

Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

JÓZEF JARZĄB

Lekarz - dentysta i st. asystent

Instyt. Dentystycznego U. J. K.

LWÓW

ŻYWOTNOŚĆ DROBNOUSTROJÓW PO ODKAŻENIU PRZEWODÓW KORZENIOWYCH.

La virulence des microorganismes après la désinfection des canaux radiculaires.

Doc. pol. 19.2; 51.27; 51.28.

Doc. int. 616. 314. 16.3.

Wyjaławianie przewodów korzeniowych naszymi środkami antyseptycznymi, używanymi w dentystyce zachowawczej jak: trójkresolformalina, fenol kamforowy, na ogół dają wprawdzie kliniczne dobre wyniki, bakterjologicznie jednak nie zawsze będą one zadowalające, albowiem po upływie 2—3 miesięcy od leczenia a czasem i później można wykazać drobnoustroje w przewodach korzeniowych na szczelnie zamkniętych i wyjałowionych wkładkach kontrolnych.

Opierając się tylko na klinicznych wynikach, jakkolwiek opartych nieraz na bardzo rozległym doświadczeniu, nie unikniemy błędów i niepowodzeń a bardziej jeszcze nie będziemy mogli wytłumaczyć sobie tych błędów i ich usunąć.

Jedynie drogą doświadczeń i na podstawie bezstronnego eksperymentu możemy oceniać wartość naszych metod leczniczych i dążyć do ulepszeń. Taki też był i cel mej pracy, ażeby nasze codzienne zabiegi lecznicze oświecić eksperymentalnymi badaniami i w ten sposób ustalić drogę, po której powinno się postępować.

Przewody korzeniowe zębów po normalnem leczeniu i przygotowaniu do definitywnego wypełnienia, przemywałem sterylizowanym fizjologicznym roztworem soli kuchennej, aby usunąć pozostały na ścianach środek antyseptyczny. Następnie wkładałem do przewodu wyjałowioną wkładkę waty nawiniętej na igiełkę i zamykałem przewód szczelnie „fletcherem“. W doświadczeniu tem chodziło mi o to, aby stwierdzić, czy naszym leczeniem osiągamy zupełną jałowość przewodów korzeniowych i czy ta jałowość jest trwała. Materiał doświadczalny grupowałem według chorób miazgi i drożności przewodów. Z chorób uwzględniłem zgorzel i zapalenie miazgi; przy drożności przewodów orjentowałem się wiekiem pacjentów jak również stwierdzałem ją zawsze igiełkami podczas leczenia.

W pewnych odstępach czasu 1, 2, i 3-miesięcznych wyjmowałem te wkładki zachowując wszelkie ostrożności, by ich nie zakazić i dawałem je na pożywkę (agar z surowicą).

Z 30 zębów w ten sposób badanych było 20 zgorzelinowych, 10 z zapaleniem miazgi, a w tem przypadało na zgorzel 8 niezupełnie drożnych, a przy zapaleniu miazgi 5, wliczając w to amputację miazgi.

Wynik bakterjologiczny otrzymałem w każdej z tych kategorii następujący:

1. Wkładki kontrolne wszystkich zębów wyjęte przed upływem miesiąca a więc po 1—3 tygodni po założeniu, były jałowe.

2. Wkładki wyjęte po 2—3 miesiącach z przewodów korzeniowych przy zapaleniu miazgi bez względu na drożność przewodów i metodę amputacyjną były również jałowe.

3. Przy sprawach zgorzelinowych 11 wkładek dało posiew bardzo niewielkich paciorkowców i gronkowców, wliczając w tę liczbę również wszystkie wkładki tych zębów, których przewody były niezupełnie drożne. 9 wkładek pozostawało jałowych; były to zęby o zupełnie drożnych i dostępnych przewodach.

W mozolnem postępowaniu mógł się łatwo zakraść jakiś błąd, któryby mniej lub więcej mógł wpłynąć na sam wynik, jednakowoż przy tej samej metodzie postępowania uzyskana zupełna jałowość wkładek kontrolnych przy zapaleniu miazgi daje nam gwarancję ścisłego badania.

W tym czasie spotkałem również 2 przypadki amputowanej miazgi. Według podania pacjentów amputację wykonano w jednym przypadku — przed 3-ma, w drugim przed 7 ma laty. Po rozwierceniu tych zębów, z powodu nieszczelności wierzchniego wypełnienia, udało mi się wydobyć miazgociągiem czopki zmumifikowanej miazgi, które zaszczerpione na pożywki okazały się jałowymi.

Wnioski z dotychczasowego badania, które mają wartość dla celów praktycznych są następujące:

1. Nasze środki lecznicze stosowane przy zapaleniu miazgi są zupełnie wystarczające, aby utrzymać przewód w stanie jałowym o ile on zostanie szczelnie zamkniętym.

2. Metoda amputacyjna przy pulpitis partialis da nam zawsze dobre wyniki jeżeli przy jej wykonaniu nie zakazimy na nowo pozostałych kikutów miazgi.

3. Przy leczeniu zgorzeli musimy się starać o uzyskanie drożności przewodów korzeniowych, bo jakkolwiek z początku nie spotykamy w przewodzie żadnych drobnoustrojów, to jednak później one występują i pod wpływem jakichkolwiek bodźców mogą wywołać schorzenie.

Skąd się jednak biorą te drobnoustroje?

Jak już wiadomo, w pierwszych tygodniach po naszym leczeniu stwierdzaliśmy zawsze jałowość przewodów; dopiero po upływie dłuższego czasu zjawiały się one na ścianach przewodów korzeniowych.

Wkładki kontrolne dawały nam pojęcie o przeprowadzonej sterylizacji samego przewodu, nie dawały one jednak obrazu bakterjologicznego stanu kanalików zębinowych, które jak wiemy, — zwłaszcza w procesach zgorzelinowych — również są przepełnione drobnoustrojami. Aby to wykazać po wyleczeniu korzeni usuwałem zęby, następnie narzędziami wyjałowionymi ćwiartowałem je w drobne kawałeczki zębinowe i dawałem na pożywki. Badania te robiłem w mniejszej ilości, ponieważ trudniej było o odpowiedni materiał, jednakowoż wyniki otrzymane są podobne do poprzednich.

2 przypadki zębów z zapaleniem miazgi dały wynik ujemny. Drobnoustroje zupełnie nie wyrosły. Z owych 11 przypadków, w których po 3 miesiącach od wyleczenia na wkładkach kontrolnych ukazały się drobnoustroje do badania tego przyszło 5 zębów i wszystkie dały wynik dodatni. Nawet z 3 zębów zgorzelinowych, w których przewodach na wkład-

kach kontrolnych poprzednio drobnoustrojów nie udało mi się stwierdzić, w tem doświadczeniu zaś 1 przypadek dał wynik dodatni.

Podobne badania przeprowadzał także i Kossow na zębach zgorzelinowych po wyleczeniu, przeznaczonych do resekcji wierzchołka korzeniowego. Wierzchołki korzeni odcięte przy resekcji a także i wióra nadwierconego pozostałego w szczęcie korzenia dawał na pożywki i otrzymywał w ten sposób mniejsze lub większe posiewy drobnoustrojów.

Obydwie te kategorie badań kontrolują się i uzupełniają się wzajemnie. O zupełnem wyjałowieniu przewodów korzeniowych możemy tylko mówić przy leczeniu zapalenia miazgi tam, gdzie jeszcze kanaliki zębinowe nie zostały zakażone. Leczenie korzeni przy zapaleniu miazgi powinno nam dać wyniki zawsze pewne, w razie zaś wystąpienia zapalenia ożębnej następici musiało zakażenie przewodu podczas wypełnienia, lub wskutek chemicznego podrażnienia naszymi lekami.

Klinicznie występują typowe bóle przy nagrzaniu lub ucisku na dany ząb. Bóle te należy odróżnić od bólów charakteryzujących zapalenie miazgi, które i tutaj mogłyby powstać przy niedostatecznym jej usunięciu. Tak w jednym jak i w drugim przypadku leczenie musi być odmienne.

Przy leczeniu zgorzeli takiej pewności nigdy mieć nie możemy, albowiem drobnoustroje głęboko, w niedostępnych kanalikach zębinowych pozostają przy życiu i wracają do przewodu, wskutek tego tworzy się na nowo źródło zakażenia a więc podobny stan, jaki był przed leczeniem.

Działanie środków bakterjobjęczych, jakimi się posługujemy, nawet stężonych jest tylko powierzchowne. Jakkolwiek preparaty formalinowe mają wybitne działanie w głąb dzięki łatwej dyfuzji par formalinowych, to jednak widocznie działanie ich nie jest wystarczające, albowiem pod znumifikowanemi masami zgorzelinowemi w kanalikach zębinowych, jak wykazują hodowle, ukrywają się jeszcze drobnoustroje. Tem łatwiej jest to możliwe, gdyż formalina ścina białko i utrudnia dalsze działanie w głąb.

Według badań Weinmanna pary formalinowe w rozcieńczeniu 5:100 w przeciągu 24 godzin zabijają wszystkie drobnoustroje, dalsze rozcieńczanie jak 1:100 działa tylko na mało odporne bakterje (*bacillus subtilis* pozostaje).

Bakterjobjęcza siła pary fenolu kamforowego według badań tego autora jest jeszcze słabsza. Działanie w głąb jest prawie minimalne, a drobnoustroje jak *staphylococcus aureus*, *sarcina lutea* i *bacillus subtilis* pozostają przy życiu. Działanie fenolu kamforowego przez kontakt jest podobne do fenolu.

W przeciwieństwie do formaliny ma fenol kamforowy te zalety, że nie drażni tkanek. W swoich eksperymentach zauważyłem, że jak długo na wkładkach z fenolem kamforowym po wyjęciu przeważa zapach zgorzeli, tak długo mogłem wyhodować liczne kolonie drobnoustrojów. Po kilkakrotnej zmianie takich wkładek cały przewód korzeniowy był przepojony zapachem kamfenolowym do tego stopnia, że jeszcze po przemyciu fizjologicznym roztworem soli wkładki kontrolne po wyjęciu miały wyraźnie ten zapach a na pożywkach zachowały się zupełnie jałowo.

W przeciwieństwie do trójkresol-formaliny ma fenol kamforowy te jeszcze zalety, że nie drażni zdrowych tkanek. Brak własności mumifi-

kacyjnych a raczej działanie jego rozpuszczające, wpływa dodatnio w pierwszym okresie leczenia zgorzeli, bo ułatwia jego wnikiwanie w głąb. Najlepsze wyniki w odkazaniu przewodów korzeniowych i kanalików zębinowych osiągałem przez stosowanie obydwu tych środków, przyczem wkładka trójkrezol-formalinowa stosowana była jako wkładka końcowa i zamykała cały proces leczenia.

Z możliwością wtórnego zakażenia mimo najściślejszych metod leczenia zawsze się musimy liczyć. Pierwszy Miller w roku 1890 na tę sprawę jasno zwrócił uwagę. Dla zabezpieczenia się przed tem następstwem poczęto wypełniać przewody korzeniowe trwałymi środkami antyseptycznymi w formie różnych past i czopków.

O nowszych sposobach wypełniania n. p. przez strącenie azotanu srebra metodą Howe'a nie wspominam z powodu braku doświadczenia popartego bakterjologicznemi badaniami. Powszechnie używana jest pasta trójkrezol-formalinowa, lub jodoformowa jako t. zw. trwałe wypełnienie antyseptyczne. Bakterjobjęcze własności możemy jeszcze wzmocnić jeżeli dodamy do zwykłej pasty trójkrezol-formalinowej nieco tymolu.

Dążeniem jest, aby pasta wypełniała cały przewód korzeniowy aż do otworu szczytowego i na całej powierzchni przewodu zatykała wszystkie ujścia kanalików zębinowych. W ten sposób bowiem ewentualny powrót drobnoustrojów do światła przewodu byłby uniemożliwiony a osiągnęlibyśmy pomyślnie kliniczne wyniki. Jednakowoż osiągnięcie tego nie przedstawia się bynajmniej ani tak proste, ani tak łatwe.

Zawiła anatomiczna budowa przewodów korzeniowych, liczne rozgałęzienia w okolicy szczytu korzenia, które niedostępne są nawet dla najdelikatniejszych instrumentów a przytem brak eksperymentalnie wypróbowanej i pewnej metody postępowania stwarzają przy wypełnianiu przewodów trudności nieraz nie do pokonania.

Na podstawie anatomicznych badań przewodów korzeniowych przeprowadzanych w ogromnej ilości przez Hessa możemy z góry powiedzieć, że nasze wypełnianie przewodów u wszystkich przedtrzonowców i trzonowców będzie niedokładne; tak dużo bowiem jest bocznych rozgałęzień nie tylko około otworu szczytowego, ale także wzdłuż całego przebiegu miazgi. Nawet w tych wypadkach gdzie drożność przewodów zbadana jest i skontrolowana igielką gładką (Ryc. 1) wypełnienie przewodów będzie niedokładne, jeżeli przy wciskaniu pasty będziemy się posługiwać tylko kuleczką waty lub hubki¹⁾. Powietrze znajdujące się w przewodzie korzeniowym nie mając ujścia będzie przeszkadzać głębszemu drażeniu pasty i ta wypełni tylko wejście do przewodów. (Ryc. 2).

Posługując się przy wypełnianiu przewodów naprzemian upychadłem korzeniowym igielką i hubką osiągamy daleko lepsze rezultaty (Ryc. 3) pasta dochodzi prawie do otworu szczytowego.

Eksperymenty powyższe były robione w ten sposób, że po zalepieniu otworu szczytowego zębów na fantomie masą Stent'a lub woskiem celem

¹⁾ Huba żagwiowa, *Fungus ignarius*, (*Fungus chirurgorum*) spotykana jako grzyb na starych dębach lub bukach w całej środkowej Europie. Wykrojona w płaskie płatki, wymoczona w wodzie i wytrzebana wałkiem drewnianym, staje się w dotknięciu jednakowo miękka i giętka. Pocięta w małe kawałeczki i wyjałowiona służy do upychania pasty przy wypełnianiu przewodów korzeniowych zamiast kuleczek waty robionych palcami i niewyjałowionych.

stworzenia podobnych warunków na fantomie jak w jamie ustnej, upychano pastę jedną i drugą metodą.

W żadnym jednak przypadku nie możemy być pewni, że wypełniliśmy szczelnie cały przewód korzeniowy czyli, że przed zakażeniem wtórnym i tym sposobem uchronić się nie możemy.

Dlaczego jednak to się tak często nie dzieje?

Tysiące zębów zgorzelinowych leczonych i wypełnianych tą metodą długi czas jeszcze bez zarzutu spełniają swą rolę w zgryzie.

Badanie żywotności drobnoustrojów przed leczeniem przewodów i po leczeniu da nam odpowiedź na to pytanie.

Żywotność gronkowców i paciorkowców waha się ogromnie zależnie od tego na jakim podłożu zostają wyhodowane. Mają one bowiem ogromną zdolność dostosowywania się do warunków, w których się znajdują, a w miarę tego już to tracą, już to wzmacniają swoją żywotność. Normalnie — jak wiemy z bakterjologii — $\frac{1}{1000}$ oczka wstrzyknięta do otrzewnej myszy w przeciągu 24 godzin zdolna jest wywołać ciężkie schorzenie a nawet śmierć wśród ogólnych objawów septycznych. W przewodzie korzeniowym w jamach (nos, ucho i w ogólności w jamie ustnej), gdzie drobnoustroje te dłuższy czas na jednym miejscu przebywają, tracą na swej żywotności wskutek własnych produktów rozkładu związanych z ich życiem. Przeszczepiane drobnoustroje z przewodu korzeniowego przed leczeniem na agar z surowicą w celu otrzymania czystej hodowli paciorkowców i gronkowców, następnie wstrzykiwane do otrzewnej myszy w tak małej ilości jak $\frac{1}{1000}$ oczka nie wywołały najmniejszych objawów chorobowych.

Zwiększając stopniowo dawki doszedłem aż do $\frac{1}{50}$ nawet do $\frac{1}{5}$ oczka i wstrzykując je do otrzewnej ciągle nowym myszom, dopiero przy tak wielkich dawkach wywołałem objawy chorobowe. (Jak widzimy drobnoustroje występują tutaj już z natury w bardzo osłabionej formie). Po 24 godzinach myszy były senne, nie przyjmowały pokarmu, wywracały się, oddech miały powierzchowny, przyspieszony, temperaturę 38.2° . Po 2 dniach stan ten przechodził bez śladu, myszy odzyskiwały z powrotem pierwotną rzeźkość.

Drobnoustroje wyhodowane z kontrolnych wkładek po wyleczeniu korzeni zgorzelinowych jeszcze bardziej były osłabione w swej żywotności. Zwiększając ciągle dawkowanie wstrzykiwałem do otrzewnej 1—2 oczek, mimo to nie wywołałem żadnych klinicznie dostrzegalnych spraw chorobowych. Na sekcji po zabiciu myszy znajdowałem śledzionę powiększoną, z której wyhodowane drobnoustroje potwierdzały czystość zastrzykniętej hodowli.

Drobnoustroje zastrzyknięte w tak dużej ilości przebywają wewnątrz organów, nie zdradzając niczem swej obecności. Dla wywołania spraw chorobowych nie wystarczy więc sama tylko ilość drobnoustrojów, muszą one mieć pewne warunki, musi przyjść jakiś czynnik, któryby pobudził ich żywotność. Dowodów na to w medycynie ogólnej znajdziemy wiele; określenie „locus minoris resistentiae“ nie jest niczem innym, jak miejscem o zmniejszonej odporności wskutek ukrytego zakażenia, które się chwilowo niczem nie objawia, a pod wpływem bliżej nieokreślonych bodźców wybuchnie nagle i wywoła groźne schorzenie całego ustroju. Niedawno

obserwowałem u pacjentki K. podczas influenzy powstanie ropnia w przeciągu 24 godzin z powodu zęba, który przed 6-cioma laty był leczony i nigdy nie powodował najmniejszych dolegliwości. Takich przykładów możnaby więcej przytoczyć.

Drobnoustroje po odkażeniu przewodów korzeniowych osłabione środkami bakterjobójczymi tracą bardzo na swej żywotności. Mikroskopowo przedstawiają wiele zdegenerowanych i przejściowych form, jednakowoż dawały się jeszcze przeszczać i wykazywały zdolność rozrodczą.

Uzyskana w badaniu na podstawie doświadczeń wysokość dawek po wstrzyknięciu których u myszek występowały pierwsze objawy chorobowe, daje w przybliżeniu obraz energii życiowej drobnoustrojów zależny od różnych warunków, w których się one chwilowo znajdują.

Jak długo energia ta istnieje, chociażby w najmniejszym stopniu, drobnoustroje przedstawiają zawsze czynnik groźny dla ustroju.

Wzmocnianie ich żywotności i jądowości do stanu pierwotnego przez przeszczepienie na coraz to nowe myszki, nie dało pożądanego rezultatu; przy piątym bowiem przeszczepianiu nie zauważyłem jeszcze żadnej różnicy. Na tem też badania zakończyłem.

Sprawa leczenia korzeni i wypełniania przewodów korzeniowych pozostanie zawsze jako jedno z najważniejszych zadań dla lekarza-praktyka. Oświetlenie zaś tego powyższymi badaniami eksperymentalnymi będzie z jednej strony wskaźnikiem, jak surowo musimy oceniać nasze codzienne zabiegi, aby się uchronić od niepowodzeń, z drugiej zaś będzie bodźcem do dalszej pracy nad dokładniejszymi metodami leczenia i wypełnienia korzeni.

