

## Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

JÓZEF JARZĄB

LWÓW.

Lekarz-dentysta i st. asystent  
Instyt. Dentystycznego U. J. K.

## BADANIA ANATOMO-PATOLOGICZNE I BAKTERJOLOGICZNE DZIAŁANIA PRESOJODU NA TKANKĘ ZIARNINOWĄ PRZY PRZEWLEKŁYM I OSTREM ZAPALENIU OZĘBNEJ.

(Z 2 tablicami)

51,37; 24.761; 39,511

*Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur l'action du Presojod sur le tissu des granulomes en cas de périodontite chronique ou aigue.*

Przy leczeniu przewlekłego zapalenia ozębnej, spotykamy się z różnymi metodami, które z wielu powodów nie zadawalniają jeszcze lekarza-praktyka. Trudny ten problem znajduje w dwu obozach swoich przedstawicieli. Jedni z Partschem na czele są zwolennikami radykalnej metody chirurgicznej.

Metoda ta jakkolwiek usuwa przyczynę choroby i doprowadza do wytworzenia kości zdrowej w miejscu dawnych zmian patologicznych, z powodu jednak bojaźni pacjentów przed nią, i niedokładnego przygotowania lekarzy-dentystów do zabiegów chirurgicznych niema zastosowania tak wielkiego, na jakieby zasługiwała.

Drudzy ograniczają się do sposobów leczenia zachowawczego, przyjemniejszego dla pacjenta, wymagającego więcej czasu i cierpliwości ze strony lekarza, jakkolwiek o wynikach niepewnych.

Zasadniczo w leczeniu przewlekłego zapalenia ozębnej chodzi o dwie rzeczy:

1. O dokładne wyjałowienie przewodów korzeniowych i zablokowanie kanalików zębiny,
2. O wyjałowienie okolicy okołoszczytowej.

Samo przemywanie przewodów korzeniowych środkami przeciwnieznymi, tudzież ich hermetyczne zamykanie nie prowadzi do celu ponieważ działanie tych środków kończy się zazwyczaj w przewodzie samym, nie dochodzi w głąb kanalików zębiny i do zakażonej okolicy pozaszczytowej.

Napływ drobnoustrojów przez otwarty przewód korzeniowy do tkanki okołoszczytowej powoduje z jej strony odczyn zapalny, o charakterze

zależnym tak od jakości zachowania się drobnoustrojów, jak również od odporności danego organizmu. Przyczynę zapalenia przewlekłego stanowią tutaj bądźto drobnoustroje chorobotwórcze i ich jady, które stale drażnią tkankę, bądźteż drobnoustroje nawet pasożytujące, które przez swoją obecność i swoje produkty tylko wywierają wpływ drażniący.

Tą drogą powstają w okolicy okołoszczytowej t. zw. ziarniniaki, które z jednej strony tworzą ochronę przed wtargnięciem drobnoustrojów w głąb organizmu, z drugiej zaś mogą się stać nowym źródłem zakażenia. Ich wzrostowi towarzyszy zawsze w mniejszym lub większym stopniu destrukcja kości wyrostka zębodołowego i nieraz szczytu korzenia, lub też zamiast tego, hyperplastyczny rozrost cementu.

Z tego elementarnego przedstawienia rzeczy widać, że dojście do tych okolic naszymi środkami odkażającymi jest przeważnie niemożliwym, a nawet gdyby się to powiodło, to ich zbyt wielkie stężenie spowoduje raczej uszkodzenie tkanek, niż pożądane odkażenie.

W ostatnich latach ukazały się w piśmiennictwach zagranicznych i naszych opisy nowego preparatu zwanego presojodem (septojodem); jestto jodowy płyn Pregla o 10 razy większej koncentracji, który — zdaniem Schroedera — wstrzykiwany pod okostną w okolicy szczytu korzenia przy wszystkich rodzajach zapaleń ozębnej uśmierza bóle, usuwa obrzęki, działa hamująco na procesy zapalne. Istnieje bowiem przypuszczenie oparte na obserwacjach wyłącznie klinicznych, że środek ten powoduje powolny zanik ziarniniaków a w następstwie tego regenerację ubytku kostnego (Schröder). Lecznicze to działanie według publikacji Pregla (Z. des Allg. österr. Apothekenvereins 1921, Nr. 20 u. Nr. 21) polega na ciągłym odczepianiu się wolnego jodu pod wpływem kwasów organicznych, jakie znajdują się w żywych tkankach. Dzięki tym własnościom środek ten o różnej koncentracji znalazł zastosowanie we wszystkich gałęziach medycyny.

Okolice chore, zakażone drobnoustrojami, których sprawy biologiczne związane są z ciągłą produkcją kwasów, będą wystawione energiczniej na działanie wolnego jodu i na tem rzeczywiście polegałoby elektywne niejako działanie tego środka.

Zanim przedstawię swoje wyniki eksperymentalnego badania działania presojodu na żywą i zakażoną tkankę ziarninową, przypomnę bodaj pokrótce histologiczną budowę ziarniniaków, również wspomnę o drobnoustrojach, jakie się w niej znajdują.

Histologicznie ziarniniaki są to twory, pochodzenia zapalnego, jako młodsza i starsza tkanka ziarninowa. W pierwszej świeżo powstałej, mogłem stwierdzić ogromną ilość naczyń włosowatych, wiele leukocytów, limfocytów i komórek plazmatycznych, na ogólnej podściółce łączno-

tkankowej. W starszej tkance ziarninowej zasadniczo występują te same elementy komórkowe, tylko we formie nieco zredukowanej, na korzyść tkanki łącznej, które to komórki przez szybki podział coraz bardziej się zagęszczają, stają się więcej zbite i włókniste przezco uciskają na naczynia włosowate i powodują ich częściowy zanik (Ribbert, Aschoff, Hornowski).

Stosunki podobne spotykamy zazwyczaj na zewnątrz ziarniniaków we formie zbitej otoczki, zwłaszcza, jeżeli zapalenie miało przebieg łagodny (Römer, Partsch, Kantorowicz). W niektórych ziarniniakach tu i ówdzie widać małe wysepkowato lub w kształcie smug nagromadzone komórki nabłonkowe, pochodzenia embrjonalnego, które pobudzone do rozrostu, jak wiadomo, dają torbiele. *Tabl. I. Ryc. 1.*

Wewnątrz tkanki ziarninowej mogą się odbywać różne procesy zapalne, przedstawiające się jako nacieki o charakterze już to ostrego, już też przewlekłego zapalenia, jakoteż i zmiany degeneratywne, we formie zwyrodnienia tłuszczowego.

Przy tych zmianach anatomo-patologicznych, objawy podmiotowe pacjentów są zazwyczaj bardzo nieznaczne a przeważnie ich brak zupełnie. Intenzywniejsze przekrwienie błony śluzowej wyrostka zębodołowego tej okolicy, jak również powiększone gruczoły chłonne podszczękowe (*a, b, c*, Partsch'a), twarde o powierzchni gładkiej przesuwalne i niebolesne, stanowią nieraz jedyny objaw kliniczny.

O bakterjologii ziarniniaków dotychczas wiemy bardzo mało, ponieważ występują tu przeważnie beztlenowce, które, na zwykłych pożywkach trudno wyhodować. Ogólnie paciorkowcom przypisuje się główny udział. Na pożywkach buljonowych i agarowych (agar ascites) udało mi się wyhodować ze świeżo wydobytych ziarniniaków i ropni podziąsłowych:

streptococcus	mucosus
"	pyogenes
"	mitior, seu viridans
"	lacticus
"	lanceolatus (pneumococcus)
staphylococcus	pyogenes aureus
"	" albus

ponadto wiele pasożytujących różnego kształtu koków i laseczek. Według badań Ludwika Gorczyńskiego dotychczas nie ogłoszonych, streptococcus mitior występuje w ziarniniakach zaledwie w ilości 3% — 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% przypadków.

Streptococcus pyogenes, streptococcus lanceolatus, staphylococcus pyogenes aureus, mniej streptococcus mitior, znalazłem przeważnie

w ostrych sprawach i ropnych. Cechuje je, zdaniem bakterjologów, większa złośliwość chorobotwórcza.

Inne zaś, jak streptococcus mucosus, streptococcus lacticus i staphylococcus albus, zachowują się pasożytniczo i występują prawie we wszystkich ziarniniakach jużto w łączności z powyższymi, jużteż samodzielnie.

Wspólną cechą wszystkich wymienionych drobnoustrojów, jest zdolność tworzenia z węglowodanów kwasów (Rosenbach, Kruse) czyli należą do t. zw. drobnoustrojów kwasotwórczych, co ze względu na bakterjóbójcze działanie presojodu zasługuje na uwagę.

W eksperymentach swoich, o ile chodziło o badanie działania presojodu na tkankę niezmienną, używałem psów, dla badania zaś spraw chorobowych jak w tym wypadku procesów zapalnych, miałem do dyspozycji obfity materiał kliniczny w Instytucie dentystycznym U. J. K.

Korzenie, które podejrywałem o ziarniniaki bez poprzedniego leczenia zachowawczego, zostały poddane wstępnemu badaniu promieniami Roentgena, a po ich stwierdzeniu wstrzykiwałem presojod do błony śluzowej lub wprost do ziarniniaków przez przetokę dziąsłową w odstępach czasu 3, 7 i 14 dni. W tych samych odstępach czasu wydobywałem je — przy ekstrakcji korzeni — celem dalszego badania. Używałem również do tego celu ziarniniaków, wydobytych przy resekcji korzenia, o ile po uprzednim zwykłym leczeniu zachowawczem, działałem na nie presojodem. Dla ściślejszych wyników badań starałem się używać tych samych osobników, do kilku kontrolujących się wzajemnie eksperymentów, przyczem eksperymenty po jednej stronie służyły za kontrolę po stronie przeciwnej.

Wreszcie chcąc mieć całokształt leczenia presojodem w zębolecznictwie, rozszerzyłem badania na stany lekkich podrażnień, ostrych i ropnych zapaleń.

Bakterjologicznie wyniki hodowli otrzymałem różne, zależne od tego czy zęby, wzgl. korzenie były poprzednio leczone metodą zachowawczą i dostęp z jamy ustnej przez przewód wierzchołkowy był zamknięty, czy też korzenie nie były wcale leczone i dopływ drobnoustrojów do ożębnej był nadal utrzymany. Dla przejrzystości, badania te uporządkowałem w następujące grupy:

1. Ziarniniaki korzeni leczonych i wypełnionych po jedno-dwu- i trzyrazowym wstrzykiwaniu presojodu w tygodniowych odstępach czasu.

2. Ziarniniaki korzeni leczonych a nie wypełnionych, po takim samym działaniu presojodu.

3. Ziarniniaki korzeni leczonych i wypełnionych metodą zachowawczą bez działania presojodu.

4. Ziarniniaki korzeni, na które żadnych środków leczniczych nie stosowałem.

*Ad 1.* Ziarniniaki korzeni leczonych i wypełnionych pastą lub czopkami parafinowymi, wydobyte w 3, 7 i 14 dniu po jedno, dwu i trzyrazowym wstrzykiwaniu presoju, czy to pod okostną, czy też drogą przetoki dziąsłowej wprost do okolicy okołoszczytowej, zachowywały się jałowo. Również zapalenia ostre nawet ropne po działaniu presoju, bakterjologicznie zachowały się tak samo.

We wszystkich innych doświadczeniach wymienionych w grupach 2, 3 i 4, a które były dla mnie doświadczeniami kontrolnymi, zawsze mogłem wyhodować na pożywkach w mniejszej lub większej ilości wyżej wymienione drobnoustroje.

Przebywanie jodu w tkankach według badań Fr. Schramma, metodą Sahliego, stosunkowo nie trwa długo. Już po  $\frac{1}{2}$  do 3 godzin po zastrzyknięciu, można stwierdzić jod w moczu. Wydzielanie się jodu tą drogą, trwa jeszcze potem 2—4 dni, przyczem ilość wstrzykniętego płynu Pregla zasadniczo nie wpływa na czas, lecz na ilość wydzielania się jodu. Zjawisko to tłumaczy, dlaczego w doświadczeniach umieszczonych w grupie drugiej, gdzie wstrzykiwałem tą samą ilość ( $1\text{ cm}^3$ ) presoju, ale przy nie zamkniętym przewodzie korzeniowym, już po 3 dniach na pożywkach wyrastały drobnoustroje.

Działanie presoju zaznacza się tutaj wybitnie bakterjobójczymi własnościami, które klinicznie już, dawały się zauważyć przez ustępowanie bólu, obrzęku i zaczerwienienia.

W przeciągu 6—8 godzin zabija presoju wszystkie drobnoustroje (Pa'yr). Wprawdzie gruczoły limfatyczne podżuchwowe przy przewlekłym zapaleniu, badane w jednym i dwu tygodniach po takim leczeniu, zachowywały jeszcze swój charakter patologicznie zmieniony; jednakowoż na usunięcie tych zmian potrzeba znacznie dłuższego czasu. Natomiast przy ostrych i ropnych zapaleniach gruczoły szybko się zmniejszały i stawały się niebolesne. W przypadkach podniesionej temperatury następował jej spadek a wydłużone i chwiejące się zęby szybko się ustalały.

W 3 przypadkach na 21 leczonych tą metodą, klinicznie nie osiągnąłem polepszenia (86%). Tłumaczę to jednak, niedostatecznym odkażeniem przewodów korzeniowych, z powodu ich niezupełnej drożności.

Badania histopatologiczne, robione w tej samej kolejności, wykazały natężenia zmian wstecznych od najlżejszych aż do zupełnej martwicy tkanki ziarninowej.

Po jednorazowym zastrzyknięciu presoju pod okostną, wydobyty ziarniniak wykazywał w włóknistej i miejscami zbitej tkance zmiany

szkliste. Jądra komórek na brzegu preparatu barwiły się prawidłowo, ku środkowi stopniowo znikały i barwiły się słabiej, wreszcie stały się zupełnie niewidoczne. *Tabl. I. Ryc. 2.*

W młodszej tkance ziarninowej widzimy liczne naczynia, obficie przekrwione z wybroczynami krwawymi. Jądra komórek zapalnych tak słabo się barwią, że charakter ich nie zawsze można rozróżnić. *Tabl. I. Ryc. 3.*

Badana tkanka ziarninowa, na którą presoiod działał bezpośrednio wstrzyknięty jednorazowo przez przetokę działową, wykazywała oprócz powyższych zmian, zatartą włóknistość i zaledwie tu i ówdzie słabo barwiące się jądra. *Tabl. I. Ryc. 4.*

Po dwu i trzykrotnem działaniu presoiodu, przestrzenie martwicowe o lekko włóknistym charakterze były znacznie większe. Zaledwie pozostało kilka komórek łączno-tkankowych i naczyń o bardzo słabo barwiącym się śródbłonku. Ślady nacieków o charakterze przewlekłego zapalenia z komórkami okrągłymi, limfoidalnymi i plazmatycznymi, zaledwie gdzieś niedługo były dostrzegalne. *Tabl. I. Ryc. 5.*

W sprawach ropnych gdy przyszło do utworzenia się ropnia (parulis) odciągałem nieco ropy strzykawką punkcyjną dla celów kontrolnych, poczem wstrzykiwałem z ogromną ostrożnością presoiod wprost do ropnia. Ropa, pod wpływem takiego jednorazowego działania presoiodu, już po jednym do dwóch dni, zamieniała się na zupełnie bezpostaciową zawiesinę o bardzo delikatnych niteczkach rozpuszczonego włóknika. *Tabl. II. Ryc. 6 i 7.*

W zawieszynie tej, rozpostartej na szkiełku, barwionej błękitem metylowym, lub metodą Grama, widać przeróżne drobnoustroje, które przeszczepiane na pożywkach nie wyrastały.

