

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

Prace oryginalne.

O tak zwanych „delikatnych dziąsłach“ oraz naturalnym sposobie ich leczenia.

(Przekrwienie dziąseł. Hyperaemia gingivae).

NAPISAŁ

Stanisław Blikle.

Dziąsłem, jak wiadomo, nazywamy tę część śluzówki jamy ustnej, która pokrywa brzegi zębodołowe szczęki i obejmuje szyjki zębów. Stanowi ono tkankę białoczerwonawą, obfitującą w naczynia krwionośne, i przylega ściśle do leżących pod nią części twardych, przez co samo przez się jest dosyć twarde i nieprzesuwalne. Grubość dziąsła, tam, gdzie przylega ono do zębów, dochodzi do 1—3,4 mm. Na całej swej powierzchni posiada ono dość znaczne brodawki, które okolone są pojedynczemi brodaweczkami; ostatnie zawierają jedną tylko pętliczkę naczyń włosowatych, w większych zaś znajduje się cała sieć tych naczyń.

Dziąsło pokryte jest nabłonkiem płaskim, w którym znajdujemy małe okrągławe wgłębienia ze zrogowaciałemi komórkami. Wgłębienia te łatwo przyjąć można za ujścia gruczołowe, których jednak dziąsła nie posiadają.

Włókna okostnej górnej części zębodołu rozpromieniają się w kierunku szyjki zęba w postaci grubych pęczków i, gubiąc się

w cemencie, w kości zębodołu i dziąsła, tworzą rodzaj sprężystego więzadła, które okrąża ząb (*Ligamentum circulare dentis*).

W dziąsła nerwy są trudne do wykazania, w brodawkach zaś niepodobna wcale dostrzedz śladu nerwów; dlatego też czucie jest bardziej upośledzone, niżli np. na słuzówce jamy ustnej i wargach.

Pod względem fizjologicznym dziąsło, podobnie jak i nabłonek jamy ustnej wogóle, jest łatwo przenikliwe nie tylko od zewnątrz ku wewnątrz, ale i odwrotnie—od wewnątrz ku zewnątrz, skutkiem czego jest ono w stanie przeprowadzać do jamy ustnej wychodzącą z naczyń słuzówki surowicę krwi, a w przypadkach patologicznych i krew. W ten sposób dziąsło, które pomimo nieposiadania gruczołów, uczestniczy jednak w tworzeniu się płynu słuzowego. Normalnie zdrowe dziąsło wydziela go bardzo mało i dlatego jest ono suche i matowe.

Nabłonek, dzięki swej elastyczności, łatwo wytrzymuje bez uszczerbku dość znaczny ucisk. Sprężystość dziąsła w okolicy szyjki zęba jest tak znaczna, że, dzięki jej, łatwo usuwane bywają wszelkie resztki pokarmowe, jakie podczas jedzenia dostają się w przestrzenie międzyzębowe.

Gdyby nie ta fizjologiczna czynność dziąseł, to owe przestrzenie byłyby zawsze pełne gnijących resztek pokarmowych, jak to często widzimy u osób z choremi dziąsłami.

Sprężystość zdrowych dziąseł rozciąga się na zewnętrznej powierzchni zębodołów aż do połowy ich wysokości. Jest to, zresztą, zupełnie naturalne, gdyż w przeciwnym razie żucie twardych pokarmów musiałyby powodować krwotoki, czego normalnie nie widzimy.

Istnieje jednak taki stan dziąseł, przy którym krwawią one nie tylko podczas gryzienia, lecz nawet przy łykaniu śliny; dowodzi to, że dziąsła są w stanie nienormalnym.

Krwotoki dziąsłowe mogą być również jednym z objawów chorób ogólnych, jak np.: choroby Barlow'a (przy której bywają one pierwszym i jedynym objawem ciężkiego tego cierpienia), gnilca i pokrewnych mu spraw chorobowych jak: krwawiączki (*haemophilia*) i plamicy krwotocznej (*morbis maculosus Werlhofi*), przy zatruciach organizmu: rtęcią (*hydrargyrosis*), fosforem, jodem i t. p. Te jednak krwotoki dziąsłowe, które mamy zamiar zająć się w pracy niniejszej, nie należą do wzmiankowanej powyżej kategorii, pochodzą bowiem z przyczyn czysto miejscowych, które dalej szczegółowo omówimy.

Choroba ta, którą nazywać będziemy *przekrwieniem dziąseł* (*hyperaemia gingivae*), dla odróżniania jej od całego szeregu chorób dziąseł, zwanych ogólnym mianem „gingivitis”, dotychczas opisaną nie była, a jednak, jak to dalej zobaczymy, stanowi ona oddzielną postać choroby dziąseł. Mamy więc dostateczne powody do jej wyodrębnienia. Nawet szeroki ogół wyróżnia ją z pośród innych chorób dziąseł, nazywając cierpienie to „delikatnymi dziąsłami”. Nazwa ta jest nawet bardzo trafna, gdyż prócz krwawienia, co właśnie ową „delikatność” śluzówki charakteryzuje, żadne ważniejsze objawy tu nie zachodzą.

Zupełny brak bólu (istnieje tylko uczucie powiększenia się dziąseł, co powoduje pewną trudność w żuciu oraz łatwość zatrzymywania się pokarmów w przestrzeniach międzyzębowych), smak krwi w ustach (z powodu łatwego krwawienia dziąseł) oraz pewna wrażliwość szyjek zębowych na słodycz i zimno—stanowią jedyne subiektywne objawy tej choroby.

Nie znajdujemy również żadnego rozkładu tkanki. Choroba atakuje z jednakową łatwością dziąsła tak górnej, jak i dolnej szczęki. Zawsze zaczyna się od przestrzeni międzyzębowych zarówno na przednich, jakoteż i trzonowcach, rozprzestrzeniając się, zeleźnie od wywołującej przyczyny, na dowolne tylko części dziąsła i nie przechodzi na dalsze tkanki. Dziąsła takie są obrzmiałe, koloru czerwono-malinowego; nabłonek jest wilgotny, lśniący i przy najlżejszem dotknięciu pęka, powodując wylew ciemnej krwi. Dziąsło już nie otacza ściśle szyjki zęba, lecz, odstając, tworzy „kieszki”. Sprężystość jego stopniowo zanika, tak delecce, że łatwo możemy w ostatnią wtłoczyć ziarnko maku. Przebieg choroby jest łagodny, rokowanie dobre, a leczenie łatwe.

Jak więc widzimy, już sam obraz kliniczny różni się znacznie od wszystkich rodzajów zapaleń dziąseł. I nie dziwnego, mamy tu bowiem do czynienia z przekrwieniem biernem, czyli zastoinowem, które powoduje wynaczynienie płynnej części krwi, t. j. przesiąkanie (*transsudatio*) przez nienaruszone ścianki naczyń krwionośnych, gdy tymczasem przy zapaleniu, jak wiemy, następuje, po uprzednim uszkodzeniu ścianek naczyń krwionośnych przez czynniki zapalne, równocześnie z przesiąkaniem, przenikanie bezbarwnych ciałek krwi; tu więc mamy do czynienia z wysiękiem (*exsudatio*), co przecież za-

sadniczo różni się od przesięku. Ostatni zaś jest zjawiskiem fizjologicznem dotąd, dopóki nie nastąpi wstrzymanie jego odpływu przez naczynia chłonne, wskutek czego nagromadza się on w tkankach i staje się już patologicznym, jak to właśnie ma miejsce w naszym przypadku.

Z przyczyn takiego patologicznego przesiąkania następuje często mechaniczne utrudnienie odpływu krwi żyłnej (przekrwienie zastoinowe), rzadziej zaś zakłócenia odpływu limfy. Znany również jest usposobienie do wzmożonego przesiąkania przy wodnistości krwi (*hydraemia*).

Przejdziemy do historii powstawania omawianej przez nas choroby. Przedstawia się ona, mniej więcej, tak. Osoby nie czyszczące nigdy zębów (np. lud wiejski, dzicy i t. p.) z chwilą, gdy zczą korzystać z dobrodziejstw sztuki kulinarnej, t. j. przejdą od pokarmów twardych i prostych do specjalnie przyrządzanych miejskich, w krótkim już czasie poczynają odczuwać pewne dolegliwości dziąseł oraz narzekać na częste krwawienia. Osoby zaś, które swe zęby stale czyszczą, odczuwają to samo w miarę jak czyszczenie staje się niedostatecznem. Najczęstszymi powodami zaniedbywania się w czyszczeniu są: pośpiech w ubieraniu się, choroba, podróż, miękka szczotka, lub wreszcie złe ruchy nią wykonywane. Często też bywa, że zepsuty ząb zmusza wskutek bólu do niedotykania szczotką całej strony szczęki i do zaprzestania żucia. Tym sposobem nagromadza się na zębach sporo resztek pokarmowych i śluzu, wreszcie zaczyna się osadzać kamień, któremu zupełnie niesłusznie przypisują własność wywoływania owego „zapalenia dziąseł“.

W początkach omawianej choroby krwawienie dziąseł bywa bardzo nieznaczne, jednak osoby bardziej tchórzliwe, ujrawszy krew w ustach, prędko przychodzą do przekonania, że mają widocznie „delikatne dziąsła“, skoro te przy silniejszym nieco ucisku zaczynają krwawić. Zarzucają więc szczotkę twardą, zastępując ją coraz bardziej miękką (gumową i t. p.). Ponieważ jednak mimo to krwawienie z dziąseł staje się coraz częstszem i znaczniejszem, przychodzą oni wreszcie do przekonania, że tak bardzo delikatnych dziąseł drażnić i kaleczyć nie należy; odtąd czyszczą już zęby palcem, lub ograniczają się tylko do płukania ust.

Teraz dopiero choroba zaczyna rozwijać się bardzo szybko, gdyż

dziaśła, które zostały odrazu pozbawione czy to naturalnego (podczas jedzenia), czy też sztucznego masażu (przy użyciu szczotki), zaczynają coraz to silniej protestować przeciwko temu. Oto protest ten wyraża się w coraz to łatwiej powstających i obfitych krwotokach.

Aby dobrze zrozumieć istotną przyczynę tej choroby oraz móż racjonalnie ją leczyć, musimy zapoznać się bliżej z ową, tak potrzebną działom fizjologiczną czynnością, jaką jest naturalny masaż dziąseł, podczas żucia dokonywany. Spójrzmy więc jak on bliżej wygląda. Dla przykładu wyobraźmy sobie, w jaki sposób gryziemy rzodkiew, jabłko, lub kawałek chleba razowego. Otóż zęby, aby przewyciężyć stawiany im opór, wciskają się w gryziony przedmiot coraz głębiej aż do samych dziąseł, i, zależnie od grubości kęsa, nawet i powyżej dziąseł, co oczywiście za każdym razem wywiera na nie silne ciśnienie w kierunku od szyjki zęba do wierzchołka.