Badania bakterjologiczne przeprowadzałem korzystając z Zakładów naukowych Biologii i Higieny Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, przyczem za otrzymane wskazówki składam JWP. Prof. Weiglowi i JWP. Steusingowi — Dyrektorom wspomnianych Zakładów — serdeczne podziękowanie.

STRESZCZENIE.

Ażeby się przekonać, czy nasze odkażanie przewodów korzeniowych środkami bakterjobójczymi jak trójkrezol-formalina i fenol kamforowy jest pewne, zakładał autor po przeprowadzonem leczeniu korzenia wyjąłowe wkładki kontrolne, a po upływie 2—3 mies. dawał je na pożywki agarowe. Wyniki tego badania były następujące: 1. wkładki kontrolne wszystkich zębów t. j. z zapaleniem miazgi i ze zmianami zgorzelinowemi wyjęte przed upływem 3 mies. po założeniu były jałowe. 2. Wkładki kontrolne wyjęte po 2—3 mies. z przewodów korzeniowych po zapaleniu miazgi bez względu na drożność przewodów i metodę amputacyjną były również jałowe. 3. Przy sprawach zgorzelinowych wkładki wyjęte z niezupełnie drożnych przewodów dały nieliczny posiew paciorkowców i gronkowców a tylko przy zupełnie drożnych korzeniach w kilku przypadkach udało się uzyskać jałowość wkładek.

Usunięte zęby zgorzelinowe po wyleczeniu ćwiartowane w małe kawałeczki i dawane na pożywki agarowe potwierdzały powyższe wyniki, dając małe kolonie paciorkowców i gronkowców. Wynika stąd, że odkażenie przy sprawach zgorzelinowych niezawsze jest zupełne, że drobnoustroje ukryte w kanalikach zębinowych mogą się dostać z powrotem do światła przewodu. Szczelne wypełnianie przewodów korzeniowych aż do otworu szczytowego pastą ma być ochroną przed tem zakażeniem wtórnem, jednakowoż i wy-

pełnienie to prawie nigdy nie może być idealnem (zob. ryc. 3) a następstw zakażenia wtórnego nie spotykamy tak często. Dzieje się to dlatego — jak wykazują własne eksperymenty na myszach — że drobnoustroje przez nasze środki lecznicze są ogromnie osłabione w swej żywotności i mogą przebywać dłuższy czas w organizmie nawet w wielkiej ilości a nie spowodują w nim żadnych widocznych zaburzeń. Normalnie żywotność paciorkowców i gronowców waha się ogromnie, jednakowoż już $\frac{1}{1000}$ oczka wstrzyknięta do otrzewnej myszy w przeciągu 24 godzin zdolna jest wywołać ciężkie schorzenia; wyhodowane zaś z owych wkładek kontrolnych po wyleczeniu korzeni są tak osłabione, że nawet 1—2 oczek wstrzyknięte do otrzewnej myszy nie wywoła klinicznie dostrzegalnych spraw chorobowych.

Józef Jarzab: Die Virulenz pathogener Mikroorganismen nach Desinfection der Wurzelkanäle.

ZUSAMMENFASSUNG. Es wurden Versuche mit Tricresol-Formalin und Camphenol angestellt zur Feststellung der bakteriziden Kraft dieser Antiseptika bei der Wurzelbehandlung. Nach antiseptischer Behandlung der Wurzelkanäle wurden aseptische Watteeinlagen in die Wurzelkanäle gelegt und dieselben nach einem Zeitraum von 2—3 Monaten auf Agar bakteriologisch geprüft. Dabei ergab es sich: 1. Die zur Kontrolle eingeführten Watteeinlagen erwiesen sich in allen Fällen steril nach einem Zeitraum von 1 Monat und zwsr ebenso nach Behandlung von Pulpitis sowie auch nach Gangrän der Pulpa. 2. Ebenso erwiesen sich steril nach einem Zeitraum von 2—3 Monaten diejenigen Watteeinlagen, die in Wurzelkanäle nach Pulpitis und in die Pulpakammer nach Amputation der Pulpe gelegt worden sind. 3. Dagegen konnten aus Watteeinlagen, die nach 2—3 Monaten aus denjenigen Wurzelkanälen entfernt worden sind, bei denen die Wurzelbehandlung bei Gangrän der Pulpe durchgeführt worden ist, schwache Kolonien von Sterptokokken u. Staphylokokken gezüchtet werden; steril erwiesen sich in diesen Fällen nur diejenigen Watteeinlagen, welche aus völlig durchgängigen Kanälen entfernt worden sind.

Kontrollversuche wurden auf folgende Weise durchgeführt: Extrahierte Zähne, die wegen Gangrän vorher behandelt worden sind, wurden mit sterilen Instrumenten unter besonderen Vorsichtsmassregeln in kleinste Teile zersprengt und letztere auf Agarplatten gelegt. Es wuchsen spärliche Kolonien von Staphylo- und Streptokokken. Hieraus folgt, dass die Sterilisation der Wurzelkanäle mit antiseptischen Einlagen sehr oft ungenügend ist, dass die in den Abzweigungen der Kanäle vorhandenen Mikroorganismen später in den Hauptkanal hineinwuchern können. Ein völliger Abschluss des Kanals bis zur Wurzelspitze mit einer Pastenfüllung soll einen Schutz vor einer Reinfektion bilden; die Wurzelfüllung ist jedoch meist unvollständig (siehe Fig. 3); dennoch begegnen wir eine Reinfektion relativ selten. Die Experimente des Autors an Mäusen weisen darauf hin, dass unsere Antiseptika die Virulenz der Mikroorganismen derart reduzieren, dass dieselben auch längere Zeit in grösserer Zahl im Organismus verweilen können, ohne irgend welche pathologische Zustände hervorzurufen. Schon normalerweise schwankt die Vitalität der Strepto- und Staphylokokken; bereits $\frac{1}{1000}$ Oese derselben vermag jedoch in gewissen Fällen — peritoneal injiziert — nach 24 Stunden schwere Krankheitszustände nach sich zu ziehen. Indess erwiesen sich diejenigen Mikroorganismen, die aus den Kontrollwatteeinlagen gezüchtet worden sind, so sehr geschwächt, dass sogar 1—2 Oesen derselben — peritoneal den Versuchsmäusen injiziert — keine stärkeren, klinisch wahrnehmbaren Krankheitssymptome nach sich zogen.

PIŚMIENNICTWO:

- Arkövy: Ueber *Bacillus gangrenae pulpae*. Oest. ung. V. f. Z. 1901. pag. 231.
- Atlasz: Theorie und Praxis der Wurzelbehandlung. Z. R. 1926.
- Bauchwitz-Heinemann: Weitere Untersuchungen über das Durchlässigkeitsvermögen der harten Zahnsbstanzen. Z. R. 1926. pag. 21.
- Berger: Der bakterizide Wert des absoluten Alkohols. Ref. Z. f. Stom. 1925. pag. 956.
- Cieszyński: Praktische Winke. 1917. pag. 956.
- Fasoli Arlotta: Sull anatomia dei canali radicolari dei denti umani. La Stomatologia 1913. VI.
- Feiler: Leitfaden der Wurzelbehandlung 1921.
- Feiler: Corrosionspräparate und Wurzelbehandlung. D. M. f. Z. 1911.
- Feiler: Zur Anatomie des Foramen apicale. D. M. f. Z. 1915. Nr. 1.
- Fischer: Ueber die feinere Anatomie der Wurzelkanäle menschlicher Zähne. D. M. f. Z. 1907. IX.
- Fischer: Ueber den heutigen Stand der Wurzelbehandlung mit Rücksicht auf die feinere Anatomie der Wurzelkanäle insbesondere am Foramen apicale. D. M. f. Z. 1912. p. 81.
- Friedrich: Zahnärztlich-pharmakologische Untersuchungen über Chlorphenol, Campher-Chlorphenol, Eucupinotoxin und Rivanol. Z. Mitteil. 1924. Nr. 3.
- Gaini: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Formaldehydpräparate auf die Zahnpulpa. Viert. f. Z. 1924. pag. 374.
- Gord: Wurzelkanäle trocken und aseptisch zu machen. Ref. Oest. Z. f. Stom. 1904. pag. 161.
- Heinemann: Theorie und Praxis der Wurzelbehandlung. Z. R. 1924. Nr. 49.
- Hess: Zur Anatomie der Wurzelkanäle des menschlichen Gebisses mit Berücksichtigung der feineren Verzweigungen am Foramen apicale. Zürich 1917.
- Jung: Untersuchungen über die Bakterien der Zahnkaries. Corresp. f. Z. 1893. pag. 109.
- Kantorowicz: Klinische Zahnheilkunde 1924. pag. 421—491.
- Keller: Die Wurzelbehandlung des Praktikers. Ref. Z. f. Stom. 1925. pag. 957.
- Klein-Weinmann: Ueber die antiseptische Drainage der Wurzelkanäle. Z. f. Stom. 1926. pag. 322.
- Kossow: Lassen sich nach durchgeführter Wurzelbehandlung und Wurzelspitzenresektion in den Dentinkanälchen noch Streptokokken und Staphylokokken nachweisen? D. Zahnheilk. Nr. 62. pag. 48.
- Lehmann-Neumann: Atlas und Grundriss der Bakteriologie. 1912.
- Meyer: Die Histologie der Dentinkanälchen. Z. f. Stom. 1926. pag. 343.
- Moral: Ueber das Vorkommen eines vierten Kanales im oberen Moralen. Oest.-ung. Viert. f. Z. 1915, Nr. 3.
- Müller: Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde. 1908.
- Müller: Das Eindringen der Mikroorganismen in die Zahnkanalchen. Ref. Oest.-ung. Viert. 1890. pag. 296.
- Müller: Ueber die Schnelligkeit mit welcher verschiedene Antiseptika in das Zahnbein eindringen, resp. dasselbe sterilisieren. Ref. Oest.-ung. Viert. 1891. pag. 246.
- Müller: Vergleichende Untersuchungen über den Wert verschiedener Antiseptika bei der Behandlung kranker Zähne. Ref. D. M. f. Z. 1891. pag. 103.
- Port: Die Wurzelkanäle der unteren Molaren und der oberen 2 Praemolaren. Oest.-ung. Viert. f. Z. 1905. p. 13.
- Rebel: Die deutsche Methode der Wurzelbehandlung und Wurzelfüllung. Viert. f. Z. 1926. p. 40.
- Riha: Die Grundlagen der Herdinfektion und deren kritische Würdigung. Z. f. Stom. 1926. pag. 345.
- Schenk: Ueber Einfluss von Metallen auf die Vermehrung von Mikroorganismen in der Gelatine. Oest.-ung. Viert. f. Z. 1901. pag. 13.
- Schlemmer: Ueber die Wurzelbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Wurzelkanalerweiterung. Z. f. Stom. 1925. pag. 483.
- Schröder: Die Behandlung Pulpakrankter Zähne. Viert. f. Z. 1924. pag. 297.
- Türkheim: Untersuchungen über Wurzelbehandlung. D. M. f. Z. 1922. Nr. 9.
- Weinmann: Die Desinfektionskraft der Gasförmigen Bestandteile einiger in der konservierenden Zahnheilkunde verwendeter Antiseptika. Z. f. Stom. 1925. pag. 439.
- Witzel: Mitteilungen der Praxis. Die medikamentöse Behandlung der Granulome an der Wurzelspitzen pulpakrankter Zähne Oest.-ung. Viert. f. Z. 1904. pag. 203.

Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

RZADKI PRZYPADEK OBUSTRONNEGO ZWICHNIĘCIA ZUCHWY.

Un cas rare de luxation temporo-maxillaire.

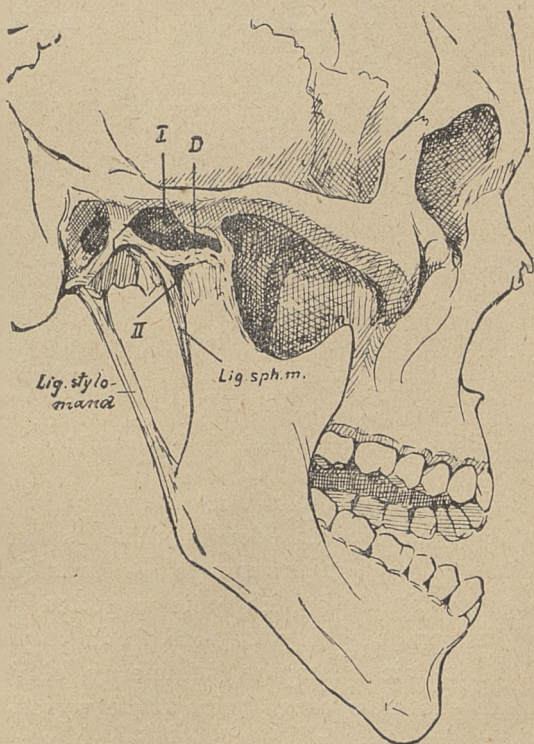
Doc. pol. 49.5; 24.5; 14.24.

Doc. int.: 616.724; 0016.

Zwichnięcia żuchwy należą do zwichnięć stosunkowo rzadkich i według Alberta przypada $1\frac{1}{2}\%$ zwichnięć żuchwy na ogólną ilość zwichnięć stawów. Częściej następują zwichnięcia żuchwy ku przodowi, przyczem wyrostek stawowy przesuwają się przed guzek stawowy, bardzo rzadko natomiast ku tyłowi przy równoczesnym załamaniu się tylnej ściany dołka stawowego: wyrostek stawowy zapada się wówczas do kostnego przewodu usznego. (Beaudrimont, Schwartz).

Ażeby zrozumieć mechanikę zwichnięcia, należy przypomnieć w kilku słowach anatomię stawu. Ryc. I i 2.

Jak wiadomo torebka stawowa okala jakby pierścieniem dołek stawowy i szyjkę wyrostka stawowego. Staw sam przedzielony jest dwuwklęsłą chrząstką międzystawową na dwie części; obwód chrząstki jest ściśle złączony z torebką. Wzmocnienie na zewnątrz uzyskuje torebka stawowa przez więzadło boczne (ligam. temporo-mandibulare). Przy ruchach żuchwy ku dołowi biorą udział stawy obu stron, przyczem w każdym z nich następuje ruch w obu częściach stawów. W górnym

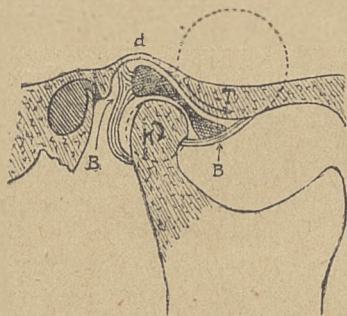


Ryc. 1. Wyrostek stawowy oddalony od dołka stawowego, ażeby uwidocznienie chrząstki międzystawowej (D) w stawie żuchwowym. Boczna część torebki stawowej wraz z więzadłem bocznym (lig. temporo-mand.) jest odpreparowana. Chrząstka dzieli staw na dwie części: piętro górne przestronniejsze (I) i piętro dolne (II), ciaśniejsze. Główna wyrostka stawowego przylega do chrząstki. (Rysunek własny według preparatu z Zakładu anatomii opisowej.

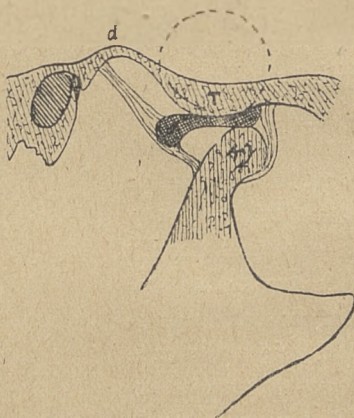
piętrze stawu chrząstka przesuwą się ku przodowi na guzku stawowym, w dolnym obraca się wyrostek stawowy na wklęsłej powierzchni chrząstki.

Przy rozwieraniu szczęk przesuwą się chrząstka na tylnej krzywiznie uwypuklenia guzka ku przodowi, podczas gdy w dolnej części stawu między chrząstką a wyrostkiem stawowym odbywa się ruch zawiasowy wkoło osi mniej więcej czołowej. Ryc. 2. Ruchomość w górnej części stawu jest znacznie większa i „piętro górne“ stawu jest przestrzenniejsze, aniżeli „piętro dolne“. Ryc. 1.

Przy maksymalnym rozwarciu szczęk napręża się tylna część torebki wskutek przeciągnięcia ku przodowi wyrostka stawowego wraz z chrząstką przez mięśnie skrzydłowe zewnętrzne, niemniej jednak napręża się i przednia część torebki tak w górnej jak i w dolnej swej części. Ryc. 7.



Ryc. 2.

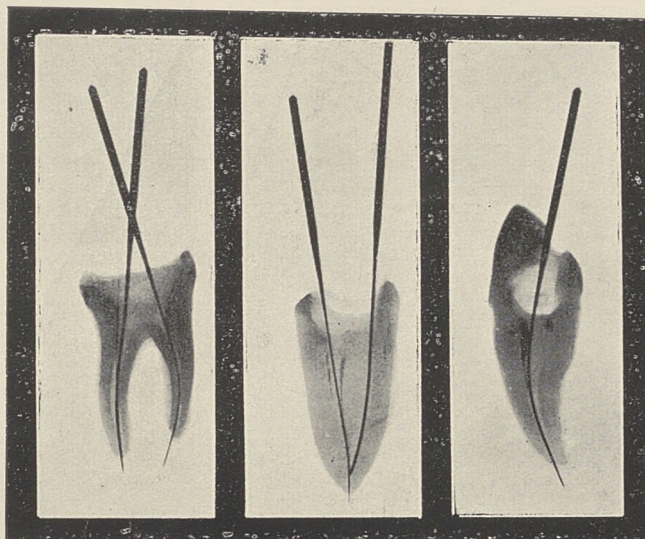


Ryc. 3.

Ryc. 2. Mechanika ruchów w stawie żuchwowym. W górnym piętrze przesuwą się chrząstka *M* na tylnej części guzka stawowego *T* ku przodowi. Główna wyrostka stawowego *K* obraca się w kierunku strzałki we wklęsłości chrząstki (Rys. z Gysi'ego). Ryc. 3. Układ chrząstki i główki wyrostka stawowego przy zwichnięciu stawu żuchwowego. Przednia i tylna część torebki naprężona. Schemat zrobiony przy użyciu ryc. 2).

Przy nadmiernym rozwarciu szczęk przesuwą się wyrostek stawowy na przedni odcinek guzka stawowego, wklaszczając chrząstkę. Chrząstka bowiem przesunęła się bardziej ku przodowi, wyrostek stawowy natomiast straciwszy zaparcie w guzku stawowym przesuwą się po jego ścianie przedniej i wklaszczą bądź to połowę, bądź też całą chrząstkę. Równocześnie następuje nadmierny obrót o oś czołową w dolnej części stawu, skutkiem czego tylna część wyrostka stawowego wchodzi w kontakt z chrząstką w sposób odmienny od normalnego swego układu. Mięśnie skrzydłowe zewnętrzne przeciągają gwałtownie ku przodowi wyrostek stawowy, następuje zesunięcie stawu po przedniej krzywiznie guzka stawowego, a przy zwarceniu szczęk pozostaje rozstęp między zębami na szerokość mniej więcej jednego do $1\frac{1}{2}$ palca, przyczem rzut zębów siecznych górnych przypada mniej więcej w okolicy kłów dolnych. (Ryc. 5 i 8–10).

