

# Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

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

## I. Prace oryginalne.

### Przypadek postrzału górnej szczęki.

Przedziurawienie podniebienia twardego. Obumarcie czterech zębów.

Otok jamy szczękowej.

Napisał

M. KRAKOWSKI.

Kości twarzowe ze względu na swą budowę anatomiczną łatwo ulegają wpływowi różnych czynników mechanicznych. Cienkie, płaskie te kości nie są również w stanie przeciwdziałać kulom rewolwerowym. Wyjątek poniekąd stanowią kości licowe (ossa zygomatica) i żuchwa, które, dzięki swej grubości i zbitości, stawiają większy odpór wszelkim czynnikom mechanicznym. Wśród kości twarzowych pod względem małej odporności pierwsze miejsce zajmuje szczęka górna. W czasie działań wojennych, kiedy uszkodzenia kości tej z przyczyn postrzałów karabinowych (przeważnie małokalibrowych) stanowią bardzo znaczną odsetkę, wiele przypadków z przyczyny zakażenia lub innego powikłania kończy się niepomyślnie. Spostrzeżenia różnych autorów stwierdziły, że względnie często znaczne nawet uszkodzenia szczęki górnej, powstałe wskutek postrzałów rewolwerowych, goją się wogóle dobrze i to w stosunkowo krótkim nawet czasie. W lżejszych przypadkach uszkodzeń następuje otwarcie jamy szczękowej, przyczem drobne odłamki kości prze-

dostają się do jamy. W cięższych przypadkach, gdy strzał dany jest z blizkiej odległości, lub kula jest ołowianą i większego kalibru (np. z rewolweru syst. Smith i Wessona), zdarza się, że ostatnie przenikają głęboko, szczeka zostaje zgruchotaną w znacznym stopniu, lub też nawet uleż może oderwanin. Przy przedziurawieniu podniebienia z przyczyny jakiegoś powikłania (znaczniejszego uszkodzenia lub też obumarcia kości) powstaje komunikacja pomiędzy sąsiadującymi jamami. Następstwa takiego powikłania są znane. Również uleż mogą uszkodzeniu obiedwie kości szczękowe, muszle nosowe, przegroda nosowa i inne sąsiadujące narządy. Zdarzyć się może, że kula ugrzęźnie w przestrzeni pozaszczękowej lub sitowo-szczękowej, pozostaje tam w ukryciu, a po pewnym czasie, z przyczyny ciężaru lub powstałego ropienia wokoło niej, przedostaje się do jamy ustnej. Kule, przedostające się przez górną szczękę do jamy czaszkowej, bezwzględnie przyczyniają śmierć. Przebieg uszkodzeń postrzałowych kości szczękowych często jest zwojny pod względem prognozy. Aczkolwiek niekiedy rana jest tylko powierzchowną, z pozoru jakoby „niewinna”, a jednak w tkankach przyległych rozwinąć się może zapalenie, ropienie, zapalenie kości, ropne zapalenie szpiku kostnego z następnem zap. mózgu (meningitis), ropnica i posocznica. Powikłania takie możliwemi są również i w tych przypadkach, gdy uszkodzenia są znaczniejsze; powstać one mogą wskutek przedostania się do rany infekcji z otaczającego miejsca, z samą kulą lub z innem obcym ciałem. Badania różnych autorów (Bogdana, Hobarta, Seydela i in.) ustaliły, że części ciała (a więc i części twarzy), będące w styczności z wewnętrznym powietrzem i kurzem, zawierają więcej drobnoustrojów, aniżeli części, pokryte ubranie; bakterjologicznie stwierdzono wśród nieszkodliwych i ropotwórcze drobnoustroje. Dowodzi to dobitnie, że zakażenie rany postrzałowej zzewnątrz jest możliwem.

Kula sama przez się może zakazić ranę postrzałową kości wskutek mogących znajdować się na niej zarazków. Ani ogrzanie samego pocisku, ani tarcie o gwintowane ściany lufy, ani wytwarzające się gazy, ani też ciepłota, powstająca wskutek zmiany żywej siły przy uderzaniu kuli o przeszkodę—nie zabijają znajdujących się na powierzchni kuli zarodników. Kula opancerzona po jednym wystrzale ogrzewa się zaledwie do 65°–95° C. (Schjerning, Thöle, Voss — Die Schussverletzungen. Hamburg 1902). Obce ciała (papier ota-

czający niektóre rodzaje kul lub oddzielający kulę od prochu w gilzie, trociny i t. p.), noszące na sobie zarodniki drobnoustrojów, a nawet te ostatnie, również mogą zakazić ranę postrzałową i działać również jako czynniki drażniące. Aczkolwiek przytoczone tu czynniki bezwątpienia mogą mieć pewien wpływ na przebieg rany postrzałowej, jednak, jak już nadmieniono wyżej, postrzały górnej szczęki wogóle mają przebieg dość pomyślny, o ile, naturalnie, w grę nie wchodzi uszkodzenia w narządach otaczających.

Przypadek przezemnie tu opisany, zę względu na jego przebieg, budzi pewne zaciekawienie.

14 sierpnia 1906 r. zwrócił się do mnie 23-letni N. N., narzekając na silne bóle w górnym prawym kłie. Bóle te dokuczały mu od tygodnia, przyczem pacjent nie mógł przyjmować przeważnie gorących pokarmów; samo nawet dotknięcie zęba wywoływało silny ból. Ogłędziny jamy ustnej stwierdziły: brak kilku zębów w dolnej szczęce i obecność pni zgorzelińowych w górnej—po stronie lewej, pozostałe zęby pokryte były zielonym nalotem, na dolnych przednich znajdowały się znaczne warstwy kamienia nazębnego o barwie brunatnej, konsystencji twardej. Kieł, na który pacjent narzekał, był dobrze rozwinięty; barwa jego była zmienioną, śladów próchnicy nie stwierdzono; przy najmniejszym dotknięciu powstawał silny ból. Pozostałe zęby po tejże stronie były nieuszkodzone (próchnicy nie było).

Na usilne prośby pacjenta ząb ten usunąłem, poczem wystąpił zwiększony ból zębodołowy, który wkrótce ustał po przemyciu zębodołu i włożeniu doń tamponu dobrze zwilżonego chloretylem.

Przy zębie tym bezwątpienia było zapalenie ozębnej, powstałe z przyczyny zgorzeli miazgi—co stwierdziłem po przecięciu zęba.

Pacjentowi zaleciłem, naturalnie, płukanie przeciwnilne. Przypuszczałem, że przyczyną cierpienia zęba mógł być uraz — co dość często się zdarza.

Po kilku tygodniach pacjent ponownie zgłosił się do mnie, narzekając na gwałtowniejsze jeszcze bóle w zębach po tejże stronie (obok wyjątego kła); twarz po prawej stronie była znacznie spuchniętą; pacjent, prócz dokuczliwych bólów w zębach, narzekał na ból głowy, „rwanie w skroni“, gorączkę, palenie w ustach, brak apetytu, bezsenność, ogólne zdenerwowanie i osłabienie. Na pierwszy rzut

oka rozpoznać można było zapalenie kości górnej szczęki. Znaczna opuchlina, konsystencji twardej, obejmowała cały prawy policzek, okolice podoczołową, nos i wargę górną; ucisk palcami stwierdził wyraźne chęłbotanie i wywołał silny ból. Pacjent był nadzwyczaj osłabiony, zmęczony; tętno było słabe (64 uderzeń na 1'); oddech utrudniony. Z przyczyny znacznego opuchnięcia policzka, silnego bólu i osłabienia pacjenta, nie mogłem dokładnie zbadać zębów i odszukać winowajcy, tembardziej, że pacjent prosił, aby go nie męczyć i nie wyjmować mu zęba, gdyż „nie wytrzyma”. Zaleciłem mu zastosowanie okładów z octanu glinu z dodatkiem spirytusu kamforowego i gliceryny, a nawewnątrz — kilka proszków piramidonu z fenacetyną (*ana 0,3*). Następnego dnia zgłosił się do mnie ponownie; bóle były mniejsze; opuchlina była cokolwiek elastyczną, pacjent lepiej otwierał usta; rana po wyjętym kle była zamkniętą, oba dwuguzkowce i dwa trzonowce po tejże stronie były rozchwane; nad II dwuguzkowcem i I trzonowcem znajdował się duży ropień otwarty; przy naciskaniu wydzielala się półpłynna ropa; *wszystkie wymienione zęby były zupełnie całe*. Otwór ropnia powiększyłem, przemyłem sublimatem i zatamponowałem luźno gazą jodoformową. Gdy pacjent następnego dnia ponownie zgłosił się do mnie, zauważyłem, że prawy otwór nosowy cały zapehiony był zeschniętymi wydzielinami (lewy otwór był zupełnie czysty); dwuguzkowce i trzonowce były zupełnie rozchwane; ropień zmniejszył się, również i opuchlina. Ponieważ zęby te jeszcze dokuczaly pacjentowi, prosił on o usunięcie obu dwuguzkowców, co też uczyniłem, powątpiewając, aby nastąpiło restitutio ad integrum (zarazem podejrzewałem istnienie otoku ropnego jamy szczękowej). Wyjęte zęby okazały się martwymi; ozębne były zupełnie zniszczone. Po wyjęciu zębów krew z płynem ropnym wydzielala się przez prawy otwór nosowy; przy pomocy odpowiedniego zgłębnika stwierdziłem istnienie komunikacji pomiędzy zębodołami dwuguzkowców a jamą szczękową. Po przeszprycowaniu zębodołów roztworem nadmanganianu potasu płyn wydzielal się przez prawy otwór nosowy. A zatem otok jamy szczękowej był niewątpliwym. Zębodoły zatamponowałem gazą jodoformową, zalecając pacjentowi zwrócić się do specjalisty w sprawie otoku jamy szczękowej. Po dwóch tygodniach pacjent ponownie zwrócił się do mnie i opowiedział, że z obawy do specjalisty nie zwrócił się; gazę wyciągnął trzeciego dnia po byt-

ności u mnie; wydzieliny przez nos zmniejszyły się nieco; twierdził on dalej, że w ranach po wyjętych zębach „coś się porusza“; od czasu do czasu doznaje jeszcze silnych strzykających bólów w całej tej okolicy, dwa sąsiadujące zęby wydają mu się jakby wydłużonymi. Po ścisłym zbadaniu zgłębnikiem przekonałem się o istnieniu dość dużego martwaka, który zapomocą szczypczyków wy dobyłem; okazał się on zewnętrzną ścianą trzech zębodołów (dwóch dwuguzkowych i trzonowca); kość była ciemną z wyraźną odbitką korzeni zębowych. Pierwszy trzonowiec (zupełnie cały) z przyczyny znacznego rozchwiania musiałem również wyjąć. I w zębodole tego zęba (w korzeniu podniebiennym) była komunikacja z jamą szczękową. Już z pierwszego wejrzenia można było stwierdzić, że i ten ząb był martwy (zębna była zżarta, barwa zęba—brunatna). Rany traktowałem jeszcze przeciwnie w ciągu dni dziesięciu, jednocześnie przemywając jamę szczękową 1% roztworem aluminu. Rany zbliżyły się, wydzieliny z otworu nosowego były b. skąpe; bóle prawie ustąpiły, również i opuchlina. Pomimo względnie dobrego przebiegu sprawy, wobec jednak istnienia otoku, ponownie skierowałem pacjenta do specjalisty, lecz i tym razem, jak się przekonałem później, tego nie uczynił. Zaciekawiony niezwykłym przebiegiem sprawy i nie mając pewnych danych co do przyczyny cierpienia, zebrałem drogą ścisłych wywiadów następujące dane, będące w związku z wspomnianem powikłaniem.

