

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROZOM  
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ.

## I. O lutowaniu w azbeście.

podał

Dr. Alojzy Wachsman. (Praga)\*

W technice zębowej tak często musimy lutować, że nie ma się co dziwić, że każdy praktyk zmierza do udoskonalenia, głównie zaś do uproszczenia metod ku temu używanych. Dzieje się tak dla tego, że spajanie metalów jest najniebezpieczniejszym rękoczynem dla każdego początkującego, chociaż jest czynem zupełnie prostym, jeżeli się robi ściśle według prawideł. Prawidła te można streścić w następujących słowach:

1. Części, przeznaczone do spojenia, muszą się ściśle stykać.
2. Powierzchnia ich musi być zupełnie czystą, nie utlenioną, zwłaszcza w miejscach, gdzie ma wniknąć łącznie.
3. Łączno, które użyjemy, musi się topić przy cieplocie niższej, niż lutowane przedmioty i musi się dobrze rozplwać.

\*) Artykuł ten, pierwotnie przeznaczony dla Przeglądu Dentystycznego, był już drukowany w Czeskim *Zubním Lékarství*.

4. Musimy mieć płomień odpowiedniej siły i możność skierowania go na odpowiednie miejsce.

Ad. 1. Jeżeli nie można lutowanych części ściśle do siebie przyłożyć, to można osiągnąć przyleganie za pomocą wkładek metalowych, które muszą być tej samej jakości, co przedmioty, które chcemy lutować. Jeżeli przedmioty i części, przeznaczone do zlutowania, mają pozostawać w pewnym, z góry przeznaczonym i celowym wzajemnym do siebie stosunku, to musimy je podczas lutowania w odpowiedni sposób ustalić.

Rzadko nam się zdarza w praktyce możność lutowania dwu przedmiotów, związanych tylko drutem lub złączonych za pomocą klamer drucianych. Daleko więcej jest takich przypadków, gdzie lutować musimy w środowisku, które ustala lutowane części w tym wzajemnym stosunku jaki nam jest potrzebny.

Środowisko to jest, złym przewodnikiem ciepła i pochłania ciepłość, potrzebną do roztopienia łączna. Okoliczność ta ma dla nas tem większą ważność, że zęby sztuczne nie znoszą nagłych zmian ciepłoty i często od tego pękają. Jako środowisko do utrzymania sztuk w kupie używany był dotąd gips z dodatkiem piasku, azbestu, proszkowanego marmuru, miedzionego krzemienia, pumeksu lub proszku z węgla drzewnego. Z ostatnim jeszcze najlepiej się darzy, ponieważ domieszka węgla nie tylko zmniejsza kurezenie się gipsu (co czynią i pozostałe domieszki), ale też i dopomaga do równomiernego rozgrzewania się całej sztuki.

Że gips w żarze się kurezy, łatwo się przekonać, nalawszy gipsu do metalowego naczynia i przepaliwszy go po stwardnieniu. Gips wypadnie wtedy łatwo z naczynia. To ściąganie się gipsu jest bardzo nieprzyjemne, gdyż np. jeżeli lutujemy złotą protezę, to może spowodować powykrzywianie się zębów.

*Jenlcins*, wypalając swe plomby porcelanowe, za pomocą foremki plomb (otrzymane za pomocą wciskania w ubytki folii złotej) w masie azbestowej. W jednym

przypadku, w którym trzeba było zrobić plombę porcelanową w dwuguzikowcu, bałem się żeby wycisk z folii złotej nie powyginał się przy zdejmowaniu. Pomogłem więc sobie w ten sposób, że wypełniłem wycisk lepkiem woskiem i w ten sposób uniknąłem zepsucia się wycisku, który w doskonałym stanie zanurzyłem do azbestu.

Chodziło teraz o to, jakby pozbyć się wosku z foremki (wycisku). Nie można było zastosować w tym celu wrzącej wody, bo ta wymyła by nie tylko wosk ale i azbest; spróbowałem więc wosk wypalić. Wosk przy tem rozlał się najprzód po całym azbeście, wszystko szczyrniało i pokryło się warstwą sadzy; przy dalszym jednak paleniu spaliła się sadza bez śladu, a powierzchnia wosku i azbestu była zupełnie czysta.

Przypadek ten naprowadził mię na myśl używania azbestu za środowisko przy lutowaniu; pierwsze już próby lutowania w azbeście dały mi wyniki tak zadawalniające, że nie waham się zalecić owego sposobu do powszechnego użycia. Chcąc lutować w azbeście, zestawiamy najprzód zęby w wosku w sposób zwykły, później zanurzamy sztukę do masy azbestowej tak, żeby powierzchnia wosku pozostała wolna. Masę azbestową przygotowujemy przez rozmieszanie mielonego azbestu z wyskokiem. Jeżeli chodzi o zlutowanie rzeczy drobniejszych np. o zlutowanie sztyfta z czapeczką (przy koronie Richmonda), lub sztyftów dwu korzeni dwuguzikowca, lub klamry z płatką, to wystarcza dać trochę masy azbestowej na węgiel i do niej włożyć przedmioty, przeznaczone do spojenia. Jeżeli teraz zapalimy masę, to wypali się z niej spirytus i wosk, który łączy sztukę i możemy teraz przystąpić do naniesienia łączna i lutowania za pomocą dmuchawki. Jeżeli chodzi o zlutowanie mostka, zębów sztyftowych, złotej protezy, jednym słowem o przedmioty, gdzie przy lutowaniu i sztuczne zęby wystawione są na wysoki żar, zanurzamy je w masie azbestowej w płaskiej misce, którą sobie robimy z kawałka bla-

chy żelaznej, naciąwszy rogi i pozaginawszy brzegi. Kilka takich misek trzeba mieć w zapasie. Spirytusu z azbestu nie można tu wypalać, a trzeba wyparować go na wolnym ogniu (na płomieniu lub w piccyku). Przy wypalaniu spirytusu lub parowaniu na zbyt silnem ogniu mógłby azbest popękać.

Gdy azbest jest już suchy, to wypala się wosk, poczem sztuka gotowa jest do lutowania. Boraks, rozpuszczony w wodzie, możemy wraz z skrawkami łączną nanosić pendzelkiem wprost na rozpalony metal. Zanim jednak zastosujemy dmuchawkę, dobrze jest wprzód rozżarzyć całą sztukę nad płomieniem spirytusowym lub gazowym, okrywszy ją przedtem kawałkami węgla. Rozpaloną sztukę przekładamy, zdjęwszy węgle, na większy węgiel, przygotowany do lutowania. Powierzchnia tego węgla powinna być opalona, a to dla tego, żeby podczas lutowania nie odpryskiwały żeń iskry. Potem jeszcze pełnym płomieniem dmuchawki rozpalamy całą sztukę, wreszcie płomieniem spieczastym roztapiamy łączno.

Po skończeniu lutowania kładziemy węgiel wraz z miską w miejscu zacisznem, aby wszystko powoli ostygło. Jeżeli łączna gdzie mało, dokładamy go zaraz po odłożeniu dmuchawki, obmoczywszy boraksem, poczem dalej znów lutujemy dmuchawką.

Z powiedzianego widać, że sposób lutowania w azbeście przez swą prostotę lepszy jest od sposobów dotąd używanych; jest ten sposób czyściejszy, krótszy, nie pozwala na żadne przemieszczenia lutowanych części; pęknięcie zębów jest przy tym sposobie prawdziwą rzadkością. Polecam więc swój sposób każdemu praktykowi najgorzej.

## II. Porcelana i emalia w dentystyce.

opracował

D<sup>R.</sup> CYRYL ZBOŘIL

dentysta w Przyrowie (Morawa)

(Ciąg dalszy).

Poznawszy przebieg prac „*continuous gum*” według sposobu klasycznego i nowsze tych prac odmiany, na zakończenie pozwolimy sobie omówić zarzuty, jakie powszechnie są stawiane sztukom porcelanowym, a także musimy powiedzieć słów kilka o prawidłach, którymi się rządzą mistrzowie, ażeby zapobiedz tym niedogodnościom, jakie z samej istoty prac tych wynikają.

Głównym, a właściwie jedynym możliwym zarzutem ze strony naukowej jest ten, że sztuki porcelanowe są za ciężkie. Zarzut ten z ust wypłynie każdemu, kto pierwszy raz sztukę taką do rąk weźmie. Mistrzowie jednak specjaliści na zasadzie swego długoletniego doświadczenia z uśmiechem zarzut ten przyjmują jako mało ważny. Dla uzupełnienia paradoksu dodamy, że są nawet i tacy, którzy właśnie ciężkość prac tych wychwalają; zwłaszcza na dolne protezy mają być takie sztuki idealne według powszechnie przyjętych poglądów.

Prof. Haskell jednak, a temu nie można odmówić braku doświadczenia, bo 50 lat już takie sztuki robi, poglądów takich nie podziela. Mamy więc co do tego zamęt pojęć zupełny. Prof. Haskell dolne sztuki rzadko robi z porcelany; przekłada on w tym przypadku czysty kauczuk lub kombinację złota lub glinu z kauczukiem.

Z artykułu o kursach prof. Haskell'a (*patrz* № 12 *Przegl. Dentyst. z r. 1898*) wiedzą już Szanowni Czytelnicy, jakie zmiany trzeba robić na modelu, żeby adhezja płatki była dobra, również jak trzeba so-

bie poczynać przy pracy, żeby płatka ściśle przylegała i jak zęby ustawiać. Przypomnimy tutaj, że zgryz tak powinien być uszykowany, żeby przednie zęby wcale się z sobą nie stykały, a główny ucisk żeby był ześrodkowany na dwuguzikowcach. Na modelu wzdłuż szwu podniebiennego aż do miękkiego podniebienia powinno być zrobione podwyższenie z wosku, rozciągające się na 1 do 1½ cm, na boki od linii środkowej, nieznacznie ku dziąsłom opadające. Podwyższenie takie na modelu zapobiega temu, ażeby płatka po zaniknięciu wyrostka zębodołowego nie zatrzymywała się na twardym środku podniebienia, a wciąż dobrze przylegała. Na skutek tego podwyższenia modelu robi się na płacie jakby wklęsnięcie, które według zdania wielu, do których przyłącza się i moja skromna osoba, jest nieczem innym jak komorą pneumatyczną, modelowaną tylko w sposób swoisty. Według mego zdania taka komora powietrzna działa lepiej, niż ssawki, według zwykłych prawideł zrobione. Według mego skromnego doświadczenia wklęsnięcia takie okazały się doskonałymi i przy sztukach kauczukowych, przy których teoretycznie uzasadnione są jeszcze więcej, bo przy kauczuku zanik zębodołów postępuje jeszcze prędzej wskutek złego wpływu kauczuku.