Są to więc trupy bakterji, które nie rozpuszczają się, ale w zetknięciu z wolnym jodem tworzą koloidalny strąk (Jansen, Näher).

Kontrolne badania wydobytej ropy na pożywkach dawały zawsze wyniki dodatnie.

Wszystkie te przedstawione obrazy histo-patologiczne wskazują bezsprzecznie na to, że presoiod w tkance ziarninowej i wogóle w tkankach zapalnych powoduje zmiany wsteczne, posunięte aż do jałowej martwicy. W komórkach giną jądra, rozpuszczają się leukocyty, a włókienka samej tkanki zamieniają się na jednolitą masę.

Budzi się tu jednak obawa, czy istotnie zmiany te dotyczą wyłącznie chorej tkanki. Wprawdzie szczególną właściwością presoiodu — jak

wspomniałem — jest wyłanianie wolnego jodu przez zetknięcie się z kwasami organicznymi, z kwasami, które występują w większej ilości w tkance chorej i płynach międzytkankowych, już to z powodu bakterji kwasotwórczych, już też z powodu wzmożonej czynności samych komórek. Jednakowoż i zdrowa tkanka posiada we krwi ślady kwasu węglowego, który równie dobrze może wpływać na odczepianie wolnego jodu.

Badania eksperymentalne na tkance zdrowej.

Idąc w myśl tych rozważań, wstrzykiwałem po 1  $cm^3$  presojudu w błonę śluzową wyrostka zębodołowego psa. Po tygodniu wycięty płąt z tejże okolicy, ze względu na zmiany anatomo-patologiczne przedstawia się następująco: Nabłonek dobrze zachowany bez zmian, pod nim tkanka łączna nieco obrzękła, włókna jej, zwłaszcza w głębszych warstwach wykazują zmiany szkliste. *Tabl. II. Ryc. 8.*

Mięśnie przedstawiają się jakby pokurezone, lub rozdarte bryłki miejscami zanikłe tak, że pozostała tylko ich otoczka i tkanka łączna międzymięśniowa, słabo się barwiąca. *Tabl. II. Ryc. 9.*

Po dwu i trzykrotnem wstrzykiwaniu zmiany te występowały znacznie szerzej i wybitniej. Nabłonek był obrzękły i znacznie gorzej się barwił. Pod nim w rozpułchnionej tkance łącznej skąpe i blade jądra, mięśnie uległy zupełnemu zniszczeniu, tu i ówdzie tylko widoczne były jeszcze maleńkie bryłkowate resztki myoplazmy. *Tabl. II. Ryc. 10 i 11.*

*Streszczając wszystkie otrzymane wyniki badań, powiemy:*

1. *Presojod działa bakterjobójczo na wszystkie drobnoustroje.*
2. *W tkankach patologicznie zmienionych sprowadza szybko zmiany wsteczne i nekrozę.*
3. *W tkankach zdrowych występują te zmiany dopiero po kilkurazowym wstrzykiwaniu.*
4. *Ujawnia działanie elektywne, przez samodzielne wyzyskiwanie fizjologicznej własności chorej tkanki.*
5. *Działa hamująco na procesy zapalne.*

Co się dzieje jednak w dalszym ciągu z temi zmianami i jakiemu przeobrażeniu ulega tkanka martwicowa, wyjaśnią dalsze badania, które są w toku a wymagają znacznie dłuższego czasu.

Z nauki anatomji patologicznej wiadomo, że mogą tu występować dwojakie możliwości:

1. mogą wystąpić procesy organizacyjne jałowej tkanki martwicowej,
2. mogą wystąpić procesy zropienia wskutek wtórnego zakażenia, jeżeli tkanka martwicowa będzie przedstawiać „locum minoris resistentiae“ w organizmie.

Bądź co bądź stosowanie presojudu otwiera nam nowe drogi w leczeniu przewlekłego zapalenia ozębnej, wskazuje bowiem na bakterjobójcze własności zasadniczo różne od znanych nam dotychczas, któreto znajdują się in potentia, a stają się dopiero czynnymi na drodze biologicznej. Ponadto jod jest od dawna znany środkiem, który skutecznie wpływa na przyspieszenie przemiany materji i na wzmożenie czynności tkanek, czyli w myśl Rebla, wolny jod będzie również pobudzał naturalne siły do regeneracji, jużto całego organizmu, jużże tylko pewnego kompleksu komórek jak w tym wypadku tkanki okołoszczytowej.

Na podstawie tych doświadczeń możemy wysnuć następujące praktyczne wskazówki.

W stosowaniu presojudu musimy mieć na uwadze pewne granice, ze względu na rozszerzające się zmiany wsteczne, nie tylko w tkance chorej, ale i zdrowej. Koniecznym warunkiem przy leczeniu presojudem jakiegokolwiek zapalenia ozębnej jest poprzednie zachowawcze leczenie i dokładne wypełnienie przewodu korzeniowego.

Najlepsze wyniki otrzymamy przy leczeniu tym środkiem stanów podrażnień i ostrych zapaleń ozębnej scharakteryzowanych następującymi objawami klinicznymi:

- a) podmiotowo: uczucie bólu przy ciepłych pokarmach, lekkie wysunięcie się zęba z zębodołu i ból przy nagryzaniu.
- b) przedmiotowo: ból występujący przy nacisku na tkankę okołoszczytową i przy opukiwaniu w kierunku osi zęba lub też poprzecznie do niej. Gruczoły limfatyczne podżuchwowe mogą być niewyczuwalne, zwłaszcza jeżeli powyższe zmiany spowodowane będą środkami chemicznymi jak arsenik, trójkresol, formalina i t. p. lub też będą powiększone, bolesne, o konzystencji elastycznej, powierzchni nierównej, nieprzesuwalne. Czasem towarzyszy temu podniesiona temperatura lub występujący obrzęk miękkich części.
- c) Roentgenologicznie: Zazwyczaj brak wybitniejszych zmian okołoszczytowych, zaledwie lekkie pogrubienie ozębnej przy wyraźnie zachowanych konturach i strukturze kostnej (Periodontitis periplastica) lub małe ogniska konsumpcyjne z granicami niewyraźnie określonymi (małe ziarniniaki w ostrym stanie rozwoju). (Cieszyński). W tych wypadkach po jednorazowym lub dwurazowym zastrzyknięciu ilości  $1\text{ cm}^3$  presojudu, cofają się te wszystkie objawy chorobowe i następuje poprawa.

Także i w sprawach przewlekłych, gdzie kliniczne objawy wyliczone pod a) i b) są prawie niedostrzegalne, oprócz gruczołów limfatycznych, twardych, gładkich, przesuwalnych i niebolesnych a w których roentgenologicznie możemy stwierdzić poczynające się lekkie zmiany



wytwórcze okołoszczytowe zanik zębodołu szczytowego lub niewyraźną strukturę kostną, leczenie tym środkiem może mieć powodzenie.

Przy większych zmianach okołoszczytowych i destrukcji kości wyrostka zębodołowego, leczenie będzie trudniejsze lub nie będzie prowadziło do celu, ponieważ nie wiemy ile i jak długo stosować presojud aby otrzymać zmiany najodpowiedniejsze dla organizmu, któryby je w dalszym ciągu i najkrótszym czasie mógł opanować, a również reakcja na te zmiany we formie obocznego przekrwienia będzie musiała trwać dłużej i może wywołać wtórne dolegliwości u pacjenta.

To samo powiedzieć możemy o stosowaniu presojudu przy wytworzonych przetokach. Działanie jego jest tu o tyle pewniejsze, że płyn bezpośrednio wsiąka w tkankę ziarninową i zmiany wsteczne powstają szerzej i szybciej.

W ropnych sprawach, gdzie stwierdzimy wyraźne chęłbotanie należy postarać się chirurgicznie o odpływ ropy a potem dopiero wstrzykiwać presojud, aby niepotrzebnie nie obciążać organizmu pracą nad usunięciem rozpuszczonej presojudem masy ropnej.

O ile stwierdzimy bakterjologicznie streptococcus viridans ze względu na niebezpieczeństwo grożące całemu organizmowi wstrzykiwań należy zaniechać i przystąpić do zabiegu chirurgicznego. Przypadki te odznaczają się podwyższoną ciepłotą powyżej  $37^{\circ}$ , dochodzącej nawet do  $39^{\circ}$  (Cieszyński).

Technika wykonania zastrzyknięcia jest zupełnie podobna do iniekcji nowokainy, jakie wykonywujemy w celu miejscowego znieczulenia przy ekstrakcji zębów. Zabieg ten robimy tuż po leczeniu zachowawczem, przed lub po wypełnieniu korzenia. Na jeden raz wstrzykujemy  $1-2\text{ cm}^3$  presojudu ile możliwości pod okostną i w okolicę wierzchołka korzeniowego, tak po policzkowej jak i po językowej stronie. W razie potrzeby zabieg ten powtórzyć możemy 2 i 3 razy w tygodniowych odstępach czasu.

Dla uniknięcia bólów przy iniekcji dodaje Schröder do presojudu  $2\%$  nowokainy w równych częściach. Prof. Cieszyński radzi najpierw znieczulić  $\frac{1}{4}\text{ cm}^3$   $2\%$  nowokainy a potem dopiero wstrzykiwać sam presojud, obawiając się by połączenie nowokainowo-adrenalinowe nie wchodziło w chemiczne związki z presojudem i nie wpływało ujemnie na jego działanie.

Próby, jakie tymi obydwojma metodami robiłem, wstrzykując sobie podskórnym presojud, dały wyniki różne. Bolesność podczas samego momentu ukłucia była jednakowa. W miejscu zastrzyknięcia samego presojudu po poprzednim znieczuleniu nowokainą, przez jakie pół godziny miałem uczucie lekkiego pieczenia; później już nie wystąpiła w tem miejscu

żadna dająca się zauważyć reakcja. — Przy presojodzie zmieszany według Schrödera w równych częściach z nowokainą wprawdzie tego uczucia nie miałem, ale po ośmiu godzinach mogłem stwierdzić w tem miejscu obrzęk i wybitne zaczerwienienie o średnicy 4 *cm* wokoło miejsca wkłucia, przytem lekką bolesność i uczucie gorąca. Stan taki utrzymywał się jeszcze przez następne dwa dni.

Zjawisko to wskazuje na pewne połączenia chemiczne presojodu z fizjologicznym roztworem 2% nowokainy z adrenaliną, któreto wywołały taki odczyn zapalny ze strony tkanek. Będą to niewątpliwie jodowe połączenia tak z nowokainą jak i z adrenaliną (n. p. jod daje barwną reakcję z adrenaliną o czerwonym odcieniu), które ze względu na ogromnie skomplikowaną budowę chemiczną presojodu a nawet w szczegółach nam zupełnie nieznaną, uchylają się z możności wykrycia.

Zmieniony chemicznie skład presojodu musi również wpłynąć na jego własności lecznicze.

**STRESZCZENIE.** Doświadczenia bakterjologiczne i histo-patologiczne działania presojodu na tkankę chorobowo zmienioną i na tkankę normalną, robione w części na materiale klinicznym Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza a w części na psach dały następujące wyniki:

1. Presojod działa bakterjobjęco na wszystkie drobnoustroje.
2. W tkankach patologicznie zmienionych sprządza szybko zmiany wsteczne i nekrozę.
3. W tkankach zdrowych występują te zmiany dopiero po kilkurozowem wstrzykiwaniu.
4. Ujawnia działanie elektywne przez samodzielne wyzyskiwanie fizjologicznej własności chorej tkanki.
5. Działa hamująco na sprawy zapalne.

Wskazania jakie wynikają z tych badań dla leczenia presojodem są:

1. Stany podrażnienia ozębnej (chemicznie).
2. Ostre zapalenia ozębnej.
3. Przewlekłe zapalenia ozębnej z małymi jeszcze zmianami wytwórczymi.
4. Ropne zapalenia ozębnej przy uprzedniem zastosowaniu metody chirurgicznej.

We wszystkich tych przypadkach przedtem musi być spełniony warunek t. j. leczenie i wypełnienie korzeni metodą zachowawczą.

Pracę tę wykonałem korzystając z Zakładów naukowych U. J. K. we Lwowie jak Instytutu Dentystycznego, Zakładu anatomji patologicznej i higieny, przyczem za otrzymane wskazówki, JW Panu Prof. Cieszyńskiemu, jak też i za życzliwą pomoc w pracy WP. adj. Dr. H. Schusterównie, st. asyst. WP. Drowi L. Gorczyńskiemu, składam serdeczne podziękowanie.

**J. Jarzab: Lwów. Pathologisch-anatomische und Bakteriologische Untersuchungen über die Wirkung von Presojod bei chronischer und acuter Wurzelhautentzündung.**

ZASAMMENFASSUNG. Auf Grund pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Untersuchung von Granulomen, die 1—3 maliger Einwirkung von Presojod in Abständen von 3 zu 10 Tage unterworfen waren und vorher roentgenologisch festgestellt worden sind, ferner auf Grund von Kontrollexperimenten auf Hunden, bei denen die Einwirkung von Presojod auf das gesunde Gewebe untersucht worden ist, kommt der Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Presojod wirkt bakterizid auf alle pathologischen Mikroorganismen.

2. Im pathologisch veränderten Gewebe kommt es bald zu regressiven Veränderungen und zur Nekrose.

3. Im gesunden Gewebe treten diese Veränderungen erst nach mehrmaliger Injektion auf.

4. Die elektive Wirkung beruht auf der physiologischen Eigenart des pathologisch veränderten Gewebes (vermehrte Säureproduktion, welche die Jodabspaltung begünstigt).

