

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROZOM  
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ.

---

## I. Krwotoki po wyjęciu zęba i ich leczenie.

N A P I S A Ł

Dr. W. Łepkowski.

docent dentystyki Uniw. Jag.

(Dokończenie).

---

Jeszcze wspomnieć tu musimy o krwotokach, nie zostających w prostym związku z rękoczynem, nie mających żadnej z przyczyn wyżej wymienionych. Są to krwotoki, które powstają wskutek złego zachowania się chorego po ekstrakcyi. I tak może dać powód do następowego krwotoku wysysanie rany i drażnienie jej językiem, jedzenie na stronie wyrwanego zęba pokarmów twardych, dalej uciskanie rany zębem szczęki przeciwnej i t. p. Krwotoki z jamy ust bez poprzedniej ekstrakcyi mogą się zdarzyć w przypadkach chorób dziąseł, a to tem bardziej, jeśli choroby te występują u osób, u których skład krwi jest nie-normalny. Krwotoki te można tu jednak pominąć ze względu na tytuł niniejszej pracy. Wspomnę więc tylko mimochodem, że *sztuczne zęby* mogą być w nadzwyczajnych okolicznościach powodem krwawienia<sup>15)</sup>. Przez silny, stały ucisk kauczukowej płyty, przez silne przyssanie takowej, przy sprzyjających okoliczno-

ciach jak np. kruchość naczyń, może przyjść do silniejszych mięszkowych krwotoków. Tak samo branie odciśku gipsem, który twardniejąc do śluzówki silnie przywiera, może wywołać mięszkowy krwotok na większej przestrzeni u ludzi z rozpułchnionemi dziąsłami.

Oto mniej więcej byłyby wszystkie przyczyny, z jakich krwotoki po wyjęciu zęba powstać mogą. Teraz przejdziemy do ich leczenia, które podzielimy na *środki działające przez ucisk*, *środki działające chemicznie* i na *środki kombinowane*, t. j. środki, na które się składa i ucisk i działanie chemiczne pewnych leków. Pozatem jest jeszcze trzecia grupa t. j. *termokauter*, *woda gorąca* i *podwiązanie naczyń doprowadzających*. Na pierwszym miejscu, jako najdzielniejszy środek, postawić tu trzeba ucisk i tamponowanie, zalecane powszechnie, które w największej liczbie przypadków wydaje zupełnie dobre rezultaty.

Do tamponowania różni autorowie różne podają sposoby. *Kirschner*, *Tietze*, *Mikulicz* polecają gazę jodoformową i Penghawar-djambi. Jedną z najważniejszych, a może najważniejszą rzeczą przy tamowaniu krwotoków przez tamponowanie jest to, aby gaza nie była wciskana ogólnie w ranę, tylko przy wielokorzennych zębach z osobna w każdy dół po korzeniu, w przypadkach bowiem silnego krwawienia tamponowanie powierzchowne absolutnie nie pomódz nie może. Skoro gaza lub też Penghawar Djambi krwią i śliną namoknie, często zdarza się, że tampon z rany się wysuwa i krwawienie powraca. Ztąd pochodzi, że ważną jest rzeczą do tamponowania dodać jeszcze ucisk. Najprostszym sposobem ucisku jest nadłożenie ponad powierzchnię rany tyle gazy lub waty, aby przy zwarciu szczęk przeciwna szczeka wyrzeć mogła ucisk na tampon, tkwiący w ranie. Rzecz jasna, że ucisk trwać będzie dopóty, dopóki usta będą silnie zamknięte.

Ponieważ czasami trzeba 2 do 3 dni i dłużej wywierać ten ucisk, to stan chorego jest bardzo przy-

kry. Poruszanie ust jest niemożliwe, a więc odżywianie cierpi znacznie. Chory może przyjmować tylko pokarmy płynne. Podwiązany i ze skrępowanemi silnie zawiązaną chustą szczękami, z pełnemi ustami gazy lub waty, pozostawiony tak na dłuższy czas, chory niekoniecznie dobrze czuć się może. Dla uniknięcia tego, gdzie są warunki po temu, zalecają wtłoczenie ponad gazę między dwa sąsiednie zęby kawałka korka, który, opierając się na sąsiadach, gazę w ranie trzyma pod uciskiem.

*Niemeyer i Detzner* polecają zamiast korka sporządzenie płytki kauczukowej, która przy pomocy klamer trzyma się na zębach sąsiednich i zastępuje korek, a jest o tyle lepszą, że mniej miejsca zajmuje. Jeżeli jednak nie mamy możliwości umocowania takiej płytki, bo niema do tego zębów odpowiednich, albo mamy krwotok u osoby bezzębnej, w takim razie wywieramy ucisk w inny sposób. Wtłoczony w ranę tampon uciskamy jedwabiem lub katgutem, przesywając nim dźwiało z jednej i drugiej strony i silnie końce ponad tamponem związując. Jeden, dwa, do trzech szwów tego rodzaju, zależnie od rozległości rany, wystarcza zupełnie, aby przytrzymać tampon i wywrzeć należyty ucisk. Szwy winny być możliwie daleko od brzegu dźwiałła założone, a to dla tego, żeby nitki dźwiałła przy mocnem napięciu nie poprzerzynały. W miejsce gazy lub waty do wywarcia ucisku szczęki o szczękę *Prinz* podaje sposób następujący: poleca on wstrzykiwać w ranę gorącą wodę, następnie tamponuje doly po korzeniach paskami gazy jodoformowej z kwasem garbnikowym, na co wprost na ranę robi uciskadło z masy wyciskowej (Star. Stent). Wprowadza miękką masę w ranę, wpycha ją silnie, zostawiając jej znaczną ilość ponad powierzchnią rany; chory, zwierając szczęki, odtlacza w masie odpowiedni odcinek przeciwnej strony, t. j. drugiej szczęki.

Cały ten odcisk wyjmuje się, oziębia, a skoro masa stwardnieje, powstaje w ten sposób klo-

cek, służący za uciskadło. Zamiast gazy, waty lub Penghawar Djambi polecano także, aby w krwawiący zębodół wtłoczyć wprost masę wyciskową lub żab, który został wyrwany. Dalej polecają hubkę i kawalki gąbki. Środki te wydają mi się zbyt ciężkie, gdyż mając sterylizowaną gazę jodoformową lub sterylizowaną watę, po co mamy szukać za czemś, co dając te same usługi, nie wyklucza zakażenia rany.

*M. K. Langille*<sup>16)</sup> zarabia zwykły gips alabastrowy dość gęsto i wpycha go wacikiem dozę po dozie w zębodół do chwili zatamowania krwotoku. Jak powiada Langille, sposób ten działa przy odpowiedniej zręczności wprost zadziwiająco szybko i pewnie. Mówi on, że o ranę przy takim zatamowaniu troszczyć się nie potrzeba, gdyż rana, gojąc się, sama tamponów wypycha. Sposobu powyższego używa Langille lat 10 i gorąco go poleca, twierdząc, że najpoczywsze krwotoki w przeciągu 5—10 minut ustawały. *Dr. G. B. Crane*<sup>17)</sup> podobny daje sposób tamowania krwotoku, który to sposób niezawodnym się okazał. Zarabia on dwie łyżki stołowe gipsu, dodając garbniku (acidum tannicum). Masę tę wtłacza w ranę, a po 4 do 5-ciu dniach gips staje się miękkim i sam wypada.

Za użyciem tego sposobu przemawiają praktycy twierdząc, że nie tak dokładnie w zębodół się nie wtłoczy, nie tak dokładnie rany nie wytampouuje, jak gips. *Dr. Rozgonyi*<sup>18)</sup> opisuje przypadek, gdzie, jak twierdzi, wszystkie wyczerpał sposoby i dopiero tamponada gipsowa zdołała krwotok zatrzymać. *Dr. Frey*<sup>19)</sup> poleca, idąc za badaniami *M. P. Carnot'a* 5% do 10% roztwór żelatynowy w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. W tym gęstym roztworze, postawionym na gorącej kąpieli wodnej, poleca maczać tampony i wtłaczać je do rany. Żelatyna jest, jak mówi autor, miejscowym haemostaticum bardzo dzielnym. Doświadczenia innych autorów, którzy za *Lancereaux* takowe podjęli, nie koniecznie za użyciem żelatyny przemawiają. I tak *E. Karchesy*<sup>20)</sup>

z kliniki prof. Rydygiera nie widział dobrych skutków, owszem powstawały krwiaki (haematomata), a nawet życiu zagrażające krwotoki następcze. Gdzie ucisk zawodzi, trzeba próbować innych środków, a między innymi ważną odgrywa rolę przypalanie żegadłem Paquelina lub galwano—kauterem, dalej woda gorąca, kroplami wpuszczana do rany, po której *Scheff* i *Prinz* widzieli nadzwyczaj dobre wyniki. Tamowania krwotoku u haemofilików dało powód do poszukiwania środka, któryby na drodze chemicznej mógł zadziałać. *Wright*, korzystając z ważnych spostrzeżeń na polu fizjologii, zwraca uwagę na to, iż działanie *fibrinfermentu* przez dodanie soli wapniowych istotnie zostaje wzmożone. Jako środek tamujący poleca on roztwór fibrinfermentu z domieszką 1% chlorku wapniowego (*Calcaria hypochlorosa*). Roztwór ten okazuje się o wiele skuteczniejszym, aniżeli kwas garbnikowy, alkohol, żegadło Paquelina,—działa na wszystkie tkanki, nie sprawiając ani strupów, ani odczynów zapalnych. *Wright* zdołał psu, któremu wszystkie żyły szyjne i twarzowe z wyjątkiem *vena jugularis communis* poprzecinano, zatamować zupełnie krwotok bez jednej podwiązki. Szczura był w stanie utrzymać przy życiu po przecięciu *vena jugularis* i *obu venae axillares*, *arteria hepatica* i pojedynczych *arteriae mesentericae*.

Fibrinferment można najłatwiej otrzymać z krwi trawożernych, szczególnie z krwi wołu, która jest weń najobficiej zaopatrzona. *Jesset* robił z tem rozmaite doświadczenia, stwierdziwszy poprzednio, że wstrzykiwanie nawet 20 cm. fibrinfermentu nie wywoływało skrzepu wewnątrz naczyń. Niestety o doświadczeniach tych nie podaje autor wyczerpujących wyjaśnień.—Owszem dalsze jego wywody wskazują już, że same nawet sole wapniowe mogą bez fibrinfermentu przyspieszyć krzepnięcie. Poleca więc używanie tychże zarówno *per os*, jak i *per injectionem* przy wszystkich krwotokach np. po tyfusie, po połogu. Dalej poleca używanie soli wapniowych jako środka zapo-

biegawczego przy wykonywaniu krwawych zabiegów chirurgicznych. Podobne, chociaż nieco odmienne doświadczenia robił *Manteuffel*<sup>21)</sup>, stosując po ekstrakcyi zęba u jednego hemofilika *zymoplazmę Aleksandra Schmidta* na przemian ze wstrzykiwaniem kokainy, która miała działanie zymoplazmy powiększyć przez wywarcie ucisku w tkance i chwilowe zatamowanie krwotoku, aby płynąca krew nie splukiwała zymoplazmy, przyłożonej na waciku do rany.

