

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY,

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY CHOROZOM
ZĘBÓW I JAMY USTNEJ.

I. O przypadkach przy wyjmowaniu zębów.

NAPISAL

Władysław Zieliński.

Wyjmowanie zębów, w razie ich chorób, jest prawdopodobnie tak stare, jak sam ból zębów. Już starożytni greccy lekarze wspominają w swych dziełach o tej operacji. *Cicero*¹⁾ przypisuje wynalazek wyjmowania zębów *Esckulapowi trzeciemu*, jednak wtedy, jak się zdaje, wyjmowane były tylko zęby, luźno w szczęce siedzące. W świątyni delfickiej znaleziono kleszcze do wyjmowania zębów, zrobione z ołowiu, które opisał *Caelius Avelianus*. Kleszcze te, jak bardzo słusznie zauważył *Erasistratus*, służyć mogły tylko do wyjmowania zębów, siedzących luźno.

Celsus jednak już opisuje właściwe kleszcze do wyjmowania zębów, ale, nim ząb wyjął temi kleszczami, to w pierw obrzynał dziąsło w około, potem szamotał ząb kleszczami tak długo, dopóki się zupełnie nie obluźnił, poczem wyjęcie uskuteczniłano palcami, albo też za pomocą owych kleszczy. Jeżeli pomimo tych wszystkich ostrożności nastąpił silny krwotok, to za przyczynę takowego uważał *Celsus* złamanie zębodołu.

W ruinach Pompei znaleziono także cążki do wyj-

¹⁾ Źródła, z których korzystałem, o ile nie są przytoczone w tekście, będą wymienione przy końcu pracy niniejszej. (przyp. autora).

mowania zębów, i jeszcze jakiś drugi instrument, który służył prawdopodobnie do wyjmowania zębów w kierunku prostopadłym. †

U arabów i w czasie wojen krzyżowych nic nowego, a godnego uwagi nie wynaleziono; medycyna arabska starała się unikać wszelkich operacyj krwawych. W środku XIV wieku, jak zapewnia *Guy de Chauliac*, wyjmowanie zębów miało już być wykonywane na pewnych podstawach. *Riff* w środku XVI wieku podał instrument do zębów, nazwany Pelikanem. W końcu XVI wieku *Fabrizius ab Aquapendente* opisuje i naucza manipulacji z trzyramienną dźwignią, a zarazem opisuje przypadek replantacji zęba, który mu się w praktyce przytrafił, uwiecznony dobrym skutkiem.

W 1602 roku *Peter Forest* podaje i opisuje instrument do wyjmowania zębów, podobny do dzisiejszego, przez nas używanego, a zwanego kozią stopką albo wypychaczem. Holenderski lekarz, *Nicol Tulpius*, tamował uporczywe krwotoki, powstałe po wyjęciu zęba, tamponem, zrobionym z gąbki (*Observationum clinicarum IV. 1641*). *Dupont* w 1637 roku używał i zalecał w razie silnego krwotoku po wyjęciu zębów tamponowanie zębodołu wyjętym zębem, a w pewnych okolicznościach radził ząb obwijąć cienkim płótkiem płóciennym. W początkach zeszłego stulecia wynaleziony został lewarek czyli klucz angielski, niedługo potem wprowadził do praktyki *Lecluse* swoją dźwignię, (*Traité utile au public par entretenir les dents. Nancy, 1780*) którą do dziś używamy pod nazwą dźwigni *Lecluse'a*.

Nareszcie znakomity angielski dentysta *John Tomes* wynalazł swoje doskonałe kleszcze do wyjmowania zębów i takowe w *Medical Gazette* w Czerwcu 1841 r. wraz z ich użyciem opisał. Sławny ten dentysta zbudował swoje kleszcze podług anatomicznej budowy zębów, odnośnie do liczby korzeni w zębie.

Później Trochę francuz *Mr. d'Estanque* opisał nowy instrument i nazwał go *Attractiv*. Narzędzie to nie utrzymało się w praktyce, a przynajmniej nie wiele znalazło

zwolenników, gdyż, przy operowaniu tem narzędziem, operator pozbawiony jest zwykłego w takich razach czucia i przez to operuje niepewnie.

Nareszcie na posiedzeniu centralnego Towarzystwa niemieckich dentystów w 1880 r. w Berlinie, na którym byłem obecny, *Dr. Adolf Witzel* demonstrował na pacjentach przez siebie wynalezione kleszcze rezeekcyjne do wyjmowania zębów mocno osadzonych, a bardzo zepsutych. Kleszcze te zbudowane są silnie, szczęki ich dziobów są zaostrzone, a sposób wyjęcia zęba polega na tem, że ząb chwytą się nie za szyję, jak zwykle, ale kleszcze nakładają się o wiele wyżej, na dziąsła, wycinając odpowiedni kawałek z tego i z zębodołu; z tem wszystkim dopiero wyjmje się ząb.

Kleszcze te zupełnie odpowiadają swojemu celowi tam, gdzie ich zastosowanie jest wskazane. Używać ich jednak do prostego wyjęcia zęba nie należy, gdyż robią dużą ranę kostną, której unikać zawsze jest obowiązkiem dentysty. Oprócz wyżej nadmienionych kleszczy Witzla, bardzo odpowiednie są kleszcze *Stevens'a*, *Baly'ego*, *Wood'a*, i wynalezione niedawno przez *Vajnę*. Wszystkie te kleszcze służą dla ułatwiania wyjmowania zębów trzonowych, bardzo zepsutych, a stosunkowo mocno siedzących. Musimy tu wspomnieć także o kleszczach *Scheff'a*, zalecanych specjalnie do wyjmowania zębów policzkowych. Mają one w dziobie (pomiędzy szczękami dzioba) światło większe, niż kleszcze Tomesa, przez co, chwytając ząb za szyję, nie ścisną korony.

Z tego pobieżnego szkicu historycznego widzimy, że już w starożytności znanem było wyjmowanie zębów, a zarazem, że już znane były pewne przypadki, wydarzające się przy tej operacyi, pomimo że w obawie takowych wyjmowano tylko takie zęby, które luźno w szczęce siedziały.

Operacya ta z biegiem czasu weszła w większe użycie, a nawet, przed niedawnym jeszcze czasem była nadużywaną, nie więc dziwnego że i wypadki stały się nieco częstszymi, jakkolwiek procent tych wypadków, w stosunku

do często dziś wykonywanych operacji, jest nadzwyczaj mały.

Zdawałoby się na pozór, że przy tak krótkotrwałej operacji, jaką jest wyjęcie zęba, a zarazem przy tak wydoskonalonych narzędziach, jakie dziś posiadamy, o wypadkach wcale mowy być nie powinno; jednak pomimo tego wszystkiego, a nawet pomimo wielkiej wprawy, jaką się niekiedy dentyści poszczycić mogą, zdarzają się różne wypadki, jak to poniżej wykazemy

Przypadki zdarzające się przy wyjmowaniu zębów rozdzielić można: 1) na *przypadki, albo raczej trudności, które można przewidzieć przed operacją*, 2) na *przypadki nieprzewidziane, zdarzające się podczas operacji* i 3) na *przypadki, albo też następstwa, wydarzające się po wykonaniu* takowej.

I. Przypadki, które można przewidzieć przed operacją.

1-o) Najczęstszym przypadkiem, zdarzającym się przed operacją, jest *niemożność wyjęcia zęba* z powodu szczękowości, szczególnie jeżeli idzie o usunięcie zęba trzonowego. Przyczyną, powodującą zaciśnięcie szczęk, jest najczęściej obrzęk zapalny mięśni żwaczy z powodu ostrego zapalenia ozębnej, które przeszło na okostną żuchwy. W takich razach, jeżeli wyjęcie jest konieczne potrzebne, należy szczękę otworzyć za pomocą instrumentu, zwanego rozwiernaczem, do czego często trzeba uciec się do zachlorofornowania chorego.

2) *Ścisłe ustawienie zębów* jest również momentem bardzo utrudniającym wyjęcie. W niektórych razach zęby stoją tak ściśle jeden obok drugiego, że zdają się być powierzchniami bocznymi jak gdyby do siebie *umyślnie przyszlifowane*, w niektórych nawet razach boczne wypukłe powierzchnie jednych zębów, wchodzą w zagłębienia półksiężycowate drugich; szczególnie daje się to widzieć czasami na zębach trzonowych; takie zęby zdają się być poprostu jak gdyby w siebie *wszlifowane*. Jeżeli więc jeden ząb z takiego łuku musi być wyjęty, to zupełnie nie dziwnego,

że i drugi ząb zostanie przy tem obruszonym lub nawet zgola wyjętym. Już przy założeniu kleszczy na koronę takiego zęba, już przedstawia znaczny opór, i jeżeli ząb stosunkowo jest mało zepsuty, a więc dość silny, to przy wielkiej ostrożności, przy wykonywaniu operacji powoli i z uwagą, przy stosownej sile, i jeżeli ząb nie jest wszlifowany, ale tylko ściśle w rzędzie stojący, to udaje się go oddalić; jeżeli zaś korona jest nadpsuta znacznie, to ząb zwykle w takich razach łamie się. Trzeba więc w takich przypadkach, o ile możności, wyjmowania zębów unikać i posługiwać się środkami paliatywnymi. Jeżeli wyjęcia uniknąć nie można, to trzeba zęby przed operacją rozseparować za pomocą odpowiedniego pilniczka, lub przy pomocy kołowrotka, założywszy doń separator, w ostatnich czasach zalecany przez S. S. White'a.

3) Jeszcze innym przypadkiem, uniemożliwiającym wyjęcie zęba, albo przynajmniej operację nadzwyczaj utrudniającą, jest *wyparcie go z łuku zębowego (dislocatio)*. Ząb stoi wtedy zupełnie na zewnątrz łuku zębowego po stronie policzkowej, ewentualnie wargowej, lub też na wewnątrz łuku t. j. po stronie językowej. W takich razach wyjęcie jest zupełnie niemożliwe bez złamania zęba, nie tylko mającego się wyjąć, ale nawet jednego lub obydwóch sąsiadów; na szczęście całkowite wypełnienie zęba z łuku zdarza się rzadko, a przy wypełnieniu częściowem, co się zdarza dość często, dajemy sobie radę przez użycie odpowiednio zbudowanych kleszczy. W każdym razie i takie wyjęcie jest nadzwyczaj trudnem, bo zagraża uszkodzeniem lub złamaniem sąsiednich zębów, należy więc, jeżeli tylko można, w takich razach operacji unikać.

