

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 stom. (dok.)	241
Dr. Henryk Allerhand: Sprawozdanie z drugiego Zjazdu lekarzy-dentystów niemieckich, odbytego w Norymberdze w dniach od 3. do 7. września 1927	257
Prof. Cieszyński: Sprawozdanie z działalności Inst. dent. Uniw. J. K. we Lwowie za r. 1926/27	274
Nieco o błędach językowych w czasopiśmie i dziełach lekarskich	281
Indeks Rocznika 1927.	

SOMMAIRE:	p.
Prof. Dr. A. Cieszyński: La radiothérapie dans la stomatologie	241
Dr. Henryk Allerhand: Compte rendu du II. Congrès d'odontologie allemande a Nurnberg du 3 au 7 Septembre 1927	257
Prof. Cieszyński: Compte rendue de l'Inst. stom. de l'Univ. à Lwów 1926/27	274

Inhalt (Originalartikel): Prof. Dr. A. Cieszyński: Die Roentgentherapie in der Stomatologie. S. 241. — Dr. H. Allerhand: Bericht über die II. Tagung Deutscher Zahnärzte in Nürnberg. S. 257.

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.; roczna 24 zł. — Konto P. K. O. 151.717. Przy prenumeratach zastrzega sobie Administracja możliwość dopłaty w razie zwiększenia kosztów produkcji.

III. Polski Zjazd naukowy stomatologiczny odbędzie się w Krakowie
podczas Zielonych Świąt 1928 roku. (zob. str. IV).

Schering

Bóle usuwa i zapobiega tymże

VERAMON

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

Zażyte 1 pastylki po 0,4 g. Veramonu 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 miesiączkowania, bolesny szczękocisk, bóle po ciężkich ekstrakcjach, 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 czasopismo 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.

ŁWÓW.

LECZENIE PROMIENIAMI ROENTGENA W STOMATOLOGJI.

La radiothérapie dans la stomatologie.

Die Roentgentherapie in der Stomatologie.

Doc. pol. 55.0.

(Dokończenie).

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

Leczenie schorzeń kości promieniami Roentgena.

Gruźlica kości i stawów.

Gruźlicze schorzenie kości szczęki wychodzi nieraz z chorego zęba o miazdze w stanie rozkładu (Zilz i inni). Przeważnie jednak powstaje ono drogą krwionośną; do rzadkości należy zakażenie z otoczenia (Ribbert). W młodości występuje ono częściej, niż w wieku późniejszym. Nawet ludzi, żyjących w korzystnych warunkach życiowych (n. p. leśniczych) nie oszczędza ta choroba wcale (sposzczenie własne).

Ogniska warstwy gąbczastej pojawiają się w postaci małych zlewających się gruzelków i gruźliczych granulacji. Przez kanaliki Haversa dociera sprawa do warstwy zbitej i postępuje do okostnej. Granulacje gruźlicze ulegają zserowaceni (gruźlicze zapalenie szpiku kostnego, kości i okostnej). Tkanka otoczona granulacjami gruźliczemi ulega martwicy; wytwarzają się martwiaki i przetoki.

Gruźliczemu zapaleniu szpiku kostnego towarzyszyć może *periostitis ossificans*.

Jeśli sprawa gruźlicza zajmie stawy, to powstaje z torebki maziowej lub z kostnych zakończeń stawów. W pierwszym przypadku wytwarza się gąbczasta tkanka granulacyjna kosztem normalnej torebki maziowej, szaro przeświecające guzki ulegają zserowaceni, ponadto może przyjść do przemiany włóknistej. Z błony maziowej przechodzi sprawa na chrząstkę, która rozmięka i ulega rozwłóknieniu. Tworzą się ubytki w chrząstce lub następuje jej wydzielenie.

Przy gruźliczym obrzęku obok gąbczastych granulacji występuje wysięk surowiczy lub surowiczo-włóknikowy. Przebieg gruźlicy stawów jest przewlekły. Uspokojenie się choroby i zaostrenia mogą naprzemian występować. Może też przyjść do samoistnego wyleczenia.

W przeciwieństwie do małych dawek podczas naświetlania, zalecanych przez Dębickiego poleca Kaestle i Jüngling jednolite twarde naświetlanie przy gruźlicy kości i stawów. Filtr 0,51 mm Zn.

Jüngling i Kaestle stosują dawkę 50—70% HED, przyczem daje mniejszą dawkę Jüngling, im większą jest sprawa (40—30—20% HED).

Holfelder daje dawkę 40—60% HED.

Seitz, Wintz i Holfelder naświetlali z powodzeniem z odległości 50—60 cm, dając dawkę 50% HED przez 0,5 Zn.

Obserwowane przezemnie trzy przypadki gruźlicy szczęki doszły do zupełnego wyleczenia po stosowaniu 3—5 razowego naświetlania 5 H do 6 H jednostek $\frac{3 \text{ do } 4 \text{ mm Al}}$ na posiedzeniu w odstępach 4—6—8 tygodni aż do ostatecznego wyniku w połączeniu z wyłyżeczkowaniem ognisk chorobowych po uprzedniej sanacji jamy ustnej.

Przy gruźlicy kości stwierdzono wyleczenie w 90% przypadków. Niekiedy występują nieznaczna podwyżka ciepłoty i miejscowe objawy podrażnienia (obrzęki); objawy te jednak szybko znikają, wydzielina ropna się zmniejsza, przetoki się zasklepiają.

Wedle Kaestle'go posiada wielkie znaczenie zachowanie się narządów krwiotwórczych dla leczenia gruźlicy kości. Naświetlanie wpływa bowiem bardzo na specyficzne elementy szpiku kostnego. Wedle Fränkla przyspieszają małe dawki proces gojenia. Nie należy się obawiać przytem szkodliwego wpływu na wzrost kości młodych osobników (Wetterer). Stwierdzone zatrzymanie wzrostu jest objawem samej choroby a nie następstwem naświetlań.

Gruzoły limfatyczne należy równocześnie naświetlać.

Prócz naświetlania promieniami Roentgena polecić można naświetlanie słoneczne i sztucznem słońcem. Kaestle zaleca „Eatan“ Haff'a do użytku wewnętrznego celem podniesienia stanu ogólnego.

Promienica.

Przy leczeniu promienicy szczęki części miękkich policzka i okolicy szyji bardzo dobre usługi dają naświetlania promieniami Roentgena. Należy poprzednio usunąć korzenie i zgorzelinowe zęby, wyłyżeczkować kość, jakoteż przetoki i ponacinać ropnie podskórne.

Wielu autorów podaje korzystne wyniki leczenia promienicy: tak wspomina Wetterer już w r. 1910 o trzech przypadkach, Levy o jednym, Sardemann o czterech, Jüngling o 20 przypadkach, Philipp o dwóch, Dębicki o czterech, Melchior o sześciu; również Bevan, Selin i szereg innych autorów posługiwali się radjoterapią.

Niektórzy zalecają poprzednie wyskrobanie przetok i kości szczęki, jeśli te uległy schorzeniu. Tak też postępuję sam i wstrzykuję ponadto w miejscu schorzenia roztwór 2% siarczanu miedzi wedle Barączka, wewnątrznie zaś daję wysokie dawki jodu. Dobre wyniki otrzymałem przy daleko posuniętej promienicy części miękkich, okolicy szyji aż po obojczyk z ewentualnymi przerzutami do płuc już po naświetleniu promieniami Roentgena w 2—3 posiedzeniach. Martwiaki należy usuwać drogą chirurgiczną, ropnie należy pominąć. W jednym przypadku z promienicą żuchwy i przerzutami w płucach otrzymałem tem kombinowaniem leczenia zupełne wyleczenie. (Naświetlanie przeprowadzał Doc. Dr. Dębicki).

Obserwowałem również bardzo ciekawy przypadek promienicy u 35 letniego mężczyzny u którego rozpoznanie było nadzwyczaj trudne z powodu braku charakterystycznych objawów. Od kilku miesięcy cierpiał na wybitny szczękoscisk, przyczem gruczoły limfatyczne podszczękowe nie wykazały zmian, uzębienie było zdrowe i brakło jakichkolwiek innych objawów. Przypuszczano podkład reumatyczny z siedzibą w mięśniach żwaczach. Dopiero gdy po niejakiś czasie pojawiła się w okolicy pozatrzonowcowej ropa, którą poddano zbadaniu drobnowidowemu, rozpoznanie zostało ustalone i stwierdzono grzybek promienicy. Leczono chorego odtąd wstrzykiwaniami 2% siarczanu miedzi, wewnątrznie podawano jod i wykonano kilkakrotnie naświetlenie promieniami Roentgena. Szczękoscisk począł ustępować i ćwiczenia w rozwieraniu szczęk dały wynik dodatni a sprawa promienicza została wyleczona.

Jensen i Schery opisują dobry wynik leczenia promienicy naświetlaniem promieniami Roentgena po uprzednich zastrzykach 3% błękitu metylowego w dawkach wzrastających od 2—3 gr do ogniska chorobowego.

Philipp stwierdził również po naświetleniu po 2—5—8 tygodniach cofnięcie się guza wywołanego promienicą. Philipp wyrównuje różnicę poziomu między kością szczęki a szyją zapomocą radioplastyny (wytwarzanej przez firmę Roessler i Hochrath, Karlsruhe) celem uzyskania równomiernego dawkowania. Dębicki uważa wyrównanie powierzchni radioplastyczne za zbytne.

Jedni kombinują metodę naświetlania z wyskrobianiem przetok (Melchior, Prikul, Philipp, Brüssel) inni ograniczają się tylko do nacięcia próbnego (Jüngling, Holfelder, Naegeli), twierdząc, że wyniki uzyskane samem naświetlaniem albo też skombinowane z podawaniem jodu są pod względem kosmetycznym lepsze.

Poniżej zestawiam technikę naświetlania, używaną przez różnych autorów:

<i>Autor:</i>	<i>Dawka:</i>	<i>Filtr:</i>	<i>Ilość posiedzeń:</i>
Melchior	$\frac{1}{3}$ HED	3 mm Al	3 dni po sobie
Prikul	$\frac{1}{3}$ HED	1—2 mm Al	w 6—7 posiedz.
Philipp	$\frac{1}{3}$ HED przy odległości ogniska 30 cm	0,5 Cu + 3 mm Al	2 posiedz. w odstępach 14 dniowych
Schreuss	$\frac{1}{2}$ HED	4 mm Al do głębi 3 cm; 0,5 mm Zn przy głębszych sprawach	
Jüngling	$\frac{1}{2}$ HED	3 mm Al	1 posiedzenie
Kaestle	70-80-100% HED przy odległości równoległej iskrowej 38—40 cm	0,5—1 mm Zn + 1 mm Al	
Baetzner	1 HED przy odległości ogniska 23 cm	3 mm Al; 0,5 mm Zn przy głębszych sprawach	
Pordes	5—10 X przy odległości ogniska 23 cm	3 mm Al przy powierzchniowej sprawie	

Philipp zwraca szczególną uwagę na wrażliwość krtani przy naświetlaniu szyji. Hofmeister stwierdził sekcyjnie już po jednej dawce uszkodzenia krtani przez promienie Roentgena.

Eksperymentalnie dowiódł Kleesattel, że po 10% HED nie następowało żadne uszkodzenie hodowli promienicy; Philipp zauważył po dawce 10% HED lekkie zahamowanie wzrostu grzybka promienicy.

Zapalenie szpiku kostnego.

Mówiąc o zapaleniu szpiku kostnego mamy na myśli ostre i przewlekłe schorzenia kości, w których zależnie od występujących objawów na planie pierwszym spotykamy zapalenie okostnej, kości lub szpiku kostnego. Sprawa zakaźna może przejść z otoczenia lub też drogą krwionośną.

W piśmiennictwie znajdujemy opisy dobrych wyników przy leczeniu przewlekłego zapalenia szpiku kostnego bez względu na rodzaj jego powstania. Po naświetleniu ustępują bóle, wydzielina staje się bardziej płynna, następuje szybsze odgraniczenie, szybsze oddzielanie się martwiaków, ropienie ustaje. I przy tem schorzeniu jest tkanka dość wrażliwa na promienie; prawdopodobnie chodzi tu o wzmożenie procesów fermentacyjnych i autolitycznych i zastąpienie tkanki granulacyjnej tkanką łączną i bliznowatą. Regeneracja kości wzrasta, podczas gdy spiawy wsteczne się zmniejszają.

Kautz podaje 47 przypadków leczonych naświetlaniem promieniami Roentgena. Leczenie to skombinował z naświetlaniem słonecznym. Sposobem tym otrzymał wyleczenie sprawy chorobowej w 32 przypadkach. Również Kaestle poleca leczenie promieniami Roentgena skombinowane z naświetlaniem słonecznym.

Pobudzanie wzrostu kości przy złamaniach.

Przy niedostatecznym tworzeniu się kostniny po złamaniach okazało się skuteczne stosowanie naświetlanie promieniami Roentgena.

Leczenie złośliwych nowotworów kości szczęki promieniami Roentgena.

Na str. 124 „Polskiej Dentystyki“ (1927) omówiłem już biologiczny wpływ promieni Roentgena na komórki złośliwe nowotworów. Charakterystyczne jest, że naświetlanie promieniami Roentgena raka i mięsaka szczęki nie daje tak korzystnych wyników jak innych okolic.

Mięsak olbrzymio-komórkowy, cechujący się charakterem mniej złośliwym jest dla leczenia promieniami Roentgena dostępniejszy.

Przy mięsakach okrągło-komórkowych o budowie włókienkowej, które same przez się są złośliwsze, nie otrzymujemy leczeniem roentgenowskim dobrych wyników. Zdaniem Jünglinga zach-

wują się mięsaki a przede wszystkim mięsak szczęk zupełnie odpornie wobec radioterapii.

Dlatego też Perthes i Dębicki stoją na stanowisku, że mięsaków nie należy wogóle poddawać leczeniu promieniami Roentgena. Podobnie ma się rzecz z rakiem jamy ustnej. Przyczyna tych niepomysłnych wyników leży w stosunkach topograficznych. Przy stojących dziś do dyspozycji środkach pomocniczych nie można stosować dawek potrzebnych do zniszczenia komórek rakowych guzów w obrębie jamy ustnej. Usiłowano zwiększyć wtórne promieniowanie przez wprowadzenie do jamy ustnej balonów wypełnionych wodą, jednak i te środki pomocnicze miały się okazać niedostateczne.

Przy złośliwych guzach jamy ustnej wykazuje lepsze wyniki *naświetlanie radem*, przyczem używa się przytrzymywaczy umocowanych do szczęk, podobnych do protez.

Autorowie francuscy zalecają nakłucia złośliwych nowotworów igłami zawierającymi rad, aby przez to uzyskać bezpośrednie działanie radu na komórki guza.

W przypadkach raków nienadających się do operacji lub przy nawrotach stosuje się niekiedy naświetlanie promieniami Roentgena dla uzyskania ulgi w bólu.

Szkliviaki (Adamantinoma cysticum).

Jak wiadomo występują szkliviaki w szczękach najczęściej pod postacią wielokomorowych torbieli. Stwierdzenie tychże na roentgenogramie naprowadza po pewnym doświadczeniu na rozpoznanie tegoż stosunkowo bardzo rzadko spotykanego guza. Ustalenie rozpoznania następuje drobnowidowo. Nowotwory te, rozrastające się bardzo powoli, przeważnie w przeciągu lat mogą zniekształcić szczękę, rozwijając się do wielkości główki dziecka, w innych zaś przypadkach postępują w trzonie żuchwy infiltrująco, nie rozdymając kości szczękowej, a po usunięciu skłonne są do recydyw.

Pierwszy typ o olbrzymim rozroście, powstający często w gałęzi wstępującej żuchwy, usuwają często chirurdowie radykalnie przez wycięcie połowy szczęki. Jeden tego rodzaju przypadek, stwierdzony przezemnie a uważany za nienadający się do operacji z powodu swej wielkości i rozrostu ku podstawie czaszki wyleczyłem w sposób następujący. Wyciąłem od wnętrza jamy ustnej ścianę przednią rozdętej gałęzi wstępującej, usunąłem wielką ostrą łyżką, gąbczastą zawartość z gałęzi wstępującej i połowy trzonu żuchwy i poddałem chorą 2-krotnym naświetlaniom promieniami Roentgena, ażeby zahamować dalsze bujanie komórek szkliviaka. Do następnych dwóch naświetlań chora się nie stawiała.

Drugi przypadek szkliwiaka o charakterze infiltrującym w trzonie żuchwy został operowany przed 3-ma laty. Klinicznie stawiono rozpoznanie wielkokomorowej torbieli. Gdy jednak po 1 i pół roku nastąpiła wznowa a guz zajął połowę trzonu żuchwy poddałem zawartość badaniu drobnowidowemu, przyczem stwierdzono szkliwiak. Wówczas wyciąłem wyrostek zębodołowy radykalnie, pozostawiając tylko wązką listewkę blisko krawędzi żuchwy i poddałem chorą 3-krotnie radioterapii, ażeby przeciwdziałała wznowie. Wynik był dodatni.

Dobrotliwe nowotwory jamy ustnej i wyrostka zębodołowego należy usunąć chirurgicznie.

Leczenie promieniami Roentgena rwy nerwu trójdzielnego.

O uśmierzającym działaniu bólu promieniami Roentgena niejednokrotnie wspominałem przy ostrem zapaleniu ozębnej, przy przewlekłym zapaleniu ozębnej, powodującym rozlane jej zgrubienie, przy zapaleniu szpiku kostnego, objawach ropowicowych, wreszcie przy bólu po usunięciu zęba.

W ciągu ostatniego trzydziestolecia podejmowało szereg autorów próby usunięcia rwy nerwu trójdzielnego za pomocą radjoterapii, otrzymując w wielu przypadkach wyniki pomyślne. Pierwszy stosował ją w tym celu Gocht (1897).

Poniżej podaję krótkie zestawienie na podstawie piśmiennictwa.

1897. Gocht: 1 przypadek zastarzałej rwy wyleczony (+)¹⁾ po 2 dniach.
1899. Grumnach: 1 przypadek +; $\frac{1}{3}$ dawki 2 razy; tygodniowy odstęp.
1900. Stein: 4 przypadki +, zazwyczaj w 3 posiedzeniach, co 2-gi wzgl. 3-ci dzień; nieraz do 10 razy.
1901. Raymund i Zimmermann: 2 przypadki +; poprawa.
1903. Engelkern: 2 przypadki +, w 2 przypadkach poprawa (do 5 posiedzeń po 15 minut w odstępach 3-dniowych).
1905. Gramagne: 1 przypadek z wybitną poprawą przez czas dłuższy. U chorego tego wycięto już zwój Gassera i lewy nerw współczulny szyjny.
1905. Leonhard naświetla w 4 do 8 posiedzeniach przez 3—5 minut.
1906. Haret i Beclère opisują przypadek upartej rwy II. i III. gałęzi, w którym już wykonano wycięcie nerwu. Naświetlali przez usta okolice 2 i 3-ciego trzonowca 4 razy po 4 H. Bóle ustąpiły i nie powróciły w ciągu 10 miesięcy.
1906. Faber opisuje 17 przypadków rwy różnych nerwów +.
1907. Greger: 1 przypadek; poprawa w ciągu dłuższego czasu. Naświetlał po 5 minut 5 razy w ciągu 5 miesięcy.

