

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

Miesięcznik poświęcony chorobom zębów  
i jamy ustnej.

## I. NOWY WYJAŁAWIACZ (Sterylizator\*)

NA NARZĘDZIA LEKARSKIE.

podał **Dr. W. Łepkowski**

Doc. Uniw. Jagiel.

W roku 1895 w numerze 23 Przeglądu Lekarskiego<sup>1)</sup> ogłosiłem badania nad podanym przez siebie przyrządem sterylizacyjnym do wyjaławiania szczotek do zębów i paznokci. Przyrząd ten, jakoteż sposób wyjaławiania, uzyskał patent austriacki w roku 1897 № 3024/47 pod nazwą: „wyjaławiacz do szczotek do zębów i paznokci Doc. Dra Łepkowskiego i Hellera w Krakowie”. Nazwisko pana Hellera zostało umieszczone w patencie dla tego, że tenże, będąc właścicielem apteki, podjął się sprzedaży owych sterylizatorów. Po moim ogłoszeniu, zachęcony przez prof. Dra O. Bujwida, asystent tegoż Dr. F. Bernaciński w r. 1898 w numerze 53 „Przeglądu Lekarskiego, zdał sprawę z doświadczeń bakteriologicznych nad wartością wyjaławiacza.

<sup>1)</sup> Według wykładu, mianego na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w sekcji chirurgicznej.

W końcu swego sprawozdania pisze Dr. Bernaciński co następuje: „Z porównania wyników szczepień, uwidoczniomych w tablicy, okazuje się, że przyrząd sterylizacyjny Łepkowskiego — Hellera jest bardzo dobry do odkażania przyborów toaletowych i drobnych narzędzi chirurgicznych, że odkażanie to jest pewne, gdyż przedmioty znajdując się ciągle pod odkażającym działaniem formaliny, której ujść nie dozwala hermetyczne zamknięcie przyrządu. Niepoślednią zaletą tego przyrządu jest to, że przedmioty należy tylko umieścić w nim bez żadnych dalszych zachodów, aby je mieć wyjałowione po upływie dosyć krótkiego czasu”.

Zachęcony przez to zajęcie się tym pomysłem ze strony zakładu higieny prof. D-ra O. Bujwida, dalej tem, że niektórzy koledzy z dobrem powodzeniem przyrządu sterylizacyjnego używają dla odkażania narzędzi położniczych, otiatrycznych i t. d., w ostatnich czasach rozszerzyłem jego zastosowanie, podając niniejszem nowe sterylizatory, odpowiednio do różnych narzędzi lekarskich.

Sterylizatory te są zbudowane na tej samej zasadzie, jak poprzednie. Przyrząd składa się z puszek metalowej, odpowiedniej do ilości i jakości narzędzi; puszka ta jest zrobioną z niklu, nikieliny lub mosiądzu, grubo niklowanego, w kształcie pudełka. Narzędzia są umieszczone tak, że się nie mogą poruszać ani wypadać, a przez to psuć się i tępić. Są one umieszczone w ramkach, dających się razem z niemi dowolnie wyjmować: jedna i druga strona pudełka jest po wyjęciu narzędzi zarazem tacką, potrzebną przy każdej operacyi na złożenie odwietrzonego instrumentarium, wacików, gazy i t. d. Brzeg jednej połowy pudła jest obramowany gutaperką. Pudło zamyka się w ten sposób hermetycznie, gdyż brzeg drugiej połowy pudła, t. j. wieko, wtlacza się w gutaperkę i, zupełnie ściśle przylegając, nie pozwala, aby się cośkolwiek wydostać lub wdostać do wnętrza mogło.



Do ścisłego przylegania i przyciągnięcia wieka służyć zasuwki, w odpowiedni sposób zbudowane.

W jednej połowie pudła jest małe odgraniczenie, zrobione z dziurkowanej blachy niklowej, które można zamykać i otwierać; tam znajduje się właściwy aparat sterylizacyjny, mianowicie t. zw. kamienie formalitowe. Preparat ten, znany w handlu aptekarskim, nie jest niczem innym, jak tylko gliną, nasyconą formaldehydem. Kamyczki te owijam watą odtłuszczoną dlatego, aby, jeżeli jest w nich wilgoć, wata, jako ciało hygroskopijne, takową pochłonęła. Dalej dlatego, aby pyłek z kamyczków nie padał na narzędzia i nie niszczył takowych.

W ten sposób zbudowany przyrząd na narzędzia chirurgiczne okazuje się w praktyce zupełnie dobrym. Doświadczenia bakteryologiczne, jakie z nim przeprowadzono, dały rezultat zupełnie a zupełnie zadawalniający. Mamy tedy pewność dokładnego wyjałowienia i na każde zawołanie gotowe narzędzia do operacji. Obecnie zrobione są pozostawiające jeszcze cośkolwiek do życzenia modele pudełek na brzytwy, na narzędzia otyatryczne, na podręczne narzędzia chirurgiczne w komplecie, używanym przez lekarzy armii austriackiej. Modele te mają łatwe do usunięcia wady. Są one za duże, po drugie, za ciężkie. Modele te robione są od ręki w fabryce „Jarry i Jakubowskiego” w Krakowie. Z chwilą, kiedy te przyrządy wejdą w handel, można je będzie, odstawiając w większej ilości, robić przez wytłaczanie, cieńsze i w formie możliwym do przechowywania w kieszeni.

Sterylizacja taka, robiąca się sama bez żadnych przygotowań i zachodów, ma bezwątpienia wielkie znaczenie, skoro jest pewną. Znaczenie to jest największem przedewszystkiem we wszystkich nagłych a niespodziewanych zabiegach (tracheotomia, sterylizacja strzykawek do wstrzykiwań podskórnych, ope-

racye położnicze, krwotoki i t. d.). Poza tem sterylizator taki ma znaczenie, jak sądzę, dla lekarzy wojskowych, w kasetach opatrunkowych fabrycznych i kolejowych.

Jedną z obaw, jaką miałem przy używaniu tego sterylizatora, było to, czy formalina nie działa czasem źle na narzędzia. Od dwóch jednakże miesięcy trzymam narzędzia w ciągłej sterylizacyi i nie widzę zmian żadnych.

Narzędzia, co zresztą zawsze być powinno, powinny być zupełnie suche, aby nie rdzewiały. Wąta bowiem uchronia tylko od wilgoci zawartej w kamkach.

Dokładne doświadczenia nad powyższym przyrządem sterylizacyjnym przeprowadził w zakładzie higieny Prof. D-ra O. Bujwida D-r. Bernaciński. Sprawozdanie ma ogłosić w najbliższym czasie w Przeglądzie lekarskim. Z udzielonych mi wiadomości wiem, że doświadczenia te wypadły dla mojego sterylizatora jak najpomyślniej. Szczepiono na sucho i na wilgotno: *antrax*, *b. pyoceaneus*, *subtilis*, *streptococcus*, *pyogenes aureus*, *cholere*, *dyfteryę* oraz *gruźlicę* i pokazało się, że sterylizacya jest zupełna i pewna.

Oddając wyjaławiacz niniejszy na usługi kolegów, sądzę, że będzie on pożytecznym i praktycznym. Na razie nie umiem obliczyć, jakie będą koszta pojedynczych wyjaławiaczy. Te modele, które mam i które demonstрую, kosztują 70 złr, jednak one są pierwsze, więc cena ta nie może być miarodajną\*).




---

\*) Przyrząd został przedstawiony do opatentowania.





## II. LECZENIE ZGORZELI MIAZGI.

Według wykładu w Szkole Dentystycznej  
nap. B. Dzierżawski.

*P. P.* Leczenie zgorzeli miazgi łatwem jest w zębach z szerokimi i dostępnymi kanałami (górne siekacze, kły, dolne kły i dwuzikowce); w zębach z kanałami wązkimi i krętymi leczenie gangreny miazgi jest trudniejszem i w wynikach swych mniej pewnem.

Zupełna gangrena miazgi, jak już Wam wiadomo, jest ostatecznym wynikiem ostrego całkowitego zapalenia miazgi (*pulpitis ac. totalis*) lub też chronicznego zgorzelinowego zapalenia miazgi (*pulpitis gangraenosa chronica*). Tkanka miazgi w jednym i drugim przypadku znajduje się w stanie rozpadu i gnicia, obfitując w najróżniejsze, nawet bardzo złośliwe drobno-ustroje. *Miller*, szczepiąc myszom pod skórę kawałki zgangrenowanej i gnijącej miazgi, otrzymywał prawie zawsze silne objawy zapalne miejscowe, a wiele myszy po tem szczepieniu zdychało od posocznicy (*septicæmia*).— Jeżeli miazga gnije w zamkniętej komorze miazgowej, co się zdarza: 1) jeżeli gangrenie ulegnie miazga w zębie całym, nie podległym próchnicy, 2) w zębie próchniejącym, gdzie, komora miazgowa nie ma jeszcze otwartego połączenia z ubytkiem próchnicowym (*caries penetrans*) 3) pod plombą lub 4) jeżeli otwór do komory miazgowej ulegnie przypadkowo zamknięciu np. przez cząstki pokarmów, to powstające na skutek gnicia w komorze miazgowej gazy przechodzą przez otwór szczytowy w zębodół i wywołują tu po-

drażnienie ozębnej, dające się odczuwać jako ból zwłaszcza przy spożywaniu ciepłych pokarmów lub napojów. W pewnych warunkach wraz z gazami przedostają się przez otwór szczytowy i bakteryje, wywołując mniej lub więcej silne zapalenie ozębny, obrzęki twarzy (tak zwane popularnie fluksyje), a nawet i cierpienia groźne, jakto: ropne zapalenie okostny i szpiku szczęk, posocznicę i t. p.

