamięć D-ra Boleśława Dzierżawskiego, wybitnego polskiego odontologa i redaktora pierwszego u nas organu zawodowego, przez zawieszenie dużych rozmiarów fotografii w sali kliniki, której zmarły był przez szereg lat kierownikiem.

= **Lecznicza dentystyczna D-ra Berkmana przy ulicy Marszałkow-**

skiej została zwinięta. Czyżby już się rozpoczął okres krytyczny dla leczenia?

== **Ustawa kasy zapomogowej odontologów polskich** została przez władze tutejsze zatwierdzoną.

== **Odczyt na temat „Hygiena zębów i jamy ustnej“** wygłosił w d. 20 IX r. b. kol. Michał Grejniec z Częstochowy w sali odczytowej na placu Wystawy Hygienicznej w Lublinie. Poruszywszy sprawę pielęgnowania zębów mlecznych i stałych oraz rozpowszechnienia wiadomości z dziedziny chorób zębów i jamy ustnej i ich leczenia, prelegent wezwał lekarzy, nauczycieli oraz całe społeczeństwo do walki z temi cierpieniami, podkopującymi zwłaszcza wzrastające pokolenie. Odczyt wygłoszony został nader treściwie i przystępnie dla szerszych mas. Sala była przepełniona publicznością, która prelegentowi nie szczędziła oklasków.

== **Nagrody otrzymali** na wystawie higienicznej w Lublinie kole-dzy: A. Żadiewicz z Łodzi (medal srebrny) za tablice statystyczne, Głuszkowski z Warszawy (medal srebrny) za zęby sztuczne i M. Rozenblatt z Częstochowy (medal srebrny) za zęby sztuczne.

== **Ambulatorjum dentystyczne** oficjalnie otwarte zostało w gmachu Gminy starozakonnych (poszpitalnym przy ulicy Pokornej). Kierowniczką mianowano kol. Kon-Feldblumową.

== **Zmarł w Pradze Jan Bogumił Eiselt**, znakomity profesor uniwersytetu, założyciel i pierwszy redaktor *Časopisu lékařův českých*, nestor medycyny czeskiej.

== **Oryginalna „uczelnia.“** Z wiarogodnego źródła dowiadujemy się, że zakład techniczno-dentystyczny p. Stawiskiej i C-o, pomimo ogromnych sztyldów, krzykliwych reklam, nie został dotychczas (po roku) otwartym. Czemu to przypisać—niewiadomo. Obecnie spółka rozsypała się, a organizatorka podobno przenosi się do Cesarstwa. Zaznaczyć należy, że sprawa tego rodzaju uczelni obecnie rozpatrywaną jest przez komitet uczony przy Ministerjum oświaty i wkrótce ma być rozstrzygniętą w duchu pomyślnym, t. j. zakłady te przejdą do historii przeszłości.

== **Drugą szkołę dentystyczną** otwarto w Mińsku.

== **Nowy skład dentystyczny** tworzy się w Warszawie. Ma to być oddział jednego z łódzkich składów, który pewno konkurować będzie cenami. Skład mieścić się będzie w okolicach Leszna.

== **Domokrażni handlarze dentystyczni.** W Warszawie na wzór roznosicieli bułek i różnych przedmiotów potrzeby domowej utworzył się domokrażny handel wyrobami dentystycznymi oraz drobnymi narzędziami. Kilku kolegów komunikuje, że od czasu do czasu odwiedzają ich handlarze, proponujący między innymi wyrobami nabywanie zębów sztucznych z *prawdziwymi* zaczepkami. Po bliższym jednak przyjrzeniu się okazuje się, że są to *tanie* zęby, osadzone na wosku od prawdziwych zębów White'a i Ash'a. Na pierwszy rzut oka nie da się to odróżnić, ponieważ są to zęby przeważnie barwy jasno-żółtej, mające znaczne podobieństwo do dobrych, a zaczepki ich również są jasne (prawdopodobnie są to zęby marki *phila compo pin—przyp. red.*).

== **Dobry początek.** Pewne grono dentystów łódzkich zaprojektowało zorganizowanie we wszystkich miejscowych szkołach popularnych odczytów o pielęgnowaniu zębów i jamy ustnej. A my?

== **Z uniwersytetu warszawskiego.** Zgodnie z rozporządzeniem rady ministrów wznowiono wykłady w uniwersytecie warszawskim, w którym od trzech lat panowała martwa cisza. Przyjęto na wszystkie wydziały 780 studentów (na wydz. lekarski 150); w tej liczbie katolików 40, a żydów zaledwie 7% w stosunku do liczby osób wyznań chrześcijańskich. Liczba ogólna Polaków wynosi 10%. Młodzież uniwersytecka składa się przeważnie z elementu przyjezdnego, wśród którego wybitne miejsce zajmują seminarzyści, gdyż poczyniono im pewne ulgi przy wstąpieniu.

