

MAJ.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

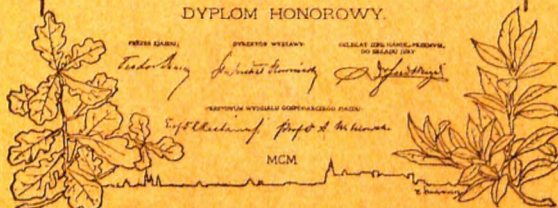
MIESIĘCZNIK POŚWIECONY CHOROBYM ZĘBÓW
i JAMY USTNEJ.



IX. ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE
NA OGÓLNEM ZEBRANIU 24 LIPCA 1900 NA PODSTAWIE UCHWAŁY
SEDZIÓW WYSTAWY PRZYRODNICZO-LEKARSKIEJ PRZYJAZŁ

REDAKCJI PRZEGLĄDU DENTYSTYCZNEGO
W WARSZAWIE

DYPLOM HONOROWY.



Warunki przedpłaty: rocznie rsr. 4; kor. 11; Mk. 8; półrocznie rsr. 2; kor. 5,50
Mk. 4; (w Warszawie wraz z odnośnieniem do domu). Z przesyłką pocztową
rocznie rsr. 5; kor. 12, Mk. 10; półrocznie rsr. 2,50; kor. 6; Mk. 5.

Prenumerować można: w Redakcyi, we wszystkich księgarniach, oraz w składach
dentystycznych: Dobronoki i Schiele (Warszawa, Zgoda 4; Moskwa, B.-Dmitrowka 28) i innych.

Cena ogłoszeń jednorazowych: Przed tekstem: cała strona rsr. 15 (Mk. 30), 1/2;
strony rsr. 8 (Mk. 16), 1/4 strony rsr. 4 (Mk. 8). Po tekście: cała strona rsr. 10;
(Mk. 20), 1/2 str. rsr. 5,50 (Mk. 11), 1/4 str. rsr. 2,75 (Mk. 5,50)

Przy ogłoszeniach rocznych odstępuje się od tych cen 10% rabatu

REDAKCJA i ADMINISTRACJA
Nowy-Swiat № 2 (róg Książęcej).
WARSZAWA.

W handlu księgarskim otrzymywać można Przeglad Dentystyczny za pośrednictwem Księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

E. Merck

Fabryka chemiczna—Darmstadt.

Styptycyna

wybitny środek tamujący krew. Patrz:

Bloch **3.** O krwotokach po ekstrakcyjach i ich leczeniu styptycyną. (Zahnärztliche Monatschrift 1899 N. 12).

Dörge, *Medico*, 1901 N. 24.

Dorn **R.**, Deutsche zahnärztl. Wochenschrift, Nr. 144.

Freund, **M.**, Pharmaceut. Zeitung, 1899, Nr. 50.

Hulisch, Zahnärztliche Rundschau, 1900, Nr. 431.

Hulisch, Haemophilia. (Zahnärztliche Rundschau 1900 N. 424).

Jahl, O styptycynie (Zahnärztliche Rundschau 1900 N. 406).

Jahl **J.** Aertzl. Centralzeitung, Wien, 1900, Nr. 24.

Krakowski, **M.**, Przegląd Dentystyczny, 1902, Nr. 6 i 7.

Lang, **F.**, Deutsche zahnärztliche Zeitung, 1902, Nr. 8.

Levy **H.** Deutsche zahnärztliche Wochenschrift, IV, 3.

Tropakokaina

doskonały środek miejscowo-znieczulający szczególnie godny polecenia w praktyce dentystycznej, działa miejscowo jak kokaina ale wolny od szkodliwych działań ubocznych ostatniej.

obacz: Albrecht **H.** } Odontologische

Dorn **R.**, } Blätter 1899

Bauer **S.** Oest. Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde XVI Zesz. II.

Bloch, **R.** Wien, zahnärztl. Monats. III, Jahrg. Nr. 2 und 3.

Chadbourne, Brit. med. Journ., 1892, pag. 402.

Custer **J.**, Münch. med. Wochenschr., 1898, N. 32.

Deak, Magyar Fogászati Szemle, 1901, Nr. 2.

Dorn **R.**, *ibid.*, 1900, Nr. 2.

Fuchs **J.** Zahnärztl. Rundsch., XI, Jahrg., Nr. 499.

Greve, Deutsche zahnärztl. Wochenschr., IV, Jahrg. N. 15.

Hattassy **L.**, Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., 1896, p. 161.

Hugenschmidt, Revue Internationale d'Odontologie, 1893, p. 51.

Lang **J.** Gyogyaszat, 1899.

Loeschke **J. C.**, Archiv f. Zahnheilk., 1902, Nr. 22—23.

Möller **Fr.**, Zahnärztl. Rundschau, 1902, Nr. 532.

Pinet et Viau, L'Odontologie, 1893, Janvier.

Reissenbach **Fr.** Deutsche zahnärztl. Zeitg., 1902, Nr. 5.

Aether pro narcosi Aether bromatus Aether chloratus Cocain
Chloroform, Monochlor fenol, Eugenol oraz wszystkie inne
używane w dentystyce chemikalia.

Woda utleniona

absolut. chem. czysta 30%. Doskonała do do praktyki dentystycznej.

Nowsza Literatura: Prof. **v. Brans**, Berl. klin. Wochenschrift 1900 Nr. 19.

Berger, Deutsche Monatschr. f. Zahnheilkde. 1902, XX, Nr. 12.

Deutsche zahnärztl. Wochenschr. 1901, Nr. 31.

Dorn, Wien, zahnärztl. Wochenschr., III, Jahrgang, Nr. 12 und.

Godet, Journal de Médecine de Paris 1902, N. 17.

Honsel, Beitr. z. klin. Chirurgie T. 27 Z. I.

Hesse **L.** Apotheker-Zeitung 1900 Nr. 77.

Literatura na żądanie gratis i franco.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

Miesięcznik poświęcony chorobom zębów
i jamy ustnej.

PRZYPADEK Z PRAKTYKI.

napisał

B. Dzierżawski.

(z 2-ma rysunkami).

Wessanie twardych tkanek zęba wraz z następczem wypełnieniem defektów przez tkankę kostną spostrzegane było dotychczas na zębach retynowanych (Zuckerandl), a także i na replantowanych (Scheff, Römer). Zęby retynowane ulegają niekiedy dzięki tej sprawie jakby zrostowi z kością, wskutek czego nieraz bez uszkodzenia ostatniej wyjęte być nie mogą. Co do zębów replantowanych, to częściowa rezorbeyca ich korzenia i wrastanie w utworzone w ten sposób zagłębienia tkanek otaczających wraz z następczem skostnieniem tychże stanowi jeden ze sposobów przyrastania zębów replantowanych.

Rezorbeyca atoli twardych tkanek na koronie wyrżniętego zęba nie była, o ile mi wiadomo, dotychczas spostrzegana, dla tego uważam za stosowne opisać przypadek tego rodzaju, jaki zdarzyło mi się spostrześć.

18-to letnia panna M. L. przybyła do mnie w Listopadzie 1898 roku w celu zaplombowania

akc. 142-52-181



zębów.—Pacjentka, osoba prawidłowo zbudowana, nieco anemiczna. Zęby niezbyt mocne, koloru białego, wykazują ogółem 12 ubytków próchnicowych 1 lub 2 stopnia. Erozyi na siekaczach ani na znajdujących się ustach trzech pierwszych molarach niema. Zęby mądrości jeszcze niewyrżnięte. Brak zębów $\overline{5}$ i $\overline{6}$: W dzieciństwie kiedyś cierpiała na ból zębów, które jej nawet wrywano, szczegółów jednak tej sprawy nie pamięta.

Pomiędzy $\overline{4}$ i $\overline{7}$ jest szczyrba, mogąca zaledwie pomieścić molar. Na dnie tej szczyrby widać w przebitem już dziąśle jakieś ciało twarde, jakby wyrzynający się ząb, nie mające jednak prawidłowych konturów zęba. Ciało to zaczęło się wyrzynać w sierpniu tegoż roku i bywały jakoby już nieraz lekkie objawy zapalne w dziąśle naokoło tego ciała, które same przechodziły, aby po pewnym czasie pojawić się znowu. Przed wspomnianym terminem, to jest przed sierpniem dziąsło w danej okolicy było zdrowe i gładkie. Zbadanie zgłębnikiem wyżej wzmiankowanego ciała, wyrzynającego się pomiędzy $\overline{4}$ i $\overline{7}$ wyjaśnia odrazu, że nie mamy sprawy z pieńkiem, ponieważ do kanałów korzeniowych wejść nie możemy. Zgłębnik wykazuje, że jama miazgi nigdzie nie jest otwarta, ciało zaś ma kształt tępopiramidalny, rozszerzając się pod dziąsłem na boki do rozmiarów prawidłowego molara. Wierzchołek tej piramidy, jak już wspomniano, zdołał dziąsło przebić. Boki pokryte dziąsłem zaczerwionem, z pod którego podczas badania wylewa się kropla ropy. Ciało wykazuje twardość normalnego zęba, jest nieco chropawe, koloru żółtawo-brunatnego, rozmiękczenia nigdzie niema. Żuchwa poniżej wykazuje konfigurację normalną. Dane powyższe zniewoliły do przypuszczenia, że mamy sprawę ze zniekształconym i zbyt późno wyrzynającym się pierwszym dużym trzonowcem.

Na propozycję usunięcia tego zęba pacjentka

się nie zgadza; wobec niezbyt dokuczliwych objawów zapalnych, które zresztą podczas plombowania pozostałych zębów zupełnie przeszły, nie nalegałem na usunięcie.

W rok po tem pacjentka zgłosiła się do mnie powtórnie. Karłowaty $\overline{6}$ zdażył się wyróżnić więcej, wierzchołek jego dochodził już mniej więcej do wysokości połowy korony zębów sąsiednich. Zapalenia dziąsła około wyrzynającego się zęba dokuczają pacjentce od czasu do czasu, wobec czego zdołałem ją namówić na ekstrakcyę.

