

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROBYM  
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ

## I. O leczeniu zachowawczem miazgi zębowej formagenem.

Napisał **F. KOHN.**

Szereg środków do utrzymania przy życiu miazgi przy jej zapaleniu został wzbogacony nowym nabytkiem, któremu wynalazca Abraham <sup>1)</sup> nadał miano „formagen“. Formagen jest to cement leczniczy; otrzymujemy go przez zarobienie odpowiedniego proszku i płynu: pierwszy składa się jakoby z przepalonego marmuru i wapna i posiada własność wehlania; drugi zawiera w sobie eugenol i kwas karbolowy; obie części składowe cementu, t. j. proszek i płyn, są nasycone, jak twierdzi wynalazca, formaldehydem.

Własności lecznicze tego środka są bardzo odpowiednie, gdyż po zastosowaniu go na chorą miazgę, składowe części karbol i eugenol usmierzają ból, działanie bakteryo-bójcze powoduje silnie odkażający formaldehyd, skutkiem czego formagen, jako całość, sprawia to, iż miazga zostaje zupełnie wyleczoną i powraca do stanu normalnego nawet wtedy, gdy była dotkniętą sprawą przewlekłą.

Dzięki tym wybitnym własnościom formagen znalazł wkrótce wielu zwolenników i ze wszech stron zjawily się artykuły, podnoszące jego zalety.

<sup>1)</sup> Abraham, Formagen. Zahnärztliches Wochenblatt N. 486. 1896.  
Zahnärztliche Rundschau N. 239. 1897.

Będąc zwolennikiem leczenia zachowawczego miazgi, przystąpiłem do prób z formagenem wkrótce po pierwszych o nim publikaacyach i przyznać muszę, iż już przy pierwszych moich próbach z tym środkiem, otrzymałem nadspodziewanie dobre wyniki, o czem nie omieszkalem w swoim czasie podać do publicznej wiadomości\*).

Formagen używam stale w mej praktyce prywatnej blisko rok cały; liczba przypadków, traktowanych przeze mnie tym środkiem, wzrosła do kilkuset; leczylem formagenem prawie wszystkie sprawy chorobowe miazgi i wszystkie przebiegały pomyślnie; wobec tego, czuję się w obowiązku ogłosić wyniki otrzymane w ciągu tego czasu, gdyż sprawa powyższa, z punktu widzenia praktycznego, jest dla nas, specjalistów, nader ważną.

Zanim jednak przystąpię do zestawienia wyników z własnych prób i opisania kilku przypadków, charakteryzujących działanie formagenu, pozwolę sobie wspomnieć nieco o zaletach zachowawczego leczenia miazgi wogóle i o środkach dotychczas w tym celu stosowanych.

Wiadomo, iż od czasu wprowadzenia arszeniku do zatruć miazgi przez Spooner'a w r. 1836, większa część specjalistów niekiedy się do tego środka przy każdym prawie cierpieniu zapałnem miazgi, nie bacząc na ważność utrzymania przy życiu tego odżywczego organu zęba i na ujemne strony, jakie wogóle zatrucie miazgi posiada. Ważność i korzyść, wynikająca z utrzymania przy życiu chorej miazgi, już przed laty doskonale była ocenioną, a jeśli leczenie zachowawcze nie było stosowane przez wszystkich specjalistów, to tylko z braku odpowiedniego sposobu postępowania. Taft<sup>2)</sup> naprzykład w r. 1859 w podręczniku swym „Operative Zahnheilkunde“ pisze, co następuje: „Miazga zębowa ma swoje znaczenie w ustroju, gdyż w przeciwnym razie była by się jej natura pozbyła; przez analogię bowiem wnosić możemy, iż miazga byłaby tolerowaną przez ustrój tylko dotąd, dopóki by służyła swemu celowi. Wiadomo, iż ząb, po zatruciu miazgi, jakkolwiek

\*) Patrz *Zubowracczobnyj Wiestnik*. 1897. Marzec Str. 135.

2) Taft. *Praktische Darstellung der operativen Zahnheilkunde*. Leipzig. 1860. (Thum. z ang. przez Ad. zur Nedden).

znajduje się w mniej doskonałym stanie, przynosi jeszcze pewną korzyść; pozostaje jednak zawsze do życzenia w zupełności utrzymać miążgę przy życiu, gdyż żywotność korony zależną jest od stanu miążgi, a żywa zębina większy opór stawia rozwijającej się próchnicy, aniżeli obumarła. Prócz tego obumarły ząb nigdy nie ma tego przezroczystego, żywego wyglądu, jaki ma ząb z miążgą zdrową. Wreszcie tkanki otaczające ząb obumarły, więcej są skłonne do procesów patologicznych, niż otaczające ząb zdrowy. Próby leczenia zachowawczego miążgi spostrzegamy już w roku 1756. Pfaff<sup>3)</sup>, pierwszy pokrywał chorą miążgę złotą pokrywką, a następnie wypełniał ząb na tem samem posiedzeniu złotem lub ołowiem.

Zniszczenie miążgi ma również i inne jeszcze poboczne złe strony; gdy bowiem po zniszczeniu miążgi, zostawimy ząb bez wypełnienia, to w ten sposób otwieramy na oścież drzwi dalszemu postępowi próchnicy, ułatwiamy przedostawanie się pasorzytów w ozębnę, w skutek czego po mniej lub więcej długim czasie ząb się wykrusza, występuje zapalenie ozębnej i, z powodu towarzyszących ostatniemu silnych bólów, ząb musi być usunięty. W wielu zaś przypadkach, gdzie po zatruciu miążgi zamierzamy, po przeprowadzeniu dokładnego leczenia, wypełnić ząb, napotykaemy w tem rozmaite trudności. Utrudniony przystęp do jamy miążgi, krótky kierunek kanałów korzeniowych, wąskie ich światło, często nawet niewiadoma ich ilość sprawiają to, że o przeprowadzeniu pożądanego leczenia w wielu przypadkach nie może być mowy. Ztąd też wypełnianie zębów po zatruciu miążgi, wymagające nieraz kilku posiedzeń, należy do najniewzzięczniejszych i najznużniejszych zadań dentystyki.

Wobec więc wielkiej wagi utrzymania przy życiu chorej miążgi i omówionych ujemnych stron zatrucia, dalej wobec tego, że miążga składa się z tych samych pierwiastków histologicznych, jakie widzimy w innych częściach

<sup>3)</sup> Pfaff, Abhandlung von den Zähnen. Berlin. 1756. (Pätz Schlenker, Historische Betrachtungen über Pulpaüberkappungen. D. V. f. Z. 1880. Tom. I. Str. 4).

naszego ustroju, wobec tego, że miazga odżywia się podobnie jak i inne tkanki krwiobiegiem, posiada gałązki nerwowe i zdolność wchłaniania, rozpoczęto stosować przy jej zapaleniu różne środki odkażające, odciągające, znieczulające i t. p., w celu przywrócenia jej do stanu pierwotnego t. j. zdrowego, podobnie jak to się czyni przy sprawach zapalnych w innych tkankach ustroju.

Wszelkie jednak dotychczasowe usiłowania w tym kierunku nie osiągały pożądanego skutku; wcześniej lub później po zastosowaniu powyższych środków powtórnie występowało zapalenie, nieraz nawet obumarcie miazgi, zapalenie ozębnej i przetoki dziąsłowe; wskutek tego sprawa możliwości utrzymania przy życiu miazgi, będącej już w stanie zapalnym, należy dotąd jeszcze do kwestyi spornych.

W celu leczenia zachowawczego miazgi zalecane były, karbol, salol, jodoform, tymol, aristol i wiele innych, lecz żaden z tych środków nie znalazł ogólnego zastosowania, albowiem dawały one dobre rezultaty tylko w rękach swych projektodawców, gdy zaś zostały zastosowane przez innych, następowało ogromne rozczarowanie. Największym powodzeniem cieszył się przez długi czas jodoform, zalecony w dentyście po raz pierwszy przez Scheff'a (młodszego) <sup>4)</sup>, który stosował go w formie pasty, eterowego roztworu i kryształków, a następnie przez Skogsborg'a <sup>5)</sup> również w formie pasty. Środek ten znalazł gorliwego zwolennika w osobie Schmid't'a <sup>6)</sup>, który przeprowadził szereg doświadczeń z jodoformowemi preparatami Scheff'a i Skogsborg'a i otrzymał następujące wyniki:

W 100 przypadkach ostrego zapalenia miazgi, leczonych według Scheff'a, dobrych wyników . . . . .	38%
W 100 przypadkach przewlekłego zapalenia miazgi leczonych według Scheff'a, dobrych wyników . . . . .	74%

<sup>4)</sup> Scheff, jun. Das Jodoform in der Zahnheilkunde. D. V. f. Z. 1881—1882.

<sup>5)</sup> Skogsborg. Das Jodoform in der Zahnheilkunde. D. V. f. Z. 1882.

<sup>6)</sup> Schmidt. Jodoformbehandlung zur Conservirung erkrankten Zahnpulpen D. Monatsschrift. f. Z. 1884. Tom VI. Str. 241.

W 100 przypadkach ostrego zapalenia, leczonych według Skogsborg'a, dobrych wyników . . . . . 91%

W 100 przypadkach przewlekłego zapalenia miazgi, leczonych według Skogsborg'a, dobrych wyników 100%

Na zasadzie więc powyższego Schmidt twierdzi, iż sposób Skogsborg'a jest lepszy, i że pomyślne rezultaty dają się osiągnąć częściej w sprawach przewlekłych niż w ostrych, gdyż zapalenie przewlekłe jest mniej rozgałęzione, a brak silnych bólów przy zapaleniu przewlekłym pozwala wykonać dokładniej niezbędne przy zachowawczem eczeniu rękoczyni. Jednakże pomimo dobrych wyników, otrzymanych przez Schmid't'a, jodoform nie znalazł ogólnego uznania, a to dlatego, że w rękach innych praktyków dawał wyniki gorsze, niż w rękach Skogsborg'a i Schmid't'a.

Wobec niepomyślnych prób konserwatywnego leczenia miazgi, wielkie zainteresowanie w kołach dentystyki obudził w r. 1896 Abraham wprowadzeniem swego formagenu, którego własności omówiłem na wstępie niniejszej pracy. Preparat ten, w krótkim czasie znalazł wielkie uznanie w Niemczech, a niebawem znalazł i u nas szerokie zastosowanie. Do stosowania formagenu przy sprawach zapalnych miazgi, przystąpiłem zaraz po pierwszych o nim publikacjach. Zanim jednak opiszę własne spostrzeżenia w tym względzie, sądzę, że nie będzie zbyt cennym przytoczyć tu kilku autorów, którzy o środku powyższym już pisali.

