

POLSKA DENTYSTYKA

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM STOMATOLOGII
I NAUKOM POKREWNYM

ORGAN INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIW. JANA KAZIMIERZA,
ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ,
CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSP. POLSKIEJ
oraz POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.)

REDAKCJA POLSKIEJ DENTYSTYKI:

Naczelny redaktor: Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i Zawodowego: Dr. Henryk ALLERHAND. Administracja: Dr. Karol ATLAS. KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński, przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorczyński — Z Instytutu dentystycznego U. J. K.: Józef Jarząb. — Członkowie korespondenci: Dr. Wł. Czernecki (Lwów), 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 5a, Nr. telefonu 11-75

TRZĘŚĆ:	Str.	SOMMAIRE:	p.
Prof. A. Cieszyński i Dr. W. Dobrzaniecki: Dwa przypadki nowotworów żuchwy w okolicy brody etc.	3	Prof. A. Cieszyński: et Dr. W. Dobrzaniecki: Deux cas de tumeurs du maxillaire inférieur dans la contrée du menton. Manière de remplacer après l'opération les pertes de substance osseuse par des appareils orthopédiques et au moyen d'opération plastiques .	3
Nekrologia:		Nécrologie:	
† Idzi Świtala	31	† Idzi Świtala	31
† Dr. Jan Moszkowicz	32	† Jan Moszkowicz	32
Dział sprawozdań i streszczeń	34	Revue critique	34
Oceny książek	38	Bulletin des Séances	46
Nowość i Dentystyczne	43	Reinseignements et communiqués	52
Rozporządzenie urzędowe w sprawie egzaminu techników dentystycznych	45	Revue bibliographique	56
Ruch w Towarzystwach	46		
Pol. Kom. Nar. FDI	46		
Międzynarodowe zrzeszenia FDI i ASI	49		
Sprawozdanie Centralnej Rady Wydziału Związku Stomatol.	49		
Sprawozdanie Centralnej Rady	51		
Wiadomości bieżące	52		
Przegląd piśmiennictwa	56		

INHALT (*Originalartikel*): Prof. Dr. A. Cieszyński und Dr. W. Dobrzaniecki: Zwei Fälle von Tumoren des Unterkiefers der Kinngegend. Ersatz des Knochendefektes durch orthopädische Apparate; Weichteilplastik und spätere Knochenplastik. S. 3.

Cena niniejszego zeszytu 4 zł. 50 gr.; cena roczników 1923 i 1924 po 30 zł., 1925, 1926 i 1927 po 24 zł.; 1928 — 30 zł. Prenumerata półroczna 12 zł.; roczna 24 zł. — Księga Pamiątkowa dla abonentów 14 zł., dla nieabonentów 16 zł. — Konto P. K. O. 151.717. — Przy prenumeratach zastrzega sobie Administracja możliwość dopłaty w razie zwiększenia kosztów produkcji.

• Rurki zaw. 10 i 20
pastylek p 0,4g

Veramon



Schering

**Wypróbowany środek przeciwbólowy
o szybkim działaniu**

Wskazania:

**Zachorzenia miazgi
Bóle po zabiegach
i po zaożeniu arszeniku**

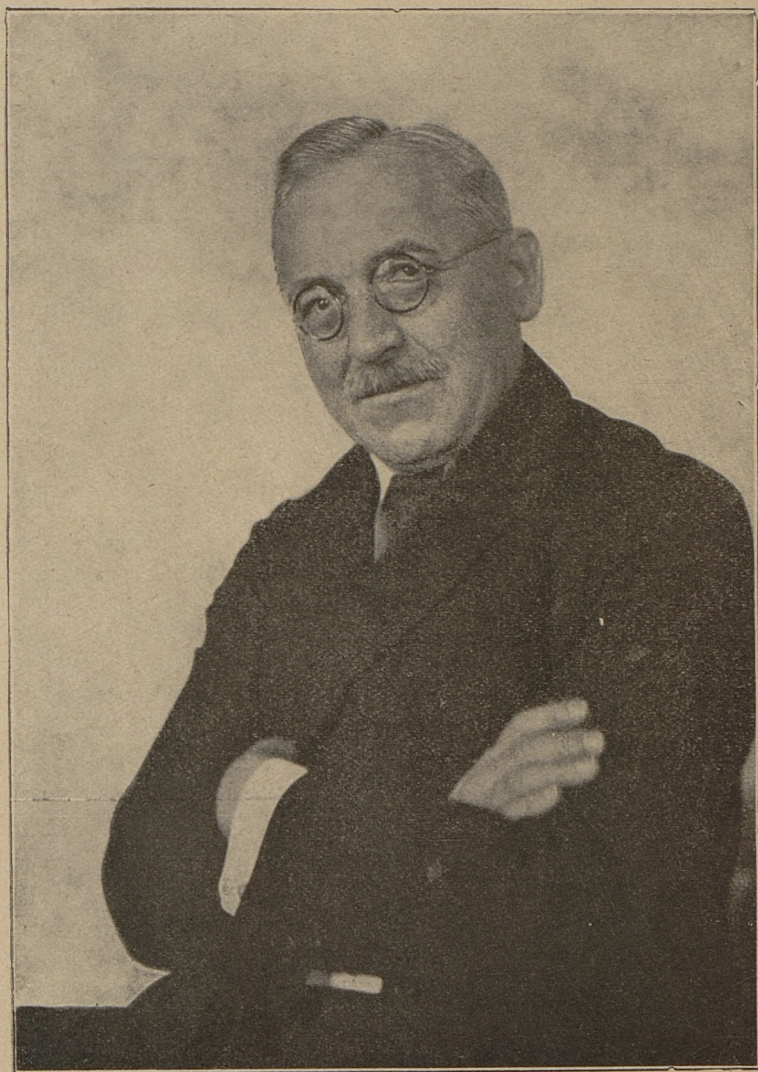
Zapobiega skutecznie wszelkim bólom

Dawkowanie:
0,4-0,8g pro dosi

Piśmiennictwo oraz próby wysyła:
Wydział Naukowy Fabryki "Schering"

Oddział na Polske:
Warszawa, Al. Jerozolimska 45 tel. 89-38.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. **E. Schering.**) Berlin



IDZI ŚWITALA

† 8 grudnia 1928 r.

1928

Z II. kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza (Dyrektor Prof. Dr. H. Schramm i Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza (Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński).

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI,

LWÓW.

Dr. WŁADYSŁAW DOBRZANIECKI, st. asystent kliniki chirurg.

DWA PRZYPADKI NOWOTWORÓW ŻUCHWY W OKOLICY BRODY.
ZASTAPIENIE UBYTKÓW KOŚCI PO OPERACJI PRZYRZĄDAMI
ORTOPEDYCZNYMI I DROGĄ PLASTYKI *).

*Deux cas de tumeurs du maxillaire inférieur dans la contrée du menton.
Manière de remplacer après l'opération les pertes de substance osseuse
par des appareils orthopédiques et au moyen d'opérations plastiques.*

Zwei Fälle von Tumoren des Unterkiefers der Kinngegend. Ersatz des Knochen-
defektes durch orthopädische Apparate; Weichteilplastik und spätere Knochenplastik.

Doc. pol. 49,4; 49,6; 49,7 i 53,92.

Doc. int. 616.716.4 006; 616.716.4; 089.23;

616.716.4 006; 089:617.52; 089.44;

616.716.4 006; 089:616.716.4; 089.44.

Poniżej podajemy opis dwóch ciekawych przypadków z nowotworami złośliwymi w okolicy brody: Sarcoma fusocellulare i Fibromyxochondrosarcoma mandibularne, które operowane zostały w II. klinice chirurgicznej przez Prof. Dra Hilarego Schramma, a dla których w Instytucie dentystycznym wykonano protezy ortopedyczne celem ustalenia ułamków i przygotowania przypadku do późniejszej plastyki kostnej, wykonanej przez Prof. Schramma.

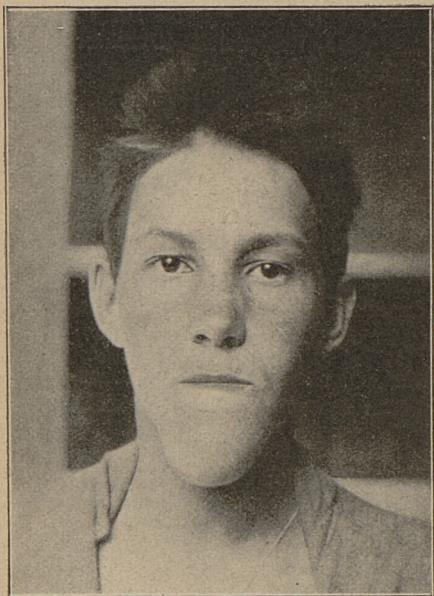
PRZYPADEK I.

D. M. 18 lat, mężczyzna. Przed 10 miesiącami uderzył się chory żelazem w brodę, poczem zauważył, że koniec brody coraz bardziej wypukła się ku przodowi i dołowi. Przed miesiącem zaczęła wypuklać się błona śluzowa przedsionka ust, przednie zęby dolne poczęły się chwiać. W tymże czasie skutkiem zranienia guza górnymi zębami wystąpiło na nim owrzodzenie i ropienie, trudności w mówieniu jakoteż wylewanie się śliny.

Po zgłoszeniu się chorego na klinikę badanie wykazuje kuliste wydłużenie brody (Ryc. 1 i 2), jakoteż guz wypuklający się częściowo do przedsionka, częściowo do jamy ustnej o powierzchni owrzodzonej, pokrytej brudnym nalotem (Ryc. 5 i 6).

Przedni odcinek łuku zębowego między $\overline{4}$ a $\overline{4}$ rozszerzony, między $\overline{1}$ a $\overline{2}$ rozstęp na 11 mm. Zęby sieczne znacznie obluźnione. Skóra

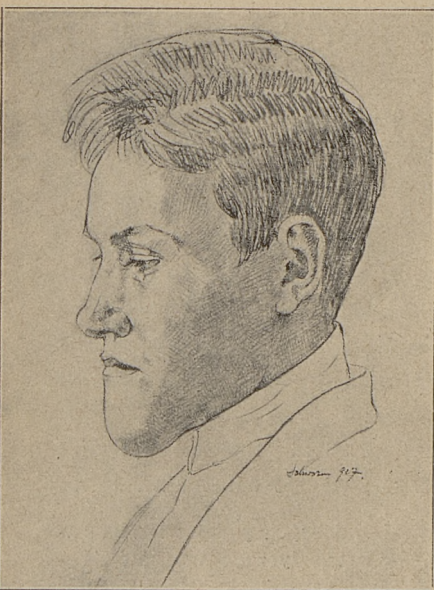
*) Opis przypadków jako i opis zabiegów chirurgicznych podaje: Dobrza-
niecki. — Opis roentgenogramów jako i zabiegów ortopedycznych podaje: Cies-
szyński. — Ryc. 1, 3, 4, 11, 14, 19—23 i 27 wykonane są w klinice chirurgicznej;
natomiast ryc. 2, 5—10, 12—13, 15—18, 24—26 i 28 w Instytucie dentystycznym
Uniw. J. K. i oznaczone są dla odróżnienia „*“.



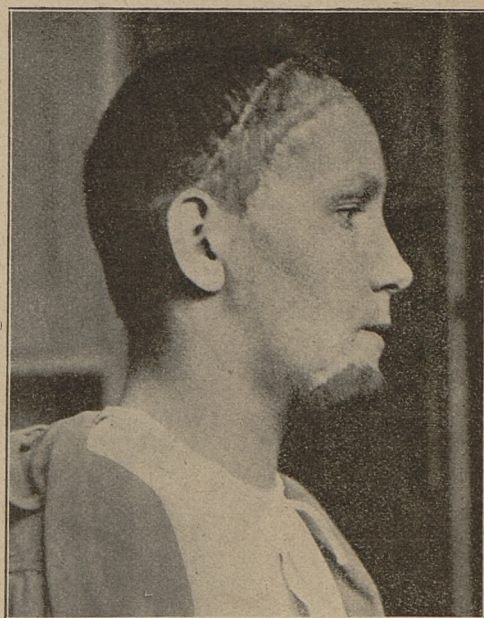
Ryc. 1



Ryc. 3



Ryc. 2



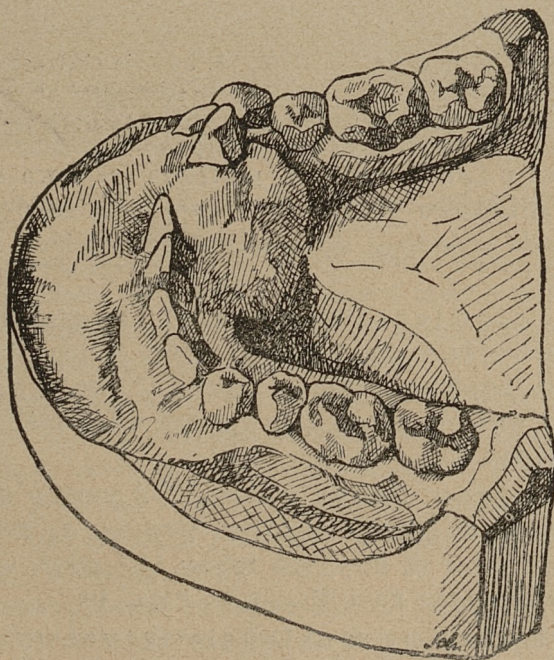
Ryc. 4

Ryc. 1 i 2. Chory D. M. lat 18, przed zabiegem operacyjnym. Sarcoma fusocellulare w okolicy brody.

Ryc. 3 i 4. Ten sam chory po wycięciu nowotworu, po założeniu dostawki ustalającej i po wykonaniu plastyki części miękkich i kostnej.



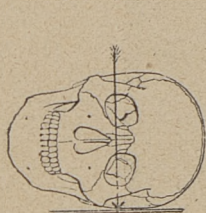
Ryc. 5. * Guz widziany po uchyleniu warg. (Chory D. M.)
Sarcoma fusocellulare. (Według akwareli).



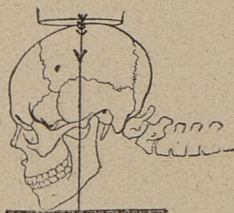
Ryc. 6. * Odlew gipsowy szczęki dolnej chorego D. M.

nad guzem ścieńczała, błyszcząca, nieprzesuwalna. Gruczoły podszczękowe obustronnie macalne, twarde, wielkości fasoli, przesuwalne.

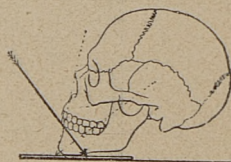
Kliniczne badanie uzupełniono **badaniem roentgenologicznem**. Wykonano w tymże celu następujące zdjęcia (Ryc. 7).



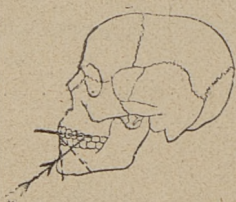
1. Zdjęcie boczne.



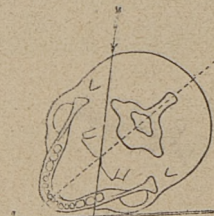
2. Zdjęcie ciemieniowo-brodowe.



3. Zdjęcie brody ukośnie z góry.



4. Zdjęcie intraoralne w układzie zgrzyzowym.



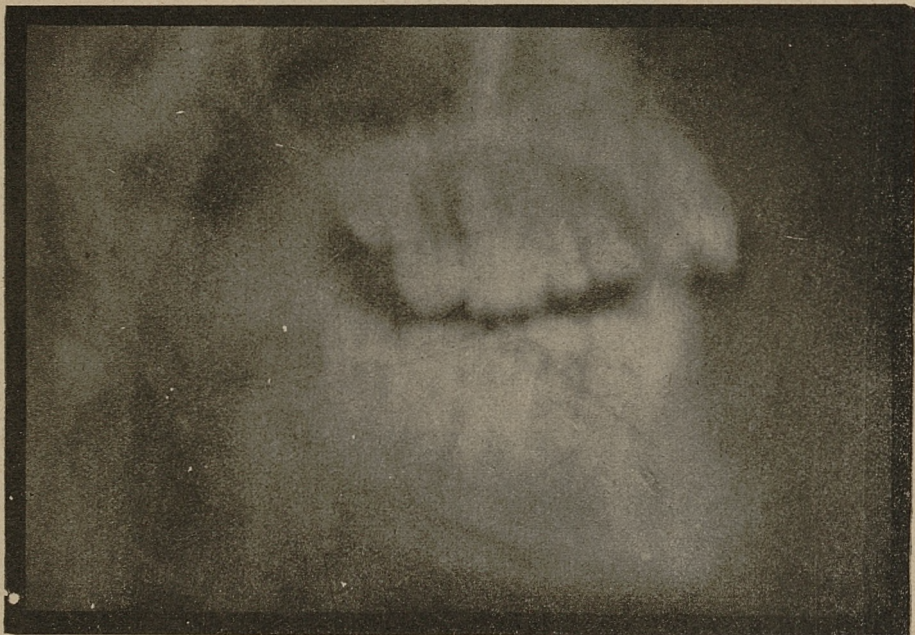
5. Zdjęcie ekstraoralne w II układzie ukośnym.

Ryc. 7. * Technika zdjęć roentgenowskich przy nowotworach w okolicy brody.

1. Zdjęcie boczne. Promień przebiega pionowo do płyty, płaszczyzna strzałkowa czaszki leży równolegle do płyty. Zdjęcie to miało na celu wykazanie stosunku krawędzi żuchwy do guza Ryc. 7 (1) i ryc. 8.
2. Zdjęcie ciemieniowo-brodowe; promień główny skierowany pionowo do płyty. Technika: Chory leży na brzuchu z szyją wyciągniętą, brodą spoczywa na płycie. — Zdjęcie ma na celu danie poglądu na wielkość guza i zajęcie przez niego kości szczęki dolnej. Ryc. 7 (2) i ryc. 11.
3. Zdjęcie brody ukośnie z góry; promień skierowany jest pod kątem 45° do płyty i przebiega pionowo do dwusiecznej kąta utworzonego przez oś przednich zębów i oś płyty. Cel: nakreślenie zarysu zewnętrznego guza. Ryc. 7 (3) i ryc. 10.
4. Zdjęcie intraoralne w układzie zgrzyzowym filmu; promień główny przebiega pionowo do dwusiecznej kąta utworzonego przez oś zębów siecznych i oś filmu. Cel: Uzyskanie obrazu stanu

istoty gąbczastej przedniego odcinka trzonu zajętego przez guz i stosunek jego do zębów przednich. Ryc. 7 (4) i ryc. 9.

- 5 i 6. Zdjęcia ekstraoralne w II. układzie ukośnym (według techniki Cieszyńskiego). Cel: oznaczenie granicy kości chorej a zdrowej. Ryc. 7 (5) i ryc. 13 (po operacji).



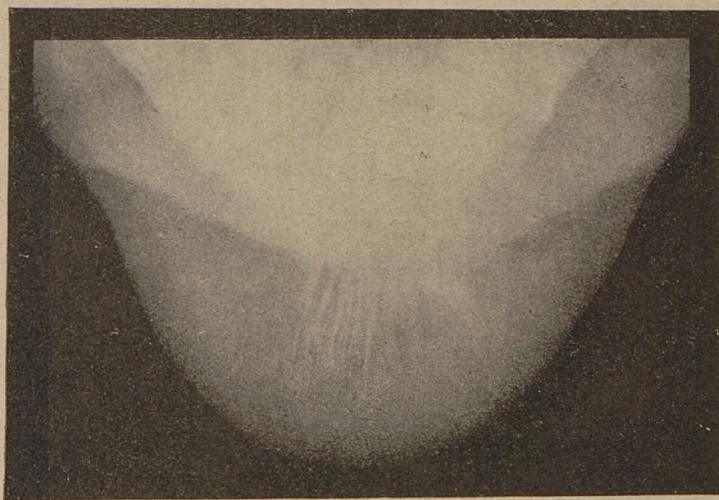
Ryc. 8. * Zdjęcie boczne chorego D. M. Technika zdjęcia podana w ryc. 7 (1).

Na I. zdjęciu bocznem widzimy w okolicy brody krawędź żuchwy jakby wydętą, wyżartą po stronie zewnętrznej przez nowotwór, kość w tej okolicy jest wybitnie odwapniona, struktura istoty gąbczastej jest zatarta i jakby zamglona. Podobny obraz otrzymujemy również na ekstraoralnym zdjęciu ciemieniowo-brodowym (ryc. 11), na którym widzimy przede wszystkim odwapnienie okolicy wyrostka zębodołowego w okolicy przednich zębów. Na II. zdjęciu ukośnym z lewej i prawej strony widzimy również wybitną destrukcję przedniego odłamka i charakter infiltrujący guza — struktura gąbczasta staje się dopiero wyraźną w okolicy pierwszego zęba trzonowego z lewej i z prawej strony.

Na szczególną uwagę zasługuje zdjęcie brody z ukośnym, z góry przebiegającym promieniem (ryc. 10), na którym oznaczony jest obwód zewnętrzny guza. Od przedniego odcinka kości szczękowej widzimy wychodzące zwapniałe smugi promieniste; wygląda, jakby rozrastające się



Ryc. 9. * Zdjęcie intraoralne chorego D. M. z filmem w położeniu zgryzowem. Technikę zdjęcia zob. w Ryc. 7 (4).

