

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROBYM  
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ.

---

## I. O amputacyi miazgi.

N A P I S A Ł

**Feliks Idzikowski.**

*(Rzecz, czytana w Sekcyi Dentystycznej IX-go Zj.  
Lekarzy i Przyr. Polsk. w Krakowie).*

---

Przeglądając podręczniki i artykuły, traktujące o plombowaniu zębów, dotkniętych próchnicą 3-go i 4-go stopnia, napotykaemy często zdanie, że o idealnem plombowaniu takich zębów mowa być może wtedy tylko, gdy patologicznie zmieniona miazga w zupełności z kanałów usuniętą zostanie. Niestety, tak idealne przygotowanie do plombowania bardzo rzadko osiągniętem być może. *Witzel* twierdzi, że dopiero wtedy można będzie mówić o racjonalnem plombowaniu każdego zęba, gdy dentyści przyszłości będą mieli do czynienia z zębami o kanałach w kształcie lejka. Być może, że *Witzel* zbyt mało ufa wynalazkom przyszłości, jednakże faktem jest, iż dotychczas, pomimo ulepszonych narzędzi, często natrafiamy na trudności techniczne nie do pokonania.

O zwolennikach mechanicznego czyszczenia kanału *Gysi* tak się wyraża: „panowie ci pomysleli so-

bie, że aby mysz uczynić nieszkodliwą, najlepiej jest palnąć ją palką w łeb; w zasadzie myśl jest wyborna, lecz aby mózż, mysz uderzyć, potrzeba przede wszystkim, aby ona stała przed nami, a nie kryła się w norze". Taką myszą jest dla nas miazga, jeżeli mamy ją wydostać z kanałów zęba trzonowego dużego z ubytkiem próchnicowym odśrodkowym; taką myszą jest miazga, jeżeli mamy ją wydostać z korzeni dwuguzikowców pierwszych górnych; nie wydostaniemy również miazgi, jeżeli mamy do czynienia z ubytkiem policzkowym, jakiegokolwiek bądź zęba, jak również nie wydostaniemy jej prawie nigdy z zęba trzonowego trzeciego. Wprawdzie w wielu z wymienionych tu wypadków radzimy sobie, tworząc z niedoładnego ubytku otwór centralny przez zniesienie odpowiedniej części korony; lecz co począć, jeżeli to czyniwszy, napotkamy znowu zakrzywione korzenie zęba, lub anormalnie zwężone kanaliki korzeniowe? Tu nam nie zawsze *Beutelrock*, *Donaldson* ani też *Callagan* pomogą. *Miller* oprócz wyżej omawianych trudności bierze pod uwagę jeszcze i stronę materialną, mówiąc, że wydobywanie resztek miazgi z korzenia zabiera tyle czasu i jest zajęciem tak męczącym, że operacya ta może być dostępną li tylko dla zamożniejszych pacjentów. *Boennecken* z powodu bolesności przy wydobywaniu miazgi, w stanie zapalnym będącej, jaknajchętniej operacyi tej unika, nawet po kilkakrotnem zastosowaniu pasty arsenikowej.

Wobec wyłuszczonej powód nasuwa się pytanie, czem się to dzieje, że system amputacyjny *Witzla*, dążący do ominięcia powyższych trudności, pomimo, że ma za sobą 1/4 wieku istnienia, tak mało doznał rozpowszechnienia. By godnie odpowiedzieć na pytanie, zwróćmy się do historii, zobaczymy co naprowadziło *Witzla* na jego sposób i zapoznajmy się z formą, w jakiej tenże sposób swój przed oblicze rzeczoznawców wprowadził. Zanim jednak do tego przystąpię, zaznaczyć muszę, że i ja bynajmniej nie uważam, aby sy-

stem Witzla był idealnym, już choćby dla tego, że nie każdą chorobliwie zmienioną miazgę systemem tym traktować można. Pomimo tego jednak codziennie prawie i z wdzięcznością dla wynalazcy posługując się tym systemem jako deską zbawienia w przypadkach ostrego zapalenia miazgi, które to przypadki najczęściej pacyenta w nasze progi prowadzą.

*Witzel* swoją wiedzę dentystyczną czerpał w szkole, która, przesądzając niezbędną przebywania miazgi w zębie celem odżywiania tegoż, w wypadkach częściowego zapalenia miazgi praktykowała leczenie zachowawcze. W szkole tej postępowano w ten sposób, że na zapaloną część miazgi stosowano pastę arsenikową, następnie codziennie, nieraz w ciągu kilku tygodni, opatrywano ząb środkami lekko drażniącymi w celu pobudzenia miazgi do oddzielania strupu poarszenikowego i utworzenia zębiny wtórnej. Na 100 takich zębów, zaledwie jeden zdolano zachować pacjentowi. *Witzel* na początku swej praktyki, szedł dalej za wskazówkami swych mistrzów, szukał jednak ciągle ulepszenia i pomiędzy innymi zaczął próbować sposobu zalecanego mu przez przyjaciela, dentystę *Kellnera*, polegającego na zastosowaniu nalewki będzwinowej (*tinctura benzoës*) na miazgę, uprzednio przypaloną arsenikiem. Sposób ten, jak podaje *Witzel*, dawał stosunkowo zadawalniające wyniki. Jeden jednak z leczonych w ten sposób zębów musiał *Witzel* usunąć po kilku miesiącach z powodu zapalenia ozębnej! Przy tej sposobności zbadał *Witzel* miazgę: nie znalazł w niej wprawdzie spodziewanej zębiny wtórnej, ale za to przekonał się ku swemu największemu zadowoleniu, że miazga częściowo zapalona nie uległa zupełnemu zniszczeniu pod wpływem arszeniku, że część jej, nie będąca w bezpośrednim zetknięciu z pastą, mianowicie miazga korzeniowa, zachowuje w całej pełni życie nerwów i naczyń krwionośnych. Przekonawszy się o tem, powiedział sobie *Witzel*: „ponieważ dla odżywiania zęba pożądanem jest,

wobec niemożliwości utrzymania całej miazgi, utrzymanie choćby części jej, a przyżeganie arsenikiem wierzchołka zapalanej miazgi pozwala jeszcze na pełnienie czynności fizyologicznych miazdze korzeniowej, to po kauteryzacji i zamputowaniu części koronowej miazgi, część jej korzeniową można traktować w ten sposób, w jaki traktujemy miazgę przypadkowo odkrytą i można się nawet spodziewać zabliznienia tejże pod opatrunkiem antyseptycznym. Wychodząc z tej zasady, Witzel zaczął czynić próby, które mu się dość szczęśliwie powiodły i wynikiem których było zakomunikowanie kolegom na zjeździe dentystów w Kassel w r. 1874 znanego nam systemu amputacyjnego, polegającego, jak wiemy, na kauteryzacji, w przypadkach częściowego zapalenia miazgi, powierzchni tejże arsenikiem, zniesieniu po 24 godzinach sklepienia kostnego, pokrywającego miazgę, wraz z częścią koronową tejże, przy ostrożnościach antyseptycznych i przykryciu miazgi korzeniowej pastą karbolowo-morfinową.

Witzel, podając swoje motywy, na których opierał swój system, przedstawił jeszcze swoje zapatrywania co do działania arseniku na miazgę wogóle. Twierdził on, że arsenik, zastosowany na zdrową miazgę, działa tylko powierzchownie, nie przenikając w głąb tkanek i nie tworząc strupa; zastosowany zaś na miazgę, będącą w stanie zapalnym, arsenik szybko ostatnią przenika za pośrednictwem jej soków alkalicznych i tworzy wespół z nią strup, chroniący poniekąd zdrową część miazgi od głębszego wpływu arseniku. System Witzla, jako dający poniekąd możliwość ominięcia uciążliwego wydobywania resztek miazgi z korzeni zęba, w zasadzie wywarł ogromne wrażenie, lecz teoria, na jakiej system ten jest oparty, stała się powodem licznych protestów, co też jest przyczyną, że wtedy stosunkowo mała tylko garstka specjalistów zdecydowała się na wypróbowanie tego systemu. Jedni z protestujących napadali na Witzla wrzekomo w imię fizjologii, która twierdzi, iż obecność miazgi

w zębie jest konieczną tylko do czasu zupełnego uformowania przez jej powierzchnię odonto-blastyczną komory miazgowej i otworu szczytowego i że wogóle pożądaną być może obecność w zębie tylko miazgi zdrowej, a ponieważ przy najmniejszym zapaleniu miazgi przedewszystkiem pada ofiarą wspomniana powierzchnia odontoblastów, jedyny łącznik miazgi z zębem, przeto z tą chwilą wartość całej miazgi nietylko zostaje dla zęba straconą, lecz przeciwnie obecność jej w zębie wprost staje się szkodliwą, gdyż miazga, rozkładając się stopniowo, staje się w końcu pośrednikiem następczego zapalenia ozębnej, którą wszechprzewidująca natura opatrzyła we własność odżywiania zęba zzewnątrz.

Dzięki tej prawdzie i środkom przeciwnym jesteście w stanie doprowadzić chory ząb do dalszego pełnienia swych czynności, pomimo zupełnego usunięcia miazgi. Co do tego punktu zapatrywania Witzel obecnie woła „*me a culpa*“, zapytując, kiedyż nareszcie ten grzech śmiertelny przebaczonemu będzie. Twierdzenie Witzla co do nieszkodliwości dla części korzeniowej stosowania arszeniku na część koronową jest dla wielu specjalistów tylko wyjaśnieniem kwestyi, w jaki sposób przestępca skazany na śmierć, po dokonaniu egzekucyi, pozostawia głowę na placu, sam zaś udaje się do swych zwykłych zajęć. Wprawdzie w swoim czasie *Schlenker* potwierdził zapatrywanie Witzla co do losu miazgi korzeniowej, badając zęby w kilka lat po amputacyi, w nowszych zaś czasach *Boennecken* także przyznaje możliwość kilkoletniego życia miazgi korzeniowej po amputacyi, lecz nie pochwała jej z powodu bólu, który bywa skutkiem tego życia. Szanowny nasz Redaktor *D-r Dzierżawski* pokazał nam podczas pogadanek redakcyjnych preparaty zębów po amputacyi miazgi, gdzie widocznem jest, jak pod wpływem niektórych środków dezynfekcyjnych miazga się mumifikuje. Lecz powolne konanie nie może przecież być nazwane życiem, a co ważniejsza, że

