

Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

LECZENIE CHIRURGICZNE CHORÓB WKOŁOZĘBOWYCH (PARODONTALNYCH), PRZEDEWSZYSTKIEM ZAŚ T. ZW. ROPOTOKU ZĘBODOŁOWEGO ORAZ OBLICZENIE POWIERZCHNI KIESZONEK DZIAŚŁOWYCH¹⁾.

26.71; 26.73

Traitement chirurgical des maladies parodontales, surtout de la pyorrhée ainsi appelée, et calcul de la superficie des poches gingivo-radiculaires.

Przy wielu chorobach dziąseł stwierdzić możemy po dokładniejszym zbadaniu, szczególnie przy użyciu promieni Roentgena, że zmiany chorobowe te nie dotyczą wyłącznie dziąseł samych, lecz zarazem i kości szczękowej czyli okolicy t. zw. parodontalnej, przyczem wchodzi w grę poza błoną śluzową także ozębna i zębodół. Tło zaś, na którym sprawy te chorobowe się rozgrywają, może mieć przyczyny miejscowe odżywcze lub konstytucyjne.

W określeniu kliniczmem figurował do niedawna cały szereg chorób okolicy parodontalnej pod nazwą „pyorrhoea alveolaris“ czyli t. zw. ropotoku zębodołowego. Określenie to nie zawsze jest trafne dla tychże schorzeń o podobnych objawach klinicznych; używane jest bowiem nieraz także i w tych przypadkach, w których objawów ropnych klinicznie stwierdzić nie można. Cechą zaś wspólną przy chorobach parodontalnych są mniej lub więcej głębokie kieszonki dziąsłowe i chwianie się zębów.

Do gruntownego leczenia zabierano się przeważnie bardzo późno, gdy już sprawa chorobowa była bardzo zadawniona — i dochodziła do połowy lub nawet $\frac{2}{3}$ długości korzenia.

Na tło troficzne i konstytucyjne nie zwracano do niedawna dostatecznej uwagi, wzgl. niedoceniało go, uwaga zaś cała praktyków skierowana była przedewszystkiem na zaburzenia miejscowe i na przyczyny lokalne, mechaniczne: jak kamień nazębny, urazy miejscowe, przeciążenie zgryzu, wadliwą artykulację i na zakażenie miejscowe. Sposoby leczenia zmierzwały przedewszystkiem do usunięcia objawów chorobowych jak ropienie, do oczyszczania zębów z kamienia nazębnego oraz ustalenia chwiejących się zębów.

¹⁾ Wykład wygłoszony na II. Zjeździe lek.-dent. pol. w Warszawie, czyli XII. Zjeździe przyrodników i lekarzy pol. w lipcu b. r.

Praktyk zadowalał się przeważnie tem, że na krótki okres czasu zdołał opanować objawy ropne, a uzyskawszy przez założenie szyny na zębach chwiejących się ich ustalenie, mniemał, że zdołał skutecznie wyleczyć chorobę samą.

Cheąc wnikać w warunki powstania chorób parodontalnych i ułożyć plan racjonalnego leczenia, musimy nasamprzód bliżej zapoznać się z budową histologiczną okolicy parodontalnej i ze zmianami anatomo-patologicznymi, później zbadać przyczynę choroby i dopiero na tych podstawach obmyślić odpowiednie postępowanie.

W ostatnich czasach uległo zmianie zasadniczej pojęcie co do zakończenia nabłonkowego dziąsłowego (Epithelansatz) w stosunku do szkliwa, następnie pojęcie co do nietykalności t. zw. „ligamentum alveolo-dentale“.



“ Ryc. 1.)^b ”



Ryc. 2.)

Dawniej mniemano, że zakończenie nabłonkowe ma swoje miejsce poniżej szkliwa (*a* w ryc. 1).

Według badań Gottlieba i Fleischmanna nasada nabłonkowa znajduje się jeszcze na szkliwie samem w pobliżu szyjki (*b* w ryc. 1).

Kantorowicz uzasadnia układ zakończenia nabłonkowego na szkliwie warunkami, w których następuje wyrzynanie się zęba. Ryc. 2. Podczas wykluwania się zęba ulega zgrubieniu zewnętrzna warstwa nabłonka szkliwa i łączy się z warstwą powierzchni nabłonkowej dziąsła.

W miarę wykluwania się korony opuszcza się coraz niżej okalające ząb dziąsło, pozostając jednak ciągle w łączności z zewnętrzną warstwą nabłonka czyli oszkliwem korony. Ryc. 2.

Połączenie to ma pod względem klinicznym wielkie znaczenie, chroni bowiem w jaknajlepszy sposób przed zakażeniem okolice parodontalne.

¹⁾ Schematy Kantorowicza.

Dalszą ochronę stanowią gęste sploty włókien łącznostkowych ozębnej w okolicy szyjki zęba, gdzie ozębna przechodzi w okostną. (Ryc. 3 i 4).

Sploty te znane są pod nazwą więzadelka szyjkowego, czyli „ligamentum circulare“ lub „ligamentum alveolo-dentale“. Uważano je doniedawna za tę część tkanki wkołożębowej, której obrazić nie można, ażeby nie utorować drogi t. zw. ropotokowi zębodołowemu.

Okazało się jednak, że tkankę tę wytworzyć można ponownie sztucznie, o ile chore części dziąsłowe się wytnie i wytworzy się warunki korzystne, nie sprzyjające powstawaniu spraw ropnych.

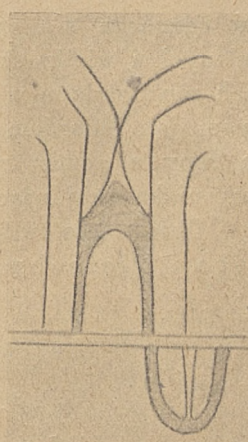
Badania promieniami roentgenowskimi wykazały, że chwianie się zębów polega głównie na zaniku kości wyrostka zębodołowego, pomimo, że dziąsło sięga jeszcze do szyjki zęba, je nawet przerasta i wykazuje bujne brodawki międzyzębowe.

Przy chorobach tkanki wkołożębowej przychodzi więc do zaniku wyrostka zębodołowego bądźto wskutek ropienia i czynności osteoklastów (ryc. 5), bądźteż wskutek zaburzeń troficznych: zakończenie nabłonkowe opuszcza się w głąb, pociąga cienką warstwę cement, pokrywając go błoną zrogowaciałą a dziąsło wytwarza przytem t. zw. kieszonki dziąsłowe. (Ryc. 5 i 6).

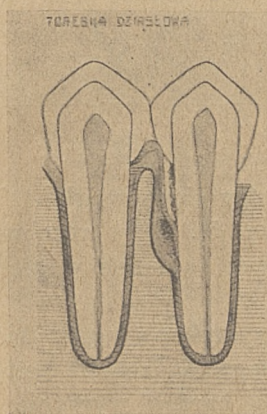
Kieszonki dziąsłowe tworzą doskonale warunki hodowlane dla drobnoustrojów: jak paciorkowców, krętków (*spirochaeta dentium*) pierwotniaków. W głębi kieszonek tworzy się tkanka granulacyjna, którą



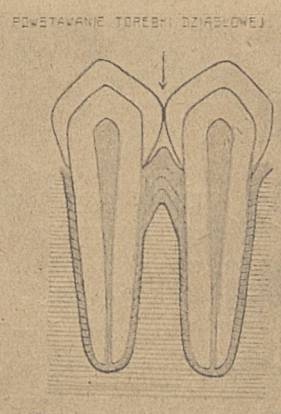
Ryc. 3.1)



Ryc. 4.1)



Ryc. 5.1)

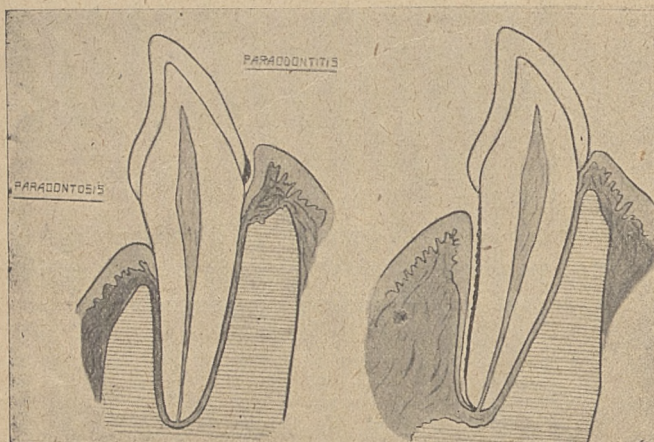


Ryc. 6.1)

starano się zniszczyć bądźto środkami chemicznymi bądź też mechanicznymi, żegadłem.

Już przed 15 laty zwróciłem uwagę na podstawie obserwacji klinicznej, wycinając dziąsło hipertroficzne po ekstrakcji zębów rozchwianych — na to, że kieszonki te dziąsłowe pokryte były nabłonkiem. Nabłonek zaś odznacza się szczególną odpornością na działanie środków wyżej podanych i wielką skłonnością bujania, pokrywa już w kilkunastu godzinach rany zadane w dziąsło. Przecież i przetoki dziąsłowe nie są niczem innym jak bujaniem wgląd nabłonka tą drogą, którą nastąpiło przebicie się ropy a cewka pokryta nabłonkiem dochodzi aż do ropnia, wzgl. ziarniniaka znajdującego się w kości szczękowej.

Obserwacje te kliniczne doznały potwierdzenia przez badania Gottlieba i Fleischmanna, którzy wykazali przy sprawach parodontal-

Ryc. 7.¹⁾Ryc. 8.¹⁾

Ryc. 7. Z lewej strony „Parodontosis“ czyli stan chorobowy, powstały na tle konstytucyjnym. Najpierw zanika kość szczękowa i dziąsło zstępuje w dół, przylegając do kości. Z prawej strony „Parodontitis“ czyli stan chorobowy powstały na tle zapalnym. Kość zanika wtórnie, brzegi kostne stają się chropowate.

Ryc. 8. Zanik kości od str. językowej, tamże głęboka kieszonka. Przerost dziąsła. Ziarnina sięga aż do okolicy szczytowej. Od str. wargowej minimalne bujanie ziarniny.

nych bujanie nabłonka, który sięga w głąb kieszonki, pozostając w styczności z cementem. (Ryc. 5). Przy rozchwianych zębach i zupełnym zaniku zębodołu okala nawet nabłonek w głębi kieszonki okolicę wkołoszczytową. (Ryc. 8).

Tak samo i ziarnina spotykana w głębokich kieszonkach jest pokryta nabłonkiem i odznacza się nagromadzeniem elementów drobnokomórkowych.

Sprawy te występują bardzo wyraźnie przy wszystkich sprawach zapalnych parodontalnych. Stany te zapalne klasyfikuje Kantorowicz pod nazwą *Paradentitis*. W patologii ogólnej końcówka „itis“ oznacza bowiem charakter stanów zapalnych. (Ryc. 8).

Od tych stanów rozróżnić należy te zmiany o klinicznie podobnym przebiegu na tle troficznym i konstytucyjnym, gdy sprawa

¹⁾ Ryc. 7 i 8. Według schematów Kantorowicza.

chorobowa wychodzi od wyrostka zębodołowego, ulegającego powolnemu zanikowi. Wyrostek zębodołowy się obniża, zęby wystają i poczynają się chwiać, dziąsło zaś, opinając się na kości szczękowej, obniża się również z zanikającym zwolna wyrostkiem zębodołowym. Sprawy te nazwane przezemnie „*Athrophia alveolaris constitutionalis*“, wzgl. idiopathica nazywa Kantorowicz „*Paradentosis*“, w czym przez końcówkę „osis“ wyraża charakter konstytucyjny.

Zamiast wyrazów „*Paradentitis*“ i „*Paradentosis*“ używać należy określenia poprawniejszego „*Parodontitis*“ i „*Parodontosis*“, ponieważ ze względów lingwistycznych nie można łączyć wyrazu pochodzenia greckiego z wyrazem pochodzenia łacińskiego.

Klasyfikacja na „*Paradentitis*“ i na „*Paradentosis*“ upraszcza wprawdzie bardzo orientację, nie charakteryzuje jednak wszystkich spraw chorobowych okolicy parodontalnej, albowiem sprawy zapalne występują często w zespole z chorobami konstytucyjnymi. Dlategoż w podziale swoim dla tych spraw utworzyłem grupę osobną.

Podział mój uwzględnia zarazem etjologję tak ważną, jeżeli chodzi o uwzględnienie przyczyny przy zabiegach leczniczych.

I. *Atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis* (obejmuje przeważnie całą szczękę lub większe odcinki kości szczękowej) = *Parodontosis*.

- | | | |
|----------------|-----------------------|-------------------|
| 1. praecox, | } a) non pyorrhoeica, | |
| 2. traumatica, | | } b) pyorrhoeica. |
| 3. ex inusu. | | |

II. *Parodontitis (Paracementitis) alveolaris pyorrhoeica*.

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

III. 1. <i>Atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis (Parodontosis) et 2. Parodontitis alv. pyorrhoeica</i> .	} a) forma marginalis,

Z powyższego przedstawienia sprawy wynika, że przy schorzeniach tkanek wkołozębowych należy ustalić nasamprzód wywiadami, badaniem ogólnem i miejscowem, możliwie jaknajdokładniej postać chorobową, należy przeprowadzić badania moczu na cukier, białko, zawartość kwasu moczowego, lokalnie zaś zorientować się co do przyczyn mogących

wywołać podrażnienia miejscowe jak uraz, nieprawidłowy zgryz, przeciążenie zgryzu, kamień nazębny.

Choroby wkołozębowe na tle konstytucyjnym i troficznym (grupa I), o ile nie uległy zakażeniu, występują zazwyczaj bez objawów ropienia.

Roentgenologicznie wykazać możemy zanik rozleglejszych części wyrostka zębodołowego a więc wkoło całych grup zębów, zanik zaś kości ma przeważnie charakter poziomy (atrofja horyzontalna Weski'ego). (Ryc. 9).

Jeżeli istnieją zarazem warunki lokalne jak przeciążenie zgryzu wskutek bardzo wysokich koron lub wystających zębów, spotykamy obok poziomego zaniku także zanik pionowy, czyli lej kostny z szerokim kołnierzem, pozwalający wybitne ekskursje chwiejącego się zęba. Lej ten może być jednostronny lub obustronny, może mieć położenie ku stronie wargowej



Ryc. 9.

lub językowej. Przeważnie nie mamy czystej grupy I. przed sobą, lecz grupę III., w której to choroby konstytucyjne skombinowały się z objawami zapalnymi miejscowymi.

Stwierdziwszy podłoże troficzne n. p. na tle chlorozy, zalecamy kurację arsenikową, stwierdziwszy natomiast skazę ustrojową, cukrzycę lub moczanową, zalecamy odpowiednią dietę.

Przy każdej z tych grup należy usunąć przyczyny mechaniczne, wadliwą artykulację, uzupełnić uzębieniem sztucznym zęby brakujące, jeżeli nastąpiło przeciążenie zębów przednich skutkiem braku bocznych.

A teraz zwrócimy się do leczenia miejscowego chirurgicznego.

Z wyjątkiem grupy I. (Parodontosis) spotykamy zazwyczaj głębokie kieszonki dziąsłowe, których głębokość zależy od głębokości zaniku wyrostka zębodołowego.

Głębokość kieszonek stwierdzamy w najprostszy sposób igłą Witzla, czyli zgłębnikiem zgiętym pod kątem rozwartym, okalając korzeń zębowy.

Przy tej sposobności oznacza się głębokość wedle skali milimetrowej. Roentgenologicznie możemy głębokość kieszonek uwidocznić, wkładając w nie czopki gutaperkowe wzdłuż korzeni, ścięte na wysokości dziąsła. Kieszonki te stanowią główną przyczynę niepowodzeń w leczeniu dotychczas na ogół stosowanem, ponieważ:

1. obejmując szeroką powierzchnię i tworząc głębokie i wygodne uchylki dla gromadzenia się drobnoustrojów, śliny, rozkładających się części pokarmów, stanowią doskonałe warunki hodowlane dla drobnoustrojów,

2. ponieważ pokryte nabłonkiem aż do głębokości kieszonki, tak samo jak i ziarnina w nich zawarta stanowią przeszkodę w przyroście ponownym dziąsła do korzenia, pokrytego tkanką zrogowaciałą, pomimo ich odkażenia środkami chemicznymi. Traktowanie zaś żegadłem dziąsła tworzy tkankę bliznowatą, niezdolną do wytworzenia tkanki zdrowej łączno-tkankowej u brzegu dziąsła, odpowiadającej dawnemu wiązadelku szyjkowemu.

3. Pozatem sprawy ropne, odgrywające się w głębi kieszonek, doprowadzają przy stanach zapalnych do zaniku kość szczękową, tworząc leje kostne z chropowatymi brzegami, przyczem przychodzi także do nadżerek cementu.

4. O ile dochodzi do wybitnego rozchwiania się zębów przeważnie blisko dwie trzecie zębodołu uległy zniszczeniu, ząb zaś w ten sposób traci oparcie mechaniczne.

5. Kieszonki dziąsłowe obejmują stosunkowo bardzo wielką powierzchnię, z czego sobie dotąd nie zdawano sprawy; szeroka ta powierzchnia, wywołująca ropienie, stanowi wielkie niebezpieczeństwo dla całego organizmu według teorii o zakażeniu ustnem.

Z tego wynika, że racjonalne leczenie chorób wkołozębowych powinno zmierzać do usunięcia tych kieszonek dziąsłowych i kostnych w sposób radykalny, wytworzyć połączenie silne łącznotkankowe między korzeniem a dziąsłem, przyczem dziąsło powinno jaknajlepiej przylegać do okostnej i cementu, nie tworząc dogodnych warunków dla bytowania drobnoustrojów.