Kto nie ma pewności, że mu się płatka nie popaczy w ciągu długiego lutowania lub skureczenia masy porcelanowej przy wypalaniu, co by popsuło doskonałą adhezję platki, ten może sobie górną sztukę opatrzyć pneumatyczną komorą (ssawką), przygotowaną ściśle według prawideł techniki metalowej. Jak już pisaliśmy, można za pomocą zastosowania w swoim czasie tłoczni Gartrella poprawić przypadkowe skrzywienia.

Przy aparatach całkowitych, zrobionych tym sposobem, można zastosować i sprężyny. W tym przypadku umieszcza się w odpowiednich miejscach rurki platynowe, które się przylutowują jednocześnie z lutowaniem zębów. W rurkach tych umocowuje się

później cementem lub gutaperką trzymadła do sprężyn. Można też rurki te opatrzyć gwintem i do nich później trzymadła powkręcać.

Nienaukowym bynajmniej zarzutem, ale najpoważniejszym, o który najczęściej w życiu potocznem rozbija się nasza dobra wola i chęć pacyena, jest znaczna cena robót porcelanowych. Choćbyśmy się zadowolnili mniejszymi cenami niż iście książęce honoraria dentystów amerykańskich i angielskich, to i tak jednak znajdzie się bardzo mało ludzi, którzy by się nie zlekli takiego wydatku.

---

Ostatnim działem prac porcelanowych, najnowszym z nowych, jest sporządzanie *koron i mostków porcelanowych*.

Ten dział techniki dentystycznej teraz zaczyna się rozwijać, jak to już we wstępie pracy niniejszej zaznaczyliśmy. Dział ten dzieli się na prace koronowe i mostkowe, a w obu metoda porcelanowa gra rolę poważną.

*Jerzy Evans* mówi w swej książce p. t. „*Prace koronowe i mostkowe*“ str. 44: „Prace koronowe są bardzo dobre i pożyteczne, zarówno dla zębów pojedynczych jak i na podpory dla mostków“.

Są dwa główne systemy: porcelanowy i złoty. Do porcelanowego należą korony porcelanowe z umocowaniem metalowem z pierścieniem lub bez pierścienia. Do systemu złotego należą korony złote z porcelanowym frontem. Wielu dentystów używa wyłącznie koron porcelanowych, najwyżej jaki ząb tylny zastąpi koroną całkowicie złotą. Powoduje się to tem, że przygotowanie koron złotych jest dość uciążliwe i że wielu żywi niechęć do koron, opatrzonych paskami lub pierścieniami.

Zwolennicy systemu porcelanowego chwają jego naturalne wejście, zupełność w odbudowie konturów, trwałość, czystość, prostotę przygotowania, przysposo-

bienia i umocowania w korzeniu, który się hermetycznie koroną zamyka.

Korony porcelanowe można podzielić na dwa główne rodzaje; korony jednego gatunku umocowują się w korzeniu za pomocą szrubki, sztyfta drewnianego lub metalowego, których jeden koniec osadza się na cement lub amalgamat w korzeniu, drugi w samej koronie. Tak jest przy koronie, podanej przez Bonwilla, Fostera, Gates'a, How'a i Howlanda, z nowszych przy koronie Davis'a.

W koronach drugiego rodzaju jeden koniec sztyfta spaja się z koroną już w fabryce, drugi zaś koniec osadza się w korzeniu na materiał plastyczny; do tego rodzaju należą korony Logana, Browna i nowa korona Richmonda.

W pracy niniejszej nie możemy się rozwinąć szczegółowo o przygotowywaniu ust do koron, jako też nie możemy zagłębiać się w szczegóły przyprawiania różnego rodzaju koron do korzeni; stanowi to przedmiot oddzielnych podręczników. Musimy się ograniczyć na stwierdzeniu istnienia różnego rodzaju koron i na ich krótkim opisie.

Korona *Bonwill'a* była pierwszą, która wykazała postęp w technice koron porcelanowych i doznała wielkiego rozszerzenia. Korony te, przygotowane całkowicie z porcelany, mają cechy następujące: wklęsłość, na podstawie, trójgraniasty kanał drażący od podstawy do powierzchni językowej, rozszerzający się na tej stronie.

W dwuguzikowcach i trzonowych otwór kanału koronowego jednego lub dwu otwiera się na powierzchni żującej (patrz fig. 6). Obsadza się te korony na korzeniach za pomocą platynowego sztyfta z karbami i amalgamatu.

Korona *Storer How'a* bywa w dwu postaciach: jako korona z czterema sztyfcikami dla siekaczy, kłów i dwuguzikowców i korona z kanałem w kształcie jaskółczego ogona dla dwuguzikowców i trzono-



wych. Obie postacie przedstawiają postęp w sporządzaniu koron i dają się jeszcze częściej zastosować niż korony Bonwill'a.

Korona z 4 sztyfeikami jest to płaski ząb z 4 platynowemi kramponami, stojącemi równolegle naprzeciw siebie. Pomiędzy kramponami jest na stronie językowej zagłębienie. Do umocowania tej korony służy sztyft, najlepiej z t. zw. koronowego metalu lub platyny z irydem, opatrzone gwintem. Jeden koniec sztyfta wkręca się do korzenia, drugi koniec wkłada się w zagłębienie pomiędzy kramponami i te za pomocą specjalnych kleszczy na sztyfcie się zagina i ściska.

Zagłębienie na stronie językowej wypełnia się złotem, amalgamatem lub metalem Wooda, a czasowo nawet i gutaperką. — (fig. 15H).

Korona Howa z kanałem przypewnia się za pomocą dwu szrubek, wpuszczonych do korzeni na amalgamat.

Szrubki te (sztyfty) krzyżują się w kanale, a wolne ich końce wystają z korony na powierzchnie żującej. Koronę doprawia się według zgryzu i obsadza na amalgamat (fig. 15H).

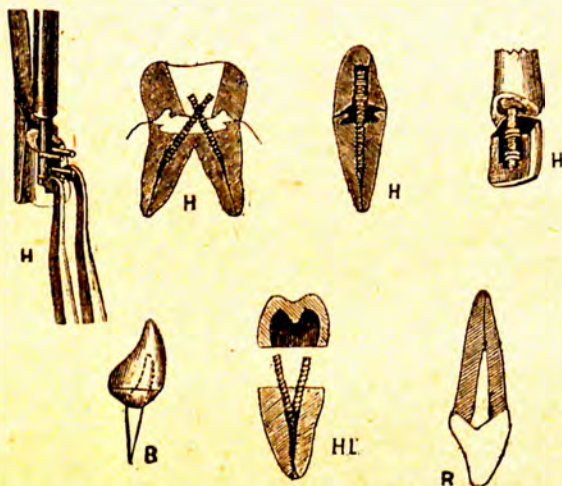
Korona *Gatesa* podobna jest do korony Bonwill'a i często jest z nią identyfikowana. Obsadza się za pomocą sztyfta gwintowanego, specjalnie do tego celu wyrabianego.

Na koniec tego sztyfta daje się czasem gwoli jeszcze lepszemu upewnieniu mała muterka, którą się pokrywa później cementem lub amalgamatem.

*Fostera* korona podobna jest do Bonwillowej, ale na podstawie ma mniejszą wklęsłość (patrz fig. 7). Na powierzchni językowej lub żującej przy ujściu kanału jest zagłębienie (rozszerzenie kanału), przeznaczone do przyjęcia muterki, którą się ta korona do korzenia przypewnia. Do obsadzenia tej korony potrzebne są takie same narzędzia, jak do Howowej.

Korona *Howlanda* daje się zastosować tylko do bikuspidatów i molarów. Jest to korona pełna, chowa-

jąca w sobie jamkę, która przyjmuje sztyfty lub szruby, pośredniczące w spojeniu z korzeniem. Obsadza się ta korona na amalgamat lub gutaperkę (fig. 15Hl).



Praktyczność tej korony stwierdzona jest długoletnim używaniem. Sposób umocowania jej poręcza trwałość i przedstawia tę wygodę, że przy dwuguzikowcach z dwoma kanałami można zastosować 2 sztyfty. Oprócz tego korona ta jest najprościej, a imituje w ustach zupełnie ząb przyrodzony, bo nie widać żadnego metalu.

Korony porcelanowe drugiego rodzaju są: *Loganowa*, *Brownowa* i nowa korona *Richmonda*. W tych koronach sztyft spojony jest z masą zębą w ciele korony.

Korona *Logana* (fig. 8 L) ma na podstawie zagłębienie, które służy: po pierwsze do ułatwienia przyszlifowania do korzenia, po drugie do przyjęcia masy plastycznej, na którą się ząb obsadza, co dodaje umocowaniu pewności.

Korona *Browna* ma, podstawę wypukłą, nowa zaś korona *Richmonda* ma podstawę ściętą w kształt-

cie litery V, jeżeli patrzeć na nią ze strony mezyalnej lub dystalnej (fig. 15 B. i R.)

Z koron tych najwięcej jest używaną korona *Logana*; montowanie tej korony na korzeń odbywa się według różnych sposobów, bądź bez wzmocnienia pierścieniem, bądź z pierścieniem w tych przypadkach, gdzie korzeń jest słaby i jest obawa, żeby mógł pęknąć.

