

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBYM
JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

OD REDAKCJI.

Dziesięć lat zaledwie upłynęło od chwili, kiedy na gruncie naszym zjawił się człowiek - duch, człowiek-idea, który, wśród najmniej sprzyjających po temu warunków, postawił sobie za zadanie stworzenie u nas nowej nauki, nowej bo zupełnie nieznaney u nas gałęzi wiedzy lekarskiej—*dentjatrji*. Tym człowiekiem zaiste opatrnościowym był ś. p. Dr. Bolesław Dzierżawski.

Pracą swoją i poświęceniem się chciał dokonać tego, co możliwem jest tylko przy współdziałaniu albo całego społeczeństwa, lub tej części jego, która stworzyłaby odpowiednio urządzone uczelnie, popierała wydawnictwa oraz moralnie i materjalnie sprzyjała rozwojowi naukowemu. O jednym i drugim w owych czasach nie mogło być mowy. Potrzeby jednak rosły. Należało rozrzuconych po większych miastach dentystów polskich skupić przy wspólnem ognisku, które trzeba było dopiero stworzyć. Należało przedewszystkiem zbudować podwaliny dla wzniesienia gmachu tej nowej gałęzi medycyny, której dotychczasowi przedstawiciele byli tylko praktykami, gdy tymczasem sama nauka dentystyki leżała u nas zupełnie odłogiem. Uniwersytet trak-

tował ją po macoszemu, otwarte wówczas szkoły dentystyczne, aczkolwiek szerzyły specjalną wiedzę, znajdowały się jednak w warunkach bardzo mało sprzyjających właściwemu rozwojowi nauki dentystycznej. Śród tych okoliczności należało jedynie stworzyć organ, poświęcony specjalnie zagadnieniom dentystryki, który miał być u nas źródłem zawodowej swojskiej wiedzy dentystycznej. Z niego my wszyscy, zawodowcy—praktycy, i z uniwersyteckim wykształceniem, i wychowawcy szkół dentystycznych, i starej daty dentyści — my wszyscy mieliśmy czerpać najnowszych badań teoretyczne dane, poparte doświadczeniami, dla lepszego uświadamiania sobie postępów dentystryki. Celem organu miało być również zachęcanie nas do podjęcia usiłowań w kierunku możliwego posunięcia dentystryki na tory naukowe.

Zaproszone wówczas przez Dra Dzierżawskiego do współudziału w nowopodjętej przez niego pracy miejscowe powagi lekarskie postąpiły według słów Syrokomli: „naprzód przyrzekli — potem zapomnieli“. Cały więc nawał pracy spadł tedy na barki jednego człowieka. Trzeba było walczyć z obojętnością doktorów teoretyków i zawodowców-praktyków. Mimo to pismo zyskiwało coraz większe prawa obywatelstwa, rosło, rozwijało się, zmuszając ogół dentystów do zainteresowania się postęпами ich specjalności.

Nieszczęście chciało, że przedwczesne wyczerpanie Dra Dzierżawskiego położyło kres tej ze wszech miar pozytywnej i owocnej pracy.

Wobec naszej obojętności do wszelkiego rodzaju poważnej i zmuśnej pracy, wobec naszej ociężałości, wobec braku inicjatywy i bardziej jeszcze wcielania jej w czyn, powstała sytuacja nader smutna, zdolna zniweczyć usiłowania, podjęte w kierunku stworzenia polskiej dentystryki. Jak zwykle u nas w takich razach, poczęto radzić, odbyto

nawet parę zebrań przygodnych, ale nikt nie zabierał się serjo i stanowczo do objęcia i dalszego prowadzenia spuścizny po zmarłym Drze Dzierżawskim. A wszak liczba dentystów-praktyków wciąż wzrastała, potrzebujących porady dentystrycznej było coraz więcej, nauka dentystryki na Zachodzie szybkimi krokami posuwała się naprzód. W takich warunkach nie wolno nam było siedzieć obojętnie z założonymi rękami.

Jako najbliższy współpracownik Dra Dzierżawskiego przy redagowaniu i wydawaniu przez tegoż „Przeglądu Dentystycznego“, podjąłem pozostałą spuściznę, którą zamierzałem poprowadzić w myśl wskazań mego dawnego profesora i kierownika. Pośród najbliższych kolegów znalazłem kilku chętnych, rozumiejących potrzeby chwili, którzy, kierowani dobrą wolą i dbałością o utrwalenie u nas poważniejszego traktowania dentystryki, okazali mi czynną pomoc, nadsyłając czy to prace oryginalne, czy też tłumaczenia cenniejszych artykułów z pism lekarskich i zawodowych.

Dziś po paru latach kierownictwa pismem pozwalam sobie pracę swoją poddać pod opinię kolegów. Dziś, gdy nawet ze strony tutejszych lekarzy, obojętnych naogół dla naszej sprawy, redakcja nasza spotyka słowa uznania i zachęty, dziś, kiedy pismo nasze rozwija się tak szczęśliwie, że śmiało już może konkurować z podobnego rodzaju wydawnictwami w innych językach, dziś odwołujemy się do opinii ogółu kolegów, aby zastrzedz się przed złą wolą tej nieznaczej garstki, która, kierując się ambicyjkami i urojonemi pretensjami, stara się pismu szkodzić, odrywając nas od twardego warsztatu pracy, zabierając drogi czas, bałamucąc umysły i wprowadzając chaos i zamieszanie....

Nie odstępując od dotychczasowego planu pisma, zastosowanego do naszych warunków i potrzeb, nadmieniamy, że łamy jego stoją zawsze otworem, celem umożliwienia

wypowiadania się we wszystkich sprawach, nie krępując bynajmniej nikogo w uzasadnianiu odmiennych poglądów lub krytyki. Nie uszczuplając działu naukowego, będziemy w dalszym ciągu poruszali sprawy zawodowe, które, jak przekonaliśmy się, dotychczas wzbudzały wśród kolegów żywe zainteresowanie. Zwracamy się więc do ogółu kolegów z prośbą o czynne popieranie naszego wydawnictwa, gdyż tylko wspólna praca przyczynić się może do rozwoju tegoż. Z bólem zaznaczyć musimy, że wbrew wszelkim oczekiwaniom, wobec stosunkowo znacznej liczby dentystów polskich, sięgającej 900 osób, pismo nasze borykać się musi z przeszkodami pod względem materialnym, ilość prenumeratorów bowiem jest o tyle niedostateczną, że zaledwie pokrywa znaczne wydatki nakładu i administracji. Sądzymy, że *obowiązkiem moralnym każdego dentysty polskiego jest przyczyniać się pracą lub materialnie do rozwoju jedyne go u nas organu zawodowego*;

Kończąc trzeci rok wydawnictwa, czujemy się w obowiązku podziękować tym wszystkim, którzy popierali nasze pismo w tak trudnych warunkach swemi pracami, mianowicie: **Doc. Drowi med. A. Gońce** (Lwów), **Doc. Drowi med. H. Wildze** (Moskwa), **Drowi med. Friedlenderowi** (Drohobycz, Galicja), **Drowi med. Br. Kaczorowskiemu** (Lwów), **Drowi A. Cieszyńskiemu** (Monachjum), miejscowym współpracownikom: **Drowi St. Leyzerowiczowi**, kolegom: **St. Bliklemu**, **R. Berladierównie**, **L. Chmielińskiemu**, **J. K. Dracowi**, **Z. Fabianównie**, **M. Germanowi**, **P. Klejnowi**, **D. Kohnowi**, **H. Kon-Feldblumowej**, **M. Leliwa-Kopystyńskiej**, **H. Lubodzieckiemu**, **N. Neufeldowi**, **Wł. Zielińskiemu** i **B. Zylberblatowej**.

Spodziewamy się, że wymienieni współpracownicy zechcą nadal zasilać pismo nasze swemi pracami.

I. Prace oryginalne.

Błędy zawodowe dentysty z punktu widzenia medycyny sądowej.

NAPISAL

Doc. Dr. med. H. WILGA.

(Moskwa).

Pod nazwą „*błędy lekarza przy leczeniu*” prawo rozumie mimowolne uchybienie i zboczenie od zasadniczych nieodzownych przepisów medycyny podczas leczenia chorych, nie zaś umyślną szkodę zrzadzoną przez lekarza swemu pacjentowi. Ostatnie postępowanie lekarza, gdy będzie dowiedzionem, uważanem jest, jako szkodzenie zdrowia lub zabójstwo (Sztolc) ¹⁾.

Błędy zawodowe w dentystyce powstawać mogą: 1) przy zachowawczem leczeniu zębów, 2) przy ich wyjmowaniu, 3) przy sporządzaniu wszelkich dostawek i przyrządów, wchodzących w zakres techniki.

Błędy w dziedzinie zachowawczego leczenia zębów. Rehfuss ²⁾ uważa za wadliwe takie leczenie, gdy z powodu niewłaściwych rękoczynów dentysty, lub też nieumiejętnego wykonania operacji powstała choroba pacjenta lub jego śmierć. Takiego rodzaju wadliwe leczenie może wynikać wskutek *niedbalstwa*, gdzie zły woli niema, lecz gdzie jednak nieuważnie i niechlujnie traktowano dany przypadek, lub przez *nieuctwo* prowadzono leczenie, niezgodnie z współczesnemi wymaganiami nauki.

Dalej autor wskazuje, że dentysta za swe błędy zawodowe może być ścigany sędownie w drodze cywilnej lub kryminalnej. W ostatnim

¹⁾ Podręcznik medycyny sądowej dla prawników. Petersburg, 1890, str. 385 (po rosyjsku).

²⁾ Dental Jurisprudence. Philadelphia, 1892.

przypadku sprawa dotyczy zwykle śmierci chorego, po większej części powodowanej ogólną narkozą. Cywilne dochodzenie prawne może wyeliminować, gdy dentysta oskarżony zostaje z tego powodu, że przy wyjęciu zęba złamał szczękę, albo spowodował inne jakies uszkodzenie, pozwolił choremu połknąć ząb, albo wogóle spowodował chorobę. Strona powodowa musi dowieść słuszności oskarżenia, i wtedy sąd stawia ekspertyzie pytania: czy uszkodzenie było przypadkowe, czy można było go uniknąć przy innym sposobie operacji lub leczenia, niż tym, którym się posługiwał oskarżony, czy ostatni postępował ze znajomością rzeczy, wymaganą od niego przez prawo, lub też czy może być oskarżony o nieumiejętność albo niedbalstwo? Strona powodowa winna jeszcze dowieść, że ona ze swojej strony nie przyczyniła się do niepomyślnego wyniku operacji postępowaniem lub nieogłędnością. Dentysta, według wymagania prawa, powinien posiadać pewną wiedzę w swym zawodzie, która jednak winna odpowiadać współczesnym wymaganiom nauki i przyjętym udoskonaleniom. W przypadkach zaś, kiedy istnieje kilka narzędzi lub kilka sposobów leczenia, wybór tychże jest pozostawiony uznaniu lekarza. Ostatni, o ile zastosował najlepszy sposób leczenia, nie może być pociągniętym do odpowiedzialności za niepomyślny wynik choroby. Dentysta nie może dokonywać prób na chorych, ale jeżeli dowiedzie, że zastosowana przez niego metoda leczenia ma pierwszeństwo przed staremi, albo że w danym przypadku tylko ta właśnie mogła być zastosowaną, odpowiedzialność za skutki nie spada na lekarza.

Wymienione zasady ogólne, dotyczące odpowiedzialności lekarza za niepomyślny wynik *leczenia zębów*, są te same, które stosowane bywają przez sąd do lekarza za błędy przy *leczeniu chorób wogóle*, a zatem nie będziemy się zastanawiali nad niemi, lecz rozpatrzemy poszczególnie przypadki błędów zawodowych, wyłącznie dentysty.

Ekspertyza błędów przy zachowawczem leczeniu jest bardzo trudną ze względu na to, że lekarz sądowy w wielu przypadkach, nie wiedząc w jakim stanie poprzednio znajdował się narząd zębowy poszkodowanego, nie może sądzić o celowości tych lub innych przedsięwzięć dentysty. Wskutek niedokładnych zabiegów przy leczeniu zwykłej próchnicy, plomby prędko wypadają—co może być spowodowanem przez wadliwe oczyszczenie ubytku próchnicowego, niedokładne jego osuszenie, lub nieumiejętne założenie materiału, używanego do plomb. Jeżeli zaś

przygotowany dla plomby ubytek był dobrze osuszony, lecz ścianki jego nie były doprowadzone do jałowości, to próchnica będzie posuwała się pod plombą dalej i spowoduje wypadnięcie ostatniej, a nawet doprowadzi do zapalenia miazgi.

Poważne skutki dla chorego mogą powstać wskutek błędów przy *djagnozie*. Dotyczyć mogą one leczenia i plombowania zębów z obnażoną miazgą, uważaną za zdrową, lub plombowania zęba z martwą miazgą. W pierwszym przypadku, jeżeli miazga była zakażoną lub gdy warunki techniczne zakładania plomby nie odpowiadały danemu przypadkowi, może powstać zapalenie miazgi, w drugim—sprawa może przyjąć poważny obrót. Zapalenie zakaźne miazgi może szybko przejść na ozębną i wyrostek zębodołowy. Dalsze rozprzestrzenienie się zakażenia może się skończyć ropówką w sąsiedniej okolicy, zapaleniem kości, a w niektórych przypadkach nawet ropnicą lub posocznicą. Powodem do ścigania sądowego może być zranienie miękkich tkanek pacjenta wskutek nieostrożnego lub nieuważnego obchodzenia się ze świdrem lub wydrażaczem (ekskawatorem) podczas oczyszczania ubytku próchnicowego zęba i t. d., również niefortunne próby przy naprostowaniu (regulacji) krzywo—lub poza szeregiem stojących przednich zębów. Środki używane przytem, celem naprowadzenia zęba na należyte miejsce, mogą być nieodpowiednie lub też zbyt energiczne, wobec czego ząb albo ulega wywichnięciu, albo też powstaje zapalenie miazgi; wynikiem podobnego leczenia jest możliwa utrata zęba.