5. Presojod wirkt hemmend auf das Fortschreiten entzündlicher Prozesse.

Auf Grund der experimentellen und klinischen Beobachtungen sind folgende Indikationen aufzustellen.

Presojod ist anzuwenden:

1. bei chronischer Wurzelhautreizung,

2. bei acuter Periodontitis,

3. bei chronischer Periodontitis mit geringer Granulationsbildung,

4. bei eitriger Periodontitis unter Kombination mit einem chirurgischen Eingriff.

Als Kontraindikation ist anzuführen:

Bei Feststellung des Streptococcus viridans, wobei Fiebererscheinungen mit 37,5°—39° auftreten, ist die Injektion zu vermeiden mit Rücksicht auf die Gefährdung des Gesamtorganismus (Cieszyński).

Die Behandlung mit Presojod ist nur dann erfolgreich, wenn der erkrankte Zahn einer rationellen und gründlichen Wurzelbehandlung unterzogen wird.

### Erklärungen zu den Tafeln.

TAFEL I. Fig. 1. Histol. Bau eines Granuloms m. inselförmigem Epithel (a), b) Bindegewebiges Stroma m. zahlreichen Kernen.

Fig. 2. Teilweiser Schwund der Kerne u. zahlreiche Blutergüsse nach einmaliger Presojodinjektion. a) Einige sich schwach färbende Kerne, b) Blutergüsse, c) dilatierte Gefäße.

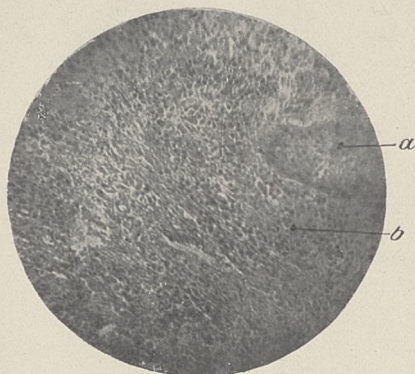
Fig. 3. a) Junges Granulationsgewebe mit schwacher Kernfärbung; Zustand der Hyperämie, Blutextravasate, b) Blutgefäße, c) Erythrozyten.

Fig. 4. a) Blutextravasate, b) verschwommener fibrillärer Bau des Granuloms nach direkter Injektion in das Granulom, c) dilatierte Capillargefäße.

- Fig. 5. *a*) Nekrotische Herde mit teilweise erhaltener fibrillärer Struktur; Kerne (*b*) und kleinzellige Infiltrate (*c*) kaum sichtbar.
- TAFEL II. Fig. 6. Eiter aus einem dentalen Abszess.
- Fig. 7. Auflösung der Eiterkörperchen nach Presojodinjektion.
- Fig. 8. Praeparat aus der normalen Gingiva eines Hundes nach einmaliger Presojodinjektion; *a*) normales Epithelgewebe, *b*) gut erhaltenes Epithel, darunter Bindegewebe, z. T. geschwollen mit schwacher hyaliner Degeneration.
- Fig. 9. Präparat aus einer normalen Gingiva eines Hundes nach einmaliger Presojodinjektion. *a*) Querschnitte von geschrumpften, quergestreiften Muskelfasern, *b*) hypertrophisches intramuskuläres Bindegewebe.
- Fig. 10. Gingiva eines Hundes nach 3-maliger Presojodinjektion. *a*) Epithelgewebe gut erhalten, darunter verschwommener Bau des Bindegewebes (*b*).
- Fig. 11. Gingiva eines Hundes nach 3-maliger Presojodinjektion. *a*) Gänzlicher Schwund der Muskelfasern, *b*) Muskelkonturen z. T. erhalten.

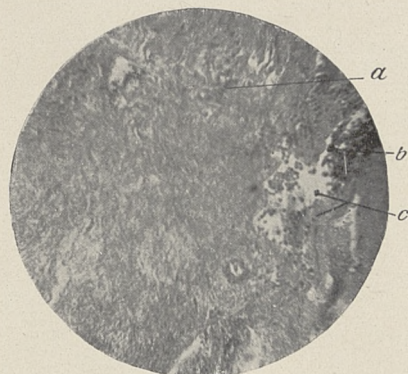
## PIŚMIENICTWO:

- Aschoff: Pathologische Anatomie, 1924 pag. 311—333, 389—454.
- Brill: Przewlekłe zapalenie oębnej i jego leczenie metodami zachowawczemi. Pol. Dent. 1925 nr. 1. pag. 12.
- Cieszynski: Die Roentgenuntersuchung der Zahne und der Kiefer 1924.
- Cieszynski: Zur Differenzialdiagnose der Trigeminusneuralgie. Roentgentaschenbuch V. Bd. 1913.
- O odcinaniu wierzchołka korzenia. Kwart. stom. 1912.
- Fischer: Die Mundhöhle des Menschen, 1909.
- Gombiński: O presojodzie Pregla w zębolecznictwie. Kronika dent. 1924 roczn. 19. pag. 1.
- Jansen W. H., Näher H.: Erfahrungen mit der Pregelschen Jodlösung in der neueren Medizin. Münch. Med. Woch. 1922 Nr. 27.
- Kantorowicz: Klinische Zahnheilkunde. 1924 pag. 571—500.
- Kossow: Lassen sich nach durchgeführter Wurzelbehandlung und Wurzelspitzenresektion in den Dentinkanälchen noch Streptokokken und Staphylokokken nachweisen? D. Zahnheilk. Nr. 62. pag. 48.
- Lemann u. Neumann: Atlas und Grundriss der Bakteriologie. 1912.
- Moral: Einführung in die klinische Zahnheilkunde und Krankheiten. 1920 pag. 107.
- Partsch: Chirurgische Erkrankungen der Mundhöhle und Kiefer. 1924 pag. 151—188.
- Payr: Praktische Erfahrungen mit der Pepsin-Pregellösung zur Narbenerweichung und Wiederbildung von Gleitgewebe, Verhütung von Verwachsungen, Geschwulstbehandlungen u. s. w. Archiv für klinische Chirurgie. Tom. 121. 1922.
- Proell: Zur Mikroskopie der Granulome und Zahnwurzelzystem. D. M. f. Z. 1921 Nr. 3.
- Port, Euler: Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1915 pag. 424—492.
- Ribbert: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. 1915 pag. 108, 179—228.
- Schröder: Zur Frage der Wurzelhautrekrankungen und ihrer Behandlung. Z. R. 1924. Nr. 15. pag. 157.
- Schramm Fr.: Zusammenfassende Erfahrungen über die Behandlung der Nerven- und Geisteskrankheiten mit der Pregelschen Jodlösung. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1922. tom 70. Nr. 1.
- Walkhoff: Normale Histologie menschlicher Zähne. 1901.
- Weski: Ueber die wahre Bedeutung der Röntgentherapie in der Zahnheilkunde nebst Bemerkungen über den Charakter der apicalen Periodontitiden. Z. R. 1924. Nr. 15. pag. 158.
- Williger: Zahnärztliche Chirurgie. 1920. pag. 30—35.
- Witzel: Die medikamentöse Behandlung der Granulome an der Wurzelspitzen pulpakrankter Zähne. Oest. V. f. Z. 1904. pag. 203.



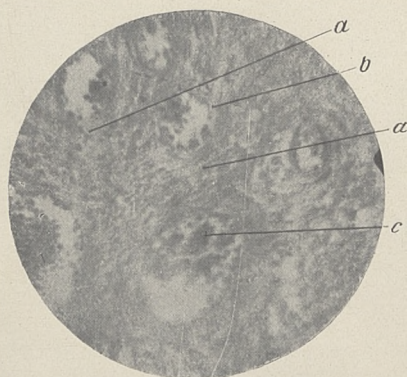
Ryc. 1. Histologiczna budowa ziarniniaka z wysepkowatym nabłonkiem.

a) nabłonek, b) podstawowa tkanka łączna z licznymi jądrami.



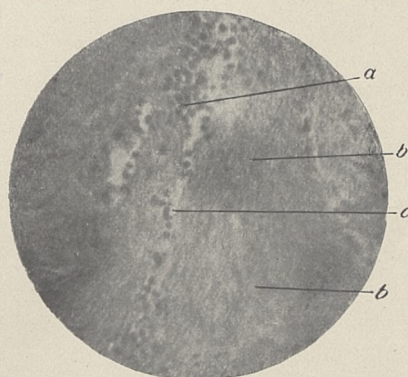
Ryc. 2. Zanik stopniowy jader i liczne wylewy krwawe po jednorazowym działaniu presojodu.

a) kilka jader słabo się barwiących. b) wylewy krwawe. c) naczynie w stanie przekrwienia.



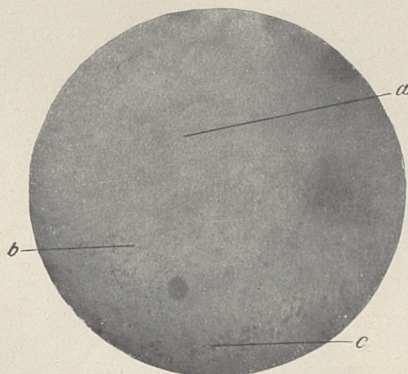
Ryc. 3. Młodsza tkanka ziarninowa w stanie przekrwienia z wylewami krwawymi o jądram słabo się barwiących.

a) młodsza tkanka ziarninowa. b) naczynie krwionośne. c) ciątko krwi.



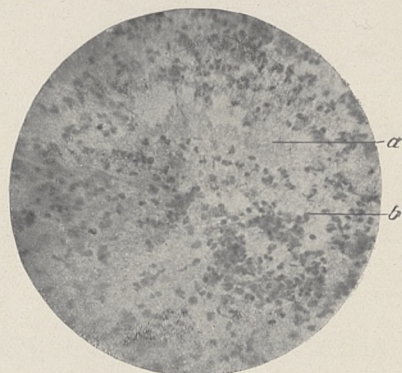
Ryc. 4. Wylewy krwawe i zatarta włóknistość (obraz po zastrzyknięciu presojodu wprost do ziarniniaka).

a) rozszerzone naczynie z wybroczynami. b) zatarta włóknistość. c) naczynie włosowate rozszerzone.

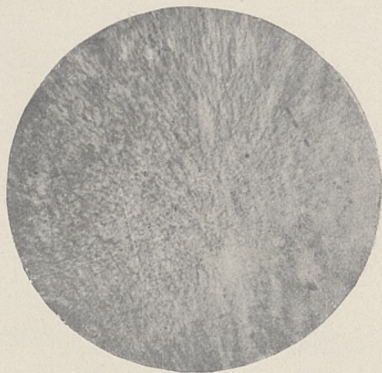


Ryc. 5. Przestrzenie martwicowe o lekko włóknistym charakterze, jadra i nacieki zapalne zaledwie dostrzegalne. a) martwica o zatartej włóknistości. b) kilka jader zaledwie widocznych. c) ślady nacieku zapalnego.

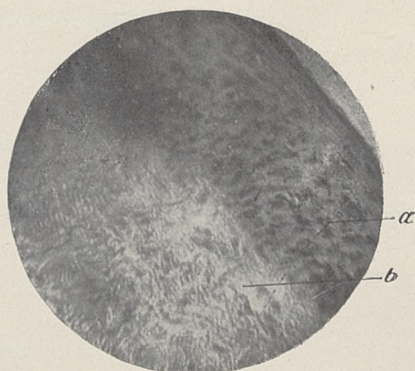




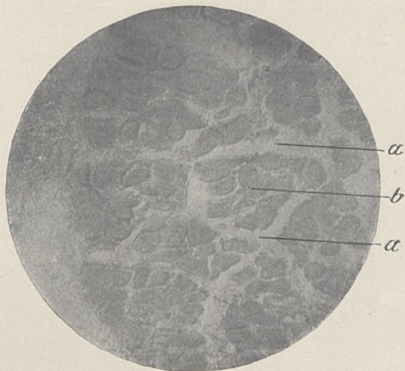
Ryc. 6. Ropa wydobyta z ropnia dziąsłowego. a) płyn ropny. b) ciała ropne.



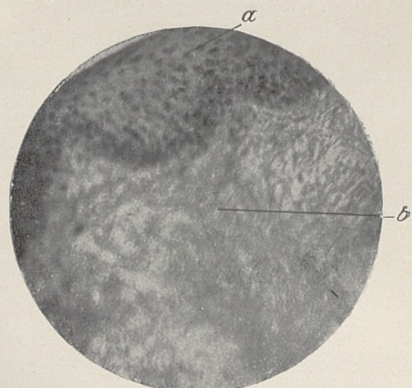
Ryc. 7. Rozpuszczenie ciałek ropnych pod wpływem presojudu.



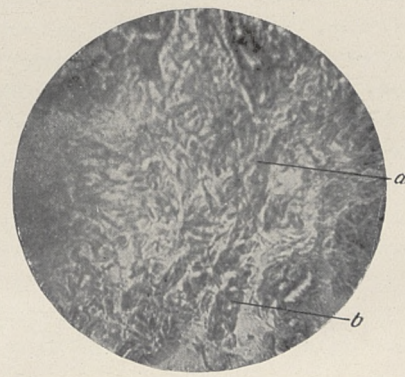
Ryc. 8. Dobrze zachowany nabłonek, pod nim tkanka łączna nieco obrzęknięta z lekkimi zmianami szklistymi (po jednorazowym wstrzyknięciu presojudu). a) normalny nabłonek psa. b) zmiany szkliste obrzękniętej tkanki łącznej. (Preparat uzyskany z psa.)



Ryc. 9. Pokurczone włókienka mięsne psa w poprzecznym przecięciu po jednorazowym wstrzyknięciu presojudu. a) poprzeczny przekrój pokurczonych mięśni. b) rozrosła tkanka łączna międzymięśniowa.



Ryc. 10. Nabłonek psa dobrze zachowany, pod nim w tkance łącznej zatarta włóknistość po trzykrotnym działaniu presojudu. a) nabłonek. b) zatarta włóknistość tkanki łącznej.



Ryc. 11. Zanik włókienek mięsnych psa po trzykrotnym zastrzyknięciu presojudu. a) włókienka mięsne w zupełnym zaniku. b) kontury włókien mięsnych jeszcze lekko zachowane.





## Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

DR. HENRYK GORCZYŃSKI

LWÓW.

adjunkt Instytutu Dentystycznego U. J. K.