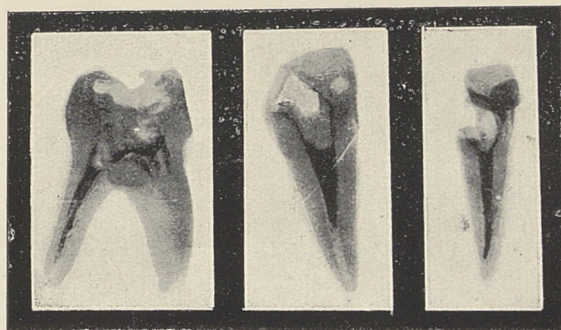
J. Jarząb: Żywotność drobnoustrojów po odkażeniu przewodów korzeniowych.



Ryc. 1. Skontrolowanie przewodów korzeniowych igielkami.



Ryc. 2. Niedostateczne upychanie pasty samą kuleczką waty lub hubką.

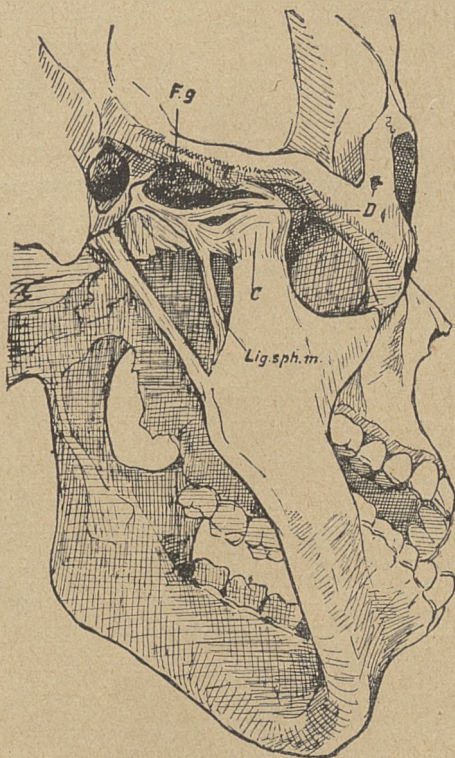


Ryc. 3. Głębsze wypełnienie przewodów korzeniowych pastą przy pomocy igielki i hubki.

Według Maissonneuve'a i doświadczeń na zwłokach Schnitzlera nie przychodzi przytem do przedarcia przedniej części torebki stawowej, jakkolwiek Schnitzler stwierdził wybitne naprężenie przedniej części torebki. Nélaton natomiast przypuszcza, że następuje przedarcie torebki i dlatego też, wywołując eksperymentalnie zwichnięcie żuchwy na zwłokach, nacinał przednią część torebki, chcąc uzyskać wytłumaczenie na mechanizm powstania zwichnięcia tegoż stawu. Teorja Nélatona spotyka się z ostrą krytyką Schnitzlera i Alberta. Henke i Hyrtl



Ryc. 4. Układ wyrostka stawowego dołka stawowego i chrząstki w stanie normalnym (zarys kreskowany) i przy zwichnięciu żuchwy). (Według Perthesa).



Ryc. 5. Układ chrząstki (D), główki stawowej, przedniej i tylnej części torebki stawowej dołka stawowego (F. g.) i guzka stawowego T podczas zwichnięcia. Ażeby uwidocznić wzajemny stosunek oddalono o $1\frac{1}{2}$ mm wyrostek stawowy od łuku jarzmowego. Wyrostek skroniowy jest zbliżony do dolnego brzegu łuku jarzmowego. Boczna część torebki wraz z więzadłem bocznym jest odpreparowana. Preparat widziany w skrócie od tyłu i boku. C Capsula articularis. — Rysunek własny według preparatu z Zakł. Anat. opisowej.

są zdania, że im silniej rozwarte są szczęki, tem mniejszym jest kąt, pod którym działają wypadkowo uzyskane z mięśnia skroniowego i żwaczy, skutkiem tego tem silniejszy jest napór na wyrostek stawowy i części składowe stawu; przeszkodę tę pokonać należy przy próbach repozycji.

Większa część w ten sposób powstałych zwichnięć nie sprawia zbyt trudności podczas odprowadzenia zwichniętej żuchwy. Wystarcza

nacisk oboma kciukami na okolice dolnych zębów trzonowych i uniesienie brody, ażeby oddalić wyrostki stawowe od guzków stawowych i wsunąć prędkim ruchem w tył w dołki stawowe. Można to zrobić nawet bez uspiania chorego. Są jednak przypadki, w których opór jest tak wielki, spowodowany skurczeniem mięśni, że dopiero rozprężenie mięśni w głębokiem uspianiu umożliwia odprowadzenie wyrostków stawowych w pierwotne ich położyska.

Przy zwichnięciach nawykowych repozycja jest bardzo łatwa i chory naprostowuje sobie sam zwichnięcie bez wielkiego trudu.

Poniżej podaję opis przypadku, który tak pod względem etjologii swej mechaniki zwichnięcia, jak i trudności przy odprowadzeniu, godny jest szczegółowego opisu.

U chorej Tr., lat 16 liczącej, u której dotychczas staw żuchwowy funkcjonował prawidłowo, nastąpiło zwichnięcie żuchwy przy otwarciu szczęk podczas zakładania wkładki arszénikowej w dolnym zębie trzonowym przez jednego ze stomatologów lwowskich. Należy przytem zaznaczyć, że chora nigdy nie zwichnęła sobie żuchwy, nie wykazywała więc dawniej skłonności ku temu. Przypadek ten zdarzył się więc poraz pierwszy podczas owego zabiegu dentystycznego.

Przy pewnym wysiłku udało się wówczas odprowadzenie żuchwy. Skoro jednak chora znowu usta otwarła, nastąpiło ponowne zwichnięcie żuchwy, którego wymieniony lekarz nie mógł już w żaden sposób odprowadzić i dlatego udał się na oddział chirurgiczno-stomatologiczny Instytutu lwowskiego. Wygląd pacjentki w chwili przybycia przedstawiał się jak podaje ryc. 9 i 10. Próby odprowadzenia zwichniętych stawów, podjęte przez mego asystenta lek.-dent. Jarzabę, jako i przezemnie nie odniosły mimo największego wysiłku żadnego skutku. Stwierdziwszy, że główną przeszkodę stanowi skurcz mięśni żwaczy skrzydłowatych i mięśnia skroniowego zdecydowałem się na wykonanie repozycji w głębokiem uspianiu ogólnem, eterowem. Gdy wszystkie mięśnie inne zwioteżały, było jeszcze potrzeba bardzo wielkiego wysiłku, ażeby zwichnięte wyrostki stawowe odprowadzić na swoje miejsce. Obawiając się ponownego zwichnięcia przy otwarciu szczęk, przygotowałem z góry opaskę, ażeby sprowadzone na swoje miejsce wyrostki stawowe utrzymać we właściwem miejscu przez przywiązanie żuchwy do czerepu czaszki. Skoro się jednak chora przebudziła i mimo zakazu rozwarła usta, by coś powiedzieć, zwichnięcie nastąpiło ponownie, zanim ukończono założenie opatrunku ustalającego.

Pomimo energicznych prób odprowadzenia żuchwy opór był znowu tak wielki, że repozycji bez wykluczenia działania mięśni u trzeźwej chorej nie można było dokonać. Musiano więc uspianie powtórzyć; pomimo tego trudności przy repozycji były tak samo wielkie, jak i poprzednio.

Tym razem zdołano ustalić w porę żuchwę, przywiązując ją silnie do czerepu czaszki. Chora otrzymała zakaz otwierania wogóle ust przez kilka dni następnych i polecenie odżywiania się płynami bez otwierania szczęk.

Od tego czasu minęło ośm tygodni. Chora mieszkająca na wsi, nie pokazała się mimo wezwania; należy więc przypuszczać, że funkcję żuchwy uzyskała i że ponowne zwichnięcie nie nastąpiło.

Jakkolwiek obserwowałem już kilkanaście przypadków zwichnięć żuchwy, z których większość przypada na zwichnięcia podczas długotrwałych uspien¹⁾, nigdy nie napotkałem się ze znaczniejszymi trudnościami w odprowadzeniu zwichniętej żuchwy.

W powyżej opisanym przypadku musiał nastąpić skurcz mięśni przyciągających żuchwę do góry i zahaczenie wyrostka skroniowego (l'accrochement) o brzeg dolny kości jarzmowej. Na zdjęciu fotograficznem widzimy bowiem wybitne uwypuklenie w okolicy jarzmowej (ryc. 9). Według podjętych prób na preparatach anatomicznych zahaczenie to nie jest bardzo prawdopodobne i wymaga specjalnych warunków anatomicznych, gdyż przyczep mięśnia skroniowego obejmuje nie tylko wyrostek skroniowy, ale nieraz sięga nisko w dół. Maissonneuve jest zdania, że przy zwichnięciach tylko mięśnie skroniowe są naprężone; Weber zauważa, że niektóre włókna tegoż mięśnia są zazwyczaj przedarte i oderwane od wyrostka skroniowego.

Teorja zahaczenia się wyrostka skroniowego ma swoich zwolenników jak Fabricius ab Aquapendente, Monso i M. Nélaton. Ostatni autor stwierdził ją na sekcji 68-letniego starca, na który to preparat powołuje się Malgaigne. Przeciw niej przemawia Perthes podnosząc, że w przeważnej ilości przypadków odległość od dolnego brzegu kości jarzmowej do wyrostka skroniowego jest za daleką, ażeby mogło nastąpić zahaczenie. Bądź co bądź musi naprężyć się silnie ścięgno mięśnia skroniowego i stanowić przeszkodę przy przesunięciu się wyrostka skroniowego przed dolny brzeg kości jarzmowej. Perthes jest zdania, że jeżeli się eksperymentalnie wywoła ten stan na macerowanej czaszce, to zwichnięcie to nie odpowiada obserwacjom klinicznym. Heath zauważa również, że w tym przypadku usta powinny być szerzej rozwarte, aniżeli się to spostrzega zazwyczaj, a broda jest cofnięta zamiast występująca. Wkońcu podnosi Heath, że zmniejszenie się rozwarcia szczęk nie nastąpiłoby wskutek rozprężenia mięśni, jak to nieraz się spotyka przy zastarzałych zwichnięciach.

¹⁾ Wiadomem jest, że przy uspieniach wysuwamy żuchwę ku przodowi, utrzymując szczęki zwarte, ażeby tym ruchem wyciągnąć język ku przodowi i przeszkodzić zapadnięciu go na nagłośnię.

Jeżeli więc zahaczenie wyrostka skroniowego istotnie było stwierdzone przez Nélatona na przypadku sekcyjnym musiał zachodzić nader rzadki i wprost wyjątkowy przypadek. Na uwagi powyższe można przyznać, że istotnie nie może być mowy o zahaczeniu się wyrostka skroniowego w przeważnej ilości przypadków, w których odległość między oboma wyrostkami jest niewielka a wyrostek skroniowy jest stosunkowo wysoki. Natomiast nie można zaprzeczyć mechanizmu zahaczenia w tych wypadkach, w których różnica wysokości między oboma wyrostkami jest znaczna a odległość między nimi jest wielka, przyczem odstęp między wyrostkiem stawowym a dolnym brzegiem kości jarzmowej jest stosunkowo niewielki. Warunki te istniały jednak przy spostrzeganym przezemnie przypadku.

Ażeby zahaczenie było możliwe, musi być — mojem zdaniem — wyrostek stawowy znacznie dłuższy niż wyrostek skroniowy i stosunkowo znacznie oddalony od niego, a wcięcie półksiężycowe musi być dość głębokie. W opisanym przypadku wyrostek skroniowy, jak wykazało zdjęcie roentgenowskie, był o 7 mm niższy od wyrostka stawowego i oddalony od najwyższego punktu kłykcia 40 mm, wcięcie półksiężycowe wykazywało przytem głębokość 17 mm.

Prócz teorii zahaczenia się wyrostka skroniowego istnieją jeszcze trzy inne. Według pierwszej z nich mięsień skroniowy kurcząc się przyciera wyrostek skroniowy do ściany tylnej górnej szczęki, ciągnąc go równocześnie ku płaszczyźnie skroniowej kości klinowej (*Théorie du contact rétromalaire*). Nastąpić to może — mojem zdaniem — wówczas, jeżeli wyrostek skroniowy jest wysoki i leży stosunkowo blisko wyrostka stawowego. Henke zwraca uwagę na to, że wyrostek skroniowy otoczony jest zupełnie ścięgnami przyczepu mięśnia skroniowego i znajduje się tuż przy kości szczęki górnej, nie dotykając jej jednak. Torebka stawowa jest naprężona w kierunku od tyłu ku przodowi zamiast być skierowaną od przodu do tyłu; więzadła boczne wewnętrzne i rylcowe żuchwowe są naprężone; naprężenie to zwiększa się przez uniesienie w górę brody. Chrząstka towarzyszy wyrostkowi stawowemu i bierze udział w jego przesunięciu.

Tymże dwom teorjom, tłumaczącym mechanizm powstania przeszkodami kostnymi przeciwstawia J. L. Petit teorię mięśni (*„Théorie musculaire“*). Oś obrotowa stawów skutkiem zwichnięcia została przemieszczona. Wyrostek stawowy znalazł się przed wypadkową działania mięśni żwacza i mięśni skrzydłowych. Skutkiem tego mięśnie te ciągną ku górze kąt żuchwy, zamiast unosić brodę.

Maissonneuve wreszcie podał „teorię więzadeł“ (Théorie ligamenteuse). Według niego oddziałują dwie siły na gałąź żuchwy: jedna czynna skierowana ukośnie ku górze i ku przodowi t. j. siła mięśni, służących do żucia i siła druga bierna, działająca ku górze i ku tyłowi, polegająca na naprężeniu więzadeł rylcowo- i klinowo-żuchwowych. Wypadkowa tychże dwóch sił przebiega w kierunku pionowym i w rezultacie przypiera silnie wyrostek stawowy do powierzchni podskroniowej.

Mechanizmu zwichnięcia żuchwy i utrzymania jej w stanie przemieszczonym nie można zazwyczaj wytłumaczyć tylko jedną z tych teoryj.

Zazwyczaj występuje więcej czynników równocześnie jak w przypadku wyżej opisanym, tak, że trzeba się uciekać do kilku teoryj równocześnie, ażeby móc wytłumaczyć sobie trudności, powstające przy odprowadzeniu.

W sprawie techniki i pokonania trudności przy odprowadzeniu zwichniętej żuchwy wspomnieć należy o sposobie Pollocka, który w pewnym przypadku przy którym zwichnięcie było zastarzałe, istniało już bowiem cztery miesiące, wprowadził między szczęki w okolicy trzonowców kliny a brodę podciągnął ku górze przy pomocy procy skórzaney, zarzuconej na głowę i przyciąganej kołowrotkiem.

Ryciny 5 i 8 są wykonane według preparatów uzyskanych z Anatomji opisowej Uniwersytetu J. K.¹⁾ i przedstawiają zachowania się stawu i chrząstki podczas zwichnięcia.

STRESZCZENIE.

Autor opisuje przypadek obustronnego zwichnięcia żuchwy ku przodowi u 16-letniej dziewczyny, który powstał przy otwieraniu ust podczas zakładania wkładki arsenikowej a przy odprowadzeniu sprawiał tak wielkie trudności, że musiano się uciec do głębokiego uśpienia. Zanim zdołano założyć opaskę ustalającą żuchwę, pacjentka otworzyła usta, co wystarczyło, by zwichnięcie nastąpiło ponownie. Repozycja powiodła się dopiero przy drugiej głębokiej narkozie. Istniejące trudności należy tłumaczyć w tym przypadku wybitnym skurczem mięśni żwaczy, skrzydłowatych a przede wszystkim m. skroniowego oraz zahaczeniem się wyrostka skroniowego o dolny brzeg kości jarzmowej. Stan ten może — zdaniem autora — nastąpić tylko wówczas, o ile wyrostek stawowy jest znacznie dłuższy, aniżeli skroniowy i jest szeroki odstęp między oboma wyrostkami.

¹⁾ Panu Profesorowi Józefowi Markowskiemu, dyrektorowi Zakładu Anatomji Opisowej Uniw. J. K., dziękuję na tem miejscu za łaskawe wypożyczenie preparatów do moich badań.

RÉSUMÉ.

L'auteur décrit un cas de luxation bilatérale en avant de la mâchoire chez une jeune fille de 16 ans. Cette luxation s'est produite pendant que la patiente ouvrait largement la bouche pour une cautérisation de la pulpe au moyen d'acide arsénieux. La réduction présentait de si grandes difficultés qu'on a dû recourir à une narcose. Après le remplacement de la mâchoire et avant que le bandage eût été mis, la patiente a tout à coup rouvert la bouche, ce qui a donné lieu à une récurrence. Cette fois encore la réduction a été faite en une narcose. Il faut attribuer dans ce cas la difficulté de la réduction à une contraction des muscles des masséters, ptérigoïdiens, et surtout des muscles temporaux ainsi qu'à un accrochement des apophyses coronoides au bord inférieur des maxillaires. L'auteur est d'avis qu'un tel cas ne peut se produire que si la longueur de l'apophyse articulaire dépasse de beaucoup celle de l'apophyse coronoïde et que la largeur de l'interstice entre les deux apophyses est très grande.

Prof. Dr. A. Cieszyński: Ein seltener Fall beiderseitiger Kieferluxation.

ZUSAMMENFASSUNG. Der Autor beschreibt eine Kieferluxation beiderseits bei einer 16-jährigen Patientin während einer Zahnbehandlung. Die Luxation im wachen Zustande der Patientin war — trotz energischer Versuche — nicht reponierbar. Die Reposition gelang erst in tiefer Narkose. Bevor die Fixation des Unterkiefers durch einen Verband durchgeführt worden ist, öffnete das erwachende Mädchen den Mund, wodurch abermals die Luxation zu stande kam; trotz allem Kraftaufwand konnte die Reposition nicht durchgeführt werden und gelang erst in zweiter, unmittelbar der ersten folgenden, tiefen Narkose. Die Schwierigkeiten während der Reposition sind in diesem Falle in einer überaus starken Kontraktion der Kaumuskulatur zu suchen und in dem Einhacken des Processus coronoideus unter dem unteren Rand des Jochbeins. Dieser Fall kann — nach Ansicht des Autors — nur dann eintreten, wenn der Gelenkfortsatz bedeutend länger ist als der temporale Fortsatz, ferner, wenn der Abstand zwischen den beiden Fortsätzen relativ gross ist, dagegen der Abstand zwischen dem Gelenkfortsatz und dem unteren Rande des Jochbeins gering.

PIŚMIENNICTWO:

- Albert E., „Erkrankungen des Kiefergelenkes“ w Scheff'a „Handbuch der Zahnheilkunde“, tom II. wydanie III. 1910, p. 4—16.
- Bochenek, Anatomja człowieka. Tom. I. Wyd. III. 1921, p. 233.
- Breuer, Was lehrt uns das Roentgenbild des Kiefergelenkes. Das rechte Kiefergelenk im Roentgenbilde. Oest.-ung. Viertelj. 1910. p. 24.
- Dieulafoy et Herpin, Maladies chirurgicales des mâchoires z Gaillard et Nogué Traité de Stomatologie VIII. 1911, p. 289.
- Fick Rudolf, Handbuch der Anatomie und Mechanik der Gelenke. I. Teil, Jena 1904, p. 46 i nast.
- Frey et Ruppe, Pathologie de la bouche et des dents. Paris 1922, p. 284.
- Gysi A., Artikulation w Bruhna, Kantorowicza i Partscha „Handbuch der Zahnheilkunde“. Tom III. 1926, p. 172.
- Nélaton, według: „Traité de Chirurgie“ wydanej przez Dupley'a i Reclus'a. 1891. III. cyt. według Alberta i Perthesa.
- Marshall John Sayre, Die chirurgischen Krankheiten des Gesichts, der Mundhöhle u. der Kiefer. Berlin 1899.
- Perthes G., Die Verletzungen u. Krankheiten der Kiefer, Stuttgart 1907 (Deutsche Chirurgie Lief. 33a) p. 40 i nast.
- Schroeder, Lehrb. d. techn. Zahnheilk. 1925. Tom I. ustęp Kauaparat p. 79.
- Strasser, Lehrbuch d. Muskel- u. Gelenkmechanik II. Bd. 1913. p. 479.



