

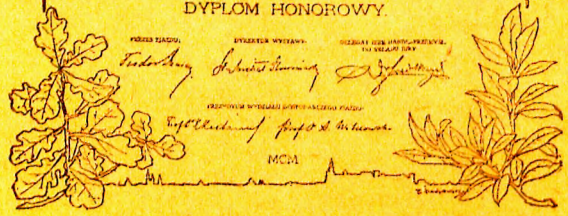
# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK, POŚWIECONY CHOROBYM ZĘBÓW  
i JAMY USTNEJ.

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



**IX.** ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE  
NA OGÓLNEM ZEBRANIU 24 LIPCA 1900 NA PODSTAWIE UCHWAŁY  
SIEDZIÓW WYSTAWY PRZYRODNICZO-LEKARSKIEJ PRZYZNAŁ  
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-Świat № 2 (róg Książęcej).  
WARSZAWA.



# C. Merck

Fabryka chemiczna—Darmstadt.

## Styptycyna

wybitny środek tamujący krew. Patrz:

Bloch Z. O krowotokach 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. Aerztl. 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. Bruns, Berl. klin. Wochenschrift 1900 Nr. 19.

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

Deutsche zahnärztl. Wochenschr. 1901, Nr. 31.

Dorn, Wien. zahnärztl. Wochenschr., III. Jahrgang, Nr. 42 und.

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

Honsel, Beitr. z klin. Chirurgie T. 27 Z. 1.

Hesse L. Apotheker-Zeitung 1900 Nr. 77.

Literatura na żądanie gratis i franco.



# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

Miesięcznik poświęcony chorobom zębów  
i jamy ustnej.

O postępowaniu bezgnilnem

przy wyjmowaniu zębów.

Napisał

**M. Krakowski.**

Zabierając głos obecnie, gdy nauka o aseptyce i antyseptyce, rzecz można, sięga swego punktu kulminacyjnego, muszę prosić czytelnika o przebaczenie, że zamierzam nużyć jego umysł tak oklepanym tematem. Nie można się dziwić, że literatura tej sprawy, zwłaszcza ostatnich czasów, obfitująca w obszernie prace, rozprawy a nawet całe dzieła, traktujące o postępowaniu bezgnilnem przy rozmaitych operacjach, u operatorów i klinicystów wywołuje nawet pewien przesyt. Wobec trudnego orientowania się często przekładamy utarte sposoby nad wszelkie innowacje. Musimy jednak przyznać, że ogrom nowych sposobów i ich najrozmaitszych modyfikacji uważać należy za objaw bardzo pomyślny. Zupełnie słusznie twierdzi prof. Mikulicz\*), że dzięki rozmaitym w tym kierunku pracom poznajemy

\*) Przyczynek do nauki o leczeniu ran. Kraków.



coraz więcej dróg, prowadzących do tego samego celu; wszystkie te usiłowania bowiem dziś nie mogą mieć innej dążności, jak zapewnić aseptyczny przebieg rany, a więc osiągnąć to, cośmy zdziałali już dawnymi środkami; jestto zarazem dowodem, że urwalniamy się coraz bardziej od pierwotnego, że tak powiemy, dogmatycznego pojmowania metody Listera i że w miejsce ścisłego naśladowania postawiono zrozumienie zasad przeciwnego leczenia ran.

W artykule niniejszym nie mam zamiaru omawiać nowych, całkiem dotychczas nieznanych sposobów postępowania bezgnilnego przy wyjmowaniu zębów, chcę natomiast się zająć sposobami już znanymi, wykazać ich zalety i wady, uproszczenia, jak również różne ich kombinacje.

Aseptyka stała się ideałem chirurgów, którzy starają się, aby mieć zawsze do czynienia z ranami aseptycznymi, nie zanieczyszczonymi jakimkolwiek podejrzanem zetknięciem. Nie będąc zawsze w możności osiągnięcia tego ideału, powinniśmy jednak zbliżać się do niego, o ile tylko się da. Ścisłe zastosowanie antyseptyki i aseptyki w czasach obecnych nie wymaga wielkiego zachodu i wydatków. Chirurgia współczesna, uczyniwszy znaczne postępy, ma głównie na celu, aby operator działał czystymi rękami i czystymi narzędziami na oczyszczonym polu operacyjnym.

Zadaniem współczesnego lekarza jest ochrona rany od wtargnięcia zakażenia. Do wypełnienia tego zadania pomaga nam właśnie aseptyka i antyseptyka. Zachowanie zasad aseptyki, lub antyseptyki jest konieczne zarówno przy jaknajmniejszej operacji, jak przy znaczniejszej, każda bowiem otwiera drobnoustrojom dostęp do tkanek. Stosując się ściśle do wymagań aseptyki i antyseptyki, chirurg współczesny z jednakim spokojem przystępuje do wycięcia małego kaszaka na twarzy, jak i do otwar-



cia jamy brzusznej. Przy braku ostrożności przeciwnilnych jedna i druga operacya stają się niebezpiecznemi dla chorego.

Operacye dentystyczne nie różnią się od chirurgicznych; tak samo otwierają drobnoustrojom tkanki głębiej leżące; dentystyka musi więc rządzić się takimi samemi zasadami. Wyjmowanie zębów, wprawdzie, jest małą operacyą, ale prócz zręczności, wymaga ona także ostrożności pod względem przeciwnilnym. Ogół na tę „małą i niewinną“ jakoby operacyę zapatruje się z pewnem uprzedzeniem. Nie ulega wątpliwości, że strach zabobonny pochodzi jeszcze z czasów, kiedy sposoby wyjmowania zębów i narzędzia do tych celów nosiły pewne cechy barbarzyństwa. Aczkolwiek jednak, dzięki znacznie ulepszonym narzędziom, wyjmowanie zębów stało się operacyą popularniejszą, to jednakże ogół i dzisiaj odnosi się do niej czasem z niezupełnem zaufaniem, a to z przyczyny zdarzających się od czasu do czasu niepomysłnych wyników, będących w związku z niedbałością operatora, nieczystością narzędzi i pola operacyjnego. Wobec znacznego rozwoju aseptyki i antyseptyki dentysta jest obecnie moralnie odpowiedzialnym za pomyślny przebieg i gojenie się rany po ekstrakcyi. Obecny stan pojęć o istocie spraw zapalnych i ropnych nie pozwala wątpić, że takie powikłania, jak ropnie okołoszczękowe, zakrzepy ropne w żyłach i zatokach mózgowych, zakażenie tuberkuliczne, syfilityczne, posocznica i t. p., występujące po ekstrakcyach, powstają drogą wtargnięcia do tkanek drobnoustrojów chorobotwórczych. Prof. *Miller* twierdzi, że każda ekstrakcyja, wykonana bez zachowania ostrożności przeciwnilnych, może być uważaną, jako próba szczepienia powikłań, która, niestety, zbyt często się udaje. Znaczne uszkodzenie miękkich części i kości przy utrudnionem wyjęciu zęba, każda nawet rana po ekstrakcyi, stanowią doskonałą drogę do wtar-



gnięcia drobnoustrojów. Kto choć raz widział brudną jamę ustną ze zniszczonymi zębami, z rozpułchnionymi dziąsłami, z grubą warstwą osadu i kamienia zębowego, którym czasami niektóre zęby są zupełnie pokryte, ten nawet się zdziwi, że zapalenie, opuchnięcie, ropienie, nekroza kości, zakażenie krwi po operacjach w jamie ustnej występują względnie tak rzadko.

Wobec wyżej przytoczonego, dziwnem wydaje się powierzchowne traktowanie tej tak ważnej dla nas kwestyi postępowania bezgnilnego przy wyjmowaniu zębów. W podręcznikach dentystycznych sprawa ta rzadko bywa poruszana. Niektóre nawet prace o wyjmowaniu zębów zupełnie pomijają ją milczeniem (*Busch, Szymkiewicz*).

Znane są, wprawdzie, pewne prace w tej kwestyi, lecz mają one charakter krótkich wzmianek. *Dr. Ritter* twierdzi, że smród z ust, często występujący po zwykłej ekstrakcyi, ropne zapalenie i nekroza kości szczękowych z towarzyszącem jej opuchnięciem twarzy, warunkowane są niedostateczną aseptyką. W wielu z kilkuset przypadków ropnego zapalenia kości szczękowych autor ten mógł stwierdzić przyczynę powstawania tego zapalenia. Widział on przypadek, gdzie miejscowe cierpienie przeszło w ogólne septyczne zakażenie z zejściem śmiertelnem. Często widział on przypadki nekrozy szczęki, rozwijającej się po ekstrakcyach zębów. W niektórych z tych przypadków zakażenie nie pozostawało miejscowem, lecz wywołało objawy infekcyi ogólnej.

