

Z Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

WYTYCZNE TRAFNEGO ROZPOZNAWANIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI SZCZĘKOWYCH. — ORTOGNATOSTATYKA, RADIOGONIOMETR I ŻUCHWOMIERZ DO POMIARÓW ŻUCHWY NA ŻYWYM.

KRYTYKA DOTYCHCZASOWYCH SPOSOBÓW GNATOSTATYKI I SCHEMATYCZNO-WYKREŚLNEGO PRZEDSTAWIANIA ZREBU SZCZĘKOWEGO¹⁾.

(Doniesienie tymczasowe).

15.12.

(Indications pour reconnaître d'une manière précise les irrégularités des maxillaires. Orthognatostate, radiogoniomètre et mandibulomètre à support. Critique des procédés gnathostatiques et gnathographiques en usage pour représenter les contours des maxillaires).

1. Punkt wyjścia dla rozpoznawania nieprawidłowości szczękowych stanowi gnatostatyka. Sprowadza ona te nieprawidłowości do trzech głównych płaszczyzn: poziomej frankfurckiej, płaszczyzny frontalnej i strzałkowej. Płaszczyzna ta stoi prostopadle na pierwszej i na drugiej.

2. Nieumiarowości (asymetrije) i przesunięcia czaszki twarzowej w stosunku do płaszczyzny strzałkowej są częste i objawiają się także w budowie żuchwy, przedewszystkiem w jej długości, wielkości kąta, wysokości gałęzi wstępującej i w budowie stawu żuchwowego.

3. Nieumiarowości i przesunięcia czaszki twarzowej mają swe źródła w podłożu fizjologicznem, lub patologiczn., uwydatniając się w energii wzrostu kośćca czaszki, a podlegając ogólnym prawom mechaniki; tak n. p. ułożenie czaszki dziecka w ostatnim okresie życia płodowego, momenty dziedziczności, skutki chodu prostego i zwykłego ustawienia głowy, twory wyrównawcze i i. (p. Martin str. 638). Dalszym czynnikiem są zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, mającem wpływ na wzrost kości. (Kranz i i.). Do czynników mechanicznych należą dalej: ciśnienie powietrza i działanie mięśni twarzowych, żuchwowych, językowych i częściowo szyjnych. Zmiana kierunku i nasilenia działania tych mięśni powoduje zmiany wzgl. przesunięcia kośćca twarzowego i następowo uzębienia. Wadliwe działanie mięśni czaszki twarzowej może mieć swe źródło w rozmaitych przyczynach; np. w oddychaniu ustami, powodującym powstawanie wydatności szczęki górnej (prognatji), w działaniu pojedynczych zębów nieprawidłowo ustawionych na wzór równi pochyłej, powodującej niektóre formy wydatności szczęki dolnej (progenji); w języku nadmiernie wielkim lub zbyt małym, w nieprawidłowem osadzeniu wędzidelka, wreszcie w zaburzeniu punktów wzajemnych oparcia wskutek usunięcia zębów, w porażeniu nerwów, w urazach i t. d.

¹⁾ Wykład wygłoszony na Zjeździe Centralnego Związku lekarzy-dentystów niemieckich w Lipsku, we wrześniu 1922 r.

4. Wpływ kąta żuchwy na ukształtowanie jej nie doznał dotychczas należytego uwzględnienia, jak również zmiany jego przez zabiegi ortopedyczne. Przez zmniejszenie lub zwiększenie kąta żuchwy następują zmiany kierunku działania mięśni i kierunku gałęzi żuchwy do frankfurckiej płaszczyzny.

5. Kierunek działania mięśni kośćca twarowego należy także zorientować według trzech wyżej wspomnianych głównych płaszczyzn.

6. Poprawa działania mięśni i spotęgowanie go przez odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne może zapobiec powstaniu nieprawidłowości a nawet poprawić nieprawidłowość już istniejącą bez przyrządów. Ćwiczenia takie, polecane przez Rogers'a (Boston) i Izard'a (Paryż) stanowią cenny środek pomocniczy przy zwykłym leczeniu aparatami; można niemi uzyskać pomyślny wynik nawet po krótkotrwałym ustaleniu. (Ryc. 1—3).

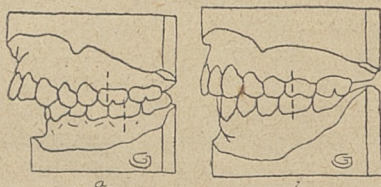
7. Ortopedyczne leczenie nieprawidłowości szczękowych może być tylko wtedy uwieńczone pomyślnym skutkiem, jeżeli opiera się na trafnym rozpoznaniu i jeżeli umożliwi należyte działanie części miękkich.

Ryc. 1. Ćwiczenia gimnastyczne do leczenia wydatności szczęki górnej według P. Rogers'a. W tem ustawieniu wysuwa chory wielokrotnie szczękę dolną ku przodowi. — (Szczegół w pracy Izarda; szkic powyższy jest wyjęty z jego pracy).



Ryc. 1.

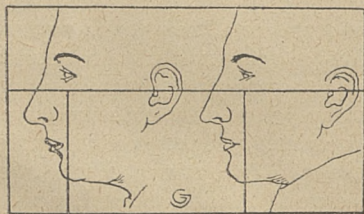
Ryc. 2.



Ryc. 2. a) Zgrzyz przed leczeniem gimnastycznym (luty 1919).

b) Wynik leczenia bez użycia przyrządów ortopedycznych, (październik 1920).

Ryc. 3. Profile chorego przed i po leczeniu (p. ryc. 2 a i b). — (Ryc. 1., 2. i 3. wzięte są z pracy Izard'a).



Ryc. 3.

8. Trafne rozpoznanie nieprawidłowości szczękowych opiera się na:

a) ortognatostatyce, uwzględniającej trzy główne płaszczyzny czaszki: poziomą frankfurcką, płaszczyznę czołową uszną, (przechodzącą przez środki kostnych przewodów usznych) i strzałkową środkową geometryczną. Płaszczyzną po-

mocniczą jest płaszczyzna oczodołowa poprzeczna, która jednak nie jest przeważnie równoległą płaszczyźnie czołowej;

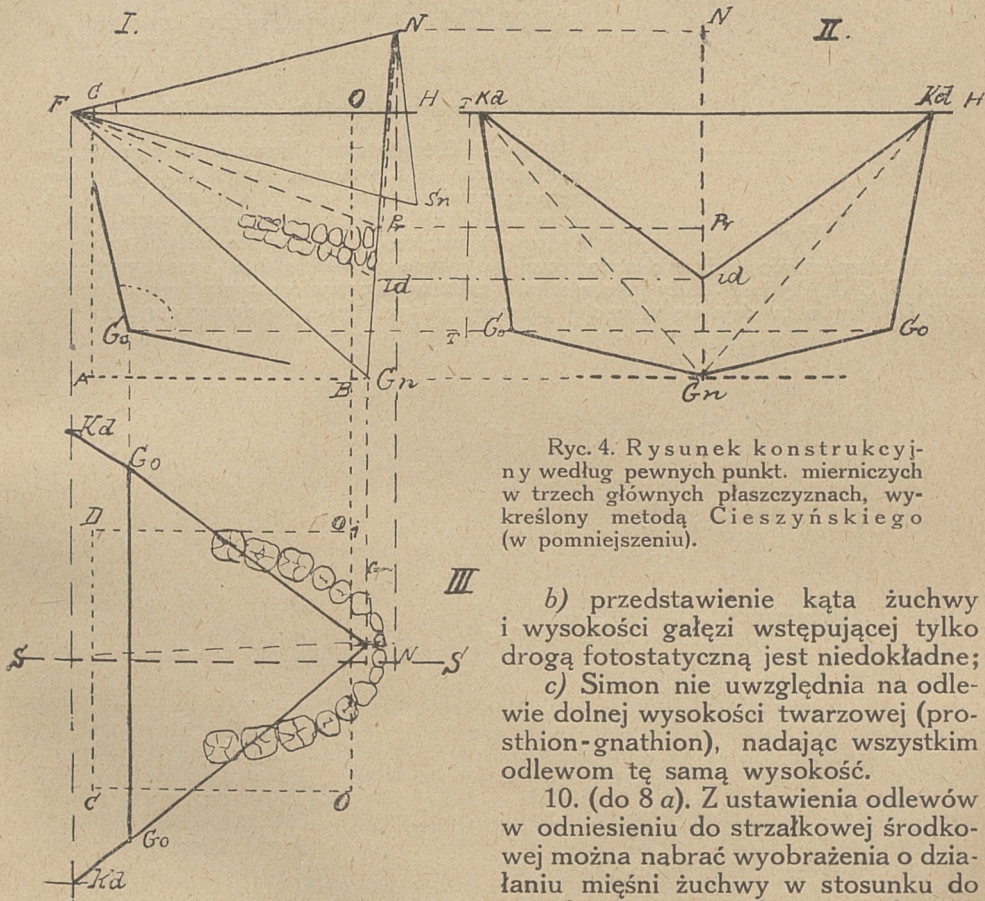
b) schematyczno-wykreślnem przedstawieniu profilu twarowego i antropologicznych punktów mierniczych przy uwzględnieniu kąta żuchwy i wysokości gałęzi wstępującej, (ryc. 4 I.);

c) na prostoliniowym rzucie punktów mierniczych na płaszczyznę frontálną uszną i na frankfurcką poziomą, (ryc. 4 II., III.);

(*b* i *c* służą do wykrycia prawideł mechanicznych powstawania nieprawidłowości).

9. *Krytyka metody Simona.* Gnatostatyka według Simon'a nie uwzględnia:

a) geometrycznej płaszczyzny strzałkowej czaszki, t. j. strzałkowej środkowej przy sporządzaniu odlewów — (Simon orientuje się płaszczyzną szwu podniebiennego);



Ryc. 4.

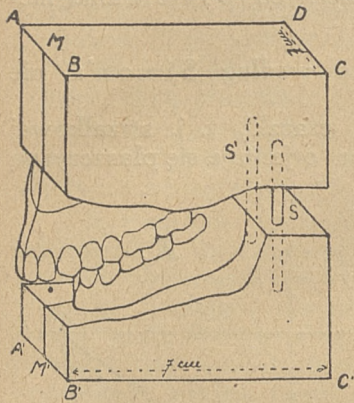
Ryc. 4. Rysunek konstrukcyjny według pewnych punkt. mierniczych w trzech głównych płaszczyznach, wykreślony metodą Cieszyńskiego (w pomniejszeniu).

b) przedstawienie kąta żuchwy i wysokości gałęzi wstępującej tylko drogą fotostatyczną jest niedokładne;

c) Simon nie uwzględnia na odlewie dolnej wysokości twarzowej (prosthion-gnathion), nadając wszystkim odlewom tę samą wysokość.

10. (do 8 a). Z ustawienia odlewów w odniesieniu do strzałkowej środkowej można nabrać wyobrażenia o działaniu mięśni żuchwy w stosunku do tej płaszczyzny, tudzież przedstawić je graficznie na djagramie uszno-czołowym.

11. *Odlewy nieprawidłowości szczękowych* można przedstawić nader pogładowo, nadając im kształt kostki, której brzeg górny idzie po frankfurckiej poziomej, a dolny przez „gnathion“ (*gn.* w ryc. 4I.) równoległe do górnego; płaszczyzna postopadła przednia, przechodzi przez czołową płaszczyznę podoczodołową. W ten sposób uzyskują modele nader pogładowy wygląd, odpowiadający trzem głównym płaszczyznom (ryc. 5).



Ryc. 5.

W płaszczyźnie środkowo-strzałkowej stoją dwie celówki „o” i „k”, prostopadłe do ramki $A B C D$. Płytką P służy jako rączka i jest zawsze ustawiona równoległe do ramki $A B C D$. Ramka ta daje się w swojej płaszczyźnie przesuwac w dwóch rurkach kie-

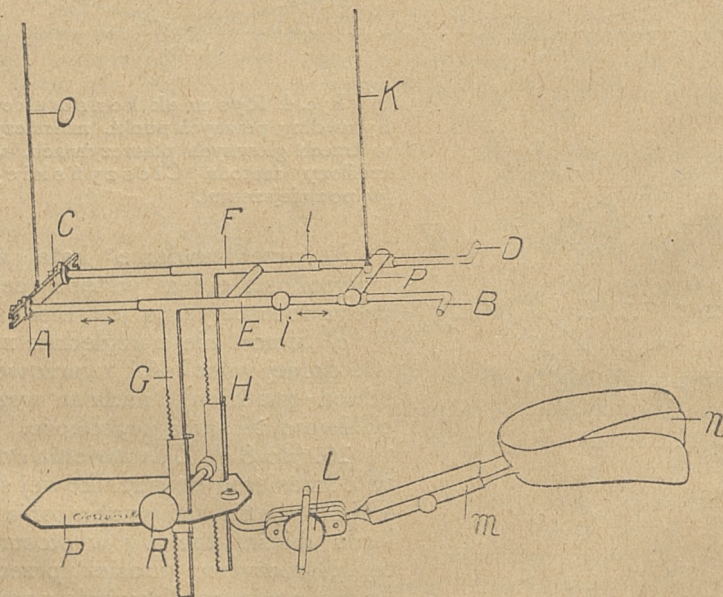
Ryc. 5. Odlew ortognatostatyczny Cieszyńskiego:

Płaszczyzna $A B C D$ leży w płaszczyźnie oczodołowo-usznej, płaszczyzna $A' B' C' D'$ przechodzi przez gnathion i leży równoległe do $A B C D$. — $A B C D$ przedstawia prostokąt, którego bok wynosi 7 cm. Krawędzi odlewu stoją prostopadłe na podstawie: $M M'$ przedstawia środkową strzałkową, S i S' przedstawiają pręty, na których odlew górny i dolny spoczywa.

12. Takie odlewy można sporządzić moim ortognatostatem (ryc. 6—9).

Opis ortognatostatu Cieszyńskiego.

Ryc. 6. **Ortognatostat Cieszyńskiego:** Przyrząd składa się z ruchomej ramki $A B C D$, połączonej zawiasem kulkowym z płaską łuską (m), którą nasadza się na rączkę łyżki wyciskowej. Śrubka R pozwala ustalenie ramki w rozmaitych wysoko-

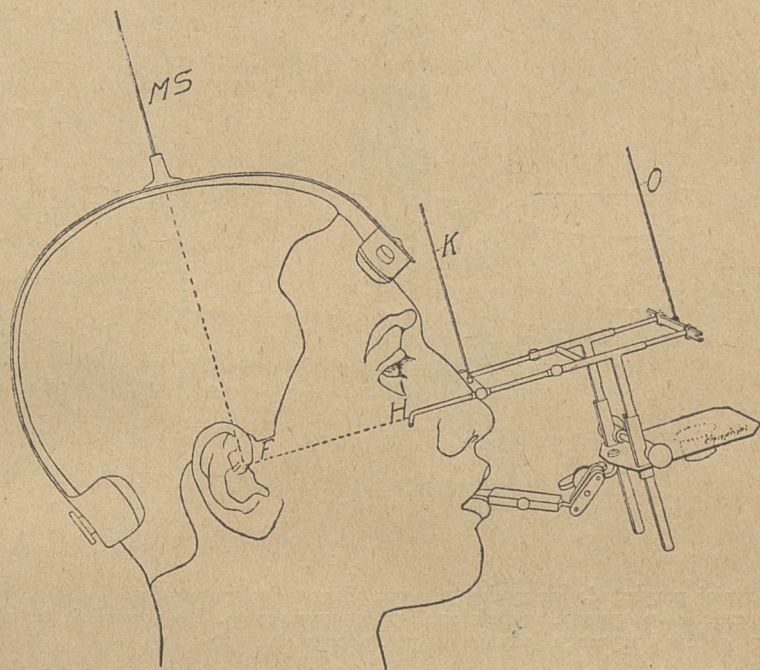


Ryc. 6.

rownicznych „E” i „F” i zostaje ustawiona w płaszczyźnie oczodołowo-usznej. Jej końce B i D są zagięte pod kątem prostym i winny na twarzy chorego dotykać punktów podoczodołowych (frankfurckiej poziomej). Punkty te nakreśla się na twarzy chorego ołówkiem dermatograficznym. Zapomocą śrubek „i” i „l” ustala się ramkę $A B C D$ w rurkach kierunkowych „E” i „F”. W środku poprzeczek „P” i $A C$ znajdują się wydrążenia, w które wchodzi celówki „O” i „K”. Ramka $A B C D$ spoczywa na dwóch, prostopadłe do niej ustawionych szynach nązębionych „G” i „H”, przebiegających w odpowiednich szynach

kierunkowych, które są prostopadłe, nieruchomo połączone z płytką podstawową *P*, równoległą do górnej ramki. Płytkę tę służy jako rączkę przy ustawianiu ramki w poziomej frankfurckiej. Śruba *R* pozwala na ustawienie górnej ramy w żądanej wysokości. Zawias kulkowy ustala śrubka „*L*”.

Branie wycisku ortognatostatem Cieszyńskiego. — Ryc. 7.



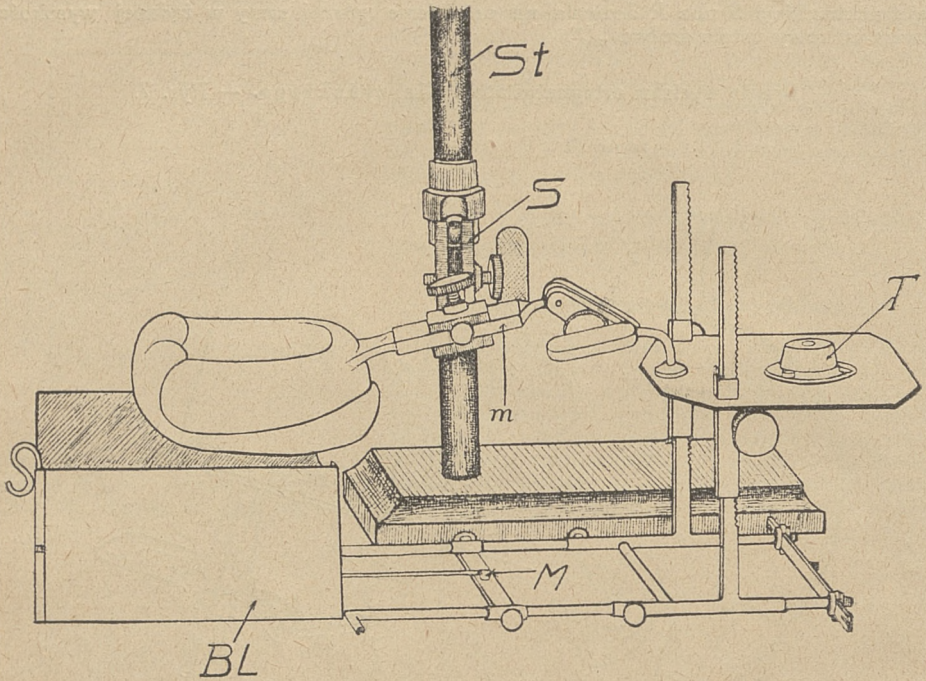
Ryc. 7.

Odcisk górny bierze się zwykłym sposobem; podczas twardnienia masy wyciskowej, ustala asystent wycisk, trzymając łyżkę po bokach (podobnie jak przy sposobie Simon'a). Na rączkę łyżki nasuwa się ortognatostat i orientuje się go. Górną ramkę przyrządu ustawia się, według płaszczyzny frankfurckiej poziomej ustawiając równocześnie celówki „*K*” i „*O*” na płaszczyznę środkową strzałkową. Płaszczyzna ta zaznaczona jest igłą *MS*, ustawioną na kabłąku czaszkowym, a stojącą prostopadłe do płaszczyzny oczodołowo-usznej.

Wylewanie górnego wycisku. — Ryc. 8.