Abraham\*) stosował formagen przeszło w 1000 przypadków różnych postaci chorobowych miazgi i we wszystkich tych przypadkach otrzymał dobre wyniki.

Fleischer<sup>†)</sup> ogłosił 86 przypadków chorób miazgi, poczynając od jej podrażnienia aż do zapalenia ropnego, traktowanych formagenem; twierdzi, że zawsze otrzymał nadspodziewanie dobre wyniki. Stosował Fleischer preparat

\*) L. c.

†) Fleischer. Meine Erfahrungen mit Formagen. Zahnärztliche Rundschau N. 232. 1896.



ten nawet w takich przypadkach, gdzie przy zapaleniu miazgi była podrażniona i okostna; w przypadkach tych, obok formagenu, stosował F l e i s c h e r pendzlowanie dziąsła jodyną  $\frac{1}{2}$  nalewką akonitową lub też do wewnątrz fenacetylę (po 2 proszki 0,5, co pół godziny jeden). Gdy chorzy przy oczyszczaniu jamy próchnicowej narzekali na silny ból, F l e i s c h e r wprowadzał w nią wacik napojony płynem formagenu i tym sposobem dolegliwości te usuwał.

M a s c h k e <sup>8)</sup> na zasadzie otrzymanych przez siebie wyników, zaleca stosowanie formagenu wszystkim kolegom i wysławia zalety jego działania w przypadkach nawet w pełni będącego ostrego zapalenia miazgi.

A b r a m s k i <sup>9)</sup> również jest zadowolony z formagenu. Stosował go w 57 przypadkach częściowego i całkowitego zapalenia miazgi z bardzo dobrym rezultatem. Nie radzi jednak stosować go w sprawach przewlekłych i przy obumarcie miazgi.

B a u c h w i t z <sup>10)</sup> w 300 przypadkach, leczonych formagenem, dwa razy tylko otrzymał wynik niepomyślny, zakończony usunięciem zęba. Niepowodzenie przypisuje B a u c h w i t z nadmiarowi formaldehydu w pierwszej edycyi formagenu, przez co występowały silne bóle które zmusiły do wykonania powyższej operacyi.

W dyskusyi na ostatniem posiedzeniu szlęzwicko-holsztyńskich dentystów <sup>11)</sup> większość zebranych twierdzi, iż formagen daje dobre wyniki nawet przy głębokich sprawach zapalnych miazgi, reszta zaś dowodzi, iż formagen działa dodatnio tylko przy podrażnieniu lub też częściowem zapaleniu.

(D. n.).

<sup>8)</sup> Maschke, Meine Erfolge mit Formagen. Odontologische Blätter N. 17. 1896.

<sup>9)</sup> Abramski, Zubowraceutnyj Wiestnik Formagen. Wrzesień. 1897. Str. 467.

<sup>10)</sup> Bauchwitz, Praktische und theoretische Versuche mit Formagen D. M. f. Z. 1897. Str. 301.

<sup>11)</sup> Correspondenzblatt für Zahnärzte, 1897, Zeszyt 4. Str. 358

## II. O znieczuleniu przy wyjmowaniu zębów

zapomocą wstrzykiwań śródziąskowych. Sposób wykonania i wskazania do tych wstrzykiwań, a także kilka słów

o zastosowaniu w tym celu eukainy.

napisał

B. DZIERŻAWSKI.

[Dok. Zob. Nr. 1].

Znając warunki rozchodzenia się po tkankach wstrzykiwanego płynu, z góry powiedzieć możemy, że na dobre znieczulenie tam tylko liczyć można, gdzie da się dobrze wstrzykiwanie wykonać. Ponieważ naszą podstawą operacyjną jest zbita tkanka dziąsła, to dobry wynik od wstrzykiwania otrzymamy tylko tam, gdzie jest naokoło zęba ta zbita tkanka. Gdzie naokoło zęba niema tkanki zbitej, lub gdzie ona jest mniej lub więcej na skutek procesów patologicznych zniszczona, tam, rzecz oczywista, wstrzykiwanie pożądanego rezultatu dać nie może. Tak np. do znieczulania zapomocą wstrzykiwań nie nadają się zęby, naokoło których dziąsło uległo odklejeniu, lub jest podziurawione przetokami.

Ostatni przypadek nie jest jednak absolutnem przeciwwskazaniem do zastosowania wstrzykiwań, gdyż chociaż jedna strona dziąsła jest zepsuta, to jeszcze druga strona, (którą zwykle bywa językowa) służyć nam może za podstawę operacyjną. Doświadczenie uczy, że i jednostronna iniekcya może mieć rezultat dobry, choć nie może ulegać zaprzeczeniu, że tam gdzie można, lepiej jest robić wstrzykiwania obustronne.

Następnie przedmiot mniej podatny do znieczulań za pomocą wstrzykiwań śródziąsłowych przedstawiają zęby mądrości, zwłaszcza dolne. Zęby mądrości w większości szczęk stoją tak blisko łuków podniebiemnych i gardzieli, obfitujących w luźną tkankę, że płyn, wstrzykiwany w dziąsło przy tych zębach, niekiedy po największej części w luźną tkankę wyżej pomienionych narządów.

Oprócz niedostatecznego znieczulenia ma to jeszcze ten nieprzyjemny skutek, że pacjent, po zastosowaniu w takich razach wstrzykiwań doznaje bardzo nieprzyjemnego uczucia ciała obcego w gardzieli na skutek znieczulenia tejże.

Jeżeli wyżej powiedziałem, że Schleich'a sposób wynisłony jest teoretycznie, a nie wypróbowany w praktyce, to oprócz innych na to dowodów, mam jeszcze i ten że przy doradzaniem przez Schleich'a wstrzykiwaniu w gardziel w celu znieczulenia pnia nerwu żuchwowego w miejscu jego wchodzenia w kanał żuchwowy, niewątpliwie musi występować u pacjenta owe uczucie dławienia, (ciała obcego w gardzieli). Gdyby Schleich sposób swój stosował przy wrywaniu zębów we wszystkich podanych przez siebie odmianach, to z objawem wyżej wspomnianym musiałby się spotkać i o nim wspomnieć.

Dodam jeszcze w nawiasie, że masowe iniekcye Schleich'a w omawianem miejscu, zwłaszcza nieostrożnie wykonane, mogą mieć jeszcze inny, bez porównania niebezpieczniejszy skutek, mianowicie zaduszenie pacjenta z powodu wytworzenia obrzęku w wejściu do krtani (aditus ad laryngem \*)).

Aczkolwiek wyżej wymienione względy muszą nas powstrzymać w wielu przypadkach od stosowania wstrzykiwań przy wrywaniu zębów mądrości, to jednakże muszą tu zaznaczyć, że powściągliwość taka nie zawsze jest na miejscu. Są przypadki, w których zęby mądrości (częściej górne) stoją jeszcze w obrębie tkanki zwartej. W takich

---

\*) Muszę zrobić tu zastrzeżenie, że krytykując tak ostro sposób Schleich'a w zastosowaniu do wrywania zębów, bynajmniej nie podaję w wątpliwość dobrych skutków jego sposobu przy operacjach w innych częściach ciała.



przypadkach można zastosować wstrzykiwanie z całą pewnością dobrego wyniku. W innych przypadkach tkanka zbita otacza zęby mądrości od przodu przynajmniej do połowy. W takich razach wykonywamy wstrzykiwania najprzód w tkankę zbitą, później zaś można dodać iniekcję i w tkankę luźną, leżącą z tyłu tych zębów, tu jednakże trzeba iniekcję robić bardzo ostrożnie, wstrzykiwać tylko po parę kropeł płynu, gdyż inaczej grozi nam wyżej wymieniony nieprzyjemny i przestraszający chorego objaw, mianowicie uczucie dławienia w gardzieli.

Podobne poniekąd warunki jak przy zębach mądrości znajdujemy czasami przy gwałtownych i kłach, a to z powodu przyczepiających się w sąsiedztwie tych zębów wędzidełek bocznych. Opisane przezemnie wędzidełka boczne są to zdwojenia błony śluzowej z odrobiną luźnej tkanki w środku \*). W pewnych przypadkach przyczep dziąsłowy tych wędzidełek dochodzi do samego brzegu dziąsła, co, ma się rozumieć, wstrzykiwanie bardzo utrudnia, ponieważ płyn i tu w tkankę luźną ucieka. W wielu przypadkach można przy wstrzykiwaniu przyczep wędzidełek ominąć, jednakże zdarzają się i takie przypadki, że zrobić tego niepodobna. W takich przypadkach nie można liczyć na dobry rezultat wstrzykiwań.

Omawiając w dalszym ciągu przeciwwskazania, muszę dodać, że wstrzykiwania nie dają jeszcze dobrego rezultatu w wielu przypadkach zapalenia ozębnej, następnie zaś u dzieci.

Co do zapalenia ozębnej, to jeżeli to jest ograniczone tylko do wierzchołka, jeżeli w dziąśle niema nacieku lub jest tylko bardzo nieznaczny, to wstrzykiwania dają się wykonać i dają rezultat dobry. Jeżeli dziąsło nacieczone jest na całej wysokości około danego zęba, to wstrzykiwanie jest tak bolesne, że lepiej wykonania tegoż nie próbować; gdyby dało się w takich przypadkach uniknąć bólu przy samem wstrzykiwaniu wstrzyknąć dokładnie, to pra-

\*) B. Dzierżawski. Frenula labiorum lateralia. Przyczynok do anatomii jamy ustnej jako też patogenozy jej owrzodzeń. Gazeta Lekarska Nr. 26. r. 1895. Toż samo po niemiecku: Virchow's. Archiv. 13. 147. 1897.

wdopodobnie wynik mógłby być nie zły, jest to jednak rzeczą niemożliwą.

Co do dzieci, to u tych wstrzykiwania wogóle są nie na miejscu, gdyż wszelkie rękoczynny pacjentów takich, nieobitych z chirurgicznymi zabiegami, wprawiają w wielki strach i niepokój.

Lepiej więc w takich przypadkach od razu skończyć z tym strachem przez jaknajprędsze dokonanie samej operacji bez wszelkiego znieczulenia. Jednakże, nawet u dzieci starszych, 10—13 letnich, takich, które mają już rozsądek i umieją siedzieć cierpliwie, wstrzykiwania śróddziąsłowe nie dają dobrych rezultatów. Rzecz jest w tem, że u pacjentów takich musimy wrywać najczęściej, prawie wyłącznie, zęby pierwsze stałe trzonowe. W owej epoce życia są już na wyrznięciu, mniej lub więcej zaawansowane, drugie trzonowe. Doświadczenie moje uczy, że w takich razach dziąsło na okolo wyrastających lub częściowo już wyrzniętych zębów jest tak rozpulchnione, że płyn wstrzykiwany ginie w tem dziąśle, bez żadnego prawie skutku znieczulającego.