to życie, z którego odkrycia Witzel zdaje się być tak dumny, jest właśnie słabą stroną jego systemu, gdyż jak *Boennecken* mówi, póki ono w zębie trwa, pacjent przy każdej sposobności, wywołującej kongestję, narażony jest na ból plombowanego zęba. Co do losu amputowanej miazgi Witzel w swoim twierdzeniu, pomimo protestów, jest do dziś dnia niengięty i przy danej sposobności, na wzór Galileusza woła: „a jednak się obraca”, dowodem czego zdanie, wypowiedziane w ostatniej zeszłorocznej jego pracy, że badał zęby w 13 lat po amputacji i znalazł miazgę korzeniową niezmienną co do naczyń krwionośnych i nerwów. Kwintesencją zapatrywań *Witzla* było to, że system swój stosował tylko w przypadkach zapalenia miazgi częściowego, gdyż w tym stopniu zapalenia uważał miazgę korzeniową za wolną od bakterji, a zatem kwalifikującą się do opatrunku antyseptycznego. Ażeby tak jednak było, trzebaby, aby obraz patologiczny częściowego zapalenia miazgi bezwarunkowo odpowiadał obrazowi tej choroby, nakreślonego przez *Arkövy'ego*, który mówi: „jeżeli próchnica drąży w kształcie lejka w kierunku jednego z rożków miazgi, wtedy różek ten, wystawiony przez dłuższy czas na wpływy chorobotwórcze, w końcu ulegnie zakażeniu i wywiąże się zapalenie miazgi ostre częściowe, charakteryzujące się tem, że różek jeden, a nawet mała część miazgi koronowej, zostają opanowane przez mikroorganizmy, przyczem podstawa miazgi koronowej, pozostałe różki i miazga korzeniowa przedstawiają się zupełnie normalnie“. Jeżeli więc dowierzamy obrazowi wyżej nakreślonego, możemy się zgodzić na to, że jeżeli amputacja została wykonana w warunkach ściśle antyseptycznych, to miazga korzeniowa, przykryta pastą karbolowo-morfinową, może się stopniowo degenerować, nawet w sposób dla zębów nieszkodliwy, lecz w każdym razie nie możemy się zgodzić z *Witzlem* co do długoletniego prawidłowego funkcyonowania poddanej amputacji miazgi. Jeżeli jednak zechcemy wierzyć

w sprzeczność obrazów tego samego cierpienia, kreślonych przez nie mniej od *Arköwy'ego* kompetentnych autorów, jak *Miller* lub *Rothmann*, to dojdziemy do nieco odmiennych wniosków. Tak *Miller*, zgadzając się z *Arköwy'm* co do ograniczenia rozciągłości zapalenia, twierdzi jednak, że jeżeli ubytek szybko drąży ku środkowi, może być dotknięty sam tylko środek miazgi koronowej, w przeciwnym razie może uleść zakażeniu jeden, dwa i więcej rozków (co właśnie odpowiada obrazowi całkowitego zapalenia miazgi podług *Arköwy'ego*). *Rothmann* mówi, że mikrokokki, będące bezpośrednimi twórcami zapalenia, torując sobie drogę przez warstwę odontoblastów, szukają podatnego materiału w celu dokonania swego dzieła zniszczenia. Charakterystycznym jest, że w tej formie zapalenia t. j. przy ostrem zapaleniu częściowym, warstwę odontoblastów znajdujemy nie zniszczoną a zatem widocznie warstwa ta względem zakażenia jest bardzo odporną. Co się tyczy umiejscowienia zapalenia, to zachodzą tu dziwne stosunki i tak np. niekiedy ognisko zapalne znajduje się w jednym z rozków miazgi, w innym przypadku sprawę zapalną znajdujemy po samym środku górnej połowy miazgi koronowej, w innych znów razach znajdujemy dwa ogniska zapalne, [z których jedno odpowiada jednemu z rozków miazgi, drugie zaś części jej szykowej, zdarza się jeszcze i tak, że cała miazga koronowa przedstawia się normalnie, ognisko zaś zapalne daje się wykryć dopiero w części szykowej.

Z przedstawionych (powyżej) obrazów wynika, że skoro pionierzy naszej specjalności, mając możliwość badania miazgi makro i mikroskopowo, nie są z sobą w zgodzie co do umiejscowienia zapalenia w danej formie miazgobólu, to my, zwyczajni śmiertelnicy, badając rzecz, że tak powiem przez dziurkę od klucza, nie możemy się wdawać w rozstrzygnięcie tej kwestyi i musimy być przygotowani na napotkanie ogniska zapalnego na granicy miazgi koronowej i korzeniowej,

a zatem nie możemy być pewni, czy pewna ilość bakterii ropotwórczych już się nie przedostała do miazgi korzeniowej, zwłaszcza że objawy subiektywne i wyniki badania przy jakiegokolwiek bądź lokalizacji ogniska zapalnego będą zawsze jednakowe. Powtórę, wobec skłonności niektórych pacjentów do przesady w określeniu bólu, czyż jesteśmy w stanie z matematyczną ścisłością określić, czy mamy do czynienia z zapaleniem miazgi częściowem, czy też całkowitem.

Tak z jednej jak i drugiej przyczyny cały system *Witzla*, przeznaczony wyłącznie dla miazgi, będącej w stanie częściowego zapalenia, jest zachwiany, zwłaszcza jeżeli środkiem, zabezpieczającym pozostałości miazgi od zakażenia, będzie słabo dezenfekująca pasta karbolowo - morfinowa. Pomimo jednak wyżej wspomnianych słabych stron system *Witzla* ma dla naszej specjalności wielką doniosłość, tylko rzecz oczywiście wymaga reformy. Ta zaś nie będzie ujmą dla *Witzla*, skoro właściwie on sam dał do niej początek, a w swej ostatniej pracy się wyraża słusznie, że system jego na długie czasy zostanie systemem, środki tylko zabezpieczające miazgę od rozkładu z czasem ulegną zmianie. Od czasu zaznajomienia kolegów ze swoim systemem w r. 1874 aż do wydania drugiej w tym przedmiocie pracy w r. 1886, *Witzel* liczył wprawdzie sporo przeciwników, nikt jednak o reformie jego sposobu nie myślał; dopiero kiedy w drugiej pracy *Witzel* radzi w niektórych razach, z powodu niejasności określenia nie dla wszystkich zrozumiałych, pastę karbolową zastąpić pastą sublimatową w celu zmumifikowania pozostałości miazgi, dopiero wtedy, wśląd za nim, zjawili się i inni reformatorzy i to głównie z powodu czarnego zabarwienia zęba po zastosowaniu pasty sublimatowej. Zanim się dowiemy, o ile środki, zalecane w celach mumifikacji przez innych autorów, przewyższają w tym względzie zalecany przez *Witzla* sublimat, muszę zaznaczyć, opierając się na długoletniem doświadczeniu, że gdzie na wyglądzie zęba



nie zależy, pasta sublimatowa w powyższym celu użyta oddaje niepospolite usługi i że z tym środkiem jedynie rywalizować może przez *Dzierżawskiego* wprowadzony, nie mniej ząb zabarwiający, tannoform-cement. Uważam za zbyt cenne wyliczanie wszystkich środków, w celu ulepszenia systemu *Witzla* zalecanych, wspomnę tylko sposób peklowania *Baumego*, hermetycznego wypełnienia próżni poamputacyjnej *Herbsta*, protegowany nawet przez *Boedekera*. *Miller* zaś po siedmiu latach poszukiwania doszedł wprawdzie do ustalenia warunków, jakim środek mumifikujący miążgę odpowiadać powinien, sam jednak dalej nas częstuje sublimatem, zmieszany z tymolem w postaci pastylek, który to środek razem z wyżej wymienionymi i niewymienionymi nie posunął ani na krok sprawy na korzyść pacjentów i dopiero od niedawna zyskaliśmy w formalinie środek, przed którym sam *Witzel* kapituluje i który w zupełności sublimat z kliniki *Witzla* wyrugował.

Dla stosujących amputację miążgi ważną będzie wiadomość, iż formalina, obok wysokiej wartości przeciwnilnej, ma własność stwardniania tkanek, nie zmieniając przytem budowy tychże i nie pozbawiając ich właściwego koloru. O sile zaś przenikania pary formaldehydu, tego głównego czynnika formaliny, może nam dać wyobrażenie doświadczenie *Bluma*: jajko gotowane i poddane działaniu formaldehydu po 30 dniach ma jeszcze wygląd świeżo gotowanego, a kawałek tegoż, wzięty na język, drażni błonę śluzową. Dalej *Pottevin* dowiódł, że formaldehyd, przepuszczony przez warstwę oliwy, grubości 3 cm., nie traci jeszcze swej siły bakterjobójczej. Ponieważ dla nas polaków z powodów, o których mówić będę niżej, środek ten ma specjalny urok, przeto pozwolę sobie kilka danych z historii tegoż przytoczyć.

Pomimo, że formalinę wynalazł *A. W. Hoffman* już w r. 1867, to jednak pierwsze doświadczenia z tym środkiem co do własności przeciwnilnych przedsię-

wziął *Trillat* dopiero w r. 1888, po nim zaś *Aronson*, *Blum*, *Stahl*, *Wortmann* i wielu innych, największa zaś zasługa z powodu najgorliwszych badań przypada *Pottevin'owi*. W dentystyce z namowy i pod wpływem badań *Pottevin'a* pierwszy formalinę zastosował *Marion* 11 grudnia 1893 r. i dziwnym zbiegiem okoliczności wyniki jego doświadczeń zostały dopiero odczytane na zjeździe dentystów w Bordeaux w roku 1895, w którym to roku jednocześnie prawie i nie wiedząc jeden o drugim wystąpili publicznie ze swemi doświadczeniami *Forssmann* w Szwecyi, *Heinrich* w Niemczech i *Łepkowski* w Polsce. Ze jednak, mówiąc o formalinie w dentystyce, niepodzielną zasługę obznajmienia nas z tym nieocenionym środkiem świat cały przyznaje *Łepkowskiemu*, tłumaczy się to tem, że wyżej wymienieni współzawodnicy jego traktowali rzecz empirycznie, nasz zaś uczony traktował ją ze strony naukowej, badając na własną rękę wszystkie własności formaliny, robiąc doświadczenia tak w pracowni chemicznej, jak i na zwierzętach i t. d. Wynikiem tego są cenne dla nas wskazówki, z których najważniejszymi są, że formalinę stosować należy tylko w roztworze 40%, czyli w takim stanie, jak ją otrzymujemy z fabryki, i że na działanie formaliny możemy liczyć tylko wtedy, jeżeli zaraz po jej zastosowaniu ubytek zęba zostanie zamknięty hermetycznie.