Na powyższych refleksjach podałem już w r. 1914 na Zjeździe centralnym lekarzy-dentystów niemieckich¹⁾ szczegóły postępowania chirurgicznego, którego zasady i sposoby opisałem dokładniej w r. 1922 również na Zjeździe Centralnym lekarzy-dentystów i w pracy swej „O doszczętnem chirurgicznym leczeniu t. zw. ropotoku zębodołowego“ („Polska Dentystyka“ 1923 str. 3 i 97, — 1924 str. 169), a które dosłownie z pierwszej z powyższej podanych prac cytuję.

¹⁾ D. M. f. Z. 1914 str. 575—576.

Zabieg ten uwzględnic powinien następujące zasady:

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

2. usunięcie doszczętne ziarniny wraz z bujającymi przerostami nabłonkowymi,

3. usunięcie i wyrównanie brzegów kostnych zębodołów,

4. odkażenie ogniska choroby,

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

6. przerosłe brodawki powinny być ścięte cięciem ukośnem ku głębi zębodołu z pochyleniem do osi zębowej, by nie pozostawiać po zeszcyciu szerokiej warstwy nie pokrytej błoną śluzową i uniknąć wytworzenia się t. zw. „dzikiego mięsa“. Po założeniu szwów i zagojeniu się rany stwarza się przez zrost obydwóch przylegających do kości płatów dziąsłowych nowe wiązadła szyjkowe, położone poniżej dawniejszego.

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

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

9. W razie chwiania się zębów należy ustalić je zapomocą szyny drucianej Cieszyńskiego lub innej, chroniąc zęby od drażnienia mechanicznego, brakujące zęby należy uzupełnić dostawką, wadliwą artykulacją usunąć drogą odpowiedniego przyszlifowania zębów.

Ponieważ — jak już wspomniałem — opisałem już w r. 1922 dokładnie sposób swego postępowania, broniąc pierwszeństwa swego wobec autorów innych, którzy metody analogiczne ogłosili po mnie (Widmann, Nodine, Zentler, Neumann i in.¹), powołuję się tylko obecnie na prace powyższe.

Czy w danym przypadku należy wykonać tylko wycięcie dziąsła wraz z granulacjami i wyłyżczkowanie okolicy wkołozębowej, czy też

¹) Poniżej zestawiam poglądowo metody chirurgicznego leczenia podawane przez różnych autorów w chronologicznym porządku:

I. Gingiwoektomia:

1912. Pickerill, 1914. Struck bez umotywowania dostatecznego zasad, 1920. Ziesel.

II. Radykalne chirurgiczne leczenie wycięcia dziąsła oraz wygładzenie brzegów kostnych:

A) Ustalenie zasad operacyjnych:

1914. Cieszyński (D. M. f. Z. 1914 str. 575 - 576).

B) Opracowanie szczegółów techniki operacyjnej:

wygładzić brzegi kostne, zależy od poszczególnego przypadku. O ile mamy zanik zębodołu poziomy wystarczy zazwyczaj gingiwoektomia, przy zagłębieniach zaś lejowatych należy wyciąć brzeg kostny i go odpowiednio wygładzić.

Zmuszony do skracania się wymiarem czasu dla każdego przemówienia podaję tylko pokrótce wskazania dla chirurgicznego leczenia chorób wkołozębowych.

W S K A Z A N I A.

Chirurgicznemu zabiegowi należy poddać:

1. Wszystkie te przypadki schorzeń wkołozębowych, w których zaniknął zębodoł poniżej połowy. Postać choroby zaś sama w sobie, czyto sprawa marginalna czy też intraalweolarna, czy na podłożu ogólnoustrojowym czy też na innym powstała, podrzędną tylko odgrywa rolę pod względem wskazania operacyjnego.

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

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

1916. Widmann. Wykład w „Tow. szwedzkich lekarzy-dentystów“. — Systematyczne opracowanie radykalnego chirurgicznego leczenia zastosowane do szeregu zębów.

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

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

1919. (w styczniu) Zentlera publikacja w Dental Summery.

1920. Neumanna opis. — W III wydaniu jego monografji; w I i II wydaniu wzmianki o tejże operacji niema.

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

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

1922. Cieszyński — dokładny opis operacji; Krytyka metod dotychczasowych ustalenie pierszeństwa operacji radykalnej.

1923—25. podaje szereg autorów drobne modyfikacje zabiegu chirurgicznego.

W polemice swej z Neumannem podaje Widmann, że zabieg radykalnego leczenia chirurgicznego stosował już kilka lat przed jego ogłoszeniem. Na oświadczenie to mogę jedynie odpowiedzieć: W świecie naukowym datuje się prawo pierwszeństwa dopiero od czasu ogłoszenia pewnej idei drukiem, wzgl. podanie jej do publicznej wiadomości na Zjeździe lub w Towarzystwie naukowym.

Jeżeli w okolicy pola operacyjnego stoi jeden lub więcej zębów przy których zniszczenie kości szczękowej — a co zatem idzie — i ziarnina dotarły do szczytu korzenia, należy je usunąć ażeby nie stanowiły ciał obcych dla otoczenia, podtrzymujących ogniska zakażenia.

Do wskazań powyższych dołączam według doświadczeń klinicznych.

4. Gingivitis hypertrophica (przy której stosuję metodę chirurgiczną od r. 1908).

5. Gingivitis ulc. i bismuthica o ile zwykłe sposoby leczenia nie prowadzą do skutku i o ile stwierdzić można istnienie głębokich kieszonek dziąsłowych.

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

Przy wspomnianych chorobach ogólnych, stanowiących przeciwwskazania, jest wyjęcie zęba, połączone z wyłyżeczkowaniem zębodołu i wycięciem nadmiaru dziąsła, które zresztą wykazuje zmiany chorobowe, jedynem racjonalnem leczeniem.

Przy krwawiczkach należy wogóle unikać zabiegów krwawych.

II. OBLICZENIE POWIERZCHNI KIESZONEK DZIĄSŁOWO-KORZENIOWYCH.

Ażeby uzasadnić potrzebę wycięcia kieszonek dziąsłowych i wykazać olbrzymie wprost powierzchnie ich, podtrzymujące ropienie, podjąłem się pracy obliczenia ich na podstawie pomiarów.

Kieszonka dziąsłowo-zębowa zostanie utworzoną:

1. przez powierzchnię dziąsła pokrytego nabłonkiem, sięgającego w głąb zębodołu.

2. przez powierzchnię korzenia zęba, pozbawioną ozębnej.

Obliczenie powierzchni kieszonek można uskutecznić tylko w przybliżeniu, biorąc za podstawę obliczenie powierzchni korzenia, któremu odpowiada mniej więcej powierzchnia dziąsła. Powierzchnię tę obliczyłem dla zębów małych, średniej wielkości i wielkich.

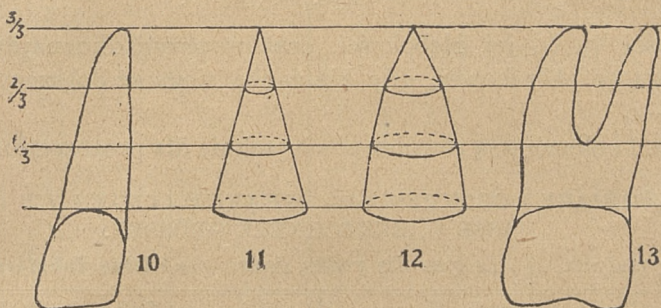
METODA OBLICZENIA.

Korzeń zęba jednokorzeniowego przedstawia bryłę o kształcie stożka (ryc. 10 i 11). Powierzchnię jego dokładniej obliczyć możemy, podzieliwszy pobocznice na 3 części i złożony bryłę tę z 2 stożków ściętych i jednego ostrego stożka, ułożonych jeden na drugim (ryc. 12). Jeżeli znane nam

będą obwody powierzchni ściętych stożków oraz długość pobocznic, obliczyć możemy powierzchnię stożków ściętych i szczytowego stożka. (Ryc. 14 i 15 na str. 247).

Powierzchnia całego korzenia odpowiada jednej połowie kieszonki dziąsłowej. Powierzchnia kieszonki składa się bowiem z dwóch części: jednej utworzonej przez ząb sam, drugiej zaś przez powierzchnię dziąsłową, odpowiadającą w przybliżeniu wymiarowi pierwszej.

Fakt, że przekrój zęba jednokorzeniowego tworzy w przybliżeniu elipsę a nie koło, nie odgrywa znaczniejszej roli, gdyż obwody na poszczególnych wysokościach były mierzone pętlą drucianą, a pozatem dlatego, że obliczenia nasze mają tylko wartość aproksymatywną. Tak samo i poprzeczny przekrój górnego dwuguzkowca jak i romboidalny z zaokrąglonymi narożnikami trzonowego zęba możemy wyobrazić sobie jako koło; pomiar obwodów bierzemy bowiem drutem, przylegającym do przekroju poprzecznego zęba, podobnie jak to czynimy biorąc miarę dla obwodu koron złotych.



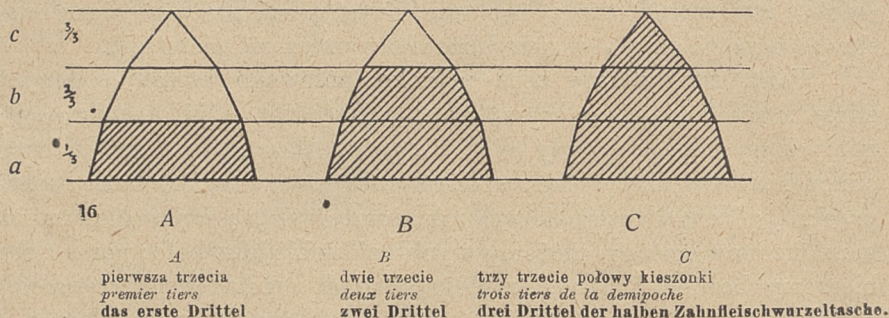
Ryc. 10—13.

Wielokorzeniowe zęby podzieliliśmy sobie na część aż do rozwidlenia i na części powyżej rozwidlenia korzeni (ryc. 13). Pierwszą część, odpowiadającą mniej więcej $\frac{1}{3}$ długości korzenia, traktowaliśmy przy obliczeniu powierzchni jako walec, drugą zaś powyżej rozwidlenia jako sumę stożków (ryc. 13). Każdy z korzeni mierzony był u podstawy rozwidlenia, a więc między pierwszą a drugą trzecią pobocznic oraz na wysokości drugiej trzeciej długości korzeni.

Wybór zębów stanowiących materiał do pomiarów skutecznym w sposób następujący: Z kilkuset zębów wybrałem poszczególne kategorie zębów a więc: 1|1, 2|2, 3|3 i t. d. z tych zaś wybrałem przedstawicieli 3 różnych wielkości, t. j. dla typu α najmniejszego, dla typu β średniego, dla typu γ największego.

Dla pierwszego i drugiego przedtrzonowca brałem po jednym okazy ponieważ różnica powierzchni tychże zębów nie jest tak bardzo znaczną, a pozatem chodziło mi o zmniejszenie pracy przy obliczeniu.

Mierzono zatem w górnym kwadrancie uzębienia 6 okazów, w dolnym 4 zęby. Ponieważ zaś podzieliliśmy każdą kategorię zębów na trzy typy — a więc mierzyliśmy razem 30 okazów i to pobocznicę od szyjki do szczytu, oraz trzy obwody na wysokości szyjki, $\frac{2}{3}$ i $\frac{3}{3}$ długości korzeni (tabela 1). W ten sposób mogłem przedstawić po 10 wę kieszonki dziąsłowej graficznie



Ryc. 16.

na wysokości $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$ jej głębokości, oraz w przypadku najdalej zaawansowanej sprawy chorobowej, gdy kieszonka sięga aż do szczytu zęba ($\frac{3}{3}$). Ryc. 16 a—c.

W tab. 1 obliczone są również powierzchnie dla poszczególnego odcinka.

TAB. 1. POMIARY I OBLICZENIA. — MENSURATIONS ET CALCUL.
MASSE U. BERECHNETE GRÖSSEN.

α Typ zębów małych. — α Le type des petites dents. — α Kleine Zahnform.

Nr. obiektu ¹⁾ mierzonego	Rodzaj zęba ²⁾	Pobocznicę stożka korzeniowego ³⁾	Zęby górne ⁶⁾						Zęby dolne ⁷⁾								
			Obwody ⁴⁾			Powierzchnie ⁵⁾			Obwody ⁴⁾			Powierzchnie ⁵⁾					
			a	b	c	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$	a	b	c	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$			
1	1	12	22	20	15	84	154	184	19	211	13	16	15	13	66,65	120,85	148,8
4	2	12	18	17	14	70	132	160									
7	3	14	21	18	15	91,65	169,2	204,5	22	3	15	21	19	14	100	182,5	217,5
10	514	12	23	21	23	88	176	222	25	514	13	17	13	11	64,5	116,1	139,7
13	716	14	32	33	39	152,75	321,9	413,6	28	8-6	13	33	33	34	141,9	285,95	359,05
16	8	15	28	22	15	125	217,5	255									

TABL. 1. LÉGENDE.

- 1) Numéro courant 5) Superficie
2) Type de la dent 6) Dents supérieures
3) Longueur de la racine 7) Dents inférieures.
4) Circonférence

TAF. 1. UEBERSCHRIFTEN.

- 1) Laufende Nummer 5) Oberfläche
2) Zahnform 6) Obere Zähne
3) Wurzellänge 7) Untere Zähne.
4) Umfang

β Typ zębów średnich. — β *Le type des dents moyennes.* — β *Mittlere Zahnform.*

Zęby górne									Zęby dolne										
Nr. obiektu mierzzonego	Rodzaj zęba	Pobocznicza stożka korzeniowego	Obwody			Powierzchnie			Nr. obiektu mierzzonego	Rodzaj zęba	Pobocznicza stożka korzeniowego	Obwody			Powierzchnie				
			szyjki	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>P</i> ₁	<i>P</i> ₂				<i>P</i> ₃	szyjki	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	¹ / ₃	² / ₃	³ / ₃
				¹ / ₃	² / ₃	³ / ₃	¹ / ₃	² / ₃				³ / ₃		¹ / ₃	² / ₃	³ / ₃			
2	1	13	23	21	16	94,6	174,15	208,55	20	2i1	13·5	17	16	13·5	74,25	140,6	171		
5	2	13	20	19	15	83,85	156,95	189,2											
8	3	15	22	19	16	102,5	190	230	23	3	17	22	20	16	119,7	222,3	267,9		
11	5i4	13·5	25	23	25	108	216	272,25	26	5i4	16	19	17	13	92,75	172,25	206,7		
14	7i6	14	33·5	34·5	42	159,8	353·7	452,4	29	8-6	15	34	34	36	170	345	435		
17	8	15	29	26	19	135	247·5	295											

γ Typ zębów wielkich. — γ *Le type des grandes dents.* — γ *Grosse Zahnform.*

Zęby górne									Zęby dolne										
Nr. obiektu mierzzonego	Rodzaj zęba	Pobocznicza stożka korzeniowego	Obwody			Powierzchnie			Nr. obiektu mierzzonego	Rodzaj zęba	Pobocznicza stożka korzeniowego	Obwody			Powierzchnie				
			szyjki	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	¹ / ₃	² / ₃				³ / ₃	szyjki	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	¹ / ₃	² / ₃	³ / ₃
				¹ / ₃	² / ₃	³ / ₃	¹ / ₃	² / ₃				³ / ₃		¹ / ₃	² / ₃	³ / ₃			
3	1	14	24	22	17	108,1	199,75	239,7	21	2i1	14	18	17	14	75·25	141·9	172		
6	2	14	21	19	16	94	176,25	213,85											
9	3	17	23	20	18	122,55	230,85	282,15	24	3	21	24	20	18	154	289	350		
12	5i4	15	28	26	28	135	270	340	27	5i4	20	24	20	14	145,2	257,4	303,6		
15	7i6	14	35	36	45	166,35	357,2	462,95	30	8-6	18	36	36	38	216	438	552		
18	8	15	31	29	22	150	252,5	302,5											

W ryc. 18 widzimy szereg słupów, czyli powierzchnie dla poszczególnych zębów typu średniego. W ryc. 17 i 19 przedstawiłem poszczególne grupy zębów jak 3, 2, 1, 5, 4, 8, 7, 6 i 3, 2, 1, 5, 4 i 8, 7, 6 w postaci koła, przy czem uwzględniłem 3 przyjęte głębokości kieszonki, przedstawiając je pod postacią pierścieni koła.

Następnie przedstawiłem obok w ryc. 20 jako wycinki koła powierzchnie dla poszczególnych grup zębów.

Szczegółowe grafikonu podają w pracy tej dla średniego typu zębów β, ze względu na wysokie koszty klisz, nie podają natomiast w tej pracy grafikonu dla typu α i γ zębów, czyli dla typu najmniejszego i największego; grafikonu te zostały w sposób podobny wykonane i przedstawione podczas wykładu na Zjeździe, umieszczone one będą natomiast w publikacji w języku niemieckim w *Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde.*







Dla zobrazowania wielkości płaszczyzn między typem α , β i γ podaje jeszcze ryc. 21—26. W ryc. 24—26 przedstawiam grupy zębów górnych oraz dolnych w kołach osobnych, w ryc. 21—23 grupy zębów i górnych w jednym kole dla typu α , β , γ .