Oprócz wyżej wymienionych warunków, które nie sprzyjają wstrzykiwaniom i bywają często przeciwskazaniem do ich zastosowania, a które są w zależności od indywidualnego stanu fizjologicznego lub patologicznego danego osobnika, są jeszcze inne warunki, w których od wstrzykiwań musimy się wstrzymać ze względów czysto praktycznych. Tak np. wstrzykiwania są niedogodne, jeżeli pacjent zamierza sprawić sobie protezę natychmiast po wyrwaniu zębów, a to ze względów następujących. Wstrzykiwania śróddziąsłowe, jako dokonywane z pewną forsą, nie mogą nie uszkadzać dziąsła mechanicznie. Jako następstwo tych wstrzykiwań zdarza się czasem, w pewnej ilości przypadków, obumarcie brzeżku operowanego dziąsła. W przypadkach zwykłych obumarcie brzeżku dziąsła nie ma najmniejszych złych skutków. Dla pacjenta to przybrzeżne obumarcie dziąsła przechodzi niepostrzeżenie, przeciąga tylko nieco zupełne zagojenie rany. Ostatni wzgląd musi nas jednak powstrzymać od zastosowania wstrzykiwań, jeżeli zaraz po ekstrakcyi mamy robić sztuczne zęby. Ponieważ potrzeba natychmiastowego zastosowania prote-

zy zdarza się wyłącznie po wyrwaniu zębów przednich, to w przypadkach takich wstrzykiwania z dobrym skutkiem dają się zastąpić chloretylem, który przy zębach przednich daje rezultaty bardzo dobre.

Omówiwszy warunki niesprzyjające wstrzykiwaniom, pozwolę sobie teraz pomówić w kilku słowach o warunkach, specjalnie skuteczności wstrzykiwań sprzyjających. Do takich należą: 1) blizna na około wrywanego zęba; 2) warunki, istniejące przy pieńkach. Blizna na około zęba wrywanego, jak to ma miejsce przy zębach samotnie stojących, które już dawno utraciły swych sąsiadów, specjalnie sprzyja skuteczności wstrzykiwań, gdyż będąc utkana jeszcze więcej od normalnego dziąsła zbitego, zniewała wstrzykiwany płyn do tem pewniejszego przenikania w kość.

Co zaś do pieńków, to tu skuteczności znieczulenia sprzyjają 2 warunki. Po pierwsze dziąsło na około pieńków jest zwykle zgrubiałe, a to prawdopodobnie na skutek ciągłych podrażnień mechanicznych, czy też chemicznych, uwarunkowanych krótkością gnijącego pieńka i masom gnijącym, w nim zawartym. Okoliczność ta, mianowicie zgrubienie dziąsła, ułatwia wkłócie igły i wykonanie wstrzykiwania. Następnie ozębna na około pieńków jest zwykle zwyrodniała, rozpulchniona i zgrubiała. Te warunki sprzyjają wchodzeniu igły między ząb i ściankę zębodołu, co zresztą zdarza się rzadko; ewentualnie, nawet przy niezdarzeniu się ostatniego, rozpulchnienie i zgrubienie ozębnej sprzyja wnikaniu płynu w ostatnią.

Ma się rozumieć, że mówiąc o dogodności zastosowania wstrzykiwań przy wyjmowaniu pieńków, nie mówię o tych nadzwyczaj łatwych ekstrakcyach, gdzie pieńek leży prawie zupełnie na wierzchu dziąsła. Te są prawie bezbolesne i bez żadnego znieczulenia. Wogóle, jeżeli mówi się o skuteczności jakiegokolwiek środka znieczulającego przy wyjmowaniu zębów, to, ma się rozumieć, jako kryterjum skuteczności tego środka, nie można brać dobrego znieczulenia, otrzymanego przy ekstrakcyach łatwych. Ekstrakcje proste i łatwe przebiegają tak błyskawicznie, że są skończone już wtedy, gdy zaledwie pacjent zdąży je zauważyć. Jakoś prawdziwa działość znieczulającego

służyć mogą tylko ekstrakcyjne trudne, np. ekstrakcyjne oddzielnych pni mocno siedzących molarów, po świeżem odlamaniu korony i tym podobne. Przy takich dopiero ekstrakcyjach można ocenić dzielność danego sposobu lub środka i w takich właśnie przypadkach wstrzykiwania śród-dziąsłowe są niezrównane.

Rzecz oczywista, że co do zupełności znieczulenia musi być pewna różnica przy wstrzykiwaniu w szczękę górnej i dolnej. Wyrostek zębodołowy szczęki górnej jest mniej zbity, co pozwala wstrzykiwanemu płynowi przenikać w kość w daleko większym zakresie, niż to ma miejsce w szczękę dolnej, jak to w swoim czasie w Nowinach Lekarskich (l. c.) nadmienitem. Jednakże, choć w dolnej szczękę wstrzykiwany płyn przenika w kość w daleko mniejszym zakresie, niż w górnej, nie jest to wcale powodem, aby mniej chętnie stosować iniekcje na szczękę dolnej.

Rzecz polega na tem, że gdy na skutek wstrzykiwania napelni się lekiem choćby tylko sam brzeg dziąsła, to i to już bardzo wiele znaczy, zarówno dla pacyenta, jak i dla operatora. Znieczulenie brzegu dziąsła, nawet przy niedostatecznym znieczuleniu części głębszych, pozwala bez pośpiechu dla operatora, a bez bólu dla pacyenta wbić głęboko kleszcze i dobrze ząb ująć, co jest, bez zaprzeczenia, najważniejszym momentem w akcie ekstrakcyi, a bez znieczulenia wysoce dla pacyenta przykrym.

Mówiąc o tem, że na szczękę dolnej często poprzestawać musimy prawie tylko na znieczuleniu dziąsła, przy słabem i powierzchownem przenikaniu płynu w kość, zastrzedz się tu muszę, że odnosi się to tylko i wyłącznie do szczęki dolnej; w górnej szczękę przenikające płynu w kość do samego wierzchołka zębodołu jest, przy udanem wstrzykiwaniu, prawidłem. o czem się przekonałem w doświadczeniach na trupach.

Mówiąc w ciągu całego mego artykułu o wstrzykiwaniach śród-dziąsłowych, nie wspominałem ja k i e g o do tego używam leku. Sam używam wyłącznie eukainy, nie kładę jednak na nią żadnego nacisku, gdyż sądzę, że każdy lek znieczulający, czy to będzie eukaina w 5% wodnym roz-

tworze, jak ja używam, czy kokaina, czy też zalecana w ostatnich czasach anezyna, czy jakikolwiek inny lek znieczulający, każdy będzie działał skutecznie, jeżeli tylko będzie zastosowany w odpowiedni sposób i w odpowiednim przypadku. Co zaś do eukainy, to muszę tu zaznaczyć, że skoro nauczyłem się zapomocą doświadczeń na trupach lepiej, niż to robiłem poprzednio, wykonywać wstrzykiwania, gdy wskutek tego zacząłem mniej zużywać leku niż dawniej, to bez porównania rzadziej zdarzają mi się obrzęki po zastosowaniu eukainy. Podczas gdy dawniej na 63 przypadki zastosowania eukainy \*) spuchło mi silnie pacjentów 3, a lekko 6, to obecnie, w nowej seryi przypadków, w której się trzymam ściśle wyżej podanego sposobu wstrzykiwania, przy którym wychodzi mniej płynu, na 130 zapisanych przypadków, spuchnięcie odnotowałem tylko w 2. Zdaje się za tem, że spuchnięcie po eukainie raczej odnieść należy na karb zbytnej ilości wstrzykiwanego płynu, na karb rozchodzenia się płynu po tkankach sąsiednich, jakie przy większej ilości wstrzykniętego płynu zdarzyć się musi, aniżeli na karb swoistego działania eukainy, a to tembardziej dlatego, że nawet przy wstrzykiwaniach płynów obojętnych, jeżeli tylko te będą wstrzyknięte w wielkich ilościach (naprzykład iniekcye Schleich'a), obrzęki się zdarzają, i to często \*\*).

Co do eukainy muszę jeszcze dodać, że zastosowawszy ją ogółem przeszło w 200 przypadkach, nie tylko przy wrywaniu zębów ale i przy innych drobniejszych chirurgicznych operacyach, jakoto przy wyjmowaniu ulamanych w ciełe igieł, wrastających paznoci, przecinaniu ropni i t. p., raz tylko jeden zauważyłem działanie ogólne w postaci pewnego odurzenia, które z resztą wcale nie przedstawiało się groźnie \*\*\*). W pozostałych zaś

\*) B Dzierżawski. Eukaina, nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego w dentystyce. Medycyna, numery z grudnia r. 1896.

\*\*) Patrz Lipschitz, loco citato, a także: Frohmann. Die Schleich'sche Infiltrations Anaestheie bei Zahnextr. ibidem.

\*\*\*) Szczegóły o tym przypadku patrz w wyżej zacytowanym artykule moim w Medycynie.



przypadkach żadnych objawów ogólnych, czy to w postaci zaburzeń w tętnie, oddechu czy świadomości, przy eukainie nie zauważyłem nigdy. Wogóle do czasu obecnego, o ile mi wiadomo, nie został ogłoszony ani jeden przypadek, któryby rzeczywiście dowodził niebezpiecznego ogólnego działania eukainy po zastosowaniu leczniczem. W przypadku bowiem Hörstela\*), jaki przytoczyłem w cytowanej już pracy mej w „Medycynie“, objawy ogólne w postaci drgawek, sinicy etc., wystąpiły za prędko po wstrzyknięciu (najdalej w 2—3 sekundy, jak twierdzi autor), aby mogły być policzone na karb trującego działania eukainy, gdyż w tak krótkim czasie wstrzyknięta w dziąsło eukaina nie mogła jeszcze uleść wessaniu i przejść do krwiobiegu. Zreferowane w poprzednim numerze Przegl. Dent. przypadki, opisane bezkrytycznie przez Flörke'go, jako przypadki zatrucia eukainą, również wcale za takie uchodzić nie mogą, jak to uważny czytelnik sam zapewne zauważył.

W każdym razie, wobec stwierdzonej experimentalnie toksyczności eukainy (choć mniejszej niż kokainy), nie należy na jeden raz wstrzykiwać jej za dużo. Mając na uwadze możliwość zatrucia nigdy na raz nie wstrzykuję więcej jak 2 strzykawki 5% roztworu (co równa się 0,1 eukainy). Jeżeli ilość przeznaczonych do wyrwania zębów wymaga większej ilości wstrzykiwań, to rwanie rozdzielam na dwa posiedzenia.

