

---

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROBYM  
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ.

---

## I. PRZYCZYNEK

DO

### ZACHOWAWCZEGO LECZENIA MIAZGI ZĘBOWEJ

za pomocą czterotlenku osmu.

Podał

**L. Goldberg.**

(Rzecz, czytana na sekcji Dentystycznej IX Zj. Lek. i Przynr. Polskich w Krakowie).

Każdemu praktykowi wiadomo, ile zachodu i pracy poświęcić nieraz trzeba przy zachowawczem leczeniu zęba z miazgą chorą lub zniszczoną. Prawda, że w miarę postępu wiedzy i przybywania środków lekarskich zadanie nasze robi się coraz łatwiejszem, lecz dużo jeszcze do zrobienia pozostało. O ile bowiem zachowawcze leczenie zębów, pozbawionych miazgi, w ostatnich kilku latach, a przeważnie od czasu wprowadzenia formaliny przez *docenta Łepkowskiego* posunęło się znacznie naprzód, o tyle zachowawcze leczenie miazgi pozostało jeszcze nieuchwytnem, a poświęcone temu liczne prace do pożądanego celu nie doprowadziły. Anatomiczna budowa miazgi utrudnia

nam jej leczenie. Organ ten, jeśli tylko miazga na takie mierny zasługuje, składa się z niewyraźnie włóknistej tkanki łącznej, nie zawiera ani śladu włókien sprężystych, jakoteż naczyń chłonnych.

Przy leczeniu miazgi, jako nadzwyczajnie delikatnej w budowie i subtelnie czulej na wpływy zewnętrzne, stosować należy takie środki, któreby obok bakteryobójczego działania nie naruszały tkanki i wywoływały szybkie znieczulenie. Do dziś leczenie miazgi ogranicza się na zastosowaniu środków żrących, które niszczą miazgę. Do czasu wprowadzenia arszeniku do dentystyki dla zażegnania cierpienia miazgi posługiwano się rozpalonem żelazem. Sposób ten i dziś jeszcze niezupełnie zarzucony został. Dopiero Spooner w 1836 r. pierwszy w tym celu zastosował arszenik. Pomysł ten zasługuje na miano genialnego, gdyż cierpiącym nie mało oddał usługi. W 1891 r. *Herbst* z Bremy wprowadził kobalt, zastępując nim arszenik. Według *Herbsta*, kobalt działa prędzej i lepiej od arszeniku. *Herbst* radzi dla zachowania pozostałej miazgi w korzeniach, po amputacji jej trzonu, wypełnić otrzymaną tym sposobem jamę płatkami cynowymi, wtłaczając je sposobem rotacyjnym. Dla czego jednak sposób rotacyjny ma lepiej uchronić miazgę od rozkładu niż zwykle wtłaczanie lub ubijanie materiału, *Herbst* nie objaśnia. Jednakże kobalt w praktyce silnie się zakorzenił i po dziś posiada nie mało zwolenników.

Odkrycie przez znakomitego angielskiego chirurga *Listera* przeciwnośnego leczenia ran, nie pozostało bez wpływu i na dentystykę. Między 1875 a 80 rokiem spotykamy już dość liczne prace o antyseptycznym leczeniu zębów. Do pierwszych pionierów tej metody należą: *Alfred Coleman*, *Adolf Witzel*, *Juliusz Parreidt* i inni. Niedługo po wprowadzeniu jodoformu w chirurgii przez *Mosetig-Moorhofs* w *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, ukazuje się praca *Skjotsborga*



ze Sztokholmu o zastosowaniu skombinowanej przez tegoż pasty do leczenia miazgi zębowej. Główną część składową tej pasty stanowił jodoform i fenol. Entuzjazm, wywołany pastą Skogsborga wśród niemieckich dentystów przegląda z prac *Hagelberga*, *Schmidta*, *Walkhoffa* i wielu innych. Przerzucając roczniki *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde* za lata 1882 do 1887, spotykamy najwięcej prac, poświęconych jodoformowi. Wszysey notują setki pomysłnych wyników, ujemne zaś pomijane są stałem milczeniem. *Walkhoff*, referując na jednym z posiedzeń niemieckich dentystów o działaniu jodoformu na miazgę zębową, nazywa pastę Skogsborga najideańszym ze znanych dotąd środków. Powoli jednak zapal się znuższa, entuzjazm znika, a jodoform gdziekolwiek jeszcze tylko w dentystyce się kołace.

*Adolf Witzel* stosował dla leczenia miazgi specjalne pasty: jodoformową i sublimatową; noszą one po dziś dzień miano swego wynalazcy.

Prof. *Miller* z Berlina w tym samym celu używał pastylek sublimatowych. Wszystkie te środki nie były jednak bez wad, zabarwiały zęby i dlatego powoli ustępują miejsca formalinie, do której teraz przejdziemy.

W 1895 r. docent *Lepkowski* ogłosił w *Przeglądzie Lekarskim* swoją pracę o zastosowaniu formaldehydu w dentystyce. Wymieniony środek szanowny autor stosował tak w celu zachowawczego leczenia miazgi zębowej, jakoteż w rozmaitych okresach zapalenia ozębnej i okostnej zębodołowej, wywołanych rozkładem miazgi, otrzymując zawsze wyniki iście nadzwyczajne, gdyż na 80 przypadków stosowania formaldehydu nie spotykamy ani jednego ujemnego.

W rok później spotykamy się z obszerniejszą pracą doc. *Lepkowskiego* w *Verhandlungen der Deutschen Odontologischen Gesellschaft*, zeszyt 3-4 1896-go roku. W tej pracy Sz. autor, oceniając krytycznie działanie formaliny, stwierdza, iż środek ten drażni, a na-

wet nekrotyzuje istotę miazgi, radzi jednak stosować go w przypadkach potrzeby doraźnego plombowania zębów na życzenie cierpiących, lub tam, gdzie dostęp do chorej miazgi jest utrudniony. W przytoczonej, przez siebie kazuistyce doc. Łepkowski wymienia nawet dwa przypadki doraźnego wypełnienia ubytków w zębach z chorą miazgą. Sz. autor zgadza się jednak z *Forsmanem* ze Sztokholmu, że formalina, za stosowana w chorobie miazgi, wywołuje silny ból i że w przypadkach, nie wymagających pośpiechu, odpowiedniej byłoby zastąpić ją arsenikiem. Doświadczenia na psach przez tegoż badacza doc. Łepkowskiego robione, wykazały że część miazgi, bezpośrednio stykająca się z formaliną, ulega zмумifikowaniu po czterech dniach.

Doc. Łepkowski, chcąc zbadać, o ile formalina zużycia miazgę po czasie dłuższym, trzymał pod obserwacją psa z odpowiednio założoną plombą. Po dwu miesiącach miazga znalezioną była w stanie ropnego rozkładu, wskutek rozpuszczenia się tworzącego jej pokrywę cementu. Przypadek ten przemawia za unikaniem waty, nawet przesyconej środkami przeciwniljemi, pod plombą stałą, gdyż po możliwem uszkodzeniu lub wypadnięciu plomby lub wystąpieniu próchnicy wtórnej, tak wata, jak bodaj i zмумifikowana miazga, przesiąkając śliną, stają się doskonałymi rozsadnikami drobnoustrojów.

W pierwszym i drugim numerach „*Przeglądu Dentystycznego*” za rok 1900 doc. *Łepkowski*, opisując doświadczenia, przezeń na psach dokonywane w celu porównawczego zbadania działania na miazgę zębową formaliny, formagenu i jodoformagenu, stwierdza, że formalina chorą miazgę nekrotyzuje, niszcząc trzecią część lub połowę takowej.

Wykazując nekrotyczne, a nie zachowawcze działanie formaliny na istotę miazgi, bynajmniej nie miałem na celu obniżenia wartości tego środka, gdyż każdy przyzna, że formalina stanowi pierwszorzędną śro-



dek w dentystyce przy najrozmaitszych stadyach chorób miazgi.

Dla braku czasu, nie będę tu wyliczał prac o zachowawczem leczeniu miazgi, nie mogę jednak pominąć *formagenu*. Jest to pasta, skombinowana przez *D-ra Abrahama*, który przygotowując ją, prawdopodobnie opierał się na pracy *Łepkowskiego* o formalinie. Pomimo pewnej tajemniczości, jaką *Dr. Abraham* otaczał wynaleziony przezeń środek, zdarto zeń jednak wkrótce zasłonę; wiadomem jest, iż główne składowe części formagenu stanowią karbol, eugenol i jakiś proszek obojętny. Mięszanina cała zawiera trochę formaldehydu. Z licznych prac o formagenie wspomnę tu o *Bauchwitzu*, który stosował omawianą pastę w 300 przeszło przypadkach z nadzwyczajnem powodzeniem (*D. M. t. Z. 1897*). W listopadzie 1897 *Alfred Kunert*, asystent Instytutu Dentystycznego we Wrocławiu, na odczycie, mianym w *Verein Schlesischer Zahnärzte*, mówi o działaniu formagenu i przytacza 17 obserwowanych przez siebie i leczonych tym środkiem przypadków cierpień miazgi zębowej. Po upływie pół roku pacjenci byli badani przez prelegenta, który u wszystkich znalazł miazgę żywą wprawdzie, lecz u większości, gdzie ją miazgową otworzył, znalazł miazgę jakby skurczoną; w trzonie brak jej było zupełnie prawie; żywotność jednak pozostała, wrażliwość zaś była nieco przytłumiona. Żaden z pacjentów bólu przez rzeczony pół roku nie doznawał.

*Dr. Benno Sachse* z Lipska pokrywał formagenem zupełnie zdrową, lecz obnażoną miazgę jakoteż zasłoniętą cienką warstwą zębiny i na 78 przypadków zanotował 9 ujemnych. W skutek tego następnie stosował formagen tylko po uprzedniem zastosowaniu arszeniku i amputowaniu miazgi.