Pacjent, pracownik jednej z tutejszych fabryk, dobrze rozwinięty, wogóle nigdy nie chorował; przymiotu nie przechodził; również nie doznał żadnego urazu twarzy i wogóle zębów. Ostatnie od czasu do czasu, wprawdzie, bolały go; niektóre były wyjęte lub „same się wykruszyły“; w miejscu, gdzie zaszło opisane wyżej powikłanie, zęby go nie bolały. W styczniu r. 1906, przechodząc ulicą, przypadkowo dwukrotnie postrzelony został w twarz z brauninga; jak sam określa, „obiedwie kule wyplunął“, t. j. wyszły mu one przez usta; po wypadku opatrzyło go Pogotowie, następnie zaś udał się do szpitala Praskiego, gdzie przebywał przez trzy tygodnie. Kule trafiły w twarz (prawy policzek) w miejsce mniej więcej odpowiadające dołkowi szczękowemu. Jedna kula przedziurawiła mu podniebienie twarde, druga zraniła nieznacznie wewnętrzną powierzchnię prawego policzka, dziąsło i górną wargę w prawej jej połowie. Zbyt silnych

bólów pacjent po postrzale nie doznał; nastąpił z rany postrzałowej twarzy krwotok zewnętrzny, który właśnie wstrzymany został przez Pogotowie ratunkowe. W szpitalu rany na twarzy, a również z powstałego otworu podniebiennego wyjęto małe kawałki kości (objawów ze strony nosa pacjent nie zauważył); rany codziennie przemywano i tamponowano gazą; leczenie takie trwało trzy tygodnie, poczem wypisano pacjenta jako wyleczonego. Podczas przebywania w szpitalu pacjent kilkakrotnie narzekał na ból w zębach prawej górnej szczęki, lecz przyjmowano to za ból towarzyszący ranom postrzałowym, na narzekania zaś nie zwracano uwagi.

Bliższe oględziny jamy ustnej i jej okolicy stwierdziły następujące. Na policzku, w miejscu odpowiadającym dołkowi szczękowemu, znajdowała się blizna płaska nieco podłużna, rozm.  $1\frac{1}{2}$  cm., brzegi były nierównomiernie wyzębione; na czerwieni górnej wargi, na jej wewnętrznej powierzchni również zauważyć można było nieznaczną bliznę postaci nieco podłużnej; na podniebieniu twardem, w miejscu odpowiadającym linii środkowej, znajdowała się blizna dobrze zaciągnięta, płaska. Więcej zmian, prócz tych, które powstały z przyczyny wyżej wspomnianych wyjętych zębów, nie było.

Powikłanie z przyczyny postrzału mogło powstać w następujący sposób. Kule brauningowe skierowane były prawdopodobnie nieco z tyłu, przyczem jedna, przedziurawiwszy przednią ścianę kości u podstawy wyrostka licowego (proc. zygomatic), przeszła do jamy szczękowej, a w dalszym ciągu przedziurawiła twarde podniebienie. Druga kula skutkiem oślizgnięcia się o przednią powierzchnię kości licowej (os. zygomatic) skierowała się nieco do dołu i nazewnątrz—po zewnętrznych ścianach zębodołów — począwszy od II trzonowca do kła, w miejscu odpowiadającym linii przeprowadzonej od dołka szczękowego do górnej  $\frac{1}{2}$  korzenia kła. Przez taki kierunek drugiej kuli zostały uszkodzone przednie ściany zębodołów, a 4 zęby uległy kontuzji, miazgi ich prawdopodobnie umarły, wynikiem czego było opisane wyżej powikłanie. Że kierunek drugiej kuli był istotnie taki, dowodem jest jeszcze uszkodzenie policzka w miejscu odpowiadającym wyżej wspomnianej linii (od fossa canina do korzenia kła). Co zaś do otoku jamy szczękowej, to mógł on powstać pierwotnie, t. j. po postrzale, lub też wtórnie—jako skutek powstałego powikłania.

Względnie pomyślny wynik całej tej sprawy przypisać należy

działaniu kul brauningowych, które ze względu na swój twardy pan-cerz nie wywołują tak wielkiego zniszczenia w kości, jak kule ołowiane (posiadające własności zdeformowywania się przy zetknięciu z przeszkodą). Względnie mały kalibr i forma kuli brauningowej również mają pewne znaczenie. Pierwsza kula łatwo przedziurawiła cienką ścianę zewnętrzną jamy szczękowej; idąc dalej po nieznacznym łuku, prawdopodobnie, uszkodziła przegrodę nosową i, przedziurawiwszy podniebienie, wyszła w końcu przez usta po lewej stronie. Druga kula szła w kierunku zewnętrznej powierzchni (proc. zygomatici), tworząc t. z. wystrzał styczny czyli tangensowy, ponieważ kierunek lufy rewolwerowej nieznacznie zmienił się, być może, z przyczyny drgnięcia ręki strzelającego; kula następnie poszła w kierunku równoległym do zewnętrznych ścian zębodołów i, zadrasnawszy policzek i wargę, wyszła również przez usta.

## II). Dział sprawozdawczy.

**103). Prof. Sachs. O cementach krzemionkowych—t. z. sylikat-cementach.** (Deutsche Monatsschrift für Zde N. 4. 07). Ogólnie znane obecnie cementy krzemionkowe wprowadzone zostały po raz pierwszy przed 2 z górą laty przez Aschera. Od owego czasu zaczęły się naśladownictwa, które następnie ukazały się w znacznej ilości: Harwardid, Astral, Smaltid, Porcellanoid, Plastic—Porcellan, D-ra Wolfsona ulepszona plastyczna plomba porcelanowa, Brill's Diamant, Sili-cin, Phenakit, a może i inne jeszcze, prof. Sachsowi nieznane.

Nie zastanawiając się nad wartością tych preparatów i nie przeprowadzając badań porównawczych między nimi a plombą Aschera, prof. Sachs przytacza jednakże dane z literatury o tych cementach. Gdy niektórzy autorzy w najwyższym stopniu wychwalają je, inni mówią tylko o wadach ich. Prof. Sachs sądzi, że takież los spotyka każdy nowy materiał do plombowania. Wspomina np. o amalgamacie, który przez kilka lat po wprowadzeniu go w użycie do celów dentystycznych miał jeszcze wielu przeciwników. W Ameryce zorganizowało się towarzystwo dentystów, które wyłączało z grona swego każdego, kto używał tego „trująco-brudnego“ materiału. Dentystów,

którzy używali amalgamatu, nazywano fuszerami najlichszego gatunku. Obecnie jednak amalgamat, użyty umiejętnie i w odpowiednim przypadku, zdaje się być wprost nieodzownym materiałem w dentyście.

Wynalazcami cementów krzemionkowych, wbrew twierdzeniu różnych fabrykantów, przypisujących sobie zasługę wynalazku, według prof. Sachsa, są: Dr. Ascher z Berlina i chemik Steenbock, którzy wspólnie zestawili tak zwane *sztuczne szkliwo*. Wszyscy inni są tylko modyfikatorami. Czy rzeczywiście ulepszyli oni materiał Aschera i Steenbocka, mogą zaopiniować tylko zawodowcy.

Dalej autor przytacza dotyczące tych cementów dane z literatury, które ukazały się w ciągu ostatnich 18 miesięcy. Między innymi pisali w tej sprawie: Hoffman, Müller, Fletcher, Masur, Crohn, Hobein, Lengler, Grewe, Schachtel, Rähm, Silbermann, Reissner, Kempen, Bruck, Kulka, Biel, Michaelis, Brosius, Zander, Jacobsen. Wyliczyć wszystkich, którzy jeszcze na różnych zebraniach głos w tej sprawie zabierali lub pisali, bardzo trudno. Prof. Sachs wspomina oddzielnie o pracy Morgensterna, który dokonał szeregu prób i badań z różnymi tego rodzaju cementami, jak również i doświadczeń porównawczych między tym i cynkofosfat-cementami. Wyniki badań swych Morgenstern ogłosił w „*Österreichisch Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*“. Ponieważ M. pracę swoją pisał 1½ roku temu, a przez ten czas preparaty zostały ulepszone, pytanie więc, czy wyniki byłyby jednakowe, gdyby obecnie doświadczenia te powtórzono.

Niektórzy z przytoczonych wyżej badaczy stwierdzili, że krzemionkowe cementy wogóle zupełnie nie są warte, zarzucając im, między innymi, zmianę barwy, złe przyleganie do ścian ubytku, znaczne kurczenie się, porowatość, drażnienie, a nawet wywoływanie obumarcia miążgi, prowadzącego często do trudnych do wyleczenia zapaleń ozębnej. Lepkość tych cementów jest tak nieznaczna, że z ubytków, w których były robione punkty oporne, plomby te wypadały, lub z łatwością mogły być wyjęte. Inna część autorów przeciwnie wspomina o samych tylko dobrych wynikach. Bruck (Wrocław) w prywatnej praktyce w ciągu 2½ roku zrobił 600 plomb Aschera, w Instytucie przy Uniwersytecie zaś w tymże okresie czasu więcej niż 700 plomb—wszystkie z dobrym wynikiem. Michaelis zrobił tysiące

plomb i jest wprost zachwycony dobrym wynikiem. Zander wspomina, że z Harvardidu nie jest zadowolony, natomiast w przeciągu  $1\frac{1}{2}$  roku zrobił około 2000 plomb Aschera, o których z pewnością powiedzieć może, że z 1900 plomb on i pacjenci jego są zupełnie zadowoleni. Jacobsen zrobił 2250 plomb Aschera z dobrym wynikiem. Miał 2 przypadki obumarcia miazgi, lecz przyczyny obumarcia były zapewne inne, nie zaś plomby Aschera.

Dziwnym jest taki różny sąd o tych cementach; czem objaśnić tę różnorodność sądów? Zdaniem Sachsa, powstrzymywać się należy od zbyt pochopnego wydawania sądu, nie przekonawszy się należy o zaletach i wadach preparatów. Dalsze próby dopiero, spostrzeżenia i zastosowanie w praktyce prowadzą do wydania racjonalnego i ostatecznego sądu o tych cementach.