Przed użyciem tego środka zrobił *Manteuffel* doświadczenie w rurkach probierczych. Pokazało się, że krew krwawca bez tego fermentu dopiero w 4½ minuty krzepnęła, a z nim w 10 mniej więcej sekund. Zastosowanie materji, wywołującej skrzepnięcie krwi w przypadkach hemofilii, jakkolwiek jest wysnute na czysto naukowej podstawie, niestety w praktyce niema, i chyba nie będzie mieć zastosowania.

Nie każdy ma pod ręką zakład fizyologiczny a więc i możliwość uzyskania fibrynfermentu, uciekać się więc musimy do innych środków, a w ostateczności dopiero iść za radą *Manteuffla* lub *Wrighta*.

Z środków aptecznych, jakie w celu tamowania krwotoków zalecają, wymienić należy *antipirynę*, o której w pomina *Sawicki*, *kwas chromowy* (*Holländer* i *Busch*) *kreozot*, *terpentynę*, *wyskok stężony*, *garbnik*, *akun etc. etc.*

Na ostatnim miejscu postawiłbym tutaj *chlerek żelazowy* dlatego, że ten może spowodować embolię, jak to poucza przypadek *Husemana*, dalej dla tego, że sam strup po chlorku żelaza rozpada się, wywołując powrotne krwotoki. Ze środków, obecnie używanych, postawił bym na pierwszym miejscu *styptycynę*. W dentyście polecił ją jeden z pierwszych *Dr. I. Munch*<sup>22)</sup> a za nim *Bloch*<sup>23)</sup>. Z pracy obydwu autorów widać, że istotnie ten środek bierze górę ponad innymi i śmiało rzec można, trzyma palmę pierwszeństwa między wszystkimi. Stosuje się *styptycynę* w 5% do 10% roztworze, maczając w niej tampony. Przykrym, co prawda, jest

przenikliwie gorzki smak tego środka; jest to jednak małą wadą, gdyż i ów najbardziej dotąd używany chlorek żelaza ma smak nadzwyczaj przykry, prócz innych wad, o których wspomniałem. Z własnego doświadczenia powiedzieć mogę, że styptycyna oddaje nadzwyczajne usługi i ze środków, chemicznie działających, jest jak dotychczas nieprześcigniona.



## Literatura.

---

- 1.) Geschichte der Zahnheilkunde von G. P. Geist-Jacobi. Tübingen 1896.
- 2.) „Drei Fälle von arteriellen Haemorrhagien“. Deutsch. Monatschrift für Zahnheilkunde. 1889 Bd. VIII, str. 108.
- 3.) Scheff. Handbuch de Zahnheilkunde. Wien 1893.
- 4.) „Eine Blutung mit tödtlichem Ausgange nach einer Zahnextraction“. -- Deutsch. Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde 1892.
- 5.) Gazeta lekarska 1893. Nr 43. „O krwetokach po wyrwaniu zęba i ich tamponowaniu“.
- 6.) L'Odontologie. 1890.
- 7.) Deutsch. Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde 1872.

- 8,9) *Delestre*: „Des accidents, causés par l'extraction des dents“ 1870, Paris.
- 10.) *Zahnaerztliches Wochenblatt*. 1895. Nr. 429.
- 11.) *P Ritter*, Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf allgemeine Erkrankungen. Berlin. 1897.
- 12.) Family of bleeders. Birmingham Medic. Journal *Britisch Journ Of. Dent. Sc.* № 10.15. Octb. 1898.
- 13.) *Deutsch. Monatschrift für Zahnheilkunde*. Rok XVI str. 172.
- 14.) Hemorrhage following extraction of teeth, its etiology and treatment, *Dental Digest*. Vol. IX № 9.
- 15.) *Allgemeine medizinische Centralzeitung*. 1899.
- 16.) To control haemorrhage after extracting. *Dominion Dental Journal*. Vol IX, Nr. 10, Oct. 1897.
- 17.) *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde* r. XVIII, VI zeszyt, 1 kwietnia 1900.
- 18.) Ein schwerer Fall von Haemorrhagia alveolaris infolge Haemophilie. — *Wiener Zahnaerztliche Monatschrift*. Z. 3. 1900.
- 19.) Blutstillung mittels Gélatine — *Wiener Zahnaerztliche Monatschrift*. 1900, marzec. *Rev. trim suisse d' Odont.* vol. IX № 1. De l'hémostase en chirurgie dentaire par la gélatine.
- 20.) *Przegląd lekarski*, 1899, Nr. 35.
- 21.) Bemerkungen zur Blutstillung bei Haemophilie. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 28.
- 22.) Ueber schwer stillbare Blutungen nach Zahnextraction. Szerdahely. *Aerztlicher Central Anzeiger*. Wien, 1899, Nr. 27.
- 23.) Ueber Blutungen bei Zahnextractionem und deren Behandlung mit Stypticin. Richard Bloch (Zborowitz).
- 24.) *Władysław Zieliński*: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. Warszawa. 1899. Odbitka z Przeglądu dentystycznego.



## II. O leczeniu chorób miazgi.

Według referatu wygłoszonego w Sekcji dentyst.

IX Zjazdu Lekarzy i Przyrod. Polskich w Krakowie,

*napisał B. Dzierżawski.*

(Dokończenie).

Co do drugiego sposobu postępowania, to ten wydaje mi się pewniejszym, niż sposób obojętny. Chirurgowie, jak wiadomo, nie liczą wiele na dezynfekowanie ran raz już zakażonych, są oni jednak w zupełnie innych warunkach, niż dentyści, gdyż ostatni mogą używać środków przeciwnilnych w takich stężeniach, o jakich marzyć nawet nie mogą chirurgowie. Za pomocą więc zastosowania pasty przeciwnilnej możemy poprawić poniekąd niedokładności naszej antyseptyki przy amputacyi, t. j. zabić te bakterye, które podczas operacyi mogły dostać się do miazgi, ewentualnie i te, które będąc oddawna już w miazdze, spowodowały jej zapalenie, a nie zostały zabite przez środek dewitalizujący. Że postępowanie antyseptyczne może dawać dobre wyniki, dowodem 1000 przyp. Czernodanowa, który w ten właśnie sposób po amputacyi miazgi postępuje.

Środki antyseptyczne, stosowane po amputacyi miazgi nawet bez celu impregnacyi, wskutek swej koncentracyi działają poniekąd impregnacyjnie, przynajmniej powierzchownie i w rzeczywistości od środków impregnacyjnych różnią się nie istotą, a stopniem działania.

*Postępowanie impregnacyjne* uważam za najlepsze a to ze względów następujących:

1) za pomocą tego postępowania możemy na pewno poprawić nieuniknione niedokładności antyseptyki, 2) możemy mieć pewność zabezpieczenia od rozkładu zniszczonych przez amputację, a nie wydalonych kawałków miazgi, a to tembardziej, że martwe części przepajają się łatwiej od żywych. Muszę tu wyjaśnić, że przy stosowaniu środków impregnacyjnych bynajmniej nam nie chodzi o przepojenie całej miazgi do samego otworu szczytowego. Wątpić można, czy jest to zawsze możliwem a na pewno jest niepotrzebnem. Skoro przepoimy środkami przeciwnilnemi wszystkie cząstki martwe, i warstwy powierzchowne, w których mogą być bakterye, to w takim razie możemy być spokojni o dalsze istnienie w dobrem zdrowiu pozostałych na dnie, przy wierzchołkach kanałów, odcinków żywej miazgi.

Co do środków impregnacyjnych, to te, rzecz oczywista, muszą pozostała w korzeniach miazgę najprzód dewitalizować, potem dopiero impregnować. Wskutek tego działanie ich zawsze połączone jest z pewnym bólem; dlatego to wszystkie środki impregnacyjne powinno się kombinować ze znieczulającymi: kokainą lub cakiną: Ze środków impregnacyjnych stosowane są obecnie.

1) *Alun*, który daje jakoby dobre rezultaty, niewywołując bólu. Alunowej pasty Söderberga nie stosowałem nigdy, nie mam więc co do tego doświadczenia.

2) *Formalina*—nie zabarwia zęba, ale stosowanie jej jest bolesne, wymaga więc zawsze formalina dodania kokainy, jak już powiedziałem powyżej. Ponieważ *a priori* przewidywać można, że formalina, przy dużych szansach doszczętnego wyjąłwienia miazgi kanałowej na razie, nie może mieć trwałego antyseptycznego działania, to pożądanem jest łączyć ją ze środkami trwałemi, muiej lotnemi np. tymolem.

Formalinę po amputacyi stosować możemy w różnych postaciach: 1) w postaci wiechetka z waty węc-

głowej lub zwyczajnej, zwilżonego w formalinie, lub w postaci zwykłego cementu zarobionego z dodatkiem kropli formaliny. Sposobom tym można zarzucić nietrwałość przeciwnie działającego; 2) w postaci pasty *Bönneckena*. 3) w postaci opisanego przezemnie *Tannoform cementu*, na którym, jako moim wynalazku, zatrzymam się dłużej.

Tannoform-cement \*) składa się z proszku, którego podstawą jest tannoform i z płynu, składającego się z formaliny. Cement taki działa doraźnie tak jak formalina. Wyższość jego polega na tem, że tfe, wiążąc niejako formalinę, znacznie działanie jej przedłuża. Następnie przypuścić można, że nawet po ulotnieniu się wolnej formaliny w tfeemencie wydziela się ona jeszcze długo w minimalnych ilościach z tannoformu. W użyciu jest tannoform-cement bardzo dogodny, gdyż świeżo zarobiony jest plastyczny, później zaś twardnieje. Tfe ma jedną wielką zaletę, która nie pozwala wątpić o jego impregnacyjnych własnościach. Oto ząb, zaplombowany tfeementem przepaja się nim z czasem do najpowierzchniejszych warstw emalii. Ponieważ jednak przytem ząb się zabarwia na kolor tannoformu (ceglasty), to zaleta ta jest zarazem i wadą, ograniczającą zastosowanie tannoformu tylko do zębów niewidocznych. Zastosowany na miazgę po amputacji tfe wywołuje bóle, jak każdy preparat formalinowy, dla tego dobrze jest do proszku dodawać kokainy.

Muszę tu dodać, że dodaję jeszcze zwykle do proszku tfeementu tymolu, ponieważ ten plastyczności cementu nie przeszkadza, a powiększa jeszcze przeciwnie jego działanie

Od lat m. w. czterech stosuję tannoform po amputacji miazgi jako mój środek ulubiony prawie we

---

\*) Dla krótkości będziemy tannoform-cement nazywać tfe.

wszystkich niewidocznych zębach i nie zdarzyło mi się jeszcze, za wyjątkiem trzech przypadków, o których powiem poniżej, aby pacjent, zaplombowany tannoformem, powrócił do mnie z bólem danego zęba. W początkach mego stosowania tfe, kiedy nie znałem jeszcze jego wybitnych impregnacyjnych i zabarwiających własności, zaplombowałem nim nawet kilka widocznych zębów, których pewną część musiałem później poobcinać i zamienić sztyftowemi.