Wobec jednak taniości pasty *Boenneckena*, którą łatwo każdy przyrządzić sobie może, składającej się z tymolu i kokainy po gramie, dziesięciu kropel formaliny i 2-ech gramów tlenku cynku, *Dr. Sachse* prze-



klada tę pastę nad formagen (D. M. f. Z. 1898). *Feliks Kohn* z Warszawy w pracy swej „*O zachowawczem leczeniu miazgi zębowej formagenem*“ (*Prz. Dent.* 1889) podaje kilka przypadków zupełnego wyleczenia miazgi zębowej formagenem i radzi stosować go w częściowem, całkowitem oraz przewlekłem zapaleniu miazgi, z wyjątkiem tylko ropnego.

Zdania powyższe trudno pogodzić z wynikami badań doc. *Lepkowskiego*, który wykazał, że formagen, zastosowany na zdrową miazgę, zmienia istotę jej w ciągu dni czterech.

Miazga zaś, zakażona drobnoustrojami, w ciągu takiegoż czasu uległa ropnemu rozkładowi, pomimo formagenu (*Przeg. Dent.* 1900 zeszyt 2 str. 22).

Oprócz formagenu istnieje jeszcze spora ilość rozmaitych środków, stosowanych w celu zachowawczego leczenia miazgi, lecz tym już czasu poświęcać nie będziemy.

Dążenie do zachowawczego, w idealnem tego słowa znaczeniu, leczenia miazgi zębowej powinno być oparte na zastosowaniu środka, któryby 1) działał bakteryobójczo, 2) nie niszczył istoty miazgi, 3) przerywał ból w możliwie najkrótszym czasie, 4) nie zabarwiał zęba i 5) doprowadził miazgę do jej stanu pierwotnego.

Szereg doświadczeń, przeprowadzonych na pacjentach, przekonał mnie, że powyższymi wymaganiami w większej części odpowiada *czterotlenek osmu* czyli t. zw. *kwasy osmowy* ( $Os O_4$ ). Otrzymuje się ten związek przy spalaniu osmu przy dostępie tlenu lub powietrza. Przedstawia on błyszczące, bezbarwne lub zielonkowato—żółte kryształy, o smaku ostrym, zapachu przenikliwym, drażniącym oczy i błonę śluzową dróg oddechowych. Łatwo się rozpuszcza w wodzie, a o ile zauważyłem, jeszcze łatwiej w eterze. Wodny jego roztwór słabo zaczerwienia niebieski papier lakmusowy. Czterotlenek osmu przy zetknięciu z ciałami organi-

cznemi, odstępuje im wszystek tlen, pokrywając je czarną powłoką osmu.

*Golgi*, prof. anatomii w Rzymie, wykazał, że czterotlenek osmu zabarwia na czarno myelinę włókien nerwowych i kulki tłuszczowe w komórkach. Na zasadzie tej własności kwas osmowy bywa używanym w technice mikroskopowej.

Wszyscy przypisują czterotlenkowi osmu własności wysoce przeciuguilne. Według Koch'a 1% roztwór kwasu osmowego niszczy zarodniki czarnej krosty w ciągu 12 godzin \*).

Zewnętrznie, używa się czterotlenek osmu w roztworze 1% przy zastarzałych i rakowatych owrzodzeniach. Przy nerwobólach stosowano czterotlenek osmu w postaci wstrzykiwań podskórnych. *Dr Brunner*, naczelný lekarz szpitala Ś-go Ducha w Warszawie, którego inicjatywie zawdzięczam stosowanie kwasu osmowego w mojej praktyce, stosował z powodzeniem ten środek przy rozmaitych nerwobólach, a głównie nerwobólu kulszowym. Rozczyn wodny kwasu osmowego łatwo się psuje na powietrzu i pod działaniem światła. Można temu zapobiedz, dodając do roztworu nieco gliceryny i przechowując go w ciemnych flaszeczkach z przyszlifowanymi korkami szklanymi. *Hager* radzi przygotowywać roztwór kwasu osmowego podług następującej recepty: kwasu osmowego 0,10, wody destylowanej 6,00, gliceryny 4,00. Zaleca też *Hager* pewną ostrożność przy rozpuszczaniu czterotlenku osmu i radzi to wykonywać bez przystępu powietrza \*).

Opierając się na bakteryobójczem działaniu czterotlenku osmu i wiedząc, że stosowany podskórnie nie wywołuje zbyt wielkiego bólu, zamierzyłem zastosować

---

\*) Mittheilungen aus dem Kais. Gesundheits. Amte. Tom. I, r. 1881 str. 26.

\*) Czterotlenek osmu sprzedaje się w małych zalutowanych rurkach. Przyrządzając roztwór, należy rurkę taką rozłamać pod wodą, która ma służyć do przyrządzenia roztworu.



go w dentystyce. W tym celu, tytułem próby, zanurzyłem wydobytą z zęba miazgę w 3% roztworze kwasu osmowego i zauważyłem, że po 10 minutach zesztwniała ona, a po godzinie stała się prawie twardą, bardzo nieznacznie się zabarwiając. Na zasadzie tego spostrzeżenia postanowiłem stosować czterotlenek osmu przy zapaleniu miazgi w mniemaniu, że miazga zminifikuje się bez tego bólu, który towarzyszy zastosowaniu formaliny. Odpowiedni przypadek nadarzył mi się wkrótce. 20 lutego zgłosiła się do mnie 18 letnia Z. D. z przewlekłym zapaleniem miazgi w pierwszym lewym górnym trzonowym zębie. Ubytek próchnicowy, prowadzący do komory miazgowej, znalazłem na środku żującej powierzchni: ząb bolał z przerwami od czterech miesięcy, przyprowadzając pacjentkę o bezsenność. Ze względu na łatwy przystęp do punktu operacyjnego wybrałem ten właśnie przypadek do zastosowania po raz pierwszy kwasu osmowego. Po uprzednim nałożeniu koferdamu i dokładnem oczyszczeniu ubytku znalazłem obnażoną, obficie krwawiącą miazgę. Po zatamowaniu krwawienia i możliwem osuszeniu jamy założyłem na krwawiącą miazgę watę, nasyconą 3% roztworem kwasu osmowego, co przykryłem drugim kawałkiem waty, umaczanym w rozpuszczonym mastyksie, wypełniając resztę jamy gutaperką Gilberta. Ból, czego nawet nie oczekiwałem, ustąpił natychmiast. Po upływie godziny, w ciągu której ból się nie powtórzył, odesłałem pacjentkę do domu, zalecając natychmiastowe zgłoszenie się w razie ponownienia się bólu, w przeciwnym zaś razie nazajutrz. Tego dnia pacjentka nie powróciła. Nazajutrz opatrunek ostrożnie usunąłem; ściany ubytku próchnicowego były szaro zabarwione. Otwór, prowadzący do jamy miazgowej, zakryty był jakby czarnym strupem, miazga okazywała silną wrażliwość na dotknięcie i prąd zimnego powietrza, bólu natomiast nie było wcale. Spała pacjentka dobrze.

Po zwilżeniu strupa letnią wodą destylowaną usu-



nałem go ostrożnie łyżeczkową skrobaczką. Miazga nie krwawi, silnie tylko zaczerwieniona, bardzo wrażliwa, bólu jednak nie sprawia. Opatrunek powtórzyłem, zalecając chorej przybycie po dwu dniach, a w razie bólu natychmiast. Trzeciego dnia powtórzyłem tę samą operację. Miazga żywa, mało czerwona, nieco nadezła, bez podrażnienia nie holi. Po ostrożnem oczyszczeniu ubytku z czarnej powłoki zakryłem miazgę gutaperką, unikając przytem nacisku, a jamę próchnicową wypełniłem cementem Harvarda.

Pacjentkę widuję dosyć często, ząb i okolica jego wyglądają zdrowo, bólu niema. Przez pierwsze dwa dni po zaplombowaniu pacjentka od czasu do czasu odczuwała lekkie pulsowanie w zębie, pozatem — nic.

Powyższy wynik pozwolił mi stosować czterotlenek osmu i nadal. Wyniki otrzymywałem dodatnie. W pierwszych dziesięciu przypadkach zmieniałem opatrunki codziennie przez pierwsze trzy dni, następnie co dwa dni i miazgę zastawiałem żywą i zdrową, do pewnego stopnia tylko nadezłą. Po 10 dniach wypełniałem ubytki na stałe, nadezłość trwała jeszcze parę dni, po czem znikala. Stopniowo próbowałem plombować zęby nazajutrz, a nawet natychmiast po założeniu pierwszego opatrunku. Aby kwas osmowy szybciej przenikał tkankę, rozpuściłem go w eterze, stosując go już stałe w 3% roztworze. Zęby, doraźnie plombowane, również dały dobre wyniki, nie obyło się jednak bez przypadków niepomysłnych, do których jeszcze powrócę. Te ostatnie przypisuję zbyt niemu pospiechowi i dla tego obecnie wypełniam ubytki w zębach po zupełnem wyleczeniu miazgi, które zajmuje mniej więcej tydzień czasu. 90 przeszło przypadków zapalenia miazgi zębowej, leczonych czterotlenkiem osmu, z których połowę, mniej więcej, miałem sposobność obserwować, a kilkanaście z nich kontrolować ściślej, dały mi możność stwierdzenia, że wymieniony



środek nie niszczy bynajmniej tkanki. Co prawda, miazga w większości przypadków okazywała pewną nadszłość, wywołując nieraz w okolicy chorego zęba ból, który w zuchwie dosięgał odpowiedniego ucha, w szczęce zaś górnej—odpowiedniej części twarzy. Trwało to jednak względnie krótko.

Dokładny wykaz leczonych za pomocą czterotlenku osmu zębów przedstawia się w sposób następujący:

32 przypadki podrażnienia obnażonej miazgi (*irritatio pulpae*)—wyniki dobre.

39 przypadków częściowego zapalenia miazgi (*pulpitis partialis*), z nich 25 zaplombowanych doraźnie—2 wyniki ujemne; z 14-stu zaś zaplombowanych po 3 do 5 dniach leczenia—wyniki wszystkie dodatnie.

Z 23 przypadków zapalenia całkowitego ostrego (*pulpitis totalis*) 8 doraźnie zaplombowanych dało 4 wyniki ujemne.—w jednym z tych przypadków miazga uległa rozpadowi ropnemu. Z 15, leczonych przez 3 dni do tygodnia, w 3 przyp. był wynik ujemny.