Prof. *Feodorow* w kwestji przeciwnożylnego postępowania przy wyjmowaniu zębów mówi: „Antyseptyka — to dusza dentystyki współczesnej i należy ściśle zastosowywać się do niej, zwłaszcza przy wykonywaniu rękoczynów operacyjnych w jamie ustnej — przy wyjmowaniu zębów. U wszystkich współczesnych chirurgów dawno weszło w zwyczaj staranne odkażanie pola operacyjnego, narzędzi



i rąk własnych i czas by był, aby ten zwyczaj przyswoili sobie wszyscy „wyrywający“ zęby; już za wiele było poważniejszych powikłań, a nawet zejść śmiertelnych z przyczyny niechlujstwa i braku ostrożności pod względem przeciwnym. Gdyby obecnie jakiś chirurg przystąpił do wykonania najmniejszego nawet cięcia np. w pachwinie, nie ogoliwszy włosów i nie odkaziwszy całej pachwiny, to takiego chirurga wszyscy osądziłiby za niechlujca i zacofańca, a nawet pociągnięto by go do odpowiedzialności, a tymczasem niechlujstwo takie ustawicznie dopuszcza się w jamie ustnej, która w większości przypadków więcej jest plugawą, aniżeli pachwina. Przez ekstrakcję robi się w jamie ustnej ranę z rozchodzącymi się brzegami krwawiącymi, które łatwo przyjmować mogą rozmaite zarazki, zarówno z samej jamy ustnej pacjenta, jak narzędzi operatora, lub z jego rąk, o ile i te są wprowadzane do ust. I w literaturze lekarskiej opisano przypadki zejścia śmiertelnego po wyjęciu zęba, które to zejście poprzedzały ropówki twarzy, zapalenie mózgu, zakażenie krwi. Lecz poprzednio w podobnych nieszczęśliwych przypadkach posądzano zwykle tylko narzędzie operatora, obecnie ostatecznie dowiedzionem jest, że jama ustna zapełniona jest septycznymi substancjami i że wykonywanie w niej jakichkolwiek operacji bez zachowania ostrożności przeciwnych również jest niebezpiecznym, grzesznym, jak i w innych miejscach ustroju ludzkiego.“

Prof. *Adolf Witzel* w tej samej kwestyi mówi: zasady przeciwnego leczenia ran i następne cierpienia, mogące się rozwinąć po operacjach na zębach, wymagają od lekarza, aby ten przed operacją w jamie ustnej również starannie oczyszczał pole operacyjne, jak to się praktykuje w podobnych przypadkach na każdej innej części ustroju człowieka. W rzeczywistości, postępowanie przeciwnie przed i po operacji, zwłaszcza przy wyjmowaniu



zębów, prawie zupełnie nie jest przestrzeganiem, a *widzimy to nawet w klinikach chirurgicznych*, (gdzie już oddawna weszło w zwyczaj traktowanie przeciwnie przed otwarciem najmniejszego nawet ropnia na skórze), że przy operacjach na wyrostkach zębodołowych, zwłaszcza przy wyjmowaniu zębów, postępuje się zwykle tak, jakby się nigdy nie miało pojęcia o antyseptyce. Zdarza się widzieć, że chore zęby wyjmuje się nieczystymi kleszczami, a chociaż wyrostek zębodołowy pokryty jest cuchnącym śluzem i ropą, ignoruje się niezbędność poprzedniego oczyszczania pola operacyjnego.

Z przytoczonego nie trudno pojąć, dlaczego po takich operacjach dość często powstaje zapalenie dotychczas zdrowych zębodołów, a niekiedy dość ciężkie, grożące życiu cierpienia. Gdy jeszcze do tego dodamy, że dokładne oczyszczenie kleszczy ekstrakcyjnych, chociaż jest niezbędnem, nie zawsze się praktykuje i że najczystszymi kleszczami nawet, gdy one przenikają pomiędzy dziąsło i zębodół po szyjce zębowej, pokrytej śluzem i ropą, rana kostna prawie zawsze zostaje zakażoną, to dziwnem się tylko wyda, że cierpienia septyczne nie zdarzają się po takich operacjach jeszcze częściej, jama ustna bowiem stanowi wogóle doskonałe miejsce dla rozwoju czynników wszelkich spraw gnilnych. Na szczęście kości szczękowe mniej są wrażliwe na takie nieczyste operacje, aniżeli każda inna kość. Że brudny nalot na chorych i nie będących w użyciu zębach może bardzo często być niebezpiecznym dla ran, o tem żaden współczesny dentysta wątpić nie może na zasadzie własnego doświadczenia; dostatecznym jest nieznaczne uszkodzenie jego palca ostrem i zabrudzonym śluzem narzędziem, aby wywołać silne zapalenie uszkodzonego palca, a nawet ogólne objawy septyczne. Lekarzowi nie godzi się robić podobnych doświadczeń na ludziach.



Słowa te, wypowiedziane przez autorytety, doskonale ilustrują interesującą nas sprawę.

Zkąd więc wziąć się może czynnik, grożący zakażeniem rany ekstrakcyjnej? Czynniki ten pochodzić może: 1) z jamy ustnej i zębów pacjenta; 2) z narzędzi; 3) z rąk operatora (resp. pacjenta).

*Ślina jamy ustnej* stanowi środowisko, mogące zawierać chorobotwórcze drobnoustroje. Liczne doświadczenia bezsprzecznie stwierdziły, że w płynach jamy ustnej człowieka dość stale spotyka się drobnoustroje, które wtargnąwszy do krwi w dostatecznej ilości, mogą wywołać najniebezpieczniejsze cierpienia. W ostatnich czasach doświadczenia prof. *Millera* drogą czystych hodowli drobnoustrojów jamy ustnej na sztucznych podłożach i przy ciepocie ciała stwierdziły, że znaczna ilość tych drobnoustrojów posiada wybitne własności chorobotwórcze. Jama ustna ze względu na sprzyjającą ciepłotę i obfitość substancji odżywczych (resztek pokarmowych, złuszczonego nabłonka, rozmiękczonej zębiny i t. d.), daje doskonałe warunki dla rozwoju nie tylko niechorobotwórczych, lecz i chorobotwórczych drobnoustrojów. Ponieważ jama ustna jest w ciągłym połączeniu ze światem zewnętrznym, to wszystkie bakterie, jakie tylko istnieją, mogą się znajdować w jamie ustnej. Z drobnoustrojów chorobotwórczych w jamie ustnej znajdowano: *micrococcus sputigenus*, *bacillus crassus sputigenus*, *staphylococcus pyogenes aureus et albus*, *streptococcus pyogenes*, *bacillus salivarius* (spotykany w ślinie zdrowych i chorych osobników), *coccus salivarius septicus* (rzadziej), *streptococcus septicopyaemicus*, *staphylococcus salivarius pyogenes* (u chorych i osłabionych osobników), *micrococcus gingivae pyogenes*, *bacterium pulpae pyogenes*, *streptococcus dentalis Dellevie*, *bacillus gangraenae pulpae*, *bacillus hastilis Seitz-Bernheima*, *bacillus pyocyaneus*, *micrococcus tetrages*, *spirillum sputigenum*, *sarcina (lutea, ventriculi*



*alba, rosea*), *bacillus proteus vulgaris*, *bacterium mycoides roseum*.

Black badał ślinę na obecność drobnoustrojów ropotwórczych i znalazł je w wielu przypadkach. Z 10 przypadków zbadanej śliny osobników zdrowych znalazł Black *staphylococcus pyogenem aureum* 7 razy, *album* — 4 razy i *streptococcus* 3 razy. Zdaniem tego autora dentysta powinien pamiętać, że te ropotwórcze drobnoustroje spotykają się w jamie ustnej prawie stale i że każdej ranie w niej grozi niebezpieczeństwo zakażenia.

Wogóle, w jamie ustnej znajdowano do 100 gatunków drobnoustrojów (Miller). Wiele drobnoustrojów, wywołujących swoiste cierpienia ogólne nie jest rzadkością w jamie ustnej. Do kategorii tej zaliczamy: *actinomyces*, *bacillus tuberculosis*, *bacillus diphtheriae* (Klebs-Löfflera), które spotykamy nie tylko u osób chorych, lecz i zdrowych; dalej spotykamy w ustach *streptococcus septicopyemicus*, *diplococcus pneumoniae* (zdarza się również u człowieka zdrowego), *streptococcus erysipelatis*, *bacillus anthracis* (Mikulicz), *bacillus influenzae*.

Dr. Gabriczewski na VII Zjeździe lekarzy w Kazaniu ogłosił wyniki swych obserwacji bakteriologicznych, wykonanych w Moskwie; stwierdził on mianowicie, że *laseczniki błonicze* znajdowały się w jamie ustnej osobników zupełnie zdrowych. Do podobnych wyników doszli i inni badacze (Hobel, Thure, Hollström, Beelec, Wosthourn, Hopwood, Auwer). U osób ze znaczną ilością zepsutych zębów ilość tych drobnoustrojów znacznie wzrasta.

Dr. Jakowski w swej pracy o „Grzybkach chorobotwórczych“ (1886), omawiając *laseczniki tyfusu brzuszego*, zalicza do przENOŚNIKÓW zarazy tyfusowej i *jamę ustną*. Do tej ostatniej *laseczniki* przedostają się wraz z napojami, albo w pokarmach i tu, znajdując dobry grunt i dogodne warunki do rozwoju, zaraz się mnożą, albo też czas jakiś pozostają



pod postacią zarodników i dopiero po pewnym czasie przetwarzają się w laseczniki.

Wiele faktów stwierdziło, że znaczna liczba chorobotwórczych drobnoustrojów może się znajdować w jamie ustnej, nie wykazując żadnego swoistego działania. Jeżeli jednak zajdzie uszkodzenie miękkich części, lub osłabnie odporności błony śluzowej, to drobnoustroje te zaczynają działać szkodliwie. Bardzo być może, że na tej właśnie drodze powstają powikłania po ekstrakcyi. Zakażenie, naturalnie, znajduje się w pewnym związku z usposobieniem osobnika do infekcyi wogóle i ze stanem jego ustroju w danej chwili. Mogą więc w warunkach tylko co wspomnianych nastąpić po uszkodzeniu błony śluzowej rozmaite powikłania od nieznacznego odczynu zapalnego do bardzo niebezpiecznych cierpień charakteru miejscowego (ropówkowego), lub ogólnego, nawet bardzo niebezpiecznych.