Wracając do trzech przypadków, które po zaplombowaniu skończyły się ekstrakcją, muszę nadmienić, że smutnego wyniku w tych trzech przypadkach nie można bynajmniej policzyć na niekorzyść tfe cementu. Pierwszy przypadek zdarzył się z 12 letnią dziewczyną w początkach mego stosowania tfe; dziewczynce tej zaplombowałem tfe cementem bez kokainy pierwszy dwuguzik owiec górny. Dziewczyna była na wyjeździe, matka jej żądała bezwzględnej pewności, żeby zęby wdrodze nie bolały. Ponieważ na trzeci dzień po zaplombowaniu ząb był czuły przy nagryzaniu, to w obec nalegań matki ząb wyjąłem, po części i dla tego, aby się przekonać, co się z miazgą pod tfe dzieje. Okazało się, że miazga kanałowa była przekrwioną, ale jeszcze żywą. Przypadek ten dowodzi w każdym razie pewnej powolności w działaniu tfe cementu. W drugich dwu przypadkach, wyrwanych po zaplombowaniu tfe cementem, korzenie były nie prawidłowo rozwinięte, kanały zbyt szerokie (w jednym przyp. drugi dolny trzonowy u 18<sup>st</sup>o letniej panny miał *jeden* korzeń, *jeden* szeroki, lejkowaty, szeroko otwarty, kanał). Bóle, niezbyt jednak dotkliwe, trwały w tych przypadkach tydzień resp. 2 tygodnie po zaplombowaniu. Po wyjęciu okazało się, że tfe bez kokainy, gdyż taki stosowałem początkowo, wyszedł w tych przypadkach przez *foramen apicale* i leżał na wierzchu korzenia pod ozębnią. Oba te przypadki zdarzyły się w początkach mej pracy z tfe cementem, kiedy licząc na jego stwardnienie, kładłem wprost nań amalgamat, ubijając ostatni silnie. Pomimo tego, że tfe cement leżał w tych przypadkach

bezpośrednio na ożębnej, rany po ekstrakcyjach zagoiły się bez powikłań, do obumarcia zębodołu nie przyszło.

Co się dzieje z miazgą pod tfeementem? Pierwszy przypadek ekstrakcyi, jaki przytoczyłem, dowodzi, że na 3 dzień po plombowaniu miazga w kanałach jest jeszcze żywą. Jak wyżej nadmienilem, w kilku przypadkach po zaplombowaniu tfeementem z powodu zabarwienia lub złamania plombowanego zęba obcinałem po kilku lub kilkunastu miesiącach pozostałą koronę i doprawiałem zęby sztyftowe. Przy tej sposobności mogłem stwierdzić, że w dwuguzikowcach miazga doszczętnie zamieniała się w ceglastą suchą masę, która w postaci proszku wyświdrowywała się przy rozszerzaniu kanałów wraz z zębina, na tenże kolor zabarwioną. W jednym przyp. dolny pierwszy molar pękł na 2 połowy w 3 lata po zaplombowaniu tfeementem. Z powodu tego pęknięcia, sięgającego głęboko pod dziąsło, musiałem ząb wyjąć. W tym przypadku okazało się, że korzenie wraz ze swą miazgą do wysokości  $\frac{2}{3}$  były przepojone tannoformem; w szczytowej  $\frac{1}{3}$  miazga była żywa i zdrowa, korzenie w zakresie żywej miazgi nie zabarwione. Ponieważ z drugiej strony korona tego zęba, pomimo rozległej plomby, była zabarwioną do samych wierzchołków guzików, to ten przypadek z całą pewnością twierdzić pozwala, że tannoform impregnuje na pewno wszystko to, co jest martwe. Własność ta szczególnie zaleca tfe zarówno przy amputacyi, jak i przy zgorzeli miazgi. Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden przypadek, charakteryzujący tannoform: dwuguzikowiec dolny złamał się w 2 lata po zaplombowaniu tannoformem; korona złamała się tak, że kanał korzeniowy zupełnie był otwarty, część tfeementu wymyła się kanału, ponieważ pacjentka kilka miesięcy chodziła z kanałem otwartym. Pomimo tego jednak w kanale nie było żadnych oznak gnicia. Po rozszerzeniu kanału założyłem w tym przypadku koronę Richmonda. Zakończając omówienie mego tfeementu, muszę dodać że zaplombowałem nim po amputacyi do 1000 zębów (o 500 przeszło mam no-

tatki) z najlepszym wynikiem, stwierdzonym po kilku latach, za wyjątkiem 3przyp. wyżej opowiedzianych, w których złych wyników nie należy bynajmniej kłaść na karb tfeementu. Ażeby unikać przepchania tfeementu przez *foramen apicale*, co było przyczyną ekstrakcyi w dwu z omówionych przypadków, obecnie zawsze pokrywam tfeement miękkim cementem, dokończam zaś plombę dopiero wtedy gdy cement stwardnieje i daje już nieugiętą podstawę do dalszego budowania plomby.

W dalszym ciągu jako środki impregnacyjnie wymienić należy: 3) *chlorcyankfenol* Witzla i 4) *Sublimat*. Środków tych po amputacyi nie stosuję, nie mam więc co do nich doświadczenia, sądzą jednak, że nie można wątpić o ich impregnacyjnych zdolnościach.

Tfe można stosować tylko w zębach niewidocznych; w zębach widocznych stosuję po amputacyi zwykle *trioxymetylen*, który zarabiam na pastę z xeroformem i olejkim gwoździkowym. Od takiego postępowania mam wyniki nie gorsze, niż od tfeementu, przekładam jednak ostatni z powodu łatwości w robocie i pewności przepajania, której pasty niezabarwiającej nie dają. Co do trioxymetylen, ponieważ nie miałem jeszcze okazji wyjąć ani jednego zęba, środkiem tym zaplombowanego, to nie mogę wiedzieć, czy działa on impregnacyjnie, czy też tylko antyseptycznie.

Zakończając omówienie metody amputacyjnej pozwolę sobie jeszcze raz powtórzyć swe wnioski: Amputacya przy równie pewnych wynikach jak ekstrakcyja miazgi ma nad ostatnią następujące przewagi:

1) Większą łatwość wykonania, 2) Mniejsze osłabienie zęba wskutek potrzeby mniej wygodnego dostępu, 3) Mniejsze szanse zakażenia ozębnej.

Pomimo tego jednak nie ośmieliłbym się postawić wniosku, aby wszędzie, nawet w przednich górnych robić z zasady amputację, a nie ekstrakcję miazgi, ponieważ ta ostatnia teoretycznie zdaje się być więcej uzasadnioną. W każdym razie *rzecz ta warta jest dyskusyi*. Moim zdaniem rozstrzygnąć tę kwestyę mogą

nie teoretycznie rozumowania, ale tylko badania statystyczne, na wielkim oparte materiale. Badania takie nie są tak łatwe, jakby się zdawało; nie prędko zapewne znajdzie się nowy Witzel, któryby zrobił statystykę, opartą na wynikach leczenia 10000 zębów. Statystyka Witzel'a nie może być już dzisiaj miarodajną w obec nowych środków lekarskich, którymi teraz rozporządzamy. Gdyby kto sobie zadał trud i zrobił równie wielkie obliczenia, to wnioski jego byłyby na pewno przez długi czas wskazówką dla praktyków.



## Dział sprawozdawczy.

101. **Dr. Jan Sędziak. Choroby jamy ustnej, gardzieli i przetyku.** *Podręcznik dla lekarzy i studentów.* Warszawa. Druk K. Kowalewskiego. Nakładem autora. 1900.

Niedawno ukazała się na półkach księgarskich praca Dra Sędziaka p. t. *Choroby jamy ustnej, gardzieli i przetyku*, będąca dopełnieniem ogłoszonego w r. 1897 przez tegoż autora podręcznika „*Chorób nosa, jego zatok oraz jamy nosogardzielowej*”. W przedmowie Sz. autor zaznacza, że również jak i Bieganski, jest tego zdania, że żaden podręcznik obcy, chociażby najlepszy, nie zastąpi oryginalnego polskiego, gdyż nie uwzględni potrzeb naszego społeczeństwa, które tylko autor rodak odczuć jest w stanie. Tłumaczenie podręczników obcych na język polski uważa autor poniekąd za krzywdę, wyrządzaną piśmiennictwu polskiemu, wspólnemi bowiem siłami można utworzyć wcale niezłe dzieła zbiorowe, w którychby wszystkie działy medycyny przez specjalistów wyczerpująco były opracowane. Mamy już nawet różne podre-

czniki oryginalne doskonale opracowane, ale są one bardzo nieliczne, a choroby, w nagłówku pracy S. przytoczone, traktują te podręczniki bardzo pobieżnie.

W oblicie tego autor postanowił wyczerpująco opisać te właśnie choroby, posilkując się pracami ogłoszonymi przeważnie w ostatnich czasach. Co do terminologii, to autor przytrzymywał się głównie: „Słownictwa anatomicznego” Krysińskiego i „Słownika terminologii lekarskiej”.

Dzieło D-ra Sędziaka obejmuje 315 stronie druku, prócz załączonego przy końcu pokaznego spisu bibliograficznego. Poważna ta praca wypełnia w ubogiej naszej literaturze stomatologicznej i laryngologicznej dawno odczuwaną lukę. Napisana przez dzielnego i doświadczonego praktyka zasługuje ta praca na obszerniejsze uwzględnienie jej treści.

Dzieło Dra. S. dzieli się na trzy główne części: 1) choroby jamy ustnej; 2) choroby gardzieli i 3) przelyku. Zwrócimy uwagę tylko na najwięcej interesujący nas dział chorób jamy ustnej.

Część I ogólna zawiera anatomie, histologię, embryologię, fizyologię jamy ustnej, gardzieli i przelyku. Wszystkie te rozdziały zostały opracowane krótko, lecz dość dokładnie i treściwie, według prac Heymana, Rozenberga i Mikulicza. Mięśnie jamy ustnej podane są tylko w nazwach łacińskich. Tu pozwolę sobie zaznaczyć że o zębach, odgrywających ważną rolę w etiologii wielu opisanych chorób, Dr. S. zbyt krótko mówi. Nie ma wcale wzmianki o histologicznej budowie zębów, jako też o innych własnościach tych narządów. Zdaniem moim braki te nie są właściwe, już choćby ze względu na to, że podręcznik przeznaczony został i dla studentów.

Drugą część (str. 19) autor zaczyna od sposobu badania jamy ustnej. Dział ten przoduje przed innymi pod wielu względami i odznacza się obfitością zebranych szczegółów, przedstawionych odpowiednio do obecnego stanu nauki. Do najodpowiedniejszych źródeł sztucznego światła, podług autora, należą lampy Auer'a, dające światło białe, najbardziej do słonecznego zbliżone. Oświetliwszy w ten lub inny sposób jamę ustną, zwracamy uwagę na wargi, kąty ust (gdzie często umiejscawia się *leukoplakia*), dziąsła (przednie i tylne ich powierzchnie), błonę śluzową



policzek, zęby, dalej podniebienie twarde, wreszcie język, okolice wędzidełka języka, gdzie często umieszcawiają się różnorodne sprawy chorobowe (żabka, kamyczki ślinowe i t. d.). By ustrzedz się ugryzienia przy badaniu jamy ustnej u dzieci, należy palec (wskaziciel lewej ręki), owinać grubo chusteczką, lub też użyć ochrony metalowej w postaci palca, składającego się z trzech ruchomych części.

