

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROZOM
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ.

I. Porcelana i emalia w dentystyce.

opracował

D-R. CYRYL ZBOŘIL

dentysta w Przyrowie (Morawa).

(*Ciąg dalszy*).

Opisawszy klasyczny sposób „continuous gum work” nie możemy pominąć milczeniem odmian tego rodzaju robót.

Jak już wiadomo szanownym czytelnikom z referatu redaktora D-ra Dzierżawskiego w Grudniowym zeszycie r. 1898 z odczytów pr. Haskell'a, przez tegoż w kilku towarzystwach w Berlinie wygłoszonych, ten rodzaj robót jest prościejszy i delikatniejszy ale według zdania takiej powagi, jak prof. Haskell i mniej trwałe. Zaiste, mając na widoku dokładność, z jaką się wykonuje oddzielne momenty roboty przy sposobie klasycznym, zdawałoby się, że sztuki, przygotowane sposobem uproszczonym, nie mogą mieć dostatecznej odporności na te wpływy mechaniczne, którym mogą podlegać przy mocniejszym nagryzaniu. Obawy te jednak rozprasza w zupełności doświadczenie, zdobyte przez innych praktyków.

Sposób uproszczony różni się od sposobu klasycznego po pierwsze tem, że na płatkę bierze się blachę platynową tylko 0,25 mm. grubą, ale z twardej platyny angielskiej, która różni się od twardej platyny amerykańskiej swym składem chemicznym.

Twarda platyna amerykańska jest stopem platyny z irydem, angielska zaś z irydem i jeszcze do tego z odrobiną miedzi. Platyna angielska jest bardzo elastyczna, doskonale się nadaje na klamry, sprężystości swej nie traci nawet po potrójnem wypaleniu. Angielska twarda platyna lepsza jest i do wytłaczania, ponieważ nie pęka tak przytem, jak czysta platyna. Płatka z tej platyny może być cieńsza i lżejsza, a pomimo tego ma dostateczną siłę i tęgosc.

Ważną zmianą jest też i to, że przy sposobie uproszczonym nie potrzebujemy lutować obrábka z drutu platynowego na wargowym brzegu platki. Zamiast obrábka lutowanego robi się obrábek przez zagięcie blachy na około, co uskutecznia się w sposób następujący:

Na modelu gipsowym, według którego ma być odlana w piasku forma na stępor, modelujemy na zewnętrznej jego stronie wał z wosku, który sięga do tego miejsca, do którego ma sięgać przyszła platka. W tem miejscu wał woskowy zakańcza się, a grubosc jego tak tu powinna być wymodelowana, żeby odpowiadała szerokości pożądanego zagięcia. W ten sposób będziemy mieli na około stępora wypukłą krawędź, na stępie zaś wklęsłość. Przy sztancowaniu lub wytłaczaniu platki na takim stęporze obrábek doskonale się zagnie.

Przy użyciu zębów płaskich lutuje pan Rose pojedyncze zęby do platki platynowej za pomocą t. zw. platek ochronnych, o czem już sąd swój wydaliśmy. Dalszy postęp pracy jest taki sam, jak już powyżej opisaliśmy, przy wypalaniu tylko postępuje pan Rose nieco inaczej, jak to też już zaznaczyliśmy przy opisanii mas porcelanowych.

Więcej jednak zajmującą i ważniejszą modyfikacją jak również i nadzwyczajnem uproszczeniem continuous gum work jest przygotowanie sztuk takich z zębów diatorycznych.

Przy tym sposobie odpada wszelkie lutowanie, które jest niewątpliwie najuciążliwszym aktem z całej pracy. Przy użyciu zębów diatorycznych zręczny pracownik zdaży całą sztukę z jednolitem działsem wykończyć prawie w 2 godziny.

Mając gotową płatkę platynową, zrobioną w sposób powyżej opisany (z obróbką zagiętą) ustawia się zęby na wosku w zgryzadle i modeluje się działśła jak w robocie kauczukowej. Po przymierzeniu w ustach robi się z gipsu na przedniej powierzchni modelu i zębów trzy wałki z gipsu, a mianowicie: pierwszy naprzeciw sześciu przednich zębów; gdy ten wałek stwardnieje, smaruje się go wodą mydlaną i robi się dwa drugie wałki naprzeciw trzonowych zębów po obu stronach.

Wałki powinny być tak wysokie, żeby korony zębów wystawały z nich na jakie 0.3 mm. Gwoli upewnienia tych wałków robi się w modelu 3 dolki, którym odpowiadają na wałkach odpowiednie wywyższenia. Potem robi się wzdłuż górnej powierzchni tych wałków i zębów jeszcze jeden wałek. Wosk wystrzykuje się, a płytka platynowa wkłada się do kwasu siarczanego, żeby oczyścić ją ze śladów ołowiu, których się nabawiła przy sztancowaniu. Wałki gipsowe wyściela się potem papierem jedwabnym, (lub bibułką od papierosów). Zagięcia, jakie przytem powstają, wyrównuje się pendzelkiem, umaczanym w wazelinie.

W ten sposób zapobiega się przyklepaniu masy podstawowej (osnowy) do gipsu. Przyprawia się wtedy osnowę, ale gęsto i wypełnia się nią pustą przestrzeń po wystrzykanym wosku, poczem odstawia się sztukę, aby na powietrzu wyschła. Gdy sztuka wyschnie, zdejmuje się wałki gipsowe, poprawia się wszelkie braki, jakie się pokażą w wymodelowaniu działśła, oczyszcza

się zęby z masy, jaka się na nie dostała, poczem się sztukę wypala i emaliuje.

Jak pokazywał pan Rose na swych demonstracyach, może zręczny pracownik zrobić całą sztukę według tej metody *bez gipsowych wałków* w ten sposób, że wstawią zęby diatoryczne wprost do masy jak do wosku; przez to upraszcza się praca w najwyższej mierze. Taki sposób nadaje się zwłaszcza do sztuk dolnych. Przebieg pracy jest następujący: gdy platka jest już doprawiona, nanosi się na nią wzdłuż łuku zębodołowego cienka warstwa masy podstawowej; potem zagrzewa się sztukę cokolwiek w piecu i zaraz na gorąco nanosi się nowa warstwa masy, do której się teraz zęby wstawia.

Ciepła warstwa spodnia pochłania wilgoć, wskutek czego masa zaraz tężeje, a zęby pozostają w pozycyi im nadanej.

Po ustawieniu zębów wkłada się sztukę do zgryzadła w celu uregulowania zgryzu, poczem się znowu sztukę w piecu zagrzewa. Po ostygnięciu nanosi się znowu masę na powierzchnię podniebienną, pozostawia się sztukę na powietrzu, ażeby doskonale wyschła, poczem się sztukę wypala.

Po tem wypalaniu można w razie potrzeby poprawić jeszcze ustawienie zębów.

Potem następuje powtórne naniesienie osnowy, wypalenie tej, w reszcie emaliowanie według zasad ogólnych.

Z dalszych modyfikacyi należy wspomnieć o sposobie *Gartrell'a*, który do dolnych sztuk szczególnie się nadaje: sposób ten polega na tem, że robi się w platce masę dziurek za pomocą odpowiednich kleszczy. Dziurki te służą do spojenia warstwy porcelanowej z platką, nie potrzeba więc brzęgu obrabiać platynowym drutem. Platkę platynową wykuwa się w sposób zwykły. Przed każdym wykuwaniem (sztancowaniem) trzeba platkę doskonale przepalać, a po wykuwaniu trzeba ją zanurzyć do kwasu siarczanego, aby

oczyścić ją ze śladów ołowiu. Masę podstawową nanosi się zwykłym sposobem, przyczem trzeba zwracać uwagę na to, żeby wszystkie dziurki były wypełnione ale żeby masa przytem nie przeszła na wewnętrzną powierzchnię platki, co zresztą nie jest wielkiem nieszczęściem, bo w gotowej już sztuce nie trudno wypaloną masę korundowym kamykiem zeszlifować.

Przy dziurkowanej platce i zębach diatorycznych odpada wszelkie lutowanie, prostota więc roboty jest nadzwyczajna. Trzeba jednak zwracać uwagę na ustawienie zębów, bo zęby, jako nie lutowane, snadno zmienić mogą miejsce wskutek skurczenia się masy porcelanowej po wypalaniu.

Górną płatkę można robić tak, że powierzchni podniebiennej nie pokrywa się w całości porcelaną, a nanosi się jej tylko tyle, ile potrzeba, żeby zęby się trzymały. Wykończona sztuka wygląda wtedy tak, jak kombinowane roboty kauczukowo-złote lub kauczukowo-aluminiowe.

Z dalszych odmian zasługuje jeszcze na wzmiankę sposób *lutowania według Gartell'a*; zaleca on lutować nie szecerem złotem, ale stopem $8\frac{1}{2}$ cz. ści złota z $1\frac{1}{2}$ części platyny. Stop ten topi się trudniej i nie daje tak gładkiej powierzchni jak szcere złoto, metalowe części spajają się jednak łatwo tym sposobem; choćby nie przylegały szczelnie do siebie, to jednak osnowa dobrze się spaja z szorstką powierzchnią, gdy tymczasem z gładką powierzchnią złota spoić się nie może. Oprócz tego Gartrell twierdzi, że przy tym sposobie lutowania wyłączona jest możność wypaczenia się zębów przy wypalaniu, jako że łącznie to nie rozpuści się wcześniej, niż masa podstawowa.

Inni nie przyznają konieczności łączna złoto-platynowego i biorą czyste złoto, bo powiadają, złoto przy lutowaniu z platyną samo się platynizuje, przez co robi się trudniej topliwem.

Ciekawy też jest sposób w jaki Gartell poprawia platki zgięte przypadkowo podczas lutowania

lub wypalania osnowy. Służy do tego specjalna tłocznia szrutowa.

Tłocznia ta składa się z mocnego cylindra z lanego żelaza i z tłoku. Tłocznia może być urządzona tak, że działa samodzielnie albo tak, że dla wytłoczenia wstawia się ją pod zwyczajną ale mocną prasę do kauczuku.

Dopelnieniem tego aparatu jest płaski kawałek gumy, który podkłada się pod tłok na płatkę, która ma być wytłaczana, dopóki brzegi platki na tyle odstają od stępora, że szrut mógłby wejść między płatkę i stępor.