4) *Nadzwyczaj wypróchniała korona zęba*, nie mogąca stawić żadnego oporu przy zamykaniu kleszczy, nie może naturalnie wytrzymać ściśnięcia takowych, i zwykle przy ekstrakcyi odlamuje się. Czasami po odlamaniu można łatwo wydalić korzenie, każdy osobno, czasami jednak korzenie odlamują się tak głęboko, że wyjęcie ich jest niepodobieństwem. W takich razach, jeżeli czego podobnego spodziewać się można, lepiej operacji nieprzedsię-

brać, chyba że choroba koniecznie tego wymaga. W takim razie należy pacyenta przygotować do możliwości złamania zęba i przedstawić mu prawdziwy stan rzeczy. Tem, co tu przytoczyłem, nie chcę powiedzieć, aby pacyenta bezpotrzebnie straszyć, lecz aby powiedziawszy mu to, co należy, być przed nim usprawiedliwionym.

Jeżeli ząb jest tak zły, że jesteśmy pewni, iż przy wyjmowaniu złamie się, to lepiej koronę jego odciąć odpowiednimi szczypcami, a później korzeń lub korzenie pojedynczo wyjąć. Taką manipulacją oszczędzi się pacjentowi bólu i strachu i ułatwi operację. W innych znowu przypadkach widzi się, że przy wielokorzeniowych zębach jeden przynajmniej korzeń wraz z koroną od razu wydostać można. W takim razie odcinać korony zębowej nie należy, bo i tak po oddaleniu wraz z koroną jednego korzenia, pozostałe korzenie łatwo oddalić się dadzą.

Czasami jednak, pomimo całej ostrożności przy wyjmowaniu, korzeń odłamuje się głęboko w zębodole. W takim razie, jeżeli wydalenie korzenia jest koniecznością, a wyjęcie kleszczami jest niemożliwe, to należy odpowiednią ścianę zębodolu wyciąć za pomocą odpowiednich noży lub też dłuta. Gwałtowna konieczność wyjęcia głęboko odłamanego korzenia jest rzadko potrzebna, gdyż po największej części, po głębokim odłamaniu objawy zapalne przechodzą. Jeżeli ból trwa lub też jeżeli wyjęcie jest konieczne dla uleczenia przetoki twarzowej, to należy chorego zuchloroformować i uciec się do pomocy noży lub dłuta.

II. Przypadki, zdarzające się podczas wyjęcia zębów.

Jeżeli wyjęcie zęba, z powodu niedającej się uleczyć choroby, zdecydowane zostało, a pacjent na operację dobrowolnie się zgodził, zdawałoby się również, że i tu przy spokojnie wykonywanej operacji, żaden przypadek nastąpić nie może, tymczasem pomimo przygotowania chorego do operacji, w chwili zaczęcia takowej, pacjent czasami zaczyna się silnie bronić i wtedy zwykle następuje:

- 1) *Złamanie zęba*, które jednak nie zawsze zawisłe

jest od szarpania się pacjenta, ale także i od wielu innych niżej przytoczonych przyczyn, a mianowicie:

a) *Od kruchości zębów.* Zęby mogą być kruche następstwem próchnicy, o czem już wzmiankowaliśmy. Kruchość nadmierna zdarza się atoli i bez próchnicy. Zęby takie mają wygiął perłowej masy, co prawdopodobnie zależy od nienormalnego ich składu chemicznego.

Jak uczy doświadczenie, zęby takie mogą się utłamać nawet wtedy, gdy siedzą w szczęce luźno, zwłaszcza, gdy licząc na słabe umocowanie, robi się ekstrakcyę nie ostrożnie.

b) *Od kierunku korzeni w zębach.* Korzenie w niektórych zębach mają zupełnie nienormalny układ i kierunek, co przedstawia trudność w wyjęciu i naraża na złamanie. W niektórych znowu razach, u wielokorzeniowych zębów, korzenie są bardzo rozstawione; w takich przypadkach, szczególnie przy wyjmowaniu zębów dolnych trzonowych, ząb może być zupełnie zwichnięty ze swojego zębodołu, można go nawet zupełnie swobodnie przewracać, już to do policzka, już znowu do wewnątrz jamy ust, wyjąć go jednak ze szczęki jest niepodobieństwem, i zdaje się wprost, jak gdyby był ząb silnie zahaczony w szczęce. Taki ząb, naturalnie, wyjmujemy nie inaczej, aż się zdecydujemy jeden z dwóch korzeni odłamać, co się daje uskutecznić przez gwałtowne ruchy na boki. Po większej części odłamany korzeń tak obruszanego zęba daje się następnie łatwo wyjąć. Przy bardzo rozstawionych korzeniach, tak przy wyjmowaniu zębów górnych jako też i dolnych trzonowych, chociaż częściej przy pierwszych, wyłamuje się kawałek zewnętrznej ściany wyrostka zębodołowego, co niepociąga za sobą złych następstw, chyba że odłamek jest dość duży, a złamanie wchodzi aż w głębi kości szczękowej.

Korzenie zębów policzkowych (bikuspidaty), szczególnie w górnej szczęce, często odłamują się nawet wtedy, gdy ich korzenie nie są rozstawione; przyczyna tego leży w tem, że korzenie te są nadzwyczaj cienkie, a stosunkowo do swej cienkości bardzo długie i przez to odłamują się. Ale

nienormalny kierunek nie tylko w zębach trzonowych jest przyczyną złamania zęba, ta sama historia zdarzyć się może i przy wyjmowaniu zębów siecznych, których korzenie w normalnym stanie są formy okrągłej, stożkowatej. Zdarzają się jednak wypadki, w których korzenie zębów przednich odstupują od swojej normy, nienormalny kształt korzeni zdarza się najczęściej w siekaczach bocznych, których korzenie są często na końcach skrzywione, nawet i podwójnie (grajcarzkowato). Ma się rozumieć, że wyjęcie takich zębów również jest nadzwyczaj trudne, dużo siły wymagające i udaje się wtedy, jeżeli zębodół jest dość elastyczny; inaczej złamanie zęba nastąpić musi.

W tem miejscu nie odrzeczy może będzie powiedzieć, *czy można rozpoznać formę i kierunek korzenia zęba z zewnętrznego kształtu korony?* Odpowiedź na to u niektórych praktyków brzmi twierdząco i tak: *Wehner* podaje następujące wskazówki, po których rozpoznać można kierunek korzenia zęba:

a) Zęby, których korony są krótkie a szerokie, mają korzenie długie, i na odwrót: korony wąskie, a stosunkowo i długie, mają korzenie krótkie.

b) Jeżeli szyja danego zęba jest znacznie węższą niż korona, to korzenie mają kierunek rozbieżny.

c) Jeżeli szyja zęba jest jednakowej szerokości jak powierzchnia żująca, to korzenie biegną równolegle z bocznymi powierzchniami korony.

d) Jeżeli szyja zęba jest szerszą niż sama korona zęba, to korzenie mają kierunek zbieżny (*convergeus*).

e) Jeżeli jedna powierzchnia korony, dajmy na to dośrodkowa, wypukła się w swoim punkcie środkowym, to i korzeń odpowiedni jest wygięty w tym samym kierunku, podczas gdy drugi może biec równolegle z przeciwną powierzchnią korony.

Przy zębach mądrości odchylenie korzeni jest najczęstsze i najrozmaitsze. Określenie kierunku korzeni jest w tym przypadku utrudnione z powodu tego, iż ząb leży głęboko w ustach.

To co się tu powiedziało o cecłach, po których kie-

runek korzeni rozpoznać można, odnosi się tylko do zębów trzonowych, to też co prawda w nich się najczęstsze nienormalności zdarzają.

Co się mnie tyczy, to ja rzeczywiście po owych cechach z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznają kierunek korzeni zębów, chociaż nie mogę tak stanowczo twierdzić tego, jak chce Welmer.

e) *Znaczna długość korzenia* powoduje również złamanie lub przynajmniej operację nadzwyczaj utrudnia.

Nadmierna długość korzenia trafia się często przy kłach, szczególnie w górnej szczęce. Zęby te posiadają korzenie nadzwyczaj wielkie, a przez to i złamania tych zębów do rzadkości nie należą. Zęby takie należy wyjmować nadzwyczaj wolno, poruszeniami już to do zewnątrz, już znowu do wewnątrz, nadto należy robić ruchy obrotowe, siły również większej użyć potrzeba, aniżeli do wyjęcia każdego innego zęba. W razie koniecznego wyjęcia takiego zęba, przy niemożności wyjęcia go kleszczami, niektórzy praktycy radzą wyjmować go kluczem. Jeżeli ząb taki odłamie się, a choroba wymaga koniecznie oddalenia jego korzenia, to należy wyciąć przednią część zęboduła przy pomocy dłutka (Albrecht) lub użyć kleszczy rezekeyjnych Witzla.

II. Kilka słów o ferropyrinie

I JEJ ZASTOSOWANIU W DENTYSTYCE.

NAPISAL

M. Krakowski.

Przy zabiegach w jamie ustnej często zdarzają się mniejsze lub większe krwotoki. Krwotoki te często przeszkadzają robocie, np. krwotoki z dziąsła, niekiedy zaś, dosięgając większych rozmiarów, np. po ekstrakcyi, zmuszają do zastosowania leków hemostatycznych (tannujących krew), ponieważ zagrażają życiu pacjenta.

Do rzędu środków, które powstały w nowszych czasach, dzięki postępowi chemii, należy ferropyrina, zalecana jako dobry środek, tamiący krew.

Pod względem chemicznym ferropyrina jest związkiem chlorku żelaza z antypyriną, według wzoru $Fe_2 Cl_6 \cdot 3 (C_{11} H_2 NO_2)$. Przedstawia się ferropyrina w postaci ciemno-czerwonego lub pomarańczowo-czerwonego, delikatnego, kryształicznego proszku i zawiera 24% chloru, 12% żelaza i 64% antypiryny; rozpuszcza się w 5 cz. wody (w gorącej trudniej), tworząc ciemno-czerwony roztwór; również rozpuszcza się ferropyrina w wysokoku i benzolu. Ferropyrina może być zastosowana w tych samych przypadkach, co i półtorachlorek żelaza, od którego różni się tem, iż nie działa żrąco; stosuje się ferropyrina per se, lub też w postaci roztworu*).