Dalsze rozdziały zawierają: etiologię, symptomatologię oraz terapię ogólną chorób jamy ustnej (str. 29 — 57). Rozdziały te traktowane są więcej wyczerpująco, aniżeli rozdziały początkowe. Ponieważ rozdziały te zawierają wiele interesującego dla dentystów, to pozwolimy sobie streszczyć je w krótkości.

Jama ustna, ze względu na swoje położenie i bezpośredniość styczność z zewnętrznym powietrzem, najbardziej jest narażana na wpływy zewnętrzne. Mężczyźni, jak również i dzieci, częściej zapadają na różne cierpienia jamy ustnej, niż kobiety. Przyczyny, wywołujące choroby jamy ustnej, bywają pośrednie (wtórne) i bezpośrednie (uraz, oparzenie, ciała obce i t. d.). Przyczyny wtórne są wynikiem 1) rozszerzenia się choroby percontinentaltem z sąsiedztwa sąsiednich. 2) nadużywania napojów wysokich oraz palenia; 3) chorób ogólnych (gruźlica, choroby Brighta, moczówki cukrowej, podagry), 4) zatrucia ustroju środkami lekarskimi (rtęć, jod). Zawód (np. cukiernicy, maszyniści, młynarze, węglarze, ślusarze i t. d.) również przyczynia się do wywołania różnego rodzaju cierpień jamy ustnej. Znaczna ilość drobnoustrojów, znajdujących się nawet w zdrowej jamie ustnej nie może pozostać bez widocznego wpływu na przebieg różnych chorób w tej jamie. Miller wykazał w jamie ustnej więcej niż 100 odmian bakterii. Do pasorzytów jamy ustnej przedewszystkiem zaliczyć należy gronkowce i paciorkowce (*staphylococcus pyogenes aureus et albus*; *streptococcus pyogenes*) *diplococcus pneumoniae* (Weichselbaum) s. *diplococcus lanceolatus* (Fraenkel), *bacillus pneumoniae Friedlaender'a*, laseczniki błonicowe (Klebs-Löffler'a), laseczniki pseudo-dyfterytyczne (Hoffmann'a), laseczniki gruźlicze (Kocha), grzybek promienisty (*actinomyces*), *bacterium coli commune* (Grimbert). Zęby próchniałe sprzyjają osiedleniu się

drobnoustrojów. Najnowsze badania Fluegge'go wykazały, że normalnie znajdujące się w jamie ustnej drobnoustroje chorobotwórcze posiadają w bardzo nieznacznym stopniu charakter złośliwy, który jednak potęguje się w razie najłżejszych zmian chorobowych.

Cierpienia jamy ustnej charakteryzują się:

a) zmianami w wydzielinie: jakościowymi i ilościowymi. Wzmoczenie wydzieliny (ślinotok) bywa: przy porażeniu opuszkowem, przy ciąży, cierpieniach narządów płciowych, żołądka i kiszki, podczas żąbkowania, przy chorobach ślinianek, przy stosowaniu środków leczniczych (rtęć, jod, pilokarpina), tytoniu, ostrych substancji. Tak zwana *xerostomia saptyalismus* (suchość w ustach) powstaje przy: 1) przewlekłym niezycie zanikowym śluzówki, 2) w przypadkach, gdzie chorzy zmuszeni są oddychać ustami (wskutek przeszkód w oddychaniu nosem); 3) przy ogólnych zaburzeniach ustroju (moczówka cukrowa, histerya, choroby zakaźne jak tyfus, cholera); 4) przy stosowaniu niektórych leków, (atropina, kokaina), 5) fizjologicznie u starców. Jakościowo ślina się zmienia: 1) przy tworzeniu się suchych strupów w suchym niezycie gardzieli; 2) przy wdychaniu różnych pyłów nieorganicznych; 3) przy sprawach wrzodziejących w jamie ustnej, gardzieli i przelyku; 4) przy *foetorex ore*; 5) przy zapaleniach błony błony śluzowej jamy ustnej; 6) przy różnych sprawach zakaźnych, ostrych i przewlekłych (blonica, tyfus, syfilis); 7) przy raku w okresie rozpadu.

b) zaburzeniami w mowie: 1) mowa nosowa otwarta (*rhinolalia resp. rhinophonia aperta* Kussmaul); 2) mowa nosowa zamknięta (*rhinophonia clausa*), 3) mowa niewyraźna, zależna od spraw chorobowych języka, (*dislalia lingualis* Kussmaul); 4) mowa niewyraźna, zależna od braku zębów (*dislalia dentalis*) i od chorób warg (*d. labialis*); 5) mowa gardłowa (*dislalia gutturalis*); 6) jąkanie i belkotanie wskutek zbyt krótkiego wędzidelka języka.

c) Zaburzeniami w jedzeniu; żucie pokarmów jest utrudnione (w cierpieniach przedsionka jamy ustnej oraz języka i zębów); znaczną przeszkodę również stanowi szczękocisk.

d) zaburzeniami czuciowymi i ruchowymi: u palaczy tytoniu, pijaków, osób nerwowych,

ciężarnych, u histeryczek (znieczulenie), przy stosowaniu niektórych leków (np. kokainy). Ból może być stałym. Porażenie miękkiego podniebienia może być całkowite lub częściowe, pochodzenia obwodowego lub ośrodkowego.

e) Zaburzeniami w smaku.

Prócz tego przy chorobach jamy ustnej bywają objawy ogólne, a mianowicie:

a) gorączka występująca zwłaszcza przy ostrych sprawach chorobowych jamy ustnej i

b) zaburzenia w rodzaju bólu głowy, bezsenności i t. d.).

Terapia chorób jamy ustnej, prócz specjalnych metod leczniczych, polega także na stosowaniu środków zapobiegawczych, które mają za zadanie nie dopuszczać do spraw chorobowych na błonie śluzowej dotąd jeszcze zdrowej, oraz zapobiegać nawrotom cierpienia. Do tych środków odnieść należy płukania. Płukania powinny być dokonywane dwa razy dziennie (rano i wieczorem), a jeszcze lepiej po każdym jedzeniu. Zęby sztuczne, obturatory, powinny być starannie oczyszczane, zwłaszcza dbać należy o zdrowy stan zębów. Co się tyczy niezmiernie reklamowanego w ostatnich czasach do płukania—odolu, to autor, również jak i Neisser <sup>1)</sup>, stwierdził szkodliwe działanie tego środka (na czem ono polega autor nie wskazał). \*

Dr. Sędziak zaleca do płukania mentol (5—20 kropeł 10% roztworu w spirytusie na szklanke wody letniej). Do dokładnego oczyszczania zębów zaś zaleca autor proszki, w skład których wchodzi: węgiel lipowy (*carbo tiliae*), proszek z muszli (*ossa sepieae*).

Muszę nadmienić, że proszków z takimi ingrencyami nie można bynajmniej zalecać do codziennego użytku, a tylko wyjątkowo, przy specjalnych wskazaniach; proszki takie bowiem, jako zbyt ostre, szkodliwe są dla zębów, (ścierają szkliwo), węgiel zaś, oprócz tego, zabarwia brzeg dziąsła na czarno.

Co do miejscowego leczenia cierpienia jamy ustnej, to podług autora, płukania powinny mieć szerokie zastosowanie; u małych dzieci tylko należy

<sup>1)</sup> Neisser zauważył przypadki pryszczycy na wardze, spowodowane stosowaniem odolu; przypuszcza on, że przyczyną powstawania tego powikłania są różne olejki lotne, wchodzące w skład tego cudownego przetworu. (*Przyp. sprawozd.*).

plókania zastąpić przestrzykiwaniami np. za pomocą strzykawki Hartmann'a lub wycieraniem jamy ustnej wiechetkiem z waty, zwilżonym jakimś płynem przeciwnym. Z przepisywaniem środków trujących (np. kali chloricum) trzeba być ostrożnym.

Plukańia powinny posiadać własności: rozrzedzające, ściągające, znieczulające i odkażające. Jako pendzelek najlepiej nadaje się wata, osadzona np. na zwykły zgłębnik. Przy operacyach w jamie ustnej stosować można znieczulenie miejscowe za pomocą kokainy, eukainy, chlorku etylu i t. p. Pole operacyjne powinno być starannie zdezynfekowane. Jako causticum przy różnych cierpieniach jamy ustnej stosować można: lapis (in subs.), kwas chromny, kwas trójchlorowaty. Dobre wyniki daje galwanokaustyka; elektroliza ma obecnie małe zastosowanie,

Część III, szczegółowa, składa się z 14-tu rozdziałów, z tych 2, omawiające choroby ślinianek stanowią dodatek. Część szczegółowa zasługuje szczególnie na uwagę; stanowi ona podług mego zdania najgłówniejszą i najważniejszą część całego dzieła. Autor przytacza w niej swe poglądy, przypadki z własnej praktyki. Wszystkie rozdziały są opracowane również dobrze, jak poprzednie. Cechuje je ta sama zwięzłość wykładu bez śladu owego gadulstwa i niekrytycznego przytaczania cudzych zdań, który to przymiot zachwyca jednak wielu czytelników. Obszerne przytoczone są tylko te poglądy, które uważa autor za słuszne, a te zaś, które z jego przekonaniem nie licują opatrzone są krótką, ale dosadną krytyką. Na wielkie uznanie zasługują ustępy o leczeniu; mało tam rzeczy, z którymi nie moglibyśmy się zgodzić. Przy opracowaniu tej głównej części posilkował się autor pracami Mikulicza, Kuemmel'a, Krausa, Butlin'a, Schech'a. Ze względu na obszerność tematu przytaczam treść tej części w bardzo krótkich zarysach.

Do wad wrodzonych i nabytych w jamie ustnej odnieść należy: zupełne zarosnięcie ust wskutek zarosnięcia się warg (atresia), podwójną jamę ustną, podwójny język i podniebienie, wąskość lub szerokość jamy ustnej (microetmaerostomia), brak warg (acheilia), rozszczep warg (cheiloschisis) jednostronny lub obustronny t. z. wargą zaję-

eza, brak języka (*aglossia*), mały lub nadmierny rozwój języka (*micro et macroglossia*), przyrośnięcie języka do dna jamy ustnej (*synchia linguae*), rozszczepienie niezupełne języka (*schistoglossia*), język posiekany, (*l. dissecta*), liściasty (*l. foliata*), nienormalnie długi lub zbyt krótki. Wady rozwojowe spotkać można i w zębach (jakościowe lub ilościowe, nadmierną wielkość, nieprawidłową budowę anatomiczną i t. d.),

Różnorodne bywają cierpienia śluzówki jamy ustnej.