Na zakończenie muszę się usprawiedliwić, że może za obszernie cały artykuł traktowałem. Uważałem to jednak za niezbędne, ponieważ jestem przekonany, że tylko ścisłe trzymanie się podanych przeze mnie przepisów może zapewnić wstrzykiwaniom śróddziąsłowym dobry skutek i tylko przy wyborze odpowiednich przypadków. Ścisłe zaś przedstawienie tego w krótszej formie jest niemożliwe.

Nie chcę tu twierdzić wcale, aby wstrzykiwania śróddziąsłowe eukainy były idealnym sposobem miejscowego znieczulania przy ekstrakcyi. Tak wcale nie jest;

\*) Hoerstel. Bedrohliche Erscheinungen nach einer Eucain-Injection. Zahnärztliche Rundschau Nr. 217 r. 1896.



w wielu przypadkach dogodniejszy jest chloretyl i środki doń podobne; w każdym razie wstrzykiwania śródziąsłowe są środkiem nie do pogardzenia i łącznie z innymi środkami miejscowymi powinnyby się przyczynić do ograniczenia nadużyć ze stosowanymi zbyt często środkami ogólnie znieczulającymi.

Każdy środek znieczulający ogólnie (usypiający) jest niebezpieczny, inaczej być nie może; dlatego lepiej takich środków unikać, i gdzie tylko można, poprzestać na znieczuleniu miejscowem. Przy wrywaniu zębów znieczulenie miejscowe lepsze jest od ogólnego, nie mówiąc o powyżej wyliczonych względach większego bezpieczeństwa, jeszcze i dlatego, że nie zniewala operatora do pośpiechu, a zatem pozwala dokładniej, z mniejszym obrażeniem otaczających tkanek, dokonać operacji. Następnie nie do pogardzenia jest także ten wzgląd, że przy znieczuleniu miejscowem z pacyenta mamy doskonałego pomocnika, który usta otworzy, krew wypłucze, pozycyę zmieni, gdy tylko tego zażądamy. Przy znieczuleniu zaś ogólnem pacjent jest martwą kłodą, którą nieraz manipulować trudno nawet przy dostatecznej ilości bieglej i przytomnych pomocników.

### III. O ulepszeniach w złocie „Solila“.

napisała Marja Linda.

Przed 2 lata d-r de Trey demonstrował na zjeździe Towarzystwa Dentystów Amerykańskich w Genewie nowy, sporządzony przez siebie gatunek złota krystalicznego, nazwany „Solila“. Demonstracye d-ra de Trey wywołały wielkie zainteresowanie pomiędzy zgromadzonymi specjalistami, a to ze względu na ciągłe, acz wciąż bezowocne, poszukiwania idealnego materiału do plombowania. Będąc obecną na tym zjeździe, wcześniej zaznajomiłam się z nowym gatunkiem złota i, poznawszy jego zalety, zaczęłam niezwłocznie stosować je w swej praktyce, o czem

w sw oim czasie doniosłam w Kronice Lekarskiej i Zubo wraczebnym Wiestniku \*).

Złoto „Solila“, acz niewątpliwie wielkich zalet, było przesadnie reklamowane w samym początku. Skutkiem przesadnych reklam, twierdzących, że plombby ze złota „Solila“ dają się nakładać równie łatwo jak plombby z amalgamatu, było prędkie, choć nieuzasadnione rozczarowanie złoto „Solila“, choć doskonałe i łatwe w użyciu, wymaga jednak wprawy i znajomości ogólnych zasad plombowania złotem, a z amalgamatem w żaden sposób porównanem być nie może.

Przez dwa lata do plombowania złotem używałam przeważnie preparat „Solila“ w różnych postaciach; kładłam plombby, stosownie do okoliczności, z samej li tylko „Solili“, lub kombinującą z innymi preparatami złota i, o ile tak krótki przeciąg czasu na to pozwolił, zbadalam wszystkie przypisywane „Solili“ zalety, jako też wady.

O zaletach złota „Solila“ nie potrzebuję się rozwodzić, gdyż zostały one przyznane zgodnie przez wielu praktyków; zalety te są: Solila posiada w najwyższym stopniu lepkość (kohezywność) t. j. łatwość łączenia się oddzielnych kawałków. Lepkość Solili jest większą niż złota listkowego. Miętkość i kowalność Solili czyni to, że plo mba z Solili doskonale przystaje do brzegów ubytku próchnicowego, gdy jest dobrze ubita; wskutek tych samych własności plo mba z „Solili“, gdy jest dobrze ubita, nie daje najmniejszej porowatości, przez co wybornie konserwuje ząb, nie dając dostępu do zębiny płynom jamy ustnej. Przy przygotowywaniu ubytku próchnicowego do plombby z Solili, nie ma potrzeby robić punktów oparcia, co jest pewną ulgą dla pacjenta. Nas tępnie Solila daje możność obejścia się bez młotka, gdyż dostateczne zgęszczenie otrzymuje się przez ubicie upychadłami ręcznymi (sztopferami); plombowanie Solila zabiera o wiele mniej czasu, niż plombowanie innymi amalgamkami złota; nawet duże jej kawałki dają się łatwo ubijać, wskutek czego nadzwyczaj prędko wypełnia się

---

\*) Ob. roczniki tych pism za r. 1896.

ubytek próchnicowy. Wypolerowana plomba przedstawia bardzo piękną i gładką powierzchnię.

Konstatując wszystkie powyżej wymienione zalety, Profesor Scheff \*) znalazł jednak w złocie „Solila“ następujące wady:

Po pierwsze: Solila wymaga po każdym użyciu nader starannego zapakowania w celu utrzymania jej w należytej czystości. Zarzut ten jednak nie może stosować się jedynie do złota „Solila“, gdyż wszystkie lepkie gatunki złota potrzebują wielkiej staranności i czystości w przechowywaniu, albowiem w razie przeciwnym tracą swą lepkość.

Drugi zarzut prof. Scheff'a co do złota Solili, mianowicie konieczność krawaenia kawałków — według mnie również nie ma wielkiego znaczenia.

Przecim zarzutem prof. Scheff'a jest ten, że nagrzewanie złota „Solila“ zabiera więcej czasu niż samo plombowanie. Otóż temu brakowi bardzo łatwo zaradzić, gdyż można zawczasu przygotować pewną ilość naciętych kawałków, ułożonych na kawałku miki, na której najlepiej nagrzewać je nad lampką spirytusową, gdyż wtedy skutocznią się to równomiernie. Gdy z jednej strony złoto nabiera ciemniejszej barwy, wówczas należy je przewrócić na drugą stronę; następnie ułożyć można te kawałki w specjalnie do tego celu przygotowanych pudełeczkach, wysłanych skórką zamsząwą, zamykających się szczelnie. Zapas taki może służyć do plombowania na kilka razy. Tym sposobem nie potrzeba powtarzać całej manipulacji nagrzewania za każdym razem przed plombowaniem.

Zresztą obecnie wynalazca dr de Trey porobił w Solili znaczne ulepszenia. Ponieważ w praktyce okazało się, że tramowane numera są nazbyt twarde i wymagały zbyt silnej kondensacyi ręcznej—zostały przeto w odpowiedni sposób zmienione. Nr. 3 zaś uległ zupełnej zmianie, tak że obecnie przedstawia się w innej nawet formie niż dawniej: zamiast długich, wązkich pasków, są to małe, czwo-

---

\*) Prof. dr. Jul. Scheff jun. Solila von dr. E. de Trey. Oest. Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. April. 1896.

rograniaste płytki, ułożone w płaskich pudeleczkach o czterech przegródkach. Nowy ten preparat jest nadzwyczaj miękki, lepki i nie kruszy się tak łatwo, jak dawniejszy. Obecnie zupełnie wystarczającym jest używać tylko ten jeden Nr. 3 nowy, który nadaje się doskonale do wszelkiego rodzaju plomb, tak centralnych, jak i konturowych. Dla tych jednak specjalistów, którzy przeważnie plombują tylko złotem, dobrze jest mieć w zapasie i inne numera, gdyż w niektórych razach, przy bardzo wielkim ubytku próchnicowym, dla prędszej roboty, korzystnie jest użyć Nr. 1 do wystania dna ubytku; Nr. 4 wskazany jest przedewszystkiem do wykończania dużych powierzchni w plombach ośrodkowych (centralnych).

W narzędziach, polecanych do plombowania Solitą, zaszyły też pewne zmiany, wprowadzone bądź przez wynalazcę bądź przez innych praktyków.

Obecnie, nie zależnie od dawniejszych 30 kondensatorów, ukazała się nowa serya upychadeł, w liczbie 4-ch, których rękojeść jest o wiele cieńsza jak u dawniejszych, chociaż nieco grubsza niż u upychadeł do złota White owskich; nadto oba końce owych narzędzi są zaopatrzone w odpowiednie końcówki różnych form: okrągłe, owalne lub podługowate, o cienkich nadzwyczaj drobnych nacięciach. Wygięcie tych końcówek jest w ten sposób urządzone, że jedno i to samo narzędzie może służyć tak na prawo, jak też i na lewo. Przez to, że jedna rękojeść ma dwie odmienne końcówki, cztery te upychadła wystarczają dla najrozmaitszego rodzaju plomb. Trzymać należy te nowe narzędzia nie tak jak dawniejsze t. j. nie całą dłonią, ale tak, jak się trzyma pióro przy pisaniu. Przy kondensacji Solili temi nowymi narzędziami należy, tak samo jak dawniejszemi, wykonywać zawsze ruchy rotacyjne i to na tem samym miejscu gdzie się przykładają końcówki upychadła, a nie suwając narzędzia po złocie.

Kto woli operować narzędziami o grubych rękojeściach, to i z dawniejszej ogromnej kolekcji można wybrać kilka upychadeł, które zupełnie wystarczają w przeciętnej praktyce; mianowicie wypróbowane są następujące numera: 3, 5, 6, 7, 9 i 28. Są też i odpowiednie

końcówki, mogące się przystosować do młotków automatycznych Snow'a, Lewis'a lub Abbot'a.

Wszystkie zaś upychadła d'ra de Trey, mają tę główną własność, że końcówki ich, jakiegokolwiek by były formy, są zawsze wypukłe i zaokrąglone, nigdy płaskie lub czworograniaste, gdyż tylko końcówki zaokrąglone dają możliwość równomiernego uciskania złota, przez co unika się nierówności i wgłębień, które później trudno jest wygładzić. Przy plombowaniu Solilą, najlepiej jest stosować zawsze wielkość upychadła do wielkości otworu próchnicowego, ażeby mółd rozgnieść złoto odrazu na całej powierzchni dna ubytku, starając się, ażeby przytem wkładanego płatką złota nie przedziurawić.

