

# POLSKA DENTYSTYKA

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM STOMATOLOGII  
I NAUKOM POKREWNYM

ORGAN INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIwersYTETU JANA KAZIMIERZA,  
ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ,  
CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
ORAZ POLSKIEGO KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.).

**REDAKCJA:** NACZELNY REDAKTOR: Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI.  
RED. DZIAŁU SPRAWOZDAWCZEGO I ZAWODOWEGO: Dr. HENRYK ALLERHAND.  
ADMINISTRACJA: Dr. KAROL ATLAS.  
KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński przew. — Ze Związku Stom. Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorczyński. — Z Inst. dent. U. J. K.: Józef Jarząb. — Członkowie koresp.: Dr. Wł. Czernecki (Warszawa), Dr. Lippel (Wiedeń), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Dr. Marjan Zeńczak (Warszawa).  
WYDAWCA: Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.  
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5 a, Telefon 11-75.

## TREŚĆ:

	Str.
Prof. Dr. A. Cieszyński: Leczenie promieniami Roentgena w dentystyce	145
Idzi Światała: Polska ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej	157
Ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej	161
Zjazdy naukowe	167
Dział sprawozdań i streszczeń	170
Oceny książek	180
Ruch naukowy: Tow. Stom. Parys.	181
Ruch w Towarzystwach: PKN-FDI.	182
Przegląd piśmiennictwa	185
Wiadomości uniwersyteckie	160
Nekrolog: † Prof. Sauvez	155

## SOMMAIRE:

	P.
Prof. Dr. A. Cieszyński: La radiothérapie dans la stomatologie	145
Idzi Światała: La loi polonaise sur l'exercice de la profession de dentiste	157
Congrès scientifiques	167
Revue critique	170
Bulletins des Séances	181
Revue bibliographique	185
Renseignements sur les Universités	160
Nécrologe: † Prof. Sauvez	155

**Inhalt (Originalartikel):** Prof. Dr. A. Cieszyński: Die Roentgentherapie in der Stomatologie. S. 145. — Idzi Światała: Das polnische Gesetz betreff. die Ausübung der zahnärztlichen Praxis. S. 157. — Ueber die Ausübung der zahnärztlichen Praxis (Verordnung des Präsidenten der Republik v. 18. VI. 1927). S. 161.

Cena niniejszego zeszytu 4 zł. 50 gr.; cena roczników 1923 i 1924 po 30 zł., 1925 i 1926 po 20 zł. — Prenumerata półroczna 12 zł. — prenumerata roczna 24 zł. Przy prenumeratach zastrzega sobie Administracja możliwość dopłaty w razie zwiększenia kosztów produkcji.



*Schering*

Bóle usuwa i zapobiega tymże

# VERAMON

Szczególnie przy bólach w zakresie jamy ustnej  
(nervus trigeminus) wywiera Veramon nadzwyczaj  
skuteczne, prawie specyficzne działanie.

Zażyłcie 1 pastylki po 0,4 g. Veramon'u 20 minut przed  
zabiegiem usuwa zazwyczaj zupełnie, a przynajmniej łagodzi  
w bardzo znacznym stopniu bóle przy wierceniu i usuwaniu  
zębów i t. p. Tak samo skutecznie wpływa Veramon na bóle  
po zabiegach.

## Wskazania szczególne:

Pulpitis, Periodontitis, Ostitis, Parulis, Alveolitis, Dentitio  
difficilis, Reumatyzm szczęki, bóle zębów podczas mie-  
siączkowania, bolesny szczękocisk, bóle po ciężkich eks-  
trakejach, po założeniu arszeniku i t. p.

**Nieszkodliwy również i w praktyce dziecięcej.**

DAWKOWANIE:  
0,4—0,6 g. pro dosi.

|| OPAKOWANIE ORYGINALNE:  
Rurki zaw. 10 i 20 pastylek po 0,4 g.

Próby i literaturę przy powołaniu się na niniejsze czaso-  
pismo dostarczy bezpłatnie nasze przedstawicielstwo naukowe:

**Wydział Naukowy Fabryki „SCHERING“**

**Oddział na Polskę:**

**Warszawa, Al. Jerozolimskie 45. Tel. 89-38.**

**Chem. Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING.)**

**Berlin N. 39.**



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



PROF. DR. A. CIESZYŃSKI

Dyrektor Instytutu dentyst. Uniw. J. K.

LWÓW.

## LECZENIE PROMIENIAMI ROENTGENA W STOMATOLOGJI.

*La radiothérapie dans la stomatologie.**Die Roentgentherapie in der Stomatologie.*

Doc. pol. 55.0.

Doc. int. 616. 31 : 615. 849.

W ostatnich dziesięciu latach podejmowano skuteczne próby stosowania promieni Roentgena w celach leczniczych w stomatologii. Leczenie promieniami Roentgena stosowano:

- I. przy schorzeniach zęba, mianowicie okostnej i tkanki okołozębowej;
- II. przy schorzeniach kości szczękowej;
- III. przy leczeniu rwy nerwu trójdzielnego;
- IV. dla tamowania krwawień po usunięciu zęba w następstwie niedostatecznej krzepliwości krwi przy skazie krwotocznej.

**Uwagi ogólne.****Wpływ naświetlania promieniami Roentgena na procesy zapalne.**

Działanie promieni Roentgena na żyjące komórki polega — jak już wspomniałem w artykule w poprzednim numerze Polskiej Dentystyki — na uszkodzeniu, które zależnie od wrażliwości komórek na działanie promieni, może być rozmaicie silne. Wynik uszkodzenia zależy od odporności danych komórek. Najbardziej wrażliwe są leukocyty i limfocyty, u których następuje już po małych dawkach ( $\frac{1}{7}$  —  $\frac{1}{5}$  tolerancyjnej dawki skórnej) śmierć komórki. Już w 20 minut po naświetlaniu ustają ruchy pęłzakowate leukocytów wielojądrzastych, a po 12 godzinach spostrzegamy, badając drobnowidowo, wielką ilość tych komórek tylko jako bezpostaciowe cienie, podczas gdy ich jądra ulegają rozpadowi. To samo dotyczy limfocytów. Pordes przyjmuje, „że wyleczenie zapalenia następuje w ten sposób, że przez rozpad wysiękowych ciałek białych wyzwalają się po części specyficzne, po części niespecyficzne przeciwciała“.

Wedle spostrzeżeń Heidenhaina i Frieda można podczas naświetlań ogniskowych zapaleń (przy czyraku, ropniu podramiennym, ropowicy) w klinicznym przebiegu odróżnić 3 typowe postacie:

1. Z początku zapalenia i przy twardym nacieku cofa się sprawa zapalna bez rozpadu tkanki lub

2. następuje przyspieszony rozpad środkowego ogniska z samodzielnym przebicciem lub bez tego, z gwałtownym spadkiem istniejącej zwyżki ciepłoty ciała.



Przy opóźnianiu się samoistnego przebicia należy w głębi leżący ropień naciąć i tem samem uzupełnić naświetlenie promieniami Roentgena leczeniem chirurgicznym. Według Frieda wypuszczona ropa miała być przytem zupełnie jałowa. Jako „odczyn wczesny“ występuje czasem przejściowe powiększenie się obrzęku i wzmożenie się bolesności. Po około dziesięciu godzinach w przypadkach z reakcją wczesną lub bez niej znika uczucie napięcia i zmniejsza się ból. Objaw zmniejszania się bólu stwierdzono już po zdjęciach roentgenowskich spraw zapalnych; dostatecznego wyjaśnienia tego faktu brak dotychczas. Pordes odnosi zmniejszenie nasilenia bólu do przejściowego wpływu czynnościowego nerwów śródbłonka naczyń włosowatych.

3. Trzecia postać klinicznego przebiegu jest następująca: Zamiast wyleczenia następuje wśród tendencji do cofania się lub przebicia zaostrożenie się sprawy, co wymaga powtórnego naświetlenia po 4 dniach. Ropienia w jamach o ścianach sztywnych (n. p. zatoka szczękowa) zachowują się wedle Heidenhaina i Frieda odpornie na naświetlanie promieniami Roentgena.

Przy ropnem zapaleniu miazgi jest naświetlanie bezcelowe.

Wedle badań Kraemera i Kalkbrennera dawka powierzchowna 20% D J Sk. <sup>1)</sup> wpływa korzystnie na sprawy zapalne i to łatwiej na ostre niż przewlekłe; ostre sprawy bowiem zachowują się niekiedy opornie. Najkorzystniejszym momentem dla rozpoczęcia leczenia promieniami Roentgena jest początek zapalenia, mniej zaś jego punkt kulminacyjny. Skutek polega na zmniejszeniu się bólu, poprawie stanu ogólnego i skróceniu czasu trwania zapalenia. Leczenie chirurgiczne okazuje się skuteczniejsze po naświetlaniu.

Niewinny odczyn wczesny stwierdzony został wedle Pordesa w około 50% przypadków; brak dodatniego wyniku naświetlenia w najwyżej 10%, w 90% przypadków korzystny wpływ, w 20% przejściowe zmniejszenie bólu.

#### **Leczenie promieniami Roentgena przy schorzeniach okostnej i tkanki okołożębowej.**

W piśmiennictwie znajdujemy wzmianki o wpływie naświetlania promieniami Roentgena.

1. na ostre zapalenie ozębnej i na ropowicę pochodzenia zębowego;
2. na przewlekłe zapalenie ozębnej z tworzeniem się ziarniniaków i torbieli;
3. na plastyczne zapalenie ozębnej (Pordes);
4. na podrażnienie ozębnej po stosowaniu arszeniku(?);
5. na zapalenie tkanki przyzębnej (t. zw. ropotok zębodołowy).

<sup>1)</sup> D J Sk. = Dawka jednostkowa skórna = H E D = Hauteinheitdosis



Pierwsze próby leczenia promieniami Roentgena w dentystyce pochodzą od Kneschaurka i Poscha (1916), późniejsze od Knochego (1920 i 1924), Leth-Espensena (1923), Pordesa (1924), Levy'ego (1924), Leixa, Rosthöja (1925) i innych.

### Naświetlanie promieniami Roentgena ostrego zapalenia ozębnej i ropowic pochodzenia zębowego.

Podczas ostrego ropnego zapalenia ozębnej stosuje się naświetlanie promieniami Roentgena w celu przyspieszenia leczenia, usunięcia bólu, który trwa mimo ewentualnego nacięcia, w końcu dla rozmięczenia ropowicowych nacieków z początkiem leczenia przed nacięciem lub zamiast nacięcia. Przy zgorzeli miazgi i następowem ostrem szczytowem zapaleniu ozębnej należy jednak poprzednio otworzyć kanał korzenia chorego zęba, który wykazuje zgorzel miazgi, lub zawiera zakażone wypełnienie.

Ponieważ zazwyczaj chodzi o nagromadzenie się ropy w okolicy pozašczytowej należy postarać się o wolne połączenie tejże okolicy z otwartym kanałem przez rozszerzenie kanału w okolicy szczytu. Należy też uczynić drożnymi kanały wypełnione gutaperką, gdyż dawne wypełnienie gutaperką może spowodować zakażenie wtórne, jak to niejednokrotnie zauważyłem. Doświadczenia ostatniej doby potwierdziły skuteczność stosowania naświetlań przy sprawach ropnych. Szczególnie korzystnie wpływa naświetlanie na ropowice.

Przez stosowanie małych dawek około  $\frac{3-4 \text{ H}}{3 \text{ lub } 4 \text{ Al}}$ <sup>1)</sup> w odstępach 4 do 6-dniowych już po pierwszym naświetlaniu zwyczajnie stwierdzić można rozmiękanie nacieku wzgl. ograniczenie ogniska ropnego.

Ciepłota ciała opada po przejściowej podwyżce w przeciągu 24 godzin. Jeśli po naświetlaniu ciepłota się utrzymuje, należy naświetlanie powtórzyć w wymienionych odstępach czasu. Po odgraniczeniu ogniska ropnego wystarczy zazwyczaj małe nacięcie, aby umożliwić odpływ ropy (Pordes, Jaxa-Dębicki).

Na podstawie tych spostrzeżeń należy przy komplikacjach — jak szczękościsk, nacieki ropowicowe, znaczna bolesność — które często się spotyka w związku z utrudnionem wyrzynaniem się dolnego zęba mądrości stosować naświetlanie promieniami Roentgena. Po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych, można podjąć ekstrakcję zamiast w uspieniu, w znieczuleniu znoszącem przewodnictwo nerwu, jeżeli stan chorobowy wywołany jest brakiem miejsca.

W stanie początkowym ropowicy jamy ustnej i przy ropowicy okołozębnowej, najczęściej wychodzącej od dolnego zęba mą-

<sup>1)</sup> Wytłumaczenie wzoru podam później.



drości, zaleca Pordes stosowanie naświetlań promieniami Roentgena w możliwie wielkiem polu od łuku jarzmowego do połowy szyi dawką  $\frac{5 \text{ mm Al}}{2 \text{ H}}$ , co odpowiada mniej więcej 15% D J Sk. Temperatura spada podobno w 12—15 godzin po tem leczeniu. Osobiście nie spotykałem zazwyczaj tak dobrego obiektywnego skutku, jakkolwiek subiektywnie odczuwa chory znaczną poprawę. Lepsze wyniki natomiast miałem, stosując szczepionkę Delbeta (Propidon); przy tejże terapii obyło się bowiem nieraz w lżejszych przypadkach bez nacięcia już po drugim wzgl. trzecim zastrzyku, podczas gdy po naświetleniu promieniami Roentgena nacięcie zawsze okazało się konieczne. Natomiast dobre wyniki otrzymaliśmy po naświetlaniu twardych nacieków ropnych przed zabiegiem i po zabiegu chirurgicznym; nacieki te ulegały szybciej rozmiękczeniu, ropa stawała się płynniejszą. Ale i w tych przypadkach następowało szybciej wyleczenie sprawy, o ile naświetlanie promieniami Roentgena zostało skombinowane z leczeniem szczepionkami.

Przy podokostnowem nagromadzeniu się ropy najlepszym środkiem jest bez wątpienia nacięcie. Jeśli sprawa nie postąpiła zbyt, to można stosować naświetlanie, przez co albo się sprawa uspakaja, lub z powodu szybkiego rozpadu leukocytów i pobudzenia czynności fermentacyjnej, ropa szybciej przebija się na zewnątrz. Tkanka zapalna jest najbardziej wrażliwą na promienie; najżywiej reagują przytem białe ciała krwi, naciek leuko- i limfocytarny. Ulegają one „wybuchowo“ rozpadowi (Heinecke). Zmniejszenie nacieku komórkowego jest środkiem pomocniczym. Główny powód bólu, nadmierne napięcie tkanek ustępuje. W skuteczności swej jest wedle Pordesa naświetlanie równorzędne z nacięciem.

Według mego doświadczenia klinicznego można w przypadkach tych, w których stwierdzamy ciepłotę ciała powyżej 38.3° C wykazać często bakterjologicznie paciorkowca zieleniejącego (*streptococcus viridans*) i gronkowca złocistego (*staphylococcus aureus*) a zarazem spodziewać się bardzo ciężkiego przebiegu choroby, a nieraz i objawów ogólnego zakażenia. Dlatego też nie jestem zwolennikiem leczenia zachowawczego, tylko przemawiam raczej za rychłym stosowaniem zabiegu chirurgicznego oraz za stosowaniem wielowartościowych szczepionek (Propidonu Delbeta) albo autochemji.

Jeśli zachodzą tętniące bóle w żuchwie, gdzie warstwa koronowa jest bardzo gruba, należy — zdaniem mojem — z wielką ostrożnością stosować postępowanie wyczekujące lub naświetlanie promieniami Roentgena. Jeśli się zbyt długo zwleka z usunięciem schorzałego zęba lub z trepanacją warstwy zbitej zębodołu w okolicy szczytu korzenia, to pomimo naświetlania, sprawa może dalej postępować i rozwija się zapalenie szpiku kostnego.



Po naświetlaniu występuje reakcja wczesna w około 4 godziny potem, zazwyczaj jednak przez pacjentów nie zauważona, ponieważ bóle te ledwie są większe, niż te, które chorego do lekarza sprowadziły. Wkrótce jednak ustępują zadziwiająco szybko, równie szybko cofają się objawy zapalne. Należy jednak ząb zgorzeliowy jako przyczynę całej sprawy leczyć odpowiednio zachowawczo lub chirurgicznie.

**Naświetlanie promieniami Roentgena przy przewlekłym zapaleniu ozębnej** wchodzi w rachubę:

1. przy bujaniu ozębnej w okolicy szczytu korzenia (przy ziarniniakach);
2. przy plastycznym zapaleniu ozębnej;
3. przy bolesności podczas leczenia korzeni i po wypełnieniu korzeni (?);
4. przy schorzeniu tkanki okołożębowej t. zw. „ropotoku zębodołowym“;

Kneschaurek, Posch, Knoche, Pordes, Leix, Leth-Espensen, Rosthøj i inni podają korzystny wpływ naświetlań przy leczeniu ziarniniaków a nawet małych torbieli. Wszyscy autorowie jednogłośnie kładą nacisk na to, że warunkiem pomyślnego wyniku jest otworzenie kanału korzenia, dalej odpowiednie leczenie i wypełnienie. Przytem zważać należy na szczelne zamknięcie okolicy szczytowej i rozgałęzień kanału.

Knoche, który posługuje się połową dawki rumieniowej i rurą o twardości 13 Wehneltów opisuje 6 przypadków (w r. 1920) i jako dowód wyniku skutecznego podaje dwa przypadki ze zdjęciami kontrolnymi. W pierwszym przypadku widzimy po sześciu tygodniach na zdjęciu kontrolnym zmniejszenie się torbieli wielkości soczewicy i rozlane zgrubienie całej ozębnej; w drugim przypadku po czterech tygodniach nie stwierdzono zmniejszenia się torbieli tych samych rozmiarów, lecz tylko ostrzejsze odgraniczenie ogniska chorobowego. Autor opisuje w każdym razie uzyskany wynik jako zmniejszenie się torbieli, w czym się z nim jednakże niestety zgodzić nie mogę. Niewątpliwie przyczyną tego jest zbyt krótki czas obserwacji.

Wedle Pordesa uzyskuje się skutek w 80% przypadków leczenia ziarniniaków. Czy wyleczenie to jest tylko podmiotowe, czy też przedmiotowe t. j. w znaczeniu anatomo-patologicznym, nie podaje autor żadnych szczegółów, brak też zdjęć kontrolnych dla stwierdzenia wyleczenia. Brak nam również szczegółów co do czasu, jak długo pacjenci naświetlani wolni byli od nawrotów.

Rosthøj podaje, że od czasu stosowania naświetlania promieniami Roentgena przy leczeniu ziarniniaków mógł w swej praktyce zredukować ilość resekcji szczytu korzenia na 20% dawnej częstości.



Z dwóch przypadków, które Rosthøj podaje jako dowód skuteczności naświetlań w leczeniu ziarniniaków i udowadnia to zdjęciami kontrolnymi, wykazuje pierwszy przypadek (po wypełnieniu korzenia) w pierwszym roku budowę kości w miejscu dawnego ziarniniaka, w drugim przypadku widzi się po sześciu miesiącach wyraźne ognisko szczytowe jako czepiec ponad szczytem korzenia, a ponad tem pole, odpowiadające dawnemu ziarniniakowi, równie rozlane jak z początkiem leczenia. Obraz ten przedstawia roentgenologicznie raczej postępowanie sprawy, niż jej wyleczenie, chociaż brak objawów podmiotowych lub też wskazuje na wytworzenie się tkanki bliznowatej niezwapniałej.

