

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROBYM
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ.

I. O leczeniu zachowawczem miażgi zębowej formagenem.

Napisał **F. KOHN.**

(Dok. Zob. Nr. 2).

Przystępując teraz do omówienia w I a s u y c h przypadków, leczonych formagenem, dla dokładniejszego wyjaśnienia sprawy podzieliłem je na dwie grupy; do pierwszej zaliczam przypadki, w których miałem do czynienia z miażdżą wypadkowo odsłoniętą lub też tylko podrażnioną, do drugiej zaś—przypadki, gdy chorzy zgłaszali się do mnie już z rzeczywistym bólem t. j., kiedy spotykałem się z ostrem lub przewlekłym zapaleniem miażgi. W pierwszej grupie przypadków działanie formagenem nie ma wielkiego znaczenia, gdyż w takich przypadkach również dobre wyniki otrzymujemy stosując i inne środki, zalecane w tym celu. Natomiast w drugiej grupie—formagen okazuje się nadzwyczaj praktycznym i cennym nabytkiem. Wobec bowiem stanu, w jakim chory przybywa do nas po poradę, zmniejszenie natychmiastowe bólu, zaplombowanie na jednym posiedzeniu chorego zęba, wreszcie utrzymanie przy życiu miażgi i zaoszczędzenie sobie i choremu czasu potrzebnego zwykle do przeprowadzenia dotychczasowych sposobów leczenia: przyznać trzeba, że zalety formagenem wysuwają go na pierwsze miejsce w szeregu dotychczas zalecanych środków.

Ogółem wszystkich przypadków, traktowanych formagenem, w ciągu 10 miesięcy mam zanotowanych 246,

z których 34 należy do pierwszej grupy, 212 zaś do drugiej. Tę ostatnią omówię nieco obszerniej, gdyż wartość formagenu w zaliczonych do tej grupy przypadkach najwięcej się uwydatnia.

Wspominałem wyżej, iż do grupy drugiej należą przypadki, w których pacyenci zgłaszali się do mnie z bólem zęba, spowodowanym zapaleniem miazgi, opiszę więc poniżej sprawy chorobowe, w jakich stosowałem omawiany preparat. Najwięcej używałem formagenu w przypadkach takich, gdy pacyenci zgłaszali się do mnie, narzekając na częste napady niewielkiego bólu, występujące przeważnie w nocy, na wrażliwość zęba co do wpływów termicznych i na ból występujący podczas jedzenia. Przy oględzinach zęba znajdowałem zwykle miazgę pokrytą jeszcze cienką warstwą chorej zębiny, która przy skrobaniu i badaniu dna jamy próchnicowej była nader bolesną. Miałem więc do czynienia z częściowym zapaleniem miazgi, w którym uznawałem za stosowne uciec się do leczenia zachowawczego. Tu właśnie formagen oddawał mi jaknajlepsze usługi, nie potrzebowałem bowiem dokładnie wyskrobywać chorej zębiny z dna jamy próchnicowej, przez co nie przyczyniałem bólów pacjentowi, nie obmazałem również miazgi, a wprost na pokrywającą ostatnią chorą zębinę wprowadzałem formagen, który, działając przez oddzielającą powłokę, uzdrawiał miazgę w zupełności.

Na początku mego stosowania formagenu, zwykle w takich przypadkach wypełniałem podobne zęby, dla próby, plombami tymczasowymi; gdy zaś zbyt wrażliwość na zimno i ciepło zanikała i również bóle żadne nie występowały, zamieniałem poprzednie na stałe. Teraz zaś, gdy jestem pewny dodatniego działania formagenu, wprost na niego wprowadzam plomby cementowe lub amalgamatowe.

Dalej stosowałem formagen w przypadkach, gdy chory zgłaszał się do mnie z silnym bólem, pochodzącym nie tylko z chorego zęba, ale i rozgądzającym się na sąsiednie części szczęki i głowy; gdy uskarżał się na ból, trwający od kilku dni i wiele nieprzespanych z tego powodu nocy, wreszcie na niemożność używania gorących ani zimnych napojów, ani też użycie chorego zęba przy jedzeniu. Przy badaniu takich zębów miałem zwykle do czynienia

z miazgą częściowo lub też całkowicie odsłoniętą, która krwawiła przy lekkim nawet dotknięciu i była przytem nader bolesną; był to więc stan ostrego zapalenia miazgi, dla którego najradykałniejszym środkiem leczniczym dotąd był arszenik. Lecz i tu również formagen oddawał mi doskonałe usługi, albowiem silny ból usmierzałem wprowadzeniem wacika, napojonego płynem formagenu wprost na miazgę; ból po kilku minutach zwykle ustępował. Wtedy mogłem przystąpić do oczyszczenia jamy próchnicowej i, po dokonaniu tego, odsłoniętą miazgę pokrywałem formagenem w postaci rzadkiej pasty, ma się rozumieć, bez najmniejszego ucisku. Po stwardnieniu powyższej pasty na tychmiast wypełniałem resztę jamy próchnicowej stałą plombą z cementu lub amalgamatu. W tych przypadkach po wypełnieniu zęba, chorzy odczuwali jeszcze przez parę godzin lekkie bóle, lecz te nazajutrz mijały bezpowrotnie.

Do najciekawszych wreszcie przypadków, traktowanych formagenem, należą te, w których miałem do czynienia z chorobą przewlekłą miazgi. Pacjent skarżył się zazwyczaj na niewielki ból, odzywający się w zębie już od dłuższego czasu i występujący zwykle przy jedzeniu i dostawaniu się wogóle jakiegokolwiek obcego ciała do jamy próchnicowej. Miazga była wtedy odsłonięta, mało wrażliwą na wpływy termiczne, lecz bolesną i krwawiącą przy głębokiem sondowaniu. W takich przypadkach formagen dawał podwójnie dobre rezultaty: po pierwsze bowiem zachowywał miazgę, a po drugie przywracał ją do stanu względnie przynajmniej normalnego. Takie powracanie miazgi do stanu, że tak powiemy normalnego, odbywało się zwykle w ciągu 5—6 tygodni i wtedy, po przekonaniu się o rzeczywistym jej stanie (t j., gdy po wyjęciu tymczasowej plomby miała kolor różowy, krwawiła przy dotknięciu, była bolesną i wrażliwą na wpływy termiczne) traktowałem ją jak wypadkowo odsłoniętą zdrową miazgę i, zastosowawszy nowy podkład formagenu, wypełniałem ząb cementem.

Co się tyczy innych przypadków chorobowych miazgi jak np. częściowego obumarcia miazgi, zapalenia ropnego i obumarcia całkowitego, to w tych nie próbowałem nawet stosować formagenu, wiemy bowiem dobrze, iż pomimo doskonałych własności formagenu, samo zamknięcie herme-

tyczne jamy próchnicowej spowodowało by w tych przypadkach zapalenie ozębnej i inne uboczne objawy.

Z dobrymi również wynikami używałem formagen u dzieci, gdyż ze względu na niedogodność zastosowania arseniku w zębach mlecznych, działanie formagenu i natychmiastowe wypełnienie zęba należy do bardzo dogodnych zabiegów w dentystyce. We wszystkich prawie powyższych przypadkach, w celu przekonania się o działaniu formagenu, prosiłem o parokrotne zgłaszanie się pacjentów i w ten sposób mogłem tylko stwierdzić dobre rezultaty, jakie dawał wyżej omówiony preparat.

Muszę jednak wspomnieć tu o niewielkiej bolesności a zarazem czułości zębów, dotkniętych i ostrem i przewlekłym zapaleniem miazgi, która to bolesność i czułość pozostaje jeszcze w ciągu kilku godzin po zastosowaniu formagenu. Ubocznie to działanie formagenu ustępowało po wypędzowaniu dziąsła nad chorym zębem nalewką jodową; wrażliwość zęba bezpowrotnie przechodziła i zęby, wyleczone w sposób powyższy, oddawały pacjentom jaknajlepsze usługi.

Ze wszystkich, traktowanych omówioną metodą, przypadków, niepomysłne wyniki wystąpiły tylko w 8, ale nie sądzę, aby te wyjątkowo niepomysłne wyniki mogły zniechęcić do stosowania formagenu; tłumaczę je sobie po części, również jak i Bauchwitz, iż powodem niepomysłnego wyniku był nadmiar formaldehydu, zawartego w pierwszej edycyi formagenu; po części zaś wyniki niepomysłne mogą wytłumaczyć niedokładnem wykonaniem roboty na skutek braku dobrego dostępu do jamy próchnicowej. W kilku bowiem przypadkach ze złym dostępem przekonałem się, że wprowadzałem formagen zamiast na samą miazgę lub na dno jamy, na boczne ściany ostatniej; wskutek tego bóle wcale nie ustawały, a niekiedy nawet jeszcze się wzmagaly i dla tego też musiałem, po usunięciu plomb, za trwać miazgę lub też usunąć ząb.

Teraz pozwolę sobie opisać szczegółowo sposób zastosowania formagenu, gdyż pomysłne wyniki zależne są od dokładnej i umiejętnej roboty. Po starannem oczyszczeniu ubytku próchnicowego od wszelkich resztek odkarmowych i chorobowo zmienionej zębiny, czy to w przy

padkach, kiedy miazga jest jeszcze pokryta cienką warstwą zgnilej zębiny, czy też bezpośrednio na odsłoniętą miazgę, wprowadzamy, unikając najmniejszego ucisku, rzadką pastę formagenową, otrzymaną przez zarobienie proszku z płynem. Po upływie kilku minut pasta staje się twardą i resztę jamy próchnicowej wypełniamy natychmiast cementem lub amalgamatem, starając się również wprowadzać materyały te bez wielkiego ucisku. Muszę jednak dodać tu, iż cały ten zabieg winien być wykonany bez dostępu śliny, dlatego też, przed przystąpieniem do oczyszczenia jamy, należy ząb obłożyć kofferdaneem i ususzać od czasu do czasu dmuchawką.

W przypadkach, gdzie chora miazga jest jeszcze pokryta cienką warstwą zgnilej zębiny, możemy tę ostatnią pozostawić na miejscu, gdyż formaldehyd działa na miazgę nawet przez zębiny; nie należy jednak pozostawiać zgnilej zębiny na bocznych ścianach i brzegach ubytku próchnicowego, gdyż to może być powodem wznówki próchnicy, która pociągnie za sobą ponowne zapalenie miazgi.

Jako ilustrację działania formagenu pozwolę sobie podać tu opis kilku, spostrzeganych przezeń, przypadków.

Przypadek 1. W d. 12/VI 1897 r. przybył do mnie pan S. N. narzekając na niewielki ból w drugim górnym małym trzonowym zębie po stronie prawej; chory cierpi od 3-eh dni, najwięcej jednak ból dokucza mu w nocy, nie pozwalając wcale zasnąć; również narzeka chory, że ząb jest bardzo wrażliwy na zimne i gorące napoje. Oględziny zęba wykazały ubytek korony na powierzchni dośrodkowej; głęboka jama wypełniona resztkami pokarmowemi i zgnilą zębina. Po oczyszczeniu jej od ciał obcych i oskrobaniu dna jamy próchnicowej, natrafiłem na bardzo czułe miejsce, odpowiadające jednemu rogowi miazgi. Nie chcąc więc dłużej niepokoić pacyenta, oczyściłem dokładnie górną część jamy, na dnie jednak pozostawiłem, nie odkrywając miazgi, cienką warstwę chorej zębiny i pokryłem ją formagenem, a następnie, na tem samym posiedzeniu, wypełniłem ząb cementem. Ból przeszedł zupełnie. Po upływie trzech miesięcy, gdy pacjent zgłosił się do mnie w celu wypełnienia drugiego zęba, zbadałem ząb przezeń-

nie zaplombowany w sposób powyższy i przekonałem się, że doskonale wypełniał swoje zadanie.

Przypadek II. W d. 9/VI 1897 r. zgłosił się do mnie pan P. H. student medycyny, z silnym bólem, prosząc o wyrwanie drugiego górnego trzonowego zęba po stronie prawej, gdyż od dwóch dni cierpi na dokuczliwy ból, rozgależający się na sąsiednie części głowy. Po obejrzeniu zęba znalazłem: brak odśrodkowej części korony, ubytek wypełniono kawałkiem waty, napojonej kokainą, którą stosował pacjent sam dla usmierzzenia bólu; miazga odsłonięta, koloru ciemno-czerwonego, bardzo bolesna przy dotknięciu. Zaproponowałem choremu wyleczenie zęba, lecz ten z początku, sądząc, że leczenie zabierze mu wiele czasu, nie chciał się zgodzić na to; gdy zaś pacjentowi objaśniłem, że ból zaraz ustąpi i na tem że posiedzeniu wypełnię ząb, pozwolił pan P. H. przystąpić do operacji. Przedewszystkiem, chcąc uwolnić chorego od dokuczliwego bólu, wprowadziłem wacik, napojony płynem formagenu, który po upływie 2-ch minut zupełnie ból usmierzył, następnie po oczyszczeniu, ile się okazało możliwym, jamy próchnicowej, wprowadziłem wprost na miazgę w postaci rzadkiej pasty formagen, a po stwardnieniu tegoż, wypełniłem resztę jamy cementem. Po upływie 4-ch miesięcy miałem sposobność obejrzenia powyższego zęba i przekonałem się, że do tej pory weale nie boli i oddaje p. P. H. jaknajlepsze usługi.