== **Francuzczyzna.** Przysłano nam następującą receptę ¹⁾: *Medicine (!)—Dentiste Joseph Ajzenstein. Varsovie, ul. Miła Nr 29. Przyjmuje od 9 do 2 i od 4 do 6 wiecz.* Dalej: *Rp. Tinct. Jodi.* „*Aconati* ²⁾ (!) *aa 10.0 MDS.* ³⁾, u spodu zaś—*Cort. Quercus* ⁴⁾. Są „specjaliści“, którzy strasznie się boją języka polskiego, a dla „powagi“ chwytają się francuzczyzny aż z... Koziej Wólki. Bo czyż, koledzy, nie jest tak? Dość spojrzeć na powyższą receptę, stanowiącą *sui generis* bigos. Czy sz. autor przypuszcza, że, rozpowszechniając takie „recepty“, nie wystawia siebie na pośmiewisko?

¹⁾ zwracamy uwagę na pisownię.

²⁾ cóż to za lek?

³⁾ co z tem pacjent ma robić?

⁴⁾ (kora dębowa). *Jak* stosować i *któ* obecnie ten środek zaleca??

= **Nowe gabinety dentystyczne w Warszawie otworzyli:** Br. Klejnerman (Nowy Świat 43), Meloch (Królewska 51), Gombiński (Królewska 51), Stefanja i Balbina Jawitz (Złota 42), Wł. Schoenborn (Nowy Świat 36), Rozensztejn (Leszno 40), L. Jawitz-Mintz (Rymarska 14), J. Strausman, ojciec (Mokotów), A. Strausman, syn (Mokotów).

= **Albin**—pasta hydrozonowa do zębów. W zetknięciu ze śliną $H_2 O_2$ wydziela wolny tlen. Próbkę gratisowo wysyła firma Pearson i C^o G. m. b. Hamburg.

= **Modulus**—nowa masa wyciskowa M. Rudas. Budapeszt. Vracz i Körut 82.

= **Wollinicum**—środek tajemny do lecz. miazgi. Lab. Wollin. Berlin W. Schöneberg.

= **Sanora**—nowa pasta do zębów D-ra Kleinsorgena (w tubkach) i „uniwersalna woda“ do ust (we flak.). Centrale für Volkszahnhygiene. Herman Heine. Elberfeld.

= **Skazanie.** Sąd okręgowy w Rydze na sesji wyjazdowej w Dorpacie skazał na zasadzie §§ 294 i 296 kod. karnego (za podrabianie dokumentów oficjalnych) dentystę Bernarda Goldenberga, w swoim czasie aresztowanego w Warszawie, na 5 lat rot aresztanckich z pozbawieniem szczególnych praw i przywilejów. G. oskarżony był o podrobienie matury II tutejszego gimnazjum dla niejakiego Mindlina, który był słuchaczem uniwersytetu w Dorpacie i który również skazany został na 3 lata rot aresztanckich. Jestto początek szeregu spraw kryminalnych na tle fałszerstw świadectw naukowych.

= **Rozporządzenie.** Komunikują nam, że Główny Inspektor Lekarski naskutek interwencji dentystów rosyjskich wkrótce ma rozesłać do uniwersytetów okólniki, polecające sprawdzenie świadectw dentystycznych, przedstawionych w ostatnich latach.

= **Jubileusz.** Pierwsze T-wo Dentystyczne w Rosji obchodziło 3 b. m. 25-letni jubileusz istnienia.

= **Nową ustawę uniwersytecką** opracowuje Ministerjum Oświaty.

= **Dobra wiadomość.** Koledzy komunikują, że w Warszawie znówu grasuje herszt naganiaczy niedawno przybyły z Cesarstwa; szuka on nowych „kandydatów“ na wywóz do Charkowa i Kijowa.

= **Kapłani i szkoły dentystyczne.** W św. synodzie rozpatrywano sprawę o zezwoleniu osobom duchownym na wstępowanie do szkół dentystycznych. Przyczyną poruszonej sprawy była prośba kapłana staro-

Piśmańskiego siola (słobody) gub. samarskiej, który pragnął wstąpić do szkoły dentystycznej. Celem zapobieżenia podobnego rodzaju staraniom synod wyjaśnił, że zajęcia w szkołach dentystycznych nie odpowiadają godności kapłana i nie mogą być dopuszczone, postanowił więc zawiadomić o tem eparchjalnych archierejów.

= **Rozporządzenie.** Urząd głównego inspektora lekarskiego wydał rozporządzenie ścisłego sprawdzania dokumentów na stopień felczerski, przedstawianych z tej lub owej przyczyny do urzędów lekarskich. Cyrkularz ten nastąpił wskutek przedstawienia fałszywego świadectwa do jednego z urzędów. (*Wrac. Gazeta 23. 1908*).