Do ostrych chorób jamy ustnej odnieść należy niezżytowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis catarrhalis acuta simplex s. superficialis*), zapalenie tryprowe, zapalenie ropówkowe (*stomatitis phlegmonosa*), wrzodziejące, rțeciowe, wrzodziejące samoistne (*stomacace idiopathicum*), pryszczkowe (*stomatitis aphthosa*), afty Bednara, choroba rącie i pyska (*stomatitis epidemica, aphthae epizooticae*), zapalenie zgorzelinowe, rak wodny, (*stomatitis gangrenosa — noma s. cancer aquaticus*), błonicowe i inne sprawy zapalne w przebiegu ostrych spraw zakaźnych (odra, szkarlatyna, ospa, tyfus, influenza i t. p.). Różnaitą bywa etyologia tych chorób. Mogą one powstać z przyczyn mechanicznych (zepsute zęby), termicznych, chemicznych, nadużywania w paleniu i napojach wyskokowych, przy stosowaniu różnych środków lekarskich (rțec, jod, fosfor i t. p.). Różne cierpienia narządów sąsiednich mogą *per continuitatem* rozszerzać się na jamę ustną. Zaziębienie odgrywa również rolę. Cierpienie tryprowe powstaje wskutek zakażenia się dwóinkami *Neissera*, np. przy *coitus praeternaturalis*. Drobnoustroje (gronkowce i paciorkowce) są przyczyną powstawania spraw ropnych. Krwawiaćzka (*haemophilia*), plamica krwotoczna (*morbis maculosus Wertlofi*) mają wpływ na powstawanie gnilcowego zapalenia śluzówki jamy ustnej. Etiologia niektórych chorób np. aft, dotychczas jest ciemną.

Objawy w jamie ustnej stosownie do choroby jej stanu i przebiegu bywają różne: 1) zaczerwienienie, lub obrzmienie błony śluzowej, niekiedy z odzieniem fioletowym (*stom. catarrh*); 2) w pewnych miejscach (tylnej części twardego podniebienia, prze-

dniach łukach podniebiennych, tylnym brzegu wyrostka zębodołowego szczęki górnej, przedniej części języka) wytwarzają się żółtawo-białe masy, składające się z resztek nabłonka, ciałek ropnych i detrytu (stomat. gonorrhoea); 3) ropnie różnej postaci wytwarzają się w różnych miejscach: na dziąsłach, języku, na dnie jamy ustnej (angina Ludovici), błona śluzowa stosownie do stanu różnie się zmienia (stom. phlegmonosa); 4) dziąsła są mocno obrzmiałe, czerwone z odcieniem fioletowym na obwodzie, łatwo krwawią przy najlżejszem dotknięciu, owrzodzenia z dnem nieczystym na policzkach, języku, wargach; zęby ruszają się i wypadają (stom. scorbutica); 5) na dziąsłach, policzku, języku, podniebieniu, wytwarzają się pojedynczo lub grupami białawożółtawe, okrągłe lub podłużne plamy, różnej wielkości (stom. aphthosa); 6) policzek nieco obrzmiałe, twarde, białe z woskowym odcieniem, dalej następuje jego rozpad, tworzy się owrzodzenie, pokryte brudnym strupem; sprawa zgorzelinowa rozszerza się dalej na policzek, dziąsła, wargi i t. d. (stomatitis gangraenosa s. noma).

Zwróć uwagę na rzadko zdarzające się choroby: afty Bednara i chorobę pyska i racie. W literaturze spotykamy się rzadko z opisami tych chorób. Afty Bednara (podług Parrot'a plaques pterygoïdiennes) spotykają się u noworodków na tylnych kątach podniebienia twardego (hamulus pterygoideus). Etiologia ich jest ciemną. Fischl, Baum, Baginsky uważają te afty za owrzodzenia odleżynowe, powstałe wskutek obrażeń; Fraenkel jest za pochodzeniem pasorzytniczem.

Afty Bednara przedstawiają się w postaci twardej guziczek oraz owrzodzeń płaskich, pokrytych szarawym lub żółtawym nalotem. Przebieg ich szybki. Rozpoznawanie łatwe.

Chorobę racie i pyska niektórzy autorowie (Rault, Ebstein) identyfikują z aftami. Zarażenie ludzi pochodzi od zwierząt (od używania mleka, masła). Przyczyna prawdopodobnie pasorzytnicza. Zdarzać się mogą miejscowe epidemie tego cierpienia (Siegel). Błona śluzowa silnie obrzmiała, zaczerwieniona; język mocno obłożony, obrzękły, foetor ex ore; ślinotok. Następnie występują różnej wielkości pęcherzyki z zawartością mleczną, oto-

czone przekrwionemi wałami; ulegają one owrzodzeniom. W wewnętrznych narządach również występują zmiany (białkomocz, zapalenie jąder, gruczolów chłonnych). Rokowanie poważne; nawroty bywają.

(d. n.).

## 102. H. Körner. Wypadkowe otwarcie jam szczękowych przy ekstrakcyach.

(Oesterreichisch ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde, r. 1899. Zeszyt I).

Do przykrych powikłań przy wrywaniu zębów z górnej szczęki należą bez wątpienia wypadkowe otwarcia zatok szczękowych (antr. Highmori). Wypadki takie, zdaniem K., zdarzają się nawet częściej, niżby się zdawało, są one jednak rzadko kiedy notowane, gdyż pewna część tychże zagaja się bez zwrócenia na siebie uwagi, zarówno ze strony pacyenta jak i operatora.

Zdarzają się jednak przypadki, w których traf lub następstwa przekonywają operatora o nienormalnym otwarciu jamy. Takich przypadków autor spostrzegł w ostatnich dwóch latach pięć.

*Pierwszy dotyczył* 23 letniego studenta, któremu usunięto I ząb trzonowy górny z lewej strony. Ząb został z łatwością wyjęty. Po dokonaniu operacji zauważono, że z rany wydziela się ropa. Badanie zgłębnikiem przekonało K., że jama Highmora jest otwarta. Ranę opatrywano gazą jodoformową przez trzy tygodnie, przez który to czas nastąpiło wyleczenie.

*Drugi przypadek* dotyczył 17 letniego gimnazysty, któremu usunięto I ząb trzonowy górny z prawej strony. Operacya w tym przypadku nie udała się o tyle, że korzeń językowy został odłączony i pozostał w szczęce. Badając zgłębnikiem autor przekonał się, że rana po korzeniu odśrodkowym (dystalnym) jest połączoną z jamą szczękową, której dno dochodziło do wyrostka zębodołowego. Po wyjęciu korzenia językowego ranę opatrywano przez dwa tygodnie gazą jodoformową, Przez ten czas nastąpiło zagojenie.

*Przypadek III.* Dwudziestoletniemu studentowi usunięto pewną ilość ropiejących korzeni. Przy operacyi skonstatowano otwarcie jamy Highmora. Otwór po przednim (dośrodkowym) korzeniu II-go zęba trzonowego górnego z lewej strony, który się łączył z jamą szczękową, opatrywano przez 8 dni gazą jodoformową, przez który to czas nastąpiło wyleczenie bez powikłań,

*Przypadek IV* dotyczył również studenta, któremu usunięto I ząb trzonowy górny z lewej strony. K. i w tym przypadku znalazł komunikację z jamą Highmora. Jak w poprzednim przypa-

dku, tak i w tym, rana była opatrywana przez 8 dni gazą jodoformową. Zagojenie nastąpiło bez powikłań!

*Piąty przypadek* dotyczył 30-letniej kobiety, której autor w uspieniu usunął pewną ilość korzeni, a między innymi i korzenie po I molarze górnym z lewej strony. Operacja była wykonana bez większych obrażeń wyrostka zębodołowego, gdyż korzenie, jakkolwiek były wysoko osadzone, dały się bez trudności usunąć. Po 6-ciu tygodniach po operacji, pacjentka oświadczyła autorowi, że przy wycieraniu nosa czuje jakby miała jakąś otwartą ranę w ustach i że toż samo uczucie miewa od pierwszego dnia po operacji. Jakkolwiek przez ten czas pacjentka przychodziła często do K. dla leczenia korzeni przednich zębów, nic o tem cierpieniu nie wspominała, gdyż nie przypuszczała, aby to miało mieć jakiś związek z dokonaną operacją. Badając zgłębnikiem ranę po usuniętych korzeniach I zęba trzonowego górnego z lewej strony K. stwierdził, że zębodoły sięgają wysoko, tak że gdy zgłębnik został wprowadzony na 1 cm. głęboko, główka tegoż już się znajdowała w jamie Highmora. Pacjentka ta z powodu tego, że ropienie z jamy doprowadziło do obrzmienia średniej muśli nosowej, znajduje się jeszcze w leczeniu.

Skończywszy z opisem obserwowanych przez się przypadków, K. stara się wyjaśnić przyczynę mimowolnego otwarcia jam szczękowych przy operacjach zębowych, wykonywanych bez powikłań t. j. bez odłamania wyrostka zębodołowego i t. p. i dochodzi do wniosku, że przyczyną omawianego powikłania, może być zarówno nienormalne t. j. za długie rozrośnięcie korzeni zębowych jak i budowa samej jamy, której dno często się znajduje nad samym wyrostku zębodołowym. W pierwszym przypadku końce korzeni często się wpuklają w jamę i przedstawiają się wewnątrz takowej w formie niższych lub wyższych wypukleń; w drugim t. j. gdzie korzenie są normalnej długości, budowa jamy może być taka, że dno jej dochodzi do wierzchołków korzeni. Taki też zbieg okoliczności miał miejsce, zdaniem autora, w czterech opisanych przez niego przypadkach, gdyż jak stwierdził, korzenie zębów usuniętych były normalnej długości. Jak w pierwszym przypadku, tak i w drugim wierzchołki korzeni są oddzielone od jamy szczękowej tylko cienką blaszką kostną, która często może podlegać rozmiękczeniu lub przedziurawieniu na skutek procesów patologicznych, odbywających się około wierzchołków korzeni. W podobnych przeto wypadkach, chociażby ekstrakcja była najostrożniej wykonaną, musi nastą-



pię otwarcie jamy Highmora. Przewidzieć przeto powikłania przed operacją nie podobna. Należy tylko po dokonanej ekstrakcyi obejrzyć korzenie i jeżeli te ostatnie okazały się dłuższemi niż normalne, zbadać zębodół wysterylizowanym zgłębnikiem, aby się przekonać, czy nie nastąpiło wypadkowe otwarcie jamy. Co się zaś tyczy leczenia, autor zadawałnia się tylko tamponowaniem otworów gazą jodoformowaną i radzi w ten sposób postępować.

*S. Essigman.*

## Wiadomości pomniejsze.

102 **H. B. Tileston** wynalazca **plomb kombinowanych cementowo-amalgamatowych** zabiera znów głos w tej sprawie w trzecim N-rze *Dental Cosmos* z r. b. Kombinację tę stosuje już Tileston od lat dwunastu. Mięszwinę sporządza w sposób następujący: najprzód zarabia amalgamat (gatunki prędko twardniejące nie nadają się) rtęć wyciska z amalgamatu tylko wtedy jeżeli jest jej nadmiar. Zarabiając później cement w zwykły sposób na szkiełku, wgniata w ten cement przy pomocy twardego szpadla poprzednio przygotowany amalgamat. Otrzymaną masę palcami formuje w odpowiednie wałki i kulki, które za pomocą gładkich upychadeł wprowadza w ubytki i ubija. Dokończyć można plombę czystym amalgamatem. Barwa plomby kombinowanej przypomina amalgamat. Wyższość jej nad cementem polega na tem, że mniej się ona rozpuszcza i ściera niż cement. Nad amalgamatem kombinacja ma tę wyższość, że: 1) przylepia się do ścian ubytku, nie wymaga więc podcięcia, 2) że daje się prędko wprowadzić 3) że można z niej prędko i bez matrycy zrobić dużą plombę konturową. Plomba z kombinacją na dnie i z czystym amalgamatem na wierzchu lepsza jest, niż z czystym cementem na dnie.

