

POLSKA DENTYSTYKA

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM
STOMATOLOGJI I NAUKOM POKREWNYM.

REDAKTOR I WYDAWCA: PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: LWÓW, ULICA ZIELONA 5 a, I p.

Treść I. numeru 1923 r.

	str.
Od Redakcji	1
I. Prace oryginalne	
Prof. Dr. Antoni Cieszyński: O doszczętnem leczeniu ropocięku zębodo- lowego (ryc. 13)	4
Prof. Dr. Franciszek Gröer: Krzywica w świetle najnowszych badań	24
Światała I.: W pałacej kwestji	26
II. Dział sprawozdań i streszczeń	27
Przegląd piśmiennictwa	41
III. Ruch naukowy:	
Sprawozdanie ze Zjazdu Centralnego Związku lekarzy-dentystów niemieckich (Lipsk 18—23. IX. 1922) i dorocznego Zjazdu niem. Tow. ortodontów	47
Ruch naukowy w Tow. zawodowych; sprawozdania z posiedzeń	
IV. Władomości uniwersyteckie	54
V. Ustawy i rozporządzenia sanitarne	56
VI. Sprawy zawodowe	59
Sprawy organizacji zawodowych	
VII. Kronika	63
Ogłoszenia.	

Sommaire:

	pag.
I. Articles originaux.	
A. Cieszyński: Le traitement chirurgical radical de la Pyorrhée alvéolaire.	4
Rusumé	21
Fr. Gröer: Le rachitisme sous les points de vue des nouvelles recherches	24
Światała I.: Une question pressente	26
II. Critiques et Revue des journaux	27
III. Bulletin des Séances et des Congrès	27
IV. Questions des études	54
V. Lois sanitaires	56
VI. Questions professionnelles	59
VII. Renseignements et communiqués	63

CENA PISMA: z przesyłką wynosić będzie w kraju: całorocznie 5 złp., pół-
rocznie 2½ złp., zeszyty pojedyncze 1 złp. Zagranicą te same ceny we frankach
szwajcarskich, prócz tego koszty przesyłki. (1 złp. wal. z d. 24. XI. 1922.=2800 mkp.,
obowiązuje do 15. I. 1923.).

CENY OGŁOSZEŃ: cała strona 30 złp., pół strony 18 złp., ¼ str. 10 złp.,
drobne ogłoszenia 1/16 str. 3 złp. Dla firm zagranicznych te same ceny we frankach
szwajcarskich.

Nr. Konta Pocz. Kasy Oszcz. 151.717. — Rach. bież. w „Polsk. Banku przemy-
słowym” we Lwowie.

TELEFON
15 - 15

SKŁAD
PRZYBORÓW
DENTYSTYCZNYCH

W. ŚWIATŁOWSKI

DAWNIEJ GEO POULSON

MATERJAŁY
INSTRUMENTY

FOTELE ORAZ
WIERTARKI

WARSZAWA

UL. ZGODA 15

WYROBY FIRMY C. ASH & SONS — LONDON.

SKŁADNICA DENTYSTYCZNA

OBFICIE ZAOPATRZONY
SKŁAD PRZYBORÓW
LEKARSKO I TECHNI-
CZNO - DENTYSTYCZN.

KOMPLETNE URZĄDZE-
NIA OD NAJTAŃSZYCH
DO NAJWYKWINTNIEJ-
SZYCH — —

LWÓW, CHORAŹCZYNA 8

M. ARTELT

GENERALNE ZASTĘPSTWO FIRMY
C. ASH & SONS W LONDYNIE I WIEDNIU.

POLSKA DENTYSTYKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM
STOMATOLOGJI I NAUKOM POKREWNYM.

Biblioteka Jagiellońska



1002787181

I. ROCZNIK — 1923.

REDAKTOR I WYDAWCA:

PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI.



LWÓW — 1923.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: LWÓW, UL. ZIELONA 5a I. p.

ODBITO CZCIONKAMI ZAKŁADÓW DUKARSKICH „PRASA” — LWÓW, ULICA SOKOŁA L. 4.

NAJWIĘKSZA I NAJSTAR. SKŁADNICA DENTYSTYCZNA

M. ARTELT

WE LWOWIE, UL. CHORAŻCZYNY 8.

Najobficiej zaopatrzony skład
instrumentów, zębów i kompletnych urządzeń firmy

„ASH'A“.

Operatywne i techniczne przybory
tylko pierwszorzędnej jakości.



10772

II

1(1923)

Proszę oglądnąć ostatnie nowości i towary
po cenie okazyjnej.

Na Wystawie I-go Zjazdu lekarzy-dentystów we Lwowie
otrzymaliśmy list pochwalny z uznaniem i wyróżnieniem.

TREŚĆ PIERWSZEGO ROCZNIKA 1923.

WYKAZ PRAC ORYGINALNYCH.

	Strona
<i>Aleksiewicz J.</i> Uwięznięcie ciała obcego (dostawki) w przelyku i wydobycie go drogą nacięcia żołądka	280
<i>Allerhand H.</i> O leczeniu białkami w stomatologii	227
— Kilka słów o cenniku dentystycznym	243
— O zakażeniu ustnem i środkach zaradczych. (Monografia)	345
<i>Atlas K.</i> Wzrost drożdzyń w latach powojennych a taryfa lekarzy-dentystów. Propozycja unormowania stałej taryfy	102
<i>Chania J.</i> Radjoterapia w schorzeniach jamy ustnej	73
<i>Cieszyński A.</i> O doszczętnem leczeniu ropocięku zębodołowego	4
— Radjoterapia w schorzeniach jamy ustnej (koreferat)	79
— Jeszcze kilka uwag w sprawie doszczętnego chirurgicznego leczenia t. zw. ropotoku zębodołowego. Znaczenie wczesnego rozpoznania roentgenologicznego początkowych stanów tejże choroby	97
— Wytyczne trafnego rozpoznania nieprawidłowości szczękowych. Ortognatostatyka, radiogoniometr i żuchwomierz do pomiarów żuchwy na żywym 129,	173
— Tymol-cement do osadzania koron i mostków	232
— W dziesiątą rocznicę odnowy istnienia Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie	261
— Doszczętne usunięcie czy odcięcie miążgi?	300
— Układ osi zębowych w szczękach a dokładne nastawianie promienia głównego przy zdjęciach roentgenowskich intraoralnych z uwzględnieniem nieprawidł. szczęć. — Tablica z wymiarami kąta dla promienia głównego	314
— System dziesiętny bibliograficzny dla stomatologii	419
— Postępowanie chirurgiczne po wyjęciu zębów z ogniskiem wkołoszczytewem przy t. zw. zakażeniu ustnem	460
— Projekt jednolitego studjum stomatologicznego w Polsce	489
<i>Czernecki W.</i> Podwójna korona zamiast zaczepki (klamry) przy dostawkach kauczukowych i metalowych	220
<i>Dobrzański-Stalony J.</i> O przechowywaniu kwasów dymiących	313
<i>Dykowski B. i Fuchs W.</i> O przyrządzie do sporządzania profilów głów i czaszek, t. zw. „Profilotraktorze“	277
<i>Goldberg-Górski.</i> Leczenie złamania żuchwy z ubytkiem przez wywołanie samoistnego tworzenia się mostków kostnych	505
<i>Gombiński J.</i> O nowych teoriach etiologii ropotoku zębodołowego	465
<i>Gorczyński H.</i> Odcięcie czy usunięcie miążgi doszczętnie. (Referat dyskusji w Towarzystwie stomatologów wiedeńskich)	297
<i>Groër Fr.</i> Krzywica w świetle najnowszych badań	24
<i>Lippel G.</i> Nowy aparat do robienia złotych koron	489
<i>Meissner A.</i> Umocowanie dostawki w bezzębnej jamie ustnej zapomocą zabiegu chirurgicznego	215
<i>Nacher W.</i> Cementy krzemianowe a odumieranie miążgi	233
<i>Nowicki W.</i> Wpływ biologiczny promieni Roentgena na tkanki	65
<i>Sokalski S.</i> Stopy miedzi jako zastępki metali szlachetnych w jamie ustnej	190
<i>Steinberg B.</i> Z zakresu ortopedji jamy ustnej. O „podniebieniu wysokiem“	136
<i>Świtala I.</i> W palące kwestji	26
<i>Szafran Włodz.</i> Pięć przypadków rozległej martwicy szczęk po durze osutkowym	82
— Złamanie igły podczas wykonywania znieczulenia, znoszącego przewodnictwo nerwu żuchwowego	241
— O zatrzymaniu zębów, jego przyczynach, następowych zjawiskach chorobowych i ich leczeniu	335
<i>Tryjarski E.</i> Szczeka sztuczna w jamie nosowo-gardłowej	72

BIBLIOTEKA
UNIW. JAGIELLONSKIEGO
LWÓW

WYKAZ STRESZCZEŃ I SPRAWOZDAŃ.

(Oznaczone * odnoszą się do ocen książek).

Strona

<i>Andresen.</i> „Dentamo“, środek znieczulający zębiny i służący do wypełnień tymczasowych	38
<i>Balters W.</i> Wycisk czynnościowy (funkcyjny)	37
<i>Broderick.</i> Wpływ wewnętrznego wydzielania na zęby	110
<i>Brophy T. W.</i> Retrospektywny pogląd na dawniejszą praktykę dentystyczną; rozmyślania nad współczesnymi tendencjami w dentystyce	112
<i>Bublitz.</i> Punkt styczny	37
<i>Coffart.</i> Stwierdzenie tożsamości zwłok po siedmiu latach pogrzebania we wspólnej mogile (1914—1921) według zapiszków dentystycznych	203
<i>Cohn.</i> Przebieg próchnicy w wieku młodocianym i zwalczanie jej w ramach ubezpieczenia społecznego w Niemczech	29
<i>Cruet.</i> Magitôt i jego dzieło	109
<i>Dieck.</i> O metodycznym badaniu cementów krzemianowych	115
<i>Doré F. J.</i> Terapia i higiena w Chinach	200
<i>Eidmann H.*</i> Rozwój zębów ludzkich z uwzględnieniem uzębienia zwierząt	240
<i>Euler.</i> Stare i nowe rzeczy w chirurgji dentystycznej	201
<i>Fehr C. U.</i> Jak można uwzględnić przy zgrызadle Grittmana lub Bonwilla ruchy poprzeczne Benneta?	36
<i>Feiler.</i> Roentgenografia ropotoku zębodołowego	239
<i>Fröschels.</i> Logopedyczne (mowolecznice) zasady leczenia rozszczepów szczękowych	40
<i>Grant.</i> Badania anatom. nad wstrzyknięciami do II. i III. gałęzi nerwu trójdzielnego	31
<i>Gross.</i> „Alweolektomia“. Postępowanie chirurgiczne, celem leczenia nerwobolu nerwu trójdzielnego pochodzenia obwodowego	114
<i>Hille.</i> O torbielach i innych jamach w szczęce górnej	202
<i>Hofer.</i> Dwa przypadki torbieli szczęki górnej	203
<i>Klein.</i> O budowie puszek zawierających rad do leczenia guzów przysadki mózgowej i górnych dróg oddechowych i pokarmowych	39
<i>Kmita.</i> Ukrwienie tętnicze i żylny migdałków ludzkich	33
<i>Koneffke K. L.</i> Nowe doświadczenia z kokainą i nowokainą	35
<i>Köhler-Etling.</i> O sile zgrzyzu i nowym sposobie jej mierzenia	27
<i>Kranz.</i> O znaczeniu stężenia jonów wodorowych i zawartości amoniaku w ślinie	109
<i>Kubatzki.</i> Wstrzymanie wydzielania śliny przez pochodne atropiny	28
<i>Lartschneider.</i> Przyczyunki do techniki odcinania wierzchołków korzeni dolnych dwuguzkowców	203
<i>Ley.</i> Uspienie chlorkiem etylu jako najodpowiedniejsze w praktyce dentystycznej	33
<i>Loos.</i> Obumarcie miazgi w zębach nie dotkniętych próchnicą	35
<i>Lotheisen.</i> Niebezpieczeństwa chlorku etylowego	201
<i>Müller J. M.</i> Złudzenia rozpoznawcze w roentgenogramach	204
<i>Packhäuser G.</i> Odkażanie środkami chemicznymi plastycznymi mas wyciskowych	119
<i>Pordes F.</i> Uwagi roentgenologiczne odnośnie do zakażenia ustnego	238
<i>Riha.</i> Periodontitis hyperplastica	203
<i>Scheff J.*</i> Podręcznik dentystyki	120
<i>Schwatt-Steinbach.</i> Wał podniebienny przytaczany jako nowy objaw przerostu kości i stawów pochodzenia płucnego	29
<i>Seitz A.</i> Ropotok zębodołowy	113
<i>Sudhoff.</i> Historia dentystyki	109
<i>Wagiel.</i> O obecności barwika żółci w moczu chorych na różę	31
<i>Williger.*</i> Chirurgja dentystyczna	512
<i>Zentler.</i> Zabiegi chirurgiczne doszczętne „wierzchołkowe“ i „ożębne“	201

Sprawozdanie Komitetu organizacyjnego I. pol. nauk. Zjazdu lek.-dent. we Lwowie 22—26. lipca 1923 443

Od Redakcji.

„POLSKA DENTYSTYKA“ wychodzić będzie jako dwumiesięcznik. Zadaniem pisma jest wypełnienie luki w polskim piśmiennictwie naukowym, od dłuższego czasu odczuwanej. Czasopismo to będzie odzwierciedlało stan nauki dentystycznej z całego świata, ze szczególnem uwzględnieniem prac autorów polskich, stając się dla nich pismem archiwalnem.

„POLSKA DENTYSTYKA“, z redakcją główną we Lwowie, będzie posiadała pozatem komitety redakcyjne we wszystkich naukowych środowiskach Państwa i, utrzymując bezpośredni kontakt z wszystkimi zrzeszeniami fachowami, otworzy im swe łamy.

Prócz sił krajowych będą też czynni współpracownicy zagraniczni.

TREŚĆ PISMA ujętą będzie w następujące działy:

Dział I.: Prace oryginalne autorów polskich i zagranicznych. Przy pracach tych będzie się redakcja starała ułatwiać zrozumienie treści jak największą ilością rycin i tablic, sporządzanych jak najstaranniej

Dział II.: Dział sprawozdań, streszczeń i przegląd piśmiennictwa podawać będzie całokształt piśmiennictwa dentystycznego u nas i zagranicą. Z pism lekarskich polskich podawane będą sprawozdania ze wszystkich artykułów, mających związek ze stomatologią, a z prasy zagranicznej referaty odnoszące się do najaktualniejszych zagadnień. W przeglądzie piśmiennictwa uwzględnione będą tytuły artykułów najważniejszych czasopism polskich i zagranicznych. Z działów pokrewnych tylko te prace, które mają łączność ze stomatologią.

Obok artykułu umieszczając będziemy numer podziału decymalnego polskiego, odnoszącego się do piśmiennictwa stomatologicznego, ażeby w ten sposób zastąpić po ukazaniu się skorowidzu rocznego indeks bibliograficzny piśmiennictwa naszej specjalności. Sposób ten ułatwi orjentację, umożliwi w łatwy sposób wyszukanie prac w piśmiennictwie światowym i ułatwi pracę naukową autorów. Klucz systemu decymalnego poda Redakcja w 2. numerze „Polskiej dentytyki“.

Sprawozdania i streszczenia nie będą się ograniczały tylko do podania treści; często będą one zawierały i krytyczne oceny prac. Redakcja starać się będzie pozatem o umieszczanie autoreferatów, ażeby w ten sposób móc podać w jaknajściślejszy sposób poglądy autorów i uniknąć błędów, które nieraz wynikają z niedostatecznego zrozumienia treści przez referentów i wypaczają pogląd autora.

Sprawozdania umieszczając będziemy w logicznym porządku treści, ażeby czytelnik mógł się zapoznać kolejno z pracami, odnoszącymi się do jednego przedmiotu a zawartymi w jednym numerze pisma. Wobec szczupłości pisma nie będziemy mogli umieszczać streszczeń całkowitego piśmiennictwa światowego. Ażeby skoordynować pracę sprawozdawczą we wszystkich czasopismach polskich będziemy od 2-go numeru po-

cząwszy oznaczali znakiem * te artykuły w Przeglądzie piśmiennictwa, które będą w najbliższym czasie referowane obszerniej w „Polskiej dentyście”. Zaoszczędzi się w ten sposób energii referentów, zużywanej na sprawozdania, uniknie się powtórek sprawozdań umieszczanych i w innych czasopismach specjalnych polskich a zachęci się zarazem kolegów do czytania nie tylko jednego pisma fachowego.

Dział III. da pogląd na ruch naukowy w organizacjach zawodowych i zawierać będzie sprawozdania ze zjazdów naukowych w Polsce i zagranicą. Chcąc dział ten utrzymać na wysokości poziomu, prosimy wszystkie Organizacje, ażeby raczyły nadsyłać nam swoje sprawozdania.

W dziale IV. podawać będziemy wiadomości odnoszące się do programów i studiów bieżących, jako i do reform proponowanych. Sprawom tym będziemy poświęcać szczególną uwagę i uwzględniać będziemy opinie, wypowiedziane i zagranicą, ażeby zebrawszy materiał odnośny, ułatwić przeprowadzenie reformy studjum dentystrycznego w Polsce. Idealnym stanem rzeczy byłoby niewątpliwie, ażeby każdy lekarz-dentysta w przyszłości był zarazem i lekarzem wszech nauk lekarskich i dopiero po ukończeniu studiów lekarskich odbył studia specjalne, składając z nich osobny egzamin. Dopóki jednak nie zapełnimy dotkliwej luki w szeregach lekarzy-dentystów w b. dzielnicy pruskiej i austriackiej obowiązkiem naszym jest wobec Państwa i ludzkości dostarczyć dostatecznej ilości specjalistów, zajmujących się leczeniem zębów i chorób jamy ustnej społeczeństwu, Kasom chorych, szkołom i wojsku.

Liczba lekarzy-dentystów musi wzrosnąć bezwzględnie w byłej dzielnicy pruskiej i austriackiej. Jeżeli chcemy skutecznie przeciwdziałać partactwu, nie możemy stać obecnie na stanowisku idealnem.

Czas wypełnienia tych luk w b. dzielnicy rosyjskiej zbliża się; dla innych jednak dzielnic będzie potrzeba jeszcze około 6 lat, o ile uniwersytety polskie zgodzą się na zaprowadzenie osobnego studjum dentystrycznego.

Ścisła łączność z naukami lekarskimi i przyrodniczymi oraz korzystanie z wyników postępów tychże nauk jest podstawą rozwoju stomatologii. Odwlekanie wprowadzenia tymczasowo osobnego studjum dentystrycznego przy uniwersytetach polskich opóźnia czas, w którym może Państwo Polskie żądać od lekarzy-dentystów poprzedniego pełnego studjum lekarskiego.

Program studjum dentystrycznego osobny musi być jednak jaknajszerszy, musi dać studentowi gruntowne podstawy teoretyczne, musi uwzględnić wszelkie punkty styczności z naukami lekarskimi i przygotować lekarzy dentystów nie tylko do pracy zawodowej, ale i do ścisłej obserwacji, musi go zapoznać z wszelkimi metodami badania lekarskiego, musi go przygotować do krytycznej oceny spostrzeżeń; gruntowna znajomość wszelkich działów stycznych z naukami pokrewnymi wyrobi w nim krytycyzm, potrzebny do oceny piśmiennictwa zawodowego i przygotowuje go zarazem do pracy naukowej.

Zdajemy sobie sprawę, że program obecny Państwowego Instytutu dentystrycznego, projektowany na czas przejściowy aż do ukończenia studjum dentystrycznego przez wychowalców dawnych Zakładów prywatnych

jest nie wystarczający i wymaga gruntownej reformy, ażeby nowowstępujący uczniowie mogli wykształcenie swe odebrać w tym zakresie, który jest im potrzebny. Wskazanie nowych dróg, a nie jałowa krytyka braków, znajdzie miejsce w naszym piśmie.

W wiadomościach uniwersyteckich będą także podawane statystyki studentów i sprawozdania Instytutów dentystycznych w Polsce oraz najważniejsze sprawy, odnoszące się do szkolnictwa wyższego, zachodzące zagranicą.

Dział V. Nie ma specjalności lekarskiej, w którejby sprawy zawodowe tak ważną odgrywały rolę, jak właśnie w stomatologii. Przyczyniają się do tego i antagonizmy dzielnicowe i nierównomierne przygotowanie do wykonywania pracy zawodowej w poszczególnych dzielnicach.

„POLSKA DENTYSTYKA“ uważać będzie za jedno z najważniejszych swych zadań pracę swą skierować w kierunku zatarcia tych antagonizmów dla dobra naszej sprawy i dla dobra naszego zawodu. Unikać będziemy wszelkiej krytyki i ogłaszania publikacji, zmierzających do pogłębienia różnic, a pracować będziemy nad wytworzeniem atmosfery koleżeńskieg0 wzajemnego zaufania.

Tylko jeden silny front może zapewnić stomatologii polskiej to stanowisko w naukach lekarskich, na które zasługuje.

Tylko jeden zwarty front może skuteczny stawić opór szerzącemu się partactwu.

W dziale zawodowym będą podawane sprawozdania z posiedzeń organizacji co do spraw aktualnych oraz sprawy, dotyczące ustawodawstwa.

W końcu poświęcimy łamy swe zagadnieniom ekonomicznym, sprawom podatkowym, taryfie lekarskiej i zakupom materiałów.

W dziale VI. umieszczane będą sprawy personalne i wiadomości bieżące oraz ogłoszenia najbliższych zjazdów.

Myśl, ażeby pismo stomatologiczne wychodziło we Lwowie, na kręśach Polski, pojawiała się już kilkakrotnie, nietylko u nas w Małopolsce ale i Wielkopolsce i byłej dzielnicy rosyjskiej. Obawa, że szczupłe grono współpracowników na terenie lwowskim nie zdoła skupić na czas dłuższy swej energii, by utrzymać pismo na poziomie należytym bez uszczerbku dla obowiązków innych, nie mniejszej wagi, stawała jednak już od lat kilku na przeszkodzie. Gromadzący się jednak w rękach naszych materiał naukowy, aktualność wielu spraw niezłatwionych, trudności wzajemnego porozumienia się poszczególnych organizacji, nalegania zreszeń zawodowych innych dzielnic, skłoniły nas w końcu do ostatecznej decyzji.

Podajmujemy tę odpowiedzialną pracę mimo wszelkich trudności wydawniczych, które z dnia na dzień nie maleć, ale mnożyć i zwiększać się poczynają, dla dobra naszego zawodu i dla dobra nauki stomatologicznej. Liczymy w pracy tej na pomoc i poparcie ze strony Kolegów na wszystkich ziemiach Polski w myśl dewizy: **JEDNOŚCIĄ SILNI.**

We Lwowie w grudniu 1922 r.

Antoni Cieszyński.

Z Instytutu dentystycznego Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie, Dyr. Prof. Dr. Antoni Cieszyński.

O doszczętnem chirurgicznym leczeniu t. zw. ropocieku zębodołowego.

(„Le traitement radical chirurgical de la Pyorrhée alvéolaire“).

Podał

Antoni Cieszyński.

I.

Celem leczenia tak zwanej „Pyorrhoea alveolaris“ stosowano do r. 1917, następujące zabiegi:

1. *Oczyszczenie z kamienia nazębnego i surowiczego* drogą mechaniczną narzędziami i drogą chemiczną.

2. *Wygładzenie szyjek zębowych*; ochronienie „kieszonek dziąsłowych“ przed zanieczyszczeniem (Harzell, Smith).

3. *Wyrównanie zgryzu* przez zeszlifowanie zębów i zastąpienie brakujących zębów (Karolyi i inni)

4. *Zniszczenie drobnoustrojów środkami chemicznymi:*

a) posiadającymi ogólnie znane właściwości odkażające, b) lub oddziałającymi specyficznie, bądźto bezpośrednio miejscowo, bądź też pośrednio przez leczenie ogólne, (Emetyna, salvarsan, rtęć), c) lub przez wprowadzenie ich przy pomocy kataforezy. (Ionic medication — Sturridge).

5. *Zniszczenie drobnoustrojów przy równocześnie zwiększonej odporności w myśl działania ergotropowego — proteinowego* przez:

a) naświetlanie światłem niebieskim (Voelker), lampą kwarcową (Zilz), arsonwalizacją (Zilz, Stevens), naświetlanie promieniami Roentgena lub radium (Tonssey, Trauner, Levy, Mamlok, Windmüller i inni), b) leczenie szczepionkami (Medalia i inni), c) wywołanie skrzepu przez oczyszczenie kieszonek dziąsłowych (blood-clot method — Sidney Smith).

6. *Zniszczenie i usunięcie ziarniny przy zachowaniu brodawek dziąsłowych względnie brzegu dziąsła* a) środkami chemicznymi, b) żegadłem (J. Witzel, Berten, O. Römer, Feiler i inni), c) przez wyłyzeczkowanie: I. od wejścia do kieszonek (Younger, Senn, Feiler i inni); II. po odsłonięciu ogniska cięciem łukowym poprzez dziąsło poniżej brzegu dziąsła (Robert Neumann).

7. *Wszczepienie zębów sztucznych (implantatio) po oczyszczeniu zębodołu (Rhein)*

i *przeszczepienie (replantatio) zębów* (Robert Neumann i inni).

8. *Zwężenie kieszonek dziąsłowych* a) przez pionowe nacięcie lub klinowe wycięcie dziąsła w okolicy szyjki zębowej (Partsch, Berten, Cohn), b) przez ignipunkcję dziąsła żegadłem. W ten sposób wytwarza się szereg blizn, powodujących skurczenie się kieszonek (Preiswerk).

9. *Wycięcie kieszonek dziąsłowych i usunięcie ziarniny* (Gingiwoektomja. (Robičšek 1910 (?), Pickerill 1912, Struck 1914).

10. *Ustalenie chwiejących się zębów* przy pomocy szyn (Rhein 1866, Mamlok, Witkowski i inni) lub przy pomocy wiązań.

11. *Zapobiegawczo polecono:* a) oczyszczanie kamienia nazębnego w pewnych okresach, b) wystrzykiwanie przestworów międzyzębowych, c) płukanie rozczyinami zawierającymi rad lub rozczyinami soli karlsbadzkiej, d) miąższenie dziąseł rozczyinem 30—45% wysokości z dodatkiem środków ściągających.

Przeważnie łączono więcej zabiegów z powyżej podanych ze sobą. Wyniki jednak nie musiały być zadowalające, gdyż po niejakim czasie pojawiała się zawsze inna nowa metoda lecznicza. W międzyczasie pogłębiły się studia nad patogenезą tejże choroby; ustaliło się przekonanie, że tak zwana „pyorrhoea alveolaris“ nie jest jednostką chorobową, że powstaje ona bądźto z przyczyn miejscowych, bądźto jako objaw zaburzeń ogólnych. Nazwa sama „ropociek zębodołowy“ jest nawet sama w sobie już niestuszną, gdyż najcharakterystyczniejszym objawem tej choroby nie jest wysięk ropny, którego nawet często brak zupełnie, tylko wytworzenie się kieszonek dziąsłowych z ziarniną, któremu towarzyszy zanik kości wyrostka zębodołowego; jako następstwo występuje rozchwianie się zębów.

Stwierdzono również, że usunięcie objawu ropienia nie jest równoznacznem z wyleczeniem sprawy chorobowej i zapobiega wznowom. Za najważniejszą zdobycz badań klinicznych uważać należy niewątpliwie stwierdzenie faktu, że tak zwany ropociek zębodołowy często *staje się źródłem zakażenia ogólnego o ukrytym podłożu i może zagrażać w wysokim stopniu ogólnemu stanowi zdrowia jednostki.*

Jezeli z tego punktu widzenia krytycznie ocenimy dotychczasowe metody leczenia, stwierdzimy, że większa ilość z nich okazuje się niedostateczna, a nieraz i niebezpieczna dla chorego, ponieważ nieraz omamia tak chorego jak i lekarza co do istotnego stanu wyrostka zębodołowego jak i stanu ogólnego zdrowia chorego, wykazując pozornie dodatnie wyniki. Dlatego też nie można się dziwić, że niejedni stomatolodzy stoją — jak w czasach dawniejszych tak i jeszcze teraz — na tem stanowisku, że wyjęcie zęba jest najlepszym i najpewniejszym leczeniem tak zwanego ropocieku zębodołowego; jest to bowiem jedyna metoda usuwająca doraźnie i niewątpliwie chorobę wyrostka zębodołowego, chroniąc zarazem organizm od szkodliwych jadów.

Wychodząc jednak z tego założenia byłoby fałszywem, gdybyśmy we wszystkich przypadkach tak zwanego ropocieku zębodołowego zęby zajęte chorobą usuwali, zamiast zastosować chociażby próbnie sposoby leczenia, które, usuwając objawy miejscowe i podłoże patologiczne, chroniłyby zarazem organizm przed objawami zakażenia.

Doświadczenia ostatniego dziesięciolecia nauczyły nas, że jedyna droga racjonalna leczenia tak zwanego ropocieku zębodołowego prowadzi przez zabieg chirurgiczny, przy czem należy uwzględnić ogólny stan zdrowia chorego.

W latach 1917—1922 spotykamy w szwedzkim, amerykańskim i niemieckim piśmiennictwie szereg cennych prac o chirurgicznym leczeniu ropocieku zębodołowego. Wypadki wojenne ostatnich lat przerwały, wzglę-

dnie utrudniły międzynarodowy kontakt naukowy; idee podobne, prowadzące do rozwiązania tegoż samego problemu, pojawiły się u różnych narodów prawie że równocześnie; postaram się przeto zestawić wyniki odnośnych prac na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa i *przyczynić się do wykazania pierwszeństwa w podaniu metody radykalnego leczenia chirurgicznego ropocięku zębodołowego.*

Już w r. 1912. polecił Pickerill sposób radykalnego leczenia ropocięku drogą chirurgiczną, nazywając operację tę „gingiwoektomją“. Zabieg ten wykonywał w szpitalu w uśpieniu ogólnym, przepisując po operacji choremu osobną dietę z węglowodanów i jarzyn, a zmniejszając ilość pokarmów zawierających białko i ekstrakty. Posługując się osobnymi łyżeczkami i zakrzywionymi lancetami usuwał dziąsło i zakażoną ziarninę. Po zagojeniu się rany polecał mięsznienie dziąsła*).

Ballasko wspomina w r. 1920 że już przed mniej więcej 10 laty (1910??) Robičšek pokazywał we Wiedniu sposób leczenia chirurgicznego t. zwanego ropocięku zębodołowego, polegający na wycięciu brodawek dziąsłowych i wyłyżeczkowaniu ziarniny i ewentualnem usunięciu gryzem (Fraise) chorych części wyrostka zębodołowego. Nie znajdujemy jednak wzmianki o tem, by zabieg wspomniany stosował autor ten przy większych odcinkach szczęki a więc w szerszym zakresie. Metodą tą posługiwał się Robičšek podobno już od dłuższego czasu z wynikiem dobrym; nie znajdujemy jednak o niej wcześniejszej wzmianki w piśmiennictwie.

W Niemczech przedstawił podobny sposób leczenia Struck na 53. dorocznem posiedzeniu „Centralnego Związku niemieckich lekarzy dentyków“, proponując „usunięcie bezwzględne nożem, części błony śluzowej, palcem przesuwalnych, które pod naciskiem stawały się bielsze“. O ile gojenie się rany przebiega normalnie, wytwarza się przylegające dziąsło. Wykazuje ono zabarwienie normalne w okolicy krawędzi wyrostka zębodołowego, a „wygląda jakoby ku zębom przegięte“.

Struck przestrzegał przytem podobnie jak Römer przed uszkodzeniem okostnej i kości szczękowej. Autor ten nie usuwał zatem ziarniny z głębi zębodołów, stworzył tylko stosunkowo szeroką przestrzeń między płatem językowym i wargowym dziąsła, niepokrytą nabłonkiem, nie łączył ich szwem i liczył tylko na zbliżnienie „per secundam“.

Struck nie postępował planowo, stanął podczas operacji w środku drogi; nie usuwał ropnej sprawy, wytwarzającej ziarninę, z głębi zębodołów, nie łączył odciętych brzegów dziąsła szwem, nie stworzył najlepszych warunków gojenia się rany i doczekał się, — jak też wspomina — często bujającego „caro-luxurians“.

Zauważyć należy, że Struck**) zalecał podobnie jak Pickerill obok wykonania zabiegu leczenia późniejsze w sanatorium, nie praktykowane na ogół dotąd w Niemczech. Szczegół ten, sam w sobie małej wagi, wskazuje na to, że Struck znał prawdopodobnie publikację Pickerilla i na niej się wzorował. Bądź co bądź stanowi zabieg Strucka: wycięcie

*) O gingiwoektomji Pickerilla dowiedziałem się dopiero przed niedawnym czasem z pracy Nodine'a w „Dental Cosmos“ z r. 1921 (str. 346).

**) Struck w pracach swych dwóch z r. 1913. nie podaje żadnego piśmiennictwa i nie powołuje się na żadnego z autorów.

górnjej części kieszonek dziąsła znaczny postęp w leczeniu chirurgicznym ropocieku zębodołowego.

W dyskusji nad referatem Strucka zaznaczyłem wyraźnie swe stanowisko co do chirurgicznego leczenia ropocieku zębodołowego oraz podkreśliłem konieczność planowego postępowania, któreby zmierzało do usunięcia ognisk chorobowych i chroniłoby od ponownego zakażenia.

Zabieg ten uwzględnić powinien następujące zasady:

1. Stworzenie wygodnego i przejrzystego przystępu celem oczyszczenia korzeni zębodowych z kamienia nazębnego i surowiczego,

2. usunięcie doszczętne ziarniny wraz z bujającymi przerostami nabłonkowemi.

3. usunięcie i wyrównanie brzegów kostnych zębodołów,

4. odkażenie ogniska choroby,

5. usunięcie kieszonek dziąsłowych, tworzących źródło wznowienia ropienia ew. źródło zakażenia ogólnego,

6. przeroste brodawki powinny być ścięte cięciem ukośnem ku głębi zębodołu z pochylem do osi zębowej, by nie pozostawiać po zeszcieniu szerokiej warstwy nie pokrytej błoną śluzową, i uniknąć wytworzenia się „dzikiego mięsa“. Po założeniu szwów i wygojeniu się rany stwarza się przez zrost obydwóch przylegających do kości płatów dziąsłowych nowe wiązadła szybkowe, położone poniżej dawniejszych.

7. Zabieg należy skutecznie nożem i ostrą łyżką a nie żegadłem; żegadło bowiem niszczy okostną i stwarza niekorzystne warunki gojenia się rany.

8. Podczas gojenia nie wytwarza się ponownie kość, która uległa sprawie chorobowej wstecznej. Zęby umacniają się nie wskutek wytworzenia się kości, tylko wskutek zabliznienia się dziąsła**).