Prof. *Baume* przytacza wiele podobnych przypadków: u 24 letniego studenta medycyny po nieudanem wyjęciu lewego górnego pierwszego dużego trzonowca następnego dnia w odpowiedniej okolicy twarzy wystąpiło zapalenie okostnej kości szczękowej, które wywołało obumarcie tej kości. Obumarły wyrostek zębodołowy był usunięty po dwóch tygodniach. Podczas przebiegu tej choroby wystąpiły wyraźne objawy zakażenia krwi: dreszcze, znaczny upadek sił, zabarwienie żółte skóry; do tego przyłączyło się prawostronne zapalenie płuc.

W *drugim* przypadku młody człowiek umarł następnego dnia po wykonaniu u niego ekstrakcyi na zakażenie krwi.

*Delestre* opisał wiele przypadków, gdzie z przyczyny ropnego zapalenia, które nastąpiło po ekstrakcyi, rozwinęło się zapalenie opon mózgowych z zejściem śmiertelnem. U 27 letniego, silnie zbudowanego mężczyzny zaraz po ekstrakcyi lewego górnego trzonowca wystąpiło zapalenie, które rozprze-



strzeniło się na oczodół i mózg; śmierć nastąpiła z przyczyny zapalenia mózgu.

W *drugim* przypadku 26 letnia kobieta zmarła piątego dnia po ekstrakcyi zęba (prawego dolnego pierwszego trzonowca); zaraz po ekstrakcyi wystąpiło opuchnięcie, ropienie i nakoniec zapalenie mózgu z zejściem śmiertelnem.

*Mosetig-Moorhof* widział 4 przypadki zapalenia kości szczękowej, które nastąpiło zaraz po ekstrakcyi, z zejściem śmiertelnem z powodu zakażenia krwi. Typowy z nich autor tak opisuje. U ciężarnej w 7 miesiącu chciano wyjąć drugi prawy dolny trzonowiec, bardzo zniszczony; koronę operator zupełnie obłamał, a pacjentkę puścił do domu. Bóle znacznie się wzmogły; pacjentka zaczęła gorączkować, drugiego dnia opuchnięcie tak się powiększyło, że pacjentka nie była w możności otwierać ust i wystąpiło utrudnione łykanie; chora nie mogła przełknąć nawet odrobiny wody. Opuchnięcie ciągle powiększało się, w końcu doszło do takiego stopnia, że cała twarz została oszpeconą; chora zaczęła się dusić. Twarde nacieczenie rozprzestrzeniło się na dno jamy ustnej i na prawą stronę szyi. Z ust wydzielala się smrodliwa ślina, do ust nie można było włożyć palca. Policzki, język, dziąsła, nasada języka — wszystko było znacznie opuchnięte, a dziąsło w miejscu wyjątego zęba było pokryte nalotem dyfterytycznym. Oddech, łykanie utrudnione; ciepłota podniesiona. Wykonano głębokie cięcie długości 15 ctm. po środkowej linii podbródka niżej kości podjęzykowej; tkanka była znacznie nacieczona, krwawienia prawie nie było; następnie wykonano cięcie głębokie od kąta szczęki w skośnym kierunku, cztery cięcia na policzku i w okolicy ucha. Stan chorej poprawiał się i na szczęście wszystko względnie dobrze się skończyło, aczkolwiek pacjentka strasznie cierpiała w ciągu pięciu tygodni; twarz, naturalnie, została oszpecona blizna-



mi. Wszystko zaś, dodaje autor, było powodem zaniedbania czystości i antyseptyki przez „operatora.“

„*Zahnärztliches Wochenblatt*“ z r. 1888 przytacza następujący przypadek: 18 letnia dziewczyna zwróciła się do felczera z prośbą o wyjęcie zęba; po wyjęciu zęba wystąpiło znaczne krwawienie, którego felczer nie mógł zatamować i odesłał pacjentkę do domu. Krwotok trwał w dalszym ciągu, wystąpiło silne opuchnięcie i drugiego dnia wystąpiło zakażenie krwi, następnie — śmierć.

Przypadek zakażenia krwi po ekstrakcyi przytacza *Dr. Zawadzki*. U 46 letniego zdrowego mężczyzny ekstrakcyę wykonał felczer. Drugiego dnia wystąpiło silne opuchnięcie w miejscu wyjętego zęba (dolnego lewego zęba mądrości), pojawiły się dreszcze, poty, bóle głowy, utrata słuchu w lewym uchu; w szpitalu u pacyenta po 2-ech tygodniach stwierdzono: utratę przytomności, lekką żółtaczkę, zwężenie źrenic, podniesioną ciepłotę (39,9°), mały przyspieszony puls, nieznaczność białka w moczu. Okolica lewego kąta żuchwy podniesiona, niechłobocząca, skóra zaczerwieniona. Zębodoł po wyjętym zębie wypełniony był śmierdzącą ropą. Gruzoły chłonne były opuchnięte, śledziona znacznie powiększona; kaszel, cuchnące wydzieliny, zawierające koki i ciała ropne; wystąpiły konwulsye, a po 4 godzinach nastąpiła śmierć. Sekcyja stwierdziła: ropówka posocznicowa całej okolicy szyjowej i dolnoszczękowej z ropnem zapaleniem okostnej szczęki, zapalenie płuc, duża ilość ropni przerzutowych (metastatycznych), rozrzuconych w obu płucach, ropne zapalenie mózgu. Sprawa zakaźna rozprzestrzeniła się drogą gałązek żyły podbródkowej, podjęzykowej i gardzielowej na *plexus pterygoideus* i *ophtalmicus*, a następnie drogą *fissura orbitalis superior* przeszła do mózgowia. Autor przypuszcza, że w danym przypadku rana ekstrakcyjna została zakażoną narzędziem;



wypadki takie jednak można objaśnić tem, że w zapuszczonej i niechlujnej jamie ustnej dosyć jest droboustrojów, mogących ranę zakazić i bez nieczystego instrumentu.

*Metnitz* przytacza następujący przypadek: 43 letnia kobieta przywieziona została do szpitala w stanie bezprzytomnym; na tydzień przedtem wyjęto jej kilka zębów, poczem zachorowała, narzekając na straszne bole i dreszcze; ostatnie trzy dni bredziła. Stwierdzono: znaczną opuchlinę skóry głowy i lewej policzkowo-ciemieniowej okolicy; skóra tu była bładą, połyskującą i napiętą; oczy wystają z oczodołów, źrenice nieznacznie rozszerzone bez odczynu; z ust wydziela się cuchnąca woń; szczęki ściśnięte w wysokim stopniu; gruczoły chłonne okolicy podbródkowej opuchnięte, otaczające tkanki znacznie nacieczone; w płucach nic nienormalnego; serce wielkości normalnej, u wierzchołka słyży się nieznaczny szmer diastoliczny. Brzuch wzdęty. Świadomość utracona. Bredzenie i niepokój. Następnego dnia silne bredzenie, puls uczęszczony. W nocy nastąpiło krwawienie maciczne i poronienie. Wkrótce nastąpiła śmierć przy zupełnej utraci przytomności. Sekcja stwierdziła — opony mózgowe zgrubiałe, zmętniałe, naczynia ich przepełnione, lewa półkula pokryta znaczną warstwą ropy. Na prawej półkuli również wyraźny osad ropy wzdłuż przepełnionych naczyń; substancja mózgowa miękka, nacieczona, przedstawia wiele wynaczynień. Podstawa mózgu pokryta gęstą warstwą ropy, rozprzestrzenienie się której zauważyć można w górnej szczelinie oczodołowej; opony mózgowe w tem miejscu tworzą zmiany, jakie opisano na półkulach. Błona śluzowa w okolicy zębodołu trzeciego dolnego trzonowca, wypełniona ropą, okazała się brudną i łatwo się oddzieliła w postaci strzępów, kość chropowata. Wszystkie mięśnie, przymocowane do dolnej szczęki i więzy stawowe znacznie nacieczone, w niektó-



rych miejscach zupełnie zniszczone. Ropienie w stawie szczękowym. Gruczoły chłonne podszczękowe znacznie powiększone, w środkowych swych częściach naciezione ropą. Żuchwa po stronie lewej na całej długości do linii środkowej obnażona z okostnej. Dwuguzikowców i trzonowców brak. Zębodół trzeciego trzonowca głębokości 6 ctm. bezpośrednio komunikuje z szerokim otworem w kości. Szpik kostny zmieniony w barwie, w stanie zwyrodnienia tłuszczowego, w części uległ ropnemu rozpadowi. I tu, jak przypuszcza autor, brak było opieki nad raną ekstrakcyjną.

Prof. *Feodorow*, cytując w swej pracy niektórych autorów, opisujących powikłania po wykonaniu ekstrakcyi, przytacza następujące przypadki. 27 letniemu, silnie zbudowanemu mężczyźnie, wyjęto ząb (pierwszy lewy trzonowiec górny). Po wyjęciu wystąpiło zapalenie miękkich części, które rozprzestrzeniło się na oczodół i mózg, chory umarł z przyczyny zapalenia mózgu. W *drugim* przypadku po ekstrakcyi pierwszego dolnego pierwszego trzonowca rozwinęło się opuchnięcie, ropienie i meningitis, a po 5 dniach po operacyi chory życie zakończył.