Leth-Espensen podaje zdjęcia kontrolne w odstępach czasu od 3 dni do 2 lat w dziesięciu przypadkach, w których zgrubienia szczytowe okostnej po wypełnieniach kanałów, ziarniniaki wielkości soczewicy lub fasoli po jednorazowym naświetlaniu w ciągu 2 miesięcy do 1½ roku się cofnęły i szczytowe ognisko kostne wypełniło się nową warstwą gąbczastą. Wśród wymienionych przypadków znajdujemy dwa przypadki, w których szczyt korzenia już był nadżarty, jeden przypadek z istniejącą przetoką. Kanały wypełnione były gutaperką lub pastą korzeniową.

W jednym przypadku po resekcji szczytu korzenia nad drugim górnym zębem siecznym, który od strony resekowanego szczytu wypełniono amalgamem miedziowym, nowowytworzenie się kości w polu operacyjnym nie nastąpiło; natomiast w 6 miesięcy po jednorazowym naświetleniu można było roentgenologicznie stwierdzić wyleczenie.

Przypadki podane przez tego autora są bardzo pouczające i poparte dobrymi zdjęciami kontrolnymi. (D. Zahnheilkunde in Vortr. 1923, zesz. 61).

Ponadto opisuje tenże autor przypadek, w którym ziarniniaki ustąpiły już po samem leczeniu korzenia i dokładnem wypełnieniu.

Bardzo korzystne wyniki naświetlania uporczywych ognisk pozaszczytowych podają Knoche, Fessler i Rosthøj, którym się udało zastanowić silną wydzielinę przy leczeniu korzeni zgorzelinowych zębów i uzyskać brak reakcji ze strony ogniska. Wprowadzając obojętne wkładki do przewodów mógł się Knoche przekonać, że wynik leczenia przypisać należy jedynie naświetlaniu, a nie jakimkolwiek środkowi je wspomagającemu. Jednakże doświadczenie uczy, że silna wydzielina z kanałów korzeniowych po wkładkach antyseptycznych ma po największej części swe źródło w torbielach korzeniowych, które reagują słabo tylko na naświetlania, natomiast szybko i niezawodnie się goją po zabiegu operacyjnym.

### *Krytyka leczenia ziarniniaków promieniami Roentgena.*

Wielu autorów przytaczało dowody, że przez leczenie korzeni i szczelne zamknięcie kanału ziarniniaki istotnie po naświetlaniu znikają. W każdym razie ilość dotyczących przypadków jest niewielka; znajdujemy też pomiędzy



nimi przypadki, w których na zdjęciach kontrolnych brak tworzenia się budowy kości. Jednakże w tych przypadkach stwierdzić można zmniejszenie się ogniska. Po największej części chodzi tu o małe torbiele, gdzie była tkanka nabłonkowa.

Miedzy roentgenologami, którzy zajmują się leczeniem promieniami Roentgena przypadków stomatologicznych, znajdujemy też energicznych przeciwników naświetlania ziarniniaków (Weski). Autorowie ci motywują swe stanowisko następująco: Naświetlanie promieniami Roentgena nie jest wcale równoznaczne z zabiegiem chirurgicznym resekcji szczytu korzenia. Zabieg ten bowiem prowadzi do pozytywnych wyników, podczas gdy naświetlanie przeważnie do pozornych (Weski); nie znajdujemy bowiem w zdjęciach roentgenowskich dostatecznych dowodów, że pod wpływem samego naświetlania tworzy się na nowo tkanka kostna pozaszczytowa.

Natomiast możemy podać roentgenologicznie pozytywne wyniki leczenia tkanki pozaszczytowej także w tych przypadkach, w których kanał korzenia był leczony i szczelnie zamknięty, bez stosowania naświetlań (Jörgensen. zob. ryciny Weskiego, Z. R. 1924, str. 159 i Leth-Espensen l. c.).

Naświetlanie samo nie zabija drobnoustrojów, należy jednak przyjąć, że elementy łącznotkankowe okolicy pozaszczytowej ulegają wzmocnieniu i pobudzone są do obrony.

Chociaż sam jestem zdecydowanym zwolennikiem chirurgicznego leczenia przewlekłego zapalenia produktywnego ozębnej i od r. 1906 gorliwie zalecam leczenie radykalne, nie mogę jednak zająć zupełnie negatywnego stanowiska wobec leczenia ziarniniaków promieniami Roentgena, gdyż o korzystnym ich wpływie przekonały mnie publikacje innych autorów, którzy udowodnili pomyślne wyniki swoich doświadczeń zdjęciami kontrolnymi.

Należy dodać, że naświetlanie promieniami Roentgena po poprzednim wypełnieniu korzeni pobudza regenerację kości i że istotnie ziarniniaki znikają po naświetleniu. Wymaga to przynajmniej 2 miesięcy do 1 roku. Pozatem można przez naświetlanie uzyskać szybsze zwapnienie przy zwolnionej regeneracji kości po resekcji szczytu korzenia.

Leczenie promieniami Roentgena ma swe uzasadnienie w przypadkach, w których chory nie chce się poddać zabiegowi chirurgicznemu, następnie gdy ze względów technicznych (korzenie trzonowców, okolica zatoki jamy szczękowej) zabiegu operacyjnego przedsięwziąć nie można, w końcu jeśli ogólny stan chorego na zabieg chirurgiczny nie pozwala.



Natomiast tylko zabieg operacyjny jest uzasadniony, jeśli przewlekłe przypadki zaostwiają się i chorzy wykazują podwyższoną temperaturę ( $38.5^{\circ}$ — $39.5^{\circ}$ ). Także przy leczeniu torbieli wskazany jest tylko zabieg chirurgiczny.

W praktyce ma pierwszeństwo przed naświetlaniem resekcja szczytu korzenia z powodu swej prostoty, szybkiego i niezawodnego skutku, podczas gdy leczenie promieniami Roentgena stosuje się w pewnych tylko przypadkach, zwłaszcza, że uzależnia ono stomatologa od fachowego roentgenologa.

#### **Leczenie periodontitis chronica non resorptiva plastica promieniami Roentgena.**

Pod tym tytułem opisuje Pordes schorzenie ozębnej, które cechuje się rozszerzeniem szczeliny periodontalnej, zgrubieniem i zgęszczeniem warstwy zbitej zębodołu. Spotyka się je zarówno przy martwych jak i żyjących zębach. Przy zębach o miazdze żywej występują objawy zapalenia tkanki okołozębowej w okolicy szyjki zęba i ropienie z kieszonek dziąsłowych. Klinicznie utrzymują się przytem często objawy przewlekłego zapalenia ozębnej ze szczególnie długimi okresami bolesności, na które trudno wpłynąć leczniczo. Wedle Pordesa daje przy tem schorzeniu najlepsze wyniki leczenie promieniami Roentgena. Dolegliwości wkrótce ustępują, a ząb jest zdalny do żucia. Skutek jest rzekomo trwały. Własnych spostrzeżeń w tym kierunku brak mi zupełnie.

#### **Czy naświetlanie promieniami Roentgena przedstawia czynnik leczniczy w czasie i po leczeniu korzeni?**

Jest bardzo wątpliwe, czy naświetlanie promieniami Roentgena przy powikłaniach podczas i po leczeniu korzeni jest skuteczne.

Po największej części chodzi:

1. o podrażnienie okolicy pozaszczytowej przez zarazki lub ich toksyny, albo
2. o chemiczne podrażnienie lekami stosowanymi do zatrucia miazgi i wyjałowienia kanału korzenia,
3. o bezpośrednie drażnienie okostnej w okolicy szczytu korzenia:
  - a) przez narzędzia służące do oczyszczenia kanału,
  - b) z powodu przewiercenia fałszywej drogi (fausse route), przyczem okostna i kość szczęki ulega uszkodzeniu, lub też nawet zakażeniu i wytwarza się otwór dla chemicznego drażnienia lekami, lub
  - c) gdy wypełnienie korzenia lub ciało obce — gutaperka, ówiek z kości słoniowej, odłamany miazgociać — przeciśnięte zostaje poza szczyt i działa bezpośrednio jako podnieta mechaniczna.



4. objawy podrażnienia ze strony amputowanej i żyjącej jeszcze resztki miazgi, mianowicie po leczeniu korzeni w znieczuleniu miejscowym.

Klinicznie występują podmiotowo bóle, przedmiotowo przy 1. do 3. objawy ze strony ozębnej na ucisk, przy 4. objawy zapalne miazgi.

Wszystkie te przypadki nie nadają się do leczenia promieniami Roentgena; działania uśmierzającego ból, tak długo nie należy się spodziewać jakoteż działania podniecającego siły obronne organizmu, jak długo czynnik szkodliwy sam działa.

We wszystkich tych przypadkach należy postępować przyczynowo, usunąć szkodliwą podniecię i jeśli zabiegi zachowawcze nie prowadzą do celu należy je kombinować z leczeniem chirurgicznym.

Niekiedy zauważa się wrażliwość ozębnej, jeśli z winy chorego leczenie korzeni po usunięciu miazgi przeciąga się ponad 2—3 tygodni. Wrażliwość ta jest przeważnie wywołana podrażnieniem chemicznym środkami leczniczymi, oddziałującymi przez otwór szczytowy zbyt długo na żywą tkankę ozębną. W tych przypadkach okazuje się nieraz skuteczne wstrzyknięcie Presojodu (= Septojodu) w okolicę szczytową pod błonę śluzową.

#### **Naświetlanie promieniami Roentgena przy zapaleniu tkanki przyzębnej (parodontalnej) przy t. zw. ropotoku zębodołowym.**

Przy t. zw. ropotoku zębodołowym podejmowali leczenie promieniami Roentgena prawie wszyscy autorowie, którzy posługują się aktinoterapią przy schorzeniach zębów.

Jednakże wyniki uzyskane nie są zadowalające.

Kneschaurek i Posch zauważyli ustanie dolegliwości, które pojawiały się w związku z ropotokiem zębodołowym, dalej zmniejszenie się wydzieliny, przyczem jednak powtarzały się nawroty po 4—6 tygodniach i wymagały ponownego naświetlania. O trwałych wynikach autorowie ci nie wspominają, choć przypuszczają, że wielokrotne naświetlanie promieniami Roentgena w pewnych odstępach czasu prowadzi do wyleczenia.

Pordes jest zdania, że bóle ze strony ozębnej przy „ropotoku zębodołowym“, znikają po naświetlaniu co nie wpływa zupełnie na samą sprawę ropotoku zębodołowego.

I inni autorowie zgadzają się z nim. Tylko Latenstein, Remer, i Feinberg opisują korzystne wyniki leczenia „ropotoku zębodołowego“ zapomocą promieni Roentgena, wyniki te rzekomo utrzymywały się trwale, „o ile pacjent utrzymywał czysto zęby, wolne od jakichkolwiek osadów“.

Wedle mego zdania nie nadaje się tkanka choroby przyzębnej do leczenia promieniami Roentgena, jeśli nie



usunięto drogą chirurgiczną kieszonek dziąsłowych i kraterowych brzegów kostnych.

Jeśli po leczeniu chirurgicznym wystąpią dolegliwości lub nawroty, to prócz leczenia miejscowego próbować należy naświetlań, jeśli jednak wytworzyły się nowe uchyłki, musi się je przedtem usunąć drogą chirurgiczną.

Wymienić jeszcze należy

### Naświetlanie promieniami Roentgena przy leczeniu bólu po zabiegu operacyjnym.

Po normalnym przebiegu wyjęcia zęba następuje zazwyczaj prawidłowe wygojenie się rany ekstrakcyjnej; tworzy się skrzep krwi, wytwarza się nowe rusztowanie trabekularne istoty gąbczastej po zwapnieniu utkania łączno-tkankowego; okolica krawędzi zębodołu obniża się cokolwiek i zaokrągla.

Bóle po wyjęciu zębów występują z następujących przyczyn:

1. wskutek obrażenia zewnętrznej lub językowej ściany zębodołu i pozostawienia ostrych brzegów kostnych, na które się napina błona śluzowa podczas gojenia,
2. wskutek pozostawienia ostrych przegród kostnych między korzeniami,
3. wskutek pozostawienia odłamka korzenia:
  - a) mającego miazgę żywą, lub
  - b) miazgę zgorzelinową i wykazującą nieraz na szczycie ziarniniak,
4. wskutek pozostawienia ziarniniaka lub torbieli,
5. wskutek obrażenia ozębnej zęba sąsiedniego po użyciu dźwigni lub dłuta podczas ekstrakcji zęba,
6. wskutek nawiercenia zęba sąsiedniego, przyczem kanał, wywiercony podczas ćwiartowania pni trzonowych zębów, sięga nieraz aż do miazgi. (Wypadek ten stwierdzić bardzo trudno roentgenologicznie),
7. wskutek zapalenia okostnej lub szpiku kostnego w następstwie zabiegu operacyjnego lub zakażenia towarzyszącego zabiegowi.

Przyczyny te można stwierdzić przeważnie roentgenologicznie i stosownie do nich należy obrać odpowiednie postępowanie lecznicze:

Leczenie:

- w 1. i 2. przypadku: Wygładzenie ostrych brzegów;
- w 3. wyjęcie reszty pozostawionego korzenia,
- w 4. wyłyżeczkowanie;
- w 5. setonowanie gazą zwilżoną fenolem kamforowym i obniżenie zęba bolesnego przez spiłowanie kamieniem karborundowym;
- w 6. dewitalizacja zęba z zapaleniem miazgi i przepisowe wyleczenie i wypełnienie obrażonego zęba;
- w 7. należy stosować jak w przypadku 5. — Następnie stosuje się suche ciepłe okłady — ogrzewanie żarówką lub lampą Sollux. Później usunięcie ewent.



martwiaków. Przy nagromadzeniu ropy w kości przy zapaleniu szpiku kostnego otwarcie szerokie ropnia przez oddłutowanie pokrywającej blaszki istoty zbitej kostnej.

Podane powyżej leczenie usuwa przyczynowo występujące bóle.

Symptomatyczne i doraźne zmniejszenie bólu po zabiegach operacyjnych uzyskać możemy za pomocą naświetlania promieniami Roentgena przez stępienie wrażliwości nerwu trójdzielnego. Leczenie to stosuje i poleca szereg autorów (Pordes, Pichler i inni). Leczenie to nie okaże się trwałem, jeżeli się nie usunie istotnej przyczyny, ból wywołującej.

Przebieg reakcji ze strony naświetlanej okolicy jest wedle Kneschaurka, Pordesa i innych następujący: Kilka godzin po naświetlaniu występuje t. zw. reakcja wczesna, która polega prawdopodobnie na przejściowym porażeniu naczyń włosowatych, co trwa około 24 godzin. W tym czasie może się pojawić przejściowo lekkie podrażnienie, ewentualnie nieznaczny obrzęk naświetlanej okolicy, dalej upośledzenie wydzielania śliny po stronie naświetlanej. Skutek ten jest prawie bez znaczenia, gdyż tylko wyjątkowo naświetla się oba policzki i okolicę podszczękową obu stron. Ponieważ wydzielanie śliny nie jest zupełnie zniesione uczucie suchości w ustach jest bardzo nieznaczne.

Przy leczniczym naświetlaniu przewlekłych spraw (ziarniniaków nad leczonymi i wypełnionymi korzeniami, wytwórczem zapaleniu ozębnej) występuje po 4 godzinach lekkie zaostrenie sprawy chorobowej, trwające  $\frac{1}{2}$ —1 godziny poczem następuje uspokojenie. Należy więc pacjentom zwrócić uwagę na tę niemiłą ewentualność.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

## † PROF. DR. EMIL SAUVEZ

**Dr. Emile - Gontran - Robert - Blanchard Sauvez** urodzony w Paryżu dnia 23. czerwca 1866, studiował medycynę w Paryżu, był preparatorem i pomocnikiem O. Terrilon'a; specjalizuje się wczesnie w odontologii i pisze w r. 1893 „O najlepszych sposobach znieczuleń stosowanych w dentystyce“. Zakłada klinikę i jest od r. 1882 profesorem w pierwszej szkole dentystycznej. Od 1893 zajmuje się administracją i organizacją nauk dentystycznych we Francji a jako przedstawiciel stomatologii francuskiej jest na kongresach międzynarodowych w Rzymie, Bordeaux, Nancy, Moskwie i Stanach Zjednoczonych. Jako dyrektor - adjunkt szkoły dentystycznej i przewodniczący Towarzystwa odontologów w Paryżu przyczynia się do wychowania zawodowego i obyczajowego chirurgów



dentystów, współpracuje w licznych lekarskich pismach. Zrozumiawszy, że dentystyka jest specjalnością lekarską równorzędną każdej innej gałęzi medycyny i może być tylko wykonywana przez doktora medycyny — staje się pionierem stomatologów i pracuje w licznych interministerjalnych komisjach dla reform studjów dentystycznych, wskazując na ważność egzaminu stomatologicznego w medycynie ustawowej. Zaprowadza służbę stomatologów w szpitalach w Paryżu i stwarza szkołę stomatologiczną dla specjalizowania doktorów medycyny. Podczas wojny jest lekarzem majorem szkoły, zakłada poradnię stomatologiczną z oddziałem szczękowo-twarzowym w Toulouse, jest podsekretarzem służby zdrowia i jemu to zawdzięczają wojskowi lekarze-dentyści egzystencję i stopnie oficerskie przez stworzenie statutów. Organizuje służbę stomatologów w armji po wojnie i zostaje mianowany oficerem Legji Honorowej. Po wojnie normuje powikłane zagadnienie wykonywania praktyki dentystycznej w Alzacji i Lotaryngji, gdzie ustawy niemieckie zezwalały na wykonywanie praktyki osobom nieodpowiednio wyszkolonym i jest jednym z głównych rzeczoznawców w głośniejszej kryminalnej rozprawie (sprawa Landru). W ostatnich latach życia stwarza poradnię stomatologiczną dla ubogiej ludności Paryża i zostaje mianowany przewodniczącym Kongresu stomatologów w Paryżu na rok 1927. Zmarł dnia 11. czerwca 1927 r. w 61-szym roku życia. Francuska stomatologia traci w Prof. Sauvez wielce zasłużonego pioniera stomatologii i wielkiego męża nauki. — Cześć jego pamięci!

Prof. Sauvez ogłosił następujące prace:

1. Wpływ menstruacji na sprawy chorobowe pochodzenia zębowego 1892, Odontologie.
2. O przypadku martwicy częściowej w żuchwie pochodzenia zębowego.
3. Brom-etyl jako środek ogólnie znieczulający, 1893.
4. O sposobach uodpornienia zęba na próchnicę, 1893 (współpraca z Frey'em).
5. O dyfuzji środków znieczulających (wpierw kokainy potem stovainy), 1893.
6. O najlepszych sposobach znieczuleń w dentystyce, 1893.
7. Historia znieczulenia, 1894.
8. Kurs znieczulenia dla kandydatów do dyplomu dentysty-chirurga, 1894.
9. O znieczuleniu miejscowem przez zamrażanie (komunikat z kongresu w Rzymie, 1894).
10. O używaniu preparatów nadnereza, szczególnie w chirurgji dentystycznej, 1902 r.
11. Przyczynki do zastrzyków kodainowych, 1903 r.
12. Studium krytyczne o używaniu znieczulenia ogólnego czy też miejscowego dla usuwania zębów, 1904 r.
13. Nowy środek do znieczulenia miejscowego: Stovaina, 1904 r.
14. Ogłasza książkę z przedmową Prof Reclusse: O znieczuleniu miejscowem dla usuwania zębów, 1905 r.
15. O rozpoznaniu zapalenia jamy szczękowej pochodzenia zębowego, 1905 r.