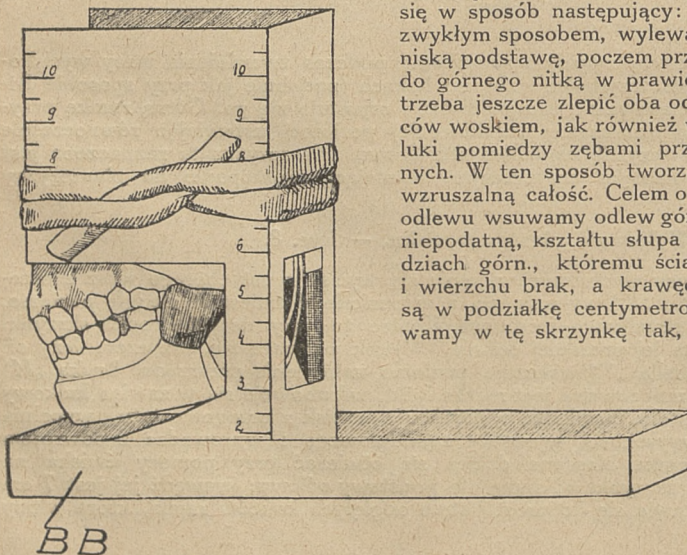
Po stwardnieniu masy wyciskowej wyjmuje się wycisk z ust chorego wraz z ortognatostatem; celówki „*O*” i „*K*” wyjmuje się, a w punkcie *M* umieszcza się igłę poziomo, oznaczającą płaszczyznę strzałkowo-środkową. Koniec tej igły dotyka środka skrzynki odlewnej, zaznaczonego na jej przedniej ścianie. Wycisk odwraca się, przyczem leży on nad ramką *ABCD*; libella „*T*” wskazuje poziome ustawienie przyrządu. Łuska „*M*” ortognatostatu, w której umocowana jest rączka łyżki, wkręca się w zawias kulkowy stojaka, ustawionego na stole. Następnie wyjmuje się wycisk z ortognatostatu, wypełnia go płynnym gipsem do wysokości wyrostka zębodołowego i wprowadza z powrotem w łuskę. Czworokątna ramka blaszana dająca się otwierać przy pomocy ćwieka na bocznej krawędzi, tworzy skrzynkę odlewną dla podstawy odlewu; krawędź jej jest 7 cm długa. Skrzynkę tę przystawia się do prostokątnie odgiętych końców ramki, które winny

Ryc. 8.



szczerlnie do niej przylegać; skrzynkę tę wypełniliśmy już poprzednio gipsem, w którym zanurzamy częściowo gipsem wypełnioną łyżkę wyciskową. Po stwardnieniu gipsu jest odlew górny gotów i wymaga jedynie małych poprawek.

Ryc. 9.



Ryc. 9. — **Podstawę dolnego odlewu**, sporządza się w sposób następujący: wycisk dolny bierze się zwykłym sposobem, wylewa się i nadaje mu bardzo niską podstawę, poczem przywiązuje się odlew dolny do górnego nitką w prawidłowym zgryzie. Zwykle trzeba jeszcze zlepić oba odlewy w okolicy trzonowców woskiem, jak również wypełnić nim ewentualne luki pomiędzy zębami przy uzębieniach niezupełnych. W ten sposób tworzą oba odlewy jedną niewzruszalną całość. Celem odlania podstawy dolnego odlewu wsuwamy odlew górny w skrzynkę blaszaną niepodatną, kształtu słupa o 7 cm długich krawędziach gór., któremu ściany przedniej, podstawy i wierzchu brak, a krawędzie boczne zaopatrzone są w podziałkę centymetrową. Odlew górny wsuwamy w tę skrzynkę tak, by odległość jej górnej ściany od powierzchni stołu wynosiła tyle co wymiar: frankfurcka pozioma-gnathion poczem ustalamy go, związując puszkę węzłem gumowym. Podstawę odlewu dol-

nego stanowi płaska skrzynka 7·2 cm szeroka; wypełniamy ją gipsem i ustawiamy na niej oba odlewy, dodajemy gipsu w miarę potrzeby i formujemy, obciążając ramkę blaszaną z góry odlewami aż do stwardnienia gipsu.

W ten sposób uzyskuje dolny model podstawę, której krawędzie boczne jak również przednia i tylna są równoległe do tychże krawędzi górnego odlewu; tylko w pewnych wyjątkowych wypadkach, przy wystawianiu dolnego odlewu należy podstawę ku przodowi przedłużyć, przyczem jednak krawędź przednia pozostaje równoległą do przedniej krawędzi górnego odlewu. W tych wypadkach zaznacza się później na dolnym odlewie rzut górnej przedniej krawędzi kreską. Przed odlaniem dolnego odlewu należy wywiercić w tylnej części odlewu górnego dwa równoległe zagłębienia około 1 cm głębokie, które służą do osadzenia prętów widocznych na ryc. 4. Naoleiwszy te otwory i włożywszy w nie pręty, odlewamy podstawę dolnego odlewu, przyczem pręty zostają na stałe w dolnym odlewie, spełniając funkcję zgrzydała. (Dok. nast.).

PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI.

1. a) Lutowie złota łatwo płynne:

Lutowie 14 karat złote,
Lutowie srebrne, aa.

b) Lutowie platyny:

25 części platyny,
75 części złota.

c) Lutowie srebra:

6 części srebra,
3 części miedzi,
1 część cynku.

d) Lutowie miękkie:

1 część ołowiu,
2 części cyny.

2. Środek ułatwiający rozpląnięcie lutowia miękkiego: Wysycić należy kwas solny cynkiem. Rozczyn ten zmieszać należy z równą częścią mieszaniny alkoholu i amoniaku. Rozczyn powyższy pozostawia się kilka dni w spokoju; przepuszczony przez sączek jest gotów do użytku.

Sposób drugi: 2 części chlorku cynku, 4 części wody, 4 części alkoholu.

3. Płyn Millera do lutowania: kwas fosforowy rozpuszczony w 8 częściach wody; do tego dodaje się 1 część kwasu mlecznego i 1 część gliceryny.

4. Oczyszczanie pilników: pilniki owija się watą umoczoną w chloroformie, a następnie papierem. Po 10 minutach oczyścić należy twardą szczotką.

5. Masa do osłaniania: dwie części dobrego gipsu,

1 część sproszkowanego lyszczku (miki) i 1 część sproszkowanego marmuru dobrze rozmieszane.

6. Wosk do klejenia:

Wosku pszczelnego białego 4 części, żywicy jasno żółtej 7 części, gumy arabskiej 1 część, barwiku według życzenia.

Żywicę i gumę sproszkowuje się i dodaje się roztopiony wosk. Dla wyrobienia pałeczek bierze się rurkę szklaną odpowiedniej długości i szerokości, zwilża się wewnątrz gliceryną, nakłada się rurkę gumową i wciąga się wosk w rurkę szklaną.

Po zdjęciu rurki gumowej pozwala się woskowi ostygnąć.

7. Oczyszczanie łyżek wyciskowych. Gotować przez kwadrans w półtora litrze wody z kawałkiem sody wielkości orzecha włoskiego. Z ciepłej jeszcze wody wyjmuję się, osusza i oczyszcza na szlifierce twardą szczotką i pumeksem, następnie miękka szczotką i kredą.

8. Niedozwolone składniki proszków, past do zębów, względnie wód do ust. Alun, preparaty żelazowe, wszystkie kwasy mineralne z wyjątkiem kwasu borowego, potas, dwuwiniian potasu, kwas mrówkowy.

51.2 nr. 9—10.

9. Zamiast nawijania waty na miazgociaży, z których nie można jej następnie usunąć, ogrzewa się gładką igielką nad ogniem i dotyka wosku pszczelnego. Wata przykleja się do wosku i następnie daje się lekko usunąć przez podgrzanie.

10. Celem oczyszczenia miazgociaży wkłada się je na kilka godzin do rozczynu nadtlenu sodu („natrium superoxydatum“) następnie pociera się między dwiema płytkami koferdamu. Sposób ten zapobiega rdzy.

1—10. „Den Norske Tandlaegeforenings Tidende“ XXXII.; 4, 5 — źródła bliższe nie podane).

DR. B. STEINBERG.

KRAKÓW.

Z ZAKRESU ORTOPEDJI JAMY USTNEJ.

„O PODNIEBIENIU WYSOKIEM“.

53.0.

(Du palais haut).

(Wykład wygłoszony 10. maja 1922 r. w Towarzystwie lekarskim krakowskim).

Tworzenie się szczęki górnej rozpoczyna się w 5—6. tygodniu życia płodowego, kostnienie w 6—10. tygodniu. Według Toldta i Michla jest pięć ośrodków osyfikacyjnych. Tworzenie się wyrostka zębodołowego i jego poszczególnych części składowych rozpoczyna się w 4-tym miesiącu życia płodowego. W chwili urodzenia się płodu są już wszystkie zębodoły zębów mlecznych wykształcone. Obydwie części wśródszczękowe zrastają się ze sobą ku końcowi trzeciego miesiąca noworodka; równocześnie następuje zrost ich z resztą górnej szczęki po obydwu stronach. W dalszym rozwoju szczęki górnej odgrywają główną rolę czynniki fizjologiczne, czynnościowe, jak to dobitnie udowadnia Körbitz.

Pominę wpływ i znaczenie podniebienia twardego w fizjologicznym rozwoju człowieka. Zastanowimy się natomiast nad patologicznie zmienionym podniebieniem, wywołującym szereg objawów klinicznych.

Wśród podniebień uległych zmianom wstecznym wybija się na pierwsze miejsce podniebienie wysokie. O tem podniebieniu będzie przeważnie mowa w odniesieniu do osobników młodych, między 7-mym miesiącem życia, aż do czasu ich zupełnego rozwoju. Wysokiem podniebieniem nazywamy to podniebienie, które w stosunku do szerokości łuku szczękowego przekracza miarę wysokości, odpowiadającej skali według Alkana i Fränkla. Wysokiem nie nazwiemy podniebienia wówczas, gdy łuk szczękowy jest szeroki i kość szczękowa odpowiednio rozwinięta. — Jeśli przyjmiemy jako podstawę pomiaru szerokości liczbę 100, licząc poprzeczną szerokość łuku szczękowego wewnętrznego brzegu dziąsła pomiędzy drugim zębem przedtrzonowym, a pierwszym trzonowym, to wysokość wynosi u noworodka 43·1, u dzieci 43·5, a u dorosłych 45·7 w stosunku do szerokości, wyrażonej w podstawowej liczbie 100. A więc nazywamy to podniebienie wysokiem, którego wysokość przekracza liczbę przeciętną dla danego wieku. Wysokość ta jest uzależnioną w pewnym stopniu od budowy części twarzowej czaszki. Są wąskie i szerokie twarze „leptoprosopy“ i „chamaeprosopy“.

Na Zjeździe kraniometrycznym we Frankfurcie zgodzono się na sposób mierzenia kośćca twarzowego według wskazówek Kollmanna. Według niego mierzy się wysokość kośćca twarzy od środka szwu nosoczółowego do dolnego brzegu wyrostka zębodołowego pomiędzy obydwoma górnymi zębami siecznymi. Szerokość oznacza się według najbardziej wysuniętych obydwóch wyrostków jarzmowych. Beutzen poczynił pomiary na przeszło 200 osobnikach według wskazówek Kollmanna i podał jako granicę między wąsko- a szeroko twarzowcami liczbę 50. Przekraczając liczbę 50·1 należą do wąskotwarzowców (leptoprosopów),

od 50 wstecz należą do szerokotwarzowców (chamaeprosopów). Pomiary te mają o tyle dla nas znaczenie, że pozwalają wnioskować o formie i pojemności jam twarzowych.

Burer stwierdził na przeszło 500 czaszkach u ludzi zdrowych z całkowitem uzębieniem to ustosunkowanie się zewnętrznych kości twarzowych do jamy nosowej kostnej i podniebienia twardego.

U wąskotwarzowców natrafiamy na podniebienie wysokie. Pytanie, czy wysokie podniebienie wpływa na tworzenie się wąskotwarzowości, czy też na odwrót, nie jest na ogół dostatecznie rozstrzygnięte. Faktem jest natomiast, że wysokie podniebienie powoduje u dzieci w przeważnej liczbie zбочenie przegrody kostnej nosowej, jednak nie przed 7-mym rokiem życia. Spostizegane przed 7-mym rokiem życia jest pochodzenia urazowego.

Niemal wszyscy badacze na tym polu jak Körbitz, Zieliński, Schröder, Angle, Schröder-Benseler, Bartel i wielu innych stwierdzali i stwierdzili, że najczęstszym towarzyszącym objawem klinicznym, a brzemennym w ciężkie następstwa wysokiego podniebienia jest oddychanie ustami zamiast nosem. Pominę wszystkie „pro” i „contra”, jakie różni autorowie przytaczają, celem udowodnienia, czy oddychanie ustami powoduje wysokie podniebienie, czy też naodwrot wysokie podniebienie zmusza dzieci do oddychania ustami.

Wysokie podniebienie można oddziedziczyć i można je nabyć. Wąskość kośćca twarzowego napotyka się nieraz jako wadę oddziedziczoną u wielu osobników jednej rodziny, przyczem nietylko podniebienie jest wysokiem, ale cały kościec czaszki i reszty szkieletu nosi na sobie znamiona t. zw. *habitus phthisicus*. Pomijając znaczenie rozpoznawcze wysokiego podniebienia oddziedziczonego w odniesieniu się do całego kompleksu zбочenie ustrojowych, zajmować będziemy się przeważnie podniebieniem wysokiem nabytem i jego następstwami.

Nabyte podniebienia wysokie powstają częstokroć wskutek bardzo nieznacznych zmian patologicznych w jamie ustnej i w jej sąsiedztwie, które — powodując powstawanie tegoż — wpływają znowu ujemnie na rozwój sąsiednich części składowych kośćca twarzowego; powodują one zarazem zaburzenia czynności fizjologicznych, wpływając ujemnie na dalszy rozwój podniebienia i uniemożliwiając mu spełnienie zadania fizjologicznego.

Ustami oddycha się wtedy, jeśli wskutek zmian patologicznych, droga, którą przechodzi strumień powietrzny normalnie do organizmu, przestała być drożną. Zmiany, wywołujące ten sposób oddychania, mogą występować bądźto obustronnie jednakowo silnie lub w rozmaitem nasileniu, bądźto tylko jednostronnie. O ile oddychanie odbywa się nosem, działają fizjologiczne czynniki, mające decydujący wpływ na tworzenie się podniebienia, a które — wzajemnie, wpływając na siebie — podtrzymują równowagę w budowie kośćca twarzy. Czynniki te są przeważnie język, mięśnie otaczające jamę ustną, łuki szczękowe i ich składowe części: zęby, a przedewszystkiem ujemne ciśnienie powietrza w jamie ustnej w stanie względnego jej spokoju, nieczynności.

Ciśnienie ujemne, jak i inne czynniki, przyczyniające się do kształtowania kośćca twarzowego, powstaje i działa w jamie ustnej, gdy takowa znajduje się w stanie względnego spokoju. Przy zamkniętych ustach leży język biernie wśród szczęk i opiera się silnie o rzędy zębów i wyrostki szczękowe. W miejscu, odpowiadającym granicy podniebienia miękkiego i twardego wytwarza się próżnia, wskutek której ta część podstawowa języka wsysa się w podniebienie, a to na skutek powstałego ciśnienia ujemnego; język zaś wraz ze szczęką dolną są podtrzymywane w swej pozycji nie siłą mięśni i ścięgien, lecz głównie wskutek działania ciśnienia ujemnego w jamie ustnej. Oprócz tej głównej próżni w jamie ustnej są jeszcze dwie małe próżnie: jedna między przednimi zębami siecznymi, a wargami; druga między policzkami, a zębami trzonowymi. Z tych pierwsza powoduje ucisk warg na zęby przednie i łuki szczękowe przednie, druga powoduje wssanie się policzków między powierzchnie trące zębów trzonowych. Tym siłom, działającym od zewnątrz na podniebienie i łuki zębowe przeciwdziałają język, oraz szczęki z pełnym szeregiem zębów. A więc w stanie fizjologicznym jamy ustnej znoszą się nawzajem te czynniki, przeciwnie działające.

Jeśli się natomiast oddycha ustami, natenczas to ciśnienie ujemne w ustach znika, język odzepia się od podniebienia, opada i leży biernie wśród łuku szczękowego dolnego, a tem samym ucisk języka wywierany na podniebienie i łuk szczękowy górny ustaje; części miękkie policzków przez otwarcie ust napinają się mocniej i wywierają silniejszy nacisk na łuk szczęki górnej w kierunku osi poprzecznej. A ponieważ ten nacisk na łuk szczęki górnej stale się utrzymuje, a język w takich warunkach tego ucisku więcej nie znosi, przeto przychodzi z czasem do ciśnienia łuku górnego, wraz z szeregiem zębów w kierunku osi poprzecznej od policzka do policzka, podniebienie załamuje się ku górze, a cały łuk zębowy, wraz z wyrostkiem szczękowym wydłuża się w kierunku osi strzałkowej. Zęby przednie wysuwają się ku przodowi, sterczą bądźto wskutek zwężenia się względnie wydłużenia przedniej części łuku szczękowego, bądźto dlatego, że wskutek zniesienia ciśnienia ujemnego w tej części ust odpada działanie warg, które nawet dla ułatwienia oddychania lekko się unoszą i od zębów odstają.

Następstwa oddychania ustami są częstokroć bardzo poważne. Przy oddychaniu nosem styka się wdechiwane powietrze z wielką powierzchnią błony śluzowej, małżowin i przegródy nosowej, przezco nabiera wilgoci i ogrzewa się do $\frac{5}{9}$ części ciepła organizmu. Przytem zatrzymują się tu większe ciała stałe, znajdujące się w prądzie powietrza, mniejsze przyklepiają się na błonach śluzowych, a te cząstki, które dostaną się przez kość sitową do głębszych dróg oddechowych wysuwają na zewnątrz przybłonki migawkowe. Jeśli kto zatem oddycha ustami, nie nosem, przeto odpadają te czynniki, oddziałujące zapobiegawczo. Czynniki chorobotwórcze mają drogę otwartą wprost do przelyku, krtani i płuc. Przez stałe działanie i napływ czynników chorobotwórczych ulegają błony śluzowe z czasem zmianom chorobowym przewlekłym. Z powodu powolnego zaniku działalności narządu powonienia narażony jest dany osobnik na wdychanie ewentualne gazów szkodliwych lub nawet trujących. Strumień po-

wietrza, wdychiwany drogą ust wysusza jamę ustną, przez co obniża się znacznie poczucie zmian ciepłoty i smaku.

Krażenie krwi w czasie może także ucierpieć. Przy oddychaniu nosem wpływa wdech każdorazowo wypróżniająco na żyły sitowe, a również na spłot zatoki jamistej (*plexus cavernosus*) i zatokę strzałkową (*sinus sagittalis*). Przy oddychaniu ustami wytwarza się przekrwienie żylnie opon, których żyły są przepełnione powstrzymaną krwią żylną, a które daje się odczuć jako ucisk wśródczaszkowy, zajęcie przytomności, bóle głowy. — W następstwie nieczynności błony śluzowej nosa przychodzi zwolna do zaniku teje; kości nosowe ulegają temu samemu losowi. Zmiany te patologiczne, występując w wczesnym wieku powodują niedorozwój kości nosowych w stosunku do reszty kośćca twarzy (*hypsisstaphilia*). U osobników oddychających ustami opada język wśród snu ku tyłowi, powodując chrapanie; chrapanie to nie powstaje jednak wskutek drgań podniebienia miękkiego, lecz wskutek drgań nagłośni i podstawy języka.

W razie obecności wegetacji adenoidalnych we „fovea Rosenmülleri“ mogą też rozwinąć się nieprzyjemne następstwa. Wiadomą jest rzeczą, że w okolicy tej znajduje się ujście trąbki Eustachego; przy każdym akcie połykania otwiera się ujście trąbki Eustachego i zawartość trąbki w postaci śluzu może swobodnie odpływać. Jeśli jednak te dolki Rosenmüllerowskie są wypełnione wyrosłami gruczołowatymi (adenoidami) i zamykają światło trąbki Eustachego, w takim razie strumień powietrzny, wpadający ustami, a nie nosem, jeszcze bardziej zacieśnia ujście to tak dalece, że wydzielina z wnętrza trąbki nie ma możliwości odpływu do przełyku. — Podobnie się rzecz ma z wyrównaniem ciśnienia powietrza na błonę bębenkową ucha. Błona bębenkowa zaczyna także z czasem ulegać wpływowi szkodliwym; w następstwie może się wywiązać znaczna głuchota bez następstw zapalnych w uchu środkowym.