Pierwszym, który stosował formalinę po amputacji miazgi, był *Forssmann*, ponieważ jednak tenże mieszał formalinę z eugenolem, co nie odpowiadało warunkom *Łepkowskiego*, porzuciliśmy go prędko, robiąc miejsce dla sposobu postępowania *Helma*, polegającego na wprowadzeniu do próżni poamputacyjnej krążka waty zwęglonej, zwilżonej w 40% formalinie, a będąc jednak ciągle pod wrażeniem warunków, postawionych przez *Millera* i obawiając się, aby formalina, będąc środkiem *par excellence* lotnym, nie wyprowadziła nas w pole i za przykładem karbolu nie ulotniła się z czasem zupełnie z miejsca dla niej prze-

znaczonego, przywitaliśmy w ostatnich czasach z wdzięcznością pastę, zestawioną przez prof. *Boenneckena*, która obok formaliny zawiera w sobie różne składowe części, w celach przezorności zalecane przez *Millera*. Dzięki tej pastce, a właściwie formalinie, możemy mówić śmiało o reformie systemu amputacyi miazgi i możemy bez obawy rozszerzyć system amputacyjny co najmniej na zapalenie miazgi całkowite, gdyż bakterye, o ile się nie przedostały przez wylot korzenia, zostaną przez formalinę bezwarunkowo zniszczone. Ponieważ jednak technika w każdym poszczególnym wypadku musi być odpowiednio zastosowaną, musimy o niej choć w krótkich słowach pomówić. Jak już powiedziano, utrzymanie po amputacyi miazgi korzeniowej w stanie możności spełniania swych funkcyj ani jest koniecznem (powodu odżywiania zęba przez ozębną), ani możebnem (z powodu stopniowego zamierania amputowanej miazgi), ani nawet pożądanem (z powodu powtarzającego się bólu, aż do czasu zupełnego zamarcia miazgi). Dalej, jak wiemy, badanie zęba co do formy zapalenia miazgi także nie zawsze pewne nam wskazuje dane. Mając więc przed sobą pacyenta, którego ząb mniej więcej kwalifikujemy do amputacyi miazgi, postępujemy w sposób następujący: oczyściwszy ubytek próchnicowy chorego zęba o ile się da bez narażenia pacyenta na zbyt ni ból, zakładamy w znany nam sposób na 24 godzin pastę arsenikową z dodatkiem kokainy, po upływie tego czasu, usuwawszy opatrunek, rozszerzamy należycie ubytek, wyjmując wszystkie części zgniłe tak, że otwór przedstawia się jakby zupełnie przygotowany do plombowania, następnie ostrym główkowatym świderkiem trepanujemy ostrożnie sklepienie, pokrywające miazgę, ewentualnie rozszerzamy wejście do komory miazgowej. Jeśli przy tej czynności pacjent odczuwa ból, a miazga mniej więcej krwawi, możemy być pewni, że mamy do czynienia z zapaleniem miazgi ostrem częściowem i możemy wtedy liczyć na jak najpomyśl-

niejszy przebieg plombowania. Gdybyśmy jednak chcieli, pomimo rzeczonych objawów, strasznie do wskazówek *Witzla*, na tem samem posiedzeniu miazgę amputować i ząb zaplombować, to przedewszystkiem z powodu krwawienia pomiędzy powierzchnią miazgi amputowanej a środkiem dezynfekcyjnym uformowałby się skrzep, izolujący obie powierzchnie, które jak słusznie mówi *Boennecken*, powinny się z sobą łączyć bezpośrednio, powtórę, ponieważ w tej formie zapalenia miazga zazwyczaj jest odkryta tylko na bardzo małej powierzchni, albo nawet wcale, i oprócz części dotkniętych zapaleniem reszta miazgi ma tkanki jędrne, nierozluźnione chorobliwie, a przez to samo nie skłonne do wessania arszeniku, jeżeli w dodatku będziemy mieli do czynienia z zębem trzonowym dużym, z ubytkiem drażącym od strony stycznej, to działanie arszeniku na miazgę będzie tu bardzo powierzchowne i po zaplombowaniu takiego zęba w części miazgi, najbardziej oddalonej od powierzchni kauteryzowanej przy danej sposobności wystąpi ból. Bólowi temu *Witzel* chciał zaradzić przez dodanie do swej pasty morfiny, *Miller*—tymolu, *Boennecken*—kokainy. Ja wyrobiłem sobie następujący sposób postępowania: po trepanacyi sklepienia kom. miazgowej i odkryciu całej powierzchni miazgi koronowej, po przekonaniu się z wyżej podanych objawów, że mam do czynienia z zapaleniem miazgi częściowem, nie amputuję korony miazgi, lecz przykrywam jeszcze raz całą powierzchnię tejże arszenikiem na 24 godzin, po którym to czasie dopiero miazgę amputuję i kończę plombowanie podług wskazówek technicznych *Witzla* z zastosowaniem pasty *Boenneckena*. Jeżeli po 24 godzinnym opatrunku arszenikowym podczas trepanacyi sklepienia pacjent nie odczuwa żadnego bólu i miazga nie krwawi, to mamy przed sobą zapalenie miazgi całkowite. Brak bólu i krwawienia tłumaczy się tem, że przy tej formie zapalenia, w przeciwieństwie do zapalenia częściowego, miazga zazwyczaj bywa odkryta na

znacznej przestrzeni i tkanki jej, będąc chorobliwie rozluźnione, znacznie ułatwiają arszenikowi zadanie. I ta forma zapalenia dzięki formalinie kwalifikuje się do leczenia przez amputację, ponieważ jednak bakterye tu już się rozprzestrzeniły po całej miazdze i jednorazowy wkład formaliny może być niewystarczającym do ich zniszczenia, to po amputacji miazgi na tem samym posiedzeniu, dla ostrożności wkładamy w komorę miazgową tamponik z waty, napojony formaliną jeszcze na 24 godzin i następnego dopiero dnia kończymy plombowanie zęba, jak wyżej. Tu z korzyścią można zastosować najnowsze uzupełnienie *Witzla*, tak zwane półzglobienie, polegające na kilkakrotnem wprowadzeniu pomiędzy miazgę i ściankę przewodów korzeniowych cieniutkiego i elastycznego zglobnika z drutu fortepianowego, zwilżonego w roztworze formaliny.

Przy dwuguzikowcach prawie zawsze wystarcza jednorazowe założenie arszeniku; plombowanie zęba można tu zakończyć na drugim posiedzeniu. Gdyby jednak i tu się pokazało silne krwawienie, amputujemy pomimo to miazgę i zakładamy krążek napojony formaliną do następnego dnia.

Na zakończenie muszę powiedzieć słów kilka o bólu, który występuje i po zastosowaniu formaliny po amputacji. Ból ten jednak różni się od wyżej wspomnianego, gdyż jest czysto ozębnym, wywołanym drażnieniem drażących gazów formolowych. Początkowo ból ten sprawiał mi sporo kłopotów, lecz od czasu, jak z góry uprzedzam o nim pacyenta i proszę, aby plombowany ząb był przez kilka dni oszczędzany przy jedzeniu, kłopoty moje minęły; ból ten w każdym razie musi być niewielki, skoro pacyenci, uprzedzeni o nim, a przychodzący dni następnych do plombowania dalszych zębów, rzadko kiedy o nim wspominają.

---

## Dział sprawozdawczy.

87 **F. W. Wille. Objawy cukrzycy (diabetes mellitus) w jamie ustnej i leczenie ich.** (Odczyt w 7-ej sekcji odontologicznej 71 zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy w Monachium). (*Oest. Ung. Vierteljahrs. Zahnheilkunde* № IV). 1899

Autor na początku swego artykułu wyraża zdanie, że odontolog z największą pewnością może rozpoznać wymienioną chorobę nawet w początkowych fazach jej rozwoju, ponieważ objawy jej zawsze można znaleźć w jamie ustnej. Płyny jamy ustnej w normalnych warunkach mają odczyn alkaliczny lub obojętny, u diabetyków — kwaśny. Ta zmiana odczynu sama przez się stanowi czynnik, drażniący śluzówkę i założone w niej organy; te nieprzyjemne warunki stają się jeszcze gorszymi dla tego, że wskutek zwiększenia się ilości cukru we krwi wszystkie tkanki, a szczególnie śluzówka jamy ustnej, wskutek endosmozy z mięszu tkanek do naczyń tracą pewną ilość soków, wysychają, i co za tem idzie, tracą odporność w ważnym stopniu. Elastyczność i żywotność tkanek zmniejsza się w większym lub mniejszym stopniu; zmniejsza się także zdolność krwi do formowania skrzepu. *Nauwym* jest zdania, że obecność cukru w tkankach pomaga rozwojowi i rozmnożeniu chorobliwych drobnoustrojów w tych ostatnich

W jamie ustnej cukrzycowych chorych znajdują się najrozmaitsze drobnoustroje, nie znajdujące się, w ustach w warunkach zwykłych. Znajdują one tutaj bardzo podatny grunt do rozwoju dzięki obecności cukru i szybko rozwijającym się procesom fermentacyjnym. Autor spostrzegł fakt następujący: Prysłana mu do naprawy przez jednego diabetyka kauczukowa platka, która kilka dni czekała na reperację, pokryła się w tym czasie warstwą zielonych vegetacji, chociaż na razie, po przysłaniu, była zupełnie czystą, gładką i lśniącą. Nastąpił tu widocznie rozrost jakiegoś niezwykłego grzybka, vegetującego w ustach pacjenta.

U diabetyków często spotkać można *Soor*; vegetacje tego grzybka znajdują się u nich w przewodzie

pokarmowym i mogą, zdaniem *Wagner'a* i *Zenker'a*, wywołać zator w mózgu lub płucach. Prawie zawsze znaleźć można przy tej chorobie grzybki drożdżowe *saccharomyces mycoderma*, stale przybywający w fermentujących płynach. Obecność tych grzybków w ustach może zmienić fizyologiczne procesy trawienia, a wielka ich ilość może wywołać zaburzenia smaku (dysgeusia, parageusia).

### Ś l u z ó w k a.

Dzięki wpływowi grzybków lub ich mniej lub więcej trującym wydzielinom, dzięki kwaśnemu odczynowi płynów jamy ustnej, procesom fermentacyi i kwaśnemu odczynowi krwi, śluzówka jamy ustnej ulega chorobliwym zmianom: przybiera ona niebieskawy odcień; przy sztykach zębowych puchnie i mięknie, w późniejszych zaś stadyach przypomina gąbkę. Brodawki międzyczębowe grubieją, końce ich przybierają ciemno-niebieską barwę. Przewlekłe przekrwienie dziąseł jest prawidłem, zwłaszcza tam, gdzie są zęby; w pozostałej śluzówce jamy ustnej przekrwienie wyrażone jest słabiej.