¹⁾ + = wyleczony.

1909. Schmidt stosuje $\frac{1}{4}$ dawki w 2–3 posiedzeniach z dobrym skutkiem, jakkolwiek nie uważa metody tej za bezwzględnie pewną.
- 1912–13. Hessmann, Simonson, Zimmern, Cottenot w kilku przypadkach +.
- 1914 i 1920. Wetterer podaje szereg przypadków wyleczonych. $2\frac{1}{2}$ do 3 H przy 9–10 Benoist przez 4 mm Al i 5 mm grubą skórę.
1915. Sommer jest zdania, że wystarczają niezbyt wielkie dawki; jeżeli te nie pomogą to i wielkie nie odnoszą skutku. Stosuje do 5 H przez 1 Al z odległości 15–30 mm.
1918. Wilms: 12 przypadków + wzgl. z poprawą. Wilms dzieli rwy na 2 grupy. Grupa I. (po sprawach zapalnych) — reagowała doskonale już na drugi dzień. Przy grupie drugiej (na tle przemiany materji, reumatyczne) następuje zwiększenie bólów po pierwszym naświetleniu; po 3 dniach naświetlenie silniejsze pół bolesnych, o ile możliwości jeszcze nienaświetlanych. Poprawa przeważnie po 8–10 dniach.

Technika: Dawka głęboka 30–40 X przez skronie i policzki obu stron w kierunku zwoju Gassera. — Pozatem ta sama dawka na okolicę głównego bólu w szczęce górnej i dolnej. Jeżeli zajęta była okolica 1 i 2 gałęzi, naświetlanie czoła i policzka także w kierunku strzałkowym.

1919. Stepp naświetla obwodowo dając 20 H przez 3 mm Al na okolice, w których występują nerwy z kanałów. 1 przypadek +, w drugim przypadku poprawa.
1919. Freund uzyskał pomyślny wynik u chorej, u której wstrzykiwano już kilkakrotnie alkohol. 12 naświetlań +.
1920. Lenk 3 przypadki +.

Mniej entuzjastycznie wyrażają się: 1921. Klewitz, Pichler, Payr i Rieder.

1921. Klewitz daje dawkę $\frac{1}{3}$ H w miejsce wystąpienia nerwów. Pichler obserwował poprawę po pierwszym naświetlaniu, w niektórych przypadkach wyraźne pogorszenie, podobnie Payr.
1922. Sonntag radzi w każdym razie spróbować naświetlań.
1923. Richard uważa za wskazane w niektórych przypadkach powtórzyć radjoterapię w odstępach czasu po 6–8 tygodni. Philipp nie uzyskał w kilku przypadkach poprawy. Jüngling (1923) obserwował w kilku przypadkach poprawę, w innych zaś pogorszenia. Radzi zrobić próbę, dając dawkę 80–90% H przed radykalnym zabiegiem chirurgicznym.

W czasach ostatnich spotykamy częstsze wzmianki, ale zdania są podzielone i odpowiadają już poprzednio podanym wynikom.

1924. Michelson, zwolennik iniekcji alkoholowych i b. asystent Schlösera podaje, że wielu chorych zgłaszało do niego, których poprzednio leczono radjoterapią bez widocznego skutku.

1925. Pordes poleca radjoterapię przy rwie nerwu trójdzielnego idjopatycznej; wyniki widział tylko w przypadkach, których dotychczas nie leczono ani chirurgicznie ani wstrzykiwaniem wysoku. Pordes daje dawkę 3—4 H przez 5 mm Al, naświetlając jedno albo dwa pola. Pierwsza przerwa wynosi 3 tygodnie, druga 6, trzecia 10 tygodni. Przy rwie centralnego pochodzenia naświetla również zwój.

1925. Wolf naświetlał 33 przypadków z kliniki chirurgicznej wiedeńskiej t. j. 12% wszystkich przypadków. Otrzymał następujące wyniki:

(+ wyleczony, (+) poprawa, — wynik ujemny, — — pogorszenie).

3 +	2 — —	9 chorych nie dało
9 (+)	5 —	odpowiedzi
2 (+) przejściowo	4 (+ —) powrót bólu po kilku dniach	
13 +	11 —	9?

Brak lepszych wyników tłumaczy autor poprzednimi zabiegami chirurgicznymi.

1925. Wielkim zwolennikiem radjoterapii jest Matoni, uważając radjoterapię za leczenie specyficzne i daje pierwszeństwo temuż leczeniu przed terapią alkoholową i chirurgiczną. Należy naświetlać pola, w które występuje nerw w części miękkie oraz i pnie nerwowe. Pierwsze pole 8—10 cm na skroni. Odległość ogniska 30 cm. Drugie pole na czole; również należy skierować stożek promieni na zwój Gassera. Trzecie pole: „os. zygomaticum“. Tubus o świetle 6×8 cm, odległość ogniska 23 cm. Dawka 70% H. — W końcu czwarte pole: u mężczyzn od sklepienia czaszki, u kobiet od strony skroni przeciwległej. Matoni używa aparatu Neo-Intensiv (205 KV), 4 M A, przez 1 mm Zn + 1 mm Al + 0,5 mm celuloideu. Wynik występuje w lekich przypadkach po kilku godzinach na ogół zaś po 2 dniach i jest zupełny i trwały. W ciężkich przypadkach, w których wynik okazał się przejściowym naświetla po 4—6 tygodniach powtórnie a w międzyczasie stosuje trigeminę i diatermję.

Wspomnieć należy jeszcze o doświadczeniach jakie zrobił Walter u 30 chorych cierpiących na rwę nerwu trójdzielnego.

62% +
 20+ (+ +) poprawa znaczna
 7% (+) poprawa względna
 89% + ; 11 -

1 przypadek wykazał silną reakcję
 i został operowany.
 w 30% przypadków bolesna reakcja —
 prognoza jednak wówczas dobra.

Wyniki w przypadkach leczonych poprzednio wstrzykiwaniami alkoholu: Na 13 przypadków:

6 +, 3(+ +), 2(+) czyli 11+; 2 -.

Technika: Przy naświetlaniu uwzględnił Walter tylko zwój Gassera, w kilku przypadkach także okolice policzka. Pole o świetle 3 cm z okolicy skroni. 30% H, promienie twarde przy użyciu 182 kilowolt, 4 M A, przez 0,5 mm Zn i 1 mm Al z odległości 24—30 cm. Przy tejże technice otrzymywano w głębi 5 cm dawkę 10—15% H. Liczba naświetlań była różna i dochodziła w jednym przypadku do 9-ciu w odstępach 4-tygodniowych.

Müller podaje wyniki z kliniki w Rostoku z czterech lat. Na 14 chorych stwierdzono wyleczenie we wszystkich przypadkach:

5 + (zaraz po pierwszym naświetleniu)
 7 + (po drugim wzgl. trzecim naświetleniu)
 2 + (wznowa po 4 miesiącach).

Im świeższy przypadek, tem silniejsza reakcja trwająca 1—2 dni.

Dotychczas nie wytłumaczono usmierzającego działania promieni Roentgena. Holzknecht przypuszcza, że chodzi tu o odciążenie ucisku na nerwy i zakończenia nerwowe, który wywołany jest sprawą chorobową w otoczeniu nerwów. Do tego zdania przyłącza się Dębicki.

Należy jeszcze zaznaczyć, że do naświetlania promieniami Roentgena nadają się tylko te przypadki rwy nerwu trójdzielnego, w których po dokładnem zbadaniu ani stomatolog ani rinolog nie stwierdził przyczyny bólu w chorobach zębów lub jam pobocznych nosa. Nie nadają się również przypadki neuralgji wywołane przez wiał rdzenia i polyneuritis.

Leczenie promieniami Roentgena jest uzasadnione w przypadkach, w których środki lecznicze zawiodły i należy je stosować przed leczeniem chirurgicznym. Jest ono niejako leczeniem konkurencyjnym z wstrzykiwaniami alkoholowemi, zapomocą których przeszło w 90% przypadków uzyskałem pozytywne wyniki.

Wedle Wilmsa, Pordesa i innych przypadki rwy nerwu trójdzielnego, które bezskutecznie leczono alkoholem zachowują się odpornie wobec promieni Roentgena. Twierdzeniu temu przeczą wyniki dodatnie Waltera. Twierdzenie to wtedy byłoby uzasadnione, jeśliby ognisko chorobowe leżało obwodowo od zwoju Gassera a bezskuteczność wstrzykiwań odnieść należałoby do niedostatecznej techniki.

Jeśli schorzenie umiejscowione jest w zwoju (Ganglion) lub jego otoczeniu to można jeszcze oczekiwać pewnego skutku naświetlania, jeśli jednak ognisko chorobowe leży dośrodkowo to wynik naświetlania jest problematyczny.

Przypadek zrządził, że w ostatnim roku na 14 chorych z rwą nerwu trójdzielnego nie mogłem u trzech uzyskać wyniku korzystnego zastrzykami wysokoku. Byli to chorzy, których już w latach dawniejszych dwa lub czterokrotnie leczyłem tą metodą, zawsze z wynikiem pomyślnym, trwającym 1—3 lat. Gdy w tych przypadkach, ostatnio leczonych nawet iniekcją do zwoju Gassera nie odniosłem skutku, poddałem je radjoterapii. W 2 przypadkach nastąpiła ulga, w jednym ustąpiły bóle na 24 godzin, poczem wystąpiły ponownie z równym nasileniem. Chora ta, licząca 70 lat była leczona już iniekcjami 4-krotnie a stan jej ogólny był bardzo lichy, była wycieńczona i wykazywała objawy starczego zdziecinnienia.

Naświetlanie promieniami Roentgena celem przyspieszenia krzepnięcia krwi przy skazie krwotocznej.

Mówiąc o biologicznem działaniu promieni Roentgena wspomniałem o przyspieszeniu krzepnięcia krwi po naświetlaniu śledziony małymi dawkami. (Pol. Dent. 1927, str. 123).

Tichy jest zdania, że lepsze wyniki, można otrzymać po naświetleniu wątroby. Zdaniem Stephana oddziałuje naświetlanie na system niteczkowo-śródbłonkowy, Neuffer natomiast przypuszcza, że krzepnięcie krwi wywołują zczyny, przedewszystkiem zaś wytworzenie trombokinazy, powstającej skutkiem szybkiego rozpadu limfo- i leukocytów.

Radjoterapia wchodziłaby więc w rachubę przy upartych krwotokach po wyjęciu zęba, przy których metodą uciskową, bądź to zapomocą tamponu, przyciskacza korkowego lub siodełka uciskowego Cieszyńskiego, wypełnionego woskiem lub masą wyciskową nie zastanowimy krwawienia. (Zob. Cieszyński: Praktische Winke, Oest. Ung. Vierteljahrsschrift 1915, zeszyt 2).

U chorych skłonnych do krwawień zaleca się na 2 dni przed zabiegiem podać Calcium chloratum 0,5 co 3 godziny, co niewątpliwie korzystnie wpływa na krzepnięcie krwi. U chorych dotkniętych skazą krwiotoczną lub plamicą, jako u skłonnych do krwawień należy jaknajmniej uszkodzić błonę śluzową podczas zabiegu, starannie wygładzić brzegi zębodołu, ew. wyciąć przegrody i zaszyć ranę ekstrakcyjną, zbliżywszy zupełnie płyty działowe do siebie, na wierzch zaś założyć stały opatrunek uciskowy, posługując się wyżej wspomnianym siodełkiem, które się pozostawia przez 2—5 dni. Odżywianie chorego płynami może nastąpić zapomocą cienkiej rurki gumowej włożonej między przed-sionek a szereg zębów. Sposób ten mechanicznego ucisku okazał mi się wystarczającym podczas mej długoletniej praktyki, tak że nie potrzebowałem się uciekać

do wstrzykiwań żelatyny lub surowicy końskiej, ani też do naświetlań śledziony lub wątroby promieniami roentgenowskimi. W ostatnich czasach polecano wstrzykiwanie do rany ekstrakcyjnej „Vivocollu“ i zasycie rany celem utworzenia sztucznego skrzepu i uzyskania zrostu „per primam“. I ten sposób stosowaliśmy w naszym zakładzie, jednak bez widocznych wyników. Przestrzec należy przed tamponowaniem zębodołu celem tamowania krwawień, jak i przed zasyciem w ranie czasowo tamponu, jak to proponował Williger. Tampon zaszyty w ranie ulega rozkładowi, nawet, jeżeli się zakropi go fenolem kamforowym; rozszerza on ranę kostną, wywołuje ropienie i przeciwdziała zagojeniu się rany a w razie skłonności do krwawień zamiast przyspieszyć krzepnięcie krwi często mu przeciwdziała.

Kilka uwag co do techniki naświetlania i dawkowanie.

Jak już powiedziałem należy naświetlanie promieniami Roentgena do fachowego roentgenologa; nie powinien się tego podejmować stomatolog, posiadający aparat tylko do celów rozpoznawczych i zajmujący się jedynie diagnostyką roentgenowską.

Mimo to jednak musi stomatolog w pewnym stopniu wyznawać się w radjoterapii, aby umieć ustalić wykazania i roentgenologowi przepisać odpowiednią w danym przypadku dawkę.

Technika naświetlania przy schorzeniach zębów i kości szczęki.

Szczególną uwagę należy poświęcić ochronie przed ubocznym oddziaływaniem promieni. Należy skrupulatnie okryć otoczenia gumą ołowianą mianowicie owłosione części głowy, brwi, wąsy i brodę. Ochronić można też okolicę stosując zamiast okrycia tubus Leixa ze szkła ołowianego, umieszczonego na płycie ochronnej, którą się wsuwa przed rurę roentgenowską. Tubus ten zawiera również i filtr.

Kuznitzky ostrzega przed stosowaniem promieni roentgenowskich bez filtru, ponieważ nawet mała dawka może po latach spowodować atrofję skóry. Natomiast filtr glinowy grubości 0,5 mm chroni już przed szkodliwym działaniem, nie uszczuplając działania promieni.

Küstner oznaczył, o ile można zwiększyć dawkę przy użyciu filtra. Eksperymentalnie dowiódł, że można dawkę podnieść dwukrotnie, posługując się filtrem glinowym o 0,5 mm grubości, przy filtrze jednomilimetrowym czterokrotnie; przytem napięcie prądu jest prawie bez znaczenia.

Wielkość pola naświetlania wynosi 3—9 cm². Chorego układa się podobnie jak przy prześwietlaniu danego zęba. Odległość ogniska wynosić powinna 20—25 cm. Przeważnie wykonują się naświetlania w pozycji leżącej chorego ze względu na to, że łatwiej założyć ochronę wokół pola naświetlania.

Wedle Pordesa należy stosować $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ toleracyjnej dawki skórnej, przepuszczonej przez blachę aluminiową grubą na 3 mm. Silniejsze filtro-

wanie jest bezcelowe, słabsze niewystarczające. Im ostrzejsze zapalenie, tem niższą powinna być dawka. Przy sprawach przewlekłych wykonuje się drugie naświetlenie, jeżeli po pierwszym skutek jest niedostateczny.

Formuła Holzknechta brzmi następująco:

$$1 F = \frac{4-6-7H}{3 Al} P 28 \times 2, \text{ w tem znaczy:}$$

F = pole (=Feld),

H = jednostki Holzknechta,

P = przerwa, ilość dni,

cyfra po znaku \times = liczba naświetlań.

Podobnie radzi Rosthøj stosować małe dawki a mianowicie przy ostrem zapaleniu ozębnej i jako środek uśmierzający: przy „ropotoku zębodołowym“ dawkę minimalną $\frac{1}{4}$ jednostek Holzknechta przy filtrze aluminiowym grubości 1 mm; przy sprawach przewlekłych jak ziarniniaki $\frac{1}{2}$ — 1 H przy tym samym filtrze. Rosthøj posługuje się rurą o 7 Wehneltach (15 cm równoległej siły iskrowej), obciąża ją 1,5 MA i naświetla 1,5—2 minuty. Jeżeli następuje wynik dodatni, naświetla poraz wtóry następującego dnia w sposób analogiczny. Leix również stosuje promienie o 7 Wehneltach i używa glinowy filtr o grubości 0,5 mm, obciąża rurę 3 MA i naświetla ziarniniaki w 3 posiedzeniach po 10 minut, czyli razem 30 minut. Natomiast Knoche i Loos posługują się twardymi rurami leczniczymi o 13 Wehneltach i filtrem glinowym o 3 mm grubości; przy energii 200 F jednostek, co ma odpowiadać połowie dawki rumieniowej. Starano się wyzyskać promienie wtórórzędne, powstające przy naświetlaniu. W tymże celu wprowadza Leix do ust — jeżeli chodzi o górne zęby — płyty cynkowe o 7 mm grubości, robione na sposób lanych dostawek zębowych, przy dolnych zębach w formie łuku. Płytki te zostają przymocowane klamrami do zębów i wprowadzone do ust przed naświetleniem. Autor też stosował sposób ten w 20 przypadkach z wynikiem zadowolającym.

Niebezpieczeństwo leczenia promieniami Roentgena.

Terapia roentgenowska — jak z poprzednich rozdziałów wynika — stanowi odrębny dział specjalny i wymaga prócz szczegółowych wiadomości, przede wszystkim zaś bogatego doświadczenia.

Wiele teoretycznych kwestji terapii roentgenowskiej niezupełnie jeszcze jest wysświetlonych. Świadczy o tem rozbieżność zdań co do techniki naświetlania. Z często sprzecznych zapatrywań, spotykanych w literaturze, dotyczących jakości i ilości naświetlań trudno jest niekiedy wysnuć słuszny wniosek. Następnie terapia rentgenowska sama w sobie nie jest niewinnym środkiem leczniczym i w rękach niedoświadczonego może się stać niebez-

pieczną. Rozprawa niniejsza o leczeniu promieniami Roentgena wprowadza jedynie w ten dział i ułatwia orientację ogólną w tego rodzaju leczeniu.

O niebezpieczeństwach, które codzienne stykanie się z promieniami Roentgena przedstawia dla lekarza, wspomniałem już w pracy o biologicznem działaniu promieni Roentgena (Pol. Dent. 1927, str. 113). Dotyczą one przy intensywnej pracy szczególnie uszkodzeń skóry, paznogi, zmian we krwi i uszkodzeń gruczołów płciowych.