Jeżeli wyobrazimy sobie, patrząc na te grafikony, że powierzchnie przedstawiające koła, wzgl. ich wycinki stanowią tylko połowę kieszonki tworzącej powierzchnię ropiejącą, dojdziemy do przekonania, że powierzchnie ropiejących kieszonek przy sprawach paradontalnych są ogromnie wielkie i rozumiemy trudności, na które napotykamy przy zachowawczem leczeniu t. zw. ropotoku zębodołowego. Zrozumiemy zarazem, że pozostawienie tak wielkich powierzchni ropiejących w ustach może stać się niebezpiecznym dla organizmu, że nie należy ich zachowywać w ustach, za cenę pozostawienia zębów, ujętych i wzmocnionych szyną; jedynie jest to dopuszczalnym wówczas, o ile usuniemy ropienie, czyli usuniemy kieszonki dziąsłowe drogą zabiegu chirurgicznego.

W końcu należy zauważyć, że tabela zawierająca obliczenie powierzchni korzeni zębów poszczególnych o trzech typach wielkości oraz graficzne przedstawienie tychże powierzchni przedstawia cenny materiał do obliczenia wytrzymałości zębów służących za filarki przy mostkach jako i do obliczeń statycznych, odnoszących się do architektonicznej budowy kośćca twarzowego.

Sposób obliczenia i przedstawienia graficznego w ryc. 17—26. podany jest na str. 247 i nast.

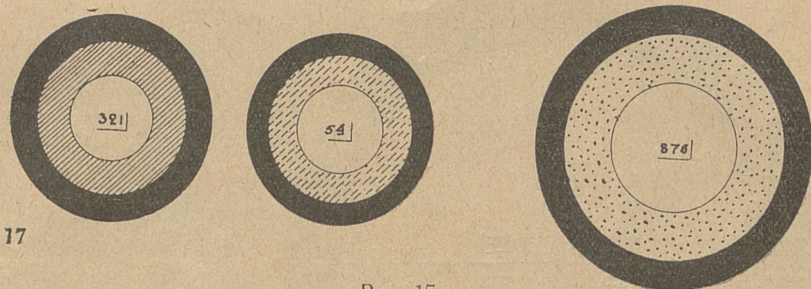
OBJAŚNIENIA DO RYC. 17—26 b. — *LÉGENDE. FIG. 17—26 b.* — **ZEICHEN-
ERKLÄRUNG ZU FIG. 17—26 b.**

-  Powierzchnie korzeni zębów śiecznych i kła,
Surface de la racine = Demi-poche gingivo-radulaire des incisives et de la canine,
Wurzeloberfläche = Halbe Zahnfleischwurzeltasche bei den Schneidezähnen u. dem Eckzahn.
-  Powierzchnie korzeni zębów przedtrzonowych,
des prémolaires,
Wurzeloberfläche bei den Praemolaren.
-  Powierzchnie korzeni zębów trzonowych,
des molaires,
Wurzeloberfläche bei den Molaren.
-  Pierwsza trzecia kieszonki i okolica szyjkowa zębów,
Premier tiers d'une poche; Partie de la poche entourant le col de la dent,
Das erste Drittel der Zahnfleischtasche (Zahnalsgegend).
-  Druga trzecia kieszonki: okolica środkowa korzenia,
Deuxième tiers de la poche. Zone moyenne de la racine,
Das zweite Drittel d. Zfleischtasche. Mittlere Zone der Wurzel.
-  Trzecia trzecia kieszonki: okolica szczytowa korzenia,
Dernier tiers de la poche. Contrée apicale,
Das letzte Drittel d. Zfleischtasche. Wurzelspitzengegend.

POWIERZCHNIE POŁOWY KIESZONEK DZIAŚŁOWO-KORZENIOWYCH PRZY
ZĘBACH ŚREDNIEJ WIELKOŚCI. — *SURFACE DES DEMI-POCHES GINGIVO-
RADICULAIRES DE DENTS MOYENNES.* — FLÄCHENINHALT DER HALBEN
ZAHNFLEISCH-WURZELTASCHEN BEI MITTLERER ZAHNGRÖSSE.

W jednej połowie szczęki górnej. — *D'une moitié du maxillaire supérieur.*

Im halben Oberkiefer.



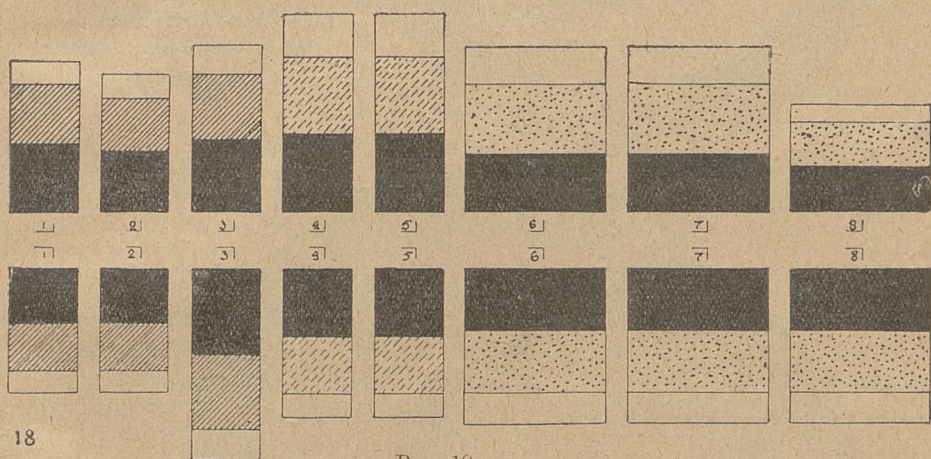
17

Ryc. 17.

przy dwóch zębach
siecznych i kle

przy zębach
przedtrzonowych

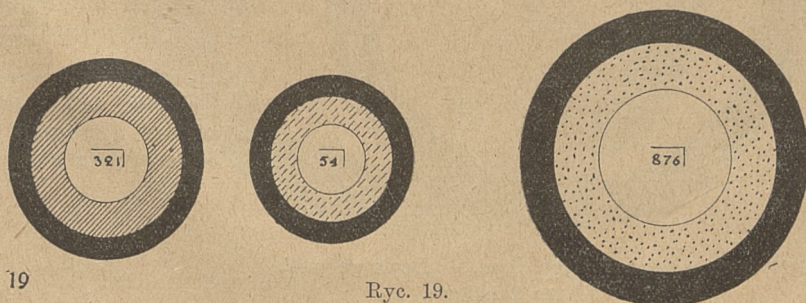
przy zębach trzonowych



18

Ryc. 18.

W jednej połowie szczęki dolnej. — *Dans la moitié du maxill. inf.* — Im halben Unterkiefer.



19

Ryc. 19.

przy dwóch zębach
siecznych i kle

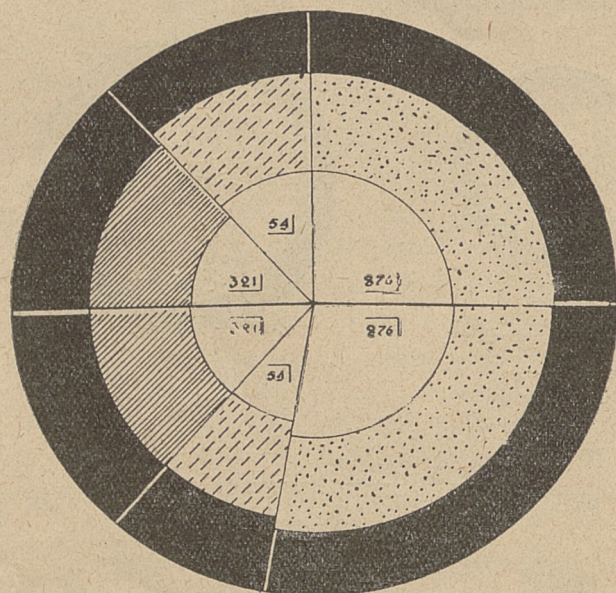
przy zębach
przedtrzonowych

przy zębach trzonowych

Au maxillaire inférieur
Im Unterkiefer

Au maxillaire supérieur
Im Oberkiefer

POWIERZCHNIE POŁOWY KIESZONKI DZIAŚŁOWO-KORZENIOWYCH W JED-
NEJ POŁOWIE SZCZĘKI GÓRNEJ I DOLNEJ. — SURFACE D'UNE DEMI-POCHE
GINGIVO-RADICULAIRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR. — FLÄ-
CHENINHALT DER HALBEN ZAHNFLEISCHWURZELTASCHEN IM OBERKIEFER
UND IM UNTERKIEFER.



Grupy poszczególnych zębów
dolnej i górnej szczęki przed-
stawione są jako osobne
wycinki koła.

*Les différents groupes des
dents du maxillaire supérieur
et inférieur sont représentés
chacun séparément sous
la forme de secteurs.*

Die einzelnen Zahngruppen
des Ober- und Unterkiefers
sind als besondere Sektoren
dargestellt.

Ryc. 20. przy zębach wielkich. — *Dents de grande forme.*
Grosse Zahnform

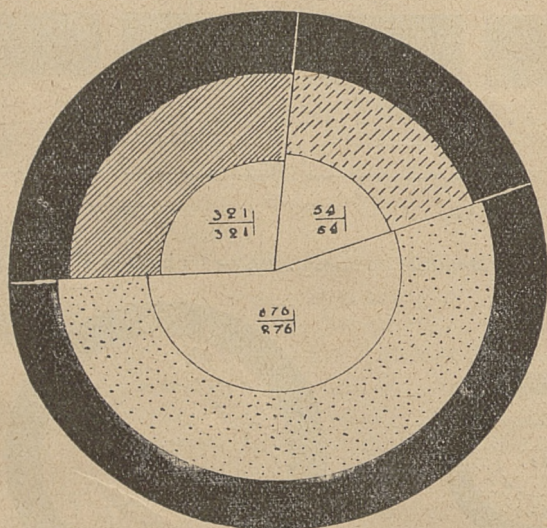


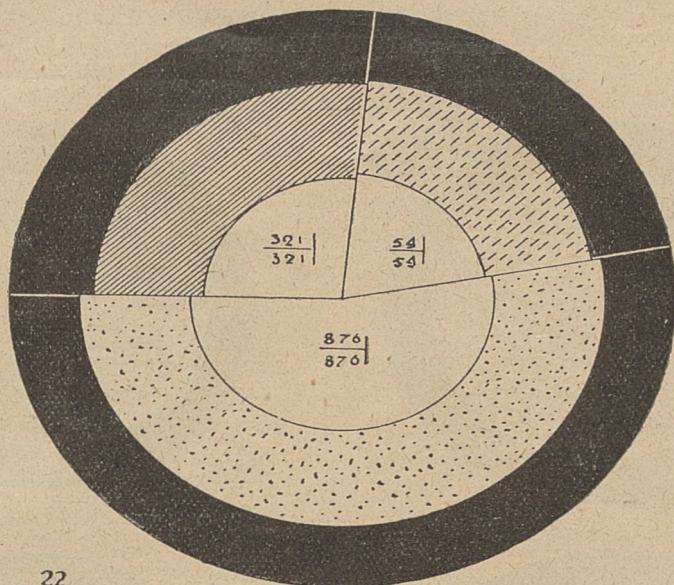
Fig. 21—23.

Grupy poszczególnych zębów
górnej i dolnej szczęki przed-
stawione są wspólnie jako
odcinki koła.

*Les groupes des dents supé-
rieures et inférieures sont
représentés en leur ensemble
sous la forme de secteurs.*

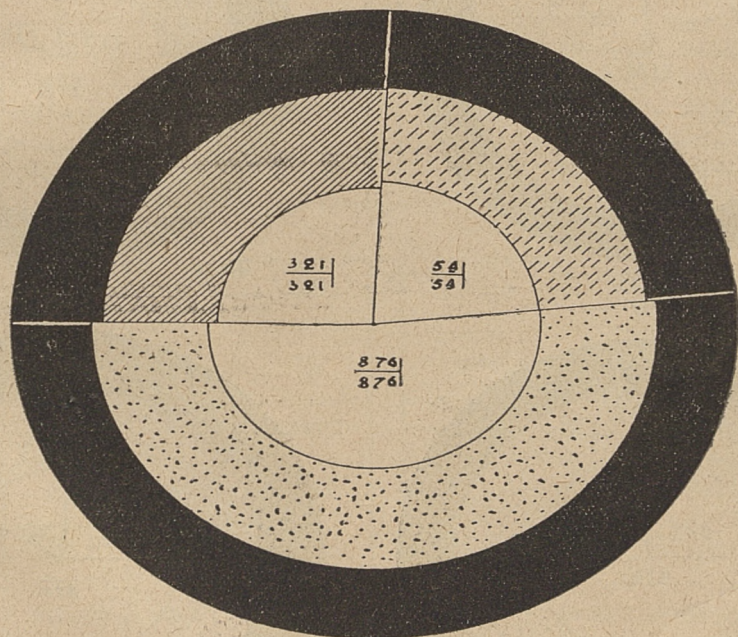
Die einzelnen Zahngruppen
der oberen und unteren
Zähne sind gemeinsam als
Sektoren dargestellt.

Ryc. 21. przy zębach małego typu. — *Dents de petite
forme.* — Kleine Zahnform.



22

Ryc. 22. przy zębach średniej wielkości. — *Dents de grandeur moyenne.*
Bei mittlerer Zahnform.



Ryc. 23. przy zębach wielkich. — *Dents de très grande forme.*
Bei grosser Zahnform

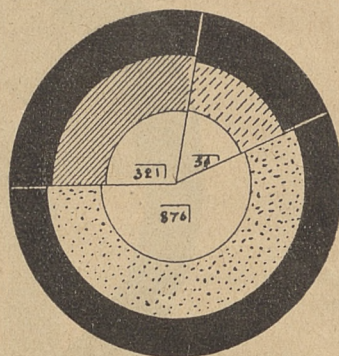
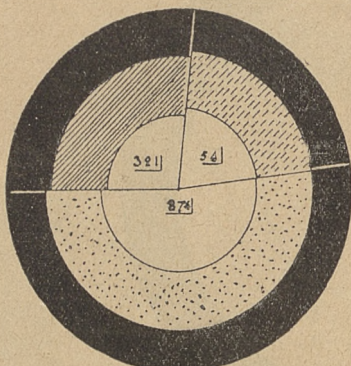
POWIERZCHNIE POŁOWY KIESZONEK DZIAŚŁOWO-KORZENIOWYCH W JE-
DNEJ POŁOWIE SZCZĘKI — SURFACE D'UNE DEMI-POCHE GINGIVO-RADI-
CULAIRE DENS UN DEMI-MAXILLAIRE — FLÄCHENINHALT DER HALBEN ZAHN-
FLEISCHWURZELTASCHEN

górnjej — supérieure — im Oberkiefer

dolnej — inférieure — im Unterkiefer.

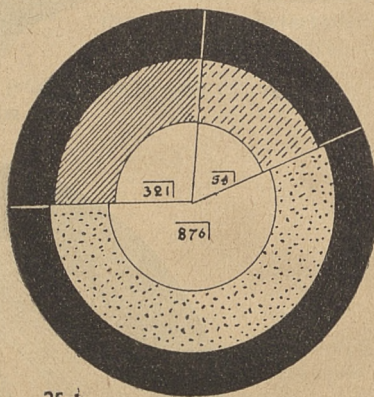
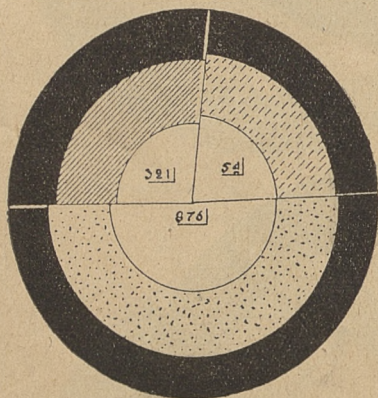
PRZY
ZĘBACH

TYPU MAŁEGO



Petites dents
Kleine Zahnform

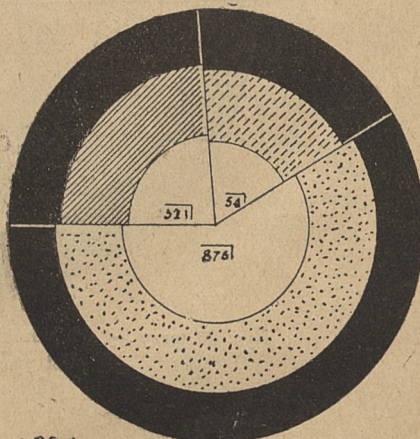
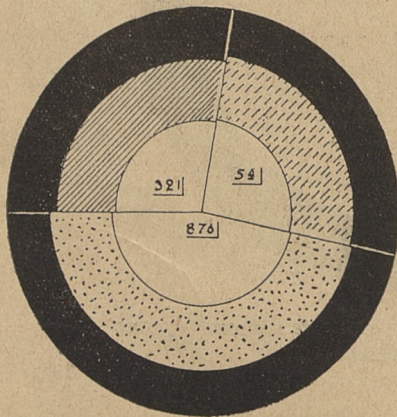
TYPU ŚREDNIEGO



Dents moyennes
Mittlere Zahnform

25 b

TYPU WIELKIEGO



Dents très grandes
Grosse Zahnform

26 b

TAB. 2. ZLICZENIE POWIERZCHNI GRUP ZĘBÓW NA PODSTAWIE TABLICY 1. PODANE w mm^2 . α Typ zębów małych.

