

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY.

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY DENTYSTYCE  
I CHOROBY JAMY USTNEJ

## Od Redakcyi.

Dowodzić potrzeby specjalnego czasopisma dentystycznego u nas -- znaczy to samo co wybijać drzwi otwarte - potrzeba i pożytek takiego czasopisma są oczywiste. Jeżeli do chwili obecnej polscy dentyści czasopisma swojego nie mieli, to brak ten objaśnić daje się tylko dwoma względami: po pierwsze obawą o dostateczne co do ilości i jakości współpracownictwo, po drugie: obawą, że nakład takiego pisma się nie wróci. Jesteśmy przekonani, że, rozpoczynając w obecnej chwili wydawanie Przeglądu Dentystycznego, uchwyciliśmy moment, w którym oba wyżej wymienione względy istnieć już przestały. Naród polski posiada w obecnej chwili takich specjalistów i taką ich liczbę, która pismo utrzymać może zarówno materialnie przedpłatą, jak i moralnie współpracownictwem.

O ostatniem zdają się świadczyć artykuły polskich dentystów, bądź w pismach zagranicznych, bądź w polskich ogólnolekarskich ogłaszane.

Nie ulega wątpliwości, że, z chwilą otwarcia specjalnego polskiego czasopisma dentystycznego, ilość takich artykułów bez porównania się zwiększy, gdyż liczne kwestye, dentystów obchodzące, jako zbyt

specjalne, z natury rzeczy w pismach lekarskich poruszane być nie mogą; z drugiej strony możliwość wysłowienia się w języku własnym wielu z naszych specjalistów do zabrania głosu zachęci. Ze nadzieje nasze, powyżej wygłoszone, nie są wcale płożne, dowodzą nam zarówno liczne głosy uznania, jakie otrzymaliśmy z chwilą gdy inicjatywa nasza w kierunku wydawania Przeglądu Dentystycznego, ogłoszoną została, jak również obficie zaopatrzoną już teka redakcyjna.

Co do szczegółowego programu naszego wydawnictwa, to program taki, zatwierdzony przez odnośne władze, znajdzie czytelnik w kronice, w numerze niniejszym.

Jako uzupełnienie i wyjaśnienie tego programu dodamy tutaj, że zamierzamy *równą* poświęcać uwagę tak *lekarskiej* jak i *technicznej* części naszego zawodu. Zwracamy też uwagę na ten punkt naszego programu, który obejmuje „artykuły z medycyny i nauk przyrodniczych w zastosowaniu do dentystyki“. Artykułami tej treści będziemy się starali utrzymać naszych czytelników na odpowiednim poziomie w tych właśnie naukach, które są podstawą zarówno każdej specjalności lekarskiej, jak i sztuki technicznej.

Co do chorób jamy ustnej, to będziemy je traktować wyczerpująco tylko o tyle, o ile one, wiążąc się bezpośrednio z chorobami zębów, wchodzi w zakres działania i kompetencji dentysty. Jednak i takie choroby jamy ustnej, których leczenie nie podlega kompetencji dentysty, (np. nowotwory, syfilis jamy ustnej i t. p.) będą w odpowiedniej mierze uwzględniane.

Organizując Redakcję naszego Przeglądu, staraliśmy się zgrupować w niej, nie pomijając nikogo, wszystkich tych specjalistów, którzy do chwili obecnej już publicznie głos w sprawach dentystyki zabierali. Nie myślimy jednak, aby ilość naszych współpracowników na tej tylko liczbie ograniczyć się miała. Niniejszym *prosimy wszystkich naszych czytelników*, aby spostrzeżenia swoje i uwagi, bądź co do rzadkich przypadków, spotykanych w praktyce, bądź co do ulepszeń, jakie w leczeniu lub sporządzaniu zębów sztucznych zaprowadzili, bądź co do innych kwestyi, w zakresie programu, łaskawie nam komunikować raczyli. Otwierając nad takimi przedmiotami dyskusję w łamach naszego pisma, mamy nadzieję połączyć wszystkich naszych dentystów, bez różnicy stopnia naukowego, jakoby w jedno naukowe towarzystwo, kroczące wciąż na drodze postępu drogą wzajemnego pouczenia się.

Co do rozmiarów naszego pisma, to mamy zamiar dawać na jeden numer od 2 do 3 arkuszy, wielkości niniejszego okazowego, numeru.

Nie będzie więc nasz Przegląd wielkim co do ilości papieru; w obec tego jednak, że z zasady będziemy unikać przedruków i tłumaczeń, a oprócz artykułów oryginalnych będziemy dawać tylko streszczenia obcych prac odpowiednich, mamy nadzieję, że przy względnie małej objętości będzie Przegląd dosyć w treść bogatym, a w każdym razie nie biedniejszym od wielu wydawnictw obcych. Unikając z zasady tłumaczeń i przedruków, będziemy dawać i takie, ale tylko w takich przypadkach, gdzie artykuł, ze względu na swą doniosłość lub ważność nawet najdrobniejszych szczegółów, nie da się streścić.

‡ Chcąc zrobić pismo nasze dostępnem dla wszystkich, nawet i początkujących w zawodzie, umyślnie naznaczyliśmy cenę niską i mamy nadzieję, że z powodu treści, jak również niskiej ceny, Przegląd nasz znajdzie się na stole każdego dentysty polskiego, bez względu na dzielące nas granice.

Omawiając skromne na początek rozmiary naszego pisma, musimy tu zaznaczyć, że obiecujemy nie wiele tylko dla tego, aby wszystkiego, co obiecujemy, dotrzymać. Jeżeli dopiszą nadzieje nasze na szeroki współdział kolegów we współpracownictwie, to w takim razie nie będziemy się wahać powiększyć wydatków na rozszerzenie pojedynczych numerów, ewentualnie na przemianę naszego miesięcznika na dwutygodnik.

---

# I. O znieczuleniu przy wyjmowaniu zębów

zapomocą wstrzykiwań śródziąsłowych. Sposób wykonania i wskazania do tych wstrzykiwań, a także kilka słów o zastosowaniu w tym celu eukainy.

napisał B. DZIERŻAWSKI.

Choć znieczulanie przy wyjmowaniu zębów zapomocą wstrzykiwań w dziąsło leków znieczulających jest już stosowane od dawna, to jednakże dotychczas nie została wyrobioną dokładnie ani metoda, ani też ściśle wskazania do wykonywania tych wstrzykiwań. Dopóki jedynym lekiem, stosowanym w powyżej wymienionym celu, była kokaina, sprawa ta nie miała większej wagi, gdyż kokaina, acz używana z powodzeniem przez wielu specjalistów, nie mogła znaleźć szerokiego zastosowania w dentyście ze względu na swe własności trujące, których nie mogli się nie obawiać zwłaszcza ci dentyści, którzy nie będą lekarzami, posiadają mniej doświadczenia klinicznego w leczeniu ogólnych zaburzeń ustroju.

Obecnie, z chwilą wprowadzenia w użycie eukainy, środka bez porównania mniej niebezpiecznego od kokainy i z tego powodu dostępnego dla ogółu dentyków, sprawa wstrzykiwań śródziąsłowych nabiera wielkiej doniosłości, tymczasem w literaturze specjalnej znajdujemy wiele fa-

któw, dowodzących, co najmniej, nieustalenia zasad, jakimi kierować się należy przy dokonywaniu wstrzykiwań śródziąsłowych.

Tak na przykład nie ma dotychczas jednomyślności, gdzie właściwie wstrzykiwania wykonywać należy: w dziąsło, czy też w luźną tkankę, znajdującą się pod błoną śluzową rowka dziąsłowo-wargowego. Wprawdzie większość autorów wstrzykuje, jak należy, w samo dziąsło, to jednakże są i tacy np. Turner, którzy do wstrzykiwania wybierają właśnie tkankę luźną<sup>1)</sup>.

Imi autorzy nie mówią wprawdzie dokładnie, gdzie wstrzykują, z ilości jednak płynu, jaką zużywają, wiadać, że mogą wstrzykiwać tylko w tkankę luźną, gdyż zbita tkanka dziąsła żadną miarą podanej ilości płynu zmieścić by w sobie nie mogła (np. Kiesel w jednym przypadku zużył 35 gr. 10% roztworu<sup>2)</sup>). Nie mówiąc już jednak o tych, którzy mylnie wybierają do wstrzykiwań tkankę luźną, ci nawet, którzy wstrzykują we właściwym miejscu, to jest w dziąsło, wyboru tego nie motywują, ani też sposobu wstrzykiwania dokładnie nie opisują. Gorzej jeszcze ma się ze wskazaniem i przeciwwskazaniami do wstrzykiwań śródziąsłowych; te ograniczają się po największej części na mimochodem wypowiedzianem zdaniu, że przy rozlanem zapaleniu ozębnej lub przy ropniu znieczulające działanie wstrzykiwanego leku mniej jest pewne. Tymczasem, rzecz oczywista, skuteczne działanie znieczulające można otrzymać tylko przy zachowaniu 2 warunków: 1) przy właściwym wykonaniu wstrzykiwania; 2) przy odpowiednim wyborze przypadków. Są przypadki, które, jak uczy doświadczenie kliniczne, wcale nie nadają się do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań; trafić się może, że taki właśnie przypadek do wypróbowania tego sposobu znieczulania wybierze ten, kto jeszcze wstrzykiwań nie próbował; rzecz oczywista, że nie otrzyma dobrego rezultatu, co go zniechęci do tego sposobu znieczulania, który, aczkolwiek nie idealny, daje w przypadkach odpowiednich rezultaty bardzo dobre.

<sup>1)</sup> Journal Brit Dent. Assoc. XVII. 10. Referat w Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde Nr. 3, r. 1897.

<sup>2)</sup> Zahnärztliche Rundschau Nr. 196, r. 1897.

Tym to właśnie z punktem, dotychczas dostatecznie nie wyświetlonym, mianowicie metodzie wstrzykiwań i wyborowi przypadków (t. j. wskazaniom i przeciwwskazaniom) chcemy poświęcić niniejszy artykuł.