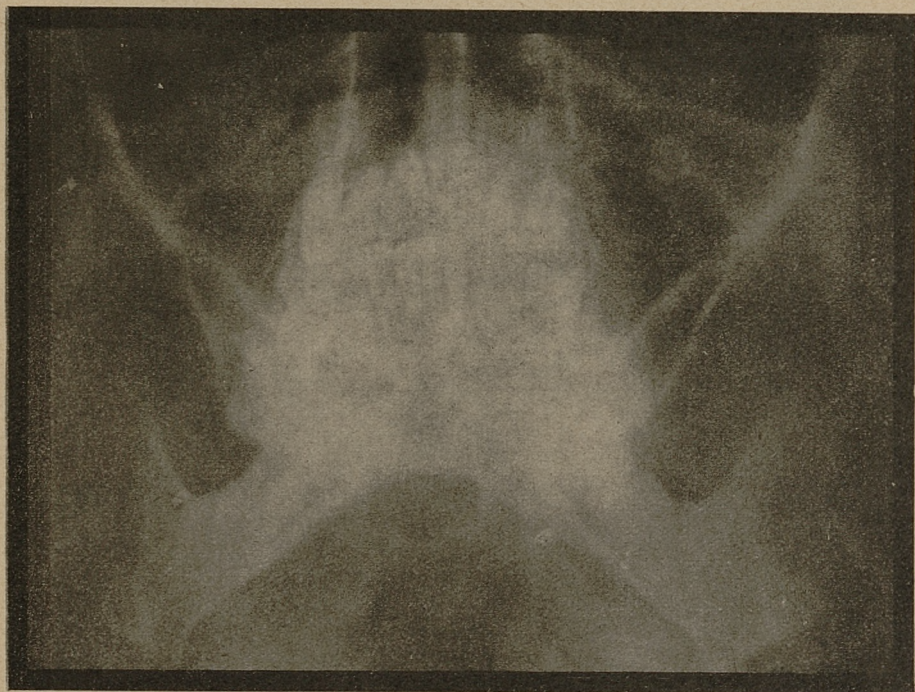


Ryc. 10. Zdjęcie brody chorego D. M. Promień główny pada ukośnie z góry. Technikę zdjęcia zob. w Ryc. 7 (3). Widać promieniste smugi wychodzące z trzonu żuchwy ku obwodowi.

komórki nowotworowe od przedniego odcinka żuchwy zabrały ze sobą sole wapniowe i odprowadziły na zewnątrz w kierunku swego rozrostu ku obwodowi. Obrazu podobnego nie obserwowałem jeszcze na roentgenogramie z nowotworami szczęki.

Niewyraźne odgraniczenie chorej kości od zdrowej na zdjęciach ukośnych wskazuje na złośliwy charakter nowotworu.

Rozpoznanie. Obraz kliniczny: Szybki rozrost guza, jego wielkość, nieprzesuwalność powłok na guzie, na roentgenogramie zanik struktury gąbczastej bez wyraźnego przejścia w kość zdrową wskazuje na złośliwy nowotwór, wychodzący od kości szczękowej.



Ryc. 11. Zdjęcie ciemieniowo-brodowe chorego D. M. przed zabiegiem operacyjnym (Technikę zdjęcia zob. w Ryc. 7 (2)).

Badanie mikroskopowe wykazało, że mamy do czynienia ze stosunkowo rzadkim guzem o charakterze złośliwym, mianowicie z *Sarcoma fusocellulare*.

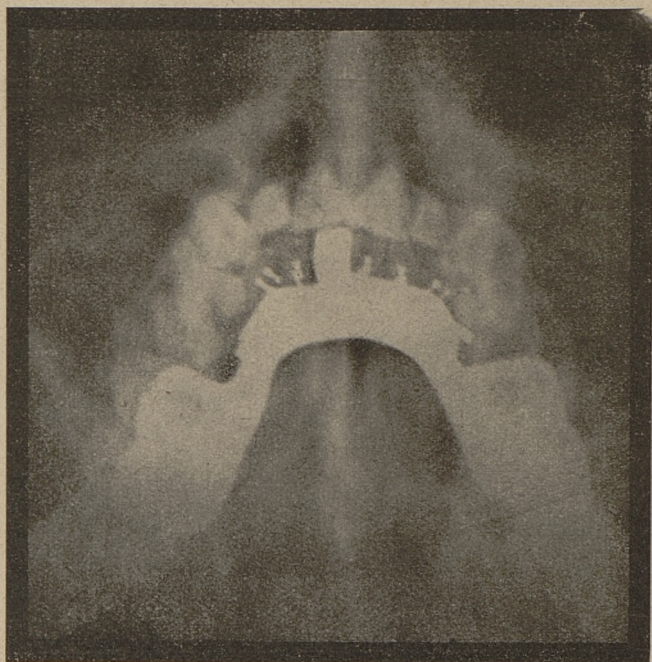
Leczenie polegać musiało na wycięciu przedniego odcinka kości szczękowej wraz z powłokami, aż do granicy między drugim dwuguzkowcem a pierwszym trzonowym po lewej stronie i analogicznie z prawej strony. Podczas operacji postanowiono bezpośrednio ustalić ułamki szyną, ubytek części miękkich brody, pokryć plastycznie płatem skóry wziętym z uwłosionej głowy metodą *Lexera* a po wygojeniu się rany zewnętrznej od strony wewnętrznej jamy ustnej postanowiono pokryć plastycznie

ubytek między kikutem trzonu żuchwy z lewej a kikutem kostnym z prawej strony przeszczepioną kością.

Celem wykonania doraźnej protezy odesłano chorego do Instytutu dentystycznego.

Zasada konstrukcji dostawki.

Przyrząd miał stanowić stałe połączenie obu gałęzi wstępujących wraz z odcinkami trzonu, w których po obu stronach pozostały trzonowce.



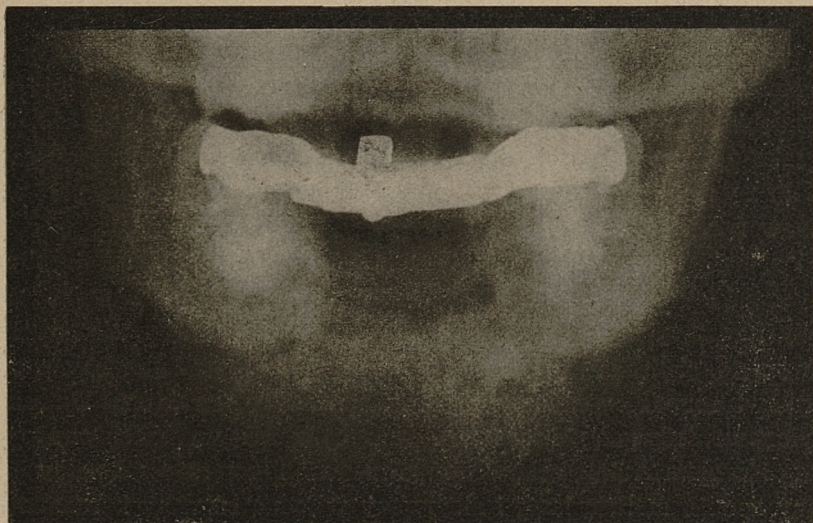
Ryc. 12. * Zdjęcie ciemieniowo-brodowe chorego D. M. po wycięciu guza i po założeniu dostawki ustalającej. (Technikę zdjęcia zob. w Ryc. 7 (2).

Po wycięciu przedniego odcinka trzonu nastąpi przesunięcie pozostałych kikutów ku linii środkowej czaszki i ku przodowi wskutek działania mięśni skrzydlowatych zewnętrznych a ku górze wskutek przeciągnięcia pozostałych ułamków przez mięśnie żwacze i mięśnie współdziałające: m. skrzydlowaty wewnętrzny i m. skroniowy. Dyslokację usuwamy przy częściowych resekcjach przez założenie na pozostały ułamek krzywej pochyłej. Celem byłoby więc założenie po obu stronach krzywych pochyłych.

Ponieważ jednak w danym przypadku kikuty były symetryczne, należało się spodziewać, że wystarczy tylko stałe połączenie odłamków przy



Ryc. 13. * Zdjęcie ekstraoralne w II. układzie ukośnym (zob. Ryc. 7 (5))
po wycięciu nowotworu.



Ryc. 14. Zdjęcie potyliczo-brodowe chorego D. M. po wszczepieniu
żebra w ubytek.

pomocy szyny, skoro ona będzie założoną bezpośrednio podczas operacji, zanim utworzą się blizny i że tem samem przywróconą zostanie równowaga między działaniem po obu stronach. Powiedziawszy krótko: Osadzenie szyny w postaci mostka w miejscu ubytku z użyciem pozostałych zębów trzonowych jako filarów wypełni swój cel bez jakichkolwiek przyrządów pomocniczych.

Część środkową tworzyć będzie rusztowanie, oparte przynajmniej na 2 filarach z każdej strony, do którego się przyłączy blok, wypełniający ubytek, który mógłby być stosownie do powłok miękkich w odcinku środkowym przystosowany — a który zarazem zastępować będzie uzębienie, zawarte w odciętym ułamku.

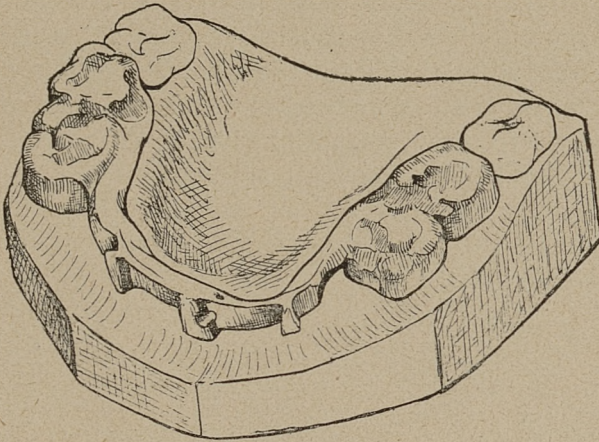
Zadanie to rozwiązać można przez włączenie do dolnego rusztowania 3 zasuw, na którychby się założyło blok kauczukowy, który po operacji odpowiednio do zaszłych zmian mógłby być zmieniony.

Zadaniem protezy było:

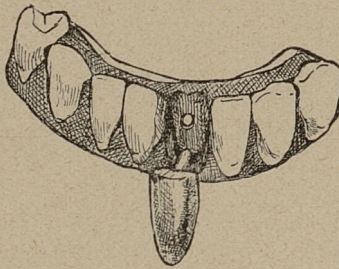
1. bezpośrednio ustalenie ułamków trzonu żuchwy po wycięciu odcinka trzonu od drugiego dwuguzkowca lewego do drugiego dwuguzkowca prawego włącznie i zachowanie funkcji pozostałym kikutom.
2. Proteza miała służyć do przymocowania języka pozbawionego przyczepu z przodu. Przez wycięcie przedniego odcinka trzonu zostaną pozbawione mięśnie gnykowo-językowy, brodowo-językowy i przedni odcinek mięśnia dwubrzązciowego swego zaczepu a język może opaść ku tyłowi, zamknąć nagłośnię i zahamować oddech.
3. Dostawka miała służyć za podkład dla wykonanej plastyki części miękkich brody, w końcu
4. jako podkład i oparcie dla wszczepionej kości w III akcji operacji.

Przyrząd według tych zasad skonstruowany otrzymał wygląd podany w ryc. 15—17.

Po przeprowadzeniu separacji między zębami trzonowymi spiłowano korony zębów $\overline{76}$ i $\overline{67}$ pod korony, wzięto z gotowemi koronami wycisk gipsowy i zestawiono odlew dolny z górnym w zgryzadle. W odlewie dolnym wycięto piłką odcinek między $\overline{6}$ a $\overline{6}$ odpowiadający normalnemu wyrostkowi zębodołowemu, wymodelowano szynę, na której umieszczono trzy pionowe, równoległe zasuw. Łuk trawersu wymodelowany został według kierunku łuku zębowego górnego. Trawers wykonany został w znany sposób metodą lania i zlutowany w jedną całość z koronami przygotowanymi. Rusztowanie to naturalnie nie mogło być przymierzone w ustach chorego, gdyż na przeszkodzie stał guz. Praca więc cała dalsza musiała się odbyć bez przymiarki na odlewie. Rękojmię, że rusztowanie istotnie zgadzać się będzie po odcięciu przedniego odcinka, dawało nam tylko to, że wszystkie 4 korony pozostały w odcisku gipsowym.



Ryc. 15.



Ryc. 16.



Ryc. 17.

Ryc. 15–17. * Dostawka ustalająca osadzona na 4 koronach na $\overline{7\ 6\ | \ 6\ 7}$ z trawsem lanym z 3 pionowymi zasuwami i wysuwalnym blokiem kauczukowym z uzębieniem. Zamknięcie w formie metalowej licówki w $\overline{1}$ z ćwiekiem, który przechodzi przez blok kauczukowy i trawers (według Cieszyńskiego).

Na rusztowaniu tem osadzono następnie blok kauczukowy z trzema wnękami odpowiadający przygotowanemu zasuwowi z 7 zębami porcelanowymi. Zamiast pierwszego zęba siecznego z porcelany ulano licówkę z metalu z pionowo na nią osadzonym ćwiekiem, który przechodził przez otwór odpowiednio przewiercony w środkowej zasuwie trawersu. Ząb ten metalowy służył jako zamknięcie systemu i przeszkadzał wysunięciu się bloku kauczukowego ku górze (Ryc. 15—17). Dolne brzegi bloku były cokolwiek zaokrąglone, by nie drażnić powłok, spód zaś płaski, ażeby mógł służyć za oparcie wszczepionej kości.



Ryc. 18. * Technika operacyjna plastycznego pokrycia ubytku skóry w okolicy brody przez przeszczepienie płata ze skroni i uwłosionej części głowy.

I. Odcięty płat skóry wraz z guzem *a*; *b* blok kauczukowy w protezie, mający służyć za oparcie przeszczepionego płata. — *S* odpreparowany płat skórny, odżywiany przez art. temporalis.

II. Płat skórny *S* ściągnięty ku dołowi pokrywa ubytek i przyszyty jest do wargi dolnej i skóry szyji.

III. Po przyrośnięciu transplantowanego płata skóry na brodzie odcięto przeszczepioną skórą *S*₁, a płat *S*₂ przszyto po obu stronach z powrotem. *t* płatki Thierscha na miejscu nie pokrytym skórą. (Operacja według *Lexera*). Naski-cował Cieszyński.

Zabieg operacyjny.

I. Zabieg wykonano w znieczuleniu przewodowym 3-ciej gałęzi nerwu trójdzielnego (obustronnie — foramen ovale) jakoteż po obstrzykaniu podskórnem i podpowięziowem poniżej żuchwy dla wykluczenia nerwów szyjnych.

Znieczulenie przewodowe ma specjalnie przy zabiegach na szczęce — jak wiadomo — bezpośrednie znaczenie dla zachowania pooperacyjnego, po prostu jako środek zapobiegawczy przeciw zachłystowemu zapaleniu płuc. Zasługą przedewszystkiem znieczulenia miejscowego, jak to zgodnie podkreślają wszyscy autorowie, jest olbrzymie obniżenie odsetka śmiertelności przy tego rodzaju zabiegach.

Z cięcia okrężającego guz prowadzonego w ten sposób, że została zachowana warga dolna wraz z wąskim pasem skóry, odsłonięto nowotworowo zmienioną część szczęki a po umocowaniu języka na nitce jedwabnej i po przecięciu obustronnie mięśni: biventer, mylohyoideus, geniohyoideus i genioglossus, oddzielono błonę śluzową ust i przepiłowano piłką Gigiego żuchwę po wyjęciu $\overline{5}$ i $\overline{5}$ poprzez zębodoły tychże zębów. Wówczas w cementowano poprzednio przygotowaną protezę (Prof. Cieszyński), poczem sposobem L ex e r a pobrano płat z owłosionej partji głowy o dwu szypułach należycie odżywionych przez obie tętnice skroniowe (Ryc. 18) a po przeciągnięciu tego płatu ponad twarzą, zeszyto go z górnym i dolnym brzegiem powierzchni rannej na brodzie. Ranę na głowie zmniejszono szwami jedwabnymi, pokrywając środkową część ubytku płatkami Thierscha. Błonę śluzową podstawy ust zszyto w miarę możliwości z błoną śluzową policzków i nałożono opatrunek jałowy.

Przebieg pooperacyjny przedstawiał się zupełnie prawidłowo. L ex e r o w s k i płat przecinano częściowo od 8 dnia po zabiegu.

A k t II. p o o p e r a c j i. W 10-tym dniu przecięto go w zupełności po stronie prawej a pozostała część reimplantowano na swoje miejsce. W 7 dni później wykonano to samo po stronie przeciwnej.

III. a k t o p e r a c j i. Po 3 miesiącach wszczepiono podskórnie odpowiedni odcinek kostny 8 żebra między 2 kikuty żuchwy, który się najzupełniej wgoił (Ryc. 14), poczem wstawiono protezę definitywną.

Ryc. 13. wykazuje roentgenogram wykonany w II. ukośnym układzie po wypiłowaniu przedniego odcinka trzonu żuchwy wraz z guzem (wykonano go w 2 tygodnie po operacji), gdy załączona proteza się obluźniła przed ponownem jej w cementowaniem.

Ryc. 12. przedstawia zdjęcie roentgenowskie ciemieniowo-brodowe z założoną protezą po I. akcji operacyjnym. Widać na niem doskonałą artykulację protezy z szczęką górną.

Ryc. 14. przedstawia wynik operacji po przeszczepieniu żebra między dwa kikuty w dwa miesiące po II. akcji operacyjnym.

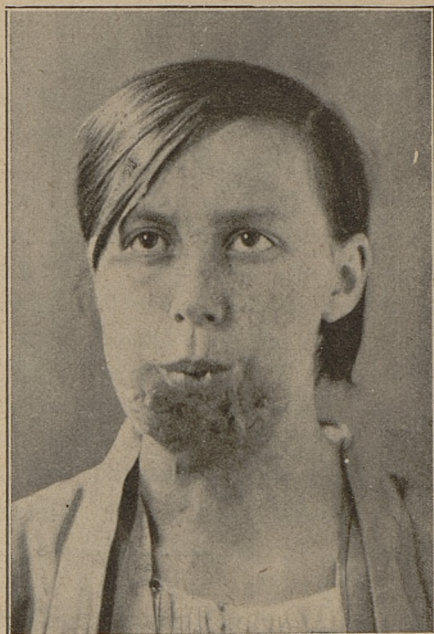
Ryc. 3. i 4. przedstawia wynik zewnętrzny operacji.

II. PRZYPADEK. (Ryc. 19—28).

Analogiczny przypadek drugi dotyczył 16-letniej dziewczyny, u której sprawa chorobowa rozpoczęła się przed 7 miesiącami. Chora zauważyła mały guzek pod językiem. Rósł on bardzo szybko, dochodząc do obecnej wielkości dużej pięści. Przed 2 miesiącami wypadły jej przednie zęby, wskutek czego ma pewne dolegliwości w spożywaniu pokarmów twardych. Pozatem nie skarży się na inne dolegliwości.



Ryc. 19



Ryc. 21

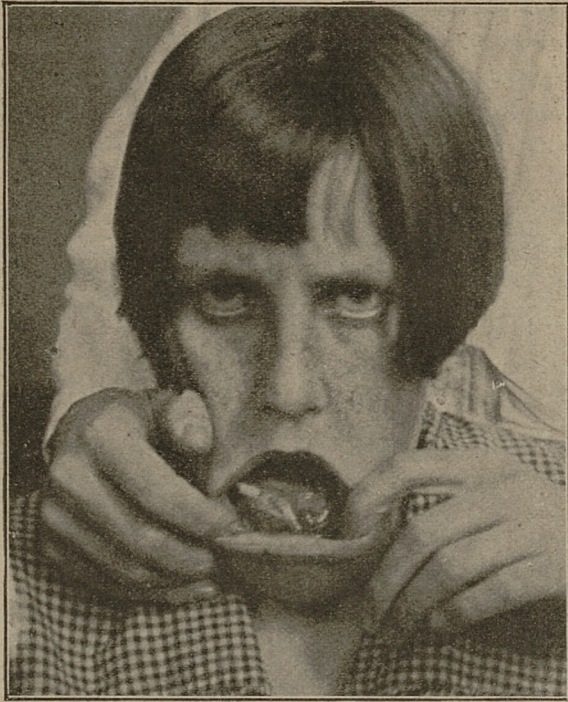


Ryc. 20

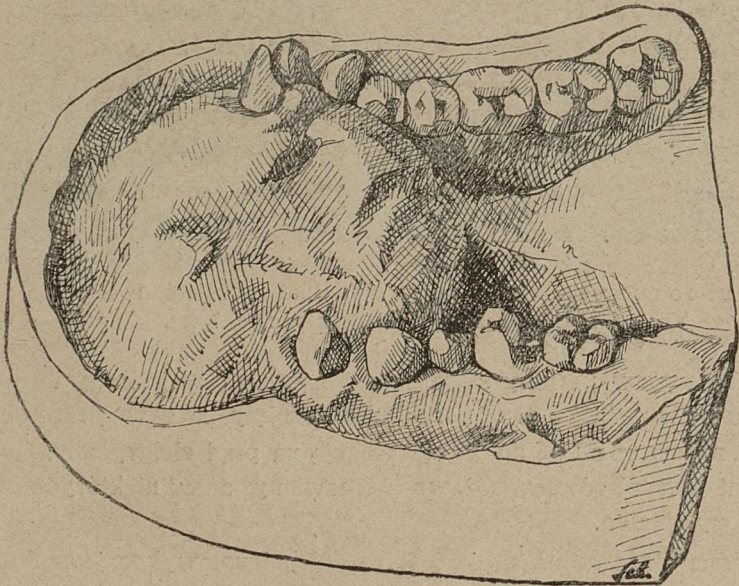


Ryc. 22

Ryc. 19 i 20. Chora S., lat 16, przed operacją. Guz brody wyrastający z trzonu żuchwy.
Ryc. 21 i 22. Po wycięciu guza i po dokonanej plastyce części miękkich i kostnej.

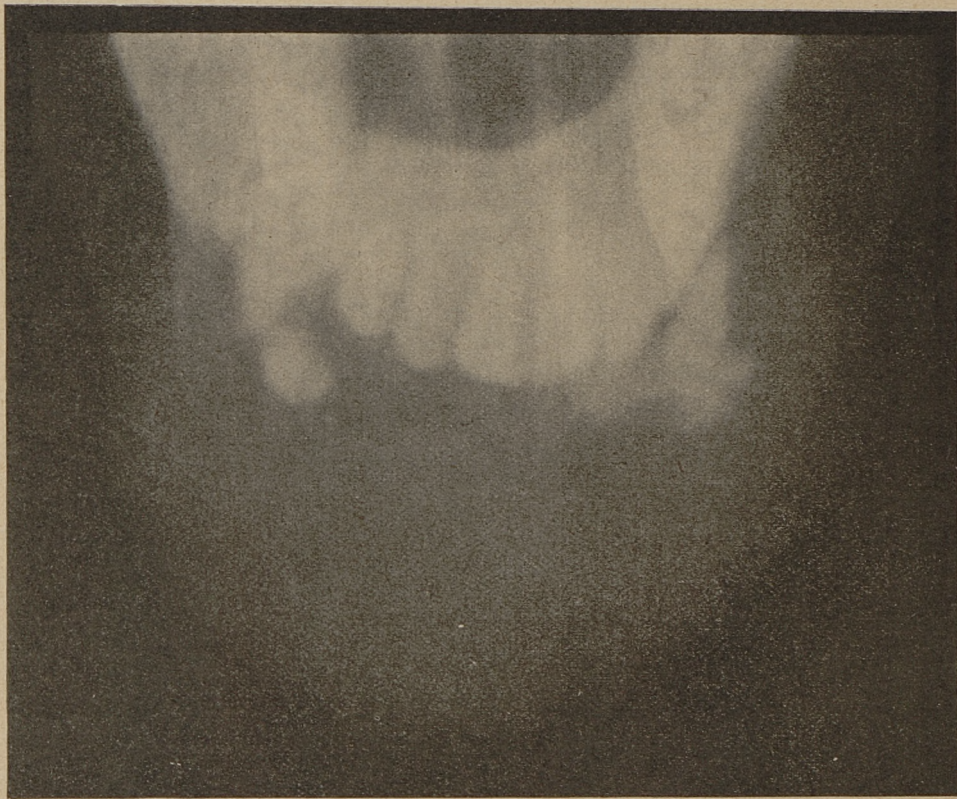


Ryc. 23. Guz widziany w ustach. (Przyp. II).