*Zacharewicz* wzmiankuje o przypadkach śmierci dwóch lekarzy; śmierć nastąpiła po ekstrakcyi z powodu różnego zapalenia okostnej.

*Konrad* wspomina o przypadku tężca (tetanus), powstałego po ekstrakcyi dwu zębów. W literaturze dentystrycznej są jeszcze wzmianki o przypadkach tężca po innych trudnych operacyach dentystrycznych.

*Dr. Rona* w stowarzyszeniu lekarzy w Budapeszcie w r. 1894 przytoczył przypadek zarażenia syfilisem po ekstrakcyi zęba. 21 letnia dziewczyna zwróciła się do pewnego ambulatoryum w Budapeszcie w celu wyjęcia dolnego lewego trzonowca. Po upływie 6 tygodni od ekstrakcyi w okolicy wy-



jętego zęba wytworzyła się rana, pokryta białym nalotem, a od tego czasu boli lewa strona żuchwy. Po upływie trzech tygodni po ekstrakcyi pacjentka zauważyła pod szczęką po lewej stronie opuchnięcie gruczołów wielkości orzecha, które z początku było bolesne, a następnie powiększało się, przyczyniając znaczne opuchnięcie po tej stronie. Dwa tygodnie przed tem wystąpiła wysypka na podbródku i już przez tydzień pacjentka cierpi na silny ból w gardle. Po szczegółowym zbadaniu lekarz stwierdził wysypkę syfilityczną bez objawów zakażenia na narządach płciowych; wszystko mówiło na korzyść zakażenia z dziąsła. Możliwem było, że rana ekstrakcyjna została zakażoną dopiero po wyjęciu zęba.

W literaturze można znaleźć więcej podobnych powikłań po ekstrakcyi (między i innymi i w referatach *Przeglądu Dentystycznego*), lecz ileż z nich z pewnych względów nie dochodzi do wiadomości ogółu.

Jak już wspominaliśmy, jama ustna, zwłaszcza u osobników niechlujnych, stanowi siedlisko rozmaitych drobnoustrojów (chorobotwórczych i niechorobotwórczych). Dopóki śluzówka jamy ustnej normalna, owe chorobotwórcze czynniki nie są w stanie przedostawać się do tkanek głębszych i okazać szkodliwego działania; trudno również przedostać się im do krwi wówczas, gdy przy gładkiem wykonaniu ekstrakcyi rozerwanych naczyń jest niewiele, a kapilary ozębnej i dziąsła prędko się zamykają. Więcej warunków do przeszczepienia czynnika chorobotwórczego istnieje przy ekstrakcyach trudnych, ponieważ sprzyja temu znaczniejsze uszkodzenie dziąsła i kości i kilkakrotne nakładanie kleszczy.

Operowanie w brudnych ustach stanowi pewne niebezpieczeństwo i dla samego operatora. Prof. *Miller* widział przypadek, gdzie po nieznacznem zaledwie uszkodzeniu palca ostrem narzędziem denty-



stycznym wystąpił silny obrzęk palca i ręki z wytworzeniem się ropnia, który rozszedł się dopiero po kilku nacięciach. W klinice pewnego instytutu dentystycznego był przypadek jeszcze gorszy. Student skaleczył się w palec ostrem narzędziem. Następnego dnia wystąpił znaczny obrzęk, zaczerwienienie skóry, znaczny ból, szybko zaczęły się wytwarzać ropnie na dłoni i ramieniu. Wystąpiła gorączka, bredzenie i objawy zakażenia krwi i tylko dzięki zastosowaniu bardzo energicznych środków, zapobiegło się niebezpieczeństwu zejścia śmiertelnego. W początkach swej praktyki zostałem ukłuty podczas wyjęcia zęba odłamkiem korzenia w duży palec. Narazie uczyniono wszystko, co jest w takich przypadkach wskazaniem. Jednakże po kilku godzinach palec spuchł, wystąpiły silne bóle; palec zsiniał; obrzęk rozszerzył się dalej, a przez noc dosięgnął stawu łokciowego. Dzięki energicznym środkom zapobiegło się dalszemu rozprzestrzenieniu się obrzęku, który dopiero po 8 dniach znikł.

*Wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, dowodzi niezbędności postępowania bezgnilnego przy wyjmowaniu zębów.* Polega ono na: 1) ścisłej antyseptyce jamy ustnej pacjenta *przed operacją*; 2) pedantycznej czystości rąk i narzędzi; 3) zachowaniu należytej ostrożności, aby uniknąć znaczniejszego uszkodzenia.

Kierując się nowszymi zdobyczami na polu bakteriologii, aseptyki i antyseptyki oraz obserwacjami klinicznymi różnych autorów postaramy się tu podać sposób postępowania przeciwgnilnego przy wyjmowaniu zębów, oparty również na kilkuletniem własnym doświadczeniu.

Najprzód pomówimy o *odkazananiu pola operacyjnego.*

Jak wiadomo, odkazanie błony śluzowej wogóle, a jamy ustnej w szczególności, jest daleko trudniejsze, aniżeli odkazanie skóry; odkazanie pierw-



szej nie daje się wogóle dokładnie uskutecznić. Odkażanie pola operacyjnego zbyt mocnym roztworem przeciwnilnym nie jest odpowiednim, gdyż błony śluzowe energicznie wchłaniają płyny, mocne antyseptyki więc mogą wywołać objawy zatrucia ogólnego, nie mówiąc już o żrącym ich działaniu. Nie mogąc więc dezynfekować ust antyseptykami, trzeba głównie *zwracać uwagę na mechaniczne oczyszczenie pola operacyjnego, które może być połączone z zastosowaniem odpowiednich nie nazbyt silnych środków przeciwnilnych.* Mechaniczne oczyszczanie (odpowiedniemi narzędziami), wycieranie wata, lub gazą, zmoczoną w środku przeciwnilnym, splukiwanie śluzu i brudu — są jedynym sposobem, drogą którego można osiągnąć dobre wyniki. W tym celu przed ekstrakcją należy zdjąć kamień i biały osad i za pomocą strzykawki słabym środkiem przeciwnilnym przemyć przestrzenie międzyzębowe i ubytki zębowe. Gdy zauważyć się da przykra, cuchnąca woń z ust, to można pacjentowi dać do przepłukiwania ust szklanekę letniej wody z dodatkiem kilku kropel 1% roztworu sublimatu. W tym samym celu nadaje się kilka kropel 0,5% roztworu nadmanganianu potasu na szklanekę wody (unikać należy mocniejszych, gdyż wywołują nadżarcia i zabarwienia błony śluzowej).

Przy ropiejących, nekrotycznych dziąsłach należy brzeg ich przyżegać 0,3% roztworem sublimatu, 10% fenolu, lub kilkuprocentowym roztworem chlorku cynku lub chlorfenolu. Naturalnie, w wielu przypadkach manipulacje te zabierają dużo czasu i trudne są do wykonania, np. przy zębach z zapaleniem ozębnej (resp. okostnej); przy pewnej jednak cierpliwości i staranności ze strony operatora, dają się uskutecznić. Pole operacyjne, które dotychczas stanowiło plugawą kloakę po tych zabiegach przetrwarsza się w czyste, zupełnie odpowiednie do operacji

(d. c. n.)



## Dział sprawozdawczy.

43. **H. M. Kirk D. D. S. O znaczeniu prawidłowego zgryzu w protezie zębowej.** (*Pacific Dent. Jour. I. 1904 L'odont. 16. 1904*)

Najważniejszą rzeczą w dostawkach zębowych jest prawidłowy zgryz. Bez dobrego zgryzu niemożliwą jest korona i mostek, a ileż więcej dostawka ruchoma, gdzie dobra artykulacja odgrywa tak wielką rolę w siedzeniu dostawki. Ponieważ wielu dentystów ma o prawidłowej artykulacji pojęcie bardzo ograniczone, to też rzadko kto zdaje sobie sprawę z tego, że prawidłowa artykulacja jest najważniejszym punktem całej roboty. Uświadomienie sobie tego wraz z doświadczeniem przekona każdego, że częściej spotyka się protezę z wadliwą artykulacją, niż źle zrobioną lub niedbale wymodelowaną. Kto pozna prawa, rządzące artykulacją, ten napewno rozentuzyazmuje się do tej sprawy.

Wystudyowanie tej sprawy przekonywa, że proteza zębowa jest czemś więcej, niż mechaniczną kombinacją zębów porcelanowych z wulkanizowanym kauczukiem, że artykulacja nie jest zwyczajną zawiąsą. Wystudyowanie artykulacji daje dentyście żywe zadowolenie przy sporządzaniu protez i poręcza powodzenie, nb. o ile i o innych zasadach się nie zapomina. Tak przynajmniej twierdzą ci, którzy weszli na tę drogę.

Niedawno zmarły *Dr. Bonwill* pierwszy wykazał praktycznie cudowne urządzenie mechaniczne i geometryczne szczęk i zębów. Dzisiaj niema zapewne dentysty, któryby nie słyszał choć piąte w sześćdziesiąte o metodzie artykulacji Bonwilla. Wszyscy nowi dentyści potrafią nawet objaśnić mniej lub więcej dokładnie, na czym ten sposób polega, ale bardzo mało jest takich, którzy potrafiliby według tego sposobu ustawić zęby. Z jednej strony jest to skutkiem tego, że wykładający w szkołach nie zwracają na ten sposób dostatecznej uwagi, z drugiej zaś strony jest to winą uczących się, którzy niechęć sobie zadać trudu, aby zrozumieć istotę tego sposobu.