Prace porcelanowe na tym aparacie robi się w sposób następujący:

Z odpowiedniego metalu (babbitu) robi się cienki model, na $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ palca gruby nad najwyższem miejscem podniebienia, kawałek blachy platynowej przysposabia się cokolwiek do modelu za pomocą rogowego młotka i wkłada się później do cylindra wraz z stępor. Na blachę platynową kładzie się gumę a na to sypie się szrutu m.w. na jeden palec grubo. Wstawia się na to potem tłok i wkłada się pod prasę. Po przykręceniu prasy platka sformuje się już częściowo, poczem się ją wyjmuje, przepala i znowu się prasuje pod gumą, co się powtarza dopóty, dopóki platka nie przylega na tyle do stępora, że szrut pod nią wejść nie może. Dalej wytłacza się bez gumy.

Podczas wytłaczania trzeba płatkę w tych miejscach, gdzie są większe zagięcia, rozciąć i zlutować.

Po przylutowaniu drutu na brzegu platki poddaje się ostatnią ponownemu wytłaczaniu, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie się zauważy, że nieprzylega dobrze do modelu. Następnie potrzebne jest jeszcze czasem wytłaczanie po pierwszym wypalaniu, po którym platka nie przylega szczelnie do modelu wskutek skurczenia się masy podstawowej. Pomaga się temu w ten sposób, że ręką wgniata się całą siłą płatkę na model, poczem wraz z modelem kładzie się do tłoczni, zasypuje się

szrutem i przykręca się prasę tak mocno, jak tylko można, a tak przykręconą na kilka minut się zostawia. Nietrzeba się przy tem bać, żeby zęby uszkodzone były, bo tłok działa na szrut równomiernie ze wszystkich stron i włacza tylko te miejsca, pod którymi jest pusto. Po drugim wypaleniu przymierza się znowu sztukę na modelu i, jeżeli potrzeba, znowu się wytacza.

Gdyby gdziekolwiek przy przy wytłaczaniu masa podstawowa pękła, to nie wielka szkoda, bo przy następnem wypalaniu można pęknięcie załatać.

Reparacye platek emaliowanych są dosyć uciążliwe, głównie dla tego, że sztuka kilkakrotnie wypalana staje się mniej piękną, emalia jej blednie. Złamana platkę można naprawić w ten sposób, że oddłutowuje się wzduż przelomu powłokę porcelanową, na brzegi złamane kładzie się kawałek blachy platynowej i przez przylutowanie tej blachy spaja się ze sobą odłamki, poczem się łatę zakrywa osnową i emalią.

W większości przypadków lepiej jest nową platkę zrobić lub odłupać wszystką porcelanę zarówno z dziąseł jak z podniebienia i modelować wszystko na nowo, niż reperować.

Wyłamany ząb przyprawia się w ten sposób, że resztkę zęba zeszlifowuje się do ostatka, przyszlifowuje się w to miejsce nowy ząb i bez lutowania upewnia go się na miejscu za pomocą masy podstawowej, która się później emaliuje.

Aby dziąsła po reparacyi nie różniły się barwą zaleca się pokryć i pozostałą powierzchnię cienką warstwą emalii. Do protez częściowych można też nowe zęby dorobić w ten sposób, że się w odpowiednim miejscu porcelanę odejmuje, lutuje się pasek blachy platynowej a do tej ząb, otoczenie zaś porcelanuje się potem na nowo.

(Dalszy ciąg nastąpi).

II. Torbiele zębowe

ICH ROZPOZNANIE i LECZENIE.

Napisał

Dr. J. SYROP

w Krakowie.

Torbiele, które z zębami w związku stoją, dzielimy obecnie na torbiele follikularne i na takie, które swój początek biorą od okostny zęba. O pierwszych, jako bardzo rzadko w praktyce się nadarżających, mówić nie będę. O wiele częściej mamy do czynienia z torbielami, powstającymi wskutek przewlekłych spraw zapalnych okostny korzeni. Spotykamy je o wiele częściej w szczęce górnej, aniżeli w dolnej. Przy przewlekłym zapaleniu okostny buja okostna u wierzchołka w ten sposób, że na końcu korzenia tworzy się torebka wielkości groszku, składająca się z tkanki łącznej. Jeżeli, czy to wskutek plombowania zęba, czy zarośnięciu światła korzenia, płyn nagromadzony w tej torebce odpływu nie ma, to on się w coraz większej ilości nagromadza. Z wzrastającym parciem torebka się ciągle powiększa i napiera na kość w tem miejscu, w którym się ona najbardziej poddaje.

Jeżeli taka torbiel rośnie ku stronie zewnętrznej szczęki górnej, co się najczęściej zdarza, to w okolicy wyrostka zębodołowego ponad zębem powstaje okrągła gładka naroś, którą, jak długo kość jeszcze nie ulegnie zanikowi, jako twardy guz wyczuć można. W miarę jak kość, ulegając zanikowi, staje się podatniejszą, można dokładnie wyczuć objaw *Dupuytrenu*, t. j. owe dla torbieli charakterystyczne trzeszczenie.

W dalszym ciągu trwania sprawy płyn, w torbieli nagromadzony, uderza wprost w błonę śluzową i wte-

dy można wyczuć wyraźnie chelbotanie. W rzadkich przypadkach torbiel taka rośnie ku podniebieniu twardemu.

Co do rozpoznania torbieli zębowych, to je przedewszystkiem rozróżnić musimy od ropotoków jamy Highmora. Torbiele zębowe zwykle nie wchodzą w jamę szczęki górnej, są jednak znane przypadki, z których i ja jeden niżej opisuję, gdzie torbiel wskutek silnego ucisku na ścianę jamy szczęki górnej takową otworzyła i zawartość torbieli do jamy Highmora się przedostała.

Przy rozpoznaniu więc przedewszystkiem na to baczycь należy, czy jest połączenie z jamą nosową, które zawsze przy ropotoku jamy Highmora spotykamy. Następnie torbiel wywołuje zawsze znaczne obrzmienie twarzy, które w miarę wzrostu torbieli ciągle się powiększa, przy ropotoku zaś obrzmienia albo wcale nie ma, albo jest nieznaczne, bo ropa przez nos zewnątrz się przedostaje.

Wprawdzie *Scheff* w ostatniej swojej pracy o ropotoku jamy Highmora jako jeden z najcharakterystyczniejszych objawów *Empyematis antri Highmori* wymienia wypuklenie kości i obrzmienie twarzy, to jednak bardzo wątpię, czy podane przez niego wypadki ropotoku ze znacznem obrzmieniem twarzy nie były raczej zapoznanemi torbielami szczęki górnej. Bo nie każde nagromadzenie płynu — a na tem *Scheff* swoje rozpoznanie opiera — który z okolicy jamy Highmora się wydostaje, z tejże pochodzi, gdyż pochodzi on zwykle torbieli bądź to zębowych, bądź to follikularnych po nakłuciu tychże.

Jeżeli bowiem torbiel otworzymy czy to sztucznie trójgrańcem, czy też przez wyrwanie korzenia, do niej wrastającego, to wydziela się z niej płyn śluzowy lub ropny i cała jama jest dla oka przystępną. Takie to musiały być jamy, które *Scheff* zwyczajnym wźiernikiem nosowym przeświecał i badał.

Mnie przy rzeczywistym ropotoku nie udało się z powodu wąskości kanału, do jamy Highmora prowadzącego, takowej z ust wźiernikiem badać. Mimo spe-

cyalnie do tego celu sporządzonej lampki elektryczne udaje mi się teraz dostać do jamy Highmora dopiero przy szerokiem otwarciu tejże. Jako dalszy objaw rozpoznawczy służy nam badanie nosa. Jeżeli torbiel rośnie jak zwykle ku przedniej ścianie szczęki, błona śluzowa nosa jest zupełnie prawidłową, natomiast przy ropotoku błona śluzowa odpowiedniej strony nosa jest zaczerwieniona, obrzmiała i pokryta wydzieliną, często ropną. Wspomnieć jeszcze muszę, że do rozróżniania torbieli od ropotoku używać można tak zwanego *przeświecania* jamy Highmora. Jeżeli bowiem do jamy ust wprowadzimy odpowiednią lampkę elektryczną i każemy pacjentowi usta zamknąć, to w ciemnem pokoju jama nosowa przedstawia się nam silnie czerwona, podczas gdy jamy Highmora są przezroczyste z nieznacznym czerwonym odcieniem.

Jeżeli natomiast jest torbiel, to w tem miejscu światło przechodzić nie będzie, ale objaw ten nie jest pewny, gdyż tak samo światło elektryczne zachowywać się będzie, jeżeli ono natrafi na jamę Highmora, wypełnioną ropą. Co do objawów subiektywnych, to na nich polegać nie możemy, gdyż w obu przypadkach chorzy skarżą się na parcie w szczękę górnej, na bóle twarzy, głowy i oczu, a przytem cały ten szereg objawów zależy bardzo od ogólnego stanu nerwowego chorych.

Co do leczenia torbieli zębowych, to polecają autorowie środki ściągające, jak wstrzykiwania alkoholu nalewki jodowej, azotanu srebra, ażeby w ten sposób zmusić ściany torbieli do zaciągnięcia i wypełnienia się przez ziarninę. Mnie się jednak zdaje, że leczenie takie nie odpowiada celowi. Ponieważ torbiel powstaje wskutek nagromadzenia się płynu w niej przez następowe wydęcie ścian, więc sądzę, że wystarczy torbiel szeroko otworzyć, ażeby uniemożliwić nagromadzenie się płynu, a ściany torbieli, nie długo trwające, przy częstem przestrzykiwaniu płynem przeciwnym

zwolna ale bez bólu i napewno się ściągną. Ja postępuje w sposób następujący.