Autor następnie omawia czysto techniczną stronę prawidła, które przestrzegać należy przy używaniu tych preparatów. Dopóki nie nabierze się samemu pewnej wprawy, należy trzymać się ściśle udzielanych przez wynalazców wskazówek. Prof. Sachs zaleca możliwie staranne mieszanie proszku z płynem. Aczkolwiek cementom tym nie można nie przyznać dostatecznej lepkości, nie przylegają one jednak tak mocno nawet do zupełnie suchych ścian ubytku (jak np. fosfat-cement). Z tego względu ubytek powinien być przygotowany jak do plomby złotej lub amalgamatowej, t. j. powinny być zrobione punkty oporne, lub też nawewnątrz ubytek powinien być szerszy. Gdzie zaś wykonać tego nie można, należy zrobić plombę dublowaną, jak zaleca Robiesek przy plombach amalgamatowych, a mianowicie: dno ubytku napelnić miękkim fosfat-cementem i, dopóki ten jeszcze nie stwardnieje, wcisnąć mocno cement krzemionkowy. Bezwarunkowo plombować należy pod ochraniaczem gumowym, ubytek zaś jaknajdokładniej osuszyć. Nieuwzględnianie tych prawideł prowadzi do niepowodzeń.

Brzegi ubytku powinny być możliwie ostro zakończone, jak przy plombach porcelanowych, a nie wygładzone (jak do plomb złotych lub amalgamatowych). Prof. S. rozrabia proszek i płyn dopóty, dopóki masa nie nabierze postaci kitu, (a nie, jak wskazują fabrykanci, postaci śmietany). Używać należy do mieszania szerokiej łopatką, dodając do płynu po trochu proszku. Łopatkę nie należy obracać

wokoło, lecz robić poziome pociągnięcia ręką. Gdy wydaje się, że masa jest już prawie dostatecznie rozrobiona, zalecanem jest przeniesienie jej na czystą płytę agatową lub szklaną i powtórne rozrobienie, a to w tym celu, aby nie zostawiać żdźbła plynu wolnego, który mógłby szkodliwie oddziaływać na miazgę i jednocześnie przeszkadzać równomiernemu twarzeniu masy. Rozrobiwszy w ten sposób masę, nie tracąc czasu, należy niklowanem upychadłem nabrać nieco takowej i wprowadzić do ubytku, możliwie nadając odrazu potrzebną postać, aby, o ile można, nie zdejmować zbyt znacznej ilości masy. Pierwszą część masy należy wprowadzać płytkiem upychadłem, następną — grubem gładkiem, przyczem jednocześnie należy kondensować. Nie należy używać upychadeł z główkami okrągłymi, gdyż wówczas łatwo można masę z ubytku wyjąć. Rozgniatać masę palcami przed wprowadzeniem do ubytku prof. Sachs nie uważa za szkodliwe dla masy; palce jednak powinny być absolutnie czyste i suche.

Podczas trwania plomby, które następuje nadzwyczaj szybko, prawie natychmiast, pod żadnym pozorem nie należy jej ruszać i obrabiać, lecz czekać, dopóki zupełnie nie stwardnieje (10—15 minut); wówczas dopiero cienkimi papierkami szmerglowymi, lekko posmarowanymi wazeliną, zdejmuje się zbyt dużą część plomby.

Celem jaknajdłuższego ochraniać plomby od śliny przed zdjęciem ochraniacza, należy gotową plombę powlec roztopionym woskiem. Wazelina lub mastiks nie wystarczają do tegoż celu. Autor dalej zwraca uwagę na wartość (trwałość i inne własności), jaką posiada cement krzemionkowy. Nie ulega wątpliwości, że cementy te są znacznie trwalsze i nie tak łatwo podatne działaniu czynników chemicznych w ustach, jak fosfat - cement; z obserwowanych przez autora w ciągu 2 $\frac{1}{2}$  roku założonych plomb niektóre zupełnie nie są starte, inne zaś tylko bardzo nieznacznie. W plombach ze starych preparatów Aschera po krótkim już czasie zauważono powierzchowną chropowatość i utratę barwy (ściemnienie), w ulepszonych przez Aschera zaś tego nie zauważono. W żadnym przypadku prof. S. nie doznał niepowodzenia przy stosowaniu ulepszonej masy Aschera. Gdy nabierzemy dostatecznego doświadczenia w pracy i pewnej rutyny w kombinowaniu barw, plomby Aschera nie do życzenia pozostawiać nie będą; pod względem kosmetycznym wytrzymują konkurencję

z prawdziwymi plombami porcelanowymi. Wytrzymałość cem. krzem. na powierzchni żującej i narożnikach, jak i przy plombach porcelanowych, pozostawia wiele do życzenia, a to z przyczyny kruchości masy. Najlepiej nadają się do plombowania ubytki na stronie wargowej, policzkowej i stycznej, gdy powierzchnia żująca jest jeszcze cała. W dwuguzkowcach i trzonowcach, gdy brak antagonisty, plomby na powierzchni żującej są dobre.

Kurczenia się masy po stwardnieniu, szybkiego rozpuszczania się, zmiany barwy i obumarcia miazgi pod plombą prof. Sachs nie zauważył; zaznacza, że, ponieważ materiał jest nowy, wybierał on zawsze zęby, które najlepiej się nadawały; opinia jego odnosi się wyłącznie do plomby ulepszonej Aschera.

Co zaś dotyczy obumarcia miazgi jakoby z przyczyny zawartości śladów arsenu, to analiza chemiczna w ulepszonej masie tego nie wykryła. Przypadki spostrzegane przez niektórych praktyków zdarzyć się mogły z przyczyny niedokładnego rozrabiania masy i zostawiania w niej wolnego płynu, który mógł ujemnie oddziaływać na miazgę. Należy więc zwracać uwagę na należyte i dokładne rozrobienie masy. Zresztą wszak zdarzają się przypadki obumarcia miazgi zębowej i pod plombami cementowymi i metalowymi. Przypadków takich i najwięcej rutynowany dentysta ustrzedz się nie może. Przy dużych głębokich ubytkach niedostateczne oczyszczenie, niedokładne zdezynfekowanie zębiny nad miazgą, lub też nieostrożne obnażenie rogu miazgi, prowadzi łatwo do podrażnienia i obumarcia jej. We wszystkich przeto głębszych ubytkach celem uniknięcia podobnych powikłań należy zrobić podkład z fletcheru, fosfat-cementu lub guta-perki.

Autor używał silikat-cementu w różnych kombinacjach z cementem fosfatowym i amalgamatem.

Kurczenie się, ani rozszerzenie plomby nie następuje. Do umocowania plomb porcelanowych, koron i mostków silikat-cement wskutek małej swej lepkości nie nadaje się.

Plombowanie silikat-cementem wymaga większej ostrożności i akuratałości, niż innym materiałem plastycznym. Każda niedokładność lub pośpiech w wykonaniu plomby po bardzo już krótkim czasie doprowadza do ujemnego wyniku. Jednakże silikat-cement, użyty w odpowiednim przypadku i z uwzględnieniem wszystkich prawi-

deł, stanowi, zdaniem prof. Sachsa, drogocenny nabytek wśród materiałów do plombowania, jakie posiadamy. Gdy fabrykantom uda się usunąć ujemne strony, wówczas mieć będziemy przez długie lata poszukiwaną idealną plombę plastyczną.

Reasumując, cośmy powiedzieli, dochodzimy do wniosku: 1° silikat - cement posiada piękny, bardzo do zęba naturalnego podobny wygląd; 2° jest stosunkowo odporniejszy na działanie kwasów i alkali; ujemne strony: 1° większa kruchość, 2° mniejsza lepkość. Nadto kwestja, czy silikat - cement łatwiej wywołuje drażnienie miazgi pozostaje do rozstrzygnięcia.

Silikat - cement przedstawia w pewnych przypadkach znakomity materiał do plombowania, dotąd nie posiada jednak tych wszystkich własności, których wymagamy od uniwersalnego idealnego materiału. Niech jednak nikt błędnie nie przypuszcza, że cement ten jest w stanie wyrugować zupełnie z użytku chociażby jeden z dotąd używanych materiałów do plombowania.

Dokładne spostrzeżenia kolegów co do plomb wykonanych z silikat-cementu i dzielenie się otrzymanymi wynikami doprowadzą ostatecznie do rozstrzygnięcia pytania, czy plomby te mają istotną wartość przez praktyków im przypisywaną.

*J. Haberfeld.*

(Lek. dent. w Łodzi).

#### **104). Prof. W. Miller. Nowe teorie powstawania próchnicy zębowej. (Revue Odontologique. Dokończenie).**

Obecność śluzu w ślinie może być szkodliwą dla zębów wskutek tego, że: 1) utrudnia samoczyszczenie zębów, 2) stanowi warunki sprzyjające rozwojowi drobnoustrojów, 3) ma kwaśny odczyn z przyczyny kwaśnych soli fosforowych.

Śluz, znajdujący się w mieszanych wydzielinach jamy ustnej, pochodzi z różnych źródeł. Większa część pochodzi z gruczołów ślinowych, przyczem wydzieliny gl. sublingual. i gl. submaxillar. bardzo obfitują w śluz, wydzieliny zaś gl. parotis—przeciwnie zawierają bardzo mało mucyny. Drugie źródło śluzu stanowią obficie rozrzucone gruczołki śluzówki jamy ustnej, których najwięcej znajduje się na górnej wardze. Temu śluzowi przypisywano osobliwie ujemne działanie, gdyż własności jego są mało naukowo ustalone.

Istnieje również przypuszczenie, co prawda, na niczem nie oparte—że niektóre komórki nabłonkowe jamy ustnej również wytwarzają śluz.

Zdaje się, że śluz z różnych źródeł nie ma jednakowego składu; według Nerking'a śluz z gruczołów ślinowych zawiera 25% węglowodanów, a wydzieliny śluzowe 37%. Skład wydzielin gruczołków śluzowych jamy ustnej nie jest nam dokładnie znany, również nie wiemy o wydzielinach, które może wydziela nabłonek śluzówki jamy ustnej, o ile ostatni takowe wogóle wydziela.

Ślina, obfitująca w śluz, pozostawiona przy ciepłocie ciała, nie wytwarza kwasu, o ile do niej nie domieszać węglowodanów; po upływie doby ślina taka ma odczyn obojętny lub alkaliczny. Wydzieliny śluzowe przy ciepłocie ciała po upływie 1 doby nabierają wyraźnie kwaśny odczyn; niekiedy wytwarza się więcej kwasów, niż w 2% rozczyńnię cukru gronowego w ciągu takiegoż czasu.

Przyczyna powstawania kwasów nie polega na strącaniu mucyny, lecz wyłącznie na fermentacji, a gdy postawimy wydzieliny na lodzie lub zapobieżemy fermentacji przez dodanie kwasu karbolowego, chloroformu lub też innym jakimś sposobem, to kwas wytwarzać się nie będzie.