Korona L. dla zębów przednich opatrzona jest jednym sztyftem spłaszczonym z rynienką pośrodku (patrz fig. 8 L). Dwuguzikowce i trzonowe mają albo po 2 sztyfty z osobna wpuszczone do ciała korony, lub jeden sztyft rozwidlony w dwie odnogi.

Korona *Logana* jest bardzo mocna. Z korony można, jeżeli zgryz tego wymaga, zeszlifować wielką część, pomimo czego nie straci ona wiele z swej mocy. Ponieważ jest ta korona cała z porcelany i ponieważ nie zawiera w sobie ani większej ilości metalu ani też cementu, to zachowuje pewną, podobną do naturalnej, przezroczystość, co też jest jedną z głównych jej zalet.

Korona *Browna*, którą wynalazł *Parmly Brown*, ma sztyft w szyjce zęba, gdzie ucisk jest najsilniejszy, bardzo mocny, a krzepkość ta powiększa się jeszcze przez to, że sztyft i dalej jeszcze pokrywa porcelaną, tworząc wypukłość na podstawie korony. (fig. 15 B.). Sztyft jest płaski, u dwuguzikowców i u trzonowych podwójny. Korzeń do obsadzenia tej korony musi być wydrążony za pomocą odpowiedniego instrumentu; obsadza się ta korona na cement lub gutaperkę.

*Nowa* korona *Richmonda* ma podstawę w kształcie litery V. (fig. 15 R). Stosownie do tego przyprawia się korzeń i wpuszcza się koronę na cement lub gutaperkę.

*Richmondowa* korona nadaje się w tych przypadkach, gdzie zachowana jest jeszcze pewna część korony naturalnej.

Korony porcelanowe mają stanowczo wiele zalet. Są one protezą najwykwintniejszą mają wygląd naturalny i, co najważniejsza, dają się założyć nawet na przód, gdy pacjent ma mało czasu. Okoliczność ta, że

dopasowanie tych koron wymaga zupełnego lub częściowego przynajmniej zeszlifowania pozostałych jeszcze resztek koron naturalnych, które to resztki przy innym sposobie mogłyby służyć jeszcze za podstawę do roboty sztucznej, jest przyczyną licznych zarzutów przeciw stosowaniu tych koron. Przy zupełnym braku korony naturalnej sztyft, stanowiący główną podporę korony sztucznej, działa w korzeniu zupełnie na sposób dźwigni za wyjątkiem tych przypadków, gdzie brzegi korzenia opatrzone są pierścieniem. Jeżeli weźmiemy na uwagę, że korzenie, pozbawione miazgi, ulegają wciąż coraz więcej i więcej rozpadowi, a przytem wytrzymywać muszą cały ucisk przy jedzeniu, to musimy przyjść do wniosku, że z czasem muszą te korzenie się złamać, na czem ich rola się kończy. Oprócz tego, jeżeli sztuczna korona obsadzona jest na amalgamat, to, gdy w latach późniejszych nastąpi zanik dźwigni, obnaża się zezerniały korzeń i brzydkim swym wyglądem zohydza uzębienie pacjenta. Te są główne zarzuty, które stawiają koronom porcelanowym; oprócz tego zarzucają jeszcze i to, że niektóre z koron porcelanowych nie są dostatecznie mocne.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

---

### III. Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagałkowej i okołoszczękowej, z następczym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego.

podał Dr. A. TROCZEWSKI, *(Kutno\*)*

---

M. A. lat 41, włodarz, zapisał się do szpitala Kutnowskiego 27 Października 1899 roku. Chory przed tygodniem poczuł silny ból zębów ze strony prawej, w szczęcie górnej, w okolicy przedostatniego zęba trzo-

---

\*) Korzystając z łaskawego pozwolenia autora, podajemy ten artykuł za Łódzkim Czasopismem Lekarskim.

nowego, bolesnego na ucisk i nadpróchniałego. Już dnia następnego zjawila się opuchlina prawej połowy twarzy, ból zęba wzmógł się; po upływie następnych dni paru nie było żadnej poprawy, więc chory udał się do felczera. Zaraz po wyjęciu zęba cała prawa strona zaczęła szybko nabrzmiwać i twardnieć, wystąpiło uczucie bolesnego rwania i pulsowania, a pod wieczór chory miał kilkakrotnie dreszcze wstrząsające, gorączkę i zauważył widoczne wysadzenie na zewnątrz prawej gałki ocznej z jednoczesnem osłabieniem widzenia. W ciągu następnych 2 dni objawy powyższe potęgowały się; chorego przywieziono do szpitala.

Przy badaniu znalazłem co następuje: chory prawidłowej i krzepkiej budowy, dobrze odżywiony, wogóle dotąd zdrów był zupełnie; w narządach wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej żadnych zmian niema; stan gorączkowy, tętno około 120, drobne; znaczny upadek sił; wyraz twarzy cierpiący; chory skarży się na dojmujące bóle w całej połowie twarzy i w oku prawem. Twarz po stronie prawej potwornie spuchnięta, twarda, bolesna; obrzęk przedstawia się jako głębokie, rozlane nacieczenie zapalne wszystkich części miękkich twarzy; najwyraźniejszy jest w okolicy skroniowej, rozszerza się jednak na całą prawą połowę czaszki i szyję. Prawa gałka oczna zupełnie prawie wysadzona ze szczeliny ocznej, tak, że brzegi górnej i dolnej powieki wrzynają się niejako w powierzchnię tylną gałki ocznej; przednia powierzchnia gałki ocznej zwłaszcza rogówka zmętniała, podbiegnięta krwią, sucha, siła widzenia w tem oku zniszczona zupełnie. W okolicy nacieczonej powieki dolnej i pod nią wyczuwa się niezbyt wyraźne chelbotanie; w jamie ustnej cała okolica wyrostka zębodołowego i wewnętrzna powierzchnia policzka w okolicy wyjętego zęba mocno nacieczona, bolesna; tutaj mamy już wyraźne chelbotanie, obrzęk zapalny rozszerza się na podniebienie twarde i miękkie.

Tegoż dnia przystąpiłem do operacji: przeprowa-

dziłem dwa cięcia — jedno od strony jamy ustnej, w miejscu największego wypuklenia, pomiędzy policzkiem a wyrostkiem zębodołowym, przy czem opróżniona została obszerna jama, wypełniona bardzo cuchnącą ropą: palcem wprowadzonym do tej jamy, wyczuć mogłem obrażoną tylną powierzchnię szczęki górnej superf. infratemporalis i głęboki zaciek pod błonę śluzową prawego policzka. Drugie cięcie poprowadziłem w kierunku dolnego brzegu oczodołu prawego, pod powieką dolną i doszedłem do jamy ropnej, wypełnionej również cuchnącą, posokowatą wydzieliną; po bliższym zbadaniu tej jamy okazało się, że oficie wypływająca z niej ropa pochodzi z jamy samego oczodołu, gdzie stanowi obszerne zbiorowisko naokoło, a szczególnie poza gałką oczną; po wypuszczeniu ropy i przesączkowaniu tej jamy udało się wsunąć nieco gałkę oczną do oczodołu; na okolicę oka prawego nałożyłem lekko uciskający opatrunek, mając, wprawdzie słabą, nadzieję, że może uda się jeszcze ocalić oko od zniszczenia zupełnego. Dodać jeszcze winienem, że obie, wyżej opisane jamy ropne (w oczodole i od strony jamy ustnej) połączone są ze sobą, gdyż przy przemywaniu jamy w oczodole płyn ściekał do jamy ustnej przez ranę, tamże istniejącą. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 38.7, chory czuł się nieco lepiej, cierpienia miał mniejsze. Nazajutrz ciepłota ranna 38.5, stan ogólny gorszy, upadek sił większy; prawa gałka oczna znowu więcej wysadzona, miękka zmętniała, zupełna utrata siły widzenia (panophtalmitis); ropienie w oczodole bardzo obfite w ranie rozpad tkanek (gangrena humida). Na naradzie z Kol. Szpiganowiczem postanowiliśmy zrobić wyluszczenie gałki ocznej, co też niezwłocznie w odurzeniu chloroformem wykonał Kol. S. Po dokonanej operacyi okazało się, że wszystkie tkanki, wyściełające oczodół, są w stanie rozpadu; zmartwiałe tkanki dokładnie wycięto, jamę przemyto rozezytnem chinosułu i wypełniono szczelnie gazą jodoformową; wieczorem ciepłota 38.2. Następnego dnia ciepłota rano 37.8, ro-

pienie obfite, rany jednak oczyszczają się, chory pomimo osłabienia czuje się lepiej, jest zupełnie przytomny, sam przyszedł z sali chorych do sali opatrunkowej, nie skarży się na żadne cierpienia, wieczorem ciepłota 39,3; czwartego dnia T. m. 38,8, obrzęk twarzy znacznie mniejszy, ropienie mniej obfite, zacieków niema, rany oczyszczają się i zaczynają pokrywać ziarniną, ogólny stan lepszy, przytomność zupełna, bólu głowy niema; 5-go dnia T. m. 37,5, wydzielina z ran nieuciekająca, rany pokryte zdrową ziarniną, ogólny stan coraz lepszy. Szóstego dnia chory, jak zwykle, sam przyszedł z sali chorych do sali opatrunkowej, był zupełnie przytomny, rozmawiał ze mną i cieszył się, iż tak znacznie czuje się zdrowszy; przy opatunku znalazłem wszystko w stanie bardzo pomyślnym, rany czyste, pokryte zdrową ziarniną, ropienie umiarkowane, wydzielina nieuciekająca, zacieków niema; po opatunku wyraziłem mniemanie, że obecnie, wobec tak znakomitej poprawy, wszelkie niebezpieczeństwo, zdaje się, minęło. Skoro tylko chory po opatunku położył się do łóżka, zaczął trząść się na niem, wystąpiły zimne poty, zapaść, utrata przytomności i po upływie 1/2 godz. chory zmarł.