Ryc. 6.

Ryc. 7.

Ryc. 8.

Ryc. 6. Układ normalny przy zamkniętych szczękach.

Ryc. 7. Układ normalny przy maksymalnym rozwarciu szczęk. Główna wyrostka stawowego po tylnym uwypukleniu guzka stawowego. Chrząstka międzystawowa przylega tak, że granicę jej odróżnić nie można.

Ryc. 8. Układ przy zwichnięciu żuchwy. Chrząstka widoczna — przednia jej część, wkleszczona między główką wyrostka stawowego a przednią uwypukleniem guzka stawowego.

W ryc. 7, 8 i 9 jest boczna część torebki odpreparowana. Fotografje preparatu anatomicznego Koordynaty ułatwiają porównanie przesunięcia ku przodowi i w dół wyrostka stawowego.



Ryc. 9 i 10. Zwichnięcie żuchwy u 16-letniej dziewczyny. Widać uwypuklenie w okolicy kości jarzmowej. Wargi może chora w przypadku opisanym domknąć. Po odchyleniu warg widać niedomknięte szczęki, występująca ku przodowi żuchwę. Linja kłów, która powinna schodzić się przy normalnym układzie jest naznaczona.

DR. MED. M. BRILL

LWÓW.

Asyst. Oddz. Dent. Państw. Poradni Lek. dla
Młodzieży Szkół Publ. we Lwowie.

DENTYSTYCZNA OPIEKA SZKOLNA.

Les soins dentaires dans les écoles.

(Uwagi uzupełniające do artykułu pod powyższym tytułem zamieszczonego w „Pol. Dent.” nr. 4, str. 159.

Doc. pol. 22. 3.

Doc. int. 616, 314:37.

W związku z artykułem o dentystycznej opiece szkolnej nadesłało Ministerstwo W. R. i O. P., Naczelný Wizytator Higieny Szkolnej i Wychowania Fizycznego pod Nr. 578/4 z 4. X. 1926 następujące cenne uwagi pod adresem Redakcji:

1. „Praktyka wykazała, że centralistyczna organizacja pomocy dentystycznej dla młodzieży szkolnej daje mniejsze wyniki, niż liczne skromnie urządzone gabinety dentystyczne przy większych skupieniach szkolnych;

2. Zorganizowanie pomocy dentystycznej w sporej odsetce państwowych szkół średnich spowodowało to, iż coraz więcej prywatnych szkół średnich organizuje u siebie pomoc dentystyczną; tak np. w Warszawie za przykładem państwowych szkół średnich, które wszystkie posiadają na miejscu pomoc dentystyczną, poszły już 23 gimnazja prywatne, w których urządzono w szkole gabinety dentystyczne i gdzie pracują lekarze dentyści od 6 do 15 godzin tygodniowo;

3. Najbardziej opieszale rozwija się organizacja pomocy dentystycznej dla dziatwy szkół powszechnych ze strony władz samorządowych. W roku ubiegłym szkolnym poza większymi miastami wojewódzkimi (Warszawa, Kraków, Lwów, Wilno, Łódź), w których zostały zorganizowane poradnie dentystyczne szkolne, przeważnie w stopniu bardzo niedostatecznym, tylko w 5-ciu miastach powiatowych zorganizowano pomoc dentystyczną dla tej dziatwy, a mianowicie: w Radomiu, w Kutnie, w Płocku, w Lublinie i we Włocławku. Propaganda uświadamiająca za pośrednictwem pracy jest niezbędna“.

Nie ulega kwestji, że gabinety dentystyczne przy większych skupieniach szkolnych, t. z. przy każdym większym zakładzie naukowym, dają lepsze wyniki tak z powodu większego kontaktu lekarza-dentysty z młodzieżą, jakoteż z powodu większej ilości godzin, stojących mu do dyspozycji w jednym tylko zakładzie. Biorąc stosunki lwowskie pod uwagę, należałoby zatem, wedle zasady decentralizacji, stworzyć dla państwowych szkół średnich (23 zakładów) conajmniej 20, a dla szkół powszechnych 25 gabinetów dentystycznych t. j. kreować 45 posad lekarskich. Natomiast przy centralistycznej organizacji wystarcza, wedle obliczeń systemem Kantorowicza, 10—12 lekarzy pracujących po 2½ godzin dziennie. Koszta utworzenia i utrzymania 45 oddzielnych gabinetów dentystycznych łącznie z asystą są bez porównania większe niż jednej centralnej Poradni. Ponieważ nam chodzi o masową a planową opiekę dentystyczną, dlatego

musimy sobie wziąć przykład z rozwoju zmodernizowanego systemu gospodarczego. Wielkie zakłady przemysłowe pracują tanio, dobrze i wciąż się udoskonalają, podczas gdy małe przedsiębiorstwa podupadają z powodu nikłego efektu pracy. Głównym celem u nas jest zapobieganie powstawaniu próchnicy; pewnego rodzaju zmechanizowanie leczenia w dentyście szkolnej nie jest ze szkodą dla pacjenta i nie można porównywać opieki dentystrycznej szkolnej n. p. z ogólnem lecznictwem w Kasach Chorych. Strona finansowa opieki dentystrycznej odgrywa w obecnych warunkach bodaj czy nie największą rolę. Ponadto ma centralna Poradnia tę dobrą stronę, że pozostając pod jednym kierownictwem może łatwiej wprowadzić jednolity system leczenia, jednolitą statystykę i z niej odpowiednio wysnuwać wnioski. Ustalenie postępowania leczenia w tak wielu kwestjach spornych w tej młodej jeszcze gałęzi medycyny, jaką jest stomatologia, jest bardzo pożądane. Wydatniejsza praca dentyistów szkolnych — powiększenie ilości godzin ponad $2\frac{1}{2}$ dziennie — jest zależna od wynagrodzenia za tą pracę. U nas są dentyści na etacie lekarzy dentyistów b. zaboru rosyjskiego, wynagrodzenie ich jest zatem niższe aniżeli lekarzy szkolnych. Kantorowicz oblicza na stosunki niemieckie kosztą jednej jednostki pracy na 10.000 mk rocznie, a mianowicie 8.500 mk na lekarza i asystę a 1.500 mk na wydatki rzeczowe. Co do gabinetów dentystrycznych w prywatnych szkołach, to nie stoi na przeszkodzie, by się one wzorowały na centralnej poradni, która może i powinna być lepszą, aniżeli skromnie wyposażone gabinety w poszczególnych zakładach. O ile stosunki lokalne na to pozwalają należałoby umożliwić prywatnym zakładom naukowym korzystanie z rozszerzonej centralnej poradni przez wpłacanie pewnej ustalonej rocznej kwoty — na stosunki lwowskie n. p. po 400—500 zł. W wielkich miastach jak w Warszawie lub w Łodzi należałoby stworzyć — ze względu na większe odległości — po 3 względnie 5 centralnych poradni. W Nowym Jorku jest jedna klinika dentystryczna szkolna obliczona na 100.000 dzieci. Gdyby system centralizacji leczenia dentystrycznego nie był dobry, to bogate państwa zachodniej Europy i Ameryka nie wprowadziły go u siebie, tylko pozostawiłyby dawny system opieki dentystrycznej każdej szkole z osobna.

Co do punktu trzeciego podzielam najzupełniej wyrażone zdanie tak co do opieszałości władz samorządowych, jakoteż co do zupełnego braku uświadomienia za pośrednictwem prasy. Dentystryczna opieka szkolna jest tak ważnym czynnikiem higieny społecznej, że zasługuje w całej pełni na zajęcie się nią tak przez władze rządowe i samorządowe jak i przez społeczeństwo same. Przykład krajów zachodnich, zwłaszcza Ameryki, gdzie potentaci finansowi fundują i utrzymują szkolne kliniki dentystryczne, powinien w tym kierunku działać zachęcająco.

Ciekawym i ważnym momentem jest fakt przyjęcia w b. r. przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów w Genewie m. i. następujących dwóch rezolucji:

1. Odżywianie ciężarnych i opieka nad dzieckiem od urodzenia aż do wieku szkolnego tworzą podstawę dla rozwoju zdrowych i silnych zębów.

2. Dentystryczna opieka szkolna jest podstawą rozwoju zdrowotności narodu i odporności przy zwalczaniu i zapobieganiu chorobom zakaźnym i gruźlicy.

Załączony w nr. 4 „Pol. Dent.“ wzór kartoteki szkolnej jest wierną odbitką wzoru kliniki szkolnej Kantorowicza w Bonn. Oddział dent. lwowskiej Poradni wprowadził w bieżącym roku szkolnym nieco odmienną, do naszych stosunków więcej przystosowaną, kartotekę w dwóch kolorach: białą — dla chłopców i różową — dla dziewcząt. Koszta sporządzenia jej są stosunkowo niskie; podaje ją obok bez dalszych objaśnień i sędzę, że z małemi ewentualnie zmianami może się nadać dla wszystkich zakładów naukowych. Jedna kartka kartonowa tej kartoteki może służyć do zapisków dla jednego ucznia, względnie uczenicy, przez cały czas uczęszczania do szkoły. Przy przejściu ucznia z jednego zakładu naukowego do drugiego w miastach z zdecentralizowaną organizacją szkolnej opieki dentystycznej powinna być dołączona do świadectwa odejścia, względnie należy ją przechowywać w poradni, o ile ona jest centralną dla całego miasta.

Przy opisie powstania Oddz. dent. Państwowej Poradni we Lwowie zasłży niektóre nieścisłości, które w tem miejscu chcę skorygować i faktami uzupełnić.

Powstanie pierwszej Poradni dentystycznej dla młodzieży należy zawdzięczać inicjatywie Prof. Cieszyńskiego, który 3. lutego 1914 konfereował z Radą Szkolną Krajową w sprawie założenia Poradni dentystycznej dla młodzieży szkolnej, w lipcu 1914 przedstawił pierwszy plan organizacji pomocy dentystycznej dla młodzieży szkół powszechnych na Zjeździe higienistów we Lwowie, a w listopadzie 1920 r. uzyskawszy zezwolenie Wydziału lekarskiego nawiązał ponownie stosunki z Kuratorjum Okręgu Szkolnego i oddał salę operacyjną i poczekalnię Instytutu dentystycznego wraz z urządzeniem do dyspozycji Poradni dla młodzieży państwowych szkół średnich ogólno-kształcących i seminarjów nauczycielskich w godzinach popołudniowych, udzieliwszy zarazem zezwolenia na objęcie posady kierownika tegoż ambulatorjum jednemu z asystentów Zakładu, Drowi Szafranowi, a służącemu operacyjnemu Instytutu na zajęcie popołudniowe w Poradni. Okres I. pracy trwał od 15/II. 1921 do końca r. szk. 1922 Przerwa nastąpiła z powodu braku funduszków nie wystarczających na opłacenie personelu lekarskiego i pomocniczego. Po 1½-roczej przerwie otwarto ponownie dnia 1. maja 1924 r. Oddział dentystyczny Poradni dla młodzieży przy placu Strzeleckim. Główna zasługa przy otwarciu oddziału dentystycznego należy się Kuratorjum Okręgu Szkolnego lwowskiego w osobie wizytatora Dra Michała Kociuby, któremu był pomocnym w sprawach fachowych pierwszy kierownik tegoż oddziału Dr. Włodzimierz Szafran i to tak w sprawie ułożenia regulaminu, określenia czynności lekarzy i asysty, jakoteż przy adaptacji lokalu i pertraktacji z oddz. lwowskim Tow. Czerwonego Krzyża. Dr. Szafran działał z początku z ramienia i wedle wskazówek Prof. Cieszyńskiego. Gorącym poparciem osobistym przyczyniły się obok pań z Tow. Czerwonego Krzyża: Zgórskiej i Jędrzejowiczowej, panie Bartłowa i Ebermanowa, pełniące po dziś dzień bezinteresownie codzienne dyżury w Oddz. dent. Poradni, prowadząc całą książkowość tejże.

der Typen

W. Z. Foster

Plac Strzelecki 5. Parter (Budynek Powszechnej szkoły męskiej im. Piramowicza).

Naczelnik: Dr. med. i fil. M. Kociuba.

Kierownik **Dr. W. Nacher.** Oddział Dentystyczny:

Ernest. Kelpmush

Imię i nazwisko:		Badanie w szkole	
Zakład naukowy:		I. półrocze	II. półrocze
Mieszkanie:			
Zawód rodziców:			
Rok szkolny:			
Klasa:			
Opłata:			
Data	Winien Zapłacić	Data	Winien Zapłacić
Zgryz:			
Uwagi:			
Lekarz ordynujący:			

Prawa strona

Lewa strona

Szczeka górna

Szczeka dolna

		8	
		7	
		6	
V.		5	V.
IV.		4	IV.
III.		3	III.
II.		2	II.
I.		1	I.
I.		1	I.
II.		2	II.
III.		3	III.
IV.		4	IV.
V.		5	V.
		6	
		7	
		8	

Objaśnienia:

Wypełnienia:

X = usunięcie zęba

 \sqrt{ggr} = gangrena

C = cement

 \sqrt{x} = arszenik \sqrt{I} = wypełn. korz. pastą

S = porcelana

 $\sqrt{\cdot}$ = wkł. trójkresolowa \sqrt{III} = odcięcie miazgi

A = amalgam. srebra

 $\sqrt{\cdot}$ = wkł. fenolowa kamf. \sqrt{HH} = wyjęcie miazgi

Cyfry arabskie oznaczają zęby stałe, cyfry rzymskie zęby mleczne.

Wiadomości bieżące i uniwersyteckie.

W okresie od 19. czerwca do 3. lipca, b. r. odbywała się w Warszawie wystawa wynalazków. Z pośród wystawionych rzeczy zwróciły na siebie uwagę eksponaty pomysłu kolegi-lekarza dentystry M. Abramowicza z Warszawy*), a mianowicie: 1. Przyrząd do zbierania opilek szlachetnych metali, zastosowany do wiertarki i szlifierki; 2. uniwersalna przenośna szlifierka; 3. przyrząd do unieruchomienia górnej części wiertarki nożnej; 4. przyrząd do wstawiania elektrycznej wiertarki, wiszącej w pozycji, dającej możliwość uruchomienia szlifierki. Wyżej wymienione przyrządy stworzą w technice dentystycznej poważne udogodnienia; przyrząd do zbierania opilek szlachetnych metali daje możliwość skrupulatnego zbierania opilek do flaszeczki; można zbierać każdy gatunek opilek oddzielnie; nie szkodzi zdrowiu pacjenta, ani lekarza, gdyż pył kamienny, kauczukowy i inny koncentruje się w przyrządzie, a nie rozpyla się w powietrzu. Uniwersalna przenośna szlifierka — zaoszczędza czas, gdyż można się nią posługiwać w gabinecie, nie wchodząc co chwila do pracowni; nie posiadając odpowiedniego mieszkania można szlifierkę umocowywać do okna, stołu, ściany i t. p. Ewentualnie szlifierka daje możliwość pracy w pozycji siedzącej. W braku własnej pracowni szlifierka ta daje możliwość pracowania przy pacjencie. Nie mając specjalnej elektrycznej szlifierki można uruchomić uniwersalną szlifierkę zapomocą elektrycznej wiertarki. Przy wyjazdach niema potrzeby wożenia dwóch maszyn. Zajmuje mało miejsca, jest znacznie tańszą od innych. Nadaje się też i dla innych celów praktycznych. Umocować przy niej daje się szcetówki, filce, kamienie, świdry, frezy, karborundowe kamienie, szcetczki i t. p. Wystawa była odwiedzana przez cały szereg kolegów, wykazujących zainteresowanie dla wszelkich inowacji w dentystyce, którzy na piśmie wyrazili swe uznanie. Jako rzeczoznawcy zostali zaproszeni przez Komitet wystawowy: dyrektor Państwowego Instytutu w Warszawie Prof. Dr. H. Wilga, oraz lekarz-kierownik Kasy Chorych Dr. M. Lipszyc, którzy wyrazili dent. M. Abramowiczowi swe uznanie i na zasadzie ich fachowego orzeczenia Komitet Wystawowy wyznaczył koledze Abramowiczowi, jako nagrodę za jego wynalazki wielki srebrny medal.

London. J. Howard Mummary †. Wybitny i znany uczony Howard Mummary zmarł w Londynie 30. sierpnia w 79 r. życia. W r. 1899 był on prezydentem British Dental Association. Przez 10 lat był profesorem bakteriologii dentystycznej w Royal Dental Hospital a w r. 1920 został mianowany honorowym profesorem tamże. W r. 1924 był wiceprezydentem F. D. I. podczas VI. międzynarodowego Kongresu w Londynie. W r. 1892 otrzymał nagrodę Johna Tomes'a od Król. Akademii lekarskiej, zaś w r. 1922 nagrodę Millera za histologiczne prace badawcze.

Największe swe dzieło ogłosił w r. 1919: *The microscopical and general anatomy of teeth*. (Mikroskopowa i ogólna anatomja zębów).

Fiume. Dr. Anton Grossich, sławny chirurg, który wprowadził odkażanie skóry jodem przed zabiegami chirurgicznymi, zmarł w 77 roku życia.

Lwów. Przed rozpoczęciem zimowego trymestru odbyły się w czasie od 10—25. września kursy uzupełniające z chirurgji stomatologicznej w Instytucie dentystycznym Uniwersytetu, które prowadził st. asyst. Instytutu Józef Jarząb.

Heidelberg. Instytut dentystyczny Uniw. w Heidelbergu zostaje powiększony przez dobudowę, obejmującą oddział kliniczny z łózkami dla chorych i nowe sale operacyjne (Z. R. 1926/48).

Niemcy — Münster. Prof. Dr. Apfelstaedt został mianowany zwyczajnym profesorem i dyrektorem Instytutu dentystycznego Uniw.

Australia. 6 Kongres dentystyczny w Australji odbędzie się w roku przyszłym w Melbourne.

Nowy-York. 20. i 21. sierpnia odbyło się posiedzenie American Academy of Periodontology. Organizacja ta liczy 28.000 członków.

Północna Ameryka. W Tempa (Florida) przystąpiono do budowy 12-piętrowego gmachu mającego wyłącznie mieścić w sobie ordynaryjne lekarskie i lekarzy-dentystów. Koszty budowy mają wynosić 1,2 miliona dolarów.

*) Adres: Lek. dent. M. ABRAMOWICZ Warszawa, Franciszkańska Nr. 6 m. 4.

PROF. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO
UNIW. JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE ZA ROK AKAD. 1925/26¹⁾.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

Sily pomocnicze: Asystent starszy: *Józef Jarząb*, lek.-dent.
 Asystent młodszy: *Mieczysław Jankowski*, absolw. med.
 Książkowa: *Regina Orlicka*.
 Pomocnik techniczno-dentystyczny: *Jan Sichler*.
 Laborantka i rysownicza: *Marja Schwormówna*.
 Pomocnica dent.: *Anna Obalewska*.
 Woźny (służący operacyjny i pomocnik w pracowni roentg.):
Andrzej Wrona.
 Woźna pomocnicza (służąca): *Karolina Pałczuk*.

I. WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW.

A) Oddział I. chirurgiczno-stomatologiczny.

Starszy asystent: *J. Jarząb*,

Rok 1924/25; 1925/26.			
Ogólna ilość chorych (8732)	7670	przy zębach	123
nowo przyjętych (5488)	5292	w tem tylko wycięcie dziąseł	12
Zabiegi chirurgiczno-stomat.:		wyc. dziąseł wraz z wygładze- niem kości (op. Cieszyńskiego)	24
A) 1. Ekstrakcje zębów:		7. Otwarcie ropowic	6
ogółem (5845)	5219	8. Osteomyelitis	5
typowych	5039	na tle grypy	2
atypowych	180	" " tyfusu	—
ze separacją korzeni	108	zap. przewleczone z otoczenia	3
z dłutowaniem	72	9. Sekwestrotomia	3
B) 2. Znieczulenia:		10. Opatrunków	774
a) zapomocą wstrzykiwań:		11. Leczenie <i>neuralgji nerwu V.</i>	
ogółem (4101)	3784	chorych	7
miejscowe	1980	kobiet	2
mandybularne	1804	mężczyzn	5
b) zapomocą uspienia (ogółem)	6	leczon. już dawn. injekc.	5
chlorkiem etylu	2	wyleczonych	7
eterem i chloroformem	4	Neuralgja V ₁ gałąź	1
C) Inne operacje:		" V ₂ "	7
3. Resekcje korzenia u chorych	31	" V ₃ "	1
ilość resekowanych zębów	44	" w tem " 2 i 3	—
4. Nowotwory: Adamant. cyst.	1	" " 1 i 2	1
dziąsłaki	3	Injekcje alkoholowe	
torbiele korzen.	18	For. owale via transv.	—
" zawiązk.	—	via Gangl. Gas.	—
5. Plastyka:		" mandib. via extra- oral.	—
podniebienia tward. i mięk.	1	" mentale	2
(w 2 etapach)	1	For. rotund. via supra- zyg.	3
wyrostka zębodołowego	2	via infrazyg.	2
warg (zajęcza warg)	1	via perorbitalis	2
6. Gingiwoektomia (chirurgic- zne leczenie t. zw. ropo- toku zębodołowego)	36	do V ₂ { " infraorb.	7
		" palat.	—
		" incis.	1
		" ethmoidale	1

¹⁾ Sprawozdanie za lata 1921/22 i 1922/23 ogłoszone jest w „Polskiej Dentystyce“
 za r. 1923 na str. 273.

Sprawozdanie za rok 1923/24 w „Polskiej Dentystyce“ za r. 1924 na str. 205.

" " " 1924/25 " " " " " 1926 " " 50.

do V ₁ N. front. (w 2 etapach) .	1
Powikłania podczas iniekcji . .	—
12. Powikłania podczas lub po operacji:	
Złamanie igieł Freiensteina przy iniekcji mandybularnej	5
igieł wyjęto	4
igieł pozostawiono	1
krwawienia	2
Wtłoczenie korzenia do jamy szczękowej (korzeń wyjęto) .	1

13. Leczone ciekawsze przypadki:	
Przetoki licowe	3
Przecięcie dolnej wargi przy separacji zębów	1
Leczono obrażenia szczękowe:	
Złamanie u podstawy wyrostka zębodołowego górnego	1
Złamanie wyrostka zębodołowego dolnego	1
szczęki górnej	3
żuchwy	5

B) Oddział II. zachowawczy.

Starszy asystent *J. Jarzqb.*

W roku 1925/26.

Ogólna ilość wizyt	4408
Pacjentów nowych	941
Wkładek fenolowych	779
„ trójkrezol-formal	1013
„ fenol-kamf.	874
Zatrucie arsenikiem	699
Wypełnień korzeni:	
„ pasta	900
„ parafiną	236
	1136

Wypełnień stał. ubytk:	
„ cementowych	90
„ silikatowych	471
„ amalgamow.	1222
„ wkładek (inlay)	53
Ilość rękoczynów ogólna	6337

C) Oddział protetyczny (prace dla pacjentów).

Asystent młodszy: *Mieczysław Jankowski.*

Ilość przyjętych pacjentów nowych	286
„ wizyt	1664
Prace w kauczuku:	
Ilość protez kauczuk. górnych 66	106
„ „ „ dolnych 50	33
Napraw kauczukowych dostawek	1258
Ilość zużytych zębów	113
„ klamer	5
„ zasuw (zamiast klamer)	3
„ koron teleskop. (zam. klamer)	50
„ ssawek	

Prace w metalu:	
Ilość wypełnień złotych lanych .	26
„ koron złotych	95
„ „ z nieszlach. metalu 2	

Fasad i zgryzadeł zęb. złotych .	2
Zębów cwiękow. Dübła	1
„ „ syst. Richmonda	22
Dostawki płytkowe złote	1
Mostków ilość:	45
„ Członów w mostkach	182
„ Zębów platyn. w mostkach	39
Napraw mostków	5

Prace ortopedyczne:	
Regulacji zgryzów skomplikow. .	3
Krzywe pochyle	8
Zatykaćel przy resekcji szczęki górn.	5
Szyn ustalających Warnekrosa .	4

Prace wykonane przez studentów na ćwiczydlach nie są uwzględnione w statystyce.

D) Oddział roentgenologiczny.

Zdjęcia u:	Zdjęć intraoralnych:	Zdjęć ekstraoralnych:	Ogółem:
pacjentów			
302	750	57	807

Odesłano do roentgenoterapii ¹⁾	4 przypadki.
ropowic	2 „
przetok licowych	1 przypadek
Lymphadenitis na tle nieznanem	1 „
Naświetlań razem	12

Wynik we wszystkich przypadkach dodatni.

¹⁾ Za przeprowadzenie roentgenoterapii wyrażam p. Doc. Dr. Dębickiemu jako i Oddz. roentgenologicznemu Kliniki chorób wewnętrznych, uprzejme podziękowanie.

II. RUCH PACJENTÓW.

		1924/25	1925/26
W Oddziale	I. chirurg.-stomatologicznym	8732	7670
"	II. zachowawczym	3755	4408
"	III. protetycznym	900	1664
"	IV. roentgenologicznym	448	302
	Ogółem	13.835	14.044

III. Ilość studentów medycyny na kursach obowiązkowych dentyst.

R o k	Trymestr	Ilość	Ukończyło ćwiczenia	Wedle półroczu studiów					Nostryf.	Według płci		Według wyzn.	
				VI.	VII.	VIII.	IX.	X.		męż.	kob.	Iz.kat. (gr.k.)	moż.
1925-26.	I. i II.	74	74	1	13	1	57	1	1	56	19	44	30
	III.	38	38	4	14	5	6	8	1	30	8	20	18
Razem		112	112 100%	5	27	6	63	9	2	86	27	64	48

IV. Ilość studentów, wzgl. Dr. med. na kursach specjalnych.

1925—26	I. i II. trymestr							III. trymestr							Razem w I, II i III tr.
	Razem	męż.	kobiet	wyżn. rz. kat. i gr. k.	wyżn. moją.	stud. med.	Dr. med.	Razem	męż.	kobiet	wyżn. rz. kat. i gr. k.	wyżn. moją.	stud. med.	Dr. med.	
Kurs protetyczny															
zapisало się:	23	13	10	19	4	19	6	5	2	3	1	4	1	4	28
ukończyło: kurs I. . .	7	1	6	6	1	5	2	4	2	2	2	2	1	3	11
„ II. . .	6	3	3	4	2	4	2	6	1	5	5	1	3	3	12
„ III. . .	1	—	1	—	1	—	1	2	2	—	2	—	—	2	3
„ IV. . .	1	—	1	—	1	—	1	2	2	—	2	—	—	2	3
Kurs dent.-zachowawczy															
zapisало się:	13	9	4	10	3	8	5	13	7	6	9	4	7	6	26
ukończyło: kurs I. . .	4	3	1	4	—	3	1	2	1	1	—	2	1	1	6
„ II. . .	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	—	1	1	5
„ III. . .	1	—	1	—	1	—	1	3	3	—	3	—	—	3	4
Hospitanci w Oddz. chirurg. i zachow. .	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Kurs roentgenologiczny.	22	13	9	17	5	15	7								
Ukończyło specjalizację i otrzymało poświadczenia: w tr. I i II .	2	1	1	1	1	1	1	1. Jankowski Mieczysław abs. med. 20/XII. 1925.							
„ w trym. III .	2	2	—	2	—	—	2	2. Dr. Schnapperówna Berta, 20/I. 1926.							
								3. Dr. Hełczyński Adam, 26/IV. 1926.							
								4. Dr. Krąpiec Rudolf, 12/VI. 1926.							
Rozpoczęło i przerwało wskutek kolizyj ze studjami i sprawami wojskowemi: w tr. I i II	7	6	1	7	—	7	—	1. Arciszewski 26/X. 1925.							
„ w trym. III	1	—	1	1	—	1	—	2. Cimiengo 12/X. 1925.							
								3. Krynicki 14/XII 1925							
								4. Kwiatkowski 22/II. 1926.							
								5. Lewiński 14/XII. 1925.							
								6. Niebyłowicz 1/II. 1926.							
								7. Piekarska 1/II 1926							
								8. Stocka 30/VI 1926.							

V. Wyszkolenie techników dentyst. i pomocnicie dentyst.

Uczniów tech.-dent. (nauka trwa 3 lata).	Razem	męż- czyzn	kobiet	wyższ. rz. kat.	Uczennic na pom.dent. (nauka trwa 1 rok)	Razem	wyższ. rz. kat.	
Blonarowicz Włod- zimierz	3	2	1	3	Przyjęto	6	6	
Woroniak Rudolf Paszekówna Leo- narda					1-roczną naukę na pomocnicę dentyst. ukończyła	1	1	Lewicka Bogusława 4/IX 26
Ukończył 3-letnią na- ukę techn.-dent. . .	1	1	—	1	Naukę przerwały .	2	2	Szczygieł Marja, Velcz Izabella.
Blonarowicz Włodzi- mierz 1/X. 1925.					Czas przepisany od- była, lecz egzami- nu nie zdała . . .	1	1	Szumówna Janina.

VI. PRZYROST INWENTARZA (ważniejsze pozycje).

1 piec „Sylit“ do wypalania porcelany, 1 tokarnia stołowa „Bersona“, szafa na preparaty w pracowni technicznej, 6 muleży woskowych anatomicznych.

BIBLIOTEKA.

Katalog obejmuje 841 dzieł; nowych dzieł przybyło 41. Abonowano następujące czasopisma:

- | | |
|--|--|
| 1. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej P. | 14. Ars Medici. |
| 2. Lekarz Polski. | 15. Dentalmarkt (bezpł.). |
| 3. Nowiny lekarskie. | 16. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheil. |
| 4. Polska Gazeta lekarska. | 17. Fortschritte der Zahnheilkunde. |
| 5. Polski Przegląd chirurgiczny. | 18. Medizinische Klinik. |
| 6. Przegląd dentystyczny. | 19. Münchener Medizin. Wochenschrift. |
| 7. Wiadomości Związkowe (bezpł.). | 20. Schweizerische Monatsschrift f. Zahn-
heilkunde |
| 8. The Dental Cosmos. | 21. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. |
| 9. The Dental Magazine (bezpł.). | 22. Zeitschrift f. Zahnärztl. Orthopädie. |
| 10. Dental Items of Interest. | 23. Zeitschrift f. Zahnärztl. Metallurgie. |
| 11. The International Journal of Ortho-
dontia, Chirurgie und Radiologie. | 24. Zeitschrift f. Stomatologie. |
| 12. Journal de Radiologie. | 25. Zahnärztliche Mitteilungen. |
| 13. La Revue de Stomatologie. | 26. Zahnärztliche Rundschau. |

W Instytucie dentystycznym znajdują się w przechowaniu egzemplarze wymienne „Polskiej Dentystyki“ następujących czasopism:

- | | |
|---|--|
| 1. Biologia lekarska. | 15. La Stomatologia |
| 2. Higjena Ciała. | 16. Dental Echo. |
| 3. Lekarz Polski. | 17. Dentalmarkt. |
| 4. Medycyna doświadczalna i społeczna. | 18. Dental Magazin. |
| 5. Nowiny lekarskie. | 19. Dental Items of Interest. |
| 6. Polska Gazeta lekarska. | 20. The International Journal of Ortho-
dontia. |
| 7. Przegląd dentystyczny. | 21. Brasil Odontologico. |
| 8. Przyroda i technika. | 22. Medizet. |
| 9. Wiadomości Związkowe. | 23. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. |
| 10. L'Odontologie. | 24. Zahnärztliche Rundschau. |
| 11. Revue Belge de Stomatologie. | 25. Zeitschrift für Zahnärztliche Ortho-
pädie. |
| 12. Revue d'hygiene dentaire de France. | 26. Zubni lekarstvi. |
| 13. La Semaine Dentaire. | |
| 14. La therapeutique Dentaire. | |

VII. PRACE Z INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIWERSYTETU JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE

ogłoszone drukiem w r. akademickim 1925/26¹⁾ w czasie od 1/IX. 1925 do 30/VIII. 1926 r.

L. bież.

Prof. Dr. Antoni Cieszyński:

- 1* (90) *Technique exacte d'injections extrabuccales dans le nerf dentaire inférieur.* Wykład wygłoszony na zjeździe lekarskim francusko-polskim w Towarzystwie chirurgicznym w Paryżu, wydrukow. w „Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie“. Tome LI, nr. 16, ryc. 2.
- 2* (94) Leczenie chirurgiczne chorób wkołożeńbowych przedewszystkiem zaś t. zw. ropotoku zębodołowego. (Wykład wygłoszony w sekcji stomatol. XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie, w lipcu 1925 r.). Polska Dentystyka 1925, nr. 6, str. 227—253, ryc. 30, tabl. 3.
- 3* (95) *Zahnärztliche Roentgenologie und klinische Zahnheilkunde im Röntgenbild* (wyd. II. rozszerzone i nowo opracowane, 434 stron druku i 643 rycin, tabl. czarnych 9, barwnych 2. Nakładem J. A. Bartha, Lipsk).
- 4* (96) Sprawozdanie z działalności Instytutu dentystycznego Uniw. J. K. za rok akad. 1924/25. Pol. Dent. 1926, nr. 1, str. 50—58.
- 5* (97) Projekt ustawy normującej wykształcenie stomatologów w Polsce. Polska Dentystyka 1926, nr. 2, str. 83—87.
- 6 (98) *Radikal-chirurgische Behandlung der parodontalen Erkrankungen nach Cieszyński-Widmann-Nodine-Neumann oder „Operatio Neumanni“.* Zur Feststellung der Prioritätsfrage. Deut. Mon. f. Zahnheilk. (Oddane do druku).
- 7* (99) *Extraoral Method of Stomatological Roentgenography. A New Method of Stereorontgenography of the Jaws and Teeth.* Symposium of Stomatology w Med. Journ. and Record 1926. May p. 661—666 z 12 ryc.
- 8* (100) Kurs stomatologii w zakresie wiadomości potrzebnych lekarzowi prakt. Część I. 1926 (z rycinami). Wydali cyklostylem Spoz i Ehrenreich.
- 9* (101) Usunięcie prognatji drogą chirurgiczną przy okazji sporządzenia dostawek. Plastyka mająca na celu podwyższenie przed-sionka jamy ustnej po częściowem wycięciu wyrostka zębodołowego. Pol. Dent. 1926, nr. 3, str. 111—119, ryc. 9.
- 10* (102) Wykłady i pokazy kliniczne w Tow. Stomatologów lwowskich. (Wykład I i II). Polska Dentystyka 1926, nr. 3, str. 120—128, ryc. 9 i nr. 4 1926, str. 182.

Wykład I. str. 121.

Przyp. 3. Próba wykonania protezy dolnej ortopedycznej przy bezzębnych kikutach po wypilowaniu całkowitego trzonu żuchwy. 121.

¹⁾ W zes.łorocznem sprawozdaniu umieszczono mylnie w **Kronice Uniwersytetu J. K.** za rok 1924/25 na str. 116, że z Instytutu dent. Uniw. J. K. ogłoszono prac 8. Natomiast powinno brzmieć: W czasie od dnia 1. lipca 1924 do 1. lipca 1925 roku ogłoszono drukiem z Instytutu dent. Uniw. J. K. (Prof. Cieszyński) prac 17 w tem 1 podręcznik i 3 prace asystentów nie licząc 7 prac oddanych do druku.

* oznacza, że dana praca ukazała się drukiem; bez gwiazdki — praca oddana do druku.

Przyp. 4. Samoistne złamanie żuchwy i jej zrost po osteomyelitis na tle nieznanem. 123.

Przyp. 5. Pokaz przypadku po gingiwektomji przy parodontosis w szczęce górnej i dolnej. 124.

Przyp. 6. Lymphadenitis submaxillaris wzgl. Lymphoma 124.

Przyp. 7. Trzy przetoki licowe pochodzące z zęba trzonowego górnego. 124.

Przyp. 8. Newralgia II. gałęzi nerwu trójdzielnego. 125.

Przyp. 9. Torbiel korzeniowa wychodząca od 3 zęba. 125.

Przyp. 10. Olbrzymia torbiel korzeniowa wypełniająca prawie połowę szczęki, wychodząca od środkowego zęba siecznego. 126.

Przyp. 11. Torbiel korzeniowa w okolicy zęba trzonowego górnego. 127.

Wykład II. str. 182.

Przyp. 12. Parodontitis w okolicy 2.1 — 2. Pokaz pacjenta po radykalnej operacji według Cieszyńskiego-Widmana. 182.

Przyp. 13. Wybitne kliniczne objawy — brak jakichkolwiek zmian na zdjęciu roentgenowskim przy zapaleniu ozębnej. 182.

Przyp. 14. Martwica kości szczękowej po zapaleniu szpiku kostnego na tle tyfusu brzuszego. 182.

11 (103) Gingivectomy of the Cieszyński-Widman or Radical Operation? (zgłoszone na VII. Zjazd dentystyczny Międzynarodowy w Filadelfji).

12 (104) The Surface of Gingival Pockets in Parodontal Diseases. (Zgłoszone na VII. Międzynarodowy Zjazd dentystyczny w Filadelfji).

13 (105) Die Einstellung der Einstichsrichtung — parallel zum Horizont bei Injekten in dem II. u. III. Trigeminusast (zgłoszone na VII. Międzynarodowy Zjazd w Filadelfji).

14 (106) Wysłanie 107 eksponatów z pomysłami oryginalnymi (tablic) z dziedziny roentgenologii, ortognatostatyki, chirurgji i ortopedji szczęk na „Historyczno-naukową Wystawę dentystyczną“ do Filadelfji.

15 Jako redaktor „Polskiej Dentystyki“ wydał Prof. Cieszyński:

a) II część (sierpień do grudnia 1925) III. rocznika Polskiej Dentystyki i

b) I część (styczeń do sierpnia 1926) IV. rocznika Polskiej Dentystyki.

PRACE ASYSTENTÓW.

Józef Jarzab, lek.-dent. i st. asystent.

1. Cement z tymolem Cieszyńskiego jako podkład pod wypełnienia. Wygłoszone na II Pol. Zjeździe lek.-dent. w lipcu 1925 w Warszawie. Pol. Dent. 1926, nr. 1, str. 1—15, ryc. 8.

2. Żywotność drobnoustrojów po odkażeniu przewodów korzeniowych. (Pol. Dent.) 1926 nr. 6. str. 243—250 z 1 tabl.

Dr. Henryk Gorczyński, b. adjunkt Instytutu dent. U. J. K.