Ryc. 24. * Odlew gipsowy przypadku II. Fibro-myxochondro-sarcoma mandibulae.

Badanie po przyjęciu chorej na klinikę wykazuje: (Ryc. 19 i 20). Na szczęcie dolnej widoczny guz, zajmujący środek żuchwy i sięgający na 2 palce przyśrodkowo od jej kątów. Skóra nad nim napięta, niezmieniona. Po rozwarciu jamy ustnej stwierdzamy, że guz ten wpukła się do ust w postaci nierównych guzowatości, zajmuje dziąsła i rozsuwa zęby. (Ryc. 23 i 24).



Ryc. 25. Fibro-myxo chondro-sarcoma mandibulae. Zdjęcie brody ukośnie z góry.
Technika zdjęcia podana w ryc. 7 (3).

Guz z prawej strony sięga poza 5 ząb a z lewej strony do 6-go zęba. Łuk zębowy z jednej i drugiej strony wysunięty na zewnątrz. Zęby wysunięte na zewnątrz od $\overline{3}$ do $\overline{5}$ nie reagują na prąd elektryczny. Guz na powierzchni jest nierówny, różowo zabarwiony a w niektórych miejscach zabarwiony sinawo.

Błona śluzowa na guzie jest rozpułchniona, wykazuje małe wysepki martwicze o dnie płytkiem.

Nowotwór przechodzi na dno jamy ustnej, odsuwając język ku górze i tyłowi.

Przy badaniu dotykiem stwierdza się dość twardą spistość guza, nierówność jego powierzchni, nieprzesuwalność względem żuchwy i skóry brody. Zaledwie przywargowa część skóry jest nieco przesuwalna. Gru-



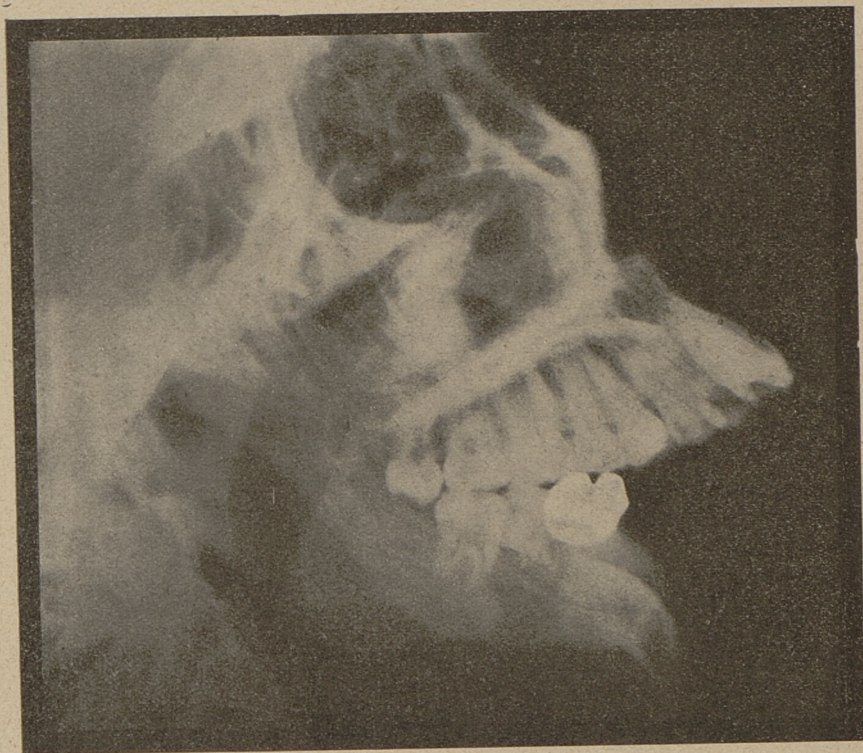
Ryc. 26. Ten sam przypadek, co w rycinie poprzedniej. Zdjęcie boczne (technika zdjęcia podanego w ryc. 7 (1)). Rozrastające się komórki nowotworowe centralnie w trzonie żuchwy spowodowały rozcięcie jego i odwapnienie sięgające aż do okolicy pierwszego zęba trzonowego.

czoły chłonne szyji nie są powiększone. Zdjęcia roentgenowskie tegoż przypadku podane są w ryc. 25 i 26.

Zabieg operacyjny w ogólnych zarysach przedstawiał się analogicznie jak w poprzednim przypadku z tem, że ze względu na pleć chorej pobrano płat do pokrycia ubytku ze szyji, jednostronnie uszypułowany ko'ło ucha

i przesunięto go ku górze (ryc. 28), brzegi zaś rany w ten sposób powstałej zeszyto ze sobą w kierunku pionowym, co dało na razie zadowalający wynik kosmetyczny.

Skutkiem kurczenia się przeszczepionego płatu skórniego, co spowodowało bardzo znaczne opadnięcie wargi ku dołowi, poddano chorą jeszcze dwukrotnie zabiegom plastycznym uzupełniającym, mającym na



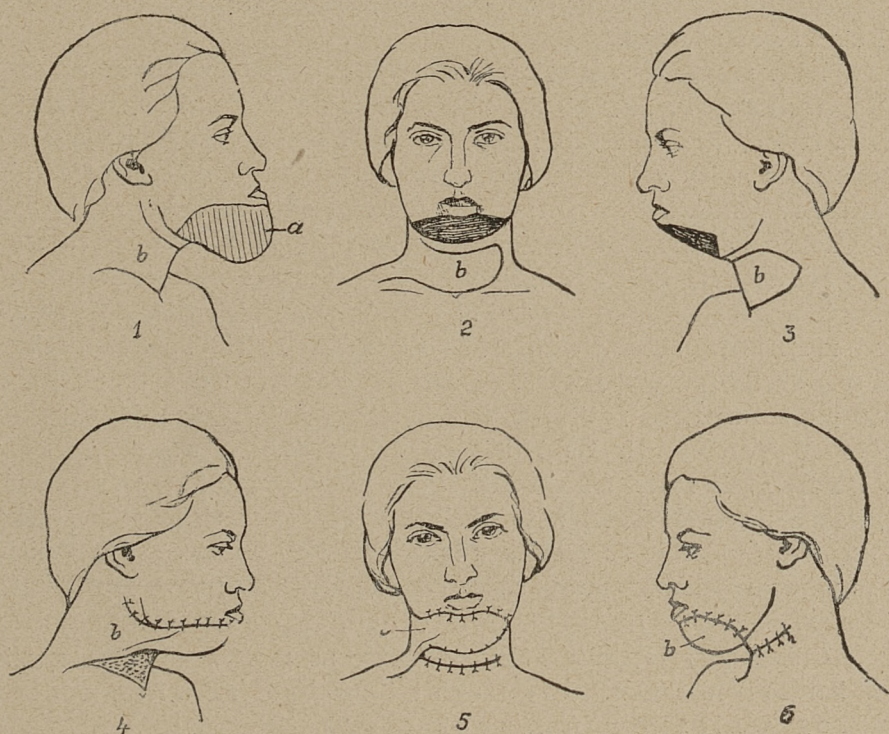
Ryc. 27. * Ten sam przypadek (II) po wycięciu guza i po wszczepieniu kości.

celu podniesienie ku górze opadniętej wargi przy pomocy uszypułowanych płatów pobranych ze szyji.

W rok po pierwszym zabiegu stan miejscowy przedstawiał się następująco: Stwierdza się obustronnie wyczuwalne kikuty żuchwy, jedynie od strony prawej od jamy ustnej macalny jest ruchomy martwiak. Wargę dolną jest znacznie cofniętą ku tyłowi i obciągniętą ku dołowi przez rozległe blizny pooperacyjne.

Długo przewlekający się proces gojenia, szereg plastyk dodatkowych skutkiem skurczenia się przeszczepionego płatu wyraźnie wskazuje na to, jak ważne znaczenie ma sam rodzaj skóry i dobre odżywienie transplantatu

dla jego wglądania się i definitywnego wyniku kosmetycznego, co przemawia na korzyść plastyki z głowy sposobem L e x e r a, o ile ją tylko w danych warunkach można wykonać. Wynik operacji plastycznej ma decydujący wpływ na oznaczenie czasu wszczepienia żebra celem uzupełnienia ubytku szczęki dolnej. Podczas gdy w przypadku pierwszym można było przystąpić do wszczepienia żebra po 3 miesiącach to w przypadku właśnie oma-



Ryc. 28. * Technika plastycznego pokrycia ubytku powłok w okolicy brody uszypułowanym płatem pobranym z szyji. (Naszkiecował Cieszyński).
 1-3 Kierunek cięć a) kreskowane: skóra przyrośnięta do nowotworu, która wraz z guzem została usunięta, b) płat, mający pokryć ubytek w okolicy brody
 4-6 po przyszyciu przeszczepionego płatu na miejsce ubytku.
 5-6 widać zeszytą ranę na szyji po zmobilizowaniu okolicznej skóry.

wianym potrzebnym był na to okres całego roku. Po tym czasie w znieczuleniu miejscowym wyjęto w okolicy kąta VIII żebra odcinek długości około 15 cm, poczem ranę zeszyto. Przeszczep przez czas od pobrania go do wszczepienia trzymano w ciepłym (około 37° C) fizjologicznym roztworze soli.

Z cięcia półkolistego na brodzie odnaleziono i odświeżono końce kikutów szczęki, usuwając przytem po stronie prawej martwiak, który się

tam wytworzył i wszczepiono pobrane żebro zespalając je z kikutami żuchwy przy pomocy srebrnego drutu. Ranę zeszyto szwem węzełkowym poczem nałożono opatrunek jałowy.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał żadnych ciekawych momentów. Obecny wynik (Ryc. 21 i 22) nie jest jeszcze w zupełności zadowalającą i wskazane tu będą dalsze zabiegi plastyczne.

Badanie drobnowidowe guza wykazało utkanie *fibromyxochondrosarcoma*.

Dwa przypadki analogiczne, ale pokryte plastycznie według dwóch różnych sposobów, dały wyniki nierówne. O ile otrzymaliśmy po zastosowaniu metody Lexera wynik pomyślny, o tyle wynik plastyki po przeszczepieniu płata skóry z szyji był niezadowalający. Pomimo, że przeszczepiono płat stosunkowo wielki, z powodu kurczenia go się podczas gojenia i pomimo podkładki z kauczuku na szynie nie utrzymał się na miejscu przeznaczenia, tylko został przez blizny ściągnięty ku dołowi. Jakkolwiek wykonano kilka plastyk dodatkowych, nie zdołano utrzymać przeszczepianego płata na miejscu; nie mogąc uzyskać zamknięcia się warg, wyjęto blok kauczukowy. W tym stanie zeszyły się wargi ze sobą ale zarazem twarz przybrała wygląd ptasi. Ponieważ pacjentka była z tego wyniku zadowolona, przystąpiono do wszczepienia kości między dwa pozostałe fragmenty kostne. W tymże czasie został też z jednej strony usunięty ząb trzonowy albowiem wystąpiła martwica kości tejże okolicy. Kość wszczepiono w poprzek — a więc nierównolegle do przebiegu łuku zębowego górnego, gdyż istniejące blizny przeszkadzały przy umieszczeniu przeszczepu w prawidłowym kierunku.

Opis tego przypadku, który podajemy mimo niepomyślnego wyniku, jest bardzo pouczający. Wyciągnąć można bowiem z niego szereg wniosków ważnych dla praktyki:

1. Skóra z okolicy szyji nie nadaje się na pokrycie większych ubytków w okolicy brody — kurczy się znacznie, jest bowiem bardzo cienką i jest niedostatecznie odżywiana.

Pozostaje w takich przypadkach jedynie technika przeszczepienia płatu według Lexera (porównaj przypadek I. i ryc. 18). Przy tejże metodzie tętnice skroniowe przebiegające przez płat zapewniają jego lepsze odżywianie — nawet jeżeli płat jest napięty na blok kauczukowy, tworzący łuk protezy. I. w II. przypadku techniką tą można jeszcze obecny wynik ujemny poprawić. Wprawdzie płeć chorej stanowi niejako przeciwwskazanie do użycia owłosionej skóry. Są z tego jednak dwa wyjścia. Po przeszczepieniu wyrastających włosów można je usuwać goleniem. Drugi zaś sposób: zniszczyć można włosy po wygojeniu się płatu drogą elektrolizy.

2. Należy przed wszczepieniem kości zawsze ustalić kikuty kostne za pomocą szyny ustalającej. Kurczenie się płatu części miękkich nie może być przeciwwskazaniem do zaniechania ustalenia fragmentów kostnych.
3. Kość wszczepiona powinna być ile możności wklino w a n a między fragmenty żuchwy i mieć kształt łuku zębowego. Odpowiednią listewkę kostną można wyciąć z krawędzi kości biodrowej albo przygotować stosunkowo cienką listewkę kostną, którą można później wyciąć (Ertl). Tylko kość o kształcie łuku zębów górnych będzie mogła służyć za podstawę do późniejszej definitywnej protezy a zarazem da wynik zadowalający kosmetyczny i zapobiegnie wytworzeniu się profilu o wyglądzie ptasim.

O ile przyjdzie do zupełnego zrostu kości i utworzy się stały łuk szczęki dolnej, można nawet w razie utraty zębów wstawić jeszcze zwykłą protezę kauczukową do wyjmowania. Jeżeli zaś pozostaje pewna ruchomość między wszczepioną kością a żuchwą, to najlepszą funkcję będzie miał pacjent tylko tak długo, jak długo istnieją tylne filarki — czyli zęby trzonowe, na których w cementowany jest mostek stały, zbudowany podobnie jak aparat w ryc. 15—17.

Pewne praktyczne znaczenie posiada także wybór zdjęcia roentgenowskiego przed operacją i dla kontroli, ażeby nie robić zdjęć niepotrzebnych.

W I. przypadku podaliśmy całą serję zdjęć, ażeby dać pogląd na uzyskane wyniki badania roentgenowskiego.

W praktyce jednak można się ograniczyć przy guzach w okolicy brody:

1. do zdjęcia intraoralnego na płycie poziomej (zob. ryc. 9 i ryc. 7 (4),
2. do zdjęcia w II. ukośnym układzie ryc. 13 i ryc. 7 (5),
3. do zdjęcia bocznego (ryc. 8, 26 i ryc. 7 (1)).

Wstawioną kość zobaczymy najlepiej na II. ukośnym zdjęciu zrobionem z lewej i prawej strony.

Wstawioną protezę możemy stwierdzić również na tych samych zdjęciach jako i na zdjęciu ciemieniowo-brodowym ryc. 12 i ryc. 7 (2).

Badanie drobnowidowe *).

PRZYPADK I. Chory D. M.

W badanych skrawkach pobranych z różnych miejsc guza, barwionych haematoxyliną i eozyką stwierdza się utkanie włókniste, którego pierwociny z powodu nietypowego zachowywania się i wzajemnego

*) Badanie drobnowidowe wykonał i podał powyższy opis rozpoznania Dr. Jerzy Szymonowicz, st. asystent Kliniki Chirurgicznej.

ułożenia, wzmożonej barwliwości jakoteż licznych atypowych figur, podziałowych, należy uważać za złośliwe bujanie nowotworowe. Miejscami widoczne są smugowate ogniska kostninowe (osteoidne) ulegające częściowo zwapnieniu, a trafione jużto stycznie jużto poprzecznie, przedstawiające się wówczas jako twory krągłe. Całość ze względu na wzajemny stosunek i charakter komórek odpowiada obrazowi mięsaka wrzecionowato komórkowego (sarcoma fusocellulare) z ogniskami kostninowemi.

PRZYPADEK II. Chora S.

Badane skrawki wykazują utkanie mieszane. W poszczególnych miejscach stwierdza się w przewodzie wydłużone komórki wrzecionowate, nieregularnie ułożone, o pierwoszczy intensywnie barwiącej się haematoxyliną; w licznych jądrach komórkowych stwierdza się nietypowe figury podziałowe. Poza tem widoczne są rozsiane ogniska tkanki śluzowatej przechodzącej w tkankę chrząstkową o charakterze wybitnie złośliwym; gdzieś tam widoczny jest rozpad komórek i zmniejszona barwliwość tkanki i w tych to miejscach stwierdza się ziarna złogów wapniowych. Całość odpowiada śluzako-chrzęstniako-włóknia-kowi mięsakowemu (Fibro-myxo-chondro sarcoma).

Przedstawiwszy dwa kliniczne przypadki nowotworów złośliwych w okolicy brody a wychodzących z kości szczękowej dolnej dodamy kilka uwag ogólnych odnoszących się do nowotworów szczęk.

Kości szczęki ze względu na swój rozwój embrjonalny stanowią statystycznie wśród elementów całego kośćca częste miejsce usadowienia się nowotworów i to nawet o takich postaciach histologicznych, których nie możemy spotkać w innych kościach. Uwarunkowane jest to niejako podwójną budową anatomiczną szczęk, gdzie poza nowotworami, charakterystycznymi dla kości spotykamy również i nowotwory mające związek z zębami względnie ich pozostałościami rozwojowemi.

Z punktu widzenia chirurgicznego należy podkreślić jeszcze że i nowotwory wychodzące z błony śluzowej ust a nawet zmiany złośliwe na skórze twarzy mogą niekiedy w bardzo krótkim czasie zająć kość i że wówczas klinicznie sprawę traktujemy raczej jako nowotwór szczęk. Rodzaje tychże nowotworów oraz wyniki operacyjne analogicznych przypadków wpływają na odpowiedni sposób leczenia tychże a więc wybór metody operacyjnej.

Oдноśnie do nowotworów szczęk to wyłączać z góry zmiany pozostające w związku z zębami należy podkreślić, iż niektóre nowotwory nawet o utkaniu histologicznie dobrotliwym pod względem operacyjnym należy traktować jako sprawy złośliwe. Do tych należy przedewszystkiem

chrzęstniak, który wprawdzie nie zajmuje gruczołów i nie ma skłonności do generalizacji, miejscowo jednak powoduje często nawroty. Śluzaki rzadko kiedy składają się z jednolitego utkrania. Najczęściej domieszkę ich stanowi tkanka chrzęstna, ulegająca mięsakowaceniui, jak w jednym z naszych przypadków.

Obie wymienione postacie nowotworów mimo to iż są właściwie dobrotliwe przy nietypowym zachowaniu się komórek o charakterze embrjonalnym nabierają charakter złośliwych nowotworów. Dlatego też operacyjnie należy traktować je dość radykalnie.

O ciekawem powikłaniu w związku z kostniakiem szczęki dolnej donosi Chastenet de G é r y i P e r r o t. Czterokrotne badanie drobnowidowe skrawka pobranego od strony ust mimo znacznego wzrostu guza w ciągu 2¹/₂ miesiąca nie zdołało określić rodzaju nowotworu. Gdy pobierano skrawek od zewnątrz wystąpiło bardzo silne krwawienie. Przy powtórnie tą drogą wziętym skrawku krwotok był tak obfity, że musiano podwiązać tętnicę szyjną zewnętrzną. W ostatnim skrawku dopiero wykazano utkanie kostniaka.

L a r o y e n n e i W e r t h e i m e r mieli sposobność operować wielokomorową torbiel szczęki dolnej, gdzie bujanie drobnowidowe wykazało jedynie tkankę kostną i łączną, brak natomiast śródbłonna lub nabłonna wyścielającego ściany torbieli. Fakt ten może mieć ważne znaczenie jako wskazanie do typu zabiegu operacyjnego, albowiem nie potrzeba będzie w analogicznych przypadkach wykonywać resekcji szczęki, jak to właśnie zrobiono, a wystarczy tylko wyłyżeczkowanie względnie takie wycięcie szczęki, by jej ciągłość anatomiczna została zachowana.

W 2 przypadkach spotkano w zakresie szczęki dolnej śródbłoniaki (endothelioma), które klinicznie są nowotworami względnie dobrotliwymi, o powolnym rozwoju bez tendencji do zajmowania gruczołów i uogólniania się.

Co się tyczy nowotworów złośliwych, to zwrócę tu uwagę przede wszystkim na mięsaki jako pozostające w bezpośrednim związku z naszymi przypadkami. Otóż mięsaki szczęk spotyka się stosunkowo dość często i to częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, choć nie wszystkie statystyki są zgodne ze sobą pod tym względem. Występują one zwykle w wieku młodym od 15 do 30-tego roku życia. Spostrzegano je jednak u niemowląt a nawet noworodków jak również i u ludzi w bardzo podeszłym wieku.

Dla rozpoznania różniczkowego zasługują na uwagę przypadki B r e n k e n a, które klinicznie i roentgenologicznie rozpoznano jako mięsaki szczęki dolnej. W pierwszym z tych przypadków chodziło o kilaka, który doprowadził do rozległej martwicy gałęzi wstępującej a w drugim

o przerzut ze zmienionego nowotworowo wola (struma maligna), które usunięto na kilka tygodni przed widocznym powstaniem przerzutu.

Punktem wyjścia dla mięsaków może być szpik kostny — mówimy wówczas o mięsakach centralnych — albo też okostna; wtedy nazywamy je obwodowymi. To lub inne pochodzenie mięsaków stanowi naturalnie o różnicy w ich utkaniu drobnowidowem. Odnośnie do lokalizacji anatomicznej, to mięsaki stosunkowo najczęściej zajmują trzon żuchwy.

Mięsaki okostnowe mogą jednak mieć punkt wyjścia również okolicę kąta żuchwy lub na jej gałęzi wstępującej. Ulec też mogą zmianom wstecznym, tworząc torbiele rzekome skutkiem rozmiękania. Notowane są również zmiany w postaci wapnienia względnie kostnienia niektórych partji nowotworowo zmienionych z charakterystycznym obrazem promienistych smug o wyrazistym i bardziej intensywnym rysunku na obwodzie a więcej zmatowanym w partjach środkowych.