RZADKI PRZYPADEK TORBIELI ZAWIĄZKOWEJ  
POCHODZĄCEJ OD ZĘBA MLECZNEGO ZATRZYMANEGO  
W SZCZĘCE, POMIMO WYKLUCIA ZĘBA STAŁEGO.*Cyste folliculaire dans un cas de retention de la dent déciduale et d'éruption  
simultanée de la dent permanente analogue.*

W praktyce ambulatoryjnej naszego Instytutu spotykamy stosunkowo wielką ilość torbieli. Są to przeważnie torbiele pochodzenia korzeniowego. Torbiele zawiązkowe, (folikularne) spotyka się stosunkowo rzadko i pochodzą one głównie od zębów zatrzymanych, stałych. Mleczne zaś zęby, których zatrzymanie występuje bardzo rzadko, dają w wyjątkowych przypadkach powód do wytwarzania się torbieli zawiązkowych.

Na 52 torbieli obserwowanych w Instytucie dentystycznym Uniwersytetu lwowskiego w przeciągu 2 lat przypadają 2 torbiele zawiązkowe (4%).

Torbiele zawiązkowe powstają w okresie rozwoju zęba, którego tkanka tworzy podłoże patologiczne, bodziec zaś do powstania torbieli stanowią najprawdopodobniej pewne zaburzenia odżywcze.

Najczęstszą przyczyną powstania tych torbieli bywa wstrzymanie rozwoju jednego z zawiązków zębowych wewnątrz szczęki; torebka zębowa ulega wtedy zmianom wstecznym, co następowo prowadzi do wytworzenia się torbieli. Nie hamuje to wcale prawidłowego rozwoju zęba, dlatego w tych przypadkach spotykamy w jamie torbieli zęb przeważnie należycie wytworzony. Tego rodzaju torbiele stwierdzić można częściej u osobników młodych, najczęściej przy końcu drugiego okresu ząbkowania. W piśmiennictwie dentystycznym torbiele zajmują wcale pokaźne stanowisko. I tak epokowe prace Malassez'a, Magitôt'a pogłębili i uzupełnili swymi badaniami Adloff, Astachoff, Becker, Dendorff, Fischer, Grawitz, Partsch, Parreidt, Romer, Schuster, Witzel i w. in. — Jednakże o torbielach zawiązkowych pochodzących od zębów mlec-

nych spotykałem w piśmiennictwie tylko krótką, ogólnikową wzmiankę, że torbiele te należą do rzadkości.

Zatrzymany ząb mleczny opisuje Berten w odontonie składających się z kilkunastu nadliczbowych, małych ząbków (Corr. f. Z. 1910 p. 289).

Wiadomem jest, że uzębienie mleczne stosunkowo bardzo mało ulega zmianom co do ilości i umiejscowienia. Nieprawidłowości spotykamy przeważnie w uzębieniu stałym a do rzadkości zaliczyć należy amomalje w uzębieniu mlecznym. Tem więcej nas musi zająć przypadek, który podaję.

Wywiady: Dwunastoletnia pacjentka G. M. zgłosiła się do Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu J. K. skarżąc się na niewielki guz w górnej szczęce po lewej stronie, z którego wycieka od pewnego czasu jakoby ropa, a którego istnienie pacjentka zauważyła od półtora roku. Matka chorej zaznacza, że w miejscu guza zęba nigdy przedtem nie było. Dalsze wywiady wskazują na to, że pacjentka w okresie dziecięcym nie przechodziła żadnej z poważniejszych chorób, z wyjątkiem zapalenia płuc, na które chorowała w 7-mym roku życia.

Stan obecny: Chora odpowiednio do wieku rozwinięta, odżywienie mierne, w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie zauważono. Ciepłota ciała w czasie badania o godz. 9-tej rano 36°8', tętno 90 na minutę.

Przy oględzinach twarzy, stwierdzamy po stronie lewej obok skrzydelka nosowego nieznaczną wyniosłość pokrytą prawidłową skórą. Wyniosłość pochodzi — jak to możemy stwierdzić badając przedsionek jamy ustnej — od guza o kształcie półkulistym mniej więcej wielkości laskowego orzecha. Guz ten usadowiony jest 1 cm ponad szczykami zębów w okolicy 2 do 5. Błona śluzowa, pokrywająca go lekko zaczerwieniona.

Na przedniej ścianie guza znajduje się mały otwór, z którego przy naciskaniu wypływa ciecz mętna o zabarwieniu żółtym. Przy badaniu tem odczuwałem charakterystyczne trzeszczenie.

Próchnicy w całym uzębieniu nie stwierdzono, zaś badania zębów 1, 2, 3, 4, 5, 6, prądem przerywanym (5 Miliamperów) powoduje żywy odczyn. Jedynie zauważamy odpowiednią dyslokację zębów górnych po stronie chorej.

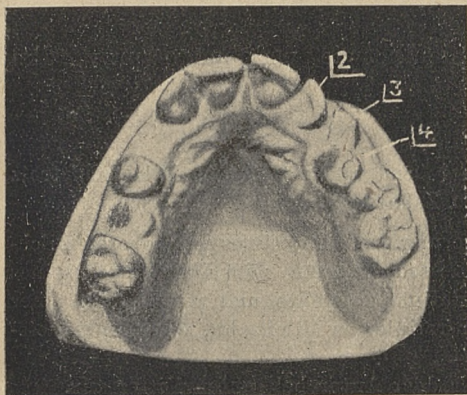
Uzębienie chorej przedstawia się schematycznie w sposób następujący:

$$\frac{6, 5, 4, -, 2, 1, | 1, 2, 3, 4, 5, 6,}{7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,}$$

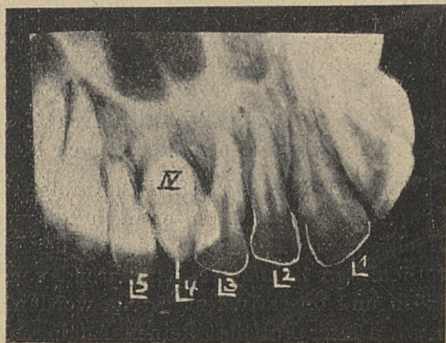
Ząb 3 wykluwa się po stronie wargowej, natomiast zęby 2 i 4 są przemieszczone, mianowicie: 2 nieznacznie skręcony w kierunku swej osi, stoi tak, że ściana dośrodkowa zwraca się ku środkowi, zaś 4 stoi

poza łukiem zębowym wychylony nieznacznie ku podniebieniu, co na rycinie przedstawiającej odlew dokładnie stwierdzić można (Ryc. 1).

W dolnej szczęce żadnych zmian niema. Celem dokładnego zbadania dokonano zdjęcia promieniami Roentgena (Ryc. 2) z następującym wynikiem: między 2 a 4 widać bardzo wyraźne kontury wyrzynającego się kła, który wyrzynając się po stronie wargowej na zdjęciu wygląda, jakoby już zajął miejsce swe w szeregu, między kłem zaś a 4 dwa na siebie projektowane zęby otoczone ciemną, stosunkowo wąską obwódką



Ryc. 1. Odlew gipsowy szczęki górnej.



Ryc. 2. Zjęcie roentgenowskie radjalne.

(worka torbielowego) nie posiadającej charakterystycznego wyglądu torbieli. Klinicznie rozpoznano torbiel, opierając się na wypływającej pod naciskiem cieczy oraz na kulistym uwypukleniu i trzeszczeniu ściany zewnętrznej, pochodzącą z zatrzymanego zęba, którego jednak na podstawie zdjęcia roentgenowskiego bliżej scharakteryzować nie można. Przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

Zabieg operacyjny wykonano w znieczuleniu miejscowym. Nacięto błonę śluzową; po usunięciu okostnej zrobiono w przedniej ścianie otwór wielkości  $1.5 \times 0.5$  cm. Przez otwór ten było widoczne w głębi ciało obce, które szczypcami usunięto z łatwością. Ciałem tym była niewielka korona dobrze rozwiniętego zęba o korzeniach jednakże w zupełności zresorbowanych. Niewielka korona tego zęba jest koroną zębą wieloguzkowego, przypominającego budową i wyglądem trzonowic mleczny, co świadczy niezbicie, że powodem tej rzadkiej torbieli jest ząb mleczny. Ułożenie jego wskazuje na to, że jest nim ząb IV, który wskutek nieprawidłowego ułożenia zawiązku swego nie miał możliwości wyklucia się, a wyrazem tego było jego poprzeczne ułożenie w torbieli. Zgryzową powierzchnią zwrócony był na zewnątrz ku policzkowi. Ułożeniem tem

związku zęba mlecznego możemy wytłumaczyć sobie dyslokację zębów  $\frac{2}{2}$  i  $\frac{4}{4}$  wyżej opisaną. Najciekawszem spostrzeżeniem jest to, że pierwszy ząb stały przedtrzonowy wykiął się i zajął swe miejsce, ustawiając się przytem ku stronie podniebiennej, pomimo, że przedtem nie wyrzynał się wogóle poprzednik jego: pierwszy ząb trzonowy mleczny. Możliwem było to jednak dlatego, że proces wchłonięcia korzeni mleczaka odbył się w szczęcie, przeszkoda więc wyrzynania się zęba została usunięta, korona bowiem zwrócona powierzchnią zgryzową na zewnątrz wyrostka zębo-  
dołowego, pomimo, że pozostała w szczęcie, dalszej przeszkody nie stanowiła.

O ile stwierdzić mogłem w piśmiennictwie podobnego przypadku dotąd nie zaobserwowano.

#### Ein seltener Fall einer folliculären Zyste ausgehend vom retinierten Milchzahn trotz Durchbruchs des zugehörigen bleibenden Zahnes.

ZUSAMMENFASSUNG. Infolge Verlagerung des Zahnkeimes des 1 oberen Milchzahnes im Kiefer kam es nach Resorption dessen Wurzeln zum Durchbruch seines Nachfolgers des 1 Praemolaren, der sich palatinal einstellte und zur Bildung einer folliculären Zahnzyste, herrührend von einem retinierten Milchzahn, was roentgenologisch und operativ festgestellt worden ist.

Dieser Fall hat keinen Analogon in der dem Autor bekannten Litteratur.

### PIŚMIENICTWO:

- Adloff: Zur Frage der Herkunft des Epithels in den Wurzelzysten. D. M. f. Z. 1912 pag. 188.
- Astachoff: Ueber die Patogenese der Zahnwurzelzysten. D. M. f. Z. 1909 pag. 644.
- Berten: Ueber Zahnretention. Correspondenzblatt f. Zahnärzte 1910 pag. 289.
- Dependorf: Zahnzysten. D. M. f. Z. 1910 pag. 260.
- Fischer: Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklung folliculärer Zysten. D. M. f. Z. 1911 Nr. 3 pag. 188.
- Die Retention von Milchmolaren in der Tiefe der Ober- und Unterkiefer, sowie deren Folgeerscheinungen. D. M. f. Z. 1908 pag. 401.
- Holländer: Impaktion eines Milchzahnes tief im Kiefer bei normalem Durchbruch des bleibenden Zahnes. Oe. U. V. f. Z. 1892 pag. 117.
- Luniatschek: Ursachen und Formen der Zahnretention. D. M. f. Z. 1906 pag. 365.
- Parreidt: Ueber Zahn- und Kieferzysten. D. M. f. Z. 1887.
- Partsch: Ueber Kieferzysten. 1892 D. M. f. Z. pag. 271.
- Die Behandlung der Kieferzysten. D. M. f. Z. 1910 pag. 252.
- Werden und Wachsen der Zahnwurzelzysten Oe. Z. f. Stom. 1911 pag. 193.
- Rosenstein: Zur Klinik der Kieferzysten. D. M. f. Z. 1912 pag. 161.
- Zilkens: Ueber einen retinierten Milchmolar. D. M. f. Z. 1923 pag. 366.

PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

Zwycz. profesor stomatologii przy Uniwersytecie  
Jana Kazimierza i dyrektor Inst. dentyst. Uniw.

## UWAGI DO USTAWY O WYKONYWANIU PRAKTYKI DENTYSTYCZNEJ, WNIESIONEJ DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ DNIA 18. LUTEGO 1925 R.

*Remarques sur la loi concernant la pratique dentaire soumise á la Diète le 18. février 1925.*

*Motto: „Salus aegroti et Rei publicae suprema lex esto“.*

Projekt ustawy opracowany przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w sprawie wykonywania praktyki dentystycznej został odesłany po pierwszym czytaniu w Sejmie do Komisji Sejmowej dla Zdrowia Publicznego i ma służyć za substrat dalszych obrad.

Jakkolwiek uważamy całe ujęcie sprawy i objęcie jedną ustawą zawodu lekarskiego o długoletnich studjach uniwersyteckich z rzemieślnikami bez żadnych studjów uniwersyteckich w wysokim stopniu za niefortunne, natomiast podział niniejszej ustawy na 3 odrębne części za jedynie logiczny i racjonalny, spróbujemy poczynić pewne poprawki do wniesionego projektu ustawy w myśl naszych żądań oraz żądań Rady Centralnej Związku Zawodowego Lekarzy-dentystów, przyczem podawać będziemy w projekcie ustawy wyrazy i ustępy, które powinny ulec korekcie *kursywą*, nasze uwagi zaś oznaczać będziemy przez wsunięcie tekstu a poprawki ustawy *kursywą podkreślona*.

### Ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

#### I. Dentyści.

W nagłówku poprawić należy Dentyści na: Lekarze - dentyści, stomatologowie.

#### Art. 1.

Praktyka dentystyczna, polegająca na wykonywaniu wszelkich zabiegów dentystycznych, mogą się zajmować osoby, które:

a) są obywatelami Państwa Polskiego;

b) posiadają dyplom lekarski lub dentystyczny, wydany lub uznany przez jeden z polskich uniwersytetów państwowych lub dyplom denty-

styczny, wydany lub uznany przez Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie;

*c) odbyły jednoroczną praktykę dentystyczną w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu;*

*d) nie zostały ubezwłasnowolnione wskutek choroby umysłowej.*

Warunki odbywania praktyki dentystycznej, wskazanej w p. c) niniejszego artykułu, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publ.

Zamiast c) powinno być: *odbyły dodatkowe studjum stomatologiczne po ukończeniu studjów lekarskich przy zakładach stomatologicznych uniwersytetów polskich oraz złożyły dodatkowy egzamin ze stomatologii.*

Czasu trwania studjów nie należy podawać w ustawie, należy on bowiem do warunków, które oznaczy Ministerstwo W. R. i O. P. w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych w osobnem Rozporządzeniu.

## Art. 2.

Poza osobami, uprawnionemi w myśl art. 1, mogą się zajmować wykonywaniem praktyki dentystycznej, o ile odpowiadają warunkom, przewidzianym w p. a) i d) art. 1, następujące osoby:

1. osoby posiadające dyplomy lekarskie, wyszczególnione w poz. 1, 2, 3, 4 art. 2. ustawy z dnia 2. grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 762)\*).