Przypadek III. W d. 12/V 1897 r. przybył do mnie kolega B. S. z prośbą o wyleczenie górnego prawego zęba mądrości. Z wywiadów dowiedziałem się, iż przed dwoma laty ząb ten pierwszy raz zaczął choremu dokuczać. Jeden z kolegów, ze względu na znośny stan miazgi, zastosował leczenie zachowawcze metodą Scheffa. Przed tygodniem jednak piomba wypadła i obecnie chory, przy dostaniu się do jamy obcego ciała i użyciu ciepłych napojów, odczuwa dotkliwy ból. Badanie zęba wykazało: ubytek korony na żującej powierzchni, jama wypełniona watą z karbolem, miazga odsłonięta, pokryta ciemno-brudnym nalotem, bolesna przy sondowaniu. Na zaproponowane leczenie zachowawcze miazgi kolega S. się zgodził i, po dokładnem oczyszczeniu jamy i po zdjęciu pokrywającego miazgę nalotu, pokryłem ją formagenem. Chcąc w tym

przypadku śledzić za stanem miazgi, zdecydowaliśmy z kolegą S. wypełnić ząb gutaperką, by mózdz po pewnym czasie łatwo usunąć plombę i przekonać się o stanie miazgi. Po dwu tygodniach zgłosił się do mnie kol. S. powtórnie, i po usunięciu plomby miazga przedstawiała się jak następuje: koloru była brunatnego, bolesna przy dotknięciu, lecz nie wrażliwa na zmiany termiczne. Postanowiłem poczekać jeszcze miesiąc i znowu tą samą metodą wypełniłem ząb prowizorycznie. Po upływie miesiąca, gdy żadnych objawów ubocznych kol. S. nie spostrzegal, usunąłem znowu plombę i przekonałem się, że miazga była koloru różowego, przy dotknięciu bardzo bolesna i w dodatku krwawiła, również była czuła na wpływy termiczne, jednym słowem, przedstawiała się prawie jak zdrowa, przypadkowo odstonięta. Po założeniu na nią nowej porcji formagenu, wypełniłem ząb amalgamatem. Ząb ten, według słów kol. S., z którym się często spotykam, wcale nie boli i jest zupełnie zdrowy.

Na zasadzie więc wyżej omówionych wyników, otrzymanych zarówno przezemnie jak i ogłaszanych już przez innych autorów, możemy wyprowadzić następujące wnioski.

Formagen jest skutecznym środkiem do leczenia zachowawczego miazgi przy jej zapaleniu, gdyż pomimo własności usmierzenia bólu, towarzyszącego zwykle zapaleniu miazgi, zachowuje ją, a nawet przywraca ją jeszcze do stanu względnie normalnego. Następnie, po zastosowaniu powyższego środka na chorą miazgę, możemy zaraz wypełnić ząb na stałe, niesprawiając bólu, które pociąga za sobą zatrucie miazgi i usunięcie zawartości korzeni za pomocą igielki Aringtona, nie denerwując pacyenta przez długie świrowanie kołowrotkiem lub skrobanie ekskawatorem; jednym słowem, bez nieprzyjemnych zabiegów, wymagających wiele czasu i cierpliwości ze strony pacyenta jak i operatora, czynimy ząb na jednym posiedzeniu zdolnym do żucia.

Formagen można stosować bez obawy ujemnych wyników w następujących sprawach chorobowych miazgi:

1) przy przekrwieniu lub podrażnieniu, gdy miazga jest jeszcze pokryta warstwą zdrowej lub chorej zębiny,

2) w przypadkach, gdy przy skrobaniu zębiny miazga bywa wypadkowo odsłonięta,

3) przy częściowem zapaleniu (pulpitis acuta partialis),

4) przy ostrem całkowitem zapaleniu (pulpitis acuta totalis).

5) w przypadkach przewlekłego zapalenia, gdy powierzchnia miazgi nie jest jeszcze obumarłą (pulpitis chronica parenchymatosa).

Nie należy go stosować w jamach niedostępnych, gdzie nie możemy zdać sobie dokładnie sprawy ze stanu patologicznego miazgi, w przypadkach, kiedy nie możemy wnieść formagenu wprost na miazgę. wreszcie nie można go używać przy częściowem obumarciu miazgi (pulpitis gangrenosa chronica), przy jej owrzodzeniu (pulpitis ulcerosa acuta) i gdy zapalenie miazgi jest połączone z zapaleniem ozębnej. Tutaj bowiem formagen nie tylko, że nie da dobrego wyniku, ale i pogorszy sprawę, wywoła bowiem ostre zapalenie ozębnej, które wystąpi wskutek hermetycznego zamknięcia jamy próchnicowej.

Na zakończenie niniejszego artykułu pozwolę sobie zwrócić uwagę sz. czytelników, iż formagen, dzięki swym wybitnym własnościom, znalazł już prawo obywatelstwa w Warszawie, gdyż stosują go w klinikach szkół dentystycznych i kilkudziesięciu kolegów w praktyce prywatnej; żałuję tylko mocno, że wyników tych prób nie znam dokładnie, gdyż był bym z nich skorzystał i w niniejszej pracy pomieścić.

Niewielka stosunkowo ilość spostrzeganych przeze mnie przypadków nie jest jeszcze dostateczną, bym mógł twierdzić, iż formagen jest środkiem najlepszym do leczenia zachowawczego miazgi przy jej zapaleniu; moja jednak praca ma tu tylko ten skromny cel, by w sprawie niezmiernie ważnej i wszystkich nas tak bardzo obchodzącej, pobudzić kolegów do jaknajliczniejszych i starannych obserwacyj, jak również do ich opublikowania. W ten sposób będzie można wysnuć jeszcze pewniejsze wnioski o skuteczności formagenu i jeszcze ściślej określić wskazania i przeciwwskazania do zastosowania tegoż.

II. Kilka słów o formagenie.

Napisał

B. Klinkovsteyn, dentysta w Łodzi.

Od roku blisko świat dentystyczny, zarówno za granicą, jak i u nas, żywo jest zainteresowany działaniem formagenu, zpreparowanego przez Abrahama, dentystę w Chojnicach (Konitz,) w Prusach Zachodnich.

Stosując już od roku środek powyższy w własnej praktyce, jestem w stanie podzielić się obecnie doświadczeniem, nabytem w blisko 300-tu przypadkach, które dały rezultaty zadawalniające i, co najważniejsza, jak dotychczas, trwale. Rezultaty dobre otrzymywałem tylko w przypadkach zapalenia miazgi.

W pięciu przypadkach obumarcia miazgi, po zastosowaniu formagenu wystąpiło zapalenie okostnej (Periostitis) i przebieg choroby skończył się ekstrakcją.

Sposób zastosowania formagenu był następujący: po przygotowaniu do plombu ubytku próchnicowego (operacja ta winna się odbywać z wszelką ostrożnością, by uniknąć dotknięcia się miazgi) przemywam ubytek 5% spirytusem karbolowym, wydmuchuję ciepłym powietrzem, w końcu wprowadzam formagen, przygotowany tak, jak zwykły cement do plombowania.

Przy wprowadzeniu formagenu do ubytku bacznie należy zwracać uwagę, by nie naciskać instrumentem na samą miazgę, lecz tylko na około tejże.

Na formagen kładę pokryweczkę asbestową lub platynową i wypełniam ubytek (dla większej pewności) plombą tymczasową (Hillstopping); po upływie 10—14 dni zmieniam, stosownie do potrzeby, plombę prowizoryczną na stałą.

Od wskazówek, dotyczących się przygotowywania formagenu, odstępuję tylko o tyle, że masę przygotowuję nieco twardszą, aniżeli Abraham; w stanie bowiem zbyt miękkim masa zanadto przylega do narzędzi, co całą robotę wielce utrudnia. Koferdam przez cały czas trwania operacji bardzo korzystnie wpływa na przebieg tejże.

Wiadomościami o nienormalnych rezultatach, jakie mogłyby w przyszłości wyniknąć, nie omieszkać podzielić się z kolegami

III. Nowy cement przeciwnilny.

(*Tannoform-cement*)

Napisał :]

B. DZIERŻAWSKI.

Aczkolwiek do wypełniania jamy miazgi, po jej amputacyi i przewodów korzeniowych, po doprowadzeniu ich do stanu aseptycznego, można używać jakiegokolwiek materiału, byleby ten był aseptyczny i byleby tylko cały rękoczyn był przeprowadzony z należytą czystością, to jednakże wielu specjalistów do tego celu używa past przeciwnilnych; jest to słuszne, pasta bowiem antyseptyczna daje ponieważ możność poprawienia pewnych niedokładności w antyseptyce, jakie przy pracy w tak trudnym do aseptycznej roboty terenie, jakim są usta, zdarzyć się mogą nawet najstaramiejszemu operatorowi. Wszelkie jednak pasty mają tę niedogodność, że trudno jest je wprowadzić w pożądane miejsce, a to ze względu na ich konsystencję — raz rzadką, rozlewającą się, drugi raz znowu zbyt kruchą. W obec tych wad past przeciwnilnych, ośmielałem się niniejszem podać wzór pasty, lub raczej, że tak powiem cementu, jaki udało mi się skombinować przypadkowo, który wyżej wymienionej niedogodności nie przedstawia.

Badając różne preparaty formaliny (amyloform, glutol) w celu wymiarkowania, czy nie uda się ich zużytkować w dentystyce, zauważyłem, że jeden ze związków formaldehydu, mianowicie tannoform, daje po zarobieniu z formaliną ciasto plastyczne, twardniejące powoli, na kształt zwykłych naszych cementów do plombowania. Tannoform, wyrabiany przez fabrykę Merck'a w Darmstacie, jest to produkt kondensacyi formaldehydu z garbnikiem.

Właściwe jego miano chemiczne jest Metylenditamina, a wzór $\text{CH}_2 \left\langle \begin{array}{l} \text{C}_{13} \text{H}_5 \text{O}_5 \\ \text{C}_{14} \text{H}_5 \text{O}_5 \end{array} \right. + \text{H}_2 \text{O}$.

Tannoform przedstawia się w postaci lekkiego, białoczerwonego proszku; przy nagrzewaniu do 230°C . topi się rozkładając. W wodzie się nie rozpuszcza, rozpuszcza się w wysokoku, rozcieńczonym amoniaku i ługu potasowym lub sodowym. Tannoform w medycynie używany jest z powodzeniem odr. 1895, już to zewnątrz, przy leczeniu odleżyn, nadmierne pocenia się nóg, już to do wewnątrz do leczenia biegunki *). Zażyty do wewnątrz tannoform bez zmiany przechodzi usta, przełyk i żołądek, w kiszkacli zaś ulega rozkładowi, oddając w pewnym stopniu swój formaldehyd. Zarobiony na szkiełku na wzór cementów z formaliną (t. j. 40% wodnym roztworem formaldehydu) tannoform, jak już wspominałem, daje plastyczne ciasto, dające się walcować, urabiać w spiczaste czopki, podobnie jak gutaperka. Tak wysoka plastyczność ciasta tannoformowego odraza poddała mi myśl zastosowania tego ciasta do plombowania przewodów korzeniowych, jak również jamy miazgi po amputacji ostatniej, tem bardziej, że następne twardnienie tej masy pozwala wprost na nią zakładać plombę (amalgamatową lub cementową—dla złotej plomby ciasto jest za kruche) bez żadnych pokrywek, przy możności dobrego ubicia plomby. Ze względu na pewne podobieństwo ciasta formalinotannoformowego do cementu, zdaje mi się, że można nazwać ten preparat tannoform — cementem, w skrótce t.f.c. T.f.c. używam już w swej praktyce przeszło od $1\frac{1}{2}$ roku, a mając już zanotowanych do 1000 przypadków, powyższym preparatem zaplombowanym, ośmielałem się notatkę o nim podać do publicznej wiadomości.

Aczkolwiek t.f.c. już sam przez się ma wysokie własności antyseptyczne ze względu na zawartość formaliny, to jednakże w praktyce dodają zwykle do proszku nieco jodoformu i tymolu, a to w celu utrwalenia antyseptycznego działania cementu. Formalina, jako środek lotny,

*). ob. E. Merck'a. Bericht über das Jahr 1895, 1896 i 1897.

działa po założeniu tfe w ząb tylko przez pewien, ograniczony przeciąg czasu, jakkolwiek (dość długi *). Tymol zaś i jodoform, jako środki mało lotne i prawie wcale w danych warunkach nie rozpuszczalne, zapewniają tannofom-cementowi trwałe antyseptyczne działanie. Plastyczności cementu wcale te środki nie psują, co zaś do tymolu, to po amputacji może być pożądanem i znieczulające jego działanie. Oba te środki, to jest tymol i jodoform, dodają do tannofomu na szkiełku przy zarabianiu, na oko, mniej więcej w stosunku dziesiątej części tannofomu na objętość. Do płynu t. j. do formaliny można dodawać karbolu, ile się ropuści, co także na plastyczność pasty nie wpływa.