*Badanie zwłok* (wyłącznie głowy). Po otworzeniu czaszki na wypukłości mózgu żadnych zmian widocznych; na podstawie czaszki obszerne zbiorowisko ropy w okolicy oczodołowej czaszki, na podstawie zaś mózgu w zrazie skroniowym prawym, w przedniej części tegoż, *obszerny ropień* w samej substancji mózgowej, ropień wielkości dużego jaja kurzego, świeżo, jak się zdaje, przerwany i częściowo opróżniony do jamy czaszkowej. Prawdopodobnie to raptowne przerwanie się ropnia było przyczyną nagłej śmierci chorego, którego na godzinę przedtem uważaliśmy za uratowanego (shock).

W powyższym przypadku wskutek ropnego zapalenia okostnej zębodołu powstało ropne zapalenie tkanki łącznej okolicy szczęki górnej i oczodołu, co bez-

pośrednio pociągnęło za sobą wysadzenie i zniszczenie prawej gałki ocznej. Ropa z oczodołu prawego przedostała się przypuszczalnie przez otwór n. wzrokowego do jamy czaszkowej, co spowodowało wytworzenie się ropnia w prawym zrazie skroniowym, na podstawie mózgu; takie podejrzenie potwierdza i ta okoliczność, że w okolicy otworu n. wzrokowego, tak od strony oczodołu, jak i od strony czaszki, kość była obnażona z okostnej i rozmiękczona. W tym przypadku zastanawia, że pomimo istnienia tak obszernego ropnia mózgu w ciągu całej choroby nie było *żadnych* objawów mózgowych, nie takiego, co by nasuwało jakiegokolwiek podejrzenie na obecność sprawy chorobnej wewnątrz jamy czaszkowej. Pytanie, czy w naszym przypadku zakażenie wystąpiło bezpośrednio, jako skutek zapalenia okostnej zęba, czy też wywołane zostało przez wyjęcie zęba narzędziem nieczystym, wydaje się do rozstrzygnięcia bardzo trudnem. Na takie pytanie należy jednak ściśle odpowiadać, np. gdy się jest powołanym przez sąd w charakterze biegłego. \*)

## Dział sprawozdawczy.

23. **Dr. W. Wróblewski** (Warszawa). **Ostry ropotok jamy szczękowej.** (*Empyema atri Highmori acutum*. Gazeta Lekarska № 37—1899).

Do cierpień bardzo często o przykrym dla chorego przebiegu i o następstwach, nieraz bardzo poważnych, odnieść należy ostry ropotok jamy szczękowej. Autor przytacza pięć przypadków tego cierpienia przez siebie spostrzeganych i podaje dokładny obraz kli-

---

\*) Naszem zdaniem, biegły nie może w podobnym przypadku nic stanowczego orzec. W danym razie groźne objawy wystąpiły zbyt szybko po rękoczynie (felczera). by ten rękoczyn mógł być uznany za przyczynę zakażenia. (Przyp. red. Czas. Lek. na który w zupełności się zgadzamy. Red. P. D.)



nieczny ostrego ropotoku jamy Highmora. Czynnikiem przyczynowem być mogą: ostry nieżyt nosa, powikłanie przy zabiegach operacyjnych lub po przebytych chorobach zakaźnych, szybkie zmiany ciepłoty (przeziębienie). Ostatni czynnik wystąpił wyraźnie w przytoczonych przez autora spostrzeżeniach.

Ostre ropotoki jamy Highmora mogą być obustronne lub jednostronne. Autor częściej widywał te ostatnie. Przebycie tej choroby pozostawia skłonność do nawrotów, która polega na łatwości przenikania wydzielin nosowych do jamy szczękowej, bądź skutkiem niezwykle wielkiego otworu, łączącego te jamy (*ostium maxillare*), bądź też istnienia otworu dodatkowego (*ostium accessorium*). Te warunki anatomiczne, sprzyjające przechodzeniu spraw chorobowych z nosa do jam szczękowych, z drugiej strony ułatwiają odpływ z jam, przez co sprządzają samowyleczenie. Przy wązkim otworze szczękowym ropotok przechodzi w stan przewlekły i tylko za pomocą operacji usuniętym być może.

Objawy ropotoku jamy Highmora zależą od nasilenia sprawy chorobowej. Do tych objawów odnieść należy: ogólne rozbicie, a szczególnie zajęcie głowy, uczucie napięcia wewnątrz szczęki górnej, z nosa wypływ ropny nader obfity, niekiedy z przymieszką krwi. Wypływ ten w znacznej większości przypadków bywa jednostronnym i jednakowym tak w ciągu dnia jak i nocy (przy *przewlekłych* ropotokach wypływ zjawia się tylko zrana i trwa kilka godzin, pod wieczór zaś i w nocy ustaje). Niekiedy występują bóle w gałce ocznej strony odpowiadającej ropotokowi, bóle strzykające w całej odpowiedniej połowie głowy, a zwłaszcza w tyłogłowie. Przy ruchach bóle te zwiększają się; zawsze brak łaknienia i powonienia. Przy ropotoku o ciężkim przebiegu przyłącza się mniej lub więcej wysoka gorączka, apatya, światłowstręt, bredzenie, uczucie ciężkiej choroby, bardzo obfity wypływ ropny z nosa, mdłości, wymioty, utrudnienie myślenia. Ciężki przebieg bywa następstwem chorób zakaźnych, czasami występuje samodzielnie.

Wbrew twierdzeniom *Avellis'a* (*Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Archiv p. Laryng. Tom IV 1896 r.*), autor nie zauważył podczas przebiegu ostrego zapalenia zatoki szczękowej takich objawów, jak obrzęk policzek

i powiek. W przeciwieństwie do *Avelli'sa* W. uważa wykonanie nakłócia próbnego w celu rozpoznawczym za zbyt uczynne, gdyż prześwietlanie zawsze tu wystarczy do rozstrzygnięcia rozpoznania. Strona zajęta ropotokiem jest tak ciemną wraz z galką oczną i przestrzenią podoczodołową, że odbija na pierwszy rzut oka bardzo wyraźnie od strony zdrowej, jaskrawo różowej. Omawiając wyżej pomienioną pracę *Avellis'a*-Wróblewski nadmienia, że uważa przy danym cierpieniu wykonanie operacyi radykalnej (sztuczny otwór w szczęcie) przed 6 tygodniem za zbyt uczynne, z wyjątkiem niezwykle niekorzystnych warunków; ostre zapalenia jamy szczękowej zazwyczaj w 4 — 5 tygodni kończą się pomyślnie bez interwencyi chirurgicznej.

Zachowawczy sposób Wróblewskiego polega na leżeniu w łóżku, stosowaniu środków przeciwgorączkowych i napotnych (*Natrium salicylicum*, *salol*, *chinina*, *Antipiryna* i t. d.), ciepłych okładów na policzek i głowę; po ustąpieniu gorączki i bólów stosuje W. jodek potasu, który powoduje większe wydzielanie śluzu i przemienia prędko wypływ ropny na śluzowy.

*M. Krakowski.*

24. **Dr. med. T. Heryng. O wartości leczniczej płukania gardzieli i krtani.** (Czasop. Lekarskie Nr. 1-szy z r. b.)

Ruchy mięśniowe jamy ustnej i gardzieli, wykonywane w celu wprowadzenia w zetknięcie z błonami śluzowymi tych organów płynów leczniczych, nazywamy płukaniem. W artykule swym Dr. H. omawia głównie płukania gardła i krtani. Referujemy tylko to, co obchodzić może ogół dentystów.

Płukania mają na celu 1) zwilżenie lekiem miejsc chorych 2) zapobieganie zbieraniu się w większej ilości wydzielin przez ich usuwanie. Rozróżniamy płukania jamy ustnej, gardzieli, krtani i nosa. Przy płukaniu ust łączność pomiędzy jamą ustną i gardzielią jest przerwana. Język należy podnieść ku górze, podniebienie miękkie opuścić w ten sposób, by języczek zbliżył się do nasady języka. Oddycha się tylko przez nos. By płukanie podziałało należyście, powinno być ono wykonaniem racjonalnie. Błona śluzowa powinna przez jakiś czas stykać się z lekarstwem. Jeżeli są zalecane zimne płukania, to dla osiągnięcia odpowiedniej temperatury trzeba naczynie z płynem wstawić do lodowicy lub w lód drobno posiekany. Nie należy nigdy

wrzucać do płukania kawalków lodu; lód bowiem zawiera drobnoustroje, które zachowują swą żywotność, pomimo niskiej ciepłoty. W wyborze tego lub innego środka kierować się powinno formą i trwaniem choroby.

Ciekawe są doświadczenia *Karmela*, dokonane pod kierunkiem *Vogel'a*, mające rozstrzygnąć, czy płukania mają wpływ tylko miejscowy, czy też i ogólny.

*Karmel* chciał się przekonać, ile płynu leczniczego wchłania błona śluzowa przy płukaniu. Doświadczenia swe robił z następującymi środkami: wyskokiem, sodą, kwasem winnym, kali-chloridem, siarczanem magnezyi i cukrem gronowym i przekonał się, że wchłaniałość tych środków zmniejsza się w wymienionym porządku. *Karmel* robił doświadczenia te na samym sobie. Dokładne rozbiory ilościowe badanych płynów, dokonane przed płukaniem i wyplutych po 2-minutowem trzymaniu w ustach wykazały, że płyn używany zawierał mniejszą ilość danego leku, niż nie używany, a więc pewną ilość leku błona śluzowa wchłonęła.

Badania *Karmela* wykazały, że: 1) błona śluzowa jamy ustnej obdarzona jest zdolnością wchłaniania w wysokim stopniu;

2) że wchłanianie co do ilości zależnem jest od rodzaju środka,

3) a także od stężenia roztworu (im stężenie silniejsze, tym wchłanianie większe);

4) wchłanianie nie jest równomierne z czasem, użytym na płukanie.

Oprócz działania mechanicznego płukania mogą też mieć działanie *hartujące*. Ten rodzaj działania płukań mało jest znanym, co jest tem dziwniejsze, że hartowanie skóry cieszy się ogólnym uznaniem i rozpowszechnieniem.