W dalszym rozwoju choroby występuje stwardnienie (skleroza) naczyń krwionośnych. Gruczoły śluzowe wystają znacznie nad powierzchnią śluzówki, nadając dziąsłu wygląd ziarnisty. W późniejszych stadyach chorzy narzekają na suchość w jamie ustnej i gardzieli.

### Ligamentum circulare. (Wiąz obrączkowy).

Wiąz ten składa się z łącznotkankowych pęczków, idących skośnie od ożębny do brzegu zębodołowego i pokryty jest tylko śluzówką. Wskutek rozpulchnienia ostatniej wiąz ulega także rozluźnieniu i już z samego początku choroby zgłębnik wchodzi głęboko pod dziąsło. Ze przyczyna tego zjawiska nie leży w pokładach kamienia nazębnego dowodzi fakt, że na górnych zębach, gdzie w początkowych stadyach choroby nie ma jeszcze kamienia—zgłębnik tak samo przenika głęboko pod dziąsło. Pierwszem zjawiskiem jest tu—zapalenie śluzówki, dalej rozpulchnienie wiąz obrączkowego, w końcu jego zniszczenie.

### Rozchwianie zębów.

Jednocześnie z rozchwianiem wiąz obrączkowego zjawia się rozchwianie zębów, ponieważ, jak wia-

domo, umocowanie zębów w zębodołach zależy głównie od całości i ścisłości dziąseł.

*Rózechwianie zębów*, szczególnie w górnej szczęce, przy nieobecności lub niewielkiej ilości kamienia wraz z przewlekłym zapaleniu dziąseł jest charakterystyczne dla cukrzycy, towarzyszy tej chorobie od początku do samego końca.

Następna faza po rozchwianiu — to dyzlokacya zębów. Przy normalnym zgryzie zęby górnej szczęki podczas żucia wysuwają się naprzód, rozsuwają się i zachowują takie położenie na stałe. Ta zmiana położenia i anormalny nacisk na przednią ściankę zębodołu przyspiesza wypadanie zębów. Ztąd też bierze początek i zanik zębodołów.

#### Próchnica zębów.

Zmiana w składzie krwi, kwaśny odczyn płynów jamy ustnej, fermentowanie resztek pokarmowych na dziąsłach i w kieszeniach około-zębowych, rozwój drobnoustrojów — wszystko to przyspiesza rozwój próchnicy. W większości przypadków, nawet w czysto utrzymywanych jamach ustnych, przy obostrzeniu się choroby zjawia się masa nowych ubytków. Ulubionem siedliskiem próchnicy u diabetyków jest szyjka zębów; prawdopodobnie okoliczność ta jest w związku z zanikiem ligamenti circularis i z następnem zniszczeniem drogą mechaniczną lub chemiczno-pasorzytniczą cienkiej warstwy cementu: pozbawiona wszelkiej ochrony zębina pada ofiarą czynników niszczących.

#### Kamień zębowy.

U cukrzycowych chorych musimy co do kamienia zwracać uwagę na 3 momenty: 1. *Umiejscowienie*. 2. *Barwę*. 3. *Szybki rozrost*. — Kamień znajdujemy na *wszystkich* zębach, nie wyłączając górnych; jest on mocno złączony z zębami, barwy *żółtej, jasnej* co autor objaśnia szybkością wzrostu złogów kamiennych. Barwa kamienia zależy najczęściej od barwników pokarmów. Główną składową część kamienia stanowią fosforany i węglany wapnia, fosfaty zaś magnezu i inne substancje, znalezione w kamieniu diabetyków, mają drugorzędne znaczenie.

Wzmózone odkładanie kamienia zależy według wszelkiego prawdopodobieństwa od powiększenia ilości soli wapiennych w ślinie, przyczyna czego jeszcze do kładnie wyjaśnioną nie została.



### Neuralgia alveolaris diabetica.

Cukrowa choroba sprawia zaburzenia także i w systemie nerwowym. Autor miał sposobność spostrzegać przy cukrowej chorobie dwa przypadki dwustronnego zaatakowania *nervi alveolaris*. Ból był silny i towarzyszyło mu niewielkie zaczerwienienie twarzy. Napady bólu zjawiały się codziennie i trwały od kilku minut do kilku godzin; rozchodziły się one po górnej i dolnej szczęce, nie dotykały jednak ucha. W jednym wypadku po zaplombowaniu spróchniałych zębów bóle znikły.

Autor zwraca baczna uwagę dentystów na takie właśnie silnie rzące obustronne nerwobóle w okolicy n. *alveolaris* i wyraża zdanie, że takiego rodzaju cierpienia, które przyjęto nazywać reumatyzmem i przy czyny których nie są nam wiadome, powinny nasuwać nam na myśl cukrzycę. Zdanie swoje potwierdza autor tem, że wszyscy, leczący się u niego diabetycy, skarżyli się właśnie na tego rodzaju bóle. Przy cukrowej chorobie bóle dochodzą do najwyższego stopnia w 2 — 3 godziny po użyciu znacznej ilości pokarmów, zawierających mąkę lub cukier.

### Atrophia alveolaris diabetica.

Stałem zjawiskiem, które towarzyszy cukrowej chorobie, jest wcześniej występujący zanik brzegu zębodołowego. Przyczyną tego jest bez wątpienia zaburzenie odżywiania; trudno jednak zrozumieć, dlaczego tylko wyrostek zębodołowy cierpi tak bardzo od tego zaburzenia? Z przypadków, spotykanych w praktyce, autor wyprowadza wniosek, że zanik poraża przedewszystkiem okolicę trzonowych zębów, stopniowo rozciągając się na przednie; kiedy cukier znika, proces umiejscawia się na krótszy lub dłuższy czas, przy zwiększeniu się ilości cukru — postępuje dalej.

Zanikaniu zębodołu nie towarzyszy ból, zjawia się on bardzo wcześniej. Autor spostrzegał zanik w pierwszym wypadku, gdzie było tylko 1% cukru i gdzie choroba nie trwała jeszcze roku; w drugim przypadku, gdzie choroba ciągnęła się kilka lat, zanik był bardzo wyraźny; w trzecim przypadku zanikowi uległ cały wyrostek zębodołowy. Należy więc zaliczyć zanik wyrostka zębodołowego do bardzo charakterystycznych i wczesnych objawów cukrowej choroby.

### Periodontitis diabetica.

Razem z zniszczeniem *ligamenti circularis*, rozpułchnieniem dziąsła, narastaniem kamienia i postępowaniem zaniku wyrostka zębodołowego zjawia się nowy objaw, bardzo dla pacyenta uciążliwy. Zęby zaczynają się chwiać; kieszenie dziąsłowe przedstawiają zbiorniki drobnoustrojów. Wreszcie zjawia się ropienie, ozębna częściowa obumiera. Naokoło cementu rozrastają się granulacye, które łączą zęby pomiędzy sobą. Choroba postępuje wiaź dalej, rozciąga się na nowe ucząstki ozębny; w końcu ozębna ulega zropieniu na wierzchołkach korzeni. W tym stadyum choroba przypomina nam zupełnie ropotok zębodołowy. Różni się ona jednak od ropotoku tem, że choroba zębodołu jest tu zjawiskiem *wtórny*, powstałym na skutek ciągłego stykania się z czynnikami zarazy; z chwilą, kiedy przyczyna wywołująca będzie usunięta — znika choroba zębodołu. Na tej zasadzie ropne zapalenie ozębny przy cukrzycy należy odróżniać od ropotoku i nazwać je cukrzycowem zapaleniem ozębny. Ta okoliczność, że takie zapalenie ozębny bardzo się rozprzestrzenia, objaśnia się tem, że 1) śluzówki tracą pierwotną żywotność, 2) że ślina ulega chorobliwym zmianom i 3) innymi, wyżej wymienionymi, przyczynami.

Oprócz postępującego zapalenia ozębnej *przybrzeżnego*, symulującego ropotok, przy cukrzycy zdarzają się jeszcze i *wierzchołkowe* zapalenia ozębnej na zębach zupełnie niedotkniętych próchnicą. Zapalenia te mają tendencyę do zupełnego zniszczenia (zropienia) zębodołu; ta złośliwość przebiegu objaśnia się zmniejszoną żywotnością tkanek. Autor opisuje kilka przypadków, gdzie właśnie taka *periodontitis diabetica* przy zębie, niedotkniętym próchnicą, przyczyniła się do rozpoznania choroby.

Chociaż literatura niewiele podobnych przypadków opisuje, autor jest zdania, że zdarzają się one w rzeczywistości dość często; każdy więc dentysta obowiązany jest mieć na uwadze, co tu powiedziano, ewentualnie w przypadkach takich nalegać na zbadanie moczu pacyenta na cukier.

#### Zmiana w położeniu zębów i wypadanie ich.

Razem z rozchwianiem zębów zaczyna się rozwijać i zmiana w położeniu ich; tyczy się to tylko gór-

nych przednich zębów; wypychają się one na zewnątrz. wskutek czego zwiększa się łuk zębowy i, co za tem idzie, zwiększają się szpary pomiędzy zębami. Wskutek anormalnego ucisku rozchwianego zęba na przednią ściankę zębodołu ta ostatnia zanika, a wraz z nią zanika i tylna ścianka. W końcu ząb trzeba usunąć lub też on sam wypada. Trzonowe zęby tkwią w zębodołach w takich wypadkach dłużej, aniżeli przednie (prawdopodobnie zależy to od formy molarów i mocniejszego obsadzenia ich; przyp. spraw.). Autor nie wie, czy aparaty regulujące kierunek zębów, mogą pomóc w tych przypadkach, gdyż nie ma odpowiedniego doświadczenia; a *priori* jednak radzi wyrzec się stosowania aparatów regulacyjnych ze względu na zmniejszoną żywotność wyrostka zębodołowego i zwiększone wydzielanie soli wapieńczych, która to okoliczność nie może sprzyjać wytworzeniu się nowej kostnej tkanki.

#### J ę z y k.

Język chorych cukrzycowych poprzerzynany jest bruzdami, obłożony i czerwonny. W jednym przypadku autor na powierzchni języka widział masę szczelin; odpowiednio do koron pozostałych zębów widać było wgłębienia; brodawki językowe zwiększone. Przy niewielkiej ilości cukru język nie bardzo jest obłożony. Inne zmiany na języku można spostrzegać przy wszystkich ciężkich zaburzeniach w organach trawienia, nie są więc one charakterystycznymi dla cukrowej choroby.