Objawy kliniczne, które mogą spowodować mięsaki żuchwy zależą od ich punktu wyjścia i od wielkości. Początkowo wystąpić mogą bóle neuralgiczne jako skutek ucisku i drażnienia n. mandibularis. Z czasem w odnośnej partji przychodzi do trwałego znieczulenia wskutek zniszczenia tego nerwu przez naciek nowotworowy.

Po pewnym czasie objawy przesunięcia w zakresie dna ust, języka, krtani, przelyku, jakoteż głębokich naczyń i nerwów szyjnych dają utrudnienia w żuciu, połykaniu i mowie. Równocześnie gruczoły podszczękowe mogą być znacznie powiększone, jako zajęte nowotworowo, skutkiem — lub jak częściej bywa — wtórnego zakażenia, którego źródło pierwotne znajduje się we wrzodziejącym ognisku nowotworowym.

Jeśli chodzi o leczenie złośliwych nowotworów żuchwy, to właściwie jedynie dziś pewny środek, jakim dysponujemy, stanowi doszczętny zabieg operacyjny. Naświetlanie promieniami Roentgena lub radem należy uważać obecnie raczej za środek połączony, przygotowawczy do operacji lub wykończający wynik, jaki chirurg w danym przypadku mógł osiągnąć.

W roku ostatnim obserwowaliśmy wprawdzie (Cieszyński i Meisels) w Instytucie dentystycznym U. J. K. 2 przypadki raka żuchwy w stanie początkowym z zajęciem sąsiadujących części miękkich i języka, w których naświetlanie radem, a gruczołów chłonnych promieniami Roentgena, dały znakomity wynik i wprost zadziwiający, gdyż wszelkie zmiany — nawet rozdęcia szczęki ustąpiły w zupełności. Obserwacja dotyczy 4 — 6 miesięcy. Jeden z tych przypadków skończył się wprawdzie śmiertelnie wskutek zapalenia płuc po operacyjnym wyjęciu gruczołów podszczękowych, ale zajęcie śmiertelne nie miało nic wspólnego ze zmianami nowotworowymi. O przypadkach tych zreferujemy osobno później, gdy będziemy dysponowali większym materiałem.

Należy tu podkreślić, że o ile miejscowe nawroty dadzą się jeszcze chirurgicznie usunąć, o tyle nawroty po stosowaniu radu są niejako uodpornione na powtórne nim leczenie tak, że jedynie wynik po pierwszym naświetlaniu należy uznać za miarodajny, później bowiem występuje to, co Francuzi określają jako *vaccination du néoplasme*. Stosowanie samego radu bez poprzedniej operacji daje często t. zw. osteoradonekrozę jak o tem między innymi donosi ostatnio *Casanello*. Przypadki, gdzie można usunąć nowotwór w granicach zdrowych, stanowią w dalszym ciągu niepodzielną domenę chirurgów (Dobrzaniecki).

Typem zabiegu operacyjnego dla nowotworów żuchwy jest wycięcie, resekcja, która zależnie od wielkości i usadowienia sprawy nowotworowej może się skończyć wyłuszczeniem połowy lub całości żuchwy. Wszystkie te zabiegi powodują znaczne zniekształcenie twarzy jakoteż zaburzenia czynnościowe bezpośrednie i późniejsze specjalnie przy wycięciu szczęki dolnej. Dlatego obecnie należy postawić w tych przypadkach jako *conditio sine qua non* współpracę chirurga ze stomatologiem przed zabiegiem operacyjnym, w czasie operacji jak i później przy definitywnej plastyce ubytku w kości, która daje bardzo piękne wyniki kosmetyczne i funkcjonalne jak to wynika między innymi i z naszego materiału powyżej przedstawionego.

Ażeby przeciwdziałać bardzo trudnym zniekształceniom i upośledzeniu czynnościowemu jakie powoduje wycięcie szczęki dolnej, *Greve* wysuwa następujące punkty dla współpracy chirurga i stomatologa: W przygotowaniu planu operacyjnego należy bezwzględnie i wcześniej już pomyśleć o wykonaniu protezy, nigdy zaś nie zwlekać z operacją. Należy protezę wykonywać z tych materiałów (kauczuk, cynk), które umożliwiają szybkie ich wykończenie.

Proteza musi się dostosowywać do rozległości nowotworu a więc i do wielkości resekcji. Ponieważ bezzębna część szczęki t. j. ramię wstępujące upośledza zdolność czynnościową protezy dlatego mogłaby być wskazana rozleglejsza w tych przypadkach z punktu widzenia protetycznego resekcja... aż do exartykulacji włącznie.

Do uwag *Grevego* należy dodać następujące:

Założenie protezy nie powinno upośledzać procesu gojenia, dlatego też możliwość oparcia protezy o zęby stanowi dla chorego lepsze widoki co do skrócenia czasu leczenia, aniżeli użycie w tym celu szwu kostnego.

Przy zakładaniu protez podczas operacji musi być obecny stomatolog, ażeby w danym razie skutecznie natychmiast drobne zmiany, które się okażą potrzebne z powodu obranego kierunku cięcia — lub nagłej zmiany planu operacji przez chirurga. — Bloki kauczukowe pod plastykę części miękkich muszą być podczas operacji niekiedy odpowiednio dosto-

sowane. Tak samo muszą być dostosowane protezy doraźne z kauczuku, zakładane po resekcji szczęki wraz z wyrostkiem stawowym.

Przy transplantacji kości jest porozumienie się wspólne także wskazane, ażeby obrać odpowiedni przeszczep kostny i odpowiedni sposób wklonowania go.

Współpraca stomatologa z chirurgiem jest także potrzebna po operacji. W razie obluźnienia się założonej protezy musi interwenjować stomatolog i ile możności w jak najkrótszym czasie ją osadzić z powrotem na miejsce.

W razie kontrakcji wskutek blizn trzeba nieraz zmniejszyć blok kauczukowy służący za podkład. Zazwyczaj jednak przygotowany blok przez stomatologa jako podkład pod przeszczepione części miękkie jest mniejszy, aniżeli normalny kształt kości szczękowej. Znaczniejsze zmniejszenie go powoduje cofnięcie się brody ku tyłowi i nadaje profilowi niepożądany wygląd ptasi. Dlatego też ile możności powinny być przeszczepiane płyty skórne tak wielkie, żeby w razie ściągnięcia się płatu wskutek blizn nie zachodziła potrzeba redukcji bloku kauczukowego, służącego za podkład plastyki.

Prawidłowe gojenie ran przyśpiesza częste oczyszczanie protezy, które wykona najlepiej stomatolog; może to zrobić jednak również dobrze chirurg, otrzymawszy odpowiednie wskazówki od stomatologa. Potrzebne są one przeważnie wówczas, jeżeli proteza składa się z kilku części, złączonych specjalnym zamkiem lub śrubą.

Odnośnie do uzupełnienia ubytku kostnego w zakresie szczęki dolnej — to dziś stoimy na stanowisku — że jedynie autotransplantacja kostna może nam dać wynik bez zarzutu. Homo —, hetero — i alloplastyka w tych przypadkach najzupełniej zawodzi jak to wykazuje cały szereg badań doświadczalnych i klinicznych. Cavina donosi, że w 16 przypadkach wolnej transplantacji kości na szczękę dolną we wszystkich osiągnięto doskonałą konsolidację.

Jako materiał podporowy stosuje się tu przeszczepy z żebra, kości goleniowej, obojczyka, grzebienia kości biodrowej, przyczem zależnie od potrzeby i rozległości ubytku wykonujemy przeszczepianie jedno- lub więcej czasowo.

Piśmiennictwo.

Bégouin, Bourgeois i t. d. Précis de pathologie chirurgic, t. 2., Paryż 1924.

Bernard: Traitement des cancers du maxillaire infér. Paryż 1926.

Breitkopf: Zur Behandlung der Unterkiefer-tumoren. Zentr. f. Chir. 1927/43, pag. 2719.

Branken: Pokaz (referat). Zentr. f. Chir. 1924/30 p. 1632.

Casanello: Restaurazione della mandibula con trapianti osteoperiostei tibiale. Arch. ital. di chir. 1927 t. 13.

Cavina: Trapianti ossea nella mandibola. Policlinico 1927/48.

Chastenot de Géry i Perrot: Sur un cas d'ostéoblastome du maxillaire infer. Annales Anat. pathol. méd. chir. 1928/5.

v. Ertl. Die Chirurgie d. Gesichts u. Kieferdefekte. Berlin—Wien 1918.

Gluschkow: Verfahren zur plastischen Resektion des Unterkiefers. Zentr. f. Chir. 1928/14 p. 891. (refer.).

Greve: Die zahnärztlich-prothetische Hilfe nach Unterkieferresektion. Zentr. f. Chir. 1927/43. p. 2720.

Klapp, Bange i Ernst: Die Chirurgie des Gesichtes, des Ober- u. Unterkiefers — w Nordmann-Kirschner: Die Chirurgie, Berlin — Wien 1927.

Laroyenne i Wertheimer: Kyste multiloculaire du maxillaire infér. Lyon chirurgical 1920 t. 17, nr. 6.

Lexer: Die freien Transplantationen. t. 2. Stuttgart 1919.

Meyer: Zur Therapie der Kiefertumoren. Histologie u. Wachstum. Zentr. f. Chir. 1927/43, p. 2720.

Nové, Jossierand i Tavernier: Tumeurs malignes des os. Paris 1927.

Sebilleau: La correction des déviations de l'arc maxillaire consecutives aux résections chirurgicales de la mâchoire infér. — Bullet. et mém. de la Soc. de chir. de Paris 47—1921/18.

Stephanides: Ein Fall von Totalersatz des Unterkiefers. Zf. f. Stomatol. 1927. rocznik 25.

Prof. Dr. A. Cieszyński et Dr. W. Dobrzaniecki. Deux cas de tumeurs du maxillaire inférieur dans la contrée du menton. Manière de remplacer après l'opération les pertes de substance osseuse par des appareils orthopédiques et au moyen d'opérations plastiques.

RÉSUMÉ.

Le premier cas concerne un sujet de 18 ans atteint de sarcome fuso-cellulaire; le second une malade de 16 ans affligée d'un fibromyxochondrosarcome de l'arc du maxillaire inférieur.

Dans le premier cas, après la résection partielle de l'arc du maxillaire, la perte des parties molles du menton a été recouverte d'un lambeau cutané à deux pédicules de la région temporale du cuir chevelu. Résultat satisfaisant. Au préalable a été préparée une prothèse restauratrice en forme d'un pont fixe et cimentée ensuite pendant l'opération afin de retenir les moignons du maxillaire et afin de suppléer au manque de l'os. L'opération plastique des parties molles a été faite en deux séances, et à la troisième séance on a prélevée une greffe osseuse sur la VIII-e côte trois mois après l'ablation du néoplasme.

Dans le 2-ème cas analogue on a recouvert le manque des parties molles avec un lambeau cutané pris dans la région cervicale. Le résultat était moins satisfaisant parceque la lèvre inférieure tombait par suite des cicatrices.

De ce dernier cas on peut tirer les conclusions suivantes: la prise d'un lambeau dans la région cervicale pour couvrir le manque des parties molles du menton n'est pas ce qui convient; de même quant il s'agit de cas pareils chez les femmes on devrait appliquer la méthode de Lexer comme nous l'avons fait dans le premier cas. On peut ensuite épiler la greffe du cuir chevelu.

La technique de l'emploi des rayons X pour marquer les contours de la tumeur et pour le contrôle après l'opération est largement traitée dans l'article en question.

Vers la fin les auteurs ont fait quelques remarques sur les tumeurs des maxillaires.

Prof. Dr. A. Cieszyński u. Dr. W. Dobrzaniecki. Zwei Fälle von Tumoren des Unterkiefers der Kinngegend. Ersatz des Knochendefektes durch orthopädische Apparate; Weichteilplastik und spätere Knochenplastik.

ZUSAMMENFASSUNG. Der erste Fall betrifft einen 18-jährigen Patienten mit Sarcoma fusocellulare, der zweite eine 16-jährige Patientin mit einem Fibromyxochondrosarcom der Kinngegend.

Im ersten Fall wurde nach partieller Resektion des Corpus mandibulae der Defekt der Weichteile in der Kinngegend mit einem Schläfen-Scheitellappen mit sehr gutem Erfolg gedeckt. (Fig. 18, 3 u. 4). Vor der Operation wurde ein entsprechender Retentionapparat für die zurückbleibenden Kieferabschnitte mit Ersatz des Knochendefektes als festsitzende Brücke vorbereitet (Fig. 17, 12 u. 14) und während der Operation einzementiert. Die plastische Deckung der Weichteile wurde gleichzeitig gemacht, der III. Akt der Operation: die Knochenplastik aus der Rippe wurde 3 Monate nach Entfernung des Tumors ausgeführt.

Bei dem zweiten analogen Fall wurde der Defekt der Weichteile mit einem Lappen aus der Halsgegend gedeckt (Fig. 28). Der Erfolg war weniger befriedigend, da die Unterlippe infolge des Narbenzuges nach unten gezogen wurde. Korrekturen der Plastik besserten den Zustand, allerdings erst als eine Reduktion des Unterkieferbogens vorgenommen worden ist.

Aus diesem Fall wird folgender Schluss gezogen: Die Plastik aus der Halsgegend ist für die Weichteildefekte in der Kinngegend unzweckmässig; auch in denjenigen Fällen, wo es sich um eine Frau handelt, sollte die Plastik nach L e x e r wie im Falle I. ausgeführt werden. Das behaarte Transplantat kann nachher epiliert werden. Letztere Methode erwies sich auch geeignet um den notwendigen Bogen des Unterkieferkörpers in der Frontzahngegend zu restituieren und ermöglicht eine Transplantation des Kieferknochens im Bereiche des Knochendefektes unterhalb des Fixationsapparates. — Die geeignete Röntgetechnik zur Feststellung der Grenzen des Tumors und zur Kontrolle nach der Operation wird eingehend besprochen. — Am Schlusse werden einige Betrachtungen über Kiefertumoren angefügt.

Ś. p. IDZI ŚWITAŁA

Po długich cierpieniach wywołanych nieuleczalną chorobą raka zmarł w Bydgoszczy dnia 8. grudnia ś. p. Idzi Świtała, urodzony w r. 1877.

Odszedł od żmudnej pracy zawodowej i społecznej, którą umiłował i której z takim oddaniem poświęcał zawsze wolny swój od zajęć zawodowych czas, często nawet porzucając swe zajęcia zawodowe dla pracy publicznej.

Był typem obywatela-społecznika. Zawsze obowiązki natury ogólnej stały u Niego na pierwszym planie. To też nic dziwnego, że za czasów zaborców obrał pracę publicystyczną, pełniąc ją przez szereg lat jako redaktor poczytnego pisma „Praca“, a budząc ducha odporu w narodzie polskim musiał cierpieć za sprawę narodową w więzieniu pruskim. Pracą publicystyczną zdobył zaufanie rodaków: wybrany został jako poseł śląski do sejmu pruskiego i na arenie politycznej widzimy Go pośród gorliwszych członków do sejmu. Z chwilą powstania Polski daje swą nieustanną pracę dziełu zorganizowania skarbowości b. Dzielnicy Pruskiej. W r. 1910 rozpoczął studia dentystyczne; egzamin państwowy zdał w Wyrzburgu. W roku 1913 osiedlił się jako lekarz-dentysta w Szamotułach.

W r. 1919 bierze ś. p. Idzi Świtała udział w Zjeździe delegatów organizacyj dentystycznych, który się odbył na zaproszenie Ministerstwa Zdrowia od 19. — 22. maja w sprawie reformy studjów dentystycznych; na tym zjeździe uchwalono fundamentalne zasady dotyczące rozwoju i nauczania dentystyki w Polsce, powzięto szereg uchwał w sprawach ogólnie zawodowych i ułożono szczegółowy plan studjów dentystycznych. Postanowienia te niestety nie zostały wprowadzone w całej swej rozciągłości w życie a modyfikacje poczynione przez czynniki Rządowe przyczyniły się do zahamowania rozwoju dentystyki. Wśród gorącej dyskusji na wspomnianym zjeździe ś. p. Idzi Świtała wykazał swoje wielkie doświadczenie parlamentarne, dzięki któremu udało się doprowadzić do jednomyślności poglądów. Jeszcze raz w r. 1920/21 poświęca się pracy organizacji studjów, współpracując z Prof. Cieszyńskim przy ułożeniu projektu egzaminacyjnego dla absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Dla zapewnienia rodzinie pewniejszego bytu rozpoczyna w roku 1921 praktykę dentystyczną w Bydgoszczy. I tu na plan pierwszy wysuwa się społecznik. Zostaje prezesem Związku Lekarzy-Dentystów, zrazu w Bydgoszczy, poczem na cały b. Zabór Pruski, organizuje Kolegów swych w ogólnopolski związek i staje na jego czele, jako prezes Rady Centralnej Związków Lekarzy-Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.

Oprócz tego gorliwie spełnia obowiązki członka Magistratu m. Bydgoszczy, jest decernentem Teatru Miejskiego, którym zajmuje się tak, jak gdyby to było jego własne przedsiębiorstwo. Jako przewodniczący Miejskiego Komitetu Wychowania Fizycznego przyczynia się poważnie do rozwoju sportu w Bydgoszczy. Jest prezesem Związku Okręgowego Kas na okręg bydgoski.

Miasto Bydgoszcz straciło w nim jednego z najwybitniejszych działaczy, człowieka wielce zasłużonego. To też żegna Go całe społeczeństwo z żalem serdecznym, że zbyt wczesnie opuszcza nas ten człowiek, który długie jeszcze lata był powinien pracować dla dobra Bydgoszczy i Polski.

Stan lekarsko-dentystyczny traci w ś. p. Idzi Świtale gorliwego obrońcę spraw zawodowych, Koledzy, którzy wśród pracy poznali Jego wielkie zalety rozumu, charakteru i cnoty obywatelskiej i żyli się z nim bliżej, tracą kochanego i wiernego przyjaciela. Odszedł z naszego szeregu Ten, który cieszył się zaufaniem i sympatją wszystkich kolegów, a którego czekały jeszcze wielkie zadania podczas uregulowania spraw zawodowych dentystycznych w przyszłości.

Cześć Jego pamięci!

Ś. p. JAN MOSZKOWICZ

Rankiem 14 grudnia 1928 zmarł we Lwowie Jan Moszkowicz, który pracował w mieście naszym przez lat prawie 30 i trudem Swego życia zaskarbił Sobie uznanie i miłość kolegów, wdzięczność chorych i szacunek wszystkich, którzy Go znali.

Zmarły pozostawił wdowę Idę, syna Dra Stanisława, aplikanta sądowego, i brata Dra Ludwika, znakomitego chirurga, docenta na wydziale lekarskim Uniwersytetu wiedeńskiego.

Urodził się w Krakowie, 4 stycznia 1858, tam uczęszczał do szkoły ludowej i do gimnazjum, które ukończył w r. 1876. Po jednym półroczu, spędzonym na politechnice wiedeńskiej, wstępuje w r. 1877 na wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego; w r. 1881 przenosi się do Wiednia, gdzie otrzymuje stopień doktora w r. 1882. Następnie pracuje w szpitalach wiedeńskich, a w r. 1884 przenosi się do Salcburga i obejmuje tam stanowisko asystenta szkoły położnych. Godziny wolne od pracy lekarskiej poświęca pracy w szkole przemysłowej i pilnie uczy się rzemiosł.

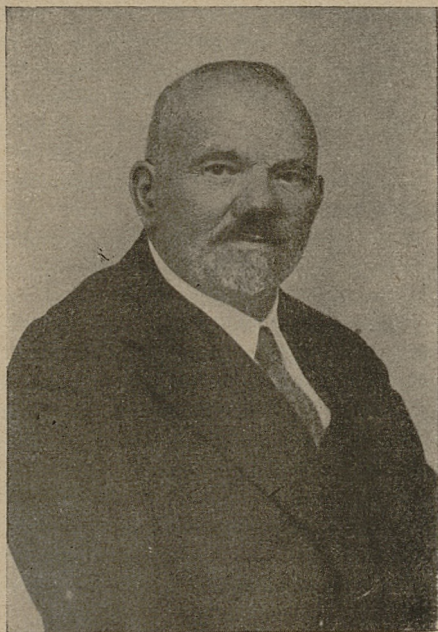
Przygotowawszy się rzetelnie we wszystkich działach medycyny zaczyna w r. 1886 Swoją wielką pracę lekarza praktyka, którą wykonywa najpierw w Tarnopolu (do r. 1900), a następnie we Lwowie do ostatnich niemal godzin Swojego pracowitego żywota. Dentystyki uczył się u Prof. Goebła w Krakowie i obok praktyki ogólnej wykonywał też z wielkim zamiłowaniem ten dział lecznictwa.

Był zawsze tylko lekarzem wolno praktykującym, niepiastował nigdy żadnej „posady“, bo wysoko trzymał sztandar niezawisłości lekarskiej i uznawał za jedynie właściwy, stosunek lekarza do chorego oparty na zaufaniu.

Wkrótce po osiedleniu się we Lwowie, w r. 1903, powołany został do komitetu organizacyjnego zjazdu lekarzy Małopolski, mającego omówić sprawy zawodowe. Wystąpił podówczas z referatem programowym, który

Go wysunął na czoło pracowników w organizacji zawodu. Zaproszony do komitetu redakcyjnego „Głosu lekarzy“, pracował tam bez przerwy aż do wybuchu wojny światowej.

W latach 1905 do 1908 widzimy Go w wydziale Izby wschodnio-galijskiej jako skarbnika i jednego z najwięcej obowiązkowych pracowników



Izby. Następnie, już w Polsce odrodzonej, wszedł do Zarządu Izby Lwowskiej w r. 1923 i pracował tam do końca Swojego życia, w ostatniej kadencji jako zastępca naczelnika.

Pracował też nieustannie nad udoskonaleniem ubezpieczeń izbowych, a szczególnie t. zw. Kasy Emerytalnej, i poświęcał długie godziny i wiele trudu żmudnym obliczeniom i rozlicznym konferencjom.

Był przez szereg lat członkiem Związku Stomatologów i uczestniczył w licznych zebraniach.

Cześć Jego pamięci!

Dział sprawozdań i streszczeń.

HISTOLOGJA.