Równocześnie współpracuje w licznych lekarskich czasopismach, gdzie ogłasza artykuły pouczające dla lekarzy, szczególnie w La Clinique.

16. Delegacja francuska w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie, 1904 r.
17. Dentysta amerykański, 1905 r.
18. O zawodzie i stowarzyszeniach dentystycznych we Francji, 1905.
19. O porozumieniu między lekarzami-dentystami i między chirurgami-dentystami, 1906 r.
20. Wydaje: Raport o nominacji wojskowych dentystów na oficerów, 1 października 1917 r.



IDZI ŚWITAŁA  
lekarz-dentysta

BYDGOSZCZ

## POLSKA USTAWA O WYKONYWANIU PRAKTYKI DENTYSTYCZNEJ<sup>1)</sup>.

*La loi polonaise sur l'exercice de la profession dentaire.*

Doc. pol. 3,0.

Doc. int. 616. 31:34.

Dnia 10. czerwca 1927 r., podpisał Prezydent Rzpp. „Rozporządzenie o wykonywaniu praktyki dentystycznej“. Dnia 18 czerwca rozporządzenie to ukazało się w „Dzienniku Ustaw“, a z dniem 25 czerwca 1927 stało się ono „obowiązującym“ na całym obszarze Państwa Polskiego z wyjątkiem województwa śląskiego“. W województwie tem będzie ono również obowiązywało „z chwilą ogłoszenia na nie zgody Sejmu Śląskiego“.

Ważność rozporządzenia tego w myśl „ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzpp. do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 443)“ należy w ostatniej instancji od tego, czy Sejm Rzpp. skorzysta ze swego prawa protestu, ustanowionego co dopiero powołaną ustawą. Możliaby śmiało twierdzić, że Sejm Rzpp. z tego prawa nie skorzysta, ale oczywiście nie wiadomo, co się istotnie stanie.

Mojem zdaniem, Sejm lepiejby uczynił, gdyby już do tej sprawy nie powracał prędzej, aż życie i praktyka uwydatni ujemne strony ogłoszonego rozporządzenia. O ile bowiem w ustawie są przepisy niedostatecznie ściśle określone, to od władz nadzorczych — Min. Spraw. Wewn., Pracy i Op. Społ., oraz Min. Sprawiedliwości — w znacznej mierze zależeć będzie, jaki nadadzą kierunek wykonaniu.

A niestety powiedzieć nie można, ażeby rozporządzenie o wykonywaniu praktyki dentystycznej łagodziło tylko, a już całkiem nie, ażeby usuwało walkę pomiędzy lekarzami dentystami a technikami dentystycznymi. O przepisach, które walkę tę raczej zaostrzą, nie mam na razie zamiaru pisać.

Otrzymawszy „Dz. Ustaw“ z rozporządzeniem o wykonywaniu praktyki dentystycznej, wyznaję szczerze, odetchnąłem z pewną ulgą. Toż ustawa ta wisiała nad nami od 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat nieomal jak miecz Demoklesa, także ze Sejmu a tem mniej z poszczególnych ministerjów niepodobna było dowiedzieć się — in statu nascendi ustawy — czegoś pozytywnego. Dwa i pół roku, t. j. od chwili otrzymania z Min. Spr. wewn. brzmienia projektu żyliśmy w atmosferze pogłosek, krzyżujących się i ze sobą sprzecznych często informacji.

Być może, że tem psychologicznie tłómaczy się moje przynajmniej uczucie ulgi, że rozporządzenie Prezydenta Rzpp. stawilo nas wobec dokonanego faktu.

1. Przecież rozporządzenie to wymaga uzupełnienia rozporządzeniami Min. spr. wewn.<sup>2)</sup> 2. odnośnie do art. 9, dotyczącego szczególnych prze-

<sup>1)</sup> Ustawa drukowana jest na str. 161.

<sup>2)</sup> Odnośnie do art. 7. ustęp 4, który mówi o ogłaszaniu się przez lekarzy dentystów w sposób przepisany pod względem formy i treści.



pisów co do urządzenia i koniecznego zaopatrzenia przychodni lekarsko-dentystycznych oraz sposobu prowadzenia ich i regulaminu, 3. odnośnie do art. 20, dotyczącego „składu komisji egzaminacyjnych, zakresu, terminu egzaminów ich warunków“. Co do tego rozporządzenia wymaga art. 20 „porozumienia Ministra Spr. Wewn. i Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, 4. odnośnie do art. 22, który mówi o kontroli w pracowni techniczno-dentystycznych przez państwowe władze sanitarne“ i o „przepisach o prowadzeniu i zaopatrzeniu pracowni techniczno-dentystycznych“ — i wreszcie 5. odnośnie do art. 24, który przewiduje dla uprawnionych techników dentystycznych „formę i treść“ ogłoszeń. Więc czujność ustać nie powinna i nie może.

Czy koła lekarsko-dentystyczne są więc, czy mogą z rozporządzenia o wykonywaniu praktyki dentystycznej być zadowolone?

Nie odpowiem na to pytanie wprost. Odpowiedź wynikać będzie z krótkiego zarysu naszych starań co do spraw, o które nam chodziło i rezultatu osiągniętego. Z porównania zakresu naszych dążeń i z faktu, jak rozporządzenie te dążności nasze w istocie załatwiło, wyniknie tak czy niezadowolnienie.

Przeciwko C. R. powstała „komisja dla obrony praw stanu“. Tu tylko podkreślam, że tak ze strony Sejmu jako też ze strony rządu spotykałem się z zarzutem, że lekarze-dentyści nie wiedzą, czego chcą. Jeżeli więc ustawa ich gdziekolwiek krzywdzi, musimy sobie powiedzieć w tej chwili bez ogródek, że jesteśmy sobie sami winni.

Mam nadto wiadomości, że i Koledzy z poza organizacji robili na własną rękę starania. W jakim kierunku te starania szły, nie wiem. Widziałem jednakże na własne oczy petycję w sprawie zachowania tytułu „lekarz-dentysta“ — z tym skutkiem, że tytuł „dentysta“ zachowany został dla techników dentystycznych b. zaboru pruskiego — przynajmniej w projekcie sejmowej komisji zdrowia. Mógłbym dużo powiedzieć o tem, ile trudu i wysiłków kosztowało nas usunięcie tego tytułu z rozporządzenia Prezydenta Rzpp.

Czy ujednolicony pod względem tytułu front lekarzy - dentystów zdobędzie się na wyciągnięcie konsekwencji z tej niedawnej a tak przykrej przeszłości i stworzy istotnie front jednolity i pod innym względem?

Najsamprzód chciałbym zwrócić ogół lekarzy-dentystów uwagę na to, że w myśl art. 6, ustęp 2, „osoby pragnące korzystać z uprawnień art. 2 rozporządzenia o wykonywaniu praktyki dentystycznej, winny zarejestrować się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, które zarejestrowanym wydaje zaświadczenia pisemne o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskim“.

Jakie to osoby są, powiada art. 2, który brzmi:

Poza osobami, uprawnionymi w myśl art. 1, mogą zajmować się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej, o ile odpowiadają warunkowi przewidzianemu w § 1 art. 1, (posiadają obywatelstwo polskie), osoby następujące:



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

2. lekarze-dentyści, którzy posiadają dyplomy wydane przez uniwersytety b. Cesarstwa Rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r.;

3. lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Niemieckiem przed dniem 27 grudnia 1918 r.;

4. osoby, które na podstawie aprobaty, uzyskanej w Państwie Niemieckiem, wykonywały praktykę lekarsko-dentystyczną przynajmniej od 1 stycznia 1922 r., do dnia 15 czerwca 1922 r., na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego;

5. osoby, posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentysty, wydaną przez komisję egzaminacyjną na lekarzy-dentystów w b. General-Gubernatorstwie Warszawskiem w latach 1916, 1917 i 1918;

6. osoby, posiadające świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych, znajdujących się na obszarze b. Cesarstwa Rosyjskiego, o ile zgłoszą swoje uprawnienia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w terminie 4 miesięcznym od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i złożą najpóźniej w ciągu dwóch lat od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia egzamin na lekarzy-dentystów przed właściwymi komisjami uniwersyteckimi, w zakresie ustalonym dotychczas obowiązującymi przepisami;

7. dentyści, posiadający dyplomy uniwersytetów b. Cesarstwa Rosyjskiego, Wojennej Akademii lekarskiej w Petersburgu i Żeńskiego Instytutu Medycznego w Petersburgu, wydane przed dniem 27 listopada 1917 r.

Z brzmienia art. 6 i art. 2 wynika, że obecnie praktykujący jako lekarze-dentyści lekarze (stomatolodzy, specjaliści chorób jamy ustnej) lekarze-dentyści typu rosyjskiego i niemieckiego, dentyści typu rosyjskiego oraz lekarze-dentyści po myśli punktu 6 art. 2 — muszą się zarejestrować wprost w Minist. Spraw. Wewn. Termin rejestracji ani ewentualne prawne skutki zaniedbania też rozporządzeniem nie są przewidziane. Nie wynika atoli z tego, że ich nie będzie albo jakie będą. Ale na cóż są przepisy policyjne i Kary t. zw. porządkowe. Lepiej się na nie nie narażać.

Nadto (art. 6 punkt 3) „lekarze dentyści (art. 1, 2 i 3) winni władzy administracyjnej I instancji, wskazać miejsce stałego wykonywania praktyki oraz donosić pisemnie o każdorazowej zmianie adresu i zaniechaniu praktyki, a to ze względu na przepis art. 7, ustęp 2, który brzmi:

„Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w dwóch lub więcej miejscach jest wzbronione“.

Muszę zwrócić uwagę na to, że ten przepis nie jest jasny. Mówi on o dwóch „miejscach“. Czy przez to rozumieć należy, że wzbroniona jest n. p. praktyka w Warszawie i Milanówku albo Pruszkowie czy też n. p. w Warszawie przy ul. Nowy Świat raz a przy ul. Marszałkowskiej drugi raz.

Wprawdzie ustęp 3 art. 7 mówi, że: Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w uzdrowiskach nie podpada pod postanowienia ust. 2



niniejszego artykułu, o ile nie trwa dłużej niż 5 miesięcy w jednym roku kalendarzowym" — i wnosić by stąd można, że rozporządzenie używa określenia „miejsce” w równym znaczeniu jako miejsce i jako „miejscowości”, tak że istotnie i praktyka w Warszawie i Milanówku zarówno jak i praktyka w Warszawie, przy Nowym Świecie jak i przy ul. Marszałkowskiej miała być wzbroniona, ale jedno to nie jest.

Jasnym na podstawie powyższego przepisu i niedwuznacznym wydaje mi się jedynie to, że zabroniona jest praktyka równoczesna w jednej i tej dawnej miejscowości w dwóch odrębnych miejscach. Może to mieć nieprzewidziane konsekwencje. N. p. dość często zdarza się, że lekarz-dentysta ma praktykę prywatną w swoim mieszkaniu. Jeżeli praktyka ta nie pozwala mu wyżyć, to przyjmuje na 2 lub 3 godziny obowiązek leczenia w ambulatorjach kas chorych albo w innych. Według brzmienia przepisów art. 7 ustęp 2. ta praktyka poza domem jest wzbroniona więc jeżeli ta praktyka przedstawia czynność główną, zabroniona jest praktyka w domu.

Przepisy o t. zw. „przychodniach lekarsko-dentystycznych” nie nadają się jeszcze do szczegółowego omówienia. Powiedzieć tylko trzeba, że reglamentacja ich kontroli jest dość znacznie zróżniczkowana. Art. 12 mówi o kontroli nad przychodniami Kas Chorych i wojskowych. Ostatnie zwolnione są od kontroli „państwowych władz sanitarnych”; przychodnie kas chorych otrzymały przywilej kontroli przez „właściwe okręgowe urzędy ubezpieczeń” — a uniwersyteckie, czyżby na wyróżnienie nie zasługiwały? Czyżby te przychodnie, mające służyć za wzór wszystkim przychodniom, — na równi były traktowane pod względem kontroli z przychodniami prywatnymi a więc gorzej od kas chorych i wojska? Pytanie to stawiam z pewnem zdziwieniem, ponieważ w ustawie wzgl. w rozporządzeniu nie znajduję na nie odpowiedzi.

Dowód to tylko, że sfery dentystyczno-naukowe nie były pytane o opinię swoją przy wydawaniu rozporządzenia. Tylko w ten sposób wytłómaczyć sobie można ten przykry brak.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

## Wiadomości uniwersyteckie.

Prof. Dr. Perthes, dyrektor kliniki Uniwersyteckiej w Tübingen zmarł w styczniu 1927 r. w Arosa. Perthes zajmował się szczegółowo chirurgją szczęk, a podręcznik jego z tego zakresu, bardzo szczegółowy należy do najlepszych podręczników niemieckich.

**Rostock.** Prof. Frieboes został wybrany rektorem uniwersytetu na rok 1927. Jest on autorem atlasu chorób jamy ustnej, który został wydany wspólnie z Prof. Moral'em.

**Erlangen.** Prof. Dr. med. dent. Paul Wustrow, kierownik oddziału protetycznego i ortopedycznego Instytutu dentystycznego uniwersyteckiego uzyskał tytuł doktora medycyny.

**Heidelberg.** Prof. Blessing. podaje do wiadomości, że w czerwcu 1927 r. obchodzić będzie uniwersytecka klinika dentystyczna w Heidelbergu rocznicę 30-letniego istnienia.



Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r.

## O WYKONYWANIU PRAKTYKI DENTYSTYCZNEJ.

(Dziennik Ustaw nr. 54. z dnia 18. czerwca 1927 poz. 476).

Na zasadzie art. 44. ust. 6. Konstytucji i ustawy z dnia 2. sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. nr. 78, poz. 443) postanawiam co następuje:

### I. Praktyka lekarsko-dentystyczna.

Art. 1. Praktyką lekarsko-dentystyczną, polegającą na wykonywaniu wszelkich zabiegów lekarsko- i techniczno-dentystycznych, mogą się zajmować osoby, które:

1. są obywatelami Państwa Polskiego,
2. a) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z polskich uniwersytetów państwowych, lub  
b) dyplom lekarsko-dentystyczny, wydany lub uznany przez Państwowy Instytut Dentystyczny,
3. odbyły jednoroczną praktykę przygotowawczą w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu.

Warunki odbywania praktyki przygotowawczej, wskazanej w p. 3. artykułu niniejszego, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Do chwili wydania tego rozporządzenia osoby, odpowiadające warunkom, zawartym w p. 1. i 2. niniejszego artykułu, zwolnione są od obowiązku odbycia praktyki przygotowawczej.

Art. 2. Poza osobami, uprawnionymi w myśl art. 1, mogą zajmować się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej, o ile odpowiadają warunkowi, przewidzianemu w p. 1. art. 1, osoby następujące:

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

2. lekarze-dentyści, którzy posiadają dyplomy, wydane przez uniwersytety b. Cesarstwa Rosyjskiego przed dniem 27. listopada 1927 r.;

3. lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Niemieckiem przed dniem 27. grudnia 1918 r.;

4. osoby, które na podstawie aprobaty, uzyskanej w Państwie Niemieckiem, wykonywały praktykę lekarsko-dentystyczną przynajmniej od 1. stycznia 1922 r. do dnia 15. czerwca 1922 r. na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego;

5. osoby, posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentysty, wydaną przez komisję egzaminacyjną na lekarzy dentystów w b. General-Gubernatorstwie Warszawskiem w latach: 1916, 1917 i 1918;

6. osoby, posiadające świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych znajdujących się na obszarze b. Cesarstwa Rosyjskiego, o ile zgłoszą swoje uprawnienia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w ter-



minie 4-miesięcznym od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i złożą najpóźniej w ciągu dwóch lat od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia egzamin na lekarzy-dentystów przed właściwymi komisjami uniwersyteckimi, w zakresie ustalonym dotychczas obowiązującymi przepisami;

7. dentyści, posiadający dyplomy uniwersytetów b. Cesarstwa Rosyjskiego, Wojennej Akademii Lekarskiej w Petersburgu i Żeńskiego Instytutu Medycznego w Petersburgu, wydane przed dniem 27. listopada 1917.

Art. 3. Minister Spraw Wewnętrznych może przyznać prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem na określony przeciąg czasu osobom, które:

- a) powołane zostały przez władze państwowe z zagranicy jako profesorowie wyższych szkół państwowych, względnie Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie, chociaż nie mają warunków określonych w art. 1. względnie w art. 2. niniejszego rozporządzenia, posiadają jednak uprawnienie do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach, — a to na czas, przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich, względnie w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie;
- b) nie są w możności niezwłocznie wykazać dowodnie, że posiadają wymagane w art. 1. względnie w art. 2. warunki, lub nie odpowiadają jeszcze warunkom, w art. 1. p. 1. i 3. wymienionym, poczyniły jednak u władz odpowiednich starania, potrzebne celem usunięcia braków, — z warunkiem dopełnienia tych braków w terminie, który ustali rozporządzenie wykonawcze;
- c) przez zamążpójście za cudzoziemców utraciły warunki, wymagane art. 1. p. 1, o ile przed zamążpójściem zajmowały się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem, — z zastrzeżeniem prawa wzajemności.

Art. 4. Osobom które posiadają prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w myśl art. 1, 2 i 3 rozporządzenia niniejszego, służy prawo do używania tytułu „lekarza-dentysty“.

Art. 5. Wrazie wojny, w braku dostatecznej liczby lekarzy-dentystów, obowiązanych do służby wojskowej, powołanych na podstawie świadczeń oraz dobrowolnych ogłoszeń, Minister Spraw Wewnętrznych może w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych dopuścić do pełnienia praktyki lekarsko-dentystycznej w wojskowych przychodniach dentystycznych, jednak bez prawa wykonywania praktyki prywatnej, osoby, nie będące obywatelami Państwa Polskiego, a posiadające prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach, na mocy tamże otrzymanych względnie uznanych dyplomów.

Art. 6. Przed rozpoczęciem wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej lekarze-dentyści, posiadający warunki określone w art. 1. obowiązani są zarejestrować się u władzy administracyjnej I. instancji, składając dowody uprawnień.

Osoby, pragnące korzystać z uprawnień, przysługujących im na podstawie art. 2. niniejszego rozporządzenia, winny zarejestrować się w Minis-



terstwie Spraw Wewnętrznych, które zarejestrowanym wydaje zaświadczenia pisemne o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem.

Ponadto lekarze-dentyści (art. 1, i 2. 3.) winni władzy administracyjnej I instancji wskazać miejsce stałego wykonywania praktyki oraz donosić pisemnie o każdorazowej zmianie adresu i zaniechaniu praktyki.

Art. 7. Lekarze dentyści, którzy zamierzają wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną poza przychodniami (art. 8), zakładami leczniczymi i u innych lekarzy-dentystów, powinni wykonywać praktykę osobiście lub przy pomocy osób do tego uprawnionych, jednak pod osobistym i faktycznym kierownictwem.

Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w dwóch lub więcej miejscach jest wzbronione.

Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w uzdrowiskach nie podpada pod postanowienia ust. 2. niniejszego artykułu, o ile nie trwa dłużej niż 5 miesięcy w jednym roku kalendarzowym.

Lekarze-dentyści, wyszczególnieni w ust. b. p. 2, art. 1. oraz w p. 2, 3, 4, 5, 6 i 7 art. 2. mogą ogłaszać się w sposób, przepisany pod względem formy i treści rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 8. Przychodnie lekarsko-dentystyczne mogą być zakładane i utrzymywane przez osoby posiadające uprawnienia do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej (art. 1. i 2.) tylko po uprzednim uzyskaniu zezwolenia władzy administracyjnej II instancji, a w Warszawie Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Pozwolenie na zakładanie i utrzymywanie przychodni lekarsko-dentystycznych może być udzielane także osobom prawnym, o ile ich statuty przewidują prowadzenie odnośnych czynności.