Jeżeli pacjent ze zgorzelą miazgi przyjdzie do nas właśnie podczas powikłania zapaleniem ozębny lub obrzękiem twarzy, to pierwszym naszym zadaniem będzie *otworzyć komorę miazgową*, ażeby dać gazom i innym produktom gnicia ujście nazewnątrz. Gnijącą miazgę staramy się następnie, o ile się da, z komory i przewodów korzeniowych usunąć, na miejsce zaś miazgi zakładamy wiechetek z waty, zwilżony w płynie przeciwnilnym (najlepiej w eterze jedoformowym); wiechetka tego nie zamykamy jednak hermetycznie, a tylko bardzo lekko, za pomocą czystej waty, bez mastyksu, a to dla tego, żeby opatrunek nie przeszkadzał swobodnemu odpływowi gazów i posoki gnilnej gdyby; nie obawa zatkania otworu przez cząstki pokarmów, dobrze by było nawet pozostawiać takie zęby zupełnie bez żadnego opatrunku. Do systematycznego wyczyszczenia i dezynfekcyi zęba przystępujemy dopiero wtedy, gdy przejdą objawy zapalenia ozębny, co w przypadkach lżejszych i wczesnej interwencyi następuje bardzo prędko. Zatem, jeżeli pacjent przyjdzie do nas z gangreną miazgi, powikłaną zapaleniem ozębnej, to *pierwszy moment leczenia* polega na otwarciu miazgi, aby dać ujście nazewnątrz gazom i innym produktom gnicia.

Gdy zapalenie ozębny przejdzie lub jeżeli dostajemy do leczenia gangrenę miazgi, nie powikłaną zap. ozębny, to przystępujemy do dalszego leczenia, które, stosownie do okoliczności, dokonywa się według różnych sposobów; sposoby te podzielimy na 2 główne grupy i naz-



wiemy jedną grupę *sposobami opróżniającymi lub ewakuacyjnymi*, drugą zaś *przepajającymi albo impregnacyjnymi*. *Sposoby opróżniające* polegają na doszczętnem wydaleniu mas gnilnych z komory miazgowej i kanałów; istota *sposobów impregnacyjnych*—polega na zobojętnieniu wypełniających kanały mas gnilnych za pomocą przepojenia ich środkami przeciwnilnymi.

W istocie rzeczy sposoby te mało się różnią pomiędzy sobą, a to dla tego, że przy sposobach ewakuacyjnych, opróżniwszy kanał korzeniowy, staramy się przepoić środkami przeciwnilnymi otwierające się doń kanaliki zębiny, przy sposobach, zaś impregnacyjnych staraniem naszym jest jak najmniej liczyć na przepajające działanie leków, a oczyszczać kanały mechanicznie, o ile tylko się da. *Sposoby ewakuacyjne* stosujemy do kanałów *prostych, szerokich i dostępnych* (górne siekacze, górne i dolne kły, dolne dwuguzikowce, językowe korzenie górnych, odśrodkowe dolnych trzonowych); sposoby *impregnacyjne* znajdują zastosowanie do tych kanałów, których wskutek ich *wązkości, krętości lub niedostępności* nie możemy oczyścić mechanicznie.

Do sposobów ewakuacyjnych należą:

1) **S p o s ó b k o m i n i a r s k i**. Sposób ten polega na rękoczynach następujących:

Za pomocą wiechetków z waty lub specjalnych spiczastych zwitków bibuły (które można kupić gotowe w składach dent. pod nazw. *stiffened paper points*) oraz za pomocą dmuchawki i gorącego powietrza wysuszamy starannie przewód korzeniowy (przy zabezpieczeniu od dostępu sliny za pomocą koferdamu lub wałków z waty) i następnie wyskrobujemy zawartość kanału za pomocą miazgociaągów lub igieł z pojedynczymi lub wężykowato ułożonemi haczykami (*pulpa-cleansers Donaldsona*). Wysuszenie niezbędnem jest przed wyskrobywaniem dla tego, żeby nie przepchnąć przez

otwór szczytowy płynnych mas gnijących. Po wyskrobaniu kanału bierzemy igły gładkie (t. zw. Millerowskie), okręcamy je watą, pogrążamy w jakimkolwiek płynie przeciwnilnym (np. kwasie karbolowym, formalinie, olejku gwoźdźnikowym, paramonochlorfenolu itd.) i wycieramy temi igłami ściany kanałów dopóty, dopóki wata na igłach nie będzie wychodzić z kanałów zupełnie czystą. Watę na igły trzeba nawijać cienko, a nie tak grubo, żeby wypełniała w zupełności światło kanału. W ostatnim przypadku igła wraz z watą może podzielać na zawartość kanału tak, jak tłok w sikawce; w ten sposób moglibyśmy przepchnąć przez otwór szczytowy niedostatecznie jeszcze zdezynfekowane cząstki gnijące, skutkiem czego mogłoby być septyczne zapalenie ozębny. Rzecz oczywista, że przed zastosowaniem tego sposobu, jak zresztą każdego innego i wogóle przy każdym leczeniu chorób miazgi, musimy sobie szeroko otworzyć komorę miazgową. Komora powinna być otwarta tak szeroko, żeby igła wchodziła w kanał w kierunku zupełnie prostym. Skromne, nieśmiałe otwarcie z boku nie prowadzi do celu; przez mały otwór w kierunku krętym wyczyścić kanału nie można, można zato z powodzeniem zrobić z kanału skład ułamanych igieł, co jest mniej pożądanem, zarówno dla operatora jak i dla pacyenta. Kły i siekacze należy otwierać ku powierzchni językowej, bikusy i molary do powierzchni żującej; otwarcie, jak już wspomniałem, powinno być takie, żeby igła prosto i wygodnie wchodziła w kanał. Oprócz wygody przy leczeniu takie otwarcie ma jeszcze i tę dobrą stronę, że po rozszerzeniu cokolwiek na boki możemy je użytkować później jako doskonały punkt do zaankrowania plomby.

Po oczyszczeniu kanału zakładamy węł za pomocą gładkich igieł wiechetki z waty, zwilżone w jakimkolwiek środku przeciwnilnym (ol. gwoźdźnikowy, kar-



bol, formalina, paramonochlorfenol) i zamykamy wiechetki w zębie za pomocą waty, przepojonej roztworem mastyksu. Do plombowania kanału przystępujemy dopiero wtedy, jeżeli wata, leżąca w kanale 24—48 godzin, nie wykazuje gnilnego zapachu. Jeżeli nie chodzi nam o kolor plombowanego zęba (np. jeżeli na danym pieńku ma stać ząb sztyftowy) to najlepiej na zakładkę do kanału użyć sublimatu *in substantia*. Sublimat (w równych częściach z tymolem) stosuje się w tym przypadku w postaci proszku, który nabieramy na zwilżoną watę.

2. Sposób Evansa i d'Argenta. Sposób ten polega na tem, że przed rozpoczęciem wyskrobywania pogrążamy w kanał rozpalone srebrne igły. Igły te wysuszają kanały, oprócz tego, wobec wysokiej temperatury igieł zawartość kanałów przypieka się do nich i wyjmuje się potem wraz z igłami. Wysoka temperatura igieł (do 300 stopni) sprawia i to, że zawartość kanałów, przynajmniej do pewnego stopnia, podlega wyjałowieniu. Igły takie, t. zw. *root dryers*, zbudowane są w ten sposób, że przy podstawie swej mają wielkie rozszerzenie w kształcie kuli. Rozszerzenie to po rozpaleniu w płomieniu lampki spirytusowej lub gazowej, służy jako zbiornik ciepła. Bez tego rozszerzenia igła wystygłaby, zanim byśmy ją donieśli od lampki do zęba. Pomimo wysokiej temperatury igieł (200—300 C) wkładanie tych igieł do kanałów nie jest przykre dla pacyenta, ponieważ ścianki kanału, t. j. zębina, są złym przewodnikiem ciepła. Ponieważ igieł tych długo się w kanale nie trzyma, to gorąco z wnętrza kanału nie zdąża przechodzić na ozębną. Po przypiekaniu dalsze oczyszczanie idzie tak, jak przy sposobie kominiarskim. Rzecz oczywista, że przypiekanie można stosować tylko w razie wyjątkowo dobrego dostępu do kanału (przy leczeniu pieńków).

### 3. Sposoby chemiczne.

a) Sposób Schreiera (Wiedeń) polega na wprowadzeniu do kanału na cienkich igielkach proszku

metalicznego potasu i sodu. W zetknięciu z wilgocią kanału sód i potas utleniają się, tworząc wodany sodu i potasu (*Kalimu* i *Natrium causticum*). Pod wpływem tych wodorów rozkłada się zawartość kanałów, zmydlając się częściowo. Reakcyja odbywa się z szumem i trzaskiem, wybuchowo, przy czem zawartość kanałów w pewnej części wyrzucaną bywa na zewnątrz. Zalety sposobu tego polegają jakoby na tem, że ułatwiają następcze oczyszczenie mechaniczne, że zawartość kanału dezynfekuje się już przy pierwszym wprowadzeniu igły do kanału, że igłę z proszkiem sodu i potasu można wprowadzić do najwęższych nawet kanałów.

Zwolennicy sposobu Schreiera utrzymują, że po zastosowaniu tego sposobu można kanał plombować od razu, bez żadnych przedwstępnych opatrunków przeciwnilnych.