Wassiljew (Moskwa). Histogeneza gruczołów łojowych w błonie śluzowej jamy ustnej. D. M. i. Z. 1928 pag. 808.

W różnych odcinkach błony śluzowej jamy ustnej przedstawiają się gruczoły łojowe w obrazie mikroskopowym jako maleńkie guzki żółtawoszarego koloru, które również dają się stwierdzić gołym okiem po naciśnięciu błony śluzowej płytką szklaną (djaskopją). Wielkość tych guzków jest od 0,5 mm do 2 mm. Kształt okrągławy, gruszkowaty, nieco wyniosły, pokryty błoną śluzową. Mogą występować pojedynczo lub w grupach, tak symetrycznie jak i niesymetrycznie w różnych odcinkach błony śluzowej jamy ustnej i niezlewają się nigdy. Według Kölikera na wargach ilość ich waha się od 50—100. Nagromadzone w większej ilości mogą nawet wpłynąć na zabarwienie błony śluzowej, nigdy jednak nie wywołują żadnej dolegliwości. Występują najczęściej w okolicy kąta ust, najrzadziej na błonie śluzowej twardego podniebienia. U mężczyzn około 30%, u kobiet około 25%. W wieku dzieciennym bardzo rzadko, dopiero po 18 do 20 roku życia. Według różnych autorów liczba ich może się zwiększać, to znowu zanikać; niektórzy dzielą je na mniejsze, które są umiejscowione w warstwie nabłonkowej i większe w podnabłonkowej. Ujście tych gruczołów można znaleźć przy dobrze rozwiniętych a nawet Andry znalazł w tych ujściach szczątkowe włosy. O pochodzeniu tych gruczołów są zdania bardzo podzielone. Przyjmują ektodermalne pochodzenie przez odszczepienie się i przemieszczenie ektodermy lub przez nienormalne założenie i umieszczenie zawiązków jak przy (nevus) znamionach. Inne teorie przyjmują, że powstają one dopiero później z nabłonka błony śluzowej, który wpukla się wgłąb rozrostem i zamyka światło, dlatego też mogą powstawać w różnym wieku (D e p e n d o r f). Nie brak również i takich, którzy twierdzą, że gruczoły te powstają na skutek bodźców zapalnych przewlekłych w jamie ustnej nieraz syfilitycznych. Mikroskopowe obrazy tych guzków przedstawiają się dość jednolicie. Są to konglomeraty gruczołów łojowych pod błoną śluzową i w budowie nie różnią się niczem od typowych gruczołów. Pod skórą składają się z dużych komórek o spienionej plazmie, nieraz są tak duże, że wychodzą poza pole widzenia mikroskopu. Mogą się znajdować tak w błonie śluzowej jak też i pod błoną. Co do pochodzenia tych gruczołów mogą istnieć tylko dwa poglądy. 1) Zarodków z czasu embrjonalnego, 2) jako twory nowe nabłonka śluzowego. Na podstawie badań seryj skrawków mikroskopowych, które autor przedstawia, należy odrzucić pierwsze przypuszczenie a przyjąć, że gruczoły te powstają jako twory nowe przez wpuklenie się nabłonka w postaci rozszerzonych u dołu pasemek, w których wnętrzu protoplazma przybiera spieniony wygląd. Preparaty barwione szkarłatem czerwonym i hematoksyliną dają możliwość śledzenia przewodu gruczołowego wypełnionego dużą ilością lipidów wylewającego się ku powierzchni. W okresie dojrzewania nabłonek ma dużą siłę plastyczną dlatego najczęściej po tym okresie gruczoły te powstają. Z bodźcami zapalnymi zaś żadnego związku nie można wykazać.

Jarząb (Lwów).

Kellner. Histologische Befunde an antagonistischen Zähnen. (Histologiczne badanie zębów, pozbawionych przeciwników). Z. i. Stom. 1928, pag. 271.

Badania tego autora odnoszą się do trzonowców po jednej stronie, które wysunęły się z zębodołu z powodu wczesnej utraty przeciwników, odpowiednie zaś zęby po przeciwnej stronie były silnie starte z powodu nadmiernego żucia. Przy porównywaniu struktury kostnej zębodołu trzonowców po obydwu stronach, daje się stwierdzić, że tkanka kostna zbita wyścielająca powierzchnie zębodołu, jak również i dno jamy szczękowej dla obydwu kategorii tych zębów są jednakowe. Wielka natomiast różnica występuje z beleczkowaniem istoty gąbczastej. Przy zębach będących pozbawionych zgryzu, ugrupowanie beleczek jest rzadsze, przy zębach zaś czynnych belecзки te są zcieśnione, ułożone gęsto obok siebie. Również występuje różnica w umocowaniu zębów w zębodole. Warstwa cementu na korzeniach zębów bez antagonistów jest wszędzie bezwzględnie większa, przestrzeń między zębem a zębodołem mniejsza, zupełnie odwrotnie, niż na zębach normalnie czynnych. Te same stosunki stwierdzono również na zębach zatrzymanych. Badania te obalają poglądy Häupla i Langa, którzy twierdzą, że cement powstaje wyłącznie na skutek bodźców funkcyjnych; tem bardziej, że przy zębach silnie wysuniętych o grubej warstwie cementu chodzi częściej o bodźce ze strony ruchów bocznych. W żaden sposób jednak nie można funkcjonalnie objaśnić, wytworzenia się pasemek cementu między dwoma zakrzywionymi i blisko siebie położonymi korzeniami wysuniętych zębów, które wychodząc od korzeni, miejscami krzyżują się i łączą je ze sobą. Na zwróconych do siebie powierzchniach tych korzeni widać tego rodzaju przebudowę: z jednej strony wchłonięcie cienkiej listewki kostnej rozdzielającej te korzenie, z drugiej zaś sprawy wytwórcze na powierzchniach korzeni w jednakowej grubości i rozległości.

Jarząb (Lwów).

CHIRURGJA STOMATOLOGICZNA.

Hayward (Berlin). Czy oszołomienie chloretylowe jest niebezpieczne? Ars Medici 1928 pag. 351.

Powyższe zapytanie skierował autor do 150 klinik, skąd przyszło 120 odpowiedzi, które podawały 24 przypadki śmierci, a z tych na pewno 22 z powodu chloretylu. Oprócz tego podawano bez bliższego określenia kilka przypadków śmierci, zwłaszcza u dzieci, u których często już po kilku kroplach chloretylu obserwowano ciężki zapad, objawy duszenia i sinicę. U dzieci nawet po zdjęciu maski narkoza pogłębiała się dalej do groźnego stanu. U starszych przy natężonej uwadze i opanowaniu techniki można prawie pewnie niebezpieczeństwa uniknąć; należy dawkować nie za szybko, nie za wysoko, ograniczyć się do minimum ilości, a przy wystąpieniu uśpienia należy natychmiast chloretyl odrzucić i przedłużać uśpienie eterem. Jako maski używać gazy złożonej 6—8 razy, na którą prawie kroplami wypuszcza się chloretyl. Przy pierwszych pomyłkach w liczeniu pacjenta osiąga się stadium zniesienia bólu, należy więc narkotyzowanie przerwać, albowiem już parę kropli więcej może wprowadzić w stan zatrucia. Krzyk pacjenta podczas zabiegu nie jest wskaźnikiem bólu, po obudzeniu się bowiem pacjent bólu sobie nigdy nie przypomina. Należy unikać ognia (żegadła) z powodu łatwej zapalności chloretylu.

Jarząb (Lwów).

Weiser, Wiedeń. Trepanacja stała zębów ze skomplikowaną zgorzelą miazgi.
Z. R. 1927. Nr. 2. str. 21.

Jeżeli zęba stałego lub mleczonego dotkniętego zgorzelą miazgi z jakichkolwiek względów nie możemy doszczętnie wyleczyć, wtenczas osiągamy wynik względnie dobry, jeżeli zaraz po wyczyszczeniu i jeszcze przed wypełnieniem ubytku wykonamy stałą trepanację jamy miazgowej. Po zupełnem oczyszczeniu zęba wywieramy stałą trepanację na policzkowej stronie zęba tuż przy dziąśle ubytek okrągły o średnicy $1\frac{1}{2}$ do 2 mm, o ścianach prostych, ściętych i nieco skośnych brzegach i wypełniamy ten ubytek amalgamem. We właściwy próchnicowy ubytek wkładamy dren t. zn.: niteczkę waty nasyconą kreozotem, wypełniamy wejścia do kanałów i jamę miazgową, a koniec tej niteczki wyprowadzamy wzdłuż ściany korony aż na powierzchnię zgryzową i następnie wypełniamy cały ubytek tymczasową wkładką gutaperkową.

Na następnem posiedzeniu usuwamy wkładkę ekskawatorem, potem wywieramy przez środek wypełnienia amalgamowego maleńką różyczką otwór i przeprowadzamy go przez zębiny aż do jamy miazgowej. Otwór ten i jamę miazgową wypełniamy kolwadd'em t. zn. watą opatrunkową wyżarzoną, dodając do tego 3% roztworu tymolu z alkoholem. Jeżeli przewody i $\frac{1}{3}$ jamy miazgowej są wypełnione, wtenczas wprowadzamy przez otwór od strony policzkowej cienkie upychadło korzeniowe i opieramy czubek instrumentu na przeciwległej ścianie jamy miazgowej. We właściwym ubytku widzimy teraz upychadło i pokrywamy go szczelnie upychaniem thymol-kolwadd'em. Następnie pokrywamy wszystko cementem z dodatkiem eugenolu uzyskując w ten sposób wypełnienie i pokrycie korzeni i jamy miazgowej. Potem dopiero następuje założenie wierzchniego wypełnienia i wyjęcie upychadła z przewodu od strony policzkowej. Tak zaopatrzone zęby mleczone nie wywołują nigdy stanów zapalnych ozębnej ani też okostnej. To samo odnosi się do zębów stałych, których wskutek zgorzeli nie można było leczyć radykalnie, albo ze względu na uczulenie na środki znieczulające albo też dlatego, że pacjent obawiał się operacji, lub też z jakiegokolwiek innego powodu nie chciał się jej poddać. Metoda ta przypomina starą metodę zaopatrywania zębów zgorzelinowych stosowaną jeszcze przez starych praktyków w drugiej połowie zeszłego stulecia. Różni się tem, że przewody zostają zaopatrzone antyseptykami na zwęglonej wacie. Jak długo opatrunek ten zachowuje działanie przeciwnilne należy jednak stwierdzić dopiero metodami bakteriologicznymi, których Weiser w pracy swej nie przeprowadził. (Dopisek Redakcji — Cieszyński).

Skutecka (Lwów).

Münch. Leczenie zachowawcze przewlekłego zapalenia ozębnej i jego następstw.
Z. R. 1927/32, str. 537.

Wedle nowych pojęć o istocie i następstwach przewlekłych schorzeń ozębnej jest zachowawcze leczenie ich bezwzględnie przeciwwskazane a nawet błędem sztuki. Leczenie chirurgiczne w postaci usunięcia schorzałego zęba w wielu przypadkach jest niedostateczne, zakażone już otoczenie kostne okolicy szczytowej musi być też chirurgicznie leczone. Już od dawna

wiadomo, że zachodzi związek między schorzeniami zębów i ogólnym schorzeniem ustroju. Przy w porę stwierdzonych szczytowych ogniskach chorobowych można zachowawczem leczeniem sprawę zlokalizować, stworzyć warunki dla regeneracji zniszczonej substancji i wyleczenia. Znajduje to potwierdzenie w materiale kilkuletnim. Były to torbiele, zamknięte ziarniniaki, przetoki które wyleczono przestrzykiwaniami i wypełnieniem pastą jodoformową. Procesy regeneracyjne mogą tylko wtedy postępować, jeśli czynniki chorobotwórcze są usunięte, wtedy dopiero możemy środkami leczniczymi wspomóc proces nowotworzenia się kości. Należy jednak pamiętać, że przy ciężkim schorzeniu elementów wytwarzających kość n. p. poważne ropienia lub zbyt wielkich ubytkach przychodzi do częściowego lub pełnego zbliznowacenia, co utrudnia lub zupełnie uniemożliwia regenerację kości. Tak n. p. przewlekłe ziarniniaki niszczą kość i powstają stopniowo się powiększające wypełnione nabłonkiem przestrzenie w tkance okołoszczytowej. Nabłonek ten właśnie jest głównym momentem utrudniającym gojenie. Proces ten stanowi reakcję organizmu i jest usiłowaniem otorbienia szkodliwości, które dotarły do kości. Zniszczenie i usunięcie tegoż jako przyczyny systematycznie niszczącej kość jest więc głównym warunkiem dla regeneracji zniszczonej kości. Można to w pewnych przypadkach osiągnąć drogą chirurgiczną przez apikotomię, zachowawczo przez stosowanie odpowiednich środków. Dalszym warunkiem regeneracji kostnej są zdrowe, czynnościowo sprawne komórki wytwarzające kość, nieuszkodzone ropieniem, tak, że istotnie zadanie spełnić mogą.

Właśnie w szczękach zachodzą najkorzystniejsze warunki dla regeneracji kości tak, że stosunkowo rzadko następuje zbliznowacenie po umiejętnie przeprowadzonym leczeniu.

Wyniki negatywne są następstwem niedostatecznego leczenia lub braku kontrol roentgenowskich po upływie pewnego czasu. Przy normalnie wielkich ubytkach okołoszczytowych konieczny jest conajmniej okres trzechletni by nastąpiła zupełna regeneracja. Oczywiście nastąpić to może gdy warunki są korzystniejsze (n. p. młody wiek pacjenta) lub powolniej u osobników starszych lub dotkniętych schorzeniem kośćca, co opóźnia proces regeneracji jeśli go nawet zupełnie nie zastanawia. Najważniejszym momentem w naszym leczeniu jest pobudzenie komórek wytwarzających kość do żywej czynności. Na planie pierwszym stoi usunięcie wybijających się na szczycie i niszczących kość. Po wstrzyknięciu chlorfenolu z kamforą wyzwala się chlorfenol, niszczy nabłonek ziarniniaka i rozluźnia elementy łączno-tkankowe, działając równocześnie na drobnoustroje poza szczytem się znajdujące. Najważniejszym następstwem jest przekrwienie, a tem samem lepsze odżywienie elementów kość wytwarzających. Wprowadzenie pasty jodoformowej przez kanał szczytu ma też znaczenie dla regeneracji nie powodując żadnych uszkodzeń. Kontrolne zdjęcia roentgenowskie stwierdzają stopniowe zanikanie jej z obrazu. W okolicy okołoszczytowej niema jej już po paru tygodniach. Z dolnej partji kanału wyrugowana jest po latach, podczas gdy w pozostałej jego części spełnia funkcję trwałego antyseptikum. Dalszym momentem wspierającym odbudowę kości jest czynność odpowiedniego zęba. W ogólności używanie takich wyleczonych

zębów przy żuciu nie sprawia żadnych dolegliwości, mechaniczne pocieranie i nacisk przy żuciu działa nawet pobudzająco na regenerację kości w miejscu uszkodzonym.

Bardaschówna (Lwów).

OCENY KSIĄŻEK.

Oskar Heinemann. *Materia medica für Zahnärzte. (Środki lecznicze dla lekarzy-dentystów).* Berlin 1929. Hermann Meusser, str. 296, cena 19.50 mk. niem.

Oskar Heinemann, wytrawny praktyk, znany ze swej publikacji o leczeniu korzeni, wydał obecnie farmakologję dentystyczną opracowaną z punktu widzenia praktyka a nie zawodowego farmakologa. Książka jego różni się zasadniczo od dzieł analogicznych swoistym ujęciem tematu.

Pierwsze pięć rozdziałów zawierają zagadnienia ogólne o zadaniach farmakologii, sposobach użycia środków leczniczych, o zadaniach farmakologii, sposobach użycia środków leczniczych, podziału leków według ich działania. Ogólne te kwestje traktuje autor na 46 stronach. Następne rozdziały dotyczą zwalczania zakażenia (około 110 stron), aseptyki i antyseptyki w codziennej praktyce (13 stron) oraz zwalczania bólu (57 stron). Najciekawszy jest rozdział odnoszący się do zwalczania zakażenia. Uwzględnia przy tym nie tylko środki chemiczne, ale także fizykalne: działanie promieni roentgenowskich i świetlnych. Dział środków chemicznych opracowany jest bardzo szczegółowo i ułatwia doskonale orientację wśród wielkiej liczby antyseptyków zachwalanych w czasach ostatnich przez różne firmy i różnych autorów. Wśród nowych środków zasługuje przede wszystkim na uwagę Chloramina Heydena, zabijająca ropotwórcze gronkowce i paciorkowce w roztynie 1/2—1% w 3—5 minutach a w roztynie 2% w 1/2 minucie. Środek ten posiada również właściwość odwniająca; w roztynie 1—2% działa silniej, aniżeli roztwór Dakina. 1/2% roztwór chloraminy wstrzykniętej wśródmięśniowo, wśródtrzewiowo lub podskórnio lub zażyty, jest nietrujący. 1/2% roztwór użyty do odkażania rąk nie uszkadza skóry i może być użyty również w obecności mydła. Autor zaleca ją również do przechowywania szczotek do mycia rąk, do zmywania stołu operacyjnego, misek i spluwaczek. Nie nadaje się jednak do odkażania narzędzi. Chloraminę poleca autor w roztynie 1/2% jako płukanke przy stomatitis ulcerosa na zmianę z roztynem H₂O₂. Mówiąc o wodzie utlenionej podaje autor jako przeciwwskazanie przeciw używaniu tego środka przy wrażliwych ubytkach szykowych, które przy stosowaniu tego środka stają się jeszcze wrażliwsze. Na to cierpienie najlepszym jest środkiem możliwie stężony roztwór węglanu jedno-sodowego (natrium bicarbonicum). — Zamało pisze autor o fenolu kamforowym Chlumsky'ego i widocznie nie docenia jego działania leczniczego. Wspominając o alkoholu przytacza wypadki, w których okazał swą niedostateczną siłę odkażającą. Odkażenie następuje dopiero po 1 godzinie oddziaływaniu 70% alkoholu na narzędzia; 20 minutowe nie wystarcza zupełnie i nie niszczy zarodników. Przede wszystkim należy zważać na to, ażeby pozbawić narzędzia warstwy zawierającej białko po operacjach, w której drobnoustroje mimo odkażania się dłużej czasem jeszcze utrzymują. H. uznaje alkohol za odpowiedni środek do przechowywania

strzykawek poprzednio wyjąłowionych przez wygotowanie. W tym celu poleca mieszaninę: z 1 części gliceryny z 3 częściami spirytusu do palenia. W roztworze tym przechowywać można też igły iniekcyjne, nie narażając je na rdzę. Wiertła radzi H. przechowywać w spirytusie mydlanym przez $\frac{1}{2}$ doby po oczyszczeniu ich poprzednio metalową szczoteczką. Autor podkreśla, że nie można odkażać narzędzi przez krótkotrwałe zamaczanie w alkoholu albo innym środkiem odkażającym. Mylne to przekonanie należy jak najrychlej wytepić. Obszernie mówi autor o preparatach chininowych i środkach o podobnej budowie chemicznej. Przy bolesnych chorobach jamy ustnej, przy których chodzi o równoczesne zwalczanie zakażenia jako i bólu, poleca W u c y n ę, która białka nie ścina i posiada wysokie działanie bakterjobjójce. Przy zapaleniu migdałków Vincenta poleca tabletki z p a n f l a w i n y. — Do środków o wysokim działaniu bakterjobjójcem należy t r i p a f l a w i n a, która zabija jeszcze w roztworze 1 : 200.000 gronkowca złocistego, podczas gdy fagocytoza zanika dopiero podczas użycia roztworu 1 : 500. Ważnem jest również, że działanie tripaflawiny nie zanika nie tylko przy obecności surowicy ale, że nawet wzrasta. Środek ten odznacza się znaczną dyfuzją, nadaje się więc do dezynfekcji głębokiej i nie jest nawet przy silniejszych stężeniach trującym.

Wspomnieć należy jeszcze o Riwanolu w roztworze 1 : 1.000 i 1 : 500 jako doskonałym środkiem odkażającym, który Drechsler poleca przede wszystkim przy ostrem zapaleniu szpiku kości. Wstrzykuje się go wówczas w miejsce zapalenia. Również dobre wyniki otrzymuje się przy leczeniu ropni, z których naprzód należy aspirować ropę a później wstrzyknąć roztwór riwanolu 1 : 1.000. — Ostatni sposób leczenia rozpatruje autor krytycznie i cytuje 8 przypadków ciężkich powikłań po zastrzyknięciu presojodu i 9 przypadków przy stosowaniu innych środków antyseptycznych. — Bardzo ciekawym jest ustęp odnoszący się do leczenia s u r o w i c a m i, w którym są wytlumaczone zasady ich działania. Z zainteresowaniem przeczyta praktyk ustęp o aseptyce i antyseptyce w codziennej praktyce. W rozdziale o z w a l c z a n i u bólu omawia autor szeroko działanie kokainy i nowokainy. Przy znieczuleniu zębów i miazgi uwzględni — poza środkami chemicznymi — aparat Carboflux Weskiego, poleca go gorąco i wspomina również o gazoterme Fabre'ta. — Około 20 stron poświęca autor u ś p i e n i u o g ó l n e m u; obszerniej opisuje technikę uśpienia gazem rozweselającym (bezwodnikiem podazotawym), która dzisiaj jeszcze posiada wielkie praktyczne znaczenie. W następnym ustępie zapoznaje autor czytelnika z środkami, służącymi do uśmierzania bólu, których tak wiele namnożyło się w czasach ostatnich. W rozdziale: inne środki używane w dentystyce — znajdujemy środki służące do przyżegania, środki do tamowania krwawień. Końcowe ustępy zawierają środki służące do pielęgnowania zębów i jamy ustnej. W adneksie zawarte są notatki dermatologiczne, rozpoznanie różniczkowe głównych chorób skórnych i główne recepty używane przy tychże chorobach. Szczegółowy indeks ułatwia szybkie orientowanie się w treści. — Pod względem doboru czcionek są pewne usterki. Zupełnie niepotrzebnie drukowano nagłówki dotyczące piśmiennictwa wielkim tłustym drukiem — razi to najbardziej na str. 235, 246, 255, natomiast główne nagłówki jak: inne środki używane w dentystyce tylko drukiem rozstrzelonym — podczas gdy właśnie ten nagłówek zasługiwał na wyróżnienie; pół-

łusto powinny być drukowane nagłówki: *Caustica* (str. 235). *Haemostatica* (str. 247) i t. p. Podobne błędy typograficzne utrudniają przegląd. Poza temi drobnymi nieistotnymi usterkami książka zasługuje z wszech miar na uwagę, jest bardzo zajmująco napisana, treść bardzo wartościowa. Praktyk, przeczytawszy książkę tę, odniesie wielkie korzyści i po przeczytaniu nie odłoży jej na bok, tylko często będzie do niej zaglądał, znajdując w niej w wypadkach wątpliwych bardzo dobrego doradcę. — Wydanie jest bardzo staranne.