Uruchomienie przychodni lekarsko-dentystycznej może nastąpić po stwierdzeniu przez władzę administracyjną, że urządzenie jej odpowiada obowiązującym przepisom.

Kierownikiem przychodni lekarsko-dentystycznej może być tylko lekarz-dentysta, który wykazał się najmniej trzyletnią praktyką lekarsko-dentystyczną.

Przepisy o zakładaniu i utrzymywaniu przychodni lekarsko-dentystycznych, zawarte w ust. 1. i 2. niniejszego artykułu nie mają zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych, Kasy Chorych i Związki tych Kas.

Art. 9. Szczegółowe przepisy co do urządzenia i koniecznego zaopatrzenia przychodni lekarsko-dentystycznych oraz sposobu prowadzenia ich i regulaminy określone zostaną w drodze rozporządzenia przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 10. Kierownicy przychodni lekarsko-dentystycznych oraz lekarze-dentyści, zajmujący się praktyką prywatną, winni zgłosić władzy administracyjnej I instancji osoby, wykonywujące u nich praktykę lekarsko-dentystyczną.

Art. 11. Osoby, utrzymujące w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia przychodnie lekarsko-dentystyczne, są obowiązane celem dalszego ich prowadzenia wyjednać przewidziane artykułem 8. zezwolenie



nie później jak w ciągu 3 miesięcy od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Art. 12. Nadzór i kontrola nad przychodniami lekarsko-dentystycznymi należą do państwowych władz sanitarnych.

Przychodnie lekarsko-dentystyczne Kas Chorych i Związków Kas Chorych podlegają w myśl art. 97. i 98. ustawy z dnia 19. maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272.) nadzorowi właściwych okręgowych urzędów ubezpieczeń przy współdziale delegatów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do tych urzędów.

Przepis ust. 1. niniejszego artykułu nie ma zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych, zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych.

## II. O wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych.

Art. 13. Wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych przez osoby, nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza-dentysty; osoby te nie mają prawa bezpośredniego stykania się z pacjentem, używania jakichkolwiek tytułów, reklamowania się z wyjątkiem ogłaszania się w prasie fachowej.

Wyjątki od przepisów ust. 1. artykułu niniejszego zawarte są w postanowieniach przejściowych objętych artykułami od 14. do 24.

Art. 14. Na obszarze województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i na wchodzącej w skład województwa śląskiego części Śląska Górnego, mogą wykonywać samodzielnie czynności techniczno-dentystyczne ci technicy dentystyczni, którzy posiadają obywatelstwo polskie i uzyskali koncesję na wykonywanie przemysłu techniczno-dentystycznego w myśl rozporządzenia austriackiego Ministra Handlu w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych z dnia 20. marca 1892 r. (Dz. P. P. Nr. 55.), wydanego na podstawie § 24 ustawy przemysłowej z dnia 15. marca 1883 r. (Dz. Ust. Nr. 39.).

Minister Spraw Wewnętrznych może wydawać wyjątkowo nowe pozwolenia tym technikom dentystycznym, którzy w dniu 1. stycznia 1927 r. posiadali już przynajmniej 7 (siedem) lat nauki i praktyki zawodowej, odbytej na obszarze, wymienionym w ustępie pierwszym artykułu niniejszego. Prawo zgłoszenia o nadanie tych zezwoleń gaśnie w dniu 31. grudnia 1927 r.

Art. 15. Na obszarze województw: pomorskiego, poznańskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego mogą dokonywać samodzielnie czynności techniczno-dentystyczne, o ile posiadają obywatelstwo polskie:

1. ci technicy dentystyczni, którzy posiadają uprawnienia leczenia w Kasach Chorych, w myśl rozporządzenia pruskiego Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2. grudnia 1913 r. L. dz. 770, wydanego do § 123. niemieckiej państwowej ustawy ubezpieczeniowej z dnia 19 lipca 1911 r. (Dz. Ust. Rzeszy str. 409);

2. ci technicy dentystyczni, którzy wprawdzie nie posiadają kwalifikacyj, wymienionych w punkcie 1-szym artykułu niniejszego, jednakże pracują samodzielnie na obszarze tych województw conajmniej od



1. stycznia 1913 r. i zostali w myśl obowiązujących przepisów we właściwym czasie zarejestrowani;

3. ci technicy dentystyczni, którzy rozpoczęli naukę na obszarze tych województw przed dniem 1. stycznia 1920 r., a brakujące lata nauki lub praktyki pomocniczej uzupełnili u lekarza dentysty, uprawnionego technika dentystycznego, lub technika dentystycznego najdalej do dnia 1. czerwca 1927 r.

Prawo do rejestracji uprawnień wymienionych w niniejszym artykule gaśnie w dniu 31. grudnia 1927 r.

Art. 16. Technicy dentystyczni, wyszczególnieni w art. 14 i 15 niniejszego rozporządzenia, z chwilą uzyskania pozwolenia, względnie rejestracji, mają prawo używać tytułu „technika dentystycznego“ i są uprawnieni do brania wycisków celem sporządzania wszelkiego rodzaju dostawek zębowych oraz osadzania ich w jamie ustnej, jednak bez prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych.

Art. 17. Technicy dentystyczni, wyszczególnieni w art. 14 i 15, którzy złożą specjalny egzamin z wynikiem pomyślnym w myśl art. 20, mogą poza uprawnieniami, przewidzianymi w art. 16, wykonywać wszelkie zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzania zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej.

Art. 18. Technicy dentystyczni, wyszczególnieni w ustępie pierwszym art. 14. i w punktach 1. i 2. art. 15, którzy w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pozostają w zawodzie techniczno-dentystycznym bez przerwy od lat 15, są zwolnieni od składania specjalnego egzaminu, przewidzianego w art. 17.

Art. 19. Technicy dentystyczni, korzystający z uprawnień przewidzianych w art. 17. i 18, mają prawo używać tytułu: „uprawniony technik dentystyczny“.

Art. 20. Przewidziany w art. 17. specjalny egzamin, osoby zainteresowane winny złożyć przed komisją egzaminacyjną. Komisje egzaminacyjne dla tego egzaminu zostaną utworzone w miastach, posiadających uniwersyteckie wydziały lekarskie, — przy władzach administracyjnych II instancji.

Skład komisyj egzaminacyjnych, zakres, termin egzaminów i ich warunki zostaną określone w drodze rozporządzenia przez Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Art. 21. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni mogą korzystać z przysługujących im uprawnień, o ile zarejestrują się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych za pośrednictwem właściwych urzędów administracyjnych, kładąc dowody uprawnień.

Zarejestrowanym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydaje zaświadczenie pisemne o uprawnieniu do wykonywania czynności techniczno-dentystycznych. Przeprowadzanie rejestracji i wydawanie zaświadczeń, przewidzianych w artykule niniejszym, Minister Spraw Wewnętrznych może przekazać wojewodom.



Art. 22. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni winni posiadać pracownie techniczno-dentystyczne i prowadzić je pod własnem i faktycznem kierownictwem. Pracownie techniczno-dentystyczne podlegają kontroli państwowych władz sanitarnych. Przepisy o prowadzeniu i zaopatrzeniu pracowni techniczno-dentystycznych wydane zostaną w drodze rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 23. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni nie mogą posiadać w swych pracowniach, względnie pomieszczeniach, mających bezpośrednie połączenie z pracownią, narzędzi i przyrządów oraz jakichkolwiek środków, które służą do wykonywania czynności i zabiegów, dozwolonych wyłącznie lekarzom-dentystom.

Technicy dentystyczni nie mogą posiadać narzędzi i przyrządów do wykonywania czynności i zabiegów, dozwolonych wyłącznie uprawnionym technikom dentystycznym (art. 19).

Art. 24. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni mogą ogłaszać się w sposób, przepisany pod względem formy i treści rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

### III. Postanowienia ogólne i karne.

Art. 25. Nadzór i kontrola nad wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej oraz nad wykonywaniem czynności uprawnionych techników dentystycznych i techników dentystycznych należy, o ile rozporządzenie niniejsze inaczej nie stanowi, do władz administracyjnych I instancji.

Art. 26. Zakres uprawnień do stosowania leków przez lekarzy-dentystów, wyszczególnionych w ust. b. p. 2. art. 1, oraz w p. 2, 3, 4, 5, 6 i 7. art. 2, tudzież przez uprawnionych techników dentystycznych określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 27. Winni naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia oraz rozporządzeń lub zarządzeń, wydanych na jego podstawie, o ile dany czyn nie ulega karze surowszej, będą karani aresztem do 6 tygodni i grzywną do 500 zł., lub jedną z tych kar.

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

Władza administracyjna II instancji może osoby ukarane dwukrotnie — na podstawie postanowień niniejszego artykułu — pozbawić prawa wykonywania czynności zawodowych na czas od miesięcy dwóch do lat trzech.

Do orzekania powołane są władze administracyjne I instancji. Przeciwnie orzeczeniu władzy administracyjnej I instancji można w ciągu siedmiu dni od dnia doręczenia orzeczenia wnieść na ręce tejże władzy żądanie przekazania sprawy właściwemu sądowi powiatowemu (pokoju), który postąpi wedle przepisów obowiązujących w I instancji sądowej. Wyrok sądu okręgowego, wydany w II instancji, jest prawomocny.

Na obszarze województw: poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.



#### IV. Postanowienia końcowe.

Art. 28. Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych, co do art. 1, 2. i 20. w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, co do art 5. w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych, co do art. 12. w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej, a co do art. 27. w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości.

Art. 29. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Państwa Polskiego z wyjątkiem województwa śląskiego. Na obszarze województwa śląskiego rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z chwilą ogłoszenia na nie zgody Sejmu Śląskiego.

Jednocześnie z wejściem w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, normujące wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej oraz czynności techniczno-dentystycznych, względnie regulujące sprawy przemysłu techniczno-dentystycznego.

Prezydent Rzeczypospolitej: *I. Mościcki*, Prezes Rady Min. i Minister Spraw Wojsk. *J. Piłsudski*. Ministrowie: *K. Bartel*, Spraw Wewn. *Stawoj Składkowski*, Spraw Zagr. *August Zaleski*, Skarbu *G. Czechowicz*, Sprawiedl. *A. Meysztowicz*, Wyzn. Rel. i Oświec. Publ. *Dr. Dobrucki*, Roln. *K. Niezabytowski*, Przem. i Handlu *E. Kwiatkowski*, Komunikacji *Romocki*, Rob. Publ. *Moraczewski*, Pracy i Opieki Społ. *Dr. Jurkiewicz*, Ref. Roln. *Witold Staniewicz*, Poczta i Tel. *Bogusław Miedziński*.

---

## ZJAZDY NAUKOWE.

### Kalendarz Zjazdów naukowych stomatologicznych.

**Anglja.** 29 — 30 lipca i 1 sierpnia. Dentyst. Wielkiej Brytanji. Liverpool. 21 — 22 lipca Europejskie Tow. Ortodontyczne Londyn.

**Australja.** 22 — 27 sierp. Kongres dentyst. australskich, Melbourne.

**Danja.** 6 sierp. Kongres Związku Dentyst. duńskich, Kopenhaga, 6 — 9 sierpnia XXI. posiedz. Fédération Dentaire Internationale, Kopenhaga.

**Niemcy.** 2 — 6 września. Zjazd lek.-dentystów niemieckich w Norymberdze.

**Francja.** 1 — 3 sierpnia. Société Dentaire Américaine d'Europe. Paryż. 24 — 30 paźdz. Kongres Francuskich Stomatologów i posiedzenie Association Stomatologique Internationale.

### XXI Zebranie Fédération Dentaire Internationale

odbędzie się w Kopenhadze w dniach 6., 7., 8. i 9. sierpnia 1927 r. pod honorowem przewodnictwem Brophyego, a faktycznem Auguilara. (Sekretarz G. Villain, wiceprezesa: Guy, Schaeffer-Stuckert, Wheeler). Prócz innych zadań, ma zebranie to na celu wykonanie rezolucyj powziętych na Zjeździe w Filadelfji, w poszczególnych Sekcjach. Program zebrania jest następujący: sobota, 6 sierpnia 1927.



Uroczyste zebranie w Sejmie Duńskim (Rigsdag) w pałacu Christianborg, pod przewodnictwem honorowym Króla duńskiego, wypełnione przez: 1. przemówienie Przewodniczącego Duńskiego Komitetu Narodowego, 2. przemówienie Przewodniczącego FDI, 3. przemówienia delegatów poszczególnych związków narodowych, 4. przemówienie Przewodniczącego zebrania. Nastąpi zebranie plenarne Wydziału Wykonawczego. — Popołudniu zebranie Związku Lekarzy-dentystów duńskich z demonstracjami praktycznymi, wieczorem zebrania Komisji, na których odbędzie się wybór zarządu każdej poszczególniej Komisji i wypracowanie programu każdej Komisji: 1. Komisja Nauczania, 2. Komisja ustawodawstwa i deontologii, 3. Komisja Czerwonego Krzyża, 4. Komisja dokumentacyjna, (statystyka, bibliografia), 5. Komisja prasy dentystycznej, 6. Komisja badań naukowych, 7. Komisja higieny, 8. Komisja Armji i Marynarki, 9. Komisja mianownictwa. O godzinie 20:30 zebranie towarzyskie członków w Tivoli.

Niedziela 7. sierpnia 1927, wycieczka samochodami przez Hilleröd (zwiedzenie zamku Frederiksborg) do Helsingör, (zwiedzenie zamku Kronborg i grobu Hamleta), śniadanie w Marienlyst na plaży z widokiem na wybrzeże szwedzkie.

Poniedziałek 8. sierpnia 1927 zebrania Komisji. Zebranie Zarządu FDI. Ustalenie budżetu na rok 1928. Wieczorem bankiet w Langelinje Pavillonem.

Wtorek 9 sierpnia 1927. Zebrania Komisji. Przyjęcie referatów i wniosków, mających być przedstawionymi Wydziałowi wykonawczemu. Popołudniu zebranie Wydziału wykonawczego, z porządkiem dziennym: 1. Światowy rocznik dentystyczny, mający się ukazywać corocznie i zawierać wykaz wszystkich zrzeszeń dentystycznych i wszystkich dentystów dyplomowanych, 2. Referat Joachima o Biuletynie FDI, 3. Sprawozdanie o konkursie ustanowionym przez Komisję badań naukowych w sprawie leczenia korzeni, 4. Sprawozdanie Skarbnika, 5. Sprawozdania Komisji, 6. Dyskusja nad temi sprawozdaniami i przyjęcie wniosków, 7. Dyskusja nad rezolucjami przedłożonemi w ciągu zebrania, 8. Przyjęcie budżetu na rok 1928, 9. Przyznanie nagrody imienia Millera, 10. Przyjęcia członków zgłoszone w ciągu zebrania, 12. Ustalenie miejsca i czasu zebrania FDI w roku 1928, 12. Dokładne ustalenie czasu i miejsca VIII Kongresu Dentystycznego, proponowanego przez Kongres w Filadelfji na r. 1930 lub 1931, 13. Wybór dziesięciu członków Komitetu Organizacyjnego VIII Kongresu Międzynarodowego, 14. Wolne wnioski, 15. Zamknięcie zebrania.

Z programów zebrań Komisji zasługują na uwagę: w Komisji nauczania: Sprawozdanie Villaina o stanie nauczania i wykonywania praktyki w różnych krajach. W Komisji Ustawodawstwa i Dentologii: „Kodeks międzynarodowy“. W Komisji dokumentacyjnej: Sprawozdania z piśmiennictwa bieżącego. Centra dokumentacyjne. Klasyfikacja FDI. W Komisji badań naukowych: Regulamin Konkursu Międzynarodowego. Wybór tematu. Komisja Higieny: 1. Przemówienie przewodniczącego, 2. Sprawozdanie roczne pierwszego sekretarza, 3. Wybory zarządu, a mianowicie: przewodniczącego, pierwszego zastępcy przewodniczącego, drugiego zastępcy przewodniczącego, pierwszego sekretarza, drugiego sekretarza, trzeciego sekretarza, skarbnika, sprawozdawcy dla dentystyki szkolnej (i człon-



ków podkomisji), sprawozdawcy dla Międzynarodowego Instytutu Higieny Jamy Ustnej, (i członków podkomisji). 4. Przyjęcie nowych członków FDI. 5. Mianowanie przewodniczącego honorowego. 6. Wnioski wytyczne na rok bieżący na podstawie rezolucyj przyjętych przez VII Międzynarodowy Kongres dentystyczny w Filadelfji w 1926. 7. Położenie finansowe, biuletyn. 8. I. wniosek zarządu Komisji Higieny do Wydziału Wykonawczego: FDI. zechce uprosić swe Komitety Narodowe, by uczyniły przez organizacje fachowe wnioski w tym kierunku, by towarzystwa dentystyczne wszystkich krajów stały się korporatywnymi członkami FDI. z wkładką roczną, proporcjonalną do ilości swych członków, aby w ten sposób FDI. uzyskać mogła należyty wpływ i odpowiednie fundusze, by przez swe Komisje mogła popierać dążenia społeczne i naukowe, służyć dobru publicznemu, podnieść stan dentystyczny. 9. II. wniosek zarządu Komisji Higieny do FDI: FDI zechce przyznać przewodniczącym Komisyj prawo głosowania we wszystkich sprawach dotyczących Komisyj. 10. Sprawozdania sprawozdawców. 11. „Wyszktałenie lekarzy-dentystów w dentyście społecznej“. Wykład Prof. Dra Weisbacha (Drezno). 12. Eventualia. 13. Zamknięcie zebrania. Przewodniczący: Jessen. Sekretarz: Bruske.

## V. Kongres Stomatologów Francuskich w Paryżu.

W uzupełnieniu doniesienia o V. Kongresie stomatologów francuskich w „Polskiej Dentyście“ Nr. 2. 1927 str. 62, komunikuje się, że w tym kongresie mogą brać udział tylko stomatologowie, (lekarze).

## Centralny Związek Lekarzy-Dentystów Niemieckich

wybrał jako temat główny na zebranie tegoroczne w Norymberdze: „Leczenie wewnętrzne chorób zębów i szczęk“. Rozwój dentystryki jako gałęzi medycyny prowadzi do tego, że dentysta-praktyk musi leczyć schorzenia zębów i ich najbliższego otoczenia nie tylko przez bezpośrednie leczenie zęba lecz także przez leczenie całego organizmu. Chodzi tu między innymi o zapobieganie próchnicy i chorobom przyzębia (parodontitis) zapomocą leków podawanych wewnętrznie. Stanowisko zajmowane obecnie przez wiedzę lekarską w tej sprawie będzie przedmiotem referatów, dotyczących tematu głównego, a mianowicie fizjolog będzie referował o podstawach fizjologicznych, fizjologiczno-chemicznych i pato-fizjologicznych, internista o doświadczeniach klinicznych o ile w grę wchodzi kwestje konstytucjonalne i choroby ogólne w związku z chorobami zębów, pozatem dwaj referenci z łona dentystów. Według dotychczasowych zarządzeń odbędą się referaty dotyczące tematu głównego: „Leczenie zębów pozazębowe“ w niedzielę, 4. września przedpołudniem, a referaty wygłoszą następujący prelegenci: 1. Schmitz (Wrocław), jako patofizjolog i chemik fizjologiczny, 2. Müller (Hamburg), jako internista, 3. Weber (Kolonja), ściślejsze badania stomatologiczne, 4. Rebel (Getynga), jako stomatolog-klinicysta. W związku z powyższymi referatami odbędzie się dyskusja. Zgłoszenia innych wykładów pod adresem Dr. Blum, Berlin-Wilmersdorf, Kaiseralle 44. do dnia 30 lipca 1927.