Literatura kazuistyki przypadków błędów w dentystyce jest bardzo ubogą dlatego, że po większej części przypadki te nie są ogłaszane. Sternfeld³⁾, który przez dłuższy czas był rzeczoznawcą-dentystą, podaje ze swej praktyki sądowej następujące przypadki.

Opiekun niepełnoletniego pacjenta odmówił dentyście zapłacenia rachunku. Sprawa poszła do sądu. Ekspertyza z ramienia sądu stwierdziła, że plomby u młodzieńca były założone dobrze. Podanie w rachunku prac przygotowawczych uznano za racjonalne. Powstała kwestja, czy należało wszędzie założyć plomby złote. Zdaniem autora, wobec niezamożności pacjenta i bez zgody jego opiekuna, dentysta powinien był założyć plomby amalgamatowe w zębach tylnych i cementowe w przednich. Sąd uznał za racjonalne i niezbędne wszystkie

³⁾ Coresp. Blatt f. Zte. 1901 № 1.

rękoczyn z wyjątkiem niektórych wątpliwych, które nie mogły być sprawdzone, jak na przykład czyszczenie zębów etc. W drugim przypadku, jak podaje Sternfeld, technik dentystyczny założył plombę bezpośrednio po uśmierceniu miazgi za pomocą arszeniku, nie usuwając ostatniej, wobec czego rozwinęło się zapalenie okostnej zęba.⁴ Dalsze leczenie przedsięwzięte przez pacjenta u dentysty nie dało pomyślnego wyniku, i ząb nie mógł być zaplombowany. Wynikło pytanie, czy winien technik, czy też te osoby, które następnie leczyły chorego. Badany na sądzie technik wykazał zupełną nieświadomość głównych zasad współczesnego zębolecznictwa, a zatem nie można było wątpić, że on to względem danego pacjenta dopuścił się *widocznego* błędu w zastosowanym przez niego leczeniu. Sąd się zgodził z tem zdaniem rzeczoznawcy.

Dr. Kutya⁴) opowiada, że pewien technik dentystyczny był oskarżony o niezdarne leczenie zęba, wskutek czego powstało obrzmienie, a następnie ropień na podniebieniu w miejscu odpowiadającym plombowanemu zębowi, który przy dalszem leczeniu wreszcie należało usunąć. Ekspertyza, wyznaczona przez sąd, wypowiedziała się w tym sensie, że w danym przypadku przyczyniono nieumyślnie szkodę, i że technik zawinił, podejmując się leczenia zębów, nie mając do tego prawa.

Błędy podczas wyjmowania zębów. Dentysta bywa czasami oskarżony o nieodpowiedni wybór *środku znieczulającego*, naprz. o zastosowanie ogólnej narkozy zamiast miejscowej. Rehfuß w sprawie ogólnej narkozy mówi, że zastosowanie jej w niektórych przypadkach należy uważać za humanitarne i konieczne; oddaje on pierwszeństwo tlenkowi azotu, uważając go za bezpieczniejszy, niż chloroform, eter i t. p. Brouardel⁵) mówi, że większą odpowiedzialność za nieszczęśliwe przypadki ponosi ten, kto uśpił chorego dla ekstrakcji zęba lub usunięcia nieznanego guzka, aniżeli ten, kto zrobił to wobec konieczności amputacji nogi lub usunięcia gruczolu piersiowego.

Co do wyboru środka znieczulającego przy wyjmowaniu zębów miałem sposobność już wypowiedzenia się w pracy p. t. „Miejscowe znieczulenie przy wyjmowaniu zębów”, w której oddaję pierwszeństwo środkom miejscowo-znieczulającym, jako mniej niebezpiecznym, zalecając stosowa-

⁴) Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medicin, 1880. 2. T.

⁵) *Amoëdo*. L'art dentaire en medecine légale. Paris. 1898.

nie ogólnego uspienia jedynie wówczas, gdy należy usunąć wiele zębów u osób nerwowych wobec ich na to zgody, a celem usunięcia niewielu zębów w wyjątkowych tylko razach, jako to: przy konieczności natychmiastowego usunięcia zęba, które nie da się skutecznie zwykłą drogą z powodu niemożności otwarcia ust—co ma miejsce niekiedy przy zapaleniu tkanki w okolicy zęba mądrości i innych trzonowców, lub też przy szczególnie nerwowym stanie chorego, nie pozwalającym na wykonanie operacji. W innych razach, wiedząc ze statystyki, że na 2—3 tysiące przypadków ogólnej narkozy przypada 1 przypadek śmierci, byłoby nie do darowania ryzykowanie życiem przy tak nieznacznej operacji, jaką jest np. wyjęcie zęba. Zupełne wykluczenie ogólnej narkozy przy wyjmowaniu zębów jest niemożliwym. Należy liczyć się z tym psychicznym stanem bardzo nerwowych chorych, którym trzeba usunąć dużo zębów; usunięcie to może być dokonane tylko podczas kilku seansów, gdy za każdym razem taki chory doznaje wstrząśnienia nerwowego. W takich przypadkach ogólna narkoza, pozwalająca skutecznie operację na jednym posiedzeniu, ma jeszcze to znaczenie, że pozbawia chorego przytomności na cały czas trwania operacji. Jak ostatnia okoliczność jest ważną, świadczą poniższe przypadki, przytoczone przez D-ra Kameńskiego⁷⁾. Dezo stracił jednego chorego jak tylko przeprowadził paznokciem linę po skórze w kierunku przypuszczalnego cięcia. Simpson opowiada o przypadku śmierci chorego wskutek przestraszenia przy pierwszym cięciu skórny. Nussbaum słusznie twierdzi, że utrata przytomności w czasie, gdy każda myśl jest dręczącą i straszną, powinna być uważana za wielkie dobrodziejstwo.

Wszystko co dotyczy ogólnych przeciwwskazań do narkozy, jak również przestrzegania wskazanych przez naukę wymagań przy jej używaniu i odpowiedzialności za skutki ostatniej, jednakowo dotyczy i chirurga i dentysty, a więc nad tem zastanawiać się nie będziemy.

Pozycja chorego podczas wyjmowania zębów pod ogólną narkozą, powinna być albo pozioma z głową zwieszoną, albo wpółsiadząca, aby tym sposobem zapobiedz zaciekaniu krwi do dróg oddechowych. Szczególnie należy uważać, by wyjęty ząb, jego korzonek lub odłamek nie

⁶⁾ Odont. Obozr. 1902. 4.

⁷⁾ Zubowraceutny Wiestnik. 1901.

dostał się do krtani. Żaden wyjęty ząb nie powinien być pozostawionym w ustach ani na chwilę; należy odłożyć go na stronę i wtedy dopiero przystąpić do wyjęcia drugiego. W literaturze opisane są nieszczęśliwe przypadki wskutek dostania się zębów do dróg oddechowych. Tak Warrack⁸⁾ opisał przypadek, gdzie przy wyjęciu zębów pod narkozą jeden z nich dostał się do lewego oskrzela. Powstało obumarcie lewego płuca, i wreszcie nastąpiła śmierć chorej. Himmelsbach opowiada o przypadku dostania się w ten sam sposób zęba do dróg oddechowych. Chora cierpiała przez 6 miesięcy na lewostronne zapalenie oskrzeli z towarzyszącymi mu silnymi napadami kaszlu. Raz podczas napadu kaszlu chora wyplunęła ząb, poczem odzyskała zdrowie. Podobny przypadek był również opisany przez Junkermann'a.⁹⁾

Szerokie zastosowanie ogólnej narkozy w praktyce dentystycznej da się wytłumaczyć stosunkowo nieznacznym niebezpieczeństwem tlenu azotu, najczęściej używanego przy wyjmowaniu zębów. Jeśli sądzić o tym środku na zasadzie danych z literatury a szczególnie danych, przytoczonych przez Schaeffera¹⁰⁾, to należy przyznać, że jest on mniej niebezpiecznym w porównaniu z chloroformem, eterem i innymi środkami. Trzeba jednak zauważyć, że wszystkie dane o stosowaniu tlenu azotu dotyczą wyjmowania nieznacznej ilości zębów (1—3), gdyż czas narkozy jest krótki. Jeśli zaś, jak zaznacza Schaeffer, narkoza trwa długo, to powstaje zatrzymanie oddechu, które może spowodować śmierć. Przy krótko trwających operacjach więc, o ile jest koniecznym zastosowanie ogólnej narkozy, należy stosować tlenek azotu, jako środek mniej niebezpieczny. Jeśli narkoza powinna trwać dłuższy czas, na przykład przy wyjęciu wielu zębów, to rzecz wątpliwa, czy środek ten ma jakie pierwszeństwo przed eterem, chloroformem i innymi podobnymi środkami.

Ze względu na wyżej wyluszczone dane szerokie zastosowanie w praktyce dentystycznej ogólnej narkozy, chociażby tlenu azotu, nie znajduje odpowiedniego usprawiedliwienia, ponieważ, za nieznacznymi wyjątkami, da się zastąpić miejscowem znieczuleniem, przy pomocy którego można zupełnie bez bólu usunąć 1—2, a nieraz i 3 zęby podczas jednego posiedzenia.

Ze środków używanych przy *miejscowem znieczuleniu* najwięcej

⁸⁾ Wilga. Odont. Obozrenie, 1901.

⁹⁾ Lepkowski i Wacholz. Przegląd Dent. 1901.

¹⁰⁾ Deut. Mon-ft f. Z-de 1892. 45.

rozpowszechnionym i używanym jest *kokaina*. Wynik moich spostrzeżeń nad działaniem 1‰ i 2‰ kokainy, obszernie podany w wyżej wymienionej mej pracy, opiera się na stosowaniu przezemnie tego środka przy wyjmowaniu więcej niż 4 tysięcy zębów. Zestawiając te wyniki z podanymi w literaturze, zebranymi przezemnie i tyczącymi się więcej niż 10,000 przypadków zastosowania kokainy, przychodzę do wniosku, że kokaina jest wspaniałym środkiem znieczulającym, stosunkowo bezpiecznym, któremu należy oddać pierwszeństwo przed ogólną narkozą. Objawy ogólnego działania na ustrój spotykane przezemnie (na 4000 wyjęć) w 1/2‰ przypadków prędko mijały. Należy jednak nadmienić, że i kokainy nie można uważać za środek zupełnie bezpieczny. Profesor Zwierzchowski¹¹⁾ zebrał 654 przypadki otrucia przy stosowaniu kokainy, z tych nastąpiła śmierć w 52. Już 0,04 może być według Vamossy dawka, powodującą śmierć.

Co się tyczy innych środków miejscowo-znieczulających, jak naprz. eukainy A. u B., ortoformu, tropakokainy, nirwaniny i innych, to w literaturze spotykamy wiele sprzecznych danych tak, że trudno wyrobić sobie o nich mniej lub więcej pewne zdanie.

Powiktania, jakie się spotyka przy wyjmowaniu zębów bywają: błędy o charakterze technicznym, krwotoki i zakażenie. *Błędy o charakterze technicznym* polegają: 1) na poranieniu miękkich tkanek, szczególnie przy poślizgnięciu się elewatora, złamaniu zębodołu (bardzo rzadko wyrostka zębodołowego); 2) odłamaniu przez uderzenie kleszczami części korony zęba przeciwległego w czasie wyjęcia; 3) wywichnięciu szczęki dolnej przy nadmiernem rozwarciu ust, którą to szczękę łatwo wprawić można ponownie; 4) wywichnięciu sąsiedniego zęba, czy to z powodu nieostrożności, czy też, co bywa częściej, z powodu skrzyżowania się korzeni obu zębów; 5) usunięciu nie tego zęba, na który wskazał chory, etc. Podobny do ostatniego przypadek przytacza Sternfeld. Dentysta zawezwany późno wieczorem do chorej, przez omyłkę usunął jej II dwuguzkowiec zamiast I. Operator tłumaczył się w sądzie tem, że pacjentka podczas wyjęcia upadła na wznak, wobec czego kleszcze ześlizgnęły się, ująwszy II zamiast I dwuguzkowca. Ekspertyza nie zgodziła się z tem dowodzeniem, twierdząc, że w danym przypadku kleszcze

¹¹⁾ Wilga, l. c.

mogły ześlizgnąć się naprzód i ująć kieł, lecz w żaden sposób II dwuguzkowiec.

Literatura dentystyczna przytacza wiele przypadków *znacznych krwotoków po wyjęciu zęba* u osób ze skazą krwotoczną; przypadki te nie przedstawiają nic ciekawego, ponieważ odpowiedzialność lekarza w podobnych razach jest takąż samą, jak i w przypadku śmierci krwawca po wszelkiej innej nieznacznej operacji. Rzecz inna, gdy niebezpieczny krwotok po wyjęciu nastąpił dlatego, że lekarz zwolnił chorego, nie powstrzymawszy krwotoku i nie uprzedziwszy chorego, że krwotok może się powtórzyć; w takich razach odpowiedzialność za skutki spada na dentystę.

Należy jeszcze wzmiankować o rozpowszechnionem mniemaniu, że usunięcie zęba może spowodować uszkodzenie *wzroku*. O istnieniu jakiegoś związku między zębami i oczyma można wnioskować stąd, że spostrzegano przypadki chwilowej ślepoty (Łepkowski i Wachholz), która nastąpiła po silnym krwotoku wskutek wyjęcia zęba. Gałęzowski¹²⁾ wzmiankuje, że podczas wyrzynania się kłów i dwuguzkowców można zauważyć niektóre cierpienia oczu. Tenże autor zauważył *conjunctivitis* i *ceratitis* przy wyrzynaniu się zęba mądrości. Metras¹³⁾ wspomina o przypadku ślepoty jasnej (*amaurosis*), wyleczonej po usunięciu zęba i o innym, gdzie, przeciwnie, chory po wyjęciu zęba chwilowo zaniewidział. Arkövy¹⁴⁾ również przytacza kilka przypadków, gdzie dzięki wyjęciu zęba wyleczono ślepotę.