Zasady te operacyjne, wygłoszone przezemnie, zostały w formie skróconej podane w sprawozdaniu ze Zjazdu „Centralnego Związku niemieckich lekarzy dentyistów z r. 1914¹⁾ w „Deutsche Monatschrift für

*) Eine stärkere Betonung einer chirurgischen Behandlung bei der Pyorrhoea alveolaris von Herrn Struck hat manches für sich; jedoch vermischen wir hier den leitenden Grundgedanken, der den operativen Weg vorschreiben würde. Bei diesen chirurgischen Massnahmen muss man darauf ausgeben, einen günstigen Zugang zur Reinigung des Zahnsteins zu schaffen, zur Beseitigung der Granulationen, zur Reduktion der Tiefe der Taschen. Die Schnittführung muss derart sein, dass die sich bildenden Narben ein künstliches Ligamentum circulare bilden, das allerdings bedeutend tiefer liegen würde. Wenn hypertrophische, interdendale Papillen abgetragen werden, so muss dies schräg mit der Neigung nach innen zur Zahnachse geschehen, damit keine breiteren, von Epithel entblösten, Schichten die Ausheilung verzögern und zur Bildung des Car. luxurians Anlass geben. Letzteres ist besser als durch den Galvanokanter, der für das in der Nähe liegende Periost geradezu für gefährlich bezeichnet werden muss, mit einer Lapislösung zu beseitigen.

Soweit der Knochen geschwunden, (das man roentgenologisch festhalten kann, soweit ist auch das Periodontium geschwunden und eine Restitution des bereits dem regressiven Prozesse erlegenen Knochenfächer kann nicht erlangt werden, wenn auch die Eiterung sistiert und die Zähne infolge der Kontraktion der umgebenden Schleimhaut fester werden“.

***) W najnowszej swej publikacji podaje N o d i n e, że zauważył po kilku latach po dokonaniu operacji ponowne wytwarzanie się kości w okolicy zębów operowanych, co stwierdził na roentgenogramach.

Zahnheilkunde“ z r. 1914 na str. 576. Zawierają one dla każdego doświadczonego chirurga zarazem szczegółowy przepis techniki operacyjnej.

Opis zastosowania praktycznego tegoż sposobu leczenia chirurgicznego oraz szczegółowy opis techniki operacyjnej spotykamy w piśmiennictwie szwedzkim i angielskim dopiero w r. 1918. w pracy L. Widmana ze Sztokholmu, o czym wspomina także Neumann i Oestman. Opis dokładny swej techniki operacyjnej podał Widman już w r. 1916. w wykładzie, wygłoszonym w „Tow. Szwedzkich lekarzy dentystów w Sztokholmie.

Widman doszedł do tejsze metody prawdopodobnie niezależnie odemnie. Odkrywa on szerokiemi cięciami płat dziąsła ponad trzema do sześcioma zębami po stronie językowej i wargowej, wycina nadmiar dziąsła czyli kieszonkę dziąsłową wraz z ziarniną, odbija dłutkiem zmienione chorobowo i odstające brzegi kostne, usuwa w głębi osadzony kamień nązębny i ziarninę i stara się osiągnąć zabliznienie się dziąsła.

Widman rozróżnia dwa rodzaje cięć: cięcia grupowe i cięcia dziąsłowe. Cięcia grupowe rozpoczynają się przy brzegu dziąsła i prowadzą do okolicy szczytów korzeni. Każda grupa obejmuje trzy zęby. Cięcia dziąsłowe prowadzi Widman 1 mm. poniżej brzegu dziąsła wzdłuż krawędzi wyrostka zębodołowego.

Widmann operuje zawsze w sposób radykalny, odstaniając sobie wyrostek zębodołowy nie tylko od strony wargowej, względnie licowej, ale i od strony językowej, względnie podniebiennej; wycina dziąsło cięciami przechodzącymi i przez okostną, ażeby tem łatwiej usunąć doszczętnie ziarninę i chore kostne krawędzie zębodołów. Szyję ustalającą zakłada Widman dopiero po zabiegu.

Na V. Kongresie międzynarodowym w Londynie w r. 1914*) sprawa leczenia ropociek zębodołowych była szeroko dyskutowaną. Sprawozdanie Zjazdu zawiera trzy obszernie referaty poglądowe na ten temat mianowicie prace autorów: Maurycyego Roy z Paryża, Sidney Smith'a z Kalifornji i Ernesta Sturridge'a z Nowego Yorku. Nie znajdujemy jednak w pracach tych wzmianki o radykalnem chirurgicznem leczeniu z wycięciem kieszonek dziąsłowych; tak samo nie wskazują na tę drogę leczenia mówcy, zabierający głos w dyskusji. Nie wspomina również o tej operacji R. Neumann w II. wydaniu swej monografji z r. 1915. Dopiero w styczniowym numerze z r. 1919 „Dental Summery“ opisuje Zentler radykalną chirurgiczną metodę leczenia (a więc już po ukazaniu się pracy Widmana w angielskim tłumaczeniu), w sposób następujący:**).

„Dwoma cięciami równoległymi, prowadzącymi od brzegu dziąsła do okolicy szczytowej zębów, unosi się w okolicy chorego zęba, względnie chorych zębów, płat dziąsłowy. Cięcia te muszą przechodzić przez tkankę śluzową i podśluzową oraz okostną. Płat dziąsłowy, odsunięty skrobaczką, podtrzymuje asystent i odsłania pole operacyjne. Tkanekę zakażoną, będącą w stanie zapalnym, usuwa się wraz z ziarniną wkłó korzenia zębów odpowiedniami nożyczkami i łyżeczkami. Potem odbija się stosownymi dłuteczkami i młotkiem te części krawędzi wyrostka zębodołowego, które otaczają odsłonięte korzenie; poczem następuje gruntowne wyłyżeczkowanie ziarniny. Szorstkie brzegi kostne wyrównuje się i wygładza tak dalece, by stanowiły z korze-

*) Sprawozdanie z tegoż Zjazdu zostało mi dopiero nadesłane w lipcu b. r.

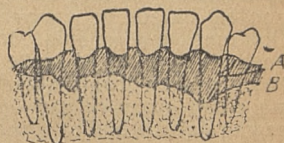
***) Cytowane według Nođine'a: Dental-Cosmos 1920. kwiecień str. 347.

niami równą powierzchnię. Odstłonięty płat dziąsłowy oczyszcza się starannie z ziarniny, chroniąc przytem zdrową jeszcze okostną. Po wypłukaniu rany rozczysem soli fizjologicznej i wytarciu jej nalewką jodową, odświeża się brzegi płatu dziąsłowego, pokrywa się nim pole operacyjne, przyszywa się go na miejscu. Szwy zakłada się w górnej i w dolnej części cięć pionowych, t. j. w okolicy szyjkowej i w okolicy szczytowej zębów. Jeżeli operacja obejmuje większą przestrzeń, wskazanem jest przeprowadzić jeden lub dwa dalsze szwy między zębami celem zbliżenia płata wargowego z dziąsłem po stronie podniebiennej. O ile brzegi przyszytego płata, które już ucierniały wskutek sprawy chorobowej, przybiorą wygląd nekrotyczny wskutek braku dostatecznego odżywienia, należy je gładko odciąć. Po wygojeniu się pozostanie dobrze przylegająca powierzchnia dziąsła, otaczająca korzenie zębów.

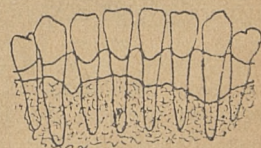
Nodine ostatni swój referat na temat radykalnego leczenia chirurgicznego ropociek zębodołowego wygłosił 12. listopada 1920. w „American Dental Society of London“, który się jednak drukiem ukazał dopiero w kwietniowym numerze w „Dental Cosmos“ z r. 1921. Autor wspomina

Ryc. 1. A „Kieszonki dziąsłowe“.

B Brzeg kostny zniszczony sprawą chorobową.



Ryc. 2. Korzenie obnażone częściowo wskutek gingiwoektomji. (Przed wyglądem dłutem krawędzi wyrostka zębodołowego).

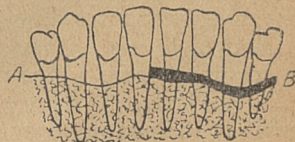


Ryc. 3. Wycięty płat dziąsłowy tworzący „kieszonki“.

A strona wargowa, B strona językowa.



Ryc. 4. A krawędź kostna wyrównana i wygładzona, B czarna linja oznacza w przybliżeniu położenie dziąsła po wygojeniu się sprawy.



(Ryc. 1—3 pomniejszone z oryginalnych rycin w pracy Nodine'a (2—6).

Ryc. 4 jest skombinowaną z dwóch rycin tegoż autora).

w cytowanej pracy, że tymczasowy komunikat na ten temat złożył już w październiku 1918. r. w temsamem towarzystwie naukowem, podczas gdy Zentler pracę swą wygłosił w styczniu 1919. r.; wobec tego podkreśla Nodine swoje prawo pierwszeństwa do tejże operacji wobec Zentlera.

Przed zabiegem chirurgicznym stara się Nodine o wyrównanie zgryzu przez odpowiednie zeszlifowanie guzków i o uzupełnienie uzębienia zapomocą dostawek. Nerwowym chorem daje on 1/2 godziny przed zabiegiem 2 tabletki „bromuralu“ lub „triplebromidu“, poczem odkaża jamę ustną i przeprowadza znieczulenie miejscowe lub znoszące przewodnictwo nerwowe, lub też łączy pierwszy sposób z drugim, ażeby przez znieczulenie miejscowe zmniejszyć krwawienie podczas operacji. Cho-

rego operuje w pozycji siedzącej równocześnie w górnej i dolnej szczęce z jednej strony. Poza to plan operacyjny, zależny jest od danego przypadku.

Nodine oparł się w głównym zarysie na technice Pickerilla i udoskonalił ją z biegiem czasu.

Pole operacyjne osłania i chroni je kawałkami wyjałowionej gazy od zalewu śliny i krwi. Zorjentowawszy się co do głębokości zaułków dziąsłowych, prowadzi odpowiednim nożem cięcie prostopadłe do wyrostka zębodołowego wzdłuż krawędzi kostnej. Jeżeli kość tylko po jednej stronie jest zniszczona prowadzi cięcie po tejże stronie, pozostawiając dziąsła w przestworach międzyzębowych. Tak daleko odcina tkankę i usuwa ją, jak daleko sięgają zmiany chorobowe; w przestworach międzyzębowych wyłyżeczkowuje gruntownie ziarninę; szorstkie brzegi kostne usuwa dłutkami i młotkiem i wyrównuje je na wysokości głębi zaułków dziąsłowych. (Ryc. 1—4). Przytem posługuje się bagnietowemi dłuteczkami i prostokątnie, motykowato zgietymi ekskavatorami; do wyłyżeczkowania ziarniny używa wązkich łyżeczek lub łyżeczkowych wydrążaczy; dziąsło przecina wąską, sierpowo zgiętą lancetą złożoną na odpowiednim trzonie, który pozwala dowolnie jej nastawienie. Pole operacyjne oczyszcza roztworem soli fizjologicznej lub roztworem Dakin'a i wyciera nalewką jodową (7%) poczem okłada zęby wokoło gazą jodoformową, umacniając je wiązaniem jedwabnym. Opatrunek ten zmienia codziennie przez 3 do 4 dni Choremu przepisuje w dniu po operacji rano zażyć łyżkę gorzkiej soli, w dniach następnych 2 łyżeczki szałwji. (?) Na twarz poleca zrobić okład zimny z gorzkiej soli (1 łyżkę na 1/2 szklanki wody). Poza to ma chorego przestrzegać dięte, jedząc jarzyny i węglowodany a unikając pokarmów zawierających białko i ekstrakty. Ranę wystrzykuje sam przy zmianie opatrunku i zaleca zrobić to samo choremu po jedzeniu. W 10—14 dniach jest dziąsło zagojone, przybiera wygląd zdrowy i przylega ściśle wokoło zębów.

Nodine podkreśla, że nie dlatego usuwa kość, ponieważ uważa ją z góry za zakażoną, lecz ze względów mechanicznych. Zmierza on do zwężenia wejścia do głębi zaułków, dlatego też usuwa wystające i drażniące brzegi kostne oraz wszystkie zakażone resztki dziąsła. Jak widzimy, między techniką operacyjną Nodine'a, Zentlera i Widmana nie ma wybitnych różnic.

Nodine wylicza w sposób przejrzysty ujemne strony tegoż zabiegu:

„1. Odsłania się korzenie zębowe w znacznej mierze, co powoduje ich zwiększoną wrażliwość na zmiany ciepłoty; lecz to samo zauważamy, o ile dziąsło się cofnie tylko po usunięciu kamienia nazębnego. Wrażliwość ta ustępuje jednak z czasem.

2. Dziąsło staje się w miejscu operacji bliznowate i rzekomo podatniejsze na ponowne zakażenie. Twierdzenie to jednak nie jest uzasadnione. Dziąsło pokrywa się jednak podczas gojenia się rany świeżym nabłonkiem i nie pozostawia lśniacej, przeźroczej blizny.

3. Chorzy nie są zadowoleni z wyglądu bardzo widocznie odkrytych korzeni.

4. Sposób ten leczenia należy do zakresu wielkiej chirurgji. Tymczasem każdy chirurgicznie wyszkolony lekarz dentysta musi i powinien dokonać tegoż zabiegu, który lepsze wyniki daje od innych sposobów leczenia“.

Strony dodatnie tegoż zabiegu przedstawiają się następująco:

1. Możliwość gruntownego usunięcia chorej tkanki i kamienia nazębnego.

2. Szybkość i bezbolesność zabiegu.

3. Przygotowanie należyte pola operacyjnego do założenia szyny, ustalającej zęby.

4. Usunięcie miejscowych ognisk chorobowych chroni od wznowy i od skutków zakażenia.

Również w kwietniowym numerze „Dental-Cosmos“ z r. 1921. spotykamy pracę Williama Ziesel'a na podobny temat, referowaną przez tegoż autora 2. grudnia 1920. r. w „Eastern Dental Society“ w Filadelfji. Operacja Ziesel'a jest w gruncie rzeczy tylko gingiwoektomia. Na usunięcie brzegu kostnego nie zwraca szczególnej uwagi. O ile zachodzi potrzeba, wyskrobuje się w razie nekrozy także wyrostek zębodołowy ostrym nożem“. Autor ten podkreśla niebezpieczeństwo, grożące choremu ze strony ropociek zębodołowych ze względów ogólnych; dlatego też zabieg ten wykonuje często; od listopada 1918. r. operował 2800 zębów w 90% przypadkach z wynikiem pomyślnym. W czasach ostatnich operował 25 zębów na jednym posiedzeniu. Zabieg więc dotyczył w niektórych przypadkach całej szczęki górnej i dolnej. Ziesel posługuje się osobnymi, odpowiednio zgiętymi lancetami, które kształtem swym przypominają narzędzie używane przezemnie, poniżej dodane. Po operacji spostrzegał autor ten często poprawę stanu ogólnego.

W r. 1920. ukazało się III. wydanie monografji Roberta Neumanna: „Ropociek zębodołowy i jego leczenie“. Na stronie 120. czytamy tamże:

„już w r. 1915. podkreślałem doniosłość chirurgicznego leczenia, stosowanego przezemnie. Polegało ono na tem, że prowadziłem 1/2 cm poniżej brzegu dziąsła cięcie łukowe według Partsch'a, odsłoniłem ognisko choroby i starałem się usunąć całą tkankę zmienioną chorobowo. Potem uniosłem płat dziąsłowy i przyszyłem na miejscu“.

Ten sam autor pisze kilka wierszy poniżej:

„Usunąwszy tylko brodawki dziąsła nie można orzec z pewnością że widziało się w istocie wszystkie zauki w kości i poddało się je należytemu leczeniu. To samo można powiedzieć o cięciu łukowym Roberta Neumanna. pomijając już ten moment, że często tylko 1/2 cm szeroka listewka błony śluzowej podlega nekrozie.“

Neumann opisuje więc wyraźnie swoje dotychczasowe, do niedawna jeszcze stosowane, leczenie chirurgiczne i poddaje je krytyce w sposób właściwy. W dalszym ciągu opisuje swój nowy sposób radykalnego leczenia ropociek zębodołowych polegający na szerokim odsłonięciu płata dziąsłowego, wyłżeczowaniu, odcięciu i wygładzeniu brzegów kostnych i zeszczeniu końcowem, przy którym zmienia się „pionowy zanik“ (według mianownictwa Weskiego) w „poziomy“.

„Często należy wskutek zaniku kości, któremu nie towarzyszy zanik dziąsła, po usunięciu chorobowo zmienionej tkanki kostnej tyle usunąć dziąsła nożem, ażeby pozostała reszta właśnie pokrywała kość. Tylko w ten sposób bowiem można uzyskać obcisłe przyleganie dziąsła na kości. Jeżeli wygojenie ma nastąpić prawidłowo, należy uwzględnić wszelkie inne warunki, koniecznie dla wygojenia się rany: a więc należy usunąć doszczętnie wszystkie złogi pokrywające korzeń, korzeń sam musi być wygładzony sposobem Sachsa i Neumanna i t. d.“

Po ukazaniu się tegoż opisu, pojawił się jeszcze obszerniejszy w kwietniowym numerze*) „Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde“. Prace te zawierają bardzo piękne i pogładowe ryciny techniki operacyjnej. Jesienią 1920 r. miał Neumann sposobność spotkania się osobistego z Widmanem w czasie kursu, podczas którego wywiązała się obszerniejsza dyskusja na

*) Numer ten wyszedł dopiero z druku z półrocznym opóźnieniem.

temat teŝże operacji. Okazało się wówczas, że Widman juŝ przed Neumannem operację tę ogłosił i to w r. 1916. i że tylko nieznaczne różnice istnieją w szczegółach operacji.

Uderzająco podobnym jest opis teŝże metody, podany przez Neumanna do opisu Zentlera w styczniowym numerze Dental Summery 1919, który podałem powyŝej.

Nie można się oprzeć wrażeniu, że Neumann znał poprzednio bądźco bezpośrednio lub pośrednio pracę Widmana w tekście angielskim lub pracę Zentlera. Mimo to nie mamy powodu nie wierzyć Neumannowi, że podając technikę operacyjną jako sposób własny, doszedł do niej samodzielnie. Nie ulega natomiast wątpliwości, że Neumann znał ustalone przezemnie w r. 1914, zasady teŝże operacji, podane powyŝej, gdyż się sam na nie powołuje w pracy swej z r. 1921.

Dziwnie uderza po zestawieniu poprzednich cytatów prac Neumanna ustęp następujący z podręcznika jego z r. 1920. (str. 120).

„Juŝ w r. 1912 (!) spróbowałem odsłonić okostną i dŝąsto od krawędzi wyrostka zębodołowego do okolicy szczytowej zębów. Próby te jednak odnosiły się do dwóch albo trzech zębów“.

Spotykamy wprawdzie w I. wydaniu monografji Neumanna z r. 1912. w IX. rozdziale pod nagłówkiem: „Ropień zębodołowy“ następujący opis. (str. 58 i 59):

„Jeżeli powstanie przy ropocięku zębodołowym ropień zębodołowy, to przecinam go. Przy zębach przednich prowadzę przytem cięcie w kierunku osi zębowej Przy trzonowcach i dwuguzkowcach wykonuję cięcie łukowe, obnaŝam przytem całą okolicę szyjki zębowej, unoszę skrobaczką płat dŝąstowy wraz z okostną — o ile jeszcze istnieje — odsłaniam go sobie cztero lub sześćozębowym hakiem, wyskrobuje ziarninę i kamień nazębny jaknajstaranniej. jak dalece mogę dotrzeć, i łączę brzegi rany dwoma lub trzema szwami“.

W ustępie tym nie ma jednak nigdzie mowy o wycięciu nadmiaru dŝąsta stanowiącego kieszonki dŝąstowe. Zabieg powyŝszy podał Neumann jedynie dla szczególnego przypadku: ropnia zębodołowego a nie jako typowy sposób leczenia ropocięku zębodołowego.

Dziwnym zbiegiem okoliczności nie spotykamy tegoŝ ustępu w Neumanna wykładach „O chirurgicznym leczeniu ropocięku zębodołowego“ z r. 1914. na Zjeŝdzie centralnym (D. M. f. Z. 1914, str. 484). Również nie znajdujemy wzmianki o tem w II. wydaniu jego monografji z r. 1915. Przecież nie można przypuszczać aby Robert Neumann technikę operacyjną, która tak doskonałe daje wyniki, od r. 1912. do r. 1920., chciał ukrywać przed światem. Z tegoŝ powodu nasuwają się poważne wątpliwości co do tego, czy Neumann te zasady operacyjne urzeczywistnił przed r. 1914. Przecież nie podnosił Neumann tej sprawy na Zjeŝdzie w r. 1914. w dyskusji nad wykładem Strucka, wówczas gdy ja wystąpiłem z zasadami radykalnego postępowania przy leczeniu ropocięku zębodołowego. Wydaje mi się natomiast prawdopodobniejszem, że Neumann krótko po tem realizował plan operacyjny przezemnie podany, a w późniejszych swych publikacjach, zawiedziony pamięcią, antydatował własne operacje.

II.

Poniżej chcę zestawić poglądowo metody chirurgicznego leczenia podawane przez różnych autorów w chronologicznym porządku:

I. GINGIWOEKTOMJA:

1912. Pickerill, 1914. Struck, 1920. Ziesel.

II. RADYKALNE CHIRURGICZNE LECZENIE Z WYCIĘCIEM BRZEGÓW KOSTNYCH:

A) Ustalenie zasad operacyjnych:

1914. Cieszyński.

B) Opracowanie szczegółów techniki operacyjnej:

1910. (??) Robičšek, stosujący metodę podobną do poszczególnych zębów; praca nie ogłoszona drukiem.

1916. Widman. Wykład w „Tow. szwedzkich lekarzy dentyków”. — Systematyczne opracowanie radykalnego chirurgicznego leczenia zastosowane do szeregu zębów.

1918. Widman. Publikacja ogłoszona w języku szwedzkim i w języku angielskim.

1918. (w grudniu). Nodine'a tymczasowe doniesienie w American Dental Society of London.

1919. w styczniu. Zentlera publikacja w Dental Summery.

1920. Neumanna opis. — III. wydanie jego monografii.

1920. Nodine'a wykład w American Dental Society of London — ogłoszony drukiem w kwietniowym numerze „Dental-Cosmos“ z r. 1921.

1921. Neumann — dokładny opis metody operacyjnej w kwietniowym numerze „Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde“.

Objaw ten, że różni autorowie niezależnie od siebie w różnych krajach Europy i Ameryki prawie że w tym samym czasie ideę tę samą powzięli i zrealizowali z wynikiem dobrym, najlepiej świadczy o racjonalności sposobu leczenia. Pomimo radykalności zabiegu jest on jedynym sposobem zachowawczym, przeciw któremu ani ze stanowiska ogólnej medycyny ani ze stanowiska chirurgicznego nie można podnieść żadnych zarzutów.

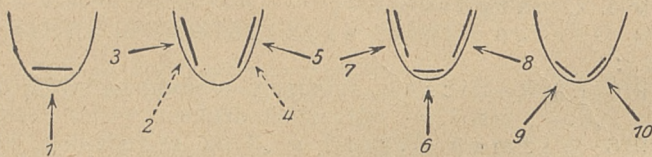
III.

Na podstawie swego klinicznego doświadczenia, podaję poniżej szereg uwag, odnoszących się do tegoż sposobu leczenia a mianowicie pod względem:

- a) rozpoznania i badania roentgenologicznego,
- b) wskazań operacyjnych,
- c) przygotowania pola operacyjnego,
- d) operacji samej,
- e) zapewnienia wyniku operacyjnego.

ROZPOZNANIE I BADANIE ROENTGENOLOGICZNE.

Przed radykalnym leczeniem chirurgicznym t. zw. ropocięku zębodołowego należy wykonać zdjęcie roentgenowskie nie tylko odcinka z widocznymi objawami choroby, ale całej szczęki górnej i dolnej. Zdjęcie wśródustne na błonach (filmach) wykazuje zmiany kostne szczęki wyraźniej, aniżeli zdjęcie extraoralne; należy wykonać je nie tylko w projekcji radialnej (Ryc. 5 i 6, kierunek promienia głównego 1, 3, 5), ale i w projekcji ukośnej (Ryc. 6, kierunek promienia 2 i 4), ażeby lepiej uwidocznić szczegóły kości szczękowej w okolicy wkołokorzeniowej zębów. Przy



Ryc. 5-8. Rzuty promienia głównego (1-10) na wyrostek zębodołowy i błonę fotograficzną.

pewnej wprawie i zastosowaniu techniki przezemnie podanej nie zajmie 10 zdjęć wśródustnych więcej czasu, aniżeli 20 minut. W przednim odcinku górnej szczęki można zdjęcie wykonać również dobrze i na filmie poziomym, celem uzyskania lepszego poglądu na dany odcinek szczęki; w dolnej szczęce zostaje na płycie poziomej okolica szczytowa zębów zakrytą przez cień istoty zbitej krawędzi żuchwy (Ryc. 13). Na zdjęciu na poziomej płycie krawędzie wyrostka zębodołowego (wargowa i językowa) zostają izolowane; na zdjęciach wykonanych na filmach przylegających pokrywa krawędź wargowa krawędź językową.

Przy pomocy tychże zdjęć i przy porównaniu ich z wynikiem badania klinicznego stwierdzamy, czy mamy do czynienia ze sprawą miejscową, czy też z objawem zachorzenia ogólnego. W tym bowiem przypadku spotykamy obraz t. zw. „poziomego zaniku“ wyrostka zębodołowego (według mianownictwa *Weskiego*) przy wszystkich zębach lub też przynajmniej przy szeregu zębów. Zanik kości może wystąpić z objawami ropienia albo bez niego; w każdym razie istnieją zaułki dziąsłowe, t. zw. „kieszonki“. (*Atrophia alveolaris idopathica vel constitutionalis*). Podobny obraz możemy też spotkać jako zejście wrzodziejącego zapalenia dziąseł (*Stomatitis ulcerosa*), nie stwierdzając przytem innych objawów ogólnych; w tym przypadku brodawki międzyzębowe wyglądają jakby były odcięte.

„Poziomy zanik“ (*Weskiego*) występuje przeważnie w tych miejscach, w których są korony głęboko osadzone, niedostosowane, wystające wypełnienia, pokłady kamienia nazębnego lub inne przyczyny miejscowe (*Parodontitis intraalveolaris pyorrhoeica*). Objawy na brzegu dziąsła, jako i wśródzębodołowe występują nie tylko przy postaci swoistej ale także jako wyraz zachorzenia miejscowego (*paracementitis*). Postać jedna cho-

robowa może także w końcu przejść i w drugą*). Co do rozmiaru zmian w wyrostku zębodołowym i co do powstania choroby, należy stworzyć sobie wyraźny obraz już przy pierwszym stawieniu rozpoznania; zachowanie bowiem na podłożu ustrojowym jest pod względem rokowania mniej pomyślne, o ile dokona się zabiegu radykalnego chirurgicznego. Nie uzyska się wówczas trwałego wyniku pomyślnego i wyleczenia miejscowej sprawy, o ile nie nastąpi ogólne polepszenie zdrowia.

Ponieważ przeciążenie szeregu zębów stanowi niewątpliwie często jedną z ważniejszych przyczyn przy powstaniu tejże choroby, należy sprawie tej przy każdej zmianie chorobowej wyrostka zębodołowego poświęcić szczególną uwagę.

Wskazanem jest również narządy wewnętrzne poddać badaniu, zbadać mocz na cukier, białko, kwas moczowy, pozatem zbadać krew pod względem ciśnienia, obrazu, zawartości hemoglobiny i krzepliwości, ażeby uzyskać nie tylko wskazówki co do leczenia ogólnego, ale by stwierdzić zarazem, czy i w jakim stopniu po radykalnej operacji nastąpiło polepszenie stanu ogólnego.

Jak już wspomnieliśmy należy rozpoznanie roentgenologiczne stawiać, z uwzględnieniem innych objawów klinicznych; miejscowo zaś należy w każdym razie przeprowadzić zgłębnikiem cienkim badanie głębokości zaułków dziąsłowych po stronie językowej i wargowej (licowej). Wprowadzenie czopków gutaperkowych do kieszonek dziąsłowych po stronie językowej i wargowej podczas zdjęcia roentgenowskiego sposobem Weski'ego może przyczynić się również do dokładniejszego rozpoznania głębokości kieszonek, nie zastąpi jednak badania zgłębnikiem.

Zdjęcie roentgenowskie oraz zbadanie zgłębnikiem decyduje o poło-

*) Podzielam zdanie wielu innych autorów, że tak zwany ropociek zębodołowy nie należy uważać za jednostkę chorobową, tylko za jeden z objawów zachorzenia szczęki, względnie jako objaw choroby ogólnej.

Proponuję następujący podział:

I. *Atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis* (obejmuje prze- ważnie całą szczękę lub większe odcinki kości szczękowej).

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. praecox, | a) non pyorrhoeica, |
| 2. traumatica. | b) pyorrhoeica. |

II. *Parodontitis (Paracementitis) alveolaris pyorrhoeica.*

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. post gingivitidem, | } a) marginalis,
b) intraalveolaris. |
| 2. traumatica ex abusu, | |
| 3. ex inusu. | |

III. 1. *Atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis et* 2. *Parodontitis alv. pyorrhoeica.*

- | |
|---|
| } a) forma marginalis,
b) forma intraalveolaris. |
|---|

zeniu linii cięcia, oraz ilości dziąsła mającego być usuniętem; tak samo decyduje roentgenogram o tem, które zęby wogóle należy zachować.

Zrobienie szkicu, oznaczającego kostny brzeg wyrostka zębodołowego, według roentgenogramu — o ile możliwości z pamięci — po gruntownem przestudjowaniu przypadku stanowi doskonałe przygotowanie do rękoczynu. Utrwalają się bowiem w pamięci szczegóły topograficzne, co nadaje operatorowi pewności w przeprowadzeniu cięcia.

W S K A Z A N I A.

Radykalnemu zabiegowi należy poddać:

1. Wszystkie te przypadki, w których zaniknął zębodół poniżej połowy. Postać chorobowa zaś sama w sobie, czy to sprawa marginalna, czy też intraalweolarna, czy na podłożu ogólnoustrojowem, czy też na innym, podrzędną tylko odgrywa rolę pod względem wskazania operacyjnego.

2. Przypadki, w których zanik wyrostka zębodołowego nie doszedł jeszcze do połowy zęba, leczenie jednak zachowawcze środkami chemicznymi oraz usunięcie kamienia nazębnego, wyrównanie zgryzu, ustalenie chwiejących się zębów nie dało pomyślnego wyniku po trzykrotnych próbach i nie usunęło ropienia z kieszonek.

3. Przypadki, w których po wyleczeniu metodami zachowawczymi już po krótkim czasie nastąpiła wznowa.

Jeżeli w okolicy pola operacyjnego stoi jeden lub więcej zębów, w których zniszczenie kości szczękowej — a co zatem idzie — i ziarnina dotarły do szczytu korzenia, należy je usunąć ażeby nie stanowiły ciał obcych dla otoczenia, podtrzymujących ogniska zakażenia. Nie podzielam zdania Neumanna, który w podobnych przypadkach ucieka się do ponownego wszczepienia (replantacji) tychże zębów. Czasowy zanik ropienia po dokonanej replantacji i ustaleniu tegoż zęba zapomocą przymocowania go do zębów okolicznych nie możemy uważać za wynik dodatni; operator nie może bowiem w żadnym z tych wypadków przyjąć odpowiedzialności za to, że ząb wszczepiony nie stanie się źródłem utajonego zakażenia.

Przeciwwskazania do zabiegu radykalnego stanowią:

choroby krwi, jak: anaemia pernicioza, białaczka, krwawiączka, zanik starczy kości szczękowych, ogólne charłactwo przy nowotworach i powstałe na tle nieznanem, endocarditis lenta, choroby nerek, jakoteż i przypadki, co do których istnieje podejrzenie, że powstały na tle utajonego zakażenia.

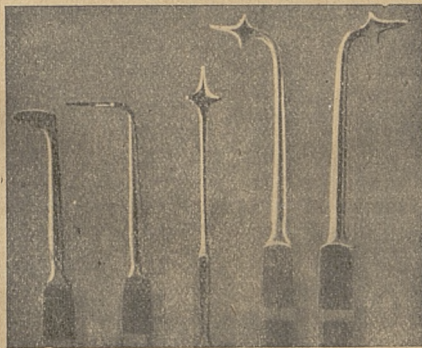
Przy krwawiączce należy wogóle unikać zabiegów krwawych. Przy innych wspomnianych zachorzeniach jest wyjątkiem zęba, połączone z wylizeczkowaniem zębodołów i wycięciem nadmiaru dziąsła, które zresztą wykazuje zmiany chorobowe, jedynem racjonalnem leczeniem.

Jeżeli zaś chorzy nie godzą się na wyjęcie zęba, jest radykalne leczenie z wycięciem dziąsła chorego również wskazaniem, ażeby nie pozostawić w jamie ustnej dziąsła z objawami ropienia. Po wygojeniu się rany należy ubytki zastąpić dostawką.

PRZYGOTOWANIE POLA OPERACYJNEGO.

Pole operacyjne należy przed zabiegiem operacyjnym odpowiednio przygotować i postarać się o zmniejszenie żywotności drobnoustrojów i o wzmożenie odporności dziąsła. W tymże celu usuwa się kamień nazębny i odkaża się kieszonki dziąsłowe środkami chemicznymi. Środki te jednak nie powinny uszkodzić ozębnej i okostnej, jedynie zniszczyć powinny ziarninę, przerosłą pasmami przybłonkowemi. W tymże celu stosuje fenol kamforowy (Chlumsky'ego) lub 30%—40% roztwór azotanu srebra, który wprowadzam na oczku platynowym (można stosować także stalowe) do głębi kieszonek; nadmiar stępia się roztworem fizjologicznym soli, wystrzykując nim kieszonki dziąsłowe. Azotanem srebra stępia się także wrażliwość szyjek zębowych, która często występuje po zabiegu.

Już przed operacją należy wyrównać starannie zgryz: zęby, które przy zwarciu i przesuwaniu szczęki w bok się poddają — należy spiłować. Poddawanie się zębów stwierdza się w ten sposób, że kładzie się



a b c d e

Ryc. 9. Narzędzia do gingiwoektomji Cieszyńskiego (zmniejszone): a) nożyk prostokątny z końcem zaokrąglonym, b) skrobaczka prostokątna, c) lancet prosty do wycinania dziąsła od strony wargowej zębów, d) i e) lancety zgięte do wycinania dziąsła od strony policzkowej i językowej względnie podniebiennej.

opuszkę palca wskazującego na wyrostek zębodołowy w okolicy korzenia, polecając choremu zwieranie szczęk i przesuwanie ich w bok, oraz wykonywanie ruchów, stosowanych przy zgrzytaniu zębów (Schlittenartikulation — ruchy zgryzowe saneczkowe“ — Karoly'ego).