2 przypadki przewlekłego zapalenia miazgi, ze znacznie wybujałą ziarniną (*Pulpitis granulomatosa*); po odjęciu wybujałej tkanki i zastosowaniu czterotlenku osmu—w jednym przypadku wynik dodatni, w drugim zaś ujemny.

1 przypadek ropnia miazgi—po tygodnia leczenia zupełny rozpad ropny.

Wykaz powyższy wykazuje 97 przypadków rozmaitych cierpień miazgi; w 11 przypadkach wynik był ujemny; w stosunku do stu daje to 11, 67%.

Na pierwszy rzut oka takie odsetki mogą nam się wydać zbyt wielkimi, ale zważywszy na niezupełne jeszcze opanowanie środka z powodu zbyt krótkiego czasu, jakoteż i na to, że większość wyników niepomyślnych powstała z powodu przedwczesnego zaplombowania, można wnioskować, że ilość złych wyników zdoła się z czasem sprowadzić może i do zera. Nadmienię jeszcze, że na liczbę wyników uje-



nych złożyły się i przypadki z takimi chorobami miazgi, których, jak dotąd, do zachowawczego leczenia nie kwalifikowano. Dodam, jednak, że żaden z przypadków niepomysłnych do usunięcia zęba z jamy ustnej nie doprowadził.

Przy leczeniu zębów czterotlenkiem osmu należy jaknajściślej wystrzegać się przyplywu śliny do ubytku próchnicowego, gdyż ta właśnie najbardziej przyczynia się po wytworzeniu czarnej powłoki na ścianach ubytku. Dlatego też przy zastosowaniu czterotlenku osmu należy zawsze używać koferdamu.

Czarna powłoka, jaka się w zębie podczas leczenia wytwarza, łatwo usunąć się daje mechanicznie po uprzednim zwilżeniu jej letaim rozezysem 2% kwasu solnego

Na zakończenie dodam, że kwestyi zachowawczego leczenia miazgi za rozstrzygniętą bynajmniej nie uważam, przypuszczam jednak, że czterotlenek osmu w leczeniu cierpień miazgi z pożytkiem stosowany być może.

---

Już po zjeździe miałem sposobność zbadać 3 pacyentów, leczonych przed kilku miesiącami czterotlenkiem osmu. Przypadki te, jako bardzo charakterystyczne i rzucające światło na istotę działania omawianego środka, pozwolę sobie tu przytoczyć:

1) Dnia 15 Marca r. b. Maksymiljan K. Próchnica odśrodkowa małego lewego siekacza górnego, sięga komory miazgowej. Zapalenie miazgi częściowe; ząb boli z przerwami od dni ośmiu. Nocą ból silny, przerywający sen. Obnażoną miazgę przykryłem wacikiem, przepojonym roztworem czterotlenku osmu, to zaś mastyksem, wypełniając resztę jamy gutaperką.

Ból ustał niemal natychmiast. Trzeciego dnia opatrunek powtórzyłem, poczem chory wyjechał i powrócił po dniach dziesięciu. Sprawdziwszy zupełną żywotność miazgi, jamę próchnicową wypełniłem cementem, pokrywając miazgę cienką warstwą gutaperki. Przy końcu sierpnia ząb ten badałem i, sądząc z oznak

zewewnętrznych oraz wrażliwości zęba na wpływy termiczne, przypuszczać mogą że miazga wyzdrowiała.

2) Dnia 26 Marca b. r. Pauna Janina S. Próchnicą dośrodkowa, drugiego prawego dwuguzikowca górnego. Korona pozbawiona prawie zębiny. Przez szkliwo prześwieca dość wybijają, idąca od miazgi ziarnina. Po usunięciu tej ziarniny i dokładnem zata-mowaniu krwawienia ranę miazgową opatrzyłem ro-stworem czterotlenku osmu, postępując jak poprze-dnio. Po ośmiu dniach ząb wypełniłem cementem. 28 Sierpnia r. b. stwierdziłem, że ząb w części szyjko-wej okazuje znaczną wrażliwość na wpływy termi-czne, co wskazuje na żywotność miazgi. Bólu pacyen-tka nie doznawała.

3) 2 Marca r. b. Józef B. Próchnica prawego górnego zęba mądrości sięgająca do miazgi.

Ból od sześciu miesięcy. W obec silnego roz-drażnienia pacyenta ograniczyłem się do połowicznego tylko oczyszczenia ubytku, a czterotlenek osmu pozostawiłem na dni cztery. Piątego dnia pacjent poczuł w zębie rodzaj „szmeru“, jak się sam wyraził. Wtedy, po zupełnem już oczyszczeniu jamy próchnicowej, oka-zało się, że, wskutek przebytego ropnia miazgi trzon jej uległ zniszczeniu, korzeniowa jednak miazga za-chowała żywotność w korzeniu podniebiennym. Czte-rotlenek osmu zastosowałem powtórnie na dni ośm, po czem, przekonawszy się, że bólu niema, ząb zaplom-bowałem. Po dziesięciu dniach pacjent powrócił z bó-lem, co skłoniło mnie do usunięcia plomby. Usuną-wszy resztki miazgi, ząb wypełniłem na nowo.

Stosowanie czterotlenku osmu we wszystkich in-nych przypadkach jest mniej więcej analogiczne z przy-padkiem, opisanym pod n-rem pierwszym.

Trzy przytoczone przypadki dostatecznie wyka-zują, że czterotlenek osmu działa na miazgę w ścisłym tego słowa znaczeniu zachowawczo. Że nawet nie usta-la istoty miazgi dowodzi przypadek trzeci, gdzie oma-wiany środek okazał się prawie obojętnym, ogranicza-



jąc swa działalność do czasowego znieczulenia miazgi i do pewnego stopnia odkażenia, pozostawiając jednak jej żywotność.

Obecnie nasuwa się pytanie, jak omawiany środek wpływa na chorą miazgę?

Wiadomo, że środki, niszczące drobnoustroje chorobotwórcze, nie pozostają obojętnymi i dla tkanek gdyż działanie ich głównie polega na ścinaniu białka. Ponieważ czterotlenek osmu przy zetknięciu się z ciałami organicznymi pozbywa się całkowicie (według innych zaś częściowo) swego tlenu, przypuścić zatem należy, że ten ostatni niszczy tylko drobnoustroje chorobotwórcze, tkanek jednak nie narusza.

Bakteryobójcze działanie tlenu wykazały badania *Neuckiego*, *Penzoldt'a* i wielu innych. Doświadczenia stwierdziły, że tlen, stosowany przy sprawach zgorzelinowych i rozpadowych w płucach wielokrotnie wykazywał własności odkażające. Ze względu na te tylko własności tlenu stosują przy rozmaitych zaburzeniach w kanale kiszkiowym *nadtlenek wapna* (*gorit*), który pod wpływem soku żołądkowego wydzieła tlen *in statu nascendi*, a ten działa odkażająco \*). W danym razie działalność tlenu ogranicza się chyba tylko do niszczenia drobnoustrojów, o niszczeniu zaś tkanki i mowy być nie może. W tenże sposób działa czterotlenek osmu przez swój tlen i na chorą miazgę:

Zastrzegam się jednak, że twierdzenia moje opieram do tej pory na przypuszczeniu i tylko dalsze w tym kierunku badania (których dla przyczyn natury technicznej jeszcze nie przedsięwziąłem) mogą dać wyniki konkretniejsze.

Pozwolę sobie raz jeszcze nadmienić, że czterotlenek osmu w stanie *rozkładu* nie daje wyników pożądaných.

---

\*) Na działaniu tlenu oparte jest również działanie wody utlenionej i nadmanganianu potasu, stosowanych tak często do odkażania i odwaniania jamy ustnej. Przyp. red.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Rocha.

## II. PRZYPADEK ZŁOŚLIWEJ POSOCZNICY,\*<sup>)</sup> POCHODZĄCEJ Z ZEPSUTEGO ZĘBA.

Podał

**A. Ossowski,**

asystent oddziału.

Zapalenia okostnej żuchwy lub jej szpiku, powstałe wskutek próchniejących zębów, są to rzeczy bardzo znane, albowiem prawie codziennie spotykane. Nie wszystkie tego rodzaju sprawy mają jednaki charakter i przebieg: niekiedy sprawa ogranicza się niewielkim tylko ropniem, który po wyjęciu odpowiedniego zęba sam się opróżnia; niekiedy zaś dochodzi do rozlanego zapalenia szczęki z olbrzymimi obrzękami twarzy i szyi, ze szczękociskiem, wreszcie flegmoną w okolicy podżuchwowej, która, po otworzeniu, zazwyczaj zagaja się dość szybko; rzadziej już przedłuża się znacznie, skoro ma oddzielić się część obumarłej kości. Na szczęście bardzo rzadko za pośrednictwem próchniejącego zęba przedostaje się zakażenie bardzo złośliwe; sprawa zapalna wtenczas szybko przechodzi przez żuchwę i z całą gwałtownością szerzy się, jako flegmona posokowata, po obu stronach szyi, a nawet w śródpiersiu, i tylko rychła śmierć chorego kładzie kres jej potędze zabójczej.

Taki właśnie przypadek, spostrzegany niedawno w szpitalu św. Rocha, zamierzam podać do wiadomości kolegów.

---

\* Korzystając z uprzejmego pozwolenia autora, podajemy tę rzecz za Gazetą Lekarską.



Antoni B., stolarz, lat 20, przybył do szpitala na oddział d-ra Ciechomskiego dnia 4. IV. 1900 r. skarżąc się na bóle w prawej połowie twarzy i szyi, szczękokościsk, często powtarzające się dreszcze i gorączkę. Przed tygodniem cierpiał na ból prawego zęba trzonowego.

Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony. Cała prawa połowa twarzy i górna połowa szyi mocno obrzmiałe, bolesne i zacerwienione; u prawego kąta żuchwy dość wyraźnie wyczuwa się chelbotanie i obecność gazów; szczękokościsk — znaczny mowa utrudniona i głos stłumiony. P. 110, ciepłota ciała 39,6.