Ogłędziny wyrwanego zęba wykazują, że mamy do czynienia z zębem trzonowym, którego korona rozwinięta jest nieprawidłowo. Korzenie dwa, może nieco krótsze, niż normalne, zakrzywione ku sobie; przy ich podstawie wążka blaszka kości pomiędzy nimi. Korona, jak to można było stwierdzić jeszcze przed ekstrakcyą, przedstawia się w postaci nieprawidłowej piramidy z ścianami niezbyt gładkimi, koloru żółtawo-brunatnawego. Rozmiękczenia na koronie nigdzie niema. Po rozcięciu korony pomiędzy korzeniami okazuje się, że miazga w zębie jest żywa i zupełnie, na oko, prawidłowa. Z jednej połowy zęba zrobiłem szlif, który wypadł nieco tangencyjalnie. Na szlifie tym, zabarwionym fuksyną, można zauważyć zmiany następujące: (ob. rysunki).

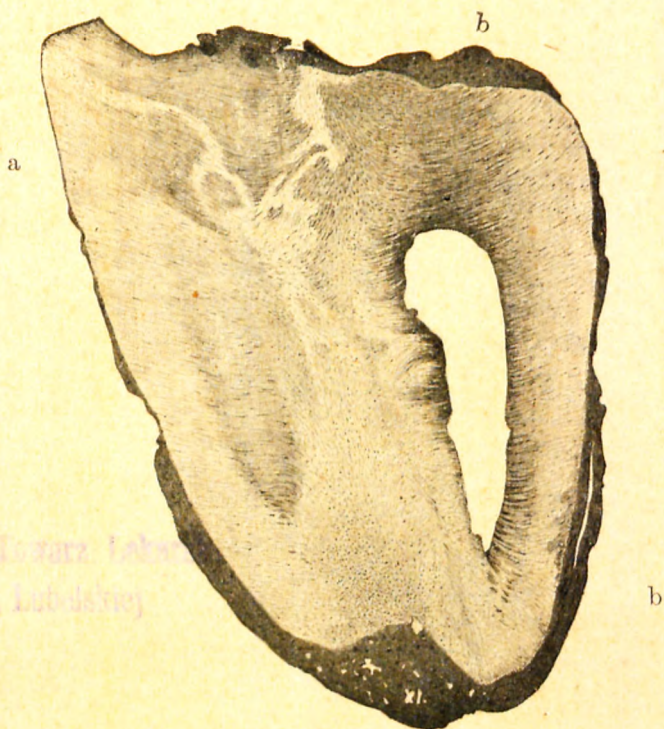
Na koronie niema nigdzie ani śladu szkliwa. Zamiast szkliwa znajdujemy na koronie wszędzie warstwę cemetu z prawidłowemi komórkami, otoczonemi zewsząd wyrostkami, t. zw. ciałkami cementowemi. Granica pomiędzy cementem i zębina nierówna, zębina przedstawia dolki i uchylki, które wypełnia cement. Obie tkanki wszędzie szczelnie do siebie przylegają. Włókna zębiny na granicy cementu są jakby obcięte, nie przedstawiają nigdzie dychotomicznych rozwidleń, jakie normalnie znajdują się w graniczących ze szkliwem

warstwach zębiny. W zębnie korony nie ma żadnych przestrzeni międzykulkowych, ani też ziarnistej warstwy Tomesa, jaka zawsze znajduje się pod cementem korzenia. Szyjka zęba pokryta również warstwą cementu, miejscami bezpostaciowego, miejscami z komórkami.

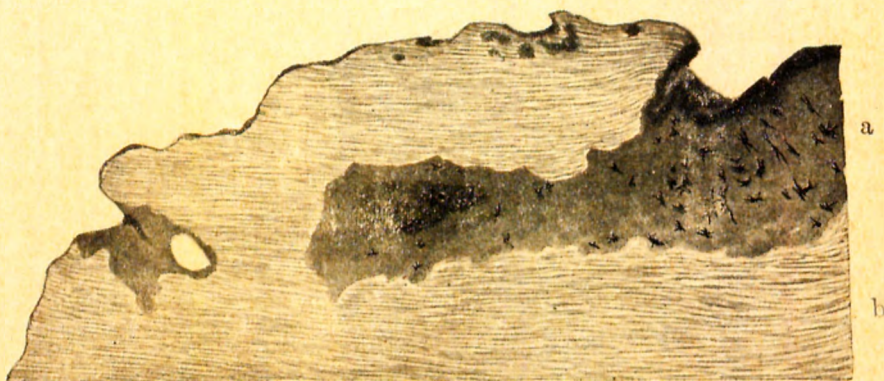
Korzeń wykazuje budowę zupełnie normalną. Poczynając od szyjki zaczyna się pod cementem ziarnista warstwa Tomesa, z początku mniej wyraźna, później zupełnie typowa. Zakończenie włókien zębiny pod cementem korzenia zupełnie normalne. Warstwa ziarnista, acz bardzo nikła w górnych odcinkach korzenia, jest jednak na tyle charakterystyczna, że choć i korzeń i koronę pokrywe cement, na pierwszy rzut oka po obecności tej warstwy określić możemy, czy koronę czy korzeń w danej chwili mamy w polu widzenia.

Jedyną zmianę patologiczną, jaką na korzeniu znaleźć możemy, są dwie małe lakuny rezorbcyjne na bokach tegoż tuż przy szyjce, wypełnione cementem. Granica cementu z zębnią na *koronie*, jak już wspomniano powyżej, nie jest równa a zygzakowata; w zębnie widzimy liczne półokrągłe lakuny, w które wrasta cement. W jednym miejscu (na koronie) cement wrasta w zębnię w postaci dwu zatok, oddzielając w ten sposób kawałek zębiny jakby w kształcie litery T, nie przerasta jednakże nigdzie pionowej linii tej litery.

Wziąwszy szlif pod mikroskop w pierwszej chwili sądziłem, że mam do czynienia z anomalią rozwoju. Rozejrzawszy się jednak bliżej we wszystkich odcinkach preparatu, wziąwszy pod uwagę stosunek cementu do szkliwa na koronie, mianowicie zachodzenie cementu w zębnię w postaci zatok, nagle, jakby obcięte zakończenia kanałików zębiny pod warstwą cementu, przyszedłem do przekonania, że nie może tu być anomalii rozwoju w ścisłym tego słowa znaczeniu, a tylko rezorbcyja



Rys. 1. Powiększenie 30 razy. a—zębina, b—cement.



Rys. 2. Powiększenie 300 razy. Część powierzchni żującej. a—zębina, b. cement.

Dzierżawski. Przypadek z praktyki.

istniejącego już dawniej szkliwa i pewnej warstwy zębiny.

Anomalie rozwoju szkliwa zdarzają się wprawdzie często, ale zwykle bywają symetryczne i zawsze mają swoją przyczynę w postaci jakiejś sprawy ogólnej.

Gdyby w danym przypadku przypuścić anomalie rozwoju, to wobec wystąpienia tej anomalii na jednym tylko zębie z grupy pierwszych molarów, należy wykluczyć ogólne przyczyny jej powstawania. Przyczyna mogłaby tu być tylko miejscową i to musiałaby zacząć działać jeszcze w płodowym życiu pacjentki lub zaraz po urodzeniu, ponieważ w tym już okresie rozpoczyna się kalcyfikacja pierwszych stałych molarów. Nie umiem sobie wyobrazić sprawy miejscowej, która już w tym okresie mogłaby spowodować zupełne zniszczenie szkliworodni, a o takim tylko może tu być mowa wobec zupełnego braku szkliwa. Zaburzenie w rozwoju szkliwa może wystąpić już w tym okresie, ale na skutek przyczyn ogólnych, np. wrodzonego syfilisu lub krzywicy i w takich jednak razach nie bywa zupełnego braku szkliwa; szkliwo jest, chociaż ścieńczone i wadliwe, wady zaś rozwoju porażają nie jeden ząb, ale wszystkie zęby danej grupy, co najmniej zaś zęby symetryczne. Ponieważ w danym przypadku jest brak szkliwa zupełny i tylko na jednym zębie, to przemawia to przeciw anomalii rozwoju na gruncie ogólnym, nieprawdopodobieństwo zaś sprawy miejscowej w okresie tworzenia się szkliwa na zębach grupy, do której nasz ząb należy, wyklucza wogóle anomalie rozwoju.

Brak szkliwa na koronie i zastąpienie go przez cement w danym przypadku mogą sobie objaśnić tylko w sposób następujący:

Okolo drugiego dolnego mlecznego molara w wieku mniej więcej lat 5—6, kiedy korona pierwszego stałego jest już gotowa, rozwinęło się ropne za-

palenie ozębnej na skutek zgorzeli miazgi. Skutkiem tego zapalenia wyjęty został mleczy molar wraz ze znajdującym się pod nim częściowo już zwapniałym zaczątkiem drugiego stałego dwuguzikowca, lub też ostatni wysekwestrował się na skutek rozległej sprawy ropnej. Zapalenie ropne, jak to zdarza się spostrzegać, rozeszło się i na mieszek sąsiedniego pierwszego stałego molara. Miazga tego zęba i korzenie, o ile były już rozwinięte, pozostały po sferą zapalenia, korona zaś, znajdująca się na poziomie korzeni dotkniętego zapaleniem ozębnej zęba mlecznego, znalazła się w sferze zapalenia i, otoczona ropą, odgrywała rolę martwaka, który wskutek zdrowego i niedostępnego dla zapalenia połączenia przez miazgę z tkankami, leżącymi pod nim, nie mógł się wysekwestrować. Granulacye, rozwijające się około wrzekomego martwaka zrezorbowały powoli szkliwo i część zębiny korony, później zaś skostniały. Ostatecznie, pod wpływem wzrostu korzenia lub innej, nieokreślonej przyczyny, boczne części tej kapsuły kostnej zrezorbowały się, ząb począł się wyrzynać, a tkanka kostna, pokrywająca żującą powierzchnię korony, ocalała w swej pierwotnej postaci.