W hydroterapii błon śluzowych, ważną rolę odgrywają następujące czynniki: 1) ciepłota wody, 2) długość działania i 3) mechaniczne usuwanie śluzu, wydzielin, resztek pokarmowych i drobnoustrojów. Płukania, hartujące błonę śluzową, są dobrym środkiem zapobiegawczym, gdyż zmniejszają lub znoszą zupełnie wrażliwość błony śluzowej na wpływy chemiczne, termiczne i intekcyjne. Do hartowania błon śluzowych należy używać wody przegotowanej, odpowiedniej temperatury.

Nie należy też ignorować *zapobiegawczego* dzia-

lania płukań w stosunku do różnych chorób zakaźnych. Płukania j. ustnej i gardzieli, usuwając z nich resztki pokarmowe i wydzieliny i t. p., pozbawiają te jamy tego materiału, na którym mogą prosperować drobnoustroje chorobotwórcze. Dla tego to podczas domowych epidemii błonicy (szkarlatyny) błonicy (difterytu) i mieszkowego zapalenia migdałów (*tonsillitis follicularis*) należy i osobom zdrowym zalecić gorliwe przepłukiwania ust i gardzieli (przynajmniej 4 razy dziennie).

*Przeciwwskazane* lub też utrudnione są płukania przy zrośnięciu podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli, przy przedziurawieniu twardego podniebienia i t. p.

Rozklasyfikować płukania w jakikolwiek racjonalny sposób jest trudno, a to z przyczyny niedostatecznej znajomości farmakodynamicznych i fizjologicznych własności niektórych leków. Ze względów praktycznych płukania dzielimy na:

- 1) odkażające (*antiseptica*)
- 2) przeciwkuczowe i narkotyczne (*antispasmodicu et narcotica*)
- 3) ściągające (*adstringentia*)
- 4) i rozrzedzające (*resolventia*).

Dr. Heryng omawia tylko płukania antyseptyczne, opierając swe wywody na znanych badaniach dentysty W. D. Millera\*).

#### H. Cohnówna.

25. **C. André i G. de Marion.** Dalsze wyniki leczenia próchnicy 3-go i 4-go stopnia za pomocą formolu geraniowanego. (*L'Odontologie* № 7, 1900).

W artykule swym autorzy mają na celu 1) dowieść nieszkodliwości ich sposobu przy prawidłowem zastosowaniu, 2) wykazać małą wartość sposobów innych, opartych niby to na działaniu formolu, w rzeczywistości zaś dowodzących tego tylko, że wynalazcy tych sposobów nie mają żadnego pojęcia o istocie działania formolu.

Jedną z najważniejszych stron działania formolu jest jego działanie odwaniające. Jeżeli zmieszać odpowiednią ilość formolu z gnijącymi ciałami

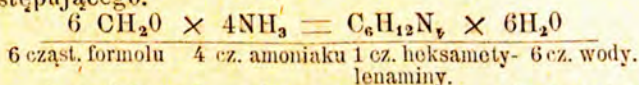
---

\*) Porównaj *Dr. C. Röse*. Badania nad płukaniem do ust. *Przegl. Dent.* z r. b. № 2, str. 52.

bialkowemi, wydającemi smrodliwy zapach, to prawie w tej chwili smród wszelki znika. Zauważyli to oddawna zarówno dentyści, którzy stosowali formol do leczenia plugawych kanałów, jak i chirurdzy, pierwsi jednak André i de Marion wyjaśnili na ezem właśnie polega to odwanianiejące działanie formolu.

Jeżeli mieszać równe ilości formolu (t. j. formaliny) i amoniaku, to mieszanina ta silnie się ogrzewa i zapach amoniaku znika.

Połączenie chemiczne odbywa się według wzoru następującego:



Amoniak pod wpływem formolu zmienia się tu w heksametylenaminę, ciało stałe, rozpuszczalne w wodzie, nie lotne, obojętne, nie działające drażniąco ani przyżegająco. Jeżeli amoniak nie jest wolny, a w postaci soli, to i to reakcyi wcale nie przeszkadza: formol łączy się z amoniakiem, kwas zaś ze związku się uwalnia. Jeżeli zamiast amoniaku będą zasady gnilne, jakie spotykamy w ciałach gnijących, to i te, bez względu na to czy są wolne, czy połączone z kwasami, podlegają tej samej reakcyi przy zetknięciu z formolem. Odwanianiejące działanie formolu polega właśnie na tem, że lotne te zasady przemieniają się pod wpływem formolu w ciała więcej zgęszczone i nie lotne.

W gnijących miążgach oprócz pochodnych amoniaku są jeszcze inne związki, mianowicie: kwasy tłuszczowe i ciała gazowe, jako to siarkowodór i lotne węglowodory. Przy otwartej miązdze gazy nie mają znaczenia, gdyż w miarę powstawania zaraz się ulatniają. Co innego kwasy tłuszczowe. Kwasy te są lepkie i ciągliwe, one to właśnie nadają gnijącej miązdze tą charakterystyczną konsystencję flegmistą (visqueux). Pokrywając ścianę przewodów korzeniowych i zamykając otwory kanalików zębiny, kwasy te utrudniają przenikanie w głąb środków antyseptycznych, ponieważ są nierozpuszczalne w wodzie. Żeby sparażliżować działanie tej biernej zapory André i de Marion już w roku 1897 (w Październiku) zalecili stosować do dezynfekcyi kanałów nie wodne, a spirytusowe roztwory formolu, według następującej recepty:

Aldehydu mrówczanego . . . (formolu, HCOH)  
. . . . . 40 części

Essencyi geraniowej destylowanej 20 części

Wyskoku 80-tej próby . . . . . 40 „

W roztworze więc tym jest tyleż formolu, co w zwykłej formalinie, t. j. wodnym 40% roztworze formolu.

Spirytus, zarówno jak esencya (olejek) geraniowa rozpuszcza kwasy tłuszczowe, ułatwia więc działanie formolu; oprócz tego alkohol działa jeszcze i w ten sposób, że szczególnie łatwo dyfunduje w zębinę.

Spirytusowy roztwór formolu działa więc znacznie silniej, niż roztwór wody; w każdym razie działanie bakteryobójcze formolu rozpoczyna się dopiero po ukończeniu działania odwanianiającego i możliwe jest tylko przy pewnej ilości formolu, ponieważ pewną część tego zobojętnieją produkty amoniakalne. Dla tego to nie mogą działać tak, jak twierdzą wynalazcy, te sekretne środki, które zawierają minimalne ilości formolu. Jeden z takich środków analizowali André i de Marion; okazało się, że środek ten składał się z tlenku cynku, z przepalonego alunu i gipsu, eugenolu i nieuchwytnie małej ilości trioxmetylenu. Niema, naturalnie, i mowy o tem, żeby ten środek mógł zabić wszystkie bakterye w ubytku i dać trwały rezultat. Chwilowo działają takie środki dobrze, ale działanie ich polega nie na działaniu formolu, ale raczej na wysuszających i wchłaniających własnościach gipsu i alunu.

Co innego formol geraniowany. Ten wyjaławia doszczętnie i daje wyniki trwałe. Oprócz tego formol geraniowany działa znacznie prędzej, niż wodne roztwory formolu. W razie potrzeby można form. ger. zdezynfekować kanał nawet w przeciągu kilku godzin, w zwykłych jednak przypadkach A. i de M. robią jeden dwa lub trzy opatrunki, zmieniane co 24 godzin. Oczyszczenie mechaniczne kanałów jest przed zastosowaniem formolu ger. pożądane, ale nie konieczne. W krótkich i wąskich kanałach nie ma konieczności kusić się o doszczętne ich wyczyszczenie; gdzie nie dojdzie igła, tam dojdzie formol. Ilość opatrunków zależy, rzecz oczywista, od rozmiarów zęba i stopnia jego oczyszczenia. Ogólnem prawidłem przy leczeniu formolem ger. jest: zmieniać opatrunki dopóty, dopóki wata, wyjęta z kanału po 24 godzinach przebywania w nim, nie będzie miała zapachu gnilnego, a tylko czysty zapach geraniowy. Watę z form ger. należy zamykać w kanałach za pomocą gutaperki.

Od pierwszego października 1897 r. do 31 grudnia r. 1899 leczyli A. i de M. formolem geraniowym 350 zębów u 242 pacjentów. Wielu z tych pacjentów widzieli później, mogli więc skonstatować trwałość działania. W 3% przypadków zdarzyła się recydywa; były to zęby jednak na tyle już zniszczone, że bez formolu ger. nie można by nawet myśleć o ich wyleczeniu.

Nawroty choroby objaśniają sobie autorzy tem, że prawdopodobnie plomby nie zamykały zębów w tych przypadkach hermetycznie. Dz.

26. **Pierre Sebileau** (Paryż) i **Charles Grandou** (Bourth). **Ropień okołożębowy i jako następstwo tegoż śmiertelne zapalenie żyły ocznej dolnej.** (R. de Stomatologie, Mars 1900).

W lipcu 99 roku do jednego z pomienionych lekarzy zgłosił się o poradę M. R. pisarz, mający 46 lat, bezzębny. Pacjent stale cieszył się dobrem zdrowiem, w 92 roku przeszedł cukrową chorobę w lekkim stopniu i od dawna jest już z niej wyleczonym. Od kilku dni R. źle się czuje: schudł, nie ma apetytu, jest b. osłabiony, nie może pracować umysłowo, cierpi na ból głowy; twarz blada z wyrazem zmęczenia, siedliska choroby nie wykryto jednak w żadnym organie.

Zastosowano więc wobec tego leczenie wyczekujące. Po 10 dniach zjawił się szczękoscisk, pacjent jednak nie odczuwał żadnego bólu, skarżył się tylko na nadzwyczajne osłabienie. Na wewnętrznej powierzchni prawej szczęki w głębi rowka dziąsłowo-policzkowego, około prawego drugiego trzonowego (spróchniałego) widać ropień, wyraźnie chelbozący. Ropień otwarto, szczękoscisk jednak nie minął; w 3 dni później uformował się nowy ropień, który zdawał się obejmować z tyłu ostatni duży trzonowy. Stan ogólny wskazywał objawy ostrego zakażenia; język suchy, puls przyspieszony i słaby, temperatura podniesiona do 40,3°; dreszcze. Szczękoscisk taki znaczny, że uniemożliwia przecięcie ropnia.