Wreszcie ostatniem i często najpoważniejszym powikłaniem przy wyjęciu zęba bywa *zakażenie*, skutkiem którego nastąpić może zapalenie okostnej, kości, ropówka, ropnica, posocznica i śmierć. Przypadki śmierci po wyjęciu zęba są opisane przez wielu autorów (Paltauf, Mosetig, Ritter, Owen, Descubes, Goodhart, Zahn, Poncet i inni).

Miller¹⁵⁾ przytacza 40 przypadków różnych chorób, jak naprz. zapalenia okostnej, kości, ropówki, obumarcia, ropnicy i posocznicy, które powstały po wyjęciu zęba lub wskutek innych dentystycznych operacji, przyczem połowa ich skończyła się śmiercią. Koehler¹⁶⁾ usunął w dolnej

¹²⁾ Traité de maladie des veaux, p. 570.

¹³⁾ Amoëdo (l. c.)

¹⁴⁾ Diagnostik der Zahnheilkunde 1896.

¹⁵⁾ Dental Cosmos, 1901, Nr. 9, 10, 11.

¹⁶⁾ Charité Annal. r. 14.

szczęce korzenie, poczem rozwinęło się zapalenie okostnej szczęki, ropówka szyi, zapalenie krtani, oskrzeli, płuc i zapalenie osierdzia. Śmierć nastąpiła po 7-iu dniach pomimo zastosowania najenergiczniejszych środków chirurgicznych.

Z powodu takich nieszczęśliwych przypadków, następujących po usunięciu zębów, wśród wielu nawet dentystów powstało mniemanie, że przy ostrem zapaleniu okostnej nie należy usuwać zębów; powołują się oni na to, że opisane przypadki śmierci zawsze następowały po wyjęciu zęba, co poniekąd staje się przyczyną śmierci. Jednak, bezsprzecznie, we wszystkich tych przypadkach wyjmowań, o ile rana nie była zakażoną niejałowem narzędziem lub drobnoustrojami, które przedostały się do rany z jamy ustnej, śmierć następowała nie z powodu wyjęcia, a bez względu na nie. Przepisy chirurgji są te same jak w stosunku do szczęki, tak i do innych kości. Jeżeli prawidłem zasadniczem chirurgji w przypadkach spraw ropnych jest utworzenie dogodnego ujścia dla ropy i usunięcie przyczyny, wywołującej ropienie, to staje się niezrozumiałem, dlaczegooby tego samego nie zastosować do przypadków spraw ropnych w szczękach. A więc, z punktu widzenia chirurgji, należy nie tylko usunąć ząb, który spowodował ropienie, lecz również dać szerokie ujście ropie, nagromadzonej albo w zębodole, albo w samej kości szczęki. W przypadkach zapalenia szpiku kostnego szczęki należy również, jak w innych kościach, trepanować szczękę, o ile tylko ujście dla ropy przez zębodół po usuniętym zębie jest niedostatecznem. Słowem, nie można się ograniczać do samego wyjęcia zęba, lecz zależnie od przypadku, należy przedsięwziąć odpowiednie środki chirurgiczne.

Drugą kwestją przy zawiślaniach po usunięciu zębów z punktu widzenia medycyny sądowej jest pytanie, czy istniało zakażenie przed wyjęciem, czy też zaszczepił je choremu dentysta nieczystem narzędziem. Pytanie to jest bardzo trudnem do rozstrzygnięcia. Wiadomości o stanie chorego przed operacją, przygotowanie do niej, wykonanie jej, prowadzenie leczenia po operacji rzuca nieco światła na tę sprawę i daje możność rzeczoznawcy przynajmniej sądzić o tem, czy dentysta zrobił wszystko, czego od niego wymaga nauka. Miejsce zwykłych operacji dentystycznych — jama ustna — obfituje w znaczną ilość drobnoustrojów; z tych niektóre są chorobotwórcze. Rozumie się, że zanim się przystąpi do wyjęcia, należy przeprowadzić jaknajstaranniej odkażanie jamy ustnej, rąk operatora oraz narzędzi. Po wyjęciu i powstrzymaniu krwi

należy udzielić choremu wskazówek co do dalszego płukania ust, niedotkania rany rękoma i t. d. Jeśli wymienione wskazówki są przestrzegane, to w razie zakażenia dentysta nie ponosi żadnej odpowiedzialności, ponieważ wiadomem jest, że zakażenie albo istniało przed wyjęciem, albo powstało podczas ostatniego bez względu na przedsięwzięte środki zaradcze, wskutek istnienia w jamie ustnej chorego chorobotwórczych drobnoustrojów o znacznej sile, na które płukanie nie działa i z którymi osłabiony i wycieńczony organizm nie jest w stanie walczyć. Niezastosowanie starannego wyjałowienia wszystkich narzędzi, używanych przez dentystów, może również spowodować zaszczepienie przymiotu i innych chorób zakaźnych. Tak naprz., Dulle, Lanceraux, Otis, Giovanni, Ludston i inni¹⁷⁾ przytaczają przypadki przenoszenia syfilisu drogą narzędzi dentystycznych na wargę pacjenta. Parker¹⁸⁾ opisał przypadek zarażenia syfilisem całej rodziny po wyjęciu zębów. Miller¹⁹⁾ twierdzi, że przypadki przenoszenia syfilisu drogą narzędzi można obliczać na setki.

Błędy w dziedzinie techniki dentystycznej. Sternfeld jedyny, który napisał obszerną pracę w sprawie błędów w dziedzinie techniki dentystycznej, nie przytacza oddzielnych przypadków, które były przedmiotem ekspertyzy sądowej, a mówi tylko o tych ogólnych zasadach, z których wychodząc należy omawiać większość spotykanych spraw spornych. Co do tych zasad praktyka przytacza następujące. Dentysta przed przygotowaniem dostawki powinien *doprowadzić do porządku jamę ustną*, mianowicie usunąć zepsute zęby, które nie mogą być ani wyleczone ani zaplombowane. Gdy pacjent nie zgadza się na usunięcie korzeni, pomimo przekonywań dentysty o konieczności uczynienia tego, należy je podpiłować, oczyścić, wyleczyć i zaplombować. Dostawki nie wstawia się wkrótce po usunięciu zębów, ponieważ, wobec następującego zaniku wyrostka zębodołowego nie będzie mocno się ona trzymała; o tem powinien dentysta uprzedzić chorego i wyjaśnić doniosłość skutków. *Dokładny wycisk szczęki i prawidłowy zgryz zębów sztucznych* — oto są najgłówniejsze warunki dobrego trzymania się dostawki. Rzeczoznawca powinien mieć na względzie, że

¹⁷⁾ Amoëdo. Revue de Stomatologie, 1900. 7.

¹⁸⁾ Western Dent. Journal, 1890.

¹⁹⁾ L. c.

między ekspertyzą i zdjęciem wycisku niekiedy przechodzi wiele czasu, w ciągu którego szczęka mogła zmienić swój kształt, i dlatego wycisk może być nieodpowiednim. Przestrzeganie prawidłowego zgryzu jest ważnym czynnikiem w technice dentystycznej, często, jednak, pomimo doświadczenia i uwagi dentysty, wycisk nie udaje się, ponieważ chory podczas próbnego zamykania ust wysuwa dolną szczękę naprzód lub w bok. Jednak obowiązkiem dentysty jest osiągnięcie prawidłowego zgryzu.

Wielkość, formę i barwę zębów sztucznych dobiera się tak, by zupełnie były podobne do zębów naturalnych, pozostałych u pacjenta. Ilość sztucznych zębów nie powinna przewyższać ilości brakujących naturalnych. Zębów mądrości nie zastępuje się przez sztuczne. *Umocowanie sztucznych zębów* może być osiągnięte albo drogą przyssania, albo za pomocą klamer. Dostawki dla szczęki górnej mogą być przytrzymywane za pomocą obu sposobów, dostawki zaś dolnej umocowują się za pomocą sprężyn, albo klamer. Umocowanie dostawki drogą przyssania do podniebienia jest w związku z dokładnością wycisku szczęki. Przyssanie rzadko odbywa się odrazu, zwykle następuje ono po pewnym czasie. Jeśli zaś przyssanie nie nastąpiło po upływie doby, to należy szukać przyczyny tego w niedokładności dostawki. Metalowe klamry dostawek, za pomocą których ostatnie przymocowuje się do naturalnych zębów, w pewnym stopniu ujemnie oddziałują na zęby naturalne, wywołując drogą tarcia częściową utratę substancji zębowej i sprzyjając powstawaniu próchnicy zębowej. Od zębów sztucznych wymaga się powrotu prawidłowej mowy, przywrócenia funkcji żucia, zachowania poprzedniego wyglądu. Dostawka nie powinna również wpływać ujemnie na smakowe wrażenia. Zwykle najprędzej wraca mowa, następnie smak; funkcje żucia nieraz nieprędko powracają nawet przy dobrze umocowanej dostawce. Metalowe części dostawek na zasadzie rozporządzenia Rady Lekarskiej powinny być zrobione ze złota. Punkt ten może być przedmiotem ekspertyzy sądowej, ponieważ zdarza się, że pacjenci występują z pretensją, że utracili smak z powodu użycia klamer nie złotych, a miedzianych. Tak, Emmert wspomina o przypadku, gdzie chora zaskarżyła dentystę, gdyż wykonał metalowe części w dostawce z miedzi i tem spowodował cierpienie chorej. Ekspertyza uznała słuszność pretensji.

II. Dział sprawozdawczy.

94). **Hardgrove. Ropotok zębodołowy.** (Dental Review 11 r. z. Zub. W. 3. 908).

Rop. zębodołowy początkowo jest cierpieniem wyłącznie miejscowym, lecz wskutek niedbalstwa ze strony pacjenta, który nie zwraca na nie uwagi ze względu na bezbolesny przebieg, również i niedbalstwa dentysty, który w odpowiedniej chwili nie chwyta się odnośnych środków, sprawa posuwa się dalej, niszcząc ozębną i obnażając korzeń zęba; wtedy jest już zapóźno ratować zęby. Cierpienie to stanowi następstwo rozmaitych spraw patologicznych i jest wynikiem obumarcia ozębnej naskutek zakłóconego krwioobrotu w pewnym miejscu, które może być zależnym od urazu, przyczyn chemicznych, bakterjologicznych i ogólnoustrojowych przy sprzyjających warunkach miejscowych. Każda z podanych przyczyn może wywołać zapalenie z rozszerzeniem naczyń krwionośnych, po części jako skutek zapalenia, po części jako widoczny skutek osłabienia regulującego działanie zakończeń nerwów, kierujących naczyniami danego uczątku.

Miejsce odpowiednie, w którym nabłonek ulega złuszczeniu, staje się chropowatym i sprzyja tworzeniu się kamienia nazębnego, resp. osadu. W miejscach tych również nagromadza się eksudat surowiczy, osad powiększa się dzięki solom zawartym. Te osady, drażniąc mechanicznie, sprzyjają rozwojowi choroby, a obfite osocze tworzy odpowiednie środowisko dla rozwoju ropotwórczych drobnoustrojów, które rozpuszczają ciała białkowe, krystalizują powstałe sole i tworzą osad.

Ponieważ części białkowe rozpuszczają się i ulegają rozpadowi, tworząc ropę, a sole nierozpuszczalne nie pozwalają tkankom zrastać się, powstaje kieszonka, z której wydziela się ropa, t. j. występuje typowy ropotok zębodołowy. Pod przyczynami urazowymi rozumieć należy takie, które pochodzą ze zwiększonej pracy ozębnej lub jej części naskutek nieprawidłowego zwarcia lub urazu. Dr. C. S. Case (Chicago) twierdzi, że ropotok zębodołowy wyleczyć można drogą regulacji nieprawidłowo rozmieszczonych zębów; regulując zęby ustanawia on prawidłowy zgryz, przy którym każdy ząb wypełnia przypadającą na niego część pracy. Jako przyczynę chemiczną rozumieć należy fermentację resztek pokarmów, która w ukrytych miejscach może wywoływać

podrażnienie, usposabiające do nienormalnego przyływu krwi, a tem samem może wywołać zapalenie. Bakterjologiczne przyczyny polegają na przedostawaniu się zarodników drobnoustrojów ropnych lub innych, mogących wywołać zapalenie (bakterje dyfterytyczne, gruźlicze, promienicy, jad syfilityczny). Autor nie przypuszcza, by prócz suchot i syfilisu, znalazło się wiele przyczyn ogólnych, sprzyjających wystąpieniu tej choroby; twierdzi on, że gdyby zapytano go, czy przy rop. zębodołowym pojawia się cukrzyca lub choroba Bright'a, odpowiedziałyby, że nieraz tak bywa. Lecz, gdyby go zapytano, czy dane choroby są powodem ropotoku, odpowiedziałyby—nie. Autor mniema, że wiele przyczyn ogólnych są raczej skutkiem, a nie przyczyną tej choroby. Wiele razy obserwował on zupełne zniknięcie, a jeszcze częściej zmniejszenie się ilości cukru i białka w moczu u ludzi, cierpiących na ropotok, gdy takowy polepszył się; co jest tem dziwniejszem, że złośliwa małokrwistość zawdzięcza swe pochodzenie zarazkom, przedostającym się do przewodu pokarmowego z jamy ustnej; wielu nawet autorów twierdzi, że jedną z ważnych przyczyn *apendicitis* można uważać infekcję, pochodzącą z j. ustnej.

Pyorrhoea alveolaris jest chorobą, której można zapobiedz i wyleczyć. Wyzdrowienie następuje zwykle po 3—4 tygodniach od czasu rozpoczęcia leczenia. Powstrzymanie dalszego rozwoju choroby następuje natychmiast po rękoczynie operacyjnym i wymaga tyle czasu, wiele potrzeba do utworzenia się ziarniny i regeneracji tkanek.