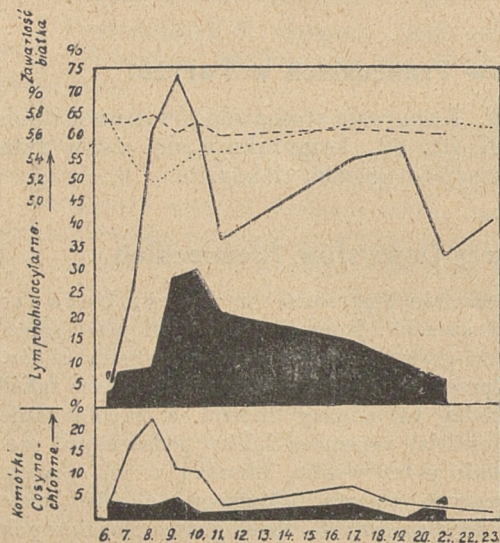


## DZIAŁ SPRAWOZDAŃ I STRESZCZEŃ.

### FARMAKOLOGJA

**Blum, Berlin.** Jak zmienia jod miejscową i ogólną reakcję zapalną skóry? D. Z. W. 1926 29. Nr. 22, p. 449.

Dwojakie należy rozróżnić działanie jodu, zaaplikowanego na skórze. Po pierwsze: jod oddziałuje bezpośrednio na tkankę pod nim leżącą, po drugie: należy przypuścić prawdopodobne istnienie działania na odległość, gdyż w ten tylko sposób możemy wytłumaczyć sobie dobre wyniki terapii jodowej przy pleuritis, arthritis i t. p. — Jodyna zapędzlowana na skórze wywołuje miejscowy stan zapalny. Ażeby stwierdzić, jak w ten sposób zmieniona tkanka skórna, reaguje na nowe bodźce zapalne, stosował autor przez kilka dni plaster kantarydowy, który wywołuje pęcherz zapalny na skórze. Treść tego pęcherza badał na ciała morfotyczne i białko. Nie zauważył żadnych zmian w ilości odsetkowej leukocytów obojętnych i komórek nabłonkowych. Główne zmiany tyczyły się komórek bezzianistych



IX. 1926.

Na górze elementy limfohistiocytarne, na dole komórki kwasochłonne w odsetkach. Linia wyciągnięta przedstawia obraz komórkowy w obrębie zapędzlowanej skóry, powierzchnia czarna zaś na skórze „zdrowej”. Linia kreskowana przedstawia w % ilość białka na skórze zapędzlowanej, zaś kropkowana na skórze „zdrowej”. Ta zmiana w reagowaniu skóry zdrowej jest dowodem ogólnego działania jodu z pierwotnego miejsca zaaplikowania. Przypuszcza się, że istotnym czynnikiem jest nie tyle sam jod wchłonięty, ile przejście do krwi produktów rozpadu ciał białkowych i fermentów, które powstają w miejscu zapalenia skóry, wywołanego jodyną.

zasadochłonnych, które nazwał ciałkami limfohistiocytarnymi, a które należą do aparatu siateczkowo-śródbłonkowego i mają wybitną zdolność fagocytarną. Badał 8 przypadków i otrzymał następujące wyniki:

W pierwszych dniach zmniejsza się zawartość białka w treści zapalnej pęcherza, aby stopniowo zbliżyć się do tej ilości, jaką znajdujemy w treści pęcherzowej poza miejscem zapędzlowania. Charakterystyczne zmiany dotyczą ilości odsetkowej komórek kwasochłonnych i bezzianistych zasadochłonnych. Ilość pierwszych już w pierwszym dniu po aplikacji jodu znacznie się zwiększa, aby po kilku zaledwie dniach spaść do normy; natomiast komórki bezzianiste limfohistiocytarne dochodzą w ciągu 4—5 dni nierzadko do 90% wszystkich ciałek, a nawet w dwa tygodnie po za-



pędzlowaniu jodu występują jeszcze w zwiększonej ilości. I miejsce odległe na skórze, na którym również stosował plaster kantarydowy, wykazuje też pewną zmianę w reagowaniu na bodźce zapalne. Zmiana ta jest wpływem działania jodu na odległość. Po pewnym czasie utajenia zwiększa się ilość ciałek bezzianistych zasadochłonnych, natomiast komórki kwasochłonne pozostają odsetkowo bez zmian. Szybciej, aniżeli w miejscu zapędzlowania jodu, wraca tu obraz komórkowy do normy. Dla przykładu podaję wyżej graficznie jeden z badanych przez autora przypadków.

*Bleichfeld (Lwów).*

**Friedrich, Monachjum. Cibalgina w dentystyce. D. Z. W. 1926. str. 333.**

Cibalgina zawierająca dial i dimetylamino-fenyldimetylpyrazolon używana jest w postaci pastylek i znalazła zastosowanie: dla uspokojenia pacjentów, przy wrażliwej zębinie, przy zapaleniach ozębnej, dla uśmierzzenia bólu po zabiegach. Doświadczenia zebrane na około 150 pacjentach przedstawiają się mniej więcej następująco: 1. Osoby mniej nerwowe — otrzymywały jedną, bardziej — dwie pastylki przed leczeniem. Zwykle zdeenerwowane po podaniu tego środka uspakajały się zupełnie, czyli działanie uspakajające było całkiem widoczne. 2. Przy wrażliwej zębinie uspokojenie wprawdzie nastąpiło, ale wrażliwość zębiny pozostała. 3. W przypadkach ostrego i przewlekłego zapalenia ozębnej po podaniu 1—2 pastylek następowała ulga, wzgl. usunięcie bólu po 30—50 minutach w wypadkach, w których leczenia lokalnego stosować nie było można. W przypadkach gangreny, która wymagała trepanacji silnie bolesnego zęba, następowała ulga po 2 pastylkach cibalginy. 4. W przypadkach bólu po ustaniu znieczulenia miejscowego, bólu i przykrego uczucia po osadzeniu mostków i koron i po zabiegach operacyjnych.

*Bardasówna (Lwów).*

**Schmidhuber, Bonn. Gelonida antineuralgia i ich zastosowanie w terapii dentystycznej. D. Z. W. 1926. pag. 331.**

W znacznej liczbie stanów zapalnych naszego zakresu zwykle miejscowo stosowane środki nie przynoszą natychmiast ulgi w bólu, wzgl. go nie usuwają. Także stosowanie ciepła zawodzi w tych przypadkach, podobnie jak i naświetlanie promieniami Roentgena. Jeśli przy tych mało dających na się wpłynąć cierpieniach prócz bólu, spowodowanego procesem miejscowym wystąpią tak często związane ze schorzeniami jamy ustnej zaburzenia stanu ogólnego, są one o wiele bardziej przykre dla chorego, niż także zaburzenia przy procesach zapalnych jakiegokolwiek innego narządu, czy części ciała. To też całkiem zrozumiałe i uzasadnione jest życzenie chorego żeby jak najszybciej pozbyć się bólu, którego małoznaczna przyczyna nie stoi w żadnym stosunku do ciężkich i poważnych następstw. W tego rodzaju przypadkach, do których zaliczyć możemy periodontitis, dentitis difficilis, bóle po ekstrakcjach, ciężką i bolesną gingivitis i stomatitis pozostaje jako ultimum refugium jedynie leczenie objawowe: dla usunięcia bólu, wzgl. zmniejszenia go musimy się uciekać do środków antineuralgicznych, a w ciężkich przypadkach do narkotyków. Zasadniczo cel zostaje osiągnięty. Stan ogólny chorego poprawia się, natomiast wywołują te środki po największej części przykre zaburzenia żołądkowe, ból głowy i t. p., środki zaś nasenne osłabienie ogólne, podrażnienie do wy-



miotów i wiele innych objawów. Ze względu na to stosujemy w takich przypadkach tylko środki, które dają szybki i niezawodny skutek.

Ilość stojących do dyspozycji środków jest wielka, prawie nigdy jednak z osobna stosowane idealnie nie działają. Starsi praktycy nauczani doświadczeniem stosowali kombinację środków, które z osobna podawane zawodziły i osiągalni przytem lepsze wyniki. I tak zwrócił Treupel w r. 1909 uwagę na takie zestawienie środków i polecił kombinację kodeiny z fenacytiną lub aspiryną, czy też z obu środkami, które to połączenie wykazywało dobry skutek. Dalej podaje Schmidhuber nadzwyczaj korzystny skutek działania tych „proszków mieszanych“ w medycynie ogólnej. I tak kombinacja kodeina-aspiryna-fenacytyna zadowalający efekt wykazywała zarówno przy procesach infekcyjnych jak grypa, zapalenie płuc, reumatyzm jak i po zabiegach chirurgicznych. W wielu przypadkach można było zrezygnować z morfiny, wzgl. podawanie jej ograniczyć. Dodatni wpływ działania tych środków zauważono też przy bólu po ekstrakcji, przy utrudnionem wyrzynaniu się zębów i przy zapaleniu ozębnej.

Działanie tych mieszanin polega na tem, że zniesione są szkodliwe działania uboczne, a wzmocnione korzystne. Zachodzi tu nietylko spotęgowanie działań poszczególnych składników, lecz wedle teorii Bürgie'ego „spotęgowany synergizm“. Na podstawie tej teorii i faktów sporządzone pastylki złożone z tych trzech środków mają jednak tę wadę, że się trudno rozpuszczają, przechodzą przez przewód pokarmowy nierozpuszczone, o ile nie uda się przez dodanie odpowiednich środków przyspieszyć ich rozpuszczenie a tem samem ułatwić resorpcję i szybkie działanie. Wedle sprawozdań dotychczasowych i doświadczeń Schmidhubera gelonida antineuralgica spełnia ten warunek, bo pastylki te w wodzie się rozpuszczają w kilku sekundach i bardzo szybko działają. Gelonida antineuralgica stosowano przy dentitio deffcilis, przy ostrym zapaleniu ozębnej, przy bólach po operacjach i przed zabiegami operacyjnymi dla uspokojenia pacjenta. W ogólności podawali pacjenci, że 10—20 minut po pobraniu 1—2 pastylek bóle ustępywały i na 3—4 godziny zupełnie znikwały. W razie potrzeby powtarzano dawkę, a nawet przy dłuższem stosowaniu dolegliwości żadnych nie było. Ze 100 pacjentów tylko jedna kobieta skarżyła się na obstypację (w ciągu 5 dni zażyła 30 pastylek). Bólu głowy, dolegliwości żołądkowych, ani osłabienia ogólnego nie było. I osobniki młodsze znosiły też gelonida antineuralgica bez szkody. Ważne jest także, że po poprzedniem podaniu tych pastylek można było zupełnie bezboleśnie podjąć terapię konserwatywną. Pastylki te odpowiadają zupełnie stawianym wymagom. Kombinacja tych środków (Codeini phosph. 0,01, acidi acetylo-sal., phenacetini aa 0,25) ma swe zastosowanie w dentystyce i godna jest polecenia zarówno jako środek objawowo działający, jak dla usunięcia bólu przed podjęciem rozmaitych zabiegów.

*Bardaszówna (Lwów).*

**Haubach (Giessen).** Czy istnieją przeciwwskazania dla stosowania adrenaliny u kobiet podczas menstruacji? *Z. R. 1926. Nr. 24. str. 418.*

Menstruacja ma nietylko wpływ na narządy rozrodcze, lecz również na czynność i sprawność całego organizmu. (Hanse obserwował zaburzenia umysłowe, Quincke zauważył podrażnienie opon mózgowych). Dla lekarza-dentysty jest przedewszystkiem to ważne, że w okresie men-



struacji następuje zmiana ciśnienia krwi wogóle. Według Labharda i Hussey'ego jest ciśnienie krwi najwyższe w końcu okresu przedmenstruacyjnego. Fränkel przekonał się na doświadczeniach ze zwierzętami, że działanie wydzieliny gruczołów śródżylnych-jajnikowych na ciśnienie krwi w głowie równa się działaniu amylum nitrosum. Freund opisuje przekrwienie mózgu i opon mózgowych. Jeżeli w tym okresie dodamy adrenaliny do zastrzyków nowokainowych, wtenczas muszą nastąpić powikłania, jakoto silne krwawienia z ran po usuwaniu zębów i bóle głowy. Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę podniesienie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, to mamy źródło niejednego zapadu połączonego z objawami padaczki. Salomon dowodzi, że nadmierne wydzielanie się płynu mózgowo-rdzeniowego, przekrwienie i nadmierna przepuszczalność opon mózgowych podczas menstruacji, wywołać mogą napady padaczki; Hoff opisuje to samo i stosuje w takich przypadkach Calcium chloratum. Autor opisuje 2 przypadki: w obu stosował nowokainę z dodatkiem adrenaliny przy zabiegach leczniczych dentystrycznych u pacjentek podczas menstruacji. W pierwszym przypadku nastąpił zaraz zapad, skurcz żwaczy, utrata przytomności i napad padaczkowy a pacjentka odzyskała przytomność dopiero po kilku minutach. Riva Rocci wykazywał 170 mm Hg. ciśnienia, a po menstruacji 110. W drugim przypadku nastąpił tylko silny ból głowy i odurzenie. Pacjentce zalecono 0,3 Piramidonu. Riva Rocci wykazywał 160 mm Hg. ciśnienia, a po menstruacji 100.

Możliwość przystosowania się nerwów naczyńioruchowych zmniejsza się podczas menstruacji, a zatem nie należy stosować środków zwiększających ciśnienie krwi podczas menstruacji, a raczej stosować czysty roztwór nowokainy 2—4%, dawkować powoli, a wynik będzie dobry. Podobnie należy wstrzykiwać u osób chorych na serce i zwapnienie żył.

*Skuteksa (Lwów).*

## **PATOLOGJA, TERAPJA**

*Achhausen, Berlin. Patologja i leczenie stawu szczękowego. Fortschr. d. Z. Nr. 3. 1927. str. 198.*

Chirurgja stawu szczękowego ogranicza się do 4 stanów chorobowych. Są to: 1. ostre i zastarzałe zwichnięcia, 2. złamania żuchwy w pobliżu stawu (złamania szyjki). Zalicza się tu też zwichnięcia ze złamaniami, 3. zwiócenia stawu szczękowego z przejściem w zwichnięcie nawykowe, 4. upośledzenie ruchów w stawie aż do kostnego zesztynienia.

Ad 1. Patogeneza i leczenie zwichnięć świeżych już dawniej były opracowywane. Ostatnio zajął się tem Podlaha, zwłaszcza mechanizmem i anatomją jednostronnego zwichnięcia. Wedle utartego zdania chirurgów jednostronne zwichnięcie ku przodowi jest następstwem nadmiernego ruchu obrotowego. Poruszają się przytem główki stawowe w ten sposób, że zwichnięta wykonuje ruch kolisty dookoła ustalonej, promieniem tego koła jest odległość obu główek.

Wedle doświadczeń Podlaha ruchy te w istocie przebiegają inaczej, t. j. obie główki wykonują ruch obrotowy, mianowicie: jedna ześlizguje się ku przodowi, druga ku tyłowi. Przy nadmiernym ruchu żuchwy na bok główka idąca ku przodowi dochodzi do wysokości guza stawowego, druga opiera się o płytkę przewodu słuchowego, uciska na nerwy czuciowe,



skąd pochodzi przykre uczucie bólu, towarzyszące każdemu nadmiernemu ruchowi szczęki. Podłoha udowodnił anatomicznie, że przy nadmiernych ruchach szczęki obie główki ulegają fizjologicznej subluxacji. Gdy siła ta działa dłużej, i przekroczy granicę wytrzymałości więzadeł, zbacza główka tylko z jednej strony ku przodowi. Jeśli siła działa nierównomiernie i bardziej na główkę idącą ku tyłowi, to przy odpowiednich warunkach anatomicznych w kości wpada ona do fossa tympanico-stylomastoidea i ulega zwicnięciu ku tyłowi, lub też łamie się przytem blaszka kostna w kierunku zewnętrznego przewodu słuchowego i powstaje t. zw. tylne zwicnięcie ze złamaniem. Jeśli siła jest bardzo wielka, i działa równomiernie na obie strony, choć w kierunkach przeciwnych, to jedna główka ulega zwicnięciu ku przodowi, druga ku tyłowi i to albo do fossa tympanico-stylomastoidea, lub do zewnętrznego przewodu słuchowego; powstaje w ten sposób skrzyżowane zwicnięcie żuchwy. Wszystkie te obrażenia powstają wskutek tego samego mechanizmu ale o rozmaitem nasileniu działającego, mianowicie przez zadziałanie siły z boku na żuchwę; jeśli równocześnie zadziała na okolicę potylicy inna siła w kierunku przeciwnym, objawy wystąpią tem wybitniej.

Zwicnięcie zastarzałe rzadko jest przedmiotem obserwacji. Uderzające objawy i zaburzenia czynnościowe uniemożliwiają przeoczenie obrażenia, a odprowadzenie zwicniętej żuchwy rzadko napotyka na trudności.

Ad 2. O wiele bardziej możliwe jest przeoczenie złamania szyjki żuchwy w pobliżu stawu; istotnie częściej zdarzają się niespostrzeżone i ze zniekształceniem wygojone złamania niż zastarzałe zwicnięcia. Złamania te są naogół rzadkie, mają jednak ważne znaczenie praktyczne ze względu na to, że przy nieodpowiednim i niedostatecznym leczeniu upośledzają ciężko zdolność żucia.

Złamanie szyjki żuchwy jest następstwem działania znacznej siły na okolicę brody, przyczem łamie się szczeka w szyjce jako w miejscu najslabszem. Odpowiednio do tego w połowie przypadków złamanie to jest obustronne. Niekiedy towarzyszy temu złamaniu zwicnięcie odłamanej główki ku przodowi, czasem zaś łamie się żuchwa i w innem miejscu. Złamanie takie może też mieć miejsce przy bezpośredniem zadziałaniu na okolicę stawu, n. p. przez uderzenie podkową, co jednak zdarza się rzadziej. Po złamaniu szyjki następuje typowa dyslokacja jako skutek działania mięśni, mały odcinek proksymalny tak zostaje przemieszczony przez działanie mięśnia skrzydłowego zewnętrznego, że miejsce złamania przesuwają się ku przodowi i na zewnątrz. Wskutek tego, że reszta szczęki przez mięsień skroniowy, mięsień skrzydłowy wewnętrzny i żwacz uniesiona jest ku górze, załamuje się ramię wstępujące żuchwy ze znacznem skróceniem. Kąt załamania otwarty jest ku tyłowi, równocześnie przesuwają się żuchwa na stronę nieuszkodzoną. Skrócenie gałęzi wstępującej jest bardzo ważne, gdyż następstwem tego jest obrót poziomej części żuchwy dookoła osi poprzecznej, tylne trzonowce obu szczęk zachodzą przytem na siebie, stanowiąc pewnego rodzaju hypomochlion. Im bardziej część żuchwy poza trzonowcami leżąca idzie ku górze, t. j. im skrócenie wskutek dyslokacji jest większe, tem bardziej ku dołowi zwraca się pozioma część żuchwy. Żęby sieczne nawet przy silnem zamknięciu trzonowców zejść się nie mogą, powstaje „zgryz otwarty“ z ciężkimi zaburzeniami w żuciu. Taki



zgryz otwarty pozostaje na zawsze, jeśli złamanie to wygoi się w tem ułożeniu. Zgryz otwarty powstaje zarówno przy jedno- jak i obustronnem złamaniu szyjki żuchwy z dyslokacją. Podczas gdy przy obustronnem złamaniu trzonowce szczęki górnej i dolnej stykają się z obu stron, przy jednostronnem tylko po stronie złamanej.