2-go Sierpnia ropień powiększył się: wypuklił się do wewnątrz wzdłuż brzegu podniebienia miękkiemu i na zewnątrz w rowek dziąsłowo-policzkowy.

Tu właśnie zrobiono cięcie, które dało ujście dość znacznej ilości smrodliwej ropy. Przez to cięcie wprowadzono zakrzywiony zgłębnik rowkowaty, który po tylnej powierzchni górnej szczęki doszedł do fossa

pterygo-maxillaris; ropa polala się znowu w znacznej ilości. Nazajutrz stan zdrowia chorego polepszył się: t<sup>o</sup> spadła o jeden stopień; chory czuł się silniejszym i nabrał apetytu. Taki stan trwał 3 dni, pomimo pojawienia się nowego zbiorowiska ropy w fossa temperalis, nad wyrostkiem licowym; ropień zwiększał się z nadzwyczajną szybkością i 6-go sierpnia był przecięty; wyszło dużo cuchnącej ropy, a wrowadzony głęboko zgłębnik wykazał obnażoną powierzchnię kości. Tego samego wieczoru zauważył chory w górnej powiece pewną ociążałość; nazajutrz zrana powieka ta była już zupełnie sparaliżowaną; gałka oczna i źrenica pozostały w stanie normalnym; 7 sierpnia paraliż mięśni ocznych, źrenica rozszerzona i nieruchoma, siła widzenia normalna, naokoło rogówki obrzęk, pogorszenie stanu ogólnego.

Przez ranę nad wyrostkiem licowym można dojść zgłębnikiem z jednej strony do obnażonych wielkich skrzydeł kości klinowej, z drugiej zaś wzdłuż tylnej powierzchni szczęki górnej do otwartego poprzecznie ropnia w rowku działosło polieczkowym.

Język suchy; t<sup>o</sup> wyżej 39<sup>o</sup>; puls przyspieszony, nieregularny; twarz blada, ziemista; chory czuje ogromne wyczerpanie i duszność; apetyt znikł zupełnie. Organy wewnętrzne, nie wykazują żadnych zaburzeń, jak również i funkeye umysłowe.

Rozpoznanie nie pozostawilo wątpliwości: zakażenie oczodołu jako następstwo ropnia pochodzenia zębowego.

Porozszerzano rany po poprzednich przecięciach, przyczem wylała się pewna ilość ropy; zagiętym zgłębnikiem przedostano się nawet wzdłuż wielkich skrzydeł kości klinowej przez fissura sphenomaxillaris do oczodołu, ale ztąd nie wylała się ani kropla ropy.

Po operacyi t<sup>o</sup> obniżyła się na jeden stopień; po 36 godzinach jednak gorączka wzmożła się, wyżej 39,5<sup>o</sup> i na tej stopie pozostawała aż do śmierci, która nastąpiła w 5 dni po ostatniej operacyi. O oględzinach pośmiertnych autorzy nie wspominają.

*Regina Róg-Weksler (Liège).*



## Wiadomości pomniejsze.

27. **Dr. Lehmann** (Drezno) twierdzi, że jeżeli pacjent od początku odurzania go **chloroformem** oczu powiekami nie przykryje, albo ma zupełnie lub chociażby tylko na pół otwarte, to przypuszczalny przebieg narkozy będzie ciężki.

Jeżeli zaś pacjent od początku chloroformowania oczu zamknie, powieki dobrze opuści, to narkoza przebiegnie gładko, bez powikłań. Bliższego wytłomaczenia tego zjawiska Lehmann nie podaje, obcuje jednak przy swem twierdzeniu stanowczo; dla tego, jeżeli tylko zauważy pierwsze oznaki niedomykania powiek, ta zaraz każe szykować narzędzia, potrzebne do ratowania przy nieszczęśliwie przebiegającej narkozie, i trzyma je podczas całej narkozy pod ręką. (D. M. Zhkde, 6 1899).

*Wł. Zieliński.*

28. **Antyseptyczne perelki do ust.** Są to perelki z cukru, zawierające każda po 0,01 Tymolu, Mentolu, Eukalyptolu, Sacharyny i Waniliny. Perelki te mogą zastąpić płukanie do zębów, gardła i ust, szczególnie dla dzieci, które jeszcze nie umieją płukać.

W ostatnim razie daje się dziecku po dwie perelki i zaleca mu się przelknąć, gdy się rozpuszczą. (Przegląd farmaceutyczny № 17—1899).

*M. Krakowski.*

29. **Przy ratowaniu pozornie zmarłych** (przy zaduszeniu podczas chloroformania i t. p.) *Laborde* zaleca rytmiczne wyciągania języka. W paryskim towarzystwie lekarskim L. zdawał sprawę z 14 przypadków pozornej śmierci, w których po 20—60 minutowem rytmicznem wyciąganiu języka chorych uratowano. W jednym przypadku udało się ocalić pozornie zmarłego energicznym stosowaniem wyciągania języka *w ciągu 3 godzin.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift № 44—99. Vereinsbeilage).

*M. Krakowski.*

30. **Dr. Bloch** w R. de St. zwraca uwagę dentyków na **suggestyonowanie** pacjentów przed wyrywa-

niem zębów, nadając temu sposobowi znieczulenia b. ważne znaczenie.

Wyrwanie zębów, jak wogóle każda operacya chirurgiczna, możliwem jest tylko przy dobrem oświetleniu i wygodnym dostępie; oba te warunki mogą być wypełnione tylko przy zupełnem zaufaniu pacyenta i chętnem poddaniu się operacyi. Od operatora więc zależy tak uspokoić pacyenta, tak mu wpoić myśl o zupełnej bieżbolesności mającego się dokonać ręko-czynu, żeby chory najmocniej był przekonanym, iż oprócz lekkiego wylusknienia zęba, absolutnie żadnego bólu nie uczuje. Wtedy pierzcha ta straszna obawa, którą widać przed rwaniem w oczach pacyenta, i która każe operowanemu krzyżeć nawet wtedy, kiedy ból nie jest silny.

Wmawianie powinno mieć miejsce zarówno przy znieczuleniu miejscowem, jak również przy ogólnem. W klasycznych dziełach, traktujących o chloroformie, znajdujemy wskazówki co do poddawania pacjentom myśli, że operacya przejdzie szczęśliwie i zupełnie dla operowanego bez bólu (R. de Stomat. Nr. 6. 1899).

R. R. W.

31. **Herpes zoster na śluzówce policzka.** *Dr. Chompret* opisuje przypadek liszaja opasującego, dość rzadko spotykanego w praktyce dentystycznej: zdrowy 45 letni mężczyzna na 3—4 tygodnie przed zjawieniem się u autora zaniemógł nagle, dostał bólu głowy i gorączki. Wezwany doktor zalecił środki przeczyszczające i dezynfekujące kanał pokarmowy, uznawszy chorobę za początek grypy (influenzy). Lekarstwa nie pomogły, gorączka się wzmogła, bóle głowy nie pozwoliły pacjentowi spać; bóle te były po prawej stronie; oprócz tego zaczęły boleć dolne prawe molary; życie stało się niemożliwem. Ponieważ objawy choroby były podobne do objawów nerwobólu nerwu trójdzielnego, zaproponowano pacjentowi wyrwanie zęba, na co się ten nie zgodził, a udał się potem do Dr. Ch., który po zbadaniu j. ustnej znalazł, że wszystkie zęby były zdrowe i dobrze rozwinięte, tylko prawe dolne wielkie trzonowe przy opukiwaniu były nieco bolesne. Przy odciąganiu policzka w celu obejrzenia zębów pacjent narzekał na nadzwyczaj silny ból, co zwróciło uwagę Chompreta na policzki.

Okazało się, że na błonie śluzowej tego policzka poniżej linii spotykania się zębów była ciemno-czer-

wona plama, na której były 3 owalne owrzodzenia. Pozostała błona śluzowa policzka, dziąseł i podniebienia była zupełnie zdrową. Punkty wyjścia nerwu podbródkowego i uszno-skroniowego były b. bolesne. Na skórze policzka pomiędzy skrawkiem ucha (tragus) i spojeniem warg widać było plamę czerwoną, znikającą przy uciskaniu, na plamie tej były małe strupki, które, jak zapewniał pacjent, powstały ze swędzących pęcherzyków.

Rozpoznanie było widoczne: herpes zoster w obrębie jednej z gałęzi nerwu żuchwowego; herpes był już w stanie przekwitania, ale groził pozostawieniem po sobie ciężkiego nerwobólu. Leczenie następujące: Do płukania zalecono:

Chloralu . . . . .	5,0
Kwasu karbol. . . . .	5,0
Essen. mięt. . . . .	20 kropel
Wody dystyl. . . . .	500,0.

Pomiędzy zębami i chorą błoną śluzową zalecono trzymać wedg, przepojoną następującym roztworem:

Morphi i mariat. . . . .	0,25
Eucaini . . . . .	1,00
Ag. laurocerasi . . . . .	30,00

Do wewnątrz chininę trzy razy dziennie po  $\frac{1}{2}$  grama. Przy tem leczeniu owrzodzenia zagoiły się, bóle ustąpiły (R. de St. 4. 1899).

R. Róg-Weksler.

32. W R. de St. (№ 4 r. 99), znajdujemy kilka sposobów znieczulania nadczułej zębiny: potaż gryzący w równych częściach z kwasem karbolowym daje często b. dobre wyniki, jednak na razie silne bóle.

M. W. J. Evans z New Yorku używa z powodzeniem eterowego roztworu cocaini muriatycznej; roztwór ten, zwany przez niego *vapococain* jest 50%.