Zęby górne				Zęby dolne			
Grupa zębów	Powierzchnie			Grupa zębów	Powierzchnie		
	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$		$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$
1, 2, 3	245,65	455,2	548,5	1, 2, 3	288,3	424,2	515,1
4, 5	176	352	444	4, 5	129	282,2	279,4
6, 7, 8	430,5	861,3	1082,2	6, 7, 8	425,7	857,85	1077,15
1—8	852,15	1668,5	2074,7	1—8	788	1514,25	1871,65

 β Typ zębów średnich.

Zęby górne				Zęby dolne			
Grupa zębów	Powierzchnie			Grupa zębów	Powierzchnie		
	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$		$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$
1, 2, 3	280,95	521,1	627,75	1, 2, 3	268,2	508,5	609,9
4, 5	216	432	544,5	4, 5	185,5	344,5	418,4
6, 7, 8	454,6	954,9	1199,8	6, 7, 8	510	1035	1305
1—8	951,55	1908	2372,05	1—8	963,7	1883	2328,3

 γ Typ zębów wielkich.

Zęby górne				Zęby dolne			
Grupa zębów	Powierzchnie			Grupa zębów	Powierzchnie		
	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$		$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$
1, 2, 3	324,65	589,85	735,7	1, 2, 3	304,5	572,8	694
4, 5	270	540	680	4, 5	290,4	514,8	607,2
6, 7, 8	483,7	966,9	1228,4	6, 7, 8	648	1314	1656
1—8	1078,35	2096,75	2644,1	1—8	1242,9	2401,6	2957,2

TAB. 3. OBLICZENIE PROMIENI I KĄTÓW WYCINKÓW KOŁA DO TABLIC GRAFICZNYCH ILUSTRUJĄCYCH POWIERZCHNIE KORZENI WZGL. POŁOWĘ KIESZONEK DZIAŚŁOWO - KORZENIOWYCH. Ryc. 29 i 28.

α Typ mały.

Zęby górne						Zęby dolne					
Grupa zębów	Promienie				Kąty stopni	Grupa zębów	Promienie				Kąty stopni
	od szczytu	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$			od szczytu	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$	
1, 2, 3	osobno	54·54	9·82	13·20	50·00	1, 2, 3	osobno	5·35	9·47	12·80	47·00
	razem	14·82	26·16	35·42			razem	14·90	26·20	35·42	
4, 5	osobno	15·42	9·23	11·88	40·50	4, 5	osobno	3·88	6·92	9·42	25·40
	razem	16·13	27·53	35·42			razem	14·58	26·02	35·42	
6, 7, 8	osobno	8·38	14·40	18·55	98·80	6, 7, 8	osobno	8·35	14·39	18·51	98·30
	razem	16·00	27·46	35·42			razem	16·00	27·54	35·42	
Razem	—	—	—	—	189·30	Razem	—	—	—	—	170·70

β Typ średni.

Zęby górne						Zęby dolne					
Grupa zębów	Promienie				Kąty stopni	Grupa zębów	Promienie				Kąty stopni
	od szczytu	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$			od szczytu	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$	
1, 2, 3	osobno	5·82	10·51	14·12	48·08	1, 2, 3	osobno	5·82	10·46	13·87	46·70
	razem	15·80	28·74	38·68			razem	15·90	28·95	38·68	
4, 5	osobno	5·98	10·22	13·16	41·70	4, 5	osobno	4·68	8·52	11·46	31·60
	razem	17·58	30·50	38·68			razem	15·80	28·70	38·68	
6, 7, 8	osobno	8·33	15·40	19·54	91·80	6, 7, 8	osobno	9·27	15·90	20·33	100·00
	razem	17·50	30·50	38·68			razem	17·58	30·20	38·68	
Razem	—	—	—	—	181·70	Razem	—	—	—	—	178·30

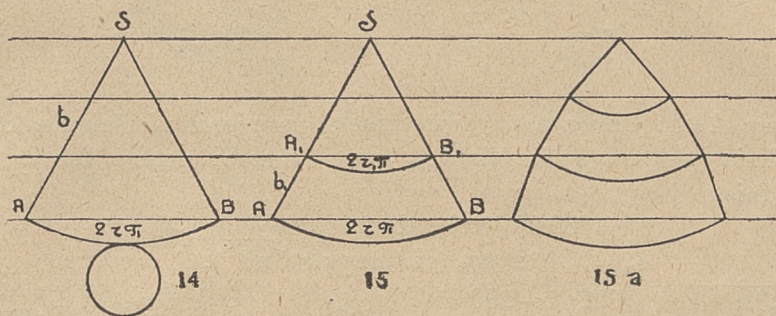
γ Typ wielki.

Zęby górne						Zęby dolne					
Grupa zębów	Promienie				Kąty stopni	Grupa zębów	Promienie				Kąty stopni
	od szczytu	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$			od szczytu	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$	
1, 2, 3	osobno	6·82	11·43	15·30	47·24	1, 2, 3	osobno	6·22	11·13	14·86	44·62
	razem	18·80	31·60	42·23			razem	17·65	31·60	42·23	
4, 5	osobno	6·67	11·42	14·70	43·74	4, 5	osobno	5·42	10·04	13·90	39·00
	razem	19·14	32·80	42·23			razem	16·45	30·50	42·23	
6, 7, 8	osobno	9·12	15·40	19·76	79·00	6, 7, 8	osobno	10·44	17·90	22·95	106·40
	razem	19·46	32·85	42·23			razem	19·12	32·94	42·23	
Razem	—	—	—	—	169·98	Razem	—	—	—	—	190·02

SPOSÓB OBLICZENIA.

Pobocznicę stożka obliczyć możemy ze stożka rozwiniętego (ryc. 14).

$M = 2r\pi \frac{b}{2} =$ Obwód szyjki zębowej razy połowę długości korzenia.



Ryc. 14.

Ryc. 15.

Ryc. 15 a.

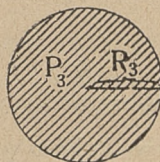
Przy stożku ściętym (ryc. 15) odpowiada pobocznica stożka ściętego wzorowi:

$M = \frac{2r\pi + 2r_1\pi}{2} \times \frac{b_1}{2}$ czyli = obwód szyjki zęba AB + obwód na głębokości kieszonki A₁ B₁ pomnożony przez połowę głębokości kieszonki b₁.

1. Obliczenie promienia koła R₃ o danej powierzchni P₃ (ryc. 27).

$$P_3 = R_3^2 \pi$$

$$R_3 = \sqrt{\frac{P_3}{\pi}}$$



27

Przykład: Obliczenie promienia koła przedstawiającego powierzchnię grupy zębów $\underline{3, 2, 1}$ typu średniego.

$$P_3 \underline{1} = 208.55 \text{ mm}^2 \text{ (tab. 1 } \beta \text{ pod } \frac{3}{3} \underline{1})}$$

$$P_3 \underline{2} = 189.20 \text{ " (" 1 " " } \underline{2})}$$

$$P_3 \underline{3} = 230.00 \text{ " (" 1 " " } \underline{3})}$$

$$P_3 = 627.75 \text{ " (" 2 " " } \underline{3, 2, 1})}$$

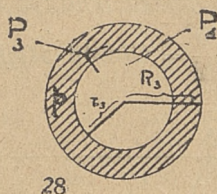
$$R_3 = \sqrt{\frac{627.75}{3.1416}} = 14.12 \text{ mm (tab. 3 } \beta \text{ pod } \underline{3, 2, 1} \frac{3}{3} \text{ osobno)}$$

2. Obliczenie wewnętrznego promienia r_3 pierścienia, o danej powierzchni p pierścienia zewnętrznego i danym promieniu zewnętrznym R_3 (obliczonym pod 1) (ryc. 28).

$$P_3 - P_4 = p$$

$$p = R_3^2 \pi - r_3^2 \pi$$

$$r_3 = \sqrt{\frac{R_3^2 \pi - p}{\pi}}$$



Przykład: Obliczenie wewnętrznego promienia pierścienia, którego powierzchnia jest równa sztykwej części korzeni grupy zębów 3, 2, 1 typu średniego

$$p = 280.95 \text{ mm}^2 \text{ (tab. 2 } \beta \text{ pod } \underline{3, 2, 1} \mid \frac{1}{3})$$

$$R_3 = 14.12 \text{ mm (cf. przykład ad 1.)}$$

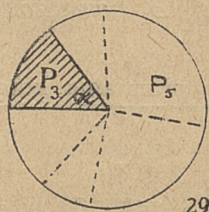
$$r_3 = \sqrt{\frac{R_3^2 \pi - p}{\pi}} = \sqrt{\frac{627.75 - 280.95}{3.1416}} = 10.51 \text{ mm (tab. 3 } \beta \text{ pod } \underline{3, 2, 1} \mid \frac{2}{3} \text{ osob.)}$$

Następnie przedstawiono powierzchnie poszczególnych grup zębów jako wycinki koła. (Ryc. 20–26). Z tych powierzchni obliczono kąty poszczególnych wycinków koła.

3. Obliczenie kąta α dla wycinka o danej powierzchni P_3 , o ile znana jest powierzchnia koła całego P_5 (ryc. 29).

$$P_5 : P_3 = 360 : \alpha$$

$$\alpha = \frac{360 \cdot P_3}{P_5}$$



Przykład: Obliczenie kąta wycinka przedstawiającego powierzchnię 3, 2, 1 grupy zębów w kole o powierzchni równej $\frac{8-1}{8-1}$ czyli sumy powierzchni korzeni zębów górnej i dolnej tj. połowy kieszonek dziąsłowych.

$$P_5 = 4700.35 \text{ (tab. 2 } \beta \text{ pod } \frac{1-8}{1-8} \frac{3}{3} + \frac{8-1}{8-1} \frac{3}{3})$$

$$P_3 = 627.75 \text{ („ „ „ „ } \frac{1, 2, 3}{1, 2, 3} \frac{3}{3})$$

$$\alpha = \frac{360 \cdot 627.75}{4700.35} = 48.08^\circ \text{ (tab. 3 } \beta \text{ pod: kąty } \underline{3, 2, 1} \text{ razem.)}$$

Jeżeli przedstawimy powierzchnie całych grup jako wycinki koła, nie wynika jeszcze z tego, ażeby części powierzchni tychże wycinków były odpowiednio proporcjonalne.

Dlatego też należy obliczyć jeszcze stosunek poszczególnych części powierzchni dla każdego wycinka.

4. Obliczenie wewnętrznego promienia r_5 dla wycinka pierścienia, o danym kącie α , danym promieniu zewnętrznym R_5 i danej powierzchni p (ryc. 30).

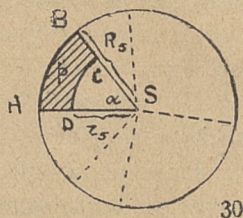
$$p = ABS - DCS$$

$$ABS = R_5^2 \pi \cdot \frac{\alpha}{360}$$

$$DCS = r_5^2 \pi \cdot \frac{\alpha}{360}$$

$$p = R_5^2 \pi \frac{\alpha}{360} - r_5^2 \pi \cdot \frac{\alpha}{360}$$

$$r_5 = \sqrt{\left(R_5^2 \pi \cdot \frac{\alpha}{360} - p \right) \frac{360}{\pi \cdot \alpha}}$$



30

Przykład: Obliczenie wewnętrznego promienia dla wycinka pierścienia przedstawiającego powierzchnię części szyjkowej grupy 3, 2, 1 zębów typu średniego.

$$p = 280.95 \text{ mm}^2 \text{ (tab. 2 } \beta \text{ pod } \underline{1, 2, 3} \text{ } \frac{1}{3}\text{)}$$

$$\alpha = 48.08^\circ \text{ (obliczone pod } \underline{3}\text{)}$$

$$R_5 = 38.68 \text{ mm} \text{ (tab. 3 } \beta \text{ pod } \underline{1, 2, 3} \text{ razem } \frac{3}{3}\text{)}$$

$$r_5 = \sqrt{\left(R_5^2 \pi \frac{\alpha}{360} - p \right) \frac{360}{\pi \alpha}} = \sqrt{\left(38.68^2 \cdot 3.1416 \cdot \frac{48.08}{360} - 280.95 \right) \frac{360}{3.1415 \cdot 48.08}} = 28.74 \text{ mm} \text{ (tab. 3 } \beta \text{ pod } \underline{1, 2, 3} \text{ razem } \frac{2}{3}\text{)}$$

Przy obliczaniu promieni koła o wiadomej powierzchni jako i wycinków koła oraz przy obliczaniu kątów dla tychże wycinków posługiwaliśmy się tabelami astronomicznymi i znajdującymi się w podręczniku dla inżynierów.

Odpowiedzi na zapytania w dyskusji nad powyższym wykładem.

Cieszynski: Kol. Gelbard zapytuje: *kiedy należy wykonać radykalną operację a kiedy tylko wycięcie dziąsła.* Wybór operacji zależy od zmian jakie napotykamy w danym przypadku. Jeżeli mamy tylko kieszonki dziąsłowe a brzeg wyrostka zębodołowego jest gładki i przylega do korzenia, wówczas wykonujemy tylko gingiwoektomję. Przeważnie spotykamy ten obraz przy tak zwanym zaniku poziomym. Natomiast jeżeli istnieją oprócz kieszonek dziąsłowych także kieszonki lub leje kostne z brzegami chropowatymi, wówczas musimy tak dalece kość wygładzić, jak dalece odstają brzegi kostne od zęba a chropowatości musimy usunąć, usuwając równocześnie łyżką ostrą ziarninę w głębi kieszonek. Obraz ten spotykamy przeważnie przy zaniku pionowym.

Inny z Szanownych Przedmówców zapytuje: *jak należy postąpić przy sprawach na tle konstytucyjnym i czy zabieg chirurgiczny przy tychże różni się od tego przy sprawach na tle zapalnym i lokalnym*. Nie ulega wątpliwości, że przy sprawach na tle ogólnym musimy uwagę poświęcić leczeniu ogólnemu, a jako środki posłużą nam arsenik i djeta. Obraz kliniczny przy sprawach konstytucyjnych różni się przeważnie tem od obrazu klinicznego, powstałego na tle lokalnym, że zajęta jest większa ilość zębów obok siebie stojących — t. j. całe grupy zębów, względnie wszystkie zęby. Przy zaniku wyrostka zębodołowego przylega zazwyczaj dziąsło ściślej do wyrostka zębodołowego, szyjki zębów są bardziej obnażone a sprawy te pierwotnie nie wykazujące ropienia mogą z czasem wykazywać i ropienie wskutek zmian wtórnych zapalnych, skutkiem czego przychodzi do bujania silniejszego ziarniny i przerostu dziąsła.

W tym stanie kliniczny obraz staje się podobnym do stanów, powstałych na tle zapalnym. Przy stanach na tle ogólnym dominuje pozioma atrofja a tylko te zęby, które zarazem doznają przeciążenia lokalnego, wykazują pionowy zanik i leje kostne.

Co zaś dotyczy zabiegu operacyjnego to przy jednej jak i drugiej postaci sposób postępowania zależy od zmian napotykanych w dziąsłach i brzegu wyrostka zębodołowego, o czem wspomniałem już powyżej.

Kiedy założyć należy szynę — tak brzmiało inne zapytanie.

Szynę ustalającą, najprościej wiązanie druciane (Pol. Dent. 1923 str. 20) zakładamy, stwierdziwszy chwieianie się zębów, t. j. gdy zanik zębodołu dochodzi do $\frac{2}{3}$ głębokości kieszonki dziąsłowej. Wygodniej jest dla operatora założyć ją podczas, t. j. przy końcu operacji, aniżeli przed zabiegiem operatywnym. Szyny lane ze złota różnych systemów zakłada się jako jeden ze środków terapeutycznych przy chwiejących się zębach z ropieniem okolicy wkołozębowej w nadziei, że ustalenie zębów spowoduje wyleczenie sprawy ropnej. Skutku tego jednak nie zawsze się osiąga, jakkolwiek występuje znaczna poprawa po ustaleniu zębów. Operator otrzymuje przeważnie do wyleczenia drogą chirurgiczną przypadki ze założonemi szynami złotemi dlatego, że leczenie poprzednie, zachowawcze nie odniosło pożądanego skutku; chcąc sprawę wkołozębową wyleczyć, musi się lekarz podjąć zabiegu operatywnego już po założeniu szyny — jakkolwiek w trudniejszych warunkach. Stwierdzić można nieraz w takich przypadkach, że jeden lub nawet więcej zębów, złączonych w jedną całość szyną, stanowią w ustach już tylko ciała obce, gdy zanik zębodołu doszedł już przy tychże zębach do szczytu korzenia a kieszonka dziąsłowa wypełniona jest tylko ziarniną. Na zdjęciu roentgenowskim zobaczyć możemy wkoło tychże zębów strefy częściowo odwapnionej kości poniżej szczytu korzenia, wskazujące na to, że zanik

zębodołu postępuje dalej pomimo, że kość szczękowa w danym miejscu nie jest obciążona, a może nawet właśnie dlatego, że żadnej nie spełnia funkcji; natomiast jest kość szczękowa podrażniona stanem zapalnym, odgrywającym się wkoło zęba, wyeliminowanego już z kości szczękowej, pomimo, że ząb ten ujęty w szynę nie chwieje się i prócz ropienia choremu subiektywnie nie sprawia innych dolegliwości.

Prof. A. Cieszyński: Traitement chirurgical des maladies parodontales, surtout de la pyorrhée ainsi appelée, et calcul de la superficie des poches gingivo-radiculaires.

RÉSUMÉ.

Le symptôme le plus important des maladies parodontales sont les poches gingivo-radiculaires, qui peuvent être d'origine locale ou constitutionnelle. Dans le présent travail l'auteur revient (voy. *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde* 1923 p. 100) à sa classification dressée sur la base de données étiologiques et cliniques (voy. tableau p. 231). La condition cardinale d'un traitement rationnel est une exacte diagnose. S'il s'agit de maladies parodontales il faut recourir non seulement à un traitement local mais aussi appliquer une thérapeutique générale. Les cas, dans lesquels les troubles parodontaux se manifestent à un certain groupe de dents, ont d'ordinaire leur source dans une maladie constitutionnelle. L'examen général du patient le confirme le plus souvent.