Zapoznawszy się z ferropyriną z referatów *Klages'a*, *Friedemann'a*, *Kühns'a*, *Schüfer'a*** i innych stosowałem ją w mojej praktyce. Używałem ferropyrinę w postaci proszku lub roztworu. *Frohmann* ²⁾ zaleca wsypywać ferropyrinę w ranę po wyjęciu zęba (zębodół). Sposób ten nie jest praktycznym, gdyż i zdrowe części (język, policzek, dziąsła) ulegają działaniu, ponieważ oddzielne pyłki proszku

*) Deutsche Monatschrift f. Zahn. Zeszyt I 1897 r.

***) Na pomysł połączenia chlorku żelaza z antypyriną pierwszy wpadł *Dr. W. Cubash* w Stausstad, w Szwajcaryi, w r. 1892. Otrzymał on ferropyrinę przez zmieszanie odpowiednich ilości chlorku żelaza z antypyriną, lub też przez dodanie antypiryny do podkwaszonej kwasem solnym tinctura ferri chlorati aetherea. Otrzymując od ferropiryny dobre wyniki przy blednicy, przewlekłych katarach kiszek, nerwobólach, a także przy krwotokach, powierzył *Dr. Cubash* firmie *Knoll & Co.* w Ludwigshafen fabryczne przygotowanie tego preparatu. *Ten sam preparat* jednocześnie zaczęła wyrabiać inna firma (*Höchstes Fabwerke*) pod nazwą **ferripyriny**. (*Pharmaceutische Centralhalle, v. 1895, str. 135*).

Komentarz ten dodajemy myślnie dla tego, aby czytelnik, usłyszawszy o ferripyrinie, nie pomyślał, że jest to co innego, jak ferropyrina. *Friedemann*, który na 29 zebraniu Dentystów Dolnej Saksonii przyjmował udział w rozprawach nad ferripyriną (*D. Monatschrift, f. Zahnheilk. Zesz. I, v. 1897*), zupełnie niesłusznie przestrzegał, aby nie brać ferripyriny za ferripyrinę, gdyż obie te nazwy oznaczają produkt jeden i ten sam, tylko wyrabiany przez inne fabryki. (*Przyp. Red.*).

rozsypiją się na sąsiednie części, a działanie to nie jest zupełnie obojętne. Po drugie, zastosowanie środka w podobny sposób jest zbyt kosztownem. Do użytku najlepiej nadają się rozwiory. Tamponik z waty, napojony roztworem ferropiryny, wkłada się w otwór zębodołowy. Przy silniejszych krwotokach można także wilgotny tamponik pokryć warstwą ferropiryny i postąpić w podobny sposób. Tamponik z waty pozostaje w zębodole na krótki stosunkowo czas, a pacjent sam może go usunąć. W przypadkach słabych krwotoków zadawałnicę się można 5% do 10% roztworem, przy czem pacjent nie doznaje żadnego bólu lub też klócia, jak to mamy przy innych hemostatycznych środkach. Przy większych krwotokach roztwory powinny być wyższej koncentracji. Roztwory większego stężenia tamują krew natychmiast. Po zastosowaniu ferropiryny, po wyjęciu zębów z powikłaniem ze strony ości i okostnej szczęki, przy przeroście cementu (hypercementosis)— bóle wnet ustają (prawdopodobnie z powodu zużycia własności antipiryny). Przy przypadkowym obrażeniu dziąsła, przy krwawieniu z miążgi, ferropyrina również z dobrym skutkiem może być zastosowaną. W razach tych najlepiej stosować ją w postaci roztworu.

W każdym razie rzecz można, że ferropyrina przedstawia cenny środek w skarbnicy leków hemostatycznych. Inne tego rodzaju środki: półtorachlorek żelaza, antipyrina, tannina, pengavar-djaubi i t. d., nie mogą iść w porównanie z ferropyriną.

Roztwór chlorku żelaza, w postaci liq. ferri sesquichlorati, jeszcze obecnie przez wielu praktyków zastosowywany, powinien raz na zawsze być zarzucony, gdyż wywołuje zatory w naczyniach. Zator, rozszerzając się z naczynia na naczynie, może wywołać zator w naczyniach mózgu, jak to podaje *Husemann* ¹⁾, przytaczając przypadek, w którym krwawiącą ranę górnej wargi i wyrostka zębodołowego szczęki zapędzłowano stężonym roztworem chlorku żelaza; śmierć nastąpiła nocy następnej przy objawach apopleksyi wskutek zatoru w mózgu, jak to oględziny zwłok wykazały. Tworzące się zatory w naczyniach szczękowych mogą także wywołać nekrozę szczęki.

W wielu podręcznikach, rozbiegających działanie *antipiryny*, przypisywano jej także działanie tamujące krew (*Menoque, Huchard*).

¹⁾ Pharm. Nothnagel'a i Rossbach'a.

Działanie to antipyrina posiada tylko w rozтворach stężonych, takie jednak, stosowane w przypadkach po wyjęciu zęba, wywołują obrzęk policzka, jak to raz miałem okazję spostrzec, stosując antipyrinę z porady jednego z kolegów ¹⁾. Co do *pengawar djumbi*, to środek ten bardzo dobrze tamuje krew, lecz pozostawia strzępki na błonie śluzowej jamy ust. Innych środków tamujących sam dotychczas nie stosowałem.

Zachęcając kolegów do podjęcia prób z ferropyriną, przestrzegam przed mniemaniem, jakoby po środku tym zawsze tylko dobrego skutku spodziewać się wypadło. Nie należy zapominać, że różne są indywidualności organizmów; co u jednego pomaga, to u drugiego nie, zadaniem zaś lekarza jest indywidualizować, to jest wybrać w danym przypadku środek odpowiedni.

Tak u pewnego chłopca, u którego po wyjęciu kilku pni, wystąpił silny krwotok, stosowano tamponację, ferropyrinę, ale bez skutku. Wewnętrzne zastosowanie przetworu sporyszu (*extr. secalis cornuti*) po 24 godzinach doprowadziło do celu. Okazało się, że chłopiec, również jak i ojciec jego, był krwawcem.

III. ZŁOTO „SOLITA”.

Kilka uwag z powodu art. kolegi M. Lindy.

napisał

B. Mińkowski, dentysta w Łodzi.

W numerze 2-gim Przeglądu Kolega Marya Linda umieściła artykuł „O ulepszeniach w złocie „Solita”. Zainteresowany bardzo tym, tak szumnie reklamowanym preparatem złota do plombowania, wprowadziłem go sam przed rokiem w mej praktyce w użycie. Lecz już po pierwszych próbach doznałem pewnego zawodu, nie zna-

¹⁾ Obrzęku w tym przypadku nie można łączyć z antipyriną, ponieważ obrzęki po ekstrakcyi zdarzają się i bez zastosowania antipyriny.

lazłem bowiem tych zalet, które Dr. Trey na pierwszym planie reklamował, t. j. nie znalazłem ani łatwości w nakładaniu, jaką mamy przy plombach amalgamatowych, ani też owej, tyle wysławianej, oszczędności na czasie. Przeciwnie, nakładanie plomb z Solili zajęło mi więcej czasu niż z innych preparatów złota i, o ile się przekonać mogłem, wymaga Solila wielce wprawnej ręki.

Czynione w swoim czasie reklamy nie jednego kolegę w błąd wprowadziły. Nie jeden bowiem, licząc na łatwe wprowadzanie tego preparatu, robił przypuszczenia, iż dostatecznym jest nakładać kawałek za kawałkiem Solili, ażeby otrzymać ładną i długotrwałą plombę; jest to stro-
na ujemna nieuzasadnionej reklamy D-ra Treya. Każdemu z kolegów, zajmujących się dużo plombowaniem złotem, jest wiadomem, iż wkładanie i ubijanie wszelkich preparatów złota jest częścią mniej trudną całej tej operacyi, najtrudniejszą bowiem częścią plombowania jest przygotowanie jamy zębowej t. j. otworzenie tejże, oczyszczenie, nadanie właściwej formy tej jamie, i, co najważniejsza, wstrzymanie dopływu śliny przez cały czas operacyi.

Między innymi zaletami złota Solila, Kolega Lindt podnosi „iż przy przygotowaniu ubytku próchnicowego do plomby z Solili, niema potrzeby robić *punktów oparcia*, co jest ulgą dla pacyenta“.

Mojem zdaniem, opartem na długoletniem doświadczeniu, punkty oparcia w jamie zębowej są nietylko zbędne, lecz nawet szkodliwe, ponieważ przez wiercenie takich punktów żywotność pulpy jest zagrożona; nawet najrzęczniejsza ręka, przy największej ostrożności, wierząc „Haftpunkt“ może wywołać uszkodzenie pulpy.

Dla zapewnienia trwałości plomby złotej z tego lub owego preparatu, jama zębowa powinna być przygotowaną w kształcie ogona jaskółki; w przypadkach zaś, gdzie forma taka nie może być jamie nadaną, wystarczającą wgłę-
bienia przy ściankach zęba.

Co się tyczy lepkości (kohezywności) Solili, to nie chcę oponować, iż takowa jest większą niż w złocie listkowem, lecz kto z Kolegów plombował złotem krystalicznym

Watt'a niezawodnie przekonał się, iż ten najstarszy preparat stanowczo przewyższa pod względem lepkości Solilię. Następnie kolega Linda twierdzi, iż Solila daje możność obejścia się bez młotka, jak gdyby użycie młotka było szkodliwym.

Zbyteczny wysilek, czy to przy utereniu młotkiem czy też przez użycie upychadła (sztopfera), jest jednakowo dla zęba szkodliwym, natomiast *umiejętne* użycie młotka, nigdy zębowi nie zaszkodzi.

Ja osobiście znajduję, iż młotek jest niezbędnym instrumentem dla należytego wykonania plomby złotej; kto zaś przy użyciu młotka może uszkodzić ten lub ów ząb, lepiej zrobi nie plombując wcale złotem.

Skreśleniem tych słów kilku nie mam bynajmniej zamiaru odmawiać Solili pewnych dodatnich własności, te ostatnie w każdym razie nie są tak wielkie, aby upoważniać wynalazcę do sprzedawania swego preparatu po tak wygórowanej cenie.