Co do przewodnictwa ciepła, to kombinacya oczywiście przeprowadza ciepło mniej, niż czysty amalgamat, a więcej niż cement. Wskazaną jest kombinacya przy: 1) dużych ubytkach ze słabemi ścianami; 2) przy trudno dostępnych, a bardzo czułych policzkowych ubytkach trzecich molarów; 3) przy silnie zniszczonych pierwszych trzonowych u dzieci; 4) przy wielkich ubytkach w zębach mlecznych; 5) do umocowania zębów sztyftowych (o ile linia połączenia korony porcelanowej z korzeniem nie jest widoczną).

Dz.

103. **Roussel** (Paryż) zaleca inny znowu **sposób kombinacji amalgamatu z cementem** (sposób *Stran-ga*). Najprzód zarabia się amalgamat, nie bardzo twar-do (aby nie rozsypywał się na proszek przy rozcieraniu w palcach), potem amalgamat ten rozciera się w móżdżerzyku z trzecią (na oko) częścią proszku cementowego, poczem dopiero dodaje się na szkiełku do tej masy płynu cementowego (cement nie powinien należeć do gatunku prędko twardniejących). Masa ta przylepia się do ścian ubytku doskonale (nb. o ile nałożoną jest na sucho), i nie wypada nigdy. Jeżeli stosuje się matrycę, to tę należy posmarować wazeliną, aby plomba się do niej nie przylepiła (R. d. Stomalogie 3, 1900).

Dz.

104. **Dr. J. Kreisler** z Wiednia stosował **Beta-Eukainę** do znieczulania przy 1000 przeszło ekstrakcyach; skutki zawsze nie pozostawiały nic do życzenia.

Dr. K. nadmienia, że eukainę ten tylko ocenić może, kto przedtem pracował długi czas z innymi środkami znieczulającymi. Przez kilka lat Dr. K. zużył przeszło  $\frac{1}{2}$  kilo kokainy, mając przytem kilka przypadków bardzo nieprzyjemnych i niepokojących objawów zatrucia. Obecnie Beta-Eukaina zastępuje mu zupełnie kokainę, niedając nigdy objawów zatrucia ogólnego. Jedyłą nieprzyjemnością przy stosowaniu eukainy są lekkie obrzęki, jakie zdarzają się czasem po ekstrakcyi. Obrzęki te nie mają charakteru zapalnego, są zupełnie niebolesne, przechodzą bez śladu po 24—48 godzinach, a zależą prawdopodobnie od tego, że eukaina, będąc trudno rozpuszczalną w tkankach, powolnie się z nich rezorbuje.

(Według listu dra Kreislera).

105. **Woda utleniona.** Woda utleniona, jak wiadomo, jest doskonałym środkiem dezynfekcyjnym do płukania ust, ponieważ przy znacznej sile bakterycydy ma smak niezły i nie drażni tkanek. Szczególnie dobrze robią płukania z wody utlenionej przy chorobach dziąseł, ropotoku zębodołowym i sprawach podobnych.

Dotychczas byliśmy jednak w stosowaniu wody utlenionej skrepowani tem, że oficjalne jej rozczyzny, t. zw. *hydrogenium peroxydatum medicinale*, zawierały zawsze pewną ilość kwasu, ponieważ tylko kwaśne rozczyzny wody utlenionej dawały się konserwować. Jak się dowiadujemy (Odontolog. Blaetter, Nr. 16 z r. b.) firmie Merck w Darmstadtzie udało się otrzymać rozczyzny wody utlenionej *wyjatkowego stężenia i absolutnej czystości*. Rozczyzny te znajdują się już w handlu pod nazwą „*Hydrogenium peroxydatum purissimum Merck*“; zawierają one 30% dwutlenku wodoru na wagę (dotychczasowe rozczyzny zawierają 3% na wagę) i zupełnie wolne są od kwasów, mogą więc być zalecane nawet do długotrwałych płukań bez obawy o odwapnianie zębów. Jako silniejszy, musi być naturalnie nowy ten preparat wody utlenionej dawkowany inaczej.

Gdy dotychczasowe Hydrog. peroxydatum medicinale przepisywaliśmy do płukania w ilości jednej do dwu łyżeczek na  $\frac{1}{4}$  szklanki wody, dając pacjentowi do ręki po 200,0 na raz, preparat nowy będziemy przepisywać w ilości 15 do 30 gramów w kroplomierzu, na jedno wyplukanie radząc zużyć  $\frac{1}{4}$  szklanki wody z dodatkiem 6—10 kropel *Hydr. peroxyd. purissimi Merck*. Nowy rozczyzn musi być przechowywany we flaszkach ciemnych; o ile jest dobrze zatkany, przechowuje się ten rozczyzn bez rozkładu przez czas bardzo długi.

Nowy rozczyzn, jako silniejszy, znajdzie też zastosowanie zamiast *pyrozonu* (roztwór dwutlenku wodoru w eterze) do leczenia kanałów, ropotoku zębodołowego i do bielienia zębów. Wadą nowego roztworu Hydrog. peroxydati jest tylko to, że tymczasem jest on bardzo drogi.

Dz.

106. **Przecięcie przetyku w celu wydobycia połącznej protezy zębowej.** Na zebraniu Birmingamskiego oddziału Brytańskiego Towarzystwa lekarskiego p. Geor-

ge Heaton pokazywał 21 letniego mężczyznę, któremu dokonał przecięcia przelyku. Na 6 miesięcy przed dokonaniem operacyi chory polknał był 3 sztuczne siekacze, osadzone na platce z wulkanizowanego kauczuku. Aparat umocowany był w ustach do zębów naturalnych za pomocą nieelastycznych klamer. Chory narzekał na bóle powyżej lewego obojczyka i nie był w stanie stałych pokarmów przelykać. Roentgenizacya wykazała, że platka uwięzła na wysokości 3-go kręgu grzbietowego. Ciało obce można było wyczuć za pomocą zgłębnika, wprowadzonego przez usta, na odległości 17,5 ctm. od dolnych siekaczy. Ponieważ wszystkie zabiegi skierowane do wydobywania rzeczonych aparatów z przelyku były bezowocne, przystąpiono 8 lutego do operacyi. Platkę z otworu, zrobionego w przelyku, wydobyto z trudnością, ponieważ aparat ugrzązł w uchyłku, znajdującym się na 3,75 ctm. poniżej rany operacyjnej. Ostry haczyk platki utkwił w ścianie przelyku i przez czas dłuższy opierał się wydobyciu. Po operacyi autor przeprowadził rurkę przez ranę do żołądka. Drogą tą podawano choremu pokarmy. Przetoka była przez miesiąc otwarta, a 5 marca zupełnie się zamknęła. Rozmiar platki był 3,5 ctm.  $\times$  2,5 ctm.

(British Medical Journal № 68 r. b.).

P. Klein.

107. **Ronnet. Ograniczona zgorzel spowodowana nadużyciem pasty arsenikowej.** 15 letni B. zgłosił się do kliniki paryskiej szkoły dentystycznej z bolącym drugim prawym dwuguzikowcem górnym. Rozpoznano zapalenie miazgi bez jakichkolwiek powikłań miejscowych lub ogólnych. Leczeniem pacyenta zajął praktykant; 12-go Czerwca wypalono termokauterem małeńki kawałek dziąsła, wrastający do ubytku próchnicowego. 13-go założono pastę arsenikową; 15-go uczeń z własnej inicjatywy powtórzył arsenik. 16-go, widząc, że amputacya miazgi była by bolesną, poradziliśmy się kolegi, nie pytając się o zdanie profesora, praktykant po raz trzeci założył arsenik.

Pacyent, któremu na razie zęb przestał prawdopodobnie dokuczać, przestał przychodzić do kliniki. Po 15 dniach chory powrócił jednak i wtedy to dopiero Dr. R. miał okazję do zbadania go: pacyent był osłabiony, przygnębiony, narzekał na brak apetytu i bezsenność; leczony zęb był koloru szarego zupełnie rozchwiany i obnażony z dziąseł. Sąsiednie

zęby zlekka rozehwiane. Poczerniałe dziąsło i w stanie b. silnego zapalenia; kość szczękowa w okolicy chorego zęba chropowata i ruchoma. Omawiany biskuspis wyrwano; nazajutrz przy pomocy kleszczy i podważki usunięto odsłoinę (sekwestr). Zalecono płukania przeciwnilne i oddano pacyenta innemu uczniowi dla dalszego leczenia. 10-go Lipca usunięto jeszcze resztki odsłoiny przyczem zauważono przedziurawienie, drążące do jamy Highmora.

Przy przepłukiwaniach przeciwnilnych nastąpiło zupełne wyleczenie, otwór do jamy szczękowej zarósł zupełnie.

Za przyczynę nekrozy szczęki uważa autor w tym przypadku za długie stosowanie arszeniku i w celu uniknięcia podobnych powikłań radzi zawsze robić amputację w 24 godzin po założeniu pasty arszenikowej.

(Nekroza, szczęki w tym przypadku mogła być nie tylko od za długiego stosowania arszeniku, ale i od rozlania się pasty na dziąsło, na co autor nie zwraca uwagi, a co jest bardzo możliwe.).

R. R. W.

108. Sposób do łatwego usuwania gipsu z platki: kauczukowej, podaje *Ohio Dent. Journal* № 1 z 1900 r. Protezę wkłada się do dobrze ciepłej wody, do której wpięrow dodano cokolwiek kwasu solnego; po upływie pół godziny wyjmuje się platkę i oplukuje w słabym roztworze sody, a gips całkowicie i dobrze od platki odpadnie.

Wł. Zieliński.

109 **Wybuch Kociołka do wulkanizowania.** W *Brit Journal of Dent. Sc.* z 15-go Stycznia 1900 r. czytamy następującą wiadomość. W Sidney w Australii eksplodował kociołek do wulkanizowania i wyrządził nie tylko dużą szkodę materyalną, ale i ciężko pokaleczył asystentkę. Takie nieszczęśliwe przypadki pouczają, że należy kocioł od czasu do czasu poddawać starannym oględzinom.

Wł. Zieliński.



## ZE ZJAZDU Dentystów w Sztrasburgu

Napisał FELIKS IDZIKOWSKI.

W ostatnich dniach Października (27, 27 i 28) odbywał się w Sztrasburgu Kongres pięciu Towarzystw Dentystycznych Południowo - Niemieckich. Szanownemu D-rowi *Stierenowi*, redaktorowi pisma „*Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*” zawdzięczam, że, bawiąc w Październiku w Wiesbaden, zostałem przez gospodarza zjazdu D-ra *Bauera* zaproszony na ten Zjazd, gdzie jako sprawozdawca Przeglądu Dentystycznego doznałem bardzo serdecznego przyjęcia, za które tak wyżej wymienionym Panom, jak również Szanownemu Przewodniczącemu Docentowi D-rowi *Römerowi* i Docentowi D-rowi *Jessenowi* zasyłał serdeczne podziękowanie.