Przy badaniu w ten sposób odczuwa się opuszką już najdrobniejsze poddawanie się zębów. Ażeby choremu zeszlifowanie zębów, które się chwieją, uczynić znośniejszem, można je w tym celu związać jedwabiem lub drutem. W lżejszych przypadkach wystarczają nieraz już te zabiegi, ażeby spowodować zanik ropienia i nadać zaczerwionemu i rozpułchnionemu przedtem dziąsłu wygląd błydy, podobny zdrowemu.

Z A B I E G.

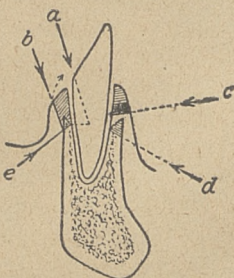
Układając plan operacyjny, dzielę jak Nodine i Neumann szczękę na trzy odcinki: lewy, przedni i prawy i wykonuję zabieg równocześnie w szczęce górnej i dolnej, o ile zezwala na to stan chorego. Należy operować tylko po jednej stronie, ażeby umożliwić choremu żucie po

drugiej stronie podczas gojenia się rany. Nie uznaję zatem za wskazane wycięcie dziąsła całej szczęki na jednym posiedzeniu, jak to czyni Ziesel.

O ile sprawa nie jest tak bardzo rozległa, należy plan operacyjny zmodyfikować, zatrzymując jednak powyżej podaną zasadę.

Poszczególne odcinki szczęki operuje się w odstępach 8-mio do 10 dniowych. Podobnie jak Nodine podaję choremu na pół godziny przed operacją bromural albo morfinę; zabieg zaś sam wykonuję albo w znieczuleniu, znosząc przewodnictwo nerwowe, kombinując je ze znieczuleniem miejscowym, celem zmniejszenia krwawienia, albo — przy sprawach mniej rozległych — w znieczuleniu miejscowym. W razie większego krwawienia ze strony tętnicy podniebiennej obkłuwam ją zaraz po wyjściu z otworu podniebego. Pole operacyjne zostaje ochronione przed dostępem śliny jałowymi tamponikami z gazy. W czasie ostatnim używam do wycięcia dziąsła nożyków o kształcie podobnym do lancetów Ziesla (ryc. 9). Bardzo praktycznym okazał się nożyk prostokątny o końcach zaokrąglonych (ryc. 9 a), którym operować można po każdej stronie

Ryc. 10.
Przekrój promienny (radialny) żuchwy w okolicy dolnego zęba siecznego, a), b), c) kierunki cięć przy wycinaniu kieszonek dziąsłowych (według Cieszyńskiego).



- a) kierunek cięcia w okolicy międzyzębowej. Strzałka oznacza lejkowate prowadzenie cięcia (circumciso).
- b) kierunek cięcia po stronie językowej.
- c) kierunek cięcia po stronie wargowej.
- d) kierunek oddłutowania i wyrównania kości.

wyrostka zębodołowego. Dzięki zaokrągleniu końca swego, przesuwają się noże bez trudności po wypukłościach kości szczękowej. Przebieg cięcia, idącego poprzez okostną, zależy od położenia i głębokości kieszonek i prowadzi wzdłuż krawędzi wyrostka. Dwa cięcia dziąsłowe ograniczają płat dziąsłowy. Cięcie poziome po stronie językowej otrzymuje kierunek lejka, a więc ukośnie do osi zęba (ryc. 10), cięcie zaś wargowe, względnie licowe otrzymuje kierunek prostopadły do kości. Brodawki odcina się lancetami używając ku głębi kieszonek tak głęboko, aż się odczuje kontakt z kością względnie zębem; płat dziąsłowy po stronie językowej odchylamy prostokątną skrobaczką (ryc. 9 b).

Położenie i głębokość kieszonek decyduje o tym, czy tylko należy odstąpić płat po stronie wargowej, czy też także po stronie językowej. Nie przylegająca do zębów krawędź wyrostka usuwa się tak samo jak i występujące przegrody: „kieszonki kostne“. Nie podzielam więc zastrzeżeń Gottlieba, Römera, i Hille'go, którzy są za utrzymaniem brzegów kostnych. Powołuję się przytem na trafny już poprzednio cytowany argument Nodine'a. Kość wygładzam dłuteczkami, wiertłami szczelinowemi, wygładzaczami (Finierer). Kamień nazębny należy usunąć doszczętnie a korzenie wygładzić.

O ile dziąsło nie zostało przy pierwszych cięciach dostatecznie cięte, należy to uczynić jeszcze przed zeszcieniem. Ziarninę należy

gruntownie wydrążaczami łyżeczkowemi usunąć i wypłukać rozczysem wody utlenionej. W końcu — po wytarciu rany nalewką jodową*) — pokrywa się ranę płatem dziaślowym, przyszywając go z boku i w przestworach międzyzębowych. Płaty dziaśła zeszyte powinny przylegać dokładnie, nie tworząc nigdzie nadmiaru.

Ukończywszy zabieg zakłada się wiązanie druciane, które poniżej opiszę.

O ile zachodzi obawa krwawienia następowego umieszcza się po obu stronach szeregu zębów wałeczki gazy, które przytrzymuje się na miejscu siodełkiem uciskowym (podaniem przezemie w Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkde. 1917 str. 202).

Rana powinna zostać pod opatrunkiem uciskowym przez mniejwięcej 10—30 minut.

Choremu zaleca się odżywianie płynami i potrawami papkowatemi. Należy zważać na stolec regularny. W pierwszych dwóch dniach po operacji poleca się choremu wypłukiwać usta 2% wodą utlenioną po jedzeniu i przed spaniem przez 2—3 minut. W międzyczasie może płukać dowolnie wywarem szatwji. O ile są głębokie zaułki między zębami, można choremu polecić wystrzykiwanie ich zamiast płukania po jedzeniu i przed spaniem.

ZAPEWNIENIE WYNIKU OPERACYJNEGO.

W przypadkach, w których sprawa miejscowa była tylko objawem zachorzenia ogólnego, ustrojowego, wynik trwały zależny jest w wysokim stopniu od polepszenia ogólnego stanu zdrowia.

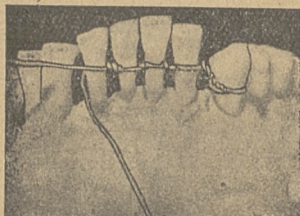
Zwróciłem już poprzednio uwagę, że gryz winien być prawidłowy i że przeciążenie zębów winno być usunięte.

W celu wzmoczenia odporności dziaśła wskazaniem jest miesienie raz do dwu razy dziennie opuszką palca w kierunku od przedsionka do szyjek zębowych 40% wyskokiem, ewentualnie z dodatkiem środków ściągających.

Najważniejszą rolę w zapewnieniu wyniku operacyjnego odgrywa **ustalenie** chwiejących się zębów przy pomocy wiązania lub szyny ustalającej. Do wiązania zębów nadaje się drut z bronzu glinowego średniej grubości, używany także do celów ortopedycznych. Zamiast zwykłych ósemek wykonuję wiązanie w sposób następujący: (Ryc. 11. 12. 13). Bierąc drut długości około 40. cm. rozpoczynam wiązanie w dolnej szczęce od lewej, w górnej zaś szczęce od prawej strony od zęba silniej w szczęce osadzonego. Zasadniczo powinno każde wiązanie silnie do zęba przylegać; przestwory zaś międzyzębowe wypełnia drut skręcony, przechodzący na wysokości szyjek zębowych bliżej od strony wargowej, względnie licowej. Jeżeli wykonujemy n. p. wiązanie w szczęce dolnej, ujmuje jeden koniec druta lewa ręka i napręża go ku lewej stronie, koniec zaś drugi przeprowadza prawa ręka przez przestwór międzyzębowy poniżej końca naprężonego

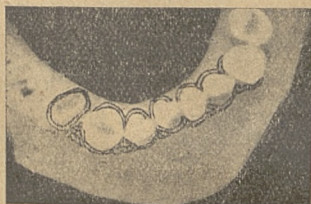
*) W czasie ostatnim używam zamiast nalewki jodowej rozczyinu Pregla, względnie rozczyinu „Solutio jodico jodata P₄”, wyrabianego fabrycznie przez firmę Laokoön we Lwowie (ul. Lindego 6).

a, przeciągnąwszy go silnie, okręca go o koniec wargowy druta. Równocześnie skręca także i prawa ręka koniec wargowy. Pierwsze skręcenie obu końców druta winny być tak silne, że ząb zostaje ustalony przez złączenie go ze sąsiadami, późniejsze nadciąganie drutów kleszczami osłabia go i powoduje często jego pęknięcie. Zależnie od szerokości przestworów międzyzębowych wykonuje się 1—4 skręceń drutów. Podczas zakładania wiązania przytrzymuje asystent zęby, wykonując na nie nacisk pionowy, względnie ze zboczeniem ku stronie językowej. O ile wiązanie dobrze jest



A
Ryc. 11.

Wiązanie (według Cieszyńskiego) widziane z przodu, podczas jego zakładania. Koniec językowy A przeciąga się pod naprężonym końcem wargowym.



Ryc. 12.

Wiązanie (według Cieszyńskiego) widziane z góry. Skręcone zakończenie znajduje się w przestworze międzyzębowym między

4 a 3.



Ryc. 13.

Wiązanie (według Cieszyńskiego) na poziomym zdjęciu roentgenowskim.

założone, ustala się zęby tak silnie, że z miejsc ruszyć ich nie można, nawet gdyby się poprzednio bardzo znacznie chwiały. Przejście między pętlą okalającą ząb a skrętami drutów wygładza się gładzikiem (Polierstahl), ażeby nie drażniło części miękkich. O ile wiązanie druciane nabierze wyglądu niepokąźnego wskutek leczenia dziąsła azotanem srebra lub płukania nadmanganianem potasu, można je łatwo oczyścić potarciem nalewki jodowej. Szyna drucziana wytrzymałe $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ roku.

STRESZCZENIE WYNIKÓW:

1. Do t. zw. „pyorrhoea alveolaris“ zaliczamy dziś jeszcze szereg chorób wyrostka zębodołowego, które występują bądź to z objawami ropienia,

bądźto bez niego. Zachorzenie to jest objawem choroby wyrostka zębodołowego względnie organizmu, która raczej powinna nosić nazwę „parodontitis, paracementitis alveolaris“, (ewentualnie z dodatkiem „pyorrhoeica“), lub też nazwę „atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis (pyorrhoeica lub non pyorrhoeica“), zależnie od jej patogenezы. Obie te postacie chorobowe mogą także występować wspólnie.

2. Do ustalenia rozpoznania jest zatem potrzebne nietylko zbadanie jamy ustnej, ale i całego organizmu.

3. Jeżeli nawet tylko niektóre zęby wykazują zwykłe kliniczne objawy tejże choroby, należy wykonać zdjęcia roentgenowskie intraoralne na błonach, nietylko górnej ale i dolnej szczęki, ażeby utworzyć sobie obraz o rozmiarach tejże.

4. Ponieważ choroba ta staje się często powodem zakażenia o utajonym źródle swego pochodzenia, należy sprawie tej podczas leczenia szczególną poświęcić uwagę.

5. Podczas leczenia należy uwzględnić także ogólny stan zdrowia chorego prócz objawów miejscowych jamy ustnej; dlategoż trzeba kilka metod dotychczasowych leczenia stosować równocześnie.

6. Przed ponownym zakażeniem dziąsła i wznowami może ustrzedz tylko radykalne usunięcie podłoża ropienia, miejscowo zaś, usunięcie złogów kamienia zębowego, kieszonek dziąsłowych wraz z chorobowo zmienionymi kieszonkami wyrostka zębodołowego; postępowanie to jest ze stanowiska ogólnolekarskiego najbardziej uzasadnione.

7. Ściśle przylegające wiązadło szyjkowe stwarzamy nietylko przez wycięcie dziąsła ale i przez zwięzienie kostnego dostępu do zębodołu, czyli przez wydlutowanie ostrych, przeważnie chorobowo zmienionych brzegów kostnych zębodołu.

8. Jeżeli sprawa chorobowa doszła już do okolicy szczytowej zęba, należy zrezygnować z utrzymania zęba. Takich zębów nie należy replantować, lecz należy je wyjąć. Tak samo należy zrezygnować z prób zachowania zęba, jeżeli mamy przed sobą chorobę ogólną o utajonym źródle pochodzenia; nie należy więc uciekać się w takich przypadkach do doszczętnego leczenia chirurgicznego tylko należy zęby z chorobami ozębnej usunąć.

9. Druciane wiązanie sposobem Cieszyńskiego jest tanie, gdyż może być szybko wykonane i łatwo odnowione.

10. Z gingiwoektomji Pickerilla wytworzyli Cieszyński (1914) i Widmann (1916) sposób doskonalszy leczenia, mianowicie „doszczętnie chirurgiczne leczenie“. Przytem należy podkreślić zasługi Nodine'a, Zentlera, Ziesla i R. Neumanna, którzy — prawdopodobnie niezależnie od siebie — w tym samym czasie (1918—1921) ten sam pomysł operatywnie rozwinęli i przyczynili się do szerszego jego rozpowszechnienia.

Resumé.

1. On nomme aujourd' hui encore „pyorrhoea alveolaris“ toute une suite de maladies du procès alvéolaire qu'accompagnent ou non des symptômes de suppuration. Cette affection est un symptôme d'une maladie du procès alvéolaire proprement dit ou bien d'une maladie organique qui

devrait plutôt s'appeler „parodontitis, paracementitis, alveolaris“ (eventuellement „pyorrhoea“) ou bien „atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis“ (pyorrhoea ou non pyorrhoea), selon quelle est sa pathogénèse. Ces maladies peuvent aussi coïncider.

2. Il est donc nécessaire pour la diagnose d'examiner non seulement la cavité buccale mais aussi l'organisme entier.

3. Même dans le cas où les symptômes de la maladie ne seraient visibles qu'à certaines dents il est d'importance de faire des radiogrammes sur films de la mâchoire inférieure et supérieure afin de se faire une idée de l'étendue de la région malade.

4. Comme cette maladie est souvent la cause d'une infection cryptogène il faut lui consacrer pendant le traitement une attention spéciale.

5. Il faut aussi tenir compte pendant le traitement de l'état général de la santé du patient et ne pas s'arrêter aux symptômes locaux de la cavité buccale, ce qui rend nécessaire d'appliquer simultanément plusieurs méthodes de traitement.

6. On peut prévenir une nouvelle infection des gencives ainsi que les récidives uniquement en écartant la cause de la suppuration et localement en enlevant le tartre qui s'est formé sur les dents et en excisant les poches gengivales ensemble avec les poches malades du procès alvéolaire. Cette méthode est la plus rationnelle du point de vue médicinal.

7. On forme un ligament circulaire strictement adhérent aux dents non seulement par l'excision de la gencive mais aussi par l'enlèvement au moyen du ciseau des bords du procès alvéolaire changés par la maladie.

8. Si le procès a déjà atteint la partie apicale de la racine il faut renoncer à conserver la dent. Ces sortes de dents ne doivent pas être replantées mais elles doivent être extraites. Il faut de même renoncer à tous essais de conservation de la dent si on a à faire à une maladie générale de l'organisme dont la source est inconnue. Dans ces cas il ne faut pas non plus recourir au traitement radical chirurgical mais extraire les dents malades.

9 La ligature avec fils de métal suivant la méthode de Cieszyński est peu coûteuse, car elle exige peu de temps et les fils peuvent être facilement renouvelés.

10. Cieszyński (1914) et Widmann (1916) ont développé la méthode gingivo-ectomique de Pickerill, à savoir le traitement radical chirurgical. Il faut aussi souligner les mérites de Nodine, Zentler, Ziesel et R. Neumann qui ont simultanément depuis 1918 jusqu'à 1921, probablement indépendamment l'un de l'autre, développé l'idée du traitement chirurgical et ont contribué à sa propagation.

PIŚMIENICTWO.

Ballasko: Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Alveolarpyorrhoe Z. f. Stom. 1920. 316—322. — Barret, M. T.: Clinical Report Upon Amoebic Pyorrhoea. (Mode of Application of Emetin Hydrochlorid.) Dent. Cos. 1914. 134. — Barret M. T.: The Protozoa of the Mouth in Relation to Pyorrhoea, alveolaris. Favorable Results of Local Application of Emetin Hydrochlorid in Pyorrhoea. Dent. Cos. 1914. 952. — Berten: Über Alveolarpyorrhoe. D. z. W. 1905. 183. — Cieszyński: Die Röntgenuntersuchung der Zähne und Kiefer. Leipzig: J. A. Barth 1913. — Cieszyński. Verhandl. d. 53. Jahresversamml. d. Zentralver. Dtsch. Zahnärzte D. M. f. Z. 1914. 575—576. — Cieszyński. Praktische Winke. Kompressionssattel zur Blutstillung. Ö. u. V. 1917. 202. — Cohn: Kursus d. Zahnheilk. 1911. — Emetinbehandlung: Ref. Riethmüllera w Dent. Cos. 1915. 458. Tamze refe-

ratprac Evansa, Bassa, Jobnsa, Agostini'ego 648, Talbota 435, Lienau'a 1018. Feiler: Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Alveolarpyorrhöe. Cor. f. Z. 1914. 36—60. — Gottlieb, B.: Zur Ätiologie und Therapie der Alveolarpyorrhöe. Ö. Z. f. Stom. 1920. 59. — Greve: Alveolarpyorrhöe. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. listopad 1919. 50. Ref. D. M. f. Z. 60—61. — Hartzell: The Operative and Postoperative Treatment of Pyorrhoea. Dent. Cos. 1911. 1094. — Kranz: Zum Kapitel: „Alveolarpyorrhöe“. Z. R. 1922. nr. 11. — Kranz: Pathogenese, Pathologie und Therapie der Alveolarpyorrhöe. D. M. f. Z. Kwiecień 1919. 105; 137. — Levy: Die radioaktiven Substanzen und ihre Anwendung bei Mund- und Zahnkrankheiten, einschliesslich der Alveolarpyorrhöe. D. M. f. Z. 1913. 430. — Lubowski: Die Bedeutung der Preglschen Lösung bei der Behandlung der sog. Alveolarpyorrhöe. D. z. W. 1922. nr. 22/23. — Mamlok: Die Dosierung radioaktiver Substanzen in der zahnärztlichen Therapie mit besonderer Berücksichtigung des Thorium, D. M. f. Z. S. 1914/2. 14. — Tenze: Die Heilfaktoren der Alveolarpyorrhöe mit besonderer Berücksichtigung des Radiums C. f. Z. 1913. 200. — Tenze: Die Befestigungsschiene Berlin 1912. — Medalia: Chronic Alveolar Osteomyelitis (Pyorrhoea alveolaris), Its Causes and Treatment with Vaccines. Dent. Cos. 1913. 24. u. The Dental Cosmos 1914. 21. — Miller: Lehrb. d. konservierenden Zahnheilk. 1903. 462. — Neumann, R.: Die Behandlung der sog. Alveolarpyorrhöe mit der Preglschen Lösung. Z. R. 1922/25. — Neumann: Die chirurgische Behandlung der Alveolarpyorrhöe. D. M. f. Z. 1914. 484. — Neumann: Die Alveolarpyorrhöe und ihre Behandlung I. wyd. 1912, II wyd. 1915, III. wyd. 1920. — Neumann: Die radikal-chirurgische Behandlung der Alveolarpyorrhöe. V. f. Z. 1921/2. 113—117. Neumann: Die Behandlung der sog. Alveolarpyorrhöe unter besonderer Berücksichtigung der radikal-chirurgischen Behandlung. Z. R. 1922/16. 41. — Oestman, Birger: Die Alveolarpyorrhöe und ihre Behandlung. Ber. über den von Prof. Neumann (Berlin) in Stockholm gehaltenen Kurs. Z. R. 1920/48. 596 do 597. — Nodine, A. M.: Surgical Treatment of Pyorrhoea. Read before The Americ. Dental Soc. of London. Nov. 1920. Dent. Cos. Kwiecień 1921. 345—351. — Pickerill: Stomatology in General Practice. 1912. (według Nodine'a). — Robičsek: Chirurgische Therapie bei Alveolarpyorrhöe. (według Ballasko: Ö. Z. f. Stom. 1920. 316.) — Römer, O.: Über Alveolarpyorrhöe. Verhandl. d. intern. Kongr. 1909. — Römer: Das Ausbrennen der Zahnfleischtaschen bei Alveolarpyorrhöe. D. M. f. Z. 1921/3. 67. — Roy, M.: Rapport sur la pathogenie et la Prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire d'après les données cliniques. Transact. of the VI. Intern. Dent. Congr. London. 1914. 189—207. — Scherbel: Zur Frage der Alveolarpyorrhöe. Z. R. 1922/20. 305—307. — Séguin et Kritchewsky: Contribution à l'étude histobactériologique de la pyorrhée alveolaire. Rev. de Stom. 1922. 449. — Sydney Smith: Palo Alto, Cal. Early Recognition and Prevention of Pericemental Diseases and the Blood-Clot Method of Curing the Pyorrhoea Stages. Dent. Cos. 1914. 317. — Sydney Smith: Report on the Inflammatory Diseases of the Gingival Margin and Periodontal Membrane (Pyorrhoea alveolaris), Dealing with the Clinical Signs, Local Treatment, Treatment by Ionic Medication and Vaccines. Transact. of the VI. Intern. Dent. Congr. London. 1914. 207—220. — Senn: Über Alveolarpyorrhöe. D. M. f. Z. 1906. — Moore, Stevens: High-Frequency Current in the Treatment of Pyorrhoea alveolaris and Congested Conditions of the Oral Cavity. Dent. Cos. 1913. 537. — Struck; Die Alveolarpyorrhöe. D. M. f. Z. 1914. 293. — Struck: Die sanatorische Behandlung der Alveolarpyorrhöe nach eigener Methode. D. M. f. Z. 1914. 568. — Sturridge, E., New-York, The Inflammatory Tissues of the Gingival Margin and Periodontal Membrane, Treatment by Ionic Medication, Transact. of the VI. Int. Dent. Congr. London. 1914. 220—225. — Trauner: Die Behandlung der Mundkrankheiten, insbesondere der Alveolarpyorrhöe mit Radium. Ö.-u. V. f. Z. 1913. 83. — Völker, C. C.: Radiant Heat and Blue Light in the Treatment of Pyorrhoea alveolaris and other Mouth Disorders. Dent. Cos. 1918. 300. — Weski, O.: Röntgenologisch-anatomische Studien aus dem Gebiete der Kieferpathologie. D. V. f. Z. 1921/1 i 2). — Younger: Pyorrhoea alveolaris Sch. V. f. Z. 87. 1900. — Widman (Stockholm: On operativ behandling av alveolarpyorrhoe 1918. Svenska Tandläkare Tidskrift. — Widman: The operative treatment of pyorrhoea alveolaris. A new surgical method. Stockholm. C. A. Löjdquists boktryckeri. — Widman: Hvilken alveolarpyorrhö behandlings metod är den mest effektiv? Svensk Tandläkaretidskrift 1919. — Widman: Om tuggtrycket som etiologisk faktor vid Pyorrhoea alveolaris — Svensk Tandläkare tidskrift 1920. — Windmüller: Radioaktive Substanzen in ihrer Anwendung in der Zahnheilkunde. Z. R. 1913. Ausserdem Sammelref. in Dent. Cos. 1192 1913. — Wolff, W.: Die Wiederbefestigung lockerer Zähne. Berlin Verl. 1920. Ref. V. f. Z. 1921/2. 249. — Zentler (według Nodine'a): The Dental Summary. Jan 1919. — Ziesel, W.: Phila. Pyorrhoea Extermination. Gingivectomy. Dental Cosmos. 1921. 352—368. — Zilz: Die therapeutische Beeinflussung der Alveolarpyorrhöe mittels d'Arsonvalisation. Ö.-u. V. f. Z. 1911. 256.

PROF. DR. FRANCISZEK GRÖER.

LWÓW.

35.2 Krzywica w świetle najnowszych poglądów.

(„Le rachitisme sous les points de vue des nouvelles recherches“).

Streszczenie własne wykładu wygłoszonego w Tow. lekarzy dentystów lwowskich
w dniu 7. stycznia 1922.

Istota krzywicy polega na zaburzeniu przemiany mineralnej, dotyczącej przeważnie wapnia i fosforu i na przejściowej niezdolności ustroju zużycia znajdujących się w ustroju odpowiednich soli mineralnych do prawidłowej budowy kośćca, oraz na stopniowym odwapnieniu gotowej już tkanki kostnej. Obok tego zasadniczego zaburzenia występują w krzywicy mniej lub więcej wyraźne zaburzenia układu krwiotwórczego, mięśniowego i nerwowego.

Etjologia krzywicy nie jest dokładnie zbadaną. W ostatnich czasach przychodzimy do wniosku, że nie jest ona jednolitą — a składa się z wielu czynników, których zespół wywołuje schorzenie. Także i ścisła patogenеза krzywicy zdaje się być według najnowszych badań bynajmniej nie jednolitą: są — jak się zdaje — różne mechanizmy przy powstawaniu zaburzeń krzywicowych, a nawet prawdopodobnie kilka postaci krzywicy, która w ten sposób byłaby pojęciem zbiorowem, podobnie jak i cukrzyca, która również może w różny powstawać sposób.

Czynnikami, którym przypisuje się obecnie najważniejszą rolę przy powstawaniu krzywicy są:

1. brak pewnych dodatkowych składników w pożywieniu, które znajdują się przede wszystkim w żółtych tłuszczach zwierzęcych (masło, tran) oraz w niektórych roślinach.
2. t. zw. domestykacja i brak światła.
3. czynnik nieznany a znajdujący swój wyraz w dziedziczności a więc albo konstytucyjny albo zakaźny.

Infekcyjna teoria krzywicy została prawie zupełnie odrzuconą, chociaż są pewne dane, wskazujące na możliwość i tej ewentualności. Teorie, opierające się na pierwotnym zaburzeniu w wydzielaniu wewnętrznym, mają raczej znaczenie patogenetyczne, niż etjologiczne. Faktem jest, że wydzielanie wewnętrzne i cały układ nerwowy współczulny odgrywają dużą rolę przy powstawaniu objawów krzywicy, ale i one muszą mieć jakąś przyczynę.

Tymczasem więc o etjologii krzywicy wyrobić sobie możemy pojęcie ogólne, przyjmując, że na podłożu konstytucjonalnie podatnem jakościowe braki w pożywieniu oraz złe warunki higieniczne, a przede wszystkim brak słońca (nasilenie cierpienia w miesiącach zimowych), wywołują zespół objawów i zaburzeń w przemianie materji, które nazywamy krzywicą.

Prelegent zwraca dalej uwagę na związek krzywicy z tężyczką oraz omawia teorie patogenetycznej tej ostatniej z punktu widzenia zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym oraz jakościowo niedostatecznego odżywiania

Po omówieniu klinicznego obrazu krzywicy przechodzi prelegent do omówienia zapobiegania i leczenia. Największy nacisk należy kłaść na zapobieganie zarówno rozwojowi schorzenia, jak i wtórnych, a pozostających jego objawów. Co się tyczy pierwszego zadania, to chodzi tu przede wszystkim o dość wczesne rozpoznanie początkowych objawów, a nawet gotowości ustroju do krzywicy. Gotowość tę możemy przedewszystkiem podejrzewać w rodzinach, w których rodzice przechodzili swego czasu to schorzenie, a także w rodzinach, które żyją w złych warunkach higienicznych. Do najwcześniejszych objawów krzywicy u niemowlęcia należy niepokój, krzyki, szczególnie w nocy, bez widocznego powodu, podwyższona pobudliwość układu współczulnego, nadmierne poty.

Zapobieganie polegać będzie na polepszeniu warunków higienicznych, kontroli odżywiania i zapobiegawczemu podawaniu tranu z fosforem (Ol. Jecor. Asselli 100·0 Phosphori 0·01, raz dziennie łyżeczka od kawy.)

Leczenie wybitnych objawów krzywicy ma na celu zatrzymanie sprawy chorobowej i skorygowanie ewentualnych starych zmian w kośćcu. Klasycznym środkiem przeciwkrzywicowym jest tran z fosforem. W ostatnich czasach stosujemy z powodzeniem naświetlanie lampą kwarcową, które oddziałuje ergotropowo t. j. podobnie jak n. p. zastrzyknięcie mleka, czego dowodem jest również dodatne działanie takich zastrzyknięć na krzywicę. Kontrola działania leczniczego może się odbywać drogą roentgenologiczną, gdyż kości krzywiczne dają bardzo wybitne obrazy roentgenologiczne, które w miarę postępu leczenia odpowiednio się zmieniają. Wreszcie umiejętna gimnastyka i ortopedja uzupełniają nasze zabiegi lecznicze.

Dla stomatologa najciekawszymi są zmiany krzywiczne w uzębieniu. Podczas krzywicy ząbkowanie jest wybitnie opóźnione, pierwsze uzębienie podlega bardzo łatwo próchnicy, drugie jest nacechowane pewnymi charakterystycznymi zmianami, które występują tak przy krzywicy właściwej jak i przy tężyczce i dotyczą przede wszystkim zmian w szkliwie. Dziecko u którego lekarz stomatolog zauważa krzywiczne zmiany w uzębieniu powinno być natychmiast poddane specjalistycznemu badaniu, aby ewentualnie zaniedbane leczenie ogólne mogło być przeprowadzone.

Wreszcie prelegent zwraca uwagę na krzywicę, jako na jedno z tych cierpień, które mają wysoce społeczne znaczenie, przyczyniają się do zmniejszenia tężyzny narodu, a także do zmniejszenia jego płodności (zwykła przyczyna miednicy ścieśnionej) i które wymagają zorganizowanej, społeczno-opiekuńczo-lekarskiej walki.

IDZI ŚWITAŁA.

BYDGOSZCZ.

8.0

W palącej kwestji.

(„Une question pressante“).

Organizacja zawodu lekarzy - dentystów niedomaga. Skutki tego są nieobliczalne. Kuleje najsamprzód ustawodawstwo dotyczące naszego zawodu. I tak ustawa „o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej z dn. 2/XII. 1921. nie obejmuje lekarzy-dentystów. To samo dotyczy ustawy o Izbach lekarskich z dn. 2. XII. 1921 r. Kuleje nie mniej wykształcenie dentystyczne w państwowych szkołach wyższych. Na cały kraj, liczący według statystyki wrześniowej 1921 r. z górną 25 milionów ludności, istnieje zaledwie jedna specjalna uczelnia dentystyczna, Instytut Dentystyczny w Warszawie, i to zdaniem zwolenników i przeciwników — w opłakanych warunkach. Instytuty stomatologiczne, znajdujące się przy wszechnicach krakowskiej i lwowskiej, nie mają za główny cel wykształcenia specjalistów. Jednolitej organizacji lekarzy dentystów stoją przedewszystkiem na przeszkodzie niejedolite stosunki wśród samych lekarzy-dentystów. Trzy zabory, na które do niedawna podzielona była Polska, wytworzyły trzy odrębne typy lekarzy-dentystów: stomatologów, t. j. lekarzy z pełnym wykształceniem medycznym, którzy tuż po egzaminach specjalizowali się w dentystyce lub też po odbytej dłuższej lub krótszej praktyce w medycynie ogólnej, lekarzy-dentystów, którzy kończyli studia w instytutach-dentystycznych uniwersyteckich (typ niemiecki) i lekarzy-dentystów, którzy kończyli szkoły dentystyczne prywatne a tylko egzaminy składali przed uniwersytecką komisją egzaminacyjną (typ rosyjski). Stomatologów prócz Galicji liczy kilku także Warszawa.

To też nie dziwnego, że i w organizacji lekarzy dentystów wszystkie te momenty się uwydatniają. Była Kongresówka liczy cztery organizacje; Sekcję stomatologów przy Tow. lekarskim warszawskim, Związek lekarzy dentystów na ziemiach polskich z siedzibą w Warszawie; Związek lekarzy-dentystów Chrześcijan, wykluczający ze swego grona lekarzy dentystów wyznania mojżeszowego i Towarzystwo lekarzy dentystów. Małopolska zorganizowana jest przy Izbach lekarskich krakowskiej i lwowskiej — a Wielkopolska i Pomorze w Towarzystwie lekarzy-dentystów b. zaboru pruskiego.

Z tymi faktami niestety trzeba się liczyć, gdy się myśli o stworzeniu mimo wszystko organizacji jednolitej. Istnieją co do tego dwa projekty: pierwszy, podany przez Warszawski Związek lekarzy-dentystów, idzie w kierunku oficjalnego quasi zorganizowania wszystkich lekarzy-dentystów przez przeprowadzenie przez Sejm ustawodawczy ustawy o Izbach lekarsko-dentystycznych, drugi o wyłonieniu z istniejących organizacji zespołu tychże, niejako „Związku związków lekarzy dentystów“.

Pierwszy projekt wywołał już pewnego rodzaju opozycję i ma to przeciwko sobie, że czas powstania Izby lekarzy-dentystów jest zupełnie niepewny i nawet w przybliżeniu nie może być określonym, tem bardziej, że obecny, nowy Sejm w początku przy nawale prac na pewno sprawami naszymi nie bardzo się będzie chciał a może i mógł zająć.

Drugi projekt utworzenia Związku związków rzucam tutaj na szalę rozważań. Ma on za sobą to, że utworzyć go można każdej chwili, skoro wola wszystkich organizacji pójdzie w tym kierunku — a że sprawa jest ważna i pilna, to bodaj nie ulega żadnej wątpliwości.

Jako moment dodatni, to jeszcze podkreślę, że projekt ten nie narusza autonomii poszczególnych organizacji. Rzeczą kierowników będzie wynalezienie do załatwienia takich spraw, które nas nie różnią lecz łączą, a których bez wspólnego porozumienia i zgody przeprowadzić nie można. Jako najważniejszą i najpilniejszą uważam kwestję wychowania nowego pokolenia lekarzy-dentystów przez instytuty, które stać muszą na wysokości nauki dentystycznej całego świata.

Dział sprawozdań i streszczeń.

18·7 — *Köhler. Etling.* O sile zgryzu i nowym sposobie jej mierzenia. (Ueber den Kaudruck und eine neue Methode zu seiner Messung. Zft. f. Stom. XX. 1922. 137. ryc. 6).

Wprowadzenie czynnika fizjologicznego do protetyki dentystycznej oznacza przejście od empirji do wskazań naukowych. Doświadczenie i spostrzeżenie krytyczne wystarczają do ustalenia kształtu i wymiaru dostawki; obciążenie dopuszczalne dla filarów mostkowych i błony śluzowej winno być oznaczane pomiarami. Wyniki przytem otrzymane są miarą „zdolności żucia“; w szpitalach wojskowych niemieckich wystarczała siła zgryzu od 18—30 kg. i możliwość rozwierania szczęk 18—22 mm. do wypisania żołnierza ze szpitala jako zdolnego do służby pod bronią. Pomiary siły zgryzu są wyrazem wytrzymałości ożębnej i błony śluzowej szczęk; zmiany więc w nich natury zapalnej, ostrej lub przewlekłej, muszą z konieczności wywrzeć wpływ na wielkość obciążenia. Wyniki pomiarów natomiast mogą być wskaźnikiem każdorazowego stanu zdrowia ożębnej; systematyczne pomiary mogą pozwolić na wysnuwanie daleko idących wniosków o stanach fizjologicznych i patologicznych ożębnej jako uzupełnienie badania roentgenograficznego. Można by w ten sposób uzyskać badanie

czynnościowe uzębienia na wzór badań czynności innych narządów przyjętych w medycynie wogóle.