Schmidhuber stwierdzał w dniach licznych naświetlań mimo używania ścian ochronnych ołowianych obok zwiększonej ilości komórek eozynofilnych po szybko przemijającym zmniejszeniu się ilości, zwiększenie się liczby leukocytów ponad 10.000. Następnego dnia stwierdził zmniejszenie się ich ilości, częściowo poniżej normy; stan normalny pojawił się z początkiem tygodnia po $\frac{1}{2}$ dnia przerwy. Schmidhuber nie mógł przytem zauważyć nieprzyjemnych sensacji. Przewlekłe uszkodzenia dotyczą robotników we fabrykach rur roentgenowskich. Stwierdzono u nich zwiększenie się ilości eozynofilnych na 10—15% jakoteż leukocytów na 10.000. Linhardt i Bock opisali zmiany czasu krzepnięcia, zawartości cukru we krwi, ilości ciałek czerwonych i trombocytów.

Radjolog winien przeto zważać na osobistą ochronę. Nie należy przytem zapomnieć, że uszkodzenia te uwidaczniają się dopiero później i występują tem łatwiej, gdy ręce lekarza są skutkiem częstego mycia i dotykania leków już same przez się wrażliwe. Dotyczy to też osób zajmujących się zdjęciami roentgenowskimi. Należy się posługiwać statywami, przy których szkło ołowiane lub rura ołowiana osłaniają rurę roentgenowską. Nie należy stać w polu naświetlania, lecz najlepiej z boku pacjenta. I poza rurą, jeżeli ta nie jest pokryta, mogą skutecznie promienie roentgenowskie wychodzić. Jeżeli się tych zasad przestrzega, to przy zdjęciach zębów już niepotrzebna jest specjalna ściana z ołowiu lub szkła ołowianego; ustawienie ściany ochronnej w ordynacyjnym pokoju dentystycznym jest ponadto trudne do przeprowadzenia, gdyż zabiera ono zbyt wiele miejsca. Natomiast dla roentgenologa-terapeuty jest ona nieodzownie potrzebna. Lekkomyślnością jest nawet ze strony roentgenologa-djagnosty przytrzymywanie filmu w ustach pacjenta zamiast używania specjalnych przytrzymywaczy.

Lekarz, który dla celów naukowych robi wiele zdjęć roentgenowskich powinien myśleć o własnem zabezpieczeniu.

Wskazane jest wtedy używanie fartucha z blachy lub gumy ołowianej i rękawiczek ochronnych z materiału nie przepuszczającego promieni. Znane są także uszkodzenia uwłosienia pacjenta już po kilku zdjęciach roentgenowskich, robionych nieraz nawet w odstępach kilku dni. Przy leczniczych naświetleniach w przypadkach stomatologicznych narażona

jest owłosiona część głowy i broda. Musi się więc ją okryć wedle możliwości. W zakresie zębów przednich usuwa się wargi na bok zapomocą przylepca. Nie należy naświetlać większego pola, niż to jest bezwzględnie potrzebne. W pewnych warunkach powinno się pacjentowi zwrócić uwagę na ewentualne wypadnięcie włosów, które jednak potem odrastają.

E. Stark wskazuje na to, że uszkodzenia po naświetleniach występują nieraz bardzo późno. Zmiany występujące później w bliznach po wygojeniu się spraw naświetlanych mogą być wywołane podrażnieniami termicznymi, chemicznymi, bakterjologicznymi i mechanicznymi. Zamiast określenia „późne uszkodzenie roentgenowskie“ (Röntgenspätschädigung) proponuje określenie „uszkodzenie wtórne“ (Sekundärschaden).

Obserwowałem pewien przypadek, w którym 20-letnia pacjentka wielokrotnie była naświetlana promieniami Roentgena i radu z powodu naczyniaka warg i policzków. Wystąpił u niej niedowład obwodowych naczyń błony śluzowej jamy ustnej, dziąsło było zaczerwienione i gąbczaste i pojawiły się w ciągu trzech lat następnych objawy zaniku kości zębodołu strony naświetlanej. Zęby coraz silniej ulegały rozchwianiu; w 2 lata po naświetlaniu musiano je ustalić wiązaniem drucianem — wystąpiły typowe objawy parodontalne bez ropienia. W 6 lat później zanik postąpił tak dalece, że pacjentka straciła wszystkie zęby po stronie naświetlanej; zęby po stronie nienaświetlanej uległy również rozchwianiu, wykazywały jednak mniejsze zmiany parodontalne. Pozatem żadnych schorzeń konstytucjonalnych nie skonstatowałem u tej pacjentki.

Gotthard opisuje również zmiany zębów i części miękkich jamy ustnej, które zauważył u chorej w 15 miesięcy po naświetleniu. Chora leczona była długi czas promieniami Roentgena z powodu sprawy gruźliczej w jamie ustnej. Zmiany były następujące: Błona śluzowa jamy ustnej pokryta była przeważnie po stronie policzkowej wielkimi i małymi wrzodami z nalotem białym, podobnie i dziąsła. Język wykazywał lekki obrzęk i był obłożony. Zęby, szczególnie dolne uległy prawie zupełnie zniszczeniu, z niektórych pozostały tylko korzenie. U innych brak na wielkich przestrzeniach szkliwa. Resztki szkliwa spotykało się po stronie labialnej. Największe braki szkliwa wykazywały strony styczne a u przednich zębów strona językowa. Najwybitniejsze zmiany stwierdzono na tych zębach, które stały w stożku promieni podczas naświetlania.

Istnieje zmniejszona wrażliwość na prąd indukcyjny. Gdy w jakiś czas później przystąpiono do wyjęcia zębów, stwierdzono zwiększoną wrażliwość prawie że zupełnie obnażonej z szkliwa i zmięklej zębiny; na prąd elektryczny reakcja była u zębów z jednej strony szczęki jakoby słabsza.

Gotthard stwierdza powyższe zmiany po naświetlaniu, nie rozstrzyga jednak kwestji, czy zmiany te wystąpiły pierwotnie w zębach czy też należy je uważać za zmiany wtórne. Prawdopodobnie uszkodzenie szkliwa należy tłumaczyć jako zmiany próchnicze, które wystąpiły na szerokich przestrzeniach z powodu zmniejszonego wydzielania śliny a zarazem zagęszczenia jej i niedostatecznej mechanicznej pielęgnacji uzębienia oraz braku automatycznego czyszczenia podczas żucia twardszych pokarmów, których chora niewątpliwie unikała z powodu owrzodzeń części miękkich.

Jüngling opisuje przypadek, w którym spostrzegł po naświetlaniach gwałtowne wystąpienie próchnicy przy wielu zębach i rozchwianie się zębów.

Wpływ długotrwałego zawodowego naświetlenia na żyjącą miazgę zębową.

Zawodowe stykanie się z promieniami Roentgena szczególnie u jednostek bezpośrednio wystawionych na działanie promieni Roentgena prowadzi do zmian degeneracyjnych miazgi, mianowicie w warstwie komórek zębinotwórczych. Spostrzeżenie to zrobił Leist, który u robotnika zajętego w pracowni badawczej rur roentgenowskich stwierdził znaczne obniżenie wrażliwości na prąd faradyczny w 12 zębach, a w 3 zębach zupełny brak reakcji chociaż wszystkie te zęby zewnętrznie były nieuszkodzone. 3 zęby stracił już chory przedtem wśród objawów ze strony ozębnej, co prawdopodobnie było następstwem martwicy miazgi. Charakterystycznym jest, że u pacjenta tego nie występowały wcale bóle odpowiadające zapaleniu miazgi.

Po naświetleniu szczurów dawką 15 H jako i po małej dawce 1,5 H — jednostek, wykazano badaniem histologicznym wsteczne zmiany w komórkach zębinotwórczych, przerwę w tworzeniu się zębiny, powstawanie substancji niedokształconej zamiast zębiny z wytworzeniem zagłębień. Równocześnie skonstatowano zahamowanie wzrostu zęba. Ameloblasty nie wykazywały żadnych zmian (Leist). Wyniki te zgadzają się z doświadczeniami na kotach, które wykonał Recamier i stwierdził uszkodzenie związków zębowych przez naświetlanie.

Niestety nie mówi Leist nic o histologicznych zmianach w miazdze zębów uszkodzonych eksperymentalnie przez promienie Roentgena. Jest prawdopodobne, że uszkodzenie miazgi zęba w okresie jego rozwoju jest znaczniejsze, niż w zębie rozwiniętym.

PIŚMIENNICTWO

podane jest w Cieszyńskiego: Zahnärztliche Röntgenologie, Lipsk 1926 (wyd. Ambr. Barth) pod numerami: 2, 15, 16, 43, 45, 59, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 80, 83, 84, 93, 98, 110, 111, 124, 127, 138, 139, 140, 141, 144, 162, 163.

Następnie znajduje się obszerny wykaz piśmiennictwa w Krausa: Handbuch der Röntgentherapie, Leipzig 1927. Lieferung 9 w pracy Schmidhubera: „Die Röntgentherapie bei Erkrankungen des zahnärztlichen Fachgebietes“.

Prócz tego uwzględniono następujące prace:

Baensch: Ueber die Indikationstellung in der Röntgenbestrahlung des Gesichtskrebses. Zbl. f. Chir. LII. 1925/13, p. 703. — Ref. F. d. Z. (1926), Bd. II/2, p. 290.

Chavul H.: Die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste. D. Zeitschr. f. Chirurg. XCCIII. 1925, Nr. 1/2, p. 59.

Cramer H. u. Kalkbrenner H.: Zur Therapie der Entzündungen mit Röntgenstrahlen. Kl. W. IV. 1925/21, p. 1019. Ref. F. d. Z. 1926. Bd. II/2, p. 290.

Heidenhain u. Fried: Röntgenstrahlen und Entzündung. Kl. W. III. 1924/25, p. 1121.

Holzknicht: Gibt es eine indirekte Reizwirkung der Röntgenstrahlen? W. m. W. 1925/3. Ref. Zbl. f. Chir. LII. 1925/34, p. 1899, u. F. d. Z. 1926, Bd. II/2, p. 293.

Kleesattel: Zur Frage der Röntgenempfindlichkeit des Strahlenpilzes. Strahlenther. XVII. 1924/2, p. 3.

Knoche: Was leistet die Röntgentherapie in der Zahnheilkunde? Z. R. XXXV. 1926, Nr. 10/11, p. 165, 179.

Küstner: Quantitatives über Filterschutz gegen Verbrennungen in der Röntgendiagnostik. F. d. Rg. str. XXXII. Nr. 3/4, 1925. Ref. Zbl. f. Ch. LII. 1925/15, p. 828 i F. d. Z. 1926, II. Bd./2, p. 284.

Kuznitsky E.: Gefilterte oder ungefilterte Röntgenbestrahlung in d. Oberflächentherapie. Kl. W. III. 1924/47. Ref. F. d. Z. 1926 II. Bd./2, p. 284.

Lytschmanoff: Heilung einer Speichelfistel mit Röntgentherapie. Zorg. f. Chir. XXX. 1925/10, p. 611.

Pordes: Ueber die Notwendigkeit und den Zeitpunkt der chirurgischen Therapie bei röntgenbestrahlten Entzündungen. W. kl. W. XXXVIII. 1925/18, p. 487.

Pordes: Die Röntgentherapie empfindlicher Affektionen, insbesondere der Kiefer. Z. f. Stom. XXIII. 1925/3, p. 252.

Pordes: Wie und wann kann die Röntgentherapie in der Zahnheilkunde nützen? Z. f. Stom. XXIV. 1926/4, p. 349.

Rosthoj I. P.: Therapeutic significance of the Roentgen rays in dentistry and their influence in the human body. D. Cos. LXVII. 1925 8, p. 797. Ref. F. d. Z. 1926, II. Bd./2, p. 289.

v. Salis: Zu den Röntgenveränderungen nach Bestrahlung der Glandula submaxillaris. Strahlenther. XVII. 1924/2, p. 395.

Schempp: Behandlung der Basalfibroide (typischen Nasen-Rachenfibrome) mit Röntgenstrahlen. Zbl. f. Chir. LI. 1924/42, p. 2232.

Siedamgerotzky: Ueber das Verhalten der Hautcapillaren im röntgenbestrahlten Gehiete. Strahlenther. XIX. 1925/1, p. 84.

Stark E.: Sekundärschäden in der Röntgentherapie. Strahlenther. XVIII. 1924/1, p. 153. Ref. Zbl. f. Chir. LII. 1925/34, p. 1903 i F. d. Z. 1926. Bd. II/2, p. 293.

DR. HENRYK ALLERHAND.

LWÓW.

SPRAWOZDANIE O DRUGIM ZJEŹDZIE LEKARZY- DENTYSTÓW NIEMIECKICH,

odbyłym w Norymberdze w dniach od 3. do 7. września 1927¹⁾.

*Compte rendu du II. Congrès d'odontologie allemande a Nurnberg
du 3 au 7 Septembre 1927.*

Bericht über die II. Tagung Deutscher Zahnärzte in Nürnberg.

Doc. pol. 9,41.

Doc. int. 616. 314. (063) (43).

Zjazd Lekarzy-Dentystów Niemieckich, odbyty we wrześniu roku bieżącego w Norymberdze, był drugim z rzędu Zjazdem, zakrojonym na większą skalę. Zjazd odbyty w roku zeszłym w Düsseldorfie był sekcją Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich i obradował od 23. do 28. września 1926 r. częściowo jako sekcja stomatologiczna Zjazdu lekarzy i przyrodników, częściowo zaś jako obrady Centralnego Związku Lekarzy-Dentystów Niemieckich (Zentralverein Deutscher Zahnärzte, Deutsche Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde), częściowo zaś jako obrady autonomiczne organizacyj dentystycznych, które Zjazd zorganizowały, a mianowicie Państwowy Związek Zawodowy Lekarzy-Dentystów Niemieckich (Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands), Niemieckie Towarzystwo Anatomji i Patologii Dentystycznej (Deutsche Gesellschaft für Dentale Anatomie und Pathologie), Niemieckie Towarzystwo Ortopedji Szczękowej (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Orthopedie), Zrzeszenie Pracy dla Badania Chorób Przyzębia (Arbeitsgemeinschaft für Parodontosen-Forschung), Niemieckie i Austriackie Towarzystwo Ortopedji Szczękowej (Deutsche und Oesterreichische Gesellschaft für Kieferorthopaedie), Związek Dentystów Urzędowych (Reichsunterverband Beamteter Zahnärzte). Wskutek współdziałania wymienionego szeregu organizacyj i wskutek organizacyjnej łączności z zakrojonym na wielką skalę 89. Zjazdem Przyrodników i Lekarzy Niemieckich, tudzież z powodu doboru tematów, wreszcie, co nie najmniejsza, z powodu równoczesności Zjazdu ze wspianą wystawą „Gesolei“ w Düsseldorfie był Zjazd zeszłoroczny wystąpieniem ze wszech miar imponującym. Tematem głównym przeznaczonym przez Komitet Organizacyjny na Zjazd zeszłoroczny była nader aktualna kwestja amalgamów, która się stała sprawą wprost piekącą, z powodu wystąpienia chemika Stocka, skoro on swojemi twierdzeniami o trujących działaniach wypełnień ortęciowych wywołał olbrzymią konsternację w kołach dentystycznych i zachęcił do badań i wyświetlenia wspomnianej kwestji. Kwestja ta, omówiona szczegółowo w roku zeszłym przez chemika Schönbecka (Berlin), toksykologa Joachimoglu (Berlin), internistę Citrona (Berlin) i stomatologa-klinicystę Diecka (Berlin), uległa dalszej szczegółowej pogłębionej i na całorocznej intensywnej krytycznej pracy zarówno klinicznej jak i laboratoryjnej opartej dyskusji w roku bieżącym.

¹⁾ Wygłoszone na Zebraniu Naukowym „Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“ dnia 15. listopada 1927.

Zjazd tegoroczny, urządzony w Norymberdze, celem uczczenia 30-letniego jubileuszu Związku Obwodowego Lekarzy-Dentystów Frankonii Środkowej i Górnej, a odbyty równocześnie jako 64. Zebranie doroczne Centralnego Związku Lekarzy-Dentystów Niemieckich, przewyższył pod względem liczebności jeszcze Zjazd zeszłoroczny, licząc około 1.200 uczestników z Niemiec i z kilkunastu państw zagranicznych i był wprawdzie, pod względem zewnętrznym — rzecz można — może nieco skromniejszy, lecz pod względem naukowym więcej pogłębiony i bardziej urozmaicony. Prócz tematu programowego o wypełnieniach amalgamowych, był postawiony na porządek dzienny, drugi, bardzo ważny i znamieny temat: „*Wewnętrzne leczenie chorób zębów i szczęk*“, znamieny z tego powodu, że był niejako wykładnikiem obecnych tendencji w niemieckim świecie dentystycznym, zmierzających do pogłębienia na podstawie ogólnolekarskiej edukacji wykształcenia fachowego lekarza-dentysty do współpracy intensywnej i na wzajemnej zrozumieniu opartej z przedstawicielami innych gałęzi medycyny, a przede wszystkim z internistami, na zespoleniu z medycyną ogólną. Tendencje te, wywołane po części (może nawet niewielkiej rozważaniami teoretycznymi, a w wielkiej mierze koniecznościami życiowymi, twardą i nieubłaganą walką z coraz bardziej groźniejszą konkurencją techników dentystycznych, którzy na podstawie ustawodawstwa niemieckiego rugują wprost lekarzy-dentystów niemieckich nie tylko w praktyce prywatnej, ale co gorsza, w Kasach Chorych, zagarniających pod swe opiekunice skrzydła coraz szersze kręgi ubezpieczonych, spowodowały przede wszystkim programową zmianę nazwy samego Centralnego Związku Lekarzy Dentystów Niemieckich, dodając: Niemieckie Towarzystwo Lecznictwa Zębów i Szczęk. Dodatek ten, oparty na rezolucji jednego ze Zjazdów poprzednich, uwydatnia fakt znamieny i ważny zarówno dla stanowiska społecznego zawodu lekarsko-dentystycznego, jak i dla zdrowia publicznego, że polem działania lekarza-dentysty jest nie tylko „zab“, jako jakaś jednostka izolowana, oderwana od reszty patologii ludzkiej, lecz, że lekarz-dentysta jest „lekarzem“, leczącym zęby i szczęki, miazgę, okostną, żywe twory bogato unaczynione i unerwione, łączące się jak najściślej z resztą ustroju ludzkiego i podlegające wszelkim, podobnie jak i inne części ciała ludzkiego, prawidłom patologii i konstytucji.