Następnym, często spotykanym, objawem patologicznym u oddychających ustami są zmiany w płucach. Zmiany te rozwijają się przeważnie wśród snu. Śpiący z otwartymi ustami niema w jamie ustnej ciśnienia ujemnego, które znosi w wielkiej części ciśnienie atmosferyczne; ślup powietrzny cięży przeto z wielką siłą i wywołuje reakcję ze strony płuc, które chcą wydalić ze siebie masy powietrza zużytego. Tem samym są płuca zmuszone do szybszego wydechania i wdychania, co zaś pociąga za sobą płytkość oddechów; z tegoż powodu dolne części płuc i te najdalsze i najdrobniejsze zakątki nie są należycie zaopatrywane w odżywcze ilości powietrza. W następstwie tego płytkiego, a prędkiego oddychania nie może się klatka piersiowa należycie rozwinąć. Przez to cierpi i serce. Osobnik taki łatwo się męczy, pod górę nie pójdzie bez przystawania. Dzieci zaś — bo tu przeważnie mowa o dzieciach — źle się w całości rozwijają. Niektórzy autorzy uważają oddychanie ustami jako moment usposabiający do gruźlicy płuc. Bardzo rażącym okolicznością jest wygląd takich dzieci. Usta ciągle otwarte, górna warga odstająca, górne zęby przednie znacznie naprzód wysunięte, dolna szczęka w stosunku do górnej wygląda jakby cofnięta wstecz; wskutek zniesienia wessania się policzków między trzonowce, otwory ślinianek są stale otwarte, ślina, ciągle się wydzielająca, spływa stale zwolna z ust na zewnątrz. Niedrożność nosa wywołuje zastój czynności błon śluzowych, przychodzi do zmian wstecz-

nych; ciągle napływ drobnoustrojów wywiera wpływ szkodliwy na błonę śluzową; powstaje z tego niemiły zapach z nosa i ust, głos brzmi bezdźwięcznie, bo mu brak rezonansu. Chory taki robi wrażenie jednostki niedołożnej, ospałej, obojętnej na otoczenie.

Także przewód pokarmowy cierpi często u takich osobników. Chory bowiem musi często podczas jedzenia żucie przerywać, by równocześnie ustami oddychać. Jedząc przeto dorywczo, nie może dostatecznie przepoić śliną pokarmów; powtórę, jedząc prędko, nie może dobrze żuć wskutek wadliwie, nieprawidłowo ustawionych szeregów zębów względem siebie. Chorego takiego męczy poprostu jedzenie i myśl o jedzeniu, skutkiem tego unika też jedzenia; mięśnie, nie biorące dostatecznego udziału w akcie żucia, tracą na swoim fizjologicznym napięciu, skutkiem tego cierpią znów ślinianki z powodu braku bodźca. I to koło toczy się dalej. Narząd trawienia cierpi, powodem czego złe odżywianie i ogólne osłabienie. W ten sposób mamy przed sobą *circulus vitiosus*, szeroko zatoczony.

Nie zawsze jednak występują powyżej opisane zmiany wskutek wysokiego podniebienia. Widzimy nieraz jednostki z wszystkimi zmianami i nosa i podniebienia i nieprawidłowego ustawienia zębów, a następstw klinicznych brak. Są to wyjątki jakkolwiek dość często napotymane.

Zabiegami ortopedycznymi w jamie ustnej można zawsze wysokie podniebienie w znaczeniu patologicznym doprowadzić do stanu normalnego. Tem samym można przywrócić nosowi jego drożność powietrzną, usunąć oddychanie ustami, a tem samym oswobodzić chorego z jego wszystkich dolegliwości, z tym stanem połączonych. Wobec tego jednak, że oprócz podniebienia normalnego i źle ustawionych zębów, ulegają zmianom pokrewne narządy, powinien specjalista-ortopedysta jamy ustnej oddać równocześnie chorego w opiekę specjalisty laryngologa, rhinologa, otologa, internisty, względnie chirurga.

Wysokie podniebienia, powstające nagle wskutek urazu, podlegają wspólnemu leczeniu ortopedysty jamy ustnej i chirurga.

Leczenie ortopedyczne wymaga wiele staranności, cierpliwości, dokładnej znajomości rzeczy, a przede wszystkim lekarskiego sposobu myślenia.

Na znaczenie wysokiego podniebienia zwrócono baczną uwagę w Stanach Zjednoczonych, Anglii i Niemczech, gdzie lekarze-specjaliści mają za obowiązek przy wpisach do szkół oglądanie podniebień wstępujących dzieci do szkół, a w razie stwierdzenia takowego wraz z patologicznymi następstwami zmuszania takich dzieci do leczenia się pod rygorem wydalenia ze szkoły.

DZIAŁ SPRAWOZDAŃ I STRESZCZEŃ¹⁾.

Kierownik działu: DR. HENRYK ALLERHAND.

Anatomja.

14.2 — Bönheim Erich dr. med. dent.

Trójkąt pozatrzonowcowy. —

Cor. f. Z. 1922. Zeszyt 2; 72—84
i zeszyt 3; 84—101 ryc. 27.

W obszernej pracy przeprowadza B. badanie nad powstaniem trójkąta pozatrzonowcowego i dochodzi do następujących wyników:

Przednia krawędź gałęzi wstępującej zuchwy zmienia się pod wpływem wykluwających się zębów. Krawędź dośrodkowa nie rozwija się w równej mierze jak krawędź zewnętrzna i przeobraża się. Zewnętrzna krawędź pierwotna pozostaje w dalszym rozwoju jako krawędź jedyna, tworząc krawędź przednią gałęzi wstępującej (margo anterior). Jej przedłużeniem jest „linea obliqua“ zewnętrzna. Linja ukośna wewnętrzna przeobraża się pod wpływem działania mięśni i wykluwających się zębów. Autor rozróżnia przy niej 3 odcinki: 1) crista temporalis, 2) odcinek środkowy, zmieniający się pod wpływem wykluwających się zębów, 3) odcinek dolny: linea mylohyoidea.

Przedłużenie listewki zębowej prowadzi w okolice położone między krawędzią skroniową i kanałem zuchwowym. Zęby przemieszczone spotykamy więc w tej okolicy. Kuśrodkowo od linii ukośnej zewnętrznej i od brzegu przedniego (margo anterior) tworzy się zagłębienie pozatrzonowcowe (fovea retromolaris). Odpowiada ono dawnej przedniej stronie gałęzi wstępującej. — Wyniki badań podaje autor jako dotychczasowe, które zamierza jeszcze później uzupełnić. — W ry-

cinie ostatniej podaje autor bardzo ciekawy preparat przemieszczonego zęba, który się wyklął ponad otworem zuchwowym, przyczem korona zwrócona jest w kierunku wyrostka skroniowego, korzeń zaś w kierunku otworu zuchwowego. *Cieszyński.*

Patologia i terapia.

24.600 — *Petzel*. Gruczole dokrewna i nieprawidłowości szczęk i zębów. D. m. W. 1922/7 p. 231.

Nic oryginalnego; dużo nazwisk — mało treści.

30.3 — *Rosenthal*. Kliniczne badania uzębienia u dzieci gruźliczych. (Zft. f. Stom. 1922/1.)

Autor badał dzieci austriackie i niemieckie umieszczone w roku 1920 w Davos i wyniki badań swoich ujmuje w sposób następujący: 1) w uzębieniu niema cech charakterystycznych dla gruźlicy, 2) gruźlica nie upośledza ząbkowania w jego przebiegu czasowym; nieprawidłowości ustawiania zębów są częste, 3) niedokształcenia szkliska są częstsze niż w warunkach prawidłowych (17.8% przeciw 4-13%), 4) odcinek próchnicy nie jest większy, 5) tak zwana „próchnica okrężna“ (caries circularis), uważana przez Neumanna za następstwo gruźlicy, a przez Feilera krzywicy, nie znachodzi się w czasie drugiego zębowania, 6) podany przez Möllera rąbek czerwony lub siny na brzegu dziąsła niema dla gruźlicy znaczenia ani rozpoznawczego ani rokowniczego.

23.60 — *Watson*. O ziarniniakach zębowych. (Rev. de Stom. XXIV 1922/1.)

Autor, prof. stomatologii na uniwersytecie w Montpellier, zastanawia

¹⁾ Sprawozdania nie podpisane przez referenta są napisane przez kierownika działu dr. H. Allerhanda.

się nad sprawą względną częstości ziarniniaków wierzchołkowych i rzadkością torbieli i stara się wytłumaczyć ten stosunek badaniami histologicznymi wyluszczonych ziarniniaków wraz z korzeniami, przyczem dochodzi do wniosku, iż torbiele małe są względnie częste, lecz ulegają często zropieniu a utrzymują się tylko nieliczne znacznie większe rozmiarów. Wskazania lecznicze, wysnute przez autora, nie polecają wyjęcia zębów, nad których wierzchołkami radiografia wykazuje wyjaśnienia, z obawy, iż zabieg taki mógłby pozostać niezupełny z powodu oderwania się ziarniniaka względnie torbieli, pozostania w głębi zębodołu i podtrzymywania dalszej sprawy zapalnej, ani też odcięcia wierzchołka korzeni jako „operacji“, na którą nie możemy chorych naszych często narażać. Natomiast wychodząc z założenia, iż ziarniniaki nie zmieniają się nigdy w torbiele, lecz są wyrazem odczynu obronnego kości szczękowej, poleca zabiegi zachowawcze, zmierzające do wyleczenia zębów zakażonych.

(Uwaga sprawozdawcy: To postawienie sprawy przez autora musi według obecnego stanu rzeczy uważanym być za przestarzałe i błędne; odnosi się to zarówno do definicji ziarniniaków jak i do wskazań leczniczych).

24.66 — *Jacques*. Podostre zapalenie kości i okostnej szczęki górnej pochodzenia zębowego. (Rev. de Stom. XXIV 1922/1.)

W szeregu studjów nad patologją szczęk zajmuje się autor podostrem zapaleniem kości i okostnej szczególnie w szczęce górnej, wychodząc z założenia, iż patologia obu szczęk, górnej i dolnej znacznie się różni. Przykładem niech służy tylko fakt, iż rozległe nawet obrażenia szczęki górnej goją się zupełnie zadowalniająco, podczas gdy obrażenia szczęki dolnej łączą się

często z powikłaniami miejscowymi lub odległymi. Autor spostrzegł częstoć obraz chorobowy zapalenia szczęki górnej, stanowiący przejściową postać między torbielą korzeniową, do której jest zbliżona przebiegiem klinicznym, a ostrem zapaleniem szczęki, od którego się różni podostrem przebiegiem. Wywody swoje ilustruje pięciu historjami chorób i definiuje opisywane schorzenia anatomicznie jako obrzęk zapalny przewlekły okostnej szczęki, połączony z martwicą, tudzież nowowytwarzaniem kości. Przyczynę stanowią zęby, zakażone drobnoustrojami o osłabionej jadowitości. Leczenie operacyjne: wyjęcie zęba lub odcięcie wierzchołka.

23.620 i 24.66 — *Thésée*. Naturalne wypadnięcie zęba mlecznego powodem śmierci krwawca. (Rev. de Stom. XXIV. 1922/1).

Opis przypadku śmierci ze skrwienia chłopca dziesięcioletniego po wypadnięciu drugiego trzonowca mlecznego dolnego. Mimo zastosowania wstrzykiwań surowicy, żelatyny i ergotyiny chłopiec, pochodzący z rodziny krwawców, zmarł w kilka dni po wypadnięciu zęba.

Nawiązując do tego przypadku poleca autor leczenie zalecane przez Weila, polegające na systematycznych wstrzykiwaniach „hemostylu“ kilka razy miesięcznie przez przeciąg kilku miesięcy, celem sprowadzenia zmiany w zdolności krzepnięcia krwi; prócz tego leczenia zapobiegawczego zaleca wstrzykiwania podskórne 5% wody peptonowej tudzież przetoczenie krwi, a w zmianach wydzielania gruczołu tarczowego odpowiednie przetwory narządolecznicze (hematotyroidyna).

25.35. — *Guilly*. Nadżerki zębowe i nieprawidłowości szczęk

i zębów; ich związek z kiłą dziedziczną. (Rev. de Stom. XXIV. 1922/2).

Od czasu Hutchinsona, a dzięki głównie pracom Fourniera odgrywa kiła dziedziczna dominującą rolę w etiologii nadżerek zębowych; przytem jednak i inne czynniki, jak ostre choroby zakaźne narządu oddechowego i pokarmowego i i., występujące w czasie zwapnienia zębów i upośledzające je, mogą stać się powodem nadżerek, których najwybitniejszym typem są t. zw. zęby Hutchinsonowskie. Z innych zniekształceń znachodzą się: microdontia, najczęściej siekaczy górnych środkowych, rozmaitego stopnia, tudzież brzoźdy poprzeczne. Również znaleźć można macrodoncję, lecz rzadziej niż np. u matolków; dotyczy ona głównie górnych siekaczy. Wreszcie zmiany postaci zębów: zęby kształtu kołka, siekiery, rogu, tudzież różne ukształtowanie guzków na koronie.

Podobnie jak zęby, tak i szczęki ulegają zmianom przy kile dziedzicznej: zuchwa przybiera nadmiernie wielkie kształty i wychodzi przed szczękę górną w przeciwieństwie do stosunków prawidłowych, w szczęce górnej daje się zauważyć zanik kości międzyszczękowej, skutkiem którego siekacze obu szczęk przy zamknięciu ust nie dotykają się. Częstokroć znajdują się nadmierne rozstoje pomiędzy zębami, mające swe źródło w zniekształceniu kości szczękowych.

Wszystkie te zniekształcenia zębów i szczęk nabierają jednek dopiero znaczenia patognomicznego w związku z innymi objawami kily dziedzicznej: głuchotą, zapaleniem rogówki (trójca Hutchinsona).

24.32 — *Coastaing*. Zapalenie gruczołów chłonnych podbródkowych. (Rev. de Stom. XXIV 1922/2).

Przypadek kazuistyczny, w którym przy sprawie ropnej zęba mądrości dolnego, istniał znaczny obrzęk nie tylko gruczołów chłonnych podszczękowych, lecz także podbródkowych, co tłumaczyć należy nieprawidłowością sieci naczyń limfatycznych w danym przypadku.

27.7. — *Vincent*. Przypadek tocznia dziąsłowego. (Rev. de Stom. XXIV. 1922/2).

U 38-letniej nauczycielki przeszedł tocznie nosa na błonę śluzową dziąsła prawdopodobnie skutkiem przewlekłego urazu paznokciem palca wskazującego przy każdorazowym zdejmowaniu dostawki zębowej.

31.5. — *Loos*. Upośledzenia czucia w obszarze nerwu bródkowego. (Zft. f. Stom. XX. 1922/2).

Opis przypadku zupełnego znieczulenia w obszarze nerwu bródkowego u kobiety 54-letniej, spowodowanego uciskiem torbieli korzeniowej wielkości fasoli pochodzącej od dwuguzkowców; Ucisk taki powoduje bezkrwistość i następowe zwyrodnienie włókien osiowych i zwyrodnienie w kierunku obwodowym. Rokowanie jest dobre, gdyż po usunięciu przyczyny upośledzenie czucia ustępuje, choć czasem dopiero po dłuższym przeciągu czasu.

Z innych powodów upośledzających czucie w obszarze nerwu bródkowego należy wymienić:

1. Zranienie nerwu przy operacjach w okolicy dwuguzkowców i kłów. (Obcięcie korzeni, wydłutowania, operacje torbieli).

2. Przerwanie nerwu przy wyjęciu trzonowców.

3. Uszkodzenia przy wykonaniu znieczulenia przewodowego w okolicy otworu zuchwowego.

4. Uszkodzenia przez arsen.
5. Histerja.
6. Rozdarcie, nagniecenie, naciągnięcie nerwu przy złamaniu żuchwy.
7. Zapalenie nerwu na tle zakaźno-toksycznym przy sprawach ropnych w okolicy otworu bródkowego.
- (8. Przy zapaleniu szpiku kostnego trzonu żuchwy [dopisek Red.]

39.52. — *Hauer*. Sprawozdanie o rozcynie jodowym Pregla. (Zft. f. Stom. 1922/3.)

Sprawozdanie zbiorowe obejmuje zarówno własne wyniki autora, jakoteż wyniki innych, przedewszystkiem chirurgów i położników. Rozczyn Pregla działa dzięki powoli wytwarzającemu się w statu nascendi jodowi i jego własnościom odkażającym. W chirurgji oddaje dobre usługi do tamponowania ran, przepłukiwania ich i do zanurzania części przeznaczonych do przeszczepiania. Wstrzykiwany śródżylnie w dawce od jednego do czterystu cm sześciennych dał wprawdzie szereg pomyślnych wyników przy posocznicy, grypowem zapaleniu płuc, śpiączkowem zapaleniu mózgu, zapaleniu miedniczek nerkowych, otrzewnej, gorączce połogowej i i., lecz z drugiej strony wywołał liczne zejścia śmiertelne z powodu obfitych skrzepów.

31.5 i 31.1 — *Loos*. Porażenie nerwu trójdzielnego i twarzowego pochodzenia zębowego. (Zft. f. Stom. XX. 1922/3.)

Opis rzadkiego a interesującego przypadku porażenia nerwu twarzowego po stronie prawej i trójdzielnego po stronie lewej tudzież trzeciej gałęzi trójdzielnego po stronie prawej; porażenie to było wywołane zmianami zapalnymi zębodołów skutkiem nieodpowiedniego leczenia zębów przez technika dentystycznego i polepszyło się

znacznie po wyjęciu wzgl. odcięciu wierzchołków chorych zębów.

39.223. — *Klein*. O amylnitrycie Zft. f. Stom. XX. 1912/3.)

Przypomnienie własności znieczulających tego środka.

Chirurgja, Stomatologia operacyjna.

27.64. — *Küttner*. Sprawozdanie z 226 przypadków raka błony śluzowej jamy ustnej. M. M. W. LXIX. 1922. 771.

Statystyka: W zestawieniu tem znajduje się 155 przypadków raka języka, 35 dna jamy ustnej, 15 błony śluzowej policzków, 12 podniebienia i 49 błony śluzowej migdałków.

Histologicznie przedstawiały się te przypadki jako złożone z przyblonków płaskich z mniej lub więcej znacznym zrogowaceniem, w dwóch tylko przypadkach znaleziono raka gruczolowego. Płeć męska przeważała znacznie nad żeńską: 81% mężczyzn, 19% kobiet; wiek najczęstszy: u mężczyzn druga połowa piątego dziesiątka lat, u kobiet pierwsza czwartego.

Pod względem etiologicznym znaleziono czynniki dobrze znane: 43% chorych było silnymi palaczami, 22% wyłącznie mężczyźni, miało prócz raka lepieże; przymiot stwierdzono z pewnością tylko w 15¹/₂%, 2% chorych było znanymi pijakami. W wielkim odsetku przypadków, mianowicie 33% stanowił przyczynę przewlekły uraz; ostre brzegi próchnicowych zębów i ucisk dostawek. W większości przypadków była jama ustna zaniedbana. Okoliczne gruczoły chłonne były bardzo wcześniej zajęte.

Zabieg: 61% przypadków zostało poddanych zabiegowi doszczętnemu, ty powemu według zasady: „małe raki — wielkie zabiegi“, wykonywanemu z reguły w znieczuleniu miejscowem, dzięki któremu udało się obniżyć śmiertelność do 4.4%, podczas gdy dawniej wyno-

siła 14⁰/₀. Przy każdym zabiegu wyłuszcza K. zasadniczo po obu stronach wszystkie gruczoły chłonne, podbródkowe, podżuchwowe i szyjne, tudzież gruczoły ślinne podszczękowe, z jednego wielkiego cięcia krzyżowego w środku szyji. Przepiłowaniem zuchwy wykonuje w drugim zabiegu, by nie stwarzać odrzutu komunikacji między wielką raną na szyji a jamą ustną.

Dalsze losy operowanych przedstawiały się następująco: żyło dłużej niż 3 lata 19⁰/₀, dłużej niż 5 lat 15⁰/₀, dłużej niż 8 lat 10⁰/₀, powyżej 10 lat 3.8⁰/₀, powyżej 14 lat 2.5⁰/₀. Nawroty bywały zwykle miejscowe. Z powodu wyłuszczenia wszystkich gruczołów chłonnych, nawet niemacalnych, obniżył się odsetek nawrotów gruczołowych do 11⁰/₀ w przeciwieństwie do dawniejszych 39⁰/₀.

Rak jamy ustnej jest jednym z najmniejbezpieczniejszych; byłoby bardzo pożądane umożliwienie stosowania na wielką skalę leczenie radem, podobnie, jak to się dzieje w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

W każdym przypadku podejrzenia raka jamy ustnej należy w znieczuleniu miejscowem wykonać wycięcie próbne, i po stwierdzeniu rozpoznania, jak najrychlej dołączyć zabieg doszczętny, by nie tracić czasu na nieracjonalne sposoby rozpoznawcze i lecznicze. Nawet w przypadkach raków początkujących należy operować jak najradykałniej, usunąć wszystkie gruczoły i nie czynić żadnych koncesji na rzecz kosmetyki. To właśnie doszczętne usunięcie wszystkich gruczołów i wykonywanie zabiegu w znieczuleniu miejscowem stanowią wielki postęp techniki operacyjnej.

31.5. — *Payr.* Lipsk. O rozpoznaniu przyczyn i planie leczenia nerwobolu nerwu trójdzielnego. *MMW.* LXVIII 1921; 1039.