Przedewszystkiem przystępujemy do badania za pomocą specjalnie przygotowanego cienkiego narzędzia, nie tyle w celu postawienia dżagnozy, ile dla określenia obszaru procesu. Wykonawszy to starannie, należy znieczulić pole operacyjne $\frac{1}{2}\%$ lub 1% roztworem kokainy, używając do tego dużej szprycy do wstrzykiwań podskórnych, zaopatrzonej w elastyczną tępo zakończoną igłę i podkładając z obu stron zębodołu waciki, które wchłaniałyby nadmiar płynu. Następnie należy za pomocą odpowiednio dobranego narzędzia, które powinno wchodzić głęboko, usuwać osad. Po wykonaniu tego należy przemyć ropną kieszonkę ciepłym roztworem kwasu mlecznego z domieszką niewielkiej ilości olejku santalowego. Płyn ten ma cel dwojaki: wpływa na rozpuszczenie się drobnych cząstek osadu i przypala jednocześnie ścianki kieszzonek. Kwas mleczny przekładać należy nad inne środki dlatego, że przypala on w takim stopniu, żeby wywołać tworzenie się ziarniny

i nie niszczy nadmiernie żywotności otaczającej tkanki. Olejek santalowy dodaje się do roztworu ze względu na jego działanie na błonę słuzową, gdyż dopomaga kwasowi do rozpuszczania drobnych cząsteczek (*?* *ref.*)

Ząb lub zęby łączymy ligaturą z sąsiednimi, ażeby pozostawić je w największym spokoju, poczem zaprzestajemy dokonywania jakichkolwiek rękoczynów na okres 3 — 4 tygodni. Autor nie uważa za stosowne czyścić pumeksem przed upływem 3 — 4 tygodni. Przez ten czas ząb wzmacnia się, i wtedy możemy bez szkody czyścić pumeksem kieszonkę ropną pomiędzy dziąsłem i korzeniami zębów, przyczem pumeks działa jako nierozpuszczalny środek drażniący. Często kieszonka posiada maleńki otworek wejściowy, nieco rozszerzający się. W takich razach pożytecznym jest zrobić u spodu kieszonki takiż otworek, przez który wypływałby płyn drażniący, lub który przydałby się na wypadek konieczności drenowania. Nie należy rozpoczynać masażu dziąseł wcześniej, niż w 6 dni po operacji. Termin taki ustanawia się dlatego, by nie uszkodzić tworzącej się ziarniny. Wyjaśniamy pacjentowi przepisy higieny jamy ustnej i stosujemy płukanie przeciwnilne, pobudzające, a zarazem i ściągające, w razie zaś potrzeby zalecamy proszek, zawierający jaknajmniej środków trących.

Jeżeli ściśle wypełniać będziemy wszystko co podano wyżej, to przy współdziałaniu inteligentnego pacjenta praca będzie wdzięczną i skuteczną.

H. Lubodziecki.

95). Dr. Schachtel (Wrocław). W sprawie cementów krzemowych. Krok naprzód. Phenakit (Deutsche Zeche Wochenschr. 33. 1908).

Dwa zarzuty stawiają cementowi Ascher'a i innym późniejszym wynalazkom: często zdarzające się obumarcie miazgi i nieznaczną lepkość ich. Przy dostatecznej uwadze i pewnej ostrożności obumarcie miazgi wprawdzie może być uniknione, jednak nie zawsze się udaje. Dość gruba warstwa zdrowej zębiny, lub sztuczna izolacja, jak również gęsto rozrobiony cement, w większości przypadków mogą zapobiedz obumarciu miazgi. Nie można jednak zawsze z pewnością ustalić, czy naturalna warstwa okaże się dostateczną, zasadnicze zaś podkładania obojętnego materiału ochronnego, wobec nieznacznej lepkości cementów krzemowych, nie zawsze są możliwymi.

Co się tyczy przyczyny obumarcia miazgi, to niema już żadnej

wątpliwości, że zjawisko to wywołuje wolny niezwiązany kwas, który jest tem niebezpieczniejszym, czem dłużej trwa twardnienie plomby.

Autor wypróbował Phenakit chemików dd-rów Asch i już po czterech miesiącach, aczkolwiek okres ten jest niezupełnie wystarczającym do wypróbowania w praktyce plomby, po ścisłym zbadaniu robi pewne wnioski, które uważa za obowiązek ogłosić, aby tem pobudzić kolegów również do przedsięwzięcia doświadczeń. W przeciągu tego czasu założył on z Phenakitu przeszło 150 plomb bez wykonywania podcięć. Jednocześnie w jednych i tych samych ustach w sąsiedztwie kładł i plomby Ascher'a (naturalnie z podcięciami) w celu następnego ich porównania. Szereg plomb phenakitowych wyglądał bardzo dobrze. W niektórych przypadkach autor kładł umyślnie bez podkładek plomby na bardzo cienką, prawie przezroczystą zębinę, przez którą przeświecała miazga i gdzie lekkie bóle istniały; po upływie 2—3 miesięcy żadnych podrażnień miazgi nie zauważono. Zimna woda po założeniu plomb żadnego wpływu nie wywierała.

Zalety nowego materiału widzi autor szczególnie przy niedorozwojach szkliwa, w płytkich ubytkach próchnicowych u szyjki zęba, które jak wiadomo, są bardzo czułe i gdzie przy używaniu innych cementów niezbędne są podcięcia lub głębsze wyświdrowywania. Wszystkiego tego można unikać przy używaniu Phenakitu, który posiada wielką lepkość. Z tychże względów cement ten nadawał się przy skurczeniu starych, lecz jeszcze dobrych plomb, oraz przy wtórnej próchnicy. Za pomocą Phenakitu dają się bardzo ładnie odbudowywać kontury, a nawet narożniki, które każdorazowo nieco zaokrąglą się; wytrzymują one dobrze ciśnienie. Zalety tego materiału dają się poznać już przed użyciem go; płyn jest bardzo słabo kwaśny i lepki.

Dla osiągnięcia pomyślnych wyników niezbędnem jest urabiać masę nadzwyczaj gęsto.

Fabrykanci słusznie zwracają uwagę, iż twardość rozrobionej masy powinna przewyższać konsystencję sera szwajcarskiego. Nie powinna ona pod żadnym pozorem posiadać wilgotnego połysku. Masa twardnieje dosyć prędko w ustach, co jest ważną zaletą. Lepiej jest rozrabiać potrzebny materiał w dwóch częściach i plombować w dwóch okresach, aniżeli ją z samego początku rzadziej rozrobić, a to w tym celu, aby plomba przed ukończeniem jej nie stwardniała. Masa ta twardnieje w ustach prędzej, aniżeli na szkiełku. Zdaje

się, iż przyśpiesza się również twardnienie masy i w tych razach, gdy brać ją końcami palców—co jest złem przyzwyczajeniem niektórych kolegów. Gdy kontur jest już zupełnie gotowy, należy zorjentować się co do zgryzku; zwrócić uwagę, aby plomba zbyt dużo nie wystawała; w końcu pokrywa się ją Phenakit-lakierem, płynem, który jest zupełnie czem innem i bez porównania lepszym, niż inne znane dotychczas jako *Varnish*. Autor z początku nie mógł się zdecydować na użycie jego, gdyż do plomb krzemowych używał zazwyczaj parafiny. Obecnie zupełnie zmienił pogląd, stosując dla ochrony plomb Ascher'a wyłącznie Phenakit-lakier. Uważa on również za błąd polerowanie plomby zaraz po upływie 10 lub 15 minut.

Fabrykanci słusznie odróżniają dwa procesy: zgęszczenia i skamienienia. Dlatego to właściwem jest gotową plombę lekko polerować narzędziem, pokrytem minimalną ilością waseliny, jeżeli pacjent nie może się zgłosić następnego dnia lub później. Przy dobrym doborze barwy trudno odróżnić plombę Phenakit'ową od substancji zębowej.

Dziwnem się wydaje, iż wielu kolegów, wbrew wyraźnym przepisom, przekłada rozrabianie masy w postaci konsystencji śmietanki. Powodem, zdaje się, jest to tylko, iż wygodniej jest wówczas pracować. Okolicznościom tym właśnie przypisać należy wiele niepowodzeń. Plomba wtedy nie jest tak odporną, twardnieje powoli i powoduje bardzo często z przyczyny niezwiązanego kwasu obumarcie miazgi. Otrzymywanie gęstej masy nie jest jeszcze dowodem, iż jest ona racjonalnie rozrobioną. Gęstość powstać może nie tylko przez szybkie dodawanie pod silnem ciśnieniem większej ilości proszku do względnie mniejszej ilości płynu, lecz i przez dodawanie małej ilości proszku do względnie dużej ilości płynu przy powolnem rozrabianiu. Ten ostatni sposób jest wygodniejszym i względnie mniej męczącym, i dlatego też przekłada go autor nad wszelki inny. Najlepiej jest zawsze rozrabiać cement samemu, bez pomocy asystenta.

Na dobroć plomby krzemowej ma poniekąd wpływ i odpowiednie wynagrodzenie dentysty; powinien on żądać większego honorarjum, aniżeli za zwyczajną cementową lub amalgamatową. Plomba krzemowa jest napewno więcej korzystną dla pacjenta, lecz potrzeba dla sporządzenia jej więcej czasu i uwagi. Wyższe honorarjum przyczyni się do większej staranności w przygotowaniu jej. Autor przynajmniej stwierdził, iż wymywanie się plomby lub jej zabarwienie wtedy zazwyczaj

miało miejsce, gdy pacjenci w następujący sposób się odzywali: „Ale mój pierwszy dentysta robił mi za 3 lub 4 marki plomby porcelanowe“... Zdaniem autora zabarwienie plomby nie jest nigdy wynikiem używania stalowego narzędzia, lecz niestosownej łopatkki do rozrabiania masy. Autor używa małej płyty agatowej oraz pręcika szklanego dodawanego do plomb krzemowych do wydobywania płynu. Za pomocą tegoż daje się plomba dobrze przyrządzić. Używa on grubszego lub cieńszego pręcika, stosownie do rozmiaru sporządzanej plomby. Zebrał on sobie powoli cały sortyment pręcików najrozmaitszej grubości.

Aby zapobiedz działaniu śliny, nie zawsze jest potrzebnym ślinochron, który jest wygodą dla lekarza, lecz dla pacjenta — męką; przy pewnej wprawie można go zastąpić wałkami watowymi.

H. S.

96) Lartschneider. Przyczynek do anatomji i chirurgji chorób zapalnych szczęk z powodu górnych zębów przednich. (Oest. Ung. Vierteljahr. f. Z-de IV. 1908).

Zdaniem autora, zwracamy zbyt mało uwagi na anatomję górnej szczęki przy schorzeniach przednich zębów, co się też odbija niekorzystnie na leczeniu powstających chorób zapalnych. W praktyce zbyt często rozpoznajemy zapalenie okostnej, choć mamy do czynienia z zapaleniem ozębnej. W przypadkach, gdy mamy do czynienia z zębem wrażliwym na opukiwanie, czy też z obrzękiem twarzy, myślimy i mówimy o periostitis, a w ciągłym pomieszaniu tych dwóch pojęć „*periodont*“ (ozębna) i „*periosteum*“ (okostna) leży źródło nieporozumień i błędów, popełnianych przy leczeniu. Gdy bodziec zapalny przedostaje się od chorej miazgi przez otwór wierzchołka zęba, powstaje zapalenie w obrębie ozębnej (*periodontitis*). Przekrwienie, nacieczenie, naciek ropny — wszystkie te wyniki zapalenia — muszą się ograniczać drobną częścią zębodołu około wierzchołka (*fundus*); natura zapobiega czasem temu w ten sposób, że wytwory zapalne wypychają ząb z wyrostka zębodołowego, tworząc w ten sposób dla produktów zapalnych więcej miejsca. Gdy w dalszym przebiegu dochodzi do zapalnego rozrostu tkanki, powstaje *periodontitis apicalis granulomatosa*. Taki ziarniniak przerasta ściany wyrostka zębodołowego, przenosząc się na kość szczękową; powstaje *periodontitis sarcomatosa*. Ropne zapalenie ozębnej (*periodontitis apicalis purulenta seu abscessus intraalveolaris*) ogranicza się wtedy tylko tą ciasną przestrzenią między korzeniem a twardą ścianą wyrostka,

gdy ropa znajdzie ujście przez dostateczny otwór w korzeniu i szeroki jego kanał lub między korzeniem i ścianą zębodołu w kierunku szyjki zęba, tak że nie następuje zastój wydzielin; gdyby bowiem te nie znalazły ujścia, szukaćby musiały drogi tam, gdzie jest najmniejszy opór.