3. Sprawy ropne jamy ustnej w oświeceniu bakterjologicznem. Wykład wygłoszony na II Pol. Zjeździe lek.-dent. w lipcu 1925 w Warszawie. Pol. dent. 1925, nr. 5, str. 181—189.

Tadeusz Szaniawski, b. asyst. Instytutu dent. U. J. K.

4. Leczenie rozszczepów twardego i miękkiego podniebienia zapomocą obturatorów Przegl. dent. 1925, nr. 9, str. 240—252.

RUCH NAUKOWY.

Dnia 20 czerwca w lokalu Bracka 18, odbyło się **VII. Zebranie Naukowe Związku Lekarzy-Dentystów Chrześcijan**. Wieczór wypełnił odczyt przybyłego na zaproszenie Zarządu Dra Allerhanda, prezesa Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Na początku kol. Goldberg-Górski demonstrował przypadek zapalenia szpiku kostnego szczęki dolnej. Stan kliniczny: przetoka ropna, silny obrzęk, siność, zęby rozchwiane. Rentgenogram ustalił próchnicę żuchwy po zapaleniu szpiku kostnego. Badania bakterjologiczne wykryły gronkowce i paciorkowce. Zastosowana autowakcyna, przetwory wapnia i fosforu dały rezultaty dobre: wydzielanie się martwiaków i stopniowe odrodzenie się szczęki.

Drugi przypadek: strzaskanie postrzałem kąta żuchwy i górnej szczęki z wylotem kuli koło nosa.

Następnie Dr. Allerhand wygłosił odczyt na temat: O nowoczesnych metodach leczenia przewodów korzeniowych. Na wstępie prelegent zaznacza, że sprawa zachowawczego leczenia w stomatologii ze względu na swoje wielkie znaczenie domaga się jak najszerszego i najczęstszego omawiania i roztrząsania. Piśmiennictwo zagraniczne, szczególnie amerykańskie, w ogromnej mierze zadanie to spełnia. Nasz udział w tej sprawie jest znikomy. Następnie podkreśla prelegent smutny niestosunek — wieczną rozbieżność między tem co się pisze i mówi, między postulatami badań naukowych, a praktyką zawodową. Zdobycze i wyniki nauki muszą wreszcie przestać być własnością teoretyków, a winny stać się udziałem każdego lekarza praktyka. Dentystyka przestała być zabiegiem dla bogatych, należy się też, by jak najszersze masy korzystać z niej mogły. Następnie prelegent przechodzi do właściwego tematu, nawiązując do sprawy ogólnej zakażenia ustnego, o którym mówił na Zjeździe we Lwowie. Podkreśla jej znaczenie. W myśl tego, że verba manent a scripta volant, sprawa winna być przedstawiona genetycznie i wszechstronnie. Poruszając sprawę zakażenia ustnego zaznacza, że to co się u nas w tej dziedzinie pisze, jest niczem w stosunku do tej fali prac, badań, artykułów i pojedynków myślowych pracy amerykańskiej, niemieckiej, wogóle zagranicznej. Zakażenie ustne jest niejako podstawą racjonalnego lecznictwa. Nawet T-wa Ubezpieczeń żądają dziś rentgenogramów, pacjenci dyktują metody. Wszystkie te tezy o zakażeniu ustnem stają się szybko własnością duchową leczącego się ogółu i to wkłada obowiązek na nas odpowiedzenia zadaniu zawodowemu w najszerszej mierze.

Teoria zakażenia ustnego tak jak się dziś przedstawia, skryształizowała się w latach wojny głównie w Ameryce. Po wojnie przeniknęła do nas. Według tej teorii cały szereg cierpień ogólnych ma źródło w ukrytem ognisku zapalnym o drobnoustrojach zjadliwych, które przy odpowiednich warunkach przedostają się do narządów odległych i wywołują ich schorzenia. Odnosi się ta teoria do spraw przewlekłych, które trwają tak długo, dopóki ognisko podsycające te sprawy nie będzie z organizmu usunięte. Takimi ogniskami mogą być np. migdały, wrośnięte paznogie, narządy rozrodcze i t. p. Zęby i szczęki zajmują w tem zbiorowisku oskarżonych miejsce pierwsze. Przytem zauważa się swoiste działanie drobnoustrojów (teza Rosenowa). Czynniki ropotwórcze działają nie bez wyboru. A więc powstała teoria, że źródłem zakażenia są zęby chore: Zgorzel miazgi periodontitis granulomatosa-torbiele, ziarniniaki, są niemi również zęby leczone sposobem przestarzałym. Według tego poglądu szukano przyczyny i w zębach z miazgą

względnie zdrową, lecz periodontoklajzą (paradentozą) obarczonych (ropotokiem) i w zębach bez miazgi i ze stanem ozębnej, pozostającym pod znakiem zapytania.

Zwolennicy tego poglądu głosili, że zębów o powyższych powikłaniach nie należy leczyć, gdyż do leczenia się nie nadają, a raczej należy je usuwać. Tak gwałtowna w swoim radykalizmie akcja, wywołała równie silną reakcję: przykładem tego jest sprawa ropotoku zębodołowego, dawniej przesądzona, dziś podjęta na nowo: usiłowania leczenia chemicznie, operacyjnie, naświetlaniem (heljoterapia). Reakcja podjęła również sprawę lecznictwa zębów bezmiazgowych, kwestionując poważnie dawniejszą pesymistyczną teorię. Te nowe teorie, które w tym kierunku powstały, są tylko ewolucyjnym rozwinięciem poprzednich twierdzeń.

Za podstawę tego leczenia przyjęto badania kompletne systematyczne rentgenowskie. Ciekawe i pouczające jest studjum takich rentgenogramów: 90% zębów leczonych czy zgorzelinowych wykazuje na ozębnej zmiany, które są przyczyną zakażeń (ziarniniaki, torbiele), w tworach tych można wykazać jado wite bakterje chorotwórcze (jak drobnoustroje, powodujące zapalenia wsierdzia, miedniczek nerkowych). Do badań rentgenologicznych i bakteriologicznych dołączyło się badanie histologiczne zębów. Szablonowość dawniejszego lecznictwa wykazała poważne błędy. Preparaty korozyjne i histologiczne pokazały deltę u wierchołka, w obrazie przestrzennym rozgałęzienia nerwu w kształcie choinki z bocznymi przewodami, ujawniając iluzoryczność dawnego poglądu i traktowania korzenia prostego. Dzisiejsze zatem sposoby, które bez wątplenia za lat kilka będą zastąpione znowu nowymi, polegają na zastosowaniu wielkiej systematyczności i staranności w opanowaniu wszystkich danych przy leczeniu zębów.

Muszą być też uczynione pewne usiłowania oddziaływania na czynniki decydujące w lecznictwie ubezpieczeniowem, żeby lekarzowi-dentyście była dana możliwość finansowa wypełnienia zadania należycie. Prócz umiejętności niezbędny jest czas, odpowiednie instrumenty, asysta. Lecznictwo przewodów korzeniowych jest mikrochirurgją, która wymaga niezaprzeczenie powyższych warunków i warunki te należy osiąść.

Prelegent przystępuje następnie do omówienia pierwszego warunku t. j. umiejętności. Pionierem nowych teorii w kierunku lecznictwa jest Callahan. Jego zasada polega na rozszerzeniu przewodów korzeniowych roztworem kwasu siarczanego 50%-go, jest on prototypem środków używanych w tym celu.

Drugi typ środków stanowi grupa chemiczna do której należą antagoniści kwasów — ługi i zasady. Te środki energiczne, aby mogły działać celowo, muszą być zastosowane umiejętnie, t. zn. tak, aby nie wywoływały zmian niepożądanych. Z tego powstał postulat amerykańców, któremu hołduje referent, żądający bezwzględного powrotu do dawniej używanej gumy ślinochronu, przy zabiegach leczniczych.

Łepkowski wprowadził antiforminę nadając jej nazwę radycyny. Dalej Mayrhofer już przed laty kilkadziesiątu wprowadził swój panacealny środek balsam peruwiański, który jednak takim panacealnym nie jest. Natomiast zasługą jego wielką jest, wykazanie zakażenia ponownego wyleczonego na pozór zęba (znalazł paciorkowce). On też pierwszy zwrócił uwagę na złudność zabiegów leczniczych. Badania następne, które poszły po linii Mayrhofera, starały się wykazać, skąd pochodzi, mimo wszelkie zabiegi — ponowne zakażenie przewodu. W tej mierze bardzo ważne są badania Sommera, ustalające, że reinfekcja pochodzi nie z przewodników zębinowych lecz od otworu szczytowego i tkanek

koło otworu szczytowego, zatem należy zamykać hermetycznie wyloty przewodników zębinowych, aby u otworu szczytowego nie mogły powstać procesy chorobowe. Środek operacyjny: resekcja wierzchołka. Sposoby nieoperacyjne usiłują równie zadanie w tym względzie wypełnić. Przykładem tego jest leczenie idealne przewodów korzeniowych polecane przez Weski'ego w Berlinie. Te dążenia zbiegają się z dążeniami amerykańskimi, zmierzającymi do leczenia istniejących ziarników. W Ameryce przedstawicielem tych dążeń jest Prinz. Drogi badań: przebieg kliniczny i rentgenografia.

Leczenie sposobem Schreiera prototyp łągów: sól z potasem metalicznym. Amerykanin Rhein jest również zwolennikiem tej metody. Ostatnio Prinz podaje środki chlorujące przewody. dichloramin, który posiada własność wydzielania chloru; chemicznie niestały, łatwo rozkłada się, w szerokiej praktyce niedostępny. Chloramin Heydena jest pokrewny, a rozpuszczalny w wodzie. Poza tem pantosept. Zabiegi leczenia przewodów według systematyki Prinza, opartej na ujęciu w pewny racjonalny system metod istniejących, przedstawia się następująco: 1. zabiegi chemiczne — kwasy i ługi, 2. zabiegi mechaniczne 3. zabiegi teraupetyczne. Do pierwszych należą kwasy i ługi, do drugich rozszerzenie przewodów zapomocą odpowiednich pilniczków, zamiast „Beutelrocków“ „szczurze ogonki“. Watę zastępują wyjałowione koniuszki papierowe; zaś sposoby terapeutyczne pozostają do wyboru indywidualnego. Howe zaleca redukowane srebro amonjakalne. Do leków ostatnio zaleconych należy riwanol, w stosunku 2% z domieszką 10% formaliny.

Według Heinemanna i prelegenta kwestją zasadniczą jest nie lek, lecz przygotowanie przewodu. Najważniejszym wreszcie zabiegiem jest wypełnienie przewodów korzeniowych. Prelegent uważa za najlepszy materiał w tym względzie gutaperkę. Odkaza się ją łatwo w spirytusie z eukaliptołem, poprzednio zamykając przewody roztworem żywicy zwykłej w chloroformie.

W dyskusji zabierali głos: dr. Gelbard, doc. dr. Meissner, kol. Essigman, Walicki, Dobko-Dobkowicz i inni.

TOWARZYSTWO STOMATOLOGICZNE PARYSKIE.

Posiedzenie z 19. kwietnia 1926 r.

Chenet. Zniekształcenia przyrodzone górnej szczęki i leczenie ich zapomocą protez.

Autor opisuje dwa przypadki zniekształceń przyrodzonych górnej szczęki u dwóch dziewcząt w wieku 10 i 17½ lat. Dziewczęta te, u których zgryz ogranicza się tylko do jednego zęba tylnego, nie mogą zupełnie żuć. Mowa u nich jest utrudniona zwłaszcza u jednej z nich, u której zachodzą silne zaburzenia estetyczne. Autor przypuszcza, że odnośnie zniekształcenia górnej szczęki powstały na podłożu kiły. W przekonaniu, że w tak trudnych przypadkach leczenie drogą chirurgiczną lub zapomocą ortodoncji nie odniesie skutku, zastosował autor u obu tych dziewcząt protezy, które przywróciły im możliwość żucia, mówienia oraz wygląd estetyczny. Chodzi o aparat stały dla górnej szczęki, który zakłada się na wszystkie zęby nie mające kontaktu ze swymi antagonistami w ten sposób, że zęby te służą za podstawę zębom sztucznym, które artykułują z zębami normalnemi dolnej szczęki. Aparat ten, który jest ustalony zapomocą haczyków w kształcie U, pozwala żuć normalnie i nie zmniejsza pojemności jamy ustnej.

Civatte opisuje przypadek dziąsłaka barwikowego (epulis pigmentosa), który rozpoznał histologicznie jako raka znamieniowatego (naeovocarcinoma), i odradza stosowania przy tego rodzaju guzach środków żrących oraz żegadła gorącego albo zamrażającego; radzi nie zadawać się zwykłym wyluszczeniem, lecz dokończyć leczenia stosowaniem elektrolizy, która okazała się skuteczną w przypadkach analogicznych raka znamieniowatego skórno.

Puig. *Rak dziąsłowy u bezzębnego.*

Wspomniawszy o pracach o raku dziąsłowym, Fourniera, Chompreta, Marxa, Miquela, Lortata, Jacoba, autor opisuje bardzo ciekawy przypadek raka u osobnika bezzębnego. Specjalną uwagę poświęca warunkom, w których djagnoza jest szczególnie trudna.

Luciani. *Kilka uwag osobistych w sprawie profilaktycznego leczenia ropotoku zębodołowego.*

Autor opisuje cztery rodzaje ropotoku: 1. ropotok samoistny (pyorrhoea idiopathica) nie powodujący żadnych zaburzeń miejscowych lub ogólnych, 2. ropotok objawowy pyorrhoea symptomatice, 3. ropotok jako objaw wtórny, 4. ropotok powstały z przyczyn złożonych. Specjalną uwagę poświęca autor ropotokowi samoistnemu, na który składają się dwa czynniki etjologiczne: dziedziczność i zakażenie ustne.

Zakażeniu ustno-zębowemu ulegają zwłaszcza niektóre okolice ust, których sterylizacja bezpośrednia zapomocą tynktury jodu pozwoliłaby na zupełną dezynfekcję ust przy krwawych zabiegach stomatologicznych, laryngologicznych, a nawet ogólnochirurgicznych. Płukania ust bowiem przepisywane w tych wypadkach wywierają skutek nieomal że iluzoryczny.

Ponieważ dzieci nie cierpią na ropotok zębodołowy, dochodzi autor do wniosku, że dążyć należy do typu dzieciennego uzębienia, odznaczającego się rozstojem siekaczy i małą ilością trzonowców. Należałoby więc ekstrahować profilaktycznie u wszystkich osób zagrożonych ropotokiem zębodołowym wskutek dziedziczności trzecie trzonowce i drugie siekacze. Czyniąc tak wyprzedzilibyśmy tylko dzieło natury, gdyż zęby te są w stanie zaniku, a nawet często brakują zupełnie.

Posiedzenie z 17. maja 1926 r.

Leroux. *Demonstracja przyrządu laboratoryjnego, przeznaczonego do projektowania albo fotografowania obrazów mikroskopowych ciał nieprzeźroczystych lub przeźroczystych.*

Przyrząd ten pozwala na pokazanie kilku osobom naraz preparatów mikroskopowych, co ułatwia nauczanie i jest pomocą przy dyskusji nad djagnozami histologicznymi. Upraszcza on i czyni każdemu dostępną mikrofotografię.

Boissier. *Trzy ziarniaki na jednym dwuguzkowcu.*

Z powodu tego przypadku p. Boissier wysnuwa osobiście kilka wniosków w sprawie tworzenia się spraw nowotworowych okołozębnych.

Delater. *Pierwsze wiadomości po badaniu czterdziestu przypadków ropotoku zębodołowego.*

P. Delater nie poczynił dotychczas żadnego dokładnego stwierdzenia. Według niego kiła, tuberkuloza, cukrzyca zachodzą wyjątkowo w etjo-

logii ropotoku zębodołowego; powstaje on również rzadko na tle artretyzmu, braku równowagi w wydzielaniu wewnętrznym i zmian kwasoty śliny; zresztą zauważył D., że patologiczne te stany można spotkać również u osób nie cierpiących na ropotok zębodołowy. Badania nad ropotokiem pozwoliły mu jedynie stwierdzić ważną rolę, jaką odgrywa nabłonek w sprawach martwiczych i ropnych. D. przedstawił przy tej sposobności schemat poglądowy, przy pomocy którego można prędko zapisywać obszar i głębokość kieszonek ropotocznych, chwiejność zębów i natężenie ropienia okołozębnego.

Darcissac i Dumont. O zastosowaniu przyrządów kinematograficznych pokojowych do przygotowania i projekcji filmów pedagogicznych. Projekcja filmów naukowych.

W interesującym tym wykładzie wykazał prelegent, że można dość łatwo i małym kosztem otrzymać filmy poglądowe mogące służyć do nauczania. Pokazał też dla przykładu kilka filmów wykazujących przebieg leczenia złamania szczęki.

W sprawie III. Polskiego Zjazdu Naukowego Stomatologicznego.

Sekcja Stomatologiczna XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników uchwaliła w lipcu r. 1925 wybrać stałą delegację, ażeby zapewnić ciągłość Naukowych Zjazdów Stomatologicznych. W skład tejże delegacji mieli wejść przedstawiciele katedr stomatologii (dentystyki) wzgl. ich zastępcy z prawem kooptacji.

Delegacja postanawia termin i miejsce następnego Zjazdu i nadaje charakter oraz powołuje Komitet organizacyjny Zjazdu w tem miejscu, w którym takowy się odbędzie.

Fundusz delegacji stałej Zjazdu stomatologicznego polskiego tworzy się ze składek (w wysokości 5 zł.) złożonych przez każdego uczestnika Zjazdu naukowego stomatologicznego (wzgl. Sekcji Stomatologicznej) oraz dobrowolnych składek (cf. Pol. Dent. 1925 str. 200 i 263). W dyskusji podczas Zjazdu wyrażono życzenie, ażeby Zjazd następny odbył się za 2 lata t. j. w r. 1927 i to w Krakowie, o ile organizacja krakowska w porozumieniu z przedstawicielem katedry stomatologicznej Uniw. Jagiellońskiego podejmie się zorganizowania Zjazdu, w przeciwnym razie w Poznaniu w porozumieniu z Tow. lek.-dent. wielkopolskich.

Przewodniczący Stałej Delegacji Prof. Cieszyński, przystąpił w d. 2 listopada 1926 do prac przedwstępnych III. Zjazdu Naukowego Stomatologicznego i zwrócił się do Członków Stałej Delegacji z propozycjami mającymi na celu doprowadzenie do zasadniczych uchwał delegacji, odnoszących się do poprzedniego Zjazdu. Wynikami tych starań były uchwały zawarte w poniżej podanym protokole.

Protokół

Posiedzenia Członków Warszawskich Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych, odbytego w dniu 7 listopada 1926 r.

Obecni: Dyr. Wilga, Meissner, Czernecki, Zeńczak.
Przewodniczący: Dyr. Wilga. Sekretarz: Zeńczak.

1. Jako miejsce przyszłego Zjazdu stosownie do życzenia wyrażonego na Sekcji Stomatologicznej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich określony został „Kraków”.

2. Termin Zjazdu ustalono na okres „Wszystkich Świętych” 1927 r. z czasem trwania 3 dni.

3. Charakter Zjazdu uchwalono uważać jako czysto naukowy i bez urzędzenia wystawy.

4. Należałoby ze strony Stałej Delegacji wysunąć po jednym zagadnieniu głównem z działów *a)* Chirurgji Stomatologicznej, *b)* Dentystyki zachowawczej, *c)* Protetyki, *d)* Ortodoncji.