Przy plombowaniu tfcementem trzeba mieć na uwadze, że podobnie jak gutaperka, przylega on łatwo do powierzchni suchych, nie przylega zaś do mokrych; trzeba więc starać się o możliwie dobre osuszenie jamy, najęcej być zaplombowaną, upychadła zaś dobrze jest zwilżyć nieco wodą, formaliną, lub innym płynem, jaki jest pod ręką, gdyż inaczej zbyt silnie trzyma się cement narzędzia. Jeżeli używać preparat względnie suchy (t. j. więcej proszku, a mniej formaliny) to przylepienie do narzędzia wcale uczuć się nie daje. Suchość preparatu, nie taka jednak, aby wykluczała plastyczność, ma jeszcze tę dobrą stronę, że przyspiesza stwardnienie. Używając więc preparat suchy, można zaraz po założeniu, pokrywać go cementem lub amalgamatem; tfe zbyt miękki i plastyczny może, przy natychmiastowym plombowaniu, ustąpić naciskowi i przecisnąć się przez otwór wierzchołkowy lub pomieszać z wtłaczanym cementem lub amalgamatem.

Zastanawiając się nad tfe, jako środkiem do plombowania kanałów lub jamy miazgi, trzeba przyznać mu następujące zalety:

- 1) Silne działanie przeciwgnilne doraźne, niemiejsze zaś i stałe.
- 2) Plastyczność, ułatwiającą nakładanie.

*) Formalina (właściwie formaldehyd) ulatnia się z tfe powolniej, jak np. z waty, gdyż pigułka z tfe, pozostawiona na wolnym powietrzu, po 24 godzinach pachnie jeszcze po rozłamaniu formaliną.

3) Twardnienie, co czyni zbytecznem wszelkie pokrywki i pozwala wzrost nań kłaść plomby.

4) Kruchość, co w razie potrzeby czyni łatwem wyjęcie. Ostatniego jednak nie miałem okazji sprawdzić w praktyce, gdyż z ani jednego zęba, zaplombowanego tfe, nie potrzebowałem plomby wyjmować.

Okok tych zalet ma jednak tfe i wadę. Tą jest zęby zaplombowane tfeementem zmieniają z czasem barwę, robiąc się z białych sinawo-czerwonawemi. Przy zębach trzonowych nie jest to wielką wadą, jest nawet dobre, gdyż całkowite zabarwienie, w tym przypadku, świadczy o dokładnym przepojeniu zęba przeciwiguilmym środkiem i zdaje się chronić od następczego septycznego zapalenia ozębnej; nie pożądaną jest jednak ta własność tfeementu w zębach przednich. Nie powiem jednak, aby tfe był przeciwskazany przy zębach przednich. Nie mówiąc już o plombowaniu pieńków, można tfeementem plombować i zęby przednie z koronami, w ostatnim jednak przypadku baczycie należy, aby tfe był założony głęboko w korzeń, i w korzeniu jeszcze pokryty gutaperką lub cementem, a żeby ani trochę nie było go w koronie. W jednym przypadku, gdzie u damy, nieco anemicznej, zaplombowałem tfeementem 2 środkowe górne siekacze, po roku mogłem stwierdzić, że korzenie zaplombowanych zębów uległy zabarwieniu, gdyż jako zabarwione przeświecały przez blade dzięśło, korony zaś były zupełnie białe. W każdym razie przy zastosowaniu tfe w zębach widocznych trzeba być bardzo ostrożnym. W razie powalania tfeementem ścian jamy miazgi przy plombowaniu, należy je dokładnie wymyć spirytusem od wszelkich śladów tfeementu.

Na zakończenie muszę dodać, że stosowałem tfe również i w kilku przypadkach zapalenia miazgi, tak jak stosuje się formagen, z wynikiem zupełnie dobrym. W ostatnich jednak przypadkach formagen jest lepszy, gdyż nie sprawia zabarwienia, co przy tfe, w tym przypadku, jest niemięknionem.

Dział sprawozdawczy.

24. H. Neumann. O stosunku chorób wieku dziecięcego do chorób zębów. — (*Samml. Klin. Vortr. Nr. 172*).

Autor dzieli swą pracę na dwie części. W pierwszej opisuje choroby zębów wrodzone, t. j. powstające podczas ich rozwoju, przed wyrzynaniem, drugą poświęca chorobom zębów nabytym, powstałym po wyrznięciu.

Ponieważ zrozumienie zaburzeń w rozwoju zębów niemożliwe jest bez znajomości pewnych dat tegoż rozwoju, to autor początek swego wykładu tym właśnie danym poświęca.

Co do rozwoju zębów mlecznych, to szklivorodnie (Schmelzorgan) tych zębów powstają już w 3 mies. życia płodowego (Kölliker Röse), a po 5-tym miesiącu zaczyna się już ich kostnienie (Hertwig); Magitot dane te określa bliżej: według Magitot kostnienie siekaczy i kłów mlecznych rozpoczyna się w 16 tygodniu życia płodowego, trzonowych zaś w 17-tym. W każdym razie, w 7 mies. życia płodowego wszystkie zęby mleczne są już w stadium kostnienia, na co się zgadzają Kölliker i Gegenbaur. Podczas narodzin korony wszystkich zębów mlecznych są już sformowane, aczkolwiek nie w jednakowym stopniu. Korzenie wyrastają dopiero wtedy, kiedy zbliża się pora wyrzynania; wzrost korzeni jest właśnie tą siłą, która wyrzynanie wywołuje, powodując napór zęba na pokrywającą go błonę śluzową (Kölliker, Gegenbaur).

Zaczątki zębów stałych Röse widział już u płodów 24-tygodniowych. Kostnienie ^M *) zaczyna się według Köllikera i Hertwiga nieco przed urodzeniem, według Gegenbauera znacznie później (w kilka, mianowicie 5 do 6 mies. po urodzeniu). Środkowe siekacze (I) zaczynają kostnieć w 1 roku życia (Hertwig, Kölliker, Zuckerkanl) według Gegenbauera w 7 mies. W tym samym m. w okresie kostnieją i I'. Dane, co do kostnienia pozostałych zębów, są jeszcze mniej zgodne. Kiel według Gegenbauera, zaczyna kostnieć między 7 i 9 miesiącem, według Hertwi-

*) Oddzielne zęby oznacza autor początkowymi literami ich nazw łacińskich, stałe literami dużymi, mleczne małymi; np. ¹M¹—pierwsze duże trzonowe górne, ²Pm² drugie dwuguzikowe górne, ^a wszystkie cztery kły mleczne.

ga, Kollikera i Zuckerkandla w 2-im roku; małe trzonowe według Gegenbaura w 2 roku, według Kollikera i Zuckerkandla w 3. Bödecker początek kostnienia I^1 , C^1 i Pm odkłada na czas jeszcze późniejszy.

Jak widzimy, dane różnych badaczy różnią się znacznie; już Magitot wyraził się, że dane te są bardzo względne, gdyż stosownie do indywidualności, konstytucji lub stanu zdrowia danego osobnika, rozwój zębów może się mniej lub więcej opóźniać. Ponieważ dokładne dane o długości korony zęba w danym wieku są bardzo ważne, ażeby z unieszkodliwieniem zmian, na skutek zaburzeń w rozwoju powstałych, określić porę ich powstania, to Neuman, w celu oznaczenia chronologii rozwoju, postanowił mierzyć zęby na będącym w jego rozporządzeniu materiale sekcijnym. Pomiarów dokonywał w sposób następujący: ze szczęk (dolnej i górnej), przechowywanych krótki czas w wysoku, wyjmował zęby, usuwał z nich miążgę, wysuszał, potem ściśle mierzył. Ogółem na trupach 111 dzieci wymierzył 1,275 zębów (zęby symetryczne brał raz tylko w rachubę). Dane wykreślił na dołączonej do wykładu tabelicy, z której możemy wyjąć co następuje:

Długość I^1 podczas narodzin waha się pomiędzy 6,5—3,5 mm.

I^2	"	"	"	"	"	5,5—4	"
C^1	"	"	"	"	"	4,5—2,5	"
M^1	"	"	"	"	"	4,5—2,5	"
Pm^1	"	"	"	"	"	4—2,5	"

W uzębieniu stałym kostnienie I^1 rozpoczyna się pomiędzy 3—5 m., I^2 pomiędzy 5 mies. i 4 rokiem — jak wiadomo I^2 dość często wcale się nie pojawiają. C^1 zaczynają kostnieć między 4 miesiącem i 4 półroczem, M^1 kostnieją już przed 10 mies. życia wewnątrz macicznego, ale jeszcze w 3 mies. życia zewnątrzmacicznego mają nie więcej niż 1 mm. długości; Pm^1 kostnieją w ciągu 2—3 roku

Wnioskując z powyżej przytoczonych danych co do długości zębów mlecznych w chwili narodzin, należy przypuścić, że korona siekacza zupełnie rozwój osiąga już przed narodzinami (średnia długość korony I^1 —6 mm.), a najpóźniej w 4 miesiącu życia; korona kłów pomiędzy 3 kwart. i 3 półroczem, pierwszych trzonowych pomiędzy 5 mies. i 4 kwartałem, drugich pomiędzy 3 kwart. i początkiem 3 roku życia. Zatem korony wszystkich zębów mlecznych są gotowe na mniej lub więcej dłuższy przeciąg czasu przed ząbkowaniem.

A. Braki zębów powstałe przed wyrzynaniem.

1. Wygryzy (Erozye).

Wygryzy przedstawiają się w postaci nierówności na dowerzchni zęba i ścięczenia jego grubości. Odróżniają

następujące główne typy wygryzów. 1) *Wygrzyzy kropkowane*: przedstawiają się w postaci kropkowatych zagłębień na powierzchni zęba, występujących zwykle licznie i położonych, względnie do powierzchni siecznej, poziomo. 2) *rowkowane* — przedst. poziome rowki na powierzchni zęba. 3) *plaskie (erosion en nappe, flächenartige)* — przedstawiają się w postaci rozległego płaskiego braku. 4) *Zanik guzików. (Atrophie cuspidienne)* — ścięczenie zęba, sięgające do pewnej wysokości korony, począwszy od siecznej lub miazdzącej powierzchni. W ustach, w pewnym okresie po wyrznięciu zęba, wygrzyzy przedstawiają zabarwienie czarne, skutkiem nagromadzenia brudu, tam gdzie są warunki po temu (np. wygrzyzy kropkowane), lub żółte — skutkiem przeświecania przez nieprawidłowo cienkie szkliwo żółto zabarwionej zębiny lub zupełnego ostatniej ze szkliwa obnażenia. (*Przyp. spraw*).

Termin erozya=wygryz, aczkolwiek powszechnie przyjęty, jest zupełnie nieprawidłowy i w błąd wprowadza. Właściwą nazwą tych braków powinno być *hypoplasia adamantinae* — niedorozwój szkliwa, gdyż mikroskop ten właśnie charakter zmian tu wykrywa. Szklivo w miejscach „wygrzyzionych” jest cienkie, niedostatecznie zwapniałe, często brak go zupełnie. Zębina w miejscach, odpowiadających erozjom, również nie jest prawidłowa, jej skostnienie jest tu nierównomierne i nie zupełne, na co wskazują licznie w miejscach takich znajduwane przestrzzenie międzyszkulowe (spatia interglobularia). W wielu wypadkach cała warstwa zębiny w miejscach wygrzyzionych (erodowanych) jest cieńsza, niż być powinna (atrophie cuspidienne). Neumann spostrzegał także i skrócenie długości na zębach, dotkniętych erozjami.

Wygrzyzy są zwykle symetryczne na jednoimiennych zębach obu połów szczęk, rozłożone bywają na jednoimiennych zębach na jednakowej wysokości; na zębach różnoimiennych erozyc znajdują się na wysokościach niejednakowych. Ponieważ przyczyną erozyi jest zaburzenie w kostnieniu, to, znając chronologię kostnienia, z miejsca (z wysokości), na którym znajduje się erozya, określić można czas, w którym zaburzenie powstało; ponieważ kostnienie w różnoimiennych zębach zaczyna się i postępuje nie równocześnie, to i wygrzyzy na różnoimiennych zębach znajdują się na niejednakowych wysokościach. Wygrzyzy nieznaczne, kropkowane, pozwalają przypuszczać, że zaburzenie kostnienia było nieznaczne i krótkotrwałe, gdy tymczasem erozyc rozległe (en nappe), niedorozwój guzików, doprowadzają do przeciwnych wniosków.