#### U l e c z a l n o ś ć.

Co się tyczy uleczalności objawów cukrowej choroby w jamie ustnej—zależy ona od siły i stopnia zaatakowania całego organizmu. Dobre wyniki osiągamy od stosowania środków, neutralizujących kwaśny odczyn wydzielin. Autor stosuje magnezję, którą zaleca do wewnątrz, a z domieszką kredy—do czyszczenia zębów. Oprócz tego naznacza autor przez długi czas po jedzeniu do wewnątrz sodę (na końcu noża) i 10% roztwór tejże do płukania. Śluzówki posiadają w znacznym stopniu własności wchłaniające, wskutek czego przy płukaniu oprócz neutralizacji plynów jamy ustnej—część asody wstępuje do krwi. Według Millera soda jest najlepszym środkiem dla zniszczenia soor'a i innych grzybków, ponieważ te ostatnie nie rozwijają się przy odczynie zasadowym (alkalicznym). Szczególną uwagę radzi zwracać autor na działające

kieszenie. Należy je wycierać tamponikami z waty, zmoczonej w roztworze sody, lub przestrzykiwać je takimż roztworem. Rękocezyny te powinien wykonywać sam pacjent przy każdorazowym czyszczeniu zębów. Autor jest zdania, że pomyślne wyniki leczenia zawdzięcza temu właśnie staranemu oczyszczaniu kieszeni dziąsłowych.

Oprócz tych środków autor przekonał się o leczniczych własnościach wody mineralnej kissiugeńskiej, szczególniej źródła *Rakoczy*, chociaż woda ta działa podobno na zęby szkodliwie. Przy piciu tej wody cukier znikal nawet w daleko posuniętych przypadkach. Najgłówniejszym jednak środkiem leczniczym jest i będzie zawsze poprawienie ogólnego odżywiania przez odpowiednią dyetę w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi.

*Regina Róg-Weksler.*

---

88. **Prof. A. Limberg. Zęby uczącej się młodzieży i organizacja pomocy dentystycznej w szkołach.** (Zubowrach. Wiestnik № 6, 1900).

We wstępie swojego obszernego i nader ciekawego artykułu autor mówi o opłakanym stanie zębów u dzieci. „Na co zdadzą się”, powiada on, „wszystkie poszukiwania zdrowego pokarmu i zdrowego powietrza, kiedy każdy kęs wprowadzonego pokarmu zaturwany bywa zgnilizną próchniejących zębów i każda cząsteczka wdychanego powietrza żarąca się miazmatami z własnej jamy ustnej. Dziecko nie może się normalnie rozwijać ani fizycznie ani umysłowo, kiedy pokarm jego niedostatecznie przeżuwa ją gnijące resztki zębów, a system nerwowy cierpi wskutek bólu zębów i bezsennych nocy”.

Doskonałą ilustracją wyżej powiedzianego jest materiał statystyczny, podany przez autora, a zebrany w różnym czasie przez niego i kilkunastu innych lekarzy. Materiał ten tyczy się zakładów naukowych różnych miast Rosyi i wykazuje, że z dzieci, wstępujących do szkoły, 75 na 100 ma po 3 zepsute zęby, (przeciętnie), z kończących zaś szkołę ma 95 na 100, po 5 spróchniałych zębów, przyczem trzecia część tych zębów przedstawia zupełną ruinę. Te dane dowodzą, jak niezbędną jest organizacja pomocy dentystycznej w szkołach. W roku 1896 na pierwszym zjeździe O-

dentologicznym w Niżnym Nowgorodzie, wybrano specjalną komisję do opracowania projektu pomocy dentystycznej w zakładach naukowych.

Komisja ta projektowała:

1) Żeby zmusić rodziców do pielęgnowania zębów dzieci i żeby w zakładach naukowych dzieci z nieuleczalnie próchniałymi zębami nie groziły zdrowiu swoich towarzyszy—niezbędnem jest przy wstąpieniu dziecka do zakładu naukowego przedstawienie świadectwa o stanie jamy ustnej, a za warunek przyjęcia postawić należy, między innymi, porządną stan zębów, t. j. usunięcie próchnicy przez plombowanie.

2) W celu zapobieżenia tak rozpowszechnionemu i szybkiemu próchnieniu zębów u dzieci w czasie szkolnym i związanej z próchnieniem niepowetowanej szkodzi dla ogólnego stanu zdrowia—każdy zakład naukowy powinien mieć dentystę, któryby dwa razy do roku oglądał zęby uczących się i leczył je drogą zachowawczą. Przy obowiązkowym prowadzeniu książek, oddzielnie dla każdego ucznia, z oznaczeniem rodzaju leczenia i przedstawianiem sprawozdań co rok—działalność dentysty łatwo może być kontrolowaną. Wynagrodzenie dentysty, w zależności od ilości uczniów, powinno być tak sowite, żeby dawało prawo do żądania jaknajstarszego pielęgnowania zębów wszystkich uczniów.

Proponowano i inne jeszcze projekty co do organizacji pomocy dentystycznej przy zakładach naukowych. Wszystkie te jednak projekty miały na uwadze przeważnie dzieci mniej lub więcej zamożnych rodziców; co się tyczy dzieci z klasy biednej — cała pomoc dentystyczna dla nich redukowana się do wrywania zębów w ambulatoryach szpitalnych i bezpłatnych lecznicach. Tymczasem rozpowszechnienie się chorób zębów pomiędzy dziećmi biednej klasy zmusza społeczeństwo do zorganizowania należytej pomocy dentystycznej również i dla uczących się w elementarnych i miejskich szkołkach, w przytułkach i t. p. Autor więc podaje następujący projekt: w kilku punktach miasta na swój koszt urządza kilka dentystycznych klinik pod kierownictwem doświadczonych specjalistów; pod takim kierownictwem 10-ciu młodych dentystów pracowałyby jednocześnie i, licząc na każde dziecko 1 godzinę pracy, w ciągu 3 godzin przyjęcia (naprz. od 9—12 w południe) taka lecznica w ciągu

dnia przejrzałaby i wyleczyła zęby 30-tu dzieci; w ciągu roku—7200. Przy takim wyliczeniu dla 20,000 dzieci potrzebne były by 3 kliniki, po 10 dentystów w każdej lub 30-tu w jednej pod kierownictwem 3-ch specjalistów. Jeżeli przypuścimy dalej, że w poobiednie godziny w lecznicy przyjmowano by innych, pacjentów za małą opłatą — całe utrzymanie kliniki, a może być i opłata zarządzających (młodzi chętnie poświęciliby 1, 2 godziny honorowej pracy) zwróciła by się. Przy takim urządzeniu wszystkie szkoły, które kształcą biedne dzieci—obowiązane były by raz do roku posyłać swoich wychowañców do miejskiego dentystycznego ambulatoryum dla niezbędnego wyleczenia zębów i wydostania świadectwa. Można było by dla porządku prowadzić rejestry, a wydawać jasno i zwięźle sformułowane drukowane prawidła pielęgnowania zębów. Przy następnej wizycie przyjmujący dentyści podczas badania i leczenia zębów mogliby sprawdzać, o ile dzieci zapamiętały prawidła. Takim sposobem oprócz bezpośredniej i zachowawczej pomocy, ambulatoryum takie rozwijało by w dzieciach, a przez nie w otaczającej sferze, prawidłowe pojęcia o higienie zębów i jamy ustnej.

W końcu swojego artykułu autor streszcza się, i wyprowadza następujące *d e s i d e r a t a*:

1) Nadzwyczajne rozpowszechnienie próchnicy zębowej u uczącej się młodzieży dopomina się poważnego zainteresowania tą sprawą przez społeczeństwo i energicznego wprowadzenia w życie systematycznego zachowawczego leczenia zębów w szkołach.

2) Lekarze chorób dzieci położyliby poważne zasługi w dziele ochrony zdrowia ludu przez zwracanie uwagi rodziców na znaczenie prawidłowego pielęgnowania zębów i systematycznego leczenia ich ze względu na ogólne zdrowie dziecka.

3) Ogólne wiadomości o przyczynach chorób zębów, o pielęgnowaniu ich i o niezbędności systematycznego leczenia powinny wchodzić do kursu ogólnej higieny, wykładanej w szkołach.

4) Przy przyjmowaniu dzieci do zakładów naukowych należy zwracać uwagę na stan zębów i w miarę możliwości żądać leczenia ich.

5) Zamknięte zakłady naukowe powinny mieć specjalistę, któryby dwa razy do roku oglądał zęby młodzieży i leczył je drogą zachowawczą w samym

zakładzie; szkoły zaś dla przychodnich uczniów mogą się ograniczyć wprowadzeniem dentystycznego nadzoru.

6) Praca szkolnego dentysty powinna być wyznaczona w stosunku do ilości uczniów i w takich rozmiarach, żeby z nich każdy miał prawo do żądania porządnego leczenia zachowawczego.

7) Do systematycznego zachowawczego leczenia zębów dzieci biednej klasy niezbędem jest organizowanie miejskich dentystycznych ambulatoryów z zobowiązaniem uczęszczania do nich dwa razy rocznie w celu zbadania i niezbędnego wyleczenia zębów, jeśli tylko rodzice nie mają możności leczenia dzieci gdzieindziej.

R. R.-W

---

89. **Thomas G. Read. Dyetetyczna wartość chleba.**  
(Brit. Journ. of Dent. Sc. 1899. XLII № 761).

Nagle powiększenie się próchnicy zębowej w ostatnich dziesiątkach lat spowodowane jest przez nowy sposób mielenia. Przy dawniejszym sposobie mielenia za pomocą kamieni wchodziły do chleba obok czystej mąki także i otręby, ponieważ młynarz nie był w stanie ich oddzielić. Inaczej rzecz się ma dzisiaj. Obecnie w wielkich młynach miela tylko za pomocą walców. Tutaj młynarz jest w możności oddzielić otręby od mąki. Otręby zawierają wiele soli mineralnych, a także ferment dyastazy. Usunięcie otrąb zmniejsza wartość pożywną chleba bardzo znacznie. Chleb jest trudniej strawny i ubogi w sole mineralne, co jest bardzo ważne dla odżywiania kości i zębów.

Wł. Zieliński.

---

## Wiadomości pomniejsze.

90. **Autosuggestya z przyczyny sztucznych zębów.**  
W Revue trimestrielle suisse d'Odontologie za miesiąc kwiecień 1900 r. dr. Oscar Amoédo, profesor szkoły odontotechnicznej w Paryżu, podaje 3 ciekawe przypadki autosuggestyi u pacjentów.