Tematy główne wraz z referentami i koreferentami w miarę możliwości określone zostaną w najbliższym czasie.

5. Pożądaniem byłoby, ażeby Zjazdy na przyszłość tematy programowe określały przed zamknięciem Zjazdu.

6. Porozumienie się z członkami zamiejscowymi Stałej Delegacji uchwalono skutecznie listownie, bez zwołania zjazdu tychże.

7. Celem urzędzenia Zjazdu uchwalono prosić Prof. Łepkowskiego jakoteż przewodniczącego Związku Stomatologów Krakowskich, by przyjął na siebie obowiązek zorganizowania Zjazdu.

8. Porozumienie się w sprawach miejsca, terminu i charakteru zjazdu z przewodniczącymi poszczególnych organizacji stomatologów, względnie lekarzy-dentystów uważa się za zbędne, a koniecznym ich współdział w Komitecie Organizacyjnym Zjazdu.

Meissner m. p. Wł. Czernecki m. p. H. Wilga m. p.
M. Zeńczak m. p.

Protokół powyższy przesłał Prof. Cieszyński na ręce przewodniczącego Związku Stomatologów i lekarzy-dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej, Dra Wodnieckiego oraz na ręce p. Prof. Łepkowskiego z następującą adnotacją:

„Przyłączam się do powyższych uchwał i proszę także od siebie JWPana Prof. Łepkowskiego i Związek Stomatologów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej o łaskawe zajęcie się zorganizowaniem Zjazdu”.

Cieszyński m. p.

Związek Stomatologów i Lekarzy-dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej, Kraków, ul. Garncarska l. 9, przysłał na ręce Prof. Cieszyńskiego, przewodniczącego Stałej Delegacji Zjazdów stomatologicznych, następujące pismo z dnia 23 listopada 1926:

„W odpowiedzi na pismo Stałej Delegacji Zjazdów Stomatol. z dnia 13 listopada 1926 w sprawie zorganizowania Zjazdu stomatologicznego w r. 1927 w Krakowie, mamy zaszczyt donieść w imieniu Związku Stomatologów w Krakowie, że Związek nasz zajmie się z całą gotowością zorganizowaniem tego Zjazdu w Krakowie łącznie z p. Prof. Dr. Łepkowskim”.

Za Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów na obszarze
Izby Lekarskiej krakowskiej

Dr. Podwiński m. p.
sekretarz.

Dr. Wodniecki m. p.
prezes.

Powyższy stan rzeczy podają do wiadomości Kolegów, prosząc ażeby wcześniej przystąpili do przygotowania prac związanych z III. Zjazdem Stomatologicznym w Polsce. Tematy programowe ogłosi Delegacja w następnym numerze „Polskiej Dentystyki“.

Zarazem mam zaszczyt złożenia serdecznego podziękowania Związkowi Stomatologów i Lekarzy-dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej oraz Przedstawicielowi katedry Stomatologów przy Uniwersytecie Jagiellońskim, JWPanu Prof. Łepkowskiemu, za gotowość zorganizowania Zjazdu.

Szanowne Zarządy organizacji stomatologów i lekarzy-dentystów upraszam o łaskawą pomoc przy pracach organizacyjnych w myśl wskazówek, które otrzymają od organizacji Krakowskiej.

We Lwowie, w grudniu 1926 r.

A. Cieszyński

przewodniczący Stałej Delegacji Polskich
Zjazdów naukowych stomatologicznych.

RUCH TOWARZYSTW.

Towarzystwo Stomatologiczne w Warszawie. Mniej więcej około 1907 r. w Warsz. Tow. Lekarskiem powstała Sekcja Stomatologiczna. W pracach jej brało udział zaledwie około 10 osób. Pomimo to okazała ona wielką żywotność. Posiedzenia odbywały się co miesiąc i na każdym z nich wygłaszano referaty. Uczestnicy własnym kosztem złożyli w bibliotece Tow. Lek. 74 dzieł dentystrycznych oraz 124 roczników rozmaitych pism dent. Zapoczątkowany w ten sposób dział stomatologiczny został skatalogowany. Obecnie liczy on około 40 dzieł, poza rozmaitemi pismami periodycznymi. Sekcja Stomatologiczna przestała funkcjonować w r. 1914, gdy większość jej członków powołano do wojska. W okresie wojny wszystkie sekcje Tow. Lekarskiego (prócz stom.) przekształciły się w specjalne Towarzystwa. W roku bieżącym przyszła kolej i na sekcję stomatologiczną: 3-ch jej członków postanowiło zawiązać Towarzystwo Stomatologiczne, poświęcone wyłącznie sprawom naukowym. Drogi i środki prowadzące do tego celu są następujące: posiedzenia naukowe, ogłaszanie konkursów na prace z dziedziny stomatologii, wydawanie dzieł oryginalnych i tłumaczeń z dziedziny stomatologii, gromadzenie materiałów do prac naukowych i urządzenie kursów uzupełniających. Cel ich został osiągnięty. Po zatwierdzeniu statutu przez odpowiednie władze, na zebraniu organizacyjnym, które się odbyło w dwóch terminach 18 i 27 maja b. r. przy współudziale dwudziestu kilku zaproszonych członków organizatorów, zostało założone Towarzystwo Stomatologiczne. Odbyły się wybory władz: prezesa, wiceprezesa, 4-ch członków Zarządu, 7 komisji kwalifikacyjnej i 3 komisji rewizyjnej. Na stanowisko prezesa został wybrany prof. H. Wilga.

Należy zaznaczyć, że członkiem czynnym Tow. Stomatol. może być każdy stomatolog lub dentysta, polak, posiadający prawo praktyki dentystrycznej, o ile wykaże się nie pozbawioną pewnego waloru pracą naukową, i zostanie przez komisję kwalifikacyjną przyjęty, oraz zatwierdzony przez Zarząd.

Regulamin przewiduje obecność na posiedzeniach naukowych osób do Towarzystwa narazie nienależących w charakterze wprowadzonych „gości“.

Nowopowstałej organizacji Redakcja „Polskiej Dentystyki“ życzy pomyślnego rozwoju ku pożytkowi polskiej nauki.

SPRAWY ZAWODOWE.

Komunikaty Związku Zawodowego Lekarzy - Dentystów Chrześcijan w Warszawie.

Z inicjatywy Jeneralnej Dyrekcji Służby Zdrowia, dyrektor Państw. Inst. Dent. prof. Dr. Wilga zaprosił delegatów miejscowych zrzeszeń dla wzięcia udziału w komisji, mającej opracować spis środków leczniczych, które mają być wydawane przez apteki z przepisu lekarzy-dentystów. Zarząd delegował kol. Goldberg-Górskiego i Dobko-Dobkowicza.

Do tworzącej się listy wyborczej do Kasy chorych „Lekarzy i wolnych zawodów“ Zarząd przystąpił w październiku r. b. i postawił na miejscu drugim kol. Walickiego w tej myśli, aby ten w razie jego wyboru bronił słusznych praw kolegów naszych, pracujących w Kasie Chorych członków Związku. Wobec małego zainteresowania i poparcia, lista ta nie zdołała jednak uzyskać żadnego mandatu.

Zarząd Związku przypomina, że u przewodniczącego sekcji naukowej kol. Goldberg-Górskiego znajdują się nasze naukowe pisma zagraniczne, które Szan. Członkowie mogą wypożyczać.

Z dniem 1 stycznia 1927 r. przy otrzymywaniu egzemplarzy „Polskiej Dentystyki“ członkowie Związku proszeni są o wpłacanie za doręczenie 30 gr.

Wspomnienie pośmiertne. W d. 23 czerwca r. b. zmarła śmiercią tragiczną s. p. Marta Schilkowa, lekarz-dentysta Kasy chorych. Zmarła pozostawiła szczerzy żal, tak wśród pracujących z Nią kolegów jak i członków Związku, którego członkiem była od założenia. Cześć Jej pamięci!

Z Biura pośrednictwa pracy. Wakują posady w Kasie Chorych pod Łodzią i Radomiem. Wydzierżawienie gabinetu w Grudziądzu. Posada asystentki w Pułtusk. Informacji udziela kancelarja Związku, Warszawa, ul. Poznańska 17.

Z powodu braku miejsca ukaże się sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy-dentystów niemieckich w Duesseldorfie pióra Dra Allerhanda w następnym numerze.

PRAKTYKA LEKARSKO-DENTYSTYCZNA

oraz Laboratorium techniczne kompletnie urządzone
na Pomorzu

w miejscowości powiatowej liczącej około 10.000 mieszkańców. W miejscu znajdują się wszelkie szkoły państwowe, gimnazjum, seminarjum, z którymi lekarz-dentysta może zawrzeć kontrakt oraz kasa kolejowa po zmarłym poprzedniku do objęcia. — Mieszkanie w najlepszym położeniu w Rynku z meblami lub bez wedle ugody.

Oferty do Administracji POLSKIEJ DENTYSTYKI, Lwów, Zielona 5 a I p.

† DR. JAN SCHMAR.

Dnia 5 grudnia 1926 r. zmarł we Lwowie Dr. Jan Schmar w 53. roku życia. Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej traci w zgonie Jego gorliwego, niestrudzonego wiceprezesa, uczynnego, zawsze chętnego do usług kolegę, lekarza niepospolitych walorów umysłu i charakteru. Ś. p. Dr. Jan Schmar był bowiem z tych lekarzy, którzy zasadę, że „dobro chorego najwyższem jest przykazaniem“ uważają nie jeno za martwą maksymę, lecz za aksjomat, który należy wcielać w życie każdego dnia każdym uczynkiem. Świadczą o tem liczne rzesze wdzięcznych pacjentów, świadczy zastęp młodzieży akademickiej, którą Zmarły leczył z całym poświęceniem jako ordynator stomatologiczny Opieki Zdrowotnej Studentów Szkół Akademickich we Lwowie. Był sam też wychowankiem Wszechnicy Lwowskiej, gdzie po ukończeniu studjów średnich w III-ciem gimnazjum studjował medycynę i uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich w roku 1901. W roku bieżącym miał przypaść 25-letni jubileusz otrzymania stopnia doktorskiego przez Zmarłego, lecz niestety nie było Mu danem dożyć tej uroczystości, któraby była świętem nie tylko dla Niego i Jego rodziny, lecz także dla wszystkich przyjaciół i kolegów. Po otrzymaniu stopnia doktorskiego odbywał przez dwa lata praktykę szpitalną we Lwowie, poczem osiedlił się jako lekarz-praktyk w Grzymałowie, gdzie wkrótce zyskał wielkie wzięcie i popularność dzięki swym zaletom jako lekarz i człowiek. I w chacie i w pałacu ceniono Go i wzywano Jego pomocy lekarskiej, której nigdy nikomu nie odmawiał. Lecz niezbyt silne zdrowie nie sprostało ciężkim obowiązkom lekarza prowincjonalnego i za poradą lekarzy-przyjaciół musiał porzucić swój dotychczasowy warsztat pracy i zająć się pracą spokojniejszą przy fotelu dentystrycznym. Opuszcza więc Grzymałów, będący nie tylko placówką lekarską, lecz także placówką społeczną i narodową i udaje się na studia specjalizacyjne do Berlina. Po ukończeniu ich osiada we Lwowie, gdzie wkrótce dzięki swym zaletom wyrabia sobie liczne koło pacjentów. Tutaj też zastaje Go wybuch wojny światowej, którą wygnany przepędza czas inwazji rosyjskiej w Zakopanem, gdzie pracuje w zakładzie dentystrycznym Dr. T. Mischkego. Po wypędzeniu Moskali ze Lwowa powraca i podejmuje ponownie pracę. Obok pracy czysto zawodowej znajduje jeszcze czas i chęć do badań naukowych: w zakładzie kulparkowskim bada uzębienie umysłowo chorych i doszukuje się związków pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zniekształceniami szczęk i zębów. Tak przeżywa cały okres wielkiej wojny i wojny polskiej, poczem po nastaniu normalnych warunków zabiera się wraz z innymi do pracy związkowej, do pracy organizacyjnej. Prócz zainteresowania czysto fachowego, położył ś. p. Dr. Jan Schmar wielkie zasługi około rozwoju kultury muzycznej a zwłaszcza kultury śpiewackiej, jako prezes Towarzystwa śpiewackiego „Echa“, którego był długoletnim prezesem, które ukochał i które Jego niezłomnej i gorliwej pracy wiele zawdzięcza. „Przez muzykę do serca, przez serce do Ojczyzny“ taka była dewiza życiowa Zmarłego. Do Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej należał od pierwszej chwili, wicepre-

zesem został wybrany przy ostatnich wyborach. Na tem stanowisku wyróżnił się niezwykłą pracowitością, gorliwością i inicjatywą. W czasie I-go Polskiego Naukowego Zjazdu Lekarzy - Dentystów objął organizację części towarzyskiej Zjazdu, która też dzięki Niemu udała się doskonale. Pozatem brał czynny udział w każdej akcji podejmowanej przez Związek, a swym taktem, delikatnością i zdrowym rozsądkiem umiał zawsze znaleźć najlepsze załatwienie danej sprawy. Przy ostatnich wyborach do Izby Lekarskiej został wybrany członkiem Zarządu, na którym to stanowisku odznaczył się nadzwyczajną pracowitością w dziale spraw związanych ze zwalczaniem partactwa dentystycznego. Śmierć nieubłagana wyrwała Go nagle z pośród pracy, tworząc lukę nie do zastąpienia, okrywając żałobą rodzinę, znajomych i kolegów. A.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

L'ODONTOLOGIE. XLV. 1925.

Nr. 3.

Simon. Związek pomiędzy dermatologią a stomatologią.

Roy. Torbiele zawiązkowe.

Housset. O leczeniu przewodów.

Watry. Momenty ekonomiczne i psychologiczne w leczeniu przewodów.

Nr. 4.

Roy. Sinusitis czy pyorrhoica.

Monbrun. Związki pomiędzy oftalmologią a stomatologią.

Viau. Nadżerki zębowe.

Charron. Technika usuwania zatrzymanego dolnego zęba mądrości.

Polus. O pokrywaniu pulpy.

Nr. 5.

Retterer. Szkliwo a próchnica.

Tacail. O dawkowaniu siły w ortodoncji.

Thibonneau. Różne sposoby roentgenografii dentystycznej.

Brodhurst. „Formadermina“ w dentystyce.

Nr. 6.

Viau. Manuskrypt Faucharda.

Morineau. O złocie platynowanym.

Retterer. Szkliwo a próchnica (dok.).

Nr. 7.

Duvori. Dentystyka a medycyna sądowa.

Lévy. Zachowywanie miazg pod koronami i mostkami.

Bousquet. Znaczenie higieny zapobiegawczej.

Bonnet-Roy. Ciało obce w przewodzie Whartona.

Nr. 8.

Quintin. Przemieszczenie dolnego zęba mądrości.

Quintin. Przyrząd do wyłęczkowania przy ropotoku zębodołowym.

Bordier. Diatermokoagulacja.

Nr. 9.

Roy. VII. Międzynarodowy Zjazd dentystyczny.

Beckwith, Simonton, Williams. Badania histologiczne działła przy ropotoku.

Souder. Własności fizyczne materiałów dent.

Tracy. Wybór materiałów do wypełnień.

Meisser. Nowe badania nad umiejscowieniem wybiórczym drobnoustrojów.

Nr. 10.

Haloua. Rola nauczycielstwa w higienie ustnej.

Cros. Higiena ustna w szkołach miejskich.

Lellievre. Higiena ustna w fabrykach.

Wintergerst. Higiena ustna w armji.

Bousquet. Higiena ustna w rodzinie.

Lemieux. Inspekcja lekarska szkół w Montréal.

Lebrun. Zęby małych Paryżan.

Nr. 11.

Roy. Rozległe torbiele zawiązkowe połączone ze zniszczeniem kości.

Spira. Miejska dentystyczna klinika szkolna w Kolmarze.

Souchet. Flegmona powieki dolnej pochodzenia zębowego.

Allerhand. II. Zjazd naukowy polskich dentystów.

Nr. 12.

Bonnet-Roy. Podwójne owrządzenie rakowe w jamie ustnej.

Rene Ninck. Pressopompa.

Morineau, Dubecki. O przygotowywaniu ubytków styczno-zgryzowych w dwuguzkowcach i trzonowcach.

L'ODONTOLOGIE. XLVI. 1926.

Nr. 1.

Godard. Ciężki krwotok po usunięciu zęba przy ropnem zapaleniu szczęki górnej.
Mac Son. Leczenie ropotoku zębodołowego szczepionkami.

Barail. „Okluźator“.

Nr. 2.

Delater. O guzach wierzchołkowych. O agresywności i żywotności drobnoustrojów.
Retterer. O budowie szkliva siekaczy gryzoni.
Mauclair, Darcissac. Stomatitis mercurialis, noma, przedziurawienie policzka.

Nr. 3.

„Paul Martinier“.

Roy. Czynniki psychologiczne przy leczeniu dzieci.

Morin. Dentoma corono-radiculare powodem nerwobolu.

Wallis-Davy. Przypadek z ortodoncji.

Nr. 4. (Tydzień odontologiczny).

Huet. Leczenie niedostatecznego rozwoju czołowego szczęki górnej przez rozluźnienie spoidła.

Bonnet-Roy. Zatoka szczękowa w przypadkach praktyki codziennej.

Delater. Pracownia naukowa a praktyka dentystyczna.

Grandclaude. Znaczenie badań anatomo-patologicznych w praktyce dentysty.

Maurel. Dwa przypadki martwicowego zapalenia żuchwy ze złamaniem patologicznym.

Morin. Znieczulenie żwaczowe i znieczulenie przewodzeniowe nerwu żuchwowego.

Barail. Aparat dentystyczny do arsonalizacji.

Robin. O zniekształceniach zębów i szczęk i ich wpływie na życie psychiczne.

Housset. O robotach mostkowych i ich rozwoju.

Watry. Ankieta wśród pracowników cukierniarzy.

Dujardin. Piec Dujardina.

Nr. 5.

Delater, Fournet. Schemat do leczenia ropotoku.

Housset. Użyteczność mostków w ropotoku.

Brochier. „Myxaseptiseur“ przyrząd do tychmiastowego wyjaławiania wkładek korzeniowych.

Valverde. Studium dentystyczne w szkole dentystycznej w Rosario.

Nr. 6.

Housset. O robotach mostkowych i ich rozwoju.

Rolland, Desforbes, Cadic. „Hypnodoseur“.

Barail. O miejscowej aktinoterapii w stomatologii.

Nr. 7.

Villain, Villas. Rodzinny niedorozwój zębowy.

Hulin. O naświetlaniach radem ropotoku.

Barail. Aktinoterapia miejscowa w stomatologii.

Nr. 8.

Miegeville. Zapalenia kości szczękowych a guzy wyrostków zębodołowych.

Bennejeant. „Similiplatyna“ w dentystyce.

Bonnet-Roy. Przypadek operacyjny i jego następstwa.

Nr. 9.

Watry. O zmianach zawodowych pracowników cukierniczych.

Bennejeant. O piecach.

Nr. 10.

Frey. Trzydzieści siedm przypadków ropotoku leczonych gelo-wakyną.

Hulin. Wskaźniki wyjaławienia przy czwartym stopniu sposobem chemicznym.

LA REVUE DE STOMATOLOGIE. XXVIII. 1926.

Nr. 1.

Cuneo, Ruppe. Uwagi o osteitis fibrosa z powodu nowego przypadku.

Retterer. Żębina i szklivo (zęby delfina, wołu, zęby mądrości).

Rousseau-Decelle. O leczeniu ropotoku.

Nr. 2.

Retterer. Szklivo siekaczy gryzoniów.