Bonwill wystudował normalne stosunki szczęk do siebie; stosunki te należy, o ile można zachować i w szczękach sztucznych.

W uzębieniach normalnych i dobrze zartykulowanych należy odróżniać dwa rodzaje wzajemnych stosunków obu szczęk do siebie: 1) *zamknięcie* czyli *okluzję* 2) *zgryz* czyli artykulację.

Zamknięciem nazywamy ruch lub stosunek żuchwy do szczęki górnej; ruch ten odbywa się w kierunku z dołu do góry i zatrzymuje się, gdy szczęki się zejdą; kłykie żuchwy znajdują się wtedy w panewce stawu kości skroniowej. Zgryz albo artykulacja obejmuje wszystkie ruchy, jakie tylko szczęki wykonywać mogą.

Na modelach prawidłowego uzębienia, zagipsowanych w anatomicznym zgryzadle Bonwilla, można się przekonać, że przy każdym poruszeniu dolnej szczęki trzy punkty będą zawsze w zetknięciu z zębami górnymi (wokolicy siekaczy i molarów po każdej stronie). Jeżeli będzie inaczej, to według wszelkiego prawdopodobieństwa modele umocowano w zgryzadle w pozycji nieprawidłowej. Nie wchodząc w szczegóły teorii Bonwilla autor przechodzi wprost do wskazówek praktycznych, jak ustawić prawidłowo zęby w szczękach zupełnie bezzębnych.

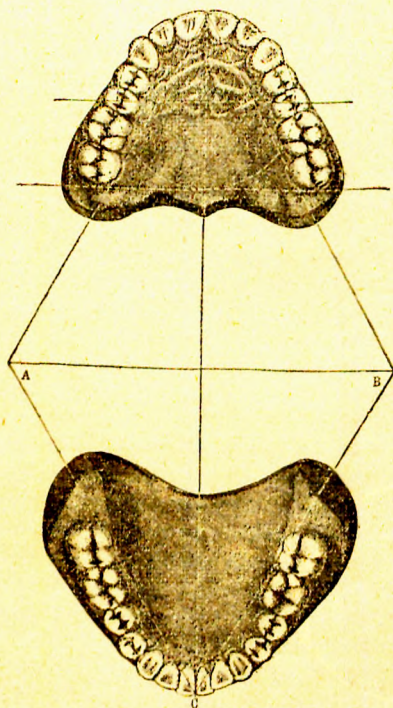
Należy wziąć szczękę górną prawidłową, ze wszystkimi zębami lub jej odlew gipsowy. Cyrklem wymierzamy szerokość 3 zębów przednich z każdej strony, począwszy od dośrodkowej strony siekacza środkowego do pierwszego dwuguzikowca. Wymiar ten (szerokość trzech zębów przednich) będzie promieniem koła, które należy wykreślić na kartonie lub blasze metalowej. Koło to należy wyciąć. Otrzymany krążek kartonowy lub blaszany przykładamy do zębów odlewu gipsowego, położonego zębami do góry tak, żeby brzeg jego przylegał dokładnie do sześciu zębów przednich. Brzeg krążka będzie odpowiadał zupełnie siecznemu kantowi siekaczy. Krążek ten będzie mniej lub więcej pokrywał wszystkie zęby, za wyjątkiem drugich molarów. Brzeg sześciu przednich zębów, będzie pokryty przez krążek w zupełności; zęby te zajmą jedną trzecią część koła, t. j. 120°. Pierwsze dwuguzikowce będą eokolwiek wystawać z pod krążka; drugich dwuguzikowców będzie widać połowę, a pierwsze molary przetnie krążek na wysokości przedniej trzeciej części języka.



Drugi molar będzie zupełnie na zewnątrz krążka. Dwuguzikowce i molary stoją w linii prostej, a nie w łuku, jak zęby przednie. Linia, przeprowadzona przez bruzdy tych zębów wykazuje to jasno. Po- zorna wypukłość łuków zębowych w okolicy tych zębów zależy od kształtów i konturów pierwszych i drugich molarów. (ob. rys).

Jeżeli połączyć odśrodkowe powierzchnie dru- gich molarów za pomocą linii prostej, to linia ta dotknie do tylnego brzegu krążka, wykazując rów- noboczny kształt górnej szczęki i łuków zębowych.

W praktyce sposób Bonwilla stosuje się tak:



mając dobre modele szczęk i w prawidłowym wza- jemnym stosunku, wybiera się odpowiednie co do koloru, wielkości i kształtu zęby i ustawia się pro- wizorycznie na szablonie 6 przednich zębów. Zmie- rzywszy, jak poprzednio, cyrkiem 3 przednie zęby,



wycina się krążek i pozostałe ustawia się tak, jak powyżej opowiedziano o artykulacji prawidłowej. Nie trzeba przytem zapominać o tem, że pierwsze i drugie molary powinny być cokolwiek niższe od dwuguzikówców. Ażeby pacjent mógł dobrze żuć i rozgryzać pokarmy trzeba powiększyć cokolwiek bruzdy molarów.

Mając ustawione według zasad powyższych zęby górnej szczęki, dolne szykujemy poprostu według górnych.

Przy końcu swego artykułu zaznacza Kirk, że nie wchodził w szczegóły omawianej sprawy, a naszkicował ją tylko w zarysach ogólnych, licząc na to, że *verbum sat sapienti*.

J. S.

**44. Jürgens. Tryprowe zapalenie jamy ustnej u dorosłych.** (*Berliner klin. Wochenschrift* № 14. 1904 *Przegląd lekarski* № 28. 1904).

Jeszcze przed wykryciem dwoinek Neisserowskich, wywołujących tryper (rzeżączkę) spostrzegano zapalenia śluzówki jamy ustnej, które na podstawie objawów i sposobu powstawania można było bezsprzecznie uważać za zakażenie tryprowe. Dopiero badania bakteryologiczne *Rosmiskiego, H. Leydena, Kasta, Jesionka* wykazały niezbitnie możność tryprowego zakażenia j. ustnej u dorosłych. Zakażenia takie mają także z klinicznego punktu widzenia odrębne stanowisko.

Autor opisuje przypadek, spostrzegany w klinice berlińskiej: silne, rozległe zapalenie dziąseł i warg z brudnoszarym nalotem, łatwo dającym się usunąć; wielka skłonność do krwawienia przy braku błon i owrzodzeń wybitnie odróżniała cierpienie to od zwykłej sprawy gnilnej w jamie ustnej. Podejrzenie, że tryper był przyczyną zapalenia w jamie ustnej, polegało głównie na tem, że pacjent niedawno przedtem przebył rzeżączkę cewki moczowej. Poszukiwanie przyczyny zakażenia zrazu skierowane było w inną stronę, ponieważ w polu widzenia mikroskopu widoczna była znaczna przewaga nitkowieców (*spirochaete*) i miotełkowatych ruchomych prątków. Obraz kliniczny wszelako skłonił autora do nader skrzętnego badania preparatów i po dłuższem szukaniu znaleziono typowe środkomórkowe dwoinki. Z powodu, że obraz drobnowidzowy



nie mógł dać stanowczego rozstrzygnięcia, założono hodowle, które zadanie o tyle ułatwiły, że nitkowce i prątek wrzcionowaty nie wyrastają na agarze zwykłym i na agarze surowicznym. Postać i wejście hodowanych koków, powstawanie postaci zwyrodniałych w hodowlach dwudniowych, oraz szybkie i zupełne odbarwienie się sposobem Grama potwierdziły istnienie zakażenia tryprowego. Całokształt tedy objawów kliniczno-patologicznych uczynił rozpoznanie tryprowego zapalenia niewątpliwem. Autor zwraca oprócz tego uwagę na ten szczegół, że jak i w innych chorobach zakaźnych pewien drobno-ustrój nie bywa wyłączną przyczyną choroby, tak i patogeneza trypra w innym staje oświetleniu, o ile będziemy zmuszeni tak zwane rzekome gonokoki zaliczać do gonoków, a sama obecność tych ostatnich nie będzie dla nas wyłącznym wyrazem zakażenia tryprowego.

*M. Kr.*

45. **Dr. Heidecke. Leczenie ropotoku zębodołowego.** (Deutsche M-ft für Zahnheilkunde V. 1904). Autor nie wkracza w rozpatrywanie przyczyn powstawania ropotoku zębodołowego, nadmienia tylko, że w etyologii odgrywają pewną rolę choroby ustrojowe (konstytucjonalne), jak — cukrzyca, tabes dorsalis, arthritis, ogólna anemia, możliwe jest jednak i samoistne powstawanie choroby. Traktowanie miejscowe w obu razach jednakowe. Przy pochodzeniu ogólnem. naturalnie, należy leczyć chorobę ustrojową, gdyż samo leczenie miejscowe nie może doprowadzić do pomyślnego wyniku. Ilość środków do leczenia ropotoku zębowego jest jeszcze większą, aniżeli liczba nazw, nadanych tej chorobie przez różnych autorów.

Przy leczeniu ropotoku zębodołowego, jak wiadomo, zawsze należy z powierzchni korzeni usunąć kamień zębowy. Od dokładnego wykonania tego rękoczynu zależy wynik leczenia. Następnie należy leczyć ogniska ropne, znajdujące się na wewnętrznej powierzchni dziąsła, aby ułatwić zrosnięcie się korzenia (ściślej ozębnej) z dziąsłem. W tym celu stosowywane są różne środki przeciwnilne i pobudzające ziarninowanie. Rekomendowane były rozmaite środki:

*Witzel.* Spirytus kamforowy z nalewką kate-



chu (tinctura catechu) zewnętrznie, kali chloricum do wewnątrz.