W obec burzliwej reakcyi, jaka ma miejsce w kanale po wprowadzeniu sodopotasu, należy nakładać do tej operacyi koferdam.

b) Sposób Callahana, wynaleziony w r. 1895, polega na naprzemiennem wprowadzaniu do kanału na igłach 50% kwasu siarczanego i sody (dwuwęglanu sodu). Kwas siarczany odwapnia ściany kanału i w ten sposób nieco je rozszerza. Oprócz tego kwas siarczany w wyżej podanem stężeniu zawartość kanału dezynfekuje. Sodę wprowadza się po kwasie siarczanym w celu zobojętnienia ostatniego. Boenencken (Praga) zaprowadził pewną zmianę w sposobie Callahana, stosując do zobojętnienia kwasu siarczanego zamiast sody dwutlenek sodu ( $N_2 O_2$ ). Dwutlenek sodu przedstawia się w postaci białozółtawego, silnie hygroskopijnego proszku; oprócz zobojętnienia kwasu wydziela dwutlenek sodu w zetknięciu z kwasem siarczanym dwutlenek wodoru czyli wodę ulenioną ( $H_2 O_2$ ), która jest silnym środkiem dezynfekcyjnym, zwłaszcza *in statu nascendi*. Odczyn odbywa się z szumem,



idzie według wzoru:  $H_2 S O_4 + N_2 O_2 = Na_2 S O_4 + H_2 O_2$ .  
Przy ponownem wprowadzaniu dwutlenku sodu do kanału ulegają zmydleniu tłuszcze, które znajdują się w gnijących resztkach miazgi jako wynik gnicia białka; to zmydlenie tłuszczów wraz z rozpuszczeniem ciał białkowych przez nadmiar ługu ułatwia dalsze oczyszczanie. Zapach gnilny po dezynfekcyi za pomocą kwasu siarczanego i dwutlenka sodu momentalnie zmienia się w przyjemny, aromatyczny zapach. Zmiana ta dowodzi, że masy gnilne uległy gruntownym zmianom pod wpływem tego leczenia.

Boennecken zaleca zawsze przy zastosowaniu tego sposobu zakładać koferdam, co nie jest niezbędnem.

Dalsze oczyszczanie wykonywa się za pomocą igieł, owiniętych watą. Gdy wata wychodzi z kanału sucha i czysta, Boennecken zaraz wypełnia kanał pastą formalinową i plombuje gutaperką.

Sposób Callahana (z odmianą Boenneckena lub bez tej) ma tę niedogodność, że kwas siarczany trudno jest nieraz wprowadzić do kanału. Do igły, jako bardzo rzadki, kwas siarczany czepia się bardzo mało. Owijanie watą igły ogranicza zastosowanie tego sposobu tylko do szerszych kanałów. Przy wązkich kanałach sposób ten można stosować tylko tam, gdzie można napelnić kwasem siarczanym komorę miazgową za pomocą szczypek lub specjalnej pipetki i ztąd igłami pompować kwas głębiej. Przy leczeniu zębów górnych wypada wtedy nadawać pacjentom wyszukane i niedogodne położenie. W obec tego inni (między nimi i A. Witzel) stosują zamiast siarczanego kwasu mleczny.—Kwas mleczny jest to płyn gęsty, jak syrop. Na igły kwas mleczny nabiera się obficie, nawet bez waty i w ten sposób daje się wprowadzać w wązkie kanały zębów górnych. Dalsze postępowanie przy stosowaniu kwasu mlecznego jest takie same, jak przy kwasie siarczanym: neutralizacja dwutlenkiem sodu, potem wysuszenie i wyciera-

nie igłami, okręconemi odrobiną waty. Plombuje się zaraz lub po jednym lub dwu przeciwnych opatrunkach (ostrożność jest zawsze chwalebna).

Leczenie kanałów za pomocą kwasów wchodzi teraz wciąż w coraz większe użycie.

Boennecken, pierwszy zwolennik sposobu Callahana w Europie, wyraża się o wynalazcy tego sposobu tak: „*gdybym mógł ozdobić swą klinikę popiersiami mężów, zasłużonych dla dentystyki, to na jednym z pierwszych miejsc stałoby u mnie popiersie Callahana.*”

Pomimo zachwyków Boenneckena, przy nieostrożnem postępowaniu, można otrzymać powikłanie zapaleniem ozębny i przy sposobie Callahana. Postępując rozważnie, można otrzymać równie dobre wyniki od wszelkich sposobów ewakuacyjnych.



Sposoby impregnacyjne znajdują zastosowanie tylko tam, gdzie na skutek wąskości, krętości lub niedostępności kanałów nie można zastosować żadnego ze sposobów ewakuacyjnych. Istota sposobów impregnacyjnych polega na unieszkodliwieniu gnijących mas, wypełniających kanały, przez przepojenie ich środkami przeciwnymi. Ze środków przeciwnych stosowane są w tym celu wyłącznie prawie *sublimat i formalina*. Pierwszy można stosować tylko do zębów niewidocznych. Własności impregnujące sublimatu wykazał pierwszy *Miller*. Badacz ten kładł proszek sublimatu na jeden koniec miazgi, wyjętej z zęba cieleącego, pomieszczonej w szklanej rurce i przekonał się, że miazga ta, długa na 1½ cala, po 48 godzinach całkowicie się sublimatem przepoiła. 5 pc. wodny roztwór sublimatu przenikał w miazgę bez porównania słabiej, aczkolwiek też dość silnie. Własności impregnacyjne sublimatu stwierdził jeszcze dalej *Cohn* (Berlin). Do leczenia zgorzeli miazgi sublimat stosuje się w sposób następujący: komorę miazgową



otwiera się szeroko i oczyszcza z wypełniających ją resztek zgnilej miazgi. Potem na dno komory miazgowej kładzie się kluskę z waty, zmieszanej poprzednio na szkielku cementowem przy pomocy kropli wody z proszkiem, składającym się z równych części sublimatu i tymolu.—Ta kluska sublimatowa powinna, ma się rozumieć, pokrywać wszystkie wejścia do kanałów. Kluskę tę zamyka się lekko w zębie i pozostawia na dobę. Na drugi dzień opatrunek się wyjmuje. Możemy teraz przypuszczać, że zawartość kanałów przepełniła się już sublimatem conajmniej do pewnej wysokości. Teraz bierzemy dmuchawkę, wysuszamy starannie komorę miazgową (przy zabezpieczeniu od dostępu śliny) i za pomocą odpowiednich giętkich świderków (Gate'a lub Beutelrocka) świdrujemy kanały do pewnej głębokości, ale nie do wierzeholka. W wyświdrowane kanały wprowadzamy znów sublimat na wacie i pozostawiamy na 24—48 godzin przy mocnem już teraz zamknięciu. Na trzeciem posiedzeniu wyjmujemy watę z sublimatem i plombujemy kanały pastą formalinową (np. pastą Boenneckena lub moim tannoform-cementem). Taki sposób leczenia daje mi doskonałe wyniki, zarówno na mleczych, jak i stałych molarach (w zębach mleczych nie trzeba świdrować kanałów). Rzecz oczywista, że sposób ten nie jest tak pewnym, jak sposoby ewakuacyjne, jednakże sposobem tym można wyleczyć bardzo dużo zębów, do których nie można zastosować sposobów ewakuacyjnych.

Badania dentysty tutejszego p. *Essigmana*, przedsięwzięte z mojej inicjatywy, wykazały, że sublimat, założony do komory miazgowej, może przenikać do otworów szczytowych, a nawet i przez nie. *Essigman* stwierdził to szeregiem doświadczeń na wyrwanych zębach, o których to doświadczeniach zdawał sprawę w seceyi dentystycznej ostatniego zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Krakowie. Formalina, gorąco za-

lecana przez docenta *Łepkowskiego*, w eksperymentach Esigmana okazała się mniej skuteczną niż sublimat; ażeby zdezynfekować kanały formaliną bez usuwania ich zawartości, trzeba formalinę zakładać conajmniej trzy razy i zamykać ją za każdym razem cementem. O ile mogę sądzić z mojego doświadczenia, p a r a m o n o c h l o r f e n o l nie ustępuje pod tym względem formalinie.

Formalinę i paramonochlorfenol można próbować w tych przypadkach, gdzie obawa o zabarwienie zęba wyklucza zastosowanie sublimatu.

Mówiąc o dobrych wynikach leczenia impregnującego, jeszcze raz pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, że sposoby ewakuacyjne są pewniejsze i że lepiej jest zawsze stosować ostatnie tam, gdzie tylko można, rezerwując sposoby impregnuacyjne tylko do tych kanałów, gdzie ewakuacji przeprowadzić się nie da. Wybierając ten lub ów sposób leczenia w danym przypadku, trzeba pamiętać o tem, że przez obciążenie korony kanały niedostępne możemy przemienić w łatwo i wygodnie dostępne; koronę możemy odbudować po wyleczeniu kanałów ze złota lub amalgamatu.

.....

Często zdarza się nam leczyć zgorzel mięzgi, powikłaną przetokami dziąsłowymi.