Dział sprawozdawczy.

41. Dr. H. Bönnecken, prof. niem. uniw. w Pradze. **O nowych metodach leczenia chorej miazgi.** Oest. Ung. Vierteljahrschrift f. Zahnkde. Zesz. 1. 1898.

W artykule tym prof. Bönnecken rozpatruje ujemne strony amputacji i ekstrakcji miazgi. Miazga, pozostawiona w kanałach po amputacji części koronowej, jak wiadomo, podlega z czasem zanikowi i mumifikacji. Dopóki processy degeneracyjne się nie zakończą, zachowują nerwy łakiej miazgi wrażliwość, która czasami bywa nawet powiększoną. Oprócz tego, dopóki nie zakończą się wyżej wspomniane procesy degeneracyjne, zęby z amputowaną miazgą, jak uczy doświadczenie kliniczne, okazują pewną skłonność do spraw zapalnych w ożębnej.

Chociaż po amputacji, dokonanej według zasad antyseptyki, sprawy zapalne w ożębnej nie osiągają wysokich stopni rozwoju i nie wychodzą po za obręb przekrwienia (hyperaemii), to jednak nawet to lekkie zapalenie jest dla

pacjenta dokuczliwe, gdyż w wielu przypadkach robi zab niemożliwym do zucia.

Te są złe strony amputacji.

Co do ekstrakcji miazgi, t. j. wyjmowania miazgi z przewodów korzeniowych po uprzednim zatruciu części koronowej, to wszystkim doskonale jest znana bolesność tej operacji; bolesność ta jest tak wielka, że nawet pacjenci, wcale nie skłonni do przesady, uważają ten zabieg za bolesniejszy niż wyjęcie samego zęba.

Wobec tych wad amputacji i ekstrakcji miazgi, pożądanym jest taki sposób leczenia, przy którym 1) można uniknąć bolesnego wyjmowania miazgi z przewodów korzeniowych; 2) przy którym miazga, pozostawiona w kanałach, prędko traciłaby żywotność. Sposobem takim jest sposób impregnacyjny, t. j. polegający na przepojeniu pozostającej w kanałach korzeniowych miazgi za pomocą odpowiednich środków lekarskich.

Środek, używany do nasolenia (impregnacji) miazgi, powinien mieć następujące zalety: 1) powinien prędko, w kilka godzin przepoić miazgę, niszczyć przytem jej żywotność; 2) powinien robić miazgę niepodatną do rozwoju bakterji, t. j. powinien jej nadawać trwałą aseptyczność.

Z używanych dotychczas w tym celu środków boraks, zalecony przez Baumęgo, został zarzucony, jako nieodpowiadający pierwszemu ani też drugiemu wymaganiu. Sublimat z tymolem, polecony przez Millera, lepszy jest od boraksu, ale kombinacja ta ma tę wadę, że 1) często przy niej występuje podrażnienie ozębnej, aczkolwiek przemijające, 2) że, po zastosowaniu sublimatu z tymolem, zęby z czasem ulegają charakterystycznemu zabarwieniu.

Co do trzeciego środka, używanego do nasolenia miazgi, t. j. pasty Söderberga, składającej się z alunu, tymolu, gliceryny i tlenku cynku, to Bonneken nawet jej nie próbował, gdyż apriori można już wnioskować, że pasta ta słabiej działa od sublimatu z tymolem i jako środek niszczący żywotność miazgi i jako antyseptyczny. Zresztą w chwili obecnej mamy środek nieskończenie lepszy do impregnacji miazgi, niż ciasto Söderberga, środkiem tym jest formaldehyd. Formaldehyd jak wiadomo, nadzwyczaj prędko ścina białko tkanek, niszczy zatem żywotność miazgi, co zaś do działania formaldehydu antyseptycznego, to łascezniki czarnej krosty (Milzbrand, Anthrax) giną w 15% roztworze formaldehydu w przeciągu

1½ godziny. w 42^o/_o po godzinie. Przy ciepłocie 35^o Celsjusza, zbliżonej do ciepoty ustroju ludzkiego, laseczniki czarnej krosty gina w 30 minut przy 15^o/_o roztworze, a w 15 przy 42^o/_o (Pottevin).

Formaldehyd zaczął stosować Bonnecken w postaci formaliny, to jest 40^o/_o roztworu formaldehydu w wodzie. Po zastosowaniu jednak tego roztworu występowały w zębach silne bóle, trwające po kilka do kilkunastu godzin (gdy minął ten okres bólu, zęby traktowane po amputacyi formaliną były już zupełnie nieczułe na wpływy termiczne, ani też mechaniczne). Słabsze roztwory formaldehydu również nie okazały się praktycznymi.

Ostatecznie Bonnecken doszedł, że formaldehyd po amputacyi najlepiej jest stosować w postaci następującej pasty: *kokainy i tymolu po jednym gramie, formaliny 10 kropeł, tlenku cynku 2 gramy*. Pastę tę należy przechowywać w słoikach dobrze zakorkowanych.

Tymol dodaje się w celu utrwalenia działania przeciwnielego, ponieważ formaldehyd prędko się z zębą przez otwory korzeniowe ulatnia, kokainę w celu zmniejszenia bólu. Pastę tę wkłada Bonnecken w ząb po amputacyi miążgi na wacie, pokrywa cementem lub gutaperką, na które od razu zakłada plombę stałą. W ten sposób leczyl Bonnecken 500 zębów z jak najlepszym wynikiem, bez bólów następczych i bez zabarwienia; wyniki tego leczenia były nawet lepsze jak po ekstrakcyi miążgi, gdyż w ostatnich przypadkach obowiązkową jest, według Bonneckena, pewna wrażliwość zęba na podrażnienie mechaniczne w ciągu kilku dni po zaplombowaniu.

Jako niezbędny warunek zupełnie dobrego wyniku, t. j. braku bólów po zaplombowaniu, uważa Bonnecken dobre celknięcie się pasty z miążgą korzeniową; w tym celu, tam gdzie można zrobić to bez bólu, radzi przepychać igielką nieco pasty w głąb przewodów korzeniowych *).

Co do formaliny, to Bonnecken mimochodem dodaje, że próbował stosować ją do leczenia nadezłości zębiny

*) Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że do zębów niewidocznych, nie gorszym niż pasta Bonneckena, będzie opisany przez nas w n-rze 3-im tannoform-cement, gdyż 1) kombinacya ta, jako plastyczna, łatwiejsza jest do nakładania, 2) jako twardniejąca, powolniej oddaje swą formalinę. Do zębów atoli frontowych pasta Bonneckena może być pożądanem dopełnieniem tannoform-cementu.

i okazała się formalina skuteczną, ale też i zanadto radykalną, gdyż w jednym przypadku, gdzie w zębie dwuguzikowym, w ubytku nie dochodzącym do miazgi, zanuknięto w celu wyleczenia nadczułości zębiny 5% roztwór formaldehydu za pomocą cementu Fletchera, po 24 godzinach nadczułości już nie było, po kilku jednak miesiącach skonstratowano przy okazji, że miazga w tym zębie obumarła.

W końcu swego artykułu Bonnecken wysławia w pełnych najwyższego entuzjazmu wyrazach wyższość chemicznego leczenia plugawych (t. j. z obumarłą miazgą) przewodów korzeniowych nad dotychczas stosowanym sposobem oczyszczania mechanicznego. Ten sposób chemiczny polega na wprowadzeniu w przewody 50% roztworu kwasu siarczanego. Kwas siarczany, wprowadzony do kanału, przedewszystkiem rozkłada wszystkie, znajdujące się w kanale materye organiczne, następnie odwapnia ściany kanału, skutkiem czego kanały, dotychczas wąskie i nie do przebycia, robią się szerokimi i łatwo dostępnymi. Sposób ten leczenia kanałów zaproponował Callahan w Dental Cosmos w r. 1895. Bonnecken ulepszył ten sposób o tyle, że zamiast sody (natrium bicarbonicum) do zobojętnienia (neutralizacji) kwasu siarczanego w kanałach używa nadtlenu sodu (natrium peroxydatum, $N_2 O_2$). Nadtlenek sodu jest to silny środek alkaliczny i żrący; po wprowadzeniu do kanału nadtlenu sodu po zastosowaniu kwasu siarczanego, obok zobojętnienia ostatniego, wywiązuje się nadtlenek wodoru (woda utleniona, $H_2 O_2$). Odczyn odbywa się według wzoru: $H_2 SO_4 + Na_2 O_2 = Na_2 SO_4 + H_2 O_2$). Nadtlenek wodoru in statu nascendi działa mocno przeciwgułnie.

Burzliwa reakcyja chemiczna, odbywająca się w kanale, wyrzuca wszelkie resztki miazgi na zewnątrz do jamy miazgi, a to tem łatwiej, że przy powtórnem wprowadzeniu nadtlenu sodu, ten zmydla wszelkie tłuszczowe resztki miazgi (tłuszcze w miazdze mogą powstawać przy jej gniciu). Sposób zastosowania kwasu siarczanego jest następujący: 1) obowiązkowo koferdan, 2) kroplę kwasu siarczanego wprowadza się do jamy miazgi szczypcami, i przepycha w głąb cienkimi igielkami Donaldsona.

Jeżeli mamy do czynienia z zębem górnym, należy pacjentowi nadać taką pozycyę, aby kwas siarczany nie wyciekał, a trzymał się w jamie.

Callahan radził do tej operacyi używać igiel z platyny—irydu, zdaniem Bonneckena, zwyczajne stalowe są

lepiej, jako cieńsze i więcej giętkie. Jeżeli w tej chwili po użyciu igielkę stalową wyplukać w wodzie, to kwas siarczany nie zdaży jej rozjeść. Po wprowadzeniu i przepchnięciu w głąb kwasu siarczanego, trzeba zębami igielkami zawartość kanału ile możności wyskrobać, poczem wprowadza się zaraz nadtlenek sodu. Ostatni przedstawia się w postaci żółtawego proszku, bardzo hygroskopijnego; na powietrzu nadtlenek sodu rozkłada się na tlenek sodu (Na_2O) i tlen (O); N_2O_3 należy przechowywać go w słojkach, zatkanych korkami, dobrze przyszlifowanymi.