Cieszyński (Lwów).

Walkhoff Otto (Berlin). *Mein System der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und des Periodontiums.* (Mój sposób leczenia ciężkich schorzeń miazgi i ozębnej). Berlin 1928. Hermann Meusser, stron 127, rycin 62, cena 11.60 mk. niem.

Przechodząc po krótko historję dentystyki zachowawczej, zajmuje się autor głównie nowszemi jej problemami, jak sprawą antyseptycznego leczenia i wypełniania korzeni, sprawą zakażenia ustnego, resekcją korzeni itp. Następnie omawia niepowodzenia polegające na przyczynach tak drobno-ustrojowych jak i chemicznych, jasno tłumaczy istotę podrażnienia i zapalenia ozębnej w następstwie leczenia korzeni. Autor nie zgadza się z tymi autorami nowej nauki o oral sepsis, którzy uznają dotychczasowe leczenie korzeni za niedostateczne, nawet szkodliwe dla ogólnego zdrowia i żądają z tego powodu postępowania radykalnego t. j. usuunięcia zęba nawet z chorą miazgą. Twierdzi, że tak skrajnie stawiana teoria prowadzi zamieszanie pojęć, niszczy dotychczasowy dorobek leczenia, korzeni i cofa dentystykę zachowawczą o jakie 50 do 100 lat wstecz, kiedy to również nie znając metod leczenia usuwano wszystkie „bołące zęby“.

Przeciwstawiając zaś niedostatecznym dotychczasowym metodom zachowawczym leczenia korzeni swoje, żąda 1) gruntownego antyseptycznego leczenia przewodu korzeniowego po mechanicznem jego oczyszczeniu, 2) uprzystępnienia wnikięcia specjalnie dostosowanego leku nawet poza okolicę szczytową do ozębnej nie uszkadzając jej przytem ani chemicznie ani mechanicznie.

Jako środków leczniczych używa chlorfenolu, kamfo-chlorfenolu i kamfo-chlorfenolu z mentolem. Środki te wprowadza przy pomocy strzykawek do przewodu rozszerzonego igiełkami specjalnie hartowanemi i montowanemi do wiertarki.

Specjalnie na uwagę zasługuje rozdział traktujący o leczeniu ziarniników korzeniowych. Autor przedstawiając liczne roentgenogramy jest zdania, że resekcja korzeni staje się zbyteczną tam, gdzie przez przetrepanowany przewód korzeniowy jest umożliwione wstrzykiwanie wprost do ziarniników płynu bakterjobójczego a przytem nie drażniącego jakim jest chlorfenol kamforowy z dodatkiem mentolu, który to ostatni ma własności przeciwwzapalne i kojące. — Do wypełnienia korzeni używa W. pasty wyłącznie jodoformowej z dodatkiem tymolu lub mentolu i wprowadza ją nawet poza otwór szczytowy przy leczeniu ziarniników. Liczne roentgenogramy przedstawiają powyższe metody szczelnego wypełnienia przewodów korzeniowych, a zdjęcia kontrolne robione po 3 i 4 latach dają wyniki zadowalające. Całość jest pisana przekonująco w obronie słuszności metod leczenia

autora. Dużo wskazówek praktycznych, opartych na naukowym przemyśleniu, wieloletnie doświadczenie autora-pedagoga, przejrzyste i jasne przedstawienie całego leczenia składają się na prawdziwą wartość tej książki.

Jarząb (Lwów).

Kantorowicz Alfred. Klinische Zahnheilkunde. (Dentystyka Kliniczna).

Tom I, z 603 częściowo barwnymi rycinami. III. wyd. powiększone i częściowo nowo opracowane. Berlin 1929. Nakł.: Hermann Meusser Berlin. Cena 36 mk. n. w opr.

Prof. Alfred Kantorowicz, dyrektor uniw. Instytutu dent. w Bonn i kierownik kliniki szkolnej tegoż miasta, znany z wielkiej ilości prac oryginalnych, świadczących o jego twórczości i myśli krytycznej, wydał obecnie III. wydanie podręcznika swego, przeznaczonego w pierwszym rzędzie dla studentów dentystyki. Już sam fakt, że w przeciągu 5 lat ukazuje się III. wydanie tegoż dzieła, świadczy nadzwyczaj korzystnie o jego treści, która zdołała sobie w tak krótkim czasie zdobyć tak licznych czytelników. Wydanie I. było wynikiem 10-letniej pracy autora, powstało podczas wojny a więc w czasie, kiedy trudno było o dostęp do literatury zagranicznej. Wiele kwestyj musiało być więc opracowanych przez autora samego, albo wymagało głębokiego przemyślenia, ażeby mogło być jako wynik końcowy podane studentowi. Zgodnie z indywidualnością autora posiada podręcznik w I. wyd. jak i obecnie w III. piętno jego indywidualne, nawet kwestje w nauce jeszcze sporne, podane są studentowi w formie ostatecznej; argumenty pro i contra zestawione obok siebie prowadzą do ostatecznej konkluzji.

Ponieważ dzieło to w pierwszych dwóch wydaniach, obejmujące około 840 stron druku, przy wydaniu III. się rozrosło jeszcze o blisko 1/5, rozbił je autor na 2 tomy, z których pierwszy, obejmujący 700 stron, mamy obecnie przed sobą. Układ treści pozostał ten sam co w wydaniu poprzednim. Jako nowy rozdział doszedł na 50 stronach opracowany dział dentystyki zachowawczej zębów i leczenie próchnicy zapomocą wypełnień. — IV. i V. dział dawniejszych wydań: protetyka i ortodoncja ukażą się w tomie II-gim. Część I. tomu I. obejmuje propedeutykę: anatomję i fizjologję jamy ustnej na stronach 115, II. część: patologję i chirurgję jamy ustnej na stronach 110. Jest tam mowa o leczeniu ran, przygotowaniu do operacji, zapobieganiu bólu przez uspienie, przyczem są uwzględnione wszystkie obecnie używane sposoby, oraz o zapobieganiu bólom przez znieczulenie. Następnie omawia autor zakażenie, zakażenie ustne, zapalenie, ciała ochronne ustroju. Dział specjalny patologji i chirurgji obejmuje 266 stron. Jest tam mowa o chorobach jamy ustnej, nowotworach, okolicy przyzębnej, (paradentium), chorobach stawu.

Jeden z końcowych ustępów tego działu poświęcony jest wyjmowaniu zębów; obejmuje on technikę ekstrakcyjną, wskazania i przeciwwskazania oraz powikłania. Poczem następuje ustęp o resekcji korzenia i wszczepianiu zębów. — III. dział (282 str.) zawiera choroby zębów — próchnicę (135 str.) i jej leczenie (50 str.), patologję miazgi (30 str.), miazgę odumarłą i jej zaopatrzenie (26 str.). Na 30 stronach opracowane są choroby ozębnej. Przy końcu mówi autor o złamaniach i zwłknięciach zębów. W adneksie dodany znajdujemy ustęp opracowany przez *Steenbocka* o chemji cementów. W końcu jest kilka krótkich poglądowych tablic i uwag. Szczegółowy indeks dozwala szybko zorientować się w poszczególnych kwestjach.

Książkę Kantorowicza zarówno student, jako i praktyk-lekarz a nawet i nauczyciel czyta z wielkiem zainteresowaniem i prawdziwą przyjemnością. Podczas teoretycznych rozważań zwraca autor ciągle uwagę na znaczenie tychże kwestyj dla praktyki, ożywia tem samem nieraz nużącą teorię i zmusza czytelnika do zapamiętania fundamentalnych wyników badań. Schematyczne ryciny uprzystępniają uczącemu się, plastyczne wyobrażenie sobie opisów. Sposób przedstawienia tematu świadczy o wielkiem doświadczeniu pedagogicznym. Można by w niektórych kwestjach nie zgodzić się z autorem, jeżeli chodzi o przedstawienie spraw dotychczas jeszcze niezupełnie zbadanych. Ale to nie obniża wartości dzieła, gdyż należy mieć na oku, że książka napisana jest w pierwszym rzędzie dla uczących się; stawianie zbyt wielu kwestyj pod znakiem pytania wprowadza chaos, w którym początkującemu trudno się rozeznąć.

Ryc. 390 jest nieszczególna, przedłużone ściany zęba podane w pełnej kresce zamiast w kropkowanej tworzą z krzyżującymi jakoby nieracjonalnie skonstruowany instrument. Ryc. 382 powinna być tak ustawiona w tekście jak czaszka leży na podgłównku; kozia stopka w ryc. 397 jest to stary model Buscha nie bardzo racjonalny; lepsza jest kozia stópka pod kątem 110° wygięta, podana przez Bertena*). — Jako autorzy radykalnej operacji przy parodontozach podani są Widmann—Neumann zamiast Cieszyński—Widmann—Neumann; pierwszeństwo zostało już ustalone w pismach niemieckich i amerykańskich.

Zaletą wielką jest dzieła, że napisane jest przez jednego autora, który wiele tematów specjalnych sam zgłębił natkowo a całość podał w jednolitej harmonji. Podręcznik Kantorowicza należy uznać za obecnie najlepszy dla uczących się w piśmiennictwie niemieckiem. Wydanie jest bardzo staranne, dobór rycin i schematów bardzo dobry. — Dzieło zasługuje w całej pełni na jaknajszersze rozpowszechnienie.

Cieszyński (Lwów).

*) Kozia stópka wygięta pod kątem 142° używaną była swego czasu przez prof. Buscha w Berlinie; służy do wyjmowania tylko dolnych korzeni, podczas gdy model Bertena można używać zarówno w dolnej jak i w górnej szczęce (wówczas uchwyt sztyletowy), bez obawy obrażenia części miękkich.

ZŁOTO 22-karatowe i każdej próby

Łączna (lutowie) $21\frac{1}{2}^0$, 20^0 , 18^0 , 16^0 , 14^0 jakoteż **PLATYNĘ** w każdej ilości na składzie z własnej **RAFINERJI i Białe Złoto BARONA**

poleca

EDMUND MARJAN BEER

**JUBILER
i ZŁOTNIK**

LWÓW, ul. CHORAŻCZYŃNY 7.

Zamówienia zamlejskowe odwrotną pocztą.

NOWOŚCI DENTYSTYCZNE.

Neodontog. (Porcelana do lania). Dziesięć wybitnych zalet:

Przylega szczelnie do brzegów ubytku. Jest prześwietlająca. Odporna na kwasy jamy ustnej. Posiada trwałe krawędzie. Pod względem kosmetycznym przewyższa wszystkie inne wypełnienia. Nie drażni mięzgi. Nie przewodzi różnic temperatury. Nie zabarwia zębów. Jest znacznie tańsza od złota, tylko nieznacznie droższa od cementów krzemianowych i amalgamatów. Nie daje się przegrzać pistoletem do lutowania, dlatego daje pewne i niezawodne wyniki nie tylko przy wypełnieniach we wszelkich wielkościach, ale także przy nadbudowach większych rozmiarów, koronach żakietowych, licówkach itd. Dlatego słusznie nazwana „wypełnieniem idealnym“.

Wytrzymałość na ucisk. Dr. Haber (Berlin) wykonał próby, z których wynika, że licówki zębów przednich wykonane z Eldentogu wytrzymują ciśnienie zgryzowe do 30 kg, a korony żakietowe do 50 kg.

Wytrzymałość na kwasy. Neo-Eldentog jest w wysokim stopniu wytrzymałe na kwasy i może być wygotowane w kwasie solnym i w wodzie królewskiej. Wytrzymałość na kwasy jest więc niewątpliwa.

Skład ceramiczny. Gatunki porcelany znajdujące się w handlu jako masy zębowe a również i zęby sztuczne należą do gatunku „porcelany miękkiej“, zamieniającej się w nieco niższej temperaturze w prawdziwą porcelanę. Podobnie jak one zawiera Neo-Eldentog prócz środków ułatwiających płynięcie nieco kaolinu, wiele ortoklazu i kwarcu. Z tego wynika, że Neo-Eldentog nie jest szkłem w zwykłym tego słowa znaczeniu, podobnie jak nie są niem zęby sztuczne. Szkło jest pod względem chemicznym krzemianem sodowo-potasowym, podczas gdy Neo-Eldentog i zęby sztuczne są krzemianem glinowym.

Manipulowanie Neo-Eldentogiem przy pomocy aparatu uciskowego „Eldentog“ jest bardzo proste. Praktyka otrzymała w Neo-Eldentogu i w prasie „Eldentog“ to, czego, już dawno szukała i życzyła sobie, mianowicie możliwość sporządzania wypełnień, koron, licówek, nadbudow i t. d. z porcelany bez uciekania się do pieców elektrycznych i bez większych wiadomości z zakresu ceramiki. Każdy praktyk ma teraz możliwość zadośćuczynienia życzeniu pacjenta i dać mu wypełnienia z porcelany po umiarkowanej cenie.

„Neo-Eldentog“ można otrzymać w 15 kolorach. Poszczególnych kolorów nie można ze sobą mieszać. Opakowanie oryginalne wystarcza zależnie od wielkości wypełnienia na 30 do 40 wypełnień. Resztki „Neo-Eldentog“ może fabryka za zapłatą przerobić.

Farby glazurowe „Eldentog“. Są one przeznaczone do nadawania odcieni wypełnienia licówkom i koronom z „Neo-Eldentogu“ zwłaszcza przy zębach przednich.

Sposób postępowania.

1. Masę należy rozetrzeć na płytce szklanej dość rzadko. Poszczególne kolory należy ze sobą mieszać.

2. Nakładać na model porcelanowy poprzednio wypolerowany do wysokiego połysku i odtłuszczony alkoholem. Nakładać należy w cienkiej warstwie w kierunku od krawędzi tnącej do szyjki zębowej. W razie

potrzeby należy nakładanie powtórzyć. Farby nałożone winny wyschnąć na powietrzu.

3. Palenie farb glazurowych winno się odbywać pod stałą obserwacją przy temperaturze około 600 stopni C. w piecu elektrycznym lub gazowym w muflie zamkniętej chroniącej porcelanę od zakopcenia.

4. Palenie jest zakończone gdy powierzchnia glazurowa osiąga wysoki połysk.

Ceny dla „Neo-Eldentog“ i przyborów: Mała paczka w jednym kolorze M. 8. Oryginalna paczka w jednym kolorze M. 15. Próbną paczkę piasku do polerowania „Eldentog“ M. 1. Paczka oryginalna piasku do polerowania „Eldentog“ M. 3. Paczka masy osłaniającej „Eldentog“ M. 3.

Ceny farb glazurowych i przyborów. Paczka farby glazurowej „Eldentog“: „jasno-żółta“, „żółta“ lub „ciemno-żółta“ M. 2. Fłaszka piasku do palenia M. 3. Miseczka szamatowa do palenia M. 1.20. Miseczka metalowa do palenia M. 2. Piec gazowy o podwójnej muflie „Eldentog“ M. 36. Palnik do tego aż do temperatur do 1000 C. M. 5.80. Podwójna mufla zapasowa sztuka M. 2.50.

Prasa „Eldentog“ — zapewnia niezawodne wyniki przy sporządzaniu wypełnień i koron z porcelany do lania.

Sposób postępowania:

1. Wybór odpowiedniego ćwieka do lania (stosownie do wielkości przedmiotu) i przymocowanie woskiem lepkiem do modelu woskowego.

2. Odtłuszczenie modelu woskowego wyskokiem.

3. Osłonięcie modelu masą osłaniającą o konsystencji gęstej śmietany (należy użyć wody przestalej) i osadzenie modelu w podstawkę poprzednio posmarowaną gliceryną. Podstawkę należy za każdym użyciem wytrzeć jak najstaranniej.

4. Pokrycie modelu kiwetką.

5. Wypełnienie kiwetki masą osłaniającą i przez ostrożne opukiwanie uwolnienie od zawartych wewnątrz baniek powietrza.

6. Po stwardnieniu masy osłaniającej uwolnić ostrożnie podstawkę i wyjąć ćwiek do lania.

7. Należy czekać aż masa osłaniająca wyschnie w sposób naturalny przez wyparowanie wody, następnie wypalić wosk i grzać jak przy laniu złota.

8. Wsadzenie suchych krawców asbestowych do tłoka i osadzenie dobrze przedgrzanej kiwetki do prasy. Kiwetka musi pewnie stać na podstawie.

9. Gdy przewód do lania nie żarzy się już więcej wkłada się zależnie od wielkości wypełnienia 2 — 5 kuleczek do wanienki.

10. Materiał stopniowo ogrzewać i podsycać stopniowo gorącym wielkim płomieniem (nie płomyczkiem kłującym) aż do chwili kiedy porcelana zmięknie a pojedyncze kuleczki ze sobą się zleją. Następnie jeszcze około 10 sekund ogrzewać, nacisnąć tłok na kiwetkę, mocno precyzyjnie aż do końca i trzymać tak około ćwierć minuty. Pozwolić kiwetce ostygnąć, najlepiej włożyć do suchego gipsu.

11. Sporządzanie koron zakietowych. Do tego celu należy używać najgrubszych ćwieków. Lekkie pomniejszenie się kikuta w masie wyściółkowej można skorygować przez powleczenie przed mode-

lowaniem kikuta z amalgamu cienką warstwą wosku. Część wystająca (bark) kikuta amalgamowego musi być wolna od wosku. Następnie należy cały model amalgamowy izolować gliceryną. Przymocowanie ćwieka jak na rycinie.

12. Odlany model oczyścić i spłukać wodą. Krażkiem karborundowym oddzielić wypełnienie względnie koronę od ćwieka. Szlifować należy pod strumieniem wody. Następnie obrabiać papierem szklстым oszczędzając krawędzi i konturów. Polerowanie wilgotnym czystym stożkiem filcowym lub krażkiem filcowym przy pomocy piasku do polerowania „Eldentog“. Polerując następnie na sucho uzyskujemy wysoki połysk.

Cena prasy „Eldentog“ M. 19.50. Cena z wszystkimi przyborami M. 23.50. Ceny części składowych: Podstawka do zagipsowania: sztuka M. 1.40. Ćwieki do lania M. 0.18. Mufelki M. 0.50. 100 krażków azbestowych M. 2.25. Kunstzahn G. m. b. H. Wiesbaden.

ROZPORZĄDZENIE URZĘDOWE.

„Dziennik Ustaw Rzp. Polskiej“ nr. 97 z dnia 5 grudnia r. 1928, poz. 864 podaje:

Rozporządzenie z dnia 21 listopada 1928 r. w sprawie egzaminu dla techników dentystycznych.

Na podstawie art. 20 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. Nr. 54, poz. 476) zarządza się, co następuje:

Art. 1. Do przeprowadzenia egzaminu dla techników dentystycznych, przewidzianego w art. 17 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, powołuje się komisje egzaminacyjne w miastach: Lwowie, Krakowie i Poznaniu.

Komisje egzaminacyjne czynne będą przy wojewódzkich władzach administracji ogólnej.

Art. 2. Komisje egzaminacyjne składać się będą z delegata Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, jako przewodniczącego, i dwóch członków, mianowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Art. 3. Program egzaminu obejmować będzie następujące przedmioty: a) anatomja jamy ustnej i zębów, b) fizjologia jamy ustnej, c) patologia ogólna i anatomja patologiczna jamy ustnej, d) choroby zębów, ich leczenie i wyjmowanie, e) technika dentystyczna.

Art. 4. Egzamin odbywać się będzie w dwóch terminach: a) w terminie wiosennym 1929 r., począwszy od 1 lutego, i b) w terminie jesiennym 1929 r., począwszy od 1 października.

Art. 5. Taksa egzaminacyjna wynosić będzie sto złotych.

Art. 6. Technicy dentystyczni, którzy zamierzają przystąpić do egzaminu, winni zgłosić swe uprawnienia i złożyć takse egzaminacyjną u właściwej wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, przy której czynna będzie komisja egzaminacyjna, nie później, jak do 10 stycznia 1929 r.

Art. 7. Dla techników dentystycznych, zamieszkałych na obszarze Województwa Lwowskiego, Stanisławowskiego i Tarnopolskiego, właściwą będzie komisja egzaminacyjna we Lwowie; dla techników dentystycznych, zamieszkałych na obszarze Województwa Krakowskiego — komisja egzaminacyjna w Krakowie, a dla techników dentystycznych, zamieszkałych na obszarze Województw Poznańskiego i Pomorskiego — komisja egzaminacyjna w Poznaniu.

Technicy dentystyczni, uprawnieni do składania egzaminu, a zamieszkali poza obszarem, wymienionym w ustępie pierwszym niniejszego paragrafu, mogą go składać przed jedną z trzech powołanych komisji.

Art. 8. Technicy dentystyczni, którzy nie złożą egzaminu z wynikiem pomyślnym w okresie wiosennym, mogą przystąpić ponownie do egzaminu w terminie jesiennym 1929 r., jako w terminie ostatecznym.

Art. 9. Technicy dentystyczni, którzy złożą egzamin z wynikiem pomyślnym otrzymują zaświadczenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o uprawnieniu ich do wykonywania czynności w ramach, określonych art. 17 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, oraz do używania tytułu uprawnionego technika dentystycznego.

Art. 10. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem jego ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych: *Stawoj-Składkowski.*

Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego: *Świtalski.*

Ruch w Towarzystwach.

Polski Komitet Narodowy Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.).

Protokół Walnego Zgromadzenia Polskiego Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.) odbytego dnia 26. maja 1928 o godzinie 11. przed południem w Instytucie Stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ul. Garncarska 1. 9. Obecni: Prof. Cieszyński, Prof. Łepkowski, Prof. Wilga, zast. prof. Dr. Zeńczak. Delegaci Związku stomatologów i lek. dentystów na obszarze Izby lekarskiej krakowskiej: Dr. Wodniecki i Dr. Merunowicz, delegaci Związku lekarzy dentystów chrześcian w Warszawie: lek. dent. Stokowski i lek. dent. Urbańska-Filipowiczowa. Delegaci Związku lekarzy dentystów b. dzielnicy pruskiej: lek. dent. Światała, Dr. Cylkowski. Delegat Związku lekarzy dentystów Polaków w Wilnie: lekarz dentysta Wolański. Delegat Związku stomatologów lwowskiej Izby lekarskiej Dr. Atlas. Porządek obrad: 1. Odczytanie protokołu. 2. Sprawozdania: a) przewodniczącego (Organizacja komisyj, posiedzenie wydziału wykonawczego), b) sekretarza (korespondencja, skład członków), c) skarbnika (budżet), d) komisji skontrolującej. 3. Sprawa Komisyj: a) Komisja badań naukowych. b) Komisja Deontologii, c) Komisja Dokumentacyjna i Mianow-

nictwa, d) Komisja Higjenu, c) Komisja Nauczania. 4. Zjazd doroczny FDI w Kolonji w czasie od 1. do 5. sierpnia 1928, dyrektywy i wnioski. 5. Uchwalenie budżetu na rok 1928. 6. Wnioski.