Pragnąc wrażeniami z tego zjazdu podzielić się z czytelnikami naszego pisma, podaję dziś pierwszą część sprawozdania, obiecując w kilku jeszcze artykułach opisać wszystko to, co moim zdaniem, ogół naszych specjalistów zainteresować może.

### I. Plomby kombinowane.

Jak wiadomo, plomby plastyczne, jeżeli się nimi posługujemy do wypełniania ubytków w zębach trzonowych, nie zawsze zęb trwale od wznówki próchnicy zabezpieczają. Z plomb plastycznych amalgamat i cement wiele posiadają stron dodatnich, lecz nie brak im również i ujemnych. Amalgamat jest łatwy do zastosowania, a dobrze ubity nie łatwo się zużywa, ale:

1) jest dobrym przewodnikiem ciepła i przez to, zastosowany w głębszych ubytkach, źle jest znoszony przez miazgę;

2) amalgamat ma własność kurczenia się i nie przylepia się do ścian zęba, a trzyma się tylko przez zaankrowanie w przygotowanych uprzednio podcięciach. Jeżeli więc te ostatnie nie były dokładnie zrobione, to amalgamat, odcinając się od ścian ubytku, może wypaść, a co najmniej, ułatwia ślinie przenikanie pomiędzy plombę i ściany ubytku i przez to daje powód do wznówki próchnicy.

Główną zaletą cementu jest przylepianie się do ścian ubytku, co poniekąd czyni zbytecznym wiercenie podcięć; jeżeli ścianki ubytku są bardzo cienkie, to cement, przylepiając się do nich, znacznie je wzmacnia. Dobrą zaletą cementu, ale tylko w teorii, jest to, że jest on złym przewodnikiem ciepła; praktyka jednak uczy nas, że jako pokład odgradzający nie zastępuje cement gutaperki lub plomby o płynie niedrażniącym, zwanej „Artificial Dentin”; cement zwyczajny, do ubytków głębszych wprowadzony, zwłaszcza w stanie rzadkim, nie mniej od amalgamatu drażni miazgę z powodu kwasów, znajdujących się w jego płynie. Co się tyczy wytrzymałości plomby cementowej na powierzchniach żujących i odporności jej względem śliny, to wiemy, że pod tym względem cement współzawodnictwa z amalgamatem nie wytrzymuje.

Od niejakiego czasu dentyści starają się przez połączenie dwu, wyżej wspomnianych materiałów, wyzyskać zalety każdego z nich na korzyść plombowanego zęba, mając na widoku zmniejszenie w ten sposób dążności amalgamatu do kurczenia się. Plombę taką jedni nazywają dublowaną, my zaś nazwiemy ją za prof. Bertenem, kombinowaną. Dotychczas były znane trzy sposoby kombinowania cementu z amalgamatem.

Sposób pierwszy polega na tem, że opiłki me-

taliczne, z rtęcią, jak zwykle, zmieszane, kładzie się na szkiełko, na które również wysypuje się nieco proszku cementowego i, dodawszy do tego odpowiednią ilość płynu, zarabia się to wszystko na ciasto, którem szybko się ubytek wypełnia.

Podług Robieska należy przygotować w sposób zwykły odpowiednią ilość amalgamatu, następnie osobno zarobić małą ilość cementu na rzadką papkę i wprowadziwszy ostatnią na dno ubytku, upychać w tę jeszcze miękką masę poprzednio przygotowany amalgamat aż do wypełnienia ubytku.

Billeter zmodyfikował sposób Robieska o tyle, że w pierw plombuje ząb, wypełniając ubytek po brzegi, o ile można gęsto zarobionym cementem, a po kilku minutach dopiero w prawie już suchym cemente wierci na nowo otwór, nie obnażając przytem brzegów i, porobiwszy podcięcia, kończy plombowanie czystym amalgamatem.

Zobaczymy teraz, który z podanych sposobów zasługuje na pierwszeństwo. Co do sposobu pierwszego, to przedewszystkiem wolno nam wątpić, czy amalgamat, zmieszany z cementem, przestaje być dobrym przewodnikiem; powtóre przylepianie się do ścian tej mieszaniny także przedstawia pewne wątpliwości; potrzecie z takiej plomby z czasem rozpuszczają się przynajmniej powierzchownie, cząsteczki cementu i powierzchnia plomby stanie się porowatą, nierówną, co będzie powodem nagromadzania się resztek jadła, co wznowi próchnicę. Dodatnią stroną tak skombinowanej plomby stanowi zniesienie kureczliwości amalgamatu.

Co do sposobu Robieska, to rzadki cement, wprowadzony na dno ubytku, już przy uciskaniu pierwszej warstwy amalgamatu rozmaże się po ścianach ubytku, przez co wartość cementu, jako przegrody, upada. Brzegi ubytku, powalane cementem, pomimo starannego oczyszczenia ich skrobaczką, (użycie tu koło-



wrotka sprawę pogarsza) nie są już czyste, aby sam tylko amalgamat bezpośrednio mógł się ich dotykać; cement na brzegach plomby rozpuszcza się z czasem i wznówka próchnicy nie daje długo czekać na siebie.

Nie pojmując w dodatku, co tu przeszkadza amalgamatowi do kurezenia się, musimy się dziwić, że właśnie ta kombinacya najwięcej znalazła zwolenników.

Co do kombinacyi, podanej przez Billetera, to ponieważ radzi óu cement zarabiać z jaknajmniejszą ilością płynu, to jako podkład ma wartość ten cement, lecz dla kogo z nas jest to nowością, i kto z nas, pragnąc głębszy ubytek zamienić w płytki, tego nie robił. Bezpodstawność zaś dalszego wykończenia plomby w sposobie Billetera (cement na brzegach) jest tak oczywistą, że niema co o niej mówić.

Jak dotychczas doskonałości w łączeniu cementu z amalgamatem dopatrzeć się nie możemy, musi coś jednak przemawiać za tym sposobem, skoro pierwszorzędni specjaliści sprawą tą się zajmują i skoro ta sprawa daje pole do odczytów i demonstracyi na zjazdach dentystycznych. Z takim właśnie odczytem wystąpił prof. B e r t e n na tegorocznym zjeździe w Sztrasburgu, przedstawiając nam *czwarty* sposób łączenia amalgamatu z cementem, z którym to sposobem pragnę Czytelników zapoznać.

Prelegent w praktyce swojej skrzętnie zbiera odpadki i pozostałości materiału przy plombowaniu zębów amalgamatem (używa tylko amalgamatu złotego Lorentza); tak zebrane kawałki amalgamatu, po ich stwardnieniu, tłucze w móżdżerzu na mialki proszek, który przesiewa jeszcze przez kawałek rzadkiego płótna; dwie części takiego proszku miesza się z jedną częścią proszku cementowego. Ten kombinowany proszek zarabia się w zwykły sposób z płynem cementu na nie bardzo twardą masę, którą się ubytek wypełnia. Gdzie zależy na tem, ażeby powierzchnia plomby przedstawiała się ładnie, wypełnia Berten

ta masą ubytek do trzech czwartych głębokości, dopełniając resztę czystym amalgamatem.

Jak widzimy kombinacya prof. Bertena różni się od pierwszej z powyżej opisanych o tyle tylko, że tu proszek amalgamatowy dostajemy prawie darmo; pytanie jednak, czy plomba taka może być uważana jako zły przewodnik ciepła i czy na równi z cementem ima się ścian ubytku. Przybywa tu nawet jeszcze pytanie dodatkowe: czy dodany na powierzchnię amalgamat łączy się z pierwszą warstwą o tyle, że podcięcia są zbyteczne, oraz czy powierzchnia warstwa amalgamatu zabezpieczoną jest od skurezenia się, co przecież jest celem całej kombinacyi. Prof. Berten widocznie na takie pytanie był przygotowany, skoro gotową miał na nie odpowiedź.

Co do pytania pierwszego, to przedstawił nam prof. Berten dwa zęby trzykorzeniowe o znacznych ubytkach centralnych, z których jeden był zaplombowany amalgamatem czystym, drugi zaś jego kombinacyą. Zęby te od strony korzeni zostały wyżłobione dużym główkowatym świderkiem aż do odsłonięcia plomby. Do tak zrobionego otworu prelegent wprowadził termometr, plombę zaś od powierzchni rozgrzał przez dotykaniem rozpalonem do czerwoności żelazem. Przekonaliśmy się wszyscy, że czysty amalgamat, rozgrzewając się, spowodował podniesienie się słupa rtęci w ciepłomierzu, zmieszany zaś z cementem żadnego odczynu ni wywołał.

Jako odpowiedź na drugie pytanie widzieliśmy zaplombowany ząb o ubytku obszernym i zupełnie rozwartym, ze środka zaś plomby wystawał haczyk.

Ubytek ten, według słów prelegenta, został wypełniony bez żadnych podcięć w ten sposób, że na spodzie do połowy jest masa amalgamatowo-cementowa, reszta zaś to amalgamat czysty, w którym też umocowany jest wspomniany haczyk. Do haczyka przytwierdzono teraz ciężar 10<sup>ci</sup> funtowy i plomba

rzeczywiście ani drgnęła. Doświadczenie to miało dwieście: 1) że plomba amalgamatowo-cementowa nawet bez zaaukrowania dostatecznie się trzyma ścian zęba; 2) że czysty amalgamat łączy się nierozdzielnie z pojedynczymi metalowymi kryształkami masy amalgamatowo-cementowej; 3) że jeżeli plomba amalgamatowo-cementowa rozpozartą będzie na całej szerokości ubytku, to wtedy czysty amalgamat, złączony z nią w celu dopełnienia plomby w małej ilości, nie ulega skurezeniu.

Ponieważ rzecz cała jest nowa i wymaga osobistego przekonania się, przeto byłoby pożądanem, aby kto z Sz. Czytelników zechciał doświadczenia Bertena sprawdzić i z wynikami swojej pracy z ogółem podzielić się zechciał.

(d. e. n.)



## ODCINEK.

### Z POBYTU NA ZJEŹDZIE

w Krakowie.

### WRAŻENIA i UWAGI.

Spowita przez czas długi w pieluchach dentystyka przestaje nareszcie być sztuką, a krokiem śmiałym wkracza na drogę nauki. Powstanie szkół dentystycznych było jednym z pierwszych światełek, zwiastujących lepszą dolę, prawdziwe jednak wyzwoliny zgotował naszej dentystyce D-r. Dzierżawski, zakładając pierwsze polskie pismo, poświęcone wiedzy i sztuce dentystycznej. Ten „Przegląd” powitaliśmy z radością jako objaw najpierw społeczny, a potem jako pismo, rzucające nam ciągle snopy światła na wiele niejas-

nych zagadnień dentystycznych. Skwapliwie wyczytaliśmy się w rozprawy z dziedziny naszej specjalności, radzi, że wzbogaca się dorobek naukowy za sprawą polskiego pisma i że mamy możność do piśmiennictwa naukowego dorzucić swoją cegiełkę.