Jest całkiem jasne, że te wszystkie objawy występują jedynie w przypadkach złamania z typową dyslokacją. Rzadkie są przypadki, w których brak tego przemieszczenia, lub złamania, w których fragmenty zaklinowały się w dobrym położeniu. Przy złamaniu ze zwicnięciem mechanizm jest prawdopodobnie taki, że najpierw powstaje zwicnięcie, a następnie przy dłuższem działaniu siły zwicnięta główka się odłamuje z typową dyslokacją i zgryzem otwartym. Rozpoznanie złamania szyjki żuchwy jest bardzo ważne ze względu na poważne następstwa. A więc jeśli u pacjenta, który upadł na brodę zauważy się, że nawet przy możliwie najsilniejszym zamykaniu zęby sieczne obu szczęk się nie stykają, a równocześnie występuje obrzęk i bolesność na ucisk okolicy jednego lub obu stawów żuchwy, można z największem prawdopodobieństwem rozpoznać złamanie z dyslokacją. Ograniczony ból, a nawet czasem trzeszczenie właściwe złamaniu ułatwia rozpoznanie. Zupełne potwierdzenie trafnego rozpoznania daje zdjęcie roentgenowskie, które przy odpowiedniem skośnem prześwietleniu<sup>1)</sup> czaszki objaśnia anatomiczne szczegóły złamania.

Jak przy każdym złamaniu, pierwszym warunkiem skutecznego leczenia jest dokładne odprowadzenie przesuniętych fragmentów i ustalenie w tem położeniu. Przy złamaniach świeżych nie napotyka to na żadne trudności. Przez ucisk na powierzchnię zgryzową tylnych trzonowców wyrównywa się dyslokacja. O wiele trudniejsze jest ustalenie. Perthes wprowadzał w tym celu drewnianą deseczkę poprzecznie przez usta na okolicę trzonowców i przypierał za pomocą capistrum okolicę brody ku szczęce górnej. Deseczka ta działała jako hypomochlion, opatrunek zaś ustalał w repozycji. W regule jednak ustalenie tego dokonuje się obecnie zapomocą szyn, co wchodzi w zakres protetyki dentystycznej. Jeśli się nie uda temi sposobami dyslokacji i zgryzu otwartego usunąć, lub jeśli złamanie takie przeoczone i jako przedawnione dostaje się w obserwację, pozostaje jedynie leczenie operacyjne, mianowicie odsłonięcie miejsca złamania, osteotomia i ustalenie zapomocą drutu metalowego lub płytki. Przy zastarzałych złamaniach niezawsze jest to możliwe, gdyż skurczenie się części miękkich, zwłaszcza mięśnia skrzydłowego zewnętrznego utrudnia, a nawet uniemożliwia odpowiednie ustawienie fragmentów. Pozostaje w tych przypadkach wedle Perthesa osteotomia powyżej kąta żuchwy, z zupełnem pominięciem miejsca złamania. Celem tego zabiegu jest usunięcie skrócenia wywołanego dyslokacją i zgryzu otwartego. Przy leczeniu świeżego złamania ze zwicnięciem wszelkie usiłowanie drogą zwykłych manipulacyj jest zupełnie bezcelowe i można jedynie drogą krwawą uzyskać repozycję i ustalenie. W przypadkach zastarzałych uzyskanie warunków normalnych w okolicy stawu jest równie nieosiągalne jak przy zastarzałych złamaniach szyjki z dyslokacją. Pozostaje do wyboru albo resekcja główki, lub osteotomia ramienia wstępującego. Resekcji główki wielokrotnie

<sup>1)</sup> Przy skośnem główka nie jest widoczna lecz przy bocznem z dołu. *Przyp. red.*



dokonywano z pomyślnym wynikiem. Po usunięciu jednak tego proksymalnego fragmentu pozostaje wielka luka, która wywołuje — choć nie zawsze — przemieszczenie żuchwy ku bokowi w następstwie zaś upośledzenie zdolności żucia.

*Ad 3.* Występowanie zwichnięć zależne jest od indywidualnego ukształtowania anatomicznego stawu szczękowego, czem się też tłumaczy wielokrotne pojawianie się zwichnięcia u tego samego osobnika. Naturalnem następstwem tego jest zwiótczenie więzadeł i torebki stawowej, przezco skłonność do zwichnięć się wzmacnia i jest podłożem dla stanu chorobowego zwanego zwichnięciem nawykowem. We wielu przypadkach rzecz ma się przeciwnie, mianowicie zwiótczenie stawu przedstawia stan pierwotny dysponujący właśnie do zwichnięć; przez zwiótczenia aparatu stawowego traci szczeka hamulec w ruchach. W miarę rozwierania ust przesuwa się główka na wyrostek stawowy ku przodowi aż utknie na „martwym punkcie“, z którego tylko siłą pracy mięśni nie bez bólu dla pacjenta z powrotem może być wprowadzona do stawu. Czasem może się tak ustalić na guzku stawowym, że pacjent ręką dopiero w położenie prawidłowe może ją odprowadzić. Wreszcie zwiótczenie może być tak znaczne, że nawet przy zwyczajnem otwarciu ust główka wyskakuje ku przodowi ponad guzek stawowy. Z przyczyn wywołujących zwiótczenia aparatu stawowego najważniejsze są częste i uporczywe wysięki, a więc powtarzające się schorzenia reumatyczne stawu szczękowego, czy też innego rodzaju zapalenia stawu natury zakaźnej, czy toksycznej, drogą metastatyczną przy chorobach wieku dziecięcego, dalej jako objaw kiły lub rzeżączki. Często spotykamy takie wysięki przy zniekształcającem zapaleniu stawów, polegającym na rozwłóknieniu chrząstki stawowej. Jak wiadomo, wiad i jamistość rdzenia często też prowadzą do wysięków stawowych, zwłaszcza stawu szczękowego. Wedle Lindemanna zdarzają się wypadki zwiótczenia aparatu stawowego, gdzie jedyną przyczyną jest wada rozwojowa, polegająca na mniejszowartościowości tkanki łącznej w organizmie.

Stan zwiótczenia stawu szczękowego ze względu na dolegliwości jakie spowoduje, bezwarunkowo należy usunąć. Leczenie protetyczne ograniczające otwieranie ust i ruchy w stawach może mieć zastosowanie jedynie w przypadkach lżejszych, w których noszenie protezy dość przykrojonej dla chorego ogranicza się do czasu wzmocnienia zwiótczonego stawu. W przypadkach ciężkich pozostaje jedynie radykalne leczenie operacyjne, którego celem jest upośledzenie ruchów w stawie. Konjetzny i Lindemann usiłują to uzyskać przez zabieg w samym stawie, podczas gdy Nieden ustala główkę drogą pozastawową.

*Ad 4.* Leczenie zesztynienia stawu szczękowego polega na wytworzeniu stawu sztucznego w miejscu pierwotnego, lub też drogą osteotomji gałęzi wstępującej, o ile nie uda się ten zabieg w miejscu samego stawu. Dla zapobieżenia zrośnięciu obu fragmentów Hoffman ostatnio zamiast interpozycji części miękkich nadaje jednemu fragmentowi postać klina, którego szczyt tylko styka się z drugim fragmentem.

*Bardaszówna (Lwów).*



**Blessing.** Istota i wartość leczenia preparatami wapniowymi przy zaburzeniach mineralnej przemiany zębów. D. M. f. Z. 1925. str. 296.

Kostnienie systemu szkieletowego i twardnienie listewki zawiązkowej zębów jest identyczną sprawą. Według ostatnich badań mechanizm kostnienia przebiega w 3 etapach. Najpierw następuje wiązanie jonów wapniowych rozpuszczonych w otaczających płynach z tkanką chrząstkową, w następnej fazie dołączają się sole fosforowe i węglowe tak, że mamy już połączenia  $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$  i  $\text{CaPO}_3$ , wreszcie w trzeciej fazie strącają się sole wapniowe i węglowe, tkanka twardnieje. Zaburzenia w systemie kostnym i zębach należy również do tych samych przyczyn sprowadzić. Krzywica i próchnica zębów jest procesem odwapnienia, przyczyny zaś tych zaburzeń leżą w braku wapnia w spożywanych pokarmach lub też w zmniejszonej zdolności resorbacyjnej tegoż.

Zahamowanie dowozu wapnia prowadzi do opóźnienia wzrostu, co tak wyraźnie się zaznacza spóźnieniem ząbkowaniem u dzieci krzywiczych. W parze z tem występuje niedostateczne żucie, zaburzenie w trawieniu, przezco również cierpi rozwój organizmu. Zęby krzywicze ulegają łatwiej próchnicy, dlatego też zębolecznictwo ma tutaj nie mniejsze zadanie niż leczenie chorób wewnętrznych, lub chorób dziecięcych. Z eksperymentalnych badań Voits'a i Roloffa widzimy, że niedostarczanie wapnia z pokarmów ma ujemny wpływ na budowę kości, a wczesne profilaktyczne podawanie wapnia — korzystny wpływ na rozwój zębów i kostnienie. Również Aron i Dibbelt stwierdzili, że między mlekiem kobiecym, kością i całym organizmem dziecka zachodzi pewien związek, że krzywica może wystąpić tylko, jeżeli mleko to skape jest w wapień. Deficyt może być pokryty przez odpowiednie leczenie. Od 5 lat robił autor obserwacje i najlepszy preparat zawierający wapień według jego zdania jest *Candiolin*; łatwo przyswajalny a zawierający Ca i  $\text{PO}_4$ . Wprawdzie doświadczenia na zwierzętach robione tym preparatem mikroskopowo nie dają pewnych rezultatów, jednakowoż u ludzi nawet już klinicznie dają się zauważyć pewne zmiany. Autor wybrał około 200 młodych osobników w wieku od 6—14 lat, u których zęby wykazywały pewne braki w szkliwie lub też u których ząbkowanie było spóźnione. Osobniki te dostawały 2 razy dziennie po 1 tabletkę Candiolinu przed jedzeniem. U młodszych po roku takiej kuracji małe miejsca próchnicowe wygoiły się przez zatrzymanie procesu a przez tworzenie szkliwa wybitnie się poprawiły.

Zmiana uzębienia przechodziła szybko i gładko. Jeszcze ciekawiej przedstawiają się obserwacje ciężarnych, które z powodu procesu demineralizacyjnego cierpiały na masową próchnicę zębów w czasie poprzedniej ciąży; przy następnej ciąży w drugiej jej połowie, poddane kuracji Candiolinem czuły się dobrze, a stan uzębienia był zadowalający.

Jarząb (Lwów).

## ROENTGENOLOGJA.

**Schmiedt** (Lucerna). Przyczynę do leczenia ziarninaków promienia Roentgena. Schw. M. f. Z. 1925, Nr. 6 str. 283 ryc. 3.

Znany i niczem nie dający się zwalczyć strach pacjentów przed zabiegiem krwawym, skłonił S. do szukania innych dróg w leczeniu ziarninaków, przyczem spróbował działania promieni Roentgena, które dały



doskonale — jak twierdzi — wyniki. Technika przedstawia się następująco: Najpierw leczenie wkładkami tricesol-formalinowymi przez 2 tygodnie, poczem wypełnienie korzenia i zęba. Następnie stosuje leczenie Roentgenem. Lampa Roentgena zaopatrzona jest w tubus ze szkła ołowiowego o średnicy około 2—3 cm, wymierzony dokładnie w tę część błony śluzowej, gdzie znajduje się ziarniniak i ustawiony w minimalnem od owego miejsca oddaleniu. Cały pacjent nakryty jest płótnem zawierającym ołów, a tem bardziej twarz i oczy a nawet wargi powleka autor roztworem azotanu bismutowego. Stosownie do wielkości ziarniniaka stosuje autor następujące dawki: 1. przy małych, wielkości główki od szpilki, wystarcza jedno posiedzenie o dawce 1 Sabourauda t. zn. przy średnio twardej rurze i 3 mm filtru glinowego 6—7 minut. 2. Przy większych, dochodzących do wielkości orzecha laskowego — 2—3 posiedzenia po  $\frac{3}{4}$  do 1 Sabourauda w przerwach 3-tygodniowych. Według autora spostrzega się na zdjęciu roentgenowskiem już po pierwszym posiedzeniu znaczną dobudowę kości i zmniejszenie się ziarniniaka aż do zupełnego wyleczenia. Jako przykład przytacza autor 1 przypadek, gdzie u pacjenta z ziarniniakiem pod kłem po 3 posiedzeniach po  $\frac{3}{4}$  Sabourauda zdjęcie roentgenowskie wykazało restitutio ad integrum.

Hirt (Lwów).

## **DENTYSTYKA SĄDOWA.**

*Heitmüller* (Getynga). Przypadek śmierci w narkozie z powodu uduszenia. DZW. 29. 1926. Nr. 18. p. 367.

W Getyndze odbyła się rozprawa sądowa przeciwko lekarzowi-dentyście i przeciw lekarzowi z powodu lekkomyślnego zabójstwa. Stan faktyczny przedstawiał się w sposób następujący: Chłopak dziewięcioletni został celem usunięcia mlecznego trzonowca górnego uśpiony chlorkiem etylowym. Lekarz-dentysta zapomniał jednak uprzedzić rodzinę chorego, że powinien on być naczczo. Mimo to matka chorego, wiedząc, że przed operacją powinien być naczczo, nie dała mu nic do zjedzenia popołudniu, gdyż zabieg miał się odbyć o godz. 17.30. Chłopak jadł jedynie o godzinie 12.45 „wątrobę z fasolą“, a więc potrawę bardzo ciężko strawną, która dłuższy czas w żołądku zalegała. Badanie serca i płuc przed zabiegiem nie wykazało żadnych zmian. W czasie narkozy, rozpoczętej chlorkiem etylowym poczem dodano nieco eteru, wystąpiły ruchy wymiotne, wskutek czego uśpienie przerwano, następnie jednak podjęto je ponownie i ząb usunięto. Pojawiły się ponownie ruchy wymiotowe przyczem chory zwymiotował nieco papki pokarmowej. Przez obrócenie głowy na bok i wytarcie wacikiem usunięto wprawdzie pokarmy z jamy ustnej, lecz równocześnie chory przestał oddychać i wszelkie próby przywrócenia go do życia, jak sztuczne oddychanie i masaż serca zawiodły i chory zginął. Sekcja wykazała, że narządy wewnętrzne były zdrowe, lecz tchawica i oskrzela były szczelnie wypełnione papką pokarmową, co spowodowało śmierć. Przy rozprawie sądowej zadano następujące pytania: 1. Czy należało wogóle ząb usunąć? 2. Czy nie wystarczyłoby znieczulenie miejscowe i czy nie dałoby się uniknąć uśpienia ogólnego? 3. Czy nie zwiniono przez zaniechanie zwrócenia uwagi chorego, wzgl. jego rodziny, że nie wolno mu przez dłuższy czas przed operacją nic jeść? 4. Czy wreszcie uczyniono



wszystko, by zapobiec fatalnemu zejściu? Autor wydał jako rzeczoznawca orzeczenie, w którym zaznaczył, że usunięcie zęba było konieczne z powodu bolesności, a leczenie zachowawcze nie było wskazane, narkoza była pożądana, gdyż u niespokojnych dzieci trudno wstrzykiwać płyny znieczulające. Lekarz-dentysta niewątpliwie zawinił, zapomniawszy uprzedzić rodzinę, bo chory powinien być naczeczko, lecz to przeoczenie było o tyle bezprzedmiotowe, że chory od 12:45 do 17:30 nic nie jadł. Przed narkozą zapytywał jednak lekarz-dentysta chorego, kiedy jadł po raz ostatni i, dowiedziawszy się, że miało to miejsce przed pięciu godzinami, przypuszczał, że żołądek chorego już jest opróżniony z papki pokarmowej. Niestety jednak zbiegiem okoliczności chory jadł poprzednio potrawę bardzo ciężką, która w czasie zabiegu jeszcze zalegała w żołądku. Pozatem uczynili obwinieni wszystko, by uniknąć nieszczęśliwego zejścia uspienia. Sąd uwolnił obu obwinionych.

*Allerhand (Lwów).*

## **HISTORIA DENTYSTYKI.**

*Kalisch, (Mannheim). Pielęgnacja zębów przed 100 laty. D. Z. W. 1926. str. 333.*

Ze starych gazet z r. 1826 widzimy, że parodontitis znana już była w owych czasach. Pewien lekarz-dentysta zatrzymawszy się w drodze do Paryża w Mannheim poleca się w ogłoszeniu następującej treści: „Lekarz uznany przez uniwersytet wiedeński i inne w podróży swej do Paryża zatrzymuje się w tem mieście przez jakiś czas, poleca się uprzejmie szlachcie i łaskawej publiczności. Zawiadamia, że leczy i operuje wszelkie schorzenia zębów i jamy ustnej. Zapewnia, że w swej praktyce doszedł do tego, że bezboleśnie wstawia sztuczne zęby i całe uzębienie z najlepszego materiału. Nie różnią się one od naturalnych, oddają te same usługi, są do nich zupełnie podobne i nie żółkną nigdy. Czyści zęby, które od lat są już bardzo brzydkie, żółte lub czarne. Ta brzydka powłoka zębów jest niczem innem jak śliną stwardniałą i skamieniałą, która prócz zeszpeccenia najgorsze skutki za sobą pociąga. Powstaje często ból zębów, przykry zapach z ust, krwawienie z dziąseł, od których się stopniowo zęby oddzielają, stają się długie i nieforemne, tracą wytrzymałość i o ile się nie zapobiega, to zęby takie wypadają. Nie wiek, lecz nieczyste utrzymywanie jest przyczyną, że większa część ludzi traci zęby, ponieważ są mniemania że ten twardy osad stanowi część zęba. Podpisany zarecza, że zęby takie przy jego pomocy odzyskują bezboleśnie swój piękny wygląd. Dalej zobowiązuje się wszystkie próchnicowe zęby uwolnić z tego, by zapobiec pogorszeniu, wydrażone i bolesne zęby leczy i wypełnia je złotem lub srebrem (plombuje), tak, że w rezultacie zęby takie są zdatne przez całe życie. Zęby zbyt zniszczone, nie nadające się do plombowania w jak najmniej bolesny sposób usuwa. Posiada płyn, który nadaje się do utrzymywania czystości zębów, który chroni prócz tego dziąsła i całą jamę ustną, wstrzymuje proces gnicia zębów, jest aromatyczny i służy znakomicie przeciw gnilcowi. Użycie polega na polaniu kilku kropel na szczoteczkę do zębów lub też po zmieszaniu z odrobiną wody“.

*Bardaszówna (Lwów).*



## OCENY KSIĄŻEK.

*Hans Herman Rebel* (Göttingen). Choroby uzębienia mlecznego, nieprawidłowości w wykluwaniu się zębów i choroby okresu ząbkowania. — Choroby zębów stałych i ich leczenie zachowawcze. (*Die Erkrankungen des Milchgebisses mit Einschluss der Dentitionsanomalien und der sogenannten Dentitionskrankheiten. — Die Erkrankungen der Zähne des bleibenden Gebisses und ihre konservative Behandlung*). Diagn. und Therapeutische Irrtümer, herausgeg. v. Prof. Schwalbe: Zahnheilkunde, zes. 2, 1926, stron 148, 6 rycin.