Nabiera się nadtlenek sodu na zwilżoną igielkę; po wprowadzeniu nadtlenku do napełnionego kwasem siarczanym kanału, w tej chwili wywiązuje się burzliwa reakcja. Resztki miazgi, jakie powstają przy tem gaz H_2O_2 wyrzuca do jamy pulpy wyciera się ztąd tamponikami.

Kwas siarczany i nadtlenek sodu wprowadza się naprzemian do kanału po kilka razy. Po ostatniem wprowadzeniu kwasu siarczanego trzeba dopóty wprowadzać N_2O_3 , dopóki się zupełnie nie zobojętni kwasu, t. j. dopóki się formują pęcherzyki gazu. Następnie kanał się wysusza, wypełnia chloroperką, na co odrazu można położyć stałą plombę.

Złaniem Bönneckena chemiczny sposób leczenia plugawych kanałów ma się do mechanicznego tak, jak dzień do nocy. Kanały za pomocą kwasu siarczanego rozszerzają się lepiej, niż za pomocą świderków. Zęby, których leczenia Bönnecken dawniej podejmował się bardzo niechętnie, dzisiaj leczy z prawdziwą przyjemnością. Entuzjazm jego jest tak wielki, że, powiada, gdyby mógł ozdobić swą klinikę popiersiami zasłużonych dentystów, toby Callahan stał tam na poczesnem miejscu.

Dz.

42. Frey. O tamowaniu krwotoków po wyjęciu zęba za pomocą żelatyny. L'Odontologie № 18, Decembre. 1897.

Hemostatyczne własności żelatyny zostały odkryte przez Dastre'a i Floresco (Société de Biologie, février 1896, Archives de Physiologie, avril 1896) którzy, badając zmiany, wywołane przez żelatynę w ustroju zwierzęcym, zauważyli niezwykłą krzepliwość krwi po wprowadzeniu tego środka do naczyń krwionośnych. Sposób przygotowania roztworu żelatyny jest następujący: rozpuszcza się żelatynę w t. zw. fizyologicznym roztworze soli kuchennej (7 części soli na 1000 wody destylowanej), żelatyny dodaje się do tego roztworu w stosunku 5 lub 10%. Otrzymany w ten sposób roztwór żelatyny, należy wyjałowić przez

nagrzewanie w ciągu 15 minut przy 100° C. Nagrzewanie trzeba powtórzyć po 2-eh dniach przez takiż sam przeciąg czasu.

Do gotowego rozczynu można dodać kilka kropli karbolu.

Ponieważ tak przyrządzona i rozlana w butelki żelatyna twardnieje, to przed użyciem należy ją rozpuścić przez nagrzewanie w wodnej kąpeli, następnie umoczyć w rozpuszczonym roztworze watę i włożyć w krwawiący zębodoł; zazwyczaj po upływie 2—3-eh minut, tworzy się skrzep; wtedy należy ostrożnie usunąć tampon, by nie naruszyć całości skrzepu.

Po zwykłej ekstrakcy używa się 5% rozczyzn, przy większych ranach, lub u pacjentów skłonnych do krwawienia należy stosować 10% rozczyzn. Gdy po jednokrotnem kilkominutowem zastosowaniu żelatyny krwotok występuje ponownie, tedy należy zastosować tampon na 6 godzin, bez obawy wywołania bólu, opuchnięcia lub infekcyi.

Tampon z waty, umoczony w żelatynie doskonale się trzyma w zębodole; można przeto, podczas operacyi pod chloroformem, kilkoma takimi tamponami wypełnić krwawiące zębodoly, nie obawiając się wcale, że pacjent je może połknąć; w zwykłych przypadkach żelatyna tak prędko tamuje krwawienie, że można operować prawie bez krwi; ponieważ chloroformowany pacjent nie połyka wtedy krwi, to i zaburzenia żołądkowe po operacyi (wymioty) w takich przypadkach nie występują.

Nakoniec trzeba jeszcze dodać, że żelatyna ułatwia organizacyę skrzepu, co wykazali doświadczalnie Cornil i Carnot, i wten sposób przyspiesza zagojenie rany.

Wobec tych przymiotów żelatyny Frey sądzi, iż środek ten zajmie pierwszorzędne miejsce w szeregu środków krew tamujących. Przy **krwawiączce** (haemofilii) radzi autor obok miejscowego zastosowania żelatyny, podawać do wewnątrz chlorek wapnia, którego wpływ na powiększenie krzepliwości krwi wykazał Carnot.

Kolm.

43. R. Schulz. O znaczeniu wody utlenionej jako środka tamującego krew. *Odontologische Blätter* № 19, 1897.

Autor omawia ujemne strony środków stosowanych dotychczas do tamowania krwi, i na zasadzie spostrzeżonych przypadków i przeprowadzenia porównawczych badań twierdzi, że woda utleniona jest najskuteczniejszym środkiem do zatamowania krwotoków, powstałych po wyrwaniu zęba.

Woda utleniona jest nieszkodliwą dla ustroju i nie wywołuje czarnych brudnych skrzepów, jak to ma miejsce przy stosowaniu środków innych.

Woda utleniona, Hydrogenium peroxidatum, $H_2 O_2$, została odkryta przez Thenarda w r. 1818. Dzięki swym własnościom odwanianiającym i odkładającym znalazła szerokie zastosowanie w medycynie, a prof. Busch pierwszy zalecił ją w naszej specjalności. Co się tyczy własności tamujących krew, to autor zauważył je przypadkowo przy użyciu tamponów, zmoczonych w powyższym środku, do ścierania krwi przy trudniejszych ekstrakcyach. Dla dokładnego przekonania się o wyższości tego środka nad innymi, przeprowadził S. szereg porównawczych badań, z których kilka niżej podaje.

Pierwszy opisany przez autora przypadek dotyczy pacjentki, której w narkozie tlenkiem azotu usunięto 3 oddzielne pieńki.

Nazajutrz po południu wystąpił silny krwotok. S. po dwukrotnem zastosowaniu waty żelaznej (t. j. waty z półtorachlorkiem żelaza) krwotoku nie mógł zatamować, po wypełnieniu zaś krwawiących zębodołów tamponami, napojonymi 10% roztworem wody utlenionej, krwawienie wkrótce ustąpiło. Rany przy tem miały wygląd jasny, czysty, nie brudnawy i czarny, jak to ma miejsce przy stosowaniu waty żelaznej.

Drugi przypadek dotyczy zęba mądrości dolnego z lewej strony, po usunięciu którego w niespełna cztery godziny wystąpił silny krwotok. Wszelkie środki zastosowane w celu zatamowania krwi (trójchl. żelaza, kwas chromny i t. p.) nie dały pożądanego skutku, gdy zaś po upływie czterech godzin wypełniono zębodoł tamponem, zmoczanym w 10% roztworem $H_2 O_2$, krwotok w ciągu 10-ciu minut został zupełnie zatamowany.

Trzeci przypadek miał miejsce u hemofiliczki, pochodzącej również z rodziny hemofilików (krwawców). U niej zwykle po wyjęciu zęba zdarzał się krwotok; po wyjęciu zaś u tejże pacjentki przez autora i po natychmiastowem wypełnieniu zębodołu tamponem z wodą utlenioną, krwotoku żadnego nie było.

Wreszcie autor polecił jednemu ze swych przyjaciół, weterynarzowi, wypróbować środek ten w praktyce weterynaryjnej. Ten ostatni zastosował go przy zranieniu żyły u wołu, zamiast mającego się zastosować przewiązania naczynia (ligatury).

Postępowanie w tym przypadku było następujące:

ranę przemywano 5% roztworem wody utlenionej z irygatora; po przelaniu całej zawartości irygatora, krwotok ustąpił i rana pokryła się czystym, jasno- różowym skrzepem, mającym wygląd gęstej piany.

W końcu autor przeprowadził szereg badań na szkiełku od zegarka. W tym celu używał krwi świni, działając na nią 2%, 5% i 10% roztworem wody utlenionej. W chwili zetknięcia się wody utlenionej z krwią, powstawało burzenie i tworzyły się pęcherzyki; z tych formowała się piana, która przy 2% roztworze była konsystencji takiej, jak piana od mydła, przy 5% nieco gęściejsza, a przy 10% taka gęsta, że siania można było nachylić szkiełko bez obawy wylania się piany.

Piana ta, jak się okazało, po przerobieniu odpowiednich reakcji chemicznych, składa się z włókniaka. Co do ciała krwi, to okazało się, że te pod wpływem wody utlenionej ulegają rozpadowi, oddając osoczu swą hemoglobinę. Rozpad ciała krwi, który sprzyja tworzeniu się włókniaka, tłumaczy najzupełniej mechanizm tamującego krew działania wody utlenionej.

F. Kolon.

44. Dr. I. Edward. O krwotokach po wyjęciu zęba. Zahn. Rund. № 251.

Najczęściej z krwotokami po wyjęciu zęba spotykamy się u krwawców (hemofilików); u tych bowiem surowica krwi zawiera zbyt mało substancji włókniakowo-twórczej, wskutek czego tworzenie się skrzepu niema miejsca.

Przy silnych krwotokach po usunięciu zęba u krwawców, autor radzi przyspieszyć krążenie krwi w dolnych kończynach za pomocą ciepłych okładów, kąpeli nożnych, okładów z gorzycy i t. p. środków; jeżeli chorey leży w łóżku, tułów należy umieścić pionowo. Jeżeli wiemy z góry lub przypuszczamy, iż mamy do czynienia z krwawcem, nie od rzeczy będzie na pewien czas przed operacją zaordynować preparaty żelaziste, Secale cornutum i t. p.

Co się tyczy sposobów tamowania krwotoków, to w chirurgii znane są następujące sposoby: podwiązanie naczyń (ligatura), ucisk i leki tamujące krew (styptica).