Po dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego w znieczuleniu kokainą wyjmuję odpowiednie chore zęby lub korzenie i wycinam większy kawałek ściany torbieli, ażeby w ten sposób uniemożliwić dalsze nagromadzanie się płynu i mieć dokładny przystęp do jamy. Jamę tą w pierwszych dniach codziennie, później 2 - 3 razy tygodniowo przestrzykuję jakimkolwiek płynem przeciwgnilnym i tamponuję, ale lekko, gazą xeroformową, która ma tę zaletę, że jest bezwoną, co przy operacjach w jamie ustnej jest dla pacjentów rzeczą bardzo przyjemną. W miarę tego, jak ściany torbieli się ściągają, wkładam coraz mniejszy kawałek gazy i osiągam w ten sposób zupełne zagojenie. W jednym przypadku, gdzie torbiel przebiła do jamy Highmora, sprawa była powikłana i wymagała nieco większego zabiegu, dlatego go niżej dokładniej opiszę:

Dnia 12 Maja b. r. zgłosiła się do mnie panna J. M. z Wadowic z znacznem obrzmieniem twarzy po stronie prawej. Chora narzeka od kilku miesięcy na silne bóle głowy, szum w uchu prawem, które to objawy mimo leczenia nie ustępowały. Obrzmienie chora zauważyła już przed rokiem, jednak nie zwracała na to zbytnej uwagi, bo nie szpeciło jeszcze twarzy i nie sprawiało jej żadnych dolegliwości. Od trzech miesięcy jednak obrzmienie coraz się powiększa, a powiększeniu temu towarzyszyły owe silne bóle głowy i ucha. Przed miesiącem jednak chora z wielkiem przerażeniem spostrzegła rano przy myciu, że z nosa wydostaje się ropa.

Badanie zewnętrzne wykazało w okolicy szczęki górnej po stronie prawej znaczny guz, sięgający do oczodołu; skóra na guzie jest prawidłowa. Guz ten jest przy dotyku mało bolesny. Ściana szczęki nad guzem jest bardzo cienka i czuć bardzo wyraźnie trzeszczenie, a badanie dwupalcowe wykazuje wyraźne chęł-

botanie. Z nosa wydziela się plyn śluzowo ropny. W szczęce znajdują się pod guzem korzenie pierwszego i drugiego zęba trzonowego małego. Rozpoznanie wahało się między torbielą, a ropotokiem jamy Highmora. Dopiero próbne przekłucie jamy i wydostanie się plynu śluzowo-ropnego, takiego samego, jaki się nosem wydziela, upewniło mnie, że mamy tu do czynienia z torbielą, która, rosnąc ku jamie Highmora, takową przebiła.

Leeczenie w tym wypadku polegało na szerokiem otwarciu jamy Highmora ze strony ust i przestrzykania mieszkanką jodoformu i gliceryny z kreozotem. Już po dwóch tygodniach wydzieliła się tak dalece zmniejszyła, że tylko rano kropla ropy nosem się wydziela. W drugim dniu po operacyi silne bóle głowy i ucha zupełnie ustały. Nadmienić jeszcze muszę, że przeświecanie elektryczne dało w tym wypadku rezultat ujemny, jak się tego z resztą spodziewałem.

Dział sprawozdawczy.

7. **Ant. Gabszewicz. Przyrośnięcie języka do błony śluzowej policzków nabyte.** (Gazeta Lekarska, № 37 1899). Kobieta lat 62, nieźle odżywiana, zgłosiła się w sierpniu 1898 r. do szpitala Ś-go Rocha, uskarżając się na zupełną prawie niemożność polykania pokarmów stałych i płynnych. Badanie wykazało stan następujący: usta trzyma chora stale nieco otwarte, nie może ich zamknąć zupełnie; z pomiędzy warg wystaje koniec języka, którego chora ani wysunąć więcej, ani cofnąć nie może; po otwarciu ust, które jest do pewnego stopnia ograniczone, widać, że język jest nadzwyczaj mocno przyrośnięty z obu stron do błony śluzowej policzka. Przyrośnięcie to rozpoczyna się z jednej i drugiej strony tuż zaraz poza kątem ust i rozciąga się aż do przednich łuków podniebieniowych. Język zgrubiał, jednolicie twardawy, kształtu walcowatego, przykrywając zupełnie wyrostek zębowy żuchwy tak mo-

eno przylega do dolnej wargi, że niepodobna przesunąć palca pod językiem dla zbadania stanu zębów żuchwy. Ruchy języka zupełnie zniesione; chorej wlewa się płyny małą łyżeczką; pomimo tego jeszcze znaczna część płynu się wraca; z ust ciągle ciecze ślina. Na języku nie widać żadnych owrzodzeń; nie wyczuwa się także żadnych ograniczonych stwardnień; na łukach, tylnej ścianie gardzieli, błonie śluzowej jamy ustnej, podniebieniu twardem i miękkim nie daje się zauważyć nic nieprawidłowego. Chora mówi z trudnością i bardzo niewyraźnie; ze słów jej okazuje się, że cierpienie powyższe rozwija się od pół roku, że poprzednio uczuwała mocne bóle w jamie ustnej, których teraz nie doznaje, tak że obecnie trapi ją tylko prawie zupełną niemożność połykania. Badania narządów wewnętrznych i zewnętrznych nieprawidłowości nie wykazało.

Niewątpliwą przyczynę powstania tego rzadkiego cierpienia ustanowić trudno. Przypuścić tu należy dwa czynniki: zupełną nieruchomość języka, oraz sprawy wrzodziejące na błonie śluzowej języka i jamy ustnej, które mogły doprowadzić do sklejenia się z sobą 2-ech powierzchni, pozbawionych błony śluzowej. Przypuścić należy, iż w rozwoju tego cierpienia musiało grać rolę rozlane ropienie w mięszu języka obok jednoczesnej obecności owrzodzeń wypryskowych, które w niektórych razach mogą zajmować całą błonę śluzową jamy ustnej. Udziału gruźlicy, syfilisu, szkorbutu, lub obrażenia jamy ustnej jakim środkiem żrącym autorowi w danym wypadku nie dało się wykryć. Brak odpowiedniego leczenia w ostrym okresie cierpienia mógł się też w znacznym stopniu przyczynić do wytworzenia tak poważnej sprawy chorobowej.

Operacyi dokonał dr. G. przy znieczuleniu miejscowem 10% kokainą. Polegała ona na oddzieleniu nożem języka od policzka; nałożono po 4 głębokie szwy na powstałe ztąd z każdej strony języka rany. Przednie siekacze i dwuguzikowce dolne, które jak się okazało, były mocno rozchwiane, usunięto. Po dokonaniu wspomnianych rękoczynów chora mogła swobodnie poruszać językiem i przepłukiwać usta. Po 6-in dniach usunięto szwy, we dwa zaś tygodnie po operacyi, po wygojeniu się zupełnem ran, chora opuściła szpital.

Chora może swobodnie przełykać takie pokarmy

jak chleb i kartofle, mowa jej stała się wyraźniejszą; ruchy języka, względnie do utraty zwykłej jego sprężystości, dosyć swobodne.

Jan Kanty Drac.

8. **Mary E. Hartzell.** (Mimeapolis). **Pielęgnowanie zębów mlecznych.** (z *The Dental Review.* Deutsche Monatsschrift f. Zhkde. VI. 1899).

Autorka kładzie nacisk na potrzebę prawidłowego pielęgnowania zębów mlecznych. Zęby mleczne, pomimo swej tymczasowości, są bardzo ważnymi organami ciała ludzkiego, ale niestety obecnie prawie w powszechnem są zaniedbaniu. Zdrowy stan zębów mlecznych jest bardzo ważnym dla całego cieleśnego rozwoju dziecka. Jeżeli zęby mleczne są dotknięte próchnicą, a co zatem idzie, bolą, to należyte przeżuwanie pokarmów jest niemożliwe. Najbliższem następstwem tego jest osłabienie trawienia. Jeżeli stan upośledzonego trawienia potrwa czas dłuższy, to skutkiem tego będzie wadliwe odżywianie wszystkich tkanek ustroju. Złe odżywianie w wieku dziecięcym nie może nie wpłynąć zle na wzrost dziecka i cały jego rozwój. Autorka podaje ze swojej praktyki odnośny do tego, a uwagi godny przypadek:

„Mała dziewczynka, za mała na swój wiek, chorobliwego wyglądu i bezkrwista, szukała porady u autorki. Zęby małej pacjentki były w bardzo złym stanie. Jednego stałego trzonowego zęba już nie było, trzy pozostałe, które były zniszczone aż do samego dziąsła, zaopatrzyła autorka pierścieniami metalowymi i dopiero wypełniła cementem. Mleczne zęby trzonowe, również doprowadzono do porządku. Od tego czasu apetyt u małej pacjentki polepszył się, a o ogólny stan zdrowia tak się poprawił, że autorka po roku nie mogła pacjentki poznać. Dziecko wyrosło bardzo, wyglądało zdrowo i czerstwo“.

Ażeby zapobiedz złym skutkom, spowodowanym przez zaniedbanie zębów mlecznych, stawia autorka następujące, niżej wymienione tezy:

1) Należy zwrócić uwagę ciężarnych niewiast na ważność spożywania pokarmów, tworzących kości. Na to samo trzeba zwracać uwagę i u dzieci w czasie ich wzrostu.

2) Rodzicom i opiekunom należy zwrócić uwagę na konieczną potrzebę prawidłowego czyszczenia narządu żucia u dzieci. Jak tylko zęby mleczne się

wyklują, powinny być regularnie czyszczone szczoteczką. Dzieciom zaś samym, o ile już podrosły i mogą to zrozumieć, należy wytłumaczyć, że codzienne używanie szczoteczki do zębów oszczędzi im w przyszłości wydatków i uchroni ich od bólów.

3) Jak tylko dziecko doszło do 2½ do 3 lat, powinny być jego zęby badane gruntownie przez dentybę, a w razie potrzeby i leczone; badanie powinno mieć miejsce nie rzadziej, niż co 4 do 6 miesięcy.

W ten sposób, można zęby mleczne zachować bez bólów i innych zaburzeń aż do wyrżnięcia się ich następców, to jest zębów stałych. Jednocześnie otrzymuje się i to, że dla zębów stałych zatrzymuje się potrzebne dla nich miejsce. Dalej przez postępowanie ochronne umożliwia się dobre przeżuwanie pokarmów.

Jeszcze inna korzyść wypłynie z wczesnego i regularnego pielęgnowania zębów, a mianowicie: dziecko po poradę do dentybisty nie będzie szło ze strachem, a przyuczy się do pielęgnowania swych zębów i będzie dbać o utrzymanie ich w porządku do późnej starości.