W przeważnej większości przypadków przetoki nie wymagają żadnego osobliwego leczenia i po dezynfekcyi kanałów goją się bez śladu. Gdzie jednak jest możliwość, można po oczyszczeniu kanału przestrzyknąć przetokę przez kanał jakimkolwiek roztworem przeciwnilnym. Plombować kanały przy powikłaniu przetoką można jakąkolwiek pastą, tak samo jak w przypadkach zwykłych. Ja jednakże w takich przypadkach staram się, aby cokolwiek pasty przeszło w przetokę przez otwór szczytowy i dla tego używam zawsze w takich



przypadkach pasty niedrażniającej, składającej się z kseroformu i balsamu peruwiańskiego. Jeżeli przetoka nie goi się pomimo wyleczenia t. j. doprowadzenia do stanu aseptycznego kanału, to znaczy, że korzeń zęba jest na dużej przestrzeni nekrotyzowany (pozbawiony ozębnej); w takich przypadkach wskazaną jest ekstrakcyja zęba; jeżeli kto ma ochotę, to w myśl Partseha i innych może spróbować rezekować nekrotyczny wierzchołek (rezekeya intralveolarna).

## Dział sprawozdawczy.

110. **Dr. Jan Sędziak. Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku.** *Podręcznik dla lekarzy i studentów. Warszawa. Druk K. Kowalewskiego, Nakładem autora 1900.* (dokończenie)

Krwawienia powstają z przyczyn miejscowych (po wyjęciu zęba, przy skaleczeniach, przy różnych rękoczynach), lub ogólnoustrojowych (krwawiaczka, białaczka, guilec, cukromocz, nowotwory złośliwe, choroby serca i naczyń). Na uwagę zasługują: 1) krwawienia z dziąseł w t. z. chorobie Barlowa; występują one tylko z tych części dziąseł, gdzie już są zęby; przez czas dłuższy bywają jedynym i pierwszym objawem tego cierpienia; 2) krwawienia z żył rozszerzonych (*varices*) na nasadzie języka, t. z. *phlebectasiae s. venectasiae linguae*—hemoroidy języka—(Michael). Rozpoznanie krwawień nie trudne. Rokowanie zależy od stanu cierpienia. Leczenie przede wszystkim przyczynowe, następnie płukania i pędzlowania środkami ściągającymi. Krwotoki większe, wymagają interwencji chirurgicznej.

Obce ciała mają siedlisko w języku, w gruczołach ślinnych, przewodach ślinowych. Mogą one stanowić jądro, około którego tworzą się złogi kamieniste, które usunięte być muszą drogą chirurgiczną.

Jama ustna obfituje w znaczną ilość pasorzytów pochodzenia zwierzęcego, lub roślinnego. O pasorzytach tych szczegółowo traktuje IX rozdział pracy d-ra Sędziaka. Z pasorzytów zwierzęcych wyliczyć należy: 1) włosień kręty (*trichina spiralis*), umiejscawiający się w mięśniach

języka; 2) muchy, przenikające do j. u. jako takie, lub jako jaja z pokarmami; 3) glistnica robaczkowa (*Oxyuris vermicularis*); 4) nitkowiec podskórny (*Filaria medineensis*); 5) wąż (eisticereus cellulosa), 6) bąblowiec (*Echinococcus*). Do pasożytów roślinnych odnieść należy: 1) pleśniawki (*soor*), spotykane u dzieci, (rzadziej u dorosłych), podczas chorób wyniszczających ustrój (moczówki cukrowej, ostrego zapalenia płuc, odry, zapalenia opon mózgowych, szkarlatyny, błonicy). Sprawca pleśniawek: *saccharomyces albicans* czyli *oidium albicans* lub *mycoderma vini*. Zakażenie następuje z przedmiotów zakażonych. Na śluzówce policzków, dziąseł, języka tworzą się drobne, śnieżno-białe, zlewające się ze sobą plamki; sprawa rozszerza się b. szybko w głąb. Niezbędne jest rozpoznanie drobnowidzowe. Rokowanie niepomyślne. Leczenie: zapobiegawcze, ogólne, płukania, ewentualnie wycierania środkami przeciwniowymi (kwas borny, nadmanganian potasu, kreolina, sublimat 1:1000). 2) grzybica włoskowa (*stomatomycosis leptothrica*) spotyka się na języku. Składa się ona przeważnie z nitki włoskowej (*leptotrix buccalis*), kokków, złuszczonego zrogowaciałego nabłonka. Objawy: suchość, drapanie, uczucie ciała obcego; cierpienie to b. uporczywe i skłonne do nawrotów. Leczenie środkami przeciwniowymi. 3) Grzybica czworniakowa (*stomatomycosis sarcinica*)—na języku, podniebieniu miękkim w postaci białawych mas rozlanych. Ogólne choroby sprzyjają jej powstawaniu. 4) grzybica pleśniowa czarna, język czarny (*mycosis linguae mucorina nigra s. nigrities linguae*). Występuje na górnej powierzchni języka w bliskości nasady w postaci rozległego, ciemnego, niekiedy brunatnego, a nawet żółtego lub zielonego, nieregularnego, owalnego, lub trójkątnego zabarwienia; cierpienie nierezadkie; przebieg ostry, lub przewlekły. Rozpoznanie łatwe. Leczenie antyseptyczne. 5) Promienica (*Actinomyces*), przedostaje się z częściami roślin, lub bezpośrednio od bydła. Przedstawia się w postaci cierpienia zębodołu szczęki dolnej (przeważnie), oraz ropnia okołokostnowego (*periostitis alveolaris*). Język oraz błony śluzowe policzków bywają także zajęte. W miejscu, przez promienię zajęte, wytwarza się guz względnie ropień, dość twardy; na języku ma



małą skłonność do rozpadu. Gruczoły chłonne szyjowe są zajęte. Rozpoznanie nietrudne. W ropie można rozpoznać drobne ziarenka, wielkości piasku, maku, lub prosa, koloru żółtego. Pod drobnowidzem widzimy wyrostki gwiazdźdźiste, kolbowate; przy podwójnem barwieniu karminem, nitki występują niebiesko-czarne, siedzące na ich końcach kolby--czerwone. Rokowanie niepomyślne. Leczenie chirurgiczne.

Do spraw analogicznych ze zmianami na skórze (Dermatoses) na błonie śluzowej j. u. odnieść należy: 1) pryszczycę (eczema), która per continuitatem rozszerza się na wargi ze skóry twarzy; tworzy łuszczenie, lub pęknięcia bolesne, krwawiące (rhagades). Postać pryszczycy: eczema seborrhoicum, ognisko ostro odgraniczone, mocno łuszczące się, ze szczelinami delikatnemi w kątach ust. 2) Figówka (sycosis) wargi górnej, wzgl. wąsów: skóra zaczerwieniona, u podstawy włosa wąsów tworzy się obwódka biaława, nieco wzniesiona; 3) Wyprysk, opryszczki (herpes) na wargach (herpes labialis), na policzkach i języku podczas ostrych spraw zapalnych, gorączkowych, kataru nosa zaburzeń żołądkowych, również po spożywaniu ostrych, drażniących pokarmów, lub napojów. Drobne początkowo pryszczyki zlewają się ze sobą; zawartość ich surowicza, przezroczysta, obwódka mocno czerwona. Zawartość wkrótce zmienia się w ropę, tworzą się strupy.

Na śluzówce tworzą się owrządzenia płaskie, białawe, szybko gojące się. Do tejże grupy należy: wyprysk, ostry powstający na języku, zwykle jednostronnie w przebiegu nerwu trójdzielnego, oraz na błonie śluzowej policzków (*hemiglossitis herpetica*,--*herpes zoster*) są to pęcherzyki, zgrupowane na przebiegu pewnych gałązek nerwów czuciowych. 4) Pęcherzyca (pemphigus); początek choroby rzadko daje się widzieć. Przedstawia zwykle (na policzkach, podniebieniu i języku) naloty białoszare, pojedyncze lub zlewające się, które późno odpadają, tworząc ograniczone czerwone powierzchnie. 5) Pęcherzyca noworodków (pemphigus neonatorum)--nadzarcia w kątach ust (erosiones). 6) Rumień wysiękowy wielopostaciowy (*erythema exsudativum multiforme*); tworzy na wargach, policzkach obrzęki nabłonka, 7) Rumień pęcherzowy (*erythema bullosum*) tworzy również nadzarcia

kwawiące, pokryte brudnym nalotem. 8) Opryszczki tęczowate (*herpes iris*) — naloty włóknikowe z mocnym obrzękiem. 9) Liszaj czerwony płaski (*lichen ruber planus*) — pojedyncze lub w grupach ułożone guziczki na nasadzie języka, wargach, policzkach i podniebieniu. 10) Liszaj czerwony kończysty (*lichen ruber acuminatus*). 11) Wilk rumieniowaty (*lupus erythematosus*) — okrągławe, szarobiaławe z wąską obwódką niebiesko-czerwoną plamy 12) Twardziel (*sclerodermia*) — cierpienie b. rzadkie. 13) Łuszczyca (*psoriasis*) spotyka się na wargach, języku, błonie śluzowej policzków. 14) Liszajec zakaźny (*impetigo contagiosa*). 15) Pokrzywka (*urticaria*). 16) Czarna krosta (*pustula maligna*) w postaci licznych wybroczyn i krwawień.

Przebieg wyżej przytoczonych chorób ostry lub przewlekły; nawroty bywają. Leczenie zapobiegawcze, maść rezorcynowa, azotan srebra, kokaina, ortoform, tanina z gliceryną i chirurgiczne (przy wilku).