La meilleure manière de procéder est d'enlever les poches au moyen de traitement chirurgical. L'auteur nous fait connaître en quelques mots l'ordre chronologique des publications concernant cette méthode: Pickerill a décrit la gingivo-ectomie en l'année 1912; deux ans plus tard, en 1914, Cieszyński expliqua au congrès de Berlin de l'Association Centrale des Odontologues allemands la méthode de traitement chirurgical en tous ses détails: excision de la poche gingivale, excochléation, polissage du bord alvéolaire et suture, et il appuya là-dessus que le traitement d'après cette méthode est la seule thérapeutique rationnelle dans les cas de maladies parodontales. (Voy. *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde* 1914, p. 575). Ce n'est qu'en 1916 que Widmann, en 1918 que Nodine et en 1921(!) que Neumann ont fait des publications concernant cette méthode, et quoique c'est Cieszyński qui l'aît fondée et fait valoir son droit de priorité (voy. *Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde* 1923 p. 103–108), elle est connue en Allemagne sous le nom de Widmann-Neumann.

L'auteur parle de plus dans son travail des indications et contreindications pour le traitement chirurgical dont il fait la description.

La seconde partie du travail contient le calcul de la superficie des poches gingivo-radiculaires sur la base de la superficie des facines des dents que l'auteur a divisées en trois groupes d'après leur grandeur; α) petites dents, β) dents moyennes, γ) grandes dents. La poche gingivo-radiculaire est formée par la surface de la racine et par la surface de la poche gingivale. Quant à la surface des granulations, elle ne peut être établie au moyen du calcul. Une demi-poche gingivo-radiculaire répond à la surface de la racine découverte. L'auteur nous fait connaître en chiffres la surface d'un tiers, de deux tiers et de trois tiers de la demi-poche des différentes dents et des différents groupes de dents. On obtient au

moyen de calculs mathématiques les données nécessaires pour représenter graphiquement en forme de secteurs la surface des différents groupes de dents en tenant compte des trois grandeurs différentes. (Voy, fig. 21—26).

Un coup d'oeil sur les tableaux graphiques représentant les demi-poches autour des différentes dents et différents groupes de dents, nous permet de nous rendre compte de la largeur de la surface purulente dans les cas de maladies parodontales produisant du pus. En même temps nous y trouvons en une certaine mesure l'explication des difficultés qui surgissent pendant le traitement conservatif des maladies parodontales.

Les grandes dimensions du procès purulent représentées graphiquement par l'auteur sont une preuve nouvelle de la rationalité de la thérapeutique chirurgicale des maladies parodontales.

Les mensurations de la surface des racines et leurs images graphiques seront des matériaux précieux pour le calcul de la stabilité des piliers des ponts et de la statique de la construction architectonique du squelette facial.

Prof. A. Cieszyński: Die chirurgische Behandlung der parodontalen Erkrankungen, vor allem der sog. Pyorrhoea alveolaris und die Berechnung der Oberfläche der Zahnfleischwurzeltaschen.

ZUSAMMENFASSUNG. Das wichtigste Symptom bei den parodontalen Erkrankungen stellen die Zahnfleischtaschen dar, die ihr Entstehen entweder lokalen oder konstitutionellen Ursachen verdanken. Der Autor führt abermals seine Einteilung der parodontalen Erkrankungen vor (siehe D. M. f. Z. 1923 S. 100), die nach Entstehungsursachen und klinischen Symptomen geordnet sind. (Siehe S. 231. Tabelle).

Vorbedingung für die richtige Behandlung ist eine richtige Diagnose. Neben der lokalen Therapie ist die allgemeine durchzuführen bei denjenigen Formen, die auf allgemeiner, konstitutioneller Basis entstanden sind. Für diese Form sprechen diejenige Fälle, bei denen die Erkrankung des parodontalen Gewebes bei Zahngruppen und grösseren Abschnitten der Kiefer anzutreffen ist. In den meisten Fällen findet man eine Bestätigung hierfür in der allgemeinen Untersuchung des Patienten.

Die Zahnfleischtaschen sind auf chirurgischem Wege zu beseitigen. Der Autor weist kurz auf die geschichtliche Entwicklung des chirurgischen Eingriffs hin.

Pickerill hat 1912 die Gingivoektomie beschrieben, zwei Jahre später im J. 1914 wurde von Cieszyński auf der Sitzung des Zentralvereines in Berlin die radikal-chirurgische Behandlung: Excision der Zahnfleischtaschen, Excochleation und Glättung der Alveolarränder u. nachfolgende Naht — in allen ihren Einzelheiten beschrieben und dieser Eingriff allein als aussichtsvoll bei der Behandlung der parodontalen Erkrankungen dargestellt. (D. M. f. Z. 1914 S. 575). Der gleiche Weg wurde erst im J. 1916 von Widmann, 1918 von Nodine, und schliesslich erst 1921 (!) von Neumann empfohlen und publiziert. Trotzdem diese Methode von Cieszyński begründet worden ist und diese Priorität bewiesen ist (D. M. f. Z. 1923 S. 103—108) ist sie in Deutschland unter dem Namen der Widmann-Neumannschen Methode bekannt.

Die Indikationen und die Contraindikationen sowie der operative Vorgang selbst wird kurz beschreiben.

Der II Teil der Arbeit umfasst die Berechnung der Oberfläche der Zahnfleischtaschen aus der Wurzeloberfläche der verschiedenen Zahnformen bei 3 verschiedenen Zahngrössen: α kleine Form, β mittlere Form, γ grosse Zahnform. Die Zahnfleischwurzeltasche wird gebildet durch die Oberfläche der Wurzel und die Oberfläche der Zahnfleischtasche. Die Oberfläche der Granulationen ist dabei nicht rechnerisch zu bestimmen. Die Zahnfleischtasche entspricht etwa der entblösten Wurzeloberfläche. Der Flächeninhalt derselben wird errechnet für $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$ u. $\frac{3}{3}$ der Zahnfleischtasche für einzelne Zähne und Zahngruppen.

Durch entsprechende mathematische Umrechnung erhält man die notwendigen Grössen, um den Flächeninhalt einzelner Zahngruppen für die verschiedenen Zahnformen graphisch in Sektorenform darzustellen (Fig. 21—26).

Ein Blick auf die beigegefügtten graphischen Tabellen, welche die Hälfte der Zahnfleischwurzelstaschen für einzelne Zähne und Zahngruppen darstellen, vergegenwärtigt uns die breite eiternde Fläche, welche bei den eitrigen Formen der parodontalen Erkrankungen besteht, und erklärt uns gleichzeitig bis zum gewissen Grade die Schwierigkeiten, auf welche die konservative Behandlung der parodontalen Erkrankungen stösst.

Die grosse Ausbreitung des Eiterungsprocesses, der durch die bildliche Darstellung zum ersten Male vom Autor sinnfällig vor Augen geführt wird, bildet einen neuen Beweis für die Rationalität der chirurgischen Therapie bei den parodontalen Erkrankungen.

Nebenbei stellt die Berechnung der Wurzeloberflächen und die Darstellung der Werte für 3 verschiedene Zahngrössen in Tabellenform ein wertvolles Material für die Berechnung der Stabilität der Brückenpfeiler und die statische Berechnung beim Studium des architektonischen Aufbaues des Gesichtsskelettes.

Załatwienie sprawy nauczania dentystyki w Austrii.

13. lipca r. 1920 wyszła w Austrii ustawa dotycząca techników dentystycznych. W § 8. tejże ustawy zapowiedziano ukazanie się rozporządzenia dotyczącego warunków, na podstawie których wolno nosić lekarzowi tytuł: lekarz-dentysta (Zahnarzt) i wykonywać równocześnie protetykę dentystyczną.

Obecnie wydało Związkowe Ministerstwo Oświecenia Publicznego w porozumieniu z Ministerstwem Opieki Społecznej dnia 26. września 1925 rozporządzenie, normujące wykształcenie lekarza-dentysty.

Jak wiadomo — według dotychczasowej ustawy lekarskiej austriackiej określenie czasu i sposobu specjalizacji we wszystkich gałęziach medycyny było pozostawione uznaniu i woli danego lekarza. Zwyczajem jednak się stało, że każdy specjalista 1—3 lat poświęcał na wykształcenie w specjalności. W stomatologii zaś czas poświęcony na specjalizację redukowano nieraz do 6-tygodniowych kursów.

Rozporządzenie obecne zarządza, że tytułu lekarza-dentysty (Zahnarzt) może używać jedynie ten lekarz, który poświęcił na swe wykształcenie teoretyczne i praktyczne przynajmniej 4 semestry (2 lata) i złożył praktyczny i teoretyczny egzamin przed osobną Komisją.

Szczegółów bliższych nie możemy obecnie podać z powodu braku miejsca. Dolsłowne brzmienie rozporządzenia podamy w numerze następnym.

W Austrii osiągnęli lekarze-dentysty to, czego my w Polsce od r. 1923 jednomyślnie napróżno się dopominamy — unifikację studjów dentystycznych, dwuletnie studjum dodatkowe teoretyczne i praktyczne, zakończone egzaminem przed osobną Komisją. Podkreślić należy, że sprawę specjalizacji w stomatologii załatwiono w Austrii niezależnie od załatwienia sprawy specjalizacji w innych gałęziach medycyny. *Cieszyński.*

Sprawy organizacyjne.

Związek Docentów Stomatologii uchwalił w dniu 3. listopada 1925 powołać do życia

KOMITET NARODOWY MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU DENTYSTÓW
(F. D. I.) FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

Międzynarodowy Związek dentystów (Fédération dentaire internationale) jest stałą międzynarodową organizacją istniejącą w czasie między kongresami międzynarodowymi dentystycznymi.

Komitet Narodowy ma na celu: 1. Nawiazanie i podtrzymanie łączności międzynarodowej w sprawach naukowych, nauczania stomatologii (dentystyki) oraz w sprawach zawodowych. 2. Przygotowanie i opracowanie prac organizacyjnych związanych z międzynarodowymi kongresami dentystycznymi. 3. Komitet Narodowy tworzy łącznik między wydziałem administracyjnym F. D. I. a poszczególnymi organizacjami uznającymi program F. D. I.

W skład Komitetu Narodowego mają wejść: 1. po 2 delegatów każdej organizacji stomatologicznej (dentystycznej), istniejącej prawomocnie; 2. przedstawiciele katedr stomatologicznych (dent.) wyższych uczelni Rzp. P.

Sprawy zawodowe reprezentować będą delegaci wybrani przez Radę Centralną lekarzy-dentystów Rzp. P. jako obejmującą wszystkie Związki zawodowe Rzp. P.

Komitet Narodowy wylania z siebie Wydział wykonawczy składający się: 1. z przewodniczącego; 2. zastępcy przewodniczącego; 3. sekretarza; 4. zastępcy sekretarza; 5. skarbnika.

Przewodniczący i sekretarz powinni być wybrani z tejsamej miejscowości, celem umożliwienia sprężystego funkcjonowania organizacji.

Przeprowadzenie tejże uchwały poleca się Prof. Cieszyńskiemu z prawem kooptacji.

Organizację należy doprowadzić do skutku — o ile to możliwe — jeszcze przed końcem r. b.

Odpis tego protokołu ma być wysłany w języku francuskim Wydziałowi wykonawczemu F. I. D.

Podpisał: *Prof. Dr. med. Antoni Cieszyński*, Lwów, Zielona 5 a.

Prof. Dr. med. Hilary Wilga, Warszawa, Kopernika 12. m. 6.

Doc. Dr. med. Alfred Meissner, Warszawa, Mokotowska 14.

Dr. med. Eugenjusz Mancewicz, prosektor, kierownik Zakładu Stomatologii Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, Zakrętowa 15.

Dr. med. Marjan Żeńczak, zast. Prof., Warszawa, Marszałkowska 40. m. 5.

Dr. med. Władysław Czernecki, zast. Prof., Warszawa, Starynkiewicza 3.

Protokół z posiedzenia Komisji organizacyjnej Komitetu Narodowego F. D. I. z dnia 11 listopada 1925.

Na zaproszenie Prof. Cieszyńskiego, upelnomocnionego przez Związek Docentów stomatologii (dentystyki), odbyło się zebranie Komisji organizacyjnej Komitetu Narodowego dnia 11. listopada 1925, w skład której weszli: przewodniczący Związku Docentów stomatologii i przedstawiciel katedry Uniwersytetu Lwowskiego Prof. Cieszyński, asystent Instytutu dentystycznego U. J. K. Jarzab, 2 delegaci Związku stomatologów przynależnych do Izby lekarskiej wschodniej Małopolski: Dr. Henryk Allerhand i Dr. Karol Atlas.

Zebranie zagał Prof. Cieszyński, mówiąc o potrzebie przystąpienia do „Fédération Dentaire Internationale“ zwłaszcza teraz, aby móc uzyskać przedstawiciele na Międzynarodowy Kongres dentystyczny, mający się odbyć w sierpniu przyszłego roku we Filadelfji.

Następnie Dr. Allerhand przedstawił całą historję zasady i statut F. D. I.; ponieważ zaś w Polsce Ogólnemu Związkowi lekarzy-dent. odpowiadałaby Rada Centralna i Związek zawodowy w P. P., postanowiono wysłać pisma do Prezesów tychże Związków z prośbą by zechcieli wybrać do Komitetu Narodowego F. D. I. po dwóch delegatów i załączyli odpisy z protokołów posiedzenia na ten cel zwołanego.

Stwierdzono przytem, że do Rady Centralnej Związków lekarzy-dentystów należą następujące organizacje:

1. Związek Stomatologów Lwowskiej Izby lekarskiej, przewodniczący *Dr. Henryk Allerhand*. — 2. Towarzystwo Stomatologów Polskich, przew. *Dr. Józef Wodniecki*, Kraków, Wielopole 6. — 3. Związek lekarzy-dentystów Chrześcijan, przew. lek.-dent. *Stokowski*, Warszawa, ul. Nowosenatorska 6. — 4. Wileński Związek lekarzy-dentystów Polaków, przew. lek.-dent. *A. Wolański*, Wilno, Wileńska 26. — 5. Związek lekarzy-dentystów byłej dzielnicy pruskiej, przew. *Dr. Bolesław Cykowski*, Poznań, Matejki 58.

Wykonanie tego postanowienia jak również i czynności sekretarza Komisji organizacyjnej Komitetu Narodowego polecono asyst. Inst. dent. *J. Jarzabowi*.

Józef Jarzab sekretarz.

Cieszyński przewodniczący.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

(Międzynarodowy Związek Dentystyczny).

Postanowienia statutowe i regulaminowe.

WSTĘP.

a) FDI jest związkiem narodowych związków dentystycznych, tudzież związków do nich należących.

b) Nazwa urzędowa brzmi: Fédération Dentaire Internationale, w skróceniu FDI. Siedzibą Związku jest Bruksela, Union des Associations Internationales „Palais Mondial“, Cinquantenaire, Bruxelles.

c) FDI jest stałą korporacją międzynarodową funkcjonującą w okresach czasu pomiędzy Międzynarodowymi Kongresami Dentystycznymi.

d) Na jej czele stoi Wydział Wykonawczy składający się z Wydziałów wykonawczych poszczególnych państw reprezentowanych. Członków tych Komitetów mianuje każdy poprzedni Kongres na wniosek Związku narodowego dotyczącego. W braku takiego wniosku uzależnia się wybór od następowej aprobaty Związków narodowych. Wydział Wykonawczy (WW) organizuje poszczególne Komisje, które zdaniem jego mogą być pożyteczne dla rozwoju dentystyki, równocześnie jest ciałem obradującym w sprawach międzynarodowych.

e) FDI odbywa posiedzenie ogólne poprzedzające każdy Międzynarodowy Kongres Dentystyczny.

f) WW w poszczególnych Komisjach odbywają doroczne zebrania, których czas i miejsce oznacza się przy końcu poprzedniej sesji.

g) FDI powstała na podstawie uchwał powziętych przez III Międzynarodowy Kongres Dent. w Paryżu 14. sierpnia 1900: Uchwała 11. „Należy powołać do życia Międzynarodowy Związek Dent.“. Uchwała 12. „Wydziały narodowe, wybrane dla obecnego Kongresu, pozostają w urzędowaniu i ukonstytuują Międzynarodowy Związek Dentystyczny“.

STATUT.

I. FDI została zorganizowana przez Komitety narodowe obecne na III Międzynarodowym Zjeździe Dent. w Paryżu w 1900 i została powołana do życia zgodnie z uchwałami 11. i 12., powziętymi na końcowym zebraniu dnia 14. sierpnia 1900.

II. Zadania Związku są następujące:

a) Przyjmowanie względnie odrzucanie zaproszeń różnych państw do odbycia regularnego Kongresu dent. tudzież oznaczanie czasu i miejsca Kongresu.

b) Wzmacnianie więzów łączących poszczególne Związki Narodowe pomiędzy sobą.

c) Organizacje międzynarodowych Komitetów, które okażą się potrzebne.

d) Wogóle popieranie organizacji korporacyj, mogących się przyczynić do podniesienia wiedzy dent. w całym świecie.

e) Rozdawnictwo międzynarodowej nagrody im. Millera:

1. Zawiadostwo i nadzór nad kapitałem oddaje się stałemu Kuratorjum złożonemu z 5 przez FDI wybrać się mających członków, która też ma wypełnić ewentualne luki. (Godon, Aguilar, Weiser, Brophy, Mummery).