W szczególności chodzi o:

1. ustalenie wielkości wymagań stawianych dostawce.
2. Badanie wartości filarów i ustalenie fizjologicznych granic obciążenia.
3. Oznaczenie zdolności żującej pojedynczych zębów.
4. Badanie stanu ożębnej. — Dotychczasowe badania siły zgryzu można podzielić na dwie grupy: Pierwsza stara się o oznaczenie go obliczeniem (Riechelmann, Wustrow). Druga grupa mierzy ciśnienie wprost (Eckermann, Black). Riechelmann skonstruował przyrządy, naśladujące powierzchnie zgryzowe zębów i badał nimi wielkość ciśnienia potrzebnego do zgryzienia pestek czereśniowych, twardej czekolady i t. p. Przez porównanie starał się wyciągnąć wnioski co do wielkości siły zgryzu uzębienia; wnioski te jednak nie są dokładne, gdyż do zgryzienia tych przedmiotów nie wywierają zęby nacisku maksymalnego i pozostaje pewna nadwyżka, której stopnia nie możemy oznaczyć. Interesującemi są też badania Riechelmana siły zgryzu po znieczuleniu, dające nam wgląd w wyrównawczą działalność ożębnej. Wymagania żądane od aparatu, mierzącego siłę zgryzu są następujące:

1. Aparat musi umożliwiać badanie fizjologicznej czynności żucia w okresie skurczu mięśni.

2. Wymiary aparatu nie mogą być zbyt wielkie by nie powodować utraty siły przez tarcie wewnątrz samego przyrządu.

3. Winien być łatwy i wygodny w użyciu.

4. Winien dać się użyć przy wszystkich zębach.

5. Winien wykazywać nawet najmniejsze stopniowania.

Sposób autorów wzorowany jest na sposobie używanym w przemyśle do badania twardości metali zapomocą wciskania w nie kulek stalowych i mierzenia średnicy powstałego w ten sposób zagłębienia. Jest to tak zwany sposób Brinnella. Autorzy zastosowali go do badania siły zgryzu zębów w ten sposób, iż każą chorym wciskać zębami kulkę stalową średnicy 5.73 mm. w płytkę cynową, ułożoną na szynie, obejmującej 2—3. zębów. Czas trwania nacisku wynosił 3—5 sekund; dłuższe napięcie mięśni było niemożliwe i występowały bole w ożębnej. Wielkość otrzymanych w ten sposób zagłębień porównywali z ilościami uzyskanymi przez obciążanie stopniowe ciężarkami od 2—77 kg.

Allerhand.

18.10. *Kubatzki*. Lipsk. — Wstrzymanie wydzielania śliny przez pochodne atropiny (Hemmung der Speichelsekretion durch Atropinderivate. Rozprawa na stopień Dr. med. dent. — V. f. Z. XXXVI. 1921. 482.

Praca powyższa stanowi bardzo pożądaną przyczynę do usiłowań usunięcia sprawy tak przykrej jak nadmierne ślinienie, utrudniające wypełnianie zębów. Zadaniem autora było stwierdzenie, czy można uzyskać zahamowanie wydzielania śliny środkami podanymi.

Wydzielanie śliny bywa fizjologicznie pobudzane w następujący sposób:

1. Odruchowo z kory mózgowej przez podrażnienie apetytu,

2. przez pobudzenie ośrodka wymiotnego z powodu obrzydzenia,

3. z ośrodków podkorowych i rdzeniowych,

4. w krótkiej drodze odruchowej z końca języka przez zwoje podjęzykowe po bodźcach smakowych i innych czuciowych.

Patologicznie może powstać nadmierne wydzielanie śliny (nie uwzględniamy tutaj ślinienia osesków).

1. przy schorzeniach przewodu pokarmowego,

2. przez leki,

3. przez narządy płciowe,

4. przez bodźce psychiczne.

Z tej różnorodności podnieć wynika trudność wstrzymania wydzielania śliny. Atropina działa, jak wiadomo, prawie wyłącznie na układ parasympatyczny, porażając zakończenia nerwowe: przy działaniu jej powstaje rozszerzenie źrenicy, porażenie akomodacji, przyspieszenie tętna i wstrzymanie wydzielania gruczołów; równocześnie zostaje porażone gładkie umięśnienie żołądka, jelit, macicy i oskrzeli. Wszystkie te działania występują równocześnie i nie można wywołać działania na poszczególne narządy bez zadziałania na narządy inne. Również trzeba uwzględnić idiosynkrazję pewnych osobników, u których zwykłe dawki atropiny wywołują objawy zatrucia.

Ze środków mających działanie podobne do atropiny wchodzi w rachubę: homatropina o działaniu podobnym lecz słabszym i przelotniejszym, hyoscyamina skopolamina, wreszcie eumidryna (atropinum methylnitricum), tudzież atropinum methylobromatum.

Działanie eumidryny na środkowy układ nerwowy jest prawie zupełnie wykluczone, a na obwodowy, parasympatyczny utrzymane; podobnie działa atropinum methylobromatum. Używano tego środka z powodzeniem, by obniżyć wzmoczone ślinotok u neurasteników, przy czem nie spostrzegano żadnych ubocznych nieprzyjemnych objawów. Te własności skłoniły autora do poczynienia prób z temi dwoma środkami celem zmniejszenia ślinienia nad-

miernego, utrudniającego zachowawcze zabiegi dentystyczne. Wyniki badań na 22 chorych są następujące: środki te zmniejszają wydzielanie śliny, nie wywołując niekorzystnych objawów ubocznych, przede wszystkim brak niepożądanego działania na serce i środkowy układ nerwowy. Zachodzą jednak wielkie różnice osobnicze: podczas gdy u jednych jeden miligram wstrzymuje wydzielanie śliny to u innych dziesięciokrotna dawka jest jeszcze za słabą. Autor podawał zwykle na wewnątrz jeden miligram eumidryny w piętnastu kroplach wody i uzyskiwał przy prawidłowej nie zmienionej zapalnie błonie śluzowej jamy ustnej po 15—20 minutach uczucie wysychania w gardle, suchość w ustach i w nosie, a przy tem brak było przyspieszenia tętna i zupełnego zniesienia odczynu źrenicowego na światło i akomodację. Nawet w przypadkach zapalenia jamy ustnej wrzodzącego występowało zahamowanie wydzielania śliny. Działanie hamujące trwało zwykle od 20—30 minut, podczas gdy działanie na źrenicę przeciągało się do 1½ godziny. W niektórych przypadkach środek zawodził: występowała wprawdzie suchość w ustach lecz przytem ślina jeszcze się częściowo wydzielala. Wstrzyknięcia podskórne obu środków okazały się nader bolesnymi i uniemożliwiły ten sposób stosowania. Połączenie tych środków z nowokainą-suprareniną spowodowało bardzo znaczne zwiększenie ilości oddechów. Nie we wszystkich przypadkach było wstrzymanie wydzielania śliny tak znaczne, by mógł się obejść bez użycia ślinochronu lub innych podobnych sposobów.

Allerhand.

25.40—30.9.—*Schwatt, Steinbach* Wał podniebienny; przytaczany jako nowy objaw przerostu kości i stawów pochodzenia płucnego (Pulmonary Hypertrophic Osteo-Arthropathy). (Am. Rev. Tubere. III/1922, 6.35).

By ustalić, czy wał podniebienny ma jaki związek z powyższem cierpieniem,

badali autorzy chorych oddziału gruźliczego szpitala Montefiore, sanatorium Bedford i szpitala kalek i wyniki swe ujęli w tablice statystyczne, z których wynika, że wyniosłość zmienna co do kształtu i wielkości w linii środkowej podniebienia zwana wałem podniebiennym (torus palatinus) znachodziła się w 18%, grupy chorych, złożonej z 796 przypadków różnych chorób i stanów. Stwierdzono brak danych przekonujących o tem, by był on objawem zwyrodnienia, lub schorzenia, o którym mowa, ani też, by udał się ująć w jakąkolwiek korelację z jakimkolwiek schorzeniem. U kobiet zdarza się częściej i jest silniej zaznaczony, lecz brak jest wyłumaczenia tej okoliczności; u dzieci i dorosłych jest równie częsty. Etiologia nieznaną. Przypuszczalnie jest skutkiem zaburzeń w odżywieniu w okresie płodowym lub na krótko po urodzeniu (krzywica?). Prawdopodobnie jest zawsze wrodzony i nie ma znaczenia patologicznego.

(Z International Medical and Surgical Survey 1922. 5. 1167).

A.

26.4 i 22.1.—*Cohn K.* Berlin. Przebieg próchnicy w wieku młodocianym i zwalczanie jej w ramach ubezpieczenia społecznego w Niemczech. (Verlauf der Karies im jugendlichen Alter und die Bekämpfung im Rahmen der Sozialversicherung in Deutschland Z. f. Stom. XIX. 1921. 646.

Zwalczanie próchnicy możliwem jest tylko na podstawie dokładnych dat statystycznych o jej rozmiarach i przebiegu. W tym celu sporządzono w rozmaitych krajach szczegółowe statystyki, obejmujące dzieci w wieku szkolnym. Za podstawę służyć mogą statystykom tym rozmaite klasyfikacje chorych uzębień tak n. p. dzieli Thiele uzębienia ze względu na ilość próchnicznych zębów na cztery grupy: 1) uzębienia o 1—4 zębów zepsutych, 2) o 4—8, 3) od 8—12, 4) powyżej 12. Próbowano na podstawie tego podziału wyciągać wnioski o zdolności żucia, po-

stępać w szkole, dobrych i złych i w ten sposób stworzyć podstawę do sanacji uzębienia dzieci szkolnych. Wnioski jednak, w ten sposób wysnuwane, są zbyt niedokładne i nie wytrzymują krytyki, gdyż są wysnuwane zbyt ogólnie i pomijają udział innych czynników. By stwierdzić wpływ próchnicy na uzębienie, trzeba wziąć pod uwagę stan poszczególnych zębów i wykazać, jak się z biegiem czasu próchnica wobec nich zachowuje. W tym celu jest potrzebnem, by zostały osobno zanotowane: 1) wiek, 2) każda pojedyncza grupa zębów, i 3) dany stan zęba. Co się tyczy ostatniego punktu, to ząb może być albo zdrowy (z), albo próchniczny (p), albo rozpadły (r), t. j. zniszczony zupełnie w koronie aż do korzeni, albo brak go (b), (jeżeli został usunięty) lub też wypełniony (w). Wpisywanie tych wszystkich okoliczności do znanego schematu uzębienia w formie krzyża można sobie znakomicie ułatwić, nie wpisując przyjętych cyfr arabskich i rzymskich, lecz tylko odnośne litery skrótu w miejscu, odpowiadającym w schemacie danemu zębowi. Zęby mleczne oznacza autor przekreśleniem ukośnem. (Sprawozdawca proponuje małą modyfikację polegającą na tem, że zęby stałe oznaczymy dużemi, a mleczne małemi literami). W ten sposób schemat n. p. uzębienia dziecka ośmioletniego zamiast typowego:

(prawa strona uzębienia)	(lewa strona uzębienia)
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6

będzie wyglądał w sposób następujący:

P	p b z	Z Z	Z Z	z z	p Z
W	r p z	Z Z	Z Z	z z	r W

Ten sposób przedstawienia daje ogólnemu obraz całego uzębienia; widzi

on stopień zniszczenia, może określić zdolność żucia i łatwo odróżnia zęby stałe od mlecznych. Przy sporządzaniu wielkich statystyk n. p. w szkołach można dyktując powyższy schemat pracować bardzo szybko.)

Z licznych statystyk przez autora zestawionych wynika, że uczennice wykwinutego pensjonatu rekrutujące się z najbogatszych warstw społecznych mają zęby tak samo zepsute jak dzieci biedne: ten dziwny na pozór stan rzeczy tłumaczy się słabszą konstytucją dzieci zamożnych, wśród których śmiertelność niemowląt, nawet najstarszych jest zredukowana do minimum z powodu starannej opieki i pielęgnacji.

Jako przykłady takiej statystyki niech posłużą zestawienie stanu kła i drugiego trzonowca mlecznego, zębów mających największe znaczenie dla przyszłego ukształtowania uzębienia.

W szóstym roku życia wykazywały na sto:

	z	p	r	b	w
III III	94.2	4.6	—	1.2	—
III III	98.8	0.6	—	0.6	—
V V	77.2	20.4	1.4	0.4	0.6
V V	64.2	28.8	2.8	3.2	1

Wynika z tego, iż w wieku przed-szkolnym zepsucie zębów mlecznych jest tego rodzaju, iż usprawiedliwia usiłowanie leczenia ich i utrzymania aż do drugiego zębowania; wynika z tego również, iż sanacja uzębienia mlecznego winna się rozpocząć między trzecim a czwartym rokiem życia.

Podobne badania skuteczniiano nad pierwszym i drugim trzonowcem stałym w ósmym, dziesiątym i czternastym roku życia; winny one być kontynuowane w dalszym ciągu.

W Niemczech obowiązywać zaczyna ubezpieczenie społeczne zwykle po ukończeniu szkół i dlatego powinien stan uzębienia młodzieży interesować ubezpieczających, gdyż ponoszą oni kosztą leczenia zębów. Ponieważ leczenie kasowe nie jest w możności poddać ogromowi pracy,

przeto winna sanacja uzębienia być rozpoczętą w wieku najwcześniejszym. Skoro także członkowie rodziny ubezpieczonego mają zabezpieczone leczenie kasowe, to tem samem wszystkie dzieci, będąc od urodzenia członkami kasy chorych, mają prawo do leczenia zębów. Leczenie więc zębów dzieci szkolnych w ramach ubezpieczenia społecznego jest tylko kwestją czasu i musi ono pozostać w związku ze szkołą, by w pełni wyzyskać jej wychowawczy wpływ na młodzież.

Według statystyki państwa niemieckiego z roku 1914, ogłoszonej w r. 1920 było ubezpieczonych osób 16,698.276. Podczas gdy koszta leczenia przez lekarzy wogóle wynosiły na członka i rok marek 6.60, to koszta leczenia dentystycznego tylko 0.50. W roku 1920 natomiast stosunek ten wynosił: leczenie ogólne marek 28.30, leczenie dentystyczne 1.84. Niektóre kasy chorych miały własne kliniki dentystyczne a koszty leczenia zębów wynosiły na członka i rok marek 4.77, a więc znacznie więcej niż u dentystów prywatnych. Prócz leczenia zębów w ścisłym tego słowa znaczeniu ma też leczenie protetyczne wielką doniosłość dla inwalidności ubezpieczeniowej. Tak n. p. wynosiły wydatki na dostawki zębów w roku 1919. dziewięć milionów marek. Ta suma stanowi właściwie tylko 1/3 ogólnej sumy wydatkowanej, gdyż resztę pokrywają kasy same i chorzy. Te olbrzymie sumy wydane na dostawki, możnaby w przyszłości zredukować, gdyby już w młodym wieku rozpoczęto racjonalną sanację; gdyż przez to udałoby się uratować wiele zębów trzonowych i podnieść wartość żującą uzębienia. Najlepszą organizację leczenia szkolnego przedstawia system szwedzki wprowadzony od 1906. w Sztokholmie i system Kantorowicza wprowadzony w Bonn, polegający na rozpoczęciu leczenia systematycznie w najniższej klasie. Co do ilości dzieci, mogących być leczonemi przez jednego dentystę, zdania są podzielone: Kantorowicz przyjmuje 6—8 tysięcy, podczas gdy Lenhardtsen 2 tysiące. Który system jest najlepszy pokaże

w przyszłości stan uzębienia dzieci opuszczających szkoły.

Allerkand.

30.21 *Waygiel.* — O obecności barwika żółci w moczu chorych na różę. (Rozpr. Akad. Nauk lek. T. I/2.

Autor na podstawie spostrzeganych przypadków twierdzi, że 4. Barwika żółciowego występują w moczu w każdym przypadku róży i zawartość ich zdaje się być w prostym stosunku do nasilenia odczynu dwuazowego. 1. Między pojawieniem się barwików żółciowych a odczynem dwuazowym w moczu chorych na różę istnieje prawdopodobnie związek przyczynowy. 3. Występowanie barwików żółciowych w moczu u chorych na różę jest tak samo, jak występowanie w różę odczynu dwuazowego, objawem stałym, aczkolwiek pojawiającym się w różnych fazach choroby i może służyć jako jeden z objawów rozpoznawczych. Przyczyną pojawiania się barwika żółci w moczu w przypadkach róży jest niewątpliwie uszkodzenie czerwonnych ciałek krwi w naczyńach skóry, a to pod działaniem toksyn, wytwarzanych przez paciorkowca róży. Czy jednak bilirubina wytwarza się na miejscu w skórze, czy też w narządzie, w którym zwykła powstawać, t. j. w wątrobie, do moczu zaś dostaje się tak, jak w przypadkach innych chorób, wskutek wzmocnienia się wytwarzania żółci w następstwie obfitszego dopływu uszkodzonych krwinek, względnie rozpuszczonej hemoglobiny, pozostaje nierzeczywiście nierozstrzygniętem.

(P. G. L. 1922/48 903.)

31.51. — *Grant.* Filadelfja. Badania anatomiczne nad wstrzyknięciami do II. i III. gałęzi nerwu trójdzielnego. (Anatomic Study of Injections of Second and Third Divisions of Trigeminal Nerve. J. A. M. A. 1922 11/78. p. 794—797 ryc. 2).

Celem dokładnego ustalenia punktów wkłucia igły tudzież kąta pod którym powinna ona być pochylona do powierzchni

skóry skonstruował autor przyrząd nazywany „zygometrem“ i przeprowadził bardzo liczne badania anatomiczne na zwłokach, których wyniki podaje. Zygometr składa się z dwóch blaszek wygiętych odpowiednio do krzywizn łuku jarzmowego i kości skroniowej, które przymocowuje się tasiemkami, otaczającymi, głowę chorego. Te blaszki „poziome“ łączy blaszka poprzeczna „pionowa“, przytwierdzona do poprzednich pod kątem prostym i dająca się przesuwać na nich i przymocować zapomocą śrubek. Obie blaszki mają podziałkę milimetrową a dolna jest w swej tylnej części zakończona guzkiem, który się wkłada w przewód słuchowy zewnętrzny. Przy użyciu tego przyrządu i kątomierza ustalił autor w licznych badaniach na zwłokach odległość w mm od przewodu usznego zewnętrznego tudzież kąt nachylenia igły celem dokładnego trafienia do otworu okrągłego i owalnego. Przy umieszczeniu guzka dolnej blaszki zygometru w przewodzie usznym zewnętrznym i przeprowadzeniu dolnej tasiemki przez grzbiet nosa, leży dolna blaszka mniej więcej równolegle z dolnym brzegiem łuku jarzmowego; na niej odlicza się pewną stałą ilość mm. od zewnętrzne go otworu usznego i w tem miejscu przykładą środek kątomierza celem ustalenia kąta. W szczególności znalazł autor:

1. Przy wstrzyknięciu podjarzmowem do II. gałęzi w odległości 35 mm. od zewnętrznego przewodu usznego w 162 wstrzyknięciach na 85 przypadkach wynosił przeciętny kąt w płaszczyźnie poziomej 98.5 stopni, w płaszczyźnie pionowej 115.5 stopni, przyczem liczyć należy kąty poziome od przodu do tyłu, a pionowe z góry do dołu W czterech przypadkach było niemożliwem trafienie do otworu owalnego tą drogą a mianowicie trzy razy po prawej a raz po lewej stronie. W 19 przypadkach trzeba było otworzyć usta by igła nie natknęła się na wyrostek dziobiasty żuchwy, (z tego obustronnie w 13 przypadkach). Z pozostałych 81 przypadków w 53 różnica między kątami po stronie prawej a lewej

była równa pięciu stopniom, w 21 wynosiła dziesięć stopni, a w siedmiu od dziesięciu do dwudziestu. Głębokość wkłucia wynosiła 5 do 5.5 cm. a przy 4.5 cm. igła zwykle natrafiała na wyrostek skrzydłasty. Niebezpieczeństwa, których trzeba się strzedz przy tych wstrzyknięciach są następujące: a) Gdy igłę wkłuje się zbyt wysoko i głębiej niż 5.5 cm. to może ona dostać się do oczodołu, b) gdy zaś zbyt nisko to może ona przebić cienką ścianę jamy nosowej lub dostać się przez otwór klinowopodniebienny (foramen sphenopalatinum) do tylnych nozdrzy.

2. Wstrzyknięcie podjarzmowe do drugiej gałęzi w odległości 5 cm. od przewodu usznego zewnętrznego. W 120 wstrzyknięciach na 60 zwłokach wynosił przeciętny kąt poziomy 87, a pionowy 138 stopni. Różnica między kątami po stronie prawej i lewej nie wynosiła więcej niż 5 stopni a w 55 przypadkach wynosiła mniej niż 5 stopni.

3. Wstrzyknięcie nadjarzmowe do drugiej gałęzi, w odległości 3.5 cm. od przewodu usznego zewnętrznego. W 60 wstrzyknięciach na 32 przypadkach wynosił kąt poziomy 100, a pionowy 87 stopni; w dwóch przypadkach było niemożliwem dostanie się do otworu okrągłego po obu stronach wspomnianą drogą, a w pozostałych 30 przypadkach różnica między kątami prawej i lewej strony wynosiła około 5 w 23, a 10 w siedmiu przypadkach. Igła trafiała nerw w głębokości 4.5 cm. od powierzchni.

4. Wstrzyknięcia do gałęzi żuchwowej w odległości 2 cm. od otworu usznego zewnętrznego. W 162 wstrzyknięciach wykonanych na 81 zwłokach wynosił kąt poziomy przeciętnie 91, a pionowy 108 stopni. Z wspomnianych 81 przypadków w 52 różnica między obiema stronami wynosiła około 5 stopni, w 26 około 10, a w trzech była większa od 10. Z 53 przypadków, w których różnica kątów przy wstrzyknięciach do II. gałęzi wynosiła około 5 stopni w 40 przypadkach, tak, że różnice kątów przy wstrzy-

kniciach do gałęzi III. wahały się w podobnych granicach. A więc mniej więcej w 50% przypadków różnice przy wstrzyknięciach do II. i do III. gałęzi nie przewyższają 5 stopni.

Jako rezultat swych badań podaje autor, że jedną z podanych dróg można zawsze się dostać do pni nerwowych, które mają być nastrożone, choć nigdy nie udają się wszystkie drogi naraz.

Allerhand.

37.3 *Kmita.* — Ukrwienie tętnicze i żylnie migdałków ludzkich. (Wykład w Pol. Tow. Otolaryngol.) w Warszawie 22. VI. 22.)

W sprawie wyłuszczenia migdałków K. na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań anatomicznych dochodzi do wniosku, że mięsień, zaciskający gardło (m. constrictor phar. sup.), na którym leży migdałek, jest granicą, poza którą przy operacji wyłuszczenia przejść nie wolno, ze względu na przylegające tam większe naczynia krwionośne. Przy nieprawidłowości w przebiegu tętnica szczękowa zewnętrzna podchodzi tuż do samego mięśnia lub wchodzi w niego, jak to podają Poirier, Charpy i Merkel. K. spostrzegł tętnicę podniebienną wstępującą, naczynie dość dużego kalibru, podchodzące tuż pod mięsień zwieracz górny. Nie przekraczając powierzchni mięśnia zaciskającego gardło podczas wyłuszczenia migdałków, spotykamy tylko drobne naczynia, nieomal włosowate, będące rozgałęzieniem tętnicy migdałkowej i drobne żyły, które to naczynia można bezkarnie porozrywać podczas operacji bez obawy większego krwawienia. Natomiast K. często spostrzegał żyłę dość znaczną, dotychczas przez innych nie notowaną, którą nazwał V. pharyngea media i która, według K., wywołuje obfite krwotoki w razie jej zranienia podczas operacji. Żyła ta zbiera krew z bocznej ściany jamy nosowo-gardłowej w postaci dużego spłotu, który łączy się w jedno dość znaczne naczynie i biegnie ku dołowi na powierzchni m. constrictoris pharyngis zwróconej, ku migdałkowej, przebijając go u dolnego bie-

guna migdałka. Żyła ta wpada do ż. twarzowej przedniej lub do żyły językowej. Dalej K. podaje własny sposób wyłuszczenia migdałka, który daje możliwość uniknięcia krwawienia. K. dochodzi do górnego bieguna migdałka, chwytając za jego otoczkę i odciągając mocno migdałek, oddziela go od m. constrictor phar. sup.; pasemek łączno-tkankowych między migdałkiem a mięśniem w przypuszczeniu, że w nich mogą przebiegać drobniutkie naczynia nie przecina, lecz przepala pasemka w miejscu przyczepu do migdałka. W ten sposób K. unika w zupełności krwawienia przez cały czas trwania operacji, widzi każde miejsce pola operacyjnego i niejednokrotnie udało mu się widzieć wyżej wspomnianą żyłę, przebiegającą na dnie jamy operacyjnej.

(*Autoreferat.*) P. G. L. 1922/48.

39 400. — *Ley.* Neheim. Uśpienie chlorkiem etylu jako najodpowiedniejsze w praktyce dentystrycznej. Die Chloräthylnarkose als geeignetste Narkose in der Zahnärztlichen Praxis. Zft. f. Stom. XIX. 1921. 630.

Autor, będący wielkim zwolennikiem uśpienia chloretylewego, przedstawia w krótkim szkicu historycznym rozwój tegoż, swoje własne doświadczenia w tym kierunku tudzież własną technikę. Pomija przytem jednak niestety zupełnie ujemne własności tego środka, który zupełnie nie jest tak niewinny, jakby to wynikało z poleceń jego zwolenników.

Chloretyl, chlorek etylowy wzoru C_2H_5Cl , otrzymuje się przez działanie kwasu solnego na czysty wyskok. Odkrył go w roku 1759 Buelle a użyli po raz pierwszy do uśpienia Mérat i de Lens w roku 1851, którzy na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach polecieli go do uśpienia ogólnego. Od tego czasu miał ten środek zarówno zwolenników jak i przeciwników; tak n. p. podaje British Medical Association na podstawie swych badań, iż chloretyl nie nadaje się do uśpienia gdyż wywołuje szybko skurcze

mięśniowe i zatrzymanie oddechu. Również badacze amerykańscy Wood i Cerna, a z niemieckich Schleich (1894) wyrażają się o chlorku etylu niekorzystnie. W przeciwieństwie do tych autorów są: Kulenkampff, Lotheissen i Seitz gorącymi jego zwolennikami; opierają się przytem na doświadczeniu własnym i na bardzo obfitych statystykach międzynarodowych, tak n. p. Seitz zestawił 16000 przypadków uśpienia chloretylewego wśród których znajduje się tylko jeden przypadek śmiertelny. Kulenkampff zajął się dokładnie techniką tego znieczulenia i zwrócił uwagę na to, iż niebezpieczeństwo przy użyciu go wzrasta bardzo znacznie przy stosowaniu zamkniętych masek metalowych przyczem dostęp powietrza jest niedostateczny, a gaz chloretylewy działa w znacznem stężeniu. Śmierć w uśpieniu chlorkiem etylu jest śmiercią sercową i dotyczyła zwykle osób z chorem sercem. Kulenkampff podaje przeto chloretylem kroplami przez maskę gazową. Nowsi autorzy francuscy jak Malherbe, Girard i amerykańscy Ware i Dodge a z angielskich Mc. Cardie mieli przy stosowaniu chlorku etylu bardzo liczne niepowodzenia. Zwłaszcza częste były u nich przypadki śmierci. Oryginalnej metody używa Belgijczyk Hoton: zamyka nos choremu i rozpyla chlorek etylu do gardła aż do zamrożenia tylnej ściany, rzekomo bez szkody dla chorego. Twierdzi on, że gdy się chory zbudzi, można uśpienie powtórzyć nawet 5—6 razy po kolei. W jednym przypadku usypiał chorego 40 razy w przeciągu kilku tygodni bez szkody. (Uwaga sprawozdawcy: to twierdzenie pozostaje w rażącej sprzeczności ze spostrzeżeniami innych autorów, głównie francuskich, dowodzących na podstawie licznych spostrzeżeń podczas wojny światowej poczynionych, iż właśnie takie kilkukrotne powtarzanie uśpienia jest najniebezpieczniejsze i powoduje najczęstsze przypadki śmierci. Bezsprzecznie oddał chlorek etyl. podczas wojny światowej doskonałe usługi w rowach strzeleckich i na punktach pierwszej pomocy gdzie spo-

soby znieczulenia były niemożliwe przy krótkich a bolesnych zabiegach tudzież opatrunkach, lecz warunki praktyki pokojowej są inne i umożliwiające stosowanie znieczulenia miejscowego nie usprawiedliwiają bezkrytycznego stosowania uśpienia).

Ley stosuje uśpienie chloretylem od dwudziestu lat przy rozległym zapaleniu jamy ustnej, zapaleniu ozębnej, trudnem wyrzynaniu zęba mądrości i innych sprawach uniemożliwiających stosowanie znieczulenia miejscowego. Również małe niesforne dzieci i nerwowe kobiety stanowią odpowiednie, zdaniem autora, osobniki do stosowania uśpienia chloretylewego. Dotychczas wykonał 17000 uśpień, wszystkie o dobrym przebiegu. Ta wielka liczba przypadków i nabyta nią wprawa w ocenę dawkowania tłumacza dobre wyniki autora posiadającego odpowiednie doświadczenie, zręczność i zimną krew, brak tych danych tłumaczy łatwo niepomyślne wyniki innych autorów nie posiadających należytej wprawy, U małych spokojnych dzieci daje L. chlorek etylu pomału kroplami na maskę gazową pokrywającą nos i usta, przyczem mali pacjenci zwykle szybko zaspiają bez okresu podniecenia; u dzieci niespokojnych i krzyczących wlewa odrazu około dwóch cm. sześciennych do maski i przyciska ją do twarzy chorego przyczem oszołomienie natychmiast się pojawia. U dorosłych rozpoczyna kroplami a następnie dodaje chloretylem strumieniem w małych odstępach czasu, by uzyskać odpowiednie stężenie gazu. Sny i ruchy erotyczne nie są rzadkie; środki uspokajające jak: bromural, sedobrol, i i. podane pół godziny przed uśpieniem działają bardzo dobrze. Doskonałe usługi zwłaszcza u mężczyzny oddaje pewnego rodzaju autotransfuzja, polegająca na mocnem okreceniu pasami ud jaknajwyżej i uniesieniu ich do góry. U osób bledniczych, nerwowych i skłonnych do wymiotów działa bardzo dobrze podanie łyżeczki dwuwęglanu sodowego w wodzie przed uśpieniem; wymioty w tym wypadku nie pojawiają się.

Allerhand.

39.412. — *Koneffke Dr. Karl Ludwig.* Nowe doświadczenia z kokainą i nowokainą. (Neue Versuche mit Kokain u. Novokain. Z. R. 1920/40).

Praca zawiera badania eksperymentalne odnośnie do właściwości znieczulających i trujących powyższych dwóch preparatów. Istotną właściwość trująca kokainy zmuszała do szukania środka zastępczego jakim jest nowokaina. Skutek dodatni przy nowokainie możemy jedynie stwierdzić wówczas, jeżeli znieczulenie (przewodnicze) uzyskać można uciskiem nerwu, wymagającego zarazem tylko względnie pewnego współdziałania chemicznego. We wszystkich przypadkach bowiem, w których koniecznym jest w pierwszym względzie oddziaływanie właściwości chemicznych, zawodzi nowokaina. Do takich przypadków zaliczyć należy n.p. znieczulenie zębiny za pomocą wstrzyknięcia pod błonę śluzową; autor w takich przypadkach uciekał się do kokainy w postaci tak zw. Euseminy (3/4% roztworu kokainy z domieszką 1 do 2 kropli Suprareniny 1:1000 — dopisek Red.) Autor wyraża przypuszczenie, że gdyby oddziaływanie preparatów nadnerczych było znane zanim środek zastępczy nowokaina została wprowadzona, ten nie zyskałby takiej popularności. (Twierdzenie to autora nie jest słuszne, gdyż działanie środków nadnerczych było doskonale znane w różnych połączeniach i zostało stwierdzone w badaniach porównawczych eksperymentalnych jak przez Heinecke'go i Låwen'a, Cieszyńskiego, Fischera i innych. D. M. f. Z. 1906 — dopisek Red.)

Przez połączenie kokainy ze środkami nadnerczymi wchłonięcie tegoż środka zostanie tak dalece zwolnione, że może nastąpić wchłonięcie tegoż środka w granicach jego fizjologicznych bez oddziaływania trującego. W 200 dokładnie obserwowanych przypadkach nie mógł Koneffke stwierdzić właściwości jego trującej w dawkach przez niego stosowanych. Twierdzenie to popiera wykazem tabelarycznym swych doświadczeń klinicznych. Na 100 przypad-

ków uzyskał wynik dodatni u 98%, ujemny zaś u 2%, które jeszcze tłumaczy błędami technicznymi; przy równej ilości znieczuleń nowokainą uzyskał wynik zupełnie ujemny w 79% przypadków a w 21% przypadków wynik względnie ujemny. (Referat własny autora. D. M. f. Z. 1922/I. str. 30). — C.

51.33; 51.71; 51.35. — *Loos.* Obumaracie miazgi w zębach nie dotkniętych próchnicą. (Pulpentod Kariesfreier Zähne. V. f. Z. XXXVII. 1921. 454).

Świadomość, że obumarłe miazgi w zębach pozornie zdrowych mogą wywołać ciężkie zaburzenia w całym organizmie, powinna nas skłonić do badania żywotności miazgi u każdego chorego, zgłaszającego się do nas z bólami neuralgicznymi w obszarze nerwu trójdzielnego. Badanie to, wykonane prądem faradycznym winno objąć wszystkie zęby, nawet te, które okazują zupełny brak próchnicy. W ten sposób możemy odkryć obumarłe miazgi i leczyć odpowiednie zęby, zanim pojawią się niepożądane następstwa. Musimy jednak zwrócić uwagę na to, że i zęby z martwą miazgą mogą oddziaływać na prąd faradyczny, jeżeli ich ozębna znajduje się w stanie zapalnym. Z tego powodu poleca się wykonanie dopiero wtedy badania prądem indukcyjnym, gdy objawy zapalenia ozębnej ustąpią; odnosi się to naturalnie tylko do tych przypadków, w których czekać można. Zęby o martwej miazdze można często rozpoznać oglądaniem, gdyż wykazują zabarwienie ciemniejsze od innych; również dobre wyniki badania daje przyłożenie zęba, przy którym palcem przyłożonym wyczuć możemy wstrząśnienie wierzchołka korzenia, a uchem odróżnić zmianę dźwięku w porównaniu z zębami innymi.