Do takiego wyjaśnienia niniejszego przypadku dają mi podstawę spostrzegane przezemnie inne przypadki ropnego zapalenia naokoło drugiego mlecznego molara. W jednym z nich zapalenie rozprzestrzeniło się nie tylko na zaczątek pierwszego stałego molara, ale na całą poziomą i wstępującą część żuchwy, która też po ropieniu, trwającym rok przeszło, wysekwestrowała się w całości, (zaczątki pierwszego i drugiego stałego molara wysekwestrowały się wcześniej).

W drugim przypadku u 8 letniego chłopca, syna prof. tutejszego uniwersytetu, były na dziąśle 2 przetoki,

jedna na policzkowej stronie dziąsła koło porażonego próchnicą 4 stopnia drugiego mlecznego molara, druga na „żującej“ powierzchni dziąsła w miejscu wyjętego przed kilku miesiącami z powodu ropnego zapalenia ozębnej pierwszego mlecznego molara. Przetoka pierwsza ustąpiła po wyleczeniu gangreny miazgi i zaplombowaniu drugiego molara; przetoka druga trwała wciąż dalej. Zgłębnik, wprowadzony w tę drugą przetokę wchodził wprost w dół dość głęboko, sondowanie jednak było natyle bolesne, że nie mogłem dotrzeć do jakiegokolwiek przyczyny tej przetoki, która ostatecznie zagoiła się dopiero w kilka miesięcy po zagojeniu się przetoki pierwszej, będącej niewątpliwie w związku z gangreną drugiego mlecznego molara.

Aczkolwiek nie mogę być pewnym, że w przypadku drugim przetoka druga była skutkiem przedostania się ropienia do mieszka pierwszego stałego bikuspisa, to jednak zdaje mi się niewątpliwem, że zapalenie z okostnej zęba mlecznego może przejść na mieszek zęba, leżącego pod nim lub obok niego, że może tam wywołać długotrwałe ropienie, a czasami nawet i rezorbcyę rozwiniętej już korony.

Wrodzone wady szkliwa, spotykane dość często na *pojedynczych* dwuguzikowcach w postaci nietypowych nierówności, plam lub też zupełnego braku szkliwa ¹⁾ zdają się też przemawiać za podaniem wyżej, a nie innym objaśnieniem braku szkliwa i powierzchniowych warstw zębiny wraz z zastąpieniem ich przez cement na pierwszym stałym molarze w opisanym przypadku.

1) Rozlane braki szkliwa na pojedynczych dwuguzikowcach spotyka się dość często; sam miałem sposobność kilka razy nakładać na te zęby złote korony właśnie z powodu braku szkliwa. Czy chodzi tu o zupełny brak szkliwa, czy też tylko o jego niedorozwój (ścieńczenie), roz trzygnąć bez badań mikroskopowych nie można. Ponieważ, o ile mi wiadomo, braki szkliwa na pojedynczych dwuguzikowcach nie były jeszcze badane, to sprawa pozostaje w zawieszaniu.

W jaki sposób wulkanizować kauczuk, żeby wychodził z kiuwety gładkim?

napisał

Maks Konrad Siemens
technik dentystyczny.

Podawano już dużo sposobów na to, żeby płatki kauczukowe wychodziły z kiuwety gładkimi, ażeby w ten sposób skrócić sobie czas wykończania zwulkanizowanych protez.

Przy wulkanizowaniu zwykłym wychodzą płatki z kiuwety chropawe i brudne, małe cząsteczki gipsu przywierają do nich tak silnie, że tylko pilnikiem lub skrobaczką oddalone być mogą.

Nie może być jednak nic gorszego dla otrzymania dobrej sztuki, mającej się trzymać przez adhezyę, jak dłubanie i skrobanie jej powierzchni językowej. Trzeba wydalać z niej resztki gipsu za pomocą ostrego patyczka z papką pumeksovą lub za pomocą twardej szczotki.

Ileż jednak czasu moglibyśmy oszczędzić, gdyby choć górna powierzchnia sztuki wychodziła z kiuwety gładką.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, że fabrykom wyrobów kauczukowych udaje się otrzymywać guziki, medaliony i broszki z matowem tłem i błyszczącymi rysunkami; przedmioty te nie mogą być poddawane polerowaniu, gdyż to zepsuło by je zupełnie. Przedmioty podobne, a nawet i inne, wychodzą z form w stanie zupełnego wykończenia.

Gdy zechcemy zbadać rzecz do gruntu, musimy zadać sobie pytanie, dla czego te wyroby fabryczne wychodzą z formy zupełnie gotowe? Odpowiedź gotowa: przedmioty te dla tego wychodzą z form

gotowe, że ich *provisoria*, t. jest modele, a co najważniejsza formy, w których się wulkanizują, zrobione są z metalu. Gdyby zatem dostawkę kauczukową wulkanizować na metalowym modelu, to była by ona po wulkanizowaniu zupełnie gładką, co też w rzeczywistości ma miejsce. Jednakże, jak wiele czasu by to zajęło i jak drogo by to wypadło, gdybyśmy chcieli dostawkę kauczukową wytłaczać i wulkanizować w formach metalowych. O tem myśleć nawet nie można i wątpliwem jest, czy wymyśli ktoś kiedy jaki łatwy i prosty sposób postępowania w tym właśnie kierunku.

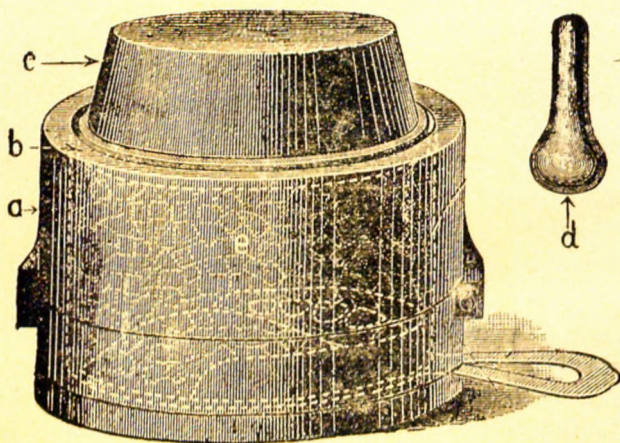
Tymczasem pomagamy sobie, jak umiemy, a mianowicie: po pierwsze nacieramy dobrze model gipsowy talkiem, przy czem wszystkie zagłębienia należy oczyścić z talku pędzelkiem; po drugie — tymczasową płatkę z wosku lub innego materiału staramy się zrobić o ile można gładką. Po trzecie można też gips, którym zalewamy kiuwetę, zrobić twardym, jak kamień. W tym celu musimy dolać do gipsu kleju, ale taki gips wymaga do stwardnienia dużo czasu, co jest niemałą przeszkodą do stosowania go w praktyce. Dobre wyniki otrzymujemy przez posmarowanie modeli szkłem wodnym; ostatnie należy dobrać przed użyciem gorącą wodą. Jeżeli użyć szkło za gęste, to formują się na gipsie kryształy, które później mocno trzymają się kauczuku i tylko przez wydrapanie usunięte być mogą. Jednakże i smarowanie szkłem wodnym wymaga wiele ostrożności, tak np. nie może się ono zetknąć z kramponami ani z klamrami metalowymi, bo wtedy te nie połączyłyby się z kauczukiem.

Można też przyspieszyć stwardnienie gipsu za pomocą soli kuchennej lub ałunu, lecz i ten sposób się nie zaleca, bo na gipsie występują od tych substancji kryształy, dające później nierówności na kauczuku.

Wulkanizują też teraz kauczuk, obłożony kawał-

kami płótna, w których się kauczuk sprzedaje; sposób ten, jeżeli tylko postępować starannie, daje dość równe powierzchnie na wulkanizowanym kauczuku. Próbowano też obkładać po pierwszym przytłoczeniu kontrę, t. j. powierzchnię językową cynfolią; w ten sposób otrzymuje się po wulkanizowaniu dostawkę z zupełnie gładką powierzchnią językową. Folię ołowianą, rzecz jasna, używać do tego celu nie można, bo kauczuk pod nią przybiera brudne, szare zabarwienie, które daje się usunąć tylko przez wyskrobanie, jak to mogliśmy się przekonać, stosując ołowiane szablony na ssawki.

Pan *Schubert* w Dreźnie zbudował w ostatnich czasach bardzo prosty przyrząd, który pozwala otrzymywać kauczuk z zupełnie gładkimi powierzchniami, o wiele mocniejszy i elastyczniejszy zarazem od wulkanizowanego w sposób zwykły.



Przyrząd ten składa się z podzielonego na trzy części naczynia *a* z dnem ruchomem i bez pokrywki. Naczynie to jest na 85 m. m., wysokie a w średnicy liczy m. m. 95. Ma więc to naczynie wymiary takie, że można je wkładać w każdą większą tłocznię do kiuwet lub metali.

Literą *b* oznaczona jest na rysunku płytką gumowa, tak przykrajana, że włożona w górny otwór przyrządu może służyć za pokrywkę; *c* — jest to okrągły blok żelazny, gruby na $2\frac{1}{2}$ ctm.; *d* — tłuczek z gumy, m. w. 4 ctm. długi; *e* — kulki gumowe, wielkości złotych cylindrów do plombowania. Kulki te ważą razem 200 gramów.

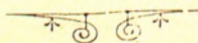
Wycisk zdejmuje się masą jaknajtwardszą; wycisk ten wraz z łyżką zagipsowuje się w dolną część przyrządu. Wycina się teraz kawałek miękkiej cynfolii w kształcie i wymiarach podniebienia, ku tyłowi nieco dłuższy od zamierzonej platki. Cynfolię tę kładzie się na wycisk i przyciska się ją doń za pomocą wyżej wzmiankowanego gumowego tłuczka. Po tem pierwszym, tymczasowem przycisnięciu folii zdejmuje się ją z modelu i obcina stosownie do potrzeby i kładzie się ją znowu na wycisk. Teraz nakłada się górną obręcz przyrządu i umocowuje się ją na części dolnej za pomocą sztyftów. Do środka przyrządu wysypuje się kulki gumowe, kładzie się na nie płytką gumianą i żelazną i wytłacza się powoli w prasie. Nie potrzeba wielkiego ucisku, żeby przytłoczyć dobrze folię do wycisku; po wyjęciu przyrządu z pod prasy folia doskonale przylega wszędzie do masy wyciskowej. Teraz wyjmuje się łyżkę z dolnej części przyrządu, odlewa się model i zdejmuje się masę po rozmiękczeniu jej w wodzie gorącej.