Ze stałych zębów najczęściej bywają dotknięte wygryzami M_1 , razem z nimi zawsze prawie I , jednakże 21^2

często bywają oszczędzane. Co do częstości wygryzów idą dalej C, Pm, bywają dotknięte bardzo rzadko, jeszcze rzadziej Pm i M. Możliwość wygryzów na zębach mlecznych dawniejsi autorzy negowali zupełnie, co nie jest słuszne. Prawda, że in vivo odnajdywanie wygryzów na zębach mlecznych utrudnia wczesnie występująca próchnica lub kamień, to jednak badanie na trupach zębów mlecznych, jeszcze nie wyrzniętych, wykazuje wygrzyzy dość często i to najwyraźniej na m, dalej na c.

Z tego, co powiedziano powyżej, widać, że wygrzyzy spotykają się najczęściej: na koronach c i m, M, T i C, rzadko na koronach m. Ponieważ z jednej strony i, a z drugiej Pm, a nawet zwykle Pm, bywają oszczędzane, to należy przypuścić, że zaburzenia, wiodące do wygryzów, mają miejsce pomiędzy 9—10 miesiącem życia płodowego, (kiedy najwcześniej korona i może być już wykształcona) i 3 rokiem życia (w którym najpóźniej może skostnieć korona P). W rzadkich przypadkach okres ten może uleść pownemu rozszerzeniu, zwykle jednak bywa nawet węższy. Z umiejscowienia wygryzów na swoim materiale klinicznym Neumann wyliczył, że zaburzenia, które wywołały erozyje, przestały działać w 24% przypadków pomiędzy 6 i 10 mies. życia, w 30% pomiędzy 7 i 12 miesiącem; dalej w 38% proces niechl w ciągu 2 roku, a tylko w 6% przeciągnęła się sprawa do 3 roku życia i dalej.

Jako przyczynę wygryzów wymieniano choroby następujące:

Według Magitot, przyczyną wygryzów są drgawki, które tak często zdarzają się u niemowląt.

Przeciw pogładowi Magitot mówi to, że drgawki, same przez się, mogą wywołać tylko krótkotrwałe zaburzenie w odżywianiu; można by więc drgawkami objaśnić tylko nieznaczne, kropkowane erozyje. Wygryzów zaś rozległych, np. zaniku guzikowego, drgawkami objaśnić nie można, gdyż tu trzeba przypuścić długotrwałe zaburzenia odżywiania.

Następnie, jako przyczynę wygryzów wymieniano syfilis. Że wygrzyzy nie są charakterystyczne dla syfilisu, że ten nie jest ich wyłączną przyczyną, o tem wiadomo już dawno; fakt ten, że wygrzyzy zdarzają się u małą, psów i koni, stanowczo mówi przeciw łączeniu wygryzów z syfilisem, ponieważ zwierzęta te nie chorują na syfilis. Inna rzecz z pytaniem, czy syfilis nie może być jedną z pośrednich przyczyn wygryzów. Pomijając młeczeniem tych autorów, którzy wygrzyzy mieszają z charakterystycz-

nymi dla syfilisu, t. zw. zębani Hutchinson'a, o których później, sam Hutchinson, który 2 te formy rozróżnia, twierdzi, że syfilis może być pośrednią przyczyną wygryzów, a to na skutek zapaleń, bądź błony śluzowej dziąseł, bądź wyrostków zębodołowych, które mogą w syfilisie zdarzyć się samoistnie, lub jako skutek kuracji rżęciowej. Tak samo, zdaniem Hutchinson'a, wygryzy na zębach spowodować mogą inne zapalenia błony śluzowej jamy ust. jak np. pleśniawki (afły). Jeżeliby pogląd Hutchinson'a był prawdziwy, w takim razie wygryzy powinny by występować na wszystkich zębach danego osobnika, gdyż na wszystkie zaczatki powinienby się rozszerzać proces zapalny z błony śluzowej. Tak jednakże nie jest. Przeciwnie poglądowi Hutchinson'a t. j. że przyczyną wygryzów są miejscowe zapalenia w jamie ust, mówi jeszcze i to, że wygryzy na dwugazikowych zębach są w porównaniu np. z pierwszymi dużymi trzonowymi lub siekaczami, bardzo rzadkie, gdy tymczasem sprawy zapalne około mlecznych trzonowych, pod którymi rozwijają się stale dwuguzikowe, są bardzo częste.

Wobec wielkiej popularności poglądu o związku wygryzów z dziedzicznym syfilisem, autor zbadal w tym kierunku swój materiał faktyczny. Okazało się, że z 11 trupów dzieci, niewątpliwie syfilitycznych, wygryzy były tylko u jednego, ze 117 zaś żywych dzieci z wygryzami, 7 tylko było syfilitycznych (5 z syf. dziedzicznym, 2 z nabytym). Za pochodzeniem syfilitycznym wygryzów przemawiały obfitość poronień lub narodzin martwych w rodzinach, mających dzieci z wygryzami. Jednakże poszukiwania autora w tym kierunku wykazały, że u ludności berlińskiej poronienia i narodziny martwe u rodzin z wygryzami nie są częstsze od przeciętnej liczby poronień i martwych narodzin w biednej klasie berlińczyków.

Przeciw syfilisowi, jako przyczynie wygryzów, mówi jeszcze i to, że, jak widać z umiejscowienia wygryzów, przyczyny, które je wywołały, działać musiały począwszy od pierwszych miesięcy życia do drugiego roku życia, a nawet i dłużej, gdy tymczasem okres kwitnienia syfilisu wrodzonego nie trwa tak długo.

Następnie przeciw syfilisowi mówią jeszcze następane dane statystyczne.

Berten w okolicach Würzburga znajdował wygryzy mniejwięcej u 7% dzieci (w szkołach i ambul. własnem). Nemmann w swojej klinice znajdował je u mniej więcej 18% dzieci, w zakładach wychowawczych u 14%. Wygryzy są zatem bardzo częste, gdy tymczasem syfilis wrodzony trafia się względnie rzadko (u autora w poliklinice dzieci w pierwszym roku życia około 1% było sy-

filitycznych, u dzieci w starszym wieku % syfilityków stanowi zaledwie maly ulamek).

Dalej, jako przyczynę wygryzów wymieniano zołzy (scrophulosis), krzywice (rachitis), wreszcie choroby infekcyjne (ospę, szkarlatynę, odrę, koklusz etc.). Duży przebieg czasu, jaki przedziela w ostatnich przypadkach skonstatowanie erozyj (na zębach stałych) od chorób, będących wrzekomo ich przyczyną, dawał tu pole do najrozmaitszych przypuszczeń. Berten, który niedawno ogłosił pracę o erozyach, znajdował je najczęściej u dzieci z klasy biednej, żyjących w złych warunkach mieszkaniowych i niedostatecznie karmionych. Według Berten'a sztuczne karmienie, zaburzenia trawienia w czasie odstawiania, wreszcie każda choroba, wiodąca do upośledzenia odżywiania, mogą być przyczyną erozyj. Z tymi poglądami Berten'a Neumann najzupełniej się zgadza, dodając, że w wieku dziecięcym znany *typową formę* upośledzenia odżywiania, którą ustrój dziecięcy na najrózniejszego rodzaju szkodliwości reaguje jeszcze w żywocie matki, najczęściej w ciągu pierwszego i drugiego roku życia, na który to właśnie czas i rozwój erozyj w znacznej większości przypadków przypada. Formą tą jest *krzywica*, którą też autor za jedyną przyczynę wygryzów uważa. Nie widział on ani jednego przypadku erozyj, gdzieby można dowieść braku poprzedzającej krzywicy, przeciwnie, zarówno na swym materiale sekcyjnym jak i klinicznym, w każdym przypadku, mógł skonstatować krzywicę, bądź w postaci śladów bądź współistnienia danych wywiadowych. Pod względem współistnienia krzywicy z erozjami charakterystyczną jest tablica, ułożona z danych sekcyjnych, jaką przytacza autor.

Wiek trupów	Ilość trupów	Z tych z krzywicą	Z tych z erozjami	Oprócz tego erozye
Martwo urodzonych	6	0	0	0
0—3 miesiące . . .	11	0	0	0
3—6 miesięcy . . .	14	4	0	2
6—12 miesięcy . . .	32	15	9	8
1—1½ roku . . .	16	9	6	2
1½—2 lat . . .	8	6	6	2
2—3 . . .	9	8	6	0
3 i więcej lat . . .	15	3	3	4
Ogółem	111	44	30	18

Częstość erozyi wzrasta tu równolegle do częstości krzywicy. Pewnego wyjaśnienia wymaga tu ostatnia kolumna tablicy; widać z tej kolumny, że tu w mniejszości

przypadków, krzywicy nie odnotowano. Nie można jednak twierdzić, że w przypadkach tych krzywicy nie było, gdyż sekcya tutaj dokonywana była nie przez samego autora, protokoły zaś sekcyjne były niekompletne. Autor sam w tych przypadkach wykonywał tylko oględziny szczęki

2. *Zmiany zębów, charakterystyczne dla syfilisu dziedzicznego.*

Zmiany te należy odróżniać od powyżej opisanych wygrzów, czego jednakże wielu autorów nie czyni, nie znając dokładnie morfologii dziedziczno-syfilitycznych zębów. Jeżeli wielu internistów, syfilidologów i okulistów twierdzi, że zęby Hutchinson'a nie są charakterystyczne dla syfilisu, to przypuszczać należy, że mieli oni na widoku zęby z erozjami, zdaniem więc takim wielkiej wagi dawać nie należy.

Trudność dokładnej znajomości zniekształcenia zębów, opisanego przez Hutchinson'a jako charakterystycznego dla dziedzicznego syfilisu, polega na rzadkości tegoż zniekształcenia; Hutchinson znajdował takie zęby nie u wszystkich dzieci syfilitycznych, zwykle łącznie z keratitis parenchymatosa *). Hirschberg widział zęby Hutchinson'a tylko w 10% przyp. keratitis parenchymatosa, Hochsinger nie spostrzegł ich u kilkudziesięciu dzieci syfilitycznych ze stałymi zębami, co, zdaniem Neumana, objaśnić można wpływem wczesnego leczenia. Autor sam spostrzegł zęby Hutchinson'a w swej poliklinice w ciągu ostatnich 2 lat tylko 5 razy na 14 dzieci dziedzicznie syfilitycznych ze stałymi zębami. Czy zęby Hutchinson'a mogą się zdarzać u nie syfilityków, autor nie rozstrzyga z pewnością. W klinikach ocznych widział autor 25 przyp. zębów Hutchinson'a, z których w 14 syfilis u dzieci lub u rodziców był dowiedziony, w 11 nie można było przeprowadzić badań w tym kierunku z powodów postronnych.

Hutchinson sam wyrażał się, że opisane przez niego zęby „prawie na pewno” wskazują na syfilis.

Cechy charakterystyczne zębów Hutchinson'a występują najjaskrawiej na 11. Wszystkie siekacze normalne, jak wiadomo, póki się nie zetrą, zaraz po wyrznięciu, mają na siecznym kancie trzy małe ząbeczki, co jest niejako śladem tego, że ząb sieczny powstał ze złączenia trzech mniejszych zębów. Zęby Hutchinson'owskie mają wygląd zupełnie inny. Wyglądają one tak, jakby powstały ze złączenia dwu tylko zębów, gdyż zamiast trzech ząbeczków, mają na powierzchni siecznej w samym środku półokrągłe wycięcie, od którego, w kierunku ku dziąsłu, idzie płytki rowek,

*) Keratitis parenchymatosa = mniej z waz zapalenie rogówki, zdarzające się u osobników, dotkniętych syfilisem wrodzonym. (Przyp. spraw)

dzielący ząb jakby na 2 połowy. Oprócz powyższego zagłębienia, boczne brzegi zębów Hutchinson'a idą niejako zbieżnie do siecznego kantu (ząb jest szerszy przy podstawie) a kąty ich przy zbiegu brzegów bocznych z kantem siecznym są więcej, niż w normalnych zębach, zaokrąglone. Zmiany te nie zawsze jednak bywają tak jaskrawe. Czasem środkowego rowka na przedniej powierzchni nie ma, a znajdują się tylko ślady tegoż, w postaci płytkich zagłębień. Jak wspomnieliśmy powyżej, Hutchinson'owskie zmiany dają się spostrzec na 1^1 , w bardzo rzadkich przypadkach także i na 2^1 . Oprócz tego jednak pewnym zmianom, acz mniej charakterystycznym podlegają również inne zęby, jako to $11, 1, 2, C$ i M . Siekacze bywają mniejsze, formy szczyra lub kołka, trzonowe, obok zmniejszenia wymiarów, mają guziki słabo rozwinięte. C wyróżniają się swoistym spiczastym guzikiem na środku. Hutchinson'owskim zmianom zębów towarzyszą często pewne zmiany w położeniu, jako to: środkowy przedział pomiędzy 1^1 jest szerszy, niż normalny, tak samo szersze, niż normalne, są przedziały pomiędzy dolnymi siekaczami. Spostrzega się także i zmianę pozycji, mianowicie skrócenie wzdluż osi.