Ropnie okołowierzchołkowe (*periapicale Abscesse*) mogą się przełamać przez cienką ścianę wyrostka i dostać się pod okostną szczęki po stronie wargowej lub podniebiennej; powstaje ropień dziąsłowy (*parulis*), który łatwo usunąć i wyleczyć można. Z *periodontitis apicalis purulenta* powstaje po przedostaniu się ropy przez cienką blaszkę zębodołu *periostitis maxillae purulenta*. Gdy zaś ropa naokoło wierzchołka nagromadzona, przedostawszy się przez zębodół, wlewa się do gąbczastego wnętrza kości szczękowej, rozwija się naciek ropny w obrębie jamy szpikowej szczęki; powstaje *myelitis seu ostitis maxillae purulenta*. W przypadkach o przebiegu więcej przewlekłym kość szczękowa stawia jeszcze opór ropie, dochodzi do nacieku komórkowego i tworzenia się błon modzelowatych, do ropni okołowierzchołkowych z otorbieniem w kierunku gąbczastej części kości. Przy ostrych zakaźnych sprawach chorobowych naciek ropny rażno postępuje naprzód, a gąbczasto zbudowana i utkana z delikatnych beleczek kostnych *spongiosa* bardzo słabo tylko się opiera przedostaniu się ropy. Tak w literaturze, jak i w praktyce, określają ropienia wychodzące z korzeni zębów, a dostające się do wnętrza kości szczękowych niesłusznie mianem *ropni zębodołu*, ognisko ropne bowiem nie leży ani w zębodole, ani w wyrostku zębodołowym, lecz w wnętrzu kości szczękowej; zasługują one tylko na miano *ropni szczęk*. Pod tym względem panuje wielkie zamieszanie w naszym zawodzie — niestety nawet nieumiejętność! Nawet lekarze często zapytują, skąd właściwie bierze się znaczna nieraz ilość ropy, która po wyjęciu chorego zęba niekiedy na zewnątrz wycieka? Ropa, wydostawszy się z wnętrza kości (*spongiosa*), dociera do substancji korowej (*lamina corticalis*), przyczem słabo rozwinięta istota ta mało stawia oporu ropieniu. Ropa dostaje się pod okostną szczęki, a obok *ostitis maxillae* wytwarza się jeszcze *abscessus subperiostalis maxillae* ze wszystkimi swymi objawami (obrzęk, chełbotanie i t. p.), poczem ropa przebija również okostną i dostaje się do tuż ponad okostną leżących miękkich części. U dobrze rozwiniętych osobników twarda kora stawia, naturalnie, ropie znaczny opór, wskutek czego będzie ona dla siebie szukała ujścia na drodze naczyń przez

otworki naczyniowe (*foramina nutritia*) pod okostną, przyczem małe te otworki wskutek zropienia brzegów powiększają się. Im silniejszą jest kość szczękowa, tem większe trudności ma ropa do zwalczenia, nim się wydostanie nazewnątrz, tem dłuższy i cięższy też bywa przebieg choroby. Nasza terapia musi tedy być zawsze indywidualną, zastosowaną — i anatomicznie i patologicznie — do przypadku, jaki mamy przed sobą. W jednym przypadku wystarcza cięcie dziąsła, by usunąć znaczne nawet ropnie podokostnowe w innych znowu, zwł. w żuchwie, wszystkie nasze zabiegi terapeutyczne są bezskuteczne. Poświęca się ząb po zębie, a mimo nacinania deskowato nacieczonych do kości przylegających części miękkich ledwo w stanie jesteśmy wydobyć na wierzch nieco ropy. Ropienie długotrwałe szczęk, a zwł. żuchwy prowadzi nieraz wśród ciężkich a ogólnochorobowych objawów do śmierci. Zamiast bowiem w takich ciężkich przypadkach należy otwierać żuchwę (przez otwarcie kory jej dłutem) w najodpowiedniejszym miejscu i trzymać je tak długo otwarte, aż ropa znajdzie należyte ujście, ograniczają się operatorzy cięciem. Żaden chirurg nie będzie się ociągał z otwarciem dłutem szczęki, gdy zachodzi podejrzenie zapalenia szpiku kostnego, dłaczegożby nie miano tak samo postąpić sobie *lege artis*, gdy ma się przed sobą *osteomyelitis*, pochodzącą od chorego lub chorych zębów. Autor zarzuca zawodowcom, iż wogóle zbyt mało energicznie i mało wedle zasad wiedzy postępują przy ostrych zapaleniach szczęk pochodzenia zębowego, w których chodzi o to, by ciężko cierpiącym chorym przynieść upragnioną ulgę. Niejedna przez lekarza „rozpoznana“ *periostitis*, przebiegająca wśród wielkich bólów i zapalnych obrzęków, nie ustępująca ani przy pędzlowaniu, aż nadto przez praktyków ulubioną, a niestety tak hojnie ustnie i pisemnie zalecaną jodyną, ani od ciepłe, wilgotne okłady i inne jeszcze mniej lub więcej zawodowe „rękoczyny“, nie jest z pewnością żadną *periostitis*, lecz *ostitis (myelitis) maxillae*, którąby się dało w krótszym o wiele czasie trepanacją szczęki przez korę kostną doprowadzić do *status quo ante*. Trzymajmy się też tej zasady, że nie powinny to być tylko najcięższe, a może beznadziejne przypadki, w których zdecydować się powinniśmy na rękoczyn chirurgiczny, lecz, że i lżejsze przypadki bywają wdzięcznem polem do chirurgicznego działania dla lekarza dentysty. Opisaniem kilku przypadków z własnej praktyki

i przytoczeniem piśmiennictwa kończy autor tę nadzwyczaj zajmującą i pouczającą pracę.

Dr. Friedlender (Drohobycz, Galicja).

97). Deweltow M. Kilka słów o narkozie hypnotycznej (Zub. Wiestnik 5. str. 346).

Autor opisuje przypadek udatnie dokonanego wyjęcia zębów w narkozie hypnotycznej. Ostatnią stosuje się w dentystyce już oddawna, i w zagranicznej literaturze dentystycznej spotykamy wiele odpowiednich prac. Szerszego jednak zastosowania ten sposób uspienia nie znalazł. Przyczyną najprawdopodobniej, prócz pewnych przeciwwskazań jest to, że nie zawsze możemy mieć potrzebnego dla narkozy lekarza-specjalistę. Pod niektórymi względami wyższość tej narkozy nad innymi nie ulega wątpliwości.

Do autora zgłosiła się 22-letnia osoba, zupełnie zdrowa, której należało usunąć 2 pnie w dolnej szczęce. Chora w żaden sposób nie chciała poddać się operacji bez narkozy, zaproponowano jej więc narkozę hypnotyczną, na którą się zgodziła. Hypnotyzował doktor M., przyczem chora prędko zasnęła. Z początku usunięto jeden pień, poczem chora bezwiednie płukała usta dotąd, aż ustało krwawienie; następnie bez przeszkód usunięto i drugi pień. Po przebudzeniu chora czuła się zupełnie dobrze i nie wierzyła, że operację już skończono. O płukaniu ust po wyjęciu pierwszego pnia chora zupełnie nie pamiętała.

Autor przypuszcza, że narkoza hypnotyczna jest nieocenioną w tych przypadkach, kiedy stan chorego z powodu pewnych cierpień serca i płuc nie pozwala na chloroformowanie lub narkozę eterową i t. p.

Pod jednym względem narkoza hypnotyczna jest dla dentystów stanowczo więcej pożądaną od innych: podczas roboty można zmusić chorego, aby w ten lub inny sposób pomagał operującemu, co niekiedy bywa bardzo ważnem, jak naprzykład, w tych przypadkach, gdy zachodzi potrzeba zmienić położenie chorego na fotelu, lub gdy należy usunąć krew, grożącą zalaniem tchawicy, co zwykle ma miejsce przy operacjach w jamie ustnej przy usuwaniu kilku zębów lub pni.

N. Neufeld.

98) Dr. Ottofy L. (Manila). Zęby igorotów. (Dental Cosmos 7. 908).

W celu przeprowadzenia studjów, dotyczących wpływu cywilizacji na stan uzębienia, autor zbadał zęby igorotów, jednego z dzikich plemion wysp Filipińskich. Z wielką trudnością udało mu się

dokładnie obejrzeć uzębienie u 102 chłopców i 11 dziewcząt—ogółem u 113 dzieci, z których 71 chłopców i 6 dziewcząt miało zupełnie zdrowe zęby. Z ogólnej liczby 2881 zbadanych zębów okazało się zdrowych 2694 (w tej liczbie 2247 stałych, a 447 mlecznych), a chorych 187 (47 stałych i 140 mlecznych). Procent *zupełnie zdrowych* zębów u tych dzieci wynosił 68 podczas, gdy u ras cywilizowanych dochodzi zaledwie do 10. Z 47 stałych zębów, dotkniętych próchnicą było 42 pierwszych trzonowców, a 5—drugich; ubytki znajdowały się na powierzchni żującej. Nie stwierdzono ani jednego przypadku próchnicy drażącej, żadnej choroby miękkich tkanek, kamienia nazębnego, ani jakiegokolwiek nieregularności. Zaledwie u dwóch chłopców stwierdzono po jednym nadliczbowym zębie, w obydwóch przypadkach w sąsiedztwie górnych siekaczy. Z 187 chorych zębów 143 przypadło na 12 dzieci cierpiących na ogólne osłabienie.

Stan taki autor objaśnia warunkami życia, szczególnie zaś rodzajem pożywienia dzieci. Od najmłodszych lat wciągają się one do pracy, wymagającej dużej energii, co dodatnio wpływa na ich zdrowie; nie znają odzieży, a za wyjątkiem godzin snu pozostają pod otwartem niebem. Pożywienie igorotów składa się z 80% kartofli, 30% ryżu, 30% innych jarzyny oraz 10% ryby, ślimaków, wołowiny, wieprzowiny, jajek i t. p. Tych ostatnich pokarmów dziecko nie otrzymuje wcale, a inne potrawy są przyrządzane w sposób wymagający usilnego przeżuwania i obfitego wydzielania śliny. Zbawienny wpływ na zęby wywiera, według autora, przyzwyczajanie dzieci do ciągłego żucia surowego ryżu. Główną zaś przyczyną, nie dopuszczającą próchnicy, ma być prawie zupełny brak słodyczy w pożywieniu dziecka, gdyż ono spożywa cukru tylko tyle, ile znajduje się w spożywanych jarzynach lub owocach. Dzieci igorotów czują nawet wstręt do słodyczy i wypluwają ofiarowane im przez cudzoziemców, co jest dowodem, że pragnienie słodyczy jest sztucznie wyrobione u naszych dzieci, i brak ich nie pociąga za sobą żadnych zgubnych następstw.

M. Leliwa-Kopystyńska.

98) Dr. Mecke. Utrzymanie zębów w miejscu po naprostowaniu.
(Zeitschrift für Zahn- und Orthopädie № 1 r. b.).

Sztuka regulowania zębów jest prostą w porównaniu ze sztuką utrzymania ich we właściwym miejscu. Przy zastosowaniu odpowiednich przyrządów regulacyjnych, wybranych po pewnym zastanawieniu się,

można usunąć prawie wszelkie nieprawidłowości w usadowieniu zębów. Jak je po zdjęciu aparatu regulującego w nowym położeniu utrzymać, oto kwestja, która zajmuje autora. O ile aparat nałożony był na kilka miesięcy, co nie jest rzeczą rzadką, powstają pod obrączkami, gdzie się cement rozpuścił, ubytki próchnicowe. Szczotka do zębów w tych przypadkach nie zawsze wystarcza, a i zwykłe metody retencyjne nie zawsze prowadzą do celu. Autor bada od dłuższego czasu, jakie zachodzą zmiany fizyczne i patologiczne przy przesuwaniu zębów i jakie są przyczyny, że zęby zwolnione (od przyrządów) wracają do poprzedniego położenia.

Wiadomo, że o ile wywieramy dostateczny nacisk na ząb, tkanka ulega wessaniu (dzięki osteoklastom), natomiast poza zębem resp. w powstałej przestrzeni osteoblasty wytwarzają nową tkankę. Autor zauważył, że przed wessaniem tkanka była znacznie zbitą i że nawet tkanka kostna okazuje pewną zbitość. Gutaperka, założona celem rozsunięcia zębów przy plombowaniu wywiera słaby, ograniczony ucisk i nie powoduje wessania. Przegroda kostna między zębami rozpręża się i wciska zęby po usunięciu gutaperki na pierwotne miejsce. Gdy ucisk jest silniejszy niż tkanka może wytrzymać, rozwija się wówczas zapalenie; w pobliżkiem otoczeniu zęba następuje wessanie, a tkanka pozostaje mocno zbitą. Jeżeli ucisk czasowo słabnie, ściśnięta tkanka rozpręża się i zajmuje poprzednie swe miejsce, za wyjątkiem, rozumie się, tej części, która uległa wessaniu. Oto dlaczego zęby cofają się na poprzednie miejsce. Dalej—jeżeliśmy ząb przesunęli na nieznaną odległość w ten sposób, że nie wyszedł poza obręb swego zębodołu, trudno go utrzymać w nowej pozycji, ponieważ ściana kostna działa jak sprężyna, pcha go na środek zębodołu i wciska w dawne miejsce. Po drugiej stronie zęba ma miejsce inne zjawisko, które ma znaczenie przy wstecznem dążeniu zęba. Osteoblasty wytwarzają mianowicie nową tkankę nie z tą samą szybkością, z jaką ona zanika na przeciwnej stronie, powstaje więc poza przesuniętym zębem przestrzeń pokryta następnie luźną miękką tkanką. Stan taki zaznacza się wyraźniej, jeżeli chodzi o wysunięcie jednego lub kilku zębów nazewnątrz. To samo ma miejsce, gdy staramy się wyciągnąć nieco ząb z zębodołu, np. naprowadzić kieł na właściwe miejsce.

Na zasadzie podanych spostrzeżeń autor stosuje następujący sposób. Po naprostowaniu zębów (jednego lub kilku) nakłada on przyrząd

zatrzymujący (Retentions-Apparat), następnie po znieczuleniu rozciągnięciem lancetem tkanki po stronie językowej na długość połowy zęba. Jeżeli ząb przesunięty został nazewnątrz, lancet wchodzi z łatwością w miejsce, które ząb poprzednio zajmował, jeżeli nawewnątrz, musimy po przecięciu miękkich części użyć świdra. Należy przytem być ostrożnym, aby nie uszkodzić ozębnej i nie świdrować zbyt głęboko. Można również zalecić, zwłaszcza jeżeli ząb przesunęliśmy nazewnątrz, przecięcie tkanki na wargowej stronie resp. przez przegrodę po obydwóch stronach.