Cynfolia pokrywa wszędzie model gipsowy.

Teraz modeluje się cienko *szablon* protezy na metalowej powłoce modelu, do czego najlepiej nadają się *extra* cienkie platki wosku do modelowania lub szellak-gutaperki. Oba te preparaty pozwalają dobrze wymodelować zmarszczki podniebienia twardego. Model z wymodelowaną platką zagipsowuje się teraz w kiuwecie i odlewa się konturę, którą też pokrywa się cynfolią po stwardnieniu. Cynfolia, pokrywająca konturę, też powinna być dłuż-

szą ku tyłowi, gdzie obie folie powinny się spotkać ze sobą.

Płatki, zwulkanizowane w ten sposób pomiędzy dwoma blaszkami, są zupełnie gładkie, do tego znacznie mocniejsze i trwalsze, od wulkanizowanych między dwoma gipsami. Wykończanie dostawki zajmuje bardzo mało czasu.



Dział sprawozdawczy.

17. **Ząbkowaniei gruźlica.** Dawniej przypuszczano, że zarażenie gruźlicą najczęściej ma miejsce przez aspiracyę do płuc wraz z powietrzem laseczników gruźliczych. Badania najnowszej doby (Behringa, Westenhoeffera) wykazują, że aspiracya laseczników nie gra tu tak wielkiej roli, że najczęściej laseczniki gruźlicze przedostają się do ustroju i rozchodzą się po różnych jego organach przez naczynia chłonne. Ząbkowanie, zdaniem Westenhoeffera, gra wielką rolę w powstawaniu gruźlicy, ponieważ, uszkadzając błonę śluzową jamy ustnej, otwiera dostęp zarazkowi do naczyń chłonnych. W jednym z tego-rocznych numerów Gazety Lekarskiej (13-stym) znajdujemy referat z dotyczącej tej sprawy pracy Westenhoeffera, który pozwalamy sobie przytoczyć tu w dosłownym wyciągu:

„Wiadomo, że dopiero po upływie 3-ch miesięcy życia, zwykle w 6-ym i 7-ym miesiącu poczynają się uniemowiać okres ząbkowania. Okres więc pierwszego i drugiego ząbkowania jest jedynym w życiu człowieka, kiedy błona śluzowa kanału pokarmowego [w danym razie jamy ustnej] wskutek warunków fizyologicznych podlega pewnym uszkodzeniom i niszczeniom, przez które łatwo może przedostać się wszelkiego rodzaju zarazek do organizmu. Błona śluzowa jamy ustnej staje się wtedy podatną do zaka-

żenia, podobnie jak błona śluzowa macicy w okresie połogowym. W okresie połogowym przedostaniu się łatwemu zarazka ropotwórczego sprzyjają rozszerzone naczynia; w okresie ząbkowania mogą przedostać się laseczniki do organizmu przez otwarte naczynia chłonne, stąd do gruczołów chłonnych i dać początek rozwojowi przewlekłej, skrycie przebiegającej, a w rezultacie najczęściej śmiertelnej choroby. Okres ząbkowania ogółem trwa od 3-go miesiąca życia aż do 3-go roku. Każdy wyrzynający się ząb wywołuje pewnego rodzaju zniszczenia błony śluzowej [zmarwiałość nabłonka, nacieczenie włóknikowe błony śluzowej] i obnaża znajdujące się pod nabłonkiem przestrzenie naczyń chłonnych. Oprócz tego podczas wyrzynania się zębów, wprawdzie nie każdorazowo, daje się zauważyć do pewnego stopnia powiększenie gruczołów chłonnych podszczękowych, zależne bądź co bądź od przedostania się do gruczołów jakiegoś zarazka.

Słowem, na zasadzie wyników doświadczeń i spostrzeżeń, autor dochodzi do przekonania, że w większości przypadków dzieci zarażają się gruźlicą wskutek przedostania się do naczyń chłonnych zarazka przez miejsca uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej w okresie ząbkowania. W dalszym ciągu powstaje stąd gruźlica gruczołów chłonnych szyjowych, okołoskrzelowych, pozamostkowych, a prawdopodobnie i krezkowych. Należy również przypuszczać, że gruźlica gruczołów okołoskrzelowych może rozwinąć się wskutek gruźlicy płuc, a gruźlica gruczołów krezkowych, co zdaniem autora przeważnie się zdarza, wskutek gruźlicy kiszek.

Jakie następstwa wywołuje w organizmie dziecka tego rodzaju zakażenie? Czworakie. 1) U dość znacznej liczby dzieci gruźlica ogranicza się jedynie do gruczołów szyjowych, a wtedy bądź zapomocą odpowiedniego zabiegu chirurgicznego, bądź też w wielu razach wprost samoistnie organizm pozbywa się ogniska zarazy. 2) Wskutek różnorodnych momentów szkodliwych [odra] rozmięczony gruczoł okołoskrzelowy przebiega się do oskrzela i powstają stąd suchoty płucne. 3) Zserowaciały gruczoł niszczy ściankę naczynia krwionośnego, a zarazek gruźliczy przez krew wywołuje w organizmie gruźlicę prosówkową. 4) Ognisko gruźlicze w gruczole

pozostaje utajonem i dopiero po pewnym, nieokreślonym czasie, wywołuje dalsze zakażenie organizmu.

Nigdy prawie, chyba w wyjątkowych przypadkach, nie daje się zauważyć, aby suchoty płucne u dzieci poczyniły się u wierzchołków, a stąd stopniowo szerzyły się na inne części płuc.

W dalszym ciągu autor porusza sprawę powstania suchot płucnych drogą bezpośredniego wdychania laseczników do dróg oddechowych. Według autora, większość przypadków suchot płucnych u ludzi dorosłych powstaje wskutek przedostania się wraz z wdychanem powietrzem laseczników gruźlicznych do oskrzeli. Również nie odrzuca autor możliwości przedostawania się zarazka gruźliczego do organizmu przez migdały, gruczoły gardzielowe i podniebienne. Największe więc niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą przypada na wiek dziecięcy w okresie ząbkowania. W tym okresie życia należy staranną opieką otoczyć dziecko, zapobiegać najsumienniejszemu wszelkiej możliwości zanieczyszczenia jamy ustnej. W okresie ząbkowania dziecko staje się krzykliwym, kapryśnym, nieznośnym, szczególnie dla otoczenia w biednej klasie ludności. W celu uspokojenia dziecka, a również w celu jakoby ułatwienia wyrzynania się zęba, istnieje zgubny zwyczaj wsadzania dziecku do ust rozmaitych przedmiotów lub palców. Nieco starsze dziecko, czołgając się po podłodze, ściera brud rączkami, wkłada je następnie do ust i ssie całemi godzinami. O ile w rodzinie dziecka znajdują się suchotnicy, niebezpieczeństwo zarażenia się dziecka jest bardzo wielkie. Ileż to razy matka suchotnica wsuwa do ust dziecku rozmiękczoną własnymi zębami strawę“.

P. M.

18. **Przypadek pierwotnej gruźlicy dziąseł** opisuje Dr. *Maurycy Hertz* w „Medycynie“ (№ 8, 9. 1904). Do ambulatoryum D-ra Wróblewskiego w szpitalu Ewangelickim zgłosił się 16 letni chłopiec, narzekając na bóle dziąseł, gardła i nosa.

Wywiady stwierdziły: pacjent pochodzi z rodziny zdrowej, dziedzicznie nie obciążonej gruźlicą; prócz odry i zapalenia płuc innych chorób nie przechodził. Na rok przed przybyciem do ambulatoryum

leczył się z powodu owrzodzenia na podniebieniu twardem, które szybko się zagoiło, ale w ostatnich tygodniach wznowiło się; choroba dziąseł zaczęła się przed 3-ma miesiącami; z początku zjawił się ból w górnej szczękę w okolicy trzonowców po str. prawej; zaczęło go boleć dziąsło tylko przy jedzeniu twardych pokarmów; następnie bóle i obrzmienie dziąseł rozszerzyły się na całą górną szczękę i przeszły nawet na dolną (na okolicę ostatniego trzonowca po stronie prawej); dolegliwości te jednak nie były bardzo silne, chory nie zwracał na nie zbytnej uwagi i leczył się jedynie płukaniami z kwasu bornego; w ostatnich kilku tygodniach dziąsła zaczęły krwawić, z początku słabo, później znacznie, bóle stały się coraz silniejsze, przeważnie jednak tylko przy jedzeniu; w ostatnich trzech tygodniach zaczęło go boleć podniebienie, na którym zjawiło się na nowo owrzodzenie i przyłączył się ból nosa; bóle dziąseł stają się wciąż nieznośniejszemi tak, że przykrem jest nawet przyjmowanie płynów; przyjmowanie zaś pokarmów twardych stało się zupełnie niemożliwem. *Ogólne* zbadanie pacyenta nie stwierdziło szczególnych zmian w ustroju: cierpienia płuc nie było, serce normalne, stan bezgorączkowy, na ciele objawów skrofulozy niema, gruczoły chłonne podżuchwowe nieznacznie powiększone, mało bolesne. *Ogłędziny jamy ustnej* stwierdziły: na górnej szczękę dziąsła na przedniej powierzchni rozpulchnione, obrzmiałe, przy dotykaniu łatwo krwawią; zęby pokryte brudno-czarnym nalotem, miejscami zielonym, otoczone czerwoną obwódką; pomiędzy zębami wystaje w postaci czerwonych wałów obrzmiała błona śluzowa; na tylnej powierzchni dziąseł górnej szczęki rozległe owrzodzenie od ostatniego trzonowca z prawej strony aż do pierwszego małego trzonowca z lewej strony; miejscami pośród owrzodzeń znajdujemy małe wysepki zdrowej błony śluzowej; owrzodzenie ma brzegi wyniosłe, nierówne, z blado-czerwoną, łatwo krwawiącą ziarniną; owrzodzenie pokryte jest szaro-żółtą, miejscami brudno-szarą wydzieliną, zmywającą się dosyć trudno; Owrzodzenia krwawią łatwo i obficie. Na dolnej szczękę owrzodzenie powierzchowne około ostatniego zęba trzonowego, korzeń II trzonowego zęba obnażony, małe owrzodzenie za siekaczami prawymi. Wszystkie zęby gór-