*N. Neufeld.*

**105). Dr. med. W. Dieck. O znaczeniu systemu limfatycznego dla patologii zębów.** (D. M. f. Z. 1906). Na zebraniu Prowincjonalnego Towarzystwa brandenburskich dentystów D. rozważał dokładnie anatomiczne i fizjologiczne stosunki naczyń chłonnych. Szczególniej zajmował się okolicą twarzy i szyi i robił nacisk na układ gruczołów limfatycznych. Odnośnie do miazgi zębowej autor zwracał uwagę, że zdolności wchłaniania materji septycznej przez jej tkankę całkowicie odrzucić nie można, pomimo że naczyń chłonnych ona nie posiada. Partsch jednak przy chorobach miazgi stwierdził zjawisko reakcyjne w odnośnych gruczołach chłonnych w stosunku od 3 do 5%. Przy periodontitis odnośne gruczoły limfatyczne są tak często opuchnięte, że zjawisko to reakcyjne wprost uważać należy jako objaw kliniczny. Opuchnięcie gruczołu *b*, który leży tuż przy ślinowym gruczole podżuchwowym, jest często przyczyną bólów następujących po wyjęciu zęba z zapaleniem ozębnej. Partsch'owi należy się zasługa, gdyż on właśnie naukowo udowodnił stosunek opuchnięcia gruczołów chłonnych do chorób zębowych.

*Wł. Zieliński.*

**106). Deckert (Heidelberg). O zgryzie naturalnego i sztucznego uzębienia.** (Berliner Zahnärztliche Halbmonatsschrift 2. 1907).

Znajomość działania oddzielnych grup mięśni, od których zależne są ruchy żuchwy, jest zdaniem autora konieczną, celem zbudowania prawidłowego zgryzu w dostawkach całkowitych lub częściowych. Dzięki tylko tej znajomości możemy uniknąć zbyteńnego obciążania kłami zębów, mających służyć jako punkty oparcia dla dostawek. Ustawiać należy zęby tak, aby powierzchnie żujące znajdowały się nie na linii poziomej, lecz w kształcie łuku. Łuk w zgryzie naturalnym powstaje w ten sposób, że w górnej szczęce pierwszy trzonowiec znajduje się nieco głębiej, niż drugi dwuguzzkowiec, a drugi, a bardziej jeszcze trzeci trzonowiec wychodzą ponad linię poziomą. Takiemu układowi w górnej szczęce odpowiada łuk żuchwy. O ile tego nie będziemy należycie uwzględniali, dostawki będą niedokładne. Dobra dostawka powinna być zrobiona w ten sposób, żeby między górnymi i dolnymi zębami podczas żucia było możliwie dużo (najmniej trzy przy każdym ruchu) punktów stycznych. Jeżeli niektóre zęby w ustach ocalały, służą one za najlepszą wskazówkę, jak zęby ustawić należy, w przeciwnym razie należy kierować się prawidłem, o którym wspomniano wyżej, przyczem przednie górne zęby nieznacznie tylko pokrywać winny dolne, a boczne należy ustawić prostopadłe lub cokolwiek nawewnątrz. Zewnętrzne ich guzki należy w tym celu zeszlifować. Zgryzadło Bonwilla autor uważa za nieodpowiednie, uznając za więcej celowe zgryzadła Christensen'a i Michel'a. *Z. P.*

**107). Amoedo. Traktowanie kanałów korzeniowych.** (*Podontologie* № 6, 1907, *Berliner Zahnärztliche Halbmonatsschrift* № 7, 1907). Autor rozpoczyna leczenie od odkażenia jamy ustnej. W tym celu obmywa zęby 10% roztworem azotanu srebra i zaleca odkażające płukanie. Ochraniacza gumowego Amoedo nie używa, wzamian stosując ślinociąg i przytrzymywacz do języka. Następnie oczyszcza ubytek, pozostawiając czasowo komorę nietkniętą, przemywa płynem odkażającym (bliżej nieokreślonym) i wprowadza zapomocą szprycki Prawaz'a  $H_2 O_2$  do kanałów. Często przemywanie stwierdza istnienie przetoki tam, gdzieśmy jej nie podejrzewali. Gdy kanały są należycie oczyszczone watą i przemyte, autor wysusza je gorącym powietrzem, zakłada watę z trioxymetylenem, zwilżoną następnie eterem jodoformowym, napełnia komorę miazgową watą aristolową i pokrywa wszystko warstwą fletcheru.

*Z. Fab.*

**108). Masa porcelanowa Roacha.** (Zahntechnische Reform 6. 1907). Przed dwoma laty wprowadzony został przez d-ra Roacha w Chicago nowy rodzaj cementu porcelanowego, który rozrabia się jak zwykle, po 5 minutach krystalizuje się i twardnieje. Plomba może być wypalana w piecu nawet przed całkowitem stwardnieniem. Cement Roacha ma następujące zalety: przy wypalaniu ściąga się bardzo mało, jest twardy, może być szlifowany i polerowany, jest nieprzezroczysty, nie kruszy się, łączy się łatwo i dobrze z fosfat - cementem. Barwa masy wyklucza stosowanie jej w przednich zębach, w dwuguzkowcach może być uwzględnioną, a najbardziej nadaje się do trzonowców, szczególnie ze znacznymi ubytkami. Aby założyć plombę, należy zdjąć wycisk z zęba, odlać model z metalu (najlepiej takowy wykonać z amalgamatu miedzi), naoliwiony ubytek w metalowym modelu wypełnić ciastem, rozrobionem z proszku cementowego i plynu, (uwzględniając naturalnie zgryz), następnie wysuszyć i wypalić. Po wypaleniu sprawdza się na metalowym zębie, czy plomba jest dobrze dopasowana; w razie potrzeby dodaje się masy i wypala się powtórnie. Gotową plombę należy naciąć kamieniem karborundowym i obsadzić przy pomocy cementu.

*Z. Fab.*

**109). Metal Spence'a.** (Zahntechnische Reform. 1906). Metal ten składa się z 60 części siarczannu żelaza i 40 części siarki; topi się przy 107°, nadaje się zwłaszcza do odlewania modeli obu szeczek, mających być umieszczonymi w zgryzadle, celem zapobieżenia starciu w miejscach stykania się modeli, ponieważ zęby gipsowe w zetknięciu z porcelanowymi, pomimo nawet zręczności technika, b. często ulegają uszkodzeniu. Z tych względów wszelkie odlewy, których zęby powinny dokładnie stykać się z zębami porcelanowymi, należy sporządzać z metalu spence'a; powierzchnie żujące zębów prawie wcale nie ścierają się. Można mieć pewność, że zęby w ustach również tak samo stykać się będą, jak w zgryzadle.

Do robót metalowych również lepiej nadaje się odlew z metalu, niż z gipsu. Wystarczy uprzytomnić sobie, jakie złe skutki pociąga za sobą niedokładnie wykuta złota płytka, gdy celem sprawdzenia nakłada się ją na model gipsowy. Przesuwamy i naciskamy ją tu i owdzie, ażeby wynaleźć miejsce, na którym płytka „jeździ”, t. j. nie przylega dokładnie; przez ten zabieg, jak wiadomo, zwykle ściera się gips z modelu. Gdy płytkę jeszcze raz umieścić pomiędzy sztan-

cani, wówczas okaże się, czy takowa pasuje, chociaż postępowanie takie jest błędne. Gdy zaś sprobujemy płytkę na odlewie spence-metalowym, i jeżeli takowa jeździ w któremkolwiek miejscu choćby nieznacznie, to okaże się, że dopasowywanie w różnym kierunku do żadnego zgoła nie prowadzi celu. Często uzyskanie dostatecznie głębokiego modelu ze spence'u jest dość trudne; należy nalewać metal w ten sposób, by pokryć najwyższe miejsce wycisku blisko na 5 mm. Czekać należy aż dolny brzeg odlewu zacznie krystalizować się, a gdy ten stwardnieje na  $\frac{1}{2}$  ctm., wlewa się resztę roztopionego metalu. Otrzymujemy wtedy wydrażony z zakrzywionym do wewnątrz brzegiem odlew, który napelnia się gipsem do żądanej wysokości.

Spence szczególnie nadaje się do modeli, podług których mają być przygotowane korony. Wielu praktyków, nakładając obrączkę na korzeń, zdejmuje wycisk z zęba wraz z obrączką, a następnie nalewa gips. Przy zdejmowaniu obrączki z modelu gipsowego zdarza się, że część modelu, uwydatniająca korzeń, oddziela się, przyczem z trudnością rozpoznać można właściwe jej miejsce. Gdy zaś wycisk gipsowy lub z innej masy będzie naoliwiony i obłany spencem, wówczas bardzo łatwo można obrączkę z modelu dowolnie zdjąć lub nasadzić; jeżeli nawet podczas przymierzania obrączka się nieco zegnie, to nie przedstawia prawie żadnej trudności doprowadzenie jej nanowo do właściwej formy.

*P. Klejn.*

**110). D-r. Jung (Berlin). Zalety i wady różnych zębów sztucznych.** (Ash's Wiener Vierteljahrs-Fachblatt. 06). Omawiając kwestję różnych zębów sztucznych, Jung przedewszystkiem rozpatruje ich części składowe. W zębach amerykańskich odróżniamy dwie części: porowatą żółtawą podstawę trudnotopliwą i cienką warstwę zabarwionego szkliwa. Zawdzięczając właśnie jednolitemu składowi swemu, zęby Ash'a, według Junga, lepiej wytrzymują lutowanie, niż niejednolite amerykańskie Justi i White'a. Co się tyczy strony zewnętrznej, to i tutaj Jung daje pierwszeństwo zębom Ash'a, uważając, że zęby amerykańskie w ostatnich czasach nie odpowiadają wymaganiom specjalistów, natomiast zęby Ash'a mogą zaspokoić nawet najwięcej wymagających różnaitością form i barw w najróżniejszych odcieniach.

*g.*

**111). Dr. T. Trzeciński. Z kazuistyki zewnątrzpłciowego zarażenia syfilisem.** (Podł. „Notatek kazuistycznych”, wydruk. w „Medycy-

nie" 17. 1907). Do szpitala Ś-go Łazarza zgłosiła się 20-letnia zamężna wieśniaczka, będąca w ciąży poraż pierwszy, z wysypką plamisto-grudkowatą na skórze tułowia, ud i przedramion. W samym środku *prawego policzka* widniała nadżarcie okrągłe i ostro ocyrkowane, wielkości miedzianej kopiejki, wzniesione znacznie ponad poziom otaczającej skóry bez żadnej zapalnej otoczki. Środek tego prawidłowego krążka był nieco wklęsły, w porównaniu z częścią obwodową miedziano-czerwony, zlekka sączący i lśniący, obwód zaś bladobliźnowaty. Całość ujęta w palce dawała wrażenie twardości chrzęsto-włóknistej. Odpowiednie gruczoły podszczękowe były znacznie bardzo powiększone i swoiście stwardniałe. Wobec powyższych danych oczywiście rozpoznano *objaw pierwotny syfilisu na policzku, powstały wedle wszelkiego prawdopodobieństwa skutkiem zarażenia przez pocałunek*. Mąż chorej, jak się okazało, dotknięty świeżym syfilisem, zanim zdążył zarazić żonę przez stosunek płciowy, dokonał tego przez pocałunek, dzięki temu, że miał objawy zaraźliwe w ustach, a u żony istniał prawdopodobnie jakiś maleńki wykwit trądzika na policzku.