Zmiany opisane powyżej różnią się od wygryzów tem, że mamy tu właściwie nie brak substancji, nie nieprawidłowość w budowie szkliva, a wprost anomalię formy. Od różniczenia zębów Hutchinson'a od wygryzów utrudnia niejednokrotnie to, że obie te nieprawidłowości mogą występować równocześnie. Erozya z formą Hutchinson'a może się kombinować tak, że część wygryziona oddziela się od prawidłowej nie prostą linią poziomą, a półokrągłą (półksiężycowatą), lub też sieczny kant ma charakterystyczny wygląd Hutchinson'owski, powyżej zaś znajdujemy szereg kropkowatych erozji, uszeregowanych jednak nie w prosty, poziomy rząd, a w linię łukowatą.

Zmiany Hutchinson'owskie wybitnie występują tylko na zębach świeżo wyrosłych, później starcie cechy charakterystyczne zaciera, tembardziej, że zęby Hutchinson'owskie w ogóle prędko ulegają ścieraniu. Wtedy 1^1 , a nawet dolne siekacze, wyróżniają się od swych sąsiadów tylko krótkością.

Dotychezas Hutchinson'owskie zmiany opisywano tylko na zębach stałych. Neumann widział je w jednym przypadku i na mlecznych.

3. Wrodzony brak szkliva.

Zakończając wykład o wrodzonych nieprawidłowościach zębów, wspomina jeszcze Neumann o wrodzonym braku szkliva, występującym wraz z niedostatecznym sko-

stnieniem zębiny na zębach mlecznych u wynędzniałych w najwyższym stopniu dzieci. Zęby te są wtedy barwy jasno-brunatnej i bardzo miękkie. Podobny wygląd miewają i zęby, wyróżnione przed narodzeniem.

B. Choroby zębów, powstałe po wyrznięciu.

Na początku tego rozdziału autor zaznacza, że próchnica zwyczajna, przebiegająca w postaci jam (Höhlenca-ries), nie będzie przedmiotem jego studyów, a tylko pewne, specjalne formy próchnicy i inne specjalne, charakterystyczne zmiany.

1) Próchnica zębów mlecznych, rozpoczynająca się od powierzchni siecznej^{*)}

Próchnica ta rozpoczyna się w kształcie małego, brunatnego punktu na powierzchni siecznej, rozszerzając się wciąż na tę powierzchnię, zarówno jak i na powierzchnię przednią. Ubytek zawsze pozostaje płytkim, a kształt jego podobny jest do ubytku, jaki moglibyśmy wypilować pilnikiem, zaaplikowanym na powierzchnię sieczną, skośnie do przedniej. Z biegiem czasu części zęba, wskutek czego powstaje ubytek nieco półksiężycowaty, z wypukłością zwróconą do dziąsła. Pozostałe po bokach zęba części zdrowsze, obłamują się również z czasem, zwłaszcza o ile nie są wsparte przez ząb sąsiedni. Po obłamaniu części bocznych, traci ta odmiana próchnicy swój wygląd swoisty. Próchnica tej odmiany najwcześniej spostrzegać się daje na dolnych siekaczach, później na górnych, gdzie przebiega prędkiej. W razie zupełnego już zniszczenia siekaczy górnych, dolne siekacze mogą jeszcze pozostawać w stanie względnie niezłym.

Próchnicy wyżej opisanej spostrzegał autor 32 przyp., z tych 7 już w drugiej połowie pierwszego roku życia, 11 w 2 roku, pozostałe w wieku późniejszym (między 3—8 r.).

Z krzywicą ta odmiana próchnicy nie ma nic wspólnego, prawdopodobnym jest związek jej z dziedzicznym syfilisem, co zauważył już Blaschko. Wprawdzie z 32 przyp. autor tylko w 4 skomstatował objawy syfilisu, jednakże z pozostałych 28, szesnaście było takich, w których można było przypuszczać syfilis utajony (szczegóły w oryginale).

2) Zaburwienie i opasująca próchnica zębów mlecznych:

Na zębach mlecznych, zaraz lub w pewnym czasie po wyrznięciu do pewnej wysokości, pojawia się tuż przy dzią-

*) Autor stale zamiast wyrażenia „sieczny kant” lub „sieczny brzeg” (Schneidekant), używa wyrażenia „powierzchnia sieczna” (Schneidefläche). (Przyp. spraw.).

sie brudnawe lub zielonkawe zabarwienie, bez jasnej granicy w kierunku do powierzchni siecznej. Po pewnym czasie na odcinku zabarwionym pojawiają się oznaki próchnicy, najprzód szkliwa, później i zębiny. Rozszerzająca się w głąb próchnica, jednocześnie rozszerza się i na boki, tak, że po pewnym czasie, ząb cały niejako opasuje.

Z biegiem czasu, ponieważ ząb stopniowo wyrasta (wysuwa się z dziąsła), miejsce, zajęte pierwotnie przez próchnicę, znajduje się już w pewnym oddaleniu od brzegu dziąsła, przy którym się rozpoczęło. Wtedy ubytek próchnicowy przedstawia się jako rynienka, ze stromym, ostrym brzegiem od strony, zwróconej ku dziąsłu, bez wyraźnych zaś granic w kierunku do powierzchni siecznej. W kierunku ku ostatniej pewien odcinek zęba może pozostać zupełnie zdrowym; zdrowy odcinek może być wyższy lub niższy, stosownie do tego, czy próchnica pojawiła się w tej chwili po wyrżnięciu, czy też dopiero po pewnym czasie. W razie pierwszym, t. j. w razie pojawienia się próchnicy bezpośrednio po wyrżnięciu, części zdrowej przy powierzchni siecznej może nawet wcale nie być.

Prędzej lub później, stosownie do postępu próchnicy w głąb, ząb w miejscu spróchniałem łamie się poprzecznie, pozostały zaś pień nie charakterystycznego nie okazuje.

Ten rodzaj próchnicy najczęściej spostrzega się na górnych siekaczach, rzadziej na górnych trzonowych i kłach; zwykle bywa symetrycznym, to jest ogarnia jednocześnie zęby obu połów szczęk. Na zębach dolnych spostrzega się bardzo rzadko i to tylko na siekaczach.

Przypadków zabarwienia spostrzegał autor 33, opasującej próchnicy 103 przypadki w poliklinice, 27 na trupach, najczęściej u dzieci w wieku lat 1 do 3 włącznie.

Co do przyczyn tego rodzaju próchnicy, to na zasadzie swej statystyki, autor syfilis stanowczo wyklucza, również jak i krzywicę. Natomiast niewątpliwym jest, zdaniem autora, związek tego rodzaju próchnicy z gruźlicą. Z 33 przypadków zabarwienia szkliwa, w 22 były objawy gruźlicy, ze 103 poliklinicznych przypadków opasującej próchnicy, w 63 było obciążenie dziedziczne i oznaki gruźlicy (w 34 przyp. w postaci powiększenia gruczołów chłonnych na szyi), w pozostałych, choć nie było na razie objawów gruźlicy, to jednakże w wielu można było przypuszczać na zasadzie wywiadów gruźlicę ukrytą (dziedziczność, gruźlica braci lub siostr); w wielu dalsza obserwacja przypuszczenie gruźlicy potwierdziła.

3) Z a b a r w i e n i e z ę b ó w s t a ł y c h.

Objaw zupełnie taki sam, jaki poprzednio na zębach mlecznych był opisany. Spostrzegał go autor u 44 pacyen-

tów (30 dziewcząt, 14 chłopców). W 40 były objawy gruźlicy, w 4 inne choroby ¹⁾.

Kończąc niniejszy referat, zaznaczyć musimy, że autor w etyologii pewnych odmian próchnicy zębów zupełnie odrębnie zajmuje stanowisko. Próchnica zębów, według powszechnie przyjętych poglądów, jest skutkiem przyczyn miejscowych; choroby ogólne na powstawanie i przebieg próchnicy, według ogólnie przyjętych poglądów, wpływają o tyle, o ile pogarszają miejscowe warunki. Z tego to powodu praca autora jest wysoce interesująca, a potwierdzenie jego spostrzeżeń byłoby bardzo pożądanem.

Dz.

Wiadomości pomniejsze.

25. **Przypadek śmiertelnego krwotoku z zębodołu i dziąseł** opisuje d-r Muehl-Kuehner. Pacjent chciał sobie sam wyrwać chwytając się lewy pierwszy trzonowy górny, przyczem wystąpił silny krwotok. Gdy środki domowe nie pomogły, zwrócił się pacjent do lekarza domowego, który, nie mogąc sobie dać rady z krwotokiem, przyprowadził chorego do autora. Ząb usunięto, zębodoł przypalono galwanokanterem, pacjent mógł udać się domu. Po 2 godzinach krwotok wystąpił na nowo, przyczem zaczęło krwawić i dziąsło około zęba sąsiedniego. Leki, stosowane dalej przez kilku przywołanych lekarzy, nie pomagały. Nie pomogła również trzy razy stosowana transfuzya fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Po 8-iu dniach pacjent zmarł wskutek braku krwi. Chory pochodził z rodziny krwawców. (*Muenchener med. Wochenschrift*. 31. 1897).

Dz.

26. **Przypadek śmierci podczas usypiania chloroformem** zdarzył się w praktyce d-ra Pringle (w Jedburgu; w Szkocyi) u 10 letniego chłopca po usunięciu 3 zębów; śmierć nastąpiła z powodu porażenia serca. Chłopiec ten był już poprzednio raz chloroformowany w celu usunięcia 8 zębów i wtedy zniósł usypianie bardzo dobrze.

(*Coresp. Blatt für Zahnärzte* 1, v. 1897). Kr.

27. **Przy bólach po wyjęciu zębów** Sjoberg (Sztokholm) zaleca 3-5% roztwór karbolu; ogrzany płyn wstrzy-

¹⁾ Autor nie odgranicza ściśle gruźlicy (tuberkulozy) od zolizów (skrofulów). Wiele przypadków oznacza mianem *scrophulo-tuberculosis*.

kiwać należy w jamę zębodołu. Jeżeli bóle nie ustają, należy wpuścić kilka kropel nierozcieńczonego karbolu w jamę zębodołu, zostawić na parę minut, a potem usunąć zapomocą bibuły. Uważać należy, aby nie poparzyć przy tem miękkich części. W tym samym celu poleca jeszcze Sjoberg mieszaniwą chloroformu i nalewki akonitowej (t-ra aconiti). (*Corresp. Blatt. f. Zahn. N. 1, r. 1897.* Kr.

28. **Lapis przy trudnem ząbkowaniu** poleca dentysta francuzki **Franki Moulin**. Objawy ogólne, jako to gorączka, zaburzenia żołądkowe, bezsenność, nadmierna pobudliwość etc, zdaniem F. M. są w zależności od spraw zapalnych, jakie mają miejsce na dziąśle, w miejscu mającego się wyrznąć lub wyrzynającego się zęba. Po 3—4 krotnem posmarowaniu lapisem, w ciągu jednego dnia miejscowe objawy zapalne, nawet rozległe, znikają, co najmniej zaś, występuje wielkie polepszenie. Do smarowania używa F. M. paleczki lapisowej lub też do rąznego roztworu lapisu, który przygotowuje w sposób bardzo prosty: tamponik z waty macza w wodzie i wyżyma; wilgotny ten tamponik bierze w szczypczyki i pociąga kilkakrotnie po lapisowej paleczce. Przy trudnem wyrzynaniu się zęba mądrości u dorosłych lapis również daje F. Moulin'owi dobre wyniki. W przypadkach takich wprowadza F. M. tamponik z roztworem lapisowym pod pokrywającą ząb czapeczkę.

(*L'Odontologie Nr. 10, r. 1897.*)

Dz.

29. **A. Woodward** opisuje **przypadek śmierci wskutek połknięcia sztucznych zębów**. 24-letnia pacjentka połknęła aparat z jednym zębem. Wkrótce potem wystąpiły bóle w okolicy dolnego końca mostka. Zgłębnikiem przelykowym można było wyczuć ciało obce. Po sondowaniu pacjentka czuła się lepiej, co dawało do myślenia, że ciało obce zostało przesunięte do żołądka; pomimo polepszenia było jednak wciąż uczucie dławienia przy polykaniu, zwłaszcza większych kęsów. Na operację pacjentka się nie zgodziła; śmierć nastąpiła w 8 miesięcy po połknięciu aparatu; przed śmiercią pojawiły się kilkakrotnie krwawe wymioty. Oględziny pośmiertne wykazały, że ciało obce siedziało wciąż w przelyku na 4 ctm. poniżej chrząstki obrączkowej. Ząb sztuczny tkwił w owrzodzeniu po prawej stronie przelyku, po lewej zaś stronie brzeg płatki wywołał głębokie owrzodzenie, drążące do samego światła aorty.