Praca jest uzupełnieniem podręczników. Po krótkim opisie właściwości charakterystycznych uzębienia mlecznego, poświęca autor słów kilka prawidłowym okresom wyrzynania się zębów i omawia ząbkowanie przedwczesne i spóźnione. Opierając się na orzeczeniu powag naukowych, zwalcza istnienie domniemańnych chorób okresu ząbkowania. Zaburzenia w rozwoju uzębienia w związku z zachorzeniem ogólnym u dzieci wyświetla autor według badań i poglądów najnowszych. W rozdziale o właściwych chorobach uzębienia mlecznego mówi autor o nalotach barwikowych, zatrzymaniu zębów wewnątrz kości szczękowej i przechodząc do spraw próchnicowych, wskazuje na sposoby wstrzymywania rozwoju próchnicy.

Choroby miazgi, leczenie i wypełnianie korzeni zębów mlecznych z szczególnem uwzględnieniem stosowania kamfenolu według wskazań Prof. Chlumsky'ego, oraz sprawy chorobowe jamy ustnej spowodowane drobnoustrojami są przedstawione w sposób pouczający zarówno ze względów rozpoznawczych jak i leczniczych.

Autor wprowadza do zębolecznictwa rozczyn chloraminu. Higjena jamy ustnej i wskazówki o zapobieganiu chorobom zębów kończą I. część zeszytu.

Ze schorzeń zębów stałych uwzględnione są choroby przed wykluciem i podczas wykluwania i wszystkie odmiany zachorzeń zębów już w okluzji ustawionych. Miazdze żywej i ozębnej jako i ochronie tych tkanek poświęca autor należytą uwagę.

Do zachorzeń niewywołanych drobnoustrojami zaliczone są odłamania części zęba wskutek urazu, ubytki klinowe, zawodowe zachorzenia twardych części zęba i zniszczenie szkliwa i zębiny przy zgryzie głębokim. Zniszczenie spowodowane drobnoustrojami podzielone jest na próchnicę szkliwa, zębiny i cementu; preparować ubytki poleca autor według reguł Black'a i stosownie do czynnościowego zadania zębów. Przy wyborze materiałów używanych do wypełnień uwzględnia autor te tylko, które są nieszkodliwe dla miazgi, ozębnej i całego organizmu, niezmiennie pod względem chemicznym i fizykalnym, oraz ze względów estetycznych dopuszczalne. Autor szczególnie podnosi wartość wypełnień nieplastycznych i wykazuje błędy, które powodują niepowodzenia przy tego rodzaju pracach.

Uwagi o chorobach miazgi i ozębnej zawierają cenne wskazania lecznicze dla wszystkich odmian zapaleń, przyczem autor słusznie podkreśla wartość dokładnego badania i wywiadów. Dla uzupełnienia zębolecznictwa przypomina autor sprawy neuralgiczne i okołożębowe jak ropotok zębodołowy, ziarniniaki i torbiele, zalecając operacyjne leczenie według Cieszyńskiego-Widmanna-Neumanna.

Autor wyzyskał omyłki i uchybienia, które zachodzą w praktyce, dla swych celów pedagogicznych i przeczytanie jego pracy może być tylko z korzyścią, szczególnie dla początkujących praktyków. *Skutecka* (Lwów).



## RUCH NAUKOWY.

## ZWIĄZEK STOMATOLOGÓW PARYSKICH.

Posiedzenie z dnia 21. marca 1927.

## A) Przedstawienie chorych.

Ponroy przedstawia obrażenia wojenne — częściową utratę zuchwy i wskazuje przedewszystkiem na ogólną technikę pobierania wycisków.

Duclos demonstrowuje wynik osiągnięty *dostawką ustalającą przy leczeniu uporczywego ropotoku zębodołowego* (technika Dra Béliard'a). Ponieważ ropotok zębodołowy jest zachorzeniem nieuleczalnym, należy o ile tylko możliwe dbać o to, aby się objawy nie nasilały<sup>1)</sup>.

B). *Komunikaty: Lemaitre i Ponroy. Pokaz roentgenogramów zdejmowanych ze znakami metalowymi przy chirurgicznym odszukiwaniu ciał obcych*, jeżeli kontrola zapomocą prześwietlenia i uwidocznienia ich na ekranie jest niemożliwa.

Lemaitre i Ponroy przedstawiają technikę, którą zastosowują przy odszukiwaniu pewnych ciał obcych trudnych do zlokalizowania. Metoda polega na tem, że wkłada się jeden lub kilka znaków metalowych w pobliżu zęba obcego i dokonuje się zdjęcia radiograficznego. Małe te znaki wskazują czy poszukiwania są na dobrej drodze i na jakiej odległości od znaków jest umieszczone ciało obce.

Boissier. *Nerwica twarzowa a stomatologia*. Autor podaje dwa przypadki nerwicy twarzowej, której rozpoznanie etjologiczne było niewyjaśnione. Jeden przypadek był na tle malarycznym i został szybko wyleczony chininą. Druga sprawa toczyła się w związku ze zębem mądrości niewykłutym, który spowodował nadżerkę korzenia drugiego trzonowego zęba. Wyjęcie obu zębów usunęło cierpienia nerwicowe, które trwały od 4 lat.

Thesée. *Kamice w kanale Whartona i przewlekłe zapalenie gruczołu podszczękowego po stronie lewej*. Autor obserwował osobnika 52-letniego dotkniętego guzem w okolicy podszczękowej po stronie lewej. Ucisk na guz powodował wypływ ropy przez ujście kanału Whartona. Ogólny stan pacjenta był zły, spojówki oczu wykazywały lekkie zabarwienie żółtaczkowe, pacjent robił wrażenie osobnika zakażonego. Zdjęcie radiograficzne wykazało obecność kamienia w kanale Whartona. Gruczoł podszczękowy uszkodzony przez sprawę zapalną przed 11-tu laty został usunięty drogą zewnętrzną.

Merville podaje obserwację młodej 25-letniej pacjentki, która miała mały kamień w prawym kanale Whartona. Kamień nie wywołał jeszcze

<sup>1)</sup> Dostawka ustalająca znajduje zastosowanie formalne z chwilą kiedy pacjent zaczyna tracić uzębienie. Dostawka ustalająca zastosowana prawidłowo wstrzymuje dalszy rozwój zniszczenia i dalsza utrata uzębienia zostaje zatrzymana. Zanik wyrostka zębodołowego już nie postępuje dalej, sprawa ropna zanika podobnie jak i wszystkie objawy subiektywne ropotoku.



bolesności gruczołu ślinowego, ani też zakażenia. jedynie tylko zatrzymanie prawidłowego odpływu śliny i lekki obrzęk gruczołu podczas jedzenia.

Lemaitre przypomina częste powtarzanie się tych objawów i przemawia przeciwko wycinaniu metodycznemu gruczołów. Usunięcie gruczołów zastosowuje on tylko w 2 wypadkach: kiedy kamień osadzony jest wewnątrz gruczołów, albo jeżeli są powikłania ze strony gruczołów, co na ogół nie zdarza się często.

Bercher jest tego samego zdania co Lemaitre w sprawie częstotliwości kamicy w kanale Whartona. Jeżeli kamień jest w kanale należy zrobić zdjęcie wewnątrz jamy ustnej, w przeciwnym razie, gdy kamień jest wewnątrz gruczołu należy zrobić zdjęcie boczne ze szczęką najwięcej odchyloną.

Constaing i Gornouec podają 2 wypadki kamicy podszczękowej. Ostatni wypowiada się za używaniem znieczulenia przewodowego przy usuwaniu kamieni z kanału Whartona. Według jego zdania daje ten sposób znieczulania znaczniejsze korzyści, niż znieczulanie miejscowe.

Maurel sądzi, że często bywa się zmuszonym wykonać usunięcie gruczołu podszczękowego jeżeli zachodzą objawy zakażenia.

*Dr. Merville (tł. Sk.).*

## RUCH W TOWARZYSTWACH.

### Protokół konstituującego Zebrania Polskiego Komitetu Narodowego Fédération Dentaire Internationale (FDI),

odbytego w Warszawie, w lokalu Związku Lekarzy Dentystów Chrześcijan,  
ul. Bracka 18, dnia 31. maja 1927, o godzinie 10 rano.

*Obecni:* Delegat Wydziału Wykonawczego FDI, Prof. Cieszyński; ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Dr. Allerhand; ze Związku Stomatologów i Lekarzy-Dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej, Dr. Wodniecki; ze Związku Lekarzy-Dentystów Chrześcijan w Warszawie, Lek.-Dent. Stokowski i Lek.-Dent. Urbańska-Filipowiczowa; ze Związku Lekarzy-Dentystów w PP., Lek.-Dent. Bloch; ze Związku Lekarzy-Dentystów Polaków w Wilnie, Lek.-Dent. Bobrowska; ze Związku Lekarzy-Dentystów b. Dzielnicy Pruskiej, Lek.-Dent. Cykowski; Przedstawiciele katedr: z Krakowa Prof. Łepkowski, z Warszawy Dr. Czernecki i Zeńczak.

#### *Porządek dzienny:*

1. Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Komitetu Organizacyjnego: a) przewodniczącego, b) sekretarza, c) skarbnika;
2. Projekt statutu Polskiego Komitetu Narodowego FDI;
3. Wnioski lwowskiego Komitetu Organizacyjnego: a) wkładka do FDI, b) Zjazd FDI w Kopenhadze, c) opracowanie referatów zbiorowych dla FDI:
  - I. Stan nauczania dentystryki w Polsce. Projekty;
  - II. Statystyka lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce;
  - III. Statystyka Studujących od 1918 r.;



IV. Społeczna pomoc dentystyczna: A) w Kasach chorych, B) w szkołach, C) w Instytutach Uniwersyteckich, D) w wojsku. Organizacja służby dentystycznej wojskowej w czasie wojny i pokoju;

V. Wykonywanie praktyki dentystycznej w Polsce. Ustawodawstwo.

4. Wybór Komisyj Polskiego Komitetu Narodowego (odpowiadających Komisjom FDI);

5. Następowe zatwierdzenie dotychczasowej działalności Komitetu Organizacyjnego;

6. Wybór Wydziału.

Punkt 1: Prof. Cieszyński zdaje sprawę z dotychczasowej czynności Komitetu Organizacyjnego, przyczem kreśli pokrótce historję powstania i dotychczasowej działalności FDI. Następnie odczytuje zasadnicze punkty statutu FDI, tudzież list Dra Villaina z Paryża, z dnia 12. lutego 1927, w którym Prof. Cieszyński zostaje zawiadomiony o mianowaniu go delegatem na Polskę przez ogólne zebranie FDI w Filadelfji i zaproszony na zebranie FDI w r. 1927 w sierpniu w Kopenhadze.

Kol. Stokowski zabiera głos w sprawie formalnej i zaznacza, że Rada Centralna, której mowca jest wiceprezesem, wprowadzie przyjmuje z zadowoleniem do wiadomości fakt mianowania Prof. Cieszyńskiego delegatem, mowca uważa jednak za błąd organizacyjny pominięcie Centralnej Rady, reprezentującej pięć najpoważniejszych związków dentystycznych w Polsce, które jako takie przez swych delegatów wchodziły w skład Polskiego Komitetu Narodowego FDI.

Prof. Łepkowski podnosi, że dowiaduje się o faktach dokonanych, o których postanowiono bez niego, zwraca uwagę na dotychczasowe nieformalności.

Prof. Cieszyński wyjaśnia, że Rada Centralna ma wpływ swój zagwarantowany przez organizacje, z których się składa. Prof. Cieszyński zaznacza, że Prof. Łepkowski otrzymywał wszystkie komunikaty, które wysyłane były również innym docentom w sprawie FDI, oraz że komunikaty te były podane do publicznej wiadomości w „Polskiej Dentystyce“.

Kol. Urbańska-Filipowiczowa wnosi, by przedewszystkiem przedyskutować statut.

Kol. Wodniecki zapytuje, jaka różnica zachodzi pomiędzy FDI a ASI.

Prof. Cieszyński wyjaśnia te różnice.

Następuje sprawozdanie sekretarza i skarbnika. Dr. Allerhad zaznacza, że nie ma wiele do dodania do wyczerpującego exposé przewodniczącego, odsyła do ogłoszonych przez siebie w tłumaczeniu w „Polskiej Dentystyce“ statutów FDI; Dr. Czernecki jako skarbnik przedstawia, że Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej zadeklarował na kosztą wyjazdu delegata do Kopenhagi \$ 15, Związek Lek.-dent. Polaków w Wilnie złożył przez kol. Bobrowską \$ 25 gotówką, Związek Lekarzy-Dentystów b. Dzielnicy Pruskiej (kol. Lewandowski) 223 Zł. Pieniądze te są w przechowaniu u skarbnika.

2. Statut Polskiego Komitetu Narodowego<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Ukaże się w numerze następnym.



Prof. Cieszyński przedkłada swój *projekt statutu*, który został członkom PKN już poprzednio rozesłany. Po dłuższej dyskusji został statut przyjęty; jedynie w par. 2 ustalono brzmienie, jak następuje: „PKN FDI jest organizacją złożoną z delegatów Związków tworzących Centralną Radę i z delegatów poszczególnych organizacji dentystycznych.

Punkt 3. Wnioski lwowskiego Komitetu organizacyjnego zostały wszystkie przyjęte w brzmieniu referowanem, przyczem budżet PKN FDI na rok 1927 ustalono w wysokości 157 \$.

Punkt 4. Wybór Komisji odłożono na później i postanowiono prosić poszczególne Związki o propozycje co do członków Komisji.

Punkt 5. Działalność Lwowskiego Komitetu Organizacyjnego została ex post zatwierdzona, przyczem stwierdzono, że zebranie niniejsze przedstawia moment ważny w dziejach dentystyki polskiej, jako moment przystąpienia polskich organizacji fachowych do Związku Międzynarodowego.

Punkt 6. *Wybór Wydziału*: Przewodniczący, Prof. Cieszyński; Zastępca przewodniczącego, Prof. Łepkowski; Sekretarz, Dr. Allerhand; Zastępca sekretarza, Lek. dent. Urbańska-Filipowiczowa; Skarbnik, Dr. Zeńczak.

Wreszcie uchwalono jednomyślnie uznać „Polską Dentystykę“ za organ PKN FDI i umieszczać w niej swe komunikaty.

Na tem posiedzenie zamknięto.

*Dr. Allerhand*, sekretarz.

*Prof. Cieszyński*, przewodniczący.

### **FDI Polski Komitet Narodowy — Wydział — Prezydjum.**

Protokół posiedzenia odbytego dnia 15. czerwca 1927 w Instytucie dentystycznym U. J. K. o godz. 21.

*Obecni*: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand. Jako gość Dr. Atlas ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

1. Przewodniczący odczytuje korespondencję, a mianowicie pisma Dra Villaina z Paryża, w których donosi, że otrzymał zgłoszenia członków, poleconych przez Polski Komitet Narodowy i przesłał im zaproszenia na zebranie w Kopenhadze, na którem również nastąpi ich formalne przyjęcie. Pozatem donosi, że celem ustalenia podstaw finansowych FDI i przygotowania odpowiednich projektów na zebranie sierpniowe w Kopenhadze, odbędzie się zebranie Wydziału Wykonawczego w Paryżu w dniach 2. i 3. lipca 1927. Postanowiono żadnych konkretnych wniosków na to zebranie nie wysyłać i zająć na razie stanowisko wyczekujące.

2. Odczytano protokół konstituującego zebrania PKN FDI w Warszawie z dnia 31. maja 1927 i postanowiono wysłać urgensy do członków PKN, którzy zobowiązali się do dostarczenia materiałów statystycznych umożliwić mających opracowanie referatu zbiorowego o stanie dentystyki w Polsce dla Kopenhagi, jak również do instytucji, wzgl. osób, któreby takich materiałów mogły dostarczyć. Na tem posiedzenie zamknięto.

*Dr. Allerhand*, sekretarz.

*Prof. Cieszyński*, przewodniczący.



## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

## ZUBNI LEKARSTVI XXV. 1925.

## Nr. 1—12.

*Cislerová.* Otitis fibrosa maxillae. O tutokainie. Wrodzona bezzębnosc.

*Černý.* Budowa mikroskopowa tkanki łącznej okolozębowej. Przyczep dostawki częściowej.

*Drbohlavová.* Ortopedia zębów.

*Ganz.* O estetyce dentystycznej.

*Chudoba.* Przyczynek do nowych metod znieczulania.

*Jesenský.* Oszkliwe koron zębowych.

*Kostečka.* Symbioza fusospirilarna a etiologia patologiczna zmian chorobowych w jamie ustnej.

*Kostečka.* Chirurgiczne leczenie wydutności zuchwy.

*Neuwirt.* Doświadczalne badania o plantacji zębów.

*Pelcová.* Nowiny z Ameryki.

*Příbil.* Opieka nad uzębieniem młodzieży szkolnej w stanie Północnej Karolinie.

*Příbil.* Technika wypełniania przewodów korzeniowych.

*Schulz.* Metoda redukcijna Dra Howe.

*Svoboda.* Przegląd historyczny o najnowszych preparatach na pokrycie miazgi.

*Tereba.* Jak należy postępować przy leczeniu uzębienia dzieci osób nadwrażliwych.

*Vasak.* Najnowsze poglądy na leczenie miazgi.

*Vasak.* Leczenie zębów ze zgorzelą.

*Wachsmann.* O nieprawidłowościach zgryzu, które należą do III klasy Anglea.

## XXVI. 1926.

## Nr. 1—12.

*Černý.* Ukryte ubytki podniebienne.

*Černý.* Używanie różnych stopów w stomatotechnice.

*Chudoba.* Przypadek śmierci po ekstrakcji trzeciego dolnego trzonowca.

*Chudoba.* Torbiel korzeniowa na twardem podniebieniu.

*Jesenský.* Dens in dente. Złamanie igły przy znieczulaniu mandibularnem.

*Jesenský.* Bóle neuralgiczne w obrębie zuchwy wywołane ciśnieniem torbieli korzeniowej na nervus alveolaris inferior.

*Jesenský.* Mianowanie docentów stomatologii w praskim Uniwersytecie.

*Kostečka.* Plastyka chirurgiczna w zębolecznictwie.

*Kostečka.* Korony z porcelany wysokotopliwej.

*Kostečka.* Chirurgiczne instrumentarium do operacji w jamie ustnej.

*Mareš.* O przystępności ubytków próchnicznych.

*Mareš.* Dostawki kauczukowe.

*Neuwirt.* O zakażeniu jamy ustnej. Przyczynek do morfologii dens in dente.

*Neuwirt.* O przygotowywaniu ubytków próchnicznych.

*Pansar.* Opieka nad uzębieniem młodzieży szkolnej w Jihlavy.

*Příbil.* Wzmianki o szkolnej klinice w Ameryce.

*Příbil.* Opieka nad uzębieniem szkolnej młodzieży.

*Rericha.* Regulowanie nieprawidłowości zgryzu.

*Szulz.* Postępy dentystyki amerykańskiej w r. 1925.

*Šolc.* Zastosowanie szczepionki Goldenberga przy ropotoku zębodołowym.

*Wachsmann.* Nieprawidłowości siekaczy.

*Wachsmann st.* Paradentitis a paradentozia.

## SCHWEIZERISCHE MONATSSCHRIFT FÜR ZAHN-HEILKUNDE. XXXV. 1925.

## Nr. 1.

*Wirth.* Badania kliniczne i histologiczne o działaniu przestrzykiwania chlorfenolem, chlorfenol kamforą i kamfenolem na przewlekłe ziarniniakowe zapalenie okostnej okolozębowej.