Autorka kładzie dalej nacisk na to jeszcze, że dwie grupy zębowe z narządu mlecznego zasługują na szczególniejszą uwagę, a mianowicie: drugie trzonowe mleczne i kły, a to dla tego, że takowe po wyrżnięciu się sąsiednich zębów stałych jeszcze znajdują się w ustach. Jeżeli więc zęby te przez próchnicę zniszczonymi zostaną, to będą wywierać szkodliwy wpływ na obok stojące zęby stałe.

Niestety ideał takiego pielęgnowania uzębienia mlecznego długo jeszcze nie będzie osiągnięty. Największą liczbę dzieci przyprowadzają nam dopiero wtedy, kiedy one już mają silny ból zębów. Autorka wyjmuje bolące zęby mleczne w bardzo rzadkich przypadkach i zwykle tylko wtedy, jeżeli następcą — ząb stały — ma się niebawem wyrżnąć. We wszystkich jednak przypadkach narkotyzuje dziecko przed operacją, ażeby mu nie pozostawić, nieraz nawet na całe życie strachu przed operacją dentybistyczną. Jeżeli bez wyjęcia zęba obejść się można, to autorka ogranicza się na pierwszym posiedzeniu do zastosowania jakiegoś środka paliatywnego, ażeby tym sposobem zaufanie dziecka dla siebie pozyskać. Dzieci przy pierwszej ich wizycie nie powinny się wystraszać, a nawet zbytecznie nużyć. Jeżeli z leczeniem postępujemy tak powoli, że dziecko do tego przywyka, to niejedyn mały pacjent wytrzyma nawet i bolesną operację.

Często możemy użyć z korzyścią sposobu Bonwill'a, mianowicie obrówać brzegi jamy próchnicowej, wyskrobać tyle rozmiękczonej tkanki ile się da bez wywołania bólu i wypełnić jamę różową gutaperką. Dwie jamki próchnicowe na powierzchniach styucznych zębów sąsiadujących można zaopatrzyć jedną wspólną plombą; podeięcia są wtedy niepotrzebne. Dr. Bonwill twierdzi, że przy takich wspólnych plombach wskutek bezustannego nagryzania na elastyczną plombę ucisk udziela się i zębom, od tego zęby rozchodzą się potrosze i, co zatem idzie, wyrabia się więcej miejsca dla zębów stałych. Niektórzy zalecają przed wprowadzeniem gutaperki, która stykać się będzie ze ścianami i dnem jamy próchnicowej, zanurzyć ją w szproszkowany kamień piekielny. Jeżeli plomba zniszczyje albo wypadnie to znajdziemy wtedy na ścianach, ciemną, i odporną przeciwko rozpadowi zębiny.

Autorka używa lapisu także i do przytępienia czułości zębiny w tych przypadkach, gdzie podeięcia zrobione być muszą. Do plombowania autorka używa cement lub amalgamat, przy jamach jednak większych zawsze przekłada gutaperkę, ponieważ gutaperka nie grozi niebezpieczeństwem życiu miazgi. Przy zapaleniu miazgi autorka leczy zapalenie lub zatruwa miazgę, jeżeli potrzeba. Ponieważ otwory korzeniowe w zębach dzieci są bardzo wielkie, to należy używać bardzo mało arseniku. Autorka zwykle nie wypełnia przewodów korzeniowych w zębach mlecznych po zatruciu miazgi; wypełnia tylko jamę miazgi jakimkolwiek przeciwnym środkiem, i plombuje ubytek w koronie.

Przy zębach z wydzieliną ropiastą pozostawia jamę miazgi bez wypełnienia, plombuje tylko ubytek w koronie, a w celu zabezpieczenia odpływu ropy świ-druje do komory miazgowej mały otworek od strony policzkowej przy brzegu dziąseł. Postępowanie takie pozwala utrzymać wiele zębów mlecznych, których plombować hermetycznie nie można.

Wł. Zieliński.

9. **Will. A. Presley.** (Rock Hill) **Prophylaxis.** (Items of Interest). Vol. XIX. Nr. 9. Deut. Mon. f. Zhkde Nr. 5. 99.).

Jak wogóle w medycynie, tak i specjalnie w dentyście leczenie zapobiegawcze jest bardzo ważne. Prawdziwe jednak postępowanie zapobiegawcze polega nie

tylko na tem, ażeby rozwinięte już zęby mleczne uchronić od chorób; profilatykę należy stosować już o wiele wcześniej. Najpierw należy się starać wpłynąć na jakość zębów u dziecka przez odpowiednie traktowanie matki podczas ciąży i podczas karmienia. Rozwój zębów zaczyna się już około 7-go tygodnia życia wewnątrz-matczynego i trwa aż do zupełnego zwapnienia zęba mądrości. W dniu porodu zęby mleczne są już do pewnego stopnia rozwinięte i istnieją już zaczątki 24 zębów stałych w najrozmaitszych stopniach rozwoju. Ponieważ rozwój zębów, tak mlecznych jak i stałych, odbywa się po większej części już podczas ciąży i karmienia, to łatwo pojąć można „że dobry, zły albo mierny stan zdrowia matki, musi wywierać bardzo wielki wpływ, na jakość zębów dziecka. Pielęgnowanie więc zdrowia matki w czasie ciąży powinno być bardzo troskliwe“. Żeby dziecko miało zęby zdrowe i odporne, trzeba matce podczas ciąży, a także i podczas karmienia, zalecić przyjmowanie takiego pożywienia któreby dobrze wpływało na rozwój tkanki zębowej i kostnej, a któreby także dobrze krew, a co zatem idzie i całe ciało, odżywiało. Pożywienie powinno zawierać wielką ilość składników mineralnych, któreby mogły zastąpić idące na rozwój kośćca płodu sole mineralne matki, w części też służyć bezpośrednio dla rozwoju dziecka. Autor do tego celu zaleca wszelkie zboża (kaszę, chleb razowy), i obfite używanie mleka.

W drugiej części swojej pracy autor omawia postępowanie zapobiegawcze podczas odstawienia dziecka od piersi. To samo pożywienie, które było przepisanie poprzednio dla matki, powinno teraz spożywać i dziecko. Oprócz prawidłowego odżywiania, postępowanie zapobiegawcze wymaga absolutnej czystości, którą możemy otrzymać tak dobrze na drodze mechanicznej jak i na drodze chemicznej. Należy więc dziecko przyzwyczaić do możliwie regularnego i prawidłowego użycia szczotki, nitki do przeczyszczania przestrzeni międzyzębowych, a nawet do używania jakiegokolwiek nieszkodliwego proszku do zębów, dalej należy przepisać jakiś antyseptyk w formie płynnej. Ażeby uprzędzić choroby zębów i zapobiedz ciężkim objawom, koniecznym jest wczesne leczenie w razie kamienia lub próchnicy.

Wł. Zieliński.

Wiadomości pomniejsze.

10. **Skład chemiczny sztucznej zębiny (artificial dentin) Fletscher'a** według dentysty Bor'a w Utrechie.

a) Proszek: $7\frac{1}{2}$ mastyksu sproszkowanego i przesianego należy zmieszać ze 100 gr. tlenku cynku, przepalonego uprzednio w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny; do tego należy dodać 12 gr. świeżo przygotowanego bezwodnego siarczynu cynku. Wszystko to należy starannie zmieszać i przechowywać w szczelnie zamkniętym naczyniu.

b) Płyn: 25 g. gumy arabskiej rozpuszczonej się w 65 g. wody dystylowanej i 10 g. alkoholu; do tego wszystkiego dodaje się nieco kwasu karbolowego,

Im więcej proszek zawiera siarczynu cynku, tem prędzej mieszanina twardnieje.

W miarę potrzeby kazdy dentysta może sobie dodawać do tej sztucznej zębiny środki antyseptyczne lub znieczulające, jak np. tymol sproszkowany hydronaftol lub kokainę.

Niektóre środki, jak n p. olejek cynamonowy, olejek gwoźdźkowy opóźniają albo nawet zupełnie przeszkadzają w twardnieniu cementu. Przy nadezłości zębiny dobrze robi dodatek sproszkowanego kamienia piekielnego. Fletcherem z kamieniem piekielnym smaruje się ściany jamy próchnicowej, następnie dokończy się plombę czystym Artificial-Dentinem. W przeciągu jednego albo dwu dni nadezłość zmniejsza się znacznie. (Deut. M. f. Zhkde. Nr. 10, r. 1899).

Wł. Zieliński.

11. **Masa wyciskowa.** Zahnnerztliches Wochenblatt (Nr. 656) podaje następujący przepis na masę wyciskową: talku 7 części, żywicy Kauri albo Damar $3\frac{1}{2}$ cz., stearyny $2\frac{1}{2}$ cz., oprócz tego ilości dowolne karminu i jakiegokolwiek olejku lotnego w celu zabarwienia oraz polepszenia zapachu i smaku.

Najprzód trzeba nad wolnym ogniem rozpuścić w emaliowanym naczyniu stearynę, potem dodawać do stearyny czystą, mialką sproszkowaną żywicę; ażeby się nie przepalilo i aby nie porobiły się kluchy trzeba wciąż mieszać. Po dodaniu barwnika i zapachu, co teraz

powinno mieć miejsce, trzeba jeszcze pewien czas przegarniać, żeby się wszystko dokładnie złączyło. Od czasu do czasu wyjmuje się na próbę kawałek masy, ostudza się w zimnej wodzie i próbuje między palcami czy dosyć jest taktu, próbę taką trzeba powtórzyć kilka razy. Jak skończy się gotowanie wylewa się masę na mokry talerz, a gdy cokolwiek ostygnie wygniatą się ją rękami, wreszcie wyciska się w odpowiednich formach w talarki.

Masa ta daje wyciski dokładne co do włoska, prędko twardnieje i nie lepi się do palców, jeżeli jest dobrze przyrządzona.

W. J.

12. **Zapalenie ropne zatoki szczękowej.** Dr. Biekel z Nowego-Yorku podał przypadek zapalenia zatoki Highmora, powstałego wskutek nieudanego leczenia kanału korzeniowego. Korzeń przy samym wierzchołku był skrzywiony, a świder, wprowadzony w kierunku prostym, przedziurawił ścianę zębową. Po wprowadzeniu gutaperki do kanału w celu zamknięcia otworu wierzchołkowego, taż gutaperka przeszła przez sztuczny otwór w zębie i dostała się do zatoki szczękowej, powodując tym sposobem jej podrażnienie. Na korzeń w ten sposób wyleczony (był to korzeń kła) obsadzono koronę Richmond'a. Niedługo po operacji pojawiły się bóle i obrzmienie w danej połowie twarzy, szczególnie w okolicy podczołowej, katar nosa i bóle w uchu niedługo potem otworzyła się fistula nad zębem (kłem). Ząb musiał być wyjęty. (Zahn. Rundsch. № 229).