Tegoż samego dnia przy uśpieniu chloroformem otworzono ropień i wyjęto ząb, który dał początek całej tej sprawie. Jama ropnia, znacznych rozmiarów, wypełniona była szarą, cuchnącą ropą i gazami, oraz strzępami obumarłej tkanki; cała wewnętrzna i dolna powierzchnia żuchwy — w okolicy jej kąta obnażona; jama ropnia łączyła się z jamą ustną; rozpad sąsiednich tkanek — olbrzymi. Jamę ropnia dokładnie oczyszczono, przemyto i nałożono opatrunek jodoformowy. W ciągu następnych dwóch dni po operacyi stan chorego nie się nie poprawił, ciepłota nie tylko nie zmniejszyła się, lecz nawet nieco się podniosła (39,6 — 40,1). Trzeciego dnia chory zaczął narzekać na ból w lewym dole nadobojęzykowym, a więc po stronie przeciwnej, i na bóle przy polykaniu; wykryto w wyżej wspomnianem miejscu ropień, który niezwłocznie otworzono. Ropień ten i ropa miały zupełnie ten sam charakter, co i poprzednie.

Podczas codziennych opatrunków dokładnie prze-mywano jamy ropni, tudzież jamę ustną; wydzielina była wciąż bardzo skąpa, a dno ropni suche i szare. Gorączka nie ustępowała ani na chwilę, sięgając ciągle 40° obok tętna 130. Z każdym dniem chory czuł się gorszej, wreszcie 9. IV, t. j. piątego dnia pobytu w szpitalu, zmarł. Dodać należy, że na dzień przed

śmiercią wystąpiła zupełna niemożność polykania. Choremu podawano wino i wstrzykiwano pod skórę alkohol.

Hodowle z ropy, robione dwukrotnie w pracowni szpitalnej d-ra Pruszyńskiego, wykazały obecność paciorkowca złotego (*streptococ. pyog. aureus*),

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono obrzęk płuc oraz nieznaczne przekrwienie dolnych zrazów; serce małe—w stanie skurczu; nerki nieco przekrwione, po za tem w narządach wewnętrznych nie znaleziono nic osobliwego.

Prawa połowa żuchwy na znacznej przestrzeni obnażona; jama ropnia bardzo obszerna, łączyła się z jamą ustną i sięgała prawie stawu żuchwowego. Tkanki w okolicy obu ropni z prawej i lewej strony szyi—nacieczone, szarego koloru, zupełnie suche; mięśnie w okolicach ropni również szare, suche i bardzo łatwo rwące się. Na wysokości stawów obojczykostkowych, po obu stronach tchawicy, znaleziono dwa ogniska zgorzelinowe, które zupełnie nie łączyły się z ropniami, wyżej umiejscowionymi; natomiast oba te ogniska, połączywszy się z tchawicą na tylnej powierzchni mostka, opuszczały się po przedniej powierzchni śródpiersia przedniego aż do przepony. Ogniska owe, utworzone z tkanki zgorzelinowej, były szarego koloru, suche, bez kropli ropy.

Mięśnie całego ciała suche, ciemno-brunatnego koloru. Krew w żyłach ciemna i płynna.

Przypadek ten na pozór bardzo pospolity, bynajmniej takim nie jest, już chociażby dla tego, że punktem wyjścia posocznicy był ząb spróchniały, którego dotąd nie usiłowano wyjąć. Wszystkie znane mi, a zakończone niepomyślnie przypadki posocznicy lub ropnicy, których źródłem były zepsute zęby, zaczynały się dopiero wyraźnie po wyjęciu zęba, natomiast nie znalazłem w dostępnej mi literaturze ani jednego przypadku, w którym bardzo złośliwa posocznica zaczęła się przed wyjęciem zęba i pomimo usunięcia źródła



zakażenia nie zmniejszyła swej jadowitości. Że przy wyjęciu zęba możliwe jest zakażenie miejscowe i ogólne, jest to bardzo naturalne; wiemy bowiem, że w jamie ustnej, a więcej jeszcze w zepsutym zębie, znajduje się całe mnóstwo drobnoustrojów, niekiedy nawet bardzo złośliwych, dokładne zaś oczyszczenie jamy ustnej i zęba przed operacją jest prawie niemożliwe; nie więc dziwnego, że przy wbijaniu kleszczy, wbijamy jednocześnie i te drobnoustroje, które na zębie lub dziąśle znajdują się, a jeśli wypadkowo ząb miążdży się, to bardzo często i cała zawartość zepsutego zęba wraz z całą hodowlą drobnoustrojów dostaje się do rany i zakaża ją. Nie wspominam już o tych przypadkach, które mogą być spowodowane użyciem nieczystych narzędzi lub nieczystym wykonaniem samej operacji, co niejednokrotnie miało miejsce.

Lecz, jakże wytłomaczyć nasz przypadek, w którym ząb zupełnie nie był dotykany? Nie ulega żadnej wątpliwości, że zarazek dostał się do ustroju przez zepsuty ząb. Bardzo możliwe, że chory, podczas bólu zęba, sam próbował nieczystymi narzędziami lub palcami wydobyć go, co prawie każdy chory, zwłaszcza mniej inteligentny, robi; przy takich próbach łatwo jest o skaleczenie dziąseł, lub obnażenie okostnej, a tym sposobem i o zakażenie. Twierdząc to na podstawie znanego mi przypadku, w którym młody chłopiec wydlubał sobie nożyczkami zepsuty ząb i w parę dni potem zmarł wskutek posocznicy.

Z drugiej zaś strony—zęby, podlegając najrozmaitszym cierpieniom, zmieniają się z czasem w otwarte wrota, stojące, dzięki obfitemu unaczynieniu okostnej zęba i szczęki, w bezpośrednim związku z układem chłonnym i naczyniowym. Przez takie wrota całe mnóstwo drobnoustrojów, niekiedy i bardzo nawet złośliwych (promienica), dostawać się może do układów obocznych lub do ogólnego krążenia krwi i wywoływać z początku miejscowe, a potem ogólne zakażenie ustroju. I w naszym przypadku, bez względu na to,

czy zarazek dostał się do krwi przez spróchniały ząb, czy też przez wypadkowe skaleczenie dziąseł, nie ulega wątpliwości, że sprawa zaczęła się najprzód miejscowo, poczem niezmiernie szybko rozszerzyła się na cały ustroj. Chyba w wyjątkowo liczej odporności ustroju lub też w wyjątkowej złośliwości zarazka szukać należy przyczyny takiego uogólnienia się sprawy obok niesłychanie szybkiego szerzenia się miejscowego; wszak codzienne prawie doświadczenie poucza nas, że zakażenia, przedostające się do ustroju za pośrednictwem zepsutego zęba, najczęściej kończą się miejscową mnię lub więcej rozległą sprawą zapalną.



## Dział sprawozdawczy.

110. **Dr. Jan Sędziak. Choroby jamy ustnej, gardzieli i przetyku.** *Podręcznik dla lekarzy i studentów. Warszawa. Druk K. Kowalewskiego. Nakładem autora 1900.* (ciąg dalszy)

Ciekawe są przypadki, wszystkiego 2 razy opisane przez Mikulicza i Michelsona, t. z. glossitis papulosa acuta. Na języku rozwijają się pojedyncze, różnej wielkości plamy, z których następnie tworzą się owrzodzenia z brzegami zaczerwiejonymi, z dnem pokrytem zielonąwą ropą. Etiologia ciemna. Rokowanie dobre.

We wszystkich, przytoczonych wyżej cierpieniach, często występują objawy ogólne: gorączka, brak apetytu, niesmak i t. d.

Leczenie zależy od postaci choroby. Polega on przede wszystkim na usunięciu momentów przyczynowych (zębów zepsutych i t. p.), oczyszczeniu jamy ustnej z nagromadzonego śluzu płukaniem, (zob. wyżej), pędzlowaniu słabym roztworem lapisu ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —2%), lub sublimatu (przy zapaleniu tryproweu śluzówki), starannej dezynfekcyi jamy ustnej, stosowa-



niu środków przeciwzapalnych (lód) na nacięciu miejsc obrzękłych (przy zapaleniu różycowym); dalej należy zaprzestać stosowania środków lekarskich (rtęci, jodu przy stomatitis mercurialis lub zatruciu jodem. Nie należy też zapominać o leczeniu ogólnem (środki czyszczące, przeciwgorączkowe, następnie odżywianie, środki pobudzające, poprawienie warunków higienicznych).

Choroby jamy ustnej mogą mieć przebieg przewlekły. Do takich odnieść należy: 1) zapalenie nieżytowe przewł. błony śluzowej jamy ustnej; powstaje ono z ostrego, lub pod wpływem słabych czynników drażniących tej samej natury, co i zapalenie ostre. U kobiet ciężarnych spotykamy tak zwane *gingivitis gravidarum*; 2) zapalenie przewlekłe przerostowe (*stomatitis chronica hypertrophica*), występujące u zolizowatych, w śluzoobrzęku (*myxo-oedema*), *cachexia strumipriva* i w słoniowaciznie (*elephantiasis*); język bywa często zajęty sprawą przerostową (*macroglossia* s. *prolapsus linguae*, *glossitis chron. parenchymatosa circumscripta*—*hemiglossitis syphilitica indurativa* i *papillitis lingualis chronica*); 3) *stomatitis chronica sicca* s. *atrophicans*, rozszerzająca się *per continuitatem* z jamy noso-gardzielowej. Główny objaw tego cierpienia, jak pokazuje doświadczenie, stanowi suchość śluzówki, mocno czerwonej, błyszczącej, jakby polakierowanej. 4) *Leukoplakia oris* (*ichtyosis buccalis*, *psoriasis linguae*, *tylosis*, *leukoma*, *keratosis*, *leukokeratosis*, *plaques opalines*, *plaques des fumeurs*). Są to plamy białawe z odcieniem niebieskawym, mlecznym, występujące na błonie śluzowej warg, policzków, zwłaszcza kątów ust, wreszcie na przedniej części nasady języka. Przyczyny: przymiot. nadużycia w paleniu, zaburzenia w trawieniu, leczenie rtęciowe, choroby ogólne (podagra, moczówka cukrowa, próchnica zębów). Występuje szczególnie u mężczyzn pomiędzy 20—60 rokiem życia. Nabłonek w miejscach dotkniętych jest zgrubiały, powierzchowne warstwy zrogowaciałe; tkanka łączna nacieczona. Znamiennym jest dla leukoplakii pas trójkątny, zaczynający się od kąta ust i ku tyłowi nieco się rozszerzający. Przebieg przewlekły. Następstwem może być rak. Nawroty są częste.