Ten ucisk dziąsła jest połączony z większym lub mniejszym przykrem uczuciem, które, prawdopodobnie, było dla człowieka jednym z bodźców do rozmiękania sobie pokarmów naturalnych, a więc i zapoczątkowania sztuki kulinarnej. To też, gdy chcemy o kimś powiedzieć, że się przyzwyczaił tylko do zbyt kownych pod względem kulinarnym potraw, mówimy wówczas, że go „wszystko kłuje w zęby“.

Otóż ciśnienie to na dziąsło i to w kierunku wierzchołkowym jest człowiekowi koniecznie potrzebne, gdyż inaczej dziąsła podlegają opisanej chorobie. Cóż więc za czynność fizjologiczną wykonywa ciśnienie to na dziąsła? Nic ponadto, co dokonywa masaż wogóle. Ostatni zaś, jak wiemy, pobudza krążenie krwi, t. j. przyspiesza i ułatwia odpływ krwi żyłnej, a przypływ tętniczej. W ten sposób produkty wydzielnicze tkanek zostają szybciej odwodzone, ustępując miejsca produktom odżywczym, zasobnym w czynną energję, które, krzepiąc protoplazmę komórki, potęgują żywotność tkanek.

Gdy rozcieramy guz urazowy, powstający wskutek wybroczeń krwi w tkankę podskórną, wszakże wówczas zupełnie bezwiednie też stosujemy masaż. Wprawdzie będzie to już pewien zabieg leczniczy, znamy jednak przykłady czysto fizjologicznego masażu. Chociaż prawidłowość krążenia krwi zależy głównie od czynności serca, jednak i czynność mięśni wpływa bardzo korzystnie na tę ważną funkcję

fizjologiczną. I dlatego też wszelkie ćwiczenia mięśniowe, jak gimnastyka i masaż, jako ułatwiające krwiobieg, są bardzo wskazane.

Że jednak dziąsła mięśni nie mają, gdyż leżą nieruchomo na twardym wyrostku zębodołowym, a z drugiej strony — posiadają sieci cieniutkich naczyń włosowatych, których ścianki, jak wiemy, nie są tak elastyczne, jak grubsze naczynia, przeto łatwo zrozumieć możemy, dla czego do prawidłowo szybkiego krwiobiegu dziąsło wymaga pewnej pomocy z zewnątrz, która właśnie fizjologicznie występuje (jak to wyżej widzieliśmy) podczas żucia twardych pokarmów. Kierunek zaś wierzchołkowy tego naturalnego masażu ułatwia właśnie przede wszystkim odpływ krwi żyłnej, a przez to samo i dopływ tętniczej. Nic więc prostego nad to, że, kiedy dla jakichbądź powodów odejmiemy dziąsłu naturalną tę pomoc w krwiobiegu, krew, jeśli jej sztucznie nie dopomożemy, zatrzymuje się w naczyniach. Wskutek więc braku lub osłabienia tych środków pomocniczych w krążeniu, zaczyna rozwijać się przekrwienie bierne, czyli zastoinowe.

Już przy nieznacznych nawet przekrwieniach występują surowicze przesiąki przez ścianę naczyń i, zależnie od stopnia zastoju, wywołują krwotoki bez uszkodzenia naczyń włosowatych (*haemorrhagia per rhexin*). W późniejszych zaś stadjach omawianej choroby następuje wylew krwi z naczyń w tkankę dziąsła. Krew ta, rozchodząc się po większej przestrzeni, tworzy krwawe nacieczenia (*infiltratio haemorrhagica*), które przy lada sposobności powodują większe krwotoki.

Z powyższego opisu widzimy, iż natura radzi sobie w sposób bardzo dowcipny, aby jaknajprędzej przywrócić zakłóconą równowagę w krążeniu krwi, usuwając zatrzymaną krew zaraz na miejscu w postaci krwotoku, który, nie grożąc żadnymi następstwami, odrazu sprawę leczy.

Tą więc drogą dziąsło pozbywa się przy lada sposobności dotąd niepotrzebnego balastu, dopóki nie zostaną przywrócone stosunki normalne. Lecz oto następują nowe trudności, gdyż osoby, mające „delikatne dziąsła“, starają się wszelkimi sposobami, czyniąc nieraz znaczne nawet wysiłki, uchronić je od krwotoków, czyli znów stawiają naturze nowe przeszkody do zwalczania.

Przechodzimy teraz do *profilaktyki i leczenia* choroby.

Są one bardzo proste, polegają bowiem na tem, aby usunąć przyczynę choroby, resztę zrobi sama natura. I tu właśnie tkwi jądro kwestji, gdyż do tego czasu istotna przyczyna była przeoczona. Przypisywano bowiem powstawanie tej choroby nieczystemu utrzymywaniu ust, nagromadzeniu się kamienia i t. p.; słowem, wszystkiemu, co jest właśnie pierwszym skutkiem właściwej przyczyny. To też ani antyseptyczne płukania, ani ściągające pędzlowania, ani zdjęcie osadu z zębów nie tu pomódz nie mogą dotąd, dopóki dziąsła nie pozbędą się nadmiaru zatrzymanej krwi i nie otrzymają koniecznie im potrzebnego masażu.

Ponieważ usunięcie twardych pokarmów z naszego pożywienia, sprowadza, prócz braku masażu, jeszcze zanieczyszczenie zębów, przeto masaż dziąseł i czyszczenie zębów stają się koniecznością u ludzi cywilizowanych. Te więc czynności mogą i winny być z sobą połączone; dalej więc razem rozpatrywać je będziemy.

Należy tylko zwrócić uwagę, jak zęby winny być czyszczone, aby dziąsła mogły otrzymywać potrzebny im masaż, oraz wykazać błędy w czyszczeniu zębów. Otóż racjonalny masaż dziąseł, zgodnie ze wskazówkami jakie nam daje natura, polega na tem, aby sztucznie dać dziąsłom ponownie to, co im odebraliśmy przez usunięcie z pokarmów substancji twardych. Ruchy więc szczotką winny być wykonywane śmiało, z pewnym rozmachem i uciskiem w kierunku podłużnym zębów, starając się przy tem przesunąć głęboko po dziąśle. Szczęki winny być przytem ściśnięte, aby szczotka mogła z łatwością przesunąć się z jednej na drugą. Szczotka musi być koniecznie z twardej szczeciny, aby nią można było wykonywać pewien ucisk. Zalecane zaś przez niektórych kolegów miękkie szczotki z obawy, aby zębów nie zdzierać, dziąseł nie kaleczyć i od szyjek zębowych ich nie odrywać, są nic nie warte. Zdrowe dziąsło skaleczyć się szczotką nie da, a tembardziej oderwać od szyjki zęba, do którego jest ono, jak wiemy, silnie umocowane za pomocą *lig. circulare dentis*. Żeby ostatnie jednak choć trochę usunąć, jak to np. bywa potrzebne przy leczeniu ubytków poddziąsłowych, musimy, o ile są dziąsła zupełnie zdrowe, użyć znacznej nieraz siły przy pomocy klamer lub gumy. Szczotka więc ani go odsunąć, ani nasunąć nie może, a obawy, pod tym względem wyrażane, dowodzą tylko braku zasta-

nowienia się nad tą sprawą. Rzekome zaś zdzieranie zębów twardą szczotką rozpatrzmy w oddzielnej pracy.

Otóż w takich razach idzie o to, aby jaknajszybciej uwolnić tkankę z nacieczenia krwawego. W tym celu byłby wskazany zabieg chirurgiczny w postaci nacięcia dziąseł (*scarificatio*), który też w przypadkach cięższych oddaje wielkie usługi, w przypadkach zaś zwykłego przekrwienia najzupełniej wystarcza umiejętne zastosowanie twardej i sprężystej szczotki do czyszczenia zębów. W takich razach następuje zwykle obfity krwotok, który pacjentów bardzo przeraża ze względu na utratę krwi.

Otóż obawa jest zupełnie płonna, gdyż krew ta jest zupełnie bezwartościową dla organizmu, jako w krążeniu już nie przyjmująca udziału. Zatrzymana zaś w tkankach, łatwo bardzo ulega rozkładowi. Przy czyszczeniu zębów nadto daje się uczuć pewna przykrość w chwili zetknięcia się szczotki z wrażliwymi szyjkami zębów. Wszystko to jednak szybko bardzo przemija, każde bowiem następne użycie szczotki sprowadza mniejszy już krwotok. Naczynia krwionośne zaczynają się zwężać, a krwawe nacieczenia tkanki szybko przechodzą. Dziąsła zaczynają powracać do stanu normalnego, obejmując szczelniej szyjki zębów, a utracona z powodu choroby sprężystość dziąseł z wolna powraca. Jeśli zaś pacjent, mając pełne zaufanie do rady lekarza, sumiennie wykonywa zlecenia, to już po kilkudniowej kuracji dziąsła jego powróci mogą do zupełnego zdrowia. Widzimy więc, że *o ile przy zdrowych dziąsłach szczotkę do zębów uważać należy za pożyteczną, o tyle przy chorych—za konieczną*. W obu zaś przypadkach doskonale jest ona w stanie zastąpić naturalny masaż dziąseł, który, jak to wykazaliśmy wyżej, dla dziąsła jest koniecznie potrzebny.

Streścić się więc możemy w sposób następujący:

- 1) zdrowe dziąsła są tak sprężyste, że ani krwawić, ani zatrzymywać resztek pokarmowych na swej powierzchni nie mogą;
- 2) aby dziąsła mogły być utrzymywane w tym stanie zdrowia, wymagają one czegoś w rodzaju stałego masażu, który natura im daje przy żuciu pokarmów twardych;
- 3) odrzucając pokarmy twarde, zmuszeni jesteśmy dać dziąsłom sztuczny masaż przez racjonalne czyszczenie zębów i dziąseł;
- 4) zaniechanie tego obowiązku powoduje zaburzenia w krwio-

biegu dziąseł, występujące w postaci przekrwienia i nadzwyczajnej skłonności do krwotoków;

5) ta „delikatność dziąseł“, jak zwykle pacjenci się wyrażają, nie ma wspólnego ze stanem zapalnym; dlatego też wymaga ona innego sposobu leczenia, aniżeli znaczne zapalenie dziąseł;

6) racjonalnym tym sposobem leczenia, idącym za wskazówkami natury, jest przywrócenie prawidłowej cyrkulacji krwi przy pomocy masażu dziąseł oraz upust zatrzymanej w tkankach krwi;

7) za każdym następnym masowaniem krwotoki zmniejszają się, a dziąsła nabierają barwy coraz bardziej naturalnej.

Dział sprawozdawczy.

5) Dr. Judt Ignacy. O rentgenografji zębów i szczęk (Streszczenie własne. Podł. refer. wygłosz. w Warsz. T-wie Odont. w dniu 16. XII r. z.).