Co do miejsca, w którym należy robić wstrzykiwania, to tem, ma się rozumieć, może być tylko dziąsło, zadaną zaś miarą luźna tkanka części otaczających. Jest rzeczą oczywistą, że chcąc otrzymać dokładne znieczulenie przy wyjęciu zęba, musimy przepoić wstrzykiwanym lekiem nie tylko dziąsło, ale też i kość, w której dany ząb tkwi, mianowicie wyrostek zębodołowy. Jeżeli jako miejsce wstrzykiwań wybrześmy luźną tkankę rowka dziąsłowo-wargowego lub dna jamy ustnej, to rzecz oczywista, plyn wstrzykiwany będzie się rozchodził tam, gdzie mniejszy będzie napotykać opór, t. j. po luźnej tkance części sąsiednich, a nawet i więcej oddalonych (policzka, dna jamy ustnej, około-gardzielowej i t. d.), nie pójdzie zaś tam, gdzie zbita tkanka większy mu opór stawi, to jest w dziąsło, ani tembardziej w kość. Jednakże, nawet i w samym dziąsle, są miejsca mniej lub więcej dogodnie do dokonania wstrzykiwań, a od dobrego lub złego ich wyboru zależy rezultat operacji. Dziąsłem jak wiadomo, nazywamy tę część błony śluzowej jamy ustnej, która pokrywa wyrostki zębodołowe szczęk. Na brzegu wyrostków zębodołowych, a także i na pewnej przestrzeni na ich wysokości (na stronie twarzowej w szczęce górnej i na obu stronach żuchwy) błona śluzowa dziąsła zlaną jest zupełnie z okostną. Przy podstawie dopiero wyrostków zębodołowych pomiędzy błonę śluzową dziąsła i okostną wsuwa się luźna tkanka łączna, która u różnych osobników zachodzi na różną wysokość, oddzielając błonę śluzową od okostnej na mniejszej lub większej przestrzeni. Stosunek ten luźnej tkanki do błony śluzowej ev. okostnej wyrostków zębodołowych nie był jeszcze przedmiotem specjalnych badań; ja również nie mam zamiaru rozbierać go tutaj szczegółowo, nadmienię tylko, że, o ile mogę wnosić z dotychczasowych moich badań i z doświadczenia klinicznego, na żuchwie tkanka luźna zachodzi pomiędzy błonę śluzową dziąsła i okostną wyrostków zębodołowych względnie wyżej, niż na szczęce

górnjej. Na ostatniej (po stronie twarzowej) dziąsło wogółem zlane jest z okostną na większej przestrzeni, niż na zuchwie i tu jednak luźna tkanka spuszcza się w pewnych miejscach względnie bardzo nisko. Ma to mianowicie miejsce w wędzidełkach, które, jak wiadomo, są zdwojeniem błony śluzowej z odrobiną tkanki łącznej w środku, i to zarówno w wędzidełku środkowym jak w opisanych przeze mnie bocznych. Po językowej stronie szczęki górnej dziąsło nie jest odgraniczone weale od błony śluzowej, pokrywającej podniebienie twarde, ta zaś tutaj, podobnie jak i na brzegach dziąseł na zuchwie i na twarzowej stronie szczęki górnej, na całej przestrzeni podniebienia twardego zlaną jest w jedną całość z okostną, bez luźnej tkanki pomiędzy obiema.

Przy wstrzykiwaniu leków znieczulających przyjacielem naszym jest tkanka zbita, nieprzyjacielem zaś luźna; robiąc wstrzykiwanie musimy je zrobić tak, aby uniknąć tkanki luźnej, gdyż inaczej płyn ucieknie tam, gdzie niepotrzeba. Za miejsce wyboru więc do wstrzykiwania należy wybierać część dziąsła jak najwięcej odległą od tkanki luźnej, mianowicie brodawkę międzyzębową.

Że taki sposób wstrzykiwania jest najlepszy, przekonałem się dokładnie, nie tylko przez otrzymywanie dobrych rezultatów na pacjentach, ale także eksperymentalnie, robiąc doświadczenia na trupach. Trupom wstrzykiwałem w dziąsła wodny rozczyn błękitu metylenowego. Barwny ten płyn nadaje się w zupełności do badań w tym kierunku, gdyż doskonale możemy śledzić okiem rozchodzenie się jego po tkankach. Otóż wstrzykując błękit metylenowy trupom, przekonałem się, (o czem zdałem w swoim czasie sprawę w Nowinach Lekarskich Nr. 2, r. 1897), że przedewszystkiem należy wstrzykiwać w tkankę zbitą, a nie w luźną, gdyż w luźnej tkance płyn ginie, ucieka, zabarwia na niebiesko policzek, gardziel, dno jamy ustnej, a nie wchodzi w dostatecznej ilości w dziąsło, ani też w kość, t. j. tam gdzie potrzeba. Wstrzykując płyn w tkankę zbitą, przekonałem się, że nie dobrze jest wkładać igłę wzdłuż wyrostka zębodołowego, równoległe do brzegu dziąsła, gdyż przy tym sposobie wstrzykiwanie bliskość tkanki luźnej powoduje to, że płyn



do niej sobie drogę wynajduje i w nią ucieka. Najlepiej jest wstrzykiwać w brodawkę międzyzębową, wprost na kość, kierując igłą w to miejsce, gdzie domniemalnie spotyka się z zębem brzeg wyrostka zębodolowego. Przy tym sposobie wstrzykiwania przepaja się doskonale płynem nie tylko dziąsło, ale i wyrostek zębodolowy, ostatni, co prawda, nie zawsze jednakowo, o czem później.

Wyrobiwszy sobie taką metodę wstrzykiwania na trupach, później stosowałem ją i w praktyce na pacjentach, przyczem przekonałem się o jej wyższości nad innymi sposobami wstrzykiwania. Umotywowawszy w ten sposób dlaczego należy wstrzykiwać w tkankę zbitą dziąsła, a nie w luźną tkankę, i dlaczego przedewszystkiem w brodawkę międzyzębową, a nie gdzieindziej, przejdę teraz do szczegółowego opisanie postępowania, jakie stosuję na pacjentach.

Przekonawszy się, że dany ząb nadaje się do wyrwania przy znieczuleniu miejscowem, oczyszczam dokładnie ząb, przy czem naturalnie i dziąsło wycieram mocno tamponem z waty, aby usunąć zeń, o ile możności, śluz, ewentualnie resztki pokarmowe, ropę i t. p., aby przy wkłówaniu igły dodatków tych świadomie z igłą razem nie zabierać i wgłąb tkanek nie wprowadzać. Następnie maleńkim tamponikiem, zmoczonym w mocnym roztworze kwasu karbolowego (10—50%) i wyciśniętym, dotykam tego miejsca na brodawce międzyzębowej, gdzie ma być dokonane pierwsze wkłócie igły. Robi się to dla znieczulenia, gdyż kwas karbolowy, jak wiadomo, w mocnych roztworach działa znieczulająco na skórę i błony śluzowe. Po przygotowaniu w ten sposób dziąsła, wkłódam szprycę w wybrane miejsce, potem zwolna, nie spiesząc się, a naciskając równomiernie stempel, robię wstrzykiwanie.

Już samo wkłócie igły wywołuje pewne zbielenie dziąsła w najbliższem sąsiedztwie (skutkiem wyciskania krwi z danego ucząstka), pod wpływem wstrzykiwania zbielenie coraz więcej się rozszerza, dochodząc niejednokrotnie do brodawki międzyzębowej, leżącej po drugiej stronie zęba. Wstrzykiwanie to jest mniej lub więcej bolesne; czasem pacyenci na ból wcale nie narzekają, czasem charakteryzują ból jako nieznaczny, rzadziej narzekają na ból silny. Gdy wstrzykiwanie w danem miejscu wyda-

Je mi się dostatecznem, przenoszę się ze wstrzykiwaniem gdzieindziej, wkłówszy igłę już to w leżącą z drugiej strony danego zęba brodawkę międzyzębową, lub też przenoszę się na drugą stronę zęba (na językową z twarzowej, lub twarzową z językowej, stosownie do tego, gdzie dokonana była pierwsza iniekcya). Wprawdzie przekonałem się na trupie, że wstrzykiwany płyn rozchodzi się w daleko większym rozmiarze niż by to można było sądzić ze sfery pobielenia tkanek na żywym, że w wielu razach z jednego wkłócia można osiągnąć doskonałe przepojenie wstrzykiwanym płynem nie tylko dziąsła, ale i kości w mniejszym zakresie, to jednakże na żywym robię zwykle do jednego zęba lub pieńka 2-3-4, a nawet więcej ukońc, a to ze względów następujących: wstrzykiwanie w dziąsło nie może nie uszkadzać tegoż mechanicznie. Gdyby w jedno ukońcie pompować bez granic płyn, to następstwem tego może być obumarcie dziąsła, ponieważ włókienka zbitiej tkanki, a także i jej naczynia, mogą się pod wpływem naporu wstrzykiwanego płynu porozrywać. Lepiej więc jest na żywym wstrzykiwać ostrożnie, w kilku miejscach po trochu jak w jednym miejscu za dużo. Ponieważ jednak i przy ostrożnem, delikatnem wstrzykiwaniu płyn rozchodzi się dalej, jak zdaje się wskazywać sfera pobielenia, to następne wkłócia i wstrzykiwania odbywają się już w terenie częściowo, co najmniej, znieczulonym, są zatem zwykle daleko mniej bolesne, niż pierwsze.

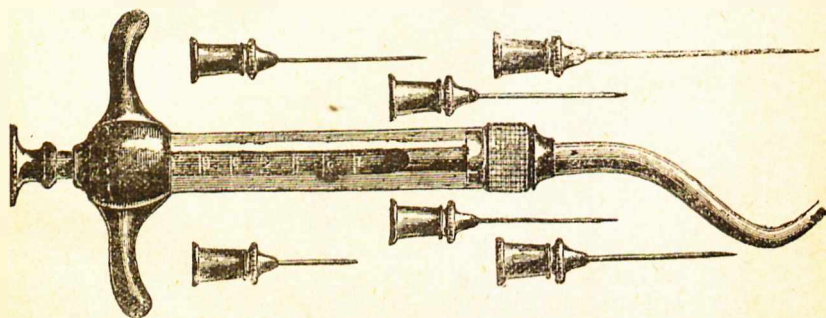
Aczkolwiek powiedziałem powyżej, że należy przy wstrzykiwaniu unikać wkłówania igły poziomego, równoległego do brzegu dziąsła, to jednakże w praktyce dość często i ten sposób wkłówania stosuję, jednakże nigdy nie w początku, nie na pierwszy raz, a dopiero później, po dokonaniu wstrzyknięć w brodawki międzyzębowe. Robię to, rozumiem się, dla większej pewności dobrego znieczulenia i baczę przy tem pilnie, czy płyn wstrzykiwany z tego horyzontalnego wkłócia nie ucieka w luźną tkankę. Jeżeli to ma miejsce, w takim razie igłę wyciągam.