W artykule przeznaczonym dla ogólnych praktyków i dla specjalistów powołanych do znalezienia ewentualnych przyczyn nerwobolu objawowego, wymienia P. na podstawie bogatego doświadczenia osobistego rodzaje i przyczyny nerwobolu i uzasadnia racjonalny, metodyczny plan leczenia.

Dzieli nerwobole na ostre i przewlekłe, przytem na objawowe i samoistne, obwodowe i środkowe.

O prawdziwym nerwobolu mówimy, gdy mimo użycia wszystkich rozporządzalnych sposobów badania nie zdołamy wykryć żadnej przyczyny anatomicznej, mechanicznej, zapalnej, toksycznej; w innych przypadkach lepiej jest użyć określenia „bole nerwobolowate“ (neuralgieähnlicher Gesichtschmerz).

1. Ostro nerwoból towarzyszy często chorobom zakaźnym (grypa, zimnica, dur, czasem ostro niezbyt nosa, niezbyt sienny).

2. Przy postaciach objawowych ustępuje okres ostro nerwobolu na plan dalszy wobec podstawowego cierpienia, natomiast dla form przewlekłych znamy następujące przyczyny:

a) choroby zębów i szczęk (stany zapalne, zęby zatrzymane, wyrośnięte kostne, drzazgi kostne po wyjęciach zębów, tętniaki tętnicy zuchwowej, zmiany kości szczęk bezzębnych (nerwobole u osób bezzębnych), torbiele szczękowe, nowotwory),

b) choroby nosa (obrzknięcie śluzówki nosowej), zatok bocznych, zwłaszcza szczękowej i czołowej,

c) unieruchomienie i ucisk gałęzi nerwowych w bliznach kostnych po złamaniach podstawy czaszki, zapaleniu kości (przymiot, gruźlica), nowotworach (n. p. kostniakach zatok czołowych), ogólny przerost kostny ze zwiększeniem przewodów nerwowych u podstawy czaszki,

d) choroby ucha i powikłania (zapalenie ucha środkowego, perlaki, ro-

pnie nadoponowe i płatu skronio-
wego),

e) choroby oczu (nieprawidłowo-
ści refrakcji, zapalenia spojówki, tę-
czówki, jaskra),

f) zranienia i schorzenia mózgu
i jego opon, kiła, wiał rdzenia, stwar-
dnienie rozsiane, zapalenie opony twar-
dej, guzy mózgu (guzy nerwu słucho-
chowego w kącie mózdkowo-mosto-
wym i u przysadki, torbiele, pasożyty,
pociski, tętniaki),

3. Przy postaciach samodzielnymi
trzeba śledzić za chorobami przemiany
materji: cukrzyca, dna, również za-
truciami: ołowiem, wysokiem, niko-
tyną, rtęcią, arsenem. Zwapnienie tę-
tnic zdaje się też mieć związek niezuo-
pełnie jeszcze wyjaśniony z tem cier-
pieniem (starszy wiek, mężczyźni czę-
ściej niż kobiety). Bardzo ważną rolę od-
grywają: przewlekłe zatrzymanie stolca,
tudzież miejscowe choroby kiszczi od-
chodowej: szczeliny, zapalone guzy
krwawnicze, przetoki, ukleje; część
chorych rekrutuje się z dziedzicznie-
konstytucjonalnych neuropatów, czaso-
sem historyków. Czasem są bole po-
krywką głodu morfinowego.

Przy ustaleniu przyczyny cierpienia
winni dotyczący specjaliści jak najry-
chlej przeprowadzić dokładne ba-
danie celem ustalenia rozpoznania
przyczynowego i nie marnotrawienia
czasu na bezcelowe próby
lecnicze. Ważne znaczenie ma badanie
promieniami Roentgena, odczyn Was-
sermanna, tudzież dokładna znajomość
klinicznego przebiegu choroby.

Ustalenie planu leczniczego
zależy od rozpoznania; wielkim błę-
dem jest brak planu i chaotyczność
w doborze środków leczniczych, tu-
dzież zarówno brak wytrwałości przy
stosowaniu środków uznanych za od-
powiednie, jak również przesadnie dłu-
gie stosowanie ich, wreszcie nieodpo-
wiednia kolejność w doborze środków.

Ostre postaci leczą się ła-
two: środki napotne, spokój, unika-
nie zaziębienia. Przytem chinina, aspi-
ryna, piramidon, fenacetyna, atofan,
zwłaszcza w kombinacjach. Należy te
wypróżnienie jest bardzo ważne.
Leczenie fizykalne obejmujące:
kąpiele elektryczne, tusze gorące, dja-
termję, kąpiele słoneczne, mięsienie po-
maga przy formach podostrych, za-
wodzi natomiast zupełnie przy prze-
wlekłych.

W leczeniu postaci samo-
istnych należy zachować pewien
system w doborze leczenia, by przez
stosowanie nieodpowiednich nie unie-
możliwić stosowania innych. Racja-
nalny porządek metod lecz-
niczych jest następujący:

1. Leczenie środkami wewnętrznymi:
piramidonem, aspiryną, chininą i i.
Poza to polecany w ostatnich cza-
sach chlorylen, z którym jednak na-
leży być ostrożnym ze względu na mo-
żliwe uszkodzenie nerwu wzrokowego.

2. Leczenie wodami mineralnymi
(Kissingen, Marienbad, Karlsbad).

3. Leczenie przeciwkiłowe, energi-
czne leczenie jodem daje często dobre
wyniki.

4. Próba psychoterapii (sugestia,
hypnoza).

5. Prąd galwaniczny, lecz nie zbyt
długo; gdy po 2—3 tygodniach bez
skutku, należy dalszej galwanizacji za-
niechać.

6. Pojedyncze znieczulenie dotknię-
tych pni nerwowych przez wstrzyk-
nięcie $1/2\%$ nowokainy z adrenalina,
pod silnem ciśnieniem, ewentualnie kil-
kakrotnie powtórzone, daje bardzo do-
bre wyniki zwłaszcza w obrębie I gałęzi.

7. Głęboka radjoterapia działa bar-
dzo dobrze w przypadkach, które nie
były jeszcze leczone wstrzyknięciami
wysokociśnieniowymi, ani operacjami obwodowymi
(blizny).

8. Wstrzyknięcie wysokociśnieniowe 80% :
a) do gałęzi nerwu trójdzielnej obwo-

dowo (I. gałąź), *b*) u podstawy czaszki (II. i III. gałąź) i *c*) do zwoju Gassera.

9. Leczenie operacyjne:

a) wykręcenie gałęzi obwodowych (końcowych, poleca się tylko dla gałęzi I.),

b) wycięcie, lub wykręcenie części w przebiegu danej gałęzi,

c) tensam zabieg u podstawy czaszki u punktu odejścia II. i III. gałęzi, przy użyciu żegadła,

d) wycięcie zwoju Gassera,

e) przecięcie pnia nerwu trójdzielnego u piramidy skalistej.

Przy wyborze sposobów leczniczych należy baczyć, by poważniejsze stosować dopiero po lżejszych, przestrzegać kolejności nieprzeszkadzającej sposobom leczniczym późniejszym, wybierać metody wprawdzie radykalniejsze, lecz dające lepsze wyniki od łatwiejszych lecz mniej efektywnych. Leczenie wewnętrzne stanowi pierwszy etap leczenia, znieczulenie nowokainą i głęboka radjoterapia drugi, a wstrzykiwanie wysokoci i operacja trzeci.

Lekarz, mający do czynienia z przypadkiem nerwobolu twarzowego, powinien pamiętać że:

1. Ostrem formom nie powinno się dozwolić na przejście w przewlekłe i postęp od obwodu ku środkowi.

2. Postacie objawowe winno się rychło stwierdzić odpowiedniemi badaniami i usunąć przyczynę,

3. Należy sporządzić schemat anatomiczny w 2-ech egzemplarzach (z których jeden pozostaje u lekarza a drugi otrzymuje chory) i na nim znaczyć wszystkie ważne szczegóły odnoszące się do cierpienia samego i leczenia.

4. Należy samego chorego uświadomić o ważności systematycznej kolejności w wyborze sposobów leczniczych.

5. Specjaliści, leczący przypadek nerwobolu twarzowego, winni działać

we wzajemnem porozumieniu i przestrzegać racjonalnej kolejności w leczeniu, czem zdołają zapobiedz często powstawaniu postaci całkiem ciężkich.

37.5 — *Sonntag*. Lipsk. Leczenie nerwobolu twarzowego. Kl. Woch. I. 1922. 524, 586.

Nie zatrzymując się bliżej nad istotą samej choroby, jej anatomją patologiczną i symptomatyką porusza S. rozpoznanie i patogenezę tego cierpienia, które przed wojną światową już zwróciło na się baczną uwagę, a w znaczniejszej mierze po skończeniu wojny; głównie jednak omawia autor leczenie cierpienia, przychylając się do wywodów P a y r a o konieczności ustalenia metodycznego planu terapeutycznego.

Według tego, czy znajdujemy dla nerwobolu określoną przyczynę, czy też nie, rozróżniamy nerwoból objawowy i samoistny. Do najważniejszych należą:

a) *Przyczyny ogólne*. Konstytucja, usposobienie do nerwobólów wogóle (gośca, chorób stawów), odgrywa zapewne i w nerwobolu twarzowym wielką rolę, nie wpływając pozatem na leczenie. Pozatem za momenty usposabiające uważać należy: obciążenie neuropatyczne, starszy wiek przedwczesną starość, wycieńczenie, niedokrewność, charłactwo, jak również zwapnienie tętnic, cukrzycę, dnę, wreszcie choroby zakaźne: zimnicę, influencję, czerwonkę, dur, odrę, ospę. Z przewlekłych spraw patologicznych: kiłę, gościec, zatrucia: nikotyną, alkoholem, rtęcią, ołowiem, miedzią, arsenem. Jako objaw samozatrucia należy uważać nerwoból, towarzyszący przewlekłemu zaparciu stolca, czyto samoistnemu, czy też z powodu zmian w kiszce odchodowej: jak zrosty, szczeliny, przetoki, guzy krwawicowe, ukleje. Również schorzenia narządów innych, odległych mogą wywołać ner-

woból, jak np. nerka ruchoma, tyłozgięcie macicy i i. — Wreszcie spotykamy nerwoból przy nerwicach: neurastenji i hysterji, lecz dla tych bólów o pochodzeniu psychogenetycznym lepszą jest nazwa: nerwoból rzekomy.

b) Z przyczyn miejscowych należy rozróżnić przyczyny środkowe, umiejscowione w zwoju Gassera, lub dalej środkowo w przebiegu nerwu lub też w jądrze samem. Z chorób, mogących takie zmiany spowodować, należy wymienić: rozsiane stwardnienie, guzy, ropnie, gruźlicę, kiłę, zapalenie opon, zapalenie kości czaszkowych, drzazgi kostne lub nadmierne bujanie pó złamaniach, zwłaszcza po ranach postrzałowych. Przyczyny obwodowe są nader liczne ze względu na długi przebieg nerwów: zranienia blizny, ciała obce, wyrośłe kostne, zapalenia ropne, gruźlicze, kiłowe, żyłki i tętniaki. Poza tem choroby zębów i szczęk, jak: próchnica, złe wypełnienia, zęby zatrzymane, zębiniaki, drzazgi po wyjęciach zębów, torbiele, wyrośłe kostne, tętniaki tętnicy żuchwowej, zmiany szczęk bezzębnych, drażniące zakończenia nerwowe. Choroby nosa, jak przewlekłe ropienie zatoki szczękowej i czołowej tudzież choroby ucha, jak: zapalenie ucha środkowego, perlaki, ropnie nadoponowe i płatu skroniowego, wreszcie choroby oka, jak nieprawidłowości refrakcji, zapalenia łącznicy, tęczówki, jaskra, też wchodzi tu w rachubę.

Po stwierdzeniu przyczyny nerwobolu należy natychmiast przeprowadzić odpowiednie leczenie; w przypadkach ostrych środki napotne i leczenie fizykalne, w przypadkach pochodzenia psychogenetycznego odpowiednie leczenie sugestywne. Poza tem poleca się w każdym przypadku uregulowania stolca, (2-3 łyżek rycynusu działają czasem cuda), leczenie drożowe, usunięcie ewentualnych zmian w kiszce stolcowej, odpowiednia dieta

przy chorobach przemiany materji, z leków: tonica i sedativa, przedewszystkiem zaś usunięcie zmian miejscowych: blizn, ciał obcych, wyrośli kostnych przez chirurga, zepsutych zębów przez dentystę, ropień zatok bocznych nosa przez laryngologa, zmian w oczach przez okulistę.

Poza leczeniem przyczynowem nerwobolu jest leczenie tego schorzenia zachowawcze (nieoperacyjne) i operacyjne. Do zachowawczego należy leczenie fizykalne, chemiczne, wreszcie radioterapeutyczne; miejsce pośrednie między leczeniem nieoperacyjnym a operacyjnym zajmują wstrzykiwania wysoku.

Do sposobów fizykalnych należą: gorące okłady, gorące powietrze, kąpiele elektryczne, djatermja, mięsienie, elektryczność pod postacią prądu galwanicznego, rzadziej faradycznego, katarforeza, derivantia, środki napotne; z leków używa się najczęściej: antineuralgica: aspiryna, antipirynę, piramidon, trigeminę, lektofeninę, fenacetynę, antifebrynę, atofan, i chininę; dalej hypnotica i narcotica, kombinując z nimi korzystnie również sedativa. Na uwagę zasługuje chlorylen, posiadający elektywne działanie na nerw trójdzielnny.

Radjoterapia (1918 Wilms) daje dobre wyniki i winna być zastosowana przed wstrzyknięciami i operacjami.

Wstrzykiwania należy podzielić na:

a) Wstrzykiwania środków znieczulających ($1/2\%$ nowokainy), lub nawet soli kuchennej (Lang'e), w większych ilościach, od 30-50 cm sz. pod znacznem ciśnieniem. Przytem uzyskuje się podobnie jak przy leczeniu n. p. rwy kulszowej, rozluźnienie, (distensio nerwu),

b) wstrzykiwania środków rozpuszczających tkantę nerwową; względnie niszczących ją, jak fenol, eter, chloroform, lapis, kwas nadosmowy. Payr poleca mieszaninę rozczyntu pep-

syny i rozczyntu Pregla jako środek rzeczywiście rozpuszczający tkankę nerwową. Najczęściej jednak używa się wysoko 70-80% (Schlosser), przy czym należy różnić wstrzyknięcia.

1. Obwodowe,

2. U podstawy czaszki, do II. i III. gałęzi,

3. zwojowe, do zwoju półksiężycowatego (1921 Harris, Haertel).

Leczenie operacyjne stanowi ultimum refugium i obejmuje:

a) Operacje obwodowe, polegające na wykręceniu dośrodkowem dotyczącej gałęzi, które w początkowych przypadkach obwodowych mogą działać leczniczo,

b) operacje u podstawy czaszki, przy czym odszukuje się pozaczaszkowo II. i III. gałąź u podstawy czaszki u wyjścia z otworu okrągłego, względnie owalnego,

c) operacje śródczaszkowe, mające za zadanie wyłuszczenie zwoju Gassera (Krause 1893), lub przecięcie pnia nerwu środkowo od tegoż (Spiller, Frazier), przy ewentualnem oszczędzaniu wiązki ruchowej. Krause przytem nie miał ani jednego przypadku bezskutecznego przy 10% śmiertelności. Payr podaje 5% niepowodzeń, które należy tłumaczyć histerją, umiejscowieniem przyczyny środkowo od zwoju, pozostawieniem drobnych cząstek zwoju przy operacji, nieukończeniem operacji z powodu zapadu itp.

Rozstrzygnięcie między wskazaniem do wstrzyknięcia wysoko a wskazaniem do wycięcia zwoju nie jest łatwe. Wstrzyknięcie zasługuje na pierwszeństwo w przypadkach uporczywych, gdyż zapewnia wyleczenie z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem i może być powtórzone w razie nawrotu, będąc przytem połączone z niebezpieczeństwem znacznie mniejszem. Lecz z drugiej strony ustępuje ono wycięciu zwoju pod względem pewności wyniku, dzieląc z niem niebezpie-

czeństwa porażennego zapalenia rogówki i zbliznowaceń, utrudniających ewentualny późniejszy zabieg operacyjny. Wycięcie zwoju jest więc środkiem ostatecznym w najcięższych przypadkach, nie dających się polepszyć innemi sposobami; lecz nie należy z niem zbyt długo zwlekać, by chory w międzyczasie nie stał się morfinistą, lub by zbyt często powtarzane wstrzyknięcia wysoko nie spowodowały zbliznowaceń, czyniących przyszły zabieg operacyjny ciężkim i niepewnym.

48.1 i 39.412 — Kneucker. Znieczulanie wysokoprocentowemi rozczyntami nowokainy przy wycięciach zębów. („Zft. f. Stom.“ 1922, 1).

Ponowne polecenie nowokainy czteroprocentowej.

Dentystyka zachowawcza.

51.8 — Petit. O wypełnieniach. (Rev. de Stom. XXIV. 1922, 1).

Krótkie uwagi praktyczne o wykonaniu wypełnień przeznaczone dla początkujących, a dotyczące głównie plomb plastycznych: cementowych i amalgamowych.

51.26 — Kronfeld. Trójkrezol-formalina a odcięcie miazgi (amputatio pulpa). (Zft. f. Stom. XX. 1922, 2).

Autor oświadcza się jako bezwzględny zwolennik odcięcia miazgi zębowej w przeciwieństwie do zupełnego jej wycięcia (exstirpatio), tudzież za użyciem trójkrezolu-formaliny do znumifikowania pozostałych miazg korzeniowych.

51.26 — Péter. F. Sprawa obcięcia miazgi. (Zft. f. Stom. XX. 1922, 2).

Zgadza się w ogólnych zarysach z wywodami Kronfelda.

WIADOMOŚCI UNIWERSYTECKIE.

PAŃSTWOWY INSTYTUT DENTYSTYCZNY
W WARSZAWIE.

Skład osobowy:

Komisja stała: dr. med. Alfred Meissner, dyrektor; prof. dr. Roman Nitsch, wicedyrektor; prof. dr. Hilary Wilga, prof. zwycz. P. I. D.—Profesorowie uniwersytetu warszawskiego: dr. Franciszek Czubalski, dr. Szymon Dzierzgowski, dr. Józef Hornowski, dr. Mieczysław Konopacki, dr. Edward

Loth, dr. Stefan Pieńkowski, dr. Zygmunt Radliński, doc. uniw. warsz. dr. Zdzisław Sowiński, oraz artysta malarz Feliks Słupski.

Profesorowie zwyczajni: dr. med., b. dyrektor szkoły lek.-dent. w Moskwie, prof. uniwers. w Moskwie Hilary Wilga (prof. dent. zachow. i kierownik kliniki).

Profesorowie uniwersytetu warszawskiego: Franciszek Czubalski, (fizjologia), Szymon Dzierzgowski, (hygijena), Józef Hornowski, (anat. patol.), Mieczysław Konopacki, (histologia), Edward Loth, (anat. opi-

Plan wykładów na r. 1922/23 w Państw. Instytucie Dentyst.

PRZEDMIOT	WYKŁADAJĄCY	Godzin tygodniowo w trymestrze					
		jesien.		zimow.		letnim	
		wykładow	ćwiczeń	wykładow	ćwiczeń	wykładow	ćwiczeń
Rok I.							
Fizyka	Prof. uniw. dr. S. Pieńkowski	4	—	4	—	4	4
Chemia	Dyr. szk. handl. W. Humnicki	4	—	4	—	4	4
Fizyko-chemia dentyst.		4	—	—	—	—	—
Histologia i embriologia	Prof. uniw. " dr. M. Konopacki	3	3	3	3	—	—
Anatomia prawidłowa	" " " E. Loth	6	—	6	15	2	4
Anatomia zębów	" " " dr. F. Zwierzchowski	2	—	3	—	—	—
Technika dentystyczna	vacat	—	14	—	14	—	14
Rysunki	Art. mal. F. Słupski	4	—	4	—	—	—
Rok II.							
Fizjologia	Prof. uniw. dr. F. Czubalski	3	—	4	—	3	—
Patologia ogólna i dośw.	} Prof. uniw. dr. J. Hornowski	6	—	—	—	—	—
Anatomia patologiczna		5	2	5	2	—	—
Farmakologia	S. Przybytek	—	—	2	—	4	—
Bakterjologia	Prof. uniw. dr. R. Nitsch	4	—	4	—	4	—
Technika dentystyczna	vacat	—	16	—	16	—	16
Dentystyka zachowaw.	Prof. dr. H. Wilga	4	—	4	—	4	—
Rok III.							
Choroby wewnętrzne	Doc. uniw. dr. S. Bronowski	5	—	5	—	5	—
Hygijena	Prof. uniw. dr. S. Dzierzgowski	4	—	3	—	3	—
Chirurgja ogólna	Prof. uniw. dr. Z. Radliński	2	—	4	—	4	—
Chirurgja stomatolog.	Dr. A. Meissner	2	—	2	—	2	—
Dentystyka zachowaw.	Prof. dr. H. Wilga	4	—	4	—	4	—
Technika dentystyczna	vacat	—	18	—	18	—	18
Rok IV.							
Dentystyka zachowaw.	Prof. dr. H. Wilga	6	36	6	36	6	36
Chirurgja stomatolog.	Dr. A. Meissner	9	30	9	30	9	30
Technika dentystyczna	vacat	—	27	—	27	—	27
Choroby skórne i wener.	Prof. uniw. dr. Z. Sowiński	4	—	4	—	4	—

sowa), Roman Nitsch, (bakterjologia), Stefan Pieńkowski, (fizyka), Zygmunt Radliński, (chirurgja ogólna).