2) Przypadek, który miał miejsce w praktyce autora przed 11 laty, a którego dalsze losy obserwuje po dziś dzień. Rzecz się miała tak. Młoda panna, córka obywatela ziemskiego, leczona przez kilka tygodni na prowincji z powodu guza na *dolnej wardze*, przyjechała wreszcie do Warszawy wobec bezskuteczności dotychczasowego leczenia. W guzie już zabliznionym, zajmującym część dolnej wargi około lewego kąta ust, rozpoznano objaw pierwotny przymiotu. Z objawów konstytucjonalnych przymiotu istniała bardzo skąpa wysypka grudkowata (zaledwie kilka wykwitów) i porażenie lewego nerwu twarzowego. Należało jednak ustalić genezę infekcji, dość dziwnej, biorąc pod uwagę położenie towarzyskie i wysoką kulturę pacjentki. Po wielu staraniach, przy pomocy innych osób z rodziny chorej, ponieważ należało się liczyć z niesłychanym rozdrażnieniem psychicznym chorej, udało się wykryć źródło i sposób zarażenia. Narzeczony chorej, młody student, pytany przez autora nie przyznawał się, aby kiedykolwiek przymiot przebywał, i honorem ręczył, że narzeczonej nigdy nie pocałował. Zeznawał jedynie, że przed kilkoma miesiącami spostrzegł na prąciu jakąś erozję, która się szybko zagoiła i którą miejscowy lekarz (na prowincji) uznał za rzecz

bez znaczenia. Przy badaniu jednak znalazł autor u niego wysypkę i łepieże, a co ważniejsze, liczne „plaques” w ustach. Okazało się wreszcie, że pewnego razu oboje narzeczeni pili herbatę z jednej szklanki, aby nawzajem poznać swe najskrytsze myśli, i właśnie zrab owej szklanki, będący w kontakcie z ustami obojga, stał się vehiculum zarazy. Oboje młodzi po przebytej kilkoletniej kuracji pobrali się wreszcie, żyją oboje dotychczas, są zdrowi i mają troje zdrowych dzieci. *R. K.*

**112). Stents składa się** z 46 cz. sproszkowanego talku, 17 cz. laku krapowego (*kraplak*—piękna czerwona farba, otrzymywana dawniej z korzenia marzanny farbiarskiej, rosnącej dziko w krajach nad morzem Śródziemnem), 24 cz. stearyny i kwasu olejowego (Oelsäure) i 19 cz. kopalu. Najpierw należy stopić kopal (I-a Sanzibarkopal), który wylewa się na miedziany talerzyk; następnie topi się razem stearynę i kw. olejowy (5 cz. stearyny i 1 cz. kw. olejowego); kopal stopiony (lub sproszkowany) rozpuszcza się w stearynie i kw. olejowym. Następnie dodaje się talku (*Zeitschrift f. Z-che Orthopädie* 1. 07 str. 31). *Kr.*

**113). Rumień skórny pochodzenia zębowego.** D-r Frey na posiedzeniu sekcji dentystycznej Kongresu Franc. T-wa popierania wiedzy, odbytym w r. z. w Lyonie, przytoczył swoje spostrzeżenia, dotyczące rumienia skórniego niewątpliwie pochodzenia zębowego (potwierdzenie teorii Jacquet'a). Zauważono, że rumień skórny ma miejsce tylko przy głębokiem przedostawaniu się infekcji do kanałów korzeniowych, przy powierzchownem zaś — objawów ze strony skóry niema. *Kr.*

**114). Plombowanie kanałów korzeniowych ołowiem.** W przypadkach, gdy wylot kanału korzeniowego znacznie został rozszerzony, lub kanał zniszczony został przez próchnicę albo też przypadkowo przewiercony, D-r J. H. Spaulding zaleca wypełnienie kanału ołowiem (w postaci listków). Metodę tę stosował on w ciągu 28 lat z najlepszym wynikiem, zwłaszcza w przypadkach, gdy kanał był przewiercony, a otwór zakryty został ołowiem. Ostatni, jak się zdaje, ulega inkapsulacji. Więcej zaś prawdopodobnem jest przypuszczenie, że powstałe sole (ołowiu) działają przeciwnie. Spaulding przypuszcza, że okostna i inne tkanki lepiej znoszą ołów, niż wszelkie inne materiały. (*Zsche Ref.* 15. 1906). *Kr.*

115). **Luty srebrne** zestawia się w następnym sposób:

	cz. srebra	miedzi	mosiądzu	cyнку	
twardy	4	1	—	—	
mniej „	20	1	9	—	
„ „	28	2	10	—	
miękki	2	—	1	—	
„	3	2	—	1	
„	10	—	10	1	
bardzo miękki	5	—	6	2	kruchy.
„	3	1	—	2	} do mosiądzu, } stali, żelaza.
„	11	39	—	—	

(Z-ft f. Z-che Orthop. 5. 907 str. 101).

### III. Wskazówki praktyczne.

116). **Lakier do gipsu:** gumy sandarakowej 50,0; gumy mastyksu 30,0; lakieru terpentynowego 35,0; rozpuścić w wysokości 150,0. Nadaje modelom piękny bezbarwny połysk (Z-ft f. Zche Orthop. 4. 1907 str. 102).

117). **Lakier do separacji warstw gipsowych:** szellaku 200 gramów, boraksu—100 grm. i wody — 250 gramów. Boraks rozpuszcza się we wrzątku, a następnie dodaje się szellaku.

118). **Kauczukowanie.** Jeśli kauczuk Ash'a „Whalebone” w ciągu 6 sekund przetrzymać w czystym kubku z gorącą wodą, a następnie porozcinać i umieścić na gorącym ogrzewaczu dla kauczuku, to nabijanie (sztopfowanie) odbywa się znacznie łatwiej (Ash's Wien. V. Fblt. III. 06).

119). **Parafina i gips do małych modeli przy robotach koronowych.** Bierze się kawałek parafiny, podgrzewa w naczyniu i dodaje się gipsu, póki masa nie będzie miazgowatą. W miarę potrzeby masę mocno się podgrzewa; staje się ona wówczas miękka. Nakłada się ją na resztę korony i zaleca się pacjentowi przygryźć; otrzymuje się w ten sposób dobry zgryz. (Deut. Zche W-t 17. 06).

120). **Formol-geranie** składa się z 40 cz. formaldehydu, 20 cz.

olejku geraniowego i 40 cz. 80% wysokoku. Stosowany, jak formalina, działa lepiej.

**121). Nadboran sodu.** (Natrium perborat) stosuje się zamiast nadtlenku wodoru. Działa on alkalicznie, jest trwały nawet w niezamkniętym naczyniu. Kilogram nadboranu sodu zawiera 104 grm. czynnego tlenu, który się rozwija, gdy nalać nań wody destylowanej. Nadboran sodu stosuje się w postaci proszku lub roztworu. Przy zetknięciu z wilgotną tkanką nadboran sodu wydziela tlen czynny. (Zche Ref. 20. 1906).

**122). Mieszanina do traktowania zgorzeli miazgi:** Trikresoli 20.0; formalini 10.0; glicerini 5.0. Kanał korzeniowy należy wyswidrować, wysuszyć ciepłym powietrzem i przeczyszczać watą (przy pomocy igły), zmoczoną w przytoczonym mieszaninie. Płynu należy brać minimalną ilość, wprowadzać ostrożnie. Działanie doskonałe. (Zub. D. 5).

**123). Gwajasanol** jako środek odwanający jamę ustną działa skuteczniej od soli Bertholleta, zwłaszcza w stomatitis mercurialis; zaleca A. Rahn w postaci 10% roztworu do pędzlowania dziąseł i płukania z kilku lub kilkunastu kropel tego roztworu na szklankę letniej wody. (Nowe leki 1906).

**124). Do rozmieszania cementu** zaleca D-r Denton glazurowane tafelki, jakie są używane przy modnych piecach. Cement łatwo zdejmuje (zeskrobuje) się, nie pozostawiając nieczystej powierzchni.

**125). Polerowanie płytek kauczukowych.** Do zmieszania kredy przy polerowaniu płytek kauczukowych, zamiast wody, lepiej nadaje się woda ammonowa (*Aq. ammonia*). Rezultat jest doskonały (*J. Robinson*).

**126). Olejki eteryczne** (lotne) przeszkadzają ściśtemu przyleganiu cementu do ścian ubytku. Z tej przyczyny w przypadkach, kiedy takowe używane są np. w postaci pasty, należy przed zaplombowaniem zęba dobrze przemyć ubytek wyskokiem.

**127). Przy silniejszym krwawieniu po amputacji lub wyciąganiu miazgi** daje dobre wyniki *perhydrol Mercka*; kawałek prasowanej hubki (t. z. Wundschwamm) należy włożyć do komory miazgowej lub wprowadzić do kanału.

**128). Igły do wstrzykiwania** dobrze przechowywać w benzynie, w hermetycznie zamkniętym naczyniu. Benzyna powinna być czystą.

Przed użyciem należy na igłę dmuchnąć i zmoczyć w wysokoku; zapach benzyny znika. Igły nie rdzewieją.

**129). Plombowanie kanałów korzeniowych.** Zdaniem Jenkinsa, cement chlorcynekowy stanowi najlepszy środek do wypełniania kanałów korzeniowych, gdy wylot korzeniowy zatykany jest gutaperką. Wypełnione tym cementem korzenie po przepięłowaniu po 25 latach okazały się zupełnie jałowymi.

**130). Celem zapobieżenia ściemnieniu zęba przy plombowaniu amalgamatem,** należy uprzednio ścianki ubytku pokryć listkiem złotym (niekohezywną folią № 8), który przyciska się lubką, a następnie wkłada się kawałek amalgamatu i mocno się kondensuje. W ten sposób osłonią zębina nie zabarwia się. (Arch. f. Zde 906. 3).

**131). Metal Simpsona do sztanc:** bizmutu 48 cz., kadmu — 13 cz., ołowiu — 19 cz., cyny — 20 cz. Łatwotopliwy metal ten można wylewać nawet na wilgotny wycisk gipsowy. Kr.

## Bibliografia.

**Prof. D-r G. Port. Hygiena zębów i jamy ustnej.** Przełożył D-r J. Offe. Z 2 tablicami i 6 rycinami. Lwów 1907. Nakładem Księgarni Polskiej B. Połonieckiego. Warszawa E. Wende i S-ka. 8-ka, str. 91, cena 50 kop.

W szeregu wydawnictwa „Księgi Zdrowia” wyszło dziełko p. t. „Hygiena zębów i jamy ustnej”, napisane przez prof. D-ra G. Porta, a spolszczone przez D-ra J. Offe’go. Wydawnictwa z zakresu higieny jamy ustnej, chociażby tłumaczone, są jeszcze u nas taką rzadkością, że ludzie bliżej interesujący się tą sprawą wyławiają je, jako cenne perły. Na ten czas zaciekawienie moje było tem większe, że zjawilo się dziełko, które, ze względu na wznmagające się obecnie w wysokim stopniu cierpienia zębów, winno być książką niezbędną w każdym domu. Zadaniem popularnej „Hygieny zębów i jamy ustnej” jest przedstawienie znaczenia dobrego uzębienia i zdrowych dziąseł w takich zarysach, by wdroyć w czytelnika głębokie przekonanie o konieczności pielęgowania jamy ustnej i zębów. Z konieczności więc rzeczy każda „Hygiena zębów” mieć powinna 2 działy: *ściśle naukowy* (zawierający wiadomości ogólne z anatomji, fizjologii i patologji zębów i dziąseł) i *właściwą higienę zębów i jamy ustnej*.