*Riggs.* Kwas siarczany.

*Boedecker.* Aromatyczny kwas siarczany.

*Storey.* Aromatyczny kwas siarczany i proszek zawierający siarkę przed układaniem się do smu.

*Kleinmann* bada odczyn śliny; przy kwaśnym — środki alkaliczne. przy alkalicznym — kwaśne środki, jak płukanie do ust. Prócz tego, miejscowe leczenie dziąsła za pomocą skaryfikacji i wkraplania w kieszenie lapisu.

*Parreidt.* 3% roztwór karbolu do iniekcji.

*Hollaender.* Chlorek cynku z jodyną.

*Bourdet.* Termokauter po wewnętrznej powierzchni dziąsła.

*Schlenker.* Roztwór tymolu.

*Magitot.* Kwas chromny na zewnątrz, kali chloricum do wewnątrz.

*Steinberger.* Proszek z siarczany miedzi.

*Harlan.* Hydrogenium hyperoxydatum.

Prócz tego zalecane były: akonit, kreozot, jodyna, siarczan miedzi, 10% arystol w ol. cynamonowym, chlorek cynku, 1—2% sublimat, 10% roztwór kw. trójchloroctowego, natrium superoxydatum, pyrozon. Dowewnątrz: jodek potasu, jodek żelaza, chinina i tran.

Autor dalej uważa za stosowne przytoczyć kilka sposobów słynniejszych autorów traktowania ropotoku zębodołowego.

*Younger.* (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1900 str. 366) stosuje po usunięciu kamienia kwas mleczny, który przy pomocy odpowiednio zbudowanej strzykawki wprowadza do samego końca korzenia. Chwiejące się zęby łączy Younger przy pomocy podziurawionej szyny metalowej do czasu zagojenia.

*Miller.* (Lehrbuch der konservativen Zahnheilkunde str. 375) twierdzi: „prognoza nie jest pomyślną, jednakże przy przednich zębach można osiągnąć, jeżeli nie zupełne wyleczenie, to przynajmniej znaczne polepszenie.“ Jego sposób polega na przecięciu dziąsła, rozpuszczeniu po mechanicznem usunięciu kamienia resztek ostatniego za pomocą 2—4% roztworu kwasu solnego lub też saletrzanego. Jako antisepticum stosuje Miller 4% roztwór wody utlenionej (hydrogenium hyperoxydatum) do wstrzy-



kiwania w kieszenie, następnie ol. cynamonowy lub inny środek przeciwnilny. Mniej znaczy środek antyseptyczny, aniżeli regularnie powtarzane przemywanie (przestrzykiwanie) kieszonek dziąsłowych.

*Fierce*. Znajduje, że w złożach na korzeniach często spotyka się kwas moczowy lub jego sole, *Miller* twierdzi, że znajdują się one i w zwykłym kamieniu zębowym bez ropotoku. Na tej zasadzie *Pierce* przypuszcza, że ropotok zębodołowy istnieje *tylko* przy diatezie moczanowej. Autor ten mniema, że jak w stawach i innych narządach, tak samo i w ozębnej odkładają się sole kwasu moczowego. Leczenie więc powinno być także same, jak i przy diatezie moczanowej. Poglądy tego autora potwierdza *Kirk*, który stosuje w celu zwalczenia ropotoku zębodołowego *lithium tartaricum* z dobrym skutkiem.

*Ritter* uważa syfilis za czynnik sprzyjający powstawaniu ropotoku, jednakże ostatecznie nie decyduje, czy syfilis sam przez się, czy też leczenie rtęcią jest przyczyną ropotoku zębodołowego. *Ritter* zaleca do miejscowego stosowania chloran potasu w postaci płukań i pendzlowanie nalewką jodową lub 20% kwasem chromnym.

*Mikulicz i Kümmel*. (Krankheiten des Mundes str. 140) zalecają nacinanie dziąsła i lekkie przysypywanie jodoformem.

*Smith* (Dental Cosmos IV 1896) widzi przyczynę ropotoku w miazdze zębowej; po jej dewitalizacji cierpienie przechodzi.

*Karolyi* (Oestr. Ung. Viertelj. ft für Z-de 1902 str. 520) opierając się na fakcie, że najczęściej ropotokowi zębodołowemu ulegają siekacze i I molary, twierdzi, że główną rolę odgrywa w powstawaniu choroby zaburzenie artykulacji, a nie swoiste drobnoustroje. Droga poprawy artykulacji przez zakładanie odpowiednich aparatów lub zeszlifowanie antagonistów można uzyskać wyleczenie.

*Rosental* (Brit. Journal of Dental Science Nr. 700) stwierdził, że srebrne kółeczko, przytwierdzone za pomocą cementu na brzegu dziąsła wstrzymuje ropienie. Obserwacje stwierdziły, że po zastosowaniu tego sposobu w ciągu 5 dni ropna wydzielina znika.

*Partsch* (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1900 str. 26) zaleca tamponowanie kieszonek



dziaślowych gaza jodoformową, a następnie dokładne usunięcie kamienia zębowego z korzenia, ewentualnie przecięcie dziaśła.

*Michel* (Deutsche M-ft für Z-de 1902 str. 301) prawie we wszystkich przypadkach ropotoku zębodołowego stwierdził w moczu białko; twierdzi on na tej zasadzie, że białkomocz (albuminuria) stanowi główny czynnik powstawania ropotoku zębodołowego. Zaleca on zatem we wszystkich przypadkach ropotoku zębodołowego zbadanie moczu; obok miejscowego także i ogólne leczenie. Środek przeciwniepalny lub przyżegający może być dowolnym. Prócz tego, nakłada on na chore zęby za pomocą gutaperki szynę drucianą, aby zapobiedz przenikaniu do kieszonek ciał obcych i przez lekki ucisk ułatwić złączenie się ozębnej z korzeniem. Aby zapobiedz nowemu odkładaniu się kamienia na korzeniach, zaleca *Michel* płukania z dwuwęglanu sodu.

Przytoczone sposoby leczenia ropotoku zębodołowego, jak twierdzą sami autorzy, nie dają dobrych wyników na długo. Badania więc w tym kierunku dalej trwać muszą. Ciężki przypadek ropotoku zębodołowego zmusił autora do zastosowania wstrzykiwań zawiesiny jodoformowej, która przy przewlekłych sprawach ropnych, jak wiadomo, daje doskonałe wyniki. Taki sposób leczenia tej uporczywej choroby nie był dotychczas stosowany.

Już po pierwszym wstrzyknięciu nastąpiło znaczne polepszenie, a po 3 tygodniach, pacjentka, która leczyła się prawie sześć lat, zupełnie została wyleczoną. Po 9 miesiącach wystąpiła nieznaczna recydywa; w niektórych miejscach wydzieliny były bardzo nieznaczne i po kilku wstrzykiwaniach znikły. Przy leczeniu tym sposobem lżejszych przypadków ropotoku zębodołowego wznówki nie zauważono.

Sposób autora polega na następujących rękoczynach: powierzchownie korzeni muszą być bardzo starannie oczyszczone z kamienia następnie za pomocą strzykawki Prawaza wprowadza się emulsję jodoformową *głęboko w kieszonki dziaślowe*. Aby zmniejszyć ból podczas wprowadzania igły, można znieczulić za pomocą kokainy. Wstrzykiwanie należy powtarzać co dwa dni, dopóki wydzieliny nie przestaną się pokazywać; następnie kilkakrotne jesz-



cze wstrzykiwanie po 8 dniowej przerwie. Przy wystąpieniu wznówki należy powtórzyć wstrzykiwania. Pamiętać należy o możliwym zatruciu jodoformem. Emulsya jodoformowa może się składać z 1 cz. jodoformu i 25 oliwy (oleum olivarum), lub też mieć skład następujący:

Rp. Jodoformii subtilissime pulv. 5,0; Mucil. gummi arabici 2,5; Glycerini puri 8,5; aq. destill. 50.0.

M. Krakowski.

46. **Śmierć w narkozie chloretylowej.** Dr. Allen opisuje w „*American Journal of the Medical Sciences*“ (Philadelphia) przypadek śmierci podczas uspienia zapomocą chlorku etylu. Nie przypisuje on jednak winy temu preparatowi, gdyż mogło to się zdarzyć i przy innym środku. Pacjent był epileptykiem i po wdychaniu 15 gram. chlorku etylu zwymiotował nieznaczną ilość czystego płynu, co trwało prawie 2—3 minuty. W tym czasie oddech i puls znikły i więcej nie wróciły. (*Z. Ref. 10. 1904.*)



## Kronika i sprawy zawodowe.

— **Doc. Dr. Łepkowski**, łaskawy nasz współpracownik, kierownik kliniki dentystycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, mianowany został profesorem nadzwyczajnym tegoż Uniwersytetu.

— **Program IV zjazdu Czeskich dentystów w Pradze.**

W Sobotę, 24 września o godzinie 8-ej wieczorem *przyjacielski wieczór* dentystów praskich i prowincjonalnych w lokalu T-stwa dentystów czeskich w restauracji „u Pinkasou“ i nadzwyczajne zebranie tegoż towarzystwa, na którym będzie mowa:

1) O najnowszych prawach i rozporządzeniach, dotyczących techniki dentystycznej.

2) O minimalnej taksie za operacje dentystyczne.

3) O uchwałach Towarzystwa.

4) O leczeniu zębów ubogich w Pradze.