„Oderwanie“ Zjazdu dentystycznego tegorocznego od Zjazdu Przyrodników i Lekarzy wpłynęło może też na większą koncentrację, na większe skupienie się w tematach stomatologicznych żywotnych, mających znaczenie i dla teorii i dla praktyki. Prócz powyższych tematów głównych zgłoszono cały szereg prac ze wszystkich działów stomatologii, które wymienię poniżej. Zrzeszenia naukowe: Związek Pracy dla Badania Chorób Przyzębia (Arbeitsgemeinschaft für Parodontosen - Forschung) i Towarzystwo Anatomji i Patologii Zębowej (Gesellschaft für Dentale Anatomie und Pathologie) wystąpiły z szeregiem tematów nader interesujących, częściowo opracowywanych wspólnie przez kilku referentów na wzór ulubionych w Ameryce „symposion“; wymienię tutaj tytuły wykładów, poczem przemówienia, zasługujące na baczniejszą uwagę, zostaną streszczone. ARPA: Weski (Berlin): „Ogólne punkty widzenia na etiologję chorób przyzębia i ich leczenie przyczynowe“. Citron (Berlin): „Kwestja etiologji chorób przyzębia z punktu widzenia internisty“. Loos (Frankfurt n/M.): „Kliniczne badania nad konstytucją przy chorobach

przyzębia". Bonis (Budapeszt): „Doświadczenia przy leczeniu chorób przyzębia“. Kortum (Cassel): „Choroby przyzębia jako objaw częściowy chorób ogólnych“. Pozatem dyskusja nad: „Wytyczniami leczenia chorób przyzębia w Kasach Chorych“.

Towarzystwo Dentystycznej Anatomji i Patologii zgłosiło tematy następujące: „Zapalenie ozębnej a kość szczękowa“, referenci: Sigmund (Kolonja), Weski (Berlin), Loos (Frankfurt n/M.), Euler (Wrocław): „O nadliczbowych gruczołach ślinowych (Chaima) położonych w okolicy zatrzonowej“, Kronfeld (Wiedeń): „O funkcjonalnej budowie cementu przy zębach zatrzymanych“, Meyer (Wrocław): „Czy otwór szczytowy pozostaje na miejscu“, Proell (Gryfja): „Fizykalne badanie twardych tkanek zębowych“, Wuorinen (Helsingfors): „O powstawaniu zębów nadliczbowych“.

Związek Centralny: Dieck (Berlin): „O rozwiązaniu dawnego zagadnienia o unerwieniu zębiny“, Müller (Bazylea): „Przyczynek do sprawy wyluszczenia miazgi“, Pflüger (Hamburg): „Guz mózgowy z zawiązkami zębowymi“, Wannemacher (Tybinga): „Utrata szkliwa a miazga“, Weinmann (Wiedeń): „Badania przemiany materji przy rozlanym zaniku wyrostka zębodołowego“, Becks (Fryburg w Br.): „a) Przypadek rozpadu zębów z powodów jeszcze niezupełnie stwierdzonych, b) O systematycznych badaniach śliny“, Chaim (Berlin): „O guzach mieszanym szczęk“, Korkhaus (Bonn): „Badania antropologiczne i odontologiczne nad bliźniakami jednojajowemi i dwujajowemi“, Hochradel (Berlin): „Higjena zawodowa lekarza-dentysty“, Muskat (Berlin, jako gość): „Zapobieganie i zwalczanie płaskiej stopy u dentystów“, Marbe (Würzburg, jako gość): „Zdatność do zawodu dentystycznego i jej badania psychotechniczne“, Wustrow (Erlangen): „Nowe badania nad ruchami żuchwy“, Kantorowicz-Schmitz (Bonn): „Czy indywidualny tor kłyckiowy ma wpływ na zdolność żucia dostawkami całkowitemi?“, Kantorowicz-Balters (Bonn): „1. Badania nad ruchami szczęk a kształtem powierzchni zgryzowych“, „2. Badania nad zdolnością żucia sztucznych uzębień z uwzględnieniem i bez uwzględnienia indywidualnego toru kłyckiowego“, Münzeshaimer (Berlin): „Fotograficzna metoda oznaczania toru ruchów żuchwy“, Schroeder (Berlin): „O możliwościach funkcjonalnego kształtowania sztucznych zębów“, Schlemmer (Wiedeń): „O błędach przy leczeniu korzeni i środkach do ich uniknięcia“, Heinroth (Halle): „O aparatach do badania elastyczności prawidłowej i chorej ozębnej, tudzież ciśnienia zgryzowego zębów“, Weisbach (Drezno): „Nauczanie dentystów w dentystyce społecznej“, Chaim (Berlin): „Operacje plastyczne“, Meyer (Wrocław): „Lekarz-dentysta-praktyk a wycięcie próbne“, Goldmann (Sztuttgart): „O kwestiach spornych w chirurgji dentystycznej“, Weiss (Glatz): „Leczenie omdleń psychogennych“, Lipschitz (Berlin): „O samoregulacji użębienia“, Trebitsch (Wiedeń): „O zawartości fluoru w zębach“, Rohrer (Hamburg): „O oznaczaniu położenia kłów zatrzymanych“.

Zrzeszenie Dentystów-Urzędowych: Tholuck (Frankfurt n/M.): „Zapobieganie i wczesne leczenie próchnicy zębów“, Schuhmacher (Bonn) i Kientopf (Berlin): „Obecny stan planowego lecznictwa szkolnego“.

Państwowy Związek Zawodowy Lekarzy-Dentystów: Linnert (Norymberga): „Sprawozdanie z Dziesiątej Międzynarodowej Konferencji Pracy w Genewie i Zjazdu FDI w Kopenhadze“, Marezky (Wrocław) i Alfer (Koblencja): „Ubezpieczenie stanu średniego a lekarze-dentyści w Niemczech“, Sonnenfeldt (Berlin): „Ubezpieczenie społeczne a ustawodawstwo podatkowe“.

Dnia 3. września 1927 r. o godzinie 10 rano został otwarty właściwy Zjazd Lekarzy-Dentystów w wspianiałej starożytnej sali posiedzeń ratusza norymberskiego. Po szeregu przemówień oficjalnych przedstawiciele Rządu, miasta i zrzeszeń fachowych przemówił pierwszy:

Euler (Wrocław) na temat: „*Niebezpieczeństwa schorzeń ozębnej dla całego ustroju*“. Rozpoczął on od tego, że jest znanym faktem, iż wkrótce występuje zubożenie zjawisk, a nawet zawierające w sobie dość znaczne niebezpieczeństwo, skoro one stają się powszednie a niebezpieczeństwo nie jest tak wybitne, by się rzucało w oczy. Przykładem tego są choroby zębów; wprawdzie ogół wie dobrze o tem, że brak większej ilości zębów odbija się szkodliwie na przewodzie pokarmowym, tudzież o tem, że zęby mogą stanowić wrota wejścia zakażenia, to jednak niebezpieczeństwa pochodzące od przewlekłych zapaleń ozębnej nie znalazły dotychczas takiego zainteresowania, na jakie zasługują. Najczęstsze schorzenia ozębnej są natury zakaźnej. Z takiego zapalenia mogą w kości szczękowej i w innych częściach ciała powstać choroby, zupełnie samodzielne, których już nie będzie można usunąć przez usunięcie zęba. Zarazki zakażenia dostają się do dróg krwi i limfy. Powodują one przerzuty w sąsiedztwie, ropienie gruczołów chłonnych i zawleczenie choroby do odległych części ustroju. Ostatnie lata przyniosły za przewodem autorów amerykańskich wielkie zainteresowanie się tą sprawą, tak, że sprawa ta jest obecnie jedną z najaktualniejszych w stomatologii. Liczne choroby mogą brać początek z takiego zapalenia ozębnej; w ostatnich czasach zwrócono baczniejszą uwagę na choroby t. zw. reumatyczne, a zwłaszcza na choroby stawów. W kilku przypadkach tych chorób wystąpiło polepszenie, lub też zupełne wyleczenie, po usunięciu ognisk zębowych, i po zastosowaniu szczepionki uzyskanej z ognisk około-wierzchołkowych zębów. Również należą tutaj choroby krwi, przedewszystkiem niedokrewność. Ustroje chorobotwórcze powodujące te choroby wewnętrzne odznaczają się własnością „wybiórczą“: bakterje odpowiednio do miejsca swego przebywania w rozmaitych tkankach ciała wykazują różny stopień jadowitości. Sprawa zakażenia ustnego, mimo wielkiego nakładu pracy, który został jej dotychczas poświęcony, wymaga jeszcze licznych badań i przedewszystkiem współpracy stomatologów i innymi specjalnościami lekarskimi, przedewszystkiem z internistami.

Wielką rolę przy powstawaniu, rozprzestrzenianiu się i leczeniu zakażeń ogólnych odgrywają czynniki konstytucjonalne i jakość narządów danego osobnika. Chodzi tu w grę odporność nabyta i odporność wrodzona. Wogóle jest odporność swoistą (specyficzną) t. zn. odporność przeciwko danym specjalnym drobnoustrojom, które wtargnęły do ustroju. Przy istnieniu odporności wrodzonej, lub też nabytej, mogą naturalne siły obronne ustroju przeciwdziałać skutecznie działaniu chorobotwórczemu zarazków przez długi czas, przez dziesiątki lat. Same twory zapalne

u wierzchołków zębów stanowią do pewnego stopnia urządzenie ochronne, które jednak nie jest absolutne i bezwzględnie pewne. Odporność naturalna jest dość zmienna, rozmaite wpływy zewnętrzne, n. p. przeziębienia mogą wpłynąć niekorzystnie na odporność, zmniejszając ją, a nawet zupełnie ją znosząc. Zakażenia więc ozębnej zębowej przedstawiają dla organizmu stałe niebezpieczeństwo, którego nie należy niedoceniać. Prócz schorzeń powyżej wymienionych, mogą liczne choroby wystąpić w rozmaitych narządach wewnętrznych, jako następstwa zakażenia zębowego. Należy do nich tutaj także posocznica. A pozatem choroby narządu ruchowego (stawy, mięśnie), dróg oddechowych (krtani, płuca, opłucna), narządu krążenia (serce, ściany naczyń), układu krwiotwórczego (niedokrewność), narządu trawienia (żołądek, jelita, wątroba, trzustka), narządu moczowego (nerki, pęcherz moczowy), układu nerwowego, oka i t. d. W pracach nad kwestją zakażenia ustnego należy rozróżnić dwie grupy: jedna — to prace więcej teoretyczne, pochodzące z pracowni naukowych, operujące metodami bakterjologicznymi i eksperymentami na zwierzętach, druga grupa — to prace więcej praktyczne, operujące danymi klinicznymi i kazuistyką. Najwybitniejszymi przedstawicielami pierwszej grupy są Rosenow i Price, do drugiej należy cała plejada autorów starających się przyczynić do rozjaśnienia tej tak żywej dla stomatologii kwestji przez przytoczenie jak najliczniejszych obserwacji klinicznych. Naprzykład: Praeger (z Tybyngi) opowiada o pacjentce, która cierpiała na zapalenie mięśni zwłaszcza karkowych, u której wykluczono inne ogniska, a tylko znaleziono przy badaniu promieniami Roentgena ognisko dość dużych rozmiarów nad jednym z siekaczy, po usunięciu którego objawy wszystkie ustąpiły... lecz tylko po to, by po kilku dniach ponownie powrócić. Zabieg więc stomatologiczny odgrywał tu jedynie rolę pewnego leczenia bodźcowego nie stanowiąc jednak leczenia przyczynowego. Szczególnie wielkie zainteresowanie przedstawia sprawa, czy ziarniniaki stanowią miejsce przytułku dla bakterji i czy badanie histologiczne ziarniniaków może się przyczynić do wyjaśnienia tej sprawy. Wprawdzie u pewnej grupy autorów (Harndt, Euler) wypadły odnośne badania ujemnie, to z drugiej strony badania Webera i Pescha, którzy zbadali 119 ziarniniaków, stwierdziły we wszystkich przypadkach obecność drobnoustrojów. Wyniki więc badań bakterjologicznych i histologicznych nie są identyczne i winny być razem przeprowadzane, by przez uzupełnianie się wzajemnie dały konkretne wyniki.

Z poprzedniego wyniku więc, że:

1. Nie można zaprzeczyć, że schorzenia ozębnej przedstawiają stałe niebezpieczeństwo dla ustroju.

2. Rozmiar tego niebezpieczeństwa jest znaczny, nie należy go ani niedoceniać, ani też przeceniać.

3. Cały kompleks zagadnień związanych z tą sprawą zawiera w sobie jeszcze dużo problemów, dotychczas nierozwiązanych, które dopiero przyszłość rozwiąże.

4. Tyle jednak można dziś uznać za pewnik, że niebezpieczeństwo jest tem większe, im mniejszą jest odporność ustroju, lub też pojedynczych narządów w stosunku do drobnoustrojów i ich jadów.

5. Fakt, że ogniska chorobowe u wierzchołków zębowych przez długie lata nie dają objawów klicznych, jest dowodem nietyle małoźnacznosci niebezpieczeństwa, lecz przeciwnie jego uporczywości. W związku ze stwierdzeniem tego stanu pozostaje kwestja, jak należy wystąpić naprzeciw nich: najważniejsze jest zapobieganie, a mianowicie:

1. Energiczne popieranie i dalsza rozbudowa dentystyki szkolnej, im wcześniej rozpoczynamy akcję zapobiegawczą, tem będzie ona skuteczniejsza,

2. oświecanie szerokich warstw społeczeństwa o znaczeniu zębów, o niebezpieczeństwach, które mogą pochodzić z zaniedbania zębów i odpowiednio do tego konieczność natychmiastowego naprawiania szkód,

3. jak najgorętsze popieranie dążeń, mających na celu uprzystępnienie także warstwom gospodarczo słabym racjonalnego leczenia dentystycznego,

4. dalsze zbieranie materiału klinicznego, by zapomocą niego wyświetlić dotychczasowe dane.

Salomon (Berlin) mówił na temat: „*Stanowisko lekarza-dentysty wobec dzisiejszej higieny i opieki społecznej*“. Dentystyka rozwijała się dotychczas w przeciwieństwie do innych działów medycyny oddzielnie, mimo to potrafili jej przedstawiciele jeszcze długo przed oficjalnem uznaniem higieny społecznej wystawić żądania z zakresu ogólnej nauki o zdrowiu i spełnić je przez utworzenie szkolnych klinik dentystycznych. Rozwój tkanek zębowych uzależniony jest, podobnie jak rozwój szczęk i kształtu twarzy, od wrodzonych skłonności, od właściwości rasowych i rodzinnych, środowiska społecznego i położenia gospodarczego. Naukowa ortopedia szczękowa zajmuje się dokładnie wyświetleniem tej kwestji ważnej zarówno pod względem antropologicznym, jak i higienicznym. Przy zwalczaniu gruźlicy i chorób płciowych nie można się obejść bez współpracy lekarza-dentysty, do jego zakresu działania należą też liczne szkodliwości zawodowe, które na twory jamy ustnej szkodliwie działają. Ustawodawstwo i ubezpieczenie społeczne stawiają przed lekarzami-dentystami zadania coraz wyższe. Koniecznie musi taka ewolucja, dążąca do uprzystępnienia opieki dentystycznej jak najszerszym warstwom ludności, wywołać pewne obciążenie gospodarcze. Ale gospodarczo ważne jest utrzymanie i wzmoczenie wydajności pracy i twórczości ludzkiej, dlatego oszczędność nie jest tu na miejscu. Oto przewodnia myśl zdrowej polityki higieniczno-społecznej.

Po tych dwóch przemówieniach programowych, które wygłoszone przed audytorjum mieszanem, t. zn. złożonem częściowo z fachowców, a częściowo z wykształconych laików, miały trudne zadanie zadowolenia i jednych i drugich, nastąpił jeszcze szereg mianowań członkami honorowymi, na czem to pierwsze uroczyste zebranie przy dźwiękach muzyki zakończono.

Po południu tego samego dnia odbyło się posiedzenie Zrzeszenia dla współpracy nad badaniem chorób przyzębia (Arbeitsgemeinschaft für Parodontosenforschung ARPA) pod przewodnictwem L o o s a (Frankfurt n/M.). Pierwszy przemówił:

Weski (Berlin) na temat: „*Ogólne punkty widzenia na etiologję chorób przyzębia i ich leczenie przyczynowe*“. Momenty wytyczne, których brak było dotychczasowym usiłowaniam wyjaśnienia przyczyn zaniku

przyzębia znaleźć możemy w nauce o konstytucji: kierując się nią, musimy zapatrywać się na zanik łożyska zębowego (Paradentose, Zahnbettchwund) jako na chorobę o podwójnej etiologii (Bikausale Erkrankung). Z zewnątrz działają szkodliwości egzogeniczne, które w skojarzeniu z dyspozycją wewnętrzną wspólnie wytwarzają różno-postaciowy obraz paradentozy. Wśród czynników egzogennych odgrywa nocne zgrzytanie i ściskanie zębów (objaw Karoly'iego) rolę najważniejszą. Ugrupowanie autorów według stanowiska poglądu na etiologję paradentozy i podział ich na lokalistów, konstytucjonalistów i fuzjonistów jest już dzisiaj przestarzałe i nie może stanowić podstawy do dalszych badań w danej dziedzinie. Dokładniejsza analiza pojęcia dyspozycji (skłonność, usposobienie chorobowe), wykazuje, że nie można go identyfikować z pojęciem konstytucji, raczej należy moment konstytucjonalny we właściwym znaczeniu rozpatrywać w przeciwieństwie do stosunków warunkowo endogennych. Patologia konstytucjonalna uczy, że konstytucja ogólna jest sumą konstytucyj częściowych: każdy narząd i układ w ciele posiada sposób i rozmiar odczynu, uwarunkowany przez masę dziedziczną. Przedstawiają je odczyn naczyń i komórkowe właściwości twórcze. Poszczególne narządy pozostaje w konflikcie z czynnikami zewnętrznymi natury egzogennej i endogennej, pochodzącymi od innych narządów. W ten sposób modyfikuje się pojęcie dwuprzyczynowości według formuлки: czynniki egzogenne i endogenne przeciw konstytucjonalnym. Zwracając uwagę na to, że przyzębie człowieka kulturalnego wykazuje wyraźne objawy degeneracji, zakończył prelegent uwagę, że obecnie planowe leczenie wewnętrzne paradentozy nie ma jeszcze dostatecznych pewnych podstaw.