nej szczęki rozchwiane; zęby dolnej szczęki siedzą mocno. Na podniebieniu twardem, mniej więcej na środkowej linii owrzodzenie wielkości dziesiątki miedzianej, płaskie, atoniczne, pokryte szarym nalotem, w odległości 2 ctm. od tego owrzodzenia ku tyłowi drugie małe owrzodzenie. Błona śluzowa twardego i miękkiego podniebienia wybitnie błada. Na skórze twarzy i nosa żadnych wyprysków ani owrzodzeń nie było. W celu rozpoznania zeszkrobano trochę wydzieliny z owrzodzeń; przy badaniu stwierdzono dosyć liczne laseczniki gruźlicze. *Leczenie* polegało na wyskrobaniu owrzodzeń ostrą łyżeczką i wcieraniu kwasu trójchloroctowego, który autorowi przy tego rodzaju cierpieniach dawał dobre wyniki. Sprawa poszła ku lepszemu: owrzodzenie na podniebieniu szybko się zagoiło, bóle na dziąsłach znacznie się zmniejszyły, chory mógł się względnie dobrze odżywiać, krwawienia jednak z dziąseł nie ustały. Chory później wyjechał, co się z nim dalej stało, autor nie wie.

M. Kr.

19. **Dr. Zsigmondy (Wiedeń). W jaki sposób powstają szczeliny na powierzchni żującej dwuguzikowców i trzonowców.** (Z kongr. międzyn. w Madrycie. *L'Odontol.* 10. 1903).

Szczeliny na dwuguzikowcach i molarach są zjawiskiem bardzo częstym. Zsigmondy do swych badań brał wyłącznie zupełnie zdrowe dwuguzikowce górne, ponieważ zęby te mają najprostszą budowę ze wszystkich zębów wieloguzikowych. Zęby te przecinał Zsigmondy prostopadle do bruzdy na powierzchni żującej. Z 50 zębów tylko w 10 nie było w bruzdzie szczeliny. W pozostałych były szczeliny mniejsze lub większe, niekiedy na 1,5 m. m. głębokie. Na dnie szczeliny zawsze znajdował Z. pewną, choć cienką warstwę szkliwa, zębina nie była nigdy obnażona, jak to opisują inni autorzy. Szerokość szczelin jest rozmaita; często nie można ich zauważyć gołym okiem, przeciętnie szerokość ich waha się pomiędzy 24 a 44 tysięcznych milimetra. W głębi, w miejscach sąsiadujących z zębina, szczelina jest często 2—3 razy szersza, niż na powierzchni. Jeżeli ząb przeciąć niezupełnie prostopadle

do brzozy powierzchni żującej, to fissury można nie zauważyć wcale.

Powstawanie szczelin wyjaśnia Z. w sposób następujący: każdy guzik zęba wieloguzikowego rozwija się oddzielnie. Najprzód powstaje zębina, na której później formuje się szkliwo w postaci jakby coraz to większych, nakładanych jedna na drugą czapeczek. Komórki wytwarzające szkliwo (ameloblasty) odżywiają się za pomocą tkanki galaretowatej, t. zw. warstwy pośredniej lub miazgi szkliwa (*couche intermediaire*), leżącej nad niemi. Gdy dwie czapeczki szkliwa zejdą się brzegami ze sobą, to ginie z natury rzeczy warstwa pośrednia, skutkiem czego ameloblasty podlegają zanikowi.

W szyjce szczeliny ameloblasty odżywiają się dłużej, dla tego tu szczelina jest węższa, a warstwa szkliwa grubsza, niż na dnie (w *cul de sac*) szczeliny. Szczelina będzie tym głębszą, im guziki bliżej stoją do siebie, albo innymi słowami, im ostrzejszy będzie kąt pomiędzy zbieżającymi ku sobie bokami dwu sąsiednich guzików. Gdy kąt ten będzie bardzo tępy, to nie przychodzi wcale do powstania szczeliny.

P. M.

20. **Dr. Sauvez** (Paryż) jest stałym zwolennikiem *kokainy* do znieczulania miejscowego przy wrywaniu zębów. Zachowując pewne ostrożności Dr. Sauvez nie miał ani razu nieprzyjemnych powikłań przy zastosowaniu kokainy, choć stosował ją conajmniej w 25000 przypadków.

Powszechnie kokaina ma opinię środka bardzo niebezpiecznego, krytyczne jednak rozpatrzenie się w opisach przypadków śmiertelnych lub niebezpiecznych powikłań po zastosowaniu kokainy wykazują, że wszystkie te przypadki miały miejsce w pierwszych chwilach stosowania kokainy, kiedy nie umiano jeszcze jej dawkować. Przy umiejętnem i ostrożnem stosowaniu kokainy, powikłań niema nigdy, jakto już dowiódł prof. Reclus.

Dr. Sauvez trzyma się przy stosowaniu kokainy zasad następujących:

Przedewszystkiem nie stosuje nigdy roztworów mocniejszych niż 1 na 100, a u dzieci niżej lat 12 lub u starców wyżej lat 60—roztwory $\frac{1}{2}$ na 100.

Do wyrwania jednego zęba wystarcza w zupełności 1 c. sześcienny roztworu wyżej pomienionego stężenia. W rzadkich przypadkach, np. jeżeli robi się kilka ekstrakcyi odrazu, lub np. przy ekstrakcyach dolnego zęba mądrości trzeba zużyć 2—3 c. sześciennych. W takich przypadkach trzeba stosować specjalne środki ostrożności. W przypadkach zwykłych nadaje S. pacjentowi pozycyę, jak można najwięcej zbliżoną do poziomej, po operacyi zaraz przyprowadza krzesło operacyjne do pozycyi zupełnie poziomej, daje pacjentowi wypić filiżankę kawy lub herbaty i trzyma go w pozycyi poziomej do kwadransa. Stosując więcej, niż jeden centymetr sześcienny roztworu kokainowego, S. operuje zawsze w pozycyi poziomej i w tej pozycyi, pokrępiwszy pacjenta, jak wyżej, pozostawia go przez 2—3 godzin, nie pozwalając mu podnosić się nawet do wypływania.

Strzykawkę używa S. o pojemności 1 c. sześciennego, o igłach stalowych, z poprzeczną beleczką u podstawy; wstrzykuje zawsze we właściwą tkanę dziąsła, unikając tkanki luźnej. Ponieważ injekcyę w zbitą tkanę dziąsła wymagają względnie dużego nacisku, to beleczka poprzeczna przy nasadzie strzykawki jest niezbędna, ponieważ daje dobre oparcie palcom wstrzykującej ręki. Ze względu na znaczną siłę, potrzebną do injekcyi, igła bawinna być przyśrubowywana do strzykawki, a nie nasadzana, jak to jest przy zwykłych strzykawkach Prawatza do wstrzykiwań podskórnych.

L'Odontol. Nr. 11. 1903.

Dz.

21. **Leczenie ropotoku.** *Dr. A. Senu* (Zürich) jest zdania, że aczkolwiek stan ogólny pacjenta nie jest bez znaczenia dla powstawania ropotoku zębodołowego, to jednakże kamień pod brzegiem dziąsła jest nieodzowną jej przyczyną. Kamień ten odgrywa rolę ciała obcego, podtrzymującego zapalenie, a doświadczone usunięcie kamienia wystarcza do wyleczenia ropotoku bez żadnych lekarstw. Narzędziami, jakie powszechnie stosują do usuwania kamienia, zdjąć go z pod dziąseł niepodobna. Oskrobać z kamienia korzenie zębów pod dziąsłem można tylko delikatnymi narzędziami, jak np. najcieńsze ekskavatory White'a. Stosowanie lekarstw drażniących

jest, zdaniem Senna, zbyt czyste; *pointes de feu*, t. j. przypalanie dziąseł termokauterem w kształcie ułkuć przyspiesza umocnienie się zębów rozchwianych. Oprócz doszczętnego zdjęcia kamienia Senn nie stosuje do leczenia ropotoku żadnych leków za wyjątkiem przepłukiwania kieszeni dziąsłowych i szpar międzyzębowych przed operacją ciepłym, słabym (1 na 1000) roztworem sublimatu celu oczyszczenia z ropy. Można także przed operacją znieczulić dziąsła za pomocą wstrzykiwania w kieszenie środka znieczulającego.

Po zdjęciu kamienia pacjent, aby uniknąć wznówki choroby, musi zachowywać wzorową czystość; oprócz starannego czyszczenia szczotką można zalecić płukanie ściągające, np. *tinctura myrrhæ*. Dobre wyniki dawała też Sennowi *pastă Unny*, zawierająca znaczną ilość chloranu potasu, który jest jednym z najlepszych środków do leczenia wszelkich zapaleń dziąseł i wogóle śluzówki j. ustnej. Nie należy pacjenta krępować w używaniu leczonych zębów do jedzenia. Wyleczenie jest tym prędzsze i pewniejsze, im mniej zastarzała jest choroba. (L'Odontologie, N^o 7. 1903).