Zastępcy profesorów: dr. med. Alfred Meissner, (chirurgja stomatol.); doc. dr. Szczepny Bronowski, (chor. wew.); dyr. szkoły handl. Zgromadzenia kupców Wincenty Humnicki, (chemja); dr. Stanisław Przybytek, (farmakologia); profesor uniw. dr. Zdzisław Sowiński, (dermatologia); artysta-malarz Feliks Słupski, (rysunki).

Adjunkci: dr. Witold Cybulski, (chirurgja stomat.).

Asystenci (oddz. chirurg. stomat.): Bujanowska Zofja, Jarzębowska Marja, Stępniewicz Franciszek, Szapelski Konrad. — **Asystenci oddz. zach. dent.:** Grendy-

zyńska Zofja, Niezgodzińska Wanda, Orłowska Marja, Pietkiewicz Helena, Sieradzka Helena, Stępniewska Eleonora, Ujejski Aleksander. — **Asystenci oddz. techn. dent.:** Cygański Adam, Miotłowska Marja, Perliński Wiktor, Siekierzyński Edward. — Ponadto 15-tu asystentów przy katedrach różnych wykładów zleconych.

Technicy dentyści: Kamocki Józef, Kobyliński Antoni, Nagórzewski Henryk. — Cztery pomocnice dentyści, po 2 przy katedrze chirurgji stomat. i dentytyki zachowawczej.

Sekretarjat: Groszewski Zygmunt, (sekretarz), Supronowiczowa Jadwiga, (pomoc. sekret.), Stephanowa Franciszka, (st. kancelistka).

Wykaz statystyczny słuchaczy

Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie w roku szkolnym 1922/23.

Rok studiów	Mężczyzn	Kobiet	Suma	Słuchaczy zwyczajnych	Słuchaczy wolnych.	Repetentów	Nie-repetentów	Według wyznania			
								rz.-kat.	żydów	prawosl.	ewangel.
I.	21	95	116	92	24	16	100	53 (12)*	60 (11)	1	2 (1)
II.	8	39	47	36	11	7	40	21 (4)	26 (7)	—	—
III.	5	25	30	10	20	4	26	13 (4)	17 (16)	—	—
IV.	22	181	203	15	188	2	201	56 (43)	146 (145)	1	—
Suma	56	340	396	153	243	29	367	143 (63)	249 (179)	2	2 (1)

Lwów. Wymiana książek z zagranicą. Niskie dotacje naukowe, które otrzymują Zakłady naukowe wyższe nie pozwalają na zaopatrywanie bibliotek tychże Zakładów w dzieła zagraniczne angielskie i francuskie, które trzeba opłacać w dolarach i frankach. Dyrektor Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza zwrócił się dlatego do szeregu autorów amerykańskich i francuskich z prośbą o nadesłanie dzieł ich, wyda-

nych w czasie ostatnim, przesyłając im w zamian prace swoje, które ukazały się od roku 1913. — Prośbie tej zadość uczynili następujący autorowie i nadesłali następujące prace:

1. Prof. DDS. Mc. Coy James David. Dental and oral Radiography. III. wydanie St. Louis. (C. V. Mosby Comp.).

2. Ivy Robert DDS. Interpretation of dental and maxillary roentgenograms. St. Louis 1918, str. 146, ryc. 259.

*) Liczby w nawiasie odnoszą się do wolnych słuchaczy, wliczonych w liczbę ogólną.

W roku szkolnym 1921/22 ukończyło Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie 192 słuchaczy. — W tej liczbie było 37 katolików i 155 żydów.

3. Dr. L. Frey i Charles Ruppe. Paryż, Pathologie de la bouche et des dents (podręcznik) wydanie V. 1922. (J. B. Baillière et fils).

4. Prof. dr. Roy, Paryż: a) Thérapeutique de la bouche et des dents wyd. IV. 1921. (J. B. Baillière et fils).

b) Contribution a l'étude de la prothèse immédiate et de la prothèse tardive. Paryż 1894.

c) Le curretage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques. 1909 (odbitka).

d) Les abcès pericementaires sur dens vivantes, leur nature. Congrès du Havre. 1914.

e) La pathogénie et la prophylaxe de la pyorrhée alvéolaire, (odbitka z l'Odontologie) 1919.

f) Étude critique sur les stigmates dentaires dans l'héredosyphilis (odbitka z l'Odontologie) 1918.

g) Le traitement des dents infectées, (odbitka z l'Odontologie) 1921.

5. Dr. Gibert Louis. L'anesthésie régionale en stomatologie. Paryż, 1922. (Gaston Doin).

Za przesłanie wyżej podanych prac składam Ofiarodawcom serdeczne podziękowanie. Jest to dowód przyjaznych stosunków, łączących Polskę z krajami sprzymierzonymi.

Przy tej sposobności dziękuję i firmie Masson & Comp. w Paryżu za nadsyłanie czasopism, ukazujących się w jej nakładzie, a nadsyłanych na warunkach ustalonych dla Towarzystwa lekarskiego polsko-francuskiego.

Cieszyński.

ZAGRANICA.

Szwajcaria. — Berno. Pierwsze wykłady z dentystyki w Bernie zapoczątkował w roku 1906, dr. Schürch, tworząc podstawę do Instytutu dent., który dopiero dnia 15. listo-

pada 1921 r., został otwarty i urządzony dla 10 studentów. Zaprowadzono tamże podział zakładu na 5 oddziałów, polecając kierownictwo i wykłady: doc. dr. O. Müllerowi, (oddz. klinicznego), dr. F. Eggerowi, (oddz. poliklinicznego), R. Wirthowi, (pracow. techn.), A. Maikartowi, (kurs o koronach i mostkach), W. Gublerowi, (oddziału ortodoncji). Zakład wyposażony jest na razie w 15 foteli operacyjnych. (V. f. Z. 1923; 3, str. 394).

Szwajcaria. W roku 1921 wydały wydziały lekarskie uniwersytetów szwajcarskich 376 lekarzy i 106 lekarzy-dentystów t. j. 28% w stosunku do lekarzy. Na poszczególne uniwersytety przypada z tej liczby: Bazylea 9, Genewa 33, Berno 9, Losanna 6, Zurych 31.

Westfalja-Monaster. W roku szkolnym 1921/22 (od 1. października 1921 do 30. września 1922) ukończyło 58 słuchaczy studjum lekarsko-dentystyczne.

Rostoka. W zimowym semestrze r. szkol. 1922/23 zapisało się w Rostocze 232 słuchaczy na wydział lekarski (z tego 19 kobiet), 58 słuchaczy na dentystykę (w liczbie tej 2 kobiety) t. j. 25% stud. dent. w stosunku do stud. med.

Fryburg i Br. Docent pryw. dr. W. Adrion otrzymał katedrę dentystyki zachowawczej w Fryburgu.

Wrocław. Prof. dr. W. Klestadt otrzymał katedrę chorób noso-gardłowych specjalnie dla słuchaczy studjum lekarsko-dentystycznego.

Hala. Katedrę nauk skórno-wenerycznych przy studjum lekarsko-dentystycznym w Hali otrzymał prof. dr. J. Sowade.

Berlin-Charlottenburg. W akademii nauk społecznych w Charlottenburg'u odbywała się w czasie od 8. stycznia do 3. lutego b. r., druga serja wykładów z zakresu dentystyki społecznej. (—) Sz.

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Wilhelm Konrad Röntgen. Dnia 10-go lutego b. r. zmarł w 78-mym roku życia w Monachjum prof. dr. Wilhelm Konrad v. Röntgen.

Ile odkryciu Jego nauka i świat cały zawdzięcza, wiedzą o tem nie tylko uczeni, ale wszystkie warstwy społeczeństwa ludzkiego. Wielki uczyony wywołał odkryciem nowego rodzaju promieni przewrót w zasadniczych pojęciach fizyki i chemji.

Urodzony dnia 27. marca 1845 r. w Lennep w Nadrenji, studjował na wszechnicy zurychskiej i uzyskał tamże w r. 1869 dyplom doktora filozofji. Rok 1872 zastaje młodego uczonego docentem fizyki na uniwersytecie w Strassburgu, a w r. 1876 obejmuje Röntgen katedrę, jako pro-

fesor zwyczajny. Powołany w r. 1885 do Würzburga na katedrę fizyki doświadczalnej dokonuje Röntgen tamże z końcem roku 1895 swojego nieśmiertelnego odkrycia. Na czas, który Röntgen spędził w Würzburgu, albowiem pod koniec życia przeniósł się do Monachjum, przypada najświetniejszy okres Jego działalności naukowej. — Rok 1900 przynosi Mu zaszczytną nagrodę Nobla.

Dnia 23. stycznia 1896 był dniem epokowym w historii nauki. W tym dniu wygłosił Röntgen w Towarzystwie Fizyków i Lekarzy w Würzburgu wykład *Ueber eine neue Art von Strahlen*, poparty tak zajmującymi i przekonującymi doświadczeniami, że owacje ze strony uczonego audytorjum nie miały końca. Obecny na tem posiedzeniu starsuszek Kölliker postawił wniosek, by nowoodkryte promienie nazwać na cześć ich odkrywcy „Promieniami Röntgena“. Röntgen zrozumiał odrazu doniosłość nowego odkrycia dla wiedzy lekarskiej i z zaufaniem, na którym się nie zawiodł, oddał odkrycie Swoje w ręce lekarzy.

Promienie Röntgena posiadały przedziwną własność przechodzenia przez ciała nieprzezroczyste dla zwykłego światła, odtwarzając obraz przedmiotu ustawionego pomiędzy źródłem promieni, a fluoryzującym ekranem z sinku platyno-barowego, albo utrwalając go na płycie fotograficznej.

Ta niezwykła własność promieni, zresztą naukowo wyczerpująco przez prelegenta wytłumaczona, została z niezmierną korzyścią dla diagnostyki lekarskiej zużyta, i dzisiejsza medycyna nie jest w stanie obejść się bez jej pomocy. Pierwszy aparat röntgenowski, używany dla celów lekarskich, zbudowała firma Keiser i Schmidt w Berlinie. Aparat ten składał się ze zwyczajnej cewki Ruhmkorffa z przerywaczem mechanicznym, a źródło prądu stanowiła bateria akumulatorów. Stał on, za inicjatywą prymarjusza oddziału chirurgicznego dra Kümmel'a w powszechnym szpitalu Hamburg-Eppendorf w maju 1896 r. Pierwsza rura Röntgenowska dla celów lekarskich wyszła z fabryki hamburskiego elektrotechnika Krzysztofa Müllera. Hamburg zaś pierwszy zaczął pracować na nowem polu medycyny i zasłynął nazwiskiem Henryka Albers-Schönberga.

Wiść o promieniach Röntgena rozeszła się błyskawicznie, jak baśń cudowna, po całym świecie. Zabierają się uczeni w całym świecie do gorączkowej pracy. Żadne może odkrycie naukowe nie było tak płodne w następstwa i tak doniosłe dla nauki, jak odkrycie promieni Röntgena. Na polu medycyny mnożą się prace. We Wiedniu gruntuje nową szkołę i zajmuje się głównie zagadnieniami z dziedziny topografii röntgenowskiej młody Guido Holz knecht, wydając klasyczne dzieło: „Die röntgenologische Diagnostik der Erkrankungen der Brusteingeweide“ w r. 1901. Francja również dotrzymuje kroku w postępie. Becłere, Saboureaud, Nogier zapisują się szczytnie, jako pionierowie na polu leczenia röntgenowskiego. To ostatnie robi gwałtowne postępy od chwili wprowadzenia filtrów przez Perthes'a a także doświadczeń Benoist'a z r. 1901. Zaczynają także działy teoretyczne korzystać z dobrodziejstw nowego światła. Promienie Röntgena zyskują pomalą wybitne znaczenie w medycynie.

Niezmiernie doniosłe było odkrycie promieni Röntgena dla fizyki, chemii, krystalografii i technologii. Dało ono początek badaniom nad substancjami promieniotwórczymi. Becquerel 1896, Marja Curie-Skłodowska

ogłasza w r. 1898 swoje pierwsze próby wydzielenia substancji promieniotwórczej z połączeń uranowych i torowych.

Prace Thomsona (1897) pozwalają na dokładne oznaczenie własności elektronów, Laue w r. 1912 udowadnia istotę promieni, jako energii drgającej. Prace lat ostatnich Moseley'a, Bohr'a, a także wielu innych, obalają dotychczasowe pojęcia o budowie materji.

Z wielkiego odkrycia korzysta nauka ścisła, korzysta cierpiąca ludzkość. Wielki człowiek, który go dokonał, i który, świadom doniosłości jego, oddał je szlachetnie ludzkości bez korzyści dla siebie, dzisiaj nie żyje.

Żyje duch Jego wspaniały między nami, duch, który pchnął naukę na nowe tory. Nazwisko Röntgena zapisuje obecnie świat na tablicy historii nauki złotymi głoskami wśród nazwisk najzasłuższych synów swoich.

Dr. J. Chania.

(P. G. L. 1922; 8, 144).

* * *

Dr. Jokichi Takamine, który sporządził jako pierwszy syntetyczną adrenalinę zmarł w Nowym Yorku dziwnym zrządzeniem losu z powodu nagłej hipertonji tętniczej w 68-mym roku życia.

* * *

† W Warszawie zmarł w 35-tym r. życia **dr. Edward Jakimowicz**, wykładający swego czasu anatomję w Państwowym Instytucie Dentystycznym, rokujący najlepsze nadzieje na przyszłość.

Odezwa Ogólnego Komitetu pierwszego polskiego Zjazdu naukowego lekarzy-dentystów.

W lipcu b. r. odbyć się ma I. POLSKI ZJAZD LEKARZY-DENTYSTÓW we Lwowie i nawiązać przerwana przez wojnę światową nić bezpośredniej wymiany myśli w sprawach naukowych naszej specjalności. Jako miejsce Zjazdu wybrano LWÓW, polski gród kresowy, ponieważ w roku obecnym przypada dziesięciolecie odnowy istnienia Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Z inicjatywy Ścisłego Komitetu Wykonawczego, wybranego przez Związek Lekarzy-dentystów małopolskich powołany został „Ogólny Komitet Zjazdowy“, w którego skład weszli niżej podpisani, biorąc na siebie obowiązek utworzenia Komitetów Miejscowych I. Polskiego Zjazdu Lekarzy-dentystów.

Równocześnie ze zjazdem ma się odbyć wystawa naukowa, oraz wystawa z higieny jamy ustnej społecznej i szkolnej, poatem wystawa przemysłowa urzędzeń dentystycznych; w wystawach tych, mają wziąć udział wszystkie Zakłady naukowe stomatologiczne (dentystyczne), Organizacje zawodowe oraz fabryki i dostawcy narzędzi i materiałów dentystycznych.

Łącznie ze zjazdem odbyć się mają specjalne kursy uzupełniające, urządzone przez wybitnych specjalistów, których program zostanie później ogłoszony.

Pierwszy Zjazd Lekarzy-dentystów w wolnej Polsce powinien być tem świetniejszy, gdyż padły od wieku dzielące nas słupy graniczne, utrudniające przybycie uczestników z byłych dzielnic; ilość zaś placówek naukowych wzrosła oraz ilość pracowników na polu naukowem.

Ostateczny program Zjazdu zostanie ustalony po zgłoszeniu referatów, pokazów i przedmiotów wystawowych. Zgłoszenia upraszamy przysyłać za pośrednictwem „Komitetów miejscowych“ na ręce przewodniczącego Komitetu Ogólnego, o ile możności jaknajrychlej, ażeby program definitywny mógł być ogłoszony w 3-cim numerze „Polskiej Dentystyki“ oraz innych pismach specjalnych i pismach ogólnolekarskich.

Odezwą niniejszą zapraszamy wszystkich stomatologów i lekarzy-dentystów polskich do jaknajliczniejszego wzięcia udziału w obradach „Pierwszego Polskiego Zjazdu Lekarzy-dentystów“.

Zjazd odbędzie się pod hasłem „JEDNOŚCIĄ SILNI!“

Komitet Ogólny Zjazdu:

- Dr. Henryk Allerhand*, przewodniczący Związku lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-małopolskiej.
- Prof. Dr. Teodor Bohosiewicz* — Lwów, ul. Kurkowa 27.
- Stanisław Blikle*, przewodniczący Towarzystwa lekarzy-dentystów w Warszawie, ul. Bracka 18, m. 30.
- Prof. Dr. Antoni Cieszyński*, dyrektor Instytutu dent. uniw. Jana Kazimierza, przewodniczący Ścisłego Komitetu Wykonawczego Zjazdu. — Lwów, ul. Zielona 5a.
- W. T. Koniuszewski*, b. docent dentystyki w Uniw. Northwestern. 801 Milwaukee. Chicago U. S. A.
- Dr. Laskowski*, Genewa.
- Prof. Dr. Wincenty Łepkowski*, dyrektor Instytutu Stomatologicznego Wszechnicy Jagiellońskiej i przewodniczący Towarz. Stomatologów polskich. Kraków, ul. Garncarska 9.
- Dr. Alfred Meissner*, zast. profesora i dyrektor Państwowego Instytutu dent. w Warszawie, ul. Mokotowska 14, m. 14.
- Antoni Perliński*, lekarz-dent., Poznań, ul. św. Marcina 68.
- Jan Przybylski*, przewodniczący Związku zawodowego lekarzy-dentystów, chrześcijan, w Warszawie.
- Idzi Światała*, lekarz-dent., prezes Związku lekarzy-dentystów b. zab. pruskiego. Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 18.
- Prof. Dr. Hilary Wilga*, kierownik Oddziału Zachowawczej dentyst. w Państw. Inst. dent. w Warszawie; ul. Marszałkowska 151.
- Wincenty Zawadzki*, lekarz-dentysta, prezes Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem. Warszawa, ul. Widok 22.
- Dr. Julian Zilz*, docent prywat. Uniwersytetu wiedeńskiego. Wiedeń IX, Porzellangasse 14-16. I/18.

Skład Komitetów miejscowych:

Lwów: *Dr. Henryk Allerhand*, *dr. Karol Atlas*, *prof. dr. Antoni Cieszyński*, *dr. Alfred Fried*, *dr. Jan Schmar*, *dr. Włodzimierz Szafran*, *dr. Marjan Zeńczak*.

Kraków: *Prof. dr. Wincenty Łepkowski, dr. Juljusz Piątkowski* (reszta członków Komitetu dotychczas nie podana).

Warszawa: Wyłoniony z Państwowego Instytutu Dentystrycznego: *Prof. dr. Hilary Wilga i dr. Alfred Meissner*, wraz z wszystkimi asystent. Instyt. Ze Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem: *Wincenty Zawadzki* (reszta członków Komitetu dotychczas nie podana). Z Towarzystwa lekarzy-dentystów (ul. Bracka 18, m. 30), *Stanisław Blikle, Franciszek Goldberg-Górski, Stanisława Ignatowiczowa, Antoni Mokrzycki, Teodozjusz Życzkowski*. Ze Związku zawodowego lekarzy-dentystów chrześcijan: *Jan Przybylski, Stefan Jeziorowski, Antoni Stokowski, Jan Wdziękoński, Z. Urbanska-Filipowiczówna*.

Wielkopolska i Pomorze: Wyłoniony ze Związku lekarzy-dentystów b. zab. pruskiego: Przewodniczący *Idzi Światała, Bydgoszcz; Adam Dobrowolski, Bydgoszcz; Michał Pyszkowski, Bydgoszcz; dr. Bolesław Cylkowski, Poznań; Antoni Perliński, Poznań; Stanisław Szulc-Rembowski, Poznań; Karol Ambrożkiewicz, Toruń; Bronisław Durznowicz, Toruń; Stefan Życzkowski, Toruń*.

REGULAMIN ZJAZDU.