Opisawszy w ten sposób jak robię wstrzykiwania, muszę tu jeszcze zaznaczyć, że wkłówanie w brodawkę międzyzębową, wprost na kość, ma jeszcze tę zaletę, że

w ten sposób koniec igły zawsze znajdzie się w warstwach głębszych.

Przy wklówaniu poziomem koniec igły czasem znajduje się zbyt powierzchownie; wstrzykiwany płyn unosi wtedy nabłonek nad sobą, skutkiem czego robi się pęcherzyk; rzecz jasna, że w takim przypadku nie można już liczyć na przedostanie się płynu w warstwy głębsze.

Mówiąc o technice wstrzykiwań śródziąsłowych musimy jeszcze dodać, że do wstrzykiwań śródziąsłowych nadaje się tylko szpryca Blechsteiner'a, jakiej rysunek obok



załączam. Zwykła szpryca Pravaz'a nie nadaje się do tego celu wcale, gdyż 1) jest zakrótka, z tego względu niedogodna przy znieczulaniu zębów głębiej w jamie ustnej leżących, mianowicie trzonowych; 2) brak poprzecznej beleczki, przy nasadzie nie pozwala szprycy Pravaz'a tak mocno trzymać, jak Blechsteiner'owskiej, co jest bardzo ważne, gdyż wstrzykiwania w dziąsło nie idą tak łatwo, jak w tkankę podskórną. Trzeba tu szprycę mocno trzymać a tłok dobrze naciskać, inaczej nie do dziąsła nie wejdzie. Ze względu na znaczną siłę, jakiej użyć potrzeba przy wykonywaniu wstrzykiwań śródziąsłowych, należy pilnie baczyć na to, ażeby w strzykawce zupełnie nie było powietrza. Jeżeli w strzykawce jest powietrze, to wtedy, na skutek ucisku tłoka podczas wstrzykiwania, powietrze się zgęszcza, na co traci się daremnie pewną ilość siły. Muszę to jeszcze dodać, że igły, jakie dołączone są zwykle do szpryc Blechsteiner'a, wcale nie są dobre do celu, do jakiego są przeznaczone. Zwykle jest przy szprycy pięć igieł długich, a jedna tylko krótka. Otóż te długie są zupełnie nie po-

trzebne: lepiej, żeby wszystkie były krótkie. Igły długie potrzebne są przy zwykłej szprycy Pravaz'a, która ma służyć do wstrzykiwań podskórnych, do próbnych przekłóć i t. d. Przy szprycy Blechsteiner'a długie igły są zupełnie zbyteczne, gdyż w dziąsło igły nigdy głęboko wklówać niepotrzeba; długa igła przeszkadza swobodnemu manipulowaniu w jamie ustnej, wreszcie zaś, gnąc się pod wpływem forsownego wstrzykiwania, odejmuje pewność ręce. Następnie wszystkie igły przy szprycach Blechsteiner'a są złe, zbyt spiczasto, zeszlifowane. Skutkiem tego jest to, że 1) wyłot igły jest za długi; ponieważ dziąsło jest cienkie, to nieraz koniec takiej igły jest już w kości, a tymczasem otwór jej nie jest jeszcze cały pogrążony w dziąsło. Płyn, naturalnie, w tych warunkach rozlewa się na zewnątrz, do jamy ustnej, a w dziąsło nie wchodzi. Po drugie igły takie są niedogodne z tego względu, że zbyt spiczasty ich koniec, przy wklówaaniu prosto na kość, wbija się w ostatnią i tu się łamie albo zgina. Niema to złych skutków dla pacjenta, ale zniewała do natychmiastowego zeszlifowania ułamanego lub zagiętego końca, co na razie przeszkodzić może dokończenia operacji. Najlepiej więc, kupiwszy strzykawkę Blechsteiner'a, wszystkie jej igły odrazu zeszlifować na krótko i na tępo (względnie), aby później już nie mieć z niemi ambarasu. Zakończając omówienie techniki, muszę wspomnieć o ilości płynu jaką trzeba wstrzyknąć w celu znieczulenia jednego zęba. Otóż ilość ta nie przenosi zwykle  $\frac{1}{4}$ , a co najwyżej  $\frac{1}{2}$  szprycy = 0,5 grama płynu do jednego zęba. Jeżeli wrywamy kilka zębów lub pieńków obok stojących, to w summie ilość zużytego płynu będzie jeszcze mniejsza niż  $\frac{1}{4}$  szprycy na ząb, gdyż przy wstrzykiwaniu około jednego zęba, znieczula się także częściowo i drugi, tak że przy tym drugim trzeba już mniej ukłóć i płyn. Tem się ten sposób wstrzykiwania kardynalnie wyróżnia od sposobu Schleich'a, tak zwanego infiltracyjnego, gdzie do jednego zęba po kilka strzykawkę wychodzi, nb. ze skutkiem wcale niepewnym.

Co do sposobu Schleich'a, to musimy zaznaczyć, że w zastosowaniu do zębów uważamy go za całkiem błędny. Schleich za punkt wyjścia swych masowych iniekcji bie-

rze właśnie tkankę luźną; w ten sposób masa płynu rozlewa się w miejscach niepotrzebnych, wywołując tam uporczywe obrzęki \*). Wogóle sposób, w jaki Schleich opisuje zastosowanie infiltracji przy wyjmowaniu zębów, robi wrażenie rzeczy wymyślonej teoretycznie, a wcale nie wypróbowanej w praktyce.

W rozdziale odpowiednim znajdujemy w książce Schleich'a takie, że się delikatnie wyrazimy, niedokładności, jakie nam razily by nas w dziele lekarskiem księdza Kueipp'a, muszą zaś zadziwiać w dziele, napisanem przez lekarza. Pisze tam Schleich np. że do górnych zębów nerwy „przynajmniej po części z zewnątrz przez kość do korzeni zębów dochodzą“. W dolnej zaś szczęce wszystkie zęby innerwowane są z kanału szczękowego, „za wyjątkiem przednich, które swoje nerwy otrzymują z nervus mentalis, a zatem z zewnątrz, a nie z wewnątrz kości“ \*\*). Dość zajrzeć do elementarnego podręcznika anatomii, aby przekonać się o błędności takich poglądów.

Ponieważ niemam zamiaru polemizować ze Schleich'em, to nie będziemy się zapuszczać w dalszy rozbiór szczegółów jego sposobu, a przejdziemy do drugiej części naszego artykułu, mianowicie do wyboru przypadków, nadających się do znieczulania zapomocą śróddziąsłowych wstrzykiwań.

(D. n).

---

\*) M. Lipschitz. Der Werth der Schleich'schen Infiltrations Anästhesie bei Zahnextraktionen. Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde Nr. 2, 1897.

\*\*) Dr. C. L. Schleich. Schmerzlose Operationen. Berlin. 1894 str. 209 i następn. W nowym wydaniu książki Schleich'a z r. 1897 te same błędy są powtórzone.

## Przypadek ciężkiego omdlenia po wyjęciu zęba.

napisał M. Krakowski lek. Den.

Przypadki omdlenia po wyjęciu zębów nie są wprawdzie rzadkością, ale zwykle po zastosowaniu odpowiednich środków prędko przechodzą. Inaczej się miało z poniżej przytoczonym przypadkiem, który z tego względu uważam za stosowne opisać.

G. J., lat 40, właściciel cukierni, dość dobrze zbudowany, zgłosił się do mnie, narzekając na silne bóle w dolnej szczęce po prawej stronie. Z wywiadów dowiedziałem się, że pacjent często doznaje silnych zawrotów głowy i że od kilku lat leczy się na neurastenję. Przy badaniu jamy ustnej okazało się, że prawy, dolny, drugi dwuguzikowy (bicuspid) jest w stanie następującym: na stronie odśrodkowej próchnica drażąca do jamy pulpy; sondowanie nie przyczynia żadnego bólu, lekkie opukiwanie wywołuje dokuczliwy ból -- *gangruena pulpae et periodontitis acuta*. Chory prosił o usunięcie zęba, co też uczyniłem bez zastosowania leków znieczulających. Po usunięciu zęba chory czuwa silny ból w miejscu wyjątego zęba; po przestrzykiwaniu ciepłą wodą ból znikł zupełnie. Chory po upływie kilku minut zbladł, narzeka na szum w uszach, zawrót głowy, wreszcie pada bez przytomności. Na wszelkie pytania chory nie odpowiada. Pomimo nadania choremu poziomego położenia i zastosowania leków w takich przypadkach używanych, jako to opryskiwania zimną wodą, leków drażniących i t. p., stan chorego na razie wcale się nie polepszył. Skóra na całym ciele biała, zimna przy dotknięciu; ruchy oddechowe z początku silnie były przyspieszone, następnie zaczęły się zwalniać; tętno z początku niezmiernie, następnie drobne i łatwo dające się ucisnąć (pulsus mollis); uderzenia serca bardzo słabe. Żrenice z początku zwężone, a następnie rozszerzone ad

maximum. Od czasu do czasu chory doznaje drżenia mięśni kończyn dolnych, które to drżenia następnie przeszły na kończyny górne. Chory po godzinnej przeszło nieprzytomności zaczął powoli przychodzić do siebie i opowiada, że nie wie, co się z nim działo. Prosił o krople walerianowe, które, jak mówi, zażywa dość często.

Chory dwukrotnie przychodził później do mnie i obecnie cieszy się najlepszym zdrowiem.