P. M.

22. **Odkażanie jamy ustnej.** Jak wiadomo, kwestya ta dotychczas nie jest ostatecznie rozstrzygnięta. W ostatnich czasach szereg ścisłych doświadczeń bakteryologicznych w tej sprawie przeprowadził magistrant R. Izakow w laboratorium patologiczno-bakteryologicznem przy Instytucie medycyny doświadczałnej w Petersburgu. Do celów doświadczalnych brane były proszki do zębów, zawierające środki przeciwnilne — tymol, chinazol, nadtlenek wapnia, olejek miętowy, boraks, kamforę, sól Bertoleta; prócz tego zbadaniem zostało czyszczenie zębów *samą* szczotką, czystym chloranem potasu, szczotkę z obojętnym proszkiem (kredą, magnezją, sproszkowanym korzeniem fiołkowym). Badania swe autor przeprowadzał nad osobnikami z zupełnie normalną błoną śluzową jamy ustnej, zdrowymi zębami a przynajmniej dobrze oczyszczonymi. Ostatecznie autor doszedł do następujących wyników:

1) przy czyszczeniu zębów *samą* szczotką lub *z pomocą obojętnego proszku* liczba drobnoustrojów

w jamie ustnej zmniejsza się w znacznym stopniu, przytem prawie jednakowo, a mianowicie średnio na 60, 72%—przy samej szczotce i na 62, 72%—przy stosowaniu proszku;

2) czyszczenie zębów *za pomocą proszku z dodatkiem boraksu* daje lepsze wyniki; liczba drobnoustrojów zmniejsza się średnio o 71,14%, t. j. na udział boraksu odnieść należy 8,87% zabitych drobnoustrojów; długotrwałość działania boraksu wynosi $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ godz.;

3) dodatek do obojętnego proszku *chloranu potasu* (kali chloricum) w stosunku 25% nie wykazuje żadnego działania przeciwnilnego; ze względu na trujące własności chloranu potasu czyszczenie zębów czystym preparatem, w której to postaci chloran potasu dobrze działa, powinno być ograniczone do wyjątkowych przypadków;

4) czyszczenie *proszkiem z dodatkiem nadtlenku wapnia* (20%) zmniejsza ilość drobnoustrojów w jamie ustnej (pod wpływem jednonumutowego działania) o 65%, t. j. czyszczenie jest nieco skuteczniejszym przy dodatku do proszku nadtlenku wapnia; długotrwałość działania $2\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ godz.;

5) czyszczenie *proszkiem z dodatkiem 2,5% tytmolu* zmniejsza liczbę drobnoustrojów w jamie ustnej o 75,5%; długotrwałość tego środka jest dość znaczna, sięga $2\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ godz.;

6) dodatek do proszku *olejku miętowego* nie podnosi jego działania przeciwnilnego; ilość drobnoustrojów zmniejsza się o 63%; takież wyniki osiąga się wprost przy oczyszczaniu szczotką;

7) *Kamfora w proszku* nie wykazuje żadnego przeciwnilnego działania;

8) działanie *chinoxolu* w jamie ustnej jest dość znaczne; pozostawia on w ustach wszyściekiego 17,1% drobnoustrojów, czyszczenie proszkiem z dodatkiem chinoxolu daje najwięcej dobrych wyników; ilość drobnoustrojów zmniejsza się o 82,9%.

(Zub. Wiestn. 2. 3. 1903).

M. Kr.

23. **Pierwotny przerost miazgi.** Dr. Pont z Lyonu opisuje następujący przypadek. 35 letni pacjent, zdrowy pod każdym innym względem, narzeka na bole charakteru pulpitowego w drugim

górnym dwuguzikowcu prawym. Ząb próchnicą nie porażony, prześwieca więcej różowo niż zęby sąsiednie przy badaniu lampką elektryczną. Ponieważ leczenie za pomocą przypalań dziąsła nie dało polepszenia, Pont postanowił ząb trepanować i miazgę zatruć. Przy próbach trepanacji szkliwo się załamało odrazu i okazało się, że cała korona wypełniona była niezbyt bolesną mięsistą masą. Zębina uległa zupełnemu wessaniu. Mikroskopowe badanie masy, wyciętej z zęba, wykazało, że masa ta składa się z tkanki granulacyjnej z rozpoczynającym się gdzieniegdzie formowaniem tkanki włóknistej. Po usunięciu miazgi z kanałów korzeni zaplombowano, mając na widoku opatrzenie korzenia później koroną Logana.

Opisany przez Ponta przypadek pierwotnego przerostu miazgi wraz z rezorbcyą zębiny jest unikatem w literaturze dentystycznej.

P. M.

24. **Nerwocydyna w połączeniu z kokainą.** Dr. Ekström zaleca zastosowanie nerwocydyny w równych częściach z kokainą; oba środki powinny być rozpuszczone w gwajakolu. Mieszanina ta działa pod względem znieczulającym znakomicie; przy częściowym lub zupełnym zapaleniu miazgi, przy wyjątkiem ropnego, działa natychmiast, przy zębach jednokorzeniowych już po 4 -- 5 godzinach można swobodnie wyjmować miazgę, nie przyczyniając pacjentowi bólu. Zęby wielokorzeniowe wymagają dłuższego działania nerwocydyny, lub dwukrotnego założenia, chociaż często już po 24 godzinach miazga daje się wyjąć w postaci jednego kawałka. Wbrew twierdzeniom *Scheffa i Arkövyego*, Ekström twierdzi, że krwawienie miazgi po zastosowaniu nerwocydyny nie jest prawidłem, wogóle jest ono tem mniejszem, im nerwocydyna działa dłużej. Nieznaczne krwawienia dają się wstrzymać 3% roztworem wody utlenionej. Stosując nerw. w ciągu roku Dr. *Ekström* nie widział żadnego ubocznego działania jej na tkanki sąsiednie; okostna niekiedy staje się czułą, nieco częściej, niż przy arseniku (*Reflektor 1903. Oestr. Ung. Viert.-fl für Z-de I. 1904 str. 190.*

M. Krakowski.

25. **Nerwocydyna.** Na odczycie, mianym na zebraniu T-stwa dentystrycznego w Heidelbergu, Dr. *Michel* z Würzburga zalecał zastosowanie nerwocydyny. Zdaniem jego, jest to idealny środek do znieczulania *nadczulej zębiny*; działanie jej wymaga 6—8 godzin czasu, aby można było bezboleśnie skrobać w ubytku próchnicowym. Ponieważ nerwocydyna jest środkiem stosunkowo tanim i łatwym do zastosowania, więc autor ją gorąco się zaleca. Stosuje w ilości, odpowiadającej wielkości główki szpilki, rozciera się z gliceryną i zamyka się w ubytku za pomocą sztucznej zębiny Fletchera lub cementu. Uważać należy, by środek nie stykał się ze śliną, gdyż występują: znieczulenie sąsiedniej błony śluzowej, mdłości, a nawet wymioty. Wbrew przypuszczeniom niektórych autorów, że nerwocydyna uśmierca miążgę, autor twierdzi, że tak nie jest; widział on miążgi, traktowane nerwocydyną, po upływie kilkumiesiący zupełnie zdrowymi. Gdy po założeniu nerwocydyny występują silne bóle, które trwają dłużej niż 20 minut, istnieje z pewnością ostre zapalenie miążgi; wtenczas należy się rzec zachowawczego leczenia. Dalej doradza *Michel* zastosowanie nerwocydyny w zębach mlecznych. Znieczuliła ona miążgę i może być stosowywaną we wszystkich okresach zapalenia, przy czem po 12 godzinach miążga może być zupełnie łatwo amputowaną. Przy stosowaniu nerwocydyny dobrze robi przemywanie ubytku wodą, karbolem, kreozotem i t. p. W końcu autor zaznacza, że w przypadkach obnażenia szyjek zębowych dostatecznem jest jednorazowe zastosowanie nerwocydyny na 24 godz., aby znieczulić obnażoną szyjkę na przeciąg kilku miesięcy. (*Zahnärztliche Rundschau* № 596. XII).

M. Krakowski.

26. **G. Parry. Calcium chloratum w hemofilii.** U pewnego chłopca, dziedzicznego krwawca, powstało nadzwyczaj uporeczywe kzwawienie z dziąsła w szparze międzyzębowej. Otwór był tak mały, że ledwie mały kawałeczek waty można było weń złożyć. W ciągu czterech dni stosowano bezskutecznie tamponację z rozczynów środków hemostatycznych (alumen, acidum tannicum, ol. terebinthinae, ferrum sesquichloratum, adrenalinum). Krwawienie czasu-

mi ustawało na kwadrans, a potem powracało z jeszcze większą siłą. Adrenalina dała stosunkowo najlepsze wyniki: w czasie jej stosowania krwawienie znacznie się zmniejszyło, ale nie ustało. Gdy po pięciu dniach ciągłego krwawienia chory stał się anemicznym, spróbowano rozczynu *calcii chlorati* (20 gramów na uncję) z zupełnym powodzeniem; krwawienie ustało zupełnie po kilkakrotnem wkładaniu kawałeczków waty, namoczonej w tym rozczy-
nie.

(*Lancet* 1903. II. 21. *Kron. lek.* 1904 VI. str. 272).
M. Kr.



Wskazówki praktyczne.

1) **Auraperka** — jest to nowy preparat, sprzedawany przez firmę *S. S. White'a* i służący do umocowywania w ubytku plomb złotych. Przy stosowaniu tego preparatu podcięcia i punkty oparcia (ramki) są zbyteczne; oszczędza się wiele czasu i roboty. Za pomocą auraperki pierwsze kawałki złota zaraz przyklejają się do dna ubytku i to tak dobrze, jak przy podcięciach. Zastosowanie preparatu jest bardzo proste: pierwszy kawałek złota lekko podgrzewa się i przyciska się do auraperki, której kilka ziarenek przylepia się do złota. Złoto podgrzewa się, jak zwykle, t. j. w płomieniu spirytusowym, gazowym lub też na płytce mikowej; cząsteczki auraperki przy tem również się rozmiękczejają. Następnie złoto szybko wprowadza się do ubytku i mocno przyciska do dna ostatniego, tak, by powierzchnia złota, pokryta auraperką, była odwróconą do zębiny. Po tym zabiegu można przystąpić do dalszego wypełnienia ubytku. Zapomocą tego prostego sposobu osiąga się umocowanie złota, niczem nie ustępujące innym sposobom. Nie należy jednak przypisywać auraperce własności, jakich nie posiada.

Celem auraperki nie jest przyklejanie plomby do ubytku. Ubytek powinien być tak przygotowany, żeby miał postać, zdolną do utrzymania plomby (postać retencyjną). Auraperka służy tylko do umocowania pierwszych kawałków złota. Prócz tego, auraperka izoluje miazgę od wpływów termicznych. Auraperka drażniących własności nie posiada. Sprzedaje się w flakonikach, zupełnie gotowa do zostosowania. Każdy flakon zawiera ilość, dostateczną do umocowania 500 plomb. Cena flaconu rb. 3,50.