Leczenie zapobiegawcze (wstrzymanie się od palenia, ostrożne stosowanie preparatów rtęciowych, usuwanie zębów spróchniałych). *Cautica* nie pomagają; 5) Przewlekłe, wznawiające się afte. Nieznana ta choroba była spostrzegana dotychczas wszyskiego 3 razy; u kobiet anemicznych w różnych miejscach tworzą się drobne pęcherzyki, otoczone wązkim pasem zapalnym. Zagojenie następuje po 10 dniach bez blizu; nowe ogniska tworzą się wkrótce, Nawroty bywają. Leczenie bezskuteczne. 6) Język geograficzny (*lingua geographica*, *glossitis superficialis chron.*, *glossodynia exfoliativa*, *annulus migrans*, *exfoliatio arcata linguae*). Występuje u kobiet nerwowych. Etiologia ciemna (zołzy, gruźlica, przymiot, natura pasożytnicza). Na języku tworzą się koliste utraty nabłonka, mocno czerwonego koloru, otoczone obwódką białawą. Plamy rozszerzają się pełzająco, stają się później nieregularnymi, wyzębionymi. Przebieg przewlekły. Rokowanie dobre. Leczenie zbyteczne.

Przechodzimy do chorób konstytucyjnych. Sprawy syfilityczne zdarzają się w j. u. b często. Do nich odnieść należy: 1) stwardnienie pierwotne czyli szankier twardy (*ulcus induratum*), umiejscawiający się na wargach, rzadziej na języku, dziąsłach, oraz na błonie śluzowej policzków. Zakażenie bywa bezpośrednie (*coitus praeternaturalis*, pocałunek), lub pośrednie (przez użycie różnych zakażonych przedmiotów). Obraz kliniczny taki sam, jak na narządach płciowych. Gruczoły chłonki na szyi obrzmiewają; 2) łepieże płaskie (*papulae mucosae, condylomata*) — objawy drugorzędneho syfilisu, występujące w jamie ustnej w 4—6 tygodni po zakażeniu. Umiejscawiają się na wargach, policzkach, na języku, podniebieniu miękkim oraz na dnie jamy ustnej. Tworzą one ostro ograniczone, szarawo-białe, okrągłe zgrubienia nabłonka. Następnie tworzą się owrzodzenia. 3) Kilaki (*gummata*) — objawy trzeciorzędneho przymiotu. Siedlisko ich: podniebienie twarde i miękkie, język, błona śluzowa policzków (rzadko) i wargi. Bywają i nacieczenia rozlane. Występują pojedynczo. Często ulegają rozpadowi. Na podniebieniu twardem wywołują zgorzel kości (nbytki). Leczenie ogólne i miejscowe: czystość, zasypywanie jodoformem, kalomelem, — przy szankrze



twardym, pędzlowanie 1% sublimatem, azotanem srebra (10-20%); przy łepieżach (kondylomatach) płaskich, przy rozpadłych gumatach—zasypywanie dermatolem lub ortoformem i t. d.

Sprawy gruźlicze w j. u. mogą być pierwotne lub wtórne, zakażenie bywa zwykle mieszanem (łaseczniki gruźlicze, drobnoustroje ropotwórcze). Spotykają się tę sprawę najczęściej na języku w postaci drobnych guziczków wielkości lepka od szpilki, pojedyncze lub w grupach, barwy żółto-szarej (*tubercula miliaria*). Rozpadają się one, tworząc owrzodzenia gruźlicze, okrągłe, podłużne, nieregularne; brzegi ich jakby podminowane, wygryzione, dno pokryte nalotem ropiastym. Nacieczenia gruźlicze — *tuberculomata* są rzadkie. Spotykają się na brzegach języka bywają różnej wielkości, z czasem ulegają rozpadowi. Powstałe ztąd owrzodzenia są głębokie, kraterowate. Przebieg przewlekły. Rokowanie różne. Leczenie ogólne i miejscowe (wyskrobanie owrzodzeń, wycięcie tkanek zwyrodniałych).

Wilk (*Lupus*) w jamie ustnej występuje wtórnie (przechodząc z twarzy lub nosa) lub pierwotnie (na wargach, dziąsłach, podniebieniu twardem i miękkim). Na śluzówce z początku tworzą się żółtawe, lub różowo-czerwone, okrągłe, gładkie, różnej wielkości guziczki, które łączą się w grupy lub rozpadają się, tworząc owrzodzenia nieprawidłowe, pokryte strupami. Części wędzidełka warg oddzielają się, tworząc głębokie brzozy. Kość bywa również zajęta, tworząc martwiaki, zęby wypadają i często sprawa dochodzi do przedziurawienia podniebienia. Przebieg przewlekły. Leczenie ogólne i miejscowe (kw. chromny, lub mleczny, paramonochlorphenol, nadmanganian potasu).

Nosa cizna (*Malleus*) stanowi w jamie ustnej cierpienie wtórne (przechodzi z jamy nosogardzielowej). Zajmuje ona podniebienie twarde i miękkie. Zarazek odkryty został przez Schultz'a i Bouchard'a. Tworzy ona drobne, porozrzucane nacieki podśluzowe, które szybko rozpadają się, tworząc kraterowate owrzodzenia. Na dnie ich tworzą się polipowate wyniosłości. Gruczoły chłonne zajęte. Przebieg ostry. Rokowanie niepomyślne. Leczenie zapobiegawcze. Miejscowo—stosować można środki żrące.

Trąd (*Lepra*) na błonie śluzowej jamy ustnej występuje wcześniej niż na powłokach zewnętrznych.



Cierpienie to wywołuje odkryty przez Hansena i Neisser'a łasecznik, zbliżony do gruźliczego, grupujący się jak wiązki cygar. Trąd umiejscawia się na wargach, podniebieniu twardem i miękkim, rzadko na policzkach lub dziąsłach. Tworzy on pojedyncze guziczki (lepromata), wielkości orzecha laskowego, barwy jasno-różowej do niebiesko-czerwonej, konsystencji twardej. Guziczki łączą się, tworząc nacieczenia biało-żółtawe, które rzadko ulegają rozpadowi; sięgają one głęboko do tkanki łącznej podśluzowej, a po części i mięśniowej. Przebieg przewlekły. Rokowanie niepomyślne. Leczenie miejscowe mało bywa skutecznem.

Wreszcie t. z. Twardnik (Scleroma) w jamie ustnej stanowi cierpienia również wtórne, przechodzące z nosa. Wywołuje je odkryty przez Frisch'a pasożyt *baeillus rhinoscleromatis*, podobny do Friedlaenderowskiego *pneumodiploko*ka. Są to łaseczki z otoczką wspólną, barwiące się metodą Weigert'a. Wargę górną przy tem cierpieniu nacieczona, chrząstkowatej konsystencji. Nacieczenie rozlewa się po bokach wędzidelka na dziąsła, wyrostek zębodołowy, podniebienie twarde, okostną i kość; do przedziurawienia nie dochodzi; zęby wypadają. Wkrótce pojawiają się blizny z następczemi zniekształceniami (skureczenia, zwężenia, zrosty). Ostatecznie podniebienie miękkie wraz z łukami podniebienia tworzy jakby łuk gotycki, którego wierzchołek odpowiada granicy podniebienia twardego. Język rzadko bywa zajęty. Przebieg przewlekły. Rokowanie niepomyślne. Leczenie chirurgiczne.

Nowotwory jamy ustnej mogą być podzielone na dwie grupy: łagodne i złośliwe. Do *pierwszej* kategorii należą:

1) Włókniaki (fibromata), spotykane najczęściej na języku, rzadziej na wargach i podniebieniu. Siedzą powierzchownie (na nóżce), bądź głęboko w tkance;

2) Tłuszczaki (lipomata), włókniako-tłuszczaki (fibro-lipomata), zdarzają się na języku (na wierzchołku) powierzchownie, różnej wielkości; niekiedy spotyka się je na dnie jamy ustnej na wewnętrznej powierzchni policzków, rzadziej na wargach oraz na dziąsłach i podniebieniu.

3) *Epulis simplex s. fibromatosa* występuje u osób starszych(?) na brzegu zębodołowym



(z zębodołu po wyjętym zębie), najczęściej w okolicy tylnego zęba trzonowego. (? *przyp. red.*).

4) Słuzaki (*Myxomata*), włókniako-słuzaki (*fibromyxomata*).

5) Mięśniaki (*Myomata*), włókniako-mięśniaki (*fibromyomata*).

6) Chrzastniaki (*Chondromata*), myxochondromata fibro-myxochondromata, lipo-chondroma, chondro-sarcoma.

7) Kostniaki (*Osteomata*), osteofibromata.

8) Potworniaki (*Teratomata*).

9) Naczyniaki (*Angiomata*), które dzielą się na:

1) haemangiomata, do których należą:

a) telangiektazes—są to guzy płaskie, czerwone z odcieniem niebieskim z rozszerzonymi naczyniami;

b) naczyniaki jamiste (*angiomata cavernosa*), opróżniają się przy nacisku, mają nierówną guzowatość;

2) naczyniaki chłonne (*lymphangiomata*);

3) angiolipomata;

4) angiomasarcomata;

5) znamiona naczyniowe, (*naevi vasculosi s. flammei*).

Naczyniaki—cierpienia wrodzone. Występują na wargach, bł. śluz. policzków, języku (*angiomata cavernosum*). Chłoniako-naczyniaki spotykają się na języku w postaci guzowatej (brodawkowej), rozlanej, wreszcie torbielowatej. Rozwój ich następuje skokami.

10) Torbiele (*cystes*) w jamie ustnej dzielą się na:

1) torbiele skórzaste, wrodzone, spotykają się na dnie jamy ustnej (podjęzykowe i podbródkowe);

2) torbiele zębowe (mieszkowe, zawierające zęby niedorozwinięte; okostnowe, powstające na skutek spraw zapalnych ozębny przy współdziałaniu resztek nabłonkowych okołożębowych.