Ze złotem „Solila“ pracuję stale od lat kilku, zawsze ze jaknajlepszym rezultatem. Przed trzema laty, kiedy jeszcze złota „Solila“ nie było w handlu, dostałam trochę tego złota osobiście od d'ra de Trey. Po raz pierwszy zrobiłam Solilą rekonstrukcyę całej tylnej strony i powierzchni żującej lewego dwuguzikowego; w plombie tej prawie  $\frac{1}{4}$  korony stanowi złoto; dotąd plomba ta wybornie wytrzymała żucie i nie jest nie uszkodzona, jak by co dopiero zrobiona, pomimo że była wstawiona w bardzo płytkim otworze.

Wszystkie przepisy przy plombowaniu złotem są dostatecznie znane, nie mam więc potrzeby powtarzać ich na tem miejscu, zaznaczę tylko, że otrzymałam doskonale rezultaty przez kombinowanie złota „Solila“ ze zwitkami (Gold Rolls) Rowana, które używam przeważnie przy metodzie rotacyjnej Herbst'a.

Złoto powyższe t. j. Rowan'a jest nadzwyczaj podatne, o znacznej lepkości, a po dobrem ubiciu staje się niezmiernie twardem. Używam więc zwykle do wysłania dna ubytku „Solili“ i wypełniam nią otwór aż po same brzegi; następnie wkładam cieniutkie, ostro zakończone, płasko - spiczaste narzędzie między ściankę zębową a złoto i wbijam to narzędzie młotkiem; jeśli złoto pod tym naciskiem ustępuje i wytwarzają się jakie szczelinki, to wypełniam je złotem Rowan'a, następnie cały kontur urabiam z tegoż złota, ubijając je młotkiem automatycznym lub ręcznym; w końcu poleruję plombę jak zwykle. Otrzy-

mana w ten sposób plomba jest tak mocna, że oderwać od niej jakąś część jest również trudno jak od monety lub innego przedmiotu metalowego.

## Dział sprawozdawczy.

17. **Dr. I. Witzel.** **O gruźlicy szczęk.** (Ueber Kiefer-tuberkulose. Schweizerische Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde. Z. IV. 1897). Artykuł swój o gruźlicy szczęk nawiązuje Witzel do jednego, spostrzeganego przez siebie, przypadku pierwotnej gruźlicy szczęki górnej.

Gruźlica szczęk może być pierwotną, t. j. może być pierwotnym wogóle objawem gruźlicy u danego pacjenta, gdzie objawów gruźlicy w innych narządach jeszcze niema, lub też wtórną przy istniejącej już gruźlicy w płucach, krtani lub innych narządach.

Gruźlica szczęk wogóle jest chorobą rzadką, a to wskutek odporności, jaką jama ustna wykazuje przeciwko zakażeniu gruźliczem; odpornością tą jama ustna wyróżnia od wielu innych narządów (płuca, krtani, kiszki), które są tak podatne do przyjęcia gruźliczego zarazka. Odporność tę jamy ust hamaczą dezynfekującym działaniem śliny, powstrzymywaniem rozwoju zarazka przez rozkład resztek pokarmowych lub splukiwaniem zarazka przez ślinę i wydzielinę śluzową. Zdaniem Witzel'a najważniejszą rolę w ochranianiu jamy ust od gruźlicy gra gruba warstwa nabłonka (epithelium) zdrowej jamy ustnej. Najmniejsze uszkodzenie tego nabłonka, w postaci małej ranki lub obtarcia, daje już możność zarazkowi gruźliczemu do przyjęcia się w jamie ustnej. Ponieważ ochronienie jamy ustnej od zakażenia gruźliczego należy przedewszystkiem do dentystry, to nie będzie, zdaniem naszym, zbyt czynnem, jeżeli, idąc razem z Witzel'em, szczegółowo możliwość zakażenia rozbierzemy.

Najczęstszą przyczyną gruźlicy jamy ustnej jest zakażenie przez powietrze, w którym się unoszą cząsteczki wyschniętej płwociny suchotników (Luftinfektion), następnie, nie mniej częstem jest zakażenie przez bezpośrednie zetknięcie błony śluzowej jamy ust z płwociną, przechodzącą przez usta u osobnika, dotkniętego



gruźlicą płuc lub krtań (Contactinfektion). Małe ranki, zapalenia dziąseł lub starcia naskórka w obu przypadkach mogą być wystarczającymi do przyjęcia się zarazka. Najniebezpieczniejszymi są tu jednak przetoki (fistulki), idące z dziąseł do martwych (nekrotycznych) korzonków, lub sięgająca pod dziąsło próchnica szyjek. Są też znane przypadki, w których zarazek gruźliczy przedostał się do szczęk przez przewody (kanały) korzeniowe zębów z obumarłą miazgą\*). Możliwe też jest przeniesienie zarazka z jednego pacjenta na drugiego przez narzędzia dentystyczne: kleszcze, wierciła (bory) i t. p.

Przebieg gruźlicy szczęk bywa dwojaki: gruźlica ukryta zaczyna się we wnętrzu kości szczękowych (zakażenie przez przewody korzeniowe lub za pośrednictwem naczyń chłonnych lub krwionośnych z innych narządów, dotkniętych gruźlicą). Pojawia się na szczęce mniej lub więcej bolesny guz, do którego przyłącza się niebawem szczękowość (trismus). Pod wpływem katalplazmów, wiciarów i t. p., szczękowość z czasem przechodzi, jednak ani usunięcie zęba chorego, ani otwarcie guza wyleczenia nie spowodują. Rana po otwarciu guza nie goi się, a wypełniwszy się ziarniną (granulacyami) wydzielą wciąż ropę. Na dnie wytworzonej w ten sposób przetoki znajdujemy obnażoną i rozmiękczoną kość. Pomimo ponownych przecięć, wyskrobań i wydlubowań martwaków (sekwestrów), sprawa nie idzie ku lepszemu. Ogólny stan chorego może być przytem dobry, o ile niema gruźlicy w innych narządach. W ostatnim przypadku nie pomaga nawet wycięcie dotkniętej chorobą szczęki: pacjent umiera w skutek wycieńczenia lub gruźlicy narządów wewnętrznych.

Jeżeli gruźlica rozpoczyna się z dziąsła lub błony śluzowej (gruźlica jawna) to przebieg jest inny. Robi się tu owrzodzenie, na około którego grupują się niebawem owrzodzenia wtórne, mniejsze. Wszystkie owrzodzenia mają więcej tendencyi do rozszerzenia się po powierzchni, niż do drażenia wglęb. Owrzodzenia nie mają wyraźnych, spadzistych brzegów, jak syfilityczne. Brzegi owrzodzeń gruźliczych są nieprawidłowe, jakby porożywane, twarde, zaczerwienione. Czerwonosć ta znika na ob-

---

\*) Obecność prątków (bacyliów) gruźliczych w ubytkach próchnicowych wykazał dr. Jaruntowski. Patrz: O gruźlicy dziąseł. Nowiny Lekarskie, Nr 5, r. 1894. Przyp. sprawozdawcy.

wodzie nie raptownie, a mało po mału, przechodząc w tkanki zdrowe. Dno owrzodzeń pokryte jest brudno-żółtym nalotem. Po usunięciu tego nalotu odkrywa się dno nierówne, pokryte jakby małymi brodaweczkami, łatwo krwawiące. Na okolo owrzodzenia widać pośród zdrowej błony śluzowej mniej lub więcej małych, widocznych golem okiem lub przez lupę guziczków, z lśniącą, szaro-żółtą powierzchnią. Te szaro-żółte guziczki są to gruzelki, które, rozpadając się, przyczyniają się do powiększenia istniejącego już owrzodzenia.

Co do objawów subiektywnych, to te nie zawsze są jednakowe. Jedni chorzy narzekają na ból silny, przeskakujący jeść, a innych bóle bywają nieznaczne i krótkotrwałe. Stałym objawem bywa zwykle smród z ust i ślinotok.

Co do rozpoznania grzlicy jamy ustnej, to należy ją odróżnić od owrzodzeń natury rakowatej i syfilitycznej. Od raka owrzodzenie grzlicze wyróżnia się: 1) prędkim przebiegiem; 2) rakowi towarzyszą zwykle bóle strzelające, rozprzestrzeniające się w ucho i występujące samoistnie, gdy tymczasem bóle przy owrzodzeniach grzliczych nie występują samoistnie, a tylko przy piciu lub jedzeniu; 3) rak zdarza się zwykle u ludzi starych, co jest jednak oznaką niepewną, ponieważ i grzlica u starców też się zdarza. Ważniejszym ale i łatwiejszym jest odróżnienie owrzodzeń grzliczych od owrzodzeń syfilitycznych. Lepiej płaskie (condylomata) odróżniają się od owrzodzeń grzliczych wyraźnymi brzegami, białą-słoniowatą barwą i tendencją do drażenia wgłęb.

Owrzodzenia trzeciego okresu syfilisu na oko często trudno jest odróżnić od owrzodzeń grzliczych. Do rozpoznania pomagają tu wywiady (anamneza), obecność blizn, pozostałych po owrzodzeniach syfilitycznych na skórze, w gardzieli lub na podniebieniu, dalej skuteczność leczenia jodem lub rtęcią.

Grzlicę ukrytą można jeszcze zmieszać z śródkostnym mięsakiem szczęki (sarcoma endostale), ale tylko dopóty, dopóki się ten nie otworzy. W początkach grzlica ukryta i mięsak śródkostny przedstawiają się jednakowo w postaci guza; mięsak jednak prędzej rośnie, gdy zaś ulegnie rozpadowi i otwarciu, to w krótkim czasie przy mięsaku cała połowa szczęki ulega rozpadowi, czego przy grzlicy nie bywa. Mięsaki okołostnowe występują od samego początku jako guzy ograniczone, rosną wolno, osiągają wielkości takiej, jakiej nigdy nie mają guzy natury grzliczej, następnie otwierają się rzadko.

Promienica (aktinomycośis) od gruźlicy wyróżnia się tem że przy pierwszej bywa więcej przetok, rozgałęziających się daleko, w różnych kierunkach, otoczonych bliznowatą tkanką, czego przy gruźlicy nie bywa, następnie promienica wyróżnia się jeszcze obecnością w ropie charakterystycznych, jasno żółtych ziarenek, które składają się ze swoistych grzybków. Dalej ważną różnicę promienicy od gruźlicy stanowi to, że przy gruźlicy gruczolę chlonne powiększone są zawsze, przy promienicy zaś rzadko, (nigdy, o ile niema jakiegokolwiek wtórnego zakażenia), ponieważ promienica nie rozprzestrzenia się za pośrednictwem gruczolów chłonnych. Przebieg promienicy jest więcej przewlekły, a rokowanie zwykle lepsze niż przy gruźlicy.

W wielu przypadkach rozpoznanie gruźlicy i wyłączenie wyżej wymienionych chorób można postawić dopiero po zbadaniu pod mikroskopem ropy, wyskrobków lub wyciętych kawałków.