Zaburzenia nerwowe w j. u. (rozdział XI) występują w sferze czuciowej, ruchowej, wydzielniczej i naczynio ruchowej. Do nich zaliczamy: 1) Znieczulenie (*anaesthesia*), lub osłabienie czucia (*hypaesthesia*) najczęściej w postaci połowicznej (*hemi-hyp-anaesthesia*). Przyczyny: sprawy mózgowe ogniskowe, histerya, obrażenie 2 i 3 gałęzi n. trójdzielnego. 2) Nadezwołość (*hyperaesthesia*) zboczenie czucia (*paraesthesia*), jedno lub obustronne. 3) Nerwobóle (*neuralgiae*). 4) Brak i osłabienie smaku (*An-hyp-aesthesia gustatoria s. an hyp-geusia*). 6) Przeciwnie uczucie smaku (*hyperaesthesia gustatoria s. parageusia*) występuje: przy chorobach gorączkowych, żołądkowych, w zaburzeniach n. twarzowego i struny bębenkowej, w błędnicy, w histeryi, w ciąży. 7) Porażenia zupełne (*paralyses*), niezupełne (*pareses*) — pochodzenia ośrodkowego, lub obwodowego. Postacie: porażenie języka (*glossoplegia*), porażenie jednostronne n. podjęzykowego, porażenie podniebienia miękkiego. 8) Skurcze (*hyperkineses*) — kloniczne lub toniczne (na podniebieniu miękkim, wargach, języku — *aphtongia* Fleury'ego, skurcz artykulacyjny języka podczas mówienia). Przyczyny: histerya, epilepsya, ekłapsya, chorea). Szczękocisk (*trismus*) stanowi



skurcz mięśni żwaczy (obustronny). 9) Zaburzenia naczyń neruchowe (odżyweze): ostry obrzęk na wargach, języku, policzkach, lub w postaci wypadania zębów, owrzodzeń (*mal perforant buccale*—Fournier). 10) Zaburzenia wydzielnicze (ślinotok, *xerostomia*). 11) Nerwice zwrotne: wzmożenie, lub osłabienie normalnej pobudliwości odruchowej (zabkowanie ciąża, miesiączkowanie).

Ogólne ostre cierpienia ustroju nie pozostają bez widocznego wpływu na j. ustną.

1) Odra (*Morbilli*): drobne plamki okrągłe, sinawe, z obwódka zapalną, podobne do pleśniawek. 2) Różyczka, kur (*Rubeola*) — wysypka w postaci drobnych plamek na podniebieniu; po lekkim łuszczeniu następuje zagojenie. 3) Błonica (*scarlatina*). a) *Angina scarlatinosa*: błona śluzowa twardego i miękkiego podniebienia, dolnych części łuków podniebiennych mocno czerwona, błyszcząca, obrzmiała z charakterystycznymi punkcikami czerwonymi. Brodawki na języku obrzmiałe. 2) Difteroid szkarłatynowy — blamy biało-szarawe na łukach podniebiennych, w ciężkiej postaci pokryte biało-żółtawym nalotem. 3) Ospa (*Variola*). W okresie początkowym: nieżyt rozlany śluzówki, zaczerwienienie i obrzmienie podniebienia miękkiego, niekiedy tu i owdzie porozrzucane pojedyncze punkciki. W okresie wysypkowym: najpierw tworzą się grudki (*papulae*), a później krosty (*pustulae*) ślinotok, sprawy dyfterytyczne. Mięśniowe ropnie języka. 4) Ospianka (*Variolois*)—Obrzmienie i zaczerwienienie śluzówki; grudki rzadko bywają, krosty nigdy. 5) Ospa wietrzna (*Varicella*)—plamki podobne do różyczki na podniebieniu miękkim, policzkach; z nich tworzą się drobne pęcherzyki z zawartością mętną i wgłębieniem pośrodku. Po 2—3 dniach zasychają. 6) Tyfus brzuszny. Zmiany nieżytowe. Owrzodzenia swoiste na podniebieniu miękkim (okrągłe, owalne, dno pokryte nalotem żółtawo-szarym) później się zlewają. 8) Tyfus wysypkowy. Sprawy nieżytowe. Swoistych owrzodzeń niema. Sprawy zgorzelinowe bywają. 8) Gorączka powrotna (*Febris recurrens*). Niekiedy nieżyt bł. śl., brodawki języka zajęte (*papillitis lingualis*). 9) Grypa (*Influenza*). Bł. śl. mocno zaczerwieniona z porozrzucanymi plamami; dziąsła krwawią; wyprysk warg; nadto porażenia podniebienia miękkie-

go. 10) Dengue. Zmiany w j. u. rzadkie. 11) Krztusiec, k'oklusz (*Tussis convulsiva*). Podczas ataku kaszlu skurczowego: owrzodzenia, krwawienia, (*stomatitis ulcerosa*). 13) Włóknikowe zapalenie płuc (*Pneumonia fibrinosa s. cruposa*). Nieżyt. *Diploccoccus* Fraenkla--Weichselbauma, *pneumococcus* Friedlaendera pierwotnie umiejscawiają się w jamie ustnej, wywołując zmiany pierwotne, następnie zaś w płucach. 14) Biegunka krwawa (*Dysenteria*)—zmiany na języku, który jest mocno obłożony; ilość śliny zmniejszona. 15) Cholera azjatycka i swojska. Język mocno obłożony, suchy. *Foetor-ex-ore*. Śluzówka sucha, często znieczulona. 16) Zimnica (*Malaria*). Zapalenie ostre, nieżytowe. 17) Zapalenie nagminne opon mózgowych (*Meningitis cerebro—spinalis epidemica*). Język suchy, potrzaskany, czerwony, pokryty grubym nalotem. Cuchnienie z ust. Szczękościsk. *Herpes labialis*.

Jako dodatek do chorób j. ustnej, jak już wzmiankowaliśmy wyżej, opisane są choroby ślinianek. Drobnoustroje z j. u. za pośrednictwem przetoków przenikają do gruczołów i tu wywołują ostry stan zapalny. Zakażenie może nastąpić drogą naczyń krwionośnych i chłonnych; występuje pierwotnie, lub wtórnie (błonica, szkarlatyna, tyfus, koklusz, mocznica, moczówka cukrowa, rak) z zajętych powłok sąsiednich, z powodu obcych ciał, złogów). 1) Ostre nagminne zapalenie gruczołu przyszyjnego (*parotitis epidemica*), świnka. Objawy ogólne. gorączka, brak apetytu, wymioty, szum w uszach, głuchota, bredzenie, drgawki — u małych dzieci). Okolica gruczołu obrzmiała (ciastowato). Szczękościsk. Inne gruczoły również zajęte. Zropienie rzadko bywa. Powikłania w postaci przerzutów.

Przy ropnem zapaleniu gruczołów podżuchowych oraz podjęzykowych okolica pod brzegiem żuchwy obrzmiała i bolesna. Ropówka (flegmona) dna j. u. (*angina Ludovici*) powstaje z ropnego zapalenia gruczołu podżuchowego. Leczenie przeciwzapalne: maść rtęciowa, jodynowanie, lód, okłady rozgrzewające; opróżnienie ropnia drogą chirurgiczną. Zapalenie przewlekłe ślinianek powstaje wskutek działania chemicznego (olów, bizmut, rtęć), przy mocznicy, w zaniku schyłkowym (*marasmus*), wskutek drażeń mechanicznych i t. d. Powoduje zanik gruczołu. Ro-



kowanie niepomyślne. Leczenie przyczynowe.

Sprawy ustrojowe (konstytucjonalne) ślinianek (obrzemia, przerosty), spotykamy przy zółkach, przymio- cie; przy gruźlicy tkanka gruczołowa zmienia się w masy serowate. Rokowanie niepomyślne. Leczenie chirur- giczne.

Z nowotworów, spotykanych w gruczołach ślinowych spotykamy: 1) chrząstniaki (*chondromata*) twarde ograniczone guzy; 2) śluzako-chrząstnia- ki (*fibro—myxochondromata*); 3) Torbiele, (*cystes*), powstałe wskutek zatkania wylotów przewodów, 4) tłuszczaki; 5) mięsaki, 6) śluzako-mięsaki (*myxo-sarkomata*); 7) raki. Rozpoznanie łatwe. Ro- kowanie niepomyślne. Leczenie chirurgiczne.

Do cierpień gruczołów odnieść należy: obraże- nia ślinianek i ich przewodów, najczęściej gruczołu przyusznego. Rozpoznanie nie trudne. Po sprawach wrzodziejących w śliniankach wskutek wil- ka, po obrażeniach powstają przetoki ślinne. Le- czenie ich czysto chirurgiczne. Ciała obce, złogi, ku- mienie ślinne w gruczołach i ich przewodach są dość częste, ostatecznie dochodzą do znacznych rozmiarów. Składają się z węglanów i fosforanów wapnia i ma- gnezu. Niekiedy wywołują onesprawy zapalne ropne. Przebieg przewlekły. Rozpoznanie łatwe. Leczenie po- lega na wydobyciu ciała obcego.

---

Staralem się w krótkości, przedstawić treść dość obszernej pracy D-ra S. Całe dzieło robi wrażenie nie tylko studium opartego na teorii, lecz i na spo- strzeżeniach własnych. Język przystępny, jasny i po- prawny. Szczególne zaś uznanie Sz. autorowi należy się za uwzględnienie prac polskich, jak to pokazuje obszerny wykaz literatury, przy końcu pracy umieszczony.

Na tem kończę uwagi moje co do treści dzieła D-ra Sędziaka. Dodam jeszcze, że dołączone do ksią- żki rysunki znacznie ułatwiają zrozumienie treści. Techniczna strona dzieła również zasługuje na po- chwałę; format i papier dobry, druk staranny, czysto wykonany; błędów korektorskich, których tak trudno jest się ustrzedz, prawie nie ma.

Pracę D-ra Sędziaka gorąco polecamy naszym czytelnikom.