2. Majątek należy zdeponować w pewnych papierach państwowych, które Kuratorjum ma wybrać.

3. Odsetki od kapitału przeznaczone są na nagrodę pod nazwą: „Międzynarodowa nagroda pamiątkowa im. Millera“, która będzie przyznawana co 2 lata osobom lub osobie, które zdaniem jury wyświadczyły dentystyce najważniejsze przysługi.

4. Jury mającą przyznać nagrodę stanowić będzie WW FDI.

5. Jury ma prawo kooptacji osób, które jej wydadzą się pożytecznymi, jak również ma prawo odroczyć przyznanie nagrody, jeśli zdaniem jej żadna praca na przyznanie nagrody nie zasłuży.

6. Nagrodzony otrzymuje również medal i dyplom.

III. FDI składa się z:

a) Z komitetów narodowych, obecnych w 1900 w Paryżu, lub ich następców:

1. Komitet narodowy składa się z przedstawicieli do WW FDI wybranych przez stale zorganizowane zalegalizowane Związki narodowe kraju należącego do FDI.

2. Ewentualne luki w Komitecie narodowym uzupełnia Związek narodowy.

3. Komitet narodowy zostaje wybrany przez Związek narodowy i wybór przyjęty zostaje na dorocznem walnem zgromadzeniu.

4. Mianowania do poszczególnych Komisji FDI muszą zostać Komitetowi nar. przedłożone i przezeń zaaprobowane.

5. Rozstrzygnięcie, czy pewna uchwała FDI lub też propozycja w jakimś kraju ma być urzeczywistniona, zależy w zupełności od Związku narodowego, który może jednak rozstrzygnięcie oddać Komitetowi narod.

6. WW FDI oznacza ilość członków, którzy mają zastępować Związek nar. i ukonstytuować Komitet nar.

7. W krajach, gdzie niema Związku nar. ma się Komitet nar. składać z przedstawicieli jednego lub kilku stale zorganizowanych Związków dent. należących do FDI i mających od niej prawo wyboru przedstawicieli.

b) Z Związków i towarzystw popierających międzynarod. kongresy dent., a poddających się postanowieniom niniejszego statutu wzgl. udzielających swej na nie zgody.

c) Z towarzystw lub Związków towarzystw, które w sposób urzędowy wypowiedziały swą zgodę na niniejszy statut i przyjęte zostały przez WW.

d) z osób wymienionych w par. VI.

IV. Związki nar. lub towarzystwa lub też osoby, pragnące być przyjętymi przez FDI muszą wyrazić swą zgodę z niniejszym statutem. Te zgłoszenia WW przyjmie do wiadomości i dotyczących przyjmie jako członków FDI.

V. Ogólne zebranie FDI odbędzie się przed otwarciem każdego międzynarod. kongresu dent. Biorą w niem udział WW, poszczególne komisje, tudzież wszyscy należycie przyjęci członkowie FDI. Osoby wpisane jako uczestnicy mającego się odbyć Kongresu mogą ze specjalnych powodów być przyjęte przez WW.

VI. WW może przyjąć jako członków FDI:

- a) członków przepisowo mianowanych przez związki;
- b) członków honorowych;

c) osoby o dobrym stanowisku zawodowym, które były członkami międzynarodowych kongresów dent., a które oświadczą swą zgodę z niniejszym statutem.

VII. Program zebrań ogólnych przygotowuje WW. Składać się on będzie ze spraw poruszonych przez związki nar. lub inne, lub z kwestyj, przygotowanych przez WW. Komunikaty odnośne otrzymają wszystkie narodowe lub miejscowe związki.

VIII. Prawo głosu przysługuje członkom WW i komisyj tudzież wszystkim, którzy statutowo zostali przyjęci i opłacili wkładki.

IX. Doroczne zebrania WW i komisyj odbywać się będą według powyższych przepisów.

X. WW FDI składa się:

a) Z 50 pra-członków wybranych przez kongres, z każdego kraju najmniej 1, najwyżej 5.

b) W razie ubytku z powodu rezygnacji, śmierci lub z innych powodów zawezwie WW dotyczący komitet nar. do uzupełniającego wyboru członka.

c) Władza WW gaśnie z otwarciem każdorazowego międzynarod. kongresu dent.

d) WW odda specjalnemu komitetowi wybranemu przez Kongres wszystkie swe dokumenty i akta w czasie otwarcia kongresu za pokwitowaniem.

XI. Zarząd WW składa się z 9 członków lub więcej, a mianowicie:

a) jednego prezesa;

b) trzech lub więcej wiceprezesów;

c) sekretarza głównego;

d) trzech lub więcej zastępców sekretarza;

e) skarbnika.

Członkowie Zarządu są *ex offo* członkami wszystkich komisyj i będą nimi kierowali aż do ostatecznej organizacji.

XII. Zadaniem WW jest:

a) czuwanie nad wykonywaniem celów Związku;

b) oznaczanie czasu i miejsca zebrań dorocznych FDI i międzynarodowych kongresów dent.;

c) organizacja różnych międzynarodowych komitetów;

d) czuwanie nad wykonywaniem uchwał FDI;

e) badanie wniosków i uchwał komitetów nar., związków nar. i innych towarzystw.

WW będzie informować o swej pracy wszystkie przynależne korporacje swym biuletynem wydawanym w czterech językach: francuskim, angielskim, niemieckim i hiszpańskim.

XIII. Dochody swe czerpie z:

a) wkładek członków, a mianowicie: członkowie WW rocznie 10 \$, członkowie komisyj rocznie 5 \$, wszyscy inni członkowie rocznie 5 \$;

b) kwot uchwalonych przez kongresy;

c) subwencji rządowych lub miejskich tudzież osób prywatnych.

XIV. W razie deficytu winien on zostać pokryty w równych częściach przez wszystkie korporacje należące do FDI. Nadwyżki należy przekazać na-

stępnemu międzynarodowemu kongresowi dent. WW przedłoży każdemu kongresowi szczegółowy wykaz dochodów i wydatków.

XV. WW przedłoży kongresowi wykaz członków najbardziej powołanych do tego, by propagować działalność FDI.

XVI. a) Międzynarodowe kongresy dent. będą organizowane przez komitety, wybrane w sposób następujący:

Jedną trzecią wybiera WW, pozostałe dwie trzecie wybierają zapraszające zrzeszenia dent. Komitet w tym składzie jest komitetem organizacyjnym, którego wszyscy członkowie mają równe prawo głosu.

b) Na pierwszym posiedzeniu komitetu organizacyjnego wybiera on zarząd w składzie następującym:

prezesa;
dwóch wiceprezesów,
sekretarza;
skarbnika.

c) WW FDI ma prawo decyzji w razie braku jednomyślności wśród komitetu org.

XVII. Niniejsze przepisy obowiązują w okresie czasu pomiędzy kongresami, kongres następny może je zmienić.

REGULAMIN.

I. Życzenia komitetów nar. w sprawach dotyczących ich krajów winny być przedewszystkiem decydujące, i FDI tudzież jej komisje winny się powstrzymać od jakiegokolwiek agitacji i działalności w danym kraju, któraby była w sprzeczności z życzeniami dotyczącego komitetu narodowego.

II. Wszystkie mianowania na członków poszczególnych komisji winny odbywać się w porozumieniu z dotyczącym komitetem narodowym.

III. Wszystkie komitety nar. winny się starać o uzyskanie aprobaty i poparcia reprezentatywnych zrzeszeń dent. swego kraju i stać się w ten sposób rzeczywistymi zastępcami zawodu dent. danego kraju.

IV. Kandydaci na członków FDI muszą posiadać albo kwalifikacje ustawowe kraju, w którym się kształcili, albo kraju, w którym wykonują praktykę.

V. Sprawozdania poszczególnych komisji należy przedkładać WW. Tylko takie sprawozdania mogą uchodzić za urzędowe, które zostaną przedłożone WW.

VI. WW jest uprawniony do przyjmowania krajów jeszcze nie reprezentowanych w FDI w czasie pomiędzy poszczególnymi kongresami i mianować jednego delegata tego kraju WW.

VII. Archiwum FDI, jak również biblioteka i zbiory są złożone pod opieką Association Dentaire Nationale Belge w Brukseli w siedzibie towarzystwa: Palais Mondial, Cinquantenaire.

VIII. Komisja higieniczna FDI winna powiększyć swój skład w ten sposób, by prócz dentystów mogli być członkami jeszcze: lekarze, władze szkolne i inne zainteresowane czynniki. Komisja ta urzęduje w permanencji, a uchwały jej winny być przedkładane WW do zatwierdzającej wiadomości.

Spolszczył Dr. H. Allerhand, Lwów.

VII Międzynarodowy Kongres Dentystyczny w Filadelfji.

REGULAMIN.

Art. 1. Obrady VII Międzynarodowego Kongresu Dent. odbędą się w Filadelfji, Pa. USA w Muzeum Handlu.

Art. 2. Kongres zostanie otwarty zebraniem plenarnem w poniedziałek 23. sierpnia 1926 o godz. 10 i zostanie zamknięty zebraniem plenarnem w piątek 27. sierpnia 1926 o godz. 8 wiecz.

Art. 3. Celem Kongresu jest podniesienie wiedzy dent. w związku ze Zdrowiem Publicznem.

Art. 4. Uczestnictwo w Zjeździe.

a) Czynne uczestnictwo. Dentysta wykonujący nienagannie swój zawód i posiadający dyplom albo kraju, w którym się wykształcił, albo kraju gdzie praktykuje, może zostać dopuszczony do uczestnictwa w kongresie przez:

1. wpłatę wkładki członkowskiej w kwocie 10 \$;

2. albo też za pośrednictwem zalegalizowanego narodowego Związku dent., który przystąpi do Kongresu jako korporacja z wszystkimi swymi członkami i uiszczyć wkładkę 1 \$ jako wkładkę za każdego swego członka.

b) Towarzyskie uczestnictwo. Lekarze i członkowie innych zawodów naukowych mogą uczestniczyć w Kongresie po uiszczeniu wkładki 10 \$.

c) Honorowe uczestnictwo. Komitet organizacyjny wybiera członków honorowych Kongresu.

Podania o dopuszczenie do uczestnictwa w Kongresie winny zostać przedłożone Komitetowi organizacyjnemu (lub upelnomocnionemu Komitetowi posilkowemu) do aprobaty, który w razie, jeżeli dany petent jest cudzoziemcem, będzie działał w porozumieniu z oficjalnymi przedstawicielami Komitetu narodowego danego kraju.

Art. 5. Uczestnicy Kongresu mogą wprowadzić członków swych rodzin jako gości wpłacając 5 \$. Goście wprowadzeni przez uczestników a nie będący członkami ich rodzin, opłacają 10 \$.

Studenci dentystryki mogą uczestniczyć w Kongresie po przedłożeniu uwierzytelnienia dziekana lub innego urzędnika uznanej szkoły dent. i uiszczeniu 5 \$.

Dentyści zamieszkali w Stanach Zjednoczonych mogą być uczestnikami lub gośćmi Kongresu jedynie jeżeli są członkami American Dental Association.

Art. 6. Wkładki uczestnictwa należy przesyłać przekazem, czekiem albo zleceniem bankowem pod adresem sekretarza generalnego: VII International Dental Congress. 5. North Wabash Ave. Chicago, ILL. USA. Po wpłynięciu wkładki zostanie wysłana karta uczestnictwa jako potwierdzenie odbioru. Wstęp na Kongres będzie dozwolony jedynie za okazaniem tej karty.

Art. 7. Sekretarz generalny odbiera wkładki uczestnicze i wszelkie inne wpływające kwoty i przekazuje skarbnikowi Kongresu, który je przechowuje. Wyплаты uskuteczniane bywają jedynie na podstawie polecenia podpisanego przez prezesa i sekretarza generalnego.

Art. 8. Przed uiszczeniem wkładki uczestnictwa nikt nie może zostać zapisany jako uczestnik Kongresu. Kompetujący o uczestnictwo wi-

nien równocześnie z wkładką uczestnictwa przysłać kartę, na której ma być uwidoczniiona jego działalność dentystyczna wzgl. lekarska, tytuł, nazwy towarzystw dentystycznych wzgl. lekarskich, których jest członkiem, tudzież dokładny adres. Generalnego sekretarza należy bezzwłocznieawiadomić o każdej zmianie adresu.

Art. 9. Uczestnicy Kongresu otrzymują oficjalny **program** i katalog wystawy bezpłatnie.

Sprawozdanie Kongresu będzie rozesłane po cenie własnej tym uczestnikom, którzy je zamówią na urzędowych, do tego celu przeznaczonych formularzach przed końcem Kongresu.

Art. 10. Organizacja Kongresu leży w rękach Komitetu organizacyjnego, który na podstawie art. 16 został powołany przez stały Komitet zjazdowy.

Art. 11. **Prace naukowe Kongresu będą przedstawione w:**

- a) zebraniach plenarnych;
- b) zebraniach sekcyjnych;
- c) pokazach;
- d) wystawie naukowej.

Okres czasu przeznaczony każdej wymienionej grupie i mowcom w zebraniach plenarnych zostanie ustanowiony przez Komitet wykonawczy.

Art. 12. Kongres odbędzie posiedzenie wstępne w poniedziałek 23. sierpnia 1926 o godz. 10. i końcowe w piątek 27. sierpnia 1926 o godz. 8. wieczorem. W zebraniach nie będzie dyskusyj; na zebraniu końcowem prezes podda pod głosowanie sprawę reorganizacji FDL. W razie przyjęcia będzie następnypunkt stanowiła sprawa oznaczenia czasu i miejsca następnego Kongresu.

Art. 13. **Sekcje Kongresu:**

1. Anatomja, fizjologja, farmakologja, terapia.
2. Bakterjologja, patologja, diagnostyka.
3. Fizyka, chemja, metalurgia.
4. Dentystyka zachowawcza.
5. Dostawki częściowe (włącznie z koronami i mostkami).
6. Dostawki całkowite.
7. Exodoncja, anestezja, roentgenologja.
8. Ortodoncja.
9. Chirurgja, szczęk, protetyka chirurgiczna.
10. Periodoncja.
11. Higjena ustna, dentystyka zapobiegawcza, zdrowie publiczne.
12. Wykształcenie dentystyczne.
13. Prawodawstwo dentystyczne.
14. Dentystyka wojskowa.

Sekcje mogą odbywać posiedzenia wspólne za zezwoleniem Komitetu organizacyjnego.

Art. 14. **Język** angielski, francuski, niemiecki i hiszpański są oficjalnymi językami Kongresu. Inne języki mogą być dopuszczone za zezwoleniem przewodniczącego.

Art. 15. Sprawozdanie Kongresu zostanie ogłoszone pod nadzorem Komitetu organizacyjnego. Przemówienia na posiedzeniu wstępnem i końcowem tudzież referaty (patrz art. 18) zostaną opubliko-

wane w całości. Przemówienia i streszczenia poszczególne tudzież sprawozdania z pokazów zostaną w tej formie ogłoszone, w jakiej Komitet wydawniczy po zasięgnięciu opinij prezydjum sekcji uzna za stosowne.

Art. 16. **Odczyty i pokazy.** Wszyscy pragnący wygłosić odczyt lub przedstawić pokaz, winni zawiadomić o tem sekretarza dotyczącej sekcji do 1. marca 1926. Prezydjum sekcji ma prawo odczyty i pokazy wybrać i odrzucić nieodpowiednie. Komunikaty nadesłane po 1. lipca 1926 będą mogły doznać uwzględnienia dopiero po ustaleniu programu i podlegają wyborowi ze strony prezydjum sekcji.

Zarząd Komitetu organizacyjnego ma pełnomocnictwo definitywnie wszelkie odczyty, pokazy i referaty przedłożone przez poszczególne sekcje, przyjąć lub odrzucić.

Art. 17. **Odczyty** winny być sporządzone w językach: angielskim, francuskim, niemieckim lub hiszpańskim. Winny one być napisane na maszynie w formie gotowej do druku i złożone sekretarzowi sekcji, w której mają być wygłoszone. Streszczenie, zawierające najważniejsze punkty, winno się znaleźć do 1. lipca 1926 w rękach sekretarza sekcji. Zgłoszenie pokazów winno zawierać wykaz potrzebnych środków pomocniczych i winno być również nadesłane do 1. lipca 1926.

Art. 18. **Referaty.** (Referat jest to pisemne opracowanie danego tematu przez dwóch lub więcej sprawozdawców, wybranych przez prezydjum sekcji, w której ma być referat wygłoszony). W każdej sekcji zostanie zarezerwowany czas na omówienie ważnych tematów wybranych przez prezydjum sekcji ze względu na międzynarodowy charakter Zjazdu. Każda dyskusja zostanie zagajona przez dwóch referentów wybranych przez prezydjum sekcji. Rękopisy tych referatów muszą być pisane na maszynie i winny do 1. lipca 1926 być nadesłane do kancelarji Kongresu, by zostały wydrukowane celem rozdawnictwa. Każdy referent dysponuje do zagajenia najwyżej 15 minutami czasu: 10 minut dostaje celem odpowiedzi na końcu dyskusji. Inni mówcy mogą przemawiać 5 minut najwyżej.

Art. 19. Prawo publikacji komunikatów zgłoszonych na kongres przysługuje Komitetowi organizacyjnemu.

Art. 20. **Obrady** będą prowadzone według regulaminu przyjętego przez Kongres, lecz nad sprawami o charakterze wyłącznie naukowym ani nie będzie głosowania, ani też nie będą podejmowane uchwały.