Rokowanie przy gruźlicy zależy od wczesnego rozpoznania i leczenia. Jeżeli gruźlica jamy ust jest pierwotną, jeżeli niema jeszcze gruźlicy w płucach, kiszkaach lub gdzieindziej, to po radykalnem usunięciu pierwotnego ogniska zapomocą wyskrobania, wycięcia i wypalenia można mieć nadzieję na wyleczenie zupełne. Przy szeroko już rozprzestrzenionej gruźlicy szczęk, zwłaszcza przy gruźlicy innych narządów (płuc wyleczenie jest wątpliwe) gruźlica szczęk należy do najzłośliwszych i najuporczywszych chorób.

Wobec trudnego leczenia gruźlicy już rozwiniętej ważnem jest przez odpowiednią pomoc dentystyczną ochronić jamę ustną od możliwości przyjęcia zarazka gruźliczego; na idealny stan jamy ustnej trzeba szczególnie zwracać uwagę u osób, pochodzących z rodzin suchotniczych. Następnie dentysta może oddać choremu nieocenioną przysługę, stawiając weześnie rozpoznanie i kierując chorego do właściwego specjalisty.

*Dz.*

18. **Filip Detzner. Diatoryczne zęby jako sztuczne korony do zębów dwuguzikowych.** (Ueber Ersatz der Praemolaren durch Porcellanloch kronen). Schweitz. Viert. jahr. Schr. f. Zlkde. Zesz. IV. 1897.

Zastosowanie koron Logan'a do zębów dwuguzikowych jest bardzo trudne z tego względu, że ząb sztuczny musi być w tym przypadku doskonale dopasowany w kolorze do zębów naturalnych, a koron Logan'a, jako zbyt drogich, rzadko który skład dentystyczny ma tyle, aby w danym razie można było odpowiednią dobrać. Korony złote

jako mające gładząco nienaturalny wygląd, również nie nadają się w tym przypadku. Dlatego to Detzner do dorabiania koron do dwuguzikowców radzi używać zębów diatorycznych, gdyż tych, jako tanich, zawsze znaleźć można wybór dostateczny. Diatoryczne zęby mają jeszcze tę zaletę, że ilość sztyftów zawsze można tu dopasować do ilości korzeni.

Postępuje tu Detzner w sposób następujący: po przygotowaniu pieńka (przyczem można do pewnego stopnia zostawić i zdrowe części korony po policzkowej i językowej stronie) przyszlifowuje dany ząb na pacyencie, a nie na modelu.

Sprawdziwszy artykulację, wypełnia dziurki zęba sztucznego woskiem, poczem, dobrawszy sztyft odpowiedni, koronę razem ze sztyftem w ustach pacyenta przymierza.

W razie obecności 2 kanałów, zamiast jednego grubego, daje 2 cienkie sztyfty. Jeżeli kanał korzeniowy dopiero na pewnej wysokości się rozdwaja, to daje sztyft płaski, blaszkowaty. Kanał, względnie kanały korzeniowe dla pomieszczenia sztyfta muszą być wyborowane, nie powinno to jednak mieć miejsca wyżej, jak do połowy długości korzeni, gdyż inaczej zanadto się korzeń osłabia. Po przymierzeniu i dokładnem dopasowaniu sztucznej korony wraz ze sztyftem, należy ostatni w koronie umocować. Można to zrobić przy pomocy cementu lub amalgamatu, najlepiej jednak ząb zagipsować, wosk wytopić i na miejsce wosku napełnić białego kauczuku, (część sztyfta, tkwiąca w koronie, powinna być pokarbowana). Jeżeli sztuczna korona jest dość wysoką, to prosty sztyft mocno się trzyma; jeżeli jednak przy pasowaniu znaczna część korony uległa zeszlifowaniu, to sztyft prosty trzymał by się za słabo. W takich razach robi się użytek z dziurek bocznych, przetykając przez nie sztyft poprzeczny i lutując ostatni ze sztyftem (ewentualnie ze sztyftami) podłużnym. Do umocowania całości w korzeniu używa D. gęstego rozczywn czerwonej gutaperki w chloroformie lub cementu, rozmieszanego do gęstości syropu. Aby pieńek możliwie dokładnie ochronić od wpływów płynów jamy ustnej, radzi Detzner, przed umocowaniem sztucznej korony, dużym okrągłym wierciłem wywiercić w pieńku zagłębienie i także same zrobić w kauczuku naokoło sztyfta. Kulista warstwa cementu, ev. gutaperki, dobrze wtedy ochrania pieńek od przenikania doń wszelkich płynów.

## Wiadomości pomniejsze.

19. **d'Argent**, prof. Paryskiej Szkoły Dent. zamiast **rójtlenku arsenu** (t. zw. **arszeniku**, acidum arsenicosum,  $AsO_3$ ) zaleca **do zatrucia miazgi pięciotlenek arsenu** (acidum arsenicicum,  $AsO_5$ ), a to dlatego, że ostatni, jako bez porównania więcej rozpuszczalny, działa daleko prędzej. Dalej, ponieważ bóle, zachodzące przy zatrucowaniu miazgi przetworami arsenu, są skutkiem przekrwienia tejże podczas pierwszej fazy działania środka, zaleca d'Argent dawać do pięciotlenku arsenu środki, powodujące zwężanie (skurecz) naczyń krwionośnych, mianowicie **e z e r y nę** i **k o k a i nę**. Ostatnia jest pożądaną jeszcze ze względu na działanie znieczulające. Recepta d'Argent'a brzmi, jak następuje:

Pięciotlenku arsenu . . . . .	0,5 grama
Ezeryny . . . . .	0,2 „
Kokainy . . . . .	0,2 „

Gwajakolin tyle, ile trzeba do zarobienia pasty.

Przy takim składzie pasty zatrucie następuje bez takich bólów, jakie wywołują pasty przestarzałego składu, zawierające wątpliwej wartości środki pomocnicze, jako to: morfinę, kreozot i kwas karbolowy. L'Odontologie. N. 13. 1897.

Dz.

20. **Operowanie w rękawiczkach**. Dezynfekcyja rąk, pomimo najstarszego wymycia ciepłą wodą z mydłem i szczotką, spirytusem i wycoczenia w rozczyntnie sublimatu, nie zawsze jest pewna. Dlatego, aby zmniejszyć szanse zakażenia przy operacyi, prof. Mikulicz proponuje operować w rękawiczkach nitianych. Koszt operacyi rękawiczki takie powiększają nieznacznie, gdyż kosztują niedrogo, dają się prać i wyjaławiać; czucie w palcach rękawiczki nitiane apodlegają bardzo nieznacznie, przy operacyach na narządach ślizkich (żołądek, kiszki), są nawet bardzo dogodne. Profesor Mikulicz już od roku stale operuje w rękawiczkach; w rękawiczkach operują również często D-r Perthes w Lipsku, D-r Zoege von Mantouffel w Dorpacie; ostatni używa rękawiczek gumowych. Używanie rękawiczek, ma się rozumieć, nie wyłącza starannego wymycia i dezynfekcyi rąk przed nałożeniem rękawiczek.

Centralblatt für Chirurgie N. 20 i 26. 1897.

Dz.

21. **Prof. dr. Billeter**, dyrektor uniwersyteckiej polikliniki dentystycznej w Zürichu, zaczął próby z zastosowaniem **chlorku etylu do znieczulania ogólnego**. Do za-



stosowania w tym celu chlorku etylu naprowadził Billeter'a fakt, spostrzegany już przez wielu dentystów, że chorzy, którym stosowano chlorek etylu w celu znieczulania miejscowego, spokojnie zasypiali i zupełnie przy tem nie odczuwali nawet kilku, idących po sobie, ekstrakcji. Prof. Billeter podaje chlorek etylu zapomocą szklanej maski Schoenemanna, w której umocowane jest rusztowanie z złożonej w osmioro gazy, na którą to gazę pada strumień chlorku etylu i z niej się ulatnia. Zupełna narkoza otrzymuje się w przeciągu 40 sekund do 2 minut, występuje bez żadnych ubocznych objawów ze strony narządów oddechowych. Przebudzenie następuje łatwo i prędko: jeżeli potrzeba usypiania dłużej trwającego, to, po uspieniu chlorkiem etylu, ostatni zastępuje się eterem, którego działanie lepiej bywa w takim razie przez pacjentów znoszone niż przy zwykłej narkozie eterowej.

Artykuł prof. Billeter'a był odczytany przezeń na zjeździe dentystów w Strassburgu, 31 października r. z., artykuł ten ma charakter tymczasowego doniesienia. Nie omawia w nim prof. Billeter narkozy chloretylowej wyczerpująco, zaznacza jednak, że otrzymuje z chlorkiem etylu tak doskonałe wyniki, że śpieszy o nich zawiadomić ogół, aby zachęcić wszystkich do prób w tym kierunku.

Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Octobre 1897. Dz.

22. **Chociaż zasady postępowania aseptycznego** zdążyły już penetrować i do dentystów, chociaż wielu dentystów po każdym pacyencie dokładnie wymywa ręce i wyjawia narzędzia, to jest jednak jeszcze jeden zabieg w dentyście, którego zasady aseptyki jeszcze nie osiągnęły, w którym wciąż panuje niechlujstwo takie, jak za dawnych, dobrych, przedlisterowskich czasów.

Zabiegiem tym jest zdejmowanie niary przy sporządzaniu zębów sztucznych. Jedną i tę samą masę używają tu powszechnie dopóty, dopóki się nie zużyje. Ponieważ w ustach gnieźdzą się miliardy bakterii, to po każdym użyciu masy zabiera się z nią razem co najmniej miliony bakterii, które nie mogą być zabite przez krótkotrwałe nagrzewanie, jakiemu podlega masa przed ponownym użyciem. Miliony bakterii przenosi się w ten sposób z jednego pacyenta na drugiego. Przeciwno takiemu niechlujstwu protestowano już nie raz, obecnie podnosi głos w tej sprawie A. R. Church, D. D. S. Progrès Dentaire. L'Odontologie N. 13. r. 1897. P. M.

23. **Do wypełniania zębów mlecznych** Gray zaleca ściany jamy próchnicowej powlec roztworem żywicy (maszynksu lub sandaraki) w chloroformie i następnie włożyć



w ubytek ogrzanej gutaperkę, która w ten sposób szczelnie przylega do ścian, tworząc prawdziwie trwałą plombę.  
(Dental Register, C. B. f. Zalmaertzte N. 3—97).

## BIBLIOGRAFIA.

### Kalendarz Dentystyczny na rok 1898.

Ułożył i wydał

**M. Krakowski.**

16-ka. XVI — 148. Warszawa, 1898 r.