Przyczyną ciężkiego i długotrwałego omdlenia mogła być w danym przypadku tylko nadmierna wrażliwość chorego, będąca skutkiem neurastenii, na którą pacjent od kilku lat cierpiał. Gdyby w danym przypadku stosowany był jakikolwiek lek znieczulający, np. kokaina lub eukaina, to ciężkie to omdlenie niewątpliwie policzone by było na karb trującego działania leku. Dlatego to uważałem za stosowne opisać przypadek ten szczegółowo.

---

## Dział sprawozdawczy.

---

1. **D-r Port. Stosunek miesiączki i ciąży do zachro-**  
**wań jamy ust.** Deutsche Monatschrift f. Zahnheilk. V.  
1897.

Chociaż miesiączka i ciąża są sprawami czysto fizyologicznymi, to jednak wpływ ich na ustrój kobiecy jest tak silny, że i w dentystyce trzeba się z nim liczyć.

1) **Miesiączka.** Podczas miesiączki dość często zdarza się odontalgia (ból zębów bez próchnicy). Są przypadki, w których odontalgia jest jedynym zwiastunem mającej się rozpocząć miesiączki. Trzeba być jednak bardzo ostrożnym, aby na karb miesiączki nie policzyć bólu, spowodowanego ukrytą próchnicą, obnażeniem szyjki lub podrażnieniem dziąsła przez kamień.

Dalej w związku z miesiączką zdarzają się zapalenia błony śluzowej dziąseł i jamy ust, które poprzedzają nieco pojawienie się miesiączki i równocześnie z nią znikają. Podobny przypadek owrzodzenia błony śluzowej wraz z utrudnieniem połykania podczas miesiączki miał sposobność spostrzegać autor; należy przypuścić, że przypadki

takie zdarzają się często; obserwacyi lekarskiej jednak nie podlegają, gdyż lekkość zaburzeń nie zniewała chorych do zasięgnięcia porady.

pośrednio może być miesiączka przyczyną zapalenia ozębnej; zapalenia ozębnej są zawsze skutkiem zakażenia, bądź z gnijącej miazgi (pulp), bądź wskutek mechanicznego obrażenia ozębnej i przedostania się na skutek ostatniego w rozluźnioną ozębę drobnoustrojów (bakteryi) z jamy ust.

Podczas miesiączki podległe zapaleniu działa są prawdopodobnie tą drogą, którą bakterye z jamy ust przedostają się do ozębnej.

Parvin i Bousquet opisali przypadki, w których krwotoki z dziąseł zastępowały regularnie miesiączkę. W przypadku Bousquet'a był brak macicy i niedorozwój pochwy. Również i Winkel nie zaprzecza możliwości krwotoków z jamy ust (podobnie jak i z innych narządów) jako miesiączki zastępczej (menstruatio vicaria) przy nieprawidłowym rozwoju narządów płciowych u kobiet.

Dentystów więcej obchodzą krwotoki, jakie mogą się zdarzyć po wyrwaniu zębów u miesiączkujących. W nowszych czasach przypadki takie opisali Gutman i Grunert. Autor sam z zasady nie rwie zębów podczas miesiączki. Wprawdzie Baume nie uważa miesiączki za przeciwwskazanie do rwania, przyznaje jednak możliwość przerwania miesiączki na skutek ekstrakcyi, zwłaszcza jeżeli skutkiem ostatniej był duży krwotok. Zdaniem Port'a, po rwanu podczas miesiączki mogą się zdarzyć różne powikłania, z którymi jednak pacjentka nie powróci do dentysty, a pójdzie do ginekologa lub lekarza domowego, dlatego radzi być ostrożnym podczas miesiączki nie tylko z rwaniem, ale nawet ze wszystkimi bolesnemi lub męczącemi rękoczynami, jak np. duże złote plomb. Trzeba mieć na uwadze, że i czułość zębiny większą jest podczas miesiączki, jak to zauważył już Hollaender.

2) Cięża. Powszechnie jest wiadomem, że cięża sprzyja powstawaniu i postępowi próchnicy. Skłonność do próchnicy podczas ciąży objaśniano sobie bądź osłabieniem zębów wskutek zmniejszenia w nich zawartości soli wapiennych na skutek zapotrzebowania tych soli gdzie indziej (na budowę kości płodu), bądź kwaśnym odczynem śliny. Prawdopodobnie współdziałają tu obie przyczyny. Ze odżywianiem zębów podczas ciąży jest mniej intensywne dowodzi niewątpliwie spostrzeżenie Traeger'a nad kobyłami. Mianowicie Traeger spostrzegł, że u kobył, stanowiących podczas zmiany zębów, kły pojawiały się ze znacznem opóźnieniem w porównaniu z kobyłami nie żrebnemi.



Przyczyną bólu zębów podczas ciąży może być prędko postępująca próchnica, aczkolwiek zdarzają się podczas ciąży bóle i w zębach zupełnie całych, podobnie jak inne nerwobóle w zakresie nerwu trójdzielnego.

Co do rwania zębów, to podczas ciąży wystrzega się go Port tylko w ciągu trzeciego miesiąca i ostatnich tygodni, w innych zaś porach jest za rwaniem, a to dlatego, że ciąża nie przemija tak prędko, jak miesiączka, długotrwała zaś zwłoka jest niemożliwa, gdyż męczące bóle i nieprzespane noce szkodzą matce i płodowi niewątpliwie więcej, jak krótkotrwały strach i wstrząśnienie przy rwaniu.

Oprócz próchnicy i odontalgii podczas ciąży daje się jeszcze spostrzegać zapalenie dziąseł wraz z krwotokami i przerostem. W wielu przypadkach zapalenie i zwięzienie dziąseł powtarza się na urząd przy każdej ciąży i jest najpewniejszą oznaką ostatniej.

W końcu artykułu wzmiankuje Port o przypadku Sommer'a, w którym podczas ciąży występowały u pewnej kobiety z nosa i ust krwotoki przypominające trwaniem i terminami pojawienia się t. zw. miesiączkę zastępczą.

Dz.

**Dr. V Jarre** O znaczeniu badania jamy ustnej przy wyborze mamki. *Revue mensuelle de Stomatologie*. Nr. 1 i 2 r. 1897.

Zły stan zębów mamki może być bardzo niebezpiecznym dla karmionego przez nią dziecka. Szczególniej pod tym względem niebezpieczne są zęby z próchnicą drażną, zwłaszcza zaś z obumarłą miazgą. Miliardy bakterii, gnieżdżących się w takich zębach, mogą być z łatwością przenoszone przez mamkę na dziecko, bądź przez pocałunki, bądź przy pośrednictwie rąk przy podawaniu piersi. Dr. V. Jarre opisuje przypadek następujący: Nowonarodzone dziecko było karmione przez mamkę, mającą liczne spróchniałe zęby i pieńki, pod innymi zaś względami zupełnie zdrową. Dziecko z początku przez trzy tygodnie rosło normalnie, przybywało mu na wadze średnio po 30 gramów dziennie. Wtem mamka dostała zapalenia oębnej. Wzrost wagi dziecka upadł do 8-10 gramów na dzień. Stan taki trwał dni kilka bez widocznego pogorszenia. Po kilku dniach u mamki utworzył się ropień około pieńków zębów dwuguzikowych. Stan dziecka pogorszył się znacznie. Najprzód zauważono u dziecka obrzęknięcie i zaczerwienienie migdałów, potem wystąpiło silne opuchnięcie gruczołów chłonnych na szyi. Badanie bakteriologiczne ropy z ropnia mamki i śluzu, zdjętego z migdałów dziecka, wykazało liczne gronkowce (stafylokokki). Gruczoły na szyi dziecka uległy zropieniu; ropień w swoim

czasie przecięto, pomimo tego jednak dziecko zmarło po kilku dniach przy objawach posocznicy.

Mając na uwadze przypadek powyższy, Jarre radzi przy wyborze mamki zwracać baczniejszą uwagę na zęby. Mamka z zębami, dotkniętymi próchnicą drażącą, o ile możliwości, nie powinna być przyjmowana. Częste płukanie ust środkami przeciwniepalnymi powinno być obowiązkowe dla osób karmiących, które również powinny umywać ręce każdy raz przed podawaniem piersi dziecku. Przy wyborze mamki należy mieć na uwadze także i próchnicę nie drażącą, a to ze względu na to, że karmienie, jak wiadomo, podobnie jak i cięża, sprzyja prędkiemu przebiegowi próchnicy; próchnica więc nie drażąca łatwo podczas karmienia przejść może w drażącą.

W końcu swego artykułu zwraca uwagę Jarre na zaburzenia w jamie ustnej mamki, mogące zajść przy wyrzynaniu zębów mądrości, które to zaburzenia również mogą być szkodliwe dla dziecka. Rzecz oczywista, że to, co do namek, odnosi się również i do matek, karmiących swe własne dzieci.

*Dz.*

**3. Köhne. Badania bakteriologiczne nad kilku środkami do plombowania kanałów i ostaniania miążgi.** Zahn-aerztliche Rundschau. Nr. 279. 1897.

Dr. Köhne badał 1) formagen Abrahama, 2) karbolowy cement składający się następująco: Zinci oxydati puri 15,00; jodoformi 10,0; Acidi carbolici 10,0; Alcoholis absoluti 3,0; Aquae destil. 5,0; Zinci chlorati 5,0, 3) Pulpaanalgen Schmidt'a, 4) formalinowy cement, otrzymany przez domieszanie kropli formaliny do zwykłego cementu podczas rozcierania na szkiełku; 5) cement, roznieczony w sposób powyższy z kroplą kreoliny 6) cement z kroplą wody utlenionej.

Badanie wykonywał w ten sposób, że kawałeczki wyżej wymienionych preparatów rzucał na miseczki z żelatyną, zasianą gronkowcami, otrzymanymi z ropnia przy zapaleniu szpiku kostnego.

Naokoło kawałeczków 4 pierwszych preparatów kolonie bakterji nie rozwijały się wcale, przyczem pas wolny od bakterji był najobszerniejszy przy cemencie formalinowym, gdyż wynosił 6 ctm. w średnicy. Koło karbolowego cementu średnica pasa jałowego wynosiła 2 ctm., koło formagenu i pulpaanalgenu od 1 do 1½ ctm. Pozostałe części żelatyny, naokoło pasów jałowych przy wyżej wymienionych preparatach, wykazywały bujny wzrost gronkowców. Przy 5 i 6-ym preparacie, mianowicie przy cemencie z kreoliną i wodą utlenioną, pasów jałowych nie było wcale, bakterje zarosły całe miseczki.