(*Journ. of Brit. Assor. 1. 1897, ref. w D M. f. Z. r. 1897.*)

Dz.

30. **Dr. Göde** zebrał z literatury lekarskiej 39 przypadków, w których dokonywano **przecięcia przelyku z powodu uwięźniętych w nim połkniętych sztucznych zębów.**

Do tych 39 przypadków dodaje dr. Göde 2, spostrzeżane przez siebie. W obu przypadkach połknięcie zębów nastąpiło podczas snu. Próby wyjęcia przez usta zawiodły. Zęby usunięto dopiero po przecięciu przelyku. Jeden z pacjentów zmarł, jeden wyzdrowiał.

(*C. f. Chirurgie N. 13. 1897.*)

Dz.

31. **Dr. Binder**, zdając sprawę z **40 przypadków raka języka**, leczonych pomiędzy r. 1884 i 1895 w klinice Krönleina, zaznacza, że u chorych operowanych życie trwało średnio o 5 miesięcy dłużej, niż u nieoperowanych; tylko u 8 operowanych (24,2%) otrzymano trwale wyleczenie, t. j. brak nawrotu choroby. Czas obserwacji pacjentów w ostatnich przypadkach trwał od 1½ r. do 12½ lat.

(*Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.*)

Dz.

32. **Rezorcynę jako środek miejscowo znieczulający** przy bolesnych **owrzodzeniach** wszelkiego pochodzenia na języku, wargach i błonie śluzowej jamy ustnej poleca dr. E. Vialle w *Revue odontologique* (Octobre 1896). Pędzlować należy owrzodzenia kilka razy dziennie wodnym roztworem 10%. Możliwe jest wessanie środka do krwi i stąd ciemne zabarwienie moczu. Należy wtedy koncentrację roztworu zmniejszyć.

(*Oest. Ung. Vierteljahrschrift, Z. III. 1897.*)

Dz.

33. **D Argent**, prof. paryskiej Szkoły Dent., zastanawiając się nad przyczyną **niestałości działania chloretylu** i innych środków zamrażających, przychodzi do następujących wniosków: Pierwszą przyczyną niestałości działania jest w y w i e t r z e n i e preparatu, na skutek niedokładnego zatkania w nowych, używanych obecnie do tego celu naczyniach. Dawniej, gdy chloretyl sprzedawany był tylko w rurkach zatopionych, działanie jego było więcej równomierne. Nie chcąc obwiniać fabrykantów o nieczystość preparatu, należy przypuszczać, że przy zatanku niedostatecznym zachodzą w chloretylu zapewne zmiany chemiczne: ulatniają się produkty więcej lotne, pozostają mniej lotne, te zaś działają słabiej. Drugą przyczyną niestałości działania chloretylu, korylu i t. p., jest niejednakowa ciepłota otaczająca. W pokoju bywa raz cieplej, raz zimniej; jedni operatorzy mają zwykle ręce ciepłe, drudzy zimne. Ciepłota otaczająca nie może być bez wpływu na działanie środków zamrażających. Działają one w ten sposób, że parując z oblanej powierzchni, pochłaniają jej

ciepło. Im większa będzie ciepłota stosowanego środka, tem prędzej będzie on parował i tem prędzej zamrozi tkanki, na które jest stosowany. Co do chloretyle, to d'Argent określił, że najprędzej on zamroza, jeżeli nagrzać go przedtem mniej więcej do 55° stopni C. Przy tej cieplocie prężność pary chloretyle jest tak wielką, że może rozsądzić szklane naczynie; wobec tego d'Argent radzi stosować chloretyle w naczyniach metalowych (éthyleur'ach); przed użyciem étyleur należy pomieścić w t. zw. éthyleuse. Jest to, że tak powiemy, pochwa lub zbiornik formy kanciastej, w którego wylot wkrębowuje się wylot éthyleur'a, dno zaś również zaokrębowuje się hermetycznie. Po pomieszczeniu éthyleura w éthyleuzie, nalewa się w ostatnią wodę, ogrzaną do 60° Celsjusza. Aparat utrzymuje pożądaną ciepłotę w ciągu kilku, idących po sobie, ekstrakcyi. Dla korytu zbudował d'Argent odpowiednią corylouse; koryt wymaga temperatury 25° C.

L'Odontologie Nr. 18, 1897.

(Sprawozdawca zauważył, że chloretyle działa pewnie i prędzej, jeżeli on stosować ręką poprzednio rozgrzaną, np. przez tarcie lub nad lampą. Nie jest to, naturalnie, tak pewne, jak éthyleuse'a, ale w braku ostatniej — dobre i to. Jeżeli przy użyciu nie można trzymać naczynia całą ręką, to należy przedtem nagrzać chloretyle przez trzymanie w ciepłej ręce).

Dz.

34. Dr. Adolf Müller „licznik za zube i usta” w Zagrzebiu w przypadkach złamania zuchwy radzi stosować odpowiednio sporządzoną protezę, t. zw. szynę międzyczębową, z wulkanizowanego kauczuku. Sposób ten, zdaniem autora, pod wielu względami przewyższa sposoby podane przez Lauensteina i Hansy'ego (patrz Prz. Dent. 1898 r., str. 26), które oprócz tego, że wymagają pewnych specjalnych warunków, jak np. obecności mocnych zębów po obu stronach złamania, mogą sprzyjać zanieczyszczeniu rany, kaleczeniu warg i języka przez drut spajający, częstokroć narażają chorego na pobyt w szpitalu pod ustawicznym nadzorem lekarzy i t. p.

Wszelkie powyższe niedogodności wykluczają leczenie złamania zuchwy za pomocą protezy kanczakowej. Chory wtedy swobodnie przeżuwać może jedzenie, albowiem proteza jest gładka i w ustach wygodnie się mieści. Obawa infekcyi nie zagraża, skoro się jąmę ustną utrzymuje w należytej czystości; zęby mogą być zwichnięte, a nawet świecić nieobecnością. Chory może zajmować się zwykłymi swojemi zatrudnieniami i w wypadkach, kiedy oprócz złamania innych powikłań niema, nie potrzebuje napróżno pozostawać w szpitalu. Aparat posiada należyty wytrzymałość, nie ma

zatem i obawy aby się złamał w ustach. Rana pod protezę zagaja się spokojnie, gdyż pokarmy do niej nie dochodzą; zęby obruszane zawsze na nowo się umacniają.

Protezę przygotowuje się podobnie jak kołpak (kap-sla) ortodontyczny (regulacyjny). Przed zdjęciem odcisku należy jamę ustną dokładnie wypłukać i zdezynfekować, a następnie odlamki szczęki ustawić w należytej pozycyi. Tak ustawione odlamki asystent podtrzymuje z pomocą tę-pych haków, podczas gdy operator nakłada łyżkę z masą odciskową. Po wgnieceniu masy i usunięciu podtrzymują-cych odlamki haczyków, należy przed ostatecznem jej stwar-dnieniem, jeszcze raz sprawdzić, czy odlamki nie zmieniły prawidłowego swego położenia.

Po nałożeniu aparat pozostawia się na miejscu w cią-gu miesiąca, chory zaś powinien kilkakrotnie przez dzień przepłukiwać usta płynem antyseptycznym. Po upływie tego czasu z łatwością zdejmujemy protezę, pod którą na-stąpiło już całkowite zagojenie i dziąsła znajdujemy w stanie zupełnie normalnym.

W przypadkach, kiedy złamanie żuchwy powikłane jest brakiem zębów, w celu przytrzymywania protezę Müller stosuje aparat prof. Bleichsteimera z Grazu. Aparat ten przyciska protezę do żuchwy przy pomocy dwóch haczyków, które, na podobieństwo fajkowych mundsztuków, wchodzi w usta z prawej i lewej strony brody. Mundsztu-ki owe łączą się z podstawą aparatu, umocowanego na bro-dzie, a przytwierdzonego do opaski na głowie i dowolnie regulowanemi być mogą.

D-r Müller demonstrował w d. 25 listopada r. z. na zebraniu „Towarzystwa lekarzy królestwa Krocacji i Sla-wonii“ leczonych tym systemem dwóch chorych, jednego w wieku lat 7, a drugiego 16-let. Złamanie żuchwy w obu przypadkach spowodowane było kopnięciem przez konia. Wynik leczenia znakomity. Zaznaczyć wypada, że u pier-wszego chorego w czasie leczenia, pod protezę, na miejscu utraconych mlecznych siekaczy wyrosły odpowiednie zęby stałe. Położenie zębów prawidłowe (*Leecnicki wiestnik, god 1898, Br. I.*)

Jan Kunty Drac.

35. O operacyjnem leczeniu ankylozy stawu szczękó-wego pisze D-r Bilczyński w ostatnim zeszycie *Przeglądu Chirurgicznego*. Ankyloza stawu szczękowego, t. j. zupeł-ny zrost wyrostka stawowego żuchwy z jamą stawową na kości skroniowej, bywa następstwem zapalenia stawu, występującego w przebiegu chorób zakaźnych (ospa, Ty-fus, szkarlatyna), dny lub reumatyzmu, a także wsku-tek spraw zapalnych w sąsiedztwie, np. ropnego zapa-lenia w uchu i t. p. Jeżeli ankyloza występuje w mło-

dym wieku, w okresie wzrostu, to żuchwa wskutek braku ruchu, ulega niedorozwojowi, co pociąga za sobą charakterystyczny, płaski wygląd twarzy. Ankyloza jednego stawu żuchwowego może trwać nawet lata całe, niewywołując wzrostu w stawie na drugiej stronie. Operacyjne leczenie polega na wycięciu kawałka kości z wyrostka stawowego (w razie potrzeby i dziobiastego) żuchwy i na wstawieniu w uzyskany w ten sposób brak kośny platu z mięśnia skroniowego. Ostatecznie, t. j. wstawienie w uzyskany przez operację brak kośny kawałka mięśnia jest niezbędne, gdyż samo przez się wycięcie kawałka kości do celu nie prowadzi; prędzej lub później przecięte kości się zrastają i występuje nawrót cierpienia. Powyższy sposób operowania ankylozy stawu szczękowego obmyślił D-r Helferich; D-r Krajewski sposób Helfericha uzupełnił i ulepszył, co właśnie opisuje D-r Bilezyński. Dawniejszy sposób postępowania, polegający na przecięciu ciała żuchwy przed przyczepem mięśnia żwacza, powinien być zarzucony, gdyż sposób ten usuwa żuchwę zupełnie z pod wpływu mięśni po stronie operowanej, co powoduje zaburzenia w artykulacji, czego przy sposobie Helfericha nie ma. Ponieważ sposób Helfericha i Krajewskiego jest dość trudny do wykonania, to dla chirurgów mniej wprawnych poleca D-r Bilezyński sposób Wiliama Bennett'a, polegający na wycięciu klina z kości na granicy pomiędzy wstępującą i poziomą częścią żuchwy.

Do artykułu dołączone są rysunki, przedstawiające chorobę, operowaną przez D-ra Krajewskiego, przed i po operacji. Z rysunków widać przedewszystkiem doskonały wynik operacji co do otwierania ust, następnie zaś brak wszelkiego zeszcpecenia twarzy, które zdawałoby się niemiuniknem przy sposobie Helfericha-Krajewskiego, a to ze względu na niezbędne przy tym sposobie operowania wycięcie kawałka łuku licowego.

Przegl. Chirurg. T. III. Zesz. 4. Dz.

36. Ortoform. D-rzy **A. Einhorn** i **R. Heinz** w Monachowie (Monachium) odkryli **nowy środek, działający miejscowo znieczulająco**, który nazwali **ortoformem**. Jest to metylowy eter kwasu amidooksybędzwinowego. Nad kokainą ortoform ma tę wyższość, że wcale nie jest trującym, następnie jeszcze tę, że będąc mało rozpuszczalnym, wchłania się bardzo powolnie, wskutek czego znieczulenie, przezeń wywołane, trwa bardzo długo. Oprócz tego ortoform ma własność **zmniejszania wydzielin** i wybitne działanie **przeciwniepalne**. Ortoform przedstawia się w postaci białego, krystalicznego proszku, bez smaku i zapachu; w wodzie rozpuszcza się ortoform mało i powoli, ale akurat tyle, ile potrzeba dla okazania działania. Zastosowany na błony

śluzowe w postaci proszku lub maści ortoform wywołuje w przeciągu kilku minut znieczulenie, które dalej powoli się powiększa. Przekonać się o tem można, rozsmarowując ortoform na języku. Działanie znieczulające występuje również po zastosowaniu ortoformu na rany lub bolesne owrzodzenia. Przez skórę ortoform nie działa, zatem stosowany być może tylko na błony śluzowe lub przy naruszeniu ciągłości skóry. Przy pęknięciach naskórka warg, brodawek piersiowych, owrzodzeniach języka, krtani itd. ortoform może oddawać wielkie usługi. Przyjęty po wewnątrz ortoform łagodzi bóle, zależne od raka lub okrągłego wrzodu żołądka. Przy chronicznym katarze żołądka nie jest skuteczny. W połączeniu z kwasem solnym daje ortoform sól, łatwą w wodzie rozpuszczalną; nie może jednak być w tej postaci używany jako środek znieczulający do wstrzykiwań podskórnych lub śródścięślowych, ponieważ bardzo silnie drażni. Może być jednak używany do wstrzykiwań w cewkę przy rzerzączce (tryprze); wstrzykiwania ortoformu w ostatnim przypadku wywołują znieczulenie i zmniejszenie wydzieliny.