Rentgenografja zębów dosięgła obecnie wysokiego rozwoju. Duże zasługi pod tym względem położyli: Sjögren, Alberg-Schönberg, Cieszyński, Port, Dieck i inni. Zdjęcia, przedstawiane przez referenta dokładnie ilustrowały: ząb cały, koronę, korzeń, kanał zębowy, przegrody zębodołowe oraz otaczającą ząb tkankę gąbczastą.

Zastosowanie promieni Roentgena rozklasyfikować można według systematu patogenetycznego (dotychczasowa klasyfikacja, np. Porta, oparta jest na zasadzie topograficznej). Są to kategorie następujące:

1) Nieprawidłowa morfologia zębów (patologia ich wyrzynania się, zęby retencyjne i nadliczbowe, kontrola robót regulacyjnych, położenie zębów i korzeni, ilość kanałów i kierunek ich oraz stosunek do zatoki Highmora).

2) Cierpienia zapalne (zapalenie ozębnej—ostre i przewlekłe, ropień wierzchołkowy, ziarniniaki, nadżarcia wierzchołkowe zęba, martwaki, zapalenie szpiku kostnego szczęk, zwapnienia wewnątrzkomorowe pochodzenia zapalnego, nekroza przegród zębodołowych i przetoki).

3) Sprawy nowotworowe (torbiele wierzchołkowe zębów, torbiele mieszkowate (*cysta follicularis*), zębiniaki).

4) Sprawy urazowe i ciała obce (odłamane igiełki, ćwieczki me-

talowe, sprawdzanie plomb i past, utworzonych kanałów sztucznych, pęknięcia zębów i korzeni wzdłuż osi podłużnej (*fractura spontanea*).

W praktyce codziennej powstają częstokroć wątpliwości rozpoznawcze, które rentgenografia wyjaśniać może w sposób najdokładniejszy. Jest to metoda ścisła, obiektywna. Akcentować należy wielkie jej znaczenie przede wszystkim przy ocenianiu objawów wierzchołkowych, np. w różniczkowaniu między torbielą a ropniem, następnie w rozpoznawaniu zębiniaków.

Technika badania wymaga przede wszystkim odpowiedniego nadania kierunku promieni w stosunku do osi zęba. Zamiast klisz szklanych, stosowane są giętkie błonki żelatynowe, wprowadzane do ust po za zęby.

Myśl o wkładaniu małej rurki Crookes'a do ust, gdy błonka leży na zewnątrz, jest zupełnie chybiona, jako praktyczne niemożliwa do urzeczywistnienia.

Aparaty posiadają różną konstrukcję, od zasilanych małą ilością akumulatorów (16 volt) do potężnych maszyn, które pozwalają na zdjęcia, trwające nadzwyczaj krótko. Skrócenie czasu ekspozycji odgrywa ogromną rolę, gdyż wpływa ono na dokładność zdjęcia i nadzwyczaj uwydatnia strukturę zęba i szczęk. Większa część demonstrowanych błonek zdjęta została w przeciągu $\frac{1}{2}$ sekundy.

Oczywiście, system błonek posiada pewne niedogodności. Obejmują one ledwie dwa lub trzy zęby, w dolnej szczęce niekiedy nie pokrywają w rzucie cieniowym wierzchołków korzeni, a przede wszystkim nie można ich częstokroć stosować w okolicy ostatnich trzonowców. Wtedy dokonywać należy zdjęć na kliszach, jak przy badaniu samych szczęk. Przy odpowiedniej technice, wbrew pesymistycznemu zapatrywaniu niektórych badaczy, otrzymać można również dokładny rysunek zębów mądrości wraz z kanałem i otaczającą wierzchołek tkanką gąbczastą. Na szeregu klisz tego rodzaju rozpatrzyć można było również typowe przypadki patologji szczęk, a mianowicie: złamania w różnym kierunku, nowotwory oraz sprawy zapalne. Ciężką są przede wszystkim te przypadki, w których klinicznie rozpoznawano przewlekłe zapalenie szpiku, a badanie rentgenograficzne stwierdziło sprawę nowotworową. Są to wydarzenia dość częste, a smutne w skutkach.

Oddzielną kategorię rozpoznawczą stanowi zatoka Highmor'a,

wreszcie staw żuchwy. Otrzymanie dobrego rysunku tego stawu stanowi zadanie względnie trudne. Wszystko zależy od odpowiedniego ułożenia twarzy i kierunku centralnego snopu promieni z rurki Crookes'a. W stanie tym niekiedy rozpoznawać można złogi dnawe, próchnicę przymiotową lub gruźliczą, wreszcie zrosty pochodzenia zapalnego.

Pokaz 20 rentgenogramów zębów i 32 klisz, ilustrujących cierpienia szczęk, zatoki Highmora i stawu żuchwy.

6) Cramer H. O nerwobólu wzrokowym pochodzenia zębowego. (Revue générale de l'Art Dentaire 1 r. z.)

Przypadki nerwobólu wzrokowego pochodzenia zębowego, jakkolwiek nie należą do częstych, były jednak niejednokrotnie odnotowywane przez wielu autorów, już to okulistów, jak i dentystów; to też o ich istnieniu wątpić nie należy. Autor miał sposobność obserwowania przebiegu choroby pacjenta, cierpiącego na nerwoból wzrokowy. Więcej nawet, chory ten, wychowaniec jednego ze szpitali paryskich, sam odnotowywał z dnia na dzień ze wszystkimi szczegółami, na jakie się zdobyć może tylko zdolny do obserwacji lekarz, wszelkie zmiany, które zachodziły podczas jego choroby, oraz okoliczności, które jej towarzyszyły. Badania stwierdziły, iż cierpienia chorego na tle nerwobólu wzrokowego nie były ciągłymi, przeciwnie, przejawiały się w postaci silnych napadów, po których następowały okresy spokoju. Napadów takich chory miał 5.

Pierwszy napad bólowy trwał 34 dni; silny nerwoból prawego oka trwał 22 dni, krótszy okres słabszego nerwobólu obu oczu trwał 12 dni.

Drugi okres trwał 30 dni; bóle obejmowały lewe oko. Trzeci napad trwał 8 dni; ból obejmował oba oczy. Czwarty napad trwał 3 dni, a piąty—dzień; składał się nieraz z chwil krótkich, które następowały po długich przerwach.

Jedna rzecz najbardziej godna jest zastanowienia się, a mianowicie — zmniejszająca się długość ataków (34, 30, 8, 3 dni). Aby lepiej to zrozumieć, musimy wpierw wyjaśnić, jakie podrażnienia na tle zębowym poprzedzały napady. Pochodziły one z górnej szczęki, gdzie były zepsute dwa równoległe zęby, mianowicie pierwsze trzonowce. Prawy górny uwydatniał się tylko, dzięki korzeniowi podniebiennemu, który był do połowy zakryty dziąsłem i za-

jęty przewlekłym zapaleniem ozębnej. Drugi zaś, lewy, miał koronę, która w dwóch miejscach była bardzo spróchniała. Jeden z ubytków (dośrodkowy) był niegłęboki, drugi zaś (odśrodkowo-dziąsłowy) dochodził do miazgi; zapalenie ostatniej przeszło na ozębną; wydzielały się również małe martwaki (sekwestry). Już przed wystąpieniem owego nerwobólu chory cierpiał na przewlekłe zapalenie ozębnej oraz miazgi (obostrzone); aczkolwiek podrażnienia te zębowe same przez się były dość znaczne, nie były one jednak w stanie wywołać nerwobólu; do tego potrzebne było współdziałanie innego czynnika, mianowicie podrażnienie nerwów mózgowych wskutek pracy umysłowej. Rzeczywiście, chory do zwykłych swych zajęć dodał wiele godzin pracy nadprogramowej, celem przygotowywania się do egzaminu konkursowego. Pierwszy napad, jak wzmiankowaliśmy, był dwukresowy. Okres pierwszy silnego nerwobólu, który trwał 22 dni, spowodowany był zap. ozębnej, powstał wokół korzenia M¹. Nerwoból prawego oka był silny w najwyższym stopniu. Wyjęto wówczas korzeń; cierpienia jednak były obustronne. Objasnić to można tem, że w tym samym czasie znów wystąpiło silne zapalenie miazgi po lewej stronie. Pomimo, iż ukazał się nowy czynnik drażniący, bóle jednak po wyjęciu korzenia z prawej strony zaczęły się zmniejszać i nie były już tak intensywne, jak przed wyjęciem korzenia. Napad ten uległ przerwie, pomimo dalszego trwania bólu zębów, wskutek jednak zmiany trybu życia. Chory wyjechał na wieś i prowadził życie czysto jarskie, wyłączając wszelką pracę umysłową. Ból zęba przez czas pobytu na wsi uspokoił się, żadnego też podrażnienia nerwowego nie było; wkrótce jednak bóle zębów zaczęły się znów odzywać, z początku wskutek drażnienia ostatnich pokarmami; później bóle stały się zupełnie samoistnymi.

Nastąpiło znów ostre zapalenie miazgi, któremu towarzyszył nerwoból wzrokowy. Przy badaniu autor właśnie stwierdził ową głęboką próchnicę odśrodkowo-dziąsłową w M¹ i na prośbę chorego ząb ten usunął. Zaraz potem ustąpił i nerwoból wzrokowy. Wkrótce nastąpił nowy napad w związku z wydzielaniem się z zębodołów małych martwaków. Bóle wzrokowe były krótkie i słabe. Po pewnym czasie nastąpił znów mały napad nerwobólowy po stronie prawej, spowodowany, widocznie, zaburzeniami żołądkowymi, które nastąpiło po zażyciu środka przeczyszczającego. Wreszcie w przeciągu 3-ech mie-

sięcy były nieznaczne bóle wzrokowe, które występowały każdy raz po wydzielaniu się martwaków zębodołowych (co stwierdziły spostrzeżenia chorego). Widzimy więc, iż intensywność napadów była równoległa ich trwaniu. Bóle te przechodziły stopniowo od długotrwałych, silnych i świdrujących, do krótkich i wprost mało znaczących.

Czas trwania i intensywność napadów zależało od siły podrażnień zębowych. W pierwszym przypadku były dwa źródła podrażnienia zębowego: 1) zapalenie ozębnej M¹; 2) zaostrome zapalenie miazgi M. Drugi napad, krótszy i słabszy, spowodowany był tylko zapaleniem miazgi M. Następne napady były coraz krótsze i słabsze; wywoływane były drażnieniem b. słabem, jak wydzielaniem się martwaków.

Dr. Jacket zwraca specjalną uwagę na ukryty nerwoból podoczodołowy, który jest nieomylną wskazówką jakiegoś podrażnienia zębowego po tejże stronie.