Bourguet. Chirurgja poprawcza nosów zniekształconych.

Vilenski. O znieczulaniu nerwu szczękowego górnego przez otwór podniebienny tylny.

Darcissac. Protezy nosowe z żelatyny.

Bonnet-Roy. Zapalenie jamy szczękowej i szczęki górnej.

Nr. 3.

Duchange. Mal tabétique w jamie ustnej.

L'Hirondel, Gornouec. Obserwacja kliniczna i anatomo-patologiczna torbieli ślinnej wargi dolnej.

Nr. 4.

Vario. Wpływ ząbkowania na przybytek wzrostu i wagi osesków.

Matieu, Ruppe. Guz kostny znacznych rozmiarów kąta żuchwy.

Meige. Odmiany morfologiczne warg.

Nr. 5.

Marguerite, Parat. O zaniku listewki zębowej.

Puig. Klasyfikacja dziesiętna.

Nr. 6.

Chenet. Wrodzone zniekształcenia szczęki górnej i ich leczenie protetyczne.

Puig, Lonjumeau. Wrzód wargi u bezzębnego.

Luciani. O zapobieganiu ropotokowi zębodołowemu.

Lacassagne. Martwica szczęk u pracowników radu.

Nr. 7.

Delater. Czterdzieści przypadków ropotoku.
Boissier. Trzy ziarniniaki nad dwuguzkowcem.

Duchange. Technika praktyczna stomatologii.
Sergent, Bordet. Ropnie zgorzelińskie płuc pochodzenia ustnego.

Nr. 8.

Isard. Zmiany łuku zębowego człowieka w miarę wzrostu.

Beliard. O zgryzie.

Nr. 9.

Gornouec. O powikłaniach zęba mądrości.
Bercher. O guzach pozostających w związku z zębami.

Thesee. Wyjaławiacze elektryczne.

Nr. 10.

Nogue. Zakażenie zębowe a prace Price'a.
Herpin. O nieprawidłowościach szczęk i zębów.

Le Bourhis. Przypadek zapalenia jamy ustnej po wstrzyknięciu gonakryny.

Nr. 11.

Herpin. O ortodoncji.

Ginestet. Trzy dwuguzkowce typowe u jednego osobnika.

Le Bourhis. O okaleczeniach zębowych tubylców Vaoundé. (Kamerun).

Ducuing, Viela. Odszukanie punktów wyjścia gałęzi nerwu trójdzielnego.

THE DENTAL COSMOS. LXVIII. 1926.

Nr. 1.

Prinz. Etiologia ropotoku zębodołowego.

Johnson. Współczesne tendencje w dentyście.

Bosanyji. Układ krwiotwórczy a rozwój kości.

Kirk. Kwestja żywotna.

Varey. O koronach okrywkowych (żakietowych).

Whittemore. Protetyka.

Howe. Badania w zakresie diety dentystrycznej.

Berger. Inżynierja usuwania zębów.

Zemsky. Leczenie zachowawcze a operacyjne przy złamaniu szyjki wyrostka kłykeciowego żuchwy.

Cipes. Higjena ustna w stosunku do gruźlicy.

Fahy. Dolny ząb mądrości jako jednostka dla siebie.

Kanner. Folklore dentystryczny.

Smith. Sprawozdanie Komitetu postępu dentystrycznego.

Nr. 2.

Wallis. Rozwój żuchwy ludzkiej w związku z cechami czaszki.

Trier. Ortodontysta a lekarz.

Mocidländ. Odwapienie szkliwa zębów ludzkich.

Roe, Brown. Jakie prawa i obowiązki powinien posiadać student dentystryki.

Gruher. Uproszczona technika leczenia zębów bezniażgowych.

Chandler. Podstawy roentgenologii dentystrycznej.

Leonard. Współczesne pojęcie periodontoklacji

Loeb. Higjena ustna w Stanie Connecticut.

Simonton. „Ropotok”: definicja i klasyfikacja.

Strang. Technika łuku wstęgowego.

Tassman. Gospodarka publicznej lecznicy dentystrycznej.

Childs. Ustawodawstwo dentystryczne.

Kanner. Folklore dentystryczny.

Nr. 3.

Melchior. Zapalenie kości szczękowej w następstwie usunięcia zęba.

Hervey. Angina Ludovici z wynikiem pomyslnym.

Franken. Lokalizacja i usuwanie ciał obcych z jamy ustnej.

Updegraff. Obecność cukru w ślinie.

Lavitt. Tutokaina.

Leonard. Rozpoznanie periodontoklacji.

Kanner. Folklore zębowy.

Mccann. Filozofja odżywiania.

Posner. Uproszczenie miejscowego znieczulania.

Ersner. Cukrzyca a chirurgia zębowa.

Nr. 4.

Grieve. Sposób pobudzenia wzrostu żuchwy.

Appleton, Bryant, Zebley. Częstość zakażenia paciorkowcowego w zakażeniu ozębnych.

Moffitt. Mostki do zdejmowania.

Merritt. Periodontia.

Kolmer. Chemoterapia zapalenia dziąsła.

Kanner. Folklore zębowy: „Ząb złoty”.

Franken. Umiejscawianie i usuwanie ciał obcych w jamie ustnej.

Remensnyder. Masaż dziąsła w leczeniu ropotoku.

Mckay. O psstrem szkliwie.

Nr. 5.

Boedecker. Jama ustna fizjologicznie czysta.

Kelsey. Rozstrój górnych siekaczy na jeden cal z trzema zębami nadliczbowymi.

Ivy, Curtis. Złamania żuchwy.

Anthony. Sprawozdanie Komitetu mianownictwa dentystrycznego.

Jackson, Tucker, Clerf. Nerwociągi w płucach.

Sclain. O znieczulaniu powodzeniowym.

Herder. Nowe sposoby rozpoznawcze w ortodoncji.

Zemsky. Leczenie chirurgiczne chorób ozębnych.
Kells. Odontotomja zapobiegawcza.
Williams. O względności djagnostyki dentystycznej.
Vetter. Powikłania pooperacyjne.
Dorland. Masaż i wibracja mechaniczna w leczeniu chorób ozębnych.
Gruelle. Asystentka dent. i literatura dent.
Kanner. Folklor zębowy.

Nr. 6.

Meyer. Wy tłumaczenie i zapobieganie niepowodzeniom przy odlewach złotych.
Fleming. Umiejscawianie zmian ozębnych.
Simonton. Czy ewolucja jest czynnikiem w parodontoklazzi.
Kauffer. Zęby bezmiazgowe a zakażenie ogniskowe.
Stevens. O pielegnowaniu zębów mlecznych.
Dewey. Prawidłowe i patologiczne wytwarzanie się cementu.
Strang. Sprawozdanie z V Zjazdu Związku Ortodontystów.
Early. Higjena ustna w Południowej Karolinie.

Nr. 7.

Hoppewell-Smith. O szkliwie ludzkim.
Taussig. O związku pomiędzy zakażeniem ogniskowym a medycyną wewnętrzną.
Soper. Objawy chorób układowych w jamie ustnej.
Wiener. Oczy a zęby.
Chamberlain. Związek pomiędzy zakażeniem zębowym a innymi zaburzeniami ustroju.
Engman. Zakażenie jamy ustnej w związku z chorobami skórnymi.
Tishler. Znaczenie nienaruszonego stanu dziąsła.
Brun. Aparaty ustalające w leczeniu rozlanego zaniku.
Kanner. Folklor zębowy. O wykłuwaczu i szczotce do zębów.
Burns. Usunięcie zakażenia ustnego w przypadku zgubnej niedokrewności.
Kjellgren. Eksperymenty dotyczące wpływu zewnętrznego ciśnienia na zgryz.
Crane. Wypełnianie przewodów korzeniowych.

Nr. 8.

Coleman. Własności fizyczne materiałów.
Smith. O spostrzeżeniach przy nieprawidłowym wzroście.
Gross. Resekcja nerwu żuchwowego.
Cleary. Dentystyka zapobiegawcza.
Dolan. Torbiele korzeniowe.
Winograd. Noma po odrze.
Solis-Cohen. Choroby spowodowane ropniami zębowymi.

Jackson. Sześćdziesiąt lat członkostwa w Michigan State Dent. Soc.
Dellabarre. Leczenie zębów u dzieci.
Seldin. Dentystyka bezbolesna.
Kanner. Folklor zębowy.
Childs. Ustawodawstwo dentystyczne.
Buchanan. Odontoma folliculare.
Platt. Znieczulanie miejscowe.
Murless. Zamki dla łuków ortodontycznych.

Nr. 9.

Owre. Djeta w związku z chorobami jamy ustnej.
Strang. Nasze obowiązki wobec ortodoncji.
Boedecker. Przyrządy do sporządzania preparatów mikroskopowych zębów.
Cummer. Odciski przy dostawkach częściowych.
Axt. Proteza chirurgiczna.
Nodine. Usuwanie zębów bozmiazgowych.
Grant. O wapniu, witaminie „C” i witaminie „D”.

Nr. 10.

Bunting, Nickerson, Hard. Związek pomiędzy bacillus acidophilus a próchnicą.
Lintz. Zęby a gruczoły wydzielania wewnętrznego.
Lewis. Rola składników nieorganicznych w odżywianiu.
Smith. Zagadnienia dentystyczne medycyny wewnętrznej.
Johnson. Znaczenie higieny zębowej dla ogółu.
Kanner. Paracelsus o wytwarzaniu się kamienia zębowego.
Rhein, Krasnow, Gies. O leczeniu elektrolitycznem zębowego zakażenia ogniskowego.
Gompertz. Czynniki wpływające na stosunki w jamie ustnej w czasie ciąży.
Stillman. Higjena i higienistka.
Childs. Ustawodawstwo dentystyczne.
Getz. Porównanie różnych sposobów umocowań dla mostków do zdejmowania.

Nr. 11.

Howe. Nowe badania nad próchnicą.
McGehee. Djagnostyka zmian jamy ustnej.
McFull. Leczenie zębów dziecięcych.
Sears. Wzajemny stosunek szczęk do siebie.
Goldman. Bezwodnik podazotowy acetylen tlen do uspiania.
Haden, Keeling. Pozostałe zakażenia szczęk po usunięciu zębów.
Beust. Granica cementu i zębiny.
Childs. Ustawodawstwo dentystyczne.
Heatwole. O ubezpieczeniu od odpowiedzialności.
Smith. Rehabilitacja jamy ustnej.
Bear. Postęp dentystyki.

INTERNATIONAL JOURNAL OF ORTODONTIA

XI. 1926.

Nr. 1.

- Howard.* Rozwój szczęk i łuków zębowych.
Stanley Choroby nosa a ortodoncja.
George. Porównawcze studjum szczęk i zgryzu u Maorysów Nowej Zelandji.
Gilmour. Skrobanie kamienia nazębnego.
Quintero. Rozwój dentystyki.
Pitts. Zniekształcenie szczęki spowodowane naczylnikiem.
James. Zniekształcenie łuku górnej szczęki.
Dufourmentel, Darcissac. Przypadek fałszywej prognatii.
Spencer. Pomocnicze sprężynki do aparatów do zdejmowania.
Mc. Carty. Metoda opasek bezpośrednich.
Blair, Brown. Zapalenie szpiku kostnego szczęk.
Jerman. Analiza wyniku zapoinocą rentgenogramu.

Nr. 2.

- Chapman.* Etiologia w ortodoncji.
Oliver. Biologiczne i fizjologiczne rozpatrywanie w ortodoncji.
Jansen. Własności biologiczne tkanki kostnej.
Dreyfus. Modele do celów diagnostycznych.
Northcroft. Naturalny ruch dolnych siekaczy w kierunku wargowym.
Macmillan. Struktura kostna wyrostka zębobodołowego.
Dreyfus. Rentgenografia kośćca twarzowego.

Nr. 3.

- Lischer.* Fotografia w dentystyce.
McKay. Zmiany zębów spowodowane wodą.
Kaniorowicz. Etiologia zniekształceń szczękowych.
Andresen. Diagnostyka ortodontyczna.
Lockett. Leczenie zniekształceń zębowych.
Henry. Aparat do zdejmowania Crozata.
Grayson. Rozszerzenie wąskiego łuku przy rozszczepie podniebienia.
Friedman. Bezwodnik podazotawy - etylen tlen do uspienia.
Friedman. Profilaktyka dentystyczna.
Schwarzl. Rana postrzałowa żuchwy.

Nr. 4.

- Howard.* Przemówienie.
Grieve. Sposób pobudzenia żuchwy do wzrostu.
Rohde. Czy kość powstaje z osteoblastów czy przez metaplastję otaczającej tkanki łącznej?
Meaney. Współpraca ogólnego praktyka dentystycznego z ortodontystą.
Jones. Przyrząd do poruszania kłów.
Brandhorst. Kombinacja gnatostatu z fotostatem.
Ford. Louriego łuk wysoki wargowy.

- Rhode.* Federspiela sposób usuwania nieprawidłowego wędzidełka.
Higgins. Farmakologia środków miejscowo znieczulających.
Raper. To i owo.

Nr. 5.

- Waldron.* Wybór aparatów przy leczeniu anomalji zgryzu.
Howard. Zmiany zgryzu wskutek leczenia skoliozy.
Rohde. Czy kość pochodzi z osteoblastów? (c. d.).
Muir. Aparat przy znacznem okaleczeniu.
Ruckstuhl. Przyrząd do wygładzania modeli gipsowych.
Howe. Kazuistyka.
Blair. Korektura chirurgiczna różnych postaci nieprawidłowości zgryzu.
Gorman. Dokładne badania promieniami Roentgena przed leczeniem.

Nr. 6.

- Kadner.* Nieprawidłowości zgryzu spowodowane wadliwem wydzielaniem węwnętrznem.
Goldstein. Gruczoły dokrewne a rozwój zębów u dzieci.
Lintz. Endokrinologia a dentystyka.
R. gers. Uproszczone leczenie ortodontyczne.
Anthony. Sprawozdanie Komitetu Mianownictwa.
Rohde. Czy kość wytwarza się z osteoblastów? (c. d.).
Grieve. Diagnostyka nieprawidłowości.
Johnson. Opaska zapętlona i zamek cementowy.
Higgins. Farmakologia środków znieczulających.

Nr. 7.

- Hawley.* Ortodoncja jako zawód.
Pollock. Ortodoncja a praktyk ogólny.
Howard. Pogląd kliniczny w diagnostyce ortodontycznej.
Federspiel. Stosunek ortodoncji do chirurgji jamy ustnej.
Mc Coy. Kwestja czasu w leczeniu ortodontycznym.
Eby. Współczesne tendencje w ortodoncji.
Hynman. Przypadek raka szczęki.
Lurie. Patologia roentgenowska.

Nr. 8.

- Dunn.* Wstrzymanie pionowego rozwoju okolicy trzonowców i dwuguzkowców.
Stanley. Zęby i zwyczaj u Siwazów.
Haden. Wybiórcze umiejscowienie paciorkowców.
Mc Millan. Struktura kostna wyrostka zębobodołowego.
Moore. Przyrząd zapobiegający ssaniu kciuka.

Sugget. Model gnatostatyczny.
Mead. Znaczenie diagnostyki ustnej w exodoncji.

Nr. 9.

Chapman. O retencji.
Lindsay. Wzrost i tworzenie kości w związku z ortodoncją.
West. Rozwój dziąseł.
Mc Coy. Nauczanie ortodoncji.
Levien. Zęby Nowozelandczyków.
Kelsey. Utrata bocznego dolnego siekacza wskutek wypadku, replantacja.
Baker. Wrodzony brak małego siekacza górnego.
Arnold. Sporządzenie i naprawa łuków językowych bez zdejmowania opasek.
Arnold. Praktyczny zamek sprężynowy dla łuków wargowych.

Nr. 10.

Fisher. Przemówienie na I. Międzynarodowym Zjeździe Ortodontystów.
Downing. Przemówienie.
Waugh. Przemówienie.
Johnson, Appleton, Rittershofer. Zmiany w tkankach przy ruchach zębów.
Lockett. Trwałe wyniki przypadków leczonych.
Hyams. Twarz dwudziestego wieku.
Pollock. Starożytności.
Kelsey. Nieprawidłowości spowodowane językiem.
Schroeder. Rozwój pionowy.
Bach. Zapiski dentystyczne.
Willett. Korektura przerostu żuchwy chirurgiczna.
Murray. Montaż filmów.

DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FUER ZAHNHEILKUNDE. XLIV. 1926.

Nr. 1.

Fridrychovsky. Ropne zniekształcenia szczęk.
Kellner. Policzkowe zgicie zęba przemieszczonego podniebiennie.
Oehrlein. Radisan.

Nr. 2.

Schwarz. Ziarniniaki nabłonkowe ozębnej, pochodzenie nabłonka.
Praeger. Cement wtórny przy ropotoku.
Zickgraf. Leczenie ropotoku.
Heinroth. Ostra białeczka, objawy w jamie ustnej.

Nr. 3.

Greve. Badania ziarniniaków.
Schroeder. Cecha korzeniowa.
Simon. Zawartość glukozy w ślinie ludzkiej.

Nr. 4.

Muench. Budowa zębów orangutana, linie Retziusa.
Goehring. Zadziałanie na odczyn śliny za pomocą leczenia wewnętrznego.
Loebell. Kadmium a sposób lania złota za pomocą ciśnienia ujemnego.

Nr 5.

Brammer. Badania histologiczne konkrementów przy ropotoku.
Nemtzoglu. Wpływ przecięcia szyjnego nerwu współczulnego na wzrost zębów młodych psów.
Guenther, Loebell. Badania obciążenia sztucznych zębów.

Nr. 6.

Weber. Eksperymentalne wywołanie atypowych bujań nabłonkowych w rosnącym zawiązku zębowym.
Astachoff. Zagadnienia konstytucjonalne w klinice odontologicznej.
Brammer. Czy zdrowe zęby muszą być dewitalizowane przed osadzeniem koron.

C. d. n.

ZŁOTO 22-karatowe i każdej próby

Łączna (lutowie) 21½, 20, 18, 16, 14 jakoteż **PLATYNĘ** w każdej ilości zawsze na składzie z własnej **RAFINERJI i Białe Złoto BARONA** poleca

EDMUND MARJAN BEER

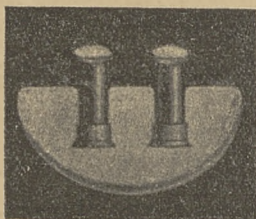
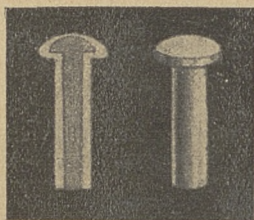
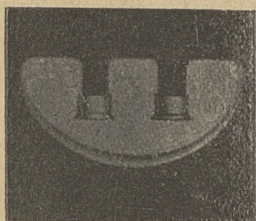
JUBILER I ŻŁOTNIK

LWÓW, Chorążczyzna I. 7.

Zamówienia zamiejskowe odwrotną pocztą.

WIENANDA ZĄB „SOLO“

prawnie zastrzeżony
z włutowanym ćwieczkiem o złotej łusce
(25 % warstwa szczerego złota)



NIEMIECKI ZĄB PIERWSZEJ JAKOŚCI

Proszę żądać jeszcze dzisiaj oferty ze składu
dentystycznego

ZAHNFABRIK WIENAND SÖHNE & Co.

G. m. b. H.

SPRENDLINGEN-FRANKFURT a. M.

ZASTĘPSTWO: Wien IV, Karlsplatz 7 (Verkaufshallen).

Telephon 51-4-79.

Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w POLSKIEJ DENTYSTYCE!