Przeważna ilość miazg odumarła wskutek urazów, powodujących oderwanie naczyń wchodzących do otworu wierzchołkowego; skutkiem tego powstaje w tejże okolicy krwiak oraz przerwa w odżywieniu miazgi, powodujące jej obumarcie. Naj-

częściej obumierają miazgi dolnych siekaczy wskutek nieznacznych nawet urazów, jak n. p. zwyczaj oddzierania nitkami zębami u szwaczek, lub trzymanie w ustach gwoździaków u tapicerów. Bardzo często jednak nie można znaleźć czynnika powodującego; czasem podają chorzy uraz przebyty w dzieciństwie. Jest również prawdopodobnym, że nadmierne obciążenie spowodować może obumarcie miazgi, zwłaszcza w zębach przednich przy braku tylnych; także bodźce ciepłe i mechaniczne przy niedokształceniach szkliwa mogą stać się przyczyną obumarcia miazgi, przyczem drobnoustroje łatwo mogą wtargnąć do komory miazgowej i spowodować zgorzel. Nie należy wreszcie zapominać o prostowaniu zębów zapomocą śrubek i podwiązek, które — zbyt energicznie stosowane — mogą też wyważyć zęby i spowodować obumarcie miazgi. Również może miazga obumrzeć przy złuciu zębów znacznego stopnia, zwłaszcza w zębach przednich, jak również przy ubytkach klinowatych, spowodowanych energicznym używaniem zbyt twardej szczoteczki.

Prócz tego napotykałyśmy obumarcie miazgi w zębach, w których próchnica została wyleczona, a zęby wypełnione amalgamem lub krzemianem. Przy wypełnieniach amalgamowych czynnik szkodliwy stanowią bodźce ciepłe przy wypełnieniach nie dość izolowanych, przy krzemianach wini należy poczęści zawarty w nich arsen(?), po części — przy wypełnieniach nie zawierających go — nieszczelność, dzięki której drobnoustroje dostają się do miazgi i zakażają ją. Poza to naturalnie może niedokładne wyczyszczenie ubytku i pozostawienie chorej zębiny spowodować śmierć miazgi. Sprawa obumierania miazg zębów sąsiednich po wstrzyknięciu nowokainy z adrenaliną celem znieczulenia miazgi jednego zęba, była przez długi czas kwestią sporną; według doświadczeń dotychczasowych nie można takiemu wstrzyknięciu przypisać zgubnych skutków dla miazg zębów sąsiednich. Często obumiera miazga wskutek nadmiernego wytwarzania zębiny wtórnej w przewodzie korzeniowym, powo-

dującego znaczne zwężenie przewodu i utrudnienie krążenia (Dzierżawski). Tu należy obumarcie miazgi w zębach osób starych, gdzie znajdujemy zapalenie (obliteratio) komory miazgowej. Wreszcie wini należy ucisk naczyń wierzchołkowych przez ziarniniaki lub torbiele zębów sąsiednich.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, iż najczęstszą przyczynę stanowią urazy a na drugim miejscu stoją wypełnienia krzemianowe. (Według obecnego stanu wiedzy odumierają miazgi pod wypełnieniami krzemianowymi wskutek wolnego kwasu fosforowego. Uwaga Red.)

Allerhand.

52... — *Fehr Dr. C. U.* Jak można uwzględnić przy zgryzadle Grittmanna lub Bonwilla ruchy poprzeczne Benneta? (V. f. Z. 1922/I. 108–112. ryc. 4).

Dawniej przypuszczano, że przy przesuwaniu bocznym żuchwy, następuje obrót żuchwy o kłykiec. Bennet tymczasem stwierdził w r. 1908, że przy temże przesunięciu szczęki nie następuje obrót kłykcia, tylko poprzeczne przesunięcie kłykci po obu stronach szczęki. (Ruchy poprzeczne Benneta). Gysi uzyskał te ruchy na zgryzadle swoim „Simplex“, w ten sposób, że ustawił kłykiec swego zgryzadła kilka centymetrów ku tyłowi poza normalnem ułożeniem kłykcia. Przy bocznych przesunięciach zgryzu odwarza się w zgryzadle ruchy poprzeczne Benneta w kłykciach wyobrażonych. Jeżeli wgipsujemy w zgryzadle Grittmanna albo w ulepszonej zgryzadle Bonwilla odlewy gipsowe o 2–3 cm bliżej ku przodowi, aniżeli określa miejsce osadzenia trójkąt Bonwilla, uzyskujemy boczne przesunięcia w myśl ruchów poprzecznych Benneta. O ile osadzimy przy sporządzaniu całkowitych dostawek odlewy w ten sposób, że górne sieczne zęby spotykają się w zgryzie z dolnymi pod kątem 40°, możemy wspomniane zgryzadło używać zamiast zgryzadła Gysi'ego „Simplex“.

Cieczyński.

52.. *Balters Dr. W.* — Wycisk (czynnościowy funkcyjny). V. f. Z. 1922/I.64—72 ryc. 21.

Balters odróżnia dwa rodzaje wycisków: 1) anatomiczny, oddający stan szczęk w spokoju i 2) funkcyjny, na którym uwidaczniają się ruchy mięśni na pograniczu przedsionka jamy ustnej. Metody Schrotta (1864), Greena, Suppl'y'ego i Tryfusa (D. M. f. Z. 1921) liczą się także z funkcją tychże mięśni. Działanie ssawek, używanych do dostawek, jest tem większe, im większa jest przestrzeń objęta przez ssawkę. Siłą przyssania ssawki zmierzyć można w ten sposób, że obciąża się przylegającą ssawkę do płytki gładkiej, lub odwrotnie, obciążając płytkę, zawieszoną na ssawce. Na szeregu rycin uwidacznia Balters sposoby badania przyssania ssawki. Jeżeli dostawka dokładnie przylega na pograniczu ruchomych części błony śluzowej, przyssanie jest tem intensywniejsze. Uzyskać to można jedynie wtedy, jeżeli sporządzimy dostawki nie na odlewie anatomicznym tylko na odlewie, wykonanym według wycisku funkcyjnego. Moim celem postępowania w tym celu w ten sposób, że podkładał na gotową dostawkę, sporządzoną w zwykły sposób, ograniczoną gutaperką. Tryfus posługuje się w tym celu osobną łyżką wyciskową z glinu (aluminium) giętkiego z rękojeścią do wyjmowania. Po wprowadzeniu wycisku i odjęciu rączki każe choremu jaknajszerszej rozzerzeć szczęki, oraz wykonać ruchy językiem przy wycisku dolnym, przyczem zaczepy mięśni na wysokości sklepienia przedsionka kształtują brzeg wyrostka.

Balters kształtuje okolice przedsionka dopiero na wzorniku wytłoczonym z metalu według wycisku anatomicznego, którego brzeg i podstawę wyściela się plastyczną masą, naprężając części miękkie policzka i każąc choremu jaknajszerszej kilkakrotnie rozwierać szczęki i wykonywać celowe ruchy językiem. Przytem zważa Balters na dokładne odbicie się pogranicza miękkiego podniebienia. Na wzornik nakłada rozgrzaną masę wyciskową, ukształtowaną w formie pałeczki. Jako

najlepszą masę wyciskową odpowiadającą masie Kerra uważa Balters masę wyciskową A. W. A.

Częściowe dostawki nie mogą trzymać się na zasadzie przyssania również silnie, jak całkowite, gdyż cały brzeg nie może przylegać do części miękkich.

Cieszyński.

51.5. *Bublitz.* — Roztoka. Punkt styczny. (Der Kontaktpunkt. Zft. f. Stom. XIX. 1921. 66. ryc. 36)

Autor zajmuje się tematem oznaczonym w nagłówku, który doczekał się w literaturze amerykańskiej olbrzymiej ilości opracowań, podczas gdy w piśmiennictwie europejskiem, a zwłaszcza niemieckiem nie cieszył się dotychczas tą uwagą na jaką ze względu na swą ważność zasługuje.

(Sprawozdawca pragnąłby przy tej sposobności zaznaczyć, że nazwa zawarta w nagłówku oryginalnym „Kontaktpunkt“, powtórzona za angielskiem „contact point“ jest zupełnie nie odpowiednią, gdyż zęby stykają się ze sobą nie w punkcie geometrycznym lecz w powierzchniach o rozmaitej konfiguracji geometrycznej. Dlatego określenie: „punkt styczny“ nie jest od powiedniem i powinno być w mianownictwie zastąpione innem nie zawierającym w sobie sprzeczności; n. p. możnaby powiedzieć po prostu „kontakt“, lub by za dowolić purystów językowych: „stycznik“. Naturalnie, że musianooby dla przetłumaczenia określenia „Approximalflaechen“ użyć słowa innego niż „powierzchnie styczne“, by nie wywoływać zamętu, n. p. „powierzchnie przyległe“. Powierzchnie przyległe mianowicie nie muszą być stycznymi i może między niemi istnieć różstój naturalny lub sztucznie wywołany, n. p. przez pozbawione konturów wypełnienia. Stycznymi zaś są wtedy, gdy tworzą właśnie stycznik, stykając się na większej lub mniejszej przestrzeni. Ta dygresja była konieczna, by umożliwić zrozumienie dalszego i przyczynić się do ustalenia mianownictwa w tym zakresie).

Nowego ani oryginalnego artykuł referowany nie zawiera nie: powtarza tylko

rzeczy dawno znane i w literaturze amerykańskiej wszechstronnie opracowane, przytem jednak zupełnie nie cytuję klasycznych w tym kierunku nazwisk, jak: Black ojciec i syn, Johnson i wielu innych, natomiast podaje rzeczy przez tych autorów dawno już przedłożone jako własne oryginalne pomysły. Przytem popełnia cały szereg błędów myślowych, i wychodząc z założenia, iż powierzchnie przyległe zębów stanowią idealne powierzchnie geometryczne: kulę, elipsoid, walec, rozróżnia w rozwlekłych roztrzęsaniach geometrycznych styczniki punktowate, linijne i powierzchniowe, zapominając, że w rzeczywistości każdy stycznik stanowi powierzchnię większą lub mniejszą i że w punkcie stykają się tylko idealne twory geometryczne.

Punktem wyjścia rozważań autora jest praca Zsigmondy'ego z roku 1865: „Die interstitiären Reibungsflächen der Zahnkronen“ w której doskonały ten stomatolog opisał powierzchnie zeszlifowane na zębach po stronach przylegających z powodu wzajemnego ocierania. Badania B. wykonane były na chorych przychodnicach kliniki stomatologicznej i na czaszkach i potwierdziły tylko spostrzeżenia Zsigmondy'ego. Autor nie zna widocznie doskonałej a nader prostej metody Blacka młodszego mierzenia obu wymiarów stycznika a polegającej na tem, iż przeciąga się nitkę jedwabiu poniżej stycznika i trzymając ją następnie podwójnie można z łatwością określić szerokość, to jest wymiar językowo-policzkowy i wysokość, to jest dziąsłowo-zgryzowy, podaje mianowicie sposób mierzenia tych dwóch wymiarów dwoma włosieniami, włożonemi podobnie jak nitki Blacka. Kilka dość zwykłych historii chorób, opisujących dolegliwości wywołane przez podrażnienie brodawki dziąsłowej przy braku stycznika i ich usunięcie przez wykonanie wypełnień konturowych uzupełnia artykuł.

Allerhand.

51.7 *Andresen.* Kopenhaga. „Dentamo“. Środek znieczulający

zębinę i służący do wypełnień tymczasowych. (Zft. f. Stom. XX. 1922. 184).

Wychodząc z założenia, iż sprawa znieczulania zębiny zwłaszcza u dzieci nie daje się rozstrzygnąć wstrzyknięciami znieczulającymi, ani też innymi dotychczas znanymi wkładkami leczniczymi, wykonał autor szereg doświadczeń celem znalezienia środka, któryby i znieczulał zębinę i był odpowiedniem wypełnieniem tymczasowem. Punktem wyjścia przytem było stwierdzenie, iż najlepszem takim wypełnieniem jest połączenie eugenolu z tlenkiem cynkowym, tudzież, że ałun zamieszany z wodą jest dobrym środkiem do znieczulania nadwrażliwości zębiny przy zaniku dziąsła. Ałun działał dopiero przy zawartości 25%, a autor, w poszukiwaniu innego środka, zachęcony pastą znieczulającą Buckley'a. i wiedząc, że olejek goździkowy ma działanie przeciwne formaldehydu, złączył go z formaldehydem, tworząc ciało koloidalne nieznanych dotychczas własnościach fizycznych i chemicznych. Z takiej mieszaniny można przy 120 stopniach oddestylować płyn stężający się na ciało wiskowate, tłuste, o kwaskowatym aromatycznym zapachu i szczególnym palącym smaku. Ciało to nazwał autor formyleugenolem. Zamieszane z tlenkiem cynkowym, ewentualnie z dodatkiem ałunu tworzy doskonały cement odpowiadający wszelkiem wymogom: znieczula zębinę, jest trwałym środkiem przeciwnilnym i wysuszającym równocześnie próchnicorozprowczającym, a zarazem trwałym, leczniczym, prowizorycznym cementem higroskopijnym. Przytem jest obojętny, nie drażni miazgi, ani ozębnej, ani też tkanki okołowierzchołkowej, ani nie przyzega dziąsła. Prócz tego nadaje się do zamknięcia ubytków po włożeniu arsenu albo innych wkładek i uspakaja bole przy tem występujące. Można go też użyć do osłonięcia miazgi, jeśli kto chce, tudzież do wypełnienia komory miazgowej, wreszcie do wypełnienia korzeni przy martwicy miazgi. Nadaje się doskonale do leczenia zapalenia miazgi i ozębnej zębów mle-

cznych. „Dentamo“ jest cementem glinowym i składa się z proszku i pasty. Proszek stanowi tlenek cynkowy, uzyskany drogą mokrą, pasta zawiera około 50% eugenolu formaldehydowanego tudzież około 50% alunu, a pozatem żadnych innych substancji. Powstaje ona przez gotowanie wymagające wielkiej uwagi i doświadczenia. Jeżeli przy zmieszaniu pasty z proszkiem nastąpi wysycenie, to otrzymany preparat zachowuje się zupełnie obojętnie wobec miazgi i błony śluzowej; proszek bowiem oddziaływuje, zmieszany z wodą zasadowo, a pasta kwaśno. Działanie znieczulające zębinę polega na przemijającym obniżeniu zdolności przewodzenia włókien zębinowych i ich rozgałęzień w obrębie próchniczego ubytku tak, że przygotowanie go przy ewentualnem ponawianiu wkładki odbywać się może bez bólu. Zdolność przewodzenia wraca po kilku dniach, co oznacza, iż działanie nie jest przyzeglające, lecz znieczulające; preparat użyty jako wypełnienie tymczasowe zmienia po kilku dniach, charakter próchnicy: z jasnej ostrej i bardzo wrażliwej postaci zmienia się na ciemną przewlekłą niewrażliwą. W ten sposób służy też jako środek próchnicorozpoznawczy, gdyż ułatwia stwierdzenie, czy cała próchnicza zębina została usunięta; również ułatwia orientację co do odległości miazgi od dna ubytku, czego brak przy znieczuleniu zapomocą wstrzyknieć. Działanie wysuszające i odkażające ułatwia w wysokim stopniu leczenie powiklanej próchnicy zębów mlecznych: za palenia miazgi, ozębnej, a nawet przetoki goją się zdumiewająco szybko po kilkukrotnych wkładkach; preparat ten więc jest specyfikiem w praktyce dziecięcej i niezbędny w klinikach szkolnych. „Dentamo“ strąca srebro z jego połączeń i dlatego może być użyty do leczenia srebrzem metodą Howe'a. Tężeje pomalą na powietrzu, a szybciej pod wodą, ma więc tę zaletę, iż można większą ilość przygotować dla kilku chorych, mających być załatwionymi w przeciągu pół godziny. Trzeba go używać zarobionego do konsystencji kitu, gdy jest zbyt płynny, oddzia-

ływuje kwaśno i rozpuszcza się w ślinie, czem powoduje ból i przykry smak. W trudnych przypadkach, przy głębokich ubytkach, gdzie oczekiwać należy odczynu ze strony miazgi, można dodać równocześnie kokainy lub ortoformu. Można nim wypełniać ubytki wilgotne, gdyż nie wymaga wysuszenia; daje się także użyć na nadmiernie wrażliwych szyjkach zębowych w przypadkach ropocieku w ten sposób, że przykładą się małą ilość do zęba i przyciska wargą lub policzkiem chorego. Po pierwszym założeniu musi pozostać 3—8 dni, jeżeli działanie nie wystareza, to wkładka następna powinna pozostać dwa dni albo i dłużej. Wreszcie trzeba zaznaczyć, iż znieczula tylko zębinę a nie miazgę, co jest jego zaletą: zmniejsza więc tylko wrażliwość zębiny na ucisk i ciepłotę, nie zmniejszając wrażliwości miazgi na nią. Gdy wiertło się rozgrzeje powstaje ból; trzeba mu przeciwdziałać przez polewanie wodą.

Uwaga sprawozdawcy: W powyższym streszczony jest artykuł Andre-sena polecający „Dentamo“. Mimo entuzjazmu autora dla tego środka uniwersalnego wskazaną jest wielka doza krytycyzmu i ostrożności przy jego użyciu ze względu na zawartość formaldehydu, który nie jest bynajmniej środkiem obojętnym. To samo zastrzeżenie odnosi się zresztą do pasty Buckley'a, której głównym składnikiem działającym jest też formaldehyd.

Allerhand.

56.2. — *Klein.* Wiedeń. O budowie puszek zawierających rad do leczenia guzów przysadki mózgowej i górnych dróg oddechowych i pokarmowych. (Ueber die Konstruktion von Radium-trägern für die Behandlung von Tumoren der Hypophyse sowie der oberen Luft- und Speisewege. Z. f. Stom. XIX. 1921. 716 ryc. 7.)

Autor opisuje aparaty przez siebie sporządzone, poczynawszy od r. 1916. celem leczenia naświetlaniem radowem guzów przysadki bądźto w przypadkach nawrotów

po operacjach, bądźto w przypadkach nie nadających się do operacji. Aparaty te polegają w głównych zarysach na tem, iż sporządza się dostawkę zębowa, bądźto w postaci szyny nasadzonej na zęby, bądźto płytki kauczukowej, do których przymocowane są pręty metalowe wystające z ust; na tym pręcie znajduje się trzymadło ze śrubkami podobne do trzymadeł w stosach elektrycznych, a umożliwiające dowolne ustawienie we wszystkich kierunkach drutu miedzianego, na którego końcu znajduje się puszka radowa. Tę puszkę wprowadza się przez nos aż do miejsca, na które rad ma działać i przymocowuje się przez mocne naciągnięcie śrubek. W ten sposób umożliwia się długotrwałe działanie radu aż do dwudziestu godzin, trwające bez przekości dla chorego. Aparaty te wzorowane są na podobnych w r. 1915. przez Schrödera do leczenia raków jamy ustnej przyrządach umożliwiających przesuwanie rurki z radem na kolanku drucianem, do zębów przymocowanem. Przyrządy autora są znacznie doskonalsze i dostosowane w każdym przypadku do leczenia guza zależnie od jego umiejscowienia i są wynikiem współpracy ze specjalistą, zajmującym się chirurgicznym leczeniem tych guzów. Powiększone gruczoły chłonne, względnie nawroty w tych gruczołach, lecz się równocześnie naświetlaniami roentgenowskimi. Udatne ryciny ilustrują sposób wykonania przyrządów i umieszczenia ich w jamie ustnej tudzież przymocowania do zębów.

Allerhand.

57.0 — *Fröschels*. Wiedeń. Logopedyczne (mowolecznicze) zasady leczenia rozszczepów szczękowych. (Die logopädischen Prinzipien bei der Therapie des Wolfsrachens. Zft. f. Stom. XIX. 1921. 11. 623—629, ryc. 5).

Autor rozważa wskazania do leczenia rozszczepów podniebiennych zapomocą zabiegów krwawych i sporządzania zatyka-deł, uważając w obu przypadkach poprawę mowy za cel najważniejszy. Przy wskazaniu chirurgicznym pierwszą rolę odgrywa

pytanie, czy dość jest materiału do pokrycia rozszczepu, lecz z punktu widzenia logopedy jest równie ważnem a może nawet jeszcze ważniejszem zdanie sobie sprawy z tego, czy nowowytworzony operacyjnie języczek jest dość długi, by dotknąć tylnej ściany gardła, lub przynajmniej nie odstawać od niej zbyt daleko. Dobrym sposobem do zmniejszenia tej odległości jest wstrzyknięcie parafiny o topliwości przy 42 stopniach do tylnej ściany gardła w tej wysokości, do jakiej języczek może się podnieść i stworzenie w ten sposób sztucznego wału Passavanta. (Polecał sposób ten już Gutmann w r. 1908. — uwaga Red.) Parafinę należy zdeponować śródmięśniowo a nie podśluzowo, by się nie usuwała; dlatego stanowi brak odpowiednio silnej warstwy mięśniowej przeciwwskazanie do tego zabiegu. Takie wały parafinowe dają dobre wyniki, jeżeli pozatem dbamy o uruchomienie języczka przez leczenie miesieniem i elektrycznością; tym sposobem można wyrównać odstępy nie przenoszące 3/4 cm. Wykonanie zatykadła w przypadkach, gdzie ta odległość jest większa, napotyka na trudności, gdyż nowowytworzony języczek, po części z powodu skąpości materiału, po części z powodu zbliznowacenia, nie ustawia się poziomo, lecz tworzy z podniebieniem twardem kąt około 140 stopni. Zatykadło wykonane w przedłużeniu takiego języczka schodziłoby zbyt nisko. By uniknąć zatem konieczności wykonania zatykadła, sięgającego poza języczek w górę, lepiej jest przedtem krytycznie ocenić, czy nowy języczek spełniać będzie swe zadanie pod względem czynnościowym; w tym celu badamy jego długość, unosząc go łopatką by ewentualnie z góry zrezygnować z operacji, nie mogącej być uwieczoną polepszeniem mowy. Przy sporządzaniu zatykadła należy je dostosować do stosunków anatomicznych i bacznie, by nie dotykało ono zupełnie tylnej ściany gardła, lecz by mała przestrzeń została wolna, tak by zarówno dźwięki nosowe, wymagające komunikacji jamy gardzielowej z nosem, jak i nienosowe,

wymagające odgraniczenia tych obu jam od siebie, mogły się swobodnie wydobywać. Celem dokładnego przekonania się o ilości powietrza dostającego się z gardła do nosa można z korzyścią użyć kimografu Marey'a, połączonego zapomocą węża gumowego i oliwki szklanej z jedną dziurką nosową. Jeżeli zapisane przy mowie chorego wychylenia na kimografie przy użyciu zatykadła i bez niego są jednakowe, to jest to dowodem, iż zatykadło nie spełnia swego zadania i że powinno być poprawione lub zastąpione innym.

Małe otwory w podniebieniu n. p. po kilakach lub niezupełnych zrostach po operacjach wilczej paszczy nie zawsze wywierają wpływ niekorzystny na mowę; szczególnie otwory na samym przedzie

podniebienia twardego i w części pionowej języzka są bez znaczenia. Stwierdzenie wpływu tych małych otworów na mowę udaje się łatwo w ten sposób, iż zatyka się otwór watą zwilżoną w parafinie i bada sposobem wyżej wspomnianym przed i po zatknięciu. Jeżeli krzywa kimograficzna zmienia się korzystnie po zatknięciu otworu to jest to wskazaniem do zamknięcia operacyjnego.

Przy wszystkich metodach leczenia, czyto operacyjnych czy to protetycznych odgrywa uruchomienie podniebienia miękkiego (zapomocą elektryczności, do czego podano osobne przyrządy) i ćwiczenia wymowy bardzo ważną rolę, przyczem konieczną jest współczesna współpraca logopedy i dentysty.

Allerhand

Przegląd piśmiennictwa

* oznacza, że praca ta będzie, lub że jest już referowaną w „Polskiej Dentystyce“).

Polska.

1922. PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY.

Nr. 2.

- 53.0 Cieszyński A. Zastosowanie zasuw do dostawek ortopedycznych w szczękę górną 60—65. ryc. 4.
 27.00 Cieszyński A. Jak zapobiegać wtłaczaniu się łożyska między zęby trzonowe przy sprawach zapalnych i odleżynach na licu 66. ryc. 1.
 52. Brenneissen L. Mosty jednolite 67—68.
 30.8 Sosnowski Jan. Nowe prądy w nauce o odżywianiu 69—79.
 51.24 Gruszczyński. W sprawie zejścia śmiertelnego wskutek zatrucia miążgi zębowej.

Nr. 3.

- 52.34 Szafran Włodz. Teoretyczne podstawy do kolankowego zgięcia zębów przednich stałych przy zadziaaniu siły na zęby mleczne 110—120. ryc. 6.
 18.19 Czubalski Fr. Rola składników mineralnych w ustroju 121—130.
 51.26 Blikle St. Uwagi teoretyczne i praktyczne o czterech metodach traktowania miążgi t.j. odcięciu (amputatio), wyluszczeniu (extirpatio), rozpuszczaniu (dissolutio) i wysuszeniu (mumificatio). 131—138.

- 50.14 Gruszczyński. Przyczynek do usuwania trzonowców dolnych. 139—143.

1912. KRONIKA DENTYSTYCZNA.

Nr. 1—2.

- 51.28 Wisłocki Janusz. W sprawie leczenia zębów, zwłaszcza ze zgorzelą miążgi.
 51.28 Jofe. O leczeniu ropni i przetok dziąsłowych (str. 6—10).
 50.12 Kohn. Przypadek martwicy kości szczękowej przy całych zębach.
 8.4 Cieszyński Organizacje lekarzy dentystów na terenie warszawskim wobec siebie, Państwa i społeczeństwa (str. 28—31).

Czechy.

1922. ZUBNI LEKARSTVI.

Nr. 1.

- 50.4 Jesensky. Leczenie próchnicy na powierzchniach stycznych zębów trzonowych i przedtrzonowych i nr. 2, 3.
 50.12 Kostecka F. Ropne zapalenie szpiku kostnego szczęki pochodzenia zębowego.

Nr. 2.

- 27.9 Gavalowski K. Przymiot w ustach.
 50.14 Černý K. Strony ujemne szwu drucianego przy złamaniach żuchwy.

50.12 Wachsman (jun.) K. Zapalenie ropne szpiku kostnego żuchwy pochodzenia zębowego.

27.9 Neuvirt F. Kilak żuchwy.

Nr. 3.

52. Jirasek Arn. O losie i skutkach połączonych ciał obcych ze stanowiska dentystycznego.

50.3 Kostecka F. Torbiele zawiązkowe w górnej i dolnej szczękę.

Francja.

1922. LA REVUE DE STOMATOLOGIE.

Nr. 1.

7.92 Sauvez. O pożądanym reformach studjów dentystycznych; projekt reorganizacji. *

23.26 Waton. O kilku przypadkach ziarniaków.

30.4 Thésée. Naturalne wypadnięcie zęba mlecznego powodem śmierci krwawca.

51.8 Petit. O wypełnieniach.

50.12 Jacques. Podostre zapalenie kości i okostnej szczęki górnej pochodzenia zębowego.

Nr. 2.

1.1 Gruet. Magitôt i jego dzieło. (1834—1897).

25.35 Guilly. Nadzěrki i nieprawidłowości zębów tudzież szczęć; ich związek z kłęb dziedziczną.

30.5 Coustaing. Zapalenie gruczołów podbródkowych.

27.7 Vincent. Przypadek tocznia dziąsła.

56.0 Coffart. Stwierdzenie tożsamości zwłók po siedmiu latach pogrzebania we wspólnej mogile (1914—1921) według zapisów dentystycznych.

Nr. 3.

14.12 Retterer. Pierwszy rozwój zębiny i szkliva.

30.6 Comby. Choroba Mikulicza.

Nr. 4.

33.2 Bercher. Maurel. Kłęb trzeciorzędna żuchwy.

25.3 Darcissac. Doniesienie tymczasowe o patogenie i rozpoznaniu klinicznym pewnych nieprawidłowości korzeniowych.

51.28 Petit. Racjonalne leczenie zakażonych przewodów korzeniowych.

27.00 Azoulay. Zapalenie jamy ustnej bizmutowe.

Nr. 5.

14.0 Retterer. O migdałku dziąsłowym.

23.0 Delater. Bercher. Badania nad współnością rozmaitych postaci torbieli zębowych.

53.0 Nevrézé. Łuk językowy w ortodoncji i jego najglówniejsze wskazania.

53.0 Schmeltz. Aparat do uruchomienia żuchwy.

37.0 Worms. Zaburzenia słuzówki nosowej przy uszkodzeniach nerwu trójdzielnego.

Nr. 6.

30.9 Tellier. Teorja zakażenia ustnego a idea stomatologiczna.

39.330 Chompert „Skuroform“ w stomatologii.

53.0 Cieszyński. Zasady w dostawkach ortopedycznych szczęki górnej.

Nr. 7.

53.0 Izard. Fizjologiczny sposób P. Rogers'a użycia ćwiczeń mięśniowych przy leczeniu zniekształceń szczękowych. *

54.0 Hirtz. Radjografja żuchwy w rzucie poziomym. *

15.14 Petit. Amalgam miedzioy.

Nr. 8.

26.70 Kritchewski & Séguin. Ropociek zębodołowy, przyczynek do badań histologiczno-bakterjologicznych.

39.49 Petit. Wata palona i szkło przedzone jako środki hemostatyczne.

37.00 Milian & Périn. Zapalenie ust bizmutowe.

58.0 Ovize. O znawcach sądowych w procesach stomatologów.

Nr. 9.

31.6 Rousseau-Decelle. „Synalgje“ (ból równoczesny w odległej części ciała) zębowe.

53.0 Pont. Wiek i dziedziczność: dwa ważne czynniki w ortopedji szczękowej.

27.00 Puig. Zapoznany wrzód słuzówki dna jamy ustnej.

30.8 Jordon. Wpływ diety na rozwój użębienia.

Nr. 10.

23.7 Vichot. Guz przyżębowy (parodontoma) nad siekaczem górnym bocznym.

16.1 Bouvet. Zmiany w użębieniu człowieka przedhistorycznego.

25.371 Bercher & Merville. Ektopja kłęb górnego z powodu urazu.

14.0 Allaëys. Jak przechowywać i klasyfikować zęby wyjęte?

30.8 Lumière. O witaminach.

Austrja.

1922. ZEITSCHRIFT FÜR STOMATOLOGIE.

Nr. 1.

II. A 7.

50.3 Hille. O torbielach i innych jamach w szczęce górnej.

18.90 Kranz. W sprawie znaczenia stężenia

jonów wodorowych i zawartości amoniaku w ślinie.

- 50.3 Hofer. Dwa ciekawe przypadki torbieli szczęki górnej.
48.1 i 39.412 Kneucker. Znieczulenie za pomocą wysokoprocentowych rozczywnów nowokainy przy wyjmowaniu zębów.
30.3 Rosenthal. Kliniczne badania użebienia przy schorzeniach gruźliczych.

Nr. 2.

- 50.70 Lartschneider. Przyczynki do techniki odcinania wierzchołków korzeni dolnych dwuzguzkowców.
51.26 Kronfeld. Amputacja miazgi a formokrezol.
51.26 Péter. W sprawie amputacji.
23.25 Riha. Periodontitis hyperplastica.
31.5 Loos. Zaburzenia czuciowe w obszarze nerwu bródkowego.
47.0 Ley. Niebezpieczeństwa uspienia chlorkiem etylowym.

Nr. 3.

- 18.7 Köhler Etting. O sile zgryzu; nowy sposób mierzenia * str. 27.
31.5 i 31.1 Loos. Porażenie nerwu trójdzielonego i twarowego pochodzenia zębowego.
39.404 Klein. O amylnitrycie.
39.440 Hauer. O płynie jodowym Pregla. Sprawozdanie.
51.7 Andresen. „Dentamo“, środek do znieczulania zębiny. * str. 38.

Nr. 4.

- 15.5 Sicher & Krasa. Badania anatomiczne czaszek z nieprawidłowymi ustawieniami zębów.
55.0 Riha. Przyczynek do kazuistyki radiologicznej ropień szczękowych.

Nr. 5.

- 1.2 Weiser. „Scheff“. Nekrolog.
14.13 Gottlieb. Badania histologiczne wyłeczonego złamania zęba.
25.38 Fröhlich. Przypadek jednostronnego połowicznego zatrzymania średnich siekaczy.
54.9 Riha. Znaczenie radiografji dla rozpoznania ropocieku zębodołowego.
46.6 Bardach. Przylepiec elastyczny.
51.26 Schreier. Formokrezol a amputacja miazgi.
51.26 Kronfeld. Formokrezol a amputacja miazgi.

Nr. 7.

- 51.25 i 51.26 Weiser. O leczeniu zapalenia miazgi: wyjęcie czy obcięcie?
22.2 Wallisch. O higjienie ustnej.
48.1 Hofer. Znieczulenie przewodowe nerwu nosowo-podniebiennego Scarp'y przy zabiegach stomatologicznych.*
50.20 Bauer & Riha. Dziwna zawartość jamy u wierzchołka resekowanego kła.
51.6 Kurz. Praktyczny ślinociąg.

Niemcy.

VIERTELSJAHRSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE XXXVIII. 1922.

Nr. 1.

- 54.9 i 26.70 Weski. 1. Badania radiograficzno-anatomiczne z zakresu patologji szczęk. Przewlekłe brzeżne zapalenia wyrostka zębodołowego ze szczególnem uwzględnieniem ropocieku zębodołowego. 2. Rąbek działający.
26.71 Bodó. Etjologia ropocieku zębodołowego.
54.9 Kneschaurek. Przyczynek do zapatrywań na patogenezę ziarniniaków i torbieli na podstawie doświadczeń radiograficznych.
23.7 Weisenfels. O złośliwych szkliwiakach i środkowych guzach nabłonkowych szczęk.
52.. Balters. Wycisk czynnościowy. * str 37
52.. Steinberg. Mostki stałe, ruchome i do wyjmowania. *
52.. Solbrig. O lanii.
52.. Fehr. Prosty sposób uwzględnienia na zgryzadle Gritmana lub Bonvilla ruchu poprzecznego Benneta. * str. 36

1922. CORRESPONDENZBLATT FÜR ZAHNÄRZTE.

Nr. 1.