Najbardziej godnym uwagi jest wynik, otrzymany przy badaniu ciepłoty w miejscach chorych. Gdy największe podrażnienie zębowe było po prawej stronie, najwyższe podniesienie się termometru również było po tejże stronie. Przy zmniejszaniu się zaś bólów ciepłota zaczynała opadać, tak iż, gdy przy pierwszym napadzie dochodziła do 33°, w końcu zaledwie sięgała 28°. *R. Berladierówna.*

7) Frank. Doświadczenia nad usypianiem. (Wien. klin. Woch. 22. Przegląd Chirurgiczny. T. I. Z. II).

Nagle zejścia śmiertelne w początkach uspienia chloroformowego odnieść należy, podług Franka, bardzo często do *wstrząsu nerwowego*, wywołanego obawą przed uspieniem. Stara się też Frank zapobiegać temu w ten sposób, że pozwala chorym, aż do wystąpienia stanu podniecenia, usypiać się samym, i dopiero wówczas obejmuje uspienie. Sposób ten okazał się dobrym zwłaszcza u osób bardzo nerwowych oraz alkoholików.

8) Dr. R. Klejner. Rzadki przypadek wadliwego uzębienia. (Oesterreichisch-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. I r. z. Dental Cosmos 8).

Pacjentka, kobieta wątła, 22 lata licząca, opowiedziała, że, będąc słabowitem dzieckiem, cierpiała na krzywicę (*rachitis*) w pierwszym roku życia; mlecze dolne siekacze i kły nie wyrosły wcale;

zresztą, nie miała jeszcze ani jednego usuniętego zęba. Wszyscy w rodzinie posiadali uzębienie prawidłowe. Pacjentka jest osobą mniej niż średniego wzrostu; nosi podpórkę do wyrównania skrzywienia krzywcowego kręgosłupa. Wbrew spostrzeżeniom Busca co do nieprawidłowości uwłosienia, towarzyszącego nienormalnemu uzębieniu, pacjentka posiadała włosy normalne. Górna szczęka była krótsza w długości i poprzecznej średnicy. Łuk zębowy był wygięty normalnie; środkowe siekacze były zwykłych rozmiarów, rozdzielone przestrzenią 3 mm. szerokości; zupełnie brakowało bocznych siekaczy; wytworzyły się więc przestrzenie rozmiaru 5 mm. pomiędzy środkowymi siekaczami a kłami; obydwie prawe dwuguzkowce były skręcone koło osi; lewy kieł widoczny był zaledwie w $\frac{2}{3}$ długości; drugich trzonowców nie było z obu stron. Wszystkie górne zęby były znacznie pochylone w stronę wargową. W dolnej szczęce brakowało sześciu przednich zębów; wyrostek zębodołowy przykryty był ruszającym się dziąsłem; tworzyło ono składkę o ostro zarysowanej, prawie prostej linii; obydwie drugie trzonowce były pochylone powierzchnią żującą w stronę języka. Kształt szczęki wogóle znacznie uchylał się od normy. Zamiast łuku parabolicznego widzimy tu wyżej wzmiankowaną prostą linię, łączącą pierwsze dwuguzkowce. Szczęka miała kształt połowy sześciokąta, co przedstawia charakterystyczną zmianę dla krzywicy. Skrócenie poprzecznej średnicy górnej szczęki spowodowało nieprawidłowy zgryz, który z lewej strony był prawidłowy, podczas gdy z prawej zdawało się być pochylonym ku środkowej linii. Nieprawidłowość co do liczby wyrażała się w braku zębów, które wcale się nie ukazały. W przypadku tym stwierdzamy rzeczywiste uchybienie od normalnej liczby zębów, niezależnie od braku miejsca w łuku zębodołowym. Za pomocą specjalnego przyrządu stwierdzono zupełny brak w szczęce niewyrzniętych zębów. Przyczyny tej nieprawidłowości należy szukać w krzywicy. Pomoc dentystyczna polegała w zastąpieniu brakujących zębów mostkiem wzamian kauczukowej dostawki, którą pacjentka nosiła już lat kilka, i która przyczyniła się do utworzenia się próchnicy na językowej powierzchni zębów, szczególnie górnych. W górnej szczęce na obydwóch drugich dwuguzkowcach osadzono złote korony, które za pomocą mocnych prętów, dostatecznie odległych od kłów i pierwszych dwugózkowców, podtrzymywały boczne

zęby. W celach kosmetycznych złote korony zostały osadzone na pierwszych dolnych trzonowcach.

M. Leliwa-Kopystyńska.

9) Grosjean. O przyczynach śmierci przy stosowaniu środków ogólnie znieczulających (Revue Internationale. Tom VI, № 4 r. z.).

Bardzo często i obszernie omawiano po dziś dzień przyczyny śmiertelnych przypadków przy stosowaniu środków ogólnie znieczulających. Mechanizm śmierci pod chloroformem wydaje się być znany w najdrobniejszych szczegółach. Jedyne, wskutek jednostronnego rozpatrywania kwestji, przyczynę śmierci przypisują zwykle środkowi znieczulającemu, rzadko zaś operatorowi, a nigdy samej operacji. Należałoby jednak zmienić niekiedy porządek podawanych przyczyn i porzucić wnioski, które wydają się ostatecznymi, jako opartymi na statystyce. Któż zdoła ocenić prawdziwą wartość danych statystycznych i określić granicę ich zmienności? Marek Twain powziął kiedyś myśl obliczenia względnej częstości przypadków śmierci w łóżku i w pociągach, mówiąc inaczej, zestawienia pewnej statystyki. Jak zwykle bywa, znakomity humorysta otrzymał zadziwiające rezultaty, z których wyprowadza wnioski zdumiewające. Obliczenie jego wykazuje w rzeczywistości w sposób niewątpliwy, niezbity, że przypadki śmierci na łóżku są tysiąckrotnie częstsze, niż na drogach żelaznych; dlatego też wywnioskował on, że pragnący żyć długo, powinni się zaopatrzyć... w abonament kolejowy i wystrzegać się pozostawania w miejscu tak niebezpiecznym i fatalnym, za jakie uważa łóżko.

Wniosek Marka Twaina wykazuje wielką pomyłkę, polegającą na przypisywaniu przypadków śmierci podczas chloroformowania jedynie tylko znieczuleniu. W wielu przypadkach chorzy umierają od operacji tak samo, jak gdyby umierali we własnym łóżku. Środek znieczulający o tyle wpływa na ich śmierć, jak i łóżko. Z dzieł dawnych znakomych chirurgów, omawiających sprawę stosowania środków znieczulających, wiemy, iż przypadki śmiertelne podczas operacji były znacznie częstsze, niż obecnie. Sir Lauder Brunton tłumaczy paradoks ten w sposób nader prosty, przypisując śmierć wstrząśnieniu nerwowemu (*shock*), czynnikowi, na który przeważnie nie zwraca się uwagi. Pacjent może wtedy umrzeć nagle, nie będąc nawet tkniętym przez operatora. Wstrząśnienie może być również spowodowane raptownym ruchem, np. uderzeniem w brzuch, wywołując na-

tychmiastową śmierć. Autopsja nie wykazuje żadnej przyczyny. Wstrząśnienie może pochodzić z podrażnienia gardła. W rozprawie lekarskiej Casper'a czytamy, że więcej, niż połowa tonących umiera nie przez zachłyśnięcie się, lecz od wstrząśnienia. To samo bywa w przypadkach śmierci przez powieszenie lub uduszenie; błędem jest rozpowszechnione ogólnie mniemanie, że osoby te umierają od uduszenia. Nagły ucisk krtani wywołuje natychmiast drogą odruchu wstrzymanie ruchów oddechowych i sercowych.

Stosowanie ogólnego znieczulenia ma na celu zmniejszenie skutków wstrząśnienia. Brunton przytacza fakt, dotyczący pewnego przewodnika, który w stanie podchmielonym przedostał się przez nadzwyczajnie wąską drogę w Alpach. Drogą ową w najniebezpieczniejszym miejscu okalał żywopłot, przerywający się na dwóch końcach wąskiego przejścia. Pijany przewodnik po dojściu do końca ogrodzenia dążył do przepaści, zamiast iść dalej drogą, i stoczył się na głębokość 100 kroków. Podniesiono go w stanie zadawalającym; stąd autor wnioskuje: nie należy upijać się w obawie upadku; gdy się jednak chce uniknąć runięcia w przepaść, należy koniecznie być nietrzeźwym, celem uniknięcia wstrząśnienia, które może być śmiertelnym. Ktoś inny rzucił się z mostu do rzeki i odniósł zaledwie lekkie pęknięcie obydwu goleni, choć rzeka miała kamieniste łóżysko. W dwa tygodnie po wypadku czuł się on zupełnie dobrze i mógł chodzić o kulach; w chwili upadku był on zupełnie pijany, a nieczułość wywołana nadmierną ilością wyskoku zabezpieczyła go przed wstrząśnieniem. Stało się to w myśl popularnego francuskiego przysłowia „Il y a un dieu pour les ivrognes” (jest bóg dla pijaków). Inne środki ogólnie znieczulające posiadają analogiczne własności; uniknąć wstrząśnienia można li tylko przy zupełnym znieczuleniu. Przy początku i końcu usypiania chory może uleść wstrząśnieniu. Badania śmiertelnych przypadków wskutek narkozy wykazały, że mała ich liczba przypada na czas usypiania; śmierć nastąpić może w chwili utracenia lub przywrócenia przytomności. W stanie półsenym wstrząśnienie daje się najczęściej zauważyć. W okresie zupełnego uśpienia (narkozy) można również zaobserwować paraliż dróg oddechowych, spowodowany działaniem środka znieczulającego, lecz po zastosowaniu sztucznego oddechu natychmiast po ustaniu naturalnego zejście śmiertelne, spowodowane środkiem nasennym, jest rzadkie.

Widzimy więc, iż jedną z główniejszych przyczyn śmierci przy ogólnem znieczuleniu jest właśnie owe wstrząśnienie.

St. J.

Wskazówki praktyczne.

1). Uwagi w sprawie dokładnego przygotowywania zębów świeczkowych.