Wobec tak dodatnich wyników doświadczeń co do cementu formalinowego Köhne zachęca Kolegów do wypróbowania tego środka w praktyce. Sam stosował go w kilku przypadkach do zaplombowania kanałów, do wypełnienia jamy po zatruciu miazgi, jakoteż do pokrycia obnażonej miazgi.

Wyniki we wszystkich przypadkach były dobre.

P. M.

**4. Dr. J. Frank. Azotan srebra w dentystyce.** Oest. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde Z. III. r. 1897.

Autor zaleca zastosowanie azotanu srebra (lapisu) w celach następujących:

1) W celu wzmocnienia, t. j. uodpornienia przeciw próchnicy tkanek w zębach z niedostatecznie zwapnionym szkliwem. U ludzi młodych, nawet przy dobrym zdrowiu ogólnem, spotykamy często na szkliwie policzkowej strony zębów trzonowych białe, matowe plamy, z których szkliwo bardzo łatwo się zeszkrobuje. Ludzie młodzi wogóle czyszczeniu zębów nie poświęcają dostatecznej uwagi, zęby ludzi takich oczyszczają się zwykle tylko przez akt żucia; akt żucia wpływa na oczyszczenie strony językowej i powierzchni miazdzącej, powierzchnia policzkowa pozostaje po za sferą tego zbawionego działania i pokryta jest zwykle mazistą masą, składającą się z resztek pokarmowych i śluzu. Pod wpływem kwaśnego odczynu tej masy szkliwo prędko ulega rozpadowi, zwłaszcza przy niedostatecznem zwapnieniu. Za szkliwem niebawem ulega próchnicy i zębina. Wyborowanie miejsc dotkniętych i zaplombowanie braków stąd powstałych nie wiele pomaga, nawrót próchnicy jest prawie pewny, gdyż warunki jej powstawania pozostają i nadal bez zmiany. W przypadkach takich Frank otrzymał doskonałe rezultaty od azotanu srebra (lapisu). Frank postępuje tu w sposób następujący: krucho szkliwo z miejsc dotkniętych próchnicą zeszkrobuje ekskawatorem, dopóki nie dojdzie do twardej, zdrowej tkanki. Następnie rozgniółwszy w moździerzyku nieco lapisu na mialki proszek, nabiera tego proszku na zwilżony ekskawator i nanosi na miejsce dotknięte. Ma się rozumieć zaślania przytem działło i policzki koferdanem lub watą. Resztki rozmiękczonego szkliwa pozostałe jeszcze na zębie, zabarwiają się od działania lapisu na żółto i dają się zetrzeć mokrym tamponikiem. Procedurę taką powtarza Frank na pierwszym posiedzeniu 2—3 razy, poczem ząb wysusza.

Postępowanie takie ponawia się po 3 lub 4 dniach, wreszcie po 2 tygodniach. Następnie zaleca Frank powtarzać lapisowanie co  $\frac{1}{4}$  lub  $\frac{1}{2}$  roku przez jakie dwa la-

ta. Jeżeli pacycen zgłosi się nawet po dłuższym przeciągu czasu, to znajdziemy, że miejsca leczone są ciemno lub zupełnie czarno zabarwione i, chociaż nierówne i chropawe, wolne zupełnie od próchnicy.

2) Przy zastarzałym silnym ropotoku zębodolowym postępuje Frank tak: podanym przez siebie nożem wycina dziąsło do samego brzegu zębodolu. Obnażone na skutek tego szyjki zębów tuszuję lapisem w podany powyżej sposób. Przy słabszych stopniach ropotoku dziąsła nie obcina, a, odchyliwszy kieszonkę zapomocą ekskavatora, stara się wnieść na igle proszek lapisu jaknajgłębiej. Nadezłość obnażonych szyjek znika po zastosowaniu lapisu, dziąsło zaś prędko się zabliznia.

3) Proszek lapisu stosuje także Frank na ubytki, powstałe na zębach od tarcia, przy częściowych protezach. Lapis znosi nadezłość, która jest najprzykrzejszym objawem takich ubytków. Prawdopodobnie pod wpływem lapisu zachodzą w zębnie zmiany chemiczne, które 1) znoszą wnim przewodnictwo czuciowe; 2) czynią go odpornym na wpływ płynów jamy ustnej; 3) podobnież doskonałe wyniki daje lapis przy leczeniu ubytków klinowatych; 4) dalej zaleca jeszcze Frank lapis jako środek zabezpieczający od próchnicy. Mianowicie radzi tuszować lapisem w podany powyżej sposób te powierzchnie zębów, które najczęściej ulegają próchnicy, zwłaszcza u osób, u których skonstatowano szczególne usposobienie do próchnicy. Ma się rozumieć, nie należy traktować lapisem zębów przednich.

Następnie stosował jeszcze Frank lapis do tuszowania brzegów ubytków próchnicowych przed zaplombowaniem w tych przypadkach, gdzie obawia się prędkiego na wrotu choroby obok plomby. I tu otrzymał wyniki zadawalniające.

Dz.

**5. Dr. J. Antal. O działaniu anezyny, nowego środka miejscowo znieczulającego, przy wyjmowaniu zębów.** Oest. Ung., Vierteljahrsschrift. f. Zahnheilkunde Z. II. 1897.

Środki znieczulające ogólnie, powinny być, zdaniem autora, zupełnie wyłączone od zastosowania przy wyjmowaniu zębów, ponieważ są zbyt niebezpieczne. Co zaś do środków miejscowych, to z dotychczas używanych chloretyl działa zbyt powierzchownie, kokaina zaś, tropokokaina i eukaina są zbyt ryzykowne, a to ze względu na swe własności trujące, (co do eukainy, przekonanie autora jest zbyt przesadne. Przyp. ref.). Wobec tego zasługuje na rozpowszechnienie każdy nowy środek miejscowo znieczulający, nie mający ogólnego działania trującego. Środkiem takim jest anezyna. Jest to mniej więcej 1% roztwór wodny trójchlorku kwasu acetonowego, który udało

się otrzymać D-rowni Vamossy. Sposób otrzymywania anezy-ny podany jest do opatentowania. Nowym jest nie sam trójchlorek kwasu acetonowego, a jego wodny roztwór, który jakoby otrzymać trudno. Ze środkiem tym robił już przed laty kilka eksperymenty dr. J. Kossa, który się przekonał, że lek ten działa nasennie podobnie do chloralu i w tych samych dawkach. Na serce, podobnie jak wszystkie środki nasenne, trójchlorek kwasu acetonowego działa osłabiająco, zresztą bardzo słabo. Tak np. dawka śmiertelna dla żaby, wagi 60—90 gramów, wynosi 7—8 centigr. trójchlorku, ale i ta zabija żabę dopiero po trwającym jedną do 1½ doby odurzeniu. Żabę wagi 105 gr. zabijało dopiero 13 centigr. trójchlorku kwasu acetonowego. U królika dawka śmiertelna wynosi 0,5 na kilogram wagi. U człowieka dawki 1 gramowe nie wywołują żadnych objawów ubocznych, jak to stwierdzono w klinikach profesorów Laufenauer'a i Ketly'ego. Sam autor zażył 0,5 grama i, oprócz nieprzyzwyczajonej senności i trwającego kilka godzin snu, żadnych innych objawów nie zauważył. Do zastosowania anezyzny, (t. j. jednoprocentowego roztworu trójchlorku kwasu acetonowego w wodzie) w dentyście zachęcił Antal'a Vamossy, wykazawszy mu niewątpliwe miejscowe znieczulające działanie anezyzny na oku królika. Anezynę stosował A. w postaci wstrzykiwań w dziąsło. Do jednego zęba wychodziło od ½ do całej strzykawki Pravaz'a, a zatem od 0,005 do 0,01 samego działającego środka t. j. trójchlorku kwasu acetonowego. Wstrzykiwania robił Antal przeważnie na stronie policzkowej, w kierunku wierzchołka korzenia; w większej części przypadków wstrzykiwał po 2—3 krople i po stronie językowej. Znieczulenie występowało zwykle po 3 minutach. Co do siły znieczulenia, to z 60 przypadków, w których była zastosowana anezyzna, w 45 otrzymano znieczulenie zupełne, w 13 niezupełne, w 2 żadne.

Z przypadków, w których otrzymano znieczulenie zupełne, kilka było z zapaleniem ozębnej. Objawów ubocznych, w postaci jakiegokolwiek działania ogólnego, niezauważono ani razu. W kilku przypadkach wystąpiły lekkie obrzęki odpowiedniej połowy twarzy, te jednak był zupełnie bezbolesne i przechodziły po 1—2 dniach bez żadnego leczenia.

Do artykułu dołączone jest tabelaryczne zestawienie operowanych przy zastosowaniu anezyzny przypadków. Dz.

**6. L Strangways Hounsell. Przypadek posocznicy z powodu ropnia dziąsła.** (A case of septicaemia, the result of alveolar abscess. Dental Record, XVI, 9.

Sydney R., 13 lat mający, zgłosił się do autora, narzekając na silny ból zębów po prawej stronie. Policzek silnie



opuchnięty, usta pacjent otwiera z trudnością. Pierwszy górny duży trzonowy, próchnica w 4-ym okresie. Na dziąsle około tego zęba ropień. Po usunięciu zęba z otworu zębodołowego leje się w znacznej ilości gęsta ropa. Pacjent od razu doznał ulgi, lecz na drugi dzień zrana pojawiła się silna gorączka, tętno 156, źrenice rozszerzone; jednocześnie wystąpiły silne drgawki mięśni twarzy, szyi i od czasu do czasu kończyn; podniebienie opuchło. Sondowanie nie wykazało przedziurawienia jamy szczękowej. Naczynia i gruczoły chłonne opuchnięte i bolesne przy dotknięciu. Stan ten trwał do następnego poranku. Ponieważ nie zauważono polepszenia, wstrzyknięto pacjentowi pod skórę surowicę antistreptokokkową. Stan polepszał się i w końcu wystąpiło zupełne wyleczenie.