Przełomowym jednak faktem w rozwoju dentystyki naszej staje się *IX Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie* w r. b., specjalnie zaś urządzona na tym zjeździe *sekcja dentystyczna*. Uskuteczniła za sprawą dwóch dzielnych rzeczników dentystyki D-rów *Dzierżawskiego* i *Lepkowskiego*, sekcja dentystyczna na Zjeździe krakowskim, jako pierwsza na polskich zebraniach naukowych, uświadomiła nas, że nasza specjalność nie leży odłogiem, że wśród pracowników na tej niwie mamy ludzi nauki i prawdziwie zamiłowanych w dentystyce. Z jakąż radością i z jakim skupieniem ducha wsłuchiwaaliśmy się w te przemówienia, otwierające sekcję dentystyczną. Był to niejako pierwszy chrzest polskiej dentystyki, udzielony w imię nauki.

Gdym wszedł do pięknego gmachu *Collegium Novum*, z pewnym niepokojem szukałem sali № 36, gdzie po raz pierwszy dano możność sekcji dentystycznej odezwać się i w rozprawach swoich przekonać ogół, że w zabiegach naukowych dentystyka nasza wcale nie pozostała na tyłach. Sala zgromadziła 23 słuchaczy. Na katedrę wszedł człowiek o małym wzroście; wyglądem swoim nie znamionował on „powagi”, gdy jednak otworzył usta i przemówieniem, wypowiedzianem z serca i piękną polszczyzną, przywitał zgromadzonych, pierzełło moje rzekome wrażenie; przeciwnie chwyciłem z niekłamanym zadowoleniem każde słowo, wypowiedziane na obronę i korzyść naszej specjalności; ta prostota, szczerłość i dziwnie ujmujący sposób przywitania, zrodziły w duszy zebranych (w mojej specjalnie) jedną wielką sympatię dla otwierającego posiedzenie Docenta D-ra Wincentego Lepkowskiego, gospodarza sekcji dentystycznej.

Na przewodniczącego powołaliśmy jednogłośnie Szanownego Redaktora D-ra Dzierżawskiego, który koniecznie starał się zrzec tej godności na rzecz docenta Łepkowskiego. Potrzeba było dopiero silnego i stanowczego protestu ze strony ostatniego, by utrzymać na przewodnictwie naszego redaktora. Przewodniczący przystąpił potem do wykonania programu, który był i długi i zajmujący.

Szczegółowy rozbiór spraw, na sekcji naszej dyskutowanych, czytali już Szanowni Czytelnicy na innym miejscu „Przeglądu”, a mnie pozwolą dorzucić skromną tylko garstkę uwag i wrażeń.

Niewymowną wdzięczność uczuwamy dla doc. Łepkowskiego, iż na pierwszym planie rozpraw postawił sprawę *słownictwa dentystycznego*. Raz nareszcie spolszczyć i ustalić należy naszą, że tak powiem, mowę dentystyczną. Właśnie od takiej sekcji ogół dentystów wymaga dezynfekcyi tych dziwolągów językowych, prawem kaduka grasujących w mowie i w piśmiennictwie naszej specjalności. Dobrze te usiłowania już Dr. Dzierżawski zapoczątkował w swem piśmie, takiej jednak reformie dać może prawo i moc obowiązującą tylko ogólna jakaś aprobata i zgoda.

W celu urzeczywistnienia tego projektu powołano specjalną Komisję. Wierzymy, że komisya ta owoc swych zabiegów w niedalekiej przyszłości przedstawi ogółowi dentystycznemu, rozwiązując w ten sposób węzeł, który zaczął już być gordyjskim. Tu pozwolę sobie niezynie skromną uwagę: rezultat ostateczny Komisya obowiązała się ogłosić dopiero na następnym Zjeździe Przyrodników i Lekarzy we Lwowie; otóż czy trzyletni przeciąg czasu nie jest zbyt długim okresem do załatwienia tej palącej sprawy. Jedyнным, a zarazem najodpowiedniejszym zwiernikiem naszych potrzeb, pragnień, poglądów, objaśnień i wyjaśnień jest chlubnie prosperujący Przegląd Dentystyczny, w nim i z nim więc okrom innych spraw ogniskować się winno, zdaniem mojem, rozwiązanie słownictwa den-

tystycznego. Ogłoszenie projektu komisji w Przeglądzie da możność wielu czytelnikom wtrącić swoje trzy grosze, może nie pozbawione słuszności, a przy polemice, z godnością prowadzonej, uzupełni to pracę komisji. Taka całość, uświęcona na Zjeździe, stanie się już prawem.

Podczas Zjazdu bywałem na różnych sekeyach, przysłuchiwałem się czytanyim pracom z zadowoleniem, nigdzie jednak nie doznałem tej prawdziwej przyjemności, jaką zgotował mi wykład D-ra Dzierżawskiego, „o leczeniu chorób miazgi”, wypowiedziany całkowicie z pamięci. Był to wykład traktowany szczegółowo i wyczerpująco; autor jasno i dobitnie wyłożył leczenie jednego z tych cierpień ludzkich, na które codziennie patrzymy i które koić się staramy. Szkoda tylko, że Sz. autor szczególną opieką otoczył miazgę zębową, a nie zwrócił uwagi na ozębną, która ulegając zapaleniu, wywołuje stokroć więcej bólu i zaburzeń. Ten temat ma dużo stron ciekawych, ciemnych i nierozwiązanych. Wykład o leczeniu miazgi spowodował dyskusję; w tej niewinnej sprzeczce odzywały się trafne uwagi, popierane silną argumentacją. Tutaj z wielką przyjemnością zaznaczamy ten fakt, że nasze audytorjum składało się z kolegów z zapalem oddanych dentystyce; tych, których dentystyka interesuje jako korzystny proceder, jak należało się spodziewać, na Zjeździe nie widzieliśmy, nie więc nie psuło ogólnego zapalu i harmonii.

Wierzymy, że Lwów za lat trzy zgromadzi nas więcej, że nas tem pociągnie zamiłowanie do tej nauki, która nam daje nie tylko chleb powszedni, ale której wyrabiamy nowe drogi, nowe tory w jej pochodzie do ideału. A przytem jeszcze jedno: nasza specyalność, izolowana i tak już od rzeszy medyków, tworzy dziwny konglomerat osobników, pojęć i dążeń etycznych; idziemy luzem i wprowadzamy do naszego życia jakieś źle zrozumiane różniczkowanie, wtedy gdy powinniśmy iść ławą; nam właśnie brak uorganizowa-

nej łączności, która, w obecnych warunkach życia daje siłę i przewagę. Być może, że w tej chwili przedstawiamy najmniej podatny materiał do związku wspólnego, do zorganizowania społecznego, słowem do stowarzyszenia, ale nie wolno nam się uchylać od tej myśli, przeciwnie dążyć musimy do zrzeszenia się do korporacyi, do utworzenia związku, któryby zogniskował w sobie wszelkie interesy dentystryki i dentyistów. Zjazdy obok naukowych zadań mają i ten cel, aby jednoczyły.

Mimowoli odbiegłem od tematu a tu jeszcze praca kolegi *Bliklego* zasługuje na szczegółowe sprawozdanie. Brak miejsca nie pozwala mi temu zadaniu sprostać, dodam tylko, że „*Sposób racjonalnego czyszczenia zębów z przedstawieniem szczotki własnego pomysłu*” *Bliklego* stanowi pracę cenną nie tylko dla specjalistów, ale zajmującą i dla przeciętnej publiczności, nie świadomej zazwyczaj, „sposobu racjonalnego czyszczenia zębów”. Referat kolegi *Bliklego* ze wszech stron zasługuje na uznanie, szczególnie zaś jako praca, popularyzująca tak ważną czynność, jak czyszczenie zębów.

Obok wymienionych prac niewątpliwie odczyty kolegów *Idzikowskiego*, *Zielińskiego*, *Essigmanna*, *Goldberga* i *Kolna* oraz docenta *Lepkowskiego* były bardzo dobre i wzbogaciły naszą literaturę; wykłady te były nadzwyczaj sumiennie opracowane i przynoszące chlubę autorom.

Taki mniej więcej był przebieg naszych rozpraw w *Collegium Novum*. A pozatem?

Pozatem znikala zwykle strona naukowa, a zapanowywała jedna szczerą serdecznością wśród grona uczestników naszej sekeyi. Jako wraz tych koleżeńskich uczuć niech mi wolno przytoczyć tę staropolską gościnność, jaką nam okazał docent *Lepkowski*.

Przyjęci nad wyraz serdecznie w domu Szanownych Państwa *Lepkowskich*, wynieśliśmy z tego domu najmiłsze wspomnienie z minionych dni Zjazdu, a przy-

tem nie mamy słów podzięki dla Szanownego Gospodarza za szczegółowe objaśnienie przy zwiedzaniu przez nas jego znakomicie urządzonych gabinetów dentystycznych. Twierdzą bez przesady, że ze zwiedzanych przezemnie gabinetów dentystycznych w Wiedniu, Pradze Czeskiej i Dreźnie, gabinety dra Lępkowskiego zajmują stanowczo pierwsze miejsce.

Nie mogę zakończyć tych słów kilku, nie wspomniawszy jeszcze o pewnych szczegółach IX zjazdu lekarzy i przyrodników. Komitet gospodarczy rozwinął całą energię, by członkom po godzinach sekeyjnych uprzyjemnić czas. I istotnie cel ten osiągnięto w zupełności: rauty, wycieczki, zwiedzanie miasta wypełniły najmilej godziny poranne i wieczorne, jedna tylko rzecz wywołała słuszny żal: oto goście, spragnieni żywego słowa, chcieli usłyszeć ze sceny krakowskiej jeden z tych utworów, który w „sztuce narodowej” zajmuje poważne miejsce; tymczasem obdarzono nas włoską operą, śpiewaną w przybytku, który nosi napis „*Kraków — Sztuce narodowej*”, i to w chwili, gdy do Krakowa zjeżdża z różnych ziem polskich tysiąc lekarzy i przyrodników, ludzi ciekawych wrażeń artystycznych, i ciekawych, naturalnie, polskiej sztuki. Do prawdy trudno było nie skarżyć się, że nam pod tym względem zrobiono krzywdę; zużytej „włoszczyzny” mamy za dużo gdzieindziej; od tych zdartych tenorów i wyranżerowanych sopranistek rok cały uszy nam puchną, tem więcej więc krzywdę tę odezuwaliśmy, że w pewnej z łóż najspokojniej przysłuchiwał się wykonywanej w dodatku bardzo nędznie „Cyganeryi” Pucciniego kierownik teatru Krakowskiego p. Kotarbiński. Zapewne „teatr był był na wakacyach”, ale wypadki takie, jak Zjazd lekarzy, nakazują zachować większą przezorność, nie tylko przecież ze względów kasowych.

*Juljan Biernacki.*  
(*Kalisz*).

---

Redaktor i Wydawca **B. Dzierżawski.**

Дозволено Цензурою Варшава 22 Ноября 1900 года.

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