M. Krakowski

**1. Bernaciński. Doświadczenia bakteriologiczne nad odkażaniem formaliną w przyrządach D-ra Łepkowskiego** (Przegląd lekarski № 34—1900).

Autor w zakładzie higieny prof. Bujwida (uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie) wykonał szereg badań z formaliną w przyrządach (wyjaławiaczach) D-ra Łepkowskiego. Formalina, jako środek lotny, niewątpliwie ma wielkie zalety, lecz jej działanie odkażające zależnem jest od pewnych warunków. *Szczelne zamknięcie przestrzeni i znajdowanie się zarazka na powierzchni, stykającej się bezpośrednio z formaliną, stanowią główne warunki skutecznego odkażania.*

Doświadczenia wykonywane były w następujący sposób. Drobne narzędzia chirurgiczne powleczone, zostały zawieszoną zarazka w wodzie wyjałowionej. Działaniu formaliny, ułatniającej się z pastylek, umieszczonych w przegródce u spodu wyjaławiacza poddano: prątki wąglika (*b. anthracis*), sienne, (*b. subtilis*) cholery, błonicy, (*b. diphtheriae*), zielonej ropy, gruźlicy i gronkowce złociste ropne (*staphylococcus pyog. aureus*) (przez 24 godzin). Po 24 godzinach miejsca zakażone na narzędziach zmyto wyjałowioną wodą, którą zaszezepiono na pożywki. Odpowiednie zarazki nie wyrastały na tych ostatnich. Przeciwnie, przy badaniach porównawczych (bez działania formaliny) wyniki były ujemne; odpowiednie zarazki wyrastały na pożywkach.

D-r. B. na zasadzie swych doswiadczeń, sprawdzonych przez prof. Bujwida, dochodzi do wniosku, że wyjaławiacze pomysłu D-ra Łepkowskiego zupełnie odpowiadają celowi. Powierzchnia zawartych w nich przyrządów metalowych po 24 godzinach ulega zupełnemu wyjałowieniu.

*M. Krakowski.*

**2. Doc. A. M. Kudriaszow. Przypadek trudnego i późnego wyrzynania się prawego dolnego bocznego siekacza.** (Zubowrachebnyj Wiestnik № 5—1900.)

W lutym b. r. zgłosił się do autora 20 letni oficer, narzekając na bóle w okolicy dolnych siekaczy. Oględziny j. u. wykazały, że dziąsło przy tych ostatnich opuchnięte, bolesne; prawego dolnego bocznego siekacza nie było; z otworów, znajdujących się w dziąśle w miejscu brakującego zęba, wydzielala się ropa. Środkowe siekacze były rozchwiane, przy dotknięciu bolesne. Przy sondowaniu wspomnianych otworów wy-



czuwać się dała w głębi kość. Według opowiadań pacjenta do stycznia b. r. w wspomnianem miejscu zęba nie było. Po urazie (uderzenie przez konia) w dolnych siekaczach pojawiły się bóle, a potem wystąpiło obrzmienie zapalne, zęby się rozchwiały. Po przecięciu obrzmienia wydzielila się ropa; rana pomimo stosowania przeciwgnilnego płukania i pędzlowania nalewką jodową, nie goiła się. Przy powtórnem przybyciu stwierdzono: opuchlina mniejsza, bólu nie było; ropa wydzielala się w mniejszej ilości, zęby nieco wzmocniły się; z górnego otworu w dziąśle sterczał szarawo-żółty brzeg wyrzynającego się siekacza. Uraz takim sposobem spowodował pojawienie się zatrzymanego zęba.

M. Krakowski.

3. **Przypadek ropnicy z zejściem śmiertelnem z powodu próchnicy zęba** opisuje dentysta *de Smitt* z Amsterdamu: 25 letnia kobieta zachorowała na ból zęba w kilka dni po porodzie. Wezwany lekarz znalazł silne obrzmienie w okolicy prawej połowy żuchwy, szczękoscisk, lekką gorączkę. Stan taki jakoby trwał już od dni kilku przy wielkich bólach. Zalecono okłady ogrzewające; po kilku dniach pojawiło się chelbotanie; ropień przecięto ze strony skóry. Niebawem ustąpił obrzęk i szczękoscisk, a w tydzień po przecięciu pacjentka czuła się tak dobrze, że zapragnęła już wyjść z domu. Ponieważ jednak rana zewnętrzna nie zagoiła się, to lekarz ordynujący postanowił usunąć przyczynę poprzedniej sprawy zapalnej—dolny prawy drugi duży trzonowy. Próba usunięcia tego zęba nie powiodła się; prawie bezpośrednio po próbie wyjęcia wystąpiły ponownie objawy zapalne: obrzmienie na żuchwie, szczękoscisk, obfite ropienie z rany, gorączka i dreszcze. Wtedy dopiero zawezwano do pacjentki *de Smitta*, który przybywszy na miejsce, znalazł pacjentkę w stanie pewnej apatii, aczkolwiek nie leżącą w łóżku.

Badanie jamy ustnej utrudniał szczękoscisk i nadzwyczaj silny smród z ust. Ząb drugi dolny prawy duży trzonowy, przyczyna całej sprawy, był silnie spróchniały, bez miazgi i wywichnięty już cokolwiek na skutek pierwszej próby wyjęcia. Pomimo szczękoscisku udało się bez chloroformu usta cokolwiek otworzyć i ząb wyjąć bez wszelkich trudności.

Pomimo jednak usunięcia zęba stan pacjentki wciąż się pogarszał; rozwinęła się typowa ropnica (*py-*

aemia) z dreszczami, śpiączką, zajęciem stawów i prawostronnem zapaleniem oplucny. W 8 dni po ekstrakcyi pacjentka zmarła.

Omawiając ten przypadek, autor zwraca uwagę na to, że ciężkie objawy zapalne towarzyszą zwykle zapaleniom ozębny dolnych trzonowych. Przyczyną tego jest to, że wielka grubość żuchwy w okolicy tych zębów utrudnia przedostawanie się ropy na zewnątrz kości.

Na dowód, że ropnica na skutek chorób zębów nie jest bynajmniej rzadkością, cytuje autor pobieżnie kilka przypadków z nowszej literatury,

(D. M. f. Zhkde. № X. 1900). Dz.

4. **Dr. J. Frank** (Wiedeń) omawiając przyczynę **krwotoków po ekstrakcyach i ich leczenie**, przychodzi do wniosku, że w lekkich przypadkach pomaga byle co, w przypadkach zaś ciężkich (rzeczywistej krwawiaczki) często wszystkie środki zawodzą. W przypadkach ostatniej kategorii najlepsze jeszcze wyniki dać mogą: 1) Zaproponowane przez Scheff'a wkraplanie w ranę gorącej wody; 2) podskórne wstrzykiwanie żelatyny (25% roztworu w 0,7% roztworze soli kuchennej. Roztwór musi być przed wstrzyknięciem wyjałowiony. Wstrzykuje się 100—150 c. sz. na raz). 3) Wstrzykiwanie fibrynfermentu Schmidta (Zoega v. Manteuffel).

Frank zastosował czwarty sposób postępowania przy krwotokach po ekstrakcyi u krwawców. Sposób ten polega na tamponowaniu zębodołu, ale tamponowanie to powinno być luźne, a nie ścisłe, a to dla tego, że krew krwawców uboga jest w materiały krzepliwe, musi się więc jej nagromadzić więcej, aby tych materiałów było dosyć. Następnie trzeba jeszcze się starać, aby skrzep, gdy się już utworzy, nie był przedwcześnie wydalony z miejsca. W tym celu luźny tampon w zębodole pokrywa Frank watą, tę zaś umacnia na miejscu za pomocą paska koferdamu przywiązanego na zębach sąsiednich. Opatrunek taki nie przeszkadza choremu jeść, ani też oczyszczać jamy ustnej; inne opatrunki tymczasem uniemożliwiają jedzenie i oczyszczanie jamy ustnej i prowadzą w rezultacie do wywołania ciężkich zapaleń śluzówki.

Swój sposób luźnego tamponowania wzoruje Frank na postępowaniu Tillmansa i Thierscha, którzy w podobny sposób, t. j. tamponując luźno, bez ucisku tamują krwotoki po operacyach chirurgicznych u krwawców.



Wadą jego sposobu, mówi Frank jest tylko to, że wymaga on obecności sąsiednich zębów, żeby było na co nałożyć koferdam. Ponieważ jednak u *nieświadomych* swego stanu hemofilików wyrywa się zwykle pierwszy molar lub którykolwiek z dwuzikowców, to pod tym względem trudności zwykle niema. Po zatamowaniu krwotoku trzeba, ma się rozumieć, długo nie ruszać z miejsca tamponu, a potem pomyśleć, żeby nie zaszała potrzeba ponownej ekstrakcyi.

(Według ref. na Zjeździe Międzynar. w Paryżu).  
(Oest. Ung. Viert. f. Zhkde). Dz.

5. **Dr. A. Heller** (Wiedeń) zwraca uwagę na to, że **przyczyną krwotoku po ekstrakcyach** bywa często **wzmoczone ciśnienie krwi** i ewentualność tę radzi brać pod uwagę przy leczeniu krwotoków. O wysokości ciśnienia wnioskuje H. stosując *sfigmomanometr* Bascha. Jeżeli krwotok występuje przy ciśnieniu normalnem, to zwykle przechodzi sam, albo po zaleceniu do płukania jakiegokolwiek *stypticum* (środku, tamującego krew).