Dr. W. Herbst z Bremy radzi po wysuszeniu zwilżyć zębiny wacikiem z 10% kokainą, potem zaś wacikiem zmoczonym w następującym roztworze: 1 gr. kali bromat, 1 c. sz. kwasu siarczanego i 2 cent. sz. eteru siarczanego.

Środek ten daje możność świdrowania najbardziej wrażliwej zębiny. Przed zastosowaniem hermetycznego zamknięcia należy wymyć ubytek alkoholem absolutnym, żeby wysuszyć powierzchnię zębiny, odwapioną w kw. siarcz. Przed zastosowaniem należy dobrze wyżąć wacik, zmoczony w drugim roztworze, tam-

ponik zaś z kokainą trzeba ogrzewać przed wniesieniem do ubytku.

*R. R.-W.*

**33. Sztuczna zmiana kształtu zębów u świń.** Jak donosi Tegetmeier na zasadzie wiadomości, otrzymanych od mieszkańców Nowych Hebrydów, mieszkańcy ci umyślnie zmieniają kształt klów świń domowych, przeobrażając kły w rodzaj kólek, bardzo poszukiwanych jako ozdoby. Świnie te są pochodzenia miejscowego.

Tubylecy kupują młode zwierzątka do utuczenia; przed rozpoczęciem tuczenia wrywają oni samcom kły z górnej szczęki, czego następstwem jest wydłużenie odpowiednich zębów szczęki dolnej. Ponieważ te ostatnie nie podlegają już ścieraniu, to wyrastają nie w prostej linii, a zakręcają się w kształcie kólek tak, że po niejakiś czasie wierzchołek zęba dotyka korzenia. Wtedy następuje to, co zwykle widzimy u gryzoniów (myszy, królików, zajęcy) po utracie przedniego zęba: antagonistą tak się wydłuża, że gryzenie staje się niemożliwym i zwierzę zdycha. U świń z N. H. zębów, nie mający przeciwnika, tak się wydłuża, że często robi dwa obroty, tworząc kółko i wypycha sąsiadów, jednocześnie korzeń ulega przerostowi, formując guz na żuchwie. Świnie wtedy dopiero zabijają, kiedy kły dojdą do pożądanego kształtu.

Kółka, powstałe z tych klów, służą za bransoletki. (*R. de Stomat. 5. 99*).

*R. R.-W.*

**34. Następstwa retencyi korzeni zębów mlecznych.** Jakie następstwa mogą spowodować zatrzymane korzenie zębów mlecznych, opisuje w *Revue de Stomatologie* (Mars 1900) Dr. Tourtelot: pani X, 32 letnia osoba, ciesząca się stale dobrem zdrowiem, zjawiała się u Dr. T., narzekając na ropień nad prawymi dwuguzikowcami górnymi; sprawa ciągnie się od 4 miesięcy, a był już raz ropień przecięty przez innego doktora. Pacjentka była anemiczna, opadła z sił i b. cierpiąca. W dolku szczękowym (*fossa canina*) było duże zbiorowisko ropy, pośród której znaleziono odsłonię (sekwestr).

Po usunięciu sekwestru zauważył Dr. T., pomiędzy 2-im dwuguzikowcem a 1-em molarem wgłębienie, a na dnie którego było widać 3 spróchniałe korzenie mlecznego molara: one to były przyczyną całej sprawy. Po usunięciu tych korzeni, zalecił Dr. T. przemy-

wanie kloaki wodą z naftolem. Po 12 dniach pacjentka czuła się już bardzo dobrze.

*Regina Róg-Weksler.*

35. **Zęby mądrości przyczyną wadliwego ustawienia zębów.** Panna B., jak opisuje Dr. Tourtelot w *Revue de Stomatologie* (Mars 1900), stała się pacjentką, miała zęby dobrze rozwinięte i prawidłowo ustawione.

Od niejakiegoś czasu zęby górnej szczęki wyszły z szeregu i ułożyły się dachówkowato. Kły i siekacze pozachodziły jedne na drugie w takim stopniu, że sprawiały trudności przy śpiewaniu (p. B. była uczennicą konserwatorium). Dentyści, do których p. B. zwróciła się o poradę, orzekli, że zaradzić złemu nie można. Dr. T. szczegółowo zbadał jamę ustną, przy czem okazało się, że górne zęby mądrości są na drodze do wyklucia się; korona jednego widoczna już była w trzech czwartych swojej objętości. drugi tylko co przebił dziąsło. Dr. T. niezwłocznie usunął oba te zęby i wszystko wróciło do stanu pierwotnego.

*Regina Róg-Weksler (Liège).*

36. **Jeszcze jeden przypadek, spowodowany zębami mądrości** opisuje ten sam Dr. Tourtelot (R. de St. Mars 1900): 38-letni M. L. zgłosił się do Dr. T., narzekając na nerwobóle twarzy, mocne zapalenie jamy ustnej i nieznaczny szczękocisk. Zbadanie pacjenta dało następujące wyniki: zęby zdrowe i mocne, brak obu zębów mądrości dolnych, które, jak utrzymywał pacjent, wcale się nie wyklęły. Natomiast górne zęby mądrości, nie mające antagonistów, wydłużyły się tak znacznie, że prawie o pół centymetra przewyższały inne trzonowe. Przy zamykaniu ust zęby mądrości pokrywały z tyłu dolne 2-gie trzonowe, uciskając policzki, raniąc dziąsła i dolną szczękę do takiego stopnia, że pacjent nie mógł żuć, za cały pokarm mając mleko i inne płyny. Cała jama ustna, podniebienie i gardło były w stanie silnego zapalenia, ślinianki podżuchwawe również zaatakowane.

Przyszedłszy do przekonania, że przyczyną objawów chorobowych jest wydłużenie górnych zębów mądrości, zeszlifował T. ich korony do poziomu pozostałych zębów za pomocą kamyka korundowego. Po dokonaniu tego rękoczynu zalecił dr. T. 5 — 6 razy dziennie następujące płukanie:

Chloralu

40,00

Mentholu

0,50

Wody przegotowanej 1 litr, zmieszany do połowy z naparem z korzenia ślazowego. Oprócz tego zalecił Dr. T. do wnętrza kapsułki z bromkiem chininy. Środki te i staranne czyszczenie zębów po ośmiu dniach wyleczyły pacyenta.

*Regina Róg-Weksler.*

37. **Choroba Barlowa.** W *Revue de Stomatologie* (Mars 1900) czytamy, że Dr. L. Guinon w praktyce swojej spotkał się z przypadkiem, mającym wszystkie cechy choroby Barlow'a.—Dziecko, mające 2½ lat, od kilku miesięcy zdradzało zaburzenia w trawieniu i wzroście; dziąsła opuchły, zaczęły krwawić; uformował się obrzęk kończyn dolnych, później górnych, klatka piersiowa wykrzywiła się; przy kaźpem wdychaniu na przedniej jej dowerzchni formowała się wklęsłość, świadcząca o zmięczeniu kośćca piersiowego. Podobne zmiany w organizmie mogą być zdaniem Dr. G. wywołane tylko przez chorobę Barlow'a, chociażby nawet, jak w danym wypadku, nie było ani wybroczyn podokostnych i podskórnych.

Dziecko to odżywiane było wyłącznie sztucznie przyrządzonym mlekiem o zmienionym składzie. Choroba ta często nawiedza dzieci w Ameryce, Anglii i Niemczech, gdzie sztuczne odżywianie niemowląt bardzo jest rozpowszechnione.

*Regina Róg-Weksler.*

38. **Dr. A. Bruideau** opisuje w R. de St. (Mars 1900) cztery przypadki błonicowatego (diphtheroide) zapalenia jamy ustnej u noworodków; choroba ta polega na tworzeniu się na śluzówce małych owrzodzeń, pokrytych szarawą błoną wrzekomą; owrzodzenia te znajdują sobie siedlisko najczęściej na podniebieniu przy końcach wyrostków skrzydlastych, można jednak widzieć je na środkowej linii podniebienia, na wędzidelku dolnej wargi i t. d.—Choroba ta zdarza się u dzieci słabych i chorowitych zarówno jak i u zdrowych. Co się tyczy przyczyny powstania tej choroby, to nie jest ona zupełnie wyjaśniona; jedni badacze znajdowali w błonach owrzodzeń gronkowce (staphylococci) inni łańcuszkowce (streptococci). Dr. Bruideau w jednym przypadku znalazł tylko łańcuszkowca, w trzech pozostałych—łańcuszkowiec był w połączeniu z gronkowcem. Jest to b. ważne spostrzeżenie, ponie-

waż w jednym przypadku choroba ta była punktem wyjścia róży ze śmiertelnym zejściem.

*Regina Rög-Weksler.*

39. **Lasecznik wywołujący: próchnicę bez resztek pokarmowych.** W ostatnim n-rze l'Odontologie (7-ym) znajdujemy komunikat p. *Duclaux* w Academie des Sciences o specjalnym laseczniku, wywołującym próchnicę zębów. Lasecznik ten przedstawia się w postaci krótkiej paleczki, obdarzonej ruchami, odbarwiającej się przy sposobie Grama i nie rozrzedzającej żelatyny.

Hodowle bulionowe tego lasecznika przedstawiają się jakby krzaczasto. Za pomocą czystej hodowli tego lasecznika wywołał autor próchnicę w sposób następujący: baranowi wywiercił w jednym z przednich zębów jamkę, 3 — 4 milimetrów szeroką, 2 milimetry głęboką i na dno tej jamki włożył za pomocą przepalanej łyżeczki platynowej czystą hodowlę omawianego lasecznika, którą pokrył potem plombą cementową.

Po 9 miesiącach barana zabito; na dnie ubytku znaleziono zębinę zabarwioną i rozmiękzoną. Z kawałka rozmiękzonej zębiny otrzymano czystą hodowlę lasecznika, który użyto do eksperymentu.

(Podobne komunikaty, przeczące ogólnie przyjętym teoryom powstawania próchnicy, pojawiały się już nie raz w literaturze (patrz Przegl. Dent. Nr. 11 z r. 1898), żaden z nich jednak nie wytrzymał próby krytycznej.