Wł. Zieliński.

13. **Gangrena wskutek wpadnięcia zęba w przewody oddechowe.** J. S. Warrack opisuje w British med. Journal przypadek zgorzeli płuc wskutek przypadku wymienionego w tytule.

Kobieta lat 26 przyjętą była do szpitala po upływie 4 dni od posiedzenia u dentysty, który usiłował wyjąć jej ząb przy uspieniu tlenkiem azotu; ząb jednak nieszczęśliwie wymknął się z kleszczy i wpadł do przewodu oddechowego w chwili, gdy uspięta głęboko oddychała.

Przy oględzinach lekarskich chora przedstawiała wygląd następujący leżała na wznak z twarzą niezwykle bladą, usta były sine, podczas mówienia lub zmia-

ny pozycyi napady silnego kaszlu. Lewa strona klatki piersiowej przy oddychaniu pozostawala prawie nieruchoma; u wierzchołku płuc po tej stronie szmery oddechowe oslabione, towarzyszą im rżenia.

Szmery oddechowe z prawej strony normalne, nieco zaostrome. Puls przyśpieszony, również jak oddech.

Przez kilka dni następných nie zauważono wielkich zmian w stanie chorej, ale temperatura przyjęła typ gorączkowy.

W 13 dni po wypadku wystąpiły jawne oznaki zgorzeli lewego płuca: oddech smrodliwy, plwocina szarawa i cuchnąca; obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi po lewej stronie, szmery tarcia pod lewą pachą.

Stan pogarszał się stopniowo jeszcze przez 3 dni, aż wreszcie chora zmarła.

Ogłędziny pośmiertne wykazały: na całej przestrzeni opłucnej z lewej strony znajdowały się liczne zrosty; serce miękkie i mniejsze niż normalne; prawa strona nieco rozszerzona.

Przy badaniu lewego oskrzela znaleziono w niem ząb, którego koniec spuszczał się w dół, korona zaś była wysunięta w górę w ten sposób, że ząb ten uformował niejako czop okrągły, zamykający światło oskrzela. Ściany oskrzela były przedziurawione. Całe lewe płuco było zgangrenowane, gnijące, gruczoly oskrzelowe nabrzmiałe. Płuco prawe było nienacieczone i rozdęte.

Ząb prawdopodobnie nie wpadł odrazu tak głęboko, jak się okazało przy sekcji, ale się stopniowo zagłębiał przy bezwoených wysiłkach, podejmowanych przez chorą w celu wykaszłania ciała obcego.

Marya Linda.

14. **Dr. Robin.** (w Revue de Stomatologie, Novembre 99) podaje objaśnienie **przyczyn ostrego zapalenia miazgi, po nieostrożnem zamknięciu miazgi plombą.**

Na początku swojego artykułu Dr. R. omawia plombowanie zęba z obnażoną miazgą. Doprowadzona do stanu obnażenia miazga nie jest jeszcze zarażoną i dość długo może pozostać bezbolesną; bóle występują w niej tylko pod działaniem bodźców termicznych wskutek rozszerzenia przez te naczyń krwionośnych i, co za tem idzie, ucisku nerwów. Zdawało by się, że jeżeli zasłonić miazgę od wpływów zewnętrznych, to ta, nie będąc w stanie zapalnym, powinna znieść dobrze hermetyczne zamknięcie ubytku. Tymczasem rzecz ma się

inaczej: zaraz po zaplombowaniu zjawia się zapalenie miazgi, które ustępuje natychmiast po wyjęciu plomby. Wystąpienie bólów po zaplombowaniu wyjaśnia Robin w sposób następujący: ubytek próchnicowy i obnażona miazga stale znajdują się w zetknięciu ze śliną, płynem w wysokim stopniu septycznym. W samym ubytku pozostają wciąż resztki pokarmów, które są doskonałą glebą dla niezliczonej ilości drobnoustrojów, rozrostowi których sprzyja także i ciepłota jamy ustnej.

W takich oto warunkach znajduje się miazga zębowa i jeżeli nie podlega ona zapaleniu—zawdzięczyć to należy jedynie bezpośredniej komunikacji ubytku z światem zewnętrznym. Po zamknięciu ubytku komunikacja zostaje przerwana, a pod plombą powstają czynniki septyczne, produkty drobnoustrojów (toksyny) wreszcie i wysięki miazgi w razie jej zapalenia. Wszystkie te czynniki, wywierają mechaniczny ucisk na miazgę, zmniejszając jej fizyologiczną sprawność. Do tego przyłączają się i inne szkodliwe warunki. Ubytek, przedtem swobodnie przewietrzany, po zamknięciu pozbawionym zostaje tlenu, co pozwala przypadkowo znajdującym się w nim anaerobom szybko się rozmnażać. Wchłanianie toksynów, znajdujących się pod plombą, które poprzednio wylewały się swobodnie na zewnątrz zmniejsza sprawność i odporność miazgi.

Powyższe przyczyny wyjaśniają nam dostatecznie, dla czego występuje zapalenie po zaplombowaniu zęba z otwartą, choć nie podległą zapaleniu miazgą. Plombować ząb można w takich razach tylko po dokładnem zdezynfekowaniu, t. j. po doprowadzeniu do stanu aseptycznego.

Regina Róg-Welksler.

15. **S. Weiss.** Tak zw. wczesny objaw Koplikowski w odrze. Są to drobniałkie pęcherzyki barwy niebieskawo-białej na tle jasno-czerwonej błony śluzowej warg i policzków; objaw ten wyprzedza na dobę do dwóch wysypkę na skórze. Nazwę swoją zawdzięcza znanemu pedyatrze amerykańskiemu D-rowi H. Koplikowi, który niedawno zwrócił nań uwagę świata lekarskiego. Nazwa ta nie zupełnie uzasadniona, gdyż jak dowodzi autor, pierwszeństwo odkrycia przyznać należy lekarzowi duńskiemu d-rowi N. Flindtowi, który daleko wcześniej, bo już w r. 1880, opisał objaw ten szczegółowo i nawet dokładniej niż Koplik. Flindt nadmienia, iż drobne te pęcherzyki podobne są do gru-

zolków prosówkowych; dają się nawet wyczuć dotykem, gdyż wystają ponad otoczenie oraz, co jest ważnym szczegółem, występują też na spojówkach powiekowych. (Wien. Klin. Wochenschrift, 1898 № 25, Przegład lek. № 29, 1899).

J. K. Drac.

16. **Przypadek zaniku korzeni** w górnym prawym drugim trzonowym podaje P. Gires w Revue de Stomatologie Novembre 1899). Pacjentka żądała wyrwania spróchniałego zęba; po oczyszczeniu ubytku obnażyła się miazga b. bolesna. Uspokoiwszy ból wacikiem, zmoczonym w karbolu, Gires wyrwał ząb. Korzenie językowy i policzkowy odśrodkowy uległy częściowemu wessaniu; powierzchnia ich końców była chropowata, jak na korzeniach mlecznych zębów; dośrodkowo-policzkowy korzeń złamał się podczas ekstrakcyi. Błyszcząca, gładka powierzchnia złamania wybitnie wyróżniała się od leżących tuż przy niej powierzchni rezorbowanych. Dla potwierdzenia rozpoznania G. wyjął miazgę z korzeni: miazgi miały wygląd zdrowy, były różowe; miazgi korzeni podległych wessaniu miały długość swych korzeni. Był to więc przypadek rezorbeyi korzeni zdrowego stałego zęba. Co do przyczyn tego zjawiska, pozostały one nie wyjaśnione: nie było torbieli, której ciśnienie mogło by zniszczyć korzenie; nie było zatrzymanego 3-go trzonowego, który mógł by wywołać zanik korzeni swego sąsiada na wzór mlecznych zębów. Nie można było dowiedzieć się niczego o rodzicach i stanie zdrowia pacjentki. Reumatyzmu, na który wskazywała chora, nie można zdaniem Giresa uważać za przyczynę omawianego patologicznego zjawiska.

Regina Róg-Weksler.

17. **Jodoform**, używany codziennie w naszej praktyce, ma tę niedogodność, że ręce przechodzą jego zapachem po choćby najkrótszem zetknięciu. Constant z Montpellier radzi po każdym użyciu jodoformu wymyć ręce w wodzie z kwiatu pomarańczowego, która natychmiast niszczy nieprzyjemny zapach tego preparatu. (L'Odontologie 15—IX 99).

H. Libkind-Lubodziecki.

18. **Gutaperka hodowli Dybowskiego**. Gutaperka, której użycie doszło dziś do najwyższego stopnia zastosowania technicznego, jest jak wiadomo, stężalym sokiem mlecznym wschodnio-indyjskiej rośliny *Isonandra*

Gutta Hock (gutaperkowiec właściwy). W celu otrzymania gutaperki w starych pniach zrąbanych robią się nacięcia, a sok z nich wyciekający zbiera się w rurki bambusowe lub kobiałki.

Dotychczas gutaperkę otrzymywano jedynie na wyspach Malajskich, wskutek czego jest ona bardzo drogą (przeszło 15 fr. za kilogram). Próby aklimatyzacji gutaperkowca dotychczas były bezskuteczne, dopiero obecnie dzięki odkryciu prof. Jana Dybowskiego, znanego podróżnika po Afryce, położenie rzeczy się zmienia. Dybowski, jeneralny inspektor rolnictwa w Tunisie, a obecnie dyrektor ogrodu kolonialnego, założonego w r. z. w celach doświadczalnych w *Vincennes* pod Paryżem, wyhodował w ogrodzie tym rośliny *Eucomia ulmoides*; z krzewu tego można wydobywać gutaperkę w najlepszym gatunku. Roślina ta pochodzi z Chin północnych, owoce zaś jej zawierają 34% doskonałej gutaperki. Prof. Dybowski przedstawił paryżkiej Akademii nauk odnośny referat, z którego widać, iż *Eucomia* daje się nierównie łatwiej przyswoić, niżeli sadzonki drzewa gutaperkowego z Jawy, próby asymilzacji którego w koloniach francuskich okazały się zupełnie niepomyślnymi. Odkrycie Dybowskiego niewątpliwie wpłynie na znaczne zmniejszenie ceny tego ważnego produktu.