Ząb świeczkowy (szyftowy) stanowi, jak wiadomo, ważną zdobycz w technice dentystycznej, jako rzecz, mająca na celu zastąpienie utraconej wskutek różnych przyczyn lub odłamanej korony naturalnego zęba; ma on jednocześnie ważne znaczenie, tak ze względów estetycznych, jak i praktycznych. To też, rozpowszechniając zęby takie, powinniśmy się starać, aby odpowiadały one w zupełności celowi. Często jednak mamy przypadki zupełnego rozluźniania się a nawet wypadania zębów świeczkowych, które ku niezadowoleniu pacjentów krótko trzymały się w korzeniach. Przypatrując się bliżej takim przypadkom, skonstatować zawsze można: 1) odstawanie leżącej blaszki ochronnej od korzenia, a miejsce wolne wypełnione jest cementem i 2) że świeczek nieodpowiedniego wymiaru, t. j. zbyt krótki (przeważnie) lub cienki, luźno siedzi w korzeniu i nie odpowiada formą swoją kanałowi. Pierwsze uzależnione jest od tego, że dopasowywujemy leżącą blaszkę na gipsowym modelu, na którym często nie udaje się ściśle jej wyginać. Powstała luka więc wypełnić musimy przy osadzeniu zęba cementem, który, stopniowo się rozpuszczając chemicznie pod wpływem śliny, stanowi miejsce zatrzymywania się i fermentacji resztek pokarmowych; po drugie—nie zwracamy większej uwagi na przygotowywanie i dopasowywanie w ustach odrazu świeczka odpowiedniego wymiaru (ze złota lub platyny) przed zdjęciem wycisku, a tylko dla ułatwienia sobie posilkujemy się chwilowo prowizorycznym jakimś drucikiem lub drewnikiem (np. od zapalki lub t. p.). Rzecz prosta, że w ten sposób otrzymamy zawsze ujemne wyniki, gdyż zapalka, którą przed zdjęciem wycisku można było wprowadzić do kanału, po zdjęciu wycisku wskutek pęcznienia powiększa się w objętości i przyczynia się do tego, że w gipsowym modelu powstaje zbyt szeroki kanał; drucik znowu, dzięki swej cien-

kości, tworzy zbyt wąski kanał, który należy następnie, mniej lub więcej, powiększyć. Takimi manipulacjami czynimy pewne zmiany, wpływające na dokładność przylegania świeczka do ścian kanału.

Chcąc więc otrzymać należyście zrobiony ząb świeczkowy, należy przed zdjęciem wycisku do uprzednio wyleczonego i przygotowanego kanału zaraz w ustach dopasować odpowiedniej grubości i długości świeczek złoty lub platynowy, aby formą swoją odpowiadał kanałowi korzenia; stwierdziwszy, że ten ciasno się przez kanał przesuwają, zagina się koniec jego u dołu i zdejmując się w ten sposób wycisk, aby świeczek razem wyszedł z wyciskiem. Po odlaniu podług wycisku gipsowego modelu otrzymujemy gotowy świeczek. Dalsze zadanie polegać ma na dokładnem otrzymaniu blaszki leżącej, ochraniającej korzeń. Uskutecznić to można tak: łyżeczką wypełnioną maldyną zdejmujemy wycisk z tej tylko części korzenia, którą ma pokryć blaszka, a następnie należy wybić (wysztańcować) ją na otrzymanych małych sztańcach z łatwotopliwego metalu aparatem Melotte'a. Po wysztańcowaniu blaszki przenosi się wszystko na gipsowy model i wykańcza zwykłym sposobem. W ten sposób zrobiony ząb, przy przestrzeganiu wyżej wymienionych zasad, ściśle przylega wszędzie, ciasno wchodzi w korzeń i może nawet bezpośrednio się trzymać bez pomocy cementu.

Michał Rozenowicz

(Częstochowa).

2) Sposób użycia gipsu alabastrowego zamiast masy wyciskowej.

Aczkolwiek gips w technice dentystycznej oddaje nieocenione usługi, przyznać jednak należy, że własności tego materiału nie są wszystkim jeszcze znane i wyciszkane należyście. Dowodem tego może służyć fakt, iż bardzo często jako materiał wyciskowy służy stent lub inne tego rodzaju masy, gdy tymczasem gips używany jest tylko przy szczękach bezzębnych, a i w tych razach stent często konkuruje z gipsem. Tymczasem zaś ostatni jest nie tylko najhygieniczniejszą, lecz i najdoskonalszą masą wyciskową, dającą się zastosować prawie w każdym poszczególnym przypadku bez względu na budowę, usadowienie oraz ilość zębów. Przedewszystkiem nie należy się nigdy obawiać, że wycisk nie da się wyjąć z ust, lub się zepsuje, gdyż przy użyciu odpowied-

nich środków można wszystkie zdarzające się przy tej czynności przeszkody bardzo łatwo usunąć. Pierwszym warunkiem dla skutecznego zdjęcia wycisku jest to, że gips rozrabiany być powinien w gabinecie, wprowadzać należy do ust w postaci średniej konsystencji i wyjmować po dostatecznym stwardnieniu. Przy normalnej pozycji zębów stwardniały wycisk podczas wyjęcia z ust nigdy się nie zepsuje. Napotyka się tylko trudności wówczas, gdy zęby są krzywe lub węższe przy szyjkach. W tych razach zdarza się czasem, że wycisk podczas wyjęcia pęka, lecz i to jest bardzo małą przeszkodą, gdyż połamane części bardzo łatwo można na łyżce złożyć i przykleić do brzegów ostatniej roztopionym woskiem. Jeżeli gips zanadto stwardniał i nie daje się wyjąć, wówczas należy zdjąć łyżkę (samą), a pozostały w ustach wycisk rozłupać i wyjąć częściami. Tak rzecz się przedstawia, gdy dotyczy to normalnie rozmieszczonych zębów; gdzie zaś są zbyt długie lub ruszające się zęby, wówczas należy je przed zdjęciem zabezpieczyć.

W tym celu obłożyć należy każdy taki ząb szczelnie woskiem (dla lepszego umocowania wosku na zębie dobrze daje się zastosować w tych razach kółka gumowe, używane zwykle do regulowania zębów). Jeżeli zaś jest cały szereg ruszających się zębów, wówczas należy obłożyć je watą (prześikniętą mastyksem) ze strony policzka, pozostawiając stronę językową otwartą. Po takim zabezpieczeniu można śmiało przystąpić do zdjęcia wycisku bez obawy o jakiegokolwiek następstwa. Po wyjęciu z ust wycisku wosk pozostanie w gipsie ze śladami odcisniętych zębów, a przy pokryciu zębów watą ze strony policzka wycisk przy zdjęciu zwykle obsuwa się wzdłuż językowej strony zębów; tak w tym, jak i w poprzednim przypadku, nie mamy żadnych niepożądanych następstw.

Do wycisków najlepszy jest gips alabastrowy marki E. F. firmy Geo Poulson, gdyż w składach aptecznych zazwyczaj gips taki jest bardzo słaby i w dodatku drogi. Do modeli zaś najlepszy jest zwyczajny gips dentystyczny (t. z. krakowski).

Najważniejszą rzeczą w technice dentystycznej jest dokładność modeli. Dla osiągnięcia tej dokładności wycisk przed odlaniem modelu nie powinien być niczem smarowany, gdyż wszystkie używane do tego celu materiały (jak mydło, oliwa, szellak i t. p.) szkodzą dokładności modelu, a w dodatku są zupełnie zbyteczne. Ażeby wycisk dał

się skutecznie odłupać, wystarczy zanurzyć go przed odlaniem modelu do wody i przetrzymać, aż dobrze przesiąknie (wystarczy 2 min.); potem obtrząsa się zeń wodę, odlewa się model zwyczajnym denty-
stycznym gipsem, a po stwardnieniu obstukuje się dokoła małym młot-
kiem, przy którego czynności często odcisk sam kawałkami oddziela się.
Wycisk gipsowy, zdjęty z bezzębnej szczęki, przy użyciu tego sposobu
może służyć do odlewania kilku modeli.

Witold Życzkowski

(Czyta. Syberja Wschodnia).

3) **Łatwotopliwy stop w postaci proszku i płytek** składa się z:
złota — 5,0; srebra — 8,0; miedzi — 5,0; kadmu — 1,0; cynku — 0,5.
Stop ten szybko się topi przy czerwonym rozżarzaniu, ma ładną bar-
wę 18-karatowego złota. Stosuje się z dobrym wynikiem do wzmoc-
nienia powierzchni żujących złotych koron (na wewnątrz), dzięki
szybkemu topieniu i rozlewaniu się równomiernie cienką warstwą,
również do spajania (lutowania) przy naprawianiu koron i dostawek
mostkowych, przy których zachowana być musi ostrożność, celem
uniknięcia stopienia się ostatnich (stop ten w gotowej postaci jest do
nabycia w laboratorium techniczno-dentystycznym wynalazcy).

B. Mewe.

4) **Solutio hydrogenii peroxydati dentifricia** (Perhydrol-Mund-
wasser Krewel): Solut. hydrog. peroxyd (Perhydrol-Merck) 250,0; Ol.
menthae pip. gtl. I; Ponceau R. R. 0,01. *T. B.*

BIBLIOGRAFJA.

Pożar zębów u dzieci. Przez d-ra Tchórnickiego. Warszawa, r. 1909.
8-ka. Str. 44. Cena kop. 20. Nakładem autora.

Broszurka o sensacyjnym nieco tytule. Pobudka, która skłoniła
autora do wybrania tego nagłówka: chęć zwrócenia uwagi społeczeń-
stwa na niebezpieczeństwo, zagrażające ze strony zaniedbanej jamy
ustnej zdrowiu dzieci. Punktem wyjścia pracy jest materiał sta-
tystyczny, otrzymany przezeń przy badaniu stanu zębów i dziąseł 207
dzieci szkół elementarnych miejskich przy współudziale lekarek-den-
tystek Zofji Boretti i Miny Scholtzówny.

Na 207 dzieci w wieku lat 8-16 93,8% miało narząd zębowy chory, 87,4%—na zębach kamień lub osad, 32% dzieci miało dziąsła w stanie zapalnym; 207 dzieciom brakowało już 58 zębów i to najczęściej dolnych pierwszych trzonowców. Wypadało na jedno usta po 4—5 zepsutych zębów.

Zastanawiając się nad smutnymi skutkami złego stanu zębów u dzieci, autor dochodzi do przekonania, iż koniecznym jest powołanie dentystów do ratowania zębów dzieci szkół miejskich i proponuje założenie dla nich szkolnych klinik dentystycznych. Sposób ten okazał się w praktyce zagranicą najlepszym i najtańszym do pielęgnowania narządu zębowego u dzieci. To też, pominiawszy nieco przesadzone koszty urządzenia takich klinik, zupełnie zgodzić się można z wywodami autora; żałować jedynie wypada, że nie udało się d-rowsi Tchórnickiemu, jak to było jego zamiarem, planu swego wprowadzić od razu w czyn.

Broszurka d-ra T. ma znaczenie społeczno-hygieniczne; wartość jej w naszych stosunkach zwiększa się jeszcze przez to, iż pisał ją medyk-hygienista, co daje większą rękojmię posłuchu u społeczeństwa, niż gdyby ją opracował dentysta. Z racji tej cieszyć się wypada, iż właśnie dr. Tchórnicki poruszył tę dotychczas jeszcze niezłatwioną sprawę walki z próchnicą zębów wśród dzieci szkolnych.