Po należytem przygotowaniu otworu wypełniamy go starannie wyjałowioną gazą lub watą i zmieniamy wkładki, dopóki jama całkowicie się nie zagoi. Możemy wtedy zdjąć bez obawy przyrząd retencyjny, o ile rozumie się, zgryz był należyście uwzględniony, i nie będzie pchał zębów na poprzednie miejsce. Gdy chodzi o wyciągnięcie zęba z zębodołu, autor wyświdrowuje wyrostek zębodołowy (ścianę zębodołu) po obu stronach zęba blisko wierzchołka, uważając przytem, aby nie wyjść poza koniec korzenia, aby nie natrafić na nerw i nie uszkodzić ozębnej. Przy stosowaniu tej metody tworzy się nowa mocniejsza ziarnina, i ząb utrzymuje się w nowej pozycji bez wszelkich przyrządów. Dodatnie wyniki otrzymać można tylko w tych razach, jeżeli uwzględni się to, aby zgryz pchał zęby w kierunku nowego, nie dawnego ich miejsca i aby trzeci trzonowiec wyrzynając się nie wysunął zgryzu naprzód. Autor zwraca uwagę, że o ile zęby po regulacji znajdują się w nieprawidłowej pozycji i są ściśnięte, słaba jest nadzieja, aby się utrzymały w miejscu, pacjenta zaś skazujemy tym sposobem na ciągłe noszenie przyrządu retencyjnego.

Ostatni niezbędny jest przez pewien czas, celem podtrzymania zębów, dopóki nie wytworzy się wokoło nich nowa tkanka. Zalecić należy gorąco te przyrządy, które można łatwo zdejmować i zmieniać. Pierścienie złote umocowane za pomocą cementu powinny być używane tylko w razach koniecznych. Autor nadmienia, że złoty drut, obejmujący zęby, utrzymuje je mocno w miejscu i nie wywołuje próchnicy ani drażnienia. Można również drut dopasować na językowej stronie, a końce pozaginać ze strony wargowej. *Z. F.*

100) Wallisch. O nerwobólach nerwu trójdzielnego wskutek zmian patologicznych w zębach. (Wiener klin. Wocheschrift. 1908).

Przytoczywszy szereg pouczających historii chorób, autor kładzie

szczególony nacisk na to, by lekarze we wszystkich przypadkach nerwobólu tego nerwu szczególną uwagę zwracali na jamę ustną a zwł. na zęby zaopatrzone w duże plomby metalowe, na zęby obłamane, na zęby, około których leżą klamerki metalowe lub kauczukowe, jak nie mniej na ewent. ropotok zębodołowy, periostitis i t. d. Ponieważ zmiany patologiczne bywają nieraz wcale nieznaczne, nie każdemu w oczy wpadające, lekarze powinni dokładnie ząb za zębem badać, a jeszcze lepiej zrobić, gdy odeślą takiego chorego do dentysty.

Dr. E. Friedlender (Drohobycz).

101) Zараżenie przymiotem po wyjęciu zęba. W Towarzystwie lekarzy wiedeńskich profesor Ehrmann przedstawił pacjenta, u którego skonstatował zakażenie przymiotowe wyszłe ze szczęki dolnej po wyjęciu zęba. Po 2 latach przeszło ono na mózg, a skończyło się obecnie na *dementia paralytica luetica*. Autor przypuszcza, że sprawa ta szerzyła się wzdłuż nerwu żuchwowego, a skończyła się zajęciem centralnego systemu nerwowego.

Dr. E. Friedlender (Drohobycz).

102) Przyczyny hypercementosis. Przyczyną tej dolegliwości może być wszelkie drażnienie, pobudzające funkcję okostnej zęba. Choroba ta rozwija się w ciągu całych miesięcy i lat; spotyka się u ludzi w wieku dojrzałym. Najwięcej, gdyż 75% przypada na zęby trzonowe i dwuguzowce, podczas gdy zaledwie 25% na kły i siekacze. Przyczyną bywa każde niewłaściwe a długotrwałe drażnienie jak: zgrzytanie zębami, gryzienie orzechów, przegryzanie nici, wystające pod dziąsłem plomby i t. d. Jedyną kuracją jest usunięcie chorego zęba, co zawsze przedstawia pewną trudność. Ponieważ rozszerzone korzenie takich zębów mogą rozłupać się, trzeba dokonywać operacji nadzwyczaj ostrożnie (Dental Cosmos 1. 908).

M. Leliwa-Kopyst.

103) T. Oberwart. Zęby Hutchinsonowskie a przymiot wrodzony. (Przeg. lek. 10. 08).

Na podstawie 27 przypadków dochodzi O. do wniosku, że wbrew zapatrywaniom niektórych autorów, zęby Hutchinsonowskie są wybitnym objawem przymiotu dziedzicznego. W 24 bowiem przypadkach był on udowodniony, w 3 zaś był prawdopodobnym.

H. S.

III. BIBLIOGRAFJA.

Nervenkrankheiten in ihren Beziehungen zu Zahn-und Mundleiden.

In Vorlesungen von Dr. H. Kron. Mit 14 Abbildungen. Berlin, Louis Marcus Verlagsbuchhandlung. Cena Mk. 5.

Zadaniem autora, znanego lekarza chorób nerwowych w Berlinie, było omówienie cierpień nerwowych, będących w związku z chorobami zębów i jamy ustnej. Aczkolwiek w literaturze dentystycznej prace na temat powyższy są znane, miały one jednak przeważnie charakter oddzielnych artykułów, rozrzuconych po pismach. Praca zaś powyższa, wychodząca z pod pióra specjalisty, obejmuje całokształt omawianego przedmiotu. Zawiera ona 8 działów (w formie *wykładów*). Na początku zwrócono uwagę na istotę bólu miejscowego i odruchowego (powstałego wskutek chorych zębów), nerwobólu w obwodzie n. trójdzielnego, rozróżnianie od zapalenia nerwu (neuritis), a następnie poświęcono więcej nieco miejsca odruchowi (refleksowi), zwracając uwagę na hipotezę Ross'a (1888 r.) i wskazówki Head'a, który przy zmianach miążgowych utrwalił pewne t. zw. zony, w których ból odruchowo bywa wyczuwany, i które wykazują zwiększoną pobudliwość na ucisk bolesny. Zony odróżnia on: 1) *frontowonosową*, granica której leży na 5—6 ctm. wyżej nosa (przy cierpieniu 2 górnych siekaczy), 2) *nosowowargową*, będącą w związku z kłębem i pierwszym dwuguzkowcem (górnym), 3) *szczękową* (Maxillarzone), obejmującą g. szczękę z przodu—zmarszczkę pomiędzy nosem a policzkiem, w górze—sięgająca dolnego brzegu oczodołowego (w związku z cierpieniem II górnego dwuguzkowca i I trzonowca), 4) *skroniową* (Temporalzone), pozostającą często w związku z I g. trzonowcem, 5) *żuchwową* (od górnych ostatnich 2 trzonowców), 6) *gnykową* (od 2 pierwszych trzonowców zwłaszcza od I); 7) *gardzielową* w zw. z dolnym z. mądrości; 8) *podbródkową* (w związku z siekaczami, kłębami, I dwuguzkowcem dolnej szczęki).

Dla II dwuguzkowca (dolnego) zona nie jest ustalona; w związku z nim znajdują się zony gnykowa i podbródkowa. Większość tych ucząstków odznacza się szczególną bolesnością i wrażliwością pewnych miejsc, nazwanych przez Head'a *punktami maksymalnymi* (Maximalpunkte), przyczem każda zona ma ustalone takie punkty. Ból neuralgiczny, ule-

gając t. z. generalizacji, może wyjść poza granice zony i rozprzestrzenieć się na dalsze nawet uczałki, jak tego dowodzą przytoczone przypadki. W dalszym ciągu autor omawia znaczenie twierdzeń Heada w stosunku do dagnostyki dentystycznej i zwraca uwagę na ważność przytoczonych wyżej zon odruchowych w przypadkach wątpliwych. Twierdzenia te udowadnia przypadkami z literatury oraz własnymi. Dość często spotykane t. zw. samoistne (idjopatyczne) i objawowe (symptomatyczne) nerwobóle zilustrowane są b. ciekawymi przypadkami, stwierdzającymi jak dość często trudno jest określić właściwą przyczynę. Po omówieniu t. z. *bólów psychicznych* i czynników powodujących, autor nieco zatrzymuje się na traktowaniu nerwobólów n. trójdzielnego środkami, mniej więcej, znanymi. Nadczułość lub utrata czułości n. trójdzielnego w zależności od zębów nie są rzadkie, jak tego dowodzą przypadki, opisane w literaturze specjalnej. Również cierpienia języka przy nerwobólu n. trójdzielnego często mają miejsce (glossalgia, podrażnienie n. językowego, glossodynia, zaburzenia motoryczne, porażenie, skurcz nerwowy języka). Dalej—nienormalna suchość j. ustnej (xerostomia), porażenie podniebienia i przetyku, zaburzenia smaku, szczękościsk, skurcz żwaczy, porażenie n. twarzowego, cierpienie ucha, oka, jak dowodzi obfita ilość przytoczonych przypadków z literatury, nie są objawami rzadkimi. Szereg cierpień ogólnych na drodze odruchowej w zależności od zębów może wystąpić w mniejszym lub większym stopniu i odwrotnie. Do tych należą: padaczka (epilepsia), histerja (krwotoki historyczne, ból zębów hist., znieczulenia, szczękościsk, skurcze kloniczne mięśni-żwaczy, zaburzenia psychiczne, ślepotą, zaburzenia smaku, neurastenja, tabes dorsalis, diabetes mellitus, zatrucie moczanami i solami ciężkich metali. Choroby te, zilustrowane bardzo dokładnie spostrzeżeniami klinicznymi, dostatecznie wyświetlają wzajemny stosunek ze schorzeniami zębów; są tak żywo zobrazowane, że z ciekawością czyta się je, zarazem stanowią one poniekąd ściśle zgrupowanie rozrzuconych po pismach prac (spostrzeżeń). Ostatnie dwa działy, obejmujące kilkadziesiąt stron, poświęcone są zaburzeniom psychicznym, sugestji, hipnotyzmowi oraz psychoterapii. Różne zawikłania psychiczne na tle zaburzeń zębowych również zilustrowane są ciekawą kazuistyką.

Cała praca nader interesująca pod względem obfitości odnośnych spostrzeżeń klinicznych, kojarzy, że tak powiemy, dentystę (stomatolo-

ga) z neuropatologiem. Dowodzi to, że pewna znajomość chorób nerwowych bardzo często ułatwia rozpoznawanie istoty choroby.

Obfite piśmiennictwo, którem autor posiłkował się przy układaniu książki, obejmuje 248 prac, co jest poniekąd dowodem wyczerpującego omówienia obranego tematu.

Techniczna strona książki dobra; cena jednak jest zbyt wysoką.

Kr.

Kursus der Zahnheilkunde. *Hilfsbuch für Studierende und Zahnärzte. Erzeugt von Dr. med. Konrada Cohna. IV wydanie z rys. w tekście. Fischers Medicin-Buchhandlung H. Kornfeld. Berlin. Cena mk. 16. str. 792.*

W rzędzie podręczników dentystycznych obszerne dzieło Cohna, jako doskonałe *repetitorium*, już od czasu pierwszego wydania zajęło widoczne miejsce. Ścisłość wykładu, systematyczność pod względem dydaktycznym, pominięcie wszelkiego balastu w postaci niepotrzebnych cytata, owych „słabostek” wielu autorów, zwięzłość—wszystko to przemawia na korzyść podręcznika. Zupełnie więc słusznie dzieło Cohna wśród niemieckich słuchaczy dentystyki, a nawet dentystów praktycznych, ma widoczne powodzenie, doczekawszy się w stosunkowo krótkim czasie 4-go wydania. A wszak wiadomo, ile i jakie wymagania stawia się zwykle dziełom, mającym charakter *repetitorium*. Dzieło, obejmujące nie tylko ściśle dentystykę, lecz i gałęzie medycyny z nią w związku będące, podzielone jest na kilka części: histologję, anatomję makroskopową, porównawczą, embriologję, fizjologję, anatomję patologiczną, bakterjologję, farmakologję, ogólną chirurgję, choroby zębów i jamy ustnej. Wszystkie te działy, aczkolwiek opracowane są w krótkich zarysach, są uzupełnione ostatnimi zdobyczami nauki. Działy dentystyczny i stomatologiczny uwzględnione są bardzo wyczerpująco. Obejmują one wszystko, co tylko dotyczy może tego przedmiotu (str. 151): anomalje zębów, ich choroby, regulację, przyczyny próchnicy, terapię ostatniej, ubytki klinowate, choroby miazgi, zębiniaki, choroby ozębnej, rezekeje wierzchołka korzeniowego, cierpienia gruczołów, nowotwory zębiny, zwichnięcie, replantowanie, wyjęcie zębów, cierpienia dziąseł, ropotok zębodołowy, nowotwory dziąsła, trudne zębowanie, choroby szczek, złamania, zwichnięcia, zrośnięcie stawu żuchwowego, cierpienia śluzówki, ropówkę dna jamy ustnej, swoiste cierpienia śluzówki: błonnicę, lues, lepra, grzybicę, chor. racicową, leukoplakię, choroby ślu-

zówki towarzyszące cierpieniom skóry, skazie moczanowej, cukrzycy, tabesowi; nowotwory j. ustnej, nerwice i nerwobóle, anomalje szczęk; cierpienia zatoki szczękowej, gruczołów, kamień nazębny.

W końcu dodano szemat historii choroby oraz wyjaśnienia terminów greckich.

Cała praca robi wrażenie poważnego dzieła. Techniczna strona nie pozostawia nic do życzenia. Druk wyraźny, papier dobry, rysunki wykonane starannie.

Kr.

IV. Kronika i sprawy zawodowe.

= **Projekt.** Kolega Litwin z Łodzi rzuca projekt założenia *T-wa wzajemnej pomocy imienia Fiszera dla osób pracujących na polu naukowo-dentystycznym*. Projektodawca uważa ten sposób uczczenia pamięci zmarłego działacza za odpowiedniejszy, niż postawienie pomnika, jak to jest projektowane. Fundusz na ten cel oraz utworzenie stałych dochodów dla kasy projektodawca proponuje zebrać przez wydanie popularnej broszurki z dziedziny chorób zębów i jamy ustnej. Objętość wynosić ma 2 ark., a koszt kop. 15. Celem zachęcenia do napisania takiej broszurki, należałoby ogłosić konkurs, wyznaczony premium w sumie rs. 150. Rozpowszechnieniem broszurki mają się zająć koledzy wśród swych pacjentów.