J. K. Drac.

19. **Skazanie za wyjęcie zdrowego zęba** (The Brit. Journal of Dental Science 1899, Str. 331).

W Weymouth pewien pan zaskarżył do sądu drogistę, który się również zajmował wyjmowaniem zębów o odszkodowanie w kwocie 25 funtów szterlingów (mniej więcej 250 rs.) za wyjęcie zdrowego zęba zamiast chorego u jego 13 letniego syna. Pierwszy, prawy, dolny ząb trzonowy dotknięty był próchnicą i silnie bolał; wyjęty został ząb drugi, prawy, dolny, trzonowy, ale zupełnie zdrowy. Sąd skazał Drogistę na 5 f. szt. kary (około 50 rs.).

Wł. Zieliński.

20. **Dr. Abraham**, wynalazca formagenu, zachęcony powodzeniem, jakiego doznał ten preparat, poświęcił się badaniom nad ulepszeniem plastycznych materiałów do plombowania. Wychodząc z tego założenia, że najważniejszemi dla rozwoju dentystyki są przedewszystkiem materiały plastyczne, skierował Dr. Abraham swe poszukiwania do wynalezienia jakiegoś ma

teryału, któryby mógł zastąpić cementy, które tak wiele pozostawiają do życzenia pod względem trwałości. Idąc za wskazówkami przyrody, zaczął badać w tym kierunku kwas krzemny i drzewnik. Oba te ciała, choć tak różne w swym składzie chemicznym, mają to wspólne, że są nadzwyczaj odporne na wszelkie wpływy chemiczne. Doprowadzić te ciała do takiej postaci, w której mogłyby być zastosowane do plombowania, tymczasem nie udało się w zupełności. Co do drzewnika (celulozy) badania uwięzione zostały skutkiem pomyslnym o tyle, że udało się go Abrahamowi rozpuścić w płynie cementowym (kwasie fosforowym) Jak twierdzi Dr. A., cement, połączony z drzewnikiem, w ustach jest znacznie odporniejszy od cementów zwykłych i to nie tylko na wpływy chemiczne, ale i mechaniczne.

Drugie połączenie, które wynalazł Dr. A. jest to pewna szczególna kombinacya amalgamatu z cementem. Kombinowane plomby z amalgamatu z cementem znane są już od lat kilkunastu. Zalety ich polegają na tem, że łączą one w sobie zalety obu swych składników bez ich wad, ale tylko wtedy, jeżeli cement ściśle jest pomieszany z amalgamatem. Zmieszanie jednak takie oddzielnych materiałów trudno daje się uskutecznić na szkiełku lub w ręku przed plombowaniem. Ażeby temu zaradzić wynalazł Dr. Abraham taką kombinacyę, w której rtęć, w kształcie emulsyi połączona jest z kwasem (płynem) cementu, opilki zaś amalgamatowe znajdują się w proszku. Pasta, zawierająca rtęć, po zrobieniu z proszkiem daje plombę znacznie odporniejszą od cementowej, a niezłą podobno i co do barwy. Oba te preparaty znajdują się już w handlu.

(Zahnaerz. Rundsch. № 385).

21. **Karborund**, nowy środek do szlifowania, jest połączeniem węgla z krzemem, a otrzymuje się sztucznie z koksu i piasku przez ogrzewanie w piecu elektrycznym. Piec ma kształt stożkowaty, a w dolnej, cieńszej jego części sterczą elektrody maszyny elektrycznej o prądzie zmiennym. Materiały surowe, t. j. piasek i koks układa się naokoło węglowej elektrody, poczem zamyka się prąd. Energia elektryczna zamienia się w ciepło i rozpoczyna się reakcyja, przy której powstaje krystaliczny węglík krzemu (karborund, silicium-karbid) oraz różne produkty poboczne.

Po ostygnięciu pieca otrzymany karborund wymywa się w kwasach i tłucze na proszek mniej lub

więcej mialki. Krażki karborundowe wyrabiają się z tego proszku za pomocą zarobienia z glinką porcelanową i następnego wypalenia. Karborund, jak wiadomo, ma zieloną barwę, a co do siły szlifującej, to w porównaniu z korundem, jest trzy razy mocniejszy. (Odontol. Blätter. 12. 99).

22. **Kosmetyki**, zawierające **mydło**, są do czyszczenia zębów stosowne, o ile są jednak tak przyrządzone, żeby nie zdradzały smaku mydła. Preparat podobny, działający do tego przeciwnie, poleca D-r. Cassine z Saint-Quentin. Przepis na ten preparat jest następujący:

Mydła lekarskiego (sapo medicatus)
sposzkwanego. 20 gr.

Gliceryny, obojętnej, chemicznie czystej tyle, ile trzeba, żeby się w niej mydło rozpuściło na gorąco.

Kwasu salicylowego. 0.50

Essencyi octowej. 2,00

Carminu i Eozyny troszeczkę w celu zabarwienia.

Należy najprzód rozetrzeć karmin i eozynę z troszką mydła, później zaś dodać do tego resztę mydła; potem dodaje się glicerynę z rozpuszczonym w niej kwasem salicylowym, na ostatku zaś esencję miętową.

Do następczego wypłukania ust nadaje się następujący eliksir.

Alkoholu 100

Tymolu 0.50

Kwasu będzwinowego. 3,00

Nalewki anyżkowej 6,00

Esencyi miętowej 1,00

Koszenilli. 9,20

W. I.

Sprawy zawodowe i kronika.

O konieczności utworzenia bezpłatnej lecznicy chorób zębów.

Będąc od kilku miesięcy lekarzem chorób zębów w ambulatoryum przy tutejszym szpitalu Starozakonnych, miałam możność poznania stanu jamy ustnej u najbiedniejszej ludności. Pięciomiesięczne moje spo-

strzeżenia doprowadziły mię do następujących wniosków: stan jamy ustnej jest u naszego ludu w zupełnem zaniedbaniu. Kamień na zębach, sięgający aż do wierzchołków korzeni, zgorzel miazgi, zapalenia chroniczne dziąseł, *foetus ex ore* i t. p. są na porządku dziennym i zaledwie 10 osób na 288, które przyjąłam przez czas mej działalności w szpitalu, miało zęby w stanie dobrym i to względnie, gdyż i te zęby były pokryte kamieniem, wywołującym zapalenie dziąseł, z powodu którego pacyenci owi przyszli się rażić. Najlepiej jednak przekonają dane statystyczne, które podaję niżej.

M I E S I A C E	Ogólna ilość chorych	Zapalenie miazgi	Zapalenie ozębnej	Zapalenie dziąseł
Październik . . .	51	14	26	12
Listopad.	51	21	27	3
Grudzień	54	18	27	9
Styczeń	60	16	31	7
Luty.	72	24	30	8

Przeglądając uważnie liczby, zauważymy, że co najmniej w 93 przypadkach zęb mógłby być przy terażniejszym stanie dentystyki uratowanym i że najczęściej chorzy zgłaszają się wtedy, kiedy im ból dokucza, przeszkadza pracować i po nocach spać nie daje. W jaki sposób przynieść mogę ulgę pacjentowi? Kołowrotka ani materiału do plombowania w szpitalu nie mam. Zatrucie miazgi bez następnego zaplombowania w wielu przypadkach na razie pacjentowi dopomoże, ale z doświadczenia wiemy, że ból w zębie po kilku tygodniach się wznowi, zjawi się zapalenie ozębny z jej następstwami. Najradykalniejszym środkiem więc na razie, z powodu niemożności leczenia zęba, jest ekstrakcja.

Wyjmujemy więc zęby takie, z których co najmniej 35% mogłoby być wyleczonych i służyć przez całe lata pacjentowi. Czy tak być powinno i jak zara-

dzić złemu? Faktem jest, że dotychczas za mało zwracano uwagi na zęby, że zbyt małe znaczenie przypisywano chorobom zębów, nie bacząc na choroby ogólne które mogą wynikać z zaniedbania jamy ustnej. Potrzeba ta tak nam jest obcą, a lekceważenie chorób zębów tak wielkie, że na każdym kroku spotykamy się z błędami, wynikającymi z takich pojęć. Weźmy np. pod uwagę, jak panowie chirurdzy patrzą na dentystrykę.

Leczenie tygodniami spuchniętej twarzy płukaniem i okładami zamiast wyjęcia winowajcy — chorego pnia, jest rzeczą aż nadto zwykłą w praktyce lekarskiej; o tem wszak wszyscy wiemy. My, dentyści, skłaniamy głowy i słusznie, przed wiedzą medyków, ale dlaczego doktor, chcący leczyć oczy, uszy lub gardło, oddaje się specjalnym poza ogólnemi studjom, gdy tymczasem, chcąc leczyć zęby, uważa zupełnie za słusne korzystać z iskry Bożej, najmiłościwiej mu z góry użyzycznej? Dlaczego chirurdzy z drugiej znów strony zgadzają się na rwanie zębów, zdatnych do wyleczenia? Nie chcę posądzać ich o złą wolę. Nie znają oni chorób zębów, nie wiedzą więc jakie zęby kwalifikują się do leczenia, a jakie należy usunąć.

Że jednak zębów, niezdatnych do leczenia, dzięki postępom dentystryki, jest coraz mniej, dobrzeby więc było, by pp. chirurdzy choć trochę poznali choroby zębów, by tym sposobem nie obciążali swego sumienia zbyt dużą ilością operacyi. Ludność nasza nie jest przyuczona do szanowania zębów, niema ich za co leczyć i niema przekonania do plombowania. Inteligencya ją niebardzo swoim przykładem zachęca. Cóż więc pozostaje? Oto, oświecenie publiczności o korzyściach plombowania zębów i przyzwyczajenie jej do leczenia zębów powinno być szerzone przez dentyistów.

Oczywiście: im, bowiem, jako specjalistom, najłatwiej to będzie uskutecznić. Wprawdzie dotychczas (pomimo dość pokaźnej liczby 177) nie nie zrobiliśmy, woleliśmy, jako ideał i owoc pracy dentystrycznej uwa-

zać domy w Warszawie, listy zastawne lub, co najmniej, wille na letnich mieszkaniach, ale *tempora mutantur*.