Książka naogół pisana jest może nieco chaotycznie. Napotykamy w niej tu i owdzie pojęcie niezupełnie ściśle, jak np. na str. 38 w sprawie wyrzynania się ząbków u dzieci małych, w sprawie zarażania się próchnicą zębów stałych od mlecznych, skład kamienia nazębnego nie jest dokładnie podany i t. d., ale wobec tego, iż autor sam parokrotnie zaznacza, iż nie jest specjalistą, i że bez pomocy pań Boretti i Scholtzówny nie mógłby wcale tego tematu opracować, nie możemy do jego pracy przykładać tych wymagań, co do prac specjalistów; musimy ją oceniać głównie z punktu widzenia celu, który autor stawia: *założenie miejskiej szkolnej kliniki dentystycznej*. Tę myśl autor przeprowadza konsekwentnie i uzasadnia przekonująco.

Zauważyć jednak wypada, że, zdaniem mojem, nie licują wcale z powagą tematu dygresje w rodzaju „wyciągania najżywotniejszych soków z drobnej szlachty i wieśniaków przez proletarjat żydowski” (str. 5). Uwagi podobne zupełnie w tego rodzaju wydawnictwie są zbyteczne, zmniejszają bowiem jej znaczenie kulturalne.

Sprawa racjonalnego zorganizowania opieki dentystycznej nad uzębieniem dzieci jest sprawą tak ważną, że z wielkiem uznaniem powitać należy jeszcze jedno wezwanie do niej.

Helena Kon-Feldblumowa.

Das Metalleinlage-Verfahren. *Dzielo napisane przez d-ra Bödeckera (Berlin). Z 120 rysunkami w tekście i 14 tablicami. Nakład Hermana*

Meussera (Berlin). 1909. Str. 124. 8-a. Cena: Mk. 6.20, w oprawie Mk. 7.

Dentystyczna literatura niemiecka, doprawdy, szczyć się może postępami zwłaszcza w ostatnich czasach. Pod tym względem niemcom musimy przyznać pierwszeństwo. Wiemy, jak młodym jeszcze jest dział dentystyki o wkładkach złotych, a Niemcy mają już bogatą literaturę, i zaczynają się już nawet ukazywać specjalne dzieła z tej dziedziny.

Leży przedemną książka, traktująca właśnie o wkładkach złotych. Obejmuje ona 9 działów, poświęconych rozmaitym kwestjom, dotyczącym wkładek złotych. Omówiwszy w krótkich zarysach przebieg rozwoju nowej tej gałęzi dentystyki oraz zalety wkładek złotych, autor przechodzi do różnych sposobów umocowywania wkładek, będących w związku z samą wkładką, materiałem łączącym i ubytkiem. Dział ten jest nader przystępnie zestawiony i ilustrowany odnośnymi rysunkami, poglądowo przedstawiającymi rozmaite sposoby umocowywania wkładek. Następnie omówiono sposób przygotowywania ubytków oraz opisano narzędzia, do tych celów używanych. Czternaście ślicznie wykonanych rysunków (dużych rozmiarów) ilustruje różne przypadki z praktyki. Dotyczą one różnego rodzaju zębów i ubytków, spreparyowanych do umocowania wkładek. Rysunki te są tak ślicznie wykonane, że przy pierwszym już spojrzeniu uprzystępniają dokładne zaznajomienie się z różnymi sposobami przygotowywania ubytków.

Czterdzieści kilka stron poświęcono: zdejmowaniu wycisków (różnymi sposobami), zestawianiu wkładek, odlewaniu ich, materiałom do tych celów używanych, różnym przyrządom, wkładkom kombinowanym, dopasowywaniu wkładek i ich umocowywaniu oraz materiałom, do tych celów używanym.

Dzieło, ze względu na zwięzłą treść, czyni bardzo sympatyczne wrażenie. Dla pragnących zaznajomienia się z wkładkami złotymi praca ta stanowi podręcznik najzupełniej odpowiedni. Czytelnik ma tu wszystko, co jest koniecznem do zapoznania się z wkładkami złotymi przy uwzględnianiu nowszych zdobyczy w tej dziedzinie dentystyki.

Aczkolwiek prac traktujących o wkładkach złotych jest obecnie już dosyć dużo, są one jednak rozrzucone po różnych pismach specjalnych, i w tym chaosie trudno się wprost zorientować, wreszcie prace te z różnych powodów nie dla każdego są dostępne. Omawiana praca pod tym względem sprawę znacznie ułatwia, wszystko bowiem, co dotyczy wkładek złotych wogóle, jest tu ujęte w systematyczną ramkę, umożliwiającą nawet słabiej znającemu język niemiecki łatwe zorientowanie się.

Techniczne wykonanie książki jest bez zarzutu; jest to dzieło wprost piękne.

Kr.

D O G Ł O S Y.

I.

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego powziął myśl założenia *Muzeum historycznego medycyny polskiej*. W niem mają się gromadzić przedmioty, dotyczące nauki i zawodu lekarskiego, farmaceutycznego i aptekarskiego z krajów polskich od najdawniejszych czasów aż do obecnej doby. Instytucja ta da obraz historycznego rozwoju medycyny polskiej, jej wpływu na społeczeństwo, zachowa dzieła i pomysły byłych i obecnych pracowników dla przyszłych pokoleń, i będzie podstawą i zachętą dla przyszłych badaczy na polu medycyny polskiej. Wprawdzie, istnieją u nas księgozbiory lekarskie, lecz te przechowywują tylko książki i to przeważnie odnoszące się do wykonawstwa lekarskiego. Istnieje jednak jeszcze wiele przedmiotów w zawodzie lekarskim, których biblioteki nie przyjmują, a które dla historii rozwoju medycyny posiadają wielką wartość. Przedmioty takie po zgonie lekarza pozostają najczęściej w rodzinach bez użytku, narażone są na zniszczenie po strychach i składach. Najmniejszy nieraz przedmiot, dziś uważany za nic nieznaczący, może nabrać w przyszłości znacznej wartości historycznej, nawet i ogólnej.

Przedmioty, które muzeum historyczne z zakresu nauk lekarskich i farmaceutycznych gromadzi, są, między innymi, następujące:

Dzieła drukowane i pisane polskie, albo też w obcym języku, wydane przez autorów polskich, odbitki prac, czasopisma lekarskie i farmaceutyczne, artykuły i wzmianki lekarskie i farmaceutyczne w czasopismach politycznych lub innych, rękopisy, statuty towarzystw lekarskich i aptekarskich, sprawozdania z ich działalności, sprawozdania ze zjazdów lekarskich, odezwy, opisy podróży i wycieczek lekarskich, ogłoszenia, korespondencje, bilety, recepty, świadectwa, dyplomy, adresy, upominki, listy pochwalne, odznaczenia, ordery i medale, plany i opisy szpitali, zakładów leczniczych i zdrojowisk lekarskich polskich, stare inwentarze, rozporządzenia i dokumenta sanitarne władz, wiadomości o partactwie lekarskiem i t. p., portrety, sztychy, fotografie pojedyncze i zbiorowe lekarzy i zakładów, następnie przyrządy i preparaty pomysłu lekarzy, aptekarzy i bandażyistów polskich, rysunki lub modele tych przyrządów, przyrządy, używane przez lekarzy w Polsce w różnych epokach i t. d.

Zapewne niejedyn z wyliczonych przedmiotów znajduje się w posiadaniu Wielmożnego Pana, lub jego powinowatych, albo znajomych Mu rodzin. Ofiarowanie go do powstającego Muzeum będzie nietylko darem, złożonym na ołtarzu zawodu lekarskiego i naszego społeczeństwa, ale i upominkiem dla przyszłych pokoleń.

Muzeum historyczne medycyny polskiej prosi o przesyłanie przedmiotów i z doby bieżącej, przyjmuje również przedmioty w depozyt, wydając w takim razie poświadczenia.

Przedmioty ofiarowane uprasza się nadsyłać na ręce Prof. W. Jaworskiego do Kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. (Kopernika 15), gdzie się mieści zbiór, który można w soboty przed południem od godz. 10—11 oglądać.

Upraszamy o powtórzenie niniejszej odezwy we wszystkich czasopismach polskich.

Dziekan Wydziału lekar.
Uniw. Jag.
Prof. L. Wachholz.

Zawiadowca Muzeum hist.
medycyny polskiej
Prof. W. Jaworski.

II.

W sprawie założenia bibliotek szkolnych otrzymaliśmy co następuje:

Na łamach „Kroniki” niedawno (zob. № 11 r. z.) rzucono myśl założenia przy szkołach dentystycznych specjalnych bibliotek dla słuchaczy i słuchaczek. Pomimo, że sprawa ta jest nader ważna, a nawet uważać ją należy za jedną z palących w życiu i rozwoju szkół dentystycznych, kierownicy tych zakładów zapatrują się na nią zupełnie obojętnie; dowodem tego jest fakt, że aczkolwiek od czasu poruszenia sprawy upłynęło kilka miesięcy, dotychczas *jedna* tylko szkoła Troppa poszła za naszym głosem. Oto przy szkole tej dla słuchaczy i słuchaczek urządza się obecnie bibliotekę w zakresie naszej specjalności, składającą się z dzieł w trzech językach: polskim, rosyjskim i niemieckim. Na cel ten tymczasowo wyasygnowano 150 rubli. Wielka szkoda, że pod tym względem inne szkoły dotychczas, jak już rzekliśmy, zachowują się zupełnie obojętnie, sprawa biblioteki bowiem ma doniosłe znaczenie w rozwoju szkoły i stanowczo zasługuje na to, aby właściciele oraz kierownicy zwrócili na nią więcej nieco uwagi. Obojętności tej dziwić się należy, rzuca ona bowiem pewne światło na owe „szlachetne myśli i dobre chęci”, jakie właściciele szkół dentystycznych często wygłaszają przy każdej sposobności, gdy sprawa dotyczy „podniesienia” poziomu swych uczelni.

Kto *rzeczywiście* pragnie przyczynienia się do tego, ten przede wszystkim winien pamiętać, że biblioteka zawodowa przy szkołach dentystycznych stanowić może źródło, z którego słuchacze czerpać mogą wiedzę, niezbędną do wydoskonalania się w swej specjalności.

Daniel H. Kon.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Zmarł** we Włocławku jeden z najstarszych dentystów, **Henryk Arnsztein**. Zmarły w r. 1877 otrzymał dyplom na stopień dentystry przy Warsz. uniwersytecie. Przez lat kilka praktykował w Petersburgu, następnie od r. 1881 przeniósł się na stałe do Włocławka, w którym to mieście praktykował aż do zgonu. Dzięki swej sumienności, zyskał on szeroko rozgałęzioną praktykę nie tylko wśród ludności miejscowej, lecz i okolicznej, przeważnie zaś wśród ziemiaństwa. Pozostawił trzech synów, z których najstarszy, Jan, również dentysta, prowadzi nadal gabinet po zmarłym ojcu. Pogrzeb odbył się we Włocławku przy licznych udziale miejscowej ludności z różnych sfer.