Od układu tych działów, od bogactwa pomieszczonego materiału i sposobu jego ułożenia zależy wartość popularyzacyjna książki. Jestto trudność, o którą rozbijają się starania wielu autorów. Napisać dobrą książkę popularną jest częstokroć o wiele trudniej, niż książkę naukową. Popularna „Hygiena” powinna być przystępną, zrozumiałą, taną. Autor winien przez cały czas pisania mieć ścisłą wytyczną—książka przeznaczona jest dla szerokich mas publiczności.

Książka prof. Porta naogół jest dobrą, posiada dużo materiału faktycznego i wiele bardzo dobrze opracowanych działów, jak 5—wpływy, sprzyjające powstawaniu próchnicy; roz. 6—próchnienie i jego skutki (w rozdziałach tych autor daje bardzo dokładny obraz bólu zębów); roz. 9—zachowawcze leczenie zębów; roz. 12—zęby sztuczne. Dziełko jednak ma dość duże usterki; niema tej ciągłości myśli wytycznej, o której wspominałam wyżej, i częstokroć następuje pytanie, dla kogo jest właściwie napisane? Jeżeli dla szerszej publiczności, to poco obciążać je niepotrzebnym balastem w postaci np. rozbioru materiałów do plombowania, terminów naukowych, jak anaesthesia, ekstrakcja i t. d.? Drugą o wiele jeszcze ważniejszą usterką jest poświęcenie zbyt mało miejsca profilaktyce zębów i jamy ustnej.

Wiemy, jakie wielkie znaczenie ma dla jamy ustnej i zębów należyte czyszczenie. Nie przesadził wcale prof. Miller, twierdząc, że zaledwie mała garstka osób wie, jak należy posługiwać się szczotką; ja dodam: *jeszcze mniejsza garstka osób wie, jakiej szczotki należy używać.* Z konieczności rzeczy rozpowszechnienie pojęć o racjonalnej szczotce należy do dentysty. Prof. Port ogranicza się na twierdzeniu i to bardzo nieściśle rzecz określającym, że najlepiej jest używać szczotki o nierównej długości. Nowych systemów szczotek nie podaje (Zielińskiego i in.). Nie mówi również nie D-r Port jakim wymaganiom szczotka powinna odpowiadać i jak szczotkę dobierać należy. Natomiast krytykuje niesłusznie sposób brania do ręki przez każdego kupującego w sklepie szczotki. Dopóki jednak nie będzie w sklepach należytego i dokładnego wyboru z odznaczeniem np. nr-ów twardości szczotek do zębów, trudno będzie inaczej szczotkę sobie dobierać.

Uwagi autora co do sposobów osuszania szczoteczki są bardzo słuszne. O płukaniach autor mówi bardzo mało. Nie wystarcza powiedzieć, że nieszkodliwymi są aromatyczne wody do ust, cieszące się ogólną wziętością.

Co zaś do używania proszków, to pod żadnym pozorem nie możemy się zgodzić z autorem, by rocznemu dziecku czyścić można zęby proszkiem (str. 17). Zupełnie zgadzamy się z autorem, że tańść codziennego kosmetyku do zębów stanowi jego niezbędną cechę.

A teraz przejdźmy do poszczególnych punktów we wszystkich rozdziałach.

Roz. I str. 4. „Dorosły posiada w każdej szczęce 2 zęby przedtrzonowe i 3 trzonowe”. Czy istotnie *tak* jest?

Roz. I str. 8. Autor nazywa *artykulacją* tylko należyte (czyli prawidłowe) stykanie się zębów. A jak nazwie nienależyte, nieprawidłowe?

Roz. II str. 14. Autor znajduje przyczynę rachitycznych zębów u dzieci li tylko w zaburzeniach ogólnego ustroju niemowlęcia. A czy czas życia jego płodowego nie ma wpływu na jego uzębienie?

Roz. XI str. 69. Nie wiedzieliśmy dotychczas, że plomba porcelanowa składa się właściwie tylko ze szkła. Przypuszczamy, że składa się ona z krzemionki, szpatu polnego, kaoliny, magnezu, tlenków metalowych.

Tyle co do autora.

Przekład nie jest dość staranny. Styl w paru miejscach nieściśły. Tak np. (roz. I str. 6) tłumacz nieściśle określa położenie korzeni dolnych trzonowców; pojęcie „na przodzie” i „w tyle”—o tyle jest dokładnem, o ile osoba zainteresowana wie, co ma przez *przód* i *tył* rozumieć; roz. II str. 68 — nazwa *kanalik korzenia* jest wyrażeniem niewłaściwem; w korzeniu mamy *kanal*, w zębinię—*kanaliki*; roz. 5 str. 39—wpływy sprzyjające powstawaniu nie „próchna”, a próchnicy lub próchnienia zębów; roz. II str. 69—nie *amalgam*, a *amalgamat*.

Co do błędów gramatycznych: roz. I str. 6: nie „*podobny innym kościom*”, a *do innych kości* (germanizm); roz. X str. 60: dentyści, *którzy wiele mają do czynienia* (z kim?, z czem?); tłumacz chciał powiedzieć, że *mają dużą praktykę*, że *dużo pracują*. Strona techniczna dziełka: druk i papier niezłe. Cena 50 kop. jest jeszcze za wysoką jak na popularną „Hygienę zębów i jamy ustnej”. Rysunki dobre, chociaż nie mogą nie wyrazić żalu, że jeżeli liczba została ograniczoną (2 tablice i 6 rycin), to słuszniej byłoby ze względu na zadanie książki podać choć takie rysunki jak u Röse'go 26, 27, 28, (które doskonale ilustrują prawidłowy sposób czyszczenia zębów), zamiast rysunków na tablicy I lub II, nie mających praktycznego znaczenia. *H. Kon-Neufeldowa.*

## Ś. p. Prof. Henryk Hoyer

ur. 26/IV 1834 † 3/VII 1907.

Dnia 3 lipca r. b. w Warszawie zmarł prof. Henryk Hoyer, nestor anatomów i histologów polskich. Urodził się w Inowrocławiu, medycynę studjował na uniwersytecie wrocławskim i berlińskim. W r. 1849 prof. Hoyer powołany został na katedrę fizjologii i histologii do Akademii medyko-chirurgicznej, przekształconej w krótkim

czasie na wydział lekarski Szkoły Głównej w Warszawie. Od tego czasu przez lat 50 prof. Hoyer pracował w Warszawie, jako uczonej niepospolity, dzielny profesor i badacz. Po zamianie Szkoły Głównej na Uniwersytet Hoyer pozostał nadal na katedrze anatomii porównawczej, embriologii i histologii. Badania jego dotyczyły budowy i unerwienia rogówki, histologii naczyń krwionośnych, rozgałęzień naczyń w śledzionie, budowy tkanki łącznej, systemu nerwowego, sposobów wykrywania śluzu w tkankach i t. d. H. opracował pierwszy wzorowy podręcznik histologii. Po ustąpieniu z katedry uniwersyteckiej objął przy Warsz. T-wie Lek. kierownictwo pracowni, z której pomimo poważnego wieku wydawał bardzo wiele cennych prac. Był członkiem Akademii Umiejętności w Krakowie, Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz różnych T-w lekarskich i naukowych. Ze śmiercią prof. Hoyera polski świat lekarski poniósł wielką stratę. Pogrzeb odbył się w Warszawie przy udziale niezliczonego mnóstwa osób, przedstawicieli świata lekarskiego, delegatów różnych Towarzystw naukowych i instytucji społecznych.

## List do redakcji.

*Szanowny Panie Redaktorze!*

Uprzejmie prosimy Szanownego Redaktora o łaskawe umieszczenie na łamach poczytnego pisma jego następujących słów kilku:

Naskutek zwołanego przez Warszawskie Towarzystwo Odontologiczne zebrania, które w sprawie X-go Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich wysłało do Lwowa dwóch delegatów i naskutek sprawozdania tychże, mamy zaszczyt zawiadomić Szanownych Kolegów, że, stosownie do orzeczenia Prezesa Komitetu Gospodarczego X-go Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie prof. D-ra Bylickiego oraz Gospodarza Sekcji Dentystycznej tegoż Zjazdu doc. D-ra Gońki i na zasadzie §§ 6 i 7 ustawy Zjazdu, rzeczywistymi członkami Zjazdu, a tem samem i Sekcji Dentystycznej mogą być wszyscy polacy, uprawnieni do zajmowania się praktyką zębolecniczą.

Z zapisami na członków Zjazdu, referatami, pokazami, i t. d. zwracać się należy bezpośrednio do Gospodarza Sekcji Dentystycznej doc. D-ra Gońki (Lwów), który jedynie w sprawach tych decyduje.

Prezes Warszawskiego Towarzystwa Odontologicznego

*Leon Scheller.*

Sekretarz: *Jan Kanty Drac.*

List ten wydrukowany był również w „Kurjerze Warszawskim”, „Nowej Gazecie”, „Gońcu”, „Epoce” i „Gazecie Polskiej”. (Red.)

## IV. Kronika i sprawy zawodowe.

— **Doroczne zebranie Warsz. Tow. Odont.** odbyło się dnia 26 czerwca r. b. Obecnych było 24 czł. Przewodniczył Przedpełski. Sekretarz Krakowski odczytał szczegółowe sprawozdanie z rocznej działalności Towarzystwa. W okresie sprawozdawczym czynne były następujące komisje: 1) rewizyjna, 2) do przerobienia i uzupełnienia ustawy, 3) biblioteczna i 4) balotująca. Towarzystwo liczy obecnie 61 czł.; zmarł 1, wystąpiło—2. Odbyto 20 posiedzeń (18 porządkowych i 2 nadzwyczajne). Wygłoszono 7 odczytów oraz dokonano 3 demonstracji.

1. Przypadek lewostronnego złamania żuchwy naskutek postrzału oraz demonstracja wycisku, zdjętego przed i po wyleczeniu chorego, tak ze szczęki górnej, jakoteż żuchwy i podbródka, dalej demonstracja odnośnego przyrządu kauczukowego. Refer. Goldberg i Frejldkin.