Ponieważ ortoform nie działa trująco (co sprawdzono na zwierzętach), to można go używać w ilości dowolnej. Pewien chory z rakiem twarzy zużył przez tydzień 50 gramów ortoformu bez najmniejszych złych skutków.

(*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 34, r. 1897).

37. **Dr. Boisseau** stosował już ortoform w **dentystyce**, jako domieszkę do arseniku przy zatrąwianiu miazgi, następnie przy **bole** w zębodole, po wyrwaniu zęba. Ze skutków jest dr. B. zadowolony, objawów otrucia nie spostrzegął.

(*Gazette Hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 23. I. 1895. Dz.)

38. **Ubytki, powikłane nad czułością zębiny** radzi **Lang** wypełnić na dni kilka gutaperką, do której domiesza no krystalicznego gwajakolu.

Recepta Langa brzmi:

Czystej gutaperki	3 gramy
Gwajakolu w kryształkach	3 „
Tlenku cynku (<i>Zinci oxydati</i>).	2 gramy.

Najprzód rozciera się cynk z ogrzaną gutaperką, potem dodaje się gwajakolu. Po ponownem wymieszanu walcuje się otrzymany preparat na szklanej płytce; gutaperkę z gwajakolem należy przechowywać w naczyniach dobrze zakorkowanych.

Po założeniu gutaperki gwajakolowej w ubytek próchnicowy, należy pokrywać ją z wierzchu zwykłą gutaperką do plombowania (Hill'a, Gilbert'a lub inną).

(*Revue trimestr. Suisse d'odontologie. Zesz. I. 1896*).

Dz.

39. Do plombowania kanałów poleca Lang następujące kombinacje gutaperki:

	Gutaperki	3,00		
	Jodoformu	1,50		
	Tlenku cynku	2,00		
Gutaperki	3,00	Gutaperki	3,00	
Tlenku Cynku	1,50	Tlenku cynku	3,00	
Eukalyptolu	1,00	Olejku Cynamonowego	2,00	

(*R. tr. Suisse d'Odont. I. 1897*).

Dz.

40. Gutaperka, zwilżona w oleju kajuputowym, przylepia się dobrze do ubytków, które trudno zabezpieczyć od dostępu śliny. Kawałek gutaperki, zmoczony w oleju kajuputowym, można przylepić nawet do niaszklanki, napełnionej wodą (Experiment D-ra Koop'a).

(*R. trim. Suisse d'Odont. I. 1897*).

Dz.

Kronika i sprawy zawodowe.

▽ **Okólnik** Urząd lekarski m. Warszawy rozesłał pod datą 7 stycznia r. b. za Nr. 116 okólnik treści następującej:

Ministerjum Spraw Wewnętrznych instrukcją z dnia 7/XII r. z. zawiadomiło Urząd Lekarski, iż jeden z Oddziałów Lekarskich podniósł kwestyą, azali możliwem jest dozwolenie stosowania w praktyce dentystycznej pozłacanych sprężyn i trzymadeł, prowadzanych z głównego składu Geo Poulsona w Hamburgu oraz od firmy londyńskiej C. Ash i Synów.

Rozpatrzywszy sprawę, Dep. Med. znalazł, iż wzmiankowane sprężyny i trzymadła wyrabiają się z następujących metali i kompozyty: 1) złota 64-ej próby, 2) złota 52^o/₁₀₀, 3) platyny, 4) kompozyty platynowej, 5) srebra pozłacanego, 6) pozłacanego brązu glinowego, (aluminiumowego) 7) metalu Victoria, 8) niklu, 9) miedzi pozłacanej i 10) pozłacanej kompozyty.

Z wymienionych materiałów zaledwie niektóre można pozyskiwać za obojętne, większość zaś pod wpływem cieczy jamy ustnej wytwarza rozpuszczalne sole trujące, a mianowicie: a) złoto 52^o/₁₀₀ w ustach zawsze w krótkim czasie pokrywa się grubą warstwą czarnego osadu, a niekiedy nawet zielonowemi centkami i stosowa-

nie tegoż, chociażby tylko na sprężyny i trzymadła, bodaj czy zgadza się z higieną; *b*) srebro pozłacane, zważywszy, że pozłota szybko się ściiera, a pozostawiony bez niej metal podlega łatwo utlenianiu—nie może być dozwolonym dla stosowania go w jamie ustnej. *c*) Co się tyczy odporności metalu Victoria — będącej stopem 63,30 części miedzi, 30,30 cz. cynku, 5,57 cz. niklu, 0,69 cz. ołowiu i 0,14 cz. żelaza—to, aczkolwiek nie posiadamy odnośnych spostrzeżeń klinicznych, jednakże teoretyczne rozumowania doprowadzają raczej do wniosków ujemnych. *d*) Nikiel w stanie czystym, ze względu że łatwo zmienia się pod wpływem płynów jamy ustnej, wątpić należy czy może być stosowanym; zaołiarowana zaś w ostatnich czasach „nikelina“ nie została jeszcze zbadana; według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to stop miedzi, cynku oraz niklu, na podobieństwo nowego srebra, również nie nadaje się do stosowania w jamie ustnej. *e*) Miedź pozłacana, jak się zdaje, nie różni się od kompozycji pozłacanej; sądząc z taniości tej ostatniej, jak również z tego, że wytwórcy nie uznali za możliwe nadać jej jakiegokolwiek nazwy odróżniającej, a pochodzącej od jakiego drogiego metalu, o ile by takowy w skład kompozycji wchodził—należy przypuszczać, że kompozycja ta jest stopem miedzi z cynkiem lub cyną, w rodzaju mosiądzu i, bez wątpienia, nie powinna być pod żadnym warunkiem stosowaną w jamie ustnej.

Pozłacanie lichych kompozycji, jak to jest w zwyczaj, nie unicestwia ich szkodliwych własności, ponieważ pozłota nadzwyczaj prędko schodzi, a nadając błask powierzchowny, w warunkach możliwości oddania taniego materiału za złoto. O czem, stosownie do uchwały Rady Medycznej, zgodnie z dziennikiem Nr. 495, zatwierdzonym przez p. Towarzysza Min. Spr. Wew. w dniu 31 października r. z., Urząd Lekarski m. Warszawy, na zasadzie uwagi do art. 103 Ust. Lek. (zb. praw. wyd. 1892 s. I XIII) zawiadania, oraz prosi osoby interesowane o zaprzestanie stosowania w praktyce dentystycznej sprężyn i trzymadeł, wyrabianych z powyżej rozpatrzonych metali i stopów.

△ **Kasa zaliczkowo-wkładowa.** Projekt, z jakim wystąpił dr. J. Zawadzki w Nr-ze 4 „Kroniki Lekarskiej“ z r. b. jest faktem tak doniosłego dla osób pracujących w Warszawie na polu lecznictwa znaczenia, iż uważamy sobie za szczególny obowiązek zatrzymać na nim dłużej uwagę naszych czytelników. Pozwalamy sobie przytoczyć tu w całości odezwę Sz. projektodawcy.

Coraz cięższe warunki w wyjątkowych tylko wypadkach pozwalają lekarzowi na zabezpieczenie bytu swego na starość lub rodziny w razie śmierci. Dawniej przysłowie *Galenus dat opus* może miało rację bytu — dziś ma się zupełnie inaczej: lekarz przeciętny jest zupełnie zadolowany, jeśli zdoła o tyle o ile związać koniec z końcem, o odłożeniu choćby kilku tysięcy rubli na chwilę choroby lub śmierci nie może być mowy. Przykładów szukać daleko nie trzeba, wazyscy wiemy dokładnie, jak często wdowy po lekarzach, cieszących się dużą praktyką, zmuszone są kolatać do kasy wsparcia, jak często lekarz zapadłszy na

cieżką chorobę, musi odmawiać sobie pierwszych potrzeb... Czyżby temu zaradzić nie można?

Myślano o tem niejednokrotnie, wynikiem usiłowań w tym wzglę-
dzie była kasa wsparcia przy Towarzystwie lekarskiem, oparta jednak
na zasadzie filantropii, a nie interesu, nie odpowiada rzeczywistym po-
trebom.

Wzmiankowana kasa, jak już tytuł dowodzi, nosi cechę filantropii,
a nie samopomocy, a już przez to samo nie może odpowiedzieć wyma-
ganiom współczesnym, ani rozwijać się w dostatecznej mierze. Aby uzy-
skać zapomogę trzeba być podobnym lekarzem, a tytułu tego oba-
wiają się słusznie wszyscy. Lekarz w krytycznem położeniu raczej
ucieknie się do lichwiarza, z samowiedzą nawet gotującej się ruiny, niż
wyciągnie rękę do instytucji, która na filantropii, a nie wzajemności
był swój opiera. Gdy się na to zdecyduje, musi zrzec się wszelkich aspi-
racji, wyczerpać wszelkie środki.

A i pomoc ta z konieczności musi być ograniczona, gdyż fundu-
sze instytucji są zbyt szczupłe, by mogły dać lekarzowi utrzymanie
całkowite.

Tymczasem nie lękamy się, znaczna liczba lekarzy czy wskutek
nieszczęść czy z własnej winy, znajduje się niejednokrotnie w potrzebie
i zmuszona jest szukać nader drogiego kredytu.

Tyle o samych lekarzach, a wdowy i sieroty czyż w większości
wypadków możemy zabezpieczyć im byt, czy lekarz, który skutkiem
swych zajęć, wyczerpującej pracy i wiecznej obawy przed jutrem żyje
względnie krótko, może zabezpieczyć im byt znośny. Na pytanie to od-
powiedź nietrudna — w większości wypadków nie. Nie będąc wchodząc
w przyczynę, zbyt bowiem daleko odszedł bym od przedmiotu, faktem
jest, iż przeciętny lekarz żyje zbyt krótko i zbyt późno się żeni, by mógł
zadosty nie tylko obowiązkowi ojca rodziny.

Znaczna część lekarzy, widząc te smutne fakty, ubezpiecza się
na życie. Nie ma to być rzeczą wchodzić w rozbiór dogodności lub nie-
dogodności tej operacji finansowej. Często korzyści są wielkie, bardzo
często znośne po kilku latach, kiedy wydatki wzrastają nierównomiernie
do dochodów, lekarz zmuszony jest zaprzestać płacić składki, traci wte-
dy procenty i część kapitału. A czy wobec niepewności naszych zarob-
ków można przewidzieć kiedy ta chwila nastąpi i jak wielką stratę przez
tę operację finansową ponosimy.

Nie od dziś już jest dowiedzioną rzeczą, że pod tym względem
o wiele lepsze są kasy zaliczkowo-wkładowe.

Pewność odbioru złożonego kapitału, stopniowo wzrastanie ma-
jątku, pewność otrzymania pożyczki (a nie zapomogi) w każdej
chwili, niewątpliwie przemawiają za tą formą zbierania „groza na „czar-
ną godzinę“.

Najlepiej sprawę tę wyjaśnić na przykładzie: przypuścimy że le-
karz zostaje członkiem kasy w 25 roku życia; licząc że może wypłacać
składki do 50 roku życia czyli przez lat 25 i przypuszczając miernie
obroty kasy, możemy liczyć iż dawać będzie dywidendy 5%, otrzymamy
następujący kapitał po latach 25:

Przy składce rocznej	Kapitał wraz z 50% po latach 25 wyniesie
Rs.	Rs.
12	572,72
36	1718,16
60	2843,60
100	4772,71
200	9545,42
209,5	10,000

Czyli że po latach 25 można otrzymać przy stosunkowo niewielkiej składce rocznej dość pokaźny kapitał. Kapitał ten wzrosło prędzej jeśli dywidenda będzie nie 5%, a 6%, 7%.

Zobaczmy teraz ile w końcu każdego roku uczestnik kasy może wziąć pożyczki bez poręczenia, do wysokości swego wkładu i z poręczeniem, do wysokości wkładu poręczycieli. Przy tego rodzaju manipulacji, kasa nigdy nie będzie narażoną na straty i koszty egzekucyi.

Przypuśćmy, iż uczestnik składa tylko 60 ra. rocznie i że dywidenda wynosi 5%. Wtedy wysokość maksymalna pożyczki wyniesie:

	bez poręczenia	z 2-ma poręczycielami
w końcu 1 roku	60	180
„ 2 roku	123	369
„ 5 roku	331,26	993,60
„ 10 roku	764,20	2292,60

Czyli że uczestnik już po 2-eh latach otrzymać może bardzo poważną pożyczkę na dogodnych warunkach.