*Steiner.* Drenowanie zęba.

## Nr. 2.

*Schwarz.* Badanie szczęk i zębów u Melanezyjczyków pod względem morfologicznym i morfogenetycznym.

## Nr. 3.

*Egger.* Badania doświadczalne o wpływie dodatkowych środków odżywczych na układ zębowy.

*Köhler.* Budowa istoty kitowej w szkliwie zębów.

*Dreyfus.* Ortodonecja.

## Nr. 4.

*Reimann.* Dobrotliwe epulis i podobne złośliwe mięsaki wyrostka zębodołowego szczęki.

*Vancheer.* Spirochaeta buccalis i zastrzyknięcia arsenobenzolowe.

## Nr. 5.

*Muralt.* Niebezpieczeństwo wchłonięcia zębów i korzeni do dróg oddechowych.

*Pfäffli.* Mostki ruchome i metalowe.

*Bouvier.* Dwa przypadki złamania szczęki dolnej.



**Nr. 6.**

*Keller.* Leczenie korzeni.

*Fischer.* Źródła niebezpieczeństw przy znieczulanii miejscowem.

*Schmidt.* Przyczynek do leczenia Roentgenem ziarniniaków korzeniowych.

**Nr. 7.**

*Schweizer.* Badania kliniczne i histologiczne wpływu cementów na miążgę zębów pokrytych koronami.

**Nr. 8.**

*Schmidt.* Badania histologiczno-patologiczne wpływu zimna na tkanki jamy ustnej.

*Graber.* Łuk podwójny przy artykulatorach.

**Nr. 9.**

*Köhler.* Podstawy klinicznej protetyki.

*Seidel.* Niektóre źródła niebezpieczeństwa i ulepszenia z zakresu płynów znieczulających.

**Nr. 10.**

*Köhler.* Podstawy klinicznej protetyki.

*Müller.* Zapalenie miążgi a kanaliki zębinowe.

*Fischer.* Odpowiedź na Seidla „Niektóre źródła niebezpieczeństwa z nr. 9“.

**Nr. 11.**

*Kieffer.* Znaczenie biologiczne i kliniczne leczenia promieniami w zębolecznictwie.

*Maumary.* Zapobieganie niebezpieczeństwu przy znieczulanii miejscowem.

**Nr. 12.**

*Kieffer.* Szczegóły z anatomji kości czaszkowej ważne przy założeniu całkowitej dostawki zębowej.

*Seidel.* Źródła niebezpieczeństw i ulepszenia z zakresu płynów znieczulających.

*Egger.* Leczenie ropotoku zębodołowego szczepionkami.

*Schaer.* Przyczynki do leczenia ropotoku zębodołowego szczepionkami.

*Goldie i Edlin.* Zastosowanie „Protaguliny“ przy krwotokach po usunięciu zęba.

**LA REVUE DE STOMATOLOGIE. XXVIII. 1926.****Nr. 12.**

*Fournier i Boltanski.* Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej po stosowaniu leczniczych preparatów złota.

*Herpin.* Podwójne złamanie żuchwy.

*Gornouec.* Osteoma szczęki górnej.

*Pescher.* Praktyczne zastosowanie ćwiczenia oddechowego zapomocą spiroskopu.

*Bercher i Puig.* Gruczoły podszczękowe.

**L'ODONTOLOGIE. XLVI. 1926.****Nr. 11.**

*Levy.* Sposób zastąpienia kramponów przez zęby osadzone w pudełkach.

*Barail.* Leczenie promieniami miejscowem ran i zakażeń jamy ustnej.

**Nr. 12.**

*Ruppe.* Leczenie protetyczne szczeliny podniebiennej i powikłanych warg zajęczych.

*Roy.* Międzynarodowy kongres dentystyczny.

*Blatter.* Zwiedzanie szkół dentystycznych amerykańskich.

**MISCH: FORTSCHRITTE DER ZAHNHEILKUNDE 1926, TOM II.****Nr. 1.**

*Weber.* Anatomja.

*Fischer.* Ogólna patologia i anatomja patologiczna.

*Axhausen.* Ogólna chirurgia.

*Fischer.* Znieczulenie miejscowe.

*Hauberrisser.* Uśpienie (narkoza).

**Nr. 2.**

*Reinmüller.* Znajomość instrumentów, aseptyka i antyseptyka.

*Heinroth.* Kliniczne sposoby badania.

*Moral.* Szczegółowa patologia jamy ustnej.

**Nr. 3.**

*Adrian i Hönig.* Chirurgja jamy ustnej.

*Partsch.* Patologia i leczenie ślinianek przyusznych.

*Axhausen.* Patologia i leczenie stawu żuchwowego.

*Hauberrisser.* Błędy w postępowaniu chirurgiczno-dentystycznym.

**Nr. 4.**

*Sicher.* Histologia.

*Siegmund.* Histologia patologiczna.

*Zilkens.* Histologia patologiczna zębów.

*Kranz.* Wewnętrzne wydzielanie.

*Gins.* Biologia, bakterjologia, serologia.

*Türkheim.* Badania próchnicy.

*Präger.* Schorzenia miążgi zębowej.

*Feller.* Schorzenia tkanki szczytowej okółozębowej.

**Nr. 5.**

*Gottlieb.* Ropotok okółozębowy i zanik wyrostka zębodołowego.

*Bock.* Patologia i leczenie chwiejących się zębów.

*Greve.* Wypełnienia i sposoby wypełniania.

*Feiler.* Sposoby wypełniania korzeni.

*Hübner.* Błędy w postępowaniu leczniczem w dentystyce zachowawczej.

**Nr. 6.**

*Misch.* Higjena dentystyczno-społeczna.

*Greve.* Nauka o środkach leczniczych i toksykologia.

*Leix.* Leczenie promieniami, światłem i prądem elektrycznym.



## Nr. 7.

*Hauberrisser.* Roentgenologia i omyłki w roentgenodjagnostyce.

*Krüger.* Psychologia.

*Grafe.* Psychologia patologiczna.

*Türkheim.* Chemja fizjologiczna.

*Henze.* Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej.

*Misch.* Zawodowe uszkodzenia jamy ustnej.

## Nr. 8.

*Nissle.* Ogólna higjena.

*Herrenknecht.* Higjena jamy ustnej.

*Balters.* Psychotechnika.

*Schultz.* Psychoterapia.

*Schwarz.* Antropologia.

*Kadner.* Historia rozwoju i geneza tkanek.

## Nr. 9.

*Kantorowicz i Korkhaus.* Etjologia nieprawidłowości w ortodoncji.

*Herbst.* Diagnostyka w ortodoncji.

*Grünberg i Oppenheim.* Leczenie w ortodoncji.

*Meder i Reichenbach.* Zabiegi ortopedyczno-protetyczne dla usunięcia zaburzeń mowy.

*Weber.* Błędy w leczeniu ortodentycznym.

## Nr. 10.

*Gutzmann.* Zaburzenia mowy.

*Schönbeck.* Nauka o metalach w dentystyce.

*Wannenmacher.* Nauka o materiałach.

*Wustrow.* Protetyka dostawek opartych.

## Nr. 11.

*Fritsch.* Pojedyncze korony (łącznie z zastąpieniem koron porcelaną).

*Klughardt.* Roboty mostkowe.

*Ernst.* Proteza poresekcyjna i plastyka szczęk.

## Nr. 12.

*Köhler.* Błędy przy zabiegach protetycznych.

*Ebermayer.* Kwestje prawne w praktyce dentystycznej.

*Misch.* Dentystyka sądowa.

*Tholuck.* Dentystyczna opieka szkolna.

## Różne.

**Turcja.** Według doniesienia czasopismn Oral Hygiene 1926 Nr. 12 uzyskały poraz pierwszy lekarki-dentystki dyplomy w szkole dentystycznej w Stambule.

**Klinika dentystyczna ufundowana przez firmę „Kodak“.** Właściciel Towarzystwa „Kodak“ Eastman, ufundował klinikę dentystyczną w Londynie. Według doniesienia Prof. Jessen z Bazylei ten sam fundator złożył dla Komisji Higjeny FDI na cele wydawnicze bardzo znaczną sumę. (Z. R. 1927/23).

**Jak działa płukanie Ag No<sup>3</sup> jako środek odzwyczajający od palenia papierosów i w jakiej koncentracji należy go używać?**

Uzotan srebra używany w roztworze 0,5% wywołuje nieprzyjemny ściągający smak metaliczny, który długi czas pozostawia wstręt do palenia. Obserwacje te sprawdza i potwierdza Prof. Marschik, a Prof. Dr. A. Fröhlich jest zdania, aby nie używać roztworów silniejszych nad 1:3000 i 1:1000.

**Międzynarodowa współpraca dentystyczna.** Międzynarodowe archiwum dla bibliografii i statystyki w Brukseli posiada między innemi dentystyczną literaturę wszechświatową. Dyrektorem dla oddziału dentystycznego jest Dr. Emile Huet w Brukseli, 166 Rue Bellard i jest zarazem przewodniczącym Komisji dla bibliografii FDI.

Dr. Huet podejmuje się pośrednictwa przy uzyskaniu literatury wszechświatowej dla prac naukowych. Byłoby pożądanem, ażeby w tej bibliotece znalazły się wszystkie wartościowe czasopisma i wydawnictwa stomatologiczne. Uprasza się autorów i wydawców o przysyłanie nowości pod adresem wyżej podanym.

## SPROSTOWANIE.

W nr. 3. „Polskiej Dentystyki“ w komunikacie Związku Zawodowego Lek.-Dent. Chrz. na str. 128 i 130 zakradły się dwa błędy drukarskie, które niniejszem prostujemy: Tytuł referatu kol. Goldberga-Górskiego ma brzmieć: „O rzekomem zatruciu rtęcią przy plombach amalgamowych“, zaś nazwisko sekretarki ma brzmieć: „Henszel-Chrystowska“.



## Podręczniki dentystyczne amerykańskie.

Administracja „Polskiej Dentystyki“ porozumiała się z amerykańską firmą nakładową C. V. Mosby w St. Louis i może dostarczać prenumeratorom „Polskiej Dentystyki“ wydawnictw wspomnianej firmy po cenach oryginalnych bez policzenia przesyłki pocztowej. Poniżej podajemy najważniejsze najnowsze wydawnictwa z zakresu stomatologii:

	Dol.		Dol.
<i>Blair-Ivy. Zasady chirurgii ustnej</i> . . .	6-50	<i>Mc. Caw. Pomocnica dentystyczna</i> .	1-75
<i>Case. Zasady i technika ortodoncji</i> .	10—	<i>Mc. Coy. Roentgenologia dentysty-</i>	3-25
<i>Chayes. Technika wkładek złotych</i>		<i>czna</i> . . . . .	
<i>i porcelanowych</i> . . . . .	7—	<i>Ottofy. Podstawowy słownik dentys-</i>	5—
<i>Campbell. Dostawki całkowite</i> . . .	10—	<i>tyczny</i> . . . . .	
<i>Davis. Zasady dentystyki zachowaw-</i>		<i>Posner. Uproszczone znieczulanie</i>	3-50
<i>czej</i> . . . . .	6-50	<i>miejscowe</i> . . . . .	
<i>Dewey. Praktyczna ortodoncja</i> . . .	9—	<i>Prinz. Dentystyczna farmakologia i te-</i>	7-50
<i>Dewey. Anatomja zębów człowieka</i> .	3—	<i>rapja</i> . . . . .	
<i>Dewey-Thompson. Porównawcza ana-</i>		<i>Raper. Dłagnoza elektryczna i roent-</i>	3-50
<i>tomja zębów</i> . . . . .	2-25	<i>genowska</i> . . . . .	
<i>Duke. Zakażenie ustne w związku ze</i>		<i>Severns. Przygotowanie ubytków</i> .	1—
<i>schorzeniami ogólnemi</i> . . . . .	2-75	<i>Simpson. Technika roentgenografii</i>	5—
<i>Endelman-Wagner. Patologia ogólna</i>		<i>dentystycznej</i> . . . . .	
<i>i dentystyczna</i> . . . . .	7—	<i>Smith. Znieczulenie przewodzeniowe</i> .	15—
<i>Federspiel. Warga zajęcza i rozszczep</i>		<i>Todd. Zębowanie ssaków</i> . . . . .	3—
<i>podniebienia</i> . . . . .	5—	<i>Turner. Higjena ogólna i dentysty-</i>	4—
<i>Hodgen. Metalurgia dentystyczna</i> .	3-25	<i>czna</i> . . . . .	
<i>Hogeboom. Praktyczna pedodoncja</i> .	3—	<i>Wendell. Systematyczne wywoływa-</i>	2—
<i>Hovestad. Keramika dentystyczna</i> .	3-75	<i>nie płyt i filmów roentgenow-</i>	
<i>Ivy-Ennis. Tłumaczenie roentgenogra-</i>		<i>skich</i> . . . . .	10—
<i>mów</i> . . . . .	4—	<i>Winter. Podręcznik eksodoncji</i> . . .	
<i>Kells. Własna książka dentysty</i> . .	10—	<i>Zoethout. Podręcznik fizjologii</i> . . .	4-50

## Na Pomorzu praktyka lekarsko - dentystyczna

bardzo dobrze wprowadzona o rocznym dochodzie około  
**36.000 zł. do sprzedania za 24.000 zł.**

Zgłoszenia do Administracji pod E. B.

## ZŁOTO 22-karatowe i każdej próby

Łączna (lutowie) 21 $\frac{1}{3}$ °, 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, Chorażczyzna l. 7.**

Zamówienia zamiejscowe odwrotną pocztą.

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



Wyrobiane przez Towarzystwo  
Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego

d. Magister **KLAWE S. A.**

Warszawa, ul. Karolkowa l. 22/24.

**BULJONY SZCZEPIONKOWE WIELOWAŻNE:  
PACIORKOWCOWE, GRONKOWCOWE i MIESZANE  
PACIORKOWCOWO-GRONKOWCOWE**

(według Besredki)

Wzmagają odporność miejscową skóry  
i błon śluzowych.

Przy stosowaniu w postaci okładów,  
pędzlowań, tamponów, wkraplań oraz  
zastrzyknień doskórnych działają  
lecniczo i zapobiegawczo.

**MOGĄ BYĆ WPROWADZONE  
DOŻĘBOWO.**

Wskazane do użycia w stomatologii  
i dentystyce.

Też firmy ampułki z iniekcjami  
dla celów dentystycznych.

Literatura na żądanie.

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



# NOWOCZESNE APARATY

**RITTERA**

Urządzenie uniwersalne  
„UNIT“

**RITTERA**

Aparat roentgenowski

**RITTERA**

fotel operacyjny

**RITTERA**

automatyczna  
spluwaczka wodna

**RITTERA**

wiertarka elektryczna

**RITTERA**

motor do ostrzenia  
i polerowania

przez składnice

dla nowoczesnej praktyki.

THE AMALGAMATED DENTAL CO. LTD. FORMERLY:  
DE TREY CO. LTD. & GL. ASH SONS CO. LTD., LONDON.

Jeneralne Przedstawicielstwo na Polskę  
Europejskie Towarzystwo Dentystyczne „**EDECO**” WARSZAWA  
Sto-Krzyska 28.



ZĘBY „S O L O“

ZĘBY „OMNIC“

ZĘBY DJATORYCZNE

L I C Ó W K I

wyrobu największej fabryki  
zębów sztucznych na kontynencie.

WIENANDA

są przez specjalistów całego świata  
uznane za najlepsze.

WIENAND DENTAL, A<sup>KC.</sup> T<sup>OW.</sup> BERLIN.

Zastępstwo: J. Szware, Warszawa, Czackiego 6.

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



# W. ŚWIATŁOWSKI

(dawniej GEO POOLSON)

POSIADA NA SKŁADZIE :

WYROBY FIRMY ASH, DE TREY I WHITE  
WSZELKIE ARTYKUŁY, WCHODZĄCE W ZAKRES  
KLINIKI I TECHNIKI DENTYSTYCZNEJ.

APARATY DO REGULACJI ZĘBÓW.  
WIERTARKI ELEKTRYCZNE ROZMAITYCH SYSTEMÓW  
DO PRĄDU STAŁEGO I ZMIENNEGO.

**DR. PRINZA:** STERYLIZATORY DO SUCHEJ  
STERYLIZACJI ORAZ INSTRUMENTY DO LECZENIA  
KANALÓW KORZENIOWYCH.

KOMPLETNE URZĄDZENIA POKOI ORDYNACYJNYCH  
I PRACOWNI TECHNICZNYCH.

AMALGAMAT MIEDZI RÖSEGO I BRINKMANNA NIE  
BRUDZĄCY ORAZ WIELE INNYCH NOWOŚCI JAK  
ŚLINOCIĄGI ELEKTRYCZNE ETC.

**Ważne!** Mam zaszczyt zakomunikować, że firma De Trey  
zgodziła się na sprzedaż w Polsce na wyjątkowo dogod-  
nych warunkach bo na spłatę do 27 miesięcy, cieszących  
się ogólnem uznaniem APARATÓW ROENTGENA wyrobu  
RITTERA. Na żądanie służę ofertami.

ELEKTR. STERYLIZATOR OLIWNY DO PROSTNIC I KĄTNIC.  
Z MLECZNEGO BIAŁEGO CELLULOIDU: ASEPKO,  
PODGŁÓWKI — ASEPTAR, OPARCIA DO RĄK.  
ELEKTR. DMUCHADŁA AUTOMATYCZNE I WIELE INNYCH.  
KSIĘGI DO ZAPISYWANIA PACJENTÓW.

**Przy zakupie za gotówkę odpowiedni rabat.**

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

## WARSZAWA, UL. ZGODA 15.

TELEFON Nr. 15—15.

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



# M. ARTELT

NAJSTARSZA SKŁADNICA DENTYSTYCZNA

LWÓW, PLAC MARJACKI 8.

(DOM SPRECHERA, I. p.).

**SPRZEDAŻ ARTYKUŁÓW TYLKO PIERWSZORZĘDNEJ JAKOŚCI**

JAKOTO:

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

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

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

**LAMPY 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!**



# NOVOCAIN

w kombinacji z Suprareniną

**idealny środek do znieczulenia miejscowego**

w roztworze i tabletkach o różnym dawkowaniu.

**NOVOCAIN-SUPRARENIN** w ampułkach w oryginalnem opakowaniu „Hoechst“ daje gwarancję doborowego roztworu, o stałym i niezmienniającem się działaniu.

**Wystrzegać się namiastków i falsyfikatów!**

## CANDIOLIN

w oryginalnem opakowaniu „Bayer“.

Skutecznie działający **preparat wapnia-fosforu** zabezpiecza przed próchnicą i leczy taką, podtrzymuje przyrost wapna i fosforu, wzmacnia zębinę.

## TRIGEMIN

w oryginalnem opakowaniu „Hoechst“,

**ANALGETICUM i SEDATIVUM** o działaniu wybiórczem na nerwy głowy.

## VALYL w PEREŁKACH

w oryginalnem opakowaniu „Hoechst“.

**Środek uspakajający** o wzmocnionem typowem działaniu walerjany.

Znaki towarowe (nazwy) zarejestr. w Urz. Patent. Rzeczp. Pol.

**J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft**  
Pharmazeutische Abteilung „*Bayer-Meister-Lucius*“

WYŁ. REPREZ. NA POLSKĘ: **BRESZEL, WARSZAWSKI i S-ka** WARSZAWA. HIPOTECZNA 5  
wysła literaturę i próby na żądanie WPP. lekarzy bezpłatnie