Następny wykład wygłosił Citron (Berlin) na temat: „*Internistyczna etiologia paradentozy*“. Dla pewnej grupy chorób przyzębia jest rzeczą pewną, że obok miejscowych szkodliwości współdziałają też przyczyny ogólne. Należy tu rozróżnić paradentozy przebiegające z ropieniem i paradentozy przebiegające bez ropienia. A więc dla pierwszych, t. j. przebiegających z ropieniem, decydującą rolę odgrywają wszystkie czynniki sprzyjające ropieniom, jak n. p. choroba cukrowa, zatrucia metalami i t. d. Dla drugiej grupy uwzględnić należy zaburzenia przemiany materji raczej i wydzielania wewnętrznego, jak również schorzenia układów. Wymienić tu należy wiał rdzenia (tabes), dnę, schorzenia kości i stawów o innej etiologii, chorobę Basedowa, niedorozwój gruczołów płciowych i inne. Skąpe nasze dotychczasowe wiadomości w tej dziedzinie mogą być rozszerzone jedynie przez dokładne metody badania: ważne jest badanie podstawowej przemiany materji, mikroskopja naczyń włosowatych, chemiczne badanie krwi na wapń, potas, kwas moczowy, cholesterynę, lecytynę, cukier i t. d. Następnie należy przeprowadzić badanie funkcyjne sprawności gruczołów dokrewnych, jak również stwierdzić zapas zasadowy krwi. Potrzebne są również badania nad konstytucją. Niezależnie od tego możnaby czysto empirycznie stwierdzić, czy jednostronne odżywianie kwaśne, lub zasadowe jest korzystne dla wyleczenia paradentozy. Korzystny wpływ diety przeciw-cukrzyczej na przebieg paradentozy jest stwierdzony. Przeprowadzenie powyżej naszkicowanego szerokiego planu badań możliwe jest jedynie w odpowiednim instytucie uposażonym w należyte środki i personal.

Loos (Frankfurt n/M.) mówił o „*Spostrzeżeniach klinicznych nad konstytucją przy paradentozach*“. Podstawy endogenne paradentozy ukazują się w licznych chorobach wewnętrznych, zwłaszcza w chorobach przemiany materji. Loos znalazł na sto przypadków sześciu chorych na moczówkę cukrową, dwóch ze zwapnieniem tętnic, siedm razy zmiany obrazu krwi. U kobiet często zaburzenia wewnętrzznego wydzielania, obok częstych objawów klimakterycznych w jednym przypadku niedorozwój części płciowych, w jednym przypadku rozmięczenie kości, w jednym przypadku obraz podobny do akromegalji. Z powodu znanego związku zaniku przyzębia z dną przedsięwzięto systematyczne badania nad zawartością kwasu moczowego, przy których znaleziono podwyżkę zawartości kwasu moczowego we krwi w siedmiu przypadkach na dwanaście. Z powodu związku skazy dnawej i cukrzycy z podwyższonem parciem krwi i ze zmianą przemiany materji cholesterynowej zwrócono uwagę także i na te sprawy. Podobnie z dodatnim wynikiem jak przy kwasie moczowym. Złoza cholesteryny w układzie siateczkowo-śródbłonkowym są znane i nie jest wykluczone, że w nich należy szukać szczególnego usposobienia do pierwotnych zapaleń dziąsła. Pod względem klinicznym zwrócono baczną uwagę na tak zwany nieżyt pokwitania (Pubertätskatarrh) Weskiego i dlatego rozpoczęto systematyczne badania u młodzieży szkół wydziałowych. Przy tem znaleziono u nich nadzwyczaj często zapalenie nieprawidłowo wysoko nad szyjką zębową stojącego brzegu dziąsłowego. Jeszcze bardziej uwagi godne były spostrzeżenia Jaenscha i Wittnebena u dzieci szkół wydziałowych, tyżące się postaci zaburzenia krążenia włosowatego, które to zaburzenia u dzieci badanych dały się bardzo często stwierdzić. Stąd pochodzi konieczność zbadania dokładnego i stwierdzenia związków pomiędzy krążeniem włosowatym, rozwojem zębów embriologicznym i morfologicznym, wykluwaniem się zębów, brzegiem dziąsła, zaburzeniami wykluwania się zębów, nieprawidłowościami zgryzu. Dla badania paradentozy wynikają z tych badań liczne zadania. Można te zadania rozwiązać jedynie przez badania masowe, badanie kliniczne konstytucji zarówno fizycznej, jak i psychicznej, jak najdokładniejsze i jak najlichniesze badania przemiany materji; jasną jest rzeczą, co oznacza ten ogrom zadań dla stomatologii wogóle, dla Związku badania chorób przyzębia, dla planu nauczania dentystyki i dla uniwersyteckich instytutów dentystycznych.

Boenheim (Berlin) mówił o „*Badaniach związku zaburzenia wewnętrznego wydzielania z zanikiem przyzębia*“. Boenheim bada od dłuższego czasu systematycznie chorych do niego kierowanych i znalazł w licznych przypadkach, że rozmaite gruczoły wewnętrzne ulegają zaburzeniom. Hirsch rozbudował system badania patogenicznych zmian gruczołów wewnętrznych, mających dla badania wielkie znaczenie. Boenheim jest zdania, że w 80% przypadków chorób przyzębia można stwierdzić zmiany wewnętrznego wydzielania.

Bonis (Budapeszt) omówił: „*Kliniczne doświadczenia przy leczeniu paradentoz*“, uczynione w budapeszteńskiej klinice stomatologicznej. Celem wyrobienia sobie bezstronnego zdania o różnych sposobach leczenia paradentozy stosowano tam wszystkie istniejące sposoby lecznicze paradentozy niezależnie od siebie i podano je dokładnemu studjum. Badaniu to-

warzyszyło zawsze dokładne badanie Roentgenowskie, uważane przez prelegenta jako niezbędny i ważny czynnik rozpoznawczy. Przesadna chęć utrzymania zębów dotkniętych tak głębokimi zmianami przyzębia, jak kawerny kostne, nie da się uzasadnić. Należy często uciekać się do kleszczy, zbyt wielki konserwatyzm może niekiedy mieć niepożądane skutki. Wyniki radykalno-chirurgicznego leczenia paradentozy są zadowalające, stosują je jednak w klinice budapeszteńskiej jedynie przy sprawach daleko posuniętych. Liczne doświadczenia wykazują, że wśród przyczyn patogenicznych przeciążenie i fałszywe obciążenie łuków zębowych i pewnych grup zębowych odgrywają bardzo ważną rolę. Bonis uważa wykluczenie tych czynników za najważniejsze zadanie przy leczeniu chorób przyzębia. W przypadkach, w których w myśl zasady Karoly'iego, już dawno przez tego autora ogłoszonej, odciażono przeciążone zęby przez zeszlifowanie guzków i stworzenie zgryzu saneczkowego, można było stwierdzić zatrzymanie się rozwoju choroby. Zastosowanie czapek nagryzowych (Aufbisskappen) celem przeciwdziałania nocnemu zgrzytaniu i ściskaniu zębów uważa prelegent za bardzo ważny postulat leczniczy. Uzupelnienie brakujących zębów celem należytego rozdziału czynników dynamicznych jest konieczne. Gruntowne oczyszczanie osadu, wykonywane według dowolnej metody, jest sprawą wprawdzie drugorzędnego znaczenia, lecz konieczną. Leczenie musi być skierowane przeciwko przyczynie choroby, musi więc być przyczynowe. Haczyk oczyszczający i szczotka do zębów są potrzebne, ale należy je uważać jedynie za środki pomocnicze.

Kortum (Kassel): „*Choroby przyzębia jako objawy częściowe chorób ogólnych*“ Choroby przyzębia mogą być wywołane albo miejscowo, albo być objawami częściowymi chorób ogólnych. Podczas gdy w pierwszym wypadku przyczyny są łatwo spostrzegalne przy badaniu, to w drugim wypadku wchodzi w grę sprawy subtelne, pozostające w związku z funkcjami całego organizmu. Każda choroba ogólna jest połączona z zaburzeniem ogólnej przemiany materji całego organizmu. Zmiany te są najwybitniejsze w centrach przemiany materji w obszarach najdelikatniejszych naczyń włosowatych. Również włosowate naczynia przyzębia ulegają tym zmianom. Choroby przyzębia zdarzają się jednak tylko przy znaczniejszych zmianach funkcji, przemiany materji, unerwienia, lub uszkodzenia komórek śród-błonkowych naczyń włosowatych. Dlatego występują choroby przyzębia jako objawy częściowe przy chorobach towarzyszących uszkodzeniom powyżej wymienionych obszarów włosowatych, tkanek i narządów, jak to ma miejsce przy chorobie cukrowej, przy skorbucie, przy chorobie obrzękowej, dnie, chorobie cukrowej, chorobach naczyń połączonych z podwyższeniem ciśnienia wadach serca połączonych z objawami ciężkimi niewyrównania, organicznych chorobach nerwowych. Ostre choroby zakaźne mogą wprawdzie przejściowo uszkodzić części przyzębia, zdają się jednak nie wywoływać chorób przyzębia. Przy przewlekłych chorobach zakaźnych, a mianowicie gruźlicy, kile, pewnych postaciach zimnicy można je spostrzegać okolicznościowo, lecz nie często. Definitywnego sądu nie możemy jeszcze wydać, potrzebne są dalsze badania celem wzmocnienia powyższych spostrzeżeń.

Wolff (Berlin), który jest naczelnym rzeczoznawcą berlińskiej Kasy chorych dla spraw chorób jamy ustnej, referował o *doświadczeniach po-*

czynionych w dziale leczenia paradentozy u osób ubezpieczonych w Kasach chorych. Niemiecki państwowy urząd ubezpieczeniowy przyczynił się kwotą 1000 marek do badań nad paradentozą, wstępując z tą kwotą jako członek do ARPY. Poza tem urządziła wspomniana instytucja specjalne kursy wykształcające, które popiera ideowo i materialnie.

Dnia 4. września w niedzielę nastąpił dalszy ciąg obrad naukowych, przyczem tematem głównym była sprawa: „*Leczenia wewnętrznych chorób szczęk i zębów*“. Pierwszy mówił Schmitz (Wrocław) jako przedstawiciel chemji fizjologicznej o chemicznych, fizjologicznych i patologicznych sprawach jamy ustnej, nad którymi wykonał systematyczne badania. Zastanawiano się już od dawna nad pytaniem, czy twarde substancje zębowe posiadają własną przemianę materji; spostrzeżenia czysto kliniczne przemawiają za tem. Jest znaną rzeczą, że przy różnych sposobnościach, jak cięża, przewlekłe choroby zakaźne i t. d. szkliwo zębów ulega znacznej destrukcji. Odwapnienia tego narządu idzie ze środka w przeciwieństwie do odwapnienia spostrzeganego przy próchnicy, mającego swe źródło w przyczynach zewnętrznych. Należałoby zastanowić się nad pytaniem, czy szkliwo, względnie tkanki zębów wogóle otrzymują za pośrednictwem śliny znowu wapno. Gdyby to się udało, moglibyśmy za pośrednictwem preparatów, zawierających wapno, podając je razem z pokarmami, doprowadzić i zębom te substancje ważne do budowy zębów.

Weber (Kolonja) mówił o próbach swoich *leczenia obrażeń w zakresie szczęk*, n. p. ran operacyjnych sztucznie zadanych. Również próbował Weber usunąć występujące w przebiegu przewlekłego zapalenia ozębnej ziarniniaki przez wewnętrzne podawanie środków przez siebie wypróbowanych. Naturalnie, że nie idzie tu o bezpośrednie zadziaływanie tych środków na ranę, lecz o pośrednie działywanie po spożyciu wewnętrznem. Weber znalazł po licznych próbach sole *strontu* jako najbardziej wpływające korzystnie na wzrost tkanki kostnej, nawet w stanie zapalnym. Również choroby śluzówki, przebiegające często nadzwyczaj uporczywie i nie dające się uleczyć żadnemi środkami, mogą przez wewnętrzne zażywanie takich leków być wyleczone. Również sposób odżywiania odgrywa tutaj wielką rolę.

Rebel (Getynga) spostrzegał dobre wyniki przy świeżych sprawach. Główny nacisk kładzie on na zapobieganie. Badania jego obejmowały *fosfor*, kombinację soli strontu i soli wapiennych przy równoczesnem podawaniu witamin.

Stiegele, kierownik homeopatycznego szpitala w Sztutgardzie, starał się zjednać popularność dla wyznawanych przez siebie zasad *homeopatji*. Wspomniął, że w licznych przypadkach udało mu się usunąć ból skutecznie zapomocą środków wewnętrznych z większem powodzeniem, niż to jest możliwe przez bezpośrednie działywanie na okolicę sprawiającą ból. Odnosi się to głównie do nerwobolu nerwu trójdzielnego.

Rohrer (Hamburg) przedstawił swe badania, *tyczące się wpływu gruczołów wewnętrznego wydzielaniu na rozwój tkanek zębowych*.

Haber (Berlin) wspomniął, że przez podawanie preparatu wapniowego „Candjolin“ udało mu się uzyskać znaczną poprawę w przypadkach, w których miał dane do przypuszczenia, że zaburzenia, na które chory cierpiał są spowodowane zatruciem amalgamem. Polepszenie stwierdzić

można było zarówno pod względem ogólnym, jak i miejscowo w jamie ustnej przez badanie wzmożenia siły zgryzu przy użyciu aparatu Habera. Siła zgryzu badana tym aparatem przed i po podawaniu C and jolin była różna o połowę. Poleca więc ten preparat jako środek odpowiedni do leczenia podobnych stanów.

Müller (Marburg) mówił: „*O wewnętrznym leczeniu chorób jamy ustnej i szczęk ze stanowiska medycyny wewnętrznej*“. Wydanie sądu o jakimś środku leczniczym napotyka na trudności z tego powodu, że przy nastąpieniu polepszenia często nie można wiedzieć, czy polepszenie to należy przypisać środkowi leczniczemu samemu, czy też zwrot korzystny byłby i tak nastąpił. Również należy uwzględnić psychiczne działanie środka leczniczego. Liczne choroby zębów i szczęk mają podłoże konstytucjonalne. Przełomy biologiczne, jak u kobiet menstruacja i ciąża, mają wpływ na stan uzębienia. Pomiedzy krzywicą a zaburzeniami zębówi istnieją związki. Skłonność djabetyków do próchnicy zębów, tudzież do ropnych zapaleń w zakresie zębów, ma swoje źródło w upośledzeniu miejscowej odporności tkanek przeciwko zakażeniom. Również pomiedzy dną a powstawaniem chorób przyzębia istnieją związki. Podobnie ma gruczoł tarczowy (wole) wpływ na uzębienie i jego stan zdrowotny. Prelegent mówił wreszcie o różnych metodach leczenia, tudzież wskazał na konieczność ścisłej, zarówno praktycznej, jak i teoretycznej współpracy pomiedzy stomatologią a medycyną ogólną.

Andresen (Kopenhaga) wystąpił z oryginalną propozycją, a mianowicie żądał *ustawodawczego uregulowania kwestji pokarmów*, mianowicie biorąc analogję z pewnych przepisów ustawodawczych, które w austriackich krajach alpejskich i w Szwajcarji każą celem przeciwdziałania chorobie wola dodawać do soli kuchennej soli jodowych, proponował, by zebranie wydało rezolucję żądającą zakazu sprzedaży cukru białego, jako szkodliwego, a żądającą wprowadzenia cukru nierafinowanego. Również proponował dla próchnicy zębów nazwę Acalcosis, względnie Saccharosis.

Po interesujących debatach przedpołudnia niedzielnego tytczących się kwestji wewnętrznego leczenia chorób szczęki i zębów przyniosło popołudnie niedzielne również nader ciekawą dyskusję o *amalgamach*. O ile temat przedpołudniowy był niejako nowy, programowy, mający dobitnie zmanifestować nowoczesne tendencje ożywiające stomatologję w kierunku zespolenia się z medycyną ogólną, tendencję, którym wyraz już dany był na jednym z poprzednich zjazdów tudzież w modyfikacji nazwy samego Centralnego Związku Lekarzy-Dentystów Niemieckich, o tyle dyskusja amalgamowa była niejako dalszym ciągiem dyskusji zeszłorocznej odbytej w Düsseldorfie, dyskusji pierwszej po znanem wystąpieniu profesora chemji poprzednio w Berlinie, obecnie w Karlsruhe Stocka. Rok, który minął od Zjazdu zeszłorocznego został umiejętnie wyzyskany dla dalszych badań w tej tak żywotnej dla dentystyki, dentystów i leczącej się publiczności kwestji. Odpowiedź na zapytania i niedomówienia Stocka była tem konieczniejsza, że zarzuty jego godziły w jedną z najżywotniejszych czynności przeciętnego praktyka dentystycznego, wzbudziły zaniepokojenie wśród leczącej się publiczności i doznały mało fachowego, ale tembardziej namiętnego i za sensacją goniącego omówienia na łamach prasy codziennej. Wynikiem konkretnym, realnym Zjazdu

w Düsseldorfie było utworzenie specjalnej stacji dla badania osób dotkniętych przewlekłym zatruciem rtęcią. Stacja ta została utworzona w berlińskiej Charité przy oddziale kliniki wewnętrznej Hisa pod kierunkiem Fleischmana. Badania odbywały się tam przy wzajemnej współpracy internistów i stomatologów delegowanych przez Instytut Dentystyczny Uniwersytetu berlińskiego. Podczas gdy internści badali klinicznie stan fizyczny chorych przy równoczesnym badaniu chemicznym wydzielin na obecność rtęci, to stomatolodzy badali uzębienie danych chorych.

Fleischman, jako pierwszy mówca, zdał sprawę ze swych badań, dokonanych na licznych materiale. Mógł on potwierdzić zarzuty Stocka o tyle, że ponad wszelką wątpliwość z wypełnień wykonanych z amalgamu miedziowego wydziela się rtęć i przechodzi, wprawdzie w małych ilościach, do organizmu; przy wypełnieniach z amalgamu szlachetnego, zawierające przeważnie srebro, a w mniejszych ilościach złoto i platynę, takie wydzielanie rtęci może się także odbywać. Częstość i ilość takiego wydzielania jest właśnie rzeczą dyskusyjną: odgrywa tu wielką rolę gatunek amalgamu i — rzecz bardzo ważna — sposób zrobienia. Stwierdzenie rtęci nie jest jednak równoznaczne ze zmianami chorobowymi: ich należy się spodziewać w pojedynczych przypadkach przy szczególnej nadwrażliwości ustroju. Co do częstości to mógł Fleischman otrzymać dodatni wynik przy badaniu na rtęć w 62% przypadkach, a przy amalgamie miedziowym w 88%. Ilości znalezionej rtęci wahały się od 1/10.000 mg do 1/4.000 mg rtęci na litr moczu. Przy zatruciach zawodowych 1/300 mg dziennie. Ilość ta zbliżona jest do ilości podawanej przez Telekiego, wynoszącej 1/100 mg.