*Krakowski*

**7. Prof. Oscar Amoedo. Przyczynek do nauki o implantacji zębów.** (Contribution a l'etude de l'implantation des dents. Paris. 1897. str. 16).

Gdy d-r Junger w 1886 r. zaproponował po raz pierwszy implantację zębów, uważano ją powszechnie za niebezpieczną. Obecnie, w dziesięć lat później, na podstawie licznych prób przekonano się, że operacja ta powinna zająć poważne miejsce w praktyce codziennej. Wykonanie tej operacji jest dla pacjenta bezbolesne i nie naraża go na żadne niebezpieczeństwo.

Implantacja powinna zastąpić owe małe protezy, składające się z 2 lub 4 zębów, które są szkodliwe dla zębów otaczających, a w dodatku niebezpieczne, gdyż względnie często ulegają polknięciu, o czem świadczą liczne fakty, opisane w literaturze lekarskiej.

Nie mówiąc już o wyżej wspomnianych złych stronach małych aparatów, nie ulega wątpliwości, że co do estetyki i fizjologii, żadna inna operacja zębowa nie zbliża się tak do natury jak implantacja zęba, rezultat zaś otrzymany, gdy jest pomyślny, przewyższa wszystkie inne dziedziny dentystryki operacyjnej.

Prof. Amoedo, który po raz pierwszy na Kongresie w Rzymie przedstawił swą pracę i implantacji odwapnionych zębów, pracując stale w tym kierunku nad ulepszeniem techniki operacyjnej, podaje następujący sposób wykonania tej operacji:

1) Dezynfekcja jamy ustnej zapomocą płukania sublimatem  $\frac{1}{4000}$ , fenosalolem 1% lub nadmanganianem potasu  $\frac{1}{2000}$ .

2) Znieczulenie zapomocą wstrzykiwań w dziąsło 1 centymetru sześciennego fenylkocainy Painsot, prosto do kości, zapomocą wyjąłowanej strzykawki.

3) Głębokie rozcięcie dziąsła w formie litery H i oddzielenie dwóch płatów dziąsła wraz z okostną zapomocą odpowiednich narzędzi.

4) Trepanacja kości zapomocą trepanów osadzonych na bormaszynie.

5) Implantacja zęba przy pomocy automatycznego młotka, na końcu którego nakłada się drewnienko.

6) Umocowanie implantowanego zęba zapomocą przywiązania drutem lub specjalnego przyrządu.

Dla zębów dwuguzikowych (bikuspidatów) używają się ligatury bardzo mocne z drutu platynowego, a dla siekaczy Dr. Amoedo obmyślił specjalny przyrząd, który się składa z blaszki srebrnej i który przystosowuje się na tylnej powierzchni 3 siekaczy, jeśli jest jeden ząb implantowany. Do tej blaszki przyłutowuje się 6 drucików platynowych, po jednym na każdym końcu blaszki, a po dwa na miejscach, gdzie ząb implantowany styka się z sąsiednimi. Aparacik ten przykleja się cementem na tylnej powierzchni siekaczy, a platynowe druciki przesuwają się pomiędzy zębami i związują się na przedniej powierzchni około szyjek zębowych. Tym sposobem przysposobiony i przy-mocowany aparat formuje jedną całość z trzema zębami, przyczem unieruchomienie jest zupełne

Teorye objaśniające umocowanie się zęba implantowanego w kości, są następujące:

1) Odrastanie ozębnej (perycementu).

2) Otorbienie korzeni w zębodole (encystement de la racine).

3) Spojenie się korzeni (fusion) ze ściankami zębodołowemi. Dr-r Amoedo przyznaje tą ostatnią tylko za słuszną, gdyż sprawdził ją klinicznie, jako też i mikroskopowo. Odrastanie perycementu nie może mieć miejsca, bo implantowane korzenie są pozbawione wszelkiego ruchu i przy opukiwaniu wydają inny dźwięk, jak zęby sąsiednie. Wymienione objawy wylączają możliwość istnienia jakiegokolwiek miękkiej tkanki między zębem a kością. Teorya otorbienia jest także nie możliwa, gdyż badania histologiczne wykazały, że osteoblasty z zębodołu przenikają aż do jamy pulpy. Według prof. Amoedo, ząb implantowany (nie odwapniony) przedstawia jakby obce ciało, które drażni kość i wywołuje zapalenie tejże; powstają przy tem komórki, zbliżone do białych ciałek krwi, które w formie jakby błonki z tkanki embryonalnej, umieszczają się na obwodzie całego zębodołu.

Te komórki zarodkowe w końcu ściśle otaczają implantowany korzeń i wówczas zaczyna się odwapnianie i wysuszenie korzenia; pojawiają się komórki — osteofagi i olbrzymie osteoklasty, skutkiem czego na powierzchni korzenia pojawiają się małe wgłębienia. Jeśli ząb jest dobrze unieruchomiony i jeśli stan ogólny chorego jest pomyślny, korzeń po pewnym czasie przestaje oddziaływać jak ciało obce i proces chłonięcia zatrzymuje się. W zarodkowej tkance, utworzonej między zębem i zębodołem, rozwijają się liczne naczynia krwionośne i wkrótce ukazują się osteoblasty; osiadają stopniowo sole wapienne, tkanka zamienia się na kostną i w ten sposób następuje spojenie korzenia ze ścianą zębodołu.

Taki sposób połączenia implantowanego korzenia z kością potwierdzają dane kliniczne, mianowicie nieruchomość zęba implantowanego i odmienny dźwięk, otrzymywany przy opukiwaniu, jak to już zaznaczyliśmy. Odmienny dźwięk jest skutkiem tego, że wywołane opukiwaniem drganie zęba udziela się, na skutek braku tkanki miękkiej (ozębnej), pomiędzy zębem i kością, wprost ostatniej, czego niema przy zębach naturalnych, nie implantowanych.

Nakoniec, trudność ekstrakcyj, implantowanych zębów jest ostatnim dowodem ścisłego połączenia takich zębów z kością.

Ażebym przyspieszyć proces przyrastania implantowanego zęba, prof. Amodeo odwapnia warstwę cementu na  $\frac{3}{10}$  milimetra grubości, a to następującym sposobem:

Wygotowuje zęby w wodzie karbolowej 2%, i następnie moczy je przez 3—4 godziny w 10% roztworze kwasu solnego, sprawdzając głębokość odwapnienia wyjąłowym nożem; gdy ten wchodzi na  $\frac{1}{3}$  część milimetra, wynyma korzenie w wodzie i neutralizuje w amoniaku. Naturalnie że koronę trzeba uchronić od kwasu za pomocą kauczuku lub gutaperkowej rurki. Zęby tym sposobem przygotowane mogą być przechowywane w 1% roztworze fenosalolu. Przed użyciem ich trzeba rozszerzyć kanał od strony wierzchołka i napełnić go jodoformową chloroperką.

Rezultaty kliniczne wykazały, że zęby tym sposobem przygotowane, są łatwiejsze do implantowania i przyrastają prędzej, niż zęby suche, nie odwapnione.

Przytem metoda ta, robiąc zęby aseptycznymi, wyłącza absolutnie niebezpieczeństwo zaszczepienia wraz z zębem jakiegokolwiek choroby. Można mieć zapas podobnie przygotowanych korzeni, do których w razie potrzeby można dorabiać porcelanowe koronki, zastosowane do naturalnych zębów pacjenta



Na potwierdzenie swej metody d-r Amoedo opisuje kilka obserwacji, datujących się od 1888 roku.

M. Linda.

## Wiadomości pomniejsze.

8. O wpływie niedrożności nosa na choroby zębów miał wykład Dr. Mendel w paryskim Towarzystwie Dentystycznym. Niedrożność nosa powstaje w skutek obecności w przewodach nosowych polipów, lub t. zw. wyrosli adenoidalnych w jamie noso-gardzielowej, a szkodliwa jest głównie w okresie wzrostu. Wskutek ciągłego oddychania przez otwarte usta, mięśnie żwacze (masseter) pozostają w ciągłym napięciu, przez co ulega zniekształceniu szczęka górna. Normalny jej łuk eliptyczny ulega ściśnięciu, podniebienie zaś ulega zwężeniu i pogłębieniu. Zęby na skutek zniekształcenia łuku zębowego nie znajdują w nim miejsca, wyrastają bądź na zewnątrz łuku (kły, dwuguzikowe), bądź zostają wypchnięte ku przodowi (siekacze, kły). Niedrożność nosa szkodliwa jest również u dorosłych, gdyż oddychanie przez otwarte usta sprzyja wysychaniu śliny, ślina zaś, jak wiadomo, wywiera na zęby wpływ konserwujący. Już to oplukując je z resztek pokarmowych, już to zobojętniając powstałe z fermentacji resztek pokarmowych kwasy. (L'Odontologie. Nr. 8. 1897).

Dz.

9. **Bauchwitz stosował formagen** Abraham'a w 300 przypadkach zapalenia miazgi zębowej w różnych stadiach, przyczem, plombując od ręki, na jednym posiedzeniu, miał tylko 2 przypadki niepomyślne (zakończone ekstrakcją). Ból po zaplombowaniu ustaje zwykle od razu, jednakże jeżeli preparat zawiera za dużo formolu, to po zaplombowaniu występują silne i długotrwałe bóle. Płyn formagenu składa się z kwasu karbolowego i eugenolu, proszek z obojętnych ciał, nasyconych gazem formolu. Doraźne działanie, usmierzające ból, należy objaśnić wpływem karbolu i eugenolu. Doświadczenia wykonane przez Bauchwitz'a co do siły przeciwniejszej formagenem wykazały, że w podłożu, zakażonem drobnoustrojami, wziętemi z zapalonej miazgi, formagen wszystkie bakterye zabija.

Co do pytania, czy miazga traktowana formagenem, zachowuje żywotność czy też nie, to, chociaż Bauchwitz przemawia za żywotnością, doświadczeń jego na tym pun-

kie za wystarczające uważać nie można. (D. M. f. Z. 6. 1897). Dz.