3) torbiele gruczołowe i powierzchowne śluzowe dna jamy ustnej, wreszcie torbiel na nasadzie języka. Zawartość ich przezroczysta, śluzowa, a nawet ropna. Rozmiar rozmaity.

4) żabka (ranula) powstaje wskutek włączenia tworów nabłonkowych podczas zamykania brózd skrzelowych, albo też wskutek zatkania przewodów i zrazików (acini) gruczołów (podszczękowego, podjęzykowego siecznych — *glandulae incisivae Merckel'a*) wreszcie Blandin — Nuhn'a. Umiejscawia się na dnie jamy ustnej obok wędzidelka, rzadko pośrodku. Przy nacisku wyczuwa się chelbotanie. Tak zwana żabka ostra stanowi ostre zapalenie przewodów gruczołów podszczękowych, względnie podjęzykowych (*pyorrhoea salivalis*).

5) Wole dodatkowe (*struma accessorium*) na podstawie języka; cierpienie to bardzo rzadkie. Przedstawia się w postaci guzów płaskich, lub półkulistych, gładkich, miękkiej konsystencji. Umiejscawia się między kością gnykową, nagłośnią i dziurą ślepą (*foramen coecum*).

11) Brodawczaki (*Papillomata*) występują najczęściej u mężczyzn na języczku, łukach i nasadzie języka, a nawet podniebieniu twardem. Rozmiary nieznaczne. Do nich należą: *papilloma papillae foliatae* i *cornua cutanea* (na wargach).

12) Śródbłoniaki (*Endotheliomata* resp. *cyliindromata*) i gruczolaki (*Adenomata*); spotykają się na twardem i miękkim podniebieniu, rzadziej na dnie jamy ustnej, języku wreszcie wargach i błonie śluzowej policzków. Tworzą różnej wielkości płaskie, gładkie, jajowate podśluzowe wyniosłości. Cecha znamienne; otorbienie i przewlekły rozwój.

Przebieg i objawy guzów łagodnych bywają rozmaite. Zależą one od rozmiarów i umiejscowienia. Rozpoznanie łatwe. Rokowanie pomyślne. Leczenie chirurgiczne.

Do nowotworów złośliwych zaliczyć należy:

1) Mięsak (sarkoma), występujące często na wyrostkach zębodołowych, jako *epulis sarcomatosa*. Formy ich olbrzymio komórkowe (*sarcoma gigantea celiularia*), wrzecionowato-drobnokomórkowe *sarcoma fusio-globocellularia*). Ostatnie są b. złośliwe i występują na szczęcie górnej. Nasada języka i podniebienie twarde niekiedy



bywa także zajęte. Występują one w postaci nacieczenia, lub na szerokiej podstawie, rozmaitej wielkości. Rozwój ich powolny. Odmiany ich:

- a) Melano-sarcoma (Mikulicz),
  - b) Myo-sarcoma (Wagner),
  - c) Myxo-sarcoma (Wagner),
  - d) sarcoma lipomatodes (Horteloup),
  - e) lympho-sarcoma (Axenfeld).
- 2) Raki (carcinomata). Odmiany ich: cylindryczno i płasko-komórkowe (carcinomata cylindrico-et platicellularia). Występują na: wargach, języku, szczęce górnej. Mężczyźni częściej zapadają na to cierpienie, szczególnie w wieku podeszłym. Na wardze, przeważnie dolnej, rak z początku przedstawia się jako ograniczone nacieczenie, które ulega owrzodzeniu; dno jego pokryte strupem, brzegi wyniosłe, wałowate. Gruczoły chłonne obrzmiewają. Na języku częste są adenocarcinomata w postaci powierzchownych owrzodzeń ze stwardnieniem znamienem. Przebieg b. szybki. Z języka raki rozszerzają się na dno jamy ustnej.

Objawy: silny ból, utrudnione przyjmowanie pokarmów, upośledzona mowa, ślinotok, krwawienie, smród z ust. Rokowanie niepomyślne: śmierć z wycieńczenia lub z powodu powikłań w innych narządach (przerzuty). Leczenie w danych przypadkach, jak i przy innych nowotworach złośliwych, czysto chirurgiczne. Pędzlowania nie wiele dopomagają.

Następne rozdziały (VI, VII, VIII) obejmują: obrażenia (traumata), krwawienia (haemorrhagiae), cięła obce i złogi (sialolithiasis). Obrażenia powstają: a) wskutek działań mechanicznych (rany cięte, klóte, tępe, postrzałowe, skaleczenia zębami, ostreimi ciałami obcymi); b) z przyczyn chemicznych (nieodpowiednie lub zbyt silne płukania; wypicie—przypadkowo, lub w celach samobójczych—steżonych alkaliów, kwasów); c) termicznych (gorące pokarmy i napoje i t. d.).

Na miejscach obrażonym formują się pęch rzyki oraz strupy (plamy białe), a także nacieczenie i obrzmienie, które może uleść owrzodzeniu. Oparzenie bywa: natężenia lekkiego, średniego lub ciężkiego, połączonego ze zgorzelą śluzówki. Rozpoznanie łatwe. Rokowanie i leczenie zależy od stanu cierpienia.

(d. n.).

## ZE ZJAZDU Dentystów w Strasburgu

Napisał FELIKS IDZIKOWSKI.

### II. Dublowanie amalgamatu złotem lub porcelaną.

Nazwisko Dill nie jest obce w literaturze dentystycznej. Spotykamy je często w sprawozdaniach ze zjazdów dentystów, przeważnie niemieckich, gdzie kolega ten, na wzór dawniej Telschowa, a obecnie Herbst'a, występuje ze swojemi nowościami i ulepszeniami. Jest to jedna z tych nielicznych jednostek, którym zadowolenie materyalne, jakie mają z obszernej praktyki, nie wystarcza; gonią jeszcze przeto takie jednostki za oklaskami kolegów, a widok nazwiska swego, wydrukowanego na bibule dziennikarskiej sprawia im więcej przyjemności, niżeli widok liczby, wydrukowanej na papierze, bodaj tęczowego koloru.

Trzy lata temu poznałem kolegę Dilla na zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy we Frankfurcie nM., gdzie w sekcji dentystycznej demonstrował roboty mostkowe, po mistrzowsku wykończone.

Ponieważ system tych robót prawie się nie różni od systemu Müllera, z którym czytelnicy naszego „Przeglądu“ są dostatecznie obznajmieni, przeto opisanie takowego uważam za zbyteczne. Jako *curiosum* tylko zaznaczę że praktyczny szwajcar, aby nas przekonać, jak takie mostki w nżyciu się przedstawiają, w gorliwości swojej przedstawił nam... swoją żonę, której wcale nie szpetne usteczka w pewną ilość mostków jego roboty były zaopatrzone.

Od roku kolega Dill jest przedstawicielem idei zupełnego pozbawienia cementu miana plomby i pozostawienia mu tylko racyi bytu w naszych gabinetach



przy umocowaniu koron i mostków. Dill słusznie utrzymuje, że cement przyczynia się do dyskredytowania pracy naszej w oczach pacjentów.

Plomba cementowa, jaknajstaranniej wykończona. z wiadomych nam przyczyn stosunkowo prędko się zużywa, a wtedy pacjent czuje się pokrzywdzonym i winę złego przypisuje naszej niesumienności. Z powyższej przyczyny Dill w swojej praktyce, jako materiału do plombowania zębów, używa wyłącznie złota i amalgamatu, za których jedynie trwałość dentysta, jeżeli robotę wykonał stosownie do wymagań wiedzy, ręczyć może.

Co do strony praktycznej powyższej zasady, to każdy z dłużej praktykujących specjalistów chętnie się z nią zgodzi, lecz my musimy w praktyce przecież liczyć się także ze stroną estetyczną, a ta ostatnia, jak nam wiadomo, niema granic ściśle określonych, tak że co dla jednego z nas jest ładne, jest dla drugiego wprost brzydkie.

Dowodem tych słów jest to, że niektóre damy wprost kokietują pewną ilością ładnie wypolerowanych plomb, a inne jeszcze, niezadowolone z tych świecidełek, każą nawet dla większego efektu w nie oprawiać brylanciki. Natomiast zdarza się przeciwnie, że mozolnie i starannie wykończona przez nas konturowa plomba musi być następnie usunięta z zęba z tego tylko powodu, że pacjentka wprost uważa się za zeszpeconą. Po publicznem przed rokiem w kwartalniku szwajcarskich dentyстів wystąpieniu Dilla z wyluszczeniem zapatrywaniem się w tym przedmiocie, kwestya ta stała się przedmiotem żywej polemiki na szpaltach wspomnianego pisma pomiędzy Dillem a Billeterem.

Billeter do wyżej wspomnianych względów estetycznych dodaje jeszcze i to, że u osób młodych, a nie będących w stanie zapłacić kosztownej roboty złotej plomby, nie można przecież w razie większego ubytku w przednich zębach plombować czernią-

oym zęb amalgamatem; musimy w takich razach, *volens-nolens* posługiwać się cementem.

Powtóre, jak słusznie twierdzi Billeter, bywają ubytki tak obszerne, a zęb na racjonalne wiercenie tak słaby i wrażliwy, że tylko dzięki cementowi zęb taki czasami jeszcze przez szereg lat utrzymany być może.

Billeter przy tej sposobności przyłącza się do chóru biadających nad swą niedolą starych dentystów, że od śmierci R o s t a i n g'a nie mamy plomby cementowej, któraby trwałością mogła dorównać dawniej fabrykowanej.

Dill, przyznając słuszność niektórym wywodom Billeter'a, podaje sposób pogodzenia strony estetycznej i praktycznej z materyalną w postaci kombinowania plomby złotej z amalgamatową, który to sposób zaleca przeważnie do wypełniania ubytków na powierzchniach stycznych zębów przednich. Sposób ten plombowania Dill demonstrował na zjeździe w Sztrasburgu, postępowanie zaś jego jest następujące.