Przewodniczy prof. Cieszyński, sekretarzuje Dr. Atlas.

Sekretarz odczytuje protokół z ostatniego zebrania Polskiego Komitetu Narodowego FDI z dnia 31. maja 1927, jakoteż protokoły posiedzeń Komitetu Wykonawczego PKN FDI. Protokoły przyjęto do wiadomości.

Kolega Wodniecki podnosi, że Związek krakowski dotychczas formalnie nie należy do PKN FDI i Koledzy krakowscy nie mogą należeć do PKN z powodu zbyt wysokich wkładek przypadających na poszczególnych członków. Po dłuższej dyskusji, w której zabierali głos Prof. Cieszyński i Prof. Łepkowski, Kol. Wodniecki oświadcza, że porozumie się z Kolegami związkowymi i stanowisko Związku poda do wiadomości przewodniczącemu.

Prof. Cieszyński zdaje następnie relację ze zjazdu ostatniego FDI w Kopenhadze, gdzie jako delegat FDI reprezentował PKN. Sprawozdanie ukazało się w dwóch artykułach w Polskiej Dentystyce, organie PKN FDI. Referat w sprawie filmów naukowych opracował już Prof. Cieszyński na Zjazd FDI w Kolonji w roku 1928.

Sekretarz odczytuje korespondencję przeprowadzoną przez Komitet Wykonawczy FDI w sprawie utworzenia Komisji jakoteż bieżące wpływy. Odnośnie do awiza z Paryża donoszącego o przyjeździe do Polski p. Roberta Charlet, wysłannika FDI uchwalono zwrócić się do Delegatów wszystkich związków z prośbą o należyte zaopiekowanie się dotyczącym Kolegą.

Kol. Stokowski wyraża zdziwienie, że po roku istnienia PKN FDI dotychczas statut nie został przez Władze zatwierdzony. Prof. Cieszyński odpowiada, że zalegalizowanie statutu znajduje się na jak najlepszej drodze i nastąpi w krótkim czasie.

Kol. Zeńczak podaje sprawozdanie kasowe, które przedstawia się następująco :

Wpływy	dol. 67.—	zł. 259.—	= dol. 28 $\frac{1}{2}$	czyli razem dol. 95,5*)
Wydatki	„ 65.—	„ 223.—		
Pozost.	dol. 2.—	zł. 36.—		

Przeprowadzone szkrontrum potwierdza Kol. Stokowski. Sprawozdanie Skarbnika i Komisji Rewizyjnej przyjęto do wiadomości.

Budżet na rok 1928 uchwalono w tej samej wysokości t. z. 156 dol., rozdzielonych na poszczególne organizacje i docentów.

W sprawie Komisji uchwalono zwrócić się do poszczególnych organizatorów z prośbą o pozyskanie odpowiednich Kolegów do współpracy. Postanowiono wysłać na doroczny zjazd FDI w Kolonji stałego delegata

*) Budżet na rok 1927 został uchwalony w wysokości 156 dol. Niewpłynęło zatem wkładek w wysokości dol. 61,5.

FDI na Polskę Prof. Cieszyńskiego i wyasygnować potrzebne fundusze na częściowe pokrycie kosztów.

Wnioski: Kol. Stokowski proponuje wszczęcie akcji mającej na celu przystąpienie wszystkich organizacyj do PKN. Prof. Cieszyński, nawiązując do apelu Kol. Stokowskiego, zwraca się z prośbą do Prof. Wilgi, by spowodował przystąpienie warszawskiego Towarzystwa Stomatologicznego do PKN. Prof. Cieszyński przypomina Delegatom Organizacji, że do 15. lutego każdego roku powinien wpłynąć do Prezydium PKN spis wszystkich członków danego związku w celach ewidencyjnych. Kol. Cytkowski wzywa Prezydium do uzyskania drogą FDI zbioru ustaw dotyczących sposobów nauczania w zagranicznych krajach.

Prof. Cieszyński informuje, że już na ostatnim posiedzeniu FDI postawił analogiczny wniosek. Kol. Światała uzupełniając wniosek kol. Cytkowskiego proponuje zebranie również wiadomości o prawach osiedlania się w poszczególnych krajach

Prof. Cieszyński dziękuje obecnym za liczny udział w posiedzeniu PKN i zamyka zebranie.

Dr. Atlas
w zast. sekretarza

Prof. Cieszyński
Przewodniczący

Wysokość wkładek rocznych do międzynarodowych zrzeszeń: F. D. I. i A S. I. oraz kilka ważniejszych informacji.

Do F. D. I. płaci delegat na Polskę rocznie 10 \$, rzeczywisty członek przyjęty przez Wydział Wykonawczy F. D. I. na wniosek Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. 5 \$, członek Komisji F. D. I. \$ 5.—.

Do Polskiego Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.) należą (cf. Pol. Dent. 1925 p. 82):

A. Przedstawiciele katedr stomatologicznych (dentystycznych)
B. Delegacji organizacji stomatologicznych i dentystycznych z Rady Centralnej oraz ze Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem.

I. Ze Związków przynależnych do Rady Centralnej:

1. Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. H. Allerhand i Dr. M. Reichenstein
2. Ze Związku Stomatologów i Lekarzy-Dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej: Dr. J. Wodniecki i Dr. T. Merunowicz.
3. Ze Związku Lekarzy-dentystów Chrześcijan: A. Stokowski i Z. Urbańska-Filipowiczowa
4. Ze Związku Lekarzy-dentystów b. dzieln. pruskiej: Dr. B. Cytkowski i 1 delegat vacat wskutek ustąpienia ś. p. I. Światała.
5. Ze Związku Lekarzy-dentystów Polaków w Wilnie: A. Mikulski i A. Wolański.

II. Ze Związku Zawodowego Lekarzy-dentystów w P. P.:
1 delegat (vacat), 2-gi delegat St. Bloch.

Doroczne Walne Zgromadzenie w dn. 26 maja 1928 uchwaliło budżet na rok 1928 w wysokości \$ 156.— Każda z powyżej wymienionych orga-

nizacyj wpłaca 25 \$, a każdy z przedstawicieli katedr 1 \$, o ile bierze udział tylko w pracach P. K. N. w kraju, o ile natomiast wstępuje do Komisji F. D. I., pracujących na terenie międzynarodowym lub jest rzeczywistym członkiem F. D. I. i zostaje zatwierdzony przez W. W. - F. D. I., przyczem ma prawo brania udziału w posiedzeniach dorocznych i komisjach F. D. I. zamiast 1 dolara, 5 dolarów rocznie (cf. § 37, statutu P. K. N. zob. Pol. Dent. 1927 p. 225).

Wkładki należy nadesłać możliwie jaknajrychlej na ręce Skarbnika:

Dra M. Zeńczaka, Warszawa, ul. Marszałkowska 40 m 5.

§ 25. Statutu P. K. N.: Organizacja reprezentowana w P. K. N., która nie opłaciła wkładki rocznej do P. K. N. przed Walnem Zgromadzeniem P. K. N. traci prawo do reprezentacji swej na Walnem Zgromadzeniu

§ 5 b. Organizacje przedkładają z początkiem roku kalendarzowego najpóźniej do 1 lutego *imienny wykaz swoich członków* wraz z adresami i należnemi tytułami.

A. Cieszyński, delegat na Polskę do F. D. I.
przewodniczący P. K. N. — F. D. I.

Międzynarodowy Związek Stomatologiczny Association Stomatologique Internationale (A. S. I.)

Statut A. S. I. zob. w Pol. Dent. 1926 p. 223.

Art. II. Stowarzyszenie to ma za zadanie zrównanie zupełne stomatologii z innymi specjalnościami medycyny jako gałęzi medycyny zajmującej się sprawami chorobowymi ust i zębów.

Dnia 14 III 1927 utworzoną została *Sekeja Polska Międzynarodowego Związku Stomatologicznego* (S. P. — A. S. I.), do której przystąpili (cf. Pol. Dent. 1927 p. 82):

1. Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej korporatywnie w liczbie 55 członków.

2. 21 stomatologów, członków Związku Stomatologów i Lekarzy-dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej.

3. Przedstawiciele katedr stomatologicznych: Prof. A. Cieszyński i Prof. W. Łepkowski.

Delegatami ze Związku są: Dr. H. Allerhand, Dr. K. Atlas jako skarbnik, Dr. H. Gorczyński — Lwów.

Delegatami ze Związku 2. są: Dr. J. Wodniecki, Dr. St. Podwiński, Dr. M. Haber Kraków (skarbnik).

Wkładka roczna do organizacji centralnej A. S. I. wynosi od członka 4 zł.

Uprasza się o nadesłanie wkładek rocznych na ręce skarbników pod adresem: Dr. K. Atlas, Lwów, ul. Kochanowskiygo 11 i Dr. M. Haber, Kraków, ul. Grodzka 32.

A. Cieszyński, przewodniczący S. P. — A. S. I.

Sprawozdanie Wydziału Związku Stomatologów I. L. Lw. za rok 1929.

Zwyczajne Walne Zgromadzenie Zw. St. I. L. Lw. odbyło się dnia 25. II. 1928 r. Po zdaniu sprawozdania przez Wydział ze swoich czynności za r. 1927. uchwaliło Walne Zgr. na wniosek Kol. Sennensieba, wyrazić Wydziałowi votum zaufania i podziękowanie za owocną pracę. Ponadto

Kol. Sennsieb, jako członek Komisji Rewizyjnej stawia wniosek na udzielenie absolutorjum skarbnikowi — któryto wniosek jednomyślnie przyjęto.

W roku sprawozdawczym odbyło się 5 posiedzeń Wydziału, poświęconych załatwieniu bieżących spraw.

Związek wziął czynny udział w organizacji III. Zjazdu Stomatologów w Krakowie i znaczna ilość członków reprezentowała w charakterze uczestników Związek Lwowski na terenie krakowskim. Ponadto uczestniczył Związek w obchodzie 50-lecia Tow. Lekarskiego i w Zjeździe Hygienistów we Lwowie wysyłając swoich delegatów w osobach Kol. Allerhanda, Goczyńskiego i Stobieckiego.

Członkowie wydziału, jakoteż desygnowani Koledzy współpracowali intensywnie w Polskim Komitecie Narodowym Międzynarodowego Związku Stomatologów (A. S. I.). Członek honorowy Związku prof. Cieszyński jako delegat do F. D. I. wziął udział w Zjeździe w Kolonji.

W posiedzeniach C. R. odbytych w Warszawie i Krakowie zastępowali Związek Kol. Allerhand i Atlas.

Organ Związku „Polska Dentystyka“ rozwijała się w roku sprawozdawczym nadal pomyślnie i dzięki powiększeniu liczby abonentów, mogła powiększyć z dniem 1. stycznia 1929 r. swoją objętość o jeden arkusz druku. — W r. 1928, postanowiono założyć bibliotekę związkową, której zaczątek stanowiłyby dzieła i pisma ofiarowane przez śp. Kol. Szadkowskiego i Kol. Stobieckiego.

W sprawie walki z partactwem, projektu urządzeń pracowni techn. dentystycznych, egzaminów techn. dent. i t. p. problemów życia zawodowego cenne usługi oddał Związkowi Kol. Szafran.

Do Rady Izby Lek. Lw. weszło trzech Kolegów Związku, a to Kol. Allerhand, Baranowski i Stobiecki. Związek stracił jednego z najlepszych naszych Kolegów b. wiceprezesa Związku śp. Kol. Szadkowskiego. Przyjęto ośmiu Kolegów: Dr. Bergera, Dr. Finkelsteinównę, Dr. Bardaszównę, Dr. Elektorowicza, Dr. Szafrana, Dr. Bruchnalskiego, Dr. Kwiatkowskiego, Dr. Miłkowskiego, wszystkich ze Lwowa.

Odczytów odbyło się 7.

1. a) Prof. Dr. A. Cieszyński: Nowy typ szyny posuwistej dla aparatów ortopedycznych przy silnem tarciu składowych części. 30. III. 1928.
- b) Pokazy kliniczne.
2. B. Haine (jako gość): Pokazy wyrobów firmy The Dental Manufacturing Co Ltd. London. 3. IV. 1928.
3. Dr. Allerhand: Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy-dentystów niemieckich w Dreźnie. 12. VI. 1928.
4. Dr. Nacher: Sprawozdanie z III. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego w Krakowie. 12. VI. 1928.
5. Dr. Allerhand: Leczenie parodontozy metodą Dunlopa. 28. VI. 1928.
6. Dr. Atlas: Bieżące sprawy zawodowe. 28. VI. 1928.
7. E. Riefenstahl przedstawiciel firmy S. S. White: (jako gość): Pokazy o porcelanie plastycznej. O najnowszych amerykańskich urządzeniach. 26. XI. 1928.
8. Dr. Katzner: O koronach Jacketowych. 18. XII. 1928.

Sprawozdanie kasowe.

D O C H O D Y		Zł	gr	R O Z C H O D Y		Zł	gr
1	Wkłádki członków	982	95	1	Sumarycznie	925	10
				2	Pozostałość	57	85
	Razem	982	95		Razem	982	95

Dr. Stobiecki
sekretarz

Dr. Atlas
skarbnik

Dr. Allerhand
prezes

Szkontrum wykazało zgodność księgi kasowej z dowodami kasowymi i okazaną gotówką.

Lwów, 9 stycznia 1929 r.

Dr. Sennensieb m. p.

Dr. Owiński. m p.

Sprawozdanie Zarządu Centralnej Rady Związków Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.

W myśl uchwały ostatniego zjazdu delegatów C. R. odbytego w Krakowie, Zarząd wysłał do Dra Szafrana we Lwowie list z podziękowaniem za akcję jego w sprawie ujawnionych wykroczeń techników dentystycznych przeciwko rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o praktyce dentystycznej.

Zwrócono się do Towarzystwa Lekarzy Dentystów Warszawskich o przysłanie 5-ciu egzemplarzy statutu Towarzystwa dla przekazania Związkom wchodzącym w skład C. R.

Po otrzymaniu ze Związków lwowskiego i poznańskiego memorjałów w sprawie wykroczeń techników dentystycznych Zarząd uzupełniwszy takowe złożył je osobiście dyrektorowi Departamentu Służby Zdrowia p. Piestrzyńskiemu wykazując szkody, jakie ci wyrządzają stanowi dentystycznemu i społeczeństwu.

Zarząd C. R. brał również osobisty udział w Departamencie Służby Zdrowia w sprawie ogłoszeń i znaków lekarzy-dentystów.

Na żądanie Departamentu Służby Zdrowia o przedstawienie opinii Związków co do instrumentów, jakimi się posługują technicy dentystyczni pewnych grup, Zarząd C. R. nadesłane w tej sprawie opinie Związków przesłał do Departamentu Służby Zdrowia.

Dążąc do rozszerzenia działalności C. R. i skupienia Związków i Zrzeszeń dotąd do C. R. nie należących, Zarząd w osobie Prezesa odbył wielokrotne konferencje z Zarządem Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem dla uzgodnienia jego postulatów w projekcie nowelizacji statutu, a głównie składu liczbowego delegatów mających wejść do C. R. z ramienia wyżej wymienionego Związku.

Po uzgodnieniu spraw spornych Zarząd zredagowane wytyczne projektowanej nowelizacji przesłał wszystkim Związkom wraz z porządkiem dziennym na mający się odbyć zjazd C. R. w dniu 6-go stycznia 1929 r., oznaczonym po porozumieniu się z przedstawicielami związków: lwowskim i poznańskim.

Prezes: *A. Stokowski.*

Sekretarz: *Z. Urbańska-Filipowiczowa.*

Wiadomości bieżące.

Państwowy Instytut dentystyczny w Warszawie. Ważniejsze wiadomości według sprawozdania za rok 1927/28 (8 rok istnienia Instytutu). Do programu nauczania wprowadzono na IV. roku studjów laryngologię i etykę lekarską. — Z końcem roku ustąpił z Instytutu kierownik katedry techniki dentyst. Dr. Władysław C z e r n e c k i.

Z ogólnej liczby kandydatów zgłaszających się na studia dentystyczne przyjęto 1/5.

Statystyka.

Na I. roku studjów było 113 osób, Na III. roku studjów było 95 osób,
Na II. roku studjów było 119 osób, Na IV. roku studjów było 83 osób.

Ogółem 410.

Na 82 kandydatów ukończyło studia 79, w tem 58 kobiet.

Uzyskało prawo praktyki drogą nostryfikacji dyplomu 6 osób.

O tytuł doktora dentystyki. Rozporządzenie Ministerstwa W. R. i O. P. z dnia 7. I. 1922 § 10 i 7. XII. 1924. L. 11 780 — IV/24. przewiduje dla absolwentów Państw. Instytutu Dentystycznego tytuł doktora dentystyki. Starania ze strony Rady Profesorów P. I. D. i innych ku temu powołanych osób nie odniosły dotychczas żadnego skutku. Dowiadujemy się z Kroniki dentystycznej 1928 r. nr. 11 i 12 str. 198, że w dn. 12 grudnia 1928 urządzili studenci dentystyki P. I. D. strajk demonstracyjny jako wynik uchwały powziętej w tej sprawie na wiecu studenckim. Sprawa doktoratu z dentystyki wiąże się ściśle z oficjalnem uznaniem Państw. Instytutu Dent. w Warszawie za szkołę akademicką. Od studentów wymaga się przy wstąpieniu matury gimnazjalnej, wykładający są z małemi wyjątkami profesorami Uniwersytetu, studia trwają lat cztery; organizacja Państw. Inst. Dent. jest na wzór szkół akademickich. Rozważano kilkakrotnie czy wcielić Państw. Inst. Dent. do Uniwersytetu warszawskiego. Dwa Rozporządzenia Ministerstwa W. R. i O. P. wydane w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia Publ. i Skarbu mówią o doktoratach dentystyki. — Od lat 8 oczekuje się „Rozporządzenia wykonawczego“. Analogiczne Instytuty zagranicą n. p. w Niemczech, Danji, Szwecji, Norwegji, Szwajcarii, Włoszech, są zakładami uniwersyteckimi. — Czego więc jeszcze potrzeba, ażeby nareszcie uznano Państw. Instytut Dent. za szkołę akademicką? Na to nawet znający dobrze ustrój szkół akademickich odpowiedzi znaleźć nie może. *Cieszyński.*

Egzaminy dla techników dentystycznych. Jak wiadomo w dn. 10. VI. 1927 r. wyszła ustawa dentystyczna, na podstawie której ludziom bez wykształcenia akademickiego, z 4 kl. gimnazjalnemi — a nawet z niższem —

daje się po kilkuletniej praktyce techniczno-dentystycznej te same prawa, co absolwentom Państwowego Instytutu Dentystycznego z maturą i 4-letnimi studjami specjalnymi lub stomatologom — czyli Dr. med. — z jednym tylko małym ograniczeniem: leczenia chorób jamy ustnej. — Obecnie wydano Rozporządzenie wykonawcze, dotyczące egzaminu dla techników dentystycznych, na podstawie którego może uprawniony technik dentystyczny bez matury i bez studjów akademickich uzyskać wszelkie uprawnienia lekarsko-dentystyczne (z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej).

Trudno można pogodzić się z myślą, że dzieje się to w 20. wieku i w państwie praworządne. Przecież prawa nabyte drogą studjów i egzaminów państwowych powinny być przez ustawy zagwarantowane, a czynniki Rządowe nie powinny stwarzać pozorów, legalizujących partactwo. — Żle było, że w „Ustawie dentystycznej“ nadano tak szerokie kompetencje technikom dentystycznym mimo przestróg z powołanych ku temu stron. Zamiast wydawać „Rozporządzenie wykonawcze“ do poz. 476 może byłoby lepiej ze względu na zdrowie publiczne poddać rewizji „Ustawę dentystyczną“ i wydać odpowiednie ograniczenia kompetencji techników dentystycznych, ażeby nie popierać partactwa.

Niestety dzieje się coś wprost przeciwnego.

W chwili ostatniej — przed ukończeniem druku niniejszego numeru, otrzymujemy Druk Sejmu Rz. P. Nr. 395 zawierający wniosek z dnia 15 I 1929 posłów Zw. Parlam. Pol. Socjalistów w sprawie zmiany rozporządzenia Prezydenta Rzeczyposp. z dnia 10 czerwca 1927 r. (Dz. U. Nr. 54, poz. 476) o wykonywaniu praktyki dentystycznej a podpisany przez następujących posłów:

Ciołkosz, Karpiński, Kuryłowicz, Kaczanowski, Kronig, Kwapiński, dr. M. Czarnecki, Łopacki, Z. Piotrowski, Diamand, Lieberman, Matuszewski, Niedziałkowski, Topinek, Gryłowski, Dzięgielewski, Wł. Baranowski, Nosal, Stefańczyk, Janiak, Szczerkowski, Pużak, Zerbe, Pławski, M. Nowicki, Bettmann, Pająk, Dubois, Kaźmierczak, Kowalski.

Projekt ustawy, wniesiony do Sejmu brzmi:

Art. 1 Ustęp drugi art. 14 rozporządzenia Prezydenta Rzpolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. (Dz. U. Nr. 54, poz. 476) otrzymuje brzmienie następujące:

„Minister Spraw Wewnętrznych wyda nowe pozwolenia tym technikom dentystycznym, którzy w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy posiadali przynajmniej trzy lata nauki, odbytej na obszarze wymienionym w ustępie pierwszym artykułu niniejszego, po wykazaniu się przez nich odbyciem 7-letniej nauki i praktyki zawodowej na tym obszarze“.

Art. 2. Technicy dentystyczni, którzy na zasadzie artykułu pierwszego niniejszej ustawy, uzyskają pozwolenie na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych, uprawnieni będą do złożenia specjalnego egzaminu, przewidzianego w art. 17 i 20 rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 10 czerwca 1927 r. w ciągu jednego roku od uzyskania pozwolenia.