Przy ciśnieniu cokolwiek wzmoczonem (100—170 na sfigmomanometrze) wskazany jest oprócz płukania środkiem ściągającym—środek **prze czyszczający**.

Przy ciśnieniu silnie wzmoczonem (170—200) wskazany jest ucisk (tamponada gazą jodoformową), *laxans* i małe dawki antipyriny, który to środek, jak wiadomo obniża ciśnienie krwi.

Przy ciśnieniu nadmiernie wzmoczonem (wyżej 200) wskazane są: tamponada z umacnianiem gazy w środku, tamującym krew, *laxans*, duża jednorazowa dawka antipyriny, (0,5—1,00) później zaś, po nastąpieniu wypróżnień, małe dawki antipyriny np. (p.0,30) co 2 godziny.

(Oest. Ung. V. f. Zhkde. IV. 1900).

**Sfigmomanometr Bascha** jest to przyrząd, który zastosowany na tętnicę szprychową w miejscu, gdzie się wyczuwa tętno wskazuje w *przybliżeniu* ciśnienie krwi w tętnicach. Jakkolwiek stosowanie sfigmomanometru do określenia ciśnienia krwi w każdym przypadku przed ekstrakcją w celu zastosowania leczenia zapobiegawczego, nie czekając nawet krwotoku, jest w praktyce niemożliwe i artykuł Hellera wygląda więcej na teoretyczne spekulacje niż na rzecz, opartą na

spostrzeżeniach klinicznych, to jednak przewodnia myśl tego artykułu jest dobra. Na obniżenie ciśnienia krwi przy leczeniu krwotoków powinniśmy zwracać uwagę, a to tymbardziej, że chorzy na ból zębów wskutek wykołejenia w przyjmowaniu pokarmów, podniecenia psychicznego i t. p. cierpią zwykle na zaparcie stolecia skutkiem czego ciśnienie krwi mogą mieć podniesione. Dlatego to pomysł Hellera, aby dawać w pewnych przypadkach np. osobom silnym, pełnokrwistym środki przeczyszczające i antypyrinę należy uważać za dobry. Oprócz tego jednak, w każdym przypadku krwotoku, należy zabronić tego wszystkiego, co przyczynia się niewątpliwie do wzmożenia ciśnienia krwi miejscowego i ogólnego, mianowicie: picia napojów wysokokowych, przyjmowania gorących, korzennych i twardych pokarmów, poziomego położenia ciała i t. p. O ile nie ma przeciwskażeń (np. omdleń wskutek anemii mózgu) chorey z krwotokiem po ekstrakcyi nawet i na noc nie powinien się kłaść, a spać w pozycji siedzącej). *Dop. spraw.*

Dz.

6. **Dr. Dalma** (Fiume) otrzymał z jakiejś „egzotycznej kory” **glykozyd**, który doskonale nadaje się do zatruwania miazgi **zamast arseniku**. Glykozyd ten nazwał Dalma **nerwozydynamą**. W przyszłym numerze Oest. Ung. Viert. f. Zahnheilkunde mają się pojawić wyczerpujące artykuły o tej „nerwozydynie” pod względem chemicznym i klinicznym, tymczasem już jednak D-rzy Madzsar i Balassa podają wyniki swych doświadczeń z nerwozydynamą, zrobionych w klinice prof. Arkövy'ego. Ogółem leczono 44 pacjentów, przy czem przekonano się, że: 1) nerwozydynamą działa prędzej, niż preparaty arsenikowe, gdyż bóle znikają zaraz po zastosowaniu, a w 2 godziny potem można już zrobić bez bólu amputację. 2) że nerwozydynamą działa nawet i przez dość grubą (do 3 mm.) warstwę rozmiękczonej zębiny, nie wymaga więc bolesnego oczyszczenia ubytku i obnażania miazgi, jak arsenik. 3) nerwozydynamą nie wywołuje toksycznego zapalenia ozębnej nawet, gdy leży kilka dni w zębie. 4) nerwozydynamą wywołuje w miazdze wielką anemię, da się więc prawdopodobnie stosować nie tylko do zatruwania miazgi, ale też i do leczenia jej przekrwienia.

Do wad nerwozydynamy zaliczyć należy:

1) Jest ona bardzo lepka, co utrudnia założenie jej do ubytku.



2) Trzeba ją koniecznie zamykać w ubytku hermetycznie (za pomocą cementu Fletchera), gdyż jeżeli przesiąknie cokolwiek nerwoocydyny przez opatrunek, to wywołuje ona ślinotok, pryszcze na języku i podczku oraz porażenie języka. (Objawy te przechodzą jednak prędko bez śladu).

3) Nerwoocydyna działa nie tyle dewitalizująco, ile znieczulająco; krwotok przy wyjmowaniu miazgi po zastosowaniu nerwoocydyny jest prawidłem.

4) Nerwoocydyna nie działa tak głęboko, jak preparaty arsenikowe. Chcąc znieczulić całą miazgę do otworu szczytowego, trzeba stosować nerwoocydynę powtórnie.

(Oest. Ung. V. f. Zhkde. IV. 1900). Dz.

7. Dr. Dalma (Fiume) przekonawszy się, że żaden ze stosowanych sposobów **leczenia kanałów** nie daje zupełnie pewnych wyników, postępuje obecnie w sposób następujący: najprzód oczyszcza kanały mechanicznie za pomocą sposobu Bönnecken: (kwas siarczany z dwutlenkiem sodu), następnie na igłę, owiniętą watą, wprowadza do kanału czysty kwas solny; po czem wprowadza na zębatej igle Donaldsna, umaczonej w mastyksie, kryształki bromku miedzi (*Cuprum bromatum*). Pod wpływem kwasu solnego rozkłada się bromek miedzi; wywiązuje się kwas bromowodorowy (HBr), który *in statu nascendi* energicznie wyjąławia kanał korzeniowy i kanałki zębiny; jednocześnie miedź łączy się z chlorem w *chlornik miedzi* ( $CuCl_2$ ), który osadza się na ścianach kanałów, dając trwałą i mocną antyseptyk. Kanały korzeniowe plombuje potem Dalma *czopkami z wosku lub stearyny*, do których domieszany jest proszek salicylanu lub będzwianu miedzi (*Cuprum salicylicum* lub *benzoicum*). Sole miedzi, jak wiadomo, mają bardzo silne działanie przeciwnie, a zębów nie zabarwiają. Dr. Dalma twierdzi, że ten sposób daje mu tak doskonale wyniki, jakich żaden inny nie dawał. Zagajały mu się, pisze, przy tem leczeniu takie przetoki, które kto inny zakwalifikował by może do radykalnej operacji Partsch'a (intraalveolarnej rezeceji korzenia).

(Oest. Ung. Vierteljahrsschrift f. Zhkde. IV. 00).

Dz.

8. Dr. Dalma jest w ogóle wielkim zwolennikiem **związków miedzi**. Związki te, zdaniem jego, wskazane są przy wszystkich sprawach chronicznych, spowodow-

wanych przez drobnoustroje. **Ropotok zębodołowy** leczy Dalma za pomocą chlorku miedzi (*cuprum chloricum*) i ma, jak zapewnia, wspaniałe wyniki. **Gruźlicze owrzodzenia języka**, które przedtem nie ustępowały pod żadnem leczeniem, udawało się Dalmie wyleczyć za pomocą m leczy anu miedzi (*cuprum lacticum*) (tamże).

9. **D-r. Greulich. Przypadek krwawiaczki.** Krwawiaczka (hemofilia) stanowi cierpienie dziedziczne, spotyka się ona najczęściej u mężczyzn. Przyczyna nie jest dotychczas wiadomą. Terapia nowszych czasów zaleca wstrzykiwania krwi innego osobnika, podobno z dobrym wynikiem. Autor spostrzegł następujący przypadek.

U pewnej pacjentki po wyjęciu zęba wystąpił krwotok i wynaczynienia w błonę śluzową w okolicy rany. Krwotok próbowano zatamować żegadłem, co nie skutkowało: krwawienie trwało w dalszym ciągu. Wówczas powołano autora, który wypełnił usta pacjentki kawaleczkami lodu, zawiniętymi cienką warstwą waty. Po pięciu minutach krwawienie ustało i rana zagoiła się bez powikłań. W kilka miesięcy potem ta sama pacjentka prosiła o usunięcie kamienia. Działo krwawi przy najlżejszem dotknięciu. Aby uniknąć krwotoku G. pendzlował najprzód działło 5% roztworem taniny w spirytusie, po czem dopiero zdejmował kamień, postępując bardzo ostrożnie i powoli. Po 14 dniach dopiero kamień był zdjęty doszczętnie. Można było doskonale obserwować, jak działło przechodziło do siebie, robiło się twardem i jędrnem w miejscach już oczyszczonych. Zatajone resztki kamienia zdradzały się tem, że ciągle koło nich działło krwawiło

(D. M. f. Zhkde. 3 1900).

M. Krakowski.

10. **Baudet** w 6 N<sup>o</sup> L'O.dontologie (1900) opisuje t. zw. **mal perforant buccal**. Zęby wypadają bez bólu, niema próchnicy, ani ropotoku zębodołowego. Choroba rozpoczyna się na górnej szczęce. Po wypadnięciu zębów tworzą się owrzodzenia, później dziury w samej kości, które często łączą jamę ustną z nosową. Oprócz tego spostrzega się zaburzenia głosu, łykania, i bóle rwące. Choroba trwa od 1 do 7 lat, rozpoznawanie nie jest trudne; prawie wszyscy, dotknięci tą chorobą,



są tabetykami. Choroba postępuje *wzdłuż wyrostka zębodołowego*, przedziurawienia są podłużne, co odróżnia je od przedziurawień syfilitycznych, które obierają sobie siedlisko na podniebieniu i których rozwój daje się powstrzymać zapomocą odpowiednich środków.