2. a) lekarze-dentyści (zubnyje wraczi), którzy posiadają dyplomy wydane przez uniwersytety b. cesarstwa rosyjskiego przed dniem 27. listopada 1917 r.; b) lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w państwie niemieckim przed 27. grudnia 1918 r., tudzież osoby, które na podstawie aprobaty, uzyskanej w państwie niemieckim, wykonywały praktykę lekarsko-dentystyczną przynajmniej od 1. stycznia 1922 do dnia 15. czerwca 1922 r. na obszarze górnośląskiej części Województwa śląskiego.

3. dentyści, posiadający dyplomy uniwersytetów b. cesarstwa rosyjskiego, wojennej akademii lekarskiej w Petersburgu i żeńskiego Instytutu medycznego w Petersburgu, wydane przed dniem 27. listopada 1917 r.

4. osoby posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentysty, wydaną przez Komisję egzaminacyjną na lekarzy-dentystów w b. jenerał-gubernatorstwie warszawskiem w latach 1916, 1917 i 1918.

Należy dodać w ustępie 1) ...\*), które z dniem wyjścia w życie ustawy praktykują już na Ziemiach polskich jako specjaliści w cho-

robach zębów i jamy ustnej (dentyści lub lekarze-dentyści) a kwalifikacje swe jako specjaliści udowodnić mogą Izdom lekarskim.

### Art. 3.

Osobom, które posiadają prawo wykonywania praktyki dentystycznej, w myśl art. 1 i 2 niniejszej ustawy przysługuje prawo używania tytułu „dentysty“.

Zamiast dentysty:

lekarza - dentysty, osobom, posiadającym poza dyplomem dentystycznym jeszcze dyplom lekarski przysługuje oprócz tytułu lekarz-dentysta, tytuł: stomatolog lub specjalista w chorobach zębów i jamy ustnej.

### Art. 4.

Osoby, pragnące korzystać z przysługującego im w myśl art. 1 i 2 niniejszej ustawy prawa wykonywania praktyki dentystycznej, winny zarejestrować się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych za pośrednictwem właściwych urzędów administracyjnych II. instancji, składając dowody uprawnień. Zarejestrowanym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydaje pisemne zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki dentystycznej w Państwie Polskiem.

### Art. 5.

Prawo wykonywania praktyki dentystycznej w Państwie Polskiem na określony przeciąg czasu mogą otrzymać osoby:

a) powołane przez władze państwowe z zagranicy, jako profesorowie wyższych szkół państwowych względnie państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie, chociaż nie mają wszystkich warunków określonych w art. 1 i 2 niniejszej ustawy, posiadali jednak uprawnienia do wykonywania praktyki dentystycznej w innych państwach, a to na czas, przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich, względnie w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie;

b) nie będące w możności niezwłocznie wykazać dowodnie, że posiadają wszystkie, wymagane w art. 1 i 2 warunki, względnie nie posiadają jeszcze warunków, w art. 1 punkt a) i c) wymienionych, o ile poczyniły u odpowiednich władz potrzebne starania, celem usunięcia braków, z warunkiem dopełnienia tych braków w określonym terminie.

Prawo wykonywania praktyki dentystycznej, w myśl niniejszego artykułu, może być przyznane jedynie przez Min. Spraw Wewn.

### Ustęp b) powinien być skreślony,

gdyż otwiera szerokie pole do nadużyć szczególnie dla lekarzy, którzy rozpoczęli a nie ukończyli swojej specjalizacji. Przypadki tego rodzaju zaszły już istotnie i są rozpoczęte dochodzenia przy Izbie Lekarskiej Lwowskiej.

#### Art. 6.

W wypadkach wojny w braku dostatecznej ilości obowiązyanych do służby wojskowej, powołanych na podstawie świadczeń, oraz dobrowolnych zgłoszeń z pośród *dentystów*, wykonywujących jedynie prywatną praktykę dentystyczną, Minister Spraw Wewnętrznych może w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych, dopuścić do pełnienia szczególnych czynności dentystycznych w wojskowych przychodniach dentystycznych bez prawa wykonywania praktyki prywatnej, osoby, nie będące obywatelami Państwa Polskiego, które mają prawo praktyki dentystycznej w innych państwach na mocy tamże otrzymanych lub uznanych dyplomów.

#### Artykuł 6. jest zbyteczny,

gdyż około 2.000 lekarzy-dentystów będących obecnie w Polsce może zupełnie zadość uczynić potrzebom wojska w razie wojny. Lekarze-dentyści i stomatologowie powinni tylko być w zakresie swego zawodu użyci przez wojsko, a nie do służby, nie mającej nic wspólnego z ich zawodowym wykształceniem.

#### Art. 7.

O przystąpieniu do stałego wykonywania praktyki dentystycznej, oraz o zaniechaniu praktyki dentystycznej, osoby uprawnione do niej, obowiązane są zawiadomić na piśmie właściwy urząd wojewódzki za pośrednictwem władzy administracyjnej I instancji.

#### Art. 8.

*Dentyści*, którzy zamierzają wykonywać praktykę dentystyczną poza przychodniami (art. 11), zakładami leczniczymi i *gabinetami* innych dentystów, winni:

1. posiadać *gabinet* dentystyczny;
2. prowadzić swój *gabinet* pod własnym i faktycznym kierownictwem;
3. przestrzegać, aby w *gabinecie* dentystycznym nie wykonywały zabiegów dentystycznych osoby do tego nieuprawnione;
4. zawiadomić władzę administracyjną I instancji o uruchomieniu *gabinetu* dentystycznego, z podaniem jego adresu, ewentualnie o zmianie adresu.

Posiadanie więcej niż jednego *gabinetu* dentystycznego jest wzbronione.

Uruchomienia sezonowego *gabinetu* dentystycznego w uzdrowiskach nie uważa się za posiadanie dwóch *gabinetów* pod warunkiem, że prowa-



dzenie *gabinetu* sezonowego nie może trwać dłużej ponad 4 miesiące w jednym roku kalendarzowym.

*Bibl. Jas.*

Wyraz *gabinet* powinien być w art. 8. jak i następnych zastąpiony wyrazem „**ordynacja**“ lub **praktyka**“.

Wyraz *gabinet* jest naleciałością rosyjską i nie jest wogóle używany w jakiegokolwiek innej specjalności lekarskiej. Dla lekarzy-dentystów z Małopolski i Wielkopolski wyraz ten ma w sobie coś poniżającego a nawet komicznego. W ustawie podobnych dziwołagów powinno się unikać.

#### Art. 9.

Prowadzący *gabinety* dentystyczne winni zgłosić władzy administracyjnej I instancji osoby, wykonywujące w ich *gabinetach* praktykę dentystyczną.

#### Art. 10.

Osobom, uprawnionym do wykonywania praktyki dentystycznej wolno ogłaszać o niej wyłącznie w treści, przepisanej rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

#### Art. 11.

*Przychodnie dentystyczne mogą być zakładane i utrzymywane przez osoby prawne, bądź przez osoby fizyczne, po uprzednim uzyskaniu zezwolenia.*

*Pozwolenie na założenie i utrzymywanie przechodni dentystycznych wydają władze administracyjne II instancji, a w m. stoł. Warszawie — Komisarz Rządu na m. st. Warszawę.*

Kierownikiem przychodni dentystycznej może być tylko *dentysta*, który wykazał się najmniej 3-letnią praktyką dentystyczną, a wykonywać zabiegi dentystyczne w przychodni dentystycznej mogą tylko osoby, mające uprawnienie do wykonywania praktyki dentystycznej (art. 1, 2 i 5).

Szczegółowe przepisy, określające urządzenie *gabinetu* dentystycznego, przychodni dentystycznych i ich konieczne zaopatrzenie — zostaną określone w drodze rozporządzenia.

Ustęp drugi niniejszego art. w niczem nie narusza postanowień art. 44 ustawy z dnia 19. maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 722).

Zamiast ustępu 1. i 2.:

*Przychodnie dentystyczne mogą być zakładane jedynie przez Instytucje i organa państwowe (n. p. Instytuty dentystyczne uniwersyteckie, przychodnie dentystyczne szkolne lub wojskowe) oraz Kasy Chorych, w końcu przez lekarzy-dentystów lub stomatologów, o ile są urządzone ze względów filantropijnych a opłaty są obliczone jedynie na pokrycie kosztów złączonych z prowadzeniem tejże przychodni.*

Przychodnie dentystyczne, istniejące na innych warunkach winny być do 3 miesięcy po wejściu w życie ustawy zlikwidowane, w przeciwnym razie zostaną zamknięte.

Pozwolenie na zakładanie przychodni wydaje Wojewódzki Urząd Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Wydziałem lekarskim najbliższego Uniwersytetu.

### Art. 12.

Gabinety dentystyczne oraz przychodnie dentystyczne podlegają stałej kontroli ze strony właściwych władz sanitarnych.

### II. Pomocniczy personel dentystyczny.

Zamiast personel pomocniczy należy napisać: Technicy dentyści.

UWAGA: Do pomocniczego personelu zaliczamy bowiem także pomocnice dentystyczne (podręczne), podające lekarzowi-dentyście narzędzia i dbające o utrzymanie w porządku narzędzi i ordynacji, o których w ustawie niniejszej wogóle niema mowy. Pozatem zalicza się do personelu pomocniczego: asystentów, t. j. lekarzy-dentystów, posiadających pełne kwalifikacje do wykonywania praktyki dentystycznej.

### Art. 13.

Przy wykonywaniu czynności czysto mechanicznych, wchodzących w zakres techniki dentystycznej, *dentyści* mogą posługiwać się *tylko* pomocą *laborantów dentystycznych*.

1) Wyraz: „tylko“ należy wypuścić.

Lekarzowi-dentyście przysługuje bowiem także prawo wykonywania protez i t. d. samemu lub przez osoby, które nabyły kwalifikacje te w Instytutach dentystycznych (stomatologicznych) Uniwersytetów lub nawet przez członków swej rodziny, które odbyły w tym kierunku specjalne kursy (cf. Austria: samopomoc wobec strejków ze strony techników dentystycznych.).

**Wyraz laborant dentystyczny należy wogóle wykreślić.**

Jest to nowy termin nie istniejący nigdzie na całym świecie a w rzeczywistości zupełnie niepotrzebny. Jeżeli technicy dentystyczni żądają tegoż tytułu, to zapewno dlatego, że wstydzą się nazwy im właściwej lub chcą wywołać w opinii publicznej mniemanie, że laborant jest czemś wyższym w gradacji społecznej, aniżeli technik dentystyczny.

Wprowadzenie nowego tytułu może wprowadzić jedynie zamieszanie.

### Art. 14.

Uprawnienia wykonywania czynności *laborantów* dentystycznych nadają władze administracyjne I instancji osobom, które posiadają:

- a) obywatelstwo Państwa Polskiego;  
 b) wykształcenie ogólne w zakresie szkoły powszechnej;  
 c) *pięć lat praktyki u laboranta dentyścycznego względnie świadectwo z ukończenia specjalnego kursu w szkole zawodowej i odbycie dwuletniej praktyki u laboranta dentyścycznego.*

Zamiast c) należy napisać:

e) trzech lat praktyki w pracowni lekarza-dentyścisty lub u technika dentyścycznego samodzielnego, po którym to czasie winien złożyć egzamin teoretyczny i praktyczny przed komisją składającą się z 2 lekarzy-dentyścistów i 2 techników dentyścycznych wyłącznie z protetyki dentyścycznej.

Rozporządzenie co do wymagań egzaminu jak i co do składu Komisji egzaminacyjnej zostanie wydane przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z przedstawicielami katedr stomatologii (dentyściki) Uniwersytetów polskich.

O kursach w szkole zawodowej nie można mówić, albowiem szkoły zawodowe dla techników dentyścycznych nie istnieją dotychczas. Gdy sprawa ta będzie aktualna, może uregulować ją Min. W. R. i O. P.

### Art. 15.

*Laborant dentyścyczny może wykonywać czynności techniczno-dentyścyczne wyłącznie na każdorazowe zlecenie dentyścisty\*). Przy wykonywaniu czynności techniczno-dentyścycznych, laborant nie może się stykać bezpośrednio z pacjentem.*

Dodać w miejscu oznaczonym \*)

lekarza-dentyścisty albo w jego pracowni albo w pracowni samodzielnego technika dentyścycznego.

## III. Postanowienia przejściowe.

### Art. 16.

Obywatele polscy, którzy przed wejściem w życie niniejszej ustawy uzyskali na obszarze Województwa Lwowskiego, Krakowskiego, Tarnopolskiego, Stanisławowskiego i na wchodzącej w skład Województwa Śląskiego części Śląska Cieszyńskiego koncesje na wykonywanie przemysłu techniczno-dentyścycznego, w myśl rozporządzenia austr. Ministra Przemysłu i Handlu w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych z dnia 20. marca 1892 r. (Dz. p. p. Nr. 55), wydanego na podstawie § 24 ustawy z dnia 15. marca 1883 r. (Dz. ust. Nr. 39), — mogą nadal czynności techniczno-dentyścyczne samodzielnie wykonywać, lecz tylko w osiedlach, na które otrzymali koncesje.

*Wyjątkowo nowe koncesje mogą być w przyszłości nadawane tym pomocnikom, którzy w dniu 1. stycznia 1924 r. posiadali już przynajmniej 5 (pięć) lat praktyki zawodowej.*

**Kreślić należy ustęp ostatni** od wyrazu „wyjątkowo“ i dodać:  
*W przyszłości nowe koncesje wydawane nie będą.*

UWAGA: Wydawanie koncesji popiera partactwo w dalszym ciągu i nie prowadzi do uregulowania stosunków. Argument, że technikom dentystycznym, którzy już 5 lat pracują w zawodzie przed wyjściem w życie ustawy odbiera się możliwość zarobkowania jest nieuzasadniony.

Wiadome jest bowiem, że zarobki pomocników techniczno-dentystycznych a więc niesamodzielnich dochodzą obecnie od 300 do 800 zł. mies. i powyżej, o ile pracują akordowo lub pobierają tantjemy od pracy prócz stałej pensji miesięcznej. Niesamodzielnicy technicy dentystyczni stoją obecnie lepiej pod względem materialnym, aniżeli urzędnicy państwowi o wysokich kwalifikacjach.