Ligaturę w naszej specjalności bardzo rzadko wypada stosować; ucisk może być wykonany za pomocą palców i różnych tamponów (korka, płótna, bawełny, kauczuku i t. p.). Ucisk można kombinować z jednym z środków leczniczych. Do środków tamujących krew należą: cauterium actuale t. j. rozpalone żelazo lub platyna (termo- lub galvanocauter), w braku zaś jednego z powyższych środków, woda gorąca 50° C., zimno (lód, woda z lodem,

eter siarczany i chlorek etylu), dalej środki farmaceutyczne: tanina, matico, alun., siarczan miedzi, saletrzan srebra i półtorachlorek żelaza. W ostatnich czasach zalecanym bywa bardzo chlorek etylu. Autor w przypadkach krwotoków przemywa letnią wodą zębodół, a następnie wprowadza tampon z liści matico, przyrządzony w ten sposób, by strona szorstka liścia była zwróconą na zewnątrz; na tampon z liścia matico kładzie autor kilka kawałków waty, zalecając pacjentowi przymknąć usta. Sposób ten wystarcza by utrzymać tampon na miejscu i tym sposobem zatamować krwotok. Jeśli krwotok prowadzi do zemdlenia, to ostatnie zwykle go wstrzymuje, lecz wówczas życie pacyenta jest zagrożone. W takich przypadkach należy pacyenta położyć na wznak z głową opuszczoną niżej, a to w celu doprowadzenia dostatecznej ilości krwi do ośrodków nerwowych, ciało zaś obłożyć ciepłymi okładami, w postaci nagrzanego cegieł lub też kamionek, napełnionych ciepłą wodą. Choremu daje się środki pobudzające przez usta lub przez odbytnicę, a w razie potrzeby i podskórnie. Jako środek ostateczny, należy stosować przelewanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej. W przypadkach groźnych, dentysta powinien wezwać do pomocy lekarza, by nie brać na siebie odpowiedzialności.

B. Klinkovstejn (Łódź).

Wiadomości pomniejsze.

45. **Mascort** stosuje od dłuższego czasu do tamowania krwotoków związek antypiryny i salolu. Związek ten otrzymuje się przez ogrzewanie w probówce równych części antypiryny i salolu. Ogrzewanie należy wykonywać tak długo, dopóki płyn, który się wytwarza z wymienionych środków pod wpływem ogrzewania, nie przyjmie barwy lekko brudnej. Mieszanina ta pozostaje dość długo w stanie płynnym. Na krwawiące miejsca stosuje się ten związek na tamponie z waty. Krwotok ustaje jakoby w tej chwili, bez wytworzenia skrzepu. Stosując ten związek na ranki dziąseł, otrzymuje się czystą, suchą i chropawą powierzchnię. (*Dent. office and Laboratory. Correspondenzblatt für Zahnärzte. Zesz. 3, 1897.*) *Kr.*

46. **Przypadek torbieli skórzastej języka** opisuje Dr. Ameisen. Wychodziła ona z podstawy języka u 62-letniego pacyenta; w ostatnich czasach powiększyła się do tego sto-

pnia, że utrudniła pacjentowi w znacznym stopniu mowę i polykanie; oddech utrudniony, charczący. Guz wielkości dużego jabłka chlebotańca wyraźny. Uklęcie próbnę wykazało kaskzowatą zawartość. A. wykonał wyłuszczenie z pomysłnym rezultatem; chorey po 2 tygodniach wyzdrowiał; mowa i polykanie pokarmów stałych znacznie poprawiły się.

(Przeł. lek. 1898, N. 8, str. 90). Kr.

47. **Siffre**, profesor paryzkiej École Odontotechnique, w przypadkach takich, gdzie pacjent z *próchnicą trzeciego stopnia*, t. j. z obnażoną miazgą, *nie może się zgłosić powtórnie*, radzi do zabruwania miazgi używać następującej kombinacyi: arseniku, morfiny, jodoformu, dwuchromianu potasu—części równo; kwasu karbolowego tyle, ile trzeba do zarobienia pasty. Po oczyszczeniu ubytku i wprowadzeniu pasty na obnażoną miazgę, plombować zaraz na stałe gutaperką, cementem lub analgumatem. Pastę trzeba przed założeniem plomby pokryć odrobiną waty. Wchodzący w skład tej pasty dwuchromian potasu, ma zabrudzić miazgę utrwalając i stwardniając, t. j. zmieniać w ten sposób, że nie może ona później służyć za glebę do rozwoju bakteryi. Prof. Siffre stosował swój sposób 39 razy, zawsze z rezultatem dobrym. W kilku przypadkach dobry wynik datuje się już od roku. (L'Odontologie, N. 3, 1898). Dz.

48. **Dr. Ziem** w artykule „O stosunku chorób nosa do psychiatrii“ (Monatschr. f. Ohrenheilkunde, N. 11, 1897) opisuje wysoce interesującą historję *własnej choroby*. W r. 1883 podesza gdy dokonywano mu *operacyi ropnia zatoki szczękowej* (antri highmori) złamała się ostra łyżeczka i część jej pozostała w zatocy. Następstwa tego wypadku były bardzo groźne: gorączka, bezsenność, zawroty głowy, wreszcie objawy mózgowo: hallucynacye, demofobia. Na skutek ostatnich objawów *został Ziem zamknięty w domu obłąkanych*. Po wyjęciu ciała obcego z zatoki, objawy obłądki ustąpiły, autor wyszedł z domu obłąkanych jako zdrowy i zdolny do praktyki lekarskiej.

W 12 lat potem Ziem znówu zapadł na obustronne ropne zapalenie obu zatok szczękowych; szczególnie silnie była zajęta strona lewa. Znowu podobnie jak przed 12 laty zaczęły się u niego objawy mózgowo (osłabienie wzroku, pamięci, zdolności kombinowania, hallucynacye etc.)

Dopiero *po usunięciu pozornie zdrowego zęba trzonowego*, mającego związek z odpowiednią jamą Highmora, ustąpiły powyższe objawy.

(Kronika Lekarska, zeszyt 2, r. 1889).

Dz.

49. Przypadek **niezwykłej ruchliwości** języka opisuje Dr. Bourdette w *Annales des malad. de l'oreille*. № 1, 1897. Pacjent umiał najdokładniej wylizać całą powierzchnię gardzieli i jamy noso-gardzielowej. (C. f. chirurgie № 49, 1897).
Dr. P. M.

50. **Odoł**. Dr. Neisser spostrzegł kilka przypadków pryszczycy na wardze, spowodowanej jakoby użyciem odołu do płukania ust. Przypadki te nie dawały się bardzo długo wyleczyć, gdy zaś zaprzestano używać odołu, ekzemu w krótkim bardzo czasie wyleczono. Dr. Neisser przypisuje to szkodliwym częściom składowym odołu i dlatego też przestrzega wszystkich przed użyciem powyższego środka. Odoł składa się z sulołu, alkoholu, wody destylowanej, sacharyny i różnych olejków eterycznych, które właśnie według słów autora są nader szkodliwe.

Zubowr. Wiestn. № III, 1898.

Kohn.

51. Aby **oczyścić wosk**, należy roztopić go we wrzącej wodzie i zdrapać, po ostudzeniu, brud z dolnej powierzchni. Potem należy wosk raz jeszcze włożyć do wody i, gdy się ta zagotuje, dodać łyżkę kwasu siarczanego.

Brit. Journ. of Dent. s. Zahuaerzl. Wochenbl. № 524, 1897.

52. **Twardego szankra na dziąśle** opisuje Dr. Werner w Hamburgu. Szankier twarde w tem miejscu jest bardzo rzadki, w literaturze lekarskiej znanych jest zaledwie 7 podobnych przypadków. W Hamburgskim szpitalu miejskim od r. 1878 do 1898 spostrzegano 383 przypadki syfilisu, gdzie zakażenie nastąpiło po za obrębem narządów płciowych; pomiędzy temi przypadkami raz tylko spostrzegano twardego szankra na dziąśle. W przypadku tym, u 38-o letniej kobiety, na dziąśle pod środkowym wędzidełkiem wargi górnej było obrzmienie twarde, zabarwione typowo na kolor szynki, na nim kilka utworzeń płaskich, pokrytych szarawym nalotem, zlewających się miejscami. Gruczoly chłonne podbródkowe nie były powiększone, powiększone były gruczoly chłonne na karku i w pachwinach; oprócz tego spostrzegano u tej kobiety charakterystyczną wysypkę na całym ciele i łepieże (condylo-mata) płaskie około ust, sromu i odbytnicy.

W jaki sposób nastąpiło zakażenie—nie można było wymiarkować; niewątpliwem tylko było to, że punktem wyjścia choroby, punktem zaszczepienia zarazka było **owrządzenie na dziąśle, wywołane uciskiem od sztucznych zębów**. Dr. Werner sądzi, że pierwotny objaw syfilisu (szankier

twardy) na dziąsle zdarza się częściej, nie bywa jednak rozpoznany.

C. f. Chir. № 11, 1898.

P. M.

53. Przypadek rzerzączki (trypra) jamy ustnej u noworodka opisuje Dr. Ahlfeld w Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte № 22 z r. z.

Głównem siedliskiem choroby było podniebienie twarde, gdzie na linii środkowej znajdowano żółty nalot, zawierający dużo gonokokków. Po pięciu dniach choroba przeszła, nie wywoławszy żadnych ogólnych zaburzeń.

Dz.

54. Regulacja górnego siekacza na drodze operacyjnej. Lipschitz demonstrował na dorocznym zjeździe Związku Niemieckich Lek.-Dentystów pacyenta, któremu górny środkowy prawy siekacz, stojący na zewnątrz łuku zębowego i przekreślony na 90° (powierzchnia językowa zęba była zwrócona do linii środkowej) uregulował na drodze operacyjnej w sposób następujący. Pod chloroformem ząb wyrwał, ostrym wiercידłem (borem) wywiercił nowy zębodół na właściwym miejscu, poczem ząb replantował. Pomimo tego, że tuż przy implantowanym zębie stała korona niewyrzniętego jeszcze kła (stanowiąc jakoby boczną ścianę nowego zębodółu), pomimo tego, że nowowywiercony zębodół był tak krótki, że z powodu nizkości wyrostka zębodółowego nie pomieścił się weń cały korzeń replantowanego zęba, ząb przyrósł, tak że po 4 tygodniach można było zdjąć nitkę, za pomocą której ząb był przymocowany do sąsiada.

Sposobowi, zastosowanemu w danym przypadku przez Lipschitza, robiono różne zarzuty, które mówca dzielnie odpierał.

Bericht üb. die Verb. des C. Vereines D. Z.—D. M. f. Zahnheilk. № 10, 1897.

Dz.

55. Ażeby uniknąć ruchów wymiotnych i nudności podczas zdejmowania wycisku, należy dać pacjentowi do wzięcia spirytus kamforowy dopóty, dopóki pacjent nie przestanie odczuwać zapachu kamfory. Dobrze też jest pacjentowi trzymać pod nosem spirytus kamforowy na wacie tak długo, dopóki się nie wyjmie łyżki. Schw. Vierteljahrsschr. f. Zhkd. Z. III 1898).