= **Ekspertyza sądowo-lekarska.** W Płocku odbyła się po raz pierwszy u nas notowana ekspertyza sądowo-lekarska z udziałem dentysty. Sprawa dotyczyła zwłok Wacława Wolibnera, który niedawno tajemniczo zginął z pokładu statku, idącego z Płocka do Warszawy. Trup mniemanego Wolibnera niedawno z Wisły wyrzucony został pod Płockiem. Celem rozpoznania zwłok, ekspertyza zaprosiła również kol. Chrostowskiego, praktykującego w Płocku. Rzecz przedstawiła się, mniej więcej, tak. Wolibner miał bardzo zepsute zęby, lecz za to był bardzo gorliwym w pielęgnowaniu ich. Wobec tego często zwracał się do kol. Chrostowskiego, który, naturalnie, doskonale znał stan zębów. Prócz plombowanych zębów, Wol. nosił dostawkę z kilkoma zębami. Po zbadaniu jamy ustnej trupa, kolega Chrostowski doszedł do wniosku że niewątpliwie był to trup Wolibnera.

= **Sprostowanie.** W podanej w poprzednim n-rze liście członków, wybranych w Warsz. T-wie Odontologicznem do komisji etyczno-zawodowej opuszczo nazwisko kol. St. Bliklego, natomiast mylnie wydrukowano nazwisko kol. Kasprowicza.

W wydrukowanej w tymże n-rze liście kolegów, którzy wnieśli składki na wymieniony tamże cel, opuszczono nazwisko kol. Wł. Bernsztejna, który złożył rs. 2.

W sprawie notatki, zamieszczonej w n-rze 10 str. 338 kol. Klejnerman listem z dnia 29 X prosi o zaznaczenie, że ambulatorjum denty-styczne w gmachu byłego szpitala żydowskiego nie posiada kierowni-ka i że trzy razy w tygodniu przyjmuje kol. Feldblumowa, trzy zaś—on.

= **Cóż to oznacza?** Przysłano nam oryginalny bilet wizytowy, którego treść podajemy:

Stanisław Zieleziński

Technik dentystyczny

<i>Przyjmuje wszelkie roboty wchodzące w zakres dentystyki</i>	
<i>po cenach bardzo niskich.</i>	<i>Roboty większe na raty.</i>
Plomby cementowe (75 kop.)	Zęby sztuczne na kauczuku (1 rb.)
„ metalowe (1 rb.)	„ „ „ na złocie (2 rb.)
„ porcelanowe (3 rb.)	sztyftowe zęby (4 rb.)
„ złote (5 rb.)	korony złote (10 rb.)
Mostki czyli zęby obsadzone na stałe bez podniebienia do umowy.	

przyjmuje od 2 do 8.

Wspólna 13.

Bez komentarzy.

= **Warsz. tow. Odontologiczne.** Na posiedzeniu w dniu 5 listopada kol. Idzikowski wygłosił referat o 2-ch nowych środkach leczni-czych: *alypinie* i *jothionie*. Aypina (zob. ref. w *Kronice Dentyst.* Nr. 4, 1906 str. 130—131) jestto kwaśna sól benzoylätihyltetramentyldiami-nopropranolu, zestawiona i wypróbowana przez Impens'a i Hoffmann'a, ciało krystaliczne, niehygroskopijne, topliwe przy 169°, bardzo łatwo rozpuszczalne w wodzie. Rozczyny oddziałują obojętnie, gotowane na wolnym ogniu przez 5—10 min. nie rozkładają się i nie tracą włas-ności znieczulających. Przy dłuższem zaś gotowaniu ulegają rozkładowi. Aypina łatwa jest wchłanianą przez śluzówki j. ustnej i tkanę łącz-ną, mniej jest trującą i działa dobrze znieczulająco. Referent otrzy-mywał dobre wyniki przy wstrzykiwaniach śródziąsłowych w połączeniu z suprareniną przy wyjmowaniu zębów. Wygodne do zastosowania są

pastylki wyrabiane przez G. Pohla w Schönbaum, zawierające 0,02 alypini; suprarenini borici 0,00013; każdą taką pastylkę przed użyciem rozpuszcza się w 1 gramie wody dystylowanej.

Jothion — nowy preparat jodu (dijodoxypropan $\text{CH}_2\text{J}-\text{CHOH}-\text{CH}_2\text{J}$), jest płynem oleistym, jasno żółtej barwy. W 30 — 40 minut po wtarciu w skórę jothionu mocz i ślina dają już odczyn na jod, który po godzinie występuje zupełnie wyraźnie i trwa od 3 do 4 dni (Joseph i Max Schwarzschild. Deutsche med. Wochenschr, 1905 № 24). Jothion zawiera 80% jodu, z czego przy rozcieraniu wsysa się do 50%. Ze względu na to, że preparat ten zawiera więcej jodu w porównaniu z jodyną i że bardzo szybko ulega wessaniu, referent zaleca zastosowanie tegoż przy cierpieniach ozębnej i twierdzi, że daje on dobre wyniki.

= **Kółko dentystów-eksperantystów** powstaje w Warszawie z inicjatywy kol. S. Esigmana.

= **Dobry sposób.** Zarząd Petersburskiego T-wa Odontologicznego wystąpił do wyższej władzy lekarskiej z prośbą o ujednostajnienie reklam dentystów i zatwierdzenie opracowanej formy ogłoszeń lek. dentystów, dentystów oraz lecznic, której należy się trzymać przy podawaniu ogłoszeń do pism.

= **Zapis w szkołach dentystycznych.** Rozporządzenie ministra oświaty Szwarca, wyrugowujące wolnych słuchaczy i wolne słuchaczki z uniwersytetów oraz przestrzeganie normalnego procentu dla słuchaczy żydów w wyższych uczelniach, spowodowało ogromny napływ słuchaczy do wszystkich szkół dentystycznych wogóle. Zapis w tutejszych szkołach w r. bieżącym jest znaczny, wynosi bowiem dwustu kilkudziesięciu słuchaczy na I-e semestry. Wszyscy prawie posiadają świadectwa z ukończenia całkowitego kursu średniego zakładu naukowego (maturzyści.) Należy zwrócić uwagę, że szkoły dentystyczne są poniekąd termometrem stanu polityki rosyjskiej. W czasie wolnościowym, gdy dostęp do wszystkich wyższych uczelni był uprzywilejowany, szkoły świeciły pustkami, przechodziły okres znacznego przesilenia; obecnie szkoły dentystyczne przepelnione są łaknącymi wiedzy.

= **Nowe laury.** Piszą do nas z Galicji, że znany w Warszawie współnik jednej z lecznic dentystycznych, technik p. Wiktor przeniósł się z powrotem do Lwowa i zasypuje dzienniki następującą *blagą*:

„*Institucja dentystyczna.* Powstaje w naszym mieście na wielką ałę zakrojona instytucja dentystyczna przy współdziałaniu znakomitych

sił zagranicznych, między którymi będzie prof. szkoły lekarskiej w Warszawie i dwie dentystki lekarki, z których jedna zajmowała stanowisko głównej asystentki znanego profesora dentystyki. Dział technicznych robót i sztucznych zębów będzie prowadził zdolny specjalista z Ameryki. Założycielem tej instytucji jest p. L. Wiktor we Lwowie." Ile prawdy w powyższym wie chyba tylko pan Wiktor. „Zdolnym specjalistą z Ameryki” zapewne jest sam p. Wiktor, o którego powrocie, czy to z Warszawy, czy też z Ameryki, lwowianie wszak wiedzieć nie mogą. Współczuwamy lwowskim kolegom, którym wypadnie współzawodniczyć z „nową instytucją” oraz lwowianom, którzy pomocy dentystrycznej w instytucji tej szukać będą.

== **Smierć po niefortunnym samołeczeniu zębów.** W Warszawie dnia 8 XI r. b. zmarł 24-o letni S. H., prowizor farmacji. H., cierpiąc na zęby, przez kilka dni leczył się różnymi środkami. Gdy nastąpiły objawy ogólnego zatrucia, przedsięwzięto energiczne środki zaradcze, lecz bezskutecznie. H. po czterech dniach zmarł.

== **Ciekawa sprawa.** Miejski sąd w m. Szuja rozpatrywał niedawno sprawę cywilną, wytoczoną przez niejakiego Złatorackiego przeciwko dentyście Kofmanowi. Pierwszy żądał zapłacenia rs. 100 jako „odszkodowania” za mylnie wyjęty zdrowy ząb zamiast chorego. Sąd skargę odrzucił wobec braku dowodów „strat”. (Zub. Wiestn.).

== **Pozwolenie na urządzenie wystawy dentystrycznej w Łodzi** uzyskał kol. A. Żadiewicz. Do komitetu organizacyjnego zaproszono miejscowych lekarzy, dentystów oraz techników dentystrycznych. Po bliższe informacje należy zwracać się do organizatora A. Żadiewicza — Łódź, Piotrkowska Nr. 120.

ODEZWA.

Komisja słownikowa Warsz. Tow. Odont., gromadząc materiał do „Mianownictwa dentystrycznego polskiego,” uprasza o nadsyłanie uwag, spostrzeżeń i propozycji terminologicznych pod adresem przewodniczącego tejże komisji Wł. Zielińskiego, (Warszawa, Senatorska Nr. 4).

Władysław Zieliński, Leon Scheller, L. Goldberg, Piotr Klejn, L. Przedpętski, Jan Kanty Drac.

Warszawa, dn. 23/XI 1906 r.

Od Administracji.

Kronika Dentystyczna w r. 1909 wychodzić będzie jak w r. b. Prenumeratorzy, którzy nie życzą sobie nadal otrzymywać „Kroniki“ zechcą łaskawie zawiadomić nas kartą pocztową, celem zaoszczędzenia nam niepotrzebnych wydatków i uniknięcia nieporozumień. Przypominamy jeszcze raz zalegającym z prenumeratą o konieczności i obowiązku uregulowania należności za drugie półrocze 1907 r. i za obydwa półrocza r. b. Nikomu z pismem naszym nie narzucaliśmy się, lecz wysyłaliśmy je na wyraźne żądanie, słusznie więc żądamy uregulowania należności. Zaleganie z przedpłatą przyczynia nam niepotrzebnie znacznej pracy i utrudnia rozwój pisma. Wydawnictwo nasze opiera się głównie na prenumeracie, dochody bowiem z ogłoszeń wobec znacznych ustępstw, kosztów pocztowych i celnych są minimalne. Regularne i wczesne uiszczanie przedpłaty jest więc jedynym warunkiem istnienia pisma. Szanownych prenumeratorów miejscowych uprzejmie prosimy o wczesne wpłacanie należności wprost do redakcji, lub też na ręce okaziciela kwitów, wydanych i podpisanych przez administrację. Szanownych prenumeratorów zamiejscowych uprasza się o możliwie wczesne nadsyłanie przedpłaty na następne półrocze, adresując przekazy do Redakcji, „KRONIKI DENTYSTYCZNEJ“ — DŁUGA 47.

Roczniki „Kroniki Dentystycznej“ za r. 1907-8 są do nabycia w redakcji po=niżonej cenie.

Poszukuje się zastępcy, względnie następcy, rutynowanego dentysty do zakładu dentystycznego w Galicji. Wiadomość w redakcji.

Novocaina

nowy zupełnie niedraż. środ. miejscowo-znieczulający.

Najlepszy środek zastępujący kokainę.

Novocaina działa przynajmniej 7 razy mniej trująco, niż kokaina i 3 razy mniej trująco, niż przetwory ją zastępujące. Nie wpływa ani na krążenie i oddychanie, ani na czynność serca.

Novocaina łatwo się rozpuszcza w wodzie, rozezyny dają się wyjawić przez gotowanie i ulegają łatwo wessaniu.

Novocaina nie sprowadza zatruc, uszkodzeń tkanek i bólów następczych.

Novocaina zalec. przez pierwszorzędną kliniki do celów dentystryki jako pewny i bezpieczny środek miejscowo-znieczulający.

W praktyce dent. zalecane są następujące przetwory Novocainy:

Novocain-tabletki **D** bez dodatku Suprareniny po 0,2g. w rurkach po 10 szt.

Novocain-Suprarenin-tabletki **E** po 0,02g. w rurkach po 20 szt.

Novocain-Supraren.-roczyn 2% w kartonie po 10 ampulek po 1 cm.

Tania w zastosowaniu.

Perelki Valyl'owe

po 0,125 g. Valyl'u.

Valyl posiada typowe własności walerjanu w większym stopniu i nadaje się przy różnych postaciach zaburzeń nerwowych, jako środek uspokajający. Szczególnie wskazania: histerja, neurastenia, nerwice sercowe i naczyńiowe, nerwobóle, migrena, hypochondrja, bezsenność, astma nerwowa. Dawka 2—3 perelki Valyl'owe, 2—3 r. dziennie.

Flakony oryginalne po 25 sztuk.

Trigemina

najlepszy środek przeciwbólowy przy zmianach bolesnych nerwów mózgowych.

Z natychmiastowym skutkiem używ. przy różnych rodzajach bólu zębów. Specificum przy periostitis, pulpitis, neuritis i bólach przy obnażeniu miążgi i zakładaniu pasty żrącej.

Dawka: 2—3 kapsułki żelatynowe po 0,25 g.

Paramidon

Najpewniejszy środek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobólowy.

Środek swoisty przeciw bólom głowy, nerwobólom, zwł. nerwu trójdzielnego i bólom strzelającym u cierpiących na mlec pacierzowy—używany skutecznie do uspokajania napadów duszniczy i przy dolegliwościach mięśniaczkowych. Dawka: 0,3—0,5 g. używany do zwalczania wszelkiej postaci gorączki spec. przy gruźlicy, durze, grypie i t. d. Dawka: 0,2—0,3 g.