= **Dwa jubileusze**. W r. b. upływa 25 lat od czasu ukazania się pierwszego zeszytu *Zubowraceutnego Wiestnika*. Grono współpracowników i czytelników najstarszego rosyjskiego pisma zawodowego utworzyło komitet, celem uczczenia obchodu jubileuszowego. Za pośrednictwem odezwy, do nas skierowanej, komitet prosi, aby osoby, które zechcą przyjąć udział w uroczystości, mającej się odbyć w dniu 5 lutego (23. I st. st.), raczyły o tem zawiadomić lek. dent. Szterna (Petersburg. Żukowska 6) lub T. Wongl-Świderskiego (Tamże, Kazańska 5).

Jedno z najpoważniejszych rosyjskich pism lekarskich *Praktičeskaja Medicina*, w dniu 11. I r. b. w Petersburgu obchodziło 25-letni jubileusz. Organ ten założony został w r. 1884 przez W. Ettingera. Obecni redaktorami są d-rzy A. Łoziński i H. Dembo.

= **Echa fałszerstw świadectw dentystycznych**. Jak podają pisma rosyjskie, smoleński gub. inspektor lekarski, Kryłow, zawiadomił głównego inspektora lekarskiego o wykryciu 156 fałszywych świadectw dentystycznych. Dalsze badania sprawy o wyrabianiu fałszywych świadectw oddano w ręce władz moskiewskich.

Pisma warszawskie: „Kurjer Warszawski“ i „Nowa Gazeta“ komunikują, że z powodu stwierdzenia fałszywych świadectw u dentystrów, Ministerjum Oświaty nadesłało rozporządzenie do warszawskiego urzędu lekarskiego, aby dokonać rewizji dokumentów u różnych dentystów i dentystek, zamieszkałych w Warszawie, ponieważ niektóre dokumenty budzą pewne podejrzenie.

W związku z panamą dentystyczną aresztowano w Smoleńsku lekarza miejskiego, Konwejna (Zubowr. Mir. 24).

Z rozporządzenia smoleńskiego sędziego śledczego do spraw szczególnej wagi, Jefrema, i towarzysza prokuratora, Zubelewicza, dokonano rewizji u dentystów Małachowskiego i Sołomowika, praktykujących w Smoleńsku.

Zarząd głównego inspektora lekarskiego zarządził sprawdzanie dokumentów, stwierdzających specjalności wszystkich lekarzy-dentystów, farmaceutów, felczerek, akuszerok, masażystek, również dokumentów, stwierdzających cenzus naukowy wszystkich uczniów i uczennic aptekarskich oraz uczniów dentystycznych. Właściciele i administracje szkół dentystycznych i innych specjalnych tego rodzaju szkół zostali ostrzeżeni, iż w razie stwierdzenia nadużyć przy przyjmowaniu kandydatów do tych zakładów, szkoły te będą niezwłocznie zamknięte.

== **Wyjaśnienia.** W sprawie niestosownego wyboru tematu konkursowego dla słuchaczy szkoły dentystycznej A. Troppa (o czem w poprzednim n-rze zrobiliśmy uwagę), zarządzający tą szkołą, dr. Finkelkraut, nadesłał nam list, w którym przytacza swe poglądy, dotyczące poruszanej sprawy. Aby ustalić błędność poglądów autora, należałoby omówić szczegółowo wszystkie bolączki tutejszych szkół dentystycznych wogóle, a znaczący się i zakładu A. Troppa. Rzecz prosta, że sprawa ta nie nadaje się *wcale* do prac polemicznych.

Jeszcze raz zaznaczamy, że ani owa „znajomość“ chemji, ani specjalna wiedza słuchaczy, ani owe laboratorja szkolne, składające się z... niewielkich rozmiarów szafki z nieznaczną ilością preparatów, ani szereg innych dezyderatów, nie upoważniają do opracowania trudnego tematu z dziedziny *chemji fizjologicznej wydzielin jamy ustnej*, jakim jest temat konkursowy p. t. *Wpływ płci, wieku, stanu zębów na wydzielanie się związków rodanowych w jamie ustnej w związku z rysem historyczno-krytycznym literatury, dotyczącej tej sprawy.* O tem wiedzą *wszyscy* koledzy, którym warunki szkolne są znane. Zresztą, jeżeli dr. F. „przekonywująco“ twierdzi, że wybór tematu jest *zupełnie odpowiedni*, to i dobrze; świadczyć to tylko może o wysokiej wartości jego uczelni....

Proszeni jesteśmy zaznaczyć, że koncert, odbyty w szkole A. Troppa, urządzony był przez słuchaczy i słuchaczki szkoły na cel

niezamożnych kolegów i koleżanek, właściciele zaś żadnego udziału w urządzeniu koncertu nie brali.

Wobec rozsiewanych wieści, należy zaznaczyć, że wzmianka, dotycząca wskazania osoby za skorzystanie z fałszywego świadectwa naukowego nie dotyczy mieszkańca tutejszego.

— **Z Moskwy.** Koledzy, zamieszkali w tem mieście, komunikują nam pewne szczegóły dotyczące nowootwartej szkoły dentystycznej rodaka naszego, docenta d-ra Wilgi. Nowy zakład mieści się na jednej z pryncypalniejszych ulic miasta i zajmuje obszerne pomieszczenie, urządzone podług ostatnich wymagań nauki. Obszerna klinika może służyć jako prawdziwy wzór dla tego rodzaju zakładów naukowych. W niej mieści się 60 najnowszej konstrukcji foteli operacyjnych Ash'a z odpowiednimi urządzeniami. Wogóle pod względem urządzenia poszczególnych gabinetów dla celów różnych dziedzin medycyny nowa uczelnia konkurować może z takimiż instytucjami na Zachodzie. Zajęcia praktyczne oraz demonstracje z dziedziny dentystyki, jak również innych działów medycyny, postawione są na wysokości zadania. Demonstracje odbywają się z dziedziny histologii, anatomji patologicznej, bakterjologii i chirurgji w zakresie naszej specjalności. W oddzielnym pokoju operacyjnym 2—3 tygodniowo odbywają się wykłady z dziedziny chirurgji poliklinicznej; wykonywane są wszelkie operacje w jamie ustnej, jak otoków jamy szczękowej, sekwestrotomja, wyluszczenie torbieli, więcej powikłane rezekcje wierzchołków korzeniowych i t. d. i t. d. (doc. Wilga i d-r. Kagan). Praktycznymi zajęciami w klinice codziennie kieruje doc. Wilga i 6 poważnych asystentów. Technikę protetyczną prowadzi d-r. Bryten, a do pomocy ma dwóch pomocników. Dział ortodontji objął kol. Wincenty Zawidzki, powaga w dziedzinie tej specjalności, b. asystent Körbitza w Berlinie. Wykłady poszczególnych przedmiotów objęli profesorzy i docenci uniwersytetu. Skład osobisty wykładowych, asystentów oraz demonstratorów jest znacznie większy, niż w innych szkołach miejscowych. Należy zaznaczyć, że koszt urządzenia nowej uczelni wynosi blisko 100,000 rubli. Pod względem jakościowym nowa uczelnia przoduje w szeregu innych szkół dentystycznych.

Szkoła doc. Wilgi dowodzi, że przy dobrej chęci stworzyć można to, co społeczeństwu się należy, i tylko ludzie poważni,

ludzie nauki mogą stanąć na czele szkół dentystycznych, wówczas bowiem przestaną one być uważane *jedynie* jako przedsiębiorstwo handlowe. Że *dobrze* urządzona szkoła może być przynętą dla słuchaczy, dowodzi właśnie zakład doc. Wilgi; zaraz przy otwarciu szkoły komplet słuchaczy od razu został zapełniony.

W sferach rządowych nowa uczelnia doc. Wilgi wzbudziła pewną sympatję; wzór ten przy mającej wkrótce nastąpić reorganizacji szkół, bezsprzecznie, przyjęty będzie pod uwagę przez sfery miarodajne. Oby tak rzeczywiście było, a niejeden „sklepik“ zniknie z horyzontu.

== **Do uczestników V Międzynarodowego Zjazdu Dentystycznego, odbytego w Berlinie.** Sekretarz zjazdu, dr. med. Konrad Cohn, za pośrednictwem do nas skierowanej odezwy prosi kolegów, byłych uczestników wspomnianego zjazdu, którzy nie otrzymali dotychczas *Dziennika Zjazdu*, o łaskawe zakomunikowanie mu w możliwie krótkim czasie swego dokładnego adresu jak również n-ru karty członkowskiej. Adres: Dr. med. Konrad Cohn, Berlin W 35 Potsdamerstr. 46. Zaznacza on, że poczta zwróciła dużo listów z przyczyny niedokładności adresów.

== **Lecznice dentystyczną** przy Pl. Żelaznej Bramy nabyły kol.: Helena Konówna i Romana Kernerowa. Należy się spodziewać, że sławetne napisy na szybach wreszcie znikną. Młode koleżanki, bez wątpienia, przyłączą się do życzenia ogółu kolegów.

== **Nowe lecznice dentystyczne** otworzyli: kol. F. Idzikowski przy ul. Marszałkowskiej 137 (przy zajmowanym dotychczas mieszkaniu), siostry Gabińskie przy ul. Bagno Nr 8 oraz pani Goldwasserowa (wdowa po dentyście) w spółce z dentystą Lichtenstuhlem przy ulicy Franciszkańskiej 12.

== **Odmowa.** Na podaną przez zarząd Wszechrosyjskiego Związku Dentystycznego prośbę o zwołanie VI Zjazdu Odontologicznego w Kijowie nastąpiła odpowiedź odmowna bez przytoczenia motywów.

== **Śmiertelność wśród lekarzy w Stanach Zjednoczonych** wynosiła w r. 1908 17,30 na 1000; z ogólnej liczby 130,000 lekarzy, zmarło 2261. Średnio lekarz tam żyje 59 $\frac{1}{2}$ l. Głównymi przyczynami śmierci są cierpienia systemu nerwowego, aparatu krwionośnego oraz oddechowego (*Gaz. méd. de Paris*).

== „**Formobas**“—nowy preparat formaldehydu; tworzy płyn prze-

zroczysty o zapachu ostatniego. Rozczyny mają odczyn słabo-alkaliczny, który zostaje nawet po dłuższem przechowywaniu.

= **Givasan**—nowa pasta do zębów; składa się z: potasu, mydła weneckiego, sproszkowanego korzenia fijołkowego, wyskoku, gliceryny, ol. miętowego i gwoździkowego oraz mniej więcej 2% heksametylentetraminy.

= **Wyższe kursa żeńskie w Warszawie** zostały otwarte przez gremium profesorów uniwersytetu. W b. roku akademickim otwarto wydziały: prawny, historyczno-filozoficzny, matematyczny oraz przyrodniczy. Z powodu braku odnośnych klinik wydziału lekarskiego w r. b. nie otwarto. Wykłady odbywają się w godzinach poobiednich w gmachu uniwersytetu. Zapisano się 509 słuchaczek, z tych żydówek (przeważnie przyjezdnych) jest 311, prawosławnych—179, katoliczek—11 i ewangeliczek—2.