2. Trzy przypadki rozrostu miazgi. Ref. Krakowski.

3. Sprawa artykulacji zębów. Ref. Goldberg.

4. Demonstracja kilku nowych przyrządów dentystycznych wynalazku technika Ziemensa.

5. Trikrezol — formalina przy leczeniu zgorzeli miazgi. Ref. Kon F.

6. Wyciski kombinowane oraz zdejmowanie zgryzu; demonstracja odpowiednich modeli i narzędzi. Ref. Idzikowski.

7. O nowotworach jamy ustnej. Trzy przypadki z praktyki. Ref. Goldberg.

8. O miejscowem znieczuleniu przetworami naduerczy. Pokaz przezroczy na ekranie. Ref. Kon F.

9. Demonstracja dawniejszych dostawek kościanych. Ref. Idzikowski.

10. Toż samo. Ref. Ziemens.

Rozpatrzono sprawy oraz powzięto uchwały: 1) W sprawie odezw Moskiewskiego Tow. Odont. i Mosk. T-wa dentystów i lekarzy, zajm. się dent., uchwalono do Wszechrosyjskiego Związku Tow. Dent. nie przyłączać się wobec odrębności warunków W. T. O.; na zjazd delegatów wysłano obszerny memorjał w sprawach zawodowych. 2) W sprawie możliwego powiększenia liczby członków Zarząd rozesłał do tutejszych dentystów 268 zaproszeń. 3) Zebrania uchwalono zwoływać we wtorki po 1-ym i 15-ym każdego miesiąca. 4) W sprawie wprowadzania gości postanowiono ściśle zastosowywać się do odnośnego § ust., t. j. dopuszczać obecność gości tylko na

posiedzeniach naukowych po uprzednim zakomunikowaniu prezesowi nazwisk mających być wprowadzonymi gości przed zebraniem. 5) Przejrzano, uzupełniono i przerobiono ustawę oraz uchwalono przedstawić takową do zlegalizowania. 6) W sprawie siedziby Tow. uchwalono korzystać z udzielonego bezinteresownie przez kol. Szymańskiego audytorjum przy Szkole Dentystycznej. 7) W sprawie udzielenia bezpłatnej pomocy dentystycznej dzieciom, mającym być wysłanemi na kolonje letnie, na propozycję prezesa tegoż Tow. D-ra Markiewicza zakomunikowano ostatniemu imienną listę członków celem porozumienia się z nimi. 8) W sprawie X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie po bliższem rozpatrzeniu uchwalono wysłać delegatów do Lwowa celem wyświeślenia tej sprawy. 9) Odnośnie do V Zjazdu Odont. w Moskwie uchwalono przyjąć udział wyłącznie w pracach zawodowych i wyłonić komisję celem bliższego rozpatrzenia tej sprawy. 10) W sprawie drożyzny zębów i materiałów dent. wogóle zwołano wiec odontologów tutejszych. 11) Sprawę zakładów techniczno-dentyst. omówiono obszernie i wyłoniono komisję, która opracowała i wystosowała odpowiedni memoriał do wyższej władzy. Skarbnik Tow. Goldberg przedstawił wykaz dochodów i rozchodów za rok ubiegły; wpływy wynosiły 387 rb. 97 k., wydatki zaś 233 rb. 14 k. W sumie powyższej mieści się również kwota 48 rb., stanowiąca fundusz wydawniczy przy Tow., zebrany celem uczczenia pamięci zmarłego członka - założyciela D-ra Bolesława Dzierżawskiego.

Bibliotekarz Klejn zdał sprawozdanie ze stanu księgozbioru, składającego się z 173 roczników, 151 dzieł; zaprenumerowano 8 czasopism zawodowych, rosyjskich, niemieckich i francuskich. Drac przedstawił sprawozdanie z działalności komisji rewizyjnej. Odbyte na następny rok wybory dały wyniki następujące: na prezesa powołany został Leon Scheller, na wice-prezesa—Władysław Zieliński, na sekretarza—Jan Kanty Drac, na skarbnika — Leon Goldberg, na bibliotekarza—Piotr Klejn. Do komisji rewizyjnej weszli: Mroczkowski I., Motz A., Kon F. Komisję balotującą stanowią: Idzikowski F., Frejtkin A., Gelbard H., Krykus-Kleinowa R., Motz A., Neufeld N.

== **Dozwolony został przywóz do Rosji** następujących środków: 1) Domu handlowego F. Schultz w Lipsku — *Densos* (w postaci proszku i płynu) i *Cyranol* — jako środków kosmetycznych; 2) Fabryki chemicznej E. Mercka w Darmsztacie—*Paranephrolin*.

== **Stara piosenka na nową nutę.** Zaledwie przycichły krzykliwe handlarzsko-reklamarskie ogłoszenia wielu dentystów, a oto obudzili się nowi „specjaliści” dentysta Eizensztejn (Miła 29), który *wyjmuje zęby bez żadnego bólu*. Zapewniamy autora tej „bezbolesnej obietnicy”, że pacjenci nawet z Koziej Wólki lub Ryczywołu na

kawały brać się już nie dadzą; pamiętają i znają oni dobrze owe ogłoszenia wielu dentystów, które obiecywały „*wyjmowanie zębów bez najmniejszego bólu*”; operacje odbywały się, jak od wielu ich pacjentów słyszeliśmy, istotnie bez najmniejszego bólu, ale dla dentysty. A zatem, lepiej uczyni dentysta Eizensztejn, gdy wykreśli *drugi* wiersz swego ogłoszenia.

== **Nową lecznicę dentystyczną** otworzył Dr. Berkman przy ul. Marszałkowskiej pod № 125. *Forady* udzielane są po 30 kop.

== **Wyjaśnienie.** W sprawie listu, zamieszczonego w № VI „Kroniki”, zaznaczamy, że dentysta Gutman przedstawił nam zaświadczenie Warszawskiego Urzędu Lekarskiego za № 3899 z dnia 5/18 lipca r. b., jako w aktach Urzędu Lekarskiego znajduje się zawiadomienie zarządzającego Warszawską szkołą dentystyczną Ludwika Szymańskiego z dnia 17 czerwca st. st. 1905 r. za № 1289, stwierdzające, że dentysta Gutman wstąpił w 1905 r. do kliniki szkoły na czas wakacyjny w charakterze demonstratora. Jednocześnie p. Gutman zaznaczył, że felczerstwem obecnie nie zajmuje się.

== **Syndykat tutejszych składników dentystycznych** odbył podobno naradę i postanowił nie sprowadzać taniach zębów. Gdyby osoba postronna (nienależąca do syndykatu) zechciała sprowadzić te zęby, byłaby zmuszoną do wykupienia świadectwa, nawet pierwszej gildji, o ile konieczność wymagałaby tego. Sądzymy, że wieść ta, rozpowszechniona wśród tutejszych dentystów, jest tylko pogłoską.

== **X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.** Sprawozdawcą oraz przedstawicielem pisma naszego był kol. Stanisław Blikle (Warszawa). Dnia 20 lipca r. b. Warszawskie Towarzystwo Odontologiczne pod adresem Prof. D-ra Bylickiego wysłało depezę następującej treści: „X Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich Szczęść Boże w pracy na pożytek ogólnoludzki i chwałę imienia polskiego”. Redakcja nasza pod adresem tegoż profesora wysłała następujący telegram: „Witając Zjazd i wierząc w jego owocną pracę, uczestnikom wyrazy hołdu ślemy”.

== **Żywotność nowej szkoły dentystycznej** zaczyna się objawiać powagą reklam w pismach, jak np. „*Zatwierdzona przez Minist. Spr. Wewn. Warszawska...*”. „*Szkoła lekarsko-dentystyczna lekarza dentysty...*” i t. p. Czy istniejąca w Warszawie Szkoła dentystyczna Szymańskiego nie jest *Warszawską*, jak również instytucją przez odnośne władze (*Ministr. Spr. Wewn.*) zatwierdzoną? Od czasu do czasu nowootwierająca się szkoła dent. Rozensahla zachęca kandydatów, zawiadamiając o *objęciu katedr* przez „wybitnych profesorów i specjalistów” (*Nowa Gazeta*). A co będzie jeszcze? Zaznaczamy tu jeszcze raz, że *tylko* trwałą podstawą naukowo-praktyczną nowa uczelnia wytrzyma kon-

kurencję. Ani bowiem wiele obiecujące reklamy, ani ładnie brzmiące napisy na szyldach, ani nawet mniejszy wpis nie zdołają podnieść zakładu do poziomu *prawdziwej* uczelni.

— **Wznówka reklamomanji.** Dentysta *R. Filipowicz*, zamieszkały przy ul. Chmielnej № 32, który zaledwie przed kilku miesiącami uzyskał stopień dentysty przy uniwersytecie Kijowskim, rozpoczął praktykę od szumnych ogłoszeń: „*Leczenie, plombowanie, korony złote, plomby porcelanowe, zęby bez podniebienia oraz plomby brylantowe*“ (Epoka 22 lipca r. b.). Tyle daje dentysta F. na początku swej kariery zawodowej, a co pozostanie na później?

— **Ile lecznic dentystycznych może posiadać jedna osoba?** Wielu kolegów zwraca się do nas w tej sprawie z zapytaniami. § 5 załącz. w dniu 26 paźdz. 1896 roku przez p. Ministra Spraw Wewn. przepisów, dotyczących otwierania i urządzania wewnętrznego gabinetów dentystycznych, brzmi: „Jednoczesne otwieranie przez jedną i tę samą osobę gabinetów dentystycznych w różnych miastach lub kilku gabinetów w jednym mieście jest wzbronionem“. Na zasadzie tych samych przepisów (§ 1—2) gabinety dentystyczne zrównane są z lecznicami. Wynika więc, że *jedna osoba posiadać może w danym mieście tylko jedną lecznicę*. Również zabronionem jest posiadanie lecznicy i gabinetu dentystycznego jednocześnie przez jedną osobę.

— **Szyldy dentystów.** Zwracają nam ciągle uwagę nie tylko dentyści, lecz i osoby, nie wspólnego z dentystką nie mające, na ogromne szyldy niektórych dentystów tutejszych. Świętojańska przeprowadzka przysporzyła ich nieco. Właściciele tych szyldów zapewne uważają swoje „gabinety“ za sklepiki i eksploatują wybrany przez siebie zawód z punktu widzenia czysto handlarskiego. Lecz, czyż wielkie szyldy, które poniekąd stanowią reklamę firm handlowych i mają na celu zwabianie łatwowiernych, zawsze świadczą o dobroci gatunku sprzedawanego przez firmy towaru?

— **Dentyści przy ambulatorjach szpitalnych.** Przy niektórych ambulatorjach szpitalnych w oznaczonych godzinach przyjmują również dentyści. Rzecz dziwna, że niektórzy „szefowie“ chętnie dopuszczają do praktyki młodszych kolegów — wolontariuszów, niektórzy zaś wyrobili sobie pod tym względem monopoli, są samowładcami sytuacji i nikogo nie dopuszczają, zapewne obawiając się konkurencji. Zaznaczamy tymczasowo fakt ten goły, do którego z obszerniejszym materiałem powrócimy.

— „... **wyjechał zagranicę**“. W takie dopiski zaopatrzone są ogłoszenia niektórych dentystów, zawiadamiających o wyjazdach ich. Czyżby dentyści ci mogli przypuszczać, że takim dopiskiem potrafią zaimponować swym pacjentom?? Zdaje się, że *nie*. Kogóż to obchodzi, czy ten lub inny dentysta wyjechał zagranicę, czy do Ciecho-

cinka, czy też gdzieindziej?? Czy zawsze *plomba zagraniczna* świadczy o dobroci gatunku towaru, do którego jest przymocowaną?

= **Liczba studentów dentystyki** w uniwersytetach niemieckich w r. 1906/7 r. wynosiła 870, przed 30 laty (w r. 1876/7 było za ledwie 8. (Deut. M-ft f. Zde 5. 1907 str. 316).