Jedna z jego pacjentek, niejaka p. M., lat 30, przybiegła przestraszona, opowiadając, że połknęła złotą platkę z dwoma sztucznymi zębami i że czuje z tego powodu bóle w żołądku. Zaleciwszy jej stosowną dietę, dr. A. wizytował ją od czasu do czasu, przy czym bóle nie ustępowały. Ustąpiły one dopiero wtedy, gdy jakoby połknięty aparat znaleziono na letniem mieszkaniu, gdzie p. M. w lecie przed 7 miesiącami bawiła.

Drugi przypadek miał miejsce na pensyi w Genewie. Jedna z pańien, przebudziwszy się z rana, niewyczula w ustach dwóch, zwykle przez nią noszonych zębów. Zalecono jej środki wymiotne, nie one jej nie pomogły, powiększyły tylko i tak już dokuczliwe bóle w żołądku. Doktorzy zdecydowani byli zrobić już gastrotomię, gdy aparat się znalazł, a z nim wszelkie dolegliwości pacjentki znikły.

Trzeci przypadek dr. A. czerpie z *Filadelfijskie-Dental Record*. Jeden pan. uoszący cały rząd sztucznych zębów, po przebudzeniu się zauważył brak aparatu w ustach jakoteż w szklance z wodą, w której zazwyczaj zęby na noc składał. Będąc pewnym, że aparat połknął, zaalarmował sąsiadów, ci nadaremnie starali się wyciągnąć z gardła zęby. Chory czuł je najwyraźniej w gardle i zaczął się dusić. Przywołany doktor, zbadawszy płuca i jamę ustną, polecił szukać aparatu na podłodze. Zdradliwy aparat jaknajspokojniej leżał sobie pod łóżkiem. Zobaczywszy go pacjent odrazu wyzdrowiał.

Te trzy przypadki pokazują, jak silną jest wyobraźnia. Przypadki te można przyrównać do znanych urojonych ciąży, w czasie których kobiety odczuwają wyraźnie wszystkie objawy tego stanu.

H. C.

#### 91. **Wydalenie połkniętej protezy przez odbył.**

Pewna stara dama przysła wylekniona pewnego dnia z rana do *L. Strangwaysa* po poradę. Według jej opowiadania zapomniała ona, wbrew zwyczajowi, przed położeniem się do łóżka wyjąć protezę dolną ze sztucznymi zębami. W nocy obudziła się wskutek silnych bólów w przelyku, które te bóle wzmogły się aż do napadu duszenia. Chora natychmiast usiadła i miała tyle przytomności, że zrozumiawszy położenie, w jakim się znajdowała, starała się protezę połknąć, ponieważ



jej ani wykastać, ani wykrztusić nie mogła. Pacjentka przed przyjściem nie jadła z obawy, ażeby sobie szkody jakiejś nie wyrządzić. Na zapytanie dowiedział się autor od pacjentki, że połknięta proteza miała 4 zęby sieczne i była umocowana klamrami na pierwszych zębach dwuguzikowych. Klamry na życzenie pacjentki zostały przed kilku dniami odchyłone, ponieważ pacjentka obawiała się, że przez ścisłe przyleganie klamer utraci zęby, służące za podporę. Z tej więc przyczyny język mógł łatwo luźną protezę ze swojego miejsca wyrzucić. Autor zaordynował spożycie tłustego puddingu, najedzenie się świeżego chleba, papki z mąki owsianej itp. potraw. w tej nadziei, że te miękkie potrawy oblepią w żołątku protezę i w ten sposób ochronią trzewia brzuszne od uszkodzenia przez klamry. Leczenie te zostało uwieńczone pięknym skutkiem, ponieważ proteza wyszła przez odbył, a przejście przez kiszki odbyło się prawie bez bólu.

Ponieważ takie przypadki, jak wyżej opisany, przytrafiają się zwykle podczas snu, to autor od tego czasu radzi wszystkim pacjentom wyjmować protezy przed udaniem się na spoczynek. (Dental Cosm. t. XI, str. 1).

Wł. Zieliński.

92      **Przypadek Anomalii.** Pewien 23 letni młodzieniec szukał porady u V. Waltera Gilberta wskutek wielkiego nabrzmienia kostnego na wyrostku zębodołowym od strony wargowej. Nabrzmienie to rozciągało się od prawego górnego środkowego siekacza do lewego. Badanie wykazało, że nabrzmienie ukrywało w sobie ząb, podobny z kształtu do trzonowego. Ząb ten bardzo silnie siedział w swym zębodole. Po wyjęciu okazało się, że ząb ten był formy zwyrodniałej. Według opowiadania pacjenta w miejscu nabrzmienia pomiędzy prawym górnym środkowym a lewym bocznym siekaczem stał uprzednio siekacz środkowy. Ząb ten siedział tak luźno, że pacjent sam chciał go sobie wyjąć, ale mu się to nie udało. Dentysta, u którego pacjent szukał porady, wyjął ten ząb zaledwie po kilku próbach i nie bez trudności. Niedługo po wyjęciu tego zęba wytworzyło się owo nabrzmienie kostne. Gilbert jest zdania, że wyjęty przez niego ząb potworny był nienormalnie rozwiniętym stałym siekaczem środkowym; ząb wyjęty poprzednio był środkowym sie-

kaczem lewym, ale mlecznym. Trudności, jakie ten mleczny ząb okazywał przy wyjęciu, autor objaśnia ściszem zrośnięciem się tkanki łącznej, otaczającej ząb mleczny, z tkanką łączną naokoło zęba stałego.

(Dental Cosmos, XI, Nr. 1).

Wł. Zieliński.

93. **Usta otwarte i przykrótką wargą górną** wskutek zbytniej sztywności wędzidelka wargi górnej opisuje prof. *Fraenkel* w *Archiv f. Laryngol.* (Nr. 3. 1899 r.).

W przypadkach tych (dzieci od 6 do 10 lat) chorzy oddychali zawsze z otwartymi ustami. W nosie zmian patologicznych (wyrosli adenoidalnych i innych) nie było. Zbliżanie wargi górnej do dolnej utrudnione; porażenia *m. orbicularis oris* ani anomalii w położeniu zębów nie było. Dokładne oględziny jamy ustnej ujawniły: po wywróceniu wargi górnej wędzidelko tej wargi było bardzo krótkie, twarde i bardzo nisko przyczepione do wargi. Po przecięciu wędzidelka na całej przestrzeni wargi górna opuściła się. Autor nazywa tą anomalię *microcheilia*.

M. Krakowski.

94. **Ropień w okolicy podbródka, pochodzący od pierwszego molara**, opisują w 5-tem numerze *Revue de Stomatologie* z r. b. Cruet i Bloch.

17 letnia M. jest osobą słabowitą, dotkniętą chronicznym zapaleniem stawu biodrowego, o twarzy bladej, trochę nabrzękłej; podbródek blady, okrągły, twarde, gruczoły chłonne na szyi bolesne i powiększone. Uzębienie prawidłowe; zęby zdrowe z wyjątkiem pierwszego lewego dolnego trzonowego, pozbawionego korony i drugiego z tej samej strony z próchnicą powierzchowną na dośrodkowej powierzchni. Wszystkie przednie zęby dolne przy opukiwaniu są bolesne, szczególniej prawe siekacze. Siekacze są rozchwiane, ale nie zmieniły koloru i nie są wrażliwe na zmiany temperatury. Przy prawym siekaczu w rowku dziąsłowo-wargowym przetoka, z której przy naciśnięciu wycieka kropelka wodnistej ropy. Zgłębnik, wprowadzony do przetoki, napotyka kość nieruchomą; przestrzeni obnażonej kości nie podobna określić z powodu obrzęku całej okolicy. Pacjentka cierpiała z powodu tego ropnia już 4 lata; pod wpływem zimna, a czasem zupełnie bez powodu, występowało obrzmienie okolicy pod-

bródka, stwardnienie i bolesność; dziąsła puchły, szczególnie w okolicy wędzidełka wargi dolnej; później ropień otwierał się i powoli wszystko wracało do stanu normalnego. W ciągu 4-ch lat pacjentka radziła się około 20 dentystów i doktorów, żadnego polepszenia nie było jednak. Dr. Cruet, szczegółowo zbadawszy chorą, przyszedł do przekonania, że przyczyną anormalnych objawów w danym przypadku jest lewy dolny trzonowy, którego próchnica znacznie wyprzedziła całą obecną chorobę i spowodowała zapalenie okostny. Po takim rozpoznaniu, autor postanowił wyrwanie pozostałych po tem zębie korzeni. Po wyrwaniu w 15 dni obrzęk podbródka znikł, przetoka zagoiła się, a zęby umocniły się; niebawem pacjentka zapomniała o swej chorobie.

W końcu swojego artykułu Dr. C. zwraca uwagę na długą drogę, jaką przeszła ropa od lewego trzonowego do prawego siekacza, a więc na drugą stronę wędzidełka wargi. Długość tej drogi, stan ogólny pacjentki, dotkniętej zapaleniem stanu biodrowego, objaśniają te różnorodne rozpoznania poprzedników i jeszcze raz pokazują, jak często w chorobach twarzy i szyi główną rolę grają zapoznane choroby zębów.

*Regina Róg-Weksler.*

95 **C. W. Bard. Protezy z glinu.** (Ohio Dental Journal 4. 1899 r.)

Rezultat 8-mio letniego doświadczenia autora co do z glinu jest następujący:

Aparaty całkowite, zrobione z glinu, są stanowczo lepsze, aniżeli aparaty z kauczuku i sąwą dobrocią równają się prawie zupełnie aparatom, wyrobionym z platyny lub złota. Wszyscy bez wyjątku pacyenci noszą protezy z aluminium bardzo chętnie, a ci, którzy w pierw nosili protezy kauczukowe, wychwalają zalety aparatów z glinu. Błona śluzowa przy noszeniu aparatów, wyrobionych z aluminium, pozostaje zdrową, a przyleganie płatki do dziąsła lub podniebienia jest i po wielu latach zupełnie dobre.

*Wł. Zieliński.*

96. **Replantacja przy ropotoku zębodołowym.** (R. de Stom. 1—1900).

Do dra. *O. Amoedo* zgłosił się pacjent z prośbą o wyrwanie dwóch górnych środkowych siekaczy.