Art. 3 Wykonanie niniejszej ustawy porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań i Oświecenia Publicznego.

Art. 4 Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Jakimi drogami technicy dentystyczni uzyskują dla podobnych wniosków poparcie członków Sejmu trudno powiedzieć. Jak mogą pojawiać się

w Sejmie wnioski, które zagrażają zdrowiu publicznemu, gwałcą prawa zdobyte długoletnimi studjami wyższymi i popierają najoczywistsze partactwo! Ubolewać należy, że w Sejmie polskim znajdują się reprezentanci pewnych warstw narodu, którzy albo się nie orjentują wcale w sprawach lekarskich i dotyczących zdrowia publicznego albo też — schlebając partji i popierając kilkuset partaczy — wnoszą ustawy, mogące zagrozić zdrowiu publicznemu i spowodować w cięższych przypadkach wypadki śmierci

Prof. *Cieszyński*.

Za Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej
Lwów, 29 stycznia 1929.

Dr. Henryk Allerhand.

Masa odciskowa Drescha.

Przy użyciu masy odciskowej Drescha można posługiwać się licznymi zaletami tej masy i wprowadzić pewne modyfikacje w technice odciskowej. Jednym z ważniejszych punktów jest niższy punkt temperatury, w której masa mięknie. Dokładne, ostre odciski można wykonać przy tak niskiej temperaturze, że chory nie jest narażony na żadne dolegliwości. Pozatem twardnieje masa Drescha przy temperaturze stosunkowo wysokiej, przyczem można wyjąć odcisk z ust chorego bez zaciągnięcia i rozpocząć natychmiast korektury; przez to oszczędza się na czasie gdyż sprawa wzięcia odcisku przyśpiesza się przez to. Dalszą zaletą masy Drescha jest jej aksamitna gładkość: po ogrzaniu reprodukuje ona wszystkie najdokładniejsze szczegóły utkania, przez co umożliwia zupełnie wierne odciski. Po ostudzeniu ma wielką wytrzymałość na pociąganie, przyczem daje się łatwo rozłupywać, a powierzchnia przełamania jest gładka jak szkło. Przegrzanie masy jest niemożliwe.

Z powodu zmiany prądu w Częstochowie sprzedam
aparat roentgenowski do prądu stałego
(220 Volt), 3 rury roentgenowskie, statyw
Cena 2.500 zł gotówką

Zgłoszenia pod adresem:

Lekarz-dentysta Bronisław Bernard Muszyński, Częstochowa, Aleja 32

Ukazało się w druku:

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI: **Stan lekarski w czasach obecnych pod względem liczbowym i ekonomicznym. Przyszłość stanu lekarskiego w Polsce.** — Lwów 1928, stron 70, z 53 grafikami i tablicami statystycznymi i 1 mapą barwną. — Cena niższa wprost od Administracji Polskiej Dentystyki 4 zł.

NEO-ELDENTOG

(PORCELANA DO LANIA)

DZIESIĘĆ WYBITNYCH ZALET:

- 1) Przylega szczelnie do brzegów ubytku
- 2) Jest prześwietlająca
- 3) Odporna na kwasy jamy ustnej
- 4) Posiada stałe krawędzie
- 5) Pod względem kosmetycznym przewyższa wszystkie inne wypełnienia
- 6) Nie drażni miazgi
- 7) Nie przewodzi różnic temperatury
- 8) Nie zabarwia zębów
- 9) Znacznie tańsza od złota, tylko nieznacznie droższa od cementów krzemianowych i amalgatów
- 10) Nie daje się przegrzać pistoletem do lutowania, dlatego daje pewne i niezawodne wyniki nie tylko przy wypełnieniach we wszelkich wielkościach, ale także przy nadbudowach większych rozmiarów, koronach żakietowych, licówkach i t. d.

Dlatego słusznie nazwana

„wypełnieniem idealnem”

**KUNST-ZAHNGESELLSCHAFT
WIESBADEN**

PRZEDSTAWICIEL NA POLSKĘ:

Zygmunt BRANDWEIN — Lwów, ul. Bema 12

Przegląd piśmiennictwa.

ZUBNÍ LÉKAŘSTVÍ. 28. 1928.

Nr. 12.

Kovářík. Leczenie zębów zgorzelinowych.

Kovářna. Badania zębów zgorzelinowych.

Černý. Krytyka współczesnych metod w stomatotechnice.

Mareš. Fyzyczne własności porcelany.

Tomášek. Ocena dostawek podpartych.

Lefort. Przyczyny niepowodzeń przy pracach lanych.

Dvořák. Replantacja i transplantacja zębów.

LA REVUE DE STOMATOLOGIE. 29. 1927.

Nr. 1.

Ruppe Madelaine. Wrodzone przetoki śluzowe warg.

Boltański. Przypadek wrzodu kilowego powierzchni dolnej języka.

Ginestet. Dostawki ustalające u Fenicjan.

Canuyt Terracol la Barre. Adrenalina a znieczulenie miejscowe.

Nr. 2.

Ferrier. O zębach gruźliczych.

Rousseau-Decelle. Przypadek gośćca pochodzenia zębowego.

Dioclès. Stereoradjografia w stomatologii.

Jaques. Ostre zapalenie jamy szczękowej.

Nr. 3.

Pont. O zakażeniach zębowych.

Puig. Objawy oczodołowe odruchowe pochodzenia zębowego.

Bercher. Sposób tłumaczenia fizjo-patologicznego przypadku ptosis.

Lattès. O uszkodzeniach urazowych przegród międzyzębowych.

Herpin. O ortodoncji.

Ponroy Psaume. O niebezpieczeństwach szwu kostnego przy leczeniu złamań szczęki dolnej.

Nr. 4.

Dieulafé. Lymphangioma wargi dolnej leczone zapomocą radu.

Constaing Champeval. Ostre zapalenie ozębnej w połączeniu z ostrem zapaleniem ślinianki przyusznej.

Lacronique. Wyłyżeczkowanie okołoszczękowe.

Herpin. O ortodoncji.

Vièla Bouvier. Dyspozycja atypowa zatoki szczękowej.

Nr. 5.

Lemaître Ponroy. Roentgenografia systematyczna przy użyciu wskaźników metalowych.

Duclos. Wynik uzyskany w ciężkim przypadku ropotoku zapomocą ustalającej szyny Belliarda.

Thèsèe. Kamica przewodu Whartona.

Boissier. Nerwoból twarzowy a stomatolog.

Nr. 6.

Polosson Dechaume. Kilak szczęki dolnej.

Bercher. O lipidjagnostyce schorzeń szczękowych.

Bourguet. Leczenie chirurgiczne samoistnej neuralgji twarzowej.

Ginestet. Zębiak korzeniowy na trzonowcu dolnym.

Fromaget. Zaburzenia oczu pochodzenia zębowego.

Nr. 7.

Bèal. „Sauvez“ (Wspomnienie pośmiertne).

Dieulafé. Angioma wargi dolnej.

Ginestet. Dwadzieścia cztery przypadków złamań postrzałowych szczęk.

Herpin. Nieprawidłowość zęba mądrości.

Nr. 8.

Worms Bercher. Przewlekłe zapalenie szpiku kostnego żuchwy o typie przerozstowym.

Rousseau, Decelle, Chatelier, Ramorino. Badania etjologii próchnicy zębowej.

Puig. Pięć strzeżeń ostrego zapalenia szpiku kostnego szczęk.

Merville. Dwa przypadki zapalenia ślinianki przyusznej drogą wstępującą.

Nr. 9.

Gornouec. Zapalenie szpiku kostnego żuchwy.

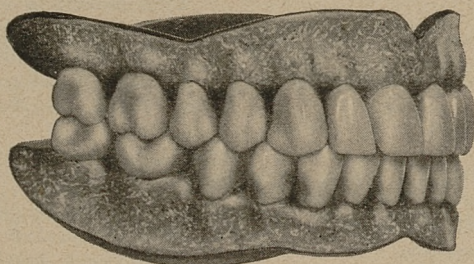
Monier. O chirurgicznym usuwaniu zębów.

Nr. 10.

Gornouec. Zapalenie szpiku kostnego żuchwy.

Chompret, Sassier. Pierwotny toczeń jamy ustnej.

THE S. S. WHITE DENTAL MFG. CO.



S. S. White'a „Natural Teeth“ (Zęby naturalne)

Zapomocą „zębów naturalnych“ S. S. White'a można wykonać dostawki, które mają w sobie „charakter“ i uzyskać rezultaty doskonale pod względem estetyki, trwałości i sprawności.

Porcelana jest bardzo mocna, a przejrzystość dorównuje przejrzystości zębów naturalnych.

Barwy „zębów naturalnych“ dostosowują się do barw zębów naturalnych i mają bardzo naturalny żywotny wygląd.

Również i fasony odpowiadają kształtom naturalnym i umożliwiają dobór zębów według pewnych typowych cech charakterystycznych.

Przymocowanie zębów przednich polega na zaczepkach połączonych przylutowanych do przymocowań ze szlachetnego metalu wpalonych do porcelany. Ulepszona konstrukcja przymocowań tudzież ulepszone sposoby przylutowania tudzież staranne próby, którym każdy ząb jest poddawany, zapewniają pewność przyczepienia. Zęby tylne djatoryczne mają pewne zagłębienia dla kauczuku, umożliwiające pewne osadzenie w kauczuku.

**S. S. White'a „Zęby naturalne“
przodują pod względem wyglądu i trwałości**

W sprzedaży we wszystkich składach dentystycznych



The S.S. White Dental Mfg. Co.
PHILADELPHIA, U. S. A.



ZNAK OCHRONNY JEST GWARANCJĄ JAKOŚCI

- Bercher, Puig, Fleury.* Stałe zwichnięcie stawu skroniowo-szczękowego.
Duchange. Aparaty przy złamaniu żuchwy z utratą kości.
Ginestet. Modyfikacja znieczulenia żuchwowego.
Champeval. Przypadek ogólnego niedorozwoju żębowego.

Nr. 11.

- Delater.* Dziaślaki a ropotok.
Saraval. Gingivitis fungosa.
Saraval. Cholesterinemia, calcemia.
Fichot. Alveoloklasja-ropotok.
Delguet. Hiperkeratoza dłoni wrodzona i wczesny ropotok żębowy ogólny.
Tellier. Higiena i profilaktyka jamy ustnej w domu i w szkole.
Courchet. Ciężki przypadek choroby Mikulicza.
Richard. Przypadek choroby Mikulicza.
Maurel. Autoplastyczne zamknięcie komunikacji między jamą ustną a nosową tudzież szczękową.
L'Hirondel. Folliculitis expulsiva.
Dethés. Technika zębów ćwiekowych.
Ponroy, Psaume, Boutroux. Leczenie złań żuchwy.

Nr. 12.

- Pont.* Zapalenie szpiku kostnego żuchwy.
Ginestet. Ostre zapalenie szpiku żuchwy.
Cadenat. Osteitis externa szczęki górnej.
Pollosson, Dechaume. Osteomyelitis pseudo-sarcomatosa żuchwy (wskutek wadliwego wyklucia zęba mądrości).
Roussy. Raki jamy ustnej.
Heyninx. Etiologia dziąsłowo-żębowa raków.
Marie, Nux, Cadenat. Śródustne aparaty radowe.
Beretta. Struktura szkliwa ulega z biegiem lat modyfikacjom.
Beretta. Próchnica a teoria witalistyczna szkliwa.
Raison. Wyjaławianie w stomatologii.
Bélliard. Dostawka stała zrównoważona.
Szabó. Gojenie ran ekstrakcyjnych.
Pont, Duclos. Resorpcja wyrostka żębowego u tabetyka.
Bourguet. Chirurgja estetyczna twarzy.
Deminne, Cieszyński. Głębokie wstrzykiwania wysokoku do nerwu trójdzielnego.

- Coster.* Zniekształcenia kości między-szczękowej.
Boissier. Pelikany (wyrwizęby) na Nowym Moście w Paryżu.
Bonnery, Cadenat. Przetoki w tylnej części brzęgu żębowego a zęby mądrości.
Lortat, Jacob. Leczenie zimnem śluzówki ustnej.
Darcissac. Kwas trójchlorooctowy.
Mayoral, Landette, Arrago. Leczenie szczepionkami chorób jamy ustnej.
Le Docte. Fizykalne podstawy umocowania górnych dostawek.
Alise. Periodontitis granulomatosa anemica.

LA REVUE DE STOMATOLOGIE 30.
1928.

Nr. 1.

- Frey.* Uwapnienie i odwapnienie kości i zębów.
Bourgue. Ankiłozja stawu żuchwowego.
Pietkiewicz. Pulpitis radicularis.
Gornouec, Goldschlager. Zatrzymanie zęba mlecznego.

Nr. 2.

- Frey.* Uwapnienie i odwapnienie kości i zębów.
Lemaître, Ruppe. Rozlana ropowica pod-żuchwowa.
Krivine. Znieczulenie żwaczowe.
Guérin, Beaupré. Wkładki jako filary mostkowe.
Bercher. Szew jak maszyną do szycia.
Morisot. Szew ósemkowy.

Nr. 3.

- Pollosson, Dechaume.* Ciężkie powikłania nieprawidłowego wyklucia zęba mądrości.
Herpin. Uzębienie mleczone.
Croquefer. Torbiel przyzębowa szczęki górnej.
Doubrovine. Badanie żywotności zęba.

Nr. 4.

- Herpin.* Morfogenezja czaszki i szczęk.
Pietkiewicz. Objawy ustne w chorobie Vaqueza.
Raison, Ramorino. Zębiak u dziecka siedmioletniego.
Thibault. Ropotok a przekwitanie.
Priem. Dostawka o dwóch płytach.
Priem. Mostek z dwóch części.

ZĘBY „SOLO“

ZĘBY „OMNIC“

ZĘBY djatoryczne

L I C Ó W K I

WYROBU NAJWIĘKSZEJ FABRYKI ZĘ-
BÓW SZTUCZNYCH NA KONTYNENCIE

WIENANDA

SĄ PRZEZ SPECJALISTÓW CAŁEGO
ŚWIATA UZNANE ZA NAJLEPSZE

WIENAND DENTAL

TOW. AKC.

B E R L I N .

ZASTĘPSTWO :

WARSZAWA
ul. Czackiego 6.

J. SZWARC

WARSZAWA
ul. Czackiego 6.

Nr. 5.

- Herpin.* Rozwój tkanek zębowych.
Ginestet. Złamania szczęk.
Poujol, Bretton. Zakażone kamienie ślinne podszczękowe.
Mainguy. Ból wierzchołka na zimno.
Ramorino. Złoto „Janus“ Wielanda.

Nr. 6.

- Viéla, Pouvier.* Znieczulenie nerwu żuchwowego przez kąt żuchwy.
Bercher, Leproust. Angina Ludovici.
Thésée. Zakażny reumatyzm stawowy.
Duclos. Pseudorheumatismus infectiosus (lumbago).
Lickteig. Co powinien rinolog wiedzieć o chorobach zębów.

Nr. 7.

- Achard, Guieu.* Rozpoznawanie guzów mózgu.
Ruppe. O budowie szczęki dolnej.
Bergeret, Pacaud, Fournet. Wrzód kiłowy dziąsłowy.
Sassier. Epidemia zapalenia języka.

Nr. 8.

- Béliard.* „Ferrier“ — nekrolog.
Béliard, Ferrier. Tolerancja zębodołów na dawno odłamane korzenie.
Chompret, Lattès, Dechaume. Martwica żuchwy w kile dziedzicznej.
Ginestet. Znieczulenie przewodzeniowe nerwu szczękowego górnego u otworu okrągłego przez przewód podniebienny.
Lattès. Zatrzymanie trzonowca mlecznego u dziecka liczącego pięć i pół lat.
Destandeau. Dobre wyniki uzyskane przy ropotoku przez założenie mostka ustalającego sposobem Béliarda.

Nr. 9.

- Aubert.* Emrjologia zęba.
Pont, Reboullet. Patogeneza torbieli zawiązkowych.
Doubrovin. Leczenie zębów zgorzelinowych chlorem i tlenem.

Nr. 10.

- Le Bourhis.* Próchnica u tubylców Kame-
 runu.
Ponroy, Psaume. Zatykadła podniebienne.
Escat. Leczenie chirurgiczne porażenia twar-
 zowego z przeziębienia.

L'ODONTOLOGIE. 65. 1927.

Nr. 1.

- Simon.* Fonetyka a ruchy narządów jamy ustnej.
Meyer. Przytrzymywanie dostawek z ssawkami.

Nr. 2.

- Ruppe.* Proteza podniebienna.
Bonnet-Roy. Martwica szczęki górnej wskutek usuwania zębów w znieczuleniu miejscowym.
Bonnet-Roy. Ropowica kostna żuchwy spóźniona z powodu utrudnionego wykluwania się zęba mądrości.
Barall. Nowarsenobenzol elektroosmotyczny w ciężkim wielokrotnym zapaleniu ozębnej.

Nr. 3.

- (Tydzień odontologiczny 3.—9.2. 1927).
Augustin. (Weterynarz). Choroby zwierząt przenośne na człowieka drogą jamy ustnej.
Villain H. Emaljowanie powierzchni wewnętrznych i dziąseł mostków.
Coen. Nowy stop nieoksydujący w protezycie dentystycznej.
Robin. Leczenie i zapobieganie mechaniczne ropotokowi zębodołowemu.
Morin. Technika usuwania dolnego zęba mądrości.
Pellier-Cuif. O lecznictwie dentystycznym.

Nr. 4.

- Ruppe.* Proteza podniebienna.
Retterer. Pochodzenie i budowa twardej osłonek otaczających zębinę części zębodołowej i dziąsłowej zęba.

Nr. 5.

- Roy.* Natura i etiologia ropotoku zębodołowego.
Delater. Badania roli zapalenia w powstawaniu ropotoku zębodołowego.
Dutheillet, Lamothe. Leczenie chirurgiczne uporczywych nerwobólów nerwu trójdzielnego.

Nr. 6.

- Villain, Housset.* Zasady podstawowe budowy mostków.
Simon. Fonetyka a dentystyka.
 Nr. 7.
Villain, Housset. Zasady budowy mostków.

Nowoczesne aparaty dla nowoczesnej praktyki.

DE TREY'A
Zęby „Solila“

DE TREY'A
zęby „ANATOFORM“

DE TREY'A
zęby
o długich ćwiekach
„REVELATION“

Oryginalne
licówki
„STEELE'A“

Płaskie licówki
„Revelation“
i „Anatoform“

DE TREY'A
zęby djatoryczne

przez składnice

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

Jeneralne przedstawicielstwo na Polskę
Europejskie Towarzystwo Dentystyczne

„EDECO“

WARSZAWA
Śto-Krzyska 28.

Brochier. Szukanie punktu oparcia w przetrzeniu.

Fraenkel. Znieczulanie żuchwowe przy przygotowaniu zębów pod filary mostkowe.

Nr. 8.

Zoeller. Anatoksyny.

Bonnet, Roy. Ostry ropotok.

Cournand. Strzykawka z ampulką samoczynną.

Villain. Kilka nowych instrumentów.

Nr. 9.

Villain, Housset. Zasady budowy mostków.

Nr. 10.

Solas. Złamanie żuchwy.

Barail. Światło ultrafioletowe w diagnostyce chorób jamy ustnej.

Fraenkel. Złamanie kleszczy przy usuwaniu zęba.

Wallis-Davy. Stopy dentystyczne.

Nr. 11.

Blatter. Publiczna higiena zębów we Francji.

Häupl, Lang. Paradentitis marginalis.

Deroukneau. Aseptyka narzędzi przy leczeniu przewodów korzeniowych.

Legros. Opieka dentystyczna w szkole kultury dziecięcej w Paryżu.

Royer. Nowe zęby porcelanowe z działem porcelanowem.

Fourest. Ostra białaczka.

Nr. 12.

Roy. Ropotok zębodołowy.

Ellertsen. Uproszczenie rączki i kątnicy dentystycznej.

Texier. Leczenie ognisk okołowierzchołkowych koloidami.

L'ODONTOLOGIE. 48. 1928.

Nr. 1.

Roy. Toczeń pierwotny dziąsła.

Rolland. Działanie środków bakterjobójczych.

Huet. Wypadki z powodu złamania kamyczków do szlifowania.

Bonnet-Roy. Nabłoniak szczęki górnej.

Nr. 2.

Blatter. Wykonywanie praktyki dentystycznej we Francji.

Leblan. Purpura hemorrhagica.

Lentulo. Narzędzie do wypełniania przewodów korzeniowych.

Nr. 3.

Fraenkel. Licówki porcelanowe w robotach mostkowych.

Gentilhomme. Technika zakiwetowania i upychania dostawek kauczukowych.

Morin. Cofnięcie siekacza górnego.

Pellier-Cuit. Nowe dostawki celulooidowe.

Nr. 4.

Hulin. Jak powstają kamienie ślinne?

Robin. Zapobieganie nieprawidłowości zębów.

Nr. 5.

Hulin. Anatomja patologiczna i patogeneza ropotoku zębodołowego.

Schenck. Odciski pośrednie pod wkładki złote.

Walser. Znieczulanie a aparat krążenia.

Dresel. Sposób ustalenia zębów dolnych.

Dufourmentel. Chirugja stawu żuchwowego.

Kieffer. Usuwanie trzonowców dolnych w znieczuleniu przewodzeniowym.

Kieffer. Amalgam w dentystyce.

Bonnet-Roy. Ciężka ropowica kostna połączona z utratą substancji kostnej żuchwy.

Laurencon. Pośrednie leczenie promieniami.

Machtou. Leczenie kiły.

Wetze. Leczenie szczepionkami.

Regnard. Emaljowanie dostawek. Dentolit.

Barail. Promienie ultrafioletowe.

Boyer. Leczenie elektrycznością ropotoku.

Pellier-Cuit. Hekolit.

Deneubourg. Nowa kiweta.

Douland. Film naukowy.

Nr. 6.

Schwarz. (Bazylea). Metody kefalometrii w związku z chirugją szczęk i ortodoncją.

Fernet. Tuberculum Carabelli.

Pinard. Kila jamy ustnej.

Bonis. Etiologia paradentozy.

Bonis. Nowe narzędzia Vajny.

Watry. Biologiczna interpretacja metod leczenia ortopedycznego.

Lebrun, Sudaka. Amputacja miążgi komorowej.

Huet. Technika szlifowania zębów.

Singer. Skaza krwotoczna.

Schatzman. Korony żakietowe *).

*) Ciąg dalszy w numerze następnym.