2) **Przy silnych bólach zębodołowych** po wyjęciu zębów z zapaleniem okostnej daje dobre wyniki wytamponowanie zębodołu gazą jodotormową; zapobiega ona również wystąpieniu infekcyi, zwłaszcza przy zębach dolnych, gdzie odpływ ropy jest utrudniony.

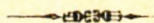
3) **Przy ropnem zapaleniu okostnej** (przy daleko posuniętej sprawie) nie należy stosować okładów gorących na policzek; pod ich wpływem bowiem ropa toruje sobie drogę na zewnątrz. Racyjalniej stosować na policzki okłady zimne z octanu ołowiu (*Prof. Boennecken*).

4) **W celu zmniejszenia wrażliwości błony śluzowej** przed zdejmowaniem wycisku gipsem można pacjentowi dać przepłukać gardło wódką lub spirytusem pół-na-pół z wodą; wymiotów wówczas nie ma (*Mark Hayter*).

5) **Przy bardzo czułym podniebieniu**, gdy ze względu na jego wrażliwość zdejmowanie wycisku i noszenie protezy są wprost niemożliwe, daje często dobre wyniki *masowanie podniebienia za pomocą palca* w ciągu pewnego czasu (paru tygodni); są pacjenci, którzy ze względu na wysoką wrażliwość podniebienia wprost nie byli w stanie nosić nawet najlepszej protezy, po kilkotygodniowym masowaniu przyzwyczajali się jednak do niej. Przez ciągłe dotykane palcem przy masażu wrażliwa dotychczas błona śluzowa podniebienia powoli przyzwyczajają się do mechanicznego drażnienia, a po pewnym czasie wrażliwość ta zupełnie znika.

6) **Do dezodoryzacji rąk** po używaniu jodotormu nadaje się woda pomarańczowa (*Aqua anranthorum*). Należy przedtem zmyć ręce mydłem, a następnie czystą wodą pomarańczową. Woń znika zupełnie (*Z-che Ref. 1903. 22*).

7) **Zapobieganie pęknięciu zębów podczas lutowania.** Często pęknięcie zębów podczas lutowania należy od przedostawania się boraksu do zęba przez dziurki płatki ochronnej; dziurki te bardzo często są większej średnicy, aniżeli grubość kramponów. Aby zapobiedz pękaniu zęba, należy po dopasowaniu płatki ostatnią zająć zęba i przypolerować do niego złotą folię № 20 lub 30; następnie nakłada się znowu płatkę ochronną, a wystającą po za brzegi zęba folię obcina się. W ten sposób boraks nie przedostaje się przez dziurki i ząb nie pęka (*Schw. Viert.-ft für Z-de 1903 Juli. str. 274*).



Kronika i sprawy zawodowe.

— K. — Powrócił z Dalekiego Wschodu za urlopem trzymiesięcznym dentysta tutejszy *Dr. Lipszyc*.

— K. — **Osobliwy okaz.** Na posiedzeniu d. 26 stycznia r. b. Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dr. *Franciszek Neugebauer* przedstawił osobliwy okaz — dwa zupełnie ukształtowane zęby kły z dermoidu jajnika.

— K. — „**Wiener Zahnärztliche Monatsschrift**“ przestało wychodzić. Redaktor tego pisma, *Dr Ornstein*, objął kierownictwo nowozałożonego przez austriackich stomatologów organu „*Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie*“.

— K. — „**Detersiv**“ — pod nazwą tą firma niemiecka *Wilhelm Schaper* z Drezna reklamuje nowy środek do czyszczenia zębów (przez dentystę). Reklama twierdzi, że „zapomocą tego środka można łatwo i prędko usunąć z zębów zielony lub żółty osad, nie szkodząc emalii; środek nie jest trującym i nieszkodliwym i może być używanym nawet przy krwawiących dziąsłach. *Detersiv* nadaje zębom naturalny połysk”. Skład tego środka, naturalnie, pozostaje tajemnicą firmy i z tego właśnie względu nie powinien on być używanym. Cena „porcyi“ wynosi tylko 4 marki.

— K. — **Instytucya społeczno-dentystyczna.** W Hanowerze Towarzystwo dentystyczne utrzymuje swym kosztem poliklinikę dentystyczną (*Holzmark, 7*). W lutym poliklinikę odwiedziło 796 pacjentów, przyczem konsultacyi było 24, ekstrakcyi 384, plomb założono 56, korzeni plombowano 38, czyszczeń zębów dokonano 10, innych rękoczynów 7.

— K. — **Otrucie tlenkiem azotu.** W Limbachu (przy Chemnitz) padł niedawno ofiarą zatrucia tlenkiem azotu technik dentystryczny *Zimmer*. Pewnego poranku znaleziono go martwym w pokoju, wypełnionym tym gazem. Kurek przy aparacie był odkręcony, skutkiem czego gaz swobodnie przedostawał się i wypełnił pokój, w którym technik spał. Badanie stwierdziło, że kurek odkręcił się wypadkowo. Rodzina zmarłego, która spała w sąsiednim pokoju, została przy życiu; gazu w tym pokoju nie było czuć. Wszelki ratunek był bezskuteczny.

— K. — **Nowa docentura.** Prywat-docentem chorób zębów i jamy ustnej przy Moskiewskim uniwersytecie mianowany został D-r. *Wilga*, znany czytelnikom *Przeglądu* z dwu, niedawno drukowanych artykułów. Dr. W. zarazem zarządzać będzie oddziałem dentystrycznym ambulatoryum kliniki chirurgicznej, przeznaczonym do prowadzenia praktycznych zajęć ze studentami.

— K. — **Rozprawę na stopień doktora medycyny z dziedziny Stomatologii** bronił 5 lutego b. r. (st. st.) D-r. *N. M. Heyman* przy Cesarsko-Wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu p. t. „*O wpływie różnego rodzaju drażnic w jamy ustnej na działalność gruczołów ślinowych*“.

— K. — **O niektórych prawach co do wstąpienia do szkół dentystrycznych.** Cyrkularzem departamentu lekarskiego z dnia 26 października (st. st.) 1901 r. za Nr. 9898 Ministerjum Spraw Wewnętrznych zawiadomilo urzędy lekarskie, na zasadzie odezw Ministerjum oświaty, że wstąpienie do szkół dentystrycznych dozwala się osobom, posiadającym świadectwo nauczyciela domowego, lub nauczycielki domowej. W kwestyi tej cyrkularzem z dnia 17 stycznia r. b. (st. st.) za Nr. 59 nastąpiła zmiana następującej treści: „Ministerjum] oświaty zawiadamia, że zgodnie z postanowieniem komitetu uczonego tegoż Ministerjum, pożądanem jest moc cyrkularza Departamentu Lekarskiego z dnia 26 października 1901 r. za Nr. 9898 o dopuszczeniu nauczycieli i nauczycielek domowych do wstąpienia do szkół dentystrycznych nie rozprzestrzeniać na tych nauczycieli i nauczycielki domowe, którzy uzyskali ten tytuł przez złożenie odpowiedniego egzaminu, a nie przez ukończenie kursu średniego zakładu naukowego. Podzielając wzmiankowane postanowienie, Ministerjum Spraw Wewnętrznych uchyliło wzmiankowany wyżej cyrkularz departamentu lekarskiego dodając, że moc niniejszego cyrkularza nie rozprzestrzenia się na osoby, które wstąpiły do szkół dentystrycznych przed jego wydaniem“.

— K. — **Ambulatorya dentystryczne przy petersburskich szkołach**, jak donosi *Zub. Wiestnik* (III r. b.), otwarte zostały w liczbie 9 z inicjatywy prezesa komisji miejskiej oświaty ludowej, p. *Potiechina*. Wszystkie ambulatorya są doskonale urządzone

i zaopatrzone w niezbędne narzędzia i przyrządy. — Zęby dzieci podlegają nie tylko oględzinom, lecz leczeniu, plombowaniu i innym operacyom. Niezamożnym dzieciom wydaje się bezpłatnie szczotki do zębów i wogóle wszystkim wychowañcom—bezpłatnie kredę do czyszczenia zębów. Rok-rocznie prowadzone są w klasach pogawędki o znaczeniu zębów i ich pielęgnowaniu.

— K. — **Przy C. W. Akademii Lekarskiej w Petersburgu**, w roku 1902 — 1903 otrzymało tytuły lekarza dentystry 49 osób a dentystry — 79.

— K. — **Pomoc dentystryczna na kolei Syberyjskiej**. Sprawa ta była poruszoną na Zjeździe lekarzy kolejowych w r. 1902. Obecnie, jak donoszą pisma rosyjskie, na głównych punktach Syberyjskiej kolei żelaznej (w Irkucku, Krasnojarsku, Tomsku, Omsku i Czelabińsku) przy szpitalach kolejowych są zakładane gabinety dentystryczne w celu okazywania pomocy służbie ruchu; do zarządzania gabinetami zaproszeni są dentyści.

— K. — **Nowa ustawa aptekarska**. W radzie lekarskiej, jak donoszą pisma rosyjskie, niedawno zakończone zostały obrady nad projektem nowej ustawy aptekarskiej, który to projekt wkrótce przejdzie do Ministerjum Spraw Wewnętrznych w celu ostatecznego opracowania. Projektuje się, między innymi: przejście aptek do instytucji rządowych, ziemskich, miejskich i wogóle społecznych, ułatwienie praw na otwarcie aptek wszędzie, zniiesienie przywilejów aptekarskich, podniesienie cenzusu naukowego armaceutów, powiększenie programu uniwersyteckiego dla osób, szukających stopnia prowizora lub magistra farmacyi.