W szeregu wydawnictw peryodycznych polskich, poświęconych dentystyce, staje nowy towarzysz. Oto jeden z młodszego zastępu przedstawicieli naszej specjalności, pragnąc zaradzić oddawna dającemu się uczuć brakowi „ośmiela się przedstawić sz. Kolegom“ Kalendarz dentystyczny, „pierwszą tego rodzaju publikację w języku polskim“.

Biorąc rzecz ze strony formalnej—wydawnictwo p. K. nie jest pierwszym u nas, w ciągu bowiem trzech lat ostatnich wychodził w Warszawie „Kalendarz dentystyczny“ nakładem jednego z tutejszych t. zw. dental-depôt. Kalendarze te jednak, co do układu wewnętrznego, zasadniczo różniły się od omawianego, gdyż były to, ściśle biorąc, tylko notatniki do zapisywania chorych z uwzględnieniem specjalności, połączone ze zwykłym kalendarzem astronomicznym.

Wydawnictwo Krakowskiego w ogólnych zarysach pomyślane jest dobrze. Składa się ono z dwóch części—praktyczno - naukowej, poprzedzonej zwykłym działem kalendarzowym i drugiej—informacyjnej; uzupełnienie kalendarza stanowi notatnik na wszystkie dni roku.

Przyjrzyjmy się teraz nieco bliżej Kalendarzowi. Przedewszystkiem uderza nas różnorodność skali, według której sporządzał autor materiał naukowy dla swego wydawnictwa. Tak w części praktycznej, w której spotykamy kilka rzeczywiście cennych dla praktyka notatek, znajdujemy i artykuły, które śmiało mogłyby zająć miejsce, nb. w dokładniejszym opracowaniu, na stronicach kursów szkolnych. Tu, zdaje nam się, autor popełnił błąd, wątpimy bowiem aby student szukał wiedzy w wydawnictwie kalendarzowym; dentysta zaś praktyk, możemy zapewnić sz. autora, nie będzie czekał aż na uka-

zanie się „Kalendarza dentystycznego“, ażeby dowiedzieć się, iż przed operacją należy umyć ręce, że „do utrzymania należytej czystości, pracować należy w osobnych płaszczach z białego płótna z krótkimi rękawami“ (str. 9), że do wyjalawiania narzędzi istnieją odpowiednie naczynia, zwane sterylizatorami („O aseptyce“) i t. p. Wątpimy też, abyktokolwiek bądź z czytających Kalendarz otrzymał korzyść z informacji autora co do sposobu racjonalnego czyszczenia zębów: „Proszkiem, lub pastą należy powlec szczoteczkę do zębów, którą następnie przesuwamy po zębach od dołu do góry i odwrotnie, tudzież po ich powierzchniach żujących“ (str. 83). Albo: „Najlepiej nadają się średnie szczoteczki (str. 84)“. Wprawdzie powiedziano to krótko, wężłowato — lecz nie zrozumiale. Pomijam imię, mniej ważne, braki tej części Kalendarza — zwrócić jednakże pozwolę sobie jeszcze uwagę na rubrykę: „Nowe leki“, tak ważną w tego rodzaju wydawnictwach lekarskich. Szkoda, że przy opracowywaniu jej mało uwzględniano dentystykę; wiele też nowych preparatów zostało pominiętych.

Część informacyjna stosunkowo najslabiej opracowana jest w kalendarzu. Po za obrębem zwykłych informacji kalendarzowych (miary, wagi, monety i poczta — ta ostatnia z pominięciem nawet nowych przepisów o przekazach) bardzo mało znajdujemy tu informacji obchodzących nas, jako dentystów, specjalnie. Kilka wyjątków z prawodawstwa lekarskiego, charakterystycznie przez autora dobranych — to za mało; znamy je wszyscy i pono inaczej pojmujemy niż sz. autor, który, nie wiemy cui bono, podzielił nas „kolegów“, aż na trzy kategorie. Chiśszyżna to zupełnie zbyteczna; od stu z górą lat przecież termin „dentysta“ tak się utarł, a i nie przynosi on, sam przez się, nikomu ujemy, że i nadal śmiało możemy się nim, przynajmniej między sobą, bez urazy obywać. Jeżeli zaś autorowi chodziło o dokładność, to zwracamy jego uwagę, iż tytuł „Zubnoj Wracz“ (zahnarzt, dentist, dentiste, dentysta) po polsku tłumaczyć by należało przez „lekarz zębów“, a nie „lekarz dentysta“, gdyż są to dwie rzeczy zupełnie odrębne (podobnie jak denty-stą, lekarz może być: okulista, akuszerem i t. p.) i że wyrażenie „doktór-dentysta“ przecież też nie jest ściśłem, prawodawstwo bowiem rosyjskie, jak to widać z wyjątku ustawy lekarskiej, zacytowanego na str. 134 Kalendarza, pod lit. A, doktoratu takiego specjalnie, jak dotąd, nie odróżnia.

Podany w Kalendarzu spis dentystów Królestwa Polskiego, szczególnież co do prowincyi, nie zupełnie jest dokładnym. Szkoda też, że sz. autor nie zechciał zająć

się zebraniem wiadomości co do dentystów polskich, praktykujących i po za obrębem Królestwa.

W zakończeniu tej pobieżnej wzmianki sprawozdawczej niech nam wolno będzie zwrócić uwagę sz. autora jeszcze na jedną okoliczność. „Kalendarz dentystyczny“, jako wydawnictwo polskie, powinien być redagowany językiem odpowiednim. To też mamy nadzieję, iż w przyszłych rocznikach nie znajdziemy ustępów w rodzaju: „W końcu wspomnę, że potrzebne przygotowania przed rozpoczęciem operacji względnie narzędzi i opatrunku zrobić, a nie dopiero w czasie zajęcia jeden przedmiot po drugim w miarę potrzeby sobie przygotowywać“ (str. 14), że nie przytoczę innych. Nie mówi się też po polsku „płata za ogłoszenia“, „zawiadujący gabinetem“, „zdjąć kopję z dyplomu“. Zamiast „ślinopłyn“ „lepiej zachować dawno utarty termin“, „ślinotok“ (str. 22); nazwa „środki szczniące“ (str. 37) — bodaj czy dla każdego będzie zrozumiała.

Są to wszystko usterki, które w przyszłych wydaniach Kalendarza łatwo można będzie usunąć i za wytknięcie takowych, mamy nadzieję, sz. autor do nas urazy mieć nie będzie. Wykazujemy je w dobrej wierze i tem skwapliwiej, że uznajemy pożyteczność i potrzebę omawianej publikacyi.

Sądziimy też, że i ogół naszych dentystów nie odmówi poparcia młodemu wydawnictwu. Polecamy też gorąco „Kalendarz“ naszym czytelnikom, choćby z tego względu, iż jest on pierwszym wydawnictwem polskiem tego rodzaju, które, choćby już przez to samo upaść nie może i nie powinno.

*Jan Kanty Drac.*

## **Kronika i sprawy zawodowe.**

+ **Wyjaśnienie Dep. Medycznego.** „Rozpatrzywszy, na skutek wniosku jednego z Oddziałów lekarskich, kwestyę, dotyczącą przerwania zajęć przez osoby, kształcące się w sztuce dentystycznej, Rada medyczna (dziennikiem z 16 września za N. 410) uznała, iż ustanowione okólnikiem Dep. Medycznego, z d. 12 października 1890 r. za N. 6813 prawidło, dotyczące uczni aptekarskich, — zgodnie z którym uczeń, przerywający swoje zajęcia na przebieg czasu dłuższy niż rok jeden, utracą prawo zaliczania mu czasu uprzedniej nauki — należy rozciągnąć i na osoby starające się o tytuł dentysty i studjujące w tym celu dentystykę.

Departament Medyczny, komunikując Zarządowi lekarskiemu jako wskazówkę, wzmiarkowaną uchwałę Rady medycznej, zatwierdzoną przez p. zarządzającego ministerium spraw wewnętrznych w dniu 22 września—zaleca podać o tem do wiadomości miejscowych lekarzy i dentystów, posiadających u siebie uczeni. (Okólnik Dep. Med. z d. 29 września 1897 r. za N. 6508).

± **Cofnięcie ograniczenia.** Według zapewnienia dzienników warszawskich władze tutejsze otrzymały do zakomunikowania instytucyom właściwym odezwę ministerium spraw wewnętrznych, w której powie dziano, iż zgodnie z postanowieniem senatu, tracą moc wydane w latach poprzednich ograniczenia procentowe względem młodzieży żydowskiej, wstępującej do szkół: dentystycznych, akuszerskich, felczerskich i innych zakładów naukowych, znajdujących się pod zarządem pomienionego ministerium. Jednocześnie pomieniona odezwa odwołuje ograniczenia procentowe w stosunku do liczby ogólnej przy wstępowaniu żydów na uczniów przy aptekach i gabinetach dentystycznych.

± **Wystawa przyrodniczo - lekarska.** Dowiadujemy się, iż na mocy uchwały komitetu zarządzającego VIII - y zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu — urządzona będzie tamże, w czasie trwania zjazdu, wystawa przyrodniczo-lekarska. Czas trwania wystawy oznaczono na dni trzy, t. j. na 12-ty, 13-ty i 14-ty lipca r. b. Składać wystawę będą oddziały następujące: I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat 10-ciu. II. Hygiena: *a)* ogrzewanie, *b)* oświetlanie, *c)* wentylacja, *d)* wodociągi i kanalizacja, *e)* łazienki, *f)* dezynfekcja, *g)* gimnastyka lecznicza, *h)* odzienie i t. d. III. Nauki lekarskie: *a)* anatomia, *b)* fizjologia, *c)* psycho-fizjologia, *d)* patologia: 1) ogólna i 2) szczegółowa, *e)* środki farmaceutyczne, *f)* seroterapia i serodyagnostyka, organoterapia, *g)* narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka i t. d.), *h)* elektroterapia i elektrodiagnoza (Roentgen). IV. Środki spożywcze i odżywcze: *a)* przetwory mięsne, *b)* przetwory mleczne, *c)* przetwory mączne, *d)* konserwy, *e)* napoje bez alkoholu. V. Balneologia: *a)* wody mineralne, *b)* sole, ługi, borowiny i ziola kąpielowe. VI. Bakteryologia, *a)* lekarska, *b)* rolniczo - przemysłowa. VII. Nauki przyrodnicze, *a)* botanika, *b)* zoologia, *c)* paleontologia, *d)* mineralogia i geologia, *e)* fizyka, *f)* chemia. VIII. Antropologia i etnografia.

± **Stowarzyszenie dentystów.** Według doniesienia Zuchowacz. Wiestnika (N. I r. b.), w Odessie zawiązuje się pod nazwą „Odesskiego T-wa Odontologicznego“ nowe stowarzyszenie dentystów. Odnośna ustawa zatwierdzona została w dniu 14-ym lipca r. z.