= **Glasin**—nowa masa przezroczysta do sztucznego dziąsła, mogąca zamienić dziąsło porcelanowe lub kauczuki; można ją modelować jak wosk i wyrabiać jak kauczuk. Duża porcja kosztuje mk. 10, próbna — mk. 3. W. Bruns. Brandenburg a. H.

= **Ambulatorja w Anglii.** W Anglii ma wejść w życie bardzo racjonalne urządzenie, celem wykluczenia szukania bezpłatnej porady przez majątnych pacjentów w ambulatorjach szpitalnych. Każdy chory, szukający poraż pierwszy porady w ambulatorjum jednego z większych szpitali Londynu, ma przynieść ze sobą świadectwo od praktykującego lekarza, potwierdzające, że pacjent nie jest rzeczywiście w stanie leczyć się prywatnie. Lekarz prywatny może też swego pacjenta przysłać do ambulatorjum, celem potwierdzenia swego rozpoznania (publiczne konsylium) z odpowiednią kartką, w razie jeżeli chorego na zapłacenie prywatnego konsylium nie stać. (*Głos lek.*).

= **Sprawę reformy szkół dentystycznych** w Izbie Państwowej referować będzie prof. Makłakow.

= **Poliklinika szkolna w Lucernie.** W Lucernie założono poliklinikę dla ogółu młodzieży szkolnej. Zakład podzielono na dwa oddziały: poliklinikę chorób ogólnych i *poliklinikę dentystyczną*. Pierwszy oddział udziela pomocy chirurgicznej w drobnych wypadkach i wydaje materiały opatrunkowe, poliklinika dentystyczna udziela pomocy w zakresie chorób zębów i jamy ustnej.

Każde dziecko, korzystające z pomocy lekarskiej w poliklinice miejskiej musi być zaopatrzone w odpowiednią kartę legitymacyjną, wydaną przez lekarza szkolnego lub przez nauczyciela. Korzystanie z porad polikliniki nie jest obowiązkowe. Zakład jest otwarty przez cały rok szkolny, podczas wakacji zamknięty. Lekarze, płatni przez radę

miejską, nie mogą przerywać zajęć bez uprzedniego zawiadomienia odnośnej władzy. (*Zdrowie 3. 08*).

== **Konkurencja w zawodzie lekarskim.** Sąd krajowy w Norymberdze rozpatrywał niedawno sprawę następującą. Pewien dentysta ułożył się ze swoim asystentem w ten sposób, że ten przyrzekł przez 3 lata nie osiedlić się ani w mieście N., ani też w promieniu 12 kilometrów od tegoż miasta, w przeciwnym razie zapłacić miał 10,000 marek odszkodowania. Asystent po pewnym czasie osiedlił się w mieście, a wtedy sąd w pierwszej instancji przyznał owemu dentyście odszkodowanie w kwocie 7000 marek, natomiast w drugiej skargę jego odrzucono, a to na tej podstawie, że praktyka lekarska nie jest podobnym zarobkowym zajęciem, jak kupiectwo i t. p., z tego też powodu konkurencja nie wchodzi tu rzeczowo w rachubę. Osoba, mająca dyplom, może wykonywać wszędzie praktykę, nie wolno nikomu, a zwłaszcza koledze, w tem go w żaden sposób krępować. (*Przeegl. lek. 22. 08*).

== **Etruscy dentyści przed 2300 laty.** W „Rivista Italiana di Odontologia” pisze prof. G. Galli o sztucznych zębach, wyrabianych w IV-ym wieku przed Chr., opierając się na zbadaniu czaszki, którą znaleziono na starem etruskiem cmentarzysku miasta Falerii. Robota dentystyczna w tej czaszce składa się z 4-ch złotych kapsli, z których dwie pokrywają 2 zęby naturalne i służą im za podporę, inne zaś dwie służą za sztuczne zęby. Etruskowie znali także i mastyks, którym wypełniali jamy sztucznych zębów. Że się ta robota utrzymała przez prawie 2300 lat, świadczy to o dobrem jej wykonaniu. (*Przeegląd lekarski. 2. 1908*).

Kursy dentystyczne

celem uzupełnienia wiadomości z dziedziny dentystyki operacyjnej i protetycznej (teorja i praktyka) dla lekarzy, lekarzy dentystów i dentyków.

Kierownicy oddziałów: Doc. F. Zwierzchowski, T. Wongl-Świderski, I. Szwarz, R. James-Loevi, H. Efron, H. Hollandski i B. Hauchman. *Starszy demonstrator w dziedzinie techniki*—W. Efremow.

Informacje i zapisy: **Petersburg, Newski Pr. 34.**
Lecznica chorób zębów i jamy ustnej B. Hauchmana
i H. Hollandskiego.

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

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.