Wysokość pożyczki będzie większą, jeśli rzeczy będą za niego uczestnicy, posiadający wkłady większe.

Ogólny majątek kasy rosnąć będzie w tym samym stosunku.

Przypuśćmy, że będzie uczestników tylko 200 i że wszyscy płacić będą po 60 ra. rocznie, wtedy majątek kasy wyniesie, licząc z 5% dywidendy.

w 1 roku	12000
„ 2 „	22600
„ 3 „	37820
„ 5 „	66372
„ 10 „	150934
„ 25 „	572725

Przy obliczeniach tych nie biore pod uwagę wydatków, które pokrywają sumy uzyskane z nadwyżki % za pożyczki. Jeżeli np. uchwalony % będzie 5, to drugie 5%, idą na pokrycie wydatków. Gdyby np. w 2-im roku istnienia kasy uczestnicy wypożyczyli tylko połowę majątku kasy t. j. 11,300, na utrzymanie kasy wpłynęło 565 rs., suma na utrzymanie i urzędniaka zupełnie wystarczająca. W innych latach, w miarę zwiększania się operacji, można będzie bądź zniżyć stopę %, bądź też odciąć większą sumę na dywidendę.

Oto w krótkich słowach zarys finansowego stanu projektowanej kasy.

Obecnie przejdę do sformowanie projektu ustawy, opracowanej przezemnie jeszcze w początkach r. z. na podstawie ustawy sędowników warszawskich. Do ustawy wprowadziłem pewne zmiany, konieczne zo względu na jej przeznaczenie.

Luże zajęcia nie pozwoliły mi zaraz po opracowaniu ustawy na ogłoszenie projektu, dziś podaję projekt do wiadomości powazerknej kolegów, chcąc wywołać dyskusję nad tym niezmierniej doniosłości przedmiotem. Używam formy ogłoszenia w piśmie dla tego, by szeroko koło kolegów mogło wziąć udział w dyskusyi. Mam nadzieję, że czytelnicy Kroniki nie poskąpią mi swych uwag w interesie ogólnym, ponieważ jednak termin wręczenia projektu władzom do zatwierdzenia należy przyspieszyć, czas trwania dyskusyi muszę ograniczyć do 2 eh miesięcy, po tym czasie ustawa będzie ostatecznie sformułowana i podana do zatwierdzenia.

Józef Zawadzki.

Warszawa, w Lutym 1898 r.

Jak widać z powyższej odezwy i wydrukowanego w tym samym numerze Kroniki Lokarkiej projektu ustawy, z którą

radzimy zapoznać się bliżej, sz. projektodawca ma na względzie jedynie tylko lekarzy w szczupłym tego słowa znaczeniu. Jednakże, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, projekt to nadmierne doniosłego znaczenia dla wszystkich wogóle osób, zajmujących się lecznictwem w Warszawie. Nie mniej przedstawia on też, jak to widać z uwagi I tej do § 7 ustawy, pewien interes dla prowincyi. To też, zdaniem naszym, projekt ten o wiele by zyskał przez odpowiednie rozszerzenie działalności Kasy, a mianowicie, gdyby z dobrodziejstw jej korzystać mogli i ci jeszcze z poświęcających się lecznictwu, którzy jak np. dentyści i weterynarze, dotąd nie posiadają własnych instytucyi kredytowych. Możliwość powiększenia liczby uczestników potęgowała by ekonomiczną doniosłość kasy, a jednocześnie społeczne jej znaczenie o wiele by podwyższyła. Takie jest nasze zdanie. Sądząc z kilku już odebranych od czytelników naszych w tej kwestyi listów, wnosić można, iż dentytom warszawskim, zarówno jak i prowincjonalnym, wiele by zależało na doprowadzeniu do skutku naszego projektu. Chętnie też ofiarowalibyśmy naszą interwencyę w tej sprawie, gdybyśmy wiedzieli odoosne zapatrywania większości naszych kolegów. Prosimy przeto o jaknajliczniejsze i jaknajrychlejsze wyrażenie swoich opinii wobec krótkiego już czasu, dzielącego nas od terminu, w którym projektodawca zamierza złożyć ustawę władzom do zatwierdzenia. A zatem czekamy...

△ **Zmiany.** Donoszą nam z Petersburga, iż wagę dziesiętną (na gramy) zastosowano już w nowej taksie aptekarskiej, która zacznie obowiązywać w kwietniu r. b. Początkowo używanie wagi francuzkiej obowiązującym jest tylko dla aptek szpitalnych. Co się tyczy taksy, to ceny nowych preparatów uległy zmianie. Jednocześnie Departament Medyczny przystępuje do opracowania nowego wydania farmakopei rosyjskiej.

△ **Felczerzy a dentystryka.** W numerze 46-ym „Wieku“ z r. b. czytamy:

„Wobec tylu dentystów i lecznic dentystrycznych, w których jest pobieraną niską opłata za pomoc i poradę, należałoby stanowczo zabronić felczerom wyrwania zębów i wogóle praktyki leczniczej w tym kierunku.

Uwaga ta nasuwa pod pióro z powodu smutnego wypadku, jaki spotkał Przybytniakową, mieszkankę z ulicy Zajęczej.

Ocierpiąc dotkliwy ból zęba, P. udała się do felczera Ulińskiego (Leszczyńska 16), który zdecydował wyrwanie zęba.

Operacyę tę wykonał tak pięknie, że ząb został, ale pękła szczęką.

Przybytniakowa dostała silnego krwotoku i uległa wstrząśnieniu mózgu.“

Istotnie przyznać możemy, że w Warszawie obecnie chory na zęby nie ma zupełnie potrzeby uciekać się o pomoc do felczera. Projekt wszakże „Wieku“, aby zabronić felczerom „wyrwania“

zębów, ze względu na istniejące prawodawstwo nie zdaje nam się możliwym do wykonania. Powiemy nawet więcej—projekt taki nie jest pożądany ze względu na prowincję, gdzie bardzo często chory na zęby ma możliwość wyboru tylko pomiędzy felezerem a znachorem (wzgl. kowalem). Felezer tam zawsze przynieść może pożyteczną usługę swoją działalnością. Jeden wszakże zarzut felezerom zrobić można — wielu jest między nimi „wyrzywaczy“, na palcach zaś policzyć można takich, którzy by uważali za potrzebne obznajmiać się z nowymi metodami i narzędziami, stosowanymi przy operacjach zębowych. To też zdaniem naszym w tym, a nie w innym kierunku, potrzebna by była odpowiednia reforma. Podobnie jak zalecono już felezerom wyjąławić po każdym użyciu narzędzia do strzyżenia i golenia włosów, tak należy ich jeszcze zobowiązać do wyrzuczenia się przedpotopowego lewarka. Bywa on przyczyną większości nieszczęśliwych wypadków nieudolnego wyjmowania zębów, a obok jednej pary lichych i zupełnie nieodpowiednich kleszczy, stanowi częstokroć jedne i jedyne narzędzie dentystyczne, jakim się większość felezerów posługuje — bezwzględnie we wszystkich, zdarzających się im przypadkach praktyki dentystycznej. Należy przeto zobowiązać felezerów do zaopatrzenia się w odpowiedni komplet kleszczy i niezbędnych przyrządów pomocniczych, oraz zachęcić do zaznajomienia się z ostatnimi postępami na polu dentystyki.

Co się tyczy wyżej zacytowanego przez „Wiek“ wypadku, to musimy nadmienić, że przedstawiono go w zbyt czarnych kolorach. Według łaskawie uczynionego nam przez p. Inspektora Urzędu Lekarskiego zapewnienia, w danym wypadku zaszło nie złamanie szczęki a zęba, miast zaś strząśnięcia mózgu skonstatowano tylko obciążenie traumatyczne policzka i dziąsła o przebiegu łagodnym.

△ **Elektryczność w dentystyce.** W kilku miejscowych pismach codziennych pod powyższym tytułem ukazała się wzmianka o zastosowaniu przez jednego z dentystów warszawskich elektryczności przy wykonywaniu operacji dentystycznych, jako to: oczyszczaniu zębów, przypaleniu miazgi, oświetleniu jamy ustnej i t. p. Prasa zaznacza, iż podczas gdy, zastosowanie elektryczności w dentystyce w większych miastach za granicą nastąpiło, już od dawna, w Warszawie nowość tę dopiero teraz zapowiadają. Wiadomość to niedokładna, przed 6-cią z górą bowiem laty odpowiednie aparaty elektryczne były już stosowane w naszym mieście. Stosował je początkowo dr. K., następnie dr. Dz. koł. Idź. i inni. Wobec jednak braku u nas miejskich (licznych) przewodników prądu elektrycznego (jak to ma miejsce za granicą), inowacja ta na szerszą skalę zaprowadzić się jeszcze nie daje.

Sam też aparat, służący ku celom dentystyki wiele jeszcze przedstawia braków i ciągłym podlega ulepszeniom.

— **Pomiędzy 10 a 17 kwietnia** r. b. odbędzie się w Madrycie 9 ty międzynarodowy Kongres higieny i demografii wraz z wystawą. Jednocześnie, pod patronatem Hiszpańskiego Towarzystwa Odontologicznego (Sociedad Odontologica Española), odbędzie się zjazd dentystów (Asamblea Dental). Wiadomość tę nadesłał nam dr. Florestan Aguilar, sekretarz pomienionego towarzystwa, prosząc nas jednocześnie w imieniu towarzystwa o zachęcanie polskich kolegów do przyjęcia udziału w tym zjeździe. O ile nam wiadomo, wybiera się z Warszawy do Madrytu kilku lekarzy. Blizszemi objaśnieniami możemy służyć na żądanie.

△ Ukazało się **Sprawozdanie** z pierwszego, Najwyżej zatwierdzonego wszechrosyjskiego zjazdu dentystów w Niżnym Nowogrodzie w 1896 r.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Interesowanemu. Autorem artykułu, zamieszczonego w 31 numerze St. Petersburgskiej Gazety Sądowej, a wzmiankowanego w numerze pierwszym Przeglądu z r. b. jest kol. S. Dorner.

Koledze Z. w Chicago. Za pamięć i życzenia dziękujemy. Pierwsze numery „Przeglądu“ wysłane.

Kolegom D. i S. Dział kroniki i spraw zawodowych prowadzi w „Przeglądzie“ kolega Jan Kanty Drac.

Koledze D. w M. Za uznanie i zachętę serdecznie dziękujemy. Mamy nadzieję że nie zawiedzimy pokładanych w nas nadziei.

Koledze W. w Jaśle. Przypominamy o łaskawie nam obiecanych adresach dentystów galicyjskich.

REDAKTOR I WYDAWCA B. Dzierżawski.

Дозволено Цензурою. Варшава, 10 Марта 1898 года.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa. Mazowiecka 8.

C. ASH I SYNOWIE.

Nad

zębami mineralnemi,

które są najglówniejszym działem naszej wytworczosci, wiekz pilnie pracujemy, wprowadzając cingle nowe kształty, wielkości i barwy, ażeby jaknajlepiej odpowiedzieć najwybredniejszym wymaganiom co do ścisłego imitowania zębów naturalnych, we wszystkich ich odmianach co do kształtu, koloru i wielkości.

Nasze sklady mają zawsze w zapasie wielki wybór zwyczajnych, płaskich, diatorycznych (bez kramponów) i rurkowatych zębów, które mają następujące zalety:

Naturalny kształt. Formy naszych zębów są skopiowane z zębów naturalnych i wykazują największą różnicę co do grubości, szerokości i długości.

Barwa. Wybór barw jest tak bogaty, że zaczynając od najjaśniejszych i kończąc na najciemniejszych, można zawsze wybrać z naszych zębów odpowiednie do danego przypadku.

Łatwe dopasowanie. Nasze zęby są w całości z jednolitego materiału, dla tego dają się szlifować i przecinać gdzie się chce i jak się chce, a polerują się tak, że nowa powierzchnia jest zupełnie czysta i gładka, identyczna z drugimi powierzchniami i zupełnie nie wpija w siebie wilgoci. Dowodem tego jest to, że wielu dentystów przy pomocy szlifowania i polerowania, przerabia nasze zęby z jednego w drugi. Jednem słowem, możność dopasowania naszych zębów nie ma granic; w rękach zdolnego pracownika zęby nasze mogą służyć nie tylko do zwykłych robót, ale i do inkrustacyi, do robót koronkowych, do wszelkiego rodzaju specjalnych i nadzwyczajnych przypadków.

Zbilosć naszych zębów jest nadzwyczajna. Zęby nasze nie mają żadnej porowatości, ani też pęcherzyków powietrza wewnątrz, dla tego są nadzwyczaj trwale, co jest znanem powszechnie.

Łatwość. Zęby nasze z łatwością wytrzymują wszelkie wahania ciepłoty, jakie mogą się zdarzyć przy łutowaniu, nie pękając przy tem nigdy. Na to zgadzają się wszyscy dentyści w całym świecie.