10. **Dr. Flörke** opisuje 2 przypadki ciężkiego **zatrucia eukainą** przy śródziąsłowej wstrzykiwaniu

Pierwszy tyczył się pewnej damy, u której po iniekcji eukainy wystąpiły wszystkie objawy padaczki. Po krótkim czasie objawy te znowu się powtórzyły. Okazało się, że pacjentka chorowała na epilepsję. Wstrzykiwanie eukainy było powodem przyspieszenia napadu epileptycznego. Syn pacjentki, na widok zasłabnięcia matki, również doznał napadu epileptycznego.

Drugi przypadek zdarzył się u pewnej damy krępej i zdrowej. Zastosowano 3i roztwór. Po krótkim czasie pacjentka doznała silnej zapaści: leżała jak martwa. Po zastosowaniu sztucznego oddechu i oblewania zimną wodą, pacjentka wróciła do przytomności, lecz po kilku sekundach zapaść znowu się powtórzyła. Elektryczność nie doprowadziła do pożądanego skutku. Po zastosowaniu iniekcji z kamfory pacjentka poprawiła się. Pacjentka po zbudzeniu się nie była w stanie wskazać ani nazwiska, ani miejsca zamieszkania. Fl. zalicza enkainę do trucizn sercowych. (Deutsche Monat. für Zahnh.; zeszyt VI. z r. 1897). Lek. dent. Krakowski.

11. W celu utrzymania na miejscu odłamków przy złamaniu żuchwy (szczęki dolnej) zaleca dr. Lauenstein przewiercić na wskroś dziurki w 2 zębach, stojących po obu stronach złamania, przeciągnąć przez te dziurki drut i drutem tym zęby ściągnąć. Otrzymuje się tak dobre umocowanie odłamków, jak przy zeszyciu kości, a nie ma przy tym sposobie złych stron zeszywania mianowicie usypiania chorego, ropienia około użytego do szwu drutu etc. Drut przewleczony przez dziurki w zębach trzyma daleko lepiej niż tylko nałożony z zewnątrz na zęby. (C. f. Chirurgie Nr. 24. 1897).

12. Z powodu powyższego komunikatu d-ra Lauenstein'a dr. Hansy przypomina o starym, a jeszcze prościejszym sposobie Sauer'a, polegającym na zdrutowaniu szczęki bez przewiercania zębów. Sposób Sauer'a jest następujący: po nastawieniu odłamków i wypróbowaniu prawidłowej ich pozycji przez skontrolowanie artykulacji, bierze się drut, dość gruby, żelazny, mosiężny lub miedziany, jaki się trafi pod ręką, i drut ten wygina się w kształt podkowy tak, aby pasował do językowej powierzchni zębów, tuż przy dziąśle. Koło ostatnich zębów drut zagina się tak, aby na przedniej stronie zębów podobny łuk uformował; końce druta na linii środkowej się skręca. Ażeby tę szynę drucianą na miejscu swym dobrze utwierdzić, łączą się oba łuki dru-

ciane cienkimi drucikami, przewleczonemi przez szpary międzyzębowe.

Druciki te można dla jeszcze lepszego utwierdzenia okręcić na około kilku, mocniej stojących zębów. (C. f. Chirurgie. Nr. 40. 1897).

13. W 32 numerze Centralblatt für Chirurgie z r. 1897 znajdujemy 3 artykuły o gangrenie, spowodowanej okładami z roztworu kwasu karbolowego. Dr. Morestin opisuje jeden przypadek, dr. Czerny 3, a dr. Levai aż 26. Gangrena może nastąpić nawet po zastosowaniu bardzo słabych roztworów.

Zdaniem wyżej wymienionych autorów należy zabronić aptekom i składom materiałów aptecznych sprzedawać bez recept nawet najslabsze roztwory kwasu karbolowego.

Dz.

14. **Zahnaerztliches Wochenblatt** (Nr. 524) opisuje przypadek następujący, wyjęty z prywatnego listu dentysty. 8-letniemu chłopcu rwano ząb, prawy dolny trzonowy. Ząb nadzwyczaj słabo był osadzony, przy pierwszym pociągnięciu wyszedł, wysunął się z kleszczy i wpadł chłopcu do gardła. Dentysta sądził, że chłopiec ząb połknął; dalszy przebieg sprawy wykazał błędność takiego przypuszczenia. Ząb wpadł do krtani, a stąd do oskrzeli, skutkiem czego było jakoby zapalenie płuc, z gorączką i innymi typowymi objawami. Byłoby się źle skończyło, gdyby wypadkiem chłopiec się nie zwymiotował przyczem wyszedł i ząb winowajca. Objawy zapalenia płuc potem ustąpiły.

15. Przypadek śmiertelnego krwotoku po podcięciu języka u dziecka opisuje dr. N. J. Zarkiewicz we Wraczu (Nr. 39. r. b.). Operacya w danym przypadku zrobiona była przez lekarzy, w jednym z Petersburskich szpitali, do szpitali również zwracali się rodzice w celu zatamowania krwotoku. Jako przyczynę uporezywego krwawienia uważa Zarkiewicz w danym przypadku haemophiliją.

Podobny przypadek opisuje również dr. Reboul. (Ob. Revue de Stomat. Nr. 8. 1897).

16. Przypadek śmierci podczas usypiania brometylem zdarzył się we Wrocławiu w lipcu, jak donosi Zahn-aerztl. Wochenblatt Nr. 523. Pacjentka 24-letnia, zupełnie zdrowa (Kerngesund) udała się do specjalisty (Zahntechniker) w celu wyjęcia zęba. Gdy długo nie wracała do domu, mąż poszedł szukać ją do technika, gdzie znalazł już trupa. Środek usypiający podawano bez asystencyi lekarza; powołano trzech lekarzy, gdy było źle, ci jednakże przyszedłszy, skonstatowali już śmierć.

## **Kronika i sprawy zawodowe.**

**Program Przeglądu Dentystycznego** zatwierdzony przez p. Ministra Spraw Wewnętrznych dnia 12 czerwca 1897.

- 1) Artykuły z teorii i praktyki dentystycznej włącznie z techniką protetyczną.
- 2) Artykuły z dziedziny medycyny i nauk przyrodniczych (w zastosowaniu do dentystyki).
- 3) Opisy przypadków z praktyki dentystycznej.
- 4) Artykuły krytyczne o dziełach z dziedziny dentystyki.
- 5) Sprawozdania ze zjazdów i Towarzystw dentystycznych, a także lekarskich (w zastosowaniu do dentystyki).
- 6) Referaty z bieżącej prasy dentystycznej, jako też i ogólnolekarskiej (w zastosowaniu do dentystyki).
- 7) Życiorysy dentystów i innych działaczy na polu dentystyki.
- 8) Szkice z historii dentystyki.
- 9) Artykuły, dotyczące wykształcenia i bytu dentystów i organizacji pomocy dentystycznej.
- 10) Kronika, rozporządzenia rządowe, dotyczące dentystów. Wiadomości osobiste, nekrologia.
- 11) Skrzynka do listów, odpowiedzi od redakcyi.
- 12) Korespondencye i odcinek w zakresie programu.
- 13) Rysunki w tekście lub na osobnych arkuszach, portrety lekarzy, dentystów, jakoteż i pacjentów w tekście lub na osobnych arkuszach.
- 14) Płatne ogłoszenia.

Termin wychodzenia — raz na miesiąc.

Cena: w Warszawie 4 rs, wraz z odnoszeniem do domów, z przesyłką pocztową 5 rs.

**△ Sprawy o gabinety dentystyczne.** Władza policyjna w kwietniu r. b. wystąpiła z powództwem przeciw zamieszkałym w Warszawie kolegom: G. G., A. M., B. C., G. O., iż takowi utrzymują gabinety dentystyczne, nie mając na to specjalnego pozwolenia, wymaganego przez Najwyżej zatwierdzone przepisy komitetu ministrów z d. 19-go października 1896-go r. Policyja przeto, powołując się na odnośne dowody i przepisy, żądała pociągnięcia wymienionych Kolegów do odpowiedzialności sądowej z artykułu 29 ustawy o karach, nadmienając, że oskarżeni deklaracyami z grudnia r. z. zobowiązali się zamknąć swoje, nieprawnie otwarte, gabinety dentystyczne. Pozwani dowodzili, iż gabinety ich istnieją oddawna, i że nowe przepisy ich nie obowiązują. Sędzia pokoju XI-go rewiru, wysłuchawszy świadków, w motywach swego wyroku uznał,

iz oskarżenie władzy policyjnej nie ma prawnej podławy, że wyżej wspomniane przepisy komitetu ministrów nie dotyczą już istniejących, a stosują się tylko do nowootwieranych gabinetów, i że przepisy te wstecz nie obowiązują w myśl prawa ogólnego (art. 60-ty); że zresztą w przepisach owych nieznaczono, aby one rozciągały się i na te gabinety dentystyczne, które otwarte zostały przed ogłoszeniem nowego prawa. Ostatecznie sędzia pokoju, uznawszy, że oskarżenie nie zawiera bynajmniej cech przestępstw, przewidzianych w artykule 29-ym ust. o karach, wszystkich uwolnił od odpowiedzialności. Odwoławszy się od wyroku tego do Zjazdu sędziów pokoju, komisarz VIII-go cyrkulu dowodził niesłuszności zapatrywań sędziego i, komentując przepisy prawa, domagał się zniesienia wyroku i ukarania winnych. Zjazd wywodów apelacyi nie podzielił i na posiedzeniu swem z d. 24 czerwca r. b. wyrok sędziego pokoju w swej mocy pozostawił.