Może i na nas przyszła chwila zastanowienia się.

Czy to nie wstyd, by 177 osób nie zdołało wytworzyć żadnej dobroczynnej instytucji, nie myślało wspólnie pracować, by bliźnim przynieść ulgę.

Obejrzymy się na medyków: ileż mają oni lecznic tanich lub zupełnie bezpłatnych. Czy my nie możemy zdobyć się na coś podobnego? Pomoc dentystyczna w ambulatoriach szpitalnych istnieje w niewielu szpitalach; wprowadzoną jest od niedawna. Ze względu na brak funduszków i ciasnotę, jaka panuje w ambulatoriach w szpitalnych i w tych szpitalach, które mają dentystów, o racjonalnem leczeniu zębów ani mowy być nie może.

Dobrze by więc było, jak mi podał myśl kolega K., zorganizować lecznicę chorób zębów bezpłatną lub też za bardzo małą opłatą, zupełnie niezależnie od szpitali. Przyznam się, że mając mało doświadczenia, nie wiem jak i w jaki sposób przeprowadzić plan taki, pozwolę więc tylko sobie rzucić projekt takiej lecznicy w zarysach ogólnych.

Ambulatoryum dentystyczne. podług mego zdania, powinno mieścić się w dzielnicy zamieszkaanej przez najbiedniejszą ludność, możliwie w śródmieściu. Otwarte być powinno od 9 do 3 i od 6 do 8, gdyż ta znów pora dogodną jest dla masy robotniczej. Każdy z kolegów poświęca tylko 1 godzinę tygodniowo. Wszak na to każdy się zgodzi. Opłata do puszeki nieprzymusowa kop. 10. Wziąwszy więc, że w przeciągu dnia przesunie się chorych 50, będziemy mieli dziennie, licząc, że 20 z nich do puszeki nie da, rs. 3, co stanowi miesięcznie 90 rs., które to pieniądze starczą na mieszkanie i utrzymanie służącego. Sprzęty dentystyczne chętnie, najprawdopodobniej, użyczą bezinteresownie nasze wielkie firmy dentystyczne. Pozostaje więc materiał do plombowania. Nie mamy żadnych stowa-

rzyszeń, nie jesteśmy więc zbyt przeciążeni profesyonalnymi składkami, jak to się dzieje u lekarzy, prawników, etc. nie będzie więc dla nas zbyt uciążliwym, jeżeli zobowiązemy się składać miesięcznie jakiś dattek na rzecz ambulatoryum, tembardziej, że wielkość daru będzie wprost zależną od chęci i możności ofiarodawcy. Ziarnko do ziarnka, a zbierze się miarka.

Rzucam tylko szkic ogólny, niepełny i niewykończony, zostawiając obrobienie go szczegółowo kolegom starszym, a więc doświadczeńszym. Jestem pewną, że o ile oni zechcą go łaskawie przejąć w swe ręce, plan mój dojdzie do skutku, a ja ze swej strony z góry ręczyć mogę za współdziałanie młodszej naszej braci dentystycznej.

Bierzmy przykład z lekarzy, których tylu pracuje bezpłatnie w szpitalach i ambulatoryach: pokażmy że i my coś znaczymy, że i my umiemy myśleć o biedakach, że i my musimy się ruszać.

Helena Colmówna.

== **Nadesłano nam** przez Warszawski Komitet Cenzury z propozycją wydrukowania na zasadzie 139 § Ustawy Cenzuralnej pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze!

W odpowiedzi na niesłuszne zarzuty, uczynione mi w styczniowym numerze „Przeglądu Dentystycznego“ przez p. Moszka Krakowskiego, byłego ucznia mojej szkoły dentystycznej, a obecnie lekarza-dentysty, praktykującego w Warszawie, oświadczam niniejszym, iż:

1) Nikomu i nigdy żadnego zobowiązania nie dawałem, że nadal już uczniów przyjmować nie będę.

2) Posłańcowi p. Krakowskiego, który mi wręczył jego kartkę, nie mówiłem, że nie posiadam gabinetu dentystycznego, tylko szkołę, utrzymywałem jedynie, że tu jest kancelarya mojej szkoły, a nie sam gabinet. Zaznaczam przytem, że póki prawo nie zabroni przyjmowania uczniów do gabinetów dentystycznych, póty takowi przyjmowani przezemnie będą. Mają oni

oddzielny lokal, w którym pracują w swej specjalności, według oznaczonego programu; ten zaś różni się całkowicie od programu mojej szkoły lekarsko-dentystycznej. Słuchacze tej szkoły mają znów oddzielnych swych kierowników i dostateczny materiał dla swojej praktyki. W czym że więc im przeszkodą mogą być uczniowie mego dentystycznego gabinetu)

Inne zarzuty p. Krakowskiego uważam za tak błahe, iż pomijam je milezeniem.

J. James-Levi.

* * *

wi. **Międzynarodowy Zjazd dentystyczny** podzielony będzie na 11 następujących sekcji:

SEKCJA I. ANATOMIA, FIZYOLOGIA I HISTOLOGIA. Referaty:*)

1) historia włókna zębinowego, 2) wpływ różnych stanów fizjologicznych na odżywianie zębiny. *Oprócztych referatów pożądane są rozprawy nad następującymi kwestyjami:* 1) Źródła odżywiania miazgi. 2) Badania nad komorą miazgową i przewodami korzeniowymi u ludzi. 3) Badania nad śliną w stanie normalnym i zmianami jej podczas ciąży i miesiączki. 4) Miazga, jej budowa i rozwój. 5) Rozwój cementu. 6) Szeregi zębowe mleczne i stałe. 7) Naczynia chłonne okolicy dziąsłowo-zębowej. 8) Ewolucja kości międzyszczękowej. 9) Morfologia zębów u różnych ras ludzkich. 10) Włosy i zęby—ich homologia.

SEKCJA II. PATOLOGIA SZCZEGÓŁOWA, BAKTERYOLOGIA. Referaty: 1) Pyorrhoea alveolaris. 2) Etiologia próchnicy. *Tematy do rozpraw.* 1) Erozya chemiczna. 2) Czy ciała podobne do zarodników, opisane przez Vincentini'ego jako leptotrix racemosa, są okazami rzeczywistej sporulacji. 3) Stan zapalny miazgi. 4) Charakter histologiczny białych plam szkliva. 5) Badania nad pewnymi bakteriami próchnicy. 6) Klasyfikacja anomalij zębowych. 7) Jakie drobnoustroje znajdują się w miazgach, obumarłych na skutek urazu i jak się one przedostają do miazgi. 8) Skutki wyjęcia zębów mlecznych na rozwój zębów stałych. 9) Fazy przejściowe pomiędzy 2 i 3 stopniem próchnicy (pomiędzy zapaleniem i zgorzelą miazgi. 10) Zmiany zębów w stosunku do martwicy fosforowej. 11) Wyrośle adenoidalne i łuki zębowe.

SEKCJA III. DENTYSTYKA OPERACYJNA I TERAPEUTYKA SZCZEGÓŁOWA.

*) Uproszczeni referenci przedstawia obecny stan nauki w danej kwestyi.

Referaty; 1) Wyniki pokrywania miazgi. 2) Plomby porcelanowe. *Tematy do rozpraw* 1) Leczenie ropotoku zębodołowego. 2) Kataforeza w dentystyce. 3) Trwałość plomb ze złota krystalicznego. 4) Trwałość zębów re— lub implantowanych. 5) Jakie są najpewniejsze zabiegi operacyjne, zmierzające do zupełnego przerwania próchnicy? 6) Przeciwnie traktowanie jamy ustnej jako zabieg zapobiegawczy. 7) Najlepszy sposób leczenia zębów zakazonych. 8) Leczenie zębów mlecznych, jego pożytek. 9) Zastosowanie esencji aromatycznych w dentystyce. 10) Leczenie próchnicy trzeciego stopnia przez wyjęcie miazgi.

SEKCYA IV. ZNIECZULANIE OGÓLNE I MIEJSCOWE. *Referaty*: Zmniejszenie wrażliwości przy zabiegach dentystycznych. *Pożądane tematy* 1) Znieczulanie miejscowe za pomocą kokainy i jej surogatów. 2) Znieczulanie ogólne tlenkiem azotu samym lub w połączeniu z chloroformem, względna nieszkodliwość obu tych zabiegów. 3) Zestawienie działania chloroformu i eteru jako narkotyków przy wyjmowaniu zębów. 4) Anestezja ogólna w gabinecie dentysty, najlepsze do tego środki i aparaty. 5) Bromek etylu z eterem lub chloroformem jako środek, znieczulający ogólnie. 6) Znieczulanie środkami oziębiającymi. 7) Znieczulanie przez wstrzykiwania śródziąsłowe (obecny stan tej kwestyi) 8) Usypianie chlorkiem etylu.

SEKCYA V. PROTEZA, ORTOPEDYA DENTYSTYCZNA, RESTAURACJE TWARZY. *Referaty*: 1) Ortodontia i regulowanie kości twarzy 2) Względna wartość różnych sposobów umocowywania aparatów protetycznych. *Pożądane tematy*. 1) Rzeczywista wartość protezy chirurgicznej w zależności od dentysty. 2) Ceramika w protezie dentystycznej. 3) Porównanie mostków nieruchomych z mostkami do zdejmowania. 4) Dobre i złe strony materiałów, używanych na protezy. 5) Najlepszy sposób utrzymania prawidłowego zgryzu. 6) Trwałość mostków. 7) Aparat skuteczny, a nie przykry do rozszerzenia zuchwy. 8) Zalety celuloïdu. 9) Opór, jaki stawiają zęby przy leczeniu nieprawidłowości ich ustawienia.

SEKCYA VI. Podsekcya A. NAUCZANIE DENTYSTYKI. Podsekcya B. HISTORIA DENTYSTYKI. *Referat*: Nauczanie dentystyki w różnych krajach.