W razie uchwały w sprawie o charakterze praktycznym lub administracyjnym, zostaje ona za zgodą przewodniczącego zakomunikowana sekretarzowi generalnemu, który winien ją podać do wiadomości Komitetowi organizacyjnemu VII Międzynarodowego Zjazdu Dent. w porozumieniu z członkami Wydziału Wykonawczego FDI i zgodnie z uchwałami ostatniego zebrania plenarnego, które poprzedziło VII Międzynarodowy Kongres.

Art. 21. Mowca, który sobie życzy, by jego uwagi dyskusyjne zostały umieszczone w sprawozdaniu Zjazdu, winien dostarczyć sekretarzowi krótkiego streszczenia przed końcem zebrania. (Sekretarze będą rozdawali na ten cel specjalne arkusze papieru).

Art. 22. Po uregulowaniu wszystkich płatności zostaną pieniądze pozostałe w kasie rozdzielone w sposób następujący:

$\frac{1}{4}$ do kasy towarzystwa zalegalizowanego, które przystąpiło jako korporacja do kongresu; jeżeli przystąpiło więcej towarzystw narodowych, to rozdzieli się $\frac{2}{4}$ pomiędzy te towarzystwa w stosunku ilości ich członków.

2. $\frac{1}{4}$ do kasy FDI.

3. Resztę zatrzymuje skarbnik VII Kongresu do czasu, aż będzie wiadome nazwisko skarbnika VIII kongresu.

4. W razie, jeżeli żadne towarzystwo narodowe nie przystąpi do Kongresu jako korporacja, zostaną pozostałe pieniądze rozdzielone w sposób następujący: $\frac{3}{4}$ do kasy FDI, a $\frac{1}{4}$ do kasy VIII Międzynarodowego Zjazdu na warunkach powyżej wymienionych.

Art. 23. Wszelką korespondencję w sprawach Kongresu należy adresować: The hon. Secretary general, VII International Dental Congress, 58 E Washington Street, Chicago, Ill. USA.

Regulamin obrad VII Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego.

1. Przewodniczący sekcji, lub w jego nieobecności lub na jego żądanie jeden z wiceprzewodniczących lub jeden z prowadzących obrady przewodniczących honorowych zgłaszają przedmiot mający być przedmiotem przemówienia a prowadzący obrady zaprasza prelegenta wzgl. referenta lub innego mowcę do wygłoszenia swego przemówienia przed zebraniem.

2. Podczas zebrania winien prowadzący obrady przestrzegać porządku dziennego. Wszystkie kwestje winny być jemu przedkładane i jego decyzja jest ostateczna.

3. Uczestnicy zgłaszający się do głosu winni oddawać kartki z napisaniem swem nazwiskiem.

4. Uczestnicy życzący sobie zabrać głos w dyskusji winni zgłosić się u sekretarza, który wciągnie ich nazwiska w kolei na listę, którą następnie przedłoży przewodniczącemu.

5. Prowadzący obrady winien dawić mowców o upływie czasu oznaczonego regulaminem. (Art. 17 i 18).

Narodowe komitety informacyjne krajów europejskich:

a) w narodowych zalegalizowanych związkach należących do FDI:

Komitety organizacyjny kongresu uprasza narodowe związki dent. należące do FDI, by nadesłały nazwiska i adresy członków komitetów narodowych pod adresem: Dr. Otto U. King, secr. gen. VII International Dental Congress, 58 E Washington St. Chicago, Ill. USA. Komitet narodowy składa się z przedstawicieli do Wydziału Wykonawczego FDI wydelegowanych przez stale zorganizowane zalegalizowane Związki narodowe należące do FDI. Ten Komitet narodowy konstituuje Narodowy Komitet Informacyjny.

b) w narodowych związkach nie należących do FDI:

Komitety organizacyjny kongresu uprasza wszystkie nie należące do FDI narodowe związki o przysłanie pod adresem Dr. Otto U. King, secr. gen. VII Internat. Dent. Congr. 58 E Washington St. Chicago, Ill. USA nazwisk i adresów swych przewodniczących i sekretarzy, ile lat istnieją i ogólną ilość członków w r. 1925.

Spolszczył Dr. H. Allerhand, Lwów.

Uchwały Sekcji Stom. XII Zjazdu Lek. i Przyrodników.

I. 1. Sekcja stomatologiczna XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich poleca przesyłając zwrócić się do władz Rządowych o wydanie rozporządzenia wykonawczego co do wprowadzenia w życie doktoratu z nauk dentystycznych, przewidzianego już rozporządzeniem Ministerstwa W. R. i O. P. i Generalnej Dyrekcji Zdrowia Publicznego z dnia 7 go stycznia 1922-go roku Nr. 30—IV/22.

2. Uzyskanie stopnia doktora nauk dentystycznych należy udostępnić także tym obywatelom Państwa Polskiego, którzy posiadają dyplom uzyskany na uniwersytetach b. państw zaborczych — uprawniający ich do praktyki dentystycznej w Państwie Polskiem — a którzy wykażą się pracami naukowymi.

3. Wprowadzenie w życie doktoratu z nauk dent. nie przesądza w niczem późniejszego definitywnego załatwienia sprawy nauczania stomatologii.

II. Na podstawie badań metalurgicznych stwierdzono rozpuszczalność w jamie ustnej metali nieszlachetnych i wytwarzanie się połączeń szkodliwych dla organizmu ludzkiego. Wobec tego nie należy używać metali nieszlachetnych do dostawek dentystycznych. Uchwałą tą przesyłając podaje do wiadomości Ministerstwa Spraw WN. Generalnej Dyrekcji Zdrowia — z prośbą o odpowiednie zarządzenie.

III. 1. Ażeby zapewnić ciągłość Naukowym Zjazdom Stomatologicznym Sekcja Stomatologiczna XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich wybiera stałą delegację, składającą się z przedstawicieli katedr stomatologii oraz tworzy fundusz zjazdowy, którym dysponuje wybrana delegacja zjazdów stomatologicznych.

2. Delegacja stałej przysługuje prawo kooptacji.

3. Delegacja stała postanawia termin i miejsce następnego zjazdu i nadaje charakter temuż oraz powołuje komitet organizacyjny zjazdu w tem mieście, w którym takowy się odbędzie.

4. Fundusz delegacji stałej zjazdu stomatologów polskich tworzy się ze składki (w wysokości 5-ciu złotych), złożonej przez każdego uczestnika zjazdu Naukowego Stomatologicznego (względnie sekcji stomatologicznej) oraz dobrowolnych składek.

IV. Rękopisy i dyskusje zebrane przez sekretarzy zjazdu zostają złożone na ręce przewodniczącego komitetu org. Prof. Wilgi. Prelegentom przysługuje prawo oznaczenia na rękopisie, w którym czasopiśmie nauk. stomatolog. życzą sobie mieć pracę wydrukowaną. Prof. Wildze jako przewodniczącemu poleca zjazd porozumienie się z redakcjami pism co do wydrukowania całkowitej dyskusji.

V. 1. Aby pomoc dentystyczna dla ubezpieczonych w Kasach chorych mogła należycie pełnić swoją rolę w walce z próchnicą, powinna być zmodyfikowaną w znaczeniu wolnego wyboru dentysty.

2. Pomoc dent. dla urzędników państw. powinna ulec modyfikacji w znaczeniu wolnego wyboru dentysty.

VI. Zjazd zwraca uwagę Rządu i Ciał Prawodawczych na szkodliwe zastosowanie zasady samowystarczalności Państwowego Instytutu Dentystycznego, uczelni wyższej i jedynej w Państwie. Zdrowie Publiczne, dobro społeczne i rozwój dentystyki wymagają należytego udotowania Państwowego Instytutu Dentystycznego i uniezależnienie go od przypadkowości wpływów środków materialnych.

VII. Sekcja Stomatologii XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników zwraca się do Ciał Ustawodawczych z prośbą, by osobom nieposiadającym żadnego wykształcenia lekarskiego i nieaprobowanym przez Wydziały lekarskie Uniwersytetów lub inne wyższe uczelnie specjalne, nienadawano jakichkolwiek uprawnień do wykonywania zabiegów, wchodzących w zakres wiedzy lekarskiej, i nienadawano tytułów n. p. „dentysta“, któreby wprowadzały publiczność w błąd.

VIII. Sekcja Stomatologii powołuje do życia komisję składającą się z 5-ciu osób celem ustalenia jednolitego mianownictwa dentystycznego. Komisję objerze prezydium komitetu org. sekcji wraz z projektodawcą Kol. Krakowskim.

Uchwały podsekcji:

Należy, by Min. Zdrowia i Min. W. R. i O. P. wydało obowiązujące rozporządzenie, że do każdej szkoły średniej i zawodowej mogą być przyjęte tylko te dzieci, których zęby są wyleczone. W szkołach powszechnych winno być wprowadzone zębolecznictwo na ogólnych zasadach. W szkołach średnich i innych wprowadza się opiekę nad zębami, zobowiązującą władze szkolne i rodziców do wykonania przepisów w tym kierunku wydanych. Dwa razy do roku każda klasa winna być zbadana, a dzieci potrzebujące zabiegów lek. dent. skierować należy do kliniki szkolnej. Jeżeli środki kliniki szkolnej nie pozwalają wykonać potrzebnych zabiegów wszystkim dzieciom, to rodzice zamożniejsi obowiązani są w określony przez szkolnego lek. dent. terminie przeprowadzić sanację jamy ustnej pod rygorem usunięcia dziecka ze szkoły. Sanację przeprowadza się we wszystkich szkołach oraz poza szkołą podług jednolitego systemu i planu. Dążeniem lek. dent. szkolnego jest przeprowadzić sanację zębów stałych i mlecznych. Praca lek. dent. ocenia się nie ilością zrobionych wypełnień a wynikiem i ilością dzieci, u których przeprowadzono sanację jamy ustnej czyto w szkole, czy też poza szkołą. Praca lek. dent. w tym kierunku kontroluje się periodycznie inspekcją, do której powołuje się specjalistów stomatologów. Szkolna władza winna się troszczyć o zorganizowanie swojej szkolnej kliniki z zastosowaniem urządzeń nowoczesnych n. p. Roentgen i t. p. oraz o leczeniu zębów u dzieci poza szkołą, o ile szkolny lek. dent. nie jest w stanie sam to przeprowadzić. Środki i urządzenia szkolnej kliniki dent. winny odpowiadać teraźniejszemu wymaganiom nauki, a dążenia władz szkolnych — dać możliwość korzystania z tej kliniki wszystkim swoim uczniom, chociażby na różnych warunkach (płatnie i bezpłatnie). Tylko te społeczne instytucje mogą dopełniać szkolną klinikę, które zobowiążą się leczyć zęby dzieci według ustalonego planu i metod. Odpowiednio do tego systemu sanacji jamy ustnej winna być opracowana karta chorych i karta rejestracyjna lub jedna wspólna o charakterze odpowiadającym potrzebom praktycznego leczenia oraz nauki i statystyki.

Wiadomości ze szkół akademickich.

Dr. Władysław Czerniecki, członek Komitetu redakcyjnego „Polskiej Dentystryki“ i sekretarz „Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“ został zamianowany zastępcą profesora w „Państwowym Instytucie Dentystycznym“ w Warszawie, gdzie objął dział protetyki stomatologicznej, prowadzony dotychczas przez Dra Zeńczaka. Dr. Zeńczak wykladać będzie obecnie ortodoncję.

OCENY KSIĄŻEK

Prof. Dr. Hermann Schröder. Lehrbuch der technischen Zahnheilkunde (Podręcznik techniki dentystycznej dla użytku lekarzy-dentystów i studentów w czterech tomach. Tom I. zeszyt 1. Anatomiczne, fizjologiczne i mechaniczne podstawy praktyki dentystycznej, str. 224 ryc. 163. Wydawca Meusser — Berlin, cena (brosz.) 16 mk. niem.

Prof. Schröder rozpoczął wydawnictwo wielkiego podręcznika protetyki dentystycznej, mającego obejmować 4 tomy i opartego na nowoczesnych, gruntownych badaniach naukowych. Autor wykazuje, że protetyka dentystyczna nie jest już prostym rzemiosłem, tylko wymaga gruntownych wiadomości teoretycznych, opartych na badaniach zgryzu, akcji fizjologicznej żucia i na studjach, dotyczących budowy kości szczękowych pod względem statyki w warunkach normalnych i patologicznych. Tymże sprawom poświęcony zostaje tom I. — Tom II., który ukaże się w opracowaniu Prof. Schönbecka obejmować będzie naukę o materiałach dentystycznych, zaś tom III. prace o koronach i mostkach i implantacji.

Obecnie wyszedł zeszyt 1. tomu I. i różni się wybitnie od dotychczasowych podręczników o protetyce dentystycznej. Zagadnienie teoretyczne zostają przez autora z wielką znajomością rzeczy opracowane i przedstawione w przystępnej formie w sposób bardzo zajmujący.

Układ osi zębowej przy poszczególnych nieprawidłowościach i ustawieniu zębów w szeregu przedstawia autor na podstawie badań Gysi'ego; mostki złączone ruchomo z filarkami poddaje autor ocenie krytycznej. W następnym rozdziale podaje systemy konstrukcji łuku zębowego według Gysi'ego, Hewely'ego i Herbsta oraz krzywą hr. Spee.

Najciekawszy ustęp dotyczy nieprawidłowości uzębienia, w którym autor powołuje się na badania własne Ruppe'a, van Loon'a, Simona, Wustrowa, Cieszyńskiego i Rudolfa Schwarza.

Przy studjach tych opiera się autor na płaszczyźnie frankfurckiej; jakkolwiek linja ta jest oznaczona, ryciny czaszek nie są orjentowane według tejże linji, co utrudnia porównanie poszczególnych nieprawidłowości.

Końcowy ustęp zeszytu 1. pisma poświęcony jest szczękom, które wskutek ekstrakcji zębów uległy zanikowi.

Książkę tę, nadzwyczaj starannie wydaną, polecić możemy każdemu praktykowi, który poważnie traktuje protetykę dentystyczną i pragnie zapoznać się z nowoczesnymi poglądami teoretycznymi.

Cieszyński.

Losy ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

Projekt rządowy ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej został przez Sejm odesłany do Komisji Zdrowia Sejmu Rzp. P. — Jak wiadomo, projekt rządowy krzywdził w wysokim stopniu prawa lekarzy-dentystów i nadawał szerokie przywileje technikom dentystycznym.

Przeciw projektowi rządowemu wypowiedziały się Wydziały lekarskie, Izby lekarskie i wszystkie organizacje zawodowe lekarzy-dentystów. Wpłynęło mnóstwo memorjałów do Komisji Sejmowej. Wpływy techników dentystycznych okazały się jednak silniejsze od wpływów lekarzy-dentystów, którzy nawet w tak ważnej sprawie nie zdobyli się na jednolite stanowisko i solidarne wystąpienie. Dopiero w czasie ostatnim opracowała Centralna Rada Związków lekarzy-dentystów i ad hoc powołana do życia Komisja dla obrony praw stanu dentystycznego w Izbach prawodawczych wspólnie poprawki do projektu Komisji Sejmowej, przyjętego w II czytaniu Komisji, do których dołączono petycje wystosowane do Sejmu Rzp. P. — W pismach tych występują reprezentacje lekarzy-dentystów przeciw nadawaniu tytułu „dentysty“ koncesjonowanym technikom dentystycznym, przeciw wydawaniu nowych koncesji i przeciw wprowadzeniu kontroli sanitarnej (Art. 11), oraz żądają dopuszczenia 2 delegatów jako rzeczoznawców w osobach Kol. Świtały i Ujejskiego.

Memorjały te wraz z poprawkami zostały przesłane Izbom lekarskim i Wydziałom lekarskim uniwersytetów do zaopiniowania.

Dziekanat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K. przesłał d. 30 listopada 1925 Komisji Zdrowia Sejmu Rzp. P. następujące pismo:

W sprawie ustawy o wykonywaniu
praktyki dentystycznej.

We Lwowie, dnia 30. listopada 1925.

Do Komisji Zdrowia Sejmu Rzp. P.

w Warszawie.

Zjednoczone przedstawicielstwo zawodu lekarsko-dentystycznego t. j. Centralna Rada Związku lekarzy-dentystów Rzp. P. oraz Komisja dla obrony praw stanu dentystycznego w Izbach prawodawczych przesłała do zaopiniowania Wydziałowi lekarskiemu U. J. K.

1. Ustawę o praktyce dentystycznej, uchwaloną w drugim czytaniu Komisji Zdrowia Sejmu Rzp. P. wraz z własnymi poprawkami,

2. dwie swoje petycje, oświetlające poczynione swoje poprawki,

Rada Profesorów Wydziału lekarskiego U. J. K. zabierała już dwukrotnie głos w sprawie ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej, oceniając pierwotny projekt rządowy ustawy oraz projekt Związku stomatologów lwowskich i powołuje się obecnie na opinie swoje z dnia 21/XI. 1924 i 26 II. 1925 podane w załączonej broszurze Prof. Cieszyńskiego na str. 13 i 16. Pol. Dent. str. 85 i 88.

Rada Profesorów Wydziału lekarskiego U. J. K. stwierdza przytem z ubolewaniem, że komisja Zdrowia Sejmu Rzp. P. nie uwzględniła opinii Wy-

działu lekarskiego i stanęła na stanowisku, że do wykonywania zabiegów leczniczych nie potrzeba żadnych studjów akademickich teoretycznych, **Art. 16.** bowiem zezwała pewnej kategorii techników dentystycznych na wykonywanie wszelkich rękoczynów t. j. udziela prawa leczenia rzemieślnikom bez jakiegokolwiek wykształcenia akademickiego na podstawie tylko egzaminu praktycznego (!).