5) O dentystach szkolnych.

W Niedzielę, 25 września o godz. 8 rano w C. K. czeskim ambulatoryum dentystycznym.

1) Zagajenie zjazdu.



2) Oczyt p. prof. Dra. E. Nessler: *Stosunek wiedzy denty-  
stycznej do medycyny wogóle.*

3) *Demonstracje praktyczne:* Dr. K. Wachsmann: Technika  
plomby złotej.

Prof. Dr. E. Nessel: Dostawka z zębów wyrwanych (z powo-  
du ropotoku).

Dr. R. Faustus: Hewitta sposób usypiania gazem rozwe-  
lającym.

White'owskie złote włókniste.

Krażki gumowe zamiast ślinochronu.

Dr. I. Mezl: Plomby porcelanowe.

Dr. Mraczek (Kromierzyz): Nowa plomba metalowa, jej  
wykonanie i znaczenie dla wiedzy.

Pozłacanie plomb.

Dr. A. Tomaszek: Sztuczne szkliwo Aschera (cement  
Aschera).

C. K. Ambulatoryum: Wskazówki praktyczne z dziedziny  
techniki dentystrycznej.

Technika znieczulania miejscowego, zwłaszcza eukainą  
i kokainą.

4) Oględziny nowych praskich urządzeń miejskich: cen-  
tralnych jatek, nowej kanalizacji i t. p.

5) Wieczorem zebranie przyjacielskie.

*Poniedziałek, 26 września, 8 godz. rano w C. K. ambula-  
toryum dentystrycznem.*

1) Prof. Dr. E. Nessel: Temat zastrzeżony.

2) Doc. Dr. J. Jesensky: Szkice z anatomii porównawczej  
uzębienia ssaków (z demonstracjami).

3) Dr. I. Solin: Obrabianie metali szlachetnych w denty-  
styce (z demonstracjami).

4) Dr. G. Chladek: O znieczulaniu zębiny.

Po południu o godz. 4 (w ambulatoryum).

1) Prof. Dr. Nessel: Znaczenie przedwczesnej ekstrakcji  
zębów dzieci.

2) Dr. K. Wachsmann: Prace mostkowe pod względem arty-  
kulacji.

3) Dr. I. Chladek: Uwagi o znaczeniu i wskazaniach do  
różnych sposobów narkozy.

4) Dr. E. Malý: Doświadczenie uzyskane przy zachowawczem  
leczeniu miazgi, obnażonej przypadkowo.

5) Dr. I. Mezl: Dezynfekcyja kanałów korzeniowych.

6) Dr. I. Chladek: Ocena różnych sposobów znieczulania  
miejscowego.

7) Dr. V. Vostřil: O dentyklach.

8) Dr. I. Chladek: Nieprawidłowości pozycyi zębów i sto-  
sunek ich do kości szczękowych Orthodontia.



— K — **Pomoc dentystyczna na Dalekim Wschodzie.**

W armii czymej na Dalekim Wschodzie odczuwać się daje zupełny brak pomocy dentystycznej. Hość chorych na zęby jest znaczną. Komisya wykonawcza Czerwonego Krzyża postanowiła otworzyć gabinet dentystyczny w Laojanie. Witając to postanowienie, redakcyja „Zubowręcznego Wiestnika“, przypuszcza, że Ministerjum Wojny postara się jaknajrychlej wypełnić tę lukę.

— K — **W sprawie otwarcia II szkoły dentystycznej w Rydze.** Dentysta *A. Niburg* zwrócił się do Départementu Lekarskiego z prośbą o pozwolenie otwarcia drugiej szkoły dentystycznej w Rydze na zasadzie normalnej ustawy szkół dentystycznych, t. j. na takiej, na jakiej istnieje otwarta już dawniej pierwsza szkoła. Gubernator Lifflandzki nie znalazł przeszkód do zadośćuczynienia prośbie *Niburga*. Ministerjum Oświaty, do którego się w tej sprawie zwrócono, zakomunikowało departamentowi stosownie do rozkazu czasowo-kierującego Ministerjum Oświaty, że wobec mającego nastąpić niebawem przejścia szkół dentystycznych pod zarząd tegoż Ministerjum i zamierzonych skutkiem tego reform, Ministerjum ze swej strony uważa za stosowne uznać prośbę dentysty *Niburga* za niezaslugującą obecnie na zadośćuczynienie, tembardziej, że Ministerjum Spraw Wewnętrznych już orzekło, aby w niemiwersyteckich miastach ze względu na trudność nadzoru, pozwoleń na szkoły dentystyczne nie wydawać. Ze względu na wyżej przytoczone Departament Lekarski znajduje, że prośba dentysty *Niburga* obecnie nie może być uwzględniona. („*Wiestn. Obszcz. Gigieny*“ IV. 1904).

— K — **„Wymowanie zębów bez bólu“.** Wiele obiecujące inseraty, stanowiące szczyt błagi niektórych dentystów w Niemczech, podobnie jak i u nas, stanowią sprawę aktualną. Stowarzyszenia Dentystyczne postanowiły wykluczać ze swego grona ogłaszających się w ten sposób. W wielu miejscowościach do wypełnienia podobnych inseratów przyczyniły się urzędy lekarskie. I pacyenci, którzy się dali złowić na te ogłoszenia, wymagają od operatorów istotnie *bezbolesnego wyjęcia zęba*, w przypadkach zaś, jeżeli operacya odbywa się z bólem, radzą sobie w bardzo prosty sposób, udając się ze skargą do sądu. Sprawa taka sądzoną była niedawno we Wrocławiu. Jak donosi „*Breslauer Morgenzeitung*“ dentysta *Herman Falkenstein* drogą inseratów przyobiecuywał pacjentom absolutnie bezbolesne wymowanie zębów. Ponieważ spełnienie obietnicy okazało się niewykonalnem, to związek śląskich dentystów postanowił na zasadzie istniejącego regulaminu zaskarżyć Falkensteina przez jednego ze swych członków przed sąd ławniczy (Schöffengericht). Oskarżony skazany został na zapłacenie 300 marek kary. Od wyroku tego oskarżony apelował do III Izby karnej. Na zapytanie przewodniczącego, czy Falken-



sten zechce sądowi demonstrować swój absolutnie bezbolesny sposób, oskarżony odpowiedział wymijająco, objaśniając natomiast, że uczynić to może tylko w gronie lekarzy-specyjalistów. Oskarżony dodał, że gotów jest *swój sposób* opisać w gazetach. Na propozycyę te sąd się zgodził, przy czem uchwalono, aby w ciągu 2 miesięcy praca tej treści była koniecznie wydrukowaną w specjalnem piśmie, a odbitki dostarczone sądowi. Praca, jak donosi dentysta *Falkenstein* w liście do redakcyi „*Zahnärztliche Rundschau*“, (Nr. 24. 1994) ma być wydrukowaną w tem piśmie.

— K — **Sprawa o oszczerstwo** Niedawno sędzia pokoju I uczątku w Orenburgu na publicznem posiedzeniu sądził sprawę o ubliżenie i oszczerstwo skutkiem skargi miejscowego lekarza-dentysty *Podolskiego* przeciw dentyście *Sz.* Skargę popierał sam *Podolski*, a ze strony oskarżonego stawał jeden z miejscowych obrońców. Rzecz miała się tak: pewien pacjent *A.* będąc niezadowolony ze zrobionej przez *Sz.* dostawki, zaskarżył ostatniego. Po otrzymaniu pozwu *Sz.* chwilowo pogodził się z pacjentem, ale gdy ostatni cofnął skargę, *Sz.* zostawił go z kwitkiem. Wtedy, *A.* powtórnie zaskarżył *Sz.*, a ten zaczął rozpowszechniać wieści, że ów pacjent zaskarżył go do sądu z namowy *Podolskiego*. Ostatni podał do sądu skargę na *Sz.* oskarżając go o rozpowszechnianie zmyślonych wieści w celu naderwania reputacyi *Podolskiego*. Pacjent *A.* podczas sprawy kategorycznie zaprzeczał wszystkim zarzutom, czynionym *Podolskiemu* przez *Sz.* Fakt złośliwego oszczerstwa został przez sąd ustalony. Sami świadkowie także stwierdzili, że *Sz.* istotnie opowiadał o jakimś złośliwym postępowaniu *Podolskiego*. Sąd skazał obwinionego *Sz.* na dwa tygodnie aresztu za oszczerstwo, skierowane przeciw *Podolskiemu*. (*Zub. Wiest.*)

— K — **Prof. Schleichowi**, jak donosi Berlin. Klinische Wochenschrift (1904-2). Wydział lekarski uniw. w Würzburgu przyznał premium w postaci srebrnego medalu i 1000 marek, za jego sposób miejscowego znieczulania.

— K — **Podrożenie waty**. Niektóre sklady apteczne w Warszawie podniosły cenę waty hygroskopijnej o 25%, tłumacząc to znacznem jej zażądaniem dla celów wojennych. (*Kur. W.*)

**Zmarli**. Pisma codzienne donoszą o śmierci *Doktora Kazimierza Szymbkiewicza*, znanego dentysty krakowskiego.





## Listy do redakcyi.

### I.

Szanowny Panie Redaktorze!