= **Sekcja dentystyczna** organizuje się przy Warsz. T-wie Hygienicznym. Bliższe wiadomości podamy później.

= **Znowu „20--kopieskowe porady”**. Nowootworzona lecznica dentystyczna (dentysty S. Goldwassera przy ul. Dzikiej) zwołuje głośno reklamami pacjentów, obiecując im udzielanie „porad” po 20 kopiejek! Na czem polegają owe porady—wiemy dobrze. Do szerszego omówienia tego sposobu werbowania pacjentów wrócimy jeszcze.

= **Nową przysawkę do zamykania—Merka** zaleca Arnold Biber w Phorzheim. Nadaje się ona do robót kauczukowych i metalowych. Cena: z metalu Helvetia za szt. Mk. 1.50; Triplé I Qual.—3.20 i z 16 karat. złota—Mk. 7. Sposób zastosowania wysyła wymieniona firma.

= **Dziewica trzyletnia**. Dr Stein w „Deutsche med. Wochs“ (№ 6 str. 5 1907) podaje przypadek przedwczesnego miesiączkowania bolesnego u *dziecka trzyletniego* krzywiczego. Pierwsza miesiączka w 7 miesiącu życia, odtąd regularnie co miesiąc, bolesna. Podczas miesiączki dziecko pozostaje w łóżku, płacze, jest bardzo wrażliwe. Dziecko rozwinięte ponad miarę i waży 25.5 kłgr., długość 110 ctm. (prawidłowo 3-letnie dziecko waży 12.4 kłgr. i jest 85.5 ctm. długie). Drugorzędne znamiona płciowe rozwinięte: uwłosienie sromu i pach, powiększenie gruczołu mlecznego i warg sromowych. Popęd płciowy wyraźny, samogwałt i skłonność do płci męskiej. W krwi miesiączkowej obok śluzu nabłonka i ciała śluzowe. Przyczynę wczesnego rozwoju należy upatrywać w pierwotnym przeroście jajników. Objaw ten chorobowy powstaje w następstwie wodogłowia, krzywicy lub mięsaka jajnika. (Przełg. lek).

= **Sprostowania**. W artykule koł. Idzikowskiego (№ 6 *Kroniki*) wkradły się dwie niedokładności: na str. 163 wiersz 15 dodać należy: „po otrzymaniu odlewu gipsowego pokrywamy go następnie dość grubą warstwą laku listowego, którą pokrywamy warstwą cynfolji i...”. Na str. 167 w. 35 zamiast *stykania się* powinno być *niestykania się*.

W odezwie bibliotekarza Warsz. Tow. Odont., zamieszczonej w № VII „Kroniki”, prostujemy następujące niedokładności. Adres bibliotekarza: *P. Klejn, Leszno 44* (mylnie opuszczony). Na str. 218 w. 4 zamiast: „instytucja pożyteczna” powinno być „*instytucja użyteczności publicznej*”.

Pod listą ofiarodawców (w końcu odezwy) należy czytać podpis „Zarząd”.

= **W r. h. szkołę dentystyczną** Wongl-Świderskiej ukończyło 30 osób, a D-ra Paszutina—34 osoby. Wśród kończących przeważnie były kobiety.

= **Wyjaśnienie.** Główny Zarząd Medyczny rozwiązał sprawę trzech szkół dentystycznych w Kijowie—N. Żuka, Blanka i Głowczynera w ten sposób: wszyscy uczący się bez świadectw z ukończenia sześciu klas gimnazjum podlegają niezwłocznemu uwolnieniu; słuchaczom 4 i 5 semestrów udziela się pięcioletniej prolongaty co do odbywania służby wojskowej z warunkiem złożenia egzaminu z sześciu klas gimnazjum oraz na tytuł lekarza zębów przy uniwersytecie. „Uczący” się z podrobionemi i fałszywemi świadectwami podlegają niezwłocznemu uwolnieniu.

= **Nowa uczelnia.** Lekarz dentysta C. Chaid z Kijowa przedstawił do zatwierdzenia ustawę I Instytutu Dentystycznego z 4-letnim kursem. Zgodnie z tą ustawą do instytutu mają wstęp obojga płci osoby, mające cenzus naukowy z 6 klas, farmaceutci oraz felczerzy, którzy ukończyli całkowity kurs szkół felczerskich i praktykują nie mniej niż rok, jako pomocnicy lekarscy. Nie ulega wątpliwości, że wobec mającej nastąpić reorganizacji szkół dentystycznych starania skończą się na odmowie.

= **Nowa blaga.** Zalecanie rozmaitego rodzaju cudownie działających środków „od bólu zębów” od pewnego czasu jakoś przycichło. Pamiętne są owe zalecane „krople amerykańskie”, które po rozbiore okazały się roztworem soli kuchennej, tymczasem łatwowierni chorzy suto za nie płacili. Dobrze, że krople te rzeczywiście były środkiem niewinnym dla chorego, wierzącego w silnie reklamowane środki. Reklamowanie różnego rodzaju „kropel” z rozporządzenia, zdaje się, Urzędu Lekarskiego było zabronionem i słusznie, wiemy bowiem w jaki sposób zwykle chorzy stosują takowe. W ostatnich czasach w pismach okazała się nowa reklama, zajmująca prawie pół szpalty druku o wołowych literach: „*Ból zębów—uśmierza natychmiast środek wypróbowany, rzadki ze względu na swoją skuteczność Dentol Transwalski W. D. Osieckiego. Cena flakonu kop. 50. Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych. Wyłączni reprezentanci Tow. Pretorja. Warszawa, Tłomackie 3. Telef. 99.11.*” Składu Dentolu narazie nie znamy, przekonani jednak jesteśmy, że jest on również skutecznym, jak i inne podobnego rodzaju artykuły, i zupełnie niewinnym środkiem, gdyż inaczej Urząd Lekarski nie pozwoliłby na reklamowanie go w tak krzykliwy sposób.

Czas położyć kres tym blagom.

= **Partactwo lekarskie** szerzy się w Prusach coraz więcej. Było tam w r. 1904 partaczy 4104, w r. 1906 już 5529. Gdzieniedzie więcej jest partaczy, niż lekarzy. W okręgu frankfurckim jest leka-

rzy 389, partaczy 327; 7,8% osób zajmujących się partactwem było poprzednio karanych sędownie za takie sprawy, jak zawinienie śmierci (14 osób), ciężkiego uszkodzenia (55), spędzenia płodu (10), kradzieży (21), oszustwa (29), fałszerstwa (7), krzywoprzysięstwa, bankructwa, włóczęgostwa i t. d. I takie ładne towarzystwo, zauważa „Ärzt. Standesztg“ № 1, ma prawo w Niemczech trudnić się „leczeniem“! W Szwajcarii stosunki o tyle się poprawiły, że do walki z partactwem zabrała się dzielnie prasa codzienna. Ale też doszło tam do ostateczności, skoro z 85 partackich środków okazało się przy urzędowym badaniu—59 niebezpiecznych dla życia; reszta nie miała żadnej wartości, a sprzedawaną była 30—50 razy drożej, niż w zwykłym handlu. (Przegląd lekarski № 2. 1907).

## Z ostatniej chwili.

**X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.** Podajemy do wiadomości otrzymany w ostatniej chwili porządek obrad sekcji dentystrycznej.

### SEKCJA DENTYSTYCZNA.

Obraduje w sali operacyjnej kliniki położniczej. (Pijarów 4).  
Gospodarz: Doc. Dr. Gońka (Kopernika 1).

#### Temat ogólny:

Która metoda leczenia zgorzeli miazgi i zaopatrywania korzeni daje najlepsze wyniki?

Referent. Doc. Dr. Teodor Bohosiewicz (Lwów).

Koreferent: Dr. Karol Jakubowski (Lwów).

#### Porządek obrad:

*1 Posiedzenie dnia 22 lipca 1907 o godz. 4 po poł.*

#### Temat ogólny:

- 1) Dr. Bohosiewicz i Dr. Karol Jakubowski. Która metoda leczenia zgorzeli miazgi i zaopatrzenia korzeni daje najlepsze wyniki?
- 2) Dr. Steinberg Bernard (Kraków). O zastosowaniu formaliny i jej przetworów w dentyście.
- 3) Dr. Kozaczka (Kraków). Zastosowanie trikresolu w leczeniu zgorzeli miazgi.
- 4) Dr. Gruszczyński (Warszawa). Leczenie przetok zębowych.

*II Posiedzenie dnia 23 lipca 1907 o godz. 9 przed poł.*

- 1) Prof. Dr. Łepkowski (Kraków). O skombinowanym sposobie miejscowego znieczulenia.
- 2) Cieszyński Antoni (Monachium). Technika ekstrakcyjna w trudniejszych przypadkach—zastosowanie dźwigni prostej.

- 3) Dr. Tadeusz Sokołowski (Warszawa). O leczeniu przetok zębowych system. Biera.
- 4) Zieliński Władysław (Warszawa). Szyny przy złamaniach szczęk.

*III Posiedzenie dnia 23 lipca 1907 o godz. 4 po poł.*

- 1) Prof. Dr. Łepkowski. Znaczenie rozbioru moczu w dentystyce.
- 2) Doc. Dr. Gońka (Lwów). W sprawie. patogenezy „pyorrhoea alveolaris”.
- 3) Dr. Rossberger Salo (Jarosław). Stomatologia dentystyczna i jej znaczenie i zastosowanie w medycynie społecznej.
- 4) Dr. Rossberger Salo (Jarosław). Próba stwierdzenia tożsamości czaszki Fryderyka Szyllera na podstawie kryteriów stomatoskopicznych.

*IV Posiedzenie dnia 24 lipca 1907 o godz. 9 przed poł.*

- 1) Dr. Leszczyński Leonard (Warszawa). a) o leczeniu korzeni, b) o plombach amalgamatowych, ponadto temat do dyskusji 1) o regulacji zębów, 2) o gingiwitach.
- 2) Dr. Szadkowski Piotr (Lwów). O regulacji zębów metodą Angle'a.
- 3) Doc. Dr. Gońka (Lwów). O plombach z cementów porcelanowych.
- 4) Dr. Meschel Józef (Lwów). O zastosowaniu i sposobach wykonywania plomb porcelanowych Jenkinsa.

*V Posiedzenie dnia 25 lipca 1907 o godz. 9 przed poł.*

- 1) Cieszyński Antoni (Monachium). Zastosowanie promieni roentgenowskich w celach dyagnostycznych w dentystyce (z demonstracjami roentgenogramów aparatem projeekcyjnym).
- 2) Dr. Bernard Steinberg (Kraków). O koronach i mostkach w ogólności.
- 3) Dr. Leopold Brenneisen (Warszawa). a) Aluminium w dentystyce ze szczególnem uwzględnieniem zastosowania przy robotach mostkowych; b) temat do dyskusji: sprawa narkozy w dentystyce.
- 4) Stanisław Blikle (Warszawa). Jak powinien pracować lekarz dentysta, by zachować swe zdrowie.

Wobec tego, że z chwilą ukończenia obrad Zjazdu numer niniejszy już był wydrukowany, sprawozdanie podamy później.