Wydział lekarski tłumaczy sobie stanowisko Komisji zdrowia jedynie tem, że społeczeństwo nie zdaje sobie wogóle sprawy z tego, czem jest stomatologia obecna i nie wie, że stomatolog powinien odbyć przynajmniej 2-letnie studjum uniwersyteckie po uzyskaniu dyplomu lekarskiego (Artykuł 1. mówiący o studjach należy odpowiednio poprawić).

Rada Profesorów Wydziału lekarskiego stoi na stanowisku, że ustawy państwowe powinny normować sprawy życia publicznego sprawiedliwie według postulatów czasu i nauki.

Nadawanie rzemieślnikom bez akademickiego wykształcenia tych samych uprawnień, które zdobyć można tylko drogą nauki, zagraża zdrowiu ludności i jest rażąca krzywdą wobec lekarzy, którzy poza 6-letniem studjum uniwersyteckiem odbywają jeszcze dodatkowe studjum specjalne.

Niesprawiedliwym jest następnie nadawanie pewnej grupie techników dentystycznych tytułu „dentysty“, którego używają obecnie w Małopolsce stomatologowie, t. j. lekarze-dentyści z tytułem lekarskim.

Szerzeniem partactwa jest nadawanie uprawnień, należących lekarzom, tym technikom dentystycznym byłego zaboru rosyjskiego, którzy tych uprawnień nigdy nie posiadali cf. **Art. 14.**

Brak kategorycznego zakazu w **Art. 12.,** „że w przyszłości koncesje nowe wogóle nie będą wydawane technikom dentystycznym“ i wprowadzanie wyjątków przeciw tej zasadzie jest otwarciem nowej bramy partactwu.

Art. 11. projektu Komisji Sejmowej stawia lekarzy-dentystów pod kontrolą „właściwych władz sanitarnych“, t. j. pod kontrolą policyjno-sanitarną, podobnie jak fryzjerów, masarzystów i t. d.

Według ustawy, która już została wydana w Rzp. P. podlegają lekarze Izdom lekarskim. Stawianie kwestji w inny sposób ubliża stanowi lekarskiemu.

Rada Profesorów Wydziału lekarskiego U. J. K. zwróciła uwagę tylko na najbardziej rażące punkty zawarte w projekcie ustawy, przyjętej w drugim czytaniu przez Komisję Sejmową i zaznaczyła przytem swoje zasadnicze poglądy.

Szczegółowe poprawki w myśl tych zasad poczynił Prof. Cieszyński w załączonej broszurze.

Poprawki poczynione przez Centralną Radę Związku lekarzy-dentystów i Komisję dla obrony praw stanu dentystycznego uważa Wydział lekarski za racjonalne i godne uwagi.

Rada Profesorów Wydziału lekarskiego U. J. K. prosi Komisję Zdrowia Sejmu Rzp. P. o uwzględnienie przy trzecim czytaniu podanych poprawek, które są zgodne z prawami nabytymi przez długoletnie studja uniwersyteckie.

Rencki m. p.

t. cz. Dziekan Wydziału lekarskiego
Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie.

Opinia niniejsza przesłana zostaje 1. Komisji Sejmu Rzp. P., a w odpisie do: 2. JWPana Ministra W. R. i O. P. — 3. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Zdrowia Publicznego). — 4. Komisji dla obrony praw stanu dentystycznego i Rady Centralnej Związku lekarzy - dentystów, Warszawa, ul. Krucza 5 m. 4.

Wiadomości Uniwersyteckie.

Przepisy dla studentów medycyny w sprawie wykonywania czynności pomocniczych dentystycznych przez studentów i absolwentów medycyny przed uzyskaniem stopnia lekarza.

L. b. Dziekanatu: 268 i 398 ex 1925/26.

Do Dyrekcji Instytutu dentystycznego we Lwowie.

Rada Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie na posiedzeniu w dniu 5. listopada 1925 r. uchwaliła wydać dla studentów medycyny w sprawie wykonywania czynności pomocniczych lekarskich oraz czynności dentystycznych przez studentów i absolwentów medycyny przed uzyskaniem stopnia lekarza, następujące przepisy:

1. Ustawowo wzbronionem jest leczenie przed uzyskaniem dyplomu lekarskiego przez powołane ku temu władze.
2. Wydział lekarski zwraca zarazem uwagę, że wzbronione jest również studentom i absolwentom medycyny wykonywanie czynności dentystycznych, bądźto samodzielnie, bądźżeż w charakterze asystentów lub zastępców w ordynacjach stomatologów lub instytucjach wojskowych, klinikach szkolnych i t. p.
3. Studenci i absolwenci medycyny mogą natomiast wykonywać jedynie czynności pielęgniarские na zlecenie i odpowiedzialność lekarza ordynującego.
4. Za wykroczenie przeciw powyższym przepisom pociągnięci będą do odpowiedzialności wobec Władz uniwersyteckich, które oprócz zastosowania kar dyscyplinarnych mogą skierować sprawę do władz administracyjnych.

Zawiadamiając o powyższej uchwale upraszam o wydanie odpowiednich zarządzeń.

Z Dziekanatu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie

Rencki m. p.
t. cz. dziekan.

Ruch w Towarzystwach.

III. Komunikat Lekarzy-Dentystów Chrześcijan w Warszawie.

Dnia 23. września 1925 r. odbyło się w lokalu Związku ul. Bracka 18, drugie Zebranie Naukowe. Posiedzenie otworzył kol. Goldberg-Górski. Po przeczytaniu protokołu z naukowego zebrania poprzedniego, głos zabrał docent Meissner „O schorzeniach zatoki szczękowej spowodowanych zębami“.

Na wstępie referent podkreślił, że z powodu późniejszego rozwoju stomatologii od pokrewnych jej innych gałęzi medycyny, jak rinologii i laryngologii, leczenie zatoki szczękowej zupełnie niewłaściwie pozostawało w rękach specjalistów chorób nosa i gardła, gdyż największy odsetek schorzeń zatoki szczękowej bezsprzecznie pozostaje w związku przyczynowym z cierpieniami zębów. Powoli jednak sprawa ta przechodzi do rąk właściwych i w miarę tego, jak cierpienie zatoki szczękowej nie jest połączone z nieżytem lub inną chorobą nosa, wraca do rąk stomatologa, jedynie uprawnionego do leczenia schorzeń szczęk. Omawiając przyczyny schorzeń zatoki szczękowej referent podkreśla, że choroba zęba, jako taka może wywołać bezpośrednio schorzenie zatoki lub też to schorzenie może być wywołane przez wykonywanie zabiegu leczniczego na chorym zębie i stosownie do tego referent dzieli te przyczyny na następujące: a) pewne zaburzenia w rozwoju zęba, jak torbiele zawiązkowe, które w miarę rozrastania się wypełniają zatokę szczękową, wywołując zmiany wsteczne jej śluzówki; b) wypływy urazowe wywołujące nader często spotykany typ schorzenia zatoki szczękowej. Typ ten ma dla stomatologa specjalne znaczenie, albowiem może być spowodowany podczas usuwania zębów od przedtrzonowca pierwszego do trzonowca drugiego włącznie. Często korzenie tych zębów wrastają do zatoki szczękowej, od której są oddzielone jedynie błoną śluzową dna zatoki. Przez przerwanie oddzielającej błony, odsłaniamy wejście do zatoki szczękowej przez zębodół. Tą samą drogą można wywołać zakażenie zatoki szczękowej podczas wypróżnienia przewodów korzeniowych z resztek miazgi będących w stanie zgorzeli lub zropienia. Pozatem arszenik w celu zabicia miazgi zębowej może wywołać martwicę wyrostka zębodołowego, sięgającą aż do zatoki szczękowej. Prelegent zauważył podobny przypadek u chorej, u której arszenik został założony obok ubytku próchnicowego i wywołał martwicę wyrostka wzdłuż korzenia trzonowca drugiego aż do zatoki szczękowej; c) zmiany powyżej szczytu korzenia zębowego, wywołane zgorzelą miazgi zębowej, mogą również spowodować ropne zapalenie zatoki szczękowej bądź ostre, bądź przewlekłe. To ostatnie może przybrać postać zapalenia ostrego w razie ogólnego zakażenia ustroju; d) wreszcie nowotwory zatoki szczękowej, których przyczyną nie będą zęby tylko dziąsło lub sama kość szczękowa. Zdarza się, że ziarniniak pochodzenia zębowego wrasta do zatoki szczękowej. Nieraz nadawano temu wytworowi nazwę guza ziarninowego. Za to dziąsłaki nigdy do zatoki szczękowej nie wrastają i zmian wstecznych tam nie powodują. Prelegent wylicza objawy schorzeń zatoki szczękowej, do których należą: ból odnośnej połowy głowy, uczucie parcia pod okiem, nieznaczny obrzęk i ból w okolicy podoczołowej i wydzielina nieraz obfita z nozdrza. Lecz o ile objawy zapalenia ostrego występują dosyć wyraźnie, o tyle zapalenia przewlekłego są słabo zaznaczane, a mętna, skąpa i cuchnąca wydzielina z nosa jest jedynym objawem zapalenia przewlekłego. Wybujała bowiem

ziarnina, wypełniająca znaczną część zatoki szczękowej, tworzy przeszkodę swo-
bodnemu odpływowi wydzielin, pozostających w zatoce przez czas dłuższy i te
ulegają rozkładowi i cuchną.

Rozpoznanie zajęcia zatoki szczękowej daje się w większości przypadków
ustalić zapomocą prześwietlenia, za pomocą zdjęcia roentgenograficznego, (chora
zatoka szczękowa będzie zamglona nieprzeźroczysta), za pomocą nakłócia prób-
nego, oraz za pomocą przestrzykiwania. Do nakłócia wybieramy miejsce, gdzie
gdzie ścianka kostna zatoki jest najcieńsza a więc pod środkową małżowiną
nosa. Płyn wprowadzany za pomocą strzykawki do zatoki zdrowej będzie wracał
cał przez nozdrze czysty, natomiast z zatoki chorej mętny z domieszką ropy.
Płyn cuchnący wskazuje na obecność śluzaków, a więc sprawę wytwórczą, prze-
wlekłą. Jeżeli płyn, wprowadzony do zatoki szczękowej natrafia na przeszkodę
i nie wraca wskazuje to na torbiel, która może nieraz wypełnić całą zatokę.
W tym wypadku wyciągamy za pomocą strzykawki nieco płynu i badamy czy
zawiera choleasterynę. Gdy zamiast płynu wydobywamy z zatoki czystą krew,
nasuwa to nam podejrzenie na nowotwór szczęki górnej. Prelegent jest zwolen-
nikiem doszczętnego zabiegu leczniczego, sposobem Caldwell Luca ropnego za-
palenia zatoki szczękowej zarówno ostrego jak i przewlekłego. Za pomocą tego
sposobu stwarzamy naturalną drogę dla wydzieliny. Sposobu Cowpera, jako
najmniej właściwego prelegent nie uznaje. Za najlepszy i najbardziej celowy
zabieg leczniczy torbieli zatoki szczękowej prelegent uważa sposób Partsch'a.
Nowotwory zatoki szczękowej wymagają doszczętnego usunięcia wraz z częścią
lub nawet całą szczęką.

Na zakończenie prelegent pokazał na ekranie sposób operowania torbieli
zatoki szczękowej pod znieczuleniem miejscowem.

W dyskusji Goldberg-Górski zaznaczył, że działaki jako twory na szy-
pule, nigdy do zatoki szczękowej wrastać nie mogą. O ile się rozrastają mogą
wywierać ucisk na przednią ściankę trzonu szczęki i przez to objętość zatoki
szczękowej znacznie zmniejszyć. Do zasłonięcia wejścia zoperowanej sposobami
Partscha torbieli dobrze nadają się zatykadła proponowane przez Weiser'a. Za-
miast usunięcia zęba wywołującego torbiel, możemy z równo dobrym skutkiem
wykonać resekcję szczytu korzenia.

Z Biura Pośrednictwa Pracy.

Sanok (Małopolska): Dzierżawa gabinetu.

Kosów (Małopolska): Dogodna miejscowość dla praktyki dentystycznej,
wolne mieszkanie do objęcia każdej chwili. Praktyka obszerna, urzędy
państwowe, zakład leczniczy Dr. Tarnawskiego, duża okolica.

Huta Królewska (Śląsk): Kasa chorych, 5 godzin. Wiadomość w kan-
celarji Związku, Warszawa, Poznańska 17-11.

UWAGA. Z powodu przypadającego w dniu przeznaczonym na Zebrania
towarzyskie święta Trzech Króli, pierwsze Zebranie towarzyskie w roku przy-
szłym odbędzie się w pierwszą środę po pierwszym lutego.

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«, »Sollila«, 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 SOLLUX oryginalne Hanau we wszystkich wielkościach.

HERBSTA amalgam platynowo-złoty i srebrny 60%.

MEBLE ASEPTYCZNE

niklowane wyrobu ASH'A we Wiedniu i białolakierowane 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!

ZŁOTO 22-karatowe i każdej próby

Łączna (lutowie) 21 $\frac{1}{2}$ °, 20°, 18°, 16°, 14° jakoteż **PLATYNĘ** w każdej ilości
zawsze na składzie z własnej **RAFINERJI i Białe Złoto BARONA** poleca

EDMUND MARJAN BEER

JUBILER I ZŁOTNIK

LWÓW, Chorążczyzna I. 7.

Zamówienia zamiejscowe odwrotną pocztą.

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 ZŁOTEGO

„DAMMANNA“.

Krem perłowy, najlepsza pasta do zębów.

JAN IHNATOWICZ, Lwów.

Wszędzie do nabycia.

Wszędzie do nabycia.

Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w POLSKIEJ DENTYSTYCE!

ROK ZAŁOŻENIA 1909

RAFINERJA I LABORATORJUM
: METALI SZLACHETNYCH :

JAKÓB BARON

WARSZAWA, KRÓLEWSKA 39.

TELEFON 245-23.

ZŁOTO DENTYSTYCZNE WE WSZYSTKICH KARATACH
W POSTACI KRAŻKÓW, GILZ, BLACH, PŁYTEK DO
ZĘBÓW STEELLA I ŁĄCZNA.

BIAŁE ZŁOTO 22 K. I. GATUNEK DO ROBÓT KORONO-
WYCH I SZTANCOWANYCH.

BIAŁE ZŁOTO 22 K. II. GATUNEK DO ROBÓT LANYCH
I SPRĘŻYSTO-KLAMROWYCH.

BIAŁE ZŁOTO 20 K. — ŁĄCZNO (LUT).

PLATYNA CZYSTA CHEMICZNA PLATINUM (PURUM).

PLATYNA CZYSTA TECHNICZNA (KRAMPONOWA).

UWAGA ŻAДАĆ WYROBÓW NASZYCH
TYLKO ZE STEMPEM FIRMOWYM

PRZERÓBKA — ZAMIANA STAREGO ZŁOTA

EKSPEDYCJA SZYBKA BEZ ZADATKU.

Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w POLSKIEJ DENTYSTYCE!

Należy wyciąć i wkleić w Księżce pamiątkowej za str. 320 Rocznika I. (1923).

E R R A T A.

Należy poprawić w Roczniku I (1923 r.) „Polskiej Dentystyki“ w pracy A. Cieszyńskiego: *Układ osi zębowych etc.*

na str. 320 w Ryc. 6 λ dla zęba górnego 23° zamiast 25°

„ „ 321 w Tabl. 1 (ostatnia kolumna) wymiar $\sphericalangle \lambda$ by uzyskać długość zębów skróconą powinno być:

1. zgryz głęboki 56°

2. zgryz otwarty 65°

3. progenja 70°

4. zgryz normalny 80°

5. prognatja 105°

(odnośne kąty w ryc. 7 są poprawnie oznaczone).

„ „ 323 w tabl. II drugi wiersz od góry:

zamiast $\sphericalangle \lambda 100^\circ$ powinno być (zmiana $\sphericalangle \lambda$)

„ „ 324 pod tabl. V adnotacja ¹⁾ powinna brzmieć:

$$\lambda = \beta - 90^\circ + \frac{\alpha}{2} \text{ (czcionka } \beta \text{ wypadła podczas druku}$$

tylko w niektórych egzemplarzach).

„ „ 330 trzeci wiersz pod ryc. 13:

zamiast tabl. III ma być tabl. V (str. 329)

„ „ 332 w piątym wierszu od dołu: zamiast $\frac{2}{2}$ winno być $\frac{\alpha}{2}$

trzy ostatnie wiersze należy poprawić w sposób następujący:

$$2\lambda = 2\beta - 2R + 2R - \underline{\beta + k}$$

$$2\lambda = \beta + k$$

$$\lambda = \frac{\beta + k}{2} \text{ (wzór ten w dalszym tekście jest poprawnie podany).}$$

(Błędy w druku i w rozwiązaniu matematycznym wynikły z tego powodu, że drukarnia mogła dostarczyć dopiero przy III-ciej t. j. ostatniej korekcie znaków matematycznych (+) i liter greckich w dostatecznej ilości; korekta zaś ostatnia, która odbyła się w pierwszy dzień I Zjazdu lekarzy-dent. we Lwowie, nie mogła być zrobioną przez autora samego).

Należy wyciąć i wkleić w Roczniku II. (1924) na str. 92.

E R R A T A.

Należy poprawić w pracy Dr. Czerneckiego: *Złoto w naszych pracowniach*, w Roczn. II. (1924) na str. 92, 5 wiersz od dołu w sposób następujący: $\text{Ag}(\text{NH}_3)_2\text{Cl} + 2\text{HNO}_3 = 2\text{NH}_4\text{NO}_3 + \text{AgCl}$.