W licznych przypadkach, w których rtęć, czy to zawodowo, czy to leczniczo, czy to z zębów przechodziła do ustroju, znalazł Fleischman zmiany w białym obrazie krwi, a mianowicie znaczną limfocytozę. W 80% przypadkach znalazł znaczną limfocytozę, a w 50% znalazł ją u dentystów szkolnych i u pomocniczych dentystycznych, zajętych w dentystycznych klinikach szkolnych. Obie te kategorie osób zostały systematycznie przebadane. Do znanych dotychczas dwóch klasycznych przypadków zatrucia rtęciowego spowodowanego wypełnieniami rtęciowymi, (jeden przypadek Witzla, jeden przypadek Stocka) dodaje Fleischman trzy przypadki, przez siebie obserwowane, w których można było odnieść objawy zatrucia rtęciowego z jak największym prawdopodobieństwem do wypełnień rtęciowych. Ilości rtęci zawartej w moczu tych chorych wahały się od 1/4.000 mg do 1/10.000 mg, a po usunięciu wypełnień rtęciowych wystąpiła znaczna poprawa stanu obiektywnego i subiektywnego. I tutaj preparaty wapniowe, a w szczególności candiolin okazały się bardzo skuteczne.

Schönbeck (Berlin) podkreślił nader dobitnie kategoryczne zdanie, że amalgam miedziowy powinien bezwzględnie zniknąć z armamentarium dentystów. Szkodliwość jego nie ulega żadnej wątpliwości. Przy amalgamach szlachetnych odgrywa bardzo ważną rolę, poza ich gatunkiem, sposób zrobienia, który jest bardzo ważny celem uniknięcia szkodliwości mogących wynikać z wydzielania rtęci. W tym celu podał Schönbeck metodę pozwalającą na dokładne dawkowanie opilków metalicznych i rtęci. Nie używa on czystej rtęci, lecz opilków i mieszaniny srebra z rtęcią w formie tabletek. W związku z żądaniem ostrożniejszego obchodzenia

się z ręką przy zarabianiu materiału celem uniknięcia szkodliwych następstw zarówno dla lekarza - dentysty, jak i pomocnicy dentystycznej, tudzież dla publiczności, podał przemysł dentystyczny cały szereg przyrządów, mających służyć do dokładnego dawkowania rtęci i opiłków. Należy tu wymienić aparat podany przez firmę: „Degussa“ (Deutsche Gold und Silberscheide-Anstalt), w którym opiłki dawkuje się małymi miarkami metalowymi, a rękę kalibrowaną pipetą. Celem jak najdokładniejszego zmieszania rtęci z opiłkami podano różne aparaty: amerykański posiada motorek elektryczny, a niemiecki znacznie prostszy przymocowuje się do wiertarki elektrycznej, w miejscu w którym zwykle umieszcza się rączkę, a przez ruchy wstrząsające, wywołane przez odpowiednio umieszczony ekscenter, następuje dokładne zmieszanie rtęci z opiłkami.

Następny mówca *Wannenmacher* (Tybinga) podał aparat własnego pomysłu, mający umożliwić dokładne mieszanie.

Następnie *Borinsky*, dyrektor Instytutu chemicznego miejskiego Zakładu higieny (Berlin) zdał sprawę o badaniach *nad zatruciem rtęciowym*, przeprowadzonych w berlińskich dentystycznych klinikach szkolnych u lekarzy i pomocnic dentystycznych, tudzież u dzieci. Badania te wykazały obecność rtęci w kale i moczu; również powietrze ubikacyj klinicznych zawierało pary rtęci. *Stock* (Karlsruhe), autor całego alarmu rtęciowego, zabrał głos i wyraził zadowolenie, że kwestje przez niego podniesione, doznały tak szczegółowego badania. *Dieck* podał do wiadomości, że Państwowy Zakład Higieny Reichsgesundheitsamt) dąży do ujednostajnienia badań w kwestji zatrucia rtęciowego z powodu wypełnień ortęciowych.

Dyskusję zakończono rezolucją żądającą poparcia ze strony Rządu dla ujawnionych na Zjeździe tendencji dążących do ścisłej współpracy z medycyną wewnętrzną.

Z innych wykładów, zasługujących na baczniejszą uwagę należy wymienić jeszcze następujące: Psychiatra *Marbe* (Würzburg) omówił nader interesujące badania *psychotechniczne nad indywidualną zdolnością do zawodu lekarsko-dentystycznego*. Omówił on przedewszystkiem pojęcie psychotechnicznych badań zdolności i ich praktyczne znaczenie dla przemysłu, instytucyj komunikacyjnych, handlu i wyboru zawodu. Dotychczas stosowano te badania zdolności prawie wyłącznie u kandydatów na posady niższe, obecnie pragnie *Marbe* wskazać drogi, które umożliwią stwierdzenie zdolności w chirurgji, ortopedji i dentystyce szybko i łatwo. Po naszkicowaniu metodyki tego badania w chirurgji i ortopedji (która ukazała się w „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ tom 202) wymienił staranność, ostrożność, spokojną rękę, zręczność, delikatne czucie, zdolność badania grubości przedmiotów i uzdolnienie techniczne jako najważniejsze zasadnicze zalety lekarza - dentysty. Prócz tego musi lekarz - dentysta rozporządzać zdolnością prawidłową optycznego pogładowego myślenia i pamięci, dobrą zdolnością koncentracji i uwagi rozdzielczej. Wreszcie zdał *Marbe* sprawę z psychotechnicznych badań przeprowadzonych przez siebie u 21 praktykantów Instytutu Dentystycznego w Würzburgu, które dały zupełnie zgodne wyniki z badaniami analogicznymi, przeprowadzonymi przez *Walkhoffa*. Badania te zajęły dla każdej osoby około tylko półgodziny. *Marbe* poleca dalszą rozbudowę tej metodyki i kończy: „Jeżeli każdemu, który decyduje się zostać lekarzem - dentystą, po krótkim

badaniu możemy powiedzieć, czy jest on do tego zawodu zdalny czy nie, to wyświadczamy znakomitą przysługę zarówno jemu, jak i zawodowi dentystycznemu, leczącej się publiczności i ogółowi". Salomon uzupełnił te wywody wskazując na ważne potrzeby zawodu lekarsko-dentystycznego ze strony ogólnie-lekarskiej, intelektualnej i społeczno-etycznej. Dieck ostrzeży przed przedwczesną oceną zdatości na podstawie badania, gdyż okazuje się, że kandydaci, którzy przy pierwotnym badaniu nie okazywali wielkiej zdolności, po pewnym czasie z powodu nabrania wprawy okazali wielką zdatość, czasem nawet większą niż inni kandydaci, którzy z początku okazywali się bardzo zdatnymi. Balters wspomniał, że analogiczne badania przeprowadził i ogłosił jeszcze przed siedmiu laty, przy czym przypomniał o aparatach w tym celu przez siebie podanych, które bardzo przypominają aparaty obecnie podane przez Diecka.

Lipschitz (Berlin) omówił „*Samoregulację uzębienia i jej znaczenie dla higieny społecznej*". Samoregulacja ma na celu: 1. Usunięcie nieprawidłowości przy nieprawidłowym ustawieniu zębów pojedynczych, 2. przy ustawieniu zębów zbyt gęstem i skłonności do próchnicy zapobiec względnie zmniejszyć jej występowanie i w ten sposób przyczynić się do utrzymania uzębienia w stanie higienicznym. Baczna uwagę należy już zwracać na uzębienie mleczne, gdyż zęby mleczne trzymają — zdaniem referenta — miejsce dla zębów mlecznych. Jeżeli zdołamy utrzymać zęby mleczne aż do wyklucia się zębów stałych, to wtedy wystąpi znacznie mniej nieregularności ustawienia, niż wtedy, kiedy mleczne zęby dziecko wcześniej traci. Jeżeli zęby stałe wykluwają się w miejscu nieprawidłowym, to trzeba wtedy zęby mleczne natychmiast usunąć, by uzyskać ustawienie prawidłowe. Leczenie w uzębieniu stałym polega na wczesnym usunięciu pewnych zębów, by umożliwić zębom nieprawidłowo ustawionym wejście na odpowiednie miejsce bez użycia środków mechanicznych. Przy gęstem ustawieniu zębów i skłonności do próchnicy można przez usunięcie czterech chorych zębów, po jednym w każdej połowie szczęki, stworzyć ustawienie mniej gęste, przez co równocześnie zapobiega się próchnicy. Tutaj mogą zęby w zupełności się zejść, jeżeli ekstrakcje zostały wczas wykonane. Samoregulacja jest więc w odpowiednich przypadkach sposobem najprostszym i najtańszym do usunięcia nieprawidłowości ustawienia i do zwalczania próchnicy; przeprowadzona ogólnie winna uzyskać wielkie znaczenie dla higieny społecznej.

Schumacher, (asystent Szkolnej kliniki dentystycznej w Bonn) zdał sprawę z *obecnego stanu planowego leczenia szkolnego*. Dziewięćdziesiąt procent wszystkich dzieci szkolnych posiada już dzięki usiłowaniom sanacyjnym zdrowe uzębienie stałe. Statystyka jednolita, która się ukazała w roku zeszłym, wykazuje, w jakim stopniu wzrosło zrozumienie dla sprawy sanacji uzębienia i planowej pracy w tym kierunku zarówno wśród społeczeństwa, jak i wśród władz. Na wzór Kliniki szkolnej w Bonn pracują już obecnie liczne kliniki szkolne w Holandji, Austrii, Rosji i Czechosłowacji.

Weinmann (Wiedeń, uczeń Gottlieba) mówił o *badaniu przemiany materji przy rozlanym zaniku*. Badania swoje ogłosił był już na Zjeździe lekarzy-dentystów austriackich w Gracu, przy czem podał, że przy zaniku wyrostka połączonym z rozluźnieniem zębów i ropieniem

występują zaburzenia w czynności przysadźgłomki ej; wprawdzie byłoby r zeczaprzedwczesną brać wspomniane zmiany jednostronnie i zapominać o innych, to jednak w każdym razie należy przy zmianach przyzębia zwracać bacniejszą, niż dotychczas, uwagę na zaburzenia wewnętrznego wydzielenia.

Chaim (Berlin) mówił o *guzach mieszanych* i demonstrował guz gruczołu ślinowego podszczękowego uzyskany w drodze operacji, zawierający kamienie ślinowe. Demonstrując nader wielki kamień ślinowy, który wywołał zakażenie dna jamy ustnej i ropowicę, omówił szczegółowo sprawę ropowic dna jamy ustnej, które dają prognozę nader niekorzystną przy zbyt późnem leczeniu i zdał sprawę na podstawie swego licznego materiału, uzyskanego w Klinice Handjerry w Berlinie o swych korzystnych wynikach leczniczych przy wczesnem otwarciu ropowic od zewnątrz. Przy operacji guzów mieszanych jest zwolennikiem operacji wczesnej, zanim guz przybierze postać złośliwą.

Trebitsch (Wiedeń): „*Zawartość fluoru w zębach*“. Zdał sprawę z dotychczasowych swych badań. Spalanie glicerynowe sposobem Gabriela jest dla wspomnianego celu nieodpowiednie, a dla przemiany zawartych w zębach nierozpuszczalnych fluorków w rozpuszczalne, wystarcza stopienie z węglanem zasadowym bez dodatku kwasu krzemowego. Według metody lantanowej Meyra i Schulza stwierdził w wysuszonych zębach ludzkich zawartość fluoru, wynoszącą od 0.29 do 0.59‰.

Rohrer (Hamburg): „*Badanie roentgenologiczne zatrzymanych kłów*“. Na podstawie rozważań fizykalnych i badań eksperymentalnych przychodzi Rohrer do wniosku, że przy technice roentgenowskiej bezbłędnej, kiel zatrzymany w szczęcie, ukaże się na filmie tem dokładniej w swej budowie strukturalnej i w swej prawidłowej postaci, im bliżej zęb się znajdzie od filmu. Ta teza jest podstawą przy odczytywaniu roentgenogramów. Poza tem można przedstawić zatrzymane kły metodą rysowniczą Hauberrissera według zasad geometrycznych. Rohrer podaje aparat własnego pomysłu zawierający podziałkę, zapomocą którego można odczytać oddalenie kła zatrzymanego. Kły zatrzymane są w szczęcie górnej znacznie częstsze, niż w żuchwie i zdarzają się u kobiet znacznie częściej niż u mężczyzn, co się tłumaczy drobniejszą budową czaszki, twarzy i szczęk.

Münzeshaimer (Berlin): „*Metoda fotografowania toru stawowego żuchwy*“ polega na tem, że łączy się żuchwę zapomocą szyny nałożonej na zęby dolne z aparatem składającym się ze statywu zaopatrzonego w kilka żarówek elektrycznych wskutek czego można dokładnie z fotografować ruchy żuchwy we wszystkich trzech wymiarach. Drogi, które zataczają żarówki, fotografuje się z trzech stron: z boku, z góry, z przodu, a krzywe, w ten sposób otrzymane, przedstawiają projekcje ruchów stawowych żuchwy i są zupełnie dokładne, gdyż odpada tu źródło błędów, jakie przedstawia tarcie ołówków o tabliczki zwłaszcza przy ruchach bocznych. Kostka próbna, w której krzywe umieszcza się w należytem oddaleniu i projekcji, pozwala na dokładne ich odczytanie i umożliwia bezpośrednią obserwację ruchów główki stawowej na szczęcie. (Praca powyższa otrzymała pierwszą nagrodę na konkursie Centralnego Związku Lekarzy - Dentystów niemieckich).

Schröder (Berlin): „*Możliwości funkcjonalnego kształtowania sztucznych zębów*“. Wychodząc z założenia, że ruchy artykulacyjne, ruchy wprzód i w bok są funkcją nachylenia toru stawowego, wykazuje, jaką rolę odgrywają zęby boczne przy wyrównaniu różnic nachylenia torów w szczękach i jak winny być ukształtowane, by prócz ruchów bocznych także ruchy wstecz i wprzód funkcjonalnie t. j. kinematycznie i mechanicznie ukształtować jak najkorzystniej. Wykazał, że dawniejsze formy pod tym względem nie zadawały, że zęby „anatoform“ Williamsa i Gysięgo zbliżają się wprawdzie jak najbardziej do tego celu, lecz, że efekt mechaniczny może jeszcze być spotęgowany. Gysi i Williams starali się cel ten uzyskać w ten sposób, że zaopatrywali powierzchnię zgryzową prócz guzków jeszcze wypukłościami i listewkami. Amerykańscy autorzy stworzyli zęby w kierunku sagitalnym (strzałkowym) silnie wyżłobione, które działając w kierunku poprzecznym, wprowadzały w czynność ostre krawędzi i równie pochyłe. Fehr starał się w podobny sposób powiększyć sprawność mechaniczną powierzchni zgryzowych sztucznych zębów przez to, że umożliwiał im także w kierunku strzałkowym mechaniczny czynny styk ślizgowy (Schleifkontakt). Schröder podał nowy kształt powierzchni zgryzowych, różniący się bardzo znacznie od kształtów naturalnych, przy którym zastosował zasadę tłuczka do moździerza. Zęby boczne dolne otrzymują kształt mniej lub więcej stromej kopicy, górne zaś są wyżłobione niekolkato tak, że przy zgryzie centralnym zęby dolne zajmują tylko środkową część zagłębień zębów górnych. Ku przodowi i tyłowi, na wewnątrz i na zewnątrz pozostawiają one dość miejsca ruchom strzałkowym i bocznym i wszystkim kombinacjom tych zasadniczych grup ruchów. Ponieważ głębokość i stromość zagłębień jest zastosowana do stopnia nadgryzu (Ueberbiss) i do nachylenia toru stawowego, przeto kopice zębów dolnych pozostają w stałym styku ślizgowym z zagłębieniami niecek przy ruchach artykulacyjnych i dają działanie siłom zarówno poziomym jak i pionowym bez jakiegokolwiek zahamowania. Te stosunki umożliwiają odpowiednią pracę żucia przez ruchy miażdżące i żujące. Ponieważ zagłębienia górnych zębów są dookoła: mezjalnie, distalnie (dośrodkowo, odśrodkowo) policzkowo i językowo ostrolinijnie ograniczone, przeto powstaje przy wydatnych ruchach żuchwy wprzód lub w bok przeto, że dolny stożek uderza o ostre krawędzi górnych zagłębień, działanie żujące nad wyraz korzystne umożliwiające właścicielowi dostawki rozdrabnianie nawet mięsa łykowego.

Chaim w drugim swym wykładzie o „*Operacjach wytwórczych (plastycznych)*“ zdawał sprawę z metod plastycznych przez siebie stosowanych, polegających na tem, że części na wielkiej przestrzeni zniszczone przez gruźlicę, kiłę, lub ropne zapalenia uzupełnia zapomocą części kostnych z innych części ciała. Część kostna mająca służyć do transplantacji, wzięta aseptycznie z miejsca doboru, wszczepiona jałowo w miejsce operowane wrasta tamże i spełnia nadal swe funkcje. Przy torbieli wielokomorowej nader znacznych rozmiarów, przy której dawniej zastosowanoby eksartylację, udało się Chaimowi przez wszczepienie kawałka kości wziętego z grzebienia kości miednicowej i następowe wyłuszczenie guza uniknąć przerwania łączności kości. Również interesujące były demonstracje przypadków rozszczepów podniebienia leczonych plastyką z angularis lub też w przypadkach, gdzie te płaty nie wystarczały, podwójnemi

płatami z powłok brzusznych, które po prowizorycznym przymocowaniu do powierzchni dłoniowej rąk wszywał do ubytku.

Th o l u c k (Frankfurt n/M.) stwierdził, że próchnicy nie należy dzisiaj zwalczać wiertarką, lecz odpowiednio do dzisiejszego stanu wiedzy współczesnymi metodami lekarsko-biologicznymi. Już podczas ciąży należy rozpocząć środki zapobiegawcze przez podawanie matce pożywienia bogatego w sole wapienne i witaminy, również należy odpowiednio uregulować djete niemowlęcia. U dzieci karmionych flaszczyką najczęściej spotykamy zły stan uzębienia, krzywicę, tężyczkę, które można zwalczać przez naświetlanie mleka promieniami ultrafioletowemi. W interesie zdrowia zębów ludności, należałoby przestawić obecny system odżywiania, który jest nieodpowiedni z powodu nadmiaru skrobi, cukru i mięsa, a należałoby dodać więcej owoców i jarzyn. Biały chleb należałoby zastąpić chlebem razowym; każde dziecko powinno do śniadania dostać jabłuszko.