Podobne wątpliwości budzi i komunikat p. *Duclaux*, tembardziej jeszcze i dla tego że nie wspomniano w nim wcale, czy cement którym pokryto bakterye, zamykał ząb po 9 miesiącach hermetycznie).

*Dz.*

---

## Sprawy zawodowe i kronika.

---

**Jubileusz.** Pierwsze Towarzystwo Dentystów w Rosyi (Pierwoje Obszczestwo Zubnyh Wraczej w Rossii) zamierza uczcić uroczystym obchodem jubileuszowym swego członka honorowego i jednego z założycieli **Tomasza Ważyńskiego**. Jubilat założył w r. 1881 pierwszą Szkołę Dentystyczną w Rosyi, czem spr-

wę wykształcenia dentystów pchnął na nowe tory; to stanowi główną jego zasługę.

W dniu 23 kwietnia (st. st.) upływa 25 lat od chwili rozpoczęcia działalności praktycznej przez jubilatą. W dniu tym o godzinie 2 po południu Towarzystwo urządza w Sali Klubu Szlacheckiego (Newski 15) posiedzenie uroczyste, na którym mają być odczytane adresy i gratulacje, jakie nadejdą od Towarzystw, Szkół i osób prywatnych. Po posiedzeniu odbędzie się obiad składkowy.

Oprócz tego Pierwsze Towarzystwo Dentystów zamierza urządzić w miarę napływu składek stypendyumu imienia Tomasza Ważyńskiego przy jednej lub kilku szkołach dentystycznych.

Projektuje się również ofiarowanie jubilatowi **album z fotografiami** byłych wychowañców szkoły i kolegów odontologów; życzący przyjąć sobie udział w ostatniem, proszeni są o nadsyłanie tylko swych podobizn.

Składki na stypendyumu, adresy i gratulacje, a także wszelkie zapytania w kwestyi jubileuszu należy nadsyłać na imię Prezesa Towarzystwa *Iwana Stepanowicza Arkadjewa*, S. Petersburg, ul. Troicka №36, m. 36.

Na składki będą wydawane specjalne pokwitowania z pieczęcią Towarzystwa; nazwiska zaś ofiarodawców będą ogłoszone w Zubowraczebnym Wiestniku.

Bilety na obiad po 5 rb. od osoby można zamawiać w składkach „S. White i S-ka” (B. Morskaja 21) i „Ash i Synowie” (M. Morska 21), a także w lecznicy chorób zębów (róg Sadowej i Woznies. prospektu) w Petersburgu.

— Na mocy decyzji władzy naukowej, wychowañcom trzyklasowych szkół miejskich z 6-letnim kursem dozwolono wstępować w charakterze praktykantów do aptek, z warunkiem jednakże składania dodatkowego egzaminu z języka łacińskiego i algebry w zakresie programu czterech klas gimnazjalnych. (*Kurj. Warsz. № 94 z r. b.*)

— Zwierzchność warszawskiego okręgu naukowego wyjaśniła, iż świadectwa z ukończenia witebskiej szkoły siedmioklasowej, otrzymującej subsydyum rządowe, nie mogą być uznane za jednoznaczne ze świadectwami z sześciu klas. wydawanymi przez rządowe gimnazja męskie i żeńskie, ponieważ wymieniona szkoła nie korzysta z praw rządowych zakładów naukowych. Kończący tedy nauki we wzmiankowanym zakładzie naukowym nie mogą być dopuszczani po skończeniu szkół dentyrtycznych do egzaminów na stopień lekarza dentysty.

— Wydział lekarski uniwersytetu tutejszego przedstawił władzy do zatwierdzenia projekt, ażeby osoby, pragnące celem pozyskania stopnia lekarza dentysty zdawać egzaminy w uniwersytecie tutejszym, wnosily tytułem wynagrodzenia rb. 20, osoby,



zaś, zdające na stopień dentysty. rb. 10. (*Kurj. Warsz. № 97 z r. b.*)

== Dzienniki petersburskie donoszą, że ministeryum spraw wewnętrznych wkrótce rozważy projekt urządzania w Rosyi instytutów dentystycznych, opracowany przez zjazd dentystów w Petersburgu i teraz ostatecznie zredagowany przez wysadzoną ku temu komisję. Według projektu urządzenie instytutów może nastąpić jedynie w miastach uniwersyteckich, pozwolenia zaś na urządzanie będą wydawane jedynie osobom, odpowiadającym warunkom naukowym. Instytut przyjmować będzie uczniów, którzy ukończyli szkołę średnią. Kurs nauk 4-letni: dwa pierwsze kursy odpowiadają dwóm pierwszym kursom wydziałów lekarskich, dwa pozostałe zaś będą specjalne. Kliniki i pracownie uniwersytetu będą zarazem zakładami pomocniczymi instytutu, który też ma korzystać z personelu profesorów uniwersyteckich. Rada uniwersytetu będzie kierowała stroną naukową instytutu zupełnie samoistnie, nie oglądając się zgoła na założyciela instytutu. Wreszcie instytuty będą w zawiadywaniu—nie ministeryum spraw wewnętrznych, lecz oświaty. (*Kurj Warsz. № 24. z r. b.*)

== Przy zatwierdzeniu w r. 1894-ym przepisów, dotyczących egzaminów na stopień lekarza-dentysty, oraz na stopień dentysty nastąpiła odmowa ze strony ministeryum skarbu co do wykluczenia dentystów i lekarzy-dentystów z liczby osób, podlegających podatkowi osobistemu. W skutek zaskarżenia przez dentystę Szmula Dornera decyzji prezydenta m. Petersburga, odmawiającej wydania mu bezterminowego pasportu, sprawę tę zasadniczo rozwiązał senat rządzący. Na mocy punktu 5-go art. 900-go ust. o służ. państw. (tom III<sup>e</sup> wyd. 1857-go r.) pomocnicy weterynarzy i dentyści, z chwilą otrzymania odpowiedniego świadectwa, Wyłączani są z liczby osób, podlegających opodatkowaniu osobistemu, a po wstąpieniu na służbę państwową korzystają z przywilejów urzędników XIV klasy. Aczkolwiek w artykułach 481-ym (tom III, wyd. 1876-ge r.), 58-ym i 495-ym ust. o służ. państw. (wyd. w r. 1896-go r.) które zamieniły art. 900 ust. o służ. państw. z r. 1857-go, nie wyłączono wskazówki, zamieszczonej w punkcie 5-ym art. 900 ust. o służb. państw. z r. 1857-go, iż dentyści korzystają z przywileju wykreślenia ich z liczby osób, podlegających podatkowi osobistemu, taka jednak zmiana tekstu prawa drogą kodyfikacyjną (tłumaczona wyjątkową potrzebą usunięcia z ustawy o służbie postanowień nie mających związku ze służbą i dotyczących kwe tyi wyłączenia osób z liczby gromad miejskich i wiejskich), nie może być uważana za równoznaczną z usunięciem mocy obowiązującej prawa, zamieszczonego w punkcie 5-ym art. 900 ust. o służb. państw. z r. 1857-go. Wobec powyższych danych senat rządzący przyszedł do wniosku, iż osoby, należące do stanów opodatkowanych, po otrzymaniu dyplomów na tytuł denty-

sty mają prawo wykreślenia się z liczby osób, podlegających opodatkowaniu osobistemu. (*Kurj. Warsz. № 24 z r. b.*)

## Nekrologia.

— Dowiadujemy się, że w dniu 26 Marca st. st. zmarł w Petersburgu redaktor *Zubowraczebnego Wiestnika* ś. p. **Włodzimierz syn Włodzimierza Oboleński**. Jako redaktor pierwszego w Rosyi czasopisma specjalnego zmarły położył dla dentystyki rosyjskiej wielkie zasługi, a znany był powszechnie u swego taktu i uczynności. Bliższe szczegóły podamy w numerze następnym.

W dniu 15 kwietnia 1900 r. zmarł lekarz dentysta ś. p. **Michał Iwankiewicz**, przeżywszy lat 59.

Ś. p. Iwankiewicz urodził się dnia 28 Września 1840 roku w Warszawie; nauki pobierał w Kijowie, w bardzo młodym wieku wstąpił na służbę wojskową, w której przebywał przez lat 36 t. j. aż do roku 1895, w którym to roku otrzymał pełną emeryturę.

W wojsku od najmłodszych lat należał do służby zdrowia i przeszedłszy wszystkie stopnie wojskowe w tym kierunku w roku 1869 otrzymał stopień oficerski i tytuł radcy honorowego.

W roku 1877 odbył wojnę rosyjsko-turecką i odznaczył się w szpitalu w Adrianopolu, co w jego stanie służby jest zaznaczone.

Po powrocie z wojny do Warszawy, nie porzucając służby wojskowej, zdał odpowiednie egzaminy i w dniu 5 Lutego 1883 r. otrzymał dyplom dentysty.

W roku 1884 został etatowym dentystą Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie. Na posadzce tej przebywał do 1895 roku t. j. do wysłużenia całowitej emerytury.

W roku 1896 otrzymał łaskę Monarszą tytuł Lekarza-dentysty.

Ś. p. Iwankiewicz podczas swojej służby wojskowej był 7 razy dekorowany, a mianowicie: otrzymał 4 medale i 3 ordery,— pomiędzy którymi order Ś-go Jerzego.

W roku 1886 Ś. p. Iwankiewicz napisał rzecz „*O replantacji zębów*”. Praca ta napisana jest sumiennie i oparta na spostrzeżeniach klinicznych, dokonanych w Szpitalu Ujazdowskim.

W kwestyi tej zamierzał zmarły przemawiać na tegorocznym *Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie*, czego nie sądzono mu już było doczekać.

Ś. p. Iwankiewicz był dobrym kolegą. dla tego też pozostawił ogólny zał po sobie.

---

**Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.**

Дозволено Цензурою Варшава 19 Апрелья 1900 года.

---

Druk L. Szyller i Syn, Nowy-Świat № 16.