+ **Petersburskie t-wo dentystów** wystąpiło do odpowiednich władz z petycją, mającą na celu wprowadzenie zmian w ustawie. Jednocześnie stowarzyszeni starają się o zmianę dotychczasowej nazwy instytucji na „Petersburskie t-wo odontologiczne”. Podobno natrafiłono w tym względzie na pewne trudności.

△ **Drugi zjazd wszechpaństwowy dentystów**, odbędzie się w Petersburgu w 1899 roku i trwać będzie dni 5 t. j. od 22—27 lipca. Program zjazdu następujący: 1. Referaty naukowe i roztrząsanie takowych. 2. Demonstrowanie różnych sposobów leczenia zębów, narzędzi i przyrządów, używanych w dentystyce. 3. Referaty, zapoznające z obecnym stanem wykształcenia dentystycznego w Rosyi i za granicą i roztrząsanie takowych. 4. Referaty w kwestyi honoru zawodowego i roztrząsanie takowych. 5. Referaty w kwestyi wzajemnej pomocy. 9. Referaty dotyczące organizacji prawidłowej pomocy dentystycznej dla ludności. Komitet organizacyjny przysłego zjazdu stanowią: A. Sinicyń, A. Kowalew, S. Totwen, W. Dobkowiez, A. Piszser i M. Fajneman. Przewodniczący — prof. Limberg.

△ **W skład komisji**, której I-szy wszechpaństwowy zjazd dentystów powierzył opracowanie projektu środków zabezpieczenia honoru zawodowego — w celu przedstawienia tego projektu na zjeździe w roku 1899, wchodzi: prof. A. Limberg, S. Totwen, A. Sinicyń i A. Kowalew.

△ Wyszedł z druku **tom drugi** wydawanego przez Departament Medyczny „**Swoda uzakonień i rozporządzeń prawitelstwa po wraczebnij i sanitarnej czasti**“

\* **D-r Jessen**, dyrektor dentystycznego instytutu przy uniwersytecie Strasburskim, na zjeździe dentystów w Strasburgu w paźdz. r. z. miał mowę o zadaniach i celach współczesnej dentystyki. Zadaniem dentystyki jest utrzymać jak najdłużej uzębienie w stanie zdrowym i zdolnym do użytku. Do tego koniecznym jest, aby całe masy ludności złożyły sobie sprawę z ważności zdrowych zębów. Przymusowe oględziny i leczenie zębów w szkółkach i w wojsku są zdaniem prof. Jessen'a, najpewniejszą drogą do spopularyzowania pomocy dentystycznej. Dentysci w wojsku powinni, zdaniem prof. Jessen'a pełnić służbę specjalną, podobnie jak aptekarze (w armii niemieckiej). Oprócz tego żąda prof. Jessen reformy wykształcenia dentystów, rozszerzenia wykładów w uniwersytetach, świadectwa dojrzałości przed wstąpieniem do uniwersytetu i t. p. (Schweiz. Vierteljahrsschrift, f. Zahnheilkd., October, 1897. P. M.

\* **Taksa urzędowa dla dentystów w Kantonie Zürich:**

Zbadanie ust i wszystkich zębów	Franków: 2—10
Czyszczenie zębów: za posiedzenie	2—10



Wyjęcie zęba lub korzenia . . . . .	1—10
Wyjęcie kilku zębów lub korzeni: od sztuki . . . . .	1— 5
Narkoza wraz z wyjęciem jednego lub kilku zębów . . . . .	5—50
Znieczulenie miejscowe . . . . .	3— 5
Spilowanie lub zeszlifowanie zęba . . . . .	1— 5
Pokrycie, zatrucie lub wyjęcie miazgi . . . . .	2— 5
Leczenie kanałów; za posiedzenie . . . . .	1— 5
Leczenie nadczułości zębiny: za posiedzenie . . . . .	1— 3
Rozpilowanie zębów skupionych . . . . .	2— 5
Otwarcie ropnia i operacye podobne . . . . .	1— 5
Za wykonanie którejkolwiek z pomienionych operacyi w mie-	
szkaniu pacyenta dopłata wynosi . . . . .	3—10
Plomba z materiału plastycznego . . . . .	5—15
„ „ złota, stosownie do wielkości . . . . .	15—30
Większe i trudniejsze plomby konturowe . . . . .	30—65
Plomba z cynfolii . . . . .	10—20
Plomba z emalii lub porcelany . . . . .	15—30
<b>Zęby sztuczne.</b>	
Zrobienie płytki z kauczuku . . . . .	20—30
Narządzenie takiej (reperacya) . . . . .	10—15
Za każdy ząb, umocowany na płytce . . . . .	8—20
Klamry i wkładki z metali szlachetnych . . . . .	5—20
Za zrobienie płytki metalowej oprócz wartości metalu . . . . .	30—50
Za każdy ząb przy takiej płytce . . . . .	15—30
Za wprawienie zęba sztyftowego . . . . .	20—30
Za złote sprężyny, łącznie z trzynadłami, przy całych szczę-	
kach . . . . .	25—40

**Roboty koronkowe i mostkowe.**

Korona złota . . . . .	25—100
Mostek ze złota: za każdy ząb . . . . .	30— 60
Wartość złota osobno.	

**Za opatrunki przy złamaniach** . . . . . 5— 50  
 Za specjalne protezy w tych przypadkach . . . . . 30—100

Ceny za **obturacy, aparaty regulacyjne** i nieobjęte wykazem powyższym roboty pozostawione są dowolnemu porozumieniu się.

(Schweizerische Vierteljahresschrift f. Zahnheilkunde Z. III. 1897)

P. M.

**Nadesłano do Redakcyi.**

**J. Polak.** Kalendarz Lekarski na rok 1898. Warszawa.

**M. Krakowski.** Kalendarz Dentystyczny na rok 1898. Warszawa.

**N. A. Kuman.** Kalendar i zubowrachebnaja sprawocznaja kniżka na 1898 god. Warszawa.

**J. Landau.** Notions d'hygiene dentaire. (Journa d'hygiene N-ra 986, 990 i 991 r. 1895.



**D-r W. Łepkowski.** O unaczynieniu zębów u zwierząt ssących. Kraków. 1896. — O zastosowaniu kokainy w dentystyce i działaniu jej na ropotwórcze drobnoustroje. Odb. z Nowin Lek. Nr. 1 i 2, 1894 r.

**M. Kaniasty.** Kilka uwag o psuciu i pielęgnowaniu zębów z szczególniejszem uwzględnieniem higieny zębów u dzieci. Poznań 1897.

## Nekrologia

W dniu 29 stycznia r. b. zmarł nagle w Warszawie na skutek choroby serca D-r **Daniel Landau**, syn Maurycego, znanego przed laty w mieście naszym dentysty.

Nieboszczyk, urodzony w Częstochowie, w roku 1849, po ukończeniu nauk gimnazyalnych w 1868 roku, wstępuje na wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego, po ukończeniu którego w roku 1874 poświęca się początkowo syfilidologii i pracuje jako ordynator lat kilka w miejscowym szpitalu S-go Łazarza. Następnie przerzuca się na pole otiatrii, a ostatecznie, idąc za radą ojca, poświęca się dentystyce, przy której to specjalności pozostał aż do zgonu, t. j. w ciągu blisko lat osiemnastu.

B. p. D. Landau był jednym z pierwszych lekarzy warszawskich którzy, pomimo panujących wówczas uprzedzeń, nie wahali się poświęcić się specjalnie dentystyce, tej, bądźco bądź, legalnej gałęzi medycyny. Uwagi swoje w tej kwestyi zmarły pomieszczał przed laty kilkunastu na szpaltach wychodzących podówczas „Nowin”. D. L. był zwolennikiem odpowiedniej reformy, punktem wyjścia dla której miało posłużyć wyjęcie dentystyki z rąk osób, nie posiadających ogólnego wykształcenia lekarskiego.

Z prac specjalnych nieboszczyka zaznaczamy: „Kokaina stosowana w dentystyce”, drukowaną w 1885 roku w Gazecie Lekarskiej.

W zmarłym redakcja nasza traci życzliwego współpracownika. Przedwczesna śmierć, niestety, niepozwoiliła nam doczekać się ujrzenia jego zapowiedzianych, a specjalnie dla „Przeglądu” kreslonych, artykułów.

Niech odpoczywa w śnie wiecznym.

*J. K. D.*

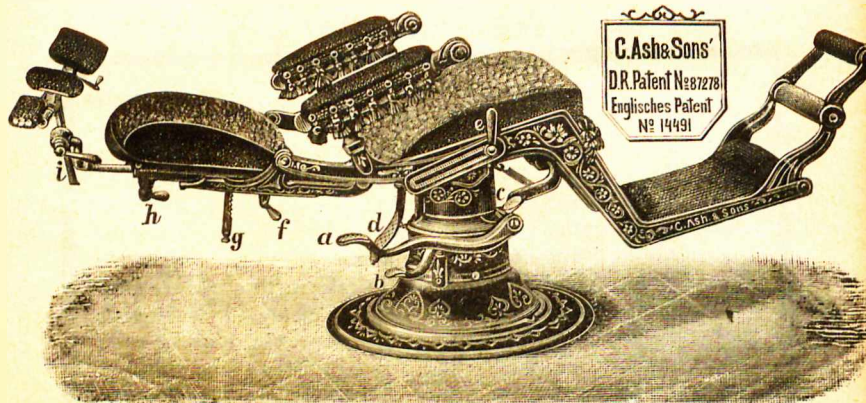
REDAKTOR I WYDAWCA **E. Dzierżawski.**

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Февраля 1898 года.

Druk K. Kowalowskiego, Warszawa. Mazowiecka 8.

Niemiecki Patent Państwowy Nr. 87278  
 Angielski Patent Nr. 14491.  
 D. R. G. M. Nr. 55975.

## Najnowsze Krzesło Operacyjne Nr. 39 C. ASH i SYNÓW.



Po długich latach pracy udało się nam naroszczie wytworzyć krzesło, stojące bez porównania wyżej od krzesel 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 krzesło zębów. Krzesło może być obracane we wszystkie strony, pompowane do góry, spuszczone i zatrzymywane w każdym położeniu. Chodzi krzesło bardzo lekko, bez najmniejszego stuknięcia 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.

Sądźmy, że nie potrzebujemy wykazywać zalet naszych krzesel, gdyż są one przyznane powszechnie. Najlepszym tego dowodem jest ciągły wzrost naszych zakładów. Wobec tego każdy nasz odbiorca może być pewnym, że kupuje krzesła najlepsze i najtrwalsze.

Krzesła wyrabiamy w dwu wysokościach.

Model niski: najniższe położenie 49 cm., najwyższe 72 cm.

" wysoki: " 54 " 82 "

(mierząc od podłogi do górnego kąta siedzenia).

### CENY

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 wykazano podnoszą się o	" 15.—