Tyle co do strony naukowej Zjazdu. W zebraniu administracyjnem Centralnego Związku, które się odbyło ostatniego dnia, uchwalono ponownie rozpisać konkurs na nagrody im. *Partscha i Sachsa za najlepsze prace*. Termin Zjazdu przyszłorocznego oznaczono na Wniebowstąpienie, albo na Zielone Świątki 1928 r. do Drezna niezależnie od Zjazdu Przyrodników i Lekarzy, który ma się odbyć we wrześniu w Hamburgu. Członkami honorowymi wybrano Logana i Gysiego. Strona towarzyska była zorganizowana bardzo dobrze. W przeddzień Zjazdu był wieczór powitalny. Pierwszego dnia oficjalny wieczór z programem muzycznym, trzeciego dnia zabawa ogrodowa, czwartego zwiedzanie zabawy ludowej. Następnego dnia gremialna wycieczka do Rothenburga, uroczego miasteczka warownego, w którym dla uczestników Zjazdu odegrano historyczną sztukę: „Der Meistertrunk“ opiewająca historyczne zdarzenie zdobycia miasta Rothenburga przez wojska Wallensteina pod wodzą Tillyego i uratowanie skazanej na śmierć Rady miejskiej przez burmistrza Nuscha, który potrafił olbrzymi puhar wina wypić jednym haustem, czem zmiękczył, serce srogiego generała i uratował miasto od zagłady.

Wystawa połączona ze Zjazdem była imponująca i przewyższała znacznie wystawę zeszłoroczną w Düsseldorfie, która była przyćmiona olbrzymią wystawą Gesolei. Była to jednak wyłącznie wystawa przemysłowa, eksponatów naukowych nie było w niej zupełnie. Połączone z nią były też nieliczne pokazy kolegów, które tyczyły się jedynie nowych aparatów i metod, jak n. p. Pflüger (Hamburg) demonstrował nowy niemiecki aparat do uspienia gazem rozwesalającym.

Müller (Norymberga) demonstrował uspienie zapomocą chlorku etylu i zapomocą gazu rozwesalającego i demonstrował aparaty S. S. White'a i Heidbrinka. Aparatu tego używają od pewnego czasu z wielkiem powodzeniem w Kasie Chorych w Norymberdze. Bonis (Budapeszt) demonstrował przybory do wypełniania pomysłu Vajny, Haber (Berlin) pokazywał swój aparat do mierzenia siły zgryzowej i badanie zapomocą niego wypełnień amalgamowych. Geyer (Berlin) demonstrował preparat firmy De Trey „Gencivex“ służący do wytwarzania sztucznego dziąsła w dostawkach kauczukowych. W wystawie samej brało udział kilkadziesiąt najpoważniejszych firm niemieckich z działu farmaceutycznego, instrumentarnego, roentgenowskiego i księgarskiego.

PROF. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO
UNI. JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE ZA ROK AKAD. 1926/27¹⁾.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

Sity pomocnicze: Asystent starszy: *Józef Jarzqb*, lek.-dent.
 „ „ *Władysław Skutecka*, Dr. med.
 Asystent młodszy: *Mieczysław Jankowski*, absolw. med.
 Demonstrator: *Zofja Kocowska-Kukłowa*, abs. med. do 15/VII. 27.
 Książkowa: *Regina Orlicka*.
 Pomocnik techn.-dent.: *Jan Sichler* do 31/III. 1927.
Aniela Lewartowska od 1/V—15/VII. 27.
 Laborantka i rysownicza: *Marja Schwormówna*.
 Pomocnica dentystyczna: *Anna Obalewska*.
 Woźny (służący operacyjny i pomocnik w pracowni roentg.):
Andrzej Wrona.
 Woźna pomocnicza (służąca): *Karolina Pałczuk*.

I. WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW.

A) Oddział I. chirurgiczno-stomatologiczny.

Starszy asystent: *J. Jarzqb*,

Rok 1925/26; 1926/27.		4. Nowotwory: Adamant, cyst. 1	
Ogólna ilość chorych (7670) 7480		kostniaki 1	
nowo przyjętych (5292) 5058		dźiąślaki 2	
<i>Zabiegi chirurgiczno-stomat.:</i>		tętniaki 2	
A) 1. Ekstrakcje zębów:		torbiele korzen. 22	
ogółem (5219) 4599		" zawiązk. 4	
typowych 4388		5. Plastyka wyrostka zębodoł. 1	
atypowych 111		6. Gingiwoektomia (chirurgiczne leczenie t. zw. ropotoku zębodołowego) 14	
ze separacją korzeni 60		przy zębach 62	
z dławowaniem 51		w tem tylko wycięcie dźiąsł 6	
B) 2. Znieczulenia:		wyc. dźiąsł wraz z wygładzeniem kości (op. Cieszyńskiego) 7	
a) zapomocą wstrzykiwań:		7. Otwarcie ropowic 7	
ogółem (3784) 3293		8. Osteomyelitis 3	
miejskowe 1729		na tle grypy 1	
mandybularne 1564		" " tyfusu —	
do for. owale 4		" " nieznanem 2	
b) zapomocą uspienia (ogółem) 9		9. Sekwestrotomia 2	
chlorkiem etylu 1			
eterem i chloroformem 8			
C) Inne operacje:			
3. Resekcje korzenia u chorych 42			
ilość resekowanych zębów 57			

¹⁾ Sprawozdanie za lata 1921/22 i 1922/23 ogłoszone jest w „Polskiej Dentystyce“ za r. 1923 na str. 278.

Sprawozdanie za rok 1923/24 w „Polskiej Dentystyce“ rocznik 1924 na str. 205.

„ „ „ 1924/25 „ „ „ „ 1926 „ „ 50.

„ „ „ 1925/26 „ „ „ „ 1926 „ „ 265.

10. Opatrunków	676
11. Leczenie newralgji nerwu V.	
u chorych	14
kobiet 8, mężczyzn 6	
leczon. już dawniej iniekc. .	3
wyleczonych	11
Newralgia V ₁ gałąź	3
" V ₂ "	9
" V ₃ "	2
" w tem " 2 i 3	2
" " 1 i 2	3
Iniekcje alkoholowe	
do V ₃ { For. ovale via transv.	5
via Gangl. Gas.	4
" mandib. via extra-	2
" mentale	2
do V ₂ { For. rotund. via supra-	6
zyg.	7
via infrazyg.	2
via perorbitalis	3
" via infraorb.	—
" palat.	2
" incis.	2
" ethmoidale	2
do V ₁ N. front.	6
Powikłania podczas iniekcji	—

12. Powikłania podczas lub po ope- racji:	
Złamania igieł	4
igieł wyjęto	4
igieł pozostawiono	—
krwawienia	—
Włoczenie korzenia do jamy szczękowej (korzeń wyjęto)	2
13. Leczone ciekawsze przypadki:	
Przetoki licowe	7
Przetoki ślinowe (Parotis)	1
Usunięto szczękostisk (rozwar- cie w uspieniu ogólnym)	4
Nacięcie blizn na wyrostku zębodołowym i nałożenie protezy z kołnierzem celem stworzenia warunków dla protezy	1
Implantacja ćwieka w $\frac{1}{1}$ po złamaniu zęba	1
Usunięcie zatrzymanego kła	3
" " $\frac{1}{1}$	1
" " $\frac{1}{1}$	1
Emp. Antri Highmor. otwarcie	3
Leczono obrażenia szczękowe:	
Złamanie żuchwy	3
" tuber maxillae	2
" żuchwy postrzałowe	1
" szczęki górnej	1

B) Oddział II. zachowawczy.

Starsza asystentka Dr. Władysława Skutecka.

	W roku 1925/26	1926/27
Ogólna liczba wizyt	4408	5952
Pacjentów nowych	941	1114
Wkładek fenolowych	779	1339
" trójkrezol.-formal.	1013	1347
" fenol.-kamf.	874	1246
Zatrucie arsenikiem	699	486

Wypełnień korzeni:

" pasta	900	1136	732	923
" parafiną	236			

Wypełnień stałych ubytk.:

" cementowych	90	1836	1404	2678
" silikatowych	471			
" amalgamow.	1222			
" wkładek (inlay)	53			

Liczba rękoczynów ogólna	6337	15086
------------------------------------	------	-------

IV. Ilość studentów, wzgl. Dr. med. na kursach specjalnych.

1926/27	I. i II. trymestr						III. trymestr						Razem w I, II i III tr.		
	Razem	męż.	kobiet	wyżn. rz. kat. i gr. k.	wyżn. moją.	stud. med.	Dr. med.	Razem	męż.	kobiet	wyżn. rz. kat. i gr. k.	wyżn. moją.		stud. med.	Dr. med.
Kurs protetyczny															
zapisało się:	16	8	8	8	8	6	10	6	4	2	4	2	1	5	22
ukończyło: kurs I. . .	10	5	5	6	4	6	4	4	2	2	2	1	3	5	14
„ II.	11	4	7	4	7	3	8	3	—	—	2	1	1	2	14
„ III.	4	1	3	2	2	2	2	7	4	3	4	3	1	6	11
„ IV.	2	1	1	1	1	—	2	9	4	5	4	5	1	8	11
Kurs dent.-zachowawczy															
zapisało się:	16	4	12	8	8	6	10	6	2	4	3	3	3	3	22
ukończyło: kurs I. . .	4	2	2	—	4	—	4	7	4	3	3	4	1	6	11
„ II.	6	2	4	3	3	—	6	5	2	3	2	3	1	4	11
„ III.	4	1	3	2	2	1	3	7	4	3	3	4	1	6	11
Kurs roentgenologiczny.	—	—	—	—	—	—	—	17	9	8	8	9	1	16	17
Ukończyło specjalizację i otrzymało poświadczenia: w tr. I i II . . .	2	1	1	1	1	—	2	1. Dr. Artłówna Adela, 22/IV. 1927. 2. Dr. Bleichfeld Natan, 14/VI. 1927. 3. Dr. Bochnerówna Anna, 1/III. 1927. 4. Dr. Finkelsteinówna Klara, 14/VI. 1927. 5. Dr. Hirt Maksymilian, 15/VII. 1927. 6. Kocowska Zofja, abs. med., 7 VII. 1927. 7. Dr. Kurtz Adam, 7/II. 1927. 8. Dr. Majer Salomon, 30/VI. 1927. 9. Dr. Pałkówna Anna, 1/VII. 1927. 10. Dr. Raczynski Andrzej, 9/V. 1927. 11. Dr. Skutecka Władysława, 25/IV. 1927.							
„ w trym. III	9	4	5	4	5	1	8								
Razem	11	5	6	5	6	1	10								

V. Wyszkolenie techników dentyst. i pomocniczych dentyst.

Uczniów tech.-dent. (nauka trwa 3 lata).	Razem	męż- czyzn	kobiet	wyżn. rz. kat.	Uczenic na pom. dent. Nauka trwa 1 wzgl. 1½ roku	Razem	wyżn. rz. kat.
Uczniów tech.-dent.	4	3	1	4	Przyjęto 1-roczną naukę na pomocniczych dentyst. ukończyła Czas przepisany od- była, lecz egzami- nu nie zdała	5	5
						1	1
						1	1
							Sawicka Helena 28/III. 1927.
							Schneeberger Matylda.

VI. PRZYROST INWENTARZA (ważniejsze pozycje).

Artykulator Gysi'ego do wycisków funkcyjnych (wartość 34 \$ = 303 zł.), 3 aparaty Habera do mierzenia siły zgryzu (60 \$), reflektor (20 \$ = 180 zł.), skrzynka z narzędziami do wykładów (47·56 \$ = 428 zł.), szafa dębowa na tablice rysunkowe (250 zł.), 2 szafy do archiwum (520 zł.), 2 stopy za-
ciemniające (570 zł.).

BIBLIOTEKA.

Katalog obejmuje 875 dzieł; nowych przybyło 34. Abonowano następujące czasopisma:

- | | |
|--|---|
| 1. Kronika dentystyczna. | 16. Medical Review of Reviews. |
| 2. Lekarz Polski. | 17. Ars Medici. |
| 3. Medycyna doświadczalna i społeczna. | 18. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheil. |
| 4. Nowiny lekarskie. | 19. Dental Markt*. |
| 5. Polska Gazeta lekarska. | 20. Fortschritte f. Zahnheilkunde. |
| 6. Przegląd chirurgiczny. | 21. Münchener Medizin. Wochenschrift. |
| 7. Przegląd dentystyczny. | 22. Medizinische Klinik. |
| 8. Przegląd radiologiczny. | 23. Schweizerische Monatsschrift f. Zahnheilkunde |
| 9. Journal de Radiologie. | 24. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. |
| 10. Revue de Stomatologie. | 25. Zahnärztliche Mitteilungen. |
| 11. La Semaine Dentaire*. | 26. Zeitschrift f. Zahnärztl. Metallurgie. |
| 12. Dental Cosmos (R). | 27. Zeitschrift f. Zahnärztl. Orthopädie. |
| 13. Dental Items of Interest. | 28. Zahnärztliche Rundschau. |
| 14. Dental Magazin*. | 29. Zeitschrift f. Stomatologie. |
| 15. International Journal of Orthodont. (R). | |

Prócz czasopism abonowanych przez Instytut dent. Uniw. przychodzą jeszcze następujące czasopisma wymienne do „Polskiej Dentystyki“:

- | | |
|--|--|
| 1. The Aiderer. | 13. Dental Echo. |
| 2. Indian Dental Journal. | 14. Deutsche zahnärztl. Wochenschrift. |
| 3. Revue Belge de Stomatologie. | 15. Medizet. |
| 4. Brasil Odontologico. | 16. Therapeutische Berichte. |
| 5. Zubni lekarstvi. | 17. Biologia Lekarska. |
| 6. Tandlägebladet. | 18. Echo dentystyczne. |
| 7. Fińska Tandläkare. | 19. Higjena Ciała. |
| 8. L'Odontologie. | 20. Lekarz Polski. |
| 9. La Presse Dentaire. | 21. Przyroda i Technika. |
| 10. La Therapeutic Dentaire. | 22. Wiadomości Związkowe. |
| 11. Bulletin de la Fédération dentaire Internationale. | 23. Nowosti zubowracz. |
| 12. The Shikwa Shimpo (japońskie). | 24. Svensk Tandläkare Tidskrift. |
| | 25. Stomatologia |

VII. PRACE Z INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIWERSYTETU JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE.

W czasie od 1. sierpnia 1926 do 31. sierpnia 1927 ogłoszono drukiem 14 prac, 2 prace oddano w rękopisie jako nie przeznaczone do druku, 3 prace odesłano do druku, razem prac 19.

Z wymienionych 19 prac, 3 prace dotyczą organizacji zawodowej studjów i pracy naukowej, jeden jest sprawozdaniem z działalności Zakładu.

Wykaz prac ogłoszonych drukiem.

(Numery w klamrach oznaczają bieżący numer prac autora).

Wykaz prac Prof. Cieszyńskiego:

1. (103) Gingivektomia of Cieszyński-Widman, Księga pamiątkowa VII. Międzyn. Kongresu Dent. w Filadelfji 1926.
2. (104) The surface of Gingival Pockets in Parodontal Diseases. Księga pamiątkowa VII. Międzyn. Kongresu Dent. w Filadelfji 1926.
3. (105) Die Einstellung der Einstichsrichtung parallel zum Horizont bei Injektionen in den II. u. dem III. Trigeminusast. Księga pamiątkowa VII. Międzyn. Kongresu Dent. w Filadelfji 1926.

¹⁾ R = dar z fundacji Rockefellera.

²⁾ * = uzyskane bezpłatnie.

4. (105a) Dokładna technika iniekccyjna do III. i II. gałęzi nerwu trójdzielnego celem znieczulenia i leczenia rwy nerwu trójdzielnego wysokiem. — Ustawienie głowy pacjenta w kierunku wkłucia. równolegle do poziom. Polska Dentystyka 1926, nr. 5, str. 203—222, rycin 34.
5. (98) Radikal-chirurgische Behandlung der parodontalen Erkrankungen nach Cieszyński-Widmann-Nodine-Neuman oder Operatio Neumanni, Zur Feststellung der Prioritätsfrage. Deut. Mon. f. Zahnheilk. 1926, nr. 23, str. 880—887.
6. (107) Rzadki przypadek obustronnego zwicnięcia żuchwy. Polska Dentystyka 1926, nr. 6, str. 251—258, rycin 10.
7. (108) Dwa ciekawe przypadki torbieli zawiązkowej. Atypowy układ zatrzymanego kła górnego. Nowy sposób wyjęcia zatrzymanego kła przemieszczonego ku podniebieniu. Polska Dentystyka 1927, nr. 1, str. 1—12, rycin 10.
8. (109) Sprawozdanie z działalności Instytutu dentystycznego Uniwersytetu J. K. za rok 1925/26. Polska Dentystyka 1926, nr. 6, str. 265—270 i 1927 str. 94.
9. (110) Biologiczne oddziaływanie promieni Roentgena. Polska Dentystyka 1927, nr. 3, str. 113—126.
10. (113) Statut Komitetu Polskiego Międzynarodowego Związku dentystycznego (F. D. I.) przyjęty w dniu 30/VI. 1927. (Polska Dentystyka 1927, nr. 5),
11. (115) Roentgenoterapia w stomatologii (część I.). Polska Dentystyka 1927, nr. 4.

Prace asystentów i pracowników Zakładu drukowane.

12. Lek.-dent. Jarząb Józef, asystent Instytutu dent. U. J. K.: Żywotność drobnoustrojów po odkażeniu przewodów korzeniowych. Polska Dentystyka 1926, nr. 6, str. 243.
13. Dr. Finkelsteinówna K.: O zatruciu ręcą wskutek wypełnień amalgamowych, referat zbiorowy. Polska Dentystyka 1927, nr. 1, str. 23—32.
14. Jankowski M., asystent Instyt. dent. U. J. K.: Trudny przypadek ortopedyczny złamania żuchwy. Nowy sposób repozycji i ustalenia ułamka przy pomocy pierścienia z przeciętą, gwintowaną rurką. Polska Dentystyka 1927, nr. 2, str. 57—62, rycin 6.

Pozatem wydrukowano 33 referaty wygłoszone na wieczorach referatowych w Polskiej Dentystyce.

Oddano do druku.

- a) (111) Prof. Cieszyński. „Die Roentgentherapie in der Stomatologie“ do „Lehrbuch der Roentgenkunde“ Rieder'a i Rosenthal'a tom III. (II. wyd. 1927 w druku).
- b) (115) Prof. Cieszyński. Roentgenoterapia w stomatologii (część II) (nr. 111 rozszerzony).
- c) (98a) Prof. Cieszyński. „The Evolution of the Radical Surgical Method of Treating Pyorrhoea“. — The American Dental Surgeon.

Oddano w rękopisie bez przeznaczenia na razie do druku:

- d) (112) Prof. Cieszyński. Projekt ustawy dotyczącej specjalizacji w poszczególnych gałęziach medycyny 1926, opracowany dla Komisji w tej sprawie wybranej przez Wydział Lekarski U. J. K. (XI. 1926).
- e) (114) Prof. Cieszyński i Henryk Batoński. Projekt jednolitych znaków pisarskich dla naukowych publikacji wszechsłowiańskich Wręczono Komisji I. Zjazdu ogólnosłowiańskiego w Warszawie w maju 1927.