- 30.9 Becker. Przyczynek do sprawy niebezpieczeństwa wymiażdżonych zębów dla całego ustroju.
23.5 Ehrlicher. Gruźolak torbielowo-brodawkowaty okolicy przyusznej z tkanką podstawową limfoidalną.
23.4 Schiling. O pokrytych nabłonkiem uklejach miazgi.
14.24 Muenzesheimer. O wpływie wysokości zgryzu na pochylenie toru kłykciowego przy zgryzie bocznym bezzębnych.
30.0 Loepelmann. Związek między jamą ustną a funkcjami i chorobami narządu rodnego kobiety.
32.3 Lehmann. Przypadek matolectwa.
30.9 Lehmann. Zakażenie ustne a choroby ogólne.
51.8 Lehmann. O materiałach do wypełnień.
Nr. 2.
31.5 Williger. Kilka przypadków bólów podobnych do rwy.
52.. Eichentopf. Tłocznie płyt metalowych a tłocznia hydrauliczna.
14.31 Hermann. Twarde tkanki zębowe kręgowców ze szczególnem uwzględnieniem ryb chrzęstnych.
52.. Lehmann. Korona złota.

- 51.20 Leffler-Rune. Wypełnienia porcelanowe.
 23.6 Camnitzer. Włókniako-nabłoniaki w ustach spowodowane uciskiem dostawek.
 10.0 Euler. Konieczność ścisłej naukowości w pracach ogłaszanych.
 1.1 Martin. Wędrowny wyrwiżab.

Nr. 3.

- 1.2 Guttman Alfred. Pomnik dla lekarzy-dentystów, poległych w wojnie światowej 1914—1918 r.
 53.0 Bakker. B. R. — Utrecht. Wady zgryzu i ich przyczyny.
 6.0 Drucker. Kurs społecznej dentystryki kr. przy Akademii nauk społecznej higieny w Charlottenburgu.
 6.0 Michaelis H. Dentystryka przy niemieckiej szkole wyższej gimnastycznej.
 1.2 Sachs Wilhelm. Schef. †
 51.7 Schneider O. „Dolorex“ w praktyce dentystrycznej.
 1.2 Na uczenie sześćdziesięciolecia prof. Koerner a.
 51.20. Swea Leffler-Rune Gothenburg. O wartości wkładów porcelanowych.
 14.2 Bönheim Erich. Trójkąt pozatrzonowcowy.

1922. DEUTSCHE MONATSSCHRIFT
FÜR ZAHNHEILKUNDE.

Nr. 2.

52. Bruhn. Stal nierdzewiąca, złoto, kaurczuk i inne materiały dostawkowe.
 25.3 Nelle. Uzębienie przy wródnym obrzęku śluzowym.
 51.1 Friedeberg. Badania granicy zębino-szkliwnej „opakulminatorem“.

Nr. 3.

- 15.5 Riege. Badania porównawcze nad właściwościami czaszki i uzębienia.
 50.14 Hesse. Usunięcie zatrzymanego kła od strony podniebienia.
 51.8 Hille. Przyczynki do techniki wypełniania zębów.

Nr. 4.

- 51.21 Vogelsang. Odczyn miazgi na nagły brak szkliwa.
 34.0 Dollinger. Pediatryja a dentystryka.

Nr. 5.

- 39.2 i 26.4 Sperling. Streptococcus lacticus (Kruse) a próchnica.
 19.21 Emmerich. Prątki Kocha w nalocie zębowym jamy ustnej niepielegnowanej.
 52 Weigele. O zębach ćwiekowych wręczanych do resekowanych korzeni.
 51.81 Rühle. Próba barwikami koloidowymi służąca do stwierdzenia przylegania wypełnień.

Nr. 6.

- 26.4 i 16.1 Dietrich. Badania częstości próchnicy zębów w czaszkach ludów przedhistorycznych, starożytnych i współczesnych egzotycznych.
 50.14 Hesse. Dalszy przyczynek do operacyjnego usuwania zatrzymanych kłów od strony podniebienia.

Nr. 7.

- 24.1 Euler. O ukrwieniu zuchwy i zębów dolnych po podwiązaniu tętnicy zębodołowej dolnej.
 18.6 Winkler. Przyczynki do mechaniki zucia.
 8.00 Hippel. Czy istnieje zawodowa niewowość dentystry?

Nr. 8.

- 51.00 Dieck. O metodyce badania cementów krzemianowych. *
 14.13 Majut. Analogia między kością a zębem.
 25.0 Kollibay. Guz szczeliny twarzowej.

Nr. 9.

- 51.22 Türkheim. Badania nad leczeniem korzeni.
 52. Öhrlein. O laniu metali w dentystryce.
 53.0 Wustrow. O znaczeniu systematyki dla ortopedji szczękowej.

Nr. 10.

- 1890 Pohle. Strebinger. O stężeniu jonów wodorowych w ślinie ludzkiej.

Nr. 11.

II. A 9.

- 20.0 i 30.3 Rosenow. Ustne zakażenie kropelkowe, możliwość zapobieżenia zapomocą masek twarzowych.
 25.382 Grosskopf. Kiel zatrzymany przez szkoda zrośnięcia złamanej zuchwy.
 22.2 Beck. O płukaniu.

Nr. 12.

- 23.7 Schmidt. O szkliwiakach.
 58.0 Niemayer. Przyczynek do dentystryki sądowej.
 50.20 Niemayer. Dalszy przyczynek do sprawy zniknięcia dolnego zęba mądrości w częściach miękkich wewnętrzznego brzegu zębodołu przy próbie usunięcia zęba.

Nr 13

- 25.38 Schiefer. Zęby zatrzymane
 27.4 i 27.0 Schaaf. Leczenie wrzodzącego zapalenia jamy ustnej wewnętrznym podawaniem chloranu potasowego.
 23.8 Klestadt. Krótka wzmianka o histogenezie torbieli zawiązkowych.
 28.0 Riesenfeld. O znaczeniu rozpoznawczym języka obłożonego.
 Lipschitz. „Scheff“. Nekrolog.

Nr. 14.

- 15.5 i 15.7 Knorr. Stosunek kształtu czaszki do uzębienia.
26.4 Deeg. Działanie „rodalcydu“ na próchnicę i na drobnoustroje.

Nr. 15.

- 51.271 Merz. Formaldehyd i związki pochodne, zastosowanie w dentystyce zachowawczej.
12.7 Radošević. Osmoza, badanie jej w uzębieniu.
26.6 Mueller. Samoistne (idjopatyczne) bujanie zębnej.

Nr. 16.

- 26.0 Weber. Nieprawidłowości szczękowe; ich podstawy anatomiczne.
51.16 i 51.00 Hensel. Cementy krzemianowe, uproszczenie i oceny sposobów badania.

Nr. 17.

- 26.00 Böhm. Czaszka a uzębienie, stosunek wymiarów na czaszce nieprawidłowej.
46.4 i 48.1 Krüger. Odkazenie słuzówki ustnej do wstrzykiwań; czy jest możliwe?

Nr. 18.

- 52.. Geisler. Ile waży dostawki?
53.0 i 26.1 Van Loon. Topografia uzębienia ludzkiego w czaszce jako podstawa systematyki rozpoznawczej w ortopedji szczękowej. * Spitzer. „Sagrotan“ w dentystyce.

Nr. 19.

- 15.0 Neumann. Kąt zgryzowy i zżucie zębów u Europejczyków i Australczyków.
39.330 Rohrer. Eukupina, podstawy bakteriologiczne i biologiczne użycia jej w dentystyce zachowawczej.

Nr. 20.

- 25.3 Friedberg-Schwarz. Nieprawidłowości zębowe; przyczynę kazuiścizny.
12.7 Feibusch. Sprawy dyfuzyjne w twardej tkance zębów.

Nr. 21.

- 39.1 Blessing. Rodan, znaczenie fizjologiczne i lecznicze w dentystyce.
26.4, 23.2, 23.21 Bödecker. Próchnicze odwapnienie tkanek zębowych.
14.141 Magnus. Naczynia limfatyczne, wykazanie ich w miążdże zębowej.
26.4 Hohmann. „Rodalcyd“ a próchnica
26.4 Deeg. „Rodalcyd“ a próchnica.

1922. ZAHNAERZTLICHE RUNDSCHAU.

Nr. 1. 11. A. 10.

- 46.3 Rohrer. Aseptyka i antyseptyka w dentystyce zachowawczej i nr. 2.
48.4 Lahm. Rumień po wstrzyknięciu 2% roztworu nowokokainy.

48.0 Baumbach. Środki znieczulające miejscowo i ich działanie przez powstawanie pęcherzyków.

- 52.. Herber. O oczyszczaniu złota.
52.. Silbermann. Stal nierdzewiąca.

Nr. 2.

- 47.3 Kantorowicz. Wpadnięcie korzenia do dróg oddechowych podczas uśpienia i nr. 3.
51.22 Blum. O leczeniu korzeni.
12.7 Moeser. O przenikaniu w tkankach twardej zęba.

Nr. 3.

- 51.14 Persen. O wpływie kształtu folji na objętość amalgamów srebrowo-cynowych.
47.0 Jalowicz. Niebezpieczeństwa uśpienia chlorkiem etylowym.
47.0 Bejach. Uwagi do powyższego artykułu Jalowicza.
6.2 Meier. O działalności kas chorych oraz wnioski ze stanowiska dentystycznego.

Nr. 4.

- 53.0 Herber. Zmiana pojęć w rozpoznaniu nieprawidłowości ustawienia zębów i wpływ ich na leczenie.
12.7 Adrion. Peknięcia szkliva a przenikanie w tkankach twardej zęba.
51.26 Wehlauf. Sprawa amputacji miążgi.
58.0 Kiwi. Prokurator!
58.0 Knoche. Uwagi do powyższego artykułu.

Nr. 5.

- 52.. Rumpel. Przesło mostków.
12.7 Bauchwitz. O przenikaniu w tkankach twardej zęba
48.4 Hoffmann. Istota obumarcia tkanek po użyciu środków miejscowo znieczulających i nr. 4.
58.0 Jonas. Prawo własności chorego.

Nr. 6.

- 35.4 Finkelstein. Dwa przypadki na tle martwicy wyrostków zębodołowych ostrej sprawy zapalnej w wieku dziecięcym.
51.19 Wustrow. Ochrona miążgi pod krzemianami.
52.. Hildebrandt. Ząb ówiekowy i mostkowy zaoszczędzający złota.

Nr. 7.

- 51.35 i 48.0 Eisenmann. O znieczulaniu w dentystyce zachowawczej.
31.2 Liebmann. Jąkanie.
11.0 Grawinkel. O gazie acetylenowym w dentystyce i nr. 5.
6.2 Meier. Honorarja a kasy chorych.

Nr. 8.

- 30.2 Plate. Związek między chorobami stawów a zębów.

12.7 Hermann. O przenikaniu w twardych tkankach zęba.

Nr. 9.

30.2 Gutmann. Śmierć z posocznicy spowodowana żdźbłem słomy w przewodzie nosowym.

15.6 Berlowitz. Związki między barwą skóry twarzy, barwą włosów, oczu i zębów.

39.440. Neubaur. Płyn jodowy Pregla.

Nr. 10.

39.44 Manu. Mostki Roacha; nowy metal: złoto stalowe (tablica barwna).

12.7 Kranz. O przenikaniu w twardych tkankach zębów.

58.0 Margoninsky. Stwierdzenie tożsamości włók przez dentystę.

8.12 Linke. Partactwo dentystyczne i dentystyka ludowa w XVIII w. i nr. 6, 7 i 8.

Nr. 11.

51.20 Greve. Porcelana, wyborowy materiał do wypełnień.

26.70 Kranz. Przyczynki do ropocięku zębodołowego.

51.35 Adrion. Bezpośrednie znieczulanie zębiny.

27.00 Reissner. Badania eksperymentalne nad leczeniem zaniku dziąsła zapomocą miesienia.

Nr. 12.

52.. Hansen. Ząb naprawkowy Asha jako ząb uniwersalny do robót kauczukowych i metalowych.

56.0 Levy. Czy można klinicznie wyleczyć przewlekłe zapalenie ożębnej i jej następstwa (Ziarniniaki, torbiele) naswietlaniami radu? *

Nr. 13.

51.26 Boennecken. O amputacji miążgi.

11.0 Brockmann. Czy można zużyć w dentystyce przyrządy, wytwarzające gaz acetylenowy?

11.0 Grawinkel. Uwagi do powyższego artykułu.

58.0 Kadisch. Stwierdzenie tożsamości włók przez dentystę.

Nr. 14.

26.72 Gollop. Leczenie światłem i promieniami ropocięku zębodołowego. *

19.21 Meyer M. Prątki Kocha w nalotach zębów w niepielegnowanej jamie ustnej.

9.32 Pierwszy Zjazd społeczno-naukowo-dentystyczny w Hamburgu.

Nr. 15.

4.0 Guttmann. Zapobieganie złym rozpoznanom i niepowodzeniom w praktyce dentystycznej.

48.4 Wittkop. O powstawaniu pęcherzy-

ków w błonie śluzowej policzków po wstrzyknięciach nowokainy z adrenaliną. *
39.330 Mayer. Dermatol w dentystyce i S. Bartelmae. Ortodonta w praktyce.

Nr. 16.

26.73 Neumann. R. Leczenie t. zw. ropocięku zębodołowego z szczególnem uwzględnieniem doszczętnego chirurgicznego leczenia.

52.. Hildebrandt. Ząb naprawczy Ash'a.
39.400 Jalowicz Karl. Wybuch chlorku etylu wskutek wady w szkle.

1.2 Sześćdziesięciolecie prof. dra Alfreda Guttmanna.

Nr. 17.

23.24 Adloff. Metaplazja miążgi.

39.412 Kneucker. O używaniu wysokoprotentowych rozczywnów nowokainy z adrenaliną w dentystyce operacyjnej.

47.3 Lux. Niezwykłe objawy uboczne przy znieczuleniu zuchwowem. *

56. Philipp. Radioterapia głęboka w dentystyce i nr. 10. *

52.. Puttkammer. Ząb wkładkowy.

Nr. 18.

33.0 Becker. Przyczynki do powstawania chorób skóry i błon śluzowych po zabiegach dentystycznych.

Nr. 19.

51.5 Vajna. Stała separacja zębów.

46.3 Leix. Aseptyka i antyseptyka w dentystyce.

47.3 Meier. Wpadnięcie korzenia do dróg oddechowych w uspieniu.

51.7 Schreiber. Rahinator. Rahinol.

Nr. 20.

26.70 Scherbel. Ropocięk zębodołowy.

6.2 Próchno. Ubezpieczenia a pomoc dentystyczna.

52. i 39.10 Worm. Metale nieszlachetne w ustach.

52.. i 39.10 Abel, Czy metale nieszlachetne są szkodliwe dla zdrowia.

58.0 Kiwi. „Prokurator!“

Nr. 21.

44.1 Bucky. Eisex. Djatermja w dentystyce. *

33.0 Lux. Erythema toxicum.

26.00 Bahl. Kruppowska stal nierdzewiejąca.

Nr. 22.

52.. Jung. Najodpowiedniejsza konstrukcja zębów porcelanowych do robót mostkowych.

52.. i 30.10 Fenchel. O własnościach trujących metali nieszlachetnych w ustach.

52.. i 30.10 Neglein. Metale nieszlachetne w ustach.

53.0 Knoche. Ortodoncja w praktyce.

Ruch naukowy.

**Sprawozdanie
ze Zjazdu Centralnego Związku lekarzy-
dentystów niemieckich, odbytego w dn.
18—23 września b. r. w Lipsku oraz ze
Zjazdu dorocznego niemieckiego Towar-
zystwa ortopedystów dentystycznych
w dniu 24—25. września b. r.**

Związek centralny lekarzy-dentystów niemieckich połączył w tym roku Zjazd swój doroczny z kongresem Towarzystwa lekarzy i przyrodników lek. niemieckich, obchodzącego w roku bieżącym 100. rocznicę swego istnienia.

Jakkolwiek obranie dla tych trzech zjazdów tejsamej miejscowości Lipska i połączenie z niemi wystawy higieniczno-lekarskiej uważać można w zasadzie za bardzo szczęśliwe, o tyle oznaczenie tego samego terminu na obrady dwóch organizacji było bardzo niekorzystne tak dla lekarzy jak i dla lekarzy-dentystów.

Program kongresu Towarzystwa lekarzy i przyrodników niemieckich, obradujących w 18 sekcjach był tak obfity i poruszył tak wiele ciekawych kwestji, że należało bezwarunkowo postarać się o to, ażeby z obrad tych mogli korzystać także lekarze dentyści; z drugiej strony był szereg ciekawych zagadnień w stomatologii, z których chociażby jedno powinno być tematem wspólnych obrad wszystkich sekcji lekarskich, a które niestety nie zostały wniesione jako temat główny wspólnego posiedzenia, ani nie doznały żadnego oddźwięku w sekcjach innych. Takim tematem mogłby być n. p. następujący: „Zęby jako źródło zakażenia ogólnego“, który dla internistów w dobie obecnej tak ważną zajmuje rolę, a który w piśmiennictwie dent. niemieckim dziś niedostatecznie jest doceniany. Wspólne posiedzenie z lekarzami z tematem stomatologicznym mogłoby złączyć tem silniej więzy dentystryki z medycyną ogólną i mogłoby przyczynić się do utrwalenia stanowiska, jakie winna zająć stomatologia w ogólnej medycynie.

Tymczasem koincydencja obrad Centralnego Związku lekarzy-dentystów z obradami kongresu przyrodników i lekarzy niemieckich uniemożliwiła zupełnie lekarzom-dentystom korzystanie z obrad sekcji lekarskich. Centralny Związek lekarzy-dentystów niemieckich przedstawił bowiem tak obfity porządek obrad własny i tak szczegółowy, że tylko mógł zainteresować stomatologów, pozatem nie wysunął tematu, budzącego ogólniejsze zainteresowanie, jako temat główny, mogący zainteresować szersze koła lekarskie.

Przecież i Towarzystwo pediatrów niemieckich urządziło również zjazd swój doroczny w Lipsku łącznie z kongresem, ale rozpoczęło swe obrady na tydzień rychlej, ażeby móc umożliwić swoim członkom korzystanie z obrad kongresu przyrodników i lekarzy. Podkreśliłem na wstępie ten błąd organizacyjny, który odczuli zapewne bardziej stomatolodzy, czujący się ściślej z medycyną ogólną związani, aniżeli lekarze-dentyści, wychowani na odrębnym studjum, ażeby przy organizacji zjazdów podobnych w Polsce, w przyszłości nie popełnić podobnego błędu. Błąd bowiem taki może prowadzić do pogłębienia rozłamów, istniejącego już między lekarzami a lekarzami-dentystami i ściśnięć sferę zainteresowań lekarzy, zajmujących się wyłącznie zębolecznictwem.

Na zjazd Centralnego Związku lekarzy-dentystów i ortodontów zgłoszono przeszło 90 wykładów, pozatem szereg pokazów, odbywających się codziennie podczas zjazdu w godzinach popołudniowych.

Z autorów polskich zgłosili *wykłady*:

1. Cieszyński: Uwagi nad radykalnym leczeniem operatywnem tak zwanego ropocięku zębodołowego.

2. Cieszyński: Wytyczne trafnego rozpoznania nieprawidłowości szczękowych. Ortognatostat i żuchwomierz stojakowy do pomiarów na żywym. Krytyka dotychczasowych sposobów gnatostatyki i schematycznego wykreślnego przedstawienia zębudołowego.

3. Steinberg, Kraków: Doświadczenia odnoszące się do mostków ruchomych własnego systemu.

4. Zilz, Wiedeń: Promienica szczęk.

5. Zilz, Protetyka dentystyczna.

Pokazy:

6. Cieszyński: Znieczulenie żuchwy extraoralne metodą własną i modyfikacja znieczulenia mandybularnego Türkheima.

7. Cieszyński: Ortognatostat.

8. Cieszyński: Narzędzia do giniogiektonji.

9. Steinberg: Mostki ruchome.

Wykład 4. i 5. nie odbył się, ponieważ autor na zjazd nie przybył.

Udział w Zjeździe lekarzy-dentystów był bardzo liczny (około 800). Z zagranicy z Danji i Holandji przybyło kilku kolegów; z Austrii: Gottlieb, Sicher Pichler i redaktor Oesterreichische Zeitschrift f. Stomatologie Steinschneider; z Polski oprócz referenta: Dr. Steinberg z Krakowa, z Warszawy: Dr. Gelbard lekarz dentysta, i dwóch kolegów z b. dzielnicy rosyjskiej. Koledzy z Wielkopolski i Śląska nie pojechali do Niemiec, ponieważ rany walk z Niemcami z roku 1919. jeszcze się nie zablżyły a wspomnienia tych czasów zbyt są świeże.

Z wykładów zgłoszonych odpadło około 30% przeważnie z powodu nieobecności autorów, bądźto, że nie przybyli wogóle, bądźteż dlatego, że nie byli obecni w danej chwili na sali obrad. Szereg wykładów nie mógł być wygłoszonym z powodu braku czasu. Referaty odbywały się bez przerwy od godziny 8¹/₂ do 2-giej codziennie, w dwóch ostatnich dniach zjazdu ortodontów niemieckich nawet jeszcze od godziny 4—7. Dyskusje łączono w grupy a nawet w trzech dniach Zjazdu Centralnego przeprowadzono dyskusję na temat wszystkich wykładów tegoż dnia godzinę przez końcem, co naturalnie wpłynęło bardzo ujemnie na tok obrad; wielu bowiem nie mogło krytycznych swych uwag wypowiedzieć, nie mogąc doczekać się dyskusji a nawet mowcy tegoż dnia wychodzili wcześniej, nie spodziewając się wogóle dyskusji na temat swoich wykładów.

W poglądowym tym sprawozdaniu mogę tylko zaznaczyć głównejsze tematy, niepodobna jest bowiem wnikać w szczegóły. Powróćmy do nich wówczas, gdy referaty ukażą się drukiem w czasie najbliższym w Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde, organie Związku Centralnego.

Pierwszy dzień zjazdu poświęcony był na zwiedzenie wystawy higienicznej, na której można było otrzymać pogląd na produkcję przemysłową przyrządów lekarskich, nadzwyczajne wyroby optyczne i z działu aparatów roentgenowskich, na wyroby ze stali nierdzewiejącej Kruppa, i na udział w plenarnem posiedzeniu kongresu lekarzy i przyrodników.

Drugi dzień: poświęcono dentystyce zachowawczej. Zabierał go: Andresen z Kopenhagi na temat cementów mineralizacyjnych przy leczeniu początkowej próchnicy. Doświadczenia kolegów niemieckich z środkami remineralizacyjnymi Andresena były ujemne. Następnie: Euler: Doświadczenia experimentalne nad wpływem różnych materiałów, używanych do wypełnienia korzeni, na gojenie się ran po resekcji szczytu korzenia.

Kranz: O leczeniu przetworami chemicznymi w dentystyce. Luniatšek: O mumifikacji miazgi jako sposobie profilaktycznym. Rebel: O działaniu tak zwanych cementów dentystycznych na zdrową miazgę na podstawie badań eksperymentalnych. Schröder: O leczeniu miazgi (polecił on nowy sposób wypełnienia korzeni). Wustrow: Znaczenie uszkodzenia miazgi spowodowane cementem dla dentystyki zachowawczej i dla protetyki. Mniej ważnych wykładów nie wymieniam.

Trzeci dzień poświęcony był technice dentystycznej.

Najważniejsze wykłady były następujące: Eichentopfa: Problem zgryzu, Felsa: Uwzględnienie dynamiki zgryzu przy konstrukcji dostawek.

Eichentopf i Fels również jak Pfaff i Schröder skonstruowali w latach ostatnich zgryzadła na zasadzie podobnej do siebie, a odmiennej od anatomicznego zgryzadła Gysi'ego. O ile zgry-

zadło Gysi'ego tak samo jak i zgryzadło Eltnera reprodukuje sztucznie ruchy stawu żuchwowego o tyle nowe zgryzadła wspomnianych autorów żłobią sobie krzywe artykulacyjne w trzech punktach, umieszczonych w kątach trójkątu, w miękkiej masie plastycznej bądźto amalgamie, bądź też masie Stent'owej. Ustawia się najsamprzód dostawkę dolną, umieszczając w okolicy trzonowców ówiek metalowy, który żłobi bruzdy w wyrostku przeciwnym podczas ruchów bocznych, wykonywanych podczas przymiarki przez chorego. Bruzdy te przenosi się potem na plastyczną masę znajdującą się w miseczkach w trzech punktach poza odlewem na zgryzadle i uzyskuje się w ten sposób drogi zgryzowe na zgryzadle z chwilą stwardnienia masy plastycznej. Opis dokładny teje metody podam w jednym z najbliższych numerów „Polskiej dentystyki“, słowami Eichen-topfa.

W dniu tym wygłosił referaty w dalszym ciągu Grawinkel: Korona furnirowa na filarkach mostkowych. Wymaga ona znacznie dokładniejszej roboty od korony zwykłej i opiera się na technice koron Carmichaela, i wkładów ówiekowych wykonywanych przez autorów amerykańskich i Ranka. Lewin mówił o doświadczeniach swoich z mostkami, wspominając także o używaniu resekowanych zębów jako filarków mostkowych. Schönbeck z Berlina wygłosił jeden z najlepszych wykładów w tym dniu: o badaniach eksperymentalnych nad stopami nieszlachetnych metali służącymi w dentystyce. (Redakcja Polskiej dentystyki poczyni starania, ażeby wykład ten w całości wydrukować). Schröder zdał sprawę o stanie obecnym zagadnienia zgryzu, przedstawiając wielką ilość pouczających przeźroczy. Steinberg z Krakowa przedstawił wyniki doświadczeń z mostkami ruchomymi swego systemu. Autor ulepszył metodę amerykańską, złączając mostek z filarkiem jednym stawem kulkowym. Pomysł ten zyskał wielkie uznanie uczestników w szczególności prof. Schrödera z Berlina. (Praca ta ukaże się w Polskiej dentystyce).

W czwartym dniu toczyły się obrady na temat chirurgji stomatologicznej: Becker: Współdział lekarzy-dentystów przy radioterapii nowotworów złośliwych jamy ustnej i jam pobocznych nosa. Bruhn: Nowy sposób ekstensyjny w chirurgji stomatologicznej. Lindemann: O transplantacjach kostnych w szcękach. Autor przedstawił doskonałe wyniki przeszczepienia kości i zwrócił przy tem uwagę, że regeneracja nie następuje od okostnej, tylko po zmianach wstecznych kości wszczepionej przez wytworzenie się kości nowej w łożysku wszczepionej. Hoffmann: Ciężkie przypadki rwy nerwu trójdzielczego i sposoby leczenia. Wykład Hoffmanna był dowodem, jak długo dentyści niemieccy czekają nieraz zanim się zdecydują na leczenie rwy wstrzykiwaniami alkoholu, pomimo, że inne sposoby leczenia nie odniosły skutku.

Dzień następny poświęcony był normalnej i patologicznej histologii i biologji. O histologii ziarniaków mówił Adrion; Feiler i Gottlieb o biologji zębiny i miazgi, Hesse: o zapaleniu szpiku kości; Türkheim o znaczeniu zabarwiania szkliwa. Najciekawsze obrady były dnia piątego, w którym toczyła się rozprawa o tak zwanym ropocięku zębodołowym. Już dnia poprzedniego zebrali się około 15 autorów, pracując nad tymże tematem w gronie ściślejszym w hotelu i dyskutowali przez trzy godziny. Najżywszy udział brali w teje dyskusji: Gottlieb, Weski, Bauer, Loos i sprawozdawca. Poglądy tychże autorów znane nam z piśmiennictwa starły się w ostrej szermierce słów. Gottlieb powoływał się na ciekawe preparaty swoje, w których stwierdził początek zaniku zębodołowego już u szczytu korzenia, bez naruszenia okolicy szyjkowej. Neumann, również obecny, nie brał udziału w dyskusji, zrażony dyskusją z autorami z Wiednia, odbytej przed niedawnym czasem w Kolonii. Sprawozdawca domagał się wyrugowania terminu dotąd używanego „Pyorrhoea alveolaris“, utrudniającego wzajemne porozumienie się w dyskusji, przy rozpoznaniu teje choroby

i w obraniu postępowania leczniczego. Jakkolwiek wszyscy obecni zgodzili się na takie postawienie kwestji, nie powzięto w tym względzie żadnych obowiązujących w przyszłości decyzji. Weski powoływał się na własne publikacje swe w Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkde. Dyskusja ta jakkolwiek bardzo ciekawa, miała charakter akademicki, nie dała żadnych wyników pozytywnych dla praktyka. Szkoła wiedeńska przyznała jednak, że leczenie radykalne chirurgiczne jest metodą racjonalną i dotąd najlepszą, jakkolwiek obok niego leczenie ogólne arsenikiem nie traci racji bytu. Dyskusja, dotycząca przeważnie strony teoretycznej tegoż zagadnienia, powtórzyła się z zwiększoną namiętnością dnia następnego przed forum ogólnem, przeważnie między Gottliebem i Weskim. Sprawozdawca przedstawił historyczną genezę radykalnej operacji ropocięku zębodołowego.

Łącznie z wykładem A b r a h a m a : o sprawności niemieckiego przemysłu dentystycznego, wystąpił R e i n m ö l l e r z bardzo szowinistycznie zabarwionem przemówieniem wzywającym do bojkotu towarów zagranicznych i odnoszenia się do dentystyki zagranicznej. W chwili tej nie był sprawozdawca obecny na sali i nie słyszał szczegółów. Informując się później u kolegów wybitniejszych niemieckich, otrzymał odpowiedź, że R e i n m ö l l e r, zajmujący się dawniej czynnie polityką, ze swoimi szowinistycznymi poglądami, jest odosobniony. Wystąpienie to na zjeździe, na którym byli także przedstawiciele z zagranicy, należy bądźco bądź uważać za bardzo nietaktowne i za dysonans, który nie powinien mieć miejsca na zjeździe naukowym. Zachowanie się bardzo koleżeńskie ziomków p. R e i n m ö l l e r a wobec gości z zagranicy świadczyło najlepiej, że pojmują inaczej obowiązki gospodarzy. Ciekawym był głos prof. S c h r ö d e r a z Berlina, który stwierdził, że wskutek wojny niemiecka dentystyka pozostała wstecz za rozwojem dentystyki amerykańskiej i że lekarze-dentyści niemieccy mogą się wiele jeszcze nauczyć od kolegów

amerykańskich. Pomimo tego, mogłem stwierdzić, że w bibliotekach zakładów dentystycznych uniwersyteckich w Lipsku, Monachjum i podobno w Berlinie (według informacji jednego z asystentów tegoż instytutu) brak tamże zupełnie roczników od roku 1914, czasopism amerykańskich, angielskich i francuskich. Jeżeli profesorem niemieccy utrzymują kontakt z piśmiennictwem państw wrogich Niemcom, czynią to widocznie nieoficjalnie, zaopatrując się w literaturę zagraniczną jako prywatni abonenci.

Dwudniowe obrady Niemieckiego Towarzystwa ortodontów były poświęcone najnowszym zagadnieniom, szczególnie metodom gnatostatycznym. P f a f f czuł się pokrzywdzonym, pominięciem swych zasług w nowo wydanej książce S i m o n a, którą w przeszło godzinnem przemówieniu poddał krytyce nie zupełnie uzasadnionej. P f a f f zwrócił uwagę na to, że jako pierwszy wprowadził antropologję do ortodontji. T r y f u s przedstawił swoje metody kranjometrycznej techniki; temat fałszywie nazwany, gdyż metody Tryfusa nie mają niczego wspólnego z kranjometrią, mogą być jedynie uważane za niedokładny sposób techniki statystycznej szczęk. Technice tej przedstawił sprawozdawca metody własne ortognatostatyki i pomiarów żuchwy, doniosłość tychże metod przy rozpoznawaniu nieprawidłowości szczękowych, oraz przy ocenie wyników, uzyskanych przy pomocy aparatów ortopedycznych. Sprawozdawca podkreślił również znaczenie antropologii i uwzględnień typów rasowych D e n i k e r a i C z e k a n o w s k i e g o przy rozpoznaniu ortopedycznym. F a b i u n k e mówił o zastosowaniu promieni roentgenowskich w ortodontji, H e r b s t o znaczeniu przyczynom kości międzyszczękowej przy powstaniu wad i nieprawidłowości szczęk i zębów; demonstrował taksamo i H i n r i c h s e n szereg ulepszeń aparatów ortodontycznych, pozatem K a d n e r przedstawił wyniki badań uzębienia kilku rodzin i wpływ dziedziczności przy powstawaniu nieprawidłowości. O p p l e r, którego książ-

żka o ortodoneji dopiero opuściła prasę, dał pogląd na rozwój ortodoneji, Haber podał ulepszony aparat służący do fotostatyki. — Wobec wielkiej ilości wykładów trudno w krótkim sprawozdaniu dać pogląd na mrówczą pracę lekarzy-dentystów niemieckich, pracujących w zwartym szeregu nad problemami aktualnymi. Nie można się było oprzeć smutnym refleksjom nad stanem stomatologii w Polsce, gdzie zaledwie jednostki, które zliczyć można na palcach jednej ręki, mają możliwość naukowej pracy wobec niedostatecznie wyposażonych zakładów dentystycznych przy uniwersytetach polskich, wobec braku poparcia ze strony Wydziałów lekarskich i wprost braku zrozumienia dla tejże gałęzi medycyny.

Ruch naukowy w Towarzystwach.

LWOWSKIE TOW. LEKARSKIE.

Wyciąg z protokołu posiedzenia w li-
30.9 stop. b. r.

Dr. Henryk Allerhand „O zakażeniu ustnem“.

1) Sprawa zakażenia ustnego (oral sepsis) stanowi część zagadnienia „zakażenia ogniskowego“ (focal infection), i jest jedną z najważniejszych kwestji współczesnej patologji.

2) Ma ona nie tylko znaczenie teoretyczne, rzucając nowe światło na wiele schorzeń, których etiologia i patogenezą były dotychczas niejasne, lecz ma także olbrzymie znaczenie praktyczne, umożliwiając postępowanie zapobiegawcze przez odpowiednie racjonalne leczenie jamy ustnej.

3) Pracę licznych autorów głównie amerykańskich, udowodniły spostrzeżeniami klinicznymi i ścisłymi sposobami bakterjologicznymi niewątpliwý związek między zakażeniami ogniskami okołowierchołkowymi i ropotocznymi a chorobami wewnętrznymi, jak: zapalenie osierdzia, zapalenie stawów, zapalenie nerek, niedokrewność i i.

4) Sprawa zakażenia ustnego winna znaleźć zainteresowanie wśród świata lekarskiego:

a) u patologów, celem dokładnego opracowania teoretycznego tej kwestji;

b) u internistów, celem uzupełnienia badania klinicznego i wyciągnięcia odpowiednich wskazań leczniczych;

c) wśród dentystów, celem rewizji dotychczasowych metod leczenia zębów, odzucenia tych, które przed naukową krytyką ostać się nie zdołają, a utrwalenia

i pogłębienia tych, które z egzaminu krytycznego wyjdą zwycięsko.