R. R. W.

11 **Odżywianie niemowląt i próchnica.** Na posiedzeniu towarzystwa dent. w Zürichu dnia 19 IV r. z. **Frck** mówił o wpływie odżywiania niemowląt na zęby. Zdaniem mówcy niezwykła częstość próchnicy w północnych kantonach Szwajcaryi, a zwłaszcza w kantonie Zürich, zależy obok pewnych wpływów klimatu, sposobu życia itp. głównie od tego, że w kantonach tych zbyt jest rozpowszechnione sztuczne karmienie niemowląt, karmienie zaś naturalne za pomocą piersi matki lub mamki coraz mniej znajduje zwolenniczek. Mówca utrzymuje, że fakt zmniejszonej odporności na próchnicę u ludzi sztucznie karmionych w niemowlęctwie stwierdził niejednokrotnie w sposób nieulegający wątpliwości. Przeciwnie zaś ludzie, karmieni w niemowlęctwie w sposób naturalny przez 10 miesięcy i więcej, wykazywali zęby bez porównania lepsze; zęby mleczne szczególnie są nie trwale u niemowląt sztucznie karmionych.

(Schweiz. Vierteljahrsschrift f. Zahnkde. Juli 1900).

12. **Dr. Th. Kaas** (Kromieryż) opowiadał na posiedzeniu T-wa austr. dent. w dniu 3 X w Wiedniu o trzech przypadkach **samoistnego zapalenia miazgi** (*pulpitis idiopathica concrementalis*). We wszystkich trzech przypadkach zapalenie miazgi wystąpiło u ludzi młodych (17—25 lat), wbrew dotychczasowym spostrzeżeniom, które ten rodzaj pulpitu uważały za właściwy wiekowi późniejszemu, przy silnie startych zębach. We wszystkich trzech przypadkach dotknięte były chorobą *zęby duże trzonowe*. W 2 przypadkach chorzy ściśle wskazywali ząb bolący. Ciepło i zimno bólu w tych przypadkach nie powiększały, podobnież jak i opukiwanie zęba. Bóle były w obu przypadkach ciągłe, nie dawały chorym chwilki spokoju w dzień ani w nocy, a tak dokuczliwe, że chorzy prosili o natychmiastowe wyjęcie zębów. W obu tych przypadkach zęby były dotknięte próchnicą, ale tak powierzchowną, że zakażenie miazgi (*pulpitis septica*) z tych ubytków nie wydawało się prawdopodobnem. Przeciwno rozpoznaniu septycznego zakażenia miazgi w tych przypadkach

mówiło jeszcze i to, że silne, a ciągle bóle, u obu pacjentów pojawiły się od razu (w jednym przypadku w nocy bez żadnej przyczyny, w drugim po nadużyciach in Baccho), przy *pulpitis* zaś *septica* bóle występują z początku tylko w postaci chwilowych napadów. W obu przypadkach, stosownie do życzenia pacjentów, zęby wyjęto. Po rozcięciu zębów znaleziono w obu miążgach złogi kamieniste w postaci dość dużych nieforemnych ziarn i ślady przekrwienia w postaci wybroczyn. Komory miążgowe i miążgi były znacznie zmniejszone.

W trzecim przypadku pacjent nie wskazywał, bolącego zęba; narzekał na bóle w okolicy dolnych molarów po prawej stronie. Zmiany w ciepłocie pokarmów powiększały w tym przypadku bóle. Oblewanie zimną wodą 6; bóle wzmagalo. W przypadku tym K a a s wywiercił dziurę do miążgi i zatrul ostatnią. Przy rozświdrowaniu sklepienia i z tej miążgi wydobyto ziarnko kamieniste. Ząb po wyleczeniu za plombowano, bóle nie powtórzyły się więcej.

(Oest. Ung. V. f. Zhkde. IV. 1900).

Dz.



## Kronika i sprawy zawodowe.

= 0 zapłatę za wykłady. W r. z. prosektor przy katedrze anatomii w uniwersytecie tutejszym, dr. med. Siemion Jaszczyński, wytoczył przed sędzią 10 go rewiru m. Warszawy powództwo cywilne przeciwko utrzymującemu w Warszawio szkołę dentystyczną, p. Jakóbowi Dzems-Lewemu, żądając zasądzenia od pozwanego 80 rubli za godzinę w ciągu semestru wykładów w anatomii dla uczniów rzeczzonej szkoły, tudzież 150 rubli za przewodniczenie w radzie pedagogicznej.

Z identycznym powództwem wystąpił również przeciwko p. Dzems-Lewemu przed rzeczonym sędzią pokoju laborant przy katedrze fizyki w uniwersytecie warszawskim p. Aleksy Siemionow, żądając zasądzenia na rzecz swoją od p. Dzems-Lewego 168 rubli za wykłady fizyki.

Sędzia pokoju zasądził od pozwanego na rzecz powodów żądane przez nich sumy.



Od wyroku powyższego p. Dzems-Lewy założył apelację do zjazdu sędziów m. Warszawy, w której, opierając się na tem, iż zarządzający szkołą, we właściwym czasie uprzedził nauczycieli, że zapłata za wykłady i przewodniczenie w radzie pedagogicznej będzie zmniejszona, żądał uchylenia wyroku pierwszej instancyi.

Na posiedzeniu sądowym w zjeździe obrońca pozwanego twierdził, że wobec otwarcia przez p. Szymańskiego nowej szkoły dentystycznej, dochody p. Dzems-Lewego zmniejszyły się do tego stopnia, iż nie pokrywały najkonieczniejszych wydatków. Jedyną tedy dla pozwanego drogą było zmniejszenie płacy nauczycielom oraz przewodniczącemu w radzie pedagogicznej, co—z uwagi, że on, pozwany, nie zaś kto inny jest właścicielem szkoły—miał prawo uczynić.

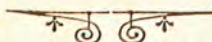
Obrońca powodów powołał się na ustawę normalną dla szkół dentystycznych, która ogranicza atrybucyę właściciela szkoły do jej otwarcia, utrzymania, wyboru zarządzającego, tudzież pierwotnego wyboru personelu nauczycielskiego. Wybór natomiast na przyszłość nauczycieli oraz usunięcia ich ze szkoły zależy — według brzmienia ustawy — od rady pedagogicznej. Dowolne zaś zmniejszanie przez właściciela szkoły płacy nauczycielom, zmuszałoby ich do porzucenia dalszych wykładów i byłoby równoznaczne z usuwaniem ich ze szkoły. Co się zaś tyczy strony materalnej, to ta zdaniem obrońcy powodów, nie tylko nie chyli się ku gorszemu, lecz przeciwnie, wciąż idzie ku lepszemu.

Dość bowiem spojrzeć w sprawozdania szkoły, aby przekonać się, iż w 1895/6 r. szkoła posiadała 124 słuchaczy, gdy w roku 1899/0 liczba ich wzrosła do 159. Dochód tedy z wpisów od uczniów przyniósł szkole około 24,000 rubli. Pozatem szkoła p. Dzems-Lewego czerpie dochód z porad, udzielanych w niej przychodzącym chorym, a źródło to również z roku na rok wzrasta, gdyż w 1894/5 r. ambulatoryum udzieliło porad 23,400 osobom, w 1897/8 r. 30,624, w 1898/9 zaś 33,086 chorym. Rubryka powyższa przeto powiększyła dochód szkoły za rok 1898/99 o rubli 7,000. Zresztą płaca za wykłady oraz za przewodniczenie w radzie pedagogicznej była ustanowiona jeszcze przed 8-iu laty za zgodą p. Dzems-Lewego, jak o tem świadczą protokoły posiedzeń rady pedagogicznej. Samowolne nadto zmniejszanie płacy, zdaniem obrońcy powodów, ujemnie wpływa na dobór nauczycieli, a przeto szkodliwe skutki przynosić może społeczeństwu, narażonemu na oplakane następstwa nieudolnego leczenia przez źle przygotowanych dentystów, z uwagi tedy na powyższe okoliczności należy wyrok pierwszej instancyi zatwierdzić.

Zjazd, przychyłając się do wniosków obrońcy powodów, wyrok sędziego pokaż zatwierdził.

*Kur. War.*

= Petersburska Akademia medyczna, jak donosi *Now. wr.* (Nr. 8923); otrzymała wyjaśnienie ze sfer miarodajnych, że żydzi, chcący zdawać egzamina na dentystów, podlegać winni ogólnym przepisom, wzbraniającym żydom pobytu w miejscowościach po za obrębem ich miejsca prawnego zamieszkania.



## LEKARZ

poszukuje dentysty, lekarza-dentysty, a najlepiej lekarza, bardzo wprawnego pracownika, dla współ-pracownictwa w gabinecie, lub też dla odstąpienia bardzo obszernej klienteli. Dochód roczny 20000 rs. Oferty adresować:

Odessa, Sadowa 14, d-rowi T. Tyczyńskiemu.

---

TECHNIK uzdolniony w złocie i kauczuku potrzebny na wyjazd.

Wiadomość Ryga. Bahnhofstrasse 7a m. 3.

STROYNOWSKI.

---

---

## Od redakcyi.

*Opóźnienie numeru niniejszego nastąpiło z przyczyn od redakcyi niezależnych.*

---

---

---

Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.

Директор, Издатель Вручена 3 Февраля 1900 года.

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