P. M.

56. Silny krwotok po amputacji miążgi spostrzegal J. H. Blanc w Genewie u pacyenta wyniszczonego, który przebył w Meksyku żółtą febrę. Zęby 8 i 8 zatkano na razie gutaperką. Po 2 dniach, gdy gutaperkę wyjęto, krwotok powtórzył się znowu. Pacjent chciał te zęby wyrwać;

w przewidywaniu krwotoku po wyrwaniu Blane wybrał zachowawczy sposób leczenia. (Ibidem). *P. M.*

57. **Wymować zęby sztuczne podczas kaszlu.** Pan F. T. chory na zapalenie oskrzeli, zapomniał wyjąć sztuczne zęby, kładąc się spać. W nocy aparacik z 2-ma zębami podczas napadu kaszlu wpadł do tchawicy. Próby wyjęcia nie powiodły się, nawet po rozcięciu krtani. Pacjent zmarł. (Ibidem). *P. M.*

Kronika i sprawy zawodowe.

△ **Decyzja Rady Lekarskiej**, w kwestyi przyjmowania **wolnych słuchaczy** przez szkoły dentystryczne, wypadła w duchu odmownym. Opierając się na ustawie normalnej, według której, na zasadzie prawa z d. 7 maja 1897 r. zakładają się szkoły dentystryczne w państwie rossyjskiem, Rada Lekarska znajduje, iż szkoły takie są zakładami naukowymi, dającymi nie tylko teoretyczne lecz zarazem i praktyczne przygotowanie swoim słuchaczom. Przyjmowanie chorych przyehodzących i klinika chorób zębów przy szkole, jak również zajęcia praktyczne wychowawców, studujących sztukę leczenia zębów, trwające 5 semestrów, powinny gwarantować, że kończący z powodzeniem kurs szkoły dentystrycznej w rzeczywistości zasługuje na tytuł lekarza zębów, o który się ubiega—t. j. że stanie się on kompetentnym i wprawnym w kierunku technicznym, naukowym i chirurgicznym (parag. I ustawy). Wszelkie jednak zajęcia praktyczne można uważać za obowiązkowe jedynie tylko dla uczni szkoły, nie zaś dla wolnych słuchaczy, których też ustawa normalna nie przewiduje nawet. Jeżeli by zaś nawet wykładający zechcieli dopuszczać wolnych słuchaczy do zajęć praktycznych, to okoliczność ta mogłaby wpłynąć ujemnie na postępy uczni, ponieważ niektóre intensywne i przybory do nauki w szkole przeznaczają się w w 1-ym egzemplarzu na kilku uczni (szlifiarki—po 1-ej na 10-ciu uczni; krzesła operacyjne—jedno na 4-ch i t. p.) Prócz tego osoby, uczęszczające do szkół na prawach wolnych słuchaczy i biorące udział we wszystkich zajęciach na równi z uczniami szkoły, mogą obniżyć minimalne, z góry określone wymagania działalności uczni w kierunku praktycznym.

Na zasadzie powyższych względów Rada Lekarska zawyrokowała, że ani przypuszczanie do szkół dentystrycznych wolnych słuchaczy, z prawem otrzymania przez nich po ukończeniu szkoły świadectw wymaganych do egzaminu na stopień dentysty, ani dopuszczanie do egzaminów wypustnych **eksternów**, celem zdobycia

praw, równych prawom uczni, kończących kurs szkoły, nie uzasadnia się na prawie obowiązującym i sprzeciwia się temu specjalnemu celowi, ku jakiemu służyć powinna instytucja szkół dentystycznych.

O takowej nchwale Rady Lekarskiej Departam. Medycznych okólnikiem z d. 15 lutego za № 1262 powiadomił Urzędy Lekarskie, celem zakomunikowania jej założycielom i zarządzającym szkołami dentystycznymi, oraz jako wskazówkę na przyszłość.

△ **Wpisowe.** Radzie państwa przedstawiono do rozpatrzenia wniosek, ażeby od osób, ubiegających się przy uniwersytetach o stopnie dentystyczne, pobierane było przy egzaminach wpisowe w kwocie rubli trzech.

△ **Rada Lekarska** uznała za możliwe zezwolić na wydawanie przez apteki **jodyny** (tinctura jodi) bez recepty lekarza, jedynie z etykieta: „do użytku zewnętrznego (okólnik № 78 z r. b.

Kursy uzupełniające. Z ostatniego numeru *Zub. Wiest*. dowiadujemy się, iż z inicjatywy kol. A. Redalje, pewna grupa dentyków odeskich, tytułem próby, poczęła prowadzić systematyczne studia z zakresu medycyny ogólnej. Studya te mają na celu uzupełnienie tych braków, jakie przy obecnie praktykowanych w Rosji metodach kształcenia dentystycznego z konieczności spostrzegać się muszą. Na posiedzeniu Odes. Tow. Odontologicznego z d. 26 lutego w odnośnym wniosku kol. R. przedstawił wyczerpujące wady kształcenia w Rosji w stosunku do obecnego stanu i stanowiska dentytyki. Wyraził też nadzieję, iż odpowiednia, a tyle upragniona reforma w wykształceniu dentyków, w krótkim czasie stanie się może, nareszcie faktem. Oczekiwane jednakże zmiany, jako dzieło przyszłości, zdaniem wnioskodawcy nie wyklucza potrzeby, aby też i obecni pomyśleli sami o sobie „Szczęśliwi następcy powiada kol. R. Staramy się stworzyć lepsze warunki dla ich wykształcenia i dalszej działalności; szczerze pragniemy doczekać ażeby oni byli lepsi i doskonalsi od nas. O nas jednakże, prócz nas samych — nikt się nie zatroszczy. Sami musimy polepszyć nasze położenie — sami też musimy postarać się, ażeby o ile to jest możliwe, zbliżyć się do ideału, jaki skreśliły dla przyszłych pokoleń naszych towarzyszy“. Otóż dla osiągnięcia tego celu R. proponuje owe kursy uzupełniające. Ogólny ich szkic taki: Dentyści (z wykształceniem szkolnem lub „gabinetowem“) organizują grupy pod kierunkiem ordynatorów szpitalnych, profesorów lub ich najbliższych asystentów (w miastach posiadających fakultet medyczny); kierownicy prowadzą wykłady i zajęcia praktyczne z zakresu medycyny ogólnej. Grupy składać się mogą, stosownie do warunków z dowolnej liczby osób. Zajęcia odbywają się w różnych porach dnia, lub też wieczorem, stosownie do tego jak było by wygodniej. Tym oposobem w ciągu 2, 3, lub więcej lat, bez pośpiechu, pod kierunkiem wydatniejszych lekarzy danego miasta, można by osią-

gnąć tę wiedzę, która przy obecnych warunkach dla większości dentyстів jest tylko pobożnem życzeniem. Co się tyczy programu zajęć ten, stosownie do przygotowania, jakie posiadają składające daną grupę osoby, powinny podlegać pewnym modyfikacyom. Modyfikacje takie i szczegółowe opracowanie programu najlepiej opracować może każda grupa dla siebie osobna. W skład też grupy, o ile można, powinny wchodzić osoby z jednakowym poziomem wiedzy. W ogólnych zarysach programu kursów może być taki. Na pierwszym miejscu stać powinna **dyagnosyfka**; wchodzi ona wprawdzie do programu szkół dentystrycznych; jednakże wobec bardzo ograniczonego czasu, jaki się na nią poświęca, studyuje się ona tam nader powierzchownie. Dalej idą: **patologia i terapia chorób wewnętrznych; chirurgia operatywna wraz z anatomią topograficzną, chirurgia szczegółowa z desmurgią, choroby dzieci i nerwów**. W czasie studyowania wzmiankowanych działów, należy uzupełnić wiadomości z fizyologii, chemii lekarskiej, chemii patologicznej, histologii, oraz farmakologii i receptury.

Co się tyczy innych działów medycyny jak: **choroby skórne, weneryczne, kobiece** i t. p., to takowe mogą być przedmiotem zajęć po ukończeniu pierwszej seryi studyów. Pożądanem i nader ważnem jest, o ile można, bliższe zaznajomienie się z **bakteryologią**, która dla dentystryki, oprócz ogólnego ma i szczególne jeszcze znaczenie. Drobnostrój bowiem w chorobach jamy ustnej i zębów odgrywają rolę naczelną. Bakteryologia powinna stać w pierwszym rzędzie wśród wyliczonych przedmiotów i studyować ją należy jednocześnie z dyagnosyką.

Kursy takie prócz uzupełnienia zapasu wiedzy teoretycznej i praktycznej, powinny poznać słuchaczy z **metodami dociekań naukowo-lekarskich**. Ważny to czynnik postępu umiejętności dentystrycznych, niestety, obecne szkoły nie dają go swoim wychowankom.

Inicyator żywi nadzieję, iż w praktyce jego projekt nie znajdzie trudności ku urzeczywistnieniu. W miastach, posiadających większą liczbę dentyстів, możnaby organizować po kilka grup. Gdzie zaś znalazły by się dwie lub jedna tylko osoba — nawet i tam przy usilnej i szczerzej chęci uczenia się, niewątpliwie znajdą one poparcie ze strony miejscowych lekarzy szpitalnych. Towarzystwa odontologiczne mogłyby też służyć swoją pomocą przy organizowaniu kursów uzupełniających. W tym razie sprawa zyskała by więcej trwałe podstawy.

Zaznaczamy na kartach naszego organu wystąpienie p. Redalje, jako wielce znamienne fakt w historii rozwoju dentystryki w Rosyi. Zastanawiającemu się czytelnikowi da ono niewątpliwie temat do szerszych rozmyślań.

A teraz następuje się pytanie czy przykład grupy odeskiej

znajdzie naśladowców? Sądzimy, że tak — bo „*extrema calamitas extremis nititur rationibus*“.

Jan Kanty Drac.

△ **Wymowny objaw.** W gronie lekarzy moskiewskich powstał projekt założenia odrębnego od istniejących już tam Tow. Odontologicznego. W Moskwie zatem współcześnie będą wiodły egzystencję trzy towarzystwa w celach identycznych: jedno dla przedstawicieli starego pokolenie dentystów — drugie dla wychowawców szkół dentystycznych; w skład zaś trzeciego wchodzić mają wyłącznie tylko lekarze — komentarz chyba zbyteczny.