1. Wykłady i pokazy. Referaty wygłoszone mają trwać nie dłużej jak 20 minut. Przemówienie w dyskusji nie dłużej aniżeli 5 minut; przewodniczący danego dnia może ograniczyć przemówienie do 3 minut. Tylko przemówienie zgłoszone przed Zjazdem jako koreferaty mogą trwać 10 minut.

2. Każde przemówienie w dyskusji powinno być zaraz podczas Zjazdu oddane na piśmie sekretarzowi, ażeby mogło być pomieszczone w rozprawach zjazdowych.

3. Wykłady mają się ukazać w druku bądź to w osobnym pamiętniku Zjazdu, lub w pismach specjalnych zależnie od uchwały uczestników Zjazdu.

4. Wykłady powinny być oddane sekretarzowi Zjazdu na piśmie czytelnie lub pisane maszyną wraz z rycinami zaraz po przemówieniu. Krótkie streszczenia wykładów objętości $\frac{1}{2}$ strony powinny być nadsyłane 6 tygodni przed Zjazdem na ręce przewodniczącego Ogólnego Komitetu.

5. Również należy nadesłać dla sprawozdania Zjazdu, krótkie opisy pokazów ewentualnie wraz z rycinami (szkicami).

6. Prelegenci, nadsyłające tematy, powinni podać wszystkie środki naukowe potrzebne im do wykładu, które mają być im dostarczone: jak episkop, aparat projekcyjny z ramkami dla przeźroczy wymiarów... cm. Przy pokazach należy podać ewentualnie potrzebne narzędzia większe, których demonstratorzy, nie mogąc ich przywieźć ze sobą, potrzebować będą. Przy pokazach klinicznych, operacyjnych należy podać jakość materiału klinicznego, które należy dostarczyć.

Zgłoszone wykłady przed 15-tym maja b. r. będą ogłoszone w 4-tym numerze czerwcowym *Polskiej Dentystyki*.

Ścisłszy Komitet wykonawczy Zjazdu.

W sprawie urządzenia Wystawy łącznie z I-szym Polskim Zjazdem lekarzy-dentystów we Lwowie. — (Lipiec 1923).

Łącznie z I-szym Zjazdem lekarzy-dentystów polskich, projektowana jest wystawa środków naukowych, służących do wykształcenia lekarzy-dentystów, oraz wystawa przemysłowa, obejmująca materiały, narzędzia i urządzenia dentystryczne.

Komitet I-go Zjazdu lekarzy-dentystów polskich zaprasza niniejszem do wzięcia udziału w urządzeniu wystawy wszystkie Zakłady naukowe, jakoteż osoby, posiadające odpowiednie objekty wystawowe.

Wystawa naukowa stomatolog. obejmować będzie następujące działy:

Dział I. Anatomja i Histologia.	Dział XI. Protetyka.
„ II. Anatomja porównawcza.	„ XII. Dentystyka zachowawcza.
„ III. Antropologja.	„ XIII. Piśmiennictwo.
„ IV. Fizjologja.	„ XIV. Urządzenia Zakładów naukowych.
„ V. Patologja i terapia.	„ Statystyka.
„ VI. Dermatologja i Choroby jamy ustn.	„ XV. Higjena społeczna i szkolna. —
„ VII. Roentgenologja i Djagnostyka.	„ Statystyka.
„ VIII. Chirurgja i Stomatologja operatyw.	„ XVI. Higjena jamy ustnej popularna.
„ IX. Chirurgja i Stom. stomat. wojenna.	„ XVII. Wystawa urządzeń dentystycznych,
„ X. Ortodoncja.	„ narzędzi i materiałów.

REGULAMIN WYSTAWY.

1. Do 10-go maja b. r. należy podać w podwójnym egzemplarzu spis obiektów przedmiotów mających być wystawionemi. (celem ułożenia odpowiedniego katalogu), oraz oznaczyć w przybliżeniu miejsce w metrach kwadratowych (powierzchni stołów i ścian potrzebnych do rozwieszenia tablic).

2. Wystawca dostarcza potrzebnych stołów i witryn, oraz zajmuje się rozmieszczeniem obiektów na tydzień przed otwarciem wystawy. Komitet dostarcza stołów tylko wystawcom zamiejscowym.

3. Każdy przedmiot winien być zaopatrzonym w wyraźny i czytelny podpis objaśniający.

4. Wystawcom zamiejscowym umieszcza na specjalne życzenie przedmioty Komitet wystawowy według nadesłanych wskazówek.

5. Numerowanie porządkowe, odpowiadające katalogowi załatwia Komitet wystawy, po nadejściu wykazów i podaje numery te wystawcom, celem umieszczenia prowizorycznych numerów. Numery prowizoryczne zastąpi się drukowanemi po umieszczeniu obiektów na wystawie.

6. Miejsce na przedmioty naukowe dostarczone zostanie bezpłatnie.

7. Wystawcy winni odebrać objekty do dwóch dni po zamknięciu wystawy. Komitet wystawowy zaopiekuje się tylko przedmiotami wystawców zamiejscowych, którzy nie przybędą na Zjazd i to na wyraźne polecenie.

8. Koszty transportowe na wystawę i z powrotem ponosi wystawiający objekty.

9. Projektowane jest poglądowe zbiorowe sfotografowanie obiektów. Odbitki otrzymać może wystawca za opłatą realnych kosztów reprodukcyjnych, nie zaś pierwszego zdjęcia, które zamierza Komitet pokryć z funduszu zjazdowego.

10. Wystawa będzie otwarta przez czas trwania Zjazdu (4 dni) i dostępna także publiczności.

11. W wystawie przemysłowej (Dział XVII.) biorą udział firmy krajowe i zagraniczne, opłacając miejsca według taryfy, mającej się jeszcze później oznaczyć.

Upraszamy o łaskawą odpowiedź do 10 dni czy P. T. Zakład ma zamiar zasadniczo wziąć udział w projektowanej wystawie i podanie ogólnikowe przedmiotów, ażeby na tej podstawie móc przystąpić do wyboru miejsca na wystawę.

Lwów, w marcu 1923 r.

ZA KOMITET WYKONAWCZY ZJAZDU:

Dr. H. Allerhand, sekretarz. *Prof. dr. A. Cieszyński*, przewodniczący.

ZA KOMITET WYSTAWOWY ZJAZDU:

Dr. Karol Atlas. Dr. Włodzimierz Szafran. Dr. Marjan Zeńczak.

Komitet ściślejszy poczynił kroki celem uzyskania zniżek kolejowych, ażeby tem samem ułatwić przybycie Kolegom zamiejscowym. Zniżki te otrzymać mają członkowie Zjazdu z wyjątkami: stomatolodzy, lekarze-dentyści i dentyści (z dyplomem rosyjskim — nie zaś technicy dentystyczni) i członkowie nadzwyczajni (członkowie rodzin członków zwyczajnych Zjazdu), na podstawie legitymacji Zjazdowej. Legitymację Zjazdową otrzymuje się po uiszczeniu wkładki Zjazdowej. Wkładka Zjazdowa wynosi 10 złp. na pokrycie druków, oraz wydatków połączonych z urzędzeniem Zjazdu i wystawy.

Komitet mieszkaniowy zajmie się wyszukianiem mieszkań prywatnych, oraz zapewni miejsce w hotelach i pensjonatach.

Szczegóły zostaną podane w numerze czerwcowym, względnie lipcowym *Polskiej Dentystyki*. Zgłoszenia na mieszkania z podaniem ilości osób przybywających, oraz bliższe oznaczenie (czy pokój prywatny, pensjonat lub hotel) należy przesłać ile możności natychmiast przy zgłoszeniu uczestnictwa.

USTAWODAWSTWO I SPRAWY ZAWODOWE.

W sprawie nagłego wniosku p. Nadera o nadanie technikom dentystycznym równego prawa wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, jak lekarzom dentystom b. zab. pruskiego.

Z powodu wniosku powyżej podanego zastosował Zarząd Związku lekarzy-dentystów b. dzielnicy pruskiej następujące pismo do Sejmu i do Senatu:

W Komisji Zdrowia Publicznego Prześwietnego Sejmu toczy się obecnie dyskusja nad wnioskiem nagłym p. posła Nadera w sprawie „dentystów“ b. zaboru pruskiego.

Według uchwały wzmiankowanej Komisji z dnia 28. lutego b. r. decyzja w sprawie tej ma zapaść na najbliższem posiedzeniu Komisji.

Imieniem lekarzy-dentystów prosimy o pozwolenie wyrażenia naszych w tej sprawie uwag.

Praktyczne zębolecznictwo (dentystyka) chroma z powodu dwoistości zakresu swego działania, bądźto pod względem czysto lekarskim, bądźto pod względem czysto technicznym.

Do zakresu lekarskiego w dentystyce zalicza się: zabiegi chirurgiczne t. j. wyjmowanie zębów, usuwanie drogą chirurgiczną objawów chorób, w jamie ustnej wywołanych chorobą zębów, lub głównie albo w pewnej części przez zęby spowodowanych, leczenie konserwatywne zębów, leczenie chorych dziąseł, współdziałanie z lekarzami medycyny ogólnej lub specjalistami w tych przypadkach, w których objawy choroby w pewnym okresie obja-

wiają się w jamie ustnej (kila, cukrzyca, gruźlica i t. p.).

Do zakresu czysto technicznego należy wykonywanie wszelkiego rodzaju sztucznego uzębienia.

Na obszarze b. dziel. pruskiej wolno obydwie zakresy zębolecznictwa wykonywać i lekarzom-dentystom i tym, którzy się mianują „dentystami“, a w rzeczywistości są tylko technikami dentystycznymi.

Na jakiej zasadzie?

Lekarze-dentyści czynią to na podstawie ukończonych studjów dentystycznych w instytucach dentystycznych, należących do fakultetywnego wydziału medycznego przy uniwersytetach.

Otrzymali oni po ukończeniu swych studjów i po zdaniu przepisanych przez Państwo egzaminów, aprobatę państwową, uprawniającą ich do wykonywania praktyki lekarskiej w zakresie swojej specjalności, oraz zapisywanie lekarstw (t. zw. recept).

Technicy-dentystyczni, związy się „dentystami“ czynią to na podstawie ordynacji proceduralnej (*Gewerbeordnung* z r. 1869), która dozwala leczyć tym, którzy uniwersytetów nie kończyli, egzaminów nie zdawali, aprobaty państwowej nie posiadają. Ustawa ta zabrania jedynie przywłaszczania sobie tytułu „lekarza“.

W razie niepowodzenia, nieszczęśliwego wypadku czy zalecenia na śmierć przez takich „wolnych proceduralistów“ wchodzą w grę kodeks karny i ustawa o partactwie (*Gesetz über die Kurpfuscherei*).

Lekarzom-dentystom chodzi o dwie rzeczy, ażeby:

1. ustawodawczo określono prawo do leczenia chorych na zęby;

2. zabronić nieuprawnionym do przyswajania sobie tytułu im nie przysługującego.

Co do 1-go koniecznie jest rzeczą zmiana ordynacji proceduralnej z r. 1869, obowiązującej do tego czasu na obszarze b. dzielnicy pruskiej, a więc zabronienie leczenia chorych tym, którym Państwo Polskie nie udzieliło aprobaty — i zrównanie w ten sposób byłej dzielnicy pruskiej z resztą dzielnic. Wolność bowiem leczenia chorych na zęby przez osoby nieaprobowane i osoby aprobowane — na równi istnieje tylko w b. dzielnicy pruskiej.

Co do 2-go istnieje rozporządzenie Ministerjum Zdrowia Publicznego ze stycznia 1922, zabraniające używania tytułu „dentysta” osobom do tego nieuprawnionym na tej zasadzie, że język polski nie rozróżnia tak ściśle jak język niemiecki tych dwu pojęć: *Zahnarzt* i *Dentist* i dlatego używający tytułu „dentysta” wywołują wrażenie, jakoby byli także lekarzami, co jest nieprawdą.

Historycznie tytuł „dentysta” pochodzi z języka francuskiego: *dentiste*. Z tego języka po r. 1871, t. j. po przyłączeniu Alzacji i Lotaryngji przeszedł do języka niemieckiego jako *Dentist* i był używany jedynie dlatego, że język niemiecki na określenie lekarza-dentysty posiadał wyraz *Zahnarzt*; ordynacja proceduralna używania tytułu *Zahnarzt* zakazywała — a *Dentist* nie.

Na obszarze b. dzielnicy pruskiej technicy dentystyczni zaczęli za przykładem swych Kolegów niemieckich używać w języku niemieckim tytułu: *Dentist* i tłumaczyli go na język polski jako: dentysta.

W takim stanie zastały rzeczy w zębolecznictwie Rządy polskie. Jak powyżej przytoczono, aktem państwowym Ministerstwo Zdrowia Publicznego w styczniu 1922 r. zabroniło drogą rozporządzenia używania jedynie tytułu „dentysty” — nie zabroniło natomiast wykonywania praktyki dentystycznej.

Technicy dentystyczni z rozmysłem wprowadzają w błąd publiczność drogą artykułów w gazetach; jak wniosek p. posła Nadera dowodzi — chcą i Sejm wprowadzić w błąd, jakoby powołane rozporządzenie zabraniało im praktyki dentystycznej.

Jaka jest tej akcji przyczyna?

Z ubolewaniem najpierw stwierdzić należy, że z powodu stosunków gospodarczych leczenie chorób wogóle, a w szczególności jamy ustnej i zębów się cofnęło. Dzieje się to w równej mierze w praktykach lekarzy-dentystów, jak i techników dentystycznych.

Z tego ogólnego powodu technicy dentystyczni szczególnie obawiają się dalszego zmniejszenia się odwiedzania ich gabinetów, jeżeli zakaz używania tytułu „dentysta” zo-

stanie wykonany i publiczność w ten sposób dowie się, że ci, u których do tego czasu się leczyla, nie są lekarzami.

Wreszcie technicy dentystyczni obawiają się, że po tym pierwszym wyłomie w ich dotychczasowych uprawnieniach przyjdzie dalszy, t. j. zakaz wykonywania praktyki dentystycznej wogóle. Obawa ta o tyle jest umotywowana, że zasadniczo rzecz biorąc, nie podobna zrozumieć, jak w czasach obecnych, w których jednostka ludzka tyle praw zdobyła, a więc nadzwyczajnie zyskała w ocenie swej wartości — zdrowie tej jednostki tak mało doznaje poszanowania, że pozwala się kosztem jego na eksperymenty pierwszemu lepszemu partaczowi.

Ogół więc lekarski nie przestanie walczyć przeciwko partactwu w lecznictwie, a tak samo i lekarze-dentystyci na mocy swoich doświadczeń wytrwale domagać się będą w interesie zdrowia ludności Polski zakazu wykonywania praktyki dentystycznej tym, którzy leczą się nie uczyli i nie nauczyli, a którzy czynność swoją traktują wyłącznie jako warsztat do zdobywania chleba i wyzysku.

Prosimy Sejm, ażeby sprawę zębolecznictwa uregulował drogą ustawodawczą w tym sensie, że dla całej Polski określi prawo leczenia chorych na zęby jednolicie.

Bydgoszcz, w marcu 1923.

Związek lekarzy-dentystów b. dziel. pruskiej.

Zarząd: (—) *Idzi Świtala*, prezes. (—) *Adam Dobrowolski*, skarbnik. (—) *Michał Pyszkowski*, sekretarz.

* * *

Ażeby poprzeć stanowisko Kolegów z Wielkopolski i Pomorza wysłał Związek lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby lekarzy-wschodniej Małopolski we Lwowie, w teje samej sprawie następuj, jący memorjał:

Do

Komisji Zdrowia Publicznego,

Wysokiego Sejmu i Senatu

w Warszawie.

Wobec bliskiej dyskusji w Komisji Zdrowia Publicznego Sejmu Rzpltej P. P. nad wnioskiem nagłym p. posła *Nadera* w sprawie „dentystów” b. zab. pruskiego — zmierzającym do nadania technikom dentystycznym równego prawa wykonywania prak-

tyki lekarsko-dentystycznej z lekarzami-dentystami b. zab. pruskiego — i licząc się z możliwością rozstrzygnięcia tej kwestji w najbliższych dniach na podstawie uchwały wyżej wymienionej Komisji z dnia 28. lutego b. r., poczuwa się Związek lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby lekarskiej wschodniej Małopolski, reprezentujący wszystkich zorganizowanych lekarzy-dentystów tejez dzielnicy Państwa Polskiego, do obowiązku zajęcia stanowiska w tej sprawie z punktu widzenia stosunków w Małopolsce, a to w interesie zdrowia publicznego i dobra Państwa.

Związek lekarzy-dent. wschodniej Małopolski przyłącza się w całej osnowie do protestu Kolegów b. zab. pruskiego, którzy w memorjale, wystosowanym do Wysokiego Senatu i Sejmu, jako bezpośrednio dotknięci dali wraz swoim zapatrywaniom, uzasadnionym stosunkami b. zab. pruskiego i względami dobra publicznego.

Związek lekarzy-dent. wschodniej Małopolski powstrzymując się od krytyki wniosków p. posła Nadera w przekonaniu, że wniosek tej treści polega jedynie na mylnych informacjach p. posła Nadera, i nie przypuszczając, by z woli ludu wybrany przedstawiciel mógł ze szkoda dla ogółu popierać niczem nie uzasadnione, przeciwnie **wprost szkodliwe** aspiracje drobnej grupy stanowej, zamierza przyczynić się swoją enuncjacją do wyświeatlenia prawdziwego stanu rzeczy i uchylenia zgubnych i fatalnych skutków ewentualnego uchwalenia wniosków p. posła Nadera.

Kwestja techników dentystycznych, nieprawnie arrogujących sobie tytuł „dentystów“, celem tendencyjnego wprowadzenia w błąd nieuświadomionej publiczności, pozostaje dotychczas w b. zab. austriackim — podobnie jak

w b. zab. pruskim — kwestją otwartą, nie uregulowaną i piekącą, kwestją, od której odpowiedniego załatwienia zależy poziom stanu zdrowotności obywateli Rzpltej, powaga kół prawodawczych i zawodu lekarzy. Niezrozumiałą dotychczas obojętność czynników kompetentnych w uregulowaniu stosunku techników dentystycznych do lekarzy-dentystów, jakoteż w ścisłem określeniu zakresu działania tychże, wyłumaczyć należy brakiem należytej organizacji i różniczkowaniom lekarzy-dent. wszystkich trzech zaborów, jakoteż brakiem odpowiedniej organizacji jednolitej, któraby uprawnioną była do kolektywnego wystąpienia w imieniu wszystkich lekarzy-dentystów całej Rzpltej Polskiej.

Dentystyka nowoczesna, jako gałąź medycyny ogólnej, podobnie jak każda specjalność wiedzy lekarskiej w dobie nowoczesnej, odbiegła już dawno od pojęć, traktujących przez tyle lat dentystykę jako *quantité negligible* medycyny ogólnej, której wykonywanie powierzone być może nawet ludziom niepowołanym i niekwalifikowanym.

Obecna dentystyka, to coraz bardziej rozwijająca się specjalność, organicznie związana z medycyną ogólną, posiłkująca się chirurgją, interną, roentgenologją, ortopedją, radiologją, wymagająca dokładnej znajomości anatomji, histologii i patologji, wymagająca gruntownego zrozumienia łączności organicznej między jamą ustną i objawami chorobowemi tejez a całym organizmem ludzkim.

Świetne rezultaty pracy stomatologów w czasach wojny światowej, możliwe jedynie przez użycie lekarzy-dentystów (a techników jako siły rzemieślniczo-pomocnicze pod kierunkiem lekarzy-dentystów), są najlepszą ilustracją ogromnego rozwoju wiedzy

dentystycznej w ścisłym związku z chirurgią.

Były rząd austrijski, oceniając należyte wysokie kwalifikacje konieczne dla lekarza-dentysty, uregulował sprawę lekarzy-dentystów analogicznie do wszystkich innych specjalistów n. p. chirurgów, ginekologów i t. d., wychodząc ze słusznego założenia, że jedynie dr. wszech nauk lekarskich po uzyskaniu dyplomu i następnym odpowiednim wykształceniu i wyspecjalizowaniu się może objąć pieczę nad jamą ustną swoich współobywateli, i że tylko w ten sposób uzyskać można gwarancję dobru odpowiednich jednostek, uprawnionych do wykonywania praktyki dentystycznej.