Pacjent przed kilku laty do czyszczenia zębów

użył proszku węglanego; po jakimś czasie zaczęły pu-chnąć dziąsła przy dolnych siekaczach, pacjent zwrócił się do dentysty w celu oczyszczenia zębów; od tego czasu z dziąsła zaczęła się wydzielać ropa. Przyjawszy ropienie to za ropotok zębodołowy dentysta zaczął leczyć chorobę wpuszczaniem w kieszonki dziąsłowe aromatycznego kwasu siarczanego, który to kwas wywołał próchnicę dolnych siekaczy przy szyjce, nie wyleczywszy dziąseł. W danej chwili stan pacjenta był następujący: wszystkie zęby rozchwilane, górne siekacze znacznie wydłużone, tak że pacjent nie mógł mocno przygryzać; dolne siek. były b. wrażliwe nawet przy dotknięciu wargami; z dziąseł wydzielała się ropa, a pod dziąsem zęby były pokryte kamieniem. Nie mogąc *in situ* oczyścić górnych siekaczy, A. wyrwał je i oskrobawszy z kamienia, wyjął miazgi, zaplombował kanały, poczem pogłębił zębodoły i wsadził zęby na poprzednie miejsca, przywiązawszy je do sąsiadów platynowym drutem, który pozostawał na zębach około 6 miesięcy. Pozostałe zęby były gruntownie oczyszczone z kamienia ropotok zaś był leczony wprowadzaniem do kieszonek kwasu mlecznego. Przy takim leczeniu dziąsło przyszło do normy w zupełności, implantowane zaś zęby wróciły do normalnego stanu; siedziały mocno, miały zdrowy wygląd i okrażone były zdrowym dziąsłem. Jak przypuszcza Dr. A., ropienie dziąsła powstało przez zarażenie nieczystym instrumentem przy początku leczenia.

*Regina Róg-Weksler.*

97. **Pomoc dentystyczna w ogrodzie zoologicznym.** Operacje dentystyczne nad zwierzętami należą do dość wruszających. Podobną operację wykonano u słonia „Big Tom“ w ogrodzie zoologicznym w New-Yorku. W jednym z zębów dolnej szczęki wytworzył się ubytek próchnicowy; dziąsła spuchły. Zmiany te patologiczne przyczyniały „pacjentowi“ silne bóle. Ząb zepsuty postanowiono *zaplombować*, gdyż jego *wyjęcie* byłoby połączone z pewnymi trudnościami. Posłuszny „Tom“ na rozkaz dozorca położył się, podniósł łeb, a zarazem i trąbę do góry, otworzył paszczę. Posługacz specjalnie przyrządzonym instrumentem starannie wyskrobał otwór próchnicowy, w którym swobodnie mieścić się mogła cytryna. Miazga była obnażoną. Biedny „pacjent“ nie sprzeciwiał się operacji, jęczał bezustannie. Po stosownem traktowaniu miazgi zębo-

wej, ząb był zaplombowany amalgamatem. Dziaśła były leczone kwasem karbolowym z dobrym wynikiem. (Wiadomość tę przytaczamy za *Odontol. Blätter* Nr. 2—1900 str. 39-40),

*M. Krakowski.*

## IX ZJAZD

# Lekarzy i Przyrodników

Polskich w Krakowie.

21—25 Lipca 1900 roku.

(Ciąg dalszy).

Następnie zabrał głos Doc. *Łepkowski*, proponując wydanie zbiorowem siłami polskiego podręcznika, któryby objął wszystkie działy dentystyki i jednocześnie ustalił polską terminologię dentystyczną.

Na wniosek prezesa sekcya wybrała komisję z D-rów: *Dzierżawskiego* i *Leszczyńskiego* z Warszawy, *Leszczyńskiego* z Łodzi, *Łepkowskiego* z Krakowa i *Gońki* ze Lwowa. Komisyi pozostawiono prawo dobrania sobie odpowiednich współpracowników. Wynikswych prac, t. j. gotowy już podręcznik, komisya ma przedstawić najpóźniej na przyszłym Zjeździe.

Następnie rozpoczęto odczytywanie referatów i demonstracye.

Referaty odczytali:

I. Dr. *B. Dzierżawski* (Warszawa). „Leczenie miazgi zębowej“\*). Po wstępie ogólnym referent omawia najprzód w kilku słowach t. zw. zachowawcze leczenie miazgi (bez amputacyi) za pomocą formaliny i preparatów, środek ten zawierających. Referent nie uważa tego sposobu leczenia zapaleń miazgi

\*) Referat ten będzie drukowany w naszym piśmie.

za pewny i godny zastosowania we wszystkich przypadkach zapalenia, nawet częściowych, znajduje jednak, że pewnych przypadkach ten sposób leczenia można zastosować z pożytkiem. Co do zwykle stosowanego leczenia za paleń miazgi za pomocą zatrucia i następnej ekstrakcy i amputacyi miazgi, to tu na omówienie zasługują:

1) Wskazania do dewitalizacyi w przypadkach wątpliwych, gdzie nie ma pewności czy w danym przypadku mamy do czynienia z rozwinęciem już zapaleniem miazgi, czy też tylko z jej podrażnieniem. Obecność w danym ubytku nadczułości zębiny w warstwach obwodowych przemawia za ostatniem i leczeniem zachowawczem, brak nadczułości mówi za głębokimi zmianami w miazdze i za jej zatruciem.

2) Ekstrakcyja miazgi uważaną jest dotychczas powszechnie za pewniejszą od amputacyi; być może jednak, że w przyszłości poglądy się zmienią na korzyść amputacyi, gdyż traktowanie kanałów po ekstrakcyi nastrocza nieraz pewne trudności, których lepiej uniknąć. Do rozstrzygnięcia kwestyi tej przyczynić się mogą zbiorowe badania i rozprawy na zjazdach.

3) Co do amputacyi miazgi, to najpewniejszym sposobem leczenia po amputacyi jest, zdaniem referenta, impregnowanie środkami przeciwnilnemi pozostałej w przewodach miazgi. Chodzi o wybór środków do tego celu sprawdzenie impregnacyjnych własności tych środków.

#### D y s k u s y a :

Doc. *Lepkowski*, powołując się na swe doświadczenia, dokonane na zwierzętach i na mocy wyników tych doświadczeń, dochodzi do wniosku, że miazga korzeniowa może być mumifikowaną, wobec czego amputacyja miazgi ma rację bytu i zasługuje na rozszerzenie głównie tam, gdzie dostęp do ubytku próchniczego jest utrudniony.

*Zieliński Wł.* (Warszawa) twierdzi, że żadna inna metoda nie ma racyi bytu prócz metody amputacyjnej. Leczenie zaś zębów z ubytkami próchniczymi, do których dostęp jest utrudniony, przeprowadza Z. w ten sposób, że wierci nowy otwór w koronie zęba ze strony powierzchni żującej i tym sposobem ułatwia sobie wszelkie czynności z leczeniem takich zębów związane.

*Essigman St.* (Warszawa) zauważa, że miazga korzeniowa nie zawsze zostaje zmumifikowaną, gdyż do mumifikacyi doprowadza tylko ograniczona ilość środków. W wielu razach miazga korzeniowa pozostaje żywą nawet przez długie lata, co stwierdził z własnej praktyki i danymi z literatury.

*Goldberg L.* (Warszawa) twierdzi, że miazga pozostawiona w korzeniu w stanie żywym, ulega zwyrodnieniu i, obumierając prędzej lub później, jest przyczyną zapalenia ozębnej.

Będąc wogóle przeciwnikiem pozostawiania miazgi korzeniowej, nawet zmumifikowanej, G. wyraża zdanie, że tylko zupełne usunięcie miazgi korzeniowej może dać pewne wyniki.

*Prezes*, reasumując dyskusję dochodzi do wniosku, że wobec znacznej liczby dzielnych środków mumifikacyjnych jakimi obecnie rozporządzamy, można ograniczyć wskazania do ekstrakcyi miazgi i nadać szersze zastosowanie metodzie amputacyjnej, która nie mniej dobrze od ekstrakcyi daje wyniki.

*II. St. Essigman* (Warszawa). „*Badania bakteriologiczne nad działaniem niektórych środków przeciwniepalnych, używanych przy leczeniu zębów bezmiazgowych z demonstracją preparatów mikroskopowych*“\*).

Leczenie dotychczasowe, polegające głównie na metodzie ewakuacyjnej, zdaniem E. daje często niepewne i nie trwałe wyniki.

Usunięcie z zębów trzonowych miazgi korzenio-

---

\*) Praca ta będzie drukowaną w Przeglądzie.

wej, będącej w stanie częściowego lub całkowitego rozpadu, jest zawsze połączone z trudnościami, a często jest wprost nie wykonalnem. Jeśli z któregośkolwiek kanału uda się pozornie rozpad usunąć, to i wtedy nie można być pewnym dobrego wyniku, gdyż mogą pozostać w kanale małe resztki gnijącej miazgi, które przy wypełnianiu kanałów mogą być przepchnięte przez otwory wierzchołkowe i wywołać septyczne zapalenie ozębnej.

Ze względu przeto na trudności techniczne, na jakie się natrafia przy przy oczyszczaniu kanałów korzeniowych w zębach trzonowych oraz ze względu na to, że pomimo mechanicznego oczyszczenia kanałów, należy takowe dezynfekować, referent proponował, aby przy leczeniu zębów bezmiazgowych trzonowych zaniechać stosowania sposobu ewakuacyjnego i zastąpić go sposobem impreguracyjnym.

Ostatni sposób zdaniem E., jest łatwiejszy, przedstawia mniejsze ryzyko dla pacyenta i daje pewniejsze wyniki, niż sposób ewakuacyjny.

Ażeby odpowiedzieć na pytanie, jakie środki przeciwnie należy stosować do impregnacji gnijącej miazgi, które z tych środków najpewniej przenikają, nie prędko znikają i, co zatem idzie, najwięcej odpowiadają swemu zadaniu, referent, niezależnie od spostrzeżeń klinicznych, dokonał badań bakteriologicznych z zębami impregnowanemi karbolem, chinolem, olejkiem gwoźdźkowym, sublimatem i formaliną i najmocny otrzymanych wyników dochodzi do następujących wniosków:

1) Że pierwsze trzy wymienione środki z powodu trudnego przenikania, słabego działania przeciwnie jako też prędkiego znikania do leczenia zębów bezmiazgowych wcale się nie nadają.

2) Sublimat impregnuje zęby najsilniej i, co jest również bardzo ważnem, działanie swoje przeciwnie zachowuje najdłużej; dla tego do leczenia zębów plugawych najlepiej się nadaje sublimat.



3) Formalina działa również przeciwnie, lecz nie we wszystkich wypadkach jednakowo, a w poszczególnych bardzo słabo.