**Potrzeba reorganizacyi.** Sześćdziesięcioletnie funkcjonowanie szkół dentystycznych nowego typu w państwie rosyjskiem daje możność do zbadania i przekonania się o brakach tak wewnętrznej organizacyi takowych, jako też i niedostateczności istniejących programów i systemów wykładania. Co raz to częściej dają się słyszeć głosy osób kompetentnych, domagających się odpowiedzialnej reformy. Świeżo w tej ważnej sprawie zabrał głos Sinicyń w 10 numerze wydawanego przez siebie w Petersburgu Zubowracz. Wiestnika. Artykuł pomieniony, pisany jak widać pod wpływem niedawno odbytego XII-go zjazdu lekarzy w Moskwie i wyrzeczonych na nim zdań prof. Scheff'a, jest poniekąd i polemiką względem ostatniego. Prof. Scheff wyraził pogląd, iż tylko w rękach ludzi, posiadających całkowite wykształcenie lekarskie, jak to ma miejsce w Austrii, dentystyka może należycie prosperować. Nie przesądzając kwestyi, co do której i obecnie panuje pomiędzy przedstawicielami medycyny wielka różnica zdań, Sinicyń zaznacza, iż w twierdzeniu szanownego profesora nie właściwie nowego znaleźć nie można. Zdania podobne do opinii Scheff'a i Breitbach'a, w kwestyi wykształcenia dentystów, wygłaszano i w Rosyi już przed 13-tu laty. Nie przyszedł jednakże widocznie jeszcze sprzyjający moment historyczny do imitowania austro-węgierskiego systemu. Sinicyń nie sądzi zresztą, ażeby matura była jedynym panaceum, które według przesvědzenia takich ludzi nauki, jak Scheff, Breitbach i inni, może nas zbawić od wszelkich nieszczęść. Nie szkoła, nie matura, nie ten lub inny fakultet samej przez się robią człowieka rzeczywicie pożytecznym przez swą działalność członkiem społeczeństwa — ważną rolę gra tu temperament, ogólne warunki życia i rozwoju, zdolności do samokształcenia się i t. p. Sprowadzając daną kwestyę na grunt lokalny, autor rozpatruje obe-

onie obowiązujące programy szkół dentystycznych w państwie rosyjskiem, ich genezę i braki. W konkluzji Sinicyń wskazuje, że reforma powinna wprost dotyczyć dwóch stron sprawy: 1) terminu trwania nauki w szkołach, 2) przedmiotów zajęć słuchaczy. Czas nauki w szkołach dentystycznych trzeba przedłużyć do 4—5 lat; wprowadzić nowe przedmioty fakultetu medycznego, mające zasadnicze znaczenie dla ogólnie - lekarskiego i specjalnego dentystycznego wykształcenia. Nadto autor domaga się większej kontroli słuchaczy pod względem możliwie większego ogólnie-medycznego wykształcenia, jako też i samych szkół co do środków pomocniczych, niezbędnych dla dania uczącym się specjalnego operacyjnego doświadczenia i wprawy technicznej.

*Jan Kanty Drac.*

△ **Państwowe szkoły dentystyczne.** Warszaw. Dniownik dotykając w 277 numerze z r. b. kwestyi panującego obecnie bezładu w sferze spraw zawodowych dentystyki, zaznacza, iż wydawane w ostatnich czasach przez władzę rozporządzenia, mające na celu ukrócenie pojawiających się nadużyć, nie dotknęły samego sedna panującej choroby. Choroba zaś złądem Dniewn., kryje się w istnieniu w wielu miastach państwa prywatnych szkół dentystycznych. Szkoły te, powiada wzmiankowany organ, służą nie celom naukowym, a stanowią przedsiębiorstwa handlowe dla swych założycieli. To też i kończący takie szkoły specjaliści, a są nimi prawie wyłącznie żydzi, muszą wiele przedstawiać do życzenia. Środek dla zaradzenia złemu jeden—zamknąć szkoły prywatne i otworzyć przy uniwersytetach odpowiednie zakłady rządowe. Wtedy dentystyka będzie studiowana dla niej samej, a nie dla celów ubocznych. Przyznając wiele w tem racji Dniownikowi, nie możemy przemilczeć, że projekt to zgola nie nowy i niejednokrotnie już przez samych dentystów przedstawiany, atoli bez skutku. Według zapewnienia Warsz. Dniewn. Rada Lekarska skłania się obecnie do rozwiązania kwestyi w pożądanym duchu i można się spodziewać, że nastąpi to w bardzo niedalekiej przyszłości.

△ **Wolni słuchacze.** Warszawska Szkoła Dentystyczna L. Szymańskiego, jak się dowiadujemy z pewnego źródła, wystąpiła z zapytaniem do Depar. Medycznego, czy i na jakich prawach mogą być przyjmowani na naukę do tej szkoły słuchacze, nie mający kwalifikacyi wymaganych przez ustawę normalną z roku 1891. Z prawa przyjmowania wolnych słuchaczy, jak dotąd, w Rosyi korzysta tylko Charkowska szkoła dentystyczna.

△ **Dobry projekt.** St. Petersburgska Gazeta Sądowa w 31 numerze z r. b. wystąpiła z obszernym artykułem, dotyczącym projektu uregulowania nienormalnych stosunków, powstałych

w państwie rosyjskiem między przedstawicielami dentystyki, skutkiem znanej reformy z 1891 roku. Artykuł oparty na faktach rzeczywistych, napisany ze znajomością rzeczy, dąży do radykalnego rozwiązania dawno już dojrzałej, zdaniem gazety, kwestyi drogą odpowiednich i sprawiedliwych ulg, jakie słusznie należą się praktykom, zniecałka zaskoczonym wymaganiem nowej reformy, a chcącym jednakże stać na odpowiedniej wysokości swojego zilania. Artykuł powyższy polecamy uwadze żywiej interesujących się tą sprawą.

**Lekarze, weterynarze i farmaceuci** gubernii Witebskiej założyli **kasę wzajemnej pomocy**, funkcyjującą od półroczu na następujących podstawach. Celem kasy jest wydawanie jednorazowych zasiłków rodzinom członków w razie ich śmierci lub utraty możności zarobkowania. Członkiem kasy, oprócz wymienionych, może być również każdy dentysta, felczer, akuszerka. Środki kasy tworzą się z jednorazowych składek (najmniej 25 kopiejek), które nie są wnoszone corocznie, ale tylko w razie śmierci którego z uczestników (lub wydania zapomogi). Stan zamożności członka i jego rodziny nie ma znaczenia, wszyscy mają jednakowe prawa i kasa nie posiada charakteru filantropijnego. Wysokość zapomogi normuje się w następujący sposób.

Jeżeli członek wniósł 25 kop., to zapomoga wyniesie tyle razy po 25 kop., ilu jest członków kasy. Jeżeli wniósł 50 kop. to zapomoga wyniesie tyle razy po 25 kop., ilu jest członków opłacających po 25 i tyle razy po 50 kop., ilu jest członków opłacających po 50 kop. i wyżej. Po wypłacie zapomogi, wszyscy członkowie obowiązani są wnieść składkę ponownie w tej wysokości, w jakiej przyczynili się do ostatniej zapomogi, t. j. w pierwszym razie po 25 kop. wszyscy, a w drugim: ci co płacili po 25 kop., po 25 kop., a ci co płacili po 50 kop. również po 50 kop. Tym sposobem kasa zostaje znów doprowadzoną do poprzedniej pełności.

Obecnie do kasy należy 439 osób,

felczerów . . . . .	162
lekarzy . . . . .	69
akuszerok . . . . .	64
farmaceutów . . . . .	43
dentystów . . . . .	30
weterynarzy . . . . .	14
felcz. wet. etc. . . . .	36
1 — opłaca 3 rublową składkę	
19 — " 2 " "	
5 — " 1 kop. 50 "	
107 — " 1 " — "	
2 — " — " 75 "	
1 — " — " 70 "	

152 -- opłaca 50 kop. składkę  
152 — „ 25 „

Przy obecnej ilości członków, uczestniczącemu za kop. 25, wydają zapomogi rs. 109 kop. 75, a za rubla — rs. 248 kop. 20. Wskutek powiększenia liczby uczestników przez dopuszczenie niższego personelu lekarskiego, kasa nabiera ważnego społecznego znaczenia, zarazem jej doniosłość ekonomiczna bardziej się potęguje. Niskie składki czynią ją nieuciążliwą i dostępną dla wszystkich.

(Wracw 44). Kronika Lekarska Zesz. 23.

Przegląd Tygodniowy (Nr. 49 z r. z.) donosi o **25-letnim jubileuszu** pani **Heleny Świderskiej** jako Doktora Chirurgii Dentystycznej. Pani Świderska, jest założycielką i właścicielką wzorowo urządzonej szkoły Dentystycznej w Petersburgu, w zakładach jej znajduje zajęcie wielu Polaków. Jubileusz p. Świderskiej był cichy, ale nosił charakter bardzo serdeczny.

**Oryginalną sprawę** sądzono w Hamburgu. Technik rwał zęby pod chloroformem pewnej pacjentce. Pacjentka zaskarżyła później technika, że wyrwał jej więcej zębów, jak było potrzeba, aby więcej wziąć za sztuczne. Według zeznania lekarza, który chloroformował, na zapytanie technika, zadane przez tegoż pacjentce przed przystąpieniem do usypiania, czy można wyrwać co potrzeba, pacjentka odpowiedziała twierdząco. Lekarz miejski zeznał, że co do wskazań naukowych do rwania, technik był w porządku. Sąd jednak skazał technika na 100 marek kary lub 10 dni aresztu, a to ze względu na to, że pod słowami „wszystko co potrzeba“ pacjentka mogła rozumieć nie wszystkie wyrwane zęby, a tylko pewne z nich. Technik powinien był dokładnie określić, które i ile zębów chce wyrwać. Bez przyzwolenia pacjenta prawo niedozwala wykonywać nad nim operacji, nawet dla niego korzystnych.

Ponieważ podobne prawo obowiązuje i nas, zamieszczamy tę notatkę ku przestrodze czytelników. (Przyp. sprawozdawcy).  
Zahnarztl. Wochenblatt Nr. 518.

**Sprawa o odmawianie pacjentów.** Odźwierny pewnego domu w Paryżu, mając złość do mieszkającego w tym domu dentysty, odmawiał mu pacjentów, odsyłając ich gdzie indziej. Poszkodowany dentysta, oceniwszy stratę na 20,000 fr., zapozwał o odszkodowanie odźwiernego, jak również i właściciela domu. Trybunał zasądził dentystę 500 fr. i zwrot kosztów sądowych.

(L'odontologie Nr. 6. 1897).

REDAKTOR I WYDAWCA B. Dzierżawski.

Дозволено Цензурою. Варшава, 10 Декабря 1897 года.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.