5) By sprawę tak wielkiej wagi teoretycznej i praktycznej pchnąć naprzód, konieczne jest skoordynowane współpracownictwo przedstawicieli wszystkich zainteresowanych działów medycyny

6) Celem dostarczenia dat statystycznych, mogących przyczynić się do wyjaśnienia częstości omawianych związków etiologicznych, winno dokładne, umiejętne badanie jamy ustnej stać się częścią każdego badania chorego i zająć odpowiednie miejsce w opisie stanu obecnego.

Wnioski dalsze:

7) Z omówionych związków przyczynowych wynika konieczność:

I. Stworzenia w szpitalach państwowych prymarjatów stomatologicznych celem należytej współpracy z innymi oddziałami,

II. umożliwienia niezamożnej ludności, a zwłaszcza młodzieży korzystania z fachowej pomocy dentystycznej przez tworzenie wzgl. uruchomienie odpowiednich przychodni,

III. unifikacji i pogłębienia studjów stomatologicznych w całym Państwie i postulat objęcia stomatologii obowiązkowym egzaminem dla absolwentów medycyny. (A. r.).

W dyskusji kol. Renc ki podnosi znaczenie wykładu mowcy, interesującego zarówno lekarza-stomatologa, jak i internistę. Nie ulega wątpliwości że zakażenie jamy ustnej bywa niejednokrotnie powodem poważnych schorzeń rozmaitych narządów np. serca, stawów, przewodów pokarmowych itd. Opisuje przypadek kliniczny *endocarditis lenta*, stwierdzony bakterjologicznie, w którym mowca wyhodował, po wyjęciu zęba, — z ziarniny u wierchołka zębowego czyste hodowle *diplococcus viridans*; dwoinki te następnie wstrzyknięte psu wywołały zapalenie śródsierdzia. A przecież rzadko paciorkowce żyjące w ziarninie okołozębowej wywołują poważniejsze zmiany chorobowe, mimo, że tak powszechnie i często spotykamy je w chorobach zębów. Należy zatem przeprowadzić dalsze krytyczne badania, celem ustalenia istotnej roli i znaczenia zakażenia z jamy ustnej. (A. r.).

Kol. Cieszyński podkreśla, iż jest wielką zasługą mowcy, że zwrócił wykładem swym uwagę kół lekarskich na ważną rolę, jaką odgrywają choroby zębienia i jamy ustnej w powstawaniu szeregu poważnych zaburzeń: wykład ten skłoni niewątpliwie obecnych lekarzy chorób wewnętrznych do gruntowniejszego zajmowania się stomatologią i do współpracy ze stomatologiem: wykład ten przekonać po-

winiem poza tem koła lekarskie, że ilość należycie wykształconych lekarzy-dentystów powinna być znacznie większą, aniżeli dotychczas, i że nie można pogodzić ze sumieniem lekarskiem odsyłanie swych chorych do partaczy, techników-dentystycznych, którym brak wszelkiego przygotowania lekarskiego i z których rąk przeważnie wychodzą owe mauzolea złote bez poprzedniego należytego wyleczenia zębów.

Rozpoznanie chorych zębów z przewłokiem zapaleniem ozębnej nie jest zresztą tak łatwe, żeby mogło być dokonane w trudniejszych przypadkach przez lekarza, niespecialistę. Wielka ilość zębów, które są lub mogą stać się źródłem zakażenia ogólnego nie wykazuje często żadnych zmian próchnicowych korony, lub wypełnień i śladów leczenia, gdyż zmiany okołoszczytowe występują w zębach pozornie zdrowych. Odnosi się to przeważnie do zębów przednich górnych lub dolnych, które uległy nieraz przed kilku lub kilkunastu laty urazowi, których miążgi obumarły przeszły w stan zgorzeli i wywołały zmiany okołoszczytowe. Dla praktyka, nie posiadającego ani aparatu rentgenowskiego, a nawet prądu przerywanego, służącego do stwierdzenia żywotności miążgi, podaje następujące kliniczne objawy, mogące zwrócić jego uwagę na ząb, wykazujący zmiany okołoszczytowe.

51.21 1) Przy oświetleniu wziernikiem (lusterkiem) od strony językowej wykazuje ząb taki matowy, cokolwiek ciemniejsze zabarwienie w porównaniu do zdrowych zębów; 2) krawędzie zębów wykazują często małą, zaledwie widoczną szczerbę; 3) nacisk na okolicę szczytową jest wrażliwy, często i bolesny; 4) opuk zęba trzonem narzędzia jest głuchy, palec u szczytu korzenia położony wyczuwa często wstrząśnienie szczytu (*Wurzel-chirren*); objaw ten wskazuje na zanik blaszki kostnej szczytowej; 5) błona śluzowa na pograniczu przedsionka (*mucosa vestibuli*) wykazuje rozlane szkarlatne zaczerwienienie, przechodzące i na okolice zębów sąsiednich; 6) nieraz widzimy nad zębem takim przetokę, z której wydziela się ropa; 7) gruczoły chłonne podbródkowe — jeżeli mamy do czynienia z zębami dolnymi, są wyczuwalne; przy zębach górnych zaś gruczoły podszczękowe odnośnej strony.

Potwierdzenie ostateczne przypuszczenia otrzymujemy przez zbadanie prądem przerywanym (brak wrażliwości) i przez zdjęcie rentgenowskie na błonie (filmie), na której wszelkie zmiany okołoszczytowe są najkrajwyraźniej widoczne.

Zęby, wykazujące wypełnienia złote, korony lub zęby cwiekowe, należą do zębów najniebezpieczniejszych, gdyż często skła-

nają lekarza do przypuszczenia, że były prawidłowo leczone. Pod tym względem należy być jaknajbardziej sceptycznym i właśnie te zęby poddać szczegółowemu badaniu. W tych przypadkach jedynie zdjęcie rentgenowskie może nam dać niewątpliwie rozpoznanie. Na ogół ubytki otwarte i korzenie nie robią tych trudności rozpoznawczych, co zęby o koronach zdrowych, gdyż z góry zwracają uwagę badającego. Wynika stąd jednak praktyczne wskazanie, że należy wszystkie korzenie i zęby z głębokimi ubytkami i zgorzelą miążgi, o ile nie mogą być wyleczone, bezwzględnie usunąć, pomimo, że nie boją i zwrócić uwagę choremu na nie, jako na źródło zakażenia, ewentualnych późniejszych powikłań innych narządów. Uzdrawienie jamy ustnej w ten sposób pojęte, jest nietylko najlepszą obroną przed rozszerzeniem się w dalszym ciągu próchnicy innych zębów, ale zarazem co najważniejsze przed ewentualnym późniejszym zakażeniem innych narządów.

7.3. Odpowiedź kol. prof. Cieszyńskiego p. kol. prof. Schrammowi na twierdzenie, że lekarz-dentysta powinien mieć za sobą bezwzględnie pełne studia lekarskie.

Co do wywodów kol. prof. Schramma godzi się C. z jego zapatrywaniem, że ideałem wykszolenia stomatologów jest poprzednie pełne studjum lekarskie. Nie może jednak podzielić jego zdania, jakoby nie było rzeczą możliwą zapoznanie się tak dalece lekarza-dentysty z pogranicznymi nauk lekarskich, jak chorobami wewnętrznymi, chirurgią, położnictwem i okulistyką, ażeby w krótszym czasie przyszli lekarze-dentysty nie mogli się tak dalece zorjentować we wszystkich chorobach innych narządów, o ile one stoją i mogą stać w łączności z chorobami jamy ustnej. Nie ulega żadnej wątpliwości, że te wiadomości mogą być pozyskane w osobnych wykładach w $\frac{1}{4}$ czasu zużywanego na te przedmioty przez studentów medycyny. Dlatego uważa, że w obecnych czasach, w których mamy w Polsce przeszło 50% za mało lekarzy, nie należy uszczuplać liczby tychże, natomiast bezwzględny naszym obowiązkiem jest dostarczenie społeczeństwu dostatecznej ilości należycie wykształconych lekarzy-dentystów, których jest za mało 3 razy w Małopolsce 4 $\frac{1}{2}$ razy w Wielkopolsce i Śląsku.

Pomoc Wydziałów lekarskich w tymże kierunku należy uważać jako obowiązek obywatelski wobec społeczeństwa, nawet gdyby się chciało abstrahować od względów lekarskich; tylko przyłączenie studjów dentystycznych do Wydziałów lekarskich

na razie jako osobnego studjum, prowadzić może do rozwiązania trudnego problemu.

Dopiero gdy będzie dostateczna ilość lekarzy i lekarzy-dentystów, potrzebnych społeczeństwu, wojsku i szkołom, możnaby pomyśleć o stanie idealnym i o dłuższym studjum dla lekarzy-dentystów. (A. r.)

9.1 ŁÓDZKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie naukowe z dnia 20. września 1922. (Wyciąg z protokołu).

30.3 Prof. Venulet wygłasza odczyt p. t. **Nowe prądy w dziedzinie leczenia swoistego gruźlicy.** Treść: Kryzys w zagadnieniu pożyteczności sanatorjów. Dążenia do leczenia swoistego gruźlicy. Leczenie tuberkuliny, zwłaszcza za pomocą wcierań w skórę. Udział skóry w czynnościach odpornościowych ustroju. Leczenie za pomocą wcierań z zawiesiny zabitych laseczników według Petruschky'ego. Wytwarzanie się niweczników swoistych, zwalczających ogniska chorobowe przez tępienie swoistego zarazka. Zwalczanie infekcji mieszananej za pomocą linim. anticatarrhale Petruschky'ego przeciwko ostrym chorobom zakaźnym. Horoskopy na przyszłość. (Wykład ukazał się w druku w P. G. L. 1922/48 str. 894).

W dyskusji: Kol. Sterling sądzi, że o wartości tuberkuliny w jej tak licznych odmianach może rozstrzygać spostrzeżenie szpitalne, ale nie praktyka prywatna. Metoda Petruschky'ego opiera się na przesłankach fantastycznych, szczególnie kompromitujących, kiedy mówi o leczeniu wcieraniami do skóry zakażeń wtórnych. Kol. St ostrzega przed wiarą w ten środek; jeśli tuberkulina może niekiedy działa leczniczo, to zabieg Petruschky'ego w każdym razie działa jeszcze rzadziej. Jak zaś wygląda ocena jego działania, świadczy opis jednego z chwalców tej metody (Grossmann), który w dwu przypadkach rzekomego wyleczenia tą metodą gruźliczego zapalenia opon mózgowych nie badał płynu mózgowo-rdzeniowego. Kol. Liniecki już w 1911. r. w celach leczniczych aplikował w skórę zawieszinę laseczników Kocha. Wyniki były te same, co przy stosowaniu podskórnym. Ciepłota bywała podwyższona. Przy stosowaniu m. Petruschky'ego ciepłota się nie podnosi, a więc maść się nie wysysa i nie działa.

Prof. Venulet uważa, że pomimo sceptycyzmu nie można odmówić metodzie P. podstaw naukowych, spotkała się ona z uznaniem świata naukowego; o znaczeniu praktycznym rozstrzygnie przyszłość; wszak śmiała myśl uodporniania ustroju drogą jelit przybiera obecnie postać realną. Tuberkulina nie jest lekiem w pierwotnym znaczeniu tego słowa; pod tym względem podziela ona los wielu innych leków, przedewszystkiem szczepionek leczniczych. Brak

ustalonego dawkowania dla szczepionki Petruschky'ego wymaga tem większej indywidualizacji przy jej zastosowaniu. Działania zapobiegawczego nie posiadają ani tuberkulina, ani zapewne środek P. Odczyn tuberkulinowy jest bezwzględnie swoisty, chociaż biorą w nim udział również pierwiastki nieswoiste; odczyn występujące u gruźlików po wprowadzeniu do skóry ciał białkowych, są tylko poniekąd zbliżone do prawdziwego odczynu tuberkulinowego. (P. G. L. 1922/49).

8.5 ZWIĄZEK LEKARZY-DENTYSTÓW

przynależnych do Izby lekarskiej lwowskiej.

A) Posiedzenia naukowe w r. 1922.

7. I. Prof. Gröer Fr. Krzywica w świetle najnowszych badań*).

31. I. Allerhand H. Wrodzony brak zębów.

Meschel J. Przypadki z praktyki.

4. II. Prof. Steusing Zdz. O odporności i jadach bakteryjnych jako wstęp do leczenia szczepionkami.**)

11. III. Prof. Steusing Zdz. O szczepionkach i zastosowaniu ich w stomatologii**). Allerhand H. i Meschel J. O półkoronach Rank'a i Carmichaela (z pokazami).

9. V. Chania Józef. O roentgenoterapii**).

24. X. Allerhand. O zakażeniu ustnem**).

Cieszyński. Sprawozdanie ze zjazdu Związku centr. lek.-dentystów niem.***) i Tow. ortodontów w Lipsku.

Allerhand. Pokazy: Nieprawidłowość Capedeonta i przypadek gruźlicy szczęk.

Pozatem odbył się szereg pokazów z materiału ambulatoryjnego Instytutu dentystycznego uniw. J. K.

B) Posiedzenia walne i posiedzenia Wydziału Związku lek. dent. lwowskich w r. 1922.

Najważniejsze sprawy, omawiane na posiedzeniach były następujące:

- 1) Sprawozdanie z czynności b. Wydziału,
- 2) Wybór nowego wydziału,
- 3) Wysłanie delegatów w charakterze gości na Walne Zgromadzenie Związku lekarzy dentystów na ziemiach Polski do Warszawy,
- 4) Dyskusje nad projektem ustawy „o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej”. — Zmiany projektu warszawskiego,
- 5) Dyskusja nad projektem ustawy „o Izbach dentystycznych”. Wnioski odnośne.
- 6) Wysłanie delegatów w sprawach 4) i 5) na posiedzenie Tow. Stomatologów polskich do Krakowa.

*) w streszczeniu „Pol. Dent.” 1923/1. str. 24.

***) ukaże się w następnych numerach „Pol. Dent.”.

****) „Pol. Dent.” 1923/1. str. 47'.

7) Sprawa zjazdu naukowego polskich lekarzy dentyków, projektowanego w lipcu 1923 r. we Lwowie.

8) Sprawa stworzenia pisma naukowego „Polska Dentystyka“, wychodzącego we Lwowie.

9) Sprawa zawodowa na terenie lwowskim.

10) Taryfa za zabiegi dentystyczne a obecne stosunki ekonomiczne.

11) Sprawa podatku od zbytku od robót dentystycznych.

12) Załatwienie strejku pomocników techniczno-dentystycznych i szereg innych.

13) Uczczenie pamięci członka Związku i członka Wydziału Związku Dra Meschla Józefa.

Wiadomości uniwersyteckie.

Instytut dentystyczny uniw. J. K. we Lwowie.

WYKŁADY W I. i II. TRYMESTRZE

75 r. 1922./23.

Prof. Dr. Antoni Cieszyński:

1. Kurs dentystyki (8 godzin obowiązkowy dla studentów medycyny. Kurs obejmuje:

a) Wykłady z dziedziny stomatologii w środy od 9:15 do 10:45 i sobotę od godz. 12:15 do 1:45 tylko w trymestrze I. (XII. sala w gmachu starego Uniwersytetu ul. Mikołaja na II. p.)

b) Ćwiczenia praktyczne w wyjmowaniu zębów i w znieczulaniu wraz z dwoma asystentami. Ćwiczenia odbywać się będą w trymestrze I. i II. w grupach codziennie od 8 do 9:15 rano, a jeżeli liczba studentów przekroczy 45 także od 9:15 do 10:30. Każdy student ćwiczy 10—12 razy przez trymestr.

2. Poliklinika stomatologiczna z ćwiczeniami w wyjmowaniu zębów i w znieczulaniu miejscowym i przez zniesienie przewodnictwa nerwu, 12 godzin wraz z asystentem oddziału stomatologicznego w trymestrze II. Codziennie od 9:30 do 10:30 rano. Dla studentów posiadających już pewne podstawy z dentystyki. (Gratis).

3. Kurs dentystyki zachowawczej: a) dla zaawansowanych w dentystyce studentów, lekarzy i lekarzy-dentystów, 12 godzin. Codziennie od 10 do 12. lub od 12. do 2. b) dla początkujących 4 godzin w porze według umowy. Prof. Cieszyński wraz z asystentem oddziału zachowawczego.

4. Dentystyka zachowawcza część II. 1 godzina przed południem.

5. Kurs techniczno-dentystyczny, 10 godzin 3 razy tygodniowo od 3 do 6:30; w razie większej ilości studentów w grupach. Pracownia techniczno-dentystyczna otwarta codziennie od 8. do 1. i od 3. do 6. z wyjątkiem soboty popołudniu. Prof. Cieszyński wraz z asystentem oddziału techniczno-dentystycznego.

Pokazy dla początkujących odbywać się będą w poniedziałek od 11:30 do 1. i czwartek od 12:30 do 2. (st. asyst. Dr. Zeńczak).

6. Technika dentystyczna część I. 1 godzina poniedziałek od 10:30 do 11:30 (w sali wykładowej Inst. dent.).

Poza powyższe zgłoszonymi wykładami i kursami odbywają się jeszcze w bież. trymestrze następujące:

7. *Prof. Cieszyński.* Kurs rysunków i modelowania. 1 godz. tyg. (gratis).

8. *Dr. Wł. Szafran*, st. asyst.: O materiałach, używanych w technice dentystycznej. 1 godz. tyg. (gratis)

9. *Dr. H. Gorczyński*, st. asyst.: O materiałach, używanych w dentystyce zachowawczej (gratis).

Taksy:	dla stud.	dla lekarzy
za kurs chirurgji stom.	150 Mp	150 Mp
poliklinika stomatolog.	150 „	150 „
kurs techniki dentyst.	1600 „	8000 „
kurs dent. zachowaw.	1200 „	8000 „

Organizacja studjum stomatologicznego przy Instytucie dentystycznym uniw. J. K.

Ponieważ w Polsce stomatolodzy, kończący swe studia specjalne po złożeniu egzaminów lekarskich, nie składają dotąd osobnego dodatkowego egzaminu ze stomatologii, wprowadzony jest w Inst. dent. uniw. J. K. zwyczaj następujący: którykolwiek ze stud. med. lub lekarzy chce poświęcić się w przyszłości stomatologii, a studia specjalne odbyć w Instyt. dent. uniw. J. K., musi wziąć poniżej podane zobowiązanie na siebie i stwierdzić to podpisem pod następującą

Deklarację:

Wychodząc z założenia, że każdy specjalista winien się należycie do wykonywania swego zawodu sumiennie przygotować, zobowiązując się dobrowolnie słowem honoru, wobec nieregulowania dotąd studjum dentystycznego przy uniwersytetach polskich, do poświę-

cenia na cel specjalizacji w dentyście przynajmniej 1½ roku czasu, po którego upływie dopiero otworzę samodzielną praktykę dentyścianą. — W tym czasie odbędę przynajmniej:

4 (cztery) kursy z techniki dentyścianej,
3 (trzy) kursy z dentystryki zachowawczej,
1 (jeden) kurs z chirurgii dentyścianej,
(o ile jeden kurs został już poprzednio odbyty w czasie studjów lekarskich przy Uniw. lwowsk.).

1 (jedna) poliklinikę stomatologiczną.

O ile część kursów wspomnianych zostanie odbyta podczas studjów lekarskich zostanie wliczona na studia specjalne.

We Lwowie, dnia 192..

Każdy kurs ma przepisaną ilość prac, które muszą być wykonane, poczem otrzymują absolwenci kursów osobne poświadczenie z wyszczególnieniem prac wykonanych. — C.

Z Zagranicy.

7.3 Z. — Japonja: „Pacific Dental Gazette“ donosi, że w Tokio istnieją dwa Instytuty dentyścianne dla kobiet. Pierwszy z nich „Tokio Girls' Dental School“, założony 1910 r., drugi „Meikwa Girls' Dental School“ założony 1917 Z. R. 1922/42. 637.

7.3. Z. — Wenezuela Caracas. — Rozporządzeniem prezydenta Rz. Posp. Wenezuela powstał w Caracas uniwersytet, a zarazem stworzono przy nim katedrę dentystryki, na którą powołano Dr. A. La Rosa Castro — Z. R. 1922/43. 652.

7.3. Z. — Palestyna. The Dental Outlook przynosi wiadomość, że na założenie Instytutu dentyścianego przy uniwersytecie w Jerozolimie złożyli lekarze-dentyści Nowego Jorku 5500 Dolarów. Z. R. 1922/26. 409.

7.3. Z. Marsylja. — Przed niedawnym czasem, równocześnie z urządzeniem wydziału lekarskiego, otwarto Instytut dentyścianny. Instytut leży w środku miasta i zajmuje kamienicę 5-cio piętrową. Urządzenie przeprowadzono według najnowszych wymagań wiedzy i techniki. Kierownikiem jest Prof. Dr. Geo Beltrami, zarząd prowadzi Dr. Maurech, lekarz-dentysta z Marsylii. Z. R. 1922/42. 637.

7.3. Z. Anglja. — W państwach Wielkiej Brytanji i Irlandji istnieją 17 Instytutów dentyścianych. Rozdzielone są one na następujące miasta: Anglja — Londyn 4, Birmingham, Bristol, Leeds, Liverpool, Manchester, Newcastle, Sheffield; Szkocja — Dundee, Edinburgh, Glasgow; Irlandja — Belfast, Dublin, Cork. Z. R. 1922/38. 573.

7.3. Z; 7.32. Czechosłowacja, Praga. — Od dłuższego czasu istnieją przy obu uniwersytetach praskich, t. j. czeskim i niemieckim

Instytuty dentyścianne. Zadaniem ich jest kształcenie doktorów medycyny na stomatologów. Zabiegi bowiem lekarsko-dentyścianne wolno wykonywać w Czechosłowacji wyłącznie tylko doktorom med. W tym celu w wyznaczonych Instytutach dentyścianych przyjmowano lekarzy aprobowanych, na jednoroczne studia po ukończeniu których i zdaniu egzaminu praktycznego i teoretycznego otrzymuje się tytuł lekarz-dentysta i wolno wykonywać praktykę w tej specjalności. Instytuty przyjmują lekarzy wszystkich narodowości i posiadają asystentów, władających odpowiednimi językami. Nauka odbywa się w 6-ciu sekcjach (chirurgji dentyściannej, dentyście zachowawczej, protetyce dentyściannej, ortodoncji i roentgenologii). Kierownikiem Instytutu przy uniwersytecie czeskim jest prof. Jesenský, przy uniwersytecie zaś niemieckim prof. Boennecken, z których każdy ułożył statut organizacyjny swego Zakładu. Obecnie zamierza rząd czechosłowacki urządzić specjalny państwowy Instytut dentyścianny przeznaczony wyłącznie dla doktorów medycyny. Ponieważ z powstaniem nowego Instytutu połączone są miljonowe wydatki, proponuje rząd czechosłowacki urządzić Zakład ten przy Instytucie uniwersyteckiego czeskiego pod kierunkiem prof. Jesenský'ego.

Wydział zaś lekarski uniwersytetu niemieckiego wniósł pismo do Min. Zdr. Publ. z prośbą o kreowanie podobnego Instytutu państwowego także i przy wydziale lekarskim uniwersytetu niemieckiego. Z. R. 1922/26, 40, 409, 604.

Niemcy — Jena. Dzięki staraniom prof. Hesse'go otrzymał Inst. dent. w Jenie 2 łóżka kliniczne. W ten sposób przypadki chirurgiczne chorób jamy ustnej i zębów będą mogły być w opiece fachowej przez cały ciąg schorzenia. Z. R. 1922/43. 652.

7.9. Z. — Prusy. O polepszenie bytu docentów. Posłowie sejmu pruskiego postawili wniosek, polecający prosić Ministerstwa o poczynienie starań nad usunięciem potrzeb materialnych docentów przez 1) wyznaczenie docentom zapomogi na utrzymanie w wysokości jaka istnieje dla innych zawodów naukowych, 2) polecenie prowadzenia wykładów tym docentom, których praca wydaje dodatnie wyniki. uwzględniając przy tem potrzeby katedr. Z. R. 1922/44. 669. —Sz.

Statystyka uniwersytecka.

2.2. Z. Niemcy — Jena. — W letnim półroczu r. szkolnego 1922 było zapisanych na uniwersytecie w Jenie 2762 słuchaczy. Z tego na studjum dentyścianne zapisało się 156 słuchaczy, w której liczbie było 136 mężczyzn i 20 kobiet. Z. R. 1922/32. 478. —Sz.

7.53 Z. Personalia-

Z zakładów naukowych uniwersytetów w Niemczech.

Kolonja. Z okazji otwarcia Instytutu dentystycznego dnia 14. X. 1922 w Kolonji, promowano na drów. med. dent. „honoris causa“ lekarza-dentystę Hacke'go i prof. dra med. Zilkens'a. *Z. R. 1922/42. 637.*

Monachjum: W miejsce prof. Walkhoffa, który objął katedrę we Wyrzburgu, powołany został na katedrę i przyjął to powołanie dr. med. i fil. Peter Paul Kranz, docent. pryw., kierownik oddziału zachowawczego i ortopedji szczęk uniwersytetu we Frankfurcie nad Menem. *Z. R. 1922/42. 637.*

Heidelberg: Docent prywatny patologii ogólnej i anatomii patologicznej dr. Siegfried Gräff otrzymał tytuł prof. nadzw. Gräff wyklada równocześnie słuchaczom dentystyki. *Z. R. 1922/44. 669.*

Erlanga: Prof. nadzw. Reinmüller otrzymał wszystkie prawa prof. zwyczaj. na wydziale medycznym. W ten sposób został on pierwszym zwyczajnym profesorem dentystyki w Bawarii. *Z. R. 47/48. 717.*

Gietyinga: Nauczyciel pomocniczy wydziału lek. uniwersytetu Gietyingi dr. med. dent. Hans Herman Rebel ze szkoły Walkhoffa, habilitował się z dentystyki zachowawczej, na tymże uniwersytecie. *Z. R. 1922. 27/28. 426.*

Westfalia — Monastyr: Drowi med. dent. Rudolfowi Müllerowi, nauczycielowi pomocniczemu dentystyki uniwersytetu, polecono kierownictwo katedry dentystyki zachowawczej jako zastępcy profesora. *Z. R. 1922. 37. 559.*

Jena: Prof. dr. fil. i med. Adolf Klughardt, kierownik oddziału technicznego i wykładający ortopedję szczęk w Instytucie dent. uniwers. w Jenie, odmówił przyjęcia proponowanej mu katedry dentystyki w Wyrzburgu. *Z. R. 1922 47/48. 717.*

3.0 Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Pomoc lekarska dla funkcjonarjuszy państwowych.

Rozporządzeniem tymczasowym Rady Ministrów z 30. stycznia 1922 r. (Monitor Polski Nr. 69 z 24. marca 1922) unormowano pomoc lekarską dla funkcjonarjuszy państwowych na koszt skarbu Państwa.

Rozporządzenie jest tymczasowe, albowiem w myśl uchwały Sejmu sprawa ta ma być ostatecznie uregulowana w drodze ustawodawczej, a Ministerstwo Zdrowia opracowuje już projekt takiej ustawy w porozumieniu z organizacjami urzędników. Spodziewać się należy, że przed wniesieniem projektu do Sejmu Ministerstwo zasięgnie opinii także Wojewódzkich Urzędów Zdrowia i Izb Lekarskich.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 30. stycznia 1922 uległo pewnym zmianom wskutek rozporządzenia Rady Ministrów z 23. października 1922 (Monitor Polski Nr. 253 z 7. listopada 1922). Wydano nadto liczne rozporządzenia wykonawcze i wyjaśnienia w tym przedmiocie. Najważniejsze z nich uwzględnia, przedstawiając poniżej obecny stan sprawy.

Pomoc lekarska dla koszt Skarbu Państwa przysługuje:

a) wszystkim czynnym funkcjonarjuszom państwowym, powołanym do służby przez nominację;

b) tym członkom ich rodzin, których się uwzględnia przy obliczaniu płacy funkcjo-

narjusza, zatem: żonie i dzieciom funkcjonarjusza, a w pewnych wypadkach także mężowi funkcjonarjuszkii państwowej.

Ministerstwo wyjaśniło, że za funkcjonarjuszy państwowych należy uważać również nauczycieli i nauczycielki szkół powszechnych.

Członkowie rodzin mogą korzystać z pomocy lekarskiej najdłużej przez 3 miesiące z powodu tego samego zachorowania i to jedynie, o ile pozostają na utrzymaniu funkcjonarjusza, nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby ani też nie mają skądinąd zapewnionej pomocy lekarskiej.

Pomoc lekarska obejmuje:

1) poradę lekarską, wliczając w to najniezbędniejsze zabiegi chirurgiczne, zabiegi w zakresie chorób oka, gardła, nosa, ucha i inne, zabiegi ginekologiczne, chirurgiczno-akuszerskie, dentystyczne (leczenie próchnicy, zapalenia okostnej, przetok i plombowania najtańszym materiałem, usuwanie zębów) oraz pomoc położniczą;

2) dostarczanie niezbędnych lekarstw oraz środków opatrunkowych;

3) bezpłatne leczenie w szpitalach według klasy II. dla urzędników państwowych i ich rodzin, a według klasy III. dla niższych funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin;

4) zapomogi na leczenie w zdrojowiskach i uzdrowiskach w wypadkach choroby, wy-

magającej bezwzględnie leczenia w zdrojowisku lub uzdrowisku.

Umieszczenie chorego w szpitalu następuje na zlecenie lekarza umówionego:

- 1) w wypadku choroby zakaźnej,
- 2) w razie potrzeby zabiegu lekarskiego, którego wykonanie w domu chorego powoduje wyższe koszty, aniżeli utrzymanie i leczenie w szpitalu,
- 3) o ile chory w domu nie posiada odpowiedniej opieki,
- 4) w okresie porodu.

O ile chory nie zgadza się na umieszczenie w szpitalu, koszty leczenia będą mu zwrócone w wysokości taksy szpitalnej, ustanowionej dla przysługującej mu klasy; a w wypadkach porodu otrzymuje w takim razie rodzająca zwrot kosztów szpitalnych za dni 10.

W tym samym rozmiarze będą udzielane zapomogi na koszty leczenia, względnie pobytu w zdrojowiskach i uzdrowiskach.

Funkcjonariusz państwowy otrzymuje też zwrot kosztów przyjazdu lekarza do obłożnie chorego lub przewiezienia chorego do lekarza, względnie do szpitala.

Pomocy lekarskiej udzielają lekarze urzędowi i lekarze umówieni.

W wypadkach nagłych, o ile przybycie lekarza umówionego jest niemożliwe, funkcjonariusz państwowy może wezwać lekarza prywatnego, a koszt w tym wypadku zwraca Skarb Państwa według miejscowej taryfy lekarskiej po sprawdzeniu rachunku przez lekarza urzędowego.

Honorarja lekarskie dla lekarzy umówionych według ostatniej normy z 11. października 1922 wynoszą:

za poradę u lekarza	do 1.000 Mp.
za poradę u chorego	2.000 Mp.
za wyjazdy, o ile lekarz nie jest zakontraktowany według pewnego stopnia służbowego, za każde ukończone pół godziny	2 000 Mp.
Akuszerki za pomoc przy porodzie i opiekę w ciągu 10 dni otrzymują w wyjątkowych wypadkach	do 15.000 Mp
Dentyści niezakontraktowani stale pobierają:	
za usunięcie zęba	1.000—2.000 Mp.
za plombowanie najtańszym materiałem	do 4.000 Mp.

Nadzór bezpośredni nad wykonywaniem pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych należy do lekarza powiatowego, który też załatwia spory między chorymi a lekarzami lub między samymi lekarzami.

Od zarządzeń lekarza powiatowego przysługuje odwołanie do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

Wojewódzkie Urzędy Zdrowia organizują pomoc lekarską dla funkcjonariuszy państwowych, sprawdzają i regulują wszelkie rachunki z tytułu tej pomocy, rozważają statystykę chorobowości urzędników i wydadzą stosowne zarządzenia na podstawie poczynionych spostrzeżeń.

Sprawa pomocy lekarskiej dla urzędników.

Zasada ubezpieczenia społecznego, wprowadzona pod hasłem „dla ekonomicznie słabszych“, znajduje obecnie coraz szersze zastosowanie Kasy chorych, po wejściu w życie nowej ustawy objęły szeregi pracowników, między nimi wielu takich, których stanowisko społeczne i stosunki zarobkowe odbiegają daleko od zasady pierwotnej. W projekcie jest obecnie ubezpieczenie społeczne urzędników i ludności rolniczej. Ostatnie rozszerzenie ustawowe zaliczyło do Kas chorych 60% ludności; jeżeli nowe projekty się urzeczywistnią, i niewątpliwie stosunek ten powiększy się o jakie 20—25%; nieznaczna reszta pozostanie dla t zw. wolnej praktyki lekarskiej. W ścisłej łączności z tą organizacją pozostałe i stanowisko społeczne lekarzy; ponieważ Kasy chorych spełniają swe agendy przez stale ustanowionych, ryczałtowych lekarzy, grozi stanowi naszemu przemiana w stan urzędniczy.

Projekty sumarycznego udzielania porady lekarskiej wymagają należytego rozpatrzenia, i to nie z samolubnego stanowiska „wolnej praktyki“, ale przede wszystkim ze względu na interes i dobro chorego, powtórze z uwagi na samą naszą naukę.

Pierwsza zasada i podstawa w leczeniu chorego polega na tem, że wzajemny stosunek chorego i lekarza powinien być oparty na zaufaniu; chory musi mieć prawo wolnego wyboru lekarza, do którego ma zaufanie. Odwrócenie tej zasady pociąga za sobą to, że między obie strony wkłada się zaraz z początku niezadowolnienie i sprawia, że chory odnosi się z nieufnością do lekarza, podejrzewając go o szablonowe traktowanie i skłonność do pilnowania interesów Kasy. Ten brak zaufania działa zniechęcająco na lekarza; stanowisko lekarza, który odczuwa zaufanie chorego jest moralnie silniejsze a leczniczo skuteczniejsze; ogół lekarzy przyzna, że pomoc lekarska oparta na zaufaniu, udzielona choćby bezpłatnie, da więcej zadowolenia, aniżeli udzielona pod przymusem choremu, który go wita niechętnym okiem. To są prawdy z życia wyjęte.

Przemiana stanowiska lekarskiego w ry-

cztałowo płatnego urzędnika grozi upadkiem stanowi lekarskiemu i nauce. Choroba nie jest referatem do załatwienia; choroba to jest nieszczęście, a chory istotą, która żąda nie tylko pomocy nauki, ale pewnego współczucia i współdziałania; zawód lekarski, niewątpliwie ciężki i twardy, wymaga też od nas mimo wszystko, czego się nam odmawia: poświęcenia i pewnych idei w jego traktowaniu. a tych żądań z nas, mimo przykrych doświadczeń, się nie pozbywa. Lekarz, który staje się wobec chorego urzędnikiem, zrywa tem samem z postępek nauki; rozwój jej wymaga bowiem ciągłej emulacji, wyteżenia sił i myśli, by śledzić zdobycze nauki i w praktyce je stosować, podnieść zaś do tego nie będzie nigdy zschematyzowanie zawodu.