= **25-letni jubileusz** otwarcia Berlińskiego uniwersyteckiego instytutu dentystycznego obchodzone uroczystości w Berlinie w dniu 27. XI r. ub. W uroczystości przyjmowali udział: przedstawiciel ministerjum, rektor uniwersytetu, dziekan fakultetu medycznego, profesorowie, wielu byłych słuchaczy i mnóstwo studentów wszystkich wydziałów.

= **Ciekawa sprawa.** Trzeci departament karny Senatu rozważał sprawę M. Szeftela.

Okoliczności sprawy są następujące: Lekarz dentysta Szeftel otrzymał w spadku po ojcu księgarnię w Kijowie i, jakkolwiek świadectwo gildyjne jest wystawione na jego imię, wszakże osobiście księgarnię się nie zajmuje, poleciwszy to osobie innej, sam zaś posiada w Kijowie gabinet dentystyczny, oddając się całkowicie praktyce lekarskiej.

Inspektor podatkowy spisał protokół, że Sz. nie zajmuje się swoją specjalnością; kijowski sąd okręgowy i izba sądowa skazały Szeftela na wydalenie z Kijowa i konfiskatę należącego doń przedsiębiorstwa handlowego.

= **Mianowanie.** Pełniący obowiązki inspektora warszawskiego urzędu lekarskiego, dr. Puszkina, zatwierdzony został na tem stanowisku.

= **XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.** Delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości, że *XI Zjazd*

lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w r. 1911 w Krakowie Prezydjum komitetu gospodarczego Zjazdu tworzą: prof. Julian Nowak — prezes, prof. Walery Jaworski i prof. Edward Janczewski — wice-prezesi, prof. Stanisław Dobrowolski — skarbnik, prof. Ludwik Bruner — sekretarz generalny.

— **Liczba lekarzy w Niemczech** w stosunku do ludności podniosła się od r. 1885 trzy razy znacznie, bo w tym roku na 46,704,500 miesz. było 15,764 lekarzy, a w r. 1907 na 61,730,539 miesz. — 31,964 lekarzy (*Przepl. Lek.*).

— **Liczba lekarzy we Francji.** Paryska „Revue“ podaje następujące cyfry o liczbie lekarzy we Francji. W r. 1846 było ich 8000; w r. 1891 liczba ich dochodziła do 15,000, aby podskoczyć do 17,000 w r. 1901, a do 20,000 w r. 1906. Przy końcu 1908 r. liczba lekarzy praktykujących przenosiła 22,000. (*Wiad. Farm.*).

— **Serodont** — jest to pasta do zębów o barwie czerwonej i przyjemnym zapachu, sprzedawana w tubkach. Wyrabia Clermont i Fouet w Genewie.

— **Ostateczne skasowanie cyrkularza.** Pierwszy departament Senatu niedawno rozpatrywał skargę lekarzy dentystów na cyrkularz Rady Medycznej, zabraniający im wstrzykiwań śróddziąsłowych kokainy przy operacjach w jamie ustnej. Cyrkularz ten, jak czytelnikom wiadomo, wydany został w lipcu 1908 roku. W maju 1909 r. Rada Medyczna wniosła ten cyrkularz. Senat, rozpatrzywszy skargę, uznał cyrkularz zabraniający z r. 1908 za niezgodny z prawem, zezwalającym lekarzom dentystom stosowanie w swej praktyce kokainy, uważając ich za dostatecznie obznajmionych ze sposobem wykonywania wstrzykiwań śróddziąsłowych. Przyjąwszy jednak pod uwagę, że Rada Medyczna sama już wniosła wyżej wymieniony cyrkularz, Senat postanowił sprawę skargi lekarzy dentystów umorzyć („Riecz”).

— **Nowe gabinety dentystyczne** w Warszawie otworzyli: 1) Prewis, Elektoralna 9; 2) Jeżewski Stefan, Wspólna, 44a; 3) Judt Małgorzata, Nowy Świat 2; 4) Judt Feliks, Nowy Świat 2; 5) Kryńska-Berkmann, Złota 46; 6) Motz Helena, Żórawia 30; 7) Pietrzykowska Żórawia 30; 8) Rotnicka H., Marszałkowska 143; 9) Pozner-Zyss, Chmielna 38; 10) Chones, Dzielna 18; 11) Gabińska, Bagno 4; 12) Geschichter, Bonifraterska 18; 13) Goldkrant Helena, Marszałkowska 147; 14) Mazurówna Zofja, Elektoralna 11; 15) Marguliesówna,

Elektoralna 20; 16) Gurewicz, Leszno 8; 17) Friedman H., Dzielna 27; 18) Kohn O., Biała 3; 19) Rożanowicz T., Nowowiejska 18a; 20) Lewin H., Nowolipki 23; 21) Zajdenmanowa, Pl. Żelaznej Bramy 4; 22) Szpigiel, Leszno 72; 23) Henkin, Grzybowska 16; 24) Fejgin Regina, Królewska 45; 25) Rozenblum, Leszno 72; 26) Romisz-Gryngiewiczowa J., Nowo-Wielka 4; 27) Rubinsztejn, Twarda 33; 28) Rubinsztejn, Złota 28; 29) Szejnman, Twarda 25; 30) Reis-Cukierman B., Erywańska 14; 31) Mechkin-Grinsztejn B., Biała 5; 32) Libera Marja, Nowy Świat 38; 33) Edelbaum Emilja, Twarda 29; 34) Goldsztejn L., Marszałkowska 58.

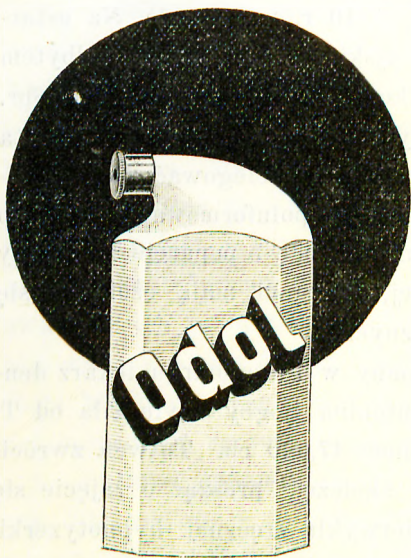
== **„O potrzebie i znaczeniu dentysty w szpitalu.”** Pod takim tytułem w dniu 25 XI r. z. kol. Kon-Feldblumowa wygłosiła odczyt w T-wie Hygienicznym w wydziale higieny szpitali i przytułków. Odczyt będzie wydrukowany w „Kronice”.

== **Wszechrosyjski Związek Dentystyczny.** Zgodnie z uchwałą V Wszechrosyjskiego Związku Dentystycznego, komitet organizacyjny wystąpił do Ministerjum Spraw Wewnętrznych z prośbą o zezwolenie na zwołanie VI Zjazdu w czerwcu 1910 r. w Kijowie. Na ostatnim posiedzeniu Zarządu Wszechrosyjskiego Zw. Dent., odbytem w d. 19. X r. b., sekretarz zakomunikował otrzymaną od Min. Spr. Wewn. odpowiedź odmowną bez przytoczenia motywów. Wiść ta wywołała żywą wymianę zdań. Uchwalono wydelegować 2-ch członków zarządu do Petersburga, celem bliższego poinformowania się co do przyczyn odmowy, a następnie, wystarawszy się o poparcie ze strony prof. Rejna, prezesa Rady Medycznej, delegaci mają osobiście się zwrócić do Ministra Spraw Wewnętrznych.

== **Ofiarą hipnotyzmu** stał się znany w Petersburgu lekarz dentysta Konstanty Totwen. Niejaka Antonina Logey wyłudziła od T. w ciągu krótkiego czasu weksle na sumę 47,000 rb. Totwen zwrócił się do naczelnika tamtejszej policji śledczej, prosząc o zajęcie się jego sprawą, gdyż stał się ofiarą nierwykle zręcznej hipnotyzerki, wydawszy weksle oraz pieniądze. Weksle przez różne osoby przedstawione były do zainkasowania. Okazało się, że Logey sprzedawała je za połowę ceny. Ciekawą sprawą zajęła się policja. Należy nadmienić, że sprytna Logey uprzednio ofiarę intrygowała przez telefon, a następnie zgłosiła się w roli pacjentki.

== **Próchnica zębów w starożytność.** Rozpowszechnione jest mniemanie, że często spotykana próchnica zębów stanowi zjawisko współczesne, zależne od warunków życia współczesnego, lub też zmian powstałych w ciągu ostatniego stulecia pod względem przygotowywania potraw. Przeciwno takiemu mniemaniu oponuje dr. G. Elliot Smith z Kairu, który twierdzi, że już 5000 lat temu, kiedy budowano piramidy egipskie, próchnica była również znana i często spotykana, jak i obecnie w Europie, przynajmniej wśród wyższych sfer starożytnego Egiptu. W każdym razie próchnica zębów była rzadziej spotykana wśród prostego ludu, wśród dzieci zaś widywano ją jeszcze rzadziej, mianowicie wśród wszystkich mogił egipskich widziano zaledwie 3 przypadki próchnicy mlecznych zębów (*Journal für Zahn- und Zahntechnik*).

== **Z Krakowa.** Towarzystwo lekarskie krakowskie wybrało na r. b. prezesem prof. Wicherkiewicza, wiceprezesem prof. Bochenka, sekretarzem dorocznym—d-ra Bujaka.



Dobre płukanie do zębów i jamy ustnej, zdaniem prof. Hueppe'go, powinno odpowiadać następującym wymaganiom:

- 1) nie być szkodliwym dla zębów i śluzówki jamy ustnej;
- 2) powinno posiadać przyjemny smak i zapach i
- 3) być absolutnie przeciwnym.

Środki, drażniące śluzówkę jamy ustnej, jak np. nadmanganian potasu (kali hypermanganicum), formaldehyd, mydła i inne, w jednakowej mierze nie nadają się do prawidłowego pielęgnowania jamy ustnej tak samo, jak i kwaśne płukania, niszczące wapienne składowe części zębów. Według jednoznacznej opinii wybitnych uczonych (Gerlach'a, Hueppe'go Paschke'a Höhl'a, Röse'go, Seifert'a, V. Heurek'a i in.) Odol odpowiada pod każdym względem wyżej wymienionym trzem wymaganiom i powinien wskutek tego być uznany, jako najlepsze ze wszystkich znanych dotąd płukań do ust.

CENA: flakon kosztuje 0,85 kop.; duży flakon, wystarczający przy codziennym użyciu na kilka miesięcy rb. 1 kop. 50.

Dla dentystów ceny wyjątkowe.
Drezdeńskie Chemiczne Laboratorium Lingner. Drezno.

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

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 60.