Pozwoli mi Szanowny Redaktor wypowiedzieć parę słów w kwestyi, może nie po raz pierwszy w łamach niniejszego pisma poruszanej, lecz doskonale stwierdzającej starodawne przyłowie polskie: *«kociół przygania garnkowi, a sam smoli.»*

Gdy w swoim czasie pisma krytykowały prostytucyjne ogłoszenia niektórych tutejszych dentystów, lekarze zupełnie słusznie szczylic się tem, że podobne ogłoszenia nie pochodzą z ich sfery. Lecz oto teraz jeden z tych panów, który zapewne niedawno jeszcze kamieniem rzucał na owych dentystów, za jednym zamachem przeszedł ich wszystkich. Lekarzem tym jest od niedawna poświęcający się dentyście *Dr. H. Gelbard*. Pozwalam sobie przytoczyć tu jego ogłoszenie:

---

**Dr. H. Gelbard** specj. plomby  
złote i porcelanowe, koronki, mostki i regulacja zębów. **Marszałkowska 129, m. II.**

---

Ogłoszenie to spotyka się bardzo często w pismach codziennych. Jak widać, *dr. Gelbard* wybrał sobie bardzo dobre specjalności. Rzecz dziwna, że ten sam pan *Dr. Gelbard* podaje naprzemian i inny tekst w tem samym piśmie.

---

**Dr. H. GELBARD**  
choroby zębów i jamy ustnej, plombowanie, zęby sztuczne. **Marszałkowska 129, m. II.**

---

Widocznie w tem drugim ogłoszeniu ma pan doktor na myśli tych pacjentów, którzy nie są w stanie korzystać z wykwintnych specjalności, przytoczonych w ogłoszeniu pierwszym. Z zestawienia tych dwu ogłoszeń widać, że p. G. niczem nie gardzi, co tylko grosz daje, że ogłoszenie pierwsze, głoszące o rzekomej predylekcyi do delikatniejszej techniki dentystrycznej, jest tylko wybiegiem reklamowym. Dopóki w podobny sposób ogłaszali się dentyści, można to było jeszcze darować ze względu na mniejszy ich cenzus kulturalny i etyczny; panu doktorowi, który już w swym stopniu naukowym ma przewagę nad zwyczajnymi dentystami, stanowczo nie wypada krzyczyć po pismach jeszcze głośniej od ostatnich.

Daruj, Szanowny Redaktorze, że śmiem Cię utrudzać i zajmować łamy Twego poczytnego pisma swemi uwagami; niech mię



wytłumaczy nadzieję, że słowa moje nie przebrznią bez echa, że może na ich skutek koledzy p. Gelbarda wytlómaczą mu, że w inny sposób powinien służyć dentystom za przykład.

Z poważaniem

Dentysta K. M.

II.

Szanowny Panie Redaktorze!

Jak wiadomo (o czem nastąpiło w swoim czasie rozporządzenie odnośnej władzy), technikom dentystycznym niewolno się zajmować samodzielnie praktyką. Pomijając, że, pomimo tego rozporządzenia, rozmaite indywidua, mianujące się owymi technikami, a nie mogące wskutek słabych kwalifikacyj lub зубnych nałogów otrzymać stałej posady, wędrują po domach z gabinetem w kieszeni, swobodnie uprawiając swój proceder pomiędzy niewybredną publicznością, w ostatnich czasach niektórzy technicy zaczęli otwarcie zajmować się praktyką dentystyczną w całej jej lekarskiej i technicznej rozciągłości, ogłaszając nawet o tem w pismach. Załączam tu dwa charakterystyczne wycinki.

Niniejszem zawiadamiam, że od dnia 1 czerwca r. b. przeniósłem swoją **pracownię zębów sztucznych** na ul. Stalową Nr. 5 i wszelkie roboty w zakresie dentystyki wchodzące, wykonywam sumiennie i akuratanie.

31 maja 1904 r.

**Adam Kempisty.**

**Technik Dentystyczny**  
**M. LIPSZCZ**

Nowy-Swiat Nr. 70.

*Plombowanie, leczenie, zęby sztuczne bez podniebienia.*

Wiadomo, że ogłoszenia tej treści podlegają cenzurze, jak więc ogłoszenia takie, sprzeciwiające się obowiązującym przepisom, mogły się przesłiznać.

Technikom takim jest lepiej, aniżeli nam, dentystom, gdyż nie wymaga się zapewne od nich ani osobnego zezwolenia na otwarcie ich „pracowni“, ani nie wymaga się żadnych dowodów o ich kompetencji i t. d.



Zwracam się więc do Szanownego Redaktora o wydanie swej opinii w tak ważnej dla nas sprawie.

Z poważaniem  
Dentysta Zylberman.

Żałujemy bardzo, że w tej kwestyi, jako dla nas zupełnie niezrozumiałej, nie możemy dać p. Z. żądanego wyjaśnienia.

Red.

### III.

Szanowny Panie Redaktorze!

Proszę mi udzielić trochę miejsca w *Przeglądzie*, aby zwrócić uwagę na jakie *sposoby* biorą się niektórzy „specjaliści” tutejsi w pogoni za... pacyentami.

Jak wiadomo liczba lecznic dentystycznych w ostatnich czasach znacznie wzrosła, a na wszelkie starania o otwarcie nowych następują po kolei odmowy. I zupełnie słusznie. Mamy tyle lecznic, tylu dentystów, że ludność tutejsza dostatecznie jest zabezpieczoną co do pomocy dentystycznej. Ale ponieważ lecznice stanowią podobno pod względem materialnym „doskonały interes”, to niektórzy dentyści radzą sobie jak mogą, aby nadać swemu „zakładowi” pozory *lecznicy* przynajmniej pod względem zewnętrznym. Pierwszy dał taki przykład niedawno osiadły w Warszawie dentysta radomski, p. Goldstein. Nazwał on swój „gabinet dentystyczny” — *gabinetami leczniczo-dentystycznymi* (wyróżnie *pluralis*) i umieścił na oknach swych „leczniczo-dentystycznych” gabinetów ogromne napisy, naśladowujące okna lecznic pp. K. i J. Zwykły śmiertelnik, sądząc z reklam w pismach i napisach na oknach mógł przypuszczać, że pod wiadomym adresem mieści się *lecznica dentystyczna*. Ale oto coś się zmieniło. Czy to szyby z wolowemi literami się stłukły, czy z przyczyny interwencji władzy, czy to z *innego* powodu, ale dość powiedzieć, że napisy znikły, ale nie bez śladu, bo przykład p. Goldsteina zniósł p. Ignacjo Lewenglik, mieszkającego na Lesznie pod № 31. P. L. umalował i upiększył się zupełnie „*a la Goldstein*”; napisy „Zęby sztuczne”, „dyżury nocne” powtarzają się 10 razy. Prócz tych 10 (*dziesięciu*) napisów, dom, w którym mieszka p. L. zaopatrzony jest jeszcze w dziewięć szyldów: jeden szyld ogromny 7—8 łokciowy z napisem „gabinet leczniczo-dentystyczny”, dwa mniejsze takich prawie rozmiarów z napisami „zęby sztuczne, choroby zębów, dyżury nocne” (tło niebieskie litery czarne), na dole przy bramie aż trzy, mniej więcej, łokciowe, na jednym jest nawet napis francuski.

Rozmieszczenie napisów i szyldów dowodzi, że p. *Lewenglik* koniecznie chce udawać lecznicę.



Gdyby każdy dentysta tutejszy w ten sam sposób chciał sobie dodać powagi, to wkrótce wszystkie domy warszawskie zostałyby upstrzone owemi malowidłami na szybach, bramach, ścianach i t. d. Ale na szczęście styl pociejowski nie zapanował jeszcze w Warszawie wszechwładnie.

Fakt powyższy przytoczyłem jako przyczynek do naszej ctyki zawodowej.

Racz przyjąć. Szanowny Redaktorze słowa szacunku i poważania

Dentysta N. N.

Fakt podany przez pana N. N., jest wysoce charakterystyczny. Aby nadać gabinetowi pozory zakładu, kierowanego przez lekarzy, obwieszają go łokciowemi szyldami. Lekarze, zarządzający lecznicami panów *Kobna* i *Judta*, mogą być zadowoleni, że postawili te zakłady na stopie, dającej tak budujący przykład.

---

**KROWIANKA**      OSPA  
OCHRONNA

Daniłowiczowska 3 Telef. 528.

INST. D-ra Tehórznickiego

---

Max Konrad Ziemens, Technik dentystyczny  
Długa № 34/32.

WW. PP. Doktorów i Dentystów zawiadamia, że przyjmuje u siebie wszelkie roboty, wchodzące w zakres techniki dentystycznej ze swego lub powierzonego materiału.

Korony jednolite sposobem Wintera, roboty mostowe i całkowite płytki metalowe aparatem Jacobsberga, także wszelkie roboty kauczukowe. Roboty te wykonywa się akuratanie i w najkrótszym czasie. Ceny możliwie niskie.

---

**A. JOSEM**  
SKŁAD

Instrumentów i Materiałów  
DENTYSTYCZNYCH  
Marszałkowska № 125  
W WARSZAWIE.

---

Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.

---

Дозволено Цензурою, Варшава 11 Сентября 1904 года.



# D-ra Scheuera

## Cyna Gąbczasta

nadzwyczaj miękka, upychadłami od złota gąbczastego daje się doskonale przyglądzić 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 nieprzeżalonego złota gąbczastego i zakańcza się złotą folią.

Cyny gąbczastej się nie przepala.

Cyna łączy się z każdym nieprzeżalonem złotem gąbczastem 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 warstwą 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 wazeliną.

Ukończoną plombę można po kilku minutach polerować stałą i wazeliną, albo też oblać woskiem lub kopalowym werniksem i dopiero na drugi 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.