Jeżeli mamy przed sobą ubytek próchnicowy powyższej kategorii, do którego dostęp jest dostateczny, tak że rozpychanie zębów uważamy za zbyt uczynne, nakładamy koferdam i ubytek przygotowujemy tak, jak do plomby złotej, z tą jednak różnicą, że punktu trzymania na powierzchni oddziąsłowej nie formujemy w kształcie poprzecznego rowka, tylko wiercimy okrągły otworek więcej ku ścianie podniebiennej, jako punkt trzymania dla amalgamatu, pozostawiając tyle miejsca, aby później można było na tej samej powierzchni, więcej ku ścianie frontowej, wywiercić jeszcze drugi otworek, jako punkt trzymania dla złota.

Mając tak przygotowany ubytek formujemy część frontową, czyli tę, którą pragniemy mieć ze złota, dowolnie z „artificial dentin” Fletchera, gutaperki, a nawet staru; po stwardnięciu tej prowizorycznej części frontowej, plombujemy część podniebienną ubytku amalgamatem.



Jeżeli nam idzie o pośpiech i pragniemy plombę całą wykończyć na jednym posiedzeniu, to posługujemy się amalgamatem srebrnym „*Fellowship*”, który to amalgamat po dziesięciu minutach jest dostatecznie twardy, aby móżdż na nim złoto ubijać. Dill chętniej jednak używa amalgamatu złotego „*Excelsior*” i robotę kończy następnego dnia. Po stwardnieniu amalgamatu usuwamy prowizorycznie założoną część plomby i, jeśli ta ostatnia była zrobiona, że się tak wyrażę, rozumnie, przedstawi nam się teraz małe kieszonkowate zagłębienie w którym złoto doskonale trzymać się będzie; dla większej pewności, robi się w wyżej wspomnianem, specjalnie pozostawionem miejscu, punkt trzymania i dokończają się plombowanie ubytku złotem *lege artis*.

Jak widzimy, to na czasie przy opisanej tu kombinacyi w stosunku do plomby, robionej z samego złota, nie wiele zyskamy, ale że plomba taka dla wykonawcy w stosunku do złotej prawie jest zabawką, to jest faktem, którym gardzić nie można, gdyż każdy z nas wie, jak mozolną i męczącą nieraz pracą bywa odbudowanie brakującej części zęba od strony podniebienia. Już dla tej jednej przyczyny sławny operator szwajcarski D-r. *Preiswerth* w dyskusyi nad powyższym systemem, którym i on od niejakiego czasu się posługuje, gorąco takowy do rozpowszechnienia poleca.

Drugą, dla niektórych dentystów nie mniej od pierwszej ważną, zaletą powyższego systemu jest znaczna oszczędność złota.

Dla ścisłości jednak musimy dodać, że system kombinowania złota z amalgamatem nie jest nowością. w literaturze (zob. *Miller. Lehrbuch der Conserviren. den Zahnheilkunde str. 195, Dental-Cosmos 1888 str 870*) i zachodzi obawa, czy nie jest to już system zarzucony z powodu prawdopodobieństwa wystąpienia oksydacyi pomiędzy warstwami metalu, a wtedy oksydacya ta może spowodować zabarwienie złota na czarno.

O ile system powyższy kombinowania, a raczej dublowania amalgamatu złotem może nie każdemu trafić do przekonania, o tyle dublowanie amalgamatu porcelaną lub szkłem—jest rzeczą tak jasnego postępu, że co do korzyści tu dwóch zdań być nie może.

Każdy, kto w swej praktyce choć kilka plomb porcelanowych lub szklanych robił, wie doskonale, jak trudno jest otrzymać modelik z ubytków głębszych powierzchni stycznych, do których przecież rzadko kiedy dostateczny bywa dostęp, oraz jak trudno jest, topiąc plombę z powyższych materiałów, otrzymać brakujące kontury, jeżeli ubytek ścian zęba jest znaczny; posługując się więc systemem Dilla możemy prawie każdy ubytek w zębie zamienić na wargowy i płytki, a taki, jak nam wiadomo, dla zrobienia plomby porcelanowej trudności nie przedstawia żadnych, za obznajmienie zaś z tym sposobem dublowania należą się Dillowi dzięki.

(d. e. n.).

Z powodu artykułu dr. A. Zawadzkiego:

„SZKOŁA A DOM”.

## Zęby naszej młodzieży szkolnej.

---

Już od dość dawna chciałam poruszyć tę tak ważną i będącą obecnie na czasie sprawę. Uważam ją za będącą na czasie dlatego, że w ostatnich kilku miesiącach sprawa zdrowotności dzieci nie na żarty zaczyna zajmować Warszawę. Jako signum temporis może posłużyć urządzenie przez Towarzystwo Hygieniczne szeregu odczytów z dziedziny higieny dzieci, jak również podawanie treściwych sprawozdań z tych wykładów w pismach codziennych. Przyznać trzeba, że prasa codzienna najwięcej przyczynić się może do rozpowszechnienia zasad higieny, gdyż, jako



przystępna dla rozmaitych umysłów, dostaje się pod wszelkie strzechy rodzinne. Gdy najżywotniejsza sprawa, poruszana w jakimś specjalnem piśmie, przechodzi bez wrażenia dla ogółu, musi ona z natury rzeczy zwrócić uwagę szerszej publiczności, będąc omawianą w jakimś piśmie codziennem. Bo któż u nas dzisiaj kuryerów nie czyta?

Muszę przyznać się, że dotychczas krępowałam się podnieść sprawę stanu zębów u młodzieży szkolnej, by mi nie zarzucono, iż pilniejsze jeszcze zagadnienia z zakresu higieny dziecięcej leżą odlogiem. Dopiero wzmianka o zębach u dzieci w artykule d-ra Zawadzkiego (*Kuryer Warszawski* № 333) zachęciła mnie do zabrania głosu, tembardziej, że zaniedbanie jamy ustnej u terażniejszej młodzieży w żadnym razie nie przyczynia się do polepszenia już i tak wiele pozostawiającego do życzenia zdrowia tej młodzieży. Czystość jamy ustnej jest również niezbędną, jak czystość reszty ciała. Na nie nie zda się postawienie dziecka w najlepszych warunkach sanitarnych, jeżeli usta jego będą w nieporządku, gdy każdy kęs strawy, każdy łyk najzdrowszego nawet napoju przejmować się będzie miazmatami z chorych zębów i pieńków. Nie idzie ani o to, by wszystko, coby się dało zrobić w zakresie higieny zębów, odrazu zrobionem zostało; i Kraków zbudowano nie odrazu. — Chcę tylko rzucić chociaż mały promień światła na przyczyny zaniedbania zębów u młodzieży, na skutki tego zaniedbania i na sposoby zaradzeniu złemu.

Zachód, a szczególnie Anglia, wyprzedziły nas w tym kierunku, jak w każdym innym. Sprawa pielęgnowania zębów u dziatwy szkolnej już przestała w tych krajach grasować po pismach specjalnych, przechodząc do pism codziennych, a z nich — w życie. Dzieci nauczone zęby szanować. Wszystkie prawie szkoły mają swoich dentystów. Cóż u nas dotychczas działo się? Prasa mileczy. Prawdziwie jedynym sierocem echem, wołającym o pomoc na puszczy, był głos



kolegi *Krakowskiego*, przemawiającego ze Zdrowia (Październik 1899) o potrzebie pomocy dentystycznej w szkołach. Na tem początek i koniec poruszenia u nas tego tematu. Artykuł kolegi K., aczkolwiek oparty na danych statystycznych, wskazujących istotnie zły stan zębów u młodzieży, nie wywołał żadnych faktycznych skutków. Dlaczego? Z bardzo prostej przyczyny: ogół nasz jeszcze nie ocenia znaczenia zębów, więc też i nie odczuwa potrzeby stosowania jakiegokolwiek środków zapobiegawczych dla zachowania ich w dobrym stanie. Dr. Zawadzki stwierdza, że zęby u dzieci są zepsute i nieczyszczone. A któż je naucza zęby czyścić? Dom czy szkoła? Matki nie wiedzą, że tak małe narządy, jak zęby, nieutrzymane dostatecznie czysto, są w stanie wywołać groźniejsze jakieś zaburzenia w organizmie, że cierpienia żołądkowe, nerwowe, choroby uszów i oczów są częstokroć w związku ze złym stanem zębów. Dość wiedzieć, że w zupełnie zdrowej jamie ustnej przebywa więcej niż 100 gatunków rozmaitych drobnoustrojów, by zrozumieć doniosłość przestrzegania higieny jamy ustnej.

Ze zbadanych przezemnie 50 dziewczynek, w wieku lat 10—14, uczęszczających do szkoły początkowej, znalazło się zaledwie 6, u których stan zębów był zadawalniający. Ale z nich tylko trzy czyściły zęby. A więc dom nie naucza dzieci szanowania zębów. Pozostaje szkoła. W tej jednak pielęgnowanie zębów u dzieci ogranicza się, i to nie zawsze, jedynie na skonstatowaniu, że zęby są chore. W niektórych szkołach (nielicznych) od wielu lat istnieją posady honorowych dentystów, jest jednak rzeczą więcej niż wątpliwą, czy ci dentyści plombują obowiązkowo bezpłatnie zęby wszystkim wychowankom danego zakładu. Pomoc ogranicza się prawdopodobnie na ekstrakcjach albo na wskazówkach, że ten a ten ząb leczyć należy.

W ten sposób urządzona pomoc dentystyczna w szkołach nie może mieć wielkiego wpływu na zdrowotność zębów u dzieci, może być nawet szkodliwą,



gdyż maskując istotny stan rzeczy, wstrzymuje wprowadzanie racjonalnej opieki zębów u uczącej się młodzieży. Co innego, gdy dentysta przy szkole jest płatny. Wtedy władza szkolna ma prawo wymagać od niego pracy sumiennej, a zresztą i on sam, mając zapewnioną część utrzymania, może pracować sumiennie. Tymczasem do czasów utworzenia u nas posad dentystów przy szkołach jest, zdaje się, dość daleko. Przyczyną tego jest nie tylko ogół rodziców i wychowawców, lekceważących stan uzębienia u dzieci, ale i ogół specjalistów, lekarzy-hygienistów, którzy nie zwracają dostatecznej uwagi na znaczenie zdrowotności zębów. Że tak jest w istocie, mówią fakty. W ciekawej ze wszelkich miar i sumiennej pracy dra *Higiera* „*Z higieny ciała i duszy*“, znajdujemy rozdział, traktujący o potrzebie stałego lekarza szkolnego i jego kwalifikacyach na to stanowisko. Ale dla czegoż Sz. autor nie wspomina o potrzebie utworzenia posady dentysty szkolnego, aczkolwiek sam przyznaje, że zapobiegać trzeba, by przez zepsute zęby nie cierpiał ogólny stan zdrowia. Wszak w liczbie typowych chorób, rozpowszecznionych wśród młodzieży szkolnej, próchnica zębów zajmuje poczesne miejsce. Na 10527 dzieci szkół angielskich i szkockich, w wieku przeciętnie lat 12, tylko 1508, to jest 14,2% miało zęby zdrowe.