#### Art. 17.

Na obszarze Województw: Pomorskiego, Poznańskiego i Górnos Śląskiej części Województwa Śląskiego, mogą wykonywać samodzielnie czynności techniczno-dentystyczne, o ile posiadają obywatelstwo polskie:

1. ci technicy dentystyczni, którzy do dnia 27. grudnia 1918 r. posiadali na obszarze tych Województw uprawnienia do leczenia w Kasach chorych, w myśl rozporządzenia pruskiego ministra spraw wewnętrznych z dnia 2. grudnia 1913 r., L. Dz. 7.789, wydanego do § 123 niemieckiej państwowej ustawy ubezpieczeniowej z dnia 19. lipca 1911 r. (Dz. ust. Rzeszy niem., str. 509;

2. ci technicy dentystyczni, którzy wprawdzie nie posiadają kwalifikacyj, wymienionych w p. 1 niniejszego artykułu, jednakże pracują samodzielnie i wyłącznie na obszarze tych Województw co najmniej od 1. stycznia 1913;

3. ci technicy dentystyczni, którzy rozpoczęli na obszarze tych Województw naukę przed dniem 1. lipca 1914 r., a brakujące lata nauki lub praktyki pomocniczej uzupełnią u dentysty lub samodzielnego technika dentystycznego, najdalej do 1. stycznia 1927 r.

Ustęp 3. **należy wykreślić** zupełnie. cf. umotywowanie do art. 16.

#### Art. 18.

Technicy dentystyczni, wyszczególnieni w art. 16 i 17 niniejszej ustawy, są uprawnieni do brania wycisków, celem sporządzenia wszelkiego rodzaju dostawek zębowych\*).

*Ponadto technicy dentystyczni, którzy złożą egzamin praktyczny z wynikiem pomyślnym mogą poza uprawnieniami, wyszczególnionymi w niniejszym*

*artykule, wykonywać wszelkie rękoczynny na zębach poszczególnych i uzębieniu, jak ich potrzebują do sporządzania sztucznych zębów i uzębienia, koron i mostków z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej.*

do ustępu 1. \*) należy dodać:

*Wzbronione są im jednak wszelkie zabiegi lecznicze zębów, jak wyjmowanie zębów, leczenie przewodów, leczenie chorób dziąseł i szczęk, wstrzykiwania poddziąsłowe i podskórne.*

### **Ustęp drugi należy wykreślić.**

Wprowadzenie egzaminu praktycznego jest najzupełniej nieracjonalne. Nie można żądać od człowieka, który nie ma podstaw z nauk lekarskich, a w szczególności ze stomatologii tych wiadomości, które można otrzymać wyłącznie w studjach uniwersyteckich. Wyraźnie bowiem zezwala art. 18 ust. 2 poza uprawnieniami w zakresie protetyki, pracą w jamie ustnej pacjenta, na „wykonywanie wszelkich rękoczynów na zębach poszczególnych i uzębienia, jakich potrzebują do sporządzenia sztucznych zębów i uzębienia, koron i mostków z wyjątkiem leczenia jamy ustnej“. **Zezwala im zatem na wszystkie zabiegi dentystyczne, operatywne**, wyjmowanie zębów, iniekcje poddziąsłowe, resekcje korzeni, wypełnianie zębów, leczenie przewodów, stosowanie arseniku, zabrania im jedynie leczenia chorób jamy ustnej czyli zabiegów, które w przeciętnej praktyce lekarskiej nie stanowią 5—10% wszystkich rękoczynów, dlatego, że wielką ilość chorób jamy ustnej leczą prócz lekarzy-dentystów lekarze praktyczni, chirurhowie, interniści, dermatolodzy, pedjatrzy. Choroby bowiem jamy ustnej występują przeważnie jako jeden z objawów chorób innych.

**Ustęp wspomniany przekreśla wogóle całą ustawę, mającą unormować prawo wykonywania praktyki dentystycznej i legalizuje partactwo**, wprowadzając egzamin praktyczny przed Komisją o zupełnie nieznanym składzie. Trudno pomyśleć, by człowiek, który zaledwie skończył szkołę powszechną i nigdy nie miał sposobności zapoznania się z naukami lekarskimi posiadał te wiadomości, które posiada lekarz-dentysta po złożeniu matury gimnazjalnej, zdobyciu wiadomości w Państwowym Instytucie dentystycznym w przeciągu lat 4, lub stomatolog w przeciągu lat 6½ do 7½, nie licząc już wcale przygotowania naukowego w gimnazjum przed złożeniem matury.

Egzamin praktyczny, mający nadać uprawnienie do wykonywania wszystkich zabiegów leczniczych dentystycznych jest wręcz nieracjonalnym i może być tylko żądany przez ludzi, którzy nie orjentują się wogóle w przedmiocie, który powinni opanować teoretycznie i praktycznie lekarze-dentyści, i widzą tylko ostateczny rękoczyn.

Czynniki ustawodawcze powinny sobie zdać sprawę z tego, że nie można legalizować partactwa i narażać na szwank zdrowia społeczeństwa. Każdego roku stwierdzić można po kilkadziesiąt ciężkich zachorzeń całego organizmu a nawet po kilka wypadków śmierci wskutek partactwa w zakresie dentystyki.

**Art. 19.**

*Technicy dentyści, wyszczególnieni w art. 16 i 17, którzy z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy wykonywują czynności techniczno-dentystyczne przez lat 15, oraz technicy wyszczególnieni w p. 1 art. 17, są zwolnieni od składania egzaminu praktycznego, przewidzianego ostatnim ust. art. 18.*

Art. 19. **Należy skreślić.** Zob. uwagę do art. 18. Nawet partactwo uprawiane przez 15 lat nie może nauczyć zasad medycyny.

**Art. 20.**

*Technicy dentyści, którzy złożą praktyczny egzamin z pomyślnym wynikiem, oraz ci, którzy są zwolnieni od jego składania w myśl art. 19, mają prawo używać tytułu „uprawniony technik dentyści”.*

*Wszyscy inni mogą się posługiwać jedynie nazwą „technik dentyści”.*

*O wykonywaniu czynności przez uprawnionych techników dentyści i techników dentyści wolno ogłaszać wyłącznie w sposób, który określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.*

Art. 20. **Należy skreślić.** Zob. uzasadnienie do art. 18. Art. 20 otrzymać winien brzmienie następujące:

Technicy dentyści, wykonujący protezy dentyści samodzielnie w myśl art. 16, 17, 18 mogą się posługiwać jedynie nazwą: „samodzielny technik dentyści”, której jednak skracać nie wolno. Wzbronionem jest im natomiast używanie nazw: uprawniony technik dentyści, dentysta - technik, technik dentysta i t. p.

Technikowi dentyści, nie mającemu prawa wykonywania protez samodzielnie przysługuje tytuł „pomocnik techniczno-dentyści”, którego to tytułu ani skracać ani zmieniać nie wolno.

Samodzielnym technikom dentyści ogłaszać i określać wolno swoje pracownie tylko jako „pracownia sztucznych zębów”.

**Art. 21.**

*Przewidziany art. 18 egzamin praktyczny osoby zainteresowane winny złożyć przed Komisją egzaminacyjną. Komisje egzaminacyjne dla tego egzaminu zostaną utworzone przy władzach administracyjnych II instancji. Skład Komisji egzaminacyjnej, zakres, termin egzaminów i ich warunki, tudzież sposób nadawania koncesji w przejściowym okresie osobom, wyszczególnionym w ostatnim ustępie art. 16, zostaną określone w drodze rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych, w porozumieniu z Ministrem W. R. i O. P.*

**Artykuł ten należy skreślić.** — Zob. uzasadnienie do art. 18.

**Art. 22.**

*Uprawnieni technicy dentystryczni (art. 20), oraz technicy dentystryczni, wyszczególnieni w art. 16 i 17 niniejszej ustawy, winni posiadać pracownie techniczno-dentystryczne. Przepisy o gabinetach dentystrycznych, a w szczególności art. 8 (z wyjątkiem p. 4 ustępu pierwszego, oraz ustępu drugiego), oraz art. 12, mają zastosowanie również do pracowni techn.-dentystrycznych.*

Art. 22. powinien otrzymać brzmienie następujące:

Samodzielni technicy dentystryczni powinni mieć własne pracownie sztucznych zębów oraz mogą posiadać gabinet do zakładania protez w jamie ustnej pacjentów. W gabinecie tym może się znajdować fotel operacyjny dentystryczny, wiertarka oraz narzędzie i materiały potrzebne wyłącznie do adaptacji protez w jamie ustnej. Wzbronione natomiast jest posiadanie narzędzi do leczenia i wypełniania zębów oraz zabiegów chirurgicznych w jamie ustnej. Gabinety te stoją pod kontrolą właściwych władz sanitarnych.

**Art. 23.**

*Uprawnieni technicy dentystryczni i technicy dentystryczni nie mogą posiadać w swych pracowniach, względnie pomieszczeniach, posiadających bezpośrednie połączenie z pracownią, narzędzi i przyrządów, oraz wszelkich środków, które służą do wykonywania czynności i zabiegów dozwolonych wyłącznie dentystronom.*

*Technicy dentystryczni nie mogą ponadto posiadać przyrządów, służących do wykonywania czynności, dozwolonych wyłącznie uprawnionym technikom dentystrycznym.*

Art. 23. należy zmienić w sposób następujący:

na wstępie, zamiast: *uprawnieni technicy dentystryczni i technicy dentystryczni*, powinno być: Samodzielni technicy dentystryczni i pomocnicy techniczno-dentystryczni...

Ustęp drugi należy skreślić, albowiem jest zbyteczny w razie skreślenia art. 18, 19, 20, 21 i poczynienia poprawek w artykule 22.

**Art. 24.**

*Osoby, utrzymujące Zakłady leczniczo-dentystryczne, oprócz Kas chorych w chwili wejścia w życie niniejszej ustawy, są obowiązane wyjednać pozwolenie na dalsze ich prowadzenie w myśl art. 11 niniejszej ustawy, w terminie 3-miesięcznym od chwili wejścia w życie niniejszej ustawy.*

Zamiast art. 24. należy napisać:

Osoby, utrzymujące zakłady lecznicze dentystryczne, nie uprawnione do utrzymywania przychodni w myśl art. 11, powinny zamknąć

pracownie w terminie 3-miesięcznym od dnia ogłoszenia niniejszej ustawy, osoby zaś uprawnione do utrzymywania zakładu leczniczo-dentystycznego powinny wyjednać sobie pozwolenie na dalsze ich prowadzenie w myśl art. 11 niniejszej ustawy w terminie 3-miesięcznym od chwili wejścia w życie niniejszej ustawy. Zwolnione od tego są jedynie Instytucje państwowe jak: Zakłady dentystyczne (stomatologiczne) uniwersyteckie, przychodnie wojskowe, szkolne i przychodnie Kasy chorych.

#### IV. Postanowienia ogólne i karne.

##### Art. 25.

Nadzór nad wykonywaniem praktyki dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych w Państwie Polskiem należy do Ministra Spraw Wewnętrznych i jego organów.

##### Art. 26.

Winni naruszenia przepisów niniejszej ustawy, lub rozporządzeń, na jej podstawie wydanych, o ile dany czyn nie ulega karze surowszej — będą karani aresztem do 6 tygodni i grzywną do 300\*) złotych, lub jedną z tych kar.

W razie niemożności ściągnięcia grzywny, władza orzekająca oznaczy w orzeczeniu karę zastępczego aresztu, według swego uznania, jednak nie ponad 2 tygodnie.

Przy powtórnem ukaraniu, na podstawie postanowień niniejszego artykułu, winnych można pozbawić prawa do wykonywania czynności zawodowych na czas od miesięcy dwóch do lat trzech\*\*).

Do orzekania powołane są władze I-szej instancji. Od orzeczenia władzy administracyjnej I-szej instancji można w ciągu dni 7 od dnia doręczenia orzeczenia wnieść na ręce tej władzy odwołanie do właściwego Sądu Okręgowego, który rozstrzyga prawomocnie, przy odpowiedniem zastosowaniu przepisów o odwołaniu się od wyroków sądu pokoju (powiatowego), sąd nie może jednak uchylić orzeczenia władzy administracyjnej z przekazaniem sprawy do ponownego rozpatrzenia.

Odwołanie się do Sądu nie wstrzymuje wykonania kary, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności.

Na obszarze Województw: Pomorskiego, Poznańskiego i Górnośląskiej części Województwa Śląskiego stosuje się przepisy o wydaniu policyjnych mandatów karnych.

\*) Zamiast 300 1000 złotych (tysiąc).



\*\*\*) Dodać: a nawet — zależnie od charakteru przewinienia i skutków z niem złączonych — można pozbawić na zawsze prawa wykonywania czynności zawodowych.

V. Postanowienia końcowe.

**Art. 27.**

Wykonanie niniejszej ustawy porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a co do art. 26, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości.

**Art. 28.**

Ustawa niniejsza wchodzi w życie po trzech miesiącach od dnia ogłoszenia. Jednocześnie tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, dotyczące spraw unormowanych niniejszą ustawą.

\* \* \*

Projekty zmiany poszczególnych artykułów ustawy poczynione są w myśl projektu ustawy Związku lekarzy dentyków lwowskich, przesłanego swego czasu Ministerstwu Spraw Wewnętrznych oraz Członkom Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej polskiej, przy czem pominięto tylko żądanie ograniczeń terytorjalnych.

We Lwowie d. 10 marca 1925 r.

**Opinia Rady Profesorów Wydziału Lekarskiego z dnia 11. listopada 1924 r. w sprawie ustawy o wykonaniu praktyki dentyckiej i czynności techniczno - dentyckich \*).**

Do Lb. Min. Spraw. Wewn.: Z. O. 7327/24.

L. 28618 1924/25.

Lwów, 11. listopada 1924.

**Do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych  
Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w Warszawie.**

Rada Profesorów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza wyraża w sprawie nadesłanego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych projektu ustawy o wykonywaniu praktyki dentyckiej

\*) Odnosi się do Projektu Rządowego.

i czynności techniczno-dentystycznych na posiedzeniu w dniu 11. listopada 1924 następującą opinię:

Projekt ustawy zmierza do oddania opieki lekarskiej nad uzębieniem w ręce nie tylko osób wykwalifikowanych, ale i w ręce osób żadnych kwalifikacji naukowych nie posiadających, ani żadnych podstaw z nauk lekarskich i nie liczy się z niebezpieczeństwem narażenia zdrowia ludzkiego przez stosowanie niewłaściwych zabiegów leczniczych.

Projekt ustawy zmierza do zniwelowania różnicy między lekarzem-dentystą, względnie stomatologiem czyli specjalistą-lekarzem o wykształceniu akademickim a rzemieślnikiem; technikiem dentystycznym, nadając pewnej kategorii techników dentystycznych te same uprawnienia jakie posiadają lekarze-dentyści. Nie zmienia przytem nic zastrzeżenia, że choroby jamy ustnej mogą być tylko leczone przez lekarzy-dentystów. Wydział lekarski Uniwersytetu J. K. widzi w dozwoleniu pewnej kategorii techników dentystycznych leczenia chorób zębów, pogwałcenie uprawnień udzielonych lekarzom-dentystom na podstawie ogólnego dyplomu a zdobytych przez stomatologów przez dodatkowe studia w stomatologii po uzyskaniu dyplomu wszech nauk lekarskich.