Tematy pożądane: 1) Ogólna historia dentystyki. 2) Ważność zbiorów w nauczaniu. 3) Wykształcenie ogólne i przygotowawcze do szkół dentystycznych. 4) Wykłady przyrodnicze i lekarskie, niezbędne dla dentysty. 5) Wykłady techniczne teoretyczne. 6) Wykłady praktyczne operacyjne. 7) Wykłady praktyczno techniczne. 8) Wykłady znieczulania w szkołach dentystycznych. 9) Użyteczność fantomów przy wykładach dentystyki operacyjnej i protezy. 10) Wykłady dla skończonych dentystów (post graduate). 11) Pożyteczność narodowych stowarzyszeń szkół i sto-

sunki międzynarodowe pomiędzy takimi stowarzyszeniami. 12) Porównawcza wartość patentów z ukończenia studyów dentystycznych.

SEKCYA VII. *Podsekcya A:* PRAWODAWSTWO, PRAWOZNAWSTWO, DEONTOLOGIA. *Podsekcya B.* PRACA ZAWODOWA. SYNDYKATY. *Referaty:* 1) Podstawy międzynarodowej deontologii dentystycznej. 2) O niezbedności powszechnego porozumienia się dentystów i stałych komitetów narodowych. *Tematy požądane.* 1) Prawodawstwo, dotyczące dentystyki i nieprawego wykonawstwa dentystycznego. 2) Środki, proponowane do zwalczania szarlatanizmu. 3) Dopuszczalność zastępstwa dentysty przez asystenta, a) pod względem dajenta b) legalności w tych krajach, gdzie nie wolno praktykować bez dyplomu. 4) Kasy oszczędności i dla podupadłych. 5) Znaczenie prasy zawodowej. 6) Wzajemne stosunki prasy zawodowej zamiany i przedruki. 7) Historia prasy zawodowej.

SEKCYA VIII. *Podsekcya A.* POMOC DENTYSTYCZNA PUBLICZNA. *Podsekcya B.* HYGIENA. *Referaty:* 1) Stosunek żywienia do higieny zębów. 2) Pożytek odczytów z higieny zębów i oględzin j.-ustnej w zakładach naukowych. *Tematy požądane:* 1) Pomoc dentystyczna w armiach lądowych i morskich. 2) Pomoc dentystyczna w zakładach naukowych. 3) Wskazania i przeciwwskazania do zastosowania kosmetyków zębowych (dentifricia). 4) Propagowanie wiadomości z higieny zębów i organizacja pomocy dentystycznej po wsiach. 6) Pomoc dentystyczna w wielkich zbiorowiskach. 7) Pomoc dentystyczna na wsi. 8) O urządzeniu pomocy dentystycznej w szpitalach we Francyi i za granicą.

SEKCYA IX. POKAZY PRAKTYCZNE Z DZIEDZINY PROTEZY. *Klinika protetyczna.* 1) Zdejmowanie wycisków gipsem. 2) Zastosowanie doraźne przyrządów do prostowania zębów. 3) Sposoby sprawdzania zgryzu w pewnych przypadkach. 4) Przygotowanie j. ustnej do koron i mostków. 5) Zakładanie mostków. 6) Reperacja mostków stałych bez wyjmowania ich z ust.

Prapropowane pokazy 1) Protezy przy ubytkach twarzy. 2) Protezy szczęk. 3) Protezy częściowe lub zupełne, wyłącznie ceramiczne. 4) Przygotowanie koron porcelanowych z pierścieniami platynowymi. 6) Lutowanie bloków. 7) Protezy całkowite i częściowe z dżiasłem jednolitem na platynie, złocie lub kauczuku. 8) Malowanie zębów. 9) Korony lutowane i nielutowane. 10) Różne systemy zębów sztyftowych. 11) Artykulatory. 12) Sposoby otrzymywania platek kauczukowych jednostajnej grubości i od razu gładkich po wulkanizowaniu. 13) Glin sam i w połączeniu z kauczukiem. 14) Stopy aluminiowe. 15) Protezy cheoplastyczne. 16) Adaptacja koron Logana i podobnych do aparatów. 17) Protezy z celuloиду z zębami wyrzeźbionymi. 18) Galvano-plastyczne podstawy protez. 19) Różne sposoby sztańcowania. 20) Różne spo-

soby modelowania. 21) Zastosowanie textiloidu. 22) Modele metalowe. 23) Reperacye protez celulooidowych. 24) Reperacye kombinowanych sztuk złoto-kauczukowych z lutowaniem bez uszkodzenia kauczuku. 25) Aparaty na złamania szczęk. 28) Aparaty dla zatoki szczękowej.

Inne demonstracje: Aparaty o zgęszczonym powietrzu. Zastosowanie acetylenu. Zastosowanie tlenu zgęszczonego.

SEKCJA X. POKAZY Z DENTYSTYKI OPERACYJNEJ I KLINICZNEJ. 1) Złote plomby 2) Plomby porcelanowe i emaliowe. 3) plomby plastyczne (amalgamat, gutaperka). 4) Mostki (zęby sztyftowe, korony, pierścienie). 5) Leczenie próchnicy 3-go i 4-go stopnia i powikłań. 6) Leczenie ropotoku zębodołowego. 7) Kataforeza. 8) Re— trans— i implantacja. 10) Nastawianie doraźne.

SEKCJA XI. RÓŻNE POKAZY PRAKTYCZNE. URZĄDZENIA GABINETÓW, PRACOWNI I INSTALACJI ELEKTRYCZNYCH I T. D.

Jak widać z powyższego, program M. Z. D. jest bardzo bogaty powiedzieć można *wyczerpujący*. Gdyby ten tylko choć w części wypełniony został, będzie zjazd dla swych uczestników barcpouczającym.

— **P. warszawski oberpolicmajster** wydał następujące rozporządzenie: «Wskutek podjętego pytania, *czy słuchacze szkół dentystycznych* obowiązani są opłacać *podatek szpitalny i karty pobytu* na przemieszkwanie w Warszawie, oznajmiam policji dla wiadomości i stosownego postępowania, iż słuchacze rzeczonych szkół, na równi z uczniami innych zakładów naukowych, wolni są od podatku szpitalnego, zgodnie bowiem z wyjaśnieniem senatu rządzącego, zamieszczonem w ukazie z d. 25-go kwietnia 1896 roku za nr. 2821, podatkowi szpitalnemu podlegają tylko osoby, trudniące się w mieście jakimikolwiek zajęciami z najmu. Co zaś do kart pobytu, to słuchacze szkół dentystycznych obowiązani są opłacać je na zasadach ogólnych, według bowiem art. 9 przepisów, zamieszczonych w zbiorze postanowień administracyjnych ministerjum spraw wewnętrznych (c. V zarząd gospodarczy m. Warszawy, t. 1, str. 444), od wykupywania kart pobytu zwolnieni są, między innymi, uczniowie tylko rządowych zakładów naukowych, do których nie należą tutejsze szkoły dentystyczne. Jedno zęsnie polecam komisarzom cyrkulowym dopilnować, ażeby słuchacze szkół dentystycznych, niestali tutejsi mieszkańcy, po dojściu do pełnoletności, nie przemieszkawali w Warszawie bez kart pobytu».

— **Sprawa tytułu dentystów** oparła się, jak czytamy w *Przeglądzie Lekarskim*, o najwyższy trybunał państwa austriackiego, a to z następnącego powodu. Niejaki Remenowski, dentysta w Bernie moraw. posługiwał się tytułem lekarza zębów (*Zahnarzt*); po 17 latach zaprzeczono mu prawa do tego tytułu i sprawa przesłała przez liczne instancye, aż wreszcie została rozstrzygniętą przez

najwyższy trybunał. Izba morawska, jako oskarżająca, twierdziła przez swego delegata, że tytuł «Arzt» należy się tylko doktorowi medycyny; rzecznik zaś ministryum spraw wewnętrznych utrzymywał, że tytuł «Zahnarzt» należy się wszystkim dentystom, którzy wykonują zawód dentystyczny bez wszelkich prawnych ograniczeń. Najwyższy trybunał odrzucił skargę Izb. lek., a w wywodach swych oparł się na tem, że tu należy uwzględnić zwyczaj, przez który publiczność, nazywając dentystę «Zahnarzt», nie ma na myśli stopnia naukowego, lecz same wykonawstwo dentystyczne.

W szkole dentystycznej p. Heleny Wągl Świder skiej w Petersburgu odbył się w dniu 25 b. m. akt uroczysty; na którym rozdano dyplomy kończącym szkołę. Na akcie była zebrana liczna publiczność. złożona w przeważnej liczbie z przedstawicieli stanu lekarskiego. Akt rozpoczęto od nabożeństwa, po którym lektor szkoły i docent prywatny Akademii Wojenno-Lekarskiej Dr. S. N. Dielecyń odczytał wykład publiczny o postępiach chirurgii w ostatniem dziesięcioleciu. Prelegentowi podziękowano rzęsiestemi oklaskami.

Następnie dyrektor Szkoły Dr. Aronet odczytał sprawozdanie z ubiegłego roku szkolnego. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że szkoła p. W. S. prowadzona jest wzorowo, a do tego wciąż się rozwija i udoskonala. W roku ubiegłym urządzono przy szkole laboratorium chemiczne, *powiększono ilość godzin niektórych przedmiotów*, oprócz tego Rada Szkoły, zostająca pod przewodnictwem prosekatora Akademii W. L. Dra. Szawłowskiego wystąpiła do Rady Lekarskiej przy Minist. Spr. Wewn. z inicjatywą co do przedłużenia kursu w szkołach do lat trzech (motywy tego wystąpienia podaliśmy w n-rze poprzednim).

Szkołę ukończyło w roku sprawozdawczym 11 osób, z tych 14 kobiet i 7 mężczyzn. Najlepsze stopnie na egzaminach otrzymali pp. *Altańska, Ostrowska* i pan *Kaczajanc*.

Dyplomy wręczał kończącym inspektor lekarski m. Petersburga Dr. med. B. I. *Skabiczewski*, który w pięknym i serdecznym przemówieniu pożegnał b. słuchaczy i życzył im powodzenia w ich działalności praktycznej.

Z sprawozdań, odczytywanych corocznie na aktach uroczystych widzimy, że szkoła pani Wągl-Świdorskiej kroczy wciąż na drodze postępu, w uznaniu czego zastała p. Wągl-Świdorska w r. 1899 Najmiłościwiej obdarzona złotym medalem z napisem «za gorliwość» do noszenia na piersiach na wstędze orderu Ś-tej Anny.

Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.

Дозволено Цензурою Варшава 18 Марта 1900 года.

Druk L. Szyller i Syn, Nowy-Świat № 16.