Kierownik Zakładu, będący Redaktorem i Wydawcą „Polskiej Dentystryki“ organu Instytutu dentystrycznego Uniw. lwowskiego, przejrzał i oddał do druku 6 numerów dwumiesięcznika.

Oryginalne artykuły stanowią przeważnie prace Zakładu lwowskiego; w dziale sprawozdawczym; $\frac{2}{3}$ referatów była opracowanych na wieczorach referatowych przez pracowników zakładu.

Udział w wystawach naukowych i odznaczenia.

1. Prof. Cieszyński wysłał w r. 1926 na Hist. i Nauk. Wystawę w Filadelfji 105 eksponatów: tablic akwarelowych przedstawiających leczenie obrażeń szczękowych (materiał z wojny światowej) leczenie chirurgiczne chorób parodontalnych, technikę iniekcyjną do II. i III. gałęzi nerw., technikę zdjęć roentgenograficznych intra- i ekstraoralną. metodą. Powyższe eksponaty przedstawiają oryginalne metody prof. Cieszyńskiego.
2. W czerwcu r. 1927 brał Instytut dentystryczny udział w Wystawie Międzyn. Medycyny i Farmacji Wojskowej w Warszawie, na którą zostały wysłane 65 tablic z ortopedji, chirurgji i techniki roentgenowskiej, przedstawiające metody prof. Cieszyńskiego. Eksponaty zostały odznaczone srebrnym medalem.

Goście zagraniczni.

W końcu maja 1927 r. odwiedził Instytut dentystryczny asystent kliniki dentystrycznej w Pradze Dr. Jaromir Mareš, a w styczniu 1927 r. prof. Pichler z Wiednia.

Ważniejsze wydarzenia w Zakładzie:

1. Wybór Prof. Dra A. Cieszyńskiego, Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. K.
2. jedynym stałym delegatem na Polskę do Fédération Dentaire Internationale (na zjeździe w Filadelfji 1926 r.,
3. przewodniczącym Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I.,
4. przewodniczącym Polskiej Sekcji Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (Association Stomatologique Internationale).

Nieco o błędach językowych w czasopismach i dziełach lekarskich.

W „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ Nr. 36 i 37 z 1927 r. podaje p. M. M. Zweigbaum z Warszawy najważniejsze i najczęstsze błędy językowe, które spotykał w polskich pismach i dziełach lekarskich. Autor trzymał się układu prof. A. A. Kryńskiego w jego książce „Jak nie należy mówić i pisać po polsku“. Nader cenne uwagi p. M. M. Zweigbauma podajemy w skróceniu z małemi modyfikacjami¹⁾.

1. O niewłaściwym umieszczeniu orzeczenia w zdaniu przed podmiotem.

W języku polskim razi stylizacja zdania, w którym orzeczenie wysunięto naprzód, a dopiero po niem umieszczono podmiot.

Stylizacja błędna:

„Tak u mężczyzn, jak i u kobiet jest zależność postaci chorobowej od wieku widocznie zaznaczona“...

„Zdaniem Spinnera może być w tym razie rola mężczyzny trojaka“.

„I podług naszego doświadczenia reagują świeże przypadki lepiej jak (!) chroniczne“.

„Aby ułatwić badanie rozwoju człowieka dzieła autorowie cały czas wzrostu na pewne okresy“.

Stylizacja poprawna:

Tak u mężczyzn, jak u kobiet, jest zaznaczona zależność postaci chorobowej od wieku.

Zdaniem Spinnera rola mężczyzny w tym razie może być trojaka.

I podług naszego doświadczenia świeże przypadki reagują lepiej niż chroniczne.

Autorowie, by ułatwić badanie rozwoju człowieka, dzieła i t. d.

2. O niewłaściwym umieszczeniu orzeczenia na końcu zdania.

W języku polskim orzeczenie stoi zwykle w zdaniu na miejscu drugiem.

Umieszczenie błędne:

„Że jednak mimo świetnych terapeutycznych wyników, powszechnie znajdujących uznanie, zdarza się, iż operacja, wśród najpomyślniejszych warunków wykonana, czasowym albo tylko miejscowym poszczycić się może rezultatem, a nie zapobiega nawrotom, a nawet następczo ciężkie ogólne sprowadza schorzenia, zaprzeczyć nie można“.

Umieszczenie poprawne:

Nie można jednak zaprzeczyć przypadkom, w których mimo świetnych wyników terapeutycznych, znajdujących powszechnie uznanie, operacja, wykonana wśród najpomyślniejszych warunków, może się poszczycić wynikiem czasowym albo tylko miejscowym, nie zapobiega zaś nawrotom, a nawet następczo sprowadza ciężkie schorzenia ogólne.

3. O błędnym umieszczeniu określenia przymiotnikowego przed rzeczownikiem.

W języku polskim cechy stałe przedmiotu określa przymiotnik, stawiany na drugiem miejscu po rzeczowniku, cechy zaś przypadkowe, czasowe przedmiotu określa przymiotnik, stawiany przed rzeczownikiem.

Umieszczenie błędne:

„Należą tutaj: posocznica, wszystkie ropne i ostre zapalne sprawy o mniejszej rozległości“.

Umieszczenie poprawne:

Należą tutaj: posocznica, wszystkie ropne i ostre sprawy zapalne o mniejszej rozległości.

¹⁾ P. Profesor Bruchnalski był łaskaw na prośbę redakcji przejrzeć manuskrypt i poczynić szereg cennych poprawek.

„Opisywał faunę i florę, notował spostrzeżenia swoje antropologicznej, a nawet społecznej i politycznej natury“.

„Przy niedomykalności dwudzielnej zastawki cięża przechodzi naogół dobrze“.

Opisywał faunę i florę, notował spostrzeżenia swoje natury antropologicznej, a nawet społecznej i politycznej.

Przy niedomykalności zastawki dwudzielnej cięża przechodzi naogół dobrze.

4. O nadużywaniu przyimka „dla“.

Wbrew naturze składni polskiej, wymagającej, aby dopełniacz rzeczownika, określającego przeznaczenie instytucji lub działalność osoby, stał bezpośrednio za tym rzeczownikiem, wkładano między rzeczownik a dopełnienie przyimek „dla“ (rusycyzmy, germanizmy).

Błędnie:

„Pracuje w Krajowym Zakładzie dla psychicznie chorych“.

„Wyjeżdżał do Karlsbadu dla praktyki lekarskiej“.

„Jest zmuszony wyjechać dla leczenia się do Davos“.

„Pierwsza tablica dla prób wzroku“.

„Dla zbadania usunięto dwa guzki“.

„Dla tej przyczyny zajmują się tą sprawą nie tylko lekarze fachowi“.

„Autor wybrał dla swych badań 104 przypadki“.

Autor monografię tę przeznacza dla użytku studentów i lekarzy“.

Poprawnie:

Pracuje w Krajowym Zakładzie umysłowo chorych.

Wyjeżdżał do Karlsbadu na praktykę lekarską.

Musi wyjechać do Davos, na leczenie.

Pierwsza tablica prób wzroku.

Celem zbadania usunięto dwa guzki.

Z tej przyczyny zajmują się tą sprawą nie tylko lekarze fachowi.

Autor wybrał do swych badań 104 przypadków.

.....przeznacza do użytku.....

5. O nadużywaniu narzędnika w orzeczeniu.

Zamiast właściwego jedynie mianownika (1-go przypadku) w orzeczeniu przymiotnikowym jest rozpowszechnione używanie narzędnika (6-go przypadku).

Błędnie:

„Czynią to w przeświadczeniu, że taka walka byłaby konieczną nie w ich interesie osobistym, ale w interesie nauki lekarskiej“.

„Wysokość jej ustanawia dokładniej Kasa i zależną będzie od stanu Kasy“.

„Djeta głodowa w leczeniu cukrzycy nie jest wskazana“.

Poprawnie:

Czynią to będąc przeświadczeni, że taka walka byłaby konieczna nie w ich interesie, ale w interesie nauki lekarskiej.

Wysokość jej ustanawia dokładniej kasa i zależna będzie od stanu kasy“.

Djeta głodowa w leczeniu cukrzycy nie jest wskazana.

„Lewatywa zostaje zatrzymana przez 15 minut“.

„W roku 1925 otwartą została katedra okulistyki“.

„Drut do użytku pętli musi być stalowy“.

„Oczywistem jest zatem, że termin ten nie może być przyjęty“.

Lewatywa zostaje zatrzymana przez 15 minut.

W roku 1925 otwarta została katedra okulistyki.

Drut do użytku pętli musi być stalowy.

Oczywista, że terminu tego nie można przyjąć.

6. O nadużywaniu przyimka „przy“.

Przyimek „przy“ rządzi 7-ym przypadkiem (miejscownikiem) i służy jedynie do wyrażania bliskiego znajdowania się osób i rzeczy względem siebie:

Niewłaściwe posługiwanie się przyimkiem „przy“:

„Fakt, który każdego nieprzyjemnie razi przy czytaniu II. wydania podręcznika“.

„Zachorzenie śluzówki górnych dróg oddechowych przy dżumie płucnej“.

„Te przypadki operują przy naturalnie kontroli światła“.

„Charakterystyczne bóle przy kaszlu“.

„Zejścia śmiertelne przy użyciu nowokainy są naogół rzadkie i najczęściej stosunkowo dadzą się stwierdzić przy zastosowaniu śródłędźwiowem“.

„Nadzwyczaj ważną rolę przy wyborze zwierząt do doświadczeń odgrywa ich gatunek“.

„Niektóre z nich (tworów rogowych) przy usuwaniu wyschniętej smoły, wraz z nią się odrywały“.

Zamiast:

Fakt, który każdego nieprzyjemnie razi podczas czytania II. wydania.

Zachorzenie śluzówki górnych dróg oddechowych w dżumie płucnej.

Te przypadki operują naturalnie pod kontrolą światła.

Charakterystyczne bóle podczas kaszlu.

Zejścia śmiertelne po użyciu nowokainy są naogół rzadkie i stosunkowo najczęściej można je stwierdzić po zastosowaniu śródłędźwiowem.

Nadzwyczaj ważną rolę w wyborze zwierząt do doświadczeń odgrywa ich gatunek.

Niektóre z nich podczas usuwania wyschniętej smoły odrywały się razem z nią.

7. „Ilość“ zamiast „liczba“.

Błędnie:

„Ilość naczyń może się zwiększać“.

„Salwarsan znacznie zmniejsza ilość płytek we krwi“.

„Działanie prądu przerywanego o małej ilości przerywań“.

„Ogólna ilość uprawnionych do głosowania“.

Poprawnie:

Liczba naczyń może się zwiększać.

Salwarsan znacznie zmniejsza liczbę płytek krwi.

Działanie prądu przerywanego o małej liczbie przerywań.

Ogólna liczba uprawnionych do głosowania.

8. „Treść“ czy „zawartość“.

Pod treścią pojmujemy ośnowę, jądro i istotę rzeczy, wyciąg (*extractum*), streszczenie, skrócenie (*sententia, conspectus*) itp. natomiast zawartość oznacza to, co mieszczą w sobie narządy, to, co w nich jest zamknięte (*contentum*).

Błędnie:

„Badanie treści żołądka po próbnem śniadaniu dało wynik ujemny“.

„Przeplukanie żołądka daje treść wodnistą z wielką domieszką żółci“.

„Taka treść w oskrzelikach płuc osesków może być mylnie uważana za wydzielinę nieżytową“.

„Treścią torbieli wydobytej nakłuciem (!) był płyn jasnożółty surowiczny“.

Poprawnie:

Badanie zawartości żołądka po próbnem śniadaniu dało wynik ujemny.

Przeplukanie żołądka daje za wartość wodnistą z wielką domieszką żółci.

Taka zawartość w oskrzelikach płuc osesków może być mylnie uważana za wydzielinę nieżytową.

Za wartość torbieli, wydobytą nakłuciem, stanowił płyn jasnożółty surowiczny¹⁾.

¹⁾ Niekoniecznie, bo „treść“ w takich razach może być terminus technicus.

„Lekarze-dentyści są tak samo jak lekarze zwolnieni od stawienia się na zbiórkę w razie alarmu pożarowego“.

W tym sensie orzekł sąd powiatowy w Sępólnie. Wyrok w tej sprawie podajemy w dosłownem brzmieniu:

„W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej.

W sprawie karnej c/a Janowi Koszutskiemu, urodz. 24. czerwca 1888 r. w Kluczewie pow. szamotulski, rz. kat. lekarzowi-dentyście w Sępólnie o wykroczenie policyjne. — Sąd Ławniczy przy Sądzie Powiatowym w Sępólnie na posiedzeniu w dniu 11. listopada 1926 r. odbytem przy udziale: przewodniczącego, sędziego sądu powiatowego Paszkiewicza, Ławników: Siudzińskiego i Siega, Przedstawiciela Podprokuratury aplikanta Wolskiego, Sekretarza Sobocińskiego, orzekł: Oskarżonego Jana Koszutskiego uwalnia się od oskarżenia. Koszta ponosi Kasa Skarbowa. — podp. *Paszkiewicz*. podp. *Sobociński*.

Uzasadnienie. Oskarżonego należało uwolnić dla braku przedmiotowej istoty czynu. Na podstawie instrukcji obowiązującej w Sępólnie w razie alarmu pożarowego obowiązani są stawić się na miejsce zbiórki wszyscy mężczyźni od 18—45 roku życia. Zwolnieni od tego obowiązku pomiędzy innymi są lekarze, aptekarze i weterynarze.

Oskarżony jest dentystą i jako taki ma prawo używania tytułu lekarz-dent. Należy zatem oskarżonego zaliczyć do grupy lekarzy i jako taki nie podlega on obowiązkowi stawienictwa. — Koszta uzasadnienia § 496 p. k.

Sępólno, dnia 13. stycznia 1927 r.

podp. *Paszkiewicz*.

wygotował sekretarz sądu powiatowego“.
(podpis nieczytelny).

PLOMBA METALOWA BEZ RTECI

DOKTORA SCHEUERA CEMENT CYNOWY
(AMALGAMCEMENT)

Zachowuje stale silnie srebrzysty połysk
i nie zabarwia zębów.

Do osadzania koron, mostków, plomb lanych, zębów sztyftowych
Loganów, szyn ustalających i aparatów regulacyjnych

nadaje się w pierwszym rzędzie

DRA SCHEUERA CEMENT CYNOWY

gdyż twardnieje szybko, tworzy z metalem
zwartą całość i nie ulega działaniu śliny.

Próbki wysyła na żądanie:

„PHARMADENTA“ Kraków, ul. Długa 10.

ZŁOTO 22-karatowe i każdej próby

Łączna (lutowie) 21½°, 20°, 18°, 16°, 14° jakoteż **PLATYNĘ** w każdej ilości
zawsze na składzie z własnej **RAFINERJI** i **Białe Złoto BARONA** poleca

EDMUND MARJAN BEER

JUBILER I ZŁOTNIK

LWÓW, Chorążczyzna I. 7.

Zamówienia zamiejscowe odwrotną pocztą.

Do sprzedania lub wydzierżawienia

gabinet lekarsko-dentystyczny

z mieszkaniem (elektr. oświetlenie) w mieście prowincjonalnem (b. zab. ros.)

Posada w państwowem gimnazjum, Kasa chorych i wolna praktyka.

Cena sprzedaży 4.500 zł. — Dierżawa 250 zł. mies.

Oferty: Warszawa, Jerozolimska 35 m. 6. — E. Borkowski.

Wyrabiane 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 dentyście.

Teżże firmy ampułki z iniekcjami
dla celów dentystrycznych.

Literatura na żądanie.

Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w POLSKIEJ DENTYSTYCE!

DE TREY'A
Zęby „SOLILA“

DE TREY'A
Zęby „Anatoform“

DE TREY'A
zęby o długich ćwiekach
„Revelation“

Oryginalne licówki
„Steel'a“

Płaskie licówki
„Revelation“
i „Anatoform“

DE TREY'A
zęby djatoryczne

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 „SOŁO“

ZĘBY „OMNIC“

ZĘBY DJATORYCZNE

LICÓWKI

wyrobu największej fabryki
zębów sztucznych na kontynencie.

WIENANDA

są przez specjalistów całego świata
uznane za najlepsze.

WIENAND DENTAL, A^{KC.} T^{OW.} BERLIN.

Zastępstwo: J. Szwarz, Warszawa, Czackiego 6.

Kupujcie tylko u firm ogłaszających się w POLSKIEJ DENTYSTYCE!

DE TREY'A
Zęby „SOLILA“

DE TREY'A
Zęby „Anatoform“

DE TREY'A
zęby o długich ćwiekach
„Revelation“

Oryginalne licówki
„Steel'a“

Płaskie licówki
„Revelation“
i „Anatoform“

DE TREY'A
zęby djatoryczne

przez składnice

dla nowoczesnej praktyki.

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

Generalne Przedstawicielstwo na Polskę
Europejskie Towarzystwo Dentystyczne „EDECO“ WARSZAWA
Sto-Krzyska 28.

ZĘBY „SOLO“

ZĘBY „OMNIC“

ZĘBY DJATORYCZNE

LICÓWKI

wyrobu największej fabryki
zębów sztucznych na kontynencie.

WIENANDA

są przez specjalistów całego świata
uznane za najlepsze.

WIENAND DENTAL, A^{KC.} T^{OW.} BERLIN.

Zastępstwo: J. Szwarc, Warszawa, Czackiego 6.

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, krażki do separowania, strypsy — miazgociagi Donaldsona.

de TREY'A amalgamy, zęby »Revelation«, »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!

CANDIOLIN

Wapniowo-fosforowy związek

o zasadzie biologicznej; sprzyja przyrastaniu Ca i P.
poprawia i zapobiega próchnicy.

Tabletki czekoladowe z 1 g Candiolicy XXIV w oryginalnym opakowaniu „HOECHST“

JOTHION

Wysokoprocenowy, bezbarwny **preparat jodowy**
o spotęgowanej zdolności wchłaniania; zastępuje jodynę.

W sprzedaży: Jothion w substancji, słoiki po 10 i 25 g
w oryginalnym opakowaniu „BAYER“.

RIVANOL

Panterapeutyczne **antisepticum**, działające na głębokie
i powierzchniowe warstwy, o nadzwyczajnym działaniu swo-
istem za ziarenkowce ropotwórcze przy zainfekowaniu ran
po usunięciu zęba i po nacięciach; przy wierzchołkowych
zapaleniach ozębnej, zgorzeli, ziarniniakach i t. p.

RIVANOL w substancji i tabletkach
w oryginalnym opakowaniu „Hoechst“

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

WYL. REPRZ. NA POLSKĘ: **BRESZEL, WARSZAWSKI i S-Ka** WARSZAWA, HIPOTECZNA 5
wysyła literaturę i próby na żądanie WPP. lekarzy bezpłatnie