Ogłoszenie w tej formie ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej ubliża w wysokim stopniu godności lekarskiej, stawia bowiem na równym poziomie jednostki o wykształceniu akademickim i zawodowym z osobnikami o wykształceniu rzemieślniczym bez matury i bez jakichkolwiek podstaw z nauk lekarskich. Wiadomem jest bowiem, że wielu techników dentystycznych nie posiada nawet ukończonych 4 klas gimnazjalnych, że wielu — szczególnie w Wielkopolsce — nawet nie ukończyło wykształcenia należytego rzemieślniczego, zamieniając się z fryzjera lub cyrulika w „dentystę“.

Wobec wysokiego rozwoju dentystyki i łączności tejże gałęzi medycyny z innymi Rada Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza wypowiedziała się już kilkakrotnie za pogłębieniem wykształcenia lekarzy-dentystów i nie uważa nawet dotychczasowych studjów w Państwowym Instytucie dentyst. w Warszawie za wystarczające. Wydział lekarski Uniwersytetu J. K. wymaga, by w przyszłości tylko lekarz-dentysta wykonywał zabiegi dentystyczne, podczas gdy wszystkim innym osobom leczenie było wzbronione.

Technikom dentystycznym, którzy już na podstawie ustawy austriackiej lub niemieckiej uzyskali pewne prawa do wykonywania praktyki dentystycznej należy dozwolnić jedynie czynności w jamie ustnej chorego w myśl ustawy austriackiej, zabronić im jednak wykony-

wania wszelkich krwawych zabiegów, iniekcji podskórnych i poddziąsłowych, leczenia miazgi i wypełniania korzeni.

Pozatem należy wstrzymać nadal wydawanie koncesji technikom dentystycznym, ażeby ukrócić uprawianie przez nich partactwa.

Leczenie członków Kasy chorych przez techników dentystycznych powinno być wzbronione.

Z Rady Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza

m. p. *Rencki*

t. cz. Dziekan.

**Opinia Prof. Gieszyńskiego, profesora stomatologii i dyrektora Instytutu dentystycznego U. J. K., w sprawie ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej<sup>1)</sup>.**

Do Lb. Min. Spr. Wewn. Z O. 7327/24.

Do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w Warszawie.

Przesłany projekt o wykonywaniu praktyki dentystycznej i czynności techniczno - dentystycznych

1. stawia na równym poziomie osoby z akademickim wykształceniem z rzemieślnikiem technikiem - dentystycznym, obejmując ich jedną ustawą,

2. pogwałca prawa uzyskane dyplomem lekarskim, względnie dyplomem lekarza - dentysty, nadając je pewnej kategorii techników dentystycznych,

3. zmierza do obniżenia poziomu naukowego w dentystyce przez pominięcie zupełne przygotowania naukowego i teoretycznych wiadomości z zakresu medycyny, wprowadzając „egzamin prakt.“ dla techników dentystycznych, mający ich uprawnnić do wykonywania zębolecznictwa.

4. odmawia lekarzom - dentystom (z patentem niemieckim i rosyjskim) tytułu nadanego im dyplomem, przewidując tytuł „dentysta“ a nadaje uprawnienie do wykonywania praktyki dentystycznej osobom żadnego wykształcenia naukowego nie posiadającym,

5. legalizuje leczenie członków Kas Chorych przez techników dentystycznych w Wielkopolsce, zamiast zabronić wogóle technikom dentystycznym leczenia zębów.

<sup>1)</sup> Odnosi się do Projektu Rządowego.

Gdyby projekt podobny wniesiony był w Rosji bolszewickiej, dziwiłoby się nie można, dopuszcza się tam bowiem osoby do studjów uniwersyteckich bez jakiegokolwiek przygotowania naukowego. Projekt ustawy idzie jednak jeszcze dalej, pomija bowiem w zupełności wszelkie wykształcenie naukowe w medycynie, jeżeli chodzi o leczenie uzębienia ludzkiego. Projekt ustawy nie liczy się z tem, że dentystyka jest gałęzią medycyny i doznała w latach ostatnich tak wielkiego rozwoju, że przedstawiciele katedr stomatologii Uniwersytetów polskich, Wydziały lekarskie, Izby lekarskie i Organy Zawodowe lekarzy-dentystów domagają się pełnego studjum lekarskiego do wykonywania dentystyki. Nie może ulec żadnej wątpliwości, że te czynniki kompetentne co do oceny potrzeb wykształcenia zawodowego, postulatów swych nie stawiają tylko dlatego, ażeby zmniejszyć zastępy lekarzy-dentystów, tylko dlatego, że rozwój tejże nauki tego istotnie wymaga i że żądanie to dyktuje odpowiedzialność wobec chorych, leczących swe uzębienie a więc jeden organ ciała ludzkiego, stojący w ścisłym związku z resztą organizmu.

Co do szczegółów projektu o wykonywaniu praktyki dentystycznej, solidaryzuję się w zupełności z opinią, wypowiedzianą przez Wydział lekarski Uniwersytetu J. K. jak i opinią wypowiedzianą przez Radę Centralną Związków lekarzy-dentystów.

Godzę się również w zupełności na projekty ustaw co do

1. nauczania dentystyki (stomatologii),

2. zębolecznictwa,

3. i techników dentystycznych, wniesione przez Radę Centralną Związków lek.-dent. d. 2. XI. b. r. do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

*Dr. Antoni Cieszyński m. p.*

zwyczaj. profesor stomatologii i dyrektor Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza.

## **Opinia Rady WProfesorów Wydziału Lekarskiego z dnia 26. lutego 1925 w sprawie projektu ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej, opracowanej przez Stomatologów lwowskich.**

L. 483 ex 1924/25.

*Lwów, dnia 26. lutego 1925.*

### **Do Związku Stomatologów Izby Lekarskiej we Lwowie.**

W październiku zeszłego roku zwróciło się Ministerstwo Spraw wewnętrznych (Nr. Z. O. 7327/24) do Wydziału lekarskiego o zaopiniowanie rządowego projektu ustawy w sprawie wykonywania praktyki dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych. Dnia 11. XI. 1924

(Nr. 286 ex 1924 25) przesłał Dziekanat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K. opinię Rady Profesorów z dnia 11. XI. 1924 odnośnie do projektu rządowego, którą załączamy obecnie w odpisie.

Obecnie otrzymawszy do zaopiniowania projekt II. ustawy, dotyczący sprawy wyżej wymienionej, opracowany przez Związek Stomatologów przynależnych do Izby lekarskiej lwowskiej poczuwa się Wydział lekarski do obowiązku zajęcia stanowiska wobec tegoż projektu

I. Podział ustawy na III odrębne części:

1. Ustawa o nauczaniu dentystryki (stomatologii),
2. o wykonywaniu dentystryki,
3. ustawa o technikach dentystrycznych

jest logiczny i najzupełniej uzasadniony.

II. Najzupełniej jest uzasadnione żądanie, że stomatologia (dentystryka) jako nierozdzielna część medycyny winna być w przyszłości uprawiana wyłącznie przez osoby, mogące się wykazać dyplomem lekarskim.

III. Artykuł I. część 2 projektu zwalnia lekarzy z wymaganej ustawą praktyki szpitalnej po ukończeniu studjów lekarskich, wymaga natomiast dodatkowego odbycia kursów specjalnych ze stomatologii w jednym z Instytutów stomatologicznych Uniwersytetów polskich.

Stanowisko to jest zupełnie uzasadnione ze względu na ekonomję czasu zużytego na przygotowanie się do zawodowej pracy lekarskiej. Studja lekarskie trwają obecnie 5 lat i 1 trymestr, egzaminy około 1 roku, dochodzi rok praktyki szpitalnej, oraz studja specjalne w stomatologii, które trwać winny  $1\frac{1}{2}$  do 2 lat, czyli czas zużyty na wykształcenie specjalisty trwać będzie przeszło lat 9, wykorzystanie zaś praktyczne uzyskanych wiadomości przez lekarza liczyć można na mniej więcej lat 25.

Rok praktyki szpitalnej nie jest koniecznie potrzebnym specjalście, ponieważ obejmuje on przygotowanie do praktyki ogólnej lekarskiej, specjalście zaś wystarczy zupełnie przygotowanie w specjalności po uzyskaniu ogólnych wiadomości z medycyny.

Zwalniając specjalistę z roku praktyki oddaje się lekarza specjalistę o rok wcześniej na usługi społeczeństwa, redukuje się koszty wykształcenia, odciąża się szpitale, tworząc miejsce kandydatom na lekarzy praktycznych.

Zastrzec jednak należy w ustawie, że kandydat, uzyskujący zwolnienie od roku praktycznego, musi podpisać osobną deklarację, w której oświadcza, że w razie poświęcenia się praktyce ogólnolekarskiej i zarzucenia obranej specjalności musi nieodbyty rok praktyki szpitalnej uzupełnić, względnie odbyć specjalizację w innej gałęzi medycyny.

IV. Projekt ustawy (część II. art. 2) przewiduje egzamin specjalny w stomatologii. Żądanie to tworzy wyłom w dotychczasowych uprawnie-

niach, które uzyskuje lekarz na mocy swego dyplomu. Sprawa bowiem specjalizacji jest dotychczas pozostawiona do woli każdemu lekarzowi tak samo, jak nie jest określone, gdzie i w jaki sposób ma się odbyć specjalizacja. Wolność ta doprowadziła w praktyce do szeregu nadużyć, w szczególności podczas wojny.

Nadmienić jednak należy, że zagranicą (np. w Niemczech) osobne egzaminy są od dawna wprowadzone dla stomatologów tj. lekarzy, mających się poświęcić dentyście po uzyskaniu dyplomu lekarskiego i po ukończeniu kursów specjalnych, ściśle programem określonych.

V. Art. I. części III. określa stosunek techników dentystrycznych jako siły pomocnicze personelu sanitarnego. Art. 1 zabrania im w przyszłości samodzielnego zajmowania się protetyką dentystryczną. Dział ten może być w przyszłości uprawiany tylko pod kierunkiem lub na zamówienie osoby uprawnionej do wykonywania praktyki dentystrycznej.

VI. Art. 4. części III. uwzględnia nabyte prawa dotychczasowe przez techników dentystrycznych. W zasadzie wydawanie koncesji technikom dentystrycznym ma być nadal wstrzymane.

Zakres działania technika dentystrycznego koncesjonowanego jest w projekcie ściśle określony. Do czynności wzbronionych należą następujące zabiegi:

1. Leczenie miazgi zębowej i korzeni.
2. Wypełnienie zęba.
3. Zabiegi krwawe oraz wstrzykiwanie poddąsłowe i podskórne.

Projekty ustaw opracowane przez Związek Stomatologów lwowskich są opracowane w formie zwięzłej i logicznej i mogą służyć za podstawę do przyszłej ustawy o wykonywaniu praktyki dentystrycznej.

Z Rady Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

(Pieczęć):

Wydział lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Rencki, t. cz. Dziekan m. p.

## SPROSTOWANIE

do artykułu S. Sokalskiego (Pol. Dent. 1925 nr. 1).

W artykule S. Sokalskiego wydrukowanym w nrze 1 r. b. p. t. *Chemoterapia i eukupina w zębolecznictwie* zaszła pomyłka w druku. Na str. 10 wydrukowano: „14 zębów zaplombowałem, stwierdziwszy torbiele“. Powinno być: „14 zębów zaplombowałem, 2 zaś usunąłem, stwierdziwszy torbiele“.

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

## ZUBNI LEKARSTWI. XXIV. 1924.

## Nr. 1.

*Kostecka.* Wpływ uzębienia na prawidłową florę bakteryjną jamy ustnej.

*Neuwirt.* Plastyka brody z częściowym wy-piłowaniem żuchwy.

## Nr. 2.

*Kovarik.* Radykalne leczenie gangreny zębów i jej komplikacyj.

*Lederer.* Badanie żywotności miazgi.

## Nr. 3.

*Schulz.* Zasada żywotności filarów mostkowych i wynikające stąd wskazania dla konstrukcji elementów dostawkowych.

*Zrunek.* Częstość próchnicy zębowej w Republice Czechosłowackiej.

## Nr. 4.

*Pachner.* O igłach do wstrzykiwania.

*Ganz.* Przypadek obrzęku Quinckego.

## Nr. 5.

*Lederer.* Amputacja miazgi.

*Schulz.* Howe' a metoda redukcijna.

## Nr. 6.

*Pribyl.* O odciskach odbytych przy wypełnieniach lanych.

*Vasák.* O bieleniu zębów.

## Nr. 7.

*Neuwirt.* O leczeniu nerwu trójdzielnego.

*Cerny.* O koronach żakietowych.

## Nr. 8.

*Kostecka.* O niepowodzeniach przy odcinaniu wierzchołka.

*Schulz.* Ceramika dentystyczna.

## Nr. 9.

*Kostecka.* O leczeniu chirurgicznym nieprawidłowości Angle'a II/1.

## Nr. 10.

*Neuwirth.* O naszkliwnej i nasadzie przybłonka.

## Nr. 11.

*Wachsmann.* Leczenie chirurgiczne nieprawidłowości zgryzu i wskazania.

*Soucek.* Podniebienny ropień ozębny; przetoka na dnie nosa.

*Schulz.* List z Ameryki.

## Nr. 12.

*Jesensky.* Życiorys prof. Hlavy.

*Wachsmann.* Makroglossja przyczyną nieprawidłowości zgryzu.

*Tipner.* Resorpcja zębów zatrzymanych.

*Schulz.* Dentystyka zapobiegawcza.

## LA REVUE DE STOMATOLOGIE. XXVI. 1924.

## Nr. 6.

*Darcissac.* Ustawianie zębów sztucznych według sposobów fizjologicznych.

*Rouvillos, Bercher.* Staw wrzekomy z rozległym ubytkiem tkanek.

*Merville, Pommay.* Kamica ślinianki podszczękowej.

## Nr. 7.

*Retterer.* Obrazy histologiczne poprzedzające ropotok.

*Dufougère, Saidman.* Działanie lecznicze promieni X i promieni pozafajkowych.

*Herpin.* O łyżeczkowaniu zębodołów.

## Nr. 8.

*Retterer.* Obrazy histologiczne.

*Meissner.* Nowe typy kleszczy.

*Berchar.* Objawy ustne kily.

## Nr. 9.

*Gorse, Ginestet.* Przypadek torbieli zawiązkowej szczęki górnej.

*Retterer, Coustaing.* Lymphangio-endothelioma - myxosarcoma cysticum.

*Psaume.* Przytrzymywacze radu do naświetlań jamy ustnej i szyi.