Przytoczony punkt widzenia b. władz austrijskich, obowiązujący w b. zaborze austr., jeszcze obecnie jest miarodajny w Małopolsce, również w ustawowym ustaleniu zakresu działania pomocników techniczno-dentystycznych, względnie eufemistycznie nazwanych techników dentystycznych. Odpowiednio do wykształcenia ogólnego techników dentystycznych, ograniczającego się przeważnie najwyżej do 4 klas szkoły średniej i praktycznego wykształcenia u lekarza-dentysty wyłącznie w mechanicznym wykonywaniu dostawek, stało się ustawodawstwo austrijskie na słusznym stanowisku, że technikom dentystycznym, uważanym jako siły pomocnicze lekarzy-dentystów, nie posiadającym żadnych kwalifikacji lekarskich, wszelkie zabiegi lekarskie w jamie ustnej są wzbronione i praca technika dentystycznego powinna ograniczyć się wyłącznie do prac technicznych tylko w zdrowej jamie ustnej.

Wszelkie zabiegi lekarskie wykonywane przez techników dentystycznych uważane były

jako partactwo (*Kurpfuscherei*) i podpadały pod odpowiedni paragraf ustawy karnej.

W kategorii techników dentystycznych rozróżniano dwie grupy:

a) koncesjonowanych techników dentystycznych, którzy po dopełnieniu ustawowo przepisanych warunków mieli prawo prowadzenia zakładów technicznych w ramach wyżej zaznaczonych i

b) pomocników techniczno-dentystycznych, którzy mieli prawo pracować jedynie jako siły pomocnicze w pracowniach technicznych lekarzy-dentystów i koncesjonowanych techników dentystycznych. Jak u innych sił pomocniczych lekarskich n. p. akuszerek, felczerów i t. p. istniała tendencja partactwa, przeciw któremu ustawodawstwo musiało środkami karnymi chronić społeczeństwo; zupełnie analogicznie istniała ta tendencja, jednak w znacznie silniejszej mierze u techników dentystycznych; wykroczenia w kierunku partactwa z chwilą rozpadnięcia się b. państwa austrijskiego i braku odpowiedniej kontroli, jak nieuregulowanych stosunków w pierwszych latach istnienia Państwa Polskiego, nabrały charakteru chronicznego tolerowania partactwa przez Władze miejscowe, których kompetencje w tej sprawie nie były jasno określone. Partactwo, przedstawiające groźne niebezpieczeństwo zdrowotności obywateli Państwa, tolerowane wskutek ciężkich i nadzwyczaj trudnych warunków państwowych, będące anomalją niezdrową, ma zatem zostać obecnie usankcjonowane nawet uchwałą Wysokiego Sejmu i Senatu, według wniosku p. posła Nadera. Sprawa dotyczy chwilowo tylko b. zab. pruskiego, ale stać się może groźnym precedensem i dla innych dzielnic Państwa. Lekarze-dentyści Mało-

polski prócz ciężkiej walki z partactwem techników dentystycznych muszą prowadzić również energiczną akcję przeciw lekarzom wszech nauk lekarskich, którzy nie będąc specjalistami dentystami firmują techników dentystycznych, przyczyniając się w ten karygodny sposób do wzrostu partactwa.

Związek lekarzy-dent. wschodniej Małopolski stoi na słusznym stanowisku, że po ustaleniu się stosunków państwowych, a w ostatnim czasie też i politycznych w Małopolsce wschodniej sprawa zabiegów lekarskich w jamie ustnej, jak również stosunek techników dentystycznych do lekarzy-dentystów powinno być definitywnie uregulowane i ustawowo określone.

Związek lekarzy-dent. wschodniej Małopolski wychodzi z założenia, że *jedynie ukwalifikowani, odpowiednio wyspecjalizowani lekarze-dentyści mają prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, a technicy dentyści odpowiednio do swojego wykształcenia i przeznaczenia mają ograniczyć się jedynie do prac technicznych z wyłączeniem wszelkich zabiegów w jamie ustnej.*

Związek lekarzy-dent. wschodniej Małopolski uprasza — opierając się na powyższych wywodach — Wysoki Sejm i Senat o uwzględnienie i rozważenie postulatów lekarzy-dentystów wschodniej Małopolski, celem ochrony społeczeństwa przed zgubnymi skutkami partactwa przez *uchwalenie następujących wniosków:*

Do czasu jednolitego uregulowania zębolecznictwa na całym obszarze Rzpltej Polskiej zakazuje się:

a) *wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarskich dentystycznych w jamie ustnej osobom do tego nie uprawnionym (usuwanie zębów, przecięcie ropy, leczenie miazgi, leczenie dziąseł,*

wstrzykiwanie środków znieczulających, zapisywanie recept dla siebie i dla pacjentów).

b) *Wszelkich spółek lekarzy-dentystów z technikami dentystycznymi. Lekarz-dentysta wzgl. lekarz, któremu udowodni się spółkę z technikiem dentystycznym podlega karze, przewidzianej ustawą dla Izb lekarskich.*

c) *Używania osobom niepowołanym i niekwalifikowanym tytułu „dentysta“ i umieszczania tego tytułu na wywieszkach. Koncesjowanym technikom dentystycznym wzgl. pomocnikom techniczno-dentystycznym nie wolno używać tytułu i wywieszek „Zakład dentystyczny“, „Zakład lekarsko-dentystyczny“ „Pracownia dentystyczna“. Koncesjowanym technikom dentystycznym przysługuje jedynie tytuł „koncesjowany technik dentystyczny“, zakład zaś przez niego prowadzony powinien nosić tytuł „Pracownia sztucznych zębów“.*

d) *Technik dentystyczny musi być zarejestrowany w fizykacie i przedłożyć swe papiery. Do uznania przedłożonych dokumentów zostaje zaproszonym przez Fizykata 1 (jeden) lekarz-dentysta i 1. (jeden) technik dentystyczny z grona organizacji techników dentystycznych. Osoby te zostają desygnowane przez odnośne organizacje zawodowe na zaproszenie Fizykatu. Wątpliwe sprawy zatapia urzędnik Min. Zdr. Publ. danego Województwa, na podstawie referatu specjalisty lekarza-dentysty, który powinien być stałym referentem tegoż urzędu.*

e) *Lekarze powiatowi powinni surowo przestrzegać nadzoru „pracowni sztucznych zębów“. Przekroczenia w tym kierunku podlegają surowym karom słuźbowym.*

f) *W „Pracowni sztucznych zębów“ zakazuje się zabiegów krwawych i zabiegów z zakresu zębolecznictwa, bez względu na osobę wykonującego.*

g) *Wstrzymuje się wydawanie dalszych koncesji technikom dentystycz-*

nym zwłaszcza z powodu hyperprodukcji lekarzy-dentystów przez Instytut dentystyczny w Warszawie, który w przeciągu 3 lat wydał już około 400 lekarzy-dentystów.

Celem ilustracji ustawowego ułatwienia stosunku techników dentystycznych do lekarzy-dentystów, koncesjonowanych techników dentystycznych i pomocników techniczno-dentystycznych, przez Państwa sukcesyjne, jak Czechosłowacja i Jugosławia, załączamy odpisy odpowiednich ustaw tych Państw.

Za Związek lekarzy-dent. przynależnych do Łbzy wschod.-małopolskiej.

(—) Prof. dr. Ant. Cieszyński, przewodniczący. (—) Dr. M. Zeńczak, sekr.

Ustawa dotycząca zębolecznictwa i techniki dentystycznej w Czechosłowacji¹⁾.

§. 1. Zębolecznictwo, którego częścią składową jest uzupełnienie zębów i całych uzębień, jest gałęzią wiedzy i sztuki lekarskiej. Zębolecznictwo, a z tem złączone u. upelnianie zębów i całych uzębień mogą wykonywać tylko lekarze, do wykonywania tej specjalności uprawnieni, którzy uzyskali w Państwowym Instytucie dentystycznym specjalne wykształcenie, a tem samem prawa i tytuł lekarza-dentysty.

Lekarze, którzy wykonują zębolecznictwo, są uprawnieni do utrzymywania sił pomocniczych. Do zabiegów lekarskich mogą być używani tylko lekarze.

§. 2. Przemysł techniczno-dentystyczny mogą wykonywać — i to tylko dożywotnie — technicy dentyst., którzy do ogłoszenia niniejszej ustawy posiadają prawo wykonywania tego przemysłu.

Po ogłoszeniu niniejszej ustawy uprawnienie do wykonywania techniki dentystycznej mogą uzyskać tylko te osoby, które w dniu ogłoszenia ustawy posiadają już wszelkie warunki jakie należy posiadać, by po ogłoszeniu tej ustawy otrzymać koncesję albo uprawnienie do wykonywania techniki dentystycznej (świadectwo na pomocnika tech. dent. przyp. tłum.).

Włączeni do tych są także i ci, którzy w dniu ogłoszenia niniejszej ustawy ukończyli 3-ech letnią naukę i otrzymali świadectwo na

pomocnika techniczno-dentystycznego. Dla udzielenia tej koncesji i dla uzyskania jej obowiązują przepisy, które w czasie ogłoszenia niniejszej ustawy obowiązują w poszczególnych częściach państwa Czecho-słowackiego.

§. 3. Koncesjonowani technicy dentystyczni albo uprawnieni do wykonywania przemysłu (pomocnicy techniczno-dentystyczni przyp. tłum.), którzy w przeciągu roku po ogłoszeniu niniejszej ustawy (§. 2. ustęp 1.) względnie w przeciągu roku po uzyskaniu koncesji lub uprawnienia do wykonywania przemysłu poddadzą się specjalnemu egzaminowi praktycznemu przed powołaną w tym celu specjalną komisją, mogą wyjątkowo wykonywać przemysł swój w rozmiarach określonych przez §. 4. niniejszej ustawy.

Koncesjonowani technicy dentystyczni, albo uprawnieni do wykonywania przemysłu, którzy w dniu ogłoszenia niniejszej ustawy wykonują technikę dentystyczną conajmniej przez lat 20, mogą być zwolnieni od składania tego egzaminu.

§. 4. Technicy dentystyczni, którzy złożyli egzamin praktyczny z pomyślnym wynikiem (§. 3. ustęp 1.) i ci, którzy od tego egzaminu zostali zwolnieni (§. 3. ustęp 2.) mogą poza uprawnieniem §. 2. ust. 1. wykonywać wszystkie rękoczynny na zębach poszczególnych i uzębieniu, jakie potrzebne są do sporządzenia sztucznych zębów i uzębień. Jako dowód na to uprawnienie wydaje komisja egzaminacyjna odpowiednie świadectwa.

§. 5. Technicy dentystyczni, którzy złożyli egzamin z wynikiem pomyślnym, albo którzy od tego egzaminu byli zwolnieni (§. 3. ust. 2.) mogą używać tytułu „egzaminowany technik dentystyczny“.

Wszyscy inni mogą używać tylko tytułu „technik dentystyczny“.

Wszystkie inne tytuły i oznaczania są zakazane.

§. 6. Ustawa niniejsza nie dotyczy uprawnienia lekarzy i chirurgów (według starego systemu austriackiego przyp. tłum.), którzy w czasie ogłoszenia niniejszej ustawy uprawiają już zębolecznictwo i sporządzanie sztucznych zębów i uzębień.

Aż do czasu, kiedy poraz pierwszy w państwowych Instytutach dentystycznych ukończone będzie wykształcenie lekarzy na lekarzy-dentystów (§. 1.), może Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Wychowania Fizycznego pozwolić wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej członkom odnośnych Izb lekarskich i odpowiednio ukwalifikowanym lekarzom poszczególnych Wydziałów lekarskich.

§. 7. Kary.

§. 8. Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem jej ogłoszenia.

(Tłumaczył dr. Wł. Szafran).

¹⁾ Tłumaczenie ustawy na podstawie artykułów w „Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie“. Maj 1920 r. Zeszyt 5, str. 218—219.

Przepisy dotyczące lekarzy-dentystów i techników dentystycznych w Jugosławiji¹⁾.

Lekarze-dentyści.

Art. 1. Praktykę lekarsko-dentystyczną może wykonywać tylko lekarz wszech nauk lekarskich, który jest obywatelem Królestwa: Serbji, Krocacji i Sławonji.

Art. 2. Lekarze specjaliści w zębolecznictwie są obowiązani wykazać się, że po osiągnięciu dyplomu na dr. med. kształcili się w swojej specjalności praktycznie i teoretycznie conajmniej przez 1 rok.

Art. 3. Lekarze-dentyści mają także prawo wykonywania techniki dentystycznej jako roboty, która stoi w bezpośrednim związku z zębolecznictwem. Dla tych czynności mogą lekarze-dentyści przyjmować personal pomocniczy (techników dentystycznych, techników dentystyczne, praktykantów).

Art. 4. Także co do tych technicznych robót podlegają lekarze-dentyści ustawie sanitarnej.

Art. 5. Przy utworzeniu Wydziału lekarskiego utworzy się także katedrę dla zębolecznictwa, pozatem będzie utworzoną szkołą praktyczną dla zębolecznictwa i techniki dentystycznej, a nadto publiczne stacje lekarsko-dentystyczne, gdzie dr. wszech nauk lekarskich będą mogli osiąść prawa dla facheowego wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej.

Art. 6. Lekarzom, którzy nie są specjalistami w zębolecznictwie, zakazaną jest wspólna praca z technnikami dentystycznymi.

Art. 7. Lekarzom-dentystom powierzać w żadnym wypadku nie wolno wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej takim osobom, które nie posiadają kwalifikacji określonych niniejszą ustawą.

II. Technicy dentystyczni.

Art. 1. Technicy dentystyczni wycuzają się swego zawodu w krajowych szkołach techniczno-dentystycznych (oddział dla techniki dentystycznej państwowych szkół lekarsko-dentystycznych).

Art. 2. Technicy dentystyczni mogą wykonywać tylko te roboty techniczno-dentystyczne, które nie wymagają żadnych rękoczynów w utach pacjentów, t. j.:

1. Wykonywanie pozytywów (odlewów) poszczególnych zębów, części szczęk, albo którejkolwiek części jamy ustnej jedynie na podstawie negatywu (wycisku), jakie otrzymują od lekarzy-dentystów.

2. Wykonanie sztucznych zębów, szczęk i innych dostawek (protez) na podstawie pozytywów (odlewów), które otrzymuje się przez wyżej wymienioną robotę.

Art. 3. Technicy dentystyczni muszą być obywatelami Królestwa: Serbji, Krocacji i Sławonji, a jako wstępne wykształcenie muszą posiadać conajmniej szkołę ludową i 3-letnią pracę praktyczną w technice dentystycznej w laboratorium techniczno-dentyst. specjalisty lekarza-dentysty albo technika dentystycznego.

Po ukończeniu 3-letniej praktyki i po złożeniu egzaminu wstępnego przechodzą oni do laboratorium techniczno-dentystycznego państwowej szkoły techniczno-dentystycznej celem wyszkolenia praktyczno-teoretycznego; a po ukończeniu teje i złożeniu egzaminu z pomyślnym wynikiem otrzymują prawa i świadectwo na technika dentystycznego²⁾. Prawo samodzielnego wykonywania techniki dentystycznej otrzymują oni dopiero po 3-letniej praktyce jako wycuzony (wyzwolony) technik dentystyczny w laboratorium specjalisty lekarza-dentysty albo technika dentystycznego.

Technicy dentystyczni ze świadectwem obcekrajowem szkoły techniczno-dentystycznej, którzy chcą uzyskać prawa do pracy (wykonywanie przemysłu przyp. tłum.) w Królestwie: Serbji, Krocacji i Sławonji muszą przedłożyć Ministerstwu Zdrowia Publicznego dowody całkowitego wykształcenia celem osądzenia, czy może im być dozwolone składanie egzaminu z techniki dentystycznej w krajowej państwowej szkole lekarsko-dentystycznej (oddział dla techniki dentystycznej).

Po złożeniu egzaminu ma ich dyplom uprawnienia równorzędne z krajowymi.

Art. 4. Technikom dentystycznym zakazaniem jest ogłaszanie takich tytułów i anonosów, które obliczone są na wprowadzenie w błąd publiczności; mogą oni swe pracownie nazwać tylko „Pracownia techniczno-dentystyczna“, a siebie samych tylko technikami dentystycznymi. Nazwy nie mogą być skracane, ani nie może być podany czas pracy.

Art. 5. Ponieważ w niektórych państwach istnieją t. zw. „dentyści“ muszą wszyscy ci, którzy roboty te (zębolecznictwo, przyp. tłum.) obecnie wykonują, w przeciągu miesiąca od ogłoszenia niniejszej ustawy przedłożyć Ministerstwu Zdrowia Publicznego:

a) że uprawnieni są w myśl niniejszej ustawy do wykonywania zębolecznictwa;

b) świadectwa, stwierdzające wykształcenie szkolne i facheowe.

Jak długo nie będą otwarte szkoły państwowe lekarsko-dentystyczne muszą wszyscy

¹⁾ Tłumaczenie ustawy na podstawie artykułów w „Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie“. Maj 1920 r. Zeszyt 5, str. 219—221).

²⁾ Czas nauki w państwowych szkołach techniczno-dentystycznych nie jest podany.

wyszkoleni technicy dentyści składają egzamin przed specjalną komisją, którą wyznaczy Ministerstwo Zdrowia Publicznego, składającą się z dwóch lekarzy-dentystów i jednego wysłannika Ministerstwa jako przewodniczącego.

Technikom dentyści, którzy z chwilą wejścia w życie niniejszej ustawy nie posiadają fachowego wykształcenia, zakazuje się samodzielnej pracy, a pozwala się tylko wykonywanie ich zawodu (przemysłu techniczno-dentyści przypr. tłum.) jeżeli są zajęci

u lekarza-dentyści albo u technika dentyści, który posiada kwalifikacje, jakie wymagane są według niniejszej ustawy do samodzielnej pracy.

Art. 6. Jeżeli zajdą przypadki, że technicy dentyści nawet pod pokrywką (pod firmą, przyp. tłum.) lekarza przekroczą zakres swej działalności, będą oni ukarani według postanowień ustawy karnej.

(Tłumaczył dr. Wł. Szafran).

Sprawa podatku od zbytku od protez dentyści.

„Co się dzieje, gdy urzędnik kieruje się nie duchem, lecz literą ustawy“. — W sprawie podatku od zbytku.

Do plag, które zawód dentyści w ostatnich czasach nawiedziły, jak drożyna ogólna i spowodowana przez to coraz większa wstrzeźliwość publiczności w korzystaniu z pomocy dentyści, drożyna materiałów dentyści i narzędzi, wysokie ceny elektryczności i gazu, wygórowane żądania personelu pomocniczego i częste na tem tle zatargi, olbrzymi wzrost partactwa dentyści, niedość przez kompetentne władze w ryzach utrzymanego, i in. przybyła w ostatnich czasach jeszcze jedna: przyrównanie przez prasę gorliwych urzędników fiskalnych lekarzy, wykonywujących praktykę dentyści, do jubilerów i wogóle sprzedawców towarów luksusowych na podstawie naciągania brzmienia ustawy o 100/0-wej opłacie stempowej od sprzedaży przedmiotów zbytku z dnia 16. lipca 1920. Ponieważ spis przedmiotów podlegających opłacie wymienia w pozycji 1.: „przedmioty, wyrobione w całości lub w części ze złota, platyny lub srebra, przedmioty pozłacane, platynowane lub posrebrzane i wszelkiego rodzaju imitacja złota, platyny lub srebra, o ile przedmioty te nie są narzędziami wytwórczymi lub nie służą do celów naukowych, w cenie ponad 100 Mkp. za sztukę“, przeto gorliwi fiskaliści małopolscy zadecydowali, że protezy zębowe, skoro też są sporządzone ze złota lub platyny, stanowią również przedmiot zbytku i że należy je obłożyć opłatą. Rozumowanie to spowodowało okólnik, podany w 1. zeszytce *Polskiej Dentystryki*, na str. 58.

Nie trzeba chyba w czasopiśmie, przeznaczonym dla lekarzy, wykonywujących dentystrykę, dokładnie dowodzić, jak nielogicznym, jak naciąganiem jest podporządkowanie protez zębowych pod kategorię przedmiotów zbytku; szczegółowa argumentacja znajduje się w przytoczonym poniżej memorjale.

Naturalnie, że wezwaniu Władzy Skarbowej, sprzecznemu z obowiązkiem dochowania

tajemnicy lekarskiej i podstawowemu zasadami myślenia lekarskiego, nikt z Kolegów zadość nie uczynił, tembardziej, że zabrała w tej sprawie głos jedynie do tego kompetentna Izba Lekarska, wydając ostrzeżenie, przytoczone w Nr. 1. *Polskiej Dentystryki*, str. 59. — Również Rada Profesorów Wydziału Lekarskiego U. J. K. wydała w tej sprawie swą opinię, brzmiącą następująco:

1. „Wyroby dentyści, jak korony, zęby ćwiekowe, mostki i t. p. służą celom zdrowotnym i nie mogą być wykonane z innego metalu, jak złota. Nieszlachetne metale bowiem podlegają w jamie ustnej procesowi utleniania, przyczem wytwarzają się związki chemiczne, szkodliwe zdrowiu.