△ **W gimnazjum klasycznym w m. Batum,** dzięki poparciu ze strony dyrektora i personelu nauczycielskiego zakładu, udało się wprowadzić konsultacje dentystyczne dla uczniów. Oględzinom podlega każdy z wychowawców dwa razy do roku; wyniki wciągają się w odpowiednie szematy. System kartkowy rejestratury daje możność zebrania tą drogą obfitego materiału statystycznego. Wrazie potrzeby i za zgodą interesowanych, wychowawcy korzystają i z pomocy lekarsko-chirurgicznej w gabinecie konsultanta na warunkach specjalnych. Nadto konsultant przy pomocy popularnych pogawędek i odczytów zaznajamia wychowawców z zapadami higieny i prawidłowego pielęgnowania jamy ustnej i zębów. W początkach roku szkolnego przedstawia się władzy szkolnej opracowany na zasadzie wypełnionych w ciągu ubiegłego roku szematów memoriał. Posada nie jest etatowa *) i konsultant specjalnego wynagrodzenia nie pobiera (*Zub. Wiest. № 3 z r. b.*)

Z podobnym pomysłem przed kilku laty wystąpił w Warszawie kol. L., odnośnie władze atoli oferty jego odrzuceniu.

△ **Doktoryzacja.** W dniu 27 zeszłego miesiąca, w uniwersytecie warszawskim, znany właściciel zakładu laryngologicznego miejscowego, lekarz **Zdzisław Dmochowski**, bronił rozprawy na stopień doktora medycyny. Temat „Przyczynki do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych jamy Highmor'a“. Dysertacja odhyla się wobec szczerline zapelnionej publiką sali. Pamięćdy obecnymi widzieliśmy spory zastęp młodzieży miejscowych szkół dentystycznych i kilku jej kierowników. Z wielką swadą, a nawet powiemy i humorem bronił uczony nasz swojej rozprawy. To też, po trzygodzinnej przeszło nad rozprawą dyskusji, żądany stopień doktora został ulegającemu się jednomyślnie przyznany.

Oponentami z urzędu byli profesorowie: Przewoński, Wasiljew i Grigorjew. Nadto stawiali swoje zarzuty prof. Kołosow, Czarusow, Jaszczynskij i Zieniec. Ten ostatni wypowiedział przy okazji swój oryginalny pogląd, dotyczący fizyologicznego przeznaczenia jamy Highmor'a. Szczegóły podamy w przyszłości.

† **Dr. St. Markiewicz**, niestrudzony pracownik na polu przy-

*) Przy zakładach naukowych rossyjskich, podległych zarządowi Ministerjum Oświaty, utrzymywanie specjalisty od chorób zębów etatem nie jest przewidziane.

sparzania literaturze naszej oryginalnych i tłómaczonych podręczników, rozpoczął wydawać z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. d-ra Józefa Mianowskiego, szereg podręczników chirurgicznych w tłómaczeniu polskiem. Wydawnictwo obejmuje: **Chirurgię ogólną Billrotha i Winiwartera, Chirurgię szczegółową Hütera i Lossena** oraz **Chirurgię operacyjną Kochera**. Dla dentystów mogą być interesującemi 2 pierwsze z wymienionych podręczników. Pierwszy zeszyt **Chirurgii Hütera—Lossena**, obejmujący choroby chirurgiczne głowy, (w tem twarz i szczęki) wyszedł już z druku. Całe wydawnictwo (t. j. wszystkie trzy podręczniki) ukończone będzie w połowie roku 1899. Cena wydawnictwa jest nadzwyczaj tania: wyżej wspomniany zeszyt pierwszy **Chir. Szczegółowej Hütera-Lossena**, obejmujący 160 str. formatu wielkiej ósemki, z licznemi rysunkami, kosztuje 50 kop.

± **Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej**, która ma się odbyć w dniach 12, 13 i 14 lipca r. b., podczas VIII-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w **Poznaniu**, (co do programu wystawy obacz Nr. 2-gi Przeglądu Dentyst.) już się ukonstytuował i za pośrednictwem pism publicznych uprasza wszystkich interesowanych, „aby jak najliczniej i najobficiej wystawę obeskać raczyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa.” Zgłoszenia osobiste lub pismienne komitet prosi przysyłać najpóźniej do 1 czerwca r. b. na ręce p. D-ra Drobnika, Poznań, Św. Marcju, Nr. 39.

Na życzenie komitet wystawowy wysyła drukowane warunki i przepisy dla wystawców, zapewniając pośpieszne załatwienia wszelkich korespondencji. Odpowiednią odezwę podpisali w imieniu sekcji wystawowej Dr. Tomasz Drobnik i Inżynier Witold Zakrzewski.

(*Gazeta Lekarska Nr. 14, r. b.*)

± **Fundacya Evansa**. Znany dentysta Tomasz Evans, który zyskał sobie rozgłos europejski, między innemi tem, iż po Sędanie dopomógł cesarzowej Eugenii do ucieczki z Paryża za granicę, obrzými swój majątek, dochodzący do 25 milionów dolarów, zapisał rodzinnemu miastu Filadelfii z przeznaczeniem na cele użyteczności publicznej, mianowicie na urządzenie w Filadelfii wielkiego uniwersytetu dentystycznego. Zapis obciąża warunek postawienia testatorowi pomnika na placu publicznem oraz urządzenia muzeum na pomieszczenie medali, orderów i innych pamiątek po testatorze. Słynny dentysta zrobił majątek głównie w Paryżu, gdzie praktykował przez lat 40-ci.

± **W ZÜRICHU** odbędzie się w maju r. b. **zjazd dentystów**. Jak nam piszą ze Szwajcaryi, program zjazdu przedstawia się bardzo interesująco.

△ Ciekawe odkrycie zrobił „Kurjer Poranny“. Czytamy w nim co następuje:

» Rychwał d. 22 III (koresp. włas.).

— Mieszkanka tutejsza, chcąc przyjść z pomocą mężowi, cierpiącemu na ból zębów, okadzała mu twarz święconem zieleń, dosypując po ziarnku również święconego prochu. Iskra wpadła do pudełka z prochem, wskutek czego nastąpił wybuch; trzy osoby i dziecko doznało silnych poparzeń; w oknie wyleciały szyby, ale zęby boleć przestały.

Czy nie praktycznie?«.

Aczkolwiek podany środek mocno przypomina leczenie bólu zębów za pomocą siedzenia na gorącej kuchni i trzymania wody w wustach, w każdym razie — si non e vero e ben trovato.

+ Dowiadujemy się w ostatniej chwili o **projekcie odroczenia** terminu VIII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu na 1 Sierpnia. Pomiędzy zapowiadzanymi wykładami jest kilka, dotyczących dentystryki. O ile nam wiadomo, ma być na zjeździe sekcya dentystryczna, jeżeli zbierze się dostateczna ilość mówców oraz uczestników.

Jeżeli by na tym zjeździe nie przyszło do utworzenia osobnej sekcji dentystrycznej, to pożądanem by było utworzenie takiej sekcji na przyszłym zjeździe. W tym celu można by na tegorocznym zjeździe porozumieć się co do tematów, których poruszenie było by pożądanem na zjeździe przyszłym, oraz wybrać odpowiednich sprawozdawców.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Interesowanemu. Według prawideł o egzaminach na stopień lekarza zębów, zatwierdzonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych 22 kwietnia 1893 roku. Dentyści mogą być dopuszczeni do egzaminu w Uniwersytecie na wyżej wzmiankowany stopień po przedstawieniu świadectwa z ukończenia 6 klas średniego zakładu naukowego, ogólnie kształcącego i zdania egzaminu dopełniającego w szkole dentystrycznej.

Co do egzaminu dopełniającego w szkole dentystrycznej, to Rady Pedagogiczne szkoły mają prawo decydować o rozciągłości tego dopełnienia. O ile nam wiadomo, Rady Pedagogiczne wymagają od kandydatów egzaminu ze wszystkich przedmiotów teoretycznych (przygotowawczych i specjalnych), uwalniając w pewnych wypadkach tylko od egzaminów praktycznych.

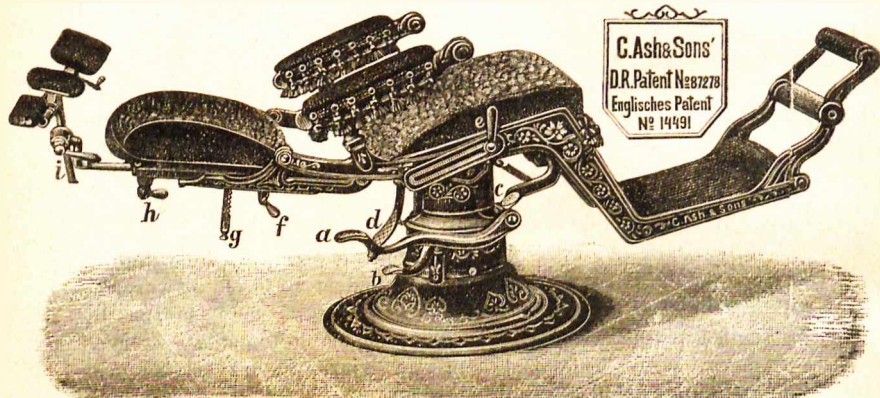
Redaktor i Wydawca B. Dzierżawski.

Доволено Цензурою. Варшавы, 15 Апрель 1897 года.

Druk L. Szkaradzińskiego i S-ki, Mazowiecka 2.

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 naroszebie wytworzyć krzesło, stojące bez porównania wyżej od krzeseł wszystkich innych fabryk, zarówno europejskich jak i amerykańskich.

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

Słup do podnoszenia niema w tym krzesle 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 balasu.

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.

Sądymy, że nie porzebujemy 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).

CENY

Patentowane krzesło Nr. 39, obite najlepszym zielonym lub czerwonym puszem	Rsz.	275.—
Takież, obite puszem wzorzystym	"	285.—
Takież z wzorzystym puszem w najwykwintniejszym gatunku	"	287.50
Jeżeli zamiast zwyczajnego będzie podglówek patentowany, jak to jest na rysunku, to ceny powyżej wykazane podnoszą się o	"	15.—