*Darier, Lemaitre, Monier.* Początki raka jamy ustnej i szczęk.

## Nr. 10.

*Bercher, Bretton.* Roentgenologia okolicy podbródkowej.

*Puig.* O znieczulaniu żwaczowem.

*Meissner.* Chirurgiczne przymocowanie dostawki w bezzębnej jamie ustnej.

*Bonnet-Roy.* Objawy szczękowe kily.

## Nr. 11.

*Fargin-Fayolle.* Próchnica zębowa. Problemy

*Ruppe.* Pogląd ogólny na leczenie głębokiej próchnicy.

*Husnot.* O ortęciach srebrnych.

*Maurice.* Dwa przypadki zębów usuniętych z zatoki szczękowej.

## Nr. 12.

*Izard.* Rozszerzanie szczęk poprzeczne w ortopedji szczękowej.

*Tellier.* Ozębna jest tkanką mieszaną łącznonabłonkową.

## L'ODONTOLOGIE. LXIV. 1924.

## Nr. 11.

*Delater.* Zakaźne powikłania ognisk okolicy zębowych.

*Roy.* O przesądach w lecznictwie.

*Medonca.* Rozpoznanie guzów brzegu zębodołowego.

## Nr. 12.

*Villain G.* Proste umocowania chwiejnych zębów w przypadkach daleko posuniętego ropotoku.

*Hulin.* Etiologia ropotoku.

*Cadenat.* Kość międzyszczękowa.

*Schneider.* Higjena ustna społeczna w Wielkim Księstwie Luksemburskim.

## REVUE BELGE DE STOMATOLOGIE. XXI. 1924.

## Nr. 1.

*Boisson.* Zgryz urazowy jako czynnik etiologiczny ropotoku.

*Polus.* Obecne poglądy na leczenie korzeni. *Dubreuil-Chambardel.* Kiła kości międzyszczękowej.

*Leccrenier.* Odciski sposobem Aspa.

*Van Der Ghinst.* Obrzęki powtarzające się gruczołów podszczękowych.

*Polet.* Torbiel żuchwy.

## Nr. 2.

*Oury.* Dokąd zdążamy?

*Boisson.* Zgryz urazowy.

*Watry.* Złamanie żuchwy.

*Leccrenier.* Pasta trójoksymetylenowa.

*Comby.* Stomatitis herpetica infantum.

*Peltier-Cuit.* Neo-treparsenan a zakażenie dziąsła.

## Nr. 3.

*Rubbrecht.* Sprawa nauczania dentystyki.

*Fauconnier, Persin, Polet, Rubbrecht, Van Der Ghinst, Van Mosuenc.* Memorjał w sprawie nauczania dentystyki do Akademii Lekarskiej.

*Goldenberg.* Leczenie szczepionkami ropotoku.

*Boisson.* Leczenie mlekiem ropotoku.

*Van Mosuenc.* Złamanie żuchwy.

## Nr. 4.

*Rubbrecht.* Leczenie ropotoku zębodołowego.

*Ghinst.* Kiedy należy zęby wymiażdżać?

*Mosuenc.* Kazuistyka.

*Ghinst.* Znieczulanie zębów ropotocznych.

*Leccrenier.* Wyrób zgłębników.

## DENTAL ITEMS OF INTEREST. XLVI. 1924.

## Nr. 4.

*Jordon.* Leczenie mlecznych zębów z ropniami.

*Young.* Odtwarzanie naturalnych kształtów zębów.

*Le Gro.* Przygotowanie zębów żywych pod korony okrywkowe.

*Pollia.* Co wpływa na powstawanie obrazu roentgenowskiego?

*Ash.* Trudne zagadnienia przy wykonywaniu mostków.

## Nr. 5.

*Jordon.* Ekstrakcje zębów mlecznych.

*Leach.* Leczenie korzeni czynnikiem korzystnym dla zdrowia.

*Le Gro.* Korony okrywkowe na zębach bezmiazgowych.

*Pollia.* Cechy dobrego roentgenogramu.

*Spalding.* Ochwianie zębów a odporność miejscowa.

*Dunn.* Promienie pozafokowe.

*Ruyf.* Leczenie chirurgiczne nieprawidłowej budowy jamy ustnej.

## Nr. 6.

*Jordon.* Pierwszy stały trzonowiec.

*Le Gro.* Odciski w ceramice dentystycznej.

*Pollia.* Zasady roentgenologii szczękowej.

*Logan.* Chirurgiczna korektura rozszczepów podniebiennych.

*Nelson.* Dostawki całkowite.

## THE DENTAL MAGAZINE. XLI. 1924.

## Nr. 10.

*Handley.* Bakterjologia próchnicy.

*Mackenzie.* Higjena ustna a dentystyka społeczna.

Praktyczne wskazówki.

## Nr. 11.

*Mackenzie.* Higjena zębowa a dentystyka społeczna.

*Housden.* Leczenie dentystyczne.

*Kriczewski.* Badania bakterjologiczne.

Praktyczne wskazówki.

## Nr. 12.

*Housden.* Leczenie dentystyczne.

*Eyan.* Zagadnienie leczenia korzeni.

*Marx.* Wrzody kilowe dziąsła.

Praktyczne wskazówki.

## DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FUER ZAHNHEILKUNDE. XLII. 1924.

## Nr. 11.

*Borchers.* Rozpoznanie różniczkowe guzów w zakresie jamy ustnej i szczęk.

*Herbst.* Znaczenie „walki o byt” dla etjologii nieprawidłowości szczękowych.

*Pflüger.* Chirurgiczne leczenie rozstoju.

## Nr. 12.

*Wittkop.* Chemoterapia pozatrzewiowa w świetle chemji koloidowej.

*Heinroth.* O bakterjobójczych własnościach niektórych cementów.

## Nr. 13.

*Hirschberg.* Tutokaina.

*Greve.* Przymocowanie licówek porcelanowych w mostkach przy zgryzie głębokim.



- Nr. 14.**  
*Heinze.* Badania nad arsenikiem.  
*Kafka, Rohrer.* Ustanie napadów padaczkowych po operacji torbieli szczękowej.
- Nr. 15.**  
*Landsberger.* Narząd końcowy pochewki nabłonkowej.  
*Balters.* Dwa nowe zgryzadła.
- Nr. 16.**  
*Münzeshaimer.* O leczeniu ropotoku zębodołowego.  
*Unglaube.* Prawidłowy czas wyrzynania zębów stałych.  
*Hermann.* Randula.
- Nr. 17.**  
*Philipp.* Palone wkładki porcelanowe (Jenkinsa).
- Nr. 18.**  
*Philipp.* Palone wkładki porcelanowe (Jenkinsa).
- Nr. 19.**  
*Hüttenrauch.* Działanie kwasu fluorowodorowego i jego soli na kamień nazębny i twarde tkanki zębowe.
- Goldberg.* Znaczenie przestrzeni międzykulkowych.  
*Wiede.* Lymphosarcoma z przerzutami w zębnęj.
- Nr. 20.**  
*Fischer.* Ostitis fibrosa a ząbkowanie.  
*Haber.* Spór o pierwszeństwo.
- Nr. 21.**  
*Meyer.* Przyczynek do urazowego uszkodzenia zawiązków zębowych.  
*Lind.* Czem i jak czyścić zęby?
- Nr. 22.**  
*Walkhoff.* Nowsze badania nad histologiczną budową kanalików zębinowych.
- Nr. 23.**  
*Rebel.* Badania nad arsenikiem.  
*Köhler.* O dwóch nowych zgryzadłach.
- Nr. 24.**  
 „Partsch“.  
 Wykaz prac Partscha.  
*Kanner, Remy.* Użytkowanie zębów poza jamą ustną u różnych ludów.

## Najnowsze wydawnictwa niemieckie i dzieła polecenia godne.

- GRAWINKEL C. J., Die Technik des Goldgusses und seine Anwendung zur Herstellung von Einlagefüllung von Kronen, Brücken und Plattenersatz. 1921. Str. 400, ryc. 617 mk. niem. 20=25 zł.
- KANTOROWICZ A., Klinische Zahnheilkunde. Lehrbuch für Studierende u. Zahnärzte. 1924. Str. 847, ryc. 685 mk. niem. 26=32·50 zł., (refer. w „Polskiej Dentyście“ 1925 str. 40).
- KANTOROWICZ A., Konservierende Zahnheilkunde (w Handbuch d. Zahnheilk. II tom) 1924. Str. 560 i ryc. 382 mk. niem. 45 (w opr.) = 54·50 zł.
- PARTSCH, WILLIGER, HAUPTMEYER, Die chirurgischen Erkrankungen der Mundhöhle, der Zähne u. Kiefer 1924, str. 506, ryc. 588, tabl. 4 mk. niem. 42=52·50 zł.
- PORT-EULER, Lehrbuch der Zahnheilkunde II. i III. wyd. 1920 ryc. 620, częściowo barwnych, mk. niem. 15·50=19·40 zł.
- SCHEFF (z współpracownictwem wybitnych sił naukowych) IV. wyd. w 4 tomach I. tom 1923 (zob. referat w „Pol. Dent. 1923, str. 120 mk. niem. 24·80=31 zł. II. tom 1924 mk. niem. 33·—=41·25 zł. III. i IV. t. w druku).
- WALKHOFF O., Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde, str. 376, ryc. 233. II. wyd. mk. niem. 15·50=19·40 zł.
- WESKI O., Roentgenanatomie und Histopatologie des Alveolarfortsatzes als Grundlage einer Zahnärztlichen Diagnostik. Atlas z 40 fotogr. tabl. i tekstem 1925 (w druku) mk. niem. 80=100 zł
- WETZEL G. Lehrbuch d. Anatomie f. Zahnärzte und Studierende der Zahnheilkunde III. wyd. 1922 (bogato ilustr.) mk. niem. 13·—=16·25 zł.
- \*CIESZYŃSKI A., Zahnärztliche Roentgenologie, około 250 str. i 400 rycin oraz kilkanaście tablic (w druku).

Powyższe dzieła nabyć można za pośrednictwem Administracji POLSKIEJ DENTYSTYKI, Lwów, Złelona 5 a) tel. 11-75 po cenie oryginalnej (loco Lwów). Należytość należy nadesłać przy zamówieniu; porto obliczone zostanie przy wysyłce dzieła.

## **ZŁOTO 22-karatowe i każdej próby**

**Łączna** (lutowie) 21 $\frac{1}{2}$ <sup>o</sup>, 20<sup>o</sup>, 18<sup>o</sup>, 16<sup>o</sup>, 14<sup>o</sup> jakoteż **PLATYNĘ** w każdej ilości  
zawsze na składzie z własnej **RAFINERJI** poleca

# **EDMUND MARJAN BEER**

**JUBILER I ZŁOTNIK**

**LWÓW, Chorążczyzna I. 7.**

Zamówienia zamiejscowe odwrotną pocztą.

**SKŁADNICA DENTYSTYCZNA**

# **J. WEIN & J. BYLI**

**Lwów, Pasaż Mikolascha**

Wyłączne zastępstwo firmy **G. MOMBER** w Dreźnie

Wszelkie urządzenia i przybory  
lekarsko - dentystyczne. — Skład  
konsygnacyjny lamp kwarcowych  
oryginalnych „**HANAU**”

**Towar tylko pierwszorzędny.**

**Ceny umiarkowane.**

Nowokaina ze Suprarenią w ampułkach, w kartonikach po 10  
sztuk z własnej pracowni. A. 0·04-gtts 2/2 ccm. B. 0·02-gttm 1/1 ccm.  
C. 0·01 - gttm 1/1 ccm. Za zupełne wyjałowienie gwarancja.

Laboratorium chem.-farmaceutyczne

## **Aptekarza E. BARANOWSKIEGO**

w Grudziądzu, ulica Kwiatowa L. 8.

**Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w POLSKIEJ DENTYSTYCE!**

Pierwsza wytwórnia urzędzeń lekarskich

# FRANCISZEK BĘDKOWSKI

Biuro: ul. Kochanowskiego 7. Wytwórnia: ul. Kochanowskiego 2, we Lwowie

poleca ze składów:

umywalnie pedałowe, umywalnie basenowe, szafki na instrumenty,  
— stoły ginekologiczne, stoliki i t. p. po cenach przystępnych. —

# C. A. LORENZ

## LIPSK, GRIMMAISCHE STR. 32.

(Firma istnieje od roku 1864).

### SPECJALNY SKŁAD DENTYSTYCZNY

Towar najlepszej jakości pod gwarancją.

Zastępca firmy przybywa 2 — 3 razy w roku do Polski.

Wysyłka wprost bez trudności.

Proszę żądać katalogów; oferty bez zobowiązania.

WYŁĄCZNY WYRÓB AMALGAMU ŻŁOTEGO

„DAMMANNA“.

### I. KRAJOWA AFINERJA METALI SZLACHETNYCH

SPÓŁKA Z OGR. ODPOW.

# „AURUM“

(przedtem M. ACHT i SYN).

**LWÓW, UL. SYKSTUSKA L. 7.**

poleca złoto dentystyczne pełnokaratowe, wyborowej jakości,  
dorównującej zupełnie wyrobom F-y G. A. Scheida we Wiedniu.

**Złoto zawsze na składzie.**

Wysyłka na prowincję za zaliczką bezzwłocznie po nadejściu zamówienia.

Sprzedaż odbywa się oodziennie od 9 rano do 7 wieczór bez przerwy — w soboty od 9—12 i 3—6.

**Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w POLSKIEJ DENTYSTYCE!**

# M. ARTELT

NAJSTARSZA SKŁADNICA DENTYSTYCZNA

LWÓW, CHORAŻCZYNA 8.

SPRZEDAŻ ARTYKUŁÓW TYLKO PIERWSZORZĘDNEJ JAKOŚCI

JAKOTO:

**S. S. WHITE'A** amalgam, krażki do separowania, strypsy — miazgociągi Donaldsona.

**de TREY'A** amalgamy, zęby »Revelations«, »Solila«, Gibraltar i djatoryczne.

**ASH'A** angielskie kleszcze do ekstrakcji, kauczuk, masa wyciskowa (stents), gutaperka, kamienie do separowania i szlifowania, wierciki »Star«, cement Sylca, zęby Casco i anatomiczne diatory.

**LAMPY SOLUX** oryginalne Hanau we wszystkich wielkościach.

**HERBSTA** amalgam platynowo-złoty i srebrny 60%

## MEBLE ASEPTYCZNE

niklowane wyrobu ASH'A we Wiedniu i biało lakierowane Bibera, Fuchsa i t. d.

FOTEL DO NARKOZY Premier, Dominator, Ash'a, Optimus i fabryki Bibera **stale na składzie.**

Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w **POLSKIEJ DENTYSTYCE!**