2. Wyżej wymienione wyroby dentyści nie powinny być wobec tego uważane jako przedmioty zbytku, podlegające podatkom od sprzedaży przedmiotów zbytku i pociągające pod ustawę z dnia 16. lipca 1920“.

Koleży lwowski odbyli dnia 21. lutego 1923 zebranie protestujące na którem po wyczerpującej dyskusji uchwalono wysłać 2 delegatów do warszawskich Władz Centralnych celem przedstawienia fałszywej taktyki Władz miejscowych i domagania się odpowiedniej remedury. Delegaci: podpisani i dr. H. Berger, mieli zaszczyt przedstawienia 6-go marca b. r. panu Łozińskiemu, dyrektorowi departamentu w Ministerstwie Skarbu całej sprawy i zapatrywań kolegów, streszczonych w następującym memorjale:

Do Ministerstwa Skarbu, Departament opłat w Warszawie.

Lekarze-dentyści przynależni do Izby Lekarskiej Wschodnio-Małopolskiej rozpatrywali na posiedzeniu odbytem dnia 21. lutego 1923 sprawę uznania przez Lwowski Urząd Wymiaru Należności dostawek (protez) zębowych za przedmioty zbytku i odczytawszy skargi dotkniętych lekarzy, uchwalili po odbytej dyskusji odnieść się do Ministerstwa Skarbu z następującem:

I. Reskrypt Ministerstwa Skarbu z 22. VIII. 1922, L. 709, D. P. i O. Gr. II. Wydz. III. na-

ciąga ustawę o przedmiotach zbytku z 16-go lipca 1920, Dz. U. R. P. Nr. 79 poz. 528. na dostawki zębowe, wykonywane z koniecznych względów higienicznych z metali szlachetnych, jedynie z tego powodu, że ustawa wspomniana, będąc jak każda zresztą ustawa, przykładowa, nie wymienia wyraźnie celów zdrowotnych jako zwolnionych od 10% owej opłaty, wymieniając jedynie cele wytwórcze i naukowe. (Poz. 1 spisu przedmiotów podlegających opłacie).

II. Takie rozciągnięcie ustawy, okładającej słuszną opłatą przedmioty rzeczywiście zbytku, jak biżuterję, futra, samochody, antyki i t. p. na plombę i protezy zębowe, mając za jedyne zadanie przywrócenie prawidłowego stanu narządom jamy ustnej i umożliwienie normalnego żucia pokarmów i mowy, jest tembardziej mylne, że przyrównuje lekarzy z wykształceniem uniwersyteckim, leczących choroby jamy ustnej i zębów i starających się przeto o poprawę stanu zdrowia chorych, swej pi czy powierzonych, do handlarzy, sprzedających w sposób zarobkowy towar zbytkowny i wykonywujących swój zawód na podstawie uprawnienia przemysłowego, względnie handlowego, którego też odebranie grozi wspomnianym kupcom względnie przemysłowcom w razie niestosowania się do postanowień ustawy. Dotyka nas to tembardziej, że taka interpretacja ustawy przeznaczony dla całego Państwa znajduje zastosowanie jedynie na obszarze Małopolski Wschodniej.

III. W myśl §. 19. Rozporządzenia wykonawczego do wspomnianej ustawy, winien każdy sprzedający przedmioty zbytku nie tylko prowadzić księgę sprzedaży tych przedmiotów, lecz także wręczać każdemu kupującemu rachunek z tej księgi za sprzedane przedmioty z wymienieniem sztuk, metrów i t. p. i doliczeniem 10% tytułem opłaty stempowej. Nie można sobie wyobrazić, by znalazł się lekarz, który lecząc chorego i uważając wszystkie swe zabiegi protetyczne za istotną część leczenia, mógł wogóle taki rachunek wypełnić, popadając tem samem w sprzeczność z podstawowemi zasadami swego zawodu. Poza tem obowiązuje lekarzy tajemnica zawodowa, która nie pozwala na tego rodzaju prowadzenie ksiąg, a zwolnienie od niej może nastąpić tylko przez Władzę sądową w konkretnych wypadkach.

IV. Dostawki (protezy) zębowe dlatego sporządzają się z metali szlachetnych (złoto, rzadziej platyna), że każdy inny metal ulega w jamie ustnej, wskutek odbywającej się tam ustawicznie spraw fermentacyjnych utlenieniu (oxydacji), którego produkty są w wysokim stopniu dla zdrowia szkodliwe i mogą

spowodować groźne zatrucia, mogące się ewentualnie zakończyć śmiertelnie.

Stosowanie wspomnianej ustawy do dentystyki kwalifikuje nawet plombę srebrną (amalgamową), stanowiącą najprymitywniejszy sposób konserwacji zębów, jako przedmiot zbytku, co d wodzi najwyraźniej, jak nielojalnym i naciąganiem jest takie stosowanie; podobnie rozumując należałoby druty i ćwieki srebrne, któremi chirurdzy łączą złamane kości lub płytki złote lub platynowe, wypełniające ubytki w czaszce lub kończynach, uznać za przedmioty zbytku i obłożyć opłatą.

W uwzględnieniu powyżej wyluszczonej powodów, upraszamy podpisani jako delegaci wspomnianego zebrania Ministerstwa Skarbu o zniesienie reskryptu z 22. sierpnia 1922 r. L. 709 D. P. i O. Gr. II. Wydz. III., jako zarządzenia polegającego na mylnej, niechybnie przeciwniej pierwotnym intencjom ustawodawcy, interpretacji ustawy, okładającej opłatą, przeznaczoną dla przedmiotów zbytku, rzecz tak naturalną i potrzebą, jak zdrowie ludzkie. Również upraszamy na podstawie art. I. wspomnianej ustawy o wyszczególnienie w spisie przedmiotów podlegających opłacie w poz. 1. przedmiotów służących do celów leczniczych, jako zwolnionych na równi z przedmiotami, służącymi do celów wytwórczych i naukowych.

Usiłowania przeprowadzenia wspomnianego rozporządzenia wywołają jedynie remonstracje ze strony pokrzywdzonych lekarzy, grzywny, rekursy i wogóle skutki wręcz przeciwnie zamierzonym, przy nikłym efekcie finansowym zamiast spodziewanego obitego wyniku przy sprężystem stosowaniu postanowień ustawy do sprzedawców i wytwórców rzeczywistych przedmiotów zbytku. Poza tem mogłyby one spowodować u niesłusznego dotkniętych przy obecnej, i t k już katastrofalnie skąpej możności zarobkowania rozpaczliwe środki obronne, które niechybnie odbiłyby się nader niekorzystnie na chorych, potrzebujących uzupełnień zębowych.

Lwów, dnia 5. marca 1923.

(—) Dr. Henryk Allerchand. (—) Dr. Henryk Berger.

*

Pozatem zaznaczyć należy, że usiłowanie stosowania ustawy o opłacie od przedmiotów zbytku do lekarzy-dentystów wiedzy samo przez się do absurdu między innymi z tego powodu, że zagrożone w art. 16. „odebranie winnemu uprawnienia przemysłowego wzgl. handlowego“, po bezkrotnym trzykrotnym nałożeniu grzywny, nie da się zastosować do lekarzy, praktykujących na podstawie dyplomu, nie mogącego być odebrany, jak uprawnienia przemysłowe wzgl. handlowe, na których

podstawie wykonują swój proceder wytwórcy i sprzedawcy przedmiotów zbytkowych. Po nałożeniu t. zw. grzywny Władza Skarbowa byłaby wobec dentystów bezsilna, co dowodzi, że i pierwotne postępowanie było zupełnie niesłuszne. — Prócz tego uznanie w konsekwentnej interpretacji ustawy wypełnień z amalgamu srebra i miedzi z „randolfa“, będącego najpospolitszym mosiądzem lecz równocześnie „imitacją złota“, za przedmioty zbytku, jest też dowodem, że interpretacja taka prowadzi do absurdu.

Krytyka ustawy samej, w zasadzie bardzo racjonalnej i pożytecznej, wychodziłaby poza ramy tego artykułu. Nadmienić tylko wypada, że śnać Sejm Ustawodawczy, uchwalając tę ustawę, zdawał sobie sprawę z jej braków, skoro w art. 1. przyznaje Ministrowi Skarbu „...prawo w porozumieniu z Ministerjum Przemysłu i Handlu spis ten zmienić lub uzupełnić“. Jako ilustrację niedomagań spisu przedmiotów podlegających opłacie wspomnieć należy, że n. p. w poz. 6. przedmioty służące do gier wszelkiego rodzaju (a więc szachy, domino i t. p. gry, służące do godziwej rozrywki), podlegają opłacie, wolne natomiast są od opłaty — karty do gry!

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że kwestjonowana przez nas interpretacja ustawy pochodzi jedynie z braku wyraźnego wymienienia wśród przedmiotów wyrobionych z metali szlachetnych, a uwolnionych od opłaty jako będących narzędziami wytwórczymi lub służących do celów naukowych także przedmiotów służących do celów leczniczych. Brak takiego wyszczególnienia, które wszelkie wątpliwości mogłoby usunąć, dziwi tembardziej, że w ustawie niemieckiej, na której ustawa z 16. lipca 1920 jest wzorowana, przedmioty służące do „wyrównania ułomności cielesnych“ (*Ausgleich körperlicher Gebrechen*), a takimi są niewątpliwie dostawki zębowe, są wyraźnie wymienione jako zwolnione od opłaty. Mamy nieplonną nadzieję, że czynniki decydujące, uzupełniając w tym sensie spis przedmiotów zwolnionych od opłaty, odbiorą tem samem podstawę mylnej interpretacji ustawy i rozciąganiu jej na stan lekarsko-dentystyczny i uwolnią Kolegów, i tak pracujących obecnie w niezmiernie ciężkich warunkach, od niesprawiedliwych grzywn i konieczności rekurowania przeciw nim w każdym poszczególnym przypadku do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Sprawa omawiana znalazła też echo w prasie codziennej, czego ilustracją jest przytoczony poniżej artykuł („Na marginesie“), który się ukazał w jednym z dzienników lwowskich.

Lwów, dnia 19. marca 1923.

Dr. H. Allerhand.

P. S. Już po wydrukowaniu powyższego artykułu dowiadujemy się, że Ministerstwo Skarbu, załatwiając przychylnie podanie Związku lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby lekarzy wschodnio małopolskiej, w październiku 1922, oraz powtórne podanie w tej sprawie, wniesione przez delegatów zebrania z dnia 21. lutego 1923, zarządziło reskryptem z 10. marca 1923, L. 1079/D. P. i O. Gr. II., W. 2., wstrzymanie represji przeciw lekarzom-dentystom i koncesjonowanym technikom dentystycznym w sprawie opłaty od przedmiotów zbytku aż do dalszego zarządzenia, co Izba Skarbowa lwowska podała do wiadomości podległym sobie urzędom okólnikiem z 15. marca 1923, L. 30.254.

Nie wątpimy, że nowela do ustawy o opłacie od przedmiotów zbytku, mająca się nibawem ukazać, ustali w niedwuznaczny sposób zakres działania ustawy czem uniemożliwi wszelkie fałszywe interpretacje.

Lwów, 27. marca 1923.

REDAKCJA.

Na marginesie.

Co w Polsce jest luksusem? U nas w Polsce — jak wiadomo — system podatkowy jest bardzo przemyślnie urządzony. Tak n. p. na to, aby podatek gruntowy od jednej morgi był zapłacony, wystarczy, aby kura chłopska zniosła jedno jaję. Z drugiej strony ten, kto posiadał przed wojną 100 tysięcy koron w listach zastawnych i dziś z gorzkim uśmiechem przychodzi do kasy banku po procent roczny, wynoszący aż 3500 Mk., zapłaci obecnie od tego swego zubożenia jeszcze 10% podatku rentowego, śnać aby nie zapomniał, że jest rentierem.

Pan Minister skarbu Jastrzębski zapowiedział na wstępie swego urzędowania silną podwyżkę niektórych podatków, przedewszystkiem gruntowego. Wyższe względy spowodowały, że rychło zaniechał niegodziwego zamiaru, iżby aż trzy jajka były potrzebne do spłacenia podatku od morgi. Chcąc nie chcąc musiał się p. Minister oglądać za innymi źródłami dochodu, aby choć trochę odciążyć pracującą się aż do granic wydajności maszynę drukującą banknoty PKKP. Woła tedy pewnego poranku do swego gabinetu szefa sekcji i mówi:

— Za pobytu mego w Szanghaju zauważyłem, że tubylcy tamtejsi, gdy ich bolą zęby, dają je sobie wyrwać na ulicy fryzjerom

i więcej się tem nie kłopotą przy polykaniu ryżu. W Polsce natomiast co drugi błyszczy złotem w zębach. To jest zbytek. Czy jest opodatkowany?

Szef Sekcji (zakłopotany):

— Dotychczas nie.

— A zatem, proszę natychmiast przygotować reskrypt, poddający złote plomby, zęby n. p. podatkowi od przedmiotów zbytku. Mogą się ludzie obejść bez tego w Szanghaju, mogą i w Polsce. A kto chce mieć złoto w zębach, niech płaci podatek!

I reskrypt taki wyszedł, co Urząd wymiaru należytości podał do wiadomości dentystów pismem następującej treści:

„Ministerstwo Skarbu reskryptem z 22. sierpnia L. 709 D. P. i O. Gr. II. Wydział III. orzekło, że wyroby dentyst. ze złota, platyny i srebra (sztuczne zęby, mostki etc.) są przedmiotem zbytku, o ile wartość ich przekracza 100 Mkp. (!) za sztukę, zaś odpłatne ich wykonanie na za-

mówienie z materiału dostarczonego przez dentystę podlega opłacie stempłowej w myśl §. 1. punkt 3 i §. 34. ustęp 2. rozp. wykon. do ustawy o opłacie stempłowej od sprzedaży przedmiotów zbytku (Dz. U. Nr. 50, poz. 590).

Wobec tego jest WPan obowiązany wedle ust. z 16. lipca 1920 Dz. U. 79, poz. 528:

1. do doniesienia tuż, Urzędowi wymiaru należytości o rozpoczęciu sprzedaży przedmiotów zbytku;

2. do pobierania od zamawiających wzgl. nabywców (pacjentów) i do uiszczania 10^{0/0} opłaty stempłowej od sprzedaży wyżej wspomnianych przedmiotów zbytku;

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

Jak słyhać lwowscy dentyści postanowili na pamiątkę tego reskryptu ofiarować panu Ministrowi Skarbu sztuczną szczękę z... aluminium. — (*Słowo Polskie* z 9. listopada 1922).

WOBEC ZAMIARU UPAŃSTWOWIENIA PRYWATNEJ SZKOŁY DENTYSTYCZNEJ W WILNIE

przyłączam się, jako przedstawiciel Katedry stomatologii przy uniwersytecie Jana Kazimierza do protestu „Związku zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem“ z dnia 11. marca b. r., oraz protestu prof. Hilarego Wilgi i grona asystentów Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie.

Stwarzanie obecnie trzeciego typu lekarzy-dentystów w Polsce wobec nieuregulowania dotąd studjów dentystycznych w b. zab. austriackim i pruskim, oraz wytwarzania masowego lekarzy-dentystów na terenie b. zab. rosyjskiego, uważam ze względów nauki, oraz ze względów społecznych za szkodliwe i niebezpieczne dla Państwa, społeczeństwa i stanu lekarzy-dentystów. Należy przytem podkreślić, że zapotrzebowanie lekarzy-dentystów na terenie b. zab. rosyjskiego jest już obecnie pokryte i należy liczyć się tamże z hyperprodukcją lekarzy-dentystów.

Lwów, dnia 4. kwietnia 1923 r.

Prof. dr. Antoni Cieszyński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Związek lekarzy-dentystów we Lwowie. Dnia 24. marca b. r. został wybrany na Walnem Zgromadzeniu nowy Wydział Związku; przewodniczącym został wybrany *dr. Henryk*

Allerhand, zastępcą przewodniczącego *dr. P. Szadkowski*.

Korespondencję należy przysyłać pod adresem: *dr. Jan Schmar*, sekr. Związku, Halicka 19.

Dr. L. Dręgiewicz w Sanoku, ul. Jagiellońska 429, **poszukuje** dyplomowanej lekarki-dentystki, rel. rzym. kat., na posadę **asystentki**.

OD WYDAWNICTWA.

Wskutek przemiany dwumiesięcznika *Polska Dentystyka* na miesięcznik, obecny nr. 3-ci z datą 1-go maja zostaje wyekspedjowany już dnia 15. kwietnia, ażeby wyrównać okres czasu między 2. a 3. i 3. a 4. numerem, a zarazem dostarczyć wiadomości aktualne Czytelnikom pisma jaknajrychlej.

Rozmiar treści naukowej *Polskiej Dentystyki* został powiększony o $\frac{1}{2}$ arkusza miesięcznie. Cena pisma nie uległa pomimo tego zwyżce, pomimo zwyżki ceny papieru, dwukrotnej podwyżce cen drukarskiej ($100+50.4\%$) i podwójnych kosztów przesyłki pocztowej. *Liczymy bowiem na lojalność odbiorców pisma*, którzy dotychczas prenumeraty zaległej nie uiścili. W przeciwnym razie będziemy musieli podwyższyć cenę pisma w przyszłości, ażeby pokryć deficyt, powstały wskutek nieuregulowania zaległej prenumeraty.

Wszystkich Odbiorców „POLSKIEJ DENTYSTYKI“, którzy nie zwrócili numeru 1-go i nr. 2-go uważamy w myśl notatki na str. 64-tej (1-go numeru), oraz na str. 127 (2-go numeru) za prenumeratorów pisma i prosimy Ich, o ile nie nadesłali dotychczas prenumeraty, o przysłanie jej najpóźniej do 1-go maja b. r., załączonem blankietem P. K. O.

Administracja „POLSKIEJ DENTYSTYKI“ wysyłać będzie po 1-szym maja rachunki za pierwsze trzy numery pisma ($2\frac{1}{2}$ złp.) za pobraniem pocztowym, doliczając koszty druku formularza i manipulacji pocztowej.

Wpłacający prenumeratę za pierwsze półrocze (t. j. 20.000 Mkp.) przed 1-szym maja otrzyma za cenę niższą cztery numery pisma (zamiast trzech); ponieważ pismo w abonamencie jest tańsze, aniżeli zakupione w numerach poszczególnych.

Cena 3-go numeru *Polskiej Dentystyki* wynosi w abonamencie $\frac{1}{2}$ złp., w odręcznej sprzedaży $\frac{3}{4}$ złp. Kurs złotego polskiego ustalamy do 15. maja na 7500 Mkp. — Nr. 3-ci kosztuje więc (z doliczeniem kosztów przesyłki) do 15. maja 4000 Mkp. w abonamencie, 6000 Mkp. zaś w rozprawie poszczególniej. Po 15-tym maja obowiązywać będzie oficjalny kurs złp.

W razie zwrotu numeru prosimy o staranne opakowanie w szeroką opaskę i unikanie złamania i uszkodzenia egzemplarza. Egzemplarze uszkodzone nie przedstawiają dla Administracji pisma żadnej wartości.

Redaktor odpow.: Dr. A. Cieszyński.

Z drukarni „Prasa“ Lwów, Sokola 4.

SILIKOLL

NOWY, NA CHEMICZNO-KOLOIDALNEJ PODSTAWIE ZBUDOWANY

CEMENT KRZEMIANOWY

CHEMICZNA FABRYKA — WINKEL

Berlin W. 50.

Passauer Str. 18.

Generalny przedstawiciel na Rzeczpospolitą Polską: Inż. chem. Michał HERTZ,
Warszawa, Hypoteczna 3. — Telefon 171-20.

SKŁADNICA DENTYSTYCZNA M. ARTELT

Lwów, ulica Chorążczyzna Nr. 8.

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

Kompletne urządzenia od najtańszych
===== do najwykwintniejszych =====

Wielki wybór ZĘBÓW Wienand'a „Wisco“
i Ash'a „Franca“ do lutowania ze złoconymi
zaczepkami. Zęby de Trey'a „Gibraltar“.
Zęby diatoryczne Ash'a, Wienand'a, de Trey'a
jak też połówki zębów trzonowych.

CEMENTY: Synthetic, Solila, Harward i Astral
jak też **wyroby krajowe** Brettlera: cement
Klarid i Artificial Dentin stale na składzie.

TOWARY TYLKO PIERWSZEJ JAKOŚCI

Ceny przystępne.

Szczegółowe oferty przesyłamy na życzenie bezpłatnie.

Zlecenia z prowincji nadeszłe przed godziną
4-tą popoł. załatwia się w tym samym dniu.