Do ujemnych stron formaliny zaliczyć wypada i ten fakt, że ta bardzo prędko znika z zębów i dla tego powinna znaleźć zastosowanie tylko tam, gdzie sublimat nie może być użyty ze względu na swą własność zabarwiania zębów.

#### D y s k u s y a:

Doc. *Łepkowski* zapytuje referenta, czy doświadczenia były robione ściśle aseptycznie, gdyż to, zdaniem jego, rozstrzyga o wartości dokonanych badań. W konkluzji dochodzi do wniosku, że jakkolwiek badania bakteryologiczne dokonane przez *Essigmana*, których doniosłość podnosi, wykazały wyższość działania sublimatu, to jednak ze względu na to, że zęby leczone tym środkiem zabarwiają się na ciemno, środek ten do leczenia zębów, głównie przednich, stosowanym być nie powinien.

*Essigman* odpowiada, że przy dokonywaniu swych badań starał się zachowywać o ile możności aseptykę i jako dowód, że mu się to udawało, przedstawia płytki agarowe, zasiane czystymi hodowlami, z których rozwinęły się li tylko zaszczipione przez niego hodowle. Na miejscach, na których były ułożone odłamki impregnowanych zębów, zasiane hodowle ani też inne się nie rozwinęły.

*Prezes* widzi przyszłość leczenia zębów trzonowych z gangreną tylko w metodzie impregnacyjnej i dla tego też, ceniąc wysoko pracę *Essigmana*, wyraża nadzieję, że tenże nadal będzie pracować w tym kierunku i wyniki swych badań zecche przedstawić na przyszłym zjeździe.

d. c. n.

## Sprawy zawodowe i kronika.

— **Uzupełniając** wiadomości nasze o nagrodach na wystawie Przyrodniczo-Lekarskiej im. *Almae Matris Jagellonicae*, spieszmy dodać, że współpracownik nasz, kolega *Władysław Zieliński*, otrzymał *medal srebrny* za wystawione protezy, plomby różnego rodzaju oraz ciekawy zbiór okazów techniki dentystycznej dawniejszej.

— **Nowe szkoły dentystyczne.** *Zubowraczebnyj Wiestnik* donosi, że w ostatnich czasach otwarto w Rosyi 3 nowe szkoły jedną otworzyli w *Jekaterynosławiu* doktor-chirurg *R. Weber* i lekarze zębów *A. Szrejder* i *G. Lwow*; drugą szkołę otwarto w *Kazaniu*; założycielką jest pani *Cypkin*; trzecią szkołą, a druga już w *Charkowie*, założoną została przez dentystę *Wład. Dubowskiego*.

Redakcyja *Zubowracz. Wiestnika*, aczkolwiek nie ma nic przeciwko otwieraniu nowych szkół i wita je życzliwie, wyraża zdziwienie, że pozwolono na otwarcie szkoły w *Jekaterynosławiu*. Według bowiem «Normalnej ustawy» Szkół dentystycznych, zatwierdzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych 28 Maja 1891 roku i 24 Maja 1893 r. otwarcie szkół dentystycznych dozwala się tylko w miastach uniwersyteckich.

*Zubowracz. Wiestnik* wyraża obawę, że jeżeli szkoły dentystyczne będą otwierać w *każdem mieście*, to wątpić należy, czy szkoły te będą miały odpowiednich lektorów. Będzie wtedy lekarzy dentystów dużo, ale o kwalifikacyach wątpliwych.

— **Na przedstawienie Departamentu Lekarskiego** w sprawie **dentystów w zakładach naukowych** odpowiedział Minister Oświaty t. r. *Bogolepow*, że «podzielając w zupełności pogląd Departamentu Lekarskiego na tę sprawę, musi jednak zauważyć, że w danej chwili sprawa zaprowadzenia dentystów szkolnych w całym Cesarstwie jest jeszcze niemożliwą, ponieważ lekarzy zębów w ścisłym tego słowa znaczeniu jest jeszcze za mało w Rosyi» (Reskrypt z d. 9 Czerwea za Nr. 15136).

(*Zubowracz. Wiestnik*, Nr. 9 r. b.).

— **Podatek od mieszkań.** Jak donoszą pisma codzienne *Senat* wyjaśnił, że gabinety lekarzy, adwokatów, rejentów i t. p., nie są zwolnione od podatku mieszkaniowego i że właściciele ich powinni opłacać podatek od gabinetów podobnie jak i od prywatnych mieszkań. Dotychczas sprawa ta nie została wyjaśniona, i, jak u nas przynajmniej, gabinety lekarskie uwalniano od podatku.

Podatek od mieszkań ustanowiony był, o ile nam wiadomo jako rodzaj podatku od dochodu, którego wskaźnikiem tylko miała być cena mieszkania. Ponieważ u dentystów wydatek na mieszkanie nie jest w normalnym stosunku do dochodów i ponieważ żaden dentysta na prywatne mieszkanie nie wybrał by z pewnością punktu ani lokalu, który zajmuje, mając razem z mieszkaaniem i gabinet, to omawiane wyjaśnienie Senatu dotkliwie obciąży budżet dentystów i tak już wyzyskiwanych nadmiernie przez właścicieli domów.

— Okólnik Departamentu Medycznego Ministerjum Spraw Wewnętrznych z d. 28 czerwca 1900 roku za № 5044. Do pp. Gubernatorów. W zbiorze praw i rozporządzeń Rządu z d. 16 czerwca r. b. (Nr. 66, art. 1478) ogłoszono Najwyżej w d. 1 maja r. b. zatwierdzoną uchwałę Rady Państwa o zmianie porządku nabywania prawa na praktykę dentystyczną.

Nadmienione prawo (art. 11) dozwala odtąd poddawać egzaminowi na stopień dentysty i nabywać takowy tylko tym osobom, które przed ogłoszeniem niniejszego prawa były zaliczone w poczet uczniów dentystycznych, lub otrzymały świadectwo o odbyciu nauki u dentystów, przepisane przez p. 1 art. 131 dodat. do art. 596 ust. lek. (zb. pr. t. XIII z r. 1892).

Wskutek tego, Departament Medyczny ma zaszczyt uprzejmie prosić J. W. Pana o wydanie rozporządzenia, ażeby wszyscy miejscowi lekarze, lekarze dentyści i dentyści, przyjmujący uczniów na naukę, zostali powiadomieni, że na mocy powiadomionego prawa, przyjmowanie przez nich uczniów dla przygotowania na stopień dentysty, odtąd dozwalanem być nie może.

Podpisał za dyrektora

*Malinowski.*

**Firma S. S. White.** Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że wieści, jakoby firma S. S. White miała nie wysyłać podróźnych po Królestwie i Cesarstwie, są **błędne**. Przedstawiciel tej firmy uda się w podróź w najbliższych miesiącach.

**Technik dentystyczny z sześcioletnią praktyką szuka odpowiedniej posady, najchętniej we Lwowie.**

Oferty pod „C. R.“ w red. Przeglądu Dentystycznego.

---

**Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.**

Дозволено Цензурою Варшава 23 Сентября 1900 года.

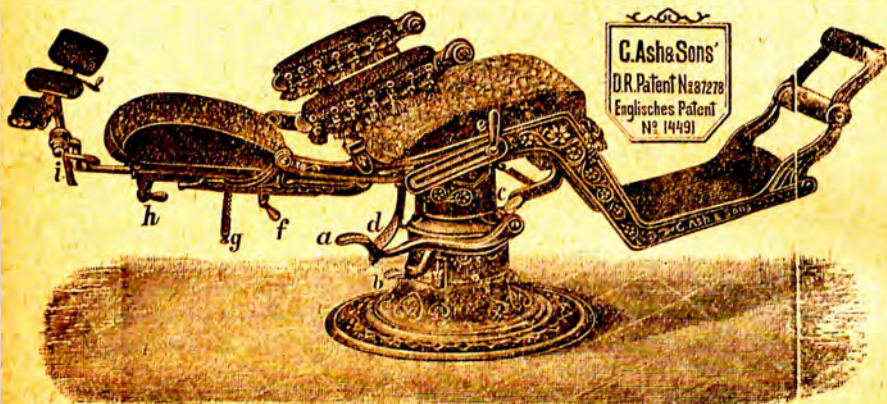
---

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

Niemiecki Patent Państwowy № 87278.  
 Angielski Patent № 14491.  
 D. B. G. M. № 55975.

# Najnowsze Krzesło Operacyjne Nr. 39.

## C. ASH i Synów.



Po długich latach pracy udało się nam nareszcie wytworzyć krzesło, stojące bez porównania wyżej od krzeseł wszystkich innych fabryk, zarówno europejskich jak i amerykańskich.

Dowcipne urządzenie wewnętrzne, połączone z pompą hydrauliczną, daje dolnej części tego krzesła taką doskonałość, przy której pozostają w cieniu wszelkie inne krzesła, dotychczas istniejące.

Slup do podnoszenia niema w tym krześle zębów. Krzesło może być obracane we wszystkie strony, pompowane do góry, spuszczone i zatrzymywane w każdym położeniu. Chodzi krzesło bardzo lekko, bez najmniejszego stuku i hałasu.

Połączywszy tę dolną część z górną częścią naszego wyrobu Nr. 33 i naszym nowym podglówkiem, ofiarujemy naszym odbiorcom takie krzesło i po tak niskiej cenie, że żadna inna fabryka na całym świecie nie jest w stanie zrobić nic podobnego co do doskonałości, prostoty mechanizmu i wartości.

Sądzymy, że niepotrzebujemy wykazywać zalet naszych krzeseł, gdyż są one przyznane powszechnie. Najlepszym tego dowodem jest ciągle wzrost naszych zamówień. Wobec tego każdy nasz odbiorca może być pewnym, że kupuje krzesło najlepsze i najtrwalsze.

Krzesła wyrabiamy w dwu wysokościach.

Model niski: najniższe położenie 49 ctm., najwyższe 72 ctm.

„ wysoki: „ „ 54 „ „ 82 „  
 (mierząc od podłogi do górnego kąta siedzenia.)

### C E N Y.

Patentowane krzesło Nr. 39, obite najlepszym zielonym lub czerwonym pluszem . . . . .	Rsr. 275.—
Takież obite pluszem wzorzystym . . . . .	„ 285.—
Takież z wzorzystym pluszem w najwykwintniejszym gatunku . . . . .	„ 287.50
Jeżeli zamiast zwyczajnego będzie podglówek patentowany, jak to jest na rysunku, to ceny powyżej wykazane podnoszą się o . . . . .	„ 15.—