Syntetyczna Suprarenina

jestto przez chemiczną budowę wytworzona działająca zasada nadnerczy, odznacza się bezwzględną czystością, pewnem i stałem działaniem i trwałością rozezynów. Potrzebną każdorazowo ilość można przed użyciem wyjawić przez ogrzewanie, bez zmniejszenia siły działania. Syntetyczna Suprarenina zasługuje zatem we wszystkich przypadkach na pierwszeństwo przed innymi, z narządów uzyskanymi przetworami nadnerczy. Rp. Solut. Suprarenini hydrochl. synthetic. (1:1000). We flaszkach po 5 i 10 cm.

Anästhesina

środek miejscowo znieczulający o silnem, długotrwałem działaniu, bezwzględnie niedrażniący, nietrujący do zewnętrznego i wewnętrznego użytku. Wskazany przy wszelkiego rodzaju bolesnych ranach i zapaleniach skóry, przy gruźliczych i przymiotowych owrzodzeniach krtani i gardła.

Albargina

(połączenie żelatozy z arg. nitricum) wysmienity środek o działaniu bezwzględnie pewnem silnie bakterjobójczem, mimo to jednak niedrażniący. Używany skutecznie przy przewlekłych ropieniach w jamach szcękowych w 0,1—2,0% rozezynach wodnych.

Obszerne piśmiennictwo do rozporządzenia Panów Lekarzy!

Nader pożądana

będzie wiadomość, że wydanem zostało

dla wszystkich ortodontystów i tych, którzy żywo interesują się postępani w dziedzinie bardzo zajmującej współczesnej sztuki regulacji zębów,

niemieckie tłumaczenie najnowszego dzieła D-ra Angle'a.

Każdemu wiadomo, jaki szalony postęp zrobiła ortodontja w ostatnich latach. Ze postęp ten powstał na zasadach naukowych, jest to niezaprzeczoną zasługą Dra Angle'a, który pierwszy wprowadził system i metodę do zawiłanej do owego czasu i niewyraźnej dziedziny i system ten zbudował w tak genialny sposób, że dziś można sobie pozwolić na rozwiązywanie problemów, co jeszcze przed niedawnym czasem spoczywało w granicach niemożliwości.

Dr Angle nie zaspokoił się tem. Dążył on bezustannie naprzód, i jego nadzwyczaj bogate doświadczenie w tej specjalnej dziedzinie upoważniło go do objęcia stanowiska nauczyciela i kierownika wszystkich tych, którzy dotychczas uważali go za swego przewodnika.

Wielką część tych swoich doświadczeń wyluszczył Dr. Angle w najnowszym siódmym wydaniu swego dzieła.

Tworzy ono gruby tom o 750 stronicach z 641 rysunkami. Niebawala obfitość zadań, nader bogaty materiał kazuistyczny o jaknajwyższej wartości praktycznej, jest tu do rozporządzenia czytelnika.

Przy wspaniałych rysunkach pojedyncze działy traktowania licznych przypadków są prowadzone i systematycznie omawiane od pierwiastkowego stanu do ostatecznego wyniku włącznie.

Samo przez się rozumie się, podstawy każdego postępowania, teoria procedury, klasyfikacja przypadków, jako szczegóły praktycznej wartości tychże, są wyluszczone gruntownie.

Wiele być może prawidłowo przeprowadzonych regulacji rozbiło się o niedostateczną znajomość retencji zębów. Ta, według własnego Dra Angle'a zdania, najważniejsza część zabiegów została po raz pierwszy w dziele traktującym o ortodontji naukowo uzasadnioną i szczegółowo objaśnioną.

Kierując się tem dziełem, każdy zawodowiec może z całą pewnością skutku poświęcić się studjom i praktycznym ćwiczeniom w zakresie ortodontji.

Przy ukazaniu się 7-go wydania amerykańska prasa zawodowa uznała dzieło Angle'a za nader cenne.

Jesteśmy pewni, że wytrawni zawodowcy, opierający na zasadzie tłumaczenia swój pogląd, również będą tego przeświadczenia.

**Angle'a dzieło winien mieć każdy postępowy zawodowiec.
Cena: w oprawie (loco Berlin) Rb. 12.50.**

The S. S. White Dental Manufacturing Co.

BERLIN S. W. Lindenstrasse 37.

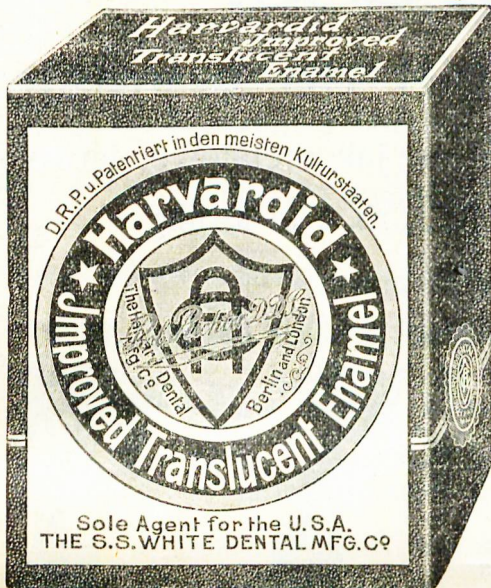
Pod względem przezroczystości i podobieństwa do szkliwa niedościgniony
jest

Harvardid

—● najidealniejsza plomba ●—

Zamiana plomb porcelanowych.

Harvardid—masa jest przy należyтым doborze barw niewidoczną w zębach.



Harvardid daje się obecnie nader łatwo rozrabiać.

Harvardid twardnieje normalnie.

Harvardid nie ujawnia kurczenia się.

Harvardid przylega ścielnie do ścian ubytku.

Harvardid ma nader mocne brzegi i raz stwardniały nie rozpuszcza się w ślinie.

Harvardid różowy (jasny-średni-ciemny) do zastąpienia dziąsła.

Niema arszeniku. — Niema obumarcia miążgi.

• Żądajcie w składach dentystycznych

TYLKO ULEPSZONEGO HARVARDID'U

w nowem opakowaniu

z powyższą etykietą.

Biaława, 1.	Białoniebieska, 1 a.	Białożółta, 2.	Jasnożółta, 3.	Żółta, 4.
Jasnoperłowa, 5.	Perłowoszara, 6.	Szara, 7.	Brunatna, 8.	Różowa (do dziąsła), 9.
MAŁA PORCJA, Rb. 2.15.	DUŻA PORCJA, Rb. 5.—	SORTYMENT W 4 BARWACH, Rb. 6.—		

Wszystkie porcje, pojedyncze flakony, próbne porcje powinny posiadać powyższą etykietę.

Próby gratis przez składy dentystyczne lub bezpośrednio od nas.

Sprowadzać można przez wszystkie składy dentystyczne lub za zaliczeniem bezpośrednio od nas.

Towarzystwo Manufaktury Dentystycznej Harvard

(The Harvard Dental Manufacturing Co.)

Berlin W. 10.

Londyn E. C.

Victoria Str. 23.

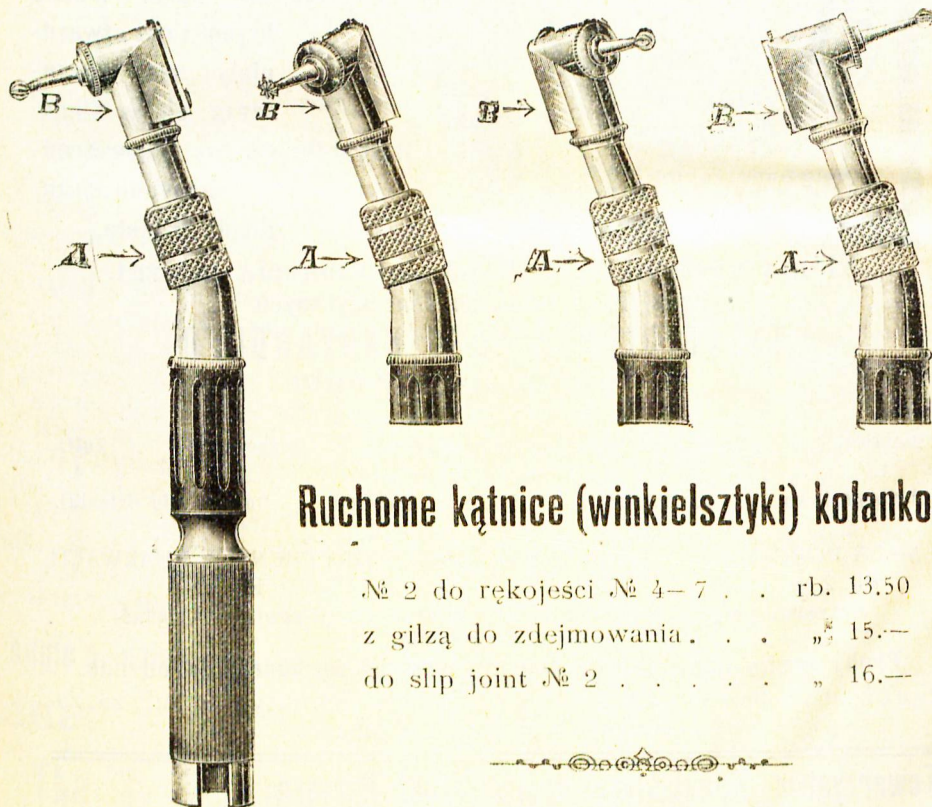
WARSZAWA.
Zgoda 4, tel. 15-15.
Zarządzający
Roman
Dobronoki.

Geo Poulson
Adres telegr. Warszawa „Dental“
Moskwa „Dental“.

MOSKWA.
B. Dmitrowka 28,
tel. 49-23.
Zarządzający
Juljusz Schiele.

NOWOŚĆ!

Emaljowane łyżki do wycisków,
wygodne w użyciu, nie czernieją, jak metalowe, łatwo dają się
oczyszczać. CENA rb. 1 za sztukę.



Ruchome kątnice (winkielsztyki) kolankowe.

№ 2 do rękojeści № 4-7 . . . rb. 13,50
z gilzą do zdejmowania . . . „ 15.—
do slip joint № 2 „ 16.—

Pasta A. Malakoffa do plomb krzemowych, nadająca połysk
naturalnego szkliwa. Cena rb. 1.



Ceny podane są brutto.



Laboratorium lek. dent. Michała Grejnieca

w Częstochowie

poleca Sz. Kolegom swoje preparaty chemiczne (cement, amalgamaty, stent i t. p.) i aparaty praktyczne własnego wynalazku. Katalogi gratis. Zamówienia wysyłam odwr. pocztą.

Ceny najniższe.

A P T E K A

A. Kurowskiego i J. Radzikowskiego

Warszawa Bielańska 16 tel. 47-97

poleca: pastę i płyn

Trikresol-Formalin

Cena 1.25.



HERMANN MEUSSER. Specjalna księgarnia w zakr. dentystyki

Berlin W. 35/41 Steglitzerstr. 58.

Posiada na składzie całkowitą niemiecką literaturę dentystyczną, dostarcza książki przy obstalunkach na 20 marek i wyżej franko do Rosji i Królestwa, dobrze oprawione, po cenach oryginalnych. Katalogi gratis. Solidnym płatnikom udziela się kredytu na warunkach spłacania miesięcznie 1/10 części ceny kupna.

Kursy dentystyczne

celem uzupełnienia wiadomości z dziedziny dentystyki operacyjnej i protetycznej (teoria i praktyka) dla lekarzy, lekarzy dentystów i dentystów.

Kierownicy oddziałów: Doc. F. Zwierzchowski, T. Wongl-Swiderski, I. Szwarz, R. James-Loevi, H. Efron, H. Hollandski i B. Hauchman. Starszy demonstrator w dziedzinie techniki—W. Efremow.

Informacje i zapisy: **Petersburg, Newski Pr. 34.**
Lecznica chorób zębów i jamy ustnej B. Hauchmana i H. Hollandskiego.

Laboratorium St. Górskiego. Warszawa. Leszno 12

„AGATOL”

Tymolowy proszek i eliksir o silnym aromacie i własnościach przeciwnilnych. Najlepszy z dotychczas znanych, zalecany przez powagi lekarskie. Nagrodzony na 4 wystawach najwyższymi odznaczeniami.

Żądać we wszystkich aptekach i składach aptecznych.



„KRONIKA DENTYSTYCZNA” wychodzi w początku każdego miesiąca. Na artykułach, ogłoszeniach, przekazach pocztowych oraz wszelkiej korespondencji, nadsyłanej do redakcji, należy bezwarunkowo podawać adres ostatniej—**DŁUGA 47.**

1) Nadsyłane do redakcji rękopisy powinny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu), po jednej stronie półarkusza.

2) Każda praca powinna być zaopatrzoną w podpis i dokładny adres autora.

3) Rękopisy zwracają się tylko przy wyraźnym zastrzeżeniu.

4) Należy przestrzegać, o ile można, zasadę „non multa, sed multum”, unikając tym sposobem zbytecznych szczegółów w historjach chorób i w przeglądzie historii danej sprawy, jak również wielu cytata z literatury.

5) Nazwiska autorów przy wskazaniu źródła nie powinny być podkreślane.

6) Redakcja zastrzega sobie prawo skracania prac i dokonywania niezbędnych poprawek.

7) Artykuły są płatne: prace oryginalne—czysto naukowe—według umowy, kompilacje zaś i referaty—według uznania redakcji. Koszt rycin i odbitek obciąża honorarjum.

8) O każdej przesłanej do redakcji książce zamieszcza się wzmiankę lub sprawozdanie i jedno bezpłatne ogłoszenie.

9) O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana z góry przed rozestaniem numeru.

10) Rękopisy redakcja zamyka 10-go każdego miesiąca.