— K. — **Komitet do przeprowadzenia postanowień III Wszecchosyjskiego zjazdu odontologicznego**, zawiadamia członków wzmiankowanego zjazdu, że zakończył swą działalność, wystąpiwszy z petycją w kwestyi wszystkich postanowień zjazdu: 1) W Ministerjum spraw wewnętrznych poruszono sprawę zaproszenia do Rady Lekarskiej pełnomocnika korporacyi dentystrów, *A. P. Synicyna*, wybranego przez zjazd; pełnomocnik powinien mieć głos przy rozwiązywaniu spraw, tyczących się dentystrów. 2) O zezwolenie wszystkim dentystróm w okresie pięcioletnim ubiegania się o stopień lekarza dentystry drogą egzaminu przy fakultetach lekarskich uniwersytetów i Akademii wojskowo lekarskiej. Nastąpiło zezwolenie zdawać egzamina stopień lekarza—dentystry tylko tym dentystróm, którzy rozpoczęli naukę lub też posiadali ten tytuł do 5 maja 1891 r. (st. st.) i w okresie trzyletnim.

3) O zakazanie urzędóm rzemieślniczým w Cesarstwie wydawania pozwoleń na otwieranie szkół dentystryczno-technicznych jako nie podlegających ich kompetencyi; istniejące zaś szkoły projektuje się zamknąć, jako założone nieprawnie.

4) O zezwolenie zwołania w roku 1905-ym IV Wszechrosyjskiego zjazdu odontologicznego w Petersburgu (od 4 do 9 lipca). Nastąpiło już pozwolenie.

5) O zezwolenie wprowadzenia przysięgi przy otrzymaniu dyplomu przez lekarzy-dentystów w uniwersytetach, jak to zaprowadzono dla lekarzy.

6) O ustanowienie ścisłej cenzury dla ogłoszeń i reklam dentystów i o zakazanie redakcyi „Prawitelst. Wiestnika“ przyjmowania ogłoszeń od dentystów bez uprzedniej cenzury miejscowych urzędów Lekarskich.

7) O zezwolenie dentystom spełnienia służby wojskowej w zakresie ich specjalności, jak to dzieje się z farmaceutami i lekarzami.

8) W Ministerystwie Oświaty — o organizacyi pomocy dentystycznej w średnich i niższych szkołach przez zaprowadzenie urzędów dentystów w celu okazywania systematycznej pomocy dentystycznej, oraz o wykładanie higieny w celu rozwoju prawidłowych pojęć o pielegnowaniu zębów i wogóle całego ustroju.

9) O wprowadzenie wykładów w szkołach dentystycznych o syfilisie, z praktycznemi demonstracyami jego objawów, uważając wykład ten, jako oddzielny przedmiot.

K R O W I A N K A

**OSP
OCHRONNA**

Daniłowiczowska 8 Telef. 528.

INST. D-ra Tehórznickiego



PRACOWNIA ZEBÓW SZTUCZNYCH

Henryka Kręislera, dentysty

12 ul. Twarda 12. w Warszawie

przyjmuje roboty kauczukowe i złote po cenach przystępnych.

Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.

Дозволено Цензурою, Варшава 11 Юня 1904 года.

D-ra Scheuera

Cyna Gąbczasta

nadzwyczaj miękka, upychadłami od złota gąbczastego daje się doskonale przygładzić do ścian ubytku.

Bierze się **kawałek cyny gąbczastej**, wielkości ubytku, kondensuje się i dodaje się wciąż cyny, uciskając ręką do ścian; na to kładzie się **warstwę nieprzepalonego złota gąbczastego** i zakańcza się złotą folią.

Cyny gąbczastej się nie przepala.

Cyna łączy się z każdym nieprzepalonym złotem gąbczastym i **nie tylko skraca i upraszcza plombowanie złotem**, ale i robi je **tańszem**. Resztki w kształcie pyłu można ścisnąć i zużyć.

D-ra Scheuera

Cyna Gąbczasta

Duża porcja Rub. 2,50.

dostać można w śladach

Dobronoki i Schiele

Warszawa, Zgoda 4.

Moskwa B. Dmitrowka. 28.

D-ra Scheuera Cement Cynowy

nowy materiał do plombowania. o którego dobroci każdy może się prędko przekonać.

Doskonały proszek cementowy, zmieszany z chemicznie czystą cyną, subtelnie szproszkowaną, można zarabiać z każdym płynem i otrzymuje się bardzo trwałą plombę, mającą po oszlifowaniu i wypolerowaniu wygląd amalgamatu złotego. Plomba nigdy nie traci koloru i nie zabarwia zęba.

Cement cynowy D-ra Scheuera trzyma się dobrze dla tego, że:

- 1) jest bardzo twardy,
- 2) ma gładką, metaliczną powierzchnię.

Z doskonałym wynikiem stosuje się cement cynowy do ubytków na szyjkach zębów i jako podkładka dla dużych plomb złotych. W ostatnim przypadku wypełnia się ubytek aż po brzegi cementem, w stwardniały nieco cement wypycha się warstwę gąbczastego złota i kończy się plombę folią.

Najlepsze wyniki otrzymuje się, dodając proszku po trochu i rozcierając mocną łopatką aż do otrzymania gęstego ciasta. Formowanie nałożonej plomby udaje się najlepiej za pomocą instrumentu, posmarowanego waselinej.

Ukończoną plombę można po kilku minutach polerować stałą i waselinej, albo też oblać woskiem lub kopalowym werniksem i dopiero na-rugi dzień szlifować i polerować.

Dobrze jest zrobić kilka plomb na próbę na wyrwanych zębach.

Duża porcja Rub. 2.50.

Dostać można w składach

Dobronoki i Schiele

Warszawa, Zgoda 4.

Moskwa, B. Dmitrowka 28.

Hydrogenium hyperoxydatum medicinale

wysokiej czystości z Fabryki

C. A. KAHLBAUMA

w Berlinie.

Skład w aptece K. Wendy

45 Krak-Przedm. w Warszawie.

Zatwierdzone przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych **Kursy Dentystyczne Teoretyczno-praktyczne** (dla PP. lekarzy, lekarzy-dentystów i dentystów)

Petersburg. Newski prospekt № 26 Telefonu № 5021.

1/14 Stycznia 1904 r. zostaną otwarte kursy, w celu udoskonalenia się, podług zatwierdzonego przez Ministerjum Spraw wewnętrznych programu, w następujących działach dentystyki:

1) Klinika chorób zębów i jamy ustnej z ambulatoryjnym przyjmowaniem chorych. 2) Chirurgia jamy ustnej. Narkozy dentystyczne. 3) Replantacja zębów 4) Plomby złote. 5) Plomby porcelanowe 6) Roboty kauczukowe 7) Roboty regulacyjne. 8) Protezy kombinowane dla jamy ustnej i twarzy. 9) Koronki i mostki. 10) Choroby jamy Highmor'a Highmor'yty i ich leczenie w zakresie praktyki dentystycznej.

Zajęcia na kursach będą nosiły charakter li tylko praktyczny i pokazowy.

Opłata za uczęszczanie na kursy wynosi 50 rb. miesięcznie.

Wybór jednego, lub jednocześnie kilku wyżej wymienionych działów zależy w zupełności od każdego z uczestników.

O wszelkie wiadomości i wyjaśnienia w kwestyi kursów zgłaszać się należy listownie lub osobiście (godz. 1—3 codziennie)

Petersburg Newski pr. № 26.

Kursy dla udoskonalenia się w dentystyce.

A. JOSEM
SKŁAD
Instrumentów i Materiałów
DENTYSTYCZNYCH
Marszałkowska № 125
W WARSZAWIE.

E. DUSOGE

Nowy Świat 5 w Warszawie

poleca: praktyczne, trwałe i nadzwyczaj
lubiane przez pacjentów

⇒ **PUDEŁKA NIKLOWE** ⇐

do sztucznych zębów.

Skład główny naczyń niklowych, z których dla
W. Panów Lekarzy i dentystów poleca się Imbryki do
cieplej wody, tace i rondelki do ogrzewania masy wy-
ciskowej.

Łóżka żelazne, umywalnie, lampy systemu Goetza
(t. zw. Wunderlampe), dające *maximum* światła przy
zużyciu *minimalnej* ilości nafty.

Palniki naftowo-gazowe „PRIMUS”
w braku gazu najlepsze do ogrzewania
wulkanizatorów i do lutowania.



E. DUSOGE

Nowy Świat 5 w Warszawie.

A P T E K A
E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej.
w WARSZAWIE.

POLECA:

 Wyjałowione **roztwory eukainy**
w rurkach zalutowanych. 

Eliksir przeciwnilny o odczynie alkalicznym (zawierający 5% Anizozyny).

Eliksir ściągający (zawierający około 5% Garbiku).

Eliksir obojętny (oprócz olejków eterycznych innych części działających nie zawierający)

Proszek czarny z Carbo Tiliae subtilissime pulveratus z dodaniem 20% Magnesiae Carbonicae.

Proszek biały z Calcaria praecipitata.

Proszek różowy z główną częścią składową, jak w powyższym, zabarwiony Karminem.

Hydrogenium peroxydatum medicinale.

Szczotki do zębów Johna Wesslerera i Fr. Zielńskiego.

Pastę formalinową Boeneckena z tymolem i kokaïną, w hermetycznych tubkach cynowych.

Oraz wszelkie inne środki i preparaty farmaceutyczne, używane w dentystyce.

OGROMNA OSZCZĘDNOŚĆ, DO 100%

bez względu na ilość zakupionego towaru.

Angielskie i ameryk. zęby z platynowemi kramponami z najlepszych fabryk	za sztukę	19 kop.
Marriton & Parss ang. pat. zęby „PINLES”	„ „	7 kop.
Świderki „IDEAL“ ekstra ostre	„ „	8 kop.
Kauczuk „IMPERIAL“, wyrób amerykański, pięknego pomarańczowego koloru, angielski funt	„	3 ruble
Kauczuk „SUPERIOR“ różowy, dający po zwulkanizo- waniu wspianałą, naturalną barwę ang. pół funta	rb.	3,45
Angielski Wosk do modelowania	„ „ „	1,25

Ceny podane są netto za gotówkę.

Dostawa do miejsca zamieszkania franco (włącznie z przewozem, cłem i opakowaniem).

**Skład wszystkich, jakie tylko istnieją, europejskich
i amerykańskich wyrobów.**



**Całkowite urządzenia na specjalnie
dogodnych warunkach.**



Paul Buss

Dental-Depot

Berlin W.



Goldene Medaille.
Gegründet 1879.
Goldene Medaille.