Po zapowiedzeniu przez Towarzystwo Higieniczne seryi odczytów z zakresu higieny dzieci, z niecierpliwością oczekiwałam na wyliczenie tematów, mających być poruszanymi, będąc pewną, że i o znaczeniu higieny jamy ustnej w ogóle, a zębów w szczególności, któryś ze specjalistów opowie cośkolwiek ciekawemu ogółowi wychowawców. Lecz ku wielkiemu memu zdziwieniu nie znalazłam nie podobnego w zapowiedzianym szeregu odczytów „*Ucho i słuch*“, „*Higienę umysłu i uczuć*“, i t. d., a o jamie ustnej i zębach ani słowa. Wprawdzie dr. *Julian Kramsztyk* (*karmienie niemowląt*) mówił o przypadłościach przy ząbkowaniu, a dr. *Szumlański* (*Ucho i słuch*) o plu-

kaniach ust i gardzieli i myciu zębów, ale wszak to jeszcze nie wszystko, co można w tej kwestyi powiedzieć. Hygiena jamy ustnej i jej narządów jest zbyt ważną, by nie mogła stanowić tematu do oddzielnego odczytu.

W niektórych szkołach, które starano się urządzić wzorowo podług wszelkich zasad higieny, wprowadzono nieznanie przedtem u nas mycie rąk przed i po spożyciu śniadania. Jeżeli nowoczesna higiena szkolna stawia sobie za cel usunięcie wszystkich szkodliwych czynników, wpływających niekorzystnie na stan fizyczny i umysłowy dziecka, to dla czegoż tak upośledza jamę ustną i tak mało zwraca na nią uwagi; przecież w wyżej wzmiankowanych szkołach można było na równi z myciem rąk wprowadzić i taką innowację, jak przepłukiwanie ust. Widzimy więc, że stróża zdrowia publicznego, lekarze-hygieniści, pomocszemu jeszcze traktują higienę jamy ustnej u naszej uczącej się młodzieży. Dopóki ci nie zwrócą na jamę ustną dostatecznej i należytej uwagi, zęby naszej dziatwy będą w opłakanym stanie. Dopiero od nich przepisy pielęgnowania jamy ustnej przejść mogą do wszystkich warstw ludności. Drogami, prowadzącemi do tego celu będą:

1) Urządzanie odczytów popularno-naukowych z zakresu higieny jamy ustnej i zębów,

2) uprzystępnianie specjalistom umieszczania artykułów popularnych o pielęgnowaniu jamy ustnej i zębów w popularnych pismach codziennych i tygodniowych.

3) wprowadzenie do programu szkół wykładów higieny, z uwzględnieniem działu higieny jamy ustnej i zębów, a przedewszystkiem wprowadzenie do szkoły posad dentystów stałych.

Lekarz-dentysta *H. Cohnówna.*





## Kronika i sprawy zawodowe.

**Sprostowanie.** Co do przypadku *śmierci pod chloroformem*, o którym donosiliśmy za piśmami codziennymi w 10-tym n-rze Przeglądu, spieszymy wyjaśnić za *Czasopismem Lekarskiem* (Nr. 12 z r. b.), że niebyło tam bynajmniej winy ze strony lekarzy. Wbrew doniesieniom pism codziennych, lekarze ani na chwilkę nie opuszczali chorej, wypadek zaś zdarzył się podczas samej operacji.

**Brak książki do zapisywania pacjentów** z szematem polskim oddawna odczuwają wszyscy nasi dentyści i niejednokrotnie już byliśmy nagabywani o inicjatywę w sprawie wydania takiej książki. Życzeniom tym stanie się niebawem zadość, gdyż książka taka, opracowana przy naszym współudziale według najlepszych wzorów amerykańskich, wyjdzie wkrótce z pod prasy w nakładzie firmy *Dobronoki i Schiele*.

— **Redakcja Przeglądu Dentystycznego** otrzymywała w roku ubiegłym następujące pisma na zamianę: *Dziennik dla Wszystkich*, *Gazetę Polską*, *Kuryer Poranny*, *Kronikę Rodzinną*, *Kuryer Świąteczny*, *Niwę*, *Słowo* oraz *Kolarz*, *Wioślarz i Lyżwiarz*; z lekarskich zaś: *Gazetę Lekarską*, *Krytykę Lekarską*, *Kronikę Lekarską*, *Medycynę Odczyty Kliniczne*, *Przegląd Lekarski* (Kraków), *Przegląd Chirurgiczny*, *Pamiętnik T-wa Lek. Warsz.*, *Zdrowie*, *Czasopismo Lekarskie* (Łódź), *Casopis lekaou Ceskych* oraz horwacki *Liecniki Vjestnik* (Zagrzeb); z poświęconych farmacyi — *Wiadomości Farmaceutyczne*, przyrodolecznictwu *Przewodnik Zdrowia* (Berlin). Z pism dentystycznych zamieniały się z Przeglądem: *Correspondenz-Blatt für Zahnärzte* (Berlin), *Dental Review* (Chicago), *L'Odontologie* (Paryż), *Oesterrheischisch-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* (Wiedeń), *Zahnärztliche Rundschau* (Berlin), *Deutsche Zahnärztliche Wocheaschrift*, *Zubowrachebnij Wiestnik* (Petersburg), *Zubowrachebnij Sbornik* i *Odontologičeskoje Obozrenije* (Moskwa). Konstatując odbiór pism powyższych, prosimy ich Redakcyę o dalszą zamianę.

— Redaktor i Wydawca **Zubowrachebnego Sbornika** ogłasza, że od 1 Stycznia 1901 roku zawiesza swoje wydawnictwo.

— **Zmarli.** *Zygmunt Zaleski*, dentysta, zmarł w Warszawie w dniu 27 b. m. w wieku lat 36. Zmarły odznaczał się wielką pracowitością, cieszył się rozległą praktyką i zostawił dobre imię po sobie.

## Od Redakcyi.

W roku 1901 Przegląd Dentystyczny będzie wychodzić w tym samym programie i na tych samych warunkach, co lat poprzednich.

**Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.**

Дозволено Цензурою Варшава 22 Декабря 1900 года.

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



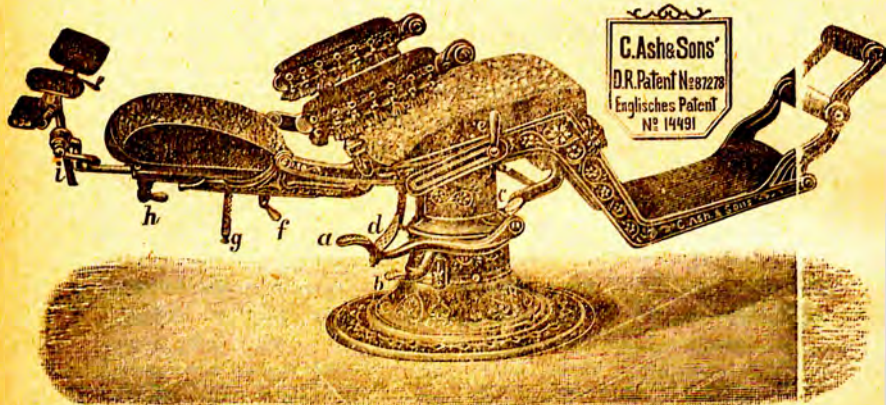
Niemiecki Patent Państwowy № 87278.

Angielski Patent № 14491.

D. R. G. M. № 55975.

Najnowsze Krzesło Operacyjne Nr. 39.

**C. ASH i Synów.**



Po długich latach pracy udało się nam nareszcie wytworzyć krzesło, stojące bez porównania wyżej od krzeseł wszystkich innych fabryk, zarówno europejskich jak i amerykańskich.

Dowcipne urządzenie wewnętrzne, połączone z pompą hydrauliczną, daje dolnej części tego krzesła taką doskonałość, przy której pozostają w cieniu wszelkie inne krzesła, dotychczas istniejące.

Słup do podnoszenia niema w tym krześle zębów. Krzesło może być obracane we wszystkie strony, pompowane do góry, spuszczone i zatrzymywane w każdym położeniu. Chodzi krzesło bardzo lekko, bez najmniejszego stuku i hałasu.

Połączywszy tę dolną część z górną częścią naszego wyrobu Nr. 33 i naszym nowym podglówkiem, ofiarujemy naszym odbiorcom takie krzesło i po tak niskiej cenie, że żadna inna fabryka na całym świecie nie jest w stanie zrobić nic podobnego co do doskonałości, prostoty mechanizmu i wartości.

Sądzymy, że niepotrzebujemy wykazywać zalet naszych krzeseł, gdyż są one przyznane powszechnie. Najlepszym tego dowodem jest ciągły wzrost naszych zakładów. Wobec tego każdy nasz odbiorca może być pewnym, że kupuje krzesło najlepsze i najtrwalsze.

Krzesła wyrabiamy w dwu wysokościach.

Model niski: najniższe położenie 49 ctm. najwyższe 72 ctm.

„ wysoki: „ „ 54 „ „ 82 „

(mierząc od podłogi do górnego kantu siedzenia.)

**C E N Y.**

Patentowane krzesło Nr. 39, obite najlepszym zielonym lub czerwonym pluszem . . . . .	Rsr. 275.—
Takież obite pluszem wzorzystym . . . . .	„ 285.—
Takież z wzorzystym pluszem w najwykwintniejszym gatunku . . . . .	„ 287.50
Jeżeli zamiast zwyczajnego będzie podglówek patentowany, jak to jest na rysunku, to ceny powyżej wykazane podnoszą się o . . . . .	„ 150.—