Sprawa bezpłatnej pomocy lekarskiej dla urzędników, jest dziś sprawą aktualną. Przyznajemy, że obecne położenie tej sfery społecznej wskutek zmiany stosunków jest takie, że przesuną pojęcie ekonomicznie słabszego w ich stronę. Jeżeli jednak państwo nie ma środków, aby swych pracowników należycie wynagrodzić i chce ich obdarzyć ubezpieczeniem, powinno się to stać z istotną korzyścią dla interesowanych, a bez szkody dla zawodu i nauki.

Wszystkie czynniki lekarskie przyznają zgodnie, że organizacja pomocy lekarskiej powinna się oprzeć na zasadzie wolnego wyboru lekarza. Przeprowadzenia tej zasady w praktyce należałoby w ten sposób dokonać, że rząd zrywa w danej miejscowości ogół lekarzy do zgłoszenia udzielenia porady. Choremu przysługuje prawo wyboru z pośród zgłoszonych. Ta sama zasada ma być zastosowaną do wszelkich kategorii chorób, a zatem także i specjalistów.

Co do wysokości wynagrodzenia, polegać ono musi na systemie zniżkowym, ustalonym przez odnośne Izby lekarskie w porozumieniu z władzami administracyjnymi. W praktyce przeważna ilość lekarzy dzisiaj dobrowolnie stosuje ten system zniżkowy w odniesieniu do urzędników państwowych.

Przeciw stosowaniu wolnego wyboru i przeciw wynagradzaniu od wypadku podnosi się dwa zarzuty główne: jeden, że mnożyć on może ilość wizyt i w ten sposób obciążać finansowo instytucję, w danym razie Skarb Państwa; drugi, to większa skłonność lekarza do przyznawania świadczeń (uwolnienia od służby, urlopy i t. p.).

Oba zarzuty osłabia fakt, że Państwo ma w lekarzach urzędowych już gotowy aparat kontrolny i nadzorujący czynność lekarzy prywatnych, który w jednym i drugim kierunku spełni swój obowiązek.

Takie jest stanowisko zreszeń lekarskich w sprawie zorganizowania pomocy lekarskiej dla urzędników. Niewątpliwie sprawą tą powinno się zająć Izby lekarskie w całym państwie, które niezadługo rozpoczną swe czynności, w imię słusznej obrony interesów nie tylko stanu, ale i nauki samej. Sądzimy, że da się ono zgodzić, ku zadowoleniu obu stron, przeprowadzić

Papée, Prezydent Izby lek. usch. Matop.

(P. G. L. 1922 Nr. 49 str. 927).

Podatek od zbytku za wyroby dentystyczne ze złota.

3.5 Urząd wymiaru należności we Lwowie ul. Rutowskiego I. 21. L. 25178/22.

Ministerstwo Skarbu reskrytem z 22. sierpnia 1922 L. 709 D. P. i O. Gr. II. Wydział III. orzekło, że wyroby dentystyczne ze złota, platyny i srebra (szluczne zęby, mostki etc.) są przedmiotem zbytku, o ile wartość ich przekracza 10) Mp. za sztukę (poz. 1 spisu dołączonego do ustawy o opłacie stempłowej od sprzedaży przedmiotów zbytku (Dz. U. Rp. 79 poz. 528) zaś odpłatne ich wykonanie na zamówienie z materiału dostarczonego przez dentystę podlega opłacie stempłowej w myśl paragrafu 1. punkt 3 i paragrafu 34 ustęp 2. rozp. wykon. wspomnianej ustawy Dz. U. Nr. 50 poz. 590).

Podstawą wymiaru opłaty stempłowej winno być jedynie wynagrodzenie za wykonywanie połączone z odpłatnym pozbyciem, wyrobów dentystycznych z wyłączeniem jednakże wynagrodzenia należnego za równoczesne zabiegi lekarskie lub innego rodzaju czynności wychodzące poza określony zakres działania (art. 2. wspomnianej ustawy w związku z paragrafem I. punkt 3. cyt. rozp. wykon.).

Wobec tego jest W. Pan obowiązany wedle ust. z 16. VII. 1920 Dz. Rp. 79. poz. 528.

1. do doniesienia tut. Urzędowi wymiaru należności o rozpoczęciu sprzedaży przedmiotów zbytku.

2. do pobierania od zamawiających względnie nabywców (pacjentów) i do uiszczania 10% opłaty stempłowej od sprzedaży wyżej wspomnianych przedmiotów zbytku.

3. prowadzenia oddzielnie ksiąg sprzedaży przedmiotów zbytku i wydawania nabywcy rachunku o przepisanej ustawą treści.

Gdy W. Pan doniesienia o prowadzeniu sprzedaży przedmiotów zbytku dotychczas nie przedłożył 10% opłat nie pobiera i nie uiszcza zrywa się Pana aby bezzwłocznie uczynił zażądane przepisom ustawy z 16. VII. 1920 Dz. U. R. Nr. 79 poz. 528 a to pod zagrożeniem nałożenia grzywnien z artykułów 16 i 17 powołanej ustawy, ewentualnie pod zagrożeniem skutków w tej ustawie przewidzianych.

Lwów, dnia 15. października 1922.

— *Sottysik.*

3.5; 3.6 W sprawie stosowania do dentystów ustawy o płaceniu podatku od przedmiotów zbytku.

Otrzeżenie: Wydział Izby Lekarskiej Wschodniej Małopolski ostrzega Kolegów, zajmujących się dentystyką, by wobec poczynienia starań o zniesienie mylnego stosowania ustawy o 10% opłacie stemplowej od przedmiotów zbytku do dentystów, wykonujących dostawki zębów z metali szlachetnych, nie stosowali się do wezwania Urzędu wymiaru należytości we Lwowie L. 25178/22 z 15. X. 1922; ksiąg, przepisanych jedynie dla kupców, a nie dla lekarzy, nie prowadzili i odnośnych rachunków chorym, otrzymującym dostawki, nie wręczali, uważając dostawki zębów za konieczność zdrowotną a nie za przedmiot zbytku. — Lwów, 2. XI. 1922. Za Wydział Izby lekarskiej Wschodniej Małopolski. Prezydent *Dr. Papée* m. p.

4.11 Była dzielnica pruska.

Taryfa dla lekarzy dentystów (Dz. Urzęd. Woj. Pozn. 1922 Nr. 42).

W Nr. 42 jako poz. 715 Dziennika Urzędowego Województwa Poznańskiego ogłoszona została z datą od dnia 21. X. 1922 następująca taryfa dla lekarzy dentystów:

1. Konsultacja w mieszkaniu lekarza — za dnia 500—2.500 Mp.
- Konsultacja w mieszkaniu lekarza — nocą 1000—5000 Mp.
- Konsultacja w mieszkaniu pacjenta — za dnia 1000—3000 Mp.
- Konsultacja w mieszkaniu pacjenta — nocą 2000—7500 Mp.
2. Wyczyszczenie zębów — od sesji po 2500—5000 Mp.

3. Ekstrakcja zęba lub korzenia (dalsze ekstrakcje w tej samej sesji — połowę) 500—2500 Mp.

4. Plomba z materiału plastycznego 1500—5000 Mp.

5. Plomba złota (cena według umowy) 5000—15000 Mp.

6. Plomba mieszana z cyny i złota 2500—7500 Mp.

7. Plomba sylikatowa (porcelanowa) 7500—15000 Mp.

8. Ochronne nakrycie miazgi, ekstr. miazgi lub zatrucie tejże 1000—2500 Mp.

9. Opatrunek przeciwniepalny 500—1000 Mp.

10. Otwarcie wrzodu i t. p. małe operacje 1000—2500 Mp.

11. Wycięcie czubka korzenia, zębodołu, operacja torbieli, operacja jamy górnoszczękowej 2500—15000 Mp.

12. Miejscowe znieczulenie 1000—2500 Mp.

13. Narkoza 2500—5000 Mp.

14. Zatamowanie nadmiernego krwawienia 1000—2000 Mp.

Koszta czynności od 3—9 podwyższają się o 1500—5000, jeżeli spełniane są w mieszkaniu pacjenta.

15. Opitowanie raniących brzegów zęba lub korzenia 500—1500 Mp.

16. Wykonanie płyty kauczukowej 4000—5000 Mp.

17. Reparacja płyty kauczukowej 2500—7500 Mp.

18. Usunięcie z korzenia ułamanego zęba świeczkowego 5000—15000 Mp.

19. Ponowne w cementowanie zęba świeczkowego 5000—15000 Mp.

20. Oszlifowanie zęba pod koronę 5000—15000 Mp.

21. Wyczyszczenie i wypolerowanie płyty nowej 5000—15000 Mp.

522 Umocnienie zębów luźnych drucikiem 3000—15000 Mp.

23. Opatrywanie zębiny bolesnej za sesję 3000—15000 Mp.

Sprawy zawodowe.

Była dzielnica pruska.

8.3 Okólnik Tow. lek. dent. b. z. pr.

Na zjeździe Tow. Lek. dent. b. zab. pr. założony został Związek Lek. dent. b. zab. pr. celem obrony interesów zawodowych lekarzy-dent. i wzmocnienia poczucia solidarności koleżeńskiej.

Zjazd uchwalił podział Związku na 3 grupy w tym celu, ażeby powiększyć spraw-

ność w czynnościach tak organizacyjnych jako też obronnych. Grupy te rozdzielono w ten sposób, że Woj. Pomorskie tworzy jedną grupę, Woj. Poznańskie podzielone zostało na grupy: południową z siedzibą centralną w Poznaniu i północną z siedzibą w Bydgoszczy.

Tow. Lek. dent. ma zostać zamienione na Wydziały naukowe przy Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu i Toruniu.

Prosimy Szan. kolegę o deklarację, czy do powyższego Związku przystępuje. Składka została na b. rok, t. j. na czas od 1. X. 1922 aż do 31. XII 1923. oznaczona na Mk. 20.000.

Bydgoszcz, w listopadzie 1922.

(—) *Świtala, prezes.*

8.3. Komunikaty Zarządu Związku lekarzy-dent b. zaboru pruskiego.

I. Na zebraniu Rady, odbytem dnia 1./XI. 22. w Inowrocławiu, wybrano do Zarządu Kol. Świtale jako prezesa, Kol. Łabiszewskiego jako sekretarza, Kol. Dr. Modrzejewskiego jako skarbnika.

II Rada i Zarząd przyjęła jako zasadę zwoływania rady wtenczas, gdy zarząd będzie miał wątpliwości, jak rada czy ogół kolegów na zatwierdzenie danej sprawy będzie się zapatrywał.

III. Do Związku przyjęto Kol. Podkaj-Juceykowa z Poznania, Grzymałowską-Mohuczy w Poznaniu, Dr. Gierszewskiego z Tucholi i Koszutskiego z Sępólna.

IV. Celem przeistoczenia Towarzystwa Lekarzy-dentystów b. zab. pr. na Wydział naukowe przy Towarzystwach Przyjaciół nauk w Poznaniu i Toruniu postanowiono zwołać Walne zebranie Tow. lek. dent b. zab. pr. do Poznania na dzień 6. i 7. stycznia 1923. r., które się odbędzie w lokalach restauracji Belwederu przy placu Wolności 19.

Na porządku obrad:

1) Przeistoczenie Tow. Lek. Dent b. zab. pr. na Wydziały lekarsko-dentystyczne Tow. P. N. w Poznaniu wzgl. w Toruniu.

2) Określić zadania tych wydziałów.

3) Wybrać zarządy.

V. Z okazji zjazdu Tow. Lekarzy-dentystów odbędzie się dnia 7./I 23. zjazd Związku Lekarzy-dentystów. Porządek obrad zostanie rozesłany jeszcze. Jako najważniejszy punkt będzie na porządku obrad:

1) Ustalenie zasad postępowania członków Związku wobec Kas chorych wzgl. wobec instytucji publ. dających członkom swoim podobne uprawnienie.

2) Ustalenie zasad traktowania kolegów, którzy się z pod tych zasad wylamują.

VI. W sprawie Kas chorych postanowiono:

1) Dążyć do ujednoczenia akcji wobec województw zachodnich.

2) Na Kolegów nałożyć obowiązek bezwzględnego informowania Związku o wszelkich zmianach w stosunku do lekarzy-dentystów. Informacje winne być rzeczowe, krótkie i jasne.

VII. W sprawie Kasy chorych m. Poznania wnieść podanie do pana Wojewody o wyznaczenie konferencji celem ustalenia warunków spełnienia, których wymagać należy od człowieka, który chce leczyć chorych na zęby – i prosić o ustanowienie przy wojewódzkim Urzędzie Zdrowia referenta do spraw dentystycznych

VIII Do Woj. Urzędów Zdrowia postanowiono wnieść prośbę o wyjaśnienie sprawy leczenia pracowników państwowych.

IX. Wojewoda poznański wydał rozporządzenie w sprawie opłat lekarzy-dentystów w Rozporządzenie obowiązuje od dnia 21. X. 22 r. i zawiera ogółem przepis wprowadzający mnożnik 500 w stosunku do starej pruskiej taryfy z r. 1896. Taryfę tę przysłaliśmy kolegom w odbicie osobnej.

Postanowiono wnieść o nową podwyżkę mnożnika na 1000 oraz o oznaczenie wyższych opłat dla pracowników państwowych aniżeli według nominalnej taryfy.

X Zebranie grupowe i zjazdy ogólne mają regularnie zawierać na porządku obrad tematy dyskusji naukowych.

XI W sprawie uczeni techniczno-dentystycznych postanowiono proponować dążenie do zdawania matury i odbywania przepisanych studiów oraz starać się o ulgi w kierunku skrócenia im studiów na skutek odbytej nauki.

XII. W sprawie egzaminów w technikach w dentystycznych celem umożliwienia im uzyskania prawa leczenia członków Kas chorych postanowiono rozesłać do kolegów okólnik z prośbą o wypowiedzenie się

1) czy godzą się na propagowanie dążenia do egzaminów;

2) czy w konsekwencji godzą się na utworzenie uczelni dla tych techn. dent., którzy te egzaminy będą chcieli składać;

3) jaki powinien być skład komisji egzaminacyjnej;

4) czy nie dążyć zamiast do egzaminów do udzielenia koncesji bez egzaminów;

5) na jaki czas ograniczyć jedno i drugie?

XIII. Wydać ulotną odezwę, objaśniającą publiczność, kim jest lekarz-dentysta a kim technik-dentystyczny czyli tak zwany dentysta.

XIV Wejść w kontakt z innymi związkami lekarzy-dentystów Rzeczypospolitej celem stworzenia centralnej organizacji zawodowej, uprawnionej do reprezentowania dentystyki całej Polski.

XV. Zawezwać kolegów o przesłania składki za czas od 1. X. 22. do 31. XII 1922.

w wysokości Mk. 4000 do Banku Krajowego w Bydgoszczy na konto Związku lekarzy-dentystów.

Bydgoszcz, 12. IV. 1922 r.

(—) *Świtata, prezes.*

33: 7.31.

Stanowisko Wydziału Związku lekarzy dentystów, przynależnych do Izby lek. lwowskiej wobec 12 punktu projektu zawartego w powyżej podanych komunikatach.

Co do punktu 12. ankiety dotyczącego egzaminów techników dent celu umożliwienia im uzyskania prawa leczenia członków Kas chorych Wydział Związku lekarzy-dentystów lwowskich stoi zasadniczo na stanowisku, iż dentystyka jako nieodłączny dział medycyny ogólnej wykonywana być może wyłącznie przez odpowiednio ukwalifikowanych lekarzy-dentystów. Z tego powodu uważa też dawną ustawę austriacką z 20. marca 1892 r. normującą zakres działania techników dent. li tylko do wykonywania sztucznych zębów jako zło konieczne, które w miarę uregulowania studjów dentystycznych i zwiększenia się liczby ukwalifikowanych lek. dent. winno być całkowicie usunięte. Wobec tego Związek lek. dent. lwowskich nie godzi się na propagowanie dążenia do egzaminów dla tech. dentyst. uważa natomiast stworzenie Instytutu dentystycznego w Poznaniu, któryby w krótkim czasie potrafił przysporzyć społeczeństwu odpowiednią ilość ukwalifikowanych lek. dentystów, za nader pożądaną.

6.2 Ambulatorja dentystyczne Kasy chorych miasta Warszawy.

Kasa chorych jest instytucją nową na obszarze b. Królestwa Polskiego, nie mającą nawet prototypu podobnych instytucji jak je mają b. zabór pruski i austriacki.

Mimo tego założona w r. 1919. Kasa chorych m. Warszawy może się wykazać wielkim sukcesem. Mając przed sobą nadesłane nam sprawozdanie K. ch. m. Warszawy za czas od 1. VIII. 1920 do 31. XII. 1921, możemy stwierdzić rozbudowę pomocy lekarskiej, jak na stosunki tamtejsze nawet, olbrzymią. Szczególnie w zakresie lecznictwa dentystycznego wykazała K. chorych m. Warszawy wielką rzetelność. Zorganizowała większy Instytut Odontologiczny i trzy ambulatorja.

Instytut Odontologiczny przy ul. Karmelickiej 29. jest urządzony wzorowo, zaopatrzone we wszelkie nowsze urządzenia i instrumenty. Posiada 20 foteli operacyjnych, na których pracuje 34 lekarzy dentystów pracujących z zmianą co 2 do 3 godzin dzień cały bez przerwy do godz. 8-mej wieczór. W Instytucie zgłasza się dziennie po raz pierwszy 150 osób, a około 500 osób wle-

czeniu ambulatoryjnym. Instytut posiada też osobną ubikację dla zabiegów w zakresie chirurgii stomatologicznej.

Oprócz Instytutu ma K. ch. m. Warszawy trzy ambulatorja a tona Lesznie 140, w centrali kasy Solec 93, i na Pradze, ul. Jagiellońska 10. gdzie znowu 17 lekarzy udziela pierwszej i nagłej pomocy chorym.

Razem 51 lekarzy specjalistów pod kierownictwem organizatora pomocy dentystycznej Dr. Aleksandra Gajewskiego leczą dziennie około 300 chorych, zgłaszających się po raz pierwszy, a około 1000 chorych leczonych przez czas dłuższy. — *W. Nacher.*

Sprawa pomocników techniczno-dentystycznych 4.121. na terenie lwowskim.

Pomocnicy techn.-dentystyczni wysłali 20. listop. 22. na ręce przewodniczącego Związku lekarzy-dentystów przynależnych do Izby lek. lwowskiej pismo następującej treści:

Do
Związku Lekarzy-dentystów
we Lwowie.

I. Sprawa regulacji plac.

II. Sprawa praktykantów.

Ze względu na wstępującą drożyznę Związek pomocników dentystyczno-technicznych w dniu 16/XI, odbył plenarne Zgromadzenie, na którym uchwalono zażądać od pracodawców podwyższenia dotychczasowych plac w stosunku do cen pierwszej potrzeby.

Ponieważ dotychczasowe podwyżki procentowe dla jednej, jak i dla drugiej strony były niedogodne, przeto Zgromadzenie Z. P. D. T. poleca wybranej przez Zgromadzenie Komisji uregulowanie plac, które będą uważane jako gaże podstawowe temsamem zostaną wprowadzone jednakże place we wszystkich Zakładach a mianowicie:

I. Dla technika pracującego samodzielnie, wykonującego wszelkie czynności techniczne w laboratorium i przy pacjencie Mp. 300.000.—

II. Dla technika pracującego samodzielnie (w pracowni kierownika teje) 250.000.—

III. Dla technika 2-go 180.000.—

IV. Dla nowo-wyzwolonego przez 6 miesięcy od dnia wyzwolenia 75.000.—

Wskutek wstępującego bezrobocia spowodowanego nadprodukcją sił żądamy wstrzymania przyjmowania nowych uczniów aż do czasu ustawowego uregulowania zawodów.

Celem porozumienia się w powyższych sprawach zapraszamy WPanów na konferencję, która odbędzie się w sobotę o godzinie 7-jej w pokoju klubowym kawiarni Renesans.

Zarząd Związku P. D. T.

Lwów w listopadzie 1922.

Przed wysłaniem odpowiedzi na pismo to otrzymał Związek dentystów pismo drugie, następującego brzmienia:

Do

Szanownego Związku Lekarzy-dentystów
we Lwowie.

Ponieważ na pismo wystosowane do WPA-nów dnia 21. listopada br. Szan. Związek Lekarzy-dentystów nie raczył wysłać delegatów do wspólne posiedzenie, ani też nie uważał za stosowne usprawiedliwić się, wobec tego uważamy milczenie Sz. Związku poniekąd jako odpowiedź i na pismo nasze i jesteśmy zmuszeni wyciągnąć z powyższego faktu jaknajdalej idące konsekwencje.

Chcąc jednakowoż okazać Sz. Związkowi chęć porozumienia się w poruszonych przez nas sprawachznaczamy y ostateczny termin posiedzenia na dzień 29. listopada b. r. o godz. 7-iej wieczór w kawiarni *Renesans* pokój klubowy. — Wrazie niewysłania delegatów będziemy zmuszeni dla poparcia naszych żądań zaprzestania pracy we wszystkich zakładach lekarzy dentystów. Za Związek: Franciszek Stieber mp. przewodniczący.

Na pismo to wysłał Wydział Związku lek. dent. odpowiedź następującą:

Do Związku Pomocników dentystyczno-technicznych

we Lwowie.

Ponieważ w dwu zakończonych pismach skierowanych przez Związek pomocników techniczno-dentystycznych do Związku lekarzy dentystów lwowskich forma i treść w wysokim stopniu uwłacza godności Związku lekarzy dentystów, postanowił Wydział jednomyślnie zwrócić pisma te P. T. Związkowi. Równocześnie zastrzega się Związek lekarzy-dentystów przed nasyłaniem go podobnymi elaboratami i oświadcza, że żadnych pism od Szanownego Związku nie będzie przyjmować w przyszłości.

Za Związek Lekarzy-dentystów Lwowskich
Dr. Zeńczak sekr. *A. Cieszyński* przew.

Jako zagrożona „konsekwencja“ wybuchł w dniu 4-go grudnia 1922 r. strejk pomocników dentystycznych. Przedstawiciele organizacji odwiedzali pracownie lekarzy bez ich wiedzy, odwołując pracujących techników dent. od pracy.

Pracodawcom przedkładano umowy do podpisu w myśl żądań organizacji.

Wobec wybuchu strejku pomocników techniczno-dentystycznych w dniu 4. XII. 1922. zajął Wydział Związku lekarzy-dentystów następujące stanowisko:

1. Wydział Związku opiera się na uchwale Walnego Zgromadzenia Związku z dnia 19. III. 1921 r.: postanowiono wówczas pozostawić uregulowanie płac

pomocników technicznych wzajemnemu porozumieniu między pracodawcą a pracobiorcą.

2. Wydział Związku nie radzi podpisywać blankietów umowy, przedkładanych przez Związek pomocników techniczno-dentystycznych, którzy a) chcą narzucić jednostronne unormowanie stosunków pomiędzy lekarzami a pomocnikami techn. dent., b) żądają jednakowych płac bez względu na kwalifikacje osobiste (cf. I. pismo Związku pomocników techn. dent., nadesłane do Związku lekarzy-dentystów w dniu 24 XI. 1922).

3. żądają (a nie proszą) wstrzymania przyjmowania praktykantów technicznych ze względu na nadprodukcję techników dentystycznych.

4. występują w najwyższy sposób nieaktownie wobec Związku lekarzy-dentystów.

Ażeby koledzy nie byli pokrzywdzeni strejkiem, otwarte zostaje na czas trwania strejku, Centralne laboratorium techniczne na miasto Lwów, przy ul. Zielonej 5 a. I. p. pod kierunkiem Kol. Dra M. Zeńczaka.

Prosimy Kolegów, ażeby sami Koledzy zgłosili się do współpracy w pracowni, ażeby móc wydołać pracom nadesłanym.

Roboty wykonuje się z materiału dostarczonego i liczy się 30% powyżej taksy klinicznej.

We Lwowie, dnia 5. XII. 1922.

Dr. M. Zeńczak. *A. Cieszyński.*
sekretarz. przewodniczący.

Stanowisko to zajęte przez Związek lek.-dent. lwowski miało nadzwyczajny skutek.

Zaden z kolegów nie szukał pomocy w otwartym na czas strejku Laboratorjum, gdyż wszyscy pomocnicy tech.-dent. powrócili do pracy na warunkach umówionych ze swoimi pracodawcami, P. Z. L. D.

Małopolska.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Kasa Pogrzebowa.

Wydział Okręgu przesłał członkom Kasy nowy regulamin, obowiązujący od dnia 31 października 1922. Należy się z nim dokładnie zaznajomić, przepisy jego ściśle wykonywać, jakoteż starannie przechowywać dla własnego użytku. Wydałiśmy go z dwóch przyczyn:

1. Znaczna część członków płaci nieregularnie wkładki, co wymaga ciągłych upominań z dotkliwą szkodą dla naszych najbliższych. Dlatego zaostrożono punkty regulaminu, dotyczące się płacenia wkładek. Lepiej stracić kilkudziesięciu leniwych czy obojętnych, aniżeli porać się z nimi wzięcnie przy ściąganiu każdej wkładki, a z nią i premji pogrzebowej.

II. Mimo dwudziestoletniego istnienia Kasy zgłaszają się do niej często Koledzy w bardzo podeszłym wieku ze szkodą dla tych, którzy do szeregu lat poczuli się do obowiązków wzajemnej pomocy. Nie godzi się płacić bardzo mało albo prawie nic, a w zamian za to żądać bardzo dużo. Dlatego wprowadzono na przyszłość wstępną opłatę zależną od wieku. I tak:

do skończ.	35 r. życia	płaci się 1 zwykłą bież. wkładkę
>	40 >	> płaci się 5 wkładek
>	45 >	> > 10 >
>	50 >	> > 20 >
>	55 >	> > 30 >
>	60 >	> > 40 >
>	65 >	> > 50 >
>	70 >	> > 75 >

Po 70. roku życia nie przyjmuje się do Kasy. Wprowadzono natomiast bardzo liberalny ustęp, nie istniejący nigdzie w towarzy-

stwach ubezpieczeń, tyczący się kolegów, którzy z powodu choroby stracili zupełnie praktykę, a nie mogą opłacać wkładek. Za nich pokrywać się będzie wkładki z funduszu zapasowego.

Walne Zgromadzenie uchwała co roku wysokość bieżącej wkładki, a podnieść ją może w ciągu roku i Wydział, przez co wysokość premii dostosować można do bieżącej wartości pieniądza. Wobec małej wartości ubezpieczeń przedwojennych i powojennych, okoliczność ta powinna zachęcić wszystkich lekarzy Okręgu do tłumnego przystępowania do niego i do Kasy Pogrzebowej.

Adres: Związek lekarzy M. P. Zarząd Kasy pogrzebowej, Kraków, Radziwiłłowska 4.

Kronika.

I. 2. We Lwowie zmarł w grudniu b. r. stomatolog dr. med. Józef Meschel. Był on od czasu powstania „Związku lekarzy dentyistów, przynal. do Izby lek. lwowskiej“, jego członkiem, a w latach ostatnich członkiem Wydziału Związku. Na posiedzeniach naukowych wygłosił w tym czasie szereg wykładów, przeważnie z zakresu techniki dentystycznej i dentystyki zachowawczej. Jako członek Wydziału był referentem dla spraw zawodowych, redakcję tegoż działu miał on także objąć w „Polskiej Dentystyce“. Niestety wyrwała go śmierć z naszego grona w sile wieku. Na uczczenie Jego pamięci złożyli koledzy znaczną kwotę na fundusz „dla wdów i sierót po lekarzach“.

I 2. Dr. Franciszek Chomiccki st. asystent Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. Kazimierza we Lwowie, umarł w dniu 15. XII. 1922. w 32. r. życia. Nauka polska i społeczeństwo ponosi stratę wielką, gdyż s. p. Franciszek Chomiccki, ceniony jako chirurg, ogłosił już szereg prac oryginalnych i rokował najlepsze nadzieje na przyszłość.

Krótko przed swym zgonem, przyrzekł s. p. Franciszek Chomiccki przysłać swą pracę „Przeszczenie kości celem naprawy zniekształcenie nosa“ Redakcji „Polskiej Dentystyki“ do druku.

Wynik wyborów do Rady Izby Lekarskiej we Lwowie. Przy pierwszych wyborach do Rady Izby Lekarskiej we Lwowie w dniu 10. grudnia 1922 r. otrzymali bezwzględną większość (ponad 466 oddanych ważnych głosów, a więc na członków Rady Izby wybrani zostali doktorowie: Słęk Fr. (921 głosów), Kohlberger Wł. (915), Hincze R. (911), Papée J. (910), Kuhn A. (909), Kwiatkiewicz St. (905), Zgórski K. (902), Szymański H. (893), Opiński J. (890), Zadurowicz E. (886), Wachnianin M. (884),

Zieliński I. (883), Halban H. (867), Chalbanzany D. (862), Walichiewicz T. (799), Kubisztal St. (791), Herscher I. (711), Bendel S. (710), Świtalski M. (597), Pelczar Z. (585), Milewski T. (572), Domaszewicz A. (569), Zielewski T. (569) Kułakowski R. (562), Nowicki W. (563), Sawicki A. (562), Ferensiewicz M. (559), Zabłocki St. (558), Andruszewski M. (557), Wajgiel E. (557), Czechowicz Fr. (556), Porycki Br. (556), Allerhand H. (553), Korolewicz (552), Porajewski (547), Moszkowicz J. (542), Drzymalik S. (472), Pisek W. (467). Ponieważ na 39 mających być wybranymi, tylko 38 otrzymało większość bezwzględna, odbędzie się powtórne głosowanie na 1 członka Rady w dniu 14. stycznia 1923. od godz. 9. do 21. w biurach Województwa Wydziału Zdrowia we Lwowie.

Między wybranymi znajduje się jeden stomatolog, Dr. Henryk Allerhand.

„Słowo Polskie“ 1922/291 z 15. XII.

9. 0. I. Zjazd naukowy lekarzy dentyistów wolnej Polski odbędzie się w lipcu b. r. we Lwowie w myśl uchwały „Związku lekarzy dentyistów na ziemiach polski“, odbytego w styczniu z r. w Warszawie. Organizacją Związku zajmie się „Związek lekarzy dentyistów lwowskich“, pod przewodnictwem prof. A. Cieszyńskiego. Łącznie ze zjazdem (odbędzie się kursy uzupełniające, urządzone przez wybitnych specjalistów z całej Polski; bezpośrednio zjeżdźcie projektowane są wycieczki do zdrojowisk Małopolski. Sprawami gospodarczymi zajmie się kol. Dr. Schmarz we Lwowa. Program szczegółowy zostanie opracowany w styczniu. — Zgłoszenia wykładów i pokazów z podaniem potrzeb naukowych należy nadesłać narecyce przewodniczącego Prof. A. Cieszyńskiego, Lwów, ul. Zielona 5 a.

Jako miejsce Zjazdu obrano Lwów, położony na kresach, z tego powodu, że w roku obecnym przypada dziesięciolecie ponownego otwarcia Instytutu dentystrycznego uniwersytetu Jana Kazimierza pod kierownictwem prof. Cieszyńskiego.

Koszty druku Polskiej Dentystyki. Składa się obecnie 10—15.000 mk. dziennie i składa w ciągu dnia o ile niema żadnych trudności z odczytaniem tekstu jednolitego (bez cyfr i wyrazów obcych) około 12.000 liter dziennie, jedna litera kosztuje zatem do 1. korekty 1,3 mkp. Jeżeli doliczymy korekty, zarobek drukarni, papier, intrologatora, koszta administracji i ekspedycji pisma, uczyni jedna litera druku 5,50 mkp (!) jeden wiersz (70 liter) petitu 385 mkp. — Jeden numer pisma „Polska Dentystyka“ kosztuje 1 złp. (waluta z d. 15. XI.) = 2800 mkp., numer analogiczny pisma zagranicznego, wynoszący jednak nie 4 tylko 3 arkuszy, druku np. „La Revue de Stomatologie“ wynosi we Francji 4 franki, czyli 5440 mkp; gdyby zaś pismo to miało również 4 arkusze druku tekstu naukowego, wynosiłoby musiała cena 7252 mkp. Wynika stąd, że „Polska Dent“ kosztuje $\frac{1}{3}$ tego, co by kosztowała wychodząc we Francji. W porównaniu do cen przedwojennych przedstawia się cena pisma naszego następująco: 1 numer „Kroniki dentystrycznej“ (2 ark. druku) kosztował w r. 1913. w przeliczeniu na franki szwajcarskie; 1,63 fr. czyli przy 4 ark. druku 3,26 fr. Z tego wynika że „Polska Dent.“, której

cena 1 fr. szwajc. kosztuje $\frac{1}{3}$ tego, co „Kronika dentystryczna“ przedwojenna. Różnica pod względem ceny jest jeszcze większa, jeżeli porównamy ceny za czasopisma fachowe zagraniczne, wychodzące przed wojną lub z pismami wychodzącymi obecnie w krajach z wysoką walutą.

Ustalenie nakładu Polskiej Dentystyki. Administracja „P. D.“ wysłała numer okazowy do wszystkich lekarzy-dentystów w Polsce. o ile ich adresy znane są administracji, wzgl. o ile adresy ich zostały nadesłane Administracji pisma przez organizacje zawodowe. Niestety nie otrzymaliśmy adresów członków Związku Chrześcijańskich lekarzy dentystrów* w Warszawie.

„Polską Dent.“ otrzymać można we wszystkich większych składnicach dentystrycznych w głównych środowiskach Polski lub wprost z Administracji pisma.

W razie nadesłania abonamentu przed 15. stycznia b. m. liczymy za 1 złp. 2800 mkp., jakkolwiek wysokość franka szwajcarskiego, któremu odpowiada złoty polski wynosi dziś już 3400 mkp. Po 15. I. będziemy musieli liczyć 1 zł. p. = 1 fr. szwajc. według kursu giełdowego. Do numeru niniejszego załączony jest blankiet P. K. O. mający służyć na przesłanie przedpłaty.

Prosimy wszystkich kolegów, którzy nie zamierzają prenumerować pisma o zwrot numeru okazowego, ażebyśmy mogli ustalić nakład nr. 2 „Polskiej Dentystyki“. O ile numer nie zostanie zwrócony, obciążamy konto adresata.

LWÓW

EUREKA!

PAŃSKA 18

Lampa o świetle dziennem

NIEODZOWNIE POTRZEBNA KAŻDEMU LEKARZOWI DENTYŚCIE

DO WYBORU ZĘBÓW SZTUCZNYCH
DO DOSTAWEK PRZY ŚWIETLE
SZTUCZNYM ORAZ DOBORU BARWY
CEMENTU KRZEMIANOWYCH
(PLASTYCZNEJ PORCELANY) PRZY
— WYPEŁNIENIACH ZĘBÓW. —

**WYŁĄCZNE ZASTĘPSTWO NA POLSKĘ
„EUREKA“ SKA Z OGR. ODP. WE LWOWIE.**